

Raport

**z poprawności przeprowadzenia procedury wyboru partnera prywatnego
dla Przedsięwzięcia pn.**

Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu

**pod kątem wykorzystania dobrych praktyk w projektach hybrydowych
oraz projektowania rozwiązań na przyszłą perspektywę budżetową**

Czerwiec 2011

SPIS TREŚCI

1.	CHARAKTERYSTYKA PROJEKTU	4
1.1.	Definicje i skróty	4
1.2.	Ogólna charakterystyka Przedsięwzięcia	5
1.2.1.	Charakterystyka Przedsięwzięcia według dokumentacji Postępowania	5
1.2.2.	Charakterystyka przedsięwzięcia w oparciu o dane z Oferty	7
1.3.	Opis przedmiotu zamówienia	7
1.3.1.	Lokalizacja inwestycji	7
1.3.2.	Wstępne założenia funkcjonalno-użytkowe według dokumentacji Postępowania	8
2.	OPIS DOBRZYCH PRAKTYK ORAZ PROBLEMÓW NAPOTKANYCH W PROCESIE WYBORU PARTNERA	9
2.1.	Dostrzeżone problemy	9
2.1.1.	Kwestia zdolności do poręczeń podmiotu publicznego	9
2.1.2.	Brak wiążących deklaracji ze strony instytucji finansujących	10
2.1.3.	Wsparcie w zakresie doradztwa i prowadzenia procesu	10
2.2.	Dobre praktyki	10
2.2.1.	Limitowanie kwot poręczeń podmiotu publicznego	10
2.2.2.	Wsparcie w zakresie doradztwa i prowadzenia procesu	11
2.2.3.	Ocena wiarygodności finansowej oferentów	11
2.2.4.	Przeniesienie kosztów monitoringu realizacji umowy PPP na podmiot prywatny	12
2.3.	Doświadczenia zagraniczne	13
2.3.1.	Wielka Brytania	13
2.3.2.	Niemcy	15
2.3.3.	Australia	19
2.3.4.	Brazylia	22
2.3.5.	Indie	23
2.3.6.	Turcja	24
2.3.7.	Kanada	25
2.3.8.	Republika Południowej Afryki	25
2.3.9.	Szwecja	27
2.3.10.	Lesotho	28

3. REKOMENDOWANE ROZWIĄZANIA DLA ANALOGICZNYCH PROJEKTÓW W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA	29
3.1. Rozwiązania dla przyszłej perspektywy budżetowej.....	29
3.1.1. Wyliczenie wielkości dofinansowania UE.....	29
3.1.2. Trwałość projektu.....	30
3.1.3. Kwalifikowalność wydatków	31
3.1.4. Zasady wyboru projektów	32

1. CHARAKTERYSTYKA PROJEKTU

1.1. Definicje i skróty

Partner Publiczny, Starostwo - Starostwo Powiatowe w Żywcu, Powiat Żywiecki (nazwy stosowane zamiennie w dokumentacji Postępowania)

Partner Prywatny – podmiot, którego wyłonienie jest przedmiotem Postępowania

Postępowanie - postępowanie prowadzone w trybie dialogu konkurencyjnego na Wybór Partnera Prywatnego dla Przedsięwzięcia pn. Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu

Oferta – jedyna oferta złożona w Postępowaniu, tj. oferta Interhealth Canada Ltd

Oferent - Interhealth Canada Limited

Projekt, Przedsięwzięcie – wspólne przedsięwzięcie w formule partnerstwa publiczno prywatnego pomiędzy Partnerem Publicznym i Partnerem Prywatnym wyłonionym w drodze Postępowania, mające na celu zaprojektowanie, budowę i wyposażenie Szpitala Powiatowego w Żywcu wraz z jego finansowaniem, a następnie jego utrzymanie i zarządzanie oraz świadczenie Usług Zdrowotnych w tym Szpitalu

Przedmiot Przedsięwzięcia, Nowy Szpital – planowany do wybudowania w ramach Projektu Szpital Powiatowy w Żywcu wraz z sieciami zewnętrznymi i wewnętrznymi oraz zagospodarowaniem terenu wokół Szpitala.

Istniejący Szpital – obecnie funkcjonujący Szpital Powiatowy w Żywcu, którego dotychczasowa siedziba ma zostać wniesiona do Przedsięwzięcia jako część wkładu Partnera Publicznego.

Umowa, Umowa o Partnerstwie – umowa, która zostanie zawarta pomiędzy Partnerem Publicznym i Partnerem Prywatnym w celu realizacji Przedsięwzięcia

Data Zamknięcia Finansowego – data podpisania umów na finansowanie budowy Nowego Szpitala z instytucjami finansującymi

Data Rozpoczęcia Świadczenia Usług – data w której Partner Prywatny rozpocznie świadczenie usług w Nowym Szpitalu

Doradca – Urcon Doradztwo Finansowe Michał Urbanowski

SIWZ – Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia w Postępowaniu

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

VAT – Podatek od towarów i usług

Dz.U. – Dziennik Ustaw, polski publikator aktów normatywnych

OPZ- Opis przedmiotu zamówienia

BIOZ – Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia

CPV – Wspólny słownik zamówień

KC – Kodeks cywilny

PFU – program funkcjonalno użytkowy

Pzp – prawo zamówień publicznych

1.2. Ogólna charakterystyka Przedsięwzięcia

1.2.1. Charakterystyka Przedsięwzięcia według dokumentacji Postępowania

Przedmiotem Przedsięwzięcia jest zaprojektowanie, budowa i wyposażenie Szpitala Powiatowego w Żywcu wraz z finansowaniem, połączone z jego utrzymaniem i zarządzaniem oraz świadczeniem Usług Zdrowotnych w tym Szpitalu.

Realizacja planowanego partnerstwa publiczno-prywatnego polegać będzie na współpracy pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego - Starostwem Powiatu Żywieckiego z wybranym w drodze ustawy Pzp Partnerem Prywatnym. Będzie to wspólne Przedsięwzięcie, w trakcie którego Starostwo i wybrany Partner Prywatny podzielią się zarówno ryzykiem, jak i odpowiedzialnością za jego realizację. W ramach Postępowania zostanie wybrany jeden podmiot, który będzie odpowiedzialny za prawidłowe zaprojektowanie, wykonanie robót, wyposażenie Nowego Szpitala i zarządzanie Nowym Szpitalem. Planuje się, że większość ryzyk związanych z realizacją i finansowaniem Przedsięwzięcia obciążą Partnera Prywatnego, a jego wynagrodzenie zależne będzie od faktycznej dostępności i rzeczywistego wykorzystania Nowego Szpitala. Oczekuje się, że Partner Prywatny poprawi efektywność i jakość realizacji usług zdrowotnych oraz wprowadzi nowoczesne praktyki świadczenia tych usług w Żywcu.

Planowany czas trwania Umowy o partnerstwie nie może przekroczyć 30 lat od Daty Zamknięcia Finansowego.

Data Rozpoczęcia świadczenia Usług w Nowym Szpitalu nie powinna nastąpić później niż 36 miesięcy – od dnia podpisania Umowy o partnerstwie.

Wstępną wartość Przedsięwzięcia oszacowano na kwotę 170 mln złotych brutto¹.

Wykaz działek Starostwa, na których będzie zlokalizowane Przedsięwzięcie, określono w załączniku nr 2 do OPZ (nie załączonym do niniejszego opracowania). Działki te obejmują dwa następujące odrębne obszary (grupy działek):

¹ Informacje przedstawione w niniejszym rozdziale podano w oparciu o dokumentację Postępowania. Jeżeli w niniejszym opracowaniu podano również wielkości zaproponowane przez Oferenta w złożonej Ofercie, informacje takie są wyraźnie każdorazowo oznaczone jako zaczerpnięte z Oferdy (dotyczy części Oferdy nie objętej tajemnicą przedsiębiorstwa).

- Działki, na których będzie zlokalizowany Nowy Szpital, tj. Pola Lisieckie o powierzchni 5,3 ha, przedstawiające wartość 5,2 mln złotych,
- Działki, na których jest zlokalizowany Istniejący Szpital (działki zabudowane, nie sąsiadujące z terenem przeznaczonym pod budowę Nowego Szpitala), położone przy ul. Sienkiewicza 52 w centrum Żywca, o powierzchni 2,0 ha, przedstawiające wartość 16,6 mln złotych (w tym wartość gruntu 2,6 mln złotych)

Dodatkowo na podstawie Uchwały nr XLIII/401/2010 Rady Powiatu w Żywcu z dnia 26 kwietnia 2010 r. w razie likwidacji Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu jego majątek, po zaspokojeniu wierzytelności może stanowić wkład własny Powiatu Żywieckiego w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy PPP.

Zakłada się, iż Partner Prywatny będzie pozyskiwał przychody przede wszystkim z kontraktu z NFZ, przy czym kontrakt z NFZ będzie zagwarantowany przez stronę publiczną na okres nie mniej niż 3 i nie więcej niż 5 lat.

Starostwo zobowiązuje się do podjęcia wszelkich możliwych działań, aby w Planie Miejscowym uchwalonym przez Gminę Żywiec nie znalazł się zapis umożliwiający utworzenie innych placówek szpitalnych publicznych lub prywatnych bez stworzenia Partnerowi Prywatnemu możliwości skorzystania z prawa pierwszeństwa stworzenia takiej placówki na warunkach podobnych do tych określonych w Umowie o partnerstwie².

Realizacja Przedsięwzięcia została przyjęta w Uchwale Nr XXXV/317/09 Rady Powiatu w Żywcu z dnia 22 czerwca 2009 r. oraz w Uchwale Nr XLIII/401/2010 Rady Powiatu w Żywcu z dnia 26 kwietnia 2010 roku.

