



8

# Biuletyn partnerstwa publiczno-prywatnego

2019



# Spis treści

|  |    |  |    |
|--|----|--|----|
| 1.1. Wstęp - <i>Sylwia Cyrankiewicz-Gortyńska</i> .....  | 1  | 3.3. PPP w inwestycjach szpitalnych we Francji<br>- <i>Joanna Kalecińska-Rossi</i> .....   | 54 |
| 1.2. Modele PPP w ochronie zdrowia<br>- <i>Lilianna Bogusz</i> .....   | 2  | 3.4. PPP w sektorze ochrony zdrowia na terenie<br>Republiki Federalnej Niemiec<br>- <i>Joanna Schulders</i> .....                    | 58 |
| 2.1. Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu .....   | 10 | 3.5. PPP w systemie ochrony zdrowia Portugalii<br>- <i>Lilianna Bogusz, Rafał Sitek</i> .....  | 61 |
| 2.2. Utworzenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego<br>w Kobylnicy jako przykład lokalnego projektu<br>„PPP w trybie koncesji” - <i>Rafał Cieślak</i> .....               | 18 | 3.6. Program zarządzania infrastrukturą ochrony<br>zdrowia w formule PPP – Turcja<br>- <i>Magdalena Ostrowska</i> .....              | 66 |
| 2.3. Jak uniknąć błędów i zrealizować udany projekt<br>PPP w ochronie zdrowia - <i>Alina Sarnacka-Łuczyn</i> ..  | 25 | 4.1. Jak efektywnie przeprowadzić procedurę<br>wyboru partnera prywatnego w dialogu<br>konkurencyjnym - <i>Michał Liżewski</i> ..... | 70 |
| 2.4. Przekrój polskich projektów PPP w ochronie<br>zdrowia i usługach opiekuńczych – rynek, który<br>wciąż czeka na swoje szanse - <i>Bartosz Korbus</i> .....       | 29 | 5.1. Wizyta studyjna w Czechach .....  | 79 |
| 3.1. Zastosowanie modelu PPP w inwestycjach<br>służby zdrowia w UE – projekt nowego<br>szpitala Karolinska Solna w Sztokholmie<br>- <i>Krzysztof Szymański</i> ..... | 35 | 5.2. Krajowe wizyty studyjne. Relacja z Oławy<br>- <i>Anna Wiktorczyk-Nadolna</i> .....  | 82 |
| 3.2. Rozwój PPP w sektorze ochrony zdrowia<br>na przykładzie Kanady - <i>Bernadeta Skóbel</i> .....  | 47 | Encyklopedia PPP - <i>Bartłomiej Zydel</i>   |    |

## 1.1. Wstęp

### Sylwia Cyrankiewicz-Gortyńska

Szanowni Państwo,

Ósmy numer *Biuletynu partnerstwa publiczno-prywatnego* jest wyjątkowy. Jego dominującą część stanowią artykuły poświęcone sektorowi ochrony zdrowia. To jeden z sektorów, gdzie występują bardzo duże potrzeby inwestycyjne. Jednocześnie jest to obszar bardzo negatywnie postrzegany przez Polaków, z uwagi na niską jakość usług<sup>1</sup>.

O tym, że partnerstwo publiczno-prywatne może być znakomitym sposobem na finansowanie inwestycji szpitalnych, a następnie utrzymanie i zarządzanie budynkiem oraz opcjonalnie na zapewnienie dodatkowych usług, takich jak dostarczanie posiłków, przewóz chorych, prowadzenie laboratorium i/lub pracowni diagnostycznych oraz – w najbardziej złożonym modelu – świadczenie pełnych usług leczniczych, dowiemy się z artykułu „Modele PPP w ochronie zdrowia”.

<sup>1</sup> Por. sondaż przeprowadzony w ramach europejskiego projektu badawczego Euro Change, z którego wynika, że Polacy mają najgorsze zdanie o systemie ochrony zdrowia, aż 53 proc. badanych rodaków uważa za istotny problem (w kolejnych na liście Włochów to tylko 12 proc.). Co ciekawe, system włoski też pozostawia wiele do życzenia, ale postrzeganie Włochów jest o wiele mniej krytyczne niż Polaków. <https://www.rp.pl/Wybory-do-PE/303079840-Sondaz-Europejczycy-sa-zli-Nadchodzizmiana.html>

Znajdziemy też praktyczne informacje na temat tego, co zrobić, aby zrealizować udany projekt PPP w ochronie zdrowia, nie popełniając błędów.

Poznamy też szczegóły projektu budowy Szpitala Powiatowego w Żywcu oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kobylnicy.

Dowiemy się jak na polskim rynku można wykorzystać PPP do budowy domu pomocy społecznej.

Treść *Biuletynu partnerstwa publiczno-prywatnego* wzbogacają ciekawe publikacje na temat zagranicznych praktyk w obszarze ochrony zdrowia. Są to przykłady ze Szwecji, Kanady, Francji, Niemiec, Portugalii oraz Turcji. Korzystajmy z doświadczeń innych państw.

Zachęcamy także do lektury artykułu „Jak efektywnie przeprowadzić procedurę wyboru partnera prywatnego w dialogu konkurencyjnym”, który uwzględnia najnowszy stan prawny, ministerialne wytyczne oraz pozycje opisujących przebieg kolejnych krajowych i zagranicznych studyjnych wizyt, które odbyły się w ramach projektu „Rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce”. Tym razem są to wyjazdy do Czech oraz do Oławy.

Ostatnia część *Biuletynu* to oczywiście Encyklopedia PPP, która w bieżącym wydaniu poświęcona jest prawu zamówień publicznych w PPP.

Życzymy miłej i „zdrowej” lektury!

## 1.2. Modele PPP w ochronie zdrowia

**Lilianna Bogusz,** dyrektor Departamentu Partnerstwa Publiczno-Prywatnego w Ministerstwie Inwestycji i Rozwoju

Wykorzystanie formuły PPP do inwestycji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia w Polsce może przynieść korzyści dla podmiotów publicznych.

Istnieje wiele międzynarodowych przykładów skutecznych rozwiązań, opartych o strukturę współpracy pomiędzy partnerem prywatnym a podmiotem publicznym, przy czym charakter modeli w ochronie zdrowia oraz zakres usług publicznych zleczanych partnerom prywatnym jest zróżnicowany w zależności od koncepcji przyjętej w danym kraju.

### Wprowadzenie

Wśród modeli PPP w ochronie zdrowia znajdują się zarówno takie, które ograniczają zakres odpowiedzialności partnera prywatnego do infrastruktury (budynku i jego otoczenia), jak i takie, w których tak infrastruktura, jak i publiczne świadczenia medyczne w całości powierzane są sektorowi prywatnemu.

Partnerstwo publiczno-prywatne może być znakomitym sposobem na finansowanie inwestycji szpitalnych, a następnie utrzymanie i zarządzanie budynkiem oraz opcjonalnie na zapewnienie dodatkowych usług, takich jak dostarczanie posiłków, przewóz chorych, prowadzenie laboratorium i/lub pracowni diagnostycznych<sup>1</sup> oraz – w najbardziej złożonym modelu – świadczenie pełnych usług leczniczych.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że nawet w krajach, gdzie istnieje zarówno krajowa strategia PPP, jak i strategię dotyczące wybranych sektorów, poszczególne inwestycje rozpatrywane jako projekty PPP są starannie selekcjonowane, przede wszystkim na podstawie oceny efektywności wykonywanej z wykorzystaniem analiz, wskazujących, iż **PPP jest formułą korzystniejszą niż metoda tradycyjna** (rozumiana jako realizacja przedsięwzięcia inwestycyjnego przez podmiot publiczny z wykorzystaniem finansowania pozyskanego samodzielnie przez ten podmiot; metoda tradycyjna przewiduje wykonywanie projektowania i budowy (zleczane odrębnie lub w formule „projektuj i buduj”), a następnie zamawianie usług związanych z utrzymaniem infrastruktury lub wykonywanie zadań

utrzymania z wykorzystaniem zasobów własnych podmiotu publicznego).

Partnerstwo publiczno-prywatne jest **modelem współpracy podmiotów z sektora finansów publicznych z partnerami prywatnymi**, który cieszy się dużą popularnością na świecie. W sektorze ochrony zdrowia rozwiązanie to pozwala skutecznie podwyższyć standard infrastruktury, a w niektórych przypadkach również uzupełnić niedobór świadczeń zdrowotnych, będący skutkiem ograniczonych możliwości finansowych sektora publicznego. Wykorzystanie PPP wpływa pozytywnie na jakość oferowanych świadczeń. Szacuje się, że wydatki na infrastrukturę w ochronie zdrowia w krajach OECD oraz krajach obejmujących Brazylię, Rosję, Indie i Chiny (BRIC) osiągną w 2020 r. poziom niemal 400 mld dolarów rocznie. Przewiduje się, że między 2010 a 2020 r. wydatki na infrastrukturę w ochronie zdrowia wyniosą łącznie 3,6 bln dolarów, zaś inne wydatki związane z ochroną zdrowia wyniosą 68,1 bln dolarów<sup>2</sup>. Taki potencjał może być również szansą na zastosowanie PPP do nowych inwestycji w szpitalnictwie.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) modele PPP w szpitalnictwie były dotychczas stosowane w wielu regionach świata. Liderem pozostają Europa i Ameryka, przy czym ponad 60% takich projektów zostało zrealizowanych w Europie, nieco ponad 15% w Ameryce Południowej, zaś projekty z regionu Afryki Subsaharyjskiej, Bliskiego Wschodu oraz Afryki Północnej łącznie stanowiły mniej niż 5% wszystkich projektów PPP w sektorze ochrony zdrowia na świecie<sup>3</sup>.

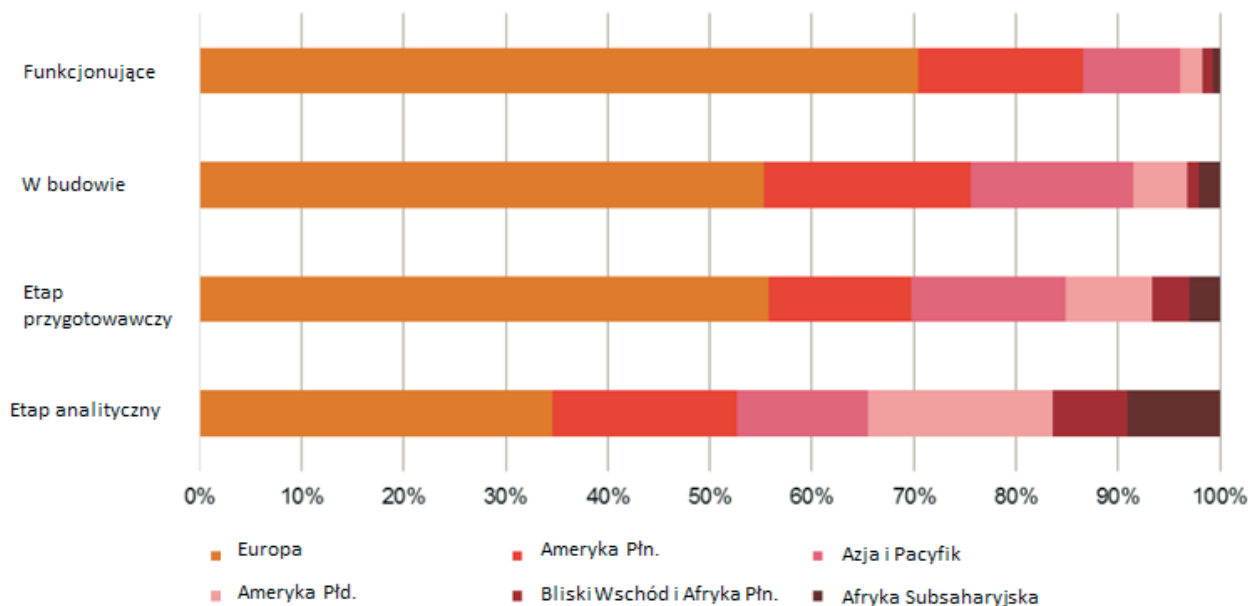
Zgodnie ze statystykami zgromadzonymi na platformie internetowej IJ Global, ponad połowa wszystkich projektów szpitalnych PPP jest obecnie w fazie operacyjnej, przy czym dwie trzecie to projekty z Wielkiej Brytanii i Kanady. Statystyki pokazują również, że coraz więcej krajów rozważa wykorzystanie formuły PPP do realizacji kolejnych projektów w ochronie zdrowia, dlatego schemat obrazujący projekty na wczesnym etapie analitycznym pokazuje rozproszenie takich projektów na całym świecie.

2 PwC, Health Research Institute, *Build and Beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs*, December 2010, <https://www.wko.at/Content.Node/Plattform-Gesundheitswirtschaft/Studien---Publikationen/Studien/build-and-beyond-revolution-of-healthcareppps.pdf> [dostęp: 07.01.2014].

3 I. Herbst, L. Bogusz, J. Kalecińska-Rossi, A. Sarnacka, ... *op. cit.*

1 I. Herbst, L. Bogusz, J. Kalecińska-Rossi, A. Sarnacka, *Partnerstwo publiczno-prywatne w szpitalach*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Kraków 2014.

**Wykres 1. Liczba infrastrukturalnych modeli PPP w szpitalach na świecie**



Źródło: *PPPs in healthcare. Models, lessons and trends for the future*, PwC & Institute for Global Health Sciences, January 2018

Projekty PPP w sektorze ochrony zdrowia zapoczątkowała Wielka Brytania, która jest liderem w realizacji tego typu przedsięwzięć. W ostatnim dziesięcioleciu można było obserwować coraz większe zainteresowanie formułą PPP w innych krajach europejskich, aczkolwiek 60% projektów PPP w szpitalnictwie w latach 2005–2013 zrealizowano w Wielkiej Brytanii (dane WHO). Kolejny kraj w rankingu to Francja, przy czym liczba projektów szpitalnych PPP we Francji jest nieporównywalnie mniejsza niż w Wielkiej Brytanii i stanowi 8% projektów europejskich. 95% wszystkich projektów europejskich zrealizowano w ośmiu krajach, pozostałe kraje to pojedyncze projekty stanowiące łącznie 5% projektów szpitalnych PPP w Europie.

**Tabela 1. Udział projektów szpitalnych PPP w poszczególnych krajach europejskich w latach 2005–2013**

| Kraj            | Udział projektów szpitalnych PPP w liczbie wszystkich projektów szpitalnych PPP w Europie |
|-----------------|---|
| Wielka Brytania | 60%   |
| Francja         | 8%  |
| Hiszpania       | 7%  |
| Włochy          | 6%  |
| Turcja          | 5%  |
| Portugalia      | 4%  |
| Niemcy          | 3%  |
| Irlandia        | 2%  |
| Pozostałe kraje | 5%  |

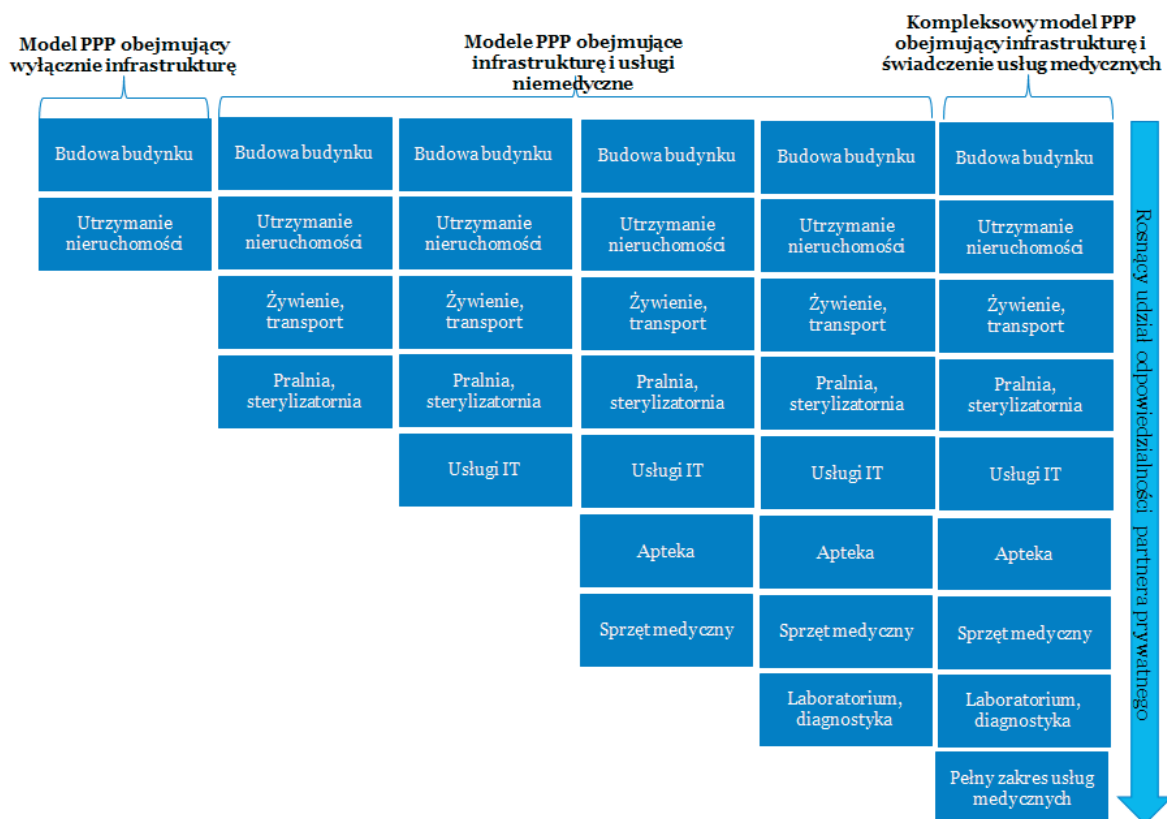
Źródło: Dane WHO zaprezentowane 8 października 2013 r. na konferencji „Donor’s Conference for the UNECE PPP International Centre of Excellence”, [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/documents/2013/PPP/DonorsMeeting2013/Isabelle\\_W.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/documents/2013/PPP/DonorsMeeting2013/Isabelle_W.pdf) [dostęp: 21.01.2019]

Partnerstwo publiczno-prywatne to rozwiązanie bardzo **elastyczne**. Zakres zadań partnera prywatnego może być różnorodny i jest przedmiotem negocjacji pomiędzy stroną publiczną a potencjalnymi partnerami prywatnymi w przypadku każdego indywidualnego przedsięwzięcia. Najprostszy do zastosowania model w odniesieniu do infrastruktury to **model DBFO** (*Design – Build – Finance – Operate*), w ramach którego partner prywatny jest odpowiedzialny za projektowanie, budowę, finansowanie i utrzymanie obiektu szpitalnego. Nawet w tak prostym rozwiązaniu możliwe są modyfikacje, np. **ze względu na zakres prac budowlanych**. Przedmiotem odpowiedzialności partnera prywatnego może być w szczególności:

- budowa nowej placówki,
- rozbudowa/przebudowa istniejącej placówki (np. wybudowanie nowego budynku na terenie istniejącego szpitala),
- modernizacja istniejącej placówki.

W Polsce podejmowano również próby współpracy z partnerem prywatnym w ochronie zdrowia, polegające na ograniczeniu odpowiedzialności strony publicznej przez dzierżawę majątku i przekazanie go partnerowi prywatnemu, który przejmuje rolę operatora szpitala. Partner prywatny przejmuje w takiej sytuacji również obowiązek świadczenia usług medycznych dla pacjentów. Takie rozwiązanie nie powinno być utożsamiane z PPP, gdyż w odróżnieniu od modelu PPP **forma dzierżawy w istotny sposób ogranicza możliwość kontroli działań partnera prywatnego przez stronę publiczną**. Inaczej niż w PPP, w przypadku dzierżawy partner prywatny ma bowiem całkowitą swobodę dysponowania przekazanym mu majątkiem, a tym samym

Schemat 1: Podstawowe modele PPP w ochronie zdrowia



Źródło: opracowanie własne

swobodę ustalania zakresu i zasad świadczenia usług medycznych. Tego typu rozwiązania nie są zaliczane do projektów PPP.

Najczęściej stosowana klasyfikacja to zróżnicowanie szpitalnych modeli PPP **ze względu na zakres odpowiedzialności partnera prywatnego w okresie utrzymania infrastruktury**:

- model infrastrukturalny,
- model infrastrukturalny rozszerzony o dodatkowe świadczenia „niemedyczne” oraz ewentualnie diagnostykę,
- kompleksowy model zintegrowany.

Najprostszy możliwy do zastosowania model PPP to **model infrastrukturalny**, który ogranicza rolę partnera prywatnego w okresie eksploatacji do pełnienia funkcji zarządcy nieruchomości (ang. *facility management*). Bardziej zaawansowane rozwiązanie to zarządzanie nieruchomością (np. naprawy i konserwacje, utrzymanie zieleni, zarządzanie parkingiem) oraz świadczenie tzw. usług niemedycznych (np. pranie, żywienie pacjentów, sterylizacja sprzętu). Kompleksowy **zintegrowany model PPP** (ang. *Integrated Public Private Partnership*) obejmuje zarządzanie nieruchomością oraz świadczenie usług niemedycznych i medycznych, przy czym zakres świadczeń medycznych może być różny w zależności od ustaleń stron umowy o PPP<sup>4</sup>.

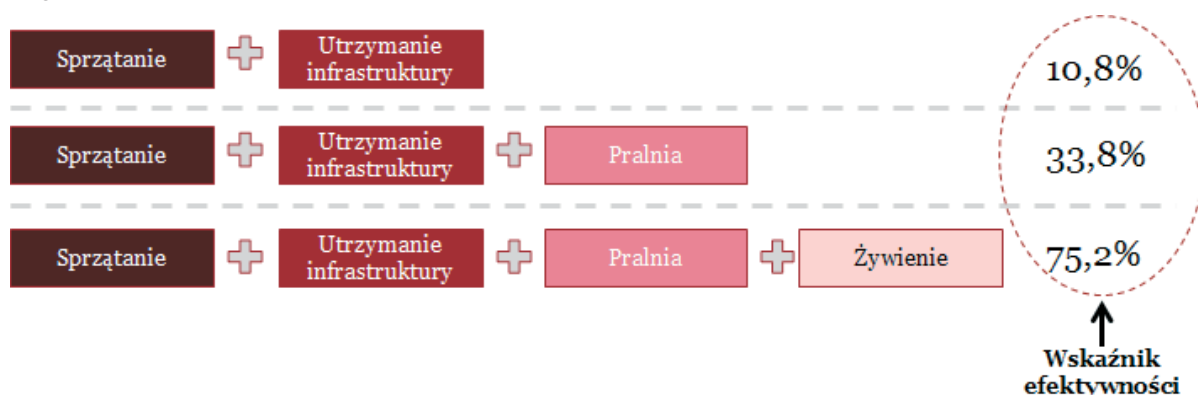
4 I. Herbst, L. Bogusz, J. Kalecińska-Rossi, A. Sarnacka, ... *op. cit.*

Model PPP jest dość powszechnie stosowany w ochronie zdrowia w różnych krajach świata, przy czym wykonywanie świadczeń zdrowotnych pozostaje najczęściej domeną podmiotów z sektora finansów publicznych. W szczególnych przypadkach partnerzy prywatni przejmują odpowiedzialność za świadczenie usług medycznych, w których procedury są ściśle określone, a sposób pomiaru jakości tych świadczeń medycznych jest ujednoczony i powszechnie uznany (np. usuwanie żączy czy operacje przepukliny w ramach programu ISTC<sup>5</sup> w Wielkiej Brytanii).

Wybór rodzaju modelu PPP możliwego do zastosowania w danym przypadku wymaga przeprowadzenia analiz, ale warto zwrócić uwagę, że badania efektywności niemedycznych usług dodatkowych świadczonych przez partnerów prywatnych w szpitalach PPP w Wielkiej Brytanii pokazały, że optymalizacja efektywności modeli PPP wzrasta w miarę zwiększania zakresu usług dodatkowych będących w gestii partnera prywatnego. Pomiar efektywności dotyczył nie tylko optymalizacji kosztów, lecz także oceny jakości usług, ciągłości dostaw itp. Wyniki badań (wskaźnik procentowy na schemacie nr 2) obrazują wzrost efektywności w szerokim ujęciu, a nie tylko w ujęciu kosztowym.

5 ISCT: *Independent Sector Treatment Centres*, czyli niezależne zakłady opieki zdrowotnej.

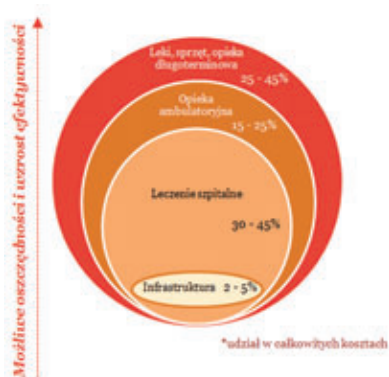
**Schemat 2. Wzrost efektywności w miarę rozszerzania zakresu usług dodatkowych partnera prywatnego w szpitalnym modelu PPP**



Źródło: Badania przeprowadzone przez National Audit Office na podstawie danych placówek PPP w Wielkiej Brytanii.

Model zintegrowany PPP w szpitalnictwie ma do tychczas najszerze zastosowanie w Hiszpanii, Portugalii i Turcji. Wydatki na infrastrukturę wciąż jednak stanowią ułamek wydatków w ochronie zdrowia, dlatego możliwe do osiągnięcia efekty kosztowe przez cały czas trwania umowy PPP w modelu infrastrukturalnym są ograniczone. Szacunki wykonane przez PwC, prezentowane na poniższym schemacie (Schemat 3), pokazują, że możliwe do osiągnięcia oszczędności, związane z zaangażowaniem partnera prywatnego w utrzymanie infrastruktury nowego obiektu szpitalnego, oscylują wokół 2–5%.

**Schemat 3. Poziom możliwych korzyści z zastosowania PPP rosnący wraz ze wzrostem liczby zadań objętych przedsięwzięciem PPP w szpitalnictwie**



Źródło: PwC, Health Research Institute, *Build and Beyond: The (r) evolution of healthcare PPPs*.

W przypadku szpitali PPP w Hiszpanii zastosowanie modelu kompleksowego w świetle dostępnych wyników badań i analiz umożliwiło stronie publicznej w dłuższym czasie osiągnięcie około 25% oszczędności<sup>6</sup>.

Bez wątpienia każdy model PPP zastosowany w realizacji inwestycji publicznych wymaga dużej odpowiedzialności sektora publicznego. Głównym zadaniem

podmiotu publicznego w projekcie PPP jest wypracowanie mechanizmów umożliwiających weryfikację poziomu jakości usług (zarówno niemedycznych, jak i medycznych) świadczonych przez partnera prywatnego przez cały okres trwania umowy PPP.

Modele PPP w ochronie zdrowia można również klasyfikować ze względu na zastosowany **mechanizm wynagradzania partnera prywatnego**. Mechanizm wynagrodzenia (mechanizm płatności) to sposób opłacania partnera prywatnego przez stronę publiczną za usługi świadczone w ramach zawartej umowy PPP<sup>7</sup>. Konstrukcja mechanizmu płatności powinna być narzędziem motywującym partnera prywatnego do zachowania jakości usług zgodnie ze standardami określonymi w umowie PPP. W tym celu w umowie PPP definiuje się precyzyjnie zakres świadczeń partnera prywatnego, uzgadnia pomiędzy stronami sposób pomiaru jakości tych świadczeń oraz mechanizm pomniejszania wynagrodzenia partnera prywatnego w przypadku obniżonej jakości usług. Mechanizm płatności powinien być również odzwierciedleniem podziału ryzyka pomiędzy stronami PPP. Stosowana praktyka stanowi, że w przypadku opłaty za dostępność partner prywatny nie otrzymuje wynagrodzenia w okresie budowy. **Opłata za dostępność** oznacza wynagrodzenie partnera prywatnego płatne przez podmiot publiczny, uzależnione od dostępności aktywa i jakości świadczonych usług, a nie od rzeczywistego wykorzystania składnika infrastruktury publicznej<sup>8</sup>. Pierwsza transza opłaty za dostępność ma miejsce w momencie oddania obiektu do użytkowania w standardzie określonym w umowie PPP, umożliwiającym rozpoczęcie świadczenia usług. Z tego względu podział ryzyka na etapie budowy powinien odzwierciedlać zasadę, że strony przejmują ryzyko, którym umieją najlepiej zarządzać, a przypadki odejścia od tej zasady powinny znaleźć odzwierciedlenie w wynagrodzeniu. Przykładowo ryzyko opóźnień związanych

<sup>7</sup> Wytyczne PPP: Przygotowanie projektów, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, 2018 r.

<sup>8</sup> Tamże.

<sup>6</sup> I. Herbst, L. Bogusz, J. Kalecińska-Rossi, A. Sarnacka, ... *op. cit.*

z uzyskaniem decyzji administracyjnych zwykle ponosi strona publiczna z uwagi na większe doświadczenie w zakresie procedur administracyjnych i znajomość lokalnych uwarunkowań wpływających na skuteczne i terminowe uzyskanie wszystkich niezbędnych pozwoleń. Można się więc spodziewać, że w przypadku przejęcia takiego ryzyka, partner prywatny będzie oczekiwał wyższego wynagrodzenia i dążył do uwzględnienia ewentualnych opóźnień, związanych z zakończeniem procedur administracyjnych w harmonogramie prac budowlanych<sup>9</sup>.

Klasyfikacja projektów PPP w ochronie zdrowia na podstawie mechanizmu płatności pozwala wyodrębnić trzy modele. Najczęściej stosowany to **opłata za dostępność**. Korzysta się z niego przy najprostszym modelu PPP, nieuwzględniającym usług dodatkowych – a takich modeli PPP realizuje się w szpitalnictwie najczęściej. Drugi rodzaj to **wynagrodzenie** dla partnera prywatnego **uzależnione od rzeczywistego wykorzystania usługi**, np. uzależnienie płatności od liczby wykonanych zabiegów usunięcia przepukliny w **przypadku** programu ISTC w Wielkiej Brytanii. Kolejny model jest specyficzny dla projektów w Hiszpanii – wynagrodzenie dla partnera prywatnego ma charakter mechanizmu płatności, w którym operator szpitala otrzymuje płatność zależną od liczby pacjentów zamieszkałych

w regionie działalności szpitala (**tzw. opłata kapitacyjna**, ang. *capitation payment*) – dodatkowo modyfikowany przez formułę związaną z epidemiologią i liczbą pacjentów przyjętych spoza regionu.

Model infrastrukturalny przewiduje, że **partner prywatny** będący stroną umowy o PPP **przejmie odpowiedzialność za projektowanie, budowę i utrzymanie nowego obiektu lub nowo powstałej części istniejącego obiektu** (np. nowe skrzydło szpitala), **w którym podmiot publiczny będzie prowadził działalność leczniczą**. Takie rozwiązanie umożliwia rozdzielanie przepływów pieniężnych otrzymywanych przez podmiot leczniczy z NFZ z tytułu wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, od płatności przekazywanych partnerowi prywatnemu w ramach umowy o PPP za wykonanie zadań związanych z projektowaniem i budową, a następnie utrzymaniem wytworzonych składników majątkowych. Można oczekiwać, że w modelu infrastrukturalnym partner prywatny będzie również odpowiedzialny za pokrycie (w całości lub części) nakładów inwestycyjnych. Pozyskane w tym celu środki finansowe zostaną w kalkulowane w opłatę za dostępność, która będzie wynagrodzeniem dla partnera prywatnego, przekazywanym przez stronę publiczną na zasadach określonych w umowie PPP. W takim uproszczonym modelu infrastrukturalnym można

| Klasyfikacja modeli PPP                          | Rodzaje modeli   | Przykłady  |
|--|--|--|
| wg zakresu odpowiedzialności partnera prywatnego | model infrastrukturalny  | Najpowszechniej stosowany model PPP na świecie (Australia, Kanada, Egipt, Włochy, Japonia, Ameryka Łacińska)<br>Ponad 100 nowych szpitali wybudowanych w Wielkiej Brytanii w okresie 1990–2002 (model PFI)<br><br>Ponad 50 nowych szpitali wybudowanych w Kanadzie od 2003 |
|  | model infrastrukturalny rozszerzony o dodatkowe świadczenia „niemedyczne” oraz ewentualnie diagnostykę   | Usługi w zakresie radiologii w Indiach (program zapoczątkowany w 2004 w Sawai Man Singh Medical College Hospital)<br>Program przekazania do modernizacji i świadczenia usług w ramach centrów dializ do czterech partnerów prywatnych w Rumunii w 2004                     |
|  | kompleksowy model zintegrowany   | Szpital „Queen Mamohato Memorial” w Lesotho<br>Szpitale w regionie Walencji w Hiszpanii (5 szpitali w modelu Alzira)<br>Szpitale w Peru (Szpital Alberto Leopoldo Barton Thompson, Szpital Guillermo Kaelin de la Fuente and Torre Trecca)                                 |
| wg sposobu wynagradzania partnera prywatnego     | model z opłatą za dostępność   | Zdecydowana większość modeli PPP w ochronie zdrowia  |
|  | płatność zależna od liczby pacjentów zamieszkałych w regionie działalności szpitala (tzw. opłata kapitacyjna, ang. <i>capitation payment</i> ) | Szpitale w modelu Azira w regionie Walencji w Hiszpanii  |
|  | wynagrodzenie dla partnera prywatnego uzależnione od rzeczywistego wykorzystania usługi (np. od liczby wykonanych zabiegów)                    | Program ISTC w Wielkiej Brytanii   |

Źródło: opracowanie własne na podstawie „PPPs in healthcare. Models, lessons and trends for the future”, PwC & Institute for Global Health Sciences, January 2018.

9 I. Herbst, L. Bogusz, J. Kalecińska-Rossi, A. Sarnacka, ... *op. cit.*



sobie teoretycznie wyobrazić sytuację, gdy strona publiczna wniesie do przedsięwzięcia dodatkowe aktywa (np. grunty), które partner prywatny będzie mógł przeznaczyć na działalność komercyjną (niekoniecznie leczniczą). Należy jednak mieć na uwadze fakt, że partnerzy prywatni specjalizujący się w usługach leczniczych koncentrują się na działalności medycznej<sup>10</sup>. **Podstawowym celem realizacji szpitalnego projektu PPP w modelu zintegrowanym jest świadczenie usług zdrowotnych**, dlatego należy dążyć do wyboru partnera wyspecjalizowanego w świadczeniu takich usług. Tacy partnerzy mogą być ewentualnie zainteresowani uzyskiwaniem dodatkowych przychodów z prowadzenia działalności dodatkowej w obszarach „okółomedycznych” (np. hotelu dla osób starszych lub noclegów dla osób dochodzących na zabiegi ambulatoryjne), ale raczej wątpliwe jest ich zainteresowanie komercyjną działalnością niemedyką. W zależności od wysokości przychodów możliwych do uzyskania z działalności komercyjnej, wysokość opłaty za dostępność może być zmniejszona. W przypadku, gdyby wielkość przychodów z działalności komercyjnej stanowiła przeważającą część przychodów partnera prywatnego, **model będzie miał charakter koncesji**. Jest to jednak mało prawdopodobne i może dotyczyć świadczeń medycznych, na które istnieje duży popyt<sup>11</sup>. Dopuszczalne jest również wykorzystanie za zgodą strony publicznej wytworzonych składników majątkowych na potrzeby działalności komercyjnej. Partner prywatny może być na przykład operatorem pralni znajdującej się na terenie szpitala, przy czym, oprócz zapewnienia usług pralniczych dla potrzeb szpitala, umowa PPP przewiduje świadczenie usług pralniczych również na rzecz podmiotów trzecich (np. innych szpitali). Zasady prowadzenia takiej działalności przez partnera prywatnego powinny być uzgodnione na etapie negocjacji strony publicznej z partnerem prywatnym i odzwierciedlone w stosownych zapisach umowy o PPP. **Zagadnienia, na które warto zwrócić uwagę w trakcie negocjacji umowy o PPP przez stronę publiczną i partnera prywatnego**<sup>12</sup>, to:

- potencjalna konkurencyjność działalności komercyjnej, prowadzonej przez partnera prywatnego na rzecz podmiotów trzecich, wobec działalności prowadzonej przez szpital (zobowiązanie partnera prywatnego do ustalania wynagrodzenia za usługi świadczone na rzecz podmiotów trzecich na poziomie rynkowym, dodatkowo np. pierwszeństwo świadczenia usług na rzecz szpitala itp.);
- zasady wykorzystywania majątku szpitala (przykładowo: budynku i wyposażenia pralni) przez partnera prywatnego dla potrzeb podmiotów trzecich (wymóg prowadzenia przez partnera prywatnego odrębnej księgowości i sprawozdawczości w celu

ewidencjonowania przychodów i kosztów związanych z działalnością na rzecz podmiotów trzecich, wysokość wynagrodzenia dla szpitala z tytułu wykorzystania majątku szpitalnego przez partnera prywatnego na potrzeby działalności komercyjnej, itp.);

- zasady wynagradzania partnera prywatnego za usługi świadczone na rzecz podmiotów trzecich (wysokość wynagrodzenia pobieranego bezpośrednio przez partnera prywatnego a wysokość opłaty za dostępność, możliwość obniżenia opłaty za dostępność w zamian za obniżenie wynagrodzenia należnego dla szpitala z tytułu wykorzystania majątku szpitalnego przez partnera prywatnego na potrzeby działalności komercyjnej, możliwość podziału wynagrodzenia uzyskanego z tytułu świadczenia usług na rzecz podmiotów trzecich pomiędzy stroną publiczną i partnera prywatnego itp.) – wynegocjowany mechanizm powinien być uwzględniony w modelu finansowym dotyczącym przedsięwzięcia PPP.

### Model zintegrowany

W modelu zintegrowanym wynagrodzenie partnera prywatnego może pochodzić z następujących źródeł:

- opłata za dostępność;
- wynagrodzenie z tytułu zawarcia kontraktu z NFZ;
- przychody z działalności komercyjnej (leczniczej i innej).

Należy pamiętać, że **model zintegrowany nie oznacza utraty kontroli strony publicznej nad działalnością szpitala**. Partner prywatny w szpitalu PPP prowadzi działalność leczniczą i oferuje świadczenia medyczne dla pacjentów na takich samych zasadach, jak szpital publiczny. Strona publiczna posiada szerokie uprawnienia kontrolne i ściśle monitoruje poprawność działania partnera prywatnego na zasadach określonych w umowie o PPP.

Szpital PPP może dodatkowo prowadzić działalność komercyjną (np. świadczyć odpłatne usługi zdrowotne czy np. odpłatne usługi dodatkowe dla innych placówek, takie jak: żywienie, pralnia, sterylizatornia itp.), ale podstawowym zakresem działalności leczniczej szpitala PPP są świadczenia zdrowotne dla pacjentów oferowane w ramach kontraktu z NFZ. Partner prywatny będzie otrzymywał wynagrodzenie w postaci tzw. opłaty za dostępność, zależne od osiągnięcia rezultatów zdefiniowanych w umowie o PPP.

### Wnioski dla Polski

Inwestycje w sektorze ochrony zdrowia to problem do dzisiaj nierozwiązany, a stan techniczny infrastruktury opieki zdrowotnej w Polsce trudno uznać za zadowalający. W przeważającej większości stan techniczny obiektów szpitalnych w Polsce jest zły. Niektóre szpitale publiczne zostały zbudowane w latach 70. i 80., a wiele z nich wciąż mieści się w budynkach zbudowa-

10 I. Herbst, L. Bogusz, J. Kalecińska-Rossi, A. Sarnacka, ... *op. cit.*

11 Tamże.

12 Tamże.

nych przed II wojną światową. Wydatki inwestycyjne są zazwyczaj (około 75%) ponoszone przez JST, które są organami założycielskimi w stosunku do większości szpitali<sup>13</sup>. Należy mieć na uwadze fakt, że jednostki samorządu terytorialnego (JST) dysponują ograniczonymi możliwościami finansowania inwestycji. W wielu przypadkach ich priorytetem jest przeznaczanie środków na wkład własny dla projektów współfinansowanych przez środki grantowe UE w innych sektorach niż ochrona zdrowia<sup>14</sup>.

Mimo znaczącego wysiłku modernizacyjnego podjętego w ostatnich kilkunastu latach głównie przez samorządy, przy częściowym wsparciu ze środków europejskich, ciągle pozostaje dużo do zrobienia. Dotyczy to zwłaszcza zasobów lecznictwa stacjonarnego. W przypadku tych zasobów, poziom umorzenia majątku trwałego przekroczył 60% już w 2006 roku<sup>15</sup>. W świetle norm budowlanych, budynek, którego wartość jest umorzona w 40%, kwalifikuje się do rozległego remontu kapitalnego. W przypadku budynków szpitalnych wybudowanych jeszcze w pierwszej połowie ubiegłego wieku, a one stanowią 1/5 ogółu, ale także wielu powstałych później, korzystniejsze od remontu kapitalnego może być przeniesienie działalności do nowo wybudowanych obiektów przy jednoczesnej konsolidacji placówek. Przemawiają za tym często przesłanki ekonomiczne, wymagania wynikające z olbrzymiego postępu w medycynie, jaki dokonał się w ostatnich latach, oraz zmieniającej się funkcji szpitali w nowoczesnym systemie opieki zdrowotnej. Zaniechania w tym obszarze niepotrzebnie zawyżają koszty bieżącej działalności systemu oraz niekorzystnie wpływają na jakość i bezpieczeństwo leczenia. Leczenie szpitalne pozostaje w Polsce domeną sektora publicznego, ale praktycznie nie buduje się nowych publicznych szpitali. Według raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego z 2016 r.<sup>16</sup>, od 2010 r. przybyło w Polsce ponad 200 nowych szpitali, głównie niewielkich niepublicznych ośrodków. Ich udział wzrasta i stanowi ok. jedną trzecią wszystkich tych jednostek. Autorzy raportu zwracają uwagę, że podmioty niepubliczne nastawione są głównie na wysoko wyceniane procedury i koncentrują się przede wszystkim na ortopedii oraz chirurgii jednego dnia, jak np. usuwanie zaćmy, wszczepianie endoprotez, angioplastyka czy artroskopie. Nie są to zatem ośrodki wielospecjalistyczne. Leczenie internistyczne, neurologiczne czy chirurgii ogólnej pozostaje domeną podmiotów publicznych. Przedsiębiorcy prywatni an-

gażują się w Polsce przede wszystkim w świadczenie usług podstawowej opieki zdrowotnej, opieki ambulatoryjnej, rehabilitacji czy w leczenie uzdrowiskowe. Zaangażowanie kapitału prywatnego skutkuje wyższą rentownością i jakością świadczonych usług.

Konieczność poniesienia znaczących wydatków inwestycyjnych na infrastrukturę ochrony zdrowia w Polsce, przy ograniczonej dostępności środków publicznych, będzie zatem w sposób niejako naturalny skłaniać podmioty publiczne do rozważenia wykorzystania formuły PPP. Dodatkową zachętą do takich rozważań stanowić będzie obserwowana u nas dość niska efektywność inwestycji realizowanych na podstawie metody tradycyjnej oraz niesprawność zarządzania i wysokie koszty utrzymania obiektów<sup>17</sup>.

Kluczową kwestią jest wybór właściwego modelu PPP. Podstawowym celem jest dążenie do wyboru rozwiązania najbardziej korzystnego z perspektywy interesu publicznego, a jednocześnie wykonalnego i racjonalnego biznesowo. **W uwarunkowaniach polskich najbardziej adekwatny wydaje się być tzw. model infrastrukturalny, obejmujący realizację inwestycji i następnie utrzymanie oraz zarządzanie obiektem przez partnera prywatnego. Wynagrodzeniem dla niego będzie tzw. opłata za dostępność, czyli płatność za gotowość, ponoszona przez podmiot publiczny od momentu rozpoczęcia wykorzystywania obiektu na potrzeby prowadzenia w nim działalności leczniczej.** Po zakończeniu projektu obiekt przejmowany jest przez podmiot publiczny.

W obecnych uwarunkowaniach systemowych **realizacja bardziej kompleksowego założenia tzw. modelu zintegrowanego, w którym partner prywatny przejmuje również świadczenie usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, może okazać się niewykonalna, a także niekorzystna z punktu widzenia interesu publicznego.** Na niekorzyść modelu zintegrowanego przemawia zarówno system finansowania świadczeń zdrowotnych, oparty w Polsce na formule płacenia za usługę (ang. *fee-for-service*), znacznie odbiegające od rzeczywistych kosztów wyceńny poszczególnych świadczeń (*in plus* oraz *in minus*), jak również brak instrumentów długoterminowego planowania zasobów oraz dystrybucji usług<sup>18</sup>.

Wnioski płynące z doświadczeń różnych krajów europejskich pokazują, że działająca na zasadzie zysku (ang. *profit driven*) opieka zdrowotna<sup>19</sup>:

- 1) zwiększa nierówności w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej w zależności od miejsca zamieszkania i dochodu w gospodarstwach domowych;
- 2) pogarsza dostęp do opieki dla pacjentów o niskich dochodach;
- 3) powoduje nadmierny rozwój usług dobrze finan-

13 *Zarys Systemu Ochrony Zdrowia Polska 2012*, tłumaczenie angielskiej publikacji Health Systems in Transition; <https://akademia.nfz.gov.pl/zarys-systemu-ochrony-zdrowia-polska-2012/>; [dostęp: 09.02.2019].

14 I. Herbst, L. Bogusz, J. Kalecińska-Rossi, A. Sarnacka, ... *op. cit.*

15 *Zarys Systemu Ochrony Zdrowia Polska 2012*, ... *op. cit.*

16 *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. B. Wojtyński, P. Goryński; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016.

17 I. Herbst, L. Bogusz, J. Kalecińska-Rossi, A. Sarnacka, ... *op. cit.*

18 Tamże.

19 Tamże.

sowanych i jednocześnie prowadzi do zaniedbań w sferze ważnych, ale źle finansowanych usług medycznych;

4) stanowi zagrożenie dla jakości usług;

5) wpływa na funkcjonowanie placówek publicznych w ten sposób, że przyjmują one strategie działania właściwe dla podmiotów komercyjnych, a także

6) przyczynia się do zwiększenia ogólnych kosztów opieki zdrowotnej przy jednoczesnym ograniczeniu demokratycznej kontroli nad wydatkowaniem środków publicznych.

Zdaniem wielu ekspertów komercjalizacja usług publicznych może przynosić korzyści tylko wtedy, gdy organy publiczne są wystarczająco silne i sprawne, żeby nadzorować jakość usług, gwarantować wszystkim

równy do nich dostęp oraz móc wycofać się z rozwiązań rynkowych, jeśli okażą się niekorzystne dla interesu publicznego.

Wykorzystanie formuły PPP do inwestycji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia w Polsce może przynieść korzyści dla podmiotów publicznych. Atuty PPP to przede wszystkim szybsza realizacja projektów, lepsza alokacja ryzyka, a także uzyskanie szerszych możliwości działania w innych sferach dzięki zaangażowaniu kapitału prywatnego w realizację inwestycji publicznych, zwłaszcza w sytuacji występujących ograniczeń finansowych.

---

**Lilianna Bogusz** – jest dyrektorem Departamentu Partnerstwa Publiczno-Prywatnego w Ministerstwie Inwestycji i Rozwoju. Doświadczenie w obszarze finansowania inwestycji infrastrukturalnych zdobywała pracując kilkanaście lat w jednej z międzynarodowych firm doradczych. Zarządzała projektami związanymi z wykorzystaniem funduszy europejskich, środków międzynarodowych instytucji finansowych oraz partnerstwa publiczno-privatnego. Brała udział w procesie legislacyjnym nowelizacji ustawy o partnerstwie publiczno-privatnym w 2018 r. Reprezentuje MliR w międzynarodowych agendach odpowiedzialnych za tematykę PPP (EPEC – Europejskie Centrum Wiedzy PPP; UNECE International PPP Centre of Excellence). Jest absolwentką Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego oraz studiów podyplomowych w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi.

## 2.1. Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu

Wykorzystanie formuły PPP do realizacji przedsięwzięcia budowy nowego Szpitala Powiatowego w Żywcu to temat, który ma kluczowe znaczenie dla rozwoju rynku PPP w Polsce. Jednocześnie jest to jedna z najbardziej oczekiwanych inwestycji w regionie, mogąca w istotny sposób poprawić zarówno jakość życia mieszkańców, jak i poziom oferowanej bazy usług dla turystów. Jakkolwiek PPP jest wykorzystywane do projektów budowy szpitali w wielu krajach Europy, projekt żywiecki to pierwszy i dotychczas jedyny tego typu projekt w Polsce. Jednocześnie, tak jak w przypadku każdego pionierskiego i innowacyjnego przedsięwzięcia, również w przypadku tego projektu nie udało się uniknąć błędów, przed którymi w przyszłości mogą uchronić się uczestnicy kolejnych projektów. W porównaniu z kilkoma umowami PPP, zawartymi dotychczas w sektorze ochrony zdrowia w Polsce, zakres formuły PPP w projekcie budowy i utrzymania szpitala w Żywcu jest najbardziej zbliżony do międzynarodowych doświadczeń. Fakt, że dzięki zaangażowaniu finansowemu Banku Gospodarstwa Krajowego przedsięwzięcie ma szansę zakończyć się sukcesem, pozytywnie rokuje dla podobnych projektów w przyszłości.

### Partnerzy projektu: PPP – powiat Żywiec i InterHealth Canada Limited (ICL)

#### Cele projektu

Projekt Szpitala Powiatowego w Żywcu jest pierwszym tej skali projektem partnerstwa publiczno-prywatnego w polskim sektorze ochrony zdrowia. Partner prywatny (*InterHealth Canada Limited*) nie tylko projektuje, finansuje i buduje obiekt, ale przede wszystkim jest odpowiedzialny za zarządzanie świadczeniem usług medycznych.

Efektom realizacji projektu będzie podwyższenie jakości i standardu oferowanych usług medycznych, kompleksowe podejście do opieki medycznej (spójny i zintegrowany system profilaktyki, podstawowej opieki zdrowotnej, ratownictwa i leczenia szpitalnego, opieki rehabilitacyjnej i poszpitalnej). Szpital w Żywcu zapewni pacjentom dostęp do szerszego wachlarza usług medycznych oraz do usług nieoferowanych obecnie w powiecie żywieckim. Możliwe będzie podniesienie efektywności świadczenia usług medycznych zgodnie z duchem projektów PPP poprzez m.in. wprowadzenie nowych metod zarządzania szpitalem oraz wskaźników jakości. Planowane jest przeprowadzenie pierwszego w środkowej i centralnej części Europy procesu uzyskania akredytacji kanadyjskiej (*Accreditation Canada*). Ponadto, w Szpitalu Powiatowym w Żywcu zostaną stworzone nowe miejsca pracy w regionie.

#### Dlaczego powiat wybrał formułę PPP?

Powiat żywiecki jest zobligowany do zagwarantowania mieszkańcom i turystom odwiedzającym region dostępu do usług medycznych w określonym standardzie, jednakże nie umożliwia tego obecna infrastruk-

tura szpitalna, pochodząca częściowo z XIX w. Istniejące w Żywcu obiekty nie spełniają standardów europejskich czy przepisów krajowych w zakresie poziomu świadczenia usług medycznych, a ze względu na objęcie części obiektów ochroną przez konserwatora zabytków, nie jest możliwe ich dostosowanie do wymogów nowoczesnej medycyny. Dodatkowo, koszt generalnego remontu i ich modernizacji przekroczyłby koszt budowy nowych budynków.

Decyzja Starostwa Powiatowego w Żywcu (podmiotu publicznego) o realizacji przedsięwzięcia w formule PPP wynikała z następujących przesłanek:

1. Możliwość realizacji zadania publicznego przy ograniczonych środkach publicznych.
2. Zwiększenie efektywności operacyjnej poprzez korzystanie z doświadczenia partnera; prywatnego, który zarządza i prowadzi jednostki ochrony zdrowia i który jest zobowiązany do spełnienia założonych wskaźników efektywności (KPIs).
3. Optymalizacja ryzyka związanego z inwestycją – ryzyko zdobycia finansowania i budowy jest po stronie partnera prywatnego.
4. Podniesienie jakości świadczonych usług publicznych – partner prywatny wnosi nowe standardy usług i podwyższa jakość świadczonych usług.
5. Wzrost innowacyjności – partner prywatny wnosi swoje *know how* i rozwiązania.



**Szpital Powiatowy w Żywcu. 1. Wejście i podjazd na Izbę Przyjęć. 2. Wejście na Oddział ginekologiczno-położniczy. 3. Budynek Oddziału Wewnętrznego. 4. Widok na najstarszy budynek szpitalny z 1881r. 5. Wejście dla pogotowia ratunkowego na Oddział Intensywnej Terapii 6. Budynki techniczne (magazyn brudnej bielizny i magazyn odpadów medycznych).**

Źródło: Szpital Powiatowy w Żywcu

### Opis procesu przetargowego

Proces wyboru partnera prywatnego został starannie przygotowany przez podmiot publiczny. Przed przystąpieniem do postępowania przetargowego podmiot publiczny przeprowadził stosowne analizy oraz przygotował materiały wyjściowe do przedyskutowania z wykonawcami w trakcie planowanego dialogu konkurencyjnego, w tym: *Studium wykonalności dla Nowego Szpitala* i *Program funkcjonalno-użytkowy*. Ponadto powiat zorganizował wstępne spotkania z trzema wykonawcami oraz wyznaczył doradców.

#### **Od zamieszczenia ogłoszenia, przez dialog konkurencyjny, opracowanie SIWZ do wyboru najkorzystniejszej oferty**

22 września 2009 r. powiat żywiecki (zamawiający) zamieścił ogłoszenie o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej o prowadzonym postępowaniu w trybie dialogu konkurencyjnego, określając zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych warunki dopuszczenia do udziału w postępowaniu. W ogłoszeniu zawarto informację o możliwości zapoznania się z materiałami dotyczącymi istniejącego szpitala. Przygotowane materiały dla zainteresowanych dialogiem kontrahentów zostały zawarte w opisie potrzeb i wymagań zamawiającego i zawierały:

- a) ogólną charakterystykę przedsięwzięcia w tym definicje i interpretacje;
- b) potrzeby i wymagania prawno-administracyjne w tym:

- potrzeby starostwa,
  - przedmiot dialogu,
  - wymagania minimalne,
  - informacje i dokumenty umożliwiające przygotowanie się wykonawców do dialogu;
- c) potrzeby i wymagania związane ze składnikiem majątkowym przeznaczonym do realizacji przedsięwzięcia;
  - d) potrzeby i wymagania związane z finansowaniem przedsięwzięcia;
  - e) potrzeby i wymagania związane z projektowaniem i budową;
  - f) potrzeby i wymagania związane z zarządzaniem przedmiotem przedsięwzięcia;
  - g) potrzeby i wymagania związane ze świadczeniem usług zdrowotnych;
  - h) podział ryzyk, odpowiedzialność, zabezpieczenia i ubezpieczenia;
  - i) warunki odstąpienia od umowy oraz przedwczesnego rozwiązania umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym.

Do postępowania zakwalifikowało się 9 oferentów zarówno lokalnych, jak i międzynarodowych. W pre-kwalifikacjach przedsiębiorstwa musiały wykazać się m.in. odpowiednim doświadczeniem oraz zdolnością kredytową na poziomie 100 mln złotych. Wszystkie zgłoszone podmioty zostały zakwalifikowane do dalszego etapu postępowania.

W okresie od stycznia do lipca 2010 r. powołana przez Zamawiającego Komisja Przetargowa (uchwała

Zarządu Powiatu w Żywcu Nr 887/09/III z 14 października 2009 r.) przeprowadziła dialog z wszystkimi zakwalifikowanymi do postępowania wykonawcami. W skład komisji przetargowej oprócz przedstawicieli zamawiającego zostały powołane osoby z kancelarii prawniczej odpowiedzialnej za prawidłowe przeprowadzenie postępowania, a także doradca finansowy i techniczny.

### Z perspektywy podmiotu publicznego

Na etapie przetargu zamawiający powinien był powołać do komisji przetargowej większą liczbę ekspertów w dziedzinie planowania szpitali, finansów, prawa kontraktowego (w tym umów PPP) itd. W komisji zasiadali wybrani przedstawiciele rady powiatu, jednakże nie gwarantowało to merytorycznej dyskusji z oferentami w trakcie dialogu konkurencyjnego.

*Powiat żywiecki*

Dialog odbył się w trzech turach i był prowadzony oddzielnie z każdym wykonawcą, przy zachowaniu poufności ich prowadzenia. Na wniosek niektórych wykonawców w rozmowach uczestniczyli wybrani przez nich przedstawiciele instytucji finansujących.

### Okiem instytucji finansującej

Instytucje finansujące są „trzecim partnerem” w realizacji projektów PPP, w związku z czym bardzo istotne jest zaangażowanie potencjalnych podmiotów finansujących w weryfikację i analizę projektu na możliwie wczesnym etapie. Przegląd projektu przez bank na etapie tworzenia SIWZ i możliwość weryfikacji zapisów umowy PPP pod kątem jej bankowości, zwiększa pewność pozyskania satysfakcjonującej oferty banku i sfinansowania projektu.

*BGK*

W efekcie przeprowadzonego dialogu opracowana została specyfikacja istotnych warunków zamówienia w sposób gwarantujący złożenie ofert.

SIWZ został ogłoszony dla uczestników dialogu konkurencyjnego 25 października 2010 r. Wymagał od oferentów wykazania się w ofercie przygotowaniem oraz wiedzą merytoryczną, co obrazują jego poszczególne wymagania. Oferenci musieli zaprezentować między innymi:

- koncepcję szpitala wraz z programem funkcjonalnym,
- harmonogram realizacji,
- strukturę organizacyjną dla realizacji projektu i budowy,
- opis etapu przygotowawczego przed rozpoczęciem świadczenia usług (*transition plan*),
- plan przejęcia personelu,
- model/metodologię świadczenia usług zdrowotnych,
- sposoby zarządzania jakością (planowane wskaźniki jakości),

- opis planowanych usług wspierających działalność medyczną,
- planowane usprawnienia/efektywności/oszczędności,
- model finansowy.

Dodatkowo partner prywatny na etapie składania oferty musiał udokumentować zdolność do sfinansowania przedsięwzięcia w formie wstępnej oferty finansowej instytucji finansujących.

W dialogu konkurencyjnym brało udział 9 oferentów. W dniu składania ofert, tj. 31 marca 2011 r. tylko jeden podmiot złożył ofertę – *InterHealth Canada Limited*. 17 czerwca 2011 r. ogłoszono, że oferta złożona przez ICL została uznana za spełniającą warunki. Następnie Starostwo Powiatowe w Żywcu oraz ICL uzgodnili ostateczną wersję umowy PPP (na podstawie zapisów ujętych w SIWZ).

