

ΒΕΡΝΑΡΔΑΚΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΤΙΤΛΟΣ

*Οι Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα
στα νοσοκομεία*

*Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης*

Πειραιάς, 2009



PROGRAM OF POSTGRADUATE STUDIES

HEALTH MANAGEMENT



VERNARDAKI ALEXANDRA

TITLE

Public Private Partnerships in hospitals

Graduate Thesis Submitted for the Degree

“Master of Science in Health Management”

Piraeus, 2009

ΒΕΡΝΑΡΔΑΚΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΤΙΤΛΟΣ

*Οι Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα
στα νοσοκομεία*

Επιβλέπων Καθηγητής : Ειρήνη Φαφαλιού, PhD
Επίκουρος Καθηγήτρια,
Πανεπιστήμιο Πειραιώς,
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2009

*Αφιερώνεται στον γιό μου,
Σταμάτη...*

*που ήρθε στη ζωή μου
κατά τη διάρκεια των σπουδών μου!!*

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Ευχαριστίες - Acknowledgements

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στη προσπάθειά μου αυτή και συνέβαλαν στην υλοποίηση και ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Εκφράζω τις θερμότερες ευχαριστίες μου στους εξής:

Στην καθηγήτριά μου, κα Φαφαλιού Ειρήνη, η οποία και ως επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας αποτέλεσε ενεργό και πολύτιμο συμπαραστάτη συμβάλλοντας στην εκπόνησή της εργασίας αυτής μέσα από το υλικό, τις πολύτιμες συμβουλές της, το χρόνο που δαπάνησε και τις γνώσεις που μου προσέφερε.

Στους διδάσκοντες στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκηση της υγείας» για τις πολύτιμες γνώσεις και εφόδια που μου προσέφεραν κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου.

Στον πρώην Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κ. Αριστείδη Καλογερόπουλο – Στράτη, για τη σημαντική βοήθειά του. Η συμβολή του στην πραγματοποίηση της διατριβής αυτής ήταν πραγματικά καταλυτική.

Κλείνοντας τον κύκλο των ευχαριστιών, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου στο σύζυγό μου, τη μητέρα και τη γιαγιά μου. Η ανεκτίμητη βοήθειά και η αγάπη τους, θεωρώ ότι είναι βασικοί παράγοντες που με στήριξαν και με στηρίζουν στην επίτευξη των στόχων μου. *Τους ευχαριστώ πολύ για την εμπιστοσύνη που μου δείχνουν όλα αυτά τα χρόνια!!*

Πρόλογος

«Κανένα κέρδος δεν λαμβάνεται αν δεν υπάρχει και το απαραίτητο κίνητρο: Συνοπτικά, κύριε, ασχοληθείτε με ό,τι σας αποδίδει περισσότερο» (Tranio, Shakespeare, Το ημέρωμα της στρίγκλας). Και μπορεί ο Shakespeare να μην έγραψε ένα βιβλίο σχετικά με τις Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ), αλλά αυτή η φράση αποτυπώνει όλη την ουσία των εμπλεκόμενων φορέων σε μια Σύμβαση Σύμπραξης. Οι συζητήσεις επί του θέματος έχουν επικεντρωθεί πρωτίστως στα κέρδη και όχι τόσο στα κοινωνικά οφέλη ή στις μακροπρόθεσμες αποδόσεις. Παρ' όλα αυτά η οικονομική αποδοτικότητα τους (Value for money) είναι η έννοια κλειδί που οδηγεί τις κυβερνήσεις στην προώθηση των ΣΔΙΤ. Με τις ΣΔΙΤ επιτυγχάνεται η χρηματοδότηση της κατασκευής, λειτουργίας και συντήρησης μιας υποδομής ή μιας υπηρεσίας παροχής από ιδιωτικά κεφάλαια και φορείς. Κατά τον τρόπο αυτό, το κράτος δεν αναλαμβάνει το κόστος των υποδομών και υπηρεσιών που παρέχει στους πολίτες. Σε αντιστάθμισμα, είτε ο ιδιώτης εισπράττει κάποια ανταποδοτικά τέλη για ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα, είτε αποπληρώνεται απευθείας από το δημόσιο με τις «πληρωμές διαθεσιμότητας» σε έργα μη ανταποδοτικού χαρακτήρα. Έτσι δίκαια οι ΣΔΙΤ έχουν χαρακτηριστεί ως μια εύκαμπτη ζώνη ανάμεσα στο κράτος και στην επιχειρηματικότητα (Μυρωνάκης, 2008).

Στην Ελλάδα, ο νόμος Ν. 3389/2005 παρέχει τη δυνατότητα να κατασκευαστούν καινούργια νοσοκομεία, και να ανακαινισθούν όσα απαιτούνται, με την κατανομή της δαπάνης σε μια χρονική περίοδο 20 έως 30 ετών. Οι συμπράξεις δεν πρέπει να απειλούν το δημόσιο χαρακτήρα της Υγείας, αλλά αντίθετα να τον βελτιώνουν και να τον εκσυγχρονίζουν. Το ΕΣΥ ενισχύεται οικονομικά από τον ιδιωτικό τομέα, έστω και με τη μορφή μακροχρόνιου δανεισμού, με στόχο οι πολίτες να απολαμβάνουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε ένα σύγχρονο περιβάλλον.

Η παρούσα μελέτη προσπαθεί να παρουσιάσει το εννοιολογικό πλαίσιο γύρω από τις ΣΔΙΤ και να προβάλλει το θεωρητικό και πρακτικό πλαίσιο δημιουργίας και λειτουργίας τους στο χώρο της υγείας και συγκεκριμένα στην ανέγερση νέων νοσοκομειακών μονάδων, όπως εμφανίζεται σε διάφορα παραδείγματα από την Ευρώπη αλλά και παγκοσμίως, αλλά και των προβλημάτων επί της πρακτικής εφαρμογής τους. Επίσης, περιγράφεται και αναλύεται το μοντέλο Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (Private Finance Initiatives, PFI) στις υπηρεσίες υγείας καθώς και κριτική αποτίμηση της εμπειρίας μετά από δεκαετή και πλέον εφαρμογή του στη Βρετανία.

Περίληψη

Όταν γίνεται λόγος για Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ), εννοούμε την επένδυση ιδιωτικών κεφαλαίων και την ιδιωτική ανάληψη αναπτυξιακής δράσης, για την παροχή βελτιωμένων δημόσιων υπηρεσιών, με σκοπό την αποτελεσματικότερη διαχείριση των περιουσιακών στοιχείων του δημοσίου. Είναι μορφές συνεργασίας με επιχειρήσεις ιδιωτικού τομέα που στοχεύουν στην εξασφάλιση σχεδιασμού, χρηματοδότησης, κατασκευής, διαχείρισης, λειτουργίας ακόμα και ανακαίνισης ή συντήρησης δημόσιων υποδομών ή ακόμα και παροχής υπηρεσιών σε διάφορους τομείς.

Τα επόμενα χρόνια τα κοινοτικά κονδύλια προβλέπεται να μειωθούν, ενώ οι ανάγκες Υγείας θα αυξηθούν, και έτσι δημιουργείται η ανάγκη αναζήτησης νέων πηγών χρηματοδότησης. Οι ΣΔΙΤ μπορούν να αποτελέσουν ένα εργαλείο πρώτης γραμμής για την εξασφάλιση της ανάπτυξης. Με αφετηρία το Νόμο 3389/2005, που άνοιξε το δρόμο της συνεργασίας Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα, οι ΣΔΙΤ σήμερα αποτελούν βασικό μοχλό περιφερειακής ανάπτυξης, δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας, ταχύτερης και αποτελεσματικής αξιοποίησης υλικών και ανθρώπινων πόρων, αλλά και ποιοτικής, σε βάθος αναβάθμισης των δημόσιων υποδομών και υπηρεσιών. Είναι μια πρόσφορη συμπληρωματική λύση για την εκτέλεση έργων στο χώρο της υγείας και την παροχή ποιοτικών υγειονομικών υπηρεσιών προς τους πολίτες.

Οι Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο των νοσοκομείων τείνουν να καταστούν παγκόσμιο φαινόμενο. Πρόσφατα, υιοθετήθηκαν και ήδη βρίσκονται στη φάση του σχεδιασμού και υλοποίησης και στη χώρα μας. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζεται το βρετανικό υπόδειγμα των ΣΔΙΤ στο χώρο των νοσοκομείων, γνωστό και ως Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (PFI), ενώ παράλληλα μέσα από μια βιβλιογραφική ανασκόπηση εμπειρικών δεδομένων από την εφαρμογή του στη Βρετανία επιχειρείται μια αποτίμηση της αποδοτικότητάς του.

Οι ΣΔΙΤ δεν αποτελούν πανάκεια, αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά. Είναι μια ευκαιρία για τη βελτίωση των νοσοκομείων, των υποδομών και των υπηρεσιών του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας με στόχο την ικανοποίηση του χρήστη ασθενή.

Λέξεις ευρετηρίου : συστήματα Υγείας, μορφές χρηματοδότησης, Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ), Βρετανικό μοντέλο Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (PFI)

Public Private Partnerships in hospitals

VERNARDAKI Alexandra

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”

University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece

Supervisor : Dr Irene Fafaliou, PHD

Abstract

When we talk about Public-Private Partnerships (PPP), we mean the investment of private capital in order to provide better public services and efficient management of public assets. They are forms of cooperation with private sector enterprises aimed at ensuring the design, financing, construction, management, operation and even renovation or maintenance of public facilities or even providing services in various sectors.

During the forthcoming years, EU funds will be reduced, while health sector requirements will increase, thus prompting the need to seek new funding sources. PPPs can be a frontline tool in ensuring development and growth. Law 3389/2005 paved the way for collaboration between public and private sectors. PPPs are now a key driver of regional development, job creation, faster and more efficient use of equipment and human resources but also quality, in-depth upgrade of public infrastructure and services. It is an appropriate complementary solution for projects in healthcare and the way to provide qualitative health services to citizens.

The use of Public-Private Partnerships (PPP) in hospitals shows a tendency to become an international phenomenon. PPPs have been recently adopted in our country, where they are already in the stage of planning and implementation. In this dissertation, the British experience of Private Finance Initiative (PFI) and an efficiency evaluation, through a literature review of Britain’s empirical evidence, are presented.

PPPs are not a panacea, but should be used complementary. It is an opportunity to improve hospitals, infrastructure and services in the Greek healthcare system in order to satisfy the patient.

Key words: health systems, forms of financing, Public-Private Partnerships (PPP), Private Finance Initiatives (PFI)

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες - Acknowledgements	v
Πρόλογος.....	vi
Περίληψη.....	vii
Abstract	viii
Πίνακας Περιεχομένων	ix
Κατάλογος Πινάκων.....	xi
Κατάλογος Εικόνων	xii
Κατάλογος Σχημάτων	xiii
Κατάλογος Διαγραμμμάτων.....	xiv
Συνομογραφίες	xv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	3
1.3 Ο αντικειμενικός σκοπός της μελέτης και ο θεματικός της άξονας.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	8
2.1 Θεωρία Συστημάτων	8
2.2 Η Θεωρία Συστημάτων στη υγειονομική περίθαλψη	9
2.3 Η φιλοσοφία των έργων ΣΔΙΤ και ο σκοπός τους	11
2.4 Η “εταιρική σχέση – Partnership” ως κυρίαρχο στοιχείο διακυβέρνησης.....	13
2.5 Η διεθνής έννοια της συνεργασίας.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	24
3.1 Εισαγωγή.....	24
3.2 Η ερευνητική διαδικασία.....	24
3.2.1 Η δευτερογενής έρευνα	28
3.2.2. Πρωτογενής έρευνα.....	30
3.3 Αντιμέτωπιση ερευνητικών προβλημάτων	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ.....	34
4.1 Εννοιολογική οριοθέτηση ΣΔΙΤ.....	34
4.2 Κατηγοριοποίηση συμπράξεων.....	39
4.3 Μορφές των Συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα	42
4.4 Τη σημαντικότερα οφέλη από την εφαρμογή του συστήματος των ΣΔΙΤ.....	49
4.5 Ο αντίλογος επί των ωφελειών των ΣΔΙΤ	54
4.6 Κρίσιμοι παράγοντες για την επιτυχία των ΣΔΙΤ	56
4.7 Νομικά – Θεσμικά θέματα ΣΔΙΤ	58
4.7.1. Η Κοινοτική εκδοχή της έννοιας των συμπράξεων.....	58
4.7.2. Ο νόμος 3389/2005	62
4.8 Χρηματοοικονομικά και χρηματοδοτικά θέματα.....	64
4.8.1. Κριτήρια αξιολόγησης υποψήφιων έργων ΣΔΙΤ.....	64
4.8.2. Εντοπισμός, ιεράρχηση και επιλογή έργων.....	64
4.8.3. Πηγές χρηματοδότησης έργων ΣΔΙΤ	66
4.9 Οι ΣΔΙΤ και σαφής κατανομή των κινδύνων	69
4.10 Η διεθνής και ευρωπαϊκή αγορά των ΣΔΙΤ.....	75
4.11 Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στη Μεγάλη Βρετανία.....	82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	85
5.1 Εισαγωγή.....	85
5.2 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	85
5.3 Γενική εκτίμηση του επιπέδου υγείας στην Ελλάδα.....	93
5.3.1. Η κατάσταση της υγείας και παράγοντες κινδύνου	93
5.3.2. Κτιριακές Υποδομές – Εξοπλισμός.....	105
5.3.3. Δαπάνες υγείας και χρηματοδότηση	106
5.3.4. Ανθρώπινο Δυναμικό	108
5.3.5. Ποιότητα.....	109
5.3.6. Ιδιωτικός Τομέας Υγείας.....	111
5.3.7. Δημόσιος Τομέας Υγείας	112
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΟΙ ΣΔΙΤ ΚΑΙ ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΡΦΙ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	118
6.1 Εισαγωγή.....	118
6.2 Η χρηματοδότηση νοσοκομειακών μονάδων με τη μέθοδο ΣΔΙΤ	118
6.3 Η Ευρωπαϊκή και Διεθνής εμπειρία	122
6.4 Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) – το Βρετανικό Μοντέλο.....	125
6.5 Επιχειρήματα υπέρ της εφαρμογής του μοντέλου ΡΦΙ στα νοσοκομεία.....	129
6.6 Επιχειρήματα κατά της εφαρμογής του μοντέλου ΡΦΙ στα νοσοκομεία.....	129
6.7 Αντιδράσεις κατά της εφαρμογής του μοντέλου ΡΦΙ στη Ελλάδα.....	138
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	142
7.1 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου συνεντεύξεων.....	142
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	152
8.1 Γενικά Συμπεράσματα και παρατηρήσεις.....	152
8.2 Προτάσεις.....	159
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	167
Ελληνική Βιβλιογραφία και Άρθρα	167
Ξένη Βιβλιογραφία και άρθρα	171
Πηγές πληροφόρησης στο διαδίκτυο	177
Παράρτημα Ι - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	179
Παράρτημα ΙΙ - ν. 3389/ 2005 «Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα».....	182

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 : Τύποι Σύμπραξης μεταξύ Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα	49
Πίνακας 2 : Επιχειρήματα υπέρ και κατά των ΣΔΙΤ	56
Πίνακας 3 : Χρονικό δραστηριοτήτων της ΕΕ επί της νομοθεσίας για τα ΣΔΙΤ	61
Πίνακας 4 : Εξέλιξη της νομοθεσίας στον τομέα των ΣΔΙΤ για την Ευρώπη των 25.....	61
Πίνακας 5 : Καταμερισμός κινδύνων για τους εμπλεκόμενους σε έργα ΣΔΙΤ.....	72
Πίνακας 6 : Διεθνές πλαίσιο ΣΔΙΤ.....	76
Πίνακας 7 : Συνολική αξία έργων ΣΔΙΤ ανά Ευρωπαϊκή χώρα (2001-2008)	80
Πίνακας 8 : Έργα ΣΔΙΤ στο Ην. Βασίλειο κατά τομέα και ετήσια αξία (2003-2008).....	83
Πίνακας 9 : Αριθμός γιατρών και κλινών ανά 10.000 κατοίκους κατά γεωγραφική περιφέρεια (2005).....	104
Πίνακας 10 : Επιλογές σύμπραξης δημοσίου – ιδιωτικού τομέα στο χώρο των νοσοκομείων.....	123
Πίνακας 11 : Το Βρετανικό μοντέλο PFI στα νοσοκομεία.....	128
Πίνακας 12 : Προβλήματα στη ποιότητα υπηρεσιών υγείας στο Ην Βασίλειο	136
Πίνακας 13 : Κόστος επένδυσης νέων νοσοκομείων	139
Πίνακας 14 : Ηλικιακές Ομάδες.....	143
Πίνακας 15 : Στοιχεία SWOT.....	161
Πίνακας 16 : Σημαντικοί Κίνδυνοι, Επιπτώσεις και κατανομή.....	165
Πίνακας 17 : Προτεινόμενη κατανομή κινδύνων.....	166

Κατάλογος Εικόνων

<i>Εικόνα 1 : Η εφαρμογή των ΣΔΙΤ διεθνώς.....</i>	<i>82</i>
--	-----------

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1 : Διαφορές στις διαδικασίες δημοπράτησης με την εισαγωγή ΣΔΙΤ.....	12
Σχήμα 2 : Κατανομή έργων ΣΔΙΤ ανά τον κόσμο	14
Σχήμα 3 : Ο πλήρης προσδιορισμός της έννοιας των ΣΔΙΤ.....	18
Σχήμα 4 : Ανταποδοτικά Έργα ΣΔΙΤ.....	40
Σχήμα 5 : Υβριδική Μορφή ΣΔΙΤ.....	41
Σχήμα 6 : Μη ανταποδοτικά έργα ΣΔΙΤ.....	42
Σχήμα 7 : Δομές των ΣΔΙΤ (PPP).....	43
Σχήμα 8 : Παραδείγματα επίτευξης Value for Money (VFM) μέσω ΣΔΙΤ.....	49
Σχήμα 9 : Βαθμός επιμερισμού κινδύνων μεταξύ Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα.....	52
Σχήμα 10 : Τυπική δομή ενός θεσμοθετημένου τύπου ΣΔΙΤ	59
Σχήμα 11 : Τυπική δομή ενός συμβατικού τύπου ΣΔΙΤ.....	60
Σχήμα 12 : Η επικράτηση του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα ανά χώρα.....	77
Σχήμα 13 : Παράδοση ανά χώρα σε έργα κοινωφελούς χαρακτήρα μέσω ΣΔΙΤ	78
Σχήμα 14 : Ευρωπαϊκή Εμπειρία υλοποίησης έργων.....	81
Σχήμα 15 : Πληθυσμός της Ελλάδας την 1η Ιανουαρίου των ετών 1996 - 2006, κατά φύλο.....	93
Σχήμα 16 : Φυσική αύξηση του ελληνικού πληθυσμού (1996-2005).....	94
Σχήμα 17 : Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 -2004)	95
Σχήμα 18 : Περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996-2004).....	95
Σχήμα 19 : Βρεφική θνησιμότητα στα κράτη της Ε.Ε. (2004).....	96
Σχήμα 20 : Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα, κατά φύλο (1996-2004).....	97
Σχήμα 21 : Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη της Ε.Ε. (2004).....	97
Σχήμα 22 : Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996-2004).....	98
Σχήμα 23 : Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (1996-2004).....	99
Σχήμα 24 : Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα, συνολικά και κατά φύλο (1996-2004).....	100
Σχήμα 25 : Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα και στην Ε.Ε.(1996-2004).....	100
Σχήμα 26 : Κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα (2004).....	101
Σχήμα 27 : Προσδόκιμο υγιούς ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη της Ε.Ε. (2002).....	102
Σχήμα 28 : Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, χώρες ΟΟΣΑ, 2007.....	107

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 : Τομείς έργων ΣΔΙΤ στο Ην. Βασίλειο αναλογικά επί του συνόλου.....	84
Διάγραμμα 2 : Δημογραφικά στοιχεία.....	143
Διάγραμμα 3 : Πιστεύετε ότι οι ΣΔΙΤ μπορούν να εφαρμοστούν ;.....	143
Διάγραμμα 4 : Τομείς όπου μπορούν να εφαρμοστούν οι ΣΔΙΤ	144
Διάγραμμα 5 : Αποδοχή των ΣΔΙΤ από τους δημοσίους υπαλλήλους;.....	145
Διάγραμμα 6 : Δημιουργούνται κίνητρα για καλύτερη απόδοση;.....	146
Διάγραμμα 7 : Πιθανοί Κίνδυνοι από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ	147
Διάγραμμα 8 : Πιθανά οφέλη από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ.....	148
Διάγραμμα 9 : Δυνατότητα μεταβίβασης κινδύνου.....	148
Διάγραμμα 10 : Είναι πιθανή η εφαρμογή του PFI ως μοντέλου ΣΔΙΤ στο ΕΣΥ;.....	149
Διάγραμμα 11 : Οικονομικές επιπτώσεις.....	150
Διάγραμμα 12 : Τρόποι διαχείρισης ΣΔΙΤ στο τομέα της υγείας	151
Διάγραμμα 13 : Ενδιαφέρον ιδιωτικού τομέα στην εφαρμογή των ΣΔΙΤ.....	151

Συντομογραφίες

Δ.Σ.Κ	Δημόσια Συγκριτική Κοστολόγηση
Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ	Διυπουργική Επιτροπή Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Ε.Σ.	Εταιρεία Ειδικού Σκοπού
ΕΓΣΔΙΤ	Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα
ΕΣΥΕ	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος
Ε.Τ.Επ	Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων
Ε.Τ.Π.Α	Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης
ΗΒ	Ηνωμένο Βασίλειο
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΧΠ	Ιδιωτική Χρηματοδοτική Πρωτοβουλία
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Εθνικό Συμβούλιο Υγείας
ΚτΕ	Κύριος του Έργου
ΜΔΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
ΟΕΥ	Οικονομικών & Εμπορικών Υποθέσεων
ΟΚΕ	Οικονομική & Κοινωνική Επιτροπή
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
Π.Δ.Ε.	Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων
ΣΔΙΤ	Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα
Τ.Δ.	Τεύχη Δημοπράτησης
ΥΠΕΧΩΔΕ	Υπουργείο Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων
ΥΠΟιΟ	Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
BBB	Buy Build Operate
BOO	Build Own Operate
BOT	Build Operate and Transfer
BOOT	Build Own Operate and Transfer
BOR	Build Operate Renewal of Concession
DBOM	Design Build Operate Maintain
DBFO	Design – Build – Finance – Operate
EPA	Etablissement Publique
IRR	Internal Rate of Return
LDO	Lease Develop Operate
NAO	National Audit Office
NPV	Net present Value
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PFI	Private Finance Initiative
PPP	Public Private Partnerships
SPV	Special Purpose Vehicle
SEM	Société d' Economie Mixte
VFM	Value for Money

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή

Ο χώρος της υγείας αποτελεί σήμερα μια από τις μεγαλύτερες – αν όχι τη μεγαλύτερη – δημοσιονομικές προκλήσεις στις ανεπτυγμένες κοινωνίες. Οι δαπάνες υγείας κινούνται εδώ και πολλά χρόνια σε ολοένα αυξανόμενα επίπεδα, σε σχέση με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) και όλοι οι ειδικοί συμφωνούν ότι και οι μελλοντικές τάσεις θα είναι έντονα αυξητικές. Σε αρκετές χώρες η δημόσια δαπάνη Υγείας αυξάνεται ταχύτερα από το ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ και η υπέρβαση αυτή προκαλεί εύλογη ανησυχία, καθώς συντελείται ακόμη και σε χώρες όπου υπάρχουν ισχυροί ελεγκτικοί μηχανισμοί. Όμως οι πολίτες διαπιστώνουν σε μεγάλο ποσοστό αρνητική εικόνα για τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Στην τάση αυτή για ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών Υγείας, οι κοινωνίες προσπαθούν να αντιπαραθέσουν συστήματα και μηχανισμούς, με στόχο την παροχή επαρκών υπηρεσιών Υγείας υψηλής ποιότητας, συγχρόνως όμως με ελεγχόμενο κόστος.

Στην Ελλάδα ριζικές αλλαγές στον τομέα Υγείας, που έχουν εξαγγελθεί ήδη από τη δεκαετία του 80, μέχρι πρόσφατα δεν είχαν υλοποιηθεί, ενώ νόμοι και προτάσεις έχουν ελλιπώς εφαρμοσθεί ή έχουν πέσει στο κενό, κυρίως λόγω του δυσβάστακτου κόστους τους.

Οι παράγοντες που συμμετέχουν στη συνεχή και ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών Υγείας είναι πολλοί και ποικίλοι, όπως η αλλαγή των επιδημιολογικών προτύπων, η γήρανση του πληθυσμού, η μετανάστευση, η ανάπτυξη της ιατρικής, η ραγδαία και η συνεχής αναβάθμιση του δαπανηρού ιατρο-τεχνολογικού εξοπλισμού και τα νέα υψηλού κόστους φάρμακα.

Επειδή τελικά αυτός που καλείται να πληρώσει τις αυξημένες αυτές δαπάνες δεν είναι άλλος από τον πολίτη – ασθενή, είτε ως φορολογούμενος είτε ως ασφαλισμένος, η επιδίωξη για εύρεση και αποτελεσματική κατανομή των πόρων αποτελεί ζήτημα μεγέθυνσης της κοινωνικής ευημερίας και πιέζει για την, κατά προτεραιότητα, λήψη κυβερνητικών μέτρων δημοσιονομικής πολιτικής (Σούλης, 1998).

Ως αποτέλεσμα των δημογραφικών αλλαγών σε όλο τον κόσμο, οι κυβερνήσεις προσπαθούν να ανακαλύψουν νέους τρόπους παροχής υπηρεσιών προκειμένου να

ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις και τις δημόσιες ανάγκες. Η αναζήτηση νέων πόρων είναι μια σταθερή και συνεχής διαδικασία που πραγματοποιείται από το κράτος, αναζητώντας ευκαιρίες που μπορούν να συμβάλουν προς ένα αποδοτικότερο, αποτελεσματικό και δίκαιο σύστημα διακυβέρνησης.

Η παρούσα μεταπτυχιακή μελέτη ασχολείται με το θεσμό των **Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα** (γνωστός ως **ΣΔΙΤ** ή με τον αγγλικό όρο **Public Private Partnerships (P.P.P)**), που έκανε την εμφάνισή του στην Ελλάδα με το Ν. 3389/2005. Η Σύμπραξη Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα είναι η μακροχρόνια συνεργασία για οικονομικό όφελος, η οποία συνάπτεται εγγράφως μεταξύ του Δημοσίου και του Ιδιωτικού Φορέα για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών.

Οι Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού τομέα στο χώρο των νοσοκομείων τείνουν να καταστούν παγκόσμιο φαινόμενο. Τις τελευταίες τρεις, περίπου, δεκαετίες σε πολλές ευρωπαϊκές αλλά και διεθνείς χώρες του κόσμου, οι διαδικασίες σχεδιασμού, ανάπτυξης και υλοποίησης κοινωφελών έργων αναθεωρούνται (εξ' αιτίας νέων οικονομικών, κοινωνικών και τεχνολογικών δεδομένων). Η αναθεώρηση αυτή έχει ενθαρρύνει τη μετάβαση προς συμβάσεις συνεργασίας με βάση αμοιβαία συμφέροντα, που καταρτίζονται ανάμεσα στους Δημόσιους Φορείς (Δημόσιο, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου) και στα νομικά πρόσωπα του ιδιωτικού τομέα, δηλαδή τους Ιδιωτικούς Φορείς.

Ειδική ευρωπαϊκή νομοθεσία δεν υφίσταται, υπάρχει όμως μια σειρά από κοινοτικά κείμενα προσανατολισμένα σε γενικές αρχές. Το ίδιο ισχύει και σε Αμερική, Αυστραλία και Κίνα, όπου υπάρχουν ειδικά προσαρμοσμένες διατάξεις επί του θέματος, αλλά όχι μια σαφής και κοινή νομοθεσία.

Ο Ελληνικός νόμος 3389/2005 για τις ΣΔΙΤ, παρόλο που αποτελεί συγκεκριμένη εθνική επιλογή, είναι ενταγμένος στο ευρύ φάσμα των ευρωπαϊκών διατάξεων.¹ Στόχος του είναι η προσέλκυση ιδιωτικών κεφαλαίων για την υλοποίηση σημαντικών έργων και παροχή υπηρεσιών ευρύτερου κοινωνικού χαρακτήρα. Οι επενδύσεις μπορεί να αυξηθούν και το δημοσιονομικό έλλειμμα να μειωθεί εάν προχωρήσουν οι ΣΔΙΤ

¹ Δηλ. Κοινοτικά κείμενα όπως:

- Το Πράσινο Βιβλίο της Επιτροπής των Ε.Κ. σχετικά με τις ΣΔΙΤ και το κοινοτικό δίκαιο των δημοσίων συμβάσεων και συμβάσεων παραχώρησης (Βρυξέλλες, 30.04.04, COM 2004,327,2005/C120/18),

έγκαιρα και με ικανοποιητικούς ρυθμούς, και υποκαταστήσουν σε σημαντικό βαθμό δημόσιες επενδύσεις, που σήμερα χρηματοδοτούνται από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων (ΠΔΕ) και προσμετρούνται άμεσα στο δημοσιονομικό έλλειμμα. Οι ΣΔΙΤ, επίσης, μπορούν να συμβάλλουν στην κινητοποίηση αποταμιευτικών πόρων των τραπεζών αλλά και θεσμικών αποταμιευτών αλλά και στην προσέλκυση ξένων επενδυτών. Μεταξύ άλλων παρέχει μια σημαντική ευκαιρία για την εκμετάλλευση της ακίνητης περιουσίας του Δημοσίου. Αφορά δυνητικά όλα τα έργα ή τις υπηρεσίες που ανήκουν στην αρμοδιότητα των δημοσίων φορέων με εξαίρεση τις αρμοδιότητες που ανήκουν αποκλειστικά στο κράτος. Στις ΣΔΙΤ υπάγονται συνεπώς νοσοκομεία, γηροκομεία, φυλακές, έργα φορέων και οργανισμών, όπως των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, περιβαλλοντικά έργα, σχολικά κτίρια, μεταφορικές υποδομές και πολλά άλλα (Καίσης, 2006).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Πριν από 2000 έτη, η ευθύνη για την παράδοση της αλληλογραφίας στη ρωμαϊκή αυτοκρατορία ανήκε είτε στον αυτοκράτορα, όσον αφορά το “vehiculatio” (το ταχυδρομικό σύστημα στο σύνολό του), είτε στις τοπικές αρχές όσον αφορά τους μεμονωμένους ταχυδρομικούς σταθμούς, “stationes” στα λατινικά. Βάσει των συμβάσεων που αναθέτονταν μετά από διαγωνισμό από τους δήμους στους διαχειριστές των μεγάλων ταχυδρομικών σταθμών, οι τελευταίοι αναλάμβαναν την κατασκευή, τη συντήρηση και τη λειτουργία του σταθμού για μια πενταετία, “Iustrum” στα λατινικά, περίοδο αρκετά συνήθη στο ρωμαϊκό σύστημα, που απαντάται επίσης συχνά στο δίκαιο για την έγγαιο ιδιοκτησία (ιδίως στις συμβάσεις λατινικά “precarium”). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί, ότι δεν βασιζόταν μόνο η ταχυδρομική υπηρεσία του Αυτοκράτορα Αύγουστου σε συμβάσεις παραχώρησης. Το ίδιο ίσχυε για τα λιμάνια, τα θερμά λουτρά, τις αγορές, ακόμη και τους δρόμους (ECO, 2004). Θα χρειαστεί να περάσουν δώδεκα αιώνες για να εμφανιστούν ξανά οι Συμβάσεις Δημόσιου-Ιδιωτικού τομέα.

Το 19ο αιώνα, το ευρωπαϊκό σιδηροδρομικό δίκτυο κατασκευάστηκε εξ’ ολοκλήρου μέσω συμβάσεων παραχώρησης. Εκτός από τους σιδηροδρόμους, αντικείμενο τέτοιων συμβάσεων αποτέλεσαν οι δημοτικές δημόσιες υπηρεσίες όπως η υδροδότηση, η παροχή φωταερίου, τα δίκτυα ηλεκτρισμού, η αποκομιδή των οικιακών απορριμμάτων, οι τηλεφωνικές συνδέσεις κλπ.

Στην πλειονότητα των κρατών μελών της Ευρώπης, το δίκαιο των δημοσίων συμβάσεων προέρχεται σε μεγάλο βαθμό από το δίκαιο των παραχωρήσεων σε ιδιώτες (HM Treasury, 2003). Στον 20ο αιώνα, οι συμβάσεις παραχώρησης επιτρέπουν την κατασκευή όχι μόνο αυτοκινητοδρόμων και χώρων στάθμευσης αλλά, επίσης, κέντρα βιολογικού καθαρισμού για διαχείριση αποβλήτων, μουσείων, αερολιμένων, γραμμών τραμ ή υπόγειου σιδηρόδρομου, αστικών υποδομών ή ακόμη την πλήρη ανακαίνιση σχολείων και νοσοκομείων (HM Treasury, 2003).

Στην Ελλάδα, τα έργα ιδιωτικής χρηματοδότησης χρονολογούνται από τη δεκαετία του 1930, όταν ορισμένες υπηρεσίες κοινής ωφελείας ανατέθηκαν σε ιδιωτικές επιχειρήσεις του εξωτερικού. Σημειώνεται ότι η συμμετοχή ιδιωτών στην κατασκευή ή/ και διαχείριση έργων υποδομής ξεκίνησε στην Ελλάδα πριν από εκατό περίπου χρόνια οπότε και κατασκευάστηκαν έργα όπως ο Ηλεκτρικός Σιδηρόδρομος Αθηνών – Πειραιώς, η αποξήρανση της λίμνης Κωπαΐδας και η εκμετάλλευση των αποκαλυφθεισών γαιών, η ηλεκτροδότηση των Αθηνών από την Electric Power Company και η υδροδότηση από την αμερικάνικη εταιρία Ulen & Co κλπ. Εταιρίες όπως η Ulen και η Power, έχουν γραφτεί ιστορικά ως συμβάσεις «αποικιοκρατικής μορφής», καθώς ο ιδιωτικός φορέας στις συγκεκριμένες περιπτώσεις ενεργούσε χωρίς να υπολογίζει το κοινωνικό όφελος αλλά καθαρά το οικονομικό (Τσαμπούλας, 2003).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, στη Μεγάλη Βρετανία ξεκίνησε μια νέα διερεύνηση και εφαρμογή διαφόρων τύπων Συμπράξεων Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα., προσαρμοσμένων στο οικονομικό, κοινωνικό, θεσμικό κλπ περιβάλλον της, ως αποτέλεσμα της αναζήτησης εναλλακτικών μεθόδων πρόσθετης χρηματοδότησης των αναγκαίων προς υλοποίηση έργων υποδομής και επενδυτικών σχεδίων, καθώς οι σχετικές ανάγκες της χώρας αυξάνονταν, ενώ ταυτόχρονα τα διαθέσιμα κεφάλαια από τον κρατικό προϋπολογισμό ή τον προϋπολογισμό δημοσίων οργανισμών ήταν αρκετά περιορισμένα. Μέχρι τότε η ανάπτυξη των έργων υποδομής στηριζόταν κατά κανόνα στη χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό ή τον προϋπολογισμό δημοσίων οργανισμών.

Το παράδειγμα της Μ. Βρετανίας ακολούθησαν αργότερα και άλλες χώρες. Από το 1989 και μέχρι σήμερα η χώρα μας, με στόχο να αξιοποιήσει όσο το δυνατό καλύτερα τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις, βασίζεται στη βοήθεια και στη σωστή οργάνωση από τον ιδιωτικό φορέα. Με σκεπτική τη δημιουργία προϋποθέσεων για μια ευρύτερη οικονομική

και περιφερειακή ανάπτυξη, η Ελλάδα έχει καταβάλει σημαντικές προσπάθειες να γίνουν έργα υποδομής, από τις οποίες μπορούμε να αντλήσουμε παραδείγματα προς μίμηση αλλά και προς αποφυγήν σε σχέση με τις ΣΔΙΤ.

1.3 Ο αντικειμενικός σκοπός της μελέτης και ο θεματικός της άξονας

Ο κλάδος της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας τομέας ο οποίος έχει υποβληθεί σε πολυάριθμες μεταρρυθμίσεις συστημάτων κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας. Σημαντική μεταρρύθμιση είναι και η χρήση των ΣΔΙΤ. Οι κυβερνήσεις χρησιμοποιούν συγκριτικές μελέτες προκειμένου να κατανοήσουν τα υγειονομικά συστήματα περίθαλψης άλλων χωρών. Δεν θα ήταν λογικό να δηλώσουν την αιτία ή την ανάγκη μιας μεταρρύθμισης, ειδικότερα για τη χρήση ΣΔΙΤ σε ένα σύστημα υγείας, χωρίς να ληφθεί υπόψη η εμπειρία άλλων χωρών (Klein, 1991).

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχουν διεξαχθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, εξετάζοντας τα οφέλη και τους κινδύνους εφαρμογής των ΣΔΙΤ. Επίσης, αναλύουν περιπτώσιολογικές μελέτες διαφορετικών χωρών που έχουν εισαγάγει τέτοια μοντέλα χρηματοδότησης.

Υπάρχουν περισσότερα από οκτώ μοντέλα που χρησιμοποιούνται για τέτοιες συνεργασίες. Κάθε ένα από αυτά αντιπροσωπεύει και διαφορετικά νομικά πλαίσια και διαφορετικούς μηχανισμούς συμμετοχής.

Το πιο σύνηθες μοντέλο ΣΔΙΤ που χρησιμοποιείται στη Μεγάλη Βρετανία στο χώρο της υγείας είναι το μορφή PFI (Private Finance Initiative) (Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης) που εφαρμόζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1992. Έχει χρησιμοποιηθεί σε ποικίλους τομείς όπως οι μεταφορές, τα σχολεία αλλά κυρίως στον τομέα της υγείας με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών, την επίλυση ζητημάτων επένδυσης, την αύξηση της αξίας του χρήματος, τη μεταφορά τεχνογνωσίας από τον ιδιωτικό στο δημόσιο τομέα και τη διαχείριση του κινδύνου. Στο Ηνωμένο Βασίλειο περισσότερα από 600 προγράμματα PFI έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι το τέλος του 2003 με κύρια αξία £35 δισεκατομμυρίων, αντιπροσωπεύοντας 12% περίπου των συνολικών δημόσιων δαπανών (HM Treasury, 2003). Το μοντέλο PFI έχει γίνει ευρέως αποδεκτό ως εναλλακτικός τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω της βελτίωσης των υπηρεσιών, της ικανοποίησης της δημόσιας ζήτησης, καθώς επίσης και της παροχής των απαιτούμενων χρηματοοικονομικών πόρων στο δημόσιο τομέα.

Η βρετανική εμπειρία μπορεί επομένως να χρησιμοποιηθεί ως καθοδηγητής των άλλων χωρών, όταν πρόκειται να εισάγουν τις ΣΔΙΤ, υποδεικνύοντας τα οφέλη, τους κινδύνους και τις αποτυχίες που έχουν παρατηρηθεί.

Με αφετηρία το Νόμο 3389/2005, που άνοιξε το δρόμο της συνεργασίας Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα, οι ΣΔΙΤ σήμερα αποτελούν βασικό μοχλό περιφερειακής ανάπτυξης, δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας, ταχύτερης και αποτελεσματικής αξιοποίησης υλικών και ανθρώπινων πόρων, αλλά και ποιοτικής, σε βάθος αναβάθμισης των δημόσιων υποδομών και υπηρεσιών.

Η προτεραιότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι η δυναμική και άμεση αποκέντρωση της παροχής ολοκληρωμένης και αναβαθμισμένης περίθαλψης, σε συνδυασμό με την αδιαπραγμάτευτη προϋπόθεση της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας σε κάθε Έλληνα πολίτη. Για την υλοποίηση των πολιτικών στον χώρο της Υγείας και για την εκπλήρωση όσων ανταποκρίνονται στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, το Υπουργείο αποφάσισε να αξιοποιήσει σε μεγάλο βαθμό τις ΣΔΙΤ στην υπηρεσία του εκσυγχρονισμού των δομών υγείας και της λειτουργίας τους.

Ο στόχος της παρούσας μεταπτυχιακής μελέτης, είναι κατ' αρχάς η παρουσίαση μιας όσο το δυνατό πληρέστερης και ολοκληρωμένης προσέγγισης των ΣΔΙΤ, τόσο από θεωρητική σκοπιά όσο και από πρακτική, καθώς και να καθοριστεί η δυνατότητα εφαρμογής των ΣΔΙΤ, και ειδικότερα του μοντέλου PFI στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, και συγκεκριμένα η εφαρμογή του στα νοσοκομεία.

Λαμβάνοντας υπόψη τη σχετικά πρόσφατη εισαγωγή των σχημάτων ΣΔΙΤ στην Ελλάδα, δεν υπάρχει μέχρι τώρα ένας ουσιαστικός όγκος ελληνικής βιβλιογραφίας που να αφορά στην εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων γενικά και στον υγειονομικό τομέα ειδικότερα.

Αναλυτικότερα οι στόχοι που έχουν τεθεί είναι οι εξής :

- Κατανόηση της επίδρασης των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας
- Εξέταση και ανάλυση του Βρετανικού υποδείγματος των ΣΔΙΤ στο χώρο των νοσοκομείων, γνωστό και ως Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (PFI)

- Ανάλυση των πολιτικών, θεωρητικών και πρακτικών θεμάτων εφαρμογής των ΣΔΙΤ και του μοντέλου PFI στα ελληνικά νοσοκομεία
- Έρευνα και κατανόηση πόσο δεκτικό στις ΣΔΙΤ είναι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Έγινε συστηματική επιλογή, μελέτη, καταγραφή και αρχειοθέτηση των κύριων βιβλιογραφικών πηγών, ώστε να αποσαφηνισθούν οι κύριες έννοιες και το περιεχόμενο του θέματος. Στο **Δεύτερο Κεφάλαιο** παρουσιάζεται μια σφαιρική αντιπαράθεση των εννοιών και των θεμάτων που προέκυψαν με βάση τις γνώσεις από τη βιβλιογραφική έρευνα. Στο **Τρίτο Κεφάλαιο** παρουσιάζονται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση του θέματος, τα μέσα συγκέντρωσης των απαραίτητων στατιστικών στοιχείων πχ ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, αρχεία κλπ. , καθώς και οι τρόποι καταχώρηση και επεξεργασία των στοιχείων. Ακολουθεί το **Τέταρτο Κεφάλαιο** με μια εννοιολογική οριοθέτηση των ΣΔΙΤ, ανάλυση των μορφών και των κατηγοριών τους, των ωφελειών που προκύπτουν από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ, των μειονεκτημάτων τους καθώς και το εθνικό και ευρωπαϊκό νομικό τους πλαίσιο. Επίσης, αναλύονται χρηματοοικονομικά και χρηματοδοτικά θέματα και το διαφορετικό περιεχόμενο των ΣΔΙΤ σε ευρωπαϊκό και διεθνές περιβάλλον. Στο **Πέμπτο Κεφάλαιο** αναλύεται το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ενώ στο **Έκτο Κεφάλαιο** αναλύεται το Βρετανικό μοντέλο PFI και η εφαρμογή του στα νοσοκομεία. Παρουσιάζεται επίσης μία αντιπαράθεση επιχειρημάτων υπέρ και κατά της εφαρμογής του στα ελληνικά νοσοκομεία. Στο **Έβδομο κεφάλαιο** παρουσιάζονται και σχολιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας ενώ ακολουθούν στο **Όγδοο κεφάλαιο** συμπεράσματα και προτάσεις, που αφορούν τον προσδιορισμό και τη διαχείριση των κινδύνων καθώς και τη συγκριτική ανάλυση και αξιολόγηση που απαιτείται για την επιλογή των ΣΔΙΤ ή όχι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Θεωρία Συστημάτων

Ως σύστημα ορίζεται ένα σύνολο στοιχείων ή μερών τα οποία συνδεόμενα μεταξύ τους μέσω σχέσεων αλληλεπίδρασης αποτελούν μια ολότητα (Μπουραντάς, 1992). Ένα σύστημα αποτελείται από την συνάθροιση στοιχείων, υλικών ή αφηρημένων, που συνδέονται μεταξύ τους διαμορφώνοντας ένα σύνολο, και με αυτόν τον τρόπο κατέχουν τις ιδιότητες του συνόλου παρά των συστατικών μερών του (Checkland, 1981). Καθώς, με τον όρο σύστημα εννοούμε ένα σύνολο αλληλεξαρτημένων στοιχείων, που αλληλεπιδρούν και συνεργάζονται μεταξύ τους για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, συνεπώς μπορεί να θεωρηθεί οποιαδήποτε αντιληπτή από τον άνθρωπο ολότητα, όπως το σύμπαν, η γη, το πανεπιστήμιο, το δέντρο, κλπ.

Κάθε στοιχείο αλληλεπιδρά ή συσχετίζεται με τουλάχιστον ένα ακόμη στοιχείο του συνόλου. Κάθε στοιχείο που δε συσχετίζεται ή δεν αλληλεπιδρά με κανένα στοιχείο του συστήματος δεν αποτελεί μέρος του συστήματος. Το κάθε σύστημα ασφαλώς δε βρίσκεται στο κενό, αλλά μέσα σε ένα περιβάλλον το οποίο αποτελείται από άλλα συστήματα (Μπουραντάς, 1992). Το κάθε σύστημα αναπτύσσει σχέσεις αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον του ανταλλάσσοντας υλικούς ή άυλους πόρους, είτε ως εκροές είτε ως εισροές.

Τα μέρη του συστήματος μπορούν να θεωρηθούν ως υποσυστήματα. Έτσι, ένα υποσύστημα είναι ένα σύνολο στοιχείων το οποίο αποτελεί σύστημα από μόνο του αλλά και μέρος του όλου συστήματος.

Από **δομική άποψη** το σύστημα περιλαμβάνει:

- ❑ τα σύνορα, που το διαχωρίζουν από άλλα συστήματα
- ❑ τις δομές του συστήματος
- ❑ τα δίκτυα μεταφοράς πληροφοριών
- ❑ Το περιβάλλον από το οποίο δέχεται επιδράσεις και ταυτόχρονα το επηρεάζει.
- ❑ Την ιεραρχική οργάνωση του συστήματος

Από **λειτουργική άποψη** σε κάθε σύστημα διακρίνουμε:

- ❑ Την είσοδο από την οποία γίνονται όλες οι εισροές στο σύστημα
- ❑ Την επεξεργασία και διαδικασία των εισροών σε εκροές

- Την έξοδο των εκροών με τις οποίες επηρεάζει το περιβάλλον
- Τον έλεγχο που διασφαλίζει και τη βιωσιμότητα του συστήματος, εφόσον έτσι πληροφορείται τις αποκλίσεις συμπεριφοράς του.

Η δραστηριότητα μέσα σε ένα σύστημα είναι το αποτέλεσμα της επιρροής ενός στοιχείου σε άλλο. Αυτή η επιρροή καλείται ανατροφοδότηση και μπορεί να είναι θετική (ενισχύοντας) ή αρνητική (ισορροπώντας). Τα συστήματα δεν είναι αλυσίδες των γραμμικών σχέσεων αιτίας και αποτελέσματος αλλά σύνθετα δίκτυα αλληλεξαρτήσεων.

Τα συστήματα σύμφωνα με το ορισμό τους διακρίνονται από ορισμένα χαρακτηριστικά ή ιδιότητες οι οποίες προσδιορίζουν το χαρακτήρα τους όπως η δυναμικότητα / στατικότητα, η πολυπλοκότητα, η συνεργία και η εντροπία. Επίσης, τα συστήματα περιγράφονται ως **κλειστά** ή **ανοικτά**. Τα κλειστά συστήματα είναι απολύτως αυτόνομα και ανεξάρτητα από ότι συμβαίνει στο εξωτερικό περιβάλλον. Τα ανοικτά συστήματα ανταλλάσσουν υλικά, ενέργεια και πληροφορίες με το περιβάλλον τους. Η μελέτη αυτών των ιδιοτήτων είναι αναγκαία για την κατανόηση, εξήγηση και πρόβλεψη της συμπεριφοράς των συστημάτων (Μπουραντάς, 1992).

Τα κυριότερα σημεία της θεωρίας συστημάτων είναι τα ακόλουθα:

- Ένα σύστημα αποτελείται από τα σχετικά και αλληλοεξαρτώμενα μέρη, έτσι ώστε οποιοδήποτε σύστημα πρέπει να αντιμετωπισθεί συνολικά.
- Ένα σύστημα δεν μπορεί να εξεταστεί απομονωμένο από το περιβάλλον του.
- Ένα σύστημα που είναι σε ισορροπία θα αλλάξει μόνο εάν κάποιος τύπος ενέργειας εφαρμοστεί .

2.2 Η Θεωρία Συστημάτων στη υγειονομική περίθαλψη

Οι έννοιες και οι αρχές της θεωρίας συστημάτων έχουν εφαρμοστεί σε πολλούς τομείς της διαχείρισης και του management, συμπεριλαμβανομένης της μελέτης σύνθετων επιχειρήσεων όπως **τα νοσοκομεία** (Checkland 1981; Perrow 1986) και τα συστήματα υγείας. Στηριζόμενοι σε μια βιολογική αναλογία, η γενική θεωρία συστημάτων προσφέρει διάφορες έννοιες που βοηθούν να εξηγήσουν τη συμπεριφορά ενός νοσοκομείου.

Μια βασική ιδιότητα ενός ανοικτού συστήματος είναι ότι πρέπει να αλληλεπιδράσει με το περιβάλλον του για να εξασφαλίσει τους απαραίτητους πόρους για την επιβίωση, την

προσαρμογή και την ανάπτυξή του. Αυτό σημαίνει ότι ένα νοσοκομείο πρέπει να εξεταστεί μέσα στο περιβάλλον του και ότι το περιβάλλον αυτό αποτελεί μία σημαντική εστίαση της μελέτης. Ο τρόπος που ένα νοσοκομείο αποκρίνεται στις πολιτικές και τα κίνητρα εξαρτάται από το ρόλο και τη λειτουργία του καθώς επίσης και τις πεποιθήσεις και την εμπειρία εκείνων που αλληλεπιδρούν με αυτό. Για αυτούς τους λόγους, γνώση απαιτείται για το παρελθόν και τη πορεία των νοσοκομείων στα ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (McKee & Healy, 2002).

Το νοσοκομείο λειτουργεί συνεχώς έχοντας επιρροές από πολλαπλούς παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος, οι οποίοι ασκούν μία σειρά πιέσεων για αλλαγή. (McKee, Healy, Edwards & Harrison, 2002). Αυτές οι πιέσεις περιλαμβάνουν αλλαγές στη σύνθεση του πληθυσμού που εξυπηρετείται, στο τρόπο αντιμετώπισης των ασθενειών, στις δημόσιες προσδοκίες. Όλα αυτά έχουν επιπτώσεις στις υπηρεσίες των νοσοκομείων.

Μια δεύτερη έννοια είναι ότι ένα σύστημα υπάρχει μέσα σε μια ιεραρχία άλλων συστημάτων. Έτσι, ένα μεμονωμένο νοσοκομείο πρέπει, επομένως, να εξεταστεί μέσα στο ευρύτερο σύστημα νοσοκομείων, μέσα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μιας χώρας και, τελικά, μέσα στο ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό περιβάλλον. Οι Healy και McKee (2002) θέτουν το πλαίσιο κατανόησης των νοσοκομείων, επισημαίνοντας τις τάσεις των νοσοκομειακών συστημάτων που υπάρχουν σε όλη την Ευρώπη.

Μια τρίτη θεμελιώδης έννοια της θεωρίας συστημάτων είναι η αλληλο-εξάρτηση των διάφορων στοιχείων που συνθέτουν μία οργάνωση. Η συστημική ιδιοκτησία προκύπτει από τις σχέσεις οργάνωσης μεταξύ των τμημάτων, και οι ιδιότητες των τμημάτων μπορούν μόνο να γίνουν κατανοητές σε σχέση με το σύνολο. Έτσι και ένα νοσοκομείο, το οποίο είναι μία σύνθετη οργάνωση καθώς περιέχει μια σειρά υποσυστημάτων όπως για παράδειγμα συστήματα για πρόσληψη προσωπικού, για υπηρεσίες υποστήριξης, για την εκτέλεση διαγνωστικών υπηρεσιών απεικόνισης, για τους νοσοκομειακούς γιατρούς κλπ. Αυτά τα υποσυστήματα μπορούν να ακολουθήσουν τη δική τους ανάπτυξη, αλλά οποιαδήποτε σημαντική αλλαγή σε ένα από αυτά θα έχει αντίκτυπο σε άλλα.

Τα νοσοκομεία είναι ανθεκτικά σε ριζικές αλλαγές και ένα νοσοκομείο δεν μπορεί να αλλάξει σε ένα εξ' ολοκλήρου νέο τύπο οργάνωσης. Οι Healy και McKee (2002) περιέγραψαν τους διαφορετικούς ρόλους και λειτουργίες ενός νοσοκομείου.

Τα όρια ή σύνορα ενός συστήματος είναι μια βασική έννοια στη συστημική θεωρία, δεδομένου ότι μία οργάνωση θεωρείται ως ανοικτό σύστημα με συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον της, ενώ η ίδια η οργάνωση αποτελείται από πολλά υποσυστήματα. Τα σύνορα / όρια ενός νοσοκομείου ορίστηκαν να περιλαμβάνει τα νοσοκομεία που παρέχουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, αποκλείοντας νοσοκομεία μακροπρόθεσμης προσοχής, αν και αυτός ο επιφανειακά απλός ορισμός κρύβει μερικές σημαντικές δυσκολίες. Μια ερώτηση κλειδί για τα σύγχρονα νοσοκομεία είναι τι είδους υγειονομική περίθαλψη πρέπει να παρασχεθεί μέσα στο νοσοκομείο και τι αλλού. (Healy & McKee, 2002)

2.3 Η φιλοσοφία των έργων ΣΔΙΤ και ο σκοπός τους

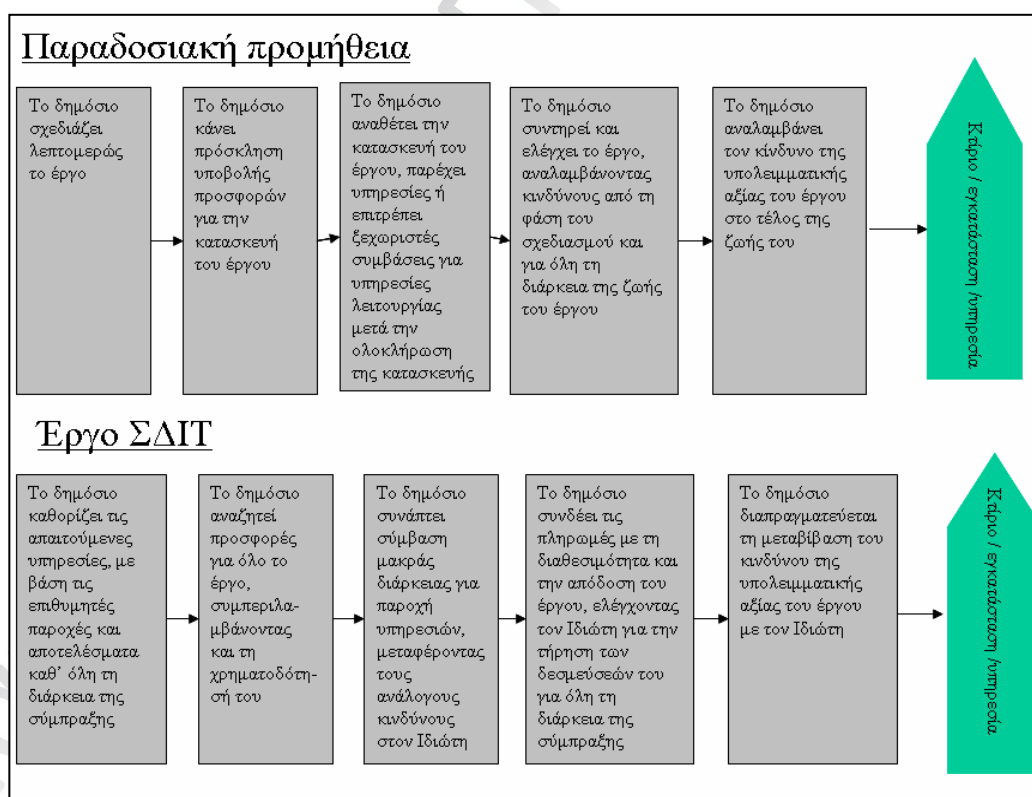
Η έκφραση “Σύμπραξη Δημοσίου - Ιδιωτικού τομέα” χρησιμοποιείται ευρέως από τη δεκαετία του 1990. Συνεργασία Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα (Public Private Partnership –PPP) σημαίνει απλώς συνεργασία. Η συνεργασία αυτή δεν έχει καμία σχέση με ιδιωτικοποίηση δημοσίων υπευθυνοτήτων ή την κρατικοποίηση ιδιωτικών περιουσιακών στοιχείων. Στόχος των συνεργασιών είναι η ενεργοποίηση πόρων για την παροχή καλύτερων υπηρεσιών στους πολίτες και τις επιχειρήσεις. Η ΣΔΙΤ ή PPP αποτελεί μια συμβατική σχέση μακράς (20 ή περισσότερων ετών) που συνάπτεται μεταξύ της αναθέτουσας αρχής και του αναδόχου του ιδιωτικού τομέα για την παροχή αυτή υπηρεσιών ή την εκτέλεση έργων. Βάσει της σύμβασης, ο ανάδοχος υποχρεούται να χρηματοδοτήσει την επένδυση, ενώ κατά κανόνα αναλαμβάνει και το σχεδιασμό του έργου. Η αναθέτουσα αρχή καθορίζει τις απαιτήσεις της βάσει λειτουργικών προδιαγραφών, αλλά δεν προσδιορίζει μόνο εγκρίνει, τον αναλυτικό σχεδιασμό του έργου. Ο ανάδοχος αμείβεται κατά τη διάρκεια της φάσης λειτουργίας του έργου χρεώνοντας σε μηνιαία βάση είτε την αναθέτουσα αρχή, είτε απευθείας τους χρήστες, είτε (στην περίπτωση ορισμένων δημόσιων υπηρεσιών) και τους δύο (Ρόκος, 2005). Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν στις ΣΔΙΤ από τα συμβατικά δημόσια έργα είναι δύο:

1) Η **αποτελεσματικότητα του ιδιωτικού τομέα** να παρέχει ποιότητα υποδομών και υπηρεσιών. Με τον όρο «αποτελεσματικότητα» αποδίδεται η δυνατότητα παροχής της επιθυμητής ποσότητας και ποιότητας του έργου σε συντομότερο χρόνο και με χαμηλότερο κόστος επένδυσης, σε σύγκριση με τα έργα που εκτελούνται από δημόσιους φορείς, και η επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου απόδοσης της

επένδυσης (Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ, 2006).

2) Η εισαγωγή μηχανισμών ρητής **κατανομής των κινδύνων** (risk allocation) του έργου μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Ο ιδιωτικός τομέας αναλαμβάνει σημαντικό μέρος των κινδύνων με βάση τη γενική αρχή ότι ο κίνδυνος μεταφέρεται στον συμβαλλόμενο που έχει τη δυνατότητα να τον διαχειρισθεί καλύτερα. Η ορθολογική διαχείριση των κινδύνων συμβάλλει στη μείωση του συνολικού κόστους του έργου με αποτέλεσμα την αύξηση της προκύπτουσας κοινωνικής ωφέλειας ανά μονάδα κόστους του έργου για το δημόσιο φορέα. Η ορθολογική κατανομή και διαχείριση των κινδύνων έχει θεμελιώδη σημασία για τη ζωή του έργου (project life cycle), αφού ο ιδιωτικός τομέας θα τιμολογήσει της υπηρεσίες που προσφέρει (πληρωμές διαθεσιμότητας ή πληρωμή από τον τελικό χρήστη) με βάση το ύψος των κινδύνων που θα έχει αναλάβει (Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ, 2006).

ΣΧΗΜΑ 1 : Διαφορές στις διαδικασίες δημοπράτησης με την εισαγωγή ΣΔΙΤ.



Πηγή : Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ, 2006 (<http://www.sdit.mnec.gr>)

Η φιλοσοφία των ΣΔΙΤ - για την ορθή και αποτελεσματική λειτουργία τους - βασίζεται στη συνθήκη, πως καθεμία από τις συνεργαζόμενες πλευρές πρέπει να κατανοεί τις ανάγκες της άλλης (Μουρμούρης, 2006):

- Ο ιδιωτικός τομέας οφείλει να λαμβάνει υπόψη του τη διάσταση του

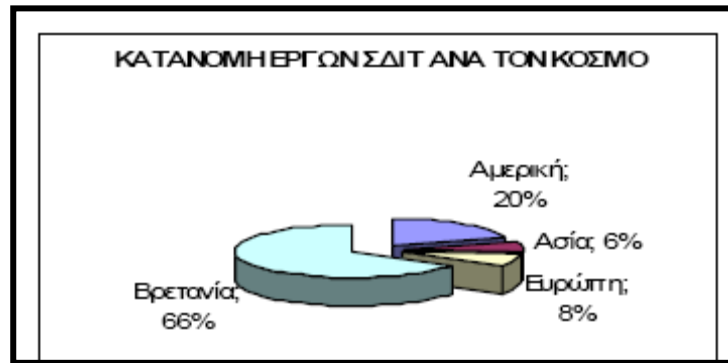
κοινωνικού αγαθού και να αναγνωρίζει, ότι η ανάπτυξη και διαχείριση υποδομών (πολύ ζωτικών για τη λειτουργία της σύγχρονης οικονομίας) δεν είναι δυνατόν να επιτυγχάνεται μόνο με την πρωτοβουλία των δυνάμεων της αγοράς. Το στοιχείο αυτό άλλωστε μαρτυρούν : (1) το **μεγάλο ύψος** κρατικής επιδότησης που αναμφισβήτητα απαιτείται, ώστε να καταστούν οικονομικά βιώσιμα και μεγάλης κλίμακας έργα, παρά το γεγονός ότι τελικώς τα οικονομικά οφέλη από τα έργα αυτά ξεπερνούν (στις περισσότερες περιπτώσεις) κατά πολύ τις αντίστοιχες δαπάνες και (2) η **γενικότερη συζήτηση** και τα ερωτήματα **περί εννοιών**, όπως η **ελεύθερη πρόσβαση** (open access), ο **προσδιορισμός** και ο **έλεγχος των τελών της χρήσης μιας υποδομής** κλπ.

- Ο δημόσιος τομέας οφείλει να κατανοήσει, ότι είναι συμφέρον να μεταβιβαστεί στον ιδιωτικό τομέα ο έλεγχος εκείνων των στοιχείων των μεγάλων έργων υποδομής που δεν έχουν χαρακτηριστικά δημόσιου αγαθού. Απαιτείται ασφαλώς σημαντική αλλαγή νοοτροπίας σε μεγάλο τμήμα του δημόσιου τομέα, ώστε αυτός να αντιλαμβάνεται πλέον, ότι ο ρόλος του είναι όχι η παροχή της υποδομής αλλά η ανάπτυξη των λειτουργιών στην κατεύθυνση της αγοράς υπηρεσιών για λογαριασμό της κοινωνίας και της οικονομίας που υπηρετεί.

2.4 Η “εταιρική σχέση – Partnership” ως κυρίαρχο στοιχείο διακυβέρνησης

Η ανάγκη υλοποίησης νέων μορφών συνεργασίας, γνωστές (όπως αναφέρθηκε) ως Συμπράξεις του Δημόσιου με τον Ιδιωτικό τομέα, απασχολούν τα τελευταία χρόνια ολοένα και περισσότερο τη δημόσια διοίκηση, τον επιχειρηματικό κόσμο, καθώς και τους επαγγελματικούς και επιστημονικούς φορείς όλο και περισσότερων χωρών. Η παρουσίαση και οριοθέτηση της έννοιας των συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, σε ευρωπαϊκό και ελληνικό επίπεδο, φέρνει στο προσκήνιο «...νέες σχέσεις ως έκφραση της γενικότερης νεοφιλελεύθερης πολιτικής απορύθμισης, αναδιάταξης της σχέσης κράτους – οικονομίας και ειδικότερα του πλαισίου της νέας επιχειρηματικότητας και εμπορευματοποίησης των δημοσίων αγαθών στον τομέα των δημοσίων έργων» (Γετίμης, 2003).

ΣΧΗΜΑ 2 : Κατανομή έργων ΣΔΙΤ ανά τον κόσμο



Πηγή : HM Treasury, 2006

Σε όλο τον κόσμο, η οικονομική πραγματικότητα των περιορισμένων δημοσίων πόρων για ανάπτυξη και οι αυξανόμενες ανάγκες για σύγχρονες υποδομές αποτελούν θεμελιώδεις λόγους για προσφυγή των κυβερνήσεων σε διάφορες μορφές συμπράξεων με τον ιδιωτικό τομέα. Στόχος είναι η αξιοποίηση των ιδιωτικών επενδυτικών κεφαλαίων για παροχή υποδομών για την κατασκευή, ανακαίνιση, διαχείριση ή συντήρηση έργων και υπηρεσιών που να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των πολιτών με έργα μακρόχρονης διάρκειας και με το χαμηλότερο δυνατό κόστος για τους φορολογούμενους (Bult – Spiering & Dewulf, 2006).

Ο παραπάνω στόχος θεμελιώνεται πάνω στον όρο εταιρική σχέση (Partnership ή σχέση Δημοσίου – Ιδιωτικού), ο οποίος στη διεθνή βιβλιογραφία αποδίδεται (την τελευταία δεκαετία) ως βασικό στοιχείο διακυβέρνησης (Governance) ενός κράτους.

Η διακυβέρνηση αφορά τη χρήση ισχύος για την επίτευξη πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών στόχων. Για να κατανοήσουμε όμως την ουσία των PPP, θα πρέπει σε πρώτο επίπεδο να κατανοήσουμε και να εμβαθύνουμε στη σημασία της διακυβέρνησης σήμερα. Σε δεύτερο επίπεδο η “διακυβέρνηση” είναι συνυφασμένη και μια περαιτέρω ανάλυση του ρόλου της παραγωγικής διαδικασίας και των δυνάμεων της αγοράς, τα οποία επηρεάζουν με δικό τους τρόπο τη διακυβέρνηση περισσότερο απ’ ότι οι πολιτικοί θεσμοί. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφία (Γετίμης 2003, Bult-Spiering & Dewulf 2006) αναφέρεται κυρίως σε οκτώ διαφορετικούς παράγοντες, οι οποίοι επικεντρώνονται στην παραπάνω αναφορά :

1. Την ανάπτυξη ενός νέου θεωρητικού ρεύματος, της Νέας Δημόσιας Διοίκησης (New Public Management, N.P.M.) και του οποίου η εμφάνιση γίνεται τις δεκαετίες

1980 και 1990. Το συγκεκριμένο ρεύμα φαίνεται να επαναπροσδιορίζει το ρόλο και τις δυνάμεις της αγοράς (input-oriented management styles by market), τα οποία θα πρέπει να εγκολπώσουν οι πολιτικοί θεσμοί προκειμένου να λειτουργήσουν αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα για το κοινωνικό σύνολο (Walzer & Jacobs 1998, Bult-Spiering & Dewulf 2006).

2. *Τις αλλαγές στην κοινωνική και δημογραφική σύνθεση*, οι οποίες καθιστούν αναποτελεσματικό το παραδοσιακό δημόσιο φορέα σε σύγκριση με τον ιδιωτικό. Στα ανεπτυγμένα κράτη ιδιαίτερα, όπου η υπερσυγκέντρωση του πληθυσμού στα αστικά κέντρα δημιουργεί ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες, η ανταγωνιστική φιλοσοφία που χαρακτηρίζει τον ιδιωτικό τομέα του επιτρέπει την ευελιξία και την προσαρμοστικότητα στα νέα δεδομένα. Νέες υποδομές και τεχνολογίες φιλικότερες προς το περιβάλλον, έρευνα και καινοτομία προσανατολισμένες στα σύγχρονα πρότυπα υγείας – εκπαίδευσης – μεταφορών, καθώς και πολλά άλλα δημόσια αγαθά χρίζουν χρηματοδοτικής βοήθειας από ιδιωτικές υπηρεσίες (HM Treasury 2005, Γετίμης 2003).

3. *Την αμφισβήτηση-κρίση του δημόσιου τομέα στα πλαίσια των δυνάμεων της παγκοσμιοποίησης*, για την οποία προτείνονται άμεσες μεταρρυθμίσεις. Ο ρόλος των ΣΔΙΤ στο κομμάτι των μεταρρυθμίσεων αυτών είναι πρωταρχικός. Η αυξανόμενη δυσαρέσκεια σε πολλές χώρες για την απόδοση του δημοσίου στην παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών, εστίασε την προσοχή, τόσο των δημοσίων φορέων όσο και των κοινωνικών και ιδιωτικών φορέων στην ανεύρεση μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας αυτών. Η επέκταση του δημοσίου τομέα εξήντησε το δημόσιο διοικητικό δυναμικό σε σημείο να εμφανίζεται σημαντική μείωση της παραγωγικότητας. Γραφειοκρατικά και λοιπά προβλήματα αποδείχθηκαν ιδιαίτερα δαπανηρά. Μικρού οφέλους δημόσιες επενδύσεις και μη παραγωγικές δημόσιες επιχειρήσεις μείωσαν το ρυθμό προόδου και συνέβαλαν στην αύξηση του δημοσίου χρέους.

Η συνεργασία Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα, παρουσιάζεται ως ένα καινοτόμο εργαλείο που συμβάλλει στην αναμόρφωση των διοικητικών πρακτικών του δημόσιου τομέα, κυρίως μέσω της αλληλεπίδρασης των στελεχών της δημόσιας διοίκησης με τα στελέχη του ιδιωτικού τομέα. Για παράδειγμα, οι διαφορετικές τεχνικές και μέθοδοι κατασκευής και λειτουργίας ενός έργου -που μια χώρα έχει αναπτύξει- μπορούν να διδαχθούν από το καταρτισμένο εργατικό δυναμικό (ενός ιδιωτικού φορέα) της χώρας,

στο δυναμικό του δημόσιου φορέα μιας άλλης μέσω εταιρικής σχέσης (Partnership). (Bult-Spiering & Dewulf 2006, Γετίμης 2003, Καΐσης 2006).

4. Την διεθνή οικονομική κρίση, η οποία οδήγησε σε αποεπενδύσεις, αποθάρρυνση της επιχειρηματικότητας, ενώ παράλληλα το δημόσιο χρέος (σε χώρες σαν την Ελλάδα) στερεί δισεκατομμύρια ευρώ το χρόνο από τη βελτίωση και την πρόοδο. Σε συνδυασμό τώρα με τον πληθωρισμό, που διέβρωσε την ανταγωνιστικότητα, οι κυβερνήσεις αναγκάζονται να προσαρμόζουν τον τρόπο διακυβέρνησης τους σύμφωνα με τα πρότυπα άλλων χωρών, με σκοπό τη δημιουργία ενός μοντέλου που θα προωθήσει τη σύγκλιση με επιτυχημένα διεθνή δεδομένα (HM Treasury 2005, Montfort 2004, Καΐσης 2006).

5. Την δυσαρέσκεια των πολιτών, τόσο για τις διάφορες κυβερνητικές πολιτικές, όσο και για την μακροχρόνια διάρκεια (κωλυσιεργία) των σχετικών φορέων στην κατασκευή ενός έργου ή μιας υποδομής από τη στιγμή που θα κατατεθεί η πρόταση μέχρι και τη στιγμή που θα παραδοθεί, ενώ παράλληλα η ελλιπής συντήρηση της υποδομής οδηγεί στη γρήγορη γήρανση και επιδείνωση των δημοσίων αγαθών και στην ελάττωση της ποιότητας των παρεχομένων από αυτά υπηρεσιών. Η απλούστευση των διαδικασιών για τη δημιουργία έργων και η θωράκιση με ένα σύγχρονο και αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας και την αντιμετώπιση της γραφειοκρατίας είναι από τους βασικούς άξονες των PPP (Bult-Spiering & Dewulf, 2006)

6. Την αυξημένη ανάγκη για παραχώρηση αρμοδιοτήτων στο περιφερειακό και τοπικό επίπεδο (sub-national, προς τα κάτω), αλλά και στο υπερεθνικό επίπεδο (super-national) με σκοπό την αποφόρτιση του κρατικού μηχανισμού από τις αλληλοεπικαλυπτόμενες αρμοδιότητες. Παρουσιάζεται έτσι, μια νεο-θεσμική προσέγγιση του όρου διακυβέρνηση (Governance). Με τον τρόπο αυτό το κράτος προσβλέπει σε μια πολύ-επίπεδη συνεργασία (ή διακυβέρνηση), η οποία θα αφομοιώνει δημιουργικά πολιτικές και πλεονεκτήματα που παραχωρούν δυνάμεις σαν την Ευρωπαϊκή Ένωση, ή τις ΗΠΑ (Pierre & Peters, 2000).

