

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Οι Συμπράξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ)  
και η Εφαρμογή τους στη Δημόσια Υγεία**

**Σταματοπούλου Αναστασία**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2021



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Οι Συμπράξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ)  
και η Εφαρμογή τους στη Δημόσια Υγεία**

**Σταματοπούλου Αναστασία, ΑΜ: ΟΔΥ/1837**

Επιβλέπων: Βοζίκης Αθανάσιος / Αναπληρωτής Καθηγητής / Τμήμα Οικονομικής  
Επιστήμης Πανεπιστημίου Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του  
Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2021



---

**UNIVERSITY of  
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**Master of Science in  
Health Economics and Management**

**Public - Private Partnerships (PPPs)  
in the Healthcare Sector**

**Stamatopoulou Anastasia**

Supervisor: Vozikis Athanasios / Associate Professor / Department of Economics of the  
University of Piraeus

Master Thesis submitted to the Department of Economics of the University of Piraeus in  
partial fulfillment of the requirements for the degree of M.Sc. in Health Economics and  
Management.

Piraeus, Greece, 2021



*Στην οικογένειά μου.*





## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος, και ιδιαίτερα τον κύριο Βοζίκη για την επίβλεψη και όλη τη βοήθειά του κατά τη διάρκεια συγγραφής της διπλωματικής εργασίας μου. Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην οικογένειά μου, καθώς και σε όλους όσους με βοήθησαν και με υποστήριξαν όλο αυτό το διάστημα.



# Οι Συμπράξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) και η Εφαρμογή τους στη Δημόσια Υγεία

**Σημαντικοί Όροι:** Σύμπραξη/-εις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ), Δημόσια Υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Συστήματα Υγείας, Υγειονομική Δαπάνη, Ιδιωτική Χρηματοδότηση.

## Περίληψη

Σε ένα περιβάλλον ιδιαίτερα ρευστό και ευμετάβλητο, απότοκο της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008, αλλά και της εν εξελίξει πανδημίας της νόσου COVID-19, η Δημόσια Υγεία κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, τόσο ως πεδίο αντιπαράθεσης, όσο και ως περιθώριο για δημιουργικό διάλογο. Είναι, πλέον, σαφές ότι η ανάγκη για παροχή υψηλότερου επιπέδου υγειονομικών υπηρεσιών καθίσταται επιτακτική. Το γεγονός αυτό αποτυπώνεται, τόσο στους οικονομικούς δείκτες των κρατών, ως ποσοστό της δημόσιας δαπάνης στον τομέα της υγείας, όσο και στις προτιμήσεις αλλά και επιδιώξεις της κοινωνίας, σύμφωνα με μελέτες και στοιχεία των τελευταίων ετών. Λύση στα ζητήματα αυτά μπορεί να δώσει ο θεσμός των Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ), ως μια εναλλακτική μορφή χρηματοδότησης αλλά και προαγωγής καλύτερου επιπέδου υγειονομικών υπηρεσιών. Στην παρούσα εργασία αποτυπώνεται ακριβώς αυτό το επιχείρημα, μέσω της ανάλυσης των ζητημάτων που παρουσιάζονται στη συνέχεια. Οι άξονες ανάλυσης συνοψίζονται σε τρεις. Αρχικώς, στην παράθεση στοιχείων και λεπτομερειών γύρω από το αντικείμενο, τα μοντέλα, τη μορφή και το περιεχόμενο των ΣΔΙΤ. Εν συνεχεία, στην αποτύπωση βασικών στοιχείων του τομέα της Δημόσιας Υγείας σε Ευρώπη και Ελλάδα, δίνοντας έμφαση στη σημαντικότητα αυτού, κυρίως μέσω οικονομικών μεγεθών και δεδομένων. Τέλος, παρατίθενται λεπτομέρειες και πληροφορίες, επί της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, τόσο σε ευρωπαϊκό, όσο και σε ελληνικό επίπεδο, δίνοντας έμφαση στις καλές πρακτικές και lessons learned από την εφαρμογή του εν λόγω ζητήματος. Εν κατακλείδι, συνοψίζονται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που απορρέουν από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ, αποσκοπώντας στη δημιουργία συμπερασμάτων που θα λειτουργήσουν ως εφελκυστήριο για τη διευρυμένη και βέλτιστη χρήση του θεσμού των ΣΔΙΤ στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.



# **Public - Private Partnerships (PPPs) in the Healthcare Sector**

**Keywords:** Public - Private Partnership(s) (PPPs), Public Health, National Healthcare System, Healthcare Sector/System, Health Expenditure, Private Funding.

## **Abstract**

In a highly fluid and volatile environment, that comes as a result both of the global financial crisis of 2008 and the ongoing pandemic of COVID-19, Public Health is becoming more and more of interest, as a controversial matter of dialogue, as well as a creative one. It is now clear that the need of providing a higher level of health services is becoming imperative. This fact is reflected in various economic indicators, mainly as a percentage of public expenditure in public health, as well as in the preferences and aspirations of society, according to studies and data of recent years. The implementation of Public-Private Partnerships (PPPs) can provide a solution to these issues, as an alternative form of financing but also as a mean of promoting a higher level of health service, in general. This thesis reflects precisely that argument, by analyzing issues that are presented below. The analysis below, if summarized, aims at three main goals. Firstly, in the citation of data and details around models, forms and content of PPPs. Secondly, in capturing key elements of the Public Health sector in Europe and Greece, by emphasizing on its importance, mainly through economic figures and data. Thirdly, in providing details and information about the implementation of PPPs in the field of Public Health, both at European and Greek level; emphasis is given on the good practices and lessons learned by the implementation of this particular model of cooperation between public and private sector. At the last part of this thesis, the advantages and disadvantages arising from the implementation of PPPs are summarized, aiming to create conclusions that will serve as a springboard for the expanded and optimal use of PPPs in the field of Public Health.



## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	xi
Abstract.....	xiii
Κατάλογος Πινάκων.....	xix
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xxi
Κατάλογος Συντομογραφιών.....	xxiii
Ελληνικές Συντομογραφίες.....	xxiii
Ξένες Συντομογραφίες.....	xxiv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή.....	1
1.1 Γενικά.....	1
1.2 Μεθοδολογία.....	3
1.3 Διάρθρωση Εργασίας.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Γενικά περί ΣΔΙΤ.....	5
2.1 Εισαγωγή.....	5
2.2 Νομοθεσία.....	6
2.2.1 Αντικείμενο / Περιεχόμενο των Συμβάσεων Σύμπραξης.....	7
2.2.2 Προϋποθέσεις Υπαγωγής Σύμπραξης στον Ν.3389/2005 περί ΣΔΙΤ.....	9
2.2.3 Μορφές και Τύποι ΣΔΙΤ.....	10
2.3 Κατηγοριοποίηση Διαφορετικών Μοντέλων ΣΔΙΤ.....	13
2.3.1 Μοντέλο Πώλησης στον Δημόσιο Φορέα με Παρακράτηση Κυριότητας.....	13
2.3.2 Μοντέλο Χρηματοδοτικής Μίσθωσης στον Δημόσιο Φορέα.....	14
2.3.3 Μοντέλο Μίσθωσης Εγκαταστάσεων του Έργου στον Δημόσιο Φορέα.....	15
2.3.4 Μοντέλο Κυριότητας του Δημοσίου Φορέα επί των Εγκαταστάσεων.....	16
2.3.5 Μοντέλο Ανάθεσης της Διαχείρισης του Έργου στην Εταιρεία Ειδικού Σκοπού (ΕΕΣ).....	16
2.3.6 Μοντέλο Παραχώρησης της Λειτουργίας στους Ιδιωτικούς Φορείς.....	17
2.3.7 Μοντέλο Εταιρικής Συμμετοχής.....	17

2.4 Ανακεφαλαίωση .....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η Δημόσια Υγεία σε Ευρώπη και Ελλάδα.....	21
3.1 Εισαγωγή .....	21
3.2 Η Ευρωπαϊκή Δημόσια Υγεία .....	24
3.3 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας .....	27
3.4 Ανακεφαλαίωση .....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Τα Οικονομικά της Δημόσιας Υγείας .....	33
4.1 Εισαγωγή .....	33
4.2 Η Συνολική Δαπάνη για την Υγεία .....	34
4.3 Οι Δημοσιονομικοί Περιορισμοί των Κρατών .....	40
4.4 Ανακεφαλαίωση .....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Οι ΣΔΙΤ στα Ευρωπαϊκά Εθνικά Συστήματα Υγείας .....	45
5.1 Εισαγωγή .....	45
5.2 Βρετανία - Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης [Private Finance Initiatives (PFI)] .....	47
5.3 Ισπανία.....	49
5.4 Πορτογαλία.....	50
5.5 Ιταλία .....	52
5.6 Γερμανία.....	53
5.7 Ανακεφαλαίωση .....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Οι ΣΔΙΤ στον Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα.....	55
6.1 Εισαγωγή .....	55
6.2 Η Σύγχρονη Πραγματικότητα στην Ελλάδα .....	56
6.2.1 Η Μέχρι Σήμερα Κατάσταση .....	56
6.2.2 Οι Εξαγγελίες για το Μέλλον .....	59
6.3 Παραδείγματα Εφαρμογής στον Τομέα της Υγείας.....	60
6.3.1 Γενικά .....	60



6.3.2 Οι Πρώτες ΣΔΙΤ στη Δημόσια Υγεία.....	62
6.3.3 Η Συνέχεια στο Σήμερα και το Μέλλον .....	64
6.4 Ανακεφαλαίωση .....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συμπεράσματα.....	69
7.1 Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα ΣΔΙΤ .....	69
7.1.1 Πλεονεκτήματα.....	69
7.1.2 Μειονεκτήματα.....	72
7.2 Μαθήματα - Συμπεράσματα από τη Διεθνή Εμπειρία .....	74
7.3 Αντί Επιλόγου.....	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	93
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	93
Ξένη Βιβλιογραφία.....	96
Διαδικτυακές Πηγές .....	98



## **Κατάλογος Πινάκων**

<b>2.1:</b> Νόμος 3389/2005 και σχετικές τροποποιήσεις / θεσμικά κείμενα .....	7
<b>3.1:</b> Βασικές νομοθετικές ρυθμίσεις υγείας (1983-2019) .....	29
<b>5.1:</b> Χαρακτηριστικά ΣΔΙΤ Πορτογαλίας (μοντέλο “first wave”) .....	51
<b>6.1:</b> Βασικά στοιχεία έργων ΣΔΙΤ που εγκρίθηκαν το 2007.....	63



## **Κατάλογος Διαγραμμάτων**

<b>3.1:</b> Τα 2 πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η ΕΕ .....	22
<b>3.2:</b> Τα 2 πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η Ελλάδα .....	23
<b>3.3:</b> Η δομή του ΕΣΥ .....	28
<b>4.1:</b> Υγειονομική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ (2018 ή νεότερο έτος) .....	35
<b>4.2:</b> Κατά κεφαλήν υγειονομική δαπάνη (2019) .....	37
<b>4.3:</b> Μέση ετήσια κατά κεφαλήν αύξηση υγειονομικής δαπάνης (2008-2019) .....	39
<b>5.1:</b> Δομή ΣΔΙΤ υγείας .....	46
<b>7.1:</b> Βασικά χαρακτηριστικά των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας .....	69



## Κατάλογος Συντομογραφιών

### Ελληνικές Συντομογραφίες

<b>ΑΕ</b>	Ανώνυμη Εταιρεία
<b>ΑΕΙ</b>	Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
<b>ΑΕΠ</b>	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
<b>ΔΕΠΙΑΝΟΜ</b>	Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων ΑΕ
<b>δισ.</b>	δισεκατομμύρια/-ίων
<b>ΕΕ</b>	Ευρωπαϊκή Ένωση
<b>ΕΕ-27</b>	Ευρωπαϊκή Ένωση (27 κράτη-μέλη)
<b>ΕΕΣ</b>	Εταιρεία Ειδικού Σκοπού
<b>ΕΕΣ</b>	Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο
<b>εκατ.</b>	εκατομμύρια/-ίων
<b>ΕΟΔΥ</b>	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
<b>ΕΟΠΥΥ</b>	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
<b>ΕΣΥ</b>	Εθνικό Σύστημα Υγείας
<b>ΕΣΥΔΥ</b>	Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας
<b>ΗΠΑ</b>	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
<b>ΙΒΕΑΑ</b>	Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών
<b>ΚΥΑ</b>	Κοινή Υπουργική Απόφαση
<b>ΜΕΘ</b>	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
<b>Ν.</b>	Νόμος (υπ' αριθμόν)
<b>ΝΠΔΔ</b>	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
<b>ΟΔΠΥ ΑΕ</b>	Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία-Ανώνυμη Εταιρεία
<b>ΟΤΑ</b>	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
<b>ΟΟΣΑ</b>	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
<b>ΠΔ</b>	Προεδρικό Διάταγμα (υπ' αριθμόν)
<b>ΠΕΔΥ</b>	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
<b>ΠεΣΥ</b>	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
<b>ΠΣ</b>	Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
<b>ΠΟΥ</b>	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
<b>Π/Υ</b>	Προϋπολογισμός

<b>ΠΦΥ</b>	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
<b>ΣΔΙΤ</b>	Σύμπραξη/-εις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα
<b>ΣΕΤΕ</b>	Σύνδεσμος Ελληνικών Τουριστικών Επιχειρήσεων
<b>ΣΣΑ</b>	Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης
<b>τ.μ.</b>	τετραγωνικά μέτρα
<b>TOMY</b>	Τοπικές Ομάδες / Μονάδες Υγείας
<b>τρις.</b>	τρισεκατομμύρια/-ίων
<b>ΦΕΚ</b>	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης
<b>ΦΠΑ</b>	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας

### Ξένες Συντομογραφίες

<b>EU</b>	European Union
<b>EU-27</b>	European Union (of 27 member states)
<b>EXPH</b>	EXpert Panel on effective ways of investing in Health
<b>OECD</b>	Organization for Economic Cooperation and Development
<b>IT</b>	Information Technology
<b>JESSICA</b>	Joint European Support for Sustainable Investment in City Areas
<b>PF2</b>	Private Finance 2
<b>PFI</b>	Private Finance Initiatives
<b>PPP<sup>1</sup></b>	Purchasing Power Parity
<b>PPPs</b>	Public-Private Partnerships
<b>SPV</b>	Special Purpose Vehicle
<b>WHO</b>	World Health Organization

---

<sup>1</sup> Η συντομογραφία αυτή χρησιμοποιείται σε διαγράμματα του Κεφαλαίου 6 και σε κάποια από τα αντίστοιχα του Παραρτήματος της παρούσας εργασίας, προκειμένου να εκφράσει *αξία σε μονάδες αγοραστικής δύναμης*. Αφορά σε οικονομικό όρο και δεν πρέπει να συγχέεται με τον αντίστοιχο ξενόγλωσσο για τις Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ).



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Εισαγωγή

### 1.1 Γενικά

Σε ένα περιβάλλον, που διαμορφώθηκε τα τελευταία σχεδόν 15 χρόνια, ως το απότοκο μιας παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η οποία άλλαξε σε μεγάλο βαθμό την οπτική μας σε θέματα, τουλάχιστον, δημοσιονομικής πολιτικής, έρχεται να προστεθεί η εν εξελίξει πανδημία της νόσου COVID-19. Χωρίς ακόμα να είναι απολύτως ορατά τα αποτελέσματα της πανδημίας στην παγκόσμια οικονομία, ένα είναι σίγουρο: ο χώρος της Δημόσιας Υγείας αποτελεί, αλλά και θα αποτελέσει, «πεδίο δόξης λαμπρό» για αντιπαραθέσεις και δημιουργικό διάλογο, σε δημοσιονομικό και όχι μόνο επίπεδο.

Όσο η υγειονομική δαπάνη, αλλά και η ανάγκη αυτής βαίνει διαρκώς αυξανόμενη σε σχέση με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) των περισσότερων ανεπτυγμένων οικονομιών, τίθεται μια σειρά από ερωτήματα που σχετίζονται με την ανάγκη εξεύρεσης μηχανισμών που θα καταφέρουν να καλύψουν την εν λόγω τάση. Ο συνδυασμός, μάλιστα, διατήρησης του κόστους εντός του τεθέντος, κατά περίπτωση, περιορισμένου δημοσιονομικού πλαισίου και αναζήτησης νέων πηγών χρηματοδότησης, αποτελεί τα τελευταία χρόνια μια ιδιαίτερης δυσκολίας «σπαζοκεφαλιά» για το επιτελικό κράτος πολλών χωρών. Εάν το συγκεκριμένο δίπολο συνδυαστεί και με την αναγκαιότητα ή/και στόχο για παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, εισέρχονται στην εξίσωση και έτερες μεταβλητές, που δυσκολεύουν την επίλυσή της έτι περαιτέρω (Χατζητόλιος, Ζαμπίτης, Σανιδάς, Ζαφειρόπουλος & Ασλανίδης, 2007· Παπαδοπούλου, 2019).

Στο πλαίσιο αυτό και με παρούσα ακόμα την πανδημία που προκλήθηκε από τη νέα μορφή κορονοϊού (SARS-CoV-2), χαρακτηριστική είναι η πεποίθηση των Κονδύλη και Μπένου (2020), όπου μεταξύ άλλων σημειώνουν, ότι σε τέτοιας εμβέλειας περιστατικά/απειλές, πέραν της ετοιμότητας και αποτελεσματικότητας που μπορεί να επιδείξει η παγκόσμια κοινότητα, η χρηματοδοτική επάρκεια αποτελεί έναν εξίσου σημαντικό παράγοντα. Ως παράδειγμα αναφέρουν την περίπτωση της επιδημίας του Ebola, η οποία αναγνωρίστηκε ως παγκόσμια απειλή σχεδόν 2 χρόνια (20 μήνες) μετά την εμφάνισή της για πρώτη φορά, ενώ συνοδεύτηκε από χρηματοδοτική ανεπάρκεια, λόγω του ότι εκδηλώθηκε μεσούσης της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης (2013-2015),

αλλά και από έντονη επιχειρησιακή αναποτελεσματικότητα. Αποτέλεσμα αυτών των αδυναμιών ήταν οι (περίπου) 11.300 θάνατοι, 500 εκ των οποίων αφορούσαν υγειονομικό προσωπικό (2-8% του υγειονομικού προσωπικού των χωρών της Δυτικής Αφρικής που έπληξε), καθώς και οικονομικές ζημιές της τάξεως των 53 δισ. δολαρίων ΗΠΑ.<sup>2</sup> Τι θα μπορούσε, λοιπόν, να δώσει απάντηση ή έστω κάποιες λύσεις στα συστήματα υγείας που καλούνται να αντιμετωπίσουν την πρόκληση της πανδημίας και όχι μόνο, κουβαλώντας το «βαρύ φορτίο» της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης (λιτότητα και στενότητα δημοσιονομικό πλαίσιο, ελάχιστες δημόσιες δαπάνες για την υγεία, έλλειψη πόρων σε συνδυασμό με αυξημένα κόστη λειτουργίας κ.ο.κ.), αλλά και με υγειονομικές δομές, υποστελεχωμένες από επαγγελματίες υγείας, ή ακόμα και με υπερφορτωμένο και κουρασμένο υγειονομικό προσωπικό;

Σε αυτό το ερώτημα φιλοδοξεί να αποτυπώσει κάποιες ιδέες, καθώς και να παραθέσει κάποιες λύσεις το παρόν πόνημα. Πιο συγκεκριμένα, τέτοιου είδους απαντήσεις θα μπορούσε, ενδεχομένως, να δώσει το εργαλείο που ονομάζεται Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ). Πρόκειται, ουσιαστικά, για ειδικής μορφής συνεργασίες, οι οποίες αναπτύσσονται μεταξύ των φορέων του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Με το εν λόγω οικονομικό, χρηματοδοτικό, επιχειρηματικό και διοικητικό «εργαλείο» δύναται να διασφαλιστούν οι αναγκαίοι πόροι για τη χρηματοδότηση, κατασκευή, ανακαίνιση, αλλά και για τη διαχείριση ή τη συντήρηση μιας υποδομής. Επιπλέον, οι ΣΔΙΤ μπορούν να δραστηριοποιηθούν, με τα ανωτέρω οφέλη, και στον τομέα παροχής υπηρεσιών, σε τομείς της οικονομίας στους οποίους η αγορά δεν ακολουθεί ένα «ανοιχτό» μοντέλο (μη απελευθέρωση της αγοράς) ή ακόμα και σε περιπτώσεις όπως για παράδειγμα στον τομέα της Υγείας και της Εθνικής Άμυνας μιας χώρας, όπου τα περιθώρια μιας απελευθερωμένης αγοράς είναι ακόμα περισσότερο περιορισμένα (Βενιέρης, 2007). Μέσω, λοιπόν, των ΣΔΙΤ, επιδιώκεται να επιτευχθεί ανάπτυξη και αναβάθμιση του δημόσιου τομέα, τόσο συνολικά, όσο και συγκεκριμένα στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, τροποποιώντας και εξελίσσοντας την υφιστάμενη υποδομή ή ακόμα και κατασκευάζοντας μια νέα, η οποία θα είναι σε θέση να καλύψει τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού στον εν λόγω τομέα. Με τον τρόπο αυτό θα καταστεί δυνατόν να επωφελείται ο πληθυσμός από τον τομέα της Υγείας, χωρίς να καθίσταται αναγκαίο για τον κρατικό μηχανισμό να δαπανά υπέρογκα

---

<sup>2</sup> Οι χώρες της Δυτικής Αφρικής που επλήγησαν σε τέτοιο βαθμό από τον ιό Ebola ήταν η Λιβερία, η Νέα Γουινέα και η Σιέρα Λεόνε (Κονδύλης & Μπένος, 2020).

ποσά για την κατασκευή της σχετικής υποδομής (Χατζητόλιος, Ζαμπίτης, Σανιδάς, Ζαφειρόπουλος & Ασλανίδης, 2007).

## **1.2 Μεθοδολογία**

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας βασίστηκε, κατά κύριο λόγο, στη διενέργεια βιβλιογραφικής ανασκόπησης και μελέτης. Η εν λόγω βιβλιογραφική αναζήτηση διενεργήθηκε σε υλικό, σχετικό με το αντικείμενο του θέματος του παρόντος πονήματος, το οποίο διατίθεται τόσο σε εθνικό (ελληνόγλωσση βιβλιογραφία), όσο και σε διεθνές επίπεδο (ξενόγλωσση βιβλιογραφία).

Συγκεκριμένα, προηγήθηκε αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις επιστημονικών δεδομένων, όπως το Google Scholar, το PubMed, το Scopus και το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, ενώ ακολούθησε η διαλογή, καθώς και η επιλογή των πλέον κατάλληλων εξ αυτών. Πέραν τούτων, μελετήθηκαν, (κατά το δυνατόν) εις βάθος, σχετικά με θέμα συγγράμματα, καθώς και υλικό που προέρχεται από αντίστοιχες έρευνες, ενώ αξιολογήθηκε και χρησιμοποιήθηκε επικαιροποιημένο υλικό από το Διαδίκτυο, με απώτερο στόχο την παράθεση και αποτύπωση στην παρούσα εργασία, των πλέον σύγχρονων τάσεων και προοπτικών πάνω στο θέμα των ΣΔΙΤ.

## **1.3 Διάρθρωση Εργασίας**

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί αποτυπώνονται, αρχικώς, κάποια γενικά στοιχεία και λεπτομέρειες γύρω από το ποια είναι η μορφή αλλά και οι λειτουργίες των ΣΔΙΤ. Επιπλέον, δίνονται λεπτομέρειες για την ελληνική νομοθεσία που διέπει τον εν λόγω θεσμό, καθώς και τις προϋποθέσεις υπαγωγής σε αυτήν. Το κεφάλαιο κλείνει με λεπτομέρειες γύρω από τη μορφή και τους τύπους ΣΔΙΤ, καθώς και τα διαφορετικά μοντέλα που εφαρμόζονται.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρατίθενται στοιχεία που αποδεικνύουν τη σημαντικότητα που διαδραματίζει ο τομέας της Δημόσιας Υγείας στις ζωές των Ευρωπαίων, ενώ στη συνέχεια αποτυπώνονται οι βασικές αρχές των συστημάτων υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), αλλά και της Ελλάδος. Ομοίως, στο τέταρτο κεφάλαιο, αφού αναφερθούν κάποια από τα στοιχεία που αφορούν στη συνολική δαπάνη για την υγεία, επιλέγεται η παράθεση κάποιων συγκεκριμένων οικονομικών μεγεθών σε επίπεδο ΕΕ,

προκειμένου να αναδειχθεί η άμεση σχέση μεταξύ του ύψους της υγειονομικής δαπάνης και της επικρατούσας δημοσιονομικής κατάστασης στην εκάστοτε ευρωπαϊκή χώρα, αλλά και στην ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Στη συνέχεια, στο πέμπτο κεφάλαιο αποτυπώνονται στοιχεία και λεπτομέρειες επί της εφαρμογής των ΣΔΙΤ σε συγκεκριμένα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, όπως της Βρετανίας, της Ισπανίας, της Πορτογαλίας, της Ιταλίας και της Γερμανίας, τα οποία αποτελούν τις πιο χαρακτηριστικές περιπτώσεις για τις ΣΔΙΤ, έχοντας το καθένα κάτι διαφορετικό και καινοτόμο να προσφέρει, ως προς τη βέλτιστη εφαρμογή των συμπράξεων αυτής της μορφής. Επιπλέον στο έκτο κεφάλαιο, γίνεται μια προσπάθεια αναφοράς στην εφαρμογή των ΣΔΙΤ στη Δημόσια Υγεία, εξειδικευμένα για την περίπτωση της Ελλάδας, αφού πρώτα περιγραφεί η ισχύουσα κατάσταση, καθώς και σχετικά παραδείγματα από τον συγκεκριμένο τομέα ενδιαφέροντος, τόσο μέχρι σήμερα, όσο και μελλοντικά.

Τέλος, η παρούσα εργασία ολοκληρώνεται με το έβδομο κεφάλαιο και τα συμπεράσματα της όλης διερεύνησης του θέματος, αναφέροντας τα απορρέοντα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, βάσει και των σχετικών δεδομένων και περιπτώσεων από τη διεθνή εμπειρία. Στο μέρος της εργασίας που ακολουθεί τα συμπεράσματα, παρατίθενται σχετικοί με το αντικείμενο του θέματος πίνακες και διαγράμματα σε παράρτημα, ενώ καταγράφονται και οι αντίστοιχες βιβλιογραφικές αναφορές που συνδέονται με την εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **Γενικά περί ΣΔΙΤ**

#### **2.1 Εισαγωγή**

Κατά την εφαρμογή των ΣΔΙΤ, συνάπτονται συμβάσεις οι οποίες έχουν ως επί το πλείστον μακροχρόνια ισχύ, αποσκοπώντας στην ολοκλήρωση του εκάστοτε συμφωνηθέντος έργου κάποια στιγμή στο μέσο-/μακροπρόθεσμο μέλλον, καθώς πρόκειται συνήθως για περιπτώσεις έργων, οι οποίες παρουσιάζουν κάποιου είδους πολυπλοκότητα. Επιπλέον, τα εμπλεκόμενα μέρη της ΣΔΙΤ, δηλαδή ο δημόσιος και ο/οι ιδιωτικός/-οί φορέας/-είς, επιμερίζονται τα κόστη, τις ευθύνες, τους κινδύνους, αλλά και τα οφέλη που προκύπτουν από την κατασκευή και λειτουργία ενός έργου αυτής της μορφής. Απώτερος στόχος είναι το κάθε εμπλεκόμενο μέρος να αναλάβει τους κινδύνους που μπορεί να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, για την ολοκλήρωση του αναληφθέντος έργου (Uzunkaya, 2014).

Υπάρχουν, για παράδειγμα, ορισμένες δραστηριότητες, οι οποίες μπορούν να εκτελεστούν με αποτελεσματικότερο τρόπο από τον ιδιωτικό τομέα, έχοντας δηλαδή χαμηλότερο κόστος και καλύτερο αποτέλεσμα, εξαιτίας του υψηλού βαθμού παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας που τον χαρακτηρίζει. Ωστόσο, ο δημόσιος τομέας όπως είναι φυσικό, εμφανίζει μεγαλύτερο βαθμό αποτελεσματικότητας ως προς την εξασφάλιση της παροχής κοινωφελών υπηρεσιών, έναντι του εκάστοτε ιδιωτικού φορέα. Πέραν τούτου, οι δημόσιες Αρχές που εμπλέκονται στις ΣΔΙΤ είναι υπεύθυνες για τον προσδιορισμό των τεχνικών, σχεδιαστικών και λειτουργικών προδιαγραφών που τίθενται στο έργο, όπως θα αποτυπωθεί και παρακάτω, ενώ συνάμα, ο δημόσιος τομέας προβαίνει και σε έγκριση του τελικού σχεδιασμού που υποβάλλεται από τον ιδιώτη που υλοποιεί το έργο (Tzortzi, 2017).

Στο κεφάλαιο αυτό, λοιπόν, αποτυπώνονται κάποια γενικά στοιχεία και λεπτομέρειες που διέπουν ή συνδέονται με τη μορφή και λειτουργία των ΣΔΙΤ. Ξεκινώντας από τη σχετική ελληνική νομοθεσία (νόμος 3389/2005) με την οποία εισήχθη και επισήμως ο όρος των ΣΔΙΤ στην ελληνική πραγματικότητα, το κεφάλαιο συνεχίζει, παραθέτοντας πληροφορίες για το αντικείμενο που πραγματεύονται οι ΣΔΙΤ, καθώς και για το περιεχόμενο αυτού του τύπου των συμπράξεων/συμβάσεων. Επιπροσθέτως, καταγράφονται λεπτομέρειες που αφορούν στην μορφή και τον τύπο των ΣΔΙΤ, ενώ,

τέλος, δίνονται λεπτομέρειες και επί των βασικών αρχών των μοντέλων ΣΔΙΤ που συναντώνται κατά την εφαρμογή τους.

## 2.2 Νομοθεσία

Η έννοια των ΣΔΙΤ καταγράφεται, επισήμως, ως όρος στην ελληνική νομοθεσία για πρώτη φορά, με την ψήφιση του νόμου 3389/2005. Πριν την ένταξη του όρου στα ελληνικά θεσμικά κείμενα, κάνουν την εμφάνισή τους ήδη από τη δεκαετία του 1990, διάφορα έργα στα οποία παρουσιάζεται κάποιου είδους συνεργασία-σύμπραξη μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Το 2005, όμως, είναι η πρώτη φορά κατά την οποία εισάγεται ένα σταθερό νομικό πλαίσιο γύρω από τις συμβάσεις μεταξύ αυτών των δύο διαφορετικών τομέων/φορέων, με σκοπό την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών. Ως βασική στόχευση του νόμου 3389/2005 θα μπορούσε να παρατηρηθεί η επιδίωξη δημιουργίας ενός «κλίματος εμπιστοσύνης» στην αγορά των ΣΔΙΤ· μια αγορά που μέχρι πρότινος δεν υφίστατο, με επίσημο τρόπο ή διευθετημένη σε τόσο συγκεκριμένο και ακριβές πλαίσιο.

Στην παράγραφο 2 του άρθρου 1 του ανωτέρω νόμου, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, επιδιώκεται να δοθεί ένας (επίσημος) ορισμός για το τι συνιστά μια ΣΔΙΤ, ως εξής:

*Οι [...] Δημόσιοι Φορείς μπορούν σε τομείς της αρμοδιότητάς τους να συνάπτουν έγγραφες συμβάσεις συνεργασίας από επαχθή αιτία («Συμβάσεις Σύμπραξης») με νομικά πρόσωπα του ιδιωτικού τομέα («Ιδιωτικοί Φορείς») για την εκτέλεση έργων ή και την παροχή υπηρεσιών («Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα» ή «Συμπράξεις»).*

Αξίζει να σημειωθεί ότι το αρχικό νομοθέτημα περί ΣΔΙΤ (Ν.3389/2005) έχει τροποποιηθεί ουκ ολίγες φορές από την αρχική του ψήφιση (με τελευταία τροποποίηση το 2019), όπως ισχύει, βέβαια, και με την πλειονότητα των ελληνικών νομοθετημάτων. Στον Πίνακα 2.1 παρακάτω, παρατίθεται το σύνολο των τροποποιήσεων του εν λόγω νόμου, καθώς και (ενδεικτική) σχετική με τις ΣΔΙΤ νομοθεσία, προς καλύτερη ενημέρωση των αναγνωστών/-τριών του παρόντος και προς υποβοήθηση του πιθανού ερευνητικού τους έργου.

## Πίνακας 2.1

### Νόμος 3389/2005 και σχετικές τροποποιήσεις / θεσμικά κείμενα

Νομοθέτημα / Θεσμικό Κείμενο	Παρατηρήσεις
N.3389/2005	Βασική/Αρχική Νομοθεσία
N.3483/2006	Τροποποίηση του Ν.3389/2005 (ως προς το άρθρο 6)
ΠΔ 59/2007	Σχετική Νομοθεσία
N.3492/2006	Σχετική Νομοθεσία (ως προς το άρθρο 6)
N.3775/2009	Τροποποίηση του Ν.3389/2005 (ως προς το άρθρο 1)
N.3840/2010	Τροποποίηση του Ν.3389/2005 (ως προς το άρθρο 2)
N.3982/2011	Τροποποίηση του Ν.3389/2005 (ως προς τα άρθρα 4, 6) και Γενική Προσθήκη/Παρατήρηση)
N.4146/2013	Τροποποίηση του Ν.3389/2005 (ως προς τα άρθρα 2, 3, 6)
ΠΔ 84/2019	Τροποποίηση του Ν.3389/2005 (ως προς το άρθρο 6)

Πηγή: Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ

Στις υποενότητες που ακολουθούν δίνονται κάποιες περαιτέρω αναλυτικές πληροφορίες σχετικές με το αντικείμενο, τη μορφή και τον τύπο των ΣΔΙΤ.

#### 2.2.1 Αντικείμενο / Περιεχόμενο των Συμβάσεων Σύμπραξης

Οι ΣΔΙΤ πραγματοποιούνται με σκοπό την εξασφάλιση του σχεδιασμού, της χρηματοδότησης, της κατασκευής, της διαχείρισης, της λειτουργίας ανακαίνισης και συντήρησης των δημόσιων υποδομών, καθώς και την παροχή υπηρεσιών σε διάφορους τομείς της οικονομίας. Αντικείμενο των ΣΔΙΤ, ουσιαστικά, είναι είτε η εκτέλεση έργων είτε η παροχή υπηρεσιών (Παντελίδης, 2003· Βενιέρης, 2007).

Ειδικότερα, με την έννοια της εκτέλεσης έργων προσδιορίζεται η κατασκευή ή η εγκατάσταση των αναγκαίων υποδομών, ούτως ώστε αυτό με τη σειρά του να οδηγήσει στην παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας προς τους πολίτες μίας χώρας. Για παράδειγμα, τέτοια έργα μπορεί να είναι η ανέγερση κτιρίων, η ανακαίνιση υφιστάμενων υποδομών, αλλά και ο εξοπλισμός των εν λόγω εγκαταστάσεων/

υποδομών με όλα τα απαραίτητα. Από την άλλη, με την έννοια της παροχής υπηρεσιών μπορεί να ορισθεί η παροχή κάθε είδους υπηρεσίας, όπως είναι, για παράδειγμα, η συντήρηση υφισταμένων κτιρίων και εγκαταστάσεων, η φύλαξη, η διαχείριση, καθώς επίσης και η λειτουργία και αξιοποίηση αυτών (Βενιέρης, 2007).

Επιπλέον, ως αντικείμενο των συμπράξεων αυτών θεωρούνται και οι μέθοδοι διασφάλισης ποιότητας που προσδιορίζονται κατά την εκτέλεση του έργου ή κατά την παροχή της υπηρεσίας. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στο χρονοδιάγραμμα που αφορά στην εκτέλεση του αντικειμένου της εκάστοτε ΣΔΙΤ, καθώς επίσης και στις προϋποθέσεις που υπάρχουν για την τροποποίηση αυτού, όπως επίσης και για τις πιθανές ποινικές ρήτρες ή τα ανταλλάγματα που είναι πιθανό να προκύψουν σε περίπτωση που παρατηρηθεί υπέρβαση ή σύντμηση του συμφωνηθέντος χρονοδιαγράμματος. Πέραν όλων αυτών, οι ΣΔΙΤ προβλέπουν ασφαλιστικές καλύψεις για το ίδιο το αντικείμενο ή ακόμη και για τον εμπλεκόμενο ιδιωτικό φορέα, ενώ σε πλείστες περιπτώσεις υφίσταται μέριμνα για τη προστασία του περιβάλλοντος, των αρχαιοτήτων κ.ο.κ.. Στις ΣΔΙΤ προβλέπονται, επίσης, και όροι που αφορούν σε εγγυήσεις οι οποίες παρέχονται από τους εμπλεκόμενους ιδιωτικούς φορείς, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η έγκαιρη εκτέλεση, λειτουργία και συντήρηση του έργου. Τέλος, προσδιορίζονται οι απαιτήσεις υγιεινής και ασφάλειας που αφορούν στους εργαζόμενους, αλλά και στους χρήστες του έργου ή της υπηρεσίας, καθώς και η διαδικασία επίλυσης διαφορών για τις περιπτώσεις που πιθανόν προκύψουν (Βενιέρης, 2007).

Αναφορικά με το αντικείμενο των συγκεκριμένων συμβάσεων, θα πρέπει, επίσης, να αναφερθεί ότι αποτελεί αρμοδιότητα του δημόσιου φορέα, με βάση τις διατάξεις του νόμου, λαμβάνοντας υπόψη το καταστατικό του. Μέσω των συμπράξεων αυτών που δημιουργούνται, οι δημόσιοι φορείς έχουν τη δυνατότητα να αναπτύσσουν δραστηριότητα σε τομείς της αρμοδιότητάς τους. Καθώς η συνεργασία που αναπτύσσεται είναι σε μακροχρόνια βάση, ο δημόσιος φορέας μέσω της σύμβασης αυτής μπορεί να παρακολουθεί με τρόπο αποτελεσματικό τη λειτουργία του έργου. Ακόμη, μέσω της σύμβασης αυτής προβλέπεται ότι η χρηματοδότηση γίνεται είτε πλήρως είτε εν μέρει από κεφάλαια και πόρους που εξασφαλίζονται από τους ιδιωτικούς φορείς. Από την άλλη, είτε ο δημόσιος φορέας είτε οι τελικοί χρήστες του έργου ή της υπηρεσίας προβαίνουν στην καταβολή τιμήματος όταν ξεκινήσει η λειτουργία του έργου ή η παροχή των σχετικών υπηρεσιών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η καταβολή του τιμήματος αυτού σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται και μπορεί ορισμένες φορές να μειώνεται, είτε ακόμη και να



μηδενίζεται, εφόσον δεν τηρούνται οι προδιαγραφές που έχουν τεθεί από τον δημόσιο φορέα και καλείται να τηρήσει ο ιδιωτικός φορέας (Καράβη, 2005).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί και η περίπτωση των συμβάσεων στις οποίες, τόσο ο δημόσιος, όσο και ο ιδιωτικός φορέας που εμπλέκονται στη διαδικασία αυτή, αναλαμβάνουν κάποια από τα απορρέοντα βάρη. Ο ιδιωτικός φορέας κατά τη σύναψη της σύμβασης αυτής αναλαμβάνει σημαντικό μερίδιο των κινδύνων, ωστόσο, σε κάθε περίπτωση, τόσο το ποσοστό συμμετοχής στο ρίσκο μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων/μερών, όσο και η μέθοδος ανάληψης και διαχείρισης του κινδύνου είναι ιδιαίτερα σύνθετα μεγέθη και διαδικασίες. Προκειμένου να μπορέσει να γίνει η κατάλληλη κατανομή των κινδύνων είναι αναγκαίο να υπάρξει στενή συνεργασία των εμπλεκόμενων μερών, όπως για παράδειγμα είναι το τραπεζικό σύστημα, έτσι ώστε να καταγραφούν με σαφήνεια οι πιθανοί κίνδυνοι που απορρέουν από την κατασκευή του έργου ή από την παροχή της υπηρεσίας (Γεωργακόπουλος, 2007).