Nadrzędnym celem wynikającym z planowanego Przedsięwzięcia jest zapewnienie społeczeństwu powiatu żywieckiego i turystom świadczenia Usług Zdrowotnych na wysokim poziomie. Działania związane z budową Nowego Szpitala mają silny związek z rozwojem żywiecczyny jako regionu przemysłowego, a jednocześnie turystycznego. Od zawsze ziemia żywiecka była bazą turystyczno – rekreacyjną dla regionu śląskiego.

Najważniejszym argumentem przemawiającym za realizacją Przedsięwzięcia w formie partnerstwa publiczno-prywatnego jest brak możliwości zapewnienia ze środków Starostwa Powiatowego w Żywcu świadczenia Usług Zdrowotnych w Istniejącym Szpitalu, tak aby odpowiadały wymogom nowoczesnej medycyny określonym w Standardach Europejskich i w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. (w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej). Budynki Istniejącego Szpitala budowane były w latach 1888-1991 i z uwagi na swój stan techniczny wymagają gruntownych remontów, niejednokrotnie przekraczających koszty budowy nowoczesnych pawilonów. Należy również zwrócić uwagę na to, iż część budynków Istniejącego Szpitala wpisana jest do rejestru zabytków, co w znaczny sposób ogranicza możliwości dostosowania ich do wymogów medycyny XXI wieku.

² OPZ, rozdz. I.2. „Ogólna charakterystyka Przedsięwzięcia”, str. 1 (Załącznik 2 do SIWZ)

Niezwykle ważnym jest również możliwość pozyskania, dzięki wybraniu Partnera Prywatnego, nowej aparatury medycznej oraz wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego umożliwiającego świadczenie zaawansowanych usług zdrowotnych w oparciu o ten sprzęt.

1.2.2. Charakterystyka przedsięwzięcia w oparciu o dane z Oferty

W związku z faktem, iż wybór najlepszej oferty w ramach Postępowania został już dokonany (16 czerwca 2011 roku została wybrana jedyna złożona oferta, tj. oferta firmy Interhealth Canada Ltd.), w chwili obecnej Postępowanie jest na etapie wprowadzenia do treści wzoru umowy treści z oferty. W związku z powyższym znane są już parametry zaproponowane przez Oferenta w Ofercie.

W ujęciu zaproponowanym w Ofercie zaprojektowanie i budowa Nowego Szpitala zamyka się kwotą w wysokości 138,8 mln złotych brutto.

Partner Prywatny deklaruje w Ofercie, iż wystarczające dla niego jest zagwarantowanie kontraktu przez stronę publiczną na okres 3 lat.

1.3. Opis przedmiotu zamówienia

1.3.1. Lokalizacja inwestycji

Realizacja budowy na nieruchomości będącej własnością Starostwa.

Przedsięwzięcie zrealizowane będzie w mieście Żywcu, swoim zasięgiem oddziaływania obejmować będzie nie tylko miasto, ale i cały powiat żywiecki. Nowo realizowany projekt dotyczy budowy nowej siedziby istniejącego Szpitala Powiatowego w Żywcu. Jest to jedyna tego typu jednostka na terenie miasta i powiatu, z tego względu lokalizacja i zasięg oddziaływania ośrodka jest bardzo szeroki i niewystarczający w stosunku do popytu (liczby pacjentów).

Nowy obiekt Szpitala zlokalizowany będzie na terenie położonym w widłach rzek Koszarawy i Soły. Działki, na których w przyszłości powstanie nowy budynek, znajdują się w rejonie Sporysza, w pobliżu ulicy Sporyskiej (Pola Lisieckie). Taka lokalizacja jest bardzo korzystna, przede wszystkim ze względu na dogodne połączenia komunikacyjne z centrum miasta i pobliskimi miejscowościami. Dogodny jest również dojazd z Krakowa – poprzez ul. Krakowską, Sienkiewicza, Piłsudskiego, Kopernika, Sporyską i Podgóorską. Ponadto działki, na których miałyby w przyszłości stanąć nowy kompleks, leżą na trasie Korbielów – Bielsko-Biała.

Powierzchnia na której ma być zlokalizowana nowa siedziba Szpitala Powiatowego w Żywcu wynosi ok. 37 tys. m² i jest własnością Starostwa Powiatu Żywieckiego. Uzbrojenie terenu w sieć wodociągową, kanalizacyjną, teletechniczną, energetyczną napowietrzną oraz kable energetyczne znajduje się w przylegającej do działki ulicy.

1.3.2. Wstępne założenia funkcjonalno-użytkowe według dokumentacji Postępowania

Szpital zostanie zlokalizowany na nieruchomości o pow. ok. **37 611 m²**.

Planowana minimalna powierzchnia użytkowa Szpitala ok. **18 400 m²**.

Planowana minimalna ilość łóżek w Szpitalu: **352 + 24** noworodki .

Planowany podział powierzchni użytkowej:

Oddziały łóżkowe **6 972,0 m²**

Dział opieki ambulatoryjnej podstawowej i specjalnej **613,0 m²**

Działy diagnostyczno – zabiegowe **4 835,0 m²**

Dział zaopatrzenia medycznego **888,0 m²**

Działy usługowe **1 183,0 m²**

Działy gospodarczo –techniczne **3 816,0 m²**

Łącznie: ok. **18 307,0 m²** pow. użytkowej

Rodzaj i wielkość poszczególnych pomieszczeń winny spełniać wszystkie wymagania wynikające z obowiązujących przepisów, w tym w szczególności wielkość pomieszczeń nie może być mniejsza od wielkości określonej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10. 11. 2006 r. Dz.U.06.213.1568. i przepisach pokrewnych.

2. OPIS DOBRYCH PRAKTYK ORAZ PROBLEMÓW NAPOTKANYCH W PROCESIE WYBORU PARTNERA

2.1. Dostrzeżone problemy

2.1.1. Kwestia zdolności do poręczeń podmiotu publicznego

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami kwoty poręczeń i gwarancji nie są zaliczane do długu publicznego (Rozp. Min.Fin. z dn. 30 marca 2010 Dz.U. Nr 57 Poz. 366 oraz Rozp. Min.Fin. z dn. 23 grudnia 2010 Dz.U. Nr 252 poz. 1692). Kwoty poręczeń i gwarancji są jednakże limitowane łącznie wraz ze spłatami zadłużenia, co zostało określone w art. 169 poprzedniej ustawy o finansach publicznych, (artykuł obowiązujący do roku 2013) oraz w artykule 243 nowej ustawy (artykuł obowiązujący od roku 2014). Można zatem stwierdzić, iż poręczenia i gwarancje są traktowane podobnie jak dług publiczny i limitowane przez ustawodawcę za pomocą wskaźników wspólnych dla długu publicznego i poręczeń.

W tym miejscu należy zauważyć, iż z dokumentacji budżetowej Powiatu w Żywcu na rok 2011 przekazanej przez Starostwo (Wieloletnia Prognoza Finansowa) wynika, iż bez renegocjacji harmonogramu spłat obecnych kredytów Powiat nie będzie spełniał wskaźników (limitów) wymaganych od jednostek samorządu terytorialnego począwszy od roku 2014 przez nową ustawę o finansach publicznych (niezależnie od tego czy nastąpi zawarcie Umowy o Partnerstwie Publiczno-Prywatnym z Oferentem). Analizując zdolność Starostwa do udzielenia ewentualnego poręczenia należy zwrócić uwagę na wspomniane powyżej zapisy ustaw o finansach publicznych (tj. art. 169 poprzedniej ustawy, obowiązujący do roku 2013 oraz art.243 nowej ustawy obowiązujący od roku 2014).

W świetle powyższego możliwość ewentualnego dalszego udzielania poręczeń i gwarancji przez Starostwo (tj. mieszczących się w ramach limitów obecnie obowiązujących, ale przekraczających limity przyszłe) jest zagadnieniem niejednoznacznym i wymagającym odpowiedniej analizy prawnej. Kwestie konieczności udzielenia ewentualnych poręczeń przez Starostwo nie są znane na obecnym etapie Postępowania (kwestie te będą ustalane na etapie negocjacji finansowania z instytucjami finansującymi).

Niezależnie od braku wyraźnego wskazania w Ofercie Partnera Prywatnego oczekiwania odnośnie poręczenia zobowiązań, biorąc pod uwagę obecną praktykę rynkową, należy się liczyć z możliwością zażądania ze strony instytucji finansujących także jakiejś formy poręczenia przez Starostwo (np. w formie umowy wsparcia) zobowiązań Partnera Prywatnego wobec banków. Poręczenie takie może być wymagane pomimo, iż Starostwo dopuszcza zabezpieczenie hipoteczne banku finansującego na majątku przekazanym Partnerowi Prywatnemu (ze względu na fakt, iż wartość tego majątku jest niewystarczająca do zabezpieczenia całości potencjalnego kredytu).

Tym samym w przypadku negatywnego rozstrzygnięcia zasygnalizowanych powyżej kwestii (brak renegocjacji obecnych zobowiązań lub brak zmian w obecnie obowiązujących regulacjach

prawnych w zakresie finansów publicznych) można ocenić, iż brak będzie możliwości poręczenia (wsparcia) przez Starostwo zobowiązań Partnera Prywatnego wobec instytucji finansujących, co może uniemożliwić sfinansowanie i realizację Projektu.

2.1.2. Brak wiążących deklaracji ze strony instytucji finansujących

W obecnej praktyce rynkowej instytucje finansujące unikają składania wiążących deklaracji finansowania przedsięwzięcia na etapie składania ofert przez oferentów, uzależniając ewentualne decyzje w zakresie udzielenia finansowania od przeprowadzenia po wyborze partnera prywatnego odpowiednich (i kosztownych) procedur due-diligence. Należy zatem zauważyć, iż wybór partnera prywatnego na tym etapie nie jest tożsamy z uzyskaniem zamknięcia finansowego.