7. Το διαφορετικό κάθε φορά ιστορικό πλαίσιο σε κάθε χώρα, το οποίο είναι δυνατόν να δημιουργεί κοινωνικές αντιστάσεις, κινήματα και αναταραχή. Για παράδειγμα ενώ στο Ην. Βασίλειο την περίοδο διακυβέρνησης της Θάτσερ, κυριαρχεί η μορφή της πλήρους ιδιωτικοποίησης, σε άλλες χώρες δημιουργούνται ιδιωτικές κινήσεις πολιτών και

μη-κυβερνητικοί οργανισμοί που αναμειγνύονται στην πολιτική διαδικασία και στο ρόλο των συμπράξεων / συνεργασιών (Bult-Spiering & Dewulf 2006, Γετίμης 2003).

8. Την απελευθέρωση πόρων και χρόνου για την υλοποίηση άλλων έργων, καθώς σύμφωνα με το NAO (National Audit Office) της Μεγάλης Βρετανίας, οι ΣΔΙΤ εξοικονομούν χρόνο και χρήμα: 76% των έργων παραδίδονται στον συμβατικό χρόνο παράδοσης (έναντι μόλις 27% με τον παραδοσιακό τρόπο) και 78% των έργων ολοκληρώνονται εντός του προβλεπόμενου προϋπολογισμού (έναντι μόλις 30% με τον παραδοσιακό τρόπο) (HM Treasury 2005, National Audit Office 2005).

Μελετώντας τους παραπάνω παράγοντες, που επιδρούν στον όρο “διακυβέρνηση”, συνάγουμε ότι οι Συμπράξεις συνιστούν πλέον ένα νέο μηχανισμό εκπλήρωσης κρατικών καθηκόντων (Καΐσης, 2006) ως μεταρρυθμιστική προσπάθεια του δημόσιου τομέα. Η συνεργασία του κράτους με ιδιώτες για ολοκλήρωση δημοσίων έργων αποτελεί έκφανση μιας γενικότερης τάσης μετάβασης από το “κράτος παραγωγό” στο “εγγυητικό” και “ρυθμιστικό κράτος” (σχήμα 3). Το κράτος αναθέτει σε ιδιώτες την υλοποίηση ενός μέρους των καθηκόντων του, εν προκειμένω την εκτέλεση ενός δημόσιου έργου ή την παροχή μιας δημόσιας υπηρεσίας, χωρίς ωστόσο να αποξενώνεται από τα καθήκοντα αυτά, χωρίς δηλαδή να μεταθέτει τη δημόσια ευθύνη του.²

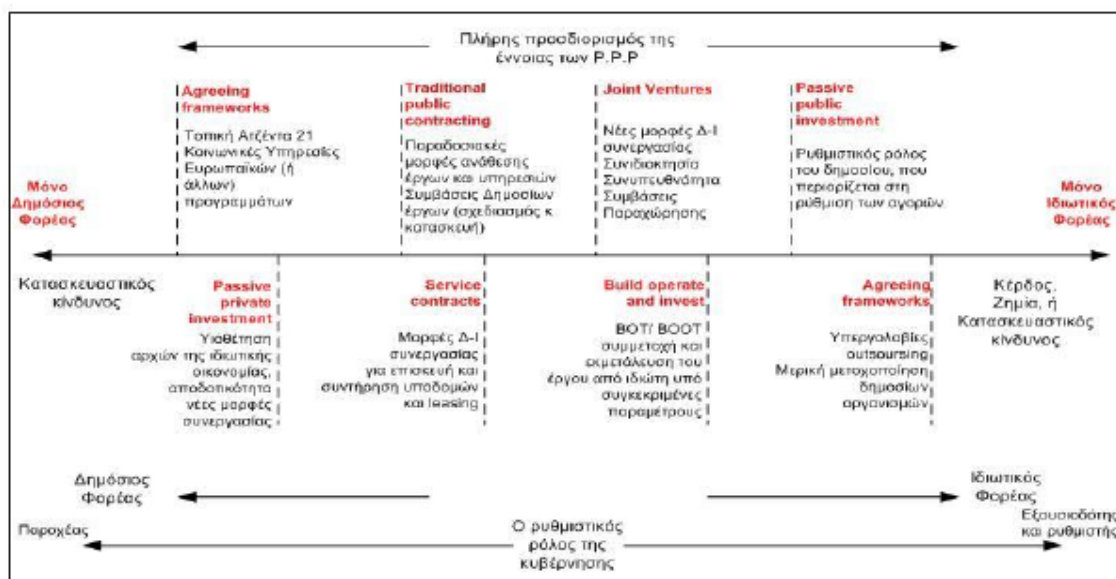
Η κατανομή εργασίας μεταξύ κράτους και ιδιωτών συνεπάγεται και κατανομή ευθυνών μεταξύ τους. Με τον τρόπο αυτό, η ευθύνη υλοποίησης μετατίθεται στον ιδιωτικό τομέα, ωστόσο το δημόσιο διατηρεί την εγγυητική ευθύνη απέναντι στους πολίτες για τη διασφάλιση του αγαθού της υπηρεσίας, ενώ ταυτόχρονα επωμίζεται και τη ρυθμιστική ευθύνη απέναντι στους συμπράττοντες ιδιώτες, προκειμένου να διασφαλίσει το δημόσιο συμφέρον κατά την εκτέλεση του έργου ή την παροχή της υπηρεσίας³. Οι σχέσεις αυτές, που δημιουργούνται κατά την εκτέλεση του έργου ή την παροχή μιας υπηρεσίας, ενδέχεται να λαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα μορφών που αρχίζει με την υιοθέτηση των αρχών της Ιδιωτικής Οικονομίας από τον Δημόσιο Τομέα, και επεκτείνεται στις νέες εταιρικές σχέσεις PPP, στις υπεργολαβίες και στις νέες μορφές απορύθμισης μέχρι την πλήρη ιδιωτικοποίηση

² European Economy 3/2003, European Commission DG Economic and Financial Affairs. Public Finances in EMU 2003 διαθέσιμο σε: http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/european_economy/2003/ee303en.pdf.

³ Γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής με θέμα, «ΣΔΙΤ ο αντίκτυπος στην προβληματική της ανάπτυξης», 3/2005 διαθέσιμο σε: <http://www.esc.eu.int/eco/143.pdf>

υπηρεσιών και αγαθών (σχήμα 3).

ΣΧΗΜΑ 3 : Ο πλήρης προσδιορισμός της έννοιας των ΣΔΙΤ



Πηγή : Bennet et al (2000), Bult-Spiering & Dewulf (2006) και ίδια επεξεργασία

Οι Συμπράξεις αναπτύσσονται, όπως αποκαλύπτει και το παραπάνω σχήμα, επιλεκτικά και ad hoc σε διαφορετικές περιπτώσεις (χρονικές, χωρικές και θεματικές) όπου καθένας από τους δύο φορείς (δημόσιος και ιδιωτικός) συμμετέχει με το δικό του ρόλο και δημιουργώντας μια δυναμική σχέση με συνεχή αλληλεπίδραση. Η στάση των εμπλεκόμενων φορέων απέναντι στη σοβαρότητα του κατασκευαστικού κινδύνου, είναι που δημιουργεί βάσεις εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ των εταίρων.

Σε αντιδιαστολή η αβεβαιότητα και η ασάφεια των ρόλων, που χαρακτηρίζει πολλές φορές τις συγκεκριμένες σχέσεις, οδηγεί συγκρούσεις, αμφισβητήσεις, αντιπαραθέσεις, παράλληλα η διάχυση των ευθυνών και των υποχρεώσεων δημιουργεί σύγχυση για το ποιος είναι υπόλογος σε τι (Γετίμης, 2000). Η προβληματική αυτή αποκαλύπτεται, καθώς στην γραφική αποτύπωση των ΣΔΙΤ (σχήμα 3) διαφαίνεται το πολύπλοκο φάσμα των συνεργασιών αυτών με Ευρωπαϊκά προγράμματα (π.χ. Ατζέντα 21, προγράμματα Urban, Union TEN Budget line ή χρηματοδοτικά πακέτα διευρωπαϊκών δικτύων, Structural Funds¹⁰, Cohesion Funds¹¹, κλπ.), υπεργολαβικές μονάδες, εξειδικευμένες μορφές συμπράξεων (π.χ. BOT, BOOT, κ.α.), ή μερική μετοχοποίηση δημοσίων έργων κ.λπ.

2.5 Η διεθνής έννοια της συνεργασίας

Διαμέσου της βιβλιογραφίας δεν δίνεται ένας μόνος σαφής ορισμός της έννοιας των PPP. Πολλές μορφές των συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού φορέα υφίστανται και

πολυάριθμες ερμηνείες διαθέσιμες για να περιγράψουν τα ΣΔΙΤ. Ο Linder (1999) έκανε ένα διαχωρισμό σε έξι διαφορετικές χρήσεις της έννοιας των ΣΔΙΤ, καθένας από τους οποίους ενέχει τη δική του ερμηνεία για το τι είναι οι συμβάσεις σύμπραξης και ποιος ο σκοπός τους.

1. **ΣΔΙΤ ως εργαλείο διοικητικής μεταρρύθμισης (PPP as management reform):** Ένα καινοτόμο πρόγραμμα το οποίο μπορεί να αλλάξει τον τρόπο λειτουργίας των κυβερνητικών μηχανισμών. Αυτή η μορφή είναι ένα είδος σχέσης με κυρίαρχο προσανατολισμό την αποκόμιση διδαγμάτων από τους ιδιώτες προς το δημόσιο.

2. **ΣΔΙΤ ως τρόπος επίλυσης διαρθρωτικών προβλημάτων (PPP as problem conversion):** Μια μορφή που είναι απαραίτητη για να συνεισφέρει στην επίλυση προβλημάτων που έχουν άμεση σχέση με την παροχή υπηρεσιών στους πολίτες.

3. **ΣΔΙΤ ως ηθική αναγέννηση (PPP as moral regeneration)** υπό την έννοια της προώθησης ενός νέου τρόπου σκέψης, μιας νέας νοοτροπίας. Σκοπός αυτής της μορφής είναι η εμπλοκή των αρμόδιων, σε κάθε περίπτωση, δημόσιων φορέων στη διαδικασία διαπραγμάτευσης και στον τρόπο λειτουργίας της αγοράς. Οι συμπράξεις σε αυτό το κομμάτι επιδρούν πάνω στους φορείς που εμπλέκονται στην όλη διαδικασία.

4. **ΣΔΙΤ ως τέχνασμα ελαχιστοποίησης του κινδύνου (PPP as risk shifting)**, καθώς ο ιδιωτικός τομέας επιφορτίζεται με όλους τους κινδύνους ενός έργου από το σχεδιασμό έως την συντήρηση.

5. **ΣΔΙΤ ως μορφή αναδιάρθρωσης των δημόσιων υπηρεσιών (PPP as restructuring public service)**, εμπλουτίζοντάς τον με νέες τεχνικές και έμπειρο εργατικό δυναμικό, καταπολεμώντας με αυτόν τον τρόπο της απηρχαιωμένες νοοτροπίες του.

6. **ΣΔΙΤ ως μοχλός ανάπτυξης και εξισορρόπησης δυνάμεων (PPP as power sharing)**, καθώς οι πρακτικές που εφαρμόζονται στις συμπράξεις φέρουν πολλαπλασιαστικά αποτελέσματα στο κοινωνικό σύνολο.

Και ενώ οι παραπάνω ορισμοί εστιάζουν περισσότερο στις αιτίες, υπάρχουν και αρκετοί που δίνουν έμφαση στα χαρακτηριστικά των ΣΔΙΤ ως νομικές ρυθμίσεις, ανακαλύπτοντας την άλλη οπτική της έννοιάς τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η ανάλυση του Peters (1996) επί του θέματος όπου :

1. Τα PPPs εμπεριέχουν δύο ή περισσότερες δρώντες φορείς, από τους οποίους ο ένας είναι το δημόσιο
2. Καθένας από τους συμμετέχοντες είναι υπεύθυνος για ξεχωριστό τμήμα της σύμβασης
3. Η αξιοπιστία της σύμβασης καλύπτεται από μια σειρά νομοθετικών και θεσμικών ρυθμίσεων, η οποία περιέχει σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ των συμβαλλομένων
4. Κάθε φορέας θα πρέπει να φέρει την δική του ευθύνη στο τμήμα της μελέτης και οργάνωσης, καθώς και της προσφοράς υλικών ή μη αγαθών σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας
5. Όλοι οι φορείς μοιράζονται ευθύνες και κινδύνους, τόσο για το τελικό αποτέλεσμα από λειτουργικής πλευράς όσο και από απόδοσης

Πολλοί από τους ορισμούς, που παρουσιάζονται παγκοσμίως γύρω από τα ΣΔΙΤ, είναι στην πραγματικότητα μια περαιτέρω ανάλυση πάνω στα χαρακτηριστικά που δηλώνει ο Peters. Για παράδειγμα ο Andersen (2004) ξεχωρίζει τα ΣΔΙΤ ανάλογα με τις τεχνικές μικτής χρηματοδότησης:

1. το ειδικό ταμείο, με χρήση ανταποδοτικών τελών, τα οποία χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για την κατασκευή ή τη συντήρηση υποδομών
2. τις ημι – δημόσιες εταιρείες, που είναι φορείς ελεγχόμενοι από το δημόσιο, οι οποίες όμως χρησιμοποιούν ιδιωτικά κεφάλαια
3. τις υποδομές που κατασκευάζονται από ιδιώτες επιχειρηματίες, υπεύθυνους μόνο για τη λειτουργία του έργου, ενώ η ιδιοκτησία είναι δημόσια. Με άλλα λόγια όταν η χρηματοδότηση είναι ιδιωτική αλλά είναι εγγυημένη από το δημόσιο
4. τις υποδομές που κατασκευάζονται και χρηματοδοτούνται αποκλειστικά από τον ιδιωτικό τομέα αλλά η λειτουργία τους γίνεται από το δημόσιο φορέα.

Τόσο ο Peters (1997) όσο και ο Anderson (2004) έχουν στόχο να υποδείξουν την κοινωνική και οικονομική πλευρά μιας τέτοιας συμφωνίας, η οποία στηρίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, τη διαδραστικότητα και την θέληση των εκάστοτε πλευρών, οι οποίες θα επιδείξουν πνεύμα αλληλεγγύης στους κινδύνους αλλά και στα κέρδη.

Συνεπώς, το συμπέρασμα που εξάγεται από όλους όσους προσέγγισαν την έννοια των ΣΔΙΤ ή PPP είναι αφ' ενός ο επανακαθορισμός των προτεραιοτήτων και αφ' ετέρου η χρησιμοποίηση όλων των διαθέσιμων πόρων (μεταξύ των οποίων και της διοικητικής και

επιχειρηματικής εμπειρίας του ιδιωτικού τομέα), πιο αποτελεσματικά και παραγωγικά για το κοινωνικό σύνολο. Η έμφαση μετακινήθηκε προς τη χρησιμοποίηση ιδιωτικών ικανοτήτων και πόρων, όπου αυτό είναι δυνατό, καθώς και προς την ενίσχυση των τομέων κύριας ευθύνης του δημόσιου φορέα,, όπως είναι η προσφορά επαρκούς κοινωνικής και οικονομικής υποδομής και η δημιουργία πολιτικού κλίματος και θεσμικού περιβάλλοντος στήριξης οικονομικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων.

Σύμφωνα με δύο περιγραφικούς ορισμούς, οι οποίοι διατυπώθηκαν στην διεθνή βιβλιογραφία στα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας, ο ένας από ιδιωτική εταιρία συμβούλων και ο άλλος από κρατικό οργανισμό των ΗΠΑ, η συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα:

- « ...είναι μια διαδικασία δια μέσου της οποίας ο δημόσιος τομέας, τοπικός ή κεντρικός, μπορεί να επενδύσει και να ωφεληθεί από πλεονεκτήματα μοναδικά στον ιδιωτικό τομέα τα οποία σχετίζονται με την ιδιοκτησία, την κατασκευή ή και την εκμετάλλευση (λειτουργία) έργων εντάσεως κεφαλαίου. Τα πλεονεκτήματα αυτά μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικά συγκρινόμενα με αντίστοιχες περιπτώσεις έργων τα οποία έχουν χρηματοδοτηθεί κατασκευαστεί και λειτουργήσει αποκλειστικά από το δημόσιο τομέα». (Goldman & Mokuvos, 1984)

- «...αναφέρεται σε μια συνεργασία του ιδιωτικού με το δημόσιο τομέα ή περιλαμβάνει οποιαδήποτε αμοιβαία προσοδοφόρο δραστηριότητα, η οποία έχει αναληφθεί από κοινού από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, για την αντιμετώπιση (επίλυση) κοινωνικών προβλημάτων και η οποία στόχο έχει να αποφέρει οφέλη, τόσο στα ιδιωτικά συμφέροντα όσο και στην κοινωνία συνολικά. Με άλλα λόγια, η συνεργασία αυτή αφορά σε μια συστηματική διαδικασία, κατά την οποία αρχικά οι δύο πλευρές αναγνωρίζουν ένα κοινό πρόβλημα και στη συνέχεια διαπραγματεύονται μια κοινή προσέγγιση επίλυσής του» (Weiss, 1985)

Η βιβλιογραφία για τη έννοια της σύμπραξης / συνεργασίας, διαχωρίζει την πολιτική από τη διοίκηση. Το «αποφασίζω» και το «υλοποιώ» αντιμετωπίζονται ως διαφορετικές λειτουργίες.

- «...Στην ορθή συνεργασία, ο ρόλος του κράτος μόνο μειώνεται, δεν μηδενίζεται. Και το τμήμα το οποίο αφαιρείται ίσως είναι το ευκολότερο κομμάτι της συνολικής εργασίας: «υλοποιώ». Η σύλληψη, ο προγραμματισμός, η οριοθέτηση στόχων και

προδιαγραφών, η παρακολούθηση της εξέλιξης, η αξιολόγηση και οι διορθωτικές κινήσεις παραμένουν στο σύνολό τους στο κράτος. Εάν αυτά γίνουν λανθασμένα, πλήττεται το κοινωνικό συμφέρον και κατά κανόνα ο ιδιώτης επενδυτής» (Sundquist, 1984).

Η σημασία της δέσμευσης και της αποδοχής των κινδύνων και από τις δύο μεριές (Δημόσιο - Ιδιώτες), είναι έννοιες που εμπεριέχονται στον ορισμό του Nijkamp (2002) όπου: «...Μια Σύμπραξη είναι μια θεσμοθετημένη μορφή συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, στηριζόμενη σε ενδογενείς επιδιώξεις και κοινούς σκοπούς, βάσει των οποίων οι συμβαλλόμενοι είναι διατεθειμένοι να διακινδυνεύουν επενδυτικά κεφάλαια χωρίς σαφώς εξασφαλισμένο αποτέλεσμα”.

Σύμφωνα με τις παραπάνω περιγραφές της έννοιας των ΣΔΙΤ, δεν πρέπει “a priori” να θεωρείται ότι η συνεργασία για την παραγωγή δημοσίων έργων, υπηρεσιών ή άλλων διαδικασιών θα καταλήξει σε πιο αποτελεσματική, παραγωγική και οικονομική τελική διαδικασία. Ποιο είναι όμως το σκεπτικό για την προσέγγιση μιας συνεργασίας, καθώς χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο, τόσο σε αναπτυγμένα κράτη (Μ. Βρετανία και ΗΠΑ) όσο και σε αναπτυσσόμενα κράτη, τα οποία υποστηρίζει η Διεθνής Τράπεζα. Η απάντηση βρίσκεται εν μέρει στο ότι τα τελευταία περίπου 15 χρόνια υπήρξε συγκυρία σημαντικών παραγόντων, όπως είναι:

1. Μια αυξανόμενη ανάγκη ανακαίνισης, αντικατάστασης, ή κατασκευής νέων υποδομών, για να ικανοποιηθεί η αύξηση του πληθυσμού και οι νέες ανάγκες αυτού. Παράλληλα, εμφανίστηκε ένα μειωμένο μέγεθος δημοσίων πόρων διαθέσιμων για χρηματοδότηση έργων και μια επίσης μειωμένη ανοχή των φορολογουμένων σε αυξήσεις φόρων.

2. Μια αυξανόμενη συνειδητοποίηση από την πλευρά των κυβερνήσεων πολλών κρατών ότι δεν είναι απαραίτητο να έχουν υπό την ιδιοκτησία τους ή και να λειτουργούν / συντηρούν ορισμένες κατηγορίες υπηρεσιών για να είναι σε θέση να ασκούν την πολιτική την οποία επιθυμούν. Συνειδητοποιήθηκε ότι το έργο του κράτους είναι σε πολλές περιπτώσεις η εγγύηση παροχής ορισμένων υπηρεσιών και όχι η καθεαυτού παροχή τους.

3. Το συνολικό κόστος της ιδιωτικής χρηματοδότησης υπηρεσιών μπορεί να μειωθεί, σε σημείο όπου δίνεται η ευκαιρία να γίνει ανταγωνιστικό με το συνολικό κόστος της δημόσιας χρηματοδότησης. Ειδικότερα, σε περιπτώσεις όπου εφαρμόζεται συμφωνία

συνεργασίας η οποία επιτρέπει τη χρήση κρατικών εγγυήσεων και πόρων, το συνολικό κόστος ελαττώνεται σημαντικότερα.

4. Το πλήθος των επιτυχημένων έργων υποδομής τα οποία πραγματοποιήθηκαν με τη συμμετοχή του Ιδιωτικού φορέα αυξάνεται. Το γεγονός αυτό αυξάνει την εμπιστοσύνη, τόσο του δημοσίου, όσο και του ιδιωτικού τομέα στη χρήση μεθόδων συνεργασίας τους για τη χρηματοδότηση, κατασκευή, λειτουργία και συντήρηση των υποδομών.

5. Νέοι περιβαλλοντικοί κανονισμοί, νέες τεχνολογίες και νέες προδιαγραφές (standards) αναπτύχθηκαν, με συνέπεια να αυξηθούν, τόσο οι απαιτήσεις των έργων σε εμπειρία και γνώση όσο και το κόστος κατασκευής, λειτουργίας και συντήρησης τους.

6. Η ανάπτυξη της πληροφορικής και των τεχνολογιών επικοινωνίας έκανε δυνατή την αμεσότερη και συνεχή παρακολούθηση της κατασκευής και λειτουργίας των έργων και έδωσε τη δυνατότητα στο κράτος να πληρεί τον έλεγχο χωρίς να είναι απαραίτητο να εκτελεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Εισαγωγή

Αφορμή για τη διεξαγωγή μιας έρευνας αποτελεί συνήθως ένας προβληματισμός, ένα ερευνητικό ερώτημα. Έτσι, το πρώτο ίσως πράγμα που καλείται ένας ερευνητής να σχεδιάσει είναι η μεθοδολογία που θα υιοθετήσει σε σχέση με το υπό εξέταση πεδίο. Η πορεία δηλαδή πάνω στην οποία θα βασιστεί για να εκπονήσει την ερευνά του και να την παρουσιάσει ύστερα ως γραπτό κείμενο. Είναι όμως αρκετά δύσκολο να αποφασίσει κάποιος ποια μεθοδολογία θα επιλέξει. Συμβουλευόμενος επιστημονικά βιβλία – ειδικά επί της μεθοδολογίας των κοινωνικών επιστημών – θα βρεθεί στη δύσκολη θέση να προσπαθεί να καταλάβει ποιο μοντέλο μεθοδολογίας τελικά θα πρέπει να επιλέξει (Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2008). Είναι γνωστό ότι η μεθοδολογία που θα ακολουθείται κάθε φορά προσδιορίζεται, κυρίως, από τις ιδιαιτερότητες και τους επιμέρους στόχους της εκάστοτε έρευνας (Burgess, 1994).

Το κεφάλαιο αυτό έχει ως σκοπό να περιγράψει το στόχο της έρευνας καθώς και να αναλύσει τις μεθόδους που θα χρησιμοποιηθούν για τη συλλογή των πληροφοριών. Περιγράφονται, επίσης, τα είδη των κυριότερων φιλοσοφικών θέσεων της μεθοδολογίας έρευνας.

Η επιλογή του είδους της μεθοδολογίας που θα επιλεγεί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Η μέθοδος που θα επιλεγεί πρέπει να είναι εκείνη που θα είναι η πιο αποτελεσματική για τη συλλογή των δεδομένων που απαιτούνται, έτσι ώστε να δοθεί απάντηση στα ερωτήματα της έρευνας.

3.2 Η ερευνητική διαδικασία

Υπάρχουν δύο κύριες ερευνητικές προσεγγίσεις κατά την εκπόνηση έρευνας : η **ποιοτική (qualitative)** και η **ποσοτική (quantitative)**, αν και είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν και οι δύο προσεγγίσεις για το ίδιο ερευνητικό έργο (πλουραλιστική προσέγγιση ή τριγωνοποίηση)⁴.

Πολλές φορές, όμως, το ζήτημα ανάγεται στους τρόπους σύζευξης ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας. Επειδή καμία από αυτές δεν είναι σε θέση να προσφέρει πλήρη και ακριβή περιγραφή, πρόβλεψη, εξήγηση και ερμηνεία των φαινομένων, **η μεθοδολογική**

⁴ Λάθη στην έρευνα Μάρκετινγκ : η περίπτωση της έρευνας του SYNC για τους Blogger. [online] available from <<http://bizwriter.gr/2008/11/29/marketing-research-the-sync-case>> [assessed 24/7/2009]

τριγωνοποίηση (methodological triangulation) που στηρίζεται στη συστηματική χρήση πολλαπλών μεθόδων είναι δυνατόν να επιτρέψει στον ερευνητή να μελετήσει αποτελεσματικά ένα φαινόμενο. Οι μορφές μεθοδολογικής τριγωνοποίησης οι οποίες παρουσιάζονται σε εγχειρίδια μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες (Ζωνάφος, 2009):

- Τριγωνοποίηση σε σχέση με τη συγκέντρωση δεδομένων (data triangulation) : στην κατηγορία αυτή ανήκουν έρευνες στις οποίες συγκεντρώνονται δεδομένα με τη βοήθεια δύο ή και περισσότερων μεθόδων που αναφέρονται στην ίδια πτυχή του υπό εξέταση φαινομένου. Η σύγκριση των δεδομένων που συγκεντρώνονται από τις μεθόδους που έχει χρησιμοποιήσει, επιτρέπει στον ερευνητή να εξετάσει τη συντρέχουσα εγκυρότητα της έρευνας.
- Τριγωνοποίηση σε σχέση με τον αριθμό ερευνητών : αυτή την κατηγορία συναντά κανείς σε ποιοτικές κυρίως έρευνες. Πρόκειται για σκόπιμη και ενεργό εμπλοκή περισσότερων του ενός ερευνητή στη διεξαγωγή της έρευνας.
- Τριγωνοποίηση σε σχέση με τις μεθοδολογικές προσεγγίσεις : Σύζευξη των ποσοτικών και ποιοτικών προσεγγίσεων επιτυγχάνεται μόνο μέσα από έρευνες που ανήκουν στην κατηγορία μεθοδολογικής τριγωνοποίησης όπου ο ερευνητής χρησιμοποιεί τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές μεθόδους για να εξετάσει ένα φαινόμενο.

Οι **ποσοτικές** αναλύουν την ποσότητα εμφάνισης του φαινομένου που εξετάζεται ενώ οι **ποιοτικές** αναφέρονται στο είδος, στο συγκεκριμένο χαρακτήρα του φαινομένου (Kvale, 1996). Και οι δύο μέθοδοι δίνουν τη δυνατότητα στον ερευνητή να προσεγγίσει ένα ερευνητικό πεδίο και να επικεντρωθεί σε αυτό.

Οι **ποσοτικές μέθοδοι** είναι κατάλληλες, όταν υπάρχουν λίγες και συγκεκριμένες μεταβλητές που μπορούν να ελεγχθούν από τον ερευνητή και όταν ο κύριος σκοπός είναι η εξεύρεση αιτιολογικών συσχετίσεων μεταξύ συγκεκριμένων μεταβλητών του φαινομένου. (Μπελλάλη, 2006)

Η **ποιοτική μεθοδολογία** θεωρείται περισσότερο κατάλληλη για την προσέγγιση νέων ή σχετικά άγνωστων γνωστικών περιοχών, αντικειμένων, γεγονότων και φαινομένων, όπως για παράδειγμα ο τρόπος ζωής των ανθρώπων, οι βιωμένες εμπειρίες του, ευρύτερα κοινωνικά και πολιτισμικά φαινόμενα κλπ (Μπελλάλη, 2006)

Οι δύο προσεγγίσεις της έρευνας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής (White, 2002):

Ποιοτική έρευνα	Ποσοτική έρευνα
Υποκειμενική	Αντικειμενική
Ολιστική	Περιοριστική
Φαινομενολογική	Επιστημονική
Αντι – Θετικιστή	Θετικιστή
Περιγραφική	Πειραματική
Νατουραλιστική	Περιστατική
Επαγωγική	Αφαιρετική

Βασικά χαρακτηριστικά των **ποιοτικών μεθόδων** είναι ότι έχουν μια φυσιολογική ροή και κατά ένα μεγάλο βαθμό δεν είναι κατευθυνόμενες από τον ερευνητή. Οι Lincoln και Guba έγραψαν το 1985 ότι οι ποιοτικές μέθοδοι είναι φυσικές. Ο ερευνητής έτσι μπορεί να διεισδύσει στην προσωπικότητα των υποκειμένων και να κατανοήσει τις κοινωνικές επιρροές που τα υποκείμενα έχουν δεχθεί. (Παπαγεωργίου, 1998)

Ο ερευνητής που ακολουθεί την ποιοτική μέθοδο παρατηρεί, παίρνει συνεντεύξεις, κρατά σημειώσεις, περιγράφει και ερμηνεύει τα φαινόμενα όπως ακριβώς έχουν. Όταν ο ερευνητής εργάζεται πάνω στο πεδίο που μελετά, είναι πάντα ενεργός, γιατί οι ποιοτικές μέθοδοι απαιτούν να γίνεται χρήση όλων εκείνων των στοιχείων που ο ερευνητής συναντά (Eisner, 1991)

Η **συνέντευξη** είναι ένα από τα βασικότερα εργαλεία της ποιοτικής μεθόδου. Πρόκειται για την αλληλεπίδραση, την επικοινωνία μεταξύ προσώπων που καθοδηγείται από τον ερευνητή ή ερωτώντα με στόχο την απόσπαση πληροφοριών. (Cohen & Manion, 1992). Οι συνεντεύξεις χωρίζονται σε *δομημένες, μη δομημένες, άμεσες ή έμμεσες, επαναλαμβανόμενες, κλινικές και σε βάθος* (Φίλιας, 1993).

Στις *δομημένες* συνεντεύξεις ζητείται από τον ερωτώμενο να απαντήσει σε προκαθορισμένες ερωτήσεις, οι οποίες έχουν συγκεκριμένο αριθμό και περιεχόμενο και ο ερευνητής ακολουθεί ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Στις *μη δομημένες* λαμβάνει χώρα μια συζήτηση που είναι κατά μια έννοια ελεύθερη, αλλά που η ελευθερία της σχετίζεται με τη φύση της συζήτησης. Στις *άμεσες* και τις *έμμεσες* παίζει ρόλο ο διαχωρισμός που γίνεται καταρχάς από την πλευρά του ερευνητή και κατά συνέπεια και από την πλευρά του ερωτώμενου και αφορά στο σκοπό για τον οποίο πραγματοποιείται η

συνέντευξη. Οι επαναλαμβανόμενες γίνονται συνήθως σε γκρουπ ανθρώπων και ονομάζονται έτσι γιατί χρειάζεται να επαναληφθούν αρκετές φορές μέχρι να καταλήξει η έρευνα στη συλλογή των δεδομένων και στα συμπεράσματά της. Σύμφωνα με την Κυριαζή (1998), η συνέντευξη σε βάθος αφορά ένα σύνολο γενικών ερωτήσεων σε θέματα που ο ερευνητής έχει προκαθορίσει, αλλά τα οποία δεν τα θέτει σε συγκεκριμένη σειρά.

Επίσης, σύμφωνα με την Κυριαζή (1998) υπάρχουν άλλα τρία είδη συνεντεύξεων : η τυποποιημένη, η ελεύθερη ή μη τυποποιημένη και η τηλεφωνική.

Ένα καλός ερευνητής – συνεντευκτής οφείλει να παρουσιάζεται όσο το δυνατόν περισσότερο επαγγελματίας. Οφείλει να κατέχει βασικές γνώσεις προκειμένου να γνωρίζει τις ερωτήσεις στις οποίες θα προβεί, γιατί η διατύπωση των ερωτήσεων δεν αποτελεί εύκολη διαδικασία (Bell, 1997) και ο τρόπος που θα τεθούν κατέχει σημαίνοντα ρόλο στο αν και κατά πόσο θα επηρεάσει το υποκείμενο. Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι σαφείς.

Ένα από τα γνωρίσματα ενός ικανού συνεντευκτή είναι η δυνατότητα καλλιέργειας φιλικού κλίματος μεταξύ του ίδιου και του υποκειμένου. Το να είναι ο ερευνητής δεκτικός, ευχάριστος, ευαίσθητος, μόνο οφέλη μπορεί να αποδώσει στην έρευνα. Χωρίς αμφιβολία, ο ερευνητής δεν είναι ουδέτερος, απόμακρος ή συναισθηματικά αποδεσμευμένος (Rubin & Rubin, 1995). Οι Bowman και Resch έγραψαν το 1984 πως επειδή ακριβώς απαιτείται ιδιαίτερο βάθος συνειδητοποίησης των θεμάτων είναι δύσκολο ο ερευνητής να παραμείνει ουδέτερος. Μέσω της συνέντευξης, ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει και τις εκφράσεις χεριών και προσώπου, τον τόνο φωνής κλπ, στοιχεία χρήσιμα για την αποφυγή επιφανειακών ερμηνειών.

Οι συνεντεύξεις γενικά έχουν όμως και μειονεκτήματα τα οποία οφείλει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει ο ερευνητής. Ένα εκ των σημαντικότερων μειονεκτημάτων είναι ο κίνδυνος βεβιασμένων ερωτήσεων από μεριάς του ερευνητή με πιθανό αποτέλεσμα τις ανακρίβειες ή παραπλανητικές πληροφορίες.

Στην **ποσοτική έρευνα**, τα δεδομένα συλλέγονται και αναλύονται στατιστικά. Η διαδικασία διεξαγωγής μιας ποσοτικής έρευνας ακολουθεί δύο διακριτά στάδια. Κατά το πρώτο, το στάδιο σχεδιασμού, διατυπώνονται οι σκοποί της έρευνας και προσδιορίζονται

τα ζητούμενα βάσει υποθέσεων εργασίας, επιλέγεται η μέθοδος πραγματοποίησής της και σχεδιάζεται η βήμα προς βήμα υλοποίησή της. Κατά το δεύτερο, το στάδιο υλοποίησης, συλλέγονται τα απαραίτητα στοιχεία, ακολουθεί η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που προκύπτουν και γίνεται η σύνθεσή τους και διατύπωση των σχετικών συμπερασμάτων.

Στις ποσοτικές έρευνες χρησιμοποιείται ευρύτατα η συμπλήρωση ερωτηματολογίων, στα οποία αποτυπώνεται το περιεχόμενο των προσωπικών συνεντεύξεων που λαμβάνονται επί τούτου. Επιλέγεται δείγμα από το σύνολο του πληθυσμού, στο οποίο πραγματοποιείται η έρευνα. Οι μέθοδοι δειγματοληψίας χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες : *τυχαία δειγματοληψία* και *δειγματοληψία χωρίς πιθανότητες*. Τα πλεονεκτήματα της δειγματοληψίας είναι η ταχύτητα, το ευρύτερο πεδίο έρευνας και η ακρίβεια των αποτελεσμάτων.

Για την ελαχιστοποίηση της μεροληψίας (bias) στην σχεδίαση του ερωτηματολογίου πρέπει να ακολουθούνται διάφοροι κανόνες. Η ερώτηση πρέπει να :

- Εστιάζει σε ένα θέμα
- Είναι σύντομη
- Είναι αντιληπτή με τον ίδιο τρόπο από όλους τους ερωτώμενους
- Χρησιμοποιεί λεξιλόγιο που γνωρίζει ο ερωτώμενος
- Είναι απλή

3.2.1 Η δευτερογενής έρευνα

Οι δευτερογενείς πληροφορίες είναι εκείνες που έχουν συγκεντρωθεί από κάποιον άλλον εκτός του ερευνητή και για κάποιον άλλο σκοπό, οι οποίες όμως είναι απόλυτα απαραίτητες για κάθε έρευνα. Όλοι οι ερευνητές ανεξάρτητα από την εμπειρία ή τις ικανότητές τους θα πρέπει πριν προχωρήσουν στη πρωτογενή έρευνα να συγκεντρώσουν απαραίτητα και δευτερογενή στοιχεία. (Πετράκης, 2006)

Η επιτυχία ή η αποτυχία μιας έρευνας εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από το πόσο ο ερευνητής γνωρίζει ή έχει ενημερωθεί για το θέμα το οποίο πρόκειται να διερευνήσει. (Πετράκης, 2006) Έτσι, για το σκοπό της παρούσας μελέτης συγκεντρώθηκαν οι αναγκαίες δευτερογενείς πληροφορίες, πριν την πραγματοποίηση της πρωτογενούς έρευνας. Τα δευτερογενή στοιχεία λοιπόν παρέχουν ένα σημείο εκκίνησης για περαιτέρω

έρευνα και προσφέρουν τα πλεονεκτήματα του χαμηλού κόστους, της εξοικονόμησης χρόνου και της άμεσης διαθεσιμότητας. Παρόλα αυτά, η αξιολόγηση των δευτερογενών πληροφοριών επηρεάζεται από την αξιοπιστία του φορέα που συγκέντρωσε τα στοιχεία, από τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την συγκέντρωση των στοιχείων και από το χρονικό διάστημα που συγκεντρώθηκαν.

Ο δευτερεύουσες πληροφορίες είναι χρήσιμες σε ένα ερευνητή όταν (Πετράκης, 2006):

- είναι διαθέσιμες (available)
- είναι ακριβείς (accurate)
- είναι σχετικές (relevant) με το θέμα διερεύνησης
- έχουν πρόσφατα συγκεντρωθεί (fresh)
- προέρχονται από αξιόπιστες πηγές (reliable sources)

Το Ιντερνέτ, με τα εκατομμύρια σελίδων πληροφοριών από πηγές που βρίσκονται σε διάφορα σημεία του κόσμου, γίνεται όλο και πιο σημαντική δευτερογενής πηγή. Ομολογουμένως, είναι ένα συνωστισμένο και πολύπλοκο περιβάλλον για αναζήτηση πληροφοριών, αλλά δεν είναι δυνατό να αγνοηθεί η δυναμική του για τη συλλογή στοιχείων.

Έτσι, μια μεγάλη ποικιλία έγκυρων πληροφοριών βρέθηκε σε περιοδικά, σε δημοσιεύσεις της Ελληνικής και της Βρετανικής κυβέρνησης, στο Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (World Health Organization – WHO), στη Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank), στη Βρετανική Υπηρεσία HM Treasury καθώς και σε άρθρα εφημερίδων.

Η αναζήτηση αυτή διευκολύνθηκε από τη χρήση του Ιντερνέτ και συγκεκριμένα από τη χρήση ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων όπως EBSCO, Factiva, Ingenta και Science Direct. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε η μηχανή αναζήτησης Google και οι ιστοσελίδες οργανισμών όπως του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), του Βρετανικού National Audit Office, του Ελληνικού Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της Δημόσιας Επιχείρησης Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ), του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών, της Παγκόσμιας Τράπεζας, της Ειδικής Γραμματείας ΣΔΙΤ.

Για την άντληση των σχετικών πληροφοριών, οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν : υγεία, υπηρεσίες υγείας, υγεία και μεταρρυθμίσεις, ΣΔΙΤ, PFI, Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), Ελληνική οικονομική πολιτική και νομικό πλαίσιο ΣΔΙΤ.

Φυσικά, διαμορφώθηκαν και κάποια κριτήρια αξιολόγησης των πληροφοριών έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της διατριβής αυτής και να αποκλειστεί τη χρήση άσχετων και μη σημαντικών ευρημάτων.

Θα χρησιμοποιηθεί τη τεχνική της μετα-ανάλυσης (meta-analysis) προκειμένου να συγκεντρωθούν και να συνδυαστούν τα αποτελέσματα των διαφόρων πηγών και να αναλυθούν για την επίτευξη μιας ενιαίας συλλογής πληροφοριών (Bowling, 2002). Ως εκ τούτου, με την αύξηση του αριθμού των πηγών, αυξάνεται και δυνατότητα ανίχνευσης έγκυρων, κατάλληλων, ωφέλιμων και αξιόπιστων στοιχείων.

3.2.2. Πρωτογενής έρευνα

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η δευτερογενής έρευνα δεν δίνει ικανοποιητικές πληροφορίες ώστε να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα. Τότε ο ερευνητής είναι υποχρεωμένος να προχωρήσει και σε πρωτογενή έρευνα (Primary research). Οι πλέον συχνά χρησιμοποιούμενες τεχνικές επαφής με πρωτογενείς έρευνες είναι :

- Προσωπική συνέντευξη (face to face interview)
- Ταχυδρομική έρευνα (mail interview)
- Τηλεφωνική έρευνα (telephone interview)
- Computer interview
- Παρατήρηση (observation)
- Panels
- Hall tests
- Διαρκής απογραφή (retail audit)
- Συλλογική συζήτηση (group discussion)
- Συνέντευξη βάθους (depth interview)

Πρωτογενής έρευνα είναι αυτή που γίνεται για πρώτη φορά με σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων και απόψεων του πληθυσμού που μας ενδιαφέρει. Η ποσοτική πρωτογενής έρευνα συνήθως χρησιμοποιεί κάποιο δομημένο ερωτηματολόγιο για τη συγκέντρωση των πρωτογενών πληροφοριών. Η ποιοτική πρωτογενής, όπως έχει διατυπωθεί και ανωτέρω, δεν χρησιμοποιεί συνήθως κάποιο δομημένο ερωτηματολόγιο αλλά μια σειρά από θεματικές ενότητες που πρέπει να καλύψουν οι συνομιλητές.

Για τον σκοπό της παρούσας διπλωματικής εργασίας, ο προσανατολισμός σε

αποκλειστικά ποσοτική κατεύθυνση δεν θα μπορούσε να δώσει μια εικόνα βάθους ως προς την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας. Έτσι, για τον σκοπό της παρούσας μελέτης, συνδυάστηκαν και οι δύο μεθοδολογικές προσεγγίσεις, η ποιοτική και η ποσοτική.

Για τη συλλογή πρωτογενών δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της Προσωπικής συνέντευξης (face to face interview) με μέγιστη διάρκεια 15 λεπτών. Η επιλογή να ακολουθηθεί η μέθοδος αυτή κρύβει ένα πολύ θετικό στοιχείο και για τον ερευνητή αλλά και για τον ερωτώμενο : ενθαρρύνει και τις δύο πλευρές που λαμβάνουν χώρα στη διαδικασία να νιώσουν περισσότερο συνδεδεμένες με την έρευνα που διεξάγεται, ανατροφοδοτούμενη από τις απόψεις που εκφράζονται (Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2008).

Ακολουθήθηκε ο τύπος της δομημένης συνέντευξης, όπου ζητήθηκε από τον ερωτώμενο να απαντήσει σε προκαθορισμένες ερωτήσεις, συγκεκριμένου αριθμού και περιεχομένου.

Το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε με βάση τα στοιχεία που είχαν προκύψει από τη δευτερογενή έρευνα καθώς και από την ανασκόπηση διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας αναφορικά με τα ΣΔΙΤ. Για να αποκλειστεί ή έστω να περιοριστεί η αναξιοπιστία αλλά και παράλληλα για να αυξηθεί το ποσοστό των απαντήσεων, το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε όσο το δυνατό μικρότερου σχήματος.

Για τη σύνταξη του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν αρχικά 4 ερωτήσεις απλές, γενικές και προσωπικές (όπως ηλικιακή ομάδα, φύλο, επαγγελματική εμπειρία). Για το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικά είδη ερωτήσεων όπως ερωτήσεις με απαντήσεις περιορισμένες (closed questions), ερωτήσεις ελεύθερες ανοιχτές (open ended questions), ερωτήσεις αλληλένδετες ή φίλτρου (όπου η καθεμία εξαρτάται από την προηγούμενη), προκειμένου να εξεταστεί σε βάθος το θέμα των ΣΔΙΤ. Στο Παράρτημα Ι παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων.

Παράλληλα με το ερωτηματολόγιο έγινε και μια ελεύθερη συζήτηση, η οποία καταγράφηκε σε μαγνητόφωνο. Όλες οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν. Για την απομαγνητοφώνηση δεν ακολουθήθηκε κάποιο αυστηρό σύστημα απομαγνητοφώνησης,

γιατί δεν ενδιέφερε κάτι τέτοιο την παρούσα έρευνα.

Το μέγεθος του δείγματος μπορεί να καθοριστεί με διάφορους μαθηματικούς τύπους. Στη πράξη όμως, το μέγεθος αποφασίστηκε βάσει υποκειμενικής κρίσης του ερευνητή, η οποία στηρίζεται σε βασικές θεωρίες της δειγματοληψίας και στην ομοιογένεια ή όχι του «πληθυσμού» της έρευνας. Όσο πιο ανομοιογενής κρίνεται ο πληθυσμός της έρευνας τόσο το δείγμα πρέπει να είναι μεγαλύτερο. (Πετράκης, 2006). Καθώς ο πληθυσμός δεν κρίθηκε ανομοιογενής, ελήφθησαν συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια με **κατευθυνόμενη δειγματοληψία από 70 άτομα** που εργάζονται στον χώρο της υγείας και ασχολούνται με θέματα ΣΔΙΤ ή γνωρίζουν γενικά περί ΣΔΙΤ. Συγκεκριμένα, η επιλογή των διδόντων συνέντευξη πραγματοποιήθηκε προσεκτικά, προκειμένου να συμπεριληφθούν ερευνώμενοι από όλους τους διαφορετικούς πιθανούς τομείς όπως :

- Σύμβουλοι , Διευθυντές και εργαζόμενοι του Ελληνικού Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Σύμβουλοι του Ελληνικού Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών
- Μέλη του Κοινοβουλίου
- τον Διευθύνοντα Σύμβουλο της ΔΕΠΙΑΝΟΜ
- Διοικητές δημόσιων νοσοκομείων
- Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον δημόσιο τομέα (ιατροί, νοσηλευτές, τραυματιοφορείς)
- Διευθυντές ιδιωτικών νοσοκομείων, κλινικών και διαγνωστικών κέντρων
- Επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, τραυματιοφορείς) που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά ιατρεία)
- Επενδυτές του ιδιωτικού τομέα

Καθώς είναι πιθανόν το ερωτηματολόγιο να περικλείει λάθη, ασάφειες, ενοχλητικές ερωτήσεις, να είναι κουραστικό κλπ, συνιστάται πριν αρχίσει η έρευνα να γίνεται το Pilot test του ερωτηματολογίου. Το Pilot test συστήνεται να γίνεται σε 8-10% του τελικού δείγματος και θεωρείται ως μια από τις βασικότερες προφυλάξεις προκειμένου να εξακριβωθεί εάν πρόκειται να λειτουργήσει αποτελεσματικά.. Επίσης, στοχεύει σε μια αμερόληπτη και αντικειμενική έρευνα. (Πετράκης, 2006) Συνεπώς, φιλτράροντας τις παρατηρήσεις από το pilot test, έγιναν οι απαραίτητες βελτιώσεις, όπου αυτό χρειάστηκε. Μετά την πιλοτική δοκιμή, μερικές ερωτήσεις προστέθηκαν, μία διαγράφηκε και δύο

άλλες ερωτήσεις αναδιατυπώθηκαν.

Μόλις συλλέχθηκαν όλα τα αποτελέσματα, ομαδοποιήθηκαν και παρουσιάστηκαν δείχνοντας τις διακυμάνσεις των απόψεων σε κάθε ερώτηση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε επόμενο κεφάλαιο.

3.3 Αντιμετώπιση ερευνητικών προβλημάτων

Οι συνεντεύξεις οφείλουν να υπακούουν στην επιστημονική δεοντολογία όπως αυτή εκφράζεται από ένα σύνολο κανόνων. Οι κανόνες αυτοί καθορίζουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο διεξάγονται οι συνεντεύξεις. Η σχέση λοιπόν μεταξύ του ερευνητή και του υποκειμένου είναι αναλογική και ισότιμη και κατά τη διάρκεια της συνέντευξης διαπλέκονται συναισθήματα εμπιστοσύνης και ανασφάλειας ή ασφάλειας. Η διακριτικότητα του ερευνητή και η ευγένειά του, καθορίζουν κατά πολύ την χροιά των απαντήσεων. Ο ερευνητής βασίζεται στο ότι ο ερωτώμενος είναι πρόθυμος να παρέχει ακριβείς και πλήρεις απαντήσεις.

Μερικά από τα προβλήματα που προκύπτουν, λόγω προκατάληψης, είναι για παράδειγμα η προθυμία του ερωτώμενου να δώσει τις απαντήσεις που ερευνητής θέλει ή τις απαντήσεις που θα είναι επιθυμητές (Kitwood, 1977). Οι ερωτώμενοι ενδόμυχα τρέφουν την ελπίδα ότι θα δώσουν τις «σωστές» απαντήσεις. Δεν είναι αυτή, όμως, η επιθυμητή κατάληξη μιας συνέντευξης, γιατί στις συνεντεύξεις δεν γίνονται «λάθη», όσον αφορά στις απαντήσεις των ερωτώμενων. Σκοπός του ερευνητή είναι η προσέγγιση και καταγραφή της αλήθειας χωρίς προκαταλήψεις από τον ερωτώμενο λόγω κακής μνήμης, λόγω γνωριμίας, λόγω υπαινιγμών από άλλους, λόγω ψεύτικης ανταπόκρισης.

Αν και επιβάλλεται οι απαντήσεις του ερωτώμενου να μην υποδαυλίζονται, να μην είναι κατευθυνόμενες από τις ερωτήσεις του ερευνητή, ο τελευταίος χρησιμοποιεί πολλές φορές ορισμένα τεχνάσματα όπως ενθάρρυνση ή συγκατάβαση ή ενδιαφέρον. Επίσης υπάρχει ο φόβος για παρεμβολές του παράγοντα τύχη.

Για να ξεπεραστούν οι ανωτέρω ερευνητικοί προβληματισμοί, το δείγμα επιλέγηκε με αυστηρότητα, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα δείγμα από άτομα διαφορετικών επιπέδων όπως υπεύθυνους χάραξης πολιτικής υγείας, εμπειρογνώμονες του τομέα υγείας, ιατρούς και νοσηλευτές δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων, ιδιώτες επενδυτές κλπ. Το δείγμα παρείχε ακριβείς πληροφορίες για τον πληθυσμό. Η προκατάληψη απεφεύχθη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

4.1 Εννοιολογική οριοθέτηση ΣΔΙΤ

Οι **Συνεργασίες Δημοσίου με Ιδιωτικό τομέα (ΣΔΙΤ ή Public – Private Partnerships, PPP)** αποτελούν μια μέθοδο κατασκευής δημόσιων υποδομών και παροχής δημόσιων υπηρεσιών, με συνεχώς διευρυνόμενη εφαρμογή. Στις ΣΔΙΤ, ο δημόσιος τομέας αναθέτει στον ιδιωτικό τομέα να σχεδιάσει, να μελετήσει, να κατασκευάσει, να λειτουργήσει και να συντηρήσει μια υποδομή ή και να σχεδιάσει, θέσει σε εφαρμογή και να παράσχει μια δημόσια υπηρεσία. Η τεχνική αυτή είναι ήδη αρκετά διαδεδομένη σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ο ορισμός των “Standars & Poor’s” μιας **Σύμπραξης δημόσιου με ιδιωτικό τομέα ΣΔΙΤ ή PPP (Public Private Parthership)** είναι η οποιαδήποτε μέσο-μακροπρόθεσμη συνεργασία μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, που περιλαμβάνει την από κοινού ανάληψη κινδύνων και ανταμοιβών σε διάφορα επίπεδα δραστηριοτήτων, εξειδίκευσης και χρηματοδότησης, ώστε να επιτευχθεί το απαιτούμενο αποτέλεσμα για το κοινωνικό σύνολο. Τα **PFI (Private Finance Initiatives)** αποτελούν μέρος των PPPs που τυπικά περιλαμβάνουν συμπράξεις, όπου ο ιδιωτικός τομέας συνάπτει σύμβαση με το δημόσιο τομέα, ώστε να παραχθούν ποιοτικές υπηρεσίες μέσα από μια μακρόχρονη συνεργασία.

Οι Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) είναι μορφές συνεργασίας των δημόσιων αρχών με τον κόσμο των επιχειρήσεων, που αποσκοπούν στην εξασφάλιση της χρηματοδότησης, της μελέτης, της κατασκευής, της ανακαίνισης, της διαχείρισης και της συντήρησης μιας υποδομής ή στην παροχή μιας υπηρεσίας, **σε τομείς της εθνικής οικονομίας, όπου η απελευθέρωση της αγοράς είναι είτε ανέφικτη είτε μη επιθυμητή.**

Αφορούν σε σύνθετα σχήματα συνεργασίας του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα με μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις που κατά την διεθνή αποδεδειγμένη εμπειρία στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών του κράτους προς τον πολίτη, στην παροχή της τεχνογνωσίας και των μεθόδων του ιδιωτικού τομέα προς τον δημόσιο, στην ενίσχυση παραγωγικών επενδύσεων καθώς και στη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας.

Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην υλοποίηση αυτών των έργων και υπηρεσιών γίνεται είτε με τη μορφή του συνεργαζόμενου εταίρου (partner) με τον φορέα υλοποίησής τους, είτε με την μορφή του παροχέα υπηρεσιών προς το δημόσιο.

Οι ΣΔΙΤ παρέχουν ένα συγκριτικό πλεονέκτημα, τόσο για το δημόσιο όσο και για τον συμπράττοντα ιδιωτικό τομέα. Το δημόσιο για παράδειγμα, εξοικονομεί πόρους από τον Κρατικό Προϋπολογισμό αναθέτοντας σε ιδιωτικούς επιχειρηματικούς φορείς να κατασκευάσουν υποδομές, για την Υγεία, την Εκπαίδευση και τον Πολιτισμό ενώ την ίδια στιγμή ο ιδιωτικός τομέας της οικονομίας συμμετέχει σε τομείς δραστηριότητας που μέχρι τώρα την αποκλειστική ευθύνη έφερε το δημόσιο.

Η προώθηση του θεσμού αυτού αποσκοπεί στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών του Κράτους προς τον πολίτη, με την χρησιμοποίηση πρόσθετων ιδιωτικών πόρων, συμπληρωματικών προς του διαθέσιμους δημόσιους πόρους με στόχο την δημιουργία αναγκαίων υποδομών και παράλληλα την παροχή των υπηρεσιών, της τεχνογνωσίας και των μεθόδων λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα.

Θεωρείται ότι υπάρχουν δραστηριότητες, τις οποίες ο ιδιωτικός τομέας λόγω **εξειδίκευσης και αυξημένης παραγωγικότητας** μπορεί να εκτελέσει καλύτερα, οικονομικότερα, ταχύτερα και πιο ποιοτικά από τη δημόσιο και άλλες, όπου ο δημόσιος τομέας είναι πιο αποδοτικός ή παρέχει μεγαλύτερη εξασφάλιση στην παροχή κοινωφελών υπηρεσιών σε σχέση με τον ιδιωτικό.

Μέσω των ΣΔΙΤ είναι δυνατή η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών που ικανοποιούν τις απαιτήσεις των πολιτών, με τρόπο οικονομικά αποδοτικό και αποτελεσματικό. Η συνεργασία δημοσίου και ιδιωτικού τομέα μπορεί να προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως την υλοποίηση ενός σχεδίου στην καλύτερη σχέση ποιότητας – τιμής διατηρώντας παράλληλα τους στόχους του δημοσίου συμφέροντος.

«Παρά ταύτα, η χρησιμοποίηση των ΣΔΙΤ δεν θα πρέπει να παρουσιάζεται ως η μοναδική λύση για ένα δημόσιο τομέα, που αντιμετωπίζει δημοσιονομικούς περιορισμούς. Οι οικολογικές και οργανωτικές επιλογές για τον τρόπο υλοποίησης κάθε σχεδίου (έργου) πρέπει να παρουσιάζουν πραγματική προστιθέμενη αξία σε σχέση με άλλες επιλογές, (όπως είναι η κλασική σύναψη σύμβασης δημόσιου έργου / υπηρεσίας) προκειμένου να προωθηθούν σε εφαρμογή. Άλλωστε, η εξοικονόμηση ή/ και διεύρυνση των διαθέσιμων πόρων, δεν αποτελεί τον μοναδικό επιδιωκόμενο στόχο από την ανάπτυξη και εφαρμογή των ΣΔΙΤ. Η διαφοροποίηση του τρόπου με τον οποίο το δημόσιο (και ο ευρύτερος δημόσιος τομέας) παρέχει υπηρεσίες, προμηθεύεται αγαθά και

υλοποιεί επενδυτικά σχέδια, ώστε να προάγεται η καινοτομία, ο ανταγωνισμός και η μεταφορά τεχνογνωσίας από τον ιδιωτικό προς το δημόσιο τομέα, η εξασφάλιση του επιθυμητού επιπέδου επιτελεστικότητας των κοινωφελών υποδομών σε όλη την διάρκεια ζωής τους και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σταθερή βάση, η ανταπόκριση στις απαιτήσεις της ανάπτυξης με παράλληλο σεβασμό των δημοσιονομικών περιορισμών της Οικονομίας, αποτελούν κάποιους από τους πολλούς και ποικίλους στόχους που επιδιώκονται με την εφαρμογή των ΣΔΙΤ», αναφέρουν στην Έκθεσή τους οι Εμπειρογνώμονες του ΥΠΟΙΟ ⁵.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί, είναι απαραίτητο οι σχέσεις μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα στο πλαίσιο της ΣΔΙΤ να δομηθούν με τέτοιο τρόπο, ώστε οι δραστηριότητες των ΣΔΙΤ και οι κίνδυνοι που σχετίζονται με αυτές να επιμερίζονται μεταξύ των δύο μερών με βάση τη δυνατότητα καθενός εξ αυτών να τις χειρισθούν και να τις ελέγξουν αποτελεσματικότερα για την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των δεξιοτήτων, ικανοτήτων και εμπειριών τους, προς το στόχο.

Η επιτυχία μιας ΣΔΙΤ στην πράξη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την πληρότητα του συμβατικού πλαισίου που θα συμφωνηθεί, καθώς και από την ακρίβεια και σαφήνεια των όρων που θα διέπουν την υλοποίησή της. Κατά συνέπεια, έχει καίρια σημασία η σαφής διάκριση των ρόλων, η ακριβής αξιολόγηση και η βέλτιστη κατανομή των κινδύνων μεταξύ των δύο μερών, καθώς και ο σαφής καθορισμός των ευθυνών, που αναλαμβάνει καθένας εξ αυτών.

Οι τυπολογίες λύσεων ΣΔΙΤ είναι πολλές και προσαρμόζονται ανάλογα με το έργο. Κύρια πλεονεκτήματα είναι, υπό την προϋπόθεση της καλής εφαρμογής, η ανάγκη διασφάλισης κονδυλίων του κρατικού προϋπολογισμού, η βελτίωση της ποιότητας των κατασκευαζόμενων υποδομών και των παρεχόμενων υπηρεσιών, η κινητοποίηση της τεχνογνωσίας του ιδιωτικού τομέα στο σχεδιασμό και την υλοποίηση των έργων και ο σημαντικός περιορισμός του κόστους ζωής ενός έργου ή υπηρεσίας.

Το θεσμικό πλαίσιο για την υλοποίηση των ΣΔΙΤ είναι σήμερα ανεπαρκές, τόσο σε κοινοτικό όσο και σε εθνικό επίπεδο. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξετάζει το θέμα σε σχέση

⁵ Υπουργείο Οικονομίας & Οικονομικών, 2006. *Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων 2005 - 2008, Έκθεση Εφαρμογής*. [online] available from: <http://www.mnec.gr/export/sites/mnec/el/economics/Ethniko_Programma_Metarrythmisewn_Gia_Thn_Anapt_yksh_Kai_Thn_Apasxolhsh/Ekthesi_Efarmogis_EPM_15-3-2007.pdf>

με τις παραδοσιακές μορφές ανάθεσης έργων και προμήθειας υπηρεσιών, ενώ η Eurostat έχει πρόσφατα αποφανθεί για την μη προσμέτρηση, υπό προϋποθέσεις, των υποχρεώσεων που αναλαμβάνει ένα κράτος μέλος από ΣΔΙΤ στο δημόσιο χρέος. Στην Ελλάδα, επιμέρους ρυθμίσεις επέτρεψαν να υπάρξει κάποια πρόοδος σε αριθμό έργων, για τα οποία είτε χρειάστηκε ειδική νομοθετική ρύθμιση για να καταστεί δυνατή η υλοποίησή τους, είτε απέτυχαν μετά από καθυστερήσεις και μεγάλες δαπάνες, τόσο των ιδιωτών όσο και του δημοσίου.

Οι συμβάσεις ΣΔΙΤ είναι σύνθετα σχήματα με μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις και αποτελούν ελεγχόμενες ιδιωτικοποιήσεις τομέων της οικονομίας, που παραδοσιακά ανήκαν στο δημόσιο τομέα. Σε όλες τις χώρες όπου έγινε προσπάθεια εφαρμογής τους, αντιμετωπίστηκαν και αντιμετωπίζονται πολλά θεσμικά, πολιτικά, επιχειρηματικά και άλλα προβλήματα, τα οποία είτε αντιμετωπίζονται επαρκώς (Αγγλία, Πορτογαλία, Ισπανία, Ουγγαρία, Ιταλία) είτε όχι, οπότε δεν υπάρχει εκτεταμένη χρήση του θεσμού (Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα). Η διαμόρφωση κατάλληλων πολιτικών αλλά και θεσμικού πλαισίου το οποίο να καθιστά δυνατή, συμβατή με την ελληνική πραγματικότητα και επικερδή βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα για το σύνολο της οικονομίας την εφαρμογή των ΣΔΙΤ, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη συνέχισή τους.

Τα κύρια κοινά γενικά χαρακτηριστικά των ΣΔΙΤ είναι τα παρακάτω :

Προδιαγραφές παραγόμενου αποτελέσματος

Στο πλαίσιο της ΣΔΙΤ ο δημόσιος τομέας καθορίζει τις προδιαγραφές του παραγόμενου αποτελέσματος (υπηρεσία ή αγαθό ή πλαίσιο επενδυτικού σχεδίου) και ο ιδιωτικός τομέας αποφασίζει για τις διαδικασίες, τους πόρους και το τρόπο με τον οποίο θα επιτύχει το επιθυμητό επίπεδο του παραδοτέου. «Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν συνιστάται στο δημόσιο να θέτει μη αναγκαίους περιορισμούς στον τρόπο με τον οποίο ο ιδιωτικός τομέας θα επιτύχει το ζητούμενο αποτέλεσμα, αλλά να του παρέχει σε μεγάλο βαθμό ευελιξία κινήσεων, ώστε να είναι δυνατή η ανάπτυξη καινοτομικών λύσεων, τόσο στο σχεδιασμό και στην κατασκευή, όσο και στη λειτουργία» εισηγούνται οι Εμπειρογνώμονες του ΥΠΟΙΟ.⁶

⁶ Υπουργείο Οικονομίας & Οικονομικών, 2006. *Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων 2005 - 2008, Έκθεση Εφαρμογής*. [online] available from: <http://www.mnec.gr/export/sites/mnec/el/economics/Ethniko_Programma_Metarrythmisewn_Gia_Thn_Anapt_yksh_Kai_Thn_Apasxolhsh/Ekthesi_Efarmogis_EPM_15-3-2007.pdf>

Εξασφάλιση επιθυμητού επιπέδου απόδοσης για μεγάλο χρονικό διάστημα

Με την ΣΔΙΤ συμφωνείται η παροχή των ζητούμενων υπηρεσιών στο επιθυμητό επίπεδο ποιότητας/ποσότητας, για όλη τη διάρκεια ζωής του έργου, ή τουλάχιστον για ένα σημαντικό τμήμα αυτής.

Επιμερισμός κινδύνων

Οι πολλοί και διάφοροι κίνδυνοι (risk), που σχετίζονται με ένα έργο στο πλαίσιο της σχετικής ΣΔΙΤ, επιμερίζονται ανάμεσα στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα, «με βάση το ποιους κινδύνους μπορεί ο κάθε τομέας να ελέγξει και να διαχειριστεί καλύτερα», λένε οι εμπειρογνώμονες.

Βιωσιμότητα έργου

Στην ΣΔΙΤ η βιωσιμότητα του έργου στηρίζεται στη δυνατότητα των προβλεπομένων μελλοντικών χρηματοροών να καλύψουν τα λειτουργικά έξοδα και την εξυπηρέτηση των ιδίων και ξένων κεφαλαίων.

Πιστοληπτική ικανότητα του έργου

Το ύψος της χρηματοδότησης του έργου, στο πλαίσιο μιας ΣΔΙΤ, εξαρτάται κατ' αρχήν από τη βιωσιμότητα, αλλά συμπληρωματικά και από την πιστοληπτική ικανότητα του επενδυτή και την φερεγγυότητα και εμπειρία του διαχειριστή (operator).

Αμοιβή συνδεδεμένη με την αποδοτικότητα

Στο πλαίσιο μιας ΣΔΙΤ, το ύψος της αμοιβής του ιδιωτικού φορέα συνδέεται και ελέγχεται με την ποιότητα και ποσότητα του έργου που παράγει, και εξαρτάται από την εκπλήρωση των σχετικών κριτηρίων και προδιαγραφών, όπως αυτά έχουν καθοριστεί στις αντίστοιχες συμβάσεις. Με τον τρόπο αυτό περιορίζονται οι υπερβάσεις κόστους και χρονοδιαγράμματος, αφού, για να καταβληθούν οι πληρωμές, πρέπει το έργο να είναι ολοκληρωμένο και να λειτουργεί, όπως συμβατικά έχει καθοριστεί.

Συμβάσεις

Σε μια ΣΔΙΤ η σχέση ανάμεσα στα δύο μέρη καθορίζεται από σχετικές συμβάσεις, τις οποίες υπογράφουν και οι οποίες περιλαμβάνουν μεταξύ των άλλων : τις προδιαγραφές των υπηρεσιών / αγαθών, τον μηχανισμό πληρωμών και κυρώσεων, τον επιμερισμό των κινδύνων κλπ.

Συνδυασμός στόγων και επιδιώξεων

Η δυνατότητα εκπλήρωσης, από πλευράς ιδιωτικού φορέα, των κριτηρίων και προδιαγραφών ποιότητας και ποσότητας του προς παραγωγή έργου, στο πλαίσιο μιας ΣΔΙΤ, θα πρέπει να καλύπτει τους στόχους και επιδιώξεις των χρηστών. Η δυνατότητα εκπλήρωσης αποτελεί συγχρόνως βασικό κριτήριο χρηματοδότησης του ιδιωτικού φορέα από τις χρηματοδοτικές πηγές.

Μεγάλη διάρκεια

Η συνθετότητα των ΣΔΙΤ (εξάρτηση αμοιβής προς παραγόμενο έργο) καθώς και το ύψος της επένδυσης, απαιτούν συνήθως δέσμευση όλων των μερών σε μεγάλο βάθος χρόνου.

4.2 Κατηγοριοποίηση συμπράξεων

Οι συμβάσεις ΣΔΙΤ ή PPP διακρίνονται σε τρεις γενικές κατηγορίες, που αναφέρονται παρακάτω, και με τις οποίες θα ασχοληθούμε εκτενέστερα στην πορεία της μελέτης μας:

Ανταποδοτικά έργα ή Παραχωρήσεις

Οι **Παραχωρήσεις** αφορούν δρόμους ή γέφυρες με διόδους, όπου ο όγκος της κυκλοφορίας σε σχέση με το κόστος των διοδίων επαρκούν για τη χρηματοδότηση της επένδυσης και για την μετέπειτα παροχή των υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένης της συντήρησης (από τον ιδιωτικό τομέα). Γενικότερα, τα πλέον συνήθη έργα με σύμβαση παραχώρησης είναι τα μεγάλα συγκοινωνιακά έργα, όπως λιμάνια, συνδυασμένες μεταφορές και αεροδρόμια. Ισχύουν επίσης στο εξωτερικό για ορισμένες υπηρεσίες της τοπικής αυτοδιοίκησης, κυρίως περιβαλλοντικά έργα τυπικά παραδείγματα των οποίων αποτελούν η επεξεργασία και η παροχή ύδατος, τα δίκτυα αποχέτευσης και η διαχείριση υγρών αποβλήτων, η αποκομιδή και η διαχείριση απορριμμάτων, ενεργειακά έργα, έργα τουριστικής υποδομής και οι δημοτικές συγκοινωνίες.

Όσον αφορά τις παραπάνω αναθέσεις που ενδεχομένως έχουν πολλά από τα χαρακτηριστικά διαδικασίας ιδιωτικοποίησης, το σημαντικό στοιχείο είναι ότι οι χρεώσεις των χρηστών υπόκεινται σε ρύθμιση, αλλά το επίπεδο των χρεώσεων αυτών είναι τέτοιο ώστε να καλύπτεται η απαιτούμενη επένδυση και να εξασφαλίζεται η συνέχεια της παροχής υπηρεσιών. Στις περισσότερες περιπτώσεις παραχωρήσεων, ο ιδιώτης πέρα από τη χρηματοδότηση, το σχεδιασμό, την κατασκευή και τη συντήρηση

του έργου, αναλαμβάνει και την εκμετάλλευση του για κάποιο χρονικό διάστημα. Για το λόγο αυτό τέτοια έργα χαρακτηρίζονται ως **ανταποδοτικά**. Από την εκμετάλλευση αυτή, μέσω της είσπραξης τελών από τους τελικούς χρήστες για τη χρήση του έργου ή της υπηρεσίας, οι ιδιωτικοί φορείς αποπληρώνουν την αρχική χρηματοδότηση και προσδοκούν στην εξασφάλιση του εύλογου κέρδους. Το ύψος των τελών αυτών, οι προϋποθέσεις και ο τρόπος είσπραξής τους προσδιορίζονται με ακρίβεια στην εκάστοτε Σύμβαση Σύμπραξης και συνάπτεται μεταξύ Ιδιωτικού Φορέα και Αναθέτουσας Αρχής.

Στην περίπτωση των ανταποδοτικών έργων, οι ιδιώτες αναλαμβάνουν εκτός από τους κινδύνους της χρηματοδότησης και της κατασκευής και τον κίνδυνο της ζήτησης (δηλαδή τον εάν οι πολίτες θα κάνουν την προβλεπόμενη χρήση του έργου ή της υπηρεσίας) ώστε κατά συνέπεια να μπορέσουν να εισπράξουν τα προσδοκώμενα από την σύμπραξη έσοδα. Μετά το πέρας της συμβατικής περιόδου λειτουργίας το έργο μεταβιβάζεται στο Δημόσιο. Εάν το έργο δεν είναι πλήρως ανταποδοτικό, η βιωσιμότητα του μπορεί να υποστηριχθεί και με τη χρηματοδοτική συμβολή του Δημοσίου είτε με εφάπαξ ποσό κατά την περίοδο κατασκευής, είτε με τμηματικές καταβολές κατά την περίοδο λειτουργίας (Stoker, 1997).

ΣΧΗΜΑ 4 : Ανταποδοτικά Έργα ΣΔΙΤ



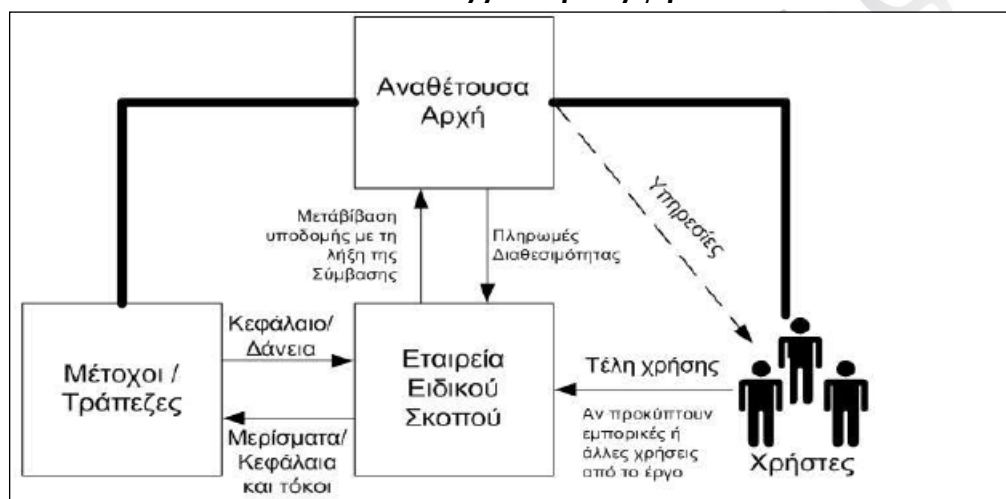
Πηγή : Υπουργείο Οικονομίας & Οικονομικών, Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ, *ΣΔΙΤ Συνοπτικός Οδηγός*, 2006 (<http://www.sdit.mnec.gr>)

Υβριδικές ΣΔΙΤ

Οι Υβριδικές ΣΔΙΤ καλύπτουν τομείς υπηρεσιών όπου επιβάλλονται μεν χρεώσεις στους χρήστες, αλλά για πολιτικούς ή και κοινωνικούς λόγους οι χρεώσεις αυτές

διατηρούνται σε επίπεδα ανεπαρκή για την κάλυψη των απαιτούμενων εκροών κεφαλαίου και λειτουργικών εξόδων. Παραδείγματα αποτελούν τα επαρχιακά λεωφορεία, τα μουσεία και τα κοινοτικά κέντρα αθλητισμού ή ψυχαγωγίας. Στις περιπτώσεις αυτές, οι χρεώσεις συμπληρώνονται με επιδότηση από την κρατική αρχή (Bennet & Grohmann,2000).