#### 2.2.2 Προϋποθέσεις Υπαγωγής Σύμπραξης στον Ν.3389/2005 περί ΣΔΙΤ

Οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται, προκειμένου να δύναται μια τέτοιου τύπου σύμπραξη να υπαχθεί στις διατάξεις του νόμου 3389/2005, μπορούν να συνοψισθούν, σύμφωνα με την Κουτούπα-Ρεγκάκου (2006), στις εξής τέσσερις που αποτυπώνονται παρακάτω.

Αρχικώς, η σύμπραξη που διαμορφώνεται θα πρέπει να έχει ως αντικείμενο την εκτέλεση του έργου ή την παροχή κάποιας/-ων υπηρεσίας/ιών. Το εν λόγω αντικείμενο θα πρέπει να άπτεται των αρμοδιοτήτων του δημοσίου φορέα, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις του νόμου ή/και με βάση το καταστατικό του εκάστοτε εμπλεκόμενου φορέα. Μια επιπλέον προϋπόθεση είναι αυτή που θέλει τους ιδιωτικούς φορείς, λαμβάνοντας σχετικό αντάλλαγμα το οποίο καταβάλλεται εφάπαξ ή τμηματικά, είτε από τους δημόσιους φορείς είτε από τους χρήστες των έργων ή των υπηρεσιών, να αναλαμβάνουν μέρος των κινδύνων, οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, αλλά και τη διαθεσιμότητα ή/και τη ζήτηση του αντικειμένου που αφορά στη σύμπραξη. Επιπροσθέτως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ιδιωτικοί φορείς αναλαμβάνουν και τους διαχειριστικούς και τεχνικούς κινδύνους που προκύπτουν κατά τη διαδικασία υλοποίησης και λειτουργίας του έργου αυτού ή αντίστοιχα της υπηρεσίας.

Η τρίτη προϋπόθεση είναι η χρηματοδότηση του έργου ή των παρεχόμενων υπηρεσιών να γίνονται, είτε εξ ολοκλήρου είτε μερικώς, από πόρους που καταφέρνει να εξασφαλίσει ο ιδιωτικός φορέας, ο οποίος υλοποιεί το έργο ή παρέχει την υπηρεσία. Τέλος, το συνολικό συμβατικό κόστος που προϋπολογίζεται για την υλοποίηση του αντικειμένου της σύμβασης, δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 200 εκατ. €, χωρίς να συνυπολογίζεται στο ποσό αυτό ο Φόρος Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ).

### 2.2.3 Μορφές και Τύποι ΣΔΙΤ

Οι ΣΔΙΤ περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα νομικών, λειτουργικών, καθώς και οικονομικών σχέσεων και συσχετισμών μεταξύ πλήθους διαφορετικών παραγόντων. Η μορφή της σύμβασης που επιλέγεται να χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητες του έργου, από τις επιχειρησιακές δυνατότητες του ιδιωτικού φορέα, αλλά και από την εμπειρία που διαθέτουν τόσο ο δημόσιος, όσο και ο ιδιωτικός φορέας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι δύο βασικές κατηγορίες ΣΔΙΤ είναι οι *ΣΔΙΤ καθαρά συμβατικού τύπου* και οι *ΣΔΙΤ θεσμοθετημένου τύπου*.

Ειδικότερα, οι *ΣΔΙΤ καθαρά συμβατικού τύπου* αφορούν συμπράξεις που λαμβάνουν χώρα μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και η λειτουργία αυτών στηρίζεται σε συμβατικούς δεσμούς, καθώς επίσης και σε σχετικές ευρωπαϊκές οδηγίες που ρυθμίζουν ζητήματα δημοσίων συμβάσεων. Στις συμπράξεις αυτού του τύπου γίνεται ανάθεση ενός ή περισσότερων καθηκόντων, μικρότερης ή μεγαλύτερης σπουδαιότητας στον ιδιωτικό τομέα. Για παράδειγμα, τέτοιου είδους καθήκοντα μπορεί να είναι ο σχεδιασμός, η χρηματοδότηση, η υλοποίηση, η ανακαίνιση, η αξιοποίηση ενός έργου, αλλά και μιας υπηρεσίας. Τυπικό παράδειγμα της σύμβασης της συγκεκριμένης κατηγορίας είναι το «μοντέλο παραχώρησης», όπου υπάρχει άμεση σχέση του ιδιωτικού τομέα με τον χρήστη των υπηρεσιών (Κίτσος, 2014).

Λαμβάνοντας υπόψη τον βαθμό εμπλοκής του ιδιώτη, οι *ΣΔΙΤ συμβατικού τύπου* δύναται να κατηγοριοποιηθούν σε επιμέρους κατηγορίες. Ειδικότερα, υπάρχουν οι συνεργασίες παροχής υπηρεσιών (Service Delivery Partnership), οι οποίες αναπτύσσονται μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, έτσι ώστε να παρέχονται μεμονωμένες υπηρεσίες από τον ιδιωτικό τομέα (Bastin, 2003). Οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τον δημόσιο φορέα είναι συνήθως πολύπλοκες υπηρεσίες που αφορούν κάποια συγκεκριμένη δραστηριότητα, όπως για παράδειγμα η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών διοίκησης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην περίπτωση αυτή, ο ιδιώτης

αναλαμβάνει μέρος των κινδύνων, ενώ από την άλλη το Δημόσιο παρέχει την κύρια υπηρεσία. Ακόμη, βασικό χαρακτηριστικό του συγκεκριμένου τύπου συμπράξεων είναι η παροχή υπηρεσιών που μπορούν να χαρακτηριστούν ως υψηλής ποιότητας. Επιπλέον, στην ίδια κατηγορία κατατάσσονται και οι συμβάσεις διαχείρισης (Management Agreements), όπου ο δημόσιος φορέας μεταβιβάζει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών λειτουργίας και συντήρησης στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος με τη σειρά του καλείται να λειτουργήσει για λογαριασμό του δημοσίου φορέα. Η αμοιβή που λαμβάνει ο ιδιώτης κατά το είδος αυτό της σύμπραξης μπορεί να είναι σταθερή, ενώ μπορεί να αποτελεί και συνάρτηση της επίτευξης συγκεκριμένων στόχων που έχουν από κοινού τεθεί. Μέσω της σύνδεσης της πληρωμής με τους στόχους, μπορεί να επέλθει βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας στη λειτουργία αμφοτέρων των φορέων (Γκιτσάκης, 2007).

Ξεχωριστή αναφορά θα πρέπει να γίνει στις παραχωρήσεις (Concession), όπου ο δημόσιος φορέας, όντας ο ιδιοκτήτης της υποδομής προβαίνει στην παραχώρηση, προς τον ιδιωτικό φορέα, της ευθύνης για την παροχή και συντήρηση ενός συγκεκριμένου επιπέδου υπηρεσιών προς τους χρήστες της υποδομής. Ειδικότερα, για τις παραχωρήσεις υπάρχουν διαφορετικοί τύποι, οι οποίοι παρουσιάζονται στη συνέχεια, με τα βασικότερα χαρακτηριστικά τους:

- **Μελέτη / Κατασκευή:** Στον συγκεκριμένο τύπο παραχώρησης, ο ιδιωτικός φορέας είναι υπεύθυνος για τον σχεδιασμό, αλλά και για την κατασκευή του έργου, το οποίο εν συνεχεία παρέχεται στο Δημόσιο. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι μέσω της μεθόδου αυτής μπορεί να εξοικονομηθεί χρόνος, αλλά και να υπάρξει σημαντική μείωση των προβλημάτων, συνεκτιμώντας το γεγονός ότι μόνο ο ιδιώτης θεωρείται υπεύθυνος έναντι του δημοσίου φορέα για τον σχεδιασμό, καθώς και για την κατασκευή.
- **Μελέτη / Κατασκευή / Λειτουργία:** Στην κατηγορία αυτή συνάπτονται συμβάσεις μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, οι οποίες αφορούν στην μελέτη, στον σχεδιασμό, στην κατασκευή, καθώς και στη λειτουργία υποδομών, με τον ιδιωτικό φορέα να αναλαμβάνει τα ανωτέρω, τηρώντας τις σχετικές προδιαγραφές που έχουν τεθεί από τον δημόσιο οργανισμό. Στο τέλος της περιόδου που έχει συμφωνηθεί, όπου ο ιδιωτικός φορέας λειτουργεί και είναι υπεύθυνος για το έργο, επιστρέφεται στο δημόσιο φορέα (Darrin & Mervyn, 2007).
- **Μελέτη / Κατασκευή / Εγγύηση / Λειτουργία:** Στην προκειμένη περίπτωση, τόσο ο σχεδιασμός, όσο και η κατασκευή του έργου γίνονται από τον ιδιωτικό τομέα,

λαμβάνοντας υπόψη τις προδιαγραφές που έχουν τεθεί από τον δημόσιο τομέα. Ο ιδιωτικός τομέας θεωρείται υπεύθυνος για τη λειτουργία, καθώς και για τη συντήρηση του παγίου για κάποια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, με τη λήξη της οποίας, το πάγιο επιστρέφεται στον δημόσιο τομέα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η χρηματοδότηση της κατασκευής γίνεται από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ η ολοκλήρωση της κατασκευής εντός ενός συγκεκριμένου χρονοδιαγράμματος και προϋπολογισμού, διασφαλίζεται κατόπιν εγγυήσεως του ιδιωτικού τομέα.

- Κατασκευή / Ιδιοκτησία / Χρηματοδοτική Μίσθωση / Μεταφορά: Με βάση τη συγκεκριμένη μέθοδο, ο ιδιωτικός φορέας προβαίνει στην χρηματοδότηση και κατασκευή του έργου, το οποίο εν συνεχεία μισθώνεται με χρηματοδοτική μίσθωση στον δημόσιο τομέα (Leasing). Το Δημόσιο καταβάλλει τις περιοδικές πληρωμές στον ιδιωτικό φορέα και σταδιακά μεταβιβάζεται η ιδιοκτησία του έργου στην κυριότητά του. Στο τέλος αυτής της συγκεκριμένης περιόδου, ο δημόσιος φορέας είναι ο ιδιοκτήτης των εγκαταστάσεων, ενώ ορισμένες φορές αγοράζει τις εγκαταστάσεις αυτές έναντι κάποιου συμβολικού τιμήματος.
- Κατασκευή / Μεταβίβαση / Λειτουργία: Σε αυτόν τον τύπο σύμβασης, ο ιδιώτης προβαίνει στον σχεδιασμό, στη χρηματοδότηση και στην κατασκευή του έργου, ενώ μετά την ολοκλήρωσή του, μεταβιβάζεται στον δημόσιο φορέα. Κατά τη περίοδο εκμετάλλευσης που έχει συμφωνηθεί, ο ιδιώτης διαχειρίζεται το έργο και εισπράττει τα έσοδα λειτουργίας του, ενώ στο πέρας της περιόδου εκμετάλλευσης, το Δημόσιο έχει τη δυνατότητα είτε να διαχειριστεί μόνο του το έργο είτε να αναθέσει τη διαχείρισή του στον ίδιο ιδιώτη ή/και σε κάποιον άλλον.
- Κατασκευή / Λειτουργία / Μεταβίβαση ή Κατασκευή / Κυριότητα / Λειτουργία ή Κατασκευή / Κυριότητα / Λειτουργία / Μεταβίβαση.
- Κατασκευή / Χρηματοδοτική Μίσθωση / Λειτουργία / Μεταβίβαση.
- Χρηματοδοτική Μίσθωση / Κατασκευή / Λειτουργία.
- Λειτουργία / Συντήρηση / Διαχείριση.
- Εκσυγχρονισμός / Κυριότητα / Λειτουργία.
- Εκσυγχρονισμός / Λειτουργία.
- Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης [Private Finance Initiatives (PFI)].
- Μελέτη / Κατασκευή / Χρηματοδότηση / Λειτουργία.
- Μελέτη / Κατασκευή / Χρηματοδότηση / Λειτουργία / Συντήρηση ή Μελέτη / Κατασκευή / Χρηματοδότηση / Λειτουργία / Κυριότητα / Μεταβίβαση.
- Αγορά / Κατασκευή / Λειτουργία.

Σχετικά με την κατηγορία των ΣΔΙΤ θεσμοθετημένου τύπου, η συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα λαμβάνει χώρα, μέσω της δημιουργίας ενός έτερου τρίτου φορέα (joint ventures), με τον τελευταίο να ελέγχεται από τους αρχικούς δύο (δημόσιο και ιδιωτικό τομέα), από κοινού. Στην περίπτωση αυτή, είναι πιθανό ο ιδιωτικός φορέας να αποκτήσει τον έλεγχο στη μετοχική σύνθεση, έναντι του αντίστοιχου δημοσίου φορέα. Σκοπός της δημιουργίας και λειτουργίας ενός τέτοιου φορέα είναι εκτέλεση ενός έργου ή η παροχή μιας υπηρεσίας, προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι, μέσω του συγκεκριμένου τύπου ΣΔΙΤ, ο δημόσιος φορέας συμμετέχει στη διαχείριση και διοίκηση των έργων και επομένως διατηρείται ο δημόσιος έλεγχος. Στις συμπράξεις αυτού του είδους, ο δημόσιος τομέας μπορεί να συμμετέχει είτε παρέχοντας περιουσιακά στοιχεία είτε ακόμη και κεφάλαια, ενώ από την άλλη, ο ιδιωτικός τομέας συνεισφέρει με κεφάλαια και αναλαμβάνει να προβεί στην κατασκευή των σχετικών υποδομών. Ένα παράδειγμα τέτοιου είδους σύμπραξης είναι η εμπορική αξιοποίηση της περιουσίας που διαθέτει ένας Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) (Κίτσος, 2014).

### **2.3 Κατηγοριοποίηση Διαφορετικών Μοντέλων ΣΔΙΤ**

Είναι γεγονός ότι κατά την εφαρμογή μιας ΣΔΙΤ, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια σειρά από μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί, τα οποία ουσιαστικά καθορίζουν και τον τρόπο υλοποίησης της σύμπραξης. Ωστόσο, πολλές φορές, λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα και τις συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά, εφαρμόζονται και «υβριδικά» μοντέλα ΣΔΙΤ, συνδυασμός δηλαδή αυτών, έτσι ώστε να επιτευχθεί το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα για το σύνολο των εμπλεκόμενων (Κίτσος, 2014). Στη συνέχεια του κεφαλαίου παρατίθενται στοιχεία των βασικών μοντέλων ΣΔΙΤ, όπως αυτά συναντώνται κατά την εφαρμογή των εν λόγω συμπράξεων.

#### **2.3.1 Μοντέλο Πώλησης στον Δημόσιο Φορέα με Παρακράτηση Κυριότητας**

Σύμφωνα με τον τρόπο λειτουργίας του συγκεκριμένου μοντέλου, κύριος των εγκαταστάσεων και των υποδομών του έργου, κατά το στάδιο της κατασκευής αυτού, είναι ο ιδιωτικός φορέας, μέσω της σύστασης Εταιρείας Ειδικού Σκοπού (ΕΕΣ) [Special Purpose Vehicle (SPV)], η οποία δραστηριοποιείται αυστηρά και μόνο στο πλαίσιο

υλοποίησης του εκάστοτε έργου ΣΔΙΤ. Η εν λόγω εταιρεία είναι υπεύθυνη για τη μελέτη του έργου, λαμβάνοντας υπόψη τις προδιαγραφές που έχουν τεθεί από τον αρμόδιο δημόσιο φορέα, συνεκτιμώντας πάντοτε την ικανοποίηση των δημοσίων αγαθών. Πέρα από τη μελέτη, η ΕΕΣ είναι υπεύθυνη για τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, καθώς και την όλη διαχείριση του έργου, επομένως λαμβάνει και τις σχετικές νομικές και οικονομικές ευθύνες (Γκισάκης, 2007).

Από την άλλη, ο δημόσιος φορέας διαθέτει το δικαίωμα χρήσης και εκμετάλλευσης του έργου, καταβάλλοντας, υπό τη μορφή αντισταθμίματος, πληρωμές στον ιδιωτικό φορέα σύμφωνα με το συμφωνηθέν πλάνο και χρονοδιάγραμμα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το ύψος των πληρωμών αυτών προβλέπεται με απόλυτη σαφήνεια στη σχετική συμφωνία σύμπραξης, που συστάθηκε μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων. Ουσιαστικά, οι πληρωμές αυτές διασφαλίζουν την αποπληρωμή της επένδυσης και επιπλέον το επιχειρηματικό όφελος που απορρέει από το εκάστοτε έργο για τον ιδιωτικό φορέα. Στο πέρας της συγκεκριμένου τύπου σύμπραξης και αφού έχει παρέλθει ο χρόνος που συμφωνήθηκε, ο ιδιωτικός φορέας προβαίνει σε μεταβίβαση του έργου στον δημόσιο τομέα, όποτε και μεταφέρεται η κυριότητά του (Βενιέρης, 2007· Γκισάκης, 2007).

### 2.3.2 Μοντέλο Χρηματοδοτικής Μίσθωσης στον Δημόσιο Φορέα

Το εν λόγω μοντέλο έχει ορισμένες ομοιότητες με το μοντέλο πώλησης στον δημόσιο φορέα με παρακράτηση κυριότητας παραπάνω, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η ΕΕΣ που συστήνεται αναλαμβάνει τη μελέτη, την κατασκευή των εγκαταστάσεων και των υποδομών, τη χρηματοδότηση, καθώς και τη διαχείριση του αντικείμενου της σύμπραξης, ενώ από την άλλη, ο δημόσιος φορέας που συμμετέχει, καταβάλλει ανά τακτά χρονικά διαστήματα ένα συγκεκριμένο αντίτιμο στην ΕΕΣ, έχοντας το δικαίωμα εκμετάλλευσης και χρήσης των εγκαταστάσεων. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι στο συγκεκριμένο μοντέλο σύμβασης σύμπραξης, προβλέπεται δικαίωμα μόνο από τη πλευρά του Δημοσίου να αποκτήσει το έργο και δεν διενεργείται αυτόματη μεταβίβαση του έργου, με την ολοκλήρωση των εργασιών και τη λήξη της σύμπραξης.

Ουσιαστικά, σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, το δημόσιο καταβάλει το μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης, κατά τη διάρκεια της σύμπραξης και εφόσον επιλεγεί να ασκήσει το δικαίωμα απόκτησης και μεταβίβασης του έργου, καταβάλει και το υπόλοιπο, με τη λήξη της σύμβασης. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει και η

δυνατότητα ανανέωσης της μίσθωσης του έργου από τον δημόσιο τομέα, κατόπιν σχετικής συμφωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών (Monteiro, 2005).

### 2.3.3 Μοντέλο Μίσθωσης Εγκαταστάσεων του Έργου στον Δημόσιο Φορέα

Το συγκεκριμένο μοντέλο ΣΔΙΤ παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με το αντίστοιχο της προηγούμενης υποενότητας. Αναλυτικότερα, στο μοντέλο μίσθωσης εγκαταστάσεων στον εκάστοτε δημόσιο φορέα, η ΕΕΣ που συστήνεται αναλαμβάνει (και σε αυτή την περίπτωση) τη σχεδίαση, καθώς και τις εργασίες που αφορούν στην κατασκευή, την επισκευή ή/και ανακαίνιση των εγκαταστάσεων και υποδομών αναφοράς. Από την άλλη πλευρά, ο συμμετέχων δημόσιος φορέας, διασφαλίζει μέσω της καταβολής ενός μισθώματος ανά κάποια συμφωνηθέντα χρονικά διαστήματα, το δικαίωμα εκμετάλλευσης και χρήσης των ανωτέρω υποδομών. Απόρροια αυτού του μισθώματος, είναι και η υποχρέωση που δημιουργείται για τον/τους εμπλεκόμενο/-ους ιδιωτικό/-ούς φορέα/-είς, ως προς τη συντήρηση, ασφάλεια, εποπτεία, καταλληλότητα και ετοιμότητα χρήσης των συγκεκριμένων εγκαταστάσεων (Βενιέρης, 2007).

Η διαφορά που παρουσιάζεται μεταξύ αυτού του μοντέλου και του αντίστοιχου της προηγούμενης υποενότητας είναι ως προς το ύψος αλλά και τον χρόνο επιβάρυνσης του δημόσιου τομέα. Ουσιαστικά, στην περίπτωση του μοντέλου μίσθωσης εγκαταστάσεων, ο δημόσιος τομέας καλείται να πληρώσει ένα μίσθωμα, καθοριζόμενο λίγο πολύ από την επικρατούσα κατάσταση στην αγορά συνολικότερα (και όχι σύμφωνα με τις αξιώσεις του/των εμπλεκόμενου/-ων ιδιωτικού/-ών φορέα/-ων, όπως στην περίπτωση της χρηματοδοτικής μίσθωσης). Ως εκ τούτου, κατά τη λήξη της σύμβασης/σύμπραξης, το ποσό που θα κληθεί να καταβάλει το Δημόσιο, για την απόκτηση της κυριότητας του έργου, θα είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο της χρηματοδοτικής μίσθωσης, καθώς κατά την καταβολή του (περιοδικού) μισθώματος περιλαμβάνεται μόνο το ποσό που αντιστοιχεί στο δικαίωμα χρήσης (και όχι το αντίστοιχο κτήσης). Με τον τρόπο αυτό, ο δημόσιος τομέας επιτυγχάνει την ετεροχρονισμένη καταβολή του τιμήματος για την κυριότητα των εγκαταστάσεων στη λήξη της σύμπραξης, μετακυλίοντας τα βάρη στο μέλλον. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι και σε αυτή την περίπτωση υπάρχει η δυνατότητα ανανέωσης της μίσθωσης του έργου από τον δημόσιο τομέα, κατόπιν σχετικής συμφωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών Στην περίπτωση δε που το Δημόσιο δεν επιθυμεί την εν λόγω ανανέωση, η ΕΕΣ δύναται είτε να πουλήσει είτε να μισθώσει σε κάποιο τρίτο μέρος τις

εγκαταστάσεις/υποδομές ενδιαφέροντος, με σκοπό την απόδοση της επένδυσής της (Βενιέρης, 2007).

#### 2.3.4 Μοντέλο Κυριότητας του Δημοσίου Φορέα επί των Εγκαταστάσεων

Το μοντέλο κυριότητας του Δημοσίου επί των εγκαταστάσεων αφορά, κατά κύριο λόγο, στις περιπτώσεις όπου οι εγκαταστάσεις προϋπάρχουν και είναι στην κυριότητα του δημόσιου φορέα. Ως εκ τούτου, κατά τη διάρκεια της σύμπραξης, η ΕΕΣ που συστήνεται για την διεκπεραίωση του έργου (π.χ. ανακαίνιση ή τροποποίηση ή επέκταση των υφιστάμενων εγκαταστάσεων) αναλαμβάνει τη χρηματοδότηση καθώς και κάθε σχετικό με το αντικείμενο ζήτημα. Επιπλέον, γίνεται ανάληψη του συνόλου των κινδύνων που προκύπτουν ή δύναται να προκύψουν κατά τη διαδικασία της μελέτης ή/και της κατασκευής από τον/τους εμπλεκόμενο/-ους ιδιωτικό/-ούς φορέα/-είς (Βενιέρης, 2007).

Ως προς την καταβολή αντιτίμου από τον δημόσιο στον/στους ιδιωτικό/-ούς φορέα/-είς, αυτή λαμβάνει χώρα κατά τα συμφωνηθέντα χρονικά διαστήματα, ενώ είναι δυνατή και η σύναψη συμφωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών, προκειμένου να μπορεί η ΕΕΣ να εκμεταλλευτεί τις εν λόγω εγκαταστάσεις, έναντι κάποιας σχετικής του καταβαλλόμενου αντιτίμου (Βενιέρης, 2007).

#### 2.3.5 Μοντέλο Ανάθεσης της Διαχείρισης του Έργου στην Εταιρεία Ειδικού Σκοπού (ΕΕΣ)

Το βασικότερο στοιχείο του εν λόγω μοντέλου είναι η ανάθεση της διαχείρισης των εγκαταστάσεων, αλλά και της λειτουργίας του αναλαμβανόμενου έργου, είτε εξ ολοκλήρου είτε κατά κύριο λόγο, από την ΕΕΣ που συστήνεται για τον σκοπό αυτό. Ενώ, δηλαδή, η κυριότητα του έργου παραμένει και σε αυτή την περίπτωση στο Δημόσιο, η διαφορά με τα προαναφερθέντα μοντέλα έγκειται στο ότι ο/οι εμπλεκόμενος/-οι ιδιωτικός/-οί φορέας/-είς καλούνται να διαδραματίσουν τον καθοριστικότερο ρόλο στη διαχείριση του όλου εγχειρήματος, προσφέροντας αυτός/-οί τη δημόσια υπηρεσία (Βενιέρης, 2007· Γκίκας-Πανούσης, 2008).

Πρόκειται, ουσιαστικά, για την περίπτωση *ανάθεσης των εργασιών σε τρίτους (outsourcing)* από την πλευρά του δημόσιου φορέα. Έτσι, ενώ η ευθύνη για το αποτέλεσμα της παραγόμενης π.χ. υπηρεσίας παραμένει στο Δημόσιο, της όλης



διαχείρισης, εκμετάλλευσης και λειτουργίας του έργου επιλαμβάνεται η ΕΕΣ, άρα ο/οι εμπλεκόμενος/-οι ιδιωτικός/-οί φορέας/-είς (Βενιέρης, 2007· Γκίκας-Πανούσης, 2008).

### 2.3.6 Μοντέλο Παραχώρησης της Λειτουργίας στους Ιδιωτικούς Φορείς

Το μοντέλο παραχώρησης της λειτουργίας του έργου στους ιδιωτικούς φορείς αφορά στη σύναψη μιας ΣΔΙΤ η οποία αποσκοπεί στη διαχείριση και λειτουργία του αντικειμένου της ΣΔΙΤ από τρίτους. Ενώ, δηλαδή, συνάπτεται μια ΣΔΙΤ για την ανέγερση π.χ. κάποιων εγκαταστάσεων μεταξύ του Δημοσίου και κάποιου/-ων ιδιωτικού/-ών φορέα/-ων, η διαχείριση και λειτουργία αυτών των υποδομών γίνεται από φορείς οι οποίοι δεν ανήκουν στα συμβαλλόμενα μέρη της σύμβασης, με σκοπό την ικανοποίηση του δημόσιου συμφέροντος. Η δε καταβολή του αντιτίμου από τα πρόσωπα που «καρπώνονται» τις παρεχόμενες υπηρεσίες από την ανωτέρω υποδομή, διενεργείται είτε απευθείας στην ΕΕΣ που συστάθηκε για τις ανάγκες του έργου είτε μέσω του εμπλεκόμενου δημόσιου φορέα προς την εν λόγω ΕΕΣ (Βενιέρης, 2007· Γκίκας-Πανούσης, 2008).

### 2.3.7 Μοντέλο Εταιρικής Συμμετοχής

Στην περίπτωση του συγκεκριμένου μοντέλου υπάρχει διαφοροποίηση ως προς το είδος της εταιρείας που συστήνεται για την εκτέλεση του έργου ενδιαφέροντος. Ειδικότερα, αντί της σύστασης μιας ΕΕΣ, όπως σε όλες τις προαναφερθείσες περιπτώσεις, λαμβάνει χώρα η ίδρυση/σύσταση εταιρείας με τη μορφή της κοινοπραξίας (joint venture). Ως εκ τούτου, το Δημόσιο αναλαμβάνει εν προκειμένω ενεργό ρόλο, καθώς αποτελεί εταιρικό μέλος της συσταθείσας κοινοπραξίας (Βενιέρης, 2007).<sup>3</sup>

Στο μοντέλο εταιρικής συμμετοχής είναι πολύ σημαντικός ο προκαθορισμός της συνεισφοράς, των κινδύνων, καθώς και των έργων που θα αναληφθούν από κάθε εμπλεκόμενο μέρος (δημόσιο και ιδιωτικό). Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί ότι και σε αυτή την περίπτωση (όπως και στο προηγούμενο μοντέλο) τα πρόσωπα που «καρπώνονται» τις παρεχόμενες υπηρεσίες καταβάλλουν το αντίστοιχο αντίτιμο, το οποίο, πλέον, αποτελεί έσοδο και αφορά σε όλα τα μέλη της κοινοπραξίας (Βενιέρης, 2007· Γκίκας-Πανούσης, 2008).

---

<sup>3</sup> Αναφορά για τη λειτουργία του συγκεκριμένου μοντέλου έγινε και στην προηγούμενη ενότητα του κεφαλαίου, στο σημείο που αποτυπώνονται στοιχεία για τις ΣΔΙΤ θεσμοθετημένου τύπου.

## 2.4 Ανακεφαλαίωση

Οι ΣΔΙΤ, οι οποίες αποτελούν συμβάσεις με μακροχρόνια ισχύ, αναπτύσσονται και εφαρμόζονται έχοντας ως απώτερο στόχο την αποτελεσματικότερη διαχείριση και ολοκλήρωση ενός έργου, εκμεταλλευόμενες παράλληλα το συγκριτικό πλεονέκτημα του δημόσιου ή του εμπλεκόμενου κατά περίπτωση ιδιωτικού φορέα. Μέσω του διαμοιρασμού του ρίσκου και του κόστους που συνοδεύουν την υλοποίηση τέτοιου είδους έργων, καθίσταται επίσης δυνατή η «απελευθέρωση», κυρίως, του Δημοσίου από βάρη που θα υποχρεούταν υπό άλλες συνθήκες να επωμιστεί, με δυσμενείς συνέπειες για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Με τον νόμο 3389/2005 εισήχθη στην Ελλάδα και επισήμως ο ορισμός των ΣΔΙΤ, καθώς και το πλαίσιο λειτουργίας αυτών, κατόπιν ενσωμάτωσης της σχετικής ευρωπαϊκής οδηγίας στο ελληνικό Δίκαιο. Με το αντικείμενο τέτοιας μορφής συμπράξεων να προσανατολίζεται στην εκτέλεση κάποιου έργου ή ακόμα και στην παροχή κάποιας/-ων υπηρεσίας/-ών σε μακροχρόνια, κατά κύριο λόγο, βάση, οι ΣΔΙΤ συναντώνται, ως επί το πλείστον, σε τομείς που σχετίζονται με τις υποδομές της χώρας, αλλά και σε υπηρεσίες με ισχυρό κοινωνικό αντίκτυπο ή/και σημαντικότητα· εν ολίγοις, υπηρεσίες και έργα που υπό άλλες συνθήκες («παραδοσιακά») θα αναλαμβάνονταν εξ ολοκλήρου από το Δημόσιο. Η μορφή των εν λόγω συμπράξεων καθορίζεται από την κείμενη νομοθεσία, ενώ οφείλει να αποτυπώνεται με σαφήνεια και ακρίβεια κατά τη διάρκεια υπογραφής και σύστασής της.

Οι δύο βασικές κατηγορίες ΣΔΙΤ που εμφανίζονται είναι αυτές του *καθαρά συμβατικού τύπου*, καθώς και οι *αντίστοιχες θεσμοθετημένου*. Στη μεν πρώτη περίπτωση, αναφερόμαστε σε συμπράξεις που διενεργούνται μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, η λειτουργία των οποίων στηρίζεται σε καθαρά συμβατικούς δεσμούς, ενώ ανατίθενται καθήκοντα μικρότερης ή μεγαλύτερης σπουδαιότητας στον ιδιωτικό «εταίρο». Η εν λόγω κατηγορία ΣΔΙΤ κατακερματίζεται σε ακόμα περισσότερες υποκατηγορίες [συνεργασίες παροχής υπηρεσιών (service delivery partnerships), συμβάσεις διαχείρισης (management agreements), παραχωρήσεις (concessions)], οι οποίες αναλύθηκαν παραπάνω. Στην περίπτωση των ΣΔΙΤ θεσμοθετημένου τύπου η συνεργασία υλοποιείται μέσω της δημιουργίας ενός τρίτου φορέα, ο οποίος ελέγχεται από κοινού, τόσο από τον δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό φορέα που εμπλέκεται σε αυτού του τύπου τις ΣΔΙΤ.

Τέλος, στην τελευταία ενότητα του παρόντος κεφαλαίου αποτυπώθηκε μια σειρά από μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί και αφορούν στον τρόπο εφαρμογής μιας ΣΔΙΤ. Τα μοντέλα αυτά έχουν ως εξής: (α) μοντέλο πώλησης στον δημόσιο φορέα με παρακράτηση κυριότητας, (β) μοντέλο χρηματοδοτικής μίσθωσης στον δημόσιο φορέα, (γ) μοντέλο μίσθωσης εγκαταστάσεων του έργου στον δημόσιο φορέα, (δ) μοντέλο κυριότητας του δημοσίου φορέα επί των εγκαταστάσεων, (ε) μοντέλο ανάθεσης της διαχείρισης του έργου στην ΕΕΣ, (στ) μοντέλο παραχώρησης της λειτουργίας στους ιδιωτικούς φορείς, και (ζ) μοντέλο εταιρικής συμμετοχής.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

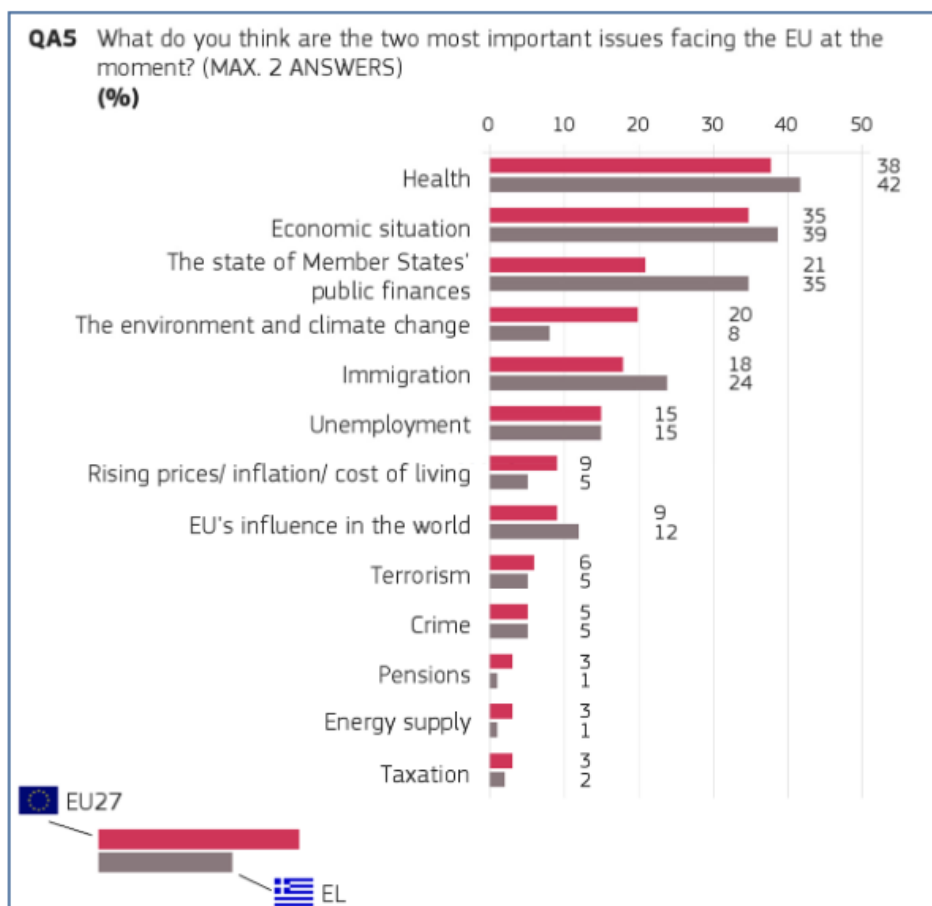
### Η Δημόσια Υγεία σε Ευρώπη και Ελλάδα

#### 3.1 Εισαγωγή

Μετά το πρώτο μέρος του παρόντος πονήματος, στο οποίο αποτυπώθηκαν κάποιες βασικές πληροφορίες και χαρακτηριστικά των ΣΔΙΤ, η εργασία συνεχίζει με την παράθεση και ανάπτυξη λεπτομερειών γύρω από τον τομέα της Δημόσιας Υγείας ειδικότερα, καθώς και τη διενέργεια του εν λόγω τύπου συμπράξεων στον συγκεκριμένο τομέα. Η επιλογή του συγκεκριμένου τομέα ενδιαφέροντος γίνεται καθώς, όπως εξηγήθηκε και παραπάνω, είναι εύκολο να αναλογιστεί κανείς τη σημαντικότητα της Δημόσιας Υγείας, σε μια περίοδο όπως αυτή κατά την οποία συγγράφεται το παρόν πόνημα: ο δημόσιος διάλογος κατακλύζεται από τα θέματα που αφορούν στην πανδημία της COVID-19, με το ενδιαφέρον όλου του κόσμου να είναι στραμμένο σε δύο άξονες. Ο πρώτος έχει να κάνει με την καταπολέμηση της νόσου, μέσω του εμβολιασμού της παγκόσμιας κοινότητας ή ακόμα και της ανάπτυξης φαρμάκου ή/και φαρμάκων που θα είναι σε θέση να καταπολεμήσουν τον ιό και τις μεταλλάξεις του, καθώς και τις επιπτώσεις όλων αυτών στην υγεία των ατόμων. Ο δεύτερος άξονας ενδιαφέροντος αφορά στη διαχείριση όλης αυτής της κατάστασης: πρωτίστως σε επίπεδο υγειονομικό και δευτερευόντως στη σφαίρα της οικονομίας. Η διαχείριση, λοιπόν της υγειονομικής κρίσης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τα εκάστοτε εθνικά συστήματα υγείας που υφίστανται ή ακόμα και που αναπτύσσονται ή εξελίσσονται σε κάποιες περιπτώσεις.

