

# **The Private Finance Initiative and the Hospital Sector in England**

**Sally Ruane**

## **Introduction**

In England's health sector, it has been almost impossible to obtain any public funds for new capital developments and so virtually all new hospital premises being developed are PFI. According to official figures<sup>i</sup> published in March 2008, around £8bn worth of PFI schemes are operational / have been opened / CHECK, /reached financial close but are not yet completed. In total, around 125 new hospital PFI schemes are anticipated by 2014, with a total capital value of roughly £15 billion. Although these hospitals carry the NHS logo, they do not belong to the public. Instead, we can expect that over the next forty years, local health communities will have to pay a total of around £90bn out of the NHS budget into the hands of the private companies.

**En el sector sanitario de Inglaterra, durante los quince años pasados, ha sido casi imposible obtener fondos públicos para el desarrollo de nuevos hospitales, como consecuencia, casi todas las nuevas instalaciones hospitalarias se han desarrollado por la Iniciativa Privada de Financiación (PFI). Según los datos oficiales, en marzo 2008 habían más o menos 80 proyectos PFI operativos y otros 40 en preparación. En total, en (2014) dos mil catorce, esperamos instalaciones por un valor de capital de 19,000 millones de euros.**

There are several reasons for rejecting PFI as a mode of hospital procurement. It is more expensive than conventional modes of funding because of the higher costs of borrowing, higher bureaucratic and infrastructure costs and the need to generate profits and dividends for shareholders. Second, these extra costs must be met out of operating revenues. Third, it locks the public sector inappropriately into long term contracts and may be incompatible with other health policies. Fourth, it distorts planning priorities so that health needs are subordinated to the needs of private capital.

**Hay varias razones para rechazar la PFI como un modelo de financiación hospitalaria. En primer lugar, es más caro que los modelos convencionales de financiación debido a un mayor coste de los créditos; unos costes más elevados de la burocracia y las infraestructuras; y la necesidad de generar beneficios y dividendos para los accionistas. En segundo lugar, estos costes extras tienen que ser sustraídos de los fondos operativos, para la atención sanitaria. En tercer lugar, atan al sector público a contratos a largo plazo que pueden impedir otras políticas sanitarias. Y en cuarto lugar, distorsionan las prioridades de**

## **planificación subordinando las necesidades sanitarias a las necesidades del capital privado.**

In this paper, I identify some of the consequences of PFI for affected hospital Trusts and the wider health service, particularly in terms of deficits, service cuts and incompatibility with other health policies.

### **PFI – an expensive mode of procurement**

#### *Overall cost*

Research published by academics at Edinburgh University<sup>ii</sup> suggests that all the anticipated PFI hospital schemes will entail a flow of public payments to private consortia of £2.3 billion each year, totalling approximately £90 billion (including service costs) over the next forty years in England alone. This will represent around 6 times the amount of the investment originally made.

**Una publicación reciente de la Universidad de Edimburgo sugiere que los proyectos de PFI previstos supondrán un flujo de dineros públicos hacia los consorcios privados por (3,000) tres mil millones de euros cada año o por un total aproximado de (114,000) ciento catorce mil millones de euros en los próximos treinta o cuarenta años, y esto sólo en Inglaterra. Esta cantidad representará unas seis veces el importe de la inversión originalmente realizada. Por esta razón las PFI se han descrito como “comprar una casa con tarjeta de crédito”.**

#### *The higher capital costs of PFI*

PFI repayments to the private consortium comprise an ‘availability charge’ (that is, for the use of the buildings) and a services charge (for support services such as cleaning and catering).

**En PFI, cada año la agencia publica (en este caso, el Trust NHS) tiene que pagar cuotas anuales al consorcio privado. Mas o menos el sesenta por ciento de los cargos anuales cubren el canon de disponibilidad – es decir, por el uso del inmueble.**

In both Scotland and England, PFI charges account for a significantly high proportion of hospital Trust income. Research by the Manchester Business School<sup>iii</sup> analysed the first 12 hospitals built under PFI and discovered that 10 out of 12 Trusts were paying more than their Full Business Cases had predicted. This means that the cost of these projects over their lifetime is likely to be higher than the Trusts had originally estimated. Inflation was *not* a major contributor to this. Instead, the higher charges were attributable largely to changes to the contract required by first, the Trusts’ changing needs (such as higher throughput) and second, the lack of specification in the contract at

the outset. Hospital Trusts are effectively locked into a monopoly supplier arrangement. On average across the 12 hospitals, charges at financial close for 2005 were 20% higher than expected but were 71% in one project and 60% in another.