2.1.3. Wsparcie w zakresie doradztwa i prowadzenia procesu

Podmioty publiczne, a w szczególności jednostki samorządu terytorialnego cierpią zazwyczaj na brak środków, które mogłyby zostać przeznaczone na zaangażowanie profesjonalnych doradców w celu zorganizowania i przeprowadzenia kompleksowych procesów wyboru partnerów prywatnych do realizacji wspólnych przedsięwzięć, w szczególności tak złożonych jak projekty realizowane w formule PPP.

W przypadku analizowanego Postępowania, na wybór partnera prywatnego dla Przedsięwzięcia, pewnym utrudnieniem dla Powiatu było niewątpliwie pozyskanie wsparcia ze strony doradcy finansowego na dość późnym etapie procesu.

2.2. Dobre praktyki

2.2.1. Limitowanie kwot poręczeń podmiotu publicznego

Biorąc pod uwagę dotychczasową praktykę jednostek samorządu terytorialnego należy zauważyć, iż ewentualna umowa wsparcia (lub inna forma poręczenia zobowiązań partnera prywatnego) pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a bankiem finansującym powinna być zawarta w taki sposób, aby jednostka w danym roku (w danym okresie budżetowym) poręczała raty spłat kapitału i odsetek kredytu przypadające jedynie na dany rok kalendarzowy (co wielokrotnie zredukuje poziom wymaganych kwot poręczeń i będzie wymagało corocznych umów z bankami o poręczeniach lub gwarancjach na dany rok budżetowy.).

W przeciwnym przypadku tj. poręczania w każdym roku całości wieloletniego zobowiązania, kwota poręczenia będzie wielokrotnie przekraczała możliwości podmiotu publicznego (nawet przy hipotetycznym założeniu całkowitego braku innego zadłużenia).

Rekomendacja powyższa dotyczy również Postępowania omawianego w niniejszym opracowaniu w związku ze zbliżającą się fazą negocjacji z instytucjami finansującymi. Na dzień dzisiejszy kwestie te nie są rozstrzygnięte w ramach Postępowania - kwestie te powinny zostać

ujęte w umowie wsparcia lub innej umowie zawartej pomiędzy Powiatem Żywiec i instytucjami finansującymi.

Takie rozłożenie odpowiedzialności poręczyciela w czasie poprzez określenie wysokości jego zobowiązania przypadającego odrębnie na każdy rok budżetowy umożliwia ponadto każdorazowo w trakcie roku budżetowego bezpośrednio po uregulowaniu (przez Partnera Prywatnego) przypadającej na dany rok budżetowy raty kredytu, odblokowanie kwoty zamrożonej na potencjalną spłatę poręczeń i przeznaczenie jej na inne cele³.

W szczególnym przypadku gdy spłata raty kapitałowej i odsetek będzie następowała w dniu 1 stycznia każdego roku, ekspozycja Starostwa (i zamrożenie kwot w budżecie) będzie trwało zaledwie jeden dzień w każdym okresie obrachunkowym.

2.2.2. Wsparcie w zakresie doradztwa i prowadzenia procesu

Warto rozważyć alokowanie odpowiednich środków w nowej perspektywie budżetowej dla potrzeb organizowania przez jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty publiczne procesów PPP z wykorzystaniem profesjonalnych doradców odpowiedzialnych za całość procesu od początku do końca. Doradcy tacy zatrudnią odpowiednich podwykonawców, w miarę zapotrzebowania, w zakresie doradztwa prawnego, podatkowego, finansowego, merytoryczno-branżowego, organizacyjnego, urbanistycznego, architektonicznego, budowlanego itp.

2.2.3. Ocena wiarygodności finansowej oferentów

W ocenie Doradcy warto wzbogacić procedury wyboru partnerów prywatnych dla przedsięwzięć finansowanych w ramach projektów PPP (choć nie tylko) o pogłębione analizy wiarygodności i sytuacji finansowej potencjalnych partnerów prywatnych (np. analiza pełnych, tj. wraz z informacją dodatkową, zweryfikowanych przez biegłego rewidenta, sprawozdań finansowych oferentów, analiza ich prognoz / budżetów / biznes planów na lata następne, analiza statutów i podobnych dokumentów korporacyjnych, analiza akcjonariatu, w tym także podmiotów dominujących i grup kapitałowych).

Analiza powyższa powinna dotyczyć wszystkich oferentów. Koszty takiej analizy powinien ponosić zamawiający. Banki wykonują wprawdzie podobne analizy, ale wyłącznie na swój użytek i na późniejszym etapie procesu. Wykonanie takich analiz przez zamawiającego (lub na zlecenie zamawiającego) na etapie wyłaniania partnera pozwoli uniknąć poważnych opóźnień i utraty wizerunku zamawiającego w przypadku gdyby brak wiarygodności oferenta został ujawniony dopiero na etapie pozyskiwania finansowania (lub co gorsze na etapie realizacji umowy).

³ "Finanse Samorządowe 2008" Pod redakcją Cezarego Kosikowskiego. Wydawnictwo ABC Wolters Kluwer. Część VII, rozdział 177 „Jakie są granice udzielania poręczeń i gwarancji przez j.s.t.” str 294.

W celu obniżenia kosztów zamawiającego można rozważyć przeprowadzanie powyższej analizy w sposób sekwencyjny - tylko w odniesieniu do jednego oferenta tj. tego, który w danym postępowaniu złożył najkorzystniejszą ofertę pod względem pozostałych kryteriów. W przypadku gdyby w wyniku analizy sytuacji finansowej oferent ten został odrzucony, przeprowadzana byłaby taka analiza odnośnie kolejnego z nich (pod względem pozostałych kryteriów oceny).

Analiza sytuacji finansowej i wiarygodności oferentów ma służyć wyeliminowaniu potencjalnie niewiarygodnych partnerów, rodzących ryzyka wizerunkowe dla strony publicznej (np. przypadek bardzo niskich ofert cenowych na budowę fragmentów autostrady A-2 złożonych przez jedno z konsorcjów, które wycofało się z realizacji zamówienia po rozpoczęciu i zaawansowaniu prac).

Należy także zauważyć, iż ryzyka przedstawione powyżej powstają w szczególności w przetargach, w których wybór oferenta zależy wyłącznie od kryterium ceny (nie dotyczy omawianego Postępowania).

2.2.4. Przeniesienie kosztów monitoringu realizacji umowy PPP na podmiot prywatny

Model ten polega na zwiększeniu zadeklarowanych przez partnera prywatnego rocznych opłat na rzecz podmiotu publicznego o dodatkową kwotę z tytułu kosztów monitoringu ponoszonych przez partnera publicznego z tytułu realizacji umowy PPP (kwota ta jest niezależna od takich wielkości jak zysk czy przychody osiągnięte przez partnera prywatnego i stanowiących podstawę naliczania pozostałej części opłaty na rzecz partnera publicznego). Wszystkie powyższe kwoty są przekazywane przez partnera prywatnego do budżetu partnera publicznego. Dopiero partner publiczny wybiera/rekrutuje, a następnie powierza obowiązki nadzoru realizacji umowy wybranemu/zatrudnionemu przez siebie pracownikowi oraz wypłaca mu wynagrodzenie ze swojego budżetu. Nie zachodzi zatem ryzyko, iż pracownik ten w jakimkolwiek stopniu byłby uzależniony od partnera prywatnego.

Należy zauważyć, iż po wprowadzeniu nowej ustawy o finansach publicznych (wraz z rozporządzeniami) ocena sytuacji budżetowej wielu jednostek samorządu terytorialnego zmieniła się na tyle, iż zatrudnienie wykwalifikowanego profesjonalisty wyłącznie do nadzoru nad realizacją umowy z partnerem prywatnym stało się mocno utrudnione (w kontekście naruszania limitów długu publicznego i deficytu jednostki). Powyższą sytuację można obserwować także w przypadku Powiatu Żywiec, który spełnia wymogi (tj. limity zadłużenia, deficytu i poręczeń) według poprzedniej ustawy o finansach publicznych, lecz nie będzie spełnił wymogów narzuconych nową ustawą.⁴

⁴ „Objaśnienia wartości przyjętych w wieloletniej prognozie finansowej na lata 2011-2021” dla Powiatu Żywiec. Cytat: „Aby organ stanowiący powiatu mógł uchwalić budżet na 2014 rok, zachowując relację określoną w art. 243 ufp, musiałyby na obsługę zadłużenia przeznaczać co roku kwoty prawie dwukrotnie niższe niż to wynika z podpisanych umów kredytowych”.

W związku z powyższym można wskazać jako dobrą praktykę zaproponowane powyżej rozwiązanie polegające na przeliczeniu kosztów monitoringu na partnera prywatnego wraz z obowiązkowym przeznaczeniem tak uzyskiwanych dodatkowych dochodów przez partnera publicznego na potrzeby pokrycia kosztów nadzorowania realizacji umowy.

2.3. Doświadczenia zagraniczne

Doświadczenia zagraniczne mogą być bardzo pomocne przy strukturyzowaniu krajowych przedsięwzięć w formule PPP, w szczególności w sektorze ochrony zdrowia zważywszy choćby na fakt, iż w kraju brak jest takich doświadczeń na chwilę obecną.

W zakresie PPP w służbie zdrowia największe doświadczenia ma Wielka Brytania (76 przedsięwzięć, pierwszy szpital oddany do użytku w 1997 roku).

Ponadto przedsięwzięcia w formule PPP w sektorze ochrony zdrowia realizowane są obecnie w szeregu innych krajów na całym świecie (choć żadne z tych przedsięwzięć nie doszło jeszcze do fazy zakończenia umowy i przekazania majątku na powrót do partnera publicznego).