Ενδεικτικά της σημαντικότητας που διαδραματίζει ο ρόλος της Δημόσιας Υγείας και τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτήν, τόσο σε ευρωπαϊκό, όσο και σε εθνικό επίπεδο είναι τα συμπεράσματα που εξάγονται από την έρευνα/δημοσκόπηση (Ευρωβαρόμετρο) που διεξήγαγε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2021), για το διάστημα του περασμένου χειμώνα (2020-2021), στο τέλος του πρώτου τριμήνου του 2021. Σύμφωνα, λοιπόν, με το Ευρωβαρόμετρο, στην ερώτηση για τα ποια είναι τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο η ΕΕ, το 38% των ερωτηθέντων (σε επίπεδο ΕΕ-27) επέλεξαν ως κυριότερα προβλήματα, αυτά που σχετίζονται με την υγεία, ενώ το 35% επέλεξε την οικονομική κατάσταση της ΕΕ, ως το δεύτερο «επικρατέστερο» πρόβλημα (Διάγραμμα 3.1). Στην ίδια δε ερώτηση,

για το ίδιο χρονικό διάστημα, οι επιλογές των Ελλήνων ως προς τα προβλήματα που ταλανίζουν περισσότερο την ΕΕ, συμπίπτουν με αυτές των λοιπών Ευρωπαίων (πολίτες της ΕΕ-27), φέρνοντας και πάλι τους τομείς της υγείας και της οικονομίας στις δύο πρώτες θέσεις, με 42% και 39% αντίστοιχα (Διάγραμμα 3.1).



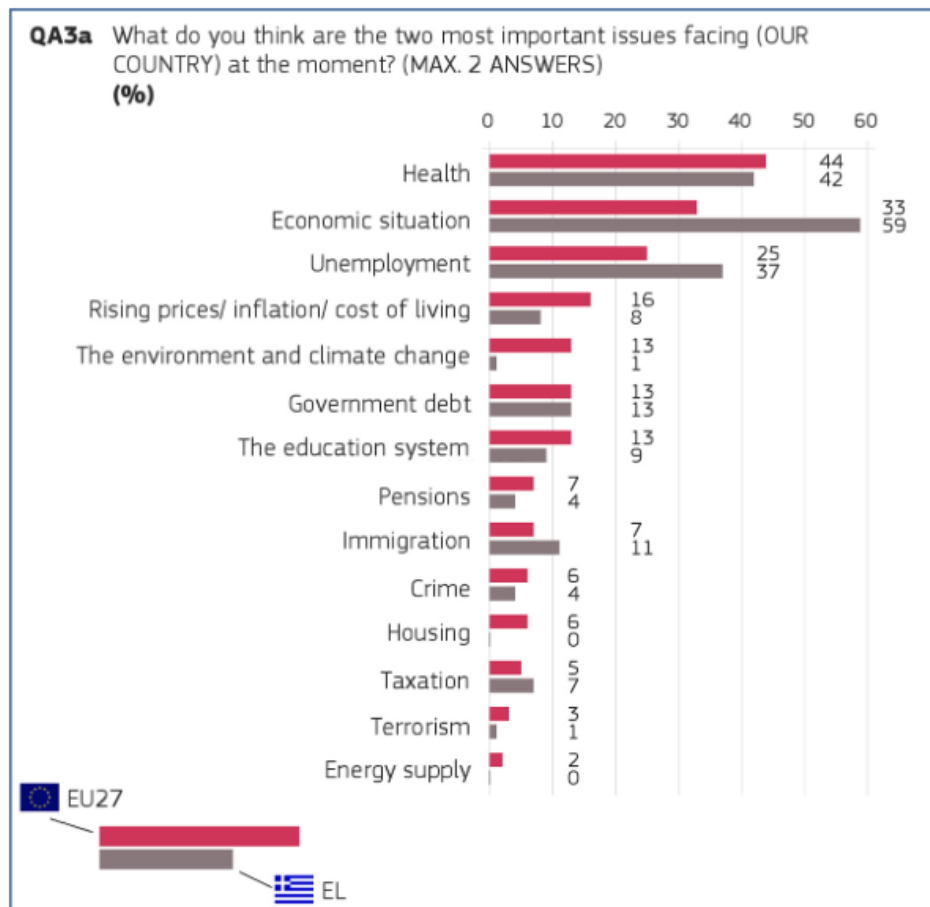
Πηγή: European Commission (2021)

### Διάγραμμα 3.1

#### Τα 2 πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η ΕΕ

Εάν, τώρα, το παραπάνω ερώτημα περιοριστεί στα θεωρούμενα ως πιο σημαντικά προβλήματα την τρέχουσα περίοδο στην Ελλάδα, οι Έλληνες εξακολουθούν να επιλέγουν ως πρώτο την οικονομική κατάσταση της χώρας, με 59%, ενώ στη δεύτερη θέση είναι και πάλι τα προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία, με 42%, ξεπερνώντας τα ζητήματα που σχετίζονται με την ανεργία στη χώρα, με τα οποία συμπληρώνεται η βασική τριάδα προβλημάτων για την Ελλάδα, με 37% (Διάγραμμα 3.2). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι πολίτες της ΕΕ-27, θεωρούν ως σημαντικότερα προβλήματα για την Ελλάδα, και πάλι αυτά που σχετίζονται με την υγεία και την οικονομική κατάσταση της

χώρας, με 44% και 33% αντίστοιχα, ενώ η ανεργία επιλέγεται ως το τρίτο πιο σημαντικό πρόβλημα της Ελλάδας με 25% (Διάγραμμα 3.2).



Πηγή: European Commission (2021)

### Διάγραμμα 3.2

#### Τα 2 πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η Ελλάδα

Πέραν των ανωτέρω και έχοντας οριοθετήσει τη σημαντικότητα του τομέα της υγείας για το σύνολο της ευρωπαϊκής κοινότητας, σε μια προσπάθεια χαρακτηρισμού των σύγχρονων συστημάτων υγείας, είναι εύκολο να αναγνωρίσει κανείς ότι πρόκειται για ιδιαίτερα πολύπλοκα οικοσυστήματα. Αποτελούνται από ποικίλα μέρη τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, με τρόπο που δεν μπορεί να θεωρηθεί γραμμικός με οποιονδήποτε τρόπο. Πλέον, τα συστήματα υγείας παρουσιάζουν, εντόνως, στοιχεία όπως η ποικιλομορφία, η αυτοοργάνωση, καθώς επίσης και η ικανότητα να αναδεικνύουν νέα πρότυπα και νόρμες. Βασική επιδίωξη ενός συστήματος υγείας αποτελεί η αντιμετώπιση των αναγκών υγείας και φροντίδας του πληθυσμού που καλείται να εξυπηρετήσει, καλύπτοντας όλο το φάσμα των παροχών, δηλαδή την

προστασία, την πρόληψη, την προαγωγή και προάσπιση της υγείας, την θεραπεία, αλλά και την αποκατάσταση, ενώ συνάμα, επιδιώκει να επιδείξει ιατρική και κοινωνική μέριμνα (Τούντας, 2008).

Σε διεθνές επίπεδο, τα σύγχρονα συστήματα υγείας, καλούνται να αντιμετωπίσουν, λοιπόν, μια σειρά από ποικίλες προκλήσεις σε (σχεδόν) κάθε πιθανό επίπεδο/τομέα δραστηριότητάς τους. Ως τέτοιες προκλήσεις, μπορούν να νοηθούν διαδικασίες όπως η διαμόρφωση νέων σχέσεων του κράτους με την αγορά, η ενίσχυση του ρόλου της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της πρόληψης και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας. Πέραν τούτου, διαπιστώνεται ότι μέρος των δαπανών έχει μετατοπιστεί προς την πλευρά της ζήτησης, ενώ παράλληλα επιδιώκεται, όλο και περισσότερο από τα σύγχρονα συστήματα υγείας, να εφαρμόζουν αποτελεσματικότερες και αποδοτικότερες μορφές διοίκησης. Άλλα χαρακτηριστικά των σύγχρονων συστημάτων υγείας που θα μπορούσαν να προστεθούν στα προηγούμενα, είναι και η διαρκής αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών, η αναζήτηση σύγχρονων μορφών χρηματοδότησης, καθώς επίσης και η προώθηση της ισότιμης πρόσβασης, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου πληθυσμού (Σουλιώτης, 2019).

### **3.2 Η Ευρωπαϊκή Δημόσια Υγεία**

Το κάθε κράτος-μέλος της ΕΕ, σύμφωνα με τη Λευκή Βίβλο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2007) για τα θέματα της υγείας, είναι εξ ολοκλήρου υπεύθυνο για την ανάληψη κάθε ενδεδειγμένης πράξης, προκειμένου να διασφαλίζει τη δημόσια υγεία σε εθνικό επίπεδο. Η ΕΕ από την πλευρά της, λειτουργεί υποβοηθητικά και συμπληρωματικά στο έργο των κρατών-μελών, κυρίως σε περιπτώσεις εμφάνισης κάποιας σημαντικά μεγάλης ή/και διασυνοριακής/παγκόσμιας υγειονομικής απειλής. Ως αποτέλεσμα, τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας παρουσιάζουν ιδιαίτερη ποικιλομορφία, όπως είναι φυσικό, αντικατοπτρίζοντας τις διαφορετικές κατά κράτος, κοινωνικές επιλογές και προτεραιότητες.<sup>4</sup>

Βασική στόχευση των συστημάτων υγείας των χωρών της ΕΕ αποτελεί η παροχή υψηλού επιπέδου κοινωνικής προστασίας, καθώς και η διατήρηση της συνοχής εντός των χωρών αυτών. Ως κοινές αξίες των συστημάτων αυτών μπορούν να χαρακτηριστούν η *καθολικότητα (universality)*, η *πρόσβαση σε περίθαλψη καλής/υψηλής*

---

<sup>4</sup> Με τον όρο «ευρωπαϊκά συστήματα υγείας» (όπως γίνεται και εύκολα κατανοητό) γίνεται αναφορά, κατά κύριο λόγο, στα συστήματα υγείας της ΕΕ.



ποιότητας (*access to good quality care*), η ισότητα (*equity*), καθώς επίσης και η αλληλεγγύη (*solidarity*). ενώ πέραν αυτών των αξιών, σημαντική είναι και μία σειρά άλλων αρχών που μοιράζονται τα κράτη-μέλη και αφορούν στην ποιότητα (*quality*), την ασφάλεια (*safety*), την συγκεκριμένου τύπου φροντίδα (*care that is based on evidence and ethics*), την συμμετοχή των ασθενών (*patient involvement*), την αποζημίωση (*redress*) σε περίπτωση που κάτι δεν πάει καλά, καθώς και στην προστασία της ιδιωτικότητας και την εμπιστευτικότητα εν γένει (*privacy and confidentiality*)<sup>5</sup> (The Council of the European Union, 2006· Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017). Χαρακτηριστική είναι και η στόχευση που έχει τεθεί από το (αναθεωρημένο) χρηματοδοτικό πρόγραμμα της ΕΕ για την έρευνα και καινοτομία, με τον τίτλο «Ορίζοντας 2020» (*Horizon 2020*), θέτοντας τις εξής προτεραιότητες στον τομέα της υγείας, της δημογραφικής αλλαγής και του «ευ ζην» (*health, demographic change and wellbeing*): (α) εξατομικευμένη ιατρική (*personalised medicine*), (β) καινοτόμος υγειονομική βιομηχανία (*innovative health and care industry*), (γ) μολυσματικές ασθένειες και βελτίωση της παγκόσμιας υγείας (*infectious diseases and improving global health*), (δ) καινοτόμα υγειονομικά συστήματα με ενσωματωμένη περίθαλψη (*innovative health and care systems - integration of care*), (ε) αποκωδικοποίηση του ρόλου του περιβάλλοντος στην υγεία, συμπεριλαμβάνοντας την κλιματική αλλαγή (*decoding the role of the environment, including climate change, for health and well-being*) και (στ) ψηφιακός μετασχηματισμός της υγείας και της φροντίδας (*supporting the digital transformation of health and care*).

Ωστόσο, πέραν της ποικιλομορφίας τους, τα εν λόγω συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν, ιδίως κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, ολοένα και αυξανόμενο αριθμό προκλήσεων, οι οποίες σχετίζονται, κυρίως, με τη γήρανση του πληθυσμού, γεγονός που συνεπάγεται ότι αυξάνονται και οι χρόνιες ασθένειες και επομένως και η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, το κόστος που αφορά στις καινοτόμες τεχνολογίες και τα φάρμακα αυξάνεται διαρκώς, με αποτέλεσμα να υπάρχει σημαντική δημοσιονομική επιβάρυνση, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι το κόστος αυτό καλύπτεται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία στις περισσότερες χώρες. Ακόμη, σε αρκετές χώρες, οι επαγγελματίες της υγείας δεν κατανέμονται ομοιόμορφα, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται ορισμένες ελλείψεις σε κάποιους τομείς περίθαλψης, ενώ παράλληλα και η πρόσβαση

---

<sup>5</sup> Οι κοινές αυτές αξίες αποτυπώθηκαν το 2006 στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας της ΕΕ, μεταξύ των Υπουργών Υγείας όλων των κρατών-μελών.

στην υγειονομική περίθαλψη δεν θεωρείται ότι είναι ισότιμα κατανομημένα, μεταξύ διαφορετικών ομάδων της κοινωνίας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

Στο πλαίσιο αντιμετώπισης όλων αυτών των προκλήσεων, συνοδευόμενο και από την ανάγκη καταπολέμησης της πανδημίας της COVID-19, η ΕΕ (μέσω της Ευρωπαϊκής Επιτροπής) θέσπισε το πρόγραμμα *EU4Health 2021-2027*.<sup>6</sup> Το εν λόγω πρόγραμμα έρχεται σε συνέχεια τριών άλλων αντίστοιχων ευρωπαϊκών προγραμμάτων, αρχής γενομένης από το 2003.<sup>7</sup> Με το πρόγραμμα *EU4Health 2021-2027* η ΕΕ φιλοδοξεί να επενδύσει συνολικά 5,3 δισ. € στον τομέα της υγείας, σε ευρωπαϊκό και όχι μόνο επίπεδο, επικεντρώνοντας συνοπτικά στους κάτωθι στόχους [Κανονισμός (ΕΕ) 2021/522 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου]:

- Βελτίωση της υγείας στην ΕΕ σε βαθμό τέτοιο ώστε να μειωθεί η επιβάρυνση από μεταδοτικές και μη μεταδοτικές νόσους. Ο στόχος αυτός δύναται να επιτευχθεί με τη στήριξη μέτρων για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών, με τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, με την προώθηση υγιεινού τρόπου ζωής και καλύτερης/ευκολότερης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.
- Προστασία των ευρωπαίων πολιτών από διασυνοριακές απειλές που σχετίζονται με την υγεία, καθώς και ενίσχυση της ανταπόκρισης των συστημάτων υγείας και του συντονισμού μεταξύ των κρατών-μελών για την αντιμετώπιση τέτοιων φαινομένων.
- Βελτίωση της διαθεσιμότητας σε φάρμακα και ιατρικά προϊόντα, καθιστώντας τα παράλληλα ευκολότερα στην πρόσβαση, αλλά και πιο προσιτά από οικονομικής απόψεως.
- Ενίσχυση των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών, μέσω της βελτίωσης της ανθεκτικότητάς τους και της αποδοτικότερης χρήσης των διαθέσιμων πόρων τους. Ο στόχος αυτός δύναται να επιτευχθεί με: (α) την υποστήριξη ενός ολοκληρωμένου και συντονισμένου έργου μεταξύ των εμπλεκόμενων κρατών-μελών, (β) την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών, καθώς και την ανταλλαγή (εμπειρικών) δεδομένων, (γ) την ενίσχυση του υγειονομικού προσωπικού, (δ) την

---

<sup>6</sup> Το πρόγραμμα *EU4Health 2021-2027* θεσπίστηκε με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2021/522 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 24<sup>ης</sup> Μαρτίου 2021, ενώ η τελική του μορφή δημοσιεύθηκε και παρουσιάστηκε με κάθε λεπτομέρεια στις 24 Ιουνίου 2021.

<sup>7</sup> Τα τρία προηγούμενα προγράμματα της ΕΕ, που σχετίζονταν με την στρατηγική της Ένωσης επί των θεμάτων που άπτονται της Δημόσιας Υγείας των κρατών-μελών της, έφεραν τους εξής τίτλους: *1st EU Health Programme (2003-2007)*, *2nd EU Health Programme (2008-2013)* και *3rd EU Health Programme (2014-2020)*.

αντιμετώπιση των επιπτώσεων από τα προβλήματα που σχετίζονται με τη δημογραφία, και (ε) την προώθηση του ψηφιακού μετασχηματισμού στον τομέα της υγείας.

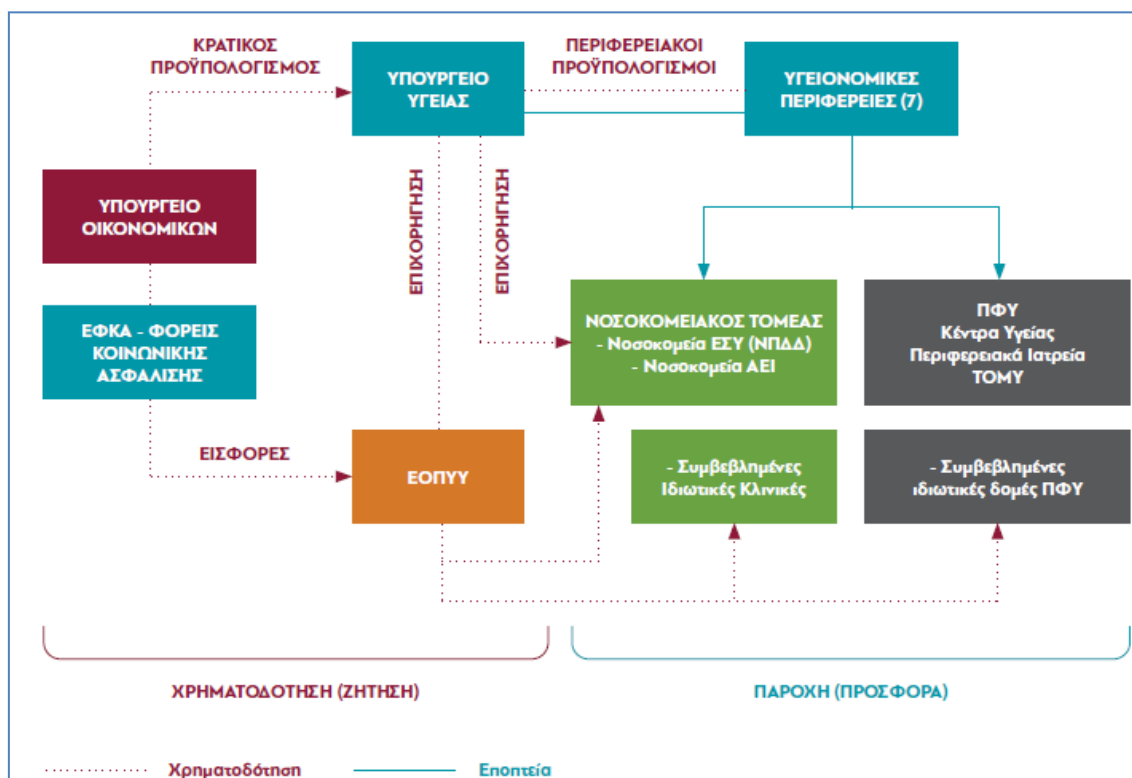
Ήδη για το 2021, κατά τον πρώτο χρόνο υλοποίησης του προγράμματος *EU4Health 2021-2027* διατίθενται 312 εκατ. € για την ετοιμότητα και αντιμετώπιση υγειονομικών κρίσεων, την αποτροπή ασθενειών, την ενίσχυση των συστημάτων υγείας και του υγειονομικού προσωπικού, καθώς και τον ψηφιακό μετασχηματισμό της Δημόσιας Υγείας. Πέραν αυτών, θα χρηματοδοτηθεί και μια σειρά από διάφορα εγχειρήματα (projects) τα οποία αποσκοπούν στην παρακολούθηση (υπαρχουσών και πιθανών) ασθενειών, την πρόληψη ελλείψεων σε φαρμακευτικό υλικό, την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου, καθώς και σε δράσεις για την αποφυγή αυτού. Τέλος, μέρος των διατιθέμενων κονδυλίων θα διοχετευθούν για την ενίσχυση του δικτύου αναφοράς σπάνιων ασθενειών στην Ευρώπη (*European Reference Networks*), καθώς επίσης και για τον έλεγχο της ανθεκτικότητας των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας και για την προετοιμασία ενός (ενιαίου) ευρωπαϊκού χώρου δεδομένων (*European Health Data Space*), γύρω από τα θέματα της υγείας.

### **3.3 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας**

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας συνιστά μία από τις πλέον σημαντικές μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των ετών της μεταπολίτευσης. Η μεταρρύθμιση αυτή εφαρμόστηκε ως απόρροια μιας σειράς γεγονότων και λόγων, όπως το ότι υπήρχε καθολική απαίτηση της κοινωνίας, προκειμένου να διαμορφωθεί ένα Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Παράλληλα, εξ αρχής υπήρξε ισχυρή πολιτική βούληση επί του συγκεκριμένου θέματος, ενώ επετεύχθη η διασφάλιση επαρκούς χρηματοδότησης και ικανοποιητικών κινήτρων, ούτως ώστε το σύστημα υγείας να λειτουργήσει με τρόπο αποτελεσματικό (Τούντας *et al.*, 2020).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, κατά τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του ΕΣΥ, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην πλευρά της προσφοράς, χωρίς να ληφθεί η αντίστοιχη βαρύτητα στη διάσταση της ζήτησης. Οι δυο αυτές διαστάσεις (της προσφοράς και της ζήτησης), μαζί με την υφιστάμενη δομή του ΕΣΥ, αποτυπώνονται στο Διάγραμμα 3.3 παρακάτω. Ωστόσο, στο πέρασμα του χρόνου, το ΕΣΥ δεν κατάφερε να εκσυγχρονιστεί και έτσι δεν ανέπτυξε ένα αποτελεσματικό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά ούτε προχώρησε στην ανανέωση του ανθρώπινου δυναμικού, έτσι ώστε να εξελιχθεί σε έναν

σύγχρονο και αποτελεσματικό οργανισμό. Καθώς η μεταρρυθμιστική δυναμική που είχε διαμορφωθεί άρχισε να υποχωρεί, το ΕΣΥ δεν κατάφερε να εκσυγχρονιστεί στον απαιτούμενο βαθμό και επίπεδο, έχοντας ως τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία μετασχηματισμού και εξέλιξής του σε έναν σύγχρονο και αποτελεσματικό οργανισμό, έτοιμο να αντεπεξέλθει στις αυξημένες απαιτήσεις του σήμερα.



Πηγή: Τούντας *et al.* (2020)

### Διάγραμμα 3.3

#### Η δομή του ΕΣΥ

Σήμερα, έπειτα από μια δεκαετία οικονομικής κρίσης, το ΕΣΥ δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τις διαρκώς αυξημένες ανάγκες και τις προκλήσεις που έχουν διαμορφωθεί, πολλώ δε μάλλον, έπειτα από την εξέλιξη της πανδημίας, η οποία δημιούργησε ιδιαίτερα έντονες συνθήκες πίεσης, εξωθώντας το σύστημα υγείας στα άκρα του. Επιπλέον, χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας είναι η περιορισμένη χρήση των νέων τεχνολογιών, καθώς επίσης και η απουσία μηχανισμών αξιολόγησης, ελέγχου και ποιότητας, παρά το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχουν γίνει ορισμένες προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας και την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς. Μια ενδιαφέρουσα αντίστοιχη

πρωτοβουλία ήταν η ψήφιση του νόμου 4715/2020 «Ρυθμίσεις για τη Διασφάλιση της Πρόσβασης σε Ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας - Ίδρυση και Καταστατικό του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία ΑΕ (ΟΔΠΥ ΑΕ), άλλες επείγουσες διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις». Η πρόσφατη αυτή νομοθετική πρωτοβουλία επικεντρώνεται στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και στην ασφάλεια των πασχόντων. Έτσι προχώρησε και η σύσταση Ανώνυμης Εταιρείας (ΑΕ) με τον διακριτικό τίτλο «ΟΔΠΥ ΑΕ», στόχος της οποίας είναι να ενισχύσει το έργο του Υπουργείου Υγείας, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς επίσης και το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών. Ταυτόχρονα, ο εν λόγω οργανισμός είναι υπεύθυνος για τη διαμόρφωση δεικτών αξιολόγησης που είναι διεθνώς αποδεκτοί και αφορούν στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Τέλος, καθίσταται υπεύθυνος για την υποστήριξη των υπηρεσιών εκπαίδευσης και κατάρτισης του ανθρώπινου δυναμικού, οι οποίες θα αποσκοπούν στην ενίσχυση των δεξιοτήτων του, με απώτερο στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Ν. 4715/2020).

Στον Πίνακα 3.1 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι κυριότερες νομοθετικές ρυθμίσεις υγείας, κατά τη διάρκεια των ετών 1983-2019. Γίνεται εύκολα αντιληπτός ο ταχύς ρυθμός αλλαγών στη σχετική με το θέμα νομοθεσία, καθώς και το ιδιαίτερα αυξημένο πλήθος αυτής· ενδεικτικό της πολυνομίας που διέπει τη χώρα, καθώς και της (νομοθετικής) τροπής/εξέλιξης του εν λόγω τομέα κατά το πέρασμα των χρόνων, αλλά και τον τομέων ενδιαφέροντος της Πολιτείας, σε σχέση με τη Δημόσια Υγεία και τον τρόπο λειτουργίας της.

**Πίνακας 3.1**

**Βασικές νομοθετικές ρυθμίσεις υγείας (1983-2019)**

<b>Έτος</b>	<b>Νόμος</b>	<b>Περιεχόμενο</b>
1983	N.1397/1983	Ιδρυτικός νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)
1985	N.1579/1985	Βελτιώσεις στο ΕΣΥ
1992	N.2071/1992	Εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ
1994	N.2194/1994	Αποκατάσταση του ΕΣΥ

1997	N.2519/1997	Εισαγωγή του θεσμού των οικογενειακών ιατρών και αναδιοργάνωση της Δημόσιας Υγείας Θεσμοθέτηση νοσοκομειακών Γενικών Διευθυντών Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας
2001	N.2889/2001	Αποκέντρωση του συστήματος υγείας και δημιουργία Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ) Μετατροπή των νοσοκομείων σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠεΣΥ Συγκρότηση ενιαίου φορέα χρηματοδότησης
2003	N.3172/2003	Δημιουργία Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ)
2004	N.3235/2004	Εκσυγχρονισμός του πλαισίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
2005	N.3370/2005	Ανανέωση και εκσυγχρονισμός του πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας Πλαίσιο βιοηθικής και δεοντολογίας
2011	N.3918/2011	Ενοποίηση κλάδου ασφάλισης υγείας και ιδρυτικός νόμος του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)
2014	N.4328/2014	Δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ)
2014	ΚΥΑ 56342/2014 (ΦΕΚ Β' 1753)	Ρυθμίσεις για την κάλυψη της περίθαλψης των ανασφάλιστων κοινωνικών ομάδων
2016	N.4368/2016	Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων κοινωνικών ομάδων
2017	N.4486/2017	Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)
2019	N. 4633/2019	Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)

Πηγή: Κυριόπουλος & Τέλλογλου (2019)

Παρά το γεγονός ότι στο πέρασμα του χρόνου έλαβαν χώρα πλήθος μεταρρυθμίσεων, σήμερα στο ΕΣΥ έχει διαμορφωθεί μια κατάσταση στην οποία εξακολουθεί να υφίσταται μια σειρά προβλημάτων. Ενδεικτικό της κατάστασης είναι το γεγονός ότι ένα διόλου ευκαταφρόνητο μέρος του πληθυσμού της χώρας, δεν δύναται να καλύψει τις ανάγκες υγείας του, αυστηρά μέσω του υπάρχοντος συστήματος

υγείας (αφορά ιδίως σε ειδικές ομάδες πληθυσμού), ενώ παράλληλα διαπιστώνεται κατά καιρούς ότι υπάρχουν σημαντικά προβλήματα και σε επίπεδο υποδομών και υπηρεσιών (Τούντας *et al.*, 2020). Επίσης, σύμφωνα και πάλι με την μελέτη των προαναφερθέντων, η ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες των πολιτών θεωρείται ότι είναι ιδιαίτερα χαμηλή, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να κατατάσσεται η χώρα στα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, αναφορικά με την παροχή φροντίδας υγείας στην ΕΕ. Ταυτόχρονα, οι πολίτες επιβαρύνονται ακόμη και σήμερα με σημαντικά ποσά, έτσι ώστε να λάβουν υπηρεσίες υγείας· με τις πληρωμές αυτές να είναι είτε ιδιωτικές (εκτός ΕΣΥ) είτε «υπερ-πληρωμές» (out-of-pocket payments)<sup>8</sup>, με απώτερο στόχο τη λήψη ταχύτερης ή και αποτελεσματικότερης υπηρεσίας υγείας, εντός του ίδιου του περιβάλλοντος του ΕΣΥ.

Πέραν των παραπάνω, η απόδοση του συστήματος υγείας και ιδίως των νοσοκομείων παραμένει και αυτή με τη σειρά της σε χαμηλά επίπεδα. Η χαμηλή αυτή αποδοτικότητα συνδέεται άρρηκτα με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας, καθώς αυτός δεν φαίνεται να συνάδει με τις ανάγκες, αλλά και με τις προσδοκίες των ασθενών. Αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει το ΕΣΥ, φαίνεται να υπάρχει έλλειμμα αποτελεσματικής διοίκησης, απουσία κινήτρων, όπως επίσης και αντίστοιχες πολιτικές αξιολόγησης· γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα το προσωπικό και οι πόροι να κατανέμονται ανισομερώς σε τμήματα και διαδικασίες, ενώ έχουν παρατηρηθεί και φαινόμενα εργασιακής εξουθένωσης, όπως είναι φυσικό (Τούντας *et al.*, 2020).

### **3.4 Ανακεφαλαίωση**

Ο τομέας της Δημόσιας Υγείας αποτελεί, αναμφίβολα, έναν από τους σημαντικότερους τομείς, τόσο σε οικονομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Η σημαντικότητα αυτή επιβεβαιώνεται και από έρευνες που διενεργούνται σε πληθώρα κρατών του συνόλου του (δυτικού) κόσμου, με χαρακτηριστικότερη εξ αυτών το Ευρωβαρόμετρο-2021, όπου με δεδομένη την πανδημία της COVID-19, αλλά και τις «πληγές» της πρόσφατης παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008, οι χώρες της Ευρώπης τοποθετούν τα θέματα που άπτονται της υγείας στην πρώτη θέση ενδιαφέροντος, αλλά και ανησυχίας.

---

<sup>8</sup> Πληρωμές πέραν αυτών που θα έπρεπε κανονικά.

Ως εκ τούτου, οι χώρες της ΕΕ επιδιώκουν διαρκώς την παροχή υψηλού επιπέδου κοινωνικής προστασίας, ενώ τα συστήματα υγείας τους παρουσιάζουν κοινές αξίες και αρχές, όπως η καθολικότητα (*universality*), η πρόσβαση σε περίθαλψη καλής/υψηλής ποιότητας (*access to good quality care*), η ισότητα (*equity*), καθώς επίσης και η αλληλεγγύη (*solidarity*), η ποιότητα (*quality*) των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ασφάλεια (*safety*), η συγκεκριμένου τύπου φροντίδα (*care that is based on evidence and ethics*), η συμμετοχή των ασθενών (*patient involvement*), η αποζημίωση (*redress*) σε περίπτωση που κάτι δεν πάει καλά, καθώς και η προστασία της ιδιωτικότητας και της εμπιστευτικότητας γενικότερα (*privacy and confidentiality*). Απόρροια των ανωτέρω είναι η θέσπιση του προγράμματος *EU4Health 2021-2027*, βάσει του οποίου η ΕΕ επιδιώκει την αναβάθμιση των συστημάτων υγείας των εμπλεκόμενων κρατών.

Όσον αφορά στην Ελλάδα, το ΕΣΥ θεσπίστηκε το 1983, με σκοπό την καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού και την προσφορά υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, ενώ από τότε ακολούθησε σωρεία νομοθετικών ρυθμίσεων και τροποποιήσεων, σε μια προσπάθεια διαρκούς αναβαθμίσεως και εκσυγχρονισμού του. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό· από την πλευρά της προσφοράς, το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο *Beveridge*, με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και εξωνοσοκομειακής φροντίδας, μέσω ενός δικτύου Κέντρων Υγείας στην περιφέρεια, ενώ από την πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο *Bismarck*, μέσω των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης (Σίσκου, Καϊτελίδου, Θεοδώρου & Λιαρόπουλος, 2008). Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη τη σύνθεση των δαπανών, δηλαδή ουσιαστικά τον βαθμό που συμμετέχουν οι χρήστες στο σύστημα υγείας, μπορεί να ειπωθεί ότι αυτό δεν παρουσιάζει κοινά χαρακτηριστικά με άλλα συστήματα υγείας από τις χώρες της ΕΕ. Ταυτόχρονα, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται ότι μεγάλο μέρος των πόρων χρηματοδότησης του συστήματος υγείας προέρχονται από τη φορολογία (Τούντας *et al.*, 2020). Ως αποτέλεσμα, τα τελευταία χρόνια τείνει να παγιώνεται μια κατάσταση στην οποία «πρωτοστατεί» η σημαντικότερη απομείωση των διατιθέμενων πόρων προς το ΕΣΥ, γεγονός που λειτουργεί ως εφιαλτήριο για περισσότερα και μεγαλύτερα προβλήματα.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Τα Οικονομικά της Δημόσιας Υγείας

#### 4.1 Εισαγωγή

Απόρροια των όσων αναφέρθηκαν παραπάνω και κυρίως στο προηγούμενο κεφάλαιο, είναι η άμεση διασύνδεση μεταξύ του ύψους των πόρων που διατίθενται για τη Δημόσια Υγεία (δαπάνες υγείας) και του επιπέδου ή της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η σχέση μεταξύ αυτών των δύο μεγεθών είναι προφανώς αναλογική· όσο περισσότερα είναι, δηλαδή, τα κονδύλια που δαπανώνται για την υγεία, τόσο καλύτερες και περισσότερο ποιοτικές είναι και οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η οριακή αποδοτικότητα των κεφαλαίων που δαπανώνται για την υγεία δεν μπορεί να παρουσιάζει τον ίδιο υψηλό ρυθμό για κάθε επίπεδο «επένδυσης» στον συγκεκριμένο τομέα, ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν επίσης και οι τομείς στους οποίους διατίθενται κατά περίπτωση τα εν λόγω ποσά (υποδομές, εξοπλισμός και μέσα, πρόσληψη, εκπαίδευση και απολαβές υγειονομικού προσωπικού, υγειονομικό και φαρμακευτικό υλικό, διοίκηση και διοικητικό κόστος κ.ο.κ.).

Οι δαπάνες υγείας, ως έννοια, συνδέονται άμεσα με τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Ουσιαστικά, πρόκειται για το σύνολο των οικονομικών πόρων, οι οποίοι διατίθενται από το Κράτος, αλλά και από ιδιωτικούς φορείς (μη κρατικούς), ούτως ώστε να μπορέσει να υπάρξει αγορά ορισμένων υπηρεσιών και αγαθών, τα οποία και θεωρούνται αναγκαία για τον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) οι δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν τη χρηματοδότηση δραστηριοτήτων, μέσω των οποίων επιτυγχάνεται προώθηση και αποκατάσταση, αλλά και διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε ένα επιθυμητό επίπεδο (Χλέτσος, 2016).

Οι δαπάνες υγείας διακρίνονται σε νοσοκομειακές δαπάνες, καθώς και σε φαρμακευτικές, ενώ υπάρχει ξεχωριστή κατηγορία για τις δαπάνες που αφορούν την προμήθεια αγαθών και υλικών (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι δαπάνες υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε δημόσιες και σε ιδιωτικές. Οι αντίστοιχες δημόσιες αφορούν στο σύνολο της δημόσιας κατανάλωσης και των δημοσίων επενδύσεων που πραγματοποιούνται στον τομέα της υγείας. Εκτός από τις δαπάνες που πραγματοποιούνται από τους

ασφαλιστικούς φορείς, ένα σημαντικό μέρος των εν λόγω δαπανών πραγματοποιείται από το Κράτος, έτσι ώστε να υπάρξει παροχή ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης προς τους ασθενείς. Σχετικά με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, πρόκειται για την ιδιωτική κατανάλωση, τις δαπάνες, δηλαδή, που καταβάλλονται άμεσα από τους ιδιώτες. Οι δαπάνες αυτές κατευθύνονται, ως επί το πλείστον, στην πληρωμή νοσηλίων, στην αγορά φαρμάκων, αλλά και στην προμήθεια άλλων υλικών και υπηρεσιών (Λιαρόπουλος, 2007).