### Przedmiot umowy PPP

15 września 2011 r. została zawarta umowa o partnerstwie publiczno-prywatnym pomiędzy powiatem żywieckim (podmiot publiczny) i *InterHealth Canada Limited* (partner prywatny) na zaprojektowanie, budowę, wyposażenie oraz sfinansowanie nowego Powiatowego Szpitala w Żywcu. Zgodnie z umową PPP partner prywatny będzie utrzymywał i zarządzał szpitalem oraz świadczył usługi medyczne m.in. w ramach przekazanych przez partnera publicznego kontraktów NFZ. Nowy szpital będzie realizował wszystkie usługi medyczne świadczone w obecnie istniejącym szpitalu (prowadzenie oddziału wewnętrznego, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii, położniczo-ginekologicznego, pediatrycznego i neonatologicznego, izby przyjęć i oddziału intensywnej terapii). Dodatkowo, zostaną wprowadzone nowe świadczenia oraz zostanie utworzony Szpitalny Oddział Ratunkowy wyposażony w lądowisko dla śmigłowca medycznego, co zagwarantuje szybszy dostęp do opieki dla pacjentów w stanach nagłych.

### Opis budowanej infrastruktury szpitala

Budynek składa się z pięciu kondygnacji naziemnych, w tym z czterech kondygnacji użytkowych i jednej kondygnacji technicznej. Od strony południowo-wschodniej do głównego budynku przylega dwukondygnacyjny budynek techniczny i jednokondygnacyjny podjazd dla karettek.

Powierzchnia brutto Nowego Szpitala wynosząca 23 568 m<sup>2</sup> została zaprojektowana w taki sposób, aby mogły być tam realizowane zarówno świadczenia wykonywane w istniejącym szpitalu, jak i nowe, zaplanowane przez partnera prywatnego, w tym także usługi wspierające działalność szpitala. **Realizacja wszystkich usług w jednym budynku pozwoli na osiągnięcie efektywności i usprawnień operacyjnych. Projekt szpitala został przygotowany tak, aby zapewnić elastyczność organizacji pracy, a także możliwość dostosowania do zmieniającej się epidemiologii oraz potrzeb lokalnej społeczności.**



Zaprojektowano 319 miejsc parkingowych dla pacjentów i odwiedzających oraz cztery miejsca parkingowe dla karetek. Lądowisko dla helikopterów zostało usytuowane w północno-wschodniej strefie wejściowej, aby zapewnić wymagany dostęp do SOR.

#### Co było ważne dla partnera prywatnego

Przejęcie przez stronę publiczną odpowiedzialności za potencjalne znaleziska archeologiczne i pokrycie kosztów ich usunięcia wraz z zagwarantowaniem przesunięcia daty zakończenia prac budowlanych stanowiło istotny aspekt podziału ryzyka.

*Grupa InterHealth Canada*

#### Wizualizacja budynku nowego szpitala powiatowego w Żywcu od ul. Pól Lisickich w Żywcu

Źródło: N+ Parametric Design

Szpital będzie dysponował 380 łóżkami oraz znaczną powierzchnią przeznaczoną na działalność ambulatoryjną (poradnie ambulatoryjne). Liczba łóżek oraz infrastruktura wymagana do realizacji założonych poziomów aktywności została oszacowana i zaprojektowana przez zespół *InterHealth Canada* ds. planowania klinicznego. W pracach zespołu były brane pod uwagę między innymi: strategia świadczenia usług medycznych, ścieżki pacjentów i ścieżki kliniczne, długość pobytu pacjentów oraz wykorzystanie zasobów ludzkich.

#### Wkład własny podmiotu publicznego

##### Istotny wkład strony publicznej

Podmiot publiczny powinien dochować wszelkiej staranności w zagwarantowaniu jasnego stanu prawnego działek/nieruchomości przeznaczonych na realizację inwestycji jako wkład partnera publicznego. Pojawienie się kwestii wymagających wyjaśnień lub zmian na etapie postępowania lub wdrażania projektu stanowi jedno z istotnych zagrożeń realizacji całego przedsięwzięcia.

*Grupa InterHealth Canada*



#### Wizualizacja budynku nowego szpitala powiatowego w Żywcu od ul. Pól Lisickich w Żywcu od strony pód.-wsch.

Źródło: N+ Parametric Design



**Wizualizacja budynku nowego szpitala powiatowego w Żywcu** Źródło: N+ Parametric Design

Wkładem podmiotu publicznego jest teren znajdujący się przy ul. Pola Lisickich 80 na terenie miasta Żywiec (dzielnica Sporysz), którego obszar wynosi łącznie 48 240 m<sup>2</sup>. Część terenu Nowego Szpitala została zakupiona przez mieszkańców powiatu z przeznaczeniem na budowę szpitala.

#### **Rada partnera prywatnego**

Podmiot publiczny powinien przeanalizować zapisy planu miejscowego zagospodarowania przestrzennego (jeśli istnieje) tak, aby zagwarantować ich kompatybilność z celami inwestycyjnymi przedsięwzięcia. Dodatkowo wsparciem dla szybkiego wdrożenia projektu jest zagwarantowanie przez podmiot publiczny doprowadzenia/rewitalizacji (jeśli to konieczne) mediów do granic działki, na której będzie realizowana dana inwestycja oraz zapewnienie infrastruktury drogowej dającej dostęp do ww. działki. Przenalizowanie konieczności reorganizacji ruchu drogowego, w tym transportu miejskiego powinno zostać przeprowadzone w trakcie projektowania.

*Grupa InterHealth Canada*

Dodatkowo, po przeniesieniu świadczenia usług medycznych do nowej lokalizacji, Starostwo Powiatowe w Żywcu przekaze partnerowi prywatnemu, w ramach umowy o korzystanie, kompleks obiektów istniejącego szpitala w celu rozszerzenia możliwości pozyskania dodatkowych źródeł przychodu.

#### **Uwaga partnera prywatnego**

Stan prawny obowiązujący w momencie przeprowadzania przetargu i podpisywania umowy, nie pozwalał na zawiązywanie spółek celowych po wybraniu oferenta. Powodowało to duże trudności w ułożeniu organizacyjnym transakcji a także realokacji zobowiązań i ryzyk.

*Grupa InterHealth Canada*

## **Najistotniejsze elementy umowy PPP**

### **Podział zadań i ryzyka**

Alokacja ryzyk w projekcie nastąpiła już na etapie przygotowywania SIWZ. Potencjalny partner prywatny musiał zaakceptować m.in. ryzyko projektowania i budowy, ryzyko przejścia i rozpoczęcia świadczenia usług w Nowym Szpitalu, ryzyko utrzymania i zarządzania Nowym Szpitalem, ryzyko świadczenia usług zdrowotnych oraz ryzyko przekazania/zwrotu przedmiotu przedsięwzięcia w dacie wygaśnięcia umowy o partnerstwie.

### **Refleksje podmiotu publicznego**

Ze względu na niewielkie doświadczenie w realizacji projektów PPP w Polsce, przyjęty przez powiat żywiecki podział zadań i ryzyk miał na celu realokację jak największej liczby ryzyk na partnera prywatnego. Niesymetryczny podział ryzyk spowodował na późniejszym etapie liczne komplikacje w dopracowaniu modelu biznesowego, a także pozyskaniu finansowania przez partnera prywatnego. Z perspektywy czasu podmiot publiczny rozważyłby nieco inny rozkład ryzyk, szczególnie tych, którymi partner prywatny nie jest w stanie zarządzić. Specyficzna i najważniejsza była kwestia alokacji ryzyka kontraktacji z NFZ, która jest kluczowa dla realizacji przedsięwzięcia, a pozostaje poza kontrolą stron umowy PPP. Strona publiczna zobowiązała partnera prywatnego do zagwarantowania ciągłości świadczonych usług medycznych dla lokalnej społeczności. Zapewnienie kontraktacji z NFZ jest głównym ryzykiem i wyzwaniem w realizacji projektów w ochronie zdrowia. W realizacji przedsięwzięć podobnych do Szpitala Powiatowego w Żywcu pomocne byłyby mechanizmy gwarancyjne i wsparcia zapewniające ciągłość kontraktacji na wzór innych krajów europejskich.

*Powiat żywiecki*



### Z perspektywy partnera prywatnego

Z uwagi na dynamikę i długofalowość projektów PPP niekorzystne jest nakładanie na partnera prywatnego ograniczeń co do sposobu sfinansowania przedsięwzięcia, w tym np. obowiązku ustanowienia strony publicznej jako udziałowca w spółce partnera prywatnego. Metody monitorowania oraz zakresy współdziałania powinny zostać szczegółowo określone w umowie PPP w taki sposób, by interes społeczności lokalnej był realizowany, a partner prywatny osiągał najlepsze wyniki zarówno w aspekcie używanych efektów medycznych, jak i finansowych.

*Grupa InterHealth Canada*

### Zadania (Podmiot Publiczny)

- Zawarcie umowy wsparcia pomiędzy Starostwem a Gminą Żywiec oraz pozostałymi gminami Powiatu
- Cesja wszystkich umów z NFZ,
- Dostarczenie do granic nieruchomości Nowego Szpitala wszystkich mediów (oprócz gazu/C.O.)
- Dostosowanie i budowa dróg dojazdowych do Nowego Szpitala
- Zapewnienie odbioru wód opadowych
- Udzielenie wszelkich decyzji i pozwoleń niezbędnych do realizacji przedsięwzięcia
- Zawarcie umowy o korzystanie z nieruchomości / Nowy Szpital/
- Przekazanie nieruchomości i budynków istniejącego szpitala
- Zagwarantowanie, iż postanowienia MPZP Gminy Żywiec umożliwiają realizację przedsięwzięcia
- Zagwarantowanie zakresu i poziomu finansowania z NFZ nie mniejszego niż na dzień złożenia oferty tj. 31 marca 2011r
- Prowadzenie działalności ZZOZ w Żywcu do czasu rozpoczęcia świadczeń usług w Nowym Szpitalu

### Zadania (Partner Prywatny)

- Koncepcja i projekt budowlany Nowego Szpitala w Żywcu
- Zorganizowanie finansowania
- Budowa Nowego Szpitala
- Wyposażenie Nowego Szpitala
- Opracowanie Planu Medycznego
- Realizacja założonych KPIs – wskaźników jakości
- Przejęcie wszystkich pracowników zgodnie z Art. 23' kodeksu pracy
- Przeprowadzenie szkoleń pracowników
- Transfer pacjentów/sprzętu/dokumentacji medycznej
- Prowadzenie działalności medycznej na wysokim poziomie i zgodnie z potrzebami społeczności lokalnej przez okres Umowy
- Przekazanie szpitala oraz przejętych nieruchomości do Starostwa po upływie 30 lat

Pomimo podpisania umowy PPP, projekt przez długi czas nie mógł pozyskać zamknięcia finansowego, a tym samym umowa PPP nie mogła wejść w życie.

### Napotkane wyzwania

Wpływ na to miały dynamiczne zmiany w otoczeniu regulacyjnym oraz zmieniające się warunki rynkowe, takie jak kryzys globalny w 2010 r. Ponadto, istotne znaczenie miał zbyt krótki okres trwania kontraktów NFZ w stosunku do długoterminowego finansowania, brak udziału i wsparcia płatnika (NFZ) w przedsięwzięciu oraz wysoka dynamika zmian w sposobie i kwotowaniu poszczególnych usług medycznych – zmienna rentowność usług po stronie przychodowej, a tym samym trudna projekcja rentowności projektu i zdolności obsługi zadłużenia. Czynnikiem hamującym prace były również systematycznie rosnące wymogi kosztowe świadczonych usług w ramach kontraktacji NFZ oraz brak rozwiniętego prywatnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych na dużą skalę. Powyższe aspekty miały szczególne znaczenie, biorąc pod uwagę wymagany długi okres finansowania.

### Z doświadczeń podmiotu publicznego

Powiat żywiecki jako pierwsza jednostka samorządowa podjął się realizacji budowy szpitala w formule PPP. Zawierając umowę z partnerem prywatnym w 2011 r. byliśmy przekonani, że projekt ten uzyska mocne wsparcie ze strony rządu jak i Narodowego Funduszu Zdrowia. Przez dwa lata staraliśmy się uzyskać status projektu pilotażowego, niestety nasze oczekiwania w tym zakresie okazały się płonne. Podmiot publiczny wraz z partnerem prywatnym prowadzili prace nad zamknięciem finansowym projektu w sytuacji:

- braku stabilizacji przepisów prawnych,
- zmienności zasad finansowania służby zdrowia, w tym braku mechanizmów w NFZ w zakresie re-dystrybucji środków finansowych zgodnie z zasadą przypisania środków do pacjenta.

Powyższe okoliczności sprawiły, że proces zamknięcia finansowego z przyczyn niezależnych od stron umowy PPP znacznie się opóźnił.

*Powiat żywiecki*

Od momentu zawarcia umowy PPP przez blisko 4 lata trwało pozyskanie finansowania dłużnego. Fiasko początkowych poszukiwań wynikało z przeszacowanych możliwości przychodowych obiektu przy aktualnym otoczeniu regulacyjno-prawnym, a także braku wsparcia ze strony NFZ w zapewnieniu gwarancji kontraktów w długim okresie. Po rewizji założeń, przedstawiony biznesplan wraz z odpowiednim dostosowaniem zapisów umowy PPP, został uznany za bankowalny i przystąpiono do strukturyzacji transakcji przez instytucje finansowe. Finalnie konsorcjum zostało złożone z EBOiR oraz dwóch banków komercyjnych: FM Bank PBP oraz Alior Bank.

Trudności formalno-organizacyjne ze spełnieniem jednego z warunków uruchomienia kredytu, spowodowały, że uruchomienie finansowania zostało odłożone w czasie, a inwestor podjął decyzję o rozpoczęciu robót budowlanych finansując je ze środków własnych.

Niestety zachodzące w tym czasie zmiany własnościowe w bankach poskutkowały zmianą strategii obu banków komercyjnych będących w konsorcjum. Mimo, że wymagany wkład własny został już prawie w całości wydatkowany, uruchomienie finansowania nie było możliwe w ramach zawiązanego konsorcjum, a partner prywatny musiał przystąpić do ponownego poszukiwania instytucji finansujących.

Dodatkowo, na proces ponownego pozyskiwania finansowania nałożyły się zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia, co uniemożliwiło partnerowi prywatnemu przedstawienie wiarygodnych założeń przychodowych i kosztowych przedsięwzięcia. Ponowne ułożenie modelu biznesowego okazało się możliwe dopiero pod koniec 2017 r., kiedy to szpital powiatowy został zaklasyfikowany do sieci szpitali.

W październiku 2018 r. partner prywatny podpisał umowę kredytową na sfinansowanie projektu z Bankiem Gospodarstwa Krajowego.

### Z perspektywy instytucji finansującej

Zmieniające się otoczenie regulacyjne i system wyceny świadczeń medycznych, a także krótkoterminowe kontrakty z NFZ powodują trudności w ocenie długoterminowych prognoz finansowych przez banki. Istotnie zwiększa to profil ryzyka przedsięwzięcia. Implikuje w efekcie bardzo ostrożnościowe podejście instytucji finansujących do takich projektów i przyjętych założeń oraz dużo bardziej restrykcyjne warunki finansowania niż przy projektach PPP opartych np. o opłatę za dostępność.

Nie bez znaczenia dla projektu jest również ogólne postrzeganie przez rynek finansowy sektora medycznego jako tego o zwiększonym ryzyku – brak dobrych przykładów na finansowanie służby zdrowia w segmentach publicznych (w większości szpitale są zadłużone, a finansowanie ma charakter restrukturyzacyjny), a także postrzeganie rynku jako intratnego tylko w obszarze inwestycji w sektorze prywatnym.

Oznacza to, że finansowanie tego typu projektów w sektorze ochrony zdrowia możliwe jest, gdy planowany model biznesowy partnera prywatnego jest wysoce efektywny, a zarówno partner prywatny, jak i podmiot publiczny gotowi są do udzielenia wsparcia i zaangażowania przy ograniczeniach wynikających ze struktury umowy PPP.

BGK

### Zamknięcie finansowe

W trakcie projektu zastosowano mityganty oraz wystąpiły zmiany w otoczeniu regulacyjnym, które umożliwiły osiągnięcie zamknięcia finansowego, takie jak:

1. Włączenie szpitala w Żywcu do sieci szpitali, a tym samym zapewnienie długofalowego finansowania.
2. Zagwarantowanie przez rząd wzrostu nakładów na służbę zdrowia do 6% PKB w roku 2022.
3. Istotny poziom wzrostu gospodarczego, a tym samym oczekiwany wzrost dochodu do dysponowania – możliwość finansowania części świadczeń medycznych przez osoby prywatne (*out of pocket*).
4. Możliwość finansowania przez jednostki samorządu terytorialnego, w tym przypadku przez powiat, dla mieszkańców powiatu świadczeń gwarantowanych oraz programów polityki zdrowotnej.
5. Przychody szpitala oparte na trzech filarach: kontrakty NFZ, przychody ze świadczeń prywatnych, przychody z usług pozamedycznych np. parkingu.
6. Przejęcie obiektów istniejącego szpitala – generowanie dodatkowych przychodów dla projektu.
7. Ze względu na nową infrastrukturę możliwość udziału w konkursach NFZ na nowe usługi np. dodatkowe poradnie ambulatoryjne.
8. Wysoki poziom świadczeń medycznych oraz nowa infrastruktura mająca wpływ na zwiększone prawdopodobieństwo pozyskania zagranicznych pacjentów.

### Główne trudności

#### z perspektywy partnera prywatnego

Projekty realizowane w formule partnerstwa publiczno-prywatnego mają z reguły bardzo długi okres trwania. Z perspektywy inwestora prywatnego oznacza to zaangażowanie środków własnych również na ponadprzeciętnie długi okres, istotnie dłuższy niż w przypadku standardowych inwestycji komercyjnych.

W ramach PPP zakłada się budowę najczęściej nowej infrastruktury, wdrożenie nowych systemów zarządzania usługami stanowiącymi przedmiot umowy PPP oraz zwiększenie efektywności. Wszystkie te zadania muszą być realizowane w oparciu o określone parametry inwestycyjne i zakładać zwrot na zainwestowanym kapitale. Dodatkowo formuła PPP przyjęta w projekcie żywiewickim nie zakłada opłaty za dostępność, która stabilizowałaby osiągnięte przychody.

Długość trwania projektu oraz jego rentowność stanowią także jedno z głównych ryzyk z perspektywy potencjalnych instytucji finansujących. Specyfika tych ryzyk powoduje, że mogą być one zmitygowane wyłącznie przez bardzo dobre przygotowanie projektu przez stronę publiczną, w szczególności przy wsparciu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia (m.in. poprzez zapewnienie transferu kontraktów z NFZ). Dlatego istotne dla bankowości projektu oraz aktywizacji rynku PPP w ochronie zdrowia jest zaangażowanie się tych instytucji.

Ważne jest wypracowanie formuł, w jakich podmiot publiczny i partner prywatny będą działać wspólnie dążąc do zwiększenia atrakcyjności ekonomicznej i społecznej projektu:

- a) podmiot publiczny – po stronie ciągłego wspierania projektu i niwelowania ewentualnych powstających barier,
- b) prywatny inwestor – w sposób ciągły aktualizując i usprawniając procesy zarządzania projektem.

*Grupa InterHealth Canada*

### **Dalsze wyzwania w realizacji projektu**

Uzyskanie zamknięcia finansowego determinuje możliwości realizacji projektu. Jednak największe wyzwania jeszcze czekają na wdrażających projekt a wśród nich:

- realizacja planu przeniesienia (*Transition Plan*);
- realizacja harmonogramu budowlanego oraz wyposażenia nowego szpitala w założonym terminie;
- uzyskanie stabilności oraz wzrostu dochodów z NFZ (obecnie powiat żywiecki uzyskuje ok. 50% dochodów *per capita* w leczeniu szpitalnym w porównaniu z mieszkańcami powiatów sąsiednich);
- cesja kontraktów NFZ przez obecnego świadczeniodawcę na partnera prywatnego;
- przygotowanie i przeszkolenie personelu obecnego szpitala w zakresie zarządzania zmianą (*change management*) miejsca, organizacji pracy, zakresu świadczonych usług, systemów zarządzania jakością, koordynowaniu ścieżki pacjenta itp.;
- wypracowanie z personelem oraz kierownictwem obecnego szpitala procedur zarządzania jakością opartych zarówno na modelach międzynarodowych, jak i krajowych w celu zagwarantowania uzyskania założonych wskaźników jakości oraz uzyskania akredytacji krajowej i kanadyjskiej (*Accreditation Canada*);
- rozszerzenie wachlarza oferowanych usług medycznych w regionie;
- dalsza efektywna współpraca z podmiotem publicznym w zakresie optymalizacji zarówno przychodów, jak i kosztów, w tym wsparcie w zakresie szerzenia profilaktyki zdrowotnej.

### **Opracowanie planu przeniesienia**

Należy tutaj zwrócić uwagę, że trwający obecnie etap opracowania planu przeniesienia działalności szpitalnej jest jednym z kluczowych i najbardziej skomplikowanych procesów w realizacji przedsięwzięcia oraz ma znaczący wpływ na jego późniejszą efektywność. Przeniesienie obejmuje opracowanie i uszczegółowienie zadań gwarantujących skuteczne uruchomienie Nowego Szpitala, dotyczących wszystkich aspektów jego działalności, w tym związanych z:

- działalnością medyczną;
- organizacją pracy personelu (m.in. audyt zasobów ludzkich, identyfikacja potrzeb szkoleniowych, przygotowanie prawne do transferu personelu zgodnie z art. 23<sup>1</sup> kodeksu pracy);
- kwestiami prawnymi i finansowymi;
- zakupem sprzętu medycznego;
- utrzymaniem obiektów (*facility management*);
- przeniesieniem oraz rozszerzeniem systemów informatycznych;
- zarządzaniem jakością;
- pozyskaniem akredytacji.

### **Rada partnera prywatnego**

Istotnymi kwestiami w procesie przeniesienia działalności szpitala są podział zadań na zespoły oraz zidentyfikowanie kluczowych koordynatorów odpowiedzialnych za wdrożenie planu. Pozwala to na kompleksowe pokonywanie wyzwań związanych z przeniesieniem oraz uruchomienie Nowego Szpitala w nowych strukturach i pod nowym kierownictwem. Podstawą przygotowania oraz wdrożenia realnego planu przeniesienia jest współdziałanie zarówno obecnego świadczeniodawcy usług medycznych (w przypadku projektu żywieckiego – ZZOZ), podmiotu publicznego (Starostwo Powiatowe w Żywcu), jak i władz miasta Żywca oraz pozostałych gmin w powiecie, śląskiego NFZ, władz wojewódzkich oraz wszelkich służb odpowiedzialnych za odbiór i certyfikację Nowego Szpitala.

*Grupa InterHealth Canada*

Materiał przygotowany przez Grupę InterHealth Canada.

## 2.2. Utworzenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kobylnicy jako przykład lokalnego projektu „PPP w trybie koncesji”

Rafał Cieślak

Umowa o partnerstwie publiczno-prywatnym podpisana w gminie Kobylnica 5 października 2010 r. była jedną z pierwszych umów zawartych na podstawie ustawy o PPP<sup>1</sup>. Przedsięwzięcie, polegające na utworzeniu Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, należy zatem do prekursorów polskiego rynku PPP. Jednocześnie, z uwagi na zakres i wartość inwestycji, stanowi ona typowy przykład lokalnego, samorządowego przedsięwzięcia. Nie ulega przy tym wątpliwości, że projekt Kobylnicy i partnera prywatnego – firmy SON Sp. z o.o. – okazał się sukcesem i może stanowić wzór do naśladowania dla innych podmiotów publicznych i prywatnych.

Warto zatem z perspektywy lat spojrzeć na historię tego przedsięwzięcia, procedurę wyboru partnera prywatnego, trudności, z którymi musieli zmierzyć się obaj partnerzy oraz warunki, na jakich zawarta została umowa o PPP.

### Partnerzy projektu PPP – gmina Kobylnica i SON Sp. z o.o.

Kobylnica ([www.kobylnica.eu](http://www.kobylnica.eu)) jest gminą leżącą w północno-zachodniej części województwa pomorskiego. Pomimo statusu gminy wiejskiej, Kobylnica należy do grupy najbardziej dynamicznie rozwijających się jednostek samorządu terytorialnego w kraju. Dość powiedzieć, że na przestrzeni ostatnich 10 lat gmina niemal podwoiła swoje dochody, prowadząc jednocześnie szereg projektów inwestycyjnych i rozwojowych. Począwszy od 2019 r. Kobylnica płaci tzw. „Janosikowe”, co świadczy o wysokim wskaźniku dochodów podatkowych w przeliczeniu na mieszkańca. Na czele gminy od ponad 20 lat stoi wójt Leszek Kuliński, który zdecydował się na realizację jednego z pierwszych projektów PPP w Polsce. Jak widać, PPP udaje się nie tylko w większych ośrodkach miejskich. To zresztą nie jedyny przykład małego, lokalnego przedsięwzięcia wdrożonego z powodzeniem w formule publiczno-prywatnej.

Z kolei firma SON Sp. z o.o. ([www.son.net.pl](http://www.son.net.pl)), której właścicielami są Krzysztof Gawroński i Konrad Kiersnowski, od 1998 r. prowadzi Centrum Psychiatrii na terenie województwa pomorskiego i udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień. Oferta firmy kierowana jest przede wszystkim do osób z dolegliwościami nerwicowymi, zaburzeniami psychotycznymi i problemami psychicznymi wieku starszego. W Słupsku SON Sp. z o.o. prowadzi poradnię: zdrowia psychicznego, leczenia uzależnień oraz psychologiczną, zaś w Kobylnicy – Zakład Opiekuńczo-

-Lecznicy o specjalności psychiatrycznej. Oddział ten zapewnia wykwalifikowaną i profesjonalną opiekę lekarską, psychologiczną, terapeutyczną, rehabilitacyjną i pielęgniarską. Przyjmuje pacjentów wymagających postępowania w trybie całodobowym. Aktualnie jest ich ok. 120 i to właśnie ten oddział powstał w ramach projektu PPP.

### Początki przedsięwzięcia

Początki projektu w Kobylnicy sięgają 2000 r., kiedy to Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek Maryi Nieustającej Pomocy w Krzyżanowicach nabyło na własność działkę nr 901/1 o pow. 1,50 ha, w celu wybudowania Domu Pomocy Społecznej w Kobylnicy. W 2002 r. uzyskano pozwolenie na budowę i rozpoczęto roboty budowlane. Po kilku latach, z uwagi na brak środków finansowych na dokończenie inwestycji, Zgromadzenie zwróciło się do gminy Kobylnica o nieodpłatne przejęcie nieruchomości. Jej ówczesny stan obejmował wzniesiony budynek w stanie surowym zamkniętym. Przeznaczenie obiektu miało pozostać podobne do wcześniej założonego (cele związane z ochroną zdrowia). Ostatecznie, w 2009 r. gmina nabyła nieruchomość, zlecając od razu aktualizację dokumentacji projektowo-kosztorysowej. W tym okresie nieruchomość była względnie zabezpieczona przed zniszczeniem, ale stan surowy budynku wymagał ze strony gminy szybkich działań, gdyż samo zabezpieczenie przed postępującą dewastacją i kradzieżami wymagało nakładów w kwocie ok. 100 tys. zł rocznie. Wobec konieczności

<sup>1</sup> Ustawa z 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, t.j. DzU z 2017 r. poz. 1834 ze zm.

niezwłocznego przystąpienia do realizacji przedsięwzięcia, gmina zaangażowała zewnętrznych doradców w celu wypracowania i wdrożenia najlepszego modelu funkcjonowania obiektu. W międzyczasie gmina przeprowadziła wstępną analizę rynku prywatnego, próbując ustalić zainteresowanie zewnętrznych operatorów projektem. Z uwagi na niewielką skalę przedsięwzięcia odrzucono pomysły zaangażowania dużych podmiotów leczniczych jako mało realne. Należało zatem skupić się na rynku regionalnym lub lokalnym. Ustalono, że jeżeli chodzi o przedmiot działalności, duże szanse powodzenia mogą mieć usługi opiekuńczo-lecznicze, które przynajmniej częściowo finansowane będą z Narodowego Funduszu Zdrowia. W regionie istniał popyt na tego typu działalność oraz funkcjonowały prywatne podmioty zajmujące się podobnymi świadczeniami. Jedną z zainteresowanych firm była SON Sp. z o.o., która od pewnego czasu poszukiwała nieruchomości, w której będzie mogła rozszerzyć swoją dotychczasową działalność. Do tej pory firma funkcjonowała w różnych lokalizacjach na terenie powiatu słupskiego, co generowało zwiększone koszty i utrudniało logistykę.

### Analiza przedrealizacyjna

Na zlecenie gminy wykonana została analiza przedrealizacyjna projektu, której zadaniem była ocena różnych wariantów finansowo-prawnych wdrożenia przedsięwzięcia. Rozpatrywano zarówno tradycyjne formy finansowania (m.in. kredyt bankowy), jak też formy alternatywne (tzw. finansowanie przez третią stronę) oraz partnerstwo publiczno-prywatne. Z uwagi na konieczność zapewnienia wyspecjalizowanego operatora obiektu, przy jednoczesnym braku możliwości istotnego zadłużenia się, doradca rekomendował realizację przedsięwzięcia w formie koncesji na roboty budowlane, regulowanej w tamtym okresie nieobowiązującą już ustawą z 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi (tj. DzUz 2015 r. poz. 113). Opracowany model projektu koncesyjnego zakładał, że gmina przekaze stronie prywatnej nieruchomość wraz z posiadaną dokumentacją budowlaną i pozwoleniem na budowę, a koncesjonariusz sfinansuje i wykona roboty budowlane oraz prace wykończeniowe niezbędne do uruchomienia zakładu, a następnie rozpocznie eksploatację obiektu zgodnie z przeznaczeniem. W modelu przyjęto, że wyłącznym źródłem przychodów koncesjonariusza będą opłaty pobierane od pacjentów oraz płatności z Narodowego Funduszu Zdrowia, gdyż pobyty pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych finansowane są w taki właśnie sposób. Po dopuszczalnym ustawowo, 30-letnim okresie obowiązywania umowy koncesji, koncesjonariusz miał przekazać posiadanie obiektu gminie. W początkach PPP w Polsce, w 2010 r., wydawało się, że z punktu widzenia gminy będzie to optymalna forma współpracy z podmiotem prywatnym.

Rozpoczęcie procedury wyboru koncesjonariusza **poprzedzone zostało podjęciem przez radę gminy uchwały intencyjnej w sprawie realizacji inwestycji dotyczącej budowy zakładu opiekuńczo-leczniczego w formule partnerstwa publiczno-prywatnego.**

### Uchwała intencyjna

**Co prawda przepisy prawa nie nakładają na organ stanowiący takiego obowiązku, niemniej jednak, w celu zaangażowania radnych w przedsięwzięcie, niekiedy stanowi to dobrą praktykę PPP. Organ stanowiący dowiaduje się w ten sposób o szczegółach planowanego projektu, aspektach prawnych, finansowych i proceduralnych, zaś radni od początku uczestniczą w dyskusjach nad przedsięwzięciem. Ma to szczególne znaczenie w przypadku projektów z tzw. opłatą za dostępność, choć stosowane bywa również w projektach koncesyjnych.** W przyjętej uchwale rada gminy postanowiła o rozpoczęciu przygotowań do realizacji inwestycji dotyczącej budowy ośrodka opiekuńczo-leczniczego w formule partnerstwa publiczno-prywatnego i zobowiązała wójta gminy Kobylnica do niezwłocznego podjęcia przewidzianych prawem działań, mających na celu rozpoczęcie i realizację ustawowych procedur zmierzających do wyłonienia inwestora prywatnego. W ten sposób etap przygotowawczy przedsięwzięcia został zamknięty i można było przystąpić do wszczęcia procedury wyboru koncesjonariusza.

### Ogłoszenie o koncesji

18 maja 2010 r. w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej ukazało się ogłoszenie o koncesji na roboty budowlane pod nazwą: „Przebudowa Domu Opieki Społecznej w Kobylnicy na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz wykonywania zadań o charakterze komplementarnym”. Warto przypomnieć, że pod rządami ustawy koncesyjnej z 2009 r. każde ogłoszenie o koncesji na roboty budowlane, bez względu na wartość umowy koncesji, musiało być przekazywane Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej.

Zgodnie z ogłoszeniem, planowana koncesja obejmować miała przeprowadzenie całego procesu inwestycyjnego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Zakres koncesji obejmował w szczególności:

- 1) wykonanie prac przygotowawczych niezbędnych do wykonania robót budowlanych,
- 2) przeprowadzenie robót budowlanych zgodnie z umową o koncesji na roboty budowlane w dwóch etapach realizacji, tj:
  - a) Etap I: roboty budowlane obejmujące parter, poddasze niższe, części wspólne budynku oraz zagospodarowanie terenu;
  - b) Etap II (fakultatywny): roboty budowlane obejmujące poddasze wyższe;
- 3) uzyskanie pozwolenia na użytkowanie.

Gmina dopuściła także możliwość partycypowania w kosztach związanych z zagospodarowaniem terenu.

Jak wskazano w ogłoszeniu, po przeprowadzeniu etapu inwestycyjnego koncesjonariusz miał być zobowiązany do świadczenia usług w formie zakładu opiekuńczo-leczniczego, przeznaczonego na ok. 100 pacjentów. Pozostałą część budynku koncesjonariusz mógł przeznaczyć na działalność dodatkową powiązaną z celami leczniczymi (np. warsztaty terapii zajęciowej, ośrodek dla młodzieży o częściowym upośledzeniu ruchowym). Zakres zadań strony prywatnej w tym obszarze poddany miał zostać ustaleniom w toku negocjacji. Odpłatny charakter umowy koncesji przejawiał się – zgodnie z założeniami – w wykonaniu przedmiotu koncesji za wynagrodzeniem, które stanowić miało wyłączone prawo do korzystania z obiektu w sposób zgodny z opisem przedmiotu koncesji. Koncesjonariusz miał przyjąć na siebie ryzyko finansowe inwestycji przez cały okres obowiązywania umowy, w tym także ewentualne ryzyko związane z finansowaniem świadczeń z Narodowego Funduszu Zdrowia (lub innego źródła zewnętrznego). Ponadto ponosić miał ryzyka związane z procesem budowlanym i eksploatacją obiektu do czasu przekazania go gminie.

W ogłoszeniu o koncesji sformułowano dosyć standardowe warunki udziału w postępowaniu. W zakresie wymogów związanych z działalnością zawodową przyjęto wymóg posiadania uprawnień do wykonywania działalności objętej przedmiotem koncesji. Istotne znaczenie miały także warunki dotyczące odpowiedniej zdolności finansowej, odpowiadającej wartości kosztorysowej inwestycji (2,94 mln zł dla etapu I oraz 4,29 mln zł dla całości inwestycji), posiadania polisy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności (na kwotę co najmniej 0,5 mln zł), a także zdolność techniczną – doświadczenie w prowadzeniu zakładów opieki zdrowotnej, w których udzielane były całodobowe świadczenia pielęgnacyjne (przez okres co najmniej 5 lat przed złożeniem wniosku) oraz dysponowanie osobami posiadającymi doświadczenie i kwalifikacje niezbędne do realizacji przedmiotu koncesji na etapie inwestycyjnym i eksploatacyjnym. W ogłoszeniu o koncesji określono również kryteria wyboru oferty najkorzystniejszej, nadając im wagi: (1) okres, na który zawarta zostanie umowa koncesji – 50%; (2) zakres zadań przejętych przez koncesjonariusza – 40%; (3) termin wykonania przedmiotu koncesji – 10%.

Rzecz jasna, kryteria te miały zostać doprecyzowane po przeprowadzeniu negocjacji.

W odpowiedzi na ogłoszenie wpłynął jeden poprawny wniosek o zawarcie umowy koncesji, w związku z czym można było rozpocząć procedurę negocjacyjną z kandydatem – firmą SON Sp. z o.o.

## Negocjacje i nieoczekiwany problem

Negocjacje warunków współpracy stron przeprowadzone zostały w okresie wakacyjnym. W sumie odbyły się

3 tury negocjacji, w ramach których omawiane były wszelkie kwestie związane z planowanym przedsięwzięciem. Z uwagi na fakt, iż gmina dysponowała dokumentacją projektową i pozwoleniem na budowę oraz aktualnymi kosztorysami, rozmowy w trakcie negocjacji dotyczyły przede wszystkim zakresu inwestycji (etap I oraz fakultatywnie etap II), terminów jej realizacji, zasad działalności zakładu opiekuńczo-leczniczego, kosztów eksploatacji, sposobu wykorzystania obiektu w zakresie usług komplementarnych, ryzyk związanych z udzielaniem świadczeń z NFZ, ubezpieczeniami oraz szczegółowymi warunkami kontraktowymi. Po dokonaniu uzgodnień i wypracowaniu projektu umowy o koncesji na roboty budowlane pojawił się jednak nieoczekiwany problem. Mianowicie, **podmiot prywatny (co było zresztą bardzo rozsądnym posunięciem) skonsultował dokumentację postępowania z bankiem, który miał być zaangażowany w finansowanie inwestycji. Po przeprowadzeniu analiz wewnętrznych okazało się, że bank oczekiwał będzie od gminy poręczenia części zobowiązań koncesjonariusza.** Rzecz jasna, **tego typu świadczenie gminy nie wchodziło w grę, a to z uwagi na ówczesne zasady zaliczania zobowiązań dłużnych do wskaźnika zadłużenia jednostek samorządowych. W takiej sytuacji doradca zaproponował, aby zabezpieczenie na rzecz banku stanowiła hipoteka na nieruchomości objętej przedmiotem projektu. Bank wyraził zgodę na takie zabezpieczenie. I wtedy dopiero wyszła na jaw słabość procedury koncesyjnej,** która – przypomnijmy – nakazuje, aby podmiot prywatny przejął na siebie ryzyko ekonomiczne wykonywania umowy koncesji (w brzmieniu ustawy koncesyjnej z 2009 r. miała to być „zasadnicza część ryzyka ekonomicznego”). Powstało zatem pytanie: czy ustanowienie zabezpieczenia hipotecznego przenieść istotną część ryzyka ekonomicznego na stronę publiczną? Z uwagi na brak jakiegokolwiek metodologii kalkulacji ryzyka trudno było jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Z tego względu, aby uniknąć zarzutu naruszenia przepisów ustawy koncesyjnej, gmina zdecydowała się odwołać prowadzone postępowanie. Nie był to jednak koniec projektu, a wręcz przeciwnie...

## Decyzja o PPP „w trybie koncesji”

Był tylko jeden sposób, aby powtórzyć postępowanie bez ryzyka nieodpowiedniej podstawy prawnej jego prowadzenia. Skoro bowiem podmiot publiczny musiał przejąć na siebie część ryzyka dotyczącego finansowania przedsięwzięcia, należało wykorzystać nie ustawę koncesyjną, jak pierwotnie założono, a ustawę o partnerstwie publiczno-prywatnym. Wynikało to w zasadzie z bardzo prostego faktu – w przeciwieństwie do koncesji, ustawa o PPP nie narzuca z góry podziału ryzyka pomiędzy partnerów, a wskazuje jedynie na konieczność oparcia współpracy o taki podział. W konsekwencji, to od stron umowy o PPP zależy, które ryzyka i na jakich zasadach przejmą. Z tego względu ustawa o PPP jest zawsze „bezpieczniejsza” i bardziej elastyczna w zastosowaniu niż przepisy dotyczące koncesji.

W stanie prawnym z okresu projektu w Kobylnicy, z uwagi na konstrukcję wynagrodzenia partnera prywatnego, należało zatem zastosować tzw. PPP „w trybie koncesji”, czyli oprzeć współpracę o regulację ustawy o PPP, ale procedurę wyboru partnera prywatnego prowadzić (tak jak poprzednio) o przepisy koncesyjne. Dzięki temu prostemu zabiegowi **można było pogodzić „koncesyjny” model wynagrodzenia strony prywatnej z bardziej swobodnym podziałem ryzyka, właściwym dla ustawy o PPP.** Taką też decyzję podjęły władze gminy Kobylnica, niezwłocznie ponawiając postępowanie PPP.

### UWAGA!

W aktualnym stanie prawnym opisywany wyżej zabieg nie ma już racji bytu. Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o PPP, co do zasady partner prywatny wybierany jest w oparciu o przepisy ustawy z 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. DzU z 2018 r. poz. 1986). Natomiast wybór partnera prywatnego „w trybie koncesji” praktycznie niczym nie różni się od zastosowania ustawy z 21 października 2016 r. o umowie koncesji na roboty budowlane lub usługi (DzU z 2016 r. poz. 1920, ze zm.) – jako samoistnej podstawy prawnej. W efekcie, rekomenduje się stosowanie tzw. PPP „w trybie PZP” do dowolnych modeli współpracy publiczno-prywatnej. Więcej na ten temat zob.: Wytyczne PPP, Tom II: Postępowanie przetargowe, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, Warszawa 2018, s. 30 i nast.

Zmiana podstawy prawnej wyboru podmiotu prywatnego miała w istocie charakter minimalny. Oprócz nomenklatury używanej w dokumentacji postępowania (np. „podmiot publiczny” zamiast „koncesjodawca”, „umowa o PPP” zamiast „umowa koncesji”), wszelkie inne postanowienia pozostały niezmienione. Z uwagi na ówczesne wymogi ustawowe, zmodyfikowano jednak kryteria oceny ofert, wśród których musiały znaleźć się obligatoryjne kryteria: terminy i wysokość płatności lub innych świadczeń podmiotu publicznego oraz podział zadań i ryzyk związanych z przedsięwzięciem (aktualnie kryteria te są już wyłącznie fakultatywne). Gmina wykorzystwała zresztą te kryteria w celu uwzględnienia wcześniejszego postulatu dotyczącego zabezpieczenia hipotecznego kredytu partnera prywatnego.

### Drugie postępowanie

20 sierpnia 2010 r. gmina przesłała ponownie ogłoszenie o koncesji na roboty budowlane do publikacji Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej.

Podobnie jak w pierwszym postępowaniu, wniosek o zawarcie umowy o PPP złożył tylko jeden podmiot – firma SON SP. z o.o., z którą ponownie przeprowadzono negocjacje, tym razem uwzględniając w szczególności podział ryzyka związanego z finansowaniem projektu i ustanowieniem hipoteki, zakres inwestycji i zadań strony prywatnej.

Ostatecznie gmina zaprosiła partnera prywatnego do składania ofert, formułując następujące kryteria oceny:

#### I. Okres, na który zawarta zostanie umowa o partnerstwie publiczno-prywatnym – 10 pkt (10%)

|                |              |    |    |    |    |               |
|----------------|--------------|----|----|----|----|---------------|
| Liczba lat     | 20 lub mniej | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 lub więcej |
| Liczba punktów | 10           | 8  | 6  | 4  | 2  | 0             |

W przypadku innej zaproponowanej liczby lat, liczbę punktów oblicza się proporcjonalnie. Przykładowo, w przypadku 33 lat Oferent otrzyma 5 punktów.

#### II. Podział zadań i ryzyk związanych z przedsięwzięciem pomiędzy Podmiotem Publicznym i Partnerem Prywatnym – 30 pkt (30%)

##### 1. Zakres zadań przejętych przez Partnera prywatnego – 20 pkt

|                |                         |                                   |
|----------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Zadanie        | Zagospodarowanie terenu | Przeprowadzenie robót w Etapie II |
| Liczba punktów | 5                       | 15                                |

##### 2. Liczba lat, w czasie których partner Prywatny płacić będzie czynsz dzierżawny – 10 pkt

|                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Liczba lat     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Liczba punktów | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

#### III. Termin i wysokość przewidywanych płatności lub innych świadczeń Podmiotu Publicznego – 30 pkt (30%)

|   |    |
|---|----|
| Poniesienie przez Partnera Prywatnego w całości kosztów związanych z zagospodarowaniem terenu           | 10 |
| Poniesienie przez Partnera Prywatnego w całości kosztów związanych z przeprowadzeniem robót w Etapie II | 20 |

W przypadku poniesienia przez partnera prywatnego części kosztów, liczba punktów odpowiadać będzie wysokości tej kwoty. Przykładowo, w przypadku poniesienia połowy kosztów zagospodarowania terenu partner prywatny otrzyma 5 pkt.

#### IV. Stopień zabezpieczenia zobowiązań partnera prywatnego zaciągniętych w związku z realizacją przedsięwzięcia – 10 pkt (10%)

Podstawę określenia liczby punktów stanowi stopień wymaganego przez partnera prywatnego zabezpieczenia zobowiązań poniesionych w związku z realizacją robót budowlanych. Do obliczeń przyjęto kwotę brutto dla całej wartości inwestycji pomniejszoną o kwotę odpowiadającą wysokości nakładów związanych z zagospodarowaniem terenu.

|  |    |                          |                           |                          |                           |
|--|----|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Procent wartości nakładów inwestycyjnych | 0% | 25%<br>(1 160 534,61 zł) | 50%<br>(2 321 069,215 zł) | 75%<br>(3 481 603,83 zł) | 100%<br>(4 642 138,43 zł) |
| Liczba punktów                           | 10 | 7,5                      | 5                         | 2,5                      | 0                         |

W przypadku kwoty innej niż wyszczególnione w tabeli ilość punktów uzyskuje się według następującego wzoru:

$$\text{Liczba punktów} = 10 - (\text{procent wartości nakładów inwestycyjnych} * 10)$$

Przykładowo, w przypadku zabezpieczenia 10% zobowiązań partnera prywatnego uzyska on 9 punktów, zgodnie ze wzorem:  $10 - (10\% * 10) = 10 - 1 = 9$

#### V. Termin wykonania robót budowlanych – 20 pkt (20%)

W przypadku I Etapu:

|                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Liczba miesięcy od zawarcia umowy | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| Punkty                            | 20 | 18 | 16 | 14 | 12 | 10 | 8  | 6  | 4  | 2  |

W przypadku I i II Etapu:

|                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Liczba miesięcy od zawarcia umowy | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| Punkty                            | 20 | 18 | 16 | 14 | 12 | 10 | 8  | 6  | 4  | 2  |

W odpowiedzi na zaproszenie do składania ofert, po wpłaceniu wadium w kwocie 20 000 zł, partner prywatny złożył ofertę.

Zgodnie z kryteriami wyboru w ofercie wskazano:

- okres, na który zostanie zawarta umowa koncesji – **30 lat**,

Podział zadań i ryzyk związanych z przedsięwzięciem pomiędzy podmiotem publicznym i partnerem prywatnym:

- wykonanie zagospodarowania terenu: **NIE**
- przeprowadzenie robót budowlanych w Etapie II: **TAK**
- liczba lat przed zakończeniem okresu obowiązywania umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym, w czasie których Oferent płacić będzie czynsz dzierżawny na rzecz podmiotu publicznego: **5 lat**

Termin i wysokość przewidywanych płatności lub innych świadczeń **podmiotu publicznego**:

- poniesienie w całości kosztów związanych z zagospodarowaniem terenu: **TAK**;
- poniesienie w całości kosztów związanych z przeprowadzeniem robót budowlanych w Etapie II: **NIE**;

Stopień zabezpieczenia zobowiązań partnera prywatnego w związku z realizacją przedsięwzięcia:

- 75 %** zabezpieczenia kredytu wymaganego przez instytucję finansującą, w formie hipoteki na nieruchomości zapewnia podmiot publiczny;

Termin wykonania robót budowlanych:

- dla Etapu I: **do 18 miesięcy** od przekazania placu budowy,
- dla Etapu I i II: **do 24 miesięcy** od przekazania placu budowy.

Jako najkorzystniejsza oceniona została oferta SON Sp. z o.o., która uzyskała 64,5 pkt. Zawiadomienie o wyborze najkorzystniejszej oferty zostało przekazane oferentowi 4 października 2010 r. Z uwagi na to, że w postępowaniu uczestniczył tylko jeden podmiot i nie obowiązywały terminy na wniesienie skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego (zgodnie z postanowieniami ustawy koncesyjnej z 2009 r.), umowa o partnerstwie publiczno-prywatnym została zawarta dzień później, tj. 5 października 2010 r.

#### Umowa o PPP

Podpisana umowa stanowiła w istocie pakiet umów, na który składały się: umowa o partnerstwie pu-



bliczno-prywatnym, zawierająca ogólne postanowienia dotyczące zasad współpracy stron; umowa o roboty budowlane – odnosząca się do etapu inwestycyjnego; umowa użytkowania i umowa dzierżawy – dotyczące okresu eksploatacji obiektu.

W ramach umowy o PPP podmiot publiczny zobowiązał się przede wszystkim do:

- a) wniesienia wkładu własnego w postaci gruntu oraz budynku w stanie surowym zamkniętym, o szacunkowej wartości 1,7 mln zł,
- b) wniesienia wkładu własnego w postaci dokumentacji projektowej o wartości ok. 0,15 mln zł,
- c) wykonania zagospodarowania terenu o wartości 0,39 mln zł,
- d) ustanowienia hipoteki w celu zabezpieczenia części kredytu udzielonego partnerowi prywatnemu przez instytucję finansującą.

Natomiast partner prywatny zobowiązał się przede wszystkim do:

- a) przeprowadzenia robót budowlanych dotyczących przebudowy domu pomocy społecznej na potrzeby zakładu opiekuńczo-leczniczego o wartości: 3,4 mln zł,
- b) przejścia całości ryzyk związanych z:
  - przeprowadzeniem robót budowlanych,
  - finansowaniem przedsięwzięcia do chwili oddania obiektu do użytkowania,
  - finansowaniem przedsięwzięcia i prowadzonej działalności na etapie eksploatacyjnym (w tym finansowaniem świadczeń z NFZ lub innych źródeł zewnętrznych),
  - popytem na świadczone usługi,
  - dostępnością świadczonych usług,
  - jakością i standardami świadczonych usług,
  - prowadzeniem działalności gospodarczej,
  - utrzymaniem obiektu w stanie niepogorszonego.
- c) uzyskiwania wynagrodzenia jedynie w formie prawa do pobierania pożytków z przedmiotu przedsięwzięcia (użytkowanie obiektu, następnie umowa dzierżawy).

Umowę zawarto na okres 30 lat, który był jednocześnie maksymalnym okresem dopuszczalnym na mocy przepisów ustawy koncesyjnej z 2009 r.

Partner prywatny już w grudniu 2010 r. przystąpił do wykonywania robót budowlanych, w oparciu o istniejące pozwolenie na budowę. Co ciekawe, **pomimo deklaracji zawartej w ofercie, że roboty budowlane dla Etapu I i Etapu II wykonane zostaną w ciągu 24 miesięcy od dnia przekazania placu budowy, w praktyce etap inwestycyjny zajął jedynie 12 miesięcy. Potwierdza to typową dla projektów PPP zasadę, zgodnie z którą inwestycja realizowana jest w terminie, a często – przed jego upływem.** Uzyskanie pozwolenia na użytkowanie nastąpiło 15 grudnia 2011 roku, po czym partner prywatny przystąpił do zarządzania obiektem i wykonywania w nim działalności Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego.

Przedsięwzięcie utworzenia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kobylnicy nie zostało zapomniane. W ramach projektu „Rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój”, konsorcjum Związku Miast Polskich i Związku Powiatów Polskich zorganizowało wizytę studyjną w Kobylnicy, która odbyła się 13 lutego 2018 r. Uczestniczyli w niej przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego zainteresowani wdrażaniem projektów PPP, władze gminy, przedstawiciele partnera prywatnego oraz doradcy. Uczestnicy mieli okazję odwiedzić zarówno Urząd Gminy Kobylnica, gdzie odbyła się część wykładowa spotkania, jak również, dzięki uprzejmości właścicieli firmy SON Sp. z o.o., zwiedzić Zakład Opiekuńczo-Leczniczy. Szczegółowe sprawozdanie z przebiegu wizyty zamieszczone zostało na stronie internetowej Związku Miast Polskich ([www.zmp.poznan.pl](http://www.zmp.poznan.pl)). Przebieg wizyty opisywaliśmy także na łamach *Biuletynu partnerstwa publiczno-prywatnego* nr. 5, str. 54 i nast.

### Projekt po 7 latach eksploatacji

Przebieg i dyskusja, jaka wywiązała się w trakcie wizyty studyjnej, która odbyła się w 7. roku eksploatacji obiektu, pozwala na sformułowanie następujących uwag i wniosków:

- 1) Projekt utworzenia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kobylnicy był jednym z pierwszych przedsięwzięć zrealizowanych w formule PPP w Polsce. Zarówno gmina, jak i partner prywatny musieli samodzielnie wypracować optymalne rozwiązania z uwagi na brak podobnych projektów i odpowiednich kompetencji w tamtym czasie w środowisku samorządowym.
- 2) O powodzeniu projektu zdecydowały: dobra współpraca stron, odpowiednie przygotowanie i odwaga w podejmowaniu decyzji o zaangażowaniu się w wieloletnią współpracę w ramach PPP; na szczególną uwagę zasługuje profesjonalna współpraca zespołu ze strony gminy, doradców i przedstawicieli partnera prywatnego.
- 3) Gmina, wykorzystując swoje uprawnienia przewidziane umową o PPP, jest w stanie na bieżąco kontrolować finansową stronę projektu. Na podstawie posiadanych danych można stwierdzić, że ostateczny koszt budowy wyniósł 3,6 mln zł (kredyt bankowy i środki własne partnera prywatnego), zaś wyposażenie obiektu – 0,4 mln zł; gmina uzyskuje comiesięczne informacje na temat stanu zadłużenia partnera prywatnego.
- 4) Pomimo ogromnego popytu na usługi rehabilitacyjno-opiekuńcze, obiekt może pomieścić maksymalnie 126 pacjentów; aktualnie jest on w pełni wykorzystywany, zaś w kolejce do przyjęcia do ZOL oczekuje wiele osób; pacjenci zakładu pochodzą przede wszystkim z województw: pomorskiego i zachodniopomorskiego.
- 5) Zatrudnienie w obiekcie znalazło w sumie 77 osób.

- 6) Dochody podatkowe gminy Kobylnica z tytułu realizacji projektu wynoszą ponad 18 tys. zł rocznie.
- 7) Projekt może stanowić wzorcowe rozwiązanie dla innych jednostek samorządu terytorialnego, posiadających potencjał niezagospodarowanych nieruchomości.
- 8) Kluczem do sukcesu przedsięwzięcia jest znalezienie partnera prywatnego gotowego do poniesienia odpowiednich nakładów inwestycyjnych i operowania wybudowanym obiektem; z kolei podmiot publiczny powinien przejąć na siebie uzasadnioną część ryzyka projektowego.
- 9) Przerzucanie całego ryzyka na stronę prywatną jest nieracjonalne i w praktyce może uniemożliwić realizację planowanego przedsięwzięcia.
- 10) Na poziomie lokalnym realizacja projektów PPP jest możliwa i uzasadniona, bez względu na skalę takich przedsięwzięć.



## Leszek Kuliński, wójt gminy Kobylnica

### **Co skłoniło gminę do inwestycji w ZOL?**

Potrzeba chwili skłoniła nas do takiego działania. Kiedy gmina przejęła nieruchomość z rozpoczętą budową od Zgromadzenia Sióstr Zakonnych, zrodził się pomysł dokończenia budowy domu pomocy społecznej. Jednak możliwości finansowe do realizacji tego zadania były ograniczone. Brak było też możliwości pozyskania pieniędzy z zewnątrz. Potrzeba było ok 5 mln. zł na dokończenie tej inwestycji. Potrzebne były też pieniądze na wyposażenie obiektu. Również po zakończeniu budowy ponosilibyśmy koszty związane z funkcjonowaniem takiego obiektu. Dlatego też ze swoimi współpracownikami zaczęliśmy poszukiwać rozwiązań, które umożliwiłyby dokończenie tego zadania.

### **Dlaczego wybrano formułę PPP?**

Rozważaliśmy różne formy współpracy z innymi podmiotami w celu dokończenia inwestycji. I tak zrodził się pomysł realizacji zadania w oparciu o formułę partnerstwa publiczno-prywatnego. Podczas jednego z moich wyjazdów szkoleniowych dotyczących realizacji inwestycji sportowych w takiej formule, miałem okazję poznać pana Rafała Cieślaka z Kancelarii Doradztwa Gospodarczego, i tak zaczęliśmy rozmawiać. Trwało to ok. 6 miesięcy. Potem prace przygotowawcze, rozpoczęcie procedury wyłonienia partnera. Była to trudna droga, bowiem w naszym regionie nie mieliśmy jeszcze z taką formułą do czynienia, prowadziliśmy też rozmowy z różnymi instytucjami, m.in. z regionalną izbą obrachunkową, ucząc się nowych nieznanych rzeczy. Pierwszy konkurs na wyłonienie partnera musieliśmy unieważnić. W dużej mierze chodziło o ryzyka leżące po obydwu stronach, jak również o kwestię zabezpieczenia kredytu, który partner prywatny miał zaciągnąć na dokończenie tego zadania. Kiedy dopracowaliśmy z kancelarią wszystkie szczegóły, zaprosiliśmy partnera do dalszych rozmów, które zakończyły się sukcesem i podpisaniem umowy. O powodzeniu tego projektu zaważyło to, że znaleźliśmy dobrych doradców w przeprowadzeniu tego postępowania w postaci kancelarii, dobry podmiot ze sfery służby zdrowia, który podjął ryzyko i zainwestował w nasz majątek duże pieniądze oraz zespół dobrych pracowników, którym chce się podejmować trudne sprawy.

### **Czy PPP się sprawdza i czy warto, aby samorzady z niego korzystały?**

Takie przedsięwzięcia są godne polecenia. Po tych kilku latach od zakończenia tego przedsięwzięcia mogę potwierdzić, że była to słuszna decyzja, działanie nasze się sprawdziło. Pewnie, gdybyśmy nie poszli tą drogą, to przez pewien czas musielibyśmy ponosić znaczące koszty na zabezpieczenie tego obiektu. I nie wiadomo jak potoczyłyby się jego losy, bowiem dokończenie budowy, jak wskazałem na wstępie, przerastało nasze możliwości finansowe.

Jestem przekonany, że samorzady powinny korzystać z takich rozwiązań.

### **Czy gmina rozważa realizację innych projektów w PPP?**

Obecnie jesteśmy na ukończeniu działań w formule PPP w zakresie oświetlenia ulicznego. Myślę, że do końca wakacji zakończymy rozmowy mające wyłonić partnera prywatnego do realizacji zadania w zakresie budowy ok. 800 punktów świetlnych na terenie gminy. Koszt takiego przedsięwzięcia to ok. 10 mln. zł. Również współpracujemy z sąsiednim samorządem, który realizuje zadanie w formule PPP w zakresie budowy ulic w miejscowościach. Gmina wiejska Słupsk jest również daleko zaawansowana w tym przedsięwzięciu.

**Rafał Cieślak** – doktor nauk prawnych, radca prawny, ekspert w dziedzinie PPP. Doradzał w kilkunastu przedsięwzięciach PPP i koncesji wdrożonych z sukcesem, w tym w projekcie zrealizowanym w gminie Kobylnica.