W Europie prekursorami PPP w sektorze ochrony zdrowia (oprócz lidera - Wielkiej Brytanii) są takie kraje jak Niemcy, Francja, Hiszpania, Portugalia, Włochy, Irlandia, Szwecja. Łączna wartość realizowanych projektów PPP w roku 2010 wyniosła w Europie 2,65 mld EUR i składała się na to 17 przedsięwzięć (uwzględniając tylko te, które uzyskały zamknięcie finansowe).

Na świecie projekty w formule PPP w sektorze ochrony zdrowia realizują obecnie między innymi takie kraje jak Australia, Indie, Kanada, Egipt, Brazylia, Bermudy, USA, Turcja, Meksyk, RPA, Lesotho.

W kolejnych rozdziałach przedstawiono wybrane najciekawsze doświadczenia i wnioski w oparciu międzynarodowe doświadczenia realizacji projektów PPP w sektorze ochrony zdrowia.

2.3.1. Wielka Brytania

W oparciu o doświadczenia brytyjskie sformułowano i zaprezentowano poniżej optymalny podział ryzyk pomiędzy stroną prywatną i publiczną, stanowiący wyraz najlepszych praktyk w zakresie strukturyzacji przedsięwzięć PPP w sektorze ochrony zdrowia.

Strona prywatna lepiej zarządza następującymi kategoriami ryzyka

- dopasowanie projektu do zapotrzebowania
- terminowość budowy
- wzrost kosztów budowy
- wzrost kosztów finansowania
- utrzymanie obiektu szpitala w założonym standardzie przez okres umowy
- utrzymanie zakładanych kosztów eksploatacji obiektu przez okres umowy

- utrzymanie zakładanych standardów usług medycznych przez okres umowy
- utrzymanie zakładanych kosztów świadczenia usług medycznych przez okres umowy

Strona publiczna lepiej zarządza następującymi kategoriami ryzyka

- ryzyko popytu (liczba ludności w rejonie oddziaływania szpitala i potrzeby zdrowotne)
- zmiany dotyczące zasad świadczenia usług medycznych, które mogą wpływać na wymogi odnośnie infrastruktury szpitalnej (np. wprowadzenie przez ustawodawcę nowych uregulowań prawnych odnośnie wymagań dotyczących metrażu sal operacyjnych lub pokoi łóżkowych),
- świadczenie w założonym standardzie usług medycznych spoza zakresu umowy PPP (tj. takich, które nie były przewidziane i nie zostały wpisane do zakresu umowy PPP; nawet jeżeli partner prywatny sam z siebie rozpocznie świadczenie tych usług i np. zdoła zakontraktować je w NFZ, będzie się starał maksymalnie na nich zarobić kosztem jakości, w szczególności, iż jako nie objęte zakresem umowy PPP usługi te nie będą monitorowane przez stronę publiczną w zakresie wypełniania wskaźników jakościowych)
- świadczenie w założonym koszcie usług medycznych spoza zakresu umowy PPP
- zmiany legislacyjne i regulacyjne

Ryzyka zazwyczaj współdzielone pomiędzy strony (współdzielenie polega m.in. na nie przypisywaniu całości ryzyka do jednej tylko strony, na wskazaniu, iż każda ze stron ponosi przypadające na nią konsekwencje danego ryzyka):

- ryzyko planistyczne
- ryzyko warunków posadowienia (warunków gruntowych)
- ryzyko siły wyższej

W tym miejscu warto zauważyć, iż omawiany w niniejszym opracowaniu proces wyboru partnera prywatnego dla Przedsięwzięcia budowy Szpitala Powiatowego w Żywcu wpisuje się częściowo w powyższy schemat podziału ryzyk, przy czym rozbieżność występuje w zakresie trzech kategorii ryzyk w całości przerzuconych na partnera prywatnego: tj. ryzyka siły wyższej, ryzyka zmian legislacyjnych i ryzyka popytu.

W oparciu o doświadczenia z Wielkiej Brytanii wskazano następujące główne korzyści z zastosowania modelu PPP⁵:

- Brak konieczności ponoszenia opłat za infrastrukturę (obiekt szpitalny) zanim nie zacznie ona funkcjonować

⁵ „Do PPP hospitals support long-term health service needs?” Katie Wood, Arup

- Większa pewność dotrzymania harmonogramu budowy obiektu
- Większa pewność dotrzymania założonych kosztów budowy obiektu
- Zapewnienie utrzymania obiektu na wymaganym poziomie przez cały okres umowy
- Uzyskiwanie świadczeń medycznych przez cały okres umowy na wymaganym poziomie (value for money)
- Przejrzystość i łatwość określenia w każdym momencie kosztów świadczenia usług medycznych
- Możliwość uzyskania innowacyjnego podejścia w zakresie projektu samego obiektu jak i późniejszego świadczenia usług

2.3.2. Niemcy

Poniżej zaprezentowane kluczowe doświadczenia w zakresie projektów PPP w sektorze ochrony zdrowia na rynku niemieckim⁶.

Charakterystyka sektora ochrony zdrowia:

- Duże potrzeby inwestycyjne w zakresie budynków, urządzeń i sprzętu medycznego
- Duży potencjał oszczędności energii w przypadku budowy nowych obiektów
- Ograniczone budżety jednostek publicznych
- Zmiana zasad finansowania na system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), co prowadzi do presji finansowej na szpitale
- Wiele starych szpitali ma strukturę rozproszoną przestrzennie oraz nieefektywne procedury działania

Charakterystyka projektów w sektorze ochrony zdrowia:

- Zróżnicowanie projektów w zakresie: wymagań budowlanych, zakresu usług do przeniesienia, wyposażenia i sprzętu medycznego objętego kontraktem
- Ryzyko popytu zazwyczaj nie jest przekazywane do partnera prywatnego
- Tradycyjny podwójny systemu finansowania projektów zdrowotnych (rząd finansuje budynki i infrastrukturę; ubezpieczenia zdrowotne finansują usługi medyczne)

⁶ PPP Workshop Warsaw, Dr. Clemens Elbing, Peter Wettengel; Partnerschaften Deutschland; OPP Deutschland AG

Klasyfikacja usług w sektorze ochrony zdrowia:

- Usługi pierwszego rzędu tj. wszystkie usługi medyczne i procesy pomocy
- Usługi drugiego rzędu – usługi wsparcia medycznego, usługi diagnostyczne i terapeutyczne
- Usługi trzeciego rzędu – recepcja, logistyka, zapasy, zarządzanie zasobami, zasilanie w energię, IT, utrzymanie obiektów i terenu, sprzątanie, pranie, sterylizacja, wywóz nieczystości, usługi transportowe i przewóz pacjentów

Na rynku niemieckim usługi pierwszego rzędu nie mogą być przenoszone w ramach projektów PPP, co jest istotną różnicą w stosunku do rynku polskiego. Następujące elementy łańcucha wartości mogą być przeniesione na partnerów prywatnych w ramach PPP:

- Inwestycje w budynki, infrastrukturę i sprzęt medyczny
- Eksploatacja i utrzymanie budynków, urządzeń i sprzętu medycznego, w tym wszystkie usługi wsparcia (drugiego i trzeciego rzędu)

Projekty budowy szpitali realizowane lub planowane w formule PPP:

- University hospital Essen, WPE (działalność rozpoczęta)
- University hospital Cologne (w budowie)
- University hospital Schleswig-Holstein, NRoCK (w budowie)
- Health-center Esslingen-Ruit(w budowie)
- Main-Taunus hospital (przyznany kontrakt)
- General hospital Viersen (postępowanie wstrzymane)
- Hospital Bremen (postępowanie wstrzymane)

Projekty z zakresu szeroko rozumianej ochrony zdrowia planowane w formule PPP będące na etapie wyłaniania partnera prywatnego:

- ZSP Witos Herborn, Psychiatrie
- Uniklinik Münster –OP-Zentrum
- ZentrumPTC –Aachen
- Klinikum Offenbach –Psychiatrie

- Main-Taunus-Kliniken –Hofheim
- Hochtaunus-Kliniken –Bad Homburg, Usingen
- Bremerhaven Reinkenheide -Reha+Ärztehaus
- Bremerhaven Reinkenheide Gesundheitspark
- Uniklinik Göttingen
- Neckar-Odenwaldkreis Mosbach Ärztehaus
- Klinikum Garmisch-Patenkirchen -Erweiterungsbau

Projekty z zakresu szeroko rozumianej ochrony zdrowia planowane w formule PPP będące na etapie uzyskiwania zamknięcia finansowego

- Partikeltherapiezentrum Kiel (NROCK)
- Klinikum Dortmund –Logistikzentrum
- Protonentherapiezentrum Essen
- Klinikum Köln –U/B West
- Gesundheitszentrum Ruit, Esslingen –Ostfildern
- Kreisaltenheim Schloss Garatshausen –Landkreis Starnberg

Projekt PPP NRoCK (Nordeuropäische Radioonkologische Centrum Kiel) – Centrum Protonowej Terapii Raka (budowa nowego centrum terapii raka)

- Wartość inwestycji 250 mln euro
- Kamienie milowe: 2008 zamknięcie finansowe, 2012 start działalności operacyjnej,
- Okres trwania umowy 25 lat
- Model umowy : własność
- Transakcja „project finance”
- Centrum kompetencji w zakresie diagnostyki i terapii raka, w tym 3 sale terapii protonowej, oraz sale innych terapii nowotworów i klasyczne sale szpitalne
- 3 000 pacjentów rocznie

Projekt PPP WPE Essen (budowa nowego centrum diagnostyki i terapii raka)

- Wartość inwestycji 136 mln euro

- Kamienie milowe: 2006 zamknięcie finansowe, 2010 działalność operacyjna
- Okres trwania umowy 15 lat
- Model umowy : własność
- Transakcja „project finance”
- 2 200 pacjentów rocznie

PPP centrum zdrowia w Esslingen-Ruit

- Budowa nowego centrum zdrowia
- Wartość inwestycji 41 mln euro
- Kamienie milowe: 2009 zamknięcie finansowe, 2012 działalność operacyjna
- Okres trwania umowy 20 lat
- Model umowy : własność
- Charakterystyka obiektu: powierzchnia brutto około 3.300 m², parking dla 200 samochodów, dodatkowa powierzchni 800 m² do użytku osób trzecich

Wnioski na podstawie dotychczasowych doświadczeń niemieckich:

Wdrożone projekty PPP w ochronie zdrowia na rynku niemieckim dowodzą, że oferują one wielką wartość w stosunku do włożonych pieniędzy (value for money)

- Umożliwiają duże inwestycje przy ograniczonych budżetach publicznych
- Zmniejszają całkowite koszty inwestycji bez uszczerbku dla wydajności czy jakości
- Umożliwiają szybką realizację projektów
- Umożliwiają przeniesienie ryzyka do sektora prywatnego

Wciąż istnieje jeszcze szereg barier na rynku niemieckim dla projektów PPP w ochronie zdrowia. Wypracowanie tzw. warunków ramowych jest pierwszym krokiem do ograniczenia tych barier, m.in. poprzez:

- wypracowanie standardowego modelu porównawczego (benchmarking) dla projektów uwzględniając usługi świadczone w całym okresie projektu.
- wypracowanie odpowiedniego sposobu finansowania i struktur zabezpieczeń dla projektów PPP w ochronie zdrowia

2.3.3. Australia

Charakterystyka opieki zdrowotnej w Australii⁷.

