

Anna TRELA<sup>1</sup>

## PARTNERSTWO PUBLICZNO-PRYWATNE W OCHRONIE ZDROWIA

Niewątpliwie system opieki zdrowotnej w Polsce wymaga reformy systemowej. Jest to bardzo złożony proces, związany z koniecznością wprowadzenia wielu zmian dotyczących deregulacji i odwróconej piramidy, zgodnie z założeniami koncepcji opracowanej przez Ministerstwo Zdrowia. Elementy tej koncepcji są nierozłączne i uwzględniają aktualne wyzwania stojące przed służbą zdrowia w Polsce, nowoczesną infrastrukturę, transfer nowych technologii oraz szczegółowe mapowanie potrzeb. Nie jest jasne, dlaczego w tych założeniach ministerstwa nie ma rozwiązań dotyczących partnerstwa publiczno-privatnego. Instytucja ta jest znana w Polsce od 2005 r. W dalszej części artykułu zwrócono uwagę na możliwości zastosowania partnerstwa publiczno-privatnego w ochronie zdrowia i scharakteryzowano funkcjonujące modele. Następnie dokonano opisu rozwiązań uwzględniających współpracę sektora prywatnego i publicznego w wybranych krajach, m.in. w Niemczech, we Francji i w Polsce. W przypadku Polski partnerstwo publiczno-privatne jest wykorzystywane bardzo rzadko. Sztandarowym przykładem jest działający szpital w Żywcu, w którym wdrożono kanadyjskie doświadczenia w funkcjonowaniu partnerstwa publiczno-privatnego.

**Słowa kluczowe:** partnerstwo publiczno-privatne, ochrona zdrowia, szpital, przedsięwzięcie, współpraca

### 1. WPROWADZENIE

Instytucja partnerstwa publiczno-privatnego (PPP) uregulowanego Ustawą z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-privatnym (Dz.U. z 2023 r. poz. 1637 – dalej ustawa o PPP) powinna być postrzegana nie tylko jako forma finansowania zadań publicznych, ale przede wszystkim jako organizacyjno-prawna forma ich realizacji także w ochronie zdrowia. Ochrona zdrowia jest jednym z obszarów życia społecznego, w którym przenikające się wzajemnie sfery publiczna i prywatna współtworzą system zdrowia publicznego w Polsce od wielu lat. Z jednej strony istotne jest zapewnienie ciągłości inwestowania poprzez tworzenie infrastruktury i rozwój nowoczesnych technologii medycznych, z drugiej – zapewnienie

<sup>1</sup> Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Prawa i Administracji.

powszechnej dostępności do wysokiej jakości usług. Wymaga to nie tylko zmian organizacyjnych dokonywanych wewnątrz systemu ochrony zdrowia i oparcia go w dalszym ciągu na własności publicznej, ale przede wszystkim poszukiwania takich form wykonywania zadań publicznych, które będą mogły uwzględnić szeroko rozumianą współpracę sektora publicznego i prywatnego.

Nie zawsze jednak ta współpraca jest rozumiana we właściwy sposób. Partnerstwo publiczno-prywatne ma ugruntowane miejsce w prawie publicznym, które należy rozumieć zgodnie z art. 1 ust. 2 ustawy o PPP. Przedmiotem partnerstwa publiczno-prywatnego nie jest każde współdziałanie między podmiotem publicznym i prywatnym, lecz tylko takie, którego celem jest wspólna realizacja przedsięwzięcia oparta na podziale zadań i ryzyk. Ustawodawca określa zatem zakres podmiotowy ustawy, wskazując, że współpraca ma dotyczyć podmiotów publicznych i partnerów prywatnych oraz polegać na wspólnej realizacji przedsięwzięcia zakładającej podział zadań i ryzyk pomiędzy podmiotem publicznym i partnerem prywatnym.

W ochronie zdrowia mimo wielu działań podejmowanych na rzecz rozwoju partnerstwa publiczno-prywatnego trudno znaleźć spektakularne przykłady. Trzeba zatem zastanowić się nad tym, co przyczynia się do takiego stanu rzeczy.