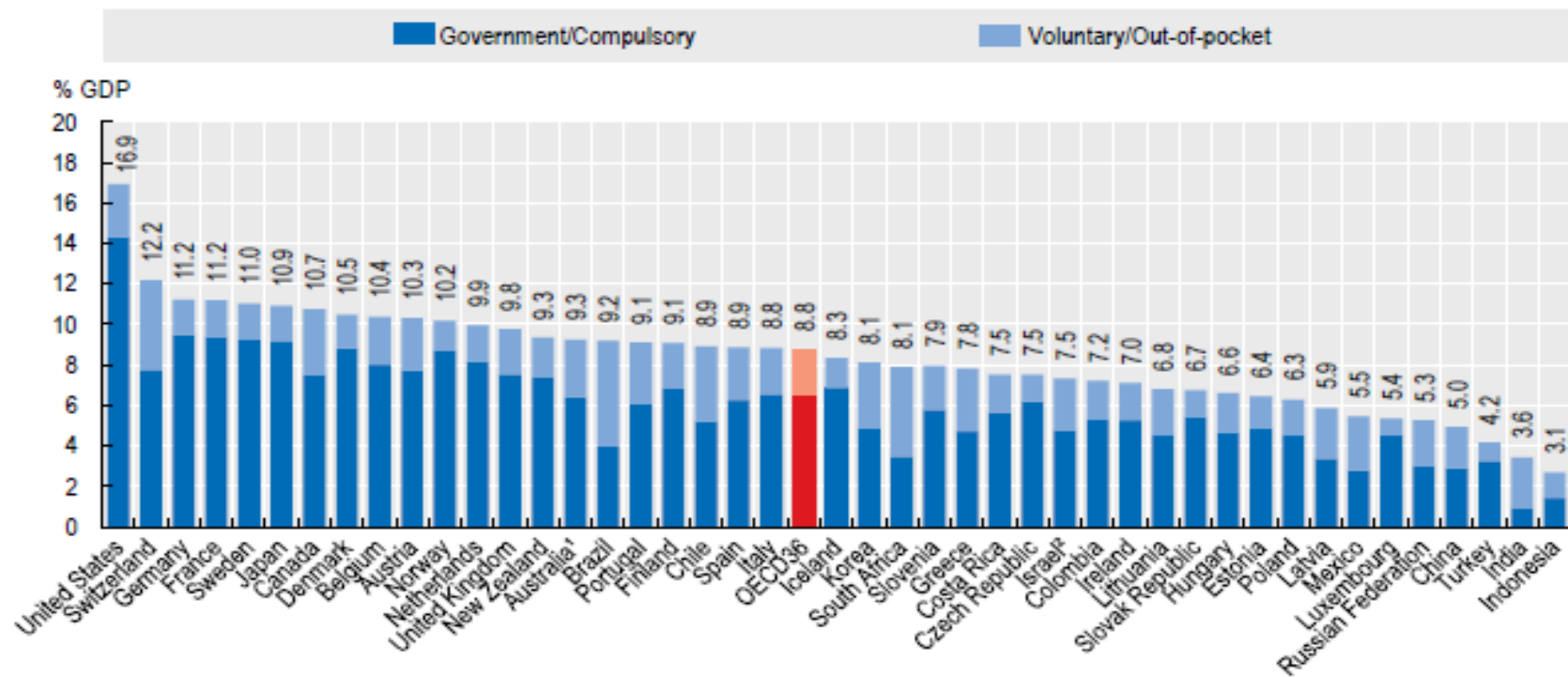
Στη συνέχεια του κεφαλαίου, αποτυπώνονται κάποια βασικά μεγέθη, σχετικά με τις δαπάνες υγείας τα οποία, όμως είναι ενδεικτικά της συνολικότερης οικονομικής κατάστασης που υφίσταται στον τομέα της υγείας, στο επίπεδο των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και της ΕΕ. Για την καλύτερη κατανόηση αυτών των μεγεθών, καθώς και για τυχόν περαιτέρω διερεύνηση των θεμάτων που σχετίζονται με τις δαπάνες υγείας, παρατίθενται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας, επιπλέον στοιχεία. Τέλος, παρατίθενται κάποια γενικά στοιχεία γύρω από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης του 2008 στους κρατικούς προϋπολογισμούς των χωρών, κυρίως, της Ευρωζώνης, και κατ' επέκταση και στον περιορισμό των διατιθέμενων για τη Δημόσια Υγεία κεφαλαίων και κονδυλίων.

#### **4.2 Η Συνολική Δαπάνη για την Υγεία**

Σε απόλυτους αριθμούς, σύμφωνα με μελέτη του World Health Organization (2020), κατά το έτος 2018, δαπανήθηκαν, παγκοσμίως, 8,3 τρισ. δολάρια ΗΠΑ (10% του παγκόσμιου ΑΕΠ) στον τομέα της υγείας.<sup>9</sup> Η υγειονομική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ ποικίλει ανάλογα με την περίοδο, αλλά και την οικονομική συγκυρία που διανύει μία χώρα ή και ολόκληρος ο πλανήτης. Κατά τις δεκαετίες του 1990 και του 2000, η αύξηση της συνολικής δαπάνης για την υγεία παρουσίασε υψηλότερο ρυθμό ανάπτυξης από τα αντίστοιχα μεγέθη της οικονομίας συνολικότερα· τουλάχιστον όσον αφορά στις χώρες του ΟΟΣΑ. Το τελευταίο χρονικό διάστημα, έπειτα από τη χρηματοπιστωτική κρίση του 2008, το ύψος της συνολικής δαπάνης για την υγεία σε σχέση με το ΑΕΠ της εκάστοτε χώρας τείνει να παρουσιάζει μια τρόπον τινά σταθερότητα, η οποία μάλιστα φαίνεται να συμβαδίζει με τον ρυθμό ανάπτυξης της οικονομίας [OECD, 2019· World Health Organization (WHO), 2020].

---

<sup>9</sup> Αξίζει να σημειωθεί ότι η εν λόγω δαπάνη αφορά σε χρονιά η οποία δεν περιλαμβάνει ποσά που δαπανήθηκαν για την καταπολέμηση της πανδημίας της νόσου COVID-19.



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

1. Australia expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services. 2. Includes investments

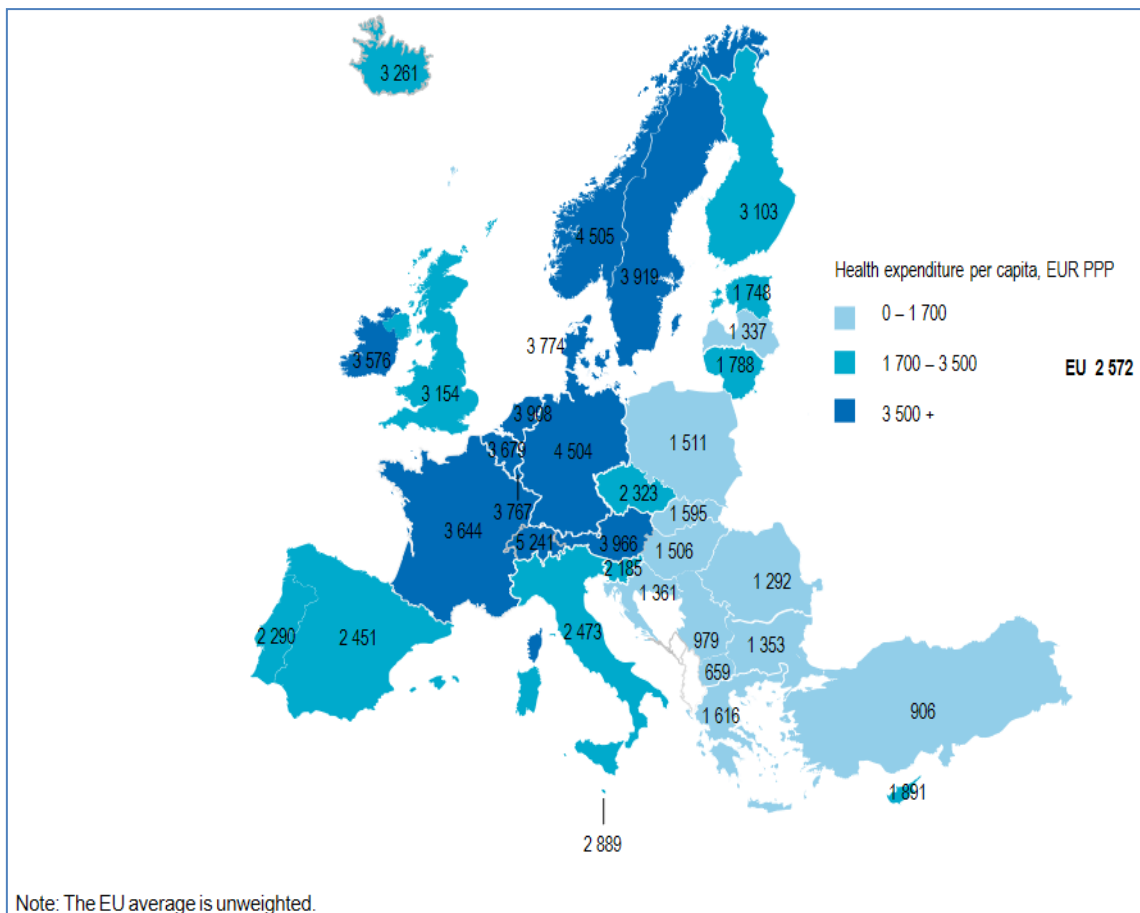
Πηγή: OECD (2019)

#### Διάγραμμα 4.1

Υγειονομική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ (2018 ή νεότερο έτος)

Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 4.1 της προηγούμενης σελίδας, η συνολική δαπάνη υγείας για τις χώρες του ΟΟΣΑ κατά το έτος 2018, κυμαίνεται κατά μέσο όρο στο 8,8% του ΑΕΠ· ποσοστό που συμβαδίζει με τα όσα αποτυπώθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, περί σημαντικότητας του τομέα της Δημόσιας Υγείας σε μια κοινωνία/χώρα. Είναι εμφανές, ότι οι ΗΠΑ παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό δαπάνης υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ τους (16,9%), με διαφορά, μάλιστα, από τις επόμενες, οι οποίες κυμαίνονται σε ποσοστό κοντά στο 11-12% (Ελβετία 12,2%, Γερμανία 11,2%, Γαλλία 11,2%, Σουηδία 11%, Ιαπωνία 10,9%, Καναδάς 10,7%). Αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, μαζί με τη Νέα Ζηλανδία, την Αυστραλία, τη Βραζιλία και την Χιλή, βρίσκονται πάνω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, ενώ ουραγοί, με ποσοστά που κυμαίνονται χαμηλότερα του 6%, βρίσκονται χώρες όπως η Λετονία (5,9%), το Μεξικό (5,5%), το Λουξεμβούργο (5,4%), η Ρωσία (5,3%), η Κίνα (5%) και η Τουρκία (4,2%). Στις τελευταίες θέσεις βρίσκονται η Ινδία και Ινδονησία, με τα χαμηλότερα ποσοστά από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, 3,6% και 3,1% αντίστοιχα. Ανατρέχοντας στο Παράρτημα του παρόντος πονήματος (Πίνακας Π1 και Διαγράμματα Π1 έως και Π5) δίνονται περαιτέρω στοιχεία για τις χώρες του ΟΟΣΑ (αλλά και της ΕΕ-27), ως προς το ποσοστό των δαπανών υγείας έναντι του ΑΕΠ έκαστης χώρας, καθώς επίσης και της κατά κεφαλήν υγειονομικής δαπάνης των αντίστοιχων χωρών (ύψος, μέγεθος, αλλά και ρυθμός μεταβολής των τελευταίων ετών). Τέλος, στο Παράρτημα παρουσιάζονται και στοιχεία, αναφορικά με τις προβλέψεις που αποτύπωσε ο ΟΟΣΑ για τα ανωτέρω μεγέθη, μέχρι και το 2030 (OECD, 2019).

Όσον αφορά στις χώρες της ΕΕ για το 2019, η υγειονομική δαπάνη ανήλθε, κατά μέσο όρο, στο 8,3% του ΑΕΠ, με τη Γερμανία και τη Γαλλία να κατέχουν τα υψηλότερα ποσοστά (περισσότερο από 11%), ενώ το Λουξεμβούργο και η Ρουμανία τα αντίστοιχα χαμηλότερα (λιγότερο από 6%). Τα συγκεκριμένα ποσοστά δεν διαφέρουν και πολύ από τα αντίστοιχα στοιχεία του ΟΟΣΑ για το 2018 (βλ. και Διάγραμμα 4.1), γεγονός που συνάδει με το συμπέρασμα του εν λόγω οργανισμού, ότι, δηλαδή, τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό που καταλαμβάνει η υγειονομική δαπάνη σε σχέση με το συνολικό ΑΕΠ, διατηρείται σε σταθερά επίπεδα. Το ποσοστό αυτό υπολογίζεται ότι θα παρουσιάσει σημαντική αύξηση κατά το 2020, λόγω των πόρων που διατέθηκαν για την καταπολέμηση της πανδημίας στην πλειονότητα των χωρών παγκοσμίως, στοιχείο όμως που αναμένεται να επιβεβαιωθεί με το που συλλεχθούν και επεξεργασθούν τα σχετικά δεδομένα από τον ΟΟΣΑ, εντός του τρέχοντος έτους (OECD, 2019· OECD/European Union, 2020).



Πηγή: OECD/European Union (2020)

## Διάγραμμα 4.2

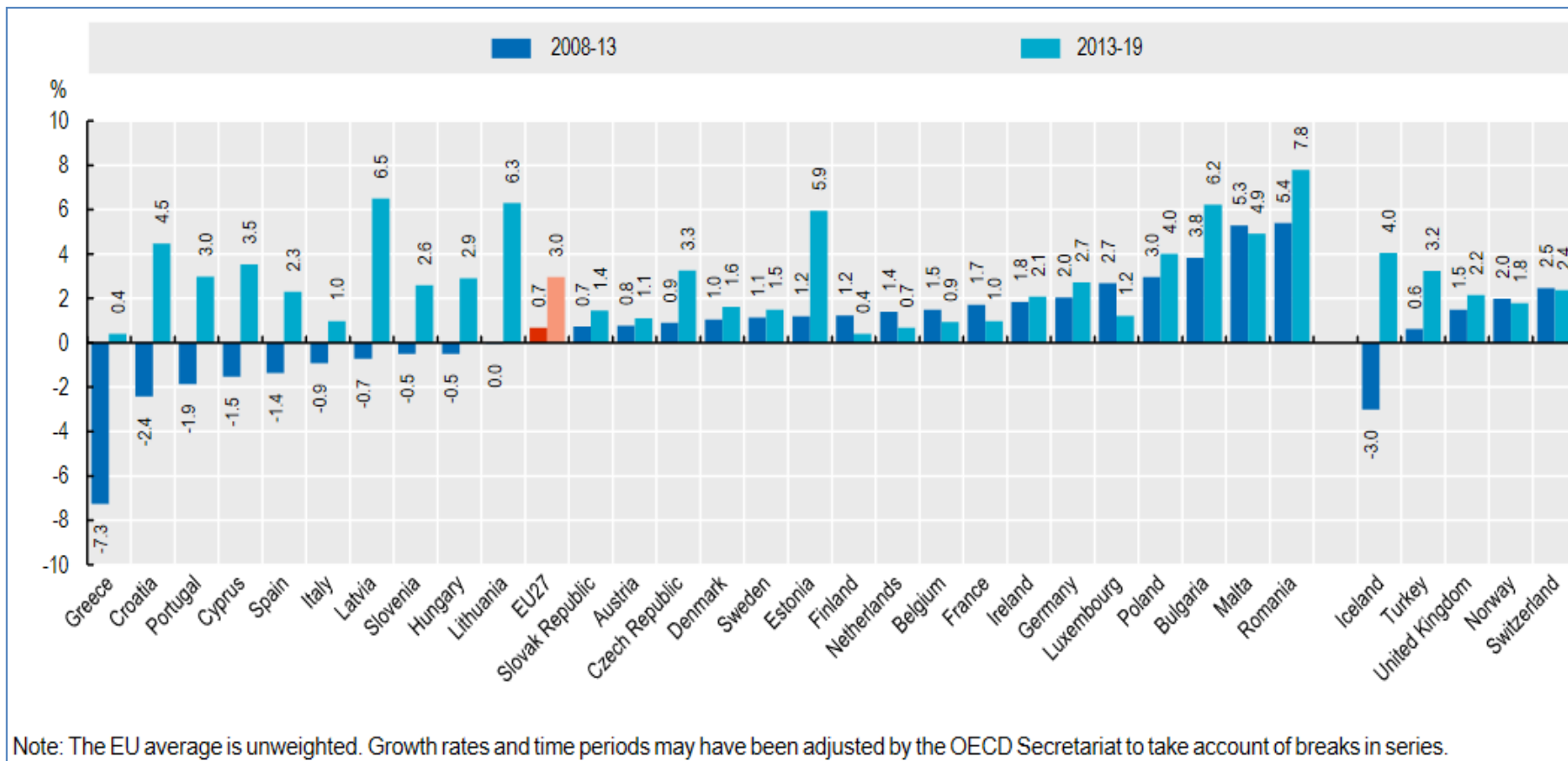
### Κατά κεφαλήν υγειονομική δαπάνη (2019)

Πέραν του ποσοστού των δαπανών για την υγεία επί του συνολικού ΑΕΠ, σημαντικό μέγεθος αποτελεί και η κατά κεφαλήν υγειονομική δαπάνη ανά χώρα ενδιαφέροντος.<sup>10</sup> Ως εκ τούτου, όπως εμφανώς αποτυπώνεται και στο Διάγραμμα 4.2 παραπάνω η ΕΕ είναι χωρισμένη σε συγκεκριμένες ζώνες. Οι χώρες, κυρίως της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης δαπανούν σημαντικό ποσό για την υγεία κατά άτομο, με τις Ελβετία, Νορβηγία, Γερμανία, Αυστρία, Σουηδία και Ολλανδία να διαθέτουν την πρωτοκαθεδρία στον συγκεκριμένο οικονομικό δείκτη. Όπως φαίνεται και από το Διάγραμμα Π1 στο Παράρτημα, μόνοι οι ΗΠΑ ξεπερνούν τις συγκεκριμένες χώρες στο αντίστοιχο οικονομικό μέγεθος. Η κατάσταση, δυστυχώς, δεν είναι η ίδια στην υπόλοιπη Ευρώπη. Οι χώρες, κυρίως, στα νότια και τα ανατολικά της γηραιάς ηπείρου, παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλά μεγέθη, ως προς την κατά κεφαλήν υγειονομική

<sup>10</sup> Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, στοιχεία (για την κατά κεφαλήν υγειονομική δαπάνη) που αφορούν στις χώρες του ΟΟΣΑ συνολικά, παρατίθενται στο Παράρτημα, στο τέλος της παρούσας εργασίας.

δαπάνη. Χώρες όπως η Βόρεια Μακεδονία, η Σερβία, η Ρουμανία, η Λετονία, η Βουλγαρία και η Κροατία παρουσιάζουν τους χαμηλότερους δείκτες ως προς το κατά κεφαλήν έξοδο για την υγεία. Σημαντικά χαμηλά είναι και τα ποσά που παρουσιάζει η Τουρκία, ενώ και η Ελλάδα, αν και πρώτη στην κατηγορία της (στοιχεία 2019), ανήκει στις χώρες με τις χαμηλότερες επιδόσεις, ως προς τον συγκεκριμένο δείκτη μέτρησης (OECD/European Union, 2020). Παρατηρείται, όπως είναι φυσιολογικό, και σε αυτήν την περίπτωση των ευρωπαϊκών κρατών (ως προς την κατά κεφαλήν υγειονομική δαπάνη), όπως και στην αντίστοιχη παραπάνω, με τη μέτρηση της υγειονομικής δαπάνης σε σχέση με το ΑΕΠ, άμεση συνάρτηση της δημοσιονομικής κατάστασης μιας χώρας με το ύψος των κονδυλίων που δαπανώνται στον τομέα της Δημόσιας Υγείας (βλ. και Διάγραμμα Π6 του Παραρτήματος).

Ο τελευταίος δείκτης που επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας και μας δίνει στοιχεία για τη συνολική δαπάνη για την υγεία, είναι η *μέση ετήσια κατά κεφαλήν αύξηση της υγειονομικής δαπάνης* ανά χώρα ενδιαφέροντος. Στο Διάγραμμα 4.3 της επόμενης σελίδας, που είναι επικεντρωμένο στις ευρωπαϊκές χώρες και την Τουρκία, αποτυπώνεται ο προαναφερθείς δείκτης κάθε χώρας για δύο περιόδους. Η πρώτη περίοδος (2008-2013) αφορά στα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης (μετά το ξέσπασμά της το 2008), ενώ η αντίστοιχη δεύτερη (2013-2019) στην περίοδο κατά την οποία η δημοσιονομική κατάσταση των περισσότερων χωρών της Ευρωζώνης φαίνεται να παρουσιάζει κάποιου είδους ανάκαμψη. Όπως είναι εμφανές από το συγκεκριμένο διάγραμμα, οι χώρες της ΕΕ που επλήγησαν περισσότερο από την παγκόσμια οικονομική κρίση, ήτοι η Ελλάδα, η Κροατία, η Πορτογαλία, η Κύπρος, η Ισπανία, η Ιταλία, η Λετονία, η Σλοβενία, η Ουγγαρία και η Ισλανδία, παρουσιάζουν αρνητικά πρόσημα ως προς τον ρυθμό αύξησης της μέσης ετήσιας κατά κεφαλήν υγειονομικής δαπάνης (ουσιαστικά πρόκειται για μείωση της μέσης υγειονομικής δαπάνης κατά άτομο, για την εν λόγω περίοδο αναφοράς). Παρατηρείται, επίσης, ότι κάποιες εξ αυτών, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, δεν κατάφεραν να επαναφέρουν τον συγκεκριμένο δείκτη, ούτε κατά τα έτη 2013-2019, σε επίπεδα που να συμβαδίζουν με τον αντίστοιχο μέσο όρο της ΕΕ-27. Συγκεκριμένα, από -7,3%, η Ελλάδα αύξησε τον εν λόγω δείκτη στο 0,4%, παραμένοντας στην τελευταία θέση των χωρών της ΕΕ, μαζί με τη Φινλανδία. Αντίστροφη εικόνα από αυτή της Ελλάδας παρουσιάζουν η Κροατία, η Κύπρος και η Λετονία, οι οποίες κατά τη δεύτερη περίοδο που εξετάζεται, κατάφεραν να ξεπεράσουν τον αντίστοιχο δείκτη της ΕΕ-27, με την τελευταία εξ αυτών να κυμαίνεται σε υπερδιπλάσιο, μάλιστα, ποσοστό αύξησης (6,5% έναντι 3% της ΕΕ-27).



Πηγή: OECD/European Union (2020)

### Διάγραμμα 4.3

Μέση ετήσια κατά κεφαλήν αύξηση υγειονομικής δαπάνης (2008-2019)

Οι ευρωπαϊκές χώρες που «παραδοσιακά» παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό αύξησης της μέσης ετήσιας κατά κεφαλήν υγειονομικής δαπάνης, τόσο κατά την πρώτη, όσο και κατά τη δεύτερη περίοδο αναφοράς, είναι οι εξής: Ρουμανία (5,4% και 7,8%), Μάλτα (5,3% και 4,9%), Βουλγαρία (3,8% και 6,2%), Πολωνία (3% και 4%), Γερμανία (2% και 2,7%) και Ελβετία (2,5% και 2,4%). Τέλος, όσον αφορά στη χρονική περίοδο 2013-2019, τις χώρες με το υψηλότερο ποσοστό αύξησης στη μέση ετήσια υγειονομική δαπάνη, πλαισιώνουν και οι Λετονία (6,5%), Λιθουανία (6,3%), Εσθονία (5,9%), Κροατία (4,5%) και Ισλανδία (4%).

Κλείνοντας με το κομμάτι των δαπανών για την υγεία, αξίζουν να αναφερθούν και οι προβλέψεις που γίνονται, από τον ΟΟΣΑ και την ΕΕ, επί του θέματος. Όπως διαπιστώνει κανείς και από τα Διαγράμματα Π4 και Π5 του Παραρτήματος της εργασίας, η υγειονομική δαπάνη ακολουθεί παρόμοια εξέλιξη με αυτή του ΑΕΠ. Ως αποτέλεσμα, αναμένεται είτε μικρή είτε και μεγάλη αύξηση του ποσοστού της υγειονομικής δαπάνης έναντι του συνολικού ΑΕΠ, για όλες τις υπό διερεύνηση χώρες του ΟΟΣΑ, μέχρι και το 2030. Οι προβλέψεις αυτές γίνονται με γνώμονα και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει ή καλείται να αντιμετωπίσει η παγκόσμια κοινότητα στο παρόν και στο μέλλον, όπως αποτυπώθηκαν και παραπάνω, με σπουδαιότερες εξ αυτών τη γήρανση του πληθυσμού και τα γενικότερα δημογραφικά θέματα που ενυπάρχουν, καθώς και τη δομή των κοινωνιών, όπως αυτή εξελίσσεται στο πέρασμα των χρόνων (βλ. και Πίνακα Π2 του Παραρτήματος). Πιο συγκεκριμένα, θα απαιτηθούν μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, εν γένει, καθώς τα κράτη θα κληθούν να δαπανήσουν μεγάλα ποσά για συντάξεις, αλλά και για τη μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη που θα απαιτηθεί, λόγω της επικείμενης γήρανσης του πληθυσμού και της επαύξησης του προσδόκιμου ζωής. Η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της τεχνολογίας, θα απαιτήσουν επενδύσεις υψηλών προδιαγραφών στη Δημόσια Υγεία, ενώ παράλληλα οι ανάγκες και απαιτήσεις του πληθυσμού ως προς την απολαβή υψηλής ποιότητας και προδιαγραφών υπηρεσιών υγείας θα αυξηθούν κατακόρυφα (Przywara & European Commission, 2010· OECD, 2019).

#### **4.3 Οι Δημοσιονομικοί Περιορισμοί των Κρατών**

Όπως αναλύθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, είναι πασιφανές, πλέον, ότι η δημοσιονομική κατάσταση μιας χώρας, συνδέεται άρρηκτα με το ύψος των κονδυλίων που δαπανώνται για την υγεία, καθώς και για έτερους τομείς της οικονομίας ενός



κράτους. Η χρηματοπιστωτική κρίση του 2008 «ταρακούνησε» το παγκόσμιο οικονομικό γίγνεσθαι, όπως έγινε άλλωστε και με κάθε άλλη οικονομική κρίση της νεότερης παγκόσμιας ιστορίας. Για την Ευρωζώνη, δημιούργησε μια σειρά από ζητήματα και προβλήματα που απαιτούσαν λύσεις. Η κρίση απαίτησε, κυρίως, από τις χώρες της Νότιας Ευρώπης, την υιοθέτηση σκληρών δημοσιονομικών περιορισμών και μέτρων, με προγράμματα που αποσκοπούσαν στην εκ νέου οριοθέτηση και στόχευση των δημοσιονομικών πολιτικών. Τα δημοσιονομικά ελλείμματα, αλλά και τα επίπεδα δημόσιου χρέους, έπρεπε (και πρέπει) σύμφωνα με το Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης (ΣΣΑ), να διατηρούνται σε συγκεκριμένα επίπεδα, περιορίζοντας σε μεγάλο βαθμό τις δυνατότητες, αλλά και την «ελευθερία κινήσεων» πολλές φορές σε διάφορα κράτη.

Το συγκεκριμένο δημοσιονομικό πλαίσιο, σε συνδυασμό με τον κλονισμό όλου του «οικονομικού οικοδομήματος» οδήγησε στην εφαρμογή «σκληρών» προγραμμάτων λιτότητας. Η δημοσιονομική αυτή λιτότητα, συνοδευόμενη από τα φαινόμενα υψηλής ανεργίας, αλλά και των πιο ελαστικών και περιστασιακών μορφών εργασίας, οδήγησε στη σοβαρή απομείωση των δημόσιων εσόδων, τόσο για τον τομέα της υγείας, όσο και γενικότερα. Σε μια Ευρώπη, όπου ήδη παρατηρούνται ζητήματα λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, άρα και της μείωσης του ενεργού εργατικού δυναμικού, μαζί με την ανάγκη για παροχή συντάξεων αλλά και υγειονομικής περίθαλψης σε αυτούς που εξέρχονται αυτού του δυναμικού, δημιουργείται ένα δημοσιονομικό περιβάλλον στο οποίο δεν αφήνονται ιδιαίτερα πολλά περιθώρια. Οι κυβερνήσεις όχι απλώς περιορίζουν τους πόρους που διαθέτουν για τη Δημόσια Υγεία, αλλά προσπαθούν να μειώσουν και το δημοσιονομικό κόστος γενικότερα, όσο το δυνατόν χαμηλότερα.

Αυτοί όλοι οι δημοσιονομικοί περιορισμοί έχουν ως απόρροια, τα αποτελέσματα που αναλύθηκαν και παραπάνω, όπως αυτά του Διαγράμματος 4.3. Οι μειώσεις αυτές με τη σειρά τους, δημιουργούν ένα πλαίσιο για τον τομέα της Δημόσιας Υγείας, όπου δεν εισρέουν πλέον αρκετοί πόροι, η ποιότητα των υγειονομικών παροχών βαίνει διαρκώς μειούμενη, το υγειονομικό προσωπικό λιγοστεύει όλο και περισσότερο χωρίς να δύναται να αντικατασταθεί (λόγω συντάξεων, μετανάστευσης/brain drain, αλλαγής επαγγελματικού προσανατολισμού κ.ο.κ.), ενώ η ανάγκη για εξεύρεση περαιτέρω πόρων και εναλλακτικών μορφών χρηματοδότησης φαντάζει αδήριτη. Το πλαίσιο αυτό είναι, λοιπόν, η κινητήριος δύναμη για την εξεύρεση λύσεων (και) στον ιδιωτικό τομέα και την ανάπτυξη συνεργασιών και άλλων μορφών σχέσεων μεταξύ του Δημοσίου και ιδιωτικών φορέων της αγοράς. Αυτό είναι το σημείο στο οποίο, όπως αποτυπώθηκε και

στο εισαγωγικό κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, ο ρόλος των ΣΔΙΤ υπεισέρχεται ως λύση, αποκτώντας άλλη δυναμική στη προσπάθεια αποκωδικοποίησης της νέας δημοσιονομικής (και όχι μόνο), δύσκολης και αυστηρά περιορισμένης, κατάστασης.

#### **4.4 Ανακεφαλαίωση**

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, η σχέση μεταξύ των διατιθέμενων για την υγεία πόρων και κονδυλίων, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα και το επίπεδο των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Η διαπίστωση αυτή σε συνδυασμό με τα όσα αποτυπώθηκαν και στο προηγούμενο κεφάλαιο, περί της σημαντικότητας του ρόλου της Δημόσιας Υγείας στις ζωές των ευρωπαϊκών κρατών, αποτελούν τους κεντρικούς πυλώνες, γύρω από τους οποίους κινήθηκε το παρόν κεφάλαιο.

Υπολογίζεται ότι δαπανάται παγκοσμίως, σταθερά τα τελευταία αρκετά χρόνια, γύρω στο 10% του παγκόσμιου ΑΕΠ, στον τομέα της υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα εν λόγω στοιχεία δεν συμπεριλαμβάνουν στοιχεία δαπανών που διενεργήθηκαν στο πλαίσιο καταπολέμησης της εξάπλωσης της πανδημίας της COVID-19, κατά τα έτη 2020, και κυριότερα του 2021. Όπως είναι φυσιολογικό, το ύψος της υγειονομικής δαπάνης αναμένεται να παρουσιάσει σημαντική αύξηση για τα συγκεκριμένα έτη, γεγονός ενδεικτικό της παγκόσμιας υγειονομικής κατάστασης.

Επιπροσθέτως, παρατηρείται ότι το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για τη Δημόσια Υγεία, τουλάχιστον για τις χώρες της ΕΕ-27, ακολουθεί κατά κόρον τα επίπεδα της οικονομικής μεγέθυνσης της εκάστοτε χώρας ενδιαφέροντος. Επιπλέον όσον αφορά στην κατά κεφαλήν υγειονομική δαπάνη, παρατηρείται ότι οι χώρες της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης (Ελβετία, Νορβηγία, Γερμανία, Αυστρία, Σουηδία, Ολλανδία) δαπανούν ένα ικανοποιητικά μεγάλο ποσό για τον τομέα της υγείας διασφαλίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο υψηλής ποιότητας παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Στον αντίποδα, δυστυχώς, βρίσκεται η κατάσταση στην υπόλοιπη Ευρώπη. Οι χώρες της Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης (Βόρεια Μακεδονία, Σερβία, Ρουμανία, Λετονία, Βουλγαρία, Κροατία) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλά μεγέθη, ως προς την κατά κεφαλήν υγειονομική δαπάνη.

Το συμπέρασμα των μετρήσεων αυτών της υγειονομικής δαπάνης (σε σχέση με το ΑΕΠ και την κατά κεφαλήν υγειονομική δαπάνη), πέρα από τις επιπτώσεις στην ποιότητα και το επίπεδο των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, είναι ότι υφίσταται άμεση συνάρτηση της δημοσιονομικής κατάστασης μιας χώρας με το ύψος

των κονδυλίων που δαπανώνται στον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Ως εκ τούτου, η επιταγή εφαρμογής σκληρών δημοσιονομικών περιορισμών, αλλά και προγραμμάτων λιτότητας, κυρίως για τις χώρες της Νότιας Ευρώπης, οδήγησαν στη σοβαρή απομείωση των δημόσιων εσόδων, τόσο για τον τομέα της υγείας, όσο και γενικότερα για τις εν λόγω οικονομίες, δημιουργώντας έναν «φαύλο κύκλο» ο οποίος χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Έτσι, αν και η αύξηση των πόρων, που θα μπορούσαν να διατεθούν για την υγεία, μοιάζει άλυτος γρίφος για τις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση νωρίτερα, οι ΣΔΙΤ στη Δημόσια Υγεία θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως χρηματοδοτικά εργαλεία και οχήματα, που αν και δεν θα καταφέρουν να λύσουν τον «Γόρδιο Δεσμό» (που περιγράφηκε ανωτέρω), σίγουρα θα επιτύχουν να δώσουν κάποιες σημαντικές «ανάσες ζώης» στο εκάστοτε εθνικό σύστημα υγείας (μεταξύ άλλων και στο ΕΣΥ).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Οι ΣΔΙΤ στα Ευρωπαϊκά Εθνικά Συστήματα Υγείας

#### 5.1 Εισαγωγή

Στα Ευρωπαϊκά Εθνικά Συστήματα Υγείας, οι ΣΔΙΤ είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες και ως εκ τούτου έχει αναπτυχθεί πλήθος καλών πρακτικών. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση, το επίπεδο «ωριμότητας» και «διεισδυτικότητας» της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στις οικονομίες των ευρωπαϊκών χωρών διαφοροποιείται σημαντικά. Ειδικότερα, στο εν λόγω κεφάλαιο μελετώνται συμπράξεις που έχουν εφαρμοσθεί στη Μεγάλη Βρετανία, την Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ιταλία και τη Γερμανία, ως τις χώρες που αποτελούν τα χαρακτηριστικότερα παραδείγματα (Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπτετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015). Ωστόσο, πέραν από τις υπό εξέταση περιπτώσεις χωρών, σημαντικά είναι και παραδείγματα άλλων ευρωπαϊκών κρατών που δεν αναλύονται στο παρόν κεφάλαιο· όπως η περίπτωση της Σουηδίας<sup>11</sup>, της Γαλλίας<sup>12</sup> και της Δανίας<sup>13</sup>, ενώ και μια σειρά άλλων παραδειγμάτων ΣΔΙΤ σε χώρες της Ευρώπης παρουσιάζεται στην έρευνα του *EXpert Panel on effective ways of investing in Health – EXPH* (2014), με σημαντικά ευρήματα για περαιτέρω μελέτη.

Τα παραδείγματα των ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας, τόσο παγκοσμίως, όσο και πανευρωπαϊκά, παρουσιάζουν ιδιαίτερη ποικιλομορφία, λόγω και των διαφορών που παρατηρούνται σε κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό επίπεδο. Η διεθνής εμπειρία έχει να επιδείξει συμπράξεις σε διάφορες μορφές, με κυριότερες εξ αυτών, την εκχώρηση των υποστηρικτικών (ως προς τις αντίστοιχες υγειονομικές) δραστηριοτήτων, των

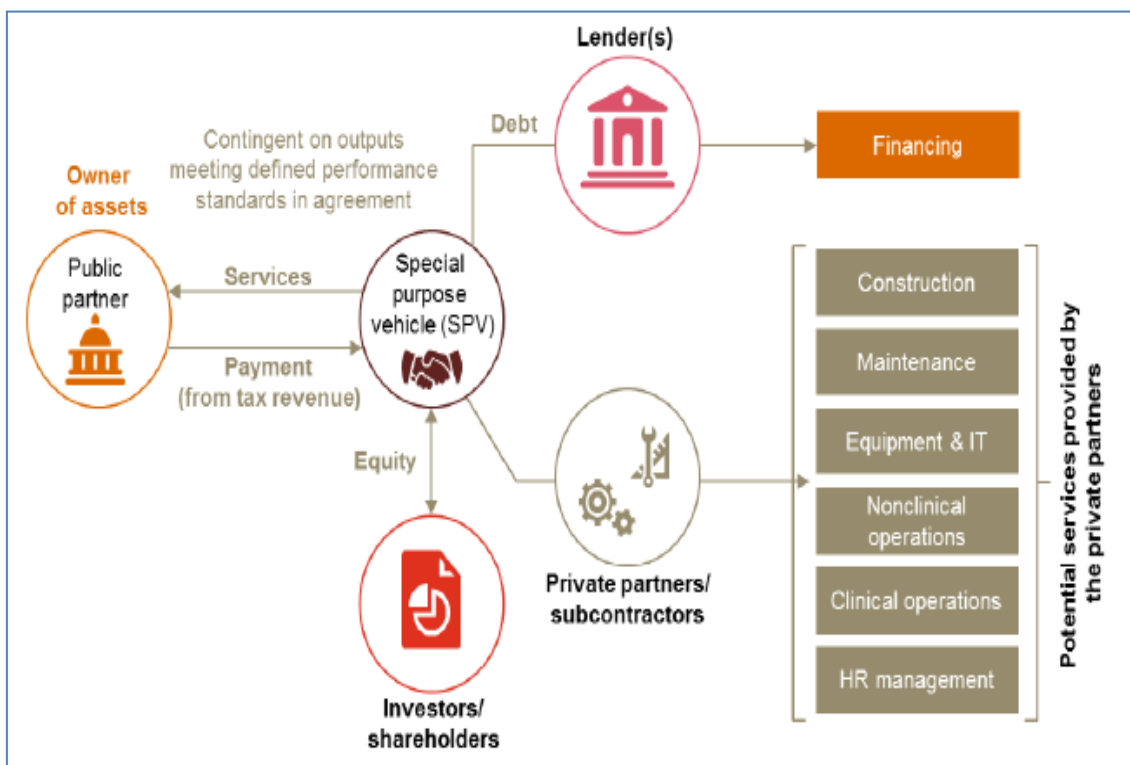
---

<sup>11</sup> Στη Σουηδία, έντονο ενδιαφέρον συγκεντρώνει η περίπτωση του πανεπιστημιακού νοσοκομείου *New Karolinska Solna University Hospital*, το οποίο, σύμφωνα με τον Beck (2010), αποτελεί το μεγαλύτερο έργο ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ σύμφωνα με το *EXpert Panel on effective ways of investing in Health-EXPH* (2014) το μεγαλύτερο στην Ευρώπη. Αξίζει να σημειωθεί ότι, στη συγκεκριμένη περίπτωση, παρουσιάζεται η καινοτομία ως προς το γεγονός ότι από την κατασκευή του εν λόγω έργου δεν προκαλείται επιβάρυνση για τους φορολογούμενους, πριν από την ημερομηνία έναρξης λειτουργίας του (Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπτετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015).

<sup>12</sup> Χαρακτηριστικότερο παράδειγμα, στην περίπτωση της Γαλλίας, είναι αυτό της σύστασης ΣΔΙΤ για την ενεργειακή αναβάθμιση νοσοκομειακών εγκαταστάσεων (σύμβαση ενεργειακής απόδοσης, νέο σύστημα/δίκτυο θέρμανσης) (Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπτετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015).