## 2.3. Jak uniknąć błędów i zrealizować udany projekt PPP w ochronie zdrowia

Alina Sarnacka-Łuczyn

Istnieje coraz większa presja społeczna na poprawę dostępu i standardów opieki medycznej. Wynika to między innymi ze zmiany struktury demograficznej, czyli większej liczby osób w podeszłym wieku, rosnącej liczby zachorowań na przewlekłe choroby, w tym cywilizacyjne oraz z coraz droższych technologii medycznych i systemów zarządzania służbą zdrowia.

Bardzo istotnym komponentem wydatków na ochronę zdrowia są wydatki na infrastrukturę. Generalnie, w większości krajów świata infrastruktura, szczególnie szpitalna, nie jest w dobrym stanie i wymaga znaczących inwestycji, a w wielu miejscach istnieje potrzeba budowy nowych placówek, obejmujących nie tylko szpitale, ale również przychodnie, centra diagnostyczne oraz specjalistyczne domy opieki. Dodatkowo, coraz częściej partnerstwo publiczno-prywatne (PPP) dotyczy rozwiązań IT, w tym systemów telemedycznych zarówno jako część kompleksowych projektów, jak i oddzielnych zleceń.

Budżety publiczne nie są w stanie podjąć tak dużej presji wydatkowej, a ze względów społecznych niecelowe jest przekazywanie dużego wolumenu zadań, leżących generalnie w gestii publicznej, sektorowi prywatnemu poprzez prostą prywatyzację. Partnerstwo publiczno-prywatne jest więc rozwiązaniem, które na świecie od co najmniej 20 lat jest wykorzystywane w sektorze ochrony zdrowia.

Najczęściej stosowanymi na świecie modelami PPP w ochronie zdrowia są:

- Model infrastrukturalny obejmujący finansowanie, budowę lub kompleksową przebudowę i remont, a następnie utrzymanie budynku placówki ochrony zdrowia oraz czasami dodatkowe „twarde” i „miękkie” usługi wsparcia. Model ten jest najczęściej oparty o opłatę za dostępność;
- Model zintegrowany obejmujący zarówno finansowanie, budowę lub kompleksową przebudowę i remont, a następnie utrzymanie placówki, jak również świadczenie usług klinicznych i nieklinicznych. Wynagrodzenie partnera prywatnego jest wypłacane przez sektor publiczny z komponentem opłaty za dostępność. Wyższy jest wskaźnik korzyści dla interesu publicznego w porównaniu z projektami realizowanymi w sposób tradycyjny;

- Model świadczenia usług klinicznych i/lub diagnostycznych nieobejmujący budowy, lecz w niektórych przypadkach utrzymanie techniczne budynku. Wynagrodzenie dla partnera prywatnego jest wypłacane przez sektor publiczny w zależności od systemu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju<sup>1</sup>.

Partnerstwa publiczno-prywatne nie w każdym przypadku są odpowiednim rozwiązaniem, jednak właściwie zidentyfikowane i prawidłowo przygotowane projekty PPP mogą zapewnić wiele korzyści sektorowi publicznemu, w tym przede wszystkim:

- w niektórych przypadkach są jedyną opcją realizacji inwestycji i świadczenia usług publicznych, na które sektor publiczny nie mógłby sobie pozwolić, poprzez dostęp do środków finansowych sektora prywatnego;
- lepszy poziom świadczonych usług zarówno w kontekście utrzymania placówek ochrony zdrowia, jak i usług leczniczych i wspierających, skutkujących znacznie wyższą efektywnością operacyjną (lean management);
- lepszy stan aktywów, również poprzez przełamanie częstego w inwestycjach publicznych cyklu „invest – neglect”, kiedy to publiczni operatorzy czy zarządcy infrastruktury nie przeprowadzają w sposób systematyczny remontów, co prowadzi do nadmiernego pogorszenia się stanu aktywów.

Reasumując, **projekty PPP powinny być korzystniejsze dla interesu publicznego niż te w formule tradycyjnej, Decyzja o realizacji projektów PPP musi być poprzedzona oceną efektywności, a w szczególności analizą Value for Money oraz sytuacji finansowej podmiotu publicznego pod kątem możliwości dokonywania płatności na rzecz partnera prywatnego i/lub analizy popytu na usługi.** Prywatny sektor odnosi korzyści z możliwości realizacji projektów o dużym stopniu stabilności i przewidywalnych przychodach.

W okresie 2009 – czerwiec 2018 r. w Polsce podpisano zaledwie cztery umowy PPP w sektorze ochrony zdrowia przy 31 wszczętych postępowaniach, w tym 21

<sup>1</sup> Healthcare public-private partnership series, no. 4, PwC 2018.

unikalnych<sup>2</sup>. Daje to skuteczność 12,9%, będącą znacznie niższą niż średnia skuteczność dla wszystkich projektów PPP, tj. 26,12%<sup>3</sup>. Trzy z tych projektów są bardzo małe lub mikro, a jeden bardzo duży (Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu). W trzech projektach wynagrodzeniem są opłaty od użytkowników<sup>4</sup>, zaś w przypadku szpitala w Żywcu świadczenia z NFZ oraz opłaty od pacjentów komercyjnych. Aktualnie jedno postępowanie jest w toku. Jedną z podpisanych wcześniej umów na realizację Ośrodka Radioterapii przy warszawskim szpitalu bródnowskim nie została zrealizowana z powodu braku zamknięcia finansowego. Kilka planowanych zamierzeń dotyczących budowy i utrzymania technicznego dużych szpitali, zostało wycofanych ze ścieżki PPP, mimo iż wyniki analiz wskazywały, że model PPP jest korzystniejszy niż tradycyjny. Brak jest jakiegokolwiek zamkniętego projektu opartego o najbardziej powszechny model PPP w szpitalnictwie, to jest budowy/utrzymania obiektu wyłącznie w oparciu o opłatę za dostępność.

Warto zastanowić się dlaczego liczba zawartych umów PPP w ochronie zdrowia w stosunku do wszczętych postępowań jest tak niska, dlaczego struktura projektów PPP jest odmienna od standardów typowych w innych krajach i czy/jakie działania można podjąć dla zwiększenia liczby projektów, jak również ich jakości.

Liczne opracowania na temat PPP<sup>5</sup> wskazują następujące czynniki sukcesu PPP:

### Staranna ocena projektów PPP na każdym etapie przygotowania projektu

- **Etap tworzenia koncepcji projektu.** Strona publiczna często uważa, że PPP może stanowić receptę na trudne do realizacji przedsięwzięcia. O ile model PPP z zasady poprawia efektywność przedsięwzięcia, a w zależności od jego struktury i modelu finansowego również wyniki finansowe, to realizacja projektu PPP powinna być uzasadniona z punktu widzenia społecznego i biznesowego. W przypadku szpitali opartych na opłacie za dostępność, konieczne jest uzasadnienie ich lokalizacji w świetle potrzeb zdrowotnych oraz liczby łóżek i ogólnego zakresu świadczonych usług dodatkowych. Przede wszystkim znacze-

nie ma wstępna ocena dostępności środków finansowych podmiotu publicznego na podstawie oszacowanych kosztów projektu. W przypadku projektów opartych w dużej części lub całości na przychodach od pacjentów z usług komercyjnych należy realistycznie oszacować popyt na określone usługi. W przypadku projektów obejmujących konieczność zawarcia kontraktów na usługi lecznicze z NFZ, trzeba postarać się o realistyczną ocenę możliwości i stabilności przychodów z tego tytułu. Częstym błędem jest założenie takiej struktury projektu, która optymalizuje cele publiczne, ale pomija realistyczne oczekiwania biznesowe partnerów prywatnych w zakresie możliwej do uzyskania marży zysku, podziału ryzyk i stabilności projektu. Takie podejście podmiotów publicznych skutkuje brakiem ofert partnerów prywatnych.

- **Właściwe określenie formuły wynagrodzenia partnera prywatnego.** O ile większość projektów budowy i utrzymania technicznego szpitali na świecie jest oparta na opłatach za dostępność, to w Polsce ostatnio pojawia się tendencja, nie tylko w projektach szpitalnych, aby wynagrodzenie partnera prywatnego było oparte o korzyści z prowadzonej (najczęściej zdefiniowanej przez podmiot publiczny) działalności w oparciu o pozyskane przychody sfinansowanie, budowę i utrzymanie budynku lub jego części przeznaczonej na bezpłatne dla pacjentów leczenie szpitalne. Taki mechanizm wydaje się uzasadniony w przypadku niektórych typów działalności leczniczej, takich jak rehabilitacja, opieka długoterminowa i leczenie sanatoryjne, atrakcyjnych dla sektora prywatnego. Jednak należy być świadomym, że popyt na takie usługi nie jest w pełni elastyczny. W okresach gorszej koniunktury przychody z tego tytułu mogą być niewystarczające dla zabezpieczenia kosztów finansowania i utrzymania komponentu publicznego i będzie konieczność bądź dodatkowych płatności od strony publicznej, bądź wcześniejszego zakończenia projektu. Należy również mieć na uwadze, że ocena *Value for Money* w takich przypadkach jest skomplikowana, jak i to, że zasady monitorowania projektu powinny uwzględniać monitorowanie – przynajmniej w pewnym zakresie – działalności komercyjnej, tak aby zapewnić założone korzyści społeczne. Wydaje się jednak, że mimo właściwego określenia wynagrodzenia w planowanych w Polsce projektach PPP w zakresie budowy i utrzymania technicznego dużych budynków szpitali, ich promotorzy nie byli gotowi do ponoszenia opłat w prognozowanej wysokości. Liczyli, że mimo znacznie wyższego oczekiwanego standardu aktywów i usług, koszty w cyklu życia projektu będą istotnie (a nie nieznacznie) niższe niż w przypadku formuły tradycyjnej, stąd odstępianie od ścieżki PPP.

2 Analiza rynku PPP za okres 2009 – 30 czerwca 2018, [http://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/2018\\_08\\_21\\_Analiza\\_ryнку\\_ppp.pdf](http://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/2018_08_21_Analiza_ryнку_ppp.pdf)

3 *Ibidem*.

4 Opłaty od użytkowników są wskazane jako model wynagrodzenia w Bazie zawartych umów PPP w latach 2009 – czerwiec 2018, autorka artykułu sądzi, że w dwóch przypadkach (stacja dializ i oddział nefrologii w Jaworznie), przychodami są świadczenia z NFZ, które musi pozyskać partner prywatny.

5 M.in: Richard Florizone, Laurence Carter, *A Winning Framework for Public-Private Partnerships: Lessons from 60—Plus IFC Projects 2013*, Healthcare public-private partnership series, no. 4, PwC 2018, How to Maximise the Benefits of operational PPPs, Caledonian Economics 2018.

- **Jakość oceny efektywności.** Przeprowadzenie analiz przedrealizacyjnych, mających potwierdzić wykonalność projektu i efektywność jego realizacji w modelu PPP, jest skomplikowane<sup>6</sup>. Bardzo istotna jest jakość analiz technicznych, które nie tylko pozwalają na rzetelne określenie wykonalności i zakresu technicznego projektu, ale również określają koszty inwestycyjne i eksploatacyjne w modelu tradycyjnym i PPP, które stanowią założenia do modelu finansowego. Kluczowa jest ocena *Value for Money*, będąca pochodną wcześniej przeprowadzonych analiz, stanowiąca czy projekt w wariantcie PPP pozwala na najbardziej efektywną realizację projektu i osiągnięcie jego celów z punktu widzenia interesu publicznego. Z badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii wynika, że nadmiernie optymistyczne podejście sektora publicznego do oceny efektywności, w tym określenia kosztów inwestycyjnych, eksploatacyjnych, zakresu i kosztów transferowanego ryzyka, a także niewłaściwie przeprowadzona analiza *Value for Money* (pojawiająca się tendencja do pewnej manipulacji założeniami dla osiągnięcia oczekiwanych rezultatów) są najczęstszymi powodami konieczności zwiększenia płatności publicznych lub wcześniejszego zakończenia umowy i przejęcia niektórych zobowiązań przez podmiot publiczny<sup>7</sup>. Podmiot publiczny często nie ma kompetencji dla przeprowadzenia oceny efektywności, szczególnie dla dużych, kompleksowych projektów, a przede wszystkim tych, opartych o mieszane mechanizmy płatności. Celowe jest więc zaangażowanie doświadczonych doradców o sprawdzonej reputacji. Należy mieć na uwadze, że partner prywatny przeprowadza własne analizy, szczególnie pod kątem możliwych do uzyskania przychodów, oceny ryzyk oraz popytu, i jeżeli nie wykażą one, iż projekt zapewni mu określony zwrot i marżę zysku, nie będzie on skłonny do złożenia oferty.

### **Prawidłowo przeprowadzone postępowanie przetargowe**

Sukces projektu PPP jest również funkcją właściwego postępowania przetargowego, prowadzącego do podpisania umowy o PPP z najlepszym merytorycznie i finansowo partnerem prywatnym. Bardzo istotne są: jakość całości dokumentacji przetargowej, adekwatna ocena warunków udziału w postępowaniu partnerów prywatnych i kryteriów oceny ofert. Zbyt niskie warunki

ki udziału w postępowaniu mogą spowodować udział w postępowaniu partnerów prywatnych o mniejszym doświadczeniu, skłonnych do przedstawienia ofert niższych cenowo. A to z kolei może skutkować niechęcią banków do udzielenia finansowania dłużnego i problemami z odpowiednią jakością świadczonych usług. W warunkach polskich podpisanie umowy z mniej doświadczonymi partnerami prywatnymi było powodem braku realizacji podpisanych umów z powodu niepozywania finansowania bankowego. Konieczne jest ustalenie realistycznego harmonogramu postępowania i nieprzedłużanie go bez uzasadnionych powodów.

### **Umowa o PPP**

O ile umowa o PPP powinna być kompletna i zawierać wszystkie postanowienia i warunki zabezpieczające interesy stron, o tyle ostatnio wiele opracowań podkreśla konieczność uwzględnienia zapisów pozwalających na zarządzanie zmianami zachodzącymi w otoczeniu projektu i generalnie większą elastyczność umów. Jest to szczególnie istotne w sektorze ochrony zdrowia, gdzie zarówno potrzeby zdrowotne populacji, jak i technologie oraz sposoby leczenia ulegają ewolucji. Wskazują na to wyniki wywiadów badawczych przeprowadzonych przez dziennikarzy *Harvard Business Review* w ostatnich trzech latach wśród 72 firm prywatnych oraz doradców prawnych, finansowych i technicznych zaangażowanych w realizację i/lub doradztwo dla projektów PPP. Badanie wykazało, że najbardziej udane projekty PPP miały wbudowane mechanizmy zarówno w umowach, jak i ogólnych procedurach zarządzania, które pozwalały na konstruktywne dostosowanie się do zmian i mitygację ryzyk projektowych poprzez partnerskie działania mające na celu optymalną modyfikację projektu, a nie poprzez rygorystyczne zapisy umowne<sup>8</sup>.

### **Etap pozyskania finansowania, czyli zamknięcie finansowe**

Projekty PPP mogą wejść w etap realizacji dopiero wówczas, kiedy partner prywatny uzyska finansowanie dłużne (najczęściej ze strony banków). Każdy projekt PPP powinien być przygotowywany z perspektywy bankowości (czyli zdolności do pozyskania takiego finansowania). Powinien więc generować przewidywalne przychody, umożliwiające regularne spłaty zadłużenia, a alokacja ryzyk nie powinna powodować nadmiernego zagrożenia spłaty w przypadku materializacji ryzyka. Istotne są również zapisy umowy o PPP odnoszące się do zakończenia umowy przed terminem, niezależnie od przyczyn. Konieczne jest zaangażowanie instytucji finansowych od pierwszej fazy przygotowania projektów i gotowość po stronie publicznej do wprowadzenia takich zmian do struktury projektu i dokumentacji przetargowej, które sprzyjają bankowości.

<sup>8</sup> *Harvard Business Review*, Elyse Maltin, *What Successful Public-Private Partnerships Do*, 8 stycznia 2019 r.

<sup>6</sup> Na temat analiz pisaliśmy obszernie w *Biuletynie partnerstwa publiczno-prywatnego* nr 6.

<sup>7</sup> PFI/PPPbUYOUTS, Bailouts and Major Problem Contracts in UK, Dexter Whitfield, European Services Strategy Unit, luty 2017 r., <https://www.european-services-strategy.org.uk/publications/essu-research-reports/pfipp-buyouts-bailouts-terminations-and-major>

### **Monitoring projektu i zarządzanie umową o PPP**

pozwała na stwierdzenie czy projekt PPP spełnia założone cele, nie tylko w kategoriach efektywności operacyjnej, ale również finansowej, czy utrzymywany jest podział ryzyk i zapisy umowne, a także czy nie ma zagrożenia dla jego kontynuacji. W Polsce, o ile duże projekty, gdzie umowy zostały podpisane zawierają wymóg monitorowania projektu, o tyle pełne wyniki monitoringu nie są udostępniane publicznie (oczywiście nie chodzi o aspekty stanowiące tajemnicę handlową). Przykładowo, dla jednego z najważniejszych projektów PPP w Polsce, tj. Instalacji Termicznego Przekształcania Odpadów Komunalnych w Poznaniu, publikowane są jedynie podstawowe dane eksploatacyjne, takie jak ilość przetworzonych odpadów. W teorii zasada PPP jest maksymalna transparentność, między innymi zalecane jest udostępnianie wszystkich umów o PPP w maksymalnym zakresie, pozwalającym na zachowanie tajemnic handlowych. Brak jest zbiorczych raportów na temat wyników projektów PPP. Podnoszony jest argument, że PPP jest relatywnie nową formułą w Polsce i projekty są realizowane przez zbyt krótki okres, aby mogły być przedmiotem monitoringu. Powyższe twierdzenie wydaje się chybione, gdyż przykładowo trzy z czterech projektów w ochronie zdrowia funkcjonują od roku 2009 i 2010, a brak jest jakichkolwiek informacji dostępnych publicznie na temat ich wykonania, czy zawartych umów o PPP. Daje to podstawy do przypuszczeń, że oba projekty: stacji dializ i oddziału nefrologicznego w szpitalu w Jaworznie, mają charakter prywatyzacji, a nie PPP.

Najważniejszymi czynnikami powodzenia PPP zarówno w kontekście szerokiej polityki i programów PPP, jak i poszczególnych projektów są: wola i determinacja polityczna strony publicznej dla ich realizacji. Równie istotnym czynnikiem jest obecność stabilnych

ram prawnych i regulacyjnych. O ile w Polsce po ostatnich zmianach ustawodawstwo dotyczące PPP spełnia najlepsze standardy i sprzyja realizacji PPP, o tyle ustawodawstwo i regulacje związane z ochroną zdrowia, nie przyczyniają się do stabilności projektów PPP. Nie dają np. możliwości zawierania umów gwarantujących płatności świadczeń zdrowotnych przez czas trwania projektu PPP, tak jak to jest w wielu krajach, na przykład w Hiszpanii.

Projekty zakończone sukcesem, to jest zamknięciem komercyjnym i finansowym, są efektem determinacji ich promotorów i publicznych interesariuszy dążącym do ich realizacji. Istniejące w Polsce praktyki częstej rezygnacji ze ścieżki PPP mimo analiz wskazujących na efektywność realizacji projektów PPP, a także unieważnienie postępowań na skutek braku ofert, lub złożenia ofert finansowych przekraczających wartość środków finansowych przeznaczonych przez promotora na realizację projektu, można nazwać plagą. Pozornie zasadne unieważnienia postępowań, najczęściej wynikają z braku odpowiedniego przygotowania projektu, w kontekście rzetelnych analiz, czy niewłaściwego postępowania. Podmioty publiczne najczęściej nie zdają sobie sprawy z kosztów przygotowania ofert przez partnerów prywatnych, które czasem mogą przekraczać milion zł. Taka powtarzająca się praktyka może zniechęcić poważnych inwestorów do uczestniczenia w polskim rynku PPP. Rezygnacja ze ścieżki PPP, mimo korzystnych wyników oceny efektywności, również generuje zbędne koszty ich przygotowania, jak i powoduje stratę czasu. Długoterminowe zaangażowanie sektora publicznego, chęć współpracy i świadomość możliwości realizacji wspólnego celu, pozwalające na rzeczywiście partnerskie traktowanie strony prywatnej i doradców, na pewno przyczynią się do zwiększenia jakości i liczby projektów PPP realizowanych w Polsce.

---

**Alina Sarnacka-Łuczyn** – posiada 25-letnie polskie i międzynarodowe doświadczenie zawodowe w zakresie doradztwie finansowego, w tym 23-letnie w przygotowaniu projektów partnerstwa publiczno-prywatnego (udział w rynku począwszy od pierwszych projektów tego typu w Polsce w 1996 r. – na zlecenie Międzynarodowych Instytucji Finansowych). Swoje doświadczenie zawodowe uzyskała w trakcie pracy w czołowych firmach doradczych. Aktualnie jest niezależnym ekspertem, specjalizującym się przede wszystkim w doradztwie dotyczącym przygotowania transakcji partnerstwa publiczno-prywatnego oraz koncesyjnych zarówno po stronie publicznej, jak i prywatnej, jak również w projektach związanych ze tworzeniem ram instytucjonalnych, strategii i wytycznych PPP. Pracuje w Polsce i w Egipcie. Jest współautorką czterech książek i licznych artykułów o PPP.

## 2.4. Przekrój polskich projektów PPP w ochronie zdrowia i usługach opiekuńczych – rynek, który wciąż czeka na swoje szanse

Bartosz Korbus

Od początku funkcjonowania regulacji tworzących podstawy rynku partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce obszar ochrony zdrowia ze względu na istotne potrzeby inwestycyjne oraz niedobory środków finansowych na ich realizację był szczególnym przedmiotem zainteresowania administracji samorządowej.

### Wprowadzenie

Pierwsza umowa PPP dotycząca projektu w sektorze ochrony zdrowia została zawarta w Polsce 6 sierpnia 2009 r. zgodnie z zapisami ustawy o koncesji na roboty budowlane i usługi<sup>1</sup>. Dotyczyła ona realizacji robót budowlanych polegających na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje obiektu szpitalnego przy SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie z przeznaczeniem na stację dializ wraz z poradnią nefrologiczną. SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, zachęcony swoim pierwszym sukcesem, już w marcu 2010 r. wdrożył kolejne przedsięwzięcie pn. „Roboty budowlane polegające na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje i media oraz sprzęt, właściwe dla funkcji i przeznaczenia tego typu obiektu szpitalnego przy SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie z przeznaczeniem na oddział tózkowy nefrologiczny.”

W październiku 2010 r. jako ósmą w kolejności umowę PPP w Polsce, zawarto kontrakt dotyczący przedsięwzięcia „Przebudowa Domu Opieki Społecznej w Kobylnicy na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz wykonywania zadań o charakterze komplementarnym”, które przetarło ścieżkę do modeli obejmujących kompleksową opiekę nad osobami wymagającymi nie tylko zabiegów leczniczych, ale również dłuższego pobytu w warunkach sprzyjających terapii. Wydawało się zatem, że w rodzimej praktyce zagościć mogą oba. Były to pierwsze próby wdrożenia w Polsce omawianych w artykule wprowadzającym<sup>2</sup> modeli PPP stosowanych w ob-

szarze ochrony zdrowia, tj. model infrastrukturalny PPP, jak i bardziej zintegrowany model PPP obejmujący zarządzanie infrastrukturą ochrony zdrowia połączone ze świadczeniem usług niemedyceńskich i medycznych przez partnera w ramach umowy o PPP (w tym również w koncesyjnym modelu wynagrodzenia bezpośrednio ze środków publicznych – głównie Narodowego Funduszu Zdrowia).

Kolejne próby realizacji modeli bazujących na koncesyjnym modelu wynagrodzenia okazały się nieskuteczne. **Najczęściej stosowanym modelem PPP w ochronie zdrowia jest model pełnej opłaty za dostępność infrastruktury będącej przedmiotem umowy, bez komponentu usług medycznych finansowanych ze środków NFZ, co wymaga od podmiotów publicznych realnej oceny i porównania kosztów samodzielnej realizacji inwestycji tego typu w relacji do kosztów ich realizacji w modelu PPP.** Towarzysząca niejako zadaniom z zakresu ochrony zdrowia działalność opiekuńcza podlegała podobnym uwarunkowaniom, przy czym w zakresie prowadzenia domów pomocy społecznej (DPS) trudnością okazała się realizacja przedsięwzięć o skali przekraczającej potrzeby jednego miasta czy powiatu.

### Przedsięwzięcia PPP zrealizowane w obszarze ochrony zdrowia i opieki

Pierwsza umowa zawarta na podstawie uchwalonej w 2009 r. ustawy koncesyjnej dotyczyła realizacji robót budowlanych polegających na **zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje obiektu szpitalnego przy SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie z przeznaczeniem na stację dializ wraz z poradnią nefrologiczną.** W projekcie tym wynagrodzenie partnera prywatnego zostało określone jako prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach powstałego obiektu. Ostatecznie koncesja została udzielona firmie NEFROLUX Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Sp. j. Na podstawie umowy koncesjonariusz samodzielnie przeprowadził i sfinansował inwestycję

1 Ustawa z 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi, DzU z 2009 r. nr 19, poz. 101 ze zm.  
2 Lilianna Bogusz, *Modele PPP w ochronie zdrowia*, str. 2 i nast.

o wartości 6 400 000 zł brutto, niezbędną do uruchomienia stacji dializ i towarzyszącej jej poradni nefrologicznej. Natomiast jako wynagrodzenie uzyskał prawo do prowadzenia przez 15 lat w części budynku wniesionego w ramach zamówienia działalności gospodarczej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych (stacja dializ) oraz usług w ramach poradni nefrologicznej.

W ramach tej umowy (i przez cały okres jej trwania) ryzyko ekonomiczne, w szczególności ryzyko budowy i popytu na usługi oraz wykonywania koncesji spoczywa na koncesjonariuszu. Na koncesjodawcy spoczywa natomiast ryzyko związane z wydaniem nieruchomości i infrastruktury udostępnionej na potrzeby prac projektowo-budowlanych (realizacji koncesji). Jednocześnie koncesjodawca nie ponosi żadnych płatności na rzecz koncesjonariusza, którego wynagrodzenie powiązane jest ze świadczeniem usług medycznych na własne ryzyko ekonomiczne.

Pierwsze przedsięwzięcie okazało się na tyle udane, że doczekało się swoistego uzupełnienia. Strony pierwszej umowy koncesyjnej w ramach kolejnego postępowania, zainicjowanego 18 grudnia 2009 r., po 103 dniach negocjacji zawarły umowę dotyczącą realizacji przedsięwzięcia **„Roboty budowlane polegające na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje i media oraz sprzęt, właściwy dla funkcji i przeznaczenia tego typu obiektu szpitalnego przy SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie z przeznaczeniem na oddział tóżkowy nefrologiczny”**. Przedmiot drugiej koncesji obejmował zaprojektowanie, wybudowanie i wyposażenie w instalacje, media oraz sprzęt, nefrologicznego oddziału szpitalnego na terenie stacji dializ i poradni nefrologicznej, z którą nowo budowany (w ramach drugiej umowy) oddział nefrologiczny miał być kompatybilny pod względem technicznym oraz dopasowany wizualnie i kolorystycznie do całości budynku, który uległ rozbudowie. W ramach drugiej umowy koncesyjnej koncesjonariusz poniósł nakłady inwestycyjne w wysokości 1,5 mln zł, a w zamian za rozbudowę wydziału nefrologii, uzyskał prawo do eksploatacji przez 15 lat przedmiotu koncesji oraz czerpania pożytków z prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach oddziału nefrologicznego. Przedsięwzięcie możliwe było za sprawą umiejętnego zarządzania jego ryzykiem ekonomicznym, w tym w ramach pozyskiwania przez partnera kontraktów komercyjnych i finansowanych ze środków NFZ.

Podobny mechanizm finansowania i wynagrodzenia partnera prywatnego wystąpił w przypadku przedsięwzięcia **„Przebudowa Domu Opieki Społecznej w Kobylnicy na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz wykonywania zadań o charakterze komplementarnym”**. Przedsięwzięcie obejmowało przebudowę istniejącego w stanie surowym zamkniętym (udostępnionego przez podmiot publiczny) budynku

domu pomocy społecznej w Kobylnicy na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz dodatkowo na potrzeby działalności o charakterze komplementarnym z zakresu opieki zdrowotnej lub pomocy społecznej.

W ramach przedsięwzięcia podmiot publiczny ponosił ryzyko i odpowiedzialność za: prawidłowość przekazanej podmiotowi prywatnemu dokumentacji projektowej; ustanowienie hipoteki na nieruchomości w wysokości 75% zabezpieczenia wymaganego przez instytucję finansującą kredyt partnera prywatnego oraz zagospodarowanie terenu. Swoisty podział ryzyka (w ramach zgody na ustanowienie hipoteki na nieruchomości będącej wkładem partnera prywatnego) był w tym przypadku czynnikiem umożliwiającym osiągnięcie bankowalności przedsięwzięcia<sup>3</sup>.

Podział ryzyka w zakresie zapewnienia finansowania projektu w Kobylnicy był również powodem zastosowania ustawy o PPP z instytucją wkładu własnego w przypadku przedsięwzięcia w swej istocie koncesyjnego.

Największe przedsięwzięcie w zintegrowanym modelu PPP realizowane w Polsce w obszarze ochrony zdrowia o kluczowym znaczeniu koncesyjnego modelu wynagrodzenia (w dużej części finansowanej ze środków pacjentów i NFZ) to przedsięwzięcie pn. **„Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu”**. O ile w Kobylnicy ze względu na znaczne zaawansowanie inwestycji wystarczające okazało się ustanowienie hipoteki zabezpieczającej zobowiązania partnera prywatnego związane z dokończeniem inwestycji, w Żywcu sprawa była o wiele bardziej skomplikowana i czasochłonna. Długi czas konieczny dla zamknięcia finansowego przedsięwzięcia i związany z tym przedłużający się etap inwestycyjny są efektem funkcjonującego w Polsce modelu finansowania procedur medycznych ze środków NFZ, przy niedoskonałości rynku ubezpieczeń komercyjnych. Dlatego też na podmiocie publicznym spoczywa w tym projekcie część ryzyka popytu, m.in. ryzyko zapewnienia finansowania usług medycznych przez 3 lata w przypadku nieotrzymania kontraktu z NFZ<sup>4</sup>.

### Postępowania w obszarze ochrony zdrowia, które nie są realizowane

Postępowanie pn. **„Wybór partnera prywatnego do utworzenia „Ośrodka Radioterapii”, przeprowadzone na podstawie ustawy o koncesja na roboty budowlane”**, co prawda zakończyło się zawarciem umowy, ale do dnia dzisiejszego nie jest ona realizowana. Podmiotem publicznym jest Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Warszawie Sp. z o.o., a stroną prywatną Dopico S.A. Umowa zawarta została 29 maja 2013 r. Przedmiotem

3 Szczegółowo na ten temat znajduje się w artykule Rafała Cieślaka pt. *Utworzenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kobylnicy jako przykład lokalnego projektu „PPP w trybie koncesji”*, str. 18 i nast.

4 Więcej na temat projektu można przeczytać w artykule *Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu*, str. 10 i nast.



umowy, znajdującej się obecnie w stanie swoistego „zawieszenia”, jest zawiązanie spółki kapitałowej w celu wykonania umowy PPP. Spółka ta ma uzyskać status podmiotu leczniczego. Przewidywany okres działalności spółki nie będzie dłuższy niż 30 lat. Podział udziałów (akcji) w spółce był przedmiotem negocjacji. Niestety, jak dotychczas, nie doszło do wdrożenia etapu zaprojektowania, wybudowania, wyposażenia, sfinansowania w całości przedsięwzięcia przez spółkę oraz uruchomienia „Ośrodka Radioterapii” na gruncie będącym obecnie w posiadaniu partnera publicznego, co jest konieczne do prowadzenia przez spółkę działalności leczniczej. Planowany termin wykonania projektu, robót budowlanych, wyposażenia i przekazania do użytkowania – łącznie ze wszystkimi koniecznymi odbiorami i zezwoleniami – wyznaczony został na 18 miesięcy od daty podpisania umowy, a przewidywany okres prowadzenia działalności leczniczej wynosi od 15 do 30 lat. Wydaje się, że podział zadań związanych z finansowaniem i ryzykami operacyjnymi został alokowany na spółce celowej (projektowej) w sposób, który jak dotychczas nie zapewnił bankowości projektu. Biorąc pod uwagę doświadczenia projektu żywieckiego, **model koncesyjny wynagrodzenia partnera jest bardzo trudny do zaakceptowania przez instytucje finansujące, które oczekują znacznego zaangażowania kapitałowego strony prywatnej.** Dodatkowym zagrożeniem dla stabilnego finansowania projektu są ograniczenia w zakresie czasu, na jaki możliwe jest zawarcie przez partnera prywatnego kontraktów z NFZ (ograniczenie do 3-5 lat) oraz samo ryzyko polityczne utraty tego typu wsparcia, które nie jest zresztą gwarancją osiągnięcia zysków operacyjnych w większości finansowanych w ten sposób procedur. Wydaje się, że kłopot z zamknięciem finansowym dla projektów koncesyjnych jest powodem istotnego spadku zainteresowania tego typu projektami na rzecz projektów opartych na modelu opłaty za dostępność i ograniczeniu ich zakresu do komponentu infrastrukturalnego, bez zaangażowania partnera w proces świadczenia usług medycznych.

Z analizy rynku PPP w ochronie zdrowia wynika, że niepowodzeniem zakończyły się te przedsięwzięcia, które skupione były na budowie infrastruktury służącej świadczeniu usług medycznych przez samego koncesjonariusza czy podmiot publiczny. Nie wzbudziło zainteresowania potencjalnych inwestorów przedsięwzięcie dotyczące koncesji na realizację w kompletnym stanie wykończeniowym „pod klucz” budynku ośrodka (centrum) usług medycznych, wraz z zagospodarowaniem przyległego terenu w **Zabierzowie** oraz postępowanie koncesyjne na budowę i wyposażenie obiektu przeznaczonego na działalność miejskiej przychodni zdrowia oraz na działalność komercyjną w **Karczewie**.

Gmina Zabierzów umożliwiła koncesjonariuszowi (miał być wybrany ten, który byłby zainteresowany najkrótszym okresem eksploatacji obiektu zgodnie z jego

przeznaczeniem) prowadzenie działalności leczniczej. W Karczewie, przedmiotem koncesji miało być zaprojektowanie, wybudowanie, a następnie dostosowanie obiektu budowlanego do potrzeb przychodni zdrowia. Władze Karczewa przygotowały nieco bardziej zrównoważoną koncepcję wynagrodzenia – zgodnie ze wstępną koncepcją łączna powierzchnia użytkowa obiektu wynosić miała ok. 1 700 m<sup>2</sup>, z których: ok. 1 250 m<sup>2</sup> przeznaczone miały być na potrzeby przychodni zdrowia, a ok. 450 m<sup>2</sup> – na cele komercyjne, bez rozstrzygnięcia o ich naturze. Koncesjonariusz, w zamian za swoje zaangażowanie inwestycyjne, posiadać miał wyłączne prawo do korzystania z powierzchni komercyjnej. W przypadku projektu karczewskiego, wynagrodzenie mogło obejmować dodatkowo możliwość opłat koncesjonariusza na rzecz koncesjonariusza w związku z wykorzystaniem części obiektu na potrzeby przychodni zdrowia. Koncesjonariusz jednak miał przyjąć na siebie ryzyko finansowe inwestycji przez cały okres obowiązywania umowy, w szczególności: ryzyka projektowe, budowlane i eksploatacyjne. Po upływie okresu koncesji koncesjonariusz miał przekazać nieodpłatnie obiekt stronie publicznej. W przypadku Karczewa kryteria udzielenia zamówienia obejmowały: wysokość opłat za korzystanie z obiektu przez gminę (60%), okres, na który zawarta zostanie umowa koncesji (30%) oraz czas realizacji przedmiotu koncesji (10%). Niestety mimo opcji wprowadzenia dopłat ze strony koncesjonariusza, potencjał komercyjny (apteka, sklep czy towarzyszące usługi medyczne) projektu wobec całości ryzyka ekonomicznego związanego z przedsięwzięciem, okazało się ono zbyt silne dla potencjalnych inwestorów.

Potencjalne kłopoty z finansowaniem usług medycznych z NFZ w ramach części komercyjnej wynagrodzenia partnera prywatnego, uzupełnianego przez opłatę za dostępność, stały się strategicznym powodem niepowodzenia postępowania pn. **„Rozbudowa, modernizacja i restrukturyzacja Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim w formule partnerstwa publiczno-prywatnego”**, rozpoczętego w roku 2014.

Podobnie, trudności z pozyskaniem stabilnego (i preferencyjnego) finansowania, były powodem niewdrożenia gdyńskiego przedsięwzięcia **„Rozbudowa Szpitala Św. Wincentego a Paulo Sp. z o.o. w formule partnerstwa publiczno-prywatnego z udziałem wsparcia pochodzącego ze środków Unii Europejskiej – Inicjatywy JESSICA”** w roku 2013.

Problem z pozyskaniem finansowania w modelu koncesyjnym był główną przeszkodą w powodzeniu wielu postępowań na wybór partnera prywatnego. Szczególnie ciężkie okazało się znalezienie inwestora dla projektów dotyczących budowy infrastruktury służącej diagnostyce obrazowej, badaniom aparatem rezonansu magnetycznego czy tomografii komputerowej. Niepowodzeniem zakończyły się postępowania

czysto usługowe (koncesja na usługi), jak i koncesje na roboty budowlane. I tak, fiaskiem zakończyły się trzy kolejne postępowania (koncesja na usługi) wszczynane w **Białymstoku**, które dotyczyły świadczenia stacjonarnych usług w zakresie diagnostyki obrazowej na skanerze PETCT, badania aparatem rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej.

Szlakiem przetartym przez władze powiatu żywieckiego podążyło w 2013 r. „**Centrum Medyczne w Łańcucie**” Sp. z o. o. (którego właścicielem jest powiat łańcucki), ogłaszając postępowanie na wybór partnera prywatnego dla przedsięwzięcia partnerstwa publiczno-prywatne „**Przebudowa i rozbudowa Szpitala św. Michała Archaniola w Łańcucie**”. Przedmiotem przedsięwzięcia publiczno-prywatnego miało być zaprojektowanie, budowa i wyposażenie wraz z finansowaniem: pawilonu diagnostyczno-zabiegowego; modernizacja oddziału chorób zakaźnych z pododdziałem hepatologicznym; adaptacja pomieszczeń po oddziałach zabiegowych, które miały być przeniesione do nowo wybudowanego pawilonu oraz kontynuacja rozbudowy Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Łańcucie (ZPO). Po etapie inwestycyjnym (połączonym z finansowaniem) przedsięwzięcie obejmować miało utrzymanie i/lub zarządzanie w powstałych obiektach i/lub w całym szpitalu i/lub Centrum Medycznym w Łańcucie Sp. z o.o., a planowany czas trwania umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym miał zamknąć się w okresie 30 lat. Inaczej niż w Żywcu, wynagrodzenie partnera prywatnego miało polegać jedynie na opłacie za dostępność, płatnej po oddaniu przedmiotu przedsięwzięcia partnerstwa publiczno-prywatnego do eksploatacji. Mimo dużego zainteresowania partnerów prywatnych, którzy ostatecznie wzięli udział w negocjacjach i złożyli oferty, do zawarcia umowy nie doszło. Postępowanie zostało unieważnione ze względu na fakt, że kwota wynagrodzenia oczekiwana przez partnera prywatnego znacznie przekroczyła kwotę, jaką podmiot publiczny zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia. Ostatecznie podmiot publiczny nie zdecydował się na zwiększenie sumy pierwotnie przeznaczonej na realizację zamówienia do ceny oferty najkorzystniejszej. W ten sposób nie doszło do zawarcia jedynej jak dotąd prawdopodobnej umowy infrastrukturalnej w obszarze ochrony zdrowia. Do dnia dzisiejszego powiat łańcucki nie zrealizował przedsięwzięć inwestycyjnych objętych nieprzyjętą ofertą, a wobec wzrostu cen jaki nastąpił od roku 2013, ich realizacja byłaby najprawdopodobniej znacznie wyższa, gdyby przyszło finansować je dzisiaj, nie licząc całego komponentu utrzymaniowego swoistego dla projektów PPP. W świetle obowiązujących obecnie przepisów podmioty publiczne zobowiązane są do szczegółowej kalkulacji realnych kosztów realizacji przedsięwzięcia w wariantcie tradycyjnym w stosunku do wariantu jego realizacji w modelu PPP w ramach oceny efektywności.

Gminy – równoległe do zadań z zakresu ochrony zdrowia, wobec problemów demograficznych i społecznych (rosnąca populacja starszych osób wymagających pomocy) – podejmowały próby realizacji przedsięwzięć PPP w obszarze tworzenia i prowadzenia domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku (zwanych często domami późnej starości).

### **Przedsięwzięcia w obszarze opiekuńczym – ryzyko ekonomiczne a zmiany prawa**

Kierowanie osób w podeszłym wieku, spełniającym wymogi ustawowe, do domu pomocy społecznej, jak również ponoszenie odpłatności za pobyt mieszkańca gminy w tym domu, stanowią zadanie własne gminy o charakterze obligatoryjnym. Problemy, jakie napotykały pierwsze przedsięwzięcia w obszarze DPS, zostały uwzględnione w trakcie prac legislacyjnych podjętych w 2018 r. w celu usprawnienia systemu PPP w Polsce, które znalazły swój finał w formie przyjęcia ustawy z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym oraz niektórych innych ustaw<sup>5</sup>, w tym ustawie z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<sup>6</sup>.

Postępowaniem, które po części wykazało zasadność zmian legislacyjnych w przepisach DPS, było postępowanie „**Budowa Domu Późnej Starości z zagospodarowaniem terenu w formule partnerstwa publiczno-prywatnego na terenie Gminy Bobolice**”, które – ze względu na przyjęty na jego potrzeby model wynagrodzenia partnera prywatnego i podział ryzyka – prowadzone było w trybie ustawy koncesyjnej. Przedmiotem była realizacja przedsięwzięcia inwestycyjnego, polegającego na budowie domu późnej starości, przeznaczonego na pobyt stały osób starszych w miejscowości Bobolice. Nadrzędnym celem przedsięwzięcia była realizacja zadań własnych gminy z zakresu polityki społecznej (opieka nad osobami starszymi z terenu gminy Bobolice) oraz zagospodarowanie terenu przeznaczonego pod inwestycję w sposób umożliwiający wygenerowanie miejsc pracy dla mieszkańców. W ramach przedsięwzięcia miała powstać profesjonalna, nowoczesna i komfortowa infrastruktura, dostosowana do potrzeb osób w podeszłym wieku. Gmina nie wykluczała, iż z przedmiotu przedsięwzięcia będą korzystały także osoby niebędące mieszkańcami jej terenu, tym bardziej, że skala przedsięwzięcia od początku przekraczała naturalne zapotrzebowanie gminy. Zasadniczym założeniem projektu było, aby partner prywatny był zobowiązany do zaprojektowania i wybudowania obiektu, zapewnienia sfinansowania kosztów budowy oraz eksploatacji DPS, a także pozyskania niezbędnych zezwoleń na prowadzenie domu jako przede wszystkim placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku. Dopuszczono też poszerzenie zakresu działalności obiektu o usługi pokrewne,

5 DzU z 2018 r. poz. 169.

6 DzU z 2018 r. poz. 1508.

w tym zakład opiekuńczo-leczniczy. Założeniem podmiotu publicznego było, aby wynagrodzeniem partnera prywatnego było przede wszystkim prawo do pobierania pożytków z przedmiotu PPP, które miałyby obejmować przychody generowane przez przedsięwzięcie pochodzące z opłat od mieszkańców domu późnej starości oraz członków ich rodzin.

Ostatecznie na przeszkodzie w realizacji projektu stanęły wątpliwości prawne. Zgodnie bowiem z obowiązującymi wówczas przepisami ustawy o pomocy społecznej, gmina mogła kierować osoby wymagające opieki jedynie do DPS posiadającego statut „publicznego”. Jednocześnie pojawiały się wątpliwości czy zrealizowany w formule PPP DPS będzie mógł uzyskać status „DPS publicznego”.

W ówczesnym stanie prawnym, zgodnie z art. 25 ustawy o pomocy społecznej DPS, prowadzone na zlecenie gminy były uprzywilejowane względem modelu PPP, co przesądziło w zasadniczej mierze o niepowodzeniu postępowania na wybór partnera prywatnego. Ów niekorzystny dla modelu PPP w zakresie prowadzenia DPS stan prawny uległ zmianie za sprawą art. 13 ustawy z 5 lipca o zmianie ustawy o PPP, zgodnie z którym w art. 25 ustawy o pomocy społecznej dodano ust. 6 w brzmieniu: „6. Zlecenie realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej, o którym mowa w ust. 1, nie wyłącza możliwości zawierania umów o partnerstwie publiczno-prywatnym w rozumieniu ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1834 oraz z 2018 r. poz. 1693), których przedmiotem jest budowa, remont, utrzymanie lub wyposażenie domów pomocy społecznej. Do średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu pomocy społecznej nie wlicza się wynagrodzenia partnera prywatnego za budowę, remont, utrzymanie i wyposażenie domu pomocy społecznej”.

Rok po wszczęciu ostatecznie unieważnionego postępowania w Bobolicach, realizację analogicznego przedsięwzięcia, również bez powodzenia, zdecydowała się podjąć **gmina Gostycyn**, która 6 października 2015 r. ogłosiła wszczęcie postępowania koncesyjnego dotyczącego przedsięwzięcia pn. „Budowa zespołu budynków wielofunkcyjnych składających się z Domu Seniora z funkcją kulturowo-edukacyjną, mieszkania służbowego, pokojów gościnnych oraz obiektu o charakterze turystyczno-rekreacyjnym wraz z niezbędną infrastrukturą techniczną i turystyczną na działce o nr ewid. 491/35 położonej w Gostycynie w formule partnerstwa publiczno-prywatnego”.

Zasadniczym założeniem projektu było, aby partner prywatny był odpowiedzialny za zaprojektowanie i wybudowanie obiektu, zapewnienie sfinansowania kosztów budowy oraz eksploatacji domu seniora, a także pozyskania niezbędnych zezwoleń na prowadzenie domu jako przede wszystkim placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku, przy

czym dopuszcza się poszerzenie zakresu działalności obiektu o usługi pokrewne w tym zakład opiekuńczo-leczniczy. Sam zakres funkcji przedsięwzięcia oraz podziału pomiędzy poszczególne obszary prowadzonej działalności, podlegał negocjacom. Dopuszczono możliwość realizacji przedsięwzięcia poprzez zawiązaną na podstawie umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym spółkę PPP, przy czym w takim wypadku założono mniejszy udział w kapitale spółki podmiotu publicznego niż prywatnego.

Podstawowym sposobem wynagrodzenia partnera prywatnego miało być przede wszystkim prawo do pobierania pożytków z przedmiotu partnerstwa publiczno-prywatnego, które obejmować miało przychody generowane przez przedsięwzięcie, pochodzące z opłat od mieszkańców domu seniora oraz/lub członków ich rodzin. Preferowanym rozwiązaniem gminy było (podobnie jak w Bobolicach), aby wynagrodzenie partnera nie zawierało udziału finansowego podmiotu publicznego, przy czym z uwagi na ewentualną możliwość świadczenia usług opieki dziennej, a także możliwość świadczenia innych usług na rzecz mieszkańców gminy, dopuszczono możliwość ponoszenia płatności przez podmiot publiczny na rzecz partnera prywatnego. Jednocześnie założono, że udział ewentualnej zapłaty sumy pieniężnej był niższy niż 50% wartości całości wynagrodzenia partnera.

Po opisanych próbach podejmowanych w Bobolicach i Gostycynie, wydaje się, że szanse na wdrożenie ma przedsięwzięcie pn. **„Zmiana sposobu użytkowania wraz z przebudową i nadbudową budynku przy ul. Rekreacyjnej 2 w Świebodzicach, z przeznaczeniem na Dom Złotego Wieku”** (dalej: przedsięwzięcie), procedowane przez lokalny samorząd.

Przedsięwzięcie zakłada, że przebudowie poddany będzie należący do gminy obiekt, który przeznaczony zostanie na potrzeby domu pomocy społecznej dla osób starszych przewlekłe somatycznie chorych. Zadaniem partnera prywatnego będzie przebudowa budynku, świadczenie usług i utrzymania nieruchomości oraz usług opiekuńczych. Podmiot publiczny oczekuje, iż partner prywatny w celu świadczenia usług opiekuńczych utworzy lub wybierze odpowiedni podmiot prowadzący działalność pożytku publicznego, który może świadczyć usługi opiekuńcze w DPS, czemu sprzyjać może nowe brzmienie przepisów ustawy o pomocy społecznej. W ocenie gminy istnieje potrzeba na utworzenie minimum 50 miejsc dla mieszkańców DPS, przy czym wstępnie przewiduje się maksymalną liczbę 84 miejsc.

W ramach przedsięwzięcia wykonawca projektu budowlanego zobowiązany będzie wykonać wielobranżową dokumentację techniczną, budowlano-wykonawczą i kosztorysową wraz z projektem zagospodarowania terenu, elementami małej architektury, specyfikacjami technicznymi wykonania i odbioru robót oraz uzyskaniem wszelkich wymaganych opinii do uzyska-

nia pozwolenia na budowę w celu prowadzenia robót przewidzianych w przedsięwzięciu. W ramach projektu, w trakcie trwania fazy operacyjnej, partner prywatny odpowiedzialny będzie za świadczenie usług opiekuńczych dla mieszkańców DPS poprzez utworzony lub wybrany podmiot prowadzący działalność pożytku publicznego (forma, zakres i konieczność świadczenia usług opiekuńczych były przedmiotem dialogu konkurencyjnego), a także zarządzanie i utrzymanie nieruchomości w sposób zapewniający dostępność obiektu

na potrzeby domu pomocy społecznej dla świadczenia usług opiekuńczych zgodnie z zasadami określonymi w umowie PPP przez cały okres jej trwania. Wynagrodzeniem partnera prywatnego będą płatności dokonywane z budżetu gminy w formie opłaty za dostępność (obejmującej zwrot nakładów inwestycyjnych na remont, przebudowę i wyposażenie obiektu oraz zarządzania i utrzymania nieruchomości). Planowany okres obowiązywania umowy wynosi 20 lat.

---

**Bartosz Korbus** – założyciel Instytutu Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, doradca zaangażowany w realizację projektów PPP, kieruje również pracami Instytutu PPP dotyczącymi m.in. badań rynku PPP i działaniami edukacyjnymi skierowanymi do samorządu i przedsiębiorców. Redaktor *Forum PPP*.

# 3.1. Zastosowanie modelu PPP w inwestycjach służby zdrowia w UE – projekt budowy nowego szpitala Karolinska Solna w Sztokholmie

Krzysztof Szymański

Celem artykułu jest przedstawienie jednego z największych i najbardziej ambitnych przedsięwzięć partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze służby zdrowia, jakie są obecnie realizowane w Europie – projektu obejmującego budowę nowego Szpitala Uniwersyteckiego Karolinska Solna w Sztokholmie (Nya Karolinska Solna, NKS) oraz zarządzanie jego podstawową infrastrukturą do roku 2040<sup>1</sup>.

Główna uwaga w artykule skoncentrowana jest na aspektach ekonomicznych i finansowych projektu.

## Geneza projektu

Podmiotem publicznym sponsorującym projekt budowy i zarządzania NKS jest Rada Regionu Sztokholmu (*Stockholms läns landsting*), organ samorządu odpowiedzialny za funkcjonowanie służby zdrowia, a także transportu zbiorowego oraz szeregu innych usług użyteczności publicznej, na terenie regionu sztokholmskiego. Rada jest także właścicielem większości infrastruktury służby zdrowia w regionie, w tym szpitali publicznych<sup>2</sup>.

Największą i najbardziej znaną jednostką służby zdrowia w regionie sztokholmskim jest Szpital Uniwersytecki Karolinska (*Karolinska Universitetssjukhusets*). Szpital ten jest ściśle związany z uczelnią medyczną Karolinska Institutet, mającą ogromne tradycje i pozycję czołowego ośrodka badań i edukacji w dziedzinie medycyny w Europie i na świecie<sup>3</sup>. Zgodnie z testamen-

tem Alfreda Nobla z 1895 r., komisja złożona z badaczy Karolinska Institutet jest ciałem przyznającym Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny.

Szpital Uniwersytecki Karolinska dysponuje dwoma szpitalami, a w istocie rzeczy kampusami złożonymi z wielu budynków, zlokalizowanymi w gminach Solna i Huddinge, będącymi częścią aglomeracji sztokholmskiej<sup>4</sup>. Główny kampus położony jest w Solna. Jego budowę rozpoczęto na mocy ustawy parlamentu szwedzkiego w roku 1930, a główny budynek szpitala oddano do użytku 10 lat później.

Na przełomie XX i XXI wieku kampus w Solna składał się już z ponad 40 budynków. Działalność uczelni i szpitala nastroczały więc nieuchronnie wiele problemów logistycznych i komunikacyjnych, ponadto wiele obiektów było już przestarzałych i niedostosowanych do potrzeb nowoczesnej opieki medycznej. Modernizacja istniejących obiektów byłaby jednak bardzo skomplikowana i kosztowna, ponadto stwarzałaby istotne problemy z zapewnieniem pacjentom ciągłości opieki w okresie przebudowy. W tej sytuacji Rada Regionu Sztokholmu zaczęła rozpatrywać możliwość budowy zupełnie nowego szpitala, spełniającego najwyższe standardy i wymagania w zakresie opieki medycznej, a także badań i edukacji w dziedzinie medycyny. Ambicją Rady było od początku stworzenie placówki, która zapewniłaby Szpitalowi Uniwersyteckiemu Karolinska utrzymanie wiodącej pozycji na świecie oraz odgrywanie roli „uniwersyteckiego szpitala przyszłości”.

Pierwsze prace nad koncepcją nowego szpitala zostały zainicjowane w 2001 r. W maju 2005 r. były już na tyle zaawansowane, że Rada ogłosiła konkurs architektoniczny na projekt nowego szpitala. Nieco ponad rok później, w sierpniu 2006 r. jury konkursu wybrało projekt firmy White Arkitekter AB, nazwany „Forum

1 Etap budowy NKS został zrealizowany w latach 2010-2018, obecnie projekt znajduje się na etapie zarządzania infrastrukturą szpitala.

2 Region Sztokholmu jest jednym z 21 regionów administracyjnych, na jakie podzielona jest Szwecja. Odgrywa on kluczową rolę w gospodarce szwedzkiej (ponad 30% PKB), zamieszkuje go ponad 2 mln mieszkańców, tj. blisko 1/4 ludności całej Szwecji. Region Sztokholmu nie powinien być mylony z gminą/miastem Sztokholm (*Stockholms kommun*), jednostką samorządu niższego szczebla, mającą odrębny zakres zadań (odpowiada np. za szkolnictwo).

3 Uczelnia została założona przez króla Karola XIII w roku 1810.

4 Solna i Huddinge mają formalnie status gmin, równoważny ze Sztokholmem, a faktycznie są przedmieściami stolicy Szwecji. Solna jest położona w północnej części aglomeracji, a Huddinge w południowej.

Karolinska”, co zostało następnie zatwierdzone przez Radę. Zwycięski projekt stał się podstawą dla wszechstronnych prac nad całościowym programem i wizją nowego szpitala oraz planem projektu.

Prace nad rozwojem projektu prowadzone były przez specjalnie w tym celu utworzoną jednostkę organizacyjną Rady, Administrację NKS. Struktura ta była uzupełniana przez grono zewnętrznych konsultantów, zapewniających Radzie specjalistyczne wsparcie w następujących dziedzinach:

- doradztwo ekonomiczne i finansowe: firma Price-waterhouseCoopers AB,
- doradztwo prawne: kancelaria Mannheimer Swartling Advokatbyrå AB,
- doradztwo w zakresie architektury: pracownia White Architekt AB, w późniejszej fazie projektu działająca wspólnie z inną czołową szwedzką pracownią architektoniczną Tengbom,
- doradztwo w zakresie rozwiązań technologicznych i zarządzania projektem: firmy ÅF Consult i Ramböll.

Prace nad programem zostały zakończone w listopadzie 2007 r., zaś w kwietniu 2008 r. Rada Regionu Sztokholmu zaakceptowała program i przyjęła go do realizacji.

### Główne założenia projektu

Zgodnie ze szczegółowym planem projektu przyjęto założenie, że nowy szpital zostanie usytuowany w południowo-zachodniej części obszaru zajmowanego dotychczas przez obiekty Szpitala Uniwersyteckiego Karolinska. Oznaczało to konieczność wyburzenia części budynków starego szpitala, ale generalnie pozwalało na realizację całej inwestycji przy założeniu, że w okresie budowy stary szpital zapewniać będzie ciągłą, normalną opiekę swoim pacjentom.

NKS został zaprojektowany jako całkowicie nowy szpital, którego wszystkie procesy i rozwiązania zwrócone były w przyszłość, tak więc cele prac planistycznych wyszły daleko poza prostą modernizację czy zastąpienie dotychczasowego szpitala. **Rada Regionu Sztokholmu przyjęła 6 głównych celów, których osiągnięcie miał zapewniać nowy szpital:**

- opieka medyczna, badania i edukacja powinny zostać ściśle zintegrowane, tak aby wspierać w najbardziej efektywny sposób rozwój i rozpowszechnianie specjalistycznej wiedzy związanej z leczeniem najcięższych chorych pacjentów;
- szpital powinien zapewnić atrakcyjne i jak najbardziej „ludzkie” otoczenie o wysokiej wartości architektonicznej tak w samym szpitalu, jak i wokół niego; fundamentalnym założeniem było postawienie pacjenta w centrum procesu opieki zdrowotnej („patient always first”);
- procesy opieki medycznej powinny mieć wysoką efektywność z punktu widzenia opieki nad indywidualnym pacjentem oraz zapewniać intensywne

- i optymalne wykorzystanie posiadanych zasobów;
- rozwiązania architektoniczne i techniczne przyjęte w szpitalu powinny zapewnić maksymalną elastyczność i wymiennność funkcji, tak aby zapewnić mu zdolność do stałego dostosowywania się do szybkich zmian zachodzących w obszarze opieki zdrowotnej i badań medycznych;
- nowy szpital powinien stać się integralnym czynnikiem rozwoju i rewitalizacji szerszej przestrzeni miejskiej w północnej części aglomeracji sztokholmskiej. Przewidywano w szczególności, że NKS stanie się kluczowym elementem projektu „Vision 2025”, mającym na celu stworzenie całego kompleksu naukowo-biznesowego w dziedzinie nauk przyrodniczych, biologii i medycyny, zlokalizowanego w dzielnicy Hagastaden w bliskim otoczeniu szpitala<sup>5</sup>;
- nowy szpital powinien spełniać najbardziej wyśrubowane standardy w zakresie ochrony środowiska, wykorzystania odnawialnych źródeł energii i tworzenia warunków dla zrównoważonego rozwoju.