## **2. POJĘCIE PARTNERSTWA PUBLICZNO-PRYWATNEGO I JEGO ROZWÓJ W DOKUMENTACH PROGRAMOWYCH**

Pierwszym aktem prawnym w Polsce dotyczącym partnerstwa publiczno-prywatnego była Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz.U. Nr 169 poz. 1420 ze zm. – dalej ustawa z 2005 r.). Definiowała ona partnerstwo publiczno-prywatne jako opartą na umowie współpracę podmiotu publicznego i partnera prywatnego, służącą realizacji zadania publicznego. Przedmiotem tej umowy było wykonanie przez partnera prywatnego przedsięwzięcia za wynagrodzenie na rzecz podmiotu publicznego. Ponadto partner prywatny był zobowiązany do poniesienia w całości albo w części nakładów na przeprowadzenie przedsięwzięcia lub do zapewnienia ich poniesienia przez inne podmioty. Ustawodawca wskazywał też, że partnerstwo publiczno-prywatne może stanowić sposób realizacji przedsięwzięcia, jeżeli przynosi to korzyści dla interesu publicznego przeważające w stosunku do tych wynikających z innych sposobów przeprowadzenia tego przedsięwzięcia. Korzyścią dla interesu publicznego miały być w szczególności oszczędności w wydatkach podmiotu publicznego, podniesienie standardu świadczonych usług lub obniżenie uciążliwości dla otoczenia.

Przedsięwzięciem w rozumieniu ustawy z 2005 r. były: zaprojektowanie lub realizacja inwestycji w wykonaniu zadania publicznego; świadczenie usług publicznych przez okres powyżej 3 lat, jeżeli obejmuje eksploatację, utrzymanie lub zarządzanie niezbędnym do tego składnikiem majątkowym; działanie na rzecz rozwoju

gospodarczego i społecznego, w tym rewitalizacja albo zagospodarowanie miasta lub jego części albo innego obszaru, przeprowadzone na podstawie projektu przedłożonego przez podmiot publiczny lub połączone z jego zaprojektowaniem przez partnera prywatnego, jeżeli wynagrodzenie partnera prywatnego nie będzie mieć formy zapłaty sumy pieniężnej przez podmiot publiczny, oraz przedsięwzięcie pilotażowe, promocyjne, naukowe, edukacyjne lub kulturalne, wspomagające realizację zadań publicznych, jeżeli wynagrodzenie partnera prywatnego będzie pochodziło w przeważającej części ze źródeł innych niż środki podmiotu publicznego.

Obecna definicja partnerstwa publiczno-prywatnego kładzie nacisk nie tylko na podział zadań i ryzyk, lecz podobnie jak ustawa z 2005 r. określa, że przez umowę o partnerstwie publiczno-prywatnym rozumieć należy zobowiązanie partnera prywatnego do wykonania przedsięwzięcia za wynagrodzeniem oraz poniesienia w całości albo w części wydatków na jego realizację lub poniesienia ich przez osobę trzecią. Z kolei podmiot publiczny zobowiązuje się do współdziałania w osiągnięciu celu przedsięwzięcia, w szczególności poprzez wniesienie wkładu własnego.

Umowa o partnerstwie publiczno-prywatnym może wyodrębniać w ramach wynagrodzenia partnera prywatnego wysokość płatności ponoszonych przez podmiot publiczny na finansowanie wytworzenia, nabycia lub ulepszenia środków trwałych albo nabycia wartości niematerialnych i prawnych w ramach realizacji przedsięwzięcia, spełniających przesłanki wydatków majątkowych w rozumieniu art. 124 ust. 4 albo art. 236 ust. 4 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1483). Umowa o partnerstwie publiczno-prywatnym określa także skutki nienależytego wykonania i niewykonania zobowiązania, w szczególności kary umowne lub obniżenie wynagrodzenia partnera prywatnego lub spółki celowej powstałej w celu realizacji przedsięwzięcia.

Na podstawie przedstawionych powyżej elementów partnerstwa uważa się, że „partnerstwo publiczno-prywatne zostało zdefiniowane w ustawie o PPP w sposób otwarty, poprzez wskazanie podstawowych cech umowy tego typu” [Wawrzyniak, Korbus 2012].