<sup>13</sup> Πέραν των ΣΔΙΤ που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών καθαριότητας, σίτισης κ.ο.κ., στη Δανία αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα η σύμπραξη που διενεργήθηκε με σκοπό την ανάπτυξη ενός εθνικού συστήματος ηλεκτρονικής υγείας, με σκοπό τη διασύνδεση μεταξύ των υγειονομικών δομών, των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των προμηθευτών. Επιπλέον, εφαρμόζονται ΣΔΙΤ για την ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων σε περισσότερο τοπικό επίπεδο, καθώς και για τη διεξαγωγή ερευνών που αφορούν στη βελτίωση της δημόσιας υγείας (Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπτετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015).

κλινικών υπηρεσιών ή και της διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων σε ιδιώτες. Επιπλέον, παρουσιάζονται ΣΔΙΤ με τη μορφή της λειτουργίας ιδιωτικών περυγών εντός των δημόσιων νοσοκομείων, με τη μορφή της κατασκευής δημόσιων υγειονομικών εγκαταστάσεων με ιδιωτικά κεφάλαια, με ή χωρίς την ανάληψη της ευθύνης παροχής των υποστηρικτικών ή/και των κλινικών υπηρεσιών από τον εμπλεκόμενο ιδιωτικό φορέα (Κονδύλης, Αντωνοπούλου & Μπένος, 2008).



Πηγή: Abuzaineh, Brashers, Foong, Feachem & Da Rita (2018)

### Διάγραμμα 5.1

#### Δομή ΣΔΙΤ υγείας

Όπως αποτυπώθηκε ήδη στα προηγούμενα κεφάλαια, για την εφαρμογή των ΣΔΙΤ, απαιτείται η σύσταση μια ειδικής μορφής εταιρείας, της ΕΕΣ· γεγονός που καθίσταται σαφές και από τα ευρωπαϊκά παραδείγματα/μοντέλα ΣΔΙΤ, που παρατίθενται στη συνέχεια. Ουσιαστικά, μέσω της λειτουργίας της ΕΕΣ επιτυγχάνεται η εφαρμογή της εκάστοτε ΣΔΙΤ, με τον/τους εμπλεκόμενο/-ους ιδιωτικό/-ούς φορέα/-είς να αναλαμβάνουν δράσεις και δραστηριότητες που από κοινού (προ)αποφασίζονται και συμφωνούνται με τον δημόσιο φορέα (Abuzaineh, Brashers, Foong, Feachem & Da Rita, 2018). Στο Διάγραμμα 5.1 παραπάνω, καθώς και στα Διαγράμματα Π7, Π8 και Π9

του Παραρτήματος, αποτυπώνεται η δομή των βασικότερων και συνηθέστερων μορφών ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας, ενώ περιγράφονται και οι λειτουργίες/δραστηριότητες που αναλαμβάνονται αμιγώς από τις ΕΕΣ (ήτοι τον/τους ιδιωτικό/-ούς φορέα/-είς), καθώς και τη σύνδεσή τους με τον δημόσιο φορέα της ΣΔΙΤ.<sup>14</sup>

## **5.2 Βρετανία - Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης [Private Finance Initiatives (PFI)]**

Η Βρετανία είναι η πρώτη χώρα που υιοθέτησε το θεσμό των ΣΔΙΤ. Η εν λόγω υιοθέτηση διενεργείται επί της πρωθυπουργίας της Margaret Thatcher, δεδομένης και την πολιτικής ταυτότητας και ατζέντας της συγκεκριμένης κυβέρνησης, με βασικές πολιτικές που αποσκοπούσαν στη μεταφορά δραστηριοτήτων από τη σφαίρα του Δημόσιου σε ιδιωτικούς φορείς της χώρας. Έτσι, σε ένα πλαίσιο στο οποίο επιδιώκεται η συρρίκνωση του δημόσιου τομέα, θεσμοθετήθηκε το 1992, από την κυβέρνηση των Συντηρητικών, το μοντέλο ΣΔΙΤ με την επωνυμία *Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης* [*Private Finance Initiatives* (PFI)], το οποίο στόχευε (για τον τομέα της Δημόσιας Υγείας) στην εκ νέου ανέγερση ή/και αναβάθμιση/λειτουργία των νοσοκομειακών δομών (Κονδύλης, Αντωνοπούλου & Μπένος, 2008· Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015).<sup>15</sup>

Ουσιαστικά, στο εν λόγω μοντέλο ΣΔΙΤ, συστήνονται ειδικής μορφής εταιρείες ΕΕΣ, ήτοι κοινοπραξίες (consortium), οι οποίες δραστηριοποιούνται στον χώρο, κυρίως τον κατασκευαστικό, και μέσω της λειτουργίας τους επιτυγχάνουν την ανέγερση νέων υγειονομικών μονάδων ή (ακόμα συχνότερα) τη συγκέντρωση ήδη υπάρχουσων νοσοκομείων σε νέες εγκαταστάσεις. Οι ιδιωτικοί φορείς ασχολούνται με την κατασκευή και λειτουργία αυτών των εγκαταστάσεων, ενώ έχουν ήδη αναλάβει και τον σχεδιασμό τους. Επιπλέον, μέσω της σύστασης εταιρειών ειδικού σκοπού, διαπραγματεύονται τους όρους και το ύψος της χρηματοδότησης (δανεισμός) των συγκεκριμένων έργων με τα αντίστοιχα πιστωτικά ιδρύματα. Πέραν όλων αυτών, αναλαμβάνεται, από τον ιδιωτικό «εταίρο» σε αυτού του τύπου τις ΣΔΙΤ, μια σειρά άλλων υπηρεσιών που αφορούν στη μετέπειτα λειτουργία των παραπάνω υγειονομικών

---

<sup>14</sup> Τα συγκεκριμένα διαγράμματα αποτελούν και μια γενικευμένη οπτικοποίηση της κατηγοριοποίησης των μοντέλων ΣΔΙΤ που αποτυπώθηκαν στο Κεφάλαιο 2 της παρούσας εργασίας, με προσανατολισμό, όμως, στον τομέα της υγείας.

<sup>15</sup> Αξίζει να αναφερθεί ότι το συγκεκριμένο μοντέλο ΣΔΙΤ δεν χρησιμοποιήθηκε μόνο στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, αλλά και σε έτερους τομείς, όπως στις μεταφορές, στην παιδεία, στην εθνική άμυνα, στην καθαριότητα και σε κοινωνικές υποδομές του Κράτους (Hellowell & Pollock, 2009).

μονάδων, όπως είναι η καθαριότητα, η σίτιση, η ασφάλεια κ.ο.κ.<sup>16</sup> Από την άλλη πλευρά, το Δημόσιο επιλαμβάνεται των θεμάτων που άπτονται της εν γένει λειτουργίας των νοσοκομείων, όπως επίσης και ζητημάτων σχετικών με την πρόσληψη του αρμόδιου υγειονομικού προσωπικού. Επιπροσθέτως, από το Δημόσιο καταβάλλεται προς τους εμπλεκόμενους ιδιωτικούς φορείς η αμοιβή για όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, καθώς και αμοιβή για τη διαθεσιμότητα των εγκαταστάσεων (ποσά για την κάλυψη του κόστους κατασκευής και συντήρησης των υγειονομικών δομών που δημιουργήθηκαν). Τέλος, εφόσον από όλες αυτές τις διαδικασίες υπάρχει ως αποτέλεσμα, σε πολλές περιπτώσεις, η συνένωση δύο (ή και περισσότερων) νοσοκομείων σε ένα, προκύπτει η «απελευθέρωση» κάποιων εγκαταστάσεων/χώρων/οικοπέδων/εκτάσεων. Αυτές λοιπόν οι εγκαταστάσεις/εκτάσεις παραχωρούνται ή πωλούνται στους εμπλεκόμενους ιδιωτικούς φορείς με ευνοϊκούς όρους (Dawson, 2001· Κονδύλης, Αντωνοπούλου & Μπένος, 2008· Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015).

Μεγάλη είναι η κουβέντα που γίνεται γύρω από το αν οι PFI επιτέλεσαν τελικώς τον στόχο τους, καθώς και αν το μοντέλο αυτό των ΣΔΙΤ λειτούργησε και εξακολουθεί να λειτουργεί με ευεργετικό τρόπο για τα δημοσιονομικά της Βρετανίας. Από τη μία πλευρά, πολύ σημαντική είναι η αναβάθμιση που διενεργείται, μέσω αυτής της διαδικασίας, στις εγκαταστάσεις των εμπλεκόμενων υγειονομικών δομών· δεδομένων και των ιδιαίτερα πεπαλαιωμένων, πλέον, νοσοκομειακών κτιρίων, στην Ευρώπη συνολικότερα. Από την άλλη βέβαια, ποικίλες είναι οι φωνές που αναδεικνύουν την αρνητική πλευρά του εν λόγω μοντέλου. Ουσιαστικά, ο λόγος γίνεται για δύο βασικά ζητήματα. Το πρώτο αφορά στο επιχείρημα ότι μέσω αυτής της διαδικασίας δεν απορρέει κάποιου είδους περαιτέρω επιβάρυνση για τους φορολογούμενους. Κάτι τέτοιο, όμως δεν φαίνεται να συμβαίνει, καθώς οι PFI αποτελούν μια μορφή (έμμεσου) δανεισμού του Δημοσίου από τον ιδιωτικό τομέα, γεγονός που υποδεικνύει ότι η φορολόγηση απλώς αναβάλλεται για τις επόμενες γενιές (λόγω της υποχρέωσης που δημιουργείται για πληρωμή του ποσού, από το Δημόσιο στους εμπλεκόμενους ιδιωτικούς φορείς, στο μέλλον). Επιπλέον, τα δημόσια κονδύλια απλώς φαίνεται να

---

<sup>16</sup> Ειδικότερα, οι υπηρεσίες που αναλαμβάνονται από τους ιδιωτικούς φορείς σχετίζονται με τους εξής τομείς: (α) συντήρηση κτιρίου, εγκαταστάσεων, μηχανημάτων, κήπων και λοιπών χώρων, (β) λειτουργία πλυντηρίων και μαγειρείων, (γ) υπηρεσίες καθαριότητας, διαχείριση απορριμμάτων, απολυμάνσεις και αποστείρωση, (δ) ασφάλεια, (ε) μεταφορές, στάθμευση, μεταφορά ασθενών (εκτός από επείγοντα περιστατικά), (στ) τεχνολογικές εφαρμογές και τηλεπικοινωνίες, (ζ) ταχυδρομείο, (η) ενέργεια, (θ) υποδοχή ασθενών, και (ι) λειτουργία καταστημάτων εντός του νοσοκομείου (Κονδύλης, Αντωνοπούλου & Μπένος, 2008).



ανακατευθύνονται/διοχετεύονται από τα δημόσια νοσοκομεία στον ιδιωτικό τομέα. Το δεύτερο βασικό ζήτημα αφορά στο εμπειρικό αποτέλεσμα που προκύπτει ότι η όλη αυτή διαδικασία κοστίζει περισσότερο για το Δημόσιο από το εάν δανειζόταν από μόνο του (αντί να δανείζεται ο ιδιωτικός φορέας) ή εάν με ίδια μέσα προχωρούσε στην εκτέλεση του εκάστοτε έργου (Κονδύλης, Αντωνοπούλου & Μπένος, 2008· Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπτετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015).

### 5.3 Ισπανία

Η Ισπανία είναι, επίσης, μία χώρα στην οποία χρησιμοποιείται εκτενώς το μοντέλο των ΣΔΙΤ, ως επενδυτικό εργαλείο. Προς αυτή την κατεύθυνση συνέβαλε, όπως και σε άλλες περιπτώσεις, η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση του 2008, στον απόηχο της οποίας η Ισπανία προσπάθησε να βρει κάθε δυνατό τρόπο απομείωσης του κόστους για τον δημόσιο τομέα της. Ως εκ τούτου, με τη χώρα να κατατάσσεται στη δεύτερη θέση πανευρωπαϊκά πίσω από τη Βρετανία στις επενδύσεις με τη μορφή ΣΔΙΤ, πολλές ισπανικές περιφέρειες που αντιμετώπιζαν ζήτημα ρευστότητας, κατέφυγαν στη λύση αυτή, προκειμένου να μεταθέσουν την αποπληρωμή των δημόσιων έργων στο μέλλον. Χαρακτηριστικότερο παράδειγμα αποτελεί το «υπόδειγμα Alzira», το οποίο αφορά στην κατασκευή του ομώνυμου νοσοκομείου. Όπως και στην περίπτωση των βρετανικών PFI οι εμπλεκόμενοι ιδιωτικοί φορείς αναλάμβαναν μια σειρά από δραστηριότητες και έργα. Η διαφορά με τις αντίστοιχες βρετανικές περιπτώσεις είναι ότι, έπειτα από την κατασκευή του νοσοκομείου Alzira, ο ιδιωτικός φορέας εμπλεκόταν κατά τη λειτουργία του νοσοκομείου και στην παροχή αμιγώς υγειονομικών (κλινικών) υπηρεσιών και δραστηριοτήτων (Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπτετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015).

Στα μετέπειτα χρόνια του νοσοκομείου Alzira, η Ισπανία ανέπτυξε πλήθος περιπτώσεων ΣΔΙΤ στον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Στα θετικά προσμετρούνται η ευκολότερη και επαυξημένη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, η αναβάθμιση των υγειονομικών εγκαταστάσεων και των υποδομών εν γένει, καθώς και η ενθάρρυνση καινοτόμων πρακτικών προς την κατεύθυνση βελτίωσης της Δημόσιας Υγείας. Και σε αυτή την περίπτωση, όμως, παρουσιάστηκε σωρεία προβλημάτων. Τα βασικότερα σχετίζονται με αλλαγές που προέκυψαν σε δεύτερο χρόνο στο πλαίσιο των παρεχόμενων υπηρεσιών από τον ιδιωτικό φορέα, καθώς και στην πληρωμή αυτού από το ισπανικό Δημόσιο. Το αποτέλεσμα ήταν η αύξηση του δημοσιονομικού βάρους.

Στον αντίποδα, η παραγωγικότητα αυξήθηκε σε σημαντικό ποσοστό σε σύγκριση με τον δημόσιο τομέα, λόγω της σύναψης ιδιωτικών συμβολαίων με το προσωπικό του νοσοκομείου. Η Ισπανία ανέπτυξε και έτερες πρωτοβουλίες στον τομέα των ΣΔΙΤ στην υγεία, με την εμφάνιση όμως και άλλων προβλημάτων, όπως αυτά της έλλειψης διαφάνειας στην πληροφόρηση, της ανεπαρκούς αξιολόγησης, καθώς και φαινομένων διαπλοκής και «πελατειακού κράτους» σε κάποιες περιπτώσεις (Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015· Abuzaineh, Brashers, Foong, Feachem & Da Rita, 2018).

#### 5.4 Πορτογαλία

Όσον αφορά στην Πορτογαλία, παρατηρείται το εξής παράδοξο· αν και οι ΣΔΙΤ θεσμοθετήθηκαν νομικά το 1990, εντούτοις καθυστέρησε χαρακτηριστικά η (εκτενής) χρήση αυτών, η οποία προκύπτει για πρώτη φορά το 2001, ενώ το 2002 είναι η χρονιά που θεσμοθετείται το πλαίσιο για τις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας (Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015). Και στην περίπτωση της Πορτογαλίας, όπως και της Ισπανίας παραπάνω, συναντώνται μορφές ΣΔΙΤ στις οποίες οι εμπλεκόμενοι ιδιωτικοί φορείς δραστηριοποιούνται, κατά τη λειτουργία του νοσοκομείου, και στην παροχή αμιγώς υγειονομικών (κλινικών) υπηρεσιών και δραστηριοτήτων. Δεν αναλαμβάνουν, δηλαδή, αρμοδιότητες που συνδέονται μόνο με τον σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και την κατασκευή των υγειονομικών εγκαταστάσεων, ούτε παρέχουν, μετέπειτα, μόνο υπηρεσίες που συνδέονται με τη μη κύρια δραστηριότητα του νοσοκομείου (π.χ. σίτιση, φύλαξη, μεταφορές κ.ο.κ.). Το συγκεκριμένο μοντέλο που δανείζεται στοιχεία τόσο από τα βρετανικά PFI, όσο και από το ισπανικό «υπόδειγμα Alzira», φέρει το όνομα «πρώτο κύμα» (*first wave*), τα χαρακτηριστικά του οποίου εμφανίζονται στον Πίνακα 5.1 παρακάτω (Ferreira & Marques, 2021).

Σε μια πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα που διεξήγαγαν οι Ferreira και Marques (2021), για την περίπτωση της Πορτογαλίας, έθεσαν ερώτημα για το εάν τα δημόσια νοσοκομεία θα μπορούσαν να παρουσιάσουν καλύτερα επίπεδα κοινωνικών επιδόσεων από τα αντίστοιχα νοσοκομεία που λειτουργούν υπό το καθεστώς των ΣΔΙΤ. Η απάντησή τους στον εν λόγω ερώτημα είναι αποπλιστική. Αξιοποιώντας, κυρίως, εμπειρικά δεδομένα, απαντούν ξεκάθαρα όχι· όχι ως προς τον χρόνο παράδοσης των υπηρεσιών· όχι ως προς την ποιότητά τους· όχι ως προς και την ασφάλεια αυτών.

Βέβαια, αυτό που παρατηρούν είναι πως και στις δύο περιπτώσεις παρουσιάζονται σημαντικές ελλείψεις στα επίπεδα της κοινωνικής τους αποτελεσματικότητας (ενδεικτικά π.χ. ως προς τον χρόνο παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο, τον χρόνο αναμονής για τη διενέργεια κάποιας επέμβασης, τον αριθμό των πρώτων επισκέψεων των ασθενών κ.ο.κ.), ενώ, όπως είναι προφανές, τα περιθώρια βελτίωσης και για τις περιπτώσεις των δημόσιων νοσοκομείων, αλλά και των αντίστοιχων ΣΔΙΤ, είναι καταφανέστατα μεγάλα.

### Πίνακας 5.1

#### Χαρακτηριστικά ΣΔΙΤ Πορτογαλίας (μοντέλο “first wave”)

	Private partner responsible for the infrastructure management	Private partner responsible for the clinical management	Objectives
Model	DBFOT, including clinical services		To increase the risk transfer to the private partner To isolate risk by entity
Contract issues	To design, build, and preserve (manage) the infrastructure and hard facilities (ancillary services)	To manage clinical staff and deliver health care to all citizens	
Duration	30 years	10 years (maximum 30 years)	Different investment depreciation periods, according to the assets' life cycle Maximum risk transfer
Risk	Construction, availability, infrastructure quality, operating costs related to hard facilities management	Availability of resources such that access to health care is not compromised – according to the contracted production –, quality of delivered care, operating costs associated with soft facilities management	
Payment	Based on services availability – penalties for service failures	Based on contracted production – penalties for low quality	N.A.

Πηγή: Ferreira & Marques (2021)

Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι από διάφορα ευρήματα μελετών που προκύπτουν κατά καιρούς, οι χώρες που αναφέρθηκαν ήδη, ήτοι η Μ. Βρετανία, η Ισπανία και η Πορτογαλία, αποτελούν «πρωτοπόρες» χώρες, τόσο σε όγκο/πλήθος, όσο και σε εμπειρικά δεδομένα και μοντέλα/υποδείγματα, για τις περιπτώσεις των ΣΔΙΤ, στον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Οι δε τελευταίες δύο χώρες ακολουθούν στα μοντέλα των ΣΔΙΤ τους παρόμοια τακτική, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, εμπλέκοντας τους ιδιωτικούς φορείς και στο κομμάτι της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών κατά το στάδιο της λειτουργίας, πλέον, των νέων νοσοκομειακών μονάδων που προέκυψαν. Οι λοιπές ευρωπαϊκές χώρες εμπλέκουν, ως επί το πλείστον, τους ιδιωτικούς φορείς σε λειτουργίες που αφορούν στην έμμεση δραστηριότητα των κατά περίπτωση υγειονομικών δομών, όπως προαναφέρθηκε ήδη, αλλά και όπως θα παρατεθεί και στη συνέχεια (Blanc-Brude, Goldsmith & Väililä, 2007· Ferreira & Marques, 2021).

## **5.5 Ιταλία**

Οι ΣΔΙΤ εισήχθησαν στην ιταλική νομοθεσία, κάπως αργότερα σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (1998), έχοντας μάλιστα στόχευση, κατά κύριο λόγο, σε τομείς όπως οι αθλητικές εγκαταστάσεις, οι μεταφορές και η αστική αναβάθμιση (Rossi & Civitillo, 2014). Παρόλα αυτά δεν άργησαν να υπεισέλθουν και στον τομέα της Δημόσιας Υγείας επιφέροντας σημαντικά οικονομικά και κοινωνικά οφέλη.

Σύμφωνα με τον Germani (2007), οι ΣΔΙΤ στον ιταλικό τομέα της υγείας, όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να ανασκευαστούν οι υγειονομικές εγκαταστάσεις σύμφωνα με τις σύγχρονες απαιτήσεις. Επιπλέον, για άλλη μια φορά, η έλλειψη πόρων για το Δημόσιο, σε συνδυασμό με την ανάγκη διατήρησης του κόστους της επένδυσης σε χαμηλά επίπεδα, εξώθησαν το ιταλικό σύστημα στην εξεύρεση εναλλακτικών μορφών χρηματοδότησης. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται, επίσης, για την εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στη διαχείριση και τη διοίκηση κατά τη διάρκεια λειτουργίας των υγειονομικών δομών. Με την εμπλοκή αυτή επιτυγχάνεται καλύτερη παρακολούθηση και διαχείριση του λειτουργικού κόστους, ενώ μαζί με την κατανομή του κινδύνου/ρίσκου από την αμιγώς δημόσια πλευρά στην αντίστοιχη ιδιωτική και την σύμπτυξη του χρόνου που απαιτείται για την ολοκλήρωση του εκάστοτε έργου, δημιουργείται μια σειρά από οφέλη που «καρπώνεται» το ιταλικό Δημόσιο.

Το επιστέγασμα από τη μέχρι πρότινος εμπειρία στο συγκεκριμένο θέμα, για την Ιταλία, φαίνεται να συνοψίζεται στην εξής φράση, σύμφωνα με τον Germani (2007): «η

μικρότερη συμμετοχή [του Δημοσίου] στην παροχή των [υγειονομικών] υπηρεσιών, επιτρέπει [στο Δημόσιο] πολύ μεγαλύτερο έλεγχο στον τρόπο [και στην ποιότητα] που παρέχονται αυτές οι υπηρεσίες».<sup>17</sup>

## 5.6 Γερμανία

Η Γερμανία αποτελεί μία από τις χώρες που παρουσιάζει και αυτή με τη σειρά της αυξημένο αριθμό ΣΔΙΤ. Όπως αναφέρθηκε και στα προηγούμενα κεφάλαια, πρόκειται, επίσης, για μία χώρα η οποία «παραδοσιακά» διαθέτει μεγάλο ύψος κονδυλίων για τον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Διατηρεί σταθερά υψηλά ποσοστά υγειονομικής δαπάνης σε σχέση με το λοιπό ΑΕΠ της (υπενθυμίζεται ότι είναι η χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό στην ΕΕ-27), όπως επίσης και (μέση) κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία.

Στη Γερμανία, λοιπόν, όπως και αλλού, οι ΣΔΙΤ αποτελούν μια μορφή διεξόδου για τα νοσοκομεία εκείνα που είτε δεν έχουν την δυνατότητα να λάβουν κάποια χρηματοδότηση για επενδύσεις είτε δεν λαμβάνουν κρατικές εγγυήσεις για να αναζητήσουν κεφάλαια. Παρατηρείται επίσης το φαινόμενο, ιδιωτικοί φορείς να αγοράζουν δημόσια νοσοκομεία, στα οποία υφίσταται σοβαρό οικονομικό πρόβλημα και να τα λειτουργούν με τη μέθοδο της δικαιοχρησίας (*franchise*) στις διάφορες περιφέρειες. Οι χαρακτηριστικότερες περιπτώσεις γερμανικών ΣΔΙΤ είναι αυτή του νοσοκομείου Charité Clinic που αφορά στην παροχή υπηρεσιών σίτισης, αυτή του προγράμματος *bIT4health (Better IT For Better Health)* που αφορά σε υπηρεσίες πληροφορικής (ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς, ηλεκτρονική συνταγογράφηση κ.ο.κ.), καθώς και αυτή του νοσοκομείου του Berlin-Buch που αφορούσε στην αντικατάσταση μιας πεπαλαιωμένης υγειονομικής δομής, η οποία παρουσίαζε μάλιστα σημαντικές οικονομικές απώλειες, αλλά και μείωση των εξυπηρετούμενων ασθενών (Nikolic & Maikisch, 2006· Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015).

Όπως εύκολα γίνεται αντιληπτό, πρόκειται για ΣΔΙΤ στις οποίες ανατέθηκε στον ιδιωτικό φορέα, η παροχή υπηρεσιών που δεν σχετίζονται με τις κλινικές διαδικασίες του νοσοκομείου, τις αμιγώς, δηλαδή, ιατρικές, όπως στις περιπτώσεις της Ισπανίας και την Πορτογαλίας.

---

<sup>17</sup> Ελεύθερη μετάφραση του: “Less involvement in delivering services but much more control in how they are delivered”.

## 5.7 Ανακεφαλαίωση

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάστηκαν μερικά από τα σημαντικότερα και πιο χαρακτηριστικά, κατά την κρίση της συγγραφέως, παραδείγματα εφαρμογής των ΣΔΙΤ στα εθνικά συστήματα υγείας της Ευρώπης, και συγκεκριμένα στη Μεγάλη Βρετανία, την Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ιταλία και τη Γερμανία, ενώ δόθηκαν πληροφορίες και για κάποιες εκ των περιπτώσεων σε Σουηδία, Γαλλία και Δανία. Επισημαίνεται εκ νέου, ότι η έρευνα του EXPH (2014) προσφέρεται για την περαιτέρω μελέτη του θέματος.

Στην περίπτωση της Μεγάλης Βρετανίας, τη σημαντικότερη εξέλιξη στο θέμα της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, αποτελεί το μοντέλο Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης, ευρέως γνωστό και ως *PFI*. Τόσο το εν λόγω μοντέλο, όσο και η μετεξέλιξη αυτού (*PF2*), κατάφεραν να καταστούν παραδείγματα για την εφαρμογή των ΣΔΙΤ σε διασυνοριακό επίπεδο, αποσκοπώντας στην αναβάθμιση του τομέα της υγείας, τόσο σε επίπεδο υποδομών, όσο και παροχής υγειονομικών υπηρεσιών (Χατζηπουλίδης, 2020). Όσον αφορά στην εφαρμογή των ΣΔΙΤ στην Ισπανία, είναι σημαντικό να σημειωθεί το υπόδειγμα *Alzira*, το οποίο παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με το αντίστοιχο βρετανικό *PFI*. Η διαφορά τους έγκειται στο ότι το μέρος της ΣΔΙΤ που ανήκει στον Ιδιωτικό Τομέα, εμπλέκεται και κατά τη λειτουργία του νοσοκομείου (όχι μόνο στην κατασκευή της υγειονομικής δομής), παρέχοντας ακόμα και αμιγώς υγειονομικές (κλινικές) υπηρεσίες, στην περίπτωση του ισπανικού μοντέλου ΣΔΙΤ. Στο ίδιο μήκος κύματος κινείται και το μοντέλο *first wave* της Πορτογαλίας το οποίο συνδυάζει στοιχεία τόσο από το βρετανικό *PFI*, όσο και από το ισπανικό *Alzira*.

Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τις περιπτώσεις της Ιταλίας και της Γερμανίας: δύο εκ διαμέτρου αντίθετα παραδείγματα όσον αφορά στα (κρατικά) κεφάλαια που μπορούν να διαθέσουν στον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Στη δε περίπτωση της Γερμανίας, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το μοντέλο ΣΔΙΤ που χρησιμοποιεί, κατά την εφαρμογή του οποίου, ιδιωτικοί φορείς (εξ)αγοράζουν δημόσια νοσοκομεία στα οποία υφίσταται σοβαρό οικονομικό πρόβλημα και τα λειτουργούν με τη μέθοδο της δικαιοχρησίας (*franchise*) στις διάφορες γερμανικές περιφέρειες/κρατίδια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Οι ΣΔΙΤ στον Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα

#### 6.1 Εισαγωγή

Όσον αφορά στις ΣΔΙΤ στην Ελλάδα, όπως είναι φυσικό και παρατηρείται σε ποικίλους τομείς δραστηριότητας, ακολουθείται το παράδειγμα άλλων χωρών. Έτσι, μέσα από τις διεθνείς πρακτικές και σύμφωνα και με τη σχετική επί του θέματος νομοθεσία (νόμος 3389/2005)<sup>18</sup> έχουμε την εφαρμογή των ΣΔΙΤ και στον τομέα της υγείας.<sup>19</sup> <sup>20</sup> Ο τομέας της υγείας αποτελεί έναν προνομιακό χώρο εφαρμογής για τις ΣΔΙΤ, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια, καθώς το δημοσιονομικό πλαίσιο γίνεται ολοένα και πιο στενό, ενώ ο ιδιωτικός τομέας, από την άλλη, ανασυντάσσεται διαρκώς, μέσω συγχωνεύσεων, εξαγορών, στρατηγικών συμμαχιών και δημιουργίας ενός πλαισίου δεκτικού σε επενδυτικές ευκαιρίες (τόσο από το εσωτερικό, όσο και από το εξωτερικό), προκειμένου να αντεπεξέρχεται στις οικονομικές και κοινωνικές προκλήσεις που ανακύπτουν.

Ως εκ τούτου, γίνονται προσπάθειες για την επέκταση της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στη Δημόσια Υγεία, ενώ ανακοινώνονται σε πιο συχνό επίπεδο, πλέον, διάφορες πρωτοβουλίες προς αυτή την κατεύθυνση, κυρίως μέσω της ανάπτυξης νέων υποδομών υγείας ή εκσυγχρονισμού των αντίστοιχων παλαιότερων (Παπαδοπούλου, 2019). Προκειμένου να μπορούν να πραγματοποιηθούν έργα ΣΔΙΤ, λοιπόν, στον συγκεκριμένο τομέα ενδιαφέροντος, θα πρέπει εφόσον πρόκειται για νοσοκομειακές μονάδες να ενταχθούν στο ΕΣΥ, ενώ συνάμα θα πρέπει να διασφαλίζεται η ισότιμη και ελεύθερη πρόσβαση του συνόλου των πολιτών στα νέα αυτά νοσηλευτικά ιδρύματα, με αντίστοιχη κάλυψη είτε από τα ασφαλιστικά τους ταμεία είτε από το Κράτος (Βλαστράκος, 2015).

---

<sup>18</sup> βλ. και προηγούμενα κεφάλαια.

<sup>19</sup> Οι ΣΔΙΤ στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες σε τομείς όπως οι μεταφορές, η διαχείριση αποβλήτων, αλλά και οι εγκαταστάσεις/υποδομές (π.χ. ανέγερση ή ανακατασκευή σχολικών μονάδων, αθλητικών εγκαταστάσεων κ.ο.κ.). Ενδεικτικό αυτής της εκτεταμένης εφαρμογής των ΣΔΙΤ σε άλλους τομείς της οικονομίας (πέραν της υγείας), είναι και το Αναπτυξιακό Πρόγραμμα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης «ΘΗΣΕΑΣ», στο οποίο συμπεριλήφθηκαν έργα για την υποστήριξη των ΟΤΑ. Σκοπός του συγκεκριμένου προγράμματος, είναι, μεταξύ άλλων, η ενίσχυση των πόρων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την υλοποίηση του αναπτυξιακού της προγραμματισμού, καθώς παρέχεται στους ΟΤΑ η δυνατότητα ανάληψης δραστηριότητας σχετικής με την επένδυση και τη διαχείριση έργων υποδομής και υπηρεσιών κοινής ωφέλειας, μέσω της εφαρμογής ΣΔΙΤ.

<sup>20</sup> Για συμβάσεις ΣΔΙΤ (κατά την περίοδο 2009-2019), καθώς και για εγκεκριμένα έργα ΣΔΙΤ σε διάφορους τομείς, πλην της υγείας, βλ. και Διαγράμματα Π10 και Π11 του Παραρτήματος.

Οι συμβάσεις ΣΔΙΤ στην ελληνική πραγματικότητα, λαμβάνοντας υπόψη την έως σήμερα εμπειρία, δύναται να καλύψουν τομείς και δραστηριότητες που σχετίζονται με τη στέγαση και τη συντήρηση ενός κτιρίου ή κάποιων εγκαταστάσεων γενικότερα, όπως για παράδειγμα ενός νοσοκομείου ή ενός Κέντρου Υγείας. Θα μπορούσαν επίσης να σχετίζονται με τις ανωτέρω δραστηριότητες, αλλά για υποδομές οι οποίες δεν είναι αμιγώς υγειονομικές, όπως π.χ. οι χώροι στάθμευσης που βρίσκονται κοντά σε ένα νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας. Ακόμη, άλλες υπηρεσίες που αφορούν τις συμβάσεις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας μπορεί να καλύψουν μαζικές υπηρεσίες εστίασης, όπως και ταχυδρομικές υπηρεσίες, καθώς και αντίστοιχες οικιακές υπηρεσίες. Μια υπηρεσία που αναπτύσσεται διαρκώς κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών αφορά στην ενέργεια και τη διαχείριση υπηρεσιών κοινής ωφέλειας, επιδιώκοντας να περιοριστεί το λειτουργικό κόστος παροχής υπηρεσιών. Ιδιαίτερα διαδεδομένες, τόσο σε μικρή, όσο και σε μεγαλύτερη κλίμακα, είναι και οι συμβάσεις που αφορούν στη συντήρηση του εξοπλισμού των νοσοκομείων (ή των Κέντρων Υγείας ή άλλων υγειονομικών δομών), καθώς και στη διαχείριση των σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων και τεχνολογίας που χρησιμοποιούνται από τις εν λόγω δομές υγείας. Επιπρόσθετα, οι συμβάσεις αυτές μπορεί να αφορούν στην υποδοχή και την ασφάλεια των δομών υγείας, όπως επίσης και σε προμήθειες αποστειρωμένων υλικών, στις μεταφορές ασθενών (οι οποίες όμως δεν θεωρούνται επείγουσες), στη διαχείριση των παραγόμενων αποβλήτων, λαμβάνοντας υπόψη και τη διαρκή ανάγκη για φιλικότερη προς το περιβάλλον λειτουργία των ανωτέρω υγειονομικών εγκαταστάσεων (Kyloudis, Rekleiti, Toska & Saridi, 2012).

## **6.2 Η Σύγχρονη Πραγματικότητα στην Ελλάδα**

### **6.2.1 Η Μέχρι Σήμερα Κατάσταση**

Όπως αναλύθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, καθίσταται πλέον σαφές, ότι το ΕΣΥ στην Ελλάδα αντιμετωπίζει, στις μέρες μας, μια σειρά από προβλήματα και δυσχέρειες, που το εμποδίζουν στο να ανταποκριθεί στις θεμελιώδεις αρχές του. Το στενό δημοσιονομικό πλαίσιο, οι συνεχείς αλλαγές και μεταρρυθμίσεις στις οποίες αυτό υπόκειται είναι μερικοί μόνο από τους λόγους που οδηγούν τον τομέα της Δημόσιας Υγείας σε ιδιαίτερα χαμηλές επιδόσεις, σε ανεπαρκή αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, ενώ τον καθιστούν μακροπρόθεσμα μη βιώσιμο. Στα ζητήματα αυτά



έρχεται να προστεθεί και περαιτέρω πίεση για το σύστημα υγείας, απόρροια παραγόντων όπως ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός των ασθενών, η οικονομική κρίση των προηγούμενων ετών που επηρεάζει περισσότερο τους οικονομικά και κοινωνικά ασθενέστερους, το προσφυγικό-μεταναστευτικό ζήτημα, καθώς και η πρόσφατη πανδημία. Πλέον όλων αυτών, το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζει ιδιαίτερα αυξητική τάση τα τελευταία χρόνια, γεγονός που οφείλεται στην ανάγκη για παροχή υψηλότερης ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και στην εισαγωγή της τεχνολογίας, των περισσότερο πολύπλοκων (τεχνολογικά) μηχανημάτων και υλικών, καθώς και της ανάγκης για εφαρμογή εξειδικευμένων διαδικασιών κατά την εφαρμογή της υγειονομικής περίθαλψης. Στα ανωτέρω πρέπει να συνυπολογισθεί και η μείωση των αποδοχών του υγειονομικού προσωπικού, σε συνδυασμό με την όλη αβεβαιότητα του μέλλοντος γύρω από το εν λόγω θέμα, καθώς και η γήρανση που έχει επέλθει στους επαγγελματίες υγείας· φαινόμενο το οποίο συνδέεται άρρηκτα με το γενικότερο δημογραφικό πρόβλημα της χώρας (Λιαριγκοβινού, 2018). Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, το συγκεκριμένο περιβάλλον αποτελεί ένα «εκρηκτικό» μείγμα αβεβαιότητας, αστάθειας και «μαθηματικά αποδεδειγμένης» αποτυχίας (στο εγγύς μέλλον)· ένα περιβάλλον που «βοά» για την εξεύρεση νέων πρακτικών και λύσεων. Στο σημείο αυτό υπεισέρχεται ο ρόλος των ΣΔΙΤ, όπως ήδη προαναφέρθηκε.

Γεγονός είναι παρόλα αυτά, ότι ο θεσμός των ΣΔΙΤ στην Ελλάδα, καθυστέρησε αρκετά να «διαδοθεί», ειδικά στον τομέα της υγείας, από την νομοθέτησή του με τον νόμο 3389/2005. Γενικότερα, από το 2009 έως το 2019, ολοκληρώθηκαν 14 έργα ΣΔΙΤ, συνολικού ποσού 822 εκατ. €, τα οποία αφορούσαν σε τομείς όπως η διαχείριση των απορριμμάτων, η εγκατάσταση ευρυζωνικών δικτύων στις τηλεπικοινωνίες, η ανέγερση ή/και ανακαίνιση σχολικών υποδομών κ.ά., ενώ εγκρίθηκαν και άλλα 18, συνολικού προϋπολογισθέντος ποσού 2,73 δισ. € (Τζανιδάκης, 2021).<sup>21</sup> Αυτά, όμως, τα έργα ΣΔΙΤ, όπως προαναφέρθηκε, δεν αφορούσαν τον τομέα της υγείας. Έτσι, παρόλη την επικρατούσα κατάσταση στη Δημόσια Υγεία, όπως περιγράφηκε και παραπάνω, η εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον εν λόγω τομέα παρουσίασε μεγάλη καθυστέρηση. Αυτή η καθυστέρηση εφαρμογής των ΣΔΙΤ, οφείλεται σε μια σειρά από λόγους, οι οποίοι κυρίως έχουν να κάνουν με τη δυσκολία αποδοχής και τη σκεπτικότητα με την οποία αντιμετωπίζεται το εν λόγω θέμα από την κοινωνία, αλλά και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, η δυνατότητα εξεύρεσης πόρων από την πλευρά του

---

<sup>21</sup> βλ. και Διαγράμματα Π10 και Π11 του Παραρτήματος.