**W trakcie prac planistycznych wspomniane wyżej strategiczne założenia zostały przelożone na konkretne specyfikacje dla budowy i funkcjonowania NKS.** Najważniejsze specyfikacje, podane tutaj jedynie dla zobrazowania ogromnej skali całego przedsięwzięcia, są następujące:

- powierzchnia obiektów NKS: maksymalnie 335.000 m<sup>2</sup> (ostatecznie około 320.000 m<sup>2</sup>), włączając w to główny kompleks szpitala, budynek radioterapii, centrum technologiczne i logistyczne, centrum naukowo-edukacyjno-laboratoryjne, hotel dla pacjentów dochodzących i ich rodzin oraz budynek parkingu na ponad 800 miejsc (obiekty liczące od 5 do 11 pięter);
- liczba pomieszczeń: około 8.000;
- 600 łóżek szpitalnych (w tym 400 dla pacjentów hospitalizowanych w pokojach jednoosobowych, 125 na oddziale intensywnej opieki medycznej, 75 łóżek dla pacjentów po-operacyjnych), ponadto 100 łóżek dla pacjentów dochodzących oraz 100 łóżek hotelowych;
- 35–40 sal operacyjnych (ostatecznie 36);
- 8 sal terapii radiologicznej;
- około 180 obszarów recepcyjnych;
- obsada kadrowa NKS: około 6.000 osób personelu nowego szpitala, ponadto w obiektach nowego kompleksu szpitalnego przewidziano miejsce dla 1.000 pracowników naukowych i studentów Karolinska Institutet<sup>6</sup>;
- zdolność do przyjęcia do szpitala 150–200 pacjentów i 1600–1800 wizyt pacjentów dziennie (w tym

5 W projekcie „Vision 2025”, obok Rady Regionu Sztokholmu, gmin Sztokholm i Solna oraz Karolinska Institutet, uczestniczą też m.in. Królewski Instytut Technologiczny, Uniwersytet Sztokholmski oraz szereg firm farmaceutycznych.

6 Oczywiście liczebność kadry naukowej i studentów całego Karolinska Institutet jest wielokrotnie większa.

10–20% na oddziale ratunkowym), 600–800 transportów helikopterem rocznie.

Koszt inwestycji obejmującej wybudowanie NKS wyrażony w cenach z 2007 r. został oszacowany w programie projektu na 14,1 mld SEK (według ówczesnego kursu około 1,3 mld EUR). Na pozycję tę złożyły się następujące składniki:

|   |                       |
|---|-----------------------|
| • koszty prac i analiz przygotowawczych | 3.410 mln SEK         |
| • koszty budowy                         | 8.500 mln SEK         |
| • koszty finansowania                   | 1.800 mln SEK         |
| • pozostałe koszty inwestycji           | 393 mln SEK           |
| <b>RAZEM</b>                            | <b>14.103 mln SEK</b> |

Źródło: New Karolinska Solna. Memorandum of Information. PPP procurement, October 2008.

W programie założono, że nowy szpital przyjmie pierwszych pacjentów w grudniu 2015 r., jednakże data otwarcia szpitala była uzależniona od ostatecznej decyzji co do trybu i harmonogramu realizacji projektu.

### Zastosowanie modelu PPP

Wkrótce po zatwierdzeniu programu projektu, 10 czerwca 2008 r. Rada Regionu Sztokholmu podjęła kolejną kluczową decyzję dotyczącą projektu NKS: postanowiono, że realizacja projektu nastąpi w formule partnerstwa publiczno-prywatnego.

Oznaczało to, że Rada nie będzie samodzielnie planować i koordynować poszczególnych etapów projektu (włączając tu cały proces zamówień i przetargów obejmujących wykonawstwo kolejnych etapów prac), jak również nie będzie finansować ponoszonych wydatków ze swojego budżetu, lecz powierzy całość działań związanych z projektowaniem, budową i utrzymaniem infrastruktury nowego szpitala partnerowi prywatnemu<sup>7</sup>. Strona prywatna przyjmie także na siebie planowanie i koordynację całości prac oraz zapewni sfinansowanie kosztu inwestycji.

Decyzja Rady o podjęciu realizacji projektu NKS w formule PPP miała niewątpliwie cechy swoistego precedensu, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę rozmiary i stopień złożoności przedsięwzięcia. Miał to być pierwszy projekt PPP w Szwecji w sferze budynków użyteczności publicznej i oczywiście pierwszy w sektorze służby zdrowia, jak również największy ówczesnie projekt PPP w służbie zdrowia na świecie.

W owym czasie PPP nie było w Szwecji szerzej znane i stosowane, funkcjonowanie i rozwój infrastruktury były tradycyjnie traktowane jako domena sektora pu-

<sup>7</sup> Projekty, w których całościowe planowanie i koordynacja wszystkich działań/zamówień oraz zapewnienie finansowania należą do strony publicznej określane są jako tradycyjne czy też konwencjonalne projekty publiczne. W projektach tego typu sama inwestycja publiczna (budowa obiektów infrastruktury) jest z reguły planowana i zarządzana oddzielnie od fazy utrzymania i eksploatacji infrastruktury.

blicznego. Jedynym znaczącym projektem PPP zrealizowanym do tej pory w Szwecji był projekt rządu centralnego obejmujący budowę i eksploatację szybkiej kolei miejskiej Arlanda Express (*Arlandabanan*) łączącej centrum Sztokholmu i lotnisko Arlanda<sup>8</sup>.

Z drugiej strony PPP rozwijało się już bardzo dynamicznie zarówno w Europie, jak i w niektórych krajach pozaeuropejskich (Australia, Kanada). Krajem, którego doświadczenia w rozwijaniu PPP były szeroko analizowane i kopiowane na całym świecie, była w szczególności Wielka Brytania, powszechnie uznawana za kolebkę i niekwestionowanego globalnego lidera w zakresie tej formuły inwestycji publicznych. Rozwiązania brytyjskie odegrały także główną rolę w zdefiniowaniu struktury i warunków projektu NKS.

W uzasadnieniu dla przyjęcia formuły PPP dla projektu NKS, jakie podawane było w dokumentach Rady Regionu Sztokholmu i wypowiedziach jej przedstawicieli, podkreślano podręcznikowe niejako zalety zastosowania partnerstwa publiczno-prywatnego. Tak więc, dzięki przejściu przez partnera prywatnego odpowiedzialności za główne zadania, a zatem i ryzyka projektu, PPP miało zapewnić stronie publicznej trzy zasadnicze korzyści:

- pewność co do uzgodnionego kosztu przedsięwzięcia;
- pewność co do terminu ukończenia inwestycji;
- oszczędności kosztów w długoterminowym horyzoncie czasowym, wynikające z integracji zarządzania fazą inwestycji i fazą wieloletniej eksploatacji infrastruktury szpitala w ramach jednego przedsięwzięcia<sup>9</sup>.

Przekroczenia budżetu projektów oraz niedotrzymywanie terminów zakończenia prac było i jest plagą nagminnie występującą w inwestycjach publicznych realizowanych w formule tradycyjnej tak w Szwecji, jak i większości krajów. Zagrożenie to było szczególnie duże w przypadku wielkiego i skomplikowanego projektu, dodatkowo zawierającego bardzo duży element rozwiązań o pionierskim charakterze.

### Zakres zadań i wynagrodzenie strony prywatnej

Zasadniczy kształt planowanego projektu PPP dotyczącego budowy i zarządzania NKS został ogłoszony pu-

<sup>8</sup> Budowa linii Arlanda Express została zrealizowana w latach 1995-1999. Wykonawcą prac było konsorcjum szwedzkich firm budowlanych z koncernem NCC na czele, a okres eksploatacji linii ustalony w umowie PPP wynosił 45 lat (z opcją przedłużenia na kolejne 10 lat).

<sup>9</sup> Por. np. wypowiedź Lennarta Perssona, nadzorującego projekt NKS z ramienia Rady Regionu Sztokholmu: L. Persson, *Time for PPP projects in Sweden*. Fastighetssverige nr 6/2008, s. 23–24, oraz raport Komisji Europejskiej, *Health and Economics Analysis for an Evaluation of the Public-Private Partnerships in Health Care Delivery across EU, Annexes, Case Study: Sweden*. August 2013, s. 217–218.

blicznie przez Radę Regionu Sztokholmu 3 października 2008 r. na spotkaniu informacyjnym z potencjalnymi inwestorami, firmami wykonawczymi i bankami finansującymi. Zainteresowanym stronom przedstawiono memorandum informacyjne prezentujące założenia projektu oraz procedurę postępowania przy wyborze partnera prywatnego<sup>10</sup>. Jednocześnie opublikowano stosowne ogłoszenie w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

Założenia przedstawione w memorandum informacyjnym precyzowały przede wszystkim zakres zadań włączonych w zakres projektu, stanowiących tym samym przedmiot odpowiedzialności i ryzyka partnera prywatnego. Zadania te obejmowały zwłaszcza: szczegółowe zaprojektowanie i wybudowanie obiektów NKS zgodnie z wymogami funkcjonalnymi i technicznymi określonymi przez Radę Regionu Sztokholmu, sfinansowanie związanych z tym wydatków inwestycyjnych oraz zapewnienie utrzymania i eksploatacji wybudowanych obiektów w okresie 30 lat od momentu zamknięcia finansowego projektu.

Natomiast wyłączone z zakresu projektu PPP zostały: proces świadczenia usług medycznych oraz wyposażenie szpitala we wszystkie urządzenia techniczne bezpośrednio związane z tym procesem. Za oba te obszary pełną odpowiedzialność ponosiła nadal Rada Regionu Sztokholmu i miały być one wykonywane przez personel zatrudniony przez Szpital Uniwersytecki Karolinska.

Włączone w zakres projektu usługi związane z utrzymaniem infrastruktury obiektów NKS zostały podzielone na usługi „twarde” (*Hard FM services*) i „miękkie” (*Soft FM services*), zgodnie ze zwyczajową klasyfikacją stosowaną w przedsięwzięciach PPP<sup>11</sup>. Do obszaru usług „twardych” zaliczono m.in.:

- utrzymanie, nadzór i rozwiązywanie problemów dotyczących stanu pomieszczeń szpitala, fasad, dachów i wejść do obiektów, obszarów zielonych wewnątrz i na zewnątrz budynków;
- utrzymanie i serwisowanie sieci wodno-kanalizacyjnej, instalacji elektrycznej, systemów wentylacji, gazów medycznych, ogrzewania i oziębiania;
- utrzymanie i serwisowanie systemów transportowych: wind, systemów pneumatycznych (m.in. dla odpadów i pralni), kierowanych automatycznie pojazdów (robotów) transportowych;
- utrzymanie i serwisowanie systemów łączności i komunikacji w obiektach NKS, w tym sieci komputerowych, telefonicznych, radiowych i telewizyjnych oraz teletechnicznych systemów bezpieczeństwa;
- zapewnienie obsługi administracyjnej szpitala, w tym zarządzanie dokumentacją i archiwami;
- zapewnienie ciągłych dostaw mediów, w tym elektryczności, wody, gazu i sprężonego powietrza;

10 *New Karolinska Solna. Memorandum of Information. PPP procurement.* October 2008.

11 Skrót FM odnosi się do usług zarządzania obiektem (*Facilities Management*).

- zarządzanie odpadami (z wyłączeniem odpadów szkodliwych), łącznie z sortowaniem i wysyłką odpadów;
- zarządzanie systemami bezpieczeństwa, w tym autoryzacją dostępu do informacji i pomieszczeń;
- zarządzanie parkingiem i lądowiskiem dla helikopterów.

Usługi „miękkie” w projekcie NKS objęły:

- usługi transportu wewnętrznego i zewnętrznego;
- usługi logistyczne w zakresie przyjmowania, magazynowania i dystrybucji materiałów, sprzętu itp.;
- sprzątanie i utrzymanie pomieszczeń;
- usługi konferencyjne i recepcyjne;
- usługi pralnicze;
- prowadzenie restauracji, barów kawowych, kiosków itp., zapewnianie cateringu na terenie obiektów NKS.

Jako mechanizm wynagrodzenia partnera prywatnego w projekcie NKS przyjęto model tzw. opłat za dostępność (*availability payments*), upowszechniony w dużej mierze dzięki brytyjskiemu programowi PFI<sup>12</sup>. Model ten zakłada, że partner prywatny otrzymuje od strony publicznej od momentu oddania wybudowanych obiektów infrastruktury do użytkowania regularne płatności ustalone w umowie projektu PPP. Płatności są niezależne od rzeczywistego wykorzystania infrastruktury przez końcowych użytkowników, natomiast warunkiem ich otrzymania jest zapewnienie użytkownikom dostępności obiektów infrastrukturalnych przy zachowaniu ustalonych standardów i wskaźników (nie-dostępność infrastruktury skutkuje obniżeniem lub wycofaniem płatności)<sup>13</sup>.

### Proces wyboru partnera prywatnego

Przedstawiony potencjalnym partnerom PPP w memorandum informacyjnym proces prowadzący do wyboru partnera i podpisania umowy projektu przewidywał 3-stopniową procedurę:

- etap 1: pre-kwalifikacja zainteresowanych firm;
- etap 2: przygotowanie i złożenie ofert;
- etap 3: ocena ofert, negocjacje z oferentami, wybór najkorzystniejszej oferty i podpisanie umowy PPP.

Na etapie pre-kwalifikacji firmy budowlane/deweloperskie (bądź konsorcja firm) rozpatrujące swoje zaangażowanie w budowę i zarządzanie NKS miały zgłosić

12 PFI (*Private Finance Initiative*) był podstawową formą projektów PPP w Wielkiej Brytanii w okresie największego rozkwitu tej formuły inwestycji, w końcu lat 90. i w pierwszej dekadzie obecnego wieku (w grudniu 2012 roku PFI zastąpiono zmodyfikowaną formułą, tzw. PF2). Formuła PFI stosowana była przede wszystkim w obszarze tzw. infrastruktury społecznej, zwłaszcza w szkolnictwie i służbie zdrowia. Na temat formuły PF2 pisaliśmy w *Biuletynie partnerstwa publiczno-prywatnego* nr 7, str. 82 i nast.

13 Uniezależnienie wynagrodzenia partnera prywatnego od faktycznego stopnia wykorzystania infrastruktury pozwala partnerowi prywatnemu w PPP uniknąć tzw. ryzyka rynkowego (ryzyka popytu), które jest najważniejszym ryzykiem biznesowym w długoterminowych umowach zarządzania infrastrukturą.



swoje zainteresowanie udziałem w projekcie składając odpowiedni kwestionariusz (*Pre-Qualification Questionnaire, PQQ*). Termin złożenia kwestionariuszy PQQ został wyznaczony na 15 grudnia 2008 roku. Założono, że w wyniku pre-kwalifikacji dokonany zostanie wybór trzech kandydatów, którzy w orientacyjnym terminie do końca stycznia 2009 r. zostaną zaproszeni do złożenia oferty.

W trakcie kolejnego etapu Administracja NKS z doradcami miała przygotować dla wybranych firm zaproszenie do złożenia ofert (*Invitation to Tender, ITT*). Przewidywano, że dokument ITT zostanie rozesłany w marcu 2009 r., a orientacyjnym terminem złożenia ofert będzie październik 2009 roku.

Ostatni, trzeci etap wyboru partnera polegać miał na wszechstronnej ocenie wybranych ofert zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny oraz na wynegocjowaniu z oferentem, który złożył najkorzystniejszą ofertę, ostatecznego kształtu i warunków projektu. Cały proces miało zakończyć podpisanie umowy projektu PPP między Radą Regionu Sztokholmu a wybraną firmą bądź konsorcjum wykonawczym (w praktyce stroną w umowie jest najczęściej spółka celowa utworzona przez stronę prywatną dla celów projektu)<sup>14</sup>. Obok umowy projektu negocjowany jest i podpisywany także cały pakiet umów towarzyszących, w tym zwłaszcza umowy dotyczące finansowania projektu<sup>15</sup>.

Cały proces wyboru partnera prywatnego przewidziany w memorandum informacyjnym podlegać miał przepisom szwedzkiego prawa zamówień publicznych, natomiast w wielu miejscach, gdy była mowa o konkretnych rozwiązaniach projektu, odwoływano się do praktyki międzynarodowej, w tym zwłaszcza doświadczeń z brytyjskich projektów PFI. Spodziewano się, że proces zajmie w sumie około 18 miesięcy, a zamknięcie finansowe projektu nastąpi w kwietniu 2010 r.

Proces wyboru partnera prywatnego w projekcie NKS został zrealizowany w dużej mierze zgodnie z założonym harmonogramem, chociaż nie obyło się bez problemów. Na etapie pre-kwalifikacji zainteresowanie projektem zgłosiło szereg dużych firm szwedzkich i międzynarodowych, ale ostatecznie sponsor projektu otrzymał tylko jedną ofertę, ze strony konsorcjum złożonego ze szwedzkiej firmy budowlano-deweloperskiej Skanska AB oraz brytyjskiej grupy inwestycyjnej Innisfree Limited.

Ta na pozór słaba reakcja rynku inwestycyjnego na zaproszenie do udziału w bardzo prestiżowym pro-

14 Tworzenie spółki celowej (*Special Purpose Vehicle, SPV*) występuje przy finansowaniu projektu przez partnera prywatnego w trybie *Project Finance*. Jest to praktycznie regułą w przypadku dużych i ryzykownych projektów.

15 Ponieważ pozyskanie finansowania przez partnera prywatnego jest zasadniczym warunkiem rozpoczęcia realizacji projektu, krytycznym krokiem jest podpisanie umów o finansowanie, a dokładniej wejście w życie tych umów (czyli tzw. zamknięcie finansowe, *Financial Close*). Może to nastąpić jednocześnie z podpisaniem umowy projektu bądź później, jeśli nie są jeszcze spełnione zawarte w umowach warunki zawieszające.

jekcie wynikała z kilku istotnych przyczyn. Należy pamiętać, że **cała procedura przebiegała w warunkach poważnych zaburzeń gospodarczych i finansowych w gospodarce światowej – rozpoczęła się ona kilkanaście dni po ogłoszeniu bankructwa przez bank inwestycyjny Lehman Brothers, które doprowadziło do globalnego kryzysu finansowego**. Kryzys odbił się bardzo mocno także na funkcjonowaniu rynku *Project Finance*, utrudniając lub uniemożliwiając pozyskanie finansowania na liczne duże projekty inwestycyjne.

Inną przyczyną była charakterystyka samego projektu. Po pierwsze, projekt NKS był przedsięwzięciem o ogromnej skali. Po drugie, z uwagi na swój nietypowy, innowacyjny charakter, projekt przedstawiał dla inwestorów i wykonawców dodatkowe ryzyko – na rynku PPP najbardziej popularne są projekty o wysoce przewidywalnym profilu biznesowym i technologicznym, gdyż zapewnia im to stabilność przepływów finansowych.

Pomimo wszystkich komplikacji, negocjacje Rady Regionu Sztokholmu z konsorcjum Skanska i Innisfree zakończyły się pomyślnie. 4 maja 2010 r. Rada podjęła decyzję o wyborze oferty konsorcjum, a 30 czerwca 2010 r. podpisała umowę projektu ze spółką celową Swedish Hospital Partners AB, w której obaj konsorcjanci posiadali po 50% udziałów. Jednocześnie nastąpiło zamknięcie finansowe projektu.

### Konsorcjum wykonawcze

Z punktu widzenia możliwości wykonawczych i doświadczenia w realizacji dużych projektów inwestycyjnych w formule PPP zwycięskie konsorcjum przedstawiało bez wątpienia najwyższy poziom. Było to bardzo ważne, jeśli zważyć, że rynek szwedzki był pod względem stosowania PPP bardzo słabo rozwinięty.

Skanska AB jest międzynarodową firmą budowlaną i deweloperską, największą w Szwecji i jedną z największych w Europie. W 2010 r. Skanska zatrudniała 52.000 ludzi i osiągnęła kwotę przychodów wynoszącą 121,6 mld SEK (12,7 mld EUR)<sup>16</sup>. Jedynie 23% przychodów firmy przypadało na Szwecję, Skanska miała bardzo mocną pozycję także w innych krajach nordyckich (16% całości przychodów), pozostałych krajach Europy z Wielką Brytanią (14%) i Polską (9%), oraz w Stanach Zjednoczonych (28%).

Działalność deweloperska Skanska była integralną częścią jej modelu biznesowego, dostarczając firmie istotnej części realizowanych kontraktów budowlanych<sup>17</sup>. W obszarze projektów infrastrukturalnych gros działalności deweloperskiej Skanska realizowała na ryn-

16 Wszystkie dane dotyczące firmy Skanska pochodzą z raportu rocznego Skanska AB za rok 2010 oraz publikacji *European Powers of Construction 2010* firmy konsultingowej Deloitte.

17 W wielkim skrócie, działalność deweloperska obejmuje inicjowanie i zarządzanie wszystkimi aspektami procesu budowlanego i inwestycyjnego, łącznie z organizacją finansowania i angażowaniem przez dewelopera własnego kapitału. W pewnym uproszczeniu, w obszarze inwestycji w infrastrukturę publiczną funkcja deweloperska jest tożsama z realizacją projektów PPP.

kach zagranicznych, zwłaszcza w Wielkiej Brytanii, co oddawało przodującą w skali międzynarodowej pozycję rynku brytyjskiego pod względem rozwoju PPP. W końcu 2010 r. Skanska posiadała w swoim portfelu inwestycyjnym 15 projektów PPP, z czego 11 w Wielkiej Brytanii, 1 w Szwecji (NKS) i 1 w Polsce<sup>18</sup>. Aż 5 brytyjskich projektów PPP (PFI) realizowanych przez Skanska w końcu 2010 r. dotyczyło budowy lub modernizacji szpitali.

Partnerem firmy Skanska w projekcie NKS była spółka brytyjska Innisfree, zarządzająca funduszami inwestycyjnymi angażującymi kapitał w projekty PFI/PPP. Innisfree oferowała swoje fundusze inwestorom instytucjonalnym, takim jak fundusze emerytalne czy towarzystwa ubezpieczeniowe, którzy byli zainteresowani w lokowaniu kapitału długoterminowego w inwestycje infrastrukturalne, ale nie posiadali specjalistycznego *know how* dla oceny ryzyka inwestycyjnego występującego w projektach PFI/PPP oraz opłacalności tych projektów. Inwestorzy instytucjonalni potrzebowali zatem wyspecjalizowanego pośrednika, który wspierałby ich przy selekcji inwestycji i zarządzaniu całym procesem inwestycyjnym.

Innisfree była największym tego typu pośrednikiem na brytyjskim rynku finansowym, w 2010 r. zarządzała udziałami w 55 projektach PFI/PPP, realizujących inwestycje w infrastrukturze o łącznej wartości około 13 mld GBP (fundusze zarządzane przez Innisfree dostarczyły mniej więcej 10% wspomnianej kwoty). Innisfree była tym samym największym inwestorem kapitałowym w dwóch kluczowych sektorach brytyjskiego programu PFI, służbie zdrowia i szkolnictwie.

W sumie zarówno Skanska, jak i Innisfree były czołowymi uczestnikami brytyjskiego rynku PFI. Obie firmy zrealizowały wspólnie szereg projektów, a najbardziej prestiżowym z nich był projekt przebudowy i modernizacji londyńskiego szpitala Św. Bartłomieja (Barts and the London Hospital), największe przedsięwzięcie programu PFI w sektorze szpitalnictwa zainicjowane w 2006 roku.

## Struktura finansowania

Jednym z kluczowych zadań strony prywatnej w projekcie NKS było zorganizowanie finansowania nakładów inwestycyjnych na budowę nowego szpitala. Szacowana kwota tych nakładów wzrosła w wyniku inflacji z 14,1 mld SEK ustalonych w programie projektu z 2007 r. do 14,5 mld SEK w momencie zamknięcia finansowego projektu.

Jak już wspomniano, konsorcjum Skanska i Innisfree zdecydowało się sfinansować inwestycję w trybie *Project Finance*, tak więc środki miały być pozyskane z rynku finansowego za pośrednictwem spółki celowej Swedish Hospital Partners AB (SHP).

18 Chodzi o budowę odcinka autostrady A1 z Nowych Marzy k/ Grudziądza do Czerniewic k/Torunia (kontynuacja 2-etapowego projektu budowy A1 między Gdańskiem i Toruniem). Skanska była zaangażowana w projekt jako inwestor w spółce koncesyjnej Gdańsk Transport Company SA i jako główny członek konsorcjum budowlanego.

Obaj wspólnicy wyposażyli spółkę w kapitał własny w wysokości blisko 1,2 mld SEK, wniesiony w równych częściach w postaci udziałów kapitałowych oraz pożyczek podporządkowanych. Dokładnie biorąc, kapitał spółki nie został wniesiony od razu w całości, lecz zgodnie z normalną praktyką rynkową był wpłacany stopniowo, w miarę jak postępy w realizacji inwestycji stwarzały zapotrzebowanie projektu na nowe środki finansowe. I tak do końca 2010 r. kapitał wpłacony przez Skanska AB wyniósł 85 mln SEK<sup>19</sup>.

Dominującą część środków na inwestycję miała zostać pozyskana w formie finansowania dłużnego – inaczej mówiąc, projekt NKS miał być wysoko lewarowany, przy udziale długu w całości finansowania przekraczającym 90%<sup>20</sup>. Bardzo trudna sytuacja panująca na międzynarodowym rynku *Project Finance* w latach 2008-2010 w związku z globalnym kryzysem finansowym spowodowała jednak istotne trudności w pozyskaniu przez projekt finansowania rynkowego na akceptowalnych warunkach. W tej sytuacji zarówno sponsor projektu, jak i członkowie konsorcjum wykonawczego dążyli do tego, aby zmaksymalizować udział w montażu finansowym projektu źródeł środków o jak najniższym koszcie, tak aby drogie finansowanie z rynku nie podważyło opłacalności całego projektu. Udało się pozyskać znaczące fundusze z dwóch takich źródeł.

Pierwszym były kredyty międzynarodowych banków rozwojowych – Europejskiego Banku Inwestycyjnego i Nordyckiego Banku Inwestycyjnego. Oba te publiczne banki finansując projekt NKS, wypełniały dokładnie swoją najważniejszą misję, a więc wspieranie efektywnych, ważnych przedsięwzięć inwestycyjnych, które napotkały problemy z przyciągnięciem finansowania rynkowego.

Europejski Bank Inwestycyjny udzielił spółce celowej projektu NKS kredytu na kwotę 300 mln EUR, a więc w przybliżeniu około 2,8 mld SEK, zaś Nordycki Bank Inwestycyjny przyznał jej kredyt na kwotę 1,5 mld SEK.

Drugim „promocyjnym” źródłem finansowania uzyskanym przez projekt NKS były wpłaty z budżetu Rady Regionu Sztokholmu. **Zaangażowanie finansowe strony publicznej w fazie inwestycyjnej projektu jest istotnym odstępstwem od klasycznych reguł modelu PPP, gdyż obciąża budżet publiczny wydatkiem inwestycyjnym na początkowym etapie przedsięwzięcia oraz znacząco redukuje transfer ryzyka ze strony publicznej na prywatną.** Innymi słowy, takie zaangażowanie przynajmniej częściowo odwraca podstawowe korzyści, jakie z formuły PPP powinien uzyskiwać sektor publiczny. Jednak w warunkach ograniczonej dostępności i wy-

19 Kwota inwestycji kapitałowej Skanska AB w projekt New Karolinska Solna podana za raportem rocznym firmy za rok 2010.

20 Wysoki stopień lewarowania spółek celowych w projektach PPP stosujących model *Project Finance* jest powszechną regułą. Standing finansowy tych spółek jest oceniany przez banki według zupełnie innych kryteriów niż przy konwencjonalnym kredytowaniu przedsiębiorstw, a więc w modelu *Corporate Finance*.

sokiego kosztu funduszy z rynku *Project Finance* było to posunięcie pragmatyczne, dające projektowi istotną korzyść w postaci obniżki kosztu finansowania.

Brak jest dokładnych informacji na temat wielkości zaangażowania Rady Regionu Sztokholmu w finansowanie inwestycji w budowę szpitala NKS, ale biorąc pod uwagę cały budżet inwestycji musiało ono wynieść około 4 mld SEK. Podobnie jak pozostałe składniki montażu finansowego projektu, wkład Rady uruchamiany był stopniowo. Rada finansowała swój udział w inwestycji w ramach zarządzania całym budżetem i zadłużeniem Regionu. Tu warto podkreślić, że Rada Regionu Sztokholmu jest podmiotem publicznym o bardzo mocnej pozycji fiskalnej i finansowej oraz wysokim standingu na rynku obligacyjnym (rating AA+ przyznany przez agencję S&P). Dodatkowo, z uwagi na fakt spełniania przez projekt NKS wysokich standardów w obszarze gospodarki energetycznej i ochrony środowiska, Rada mogła finansować swój wkład do projektu poprzez emisję „zielonych obligacji” na szwedzkim i międzynarodowym rynku kapitałowym<sup>21</sup>.

Największym jednostkowym elementem finansowania fazy inwestycyjnej w projekcie NKS był kredyt długoterminowy o wartości 4,9 mld SEK udzielony przez międzynarodowy syndykat bankowy. Kredyty tego typu są klasycznym źródłem pozyskiwania funduszy przez duże projekty finansowane w trybie *Project Finance*. W skład syndykatu weszło 10 banków aktywnych na rynku *Project Finance*, zaś organizatorem kredytu był brytyjski Lloyds Bank<sup>22</sup>.

Mimo trudnych warunków panujących na rynku w czasie organizacji kredytu, dzięki bezpiecznej strukturze całego pakietu finansowego i dużemu prestiżowi samego projektu, udało się uzyskać bardzo korzystny, długi termin spłaty kredytu – aż 28,5 roku, czyli w praktyce termin odpowiadający niemal całemu okresowi umowy PPP. Natomiast bardzo wysoki był koszt kredytu – marża ponad stopę międzybankową wynosiła w pierwszych latach 210 punktów bazowych, następnie wzrastała do 270 punktów i ostatecznie do 300 punktów w końcowym okresie kredytowania. Zgodnie z normalną praktyką, kredyt udzielony został przy zmiennej stopie oprocentowania, a ryzyko wzrostu kosztu kredytu zostało zabezpieczone przez swap stopy procentowej ze stopy zmiennej na stałą.

### Przebieg realizacji projektu NKS

W chwili powstawania niniejszego artykułu (luty 2019 r.) faza inwestycyjna projektu została już całkowicie zakończona – ostatnie obiekty budowlane zostały

21 Rada Regionu Sztokholmu zainicjowała regularny program emisji „zielonych obligacji” w 2014 r., zaś od roku 2015 umieszczała projekt NKS wśród przedsięwzięć objętych corocznymi emisjami. Por. Stockholm County Council, Green Bond Impact Report 2018.

22 W terminologii rynku *Project Finance* rola organizatora syndykatu bankowego określana jest mianem Mandated Lead Arranger (MLA).

oddane personelowi szpitala w grudniu 2017 r., zaś ostatnia relokacja pacjentów do nowych budynków NKS miała miejsce w październiku 2018 roku<sup>23</sup>. Z uwagi na ogromną skalę i złożoność całego przedsięwzięcia poszczególne obiekty przekazywane były w użytkowanie stopniowo, stąd faza budowy i faza operacyjna częściowo zachodziły na siebie w czasie<sup>24</sup>.

Według oficjalnych informacji i ocen ogłaszanych przez głównego wykonawcę, firmę Skanska AB, Radę Regionu Sztokholmu i Szpital Nowa Karolinska, proces budowy i wyposażania nowego szpitala przebiegał w większości sprawnie i zgodnie z planem zarówno w wymiarze technicznym, terminowym, jak i finansowym (kosztowym). Realizacja projektu NKS nie była jednak wcale wolna od kontrowersji. W trakcie przedsięwzięcia projekt spotykał się z krytyką mediów dotyczącą różnych jego aspektów, był przedmiotem kilku głośnych dziennikarskich śledztw, a także – nieuchronnie – debat politycznych. Zasadność krytyki projektu zostanie skomentowana w dalszej części artykułu<sup>25</sup>.

Główny kontrakt na budowę NKS uzyskała firma Skanska AB, a dokładniej jej pion budowlany, przy czym prace o wartości 70% kontraktu realizowała filia szwedzka, a 30% filia brytyjska<sup>26</sup>. Faza inwestycji (budowy) w projekcie rozpoczęła się w lecie 2010 roku. 3 września 2010 r. miała miejsce oficjalna inauguracja budowy przez księżniczkę Wiktorię, co polegało – dość nietypowo – na zdetonowaniu ładunku wybuchowego służącego do wyburzenia części istniejących obiektów na placu budowy.

Faktycznie zrealizowany terminarz oddawania do użytku głównych budynków kompleksu NKS był następujący:

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| budynek pa rkingowy   | grudzień 2012               |
| centrum technologiczne i logistyczne                            | maj 2014                    |
| etap I głównego gmachu szpitala (2 bloki skrzydła wschodniego)  | czerwiec 2016 <sup>16</sup> |
| centrum badawczo-laboratoryjne                                  | wrzesień 2017               |
| etap II głównego gmachu szpitala (3 bloki skrzydła zachodniego) | październik 2017            |
| budynek z oddziałem radioterapii                                | grudzień 2017               |

23 Pomiędzy momentem oddania każdego budynku szpitalowi a przeniesieniem do niego pacjentów następował kilkumiesięczny okres wyposażania obiektu, szkolenia personelu i innych działań zapewniających nowemu obiektowi pełną funkcjonalność.

24 Za symboliczny moment rozpoczęcia fazy operacyjnej/eksploatacyjnej projektu uznawany jest moment oddania do użytkowania pierwszych obiektów NKS o stricte szpitalnym charakterze, co miało miejsce 2 czerwca 2016 roku.

25 Przebieg projektu zostanie opisany głównie w oparciu o komunikaty ogłaszane przez Skanska AB, Radę Regionu Sztokholmu i Szpital Karolinska Solna w okresie budowy nowego szpitala.

26 Inwestorem kapitałowym w projekcie (udziałowcem w spółce Swedish Hospital Partners AB) był pion deweloperski Skanska.

27 Pierwsi pacjenci zostali relokowani do nowego szpitala 20 listopada 2016 roku.

Zgodnie z informacjami firmy Skanska i szpitala, oddanie do użytku budynku radioterapii w grudniu 2017 r. oznaczało skrócenie całkowitego terminu oddania szpitala o 3 miesiące, gdyż pierwotnie obiekt ten miał być przekazany w marcu 2018 r. Oficjalna ceremonia inauguracji nowego Szpitala Uniwersyteckiego Karolinska miała miejsce 28 maja 2018 r. z udziałem szwedzkiej pary królewskiej.

Przy braku dostępu do pełnej dokumentacji projektu NKS, porównywanie jego pierwotnych założeń pod względem harmonogramu i budżetu z jego rzeczywistą realizacją jest znacznie utrudnione. Główną rolę odgrywają tu dwa czynniki. Pierwszym z nich jest fakt wielokrotnego wprowadzania przez sponsora projektu, czyli Radę Regionu Sztokholmu, zmian do wyjściowego planu, które po uzgodnieniu z wykonawcą siłą rzeczy modyfikowały plan i budżet projektu. Najważniejszą taką zmianą była decyzja z 2013 r. o dodaniu 4 dodatkowych pięter z 80 łózkami do budynku radioterapii oraz o podwyższeniu o dodatkowe piętra centrum badawczego. Wartość przyjętych do realizacji zmian w wyjściowej umowie PPP została oszacowana na około 1,7 mld SEK.

Drugim czynnikiem jest fakt, że umowa PPP nie obejmowała całości inwestycji w szpital NKS, pewne elementy projektu Rada Regionu Sztokholmu realizowała na własny koszt. Dotyczyło to zarówno prac budowlanych, np. związanych z adaptacją części istniejących obiektów mających wejść w skład nowego szpitala, jak i wyłączonych od początku z zakresu umowy PPP zakupów wyposażenia medycznego i technicznego (np. sprzętu komputerowego). W obszarze tych działań oczywiście także zachodziły dynamiczne zmiany w okresie trwania projektu.

Rada prowadziła w ramach swojej rachunkowości budżetowej całościową sprawozdawczość dotyczącą nakładów inwestycyjnych i kosztów operacyjnych projektu NKS, ale z publikowanych sumarycznych danych nie zawsze można dokładnie wyróżnić elementy odnoszące się do projektu PPP oraz elementy dotyczące finansów samej Rady. Przykładowo w raporcie finansowym Rady Regionu Sztokholmu za rok 2017 skumulowana kwota nakładów inwestycyjnych na budowę szpitala NKS od początku projektu do końca 2017 r. przedstawiona jest w sposób następujący:

|  |                |
|--|----------------|
| nowe inwestycje budowlane Rady                 | 950 mln SEK    |
| nakłady w ramach zmian w umowie PPP            | 1.560 mln SEK  |
| nowe inwestycje budowlane w zakresie umowy PPP | 14.641 mln SEK |
| koszty kredytowe i pośrednie                   | 3.874 mln SEK  |
| łącznie inwestycje budowlane                   | 1.025 mln SEK  |
| zakupy dzieł sztuki                            | 28 mln SEK     |
| zakupy wyposażenia                             | 2.694 mln SEK  |
| łącznie  | 23.747 mln SEK |

Źródło: Opracowano na podstawie Stockholms läns landsting, Annual Report 2017.

Ponieważ inwestycja budowlana w szpital NKS oddawana była w użytkowanie etapami, faza eksploatacyjna projektu rozpoczęła się faktycznie już w trakcie fazy inwestycyjnej i przebiegała niejako równoległe do niej<sup>28</sup>. Wykonawcą usług operacyjnych i utrzymania obiektów świadczonych w ramach umowy PPP była specjalistyczna firma Coor Service Management ze Sztokholmu. Zgodnie z raportem Rady Regionu Sztokholmu za rok 2017, skumulowane wydatki operacyjne związane z umową PPP osiągnęły do końca 2017 roku kwotę 2.537 mln SEK.

### Krytyka i kontrowersje wokół projektu

Przy realizacji projektu NKS nie udało się uniknąć kontrowersji i głosów krytyki ze strony mediów czy polityków szwedzkich. Podnoszono zwłaszcza – często w atmosferze skandalu – kwestię ogromnych i jak sugerowano całkowicie nieuzasadnionych kosztów budowy nowego szpitala.

Dobrym przykładem języka i stylu owej krytyki może tu być informacja z portalu internetowego z 7 lutego 2018 r. zatytułowana „Minister finansów wzywa do śledztwa w sprawie skandalu ze szpitalem”. Czytamy w niej m.in.:

„Minister finansów Szwecji wezwała do rządowego śledztwa w związku z informacjami o potężnym przekroczeniu kosztów i problemach operacyjnych w sztokholmskim Szpitalu Nowa Karolinska. Ponad dwa lata po terminie, w którym powinien zostać ukończony, szpital ciągle jeszcze nie jest w pełni otwarty, podczas gdy jego koszt eksplodował z 14 mld koron (1,8 mld dol.) do ponad 60 mld koron (7,5 mld dol.). Minister finansów Magdalena Andersson stwierdziła, że czuje się zmuszona do działania po tym, jak lider Partii Umiarkowanych Ulf Kristersson nie usłuchał jej wezwania, aby zażądał od Rady Regionu Sztokholmu, którą jego partia kontroluje, by przeprowadziła własne niezależne śledztwo. (...)”

„Niezależnie od zawyżonych kosztów, szpital napotyka na problemy operacyjne, jak wcześniej w tym tygodniu, gdy cały system komputerowy musiał być wyłączony, aby umożliwić wymianę uszkodzonego sprzętu. (...) Dziennikarskie śledztwo przeprowadzone w zeszłym roku przez gazetę Svenska Dagbladet odkryło niebotyczne stawki fakturowane przez Swedish Hospital Partners i Coor Service Management, prywatne firmy, które posiadają 22-letni kontrakt na utrzymanie szpitala i które liczą sobie nie mniej niż 1,2 mln koron za zmianę zwykłych drzwi”<sup>29</sup>.

Oceniając wypowiedzi, takie jak zacytowana powyżej, należy oddzielić dziennikarskie poszukiwanie sen-

28 Umowa PPP w projekcie NKS została zawarta na 30 lat (2010-2040), włączając w to fazę budowy, z opcją na przedłużenie umowy na kolejne 15 lat.

29 Por. Finance Minister calls for inquiry into hospital scandal, 7 February 2018, <https://www.thelocal.se/20180207/finance-minister-calls-for-new-karolinska-hospital-inquiry>

sacji, motywacje polityczne<sup>30</sup> czy po prostu nieporozumienia wynikające z niedostatecznej wiedzy o projektach PPP, od realnych bądź potencjalnych problemów i zagrożeń związanych ze stosowaniem PPP. Debata na temat efektywności ekonomicznej i społecznej formuły PPP toczy się praktycznie nieprzerwanie od początków jej stosowania w sferze inwestycji publicznych, a więc od wczesnych lat 90. ubiegłego stulecia, a przypadek projektu NKS jest tylko jednym z wielu.

Obiektywnym niejako podłożem krytyki NKS jest częściowo sama jego koncepcja jako innowacyjnego „szpitala przyszłości”, a przy tym placówki wysoko wyspecjalizowanej w leczeniu najcięższych chorób w powiązaniu z badaniami na ich temat. Warto pamiętać, że służba zdrowia w Szwecji, podobnie jak w wielu innych krajach, funkcjonuje w warunkach poważnych napięć finansowych. W tej sytuacji działania w kierunku przekształcenia szpitala ogólnodostępnego i o szerokim zakresie świadczeń w szpital o wąskiej specjalizacji i najwyższym w skali światowej poziomie opieki nieuchronnie rodziły kontrowersje (NKS został zaprojektowany na niższą liczbę łóżek niż stary szpital). Jednak krytyka dotycząca generalnej wizji szpitala była często przenoszona na model PPP.

Koszt budowy NKS porównywano z wczesnymi szacunkami kosztów projektu z pierwszych opracowań koncepcyjnych, np. z kwotą 5,3 mld SEK zawartą jeszcze w studium z 2002 r.. Różnice w poziomie wyposażenia i jakości opieki medycznej prowadziły też do niekorzystnych dla NKS porównań kosztów z innymi placówkami – koszt m<sup>2</sup> w NKS w wysokości 46.000 SEK przeciwstawiano poziomowi 20-30.000 SEK w szpitalach duńskich i norweskich – co skutkowało sarkastycznymi komentarzami o „najdroższym szpitalu świata”.

Słabo znana w Szwecji formuła PPP tylko pogarszała atmosferę<sup>31</sup>. PPP jako długoterminowy kontrakt skupiający szeroką gamę różnorodnych świadczeń i usług jest raczej mało przejrzysty pod względem kosztowo-cenowym, co łatwo prowadzi do obaw ze strony kontrahenta publicznego (i opinii publicznej) w zakresie osiągnięcia przez partnera prywatnego na projektach PPP oszałamiających marż zysku. Stąd sensacyjne doniesienia o „drzwiach za 1,2 mln koron”. Jak sprostowała firma Skanska, chodziło w istocie o przebudowę wyjścia ewakuacyjnego na pełnowymiarowe wejście do szpitala. Koszt wyniósł 440.000 SEK, został ustalony w wyniku konkurencyjnego przetargu i był porówny-

30 Warto przypomnieć, że wiosną 2018 roku w Szwecji odbywały się wybory parlamentarne. Minister Andersson jest członkinią partii socjaldemokratycznej, natomiast większość w Radzie Regionu Sztokholmu ma liberalno-konserwatywna partia Umiarkowanych. Projekt NKS rzeczywiście stał się tematem w kampanii wyborczej.

31 Szwecja jest krajem o szeroko rozbudowanym sektorze usług publicznych i głęboko zakorzenionych tradycjach tzw. państwa dobrobytu.

walny z podobnymi inwestycjami w innych szpitalach<sup>32</sup>.

Wiadomości o wielokrotnym przekroczeniu budżetu nakładów inwestycyjnych w projekcie NKS, jakie krążyły w mediach, odwoływały się do swoistej teorii spiskowej. Kontrakt budowlany firmy Skanska zawarty ze spółką celową SHP miał cenę ryczałtową<sup>33</sup>. Dlatego twierdzono, że Skanska przeniósła wiele zadań do dodatkowych, osobno wycenionych kontraktów, co pozwoliło jej pokryć zwiększone koszty budowy i jednocześnie twierdzić, że zamawiający zapłacił tylko pierwotnie ustaloną cenę 14,5 mld SEK. Koszt inwestycji rzeczywiście wzrósł w wyniku dodatkowych zadań, jednak chodziło o autentycznie nowe zadania zlecone przez sponsora projektu (*change requests*), a nie przenoszenie zadań już ujętych w wyjściowym kontrakcie. Zamieszanie informacyjne było ponadto zwiększane przez fakt realizacji przez Radę Regionu Sztokholmu własnych zadań i zakupów inwestycyjnych równoległe do umowy PPP.

Spółka Swedish Capital Partners sporządziła w związku z krytyką medialną zestawienie zaktualizowanego kosztu inwestycji w budowę NKS, które odpowiada mniej więcej obrazowi kosztów projektu zawartemu w raportach Rady Regionu Sztokholmu. Wygląda ono następująco:

|  |                     |
|--|---------------------|
| koszt budowy zgodnie z umową PPP                           | 14,5 mld SEK        |
| koszt dodatkowych zleceń                                   | 1,7 mld SEK         |
| koszt inwestycji Rady poza umową PPP                       | 2,3 mld SEK         |
| RAZEM Koszt budowy   | 18,5 mld SEK        |
| koszt wyposażenia medycznego i technicznego poza umową PPP | 4,3 mld SEK         |
| <b>RAZEM Koszt budowy i wyposażenia NKS</b>                | <b>22,8 mld SEK</b> |

Źródło: Swedish Hospital Partners, Myths and truths about the New Karolinska Solna project.

Wreszcie, informacje o wzroście kosztu projektu „z 14 do ponad 60 mld koron” wynikały z pomieszania dwóch kategorii kosztowych odnoszących się do projektu PPP, w którym mechanizm wynagrodzenia strony prywatnej ma postać opłat za dostępność. Pierwsza to wartość nakładów inwestycyjnych w projekcie, a druga to wartość opłat, jakie podmiot publiczny będzie uiszczać na rzecz partnera prywatnego w okresie umowy. Owa wartość opłat to dla partnera prywatnego całko-

32 Obawy przed zawyżaniem kosztu usług eksploatacyjnych w projektach PPP nie brały się jednak znikąd. W wielu szpitalach brytyjskich, które popadły w tarapaty finansowe przynajmniej częściowo w związku z projektami PFI, przeprowadzono restrukturyzację warunków cenowych PFI, co pozwoliło na uzyskanie znacznych oszczędności.

33 Cena ryczałtowa oznacza, że wszelkie wzrosty kosztu wykonawcy, poza rygorystycznie określonymi przypadkami, nie są przenoszone na zamawiającego i stąd stanowią ryzyko wykonawcy.

wity przychód z umowy PPP. Pokrywa on zarówno poniesione przez niego nakłady inwestycyjne, jak i koszty bieżące całej fazy eksploatacji, koszty finansowe oraz zwrot z inwestycji kapitałowej<sup>34</sup>.

Pierwotnie ustalona w umowie PPP wartość nakładów inwestycyjnych w projekcie NKS to 14,5 mld SEK, zaś kwota wynagrodzenia spółki celowej to 52,2 mld SEK<sup>35</sup>. Natomiast kwota około 61 mld SEK to obliczony przez spółkę SHP „całkowity koszt wybudowania, wyposażenia, utrzymania i eksploatacji szpitala do roku 2040” z uwzględnieniem nowych zadań wprowadzonych do umowy PPP oraz inwestycji i zakupów Rady poza umową PPP<sup>36</sup>.

### Zmiany warunków projektu w 2018 r.

W ciągu roku 2018 miały miejsce dwie istotne zmiany w warunkach umowy PPP i umów o finansowanie projektu NKS. W obu przypadkach przyniosły one redukcję kosztów projektu.

1 czerwca 2018 r. spółka Swedish Hospital Partners dokonała refinansowania i częściowej spłaty długoter-

34 Formalnie rzecz biorąc, opłaty za dostępność stanowią wynagrodzenie za usługi świadczone przez partnera prywatnego w trakcie fazy eksploatacyjnej projektu. Jednak są one kalkulowane w taki sposób, aby pokryć wszystkie koszty poniesione przez stronę prywatną w projekcie, a więc także koszty inwestycji, oraz zapewnić zwrot z inwestycji kapitałowej.

35 Por. Stockholm County Council. Contract, timetable and costs of the New Karolinska Solna.

36 Por. SHP, Myths and truths about the New Karolinska Solna project.

minowego kredytu bankowego. Ważnym elementem tej operacji było obniżenie marży płaconej ponad stopę międzybankową do wysokości 1,40%. Jednocześnie większa część kredytu została spłacona dzięki jednorazowej płatności w kwocie 3,0 mld SEK, jaką Rada Regionu Sztokholmu wykonała na rzecz spółki SHP (można sądzić że była to zaliczkowa zapłata części wynagrodzenia spółki z umowy PPP). Efektem powyższych działań było obniżenie szacowanych kosztów finansowania projektu o około 2,1 mld SEK.

Refinansowanie zadłużenia projektu po pomyślnym zakończeniu fazy inwestycyjnej jest częstym działaniem w przedsięwzięciach finansowanych w modelu *Project Finance*. Ryzyko projektu jest w tej fazie już znacznie niższe niż przed rozpoczęciem inwestycji, stąd warunki refinansowania są zazwyczaj korzystniejsze niż te uzyskane na starcie projektu.

Drugą zmianą było przenegocjowanie klauzuli indeksacyjnej w umowie PPP dotyczącej stawek płaconych za usługi świadczone w trakcie fazy eksploatacji na korzystniejszą dla usługobiorcy. Jak się oczekuje, ta zmiana ma obniżyć kwotę opłat za dostępność w okresie umowy o około 2,0 mld SEK.

Obie powyższe zmiany oznaczają, że całkowity koszt wybudowania, wyposażenia i utrzymania NKS do roku 2040 z punktu widzenia Rady Regionu Sztokholmu powinien się w sumie obniżyć z 61 do około 57 mld SEK<sup>37</sup>.

37 Por. Stockholm County Council. Contract, timetable and costs of the New Karolinska Solna.

## PODSUMOWANIE

Projekt NKS jest bardzo ciekawym studium przypadku w dyskusji na temat zastosowania formuły PPP w służbie zdrowia, jak i szerzej, w całej sferze usług użyteczności publicznej.

Jest to z jednej strony projekt bardzo nietypowy, z uwagi na jego wielką skalę, ambicję szpitala co do odgrywania roli światowego lidera w sferze opieki medycznej oraz znacznie wyższy od przeciętnego element innowacyjności. Z drugiej strony wdrożone w projekcie rozwiązania dotyczące formuły PPP mają dość standardowy charakter, wzorowany na licznych brytyjskich projektach PFI w sektorze służby zdrowia. Projekt NKS napotkał też na typowe problemy, zarówno w trakcie realizacji, jak i w odniesieniu do percepcji projektu przez opinię publiczną.

Według kryteriów biznesowych projekt NKS jest uznawany za przykład wielkiego sukcesu realizacyjnego i przedsięwzięcie potwierdzające skuteczność zastosowania formuły PPP w dużych i skomplikowanych projektach inwestycyjnych. Jednocześnie w sferze mediów i polityki wzbudził on wiele kontrowersji i wyrazów krytyki, często wynikających z braku zrozumienia zasad ekonomiki PPP. W sumie przypadek NKS wskazuje na bardzo charakterystyczną trudność, jaka występuje przy próbach obiektywnego określenia społecznej i ekonomicznej efektywności przedsięwzięć PPP z punktu widzenia wszystkich ich uczestników i interesariuszy.

**Dr Krzysztof Szymański** łączy bogate doświadczenie menadżerskie w sektorze bankowym i inwestycyjnym z działalnością o charakterze naukowym i analitycznym. Był m.in. pracownikiem Instytutu Ekonomiki Handlu Zagranicznego Uniwersytetu Gdańskiego (1983–1991), oraz Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową (2011–2012), od 2013 r. stale współpracuje z Instytutem Partnerstwa Publiczno-Prywatnego w Warszawie. Jest autorem szeregu publikacji i ekspertyz w dziedzinie bankowości, rynków kapitałowych, finansowania infrastruktury oraz PPP. Obecnie działa jako niezależny konsultant finansowy.

## WIZUALIZACJE PROJEKTU BUDOWY NOWEGO SZPITALA KAROLINSKA SOLNA W SZTOKHOLMIE





*Wizualizacje ze strony:  
<https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/Aktuella-projekt-Halsa-och-varld/Nya-Karolinska-Solna/>*



## 3.2. Rozwój PPP w sektorze ochrony zdrowia na przykładzie Kanady

Bernadeta Skóbel

Kanada jest krajem, w którym partnerstwo publiczno-prywatne od wielu lat jest powszechnie wykorzystywanym instrumentem do finansowania dużych inwestycji publicznych.

Rozwój PPP w Kanadzie można podzielić na dwa etapy. **W pierwszym okresie obejmującym lata 1990–2000 rozpoczęto realizację projektów zaplanowanych bezpośrednio przez departamenty i agencje rządowe.** Motywacją do realizacji tych projektów była podobna, jak na całym świecie – pozyskanie nowych środków na finansowanie publicznej infrastruktury. Ponadto zwracano uwagę, że zaangażowanie sektora prywatnego w realizację usług publicznych może doprowadzić do obniżenia kosztów i bardziej efektywnego gospodarowania zasobami. W tym okresie zawarto umowy w formule PPP obejmujące m.in. zawarcie wieloletniej umowy na zarządzanie Autostradą 407 czy budowę *Confederation Bridge* – mostu o długości 12,9 km łączącego Wyspę Księcia Edwarda z prowincją Nowy Brunszwik. Ocena projektów zapoczątkowanych w tamtym czasie była mieszana. Z jednej strony wskazywano, że projekty obejmujące duże publiczne inwestycje zostały zrealizowane, z drugiej PPP postrzegano jako środek prywatyzacji infrastruktury publicznej. Zwracano uwagę, że nie przeprowadzono oceny czy PPP był optymalnym modelem realizacji zamówień oraz że procesy zamówień nie były przeprowadzane według przejrzystych procedur. Rządowi zarzucano, że nie posiadał odpowiedniej wiedzy, aby zarządzać tego rodzaju przedsięwzięciami, a tym samym nie można było zmaksymalizować korzyści publicznych, jakie mogły płynąć z projektów realizowanych w formule PPP. Pojawiły się także zarzuty, że zawarcie wieloletnich umów z partnerami prywatnymi doprowadziło do utraty kontroli publicznej nad ważnymi obiektami użyteczności publicznej. W efekcie zmian politycznych, niektóre umowy zostały renegotjowane lub rozwiązane.

**Od połowy 2000 r. można było zaobserwować drugą falę w rozwoju PPP w Kanadzie, gdzie realizatorzy kolejnych projektów wyciągali wnioski z przebiegu wykonania projektów z wcześniejszego okresu. Tym razem jednak wiodącą rolę zaczęły odgry-**

**wać prowincje**, które w ten sposób zaczęły realizować inwestycje w obszarze zdrowia, dróg publicznych oraz obiektów wymiaru sprawiedliwości. Potrzeba rozwoju usług w takich obszarach jak dostarczanie wody, utylizacja odpadów, edukacja oraz kultura również przyczyniły się do rozwoju PPP. W skali kraju najwięcej przedsięwzięć w tej formule prowadzonych jest w Ontario, Kolumbii Brytyjskiej, Albercie i Quebec. Każda z tych prowincji powołała specjalne agencje lub departamenty w celu wspierania realizacji projektów w takim właśnie modelu<sup>1</sup>. O działalności takich agencji będzie więcej informacji przy omawianiu wybranych dobrych praktyk.

### Realizowane projekty

Kanadyjska Rada ds. Partnerstwa Publiczno-Prywatnego prowadzi bazę projektów PPP realizowanych w tym kraju. Obecnie zawiera ona 280 projektów, których wartość szacowana jest na przeszło 136 mld Can\$, z czego 98 projektów o łącznej wartości 29 mld Can\$ to projekty realizowane w obszarze ochrony zdrowia<sup>2</sup>.

Poniższa tabela obrazuje obszary, w jakich realizowane są projekty. Nie sposób nie zauważyć, że **projekty z sektora zdrowotnego stanowią dominującą część w ogólnej liczbie projektów realizowanych w formule PPP.**

1 Opracowano na podstawie Siemiatycki, Matti. *Is There a Distinctive Canadian PPP Model? Reflections on Twenty Years of Practice*. Public-Private Partnership Conference Series CBS-Sauder-Monash. 13 Jun. 2013, Vancouver. Web. 25 Feb. 2015. s. 9-10, Public-Private Partnership Conference Series CBS-Sauder-Monash.

Artykuł dostępny na stronie: [https://www.sauder.ubc.ca/Faculty/Research\\_Centres/Phelps\\_Centre\\_for\\_the\\_Study\\_of\\_Government\\_and\\_Business/Events/UBC\\_P3\\_Conference/~media/Files/Faculty%20Research/Phelps%20Centre/2013%20P3%20Conference/Papers/s6%20%20Siemiatycki%20Is%20There%20a%20Distinctive.ashx](https://www.sauder.ubc.ca/Faculty/Research_Centres/Phelps_Centre_for_the_Study_of_Government_and_Business/Events/UBC_P3_Conference/~media/Files/Faculty%20Research/Phelps%20Centre/2013%20P3%20Conference/Papers/s6%20%20Siemiatycki%20Is%20There%20a%20Distinctive.ashx)

2 Dane według stanu na dzień 17 lutego 2019 r., 1 Can\$ (tj. dolar kanadyjski) = 2,9 zł.

| Obszar usług publicznych       | Liczba projektów |
|--------------------------------|------------------|
| Zdrowie                        | 98               |
| Transport                      | 77               |
| Wymiar sprawiedliwości         | 23               |
| Gospodarka wodno-kanalizacyjna | 20               |
| Kultura i rekreacja            | 15               |
| Edukacja                       | 15               |
| Energetyka                     | 11               |
| Budownictwo                    | 10               |
| Usługi administracyjne         | 4                |
| Technologie informatyczne      | 5                |

Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w bazie projektów [www.p3spectrum.ca](http://www.p3spectrum.ca)

## Organizacja systemu ochrony zdrowia w Kandzie

Aby mieć szerszy obraz tego, co wpływa na rozwój PPP w obszarze zdrowia, warto przynajmniej zarysować, na jakich zasadach sektor ten działa w Kanadzie. Na organizację kanadyjskiego systemu opieki zdrowotnej w dużej mierze wpływ ma kanadyjska konstytucja, w której dokonano podziału obowiązków pomiędzy rząd federalny a prowincje (10) i terytoria (3). **Prowincje i terytoria ponoszą większość odpowiedzialności za świadczenie usług zdrowotnych i innych usług społecznych.** Rząd federalny odpowiedzialny jest przede wszystkim za kształtowanie krajowych zasad organizacji systemu ochrony, udzielanie wsparcia finansowego dla prowincji i terytoriów oraz finansowanie świadczeń dla określonych grup osób (mieszkańców rezerwatów, Eskimosów, żołnierzy, weteranów, więźniów osadzonych w federalnych zakładach karnych oraz niektórych grup osób starających się o status uchodźcy). **Opieka zdrowotna finansowana jest z dochodów uzyskiwanych z podatków federalnych, prowincjonalnych i terytorialnych. Prowincje mogą również pobierać składki na ubezpieczenie zdrowotne od swoich mieszkańców, ale niezapłacenie składki nie może ograniczać dostępu do medycznie niezbędnych usług zdrowotnych**<sup>3</sup>. Podstawowym aktem prawnym określającym zasady finansowania usług zdrowotnych jest Canada Health Act (CHA)<sup>4</sup>. Kanadyjski system ochrony zdrowia jest systemem solidarnościowym. W preambule CHA wskazano, że stały dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej bez barier finansowych i innych będzie kluczowy dla utrzymania i poprawy zdrowia i dobrostanu Kanadyjczyków.