Za otwartym ujmowaniem definicji partnerstwa publiczno-prywatnego przemawiały dotychczas wytyczne Komisji UE, w których przyjęto, że partnerstwo publiczno-prywatne to partnerstwo między sektorem publicznym oraz prywatnym w celu realizacji projektu lub świadczenia usług tradycyjnie wykonywanych przez sektor publiczny. W wytycznych „uznaje się, że obie strony osiągają korzyści odpowiednio do stopnia realizowania przez nie zadań. Przez umożliwienie każdemu z sektorów robienia tego, co potrafi najlepiej, usługi publiczne oraz infrastruktura są realizowane i dostarczane w najbardziej efektywny ekonomicznie sposób. Głównym celem partnerstwa publiczno-prywatnego jest zatem kształtowanie takich stosunków między stronami, aby ryzyko ponosiła ta strona, która najlepiej potrafi je kontrolować” [European Commission 2003]. Prawo unijne potwierdziło otwartość rozumienia partnerstwa publiczno-prywatnego w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającym

wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego, a także przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającym Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006. W Rozporządzeniu nr 1303/2013 partnerstwo publiczno-prywatne definiowane jest jako „forma współpracy między podmiotami publicznymi a sektorem prywatnym, których celem jest poprawa realizacji inwestycji w projekty infrastrukturalne lub inne rodzaje operacji realizujących usługi publiczne, poprzez dzielenie ryzyka, wspólne korzystanie ze specjalistycznej wiedzy sektora prywatnego lub dodatkowe źródła kapitału” (Dz.U. UE L 347/320 z 20 grudnia 2013 r.).

Podkreślić też należy, że obecnie partnerstwo publiczno-prywatne może być finansowane ze środków unijnych, co określa się mianem projektów hybrydowych [Partnerstwo publiczno-prywatne w nowym okresie programowania 2014-2020, 2013]. Przyjęte w ustawie o PPP rozwiązanie oznacza, że każdy podmiot publiczny będzie mógł podejmować współpracę w ramach partnerstwa wyłącznie w granicach swoich zadań [Kania 2013: 262].

Ustawa o PPP odmiennie definiuje przedsięwzięcie aniżeli ustawa z 2005 r. Obecnie przedsięwzięcie to: budowa lub remont obiektu budowlanego; świadczenie usług; wykonanie dzieła, w szczególności wyposażenie składnika majątkowego w urządzenia podwyższające jego wartość lub użyteczność, lub inne świadczenie – połączone z utrzymaniem lub zarządzaniem składnikiem majątkowym, który jest wykorzystywany do realizacji przedsięwzięcia publiczno-prywatnego lub jest z nim związany.

Przekazanie przez państwo wykonywania zadań publicznych podmiotom prywatnym niewątpliwie stanowi połączenie „wygody administracyjnej i zalet praktycznych” [Błaś 2000: 24]. W partnerstwie publiczno-prywatnym dąży się do finansowania i realizacji zadania publicznego przez podmiot prywatny [Gonet 2008: 80-81], jednocześnie zakładając, że korzyści ekonomiczne i społeczne osiągnie zarówno podmiot publiczny, jak i partner prywatny. Mianem partnerstwa publiczno-prywatnego w doktrynie określa się zasadniczo każde działanie polegające na wykonywaniu zadań publicznych, o ile opiera się na współdziałaniu podmiotu publicznego i partnera prywatnego.

Partnerstwo publiczno-prywatne to proces złożony, obejmujący całokształt działań organizacyjnych, począwszy od sporządzania analiz, aż do zawarcia umowy o PPP i następnie wspólnego faktycznego realizowania przedsięwzięcia [Kulesza, Bitner, Kozłowska 2006: 33]. Partnerstwo publiczno-prywatne jest też traktowane jako forma (instrument) sprawnego wykonywania przez administrację zadań publicznych [Korbus, Strawiński 2009: 23], a nawet jako bardzo szeroka i pojemna formuła współdziałania podmiotów prywatnych i publicznych [Glumińska-Pawlic

2013: 13]. W doktrynie można także spotkać definicje opisowe partnerstwa publiczno-privatnego odnoszące się do cech tej szczególnej współpracy podmiotów publicznych i partnerów prywatnych [Kania 2014: 117-122].