Szpitala publiczne

- Bezpośrednio finansowane przez rząd
- Zapewniają najbardziej złożoną opiekę zdrowotną tj. w zakresie nagłych usług ambulatoryjnych i wszelkich bardziej złożonych rodzajów zabiegów
- Długi czas oczekiwania pacjentów na planowane operacje

Szpitala prywatne

- For-profit lub non-profit (duzi korporacyjni operatorzy, operatorzy religijni, prywatne fundusze ubezpieczeń zdrowotnych)
- Krótszy czas oczekiwania ale usługi odpłatne (mogą być pokrywane przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne)
- Tradycyjnie zapewniają mniej kompleksowe usługi medyczne, bez obsługi nagłych wypadków, przeważnie są to takie usługi jak proste planowane operacje
- Stopniowo wprowadzane są coraz bardziej kompleksowe usługi wymagające zaawansowanej technologii.

Historia PPP w stanie Wiktorja

- 1980 - koncentracja na uzyskaniu finansowania pozabilansowego (nie wpływającego na dług publiczny)
- 1990 - wiara, że zwiększenie zaangażowania sektora prywatnego w usługach infrastrukturalnych może wspomóc wzrost i efektywność. Ekonomiczne i finansowe wyniki były w dużej mierze pozytywne. W niektórych przypadkach dążenie do maksymalnego transferu ryzyka w połączeniu z wymogiem koniecznej opłacalności dla sektora prywatnego doprowadziło do niezrównoważenia projektów.
- 2000 - ogłoszono politykę stanu Wiktorja w zakresie Partnerstwa, stanowiącą ramy dla integracji prywatnych inwestycji w infrastrukturę publiczną (stosunek jakości do ceny w interesie publicznym, optymalny podział ryzyka, zrównoważone podejście do kosztów w całym okresie życia projektu, brak domniemania nadzwyczajnej skuteczności sektora prywatnego)

Doświadczenia z pierwszych projektów szpitali w formule PPP w stanie Wiktorja, w oparciu o dwa projekty szpitali o podobnej charakterystyce lecz różnym zakończeniu:

⁷ „PPP in Australia. Hospital Sector Case Study” Richard Foster (Partnerships Victoria), Kylee Anastasi, World Bank Institute.

- szpitale regionalne
- rozproszona lokalizacja usług
- nakłady inwestycyjne nie przekraczające 60 milionów dolarów
- przestarzałe wyposażenie skutkujące nieefektywnym świadczeniem usług
- umowy zawarto w formule wybuduj, posiadaj, zarządzaj (Build, Own, Operate)
- ryzyka podaży, popytu i cen przeniesione na podmiot prywatny
- wybrany wykonawca przyjął wszystkie przeniesione ryzyka

Szpital Regionalny Latrobe

- Otwarty w roku 1998
- Operator i właściciel odrębnymi podmiotami w ramach struktury umowy
- Wystąpiły problemy operatora (ograniczone doświadczenie w świadczeniu usług publicznych, kwestie poziomu zatrudnienia i kosztów, kwestie poziomu usług i efektywności, kwestie podatkowe)
- Przywrócono zarządzanie publiczne

Szpital Mildura Base

- Otwarty w roku 2000
- Wybrano doświadczonego operatora
- Operator miał małą skłonność do akceptacji ryzyka
- Umowa realizowana, solidna finansowo

Kluczowe doświadczenia

- Rozdzielenie funkcji właściciela i operatora powoduje problemy
- Strona publiczna powinna mieć jedną osobę do kontaktu po stronie prywatnej (single point of contact)
- Umowa powinna zapewniać równowagę stron, żadna ze stron nie powinna być uprzywilejowana czy działać z pozycji siły (sustainable contract)
- Niezbędny jest staranny przegląd przed-inwestycyjny (due-diligence)
- Konieczny jest staranny wybór partnera

- Doświadczenie w sektorze prywatnym nie oznacza automatycznie doświadczenia w świadczeniu usług publicznych

Zastosowanie doświadczeń – przykład Royal Women's Hospital

- Realizowany w ramach polityki Partnerstwa stanu Wiktorii
- Realizowany w formule projektowanie, budowa, finansowanie, utrzymywanie (design, build, finance, maintain)
- Nakłady inwestycyjne 235 mln USD,
- 3-letni limit na wybudowanie obiektu
- Wartość bieżąca całego kontraktu (NPV) 360 mln USD
- Okres działania szpitala 25 lat
- Partner prywatny zapewnia utrzymanie obiektu, sprzątnięcie, zwalczanie owadów, ochronę, utrzymanie terenu, parking, help desk
- Państwo zapewnia kliniczne usługi medyczne
- Państwo finansuje dodatkowe prace
- Przetarg rozpoczął się w listopadzie 2003 roku
- Zamknięcie finansowe nastąpiło w czerwcu 2005 roku
- Szpital został otwarty w czerwcu 2008 roku
- Do nowego obiektu przeniesiono dwa funkcjonujące szpitale Royal Women's Hospital (duży szpital położniczy) oraz Frances Perry House (60-cio łóżkowy towarzyszący prywatny szpital specjalistyczny, obejmujący praktyki-funkcje: konsultacyjną, nauczania i badawczą) co pozwoliło na zintegrowanie działań i uzyskanie synergii dla obu obiektów (np. pościel, posiłki)
- Środki ze sprzedaży poprzedniej lokalizacji przyczyniły się do zmniejszenia nakładów inwestycyjnych projektu
- Projekt oceniany jako sukces

Zastosowanie doświadczeń - podsumowanie

- Niezbędna jakościowa i ilościowa ocena przedsięwzięcia i partnerów (due diligence wymagane przez obie strony; miejsce na innowacje w zakresie świadczenia usług; otwarcie na działania komercyjne – parking, sklep)

- Korzystna interaktywna procedura wyłonienia partnera (poznanie oferentów przez stronę publiczną; zrozumienie wymagań podmiotu publicznego przez oferentów; zapoczątkowanie relacji partnerskich kontynuowanych po wyborze partnera)
- Optymalna alokacja ryzyk (podmiot publiczny zachował po swojej stronie ryzyko rozpoczęcia prac; w kontrakcie uwzględniono także ryzyko specyficzne - działania na terenach poinwestycyjnych)

Wnioski

- Model PPP w sektorze opieki zdrowotnej ewoluował w czasie
- Najważniejsze zmiany w podejściu nastąpiły w obszarach nośników („driver’ów”) wspomagających zaangażowanie sektora prywatnego, podziału ryzyka, oczekiwanej efektywności sektora prywatnego i wymaganym doświadczeniu w usługach publicznych
- Zmiana została wsparta przez wprowadzoną Politykę w zakresie Partnerstwa stanu Wiktorii

2.3.4. Brazylia

Projekt obejmujący całkowitą modernizację i reformę obiektów służby zdrowia w Sao Paulo i ma szansę być uznanym za największy lub jeden z największych w skali międzynarodowej. W chwili obecnej projekt jest we fazie definiowania zakresu technicznego. Instytucją zamawiającą jest Sao Paulo Health Municipal Secretariat. Doradcą zamawiającą jest Gesaworld do Brasil.⁸

Projekt ten obejmuje swoim zakresem:

- budowę i wyposażenie trzech całkowicie nowych szpitali
- budowę czterech centrów obrazowania medycznego,
- remont generalny trzech szpitali,
- całkowitą przebudowę (zburzenie i wzniesienie na nowo) sześciu już istniejących szpitali
- pozyskanie usług niemedyceńskich (sterylizacja, pralnia, sprzątnięcie szpitala, konserwacja sprzętu medycznego, konserwacja IT, utrzymanie budynków, renowacja szpitala, usługi przyjęć i recepcji, usługi telefoniczne i nadzoru)

W chwili obecnej projekt jest w fazie wstępnej obejmującej m.in. definiowanie zakresu technicznego przez doradcę i na jakiegokolwiek wnioski pozwalające na przeniesienie doświadczeń na grunt polski jest zbyt wcześnie.

⁸ Private-public participation project (PPP) to modernize hospitals integrated into the Sao Paulo Health Municipal Secretariat (www.gesaworld.com)

2.3.5. Indie

Rząd stanu Pendżab i Max Healthcare Institute Ltd w partnerstwie publiczno-prywatnym tworzą w formule PPP wysokospecjalistyczny zakład opieki zdrowotnej w zakresie leczenia raka i chorób serca wraz z oddziałem ostrego dyżuru w celu zapewnienia niedrogich, wysokiej jakości i efektywnych usług opieki zdrowotnej⁹.