**Los cargos PFI son mucho mas altos que los gastos fijos pagados por los hospitales no PFI y son una proporcion de la facturacion tambien mas grande. Una publicacion de la Universidad de Manchester señalo que diez de los primeros doce hospitales PFI pagaban mas de lo que habian esperado en el ( caso del mejor negocio posible) 'full business case' (??). Los cargos fueron mas grandes en parte por que el contrato no reflejaba la realidad de la situacion cambiante del hospital, por ejemplo los cambios en la poblacion local y en la poblacion de enfermos ( la población y la prevalencia/incidencia de enfermedades es una variable dificil de predecir a largo plazo)- o por que el contrato no habia sido suficientemente especifico. Como promedio, pagaban el einte por ciento mas de lo que se habia calculado y en algunos hospitales pagaban el sesenta o setenta por ciento mas.**

PFI charges represented 11-12% of the Trusts' total income. This is roughly twice the average capital costs/charges? of a hospital Trust in England. This high proportion is despite the significant increases in expenditure on the NHS and corresponding increases in trust income. These charges represent a fixed cost which cannot be easily reduced, if at all.

**Estos proyectos PFI tienen unos costes de capital que ascienden hasta el once o doce por ciento de los ingresos totales del hospital, lo que es mas o menos el doble del porcentaje que en el hospital tipico/medio. Estos costos son fijos y no se puede reducir sin renegociar el contrato, lo que tambien supone unos costes añadidos.**

The Manchester research revealed that the total effective cost of borrowing capital privately was about 8% instead of the 4.5% it would have been if the Government had borrowed the money at a sovereign rate of interest. By 2005, this already amounted to £60m (Euros 76m) extra each year in costs across the 12 hospitals. This represented 20-25% of the income received by the consortium from the hospital Trusts.

**La investigacion de la Universidad de Manchester demuestra que el coste efectivo de pedir prestado del sector privado fue entre estos doce hospitales, el ocho por ciento. Si el gobierno hubiera pedido prestado el dinero a la tasa de interes general, este coste hubiera sido el cuatro y media por ciento. Por lo tanto, los doce primeros hospitales PFI pagaban en un año solo, en 2005 , setenta y seis (76) millones de euros mas que hubieron pagado en**

**un modelo convencional de financiación. Se ha calculado que cada hospital PFI cuesta para construirlo tres veces más dinero que lo que cuesta su construcción por los medios convencionales.**

*Rates of return, debt refinancing and the treatment of risk and*  
Once the hospital has been built, the private companies have a guaranteed income flow from the public sector for around thirty years. This puts them in a good position to refinance their debt and to take an early windfall gain. This happened at the Norfolk and Norwich hospital PFI scheme, where a windfall gain of £158 million was secured, effectively raising the rate of return to the private investors from 16% to 60%<sup>iv</sup>. Only £34 million of this £158 million was given to the NHS trust. In 2006, the hospital had a deficit of £14.8 million.

**Por lo tanto vemos que existen altas tasas de beneficio para las compañías privadas. Los principales riesgos asumidos por el sector privado se encuentran durante la fase de construcción del proyecto, pero se gestionan como si se distribuyeran a lo largo de todo el período del contrato. Después de esto, las compañías privadas tienen un flujo de ingresos garantizado por el sector público durante unos treinta años. Esta situación de poco riesgo y flujo constante de dinero las coloca en una buena posición para refinar su deuda. En un determinado caso, el Comité de Cuentas Públicas del Parlamento Reino Unido (*Public Accounts Committee*) dijo que este movimiento había incrementado la tasa de beneficio de los inversores privados de un diez y seis (16) por ciento a un sesenta (60) por ciento. Al contrario, el hospital tenía un déficit de diez y ocho millones de euros en 2006 y planeo grandes recortes de personal, disminución de la plantilla en 450 trabajadores (450).**

#### *High set-up costs*

Another reason for the high costs of PFI are the high set-up costs. The first 15 NHS trust hospitals spent £45 million on advisors (such as legal and financial), 4% of the total capital value of the projects. In Leicester, when negotiations for a new PFI scheme collapsed because of spiralling costs, £23 million of public money had already been spent during the abortive negotiation process with no output, exacerbating local health service deficits. These high transaction costs reflect also the private sector's recovery of the costs of failed bids.