ΣΧΗΜΑ 5 : Υβριδική Μορφή ΣΔΙΤ



Πηγή : Υπουργείο Οικονομίας & Οικονομικών, Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ, *ΣΔΙΤ Συνοπτικός Οδηγός*, 2006 (<http://www.sdit.mnec.gr>)

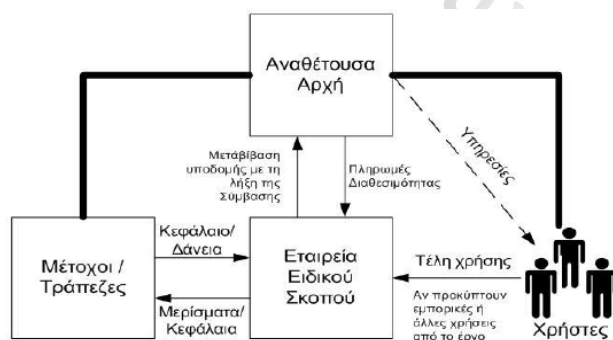
ΣΔΙΤ με τη μορφή Ιδιωτικής Χρηματοδοτικής Πρωτοβουλίας (Ι.Χ.Π. ή Private Finance Initiative PFI)

Η κατηγορία αυτή σημείωσε τη σημαντικότερη ανάπτυξη τα τελευταία 13 χρόνια, κυρίως στη Μ. Βρετανία και αφορά όλους εκείνους τους τομείς όπου η χρέωση του χρήστη δεν είναι δυνατή ή πολιτικά αποδεκτή. Στις δημόσιες υπηρεσίες, παράδειγμα αποτελούν τα δημόσια σχολεία, τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, καθώς και τα έργα που προορίζονται για τη χρήση της ίδιας της κυβέρνησης, όπως δικαστήρια, φυλακές, δημοτικά κτήρια, αστυνομικά τμήματα και σταθμοί πυροσβεστικής. (Κουρκουμέλης, 2006)

Στις περιπτώσεις αυτές δεν υπάρχει δηλαδή το στοιχείο της οικονομικής εκμετάλλευσης από τους ιδιώτες, για το λόγο αυτό και τα έργα αυτά χαρακτηρίζονται ως **μη ανταποδοτικά**. Πρόκειται ουσιαστικά για κοινωνικούς χαρακτήρα υποδομές ή υπηρεσίες, τις οποίες λειτουργεί το κράτος και απολαμβάνουν δωρεάν οι πολίτες. Στα έργα αυτά, ο ιδιωτικός τομέας αναλαμβάνει την υλοποίησή τους και αποπληρώνεται απευθείας από το κράτος (ενώ αναλαμβάνουν τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση και την κατασκευή και όχι με τον κίνδυνο της ζήτησης). Μολαταύτα, ο

ιδιώτης αναλαμβάνει της διαθεσιμότητας, δηλαδή τη διαχείριση και συντήρηση της υποδομής ή της υπηρεσίας, ώστε να διατηρούν τη λειτουργικότητα της στα καθορισμένα από το δημόσιο επίπεδα ποιότητας για όσο χρόνο ορίζει η σύμβαση. Οι τμηματικές καταβολές του δημοσίου ονομάζονται **πληρωμές διαθεσιμότητας** (availability payments), καθώς για να καταβληθούν στο ακέραιο στους Ιδιώτες, αυτός πρέπει να ελέγχει και να προωθεί τη λειτουργία και τη συντήρηση των υποδομών ή υπηρεσιών που παρέχονται. Στην περίπτωση που το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών ή λειτουργικότητας των υποδομών είναι χαμηλότερο από το οριζόμενο, οι πληρωμές αυτές μειώνονται ανάλογα ή και αναστέλλονται έως ότου ο Ιδιωτικός φορέας συμμορφωθεί με τις υποχρεώσεις του. Μετά το πέρας της συμβατικής περιόδου το έργο περιέρχεται στο Δημόσιο (Τομαδάκη, 2006).

ΣΧΗΜΑ 6 : Μη ανταποδοτικά έργα ΣΔΙΤ



Πηγή : Υπουργείο Οικονομίας & Οικονομικών, Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ, *ΣΔΙΤ Συνοπτικός Οδηγός*, 2006 (<http://www.sdit.mnec.gr>)

4.3 Μορφές των Συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα

Ανάμεσα στις δύο ακραίες περιπτώσεις χρηματοδότησης ενός έργου (δηλαδή, δημόσια ή ιδιωτική) υπάρχουν και οι ενδιάμεσες τεχνικές, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται στις πρακτικές των PPP, που παρουσιάζονται σε διαφορετικά μέρη ανά τον κόσμο καλύπτοντας τις εκάστοτε ανάγκες, όπως φαίνεται και στο σχήμα 5 (Bult-Spiering & Dewulf, 2006):

- **Ειδικό ταμείο** με χρήση ανταποδοτικών τελών τα οποία χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για την κατασκευή νέων υποδομών.
- **Ημιδημόσιες εταιρείες** ή φορείς ελεγχόμενοι από το δημόσιο, οι οποίες χρησιμοποιούν ιδιωτικά κεφάλαια.

- *Η υποδομή κατασκευάζεται από ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη λειτουργία, αλλά η ιδιοκτησία είναι δημόσια. Η χρηματοδότηση είναι ιδιωτική, αλλά εγγυημένη από το δημόσιο.*
- *Η υποδομή κατασκευάζεται και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον ιδιωτικό τομέα, αλλά η λειτουργία γίνεται από το δημόσιο φορέα.*

ΣΧΗΜΑ 7 : Δομές των ΣΔΙΤ (PPP)



Πηγή : PricewaterhouseCoopers, 2006

Για να κατανοήσει κανείς τις πολλές μορφές και τους διαφόρους τύπους ΣΔΙΤ δεν έχει παρά να σχηματίσει όλες τις δυνατές συνθέσεις των παρακάτω όρων :

Σχεδιασμός (Design), Κατασκευή (Build), Χρηματοδότηση (Finance), Λειτουργία (Operate), Ιδιοκτησία (Own), Μεταβίβαση-Μεταφορά (Transfer), Εγγύηση (Guarantee), Αγορά (Buy), Χρηματοδοτική μίσθωση (Leasing), Αποεπένδυση (Divestiture), Παραχώρηση εκμετάλλευσης (Concession), Παροχή Υπηρεσιών (Service delivery), Διαχείριση (Management) κ.ά.

Με άλλα λόγια οι τύποι και οι μορφές είναι άπειροι. Υποτίθεται πως ο ενδιαφερόμενος (κράτος ή φορέας) αξιολογεί και επιλέγει μεταξύ των συνήθων τύπων ποιος είναι εκείνος που αρμόζει και συμφέρει στην κάθε περίπτωση, ανάλογα και με τα δεδομένα της στιγμής και του φορέα.

Έχει συνήθως να επιλέξει μεταξύ των πλέον διαδεδομένων τύπων που είναι :

Συνεργασίες παροχής Υπηρεσιών (Service delivery partnership)

Οι συνεργασίες αυτές αναπτύσσονται μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και περιλαμβάνουν την παροχή μεμονωμένων υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα. Οι

υπηρεσίες αυτές δεν σχετίζονται απλά με την παροχή υπηρεσιών (π.χ. καθαρισμού ή εστίασης), που συνάπτονται μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικών εταιριών για λόγους περιορισμού του κόστους, αλλά αναφέρονται στην παροχή ευρύτερων και πιο πολύπλοκων υπηρεσιών (outsourcing), που σχετίζονται με μια συγκεκριμένη δραστηριότητα ή διαδικασία, όπως για παράδειγμα η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών διοίκησης, ή τα ολοκληρωμένα συστήματα παροχής πληροφοριών.

Κύριο χαρακτηριστικό αυτού του τύπου σύμπραξης είναι η μεταφορά κάποιου μέρους του κινδύνου στον ιδιωτικό τομέα. Το ζητούμενο είναι η προμήθεια αγαθών ή υπηρεσιών προκαθορισμών προδιαγραφών.

Ο τύπος αυτός σύμπραξης μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελεί μορφή ΣΔΙΤ, όταν δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών και οι συμβάσεις έχουν διάρκεια τουλάχιστον 5 έτη. Ο δημόσιος τομέας έχει την ευθύνη και παρέχει την κύρια υπηρεσία, ενώ ο ιδιωτικός φορέας, μέσω σχετικής επένδυσης, του παρέχει συγκεκριμένες επιμέρους λειτουργικές υπηρεσίες, έναντι μιας προσυμφωνηθείσας αμοιβής.

Σύμβαση διαχείρισης (Management agreement)

Ο δημόσιος τομέας μεταφέρει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών λειτουργίας και συντήρησης στον ιδιωτικό φορέα. Ο τελευταίος ενεργεί πάντα για λογαριασμό του δημοσίου, λειτουργεί διοικητικά ανεξάρτητα και δεν έχει άμεση νομική εξάρτηση από το δημόσιο. Αμείβεται για την παροχή των υπηρεσιών και η αμοιβή αυτή μπορεί να είναι σταθερή ή να είναι σε συνάρτηση με την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, όπως για παράδειγμα η βελτίωση της αποδοτικότητας κτλ. Η σύνδεση του συστήματος πληρωμών με την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων αποτελεί κίνητρο για την βελτίωση της παραγωγικότητας. Ωστόσο, οι δυσκολίες που εμφανίζονται στη προκειμένη περίπτωση έγκεινται στο καθορισμό των στόχων, στην παρακολούθηση και στην αξιολόγησή τους και στο γεγονός ότι η επίτευξη συγκεκριμένων στόχων μπορεί να μην εξαρτάται απόλυτα από την απόδοση του ιδιωτικού φορέα, αλλά να συνδέεται, για παράδειγμα, με την πραγματοποίηση επενδύσεων από το δημόσιο τομέα.

Σχεδιασμός - Κατασκευή - Χρηματοδότηση - Λειτουργία / D.B.F.O

(Design, Built, Finance, Operate)

Πρόκειται για συμβάσεις, που συνάπτονται μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα για το σχεδιασμό, την κατασκευή, τη λειτουργία και τη χρηματοδότηση νέων δημοσίων υποδομών ή επενδυτικών σχεδίων. Ο ιδιωτικός φορέας είναι υπεύθυνος για τον σχεδιασμό, τη κατασκευή, τη λειτουργία και τη χρηματοδότηση του παγίου και επανακτά την αξία των επενδυμένων κεφαλαίων από τις πληρωμές, που καταβάλλει το δημόσιο για τις υπηρεσίες, που του παρέχονται κατά τη διάρκεια της σύμβασης. Στη λήξη της σύμβασης η ιδιοκτησία του παγίου μεταφέρεται στο δημόσιο. Το μοντέλο DBFO είναι το βασικό μοντέλο συμβάσεων υποδομών και ανάπτυξης παγίων του δημοσίου, όταν οι δυνατότητες παράπλευρης εμπορικής εκμετάλλευσης είναι καταρχήν άγνωστες και ενδεχομένως περιορισμένες.

Παραχώρηση Εκμετάλλευσης (Concession)

Πρόκειται για συμβάσεις όμοιες με το DBFO, με τη μόνη διαφορά ότι ο ιδιωτικός φορέας αποπληρώνεται, για το κεφάλαιο που έχει επενδύσει, από την απευθείας χρέωση του τελικού χρήστη ή από τη χρέωση του χρήστη και εν μέρει, αλλά όχι αποκλειστικά, του δημοσίου. Αυτός ο τύπος ΣΔΙΤ εφαρμόζεται όταν υπάρχει επαρκής ζήτηση για το έργο ή τις υπηρεσίες, με αποτέλεσμα τα έσοδα από την εκμετάλλευση του παγίου να διασφαλίζουν τη βιωσιμότητά του, χωρίς να υπάρχουν αντιδράσεις από την κοινή γνώμη για την εκμετάλλευση αυτή. **Ως προς το περιεχόμενο της ΣΔΙΤ, το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η εκχώρηση στον ιδιώτη του δικαιώματος εκμετάλλευσης των οικονομικών - εμπορικών δυνατοτήτων ενός δημόσιου παγίου ή αγαθού, για μια προκαθορισμένη χρονική περίοδο.** Στην περίπτωση αυτή ο δημόσιος τομέας μεταφέρει την πλήρη ευθύνη για την παράδοση των υπηρεσιών υποδομής στον ιδιωτικό τομέα, μέσω διαδικασιών διαγωνισμών. Οι ευθύνες αυτές περιλαμβάνουν τόσο κάποιες τεχνικές εργασίες (κατασκευή, λειτουργία, συντήρηση και επέκταση του συστήματος), όσο και κάποιες χρηματοοικονομικές (συλλογή εσόδων, ανεύρεση κεφαλαίων) και διαχειριστικές εργασίες.

Ο δημόσιος τομέας παραχωρεί στον ιδιωτικό το πάγιο για μια περίοδο συνήθως 20-30 ετών, αλλά η ιδιοκτησία του παγίου παραμένει στο δημόσιο. Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτεί το έργο και έχει την πλήρη ευθύνη για τη λειτουργία και την συντήρηση. Ο

δημόσιος τομέας έχει την ευθύνη του να θέσει στόχους αποδοτικότητας (όπως π.χ. το ζητούμενο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών), η επίτευξη των οποίων αποτελεί ένα ισχυρό κίνητρο για τον ιδιωτικό τομέα για την ανάπτυξη καινοτομικών τεχνολογικών λύσεων, αφού η βελτίωση της αποδοτικότητας συνδέεται άμεσα με αύξηση των κερδών.

Κατασκευή – Ιδιοκτησία – Λειτουργία - Μεταβίβαση / B.O.O.T

(Build, Own, Operate, Transfer) (Κατασκευή, Απόκτηση κυριότητας, Λειτουργία, Μεταβίβαση κυριότητας)

Πρόκειται για το πλέον διευρυμένο μοντέλο παραχώρησης, όπου ο ιδιωτικός τομέας καθίσταται υπεύθυνος για το σχεδιασμό, την κατασκευή, τη χρηματοδότηση, τη λειτουργία, τη συντήρηση του έργου και αναλαμβάνει και τους εμπορικούς κινδύνους που σχετίζονται με αυτό. Ο ιδιωτικός φορέας έχει στην κυριότητά του το αγαθό καθ' όλη τη διάρκεια της παραχώρησης και το επιστρέφει στο δημόσιο στη λήξη της σύμβασης, συνήθως χωρίς πρόσθετο κόστος.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται διάφορες παραλλαγές των βασικών μοντέλων παραχώρησης, που διαφοροποιούνται ως προς το τρόπο συνεργασίας του ιδιωτικού τομέα με το δημόσιο, στις φάσεις κατασκευής και λειτουργίας.

Κατασκευή - Λειτουργία - Μεταφορά / B.O.T. (Build, Operate, Transfer) ή **Κατασκευή - Ιδιοκτησία - Λειτουργία / B.O.O.** (Build, Own, Operate)

Ο ιδιώτης ανάδοχος κατασκευάζει, με βάση τις προδιαγραφές που έχει συμφωνήσει με το δημόσιο, συντηρεί και λειτουργεί το έργο που ανήκει είτε σε κρατικούς φορείς (περίπτωση B.O.T) ή στον ίδιο (περίπτωση B.O.O.) για ένα προκαθορισμένο χρονικό διάστημα και στην συνέχεια μετά την λήξη της περιόδου εκμετάλλευσης (παραχώρησης), είτε μεταβιβάζει την λειτουργία του (B.O.T) είτε την ιδιοκτησία του (B.O.O.) στο δημόσιο. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο ιδιώτης είναι υπεύθυνος για τμήμα ή το σύνολο της χρηματοδότησης του έργου. Στην κατασκευαστική περίοδο ο ιδιωτικός φορέας παρέχει τα απαιτούμενα κεφάλαια και ο δημόσιος τομέας εγγυάται την αγορά των παρεχομένων υπηρεσιών, μετά την ολοκλήρωση της κατασκευαστικής περιόδου και τη θέση σε λειτουργία του παγίου. Η λειτουργική περίοδος έχει συνήθως μεγάλη διάρκεια, ώστε ο ιδιώτης να μπορέσει να αναλάβει το κόστος κατασκευής και να πραγματοποιήσει και κάποιο κέρδος. Αυτό εξασφαλίζεται με την αμοιβή που λαμβάνει, για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών στο χρήστη.

Σχεδιασμός - Κατασκευή- Λειτουργία / D.B.O (Design, Build, Operate)

Πρόκειται για συμβάσεις, που συνάπτονται μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και αφορούν στο σχεδιασμό, στην κατασκευή και στη λειτουργία υποδομών. Ο ιδιωτικός φορέας αναλαμβάνει το σχεδιασμό και την κατασκευή του παγίου, το οποίο ωστόσο πρέπει να πληροί συγκεκριμένες προδιαγραφές, που τίθενται από το δημόσιο (όπως αυτές περιλαμβάνονται και περιγράφονται αναλυτικά στις συμβάσεις μελέτης και κατασκευής). Επίσης ο ιδιωτικός φορέας είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία και τη συντήρηση του παγίου για μια προκαθορισμένη χρονική περίοδο, στο τέλος της οποίας επιστρέφει η λειτουργία και συντήρηση του παγίου στο δημόσιο. Η κατασκευή του παγίου χρηματοδοτείται από τον Ιδιωτικό τομέα. Με την ολοκλήρωση της κατασκευής, το δημόσιο αγοράζει από τον ιδιώτη το πάγιο αποκτώντας την ιδιοκτησία σε μια προσυμφωνημένη τιμή.

Αγορά – Κατασκευή – Λειτουργία / B.B.O. (Buy-Build-Operate)

Στο πλαίσιο προσέλκυσης επιχειρηματικών κεφαλαίων, το δημόσιο πωλεί υφιστάμενες εγκαταστάσεις κοινής ωφέλειας σε ιδιώτες, με σκοπό την υλοποίηση πρόσθετων επενδύσεων (ανακαίνιση-επέκταση) σε αυτές, ώστε να καταστεί δυνατή η εκμετάλλευση των κατασκευαστικών και διοικητικών δεξιοτήτων των ιδιωτών, η μείωση των κινδύνων που απορρέουν από την ιδιοκτησία και λειτουργία του έργου και η ανάδειξη της σημαντικής οικονομικής αξίας των υφισταμένων έργων υποδομής. Έκτοτε, ο ιδιώτης λειτουργεί τις εν λόγω εγκαταστάσεις ως ένα εποπτευόμενο από το κράτος κερδοφόρο κοινωφελές έργο.

Κατασκευή - Ιδιοκτησία - Μίσθωση – Μεταφορά / B.O.L.T.

(Build-Own-Lease-Transfer)

Με την μέθοδο B.O.L.T. ο ιδιώτης χρηματοδοτεί και κατασκευάζει το έργο, το οποίο στη συνέχεια μισθώνει με τη μορφή leasing στο δημόσιο. Το δημόσιο από πλευράς του καταβάλλει περιοδικές πληρωμές στον ιδιώτη, μέσω των οποίων σταδιακά μεταβιβάζεται και η ιδιοκτησία του έργου στην κυριότητά του. Στο τέλος της περιόδου αυτής το δημόσιο είναι πλέον ο ιδιοκτήτης των εγκαταστάσεων, ή τις αγοράζει με τίμημα, που έχει προσδιοριστεί στη σύμβαση leasing. Κατά την διάρκεια της περιόδου μίσθωσης, τη λειτουργία των εγκαταστάσεων αναλαμβάνει είτε το δημόσιο είτε ο ιδιώτης.

Σχεδιασμός - Κατασκευή - Εγγύηση - Λειτουργία / D.B.G.O (Design, Build, Guarantee, Operate)

Ο σχεδιασμός και η κατασκευή γίνεται από τον ιδιωτικό τομέα, σύμφωνα με τις προδιαγραφές του δημόσιου τομέα. Ο ιδιωτικός τομέας είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία και συντήρηση του παγίου για μια προκαθορισμένη περίοδο, στο πέρας της οποίας το πάγιο επιστρέφει στο δημόσιο. Η χρηματοδότηση γίνεται από το δημόσιο τομέα για την κατασκευή, αλλά η ολοκλήρωση της κατασκευής εντός χρονοδιαγράμματος και προϋπολογισμού διασφαλίζεται με εγγύηση του ιδιωτικού τομέα.

Αγορά - Κατασκευή - Λειτουργία / B.B.O (Buy, Build, Operate)

Ο ιδιωτικός τομέας αγοράζει το πάγιο από το δημόσιο τομέα, το οποίο πρέπει να ανακαινιστεί ή να επεκταθεί. Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτεί τις απαραίτητες εργασίες για τη προσαρμογή του παγίου στις ανάγκες του δημοσίου και είναι υπεύθυνος για τη συνεχή λειτουργία και συντήρηση αυτού, για μια προκαθορισμένη χρονική περίοδο.

Χρηματοδοτική μίσθωση - Ιδιοκτησία - Λειτουργία / L.O.O (Leasing, Own, Operate)

Στη περίπτωση αυτή μισθώνεται ένα πάγιο από το δημόσιο για συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Το πάγιο αυτό μπορεί να χρειάζεται ανακαίνιση ή επέκταση.

Από-επένδυση (Divestiture)

Στην περίπτωση αυτή το δημόσιο μεταφέρει στον ιδιωτικό τομέα την πλήρη ευθύνη για τη λειτουργία, συντήρηση και επένδυση, επιπλέον δε και την κυριότητα του παγίου, το οποίο στην συνέχεια μισθώνει, προκειμένου να καλύψει τις στεγαστικές του ανάγκες.

Οι τύποι ΣΔΙΤ, που παρουσιάστηκαν πιο πάνω, αποτελούν μερικές μόνο από τις εναλλακτικές λύσεις καθώς υπάρχουν σε πολλές παραλλαγές. «Ο μεγάλος αριθμός τέτοιων εναλλακτικών τύπων και η ευελιξία προσαρμογής τους στις ανάγκες και τις απαιτήσεις κάθε συγκεκριμένου έργου είναι το πλεονέκτημά τους» τονίζουν οι εμπειρογνώμονες του ΥΠΟΙΟ.

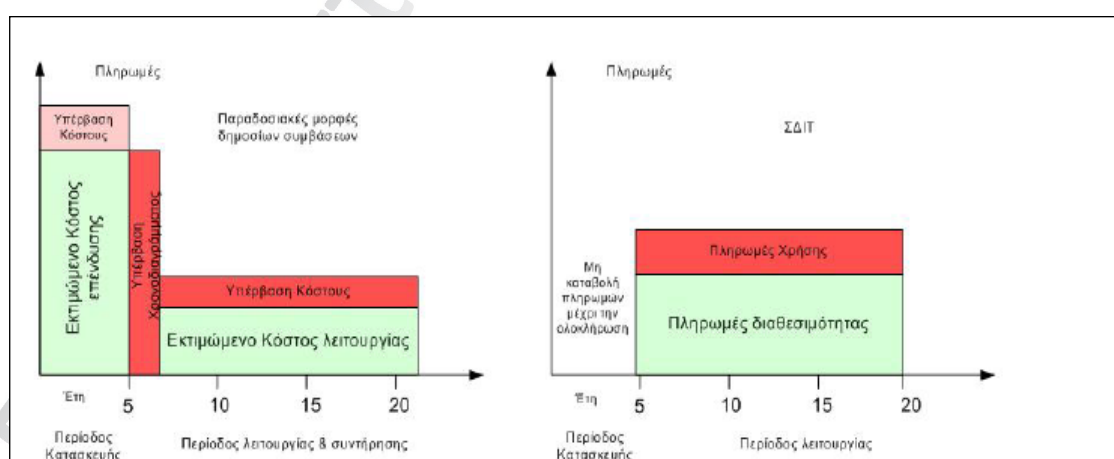
ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Τύποι Σύμπραξης μεταξύ Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα

Επιλογή	Χρηματοδότηση	Λειτουργία & Συντήρηση	Εμπορικός κίνδυνος	Κυριότητα στοιχείου	Διάρκεια (έτη)
Σύμβαση υπηρεσιών	Δημόσιο	Δημόσιο - Ιδιώτης	Δημόσιο	Δημόσιο	1- 2
Σύμβαση διαχείρισης	Δημόσιο	Ιδιώτης	Δημόσιο	Δημόσιο	3 - 5
Παραχώρηση (BOT/BOOT)	Ιδιώτης	Ιδιώτης	Ιδιώτης	Δημόσιο	25 – 30
PFI/DBFO	Ιδιώτης	Ιδιώτης	Δημόσιο - Ιδιώτης	Δημόσιο - Ιδιώτης	20 – 30
Αποεπένδυση Ιδιωτικοποίηση	Ιδιώτης	Ιδιώτης	Ιδιώτης	Δημόσιο - Ιδιώτης	-

4.4 Τα σημαντικότερα οφέλη από την εφαρμογή του συστήματος των ΣΔΙΤ

Για να αποδώσει οποιαδήποτε συνεργασία του ιδιωτικού με το δημόσιο τομέα θα πρέπει η σχέση να αποβαίνει προς όφελος και των δύο. Η πρόταση αυτή αποτελεί τη βασική αρχή των ΣΔΙΤ, που είναι η **οικονομική αποδοτικότητα** ή **value for money** (σχήμα 8) των πόρων του δημοσίου τομέα κατά την παροχή υπηρεσιών.

ΣΧΗΜΑ 8 : Παραδείγματα επίτευξης Value for Money (VFM) μέσω ΣΔΙΤ



Πηγή : Καΐσης, 2006

Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται αρχικά, με την καλύτερη κατανομή κινδύνων και την ανάληψή τους από τα μέρη εκείνα (Δημόσιο - Ιδιωτικός τομέας), που είναι σε θέση να τους διαχειριστούν καλύτερα. Η κατασκευή των έργων με τη μέθοδο ΣΔΙΤ απελευθερώνει πόρους οι οποίοι μπορούν να διατεθούν σε άλλους τομείς της

οικονομίας, που είτε δεν έχουν ένα ελκυστικό επίπεδο αποδοτικότητας για τον ιδιωτικό τομέα, είτε δεν είναι αποδεκτό από το Δημόσιο να υλοποιηθούν και αποτελέσουν αντικείμενο εκμετάλλευσης από τον ιδιωτικό τομέα. Η λειτουργία των έργων αυτών διευκολύνει σημαντικά την καθημερινή ζωή του πολίτη μειώνοντας, για παράδειγμα στα μεταφορικά έργα, το χρόνο μετακίνησης του και αυξάνοντας σημαντικά το επίπεδο ασφαλείας του (Βενιέρης, 2007).

Το κόστος χρήσης για τον πολίτη πολλών από τα έργα αυτά καλύπτεται και με το παραπάνω από την εξοικονόμηση εξόδων τα οποία θα επιβάρυναν το χρήστη εάν χρησιμοποιούσε την υφιστάμενη παλαιά υποδομή (πχ ύψος διόδου Αττικής Οδού σε σχέση με την μείωση κατανάλωσης βενζίνης λόγω απρόσκοπτης και γρήγορης μετακίνησης). Η ποιότητα των έργων έχει αποδειχθεί σημαντικά υψηλότερη από εκείνη των έργων που υλοποιούνται μέσω συμβάσεων δημοσίων έργων, ενώ και το επίπεδο προσφερόμενων υπηρεσιών είναι σαφώς υψηλότερο.

Η οικονομική αποδοτικότητα στηρίζεται ακόμη, στην εξασφάλιση ότι τα έργα εξυπηρετούν πλήρως το σκοπό τους και αυστηρώς μόνον αυτόν, χωρίς να ακολουθούν πλέον την τάση της «γιγάντωσης» και υπερβολικών δαπανών σε νέα έργα, όπως συνέβαινε στο παρελθόν. Η σαφέστερη εστίαση στις διαφορετικές ευθύνες του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, που θα αντικατοπτρίζει με ακρίβεια την καλύτερη και αποδοτικότερη κατανομή αρμοδιοτήτων και κινδύνων μεταξύ τους, είναι η πρακτική όπου ο δημόσιος τομέας μπορεί να προσδιορίσει ποιες υπηρεσίες θα πρέπει να παραχθούν, αφήνοντας τον ιδιωτικό τομέα να εξετάσει το πώς αυτές θα πρέπει να υλοποιηθούν (Μουρμούρης, 2006).

Μέσα στα πλαίσια του VFM είναι και η διατήρηση του εμπορικού κινήτρου του ιδιωτικού τομέα για αποτελεσματικότητα σε όλη τη διάρκεια του σχεδιασμού, της κατασκευής, της συντήρησης και της λειτουργίας του έργου. Ενώ ταυτόχρονα με τη δυνατότητα εμπορικής εκμετάλλευσης των υποδομών από τον ιδιώτη φορέα, επιτυγχάνεται η αποτελεσματική χρήση υποδομών και η προοπτική περισσότερων και καλύτερης ποιότητας έργων. Εάν με τις συμφωνίες αυτού του τύπου υπάρξει οικονομικό πλεόνασμα που δεν θα υπήρχε με τους συμβατικούς τρόπους προμήθειας και χρηματοδότησης, μπορούν να απελευθερωθούν πόροι για νέα έργα. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί και η ταχύτερη έναρξη της λειτουργίας των έργων που γίνονται μέσω των ΣΔΙΤ, καθώς η ροή πληρωμών ξεκινά με την έναρξη της λειτουργίας σε

αντίθεση με το συμβατικό τρόπο πληρωμής.

Τα ΣΔΙΤ, λοιπόν, επιτρέπουν την επίτευξη οικονομιών κλίμακας, με τη ομαδοποίηση ομοειδών έργων σύμπραξης, καθώς διαμοιράζεται η χρήση στοιχείων παγίου κεφαλαίου. Έμφαση πλέον δίνεται και στο σχεδιασμό του έργου με τρόπο, που να διατηρείται η αξία μέχρι το τέλος της σύμβασης, καθώς και η δυνατότητα εναλλακτικής χρήσης του μετά την εκπνοή του συμβολαίου. Τέλος, οι συμπράξεις προσφέρουν τη δυνατότητα, μέσω κοινοπραξιών διαφόρων μορφών, προώθησης έργων που δεν θα μπορούσε να αναλάβει οικονομικά ο δημόσιος τομέας μόνος του. Οι ΣΔΙΤ προσφέρουν επίσης την ευκαιρία στο κράτος να προγραμματίσει καλύτερα τις δαπάνες του.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, οι δημόσιοι φορείς μπορούν να ολοκληρώσουν ταχύτερα περισσότερα έργα ξεπερνώντας το πρόβλημα των περιορισμένων οικονομικών διαθεσίμων που αντιμετωπίζουν ακολουθώντας την παραδοσιακή μέθοδο προκήρυξής τους. Σε ότι αφορά την κατασκευή, το σύστημα των ΣΔΙΤ δίνει κίνητρα στους ιδιώτες να σχεδιάζουν εξ' αρχής το έργο ώστε το μέλλον να μπορούν να το συντηρήσουν αποδοτικότερα και οικονομικότερα καθώς να το παραδίνουν νωρίτερα για χρήση. Η κύρια ωφέλεια βάσει της οποίας εκτιμάται η προσφορά των ΣΔΙΤ είναι η καλύτερη οικονομική αποδοτικότητα του έργου σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. (Ψαρούτης, 2007)

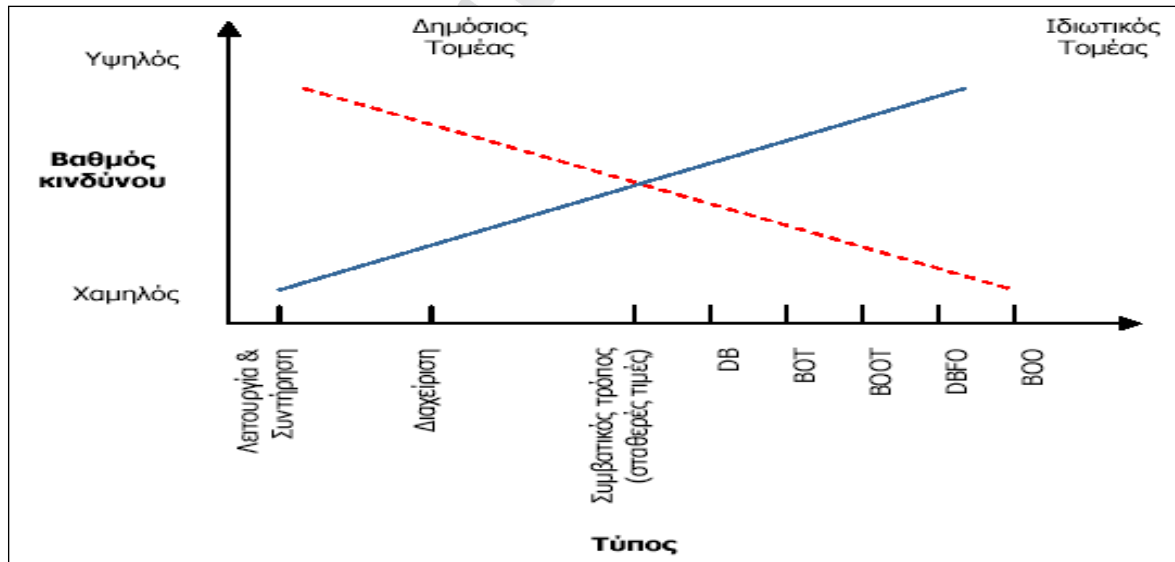
Συνοψίζοντας τα ενδεχόμενα πλεονεκτήματα και τα προσδοκώμενα οφέλη από την εφαρμογή του συστήματος ΣΔΙΤ αναφέρονται :

- **Η σαφής οριοθέτηση των αναγκών του δημοσίου**, μέσω του σχεδιασμού και της κατασκευής υποδομών που θα προωθούν μακροπρόθεσμα την όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική χρήση των έργων.
- **Βελτίωση υποδομών** του δημόσιου τομέα καθώς και **ευελιξία ανάπτυξης** της ακίνητης περιουσίας του. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να βελτιωθεί η καινοτομία, η ποιότητα και η ποσότητα παραγόμενων αγαθών / υπηρεσιών / παγίων.
- **Καλύτερη διοίκηση έργου** καθώς και περισσότερες και **ποιοτικότερες υπηρεσίες** ταχύτερα και στο **αναμενόμενο κόστος**, δηλαδή υλοποίηση των έργων εντός προϋπολογισμού και χρονοδιαγράμματος. Σύμφωνα με το National Audit Office της Μεγάλης Βρετανίας (2006), οι ΣΔΙΤ εξοικονομούν χρόνο και χρήμα, καθώς 76% των έργων παραδίδονται στον συμβατικό χρόνο παράδοσης (έναντι μόλις 27% με τον παραδοσιακό τρόπο) και 78% των έργων ολοκληρώνονται εντός

του προβλεπόμενου προϋπολογισμού (έναντι μόλις 30% με τον παραδοσιακό τρόπο).

- **Ορθολογικότερη κατανομή των επενδυτικών κινδύνων-ρίσκων.** Τα έργα ΣΔΙΤ εμπεριέχουν κινδύνους τόσο για το δημόσιο τομέα όσο και για τους ιδιωτικούς φορείς που θα τα υλοποιήσουν. Οι κίνδυνοι ποικίλλουν και πρέπει να κατανέμονται ανάμεσα στα εμπλεκόμενα μέρη με τέτοιο τρόπο, ώστε το κάθε ένα από αυτά να αναλαμβάνει το ρίσκο που μπορεί να διαχειριστεί καλύτερα.. Στόχος της αναθέτουσας αρχής είναι η ελαχιστοποίηση του επενδυτικού ρίσκου, χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η υλοποίηση του έργου. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει δυνατότητα να μειώσης των κινδύνων ανάλογα με την επίτευξη των συμβατικών υποχρεώσεων. Έτσι, οι υπερβάσεις χρόνου, για παράδειγμα, αποτρέπονται διότι ο ανάδοχος δεν πληρώνεται μέχρι να λειτουργήσει ένα έργο (π.χ. νοσοκομείο, σχολείο, σύστημα ασφαλείας κλπ). Ή, για παράδειγμα, εάν ο ανάδοχος δεν ανταποκριθεί στα πρότυπα ποιότητας του συμβολαίου συντήρησης και λειτουργίας, τότε οι πληρωμές δεν θα είναι οι προβλεπόμενες κ.ο.κ.

ΣΧΗΜΑ 9 : Βαθμός επιμερισμού κινδύνων μεταξύ Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα



- Ο **σχεδιασμός του έργου** έτσι ώστε να διατηρείται η αξία του μέχρι το τέλος της σύμβασης, καθώς και η δυνατότητα εναλλακτικής χρήσης του μετά την εκπνοή του συμβολαίου.
- Η **δυνατότητα**, μέσω κοινοπραξιών διαφόρων μορφών, **προώθησης έργων που δεν θα μπορούσε να αναλάβει οικονομικά ο δημόσιος τομέας μόνος του.** Οι

ΣΔΙΤ προσφέρουν επίσης την ευκαιρία στο κράτος να προγραμματίσει καλύτερα τις δαπάνες του.

- Η **επίτευξη οικονομιών κλίμακας** με την ομαδοποίηση ομοειδών έργων σύμπραξης, όταν διαμοιράζεται η χρήση στοιχείων παγίου κεφαλαίου.
- **Ενσωμάτωση τεχνογνωσίας και καινοτομίας** από τον ιδιωτικό τομέα στο δημόσιο. Έτσι μέσω των συμπράξεων δίνεται η δυνατότητα στο δημόσιο τομέα να εισαγάγει νέα τεχνογνωσία, να καταρτίσει καλύτερα τα στελέχη του και, επομένως, να γίνει περισσότερο αποτελεσματικός στην λειτουργία του.
- **Προώθηση των παραγωγικών επενδύσεων και αύξηση των θέσεων εργασίας.**
- **Απελευθέρωση πόρων** για την υλοποίηση άλλων έργων που δεν μπορούν να υλοποιηθούν με ΣΔΙΤ.

Σύμφωνα με μελέτη επιστημόνων της Ευρωπαϊκής Κεντρικής τράπεζας, ο δείκτης αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που παρέχει το ελληνικό δημόσιο είναι 0,65 ενώ ο μέσος όρος των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 0,78 (Μελάς, 2007). Συγκεκριμένα, οι αιτίες αναποτελεσματικότητας του δημόσιου τομέα μπορούν να αναζητηθούν στις **πολύπλοκες διαδικασίες**, την **υπέρμετρη γραφειοκρατία**, την **έλλειψη συντονισμού**, την **έλλειψη πολιτικής βούλησης**, την **διαφθορά**, την **έλλειψη νέων τεχνολογιών**, την **έλλειψη μακροπρόθεσμου στρατηγικού σχεδιασμού**, την **έλλειψη διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού**, την **έλλειψη κινήτρων**. Οι ΣΔΙΤ μπορούν να ωφελήσουν το κράτος και να λειτουργήσουν αρμονικά εξασφαλίζοντας μια βέλτιστη απόδοση για την οικονομία και την κοινωνία, μειώνοντας τον δείκτη της αναποτελεσματικότητας.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, οι δημόσιοι φορείς μπορούν να ολοκληρώσουν ταχύτερα περισσότερα έργα ξεπερνώντας το πρόβλημα των περιορισμένων οικονομικών διαθεσίμων που αντιμετωπίζουν ακολουθώντας την παραδοσιακή μέθοδο προκήρυξης τους. Σε ότι αφορά στην κατασκευή, το σύστημα των ΣΔΙΤ δίνει **κίνητρα** στους ιδιώτες να σχεδιάζουν εξ αρχής το έργο, ώστε στο μέλλον να μπορούν να το συντηρήσουν αποδοτικότερα και οικονομικότερα, καθώς και να το παραδίνουν νωρίτερα προς χρήση. Η κύρια ωφέλεια βάσει της οποίας εκτιμάται η προσφορά των ΣΔΙΤ είναι η καλύτερη οικονομική αποδοτικότητα του έργου σε όλη τη διάρκεια της ζωής του.

«Σήμερα χρειαζόμαστε μια Δημόσια Διοίκηση συμμετοχική και αποκεντρωτική στην

λειτουργία της, να ευνοεί και να αμείβει την καινοτομία, να στηρίζεται περισσότερο σε **κίνητρα** παρά σε εντολές και να εξυπηρετεί το δημόσιο συμφέρον με ρόλο διεύθυνσης και εποπτείας «πλοηγού», που να συνθέτει το δημόσιο συμφέρον με τα ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια της αγοράς, αλλά δεν είναι απαραίτητο να έχει και τον ρόλο του «κωπηλάτη» των υπηρεσιών που μπορεί να αναλάβει ο Ιδιωτικός Φορέας, σε συνθήκες ανταγωνιστικού περιβάλλοντος, ώστε τελικά, να περιορισθεί το κόστος του κράτους και να αυξηθεί η αποτελεσματικότητά του» (Λιαργκόβας, 2007)

4.5 Ο αντίλογος επί των ωφελειών των ΣΔΙΤ

Οι συμπράξεις ως ένα πολυδιάστατο σύστημα έχουν γίνει, από την αρχή ακόμα της εφαρμογής τους, αντικείμενο έντονης κριτικής. Με βάση το σκεπτικό αυτό, πέρα από τα πλεονεκτήματα και τα πιθανά οφέλη των ΣΔΙΤ, θα πρέπει να δοθεί έμφαση και στον αντίλογο. Κυρίαρχα επιχειρήματα όσων διατηρούν επιφυλάξεις με την πρακτική των ΣΔΙΤ εστιάζονται στο κόστος των έργων, στο χρόνο της διαδικασίας ανάθεσης, αλλά και στην απώλεια ελέγχου του Δημοσίου επί των κατασκευαστών και άλλων υπεργολάβων.

Το αυξημένο κόστος έργων ΣΔΙΤ

Κυρίαρχο θέμα έναντι της χρήσης των Συμπράξεων, είναι το γεγονός ότι τα έργα που πραγματοποιούνται με ΣΔΙΤ κοστίζουν ακριβότερα (συμπεριλαμβάνοντας το κόστος αποπληρωμής μιας επένδυσης στον ιδιώτη). Ο λόγος είναι πως στις Συμπράξεις την ευθύνη της χρηματοδότησης την έχει ο Ιδιωτικός Φορέας, γεγονός που συνεπάγεται το αυξανόμενο κόστος χρηματοδότησης. Από την άλλη όμως, είναι και ο μοναδικός τρόπος που καθιστά δυνατή την υλοποίηση έργων, τα οποία αλλιώς δεν θα ήταν δυνατόν να πραγματοποιηθούν. Περαιτέρω, προωθεί την υλοποίηση περισσότερων έργων με μικρότερο χρονικό διάστημα. Το αυξανόμενο κόστος της χρηματοδότησης καταμερίζεται σε περιοδικές καταβολές σε βάθος χρόνου και μπορεί να μετριασθεί με τις εναλλακτικές αναχρηματοδότησης που μπορεί να διαπραγματεύεται ο Ιδιωτικός φορέας. Άλλωστε, οι πληρωμές διαθεσιμότητας καλύπτουν το σύνολο των κινδύνων που αναλαμβάνει ο Ιδιώτης δηλαδή και των κινδύνων της περιόδου λειτουργίας (διαχειριστικό / τεχνικό κίνδυνο) (Andersen, 2004)

Η μεγαλύτερη χρονική διάρκεια της διαδικασίας ανάθεσης

Δεδομένης της πολυπλοκότητας των συμβάσεων σύμπραξης, με τις οποίες θα πρέπει να προβλέπονται μεταξύ άλλων ο τρόπος χρηματοδότησης από τον ιδιώτη και ο καταμερισμός των κινδύνων, είναι αναγκαία και υποδεικνύεται και από τους Φορείς χωρών οι οποίες έχουν εμπειρία ήδη εκτελεσθέντων συμβάσεων σύμπραξης, η πρόσληψη εξειδικευμένων συμβούλων προκειμένου να συνδράμουν το Δημόσιο φορέα κατά τη διαδικασία ανάθεσης και σύναψης της σύμβασης σύμπραξης και των παρεπομένων δανειακών ή άλλων συμφωνιών. Η πρόσληψη των συμβούλων, ως παραδοσιακή δημόσια σύμβαση, απαιτεί χρόνο, η δε αμοιβή τους επιβαρύνει το κόστος της σύμπραξης. Ωστόσο, η σχετική καθυστέρηση που προκαλείται εξισορροπείται από το συντομότερο χρόνο έναρξης λειτουργίας του έργου (λόγω ταχύτερης υλοποίησης των υποδομών) που ευλόγως αναμένει ο δημόσιος φορέας λόγω των κινήτρων που δίδονται στον ιδιώτη, δηλαδή της σύνδεσης της πληρωμής του ιδιώτη με την έναρξη της λειτουργίας του έργου. Επιπλέον, με την εφαρμογή τυποποιημένων διαδικασιών συντομεύονται ακόμη περισσότερο οι διαδικασίες ανάθεσης της σύμπραξης (Bult-Spiering & Dewulf, 2006)

Το δημόσιο χάνει τον έλεγχο επί του έργου

Στον αντίλογο επί των ΣΔΙΤ, υποστηρίζεται πως το δημόσιο χάνει τον έλεγχο του επί του έργου. Με αφετηρία το γεγονός, ότι τα ΣΔΙΤ η διαχείριση και λειτουργία του έργου γίνεται από τον ιδιώτη, ξεκίνησε μια διαμάχη γύρω από τον ελλιπή έλεγχο που ασκεί το δημόσιο επί του αναδόχου. Στην πραγματικότητα, ο έλεγχος που ασκεί το δημόσιο περιορίζεται στην τήρηση των προδιαγραφών απόδοσης και λειτουργίας, δεν ορίζονται ορόσημα (milestones) στα προβλεπόμενα χρονοδιαγράμματα, δεν επιβάλλονται ποινικές ρήτρες κατά τη διάρκεια της κατασκευής και δύναται να μην επιβάλλονται ποινικές ρήτρες ούτε για την παράδοση του έργου. Ωστόσο, αυτού του είδους η εποπτεία σε συνδυασμό με το μηχανισμό πληρωμών που είναι άμεσα συνδεδεμένος με την έναρξη της λειτουργίας του έργου αλλά και την τήρηση των προδιαγραφών απόδοσης και λειτουργίας εξασφαλίζουν ουσιαστικότερα αλλά και αποδοτικότερα σε επίπεδο ποιότητας παροχής υπηρεσιών έλεγχο του δημοσίου.

Η έλλειψη ευελιξίας των συμβάσεων σύμπραξης

Η μακρά διάρκεια των συμβάσεων σύμπραξης, η οποία κατά κανόνα υπερβαίνει τα είκοσι χρόνια, είναι ένας παράγοντας για να αποδειχθούν μη λειτουργικές οι συμπράξεις. Απρόβλεπτες ή μη προγραμματισμένες συνθήκες είναι πιθανόν να παρουσιάζονται

συχνότερα σε σχέση με άλλες βραχυχρόνιες συμβάσεις δημοσίων έργων. Η πιθανότητα αυτή αντιμετωπίζεται επιτυχώς με την πρόβλεψη στη Σύμβαση Σύμπραξης δυνατότητας επαναπροσδιορισμού των σημείων που αποδεικνύεται με το πέρασμα του χρόνου ότι δεν λειτουργούν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Επιχειρήματα υπέρ και κατά των ΣΔΙΤ

ΥΠΕΡ	ΚΑΤΑ
Μείωση των ελλειμμάτων του κρατικού προϋπολογισμού ως αποτέλεσμα του περιορισμού των δημοσίων δαπανών στη χρηματοδότηση των έργων υποδομής	Η δημόσια συμμετοχή, από οικονομικής πλευράς, εμφανίζεται αρκετά αυξημένη σε ορισμένα έργα ΣΔΙΤ
Συμβολή στην διεύρυνση της ανάπτυξης ή βελτίωσης της υπάρχουσας υποδομής με γρηγορότερους ρυθμούς	Οι καθυστερήσεις στην ανάπτυξη των υποδομών δεν προέρχονται μόνο από την έλλειψη των αναγκαίων πόρων αλλά συσχετίζονται με ασαφείς ή αρνητικές εκτιμήσεις οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών κινδύνων
Αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας στην παραγωγή των έργων λόγω του καταμερισμού των κινδύνων και υποχρεώσεων στο φορέα με καλύτερη δυνατότητα αποτελεσματικού χειρισμού	Η αύξηση της αποτελεσματικότητας επιτυγχάνεται εφόσον η διαδικασία ανάθεσης του έργου έχει πραγματοποιηθεί κάτω από συνθήκες υγιούς ανταγωνισμού. Ωστόσο υπάρχουν κίνδυνοι ολιγοπωλιακών δομών
Αποδέσμευση πόρων του δημοσίου και χρησιμοποίησή του σε άλλους τομείς όχι τόσο ελκυστικούς για την συμμετοχή ιδιωτικών κεφαλαίων	Μετατόπιση πόρων από αναδιανεμητικούς σκοπούς σε αναπτυξιακούς που αφήνουν αρκετά περιθώρια κέρδους στο ιδιωτικό κεφάλαιο
Ενίσχυση του ανταγωνισμού	Δημιουργία μονοπωλιακών τάσεων. Εμπορευματοποίηση δημοσίων αγαθών.
Διεύρυνση της καινοτομίας και μεταφορά της τεχνογνωσίας από τον ιδιωτικό στο δημόσιο τομέα	Αδυναμία του δημοσίου να αντεπεξέλθει στις νέες συνθήκες αβεβαιότητας

Πηγή : Επεξεργασία Γετίμης Α., (2000) από Teisman & Klijn, (1997), *High level group on Public – Private Partnership Financing of Trans – European Network project*

4.6 Κρίσιμοι παράγοντες για την επιτυχία των ΣΔΙΤ

Η διεθνής εμπειρία μέχρι σήμερα έχει δείξει ότι προκειμένου οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα να έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα είναι απαραίτητες κάποιες προϋποθέσεις, όπως:

- Πολιτική βούληση για ανάπτυξη έργων με ΣΔΙΤ.
- Κατάλληλο νομοθετικό και οικονομικό πλαίσιο.
- Προσεκτική επιλογή κατάλληλων έργων. Δεν είναι απαραίτητη αλλά ούτε εφικτή η υλοποίηση όλων των έργων με τη μορφή των συμπράξεων. Για παράδειγμα,

σήμερα στην Μεγάλη Βρετανία μόνο το 12-15% των δημόσιων έργων γίνονται με συμπράξεις.

- Επιλογή έργων που εντάσσονται σε ευρύτερο στρατηγικό σχεδιασμό ανάπτυξης.
- Τυποποίηση διαδικασιών για την μείωση του διαχειριστικού κόστους της διαγωνιστικής διαδικασίας.
- Ικανότητα του Δημοσίου να ανταποκριθεί θετικά στην πολυπλοκότητα των συμβάσεων έργων ΣΔΙΤ.
- Η μεγιστοποίηση του οφέλους σε σχέση με το κόστος ή αλλιώς η επίτευξη της μέγιστης αποδοτικότητας (efficiency) από την πλευρά του δημόσιου τομέα.. Προς αυτή την κατεύθυνση, συμβάλλουν η επιλογή του καταλληλότερου επενδυτικού σχήματος (εμπειρία, τεχνική και οικονομική προσφορά κ.λπ.), καθώς και ο σχεδιασμός του εμπορικού και συμβατικού πακέτου μεταξύ της αναθέτουσας αρχής και του consortium. Επίσης, η δημιουργία του κατάλληλου μηχανισμού για τον έλεγχο της επίτευξης της αποδοτικότητας καθ' όλη τη διάρκεια του έργου είναι σημαντική και μπορεί να επιτευχθεί και μέσω ενός συστήματος συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking).
- Η διαχείριση του κινδύνου (κατασκευαστικού, χρηματοπιστωτικού και έγκαιρης παράδοσης) καθώς και η δυνατότητα ανταπόκρισης του αναδόχου σ' αυτόν.
- Οι συμβάσεις να εξασφαλίζουν την οικονομική αποδοτικότητα και την χρηματοδότηση ("bankability") των έργων που επιλέγονται ως ΣΔΙΤ.
- Εκδήλωση ενδιαφέροντος από μέρους του ιδιωτικού τομέα.
- Αξιοποίηση της διεθνούς εμπειρίας. Για παράδειγμα, οι συμβάσεις πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο απλές και να μην χρησιμοποιηθούν ως έμμεσος τρόπος ιδιωτικοποιήσεων. Οι ΣΔΙΤ είναι τρόπος κατασκευής, διαχείρισης, χρηματοδότησης κλπ δημοσίων έργων, δεν είναι τρόπος ιδιωτικοποίησης. Όπου οι ΣΔΙΤ χρησιμοποιήθηκαν ως έμμεσες ιδιωτικοποιήσεις (π.χ. σε ορισμένα νοσοκομεία στο Ην. Βασίλειο) τα αποτελέσματα δεν ήταν ενθαρρυντικά αφού οδήγησαν σε αύξηση τους κόστους.
- Βελτίωση της δημοσιονομικής κατάστασης της χώρας με την πάροδο του χρόνου. Σε περίπτωση χειροτέρευσής της, οι ΣΔΙΤ θα την επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο, αφού μετακυλύουν το κόστος των έργων στο μέλλον.
- Ανάπτυξη ευρύτερου κλίματος συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Το ζητούμενο λοιπόν μέσα από τις ΣΔΙΤ είναι η ανάπτυξη και η βελτίωση της

ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η μέθοδος της σύμπραξης με τον Ιδιωτικό τομέα έχει καταδειχθεί διεθνώς ότι αποτελεί, **όχι πανάκεια**, αλλά ένα αποτελεσματικό μέσο υλοποίησης συγκεκριμένων στόχων.

4.7 Νομικά – Θεσμικά θέματα ΣΔΙΤ

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία του νέου εργαλείου των ΣΔΙΤ, εξέδωσε το 2004 την Οδηγία 2004 / 18, το «**Πράσινο Βιβλίο σχετικά με τις Συμπράξεις Δημοσίου & Ιδιωτικού τομέα και το Κοινοτικό Δίκαιο των Δημοσίων Συμβάσεων και των Συμβάσεων Παραχώρησης**», για να υποστηρίξει τη δημιουργία νομοθετικού πλαισίου σε κάθε κράτος μέλος, για την υλοποίηση έργων κοινωνικού χαρακτήρα με βάση εθνικές προτεραιότητες. Το Σεπτέμβριο 2005, ψηφίστηκε στην Ελληνική Βουλή ο Νόμος 3389 / 2005 για τις ΣΔΙΤ, οι διατάξεις του οποίου είχαν συζητηθεί με τους εκπροσώπους των φορέων που θα αποτελέσουν άμεσα ή έμμεσα τους κύριους εμπλεκόμενους στην υλοποίηση των αντίστοιχων συμβάσεων.

4.7.1. Η Κοινοτική εκδοχή της έννοιας των συμπράξεων

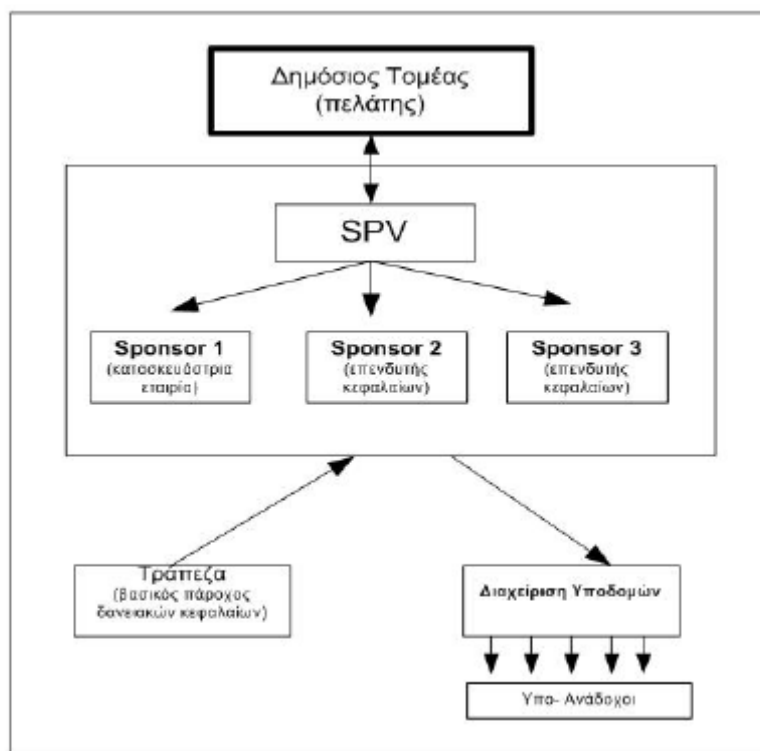
Προτού αναλύσουμε τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την έννοια της σύμπραξης ο ελληνικός νόμος 3389/2005, οφείλουμε να ξεκαθαρίσουμε ότι δεν υφίσταται επιβεβλημένος ορισμός της έννοιας σε κοινοτικό επίπεδο στις διάφορες χώρες. Η Επιτροπή βασίζεται στις εμπειρίες των επιμέρους κρατών μελών αφενός για να εντοπίσει τα ελάχιστα κοινά χαρακτηριστικά του θεσμού, αφετέρου για να επιχειρήσει μια πρώτη κωδικοποίηση των μορφών σύμπραξης.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο οι Συμπράξεις διατηρούν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, ιδίως την μακροχρόνια σχέση συνεργασίας, την ιδιωτική χρηματοδότηση των σχεδίων, την ιδιαίτερη κατανομή των κινδύνων και τους νέους ρόλους, τους οποίους καλούνται να διαδραματίσουν ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας. Κωδικοποιούνται δε από την Επιτροπή σε δύο γενικές κατηγορίες : τις **συμπράξεις θεσμοθετημένου τύπου** (institutionalized PPPs) και τις **συμπράξεις συμβατικού τύπου** (contractual PPPs) (οδηγία 2004 / 18/ ΕΚ) (Καίσης, 2006)

Στις **συμπράξεις θεσμοθετημένου τύπου**, η συνεργασία λαμβάνει χώρα στα πλαίσια ενός τρίτου φορέα (σχήμα 10), με χωριστή νομική προσωπικότητα. Πρόκειται είτε για ad hoc σύσταση ενός νέου φορέα μικτού κεφαλαίου, ο οποίος θα ελέγχεται από κοινού από

το δημόσιο και τον ιδιώτη, είτε για την απόκτηση του ελέγχου μιας υφιστάμενης δημόσιας επιχείρησης από τον ιδιωτικό τομέα μέσω της συμμετοχής του στο μετοχικό κεφάλαιο (see equity capital). Η ξεχωριστή νομική οντότητα, καλείται ‘όχημα ειδικού σκοπού’ (special purpose vehicle, SPV). Το SPV με όποια μορφή και αν παίρνει στην εκάστοτε χώρα είναι ουσιαστικά ένα νομικό μόρφωμα μεταξύ ενός ενδιάμεσου δημόσιου φορέα και μιας εταιρείας ιδιωτών χορηγών – επενδυτών (sponsors). Το SPV τοποθετεί τα κεφάλαια που απαιτούνται για την παροχή της υπό μελέτη δημόσιας υπηρεσίας.

ΣΧΗΜΑ 10 : Τυπική δομή ενός θεσμοθετημένου τύπου ΣΔΙΤ

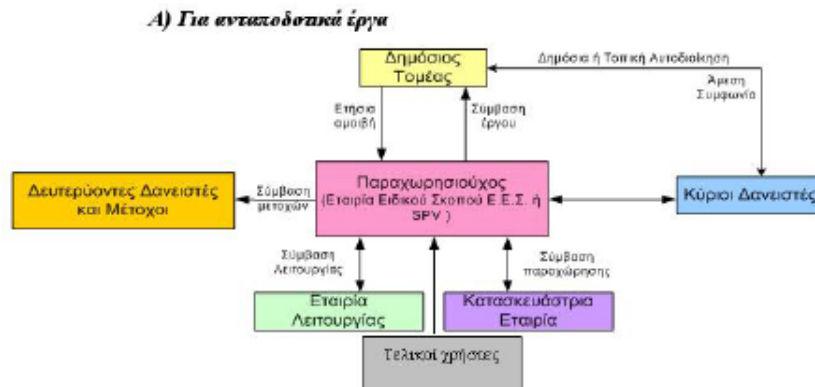


Πηγή : Andersen, 2004 και ίδια επεξεργασία

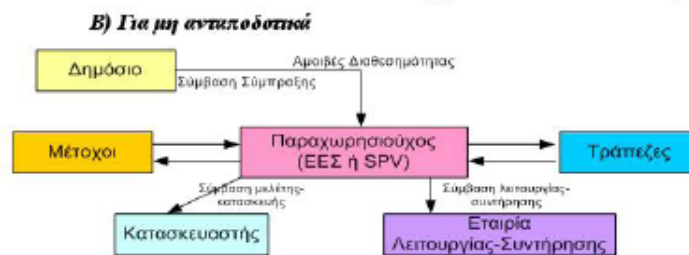
Στις **συμπράξεις συμβατικού τύπου**, η συνεργασία οδηγεί στην υπογραφή μιας σύμβασης. Πρόκειται αφενός για τις κλασικές συμβάσεις παραχώρησης υπό τις ποικίλες εκδοχές τους, στις οποίες ο ιδιώτης χρηματοδοτεί το έργο ή την υπηρεσία και αμείβεται από τα τέλη που καταβάλλουν οι χρήστες (ανταποδοτικά έργα). Πρόκειται αφετέρου για τις συμβάσεις με τη μέθοδο PFI (Private Finance Initiative), στις οποίες ο ιδιώτης χρηματοδότης του σχεδίου δεν αμείβεται κατά κανόνα από τους χρήστες (μη ανταποδοτικά) αλλά από τον ίδιο το δημόσιο, είτε με σταθερό ποσό περιοδικά καταβαλλόμενο, είτε με μεταβλητό τρόπο – ανάλογα για παράδειγμα με την συχνότητα χρήσης του έργου από τους τελικούς χρήστες. Στο πλαίσιο των συμπράξεων συμβατικού

τύπου αναπτύχθηκαν πρόσφατα σε διάφορα κράτη μέλη και οι λεγόμενες συμπράξεις ιδιωτικής πρωτοβουλίας, όπου η πρωτοβουλία για την εκκίνηση μιας σύμπραξης ανήκει στους ιδιώτες με την υποβολή μιας λεπτομερειακής πρότασης σχεδίου στην διοίκηση.

ΣΧΗΜΑ 11 : Τυπική δομή ενός συμβατικού τύπου ΣΔΙΤ



Πηγή: Grant Thornton Consulting A.E., 2003



Πηγή : Grant Thornton Consulting A.E., 2003

Για τη σύναψη μιας συμφωνίας ΣΔΙΤ, ο νόμος διακρίνει δύο κύριους συμβαλλόμενους: το Δημόσιο Φορέα και το όχημα ή Εταιρία Ειδικού Σκοπού (Ε.Ε.Σ ή SPV), που αποτελεί τον ιδιώτη – επενδυτή. Κατ’ ουσία υπάρχουν ακόμη δύο άμεσα εμπλεκόμενα μέρη, χωρίς τη συμμετοχή των οποίων δεν είναι δυνατή η υλοποίηση αυτού του εγχειρήματος: οι Τράπεζες και οι Σύμβουλοι που αναλαμβάνουν τη χρηματοοικονομική, τεχνική και νομική καθοδήγηση των δύο κύριων συμβαλλομένων ενός έργου, μέσω της σύναψης επιμέρους συμβάσεων.

Επί του παρόντος οι ΣΔΙΤ δεν ρυθμίζονται από το κοινοτικό δίκαιο, με εξαίρεση ορισμένες διατάξεις περί συμβάσεων παραχώρησης δημοσίων έργων. Η πράσινη βίβλος αποσκοπεί να εξακριβώσει κατά πόσο απαιτείται κοινοτική παρέμβαση για να διασφαλισθεί η απρόσκοπτη πρόσβαση των οικονομικών φορέων των κρατών μελών στην αγορά των ΣΔΙΤ. Η Επιτροπή δημοσίευσε στις 15 Νοεμβρίου 2005 την «ανακοίνωση για τις ΣΔΙΤ και το κοινοτικό δίκαιο των δημοσίων συμβάσεων και

συμβάσεων παραχώρησης» στην οποία παρουσιάζονται μέτρα που αποσκοπούν στην εξασφάλιση συνθηκών αποτελεσματικού ανταγωνισμού κατά την σύσταση ΣΔΙΤ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Χρονικό δραστηριοτήτων της ΕΕ επί της νομοθεσίας για τα ΣΔΙΤ

Ημερομηνία	Δράση	Πηγή
1993	Λευκή Βίβλος για την ανάπτυξη, την ανταγωνιστικότητα και την εργασία	COM(93) 700
1997	ΣΔΙΤ και θέματα Χρηματοδότησης Διερωπαϊκών Δικτύων (TEN-T) Kinnock Report	COM(97)453
2000	Συμπεράσματα της Επιτροπής σε ερμηνευτικά θέματα επί της Κοινωνικής Νομοθεσίας	OJEC (2000/C 121/02)
2000	Προτάσεις επί της νομοθεσίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, που αφορούν την συντονισμένη προώθηση της συνεργασίας, σε θέματα μεταφορικών δικτύων	COM(2000)5
2001	Λευκή Βίβλος της Ευρωπαϊκής μεταφορικής πολιτικής για το 2010	COM(2001)0370
2002	Δομώντας μια σταθερή βάση σε θέματα ΣΔΙΤ. Παραδείγματα εργασίας και επισημάνσεις	COM(2001)0370
2003	Κατευθυντήριες γραμμές για μια επιτυχημένη Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα, θέματα περιφερειακής πολιτικής	DG Regional Policy
2003	Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία για την ανάπτυξη, "Επενδύοντας σε δίκτυα και τεχνολογία για πρόοδο και ανάπτυξη"	COM(2003) 690 final
2003	Προτάσεις του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου επί της Συζήτησης Νο 1692/96/EC, για την ανάπτυξη των ευρωπαϊκών δικτύων μεταφορών	COM(2003) 564 Adopted on April 2004
2003	Τροποποίηση της διάταξης (EC)No 2236/95 για θέματα Ευρωπαϊκών δικτύων	Adopted on 30 March 2004 – awaiting publication in OJEC COM(2003) 561
2003	Ανάπτυξη του διευρωπαϊκού δικτύου: Καινοτομία και λειτουργικές λύσεις, προτάσεις και ο διάλογος για τη διαλειτουργικότητα	COM (2003) 132 final
2004	Μελέτη για τα διευρωπαϊκά δίκτυα (Van Miert Report)	DG Transport
2004	Οι προτάσεις της Eurostat επί των μεθόδων των ΣΔΙΤ	CMFB and Eurostat news release (Stat/04/18) February 2004
2004	Νέες διεθνείς προοπτικές – Ανταγωνιστικός Διάλογος	Adopted in February and awaiting publication in OJEC
2004	Πράσινη Βίβλος της Επιτροπής σχετικά με τις Συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και το κοινοτικό δικαίο των δημοσίων συμβάσεων και των συμβάσεων παραχώρησης	COM(2004) 327 final May 2004

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Εξέλιξη της νομοθεσίας στον τομέα των ΣΔΙΤ για την Ευρώπη των 25

Κράτη μέλη	Μονάδα ΣΔΙΤ	Νομοθεσία ΣΔΙΤ
Αυστρία	▲▲▲	-
Βέλγιο	▲	■
Κύπρος	-	-
Τσεχία	▲▲	■
Δανία	▲▲	-
Εσθονία	▲	-
Φινλανδία	-	■
Γαλλία	▲	■
Γερμανία	▲▲	■
Ελλάδα	▲	■
Ουγγαρία	▲▲	■
Ιρλανδία	▲▲▲	■
Ιταλία	▲▲	■
Λετονία	▲▲	■
Λιθουανία	-	-
Λουξεμβούργο	-	-
Μάλτα	▲	-
Κάτω Χώρες	▲▲▲	-
Πολωνία	▲▲	■
Πορτογαλία	▲▲	■
Σλοβακία	-	-
Σλοβενία	-	-
Ισπανία	-	■
Σουηδία	-	-
Ηνωμένο Βασίλειο	▲▲▲	-

Επεξήγηση

- ▲ Ανάγκη ενισχυμού μονάδας ΣΔΙΤ και λήψης μέτρων (ή ύπαρξη μιας μόνο περιφερειακής μονάδας ΣΔΙΤ)
- ▲▲ Μονάδα ΣΔΙΤ υπό ίδρυση (ή ήδη έτοιμη αλλά με αποκλειστικά συμβουλευτικό ρόλο)
- ▲▲▲ Μονάδα ΣΔΙΤ έτοιμη (με ενεργό ρόλο στην προώθηση των ΣΔΙΤ)
- Νομοθετικές προτάσεις
- Γενική νομοθεσία στη φάση της κατάρτισης / εν μέλει βεβαιωμένη τομεακή νομοθεσία
- ■ ■ Θεσπισμένη γενική νομοθεσία

Πηγή : Pricewaterhouse Coopers και ΕΤΕπ - 2005

Πηγή : Pricewaterhouse Coopers και ΕΤΕπ, 2005

4.7.2. Ο νόμος 3389/2005

Στην Ελλάδα, κατά τα τελευταία χρόνια υπήρξε αυξημένη συμμετοχή ιδιωτών στην κατασκευή ή / και διαχείριση έργων, που αφορούσαν κυρίως πολύ μεγάλες υποδομές, ιδίως στον τομέα των μεταφορών. Διαπιστώθηκε ότι η έλλειψη ενός εξειδικευμένου και ευέλικτου νομοθετικού πλαισίου, δυσχεραίνει σημαντικά την εφαρμογή των ΣΔΙΤ σε ευρεία κλίμακα.

Το Σύνταγμα στο άρθρο 21 παράγραφος 3 ορίζει ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων». Ιδρύεται, δηλαδή, ευθεία υποχρέωση του κράτους για τη λήψη θετικών μέτρων για την προστασία της Υγείας των πολιτών (ΣτΕ 3292/1998). Η κρατική υποχρέωση που συνάγεται από την εν λόγω συνταγματική διάταξη για την παροχή υπηρεσιών Υγείας υψηλού επιπέδου συνοδεύεται επίσης από το δικαίωμα των πολιτών να απαιτήσουν την πραγμάτωση αυτής της υποχρέωσης. Τούτο ωστόσο δε συνεπάγεται τον αποκλεισμό της ιδιωτικής πρωτοβουλίας από την παροχή υπηρεσιών Υγείας και την επιβολή κρατικού μονοπωλίου, όπως δέχεται αι η σχετική νομολογία (ΣτΕ 1374/1997)

Στις 22 Σεπτεμβρίου 2005, ψηφίστηκε ο ν. 3389/2005 «Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα» (ΦΕΚ Α' 232 της 22.9.2005), ο οποίος εισάγει για πρώτη φορά ένα ολοκληρωμένο νομικό και θεσμικό πλαίσιο υλοποίησης σχεδίων ΣΔΙΤ στην Ελλάδα. Με το νόμο Ν. 3389/2005 (Παράρτημα ΙΙ), όχι μόνο δεν θίγεται η Συνταγματική επιταγή του άρθρου 21, αφού οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες θα συνεχίσουν να παρέχονται από το Δημόσιο και μάλιστα αναβαθμισμένες, αλλά αντιθέτως αποκτά ουσιαστικό περιεχόμενο ο επανορθωτικός και αναδιανεμητικός χαρακτήρας του δικαιώματος στη Υγεία, μέσα στο πλαίσιο της ανταγωνιστικής οικονομίας της αγοράς (Κονταξής, 2004). Στην ίδια κατεύθυνση, προβλέπεται ρητώς ότι εξαιρούνται από το αντικείμενο των Συμπράξεων μόνον οι δραστηριότητες που ανήκουν σύμφωνα με το Σύνταγμα «άμεσα και αποκλειστικά στο Κράτος» όπως η Εθνική Άμυνα, η Δικαιοσύνη, η Αστυνόμευση και η ευθύνη εκτέλεσης ποινών που επιβάλλονται από τα ποινικά δικαστήρια. Συγχρόνως, καθορίζεται τόσο το ευρύτερο πλαίσιο όσο και οι επιμέρους ρυθμίσεις που αφορούν στις «Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα» για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών. Ειδικότερα, προσδιορίζονται οι δημόσιοι φορείς που περιλαμβάνονται στην έννοια «Δημόσιος Τομέας» και στους οποίους επιτρέπεται να προβαίνουν στην σύναψη

συμβάσεων ΣΔΙΤ. Από την άλλη, οι ιδιωτικοί φορείς συμμετέχουν στις εν λόγω συμβάσεις μέσω εταιρειών ειδικού σκοπού, οι οποίες συνιστώνται αποκλειστικά για τους σκοπούς της Σύμπραξης, έχουν έδρα την Ελλάδα και λειτουργούν σύμφωνα με την οικεία νομοθεσία περί ανωνύμων εταιρειών.