Zachorowalność na raka rośnie w całym Indiach ze względu na wzrost średniej długości życia, a jednocześnie jest bardzo mało ośrodków leczenia raka. W związku z tym zaistniała konieczność uruchomienia dwóch szpitali w Mohali i Bhatinda w stanie Pendżab w celu świadczenia zaawansowanych usług opieki onkologicznej dla mieszkańców tego stanu, jak i stanów sąsiednich (tj. Himachal Pradesh, Haryana i Rajasthan). Ze względu na dużą częstość występowania ofiar wypadków drogowych, konieczne także jest uruchomienie dodatkowo oddziału ostrego dyżuru dla zakładu opieki w Mohali.

Uruchomienie nowoczesnego, wysokospecjalistycznego szpitala pociąga ogromne nakłady inwestycyjne, a ponieważ podmioty prywatne są w stanie dostarczać wysokiej jakości usługi opieki zdrowotnej, uznano, że najlepiej będzie wykorzystać te synergie poprzez uruchomienie tych szpitali w partnerstwie publiczno-prywatnym na nieyabudowanych terenach w obszarze już istniejących szpitali.

W obecnym modelu Max Healthcare Institute Ltd (partner prywatny) będzie budować i zarządzać szpitalem w formule DBOT (Projekt, Budowa, Zarządzanie, Przekazanie) przez okres 50 lat (okres koncesji); rząd stanu Pendżab przekaże tereny niezbędne do wzniesienia szpitala Max Healthcare Institute Ltd, który zapewni usługi opieki zdrowotnej. Max Healthcare Institute Ltd zapłaci rządowi stanu Punjab pewną kwotę z góry (wymóg postępowania) oraz corocznie 5% dochodu brutto jako opłatę koncesyjną. Rząd stanu Pendżab mianuje swojego przedstawiciela w zarządzie szpitala.

Max Healthcare Institute Ltd jest upoważniony do nieobowiązkowego świadczenia usług dla pacjentów innych specjalności niż wyżej wymienione. Świadczenie usług leczenia raka, chorób serca i w zakresie ostrego dyżuru wymienione powyżej są obowiązkowe, ale Max Healthcare Institute Ltd może określić stawki za to leczenie pobierane od pacjentów. Podmiot prywatny powinien także prowadzić programy, wykrywanie raka i programy badań.

Kontrakt został przygotowany przez rząd stanu Pendżab. Jego organizacje zamawiające tj. Punjab State Health Systems Corporation i Punjab Infrastructure Corporation Limited korzystały także z usług doradcy transakcyjnego IL & FS Development Corporation Limited. Ponadto prywatni dostawcy i usługodawcy byli konsultowani na różnych etapach przygotowania modelu, a uzyskane od nich informacje zostały uwzględnione na etapie sporządzania kontraktu.

Zamówienie zostało udzielone podmiotowi prywatnemu, który był wykwalifikowany merytorycznie i zadeklarował najwyższą płatność z góry.

⁹ "PPP Super Specialty Hospitals in Punjab", Center for Health Market Innovations (www.healthmarketinnovations.org)

Komitet sterujący, utworzony przez rząd stanu Pendżab zajmie się zarządzaniem umową. Niezależni inżynierowie będą monitorować budowę szpitala. W przypadku niespełnienia przez podmiot prywatny warunków określonych dla wstępnej fazy realizacji, strona publiczna będzie uprawniona do wykorzystania zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

2.3.6. Turcja

Turecki sektor opieki zdrowotnej podlega w chwili obecnej szeroko zakrojonym reformom, obejmującym także decentralizację władz w zakresie ochrony zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia Republiki Turcji opracowało i realizuje plan, aby rozwinąć i poprawić usługi świadczone w sektorze medycznym, tworząc nowe efektywne struktury ochrony zdrowia. Aby zrealizować tę wizję, turecki rząd obliczył, że w związku ze znaczną liczbą projektów i skalą potrzebnych nakładów wymagane są inwestycje w łącznej wysokości ponad 5 mld USD, które Ministerstwo Zdrowia Republiki Turcji planuje zrealizować w ciągu 5 lat.¹⁰

Ministerstwo Zdrowia Republiki Turcji zdecydowało, że starannie przygotowany program Partnerstwa Publiczno-Prywatnego będzie najskuteczniejszym sposobem realizacji przedsięwzięcia, które ma na celu stworzenie nowoczesnej i wydajnej infrastruktury ochrony zdrowia w Turcji.

W chwili obecnej w Turcji rozpoczęte są 3 projekty realizowane w formule PPP w zakresie ochrony zdrowia:

- Kayseri Health Campus project
- Ankara Etlik Health Complex
- Ankara Bilkent Integrated Health Campus PPP project

W odniesieniu do pierwszego projektu (Kayseri) następujące osiem zespołów zostało wstępnie zakwalifikowanych do uczestnictwa w procesie:

- Alsim Alarko Sanayi Tesisleri ve Ticaret A.S.
- Yildizlar Insaat ve Ticaret A.S. & Lend Lease Europe Holdings Limited Is Ortakligi
- IC Ictas Insaat San. ve Tic. A.S.
- YDA Insaat Sanayi Ticaret A.S. & Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A Is Ortakligi
- Guris Insaat ve Muhendislik A.S.
- Astaldi S.P.A & Turkerler Ins. Turz. Mad.Enr. Urt. Tic. San. A.S. Is Ortakligi
- Vamed Engineering GmbH&Co Kg ve Turk Philips Ticaret A.S. Is Ortakligi
- Obrascon Huarte Lain (OHL)

W marcu 2009 roku zatrudniony został doradca prawny i strategiczny projektu - konsorcjum SLF. Konsorcjum to stanowi joint venture pomiędzy DLA Piper, ACT ECON (firma konsultingowa

¹⁰ "Health PPP projects in Turkey" (<http://pppinframiddleeast.blogspot.com>)

specjalizująca się w zakresie konkurencji i regulacji, z siedzibą w Stambule i Ankarze) oraz Kancelaria Koyuncuoglu (turecka kancelaria z siedzibą w Stambule i Ankarze).

Aby zwiększyć zdolność projektu do pozyskania finansowania (tzw. „bankowalność”) rząd turecki udzielił gwarancji płatności. Kwestie trudności projektów w pozyskania finansowania są charakterystyczne dla tureckiego rynku finansowego, z uwagi na inflację (8-10%) oraz koszt finansowania (12-13%). Fakty te sprawiają, iż trudne jest sfinansowanie projektu o horyzoncie 25 lat (średni czas udzielania koncesji w Turcji wynosi od 12 do 18 lat).

W czerwcu 2010 roku upłynął termin składania ofert. Spośród zakwalifikowanych wstępnie konsorcjów ostatecznie cztery złożyły oferty wiążące. Ogłoszenie zwycięskiego konsorcjum planowano na ostatni kwartał 2010 roku. Według niepotwierdzonych informacji zostało nim , konsorcjum- IC İctaş İnşaat San. i Tic. AS.

W odniesieniu do drugiego projektu (Ankara Etlik Health Complex) trwa oczekiwanie na wyłonienie partnera prywatnego (zaproszenie do złożenia ofert zostało ogłoszone w lutym 2010 roku, pierwotny termin na składanie ofert upłynął 28 stycznia 2011 roku).

W odniesieniu do trzeciego projektu (Ankara Bilkent Integrated Health Campus) w najbliższym czasie spodziewane jest ogłoszenie konsorcjów wstępnie zakwalifikowanych do udziału w procesie.

2.3.7. Kanada

Pomimo dość późnego startu (pierwszy projekt w 2003 roku) Kanada ma bardzo duże doświadczenie w realizacji projektów PPP w sektorze ochrony zdrowia. W chwili obecnej w tym sektorze realizowanych jest 58 projektów PPP (w różnym stopniu zaawansowania), z tego ok. 50 projektów uzyskało już zamknięcie finansowe.¹¹

Należy jednakże zauważyć, że tylko mała część z tych projektów jest realizowana w pełnym zakresie to jest obejmującym zarządzanie szpitalem (DBFO-Design, Build, Finance, Operate). Większość projektów realizowanych w Kanadzie dotyczy jedynie utrzymania obiektu w okresie umowy (DBFM-Design, Build, Finance, Maintain), a świadczenie usług medycznych pozostaje w gestii partnera publicznego.

2.3.8. Republika Południowej Afryki

Projekty obecnie realizowane¹²:

Szpital Inkosi Albert Luthuli.

Szpital ten jest jednym z zaledwie kilku szpitali na świecie funkcjonujących bez dokumentacji papierowej. Podmiot prywatny jest odpowiedzialny za zapewnienie i regularną modernizację sprzętu medycznego, zarządzania infrastrukturą i systemami IT. Zintegrowany system informatyczny pozwala na diagnostykę i leczenie pacjentów z dowolnego miejsca w szpitalu:

¹¹ The Canadian Council for Public-Private Partnerships - Canadian PPP projects Database (<http://projects.pppcouncil.ca/>)

¹² Introducing Public Private Partnerships in South Africa, National Treasury PPP Unit

wszystkie informacje o pacjencie są dostępne w formie elektronicznej dla wszystkich pracowników medycznych, w dowolnym momencie.

Western Cape Rehabilitation Centre i Szpital Lentegeur

Western Cape Rehabilitation Centre stanowi centrum rehabilitacji fizycznej. Szpital Lentegeur jest obiektem leczenia psychiatrycznego. Partner prywatny w ramach projektu świadczy kompleksowe usługi zarządzania dla obu obiektów. Cechą tej umowy PPP jest to, że regionalny departament zdrowia może z góry przewidzieć skutki finansowe niewykorzystanego potencjału w obiektach, co przyczynia się do lepszego wykorzystania środków finansowych. Inną cechą umowy jest to, że cele projektu wymagają pozyskiwania pewnego odsetka pracowników z lokalnych społeczności. Zamknięcie handlowe dla projektu (tj. zawarcie umowy PPP) nastąpiło w listopadzie 2006 roku. Działalność operacyjna w ramach projektu rozpoczęła się w marcu 2007 roku.