Δημοσίου, για τη χρηματοδότηση της Δημόσιας Υγείας, μέσω κυρίως ευρωπαϊκών προγραμμάτων τα αρκετά τελευταία χρόνια, είναι ακόμη ένας από τους λόγους που συμβάλλουν στην «αναβλητικότητα» που συνοδεύει από την εκτεταμένη εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον συγκεκριμένο τομέα (Χατζηπουλίδης, 2020). Χαρακτηριστική, επίσης, αιτία για την ανωτέρω καθυστέρηση, αλλά και για την ολιγωρία που παρουσιάζεται γύρω από την ανάληψη δράσεων στον συγκεκριμένο τομέα (προς την κατεύθυνση της εφαρμογής των ΣΔΙΤ) είναι και μια σειρά από «παθογένειες» και ιδιαιτερότητες που παρουσιάζονται στο σύστημα υγείας της χώρας. Μια τέτοια περίπτωση είναι και το φαινόμενο που αναφέρεται και από τους Biginas και Sindakis (2015), ως το «*παράδοξο της Ελλάδας*».

Το «*παράδοξο της Ελλάδας*» αναφέρεται στο υψηλό ποσοστό κατανάλωσης που εμφανίζουν τα ελληνικά νοικοκυριά στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, σε σχέση με τις λοιπές δαπάνες για την υγεία. Αφορά, δηλαδή, στο ποσοστό εκείνο της συνολικής υγειονομικής δαπάνης των ελληνικών νοικοκυριών, το οποίο κατευθύνεται σε υπηρεσίες που είναι αμιγώς εκτός των κρατικών νοσοκομειακών/υγειονομικών δομών της χώρας. Η κατανάλωση, μάλιστα, αυτού του ποσοστού του εισοδήματός τους, δημιουργεί μια σειρά από ερωτήματα, εάν αναλογισθεί κανείς ότι η υγειονομική δαπάνη φέρεται να καλύπτεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της χώρας, και ως εκ τούτου δεν θα έπρεπε να εμφανίζεται τόσο μεγάλη «διαρροή» εισοδήματος στον συγκεκριμένο τομέα (68% της συνολικής υγειονομικής δαπάνης). Το φαινόμενο αυτό έχει εξήγηση, η οποία έγκειται στην έλλειψη επαρκών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στις περιοχές που δεν ανήκουν στα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας, με αποκορύφωμα τις πιο απομακρυσμένες εξ αυτών. Οι κάτοικοι αυτών των περιοχών εξωθούνται, ουσιαστικά, στο να προστρέξουν σε εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, προκειμένου να καλύψουν τις υγειονομικές ανάγκες τους (Biginas & Sindakis, 2015).

Πέραν των ανωτέρω, ενδεικτική όλης αυτής της καθυστέρησης, αλλά και δυστοκίας που παρατηρείται σε αρκετές των περιπτώσεων, είναι και η δήλωση του προέδρου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ), Αθανάσιου Εξαδάκτυλου, η οποία αποτυπώθηκε στο πλαίσιο διεξαγωγής του Πανελληνίου Συνεδρίου Υγείας 2019, σε συζήτηση σχετικά με την καταλληλότητα του «σήμερα» ως προς την αξιοποίηση και περαιτέρω εξέλιξη των ΣΔΙΤ στη Δημόσια Υγεία. Σύμφωνα, λοιπόν, με την εν λόγω τοποθέτηση, επισημάνθηκε η ανάγκη εξέτασης του θέματος των ΣΔΙΤ εις βάθος, καθώς μέχρι στιγμής υπάρχουν λίγα μόνο σχετικά έργα (νοσοκομεία που έχουν κατασκευαστεί με ΣΔΙΤ, παροχή υπηρεσιών από ιδιώτες ιατρούς κ.α.), ενώ αναδείχτηκε, για ακόμα μία

φορά, το γεγονός ότι ούτε ο ίδιος ο ΠΣ δεν έχει καταφέρει ακόμη να αποτυπώσει μία σαφή άποψη επί του θέματος (εάν προτιμά και επιδιώκει, δηλαδή, και υπό ποιες συνθήκες, την εκτεταμένη εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας). Η αδυναμία αυτή του ΠΣ να διατυπώσει σαφή άποψη επί του θέματος, συνάδει πλήρως με τις διάφορες «φωνές» που ακούγονται στον δημόσιο διάλογο γύρω από το εν λόγω ζήτημα, από πληθώρα κοινωνικών ομάδων στη χώρα (υγειονομικό προσωπικό, διοικητικοί, πολιτικοί, οικονομολόγοι, το σύνολο της κοινωνίας). Οι διαφορετικές απόψεις κινούνται γύρω από διάφορους άξονες, όπως τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που απορρέουν από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στη Δημόσια Υγεία (και αναλύονται στο τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας), ενώ μεγάλη συζήτηση γίνεται και γύρω από την ανάγκη ή μη επέκτασης των έργων που αναλαμβάνονται, πέρα από τις υποστηρικτικές λειτουργίες ενός νοσοκομείου και στις αμιγώς ιατρικές/υγειονομικές εργασίες/δραστηριότητες.

Παρ' όλη, λοιπόν, την καθυστέρηση αυτή αλλά και τις διαφορετικές απόψεις γύρω από το θέμα, πληθαίνουν τον τελευταίο καιρό οι εξαγγελίες για την εφαρμογή ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας, καθώς οι συνθήκες που επικρατούν και περιγράφηκαν και παραπάνω δεν αφήνουν πολλά περιθώρια. Έτσι, στις αρχές του 2020<sup>22</sup> (πριν το εκτεταμένο ξέσπασμα της πανδημίας στην Ελλάδα), η Κυβέρνηση δήλωνε, διαμέσου του Υπουργού Υγείας Βασίλη Κικίλια, ότι βρισκόταν ήδη σε νομοπαρασκευαστική διαδικασία, προκειμένου να εισηγηθεί νομοσχέδια για τον σχεδιασμό και την (πιλοτική) εφαρμογή ΣΔΙΤ σε «ένα μεγάλο νοσοκομείο στην Αττική, σε ένα μικρό νοσοκομείο στην Αττική και σε ένα στην Περιφέρεια», οι οποίες θα αφορούν στην προμήθεια και χρήση ακριβού ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Οι δηλώσεις αυτές ερχόντουσαν σε συνέχεια των προεκλογικών εξαγγελιών της Κυβέρνησης, στις οποίες αποτυπωνόταν ισχυρή βούληση για εφαρμογή ΣΔΙΤ στη Δημόσια Υγεία, όπου, μάλιστα, τα δημόσια νοσοκομεία θα μπορούν να συνδιοικούνται με την σύμπραξη ιδιωτών (Σουλάκη, 2020α· Σουλάκη, 2020β· Μπουλούτζα, 2020).

## 6.2.2 Οι Εξαγγελίες για το Μέλλον

Σε συνέδριο, μάλιστα, που διοργανώθηκε και πάλι στις αρχές του 2020, ο Υπουργός Υγείας επανέλαβε τις εν λόγω προθέσεις της Κυβέρνησης, συμπληρώνοντας πως η

---

<sup>22</sup> Το 2020, μάλιστα, χαρακτηρίστηκε από το Υπουργείο Υγείας ως η «χρονιά των νοσοκομείων»· χαρακτηρισμός, βεβαίως, που αποδόθηκε πριν το γενικευμένο ξέσπασμα της πανδημίας στη χώρα

εφαρμογή των ΣΔΙΤ αποτελεί την ενδεδειγμένη «συνταγή»<sup>23</sup> σε τρία πεδία/κατευθύνσεις: (α) στην προμήθεια ή/και ενοικίαση ή/και χρήση σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, (β) στη δημιουργία ή/και λειτουργία μονάδων που στοχεύουν στην παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, κυρίως, για ασθενείς με μειωμένη (γεωγραφική) πρόσβαση σε αυτές (π.χ. Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, Μονάδες Αιμοκάθαρσης, Κέντρα Αποκατάστασης κ.ο.κ.), και (γ) στην κάλυψη μιας μεγαλύτερης επένδυσης, όπως αυτή της ανέγερσης ή/και ανακαίνισης μιας ολόκληρης νοσοκομειακής μονάδας (Καρλατήρα, 2020).

Τέλος, χαρακτηριστικό, είναι ότι στο Ελληνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας *Ελλάδα 2.0*, το οποίο ανακοινώθηκε τον Μάρτιο του 2021 από την Ελληνική Κυβέρνηση, αποτυπώνεται η στόχευση της Πολιτείας για την προκήρυξη και διενέργεια ΣΔΙΤ σε τομείς, κυρίως, όπως οι υποδομές (αρδευτικό δίκτυο, σιδηροδρομικό δίκτυο, τηλεπικοινωνίες κ.ο.κ.), το περιβάλλον και η αγροτική ανάπτυξη. Παρ' όλα αυτά και σε αυτή την περίπτωση δεν γίνεται μνεία για τον προγραμματισμό διενέργειας κάποιου είδους ΣΔΙΤ μεγάλης έκτασης στον τομέα της υγείας: ενδεικτικό, ενδεχομένως της ευαίσθητης φύσης του εν λόγω ζητήματος, σε έναν τομέα όπως η Δημόσια Υγεία, όπου εξακολουθεί να υπάρχει έντονη συζήτηση γύρω από τον κίνδυνο πλήρους ιδιωτικοποίησης του δημόσιου αγαθού της υγείας, μέσω της εκτεταμένης, αλλά και πιθανώς ανεξέλεγκτης εφαρμογής των ΣΔΙΤ.

### **6.3 Παραδείγματα Εφαρμογής στον Τομέα της Υγείας**

#### **6.3.1 Γενικά**

Όπως διαπιστώνεται και από τα παραπάνω, τα παραδείγματα των ΣΔΙΤ στη Δημόσια Υγεία είναι κάπως περιορισμένα στην Ελλάδα, λόγω διαφόρων «αγκυλώσεων» που παρατηρούνται, αλλά και λόγω αντικειμενικών δυσκολιών, καθώς ένα τέτοιο έργο αποτελεί, συνήθως ένα μακρόπνοο σχέδιο, η υλοποίηση του οποίου απαιτεί, εκτός από πληθώρα πόρων, και σημαντικά μεγάλο χρονικό διάστημα πριν την ολοκλήρωσή του. Μέχρι το 2005 και τη θέσπιση του σχετικού με τις ΣΔΙΤ νόμου, οι συνεργασίες που αναπτύσσονταν μεταξύ του δημόσιου (νοσοκομεία) και ιδιωτικού τομέα στη Δημόσια Υγεία είχαν ως αντικείμενο την ανάληψη έργων όπως η καθαριότητα, οι υπηρεσίες

---

<sup>23</sup> Ο όρος «συνταγή» χρησιμοποιήθηκε αυτολεξεί από τον ίδιο τον Υπουργό Υγείας.

ασφάλειας και φύλαξης των κτιριακών εγκαταστάσεων, η τροφοδοσία και η σίτιση των νοσοκομείων, ενώ υπήρξαν και αρκετές περιπτώσεις διάθεσης ιατρικών μηχανημάτων με τη μορφή της χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing) (Κίτσιου, 2011).

Με την ψήφιση του νόμου 3389/2005, ο θεσμός των ΣΔΙΤ πήρε μια άλλη διάσταση, τουλάχιστον ως προς το κομμάτι των επίσημων διαδικασιών και πλαισίου που τέθηκαν γύρω από τη διενέργειά τους. Η εφαρμογή των ΣΔΙΤ εξακολούθησε, παρ' όλα αυτά, να «μονοπωλεί» τον τομέα των υποστηρικτικών λειτουργιών των δημόσιων νοσοκομείων,<sup>24</sup> χωρίς να επεκτείνεται στις αμιγώς ιατρικές λειτουργίες αυτών. Σύμφωνα με την Παπαδοπούλου (2019), απόρροια της ανάληψης τέτοιας μορφής έργων, ήταν ο περιορισμός του κόστους των δημόσιων νοσοκομείων κατά 20% περίπου, ενώ παράλληλα η ποιότητα των συγκεκριμένων (υποστηρικτικών) λειτουργιών διατήρησε το επίπεδο της ή και βελτιώθηκε σημαντικά σε κάποιες περιπτώσεις. Επιπλέον, μέσω της εφαρμογής των ΣΔΙΤ κατά τα πρώτα χρόνια από την ψήφιση του σχετικού νόμου, παρατηρήθηκε το εξής φαινόμενο: μέσω της ανάθεσης έργων και δραστηριοτήτων όπως η τροφοδοσία και η σίτιση σε ιδιωτικούς φορείς, δημιουργήθηκαν οι κατάλληλες συνθήκες προκειμένου να καθίσταται δυνατή η ανακαίνιση ή αναμόρφωση των αντίστοιχων χώρων/εγκαταστάσεων. Λόγω, δηλαδή, της μη χρήσης τους, καθώς οι σχετικές υπηρεσίες παρέχονταν από τους εκάστοτε ιδιωτικούς φορείς, εξασφαλίστηκε ο χρόνος, αλλά και τα κονδύλια σε πολλές των περιπτώσεων, για την ανακατασκευή των παλαιών εγκαταστάσεων και υποδομών (π.χ. μαγειρεία, εστιατόρια, αποθήκες φύλαξης τροφίμων - ψυγεία κ.ο.κ.).

Σε μια προσπάθεια αποτύπωσης των σημαντικότερων ΣΔΙΤ, αξίζει να αναφερθούμε στο 2007, χρονιά κατά την οποία εγκρίθηκαν τέσσερα μεγάλα έργα ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας. Τα εν λόγω έργα, συνολικού προϋπολογισθέντος ποσού που ανέρχεται στα 866 εκατ. €, αφορούσαν στην ανέγερση ενός παιδιατρικού και ενός ογκολογικού νοσοκομείου στη Θεσσαλονίκη (Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και νέο Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης), ενός επαρχιακού νοσοκομείου στην Πρέβεζα (Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας) και ενός Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας στην περιοχή της Βόρειας Ελλάδας γενικότερα (Κίτσιου, 2011· Προβατόπουλος, 2016). Το αντικείμενο των ανωτέρω συμπράξεων συνοψίζεται στη μελέτη, τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, τη συντήρηση, την τεχνική διαχείριση (καθαριότητα, ιματισμός,

---

<sup>24</sup> Ως υποστηρικτικές λειτουργίες νοούνται οι δραστηριότητες που αναπτύχθηκαν και παραπάνω και αφορούν στους εξής τομείς: σίτιση, καθαριότητα, διαχείριση απορριμμάτων, φύλαξη κτιρίων κ.ο.κ. Οι εν λόγω τομείς αποτελούσαν μέχρι το 2011 τους πιο δαπανηρούς για τα δημόσια νοσοκομεία (Παπαδοπούλου, 2019).

διαχείριση απορριμμάτων και νοσοκομειακών αποβλήτων, διαχείριση χώρων στάθμευσης, σίτιση), την ασφάλιση και τη φύλαξη των εγκαταστάσεων, καθώς και την παροχή του απαραίτητου ιατρικού/υγειονομικού και «ξενοδοχειακού» εξοπλισμού, συμπεριλαμβανομένης της αντικατάστασης και συντήρησής του (Κίτσιου, 2011).

### 6.3.2 Οι Πρώτες ΣΔΙΤ στη Δημόσια Υγεία

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, οι πρώτες ΣΔΙΤ που εφαρμόστηκαν στη Δημόσια Υγεία, είχαν ως στόχο την κατασκευή των σχετικών νοσοκομειακών δομών, χωρίς όμως την εμπλοκή (μετά το πέρας της κατασκευής) του ιδιωτικού φορέα με την παροχή ιατρικών ή νοσηλευτικών υπηρεσιών. Ένα άλλο κοινό στοιχείο των συγκεκριμένων συμβάσεων είναι ο τύπος τους, καθώς ανήκουν στην κατηγορία με τίτλο «Μελέτη/Κατασκευή/Χρηματοδότηση/Λειτουργία»<sup>25</sup>, σύμφωνα και με τη σχετική ενότητα παραπάνω (Χατζηπουλίδης, 2020). Τα βασικά στοιχεία και λεπτομέρειες των συγκεκριμένων πρώτων μεγάλων έργων ΣΔΙΤ, αποτυπώνονται στον Πίνακα 6.1 παρακάτω.

Πιο αναλυτικά, όπως εμφανίζεται και από τον κάτωθι πίνακα, όσον αφορά στην κατασκευή των τριών νοσοκομειακών μονάδων, οι εμπλεκόμενοι φορείς του Δημοσίου ήταν το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως εποπτικός μηχανισμός, ενώ ως Αναθέτουσα Αρχή ανέλαβε η Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων ΑΕ (ΔΕΠΙΑΝΟΜ). Για τη δε περίπτωση του Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Βορείου Ελλάδας, τον ρόλο της Αναθέτουσας Αρχής ανέλαβε η Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας ΑΕ. Όσον αφορά στη διάρκεια των εν λόγω έργων, επιβεβαιώνεται για ακόμη μια φορά ο μακροπρόθεσμος χαρακτήρας υλοποίησης και συνεργασίας σε αυτού του είδους της συμπράξεις. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η διάρκεια των σχετικών έργων κυμαίνεται (συνολικά) μεταξύ των 25 και 30 ετών (συμπεριλαμβανομένου του χρόνου κατασκευής, αλλά και λειτουργίας του έργου). Υπενθυμίζεται ότι όλα τα εξεταζόμενα έργα εγκρίθηκαν το 2007, σε χρονικό διάστημα, δηλαδή, το οποίο δεν απέχει και πάρα πολύ από το αντίστοιχο της ψήφισης της σχετικής περί ΣΔΙΤ νομοθεσίας. Τέλος, σύμφωνα και με τα στοιχεία του Πίνακα 6.1, είναι εμφανές ότι πρόκειται για έργα σημαντικού μεγέθους, τόσο ως προς τον αριθμό των κλινών – δυνατότητα περίθαλψης (τουλάχιστον για τα υπό εξέταση Τρία νοσοκομεία), όσο και ως προς τα προϋπολογισθέντα ποσά που απαιτούνται για την

---

<sup>25</sup> Αλλιώς γνωστός ως «Σχεδιασμός, Κατασκευή, Χρηματοδότηση, Λειτουργία» [Design, Built, Finance, Operate (DBFO)].

ολοκλήρωσή τους (Χατζητόλιος, Ζαμπίτης, Σανιδάς, Ζαφειρόπουλος & Ασλανίδης, 2007· Χατζηπουλίδης, 2020).

### Πίνακας 6.1

#### Βασικά στοιχεία έργων ΣΔΙΤ που εγκρίθηκαν το 2007

	Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας	Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Β. Ελλάδας
<b>Αναθέτουσα Αρχή</b>	ΔΕΠΑΝΟΜ	ΔΕΠΑΝΟΜ	ΔΕΠΑΝΟΜ	Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας ΑΕ
<b>Ενδεικτικός Π/Υ<sup>(26)</sup></b>	324 εκατ. € (+20%)	330 εκατ. € (+20%)	109 εκατ. € (+20%)	103 εκατ. € (+20%)
<b>Διάρκεια Σύμβασης</b>	30 έτη	30 έτη	30 έτη	25 έτη
<b>Χρόνος Κατασκευής</b>	3 έτη	3 έτη	3 έτη	3 έτη
<b>Χρόνος Λειτουργίας</b>	27 έτη	27 έτη	27 έτη	22 έτη
<b>Αριθμός Κλινών</b>	400	400	164	250
<b>Τοποθεσία</b>	Θεσσαλονίκη	Μίκρα, Θεσσαλονίκη	Πρέβεζα	Πιερία

Πηγή: Χατζηπουλίδης (2020)

Επιπροσθέτως, ως προς το ογκολογικό νοσοκομείο, πέρα από το καθορισθέν αντικείμενο της σύμβασης,<sup>27</sup> αποφασίσθηκε το πλαίσιο λειτουργίας της εν λόγω νοσοκομειακής μονάδας, με απώτερο στόχο την κατά τον δυνατόν καλύτερη διαχείριση και συντήρηση των υποδομών αυτών, αλλά και την αποπληρωμή του/των εμπλεκόμενου/-ων ιδιωτικού/-ών φορέα/-ων. Πέραν τούτου, υπήρξε ο σχεδιασμός για συνολικότερη πρόβλεψη για την πόλη της Θεσσαλονίκης, προγραμματίζοντας τη μεταφορά του Θεαγένειου Νοσοκομείου, αλλά και έτερων ογκολογικών τμημάτων νοσοκομείων της πόλης, στις νέες εγκαταστάσεις, με σκοπό τόσο την αποσυμφόρηση των λοιπών υγειονομικών δομών, όσο και τη βέλτιστη κατανομή προσωπικού και

<sup>26</sup> Τα ποσοστά στην παρένθεση αφορούν σε επιπλέον ποσό επιβάρυνσης στον προϋπολογισμό (Π/Υ) του έργου, το οποίο προκύπτει από το κόστος βαριάς συντήρησης και ασφάλισης των υποδομών.

<sup>27</sup> Το αντικείμενο των εν λόγω συμπράξεων αποτυπώθηκε στο τέλος της προηγούμενης υποενοότητας παραπάνω.

πόρων, σε ένα νέο (υγειονομικό) χώρο/σημείο αναφοράς, σε θέματα καταπολέμησης του καρκίνου. Ομοίως, για το παιδιατρικό νοσοκομείο στην ίδια περιοχή, όπου και πάλι η στόχευση ήταν η αποσυμφόρηση των παιδιατρικών κλινικών της πόλης. Επιπλέον, η συγκεκριμένη ΣΔΙΤ αποσκοπούσε και στη δημιουργία (μέσω της κατασκευής αυτής της υγειονομικής δομής) ενός εξειδικευμένου παιδιατρικού νοσοκομείου στην περιοχή της Βόρειας Ελλάδας, γεγονός που θα εξάλειφε την ανάγκη για διακομιδή των πιο βαριών περιστατικών στα αντίστοιχα νοσοκομεία της Αττικής. Αντιστοίχως, για το νοσοκομείο της Πρέβεζας, απώτερος στόχος της σύμπραξης ήταν η αντικατάσταση του υφιστάμενου παλαιωμένου κτιρίου, που στεγάζει τη συγκεκριμένη υγειονομική δομή, με το νέο που θα κατασκευαζόταν (Πανδρεμένος, 2012· Χατζηπουλίδης, 2020). Τέλος, ο Χατζηπουλίδης (2020) σχολιάζει στη διατριβή του, πως όλες οι συμπράξεις που εγκρίθηκαν το 2007, παρουσιάζουν παρόμοιο προφίλ και λεπτομέρειες μεταξύ τους, ενώ όπως θα δούμε και παρακάτω, και παρόμοια εξέλιξη και τελική έκβαση.

Σημαντική παρατήρηση επί όλων αυτών, λοιπόν, αλλά και ενδεικτικό της επικρατούσας κατάστασης, είναι το γεγονός ότι ενώ η έγκριση για την ανέγερση του νέου ογκολογικού νοσοκομείου δόθηκε στις 01/03/2007, ο διαγωνισμός για την επιλογή χρηματοοικονομικού, τεχνικού και νομικού συμβούλου που ξεκίνησε το ίδιο έτος, δεν ολοκληρώθηκε, δυστυχώς, ποτέ. Και το πρόβλημα, δυστυχώς, δεν σταματάει εκεί. Από όλα τα παραπάνω έργα ΣΔΙΤ στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, τα οποία σχεδιάστηκαν και εγκρίθηκαν το 2007, κανένα δεν έχει καταφέρει να φτάσει και να ξεπεράσει το στάδιο της σύναψης σύμβασης, άρα και την εκκίνησή (και ολοκλήρωση) του (Χατζηπουλίδης, 2020).

### 6.3.3 Η Συνέχεια στο Σήμερα και το Μέλλον

Πέρα από τις περιπτώσεις ΣΔΙΤ της προηγούμενης υποενότητας και ενόσω οι ιδιωτικές δομές υγείας πληθύνονται και παρουσιάζουν ιδιαίτερη «άνθιση» στη χώρα μας, αξίζει να αναφερθεί και μια σειρά έτερων περιπτώσεων τέτοιας μορφής έργων στον τομέα της υγείας, που είτε υπήρξαν οι σχετικές συζητήσεις και ζυμώσεις που δεν οδήγησαν ποτέ στην τελική έγκρισή τους είτε εγκρίθηκαν αλλά δεν εφαρμόστηκαν ποτέ είτε βρίσκονται σε εξέλιξη, μέχρι την περίοδο που συγγράφεται η παρούσα εργασία. Αναλυτικότερα, τα έργα αυτά ως κάτωθι (Χατζηπουλίδης, 2020):

- Κατασκευή Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών (800 κλίνες).
- Κατασκευή Εθνικού Κέντρου Μεταμοσχεύσεων (250 κλίνες).



- Κατασκευή νέου Γενικού Νοσοκομείου Κω (100 κλίνες).
- Κατασκευή νέου Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής.
- Κατασκευή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στα Μελίσσια Αττικής (300-350 κλίνες), εκμεταλλεζόμενοι ακίνητο του Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Εκμετάλλευση του Νοσοκομείου Σαντορίνης, με στόχο την ανάπτυξη ιατρικού τουρισμού.
- Ενοικίαση 20-30 νοσοκομείων σε όλη την επικράτεια, με παραχώρηση εν όλω ή εν μέρει, με σκοπό την εκμετάλλευση από ιδιωτικούς φορείς. Η συγκεκριμένη σκέψη συζητήθηκε λόγω των χαμηλών ποσοστών πληρότητας που παρουσίαζαν οι υπό εξέταση υγειονομικές μονάδες, των χαμηλών δεικτών αποδοτικότητας, αλλά και του υψηλού κόστους λειτουργίας τους.

Όσον αφορά στη δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας, η αρχή για τις ΣΔΙΤ έγινε με τη συνεργασία του «Κοργιαλένειου-Μπενάκειου» Νοσοκομείου με το Νοσηλευτικό Ίδρυμα «Ερρίκος Ντυνάν». Η εν λόγω σύμπραξη αποσκοπούσε στη νοσηλεία ασθενών του πρώτου νοσηλευτικού ιδρύματος στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) του τελευταίου. Πέραν τούτου, το Νοσηλευτικό Ίδρυμα «Ερρίκος Ντυνάν» διαθέτει (μέσω «ενοικίασης») συνολικά 30 κλίνες ΜΕΘ, 40 χειρουργικές κλίνες, 3 καρδιολογικές κλίνες και 3 χειρουργικά τραπέζια σε νοσοκομεία του ΕΣΥ με κυριότερο τον Ερυθρό Σταυρό. Επιπλέον, δίνει τη δυνατότητα (έναντι αμοιβής από τα αντίστοιχα ασφαλιστικά ταμεία) διεξαγωγής διαφόρων ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων στις εγκαταστάσεις του, όπως μαγνητική τομογραφία, καρδιοχειρουργική, επεμβατική νευροακτινολογία, νεφρολογία-αιμοκάθαρση κ.ο.κ. (Παπαδοπούλου, 2019).

Τέλος, σύμφωνα με την Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα, είναι σε εξέλιξη έργο ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, το οποίο αφορά στον σχεδιασμό, την κατασκευή, τη χρηματοδότηση, τη συντήρηση, τη λειτουργία και την προμήθεια εξοπλισμού για την ανέγερση κτιρίου παροχής υπηρεσιών εξατομικευμένης ιατρικής του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), ήδη από το 2017, για την Περιφέρεια Αττικής. Το εν λόγω έργο ΣΔΙΤ είναι διάρκειας 27 ετών, ενώ η αξία του έχει προϋπολογισθεί στα 58,5 εκατ. €. Σύμφωνα με την περιγραφή που δίνεται από την Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα, πρόκειται για ένα έργο το οποίο, συγκεκριμένα, «αφορά στην ανέγερση και τον εξοπλισμό νέου κτιρίου παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών στον τομέα της εξατομικευμένης ιατρικής. Πρόκειται για εκσυγχρονισμένη κτιριακή εγκατάσταση υψηλών προδιαγραφών συνολικού ενδεικτικού εμβαδού 20.000 τ.μ. με σκοπό την

επίτευξη δυναμικής συνέργειας μεταξύ ακαδημαϊκών και επιχειρηματικών φορέων προς νέες εφαρμογές. Οι κτιριακές εγκαταστάσεις θα στεγάσουν τις πλέον εκσυγχρονισμένες εργαστηριακές υποδομές για την ανάπτυξη και προσφορά απολύτως εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών εξατομικευμένης ιατρικής».

#### **6.4 Ανακεφαλαίωση**

Σε μια προσπάθεια αποτύπωσης της κατάστασης και εξέλιξης του θεσμού των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, αποτυπώνονται τα στοιχεία του παρόντος κεφαλαίου. Αν και έχουν πραγματοποιηθεί αξιόλογα βήματα προς την κατεύθυνση της διευρυμένης εφαρμογής των ΣΔΙΤ στον συγκεκριμένο τομέα στη χώρα μας, εντούτοις εξακολουθούν να εμφανίζονται σημαντικές καθυστερήσεις και αγκυλώσεις γύρω από το ζήτημα, απόρροια μιας γενικότερης κοινωνικής αλλά και πολιτικοοικονομικής κατάστασης, στην οποία παρουσιάζονται διάφορα προβλήματα.

Είναι γεγονός ότι η δαπάνη για τη Δημόσια Υγεία έχει αυξηθεί και στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ως αποτέλεσμα παραγόντων που περιγράφηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια. Στο πλαίσιο αυτό και με δεδομένους τους δημοσιονομικούς περιορισμούς της χώρας, έχουν γίνει βήματα για την εξεύρεση εναλλακτικών μορφών χρηματοδότησης, με τις εγκρίσεις των έργων ΣΔΙΤ γενικότερα (όχι μόνο στον τομέα της υγείας) να ξεπερνούν τα 3,5 δισ. €, σε πλήθος άνω των 30 (τέτοιου τύπου έργων), από το 2009 μέχρι και σήμερα.

Παρόλα αυτά, ο τομέας της υγείας, ως προς την «απορρόφηση» έργων ΣΔΙΤ στη χώρα, φαίνεται να υστερεί σημαντικά. Οι καθυστερήσεις, αλλά και η έλλειψη σημαντικών πρωτοβουλιών και δράσεων στον εν λόγω τομέα, φαίνεται να «ξεπερνούν» την ανάγκη για άμεση χρηματοδότηση και υλοποίηση τέτοιου τύπου έργων υποδομών. Σημαντικό παράγοντα για την υπερκέραση αυτών των εμποδίων, δύναται να αποτελέσει και η αποτύπωση μιας κοινής στρατηγικής γύρω από το θέμα, η οποία, όμως, θα τυγχάνει ευρείας πολιτικής και κοινωνικής αποδοχής, καθώς αυτή η έλλειψη (της αποδοχής) σε συνδυασμό με την ευαισθησία που παρουσιάζεται γύρω από το θέμα της Δημόσιας Υγείας, φαίνεται να είναι διαχρονικά προβλήματα γύρω από το εν λόγω ζήτημα. Είναι χαρακτηριστικός, άλλωστε, ο διαχωρισμός που παρουσιάζεται ανάμεσα στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά στον συγκεκριμένο ζήτημα. Η δημιουργία μιας τέτοιας κοινής στρατηγικής γύρω από το ζήτημα, σε συνδυασμό με μια αντίστοιχη επικοινωνιακή πολιτική η οποία θα παρουσιάζει εμπειστατωμένα και

ολοκληρωμένα τα πλεονεκτήματα από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας θα μπορούσε να αλλάξει σημαντικά το τοπίο, αμβλύνοντας τις όποιες διαφορές και επιφυλάξεις. Εάν, τέλος, αυτού του είδους οι ενέργειες συνδυαστούν με αντίστοιχες προς την κατεύθυνση εκσυγχρονισμού του πλαισίου των ΣΔΙΤ, σύμφωνα με παραδείγματα από τη διεθνή πραγματικότητα, καθώς και την εξάλειψη «παθογενειών» που εμφανίζονται στην Ελλάδα, όπως αυτή της διαφθοράς και του πελατειακού κράτους, ο θεσμός των ΣΔΙΤ στη Δημόσια Υγεία, θα μπορούσε να αποτελέσει πραγματικό «μονοπάτι διαφυγής» και διέξοδο από τους δημοσιονομικούς περιορισμούς της χώρας, ενώ θα μπορούσε να εξελίξει σημαντικά και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ.



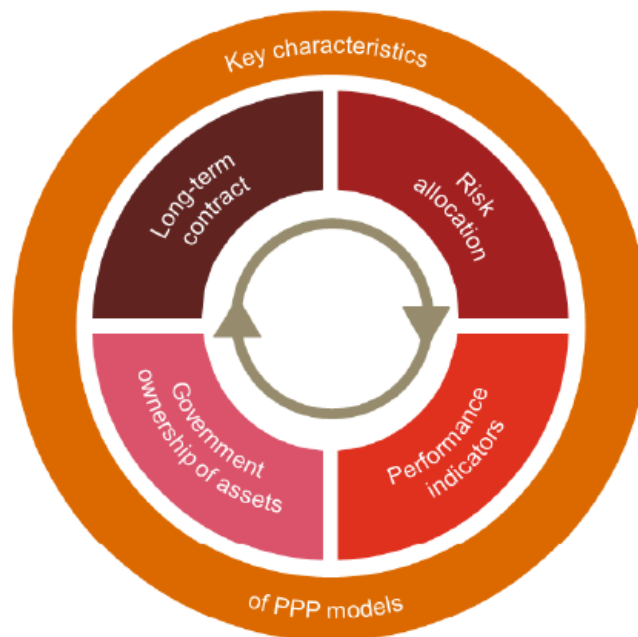
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### Συμπεράσματα

#### 7.1 Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα ΣΔΙΤ

##### 7.1.1 Πλεονεκτήματα

Η ίδια η μορφή των ΣΔΙΤ είναι αυτή που υποδεικνύει τα οφέλη που απορρέουν από την εφαρμογή τους. Τα πλεονεκτήματα, δηλαδή, που συνδέονται με την εφαρμογή αυτού του είδους των συμπράξεων, συνάγονται από όλα όσα αναφέρθηκαν και στα προηγούμενα κεφάλαια, καθώς και από τα βασικά χαρακτηριστικά των ΣΔΙΤ, τα οποία συνοψίζονται στο Διάγραμμα 7.1 παρακάτω.



Πηγή: Abuzaineh, Brashers, Foong, Feachem & Da Rita (2018)

#### Διάγραμμα 7.1

#### Βασικά χαρακτηριστικά των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας

Έτσι, ο μακροπρόθεσμος χαρακτήρας ολοκλήρωσης των ΣΔΙΤ (τουλάχιστον 5 έτη, με συνηθέστερο τα περισσότερα από 15 έτη), με τη μεταφορά, τόσο του κόστους, όσο και του αναλαμβανόμενου ρίσκου, στον/στους εμπλεκόμενο/-ους ιδιωτικό/-ούς φορέα/-είς, αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά των εν λόγω συμπράξεων, αλλά και τεράστια

οφέλη για το Δημόσιο.<sup>28</sup> Με τη μεταφορά του οικονομικού κινδύνου/ρίσκου και του αντίστοιχου της κατασκευής, το Δημόσιο είναι σε θέση να αποφύγει την επιβάρυνσή του με επιπλέον κόστος σε περίπτωση καθυστερήσεων στην ολοκλήρωση του έργου. Αντιστοίχως, με τη μεταφορά του ρίσκου λειτουργίας, ο δημόσιος φορέας είναι σε θέση και πάλι να αποφύγει την ανάλογη επιβάρυνση, καθώς και να πετύχει βελτιώσεις ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Abuzaineh, Brashers, Foong, Feachem & Da Rita, 2018). Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, το βασικότερο πλεονέκτημα από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ σχετίζεται με την αποφυγή (επιπλέον) κόστους για το Δημόσιο.

Πιο αναλυτικά, και όσον αφορά στα άμεσα οικονομικά οφέλη, που μπορεί να αποκομίσει, από την εφαρμογή μιας ΣΔΙΤ, το Δημόσιο, η ανεύρεση και μόνο χρηματοδοτήσεων οι οποίες δεν προέρχονται απευθείας από τον κρατικό Π/Υ, αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα. Ουσιαστικά, το Δημόσιο, σε μια προσπάθεια απομείωσης του επιβαλλόμενου κόστους από την ανάληψη ενός έργου τέτοιας μορφής, απευθύνεται στον Ιδιωτικό Τομέα, αποσκοπώντας στη χρηματοδότηση του έργου από ιδιωτικούς πόρους και κεφάλαια. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το Δημόσιο αποφεύγει πλήρως το κόστος κατασκευής του έργου, ενώ η εξ ολοκλήρου ανάληψη της υποχρέωσης χρηματοδότησης από τον/τους εμπλεκόμενο/-ους ιδιωτικό/-ούς φορέα/-είς δημιουργεί και παράπλευρα οφέλη, τα οποία συνδέονται με τον χρόνο παράδοσης, την αποδοτικότητα/αποτελεσματικότητα, αλλά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ακόμα και αν η χρηματοδότηση δεν γίνεται αμιγώς από τον Ιδιωτικό Τομέα, το κόστος κατασκευής επιμερίζεται σε μελλοντικούς προϋπολογισμούς, προσφέροντας στο Δημόσιο τη δυνατότητα καλύτερης διαχείρισης των δημόσιων οικονομικών αλλά και τη δυνατότητα ταυτόχρονης εκτέλεσης έτερων έργων και χρηματοδοτήσεων. Επιπλέον, όπως έχει ήδη αποτυπωθεί και στα προηγούμενα κεφάλαια, οι ΣΔΙΤ αποτελούν ένα απαραίτητο εργαλείο υλοποίησης έργων και παροχής υπηρεσιών ειδικά σε περιόδους δημοσιονομικής στενότητας και δυστοκίας (Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015· Παπαδοπούλου, 2019).

Σημαντικό, επίσης, πλεονέκτημα είναι αυτό που συνδέεται με την αποφυγή του κινδύνου/ρίσκου, κυρίως για την πλευρά του δημόσιου φορέα. Πιο συγκεκριμένα, ο/οι εμπλεκόμενος/-οι ιδιωτικός/-οί φορέας/-είς, αναλαμβάνοντας κινδύνους, όπως ο

---

<sup>28</sup> Το ρίσκο μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις κατηγορίες: (α) γενικό (general) και οικονομικό (financial) ρίσκο, (β) ρίσκο σχεδίασης/μελέτης (planning/designing) και κατασκευής (construction) και (γ) ρίσκο λειτουργίας (operating), συμπεριλαμβανομένων και των κλινικών/ιατρικών διεργασιών (Abuzaineh, Brashers, Foong, Feachem & Da Rita, 2018).