Jeżeli chodzi o nakłady na ochronę zdrowia, oscylują one w granicach 11% PKB Kanady. Wydatki na ochronę zdrowia w 2010 r. wyniosły aż 11,6% PKB, jednak w wyniku trwającej recesji spadały w kolejnych latach. W 2015 r. udział wydatków na zdrowie szacowano na poziomie 10,9% PKB, a ogólną kwotę rocznych wydat-

ków na służbę zdrowia na 219 miliardów Can\$. Wydatki na leczenie szpitalne mają największy udział w ogólnych wydatkach na zdrowie (29,5%). System ochrony zdrowia finansowany jest zarówno ze źródeł publicznych, jak i prywatnych. Finansowanie z sektora publicznego obejmuje płatności dokonywane przez rządy na poziomie federalnym, prowincjonalnym/terytorialnym i lokalnym, przez komisje wynagrodzeń pracowniczych i inne systemy zabezpieczenia społecznego. Sektor prywatny to głównie wydatki na opiekę zdrowotną gospodarstw domowych i firmy ubezpieczeniowe. Od 1997 r. udział sektora publicznego w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia utrzymuje się na stosunkowo stabilnym poziomie około 70%<sup>5</sup>.

Jak w każdym systemie ochrony zdrowia, finansowanym w głównej mierze ze środków publicznych, tak i w Kanadzie konieczne stało się poszukiwanie rozwiązań, które pozwolą sfinansować inwestycje.

Analiza bazy projektów PPP wskazuje, że spośród 98 aktywnych projektów w obszarze ochrony zdrowia 42 są prowadzone według modelu Zaprojektuj-Wybuduj-Sfinansuj-Utrzymaj (*Design-Build-Finance-Maintain*). W związku z powyższym z artykule zostanie omówiony jeden z projektów zrealizowanych według tego modelu.

| Typ projektu PPP                                  | Liczba projektów |
|---|------------------|
| Zaprojektuj-Wybuduj-Sfinansuj-Utrzymaj            | 42               |
| Wybuduj-Sfinansuj                                 | 35               |
| Zaprojektuj-Wybuduj-Sfinansuj                     | 9                |
| Zaprojektuj-Wybuduj-Sfinansuj-Utrzymaj-Ekspluatuj | 6                |
| Zaprojektuj-Wybuduj-Sfinansuj-Ekspluatuj          | 3                |
| Wybuduj-Sfinansuj-Utrzymaj                        | 3                |

Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w bazie projektów [www.p3spectrum.ca](http://www.p3spectrum.ca)

### *Bridgepoint Hospital – z XIX wieku w XXI wiek*

- Inwestycja: Budowa nowej siedziby *Bridgepoint Hospital* – szpitala udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji.
- Lokalizacja: *Bridgepoint Active Healthcare*, 1 Bridgepoint Drive, Toronto, Prowincja Ontario
- Typ projektu PPP: Zaprojektuj-Wybuduj-Sfinansuj-Utrzymaj
- Okres realizacji: 2007 r. – marzec 2013 r.
- Okres utrzymania: marzec 2013r. – luty 2043 r.
- Wartość umowy: 622 mln Can\$
- Szacowana wartość *Value for Money*: 95 mln Can\$<sup>6</sup>

<sup>3</sup> Opracowano na podstawie <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>

<sup>4</sup> Canada Health Act R.S.C., 1985, c. C-6, [www.canlii.org](http://www.canlii.org)

<sup>5</sup> Report National Health Expenditure Trends, 1975 to 2015, October 2015, Canadian Institute for Health Information s. 4 i 10.

<sup>6</sup> [www.infrastructureontario.ca/Bridgepoint-Health/](http://www.infrastructureontario.ca/Bridgepoint-Health/)

**Przyczyny realizacji inwestycji**<sup>7</sup>: XIX-wieczny budynek *Toronto Bridgepoint Active Healthcare Center* wymagał pilnej przebudowy, a sam szpital – nowej siedziby. W szczególności szpital wymagał większego, bardziej nowoczesnego, kompleksowego ośrodka opieki i rehabilitacji, zaprojektowanego dla pacjentów z chorobami przewlekłymi. Konieczne było również wprowadzenie udogodnień dla pacjentów wymagających rehabilitacji po zabiegach takich jak operacja stawu biodrowego czy kolanowego oraz innych wynikających z potrzeb starzejącego się społeczeństwa.

W pracach nad projektem wykorzystano Model Alternatywnego Finansowania i Zakupów (ang. *Alternative Financing and Procurement* – w skrócie AFP). AFP to opracowane przez władze Ontario podejście do finansowania złożonych projektów infrastruktury publicznej. Model zakłada wykorzystanie partnerstwa z sektorem prywatnym w celu rozbudowy, modernizacji i wymiany starzejącej się infrastruktury Ontario. Projekty realizowane są w oparciu o pięć podstawowych zasad: przejrzystości, rozliczalności, *Value for Money*, zachowania prawa własności i kontroli inwestycji oraz zabezpieczenia interesu publicznego. Prowincja Ontario utworzyła specjalną agencję – *Infrastructure Ontario*, której celem jest zapewnienie wsparcia władzom Ontario w zakresie modernizacji oraz podnoszenia wartości infrastruktury i nieruchomości publicznych. Przy realizacji projektów *Infrastructure Ontario* realizuje m.in. takie zadania jak: prowadzenie i wdrażanie procesu zamówień, pomoc podmiotom wdrażającym projekty w przygotowaniu dokumentów ofertowych, w tym specyfikacji, obsługa procesu zamówień, w tym prowadzenie negocjacji. *Infrastructure Ontario* stosuje AFP w przypadku projektów sektora publicznego, których koszt przekracza 100 mln Can\$ lub projektów, które wiążą się ze znacznym ryzykiem i złożonością. Agencja podaje, że prowadzony od marca 2016 r. przegląd potwierdza, iż 96% ukończonych projektów zostało zrealizowanych w ramach planowanego budżetu lub poniżej niego. 73% z tych projektów zostało zrealizowanych w terminie lub w ciągu miesiąca od ich planowej daty zakończenia. Dotychczas zakończono 66 projektów o wartości ponad 21 mld Can\$<sup>8</sup>.

W efekcie<sup>9</sup> realizacji projektu wybudowano i oddano do użytkowania nowoczesny 10-piętrowy obiekt o powierzchni 680.000 stóp kwadratowych. Obecnie *Bridgepoint* jest szpitalem rehabilitacyjnym z 464 łóżkami, zabezpieczającym udzielanie świadczeń w za-

7 <http://p3spectrum.ca/project/info/?id=106>

8 Opracowano na podstawie informacji zawartych [www.infrastructureontario.ca](http://www.infrastructureontario.ca). Więcej informacji na temat AFP oraz projektów realizowanych na podstawie tej metody można znaleźć w zakładkach „What we do/ Major Projects”.

9 Efekty realizacji projektu opracowano na podstawie danych zawartych na stronach [www.infrastructureontario.ca/Bridgepoint-Health/](http://www.infrastructureontario.ca/Bridgepoint-Health/) oraz <http://p3spectrum.ca/project/info/?id=106>

kresie rehabilitacji w trybie stacjonarnym i dziennym, opiekę paliatywną oraz kompleksową opiekę specjalistyczną. Jest jedną z największych w kraju instytucji zajmujących się badaniami i opieką zdrowotną nad pacjentami ze złożonymi problemami zdrowotnymi, wymagającymi rehabilitacji. Szpital współpracuje z Uniwersytetem w Toronto. Nowy szpital tworzy „kampus opieki”, w którym opieka nad pacjentem oraz badania naukowe i edukacja prowadzone są pod jednym dachem. Szpital ma obecnie najwyższy wskaźnik skierowań pacjentów ze szpitali pracujących w tzw. ostrym dyżurze na terenie Toronto. Każdy pokój posiada samodzielny węzeł sanitarny, co pomaga zapobiegać infekcjom i zakażeniom szpitalnym. Pokoje są większe i lepiej wyposażone, co pozwala wykonać więcej procedur przy łóżku pacjenta. Zwiększono liczbę pokoi dostosowanych do specjalistycznych wózków inwalidzkich, co ma ułatwić pacjentom odzyskanie niezależności we własnej przestrzeni. Wybudowano nowy podziemny basen terapeutyczny o powierzchni 3-krotnie większej niż istniejący basen naziemny. Pacjenci po udarach są wypisywani do domów o 12 dni szybciej niż wcześniej z takimi samymi lub lepszymi wynikami. Według danych ankietowych, 98,5% pacjentów poleciłoby *Bridgepoint* rodzinie lub przyjaciołom. Poza polepszeniem warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, duży nacisk położono na komfort osób korzystających z budynku – pacjentów, osób odwiedzających oraz personelu. Wprowadzono więcej naturalnego światła. Zaprojektowane jasne otwarte przestrzenie, w tym jadalnię oraz wspólną przestrzeń rekreacyjną oraz otwarte dla osób z zewnątrz: kawiarnię, audytorium, sklepy, bibliotekę, kawiarnię internetową czy ogród na dachu. Nowy budynek szpitala jest przykładem tzw. zielonej inwestycji. Szpital wykorzystuje o 20% mniej wody pitnej niż stary szpital i o 29% mniej energii. Zmaksymalizowano wykorzystanie naturalnego światła. Odpływ wód deszczowych z zielonego dachu służy do nawadniania terenów zielonych wokół szpitala. 75% odpadów budowlanych zostało przekierowanych oraz poddanych procesowi recyklingu lub odzysku. Budynek uzyskał certyfikat LEED-Silver<sup>10</sup>. Realizatorzy projektu zwracają również uwagę, że w okresie recesji, która przypadła na okres jego realizacji, przy budowie inwestycji codziennie pracowało od 500 do 600 pracowników, co miało pozytywny wpływ na lokalną koniunkturę. Częścią projektu było również odrestaurowanie i adaptacja 5-piętrowego budynku dawnego więzienia o powierzchni 84.000 stóp kwadratowych. Obecnie budynek ten wykorzystywany jest przede wszystkim na potrzeby administracyjne szpitala.

10 LEED (ang. Leadership in Energy and Environmental Design) jest uznanym na arenie międzynarodowej systemem certyfikacji ekologicznej budynków.

Sam **projekt budynku był wielokrotnie nagradzany**, w tym w 2015 r. otrzymał nagrodę za projekt architektoniczny w obszarze ochrony zdrowia (ang. *Healthcare Design Award*) przyznaną przez *Academy of Architecture for Health*<sup>11</sup>.

Realizacja projektu w czasie<sup>12</sup>:

|                  |  |
|------------------|--|
| Czerwiec 2007 r. | rozpoczęcie przygotowań do przygotowania postępowania. |
| Listopad 2007 r. | zaproszenie do udziału w postępowaniu.                 |
| Kwiecień 2008 r. | przyjęcie listy potencjalnych wykonawców.              |
| Lipiec 2008 r.   | zaproszenie do składania ofert.                        |
| Czerwiec 2009 r. | wybór wykonawcy  |
| Sierpień 2009 r. | podpisanie umowy.                                      |
| Marzec 2013 r.   | oddanie nowego budynku.                                |

### **Royal Ottawa Mental Health Centre – przetarcie szlaków dla PPP w kanadyjskiej ochronie zdrowia**

- Inwestycja: Budowa nowej siedziby Royal Ottawa Hospital (obenie Royal Ottawa Mental Health Centre).
- Lokalizacja: Royal Ottawa Mental Health Centre 1145 Carling Ave, Ottawa, Prowincja Ontario.
- Typ projektu PPP: Zaprojektuj-Wybuduj-Sfinansuj-Eksploatuj.
- Wartość umowy: 256 mln Can\$.
- Szacowana wartość *Value for Money*: 17 mln Can\$<sup>13</sup>

**Przyczyny realizacji inwestycji:** Szpital składał się z ośmiu budynków pochodzących z początku XX wieku, położonych na obszarze o powierzchni 26 akrów. Obiekty szpitalne były drogie w eksploatacji. Dużo środków finansowych pochłaniały również niezbędne naprawy i remonty. Obiekty nie spełniały standardów koniecznych do zapewnienia właściwej opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. Komisja ds. Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia (ang. *Health Services Restructuring Commission*) początkowo rozważała modernizację istniejących obiektów, jednak analiza zlecona przez szpital wykazała, że modernizacja istniejących budynków byłaby droższa od budowy nowej siedziby, a i tak nie zapewniłaby możliwości świadczenia usług na wymaganym dla placówki poziomie. W grudniu 2001 r. podjęto decyzję o budowie nowej siedziby szpitala. Duże znaczenie odgrywały kwestie finansowe. Zdano sobie bowiem sprawę, że tradycyjny model finansowania inwestycji nie pozwoli szybko rozwiązać powstałego problemu. Możli-

wości sfinansowania inwestycji ze środków publicznych były mocno ograniczone<sup>14</sup>.

Projekt był jednym z pierwszych w obszarze ochrony zdrowia, które miałyby być realizowane w obszarze PPP w Kanadzie. Inaczej niż w przypadku wcześniej prezentowanej praktyki, nie istniały jeszcze wypracowane modele pracy przy realizacji tego rodzaju przedsięwzięć. *Infrastructure Ontario* – agencja, której rolę we wdrażaniu obecnych projektów PPP przedstawiono wcześniej – nie była włączona w realizację omawianego przedsięwzięcia. Nie istniała zatem żadna ścieżka postępowania. **Efekty realizacji projektu nie są może tak spektakularne, jak w przypadku późniejszych projektów PPP mających na celu poprawienie stanu infrastruktury szpitalnej, niemniej jednak doświadczenia zdobyte w trakcie jego realizacji i wnioski wyciągnięte z tych doświadczeń niewątpliwie miały wpływ na powodzenie wielu kolejnych przedsięwzięć.**

Wobec braku własnych doświadczeń, w trakcie realizacji projektu wzorowano się na brytyjskim modelu *Private Finance Initiative* (PFI). Nie będę w tym miejscu omawiać szczegółowo tego modelu, z uwagi na fakt, że w samej Wielkiej Brytanii model ten podlegał i nadal podlega modyfikacjom w stosunku do okresu, w którym realizowany był projekt Royal Ottawa Mental Health Centre. Dla porządku podam tylko, że w klasycznym projekcie PFI partnerzy z sektora prywatnego tworzą spółkę specjalnego przeznaczenia, czyli inaczej mówiąc, spółkę celową (ang. *Special Purpose Vehicle* – SPV), która odpowiada za zarządzanie, finansowanie, zaprojektowanie, budowę i utrzymanie nowego obiektu. Początkowo finansowanie inwestycji (np. koszty transakcji, zakupu nieruchomości, budowy obiektu) jest zapewnione dzięki środkom udziałowców w połączeniu z takimi instrumentami jak finansowanie dłużne i obligacje. Zwrot kapitału następuje w formie opłaty za dostępność obiektu będącej przedmiotem inwestycji, która jest uiszczana przez partnera publicznego<sup>15</sup>.

**Efektem realizacji projektu jest wybudowanie nowego centrum medycznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi na 186 łóżek. Cały kompleks obejmuje 2 dwukondygnacyjne budynki o powierzchni 400.000 stóp kwadratowych, gdzie udzielane są świadczenia całodobowe, budynek biurowy służący celom administracyjnym i edukacji oraz budynek główny o powierzchni 200.000 stóp kwadratowych, gdzie prowadzona jest obsługa pacjentów, udzielane są świadczenia zdrowotne w trybie ambulatoryjnym, świadczone są usługi edukacyjne i badawcze<sup>16</sup>.**

11 <https://plenarygroup.com/projects/north-america/bridgepoint-hospital/>

12 Opracowano na podstawie <https://www.infrastructureontario.ca/Bridgepoint-Health/>

13 <http://p3spectrum.ca/project/info/?id=31>

14 Laird, David, and George Langill. „A Public/Private Partnership: The Royal Ottawa Hospital Experience.” *Healthcare Quarterly* 8.4 (2005): 70-80, Longwoods Publishing, artykuł dostępny również w wersji elektronicznej <https://www.longwoods.com/content/17695/healthcare-quarterly/a-public-private-partnership-the-royal-ottawa-hospital-experience>

15 Private Finance Initiative, Seventeenth Report of Session 2010–12, House of Commons Treasury Committee, s. 4.

16 <http://p3spectrum.ca/project/info/?id=31>

Realizacja projektu w czasie:<sup>17</sup>

|                  |   |
|------------------|---|
| Grudzień 2001 r. | podjęcie decyzji o realizacji projektu w formule PPP. |
| Czerwiec 2002 r. | zaproszenie do udziału w postępowaniu.                |
| Wrzesień 2002 r. | przyjęcie listy potencjalnych wykonawców.             |
| Grudzień 2002 r. | zaproszenie wykonawców do składania ofert.            |
| Maj 2003 r.      | wybór wykonawcy.                                      |
| Lipiec 2003 r.   | podpisanie umowy PPP.                                 |
| Grudzień 2004 r. | podpisanie umowy finansowej.                          |
| Listopad 2006 r. | oddanie nowego budynku.                               |

### **Gordon & Leslie Diamond Health Care Centre – PPP również w opiece ambulatoryjnej**

- Inwestycja: Koordynacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych dla 600 tys. pacjentów rocznie w nowym budynku Vancouver General Hospital.
- Lokalizacja: Gordon & Leslie Diamond Health Care Centre (poprzednia nazwa Academic Ambulatory Care Centre lub AACC) 2775 Laurel St, Vancouver, Kolumbia Brytyjska.
- Typ projektu PPP: Zaprojektuj-Wybuduj-Sfinansuj-Utrzymaj.
- Okres realizacji: 2002 r. – 2006 r.
- Okres utrzymania: 30 lat.
- Wartość umowy: 95 mln Can\$.
- Szacowana wartość *Value for Money*: 17 mln Can\$<sup>18</sup>.

**Przyczyny realizacji inwestycji:** Podstawą realizacji projektu było założenie, że świadczenie usług zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych ma coraz większe znaczenie. Vancouver General Hospital wraz z partnerem akademickim – Wydziałem Lekarskim Uniwersytetu Kolumbii Brytyjskiej, pracował nad modelem konsolidacji udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Plany przebudowy Vancouver General Hospital snute były od lat 90. XX wieku. Miasto Vancouver zatwierdziło te plany w 2001 r. Prowincja Kolumbii Brytyjskiej w 2002 r. podjęła decyzję o realizacji projektu w formule PPP.

Inwestycja miała przede wszystkim zapewnić dostęp do opieki w warunkach ambulatoryjnych. Rosnący popyt

17 prezentacja *Obtaining Value for Money in Hospital*, Projects The Canadian Society of Value Analysis *Creating Value*, October 28, 2008.

18 Metrykę projektu opracowano na podstawie danych z <http://www.partnershipsbc.ca/projects/operational-complete/gordon-leslie-diamond-health-care-centre-aacc/> oraz <http://p3spectrum.ca/project/info/?id=22>

na takie usługi wynikał zarówno ze zmiany postaw i oczekiwań pacjentów, jak i z postępu technologicznego. Duży nacisk położono na koncentrację usług świadczonych w ramach dziennej opieki nad pacjentem oraz koordynację opieki nad pacjentem, tak aby mógł on płynnie przechodzić pomiędzy leczeniem ambulatoryjnym, diagnostyką i leczeniem szpitalnym. Celem było również poprawienie warunków pracy personelu. Ponadto, w związku z prognozowanym podwojeniem liczby studentów na kierunkach medycznych na Uniwersytecie Kolumbii Brytyjskiej, konieczne stało się stworzenie przestrzeni, która umożliwi kształcenie tych osób. Termin na oddanie inwestycji do użytku określono na dwa lata<sup>19</sup>. Okres użytkowania budynku, który miał zostać wybudowany w ramach projektu określono na 50 lat. Po zakończeniu umowy PPP obiekt miał przejść na własność partnera publicznego bez żadnych dodatkowych kosztów<sup>20</sup>. Warto w tym miejscu nadmienić, że w Kolumbii Brytyjskiej odpowiedzialnym za obsługę projektów PPP jest *Partnerships BC*. Instytucja działa na podstawie prawa przedsiębiorców, ale podlega władzom prowincji. Od 2002 r. *Partnerships BC* uczestniczyła w realizacji 52 projektów o wartości blisko 18 miliardów dolarów kanadyjskich, w tym projektów dotyczących ochrony zdrowia<sup>21</sup>. Jest to podobne rozwiązanie do tego, jaki wprowadzono w prowincji Ontario.

Stare budynki zajmowane wcześniej na udzielanie świadczeń zdrowotnych wyburzono.

W wyniku realizacji projektu centrum zdrowia funkcjonuje w 11-piętrowym obiekcie o powierzchni 365.000 stóp kwadratowych z parkingiem podziemnym na 600 miejsc postojowych. Centrum działa przy Vancouver General Hospital. Rocznie w placówce obsługiwanych jest 600 tys. wizyt pacjentów. Usługi dla centrum świadczy 600 osób wykonujących zawód medyczny lub świadczących usługi pokrewne oraz kilkuset studentów kierunków medycznych. Centrum zapewnia kompleksowe usługi w zakresie opieki ambulatoryjnej. Dzięki koncentracji usług w jednym miejscu, poprawiła się dostępność do usług zdrowotnych. Był to pierwszy tego typu projekt w prowincji. Za budowę, zapewnienie finansowanie i późniejsze utrzymanie budynku odpowiedzialni byli partnerzy prywatni. Za świadczenie usług zdrowotnych oraz prowadzenie działalności dydaktycznej odpowiadają partnerzy z sektora publicznego: *Vancouver Coastal Health Authority* oraz Wydział Lekarski Uniwersytetu Kolumbii Brytyjskiej<sup>22</sup>.

19 Opracowano na podstawie: *Project Report: Achieving Value for Money Academic Ambulatory Care Centre Project*, November 2004, s. 2–3.

20 Komunikat Vancouver Coastal Health, June 28, 2004, [http://www.partnershipsbc.ca/pdf/aacc\\_release\\_preferred\\_proponent\\_28june04.pdf](http://www.partnershipsbc.ca/pdf/aacc_release_preferred_proponent_28june04.pdf)

21 [www.partnershipsbc.ca](http://www.partnershipsbc.ca)

22 [http://www.partnershipsbc.ca/files-4/documents/GLDHCCcasestudy\\_000.pdf](http://www.partnershipsbc.ca/files-4/documents/GLDHCCcasestudy_000.pdf)

Realizacja projektu w czasie<sup>23</sup>:

|                     |  |
|---------------------|--|
| Lipiec 2002 r.      | rozpoczęcie przygotowań do wszczęcia postępowania. |
| Październik 2002 r. | zaproszenie wykonawców do negocjacji.              |
| Czerwiec 2003 r.    | zaproszenie wykonawców do składania ofert.         |
| Wrzesień 2004 r.    | zawarcie umowy.                                    |
| Październik 2006 r. | oddanie nowego budynku.                            |

### ***The Meadows Swift Current Long Term Care Centre – PPP w opiece długoterminowej***

- Inwestycja: Budowa zakładu opieki długoterminowej Swift Current Long Term Care Centre
- Lokalizacja: The Meadows Swift Current, 2215 Woodrow Lloyd Place, Swift Current, prowincja Saskatchewan.
- Typ projektu PPP: Zaprojektuj-Wybuduj-Sfinansuj-Utrzymaj.
- Okres realizacji: lata 2013–2016.
- Okres utrzymania: 30 lat.
- Wartość umowy: 108,5 mln Can\$.
- Szacowana wartość *Value for Money*: 16 mln Can\$<sup>24</sup>.

**Przyczyny realizacji projektu:** Regionalny Urząd ds. Zdrowia posiadał przylegającą do regionalnego szpitala niezagospodarowaną działkę o powierzchni 30 akrów. Z uwagi na konieczność stworzenia nowej placówki zapewniającej świadczenie usług w zakresie opieki długoterminowej zdecydowano o wykorzystaniu połowy tego terenu z przeznaczeniem na tę inwestycję. Nowa placówka miała przejąć zadania trzech innych. W dużej części o wyborze realizacji projektu w formule PPP zdecydował ambitny harmonogram przyjęty przez władze prowincji. Był to pierwszy projekt w sektorze ochrony zdrowia realizowany przez rząd Saskatchewan w formule PPP.

Wsparcie partnera publicznego przy realizacji inwestycji zapewnił *SaskBuilds* – instytucja powołana przez władze prowincji w celu planowania i zarządzania dużymi i złożonymi projektami infrastrukturalnymi dla sektora publicznego oraz usprawnienia procedury zamówień publicznych. Do chwili obecnej *SaskBuilds* koordynował pracę nad czterema projektami realizowanymi w formule PPP o wartości przekraczającej 3 mld Can\$.

23 Opracowano na podstawie informacji zawartych <http://www.partnershipsbc.ca/projects/operational-complete/gordon-leslie-diamond-health-care-centre-aacc/#1487651133619-dd8088f1-822b>

24 Metryka projektu opracowana na podstawie danych zawartych w [http://www.saskbuilds.ca/projects/SC\\_LTHCF.html](http://www.saskbuilds.ca/projects/SC_LTHCF.html) oraz <http://p3spectrum.ca/project/info?id=307>

*SaskBuilds* szacuje, że w związku z tym oszczędności sektora publicznego wyniosły 500 mln Can\$<sup>25</sup>. Na tle doświadczeń chociażby prowincji Ontario może wydawać się, że cztery projekty to niewiele, należy jednak pamiętać, że populacja prowincji Saskatchewan liczy niewiele ponad milion mieszkańców, gdy tymczasem prowincję Ontario zamieszkuje około 13,5 mln osób.

W efekcie realizacji projektu wybudowano nowoczesną placówkę z 225 łózkami, świadcząca usługi w zakresie opieki długoterminowej. Na placówkę składa się 21 połączonych domów każdy z dziesięcioma łózkami oraz budynek zapewniający opiekę paliatywną z piętnastoma łózkami. Kompleks został zbudowany w taki sposób, aby pacjenci i pensjonariusze mogli poczuć domową atmosferę, co jest trudne do osiągnięcia w instytucjach działających według tradycyjnego modelu. Pokoje zapewniają prywatność, każdy wyposażony jest w łazienkę z prysznicem oraz podnośnik sufitowy. W każdym pokoju okno da się otworzyć z pozycji siedzącej. Sam dostęp do naturalnego światła również miał istotne znaczenie, chodziło bowiem o to, żeby pensjonariusze mieli z pokoi widok na ogród. Każdy dom ma własną, w pełni wyposażoną kuchnię i jadalnię. Mieszkańcy mogą samodzielnie przygotowywać swoje posiłki. Na każde dwa domy przypada pomieszczenie, w których przeprowadzane są zabiegi odnowy biologicznej. Sam projekt jest ciekawy. Obiekt jest jednopiętrowy i ma półokrągły kształt. W ten sposób zniwelowano wrażenie bardzo długiego korytarza oraz ograniczono liczbę zakrętów. To ostatnie miało na celu poprawę dostępności dla wózków inwalidzkich. Pensjonariusze mają również do dyspozycji m.in. przestrzeń wspólną, służącą spotkaniom z rodzinami oraz organizacji różnych wydarzeń, salę gimnastyczną, pokój zen, wytyczone ścieżki spacerowe itp. Położenie obiektu w pobliżu centrum miasta ułatwia integrację społeczną oraz korzystanie przez pensjonariuszy z usług świadczonych przez okoliczne instytucje. Żeby zniwelować poczucie przebywania w placówce udzielającej świadczeń zdrowotnych, sprzęt medyczny chowany jest w szafach, tak aby był poza zasięgiem wzroku. Cały budynek został wyposażony w inteligentną technologię, mającą usprawnić pracę oraz obsługę mieszkańców. Placówka jest połączona specjalnym przejściem z Regionalnym Szpitalem Cypress. Takie rozwiązanie ma ułatwić sprawne przenoszenie pacjentów, pensjonariuszy, przechodzenie personelu czy zaopatrzenia pomiędzy oboma zakładami<sup>26</sup>.

25 <http://www.saskbuilds.ca/>

26 Opracowano na podstawie <https://cypresshealth.ca/health-facilities/buildingcapital-projects/completed-projects/swift-current-long-term-care-project/> oraz <http://p3spectrum.ca/project/info?id=307>

W 2016 r. projekt otrzymał drugą nagrodę w kategorii Infrastruktura, wręczaną przez Kanadyjską Radę ds. Partnerstwa Publiczno-Prywatnego za innowację w PPP. Przyznając nagrodę Rada zwróciła uwagę, że sukces *The Meadows* pokazuje korzyści przypisywane PPP – oszczędności, terminowość, innowacyjne podejście. Kapituła konkursu była pod wrażeniem „ludzkiego podejścia do projektowania” poprzez odejście od typowo instytucjonalnego świadczenia usług w kierunku projektowania prorodzinnego oraz uwzględniającego aspekty integracji międzypokoleniowej. Doceniono również wysoki poziom usług świadczonych przez lokalnych wykonawców oraz zaangażowanie lokalnej społeczności<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> [http://www.pppcouncil.ca/web/News\\_Media/2016/The\\_Meadows\\_\\_Swift\\_Current\\_Long-Term\\_Care\\_Centre\\_Receives\\_CCPPP\\_Award\\_for\\_Innovation\\_and\\_Excellence.aspx](http://www.pppcouncil.ca/web/News_Media/2016/The_Meadows__Swift_Current_Long-Term_Care_Centre_Receives_CCPPP_Award_for_Innovation_and_Excellence.aspx)

Realizacja projektu w czasie<sup>28</sup>:

|                  |  |
|------------------|--|
| Kwiecień 2013 r. | rozpoczęcie przygotowań do wszczęcia postępowania. |
| Sierpień 2013 r. | zaproszenie do udziału w postępowaniu.             |
| Listopad 2013 r. | przyjęcie listy potencjalnych wykonawców.          |
| Listopad 2013 r. | zaproszenie do składania ofert                     |
| Lipiec 2014 r.   | wybór wykonawcy                                    |
| Wrzesień 2014 r. | podpisanie umowy                                   |
| Maj 2016 r.      | oddanie nowego budynku                             |

<sup>28</sup> Opracowano na podstawie *Swift Current Long-Term Care Centre Public-Private Partnership Value for Money Assessment*, s. 8.

---

**Bernadeta Skóbel** – radca prawny, Kierownik Działu Monitoringu Prawnego i Ekspertyz w Biurze Związku Powiatów Polskich, absolwent studiów podyplomowych w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia. Od wielu lat ekspert strony samorządowej w Zespole ds. Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Autorka opinii prawnych dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na potrzeby działalności Związku Powiatów Polskich.

## 3.3. PPP w inwestycjach szpitalnych we Francji<sup>1</sup>

Jolanta Kalecińska-Rossi

Państwo odgrywa dominującą rolę w systemie ochrony zdrowia we Francji. Swoje zadania na poziomie krajowym realizuje w szczególności przez Ministerstwo Solidarności i Zdrowia, wspomagane na poziomie lokalnym przez Regionalne Agencje Zdrowia – *Agence Régionale de Santé (ARS)* – i podlegające im jednostki departamentalne – *Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS)* lub *Directions Départementales de la Cohésion sociale et de la protection de la Population (DDCSPP)*.

### Podmioty odpowiedzialne

Corocznie parlament uchwała tzw. ustawę o finansowaniu ubezpieczenia społecznego – *Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)*, która określa także tzw. narodowy poziom wydatków na ubezpieczenie społeczne, kierunki działania w zakresie ochrony zdrowia oraz metody wdrażania nowych przepisów – *Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ODDAM)*.

Minister zdrowia jest odpowiedzialny m.in. za wsparcie finansowe inwestycji zakładów zdrowia i określenie zasad przyznawania dotacji, opracowanie prawnych zasad działania ubezpieczeń chorobowych (obowiązkowych i dodatkowych).

Do jego zadań należy także podział prognozowanych środków na poszczególne regiony kraju, ustalanie wysokości stawek za świadczenia medyczne, opracowanie narodowych programów ochrony zdrowia, określanie norm i limitów, takich jak np. coroczna liczba nowych studentów medycyny lub wskaźnik wyposażenia szpitali.

Na szczeblu krajowym ministra zdrowia wspiera wiele instytucji, w szczególności podległy mu Wysoki Urząd ds. Zdrowia – *Haute Autorité de Santé (HAS)* i Krajowa Agencja Wsparcia Działalności Placówek Zdrowotnych i Medyczno-Społecznych – *Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)*.

HAS bierze udział w opracowaniu i optymalizacji tzw. koszyka świadczeń (*panier de soins*), ocenia skuteczność terapeutyczną produktów i świadczeń oraz konieczność ich refundowania. HAS opracowuje tak-

że procedury leczenia różnych chorób, w tym chorób chronicznych, jak cukrzyca, astma czy żółtaczka typu C, przyczyniając się tym samym do propagowania dobrych praktyk.

ANAP działa we Francji od 2009 r. Powierzono jej misję wspierania placówek medycznych i medyczno-socjalnych oraz regionalnych agencji zdrowia w celu poprawy ich funkcjonowania. Do głównych zadań ANAP należy w szczególności: wsparcie placówek zdrowia w zakresie działań związanych z reorganizacją wewnętrzną, zarządzaniem majątkiem oraz wdrażaniem reform, przeprowadzanie kontroli działalności placówek medycznych, współpraca z regionalnymi agencjami zdrowia oraz administracją centralną w zakresie regulacji oferty usług medycznych i medyczno-socjalnych.

Za prawidłowe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia na szczeblu regionalnym odpowiadają Regionalne Agencje Zdrowia (ARS). Na czele ARS stoi dyrektor posiadający dość szerokie uprawnienia, a dla wzmocnienia autorytetu jest on mianowany przez radę ministrów. ARS posiadają także rady nadzorcze, do których należy ocena roczna działania i zatwierdzenie sprawozdania finansowego ARS. W skład rady nadzorczej wchodzi między innymi: przedstawiciele państwa, instytucji ubezpieczeń zdrowotnych oraz pochodzący z wyborów przedstawiciele samorządów lokalnych. Przewodniczącym rady nadzorczej jest przedstawiciel państwa w regionie. Działalność ARS jest finansowana głównie z subwencji państwa i wkładów pochodzących od instytucji ubezpieczeń zdrowotnych. ARS odpowiedzialne są między innymi za wdrażanie krajowej polityki zdrowia w regionach oraz przygotowanie i wdrożenie Regionalnego Programu Organizacji Polityki Zdrowotnej – *Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)*, odnoszącego się zarówno do państwowej, jak i prywatnej ochrony zdrowia.

Program ten określa zmiany w zakresie oferty świadczeń medycznych szpitalnych i ambulatoryjnych, opieki nad osobami niepełnosprawnymi, wyznacza priorytetowe cele dla danego regionu, ustala obszary świadczenia usług medycznych przez poszczególne zakłady ze względu na ich wyposażenie i rodzaj świadczeń, tak aby zaspokoić potrzeby pacjentów.

Do zadań ARS należy m.in: terytorialny przydział lekarzy, kontrola jakości usług, wspieranie działań

<sup>1</sup> Artykuł został, za zgodą Fundacji Centrum PPP, opracowany przy wykorzystaniu pracy Jolanty Kalecińskiej *System ochrony zdrowia we Francji*, [http://www.centrum-ppp.pl/templates/download/PPP\\_w\\_systemach\\_ochrony\\_zdrowia\\_w\\_wybranych\\_krajach\\_swia.pdf](http://www.centrum-ppp.pl/templates/download/PPP_w_systemach_ochrony_zdrowia_w_wybranych_krajach_swia.pdf)



służących poprawie współpracy pomiędzy różnymi podmiotami w sektorze ochrony zdrowia. W zakresie kompetencji ARS jest także redystrybucja subwencji państwowych.

### Finansowanie systemu ochrony zdrowia

Francja przeznaczyła w 2017 r. na ochronę zdrowia łącznie 11,5% swojego PKB, czyli więcej niż średnia w Unii Europejskiej. Na usługi medyczne szpitalne i ambulatoryjne, transport medyczny, leki i środki zaopatrzenia medycznego optyczne, protezy, opatrunki etc. wydano w 2017 r. ok. 199,3 mld euro. Środki z ubezpieczenia społecznego publicznego pokryły prawie 79% tych wydatków. 13,2% wydatków zostały pokryte z dodatkowych ubezpieczeń chorobowych, a ok. 7,5% zostały opłacone bezpośrednio przez gospodarstwa domowe.

Środki przeznaczone na służbę zdrowia w formie dotacji regionalnych dzielone są przez Ministerstwo Zdrowia pomiędzy ARS, które wypłacają je poszczególnym placówkom. Przydział środków na realizację bieżącego funkcjonowania placówek tj. koszty świadczeń medycznych, wynagrodzenia pracowników, koszty leków, zakupu sprzętu itp. odbywa się w tzw. systemie finansowania według wykonanych świadczeń TAA, czyli *Tarifcation à l'Activité* lub T2A. Powyższy system obowiązuje zarówno placówki publiczne, jak i prywatne i pokrywa całość kosztów ponoszonych przez placówki w związku z bieżącą obsługą szpitali. Zgodnie z założeniami T2A wielkość środków finansowych przyznawanych placówce zależy od ilości poszczególnych świadczeń medycznych rzeczywiście wykonanych w danej placówce.

Środki finansowe na badania i kształcenie personelu przyznawane są w formie specjalnych dotacji, które nie podlegają systemowi T2A.

Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie szpitali realizowane są głównie z dotacji przyznawanych na te cele przez ARS. Środki pochodzą jednak w większości bezpośrednio z budżetu państwa, a nie ze składek na ubezpieczenie społeczne. W przypadku, gdy dotacje ARS nie są wystarczające na pełne pokrycie kosztów realizacji inwestycji, placówki korzystają z ogólnie dostępnych kredytów konsumpcyjnych lub przeprowadzają inwestycje w ramach umów BEH lub umów PPP.

### Szpitala publiczne i prywatne

Francuski system ochrony zdrowia opiera się na koncepcji pluralistycznej organizacji oferty medycznej. Oznacza to współistnienie wielu podmiotów publicznych i prywatnych, które świadczą usługi medyczne. Placówki dzielą się na 3 kategorie: publiczne, prywatne niekomercyjne i prywatne komercyjne. Niekomercyjne placówki prywatne zarządzane są na ogół przez stowarzyszenia, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych lub fundacje. Zachowując autonomię zarządzania, mają

jednak podobny system finansowania jak szpitale publiczne i podporządkowane są takim samym obowiązkom w zakresie opieki nad chorymi. Szpitale prywatne komercyjne są spółkami handlowymi. Zdarza się, że przynależą do grupy interesów ekonomicznych (GIE) lub do grup zrzeszających wiele placówek. Zatrudnieni tam lekarze wykonują wolny zawód. Szpitale prywatne uzyskują wstępne zgody ARS (np. na budowę lub rozbudowę, zakup sprzętu). W prywatnych klinikach, które podpisały odpowiednie umowy z ARS, kwoty refundacji mogą pokrywać nawet 100% kosztów leczenia. Natomiast w pozostałych placówkach kwoty refundacji nie pokrywają w pełni kosztów leczenia. Powyższa zasada obowiązuje zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym.

We Francji na koniec 2012 r. było łącznie 2660 szpitali, które posiadały 414.840 łóżek szpitalnych oraz 68.049 miejsc przeznaczonych dla pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym. Sektor prywatny posiadał około 1729 placówek szpitalnych i 156.682 łóżek szpitalnych. 258.158 łóżek szpitalnych znajdowało się w publicznych placówkach medycznych – *Établissements publics de santé (EPS)*. Od początku lat 80 liczba szpitali we Francji znacznie zmalała, aczkolwiek w latach 2003–2007 odnotowano wzrost o ok. 7500 łóżek.

Pomimo tego, że Francja posiada znaczącą liczbę szpitali prywatnych, trudno mówić o konkurencji pomiędzy szpitalami prywatnymi i publicznymi. Placówki prywatne to z jednej strony wyspecjalizowane kliniki, przeprowadzające zabiegi niewymagające długotrwałego przebywania pacjenta w szpitalu, takie jak np. zabiegi ortopedyczne czy dializy, a z drugiej strony placówki geriatryczne, rekonwalescencji i readaptacji, w których pobyt pacjentów może trwać nawet kilkanaście miesięcy. Rzadko zdarza się, żeby szpitale prywatne świadczyły usługi medyczne w pełnym zakresie, tak jak to robią typowe szpitale publiczne.

### Wieloletnie narodowe plany inwestycyjne

Inwestycje we francuskim systemie ochrony zdrowia są realizowane m.in. w ramach wieloletnich planów inwestycyjnych, opracowanych przez działającą w resorcie zdrowia dyrekcję ds. szpitali i organizacji opieki (DHOS). Pierwszy taki plan, Plan Hôpital 2007, dotyczył projektów inwestycyjnych w latach 2003–2007. Obecnie realizowany jest plan *La stratégie nationale e-santé 2020*, czyli Krajowa strategia e-zdrowia 2020.

Krajowa strategia e-zdrowia 2020 opiera się na czterech głównych priorytetach:

- rozwinięcie medycyny związanej z wykorzystaniem *big data*, dotyczących zdrowia. Ten plan pozwoli na przykład na opracowanie nowych aplikacji do zdalnego monitorowania lub interpretacji danych medycznych w celu pomocy lekarzom w diagnozowaniu;
- zachęcenie służby zdrowia, obywateli i podmiotów

gospodarczych do innowacji poprzez uruchomienie projektów poświęconych e-zdrowiu lub rozwój *living labs*, tak aby wymyślić wspólnie z użytkownikami medycynę jutra;

- uproszczenie procedur administracyjnych dla pacjentów (przyjmowanie, umawianie spotkań online itp.) poprzez platformę cyfrową, która ułatwia konsultacje i udział użytkowników;
  - wzmocnienie bezpieczeństwa systemów informacji zdrowotnej poprzez dedykowany plan działania.
- Jeśli chodzi o inwestycje w infrastrukturze to obecnie jest realizowany Wielki Plan Inwestycji na lata 2018–2022 o wartości ok. 3 mld euro. Inwestycje mają dotyczyć głównie wyposażenia technicznego szpitali.

### PPP w szpitalnictwie

W celu realizacji wieloletniego planu inwestycyjnego wprowadzono w 2003 r. nową instytucję, tzw. BEH, czyli specyficzny rodzaj najmu administracyjnego, który poprzedził pojawienie się konstrukcji partnerstwa publiczno-prywatnego. Obiekty wybudowane przez podmiot prywatny na podstawie umowy BEH są własnością podmiotu prywatnego przez cały czas obowiązywania umowy, która zawierana jest na okres od 18 do 99 lat. Podmiot prywatny za wynajęcie obiektów szpitalnych lub przeznaczonych do obsługi szpitali otrzymuje od szpitala publicznego czynsz. Możliwość realizacji inwestycji w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego wprowadzono ustawą z 23 kwietnia 2004 r., znacznie znowelizowaną w 2008 r. w związku z implementacją dyrektywy 2004/18/EC. Tak więc, realizacja projektów w szpitalnictwie możliwa jest na podstawie umowy BEH albo o umowy PPP. Zarówno BEH, jak i PPP pozwalają szpitalom publicznym na powierzenie osobie trzeciej opracowania koncepcji, wybudowania, sfinansowania oraz eksploatacji szpitala. Dodatkowym wynagrodzeniem podmiotu prywatnego w ramach obu umów mogą być natomiast przychody z czynszów lub ze świadczenia dodatkowych usług (np. bufet, sklep, parking strzeżony, hotel, fryzjer itp.).

Powierzenie świadczenia usług medycznych podmiotowi prywatnemu w takim zakresie, w jakim te usługi są świadczone przez szpitale publiczne, jest we Francji prawie niemożliwe. Jedynie w przypadku, gdy zapewnienie usług szpitalnych przez jednostki publiczne nie jest na danym terenie możliwe, pełny zakres usług mogą świadczyć szpitale prywatne.

Inaczej niż w Polsce, aby przeprowadzić PPP we Francji, konieczne jest wystąpienie łącznie kilku przesłanek.

W przypadku projektów PPP realizowanych przez podmioty publiczne państwowe wymagana jest obowiązkowo opinia zespołu wsparcia ds. umów PPP (*Mission d'appui à la réalisation des contrats de partenariat public-privé – MAPPP*), istniejącego przy Ministerstwie Gospodarki.

PPP nie jest z reguły wykorzystywane w mniejszych projektach (o kosztach nieprzekraczających 10 mln euro), gdyż w takich przypadkach koszty wyboru partnera prywatnego nie zostają zaabsorbowane przez potencjalną korzyść ekonomiczną płynącą z takiego rozwiązania. Według danych MAPPP ze stycznia 2008 r. łączna wartość wszystkich inwestycji realizowanych w różnych formach umów PPP, w tym BEH i umowach PPP, wyniosła 10 mld euro. Dwa miliardy euro z powyższej sumy było przeznaczone na projekty realizowane w formule BEH.

Inwestycje w szpitale w latach 2003–2012, w tym realizowane w ramach PPP, były finansowane głównie z kredytów bankowych i doprowadziły do poziomu zadłużenia, ocenianego w 2014 r. jako krytyczny. Odpowiedzią na wzrost zadłużenia sektora publicznego jest wprowadzenie obowiązku uzyskania dodatkowych zgód i opinii oceniających wpływ inwestycji realizowanej w PPP na dług publiczny. Jednakże inwestycje w sektorze szpitali są konieczne i będą realizowane w ramach wielkiego planu inwestycji w latach 2018–2022.

Oceniając zrealizowane projekty szpitalne we Francji, w ramach PPP podkreśla się, że koszt finansowania komercyjnego jest zazwyczaj wyższy niż koszt finansowania z budżetu państwa i że PPP nie jest metodą na uniknięcie wzrostu długu publicznego. Ponadto, zwraca się uwagę na konieczność prawidłowego wykonania wstępnych analiz, zwłaszcza w zakresie przyszłych potrzeb mieszkańców i innych uwarunkowań w rejonie inwestycji.

### Analiza zapotrzebowania i opłacalności inwestycji na danym terenie

O potrzebie nowych inwestycji w sektorze ochrony zdrowia decydują Regionalne Agencje Zdrowia, które są odpowiedzialne za opracowanie i wdrożenie regionalnych programów organizacji polityki zdrowotnej (SROS), określających całościowo politykę zdrowotną w danym regionie. Propozycje inwestycji mogą również pochodzić od poszczególnych placówek zdrowotnych. Możliwość realizacji danego projektu zawsze jednak podlega ocenie w świetle zgodności ze SROS oraz innymi przepisami prawa. Po 2014 r. konieczna jest też analiza wpływu planowanej inwestycji na wysokość długu publicznego w przyszłości.

### Analizy wstępne

We Francji przed przystąpieniem do realizacji projektu, szczególnie w formule PPP, konieczne jest przygotowanie wstępnej oceny prawnych, ekonomicznych i administracyjnych aspektów danego projektu. Przy przygotowaniu wstępnych analiz i przeprowadzeniu postępowania w sprawie wyboru podmiotu prywatnego, dyrektor szpitala może liczyć na wsparcie powołanej w tym celu agencji ANAP. Celem tych analiz jest zbadanie m.in. możliwości uzyskania odpowiedniej efektywności zarządzania oraz poziomu dyspozycyjno-

ści łózek, urządzeń technicznych i wyposażenia szpitalnego, możliwości przeniesienia ryzyka obciążającego tradycyjnie osobę publiczną na beneficjenta umowy BEH/PPP, a także analiza możliwego ograniczenia kosztów postępowania poprzez optymalizację koncepcji wykonania, utrzymywania i eksploatacji danej inwestycji. Co do zasady umowa o PPP może być zawarta, gdy przedwstępne analizy wykażą m.in., że projekt zgłoszony do realizacji jest na tyle złożony, że podmiot publiczny nie jest w stanie z wyprzedzeniem określić środków technicznych koniecznych do jego realizacji (a także nie jest w stanie określić sposobu finansowania i struktury prawnej projektu), a ponadto projekt jest na tyle pilny, że jego realizacja jest konieczna w celu zapobieżenia negatywnym skutkom związanym z przestojem w świadczeniu usług publicznych. Analiza musi także wskazywać, że realizacja projektu w trybie umowy PPP jest korzystniejsza od innych sposobów jego realizacji.

### Dialog konkurencyjny

Zalecaną i najczęściej stosowaną metodą wyboru partnera prywatnego jest dialog konkurencyjny, ze względu na to, że jest to procedura etapowa, pozwalająca na przedyskutowanie wszystkich proponowanych rozwiązań i postanowień umowy o PPP przed ostatecznym wyborem partnera prywatnego. Dialog konkurencyjny jest ponadto metodą bazującą na programie funkcjonalnym projektu, a nie na specyfikacji technicznej, co pozwala na wypracowanie najlepszego rozwiązania. Po wstępnym etapie analiz efektywności i opłacalności podmiot publiczny, który zdecydował się na realizację inwestycji w formule PPP, opracowuje tzw. program funkcjonalny, określający potrzeby tego podmiotu i cele projektu, a także przygotowuje ogłoszenie publiczne o zaproszeniu do udziału w dialogu wraz z dokumentami opisującymi założenia projektu. Wśród takich dokumentów znajduje się m.in. regulamin dialogu, wstępny projekt umowy PPP, program funkcjonalny oraz propozycja matrycy rozłożenia ryzyk. Zainteresowane podmioty prywatne, które spełniają kryteria określone w ogłoszeniu o zaproszeniu do udziału w dialogu, mogą zgłaszać udział w dialogu w ciągu co najmniej 40 dni od dnia publicznego ogłoszenia. Na podstawie programu funkcjonalnego podmiot publiczny rozpoczyna odrębny dialog z każdym

zainteresowanym podmiotem prywatnym. Podmiot publiczny zobowiązany jest do poufności wobec poszczególnych uczestników dialogu.

Decyzję o zamknięciu dialogu podmiot publiczny podejmuje w momencie, gdy uzna, że wszelkie kwestie związane z podpisaniem umowy PPP i realizacją inwestycji zostały wystarczająco wyjaśnione i określone. Wówczas przekazuje podmiotom prywatnym zaproszenie do składania ofert przygotowanych na podstawie ustaleń poczynionych w trakcie dialogu. Podmioty prywatne mają co najmniej miesiąc na przygotowanie ostatecznych ofert, które muszą zawierać wszelkie elementy konieczne do wykonania umowy PPP. Następnie oferty te poddawane są analizie przez komisję dialogu, która może zwrócić się do podmiotów prywatnych o doprecyzowanie lub wyjaśnienie poszczególnych elementów oferty. Komisja PPP dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty. Jednocześnie podmiot publiczny zawiadamia pozostałych kandydatów o odrzuceniu ich ofert. Warunkiem podpisania umowy PPP jest również uzyskanie zgody Dyrektora Regionalnej Agencji Zdrowia.

### Przykłady szpitali i obiektów szpitalnych zbudowanych w formule PPP lub na podstawie BEH. Dane statystyczne

- Budowa szpitala Avicenne w Bobigny: 4 mln euro
- Budowa szpitala w Nancy: 70 mln euro
- Budowa szpitala Centre Hospitalier Sud Francilien: 340 mln euro
- Modernizacja szpitala i domu starców w Douai: dom starców z 240 pokojami; powierzchnia: 12.000 m<sup>2</sup>;
- Rewaloryzacja istniejącego obiektu Budowa ośrodka dla osób starszych przy szpitalu w Douai: 18 mln euro
- Pralnia między szpitalna w Gonesse (*Blanchisserie interhospitalière de Gonesse*): powierzchnia 4500 m<sup>2</sup>; wydajność produkcyjna 16 t dziennie, czyszczenie pościeli i bielizny pochodzących z 5 szpitali; koszty inwestycji: 15 mln euro
- Budowa ciepłowni w szpitalu w Périgueux: 2,3 mln euro
- Budowa ciepłowni w szpitalu Nouvel Hopital d'Estaing w Clermont Fernand: 35 mln euro
- Budowa ciepłowni w szpitalu w Alès: 12 mln euro.

**Jolanta Kalecińska-Rossi** – radca prawny, JKR LEGAL, uznany ekspert z zakresu prawa nieruchomości w Polsce. Posiada ponad 20-letnie doświadczenie w pracy w międzynarodowych kancelariach prawnych, 15 lat na stanowisku partnera, obsługiwała duże międzynarodowe firmy z różnych stron świata, przede wszystkim z krajów francuskojęzycznych. Sfinalizowała ponad 200 transakcji na rynku nieruchomości, reprezentowała klientów w ponad 100 postępowaniach sądowych i arbitrażowych, doradzała w zakresie pionierskich projektów PPP. Jest rekomendowana przez prestiżowe rankingi, takie jak Chambers Europe i Legal 500. Jest członkiem Rady Francusko-Polskiej Izby Gospodarczej i członkiem Rady Fundacji Centrum PPP. Jest autorką wielu publikacji.

## 3.4. PPP w sektorze ochrony zdrowia na terenie Republiki Federalnej Niemiec

Joanna Schulders

**Sektor ochrony zdrowia jest w Republice Federalnej Niemiec dużym rynkiem dla projektów PPP. Pierwsze projekty pilotażowe zostały już zrealizowane. Formuła PPP wnosi tu cenny wkład w ramach realizacji obiektów o bardzo różnorodnej funkcji.**

Zgodnie z rocznikiem statystycznym z roku 2008 wydatki na opiekę zdrowotną w Niemczech wyniosły w 2006 r. 245 mld euro. Z tej kwoty około 64 mld euro przeznaczono na szpitale, a 19 mld euro na placówki opieki. Po raz pierwszy w 2017 r. wydatki na opiekę zdrowotną w Niemczech przekroczyły 1 mld euro dziennie. Na 2017 r. Federalny Urząd Statystyczny przewidywał wzrost wydatków na zdrowie o 4,9% w porównaniu z 2016 r., do o 374,2 mld euro. Od 2015 r. do 2016 r. wydatki wzrosły o 3,8% do 356,5 mld euro lub 4.330 euro na mieszkańca<sup>1</sup>. Odpowiadało to 11,3% produktu krajowego brutto.

Biorąc pod uwagę trendy demograficzne, innowacyjne procedury diagnostyczne i terapeutyczne oraz wyższe oczekiwania co do jakości opieki, należy oczekiwać dalszego ciągłego wzrostu tych wydatków. Rosnąca presja kosztowa zostanie zaostrowana przez znaczne zaległości inwestycyjne, zwłaszcza w sektorze szpitalnym. Ekspertki szacują, że potrzeby inwestycyjne szpitali publicznych wynoszą od 30 do 50 mld euro – z rocznym wzrostem o 2,3 mld euro.

W świetle tych danych nie jest zaskakujące, że formuła partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP) staje się coraz ważniejsza jako forma finansowania inwestycji. Pierwsze projekty pilotażowe w sektorze szpitalnym, takie jak Zachodnioniemieckie Centrum Terapii Protonowej Essen, Centrum Zdrowia Ruit w Esslingen, nowe budynki w klinikach dystryktu Main-Taunus-Kreis lub centrum terapii cząstek w Szpitalu Uniwersyteckim Schleswig-Holstein<sup>2</sup>, zostały wdrożone z sukcesem,

1 <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>

2 [https://www.ppp-projektbank.de/index.php?id=9&tx\\_ppp\\_controller\\_searchmap%5Bsector%5D=1&tx\\_ppp\\_controller\\_searchmap%5Bsubsector%5D=3&tx\\_ppp\\_controller\\_searchmap%5Bstate%5D=&tx\\_ppp\\_controller\\_searchmap%5Bcounty%5D=&tx\\_ppp\\_controller\\_searchmap%5Baction%5D%5BshowList%5D=Suchen&tx\\_ppp\\_controller\\_searchmap%5Boffset%5D=0](https://www.ppp-projektbank.de/index.php?id=9&tx_ppp_controller_searchmap%5Bsector%5D=1&tx_ppp_controller_searchmap%5Bsubsector%5D=3&tx_ppp_controller_searchmap%5Bstate%5D=&tx_ppp_controller_searchmap%5Bcounty%5D=&tx_ppp_controller_searchmap%5Baction%5D%5BshowList%5D=Suchen&tx_ppp_controller_searchmap%5Boffset%5D=0)

choć w przeszłości miały miejsce również niepowodzenia, szczególnie w odniesieniu do nieudanych projektów w klinikach w Bremie i Viersen.

W sektorze ochrony zdrowia partner prywatny może przejąć standardowe w formule PPP zadania w zakresie planowania, budowy i finansowania, jak również zadania związane z funkcjonowaniem placówki służby zdrowia, które wykraczają poza zwykły zakres usług w budynkach publicznych.

**Za pełnym, średnio- i długoterminowym zaangażowaniem partnera prywatnego przemawiają m.in. następujące punkty: sektor publiczny zyskuje inwestora, który może wnieść wkład w koszty niezbędnych inwestycji, a tym samym możliwy staje się szybki postęp w zakresie diagnostyki, terapii, opiece nad pacjentami oraz prewencji. Ponadto partnerzy prywatni wnoszą swój *know-how*, dzięki czemu często zapewniają bardziej efektywną realizację projektu.**

Świadczenie usług „z jednego źródła” prowadzi do synergii i umożliwia dalsze korzyści pod względem wydajności.

Partner prywatny zyskuje natomiast w instytucji publicznej solidnego i wypłacalnego partnera, z którym nawiązuje trwałe, wieloletnie relacje kontraktowe. Ze względu na prawnie zakotwiczone finansowanie jednostek ochrony zdrowia, jak również często występującą gwarancję sektora publicznego na istnienie zakładu opieki zdrowotnej, partner prywatny ponosi co najwyżej niskie ryzyko ekonomiczne. Wraz z partnerem publicznym może rozwijać nowe obszary biznesowe i uzyskiwać przewagę nad konkurencją.