Partnerstwo publiczno-privatne nawiązuje się w szczególnym trybie ustawowym. Wybór partnera na gruncie ustawy o PPP pozostawiony jest w gestii podmiotu publicznego [Trela 2014: 95 i nn.]. W zależności od zasad wynagrodzenia partnera prywatnego i sposobu finansowania przedsięwzięcia stosuje się przepisy Ustawy z dnia 21 października 2016 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi (Dz.U. z 2021 r. poz. 541) albo Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 1320). Ustawa o PPP przewiduje też trzeci tryb wyboru partnera w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej i wolnej konkurencji oraz przestrzeganie zasad równego traktowania, przejrzystości i proporcjonalności, przy odpowiednim uwzględnieniu przepisów ustawy o PPP, a w przypadku wniesienia przez podmiot publiczny wkładu własnego będącego nieruchomością, także przepisów Ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami (Dz.U. z 2024 r. poz. 1145).

W Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) w kontekście realizacji zwiększenia efektywności wydatków publicznych w zakresie dostarczania wysokiej jakości infrastruktury i usług publicznych wyraźnie zaakcentowano rozwój partnerstwa publiczno-privatnego w obszarach takich jak edukacja, ochrona zdrowia, ochrona środowiska czy infrastruktura, jednocześnie wskazując, że stanowi ono wyzwanie dla administracji publicznej i przedsiębiorców. W ramach planowanych działań do 2020 r. zaproponowano: zwiększenie skali i efektywności inwestycji finansowanych w systemie partnerstwa publiczno-privatnego; wprowadzenie zmian prawnych przyjaznych dla rozwoju PPP, w tym wyeliminowanie zidentyfikowanych barier systemowych; wypracowanie standardowych dokumentów umownych i przetargowych dla projektów PPP; stworzenie listy planowanych przedsięwzięć PPP obejmującej inwestycje rządowe i samorządowe, które potencjalnie mogą być realizowane w ramach PPP, w tym powiązanie ww. listy z rządowymi programami społeczno-gospodarczymi; szersze wykorzystanie dostępnych źródeł finansowania w realizacji projektów PPP, w tym Polskiego Funduszu Rozwoju oraz środków i instrumentów gwarancyjnych UE; zintensyfikowanie wsparcia merytorycznego i weryfikacji planowanych projektów PPP. Z kolei działania zaplanowane po 2020 r. miały dotyczyć rozszerzenia zakresu działań upowszechniających stosowanie formuły PPP i ich dostosowania do aktualnych potrzeb rynku, zidentyfikowanych na podstawie przeprowadzonej ewaluacji. Celem realizowanych zadań miało być w dalszym ciągu zwiększenie efektywności i skali usług publicznych oraz infrastruktury publicznej dostarczanych przy zastosowaniu PPP.

Także w Krajowym Planie Odbudowy (KPO) znajdują się działania dotyczące rozwoju i modernizacji zasobów infrastruktury zdrowia, w tym w szczególności sprzętu i aparatury medycznej zapewniającej dostęp do usług dostarczanych

w zgodzie z mapami potrzeb zdrowotnych. Inwestycje będą miały charakter długofalowy, zostaną ukierunkowane na wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) i opieki szpitalnej, z uwzględnieniem rozwoju deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu umowy partnerstwa. Działania w KPO mają na celu reformę polegającą na upodmiotowieniu pacjenta i zwiększeniu jego udziału w zarządzaniu zdrowiem, wykorzystując dane o zdrowiu – działania te mają charakter systemowy i będą realizowane w dłuższej perspektywie. Działania proponowane w ramach KPO przyczyniają się ponadto do wzmocnienia odporności sektora ochrony zdrowia zarówno poprzez rozwój zdalnych form usług, jak i wzmocnienie monitorowania i nadzoru w zakresie cyberbezpieczeństwa.