κατασκευαστικός ή ο λειτουργικός, απαλλάσσουν αντιστοίχως το Δημόσιο από αυτούς. Μέσω όλων αυτών των διαδικασιών, μειώνεται επίσης και ο κίνδυνος εμφάνισης φαινομένων όπως η διαφθορά (Παπαδοπούλου, 2019· Χατζηπουλίδης, 2020). Επιπροσθέτως, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, παράπλευρο όφελος από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ είναι και η διασφάλιση υπηρεσιών ποιότητας υψηλού (ή/και υψηλότερου) επιπέδου. Το συγκεκριμένο επιχείρημα συνοψίζεται στην πεποίθηση ότι μέσω των ΣΔΙΤ απορρέει η παροχή βελτιωμένων ποιοτικά και αποδοτικότερων οικονομικά υπηρεσιών στο κοινωνικό σύνολο, σε συντομότερο χρονικό διάστημα, εν συγκρίσει με τους παραδοσιακούς και συμβατικούς τρόπους χρηματοδότησης και διενέργειας έργων. Σημαντικός παράγοντας για την επίτευξη καλύτερων επιπέδων ποιότητας είναι και η εισαγωγή καινοτόμων διαδικασιών (από τον Ιδιωτικό Τομέα) κατά την κατασκευή ή/και λειτουργία των υποδομών ενδιαφέροντος (Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015· Παπαδοπούλου, 2019).

Τέλος, μέσω της εφαρμογής των ΣΔΙΤ επιτυγχάνεται και μια σειρά από οφέλη που σχετίζονται με έτερους τομείς. Σημαντικό πλεονέκτημα είναι η εκμετάλλευση της εμπειρίας, της τεχνογνωσίας και των πόρων του Ιδιωτικού Τομέα, με την ταυτόχρονη αξιοποίηση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων/κονδυλίων του αντίστοιχου Δημοσίου. Πρόκειται δηλαδή για πλεονεκτήματα που απορρέουν από την εφαρμογή τέτοιου τύπου συμπράξεων και σχετίζονται μεταξύ άλλων με τη μεταφορά τεχνογνωσίας από τον Ιδιωτικό Τομέα στον Δημόσιο (και αντιστρόφως), την εκμετάλλευση της εμπειρίας και εξειδίκευσης των εμπλεκόμενων φορέων και από τα δύο μέρη της σύμπραξης, καθώς επίσης και την ανάπτυξη του ανταγωνισμού εν γένει στην αγορά. Ειδικά το τελευταίο επιτυγχάνεται, μέσω ενός περιβάλλοντος/πλαισίου που δημιουργείται στην αγορά, όπου επιδιώκεται η συμμετοχή σε μία τέτοιου είδους σύμπραξη με το Δημόσιο. Ως εκ τούτου, οι ιδιωτικοί φορείς φροντίζουν να προσφέρουν «ανταλλάγματα» υψηλότερου επιπέδου και ποιότητας, προκειμένου να αποκτήσουν κάποιου είδους «συγκριτικό πλεονέκτημα» έναντι των υπολοίπων και να συμμετάσχουν εν τέλει στη σύμπραξη με το Δημόσιο. Η όλη επιδίωξη αυτή για συμμετοχή σε μία τέτοιου είδους σύμπραξη με το Δημόσιο, αποτελεί σημαντικό στόχο για τους εμπλεκόμενους ιδιωτικούς φορείς, αφού διαμέσου αυτής θα μπορούσαν να επιτύχουν σημαντικά οφέλη όπως συνιδιοκτησία (με το Δημόσιο) του παραγόμενου έργου, ελκυστικά περιθώρια κέρδους από την όλη υλοποίηση αυτού, καθώς επίσης και τυχόν μεγαλύτερες αποδόσεις, λόγω της δυνατότητας που τους παρέχεται με την εφαρμογή

διαφόρων καινοτόμων πρακτικών σε επίπεδο τεχνολογίας, κατασκευής, χρηματοδότησης και διαχείρισης του έργου (Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015· Παπαδοπούλου, 2019· Χατζηπουλίδης, 2020).

### 7.1.2 Μειονεκτήματα

Πέρα από τα πλεονεκτήματα ανωτέρω, υπάρχει, όπως και σε κάθε άλλο θέμα, πληθώρα αναφορών και στα αντίστοιχα μειονεκτήματα. Χαρακτηριστική είναι δε η πληθώρα απόψεων και διατυπώσεων γύρω από τα αρνητικά που επιφέρει ο θεσμός των ΣΔΙΤ ή/και τα «κακώς κείμενα» που συνδέονται με την εφαρμογή αυτών, ειδικά στην περίπτωση της Ελλάδας. Οι Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπετζόγλου, Παπαθεοδώρου και Πολυζωίδης (2015), μάλιστα, σε έρευνά τους, αναφέρουν πως η πλειονότητα των επιχειρημάτων που αποτυπώνονται προκειμένου να προωθήσουν τα πλεονεκτήματα και οφέλη τα οποία δημιουργούνται από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ, δεν επιβεβαιώνονται από τα εμπειρικά δεδομένα. Παρακάτω, γίνεται αναφορά στα μειονεκτήματα που σχετίζονται με το αντικείμενο του θέματος, σε μια προσπάθεια αποτύπωσης των βασικότερων πυλώνων των επιχειρημάτων τα οποία εκφράζουν αντίθετη άποψη για τα οφέλη που απορρέουν από αυτού του είδους τις συμπράξεις.

Οι πυλώνες αυτοί μπορούν να συνοψισθούν, σύμφωνα με τους Ferreira και Marques, (2021), ειδικά για την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, στις εξής διαπιστώσεις: (α) απουσία διαφάνειας, ενημερωμένου και «σοβαρού» δημόσιου διαλόγου, καθώς και αξιοπιστίας εν γένει, (β) ύπαρξη αναξιόπιστων, αμφισβητήσιμων ή ακόμα και ευκαιριακών υποθέσεων γύρω από το εν λόγω ζήτημα, (γ) πιθανότητα εμφάνισης φαινομένων όπως ανισότητες, απομείωση δυνατοτήτων/χωρητικότητας των υγειονομικών μονάδων και απορρέουσες επιπτώσεις κ.ο.κ., (δ) εφαρμογή και λειτουργία των ΣΔΙΤ, έχοντας ως στόχευση και βάση οικονομικά και συναφή κριτήρια, αντί των αντίστοιχων κοινωνικών, και (ε) «αλλοίωση» στη σχέση ισορροπίας μεταξύ ποιότητας και τιμής, με βαρύτητα στην τελευταία έναντι της πρώτης.

Στον αντίποδα ενός εκ των βασικότερων πλεονεκτημάτων, αυτό του περιορισμού του κόστους για το Δημόσιο, διαμορφώνεται η πεποίθηση ότι αυτό συμβαίνει μόνο σε βραχυχρόνιο επίπεδο. Υποστηρίζεται, δηλαδή, ότι η εφαρμογή των ΣΔΙΤ, μακροχρόνια, επιβαρύνει τα κονδύλια του Δημοσίου και μάλιστα σε υπέρμετρο βαθμό, διευρύνοντας έτι περαιτέρω το δημοσιονομικό έλλειμμα και χρέος κατ' επέκταση. Βασική αιτία



αυτού του φαινομένου φέρεται να είναι το γεγονός ότι το Δημόσιο δεν «απαλλάσσεται», ουσιαστικά, από το κόστος των έργων ΣΔΙΤ, απλώς μεταθέτει την αποπληρωμή των υποδομών που κατασκευάζονται από αυτού του είδους τις συμπράξεις, στις μελλοντικές γενιές των φορολογουμένων. Αυτό, σε συνδυασμό με το φαινόμενο των σταδιακά αυξανόμενων αμοιβών των τελικών χρηστών για συγκεκριμένες υπηρεσίες (λόγω έλλειψης προκαθορισμένων πολιτικών τιμολόγησης), αλλά και το υψηλότερο κόστος χρηματοδότησης του ιδιωτικού τομέα, εντείνουν επιπλέον το εν λόγω επιχείρημα περί του ύψους της δημοσιονομικής δαπάνης. Πιο συγκεκριμένα, φέρεται ότι τα έργα που υλοποιούνται με τη μορφή των ΣΔΙΤ παρουσιάζουν υψηλότερο διοικητικό, κατασκευαστικό και χρονικό κόστος, συγκριτικά με τους συμβατικούς τρόπους χρηματοδότησης· σε πολλές των περιπτώσεων μάλιστα, χωρίς να εξασφαλίζεται η αναμενόμενη αναβάθμιση των αντίστοιχων υπηρεσιών σε ποιοτικό ή/και ποσοτικό επίπεδο. Επιπροσθέτως, παράγοντες, όπως η χρονοβόρα διαδικασία επιλογής του/των εμπλεκόμενου/-ων ιδιωτικού/-ών φορέα/-ων, αλλά και η πολυπλοκότητα της χρηματοδότησης με τη μορφή των ΣΔΙΤ, αυξάνουν τα κόστη συναλλαγών, έρευνας, λειτουργίας, διοίκησης κ.ο.κ., εις βάρος του αντίστοιχου συνολικού, και πάλι σε σχέση με τις ανάλογες συμβατικές/παραδοσιακές περιπτώσεις ανάληψης έργων (Κονδύλης, Αντωνοπούλου & Μπένος, 2008· Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπτετζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015· Παπαδοπούλου, 2019).

Ένα ακόμα από τα βασικά μειονεκτήματα που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, ειδικά για την Ελλάδα, συνδέεται με τον ανταγωνισμό και το κατά πόσο προάγεται ή θίγεται τελικώς. Το συγκεκριμένο επιχείρημα επικεντρώνεται στην πεποίθηση ότι λόγω των ειδικών χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν τα έργα ΣΔΙΤ, όπως η πολυπλοκότητα, η ειδικότητα, το μέγεθος κ.ο.κ. των εν λόγω έργων, ο αριθμός των ιδιωτικών φορέων που έχουν τη δυνατότητα να συμμετάσχουν είναι πραγματικά περιορισμένος. Ένα επιπλέον στοιχείο το οποίο φέρεται να πλήττει τον «ελεύθερο ανταγωνισμό» είναι και αυτό της ενοποίησης των διαφορετικών σταδίων (μελέτη, χρηματοδότηση, κατασκευή, λειτουργία, συντήρηση κ.ο.κ.) ενός έργου ΣΔΙΤ σε ένα συγκεντρωτικό στάδιο ή σύμβαση. Ως αποτέλεσμα, δεν δημιουργούνται κατάλληλες συνθήκες ανταγωνισμού στην αγορά συνολικότερα, καθώς καταλήγουν συγκεκριμένοι (λίγοι) ιδιωτικοί φορείς να «μονοπωλούν» τους διαγωνισμούς περί ΣΔΙΤ· αφαιρώντας κατ' αυτόν τον τρόπο τη δυνατότητα δημιουργίας ενός ανταγωνιστικού πλαισίου, εντός του οποίου το Δημόσιο θα μπορούσε να πετύχει καλύτερες προσφορές και χαμηλότερες

τιμές (Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπτεζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015· Παπαδοπούλου, 2019· Βατικιώτης, 2020).

Στα γενικότερα μειονεκτήματα από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ εντάσσεται και μια σειρά έτερων επιχειρημάτων. Πέραν του υψηλού κόστους που προαναφέρθηκε, η εφαρμογή των ΣΔΙΤ δεν φαίνεται να μπορεί να εγγυηθεί την ταχεία υλοποίηση του αναλαμβανόμενου έργου, ενώ σε πλείστες περιπτώσεις στην Ελλάδα, παρατηρείται το φαινόμενο της αναβολής ολοκλήρωσης των εργασιών που αναλήφθηκαν, ακόμα και χωρίς να τίθεται σχετική χρονική οριοθέτηση μέχρι την πλήρη υλοποίησή τους. Επιπλέον, σημαντική αναφορά γίνεται και στην έλλειψη διαφάνειας, καθώς και την παρουσία φαινομένων διαφθοράς σε πολλές εξ αυτών των περιπτώσεων. Η απώλεια του πλήρους ελέγχου, από πλευράς Δημοσίου, επί των συγκεκριμένων έργων, σε συνδυασμό με τον μη αναλογικό επιμερισμό (ή και καθορισμό επιμερισμού) του κινδύνου/ρίσκου στον/στους εμπλεκόμενο/-ους ιδιωτικό/-ούς φορέα/-είς, προστίθενται στην εν λόγω λίστα με τα μειονεκτήματα. Τέλος, σημειώνονται και επιχειρήματα που άπτονται της προστασίας του περιβάλλοντος (μη τήρηση όλων των απαραίτητων μέτρων και κανόνων για την προστασία του, από τον/τους εμπλεκόμενο/-ους ιδιωτικό/-ούς φορέα/-είς), της δικαιοσύνης (αποφυγή του ισχύοντος νομικού πλαισίου, λόγω της επίλυσης των διαφορών με το καθεστώς της διαιτησίας και όχι με την προσφυγή στα αρμόδια δικαστήρια) κ.ο.κ. (Πετμετζίδου, Παπαναστασίου, Πεμπτεζόγλου, Παπαθεοδώρου & Πολυζωίδης, 2015· Παπαδοπούλου, 2019· Βατικιώτης, 2020).<sup>29</sup>

## **7.2 Μαθήματα - Συμπεράσματα από τη Διεθνή Εμπειρία**

Σημαντική είναι η εμπειρία που αποκομίζεται από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ σε παγκόσμιο επίπεδο. Η διεθνής εμπειρία αποδεικνύει ότι αυτής της μορφής οι συμπράξεις μπορούν να οδηγήσουν στη δημιουργία μεγάλων και σημαντικών έργων, σε τομείς όπως οι μεταφορές, οι υποδομές (έργα υποδομών), η παιδεία, η υγεία, η στέγαση υπηρεσιών του Δημοσίου, η ασφάλεια, ψυχαγωγία, η τεχνολογία, η ενέργεια και η εθνική άμυνα (Χατζηπουλίδης, 2020). Πρόκειται, ουσιαστικά, για έργα, τα οποία υπό άλλες συνθήκες είτε δεν θα μπορούσαν ποτέ να κατασκευαστούν/υλοποιηθούν

---

<sup>29</sup> Σημαντικά ευρήματα τα οποία οδήγησαν στην αποτύπωση πολλών εκ των ανωτέρω μειονεκτημάτων ήρθαν στο φως της δημοσιότητας με την υποβολή της Ειδικής Έκθεσης (2018) «Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στην ΕΕ: Πολλαπλές αδυναμίες και περιορισμένα οφέλη» του Ευρωπαϊκού Ελεγκτικού Συνεδρίου (ΕΕΣ), ως αποτέλεσμα των ελέγχων που διενεργούνται επί των πολιτικών και προγραμμάτων της ΕΕ ή επί διαχειριστικών θεμάτων που αφορούν σε συγκεκριμένους τομείς του προϋπολογισμού.

(ελλείπει των απαιτούμενων δυνατοτήτων από μόνο τον Δημόσιο ή τον Ιδιωτικό Τομέα) είτε η υλοποίησή τους θα αποτελούσε ένα ιδιαίτερα κοστοβόρο και χρονοβόρο εγχείρημα, κυρίως για τον εμπλεκόμενο δημόσιο φορέα.

Σύμφωνα, λοιπόν με τη διεθνή εμπειρία στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, αν και η αρχική στόχευση από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ ήταν, κυρίως, παράγοντες που σχετίζονταν με το κόστος και τον περιορισμό αυτού, στη συνέχεια αποδείχθηκε ότι με τη χρήση τέτοιας μορφής μοντέλων μπορεί να επιτευχθεί η παροχή υπηρεσιών υγείας με έναν εναλλακτικό και συνάμα καινοτόμο τρόπο. Ξεπερνώντας, δηλαδή, τετριμμένες διαδικασίες και τρόπους που παρουσιάζονται στις παραδοσιακές/συμβατικές μορφές υλοποίησης των δημόσιων έργων, επιτυγχάνεται ένα νέου τύπου μοντέλο, στο πλαίσιο του οποίου επιδιώκεται η κάλυψη των (υγειονομικών) αναγκών του κοινωνικού συνόλου του μέλλοντος, σε όρους του μέλλοντος. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία, ο σκοπός, μέσω της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, δεν είναι η δημιουργία και η ανάπτυξη κάποιου νέου προϊόντος ή υπηρεσίας, αλλά η βελτίωση των ήδη υπάρχουσών συνθηκών υγείας, η επίλυση τυχόν προβλημάτων που έχουν ανακύψει και η ικανοποίηση των αναγκών του εμπλεκόμενου κοινωνικού συνόλου στον εν λόγω τομέα ενδιαφέροντος (EXPH, 2014). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με την Λιαριγκοβινού (2018) τα συμπεράσματα από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ σε ευρωπαϊκό και όχι μόνο επίπεδο, μπορούν να συνοψισθούν και στα εξής:

- Ύπαρξη πολλαπλών προσπαθειών με σκοπό την εξεύρεση του κατά το δυνατόν ιδανικότερου τρόπου συνεργασίας μεταξύ του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα.
- Υλοποίηση συνεργασίας μεταξύ του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα σε πλήθος χωρών εδώ και πολλά χρόνια.
- Ύπαρξη πολλών επιτυχημένων, αλλά και αποτυχημένων παραδειγμάτων ΣΔΙΤ διεθνώς.
- Ύπαρξη, πλέον, ικανού αριθμού παραδειγμάτων ΣΔΙΤ, ώστε να μην θεωρείται κάποιου είδους πείραμα, αλλά ενδεδειγμένη μορφή συνεργασίας.
- Παρατήρηση καθυστερήσεων υλοποίησης ή προσαρμογής του θεσμού των ΣΔΙΤ, σε σχέση με την αρχική στόχευση, σε πολλές περιπτώσεις.
- Σημαντικός παράγοντας για την επιτυχή έκβαση ενός τέτοιου τύπου εγχειρήματος είναι ο αναλυτικός και λεπτομερής στρατηγικός σχεδιασμός του έργου, πριν από την όποια υλοποίηση.

- Τάση για δημιουργία νέων οργανωτικών δομών στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να ενισχυθεί ο δημόσιος χαρακτήρας του εν λόγω τομέα, ενώ παράλληλα θα προάγεται και η ανάπτυξη επιχειρηματικών δράσεων.

Όσον αφορά, λοιπόν, στον τομέα της Δημόσιας Υγείας και δη σε επίπεδο Ευρώπης, τα παραδείγματα και οι καλές πρακτικές είναι σε περισσότερο από ικανοποιητικό αριθμό, όπως αποτυπώθηκε και στο Κεφάλαιο 5 της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Κατά τη γνώμη της συγγραφέως του παρόντος πονήματος, δύο είναι τα παραδείγματα που ξεχωρίζουν· αυτό της Μεγάλης Βρετανίας και αυτό της Σουηδίας. Στην πρώτη περίπτωση, ο θεσμός των PFI αποτέλεσε μια σημαντική «καινοτομία» κατά την αρχική εμφάνιση των μοντέλων ΣΔΙΤ, τόσο στη Μ. Βρετανία, όσο και σε άλλες χώρες που τα χρησιμοποίησαν ως παράδειγμα και τα ενέταξαν στη δική τους πραγματικότητα. Σε μια προσπάθεια, μάλιστα, τόσο εκσυγχρονισμού, όσο και βελτίωσης των προγραμμάτων PFI, αλλά και επίρρωσης των προβλημάτων που προέκυπταν από την εφαρμογή τους στο εθνικό σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας,<sup>30</sup> εισήχθη το 2012 ένα νέο μοντέλο ΣΔΙΤ, επ' ονόματι PF2. Με τα νέα αυτά προγράμματα εφαρμογής ΣΔΙΤ, η Μ. Βρετανία αποσκοπεί στην αναβάθμιση του Δημόσιου Τομέα, παρουσιάζοντας εντονότερα και τον χαρακτήρα του δημόσιου συμφέροντος, ως τελική στόχευση από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ (Χατζηπουλίδης, 2020). Στην περίπτωση της Σουηδίας ξεχωρίζεται ο τρόπος αντιμετώπισης του ζητήματος των ΣΔΙΤ. Ενώ, αρχικώς, απαγορεύθηκε η οποιασδήποτε μορφής ιδιωτικοποίηση των νοσοκομείων (όπως π.χ. η αγορά περιφερειακών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων από ιδιωτικούς φορείς), δόθηκε ευρέως η δυνατότητα συνεργασίας μεταξύ Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα ως προς την κατασκευή νέων νοσοκομειακών μονάδων, αλλά και ως προς την από κοινού διαχείριση αυτών. Σημαντικότερο δε παράδειγμα εφαρμογής ΣΔΙΤ, αποτελεί η περίπτωση του πανεπιστημιακού νοσοκομείου *New Karolinska Solna University Hospital*, που κατασκευάστηκε από την εταιρεία *Slanska* (Λιαριγκοβινού, 2018).

Τέλος, όσον αφορά στην Ελλάδα, η εφαρμογή των ΣΔΙΤ, φαίνεται να κινείται με μάλλον αργούς ρυθμούς, τουλάχιστον στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, όπως ήδη αποτυπώθηκε και στο Κεφάλαιο 6 της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Η καθυστέρηση αυτή όμως είναι αναγκαίο να ανατραπεί. Το στενό δημοσιονομικό

---

<sup>30</sup> Ο Χατζηπουλίδης (2020) αναφέρει ότι ο Robert Peston, σε άρθρο του στο BBC News το 2012, αναφέρεται σε εμπειρικά δεδομένα τα οποία υποδεικνύουν πως ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζονταν τα μοντέλα PFI στη Μ. Βρετανία, λειτουργούσαν αρνητικά για το εθνικό σύστημα υγείας της, αλλά και για όσους έκαναν χρήση ή ήταν αποδέκτες αυτών των υπηρεσιών υγείας, καθώς το κέρδος από αυτές τις διαδικασίες/λειτουργίες αποδιδόταν μονομερώς στους εμπλεκόμενους ιδιωτικούς φορείς.

πλαίσιο που υφίσταται στη χώρα ήδη από τα χρόνια της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008, συνδυασμένο με την ολοένα και αυξανόμενη ανάγκη για παροχή υγειονομικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και επιπέδου, καθώς και την εν εξελίξει πανδημία της COVID-19, καθιστούν την υπερκέραση των εμποδίων που μπορεί να εμφανίζονται στη διαδικασία της ταχείας, αποτελεσματικής και ευρείας εφαρμογής των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας αδήριτη ανάγκη. Είναι πεποίθηση της συγγραφέως, πως στην κατεύθυνση αυτή πρέπει να «επιστρατευθεί» κάθε δυνατό μέσο και εργαλείο, προκειμένου η εφαρμογή των ΣΔΙΤ να λειτουργήσει, τόσο ως μέσο απομείωσης (ή και εξάλειψης ακόμα) της οικονομικής επιβάρυνσης για το Δημόσιο στην κατασκευή έργων υποδομών και υποδομών υγείας, όσο και ως μέσο προώθησης και προαγωγής της ποιότητας στο σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών προς το κοινωνικό σύνολο. Σημαντικά εργαλεία προς αυτή την κατεύθυνση μπορούν να αποτελέσουν τόσο ο εκσυγχρονισμός του πλαισίου των ΣΔΙΤ στη χώρα, όσο και η χρήση και εκμετάλλευση νέων μεθόδων γύρω από το εν λόγω ζήτημα, όπως το χρηματοδοτικό εργαλείο *JESSICA* (Joint European Support for Sustainable Investment in City Areas), που ανέπτυξε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, με απώτερο στόχο την αξιοποίηση χρηματοδοτήσεων της ΕΕ και την προώθηση βιώσιμων επενδύσεων για την προαγωγή της ανάπτυξης στις αστικές περιοχές της ένωσης (Λιαριγκοβινού, 2018).

### 7.3 Αντί Επιλόγου

*[...] οι μοναχικές πορείες μόνο καλό δεν έκαναν και μόνο κακό θα κάνουν [...]. Η νέα εποχή θέλει γνώση και τόλμη· θέλει, πάνω από όλα, τη βούληση να ξεκολλήσουμε, επιτέλους, από το παρελθόν.*

Γιάννης Ρέτσος, Πρόεδρος ΣΕΤΕ.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Η εν λόγω δήλωση έγινε κατά τη διάρκεια του διαδικτυακού συνεδρίου “Online Conference: Destination Greece | Communication in challenging times”, με θέμα τον τουρισμό, στις 17 Δεκεμβρίου 2020.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας Π1  
Υγειονομική δαπάνη

	Health spending		Health spending share		Doctors		Nurses	
	Per capita (USD based on purchasing power parities)		As a % of Gross Domestic Product (GDP)		Practising physicians (per 1 000 population)		Practising nurses (per 1 000 population)	
<b>OECD</b>	3 994	⊖	8.8	⊖	3.5	⊖	8.8	⊖
Australia	5 005	⊖	9.3	⊖	3.7	⊖	11.7	⊖
Austria	5 395	⊖	10.3	⊖	5.2	⊕	6.9	⊖
Belgium	4 944	⊖	10.4	⊖	3.1	⊖	11.0	⊖
Canada	4 974	⊖	10.7	⊖	2.7	⊖	10.0	⊖
Chile	2 182	⊕	8.9	⊖	2.5	⊕	2.7	⊕
Czech Republic	3 058	⊖	7.5	⊖	3.7	⊖	8.1	⊖
Denmark	5 299	⊖	10.5	⊖	4.0	⊖	10.0	⊖
Estonia	2 231	⊕	6.4	⊕	3.5	⊖	6.2	⊖
Finland	4 228	⊖	9.1	⊖	3.2	⊖	14.3	⊕
France	4 965	⊖	11.2	⊕	3.2	⊖	10.5	⊖
Germany	5 986	⊕	11.2	⊕	4.3	⊖	12.9	⊕
Greece	2 238	⊕	7.8	⊖	6.1*	⊕	3.3	⊕
Hungary	2 047	⊕	6.6	⊕	3.3	⊖	6.5	⊖
Iceland	4 349	⊖	8.3	⊖	3.9	⊖	14.5	⊕
Ireland	4 915	⊖	7.1	⊖	3.1	⊖	12.2	⊖
Israel	2 780	⊖	7.5	⊖	3.1	⊖	5.1	⊖
Italy	3 428	⊖	8.8	⊖	4.0	⊖	5.8	⊖
Japan	4 766	⊖	10.9	⊕	2.4	⊕	11.3	⊖
Korea	3 192	⊖	8.1	⊖	2.3	⊕	6.9	⊖
Latvia	1 749	⊕	5.9	⊕	3.2	⊖	4.6	⊕
Lithuania	2 416	⊕	6.8	⊕	4.6	⊕	7.7	⊖
Luxembourg	5 070	⊖	5.4	⊕	3.0	⊖	11.7	⊖
Mexico	1 138	⊕	5.5	⊕	2.4	⊕	2.9	⊕
Netherlands	5 288	⊖	9.9	⊖	3.6	⊖	10.9	⊖
New Zealand	3 923	⊖	9.3	⊖	3.3	⊖	10.2	⊖
Norway	6 187	⊕	10.2	⊖	4.7	⊕	17.7	⊕
Poland	2 056	⊕	6.3	⊕	2.4	⊕	5.1	⊖
Portugal	2 861	⊖	9.1	⊖	5.0*	⊕	6.7	⊖
Slovak Republic	2 290	⊕	6.7	⊕	3.4	⊖	5.7	⊖
Slovenia	2 859	⊖	7.9	⊖	3.1	⊖	9.9	⊖
Spain	3 323	⊖	8.9	⊖	3.9	⊖	5.7	⊖
Sweden	5 447	⊖	11.0	⊕	4.1	⊖	10.9	⊖
Switzerland	7 317	⊕	12.2	⊕	4.3	⊖	17.2	⊕
Turkey	1 227	⊕	4.2	⊕	1.9	⊕	2.1	⊕
United Kingdom	4 070	⊖	9.8	⊖	2.8	⊖	7.8	⊖
United States	10 586	⊕	16.9	⊕	2.6	⊖	11.7	⊖

Note: ⊕ Above OECD average; ⊖ Close to OECD average; ⊕ Below OECD average. United States excluded from standard deviation calculation for both health expenditure indicators. \*Includes all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation.

Πηγή: OECD (2019)

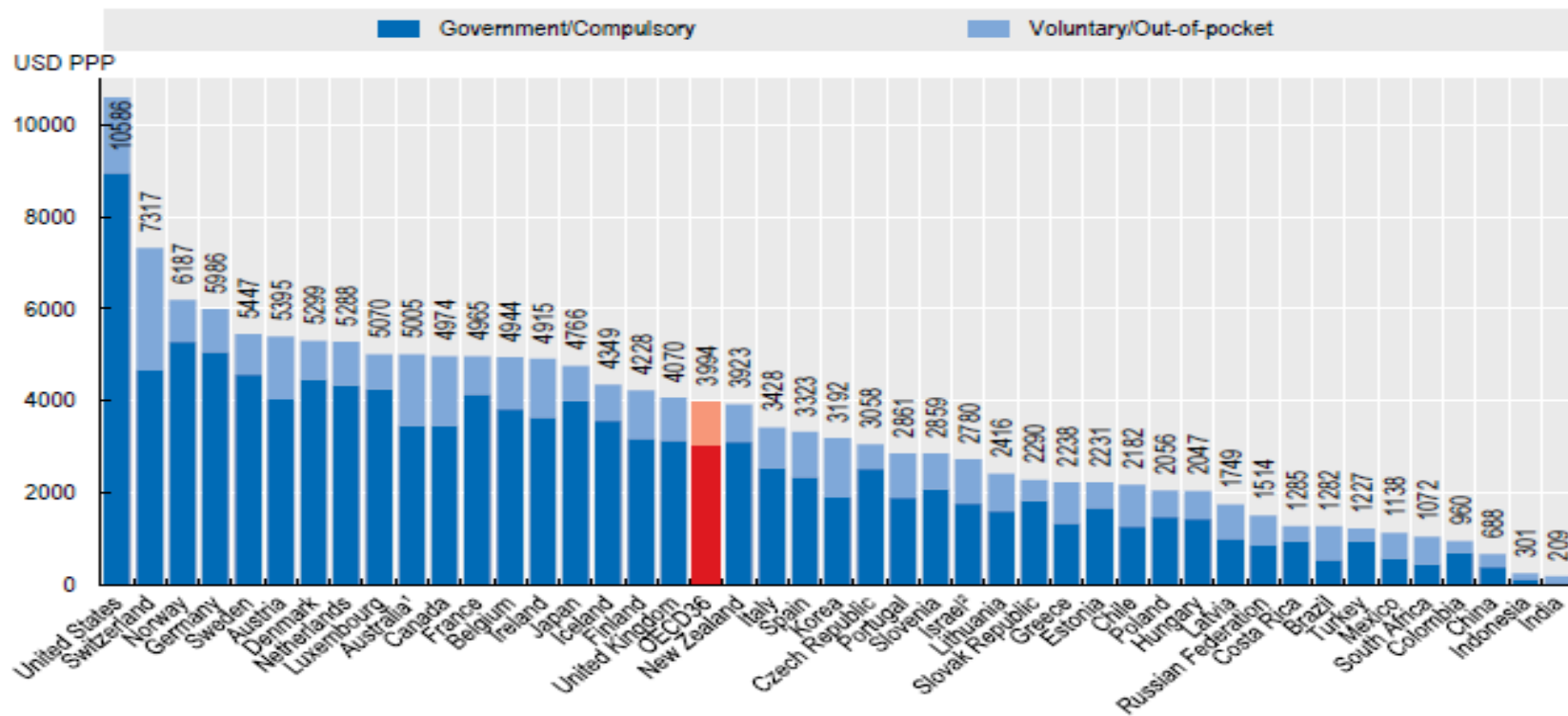
## Πίνακας Π2

### Ταξινόμηση παραγόντων που διέπουν τις εξελίξεις στην υγειονομική δαπάνη

	<b>Demographic factors</b>	<b>Health factors</b>	<b>Economic and social factors</b>	<b>Public policy factors</b>
<b>Demand side factors</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Size and structure of the population</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health status of the population, in particular of elderly cohorts</li> <li>• Death-related costs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• National/ individual income</li> <li>• Income elasticity of demand for health care</li> <li>• Social determinants of health (environment, living conditions) and health-related behaviour</li> <li>• Public expectations and real convergence in living standards</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health promotion and disease prevention policy</li> </ul>
<b>Supply side factors</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Development of new technologies and medical progress</li> <li>• Unit costs in health care sector relative to the other sectors of economy</li> <li>• Resource inputs, both human and capital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribution of public and private budgets to the financing of health care</li> <li>• Insurance schemes</li> <li>• Remuneration schemes in health care sector</li> <li>• Regulation and/or liberalisation of the market for health care services and pharmaceuticals</li> </ul>

Πηγή: Przywara & European Commission (2010)





Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

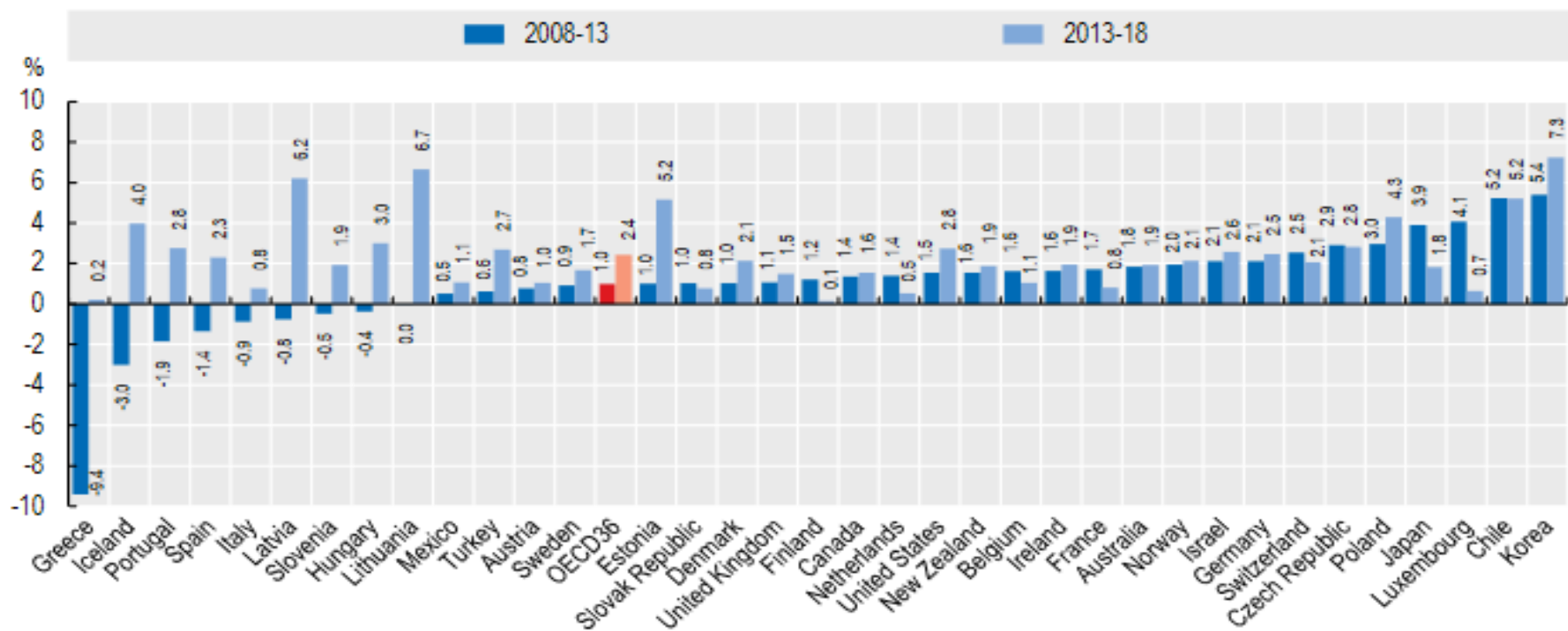
1. Australia expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services. 2. Includes investments.