Szpital Polokwane - usługi dializy nerek

Jest to pierwszy projekt PPP w sektorze ochrony zdrowia w Republice Południowej Afryki, w którym podmiot prywatny zapewnia 100 procent usług klinicznych. Podmiot prywatny dostarcza wszystkie usługi związane z dializą, w tym zapewnienie specjalistów i patologów. Po przejściu funkcji z Wydziału Zdrowia prowincji Limpopo, partner prywatny stopniowo wprowadza te usługi. Przed realizacją projektu, pacjenci aby poddać się dializie byli zmuszeni dostać się do Garankuwa w prowincji Gauteng. Obecnie mają dostęp do opieki medycznej o standardzie porównywalnym z leczeniem prywatnym. Ten projekt PPP może być wykorzystywany jako modelowy dla innych projektów. Zamknięcie finansowe nastąpiło w listopadzie 2006 roku.

Szpitale Port Alfred i Settlers

W tym projekcie kolokacyjnym w Prowincji Przylądkowej Wschodniej strona prywatna zapewnia infrastrukturę i zarządzania obiektami (projekt kolokacyjny to taki projekt, w którym szpital ma osobne przestrzenie (lub obiekty) dla pacjentów publicznych i prywatnych oraz pewne części wspólne, a partner prywatny odpowiada za prowadzenie całego szpitala i jakość usług dla obu kategorii pacjentów). W tym konkretnym projekcie umowa obejmuje także dostarczenia przez podmiot prywatny pewnych usług klinicznych dla sektora publicznego, a pracownicy sektora publicznego świadczą niektóre usługi kliniczne w części prywatnej szpitala. Ponadto cechą charakterystyczną Grahamstown, gdzie znajduje się Szpital Settlers jest to, iż mieszka tam wielu emerytowanych lekarzy, którzy w ramach tego projektu są w stanie zapewnić usługi specjalistyczne w szpitalu w ramach umowy z partnerem prywatnym. Zamknięcie finansowe dla projektu nastąpiło maju 2007 roku.

W najbliższych latach Departament Zdrowia RPA¹³ planuje uruchomienie szeregu nowych projektów w zakresie PPP w ochronie zdrowia. Restrukturyzacja sektora opieki zdrowotnej jest priorytetem rządu RPA, który koncentruje się na uczynieniu opieki zdrowotnej dostępną i przystępną cenowo dla całego kraju. Partnerstwo Publiczno-Prywatne (PPP) będzie kluczem do

¹³ UK Trade & Investment South Africa (<http://www.trade.uktradeinvest.gov.uk>)

modernizacji i budowy nowych szpitali i klinik. Zapewnienie poprawy i rozbudowy systemu opieki zdrowotnej jest głównym zamiarem obecnego rządu Republiki Południowej Afryki. Rząd jest również bliski uruchomienia krajowego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, który będzie wykorzystany do częściowego sfinansowania powyższego celu.

Rząd RPA zadeklarował, że nowe szpitale zostaną wzniesione we współpracy z sektorem prywatnym przy użyciu modelu PPP. Wartość tych szpitali szacuje się na około 1,8 mld funtów. W chwili obecnej tworzone są lokalne konsorcja, które pozostaną w gotowości do przystąpienia do procedury przetargowej. Flagowe projekty rozbudowy i modernizacji szpitali zostały już zaplanowane przez Ministerstwo Zdrowia. W ramach tej grupy pierwszych pięć szpitali rejonowych otrzymało zadania ukończenia studiów wykonalności do marca 2012 roku.

2.3.9. Szwecja

New Karolinska Solna University Hospital (NKS)¹⁴, to nowy szpital uniwersytecki, który powstanie w Sztokholmie w Szwecji, zastępując obecny Karolinska University Hospital. Planowany termin zakończenia prac przypada na grudzień 2015 roku.

NKS jest również pierwszym projektem z sektora opieki zdrowotnej w Szwecji realizowanym w formule partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP). Jednocześnie jest to też, jak dotychczas, największy projekt na świecie realizowany w formule PPP.

Zakres projektu obejmuje świadczenie usług zarządzania nieruchomościami, konserwacji i obsługi przez okres 25 lat po zakończeniu budowy. Projekt obejmuje również finansowanie. Partnerem publicznym projektu jest hrabstwo Sztokholm.

Począwszy od 2001 roku, szereg raportów i decyzji wskazywało na potrzebę wzniesienia nowego szpitala uniwersyteckiego, który powinien zastąpić obecny obiekt w Sztokholmie. Budowę nowego szpitala uznano za bardziej opłacalną, w porównaniu do renowacji i remontu obecnych obiektów, rozlokowanych na dużym obszarze w ponad 40 budynkach. Budowa nowego szpitala ułatwi również nowe podejście do opieki zdrowotnej poprzez wdrożenie nowoczesnych idei i praktyk.

Decyzja o budowie nowego szpitala uniwersyteckiego w Sztokholmie została podjęta w kwietniu 2008 roku przez Radę Gminy Sztokholm. Zdecydowano również, że działalność szpitala powinna być dogłębnie przeanalizowana, aby zastosować nowoczesne podejście do opieki zdrowotnej. W czerwcu 2008 roku zdecydowano, że nowy szpital uniwersytecki będzie zbudowany z wykorzystaniem modelu PPP (lub PFI), który obejmie również finansowanie i zarządzanie budynkiem po zakończeniu budowy.

- Postępowanie otwarte dla podmiotów wstępnie zakwalifikowanych
- Oferty wiążące złożono do 30 września 2009 roku.
- Zamknięcie finansowe nastąpiło 30 czerwca 2010 roku.
- Rozpoczęcie budowy nastąpiło latem 2010 roku

¹⁴ "The New Karolinska Solna University Hospital " (<http://en.wikipedia.org>)

- Inauguracja nowego obiektu planowana jest na 11 grudnia 2015 roku

2.3.10. Lesotho

Spośród przedsięwzięć zagranicznych realizowanych w mniej rozwiniętych krajach uwagę zwraca projekt realizowany w Lesotho¹⁵, w szczególności ze względu na istotne wnioski, jakie można sformułować pod kątem ich wykorzystania w początkowym okresie wdrażania PPP w sektorze ochrony zdrowia w Polsce:

- Głównym ryzykiem dla tego projektu jest duże prawdopodobieństwo, że projektowany szpital osiągnie maksymalne zapewnienie bardzo wcześnie w perspektywie horyzontu kontraktu, co będzie wymagać od strony publicznej (rząd Lesotho) szybkiej poprawy oferty usług w innych szpitalach w kraju w celu zmniejszenia nacisków pacjentów na skierowanie do szpitala będącego przedmiotem umowy PPP
- Innym zagrożeniem dla powodzenia projektu jest to, czy podmiot prywatny osiągnie sukces w przyciągnięciu i utrzymaniu odpowiedniego personelu medycznego (co do kwalifikacji i liczebności) koniecznego do zapewnienia skutecznej realizacji przedsięwzięcia na uzgodnionych warunkach
- Kluczowym czynnikiem dla dotychczasowego powodzenia tego projektu było zaangażowanie i wsparcie rządu wykazane w całym procesie, od zamówienia publicznego, poprzez negocjacje, aż do zamknięcia finansowego, które nastąpiło w marcu 2009 roku (szpital ma zostać uruchomiony wg planu w lipcu 2011 roku)

¹⁵ „Lesotho. Szpital w partnerstwie publiczno-prywatnym. Model dla zintegrowanego świadczenia usług zdrowotnych”, International Finance Corporation World Bank Group.

3. REKOMENDOWANE ROZWIĄZANIA DLA ANALOGICZNYCH PROJEKTÓW W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA

3.1. Rozwiązania dla przyszłej perspektywy budżetowej

3.1.1. Wyliczanie wielkości dofinansowania UE

W obecnym okresie realizacji budżetu UE określone zostały zasady wyznaczania maksymalnego poziomu dofinansowania dla projektów współfinansowanych ze środków wspólnotowych. Generalną zasadą jest stosowanie formuły tzw. luki finansowej. Oznacza ona, w rozumieniu art. 55 Rozporządzenia ogólnego¹⁶, iż wydatki kwalifikowalne na projekty generujące dochód¹⁷ nie mogą przekraczać bieżącej wartości kosztu inwestycji pomniejszonej o bieżącą wartość dochodu netto z inwestycji w danym okresie odniesienia dla:

- a) inwestycji w infrastrukturę; lub
- b) innych projektów, w przypadku gdy możliwe jest obiektywne oszacowanie dochodu z wyprzedzeniem.

W przypadku gdy nie wszystkie koszty inwestycji są kwalifikowalne do współfinansowania, dochód netto zostaje przyporządkowany pro rata do kwalifikowalnych i niekwalifikowanych części kosztu inwestycji.

Wyjątkiem od ww. reguły wyznaczania poziomu dofinansowania opartej na wyliczeniu luki finansowej, są projekty, których realizacja podlega regulacjom związanym z pomocą publiczną (a usługi medyczne są obecnie w Polsce elementem rynku, na którym konkurują ze sobą podmioty publiczne i prywatne).

W takim przypadku poziom dofinansowania jest zdefiniowany w sposób uzgodniony z Komisją Europejską w dokumencie określającym zasady określania intensywności i/lub maksimum pomocy publicznej. Dokumenty takie¹⁸ określają poza maksymalną intensywnością poziomu dofinansowania, również szczegółowy katalog kwalifikujących się wydatków (które różnią się w części od katalogu wydatków kwalifikowanych wyznaczonych w ramach poszczególnych regionalnych programów operacyjnych, do których ww. regulacja pomocy publicznej ma zastosowanie).