W Krajowym Programie Transformacji przyjętym na podstawie art. 95b Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.) uwzględniającym rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia (Dz. Urz. Ministra Zdrowia z 2024 r. poz. 146) nie ma ani słowa o rozwoju partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze zdrowia. Podobnie jest w koncepcji i założeniach reformy ochrony zdrowia na lata 2024-2026 opracowanej przez Ministerstwo Zdrowia, w której nie ma żadnych propozycji dotyczących PPP, jego miejsca i znaczenia w proponowanych zmianach systemowych [Ministerstwo Zdrowia 2024].

W Sejmie powstał Parlamentarny Zespół ds. Partnerstwa Publiczno-Prywatnego [Senat 2025], w ramach którego odbyły się trzy posiedzenia. Tylko jedno dotyczyło sprawozdawczej relacji z realizacji przedsięwzięcia w ramach PPP, tj. Szpitala Powiatowego w Żywcu.

### **3. MODELE PARTNERSTWA PUBLICZNO-PRYWATNEGO I ICH WYKORZYSTANIE W OCHRONIE ZDROWIA**

Model partnerstwa publiczno-prywatnego może być zastosowany do realizacji wielu przedsięwzięć w ochronie zdrowia, takich jak: modernizacja i budowa szpitala; tworzenie ośrodków opieki ambulatoryjnej, diagnostycznych i zabiegowych; budowa, finansowanie i prowadzenie ośrodków specjalistycznych, np. radioterapii i stacji dializ; zarządzanie szpitalami publicznymi, zasobami ludzkimi w placówkach ochrony zdrowia i świadczenie zróżnicowanych usług pozamedycznych – np. w zakresie obsługi prawnej, doradczej, informatycznej, ale również prowadzenia stołówek, pralni itp. [Suchecka 2011: 215; Bem 2011: 31].

W literaturze wyróżnia się następujące modele PPP w ochronie zdrowia [Cieślak 2016: 149-296]:

- pełny – podmiot publiczny powierza sfinansowanie, projektowanie i budowę (rozbudowę lub modernizację) obiektu leczniczego oraz zarządzanie tym obiektem

oraz udzielanie świadczeń; podmiot prywatny uzyskuje w zamian kontrakt NFZ na realizację świadczeń, może także prowadzić działalność komercyjną;

- wariant za dostępność – podmiot publiczny powierza sfinansowanie, projektowanie i budowę (rozbudowę lub modernizację) obiektu leczniczego oraz zarządzanie tym obiektem; pozostaje odpowiedzialny za realizację zadania publicznego;
- wariant operatorski – w ramach współpracy podmiot publiczny powierza podmiotowi prywatnemu zarządzanie już istniejącą placówką.

W Wielkiej Brytanii pierwszym krokiem w kierunku PPP było zastosowanie w 1996 r. inicjatywy prywatnego inwestowania, którą następnie zamieniono na model DBFO (projektuj – buduj – finansuj – eksploatuj) lub DBFM (zaprojektuj – wybuduj – sfinansuj – utrzymuj) [Godlewska 2018: 119].

W Portugalii z kolei powołano dwie spółki celowe, z których jedna miała wybudować infrastrukturę i nią zarządzać, a druga – świadczyć usługi medyczne [Godlewska 2018: 122].