**Otra razón para los costos enormes de PFI son los costos de iniciar el proyecto – los costos de los asesores legales, financieros y otros. En Inglaterra, los primeros hospitales PFI gastaron cincuenta y siete millones de euros – cuatro por ciento del valor del capital en los proyectos. En Leicester, donde vivo yo, las**

**negociaciones para el proyecto PFI fueron abortadas pero veinte y nueve millones de euros se habian gastado ya.**

**Impact on the hospital Trust and wider health community**

The additional costs of PFI alone create affordability problems which result in the local hospital trying to cut costs and in the local health community trying to reduce its spending on health services in order to prioritise the flow of money to the private companies.

**Los costos adicionales de PFI solo crean problemas de económicos. Sin embargo, estos problemas financieros son empeorados por otras politicas nuevas.**

However, these affordability problems have been exacerbated by other policies, introduced after PFI. For example, five years ago the NHS was restructured as an open competitive market. Now, hospitals are paid not on a block contract basis but on a payment per procedure basis. Thus, they have no idea at the beginning of the year what their income will be by the end of the year. And this uncertainty is made more acute by a supermarket model of patient choice whereby patients might choose to access their health care elsewhere.

Furthermore, in this 'marketised' NHS, the new financial system, Payment by Results, the tariff paid per procedure is fixed and is based on a national average of costs. But as we have seen hospital Trusts with PFI schemes have unavoidably high capital costs – costs that are well above the national average for capital costs. Thus the new financial system of the NHS does not fully cover the cost of PFI.

**En los años pasados, el servicio sanitario nacional de Inglaterra ha sido reestructurado como un mercado. El nuevo sistema de financiación de «pago por resultados» abona al hospital un precio fijo por procedimiento, basado en un promedio nacional. Este sistema estipula que se asignen a los costes de capital sólo el 6% (5,8%) de los ingresos de un Trust, pero, sin embargo, grandes proyectos PFI, como hemos visto, tienen costes de capital que ascienden hasta un 10% de sus ingresos totales. De este modo, existe un desfase en el que los hospitales PFI están en desventaja, lo que lleva a un déficit que se traduce en recortes de servicios y personal.**

[Payment by Results provides for only 5.8% of a Trust's income to be assigned to capital costs but all hospital Trusts with operational PFI schemes had, in 2005/6, average capital costs of 8.3%, 2.5% higher than the average of all Trusts. In the same year, for the 18 Trusts paying charges on PFI schemes with a capital value of over £50 million, average capital costs amounted to £10.2% of their total income<sup>v</sup>. Thus, there is a shortfall of 4.4% for these Trusts.]

*Affordability gap and opportunity cost – reducing services*

PFI leads to an affordability gap which results in cuts in services and staffing. Despite selling off land and assets and building smaller hospitals with fewer beds in an attempt to bridge this affordability gap, deficits persist. An Audit Commission report<sup>vi</sup> of 2006 referred to a ‘marked correlation’ between the presence of new large building projects and the presence of deficits. In October 2006, hospital Trusts or Foundation Trusts with ‘major’ PFI schemes, were much more likely to be in deficit than hospitals without PFI schemes. One hospital Trust attributed £9 million of its £19.6 million deficit to the ‘excess costs’ of PFI.

**Los intentos de superar este deficit comienzan desde el principio con planes para reducir la admision de pacientes a través de la reducción en el número de camas y/o personal, o bien vendiendo solares u otros recursos. Sin embargo, los déficits persisten. Un informe de 2006 de la *Audit Commission* daba cuenta de la existencia de una «significativa correlación» entre la presencia de nuevos proyectos de grandes edificaciones y la presencia de déficit. En el año 2006, en el que el 30% de todos los hospitales tenían déficit, un 50% de los hospitales con importantes proyectos PFI los tenían.**

The greater expense of PFI means that there is an opportunity cost involved: public funds which could have been used for providing health care or other social benefits are instead sucked into the PFI repayments. Moreover, as the contract period is so long, usually around thirty years but sometimes longer, this loss to the health community will be felt over a whole generation and more.

**El mayor desembolso en las PFI significa que existen unas opciones de gasto comprometidas: parte de los fondos públicos, que podrían haber sido utilizados para proveer atención sanitaria u otros beneficios sociales, son sustraídos para los gastos de amortización de las PFI.**

The impact of this is felt by the wider local health economy. The NHS hospital Trust in Coventry reportedly<sup>vii</sup> must pay the private consortium some £56 million per annum (that is, more than £1 million per week) before a penny is spent on health care itself. This is already resulting in the scaling back and reconfiguration of other services in the local health community as local NHS funds must now be directed towards the new hospital to enable this debt to be paid. For example, other hospitals in the area are being downgraded in order to channel patients – and thus resources – to the new PFI hospital. The new hospital opened in 2006; in late 2007 it predicted a deficit of £30 million. Wards have been closed and hundreds of jobs are at risk.