Πηγή: OECD (2019)

### Διάγραμμα Π1

Κατά κεφαλήν υγειονομική δαπάνη

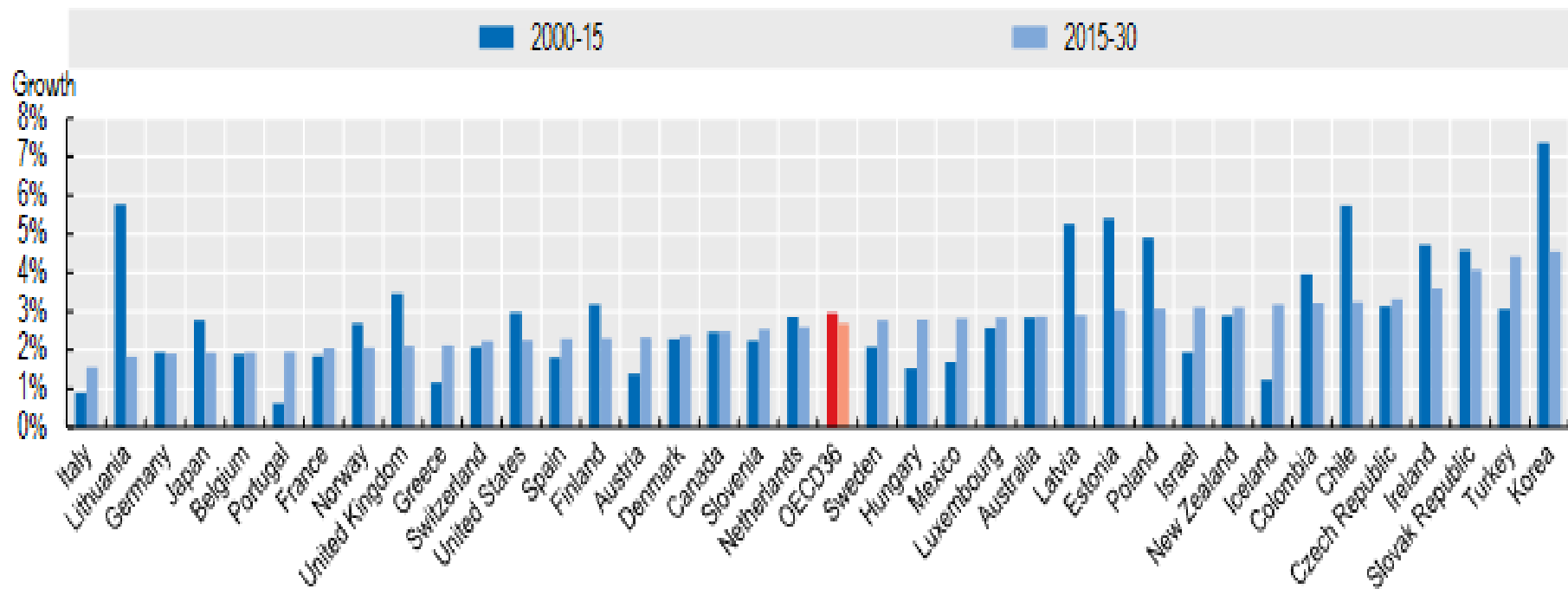
(2018 ή νεότερο έτος)



Πηγή: OECD (2019)

### Διάγραμμα Π2

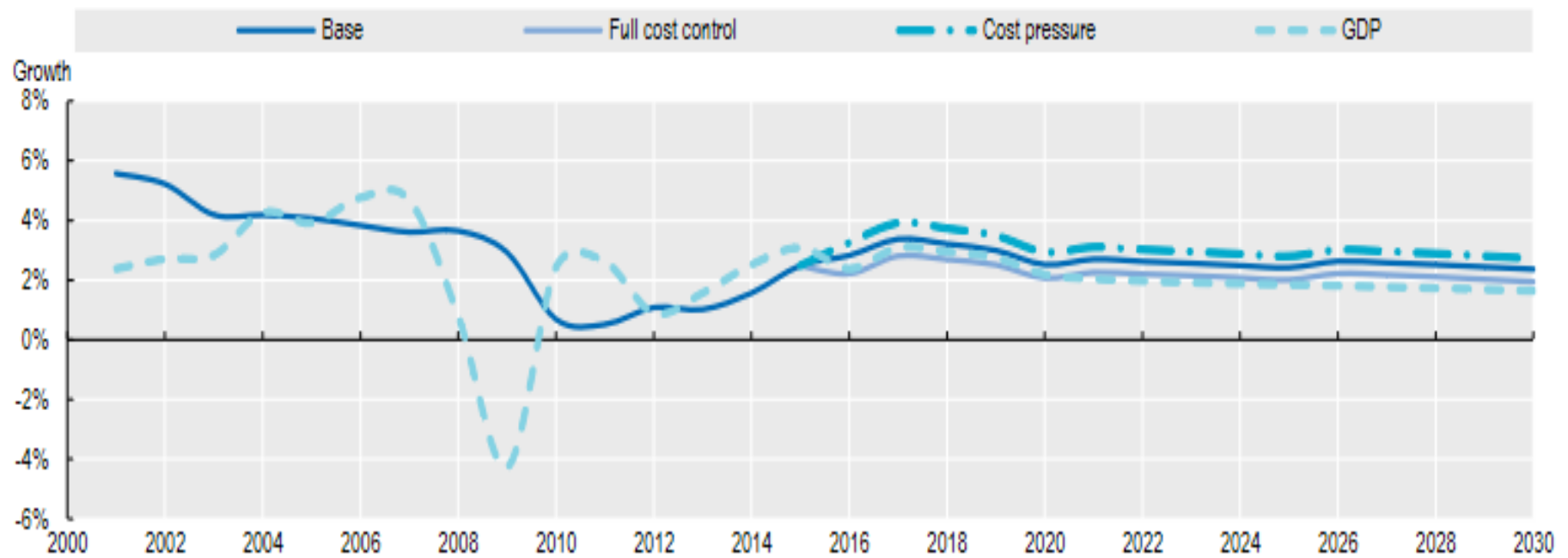
Ετήσια κατά κεφαλήν αύξηση υγειονομικής δαπάνης  
[2008 - 2018 (ή νεότερο έτος)]



Πηγή: OECD (2019)

### Διάγραμμα Π3

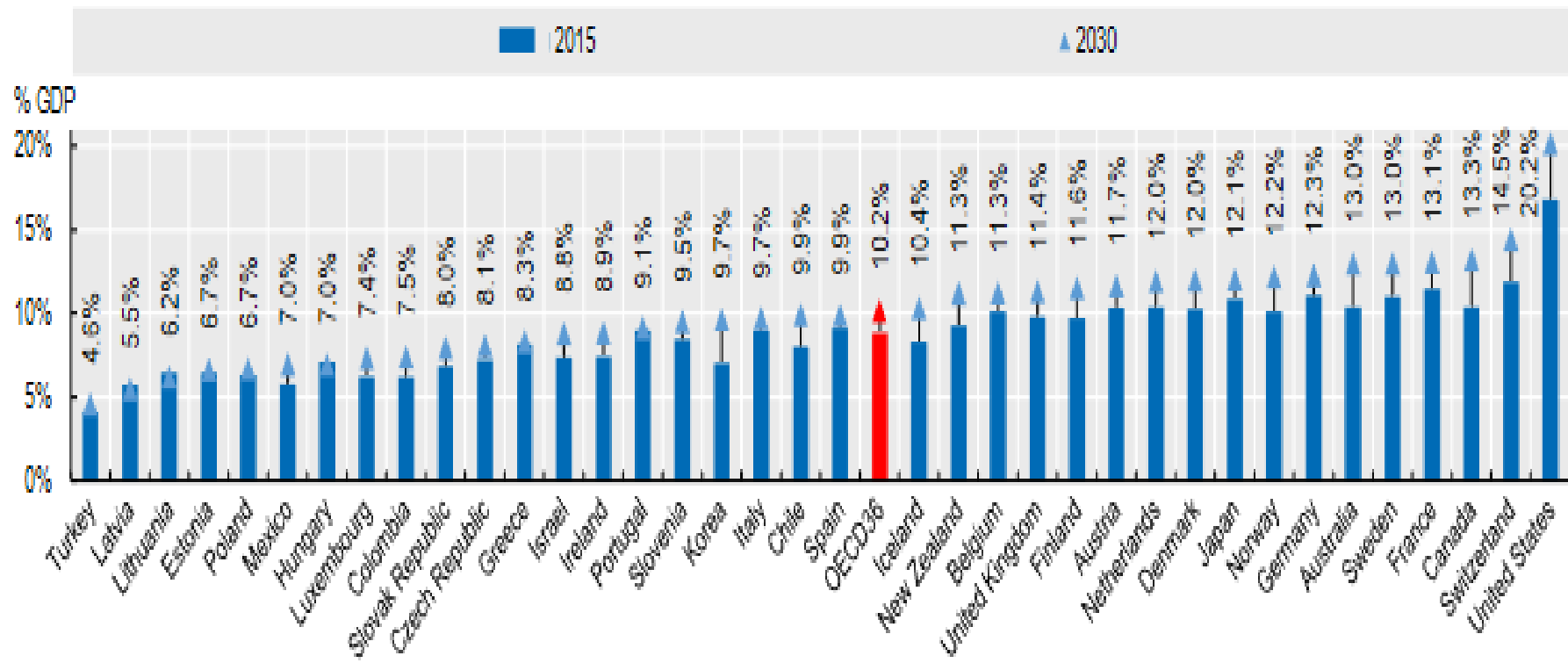
Μέση κατά κεφαλήν αύξηση υγειονομικής δαπάνης  
(2000-2015 και 2015-2030)



Πηγή: OECD (2019)

**Διάγραμμα Π4**

**Κατά κεφαλήν υγειονομική δαπάνη VS τάση μεγέθυνσης ΑΕΠ  
(2000-2030)**

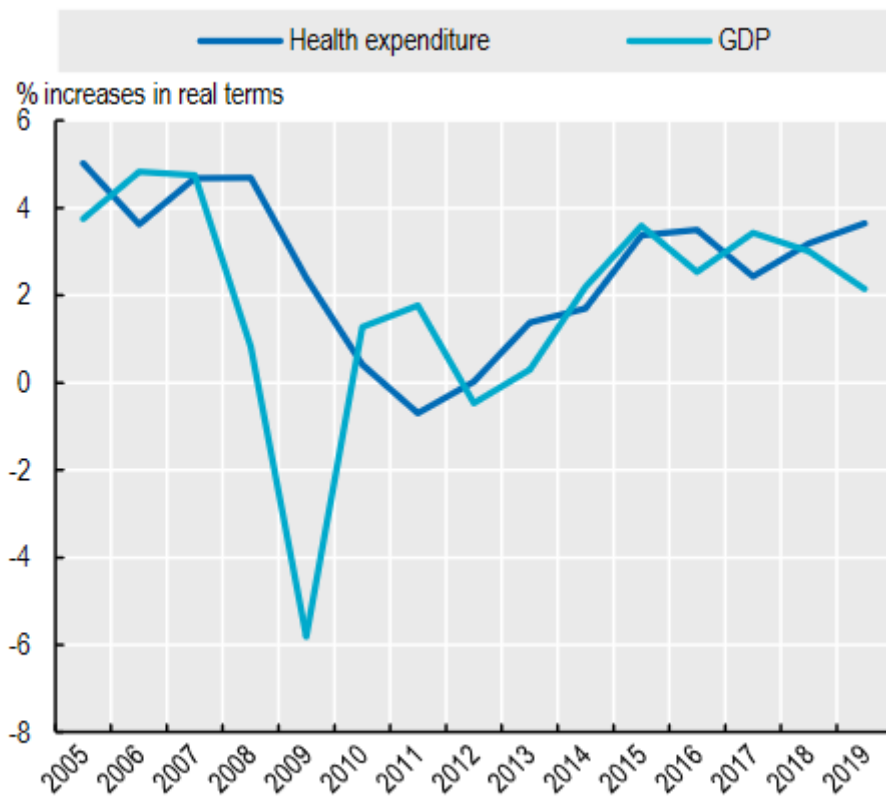


Πηγή: OECD (2019)

**Διάγραμμα Π5**

**Υγειονομική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ**

**(πρόβλεψη για 2030)**

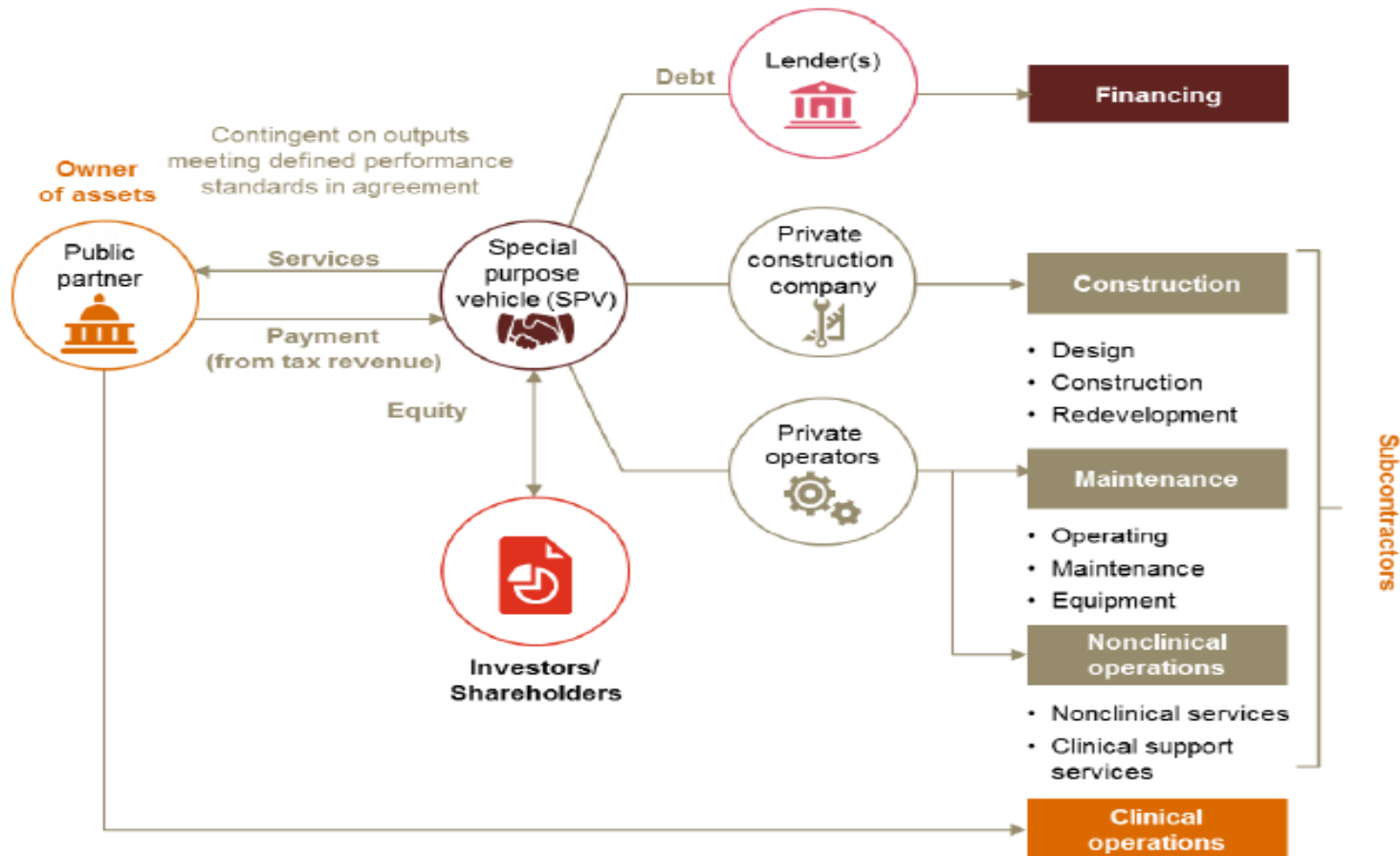


Note: The EU average is unweighted.

Πηγή: OECD/European Union (2020)

### Διάγραμμα Π6

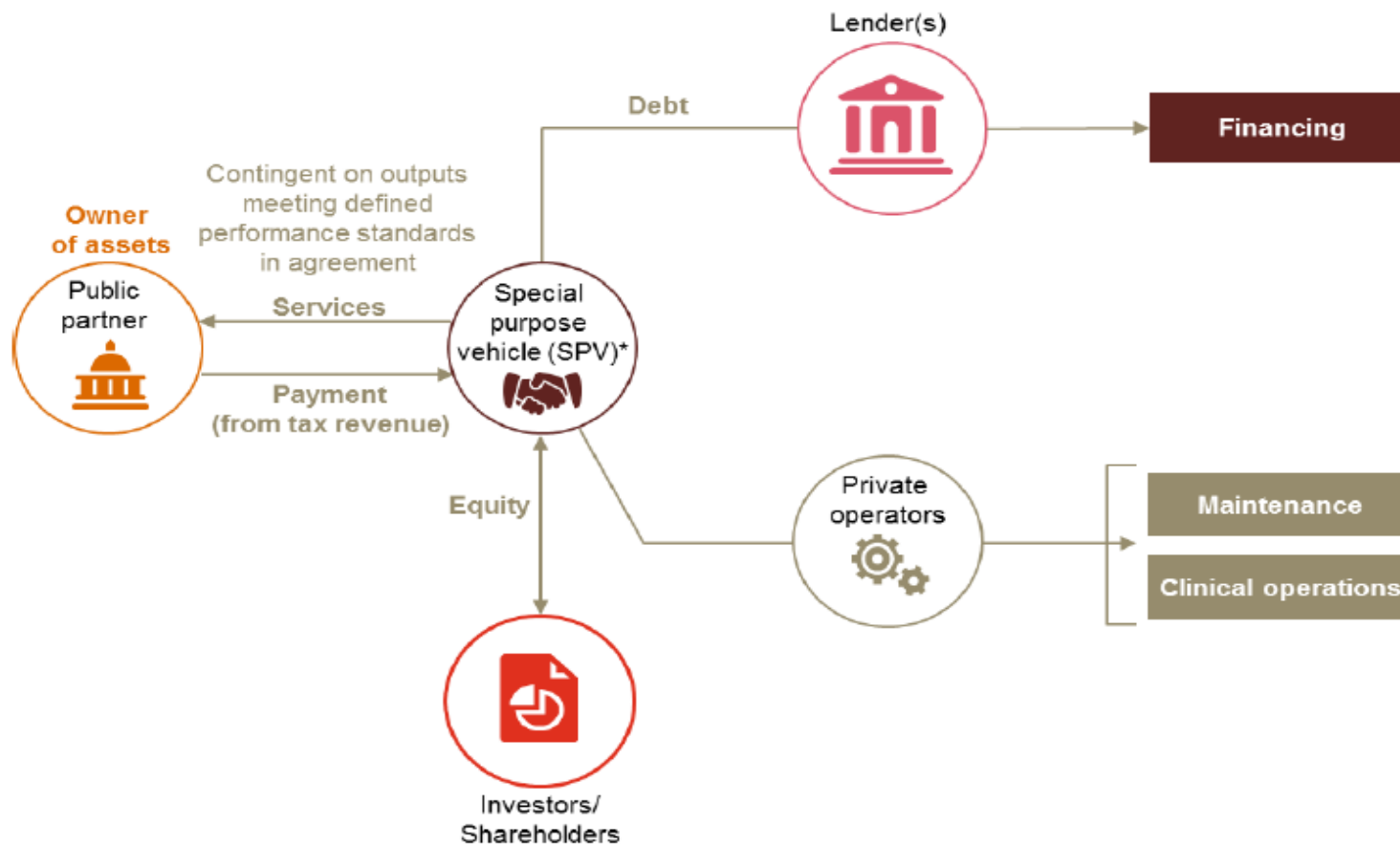
**Ετήσια κατά κεφαλήν αύξηση υγειονομικής δαπάνης και ΑΕΠ  
(ΕΕ-27, 2005-2019)**



Πηγή: Abuzaineh, Brashers, Foong, Feachem & Da Rita (2018)

### Διάγραμμα Π7

Δομή ΣΔΙΤ υγείας (προσανατολισμός στις υποδομές)

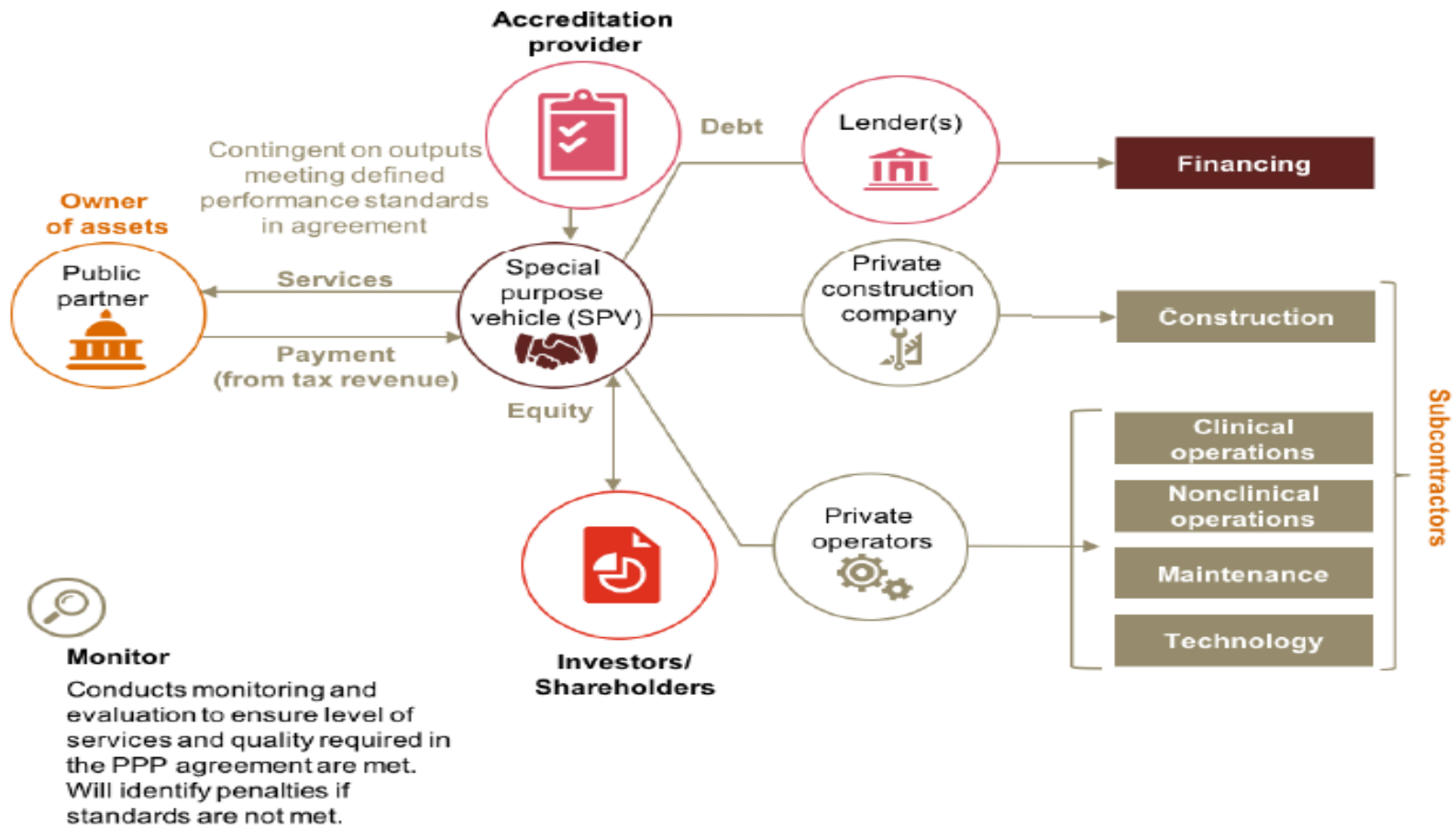


Πηγή: Abuzaineh, Brashers, Foong, Feachem & Da Rita (2018)

### Διάγραμμα Π8

Δομή ΣΔΙΤ υγείας (διακριτές υπηρεσίες υγείας)





Πηγή: Abuzaineh, Brashers, Foong, Feachem & Da Rita (2018)

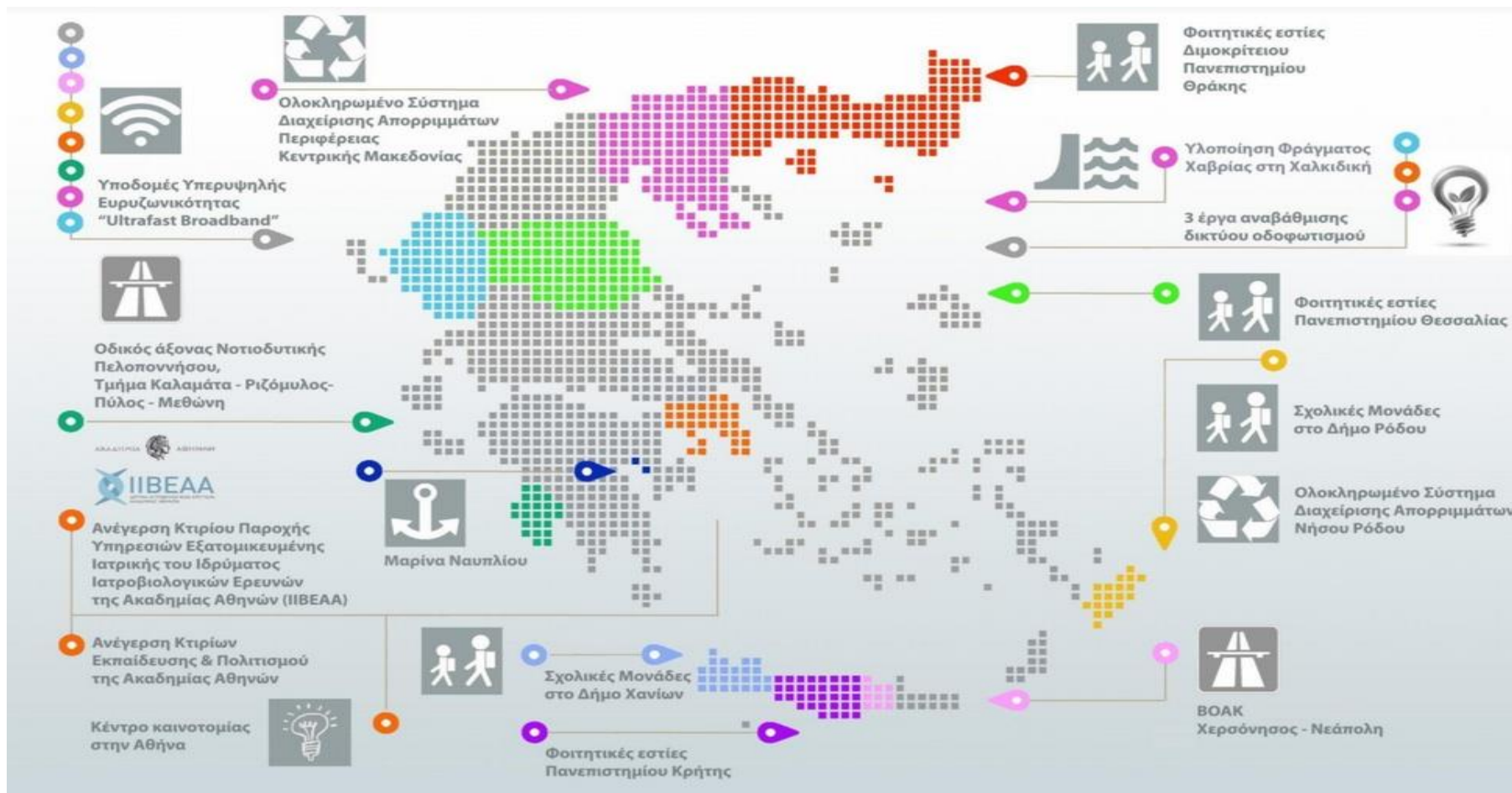
**Διάγραμμα Π9**  
**Δομή ΣΔΙΤ υγείας (ολοκληρωμένη)**



Πηγή: Γενική Γραμματεία Ιδιωτικών Επενδύσεων & ΣΔΙΤ (2020)

### Διάγραμμα Π10

14 Συμβάσεις ΣΔΙΤ (822 εκατ. €) στην Ελλάδα (2009-2019)



Πηγή: Γενική Γραμματεία Ιδιωτικών Επενδύσεων & ΣΔΙΤ (2020)

### Διάγραμμα Π11

18 Εγκεκριμένα Έργα ΣΔΙΤ (2,36 δισ. €) στην Ελλάδα



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική Βιβλιογραφία

- Βατικιώτης, Λ. (2020). *ΣΔΙΤ: Η Συντριβή του Δημόσιου συμφέροντος από τον Ιδιωτικό Τομέα*.
- Βενιέρης, Ι. (2007). *ΣΔΙΤ - Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα*. Αθήνα: Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη.
- Βλαστράκος, Μ. (2015). *Δημόσιο Σύστημα Υγείας Σε Σχέση Με Ιδιωτικό Τομέα. Εκδήλωση Εθνικής Ασφαλιστικής με θέμα: «Δημόσιο Σύστημα Υγείας σε Σχέση με Ιδιωτικό Τομέα» την 23-03-2015*.
- Γεωργακόπουλος, Δ. (2007). *Νόμος 3389/2005: Ένας κριτικός σχολιασμός (συλλογικό έργο). Κέντρο Διεθνούς και Ευρωπαϊκού Δικαίου, ημερίδα ΕΜΕΔΙΤΕΚΑ 2006 σχετικά με το νόμο για τις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα*. Αθήνα-Κομοτηνή: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Γκίκας-Πανούσης, Σ. (2008). *Σύμπραξη Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) με εστίαση στον τομέα της υγείας* (Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία). Ανακτήθηκε από ΔΙΩΝΗ (unipi: 2878).
- Γκितσάκης, Ι. (2007). *Η παραχώρηση δημόσιας υπηρεσίας και δημόσιου έργου*. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2007). *Λευκή Βίβλος της Επιτροπής της 23ης Οκτωβρίου 2007 «Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013»*.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2017). *Θεματικό Ενημερωτικό Δελτίο Ευρωπαϊκού Εξαμήνου - Συστήματα Υγείας*. Ανακτήθηκε Απρίλιος 1, 2021, από: [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file\\_import/european-semester\\_thematic-factsheet\\_health-systems\\_el.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_el.pdf)
- Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο (ΕΕΣ). (2018). *Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στην ΕΕ: Πολλαπλές αδυναμίες και περιορισμένα οφέλη* (Ειδική Έκθεση υπ' αριθμόν 09).
- Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας, Τόμος Α*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Κανονισμός (ΕΕ) 2021/522 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 24<sup>ης</sup> Μαρτίου 2021. (2021). *Θέσπιση Προγράμματος σχετικά με τη δράση της Ένωσης*

- στον τομέα της υγείας [Πρόγραμμα «Η ΕΕ για την υγεία» (EU4Health)] για την περίοδο 2021-2027 και για την κατάργηση του κανονισμού (ΕΕ) αριθ. 282/2014.
- Καράβη, Ε. (2005). *Συμβάσεις ΣΔΙΤ (Σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα)*. Αθήνα-Κομοτηνή: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Καρλατήρα, Π. (2020, Φεβρουάριος 19). Υπουργείο Υγείας: Το σχέδιο για συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα. *ygeiamou.gr*. Ανακτήθηκε από <https://ygeiamou.gr/sinedrio-2020/68677/ipourgio-igias-to-schedio-gia-simpraxis-dimosiou-ke-idiotikou-tomea/>.
- Κίτσιου, Ε. (2011). *Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στη Δημόσια Υγεία*. ΚΡΕΜΑΛΗΣ-Δικηγορική Εταιρεία.
- Κίτσος, Ι. (2014). *Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα και Συμβάσεις Παραχώρησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Κονδύλης, Η., Αντωνοπούλου, Α. & Μπένος, Α. (2008). Συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία: Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας;. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(4), 496-508.
- Κονδύλης, Η. & Μπένος, Α. (2020). *Σύγχρονες απειλές δημόσιας υγείας, η διεθνής διακυβέρνησή τους και οι εθνικές πολιτικές αντιμετώπισής τους: η περίπτωση της πανδημίας του Κορωνοϊού (Covid-19)*. Θεσσαλονίκη: Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτικής Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- Κουτούπα-Ρεγκάκου, Ε. (2007). *Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα και Κοινωνικό Δίκαιο, ημερίδα ΕΜΕΔΙΤΕΚΑ 2006 σχετικά με τις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου, Κέντρο Διεθνούς και Ευρωπαϊκού Οικονομικού Δικαίου*. Αθήνα-Κομοτηνή: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Κυριόπουλος, Γ. & Τέλλογλου, Τ. (2019). *Η περιπέτεια της μεταρρύθμισης στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη. Ο Γιάννης Κυριόπουλος και ο Τάσος Τέλλογλου συζητούν για το Εθνικό Σύστημα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Λιαριγκοβινού, Α. (2018). *Σχέση Δημοσίου και Ιδιωτικού στην Υγεία*. Παρουσίαση στο Μάθημα: Πολιτική Υγείας – Διαδικασία Λήψης Αποφάσεων, ΠΜΣ: Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ (25/09/2018).
- Λιαρόπουλος, Α. (2007). *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Τόμος Α*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Μαντζούφας, Ν. (2018). *Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα*. Παρουσίαση από την Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα.

- Μπουλούτζα, Π. (2020, Ιανουάριος 18). Από τρία νοσοκομεία ξεκινούν πιλοτικά οι ΣΔΙΤ στην Υγεία. *Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ*. Ανακτήθηκε από <https://www.kathimerini.gr/society/1060631/apo-tria-nosokomeia-xekinoun-pilotika-oi-sdit-stin-ygeia/>.
- Νόμος 3389/2005, ΦΕΚ Α΄ 232/22-9-2005. (2005). *Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα*.
- Νόμος 4715/2020, ΦΕΚ Α΄ 149/1-8-2020. (2020). *Ρυθμίσεις για τη Διασφάλιση της Πρόσβασης σε Ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας - Ίδρυση και Καταστατικό του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία ΑΕ (ΟΔΙΠΥ ΑΕ), άλλες επείγουσες διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις*.
- Πανδρεμένος, Π. (2012). *Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα* (Διπλωματική Εργασία). Ανακτήθηκε από <http://dx.doi.org/10.26240/heal.ntua.11131>.
- Παντελίδης, Κ. (2003). *Χρηματοδότηση Μεγάλων Έργων (Project Finance): Η Συμβολή του Ιδιωτικού Τομέα και Μορφές Συνεργασίας του με τον Δημόσιο Τομέα*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Παπαδοπούλου, Δ. (2019). Οι Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα στο χώρο της υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 24(3), 329-346.
- Πετμετζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ. & Πολυζωίδης, Π. (2015). *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.
- Προβατόπουλος, Β. (2016). *Χρηματοδοτικά Επενδύσεων* (Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία). Ανακτήθηκε από ΔΙΩΝΗ (unipi: 10069).
- Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ. & Λιαρόπουλος, Λ. (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα - Το ελληνικό παράδοξο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 25(5), 663-672.
- Σουλάκη, Γ. (2020, Ιανουάριος 16). Κικιλίας: Αρχίζει η πρώτη πιλοτική εφαρμογή για Συμπράξεις Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα στη Δημόσια Υγεία. *IATROPEDIA*. Ανακτήθηκε από <https://www.iatropedia.gr/eidiseis/kikilias-archizei-i-proti-pilotiki-efarmogi-gia-symprakseis-dimosiou-idiotikou-tomea-sti-dimosia-ygeia/126122/>.
- Σουλάκη, Γ. (2020, Ιανουάριος 17). Πώς θα εφαρμοστούν οι Συμπράξεις Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. *IATROPEDIA*. Ανακτήθηκε από <https://www.iatropedia.gr/eidiseis/pos-tha-efarmostoun-oi-symprakseis-dimosiou-idiotikou-tomea-sdit-sta-nosokomeia-tou-esy/126139/>.
- Σουλιώτης, Κ. (2019). *Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας. Μια πρόταση για την Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

- Τζανιδάκης, Δ. (2021). *Μελέτες - Αναλύσεις - Δημοσιεύσεις: Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ), Απολογιστική Έκθεση*. Αθήνα: ΔΙΚΤΥΟ για τη ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ στην Ελλάδα και την Ευρώπη.
- Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.
- Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ. & Φιλαλήθης, Τ. (2020). *Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: διαΝΕΟσις - Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.
- Χατζηπουλίδης, Γ. (2020). *Συμπράξεις Δημόσιου & Ιδιωτικού Τομέα και η Εφαρμογή τους στον Τομέα της Υγείας - Η Κοινωνική Διάσταση* (Διδακτορική Διατριβή). Ανακτήθηκε από Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών (ND: 47987).
- Χατζητόλιος, Α., Ζαμπίτης, Π., Σανιδάς, Α., Ζαφειρόπουλος, Α. & Ασλανίδης, Ι. (2007). Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας. *Ιατρικό Βήμα*, Φεβρουάριος-Μάρτιος, 54-63.
- Χλέτσος, Μ. (2016). *Οικονομικά της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

### **Ξένη Βιβλιογραφία**

- Abuzaineh, N., Brashers, E., Foong, S., Feachem, R. & Da Rita, P. (2018). *PPPs in healthcare: Models, lessons and trends for the future*. Healthcare public-private partnership series, No. 4. San Francisco: The Global Health Group, Institute for Global Health Sciences, University of California, San Francisco and PwC.
- Bastin, J. (2003). *Public-Private Partnerships: A Review of International and Austrian Experience*. Vienna
- Beck, B. (2010). *PPP in Sweden and Germany: A comparison* (Bachelor of Science Thesis). Department of Real Estate and Construction Management, Real Estate Economics.
- Biginas, K. & Sindakis, S. (2015). Innovation through Public-Private Partnerships in the Greek Healthcare Sector: How is it achieved and what is the current situation in Greece?. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, Volume 20(1), article 5.
- Blanc-Brude, F., Goldsmith, H. & Väililä, T. (2007). Public-Private Partnerships in Europe: An Update. *Economic and Financial Report of European Investment Bank*, 3, 1-24.



- Darrin, G. & Mervyn, L., K. (2007). *Public Private Partnership. The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance*. Edward Elgar.
- Dawson, D. (2001). The Private Finance Initiative: A Public Finance Illusion?. *Health Economics*, 10(6), 479-486.
- European Commission. (2021). Public Opinion in the European Union. *Standard Eurobarometer 94 - Winter 2020-2021*.
- EXpert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). (2014). *Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public-Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe*.
- Ferreira, D. C. & Marques, R. C. (2021). Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal. *Socio-Economic Planning Sciences*, Vol. 73, 1-15.
- Germani, A. (2007). The Development in Italy of PPP Projects in the Healthcare. *European Public Private Partnership Law Review*, 2(2), 87-95.
- Hellowell, M. & Pollock, A. (2009). The Private Financing of NHS Hospitals: Politics, Policy and Practice. *Economic Affairs*, Vol. 29, Issue 1, 13-19.
- Horizon 2020. (2020). *Work Programme 2018-2020: Health, demographic change and wellbeing*.
- Kyloudis, P., Rekleiti, M., Toska, A. & Saridi, M. (2012). Public and Private Sector Relationship in Health Systems and Modern Greek Reality. *International Journal of Caring Sciences*, 5(1), 13-18.
- Monteiro, R. S. (2005). Public-Private Partnerships: Some Lessons from Portugal. *EIB PAPERS, European Investment Bank*, 10(2).
- Nikolic, I. & Maikisch, H. (2006). *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience*. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD/European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Przywara, B. & European Commission. (2010). Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results. *Economic Papers*, 417.

- Rossi, M. & Civitillo, R. (2014). Public Private Partnerships: A General Overview in Italy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol. 109, 140-149.
- The Council of the European Union. (2006). Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems. *Official Journal of the European Union*, 2006/C 146/01.
- Tzortzi, E. (2017). *PPP Financing For Infrastructure Project - Ekthimerinion Line. Business.*
- Uzunkaya, M. (2014). *Evaluation of Public-Private Partnership Projects: Initiatives and Lessons Learned From a Survey of Ex-Post Evaluations.* By Thematic Working Sub-Group on Evaluation of Public-Private Partnerships.
- World Health Organization. (2020). *Global Spending on Health: Weathering the storm.* Geneva: World Health Organization.

### Διαδικτυακές Πηγές

- <https://2019.healthpolicycongress.gr/%cf%80%cf%81%cf%8c%ce%b3%cf%81%ce%b1%ce%bc%ce%bc%ce%b1/>
- <https://bit.ly/36ModCF> (από [www.sdit.gov.gr](http://www.sdit.gov.gr))
- <https://bit.ly/3eyKIPT> (από <https://2019.healthpolicycongress.gr>)
- <https://bit.ly/3ezjn06> (από [www.sdit.gov.gr](http://www.sdit.gov.gr))
- <https://bit.ly/3rnzm6r> (από [www.youtube.com](http://www.youtube.com))
- <https://bit.ly/3wPB6q4> (από [www.sdit.gov.gr](http://www.sdit.gov.gr))
- <https://bit.ly/3xz3uhC> (από [www.sdit.mnec.gr](http://www.sdit.mnec.gr))
- <https://www.espa.gr/el/pages/DictionaryFS.aspx?item=250>
- [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/mex\\_21\\_3087#3](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/mex_21_3087#3)
- [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare\\_expenditure\\_statistics#Healthcare\\_expenditure](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure)
- <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20201202-1>
- [https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health\\_en](https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_en)
- [https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/framework/stability-and-growth-pact\\_el](https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/framework/stability-and-growth-pact_el)
- <https://government.gov.gr/parousiasi-tou-ethnikou-schediou-anakampsis-ke-anthektiko-titas-ellada-2-0/>

[https://government.gov.gr/wp-content/uploads/2021/03/neo\\_RRF\\_Plan\\_det-31032021\\_EL.pdf](https://government.gov.gr/wp-content/uploads/2021/03/neo_RRF_Plan_det-31032021_EL.pdf)

<https://lawdb.intrasoftnet.com/> (Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ)

<https://www.naftemporiki.gr/finance/story/1671385>

<https://www.oecd.org/>

<https://www.pppforum.com/case-studies/all>

<https://www.pppforum.com/current-questions-about-pfi>

<http://www.sdit.mnec.gr/>

<https://sete.gr/el/sunedria-ekdiloseis/ekdiloseis/ekdiloseis-sete/2020/online-conference-destination-greece-communication-in-challenging-times/>