We Francji w celu realizacji wieloletniego planu inwestycyjnego w ochronie zdrowia wprowadzono w 2003 r. nową instytucję, tzw. Bail Emphytéotique Hospitalier (BEH). Jest to specjalny rodzaj umowy najmu stosowany w sektorze opieki zdrowotnej, który umożliwia publicznym placówkom opieki zdrowotnej (*établissements de santé EPS*) zwrócenie się do prywatnych inwestorów o budowę lub modernizację ich obiektów. Umowa ta daje inwestorowi (dzierżawcy emfiteutycznemu) rzeczywiste prawo do nieruchomości na czas trwania dzierżawy, który może wynosić od 18 do 99 lat. W praktyce jednak konieczność pokrycia okresu obowiązywania BEH z okresem obowiązywania umów finansowych będzie oznaczać bardziej prawdopodobny okres trwania, wynoszący maksymalnie 20-30 lat. Na mocy tej umowy placówka służby zdrowia publicznego udostępnia swój teren prywatnemu operatorowi, przyznając mu prawo rzeczowe, które pozwoli mu na posiadanie budynków, które operator tam wybuduje, co umożliwi mu udzielanie bankom gwarancji rzeczowych, takich jak hipoteki, w celu sfinansowania budowy. W zamian za zapłatę czynszu operator finansuje, projektuje, buduje, utrzymuje i przeprowadza konserwację obiektu. Niektóre usługi, takie jak pralnia, mogą być również świadczone przez operatora, bez konieczności delegowania jakichkolwiek zadań opiekuńczych, co nie jest dozwolone na mocy prawa francuskiego. Z perspektywy szpitala zaleta BEH wydaje się przekonująca – placówka opieki zdrowotnej płaci stały czynsz, oparty na inwestycji operatora, od momentu wprowadzenia się. Podobnie konstrukcja jest zaprojektowana wyłącznie w celu zaspokojenia potrzeb wyrażonych przez szpital. Operator musi też osiągnąć wymaganą wydajność pod względem funkcjonalności, konserwacji i utrzymania. Z drugiej strony długi czas trwania umowy wymusza silną kontrolę szpitala nad operatorem, zwykle utworzonym jako spółka ad hoc, w której uczestniczą finansisci, konstruktorzy i biura techniczne.

Jeśli chodzi o modele PPP w Niemczech, to wyróżnia się tzw. model właścicielski – „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” [Schulders 2019: 58].

W przypadku Polski instytucja PPP wykorzystywana jest bardzo rzadko. Dotychczas sukcesem w postaci podpisania umowy zakończyły się następujące projekty:

- roboty budowlane polegające 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;
- 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 łóżkowy nefrologiczny;
- przebudowa Domu Opieki Społecznej w Kobylnicy na potrzeby zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz wykonywania zadań o charakterze komplementarnym;
- budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu;
- budowa i prowadzenie Ośrodka Onkologicznego przy Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie.

Największym do tej pory osiągnięciem jest budowa szpitala w Żywcu. Pierwsze działania zostały podjęte w 2009 r., a szpital rozpoczął działalność we wrześniu 2020 r. Czas realizacji z pewnością odbiega od standardów europejskich czy światowych, które zazwyczaj wynoszą 4-8 lat. W przypadku Żywca partner prywatny został wybrany w trybie dialogu konkurencyjnego określonego przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych. Do negocjacji zaproszono dziewięć konsorcjów oraz spółkę InterHealth Canada (IHC), która ostatecznie podpisała umowę. W Żywcu umowa PPP została zawarta pomiędzy Starostwem Powiatowym w Żywcu a IHC, która poza finansowaniem wniosła do tego projektu doświadczenie w realizacji i prowadzeniu analogicznych projektów na całym świecie oraz ekspertyzę w zakresie zarządzania szpitalami i zasobami ludzkimi [Medicalpress 2025]. W toku

postępowania umowa była aneksowana aż 37 razy. Wynikało to z braku możliwości finansowania przedsięwzięcia, błędnego podziału ryzyk pomiędzy inwestorem a wykonawcą i braku doświadczeń w realizacji tego typu inwestycji. Dzisiaj podkreśla się brak wsparcia ekonomicznego, prawnego i technicznego na etapie realizacji, którym obecnie dzielą się zarówno inwestor, jak i wykonawca w trakcie organizowanych seminariów [Medicalpress 2025]. Umowa IHC została zawarta na 32 lata, po których albo nastąpi przedłużenie umowy ze spółką, albo przekazanie całej infrastruktury, kontraktów z NFZ i wyposażenia z powrotem na rzecz partnera publicznego.