Ο νόμος για τις Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού τομέα υποδιαιρείται σε έξι κεφάλαια, τα οποία περιέχουν διατάξεις σχετικές με το πεδίο εφαρμογής, τη σύσταση ενός κεντρικού μηχανισμού υποστήριξης, τις διαδικασίες ανάθεσης, το συμβατικό πλαίσιο, και και ειδικότερα νομικά θέματα. Δημιούργησε πλέον το αναγκαίο θεσμικό πλαίσιο που ενθαρρύνει την εκτέλεση έργων και την παροχή υπηρεσιών, μέσω Συμπράξεων. Σύμφωνα με το θεσμικό αυτό πλαίσιο συστήνεται:

- Συλλογικό κυβερνητικό όργανο που θα εξειδικεύει την κυβερνητική πολιτική και θα λαμβάνει τις σχετικές αποφάσεις, την **Διυπουργική Επιτροπή ΣΔΙΤ** (ΔΕΣΔΙΤ) καθώς και
- Διοικητική υπηρεσία, την **Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ** (ΕΓΣΔΙΤ), που θα έχει την ευθύνη υποστήριξης των εμπλεκόμενων κάθε φορά δημοσίων και ιδιωτικών φορέων κατά την ανάθεση και υλοποίηση των συμβάσεων σύμπραξης
- Παρέχονται επίσης κίνητρα τόσο στους δημόσιους όσο και στους ιδιωτικούς φορείς, ώστε να επιλέγουν τη μέθοδο Συμπράξεων για τα έργα ή τις υπηρεσίες που επιθυμούν να εκτελέσουν ή να παράσχουν, ενώ προβλέπεται και η διαδικασία για την άρση νομικών και πρακτικών προβλημάτων που ενδέχεται να προκύψουν κατά την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών μέσω Συμπράξεων.

Ο ν. 3389/2005 θεσμοθετεί τη διαδικασία αξιολόγησης και έγκρισης των έργων ΣΔΙΤ. Ορίζει τις διαγωνιστικές διαδικασίες και εξασφαλίζει τον υγιή και ανόθευτο ανταγωνισμό. Επίσης το νομικό πλαίσιο ολοκληρώνεται με τις κοινοτικές διατάξεις. Έτσι αν και δεν γίνεται ρητή αναφορά στις ΣΔΙΤ, ισχύει η Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (αρθ. 43 – 49, ΣΕΚ) που αφορούν την ελευθερία εγκατάστασης και την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών.

4.8 Χρηματοοικονομικά και χρηματοδοτικά θέματα

4.8.1. Κριτήρια αξιολόγησης υποψήφιων έργων ΣΔΙΤ

Η αξιολόγηση της οικονομικής βιωσιμότητας και η τεκμηρίωση της ωφέλειας σε σχέση με το κόστος ενός έργου είναι καθοριστικής σημασίας για την ένταξη του έργου αυτού σε ΣΔΙΤ και την απρόσκοπτη χρηματοδότησή του. Τα δύο αυτά προαπαιτούμενα υπαγορεύουν σειρά ενεργειών και διαδικασιών που πρέπει να προηγηθούν της επιλογής ενός έργου ΣΔΙΤ (Βενιέρης, 2007).

Καταρχήν πρέπει να αποφευχθούν δύο απλουστεύσεις. Πρώτον, το γεγονός ότι ένα έργο θα υλοποιηθεί από ιδιώτη επενδυτή δεν συνεπάγεται αυτόματα την οικονομική του βιωσιμότητα και δεύτερον, τα έργα που θα προταθούν για ΣΔΙΤ δεν πρέπει να «μελετηθούν» ως κατασκευαστικές συμβάσεις οι οποίες θα προσαρμοσθούν στα δεδομένα των προτεινόμενων έργων μέσω της μετατροπής ορισμένων «συντελεστών». Οι ΣΔΙΤ αφορούν κυρίως μικτές συμβάσεις (υποδομές και υπηρεσίες) ή αμιγώς υπηρεσίες και κατά συνέπεια ο σχεδιασμός τους προϋποθέτει εκ των προτέρων μελέτη της λειτουργίας (τεχνογνωσία, διαχείρισης, εκμετάλλευσης) των έργων και της επάρκειας τους να προσφέρουν την απαιτούμενη ποιότητα και ποσότητα υπηρεσιών με βάση την προβλεπόμενη ζήτηση σε μεγάλο βάθος χρόνου (15-25 χρόνια).

4.8.2. Εντοπισμός, ιεράρχηση και επιλογή έργων

Η σωστή επιλογή έργων που μπορούν να υλοποιηθούν με ΣΔΙΤ είναι *κομβικό* σημείο, επειδή «δοκιμάζεται» από την αρχή η αξιοπιστία των εν δυνάμει αντισυμβαλλομένων να φέρουν σε πέρας το έργο. Τα έργα που είναι ελκυστικά και αποδεδειγμένης χρηματοδοτικότητας για τον ιδιώτη επενδυτή, θα πρέπει να αποδεικνύουν ταυτόχρονα ότι αποφέρουν όφελος για το δημόσιο και να συμφωνούν με τις προτεραιότητες που έχει θέσει η δημόσια αρχή.

Τα σημαντικότερα κριτήρια επιλογής είναι (Directorate-General Regional Policy, 2004):

1. Οι προγραμματισμένες κατευθύνσεις ανάπτυξης της οικονομίας με βάση το σχεδιασμό σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο. Ας σημειωθεί ότι λόγω του μικρού σχετικά προϋπολογισμού των ΣΔΙΤ (μέχρι 200 εκ. €), τα έργα ιδιαίτερα στην περιφέρεια αποκτούν μια δυναμική, λαμβανομένων υπόψη των κοινωνικών αναγκών και των δυνατοτήτων κοινοτικής χρηματοδότησης.

2. Η δυνατότητα απορρόφησης πόρων από το Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης ή το Ταμείο Συνοχής της Ε.Ε. (π.χ. υποδομές και υπηρεσίες τεχνολογικού εκσυγχρονισμού) ή χρηματοδότησης από την ΕΤΕπ για τα έργα Ευρωπαϊκού και διεθνούς ενδιαφέροντος (π.χ. Διευρωπαϊκά Δίκτυα Μεταφορών, βελτίωση περιβάλλοντος, τηλεπικοινωνίες, ενέργεια, καθώς και υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης).

3. Η ωρίμανση των έργων προ της δημοπράτησης, που είναι καθοριστικό κριτήριο επιλογής, αφού η επιλογή μη-ώριμων έργων οδηγεί σε υπερβάσεις του χρόνου αποπεράτωσης και του προϋπολογισθέντος κόστους, και συχνά στην ακύρωση υλοποίησης των έργων. Η ωρίμανση κρίνεται από την πληρότητα και την επάρκεια των μελετών που έχουν γίνει για τον προσδιορισμό και την ανάλυση των τεχνικών χαρακτηριστικών και των οικονομικών παραμέτρων τους.

Απαραίτητα στοιχεία για την αξιολόγηση της ωρίμανσης ενός έργου αποτελούν:

1. Η **Μελέτη Κόστους/Οφέλους** (Cost Benefit Analysis) ή Μελέτη Σκοπιμότητας, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως το στάδιο Προμελέτης ενός έργου και περιλαμβάνει: την τεχνοοικονομική σκοπιμότητα, την έρευνα για τη χωροθέτηση, τις περιβαλλοντικές επιπτώσεις, τις κοινωνικές επιπτώσεις και την κοινωνική αποδοχή σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, την εκτίμηση του ύψους του προϋπολογισμού, το χρονοδιάγραμμα των φάσεων «παραγωγής» του έργου και τις γενικές προδιαγραφές για την εκπόνηση τελικής μελέτης του έργου.

2. Η **επίλυση των νομικών εκκρεμοτήτων** που αφορούν το ιδιοκτησιακό καθεστώς των χώρων που θα επιλεγούν για την επένδυση (χωροθέτηση, χρήσεις γης, απαλλοτριώσεις, περιβαλλοντική αδειοδότηση, κλπ.), ώστε να εξασφαλισθεί η νομική βάση του έργου.

Με βάση τα παραπάνω, η δημόσια αρχή πρέπει στη συνέχεια να αξιολογήσει τα εξής:

- Ποιος τρόπος υλοποίησης του έργου θα αποφέρει το μεγαλύτερο όφελος στην αναθέτουσα δημόσια αρχή, π.χ. μέσω ένταξης στο ΠΔΕ (που συνήθως αφορά έργα κοινωνικού χαρακτήρα με χαμηλή ή καθόλου ανταποδοτικότητα) ή μέσω μιας σύμπραξης με ιδιώτες – επενδυτές όπου τα έργα πρέπει να αποδεικνύουν υψηλό βαθμό ανταγωνιστικότητας.
- Ποιες είναι οι δαπάνες που θα επιβαρύνουν το έργο εάν εκτελεστεί ως «δημόσιο έργο» και ποιές εάν υλοποιηθεί μέσω ΣΔΙΤ. Το κρίσιμο σημείο στη σύγκριση αυτή (public sector comparator) είναι η δυνατότητα που θα έχει ο δημόσιος φορέας να συγκρίνει τις προδιαγραφές και τον προϋπολογισμό των

προσφορών που θα υποβληθούν κατά τη δημοπράτηση (benchmarking).

- Ποιους κινδύνους εμπεριέχει το έργο και ποιες θα είναι οι επιπτώσεις τους (οικονομικές συνέπειες) στη δαπάνη του έργου, λαμβανομένου υπόψη ότι στην περίπτωση έργων με μακροχρόνια παραχώρηση, θα πρέπει να εκτιμηθούν οι μεταβολές που θα επέλθουν στα κόστη και στις δαπάνες, λόγω της μεγάλης διάρκειας των συμβάσεων.
- Πως θα γίνει ο διαχωρισμός και ο υπολογισμός των κινδύνων του έργου ώστε να προσδιορισθεί η λογιστική τους απεικόνιση στο δημόσιο έλλειμμα σύμφωνα με τις οδηγίες της Eurostat, εφόσον το έργο επιλεγεί να γίνει μέσω σύμπραξης.
- Ποια θα είναι η σχέση απόδοσης- κόστους, η τεκμηρίωση δηλαδή της ωφέλειας του έργου ανά μονάδα κόστους για το δημόσιο (“Value for Money”) από την υλοποίηση με τη μέθοδο της Σύμπραξης. Αυτό θεωρείται και το σημαντικότερο κριτήριο για το Δημόσιο για τη σύναψη μιας σύμβασης ΣΔΙΤ.

Οι διαδικασίες και οι μελέτες που απαιτούνται για την ωρίμανση των έργων απαιτούν σημαντικό χρόνο και δαπάνη, ανάλογα βεβαίως με το μέγεθος και το βαθμό δυσκολίας του έργου. Η δαπάνη για εξειδικευμένους τεχνικούς, νομικούς και χρηματοοικονομικούς συμβούλους υπολογίζεται από 3% έως και 10% του προϋπολογισμού ενός έργου. Ωστόσο, τα συγκριτικά πλεονεκτήματα που προκύπτουν από την επιλογή έργων με βάση τα παραπάνω κριτήρια είναι πολλαπλά και αντισταθμίζουν το κόστος κατάρτισης των απαιτούμενων μελετών. Ειδικότερα:

- α) Ανεξάρτητα από το βαθμό ολοκλήρωσης των απαιτούμενων μελετών (η τελική και οριστική μελέτη του έργου ολοκληρώνεται πριν από την έναρξη του διαγωνισμού), αυτές παρέχουν μια βάση πραγματικών δεδομένων (οικονομικών και τεχνικών) που διευκολύνει τον εντοπισμό της επενδυτικής ελκυστικότητας των έργων από τους ενδιαφερόμενους επενδυτές και τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα.
- β) Ενισχύεται η αξιοπιστία της δημόσιας αρχής απέναντι στις τράπεζες και τους επενδυτές, που θα κρίνουν τη δυνατότητα χρηματοδότησης του προτεινόμενου σχεδίου με βάση την αρτιότητα και την επάρκεια της προαναφερθείσης προετοιμασίας.

4.8.3. Πηγές χρηματοδότησης έργων ΣΔΙΤ

1. Ίδια συμμετοχή της Εταιρίας Ειδικού Σκοπού

Ο ιδιώτης – επενδυτής θα καλύπτει ένα σχετικά μικρό ποσοστό του συνολικού κόστους του έργου (15-20%), υπό τη μορφή ιδίων κεφαλαίων, το οποίο συνήθως θα

ανακτά σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Τα ίδια κεφάλαια αποτελούνται από το μετοχικό κεφάλαιο της Εταιρίας Ειδικού Σκοπού και τυχόν δάνεια μειωμένης εξασφάλισης (subordinated debt). Τα δάνεια των Τραπεζών προς την Ε.Ε.Σ. χορηγούνται με περιορισμένη αναγωγή (limited recourse finance). Η απαίτηση της τράπεζας σε περίπτωση αδυναμίας πληρωμών περιορίζεται στα περιουσιακά στοιχεία της Ε.Ε.Σ. και δεν επεκτείνεται στους φορείς (πρόσωπα ή άλλες εταιρείες) που να την συγκροτούν (HM Treasury, 2005).

Σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική, μέσω των συμβάσεων και των εγγυήσεων που τις συνοδεύουν πρέπει να διασφαλίζεται τέτοια κατανομή κινδύνων μεταξύ του Δημόσιου και του Ιδιωτικού Τομέα και των δανειστών, ώστε να παραμένει ένα μικρό μέρος των κινδύνων στην Ε.Ε.Σ. Η εκτιμώμενη αξία όμως των κινδύνων αυτών δεν μπορεί να υπερβαίνει το άθροισμα της ίδιας συμμετοχής των επενδυτών στο μετοχικό κεφάλαιο και του χρέους μειωμένης εξασφάλισης που έχει αναλάβει η Ε.Ε.Σ.

2. Δανειακά κεφάλαια και δομή χρηματοδότησης

Ο τραπεζικός δανεισμός αποτελείται από δάνεια αυξημένης εξασφάλισης (senior debt), τα οποία χορηγούνται από κοινοπραξία τραπεζών. Το ύψος και οι όροι των δανείων αυτών εξαρτώνται από τον πιστωτικό κίνδυνο κάθε έργου, ο οποίος συναρτάται με τις εξής παραμέτρους:

α) Αξιοπιστία του επιμερισμού των κινδύνων, που συνίσταται στην επάρκεια των νομοθετικών ρυθμίσεων και των συμβατικών όρων που υπογράφονται μεταξύ του ιδιώτη-επενδυτή και της αναθέτουσας δημόσιας αρχής και επιτρέπουν στους χρηματοδότες τη διαχείριση των κινδύνων στην πορεία του έργου.

β) Ροές εσόδων του έργου (βιωσιμότητα του έργου μακροπρόθεσμα και επάρκεια των εσόδων να διασφαλίσουν την αποπληρωμή των δανείων).

γ) Ποιότητα και εύρος των εγγυήσεων και φερεγγυότητα των φορέων που τις χορηγούν.

δ) Διάρκεια των δανείων, που συνήθως στα έργα ΣΔΙΤ κυμαίνεται από 15-25 χρόνια.

Ε) Χρηματοδοτική συνδρομή από το δημόσιο τομέα (ενισχύσεις, επιχορηγήσεις κεφαλαίων, Ταμεία, κλπ.) ή δυνατότητα του έργου και του επενδυτή να αναπτύξει παράλληλες δραστηριότητες που αποφέρουν επιπλέον έσοδα (project leverage).

Στην κατάρτιση της χρηματοδοτικής δομής έργων, τα οποία έχουν τόσο μεγάλη διάρκεια ζωής, η συμβολή των χρηματοδοτών έχει διπλό στόχο: το σωστό υπολογισμό του πιστωτικού κινδύνου που αναλαμβάνουν μέχρι την αποπληρωμή των δανείων, αλλά και τον καθορισμό ενός συνολικού κόστους χρηματοδότησης που δεν θα αποβεί εις βάρος της βιωσιμότητας του έργου.

Η εξ αντικειμένου περίπλοκη χρηματοοικονομική δομή των έργων ΣΔΙΤ και οι δυνατότητες που υπάρχουν για την αξιοποίηση νέων, σύγχρονων επενδυτικών εργαλείων και τεχνικών χρηματοδότησης απαιτούν ιδιαίτερα εξειδικευμένη γνώση και εμπειρία στον τομέα “Financial Engineering”, στο πλαίσιο της εκπόνησης του χρηματοοικονομικού πλάνου ενός έργου. Η εμπειριστατωμένη αξιολόγηση του πιστωτικού κινδύνου συμβάλλει καθοριστικά στη μείωση των πιθανοτήτων επέλευσης των κινδύνων και στην άμβλυνση των επιπτώσεών τους. Οι τράπεζες και οι λοιποί πιστωτικοί οργανισμοί έχουν αποκλειστικό και καθοριστικό ρόλο στην προκειμένη περίπτωση.

3. Χρηματοδοτική Συνδρομή του Δημοσίου

Μια επιπλέον πηγή χρηματοδότησης, ανάλογα με το μέγεθος, το είδος και την ιδιαιτερότητα του έργου είναι η επιχορήγηση του Δημοσίου. Το είδος και οι μορφές της συνδρομής του Δημοσίου στις ΣΔΙΤ καθορίζονται στη Σύμβαση Σύμπραξης, όπου σύμφωνα με το Νόμο “ο εκάστοτε δημόσιος φορέας παρέχει κάθε συνδρομή που κρίνεται αναγκαία, ώστε ο Ιδιωτικός Φορέας να δύναται να εισπράξει απρόσκοπτα τα ποσά που αποτελούν το συμβατικό του αντάλλαγμα”. Στις περιπτώσεις που το συμβατικό αντάλλαγμα εισπράττεται, ολόκληρο ή εν μέρει, απευθείας από τους τελικούς χρήστες του έργου ή τις υπηρεσίες, η διαδικασία είσπραξης ρυθμίζεται με απόφαση της Διυπουργικής Επιτροπής Συμπράξεων, η οποία δύναται να αποφασίζει την ένταξη του καταβλητέου ανταλλάγματος στο Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων.

Η νομοθετική αυτή ρύθμιση έχει άμεση σχέση με την ανάληψη του κινδύνου ζήτησης από το Δημόσιο. Επιπροσθέτως, η ΔΕΣΔΙΤ αποφασίζει κατά περίπτωση “για τη συμμετοχή ή μη του Δημοσίου στη χρηματοδότηση της παροχής των υπηρεσιών ή/και της δημιουργίας των υποδομών που αποτελούν το αντικείμενο της Σύμπραξης”.

Η χρηματοδότηση του Δημοσίου δύναται να προέρχεται και από κοινοτικούς πόρους του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) ή του Ταμείου Συνοχής. Μεγαλύτερη δυνατότητα απορρόφησης Κοινοτικών ενισχύσεων για τα έργα ΣΔΙΤ

προσφέρεται μέσω του συνδυασμού ενισχύσεων του Αναπτυξιακού Νόμου, στις περιπτώσεις που υπάρχει συνταύτιση με τα Κοινοτικά Προγράμματα, σε ότι αφορά την επιλογή τομέων, επενδυτικών σχεδίων και κριτηρίων επιλεξιμότητας, ιδιαίτερα για τα έργα στην ελληνική περιφέρεια.

4. Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων (ΕΤΕπ)

Σημαντική πηγή χρηματοδότησης στα έργα ΣΔΙΤ είναι η ΕΤΕ, η συμμετοχή της οποίας λειτουργεί συμπληρωματικά με άλλους χρηματοδότες (εμπορικές τράπεζες και κεφαλαιαγορές) και επηρεάζει θετικά την απόφαση των εμπορικών τραπεζών για τη συμμετοχή τους στη χρηματοδότηση των έργων. Η συμμετοχή αυτή έχει δύο μορφές:

α) το **δάνειο χορηγείται με την εγγύηση των εμπορικών τραπεζών** και η εγγύηση αποδεσμεύεται με την περάτωση και την αποδεδειγμένη ικανότητα λειτουργίας του έργου. Σημειωτέον, ότι η ΕΤΕ δεν δεσμεύεται μέχρι την ανάδειξη προσωρινού αναδόχου. Τα χορηγούμενα δάνεια είναι σημαντικού ύψους, έχουν μεγάλη διάρκεια και ανταγωνιστικά επιτόκια. Εκτός των βασικών τραπεζικών κριτηρίων, η ΕΤΕ αξιολογεί και τη γενικότερη συμβολή των έργων στην Ευρωπαϊκή Περιφερειακή Ανάπτυξη (π.χ. Διευρωπαϊκά Δίκτυα Μεταφορών) και την προστασία του περιβάλλοντος (Αειφόρος Ανάπτυξη). Σημαντικό κριτήριο για την ΕΤΕ παραμένει ο τρόπος κατανομής των κινδύνων κατασκευής, διαθεσιμότητας και ζήτησης στις Συμβάσεις Παραχώρησης και ποιος φορέας τους αναλαμβάνει.

β) Η ΕΤΕ χορηγεί δάνεια και για έργα ΣΔΙΤ μικρότερου προϋπολογισμού (από 50-100 εκ. ευρώ) στα οποία αναλαμβάνει εξολοκλήρου τον πιστωτικό κίνδυνο (monocline insured). Τα έργα μπορεί να είναι μεμονωμένα ή ομαδοποιημένα (bundling), για να έχουν ικανό μέγεθος για τη χρηματοδότηση. Οι ΣΔΙΤ δεν ενδείκνυται για έργα μικρού προϋπολογισμού, λόγω του υψηλού του κόστους που απαιτεί η προετοιμασία των μελετών και οι διαδικασίες δημοπράτησης και σύναψη της σύμβασης.

4.9 Οι ΣΔΙΤ και σαφής κατανομή των κινδύνων

Η δυνατότητα υλοποίησης συμπράξεων σε ένα ευρύ φάσμα επενδυτικών σχεδίων, με διαφορετικά χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες αυξάνει τον αριθμό των επιμέρους κινδύνων που πρέπει να προβλεφθούν κατά την κατάρτιση των συμβατικών υποχρεώσεων μιας Σύμπραξης ώστε να κατανεμηθούν με σαφήνεια και διαφάνεια στους

επιμέρους συμβαλλόμενους.

Οι κυριότερες κατηγορίες κινδύνων (**Πίνακας 5**) είναι οι εξής:

• **Κατασκευαστικός Κίνδυνος**

Καλύπτει κυρίως περιστατικά που συνδέονται με υπερβάσεις του χρόνου και του προϋπολογισμού της κατασκευής, μη τήρηση των συμφωνημένων προδιαγραφών, κακοτεχνίες και τυχόν αρνητικές επιδράσεις από εξωγενείς παράγοντες (άδειες, περιβάλλον, τοπικές κοινωνίες, κλπ).

Ο κατασκευαστικός κίνδυνος περιλαμβάνει σημαντικό αριθμό επιμέρους κινδύνων, (π.χ. κίνδυνος λαθών κατά το σχεδιασμό του έργου ή κίνδυνος κακής διαχείρισης από τους υπεργολάβους που έχουν αναλάβει τμήματα του έργου). Ως εκ τούτου, το κόστος χρηματοδότησης κατά την κατασκευαστική περίοδο είναι υψηλότερο σε σύγκριση με την περίοδο που έπεται της αποπεράτωσης του έργου (γι' αυτό, μετά την αποπεράτωση κατασκευής γίνεται συνήθως αναδιάρθρωση χρέους με χαμηλότερα επιτόκια, για το υπόλοιπο της ζωής του έργου).

Η ανάληψη και διαχείριση του κατασκευαστικού κινδύνου επιβαρύνει κυρίως τον ιδιώτη-επενδυτή, ο οποίος πάντως αναλαμβάνει την πλειονότητα αλλά όχι το σύνολο των κινδύνων. Οι εγγυήσεις και εξασφαλίσεις που θα ζητηθούν για τον κατασκευαστικό κίνδυνο και ο επιμερισμός του κινδύνου αυτού αφορούν κατά κύριο λόγο τους χρηματοδότες του έργου.

• **Κίνδυνος Διαθεσιμότητας**

Ο κίνδυνος αυτός αναλαμβάνεται κατά κύριο λόγο από τον ιδιώτη-επενδυτή, ο οποίος φέρει την ευθύνη για την παροχή συγκεκριμένης ποσότητας και συγκεκριμένης ποιότητας υπηρεσιών στους τελικούς χρήστες, σύμφωνα με τις προδιαγραφές που έχουν ρητά προβλεφθεί στη Σύμβαση. Οι δύο αυτές παράμετροι μετρούν ουσιαστικά την επίδοση του έργου που διαχειρίζεται και εκμεταλλεύεται η Εταιρία Ειδικού Σκοπού με δύο μορφές ανταλλαγμάτων:

α) Περιοδικές πληρωμές που καταβάλει η δημόσια αρχή (Κύριος του Έργου-ΚτΕ), οι οποίες μπορεί να είναι είτε σταθερές είτε μεταβλητές. Στη δεύτερη περίπτωση, οι πληρωμές που καταβάλλονται είναι ανάλογες της συχνότητας χρήσης του έργου (π.χ. σκιώδη διόδια).

β) Τέλη που καταβάλλουν απευθείας οι τελικοί χρήστες του έργου για την παρεχόμενη

υπηρεσία. Κατά περίπτωση, εάν το συμφωνηθέν τέλος δεν καλύπτει την αμοιβή του ιδιώτη, συμπληρώνεται από πληρωμές εκ μέρους της δημόσιας αρχής.

Οι όροι που αφορούν τη διαθεσιμότητα, την επίδοση, καθώς και τους αντίστοιχους μηχανισμούς πληρωμών εκ μέρους της αναθέτουσας αρχής, συμφωνούνται εξ αρχής. Αποτελούν καθοριστικό τμήμα των Περιεχομένων της Σύμβασης Παραχώρησης, καθώς και των επιμέρους συμβάσεων που συνάπτει η Εταιρία Ειδικού Σκοπού με τους υπεργολάβους για την ανάθεση των διαφόρων υπηρεσιών που θα παρέχονται κατά τη λειτουργία του έργου.

• **Κίνδυνος Ζήτησης**

Ο κίνδυνος αυτός πηγάζει από αστάθμητους παράγοντες που μπορεί να εκδηλωθούν κατά την εκμετάλλευση του έργου και είναι συνήθως δύσκολο να προσδιορισθούν εκ των προτέρων. Η μετατόπιση της ζήτησης της παρεχόμενης υπηρεσίας και ο βαθμός παρέκκλισης της τελικής ζήτησης από την αρχικά προσδοκώμενη (εκείνη που είχε εκτιμηθεί κατά τη σύναψη της σύμβασης παραχώρησης) καλύπτεται από τον φέροντα, μόνον όταν συντρέχουν συγκυριακοί παράγοντες, όπως οι νέες τάσεις αγοράς, η τεχνολογική απαξίωση, η πλεονάζουσα ζήτηση σε σχέση με τις δυνατότητες εξυπηρέτησης του έργου, κλπ, και όχι από υπαιτιότητα του ιδιώτη (π.χ. ανεπαρκής ή χαμηλής ποιότητας υπηρεσία). Το μεγαλύτερο μέρος αυτού του κινδύνου φέρει η δημόσια αρχή, η οποία εγγυάται ένα προκαθορισμένο ελάχιστο επίπεδο εσόδων της Εταιρίας Ειδικού Σκοπού, ανεξάρτητα από τυχόν απροσδόκητες διακυμάνσεις της ζήτησης υπηρεσιών.

Η παρακολούθηση (monitoring) του κινδύνου ζήτησης από τους χρηματοδότες του έργου είναι κρίσιμη σε όλη τη διάρκεια λειτουργίας του έργου, διότι επηρεάζει άμεσα τις ροές εσόδων. Σε περίπτωση που οι ροές μειωθούν κάτω από το επίπεδο που είχε προβλεφθεί στη μελέτη βιωσιμότητας, οι τράπεζες έχουν από το Νόμο το δικαίωμα υποκατάστασης του ιδιωτικού φορέα (ρήτρα “step-in”).

• **Πιστωτικός Κίνδυνος**

Τον πιστωτικό κίνδυνο ενός έργου ΣΔΙΤ φέρουν οι δανείστριες τράπεζες. Ειδικότερα:

1. Οι υποψήφιες δανείστριες τράπεζες υπολογίζουν και καλύπτουν τον κίνδυνο αυτό με βάση τις παραδοχές και τις επιμέρους συμφωνίες που έχουν γίνει μεταξύ των εταίρων για τον επιμερισμό των κινδύνων. Ο τρόπος επιμερισμού έχει σημασία για τις τράπεζες,

διότι συνήθως το 80% ή και 90% του επενδυτικού έργου χρηματοδοτείται με τραπεζικό δανεισμό, εάν δεν υπάρξει χρηματοδοτική συμμετοχή από το δημόσιο τομέα.

2. Οι τράπεζες, ως χρηματοδότες του έργου, συμμετέχουν εξ αντικειμένου στις διαπραγματεύσεις, νωρίτερα από την προκήρυξη του διαγωνισμού. Σύμφωνα με το νέο Νόμο, οι προσφορές των υποψήφιων αναδόχων πρέπει να συνοδεύονται από «ισχυρή δεσμευτική επιστολή» (Letter of Commitment) από τις υποψήφιες τράπεζες και η υπογραφή των δανειστικών συμβάσεων να συμπίπτει χρονικά με την υπογραφή της Σύμβασης Παραχώρησης. Επιπλέον, ο Νόμος προβλέπει το ενδεχόμενο έγκρισης των χρηματοδοτικών συμβάσεων του φορέα υλοποίησης της Σύμπραξης από το Δημόσιο Φορέα καθώς και την κατά περίπτωση δυνατότητα των δημόσιων φορέων να συνάπτουν απευθείας συμβάσεις με τους δανειστές των ιδιωτικών φορέων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Καταμερισμός κινδύνων για τους εμπλεκόμενους σε έργα ΣΔΙΤ

Καταμερισμός κινδύνων για τους εμπλεκόμενους σε έργα ΣΔΙΤ						
Κίνδυνος	Δημόσιος Τομέας	Μέτοχοι	Δανειστές	Κατασκευαστής	Εταιρεία Λειτουργίας	Ασφαλιστική
Ζήτηση/Χρήση	*	*			*	
Άδειες	*			*		
Θεμελίωση	*			*		
Κατασκευή				*		
Διαθεσιμότητα				*		
Λειτουργία					*	
Διαχείριση υπερνοιάβων		*				
Πυρκαγιά κ.α.						*
Πληθωρισμός	*			*	*	
Αλλαγή νόμων	*	*		*	*	
Φορολογία		*				
Επιτόκια		*	*			
Ανώτερη βία	*	*	*	*	*	

Πηγή : Pricewaterhouse Coopers, 2005

Η ρητή και σαφής κατανομή των κινδύνων που προαναφέρθηκαν αποτελεί βασική προϋπόθεση υλοποίησης ενός έργου ΣΔΙΤ, διότι συνδέεται άμεσα με την εξασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του έργου και της χρηματοοικονομικής ισορροπίας του σε ολόκληρη την περίοδο εκμετάλλευσης, ώστε να καθίσταται χρηματοδοτήσιμο.

Το Πράσινο Βιβλίο της Επιτροπής Ε.Κ. επισημαίνει ότι «...στις ΣΔΙΤ δεν είναι

αυτονόητο ότι ο εταίρος του ιδιωτικού τομέα πρέπει να αναλάβει όλους τους κινδύνους ή το μεγαλύτερο μέρος των κινδύνων που συνδέονται με το σχέδιο. Η ακριβής κατανομή των κινδύνων πραγματοποιείται κατά περίπτωση, ανάλογα με την ικανότητα κάθε πλευράς να τους αξιολογεί, να τους ελέγχει και να τους διαχειρίζεται».

Το ζήτημα της μεταφοράς κινδύνων από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα, σε συνδυασμό με τη λογιστική απεικόνιση (on/off balance sheet) των κινδύνων, απασχολεί ιδιαίτερα τις χώρες με δημοσιονομικά ελλείμματα, λόγω της δυνατότητας μείωσης της επιβάρυνσης του δημόσιου χρέους (από την υλοποίηση των έργων) και της ανάγκης άντλησης πόρων από ιδιωτικές επενδύσεις.

Τυχόν επιφανειακή προσέγγιση αυτού του ζητήματος μπορεί να οδηγήσει σε απλουστευτικές εκτιμήσεις, σχετικά με το κατά πόσο η υλοποίηση δημόσιων έργων με τη μέθοδο των συμπράξεων αποτελεί «φθηνότερη» ή «ακριβότερη» επιλογή. Συγκεκριμένα :

- Τα στοιχεία ενεργητικού ενός έργου ΣΔΙΤ μπορούν να ταξινομούνται ως μη-δημόσια στοιχεία ενεργητικού και επομένως να μην εγγράφονται στον ισολογισμό των δημοσίων διοικητικών αρχών, μόνο υπό την προϋπόθεση ότι ο ιδιώτης εταίρος αναλαμβάνει εξολοκλήρου τον κατασκευαστικό κίνδυνο του έργου και τουλάχιστον έναν από τους δύο άλλους κύριους κινδύνους (αυτόν της διαθεσιμότητας ή εκείνον που συνδέεται με τη ζήτηση).
- Κατά την ανάλυση των κινδύνων για τον επιμερισμό τους στο χρηματοοικονομικό σχέδιο μιας σύμπραξης (financial plan), τα πραγματικά δεδομένα δεν επιτρέπουν, στις περισσότερες των περιπτώσεων, ένα τόσο σαφή διαχωρισμό των κινδύνων για τους εξής λόγους.

Πρώτον, η εκτίμηση των κινδύνων διαθεσιμότητας και ιδιαίτερος της ζήτησης βασίζεται αντικειμενικά σε πολύ εύθραυστες υποθέσεις (hypotheses of random factors) που δεν επιτρέπουν τον ακριβή προσδιορισμό τους εξαρχής. Και δεύτερον, για να προσδιορισθεί με ακρίβεια η συμμετοχή κάθε εταίρου στον επιμερισμό των τριών κινδύνων πρέπει να συνυπολογισθούν αρκετοί παράγοντες, οι σημαντικότεροι των οποίων είναι:

1. Το ύψος της συμβολής του δημοσίου στη χρηματοδότηση του έργου.
2. Η ανάληψη από την πλευρά του δημοσίου μέρους του πιστωτικού κινδύνου

των τραπεζών, μέσω εγγυήσεων ή άλλων εξασφαλίσεων (το ύψος των οποίων εγγράφεται στους εθνικούς λογαριασμούς).

3. Ο τρόπος κατανομής των περιουσιακών στοιχείων του έργου στη λήξη της σύμβασης παραχώρησης.

Επομένως, η λογιστική απεικόνιση των έργων δεν αποτελεί κριτήριο ουσίας για την επιλογή της υλοποίησης ενός έργου μέσω σύμπραξης και μπορεί να οδηγήσει σε στρεβλώσεις στο σχεδιασμό ή στην εκτίμηση κόστους του έργου. Αντίθετα, το κρίσιμο κριτήριο για χώρες με δημοσιονομικά ελλείμματα, είναι ότι οι συμπράξεις αποτελούν έναν τρόπο για να επιταχύνουν την υλοποίηση οικονομικά βιώσιμων έργων, εφόσον η μεταφορά κινδύνων στον ιδιωτικό τομέα - λαμβανομένης υπόψη της αρχής “Value for Money” - είναι καταλυτική για την υλοποίηση σχεδίων που δεν θα ήταν χρηματοδοτήσιμα με την κλασική μέθοδο δημοπράτησης δημόσιων έργων.

Καίριο σημείο στην κατανομή των κινδύνων είναι ότι στη διαδικασία εξεύρεσης του άριστου επιμερισμού, οι προτεραιότητες των δύο πλευρών σαφώς διαφέρουν:

Η **εξασφάλιση της μέγιστης κοινωνικής ωφέλειας** του έργου ανά μονάδα κόστους είναι ο στόχος που ενδιαφέρει πρωτίστως **το δημόσιο φορέα**, ο οποίος φέρει την ευθύνη της επίτευξής του, ενώ πρωταρχικός στόχος του **ιδιωτικού τομέα** είναι η **επίτευξη ενός συντελεστή απόδοσης (IRR)** που να εξασφαλίζει την απόσβεση της επένδυσης και ένα εύλογο ποσοστό κέρδους στα επενδυμένα κεφάλαια.

Παρόλα αυτά, η σύγκλιση προτεραιοτήτων των δύο πλευρών είναι εφικτή μέσω των εξής:

α) Όσον αφορά το κατασκευαστικό αντικείμενο, είναι δυνατόν να επιτευχθεί χαμηλό κόστος κατασκευής, εφόσον η ποιότητα κατασκευής και η εισαγωγή καινοτόμων τεχνολογιών στην εκμετάλλευση του έργου θα έχουν ως αποτέλεσμα μειωμένες δαπάνες συντήρησης και λειτουργίας και επομένως μειωμένο κόστος ασφαλίσεων. Στην περίπτωση αυτή, το κόστος του χρήστη θα μπορέσει να διατηρηθεί στο προβλεπόμενο επίπεδο της ανταγωνιστικής τιμής που κατέθεσε ο υποψήφιος ανάδοχος του έργου.

β) Όσον αφορά τη λειτουργία-εκμετάλλευση του έργου, προτεραιότητα για τους επενδυτές και τους δανειστές έχει η εξασφάλιση της αδιάκοπης και αποδοτικής εκμετάλλευσης του έργου, ώστε αφενός να αποπληρωθούν τα δάνεια και να λάβει ο ιδιώτης το επενδυμένο κεφάλαιο και την απόδοσή του και αφετέρου η δημόσια αρχή να

εξασφαλίσει στους χρήστες την παροχή μιας συνεχούς και υψηλής ποιότητας υπηρεσίας.

Ο τραπεζικός τομέας αποβλέπει στην εξασφάλιση της αποπληρωμής των δανείων που θα χορηγήσει και την κάλυψη των εγγυήσεων που θα λάβει. Στις διαπραγματεύσεις των εναλλακτικών σεναρίων (παραδοχές σχετικά με τις μελλοντικές ροές εσόδων και δαπανών με πολλούς αστάθμητους παράγοντες) μεταξύ των αντισυμβαλλομένων, η συμμετοχή των τραπεζών έχει καθοριστικό ρόλο στα εξής:

- Προσδιορισμός του κινδύνου (όσο μεγαλύτερη αβεβαιότητα υπάρχει στον προσδιορισμό και την ποσοτική μέτρηση ενός κινδύνου, τόσο μεγαλύτερο το κόστος ασφάλισής του).
- Ενδελεχής ανάλυση του κόστους ανάληψης των κινδύνων και πρόβλεψη των επιπτώσεών τους στο συνολικό κόστος και τη βιωσιμότητα του έργου.
- Διασφάλιση της αξιοπιστίας και της αμοιβαίας εμπιστοσύνης των δύο κύριων συμβαλλόμενων (δημόσιο και ιδιώτης), ως προς την τήρηση των συμφωνηθέντων. Στην περίπτωση αυτή, δεν εξετάζεται μόνο η καλή πίστη αλλά κυρίως η αντικειμενική δυνατότητα κάθε συμβαλλόμενου να καλύψει τον κίνδυνο που απεδέχθη.

Οι διακυμάνσεις του κόστους χρηματοδότησης καθόλη τη διάρκεια ζωής ενός έργου ΣΔΙΤ εξαρτώνται από τις παραπάνω ενέργειες.

4.10 Η διεθνής και ευρωπαϊκή αγορά των ΣΔΙΤ

Το διαφορετικό εθνικό περιεχόμενο είναι πολύ σημαντικό στην κατανόηση των ΣΔΙΤ. Μια σύντομη παρουσίαση της παγκόσμιας οπτικής μας βοηθά να δούμε τόσο τις διαφορετικές μορφές συμφωνιών και συνεργασιών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όσο και την επιρροή τους σε πολλαπλά επίπεδα της οικονομικής και κοινωνικής ζωής διαφορετικών χωρών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Διεθνές πλαίσιο ΣΔΙΤ

	USA	EUROPE
Αιτίες	Οικονομική κρίση στο δημόσιο τομέα Αυξημένη κινητικότητα κεφαλαίων (παγκοσμιοποίηση) Αυξημένη πολυπλοκότητα των διαφόρων κυβερνητικών πολιτικών Κυριαρχία Νέο-φιλελεύθερων οικονομικών ιδεών	
Τομέας που επηρεάζει την οικονομία	Ιδιωτικός	UK Δημόσιος
Διοικητικό Σύστημα	Κατακερματισμένη διακυβέρνηση, ανταγωνιστική πολιτική	Συγκεντρωτική πολιτική ανά διοικητικές μονάδες
Συμπράξεις Δ-Ι	Ανεξάρτητο	Εξαρτημένο
Συμπράξεις Δ-Δ	Σταθερό	UK Αδύναμο
Σχέσεις συνεργασίας	Έντονα οργανωμένη τοπική επιχειρηματική ελίτ	Έλλειψη τοπικού επιχειρηματικού σχεδιασμού

Πηγή : Bult-Spiering & Dewulf, 2006 και ίδια επεξεργασία

Σε γενικές γραμμές, η κύρια διαφορά μεταξύ του Αμερικάνικου και του Ευρωπαϊκού συστήματος είναι ο αυξημένος βαθμός αυτονομίας του ιδιωτικού τομέα στο πρώτο, σε αντίθεση με την ισχύ του παραδοσιακού δημόσιου τομέα στο δεύτερο. Η Αμερική και η Ευρώπη αντιπροσωπεύουν δύο ακραία παραδείγματα με ενδιάμεση περίπτωση μελέτης της Μ. Βρετανία (DiGaetano & Strom, 2003)

Το σύστημα της Αμερικής χαρακτηρίζεται ως κατακερματισμένο και πλουραλιστικό, καθώς δεν υπάρχει η έννοια της κοινής “διακυβέρνησης”. Εν αντιθέσει, στην Ευρώπη οι πολιτικές “διακυβέρνησης” ακολουθούν μια κοινή και σαφώς καθορισμένη γραμμή, θέτοντας με αυτό τον τρόπο όρια στα προνόμια και τις κινήσεις του ιδιωτικού τομέα. Οι σχέσεις μεταξύ κυβέρνησης και επιχειρήσεων είναι ισχυρές και αλληλεξαρτώμενες για την Αμερικανική πολιτική, αλλά σχετικά αδύναμες για την Ευρωπαϊκή (Flinders, 2005).

Η εξήγηση του φαινομένου αυτού στηρίζεται στο διαφορετικό βαθμό ευελιξίας, που διαθέτει καθένα από τα πολιτικά συστήματα. Για παράδειγμα, ενώ οι χώρες της Ευρώπης χαρακτηρίζονται από έντονα στοιχεία συγκεντρωτισμού, σκληρής δημοσιονομικής πολιτικής και γραφειοκρατίας, οι πολιτείες της Αμερικής είναι διαχωρισμένες και διοικητικά αυτόνομες, έχοντας ως αποτέλεσμα την αποδοτικότερη συνεργασία (Walzer, 1998).

Σε αντίθεση με τις περισσότερες Ευρωπαϊκές περιφέρειες, οι Αμερικανικές πολιτείες έχουν τις δικές τους φορολογικές και τελωνειακές ρυθμίσεις. Γεγονός που δίνει σε ιδιώτες επενδυτές διαφορετικών περιοχών, ανταγωνιστικά κίνητρα για την κυκλοφορία κεφαλαίων, την κατασκευή έργων υποδομής και υπηρεσιών –με πολλαπλασιαστικά

αποτελέσματα για το κοινωνικό σύνολο- (Walzer,1998). Ενώ, λοιπόν, ο ιδιωτικός τομέας έχει κυρίαρχο ρόλο στην πολιτική των ΗΠΑ, στην Ευρώπη το επενδυτικό κλίμα περιορίζεται δίνοντας ευκαιρίες μόνο στην τοπική επιχειρηματική ελίτ ("local business leadership").

Γενικότερα χώρες με ενισχυμένη τη δύναμη του δημόσιου τομέα, φαίνεται πως θέτουν περιορισμούς επί των Συμπράξεων, τόσο με τα αυστηρά νομοθετικά τους πλαίσια όσο και με την έλλειψη επιχειρηματικών πρωτοβουλιών. Στον αντίποδα, χώρες με μειωμένη παράδοση στο δημόσιο συγκεντρωτισμό δίνουν το έναυσμα σε ιδιώτες να προσαρμοστούν ευκολότερα και να ρισκάρουν σε επενδύσεις Συμπράξεων. Η επιρροή του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα επί των διεθνών Συμπράξεων έχει διαφορετική κάθε φορά βαρύτητα, όπως αναπαριστάται στο παρακάτω διάγραμμα (Pierre, 1997).

Η ισορροπία των Συμβάσεων σύμπραξης επηρεάζεται για παράδειγμα στη Σουηδία και στη Γαλλία περισσότερο από το δημόσιο τομέα (με θεσμικούς και χρηματοοικονομικούς περιορισμούς), ενώ στις ΗΠΑ από το επενδυτικό κεφάλαιο του ιδιωτικού τομέα. Η ενδιάμεση περίπτωση είναι αυτή της Μ. Βρετανίας ως της χώρας με τα πιο επιτυχημένα παραδείγματα PPP καθώς θεσμικά και οργανωτικά έχει λειτουργήσει αποδοτικότερα ο κρατικός μηχανισμός.

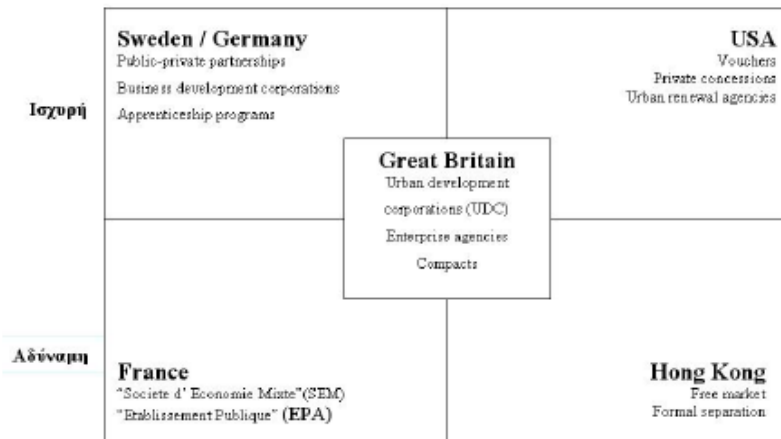
ΣΧΗΜΑ 12 : Η επικράτηση του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα ανά χώρα



Πηγή : Pierre, 1997

Ο Savitch (1998) υπογραμμίζει τη σχέση του παγκόσμιου εύρους των συμβάσεων σύμπραξης με τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και τον κοινωφελή χαρακτήρα των έργων (σχήμα 13)

ΣΧΗΜΑ 13 : Παράδοση ανά χώρα σε έργα κοινωφελούς χαρακτήρα μέσω ΣΔΙΤ



Πηγή : Bult-Spiering & Dewulf, 2006 και ίδια επεξεργασία

Στη Γαλλία, για παράδειγμα, η “Société d’ Economie Mixte” (SEM) και “Etablissement Publique” (EPA), κατασκεύαζαν εργατικές κατοικίες, οι οποίες αποπληρώνονταν από το κράτος, ενώ οι SEM είχαν ιδιωτικούς κατασκευαστές αλλά η πλειοψηφία των οικοπέδων ήταν από δημόσια οικόπεδα. Η EPA δημιουργούσε συμβάσεις έργου με ιδιωτικές επιχειρήσεις για την κατασκευή υποδομών, αλλά υπό πλήρη δημόσιο έλεγχο. Μια άλλη οπτική των κοινωφελών συμφωνιών είναι αυτή των ΗΠΑ, όπου οι φορείς που αναλαμβάνουν την κατασκευή του έργου είναι μη κυβερνητικές οργανώσεις ή εταιρίες με κοινωνική προσφορά, οι οποίες δεν ζητούν από το κράτος την αποπληρωμή του έργου, αλλά που επωφελούνται σημαντικά από την κρατική διοίκηση μέσω φορολογικών απαλλαγών και λοιπόν πλεονεκτημάτων για την προσφορά τους (Savitch, 1998).

Σε χώρες όπως η Μ. Βρετανία, με μακρά εμπειρία στο θεσμό των Συμπράξεων, υποδομές όπως η διαχείριση απορριμμάτων, η επάνδρωση εκπαιδευτικού υλικού σε σχολεία, η κατασκευή νοσοκομείων και δημόσιων εγκαταστάσεων είναι θέμα των PFI, δηλαδή της Ιδιωτικής Χρηματοδοτικής Πρωτοβουλίας. Αντίθετα στο Χονγκ Κονγκ και γενικά σε χώρες εκτός Ευρωπαϊκής ένωσης, οι κοινωνικές παροχές αφήνονται στο μηχανισμό της ελεύθερης αγοράς και στις ευκαιρίες που θα δοθούν σε κατασκευαστικές επιχειρήσεις από το κράτος. Τέλος στη Γερμανία και τη Σουηδία στηρίζονται περισσότερο στην χρηματοδοτική βοήθεια της ΕΤΕπ και γενικά σε κονδύλια από προγράμματα της Ε.Ε., με σκοπό να ξεκινήσει η διαδικασία υπογραφής συμβάσεων για κοινωφελή έργα (Winch, 2002).

Το νομικό καθεστώς των συμβάσεων παραχώρησης διαφέρει αισθητά σε κάθε κράτος

μέλος. Για παράδειγμα στο Βέλγιο, την Ισπανία, το Η. Βασίλειο και τη Πορτογαλία, η ονομασία της δημόσιας σύμβασης παραχώρησης έργων δίδεται αποκλειστικά στις παραχωρήσεις δημοσίων έργων μακράς διάρκειας με δημόσια χρηματοδότηση. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο στη Γερμανία, τη Γαλλία και την Ιταλία. Πρόκειται για τον ίδιο τύπο συμβάσεων, οι οποίες και γνωρίζουν εντονότατη ανάπτυξη στην Ευρώπη και παγκοσμίως. Κατά συνέπεια, διαπιστώνεται ότι οι σημερινές ευρωπαϊκές συμβατικές έννοιες δημοσίων συμβάσεων δεν είναι ενιαίες στην Ευρώπη με αποτέλεσμα σε μια χώρα να θεωρείται ότι μια σύμβαση είναι δημόσια σύμβαση και σε μια άλλη ότι είναι παραχώρηση. Συνεπώς η ίδια σύμβαση εμπίπτει σε δύο διαφορετικά καθεστώτα συνάψεως αναλόγως της χώρας.

Για κάθε χώρα της Ε.Ε., τα ΣΔΙΤ είναι μια έννοια «ομπρέλα» η οποία καλύπτει ένα ευρύ φάσμα κανόνων και διαδικασιών μεταξύ των συμβαλλομένων μερών. Τα κράτη λοιπόν χωρίζονται σε τρεις διαφορετικές ομάδες : α) τα **κράτη που έχουν ήδη αναπτύξει σε μεγάλο βαθμό τα PPP** (advanced PPP adopters) όπως η Μ. Βρετανία και κατά κάποιο ποσοστό η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιρλανδία και η Ιταλία β) τα **κράτη που βρίσκονται σε μια ενδιάμεση κατάσταση** (intermediate PPP adopters) καθώς έχουν αναπτύξει νομοθετικά και θεσμικά πλαίσια, αλλά η χρονική διάρκεια εφαρμογής τους δεν μας επιτρέπει να βγάλουμε άμεσα συμπεράσματα και αναφερόμαστε σε χώρες όπως Ισπανία, Ελλάδα και η Πορτογαλία και γ) η τρίτη ομάδα με τα **κράτη στα οποία ο θεσμός των ΣΔΙΤ κάνει τώρα τα πρώτα του βήματα** (intercoms). Η διαφοροποίηση αυτή έγκειται, τόσο στις διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν στις χώρες της ΕΕ, όσο και στις διαφορετικές πολιτικές του εκάστοτε κράτους.

Στην Ευρώπη, οι νέες επενδύσεις που σχετίζονται με υποδομές υλοποιούνται όλο και συχνότερα στα πλαίσια διαφόρων ειδών ΣΔΙΤ που βασίζονται στην αρχή της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα με κατανομή του κινδύνου, στην παροχή δημοσίων υποδομών, στην καταβολή πληρωμής από τον χρήστη ή την χρέωση των δημοσίων πόρων ανάλογα με την παρεχόμενη υπηρεσία ή/και τον κίνδυνο που μεταβιβάζεται στον ιδιωτικό τομέα (HM Treasury, 2005)

Η αγορά συμβάσεων έργων ΣΔΙΤ στην υπόλοιπη Ευρώπη παρουσιάζει σταθερή ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια. Από το 2001 και εφεξής συνολικά στην υπόλοιπη Ευρώπη υπεγράφησαν συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ συνολικής αξίας 37 δις ΕΥΡΩ, ενώ την ίδια περίοδο στο Ηνωμένο Βασίλειο και μόνο υπεγράφησαν συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ

συνολικής αξίας 61 δις ΕΥΡΩ (DLA Piper, 2009).

Η αθροιστική αξία των συμβάσεων έργων ΣΔΙΤ που έχουν υπογραφεί ως το τέλος 2008 είναι υψηλότερη στην Ισπανία και τη Γαλλία (4,1 δις ΕΥΡΩ ανά χώρα ενώ ακολουθεί η Ιταλία με 3,6 δις ΕΥΡΩ και η Ιρλανδία με 3,3 δις ΕΥΡΩ.) Τα μεγαλύτερα έργα ΣΔΙΤ αφορούν στις υποδομές μεταφορών και κυρίως στο οδικό δίκτυο καθώς και έργα εκσυγχρονισμού σιδηροδρόμων, κατασκευής τούνελ κλπ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Συνολική αξία έργων ΣΔΙΤ ανά Ευρωπαϊκή χώρα (2001-2008)

(σε εκ. ΕΥΡΩ)

Χώρα	2001-2004	2005	2006	2007	2008	Σύνολο	Υπογραφείσες συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ 2001-2008
Ισπανία	1000	1154	1664	309	---	4127	38
Γαλλία	---	1788	735	329	1241	4093	34
Ιταλία	890	2179	439	55	---	3563	20
Ιρλανδία	720	121	623	1489	300	3253	19
Ελλάδα	---	798	1600	3885	1000	2398	8
Γερμανία	440	830	177	465	117	2029	40
Βέλγιο	1300	480	---	300	680	1780	6
Ολλανδία	1302	---	431	---	1020	1733	9
Πολωνία	1520	---	---	---	---	1520	2
Αυστρία	49	---	850	---	---	899	6
Φινλανδία	---	700	---	---	---	700	1
Βουλγαρία	---	366	288	366	---	654	6
Ουγγαρία	---	---	38	15	500	556	11
Κύπρος	---	500	---	---	---	500	1
Πορτογαλία	278	---	32	140	---	450	7
Άλλες χώρες	485	2	490	---	---	977	7
ΣΥΝΟΛΟ (εκτός Ην.Βασιλείου)	7.987	8.918	7.367	7.353	4.958	36.583	215
Ην. Βασίλειο	21.849	6.237	14.111	10.698	8.236	61.131	536

Πηγή : Public Private Finance, 2009 (www.publicprivatefinance.com)

DLA Piper, 2009 (www.dlapiper.com)

Επιπρόσθετα των 215 συμβάσεων έργων ΣΔΙΤ που υπεγράφησαν στην υπόλοιπη (εκτός Ην. Βασιλείου) Ευρώπη έως το 2008, η εταιρεία DLA Piper εκτιμά ότι θα πρέπει να υπολογισθούν και άλλα έργα που έχουν προκηρυχθεί από τις αρχές του 2007 συνολικής αξίας 68 δις ΕΥΡΩ, με αποτέλεσμα να σημειωθεί αυξητική πορεία των έργων ΣΔΙΤ, τα οποία είτε έχουν προκηρυχθεί είτε ευρίσκονται στη διαδικασία χρηματοδότησης. Μετά την Ιταλία, η Γερμανία και η Ελλάδα από το 2007 και εφεξής παραμένουν οι χώρες με τα περισσότερα έργα ΣΔΙΤ (σε διαδικασία προκήρυξης)

συνολικής αξίας 9,5 δις ΕΥΡΩ και 6,3 δις ΕΥΡΩ αντίστοιχα. (DLA Piper, 2009)

Παρατηρώντας τη ευρωπαϊκή εμπειρία αποκομίζουμε σημαντικά παραδείγματα στους παρακάτω τομείς :

- εκπαίδευση (σχολεία και τριτοβάθμια εκπαίδευση),
 - υγεία (νοσοκομεία και κλινικές),
 - στέγαση δημοσίων υπηρεσιών (κεντρικής διοίκησης, δημοσίων ιδρυμάτων, τοπικής αυτοδιοίκησης),
 - σωφρονιστικά ιδρύματα (φυλακές ή σωφρονιστικά ιδρύματα για ανηλίκους),
 - τμήματα δημόσιας ασφάλειας (πυροσβεστικοί σταθμοί ή αστυνομικά τμήματα),
 - ύδρευση και αποχέτευση,
 - διαχείριση αποβλήτων,
 - αυτοκινητόδρομοι, σιδηρόδρομοι, λιμάνια, αεροδρόμια,
 - έργα πληροφορικής, δίκτυα επικοινωνίας και
 - συστήματα άμυνας (όπως στέγαση στρατιωτών, τηλεπικοινωνίες, εξομοιωτές).
- (σχήμα 14)

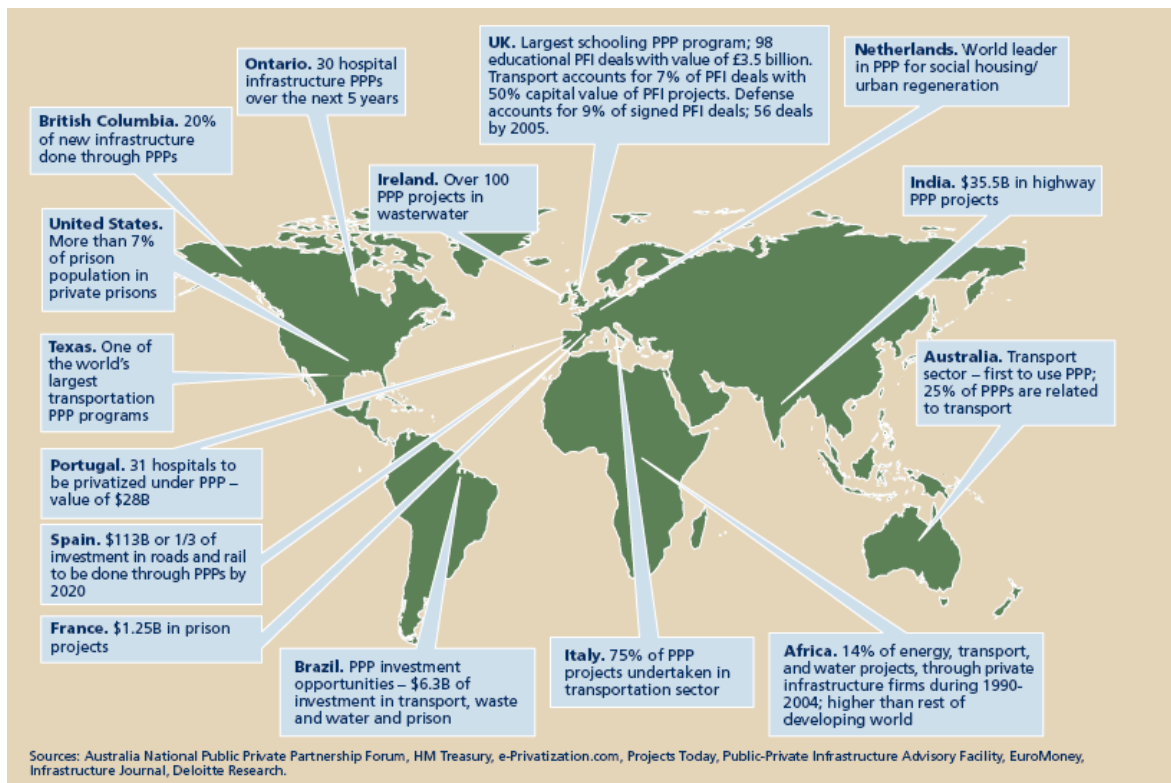
ΣΧΗΜΑ 14 : Ευρωπαϊκή Εμπειρία υλοποίησης έργων

	Διεξαγωγή Επιχειρησιακών προγραμματισμών	Αεροδρόμια	Αστυνομικά Σταθμάρια	Κακοίδια	Εξοπλισμός Υγείας/ Νέοσυστήματα	Πυροσβεστικές	Λιμάνια	Φυλακές	Συνδυασμένοι Μεταφορές	Λιθολόγησης	Διεξαγωγή	Υγεία	Αθλητικές σγκακουστάτες	Υπόθεση αποχέτευσης Διαχείριση Αποβλήτων
Αυστρία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Βέλγιο	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Δανία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Φιλανδία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Γαλλία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Γερμανία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ελλάδα	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ιρλανδία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ιταλία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Λουξεμβούργο	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ολλανδία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Νορβηγία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Πορτογαλία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ισπανία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Σουηδία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ην. Βασίλειο	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Κύπρος	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Τσεχία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Εσθονία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ουγγαρία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Λετονία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Λιθουανία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Μάλτα	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Πολωνία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Σλοβακία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Σλοβενία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Βουλγαρία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ρουμανία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Τουρκία	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Επεξήγηση: ○ τρέχουσες συμφωνίες για έργα, ○ συμφωνίες σε εξέλιξη, ○ αρκετές συμφωνίες έργων σε εξέλιξη μερικές από τις οποίες έχουν ολοκληρωθεί, ○ υλοποιημένα προγράμματα, ● ολοκληρωμένα έργα και αξιοσημείωτος αριθμός έργων που έχουν δοθεί προς χρήση.

Πηγή : Pricewaterhouse Coopers, 2006

ΕΙΚΟΝΑ 1 : Η εφαρμογή των ΣΔΙΤ διεθνώς



Πηγή : Deloitte, 2006

4.11 Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στη Μεγάλη Βρετανία

Οι Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Βρετανικής οικονομίας κατά τη δεκαετία 1999-2009, ιδιαίτερα στον τομέα των υποδομών με την ανέγερση σχολείων, νοσοκομείων, φυλακών και την κατασκευή ή εκσυγχρονισμό του οδικού δικτύου της χώρας. Ο κύριος φορέας υλοποίησης των έργων ΣΔΙΤ στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι ο λεγόμενος Private Finance Initiative (PFI).

Κατά το 2008 υπεγράφησαν 34 συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ, περίπου το ήμισυ των αντιστοίχων συμβάσεων που είχαν υπογραφεί τη διετία 2005-2007 (Γραφείο Ο.Ε.Υ., 2009). Η συνολική αξία όμως των συμβάσεων έργων για το 2008 ήταν περίπου 6,4 δις Λίρες, μείωση κατά 11% ως προς την συνολική αξία συμβάσεων έργων για το 2007 (7,3 δις Λίρες) (Γραφείο Ο.Ε.Υ., 2009). Σημαντικότερη σύμβαση έργου ήταν η κατασκευή αεροσκαφών, σύμβαση η οποία κατατάσσεται ως 3^η σε σπουδαιότητα και αξία μετά το μετρό του Λονδίνου και το Eurotunnel.

Μέχρι το τέλος του 2008, είχαν υπογραφεί στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1995 και

μετά, 935 έργα ΣΔΙΤ συνολικής αξίας 66 δις Λιρών. Συνολικά από το 1996 οι ΣΔΙΤ στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτιμώνται στο 10-15% των επενδύσεων κεφαλαίου του δημόσιου τομέα στην χώρα (Γραφείο Ο.Ε.Υ., 2009).

Οι κυριότεροι τομείς συμβάσεων έργων ΣΔΙΤ το 2008 στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν οι τομείς της άμυνας, της εκπαίδευσης και της υγείας, τάση η οποία παρατηρείται από το 2004 και εφεξής, με συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ συνολικής αξίας στους τομείς της άμυνας και της υγείας περίπου 8 δις Λίρες και στο τομέα της εκπαίδευσης 6 δις Λίρες (Γραφείο Ο.Ε.Υ., 2009).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Έργα ΣΔΙΤ στο Ην. Βασίλειο κατά τομέα και ετήσια αξία (2003-2008)

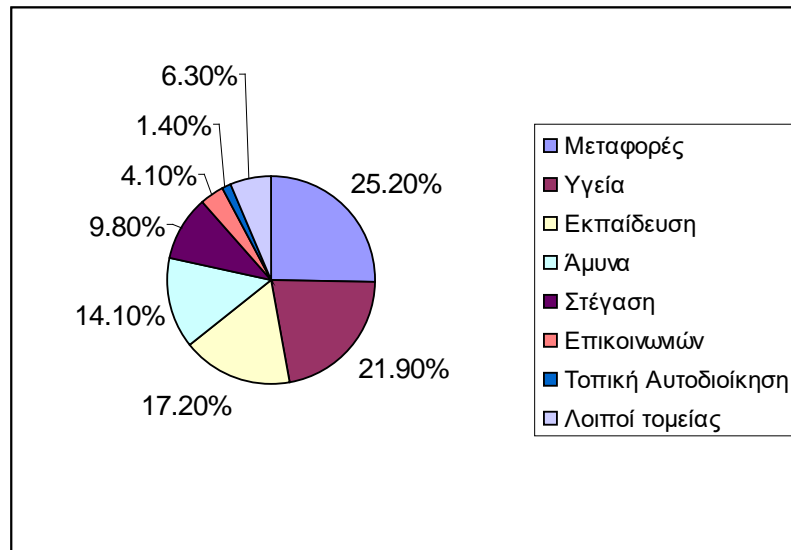
(σε εκ. Λίρες)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Άμυνα	925	900	654	2674	1000	3291
Εκπαίδευση	373	456	749	1495	1514	1613
Υγεία	667	2628	998	3010	1706	520
Τοπική αυτοδιοίκηση, Στέγαση	491	62	406	422	570	450
Σκωτία	209	173	377	1003	1106	395
Βόρεια Ιρλανδία	105	60	18	390	382	125
Γεωργία (Υπουργείο Γεωργίας)	145	35	---	421	175	98
Υπουργείο Εσωτερικών	138	74	38	---	46	14
Ουαλία	---	82	---	42	17	10
Μεταφορές	351	735	1021	150	727	---
Άλλα	57	40	---	---	75	27
ΣΥΝΟΛΟ	3.461	5.245	4.261	9.607	7.318	6.543

Πηγή : Public Private Finance, 2009 (www.publicprivatefinance.com)

Ο τομέας της υγείας αποτελεί ένα σημαντικό τομέα υλοποίησης έργων ΣΔΙΤ στη χώρα με αναλογία 21,9% επί του συνόλου καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου 1987-2008.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 : Τομείς έργων ΣΔΙΤ στο Ην. Βασίλειο αναλογικά επί του συνόλου κατά τη περίοδο 1987-2008



Πηγή : Public Private Finance, 2009 (www.publicprivatefinance.com)

Πανεπιστήμιο Πά...

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Εισαγωγή

Ο τομέας της υγείας αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους τομείς οικονομικής δραστηριότητας, συνιστώντας μια πραγματική δημοσιονομική πρόκληση στις ανεπτυγμένες κοινωνίες. Ανάλογα με τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών Υγείας, διακρίνονται τρεις βασικές μορφές Συστημάτων Υγείας :

1. Το **Ιδιωτικό** ή **Φιλελεύθερο**, που λειτουργεί σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις της αγοράς και τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση και επιβάρυνση, όπως αυτό αναπτύχθηκε και εφαρμόζεται κατ' εξοχή στις ΗΠΑ,
2. Το **Κρατικό** ή **Δημόσιο**, που χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω της φορολογίας και αποσκοπεί στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών Υγείας του πληθυσμού, γνωστό και ως μοντέλο του Beveridge, που αναπτύχθηκε στη Μεγάλη Βρετανία και
3. Το **Σύστημα** της **Κοινωνικής Ασφάλισης**, το οποίο στηρίζεται στην ύπαρξη πολλών διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, που χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων, γνωστό και ως μοντέλο του Bismarck, που αναπτύχθηκε στη Γερμανία.

Παρά τη διάκριση των προαναφερθέντων μοντέλων, στις περισσότερες χώρες τα συστήματα τείνουν σε μικτές μορφές οργάνωσης.

5.2 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας με βάση τη χρηματοδότησή του θεωρείται «μεικτό» σύστημα, διότι στηρίζεται τόσο στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης όσο και στο κράτος (Bismarck / Beveridge). Το 1983, με το νόμο 1397 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας» θεσπίστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Το ΕΣΥ χαρακτηριζόταν από επιδράσεις τόσο του αντίστοιχου Βρετανικού Συστήματος (NHS) όσο και των Εθνικών Υγειονομικών Συστημάτων των Σκανδιναβικών χωρών. Η δωρεάν παροχή ποιοτικής φροντίδας για όλους τους πολίτες, η άρση της εμπορευματοποίησης της υγείας και των ανισοτήτων στην πρόσβαση, η ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του συστήματος μέσω της δημιουργίας αγροτικών ιατρείων και κέντρων υγείας στη περιφέρεια, η βελτίωση της εκπαίδευσης και η θεσμοθέτηση της πλήρους και

αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών, αποτέλεσαν από τη πρώτη στιγμή τους κύριους στόχους του ΕΣΥ.

Έτσι, κύριοι **στόχοι** του ΕΣΥ αποτέλεσαν :

1. Η **καθολική, πλήρης και ισότιμη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη** του πληθυσμού
2. Η **χρηματοδότηση του συστήματος** από τον **κρατικό προϋπολογισμό** (μέσω της άμεσης και έμμεσης φορολογίας) αλλά και από την κοινωνική ασφάλιση (μέσω τριμερούς χρηματοδότησης από τις εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και κράτους).
3. Η **κυριότητα και ο έλεγχος των συντελεστών παραγωγή**, που βασικά ανήκουν στο κράτος

Κύρια χαρακτηριστικά του ΕΣΥ είναι (Σίσσουρας & Σουλιώτης, 2003) :

α) Οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε :

- Υπηρεσίες ανοιχτής ή πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- Υπηρεσίες κλειστής ή νοσοκομειακής περίθαλψης (δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας)

β) Παραγωγή των υπηρεσιών υγείας είναι :

- Ο δημόσιος τομέας (νοσοκομεία του ΕΣΥ ή νοσοκομεία άλλου δημόσιου χαρακτήρα, κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία αυτών, πολύιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, δημοτικά ιατρεία κλπ)
- Ο ιδιωτικός τομέας (ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιατρεία ελεύθερων επαγγελματιών ιατρών και οδοντιάτρων κλπ)

γ) Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται από :

- Τον κρατικό προϋπολογισμό
- Τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης
- Την ιδιωτική ασφάλιση (περιορισμένη και καλύπτει ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού, κυρίως για νοσοκομειακές υπηρεσίες)
- Τις ιδιωτικές δαπάνες, οι οποίες ανέρχονται στο 42% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ οι δημόσιες δαπάνες αναλογούν στο 68% (Σουλιώτης, 2002).

δ) Τα βασικά προβλήματα που έπρεπε να αντιμετωπισθούν αφορούσαν :

- Τις ανισότητες στην πρόσβαση και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας
- Τις περιφερειακές ανισότητες στην κατανομή υπηρεσιών και πόρων
- Τις οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες
- Τις γεωγραφικές ιδιομορφίες που επηρεάζουν το είδος, το εύρος και την ποιότητα

των προσφερόμενων υπηρεσιών

- Τη συνύπαρξη της προσφοράς – παραγωγής και της ζήτησης χρηματοδότησης, κυρίως για το νοσοκομειακό τομέα, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τον μη ποιοτικό έλεγχο των παραγόμενων υπηρεσιών και την μη ικανοποίηση των πραγματικών αναγκών.

Εξάλλου, βασική παράμετρος, που προσδιορίζει το χαρακτήρα και τη φύση του Συστήματος Υγείας, είναι ο τρόπος και ο βαθμός συμμετοχής του Ιδιωτικού και του Δημόσιου Τομέα στην παροχή και πληρωμή των υπηρεσιών υγείας. Έτσι διακρίνουμε:

- Κρατική πληρωμή με κρατική παροχή, σε νοσηλεία σε κρατικό νοσοκομείο
- Κρατική πληρωμή με ιδιωτική παροχή, σε νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο, με κάλυψη των νοσηλίων από κρατικό ασφαλιστικό φορέα
- Ιδιωτική πληρωμή με κρατική παροχή, σε κάλυψη των νοσηλίων από ιδιώτη ή ασφαλιστική εταιρεία σε κρατικό Νοσοκομείο
- Ιδιωτική πληρωμή με ιδιωτική παροχή, σε νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η κρατική πληρωμή μπορεί να αλλοιώνεται με άτυπες πληρωμές που έχουν ποικίλες μορφές και εξυπηρετούν διαφορετικούς σκοπούς. Κυμαίνονται από τα εκ των προτέρων δώρα, μέχρι τις εκ των υστέρων πληρωμές σε μετρητά, τα γνωστά «φακελάκια». Αυτές οι πληρωμές ή τα δώρα μπορεί να αποτελούν μέρος μίας κουλτούρας, στη χειρότερη περίπτωση όμως συνιστούν μορφή διαφθοράς, που υπονομεύει το σύστημα επίσημων πληρωμών, καθιστά άνιση την πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας και επηρεάζει σε τελική ανάλυση και τη φύση του συστήματος.