**Y el impacto de la PFI en la comunidad sanitaria en general ya se está percibiendo. Según se informa, un nuevo hospital PFI, construido en 2006, solicita al NHS Trust el pago de unos sesenta (70) millones de euros anuales (lo que equivale un millón y medio de euros semanales) para el consorcio privado, sólo para poder acceder al hospital y mantener los servicios. Y esto sin contar los gastos de atención sanitaria. Todo ello está implicando ya la reducción y reconfiguración de otros servicios en la comunidad sanitaria local, incluso la reducción/disminución de otros hospitales puesto que enfermos y por lo tanto fondos del NHS locales tendrán que ser dirigidos hacia el nuevo hospital para permitir que se pague esta deuda. El propio hospital está pasando apuros para cuadrar las cuentas. Se han previsto déficits anuales a partir del año 2005, cuando comiencen los pagos de la PFI y esperaba un déficit de cincuenta (50) millones de euros en dos mil ocho (2008). Al menos doscientos puestos de trabajo están en peligro.**

*Inflexibility and incompatibility with other policies*

PFI also locks the NHS trust and the local health community into an agreement which petrifies a set of arrangements which ought – because of the evolving nature of the public sector – to remain fluid and adaptable. The public sector needs to evolve both organically as the scale and character of need change but also as a result of policy shifts.

**La PFI ata también al NHS Trust y a la comunidad sanitaria local a un contrato que congela un conjunto de planes que deberían permanecer fluidos y maleables como consecuencia de la naturaleza evolutiva del sector público. El sector público tiene que evolucionar organizativamente con arreglo al tipo y profundidad de los cambios necesarios, pero también como resultado de los cambios políticos.**

There are signs that PFI is now incompatible with a number of other health policies. For example, as the through-put of patients needs to increase to meet government targets on waiting times, NHS trusts have found themselves penalised by private contractors for the greater wear-and-tear on equipment and laundry<sup>viii</sup>. We have already mentioned the mismatch between the instability and unpredictability of the new market dynamism and the fixed and immovable long-term character of PFI repayment commitments.

**Hay signos de que la PFI es ya incompatible con ciertas políticas sanitarias. Por ejemplo, como el rendimiento en atención a los pacientes necesita incrementarse para satisfacer los objetivos del Gobierno con respecto a las listas de espera, los contratistas privados han penalizado al NHS Trust por el desgaste del**

**EQUIPMENT (¿Qué es el equipment?: quizás equipamiento es decir aparataje tecnologico) y el incremento de los servicios de cocina y lavanderia.**

PFI is also likely to distort future hospital planning since even if the hospitals come to be no longer needed or no longer needed in their entirety, the PFI deals could be too expensive to buy out, constraining flexibility in the local and regional health economies.

Equally dramatically, the Department of Health is now pursuing a policy of 'reconfiguration'. This means the physical reorganisation of services. This involves shifting some services *out* of hospitals and into the 'community', for instance into new polyclinics which integrate some primary with some secondary services. It also involves centralising many hospital services into fewer, larger hospitals. Both of these policies are destabilising the hospital system – by undermining the income generating activities which allow hospitals to function in the market - and contributing to the closure of many hospital departments.

**Más grave aún es que el Departamento de Salud está ahora llevando dos politicas simultaneas. Una política es la de transferir alguons servicios desde el hospital hacia la «comunidad». Otra politica es la de centralizar muchos otros servicios hospitalarios en unos pocos y grandes hospitales. Ambas políticas están desestabilizando el sistema hospitalario y contribuyendo al cierre de muchos servicios locales. Pero los contratos de la PFI son compromisos fijos, constriñendo la flexibilidad de las economías sanitarias locales y regionales. Así, ¿donde van a aplicarse recortes hospitalarios? Estos pueden recaer desproporcionadamente en los hospitales no PFI más baratos, distorsionando la planificación de futuros hospitales.**

**Y claro: por que reconfigurar los servicios medicos de esta manera? Dice el Departamento que es cosa de mejorar el sistema sanitario. Pero yo creo que es para enforzar – y ocultar – los recortes de los servicios que son necesarios en contexto de PFI y el Mercado burocratico y es para crear las oportunidades adicionales para el sector privado. Es mas facil obtener beneficios con un centro de procedimientos electivos que con un hospital general.**

### **The case of South East London**

Perhaps the most poignant example of all of these policies converging to create chaos in a local health community is found in South East London. The two inner SE London hospitals are autonomous Foundation Trusts with surpluses which, because they are



autonomous, no longer need to be shared with the wider health community. Outer SE London comprises four hospitals which have a broad range of services typical of the traditional DGH. Unfortunately, three of them have PFI developments and capital costs which are roughly twice the national average.