Analizując przebieg inwestycji w Żywcu, wskazuje się na różnice występujące w obszarach PPP. I tak w Kanadzie realizowanych jest 286 projektów PPP, a ich łączna wartość rynkowa to prawie 403 mld zł; aż 35% to projekty w ochronie zdrowia. Dziś podejście do PPP jest wystandardyzowane i efektywne, dlatego znajduje chętnych do realizacji inwestycji w tej formule. W Kanadzie najbardziej popularny jest model design-build-maintain, w którym projekt jest podzielony na dwie fazy: zaprojektowania i budowy, po których partner prywatny otrzymuje pierwszą dużą płatność, a potem następuje faza utrzymania, w której partner prywatny jest odpowiedzialny za utrzymanie budynku szpitala i zazwyczaj nie świadczy usług medycznych. Umowy zawierane są na 25-30 lat, w ramach których partner prywatny otrzymuje od partnera publicznego miesięczne płatności, które odzwierciedlają koszt budowy, finansowania oraz utrzymania obiektu [Górska-Nieć 2024].

Obecnie na stronie internetowej <https://www.ppp.gov.pl/potencjalne-projekty> nie ma żadnego projektu, który byłby realizowany albo planowany w sektorze ochrony zdrowia.

#### 4. PODSUMOWANIE

Realizacja dużych projektów wiąże się z ryzykiem niepowodzeń, na które może się składać brak doświadczenia w projektach realizowanych w ramach PPP. Dotyczy to głównie braku precyzyjnie określonych ram prawnych, ekonomicznych i technicznych przedsięwzięcia, co prowadzi do konieczności ponoszenia nieprzewidzianych kosztów inwestycji, oraz braku umiejętnie określonego podziału ryzyka i przejrzystości w finansowaniu inwestycji. Utrudnieniem jest także fakt, że kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) nie są dostosowane do długoterminowej współpracy planowanej w ramach PPP. Ważne jest też zapewnienie udziału NFZ na etapie wyboru partnera prywatnego i zagwarantowanie płatności. Koniecznością jest również zagwarantowanie wsparcia wykwalifikowanej kadry w przygotowaniu projektu, prowadzeniu negocjacji czy ustalaniu warunków. Transparentność podejmowanych działań i bieżące informowanie społeczeństwa o etapach realizacji przedsięwzięcia w ramach PPP mogą także przyczynić się do sukcesu rozwoju PPP.

Specyfika partnerstwa publiczno-prywatnego w obszarze zdrowia publicznego to proces złożony, który wymaga współdziałania wielu specjalistów. Niezmiernie ważne w projektowaniu takich przedsięwzięć są udział pacjentów i uwzględnianie ich potrzeb. Wprowadzenie PPP jako jednej z form zmierzających do zmiany modelu ochrony zdrowia powinno być przeprowadzane we współpracy administracji rządowej i samorządowej z mieszkańcami wspólnot korzystającymi z powszechnych usług medycznych. Akceptacja ta nie tylko umożliwi wprowadzenie zmian, lecz – co istotne – wsparcie społeczne uzasadni ich konieczność. Właśnie dlatego niezbędne jest ponowne podjęcie badań nad wykorzystaniem PPP w ochronie zdrowia.

### LITERATURA

- Bem A., 2011, *Partnerstwo publiczno-prywatne w finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 183, s. 25-36.
- Błaś A., 2000, *Formy działania administracji w warunkach prywatyzacji zadań publicznych*, w: *Administracja i prawo administracyjne u progu trzeciego tysiąclecia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Cieślak R., 2016, *Partnerstwo publiczno-prywatne (PPP) w ochronie zdrowia*, „Medical Maestro Magazine”, t. 2, s. 149-296.
- European Commission, 2003, Guidelines for successful public-private partnerships, [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/guides/ppp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/ppp_en.pdf) (access: 25.05.2025).
- Glumińska-Pawlic J., 2013, *Idea partnerstwa publiczno-prywatnego a polskie regulacje prawne*, w: *Partnerstwo publiczno-prywatne. Teoria i praktyka*, red. M. Kania, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 13-22.
- Godlewska M., 2018, *Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia*, „Studia i Prace. Kolegium Zarządzania i Finansów. Zeszyt Naukowy”, nr 168, s. 113-131.
- Gonet W., 2008, *Partnerstwo publiczno-prywatne – kierunki zmian*, „Przegląd Legislacyjny”, nr 3, s. 80-89.
- Górska-Nieć Z., 2024, *Szpital Żywiec: partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna”, <https://politykazdrowotna.com/artukul/partnerstwo-publiczno-prywatne-n1249659> (dostęp: 25.05.2025).
- Kania M., 2013, *Umowa o partnerstwie publiczno-prywatnym. Studium administracyjno-prawne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Kania M., 2014, *Zamówienia publiczne. Partnerstwo publiczno-prywatne. Koncesja na roboty budowlane lub usługi w prawie polskim. Instytucje prawne realizacji przedsięwzięć publicznych*, Difin, Warszawa.
- Korbus B.P., Strawiński M., 2009, *Partnerstwo publiczno-prywatne*, LEXISNEXIS, Warszawa.
- Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności, 2025, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/109762/KPO.pdf> (dostęp: 25.05.2025).
- Kulesza M., Bitner M., Kozłowska A., 2006, *Ustawa o partnerstwie publiczno-prywatnym*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa.