Όταν το 1983 ψηφίστηκε από την Ελληνική Βουλή ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ (Ν.1397/1983), βασική επαγγελία και προσδοκία ήταν ότι το ΕΣΥ θα οδηγούσε σε αύξηση των δημοσίων δαπανών, με ταυτόχρονο περιορισμό των ιδιωτικών. Ο Ν.1397/1983 δεν προέβλεψε όμως αποτελεσματικό μηχανισμό χρηματοδότησης και διαχείρισης ενώ διαπνεόταν από έντονα κρατικιστική αντίληψη.

Έτσι, επιχείρησε να περιορίσει τον ιδιωτικό τομέα, απαγορεύοντας την ανέγερση νέων κλινικών, επιτρέποντας όμως ιδιωτικές επενδύσεις στο διαγνωστικό τομέα. Κατά τον τρόπο αυτό όμως, δεν επιτεύχθηκε ο επιδιωκόμενος περιορισμός των ιδιωτικών δαπανών, αφού τα ολοένα αυξανόμενα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα με τις συμβάσεις τους επιβάρυναν και επιβαρύνουν ακόμη υπερβολικά τους προϋπολογισμούς των

ασφαλιστικών ταμείων και τις ιδιωτικές δαπάνες Υγείας. Ιδιαίτερα και μετά τη ρύθμιση του ΠΔ 247/91, που υπό την πίεση της πραγματικότητας επέτρεψε ξανά την ίδρυση, λειτουργία, μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών, καθώς και τη δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές, οι ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα παρουσίασαν αυξητική πορεία και έφθασαν, βοήθους και της παραοικονομίας, να είναι οι υψηλότερες στην Ευρώπη, με 44% του συνόλου των δαπανών για την υγεία, έναντι 26% του μέσου Ευρωπαϊκού όρου με στοιχεία του 2003.

Τελικά, η βασική σημαντική επιτυχία του ΕΣΥ παρέμεινε η περιφερειακή ανάπτυξή του, που ανέκοψε τη ροή ασθενών προς Αθήνα και Θεσσαλονίκη και διευκόλυνε την πρόσβαση των πολιτών στις αποκεντρωμένες Μονάδες Υγείας.

Εξάλλου ο Ν. 1397/83, δεν έλαβε υπόψη την εξελισσόμενη οικονομική κρίση, ενώ πρέπει να σημειωθεί και ότι η ανάπτυξη του ΕΣΥ στην Ελλάδα συνέπεσε με την κρίση του Κράτους Πρόνοιας διεθνώς, γεγονός που σημαίνει ότι, οι πόροι που διατίθενται, προκειμένου να καλύπτεται η αυξανόμενη συνεχώς ζήτηση, είναι περιορισμένοι.

Η ισότητα και ποιότητα, αφενός, και η συγκράτηση του κόστους, αφετέρου, αποτελούν τα ζητούμενα για την επιτυχία του ΕΣΥ, αντιμετωπίζουν όμως εγγενείς δυσκολίες στην επίτευξή τους. Έτσι, η ποιότητα πρέπει να περιλαμβάνει την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών Υγείας, αλλά και την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Η συγκράτηση του κόστους, αφετέρου, είναι όρος βιωσιμότητας για το Σύστημα. Οι στόχοι όμως αυτοί συχνά αλληλο-αποκλείονται. Η επίτευξη ισότητας σημαίνει θυσίες στην ποιότητα, ενώ η βελτίωση της ποιότητας συνεπάγεται αύξηση του κόστους ενδεχομένως και μείωση της ισότητας, κλπ.

Για τους λόγους αυτούς, σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες αναζητούνται λύσεις σε νέα σχήματα οργάνωσης και χρηματοδότησης. Πρόσθετο πρόβλημα στην Ελλάδα είναι ότι οι κυβερνήσεις, όταν νομοθετούν για ζητήματα πολιτικής Υγείας, έχουν παγίως κατά νου μόνο το Δημόσιο τομέα και ειδικότερα τα Νοσοκομεία. Κατά συνέπεια ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται ανεξάρτητα και η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των δύο αυτών τομέων έχει τελικά ζημιογόνες συνέπειες, τόσο για τους πολίτες όσο και για το Σύστημα.

Μία σημαντική διαφορά, η οποία προκύπτει από τη μελέτη της ανάπτυξης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας σε σύγκριση με τα άλλα Ευρωπαϊκά, αφορά στην

έλλειψη συνέπειας στην εφαρμογή των αποφάσεων και στη τήρηση των νόμων. Επιπλέον, απουσιάζει η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της πολιτικής υγείας, με κριτήρια που θα έχουν αποφασισθεί πριν από την έναρξη της εφαρμογής των μέτρων και θα εμπεριέχουν ένα μεγάλο βαθμό συναίνεσης.

Με την τελευταία μεγάλη μεταρρυθμιστική προσπάθεια που συντελέστηκε με το νόμο 2889/2001, τέθηκαν ως στόχοι της πολιτικής υγείας οι εξής :

- Η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ
- Η ανασυγκρότηση των νοσοκομείων
- Η αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού

Πιο συγκεκριμένα, η μεταρρύθμιση αυτή του 2001 αποσκοπούσε :

- Στην οργανωτική αναδιάρθρωση του υγειονομικού τομέα σε 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥΠ).
- Στην ενδυνάμωση των νοσοκομείων με την εφαρμογή του μοντέλου διοίκησης που βασίζεται στη στελέχωση τους με επαγγελματία manager.
- Στη δημιουργία νέων τμημάτων, υποστηρικτών της διοίκησης πχ τμήματα προμηθειών, τμήματα ποιοτικού ελέγχου, τμήματα έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, αυτοτελή τμήματα οργάνωσης και πληροφορικής, καθώς και τμήματα υποδοχής ασθενών.
- Στη λειτουργία απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ
- Στη βέλτιστη χρησιμοποίηση των πόρων
- Στον αποτελεσματικότερο έλεγχο των παραγωγών και των δομών του συστήματος
- Στην αύξηση της αποδοτικότητας

Οι περισσότεροι από τους παραπάνω στόχους υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο την εν λόγω μεταρρύθμισης, εντούτοις, οι βασικές τομές της δημιουργίας ενιαίου φορέα διαχείρισης των πόρων για την υγεία και ενοποίησης του ΕΣΥ και των ασφαλιστικών οργανισμών που διαθέτουν υγειονομικές δομές, δεν προχώρησαν σε νομοθετική ρύθμιση και κατ' επέκταση σε εφαρμογή.

Ο νόμος 3229/2005 μετονομάζει τα ΠΕΣΥΠ σε ΔΥΠΕ, αφαιρώντας τους κάποιες αρμοδιότητες, τις οποίες επαναφέρει στο Υπουργείο, τα νοσοκομεία γίνονται και πάλι ΝΠΔΔ, με Διοικητικό Συμβούλιο, την πλειοψηφία του οποίου διορίζει ο Υπουργός,

καθώς και το Διοικητή, ο οποίος έχει πλέον διετή και όχι πενταετή θητεία. Επιπλέον ψηφίζεται καινούργιος νόμος για τη δημόσια υγεία (3370/05). Ο νόμος 3527/2007 για τη μεταρρύθμιση των Διοικητικών Περιφερειών Υγείας μειώνει τον αριθμό των ΔΥΠΕ σε επτά (7)) με προοπτική, όπως προκύπτει από την εισηγητική έκθεση αλλά και τις δηλώσεις του Υπουργού κ. Δ. Αβραμόπουλου, την κατάργησή τους σε χρονικό ορίζοντα δύο περίπου ετών από τη δημοσίευση του νόμου.

Για διαφορετικούς λόγους, δεν υλοποιήθηκε και η μεταρρύθμιση αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την εισαγωγή του θεσμού του προσωπικού / οικογενειακού γιατρού, αν και θεσμικά, ο σχετικός σχεδιασμός είναι διαθέσιμος (Ν.3234/2005). Έτσι, τόσο ο πρώην Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ν. Κακλαμάνης όσο και ο διάδοχός του Δημήτρης Αβραμόπουλος έχουν δεσμευθεί για την προώθηση στη Βουλή σχεδίου νόμου για τη δημιουργία συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Από τις αρχές του 2005 είχε τεθεί σε δημόσια διαβούλευση, από τον πρώην Υπουργό Υγείας Ν. Κακλαμάνη η «Πρόταση για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την ολοκλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα», με στόχο την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και τη δημιουργία δημόσιου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο σύμφωνα με δήλωση του Υπουργού προβλεπόταν να ολοκληρωθεί σε ορίζοντα δεκαετίας.

Τον Μάρτιο 2009, ο τ. Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Δημήτρης Αβραμόπουλος δημοσιοποίησε και έθεσε εκ νέου σε δημόσια διαβούλευση στο site του Υπουργείου την πρότασή του για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με τον τίτλο «Σχέδιο Νόμου για την οργάνωση και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».

«Το χρονοδιάγραμμα πλήρους εφαρμογής του νέου συστήματος έχει ορίζοντα μεταβατικής περιόδου 5 ετών» και «προβλέπεται η άμεση εφαρμογή του στον Ο.Π.Α.Δ. που αφορά περίπου 1.700.000 ασφαλισμένους του δημοσίου» ενώ «με κοινές υπουργικές αποφάσεις των συναρμόδιων εκάστοτε Υπουργών, προβλέπεται η συνεργασία με το ΙΚΑ, με διαχωρισμό του ασφαλιστικού και υγειονομικού κλάδου καθώς επίσης και του ΟΓΑ και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών».

Στη δήλωση του τ. Υπουργού τονίζεται ότι «... επιδίωξη της Κυβέρνησης είναι η ένταξη στο σύστημα αυτό, του μεγαλύτερου αριθμού των Ασφαλιστικών Ταμείων, ώστε το σύνολο των Ελλήνων Ασφαλισμένων, να απολαμβάνει τα σημαντικά πλεονεκτήματα

του συστήματος...» και ότι «στο διάστημα της πενταετίας και με την εμπειρία που θα αποκτηθεί από την άμεση εφαρμογή του στο Ο.Π.Α.Δ., θα γίνουν όλες οι αναγκαίες παρεμβάσεις για την καλύτερη αποτελεσματικότητα του συστήματος, στο δίπτυχο Πολίτης - Δημόσιο Χρήμα!»

Είναι πράγματι εντυπωσιακή η δήλωση του Υπουργού ότι το σχέδιο νόμου «.. αποτελεί την πρώτη στην ιστορία του ΕΣΥ ολοκληρωμένη πρόταση, που σχεδιάστηκε με τη σκέψη στραμμένη αποκλειστικά στις ανάγκες του πολίτη και χωρίς τις αγκυλώσεις που προξένησαν διάφορα συντεχνιακά ή ιδιωτικά συμφέροντα αλλά και παρωχημένες και συγκεντρωτικές αντιλήψεις...». (!!!)

Με το Σχέδιο Νόμου καθιερώνεται το «Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», στο οποίο θα περιλαμβάνεται το Δημόσιο και το Ιδιωτικό Δίκτυο.

Στο Δημόσιο Δίκτυο θα περιλαμβάνονται «...όλοι οι υφιστάμενοι δημόσιοι φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και εκείνες που θα δημιουργηθούν...». Σύμφωνα με την αντίληψη των συντακτών του νομοσχεδίου, φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι:

- (α) τα κέντρα υγείας αστικού τύπου (τα οποία μετονομάζονται σε κέντρα υγείας πόλης)
- (β) τα κέντρα υγείας, αγροτικών και ημιαστικών περιοχών (τα οποία μετονομάζονται σε κέντρα υγείας περιφέρειας και θα υπάγονται διοικητικά πλέον στη συνιστώμενη Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης)
- (γ) τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, (τα οποία μετονομάζονται σε περιφερειακά πολυιατρεία) καθώς και τα περιφερειακά ιατρεία, στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες υπαίθρου
- (δ) οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, (οι οποίες εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μετά από προγραμματικές συμβάσεις του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αντίστοιχους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης και την έκδοση κοινών υπουργικών αποφάσεων των Υπουργών Εσωτερικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης)
- (ε) τα εξωτερικά ιατρεία και οδοντιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ,
- (στ) τα κέντρα ψυχικής υγείας καθώς και τα κέντρα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων

(ζ) οι κινητές μονάδες πρόληψης, ψυχικής υγείας και πρωτοβάθμιας υγείας

Και ακόμη θα περιλαμβάνονται:

(η) το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.),

(θ) το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.Ε.Π.Υ.)

(ι) οι υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής,

(ια) οι μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας,

(ιβ) οι κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης κατά των ναρκωτικών και των εξαρτησιογόνων ουσιών,

(ιγ) τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού,

(ιδ) τα αντικαπνιστικά κέντρα,

(ιε) η ανοικτή γραμμή επικοινωνίας, (η οποία θα συσταθεί ως αυτοτελής υπηρεσία στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.Ε.Π.Υ.) για την παροχή ιατρικών συμβουλών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω του τηλεφώνου και του διαδικτύου).

Στο Ιδιωτικό Δίκτυο θα περιλαμβάνονται όλοι οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ειδικότερα :

(α) ιδιωτικά ιατρεία και πολυϊατρεία (ιδίως στις ειδικότητες παθολογίας, φυματιολογίας, παιδιατρικής, οδοντιατρικής, καρδιολογίας, ορθοπαιδικής, δερματολογίας, οφθαλμιατρικής, γυναικολογίας, ουρολογίας, ψυχιατρικής, νευρολογίας, γενικής ιατρικής και κάθε άλλη ειδικότητα που ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση του ΚΕΣΥ)

(β) ιδιωτικά πολυοδοντιατρεία και οδοντιατρεία,

(γ) διαγνωστικά και μικροβιολογικά εργαστήρια,

(δ) εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης,

(ε) εργαστήρια φυσικοθεραπείας,

(στ) φαρμακεία και καταστήματα ιατρικών μηχανημάτων και υλικών και

(ζ) ιδιωτικές μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας.

Σημαντική ακόμη παρέμβαση πρέπει να θεωρείται η καθιέρωση «Συστήματος Ηλεκτρονικής Κάρτας Πληρωμών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», με το οποίο θα καθορίζεται ετήσια δαπάνη για κάθε δικαιούχο, η οποία θα ορίζεται από τον οικείο ασφαλιστικό οργανισμό με βάση

(α) τις γενικές ατομικές παραμέτρους του ασφαλισμένου, όπως ιδίως ηλικία και φύλο,

(β) την πολιτική που εφαρμόζει κάθε ασφαλιστικός οργανισμός αναφορικά με τη συμμετοχή των ασφαλισμένων και

(γ) την ιστορική μέση δαπάνη για τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας του Ασφαλιστικού Οργανισμού.

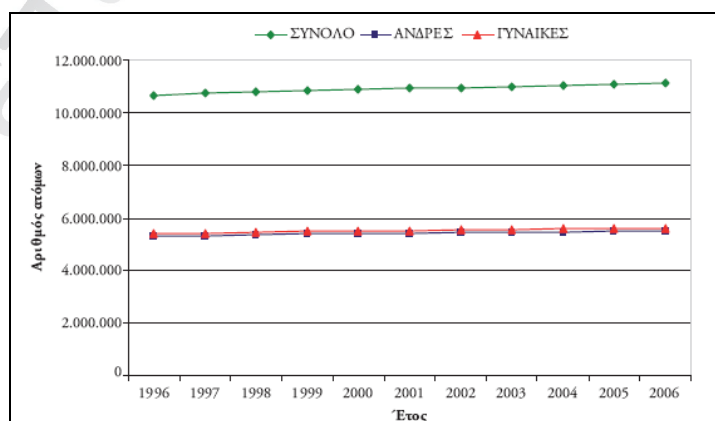
Το πιστωτικό όριο της ηλεκτρονικής κάρτας πληρωμών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα αναπροσαρμόζεται με βάση τα κριτήρια (α) και (β) καθώς και τα πορίσματα του οικονομικού απολογισμού του συστήματος του αμέσως προηγούμενου ημερολογιακού έτους. Σε περίπτωση δε εξάντλησης του πιστωτικού ορίου, προ της παρέλευσης της ετήσιας διάρκειας ισχύος, ο δικαιούχος θα μπορεί να υποβάλλει αίτημα παροχής νέου πιστωτικού ορίου, το οποίο θα εγκρίνεται από τον ασφαλιστικό του οργανισμό, αφού προηγουμένως εξετασθούν οι ανάγκες υγείας του ασφαλισμένου και η ορθή χρήση του αρχικού πιστωτικού ορίου.

5.3 Γενική εκτίμηση του επιπέδου υγείας στην Ελλάδα

5.3.1. Η κατάσταση της υγείας και παράγοντες κινδύνου

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.), ο **πληθυσμός της Ελλάδας**, την 1η Ιανουαρίου του 2006, ανερχόταν σε 11.125.179 άτομα. Από αυτά, τα 5.508.165 ήταν άνδρες και τα 5.617.014 γυναίκες. Τα τελευταία 10 χρόνια, ο συνολικός πληθυσμός της χώρας αυξήθηκε κατά 4,2%. (Σχήμα 15)

ΣΧΗΜΑ 15 : Πληθυσμός της Ελλάδας την 1η Ιανουαρίου των ετών 1996 - 2006, κατά φύλο.

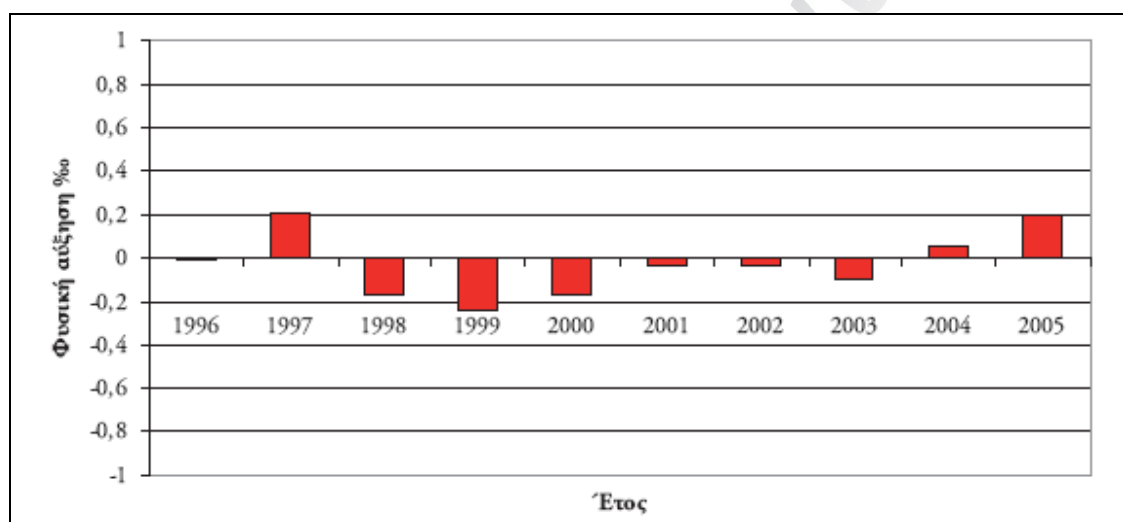


Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

Η **αύξηση του πληθυσμού** αποδίδεται κυρίως στη μετανάστευση, καθώς η αναπαραγωγικότητα του ελληνικού πληθυσμού κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Το

2004, ο δείκτης ολικής γονιμότητας (αριθμός παιδιών ανά ζεύγος) ήταν μόλις 1,3, ενώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), ο αντίστοιχος δείκτης ήταν 1,49. Την τελευταία δεκαετία, η φυσική αύξηση του πληθυσμού, δηλαδή ο δείκτης που προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ των γεννήσεων και των θανάτων, κυμαίνεται στην Ελλάδα, κοντά στο μηδέν. Το 1996, για πρώτη φορά έλαβε αρνητική τιμή. Συγκριτικά, αναφέρεται ότι στις αρχές της δεκαετίας του 1980, η φυσική αύξηση του ελληνικού πληθυσμού ήταν μεγαλύτερη από 3‰ (Σχήμα 16)

ΣΧΗΜΑ 16 : Φυσική αύξηση του ελληνικού πληθυσμού (1996-2005)

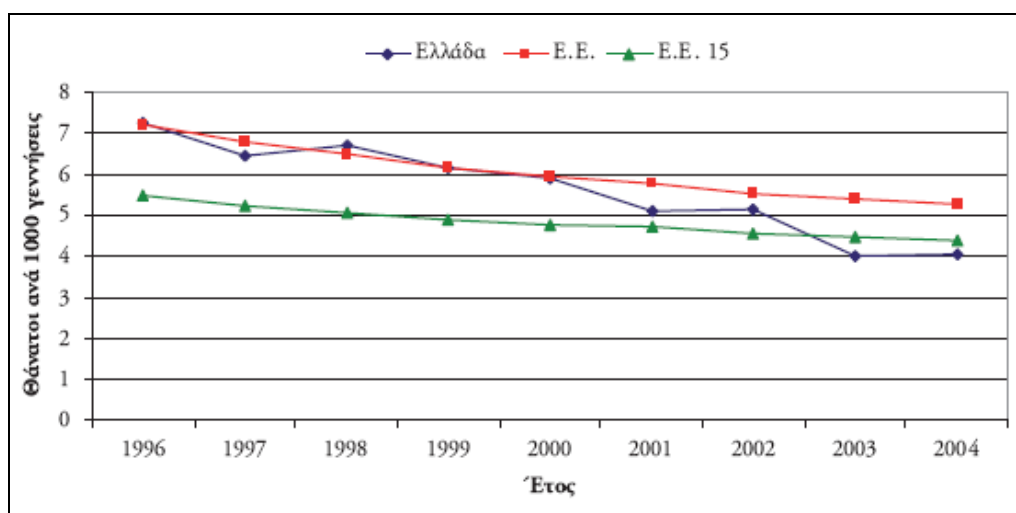


Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

Κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου, σημαντική μείωση έχουν σημειώσει η **βρεφική και περιγεννητική θνησιμότητα**, με τους αντίστοιχους δείκτες να κυμαίνονται σε επίπεδα χαμηλότερα από τους μέσους όρους, τόσο της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 κρατών, όσο και των 15 κρατών που αποτελούσαν την Ε.Ε. πριν τη διεύρυνση του 2004 και του 2007 (Ε.Ε.-15) (Σχήμα 17, Σχήμα 18) Η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε το 2007 κάτω του 4‰ με συνέπεια να βρίσκεται στις κορυφαίες θέσεις στην παγκόσμια κατάταξη.⁷

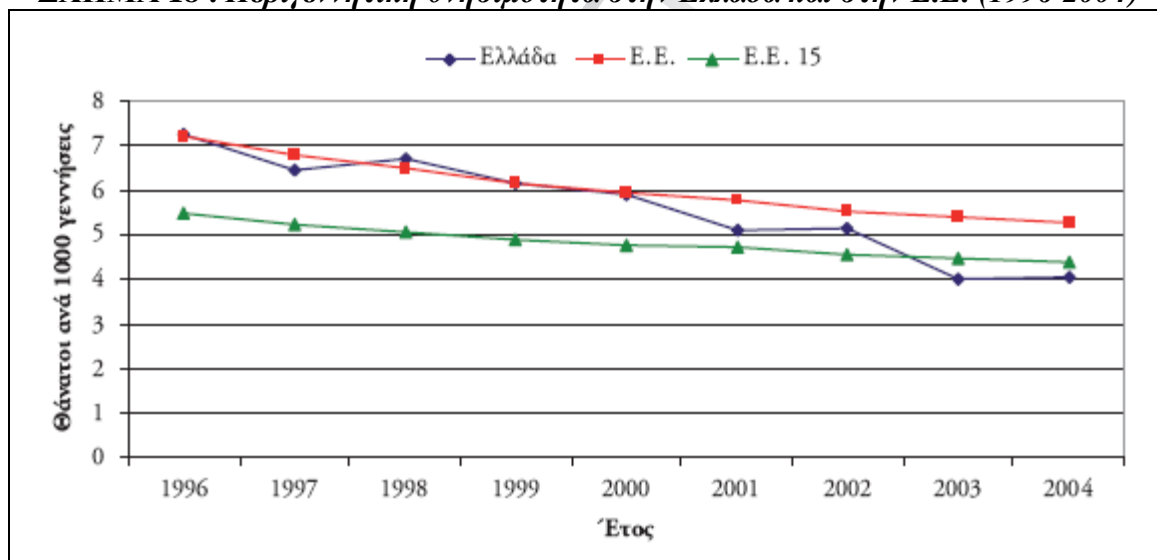
⁷ Γνώμη Πρωτοβουλίας της ΟΚΕ με θέμα «Υγεία», Αθήνα 19/1/2009

ΣΧΗΜΑ 17 : Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 -2004)



Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

ΣΧΗΜΑ 18 : Περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996-2004)



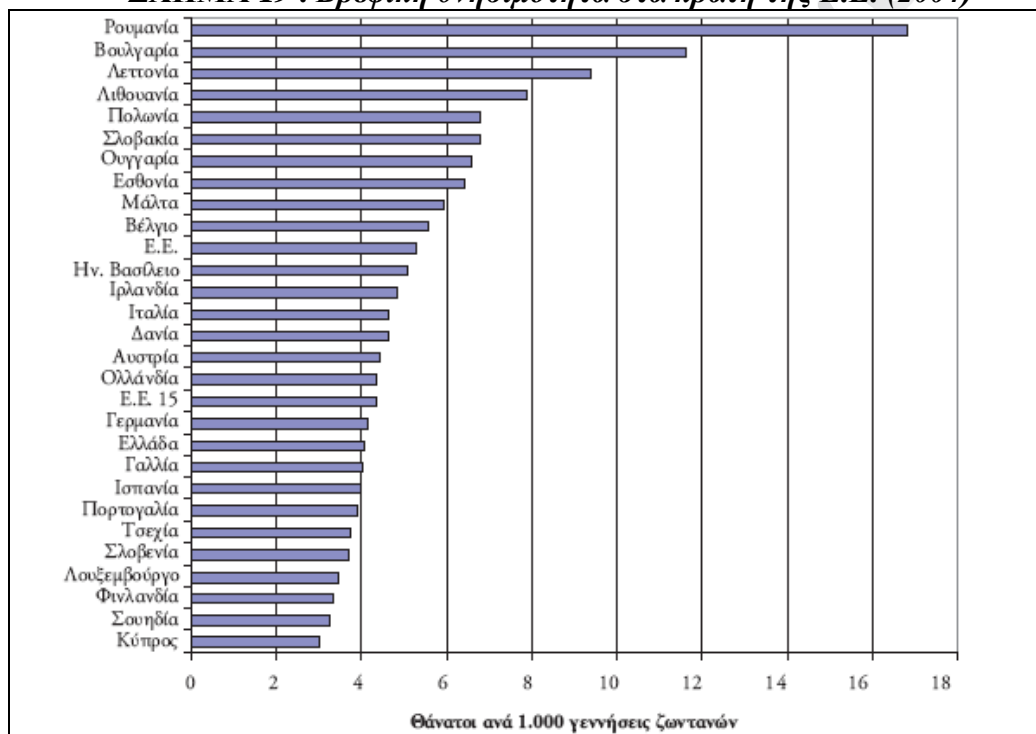
Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

Μετά τη μεγάλη μείωση του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα, η χώρα κατέχει ικανοποιητική θέση στην κατάταξη των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα, για το έτος 2004, είχε το δέκατο χαμηλότερο δείκτη βρεφικής θνησιμότητας, μεταξύ των 27 κρατών που είναι σήμερα μέλη της. Στην πρώτη θέση βρίσκεται η Κύπρος, ενώ τις υψηλότερες τιμές εμφανίζουν τα νέα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ρουμανία και η Βουλγαρία.

Στην Ελλάδα, η βρεφική θνησιμότητα βελτιώνεται με ταχύτερους ρυθμούς σε σχέση

με την περιγεννητική. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι επηρεάζεται περισσότερο από την άνοδο του κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου του πληθυσμού μιας χώρας, ενώ η βελτίωση της περιγεννητικής θνησιμότητας απαιτεί, επιπλέον, την ανάπτυξη και παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, την οργάνωση του συστήματος εντοπισμού των κήσεων υψηλού κινδύνου, και τη βελτίωση των υποδομών και των διαδικασιών μεταφοράς επιτόκων και νεογνών.

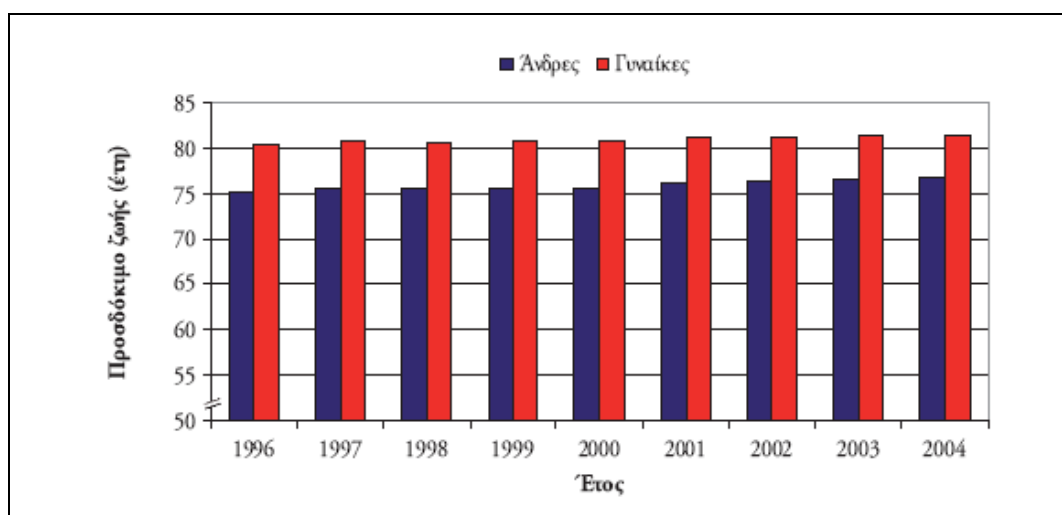
ΣΧΗΜΑ 19 : Βρεφική θνησιμότητα στα κράτη της Ε.Ε. (2004)



Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

Το **προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση** διαμορφώθηκε, το 2004, στα 76,67 έτη για τους άνδρες και στα 81,46 έτη για τις γυναίκες, εμφανίζοντας μικρή αλλά σταθερή αυξητική τάση. (Σχήμα 20)

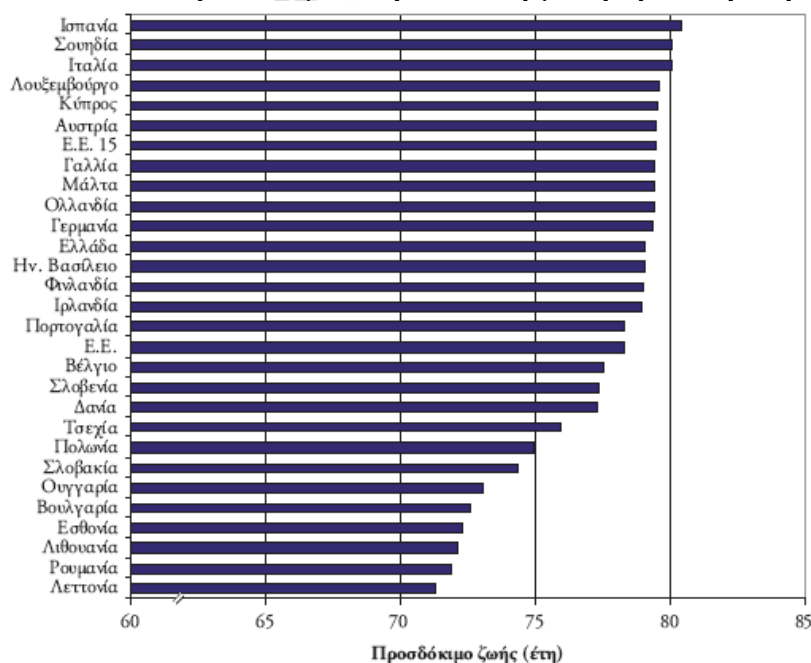
ΣΧΗΜΑ 20 : Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα, κατά φύλο (1996-2004)



Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

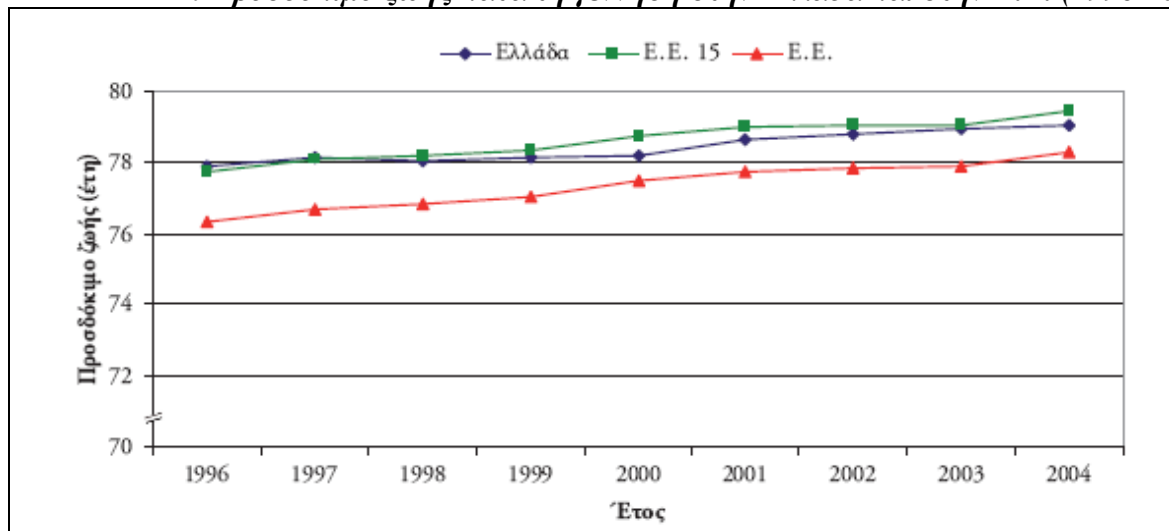
Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, η Ελλάδα, με προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση τα 79,05 έτη, κατατασσόταν 11η στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2004, ενώ το 1996 βρισκόταν στην 5η θέση, με προσδόκιμο ζωής 77,79 έτη και το 1991 στη 2η θέση με 77,32 έτη. (σχήμα 21) Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η αύξηση γίνεται με βραδύτερο ρυθμό στην Ελλάδα, σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση, και χάνεται βαθμιαία η προνομιακή θέση της χώρας στην παγκόσμια κατάταξη του προσδόκιμου ζωής.

ΣΧΗΜΑ 21 : Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη της Ε.Ε. (2004)



Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

ΣΧΗΜΑ 22 : Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996-2004)

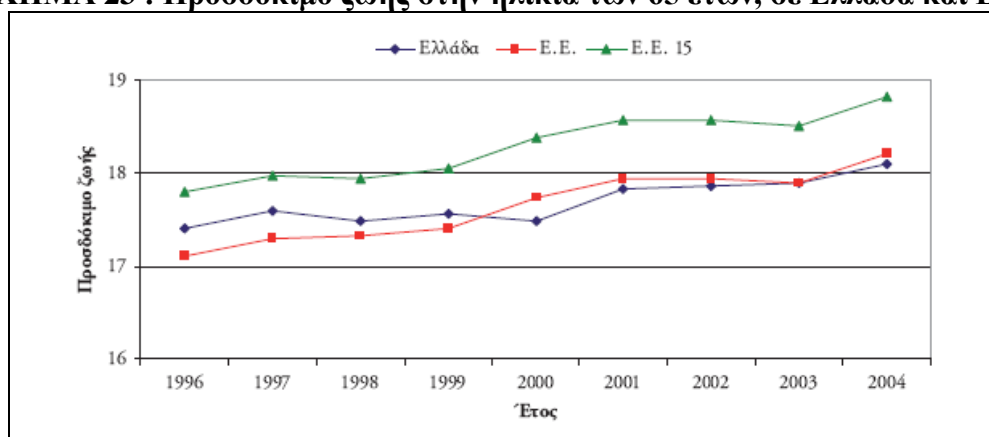


Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

Η **αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση** δεν οφείλεται μόνο στη μείωση της βρεφικής και περιγεννητικής θνησιμότητας. Η μείωση της θνησιμότητας και στις μεγαλύτερες ηλικίες καθίσταται εμφανής από την αύξηση του προσδόκιμου ζωής για άτομα ηλικίας 65 ετών. Ωστόσο, η Ελλάδα, με προσδόκιμο ζωής 18,1 έτη στην ηλικία των 65 ετών, βρίσκεται σήμερα κάτω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ μέχρι το 1999 ήταν υψηλότερα. Το 1990, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, στην ηλικία των 65 ετών, ήταν 17,07 έτη και στην Ε.Ε. 16,47 έτη. Έκτοτε, η Ε.Ε. παρουσιάζει σταθερά μεγαλύτερο ρυθμό αύξησης από την Ελλάδα.

Η μείωση της γεννητικότητας, σε συνδυασμό με την επιμήκυνση της διάρκειας ζωής, έχουν ως αποτέλεσμα τη **δημογραφική γήρανση** του ελληνικού πληθυσμού. Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας ως 14 ετών μειώνεται σταθερά, ενώ αντίθετα, το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία άνω των 65 παρουσιάζει βαθμιαία αύξηση. Έτσι, ενώ το 1983, στην ηλικιακή ομάδα 0-14 ετών ανήκε το 21,6% του πληθυσμού, το 2006 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόλις 14,3%. Για την ομάδα άνω των 65 ετών, το ποσοστό αυξήθηκε από 13,3%, το 1983, σε 18,5% το 2006.

ΣΧΗΜΑ 23 : Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (1996-2004)



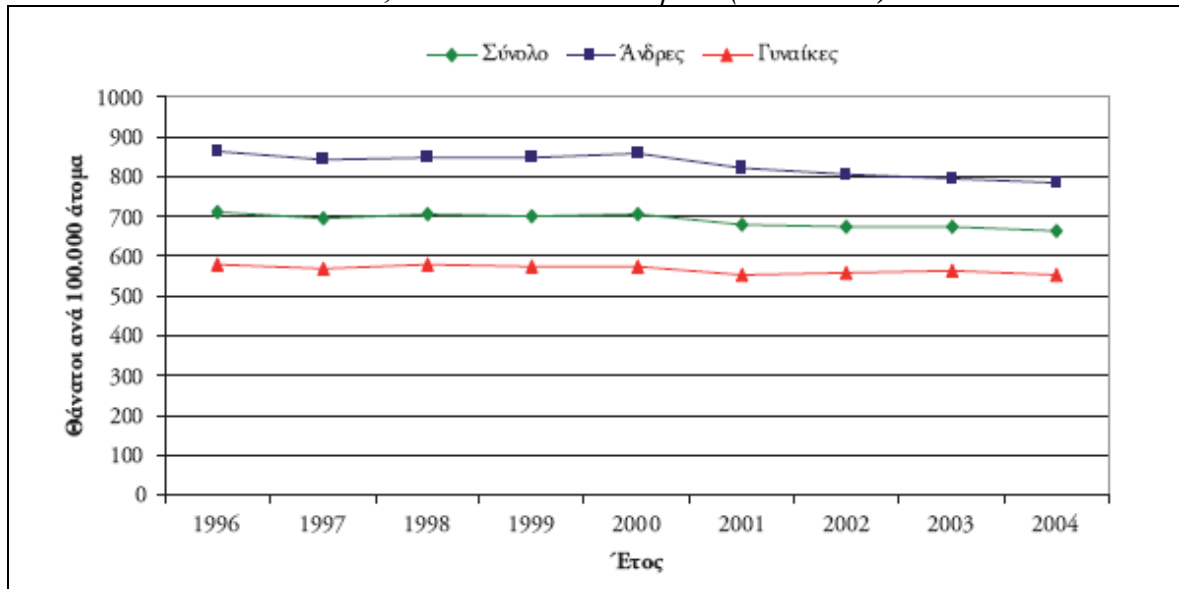
Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

Η **μεταβολή της σύνθεσης του ελληνικού πληθυσμού** συμβαδίζει με τις αλλαγές που παρατηρούνται στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες και αναμένεται να ακολουθήσει παρόμοια πορεία και στις επόμενες δεκαετίες. Προβλέπεται ότι αυτή η εξέλιξη θα οδηγήσει σε αύξηση της ζήτησης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας λόγω των αυξημένων αναγκών των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά σε νοσήματα φθοράς και χρόνια προβλήματα υγείας.

Η **γενική θνησιμότητα** από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα το 2004 ήταν 662,82 ανά 100.000 πληθυσμού. Για τους άνδρες, η γενική θνησιμότητα ήταν 784,05 και για τις γυναίκες 552,94 ανά 100.000. Τόσο η συνολική, όσο και η κατά φύλο γενική θνησιμότητα, έχουν σταθερή πτωτική πορεία τα τελευταία χρόνια (Σχήμα 24). Μόνη εξαίρεση αποτελεί η ομάδα ηλικιών άνω των 75, όπου δεν παρατηρείται μείωση. Ωστόσο, η πτώση αυτή συμβαίνει με βραδύτερους ρυθμούς σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τάση που παραμένει σταθερή από το 1990 και μετά. Η Ελλάδα το 2004 είχε υψηλότερο δείκτη γενικής θνησιμότητας σε σχέση με το μέσο όρο των 15 παλαιότερων μελών της Ε.Ε. (662,82 έναντι 620,75 ανά 100.000) και, τα επόμενα χρόνια, αν συνεχιστούν οι ίδιοι ρυθμοί μείωσης, αναμένεται να βρεθεί πάνω και από το μέσο όρο της Ε.Ε., που είναι σήμερα 690,89. Το επίπεδο του **δείκτη της γενικής θνησιμότητας** αυξήθηκε από 7,3% το 1960 σε 9,5% το 2005 με τάση όμως σταθεροποίησης από το 1980 (9,1%).⁸

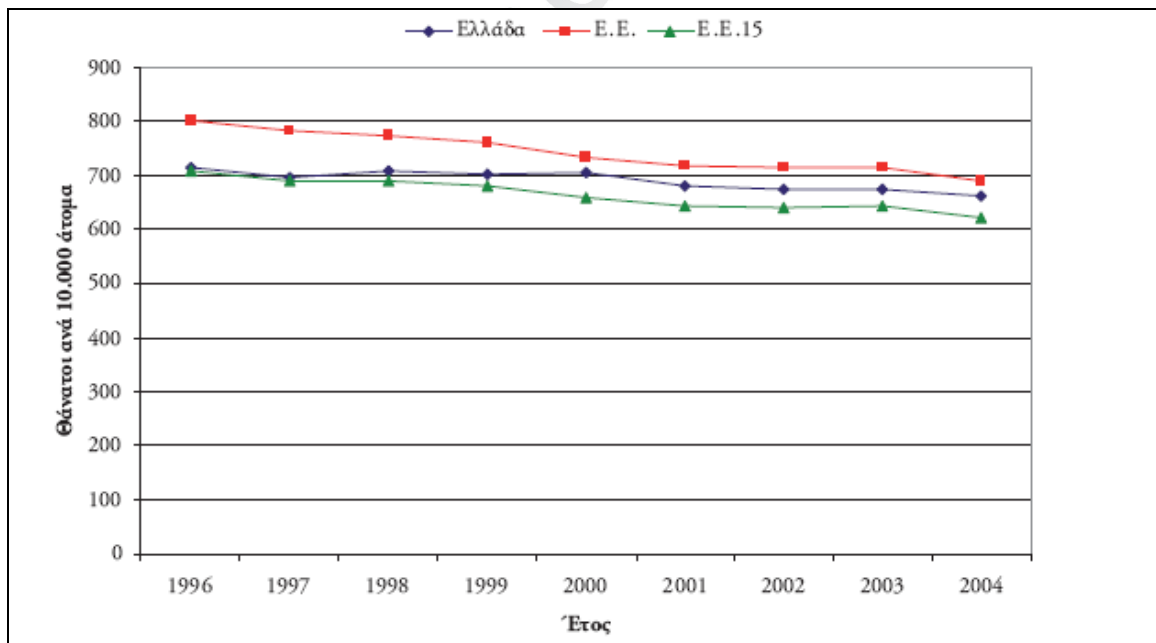
⁸ Γνώμη Πρωτοβουλίας της ΟΚΕ με θέμα «Υγεία», Αθήνα 19/1/2009

ΣΧΗΜΑ 24 : Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα, συνολικά και κατά φύλο (1996-2004)



Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

ΣΧΗΜΑ 25 : Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996-2004)

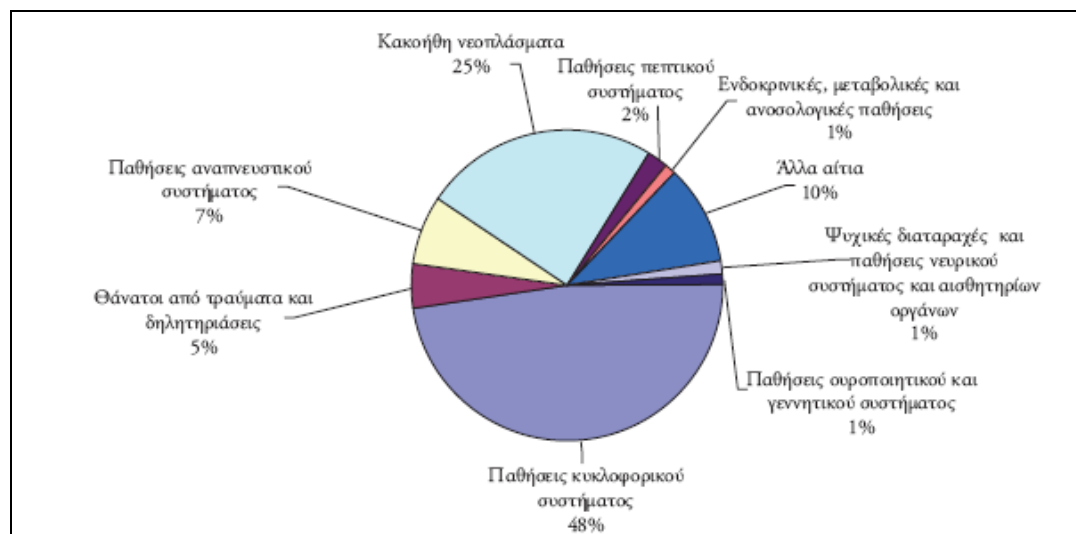


Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

Οι **κύριες αιτίες θανάτου** στον ελληνικό πληθυσμό, με φθίνουσα σειρά, είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα κακοήθη νεοπλάσματα, οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και οι εξωτερικές αιτίες που προκαλούν τραύματα και δηλητηριάσεις. Το 2004, το 48% των θανάτων στην Ελλάδα οφειλόταν σε νοσήματα του

κυκλοφορικού συστήματος, ενώ τα κακοήθη νεοπλάσματα ήταν υπεύθυνα για το 25% των θανάτων, με τις υπόλοιπες αιτίες να ακολουθούν με αρκετά μικρότερα ποσοστά.

ΣΧΗΜΑ 26 : Κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα (2004)



Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

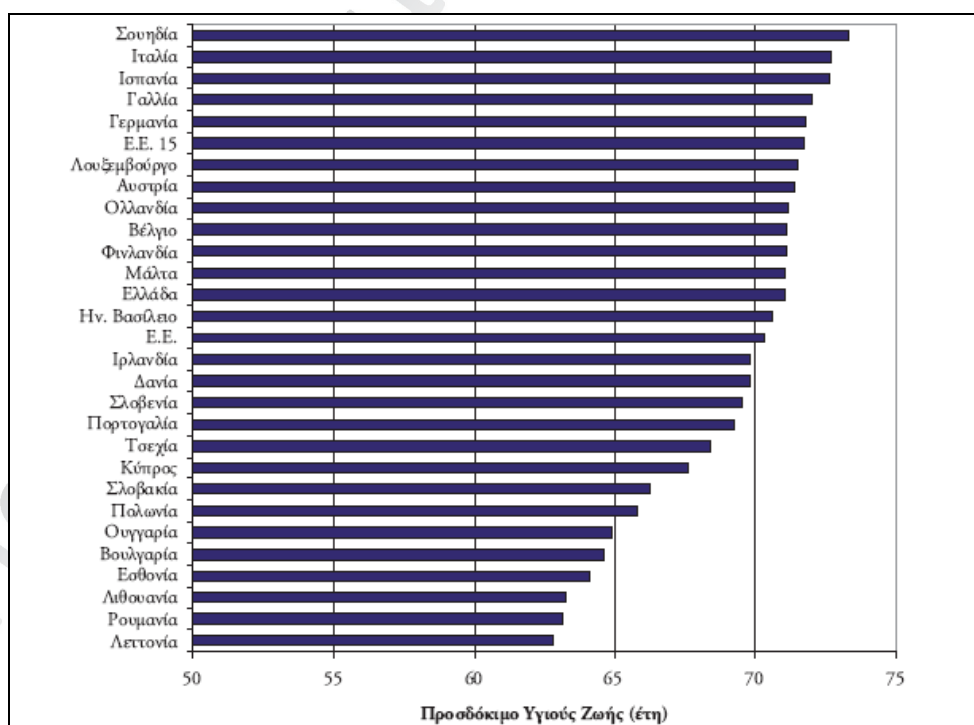
Οι **δείκτες νοσηρότητας** είναι δύσκολο να υπολογιστούν με ακρίβεια για την Ελλάδα, γιατί τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία δεν είναι επαρκή. Για την εκτίμηση της νοσηρότητας του ελληνικού πληθυσμού χρησιμοποιούνται κυρίως δείκτες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι μπορούν να εκτιμηθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια. Αξιοποιούνται κυρίως τα στοιχεία από την καταγραφή των νοσηλευόμενων ασθενών και, συγκεκριμένα, τα στοιχεία των εξελθόντων ασθενών. Ένας άλλος τρόπος προσέγγισης του ζητήματος της νοσηρότητας είναι με τον υπολογισμό του Προσδόκιμου Υγιούς Ζωής (Healthy Life Expectancy) και δεικτών όπως τα Χρόνια Ζωής Απαλλαγμένα από Ανικανότητα (Disability Adjusted Life Years, DALY's). Το Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής είναι πολύπλοκο στον υπολογισμό του, αλλά δίνει μία εικόνα της συνολικής νοσηρότητας ενός πληθυσμού και του βαθμού στον οποίο η αύξηση του προσδόκιμου ζωής συνοδεύεται και από βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Τα DALY's υπολογίζονται με βάση τα απωλεσθέντα χρόνια ζωής εξαιτίας πρόωρου θανάτου και τα χρόνια υγιούς ζωής ανάλογα με τη διάρκεια διαφόρων προβλημάτων υγείας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η κυριότερη αιτία απώλειας Χρόνων Ζωής Απαλλαγμένων από Ανικανότητα στην Ελλάδα είναι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, με δεύτερη την ισχαιμική καρδιοπάθεια. Μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ακολουθεί η κατάθλιψη, που θεωρείται υπεύθυνη για την απώλεια του 8% των

DALY's που χάνονται ετησίως. Χαρακτηριστική είναι η παρουσία, στις δέκα σημαντικότερες αιτίες απώλειας DALY's, πολλών χρόνιων, μη θανατηφόρων νοσημάτων και καταστάσεων, που επιβαρύνουν σημαντικά την υγεία χωρίς να εμφανίζονται στις στατιστικές θνησιμότητας. Τέτοιες περιπτώσεις είναι η απώλεια ακοής, οι άνοιες και η κατάθλιψη.

Ως προς το **Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής**, η Ελλάδα βρίσκεται σε σχετικά καλή θέση στην παγκόσμια κατάταξη. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Π.Ο.Υ. για το έτος 2002, η Ελλάδα έχει μέσο Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση 71 έτη (69,1 για τους άνδρες και 72,9 για τις γυναίκες). Αυτή η επίδοση την κατατάσσει 21η παγκοσμίως και 11η στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Σύμφωνα με τα ανωτέρω, είναι φανερό ότι τουλάχιστον για την Ελλάδα, η διάρκεια της υγιούς ζωής είναι ανάλογη με το προσδόκιμο ζωής, στο οποίο επίσης υπερτερούν οι γυναίκες. Συνολικά, υπολογίζεται ότι οι Έλληνες άνδρες παραμένουν υγιείς στο 91,1% της ζωής τους και οι Ελληνίδες γυναίκες στο 90% της ζωής τους. Η μικρή αυτή διαφορά μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο και εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα.

ΣΧΗΜΑ 27 : Προσδόκιμο υγιούς ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη της E.E. (2002)



Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

Τα **σημαντικότερα προβλήματα υγείας** των αναπτυγμένων χωρών, στις οποίες

ανήκει και η Ελλάδα, συσχετίζονται αιτιολογικά με τον τρόπο ζωής και το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, υπεύθυνα για το 48% των θανάτων στον ελληνικό πληθυσμό, έχουν ως βασικούς παράγοντες κινδύνου την κακή διατροφή, την έλλειψη σωματικής άσκησης, την παχυσαρκία και το κάπνισμα, παράγοντες που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις καθημερινές συνήθειες. Η δεύτερη αιτία θανάτου, τα κακοήθη νεοπλάσματα, οφείλονται επίσης σε σημαντικό ποσοστό στη συμπεριφορά και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αντίστοιχοι ισχυρισμοί μπορούν να τεκμηριωθούν για την πλειονότητα των νοσημάτων που καθορίζουν το νοσολογικό πρότυπο που επικρατεί στην Ελλάδα. Έτσι, είναι προφανής η ανάγκη μελέτης των παραγόντων κινδύνου στο πλαίσιο της προσπάθειας κατανόησης και βελτίωσης του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η αρτηριακή υπέρταση ήταν ο υπεύθυνος παράγοντας κινδύνου για το 25% των θανάτων που συνέβησαν στην Ελλάδα το 2002, ενώ στο κάπνισμα οφειλόταν το 19,3% των θανάτων. Ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου παρουσιάζονται επίσης η υψηλή χοληστερόλη, η παχυσαρκία, η καθιστική ζωή και η μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών

Η σχέση του εισοδήματος με το επίπεδο υγείας έχει τεκμηριωθεί με πολλές παρατηρήσεις, σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο εισόδημα, την κοινωνική θέση και την υγεία είναι πολύπλοκη, ωστόσο είναι προφανές ότι η υψηλή κοινωνικοοικονομική θέση συσχετίζεται με καλύτερη υγεία. Οι **κοινωνικές ανισότητες** στην υγεία αυξάνονται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, όπως καταδεικνύεται από σχετικές έρευνες. Οι ανισότητες περιλαμβάνουν το επίπεδο υγείας, την έκθεση σε κινδύνους και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της πανελλαδικής έρευνας Hellas Health I, τα χρόνια νοσήματα είναι πιο συχνά στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις σε σύγκριση με τις ανώτερες (36,9% έναντι 30,4%) (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2006). Σε ορισμένα δε νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η διαφορά είναι σχεδόν διπλάσια (6,2% έναντι 3%)

Τα αίτια των μεγάλων κοινωνικών ανισοτήτων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας ανάγονται, στην Ελλάδα, κυρίως στην πολυδιάσπαση των ταμείων και στις άνισες παροχές τους, καθώς και στη συνεχή υποβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Οι ανισότητες στην υγεία καθίστανται έκδηλες και σε γεωγραφικό επίπεδο. Οι δείκτες υγείας διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων διοικητικών περιφερειών της Ελλάδας. Οι ανισότητες μεταξύ περιφερειών ερμηνεύονται από τις διαφορετικές κοινωνικές, οικονομικές και βιολογικές συνθήκες που επικρατούν, από τη μη ορθολογική κατανομή των πόρων υγείας σε όλη την έκταση της χώρας και, βεβαίως, από τις τοπικές ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής.

Τέλος, ανισότητες παρατηρούνται και ως προς τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, μεταξύ των γεωγραφικών περιφερειών. Η Αττική έχει μεγάλο αριθμό γιατρών και κλινών (65,13 και 56,39 ανά 10.000 κατοίκους αντίστοιχα) και δέχεται ασθενείς και από άλλες περιοχές της χώρας. Αντίθετα, περιοχές όπως η Στερεά Ελλάδα υστερούν τόσο σε γιατρούς όσο και σε κλίνες. Η Θράκη έχει ικανοποιητικό αριθμό γιατρών (41,06 ανά 10.000 κατοίκους), αλλά λίγες κλίνες (32,43 ανά 10.000 κατοίκους). Γενικά, διαπιστώνονται πολύ μεγάλες διακυμάνσεις στην κατανομή και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας ανάμεσα σε διαφορετικές -ακόμα και γειτονικές- περιοχές της Ελλάδας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Αριθμός γιατρών και κλινών ανά 10.000 κατοίκους κατά γεωγραφική περιφέρεια (2005)

Περιφέρειες της Ελλάδας	Γιατροί (2005)	Κλίνες (2004)
Θράκη	41,06	32,43
Μακεδονία	47,46	49,33
Θεσσαλία	38,19	45,85
Ήπειρος	52,11	44,69
Ιόνια νησιά	33,32	44,51
Στερεά Ελλάδα	29,04	27,98
Πελοπόννησος	38,27	30,45
Αττική	65,13	56,39
Νησιά Αιγαίου	35,88	34,24
Κρήτη	50,34	48,38
Σύνολο της χώρας	50,26	46,71

Πηγή : Τούντας (2007), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008)

5.3.2. Κτιριακές Υποδομές – Εξοπλισμός

Στην Ελλάδα λειτουργούν συνολικά 317 θεραπευτήρια με 53.701 κλίνες, χωρίς να περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία (ΕΣΥΕ, 2006). Στον ευρύτερο δημόσιο τομέα υπάγονται 147 Νοσοκομεία με 38.619 κλίνες και στον ιδιωτικό τομέα 170 Κλινικές με 15.082 κλίνες.

Η ανάπτυξη των δημόσιων Νοσοκομείων (ΕΣΥ) δεν έγινε στη βάση κάποιου κεντρικού σχεδιασμού, γι' αυτό παρατηρούνται ποικίλες ανισορροπίες (σχέση πληθυσμού/κλινών, ποσοστά πληρότητας κλπ.). Αρκετά δημόσια νοσοκομεία έχουν ανεγερθεί ή εκσυγχρονισθεί κατά την τελευταία 25ετία, πολλά άλλα όμως εξακολουθούν να στεγάζονται σε πεπαλαιωμένες και προβληματικές κτιριακές εγκαταστάσεις.

Επίσης, στα πλαίσια του δημόσιου τομέα (ΕΣΥ) λειτουργούν, σύμφωνα με εκτιμήσεις, 215 περίπου Κέντρα Υγείας (στη συντριπτική πλειοψηφία τους αγροτικού τύπου) και 1.500 περίπου Περιφερειακά Ιατρεία.

Στον ιδιωτικό τομέα παρατηρείται συνύπαρξη μεγάλων, σύγχρονων, κτιριακά άρτιων και εξοπλισμένων Κλινικών, με μικρά, παλαιά θεραπευτήρια που λειτουργούν σε ακατάλληλα κτίρια. Όμως, σε γενικές γραμμές, ο ιδιωτικός τομέας βρίσκεται σε φάση εργώδους ανάπτυξης νέων κτιριακών υποδομών, για την υποδοχή και εξυπηρέτηση των πολιτών. Προφανώς, στη δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα οφείλεται η αυξητική τάση της αναλογίας κλινών/πληθυσμού που σημειώνεται στην Ελλάδα μετά το 2004, σε αντίθεση με την πτωτική τάση που παρατηρείται στη Δυτική Ευρώπη. Στα πλαίσια του ιδιωτικού τομέα λειτουργούν επίσης, σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου 400 διαγνωστικά κέντρα, 25.000 περίπου ιατρεία και εργαστήρια, 12.500 περίπου οδοντιατρεία και 10.000 φαρμακεία.

Όσον αφορά στον Βιοϊατρικό Εξοπλισμό, ο ιδιωτικός τομέας αξιοποιεί την ευελιξία του και προηγείται χρονικά του ΕΣΥ στην εισαγωγή των τεχνολογικών καινοτομιών. Ταυτόχρονα, όμως, υπερεπενδύει στην ακριβή βιοϊατρική τεχνολογία, εκμεταλλευόμενος τη δυνατότητα υψηλότατων κερδών από την προκλητή ζήτηση υπηρεσιών και την προβληματική λειτουργία του ΕΣΥ. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην Ελλάδα (2005) λειτουργούν 25.8 αξονικοί τομογράφοι ανά εκατομμύριο κατοίκων, ενώ στην Ελβετία 18.2, στη Γερμανία 16.2, στην Ισπανία 13.5, στον Καναδά 11.5, στη Γαλλία 9.8 και στη Μεγ. Βρετανία 7.5! Την ίδια χρονιά (2005) υπήρχαν στην Ελλάδα 13.2 μαγνητικοί

τομογράφοι ανά εκατομμύριο κατοίκων, ενώ στη Γερμανία 7.1, στο Βέλγιο 7.0, στην Ολλανδία 6.6, στον Καναδά 5.7, στη Μεγ. Βρετανία 5.4 και στη Γαλλία μόλις 4.7! (ΟΟΣΑ, 2008).

5.3.3. Δαπάνες υγείας και χρηματοδότηση

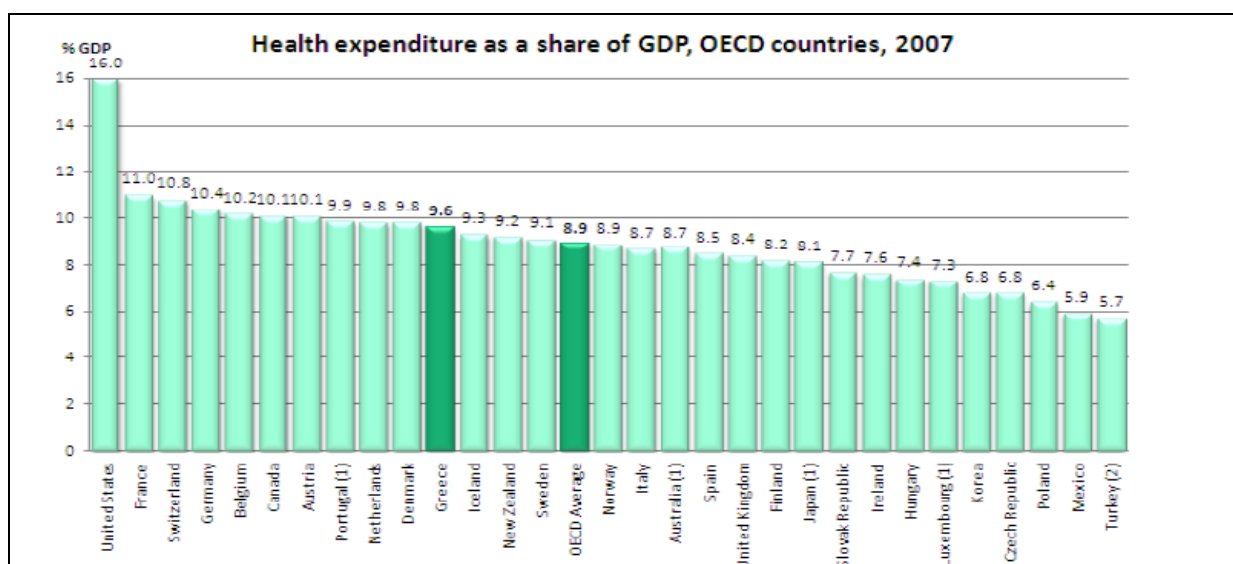
Στα κρίσιμα πεδία των δαπανών υγείας και της χρηματοδότησης, τα σημαντικότερα προβλήματα είναι τα εξής:

- Υψηλό Ποσοστό Δαπανών Υγείας (περί το 10% του ΑΕΠ), από το οποίο το 57% είναι το Ποσοστό για Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας
- Αδυναμία Συγκράτησης των Δαπανών Υγείας & ιδιαίτερα της Φαρμακευτικής Δαπάνης
- Αυξημένη χρησιμοποίηση ιδίων πόρων από τα νοικοκυριά – Παραοικονομία (μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ δεδομένων των εθνικών λογαριασμών και της έρευνας οικογενειακών προϋπολογισμών).
- Χαμηλό ποσοστό δημοσίων δαπανών για Π.Φ.Υ. & Υψηλό ποσοστό Ιδιωτικών Δαπανών
- Ανυπαρξία δημοσίων δαπανών για οδοντιατρική περίθαλψη.
- Απουσία Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ⁹, οι συνολικές (δημόσιες και ιδιωτικές) δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ανήλθαν το 2005 στο 10,1% του ΑΕΠ, υπερβαίνοντας κατά πολύ τον μέσο όρο των 30 χωρών του ΟΟΣΑ (9,0%). Για το 2006 το ποσοστό επί του ΑΕΠ περιορίστηκε στην Ελλάδα σε 9,1% (μέσος όρος χωρών ΟΟΣΑ 8,9%), ενώ το 2007 ανήλθε στο 9,6% του ΑΕΠ (μέσος όρος χωρών ΟΟΣΑ 8,9%) Τα ποσοστά αυτά, ωστόσο, είναι υψηλότερα από τα αντίστοιχα της Μεγ. Βρετανίας, Νορβηγίας, Αυστραλίας, Ισπανίας, Ιαπωνίας, Φινλανδίας, Ιρλανδίας, Λουξεμβούργου κλπ.).

⁹ OECD, Health Data 2009 (Version June 2009).

ΣΧΗΜΑ 28 : Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, χώρες ΟΟΣΑ, 2007



Πηγή : OECD Health Data, 2009 (version June 2009)

Μεγάλο μέρος των ήδη πραγματοποιούμενων δαπανών οφείλεται, αφενός στην έλλειψη συστήματος διοίκησης του δημόσιου τομέα υγείας, αφετέρου στην προκλητή ζήτηση υπηρεσιών που σημειώνεται και στους δύο τομείς (δημόσιο και ιδιωτικό).

Το πραγματικό πρόβλημα εντοπίζεται στην εσωτερική σύνθεση των συνολικών δαπανών υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές) που σημειώνεται στην Ελλάδα και αναδεικνύει τις σοβαρές στρεβλώσεις («μαύρη οικονομία») του υγειονομικού συστήματος.

Συγκεκριμένα, οι δημόσιες δαπάνες υγείας, ως ποσοστό των συνολικών, ανέρχονταν σε 55% το 1980, σε 53% το 1990, σε 44% το 2000 και σε 43% το 2005.¹⁰ Το τελευταίο αυτό ποσοστό είναι το μικρότερο μεταξύ των 30 χωρών του ΟΟΣΑ, στις οποίες ο μέσος όρος των δημοσίων δαπανών υγείας, ως ποσοστό του συνόλου, ανέρχεται (2005) σε 71%, έναντι 74% που ήταν το 1980. Ενώ δηλαδή στις χώρες του ΟΟΣΑ, κατά την περίοδο 1980-2005 σημειώθηκε μέση μείωση του ποσοστού των δημοσίων δαπανών υγείας κατά 4%, στην Ελλάδα η μείωση έφτασε το 22%.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το ελληνικό υγειονομικό σύστημα βρίσκεται σε συνεχή και επιταχυνόμενη πορεία «ιδιωτικοποίησης», με την έννοια ότι ο πληθυσμός υποχρεώνεται σε άμεσες πληρωμές για την κάλυψη των αναγκών του, παρ' ότι έχει ήδη προπληρώσει μέσω της κοινωνικής ασφάλισης. Εκτιμάται ότι υπό τις παρούσες συνθήκες, ακόμη και αν αυξηθούν οι δημόσιες δαπάνες υγείας, δεν θα υπάρξει

¹⁰ OECD Health Data 2009 (version June 2009)

αντιστροφή του φαινομένου, εξαιτίας της παντελούς έλλειψης συστήματος επιστημονικής διοίκησης και ελέγχου της σχέσης κόστους/αποτελεσματικότητας.

5.3.4. Ανθρώπινο Δυναμικό

Στον τομέα του ανθρώπινου δυναμικού στη χώρα μας διαπιστώνεται το εξής πολύ σοβαρό ζήτημα: ενώ ορισμένες ειδικότητες υπερκαλύπτονται από τους υπάρχοντες επαγγελματίες, άλλες παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις ή δεν υφίστανται καν.

Στην Ελλάδα δεν εφαρμόστηκε ποτέ κάποιο σχέδιο προγραμματισμού της παραγωγής, εξειδίκευσης και κατανομής του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, παρ' ότι υπήρξαν σχετικές επισημάνσεις μελετητών ήδη από τη δεκαετία του 1970. Σήμερα, η χώρα αντιμετωπίζει σοβαρά **προβλήματα υπερεπάρκειας**, ανεπάρκειας και ανυπαρξίας ειδικευμένου προσωπικού υγείας, ανάλογα με τον κλάδο, γεγονός που έχει σημαντικές επιπτώσεις, αφενός στο ύψος των συνολικών δαπανών υγείας, αφετέρου στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Κατ' αρχήν, οι ιατροί στην Ελλάδα ανέρχονται, σύμφωνα με την ΕΣΥΕ και τη Eurostat σε 55.556. Όπως δε υπολογίζεται με βάση άλλες εκτιμήσεις οι ιατροί στην Ελλάδα ανέρχονται περίπου σε 70.000 (Στάθης, 2005). Παράλληλα, υφίσταται ανισοκατανομή μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων σε αντίθεση με τις πραγματικές ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού.

Υπάρχουν περισσότεροι γιατροί ανά κάτοικο στην Ελλάδα από ότι σε οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΟΟΣΑ. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, ο αριθμός των γιατρών ανά κάτοικο αυξήθηκε ραγδαία στην Ελλάδα στο 5,4 ιατρούς ανά 1 000 κατοίκους το 2006, αρκετά πάνω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ είναι 3,1. Από την άλλη πλευρά, υπήρχαν μόνο 3,2 νοσηλευτές ανά 1 000 κατοίκους στην Ελλάδα το 2006, πολύ χαμηλότερο ποσοστό από το μέσο όρο του 9,6 στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD, 2009).

Ο αριθμός των κλινών οξείας νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα ήταν 3,9 ανά 1000 κατοίκους το 2006, κοντά στο μέσο όρο του ΟΟΣΑ (3,8). Όπως στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά κάτοικο στην Ελλάδα έχει πέσει με την πάροδο του χρόνου. Η μείωση αυτή συνέπεσε με τη μείωση της μέσης διάρκειας παραμονής στα νοσοκομεία και αύξηση του αριθμού των χειρουργικών διαδικασιών που εκτελούνται την ίδια μέρα.

Παρόλα αυτά, υπάρχει ανάγκη να αυξηθεί ο αριθμός των ιατρών με ειδικότητα τη γενική ιατρική, την κοινωνική ιατρική και την ιατρική της εργασίας, ειδικότητες όπου παρατηρείται σημαντική υστέρηση στη χώρα μας.

Όσον αφορά στους Οδοντιάτρους, η Ελλάδα είναι πρώτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση (σχέση οδοντιάτρων / πληθυσμού), με μεγάλη διαφορά από όλες τις υπόλοιπες χώρες, διαθέτοντας περίπου 15.000. Ενδεχομένως μάλιστα να είναι ή να καταστεί σύντομα και πρώτη στον κόσμο (το 2004 ήταν ήδη πέμπτη).

Τέλος, τα φαρμακεία που λειτουργούν στην Ελλάδα ανέρχονται περίπου σε 12.500 (1 ανά 920 κατοίκους) και οι πτυχιούχοι φαρμακοποιοί σε 15.000 περίπου.

Αντίθετα, **οι διαθέσιμοι νοσηλευτές ανώτατης εκπαίδευσης στην Ελλάδα είναι πολύ λιγότεροι των πραγματικών αναγκών.** Μεγάλο ποσοστό των εισερχόμενων στα εκπαιδευτικά ιδρύματα εγκαταλείπουν τις νοσηλευτικές σπουδές, ενώ μεγάλο ποσοστό των αποφοίτων αρνείται ν' ακολουθήσει το επάγγελμα. **Το φαινόμενο οφείλεται, κυρίως, στην κοινωνική απαξίωση, την οικονομική υποβάθμιση και τη βαρύτητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος, σε συνδυασμό με την έλλειψη επεξεργασμένης, αντίρροπης πολιτικής.**

Στη γενική κατηγορία του νοσηλευτικού προσωπικού καταγράφηκαν 41.750 άτομα, αλλά μόνο το 43,2% είναι πτυχιούχοι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Τέλος, στην Ελλάδα στάθηκε αδύνατο, μέχρι σήμερα, να συγκροτηθεί ένα ευάριθμο σώμα ειδικευμένων και **έμπειρων Managers** (διοικητών νοσοκομείων), παρά την ύπαρξη αρκετών εγχώριων μεταπτυχιακών πανεπιστημιακών προγραμμάτων και τη συναφή εκπαίδευση Ελλήνων επιστημόνων σε τρίτες χώρες. Το φαινόμενο οφείλεται, αποκλειστικά, στο γεγονός ότι οι θέσεις των Διοικητών νοσοκομείων στελεχώνονται από πρόσωπα που συχνά δεν προέρχονται από το χώρο της υγείας και αντικαθίστανται συχνά, με αποτέλεσμα να μην δημιουργούνται επαγγελματικοί δεσμοί με τον υγειονομικό τομέα.