**Quizas el ejemplo mas claro donde todas estas politicas convergen para crear el caos es en la comunidad sanitaria del sudeste de Londres. Hay dos Foundation Trusts que tienen superavit financiero; sin embargo, a causa de su caracter autonomo, no tienen que compartir o distribuir estas suoperavit con el resto de la comunidad sanitaria . Los otros cuatro son hospitales generales y tipicos. Desafortunadamente, tres de ellos tienen los desarrollos PFI y dos tienen costes de capital que son el doble del medio nacional.**

By March 2007, they already had a combined deficit of £180 million arising from PFI. The new market system and the policy of reconfiguring services directly contradict the long-term fixed commitments of PFI by undermining the hospitals' ability to generate income. The 'solution' offered by the local authorities is to 'improve' health care by effectively closing one of the hospitals, leaving very few services, and eventually, no doubt selling off the assets. Despite the fact that it is PFI which has created the financial disaster, it is the *non*-PFI hospital which is ear-marked for closure. This is because it is the only hospital over which the local authorities have any real control. There is no reduction in need, no reduction in demand. The evidence base for reconfiguration is weak. The astronomical costs of PFI and the bureaucratic costs of the new market system have made it impossible for the people of SE London to hold onto the health services they have enjoyed for decades.

**En marzo (2007) dos mil siete, tenían un deficit colectivo de doscientos veinte y cinco (225) millones de euros en consecuencia sobre todo del PFI y los costos ascendientes de la burocracia. La politica del mercado y la politica de transferir los servicios desde el hospital hacia la comunidad contradicen la politica del PFI. El PFI necesita un flujo constante de ingresos para cumplir sus compromiso. Las politicas del mercado y de transferir servicios impiden la posibilidad – de hecho, lo hacen imposible – de ganar ingresos suficientes para cumplirlo. Esto ha creado un desastre financiero y por ello la gente de esta parte de Londres esperan la perdida de un hospital. Que hospital? – el cuarto hospital, el que no tiene PFI. No hay reduccion de las necesidades sanitariaa; no hay evidencia que la nueva reconfiguracion de servicios mejore la salud de la poblacion. Hay solamente la logica del Mercado y la logica de PFI.**

**Dr Sally Ruane**  
**Health Policy Research Unit, De Montfort University, Leicester,**  
**UK**  
[sruane@dmu.ac.uk](mailto:sruane@dmu.ac.uk)

---

<sup>i</sup> Department of Health (2008) *New Hospital Schemes*, DH, London  
<http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/Nwhospitalschemes/index.htm>

<sup>ii</sup> See M Hellowell and A Pollock (2007) *Private Finance, Public Deficits: A Report on the cost of the PFI and its Impact on Health Services in England*, Centre for International Public Health Policy, University of Edinburgh  
[http://www.health.ed.ac.uk/CIPHP//Documents/CIPHP\\_2007\\_PrivateFinancePublicDeficits\\_Hellowell\\_000.pdf](http://www.health.ed.ac.uk/CIPHP//Documents/CIPHP_2007_PrivateFinancePublicDeficits_Hellowell_000.pdf) ; and

J Shaoul, A Stafford and P Stapleton (2008) The cost of using private finance to build, finance and operate hospitals, *Public Money and Management*, April, pp101-108.

<sup>iii</sup> J Shaoul et al (2008) *ibid*

<sup>iv</sup> T Macalister and J Carvel (2006) 'Huge windfall for hospital's PFI investors as staff face job cuts', *The Guardian*, 3<sup>rd</sup> May

<sup>v</sup> M Hellowell and A Pollock (2007) *ibid*

<sup>vi</sup> Audit Commission (2006) *Learning the Lessons from Financial Failure in the NHS*, Audit Commission, London

<sup>vii</sup> G Monbiot (2007) *PFI as Corporate Welfare*, UKWatch.net  
[http://www.ukwatch.net/article/pfi\\_as\\_corporate\\_welfare](http://www.ukwatch.net/article/pfi_as_corporate_welfare)

<sup>viii</sup> See S Ruane (2005) 'L'initiative de financement prive et le service national de sante du Royaume-Uni', in *Telescope Quebec*, Journal of the Ecole Nationale d'Administration Publique, Vol 12, No. 1 Fevrier, 41-52. Canada