- Medicalpress, 2025, [https://medicalpress.pl/rynek/szpital/szpital-w-ywcu-pokazuje-jak-skutecznie-wdroj-projekt-partnerstwa-publiczno-prywatnego-ppp-w-sektorze-ochrony-zdrowia-w-polsce\\_JLynD7qv4K/](https://medicalpress.pl/rynek/szpital/szpital-w-ywcu-pokazuje-jak-skutecznie-wdroj-projekt-partnerstwa-publiczno-prywatnego-ppp-w-sektorze-ochrony-zdrowia-w-polsce_JLynD7qv4K/) (dostęp: 25.05.2025).
- Ministerstwo Zdrowia, 2024, *Zmiana systemowa – koncepcja i założenia*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zmiana-systemowa--koncepcja-i-zalozenia?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAAR015eMzjrUmVP-> (dostęp: 25.05.2025).
- Partnerstwo publiczno-prywatne w nowym okresie programowania 2014-2020, 2013, Warszawa, [http://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/Komentarz\\_ppp\\_w\\_CPR\\_final.pdf](http://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/Komentarz_ppp_w_CPR_final.pdf) (dostęp: 28.05.2025).
- Schuldens J., 2019, *PPP w sektorze ochrony zdrowia na terenie Republiki Federalnej Niemiec*, „Partnerstwo Publiczno-Prywatne. Biuletyn”, nr 1, s. 58-60.
- Senat, 2025, <https://www.senat.gov.pl/sklad/zespoły/parlamentarny,274,parlamentarny-zespol-ds-partnerstwa-publiczno-prywatnego.html> (dostęp: 23.05.2025).
- Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) przyjęta przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 r., Monitor Polski 2017 poz. 260.
- Suchecka J. (red.), 2011, *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Trela A., 2014, *Kwalifikacja prawna umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym w świetle orzecznictwa sądów administracyjnych*, „Przegląd Prawa i Administracji”, t. XCVIII, s. 91-106.
- Wawrzyniak A., Korbus B., 2012, *Definicja partnerstwa publiczno-prywatnego*, „Wspólnota”, 20 października.

## PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTH CARE

### Summary

Undoubtedly, the healthcare system in Poland requires systemic reform. This is a very complex process, involving the need to introduce many changes related to deregulation and the inverted pyramid, in accordance with the concept developed by the Ministry of Health. The elements of this concept are inseparable and take into account the current challenges facing the health service in Poland, modern infrastructure, the transfer of new technologies and detailed mapping of needs. It is unclear why the Ministry's assumptions do not include solutions for public-private partnerships. This institution has been known in Poland since 2005. The rest of the study focuses on the possibilities of applying public-private partnerships in the healthcare sector, describing models that work in practice. The author then describes solutions that use cooperation between the private and public sectors in selected countries, including Germany, France and Poland. In Poland, public-private partnerships are used very rarely. A prime example is the hospital in Żywiec, which draws on Canadian experience in the functioning of public-private partnerships.

**Keywords:** public-private partnership, health care, hospital, project, cooperation