5.3.5. Ποιότητα

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι σύνθετη έννοια, λόγω της πολυπλοκότητας του υγειονομικού τομέα. Ωστόσο, από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα αναζητήθηκαν διεθνώς διαδικασίες και πρότυπα μέτρησής της και σήμερα σχεδόν όλες οι προηγμένες χώρες

έχουν επισημοποιήσει συγκεκριμένους ορισμούς και κριτήρια ποιότητας (πρόσβαση, ισότητα, κάλυψη προσδοκιών, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, κλπ.).

Δυστυχώς, η Ελλάδα υστερεί εμφανώς στο συγκεκριμένο τομέα. Ειδικότερα στο ΕΣΥ λίγες προσπάθειες έχουν καταγραφεί (με ατομική πρωτοβουλία συγκεκριμένων επαγγελματιών), σε επιμέρους τμήματα δημοσίων νοσοκομείων.¹¹ Ο Ν.2889/2001 αναφερόταν στην δημιουργία τμημάτων ποιοτικού ελέγχου στα Νοσοκομεία, στις ΔΥ.ΠΕ. και στις υπηρεσίες υγείας γενικότερα. Επίσης έχει εξαγγελθεί προ ετών η ψήφιση σχεδίου νόμου για την ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών, το οποίο ωστόσο δεν έχει ακόμα κατατεθεί στη Βουλή. **Επισημαίνεται ότι η Ελλάδα είναι η πληθυσμιακά μεγαλύτερη χώρα της Ευρώπης χωρίς επίσημο πρόγραμμα πιστοποίησης των νοσοκομείων** (Hansen, 2008).

Κατ' αποτέλεσμα, στο πεδίο της ποιότητας υφίστανται πολλές και σοβαρές υστερήσεις, μεταξύ των οποίων, και οι εξής:

- Ανυπαρξία Αξιολόγησης της Ποιότητας των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών Υγείας και των Λειτουργιών Υγείας.
- Χαμηλή Ποιότητα Παροχών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.
- Περιφερειακές Ανισότητες στην Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας.
- Απουσία Άσκησης Κλινικής Οικογενειακής Ιατρικής.
- Έντονες Ανισότητες στις Παροχές μεταξύ Ασφαλιστικών Ταμείων.

Η εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει, ουσιαστικά, την πολιτική απόφαση επανασχεδιασμού του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, με ασθενοκεντρική προσέγγιση.

Η εφαρμογή ποιοτικών προτύπων αποσκοπεί στην ύπαρξη μετρήσιμων δεικτών της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, διασφαλίζεται μέσω διαδικασιών πιστοποίησης και μπορεί, σε ένα βαθμό, να κατευθύνει ορθολογικότερα την κατανομή των πόρων.¹²

¹¹ Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάστηκαν σε σεμινάριο του Υπουργείου Υγείας στο πλαίσιο του Ε.Π. “Υγεία – Πρόνοια 2000 - 2006” με τίτλο “Ειδικά θέματα Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα – Σύγχρονες Προσεγγίσεις και Μέθοδοι για την Προαγωγή της Δημόσιας Υγείας”, έγιναν ορισμένα βήματα πιστοποίησης παρεχόμενων υπηρεσιών στα ακόλουθα Νοσοκομεία: Ευαγγελισμός (πρόγραμμα αξιολόγησης στις εργαστηριακές εξετάσεις), ΑΧΕΠΑ (ομάδα ποιότητας στο αναισθησιολογικό τμήμα), Ερρίκος Ντυνάν (σε ορισμένα τμήματα), Νοσοκομείο Κυπαρισσίας (Μονάδα Τεχνητού Νεφρού), ΙΠΓ΄ Ιωαννίνων (πιστοποίηση 4 τμημάτων κατά ISO), κλπ.

¹² ΟΚΕ, Γνώμη με θέμα «Κατάρτιση της Εθνικής Έκθεσης Στρατηγικής για την Κοινωνική Προστασία και την Κοινωνική Ένταξη 2008-2010», αριθμός 198, Ιούλιος 2008.

5.3.6. Ιδιωτικός Τομέας Υγείας

Οι δημογραφικές εξελίξεις με την αύξηση των ομάδων όχι μόνον των ατόμων άνω των 65 ετών αλλά και των ατόμων άνω των 75 ή ακόμα και των 80 ετών, καθώς και το νοσολογικό πρότυπο με τις χρόνιες ασθένειες αποτέλεσαν ένα αλληλοεπιδρώμενο αιτιολογικό φάσμα αύξησης της ζήτησης και των αναγκών υγείας τόσο για την πρωτοβάθμια φροντίδα όσο και για την νοσοκομειακή περίθαλψη.

Σε ότι αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.) το δημόσιο σύστημα υγείας στη χώρα μας φάνηκε τη δεκαετία του '80 να αντιμετωπίζει τη ζήτηση για υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας. Εντούτοις, η πλήρης σημερινή υποβάθμιση τους, η πολιτική αδυναμία υλοποίησης των κέντρων υγείας αστικού τύπου, η μη ένταξη των κλάδων ασθένειας των ασφαλιστικών ταμείων στο ΕΣΥ, η χαμηλή χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ. σε συνδυασμό με τις χαμηλές αμοιβές του ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού δυναμικού, είχαν ως αποτέλεσμα τη προσφορά υποβαθμισμένων ποιοτικά υπηρεσιών, μεγάλου χρόνου αναμονής και πλήρη αδυναμία κάλυψης των αναγκών.

Τα ανωτέρω οδήγησαν τον Έλληνα πολίτη στον ιδιωτικό πρωτοβάθμιο τομέα υγείας. Η υπερπροσφορά γιατρών, η υπερπροσφορά ιδιωτικών εργαστήριο-διαγνωστικών κέντρων, η υπερπροσφορά σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας, η πλήρης απουσία δημοσίας οδοντιατρικής περίθαλψης και η απουσία ουσιαστικού ελέγχου του ιδιωτικού τομέα μέσω ενός ηλεκτρονικού συστήματος παρακολούθησης κάθε ιατρό-εργαστηριακής πράξης, συντέλεσαν στην έκρηξη της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και στην αναστροφή της σχέσης δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Π.Φ.Υ. Το ποσοστό των δημοσίων δαπανών για ιατρική-οδοντιατρική περίθαλψη στο σύνολο των δημοσίων δαπανών για υγεία ανέρχεται σε 24% ενώ των ιδιωτικών σε 66%. Για οδοντιατρική περίθαλψη η αντιστοιχία είναι 1,2% και 34% αντίστοιχα.¹³

Αντίθετα με την Π.Φ.Υ. στη χώρα μας, η νοσοκομειακή περίθαλψη μπόρεσε, σε μεγάλο βαθμό, να καλύψει τη ζήτηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω κυρίως των δημοσίων ιδρυμάτων (αυξάνοντας τους συνολικά εξελθόντες ασθενείς από 969.695 το 1972 σε 1.116.324 το 1982, σε 1.552.940 το 1997, και σε 2.036.052 το 2004).

¹³ Γνώμη Πρωτοβουλίας της ΟΚΕ, υπ' αριθμ 211, με θέμα «Υγεία», Αθήνα 19/1/2009

Παρά την παραπάνω ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας κυρίως σε ποιοτικές υποδομές, το χαμηλό ποσοστό ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης του Ελληνικού πληθυσμού και το **υψηλό κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης** έχουν οδηγήσει τη ζήτηση για δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες σε εντελώς αντίθετη πορεία από την Π.Φ.Υ. Η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη στο σύνολο των δημοσίων δαπανών απορροφά το 56% ενώ η αντίστοιχη ιδιωτική περίπου το 13%. Αυτή η εξέλιξη βεβαίως δείχνει ότι ο δημόσιος τομέας δευτεροβάθμιας φροντίδας μπόρεσε να ανταποκριθεί στη ζήτηση, αλλά πάσχει από σοβαρά προβλήματα που δεν του επιτρέπουν να λειτουργήσει πραγματικά αποτελεσματικά ενώ η ικανοποίηση των ασθενών για την δευτεροβάθμια φροντίδα είναι ιδιαίτερος χαμηλή.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας προσελκύει τους πολίτες που μπορούν να ζητήσουν τις υπηρεσίες του ακριβώς επειδή είναι ασθενοκεντρικός. Επιπλέον εμφανίζει σημεία υπεροχής σε σχέση με το δημόσιο, όπως (α) η υψηλή ταχύτητα ανταπόκρισής του ως προς την κάλυψη των αναγκαιουσών υποδομών και κυρίως στην ενσωμάτωση της ιατροτεχνολογικής καινοτομίας και των νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων και (β) το μειωμένο «κόστος χρόνου» και την καλή ποιότητα ξενοδοχειακών υπηρεσιών που παρέχει ο ιδιωτικός τομέας στους καταναλωτές (ασθενείς). Βεβαίως στον ιδιωτικό τομέα δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να στραφεί μία μικρή μόνον μερίδα των πολιτών εξαιτίας του πολύ υψηλού του κόστους.

5.3.7. Δημόσιος Τομέας Υγείας

Σε μια εποχή που οι παράγοντες κινδύνου για τη δημόσια υγεία ολοένα και αυξάνουν (π.χ. παχυσαρκία, κάπνισμα, τροχαία ατυχήματα, μη υγιεινά διατροφικά πρότυπα, μόλυνση περιβάλλοντος, φτώχεια, ανεργία κ.α.) **είναι επιβεβλημένη η ανάγκη οργάνωσης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας**, όπως αυτή ορίζεται μέσα από τη σύγχρονη διευρυμένη έννοιά της. Η σύγχρονη δημόσια υγεία έχει υπερβεί προ πολλού τα περιορισμένα όρια της υγιεινής και πρόληψης, ενώ περιλαμβάνει όλες εκείνες τις δράσεις, οι οποίες αποσκοπούν σε μια ενεργητική παρέμβαση ελαχιστοποίησης των προαναφερθέντων κινδύνων, μετασχηματίζοντας τον τρόπο ζωής αλλά και τον οικολογικό και κοινωνικό περίγυρο.¹⁴ Ειδικά το ζήτημα της πρόληψης θα πρέπει να προσεγγιστεί με ιδιαίτερη προσοχή και λαμβανομένων υπόψη των υφιστάμενων αναγκών

¹⁴ Γνώμη της ΟΚΕ υπ' αριθμ. 92, Ιούλιος 2003, «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις».

π.χ. εργαζόμενοι στις βιομηχανικές περιοχές.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) αποτελεί την πύλη εισόδου στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Δ.Φ.Υ). Παρέχει ιατρικές υπηρεσίες προς κάθε πολίτη. **Διαπιστώνεται απουσία ουσιαστικής διασύνδεσης ΠΦΥ και & Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης. Μεταξύ των δύο αυτών συστημάτων περίθαλψης δεν υπάρχει συνεργασία ούτε δικτύωση, με συνέπεια υστερήσεις στην αποτελεσματικότητα και στην ποιότητα.**

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα δημόσια νοσοκομεία από το 1980 έως το 2000 **διπλασίασαν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τους**, βελτίωσαν τις υποδομές και τον τεχνολογικό εξοπλισμό και δημιούργησαν στα πολύ μεγάλα αστικά κέντρα υπερσύγχρονα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Προβλήματα, ωστόσο, υπάρχουν, με κεντρικό αυτό της **αδυναμίας επιβολής σύγχρονων διοικητικό-διαχειριστικών μεθόδων στα νοσοκομεία**, η οποία συνιστά παράλληλα και μία από τις κεντρικές αιτίες για την αδυναμία του ΕΣΥ να λειτουργήσει αποτελεσματικά.

Τα πραγματικά προβλήματα της δημόσιας δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης δεν έγκεινται - όπως προαναφέρθηκε - στην έλλειψη ιατρών, επαρκών νοσοκομειακών κλινών, η πόρων (με δεδομένη την υψηλότερη δαπάνη υγείας για την οποία έγινε λόγος ανωτέρω). Στην καρδιά των προβλημάτων βρίσκεται **η ανεπάρκεια του σημερινού συστήματος διοίκησης και ελέγχου**, η οποία φτάνει ως το σημείο ακόμα και να ακυρώνει τη χρησιμότητα μιας ενδεχόμενης αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας.

Παράλληλα, κεντρικό πρόβλημα είναι η προαναφερθείσα **η ποσοτική ανεπάρκεια εκπαιδευμένου νοσηλευτικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού (μη ιατρικού)**, που θα μπορούσε να προσδώσει ποιότητα και αποτελεσματικότητα στο δημόσιο νοσοκομειακό πλέγμα.

Παράλληλα σημαντικό πρόβλημα είναι αυτό της **παραοικονομίας**. Είναι λυπηρό ότι - σύμφωνα με σειρά σφυγμομετρήσεων της κοινής γνώμης και συναφείς επιστημονικές μελέτες κατά την τελευταία δεκαετία - τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ συγκαταλέγονται στους τομείς της κρατικής δραστηριότητας που καταγγέλλονται συνηθέστερα για διαφθορά, γραφειοκρατία και αναποτελεσματικότητα.

Σε ότι αφορά το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων, παρατηρείται **το πρόβλημα της ανισοκατανομής στις περιφέρειες της χώρας του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού και αφετέρου η υστέρηση στην εκπαίδευση του διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού των νοσοκομείων.**

Σε ότι αφορά τη λειτουργία των ίδιων των νοσοκομείων του ΕΣΥ, αξίζει να υπενθυμιστεί ότι ο ιδρυτικός νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.1397/83) κατέστησε τα ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα που επιχορηγούνταν, άμεσα ή έμμεσα, από το ελληνικό δημόσιο, Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ). Με το Ν. 2889/01 τα δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ), που μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) με τον Ν. 3329/2005, με τον οποίο τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα μετατράπηκαν και πάλι σε ανεξάρτητα ΝΠΔΔ.

Τα δημόσια νοσοκομεία συνιστούν, με άλλα λόγια, δημόσιες υπηρεσίες σύμφωνα με το καθεστώς που τα διέπει. Τα νοσοκομεία παρέχουν πληθώρα υπηρεσιών και μάλιστα εξειδικευμένα ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ασθενούς, ενώ για να παρέχουν καλές τέτοιες υπηρεσίες χρειάζονται καλή διαχείρισης, υγιή οικονομικά, απλή λειτουργία. Παράλληλα προς την παροχή φροντίδας υγείας, τα νοσοκομεία παρέχουν στους ασθενείς και ξενοδοχειακές υπηρεσίες (διαμονή, διατροφή, ιματισμό, καθαριότητα, φύλαξη κλπ.), γεγονός που καθιστά περισσότερο πολύπλοκη τη λειτουργία τους, διότι η διαχείρισή τους πρέπει να εξειδικευθεί σε ετερόκλητους κλάδους δραστηριότητας και να αντιμετωπίσει επιτυχώς διαφορετικές συμπεριφορές και επιδιώξεις των επιμέρους κατηγοριών προσωπικού, αλλά και ποικιλία απαιτήσεων των «πελατών» (ασθενών, συνοδών) που, επιπλέον, είναι ψυχολογικά φορτισμένοι εξαιτίας των προβλημάτων τους.

Είναι συνεπώς αναμφισβήτητο ότι, **ιδίως στη σύγχρονη εποχή της προηγμένης τεχνολογίας, τα δημόσια νοσοκομεία οφείλουν να λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές της επιστημονικής οργάνωσης και διοίκησης και τις σύγχρονες τεχνολογίες.**

Σήμερα για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, αλλά και για άλλους περισσότερο ή λιγότερο συναφείς, όπως η έλλειψη αποτελεσματικής διοίκησης, το χαμηλό μισθολόγιο ιατρό-νοσηλευτικού προσωπικού και οι ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες εργασίας του, (ωράριο, εφημερίες, υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας), η απουσία πλήρους ηλεκτρονικής παρακολούθησης των ιατρικών, διαγνωστικών, νοσηλευτικών,

τεχνολογικών και διοικητικών πράξεων, είχε ως αποτέλεσμα:

- τη χαμηλή ποιότητα προσφοράς νοσοκομειακών υπηρεσιών,
- την πλήρη αδράνεια λειτουργίας των επενδύσεων σε μονάδες εντατικής θεραπείας
- την αύξηση του χρόνου αναμονής (λίστα αναμονής) για εξειδικευμένες παρεμβατικές πράξεις και
- την αύξηση της παραοικονομίας.

Η επίλυση των ανωτέρω προβλημάτων είναι απαραίτητη, ώστε μέσα από μία γενναία αναθεώρηση των οργανωτικών πλαισίων του ΕΣΥ, να αποκατασταθεί ο πολίτης-ασθενής ως κεντρικό πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου οφείλει να υπάρχει και να λειτουργεί το σύστημα.

Στην Ελλάδα παρατηρείται **σοβαρότατη υστέρηση** στους τομείς της μετά- και εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης, της αποκατάστασης και της φροντίδας των αναπήρων και των ηλικιωμένων. Δεν υπάρχει δημόσιο σύστημα μετα-νοσοκομειακής φροντίδας των ασθενών με χρόνια νοσήματα (κατ' οίκον νοσηλεία), εκτός 1-2 περιπτώσεων εθελοντικής ανάπτυξης από τμήματα νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Τα προγράμματα «Βοήθειας στο σπίτι» που λειτουργούν οι ΟΤΑ τα τελευταία χρόνια αφορούν, σχεδόν αποκλειστικά, μερικούς μόνον από τους ηλικιωμένους που έχουν πραγματικές ανάγκες, όχι όμως και αξιοσημείωτο αριθμό ΑμΕΑ. Η λειτουργία τους στηρίζεται κατά βάση σε κοινοτικούς πόρους, χωρίς να υπάρχει κάποια δέσμευση χρηματοδότησης μετά τη λήξη των κοινοτικών ενισχύσεων, πέραν από το γεγονός ότι οι υπάρχουσες δομές είναι ανεπαρκείς.

Στον τομέα της αποθεραπείας και αποκατάστασης (πολυτραυματίες, εγκεφαλικά επεισόδια κλπ.) η συμβολή του δημόσιου τομέα είναι ιδιαίτερα υποτονική και οι ανάγκες καλύπτονται κυρίως από ιδιωτικές μονάδες και, στις βαρύτερες περιπτώσεις, με μεταφορά των ασθενών στο εξωτερικό. Το δημόσιο διαθέτει συνολικά 186 κλίνες, διαμοιρασμένες σε ένα ειδικό ίδρυμα (127) και σε τέσσερα τμήματα φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης ισάριθμων νοσοκομείων της Αττικής (59). Ο ιδιωτικός τομέας έχει ήδη αναπτύξει μονάδες στη Λάρισα (3), Θεσσαλονίκη, Κομοτηνή, Βόλο, Πάτρα, Αθήνα (2), Λαμία, Σπάρτη, Χανιά με 900-1.000 κλίνες, ενώ ετοιμάζονται 5 τουλάχιστον νέα κέντρα (Μπουλούτζα, 2008).

Τέλος, η προστατευόμενη διαβίωση των ηλικιωμένων (οίκοι ευγηρίας, γηροκομεία) έχει παραχωρηθεί, κατά πλειοψηφία, στον ιδιωτικό τομέα, χωρίς επιπλέον να ασκείται ο αναγκαίος έλεγχος τήρησης του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου, ως προς την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Μόνον ένας μικρός αριθμός ιδιωτικών μονάδων καλύπτει επαρκώς τα ποιοτικά κριτήρια διαβίωσης των ενοίκων, ενώ οι συνθήκες στη μεγάλη πλειοψηφία τους είναι απαράδεκτες.

Σύμφωνα με την Έκθεση για την παγκόσμια υγεία που συντάχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) στο τέλος του 20^{ου} αιώνα, 450 εκ. άνθρωποι θα υποφέρουν από ψυχιατρικές διαταραχές, νευρολογικές παθήσεις, αλκοολισμό και εξάρτηση από εθιστικές ουσίες (2001).

Η καταθλιπτική συνδρομή μείζονος τύπου αποτελεί την τέταρτη μεγαλύτερη επιβάρυνση στη δημόσια υγεία και εκτιμάται ότι το 2020 θα ανέλθει στη δεύτερη θέση..

Παράλληλα προς τις κλασσικές ψυχικές διαταραχές που προαναφέρθηκαν οι νέοι ψυχικά πάσχοντες από αλκοολισμό, διάφορες μορφές άνοιας και τοξικομανίες εκτιμάται ότι αποτελούν πλέον τις νέες κατηγορίες ασθενειών για τις οποίες επιβάλλεται συγκεκριμένη προετοιμασία για την αποτελεσματική περίθαλψή τους. Απαιτείται αναπροσαρμογή της κρατικής μέριμνας για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων που προκύπτουν από αυτές τις νοσηρές καταστάσεις.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα στη χώρα μας είναι παρεμφερή με αυτά του εξωτερικού. Φαίνεται, όμως, ότι δεν έχει γίνει αντιληπτό από την πολιτική ηγεσία της χώρας το μέγεθος του προβλήματος και οι ανελαστικές ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη οι οποίες δημιουργούνται για την προσεχή 20ετία.

Παράλληλα, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (αποασυλοποίηση) στο βαθμό που επιχειρήθηκε στην Ελλάδα, στόχευε στην έξοδο των εγκλειστών στα άσυλα ασθενών και στηρίχθηκε κατά μέγιστο ποσοστό στην κοινοτική χρηματοδότηση. Κυρίως από Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του ιδιωτικού τομέα (ξενώνες, διαμερίσματα, οικοτροφεία κλπ.) αναλήφθηκαν στο παρελθόν πολύ κονδύλια, που ωστόσο δεν διατέθηκαν πάντοτε στους σκοπούς για τους οποίους δόθηκαν, γεγονός το οποίο δεν απετράπη από τα ελεγκτικά όργανα του κράτους.

Ήδη, όμως, το ελληνικό Δημόσιο δεν αναπληρώνει τις αρχικές εισροές κοινοτικών πόρων, από τον κρατικό προϋπολογισμό, με ταυτόχρονη ενεργοποίηση διαδικασιών ουσιαστικού ελέγχου και διασφάλισης της χρήσης των επιδοτήσεων υπέρ των ασθενών, προβαίνοντας σε υπέρμετρες περικοπές. Το αποτέλεσμα είναι ότι σημειώνεται **εμφανής οπισθοδρόμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με ορατό τον κίνδυνο επανασυλοποίησης πολλών ατόμων αυτής της κατηγορίας.**

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΟΙ ΣΔΙΤ ΚΑΙ ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΦΙ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

6.1 Εισαγωγή

Η χρησιμοποίηση ιδιωτικών κεφαλαίων, μέσω των Συμπράξεων Δημοσίου – Ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) για την ανέγερση νέων νοσοκομείων, εκτός από κεντρική επιλογή εδώ και μια δεκαετία στην κατεύθυνση «εκσυγχρονισμού» της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service, NHS) της Μεγάλης Βρετανίας, τείνει να γίνει και ένα παγκόσμιο φαινόμενο (Gaffney, Pollock, Price & Shaoul, 1999a). Εταιρείες συμβούλων με έδρα τη Βρετανία καθώς και πολυεθνικές εταιρείες βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των προσπαθειών προώθησης σε διεθνές επίπεδο του νέου αυτού τρόπου χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας (Gaffney D et al, 1999a). Παράλληλα, διεθνείς οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο ενσωματώνουν την πρακτική της ιδιωτικής χρηματοδότησης δημοσίων υπηρεσιών στα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής των αναπτυσσόμενων χωρών (Gaffney D et al, 1999a), ενώ η Ευρωπαϊκή Ένωση στηρίζει και πριμοδοτεί τις συμπράξεις στις χώρες κράτη μέλη της (European Commission Directorate General for Regional Policy, 2003).

Είναι λοιπόν σαφές ότι οι ΣΔΙΤ οδηγούν, ειδικά την τελευταία 15ετία σε ευρωπαϊκό και σε παγκόσμιο επίπεδο, την κούρσα σημαντικών αναπτυξιακών έργων, ανοίγοντας νέους επενδυτικούς ορίζοντες.

6.2 Η χρηματοδότηση νοσοκομειακών μονάδων με τη μέθοδο ΣΔΙΤ

Με τις διατάξεις των προηγηθέντων νόμων (Ν. 2646/98, Ν.2889/01, Ν.2955/01, Ν.3204/03) και Προεδρικών διατάξεων (ΠΔ 346/98, ΠΔ 18/2000) του Ν. 3389/2005 περί ΣΔΙΤ, εφαρμόστηκαν μορφές ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας. Η εμπειρία της εφαρμογής των διατάξεων αυτών έχει δώσει θετικά αποτελέσματα καθώς τα Νοσοκομεία ανέθεσαν το έργο της καθαριότητας και της φύλαξης των κτιρίων τους σε ιδιωτικούς φορείς, με διατήρηση, αν όχι βελτίωση, των αντιστοίχων υπηρεσιών και περιορισμό του κόστους κατά 20% περίπου. (Χατζητόλιος, 2007).

Ακόμη με τις ίδιες διατάξεις δόθηκε η δυνατότητα στα Νοσοκομεία να αναθέσουν με συμβάσεις ορισμένου χρόνου την τροφοδοσία και τη σίτιση σε ιδιωτικούς φορείς. Μέσω των συμβάσεων αυτών εξασφαλίστηκε επιπλέον ο αναγκαίος χρόνος για την ανακατασκευή πεπαλαιωμένων υποδομών των μαγειρείων, ένα πρόσθετο δηλαδή

διαχρονικό όφελος για το Νοσοκομείο.

Εξάλλου, η δυνατότητα προμήθειας μεγάλων και δαπανηρών μηχανημάτων, όπως αξονικών, μαγνητικών τομογράφων κ.α. με τη μέθοδο leasing, χωρίς καταβολή τιμήματος από την πλευρά του Νοσοκομείου, με τραπεζική χρηματοδότηση και εξόφληση κατά ιατρική πράξη, για ορισμένο χρονικό διάστημα που προσυμφωνείται με τον προμηθευτή, εξασφαλίζει εκτός από την αγορά υψηλού κόστους ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και τη δυνατότητα ανανέωσής του μετά την εξόφληση.

Η ενεργοποίηση ενός πληρέστερου νομικού πλαισίου ΣΔΙΤ, με βάση την εμπειρία που αποκτήθηκε, θεωρήθηκε απολύτως απαραίτητη για την ανάπτυξη του χώρου του Δημόσιου τομέα της υγείας που υστερεί, κυρίως από άποψη ανακαίνισης, ανανέωσης εγκαταστάσεων και εξοπλισμού.

Το γεγονός, επίσης, ότι τα επόμενα χρόνια τα κοινοτικά κονδύλια προβλέπεται να μειωθούν, ενώ οι ανάγκες Υγείας θα αυξηθούν, οδηγεί στην αναζήτηση νέων πηγών χρηματοδότησης. Οι ΣΔΙΤ θα αποτελέσουν ένα εργαλείο πρώτης γραμμής για την εξασφάλιση της ανάπτυξης καθώς παλαιά νοσοκομεία θα μπορούσαν να ανακαινισθούν ή να ανακατασκευασθούν. Η σύμπραξη αυτή φαίνεται ως μια δυνατότητα ανάπτυξης του Δημόσιου τομέα της υγείας.

Μία από τις προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σύμφωνα με δηλώσεις του τ. Υπουργού Υγείας, κ. Δ. Αβραμόπουλου σε ομιλία του το 2008, είναι η δυναμική και άμεση αποκέντρωση της παροχής ολοκληρωμένης και αναβαθμισμένης περίθαλψης, σε συνδυασμό με την αδιαπραγμάτευτη προϋπόθεση της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας σε κάθε Έλληνα πολίτη.

Στην κατεύθυνση, με βάση τη στρατηγική της Λισσαβόνας, για την υλοποίηση των πολιτικών στον χώρο της Υγείας καθώς και για την εκπλήρωση όσων ανταποκρίνονται στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, το Υπουργείο Υγείας αποφάσισε να αξιοποιήσει σε μεγάλο βαθμό τις ΣΔΙΤ στην υπηρεσία του εκσυγχρονισμού των δομών υγείας, της λειτουργίας τους, της πληρότητάς τους. Η ψήφιση του ν. 3389/2005 έθεσε το νομοθετικό πλαίσιο για την υλοποίηση αντίστοιχων πολιτικών και στο σύστημα υγείας της Ελλάδας.

Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι όλες οι μονάδες υγείας που κατασκευάζονται ή θα κατασκευαστούν με τη μέθοδο ΣΔΙΤ, θα είναι ενταγμένες στο ΕΣΥ και θα αποτελούν

αναπόσπαστο τμήμα αυτού. Σε κάθε περίπτωση διατηρείται ο δημόσιος χαρακτήρας της εκμετάλλευσης των έργων, αφού θα εκχωρηθούν μόνο υποστηρικτικές δραστηριότητες όπως ασφάλεια, σίτιση, καθαριότητα, συντήρηση εγκαταστάσεων κλπ που και σήμερα εκχωρούνται σε ιδιώτες, αλλά με μη ελέγξιμο και χωρίς το πλέον συμφέροντα πολλές φορές τρόπο.

Η υλοποίηση των σχεδιασμών για την κατασκευή μονάδων υγείας με τη μέθοδο ΣΔΙΤ γίνεται αποκλειστικά με την αξιοποίηση οργανισμών του Υπουργείου (ΔΕΠΙΑΝΟΜ), σε συνεργασία με την αρμόδια Ειδική Γραμματεία για τις ΣΔΙΤ του Υπουργείου Οικονομίας με έγκριση από τη Διυπουργική Επιτροπή. Οι Οργανισμοί που θα υπαχθούν σε ανάλογες μορφές χρηματοδότησης θα καταβάλλουν, για τις υποστηρικτικές υπηρεσίες, μηνιαίο ή ετήσιο προκαθορισμένο τίμημα, με βάση τη σύμβαση που θα προκύψει από διαγωνισμό, σε συνεργασία με κατασκευαστικές εταιρείες. Παράλληλα, υπάρχουν αυστηρά κριτήρια για να διασφαλιστεί ότι η ποιότητα της παροχής υπηρεσιών είναι υψηλή.

Εξάλλου, ο εκσυγχρονισμός του πλαισίου λειτουργίας για τη διαχείριση έργων κατασκευής νέων Νοσοκομειακών – Νοσηλευτικών μονάδων μέσω της Δημόσιας Επιχείρησης Ανάπτυξης Νοσοκομειακών Μονάδων (ΔΕΠΙΑΝΟΜ) είναι απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία της αγοράς του κατασκευαστικού κλάδου.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει προγραμματίσει και δρομολογήσει την κατασκευή μιας σειράς μονάδων υγείας με τη μέθοδο ΣΔΙΤ, αναβαθμίζοντας το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών, σε καίριας σημασίας περιοχές, σε περιοχές που έχουν ζωτική ανάγκη υγειονομικής υποστήριξης, για την ανάπτυξη και υλοποίηση του υγειονομικού χάρτη της χώρας.

Οι μονάδες αυτές είναι:

- Το **Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης**, δυναμικότητας 400 κλινών έκτασης 42.000 τ.μ., που θα καλύψει τις ανάγκες όλης της Βόρειας Ελλάδας.
- Το **Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης**, δυναμικότητας 400 κλινών με εμβαδόν 42.000 τ.μ.,
- Το νέο **Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας**, δυναμικότητας 164 κλινών έκτασης 18.000 τ.μ.
- Το **Νέο Γενικό Νοσοκομείο Ανατολικής Αττικής**, δυναμικότητας 400 κλινών, σε αντικατάσταση υπάρχοντος παλαιού νοσοκομείου

- Το νέο **Γενικό Νοσοκομείο στην Κω**, δυναμικότητας 200 κλινών.
- Το **Εθνικό Κέντρο Μεταμοσχεύσεων**, δυναμικότητας 250 κλινών, στο οποίο θα ενσωματωθούν όλα τα επί μέρους κέντρα μεταμοσχεύσεων.

Τα έργα που μέχρι σήμερα έχουν εγκριθεί από τη Διυπουργική Επιτροπή ΣΔΙΤ για τον τομέα της υγείας φτάνουν στα 806 εκατ. Ευρώ. Ωστόσο, πρέπει να συνυπολογιστεί και το κόστος για τη συντήρηση που φτάνει σε ποσοστό 20%. Συνολικά, το κόστος που θα πληρώνει το κράτος στη διάρκεια της κάθε σύμβασης προϋπολογίζεται στα 1,04 δις. Ευρώ (Ευθυμιάδου, 2008).

Τα παραπάνω νοσοκομεία θα ενταχθούν το ΕΣΥ και στα καινούργια νοσηλευτικά ιδρύματα εξασφαλίζεται η ισότιμη και ελεύθερη πρόσβαση όλων των Ελλήνων με κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το προσωπικό, πλην των υποστηρικτικών υπηρεσιών, θα ανήκει στο ΕΣΥ και θα εργάζεται σε ένα σύγχρονο περιβάλλον.

Η συνολική δυναμικότητα των νοσοκομειακών μονάδων που έχουν προγραμματιστεί να κατασκευαστούν με τη μέθοδο ΣΔΙΤ είναι 1560 κλίνες και θα αναπτυχθούν σε έκταση 162.000 τμ. Ο συνολικός προϋπολογισμός για την κατασκευή τους ανέρχεται στο 1,5 δισεκατομμύριο ευρώ.

Οι τρεις πρώτες μάλιστα νοσηλευτικές μονάδες, δηλαδή το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, το Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και το νέο Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας, αποτελούν αντικείμενο ανοικτού διεθνούς διαγωνισμού, ο οποίος βρίσκεται σε εξέλιξη.

Η πραγματοποίηση των έργων γίνεται ακριβώς με την προϋπόθεση διατήρησης του δημόσιου χαρακτήρα τους και με διαφανείς διαδικασίες. Από την υλοποίηση έργων ζωής μέσω ΣΔΙΤ, απορρέουν σπουδαία θετικά αποτελέσματα σε όλη την έκταση της χώρας μας καθώς θα υπάρξουν πολλαπλασιαστικά οφέλη για τις τοπικές κοινωνίες σε επίπεδο ανάπτυξης ενός υποστηρικτικού πλαισίου παροχής υπηρεσιών και δομών υγείας, με τη δημιουργία κέντρων υγείας και βρεφονηπιακών σταθμών. Αλλά τα οφέλη δεν σταματούν εκεί.

Δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας που πρωτίστως θα ωφελήσουν τους κατοίκους των εκεί περιοχών με αναπτυξιακές επιδράσεις στις τοπικές κοινωνίες. Εκτιμάται ότι με την κατασκευή των νέων σύγχρονων δομών υγείας με τη μέθοδο ΣΔΙΤ, θα

δημιουργηθούν συνολικά 5.000 νέες θέσεις εργασίας.

Ο προγραμματισμός όμως του Υπουργείου Υγείας για την αξιοποίηση των ΣΔΙΤ, περιλαμβάνει και την κατασκευή Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Βορείου Ελλάδας. Το πρώτο από τα Κέντρα αυτά που θα καλύψουν μια επιτακτική ανάγκη και θα ανακουφίσουν τον πόνο πασχόντων συνανθρώπων μας και των οικογενειών τους, διευκολύνοντας την κοινωνική τους επανένταξη και εξασφαλίζοντας ένα σπουδαίο έμπυχο δυναμικό για τη χώρα μας, έχει προγραμματιστεί να γίνει στο Αιγίνιο της Πιερίας.

Το **Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Βορείου Ελλάδος** είναι δυναμικότητας 250 κλινών και συνολικού προϋπολογισμού 120 εκατομμυρίων ευρώ. Ο ανοιχτός διεθνής διαγωνισμός για την ανάδειξη τεχνικού συμβούλου για την κατασκευή του είναι σε εξέλιξη και εκτιμάται ότι θα αποτελέσει ορόσημο για τη δημιουργία ενός σύγχρονου και αποδοτικού συστήματος παροχής ουσιαστικών υπηρεσιών αποκατάστασης, που θα ανταποκρίνεται στους στόχους και τις προδιαγραφές του νέου ΕΣΥ.

Αντίστοιχα κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας έχει προγραμματιστεί να κατασκευαστούν στην Αττική, στην Κεντρική Ελλάδα και στην Κρήτη.

Για την επιτυχή εφαρμογή του καινούργιου αυτού θεσμού, βασική προϋπόθεση αποτελεί η εξασφάλιση ομαλής συνεργασίας των δύο μερών, με τον καθορισμό συγκεκριμένων προδιαγραφών και την αυστηρή παρακολούθηση και τήρηση της εφαρμογής των συμφωνημένων.

Για την αποτελεσματική εφαρμογή της μεθόδου ΣΔΙΤ στις ανάγκες και στις ιδιαίτερες απαιτήσεις του συστήματος υγείας της χώρας μας, πρέπει να αξιοποιηθεί η σωρευμένη εμπειρία και τα συμπεράσματα από άλλες χώρες, που εδώ και ένα σημαντικό χρονικό διάστημα την έχουν αξιοποιήσει.

6.3 Η Ευρωπαϊκή και Διεθνής εμπειρία

Η διεθνής εμπειρία έχει να επιδείξει συμπράξεις με τη μορφή της εκχώρησης των υποστηρικτικών, των κλινικών υπηρεσιών ή της εκχώρησης των υποστηρικτικών, των κλινικών υπηρεσιών ή και της διοίκησης δημόσιων νοσοκομείων, με τη μορφή της

κατασκευής δημόσιων νοσοκομείων με ιδιωτικά κεφάλαια με ή χωρίς ανάληψη της ευθύνης παροχής των υποστηρικτικών ή και των κλινικών υπηρεσιών από τον ιδιωτικό φορέα. (Taylor & Blair, 2002) (πίνακας 10)

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 : Επιλογές σύμπραξης δημοσίου – ιδιωτικού τομέα στο χώρο των νοσοκομείων

Επιλογές	Υποχρεώσεις ιδιωτικού τομέα	Υποχρεώσεις δημόσιου τομέα	Παραδείγματα
Εγκατάσταση ιδιωτικής πτέρυγας εντός δημοσίου νοσοκομείου	Λειτουργεί ιδιωτική πτέρυγα (μόνο για ιδιωτικούς ασθενείς) εντός του δημόσιου νοσοκομείου. Μπορεί να προσφέρει τόσο τις μη κλινικές όσο και τις κλινικές υπηρεσίες	Διοικεί το δημόσιο νοσοκομείο καλύπτοντας τους ασθενείς του δημοσίου. Συνάπτει συμβόλαια με τον ιδιώτη για τους όρους κοινής χρήσης εργαστηρίων, προσωπικού	Αυστραλία : Έως το 2002, 30 ιδιωτικές πτέρυγες βρίσκονταν σε λειτουργία εντός των δημόσιων νοσοκομείων
Ανάθεση μη κλινικών υποστηρικτικών λειτουργιών σε ιδιώτη (outsourcing)	Παρέχει τις μη κλινικές υπηρεσίες (καθαριότητα, μαγειρεία, πλυντήρια, φύλαξη, συντήρηση υποδομών). Προσλαμβάνει το προσωπικό για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες	Παρέχει όλες τις κλινικές υπηρεσίες (ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό), διοικεί το νοσοκομείο	
Ανάθεση κλινικών υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιώτη	Παρέχει κλινικές υποστηρικτικές υπηρεσίες όπως ακτινολογικές και εργαστηριακές υπηρεσίες	Παρέχει όλες τις κλινικές υπηρεσίες (ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό), διοικεί το νοσοκομείο	Ρουμανία : Ιδιώτες ανέλαβαν τη λειτουργία του αξονικού τομογράφου εντός δημοσίου νοσοκομείου
Ανάθεση εξειδικευμένων κλινικών υπηρεσιών σε ιδιώτη	Παρέχει εξειδικευμένες κλινικές υπηρεσίες (π.χ. λιθοτριψία) ή εγχειρήσεις ρουτίνας (π.χ. καταρράκτη)	Παρέχει όλες τις κλινικές υπηρεσίες (ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό), διοικεί το νοσοκομείο	
Ανάθεση management δημόσιου νοσοκομείου σε ιδιώτη	Διοικεί δημόσιο νοσοκομείο μετά από σύναψη συμβολαίου με το δημόσιο ή τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης παρέχοντας όλες τις κλινικές και μη κλινικές υπηρεσίες. Προσλαμβάνει όλο το προσωπικό. Ανάλογα με το είδος του συμβολαίου μπορεί να φέρει την υποχρέωση για νέες επενδύσεις κεφαλαίου	Συνάπτει συμβόλαιο με ιδιώτη. Πληρώνει τον ιδιώτη για όλες τις υπηρεσίες που παρέχει. Ελέγχει τον ιδιώτη για την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών και την τήρηση του συμβολαίου	Βραζιλία : Η τοπική κυβέρνηση της Bahla εκχώρησε το management 12 νέων νοσοκομείων (κατασκευασμένων και χρηματοδοτημένων από το κράτος) σε ιδιώτες. Ο ιδιώτης προσέλαβε όλο το προσωπικό. Παρέχει τις υπηρεσίες του σε όλους τους ασθενείς του δημοσίου. Πληρώνεται από το κράτος για τις κλινικές υπηρεσίες που παρέχει. Καμπότζη : Η κυβέρνηση παραχώρησε σε ιδιώτες το management περιφερειακών κλινικών (με ή χωρίς δικαίωμα του ιδιώτη να προσλαμβάνει προσωπικό). Ο ιδιώτης παρέχει ένα προσυμφωνημένο πακέτο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αμείβεται κατά κεφαλή
Ιδιωτική χρηματοδότηση, κατασκευή, και ενοικίαση δημοσίου νοσοκομείου	Χρηματοδοτεί, κατασκευάζει και κατέχει ένα δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο στη συνέχεια ενοικιάζει στο κράτος	Διοικεί το νοσοκομείο, πληρώνοντας προσυμφωνημένο ενοίκιο στον ιδιώτη κατασκευαστή και ιδιοκτήτη	Αυστραλία : Έως το 2002, είχαν ολοκληρωθεί 3 συμφωνίες κατασκευής από ιδιώτες νοσοκομείων, τα οποία στη συνέχεια ενοικιάστηκαν στο δημόσιο (BOLB : Build – Own – Leaseback)

Πίνακας 5 (συνέχεια) : Επιλογές σύμπραξης δημοσίου – ιδιωτικού τομέα στο χώρο των νοσοκομείων

Επιλογές	Υποχρεώσεις ιδιωτικού τομέα	Υποχρεώσεις δημοσίου τομέα	Παραδείγματα
Ιδιωτική χρηματοδότηση, κατασκευή και λειτουργία δημοσίου νοσοκομείου	Χρηματοδοτεί, κατασκευάζει και λειτουργεί ένα δημόσιο νοσοκομείο παρέχοντας τις μη κλινικές ή και τις κλινικές υπηρεσίες. Το νοσοκομείο στην ιδιοκτησία του ιδιώτη ή μεταβιβάζεται στο δημόσιο μετά από τη λήξη του συμβολαίου	Καταβάλλει ετήσιες αμοιβές στον ιδιώτη για το κεφαλαιουχικό κόστος και το τρέχον κόστος των υπηρεσιών που παρέχει	Βρετανία : Η κυβέρνηση ανέθεσε σε ιδιώτες το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση, την κατασκευή των νέων νοσοκομείων καθώς και τη λειτουργία των υποστηρικτικών τους υπηρεσιών. Το κράτος παρέχει τις κλινικές υπηρεσίες, αποπληρώνοντας παράλληλα τον ιδιώτη για 30 και πλέον χρόνια με ένα ετήσιο ποσό που αντιστοιχεί στην κάλυψη του κεφαλαιουχικού κόστους του ιδιώτη και στην παροχή των υποστηρικτικών λειτουργιών. Μετά από τη λήξη του συμβολαίου το νοσοκομείο περνά (όχι πάντα) στην κυριότητα του δημοσίου. Αυστραλία : (πχ. Mildura Hospital) ο ιδιώτης κατασκευάζει, κατέχει και λειτουργεί το νέο νοσοκομείο χρησιμοποιώντας το προσωπικό του παλαιού δημοσίου νοσοκομείου. Το κράτος πληρώνει ετήσιες εισφορές με βάση το προβλεπόμενο είδος και τον όγκο των περιστατικών Ισπανία : Η τοπική κυβέρνηση της Βαλένθια σύναψε 10ετές συμβόλαιο με ιδιωτική κοινοπραξία, η οποία ανέλαβε την κατασκευή και τη λειτουργία (παροχή κλινικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών) του νέου νοσοκομείου. Το δημόσιο πληρώνει μια κατά κεφαλή αμοιβή για κάθε μέλος του πληθυσμού ευθύνης του νοσοκομείου. Στο τέλος της 10ετίας, εφόσον δεν ανανεωθεί το συμβόλαιο με τον ιδιώτη, το νοσοκομείο περνά στην κυριότητα του δημοσίου
Πώληση δημοσίου νοσοκομείου σε ιδιώτη και συνέχιση λειτουργίας τους	Αγοράζει το νοσοκομείο και συνεχίζει να το λειτουργεί ως δημόσιο	Πληρώνει τον ιδιώτη για τις υπηρεσίες που προσφέρει, ελέγχει τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την τήρηση του συμβολαίου	
Πώληση δημοσίου νοσοκομείου σε ιδιώτη και αλλαγή της χρήσης του	Αγοράζει το δημόσιο νοσοκομείο το οποίο και αξιοποιεί για άλλη χρήση, όπως αυτή καθορίζεται από το συμβόλαιο	Ελέγχει τη μετατροπή του δημοσίου νοσοκομείου προκειμένου να τηρηθούν οι συμφωνίες του συμβολαίου	

Πηγές : (α) Taylor & Blair, 2002 (β) Marek et al, 2003 (γ) Thompson & McKee, 2004 (δ) McKee et al, 2006

Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα αποτελούν πρακτική, η οποία έχει εφαρμοστεί και έχει δολέψει ήδη αποτελεσματικά σε χώρες όπως η Μ. Βρετανία, η Γαλλία, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ιταλία. Η Μ. Βρετανία ήταν η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που έκανε εκτεταμένη χρήση των ΣΔΙΤ προκειμένου να εξασφαλίσει επενδύσεις για κοινωνικές υποδομές όπως είναι τα νοσοκομεία. (McKee et al, 2004). Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Επενδύσεων το 2006, σε 8 ακόμη χώρες κράτη μέλη της ΕΕ οι ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό κλάδο βρίσκονταν είτε στο στάδιο της προκήρυξης, είτε στο στάδιο της τελικής συμφωνίας, ενώ σε 6 ακόμη χώρες κράτη μέλη η υιοθέτηση των ΣΔΙΤ είχε τεθεί στο δημόσιο διάλογο (European Investment Bank,

2008). Τέλος, σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία, σε 17 από τα 25 κράτη μέλη της ΕΕ είχα προταθεί, προπαρασκευαστεί ή ψηφιστεί νομοθετικές ρυθμίσεις υποστηρικτικές για τις ΣΔΙΤ.

Στη Μ. Βρετανία χαρακτηριστικά, τα 64 από τα 68 μεγάλα έργα στο χώρο της Υγείας υλοποιούνται ήδη με τη μέθοδο ΣΔΙΤ και συνολικό προϋπολογισμό 16 δις ευρώ, ενώ μόλις 4 διαθέτουν δημόσια χρηματοδότηση και προϋπολογισμό 290 εκατ. Ευρώ. Ακολουθώντας το βρετανικό παράδειγμα στην Ισπανία, ανακαινίζονται 14 δημόσια νοσοκομεία. Στη Γαλλία βρίσκονται σε εξέλιξη 11 σχετικά σχέδια και 20 υπό εξέταση, ενώ η Πορτογαλία και η Σουηδία έχουν προχωρήσει σε παρεμβάσεις στο Σύστημα Υγείας τους με το σύστημα των ΣΔΙΤ. Η εμπειρία σε αυτές τις χώρες έχει δείξει ότι επιτυγχάνεται χαμηλό κόστος λειτουργικότητας, με ταυτόχρονη εξασφάλιση βελτιωμένων επιπέδων ποιότητας.

6.4 Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) – το Βρετανικό Μοντέλο

Η ιδρυτική πράξη της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS) το 1946, εκτός της εθνικοποίησης των νοσοκομείων, όριζε τη χρηματοδότηση και τη βελτίωσή τους ως κεντρική υποχρέωση του κράτους και, πιο συγκεκριμένα, του Υπουργείου Υγείας (Lister, 2006). Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας (NHS), έχοντας κληρονομήσει ένα χαοτικό δίκτυο μικρών – με μέση δυναμικότητα κάτω των 100 κλινών – και πεπαλαιωμένων νοσοκομειακών κτηρίων, υιοθέτησε το 1962 ένα μεγάλης έκτασης επενδυτικό πρόγραμμα στα νοσοκομεία, το οποίο έως τα τέλη της δεκαετίας του 1990 παρέμεινε ανεκπλήρωτο, καθώς μόλις το ένα τρίτο από τα 224 προγράμματα είχε πλήρως υλοποιηθεί, ενώ τα υπόλοιπα δύο τρίτα είχαν μερικώς υλοποιηθεί ή δεν είχαν αρχίσει (Gaffney D et al, 1999a). Η νομοθετική πράξη του 1990, με τη θεσμοθέτηση του κεφαλαιουχικού φόρου (capital charging), μετέτρεψε τις επενδύσεις κεφαλαίου στα νοσοκομεία από ευθύνη της κυβέρνησης σε ευθύνη των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων (Hospital trusts) (Gaffney D et al, 1999a).

Τα νοσοκομεία υποχρεώθηκαν να εξασφαλίσουν ένα ετήσιο οικονομικό πλεόνασμα ίσο με το 6% της τρέχουσας αξίας της περιουσίας τους (γη, ακίνητα, εξοπλισμός), το οποίο και κατέβαλαν στο Υπουργείο Οικονομικών, προκειμένου να συλλεχθούν οι αναγκαίοι πόροι για νέες επενδύσεις (Pollock & Gaffney, 1998). Η θεσμοθέτηση των PFIs από την κυβέρνηση των Συντηρητικών το 1992 είχε ως πρόθεση τη χρηματοδότηση

της ανέγερσης νέων νοσοκομείων μέσω ΣΔΙΤ, με πόρους που θα προέρχονταν τελικά από την πώληση γης και την ανακατεύθυνση του κεφαλαιουχικού φόρου από το Υπουργείο Οικονομικών στις ιδιωτικές κατασκευαστικές εταιρείες (Pollock, Dunnigan, Gaffney, Price, & Shaoul, 1999).

Οι Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (PFIs) ως κύριο μοντέλο σύμπραξης δημοσίου – ιδιωτικού τομέα στη Βρετανία, προϋποθέτουν τη δημιουργία μιας Εταιρείας Ειδικού Σκοπού (ΕΕΣ) (special purpose vehicle, SPV), με ισότιμη συμμετοχή μιας κατασκευαστικής εταιρείας και μιας εταιρείας συμβούλων επιχειρήσεων. Η ΕΕΣ δημιουργεί δεσμούς ή διαπραγματεύεται δάνεια με χρηματοδοτικούς οργανισμούς, όπως είναι οι τράπεζες (Dawson, 2001). Η προκύπτουσα κοινοπραξία (consortium), στη συνέχεια, σχεδιάζει (βάσει των απαιτήσεων της NHS), κατασκευάζει (μέσα σε προσυμφωνημένα χρονικά και οικονομικά πλαίσια), χρηματοδοτεί (καλύπτοντας το κεφαλαιουχικό κόστος κατασκευής) και λειτουργεί το νέο νοσοκομείο (προσφέροντας υπηρεσίες διαχείρισης καθώς και άλλες προσυμφωνημένες υποστηρικτικές υπηρεσίες). Με άλλα λόγια, στη Βρετανία, η πλειοψηφία των PFI προγραμμάτων στα νοσοκομεία έχουν τη μορφή προγραμμάτων σχεδιασμού – κατασκευής – χρηματοδότησης – λειτουργίας (design – built – finance – operate, DBFO) (NHS Executive, 1999). Οι υποστηρικτικές λειτουργίες του νοσοκομείου που αναλαμβάνουν οι ιδιώτες μπορεί να συμπεριλαμβάνουν τη συντήρηση του κτηρίου, των μηχανημάτων, των κήπων, τη λειτουργία των πλυντηρίων και των μαγειρείων, τη διαχείριση των απορριμμάτων, την απολύμανση, τη μεταφορά των ασθενών (εκτός από επείγοντα περιστατικά), τεχνολογικές εφαρμογές, ταχυδρομείο, τηλεπικοινωνίες, ενέργεια, την υποδοχή ασθενών, καθώς και τη λειτουργία καταστημάτων εντός του νέου νοσοκομείου (Griffith, 2000).

Από την πλευρά του το δημόσιο και εν προκειμένω τα αυτοδιοικούμενα νοσοκομεία της NHS παρέχουν τις κλινικές υπηρεσίες του νοσοκομείου (προσλαμβάνουν όλο το αναγκαίο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό) και συμβάλλονται με το consortium για 30 και πλέον έτη, καταβάλλοντας ετήσιες πληρωμές στον ιδιώτη. Οι πληρωμές (unitary payment) προς την κοινοπραξία περιλαμβάνουν την αμοιβή διαθεσιμότητας (availability fee) και την αμοιβή των υπηρεσιών (facilities management fee). Η αμοιβή διαθεσιμότητας καλύπτει το κόστος κατασκευής, τους τόκους και τη συντήρηση του κτηρίου και στην ουσία αντιστοιχεί στο ενοίκιο (rental payment), ενώ η αμοιβή των υπηρεσιών καλύπτει τις προσυμφωνημένες υποστηρικτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου

που παρέχει ο ιδιώτης (Gaffney D et al, 1999a).

Εκτός των ετήσιων πληρωμών, το δημόσιο παραχωρεί οικόπεδα στην κοινοπραξία ή τα πωλεί για την εξασφάλιση πλεονάσματος προκειμένου να ικανοποιηθούν οι οικονομικές απαιτήσεις του consortium (Griffith, 2000).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση του Royal Infirmary Edinburgh Trust στη Σκωτία. Παρείχε 1292 νοσοκομειακές κλίνες μοιρασμένες στο Royal Infirmary, Edinburgh City Hospital, Simpson Memorial Maternity Pavilion, Princess Margaret Rose Hospital. Η συμφωνία με την ιδιωτική κοινοπραξία (αποτελούμενη από την BICC Plc, τη Βασιλική Τράπεζα της Σκωτίας, την κατασκευαστική εταιρεία Morrison και τις εταιρείες συμβούλων επιχειρήσεων Initial Healthcare και Haden FM) προέβλεπε τη δημιουργία ενός νέου νοσοκομείου (δυναμικότητας 814 κλινών και αξίας 180 εκατομμυρίων £) στα περίχωρα του Εδιμβούργου και την πώληση των υπολοίπων μικρών νοσοκομείων. Τα 70 εκτάρια που απελευθερώθηκαν πωλήθηκαν στην ιδιωτική κοινοπραξία έναντι 12 εκατομμυρίων £, όταν η εκτιμώμενη αξία τους στην αγορά άγγιζε τα 60 εκατομμύρια £ (Pollock, Dunnigan, Gaffney, McFarlane & Majeed, 1997).

Άλλωστε, οι περισσότερες συμφωνίες σύμπραξης δημόσιου – ιδιωτικού τομέα στη Βρετανία προβλέπουν το κλείσιμο δύο ή και περισσότερων δημόσιων νοσοκομείων και τη συγκέντρωση των υποδομών τους σε νέο νοσοκομείο, το οποίο εδράζεται σε ένα, συνήθως φθηνότερο, οικόπεδο και την απελευθέρωση των υπολοίπων εκτάσεων και κτηρίων είτε προς πώληση είτε προς παραχώρηση, με ευνοϊκούς όρους, στον ιδιωτικό τομέα ως τμήμα της αρχικής συμφωνίας. Μετά από τη λήξη του 30ετούς συμβολαίου και εφόσον αυτό δεν ανανεωθεί, το νέο νοσοκομείο περνά (όχι πάντα) στην κυριότητα του δημοσίου (Pollock, Dunnigan, Gaffney, McFarlane & Majeed, 1997).

Η υιοθέτηση και υλοποίηση των ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό κλάδο της Βρετανίας χαρακτηρίστηκε από το Υπουργείο Υγείας «ως το μεγαλύτερο πρόγραμμα κατασκευής νοσοκομείων στην ιστορία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας» (Department of Health, 1998) ενώ ο Alan Milburn, πρώην Υπουργός Υγείας της Βρετανίας, όριζε τις ΣΔΙΤ ως τη μόνη χρηματοδοτική πρόταση για την ανέγερση νέων νοσοκομείων (“the only game in town”) (Jones, 2000).

Έως το 1997, παρά την ύπαρξη του σχετικού νομοθετικού πλαισίου, κανένα








πρόγραμμα σύμπραξης δημόσιου - ιδιωτικού τομέα δεν είχε υλοποιηθεί, για διάφορους λόγους, κυριότερος των οποίων ήταν η ανησυχία των ιδιωτικών εταιρειών για την ασφάλεια των επενδύσεών τους στ ο χώρο της υγείας (Lister, 2005).

Το 1996, δύο σημαντικά βήματα έγιναν προκειμένου να ενθαρρυνθεί ο ιδιωτικός τομέας στην κατεύθυνση της συμμετοχής του στις ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας. Πρώτον, προστατεύτηκαν νομοθετικά τα συμβόλαια μεταξύ των κοινοπραξιών και των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων από πιθανές αλλαγές πολιτικής. Αν, για παράδειγμα, ένα συμβεβλημένο με κάποια κοινοπραξία αυτοδιοικούμενο νοσοκομείο έκλεινε, το συμβόλαιό του και οι εξ αυτού υποχρεώσεις αυτόματα μεταβιβάζονταν σε κάποιο άλλο από τα λειτουργούντα trusts της NHS. Δεύτερη σημαντική ενέργεια, στην κατεύθυνση μείωσης του κινδύνου που αναλαμβάνουν οι ιδιώτες, υπήρξε η σημαντική αύξηση της διάρκειας των συμβολαίων προκειμένου αυτά να καλύπτουν όλη την περίοδο υποτίμησης του νοσοκομείου (30-50 έτη) (Dawson, 2001).

Η ανάληψη της εξουσίας από τους Εργατικούς το 1997, και η υιοθέτηση εκ μέρους τους των ΣΔΙΤ, παρά τις περί του αντιθέτου προεκλογικές τους δηλώσεις, με χαρακτηριστικότερη αυτή του Harriet Harman, πρώτου Υπουργού Κοινωνικής Ασφάλισης των Εργατικών, που τις χαρακτήρισε ως δούρειο ίππο της ιδιωτικοποίησης (Trojan Horse of privatization) πυροδότησε τη σύναψη συμβολαίων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και στο χώρο της υγείας.

Έως την άνοιξη του 2004, 21 νέα νοσοκομεία μέσω των ΣΔΙΤ είχαν ολοκληρωθεί και τεθεί σε λειτουργία στη Βρετανία, ενώ 10 ακόμη νοσοκομεία βρίσκονταν υπό κατασκευή. Τρία, τέλος, νοσοκομεία βρίσκονταν στη διαδικασία της διαπραγμάτευσης (Lister, 2006).

Πίνακας 11 : Το Βρετανικό μοντέλο PFI στα νοσοκομεία

ΤΟ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΥΜΠΡΑΞΗΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ - ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (PFI)	
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ	ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ
<ul style="list-style-type: none">  Σχεδιασμός και κατασκευή ενός νέου νοσοκομείου  Χρηματοδότηση κατασκευής νέου νοσοκομείου με ίδια κεφάλαια  Παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών (συντήρηση, φύλαξη, καθαριότητα, διαχείριση απορριμμάτων, λειτουργία καταστημάτων, τεχνολογικές εφαρμογές κ.α.) νέου νοσοκομείου 	<ul style="list-style-type: none">  Παροχή κλινικών υπηρεσιών νέου νοσοκομείου  Καταβολή ετήσιων πληρωμών στους ιδιώτες οι οποίες καλύπτουν το κόστος κατασκευής, τους τόκους και τη συντήρηση του νέου κτιρίου  Καταβολή ετήσιων πληρωμών για τις υποστηρικτικές υπηρεσίες που παρέχει ο ιδιώτης  Παραχώρηση οικοπέδων στους ιδιώτες ως μέρος της συμφωνίας
Διάρκεια συμβολαίου 25 30 χρόνια	
Μετά τη λήξη του συμβολαίου το νοσοκομείο περνά (όχι πάντα) στη κυριότητα του δημόσιου	

6.5 Επιχειρήματα υπέρ της εφαρμογής του μοντέλου PFI στα νοσοκομεία

Σε όλη την Ευρώπη, ένα μεγάλο μέρος των νοσοκομείων φιλοξενείται σε πεπαλαιωμένα και πολλές φορές ακατάλληλα κτίρια (για παράδειγμα, στη Βρετανία ένα μεγάλο μέρος των νοσοκομείων εδράζεται σε κτήρια του 19^{ου} αιώνα, στην Ιταλία η μέση ηλικία των νοσοκομείων φτάνει τα 65 έτη, ενώ στην Ιρλανδία το 75% των νοσοκομείων χρονολογείται πριν από το 1960) (Thompson & McKee M., 2004) Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το συγκριτικά υψηλότερο κόστος αναβάθμισης των υφιστάμενων παλαιών κτηρίων σε σχέση με την κατασκευή νέων, οδηγεί σε μια ευρείας αποδοχής αναγνώριση της ανάγκης αυξημένων επενδύσεων για τη δημιουργία νέων νοσοκομειακών υποδομών. (Thompson & McKee M., 2004)

Η ανάγκη αυτή του διαρκούς εκσυγχρονισμού της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης σε συνδυασμό με τη στενότητα των δημόσιων πόρων ωθεί τις κυβερνήσεις στην αναζήτηση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης μέσω άντλησης κεφαλαίων από τον ιδιωτικό τομέα. (Taylor & Blair, 2002)

Οι υποστηρικτές των ΣΔΙΤ επιχειρηματολογούν ότι οι ΣΔΙΤ είναι το μέσον απόκτησης νέων σύγχρονων κτηρίων και μηχανημάτων χωρίς αύξηση της φορολογίας με χρήματα μάλιστα τα οποία δεν θα εμφανίζονταν ως δημόσια οφειλή και έτσι το κράτος μπορεί να κινείται με άνεση εντός των ορίων της δημοσιονομικής πειθαρχίας που επιβάλλει το Σύμφωνο Σταθερότητας.

Το δεύτερο βασικό οικονομικό επιχείρημα για την υιοθέτηση των ΣΔΙΤ υπήρξε η βούληση των κυβερνήσεων για αξιοποίηση στο δημόσιο τομέα της τεχνογνωσίας, της αυξημένης αποδοτικότητας και καινοτομίας του επιχειρηματικού κλάδου. (Taylor & Blair, 2002) Υποστηρίζεται λοιπόν ότι οι ιδιώτες επειδή ακριβώς αναλαμβάνουν κινδύνους που παραδοσιακά βαραίνουν το δημόσιο τομέα, έχουν περισσότερα κίνητρα για εξασφάλιση αποδοτικότητας ενώ παράλληλα δίνεται η δυνατότητα στο δημόσιο να αποστασιοποιηθεί αναλαμβάνοντας ένα ρόλο περισσότερο οργανωτικό, επιτελικό και ελεγκτικό.

6.6 Επιχειρήματα κατά της εφαρμογής του μοντέλου PFI στα νοσοκομεία

Κύριο επιχείρημα για την εφαρμογή του μοντέλου PFI στη Βρετανία υπήρξε ο ισχυρισμός ότι με την εισροή ιδιωτικών κεφαλαίων, θα εξασφάλιζε σύγχρονες κτηριακές υποδομές χωρίς να χρειαστεί τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα να επιβαρυνθούν οι πολίτες με

πρόσθετη φορολογία. Η ζωή όμως, όπως αναφέρει ο Dawson (2001), είναι γεμάτη από ψευδαισθήσεις δωρεάν γευμάτων (illusory free lunches). Τα PFI δεν εισήγαγαν νέα χρήματα στο σύστημα υγείας της Βρετανίας, αφού τελικά η αποπληρωμή των υποδομών και υπηρεσιών που προσφέρουν γίνεται σε βάθος 30ετίας από τους χρηματοδοτούμενους μέσω φορολογίας προϋπολογισμούς των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων. (Smith, 1999) Τα PFIs, στην πραγματικότητα, δεν αποτελούν μια νέα μορφή χρηματοδότησης, αλλά μια νέα μορφή κυβερνητικού δανεισμού από τον ιδιωτικό τομέα. (Pollock et al, 1997) Προκαλούν ανακατεύθυνση των δημόσιων πόρων από τα δημόσια νοσοκομεία προς τις ιδιωτικές κοινοπραξίες, μεταφέροντας παράλληλα το χρηματοδοτικό φορτίο στις επόμενες γενεές. Σε τελική ανάλυση, με τη χρήση των PFIs οι κυβερνήσεις εγγυώνται την αποπληρωμή του ιδιώτη με τη συλλογή φόρων από τους φορολογούμενους πολίτες για τα επόμενα 30 και πλέον χρόνια.

Το βασικό όμως πρόβλημα των PFI, όπως αυτό προκύπτει από τα εμπειρικά δεδομένα της δεκαετούς εφαρμογής τους στη Βρετανία, είναι το υψηλό τους κόστος και μάλιστα το συγκριτικά υψηλότερο κόστος σε σχέση με την κατασκευή νοσοκομείων μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας το μέσο κόστος κατασκευής ανά ΣΔΙΤ νοσοκομείο στη Βρετανία δεκαπλασιάστηκε. Από 104,58 εκατομμύρια € ανά πρόγραμμα ΣΔΙΤ στα 21 πρώτα PFI νοσοκομεία, το μέσο κόστος έφθασε τα 1,075 δισεκατομμύρια € ανά πρόγραμμα ΣΔΙΤ στα 3 τελευταία υπό κατασκευή PFI νοσοκομεία, εγείροντας πλέον σοβαρά ερωτηματικά σχετικά με την οικονομική βιωσιμότητα και αποδοτικότητα αυτών των προγραμμάτων. (Lister, 2006)

Το αυξημένο τους κόστος οφείλεται κυρίως σε τρεις λόγους: Πρώτον, στο γεγονός ότι, κατά γενική ομολογία, ο ιδιωτικός τομέας δανείζεται χρήματα πιο ακριβά σε σχέση με το δημόσιο τομέα. (Pollock, 2004) Το Υπουργείο Οικονομικών δανείζεται χρήματα με ένα ετήσιο επιτόκιο της τάξης του 3–4,5% (Lister, 2006), όταν αντιθέτως η επιλογή των ΣΔΙΤ συνεπάγεται δανεισμό χρημάτων με ετήσιο επιτόκιο τουλάχιστον 9,5%. Δεύτερον, οι ιδιωτικές κοινοπραξίες, ως κερδοσκοπικοί οργανισμοί, καλούνται να παράγουν κέρδος, υποχρεούμενες μάλιστα να επιστρέψουν κερδοφόρα μερίσματα στους μετόχους τους. Υπολογίζεται ότι μια ιδιωτική επένδυση σε νοσοκομεία στη Βρετανία αποφέρει κέρδη της τάξης του 15–25% ετησίως. (Lister, 2006) Τρίτον, τα προγράμματα ΣΔΙΤ εμπλέκονται με υψηλά διοικητικά έξοδα τόσο για τους ιδιώτες όσο και για το δημόσιο, καθώς απαιτούν επιπλέον διοικητικό προσωπικό (δικηγόρους, λογιστές, συμβούλους) για

τη διαμόρφωση, τη διαχείριση και τον έλεγχο πολύπλοκων και ογκωδέστατων συμφωνιών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού «εταίρου». Εμπειρικές μελέτες με δείγμα 8 PFI νοσοκομεία στη Βρετανία έδειξαν ότι το διοικητικό κόστος αντιστοιχούσε στο 18,5–60,6% του κατασκευαστικού κόστους αυτών των νοσοκομείων (Lister, 2006). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από πρόσφατη μελέτη σε δείγμα 3 PFI νοσοκομείων στη Βρετανία, όπου το διοικητικό κόστος αντιστοιχούσε στο 24,9–36,3% του κατασκευαστικού κόστους. (Pollock & Shaoul, 2002). Στην επιβάρυνση του κόστους με διοικητικά έξοδα προστίθενται και οι δαπάνες της NHS για την πρόσληψη και την πληρωμή συμβούλων της, οι οποίοι συμμετέχουν στη διαδικασία των πολύμηνων διαπραγματεύσεων με τις κοινοπραξίες, δαπάνες οι οποίες ανέρχονται σε 1,5–4,5 εκατομμύρια € ανά PFI πρόγραμμα.(Pollock, 2004)

Το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας, άλλωστε, αναφέρει ότι κατά την υλοποίηση των 18 πρώτων PFI νοσοκομειακών προγραμμάτων δαπάνησε 52 εκατομμύρια £ σε συμβούλους, (Department of Health, 2004) δηλαδή 3,16 εκατομμύρια € ανά PFI νοσοκομειακό πρόγραμμα.

Η δυνατότητα του δημοσίου για απευθείας δανεισμό χρημάτων με χαμηλότερο σε σχέση με τους ιδιώτες επενδυτές επιτόκιο, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το δημόσιο χρηματοδοτούμενο κεφάλαιο δεν εμπλέκεται με πρόσθετες επιβαρύνσεις (διοικητικά έξοδα, κέρδος), οδηγεί πολλούς πλέον στο συμπέρασμα ότι ο συμβατικός τρόπος χρηματοδότησης μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων αποτελεί φθηνότερη χρηματοδοτική επιλογή για την ανέγερση νέων νοσοκομείων σε σχέση με την άντληση ιδιωτικών κεφαλαίων μέσω ΣΔΙΤ. (McKee et al, 2006)

Εμπειρικές μελέτες με δείγμα 8 PFI νοσοκομεία στη Βρετανία κατέδειξαν ότι το δημόσιο καταβάλλει στις ιδιωτικές κοινοπραξίες σε ετήσια βάση μόνο για την κάλυψη της αμοιβής διαθεσιμότητας το 10,9–18,5% του κατασκευαστικού κόστους του νοσοκομείου (Lister, 2006) Αν το δημόσιο είχε χρηματοδοτήσει την κατασκευή των εν λόγω νοσοκομείων μέσω απευθείας δανεισμού, θα πλήρωνε ετήσιους τόκους της τάξης του 3–3,5% του αρχικού κεφαλαίου(Lister, 2006). Και άλλη μελέτη με δείγμα 3 PFI νοσοκομεία στη Βρετανία έδειξε ότι τα ετήσια έξοδα του δημοσίου μέσω ΣΔΙΤ ήταν κατά 37–76,6% υψηλότερα σε σχέση με τα αναμενόμενα έξοδα, στην υποθετική περίπτωση όπου θα είχε ακολουθηθεί διαδικασία κατασκευής των νοσοκομείων με δημόσια χρηματοδότηση (Pollock et al, 2002)

Το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας και οι υποστηρικτές των PFIs ισχυρίζονται ότι, παρά το φαινομενικά μικρότερο κόστος της δημόσιας επένδυσης, στην πραγματικότητα η ιδιωτική επένδυση για την κατασκευή νέων νοσοκομείων αποτελεί φθηνότερη και αποδοτικότερη χρηματοδοτική επιλογή, αν συνυπολογίσει κάποιος τα έξοδα σε όλο το βάθος χρόνου του συμβολαίου καθώς και τον κίνδυνο που αναλαμβάνει ο ιδιώτης. (Department of Health, 2004). Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο οι διοικήσεις των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων στη Βρετανία, προκειμένου να αξιολογήσουν την αποδοτικότητα ενός PFI προγράμματος, διενεργούν αναλύσεις κόστους-οφέλους (value for money analysis) συγκρίνοντας τα έξοδά του με εκείνα ενός συμβατικού προγράμματος δημοσίων επενδύσεων. Προκειμένου δε, όπως ισχυρίζονται, η σύγκριση αυτή να είναι «αντικειμενική», ακολουθείται μια δύο σταδίων διαδικασία προτύπωσης των εξόδων του προγράμματος ΣΔΙΤ. Κατά το πρώτο στάδιο (discounting), στηριζόμενοι στην παραδοχή ότι η αποπληρωμή ενός δανείου σε βάθος 30ετίας –όπως συμβαίνει στα PFI προγράμματα– στοιχίζει λιγότερο σε σχέση με την άμεση αποπληρωμή του –όπως συμβαίνει σε ένα πρόγραμμα δημόσιας επένδυσης, όπου η αποπληρωμή του κεφαλαίου γίνεται κατά την περίοδο της κατασκευής, δηλαδή συνήθως μέσα στα τρία πρώτα έτη– διενεργείται έκπτωση κατά 6% στο πραγματικό κόστος του PFI προγράμματος. Κατά το δεύτερο στάδιο της προτύπωσης (risk transfer) γίνεται ποσοτική εκτίμηση του μεταφερόμενου στον ιδιωτικό τομέα κινδύνου και το ποσό που προκύπτει προστίθεται στα έξοδα της αντίστοιχης δημόσιας επένδυσης.