### Modele realizacji projektów PPP

Na rynku niemieckim, w tym w obszarze ochrony zdrowia, wyróżnia się sześć modeli realizacji projektów PPP:

- **Model właścicielski**, inaczej PPP-Contractingmodell – instytucja zamawiająca jest właścicielem nieruchomości, która jest rozbudowywana, odnawiana lub nowo wybudowana na działce zamawiającego przez prywatnego wykonawcę. Następnie nieruchomość jest zarządzana przez partnera prywatnego, a partner publiczny jest zobowiązany do tzw. opłaty za dostępność.

- **Model wynajmu oraz model leasingu** – instytucja zamawiająca korzysta z nieruchomości na etapie eksploatacji tylko na zasadzie wynajmu. Istnieje jednakże możliwość nabycia nieruchomości przez partnera publicznego po zakończeniu kontraktu poprzez opcję zakupu.
- **Model nabywcy** – instytucja zamawiająca nabywa własność nieruchomości najpóźniej po zakończeniu fazy operacyjnej.
- **Model koncesyjny** – tutaj partner prywatny ma za zadanie zaplanować, wybudować i obsługiwać nieruchomość dla sektora publicznego (koncesja budowlana) oraz zapewnić określone usługi użytkownikom (koncesja na usługi). Partner prywatny jest finansowany bezpośrednio z opłat użytkowników np. opłat za usługi rehabilitacyjne, wykonanie określonych badań laboratoryjnych itd.
- **Model spółki celowej** – w tym modelu partner prywatny wraz z partnerem publicznym tworzą spółkę projektową, która zarówno realizuje inwestycje, jak i zarządza obiektem w okresie obowiązywania kontraktu.

W ostatnich latach największą popularnością na rynku niemieckim cieszą się: model właścicielski (*PPP-Contractingmodell*) oraz model wynajmu, w którym partner publiczny jest najemcą wykonanego na jego zamówienie obiektu przez okres trwania kontraktu (10–30 lat).

Właśnie w modelu wynajmu zastał zrealizowany jeden z najnowszych projektów PPP w ochronie zdrowia, właśnie oddany do użytkowania nowy budynek Narodowego Laboratorium Berlin/Brandenburg (LLBB) w Berlinie

### Realizacja projektu PPP Państwowego Laboratorium Berlin/Brandenburgia (LLBB) w Berlinie

W grudniu 2015 r. kraj związkowy (land) Berlin zlecił HOCHTIEF LLBB GmbH, spółce będącej w pełni własnością HOCHTIEF PPP Solutions GmbH, budowę i eksploatację nowego budynku laboratoryjnego dla Państwowego Laboratorium Berlin-Brandenburg (LLBB).

Umowa obejmuje zaprojektowanie, finansowanie, wybudowanie i zarządzanie oraz eksploatację budynku laboratoryjnego w ramach modelu wynajmu. Kraj związkowy Berlin wynajmuje zrealizowany budynek od spółki celowej, HOCHTIEF LLBB GmbH, przez okres 30 lat (2019–2048).

Państwowe Laboratorium Berlin/Brandenburgia (LLBB) jest państwową instytucją badawczą, która od stycznia 2009 r. łączy oficjalne laboratoria landów federalnych Berlina i Brandenburgii.

LLBB wykonuje głównie suwerenne zadania i wspiera landy Berlina i Brandenburgii jako niezależny, akredytowany przez państwo obiekt badawczy. Obszary działalności LLBB obejmują w szczególności ochro-

nę zdrowia, inżynierię genetyczną, ochronę przed zakażeniami, ochronę przed chorobami odzwierzęcymi i ochronę zwierząt, ochronę środowiska i przyrody, bezpieczeństwo chemiczne i ochronę przed promieniowaniem, zapobieganie zagrożeniom, zapobieganie bioterroryzmowi, a także ochronę ludności.

Nowe Laboratorium Państwowe Berlin-Brandenburgia powstało zgodnie z projektem biura architektonicznego Kister Scheithauer Gross (architekci i urbanści z Kolonii), na działce budowlanej w dzielnicy Adlershof w południowo-wschodniej części Berlina. Nowy budynek o powierzchni całkowitej 22.800 m<sup>2</sup> posiada nowoczesne laboratoria o różnym poziomie bezpieczeństwa (laboratoria S1–S3), rozmieszczone na czterech kondygnacjach nadziemnych. Spółka projektowa HOCHTIEF LLBB GmbH podpisała umowę najmu z krajem związkowym Berlin na okres ponad 30 lat od momentu uzyskania pozwolenia na użytkowanie i będzie przez cały okres obowiązywania umowy najmu odpowiadała za zarządzanie oraz eksploatację obiektu wraz z przyległymi terenami zewnętrznymi.

Za prace budowlane nowego Państwowego Laboratorium Berlin/Brandenburgia odpowiedzialna była spółka własna koncernu HOCHTIEF – HOCHTIEF Infrastructure Building.

Prace budowlane rozpoczęły się jesienią 2016 r. Zakończenie etapu realizacji inwestycji wraz z przeniesieniem sprzętu laboratoryjnego z dotychczasowych lokalizacji spodziewane jest wiosną 2019 roku. W tym czasie, poza pomieszczeniami ściśle laboratoryjnymi, powstała powierzchnia biurowa, biblioteka, pomieszczenia socjalne i techniczne, jak również parkingi zewnętrzne oraz własna stołówka dedykowana dla pracowników i gości instytucji. Nie bez znaczenia jest lokalizacja w dzielnicy Adlershof. Jest to naukowo-biznesowe centrum Berlina z ponad 1000 firm i instytucji badawczych, w tym Science Campus Uniwersytetu Humboldta. Dzielnica Adlershof jest największym tego rodzaju parkiem naukowo-technologicznym w Republice Federalnej Niemiec.

### Procedura wyboru partnera prywatnego

HOCHTIEF LLBB GmbH jako partner prywatny przedsięwzięcia został wybrany w ramach dialogu konkurencyjnego przeprowadzonego w latach 2013–2014.

#### Dialog konkurencyjny

Dialog konkurencyjny, który doprowadził do wyłonienia partnera prywatnego dla projektu PPP Państwowego Laboratorium Berlin/Brandenburgia został podzielony na trzy rundy:

1. runda dialogu:

- omówienie przyszłej lokalizacji LLBB w Berlinie,
- omówienie ogólnego zakresu odpowiedzialności partnera prywatnego, w tym zakresu usług zarządzania i eksploatacji obiektu,



**Wizualizacja: budynku laboratoryjnego przygotowana przez biuro architektoniczne „kister scheithauer gross, Architekten und Stadtplaner”**

Źródło: zasoby własne HOCHTIEF PPP Solutions GmbH

- omówienie struktury finansowania (finansowe aspekty projektu);
- 2. runda dialogu
  - dalsze opracowywanie zakresu usług, które ma świadczyć wykonawca,
  - omówienie pierwszych wyników analizy wymagań, w szczególności kwestii projektowych (techniczne aspekty projektu)/rzutów budynku i możliwości ich optymalizacji / opracowanie konkretnych rozwiązań technicznych;
- 3. runda dialogu
  - określenie ustaleń umownych, w szczególności podziału ryzyk,
  - przedłożenie rozwiązań projektowych i wiążących kalkulacji kosztów koniecznych w celu realizacji projektu oraz ostateczna dyskusja pozostałych zagadnień technicznych i operacyjnych,
  - optymalizacja projektu.

Po zakończeniu dialogu konkurencyjnego nastąpiła faza ofertowania, a następnie analiza i ocena przedłożonych ofert.

### **Wybór najkorzystniejszej oferty – kryteria oceny**

Ocena ofert i wybór najbardziej korzystnej oferty opierał się na ważonych kryteriach ceny (60%) i jakości (40%).

Jako kryterium jakości wzięto pod uwagę:

- proponowaną lokalizację projektu,
- rozwiązania architektoniczne i urbanistyczne,
- rozwiązania funkcjonalne,
- koncepcję zarządzania i eksploatacji obiektu.

W wyniku powyżej opisanej procedury wyłoniono partnera prywatnego odpowiedzialnego za realizację projektu. Pod koniec 2015 r. miasto Berlin podpisało z firmą HOCHTIEF umowę dotyczącą realizacji oraz zarządzania i eksploatacji nowej siedziby LLBB.

### **PODSUMOWANIE**

Formuła PPP jest na terenie Republiki Federalnej Niemiec aktywnie wykorzystywana do finansowania infrastruktury ochrony zdrowia. W formule PPP powstają projekty o różnorodnej funkcji – od obiektów szpitalnych poprzez przychodnie zdrowia, laboratoria po obiekty naukowo-badawcze. Bardzo popularnymi modelami realizacji są model właścicielski (PPP-Contractingmodell) oraz model wynajmu, a najpopularniejszą procedurą wyboru partnera prywatnego jest dialog konkurencyjny. Wybór najkorzystniejszej oferty następuje po przeanalizowaniu i ocenie ofert, gdzie kryteriami oceny są zarówno cena, jak i jakość ofertowanej infrastruktury, przy czym rozwiązania projektowe i funkcjonalne obiektu podlegają ocenie w ramach kryterium jakości.

**Joanna Schuldners** – senior project manager w HOCHTIEF PPP Solutions GmbH, Niemcy. Pracowała m.in. przy takich projektach jak: budynek Sądu Rejonowego w Nowym Sączu, Polska czy centralna stacja pogotowia ratunkowego oraz straży pożarnej w Leverkusen, Niemcy.

## 3.5. Partnerstwo publiczno-prywatne w systemie ochrony zdrowia w Portugalii<sup>1</sup>

Lilianna Bogusz, Rafał Sitek, pracownicy Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju, Departament Partnerstwa Publiczno-Prywatnego

Początki zastosowania formuły PPP w obszarze ochrony zdrowia w Portugalii sięgają 2001 r. Wtedy w Portugalii przygotowano program, który miał na celu szybką modernizację infrastruktury i podniesienie standardu usług medycznych z wykorzystaniem PPP.

Organem odpowiedzialnym za przygotowanie i realizację polityki zdrowotnej w Portugalii jest Ministerstwo Zdrowia, które wykonuje swoje obowiązki poprzez wydzieloną jednostkę pod nazwą Centralna Administracja Systemu Zdrowia (*Administração Central do Sistema de Saúde*, w skrócie ACSS). ACSS jest odpowiedzialna za zarządzanie zasobami ludzkimi, finansowymi, nieruchomościami, wyposażeniem oraz systemami i technologiami (w tym informatycznymi) funkcjonującymi w publicznym systemie zdrowia w Portugalii. ACSS pełni również nadzór nad jakością usług świadczonych przez publiczne jednostki oraz wspólnie z oddziałami terenowymi opracowuje polityki, standardy i regulacje prawne związane z planowaniem, rozwojem i podnoszeniem poziomu świadczeń zdrowotnych. ACSS nadzoruje również funkcjonowanie sieci publicznych placówek systemu ochrony zdrowia w Portugalii (w tym przeprowadza kontrole) pod kątem ich standardu i wyposażenia, wyznacza priorytety i opracowuje plany związane z wykonywaniem publicznych inwestycji w zakresie rozbudowy i modernizacji placówek. Na poziomie regionalnym za zarządzanie odpowiada pięć regionalnych administracji zdrowia (*Administrações Regionais de Saúde*), które są finansowane przez budżet centralny. Podlegają im szpitale oraz specjalistyczne centra zdrowia (w tym również placówki funkcjonujące w formule PPP). Kompetencje budżetowe regionalnych administracji są jednak bardzo ograniczone.

### Finansowanie systemu opieki zdrowotnej

Narodowa służba zdrowia jest finansowana przez budżet państwa, głównie poprzez tradycyjne podatki. Podsystemy finansowane są przez składki opłacane zarówno przez pracodawców, jak i pracowników.

System opieki zdrowotnej w Portugalii oparty jest na trzech filarach:

- Narodowej Służbie Zdrowia (*Serviço Nacional de Saúde*),
- publicznych i prywatnych specjalnych schematach ubezpieceniowych dla określonych grup zawodowych (tzw. podsystemy, ok. 20–25% populacji),
- dobrowolnych ubezpieczeniach prywatnych.

Obywatele mogą wybrać pomiędzy państwową a prywatną służbą zdrowia. W przypadku skierowania na planowany specjalistyczny zabieg lub konsultację, pacjenci odsyłani są do jednego z najbliższych szpitali (limity dla poszczególnych placówek uwarunkowane populacją na danym obszarze geograficznym wyznacza Ministerstwo Zdrowia). Pacjenci, którzy wymagają natychmiastowej pomocy kierowani są do najbliższej placówki. W Portugalii funkcjonują również tzw. specjalne schematy ubezpieceniowe, którym objęto obowiązkowo pewne grupy zawodowe, zaś pozostała część społeczeństwa może skorzystać z tych schematów dodatkowo. Około 26% populacji wykupuje dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne<sup>2</sup>.

### Model PPP w ochronie zdrowia do 2011 r.

Wzorując się na doświadczeniach brytyjskich, w 2001 r. władze Portugalii utworzyły na szczeblu rządowym jednostkę odpowiedzialną za projekty partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia (*Estrutura de Missão Parcerias.Saúde*), która pełni funkcję doradcy dla portugalskiego Ministerstwa Zdrowia. Pomysły na budowę szpitali PPP w Portugalii mogą być inicjowane przez administrację lokalną, ale procedura przetargowa jest prowadzona przez jednostki szczebla centralnego. Przed ogłoszeniem przetargu Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z Ministerstwem Finansów powołuje Komitet Sterujący (*Comissão de Acompanhamento*) odpowiedzialny za weryfikację i zatwierdzenie dokumentacji przetargowej. Komitet Sterujący składa się z przedstawicieli resortów: finansów i zdrowia, centralnej i lokalnej administracji systemu zdrowia oraz – w przypadku gdy inwestycja dotyczy przeniesienia lub przekształcenia istniejącego już szpitala – również z władz tego szpitala (które mogą być odwoła-

<sup>1</sup> W artykule, za zgodą Fundacji Centrum PPP, wykorzystano pracę Lilianny Bogusz pt. *System ochrony zdrowia w Portugalii*, [http://www.centrum-ppp.pl/templates/download/PPP\\_w\\_systemach\\_ochrony\\_zdrowia\\_w\\_wybranych\\_krajach\\_swia.pdf](http://www.centrum-ppp.pl/templates/download/PPP_w_systemach_ochrony_zdrowia_w_wybranych_krajach_swia.pdf)

<sup>2</sup> J. A. Simões, G. F. Augusto, I. Frontiera, C. Hernandez-Quevedo, *Portugal Health System Review*, „Health System in Transition” 2017, 19 (2).

ne po uruchomieniu nowej placówki). Decyzja o wszczęciu przetargu w formule PPP jest podejmowana na podstawie przeprowadzonych analiz ekonomicznych i finansowych, z których wynika, że formuła PPP jest uzasadniona dla danego przedsięwzięcia (ocena wartości dodanej poprzez bardziej optymalne i efektywne wykorzystanie zasobów w porównaniu z tradycyjną formą realizacji inwestycji).

Dla potrzeb przeprowadzenia procedury przetargowej powoływana jest Komisja Przetargowa (*Comissão de Avaliação das Propostas*), w skład której również wchodzi przedstawiciele jednostek tworzących Komitet Sterujący. Po przeprowadzeniu procedury przetargowej Komisja Przetargowa opracowuje raport zawierający rekomendację preferowanego partnera prywatnego. Ostateczna decyzja zatwierdzana jest przed Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Finansów.

**Kwalifikacja wstępna** odbywa się na podstawie oceny zdolności ekonomicznej, finansowej i technicznej partnerów prywatnych. Komisja przetargowa tworzy krótką listę składającą się z nie więcej niż 3 partnerów prywatnych, którą zatwierdza Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Finansów.

**Ocena ofert wstępnych** złożonych przez podmioty z krótkiej listy jest oparta na następujących kryteriach: jakości proponowanych rozwiązań architektonicznych, funkcjonalności nowego obiektu, wyposażenia oraz proponowanej struktury prawnej i finansowej przedsięwzięcia (kryterium o wadze 60%) oraz proponowanej cenie (kryterium o wadze 40%). Ocena ceny oparta jest o analizę porównawczą wariantu PPP oraz wariantu tradycyjnego (analiza *Value for Money*), przy czym podstawowe założenia do modelu finansowego są zawarte w dokumentacji przetargowej jako punkt odniesienia dla kalkulacji partnerów prywatnych. Po zakończeniu procesu oceny ofert komisja przetargowa opracowuje wstępny raport, rekomendując wybór dwóch wykonawców do następnego etapu (negocjacji). Informacja o wstępnej decyzji jest przekazywana wykonawcom na spotkaniu, w czasie którego mogą oni zadawać pytania i udzielać dodatkowych wyjaśnień. Ostateczna decyzja o partnerach prywatnych wybranych do negocjacji jest zatwierdzana przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Finansów.

**Negocjacje** są prowadzone indywidualnie z każdym z partnerów prywatnych i mają na celu doprecyzowanie i udoskonalenie oferty wstępnej.

**Ostateczna decyzja o wyborze partnera prywatnego dokonywana jest na podstawie oferty końcowej ocenianej według tych samych kryteriów, co oferta wstępna.** Informacja o wyborze jest przekazywana wykonawcom na spotkaniu, w czasie którego mogą oni zadawać pytania i udzielać dodatkowych wyjaśnień. Ostateczna decyzja o partnerach prywatnych wybranych do negocjacji jest zatwierdzana przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Finansów.

Wynagrodzenie partnera prywatnego z tytułu świadczenia usług określonych w umowie PPP jest finansowane z budżetu centralnego i gwarantowane przez resort finansów. W związku z tym w transakcjach, które uzyskały dotychczas zamknięcie finansowe, partner prywatny nie otrzymał dodatkowych instrumentów wsparcia (np. poręczenia, gwarancja spłaty części zaciągniętego kredytu).

### Inwestycje w szpitalnictwie i usługach szpitalnych

Początki zastosowania formuły PPP w obszarze ochrony zdrowia w Portugalii sięgają 2001 r. Wtedy w Portugalii przygotowano program, który miał na celu szybką modernizację infrastruktury i podniesienie standardu usług medycznych z wykorzystaniem PPP. Polegał on na przenoszeniu istniejących szpitali do nowo wybudowanych obiektów, przy czym wyłonieni partnerzy prywatni przystępowali jednocześnie do budowy nowych placówek oraz do modernizacji szpitali funkcjonujących jeszcze w starych siedzibach i przygotowania ich do przeprowadzki do nowych lokalizacji. W 2002 r. rozpoczęto tworzenie ram prawnych i procedur niezbędnych do uruchomienia pierwszej fazy programu obejmującej inwestycje w szpitalnictwie o łącznej wartości ponad 2 mld euro oraz *call center* dla odpowiednika polskiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Portugalii i centrum rehabilitacji – każdy z projektów o wartości 40 mln euro.

Programem objęto grupę 10 szpitali w podziale na dwa etapy:

- Etap pierwszy (tzw. „pierwsza fala”): 4 szpitale

| Nazwa szpitala                                  | Hospital de Cascais Dr. José Almeida | Hospital Beatriz Ângelo, Loures           | Hospital de Braga | Hospital Vila Franca de Xira |
|---|--------------------------------------|---|-------------------|------------------------------|
| Liczba łóżek                                    | 277                                  | 605                                       | 650               | 300                          |
| Szacowany koszt inwestycji (euro)               | 409 mln                              | 745 mln                                   | 1 186 mln         | 590 mln                      |
| Data ogłoszenia przetargu                       | wrzesień 2004                        | styczeń 2004 (unieważniony) kwiecień 2007 | styczeń 2005      | październik 2005             |
| Data wyłonienia partnera prywatnego w przetargu | luty 2006                            | wrzesień 2009                             | marzec 2008       | październik 2009             |
| Data zamknięcia finansowego                     | 22 lutego 2008                       | 12 stycznia 2010                          | 6 lutego 2009     | czerwiec 2011                |
| Data rozpoczęcia działalności                   | luty 2010                            | 19 stycznia 2012                          | maj 2011          | 3 kwietnia 2013              |



Etap drugi (tzw. „druga fala”): 6 szpitali:

- Hospital de Todos-os-Santos,
- Hospital Central do Algarve,
- Hospital do Seixal,
- Hospital Amadora-Sintra,
- Hospital de Vila Nova de Gaia,
- Hospital de Vila do Conde/Póvoa do Varzim.

Dodatkowo w ramach pierwszej fazy zrealizowano również dwa projekty dodatkowe: *NHS Call Centre „Health 24” (Saúde 24)* oraz centrum rehabilitacji *Centro de Medicina Fisica e Reabilitacao (CMRFS)* w miejscowości Sao Brás de Alportel w południowym regionie Portugalii – Algarve. Te dwa obiekty zostały uruchomione w kwietniu 2007 r. Dzięki wykorzystaniu formuły PPP koszt budowy *call center* był o 6,2% niższy, zaś dla centrum rehabilitacji o 17,5% niższy niż przy realizacji inwestycji w sposób tradycyjny (gdy sektor publiczny pozyskuje finansowanie i ogłasza odrębny przetarg na budowę, a następnie dodatkowe przetargi na eksploatację obiektu).

Procedury wyłonienia partnerów prywatnych w pierwszym etapie obejmującym cztery szpitale istotnie się wydłużały. Projekt budowy obiektów medycznych w formule PPP w Portugalii był bardzo innowacyjny. Zamiar przekazania świadczenia usług medycznych partnerom prywatnym wzbudzał duże zainteresowanie inwestorów i mediów, ale również wiele kontrowersji. Po opublikowaniu krótkich list pojawiały się liczne komentarze i krytyki pod adresem organizatorów przetargów. Krytykowano fakt, że objęcie procedurą przetargową zarówno zarządzania obiektem, jak i świadczenia usług medycznych było posunięciem zbyt ambitnym, bo ograniczyło istotnie liczbę złożonych ofert i wpłynęło niekorzystnie na konkurencyjność postępowania. Dodatkowo na początku 2005 r. w Portugalii doszło do zmiany partii rządzącej, która zastanawiała się nad kontynuacją programu rozpoczętego przez poprzednią opcję polityczną. W przypadku szpitala *Cascais* zdecydowano o kontynuacji przetargu, ale oferty, które wpłynęły analizowano ponownie. Zaś w przypadku szpitala *Loures* zdecydowano się poprosić firmy z krótkiej listy o ponowne przedstawienie ofert. Ostatecznie przetarg dotyczący szpitala *Loures* unieważniono i ogłoszono ponownie w kwietniu 2007 r. Zamknięcie finansowe szpitala *Villa Franca de Xira* było wstępnie zaplanowane na koniec 2010 r., ale było możliwe dopiero w połowie 2011 r., gdyż konieczne było uzyskanie pozytywnej decyzji sądu w Portugalii odnośnie umowy hedgingowej (sąd wydał decyzję w kwietniu 2011 r.).

Model pierwszego etapu zakładał utworzenie dwóch spółek specjalnego przeznaczenia. Spółka INFRACO powstaje w ramach umowy ze stroną publiczną zawartej na 30 lat na realizację inwestycji pod klucz oraz na zarządzanie i eksploatację obiektu (ang. *hard maintenance*). W ramach umowy partner prywatny

dostarcza również wyposażenie, które musi być zainstalowane na stałe w budynku szpitala równoległe z prowadzeniem prac budowlanych. Umowa dotycząca świadczenia usług medycznych zawierana jest na 10 lat z możliwością przedłużenia na dwa kolejne 10-letnie okresy (w efekcie tej umowy powstaje spółka CLINCO). W przypadku usług medycznych podjęto decyzję o zawarciu kontraktu 10-letniego z uwagi na szybki postęp wiedzy i technologii w medycynie oraz związaną z tym konieczność weryfikacji i renegotjacji warunków umowy. Udziały w spółce INFRACO i CLINCO dzielone są między partnerów prywatnych wchodzących w skład konsorcjum w taki sposób, aby odpowiedzialność za świadczenie usług medycznych była ograniczona w przypadku członków konsorcjum odpowiedzialnych za budowę szpitala i utrzymanie infrastruktury (istotny % udziałów w spółce INFRACO i niewielki % udziałów w spółce CLINCO), a odwrotnie w przypadku członków konsorcjum odpowiedzialnych za świadczenie usług medycznych (istotny % udziałów w spółce CLINCO i niewielki % udziałów w spółce INFRACO).

Umowa zawarta ze spółką INFRACO przewiduje wynagrodzenie dla partnera prywatnego w oparciu o dostępność. Wynagrodzenie wypłacane jest raz do roku i składa się z części stałej oraz elementów zmiennych. Część zmienna wynagrodzenia może być wypłacona w niższej wysokości w przypadku ograniczonej dostępności szpitala lub przy braku lub obniżonym poziomie dostępnej infrastruktury względem wskaźników efektywności zdefiniowanych w umowie zawartej między stroną publiczną a partnerem prywatnym.

Płatność za usługi medyczne jest kalkulowana w oparciu o liczbę wykonanych procedur medycznych, które są szczegółowo zdefiniowane w umowie. Płatność może być pomniejszana każdorazowo w przypadku, gdy jakość świadczonych usług odbiega od poziomu określonego w umowie. W przypadku niektórych procedur płatność jest ustalana na stałym poziomie. Oszczędności powstające wskutek optymalizacji kosztów leków i artykułów medycznych dzielone są między stroną publiczną i partnera prywatnego.

**Władze Portugalii zdecydowały o kontynuowaniu programu przekształceń i budowy szpitali w formule PPP, przy czym w ramach drugiego etapu zrezygnowano z usług medycznych.** Decyzja o rezygnacji ze zlecania usług medycznych partnerom prywatnym była uwarunkowana wieloma czynnikami, w tym:

- trudnościami po stronie publicznej w precyzyjnym określeniu zapotrzebowania i oczekiwanego poziomu jakości usług medycznych w specyfikacji przetargowej,
- trudnościami po stronie publicznej w określeniu sposobu i przeprowadzania weryfikacji jakości świadczonych usług medycznych w trakcie ich realizacji w ramach umowy ze spółką CLINCO,

- braku akceptacji społecznej dla delegowania usług medycznych finansowanych w ramach publicznych ubezpieczeń do sektora prywatnego.

Szpital *Villa Franca de Xira* pierwotnie był planowany do realizacji z wyłączeniem usług medycznych i został przesunięty do fazy drugiej programu, ale ostatecznie został jednak zrealizowany w pierwszym etapie i uruchomiony w modelu uwzględniającym świadczenie usług medycznych przez partnera prywatnego.

### PPP w ochronie zdrowia w Portugalii od 2012 r.

W odpowiedzi na kryzys zadłużenia, który dotknął Portugalie w 2011 r., oraz zgodnie z ustaleniami poczynionymi z Komisją Europejską, Międzynarodowym Funduszem Walutowym i Europejskim Bankiem Centralnym, Portugalia została zmuszona do zawieszenia nowych projektów PPP, m.in. w sektorze ochrony zdrowia, aż do czasu zakończenia tych, które były już w trakcie realizacji. Przykładowo, realizacja całego drugiego planowanego etapu, dotyczącego inwestycji PPP w przypadku drugiej grupy szpitali, została wstrzymana. Jednocześnie, rozpoczęto wdrażanie niezbędnych zmian w obszarze prawnym i instytucjonalnym oraz rozpoczęto przegląd realizowanych do tej pory projektów PPP, aby ocenić generowaną przez PPP wartość dodaną w porównaniu z tradycyjnymi metodami realizacji zadań publicznych.

W 2011 r. Ministerstwo Finansów Portugalii wraz z ekspertami z Międzynarodowego Funduszu Walutowego przeprowadziło kompleksową ocenę tego, jak do tej pory były realizowane projekty PPP. Jednymi z głównych ustaleń z przeprowadzonych analiz było to, że zabrakło właściwej koordynacji i centralizacji działań po stronie publicznej (nawet w ramach samego Ministerstwa Finansów), że zespoły działające ze strony publicznej nie były wystarczająco przygotowane od strony merytorycznej oraz to, że w niewłaściwy sposób były księgowane długoterminowe zobowiązania państwa z tytułu PPP. Bardzo ważnymi ustaleniami było również to, że strona publiczna wzięła na siebie zbyt wiele ryzyk związanych z projektami PPP, których ponadto nie była w stanie kontrolować ani należycie wycenić, a także bez zastosowania kar finansowych godziła się na to, aby strona prywatna dokonywała zmian w strukturze projektu i w warunkach umowy.

W maju 2012 r., na podstawie nowej ustawy PPP (DL 111/2012), została powołana do życia nowa jednostka organizacyjna wspierająca realizację projektów PPP – *Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos* (UTAP). Jest to autonomiczna jednostka administracyjna działająca pod zwierzchnictwem Ministerstwa Finansów. Celem ustawowym tej jednostki jest wzmocnienie możliwości państwa, jeśli chodzi o przygotowywanie projektów PPP oraz zapewnienie większej wiedzy technicznej po stronie publicznej i tym samym zmniejszenie

zależności od doradców zewnętrznych. Jednostka ta jest ponadto upoważniona do monitorowania i, jeśli to konieczne, do zarządzania i wsparcia w obszarze negocjacji/renegocjacji umów PPP. Tym samym oczekuje się, że UTAP będzie tą jednostką administracji publicznej, która odgrywa kluczową rolę w realizacji całego procesu PPP. Jeśli chodzi o zarządzanie projektami PPP, to UTAP jest odpowiedzialny za następujące fazy:

- Faza identyfikacji i przygotowania projektu – UTAP odpowiada za wyznaczenie członków zespołu projektowego oraz zapewnia wsparcie techniczne.
- Faza przetargowa – UTAP kieruje pracami komitetu, którego celem jest nadzór nad przetargiem oraz odpowiada za ocenę ofert.
- Faza wdrożenia projektu i monitoring – UTAP zapewnia wsparcie jeśli chodzi o zarządzanie umową oraz, jeśli to konieczne, wyznacza zespół prowadzący lub sam prowadzi renegocjacje istniejących umów PPP.

Zgodnie ze wspomnianą regulacją, UTAP ma być włączany w realizację projektów PPP w których wartość przyszłych zdyskontowanych przepływów pieniężnych przekracza 10 mln euro albo gdzie wartość nakładów inwestycyjnych jest większa niż 25 mln euro.

Projekty PPP dotyczące czterech szpitali z pierwszej fazy programu, były również szczegółowo analizowane od strony finansowej przez Europejski Trybunał Obrachunkowy. Audyt przeprowadzony przez tę instytucję w 2012 r. wykazał, że Ministerstwo Finansów niedoszacowało wydatków publicznych związanych z tymi projektami, zakładając wydatki na poziomie ponad 4 mld euro do 2042 r. Trybunał oszacował tę kwotę na prawie 10,5 mld euro w tym okresie. Z kolei, działająca w Portugalii Agencja Regulacyjna ds. Zdrowia (ang. *Health Regulatory Agency*), w 2016 r. przeprowadziła ocenę tych czterech projektów PPP pod względem efektywności, skuteczności, jakości oraz kosztów regulacji i nie była w stanie jednoznacznie stwierdzić, czy zastosowanie modelu PPP w tych przypadkach było korzystne czy też nie z punktu widzenia sektora ochrony zdrowia w Portugalii.

### Nowe projekty

Na zakończenie warto wspomnieć o nowych projektach planowanych do realizacji w formule PPP w sektorze ochrony zdrowia w Portugalii. Najważniejszy z nich to projekt budowy nowego szpitala w Lizbonie, który ma zastąpić sześć innych działających do tej pory szpitali w stolicy Portugalii. Chodzi o szpital Lizbona Wschodnia (*Hospital de Lisboa Oriental*), który pierwotnie był planowany do realizacji w ramach drugiej grupy szpitali (poprzednia nazwa szpitala to *Hospital de Todos-os-Santos*). Ogólnie projekt wystartował w 2008 r., ale pod koniec 2010 r. został wstrzymany – w ostatniej fazie rozpoczętego procesu przetargowego. Uruchomienie szpitala miało nastąpić na prze-

łomie 2014 i 2015 r. i, jak już wcześniej wspomniano, przedsięwzięcie miało być realizowane w formule bez świadczenia usług medycznych przez partnera prywatnego. Ostatecznie zdecydowano, że projekt (*Hospital Lisboa-Oriental Complex*) zostanie ponownie uruchomiony w 2017 r. 15 grudnia 2017 r. zostało ogłoszone postępowanie na wybór partnera prywatnego do realizacji tej inwestycji i jest to prawdopodobnie jeden z największych projektów PPP rozpoczętych w ostatnich latach. Szpital ma docelowo posiadać maksymalnie do 875 łóżek, a według harmonogramu projektu zakończenie prac budowlanych jest przewidywane na grudzień 2022 r. Co ciekawe, ostatecznie będzie on realizowany w formule PPP, która zakłada świadczenie usług medycznych przez partnera prywatnego (model DBFOM – z ang. *Design-Built-Finance-Operate-Maintain*, czyli Projektuj-Buduj-Finansuj-Eksploatuj-Utrzymuj)<sup>3</sup>.

Próba wdrożenia kompleksowego programu PPP w ochronie zdrowia w Portugalii była przedsięwzięciem bardzo ambitnym. Jakkolwiek udało się je zrealizować w ograniczonym zakresie, to efekt ten można było osiągnąć wyłącznie dzięki temu, że program został przygotowany jako program rządowy i był koordynowany jako spójna koncepcja na szczeblu władz centralnych. Miało to bardzo pozytywne znaczenie z punktu widzenia stabilności finansowej tych przedsięwzięć. Takie kompleksowe podejście pozwoliło również na wyciągnięcie wniosków skutkujących modyfikacją programu, gdyż jednostki odpowiedzialne za przygotowanie programu i specyfikacji oczekiwanych usług miały szansę przeprowadzić podobny proces w kilku placówkach i zdobyć wiedzę oraz doświadczenie na temat pozytywnych i negatywnych aspektów każdej transakcji.

<sup>3</sup> M. Protásio, C. Coimbra, F. Quintela, *Portugal*, *The Public-Private Partnership Law Review*, ed. 4, April 2018.

## 3.6. Program zarządzania infrastrukturą ochrony zdrowia w formule PPP – Turcja<sup>1</sup>

**Magdalena Ostrowska**, pracownik Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju,  
Departament Partnerstwa Publiczno-Prywatnego

Podobnie jak w Polsce, w Turcji występuje wyraźna luka w zakresie dostępności infrastruktury ochrony zdrowia i standardów tej, która jest dostępna. Dla przykładu – w 2011 r. wskaźnik łóżek dostępnych na 1000 mieszkańców wyniósł w Turcji zaledwie 2,6, podczas gdy średnia Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) to 4,8 łóżka<sup>2</sup>.

Wobec takiej sytuacji tureckie Ministerstwo Zdrowia postawiło sobie za cel powstanie nowoczesnej infrastruktury zdrowotnej o wysokich standardach do roku 2023. W efekcie w Turcji z powodzeniem realizowany jest od 2006 r.<sup>3</sup> jeden z największych programów na świecie, pozwalających na realizację przedsięwzięć PPP w sektorze ochrony zdrowia.

Celem artykułu jest zaprezentowanie podstawowych założeń programu PPP w ochronie zdrowia w Turcji oraz rozwiązań, jakie są stosowane w umowach o PPP realizowanych w ramach tego programu.

Opracowany program zakłada oddanie do użytku 29 nowoczesnych szpitali mieszczących 42 tys. łóżek. Koszt nakładów inwestycyjnych na ten program szacuje się na 12 mld euro. Program wykorzystuje model będący adaptacją brytyjskiego PFI<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Przygotowano na podstawie materiałów Europejskiego Banku Odbudowy i Rozwoju – *Turkey's Hospital Facilities Management PPP Programme*, <http://www.rcrz.kz/files/Session%203.%20ENG.%20Sule%20Kilic%20PPP%20presentation.pdf>

<sup>2</sup> Wszystkie dane liczbowe przedstawiane w artykule pochodzą z materiału *Turkey's Hospital Facilities Management PPP Programme (listopad 2017)* chyba, że wskazane zostało inaczej <http://www.rcrz.kz/files/Session%203.%20ENG.%20Sule%20Kilic%20PPP%20presentation.pdf>

<sup>3</sup> W roku 2005 wprowadzono w Turcji zmiany w ustawie dotyczącej świadczenia usług zdrowotnych, a w 2006 r. wydane zostało na podstawie tych zmian rozporządzenie, którego celem było umożliwienie zastosowania PPP w sektorze zdrowia.

<sup>4</sup> PFI – *Private Finance Initiative* – model funkcjonujący w Wielkiej Brytanii pozwalający realizować projekty PPP od 1992 r. Kontrakty w ramach PFI zakładały współpracę długoterminową (zazwyczaj 20–35 lat), opartą na podziale zadań między stroną publiczną a prywatną, gdzie strona prywatna zapewnia wykonanie robót budowlanych wraz z ich finansowaniem oraz świadczenie usług w okresie trwania projektu, a sektor publiczny zapewnia regularne płatności w postaci ryczałtowego wynagrodzenia za wykonane prace i świadczone usługi.

**Cel programu: nowoczesna infrastruktura ochrony zdrowia o wysokich standardach do roku 2023**

29 nowoczesnych szpitali – 42 tysiące łóżek, 12 mld euro – nakładów inwestycyjnych

Czas trwania każdej z umów o PPP w ramach programu to ok. 28 lat, z czego 3 lata przeznaczone są na fazę inwestycyjną. Jeśli faza inwestycyjna zakończy się wcześniej, o taką różnicę wydłużona zostanie faza operacyjna danego projektu.

Tabela 1 przedstawia wykaz projektów realizowanych w ramach programu. Nie obejmuje przedsięwzięć, które są na wczesnym etapie przygotowań i analiz. Państwo tureckie reprezentowane jest w umowach o PPP przez Ministerstwo Zdrowia.

Za świadczenie usług medycznych w powstałej infrastrukturze odpowiada Ministerstwo Zdrowia (dzierzawiąc w czasie umowy o PPP powstałą infrastrukturę), pozostałe roboty i usługi mają być świadczone przez spółkę projektową (SPV), którą partner prywatny powołuje specjalnie na potrzeby realizacji projektu. Warto podkreślić w tym miejscu, że **tureckie Ministerstwo Zdrowia gwarantuje co najmniej 70% „obciążenie” szpitala i w ten sposób przejmuje na siebie znaczną część ryzyka związanego z popytem.**

Wynagrodzenie dla partnera prywatnego przekazywane jest przez podmiot publiczny w formie opłaty za dostępność (leasingowej) oraz opłaty usługowej w formie odrębnej płatności wyliczanej za usługi niezależne od popytu oraz za usługi zależne od obciążenia szpitala. Ten mechanizm wynagradzania, który nie jest standardowo stosowany w PPP, przedstawiony zostanie w dalszej części artykułu.

Program zakłada, że co 5 lat dokonywana będzie ocena wartości rynkowej realizowanych zadań, której celem będzie dostosowanie opłaty za dostępność do aktualnych warunków rynkowych. Świadczenia medyczne są wykonywane przez sektor publiczny, przy czym dopuszcza się możliwość świadczenia przez partnera prywatnego usług diagnostycznych oraz komercyjnych usług medycznych po uzyskaniu wcześniejszej akceptacji tureckiego Ministerstwa Zdrowia, pod wa-

Tabela 1. Zestawienie projektów realizowanych w ramach tureckiego programu PPP<sup>5</sup>

| LP                                 | Projekt   | Wartość nakładów inwestycyjnych (~mln Euro) | Liczba łóżek |
|------------------------------------|---|---|--------------|
| <b>ETAP OPERACYJNY</b>             |   |   |              |
| 1                                  | Yozgat Education and Research Hospital                          | 50  | 475          |
| 2                                  | Adana Integrated Health Campus                                  |   | 1 550        |
| 3                                  | Mersin Integrated Health Campus                                 | 97  | 1 253        |
| 4                                  | Isparta City Hospital   |   | 755          |
| <b>ETAP BUDOWY</b>                 |   |   |              |
| 5                                  | Kayseri Integrated Health Campus                                | 95  | 1 584        |
| 6                                  | Ankara Etlik Integrated Health Campus                           | 420   | 3 566        |
| 7                                  | Ankara Bilkent Integrated Health Campus                         | 420   | 3 660        |
| 8                                  | Elazığ Integrated Health Campus                                 | 100   | 1 038        |
| 9                                  | Istanbul Ikitelli Integrated Health Campus                      | 368   | 2 682        |
| 10                                 | Konya Karatay Int. Health Campus                                | b/d   | 840          |
| 11                                 | Gaziantep Integrated Health Campus                              | b/d   | 1 875        |
| 12                                 | Manisa Education and Research Hospital                          | b/d   | 558          |
| 13                                 | Izmir Bayraklı Integrated Health Campus                         | b/d   | 2 060        |
| 14                                 | Bursa Integrated Health Campus                                  | b/d   | 1 355        |
| 15                                 | Kocaeli Integrated Health Campus                                | b/d   | 1 180        |
| 16                                 | Eskisehir City Hospital   | b/d   | 1 060        |
| <b>ETAP ZAMKNIĘCIA FINANSOWEGO</b> |   |   |              |
| 17                                 | PTR, Psychiatry and High Security Forensic Psychiatry Hospitals | b/d   | 2 400        |
| 18                                 | TPHA & TPMDA Campus & TPMDA Campus                              | b/d   | b/d          |

runkiem że nie są to usługi konkurencyjne względem oferty publicznej danego szpitala.

Pierwsze przetargi (16 projektów) obejmujące inwestycje przewidziane w ramach programu były rozstrzygane w latach 2011–2013. Jednak podpisanie umów z podmiotami, które zostały wyłonione w przetargach było możliwe dopiero w drugiej połowie 2013 r., ze względu na ówczesny stan prawny. Dopiero w roku 2013 pojawił się w Turcji akt prawny, nazywany *ustawą BLT* (buduj, wynajmuj, przekaz), którego regulacje umożliwiły skuteczne pozyskiwanie finansowania dla tych projektów. Po wejściu w życie *ustawy BLT* podpisano większość umów PPP w ramach wyżej wskazanych postępowań, a z końcem roku 2014 niektóre z nich osiągnęły zamknięcie finansowe.

W realizację programu tureckiego włączył się m.in. Europejski Bank Odbudowy i Rozwoju. Zadaniem doradców EBOR było przede wszystkim doradztwo na etapie przygotowania projektów, aby zwiększyć ich zdolność do pozyskania finansowania zewnętrznego (tzw. bankowości), EBOR był również zaangażowany w opracowanie metodologii oceny efektywności projektów (*Value for Money*) oraz wsparcie tureckiego Ministerstwa Zdrowia w ustanowieniu jednostki odpowiedzialnej za wdrażanie i monitoring programu.

Powstanie takiej jednostki, jej ustrukturyzowanie oraz określenie zadań, pozwala na właściwe zarządza-

<sup>5</sup> Na podstawie materiału Europejskiego Banku Odbudowy i Rozwoju – *Turkey's Hospital Facilities Management PPP Programme* (listopad 2017 r.).

nie umowami o PPP przez resort zdrowia oraz stały monitoring realizacji umów PPP.

#### Założenia umów o PPP

**Długość umowy** – ok. 28 lat, z czego 3 lata na fazę inwestycyjną.

**Wynagrodzenie partnera prywatnego** – opłata za dostępność (leasingowa) + opłata usługowa.

**Waloryzacja wartości wynagrodzenia** – ocena wartości rynkowej świadczonych usług co 5 lat.

**Obowiązki podmiotu publicznego** – Ministerstwo Zdrowia świadczy usługi medyczne.

**Obowiązki partnera prywatnego** – roboty budowlane i usługi utrzymania nieruchomości.

#### Zastosowana procedura przetargowa

W trakcie realizacji programu stosowany jest przejrzysty mechanizm przetargowy dotyczący wyboru partnera prywatnego. Ogłoszenia przetargowe są rozpowszechniane w wielu źródłach (strona internetowa MZ, międzynarodowe czasopisma), co pozwala dotrzeć do szerokiego grona podmiotów potencjalnie zainteresowanych realizacją takich projektów. Sama procedura wyboru partnera prywatnego znacząco różni się od tej, którą znamy z naszego – polskiego – systemu. Przede wszystkim system turecki przewiduje możliwość negocjacji warunków cenowych przedstawionych w ofercie partnera prywatnego wybranego na podstawie aukcji holenderskiej (również nie występuje w polskiej procedurze). Warto jednak podkreślić, że w trakcie wyboru

partnerów prywatnych, tak jak w przypadku polskiego systemu, praktykuje się ocenę potencjału uczestników postępowania z wykorzystaniem wymagań/kryteriów pozacenowych.

**Wstępna kwalifikacja** - zainteresowane podmioty przedstawiają dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów wstępnych (m. in. techniczne i finansowe). Ocena i ogłoszenie podmiotów zakwalifikowanych.

**Składanie ofert** – zakwalifikowane podmioty otrzymują wstępny projekt i na tej podstawie opracowują swoją ofertę techniczną i finansową. Na podstawie określonych kryteriów z przypisaną im wagą tworzone jest skrócona lista podmiotów biorących udział w postępowaniu.

**Składanie ostatecznej oferty** – oferenci zapraszani są do przedstawienia ostatecznej oferty finansowej.

**Aukcja holenderska** – oferent, który zaproponuje najniższą opłatę za dostępność i opłatę za usługi w trakcie aukcji jest uznany za kandydata na zwycięzcę postępowania.

**Ogłoszenie wyniku postępowania** – MZ negocjuje z kandydatem na partnera prywatnego obniżenie opłaty za dostępność. Gdy strony dojdą do porozumienia następuje ogłoszenie wyniku postępowania.

**Podpisanie umowy** – umowa podpisana jest pomiędzy MZ a ustanowioną przez partnera prywatnego SPV (spółka specjalnego przeznaczenia).

Struktura instytucjonalna podmiotów zaangażowanych w realizację projektu jest zbliżona do tej, którą znamy z polskiego rynku PPP.

### Spółka specjalnego przeznaczenia (SPV)

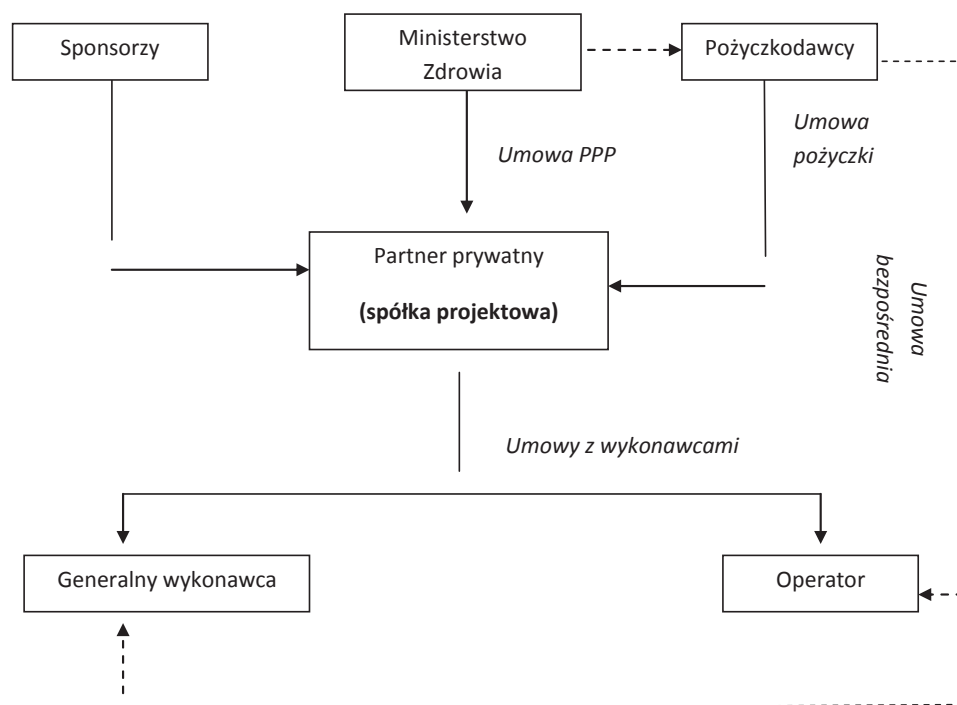
Tak jak w przypadku wielu innych projektów PPP, w przypadku tureckich projektów szpitalnych partner prywatny powołuje do realizacji projektu spółkę specjalnego przeznaczenia (SPV), która odpowiada za projektowanie, budowę, finansowanie, operowanie na powstałej infrastrukturze oraz z końcem umowy PPP przekazanie jej podmiotowi publicznemu. SPV odpowiada nie tylko za zaprojektowanie i budowę szpitala, ale również za wyposażenie powstałej infrastruktury w sprzęt medyczny oraz inne usługi niezbędne do ich realizacji. Partner prywatny realizując postanowienia umowy PPP musi także dbać o utrzymanie powstałej infrastruktury szpitalnej, w tym wykonywać niezbędne remonty i naprawy. SPV może

na terenie powstałej infrastruktury prowadzić działalność komercyjną. Swoje zadania SPV przekazuje podwykonawcom z uwzględnieniem gwarancji należytego wykonania.

### Struktura przychodów SPV

W systemie tureckich projektów PPP wyróżnione są wyraźnie trzy źródła przychodów:

- 1. Opłata za dostępność** – uiszczana przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz partnera prywatnego kwartalnie z góry, nie jest uzależniona od popytu (stopnia „obłożenia” szpitala), podlega waloryzacji odnoszącej się do inflacji. Opłata za dostępność jest gwarantowana przez Ministerstwo Zdrowia, które musi zabezpieczyć odpowiednią kwotę na czas trwania umowy o PPP.
- 2. Opłata za usługi** (opłata usługowa) – uiszczana przez podmiot publiczny na rzecz partnera prywatnego w cyklu miesięcznym, oparta jest o dwa filary:
  - płatności niezależne od popytu. Płatności te dotyczą tych usług, które nie są uzależnione w żaden sposób od „obłożenia” szpitala – np. sprzętanie czy ochrona;
  - płatności uzależnione od popytu. Na płatności uzależnione od popytu składają się płatności za usługi z zakresu analizy medycznej (np. badania laboratoryjne, diagnostyka obrazowa) i usługi związane z utrzymaniem (np. catering, dostarczanie wody czy odprowadzanie ścieków).
- 3. Przychody z działalności komercyjnej** – podejście w tej kategorii jest zindywidualizowane w poszczególnych projektach. Partner prywatny prowadzi działalność komercyjną na swoje ryzyko i ponosi koszty prowadzenia tej działalności.



## Waloryzacja cen

Jak już wspomniano powyżej, partner prywatny nie jest odpowiedzialny za świadczenie usług medycznych, a pozostałe ujęte w umowie o PPP usługi może świadczyć poprzez wybranych podwykonawców. Program turecki zakłada, że wartość usług świadczonych na podstawie umowy o PPP będzie podlegać porównaniu z aktualnymi cenami rynkowymi takich usług co 5 lat.

Na rok przed taką oceną Ministerstwo Zdrowia wraz z partnerem prywatnym ustalają wymagania związane z przeprowadzeniem takiego porównania. Ministerstwo Zdrowia ponosi wszelkie koszty i opłaty związane z przeprowadzeniem takiej oceny, jak również przejmuje na siebie wszystkie ewentualne roszczenia dotyczące testów rynkowych chyba, że powstają one z winy partnera prywatnego.

## Inne założenia umowy

### Rozwiązanie umowy

Umowy o PPP zawierane w ramach programu w sektorze zdrowia zawierają również postanowienia określające możliwości rozwiązania umowy/odstąpienia od umowy PPP. W systemie tureckim katalog przesłanek, które mogą doprowadzić do rozwiązania/wypowiedzenia umowy PPP przedstawia się następująco:

- z winy podmiotu publicznego,
- z winy partnera prywatnego,
- za porozumieniem stron,
- siła wyższa – jej wystąpienie umożliwia stosowanie potrąceń, wydłużenie czasu trwania umowy, rozwiązanie umowy, gdy nie uda się osiągnąć porozumienia co do ewentualnych zmian w umowie,
- niestrzymanie pozwolenia na budowę w terminie 24 miesiące od przekazania gruntów,
- zawieszenie robót przez okres dłuższy niż 180 dni,
- wyłączenie lub nacjonalizacja,
- zakończenie umowy w skutek decyzji sądowej.

### Kary umowne

System obniżania opłaty/nakładania kar umownych pomniejszających wynagrodzenie partnera prywatnego uregulowany jest w umowie o PPP odrębnie dla każdego projektu. Co do zasady system kar opiera się o przyznawane „punkty karne” i zakłada, że:

- potrącenia związane z awariami dotyczącymi korzystania z infrastruktury wynosić będą nie więcej niż 10 % opłaty za dostępność w danym okresie,
- potrącenia, obejmujące awarie dotyczące świadczenia usług, powinny być nakładane w cyklach miesięcznych i wynosić nie więcej niż 20% opłaty należnej za daną usługę w danym terminie płatności.

### Nieskuteczna realizacja umowy

Administracja może zobowiązać partnera prywatnego do zakończenia umowy z podwykonawcą, jeżeli przekroczony zostanie dopuszczalny limit awarii w odniesieniu do tej samej usługi. Jeżeli podmiot prywatny

nie zrealizuje żądania, Ministerstwo Zdrowia może rozwiązać umowę o PPP.

### Zmiany prawne

Zmiany prawne mogą wpływać na przebieg realizacji kontraktów długoterminowych, takich jak umowy o PPP. Umowy o PPP w przykładzie tureckim przewidują działania, jakie strony mogą podjąć w przypadku wystąpienia zmian prawnych w czasie realizacji postanowień zawartej umowy o PPP. Jako możliwe środki zapobiegawcze wskazane są możliwości: zmian płatności za usługi, udzielanie rekompensaty dla partnera prywatnego oraz zmiany stosownych postanowień umowy o PPP.

### Przykładowy projekt – Ankara Etlik Health Campus Project<sup>5</sup>

Realizowany w ramach programu kampus Etlik-Ankara to jeden z największych szpitali, nie tylko w Turcji, ale i na świecie. Do realizacji projektu powołana została specjalna spółka projektowa, która zgodnie z wcześniej przedstawionymi założeniami odpowiada za projektowanie, budowę i działalność operacyjną obiektu. Projekt obejmuje uniwersytet medyczny, strefę komercyjną, centrum innowacji technologicznych, infrastrukturę administracji, parkingi, centrum laboratoryjne, szeroko pojętą infrastrukturę techniczną. Największy (główny) szpital Etlik to ponad 3,5 tys. łóżek. Etap budowy, zgodnie z umową PPP to 42 miesiące, a etap operacyjny 25 lat. Po zakończeniu budowy zaplanowane zostało zamknięcie pobliskich 12 szpitali, przy założeniu, że zatrudniony tam personel będzie przeniesiony właśnie do Etlik i innego nowego szpitala – Bilkent. Ministerstwo Zdrowia ma zapewnić świadczenie usług medycznych (w tym personel szpitala), SPV będzie natomiast odpowiadać za świadczenie wskazanych usług (urządzenia laboratoryjne i sprzęt diagnostyki obrazowej, sprzątanie, catering, utrzymanie, system zarządzania informacją, bezpieczeństwo, parkingi, gospodarka odpadami i ogólne utrzymanie obiektów w należytym stanie). Przez 25 lat spółka projektowa będzie otrzymywać roczną opłatę leasingową (opłata za dostępność), połączoną z opłatą za usługi niezależne od popytu.

Całkowita wartość projektu to ok. 880 mln euro. W czerwcu 2015 r. projekt został zamknięty finansowo – 12 instytucji finansowych udzieliło łącznie ok. 700 mln euro pożyczki na okres 18 lat.

5 Opis projektu na podstawie [https://www.researchgate.net/publication/305639845\\_Analysing\\_Public\\_Private\\_Partnership\\_Model\\_in\\_Turkish\\_Healthcare\\_Sector\\_Things\\_to\\_consider\\_during\\_the\\_implementation\\_process\\_and\\_lessons\\_from\\_the\\_UK\\_experience](https://www.researchgate.net/publication/305639845_Analysing_Public_Private_Partnership_Model_in_Turkish_Healthcare_Sector_Things_to_consider_during_the_implementation_process_and_lessons_from_the_UK_experience)

# 4.1. Jak efektywnie przeprowadzić procedurę wyboru partnera prywatnego w dialogu konkurencyjnym

Michał Liżewski

Widoczny w ostatnich latach na polskim rynku partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP) wzrost liczby projektów PPP realizowanych w modelu „opłaty za dostępność” oraz jednoczesny spadek znaczenia przedsięwzięć koncesyjnych dominujących we wczesnym okresie rozwoju rynku PPP, znajduje odzwierciedlenie w podstawach prawnych i trybach prowadzonych postępowań na wybór inwestora prywatnego.

Jak wynika z opracowanej na zlecenie Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju analizy rynku PPP<sup>1</sup>, spośród 49 postępowań będących w toku z końcem czerwca 2018 r., aż 36 było prowadzonych na podstawie ustawy z 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>2</sup> w zw. z art. 4 ust. 1 ustawy z 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym<sup>3</sup>.

W powyższym zakresie na uwagę zasługuje fakt, że pomimo, iż ustawa PZP nie określa odrębnego trybu wyboru partnera prywatnego – co oznacza, że można wykorzystać każdy z trybów udzielania zamówień określonych na gruncie jej przepisów – dotychczas w projektach PPP najczęściej wykorzystywano tryb dialogu konkurencyjnego<sup>4</sup>.

Dostrzegając jego istotną rolę w procesie wdrażania projektów partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce, w niniejszym artykule przedstawiony zostanie opis najistotniejszych etapów dialogu konkurencyjnego oraz wskazane zostaną rekomendowane czynności, które zwiększają efektywność procedury wyboru partnera prywatnego prowadzonej w ww. trybie.

1 *Analiza rynku PPP w Polsce za okres od 2009 r. do 30 czerwca 2018 r.*, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, 2018, s.16, [https://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/2018\\_08\\_21\\_Analiza\\_rynkku\\_ppp.pdf](https://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/2018_08_21_Analiza_rynkku_ppp.pdf)

2 Tj. DzU z 2018 r., poz. 1986 ze zm., ustawa PZP.

3 Tj. DzU. z 2017 r., poz. 1834 ze zm., ustawa o PPP.

4 Na 158 postępowań wszczętych w okresie od 2009 roku do 30 czerwca 2018 r. w trybie ustawy PZP tylko cztery razy wybrano partnera prywatnego, stosując tryb przetargu nieograniczonego (*Analiza rynku PPP w Polsce za okres od 2009 r. do 30 czerwca 2018 r.*, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, 2018, s. 8 i s. 16.).

**Zagadnienie to zostało szczegółowo omówione w *Wytycznych PPP, Tom II Postępowanie przetargowe, opracowanych przez Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju*. Są one dostępne na rządowej platformie internetowej poświęconej zagadnieniom partnerstwa publiczno-prywatnego: [www.ppp.gov.pl](http://www.ppp.gov.pl).**

## Przesłanki zastosowania dialogu konkurencyjnego w projektach PPP

Wraz z wejściem w życie ustawy o PPP w 2009 r. dialog konkurencyjny stał się w praktyce „podstawowym” trybem wyboru partnera prywatnego do przedsięwzięć PPP, w których dominującym składnikiem wynagrodzenia partnera były płatności ze strony podmiotu publicznego.