¹⁶ Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności i uchylające Rozporządzenie (WE) nr 1260/1999 (wraz z późn. zm.)

¹⁷ oznaczających jakąkolwiek operację obejmującą inwestycję w infrastrukturę, korzystanie z której podlega opłatom ponoszonym bezpośrednio przez korzystających lub jakąkolwiek operację pociągającą za sobą sprzedaż gruntu lub budynków lub dzierżawę gruntu lub najem budynków, lub jakiejkolwiek inne odpłatne świadczenie usług

¹⁸ Przykładowo można wskazać program pomocy publicznej dla lotnisk regionalnych w Polsce N 196/2008 – Polska (<http://eur-lex.europa.eu/JOHtml.do?uri=OJ:C:2009:204:SOM:EN:HTML>)

W przypadku projektów związanych z zaangażowaniem sektora prywatnego w finansowanie modernizacji czy budowy infrastruktury ochrony zdrowia oraz świadczenia usług ochrony zdrowia niezbędnym będzie przygotowanie w nowej perspektywie rozwiązań prawno-regulacyjnych, określających dopuszczalne limity i rodzaje wydatków, które mogą kwalifikować się do wsparcia ze środków UE. Mając na uwadze aktualny stan prawny możemy przyjąć dwa schematy działania:

1. Przygotowanie ramowych zasad i programu pomocy publicznej na wsparcie ze środków publicznych dla inicjatyw w ochronie zdrowia związanych z wykorzystaniem środków UE oraz angażujących środki prywatne;
2. Zastosowanie regulacji objętych nową mapą pomocy regionalnej (obecna mapa pomocy regionalnej obowiązuje do 31.12.2013 r.).

Kluczowymi elementami nowych uregulowań związanych z ustalaniem wysokości maksymalnego dofinansowania ze środków UE dla inwestycji w sektorze ochrony zdrowia, powinny zostać objęte następujące obszary:

- strumienie przychodów (identyfikacja, rodzaj, forma, warunki, metodologia prognozowania /rozkład w czasie, trendy/, okres gwarantowania kontraktu przez stronę publiczną itp.);
- Kwestia płatności (dopłat) partnera publicznego
- Zagadnienie zwrotu majątku po zakończeniu umowy, wyznaczenie wartości rezydualnej
- Długość okresu analiz finansowych;
- Zakres i format wymaganych analiz finansowych (np. dla objęcia wspólną metodologią wyliczania wskaźników oceny danego projektu);
- Rodzaje działań/wydatków kwalifikujących się do uzyskania wsparcia ze środków publicznych (w tym UE);

3.1.2. Trwałość projektu

Podstawową zasadą w ramach realizacji projektów finansowanych ze środków UE w okresie 2007-2013 (tj. w obecnej perspektywie) jest wymóg zachowania efektów realizacji danego projektu w terminie pięciu lat od zakończenia operacji lub trzech lat w celu utrzymania inwestycji lub miejsc pracy stworzonych przez MŚP. Trwałość jest rozumiana jako brak zasadniczych modyfikacji projektu:

a) mających wpływ na jej charakter lub warunki jej realizacji lub powodujących uzyskanie nieuzasadnionej korzyści przez przedsiębiorstwo lub podmiot publiczny; oraz

b) wynikających ze zmiany charakteru własności elementu infrastruktury albo z zaprzestania działalności produkcyjnej.

Zapisy Rozporządzenia ogólnego wskazują na konieczność łącznego zaistnienia dwóch ww. elementów dla możliwości obniżenia lub odebrania przyznanego dofinansowania ze środków UE. Nie oznacza to, iż dane państwo członkowskie, czy instytucja zarządzająca nie może zaostrzyć warunków określonych w ww. akcie prawnym.

Podczas prac nad zasadami regulującymi wykorzystanie środków wspólnotowych w nowym okresie budżetu UE, należy rozważyć czy zapisy w zakresie trwałości nie będą ograniczały konkurencyjności na rynku podmiotów ubiegających się o dany projekt PPP (np. formalny zakaz przenoszenie własności majątku wytworzonego przy udziale środków UE).

3.1.3. Kwalifikowalność wydatków

Kwalifikowalność wydatków w bieżącym okresie budżetowym została określona w regulacjach na poziomie UE oraz na poziomie każdego kraju/programu operacyjnego.

Obecne regulacje charakteryzuje wspólny, dość krótki katalog wydatków niekwalifikowanych na poziomie całej UE wraz z nieco bardziej szczegółową regulacją pewnych specyficznych obszarów kwalifikowanych (np. mieszkalnictwo). Poza tym, katalog regulacji dotyczących kwalifikowalności został przeniesiony na poszczególne kraje i instytucje zarządzające.

Cechą charakterystyczną takiego rozwiązania jest możliwość stosowania odmiennych regulacji przez poszczególne instytucje znajdujące się w systemie wdrażania. Powoduje to określone trudności związane z analizą inwestycji o podobnym zakresie działania (np. w szpitalu czy inne zakłady opieki zdrowotnej) a zlokalizowane w innych obszarach geograficznych (województwach).

Dlatego też dla inwestycji planowanych do realizacji w następnej perspektywie z udziałem środków UE w formule PPP, należy rozważyć przygotowanie pewnych horyzontalnych zasad, wspólnych dla wszystkich programów operacyjnych. Zasady te powinny być przygotowywane przez wyspecjalizowaną jednostkę w ramach struktury MRR, posiadającą bieżącą znajomość zasad funkcjonowania rynku PPP w Polsce i na świecie.

Ponadto, zakładając iż wsparcie projektów PPP będzie wymagać opracowania stosownych programów pomocy publicznej, należy już obecnie skoncentrować się na próbie określenia katalogu wydatków kwalifikujących się do wsparcia oraz zasad i warunków dopuszczalności takiej pomocy w przypadku sektora ochrony zdrowia w Polsce.

W zakresie samego katalogu wydatków warto rozważyć objęcie wsparciem ze środków UE także wydatków ponoszonych przez stronę publiczną na przygotowanie i przeprowadzenie procesu wyłonienia partnera prywatnego dla przedsięwzięć realizowanych w formule PPP i finansowanych ze środków UE. Przedsięwzięcia te charakteryzują się bodajże najwyższą złożonością ze wszystkich form kontraktowania dostaw od podmiotów prywatnych przez stronę publiczną. W związku z tym jakiegokolwiek oszczędności w zakresie wykorzystania profesjonalnych doradców dla strony publicznej na etapie wyłaniania partnera prywatnego i późniejszej negocjacji umowy (wymuszone choćby sytuacją budżetową w jakiej znalazła się znaczna część jednostek samorządu terytorialnego w kraju po zmianie ustawy o finansach publicznych) będą skutkować z całą pewnością licznymi niedoskonałościami samego procesu jak i uchybieniami w umowach zawartych z partnerami prywatnymi. Tego typu niedoskonałości i uchybienia mogą z kolei doprowadzić do fiaska szeregu przedsięwzięć PPP oraz powstania negatywnych opinii w społeczeństwie co do samej formuły partnerstwa publiczno-prywatnego.

Do rozważenia pozostaje także - jako odrębny instrument finansowy - kwestia kwalifikowalności wydatków na samo przygotowanie nie-hybrydowych projektów PPP, tj. finansowanych w sposób klasyczny, bez udziału środków UE (propozycje przedstawione w akapicie poprzedzającym dotyczyły projektów finansowanych ze środków UE).

Warto również rozważyć objęcie wsparciem ze środków UE kosztów nadzoru nad realizacją projektu PPP po stronie partnera publicznego, gdyż jak wykazują liczne doświadczenia zagraniczne^{19 20}, jest to jeden z podstawowych czynników sukcesu w realizacji przedsięwzięć w formule PPP. Alternatywnym podejściem w tej kwestii może być przerzucenie kosztów monitoringu na partnera prywatnego (według modelu przedstawionego w sekcji 2.2.4 niniejszego raportu).

3.1.4. Zasady wyboru projektów

Projekty UE wybierane są obecnie w Polsce w ramach 3 schematów:

- Konkursów;
- Projektów indywidualnych
- Projektów systemowych

Należy zwrócić uwagę, iż częstokroć zakres projektów PPP modyfikowany jest do momentu podpisania finalnej umowy. Może się więc zdarzyć, iż początkowo zakładany zakres projektu ulegnie podczas procesu negocjacji kluczowym zmianom. Aktualnie obowiązujące zasady związane z projektami wspieranymi ze środków UE, preferują projekty o dokładnie sprecyzowanej już na etapie aplikacji strukturze, zakresie i harmonogramie. Tego typu formuła, która oczywiście związana jest z rygorami wykorzystania wsparcia UE, w dość oczywisty sposób może wpływać na zawężenie możliwości właściwego sprofilowania projektów PPP. Dlatego też, można rozważyć uelastycznienie systemu wyboru projektów UE planowanych do realizacji przy udziale środków prywatnych w formule PPP, tak aby:

- Nie dyskwalifikować projektów na wczesnym etapie przygotowania;
- Wprowadzić mechanizmy korelacji procesów: wyboru partnera prywatnego i pozyskiwania dofinansowania z UE;
- Zapewnić możliwość wprowadzania zmian w zaakceptowanych już projektach.
- Wprowadzić mechanizmy warunkowego przyznawania dofinansowania (analogiczne jak w przypadku spalarni)

¹⁹ „Do PPP hospitals support long-term health service needs?” Katie Wood, Arup

²⁰ „Lesotho. Szpital w partnerstwie publiczno-prywatnym. Model dla zintegrowanego świadczenia usług zdrowotnych” (International Finance Corporation World Bank Group)