Η μεθοδολογία της ανάλυσης κόστους-οφέλους που ακολουθούν τα trusts αμφισβητείται πλέον από πολλούς, καθώς θεωρείται αυθαίρετη, στηριζόμενη εν πολλοίς σε υποθέσεις και εκτιμήσεις. (Griffith, 2000) Το ποσοστό 6%, με το οποίο γίνεται μείωση του εκτιμώμενου κόστους των ΣΔΙΤ, είναι υποκειμενικό, προϊόν πολιτικής επιλογής, (Lister, 2006), χαρακτηριζόμενο ως ιδιαίτερα υψηλό από πολλούς οικονομολόγους. (Pollock et al, 2002)

Εμπειρική έρευνα με δείγμα 6 PFI νοσοκομεία στη Βρετανία έδειξε ότι και μετά από την εφαρμογή της προτύπωσης, με έκπτωση 6% επί του συνολικού κόστους των ιδιωτών, το κόστος αυτό εξακολουθούσε να παραμένει υψηλότερο σε σχέση με το δημόσιο ανταγωνιστή (public comparator). (Pollock et al, 2002)

Ακόμα, για τον προσδιορισμό και την ποσοτική εκτίμηση του μεταφερόμενου κινδύνου δεν υφίσταται αντικειμενική μέθοδος. Η εκτίμηση των κινδύνων ενός

προγράμματος σε βάθος 30ετίας σε ένα χώρο ιδιαίτερα και ταχέως ευμετάβλητο, όπως είναι η υγεία, στηρίζεται σε υποθέσεις, με αποτέλεσμα ο υπολογισμός τους να μοιάζει περισσότερο με άσκηση φαντασίας: τέχνη όσο και επιστήμη (“an art as much as a science”).(Griffith, 2000)

Η προαναφερθείσα εμπειρική μελέτη έδειξε ότι ο υπολογισμός του κινδύνου παρουσίαζε μεγάλες διακυμάνσεις από 17,4–50,4% επί του συνολικού κεφαλαιουχικού κόστους των υπό εξέταση προγραμμάτων ΣΔΙΤ. (Pollock et al, 2002)

Σε όλες δε τις περιπτώσεις το ποσό που προέκυπτε από την εκτίμηση του μεταφερόμενου στους ιδιώτες κινδύνου ισοδυναμούσε με το ποσό που απαιτείτο προκειμένου να κλείσει η ψαλίδα του κόστους μεταξύ ΣΔΙΤ και δημόσιου ανταγωνιστή. (Pollock et al, 2002)

Γενικότερα, η μεταφορά του κινδύνου στους ιδιώτες και όχι μόνο ο υπολογισμός αυτής, είναι ιδιαίτερα αμφίβολη υπόθεση στα πλαίσια των συμπράξεων, μιας και οι τράπεζες και οι επενδυτές, αποτελώντας το ακριβώς αντίθετο της μεταφοράς κινδύνου (“risk averse vs risk transfer”), αναζητούν, όποτε αυτό είναι εφικτό, τρόπους για την προστασία του εισοδήματός τους από την αβεβαιότητα (Griffith, 2000).

Ένα δεύτερο ζήτημα είναι το γεγονός ότι οι κίνδυνοι που αναλαμβάνει ο ιδιώτης στα πλαίσια ενός PFI νοσοκομειακού προγράμματος στη Βρετανία είναι μικροί, καθώς αφορούν μόνο στην κατασκευαστική περίοδο του έργου εξασφαλίζοντας έτσι ένα εγγυημένο, μονοπωλιακό κέρδος από τη χρονική στιγμή που θα χτιστεί το νοσοκομείο και μετά (Dawson, 2001). Τρίτον, η μεταφορά κινδύνου στα πλαίσια μιας σύμπραξης προϋποθέτει ποινές σε περίπτωση αθέτησης των συμφωνημένων, οι οποίες όμως στην περίπτωση των PFI προγραμμάτων ουδέποτε εφαρμόζονται. Τέλος, όπως άλλωστε αποδεικνύουν και τα σχετικά παραδείγματα από τη διεθνή εμπειρία, σε περίπτωση αποτυχίας ή χρεοκοπίας του ιδιώτη αυτός που καλείται να διασώσει το όλο πρόγραμμα είναι πάντα το δημόσιο (Pollock et al, 2002). Σε τελική ανάλυση, ο κίνδυνος ενός προγράμματος ΣΔΙΤ δεν μεταβιβάζεται, αλλά αντιθέτως οι φορολογούμενοι καλούνται να πληρώσουν για τους κινδύνους που υποτίθεται ότι αναλαμβάνει ο ιδιωτικός τομέας.

Το υψηλό κόστος των PFI προγραμμάτων επιβαρύνει τους χρηματοδοτούμενους μέσω φορολογίας προϋπολογισμούς των αυτοδιοικουμένων νοσοκομείων του NHS,

καθώς όλο και μεγαλύτερο ποσοστό των εσόδων τους δαπανάται για την αποπληρωμή των ιδιωτικών κοινοπραξιών. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι τα έξοδα απόσβεσης κεφαλαίου των PFI νοσοκομείων στη Βρετανία, από 3,4–7% των εσόδων τους στην περίοδο πριν από τη ΣΔΙΤ, εκτινάχθηκαν στο 10,7–32,7% των αναμενόμενων εσόδων τους στη μετά-ΣΔΙΤ περίοδο. (Pollock et al, 2002)

Το πιο ανησυχητικό όμως είναι ότι η επιβάρυνση αυτή των προϋπολογισμών των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων (trusts) με αυξημένα κεφαλαιουχικά έξοδα φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τόσο τις σχεδιαστικές τους προτεραιότητες –με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα τη μείωση της δυναμικότητας σε κλίνες των νέων νοσοκομείων– όσο και την «κλινική» τους δραστηριότητα (Pollock et al, 2002). Στη Βρετανία, όλα τα PFI νοσοκομειακά προγράμματα αρχίζουν με τη σύνταξη ενός αδρού πλάνου εργασίας (outline business case) από τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Με βάση αυτό το πλάνο και εφόσον αυτό εγκριθεί από τις περιφερειακές διοικήσεις του NHS (regional executives), προκηρύσσεται διαγωνισμός με την πρόσκληση ιδιωτών επενδυτών, στον οποίο ως όρος τίθεται όχι ο επιθυμητός αριθμός κλινών αλλά η επιθυμητή κλινική δραστηριότητα του νέου νοσοκομείου. Στις περισσότερες των περιπτώσεων οι κοινοπραξίες εισηγούνται τη μείωση των κλινών, καθώς, όπως ισχυρίζονται, μέσω της αύξησης της πληρότητας, της αύξησης της έντασης νοσηλείας ανά κλίνη και της μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ) μπορεί να επιτευχθεί η επιθυμητή κλινική δραστηριότητα και με μικρότερο αριθμό κλινών. Το κρίσιμο ερώτημα, βέβαια, είναι αν η μείωση αυτή των κλινών έγινε με κλινικά ή οικονομικά κριτήρια.

Πράγματι, όπως προκύπτει από τα πλάνα εργασίας 15 PFI νοσοκομείων σε Αγγλία και Σκοτία που συμπεριλαμβάνονταν στο πρώτο κύμα προγραμμάτων ΣΔΙΤ της Βρετανίας, η μέση σχεδιαζόμενη για την επόμενη πενταετία μείωση της δυναμικότητας των νέων νοσοκομείων ήταν της τάξης του 29,04% ανά PFI πρόγραμμα (Pollock et al, 2002).

Ήδη βέβαια από το 1997, εμπειρική μελέτη με δείγμα 3 PFI προγράμματα –μεταξύ των οποίων και αυτό στο Lothian Health Board της Σκοτίας– κατέληγε στο συμπέρασμα ότι οι προβλέψεις και οι προβολές στο μέλλον της κλινικής δραστηριότητας και της αναγκαίας εξ αυτής δυναμικότητας σε κλίνες που κάνουν οι κατασκευαστικές εταιρείες στα πλαίσια των ΣΔΙΤ υπολείπονται των εθνικών και τοπικών τάσεων, προειδοποιώντας παράλληλα ότι οι μειώσεις των νοσοκομειακών κλινών ενδέχεται να διαταράξουν την ικανότητα της NHS για ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλον τον πληθυσμό

(Pollock et al, 2002).

Η εξέλιξη των πραγμάτων φαίνεται να δικαιώνει τις ανωτέρω εκτιμήσεις. Πέντε χρόνια μετά, εμπειρική έρευνα αξιολόγησης του Lothian Health Board PFI προγράμματος δείχνει ότι το εν λόγω νοσοκομείο αδυνατούσε να ικανοποιήσει το προβλεπόμενο στόχο αύξησης του αριθμού των νοσηλευθέντων ακριβώς εξαιτίας των περιοριστικών πολιτικών που ακολουθήθηκαν στη σχεδίαση της δυναμικότητάς του (Dunnigan & Pollock, 2003). Πιο συγκεκριμένα, το αρχικό πλάνο του προγράμματος προέβλεπε τη μείωση των κλινών κατά 508 με παράλληλη αύξηση των νοσηλευθέντων στις χειρουργικές και λοιπές ειδικότητες κατά 8% και 21%, αντίστοιχα. Ο στόχος αυτός θα υλοποιείτο, σύμφωνα πάντα με το αρχικό πλάνο, μέσω της μείωσης της ΜΔΝ, της αύξησης των χειρουργείων ημέρας και της αυξημένης παροχής υπηρεσιών σε επίπεδο κοινότητας. Το 2001 και ενώ ο στόχος της μείωσης των κλινών είχε επιτευχθεί κατά 80% (δηλαδή μείωση κατά 409 κλίνες), οι νοσηλευθέντες στις χειρουργικές ειδικότητες μειώθηκαν κατά 33%, ενώ στις λοιπές ειδικότητες υπήρξε οριακή αύξηση της τάξης μόλις του 0,3%. Η αποτυχία του προγράμματος να ικανοποιήσει το στόχο της επιθυμητής κλινικής δραστηριότητας οφείλεται στη μείωση των κλινών και στην παράλληλη στασιμότητα της ΜΔΝ, τη μείωση κατά 3,3% των χειρουργείων ημέρας και την αδυναμία ανάπτυξης υποδομών σε κοινοτικό επίπεδο. (Dunnigan & Pollock, 2003)

Προκειμένου να αντισταθμιστεί το οικονομικό έλλειμμα (“affordability gap”), που προκύπτει από το υψηλό κόστος των PFI προγραμμάτων και τις συνεπαγόμενες αυξημένες ετήσιες πληρωμές προς τις κοινοπραξίες, οι διοικήσεις των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων του NHS, πέραν της προς τα κάτω αναθεώρησης των πλάνων των σχετικών με τη δυναμικότητα των νέων νοσοκομείων, προχωρούν τόσο στη μείωση του προσωπικού όσο και στην αναζήτηση τρόπων για αύξηση των ιδίων εσόδων τους μέσω της αύξησης των ιδιωτικών κλινών εντός των δημόσιων νοσοκομείων και της αύξησης της συνεισφοράς των ασθενών στο κόστος (user charges) (Dunnigan & Pollock, 2003). Πράγματι, τα PFI νοσοκομειακά προγράμματα σχετίζονται με μείωση κατά 9,6–16,7% των προϋπολογισμών μισθοδοσίας (Dunnigan & Pollock, 2003) γεγονός που μεταφράζεται στη χρησιμοποίηση μικρότερου αριθμητικά και λιγότερο εξειδικευμένου νοσηλευτικού, κυρίως, προσωπικού.

Παράλληλα, στα περισσότερα PFI νοσοκομεία υπηρεσίες που μέχρι πρότινος παρέχονταν δωρεάν στους ασθενείς και το προσωπικό (υψηλή ποιότητα γευμάτων,

στάθμευση, μεταφορά των ασθενών που αποθεραπεύονται στο σπίτι κ.λπ.) μετατρέπονται πλέον σε ανταποδοτικές, μετακυλώντας το χρηματοδοτικό φορτίο στους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και επηρεάζοντας την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. (Dunnigan & Pollock, 2003) Χαρακτηριστικός είναι ο πίνακας 12 που ακολουθεί, όπου παρουσιάζονται τα προβλήματα που προέκυψαν από την εφαρμογή του μοντέλου PFI στα Βρετανικά νοσοκομεία. Επηρεάστηκε κυρίως η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 : Προβλήματα στη ποιότητα υπηρεσιών υγείας στο Ην Βασίλειο

PFI development	Problems ^{29,30}
Cumberland Infirmary, Carlisle	<ul style="list-style-type: none"> • Use of cheap components necessitating regular refitting • Maintenance costs 50% higher than projections. • Poor drainage and plumbing; and limited signage • Patients leaving the cardiology department must go through five sets of swing doors, even though most are in wheelchairs
Durham District General Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Pathology laboratory flooded three times in first 18 months, twice with raw sewage • Poor ventilation and air filtration • Fixtures and fittings are of poor quality; lightweight storage cupboards unable to take the weight of routine equipment
Bishop Auckland Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Opening delayed by 2 months for modifications • Generator and core electrical systems had to be redesigned immediately after opening
Norfolk & Norwich Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Negative pressure rooms were not properly operational for 2 years • Air ducting found to be lying in unconnected lengths • No ventilation in the kitchens so staff work in 30 °C temperatures (with 44 °C being recorded) • Delivery loading bays inefficient
Hereford Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Boiler house opened with no water treatment plant • Doors too heavy for the opening restraints • Three lifts had to be refitted within 12 months of operation
Seacroft Hospital, Leeds	<ul style="list-style-type: none"> • Mental health facility found to have breached "every section of the fire safety code"

Πηγή: McKee, Edwards, Atun, 2006

Άλλα παραδείγματα αφορούν :

1. Στην Αυστραλία, όπου επίσης πειραματίστηκαν με ΣΔΙΤ, το 1996 είχε υπογραφεί συμβόλαιο ανάμεσα στην κυβέρνηση της πολιτείας της Βικτόρια και της κοινοπραξίας Australia Heath Care Ltd (AHC) για την κατασκευή νοσοκομείου 257 κλινών. Η συμφωνία προέβλεπε την κατασκευή, ιδιοκτησία και λειτουργία του νέου νοσοκομείου από την ιδιωτική κοινοπραξία. Το 2000, ωστόσο, η AHC σημείωσε σημαντικές απώλειες της τάξεως των 79 εκατ. λιρών Αυστραλίας. Στις 31/10/2000 το La Trobe Regional Hospital εξαγοράστηκε από την τοπική κυβέρνηση της Βικτόρια, καθώς, σύμφωνα με τον υπουργό Υγείας, η AHC λόγω των απωλειών της δεν ήταν σε θέση πλέον να εγγυηθεί την προβλεπόμενη και ασφαλή λειτουργία του νέου νοσοκομείου.
2. Στο Paddington Health Campus (London) η υιοθέτηση των PFI (ΣΔΙΤ) ακολουθήθηκε και στην περίπτωση της συγχώνευσης αρκετών παγκοσμίου επιπέδου πανεπιστημιακών νοσοκομείων και επανατοποθέτησής τους σε μια τοποθεσία στα δυτικά του Λονδίνου. Το 2000 το αδρό πλάνο εργασίας προέβλεπε κόστος 300 εκατ.

λιρών και ολοκλήρωση της κατασκευής εντός του 2006. Όταν, τελικά, το πρόγραμμα κατέρρευσε, το συνολικό κόστος είχε φτάσει τα 894 εκατ. λίρες, με πρόβλεψη ολοκλήρωσης του έργου εντός του 2013. Το κόστος προετοιμασίας του αποτυχημένου αυτού προγράμματος, το οποίο εγκαταλείφθηκε, άγγιξε τα 15 εκατ. λίρες.

3. Στο North Durham: Παρά το γεγονός ότι κόστισε περί τα 143 εκατ. ευρώ, η δυναμικότητά του σε κλίνες ήταν πολύ μικρή για να αντεπεξέλθει στις υγειονομικές απαιτήσεις του τοπικού πληθυσμού. Η διοίκηση του νοσοκομείου αναγκάστηκε να ανακατευθύνει πόρους για την αγορά χειρουργικών υπηρεσιών από γειτονική ιδιωτική κλινική.
4. Στο Joondalup Health Campus Western Australia ο ιδιώτης, εκτός από τις μη κλινικές υπηρεσίες, ανέλαβε και την παροχή των κλινικών υπηρεσιών του νέου νοσοκομείου. Το 1997 ο γενικός ελεγκτής της Δυτικής Αυστραλίας εξέτασε το συμβόλαιο διοίκησης του δημόσιου νοσοκομείου από την ιδιωτική εταιρεία. Το πόρισμά του παρατηρούσε: (1) είναι πολύ πιθανό η εταιρεία να περιορίσει την κλινική δραστηριότητα του νοσοκομείου σε εκείνους τους κλάδους όπου δεν υπάρχει επιχειρηματικό ενδιαφέρον, (2) προκειμένου να μειωθούν να λειτουργικά έξοδα υπάρχει ο κίνδυνος η εταιρεία να επιδιώξει τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας χωρίς κλινικές ενδείξεις, (3) υπάρχει κίνδυνος ψευδούς ένταξης περιστατικών σε διαγνωστικές κατηγορίες υψηλότερου κόστους.
5. Όσο για τις κατασκευαστικές καινοτομίες των ΣΔΙΤ στο Norfolk and Norwich Hospital, η ατυχής τοποθέτηση των μαγειρείων στο κέντρο του κτιρίου και η εγκατάσταση των γραφείων σε αποθηκευτικούς χώρους χωρίς παράθυρα ή κλιματισμό οδήγησαν στην υπερθέρμανση των εσωτερικών χώρων του εν λόγω νοσοκομείου (θερμοκρασίες έως και 44ο C), ενώ στο Seacroft Hospital, Leeds η ψυχιατρική πτέρυγα βρέθηκε να έχει παραβιάσει όλες τις προδιαγραφές πυρασφάλειας.

Τα παραδείγματα της πολυέξοδης για τους φορολογούμενους αποτυχίας των ΣΔΙΤ είναι δεκάδες και αφορούν το σύνολο αυτών των μονάδων τόσο στη Βρετανία, όπου το μοντέλο εγκαταλείπεται, όσο και στις υπόλοιπες χώρες που θέλησαν να το προβάρουν.

6.7 Αντιδράσεις κατά της εφαρμογής του μοντέλου PFI στη Ελλάδα

Στην Ελλάδα αντιδράσεις ξεκίνησαν με την ανακοίνωση του Υπουργείου Υγείας για την εισαγωγή του Βρετανικού μοντέλου στις ΣΔΙΤ της υγείας. Σε άρθρο της, η Ελευθεροτυπία στις 16/12/2007 αναφέρει «Οι διεθνώς αποτυχημένες συμπράξεις ιδιωτικού-δημόσιου τομέα στο χώρο της υγείας έρχονται να αποδεκατίσουν το δημόσιο νοσοκομείο και το ΕΣΥ και να εξαντλήσουν ό,τι έχει απομείνει μετά τα δομημένα ομόλογα στα ασφαλιστικά ταμεία. Από τη Σκύλλα στη Χάρυβδη»

«Ακόμη και αν τα προγράμματα PFI πεθάνουν στη Βρετανία, φαίνεται ότι θα εξακολουθήσουν να ζουν πέρα από τις ακτές της. Η Βρετανία άλλη μία φορά θα αποδειχθεί επιτυχημένη στην εξαγωγή των αποτυχιών παρά των επιτυχιών της» (Atun & McKee, 2005).

Υπάρχουν ισχυρισμοί ότι η φιλελεύθερη πολιτική ετοιμάζεται να υιοθετήσει το αποτυχημένο βρετανικό μοντέλο υγείας, σπαταλώντας και τα τελευταία αποθέματα των ασφαλιστικών ταμείων.

Στην Ελλάδα το υπουργείο Υγείας αξιοποιεί το βρετανικό μοντέλο με επιχειρήματα του τύπου:

- Ανάγκη για διαρκή εκσυγχρονισμό και επέκταση δομών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.
- Κατασκευή νέων νοσοκομείων με κινητοποίηση ιδιωτικών κεφαλαίων.
- Κατασκευή νέων νοσοκομείων με χρήματα τα οποία δεν εμφανίζονται ως δημόσια οφειλή, καθώς η Eurostat δεν συμπεριλαμβάνει τις πληρωμές του Δημοσίου για την αποπληρωμή των προγραμμάτων ΣΔΙΤ στον υπολογισμό του δημόσιου χρέους.
- Αξιοποίηση στον δημόσιο τομέα της τεχνογνωσίας, της αυξημένης αποδοτικότητας και καινοτομίας του επιχειρηματικού κλάδου.
- Ολοκλήρωση και παράδοση νέων έργων εντός προϋπολογισμού και εντός προβλεπόμενων χρονικών ορίων.
- Ανάλυση από τους ιδιώτες κινδύνων που παραδοσιακά βαραίνουν τον δημόσιο τομέα.
- Ενσωμάτωση σχεδιαστικών και κατασκευαστικών καινοτομιών στις νέες νοσοκομειακές υποδομές.

Στην πραγματικότητα όμως οι ΣΔΙΤ ως νέες μορφές δανεισμού από τον ιδιωτικό τομέα

δεν εισάγουν νέα χρήματα στα συστήματα υγείας και δεν αποτελούν νέα μορφή χρηματοδότησης αλλά νέα μορφή κυβερνητικού δανεισμού από τον ιδιωτικό τομέα. Στον πίνακα 13 φαίνονται καθαρά τα υψηλότερα ποσά που δαπανώνται στην περίπτωση των νέων νοσοκομείων ΣΔΙΤ στη Θεσσαλονίκη. Οι βρετανικές μελέτες αναδεικνύουν το υψηλό διοικητικό κόστος αυτών των προγραμμάτων αλλά και την εκποίηση της δημόσιας περιουσίας στο όνομα των ΣΔΙΤ (πώληση ακινήτων σε πολύ χαμηλές τιμές ειδικά όταν αποτυχαίνει η επενδυτική προσπάθεια).

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 : Κόστος επένδυσης νέων νοσοκομείων

ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΝΔΥΣΗΣ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ
ΤΡΕΧΟΝ ΚΟΣΤΟΣ ΕΠΕΝΔΥΣΗΣ ¹	300-320 εκατ. ευρώ	300-320 εκατ. ευρώ
ΚΟΣΤΟΣ ΣΔΙΤ ^{2,3}	788 εκατ. ευρώ αμοιβή διαθεσιμότητας + 50 εκατ. ευρώ αξία οικοπέδου + 3 εκατ. ευρώ αμοιβή χρηματοοικονομικού συμβούλου ΥΥΚΑ	>800 εκατ. ευρώ
ΚΟΣΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΕΠΕΝΔΥΣΗΣ ⁴	300-320 εκατ. ευρώ + 270 - 405 εκατ. ευρώ τόκοι 30ετίας (3%-4,5%)	570-705 εκατ. ευρώ

¹ Δηλώσεις Προέδρου ΔΕΠΑΝΟΜ κ. Λαμπρόπουλου στη συνεδρίαση αρ. 5/2007 του Δ.Σ. Δήμου Μίκρας
² Διυπουργική Επιτροπή ΣΔΙΤ. Έγκριση έργων προϋπολογισμού 1,6 δισ. ευρώ. 1/3/2007: www.sdit.mnec.gr/el/
³ ΔΕΠΑΝΟΜ Α.Ε. Προκήρυξη διαγωνισμού. 25/4/2007: www.depanom.gr
⁴ Ετήσιο επιτόκιο Ευρωπαϊκής Τράπεζας Επενδύσεων.

Ανάλογο παράδειγμα η περίπτωση της Μίκρας στη Θεσσαλονίκη, όπου ο δήμος διέθεσε έκταση 127 στρεμμάτων αξίας 50 εκατ. ευρώ για την ανέγερση των δύο νέων νοσοκομείων με ΣΔΙΤ. Το εν λόγω αγροτεμάχιο απέχει μόλις 100 μ. από τον αεροδιάδρομο, ενώ συνορεύει με ιδιωτική επιχείρηση κεραμοποιίας, η μετεγκατάσταση της οποίας θα επιβαρύνει το Δημόσιο.

Ήδη είδαν το φως της δημοσιότητας καταγγελίες σύμφωνα με τις οποίες η επιλογή του οικοπέδου έγινε με κριτήριο την ικανοποίηση του ιδιώτη επενδυτή, καθώς η πρόσοψη του εν λόγω οικοπέδου εφάπτεται, σε μήκος 560 μ., του οδικού άξονα Θεσσαλονίκης-Μηχανιώνας, δρόμου δηλαδή με μεγάλη εμπορική αξία. Η δημοτική κίνηση Ενότητα-Πρόοδος για τη Μίκρα καταγγέλλει ότι: «*Το ξεπούλημα της δημοτικής περιουσίας τείνει να ξεφύγει από κάθε έλεγχο. Ο δήμος μας, με πρωτοβουλίες της δημοτικής πλειοψηφίας, ανέλαβε εθελοντικά τον ρόλο του πειραματόζωου για την εφαρμογή των ΣΔΙΤ (Ν. 339/2005) σε έκταση πρωτοφανή για τον χώρο της τοπικής αυτοδιοίκησης σε ολόκληρη την*

Ελλάδα. Σήμερα χαρίζονται ή ξεπουλιούνται σε ιδιώτες τα σημαντικότερα περιουσιακά στοιχεία του δήμου μας (κτήμα 127 στρεμμάτων στην Καρδία, κτήμα 192 στρεμμάτων στον Τρίλοφο), ενώ οι ιδιώτες βάζουν χέρι στην κατασκευή σχολικών κτιρίων (ανέγερση του Λυκείου Μίκρας στον Τρίλοφο με ΣΔΙΤ). Αύριο όλες οι λειτουργίες και υπηρεσίες του δήμου θα ιδιωτικοποιηθούν, εκτός αν οι κάτοικοι αυτού του δήμου βάλουν φραγμό».

Οι βρετανοί επιστήμονες απέδειξαν ότι ο ισχυρισμός του βρετανικού υπουργείου Οικονομικών για την υπεροχή των προγραμμάτων ΣΔΙΤ βάσει του επιχειρήματος της μη υπέρβασης χρόνου-κόστους δεν στηρίζεται σε δημοσιευμένα δεδομένα ή αποδείξεις.

Για παράδειγμα, ενώ ο χρόνος κατασκευής των νέων νοσοκομειακών υποδομών συνήθως (όχι πάντα) κινείται εντός των προβλεπόμενων χρονικών ορίων, προηγούνται μακρόχρονες διαπραγματεύσεις οι οποίες πλέον έχουν εισαγάγει μια νέα μορφή καθυστερήσεων στην έναρξη κατασκευής, ολοκλήρωση και παράδοση των νέων νοσοκομειακών υποδομών, η οποία θα είχε αποφευχθεί αν είχε ακολουθηθεί ο συμβατικός τρόπος χρηματοδότησης μέσω του προγράμματος δημόσιων επενδύσεων. Όσο για το επιχειρήμα ότι τα έργα παραδίδονται εντός του προϋπολογισμού τους, και πάλι το βρετανικό παράδειγμα αποκαλύπτει ότι η υπέρβαση στο κόστος είναι τρομακτική.

Στο επιχειρήμα περί μεταφοράς κινδύνου από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα μέσω των ΣΔΙΤ οι βρετανοί ερευνητές καταλήγουν ότι οι τράπεζες και οι επενδυτές πάντα αναζητούν τρόπους για την προστασία του εισοδήματός τους από την αβεβαιότητα.

Οι κίνδυνοι που αναλαμβάνει ο ιδιώτης αφορούν μόνο το στάδιο κατασκευής, εξασφαλίζοντας έτσι ένα μονοπωλιακό κέρδος από τη στιγμή που θα χτιστεί το νοσοκομείο και μετά. Η μεταφορά κινδύνου προϋποθέτει ποινές σε περίπτωση αθέτησης των συμφωνημένων, ποινές όμως που ουδέποτε εφαρμόζονται στη Βρετανία (σκεφθείτε τι θα γίνεται στην Ελλάδα!). Σε περίπτωση αποτυχίας ή χρεοκοπίας του ιδιώτη, αυτός που καλείται να διασώσει το πρόγραμμα είναι πάντα το Δημόσιο.

Η Δήμητρα Ευθυμιάδου σε άρθρο της στην Κυριακάτικη στις 14/12/2008 επισημαίνει και παραθέτει τους λόγους για τη μη εφαρμογή του μοντέλου PFI στο χώρο της υγείας οι οποίοι είναι :

- Οδηγούν στην ιδιωτικοποίηση των υποδομών των «δημόσιων» νοσοκομείων. Το ΕΣΥ από οικοδεσπότης μετατρέπεται σε ένοικο νοσοκομειακών υποδομών.

- Οδηγούν στην εκποίηση της δημόσιας περιουσίας και γης.
- Δεσμεύουν τις επόμενες γενεές φορολογουμένων με υπέρογκες ετήσιες πληρωμές προς τις κατασκευαστικές εταιρείες για 30-50 έτη.
- Έχουν υψηλότερο κόστος κατασκευής (έως 76,6%) σε σχέση με τα συμβατικά προγράμματα δημόσιων επενδύσεων.
- Αποτελούν ασφαλείς επενδύσεις για το επιχειρηματικό κεφάλαιο, μια και η μεταφορά των κινδύνων του προγράμματος από το Δημόσιο στους ιδιώτες ακολουθεί πορεία αντίστροφη από την επιδιωκόμενη.
- Σχετίζονται με μειώσεις (έως και 30%) στις κλίνες και αντίστοιχες μειώσεις (έως και 17%) στους προϋπολογισμούς μισθοδοσίας των νέων νοσοκομείων, με αποτέλεσμα τα τελευταία να αδυνατούν να ικανοποιήσουν τις υγειονομικές απαιτήσεις των τοπικών πληθυσμών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου συνεντεύξεων

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δόθηκε προς συμπλήρωση σε ένα τυχαίο δείγμα επαγγελματιών υγείας του νομού Αττικής τον Μάιο 2009. Το ερωτηματολόγιο, εκτός από 4 ερωτήσεις όπου εξεταζόντουσαν τα γενικά δημογραφικά στοιχεία, περιείχε και 9 ερωτήσεις που αφορούσαν θέματα ειδικά για τα ΣΔΙΤ. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε προς συμπλήρωση σε 70 άτομα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της συνέντευξης. Η επιλογή των ατόμων που θα έδιναν συνέντευξη πραγματοποιήθηκε προσεκτικά, προκειμένου να συμπεριληφθούν ερευνώμενοι από όλους τους διαφορετικούς πιθανούς τομείς όπως :

- Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Ελληνικό Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών
- Μέλη του Κοινοβουλίου
- Διοικητές δημόσιων νοσοκομείων
- Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον δημόσιο τομέα (ιατροί, νοσηλευτές, τραυματιοφορείς)
- Διευθυντές ιδιωτικών νοσοκομείων, κλινικών και διαγνωστικών κέντρων
- Επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, τραυματιοφορείς) που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά ιατρεία)
- Επενδυτές του ιδιωτικού τομέα

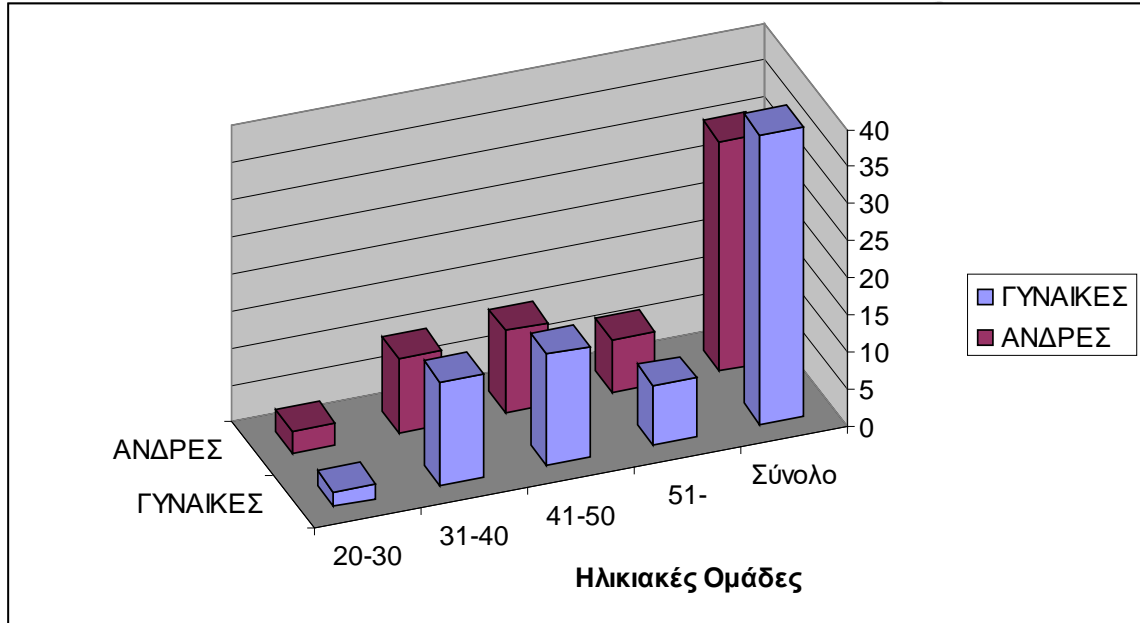
Τα αποτελέσματα που συλλέχτηκαν κατά τη πρωτογενή έρευνα ταξινομήθηκαν, συνοψίστηκαν και παρουσιάζονται. Τα περισσότερα άτομα ανέφεραν μερικές πολύ σημαντικές πτυχές του θέματος, απαντώντας ως προς τις πιθανές επιπτώσεις εφαρμογής ενός τέτοιου πλαισίου στην Ελλάδα.

Από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα οι 31 ήταν άνδρες ενώ 39 ήταν γυναίκες. Από πλευράς επιπέδου σπουδών 12 δευτεροβάθμιας (ΔΕ), 18 τεχνολογικής (ΤΕ) και 40 πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ). Το 44% είχε μέχρι 10 χρόνια επαγγελματική εμπειρία και το 56% πάνω από 10 χρόνια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 : Ηλικιακές Ομάδες

	Ηλικιακές Ομάδες				Σύνολο
	20-30	31-40	41-50	51-	
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	2	14	15	8	39
ΑΝΔΡΕΣ	3	10	11	7	31

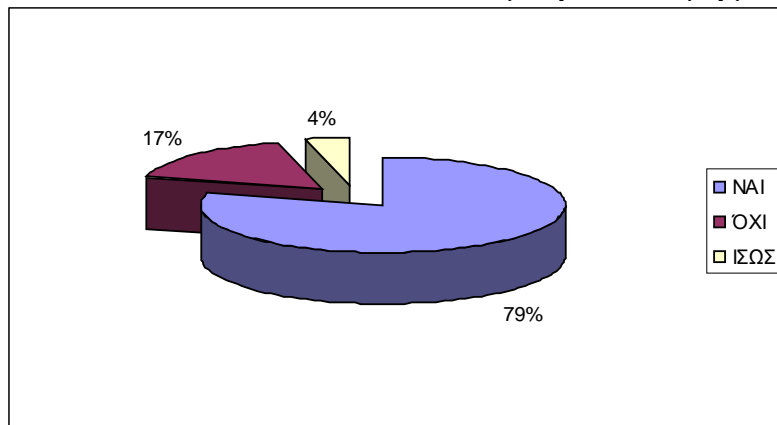
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 : Δημογραφικά στοιχεία



Ερώτηση 1 : Πιστεύετε ότι οι Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα μπορούν να εφαρμοστούν στην Ελλάδα και αν ναι σε ποιο βαθμό ;

Οι περισσότεροι από τα άτομα που έδωσαν συνέντευξη (79%) θεώρησαν ότι ένα τέτοιο πλαίσιο μπορεί να ισχύσει στην Ελλάδα. Τα άτομα που αντιπροσωπεύουν το αντιτιθέμενο συμβαλλόμενο μέρος είχαν διαφορετική άποψη και αποτελούν το 17%. Υποστήριξαν τις απαντήσεις τους με το επιχειρήμα ότι ένα τέτοιο πλαίσιο θα οδηγήσει σε μια πλήρη ιδιωτικοποίηση του δημόσιου τομέα. Μόλις 4% των ερωτηθέντων έδωσαν την απάντηση «ίσως».

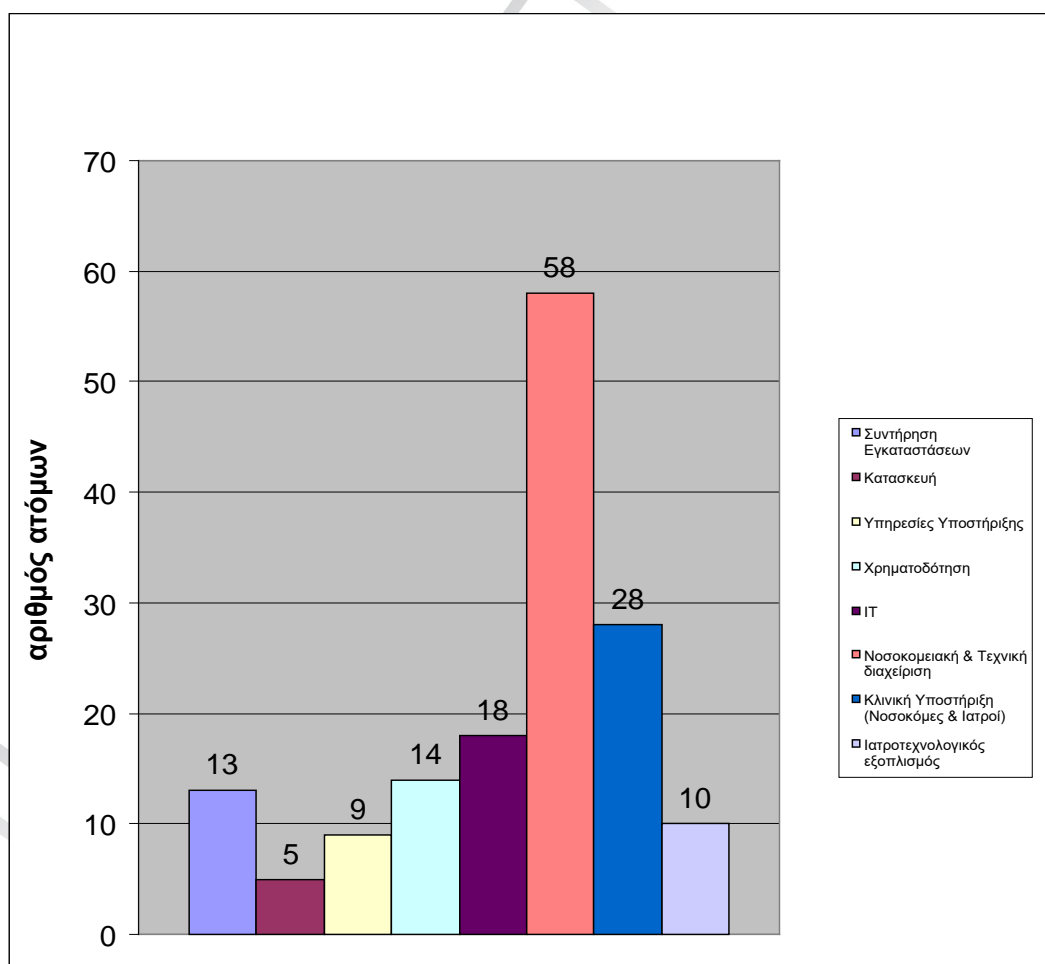
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 : Πιστεύετε ότι οι ΣΔΙΤ μπορούν να εφαρμοστούν ;



Ήδη, από αυτό το αρχικό στάδιο της συνέντευξης, ήταν δυνατό να προσδιοριστούν οι κύριοι υποστηρικτές των ΣΔΙΤ, όπως οι διευθυντές των ιδιωτικών νοσοκομείων οι οποίοι έκαναν τα ακόλουθα σχόλια «Επιτέλους! Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας θα αποκτήσει διαφάνεια, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα».

Το δεύτερο μέρος της ερώτησης αναφερόταν στους διαφορετικούς τομείς της υγειονομικής περίθαλψης όπου τα ΣΔΙΤ μπορούν να εφαρμοστούν και να πραγματοποιηθούν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους θα ήταν ευτυχείς να δουν την εφαρμογή των ΣΔΙΤ σε περισσότερους από έναν τομείς. Αρκετά ενδιαφέρον είναι ότι οι περισσότεροι από τους ερευνώμενους απάντησαν τομείς όπως Διαχείριση Νοσοκομείων (Hospital Management) και παροχή κλινικών υπηρεσιών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 : Τομείς όπου μπορούν να εφαρμοστούν οι ΣΔΙΤ



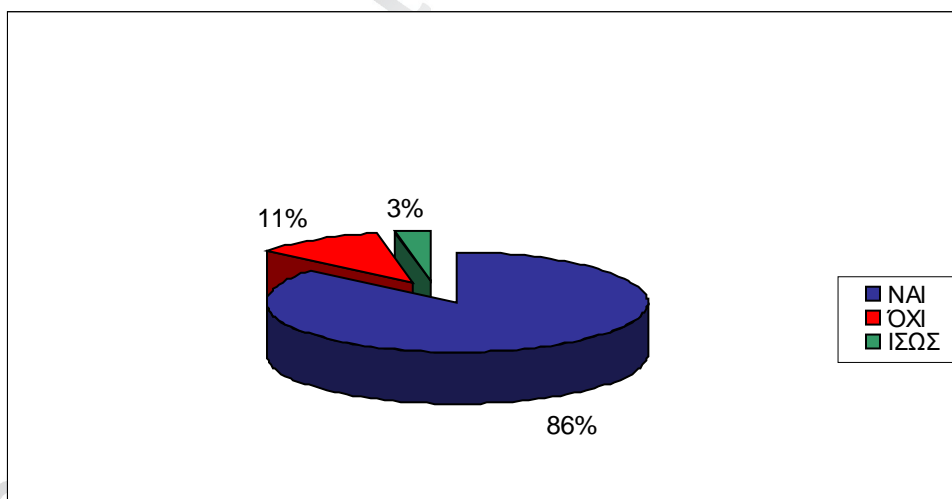
Ερώτηση 2 : Πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές και οι γιατροί που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία θα δεχθούν ιδιωτική διαχείριση και διοίκηση (management) στα νοσοκομεία;

Απευθύνοντας αυτή την ερώτηση, οι περισσότεροι από τους υποστηρικτές των ΣΔΙΤ φάνηκαν σκεπτικοί και έδωσαν τελικά μια αρνητική απάντηση. Μεταξύ των παρατηρήσεων που έγιναν από τους ερωτηθέντες ήταν «Ο δημόσιος τομέας παρέχει την ασφάλεια και τη μονιμότητα της εργασίας. Γιατί ένας δημόσιος υπάλληλος να θέλει να τα εγκαταλείψει ;»

Ένα σημαντικό ζήτημα επομένως είναι η αντίσταση και οι συγκρούσεις που θα δημιουργηθούν από τους υπαλλήλους του δημόσιου τομέα όταν θα αναγκαστούν να αλλάξουν οποιαδήποτε από τα κεκτημένα του δημόσιου τομέα.

Υπάρχει όμως ένα 11% των ερωτηθέντων που υποστηρίζουν ότι οι υπάλληλοι δημόσιου τομέα θα αναγκαστούν να δεχτούν τις αλλαγές μέσω της δημιουργίας νέων κινήτρων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 : Αποδοχή των ΣΔΙΤ από τους δημοσίους υπαλλήλους;



Ερώτηση 3 : Πως θα σχολιάζατε την ακόλουθη πρόταση : «Οι ΣΔΙΤ θα μπορούσαν να δημιουργήσουν κίνητρα έτσι ώστε τα νοσοκομεία να λειτουργήσουν αποτελεσματικότερα και να έχουν καλύτερες επιδόσεις.»

Η συζήτηση που έγινε σχετικά με την ανωτέρω δήλωση έδειξε ότι αβεβαιότητα υπάρχει ως προς τον τρόπο με τον οποίο τα ιδιωτικά συμβαλλόμενα μέρη θα επιλεχτούν για τέτοιες συνεργασίες. Οι περισσότεροι που έδωσαν συνέντευξη συμφώνησαν με το

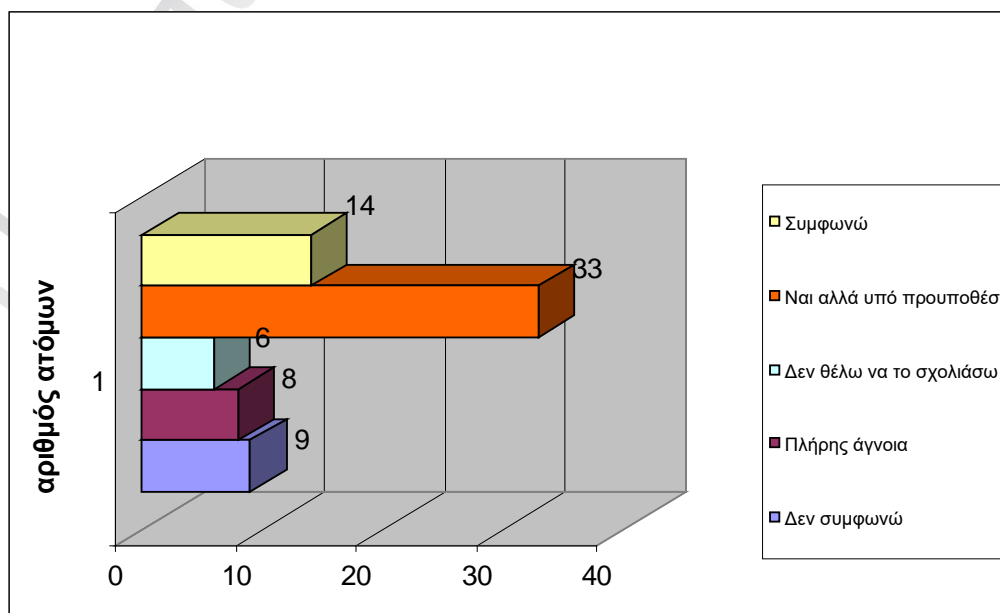
γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας εκτελεί την εργασία πολύ καλύτερα από το δημόσιο τομέα στους περισσότερους τομείς. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν αμφιβολίες κατά πόσο θα μπορεί να επιτευχθεί μια επιτυχή συνεργασία μεταξύ των δύο.

Τα σχόλια που έγιναν από τους υπαλλήλους έδειξαν μία δυσπιστία στον τομέα της υγείας. Για παράδειγμα, υπήρξαν απαντήσεις όπως «θα μας υποσχεθούν ότι τα πρότυπα εργασίας θα είναι καλύτερα και ότι το σύστημα συνολικά θα βελτιωθεί αλλά τα έχουμε ακούσει όλα αυτά κατά την άποψή μου συνεργασίες αυτού του είδους θα κάνουν τα πράγματα χειρότερα με συνέπεια ένα ιδιωτικοποιημένο σύστημα!"

Οι managers νοσοκομείων του ιδιωτικού τομέα πιστεύουν ότι κίνητρα θα πρέπει να δημιουργηθούν μόνο υπό ορισμένες προϋποθέσεις σε αντίθεση με άλλους ερωτηθέντες (συμπεριλαμβανομένων των διευθυντών δημόσιων νοσοκομείων) που αρνήθηκαν να απαντήσουν σχολιάζοντας «Τι σας κάνει να σκεφτείτε ότι τα κίνητρα που υπόσχονται θα διαρκέσουν μακροπρόθεσμα ; ... ο δημόσιος τομέας θα ιδιωτικοποιηθεί και τα κίνητρα που υπόσχονται θα αλλάξουν ».

Ένα σημαντικό θέμα που προέκυψε από αυτή τη συζήτηση είναι ότι οι πολιτικοί θα πρέπει να κερδίσουν πίσω την εμπιστοσύνη των υπαλλήλων του δημόσιου τομέα πριν κάνουν οποιοσδήποτε μεταρρυθμίσεις. Αυτή η τοποθέτηση μπορεί να θεωρηθεί λογική δεδομένου ότι μονιμότητα και ασφάλεια έχουν παρασχεθεί από το δημόσιο τομέα κατά τη διάρκεια όλων αυτών των ετών, καθώς επίσης και από το γεγονός ότι οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας δεν αποδείχθηκαν επιτυχείς.

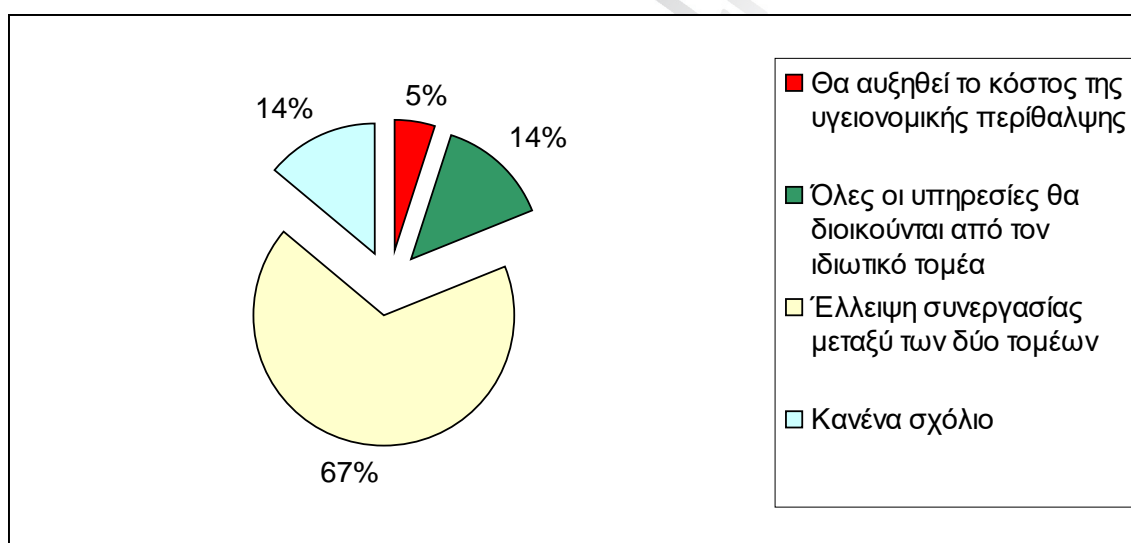
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 : Δημιουργούνται κίνητρα για καλύτερη απόδοση;



Ερώτηση 4 : Ποιοι νομίζετε ότι είναι οι κίνδυνοι και τα οφέλη από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας ;

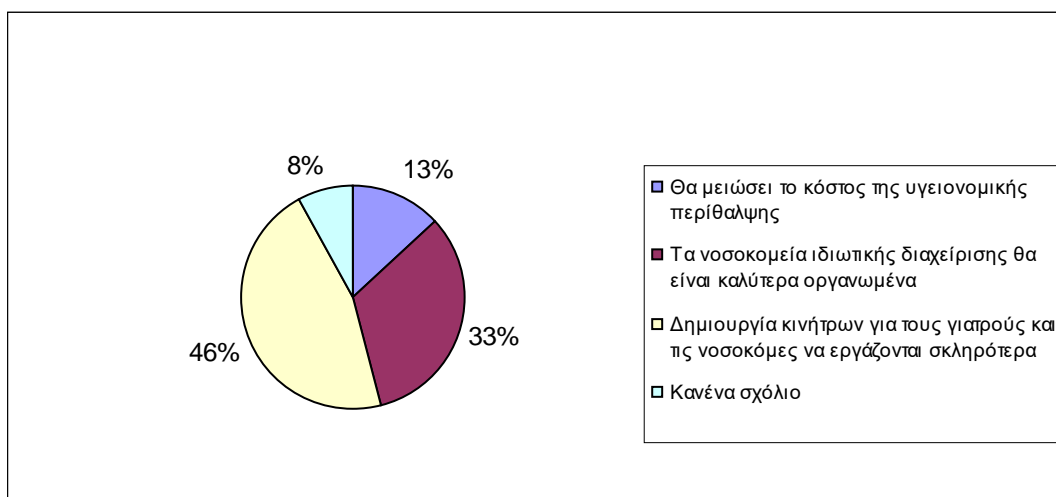
Οι απαντήσεις που δόθηκαν στο πρώτο μέρος της ερώτησης σχετικά με τους κινδύνους από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στο ΕΣΥ, αποκάλυψαν ότι οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες θεωρούν την έλλειψη συνεργασίας μεταξύ του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα ως τον σημαντικότερο πιθανό κίνδυνο. Αυτό είναι πολύ ενδιαφέρον καθώς άλλες χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο (Atun, 2006), έχει δείξει μεγαλύτερη ανησυχία για την αποτελεσματικότητα των δαπανών των προγραμμάτων ΣΔΙΤ παρά για τη συνύπαρξη των δύο τομέων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 : Πιθανοί Κίνδυνοι από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ



Το δεύτερο τμήμα της ερώτησης αναφερόταν στα πιθανά οφέλη από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ. Συζητώντας με τους ερωτηθέντες για τα πιθανά οφέλη των ΣΔΙΤ, παρατηρήθηκε ότι η πλειοψηφία τους θεώρησε ότι τα κίνητρα θα δημιουργηθούν για τους γιατρούς και τις νοσοκόμες έτσι ώστε να εργαστούν σκληρότερα. Κρίνοντας από τα αποτελέσματα της ερώτησης 2, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι αφ' ενός κίνητρα θα δημιουργηθούν, αλλά αφ' ετέρου, οι υπάλληλοι του δημόσιου τομέα δεν θα δεχτούν αυτήν την αλλαγή δεδομένου ότι ο φόρτος εργασίας θα αυξηθεί.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 : Πιθανά οφέλη από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ



Ερώτηση 5 : Πιστεύετε ότι υπάρχει δυνατότητα μεταβίβασης του κινδύνου ;

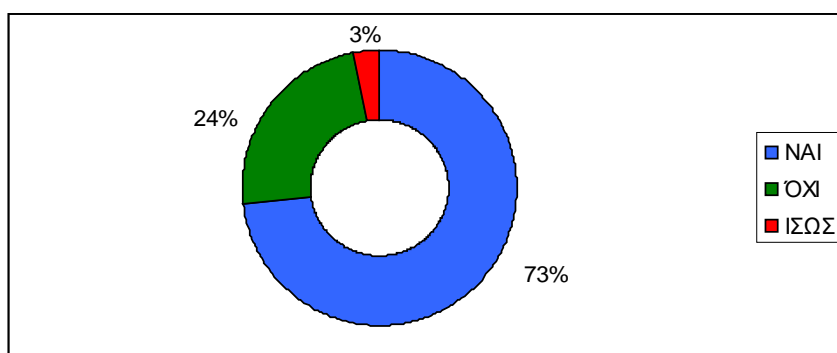
Το 73% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά στην ερώτηση ενώ μόλις το 24% πιστεύει ότι δεν υπάρχει δυνατότητα μεταβίβασης του κινδύνου από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα.

Οι κίνδυνοι που συνδέονται με το έργο προσδιορίζονται με σαφήνεια και επιμερίζονται στα μέρη για να τους διαχειριστούν. Από συζήτηση με τους ερωτηθέντες, μεταξύ των βασικότερων κινδύνων περιλαμβάνονται :

- Διαχείριση και έλεγχος του έργου
- Οικονομική και δημοσιονομικός έλεγχος
- Δημόσια και πολιτική ευαισθησία
- Νομική
- Εργατικό προσωπικό / Ανθρώπινοι πόροι

Είναι αλήθεια ότι ενώ ορισμένοι κίνδυνοι μπορούν να μεταβιβαστούν, αυτό δε σημαίνει ότι έτσι πρέπει να γίνει.

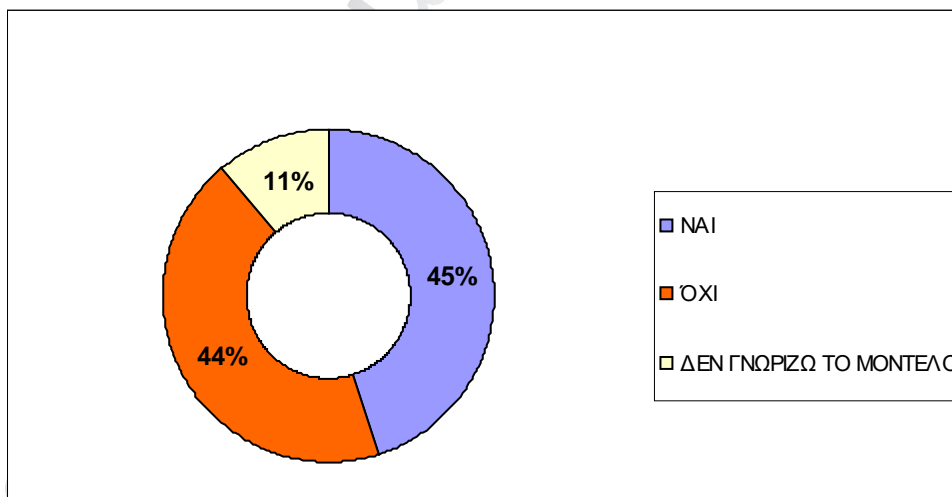
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9 : Δυνατότητα μεταβίβασης κινδύνου



Ερώτηση 6 : Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι η μητέρα των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας. Είναι γνωστό ότι έχει επιτύχει στον τομέα αυτό στηριζόμενο στην εφαρμογή του μοντέλου PFI (Private Finance Initiative). Πιστεύετε ότι το μοντέλο PFI (Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης) θα μπορούσε να είναι η βασική μορφή ΣΔΙΤ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας;

Το 45% των ερωτηθέντων, μεταξύ των οποίων εργαζόμενοι του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Οικονομίας, απάντησαν ότι εμπιστεύονται το μοντέλο που χρησιμοποιείται από το Ηνωμένο Βασίλειο και ότι γνωρίζουν πλήρως τη διαδικασία, δηλώνοντας ότι απαιτείται πολιτική θέληση και αποφασιστικότητα για την εφαρμογή του. Όμως, το 44% δεν συμφώνησαν με την εφαρμογή του μοντέλου PFI. Κυρίως, οι γιατροί και οι διευθυντές των δημόσιων νοσοκομείων παρουσίασαν άγνοια σε αυτήν την ερώτηση και σχολίασαν ότι «δεν γνωρίζω αυτή τη μορφή ΣΔΙΤ» ή «Δεν επιθυμώ να κάνω σχόλια» ή «Τα μοντέλα που εφαρμόστηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν μπορούν να εφαρμοστούν στο Ελληνικό περιβάλλον ! Είναι δύο διαφορετικά συστήματα υγείας με τελείως διαφορετικά πιστεύω»

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10 : Είναι πιθανή η εφαρμογή του PFI ως μοντέλου ΣΔΙΤ στο ΕΣΥ;



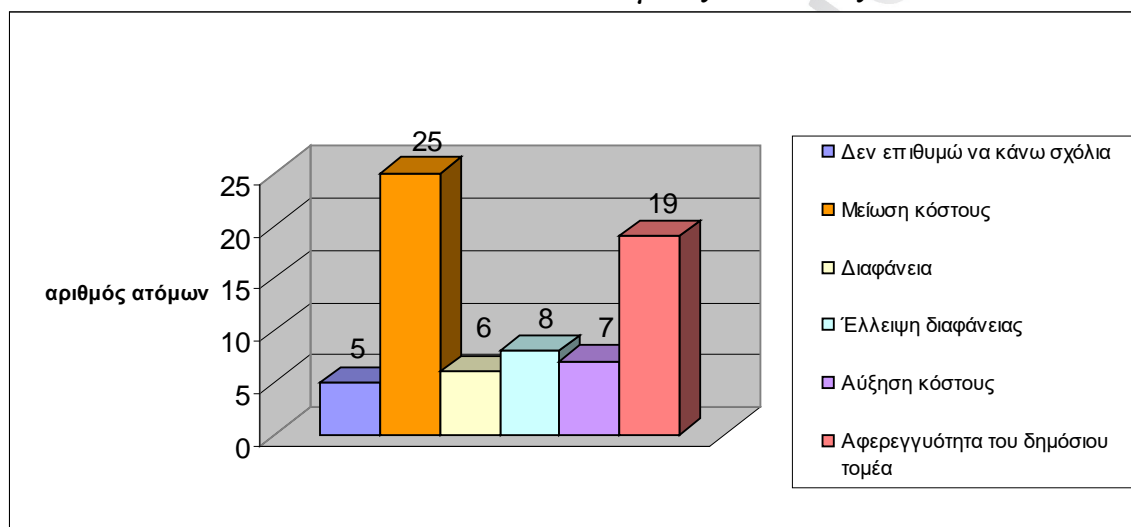
Ερώτηση 7 : Ποιες νομίζετε ότι είναι οι οικονομικές επιπτώσεις για τον τομέα της δημόσιας υγείας ;

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι, με τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, είναι εφικτή μια μείωση του κόστους κατασκευής της υποδομής λόγω της μεταφοράς κινδύνου. Αφ' ετέρου, μερικοί από τους ερωτηθέντες, κυρίως δημόσιοι

υπάλληλοι, θεωρούν ότι το δημόσιο χρέος θα αυξηθεί και ότι θα παρατηρηθεί μια έλλειψη διαφάνειας.

Ένας σύμβουλος του Υπουργού Υγείας και ειδικός στις ΣΔΙΤ δήλωσε ότι «με την σωστή αξιολόγηση των έργων ΣΔΙΤ, υπεραξία του επενδυμένου χρήματος μπορεί να επιτευχθεί. Η εμπειρία και η τεχνογνωσία θα πρέπει να αποκτηθούν από τους επαγγελματίες.»

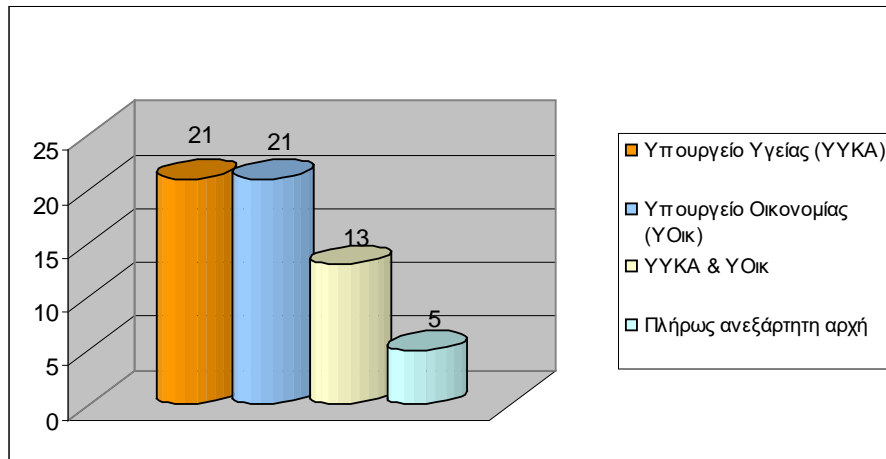
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11 : Οικονομικές επιπτώσεις



Ερώτηση 8 : Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας θα πρέπει να γίνεται μέσω του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών (όπως σήμερα) ή μία ανεξάρτητη αρχή / υπηρεσία θα πρέπει να δημιουργηθεί στο ΕΣΥ η οποία θα ασχολείται αποκλειστικά με την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, όπως ισχύει στην Πορτογαλία ;

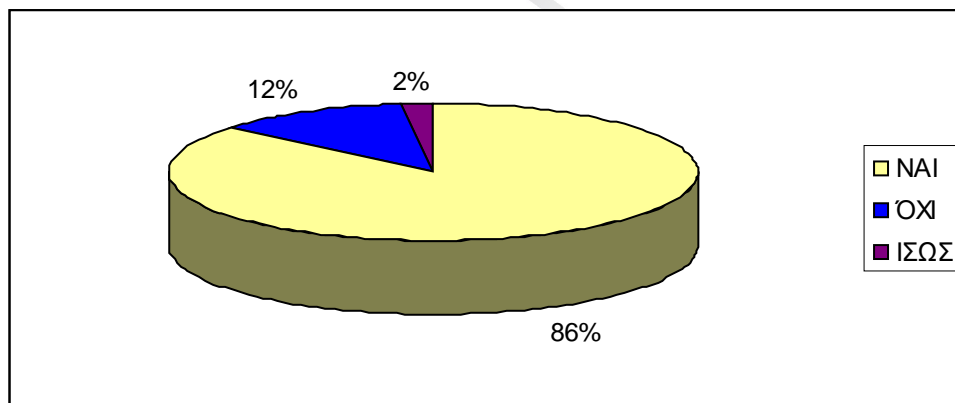
Είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσει κάποιος ότι υπάρχει μία ίση κατανομή μεταξύ των υποστηρικτών για κάθε υπουργείο. Επίσης μερικοί πιστεύουν ότι μία ανεξάρτητη αρχή θα πρέπει να δημιουργηθεί με μέλη και των δύο υπουργείων, η οποία θα εξετάζει αποκλειστικά τα θέματα ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας. Σχολιάστηκε το γεγονός ότι το Υπουργείο Οικονομίας θα είναι το καταλληλότερο για την «φιλοξενία» μίας τέτοιας υπηρεσίας λόγω της προηγούμενης εξειδίκευσης και της εμπειρίας του σε μεθόδους οικονομικής ανάλυσης και αξιολόγησης τέτοιων προγραμμάτων από το παρελθόν.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12 : Τρόποι διαχείρισης ΣΔΙΤ στο τομέα της υγείας



Ερώτηση 9 : Πιστεύετε ότι ενδιαφέρει τον ιδιωτικό τομέα η εφαρμογή των ΣΔΙΤ ως μια βιώσιμη επιχειρηματική εμπειρία;

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13 : Ενδιαφέρον ιδιωτικού τομέα στην εφαρμογή των ΣΔΙΤ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1 Γενικά Συμπεράσματα και παρατηρήσεις

Στο μυαλό των περισσότερων ο όρος «ανάπτυξη» συνδυάζεται κυρίως με τον ιδιωτικό τομέα και λιγότερο με το Δημόσιο και ειδικότερα στο χώρο της Υγείας. Συνήθως στο χώρο της Υγείας μιλάνε για «κόστος» και για «δαπάνες». Ωστόσο, θα πρέπει να γίνουν πολλές επενδύσεις με ουσιαστικά και σημαντικά κέρδη και στο χώρο της Υγείας. Τα οφέλη αυτά δεν είναι μόνο οικονομικά αλλά κυρίως κέρδος σε ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών, με κύριο στόχο να επιτευχθούν «ενιαίοι όροι λειτουργίας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, σύμφωνα με τις σύγχρονες επιστημονικές προδιαγραφές». (Αρκουμανέας, 2005)

Ένα πρώτο βήμα έγινε το 2004 με την ίδρυση της «Ανώνυμης Εταιρίας Μονάδων Υγείας» (πρώην «Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού»). Όμως υπήρξε σφοδρή αντιπαράθεση στη Βουλή ότι ιδιωτικοποιείται η Υγεία και ότι δεν μπορεί μια εταιρεία του ευρύτερου δημόσιου τομέα να έχει ως σκοπό το κέρδος (Αρκουμανέας, 2005). Όπως τονίζει σε άρθρο του στο Κέρδος (2005), ο οικονομολόγος Παναγιώτης Αρκουμανέας «είναι πλέον παρωχημένη και πρέπει επιτέλους να ξεπεραστεί η αντίληψη ότι το δημόσιο πρέπει να λειτουργεί με ζημία και ότι με αυτόν τον τρόπο υπερθεματίζεται έμμεσα ο κοινωνικός του χαρακτήρας».

Μία λύση, επομένως, είναι να εισάγουμε στο δημόσιο τομέα τεχνογνωσία τόσο από τον ιδιωτικό τομέα όσο και από πετυχημένα συστήματα και πολιτικές του εξωτερικού. Με αυτό τον τρόπο θα δημιουργηθούν οι απαραίτητες συνθήκες και προϋποθέσεις για επενδύσεις που θα οδηγήσουν σε ουσιαστική ανάπτυξη του ευρύτερου χώρου της Υγείας.

Σε ολόκληρη την Ευρώπη, με πρωτοπόρο τη Μεγάλη Βρετανία, έγιναν και γίνονται τεράστιες επενδύσεις με τη μέθοδο ΣΔΙΤ. Η επιλογή των ΣΔΙΤ για κατάλληλα επιλεγμένα δημόσια έργα αντί των κλασικών τρόπων κατασκευής και χρηματοδότησής τους είναι επιτακτική καθώς είναι ένας καινοτόμος τρόπος κατασκευής και χρηματοδότησης δημοσίων έργων και προσφοράς δημοσίων υπηρεσιών με την ενεργή συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα. Βέβαια, οι ΣΔΙΤ δεν είναι πανάκεια, ούτε για την επίλυση του δημοσιονομικού προβλήματος της χώρας, ούτε για την αριστοποίηση του τρόπου που γίνονται οι δημόσιες επενδύσεις στην Ελλάδα, ούτε βέβαια ως έμμεσος τρόπος ιδιωτικοποίησης. Η φιλοσοφία και η αιτιολογική βάση των ΣΔΙΤ είναι τόσο

μακροοικονομική / δημοσιονομική όσο και μικροοικονομική / επιχειρηματική.

Οι ΣΔΙΤ παρουσιάζονται όλο και περισσότερο ως λύση στη χρηματοδότηση των έργων στην υγειονομική περίθαλψη. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ολοένα αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Η αύξηση των δαπανών υγείας παρατηρείται σε όλες τις βιομηχανικές χώρες, ανεξαρτήτως της πολιτικής δομής και του χαρακτήρα της οργάνωσης της ιατρικής φροντίδας και της κοινωνικής ασφάλειας και οφείλεται ιδιαίτερα στην πρόοδο, η οποία σημειώθηκε στη βιοϊατρική τεχνολογία, κυρίως στον νοσοκομειακό τομέα, καθώς επίσης και στα φαινόμενα της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, της ανόδου του πολιτισμικού επιπέδου και γενικότερα της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας, έχοντας συμπληρώσει μια εικοσαετή και πλέον λειτουργία, έχει διανύσει τη φάση της αρχικής ανάπτυξης και θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι βρίσκεται ήδη στο στάδιο της ωρίμανσης. Στο στάδιο αυτό, σύμφωνα και με τη διεθνή εμπειρία, τα συστήματα υγείας επιδέχονται παρεμβάσεις και μεταβολές συγκεκριμένου προσανατολισμού, σε ειδικές περιοχές οργάνωσης και λειτουργίας τους, εν αντιθέσει με τα πρώτα χρόνια εφαρμογής τους, κατά τη διάρκεια των οποίων είθισται να δοκιμάζονται ευρείας κλίμακας μεταρρυθμιστικές προσπάθειες.

Ωστόσο, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις και τα παραδείγματα της διεθνούς εμπειρίας, που αναφέρονται στην υιοθέτηση σημαντικών τομών σε συστήματα υγείας με μακρά περίοδο λειτουργίας. Αυτό συμβαίνει είτε διότι βασικά ζητήματα παραμένουν σε εκκρεμότητα, είτε διότι οι κοινωνικοπολιτικές και κυρίως οι δημοσιοοικονομικές αλλαγές επιβάλλουν ανατροπές και επανασχεδιασμό της πολιτικής υγείας. Στη χώρα μας, είναι σαφές ότι και οι δύο αυτοί αιτιολογικοί παράγοντες αποτελούν μέρος της πραγματικότητας του υγειονομικού τομέα, δεδομένου ότι:

α) το χρηματοδοτικό πλαίσιο του συστήματος υγείας παραμένει ασαφές,

β) η κατοχή των μέσων παραγωγής παρουσιάζει μονοπωλιακά χαρακτηριστικά τόσο στη σφαίρα της δημόσιας παραγωγής (στη νοσοκομειακή περίθαλψη), όσο και στη σφαίρα της ιδιωτικής παραγωγής (εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη),

γ) η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας είναι ιδιότυπη.

Ειδικότερα ως προς το τελευταίο σκέλος και με την ευκαιρία της προώθησης σχεδίου συμπράξεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας και στη χώρα μας, πρέπει να αναφερθεί κατ' αρχάς ότι η συνεργασία των δύο τομέων δεν είναι νέα, αφενός μεν λόγω του ότι τα τελευταία χρόνια ολοκληρώθηκε σειρά έργων στον ευρύτερο δημόσιο τομέα με συν-χρηματοδότηση και εκχώρηση δικαιωμάτων εκμετάλλευσης της χρήσης σε ιδιώτες, αφετέρου δε λόγω του ότι και στον τομέα της υγείας, η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού θεωρείται δεδομένη, αν και όχι με την ίδια ένταση σε όλες τις κατηγορίες των παρεχόμενων φροντίδων. Επιπλέον, το θεσμικό πλαίσιο της τελευταίας περιόδου επιτρέπει την ανάθεση επιμέρους λειτουργιών του δημόσιου τομέα υγείας σε ιδιωτικά εταιρικά σχήματα (όπως π.χ. τη φύλαξη των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας), καθώς και τη χρησιμοποίηση ιδιωτικών υγειονομικών υποδομών (όπως π.χ. οι κλίνες Μονάδων Εντατικής Θεραπείας) υπό δημόσια χρηματοδότηση, προκειμένου να αντιμετωπιστούν ελλείψεις του δημόσιου τομέα υγείας.

Οι πρωτοβουλίες αυτές οι οποίες μόνο ως θετικές μπορούν να αξιολογηθούν, φαίνεται πως ανοίγουν το δρόμο για μια εκτεταμένη συνεργασία και στην κατασκευή νέων νοσοκομείων, επιλογή η οποία θα αξιολογηθεί στη βάση της σχέσης κόστους/οφέλους, εφόσον συγκεκριμενοποιηθούν περισσότερο οι σχετικές επιλογές.