Wynikało to z faktu, iż wdrożenie nowej formy realizacji zadań publicznych zakładającej wielopłaszczyznowy i długofalowy charakter współpracy publiczno-prywatnej jest zbyt skomplikowanym procesem, aby możliwe i uzasadnione było jego przeprowadzenie w ramach podstawowych trybów przetargowych (tj. przetarg nieograniczony lub przetarg ograniczony), które nie przewidywały możliwie elastycznej formy opracowania ostatecznych warunków zamówienia (technicznych, finansowych, prawnych) jeszcze przed złożeniem ofert w postępowaniu.

Dialog konkurencyjny w pełni odpowiadał tym potrzebom, zwłaszcza, że celem jego wprowadzenia do polskiego systemu zamówień publicznych było ułatwienie wdrażania złożonych przedsięwzięć infrastrukturalnych, m.in. w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego. Świadczy o tym m.in. uzasadnienie do projektu zmiany ustawy PZP wprowadzającej tryb dialogu konkurencyjnego<sup>5</sup>: *W projekcie wprowadza się nowy tryb udzielania zamówień*

5 Z dniem 25 maja 2006 r. do ustawy PZP wprowadzono do Rozdziału 3 „Tryby udzielania zamówień” Oddział 3a „Dialog konkurencyjny”.



– dialog konkurencyjny. Ma on umożliwić udzielanie złożonych i skomplikowanych zamówień, w szczególności związanych z projektami infrastrukturalnymi, technologiami teleinformatycznymi lub projektami obejmującymi złożone procesy finansowania. [...] Skorzystanie z tego trybu będzie możliwe w przypadku zamówień o szczególnie złożonym charakterze, np. **projektach związanych z partnerstwem publiczno-prywatnym**, [...].

Pomimo nowelizacji ustawy PZP z 22 czerwca 2016 r. w związku z implementacją do polskiego porządku prawnego Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z 26 lutego 2014 r. w sprawie zamówień publicznych, uchylającej dyrektywę 2004/18/WE (DzUrz UE L 94 z 28 marca 2014 r., str. 65, ze zm.), powyższe założenia nie uległy dezaktualizacji i znajdują zastosowanie również w obecnym stanie prawnym.

Dialog konkurencyjny został uregulowany w art. 60a – 60f ustawy PZP. Jednakże, nie jest on formalnie podstawowym trybem udzielania zamówień publicznych, dlatego jego zastosowanie wymaga spełnienia określonych w ustawie PZP przesłanek. Zgodnie z art. 60b ust. 1 ustawy PZP, tryb dialogu konkurencyjnego można zastosować w przypadkach określonych w art. 55 ust. 1 ustawy PZP, odnoszących się odpowiednio do trybu negocjacji z ogłoszeniem. Przesłanką określoną w ww. przepisie, która co do zasady najpełniej odpowiada specyfice wdrażania i realizacji projektów PPP jest okoliczność, w której *zamówienie nie może zostać udzielone bez wcześniejszych negocjacji z uwagi na szczególne okoliczności dotyczące jego charakteru, stopnia złożoności lub uwarunkowań prawnych lub finansowych lub z uwagi na ryzyko związane z robotami budowlanymi, dostawami lub usługami* (art. 55 ust. 1 pkt 8 ustawy PZP)<sup>6</sup>.

Wynika to z faktu, iż z uwagi na skalę i złożoną strukturę projektów partnerstwa publiczno-prywatnego na dzień wszczęcia postępowania na wybór partnera prywatnego, co do zasady obiektywnie nie jest możliwe określenie szczegółowego opisu przedmiotu przedsięwzięcia PPP, w tym jego uwarunkowań prawnych, finansowych (np. warunki zapewnienia finansowania) oraz technicznych (np. zakres obowiązków partnera prywatnego na etapie eksploatacji). Dlatego też konieczne jest pozyskanie w tym zakresie niezbędnych informacji od potencjalnych partnerów prywatnych. Biorąc pod uwagę, iż formalna możliwość prowadzenia negocjacji (dialogu) z inwestorami umożliwia pozyskanie przez podmiot publiczny tej wiedzy w sposób najbardziej efektywny, zastosowanie trybu dialogu konkurencyjnego przy wyborze partnera prywatnego do realizacji projektu PPP jest

<sup>6</sup> Inną przesłanką może być sytuacja, w której: *roboty budowlane, dostawy lub usługi obejmują rozwiązania projektowe lub innowacyjne* (art. 55 ust. 1 pkt 7 ustawy PZP).

nie tylko ustawowo możliwe, ale i najczęściej niezbędne<sup>7</sup>.

**Do najważniejszych korzyści wynikających z zastosowania trybu dialogu konkurencyjnego w procesie wdrożenia projektu partnerstwa publiczno-prywatnego należą:**

- brak obowiązku przedstawiania na etapie ogłoszenia o zamówieniu kompletnej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ) i możliwość nieokreślania w ogłoszeniu wag kryteriów oceny ofert;
- formalna możliwość przeprowadzenia rozmów i zapoznania się ze stanowiskiem strony prywatnej przed zaproszeniem do składania ofert (dialog);
- możliwość omówienia w trakcie dialogu wszelkich aspektów dotyczących przyszłego przedsięwzięcia PPP;
- możliwość dokonania po złożeniu wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu selekcji podmiotów, które zostaną zaproszone do udziału w dialogu (w liczbie nie mniejszej niż 3);
- poufny charakter dialogu umożliwiający ochronę informacji technicznych i handlowych przekazywanych przez podmioty w nim uczestniczące;
- prowadzenie dialogu do momentu, w którym podmiot publiczny jest w stanie określić rozwiązania najbardziej spełniające jego potrzeby.

Pomimo zalet, jakie wynikają z zastosowania dialogu konkurencyjnego w procesie wyboru partnera prywatnego, **sam fakt skorzystania z tej procedury nie oznacza, że postępowanie PPP zakończy się sukcesem**. Potwierdzają to statystyki, zgodnie z którymi jedynie 27,95% postępowań prowadzonych zgodnie z trybami przewidzianymi w ustawie PZP, w tym w przeważającej większości w dialogu konkurencyjnym, zostało zakończonych podpisaniem umowy z partnerem prywatnym<sup>8</sup>. Oznacza to, iż **sposób przeprowadzenia procedury wyboru partnera prywatnego, obok właściwego przygotowania przedsięwzięcia PPP, ma decydujące znaczenie dla skutecznego wdrożenia projektu partnerstwa publiczno-prywatnego i wymaga dużej uwagi ze strony podmiotu publicznego**.

<sup>7</sup> Jak wskazuje „Polityka Rządu w zakresie rozwoju partnerstwa publiczno-prywatnego” stanowiąca załącznik do uchwały 116/2017 Rady Ministrów z 26 lipca 2017 r., RM 111-83-17, „*choć do zawarcia umowy PPP mogą być stosowane różne tryby ustawy PZP, to z punktu widzenia specyfiki i kompleksowości trybem najbardziej odpowiednim do wyboru partnera prywatnego jest dialog konkurencyjny*.”

<sup>8</sup> *Analiza rynku PPP w Polsce za okres od 2009 r. do 30 czerwca 2018 r.*, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, 2018, s. 29.

## Charakterystyka i etapy dialogu konkurencyjnego

Dialog konkurencyjny to tryb udzielenia zamówienia, w którym po publicznym ogłoszeniu o zamówieniu, zamawiający prowadzi z wybranymi przez siebie wykonawcami dialog, a następnie zaprasza ich do składania ofert<sup>9</sup>. Jest to dwuetapowa, otwarta i konkurencyjna procedura posiadająca cechy wspólne z przetargiem ograniczonym, dodatkowo uzupełniona o możliwość prowadzenia z potencjalnymi partnerami prywatnymi dialogu do momentu, w którym zamawiający (podmiot publiczny) będzie w stanie określić, w wyniku porównania rozwiązań proponowanych przez wykonawców, warunki realizacji przedmiotu zamówienia (projektu PPP) w sposób najbardziej spełniający jego potrzeby.

Dialog konkurencyjny posiada również cechy zbliżone do trybu negocjacji z ogłoszeniem, od którego odróżnia go jednak **szersza możliwość dokonania modyfikacji wszystkich aspektów prowadzonego postępowania**, głównie z uwagi na fakt, iż przy negocjacjach z ogłoszeniem zamawiający (podmiot publiczny) może prowadzić negocjacje jedynie w celu doprecyzowania lub uzupełnienia opisu przedmiotu zamówienia lub warunków umowy. Negocjacje nie mogą spowodować zmiany minimalnych wymagań określonych w dokumentacji postępowania.

### Etapy dialogu konkurencyjnego

Odnosząc się do przepisów ustawy PZP regulujących tryb dialogu konkurencyjnego, wskazać należy następujące etapy tej procedury:

1. **Wszczęcie postępowania w trybie dialogu konkurencyjnego (opublikowanie ogłoszenia o zamówieniu).**
2. **Składanie i ocena złożonych wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu wraz z ewentualnym dokonaniem prekwalfikacji podmiotów zaproszonych do udziału w dialogu.**
3. **Przeprowadzenie dialogu z zakwalifikowanymi potencjalnymi partnerami prywatnymi.**
4. **Zaproszenie do składania ofert.**
5. **Ocena ofert i dokonanie wyboru oferty najkorzystniejszej.**
6. **Zawarcie umowy o zamówienie publiczne (PPP).**

W celu przedstawienia rekomendacji dotyczących efektywnego sposobu przeprowadzenia przez podmioty publiczne dialogu konkurencyjnego, wskazane powyżej etapy procedury w dalszej części artykułu zostaną scharakteryzowane w odniesieniu do specyfiki wdrażania projektów PPP z uwzględnieniem rekomendacji zawartych w ministerialnych *Wytycznych PPP, Tom II Postępowanie przetargowe*.

<sup>9</sup> Art. 60a ustawy PZP.

### Ad 1) Wszczęcie postępowania w trybie dialogu konkurencyjnego (opublikowanie ogłoszenia o zamówieniu).

Do wszczęcia postępowania w trybie dialogu konkurencyjnego znajdują zastosowanie przepisy charakterystyczne dla podstawowych trybów przetargowych, tj. art. 40 ustawy PZP (sposób publikacji ogłoszenia) i art. 48 ust. 2 ustawy PZP (zakres treści ogłoszenia), z zastrzeżeniem, iż oprócz wymogów wynikających z ww. przepisów, ogłoszenie o zamówieniu w dialogu konkurencyjnym zawierać musi również<sup>10</sup>:

- 1) opis potrzeb i wymagań podmiotu publicznego określonych w sposób umożliwiający przygotowanie się partnerów prywatnych do udziału w dialogu lub informację o sposobie uzyskania tego opisu;
- 2) informację o wysokości nagród dla partnerów prywatnych, którzy podczas dialogu przedstawili rozwiązanie stanowiące podstawę do składania ofert (jeżeli podmiot publiczny przewiduje nagrody);
- 3) wstępny harmonogram postępowania;
- 4) informację o podziale dialogu na etapy (jeżeli podmiot publiczny przewiduje taki podział w celu ograniczenia liczby rozwiązań, które będą przedmiotem dialogu na kolejnych etapach).

**Opis potrzeb i wymagań podmiotu publicznego** jest dokumentem, który powinien stanowić streszczenie najważniejszych założeń przyjętych dla optymalnego modelu realizacji projektu w formule partnerstwa publiczno-prywatnego w ramach przeprowadzonej oceny efektywności przedsięwzięcia PPP<sup>11</sup>. Jego treść w przypadku projektów PPP powinna obejmować co najmniej planowany zakres rzeczowy projektu, zakładany podział zadań i ryzyk pomiędzy podmiot publiczny a partnera prywatnego, model wynagrodzenia oraz założenia dotyczące źródeł finansowania przedsięwzięcia. Pożądane jest również określenie oczekiwanego zakresu obowiązków partnera prywatnego na etapie utrzymania i/lub zarządzania.

**Ponieważ na podstawie opisu potrzeb i wymagań potencjalni partnerzy prywatni podejmą decyzję o złożeniu lub niezłożeniu wniosku o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, dokument należy opracować w sposób rzetelny, możliwie najbardziej precyzyjny i wyczerpujący. Oprócz elementów wymienionych powyżej, należy wskazać również wszelkie specyficzne uwarunkowania danego projektu, tak aby potencjalni partnerzy prywatni już na etapie ogłoszenia postępowania mieli jak największą wiedzę dotyczącą przyszłego projektu PPP.**

<sup>10</sup> Art. 60c ust. 1 ustawy PZP.

<sup>11</sup> Zgodnie z art. 3a ustawy o PPP „Przed wszczęciem postępowania w sprawie wyboru partnera prywatnego podmiot publiczny sporządza ocenę efektywności realizacji przedsięwzięcia w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego w porównaniu do efektywności jego realizacji w inny sposób, w szczególności przy wykorzystaniu wyłącznie środków publicznych.

**Pamiętać bowiem należy, iż celem dialogu konkurencyjnego nie jest określenie od podstaw zakresu projektu PPP i obowiązków stron, a jedynie doprecyzowanie przyjętych przez podmiot publiczny na etapie oceny efektywności, warunków realizacji przedsięwzięcia PPP.**

Obligatoryjnym elementem ogłoszenia, który powinien być jednocześnie uwzględniony w opisie potrzeb i wymagań jest **wstępny harmonogram postępowania**. Jego rola jest istotna z uwagi na fakt, iż ustawodawca nie określił maksymalnego czasu trwania dialogu – jest on ograniczony wyłącznie momentem określenia warunków realizacji przedsięwzięcia PPP w sposób najbardziej spełniający potrzeby podmiotu publicznego. Dlatego też harmonogram postępowania powinien obejmować wszystkie ww. etapy związane z przeprowadzeniem procedury wyboru partnera prywatnego aż do zawarcia umowy o PPP i uzyskania zamknięcia finansowania oraz określać realne terminy na ich przeprowadzenie. Takie podejście zminimalizuje ryzyko dokonywania kilkukrotnych modyfikacji harmonogramu na dalszych etapach postępowania, co wpłynie korzystnie na dynamikę procedury i pozwoli uniknąć wielotygodniowych przestoju opóźniających zakończenie procesu wyboru partnera prywatnego.

W prowadzonych dotychczas postępowaniach na wybór partnera prywatnego w trybie dialogu konkurencyjnego, podmioty publiczne co do zasady nie przewidywały nagród dla potencjalnych partnerów prywatnych. Wynika to zarówno z trudności w zdefiniowaniu obiektywnych przesłanek do przyznania nagrody danemu uczestnikowi lub uczestnikom dialogu, jak i z naturalnej obawy publicznych zamawiających do premiowania określonych podmiotów w trakcie trwania procedury przetargowej.

Równie rzadko wykorzystywana jest możliwość podziału dialogu na etapy. Dzieje się tak dlatego, że z uwagi na wielopłaszczyznowy charakter współpracy z partnerem prywatnym, podmioty publiczne nie chcą z góry ograniczać liczby rozwiązań w poszczególnych obszarach (zwłaszcza technicznych), które mogą być przedmiotem dialogu, aż do jego zakończenia. Najczęściej w praktyce ograniczenie liczby proponowanych w trakcie dialogu rozwiązań dokonywane jest w sposób pośredni poprzez ograniczenie liczby podmiotów zaproszonych do udziału w dialogu (minimalnie do 3) w oparciu o określone w ogłoszeniu o zamówieniu kryteria selekcji.

Opracowując ogłoszenie na wybór partnera prywatnego w trybie dialogu konkurencyjnego **warto również skorzystać z określonej art. 60c ust. 1 ustawy PZP możliwości wskazania w nim kryteriów oceny ofert w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego, bez określania ich wag**

**i znaczenia**<sup>12</sup>. Uprawnienie to jest coraz częściej wykorzystywane przez podmioty publiczne, w głównej mierze z uwagi na potrzebę dostosowania kryteriów oceny ofert do określonego w trakcie dialogu szczegółowego opisu przedmiotu zamówienia, aby w sposób wymierny i najbardziej efektywny możliwe było dokonanie przez podmiot publiczny wyboru oferty najkorzystniejszej.

Ogłoszenie o wszczęciu postępowania na wybór partnera prywatnego w dialogu konkurencyjnym, analogicznie jak w przypadku trybów podstawowych (przetargu nieograniczonego, przetargu ograniczonego) zamieszczane jest – w zależności od wartości zamówienia – w Biuletynie Zamówień Publicznych bądź jest przekazywane do publikacji Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej.

Należy w tym miejscu pamiętać, że po opublikowaniu ogłoszenia, podmiot publiczny zgodnie z art. 5 ustawy PPP powinien dodatkowo zamieścić informację o planowanym przedsięwzięciu PPP w Biuletynie Informacji Publicznej. Zakres treści takiej informacji nie został przez ustawodawcę narzucony, dlatego też możliwe jest zamieszczenie odnośnika do ogłoszenia o zamówieniu bądź opublikowanie krótkiej informacji o planowanej realizacji projektu PPP.

Jednocześnie, z uwagi na określone w art. 142 ust. 4 pkt 6 ustawy PZP wyłączenie dotyczące projektów partnerstwa publiczno-prywatnego, podmiot publiczny nie jest zobowiązany do poinformowania Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych o zamiarze zawarcia umowy na realizację zamówienia na okres przekraczający cztery lata.

***Ad 2) Składanie i ocena złożonych wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu wraz z ewentualnym dokonaniem prekwalfikacji podmiotów zaproszonych do udziału w dialogu.***

Podobnie jak w przypadku przetargu ograniczonego, w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu zainteresowane podmioty składają wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu. **Minimalny termin na składanie wniosków** uzależniony jest – analogicznie jak w przypadku wyboru publikatora ogłoszenia o zamówieniu – od jego wartości i wynosi:

- co najmniej **7 dni** od dnia zamieszczenia ogłoszenia w Biuletynie Zamówień Publicznych – gdy wartość zamówienia jest mniejsza niż kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy PZP<sup>13</sup>, lub

<sup>12</sup> Art. 60c ust. 1 ustawy PZP *Jeżeli ze względu na złożoność zamówienia nie można, na etapie ogłoszenia postępowania, ustalić znaczenia kryteriów oceny ofert, w ogłoszeniu o zamówieniu zamawiający podaje kryteria oceny ofert w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego.*

<sup>13</sup> Rozporządzenie ministra rozwoju i finansów z 22 grudnia 2017 r. w sprawie kwot wartości zamówień oraz konkursów, od których jest uzależniony obowiązek przekazywania ogłoszeń Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej, DzU z 2017 r. poz. 2479.

- co najmniej **30 dni** od dnia od dnia przekazania ogłoszenia o zamówieniu Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej – gdy wartość zamówienia jest równa lub przekracza kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy PZP.

Po upływie terminu na składanie wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, podmiot publiczny dokonuje ich oceny. Jak wskazano powyżej, istnieje możliwość ograniczenia liczby podmiotów spełniających warunki udziału w postępowaniu do minimum 3, na podstawie określonych w ogłoszeniu kryteriów selekcji<sup>14</sup>. W takim przypadku, jeżeli liczba podmiotów, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu jest większa niż liczba podmiotów, określona w ogłoszeniu o zamówieniu (np. warunki udziału w postępowaniu spełnia pięć podmiotów, podczas gdy podmiot publiczny ograniczył liczbę podmiotów zaproszonych do dialogu do trzech), podmiot publiczny zaprosi do udziału w dialogu wyłącznie te (trzy) podmioty, które w oparciu o ww. kryteria uzyskają największą liczbę punktów.

**Najbardziej efektywnymi i zalecanymi do zastosowania kryteriami selekcji są kryteria odnoszące się do doświadczenia potencjalnych partnerów prywatnych w zakresie odpowiadającym przedmiotowi przedsięwzięcia PPP.** Najczęściej w ramach kryteriów selekcji dodatkowe punkty przyznawane są za każdą kolejną realizację ponad minimum określone jako warunek udziału w postępowaniu, np. punkt za każdą dodatkową robotę budowlaną, realizację w modelu zaprojektuj i wybuduj bądź usługę utrzymania budynku.

Podmioty publiczne coraz częściej korzystają z ww. uprawnienia z uwagi na fakt, iż wobec konieczności przeprowadzenia takiej samej liczby rund negocjacji z każdym z zakwalifikowanych podmiotów, dopuszczenie do dialogu zbyt dużej liczby uczestników (5 i więcej), może istotnie wpłynąć na wydłużenie czasu postępowania na wybór partnera prywatnego. Jednocześnie ograniczenie liczby uczestników dialogu przy zastosowaniu kryteriów selekcji (zwłaszcza premiujących doświadczenie podmiotów) powoduje, że do dialogu zostaną zaproszeni wyłącznie najbardziej doświadczeni potencjalni partnerzy prywatni, co zwiększy efektywność prowadzonych rozmów i w większym stopniu zabezpieczy podmiot publiczny przed wyborem niezrzetelnego partnera prywatnego.

O wynikach oceny spełniania warunków udziału w postępowaniu podmiot publiczny niezwłocznie informuje wszystkie podmioty, które złożyły wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu i zaprasza

<sup>14</sup> Art. 60d ust. 3 ustawy Pzp 3. *Jeżeli liczba wykonawców, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu, jest większa niż określona w ogłoszeniu, zamawiający zaprasza do dialogu wykonawców wyłonionych na podstawie kryteriów selekcji. Wykonawcę niezaproszonego do dialogu traktuje się jak wykluczonego z postępowania.*

do dialogu wszystkie podmioty spełniające warunki udziału bądź podmioty, które uzyskały największą liczbę punktów w ramach kryteriów selekcji w liczbie określonej w ogłoszeniu o zamówieniu (jeżeli podmiot publiczny ograniczył liczbę podmiotów zaproszonych do udziału w dialogu)<sup>15</sup>.

Jednocześnie zaleca się, aby po zakończeniu prekwalifikacji partnerzy prywatni, którzy uzyskają najwyższe oceny i zostaną wstępnie wytypowani do udziału w dialogu, zostali przez podmiot publiczny wezwani na podstawie art. 26 ust. 2f ustawy PZP do przedłożenia dokumentów potwierdzających spełnianie warunków udziału w postępowaniu i brak podstaw do wykluczenia. Dokonanie weryfikacji ww. oświadczeń potencjalnych partnerów prywatnych już na tym etapie, zminimalizuje ryzyko zaproszenia do udziału w dialogu i ewentualnego wyboru najkorzystniejszej oferty podmiotu, który pomimo złożonych oświadczeń nie spełnia określonych przez podmiot publiczny warunków udziału w postępowaniu bądź podlega wykluczeniu.

### **Ad 3) Przeprowadzenie dialogu z zakwalifikowanymi potencjalnymi partnerami prywatnymi.**

Wraz z zaproszeniem zakwalifikowanych potencjalnych partnerów prywatnych do dialogu (po rozpatrzeniu ewentualnych odwołań ze strony konkurentów) rozpoczyna się najważniejszy etap procedury wyboru partnera prywatnego prowadzonej w tym trybie.

Dialog może dotyczyć wszystkich aspektów zamówienia, a wszelkie dokumenty i informacje, związane z dialogiem przekazywane są uczestniczącym w dialogu podmiotom na równych zasadach. Zgodnie z art. 60d ust. 7 ustawy PZP **prowadzony dialog ma charakter poufny** (możliwe jest wymaganie złożenia przez uczestników dialogu oświadczenia o zobowiązaniu do zachowania poufności), co oznacza, że żadna ze stron nie może bez zgody drugiej strony ujawnić informacji technicznych i handlowych związanych z dialogiem. W związku z powyższym, w ramach dotychczasowej praktyki wdrażania projektów PPP zaleca się, aby dialog prowadzony był każdorazowo przez podmiot publiczny podczas poszczególnych tur negocjacyjnych osobno z każdym z potencjalnych partnerów prywatnych – na drodze bezpośrednich spotkań w siedzibie podmiotu publicznego bądź wideo- lub telekonferencji.

Nie ulega wątpliwości, że z uwagi na złożoną strukturę organizacyjno-prawną oraz długoterminowy charakter współpracy publiczno-prywatnej, **skuteczne przeprowadzenie procesu wdrożenia projektu PPP, zwłaszcza na etapie procedury wyboru partnera prywatnego, wymaga od podmiotu publicznego odpowiednio większego zaangażowania niż w przypadku realizacji tego samego przedsięwzięcia w modelu**

<sup>15</sup> Minimalną treść zaproszenia do dialogu określa art. 60d ust. 5 ustawy PZP.

**tradycyjnym. Od jakości przeprowadzenia dialogu zależeć będzie bowiem ostateczne określenie akceptowalnej zarówno dla podmiotu publicznego, jak i partnerów prywatnych, struktury realizacji projektu PPP.**

Ponieważ etap rozmów z potencjalnymi partnerami prywatnymi ma kluczowe znaczenie dla powodzenia procesu wyboru partnera prywatnego w trybie dialogu konkurencyjnego, w dalszej części przedstawiono rekomendowanie czynności, których podjęcie przez podmiot publiczny zwiększy efektywność prowadzonego dialogu, minimalizując tym samym ryzyko niepowodzenia całego postępowania na wybór partnera prywatnego.

### **Określenie przedmiotu i szczegółowego harmonogramu dialogu**

Sprawne przeprowadzenie dialogu wymaga w pierwszej kolejności od podmiotu publicznego precyzyjnego zdefiniowania obszarów do dyskusji z potencjalnymi partnerami prywatnymi. Zaleca się, aby obszary te zostały podzielone na odrębne bloki tematyczne, dotyczące poszczególnych aspektów realizacji projektu PPP, tj. technicznych, finansowych i prawnych.

Przedstawienie potencjalnym partnerom prywatnym obszarów do dyskusji może nastąpić w formie ogólnej agendy dialogu. Powinien ją uzupełniać harmonogram dialogu, który stanowić będzie uszczegółowienie ogólnego harmonogramu postępowania określonego w ogłoszeniu o zamówieniu. O ile harmonogram postępowania uwzględnia najważniejsze etapy całego procesu wdrożenia projektu PPP od czynności przygotowawczych do zamknięcia finansowego, o tyle harmonogram dialogu powinien objąć wyłącznie etap od zaproszenia do dialogu do momentu jego zakończenia i zaproszenia do składania ofert.

Dla każdego z poszczególnych bloków tematycznych rekomenduje się przeprowadzenie nie więcej niż dwóch tur negocjacyjnych, a harmonogram dialogu w celu skonsolidowania postępowania powinien zakładać łącznie nie więcej niż 5 sesji dialogu. W przypadku powtarzalnych lub ustandaryzowanych projektów PPP, np. realizowanych w sektorze efektywności energetycznej możliwe i zalecane jest ograniczenie liczby tur dialogu do dwóch lub trzech sesji. Z kolei przeprowadzenie dodatkowych i nieprzewidzianych w harmonogramie tur dialogu, powinno nastąpić wyłącznie w wyjątkowych, obiektywnie uzasadnionych przypadkach (np. pojawienia się nowych istotnych okoliczności dla projektu PPP).

Agenda wraz z harmonogramem powinny zostać przesłane potencjalnym partnerom prywatnym wraz z zaproszeniem do dialogu bądź bezpośrednio po formalnym zaproszeniu. Dodatkowo podmiot publiczny wraz z agendą powinien przekazać dokumenty i informacje dotyczące bloków tematycznych będących

przedmiotem rozmów w ramach najbliższych tur negocjacyjnych. W powyższym zakresie, w szczególności zaleca się, aby podmiot publiczny nie zwlekał z przekazaniem potencjalnym partnerom prywatnym projektu umowy o PPP oraz tzw. „standardów dostępności” określających obowiązki stron na etapie eksploatacyjnym przedsięwzięcia PPP.

Mimo, iż przepisy nie nakładają na podmioty publiczne obowiązku opracowania regulaminu dialogu, w celu usprawnienia organizacji tego etapu procedury wyporu partnera prywatnego zaleca się jego przyjęcie i przedstawienie potencjalnym partnerom prywatnym do akceptacji. **Regulamin dialogu co do zasady powinien określać zasady komunikacji i obiegu dokumentów pomiędzy podmiotem publicznym a pozostałymi uczestnikami postępowania.** Jego zadaniem jest również zapewnienie dobrej organizacji sesji dialogowych i równego traktowania biorących w nim udział podmiotów.

### **Aktywny udział przedstawicieli podmiotu publicznego w dialogu i zaangażowanie zewnętrznych doradców**

Jak pokazują przykłady skutecznie przeprowadzonych procesów wdrożenia projektów PPP w Polsce, istotnym czynnikiem wpływającym na jakość tego procesu jest powołanie w ramach struktury podmiotu publicznego **tzw. zespołu wdrożeniowego**, który na etapie postępowania na wybór partnera prywatnego najczęściej przybiera formę komisji przetargowej.

Z uwagi na fakt, że zagadnienia techniczne, finansowe i prawne poruszane w trakcie dialogu „przenikają się”, w skład komisji przetargowej powinni wejść pracownicy podmiotu publicznego o różnych kompetencjach, w tym w szczególności: osoba odpowiedzialna za finanse jednostki, osoba odpowiedzialna za realizację inwestycji, specjalista w zakresie prawa zamówień publicznych oraz specjalista w obszarze specyficznym dla danego projektu. **Zaangażowanie w ramach komisji przetargowej pracowników o różnych specjalizacjach umożliwi skupienie wiedzy eksperckiej i odpowiedzialności za przeprowadzenie postępowania w jednym ośrodku decyzyjnym.**

W celu zapewnienia właściwej koordynacji prac i sprawnego przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi podmiotu publicznego, członkowie komisji przetargowej powinni brać udział we wszystkich spotkaniach negocjacyjnych. Obecność na wszystkich spotkaniach pozwala przedstawicielom podmiotu publicznego lepiej zrozumieć zagadnienia i problemy adresowane w toku dialogu, jak również porównywać rozwiązania prezentowane przez poszczególnych uczestników dialogu.

W sektorze publicznym brakuje specjalistycznej wiedzy i praktyki w zakresie wdrażania projektów PPP, dlatego podmioty publiczne coraz częściej decydują się

na zaangażowanie w ramach tego procesu zewnętrznych doradców (prawnych, ekonomiczno-finansowych, technicznych). Doradca stanowi bowiem dodatkowe wsparcie komisji przetargowej, dokonując rzetelnej oceny potrzeb i oczekiwań podmiotu publicznego oraz gwarantuje obiektywne spojrzenie na koncepcje proponowane przez potencjalnych partnerów prywatnych.

### **Precyzyjne definiowanie potrzeb i oczekiwań podmiotu publicznego**

W celu określenia warunków realizacji projektu PPP w sposób jak najlepiej odpowiadający oczekiwaniom podmiotu publicznego, powinien on od samego początku dialogu w sposób jasny i precyzyjny przekazywać potencjalnym partnerom prywatnym swoje oczekiwania i potrzeby. Takie podejście pozwoli uniknąć dyskusji nad rozwiązaniami, które są niepotrzebne lub nieakceptowalne przez strony, co w rezultacie zoptymalizuje całkowity czas trwania dialogu.

**W szczególności, w trakcie dialogu nie należy unikać zagadnień problemowych oraz zagadnień, które będą bezpośrednio i w sposób istotny rzutować na zakres oraz warunki realizacji przedsięwzięcia PPP.** Dlatego też w pierwszej kolejności w ramach tur dialogu powinny zostać poddane dyskusji najważniejsze zagadnienia w ramach poszczególnych obszarów negocjacyjnych (bloków tematycznych) – w szczególności omówiony powinien zostać zakres obowiązków stron na etapie inwestycyjnym i eksploatacyjnym. Pozwoli to na skonfrontowanie oczekiwań podmiotu publicznego w tych obszarach z szacunkowymi kosztami ich realizacji oferowanymi przez stronę prywatną. Dzięki temu już na wczesnym etapie dialogu będzie możliwe wyłączenie z zakresu obowiązków partnera prywatnego tych zadań, które dla podmiotu publicznego będą generowały nadmierne koszty w stosunku do możliwego do osiągnięcia efektu. Pominięcie dyskusji w tym przedmiocie najczęściej skutkuje przeszacowaniem ofert złożonych przez partnerów prywatnych i w konsekwencji unieważnieniem postępowania.

### **Rzetelne analizowanie propozycji potencjalnych partnerów prywatnych**

Jedną z podstawowych zalet wynikających z negocjacyjnego charakteru dialogu jest możliwość konsultowania poszczególnych rozwiązań z potencjalnymi partnerami prywatnymi oraz korzystanie z wiedzy i *know-how* sektora prywatnego. Niemniej jednak, żeby w pełni wykorzystać możliwości, jakie stwarza dla podmiotu publicznego dialog konkurencyjny, negocjacje z potencjalnymi partnerami prywatnymi powinny odbywać się poprzez dokonywanie wzajemnych uzgodnień, uwzględniających interesy obu stron i realia rynkowe.

## **UWAGA!**

Podmiot publiczny przede wszystkim nie powinien uporczywie ignorować i nie uwzględniać w dokumentacji postępowania obiektywnie uzasadnionych propozycji oraz uwag zgłaszanych przez potencjalnych partnerów prywatnych.

W szczególności nie należy obciążać partnera prywatnego nadmierną liczbą ryzyk, zwłaszcza tych, którymi podmiot publiczny jest w stanie lepiej zarządzić bądź je zminimalizować. Uwzględnienie w racjonalnym zakresie oczekiwań partnerów prywatnych pozwoli na zoptymalizowanie kosztów projektu PPP i zminimalizuje ryzyko otrzymania ofert przekraczających możliwości finansowe podmiotu publicznego.

### **Kontrolowanie harmonogramu dialogu i zapewnienie bieżącej komunikacji**

Jak wynika z danych przedstawionych w Analizie rynku PPP w Polsce za okres od 2009 r. do 30 czerwca 2018 r., procedury wyboru partnera prywatnego prowadzone zgodnie z przepisami prawa zamówień publicznych (w ramach dialogu konkurencyjnego), spośród wszystkich procedur PPP trwały najdłużej i wynosiły średnio 345 dni<sup>16</sup>. Wynika to m.in. z faktu, iż z uwagi na nieokreślenie w przepisach maksymalnego czasu trwania dialogu, harmonogram postępowania nie był kontrolowany przez podmiot publiczny, co sprzyjało nadmiernemu wydłużeniu procedury (głównie poprzez wielotygodniowe przestoje w prowadzeniu dialogu).

**Kontrolowanie harmonogramu dialogu jest jednym z kluczowych elementów decydujących o powodzeniu procedury wyboru partnera prywatnego,** gdyż nadmierne wydłużenie tego procesu wpływa negatywnie na aktualność założeń analizy finansowej stanowiącej podstawę do podjęcia decyzji o realizacji przedsięwzięcia w modelu PPP (m.in. cen materiałów, usług, kosztów finansowania), co w rezultacie często ostatecznie skutkuje nieprzyjęciem ofert partnerów prywatnych z uwagi na zbyt wysoką cenę (w stosunku do założeń wyjściowych). Ponadto wydłużający się okres bezczynności podmiotu publicznego i brak bieżącej komunikacji powoduje spadek zaangażowania partnerów prywatnych i niejednokrotnie prowadzi do rezygnacji ze złożenia oferty w postępowaniu.

Dlatego też opracowując harmonogram – zarówno dialogu, jak i postępowania – należy przyjąć realne i nie nadmiernie wydłużone terminy poszczególnych etapów procedury wyboru partnera prywatnego. Odstępy między turami dialogu należy planować w taki sposób, aby uwzględnić konieczność przygotowania się stron do kolejnej tury, w tym wprowadzenia zmian do dokumentacji postępowania przez podmiot publiczny oraz zapoznania

<sup>16</sup> Analiza rynku PPP w Polsce za okres od 2009 r. do 30 czerwca 2018 r., Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, 2018, Wykres 16, s. 32.

się z dokumentacją postępowania w nowym brzmieniu przez partnerów prywatnych. Niemniej jednak, aby utrzymać presję konkurencyjną oraz zainteresowanie inwestorów postępowaniem, odstępy pomiędzy poszczególnymi turami nie mogą być zbyt długie.

W celu ograniczenia liczby tur negocjacyjnych należy określać przedmiot poszczególnych spotkań w formie szczegółowej agendy przekazywanej partnerowi prywatnemu z co najmniej dwutygodniowym wyprzedzeniem. Jednocześnie należy zachować elastyczność, umożliwiając, aby w trakcie tury poświęconej np. kwestiom technicznym, omówione zostały określone zagadnienia finansowe lub prawne.

Istotnym jest, aby podmiot publiczny pomiędzy turami dialogu przedstawiał potencjalnym partnerom prywatnym w formie pisemnej (lub mailowej) bieżące stanowisko we wszelkich kwestiach nierozstrzygniętych w trakcie spotkań negocjacyjnych (zaleca się protokołowanie lub nagrywanie spotkań negocjacyjnych). W powyższym zakresie należy pamiętać, aby wszyscy uczestnicy dialogu otrzymali od podmiotu publicznego takie same informacje i dokumenty. Ważne jest również, aby na bieżąco informować uczestników dialogu o wszelkich wydłużeniach i modyfikacjach harmonogramu dialogu lub postępowania.

### **Zakończenie dialogu**

Podmiot publiczny kończy dialog w momencie określenia, na podstawie prowadzonych z potencjalnymi partnerami prywatnymi negocjacji, wszystkich kluczowych warunków realizacji projektu PPP (tj. zakres rzeczowy inwestycji, warunki zapewnienia finansowania przez partnera prywatnego, model wynagrodzenia, zakres obowiązków stron na etapie eksploatacyjnym), o czym niezwłocznie należy poinformować wszystkich uczestniczących w dialogu potencjalnych partnerów prywatnych. Należy unikać nadmiernego opóźnienia momentu jego zakończenia w stosunku do ostatniej przeprowadzonej tury negocjacyjnej.

### **Ad 4) Zaproszenie do składania ofert.**

Po zakończeniu dialogu, podmiot publiczny przekazuje partnerom prywatnym biorącym w nim udział i niewykluczonym na tym etapie z postępowania, zaproszenie do składania ofert wraz ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, na którą składają się w szczególności program funkcjonalno-użytkowy (w modelu zaprojektuj i wybuduj) oraz istotne postanowienia umowy o PPP z załącznikami. Na tym etapie należy określić w SIWZ wagę kryteriów oceny ofert określonych w ogłoszeniu oraz dokonać ich szczegółowego opisu w sposób odpowiadający uwarunkowaniom przedsięwzięcia PPP uzgodnionym w trakcie dialogu.

Podmiot publiczny zobowiązany jest do wyznaczenia terminu składania ofert z uwzględnieniem czasu niezbędnego do jej przygotowania i złożenia. Mimo,

iż zgodnie z art. 60e ust. 4 ustawy PZP w przypadku dialogu konkurencyjnego minimalny termin wynosi 10 dni od dnia przekazania zaproszenia do składania ofert, to konieczność uzyskania przez partnerów prywatnych m.in. ofert finansowania (promes), sporządzenie modelu finansowego, opracowanie innych wymaganych przez podmiot publiczny dokumentów oraz dokonanie niezbędnych kalkulacji powodują, że rekomendowanym terminem na składanie ofert powinien być okres 2 miesięcy, a w przypadku dużych i skomplikowanych projektów PPP nawet czas od 3 do 6 miesięcy.

W celu zminimalizowania ryzyka uzyskania ofert istotnie odbiegających kosztem lub zakresem (w zależności od przyjętych kryteriów oceny ofert) od szczegółowych warunków projektu PPP określonych w ramach dialogu z potencjalnymi partnerami prywatnymi, rekomenduje się:

- unikanie zbyt długiej przerwy pomiędzy zakończeniem dialogu a zaproszeniem do składania ofert;
- niewprowadzanie istotnych zmian w zakresie kluczowych warunków realizacji przedsięwzięcia PPP ustalonych w trakcie dialogu;
- nienakładanie na partnera prywatnego dodatkowych obowiązków, bądź innych obciążeń lub ryzyk, które nie były objęte przedmiotem dialogu;
- udzielanie odpowiedzi na wszelkie zgłaszane przez podmioty zaproszone do składania ofert wnioski o wyjaśnienie treści do SIWZ – także, jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynię po terminie, w którym podmiot publiczny ma obowiązek udzielić odpowiedzi;
- wydłużenie terminu składania ofert, jeżeli w konkretnej sytuacji obowiązek ten nie wynika z przepisów ustawy Pzp, lecz niniejsza potrzeba została obiektywnie uzasadniona przez podmioty zaproszone do składania ofert.

### **Ad 5) Ocena ofert i dokonanie wyboru oferty najkorzystniejszej.**

Po upływie wyznaczonego przez podmiot publiczny terminu na składanie ofert, następuje ich otwarcie, które – tak jak w przypadku innych konkurencyjnych trybów udzielania zamówień – jest jawne zarówno dla partnerów prywatnych, którzy złożyli oferty, jak i dla wszystkich zainteresowanych, którzy chcą w tej czynności uczestniczyć. Otwarcie ofert następuje w dniu, w którym upływa termin ich składania i ma miejsce bezpośrednio po upływie tego terminu. Bezpośrednio przed otwarciem ofert podmiot publiczny jest zobowiązany do podania kwoty, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie całości przedsięwzięcia

PPP. Obowiązek ten ma na celu uniemożliwienie podmiotowi publicznemu nieuzasadnionego unieważnienia postępowania, np. ze względu na brak środków finansowych.

Należy zwrócić uwagę, że w **przypadku dialogu konkurencyjnego podmiot publiczny w toku oceny ofert może żądać od oferentów sprecyzowania i dopracowania treści ofert oraz przedstawienia informacji dodatkowych. Jednakże niedopuszczalne jest dokonywanie istotnych zmian w ich treści oraz zmian wymagań zawartych w SIWZ**<sup>17</sup>.

Co również charakterystyczne jest dla trybu dialogu konkurencyjnego, podmiot publiczny także po wyborze najkorzystniejszej oferty (na podstawie kryteriów oceny określonych w SIWZ) może w celu potwierdzenia zobowiązań finansowych lub innych warunków zawartych w ofercie negocjować ostateczne warunki umowy z partnerem prywatnym, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, o ile nie skutkuje to zmianami istotnych elementów oferty lub zmianami potrzeb i wymogów określonych w ogłoszeniu o zamówieniu, ani nie prowadzi do zakłócenia konkurencji lub dyskryminacji wykonawców<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Art. 87 ust 1a ustawy PZP.

<sup>18</sup> Art. 60f ustawy PZP.

#### **Ad 6) Zawarcie umowy o zamówienie publiczne (PPP).**

Zawarcie umowy o PPP z partnerem prywatnym wybranym w ramach procedury dialogu konkurencyjnego będzie możliwe – tak jak w przy przetargach „tradycyjnych” – po bezskutecznym upływie okresu przewidzianego na wniesienie ewentualnego odwołania od wyniku postępowania (tzw. klauzula „standstill”).

### **PODSUMOWANIE**

Nie ulega wątpliwości, iż właściwe przeprowadzenie procedury wyboru partnera prywatnego, obok rzetelnej oceny efektywności przedsięwzięcia PPP, ma decydujące znaczenie dla skutecznego wdrożenia projektu partnerstwa publiczno-prywatnego. Dlatego też podmiot publiczny powinien w sposób rzetelny się do tego procesu przygotować. W szczególności pamiętać należy, aby dialog konkurencyjny nie służył istotnemu modyfikowaniu założeń projektu PPP, lecz stanowił doprecyzowanie przyjętych przez podmiot publiczny na etapie oceny efektywności warunków realizacji takiego przedsięwzięcia. W przeciwnym razie, ostateczny kształt projektu PPP może istotnie odbiegać od warunków, które stanowiły podstawę do podjęcia decyzji o jego realizacji w tej formule, co może podważać jakość przeprowadzonej przez podmiot publiczny oceny efektywności.

---

**Michał Liżewski** – adwokat, prowadzi własną praktykę prawną, współpracownik kancelarii Dentons w zakresie obsługi projektów infrastrukturalnych w formule partnerstwa publiczno-prywatnego. Specjalizuje się w obsłudze prawnej projektów infrastrukturalnych realizowanych w formule PPP, koncesji oraz prawa zamówień publicznych.



## 5.1. Wizyta studyjna w Czechach

Efektywność energetyczna w budynkach użyteczności publicznej oraz transport publiczny to motywy przewodnie wizyty studyjnej, która odbyła się 11–13 grudnia 2018 r. w czeskich miastach – Pradze oraz Pilźnie.

Była to trzecia z zaplanowanych sześciu trzydniowych zagranicznych wizyt studyjnych do krajów UE posiadających duże doświadczenie w realizacji przedsięwzięć partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP), organizowana przez konsorcjum Konfederacji Lewiatan i Fundacji Centrum PPP w ramach projektu „Rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (POWER).

Celem wyjazdu (podobnie jak i poprzednich) było podniesienie praktycznej wiedzy na temat realizacji przedsięwzięć PPP, w szczególności inwestycji wdrażanych w sektorach uznanych za kluczowe dla rozwoju rynku PPP w Polsce.

Z uwagi na plany realizacji projektów PPP o podobnym charakterze w Polsce, uczestnikami wyjazdu byli przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego zainteresowani praktycznymi aspektami zastosowania modeli i rozwiązań PPP w Czechach. Polska delegacja liczyła 15 osób – 12 uczestników oraz przedstawiciel Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju, przedstawiciel Fundacji Centrum PPP (moderator wizyty) i tłumacz.

Szczególną uwagę przy tworzeniu i realizacji programu poświęcono zagadnieniom partnerstwa publiczno-prywatnego pomiędzy czeskimi miastami a podmiotami sektora prywatnego, bazując na interesujących przykładach termomodernizacji budynków użyteczności publicznej.

Program wizyty zakładał wizytację wybranych projektów PPP i został wykonany w pełni, zgodnie z założonym planem.

Pierwszego dnia wizyty uczestnicy odwiedzili praskie Centrum Kongresowe, uznawane od wielu lat za jedno z największych i najbardziej renomowanych centrów kongresowych w Europie. W ponad 50 salach konferencyjnych odbywają się tam konferencje, w których może jednocześnie brać udział ponad 9 tys. uczestników. Do 2016 r. koszt energii elektrycznej, gazu i wody wynosił prawie 2,7 mln euro rocznie. W związku z tym, Centrum zdecydowało się na poprawę efektywności energetycznej. Koszty wdrożenia środków i rozwiązań oszczędnościowych w zakresie ogrzewania, chłodzenia, wentylacji, kogeneracji i oświetlenia wyniosły 4,85 mln euro i będą stopniowo splateane z przyszłych oszczędności, gwarantowanych umową. Zarządza-



nie energią zapewni dalszy wzrost oszczędności. Całość przyniesie oszczędności w wysokości 7,9 mln euro w ciągu 10 lat, co szacunkowo oznacza spadek zużycia energii o ok. 30%.

Delegacja zwiedziła kompleks. W trakcie wizyty przedstawiciel obiektu opowiadał o szczegółach funkcjonowania Centrum Kongresowego i odpowiadał na liczne pytania uczestników dotyczące szczegółów wykonanej termomodernizacji, zakresu oraz montażu instalacji źródeł ciepła i produkcji zimna (w zależności od pory roku i potrzeb).



Po prezentacji wprowadzającej, dokonanej przez Dyrektora obiektu, delegacja zwiedziła hale serwisowe. W trakcie zwiedzania uczestnicy zadawali liczne pytania związane z wizytowaną inwestycją, dotyczące m.in. zasad współpracy z Miastem i Miejskim Przedsiębiorstwem Transportowym, zakresu inwestycji i modelu wynagrodzenia partnera prywatnego, a także zasad finansowania inwestycji i oceny rezultatów realizacji projektu z perspektywy dotychczasowego czasu funkcjonowania obiektu.

Trzeciego dnia grupa udała się na miejsce wizytacji kolejnego projektu – szkoły podstawowej

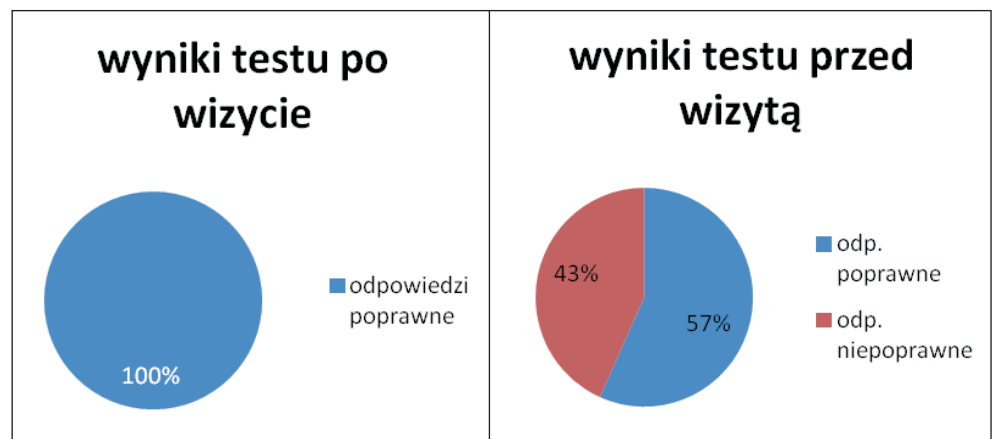
Po obejrzeniu kluczowych miejsc Centrum Kongresowego delegacja udała się do sali konferencyjnej, gdzie zostały zaprezentowane doświadczenia partnerów prywatnych w licznych projektach poprawy efektywności budynków użyteczności publicznej w Czechach, a także odbyła się sesja pytań i odpowiedzi dotycząca całego rynku firmy ESCO (*Energy Saving Company*) w Czechach, podczas której uczestnicy pytali o zakresy prac termomodernizacyjnych, mechanizmy wynagradzania partnerów prywatnych, podział ryzyk czy zapisy kontraktowe dotyczące np. kwestii zarządzania sytuacjami nieopisanymi w wprost w umowie PPP.

Drugiego dnia delegacja udała się do Pilzna na miejsce wizytacji kolejnego projektu – Bazy serwisowej dla transportu miejskiego w Pilźnie, będącej jednym z najbardziej zaawansowanych technologicznie obiektów tego typu w Europie Środkowej i Wschodniej. Projekt dotyczy budowy i utrzymania parkingu dla autobusów wraz ze świadczeniem pełnego serwisu dla Miasta Pilzno. Pełny serwis odbywa się w nowym kompleksie bazy transportowej, która znajduje się na terenie firmy Škoda w Pilźnie. Jest to jeden z największych projektów PPP w Republice Czeskiej.

Baza transportowa dla Przedsiębiorstwa Transportu Miejskiego w Pilźnie ma powierzchnię około 11,6 ha. Obejmuje w szczególności hale, w których serwisowane są pojazdy samochodowe, myjnie samochodowe oraz parkingi itp.

Wizytowany obiekt jest jednym z kilkunastu obiektów użyteczności publicznej (głównie szkół i przedszkoli), dla których uruchomiono proces oszczędzania energii, obejmujący rozbudowaną modernizację ogrzewania i oświetlenia. Zwiedzanie rozpoczęło od kompleksu sportowego i kotłowni obiektu, gdzie kierownik obiektu odpowiadał na pytania uczestników dotyczące m.in. zastosowanej technologii źródła ciepła czy zakresu poczynionych prac.

Następnie grupa udała się do pobliskiej szkoły podstawowej, by obejrzeć zmodernizowany obiekt szkoły oraz kotłownię. W trakcie wizytacji uczestnicy zadawali pytania przedstawicielom szkoły oraz partnera prywatnego – dotyczyły one m.in. czasu trwania modernizacji (w związku z funkcjonowaniem obiektu w okresie roku szkolnego), zakresu prac czy problemów, jakie pojawiły się na etapie operacyjnym.



## Podsumowanie i wnioski końcowe

Podczas trzech dni zagranicznej wizyty studyjnej w Czechach uczestnicy poznali szczegóły procesu przygotowania, realizacji i operacyjnego funkcjonowania kilku projektów PPP dotyczących poprawy efektywności energetycznej w budynkach użyteczności publicznej. Wizytacje poszczególnych projektów nie były celem samym w sobie i faktycznie okazały się jedynie punktem wyjścia dla uczestników wyjazdu do nawiązania dialogu z przedstawicielami podmiotów publicznych oraz partnerów prywatnych w przedmiocie funkcjonowania projektów PPP w Czechach. Uczestnicy zadawali wiele pytań nie tylko podczas samych wizyt, lecz również dyskutowali na temat kwestii związanych z funkcjonowaniem PPP w Czechach i w Polsce między sobą. Wizytowane projekty mogą stanowić dla uczestników inspirację do realizacji podobnych projektów w polskich warunkach.

Udział w szkoleniu zagranicznym wpłynął znacząco na pogłębienie i podniesienie wiedzy uczestników na temat PPP, co zostało stwierdzone na podstawie testów przeprowadzonych przed i po szkoleniu. Wyniki testów przedstawiają poniższe wykresy.

## Ocena wyjazdu przez uczestników

Po zakończeniu wizyty uczestnicy wypełnili kwestionariusz oceny wizyty studyjnej.

Wizyta studyjna do Czech uzyskała bardzo wysokie oceny, które zostały przedstawione w poniższej tabeli.

## Oczekiwane rezultaty

Do udziału w wizycie studyjnej do Czech zakwalifikowane zostały osoby reprezentujące podmioty publiczne planujące realizację projektów z zastosowaniem formuły PPP, bądź będące na etapie analiz przedrealizacyjnych bądź też będące w trakcie procesu przygotowania się do wyboru partnera prywatnego w planowanych projektach PPP w Polsce. Projekty te dotyczą poprawy efektywności energetycznej w budynkach użyteczności publicznej. Mamy nadzieję, że wiedza zdobyta podczas wizyty zostanie wykorzystana do wdrażania formuły PPP w realizacji inwestycji samorządowych, a czeskie doświadczenia zostaną wykorzystane w procesie przygotowania i realizacji ich projektów PPP w Polsce. Będziemy monitorowali postęp przygotowań tych projektów.

Wizytacja zrealizowanych z sukcesem projektów PPP przekonała uczestników wyjazdu o korzyściach wynikających ze stosowania tej formuły. W uwagach ankiety ewaluacyjnej uczestnicy zgłosili, że chcieliby brać udział w kolejnych wizytach zagranicznych dotyczących innych sektorów.

Równie istotne mogą okazać się kontakty i relacje związane pomiędzy uczestnikami wyjazdu, które mają szansę procentować w postaci wymiany doświadczeń PPP jeszcze długo po zakończeniu wizyty studyjnej.

Z prowadzonych rozmów wynika, że część uczestników planuje kontaktować się między sobą w celu wymiany doświadczeń w procesie przygotowania/realizacji projektów PPP.

| LP | Pytanie   | Skala ocen  | Ocena |
|----|---|---|-------|
| 1  | W jakim stopniu wizyta studyjna spełniła Pani/Pana oczekiwania?   | (5 - bardzo dużym, 4 - dużym, 3 - średnim, 2 - wystarczającym, 1 - niewystarczającym)   | 4,92  |
| 2  | Czy wizyta studyjna spowodowała wzrost Pani/Pana wiedzy na temat praktycznych aspektów partnerstwa publiczno-prywatnego | (5 - tak, 4 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć (ani tak ani nie), 2 - raczej nie, 1 - nie)   | 5,00  |
| 3  | Jak ocenia Pani/Pan przydatność zdobytych informacji pod względem podnoszenia własnych kompetencji i umiejętności?      | (5 - zdecydowanie przydatne, 4 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć (ani tak ani nie), 2 - raczej nieprzydatne, 1 - zdecydowanie nieprzydatne) | 4,92  |
| 4  | W jakim stopniu zyskane informacje pogłębiły Pani/Pana wiedzę praktyczną z zakresu PPP?                                 | (5 - bardzo dużym, 4 - dużym, 3 - trudno powiedzieć, 2 - niewielkim, 1 - żadnym)  | 4,83  |
| 5  | Czy nabyte podczas wizyty kompetencje wykorzysta Pani/Pan w życiu zawodowym?  | (5 - zdecydowanie tak, 4 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nie, 1 - zdecydowanie nie)   | 5,00  |
| 6  | Jak ocenia Pan/Pani zakres informacji przedstawionych podczas wizyty studyjnej?   | (3 - za wąski, 2 - odpowiedni, 1 - za szeroki)  | 2,0   |
| 7  | Jak ocenia Pani/Pan wyjazd studyjny od strony organizacyjnej?   | (5 - bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - średnio, 2 - raczej źle, 1 - źle)   | 4,83  |
| 8  | Proszę powiedzieć, posługując się pięciostopniową skalą, jak ocenia Pani/Pan ogólną atmosferę wyjazdu studyjnego?       | (5 - bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - średnio, 2 - raczej źle, 1 - źle)   | 5,00  |

Opracowanie: Fundacja Centrum PPP

## 5.2. Krajowe wizyty studyjne. Relacja z Oławy

Anna Wiktorczyk-Nadolna

Konsorcjum Związku Miast Polskich i Związku Powiatów Polskich jest organizatorem jednodniowych krajowych wizyt studyjnych, realizowanych w ramach projektu *Rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce*, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Na łamach *Biuletynu partnerstwa publiczno-prywatnego* prezentujemy przebieg kolejnej – siódmej już – wizyty studyjnej. Tym razem przedstawiciele samorządów pojechali do Oławy.

**Oława, 4 grudnia 2018 r.**

**Gospodarz spotkania:  
miasto Oława, woj. dolnośląskie**

**Wdrażany projekt:**

**„Wybudowanie i utrzymanie ulic  
znajdujących się na osiedlu Zaodrze  
w Oławie tj. ul. Orlej, Sokolej, Słowiczej,  
Kruczej wraz z ich odwodnieniem,  
oświetleniem oraz przebudową kolizyjnego  
uzbrojenia w systemie PPP”**



*W przygotowaniu niniejszego artykułu  
korzystano z informacji i materiałów miasta  
Oława.*

W siódmej wizycie studyjnej udział wzięli przedstawiciele dziewięciu instytucji – urzędów gmin i miast. Obecni byli także przedstawiciele gospodarza spotkania, czyli miasta Oława, a także reprezentant partnera prywatnego, czyli firmy Przedsiębiorstwo Robót Drogowo-Mostowych Sp. z o.o. oraz pracownicy biura Związku Miast Polskich.

### **Przebieg wizyty**

Spotkanie rozpoczęło się w Urzędzie Miasta w Oławie. Przedstawiciele podmiotu publicznego przedstawili historię Oławy, podejście miasta do realizacji inwestycji w formule partnerstwa publiczno-prywatnego, genezę realizacji projektu PPP w Oławie. Ponadto opowiedzieli o etapie przygotowania procedury wyboru partnera prywatnego oraz uwarunkowaniach prawnych związanych z formułą PPP.

Następnie swoją perspektywę zaprezentował partner prywatny. Później wszyscy uczestnicy wzięli udział w wizycie studyjnej na terenie osiedla Zaodrze, a w drodze powrotnej gospodarze zaprezentowali krótko drugi oławski projekt zrealizowany w PPP – budynek socjalny w Zwierzyńcu Dużym.

### **Działania miasta Oława w zakresie współpracy z sektorem prywatnym**

Pierwsze działania podjęte przez oławskie władze samorządowe we współpracy z sektorem prywatnym miały miejsce w 2006 r. Przygotowano wtedy i w 2007 r. zrealizowano projekt oświetlenia części ulic w Oławie, w którym inwestycja została sfinansowana przez firmę prywatną i spłacana z uzyskiwanych oszczędności. Przedsięwzięcie zrealizowano w oparciu o obowiązujące ustawy, jednak nie w klasycznym PPP. Nakłady

inwestycyjne zostały spłacone po 5 latach zgodnie z założeniami projektu.

Na bazie zebranych doświadczeń w strukturach urzędu miasta sformował się zespół osób o odpowiednich kompetencjach, który aktywnie poszukiwał możliwości wspólnych przedsięwzięć z partnerami prywatnymi. Podjęto decyzję o budowie budynku socjalnego w formule PPP. Przygotowano program funkcjonalno-użytkowy i wszystkie potrzebne analizy, a działka pod budowę obiektu była w zasobach miasta. Na ogłoszoną w 2009 r. procedurę nie zgłosił się jednak żaden wykonawca – potencjalni oferenci szukali zleceń, ale brak było zrozumienia istoty partnerstwa publiczno-prywatnego. W 2011 r. ogłoszono kolejne postępowanie, które rozstrzygnięto w 2012 r. wybierając spośród dwóch ofert firmę MPM Development z Namysłowa. Budowa ruszyła we wrześniu 2013 r. i zakończyła się uzyskaniem pozwolenia na użytkowanie 13 lipca 2015 r. Po etapie inwestycyjnym i uzyskaniu pozwolenia na użytkowanie partner prywatny uzyskał na 120 miesięcy prawo do zarządzania budynkiem o powierzchni 1400 m<sup>2</sup>. Wartość nakładów inwestycyjnych to 5 736 030 zł. Wysokość miesięcznego wynagrodzenia partnera prywatnego to 52 275 zł. Przedsięwzięcie w Oławie zostało docenione jako pionierskie rozwiązanie w zakresie takich usług komunalnych.

Podstawą do działań Oławy w sektorze PPP było kompleksowe podejście do realizacji inwestycji. Miasto przystępując do planowania danego projektu, opracowywało analizy finansowe określające całość kosztu jego realizacji. Pomimo braku obowiązku przygotowywania analiz stanowiły one element SIWZ. W urzędzie miasta, co warto podkreślić, w ciągu kilku lat sformował się zespół pracowników o kompetencjach odpowiednich do realizacji projektów w formule PPP, wśród których znajdowali się specjaliści zamówień publicznych i eksperci od spraw technicznych w zależności od rodzaju inwestycji. Doradztwem prawnym zajmuje się zewnętrzna kancelaria prawna.

### **Projekt „Wybudowanie i utrzymanie ulic znajdujących się na osiedlu Zaodrże w Oławie tj. ul. Orlej, Sokolej, Słowiczej, Kruczej wraz z ich odwodnieniem, oświetleniem oraz przebudową kolizyjnego uzbrojenia w systemie PPP”**

Doświadczenia zebrane w trakcie realizacji opisanych wyżej przedsięwzięć zachęciły władze miasta do realizacji kolejnych inwestycji w formule PPP. Na osiedlu Zaodrże miasto miało w pełni uzbrojony teren i sporo już zabudowanych nieruchomości, jednak osiedlowe drogi dojazdowe stanowiły dla mieszkańców wyzwanie, zwłaszcza w okresach deszczowych. Z uwagi na posiadanie dla tego obszaru pełnego kompletu dokumentacji do projektu budowy dróg osiedlowych, przygotowano procedurę wyboru partnera prywatnego

dla projektu obejmującego budowę dróg z odwodnieniem, chodników, oświetlenia i pasów zieleni.

Postępowanie ogłoszono w kwietniu 2016 r. Było ono poprzedzone informacjami przekazywanymi potencjalnym wykonawcom o zamiarze inwestycyjnym miasta. Warunkiem przystąpienia do postępowania o wybór partnera prywatnego było odpowiednie doświadczenie wykonawcy, w tym m.in. doświadczenie w wykonywaniu podobnych zadań, posiadanie personelu o odpowiednich kwalifikacjach, sytuacja ekonomiczno-finansowa pozwalająca na realizację zadania oraz odpowiednie zabezpieczenie OC. Przyjęte w postępowaniu kryteria to:

- Podział ryzyk pomiędzy stronami umowy – 10%.
- Wynagrodzenie za I etap – 50%.
- Wynagrodzenie za II etap – 20%.
- Termin wykonania – 15%.
- Okres gwarancji jakości robót wykonanych w ostatnim roku obowiązywania umowy – 5%.

W ramach przeprowadzonego postępowania wpłynęły 2 oferty. Oferta PRD-M była najtańsza i została najwyżej oceniona, w związku z czym 16 maja 2016 r. podpisano z tym wykonawcą umowę.

#### **Projekt obejmuje dwa etapy:**

**Etap I** – inwestycyjny – wybudowanie ulic wraz z ich odwodnieniem, oświetleniem oraz przebudową kolizyjnego uzbrojenia wraz ze sporządzeniem projektów, dokumentacji i uzyskaniem niezbędnych uzgodnień i zezwoleń. Przebieg ulic zaprojektowano z uwzględnieniem potrzeb wynikających z obsługi ruchu pojazdów i pieszych. Łączna długość ulic objętych projektem wynosi 1365 m, w tym:

- ul. Orla (droga klasy D) o długości 192 m,
- ul. Sokola (droga klasy L) o długości 370 m,
- ul. Słowicza (droga klasy D) o długości 341 m,
- ul. Krucza (droga klasy D) o długości 462 m,
- progi zwalniające,
- krawężniki 15x30 – 2465,00 m,
- obrzeża betonowe 20x6 cm – 1241,00 m,
- oporniki betonowe 12x25 cm – 417,00 m,
- chodniki jednostronne,
- 1031 m sieci kanalizacyjnej,
- 1014 wpustów,
- 36 słupów oświetleniowych,
- 3541 m<sup>2</sup> zieleni w formie trawników.

Etap I zakończył się 30 maja 2017 r.

**Etap II** – zarządzanie i eksploatacja od 30 maja 2017 r. do 17 maja 2027 r. Do zadań wykonawcy należą m.in.:

- utrzymanie nawierzchni dróg, chodników, drogowych obiektów inżynierskich, urządzeń zabezpieczających ruch i innych urządzeń związanych z drogą;
- przeciwdziałanie niszczeniu dróg przez ich użytkowników;

- utrzymywanie zieleni przydrożnej, w tym sadzenie i usuwanie drzew oraz krzewów;
- prace związane z zimowym utrzymaniem dróg w szczególności odśnieżanie i usuwanie śliskości zimowej;
- przystępowanie do naprawy dróg, uszkodzeń powstałych w czasie użytkowania;
- utrzymywanie czystości na chodnikach i jezdniach;
- uzgodnienia z prywatnymi inwestorami warunków zmian w pasie drogowym (w przypadku nowych inwestycji budowlanych).

Podczas wizyty przedstawiciele podmiotu publicznego podkreślali, że kontrola jakości wykonywania zadań przez partnera prywatnego jest w przypadku omawianego projektu łatwym zadaniem. Miasto otrzymało od wykonawcy dobrze wykonany produkt, o którego jakość przez cały okres obowiązywania umowy dba partner prywatny, a zadaniem podmiotu publicznego jest kontrolowanie/weryfikowanie, czy jakość produktu zapewnionego przez partnera prywatnego jest zachowana na takim samym poziomie przez cały okres obowiązywania umowy. Jedyne problemy pojawiają się w przypadku rozbudowy np. istniejących sieci infrastruktury przez zewnętrznych wykonawców – wtedy taki wykonawca musi odbudować infrastrukturę drogową o takiej samej jakości, jak dostarczył miastu partner prywatny. Dodatkowo wykonawca musi dać na swoje prace taką samą gwarancję, jakiej partner prywatny udzielił miastu na drogi objęte projektem PPP. Takie nowe inwestycje podlegają odbiorowi, który przeprowadzają wspólnie podmiot publiczny i partner prywatny sporządzając odpowiedni protokół. Kluczową kwestią, jaka podlega ocenie, jest jakość wykonawstwa.

Partnerstwo publiczno-prywatne jest jednym z narzędzi dostępnych dla JST w finansowaniu inwestycji. Podstawowa różnica pomiędzy PPP a pozostałymi narzędziami: w ramach zamówień publicznych mamy zakup i sprzedaż usługi lub towaru, gdzie po zawarciu i wykonaniu umowy wykonawca „żegna się” z zamawiającym. Wszelkie reklamacje usuwanie wad oparte są na kodeksie cywilnym, co jest czasochłonne i pracochłonne. W PPP partner prywatny współdziała z zamawiającym przez cały okres realizacji umowy zapewniając pełną dostępność do usługi, nie dopuszczając do wad – a w przypadku ich wystąpienia jest zainteresowany jak najszybszym ich usunięciem, bo podmiot publiczny ma skuteczne narzędzia finansowe do egzekwowania jakości. Ponadto podmiot publiczny przez cały okres obowiązywania umowy kontroluje cały proces realizacji projektu włącznie z księgami rachunkowymi. To stronie publicznej zapewnia pełne bezpieczeństwo inwestycji.

## Efekty realizowanego partnerstwa dla podmiotu publicznego:

Mieszkańcy miasta uzyskali wysokiej jakości oświetlone drogi osiedlowe, które znacząco podniosły bezpieczeństwo i jakość życia na osiedlu, wpływając również na wartość nieruchomości. Dodatkowo przez okres obowiązywania umowy to partner prywatny odpowiada za zarządzanie i eksploatację dróg, zmniejszając tym samym zakres zaangażowania pracowników instytucji miejskich.

## Dyskusje w trakcie spotkania – informacje dodatkowe oraz pytania uczestników

W czasie całego spotkania uczestnicy zadawali gospodarzom bardzo dużo pytań.

Byli ciekawi szczegółów zarówno projektu drogowego na osiedlu Zaodrże, jak również pytali o wybrane aspekty inwestycji budynku socjalnego na Zwierzyńcu Dużym.

Przekazane przez gospodarzy **wnioski płynące z procedury** wyłonienia partnera do projektu budowy budynku socjalnego są następujące: należy przed procedurą zachęcić potencjalnych partnerów z rynku, należy informować ich o planach inwestycyjnych i zainteresować ich możliwością współpracy. **Zagrożeniami** dla formuły PPP może być niedostateczne zrozumienie zasad partnerstwa, stosunkowo duży koszt i długi czas przygotowania wszelkich analiz oraz – z uwagi na długi okres obowiązywania umowy PPP – zmienność lokalnych uwarunkowań politycznych. W przypadku Oławy dużym atutem jest zachowana ciągłość władzy i kontynuacja ustaleń poprzedników.

Uczestników interesowało np.: kto odpowiada za odśnieżanie chodników na osiedlu, kto płaci za energię na oświetlenie dróg na osiedlu Zaodrże, kto zajmuje się windykacją należności w projekcie budynku socjalnego, czy realizowane projekty podlegały kontroli zewnętrznych organów.

## PODSUMOWANIE/WNIOSKI KOŃCOWE

Oba zaprezentowane w trakcie siódmej wizyty studyjnej projekty ukazały otwartość władz miasta na różnorodne sposoby realizacji inwestycji komunalnych oraz wysokie kompetencje zespołu pracowników Urzędu Miasta w Oławie. Dodatkową siłą oławskiej inwestycji na osiedlu Zaodrże był partner prywatny reprezentujący firmę lokalną i zapewniający zatrudnienie lokalnemu rynkowi pracy. Pytania uczestników o różne etapy wdrażania projektu drogowego, od kryteriów oceny ofert, przez źródła finansowania projektu aż do szczegółów związanych z etapem zarządzania i eksploatacji, świadczyły o dużym zainteresowaniu partnerstwem publiczno-prywatnym jako formą realizacji inwestycji drogowych w gminach. W trakcie wizyty w Oławie zwrócono również szczególną uwagę na finansową atrakcyjność projektów PPP dla partnerów prywatnych.

## WYBRANE ZDJĘCIA Z WIZYTY STUDYJNEJ W OŁAWIE:



*Spotkanie w Sali Rajców Urzędu Miasta w Oławie*



*Wizyta studyjna na terenie osiedla Zaodrże – drogi osiedlowe*



*Wizyta w zrealizowanym w formule PPP budynku socjalnym w Zwierzyńcu Dużym*

*Zdjęcia: Anna Wiktorczyk-Nadolna*



# Encyklopedia PPP

Bartłomiej Zydel

## Prawo zamówień publicznych w PPP

### WSTĘP

Bez ustawy z 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych<sup>1</sup> trudno sobie wyobrazić partnerstwo publiczno-prywatne. Wszak zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym<sup>2</sup>, do wyboru partnera prywatnego i umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym – w zakresie nieuregulowanym w ustawie PPP – stosuje się przepisy Prawa zamówień publicznych. Jest to oczywiście rozwiązanie podstawowe, a co za tym idzie nie jedyne, niemniej cieszące się zdecydowanie największą popularnością.

Tym samym można stwierdzić, że ustawa PZP stanowi podstawowe źródło rozwiązań proceduralnych dla postępowań w sprawie wyboru partnera prywatnego. Pamiętać trzeba, że postępowanie na wybór partnera prywatnego jest postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego, a umowa o PPP to umowa o zamówienie publiczne.

Mówiąc o zamówieniach publicznych – czy szerzej, o wydatkowaniu środków publicznych – trzeba wspomnieć również o art. 44 ust. 3 i 4 ustawy o finansach publicznych<sup>3</sup>, wedle których wydatki publiczne powinny być dokonywane:

- a) w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad:
  - uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów,
  - optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów,
- b) w sposób umożliwiający terminową realizację zadań;
- c) w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

1 Tj. DzU z 2018 r., poz. 1986 ze zm., dalej: ustawa PZP, Prawo zamówień publicznych.

2 Tj. DzU z 2018 r., poz. 1834 ze zm., dalej: ustawa o PPP.

3 Tj. DzU. z 2017 r., poz. 2077 ze zm., dalej: ustawa o finansach publicznych.

Ponadto ustawa o finansach publicznych zobowiązuje jednostki sektora finansów publicznych – o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej – do zawierania umów, których przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane, na zasadach określonych w przepisach o zamówieniach publicznych.

W świetle ustawy o PPP dopuszczalnych jest kilka „ścieżek proceduralnych”. Pierwsza, podstawowa, to Prawo zamówień publicznych wraz z modyfikacjami znajdującymi się w ustawie PPP – a więc wszystkie tryby z ustawy PZP. Druga i trzecia ścieżka mają charakter szczególny.

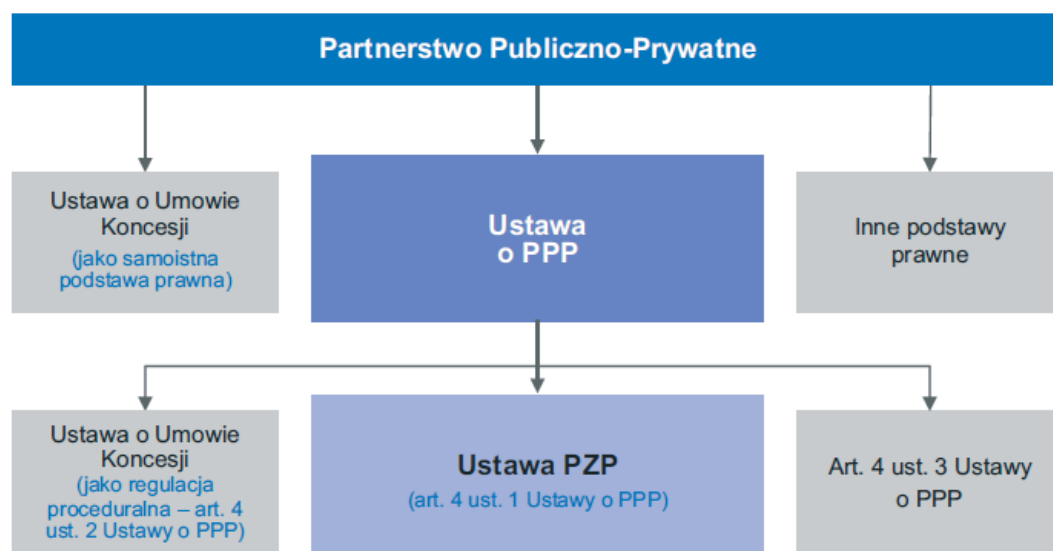
W wariantcie drugim, jeśli umowa o PPP spełnia warunki określone w art. 3 ustawy z 21 października 2016 r. o umowie koncesji na roboty budowlane lub usługi<sup>4</sup>, to stosuje się przepisy z wariantu pierwszego (wraz z art. 6 oraz art. 45 ustawy koncesyjnej) lub ustawę o umowie koncesji – w zakresie nieuregulowanym w ustawie o PPP. Zatem w wariantcie drugim możemy bez żadnych wątpliwości zastosować ustawę PZP – nie ma jakichkolwiek przesłanek, które nakazywałyby w takiej sytuacji stosowanie ustawy o umowie koncesji. Wypada jeszcze powiedzieć, że warunki określone w art. 3 ustawy koncesyjnej to nic innego, jak istota umowy koncesji – chodzi o to, że wynagrodzenie z tytułu umowy stanowi wyłącznie prawo do eksploatacji obiektu budowlanego/prawo do wykonywania usług będących przedmiotem umowy albo takie prawo wraz z płatnością. Ponadto w takiej umowie koncesjonariusz ponosi ryzyko ekonomiczne związane z eksploatacją obiektu budowlanego lub wykonywaniem usług i obejmujące ryzyko związane z popytem lub podażą.

Wariant trzeci to rozwiązanie wyjątkowe, oparte na „wolnej konkurencji”. Albowiem w przypadkach, w których nie ma zastosowania ani ustawa o umowie koncesji, ani ustawa o PPP, wyboru partnera prywatnego dokonuje się w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej i wolnej konkurencji oraz przestrzeganie zasad równego traktowania, przejrzystości i proporcjonalności, przy odpowiednim uwzględnieniu przepisów niniejszej ustawy,

4 Tj. DzU z 2016 r., poz. 1920 ze zm., dalej: ustawa o umowie koncesji, ustawa koncesyjna.

a w przypadku wniesienia przez podmiot publiczny wkładu własnego będącego nieruchomością, także przepisów ustawy z 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami<sup>5</sup>. O „wolnej konkurencji” będzie mowa później.

Reasumując, ścieżki proceduralne można przedstawić za pomocą poniższego schematu:



Źródło: Wytyczne PPP. Tom II: Postępowanie przetargowe, s. 30, [http://www.ppp.gov.pl/projekt-rozwoju-PPP/Documents/Wytyczne\\_PPP\\_Tom\\_II\\_Postepowanie\\_przetargowe.pdf](http://www.ppp.gov.pl/projekt-rozwoju-PPP/Documents/Wytyczne_PPP_Tom_II_Postepowanie_przetargowe.pdf)

Przypomnieć trzeba, że jeżeli wybieramy partnera prywatnego – czyli w każdym innym przypadku niż wybór koncesjonariusza – **od 19 września 2018 r. obowiązkiem zamawiającego jest sporządzenie oceny efektywności realizacji przedsięwzięcia w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego w porównaniu do efektywności jego realizacji w inny sposób, w szczególności przy wykorzystaniu wyłącznie środków publicznych.** Można zatem postawić tezę mówiącą o tym, że to również jest modyfikacja w stosunku do ustawy PZP, o których to modyfikacjach będzie mowa niebawem. Z drugiej strony trudno sobie wyobrazić, aby regułę (zamówienia publiczne) porównywać z wyjątkiem (PPP).

## Tryby możliwe do zastosowania

W zamówieniach publicznych realizowanych na podstawie ustawy PZP, czyli przede wszystkim takich, których wartość przekracza 30 tysięcy euro, wyróżnia się tryby podstawowe i tryby szczególne. Do trybów podstawowych zaliczamy przetarg nie-

ograniczony i przetarg ograniczony. Tryby szczególne to negocjacje z ogłoszeniem, dialog konkurencyjny, negocjacje bez ogłoszenia, zamówienie z wolnej ręki, zapytanie o cenę, partnerstwo innowacyjne oraz licytacja elektroniczna.

Ustawa PZP czy ustawa o PPP nie wyłączają zastosowania któregokolwiek z trybów w odniesieniu do postępowania o wybór partnera. Tym samym

zamawiający posiada względną – bo ograniczoną przesłankami dotyczącymi stosowania trybów szczególnych, zawartymi w Prawie zamówień publicznych – swobodę. Niemniej można wyróżnić pewien generalny trend. Mianowicie: **zdecydowanie najpopularniejszym trybem jest dialog konkurencyjny.** Co prawda można znaleźć też przykłady projektów realizowanych za pomocą np. przetargu nieograniczonego<sup>6</sup>, to są to jednak przypadki rzadko spotykane.

## Dialog konkurencyjny

Dialog konkurencyjny to tzw. tryb rekomendowany np. w ministerialnych wytycznych<sup>7</sup>. Wytyczne ukażały się stosunkowo niedawno, natomiast dialog konkurencyjny od lat jest nomen omen bezkonkurencyjnym trybem stosowanym do wyboru partnera prywatnego.

Warto pamiętać o tym, że dialog konkurencyjny nie jest jakkolwiek zarezerwowany dla partnerstwa publiczno-prywatnego – wystarczy, że zosta-

<sup>6</sup> Na przykład projekt pn. „Budowa i eksploatacja oczyszczalni ścieków w Mławie w formule partnerstwa publiczno-prywatnego”, dokumentacja postępowania jest dostępna pod adresem: <http://bip.mlawa.pl/zamowienie-publiczne/budowa-i-eksploatacja-oczyszczalni-sciekow-w-mlawie-w-formule-partnerstwa>

<sup>7</sup> Wytyczne PPP. Tom II: Postępowanie przetargowe, np. s. 33, 35. [http://www.ppp.gov.pl/projekt-rozwoju-PPP/Documents/Wytyczne\\_PPP\\_Tom\\_II\\_Postepowanie\\_przetargowe.pdf](http://www.ppp.gov.pl/projekt-rozwoju-PPP/Documents/Wytyczne_PPP_Tom_II_Postepowanie_przetargowe.pdf)

<sup>5</sup> T.j. DzU z 2018 r., poz. 2204 ze zm., dalej: ustawa o gospodarce nieruchomościami.

ną spełnione określone przesłanki. Jak wskazuje się w piśmiennictwie „Tryb dialogu konkurencyjnego jest zawsze wart rozważenia także z punktu widzenia interesu zamawiającego, rozumianego jako szybkość udzielenia zamówienia przy jednoczesnym zachowaniu możliwości przeprowadzenia w toku postępowania rozmów z wykonawcami o proponowanych rozwiązaniach, stanie rynku, źródłach finansowania, oczekiwaniach kontraktowych w zależności od przyjętych rozwiązań technicznych i ekonomicznych.”<sup>8</sup>.

Co o dialogu konkurencyjnym mówi sama ustawa PZP? Regulacja jej właściwego Oddziału nie jest nadmiernie rozbudowana. Pamiętać trzeba jednak o tym, że prócz przepisów „dedykowanych” do dialogu konkurencyjnego znajduje zastosowanie szereg podstawowych, „bazowych” przepisów ustawy. Wedle art. 60a ustawy PZP, dialog konkurencyjny to tryb udzielenia zamówienia, w którym po publicznym ogłoszeniu o zamówieniu zamawiający prowadzi z wybranymi przez siebie wykonawcami dialog, a następnie zaprasza ich do składania ofert. Tym samym jest to tzw. negocjacyjny tryb dwustopniowy.

Podstawą do zastosowania dialogu konkurencyjnego jest zaistnienie konkretnych okoliczności.

Prawo zamówień publicznych odwołuje się w tym kontekście do przesłanek z art. 55 ust. 1 tejże ustawy, czyli do przesłanek pozwalających na udzielenie zamówienia w trybie negocjacji z ogłoszeniem. W przypadku dialogu konkurencyjnego kluczową podstawą jest ta zawarta w punkcie 8 przywołanego przepisu, wedle której **z trybu negocjacji z ogłoszeniem (tym samym dialogu konkurencyjnego) można skorzystać, kiedy zamówienie nie może zostać udzielone bez wcześniejszych negocjacji z uwagi na szczególne okoliczności dotyczące jego charakteru, stopnia złożoności lub uwarunkowań prawnych lub finansowych lub z uwagi na ryzyko związane z robotami budowlanymi, dostawami lub usługami.**

Początkiem procedury w trybie dialogu konkurencyjnego jest **ogłoszenie**. Do wszczęcia postępowania stosujemy odpowiednio przepisy o wszczęciu procedury w ramach przetargu nieograniczonego lub ograniczonego, przy czym ogłoszenie dotyczące dialogu konkurencyjnego musi zawierać pewne szczególne elementy. Istnieje też pewien wyjątek – mianowicie, jeżeli ze względu na złożoność zamówienia nie można na etapie wszczęcia postępowania ustalić znaczenia kryteriów oceny ofert, w ogłoszeniu o zamówieniu zamawiający podaje kryteria oceny ofert w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego.

<sup>8</sup> Włodzimierz Dzierżanowski w: ZPDORADCA 2018, Nr 7, str. 16.

Należy wskazać na to, że pewne podstawowe elementy ogłoszenia przy postępowaniu o wybór partnera trzeba odpowiednio sformułować. Traktują o tym zarówno *Wytyczne...*<sup>9</sup>, jak i teksty w poprzednich *Biuletynach*<sup>10</sup>. Chodzi głównie o warunki udziału w postępowaniu, podstawy wykluczenia oraz tzw. kryteria selekcji.

Jak kształtują się wskazane „szczególne elementy”? Są nimi:

- 1) opis potrzeb i wymagań zamawiającego określonych w sposób umożliwiający przygotowanie się wykonawców do udziału w dialogu lub informację o sposobie uzyskania tego opisu;
- 2) informacja o wysokości nagród dla wykonawców, którzy podczas dialogu przedstawili rozwiązania stanowiące podstawę do składania ofert, jeżeli zamawiający przewiduje nagrody;
- 3) wstępny harmonogram postępowania;
- 4) informacja o podziale dialogu na etapy, jeżeli przewiduje taki podział w celu ograniczenia liczby rozwiązań, które będą przedmiotem dialogu na kolejnych etapach.

Punkt 2 w przypadku projektów PPP nie znajduje zastosowania w praktyce – zresztą jego treść zakłada fakultatywne stosowanie. Wstępny harmonogram i podział dialogu na etapy wydają się być dość jasne. Dla pewności podkreślić trzeba, że **warto, aby harmonogram miał możliwie realny charakter – zakładanie w ramach harmonogramu, iż przeprowadzenie negocjacji uda się zrealizować w ciągu miesiąca czy dwóch jest nieprofesjonalne.**

Opis potrzeb i wymagań – ze względu na jego obszerność – zazwyczaj zamieszcza się w odrębnym dokumencie, do którego odsyła ogłoszenie. Jak należy tworzyć takowy opis? „Zamawiający powinien przedstawić swoje potrzeby i wymagania zawarte w opisie potrzeb i wymagań w taki sposób, by dało to wykonawcom możliwość przygotowania się do udziału w dialogu. Powinien określić cel realizacji zamówienia, termin i miejsce wykonania zamówienia, znane zamawiającemu uwarunkowania techniczne, prawne i finansowe wykonania zamówienia, wskazania, czy zamówienie może być realizowane w częściach, a także czy dopuszcza się złożenie ofert wariantowych, a jeżeli tak, to jakim warunkom muszą odpowiadać te oferty, określenie wszystkich znanych zamawiającemu wymagań i okoliczności mogących mieć wpływ na sporządzenie oferty, ewentualne ograniczenia w powierzeniu wykonania części przedmiotu zamówienia

<sup>9</sup> Źródło: *Wytyczne PPP. Tom II: Postępowanie przetargowe*, s. 65-104, [http://www.ppp.gov.pl/projekt-rozwoju-PPP/Documents/Wytyczne\\_PPP\\_Tom\\_II\\_Postepowanie\\_przetargowe.pdf](http://www.ppp.gov.pl/projekt-rozwoju-PPP/Documents/Wytyczne_PPP_Tom_II_Postepowanie_przetargowe.pdf)

<sup>10</sup> Rafał Cieślak, Michał Antosiuk w artykule: *Postępowanie na wybór partnera prywatnego, Biuletyn PPP* nr 7, s. 19-26.

podwykonawcom, inne, istotne dla danego postępowania wymogi. Przekazanie tych informacji jest konieczne, by zainteresowanie postępowaniem zgłosili rzeczywiście ci wykonawcy, którzy są w stanie zrealizować zamierzenia zamawiającego, a podczas prowadzenia rozmów można było wypracować najkorzystniejsze rozwiązanie.”<sup>11</sup>.

Warto zaznaczyć, że **przy dialogu konkurencyjnym stosujemy odpowiednio przepisy dotyczące ogłoszenia – natomiast nie stosujemy przepisów dotyczących SIWZ**. Specyfikacja w postępowaniu toczącym się w ramach dialogu jest niejako efektem negocjacji i pojawia się dopiero na etapie zaproszenia do składania ofert.

Co z pytaniami do ogłoszenia? Jak wskazują praktycy, „Pomimo, że art. 38 ustawy PZP statuuje jedynie obowiązek zamawiającego udzielenia wyjaśnień na pytania do specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ), nie obejmując dyspozycją pytań do ogłoszenia o zamówieniu, to jednak z uwagi na dobro postępowania PPP podmioty publiczne powinny udzielać wyjaśnień i odpowiedzi również na pytania do ogłoszenia o zamówieniu.”<sup>12</sup>.

Prócz ogłoszenia po jego publikacji należy zamieścić **informację o planowanym partnerstwie**. Po zamieszczeniu ogłoszenia w Biuletynie Zamówień publicznych albo opublikowaniu ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, zamawiający musi zamieścić w Biuletynie Informacji Publicznej informację o planowanym partnerstwie publiczno- Prywatnym.

W odpowiedzi na ogłoszenie **zainteresowani wykonawcy składają wnioski o dopuszczenie do udziału w dialogu**. Termin na składanie owych wniosków nie może być krótszy niż terminy wskazane w ustawie – natomiast w przypadku dialogu konkurencyjnego powinien być dłuższy, o czym mowa w dalszej części tekstu. Zamawiający zaprasza do dialogu konkurencyjnego wykonawców, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu, w liczbie określonej w ogłoszeniu o zamówieniu, zapewniającej konkurencję, nie mniejszej niż 3. Natomiast jeżeli liczba wykonawców, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu, jest większa niż określona w ogłoszeniu, zamawiający zaprasza do dialogu wykonawców wyłonionych na podstawie kryteriów selekcji. Wykonawcę niezaproszonego do dialogu traktuje się jak wykluczonego z postępowania.

Należy porzucić obawy – przy mniejszej liczbie wykonawców dialog także może się toczyć. Albo-

wiem **jeśli liczba wykonawców, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu, jest mniejsza niż określona w ogłoszeniu, zamawiający zaprasza do dialogu wszystkich wykonawców spełniających te warunki**.

To nie czas i miejsce na rozbudowane omawianie negocjacji. Niemniej pamiętać trzeba, że wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z dialogiem są przekazywane wykonawcom na równych zasadach. Ponadto prowadzony dialog ma charakter poufny i może dotyczyć wszelkich aspektów zamówienia, a żadna ze stron nie może bez zgody drugiej strony ujawnić informacji technicznych i handlowych związanych z dialogiem. Pamiętajmy, że **negocjacja nie podlega cenie** – ta pojawia się dopiero w ofertach składanych po zakończeniu dialogu. Nie zmienia to faktu, że negocjacja podlegają czynniki cenotwórcze – takie jak zakres projektu, sposób finansowania itd.

Jak wiadomo, nie można prowadzić negocjacji w nieskończoność. Ustawodawca w ustawie PZP wskazał czas, w którym należy zakończyć dialog. Jest nim moment, w którym zamawiający jest w stanie określić, w wyniku porównania rozwiązań proponowanych przez wykonawców, jeżeli jest to konieczne, rozwiązanie lub rozwiązania najbardziej spełniające jego potrzeby. I bez tego sformułowania moglibyśmy intuicyjnie określić ten moment. **Negocjujemy tak długo, aż nie rozwiemy kluczowych wątpliwości – a co najmniej ich nie omówimy. O zakończeniu dialogu zamawiający niezwłocznie informuje uczestniczących w nim wykonawców**.

Następnie zamawiający zaprasza wykonawców do składania ofert, a na podstawie rozwiązań przedstawionych podczas dialogu, przekazuje specyfikację istotnych warunków zamówienia. Nie istnieje zakaz zadawania pytań do SIWZ powstałej w ten sposób. Stąd też bardzo ważne jest efektywne prowadzenie negocjacji – gdyż może się okazać, że niewyjaśnione kwestie staną się przedmiotem pytań do specyfikacji, co istotnie wydłuży czas trwania procedury.

Jakie elementy zaproszenia są szczególne? Przede wszystkim w zaproszeniu zamawiający musi podać wagę przypisaną kryteriom oceny ofert lub, w stosownych przypadkach, kolejność tych kryteriów od najważniejszego do najmniej ważnego, jeśli nie zostało to wskazane w ogłoszeniu o zamówieniu, specyfikacji istotnych warunków zamówienia lub ogłoszeniu o ustanowieniu systemu kwalifikowania wykonawców.

Zamawiający wyznacza termin składania ofert, z uwzględnieniem czasu niezbędnego do przygotowania i złożenia oferty, przy czym termin ten nie może być oczywiście krótszy od ustawowych.

11 Irena Skubiszak-Kalinowska w: Komentarz do art. 60c, Prawo zamówień publicznych. Komentarz aktualizowany, LEX 2018.

12 Ewa Łuszczewska, Paweł Kuźma w: *Wybór partnera prywatnego, Partnerstwo publiczno- Prywatne w praktyce*, „Rzeczpospolita” 22 listopada 2018 r., s. 11.

## UPROSZCZONY SCHEMAT POSTĘPOWANIA W TRYBIE DIALOGU KONKURENCYJNEGO



Źródło: Opracowanie własne

## Najważniejsze modyfikacje PZP na gruncie ustawy o PPP

Wiele z elementów, które postrzegane są jako cechy specyficzne PPP – np. regulacje dotyczące kryteriów oceny ofert – stanowią równocześnie przepisy szczególne, tj. wyłączające stosowanie ustawy PZP. Zagadnienie to zostało szeroko omówione w ministerialnych *Wytycznych...*<sup>13</sup>, stąd też poniższy opis ma charakter mocno skondensowany. Modyfikacje zawarte w ustawie o PPP często nie dotyczą konkretnego etapu procedury, lecz rzutują na cały jej kształt – w związku z czym będą omawiane w kolejności ich występowania w ustawie PPP.

Po pierwsze, ustawa o PPP w miejsce zamawiającego i wykonawcy wprowadza własną, autonomiczną nomenklaturę. Odpowiednio są to jak wiemy: podmiot publiczny i partner prywatny. Jaka jest różnica? Tak naprawdę kosmetyczna, bez większych praktycznych konsekwencji. Zresztą w związku ze stosowaniem ustawy PZP jako ram proceduralnych, często używa się wskazanych nazw zamiennie – choć o tym, że występują nieznaczące odmienności w kręgu podmiotowym trzeba pamiętać. Zawsze więc należy sięgnąć do definicji zawar-

tych w ustawie o PPP i zweryfikować to, czy dany podmiot posiada cechy podmiotu publicznego lub partnera prywatnego.

Ustawa o PPP redefiniuje – w stosunku do Prawa zamówień publicznych – sformułowanie „najkorzystniejsza oferta”. Wedle art. 6 ust. 1 ustawy o PPP, jest nią taka oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans wynagrodzenia partnera prywatnego albo spółki PPP, lub kosztu przedsięwzięcia ponoszonego przez podmiot publiczny i innych kryteriów odnoszących się do przedsięwzięcia. Taka modyfikacja jest jak najbardziej uzasadniona i potrzebna z perspektywy specyfiki niektórych projektów PPP – chodzi o spółkę PPP.

Większe zmiany zachodzą w odniesieniu do kryteriów oceny ofert. Tutaj ustawodawca w ramach ustawy o PPP zmodyfikował zasadę de facto zamkniętego katalogu kryteriów oceny ofert, o której mowa (choć nie wprost) w art. 91 Prawie zamówień publicznych. Jak stanowi art. 6 ust. 2 ustawy o PPP, kryteriami oceny ofert mogą być w szczególności, czyli na przykład: efektywność realizacji przedsięwzięcia, w tym efektywność wykorzystania składników majątkowych czy kryteria odnoszące się bezpośrednio do przedmiotu przedsięwzięcia, w szczególności jakość, funkcjonalność, parametry techniczne, poziom oferowanych technologii, koszt utrzymania, serwis. Natomiast ustawa PZP w art. 91 ust. 2 stanowi, że *Kryteriami oceny ofert są cena lub koszt albo cena lub koszt i inne kryteria odnoszące się do przedmiotu zamówienia, w szczególności...* Subtelna różnica redakcyjna ma kolosalne znaczenie praktyczne. Ustawodawca dostrzegł bowiem wyjątkowość partnerstwa także i w tym aspekcie – dzięki czemu **zamawiający może dostosować kryteria adekwatnie nie tylko do przedmiotu zamówienia, lecz do całego modelu prawno-finansowego**. Takowe kryteria to na przykład: podział zadań i ryzyk związanych z przedsięwzięciem pomiędzy podmiotem publicznym i partnerem prywatnym czy terminy i wysokość przewidzianych płatności lub innych świadczeń podmiotu publicznego, jeżeli są one planowane.

Zasadnicze modyfikacje zachodzą na gruncie odpowiedzialności – czy to za wykonanie umowy i zabezpieczenie należytego jej wykonania, czy podmiotu publicznego w stosunku do podwykonawców. Nie są to jednak rozwiązania funkcjonujące od dawna – zmiany w tym zakresie zostały wprowadzone do ustawy o PPP nowelizacją z 5 lipca 2018 roku<sup>14</sup>.

Po pierwsze, według art. 7 ust. 4 do odpowiedzialności za wykonanie umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym i zabezpieczenia należytego wykonania umowy przepisów art. 141, art. 150

13 *Wytyczne PPP. Tom II: Postępowanie przetargowe*, np. s. 39-48, [http://www.ppp.gov.pl/projekt-rozwoju-PPP/Documents/Wytyczne\\_PPP\\_Tom\\_II\\_Postepowanie\\_przetargowe.pdf](http://www.ppp.gov.pl/projekt-rozwoju-PPP/Documents/Wytyczne_PPP_Tom_II_Postepowanie_przetargowe.pdf)

14 DzU z 2018 r. poz. 1693.

i art. 151 Prawa zamówień publicznych się nie stosuje. Co kryje się pod artykułem 141 ustawy PZP? Solidarna odpowiedzialność wykonawców (członków konsorcjum) za wykonanie umowy i wniesienie zabezpieczenia jej należytego wykonania – tym samym brak jest obligatoryjnej odpowiedzialności solidarnej w przypadku umowy o PPP. Niemniej nie jest wykluczone wprowadzenie przez stronę publiczną takowej odpowiedzialności, jednak może ona zostać potraktowana przez partnera jako dodatkowe ryzyko, co wpłynie na wzrost ceny oferty.

Art. 150 i art. 151 ustawy PZP to szczegółowe regulacje dotyczące zabezpieczenia należytego wykonania umowy. W związku z brakiem stosowania tych przepisów to strona publiczna fakultatywnie decyduje o wprowadzeniu do umowy o PPP rozwiązań analogicznych. Zamawiający może też np. uznać, że umowa bez takich rozwiązań i tak wystarczająco chroni jego interesy.

Trzymając się systematyki ustawy o PPP należy w tym miejscu zaprezentować jeszcze jedną nowość wprowadzoną do ustawy nowelizacją, która weszła w życie we wrześniu 2018 r. Jest nią rozszerzenie – w odniesieniu do przepisów ustawy PZP – możliwości dokonania tzw. zmiany podmiotowej, czyli **zastąpienie wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza (PPP) lub któremu zamawiający udzielił zamówienia, czyli podpisać umowę (PZP)**. Mianowicie w świetle art. 7a ustawy o PPP podmiot publiczny może wyrazić zgodę na zawarcie i wykonanie umowy o PPP z zawiązaną po wyborze najkorzystniejszej oferty jednoosobową spółką partnera prywatnego albo spółką kapitałową, której jedynymi współnikami są partnerzy prywatni. Zagadnienie to zostanie szerzej omówione w jednej z kolejnych części *Encyklopedii PPP*, przy okazji kompleksowego omawiania spółki PPP. Niemniej – odrywając się od kolejności poruszanych zagadnień (spółka to art. 14 ustawy o PPP) trzeba pamiętać o wyjątkowości całości unormowań dotyczących spółki w świetle Prawa zamówień publicznych.

Projekty PPP zazwyczaj cechuje to, że podmiot publiczny jest równocześnie inwestorem w rozumieniu ustawy z 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane<sup>15</sup>, a co za tym idzie – ustawy z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny<sup>16</sup>. Tym samym do kwestii ewentualnych roszczeń ze strony podwykonawców można by stosować nie tylko art. 143c ustawy PZP, ale również właściwe przepisy Kodeksu cywilnego. Jednak ustawa o PPP w art. 7b dopuszcza wyłączenie odpowiedzialności podmiotu publicznego za wynagrodzenie należne podwykonawcy, jeżeli umowa o partnerstwie publiczno-prywatnym tak stanowi. W przypadku gdy podmiot publiczny jest

inwestorem, a nie stosuje się do niego przepisów o odpowiedzialności, partner prywatny informuje o tym podwykonawcę przed zawarciem z nim umowy. W takiej sytuacji za wynagrodzenie należne podwykonawcy odpowiada – co do zasady – partner prywatny. Podkreślmy jednak raz jeszcze, że takowe wyłączenie odpowiedzialności musi mieć miejsce w ramach umowy o PPP – jest to zatem rozwiązanie fakultatywne, pozostawione do decyzji zamawiającego.

#### NAJWAŻNIEJSZE MODYFIKACJE USTAWY PZP NA GRUNCIE USTAWY O PPP:

DEFINICJA NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

KRYTERIA OCENY OFERT

ODPOWIEDZIALNOŚĆ  
CZŁONKÓW KONSORCJUM

ZABEZPIECZENIE NALEŻYTEGO  
WYKONANIA UMOWY

ZMIANY PODMIOTOWE

ODPOWIEDZIALNOŚĆ INWESTORA  
WOBEC PODWYKONAWCÓW

Źródło: Opracowanie własne.

## Konsekwencje organizacyjne

W jednym z poprzednich *Biuletynów PPP*<sup>17</sup> – w ramach *Encyklopedii PPP* – była mowa o powołaniu zespołu projektowego. W związku z analizowaniem roli prawa zamówień publicznych w partnerstwie publiczno-prywatnym trzeba podkreślić konieczność włączenia w prace takiego zespołu pracowników komórki zajmującej się zamówieniami publicznymi – i nie mówimy tu oczywiście o komisji przetargowej. Projekty PPP są zazwyczaj koordynowane w ramach urzędu przez komórki związane z prowadzeniem rozwoju, pozyskiwaniem funduszy itd., co jest jak najbardziej poprawnym podejściem.

Nie chodzi tu tylko o względy czysto formalne. Ważniejsze jest to, że dzięki zaangażowaniu „zamówieniowców” można przeprowadzić procedurę w sposób jak najbardziej efektywny, gdyż łatwiej jest wtedy uniknąć pomyłek niebędących naruszeniem przepisów prawa, ale rzutujących na sukces całego postępowania. To właśnie osoby przeprowadzające na co dzień postępowania o udzielenie

15 tj. DzU z 2018 r., poz. 1025 ze zm., dalej: Kodeks cywilny.

16 tj. DzU. z 2018 r., poz. 1102 ze zm.

17 Wątek ten poruszał Marcin Maksymiuk w części *Encyklopedia PPP, Biuletyn PPP* nr 3 str. 18.

zamówień publicznych mają najlepszą orientację np. w tym, jaki wyznaczyć termin na składanie ofert przez potencjalnych partnerów.

## Wolna konkurencja

Wolna konkurencja kojarzy się w pierwszej kolejności z postanowieniami Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej<sup>18</sup>. Jednak na gruncie ustawy o PPP – jak wspomniano na początku tekstu – wiąże się ono z najbardziej wyjątkową ścieżką proceduralną spośród prowadzących do wyboru partnera prywatnego. Albowiem jak wskazano na wstępie w przypadkach, w których nie ma zastosowania ustawa o umowie koncesji na roboty budowlane lub usługi ani ustawa Prawo zamówień publicznych, wyboru partnera prywatnego dokonuje się w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej i wolnej konkurencji oraz przestrzeganie zasad równego traktowania, przejrzystości i proporcjonalności, przy odpowiednim uwzględnieniu przepisów niniejszej ustawy (o PPP), a w przypadku wniesienia przez podmiot publiczny wkładu własnego będącego nieruchomością, także przepisów ustawy o gospodarce nieruchomościami.

Rozwiązanie to stosowane jest niezwykle rzadko. Jak wskazują autorzy *Wytycznych...: Przykładem zastosowania art. 4 ust. 3 Ustawy o PPP jest sektor telekomunikacyjny. Stosownie do art. 4 pkt 10 Ustawy PZP (i analogicznie – art. 5 ust. 1 pkt 7 Ustawy o Umowie Koncesji), ustawy tej nie stosuje się do zamówień i konkursów, udzielanych przez Zamawiających, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1–3a Ustawy PZP, których głównym celem jest:*

- *pozwolenie Zamawiającym na oddanie do dyspozycji publicznej sieci telekomunikacyjnej lub*
- *eksploatacja publicznej sieci telekomunikacyjnej, lub*
- *świadczenie publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych za pomocą publicznej sieci telekomunikacyjnej.*<sup>19</sup>

Zatem wyboru partnera prywatnego dokonuje się w takich przypadkach w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej i wolnej konkurencji oraz przestrzeganie zasad równego traktowania, przejrzystości i proporcjonalności, przy odpowiednim uwzględnieniu przepisów niniejszej ustawy... jak rozumieć te przesłanki? Rozumienie wszystkich z nich jest dosyć intuicyjne, a ze względu na bardzo rzadkie wykorzystywanie tego mechanizmu trudno odwoływać się do orzeczeń zapadłych na kanwie stosowanej procedury. Można więc jedynie przywołać poglądy przedstawiane przez naukę i praktykę.

18 DUUE 2012 C 326/47 ze zm.

19 *Wytyczne PPP. Tom II: Postępowanie przetargowe*, s. 31, [http://www.ppp.gov.pl/projekt-rozwoju-PPP/Documents/Wytyczne\\_PPP\\_Tom\\_II\\_Postepowanie\\_przetargowe.pdf](http://www.ppp.gov.pl/projekt-rozwoju-PPP/Documents/Wytyczne_PPP_Tom_II_Postepowanie_przetargowe.pdf)

Zauważyć wypada, że zachowanie uczciwej i wolnej konkurencji, podobnie jak przestrzeganie zasad równego traktowania, przejrzystości i proporcjonalności stanowi przejaw poszanowania zarówno dla zasad prawa unijnego, jak i zasad krajowego porządku prawnego.

**Zasada równego traktowania, silnie powiązana z zasadą uczciwej i wolnej konkurencji, to – najkrócej mówiąc – zakaz różnicowania podmiotów podobnych, posiadających podobne cechy czy znajdujących się w podobnych sytuacjach.** Natomiast co należy rozumieć pod określeniem „zasada przejrzystości”? „Zgodnie z zasadą przejrzystości, procedura wyboru partnera prywatnego powinna zostać ogłoszona publicznie oraz wskazywać jasne reguły wyboru najkorzystniejszej oferty. Decyzja o wyborze najwłaściwszych środków upubliczniania informacji o postępowaniach należy do podmiotów publicznych. Należy się zgodzić ze stanowiskiem Komisji Europejskiej, że w trakcie dokonywania wyboru powinny one kierować się oceną znaczenia zamówienia w kategoriach rynku wewnętrznego, w szczególności w świetle jego przedmiotu, wartości i zwyczajowych praktyk przyjętych w danym sektorze. Im większe jest znaczenie danego postępowania dla potencjalnych oferentów z innych państw członkowskich, tym szerszy powinien być zakres upublicznienia.”<sup>20</sup>

**Zasada proporcjonalności** to bardzo szerokie określenie. Można wyróżnić np. zasadę proporcjonalności wszelkich działań organów administracji publicznej, wywiedzioną z konstytucyjnej zasady demokratycznego państwa prawnego. Jednak najbardziej znaną „proporcjonalnością” jest ta, która limituje ustawową możliwość ograniczania wolności i praw obywateli. Jak zdefiniował tę proporcjonalność Trybunał Konstytucyjny? „Oznacza to, że: środki zastosowane przez prawodawcę muszą być w stanie doprowadzić do zamierzonych celów; muszą one być niezbędne dla ochrony interesu, z którym są powiązane; ich efekty muszą pozostawać w proporcji do ciężarów nakładanych na obywatela.”<sup>21</sup>. Co takie podejście oznacza dla omawianej ścieżki proceduralnej? Po pierwsze, **rozwiązania jakkolwiek naruszające zasadę równego traktowania i przejrzystości muszą realnie służyć celowi, który ma zostać osiągnięty. Ponadto takie rozwiązania muszą chronić konkretny interes, jaki przyświecał zamawiającemu (np. racjonalna gospodarka finansowa) i winny być możliwie jak najmniej dolegliwe.**

20 Marcin Bejm, Piotr Bogdanowicz, Paweł Piotrowski w: *Komentarz do art. 4, Ustawa o partnerstwie publiczno-prywatnym. Komentarz*, Legalis 2014.

21 Leszek Bosek, Marek Szydło w: *Komentarz do art. 31 Konstytucji RP, Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, Legalis 2016.

Przy odpowiednim uwzględnieniu przepisów *niejszej ustawy...* – można przyjąć, że do „uwzględnienia”, mimo szerszego znaczenia niż „stosowanie”, znajdzie zastosowanie podejście przyjmowane w odniesieniu do tego drugiego. „Odpowiednie” stosowanie jakiegoś przepisu może przyjąć trzy formy. Zgodnie z Uchwałą Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego, zapadłą w sprawie o sygn. III CZP 57/12: *W piśmiennictwie trafnie zauważa się, że pojęcie „odpowiedniości” stosowania określonego przepisu oznacza, że niektóre jego postanowienia będzie można stosować bez żadnej modyfikacji, inne trzeba będzie odpowiednio zmodyfikować, a jeszcze innych w ogóle nie będzie można stosować*<sup>22</sup>. Ostatnia sytuacja to przypadek skrajny, rzadko występujący w praktyce. Trzeba więc przyjąć, że w pierwszej kolejności do omawianej ścieżki proceduralnej stosujemy przepisy ustawy o PPP bez żadnej modyfikacji, natomiast w uzasadnionych przypadkach dokonujemy stosownych modyfikacji lub – w ostateczności – ich nie stosujemy.

Kwestią dyskusyjną pozostaje „odpowiednie uwzględnienie” przepisów ustawy o gospodarce nieruchomościami – co pozwala na praktyczne wypróbowanie wariantów odpowiedniości, o których mówił Sąd Najwyższy. Pierwszy wariant to taki, w którym uznajemy, a contrario, że skoro według art. 37 ust. 2 pkt 1 ustawy o gospodarce nieruchomościami zbycie nieruchomości w trybie bezprzetargowym może nastąpić na rzecz partnera prywatnego lub spółki, jeżeli sprzedaż stanowi wniesienie wkładu własnego podmiotu publicznego, a wybór partnera nastąpił w oparciu o pierwszą lub drugą ścieżkę proceduralną (art. 4 ust. 1 lub 2 ustawy o PPP) – to w odniesieniu do trzeciej ścieżki, tj. „wolnej konkurencji”, taka możliwość jest wyłączona. Ta argumentacja znajduje silne oparcie w tym, że ustawodawca gdyby chciał, to wskazałby również na ustęp 3. Według drugiego wariantu interpretacyjnego, zbudowanego na drugiej z możliwości „odpowiedniego stosowania”, prezentowanej przez Sąd Najwyższy, przyjąć można stanowisko odmienne. Skoro bowiem stosujemy bezprzetargowe zbycie do trybów „sztywniejszych”, to dlaczego – jeśli „uwzględniamy odpowiednio” – nie uznać, że bezprzetargowe zbycie jest dopuszczalne również przy zastosowaniu trybu wolnej konkurencji? Drugi wariant interpretacyjny w pełni koresponduje z założeniami oraz sensem formuły PPP, natomiast jest równocześnie odejściem od ścisłego stosowania ustawy o gospodarce nieruchomościami.

<sup>22</sup> Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego – Izby Cywilnej z 17 stycznia 2013 r., sygn. akt III CZP 57/12, OSNC 2013 nr 6, poz. 69, str. 1.

## Definicje

**Klauzula standstill** – to pojęcie z języka angielskiego oznacza okres zawieszenia. Chodzi o czas, w którym mimo przestania zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty zamawiający nie może zawrzeć umowy o zamówienie publiczne. Rozwiązanie to ma na celu ochronę interesów tych wykonawców, którzy zamierzają złożyć skargę do Krajowej Izby Odwoławczej. Albowiem rozstrzygnięcie Izby może doprowadzić np. do zmiany wyników postępowania.

Okres standstill wynosi – w świetle art. 94 ustawy – Prawo zamówień publicznych – od 5 do 15 dni. Zależy od tego, w jakiej formie zostało wystane zawiadomienie oraz od tego, czy mówimy o tzw. przetargu unijnym, czy nie. Jeżeli w czasie trwania standstill nie zostanie wniesione odwołanie, to zamawiający po upływie tego okresu może zawrzeć umowę o zamówienie publiczne. Jak wiadomo, w razie wniesienia odwołania obowiązuje zakaz zawarcia umowy do czasu wydania przez Izbę rozstrzygnięcia kończącego postępowanie odwoławcze – chyba, że Izba na wniosek zamawiającego, po spełnieniu określonych przesłanek, uchyli ten zakaz.

Klauzula standstill nie ma charakteru bezwzględnego – co logiczne, można zawrzeć umowę o zamówienie publiczne przed upływem wyżej wskazanych terminów np. wtedy gdy w przetargu nieograniczonym została złożona tylko jedna oferta.

**Prekwalifikacja** – czyli kwalifikacja wstępna wykonawców. Dotyczy dwustopniowych trybów udzielania zamówień publicznych, takich jak dialog konkurencyjny. Dzięki zastosowaniu kryteriów kwalifikacji oraz kryteriów selekcji powstaje tzw. krótka lista. Jest to wykaz wykonawców, którzy będą uczestniczyć w dalszej części procedury – w przypadku dialogu konkurencyjnego w... dialogu, a więc negocjacjach.

**Presja konkurencyjna** – w prawie pojęcie używane głównie przy wyznaczaniu rynku właściwego w prawie ochrony konkurencji. Przy zamówieniu publicznym będzie to wpływ wywoływany przez pozostałych wykonawców na danego przedsiębiorcę. Na skutek presji konkurencyjnej przedsiębiorca może podjąć konkretne decyzje biznesowe – np. o złożeniu tańszej oferty, w oparciu o wiedzę na temat cen dotychczas oferowanych przez pozostałych wykonawców. Skrajnym przejawem wywoływania presji konkurencyjnej może być stosowanie cen dumpingowych, czy jak powiedzielibyśmy na gruncie zamówień publicznych: rażąco niskich.



# Biuletyn partnerstwa publiczno-prywatnego

Publikacja została opracowana w ramach projektu pozakonkursowego Ministerstwa Rozwoju „Rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, działanie 2.18 „Wysokiej jakości usługi administracyjne”.

#### Redaktor naczelny:

Sylwia Cyrankiewicz-Gortyńska

#### Autorzy:

Lilianna Bogusz  
Rafał Cieślak  
Jolanta Kalecińska-Rossi  
Bartosz Korbus  
Michał Liżewski  
Magdalena Ostrowska  
Alina Sarnacka-Łuczyn  
Joanna Schulders  
Rafał Sitek  
Bernadeta Skóbel  
Krzysztof Szymański  
Anna Wiktorczyk-Nadolna  
Bartłomiej Zydel

#### Współpraca:

Grzegorz P. Kubalski  
Rafał Rudka

#### Wydawca:

Związek Powiatów Polskich  
00-901 Warszawa, Plac Defilad 1  
biuro@powiatypolskie.pl  
www.zpp.pl

#### Partnerzy projektu:

Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju - partner wiodący  
Związek Powiatów Polskich  
Związek Miast Polskich  
Konfederacja Lewiatan  
Fundacja Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego

#### Skład i przygotowanie do druku:

Robert Błaszak / Argi  
rbłaszak@interia.pl

#### Druk i oprawa:

Drukarnia i Agencja Wydawnicza „ARGI” s.c.  
R. Błaszak, P. Pacholec, J. Prorok  
ul. Żegiestowska 11, 50-542 Wrocław  
argi@wr.home.pl  
www.argi.pl

Nakład 1500 egz.

Publikacja bezpłatna  
Publikacja dostępna jest także w wersji elektronicznej  
na stronie: [www.ppp.gov.pl](http://www.ppp.gov.pl)

**ISBN 978-83-62251-24-7** Biuletyn partnerstwa publiczno-prywatnego

**ISBN 978-83-62251-55-1** Biuletyn nr 8

**ISBN 978-83-62251-56-8** Biuletyn nr 8 (wersja elektroniczna)



Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju  
Departament Partnerstwa Publiczno-Prywatnego

tel. + 48 22 273 79 50  
fax: + 48 22 273 89 15  
email: [rozwojppp@miir.gov.pl](mailto:rozwojppp@miir.gov.pl)  
[www.ppp.gov.pl](http://www.ppp.gov.pl)

**ISBN 978-83-62251-24-7**

Biuletyn partnerstwa publiczno- prywatnego

**ISBN 978-83-62251-55-1**

Biuletyn nr 8

**ISBN 978-83-62251-56-8**

Biuletyn nr 8 (wersja elektroniczna)

 .gov.pl

Partnerzy  
projektu



MINISTERSTWO  
INWESTYCJI  
I ROZWOJU



ZWIĄZEK  
POWIATÓW  
POLSKICH



ZWIĄZEK  
MIAST  
POLSKICH



LEWIATAN



Centrum PPP  
Towarzystwo Wspierania  
Partnerstwa Publiczno-Prywatnego