Στο σημείο αυτό όμως είναι αναγκαίο να γίνουν κάποιες οροθετήσεις-επισημάνσεις:

α) Οι συμπράξεις στον τομέα της υγείας, σύμφωνα και με την αντίστοιχη διεθνή εμπειρία, αποσκοπούν κυρίως στην αντιμετώπιση χρηματοδοτικών και διαχειριστικών προβλημάτων που προκύπτουν είτε σε μια υπό κατασκευή είτε σε μία ήδη λειτουργούσα δημόσια δομή.

β) Η επιλογή αυτού του μοντέλου δεν ακυρώνει το δημόσιο χαρακτήρα του αγαθού «υγεία» και δεν παραπέμπει σε πολιτική επιλογή κεντρικά σχεδιασμένης εκχώρησης της συνολικής ευθύνης σε ιδιώτες, αλλά συνιστά προσπάθεια βελτίωσης της επάρκειας και της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων.

γ) Η ευρέως διαδεδομένη εμπειρία των συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα υγείας στη Μ. Βρετανία που παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα τόσο στην ανάπτυξη νέων δομών όσο και στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι υπό αμφισβήτηση.

δ) Η ανάληψη οποιασδήποτε πρωτοβουλίας στον τομέα της υγείας με τη σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού πρέπει να συνοδεύεται από ένα σαφές πλαίσιο κατανομής των αρμοδιοτήτων και ανάληψης των ευθυνών.

ε) Τέλος, σημειώνεται ότι, η συνεργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας στη χώρα μας έχει διαμορφωθεί στη βάση μιας ροής χρήματος μόνο προς τη μία κατεύθυνση (από τη δημόσια χρηματοδότηση στην ιδιωτική παραγωγή) γεγονός που καθιστά ανέφικτο τόσο τον εξορθολογισμό των τιμών όσο και τον έλεγχο της δημόσιας δαπάνης.

Υπό αυτούς τους όρους, η προώθηση των συμπράξεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας προτείνεται σε περιπτώσεις προβλημάτων επάρκειας του δημόσιου συστήματος (μετατόπιση δημόσιων οικονομικών πόρων στην ιδιωτική παραγωγή) αλλά και προκειμένου να ενισχυθεί η ρευστότητα της δημόσιας παραγωγής η οποία θα περιλαμβάνει και σε κάποιο βαθμό ιδιωτικών συμφερόντων δομές (μετατόπιση ιδιωτικών πόρων στη δημόσια παραγωγή).

Σε κάθε περίπτωση, η προώθηση των συμπράξεων μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση υφιστάμενων προβλημάτων του δημόσιου συστήματος, αλλά και να καλύψει περιοχές στις οποίες υπάρχουν σημαντικά κενά (όπως π.χ. η βραχεία ή η κατ' οίκον νοσηλεία, η εντατική θεραπεία, η μετα-νοσοκομειακή φροντίδα, οι φροντίδες αποκατάστασης κ.ά.).

Εντούτοις, προκειμένου να ευδοκιμήσει η προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με τη χρησιμοποίηση των ΣΔΙΤ, ο σχετικός σχεδιασμός πρέπει να μεριμνήσει για την πληρότητα του θεσμικού και του συμβατικού πλαισίου, να εισαγάγει ή να επιτρέψει ευέλικτες δομές απασχόλησης, να επενδύσει στο ανθρώπινο δυναμικό τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα, να εξασφαλίσει τη διαφάνεια και τέλος, να ενισχύσει το όλο πλαίσιο συνεργασίας με δικλίδες ασφαλείας στη βάση της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, έτσι ώστε αφενός να επιτευχθεί ο αρχικός στόχος και αφετέρου να διασφαλισθεί η ορθολογική χρήση των δημόσιων οικονομικών, υλικών και ανθρώπινων υγειονομικών πόρων, αλλά και ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος υγείας συνολικά.

Είναι σαφής και επιτακτική η ανάγκη να αυξηθεί ο αριθμός και η αξία των έργων που

πραγματοποιούνται ως ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, σε αντίθεση με το Ηνωμένο Βασίλειο όπου η πλειοψηφία των έργων ΣΔΙΤ είναι στο τομέα αυτό.

Οι Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) μπορούν εύκολα και αποτελεσματικά, με τις κατάλληλες προϋποθέσεις, να παίζουν καταλυτικό ρόλο σε καίριους τομείς της πολιτικής δράσης της Ελλάδας, και ειδικότερα στον χώρο της υγείας. Έτσι, σε μια εποχή παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης και δημοσιονομικής στενότητας, οι ΣΔΙΤ αποτελούν το αναγκαίο – αλλά συμπληρωματικό – εργαλείο για την ενίσχυση του Συστήματος Υγείας σε ρεαλιστική βάση, με την εξεύρεση και διάθεση πόρων από τον Ιδιωτικό Τομέα για την βελτίωση των υποδομών και των εν γένει υπηρεσιών.

Η υιοθέτηση των ΣΔΙΤ διεθνώς αλλά προσφάτως και στη χώρα μας ως μέσο επένδυσης κεφαλαίου για κοινωνικές υποδομές, όπως τα νοσοκομεία, στηρίζεται στην παραδοχή ότι ο ιδιωτικός τομέας είναι περισσότερο αποδοτικός σε σχέση με το δημόσιο, και σε θέση να εξασφαλίσει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών στο μικρότερο δυνατό κόστος.

Είναι γεγονός ότι η εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον ευαίσθητο χώρο της Υγείας μπορεί να διασφαλίσει τους απαραίτητους πόρους και μέσα για την υλοποίηση έργων συντομεύοντας ταυτόχρονα τον χρόνο κατασκευής τους, εξοικονομώντας πόρους που μπορούν να κατευθυνθούν σε κάλυψη άλλων κοινωνικών αναγκών, αυξάνοντας την αποδοτικότητα τους βελτιώνοντας και εξασφαλίζοντας ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και κατανέμοντας ορθολογικά τον κίνδυνο ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Το κράτος δεν έχει πλέον το ρόλο του άμεσου οικονομικού φορέα. Γίνεται πλέον οργανωτής και ρυθμιστής έργων πνοής, αξιοποιώντας την τεχνογνωσία, η οποία αποκτά νέα ώθηση χάρη στη συνεργασία, και τα πλεονεκτήματα του ιδιωτικού τομέα σε επιχειρηματικό επίπεδο. Σκοπός είναι η μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους και η άρση των οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

Το κράτος από μόνο του δεν μπορεί και δεν πρέπει να ασκεί το ρόλο του επιχειρηματία. Οφείλει όμως ν' αναλάβει ρυθμιστικό ρόλο στις αγορές, παρέχοντας τις βάσεις για τη δημιουργία νέων αγορών και επενδύοντας σε αυτές, κάτω από όρους διαφάνειας, ίσης πρόσβασης και, πάνω απ' όλα, προστασίας του δημοσίου συμφέροντος και των δημοσίων αγαθών, όπως η παιδεία και, βεβαίως, η υγεία.

Όμως, τα δεδομένα από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό κλάδο της

Βρετανίας συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι οι συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα δεν προσφέρουν καλή σχέση ποιότητας για την τιμή (value for money), καθώς το κόστος τους είναι υψηλό (Pollock et al, 2002) και μάλιστα συγκριτικά υψηλότερο σε σχέση με το συμβατικό τρόπο χρηματοδότησης μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων. Συνεπώς, εκποίηση της ακίνητης περιουσίας της NHS και παραχώρησή της με ευνοϊκούς όρους στον ιδιωτικό τομέα. Σχετίζονται με μια μείωση της δυναμικότητας των νέων νοσοκομείων της τάξης του 30%, στις κλίνες υπαγορευμένη από οικονομική παρά από κλινική αναγκαιότητα, επιδρώντας αρνητικά στην κλινική δραστηριότητα των νέων νοσοκομείων. Το αποτέλεσμα είναι τα τελευταία να αδυνατούν να ικανοποιήσουν τις υγειονομικές ανάγκες των τοπικών πληθυσμών. Σχετίζονται με μείωση των προϋπολογισμών μισθοδοσίας και ανάλογη μείωση του νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού. Στα πλαίσια των PFI προγραμμάτων, η μεταβίβαση κινδύνων από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα είναι αμφίβολη, ενώ επιβαρύνονται και δεσμεύονται οι επόμενες γενεές φορολογουμένων για 30 και πλέον έτη με υπέρογκες ετήσιες πληρωμές προς τις ιδιωτικές κατασκευαστικές κοινοπραξίες. Προκαλείται μετακύλιση του χρηματοδοτικού φορτίου στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας μέσω της αύξησης των ιδιωτικών κλινών και της συνεισφοράς των ασθενών στο κόστος.

Τα δεδομένα της Βρετανίας θέτουν επίσης υπό αμφισβήτηση το κυρίαρχο επιχειρήμα των υποστηρικτών των ΣΔΙΤ και PFIs περί ανάληψης από τους ιδιώτες κινδύνων που παραδοσιακά βάρυναν το δημόσιο τομέα. Υποδεικνύουν ότι η επένδυση κεφαλαίων μέσω ΣΔΙΤ στο χώρο των νοσοκομείων είναι μια ασφαλής επένδυση για τους ιδιώτες, καθώς η μεταβίβαση των κινδύνων του προγράμματος γίνεται τελικά από τους ιδιώτες στο δημόσιο και όχι το αντίστροφο.

Εκτός από τα παραπάνω δεδομένα θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη και οι πολλαπλά διατυπωμένες, από ανεξάρτητους οργανισμούς και προσωπικότητες, ανησυχίες σχετικά με την έλλειψη διαφάνειας στις συμφωνίες σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα κάτω από το πέπλο της εμπορικής εμπιστευτικότητας (commercial confidentiality), αλλά και τη δημιουργία όλων εκείνων των προϋποθέσεων για την εμφάνιση φαινομένων διαφθοράς, όπως η λήψη αποφάσεων κεκλεισμένων των θυρών, η διακίνηση μεγάλων ποσών δημόσιου χρήματος, η ύπαρξη χρηματοοικονομικών συμβούλων που εργάζονται ταυτόχρονα ή διαδοχικά στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.

Παραδόξως, στη Βρετανία «το μεγαλύτερο στην ιστορία της NHS πρόγραμμα

κατασκευής νέων νοσοκομείων» μετατράπηκε στο μεγαλύτερο πρόγραμμα κλεισίματος νοσοκομειακών κλινών. Η Βρετανική Εθνική Υπηρεσία Υγείας για πρώτη φορά στην ιστορία της μετά το 1946, από κάτοχος-ιδιοκτήτης νοσοκομειακών υποδομών, μετατράπηκε σε ένοικό τους, επιβαρύνοντας και δεσμεύοντας τις επόμενες γενεές φορολογουμένων για 30 και πλέον έτη με υπέρογκες ετήσιες συνολικές πληρωμές προς τις κοινοπραξίες, οι οποίες έφθασαν τα 2,91 δισεκατομμύρια £ το 2001 και αναμένεται να ξεπεράσουν τα 4,5 δισεκατομμύρια £ κατά τη χρονική περίοδο 2004–2008. (Pollock et al, 2002)

Και ενώ τα πρώτα σημάδια εγκατάλειψης της πολιτικής χρηματοδότησης του συστήματος υγείας μέσω των PFI προγραμμάτων άρχισαν να εμφανίζονται στη Μ. Βρετανία, με την πολιτική αυτή να καρκινοβατεί έχοντας ως τελευταίο σύμπτωμά της την εμφάνιση μεγάλων ελλειμμάτων στα νοσοκομεία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS),⁷ οι ευρωπαϊκές κυβερνήσεις, μεταξύ των οποίων και η ελληνική, εμφανίζονται πρόθυμες να υιοθετήσουν τις συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στο όνομα «των εντυπωσιακών αποτελεσμάτων από τη διεθνή εφαρμογή τους στο χώρο της υγείας»

Το ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο θα προτιμηθεί η ιδιωτική έναντι της δημόσιας χρηματοδότησης στην κατασκευή και τη λειτουργία νέων νοσοκομείων. Η ιδιωτική χρηματοδότηση αντανακλά την ιδεολογική τοποθέτηση των κυβερνήσεων υπέρ της ελεύθερης αγοράς και των δυνατοτήτων της. Όμως, η ιδεολογική αυτή τοποθέτηση και προτίμηση παραβλέπει τα συνεχή εμπειρικά δεδομένα που την αντικρούουν και θέλουν να τεθούν οι σωστές βάσεις για τη χάραξη πολιτικών υγείας.

Είναι λοιπόν ένα κρίσιμο ερώτημα κατά πόσο η αντιγραφή και η υλοποίηση αντίστοιχων πολιτικών και στρατηγικών και στο Ελληνικό σύστημα υγείας, και μάλιστα σ' ένα πλαίσιο παροχής κινήτρων προς τον ιδιωτικό τομέα όπως αυτό θεσπίστηκε με το νόμο του 2005, θα αποτελέσει μια εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στη χάραξη πολιτικών υγείας, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η επείγουσα ανάγκη εκσυγχρονισμού και επέκτασης των δημόσιων νοσοκομείων και στη χώρα μας, πόσο δε μάλλον τη στιγμή που οι κυβερνήσεις διαθέτουν τη φθηνότερη και αποδοτικότερη εναλλακτική πρόταση της δημόσιας επένδυσης κεφαλαίων.

8.2 Προτάσεις

Η συγκριτική ανάλυση και αξιολόγηση αποτελεί αναγκαίο βήμα στην επιλογή της ΣΔΙΤ και του μοντέλου PFI ή όχι. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η συγκριτική ανάλυση αποσκοπεί στην αξιολόγηση των προτεινομένων λύσεων για το πλαίσιο χρηματοδότησης και εκμετάλλευσης του έργου / νοσοκομείου καθώς και της αποδοτικότητας της δαπάνης.

Τα κριτήρια που προτείνονται προς εξέταση χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες σε συνδυασμό με ανάλυση SWOT (Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats): **Χρηματοοικονομικά, Κοινωνικά –Πολιτικά- Περιβαλλοντικά, Επιχειρηματικά, Πλαισίου Συνεργασίας.**

Τα ως άνω κριτήρια αξιολόγησης μπορούν να περιλαμβάνουν:

1. **Χρηματοοικονομικά κριτήρια:** Στην ομάδα των χρηματοοικονομικών σεναρίων αξιολόγησης των εναλλακτικών σεναρίων περιλαμβάνονται:

- **Επίπεδο επένδυσης.** Το κριτήριο αυτό αναφέρεται στο συνολικό προϋπολογιζόμενο κόστος επένδυσης που προβλέπει το κάθε σενάριο. Πρέπει να σημειωθεί το κόστος αυτό δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 200 εκατ. ευρώ προκειμένου το έργο να ενταχθεί στις διατάξεις του νόμου 3389/2005 περί Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ).
- **Εμπορική Πολιτική, Εισροές, Εκροές, Οικονομικά αποτελέσματα.** Το ύψος των λειτουργικών εσόδων και εξόδων αποτελούν βασικά στοιχεία της βιωσιμότητας κάθε σεναρίου, αφού παράγουν ουσιαστικά τα οικονομικά αποτελέσματα. Η αξιολόγηση του κριτηρίου αυτού γίνεται σε συσχέτισμό με το επίπεδο της επένδυσης που απαιτεί το κάθε σενάριο.
- **Δείκτες Χρηματοοικονομικής Ανάλυσης,** όπου όπως έχει αναφερθεί είναι η Καθαρή Παρούσα Αξία των μελλοντικών χρηματοροών (ΚΠΑ) και ο Εσωτερικός Συντελεστής Απόδοσης (ΕΣΑ) των μελλοντικών χρηματοροών.

2. **Κοινωνικά -Πολιτικά- κριτήρια.**

- **Άμεσα οφέλη και επιπτώσεις,** όπως π.χ. η αύξηση της απασχόλησης, η βελτίωση των υποδομών, η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες, κλπ, αλλά και μετρήσιμα μεγέθη, δυνατότητες επέκτασης, βαθμός αντιμετώπισης χρόνιων προβλημάτων, ευελιξία και προσαρμογή στις τοπικές

ανάγκες κλπ.

- **Έμμεσα οφέλη και επιπτώσεις**, όπως βελτίωση ποιότητας ζωής, υποστήριξη αναπτυξιακών- επενδυτικών δραστηριοτήτων
3. **Επιχειρηματικά κριτήρια**. Αφορούν στην πολυπλοκότητα και δυνατότητα πραγματοποίησης των προτεινόμενων σεναρίων από την πλευρά των δυνατοτήτων των δυνητικών επενδυτών. Τα επιμέρους κριτήρια είναι:
- **Πολυπλοκότητα υλοποίησης και λειτουργίας του έργου**, λαμβάνοντας υπ' όψη τεχνικά προβλήματα, μη καθορισμένο νομικό πλαίσιο, εκτίμηση μεγάλων συνδικαλιστικών αντιδράσεων, απρόβλεπτων κοινωνικών αντιδράσεων και τοπικών συμφερόντων που σχετίζονται με την γη κλπ
 - **Κατανομή και διαχείριση των επιχειρηματικών κινδύνων**, στο κριτήριο αυτό δεν αξιολογείται μόνο το ποσοστό επιχειρηματικού κινδύνου αλλά και ο τρόπος που κατανέμεται αυτός στα δύο εμπλεκόμενα μέρη.
 - **Επιχειρηματική ελκυστικότητα του έργου**, που αποτελεί κυρίαρχη συνιστώσα, για την επιλογή της απόφασης συμμετοχής στην διαγωνιστική διαδικασία από τους ενδιαφερόμενους επενδυτές.
4. **Πλαίσιο Συνεργασίας**, με τα οποία διερευνάται ο συνδυασμός των εξεταζομένων μορφών συνεργασίας μέσω ΣΔΙΤ, στη βάση των επιλεχθέντων σεναρίων.

Για την **αξιολόγηση και επιλογή του επικρατέστερου σεναρίου** σε συνδυασμό των ανωτέρω, πρέπει να γίνεται **συγκριτική ανάλυση πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων** κάθε σεναρίου (SWOT ανάλυση) (πίνακας 15) και Συγκριτική αξιολόγηση των εναλλακτικών σεναρίων βάσει των κριτηρίων που αναφέρθηκαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 : Στοιχεία SWOT

Δυνατά σημεία (ενδεικτική αναφορά)
<ul style="list-style-type: none">• Σαφής στοχοθεσία έργου• Ωριμότητα του έργου• Επίπεδο τεχνικών προμελετών ή/και μελετών• Υλοποίηση έργου που ανταποκρίνεται σε διαπιστωμένες ανάγκες τεκμηριωμένες με ποσοτικά στοιχεία• Αντιμετώπιση και επίλυση του προβλήματος μέσω υλοποίησης του έργου• Δυναμικότητα υφισταμένων υποδομών• Πλεονεκτήματα τεχνικής λύσης• Επίπεδο εγκρίσεων- αδειοδοτήσεων• Αρχική εκτίμηση για την βιωσιμότητα της επένδυσης• Ελκυστικότητα της επένδυσης• Αρχική ανάλυση κινδύνου και σαφής ανάληψη κινδύνου από τους εμπλεκόμενους φορείς• Ρεαλιστική προσέγγιση υπολογισμού ζήτησης• Σύσταση φορέα διαχείρισης του έργου• Επάρκεια συστήματος λειτουργίας και συντήρησης• Ποιοτική εξυπηρέτηση του πολίτη και αναβάθμιση ποιότητας ζωής μέσω υλοποίησης του έργου• Συμβολή στην ανάπτυξη της περιοχής
Αδυναμίες (ενδεικτική αναφορά)
<ul style="list-style-type: none">• Έλλειψη πόρων• Έλλειψη τεχνογνωσίας και αδυναμία κάλυψης λειτουργικών δαπανών• Αδυναμία τεχνικής προσέγγισης• Μη σαφής στοχοθεσία του έργου• Πολυπλοκότητα έργου• Έλλειψη βασικών αδειοδοτήσεων και εγκρίσεων• Μειονεκτήματα τεχνικής λύσης• Καθεστώς ιδιοκτησίας• Αδύναμη ή αντίθετη κοινωνική αποδοχή• Οριακή βιωσιμότητα επένδυσης• Κόστος παρεχόμενων υπηρεσιών• Μη επαρκής ανάλυση κινδύνου και ασαφής ανάληψη κινδύνου από τους εμπλεκόμενους φορείς

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 (συνέχεια) : Στοιχεία SWOT

<ul style="list-style-type: none">• Δεσμευτικές επιλογές για επίπεδα χρεώσεων• Ανεπάρκεια διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού και πόρων• Έλλειψη εμπειρίας σε θέματα ΣΔΙΤ από τους εμπλεκόμενους φορείς
Ευκαιρίες (ενδεικτική αναφορά)
<ul style="list-style-type: none">• Ρυθμός ανάπτυξης της περιοχής και αύξηση της ζήτησης• Αξιοποίηση ιδιωτικών κεφαλαίων για την υλοποίηση του έργου• Κοινωνική αποδοχή του έργου και ολοκλήρωση διαδικασιών διαβουλεύσεων και κοινωνικού διαλόγου• Υιοθέτηση βέλτιστων πετυχημένων πρακτικών από τη διεθνή εμπειρία• Συνέργειες με άλλα συναφή έργα
Απειλές (ενδεικτική αναφορά)
<ul style="list-style-type: none">• Ρυθμός ανάπτυξης της περιοχής και αύξηση της ζήτησης• Αστοχίες στον αρχικό υπολογισμό• Τεχνικές αστοχίες κατά την υλοποίηση του έργου• Αντιδράσεις στην υλοποίηση του έργου• Ανταγωνιστικές συνέργειες με άλλα συναφή έργα• Τιμολογιακή πολιτική με υποχρέωση κοινωνικής προσφοράς• Πολυπλοκότητα συμβάσεων ΣΔΙΤ• Αλλαγή στη νομοθεσία σχετικά με τεχνικές προδιαγραφές και περιβαλλοντικούς όρους• Χρονικές καθυστερήσεις ή ματαιώσεις συμπληρωματικών εκτελούμενων έργων από άλλες πηγές χρηματοδότησης• Έκτακτα γεγονότα

Πηγή: TEC Συμβουλευτική Α.Ε., 2008

Ο Προσδιορισμός, Επιμερισμός και Διαχείριση Κινδύνων αποτελούν καθοριστικούς και σημαντικούς παράγοντες για την εφαρμογή ή όχι των ΣΔΙΤ και του μοντέλου PFI στα νοσοκομεία.

Η διαχείριση των κινδύνων βασίζεται στην αρχή ότι κάθε αντισυμβαλλόμενος αναλαμβάνει τους κινδύνους που είναι σε θέση να διαχειριστεί καλύτερα. Η αποτελεσματική μεταφορά και διαχείριση του κινδύνου αποτελεί κρίσιμο παράγοντα επιτυχίας της σύμπραξης ενώ ταυτόχρονα αποτελεί παράμετρο διαφοροποίησης από άλλες μορφές συνεργασιών.

Υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός κινδύνων που αντιμετωπίζονται σε έργα

συμπράξεων και οι οποίοι ομαδοποιούνται σύμφωνα με τις κοινοτικές οδηγίες, αλλά μπορούν να αναζητηθούν και στη βιβλιογραφία.

Κίνδυνοι ειδικού βάρους για τα έργα / νοσοκομεία είναι:

1. **Ενδεχόμενη δεσμευτική τιμολογιακή πολιτική**, λόγω κοινωνικής προσφοράς προς τους πολίτες-χρήστες
2. **Η λειτουργία διακριτών υποδομών ή συνδυασμένων υπηρεσιών**, ως προς το μέγεθος της περιοχής και τη ζήτηση

Ειδικός κίνδυνος για το έργο είναι επίσης η διαθέσιμη δυναμικότητα, δηλαδή η συνεχής παροχή ενός ολοκληρωμένου έργου και των σχετικών με αυτό υπηρεσιών χωρίς την αναμενόμενη ζήτηση. Η πρόβλεψη αυτή δημιουργεί σημαντικά επιπλέον κόστη κατασκευής και λειτουργίας- συντήρησης, με ενδεχόμενη οικονομική συνεισφορά η οποία πρέπει να καλυφθεί από το Δημόσιο.

Οι κίνδυνοι είναι παρόντες σε όλη τη διάρκεια ζωής ενός έργου και εξελίσσονται σε φύση και σε ένταση. Στο παρόν εστιάζουμε στους κινδύνους που αφορούν σε έργα ΣΔΙΤ, ξεχωρίζοντας:

1. **Κινδύνους υπόβαθρου** (background risks), που αφορούν το ρόλο του Δημοσίου από τη μία πλευρά και άλλες παραμέτρους επί των οποίων τόσο ο Φορέας όσο και ο Ανάδοχος του έργου δεν έχουν κανένα έλεγχο. Περιλαμβάνουν κινδύνους που απορρέουν από τις αποφάσεις του Δημοσίου Τομέα (όπου ο βαθμός κοινωνικής αποδοχής των έργων σε σχέση με την ανάληψη κινδύνων έχει καθοριστικό ρόλο) και τα αποτελέσματα τυχαίων παραγόντων και αβεβαιοτήτων που οφείλονται σε εξωγενείς και μη ελεγχόμενες συγκυρίες και αναφέρονται συχνά ως : πολιτικοί, νομικοί, ρυθμιστικοί κίνδυνοι και ανωτέρα βία.
2. **Τεχνικούς κινδύνους και κινδύνους δαπανών** (technical and cost risks), που αφορούν την κατασκευή του έργου και τις διάφορες λειτουργικές φάσεις κατά την υλοποίηση της επένδυσης, σχετίζονται δε άμεσα με την τήρηση των αρχικών προϋπολογισμών. Τέτοιοι κίνδυνοι είναι :
 - Κίνδυνοι κατά την προετοιμασία του έργου (Project preparation risks),
 - Κοινωνική αποδοχή του έργου (Social acceptability of the project),
 - Κίνδυνοι σχεδιασμού έργου (Design risks),

- Κίνδυνοι επισκευής ή αποκατάστασης (repair or rehabilitation risks),
- Κίνδυνοι διαχείρισης του έργου (Project management risks),
- Τεχνικοί κίνδυνοι λειτουργίας του έργου (Technical operation risks).

3. **Οικονομικούς και χρηματοοικονομικούς κινδύνους** (economic and financial risks), που σχετίζονται με την κατασκευή και τη λειτουργική εκμετάλλευση του έργου από τον Ανάδοχο και αφορούν στη δυνατότητά του να το υποστηρίξει χρηματοδοτικά καθ' όλη τη διάρκεια της παραχώρησης. Συνοπτικά περιλαμβάνουν όλες τις παραμέτρους που είναι δυνατόν να δυσχεράνουν την εκπλήρωση των οικονομικών υποχρεώσεων του Αναδόχου, όπως :

- Κίνδυνος ρευστότητας (liquidity risk),
- Κίνδυνος επιτοκίου (interest rate risk),
- Πιστωτικός κίνδυνος (Credit Risk),
- Συστημικός κίνδυνος (system or systemic risk).

4. **Εμπορικούς κινδύνους** (commercial risk), οι οποίοι προκύπτουν από την επιχειρηματική εκμετάλλευση. Οι εμπορικοί κίνδυνοι είναι σαφώς οι μεγαλύτερης σημασίας κίνδυνοι για την υλοποίηση της επένδυσης και αναλαμβάνονται κατά κανόνα από τον Ανάδοχο. Ουσιαστικά αναφέρονται στην πραγματοποίηση μικρότερου ύψους εσόδων έναντι του αναμενόμενου, γεγονός που μπορεί να οφείλεται σε πλήθος παραγόντων όπως υπέρβαση κόστους λειτουργίας και συντήρησης, συχνές βλάβες, χαμηλή συμφωνηθείσα χρέωση, χαμηλή παραγωγικότητα κλπ.

Η πολυπλοκότητα των υπολογισμών, αλλά και του εξειδικευμένου χαρακτήρα της ανάλυσης και διαχείρισης κινδύνου (risk analysis and management)) αποτελούν σημαντικά στοιχεία και για την κατανόηση του ρίσκου που επιμερίζεται αλλά και την επικοινωνιακή πολιτική προς όλους τους ενδιαφερόμενους φορείς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16 : Σημαντικοί Κίνδονοι, Επιπτώσεις και κατανομή

<i>(παράδειγμα μη δεσμευτική χρήση)</i>		
ΚΙΝΔΥΝΟΣ	ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	ΠΡΟΤΑΣΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ - ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Έλλειψη κοινωνικής αποδοχής	<ul style="list-style-type: none"> • Καθυστέρηση ή ακύρωση έργου 	Δημόσιο
Αστοχία πρόβλεψης για ζήτηση υπηρεσιών	<ul style="list-style-type: none"> • Αστοχία έργου • Ρήτρες υπέρ αναδόχων • Οικονομικά προβλήματα 	Δημόσιο
Αδυναμία μεταφοράς κονδυλίων στον ανάδοχο ή αδυναμία κάλυψης του κόστους	<ul style="list-style-type: none"> • Παύση λειτουργίας • Ρήτρες υπέρ αναδόχων 	Δημόσιο
Αστοχία στο χρόνο έναρξης λειτουργίας	<ul style="list-style-type: none"> • Επιμήκυνση της υφιστάμενης διαχείρισης 	Ιδιωτικός Τομέας / ρήτρες υπέρ δημοσίου
Τεχνολογική αστοχία στη λειτουργία	<ul style="list-style-type: none"> • Παύση λειτουργίας 	Ιδιωτικός Τομέας (ρήτρες υπέρ δημοσίου – περιορίζεται με ορθή επιλογή τεχνολογίας)
Έλλειψη αγοράς για μέρος ή και το σύνολο των υπηρεσιών	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση εσόδων • Προβλήματα λειτουργίας 	Ιδιωτικός Τομέας (μπορεί να περιοριστεί σημαντικά με σωστό σχεδιασμό)
Αλλαγή τεχνικών προδιαγραφών λόγω νέας νομοθεσίας	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόβλημα νομιμότητας • Πρόβλημα κοινωνικής αποδοχής • Πιθανή αύξηση κόστους 	Δημόσιο Μηχανισμοί διαπραγμάτευσης
Απρόβλεπτες μεταβολές στη ζήτηση ή την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών	<ul style="list-style-type: none"> • Αδυναμία ανταπόκρισης του αναδόχου • Προβλήματα λειτουργίας 	Δημόσιο και Ιδιώτης Πρέπει να προβλέπεται διαχωρισμός μικρών και μεγάλων αλλαγών και να αντιμετωπίζονται ανάλογα – πολύ συχνό σε μακροχρόνιες συμβάσεις

Πηγή: TEC Συμβουλευτική Α.Ε, 2008

ΠΙΝΑΚΑΣ 17 : Προτεινόμενη κατανομή κινδύνων

	Κίνδυνοι	Κατανομή Κινδύνου		
		Δ.Τ.	Ι.Τ.	Δ.Τ. & Ι.Τ.
1.1	Κόστος & χρόνος προσδιορισμού του σχεδιασμού		+	
1.2	Κόστος συμμόρφωσης με τους όρους του σχεδιασμού		+	
2.1	Καθυστερήσεις & υπέρβαση κόστους		+	
2.2	Επιδιόρθωση κατασκευαστικών αστοχιών		+	
2.3	Εργοταξιακές συνθήκες		+	
2.4	Συμμόρφωση με τεχνικές προδιαγραφές		+	
2.5	Παραλλαγές σχεδιασμού	+		
3.1	Απόκτηση αδειοδοτήσεων & εγκρίσεων		+	
3.2	Συμμόρφωση με τη σχετική νομοθεσία		+	
3.3	Συμμόρφωση με τους όρους της σύμβασης & διαθεσιμότητα εκτέλεσης των όρων της σύμβασης		+	
3.4	Εκτίμηση κόστους κύκλου ζωής & διαφορικός πληθωρισμός	+		
3.5	Εκτίμηση κόστους λειτουργίας & διαφορικός πληθωρισμός		+	
4.1	Προτεινόμενες εγκαταστάσεις		+	
4.2	Οφέλη από την επιδίωξη χρήσης εναλλακτικών τεχνολογιών βάσει συμφωνίας μεταξύ ΔΤ & ΙΤ		+	
5.1	Αξία των περιουσιακών στοιχείων του ΔΤ		+	
5.2	Αξία λοιπών έργων υποδομής με το πέρας της σύμβασης		+	
6.1	Αλλαγές στην παροχή των υπηρεσιών (ποσοτικές ή/και ποιοτικές) λόγω διαφορετικών τάσεων – επιπτώσεις στο κόστος & την απόδοση			+
6.2	Πληρωμή εγγυημένου ποσού για την παροχή υπηρεσιών, που αντιστοιχεί στη διαχείριση μιας ελάχιστης δυναμικότητας	+		
7.1	Συμμόρφωση με την ισχύουσα ή την αναμενόμενη νομοθεσία, συμπεριλαμβανομένης και της φορολόγησης		+	
7.2	Αλλαγές στη νομοθεσία γενικότερα	+		
8.1	Προσφορά μεγαλύτερη από τη δυνατή ζήτηση			+

Πηγή: TEC Συμβουλευτική Α.Ε, 2008

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία και Άρθρα

- Απάντηση Συμβουλίου Ευρωπαίων Αρχιτεκτόνων (ΣΑΕ) σχετικά με Πράσινο Βιβλίο για Συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, 2004. [online] available from <<http://www.sadas-pea.gr/apanprasviviSDIT.htm>> [assessed 24/7/2009]
- ΑΡΚΟΥΜΑΝΕΑΣ Π., 2005. Ανάπτυξη στο χώρο της Υγείας, *Κέρδος* [online]. Vol. 4. Available in <www.arkoumaneas.gr> [assessed 10/10/2008]
- BELL J., 1997. *Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας*, Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg
- BENIERΗΣ Ι., 2007. ΣΔΙΤ “Συμπράξεις δημοσίου & ιδιωτικού τομέα, το συμβατικό πλαίσιο”, Αθήνα : εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη
- BENIZEΛΟΣ Β., 2006. Η ιδιωτικοποίηση της Υγείας κοστίζει πολλαπλάσια στο δημόσιο – Συνέντευξη του Αλ. Μπένου. *Αυγή*, 31/12/2006. [online] available from <<http://www.ygeianet.gr/keimeno.php?id=1107>> [assessed 7/7/2009]
- ΓΕΤΙΜΗΣ Π. & ΜΑΡΑΒΑ Ν., 2000. *Νέες σχέσεις μεταξύ ιδιωτικού τομέα – κοινοτικά κείμενα*, Αθήνα: εκδόσεις Infocus
- ΓΡΑΦΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ – ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, 2008. *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012*. Αθήνα : Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- ΓΡΑΦΕΙΟ Ο.Ε.Υ. ΛΟΝΔΙΝΟΥ, 2009. *Έρευνα για τις Συμπράξεις Δημοσίου & Ιδιωτικού τομέα στη Μ Βρετανία*. Λονδίνο. Available in <<http://www.agora.mfa.gr>> [assessed 15/7/2009]
- CITY PRESS, 2009. *Αφιέρωμα στα ΣΔΙΤ*. 29/6/2009 [online] available from <<http://www.citypress.gr/index.html?action=article>> [assessed 7/9/2009]
- COHEN, L. & MANION, L., 1994. *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- ΕΙΔΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ – ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ (ΣΔΙΤ), 2006. *Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα: Συνοπτικός Οδηγός*. Αθήνα : ΥΠΟΙΟ. Available in <<http://www.sdit.mnec.gr/>>
- ΕΙΔΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ – ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ (ΣΔΙΤ), 2006. *Εγχειρίδιο για την Υλοποίηση Έργων και Υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ*, Αθήνα : ΥΠΟΙΟ. Available in <<http://www.sdit.mnec.gr/>>
- ΕΙΔΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ – ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ (ΣΔΙΤ), 2008. *Novelty and opportunities in the Greek PPP market*. Αθήνα : ΥΠΟΙΟ. Available in <<http://www.sdit.mnec.gr/>>

ΕΣΥΕ, 2006. *Στατιστική Επετηρίδα*. Αθήνα: ΥΠΟΙΟ

ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ Δ., 2008. Αποτυχημένες Συμπράξεις. *Κυριακάτικη*, 14/12/2008. [online] available from <http://athens.indymedia.org/front.php3?lang=el&article_id=961014> [assessed 7/9/2009]

ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ, 2004. *Πράσινη Βίβλος - Σχετικά με τις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και το κοινοτικό δίκαιο των δημοσίων συμβάσεων και των συμβάσεων παραχώρησης*, COM 327. Available in <http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/gpr/2004/com2004_0327en01.pdf> [assessed 30/7/2009]

ΖΩΝΑΦΟΣ Σ., 2009, *Η μεθοδολογική τριγωνοποίηση της εκπαιδευτικής έρευνας*, Full-text [online] available from <zonafos.net/ekpaideytika_zhthmata.htm> [assessed 24/7/2009]

ΙΑΚΩΒΙΔΟΥ Ε, ΜΑΝΙΟΥ Μ, ΠΑΛΛΗ Ε, ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Ε, ΖΑΡΑΓΚΑΣ Σ, ΚΑΤΣΑΝΕΒΑΣ Θ, 2008. Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: Έρευνα άποψης επαγγελματιών υγείας, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7(4), pp 343-359.

ΚΑΙΣΗΣ Αθ., 2006. *Ο ν.3389.2005 για τις Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα*, Αθήνα : Εκδόσεις Σάκκουλα

ΚΕΡΑΜΑΡΗΣ Ν., 2008. Στρατηγική της Λισσαβόνας στην Υγεία, *Medtime* [online]. Available from <<http://www.medtime.gr/content/view/176/48/lang,greek/>> [assessed 9/7/2009]

ΚΟΝΤΑΞΗΣ Ξ., 2004. *Το κανονιστικό περιεχόμενο των κοινωνικών δικαιωμάτων κατά τη νομολογία του Συμβουλίου της Επικρατείας*. Αθήνα : Εκδόσεις Σάκκουλα

ΚΟΥΤΟΥΖΗΣ Μ, 1999. *Το Σύστημα υγείας, μοντέλα και πρότυπα*. In ΔΙΚΑΙΟΣ Κ. & ΚΟΥΤΟΥΖΗΣ Μ., (eds), *Βασικές Αρχές Διοίκησης, Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

ΚΟΥΡΚΟΥΜΕΛΗΣ Δ., 2006. *Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Δικαίου (ΣΔΙΤ), Οδηγός Πρακτικής Εφαρμογής*, Αθήνα

ΚΥΡΙΑΖΗ, Ν., 1998. *Η κοινωνιολογική έρευνα, κριτική επισκόπηση των μεθόδων και τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικές Επιστημονικές Εκδόσεις.

Λάθη στην έρευνα Μάρκετινγκ : η περίπτωση της έρευνας του SYNC για τους Blogger. Full-text [online] available from <<http://bizwriter.gr/2008/11/29/marketing-research-the-sync-case>> [assessed 24/7/2009]

ΛΑΜΠΑΔΑΡΙΟΣ Κ., 2005. Ο νέος Νόμος 3389/2005 για τις Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα. *Συνήγορος*, 51, pp 14-15

ΛΙΑΡΓΚΟΒΑΣ, Π., 2007. *Ξένες άμεσες επενδύσεις και ανταγωνιστικότητα*. Αθήνα: Παπαζήση

ΜΕΛΑΣ, Κ., 2007. 1981-2006: 25 χρόνια ένταξης της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση – Συμπεράσματα και Αλήθειες – Μέρος 5°. *Monthly Review - Μηνιαία Επιθεώρηση*

[online]. 26. Available from :

<http://www.monthlyreview.gr/antilogos/greek/diktuo/arxeio_sxoliwn/fullstory_html?obj_path=antilogos/docrep/docs/diktuo/20070131_04/gr/html/index&page=1&step=1>
[assessed 24/9/2009]

ΜΠΕΛΛΑΛΗ Θ., 2006. Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο χώρο της υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **23**(3), pp 298-307

ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ Π., 2008. Μετ' εμποδίων η αποκατάσταση των αναπήρων, *Εφημερίδα Καθημερινή*, 9/11/2008

ΜΠΟΥΡΑΝΤΑΣ Δ., 1992. *Μάνατζμεντ : Οργανωτική Θεωρία και Συμπεριφορά*, Αθήνα : Team

ΜΟΥΡΜΟΥΡΗΣ Ι., 2006. *Οικονομική των Μεταφορών : Ανάπτυξη, Επένδυση, Διοίκηση & Εφαρμογές*, Αθήνα : Εκδόσεις Σταμούλης

ΜΥΡΩΝΑΚΗΣ Α., ΛΑΤΣΙΝΟΥ Α., ΣΙΑΜΠΟΥ Α., 2008. *Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα*, Αθήνα : Εκδόσεις Σάκκουλα

ΝΟΜΟΣ 3389/2005, *Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα*, ΦΕΚ 232/Α'/22.9.2005

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ, 2005. *Μελέτη για τις Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα και Δημόσιες Επενδύσεις*. Αθήνα

ΟΚΕ, 2008. *Γνώμη Πρωτοβουλίας με θέμα «Υγεία»*, αριθμός 211, Αθήνα

ΟΚΕ, 2008. *Γνώμη με θέμα «Κατάρτιση της Εθνικής Έκθεσης Στρατηγικής για την Κοινωνική Προστασία και την Κοινωνική Ένταξη 2008-2010»*, **198**(7)

ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Σ., 2005. Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα – Τελευταίες εξελίξεις σε Ε.Ε. και Ελλάδα. *Εν Ολίγοις*, **30**(4), pp. 1-3

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ., 1998. *Μέθοδοι στην Κοινωνιολογική έρευνα*, Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω

ΠΑΠΠΑΣ Θ., 2002., *Η μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας στις ανθρωπιστικές επιστήμες*, Αθήνα : Εκδόσεις Καρδαμίτσα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ – ΚΟΛΛΙΑ Ε., 2008. Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις, *The Journal for open and distance education and educational technology*, **4**(1), Section 1.

Available from http://www.openedu.gr/share/magaz_files/7-new/7-%20Special%20Issue.pdf [assessed 8/6/2009]

ΠΕΤΡΑΚΗΣ Μ., 2006. *Έρευνα Marketing : Η ερευνητική Μεθοδολογία*, Αθήνα : Εκδόσεις Σταμούλης

ΡΟΚΟΣ Κ., 2005. *Εισαγωγή στην τεχνικοοικονομική αξιολόγηση έργων υποδομής*, Αθήνα : Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α. & ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ., 2003. *Health and Health Care in Greece*, Αθήνα : Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. 2002. *Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές Διευκρινίσεις και Διαπιστώσεις για το Σύστημα Υγείας.* In ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. (eds), *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για την Πολιτική Υγείας.* Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση

ΣΟΥΛΗΣ Σ., 1998. *Οικονομικά της Υγείας*, Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση

ΣΤΑΘΗΣ Γ, 2005. *Πληθωρισμός και ανισοκατανομή του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα*, Αθήνα : MediForce

ΤΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ Α.Ε., 2008. *Οδηγός εφαρμογής για το Σχεδιασμό Έργων Κατασκευής Αθλητικών και Πολιτισμικών Δραστηριοτήτων των Δήμων μέσω ΣΔΙΤ*, Αθήνα

ΤΕΧΝΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΕΛΛΑΔΑΣ – ΤΜΗΜΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΚΡΗΤΗΣ, 2005. *Πόρισμα Ο.Ε. με θέμα ΣΔΙΤ - Συγχρηματοδοτούμενα έργα και τις συμβάσεις παραχώρησης, Ηράκλειο Κρήτης.*

ΤΟΜΑΔΑΚΗ Κ., 2006. *Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα : Μη ανταποδοτικά έργα που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα στην Ελλάδα*, Αθήνα : Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ

ΤΟΥΝΤΑΣ Γ., 2003. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέμα αναπτυγμένων χωρών, *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, **20**(1), pp 76-87

ΤΟΥΝΤΑΣ Γ., 2007. Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, **24**(1), pp 48-57

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, 2006. *Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων 2005 - 2008, Έκθεση Εφαρμογής.* [online] Available from: <http://www.mnec.gr/export/sites/mnec/el/economics/Ethniko_Programma_Metarrythmis_ewn_Gia_Thn_Anptyksh_Kai_Thn_Apasxolhsh/Ekthesi_Efarmogis_EPM_15-3-2007.pdf>

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ, 2006. *Ετήσια έκθεση για την Υγεία και τη μακροχρόνια Περίθαλψη.* Αθήνα : ΥΥΚΑ

ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ., 2003. *Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα : Τυποθύτω

ΦΙΛΙΑΣ Β., 1993. *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τεχνικές των κοινωνικών ερευνών.* Αθήνα: Gutenberg.

ΨΑΡΑΥΤΗΣ Χ., 2007. *Μεταφορές, Αρτηρίες ζωής για τα νησιά*, Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση

ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α., ΖΑΜΠΙΤΗΣ Π., ΣΑΝΙΔΑΣ Α., ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ Α., ΑΣΛΑΝΙΔΗΣ Ι., 2007. *Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο*

της Υγείας, *Ιατρικό Βήμα*, [online].107. Available from :
<[http://www.iatrikionline.gr/IB_107/POLITIKH%20YGEIAS sympraxi.pdf](http://www.iatrikionline.gr/IB_107/POLITIKH%20YGEIAS_sympraxi.pdf)>
[assessed 18/3/2009]

Ξένη Βιβλιογραφία και άρθρα

ANDERSEN O.J., 2004. *Public Private Partnerships : organizational hybrids as channels for local mobilization and participation*, Scandinavian Politics Studies

ATUN R. A., FITZPATRICK S., (2005), Advancing Economic Growth: Investing in Health. *Chatman House (The Royal Institute of International Affairs) Conference*, 22-23 June 2005.

ATUN R. A., MCKEE M, (2005), Is the private finance initiative dead?, *BMJ*, 331, pp. 792-793
Available from <<http://bmj.com/cgi/full/331/7520/792>> [assessed 1/9/2008]

HANSEN A., 2008. Hospital Accreditation. *10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας*, 9-12 Οκτ. 2008, Χαλκιδική.

BARROS P., MARTINEZ-GIRALT X., 2008. Contractual design and PPPs for hospitals: lessons for the Portuguese model. *The European Journal of Health Economics* [online]. Available from <<http://ssrn.com/abstract=1128951>> [assessed 20/2/2009]

BAWMAN B., BOWMAN G. & RESCH R., 1984. Humanizing the research interview: A posthumous analysis of LeRoy Bowman's approach to the interview process, *Quality and Quantity*, **18**, pp 159-171

BENNET E, JAMES S, & GROHMANN P, 2000. *Joint venture public private partnerships for urban environmental services*, New York : Public Private Partnership for the Urban Development (PPPUD)

BLANEY H., 2008. *The European PPP Market*, London : Babcock & Brown Ltd

BOWLING, A., 2002. *Research Methods In Health*, London : Open University Press,

BULT-SPIERING M. & DEWULF G., 2006. *Strategic Issues In Public-Private Partnerships : An International Perspective*, Oxford : Blackwell Publishing Ltd. [online] Available from : < <http://books.google.com/books>>

BURGESS, R., 1994, Biting the Hand that Feeds You?. **In** BURGESS, R. (ed.), 1994. *Educational Research and Evaluation for Policy and Practice*. The Falmer Press.

BURNETT M., 2007. *Public Private Partnerships (PPP) – A decision Maker's Guide*. Luxembourg : European Institute of Public Administration

COHEN L. & MANION L., 1992. *Research methods in education*, London : Routledge

COHEN L., MANION L. & MORRISON K., 2007. *Research methods in education*,

London : Routledge. [online]. Available from : < <http://books.google.com/books>>

DAWSON D., 2001. The Private Finance Initiative : A public finance illusion?. *Health Econ*, 10, pp 479-486

DELOITTE, 2006. *Closing the Infrastructure Gap: The Role of Public-Private Partnerships – A Deloitte research study*. UK : Deloitte Development llc

DEPARTMENT OF HEALTH, Press release 98/31, 31/07/1998, London : NHS

DEPARTMENT OF HEALTH, 2004. *General PFI question and answer briefing*. London: NHS. Available in <www.dh.gov.uk/ProcurementAndProposals/PublicPrivatePartnership/PrivateFinanceInitiative/PFIGuidance> [assessed 22/11/2008]

DEPARTMENT OF HEALTH, 2005, *Innovation in the NHS : Local Improvement Finance Trusts*, London: NHS

DIRECTORATE-GENERAL REGIONAL POLICY, 2004. *Resource Book on PPP Case Studies*. Brussels : EUROPEAN COMMISSION. Available from: <http://europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/pppguide.htm> [assessed 2/5/2009]

DIGAETANO A. & STROM E., 2003. Comparative urban governance, *Urban Affairs Review*, **38**(3), pp.356-395.

DLA PIPER, 2009. *European PPP Report*. Available in <www.dlapiper.com>

DUNNIGAN M.G., POLOCK A., 2003. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study, *BMJ*, **326**, pp 905-910

EISNER W., 1991. *The enlightened eye, qualitative inquiry and the enhancement of educational practice*, New York: Mackillan

EUROPEAN COMMISSION DIRECTORATE GENERAL FOR REGIONAL POLICY, 2003. *Guidelines for successful public-private partnerships*. Brussels : European Commission

EUROPEAN COMMISSION DIRECTORATE GENERAL FOR REGIONAL POLICY, 2004. *Resource Book on PPP Case Studies*. Brussels : European Commission [online] Available from : < http://europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/pppguide.htm>

EUROPEAN INVESTMENT BANK, 2006. *The EIB's role in public-private partnerships*

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, 2002. *Policy Brief – The significance of hospitals*, Brussels : WHO European Centre for Health Policy.

FLINDERS, M. 2005. The politics of public-private partnerships, *British Journal of Politics and International Relations*, 7(2), pp.215-39.

GAFFNEY D., POLLOCK A., PRICE D., SHAOUL J., 1999a. NHS capital expenditure and the private finance initiative – expansion or contraction, *BMJ*, 319, pp 48-51

GAFFNEY D., POLLOCK A., PRICE D., SHAOUL J., 1999b. PFI in the NHS. Is there an economic case?. *BMJ*, 319, pp 116-119

GOLDMAN, H. & MOKUVOS, S., 1984. *The privatization Book*, New York : Arthur Young.

GOVERNMENT OF WESTERN AUSTRALIA, DEPARTMENT OF HEALTH, 2007. *Delivering Health Care through Innovation and Reform – Public Private Partnerships*. Sydney

GRIFFITH B., (2000), *Private finance in health care: Why not*. National Health Service Consultant's Association, UK, pp 1-50

GRIMSEY D., LEWIS M., 2004. *Public Private Partnership : The Worldwide revolution in infrastructure provision and project finance*. Cheltenham UK : Edward Elgar

GRIMSEY D., LEWIS M., 2005. *The Economics of Public Private Partnerships*, Cheltenham UK : Elgar Reference Collection

HANCOCK B., 2002. *An introduction to qualitative research*, University of Nottingham, Trent Focus Group

HANSEN A., 2008. Hospital Accreditation. *10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας*, 9-12 Οκτ. 2008, Χαλκιδική.

HAYES L., 2000. Public-Private Partnerships – Addressing Public Health Needs or Corporate Agendas?. *Report on the HAI Europe / BUKO Pharma – Kampagne Seminar*, 3 November 2000 [online]. Available from <<http://www.haiweb.org/campaign/PPI/seminar200011.html>> [assessed 28/11/2008]

HEALY J., MCKEE M., 2002. Implementing change in hospital systems in central and eastern Europe. *Health Policy*, 61(1), pp 1-19.

HM Treasury, (2003), *Value for Money Appraisal Guidance*, London

HM Treasury, (2005), *Value for Money Appraisal Guidance*, London

HODGE G. & GREVE C., 2005. *The challenge of Public Private Partnerships: Learning from International experience*. London : Edward Elgar Publishing Ltd

JEAN-ETIENNE DE BETTIGNIES, ROSS T., 2004. The Economics of Public-Private Partnerships, *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques*, 30(2), pp135 – 154.

JONES J., 2000. The Private finance initiative: Spinning out the defence, *BMJ*, **320**, pp 1460-1461

KANAKOUDIS V, PAPOTIS A., SANOPOYLOS A., GKOYTZIOS V., 2007. Crucial parameters for PPP projects successful planning and implementation. *Real Corp 007 Q to plan is not enough*, Vienna, May 20-23 2007. [online] available from <www.corp.at> [assessed 22/11/2008]

KITWOOD T., 1977. *Values in adolescent life: towards a critical description*, PhD dissertation, School of research in education : University of Bradford

KYVELOU S, KARAISSKOU E., 2006. Urban development through PPPs in the Euro-Mediterranean region, *Management of Environmental Quality: An International Journal*, 17(5), pp. 599-610.

KVALE S., 1996. *Interviews, an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage publications

LINCOLN Y. & GUBA E., 1985. *Naturalistic Inquiry*, Newbury Park : Sage Publications

LINDER, S. H., 1999. Coming to terms with public-private partnership: a grammar of multiple meanings, *The American Behavioural Scientist*, **43**(1), pp. 35-51.

LISTER J., 2005. *Health Policy reform. Driving the wrong way?*, UK : Middlesex University Press.

LISTER J., 2006. Public Private partnerships : The British experience, *Σεμινάριο Νέου Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών*, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

MAREK T., YAMAMOTO C., RUSTER J., 2003. *Private health – Policy and regulatory options of private participation*, Washington : The World Bank Group.

MCKEE M, HEALY J., 2000. The role of the hospital in a changing environment, *Bulletin World Health Organisation*, **78**, pp. 803 - 810

MCKEE M., HEALY J., 2002. *Hospitals in a Changing Europe*, Buckingham : Open University Press.

MCKEE M., Healy J., EDWARDS N. & HARRISON A., 2002. Pressures for change. **In:** MCKEE M. & HEALY J. (eds), 2002. *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham : Open University Press.

MCKEE M., EDWARDS N., ATUN R.A., 2006. Public-Private partnerships for hospitals, *Bulletin of the World Health Organisation*, **84**(11), pp 890-896.

MONTFORT C., 2004, *Public Private Partnerships and management*, P3BI

NIJKAMP P., BURCH M. van der & VINDIGNI G., 2002. A comparative institutional evaluation of public private partnerships in Dutch Urban land use & revitalisation

projects, *Urban Studies*, **39**(10), pp. 1865-1880

NIKOLIC I. & MAIKISCH H., 2006. *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector – An overview with Case studies from recent European experience*. HNP Discussion Paper, Washington : World Bank Publications

NHS Executive, 1999. *Public Private Partnerships in the national health service: the private finance initiative. Good practice overview*, Treasury Taskforce Publications, UK

OECD, 2008. *Public-Private Partnerships in pursuit of risk sharing and value for money*. Paris : OECD Publications. Available from: <www.oecd.org/publishing/>

OECD, 2009. Health Data 2009, version June 2009. Available from: <www.oecd.org/statsportal/>

OSBORNE P., 2000, *Public Private Partnerships : Theory and Practice in international perspective*. London : Routledge

OSBORNE P., 2005, *Public Private Partnerships*, London : Routledge. [online]. Available from : < <http://books.google.com/books>>

PARKER, D., 2003. Privatisation in the European Union. **In:** PARKER, D and SAAL, D (eds), 2003. *International Handbook on Privatisation*, London : Routledge

PETERS B., (1996), *The Future of Governing: Four Emerging Models*, Lawrence: University Press of Kansas

PIERRE, J. & PETERS, B.G., 2000. *Governance, Politics and the State*. London: Macmillan.

PIERRE J., 1997. *Partnerships in Urban Governance: European and American Experience*. London, Macmillan.

POLLOCK A., DUNNIGAN M., GAFFNEY D., McFARLANE A., MAJEED F., 1997. What happens when the private sector plans hospital services for the NHS? Three case studies under the private finance initiative., *BMJ*, **314**, pp 1266-1271.

POLLOCK A, GAFFNEY D., 1998. Capital charges : A tax on the NHS, *BMJ*, **317**, pp.157-158

POLLOCK A., DUNNIGAN N., GAFFNEY D., PRICE D., SHAOUL J., 1999. Planning the “new” NHS : Downsizing for the 21st century”, *BMJ*, **319**, pp 179-184.

POLLOCK A., SHAOUL J., VICKERS N., 2002. Private finance and “value for money” in NHS hospitals: A policy in search of a rationale?, *BMJ*, **324**, pp. 1205-1209

POLLOCK A., 2004. *NHS plc. The privatization of our health care*, UK: Verso

PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2006. *Developing Public Private Partnerships in New Europe*, Europe : PriceWaterHouseCoopers Publication

RICHTER J., 2004. Public Private Partnerships for Health: A trend with no alternatives?. *Development*, **47**(2), pp 43-48

RUBIN J. & RUBIN S., 1995. *Qualitative interviewing, the art of hearing data*, London : Sage

SUNDQUIST, J.L., 1984. Privatization: No Panacea for What Ails Government (chapter 14). **In:** BROOKS, H., LIEBMAN, L. SCHELLING, C.S. (eds.), 1984. *Public-Private Partnership: New Opportunities for Meeting Social Needs*, Cambridge: Ballinger Publishing Company.

SAVITCH, H. V., 1998. The ecology of public-private partnerships: Europe. **In:** Pierre, J. (ed.), 1997. *Partnerships in Urban Governance: European and American Experience*. London, Macmillan.

SMITH R., 1999. PFI: Perfidious financial idiocy., *BMJ*, **319**, pp 2-3

STOKER G., 1997. *Public Private Partnerships and urban governance*, London: Macmillan

TAYLOR R, BLAIR S, 2002. *Public hospitals, Options for reform through public private partnerships*, Washington DC: The World Bank Group. Available from www.worldbank.org/html/fpd/notes

TER – MINASSIAN T., 2004. *Public Private Partnerships*. Washington : International Monetary Fund

THOMPSON C., MCKEE M., 2004. Financing and planning of public and private not- for profit hospitals in the European Union, *Health Policy*, **67**(3), pp. 281-91.

UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE, 2008. *Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnerships*. New York and Geneva : United Nations

WALZER N & JACOBS B, 1998. *Public-private partnerships for local economic development*, Westport : Praeger Publisher

WALZER N. & YORK L., 1998, Public Private Partnerships in US Cities, **In:** WALZER N & JACOBS B, (eds), 1998. *Public-private partnerships for local economic development*, Westport : Praeger Publisher

WEISS, B., 1985. *Public Partnerships: Financing a common wealth*, Government finance research centre of the government finance officers Association

WORLD ECONOMIC FORUM, 2005. *Development-Driven Public-Private Partnerships in Health*. Geneva : World Economic Forum

WHITE B., 2002. *Writing your MBA Dissertation*. London : Continuum

WINCH G., 2002. *Managing Construction Projects*. Oxford : Blackwell

Πηγές πληροφόρησης στο διαδίκτυο

ΕΛΛΑΔΑ

www.arkoumanas.gr

<http://bizwriter.gr/2008/11/29/>

<http://zonafos.net/>

www.mnec.gr

ΥΠΟ.Ο

www.ygeianet.gr

www.ypes.gr

ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α. Ηλεκτρονικό Γραφείο Τύπου

www.yyka.gr

www.sdit.mnec.gr/el/

www.sdit.gr

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΕΓΣΔΙΤ

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

www.europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/ppp_en.pdf

Guidelines for Successful PPP

http://europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/PPPguide.htm

www.eib.europa.eu/publications

http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/european_economy/2003/e303en.pdf.

<http://www.esc.eu.int/eco/143.pdf>

ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Περιοδικό PPP Bulletin: <http://www.pppbulletin.co.uk>

Το PPP Bulletin είναι ένα βρετανικό μηνιαίο ηλεκτρονικό περιοδικό που παρέχει στους συνδρομητές του αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τη νομοθεσία, κανονισμούς, διαδικασίες και προοπτικές στην αγορά αποκλειστικά για τα ΣΔΙΤ.

Περιοδικό Public Private Finance: www.publicprivatefinance.com

Η συγκεκριμένη διεύθυνση παρέχει πρόσβαση στο δικτυακό χώρο του περιοδικού Public Private Finance το οποίο καλύπτει όλα τα θέματα που αφορούν σε ΣΔΙΤ για τη Μεγάλη Βρετανία και την Ευρώπη παρέχοντας νέα, αναλύσεις και ειδικά θέματα σχετικά με επιχειρηματικά νέα, συμφωνίες όλων των εταιρειών που δραστηριοποιούνται στη συγκεκριμένη αγορά και τις πολιτικές που ακολουθούνται.

Υπουργείο Εσωτερικών και Αυτοδιοίκησης: <http://www.local.odpm.gov.uk/pfi/>

Πληροφορίες σχετικά με τα ΣΔΙΤ στην Τοπική Αυτοδιοίκηση από την ιστοσελίδα του Υπουργείου Εσωτερικών και Αυτοδιοίκησης της Μεγάλης Βρετανίας (Department for Communities and Local Government)

www.dh.gov.uk/ProcurementAndProposals/PublicPrivatePartnership/PrivateFinanceInitiative/PFIGuidance

www.competition-regulation.org.uk/wpdl149/wp22.pdf

www.hm-treasury.gov.uk

ΣΚΩΤΙΑ

<http://www.scotland.gov.uk/Topics/Government/Finance/18232/12255>

Πληροφορίες σχετικά με τα ΣΔΙΤ από την ιστοσελίδα της τοπικής αρχής της Σκωτίας (Scottish Executive Public Sector).

ΙΡΛΑΝΔΙΑ

<http://www.ppp.gov.ie/>

Η ιστοσελίδα της Ιρλανδικής Κυβέρνησης αποκλειστικά για τα ΣΔΙΤ η οποία παρέχει συνολική πληροφόρηση για τη χρήση των ΣΔΙΤ στην Ιρλανδία.

<http://www.finance.gov.ie/viewdoc.asp?DocId=-1&CatID=17>

Η άποψη του Ιρλανδικού Υπουργείου Οικονομικών σχετικά με τα ΣΔΙΤ. Παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την πολιτική επί των ΣΔΙΤ, κανονισμούς και άλλα χρήσιμα στοιχεία.

ΤΣΕΧΙΑ

http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/hs.xsl/pub_priv_part_en.html

Πληροφορίες για τη χρήση των ΣΔΙΤ στην Τσεχία από την ιστοσελίδα του Υπουργείου Οικονομικών της Τσεχίας. Επίσης παρέχονται χρήσιμοι σύνδεσμοι για πληροφορίες από άλλες χώρες.

ΛΟΙΠΑ SITES

www.worldbank.org

ιστοσελίδα της Διεθνούς Τράπεζας με πολλές και σημαντικές παραπομπές σε έργα ΣΔΙΤ.

Παράρτημα Ι - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στο πλαίσιο εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας συντάχθηκε το παρόν ερωτηματολόγιο, με σκοπό να διερευνήσει την δυνατότητα εφαρμογής των ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας και συγκεκριμένα στην κατασκευή νοσοκομειακών μονάδων.

Επισημαίνεται ότι τηρείται αυστηρά η ανωνυμία των ερωτηθέντων καθώς ότι οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές.

Σημειώστε με ένα σε κάθε απάντηση της επιλογής σας.

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε:

- α. 20-30
- β. 31-40
- γ. 41-50
- δ. 51 -

3. Επίπεδο σπουδών :

- Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (ΔΕ)
- Τεχνολογική Εκπαίδευση (ΤΕ)
- Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΠΕ)

4. Επαγγελματική εμπειρία :

- Μέχρι 10 έτη
- Άνω των 10 ετών

B. ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Πιστεύετε ότι οι Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) μπορούν να εφαρμοστούν στην Ελλάδα και αν ναι σε ποιο βαθμό ;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

Εάν η απάντησή σας είναι ΝΑΙ, ως ποιο βαθμό θα πρέπει να πραγματοποιηθούν

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Συντήρηση Εγκαταστάσεων | <input type="checkbox"/> | Χρηματοδότηση | <input type="checkbox"/> |
| Υπηρεσίες Υποστήριξης | <input type="checkbox"/> | Κατασκευή | <input type="checkbox"/> |
| IT | <input type="checkbox"/> | Νοσοκομειακή & τεχνική Διαχείριση | <input type="checkbox"/> |
| Ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός | <input type="checkbox"/> | Κλινική Υποστήριξη (Ιατροί & Νοσηλεύτές) | <input type="checkbox"/> |

2. Πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές και οι ιατροί που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία θα δεχθούν ιδιωτική διαχείριση και διοίκηση (management) στα νοσοκομεία;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

Σχόλια

3. Πώς θα σχολιάζατε την ακόλουθη πρόταση : "Οι ΣΔΙΤ θα μπορούσαν να δημιουργήσουν κίνητρα έτσι ώστε τα νοσοκομεία να λειτουργήσουν αποτελεσματικότερα και να έχουν καλύτερες επιδόσεις;"

4. Ποιοι νομίζετε ότι είναι οι κίνδυνοι και τα οφέλη από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας;

Κίνδυνοι

- Θα αυξηθεί το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης
- Όλες οι υπηρεσίες θα καταλήξουν να διοικούνται από τον ιδιωτικό τομέα
- Έλλειψη συνεργασίας μεταξύ δημοσίου – ιδιωτικού τομέα και δεν θα βελτιωθεί το ισχύον σύστημα υγείας
- Άλλος

Οφέλη

- Θα μειώσει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης
- Τα ιδιωτικά διοικούμενα νοσοκομεία θα είναι καλύτερα οργανωμένα
- Δημιουργία κινήτρων για τους γιατρούς και νοσοκόμους να εργαστούν σκληρότερα
- Άλλος

5. Πιστεύετε ότι υπάρχει δυνατότητα μεταβίβασης του κινδύνου ;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

6. Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι η μητέρα των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας. Είναι γνωστό ότι έχει επιτύχει στον τομέα αυτό κυρίως στηριζόμενο στην εφαρμογή του μοντέλου PFI (Private Finance Initiative). Πιστεύετε ότι το μοντέλο PFI (Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης) θα μπορούσε να είναι η βασική μορφή ΣΔΙΤ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας ;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

Σχόλια

7. Ποιες νομίζετε ότι θα είναι οι οικονομικές επιπτώσεις για τον τομέα της δημόσιας υγείας;

(για παράδειγμα: αύξηση / μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, κίνδυνος να μην πληρώνουν υπηρεσίες ανάθεσης (outsourcing), τα ζητήματα διαφάνειας, την ισότητα στην κατανομή χρημάτων κλπ;

8. Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας θα πρέπει να γίνεται μέσω του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών (όπως σήμερα) ή μια ανεξάρτητη αρχή / υπηρεσία θα πρέπει να δημιουργηθεί στο ΕΣΥ η οποία θα ασχολείται αποκλειστικά με την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, όπως ισχύει στην Πορτογαλία ;

- Υπουργείο Οικονομίας
- Υπουργείο Υγείας
- Άλλος

9. Πιστεύετε ότι ενδιαφέρει τον ιδιωτικό τομέα η εφαρμογή των ΣΔΙΤ ως μια βιώσιμη επιχειρηματική ευκαιρία;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ



01002322209050016



3509Ξ

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟΞ

Αρ. Φύλλου 232Ξ

22 Σεπτεμβρίου 2005

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3389Ξ

Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα.ά

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:Ξ

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΑΞ
ΕΝΝΟΙΑ - ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣΞ**

Άρθρο 1Ξ

Έννοια σύμπραξης δημοσίου και ιδιωτικού τομέαΞ

1. Έννοια ΣυμπράξεωνΞ
Για τους σκοπούς του νόμου αυτού "Δημόσιοι Φορείς"Ξ
νοούνται οι ακόλουθοι:Ξ

(α) το Δημόσιο, Ξ
(β) οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης,Ξ
(γ) τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου,Ξ
(δ) οι ανώνυμες εταιρείες των οποίων το σύνολο του με-Ξ
τοχικού κεφαλαίου ανήκει στους ανωτέρω υπό (α) έως (γ)Ξ
φορείς ή σε άλλη ή άλλες ανώνυμες εταιρείες που υπά-Ξ
γονται στην παρούσα περίπτωση.Ξ

2. Οι ανωτέρω Δημόσιοι Φορείς μπορούν σε τομείς τηςΞ
αρμοδιότητάς τους να συνάπτουν έγγραφες συμβάσειςΞ
συνεργασίας από επαχθή αιτία ("Συμβάσεις Σύμπραξης")Ξ
με νομικά πρόσωπα του ιδιωτικού τομέα ("Ιδιωτικοί Φο-Ξ
ρείς") για την εκτέλεση έργων ή και την παροχή υπηρε-Ξ
σιών ("Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα" ή "Συ-Ξ
μπράξεις").Ξ

3. Παρεπόμενα ΣύμφωναΞ

Συμβάσεις στις οποίες συμβάλλονται Δημόσιοι ΦορείςΞ
με τρίτους ή και Ιδιωτικοί Φορείς με τρίτους και αποτε-Ξ
λούν παρεπόμενα σύμφωνα Συμβάσεων Σύμπραξης ή συ-Ξ
νάπτονται σε εκτέλεση Συμβάσεων Σύμπραξης ("Παρε-Ξ
πόμενα Σύμφωνα"), υπάγονται στις διατάξεις του νόμουΞ
αυτού, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρα-Ξ
γράφου 1 του άρθρου 2 ή της παραγράφου 2 του ίδιου άρ-Ξ
θρου για τις εν λόγω Συμβάσεις Σύμπραξης.Ξ

4. Εταιρεία Ειδικού Σκοπού Ξ

Στις Συμβάσεις Σύμπραξης ή τα Παρεπόμενα ΣύμφωναΞ
των παραγράφων 2 και 3, οι Ιδιωτικοί Φορείς συμβάλλο-Ξ
νται μέσω ανωνύμων εταιρειών ειδικού σκοπού που συν-Ξ
στώνται από αυτούς αποκλειστικά και μόνο για τους σκο-Ξ
πούς της Σύμπραξης ("Εταιρεία Ειδικού Σκοπού") πουΞ
εδρεύουν στην Ελλάδα και λειτουργούν σύμφωνα με τιςΞ

διατάξεις του κ.ν. 2190/1920. Μέτοχοι Εταιρείας ΕιδικούΞ
Σκοπού δύνανται να είναι μόνο οι Ιδιωτικοί Φορείς κατάΞ
την έννοια του νόμου αυτού, καθώς επίσης και τρίτοι πουΞ
δύνανται να αποκτήσουν μετοχές σύμφωνα με τις ειδικέςΞ
προβλέψεις του ίδιου νόμου, το καταστατικό της Εταιρεί-Ξ
ας και τυχόν ειδικές προβλέψεις της Σύμβασης Σύμπρα-Ξ
ξης, εξαιρουμένων των φορέων της παραγράφου 1 τουΞ
παρόντος άρθρου.Ξ

**Άρθρο 2Ξ
Πεδίο εφαρμογήςΞ**

1. Οι Συμπράξεις μπορούν να υπάγονται στις διατάξειςΞ
του νόμου αυτού, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στην πα-Ξ
ράγραφο 3 του άρθρου 4, εφόσον πληρούν σωρευτικά τιςΞ
κατωτέρω προϋποθέσεις:Ξ

(α) έχουν ως αντικείμενο την εκτέλεση έργων ή και τηνΞ
παροχή υπηρεσιών που ανήκουν στην αρμοδιότητα τωνΞ
Δημόσιων Φορέων με βάση διάταξη νόμου ή σύμβαση ήΞ
το καταστατικό τους, Ξ

(β) προβλέπουν ότι οι Ιδιωτικοί Φορείς, έναντι ανταλ-Ξ
λάγματος που καταβάλλεται εφάπαξ ή τμηματικά απόΞ
τους Δημόσιους Φορείς ή τους τελικούς χρήστες των έρ-Ξ
γων ή υπηρεσιών αυτών, αναλαμβάνουν ουσιώδες μέροςΞ
των κινδύνων που συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τηνΞ
κατασκευή, τη διαθεσιμότητα ή τη ζήτηση του αντικειμέ-Ξ
νου της Σύμπραξης και των συναφών κινδύνων όπως, εν-Ξ
δεικτικά, το διαχειριστικό και τον τεχνικό κίνδυνο, Ξ

(γ) προβλέπουν ότι η χρηματοδότηση, εν όλω ή εν μέρει,Ξ
της κατασκευής των έργων ή της παροχής των υπηρεσιώνΞ
θα γίνει με κεφάλαια και πόρους που εξασφαλίζουν οιΞ
Ιδιωτικοί Φορείς και Ξ

(δ) το συνολικό συμβατικό προϋπολογιζόμενο κόστοςΞ
της υλοποίησης του αντικειμένου της Σύμπραξης δενΞ
υπερβαίνει το ποσό των διακοσίων εκατομμυρίων ευρώΞ
χωρίς συνυπολογισμό του αναλογούντος Φόρου Προστι-Ξ
θέμενης Αξίας. Ξ

2. Με ομόφωνη απόφαση της Διυπουργικής ΕπιτροπήςΞ
των Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα του άρ-Ξ
θρου 3 είναι δυνατή, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, η υπα-Ξ
γωγή Συμπράξεων στις διατάξεις του νόμου αυτού χωρίςΞ
να συντρέχει μία ή περισσότερες από τις προϋποθέσειςΞ
των εδαφίων (β) έως και (δ) της παραγράφου 1. Ξ

3. Δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο Σύμπρα-Ξ
ξης οι δραστηριότητες που κατά το Σύνταγμα ανήκουνΞ
άμεσα και αποκλειστικά στο Κράτος και ιδίως η εθνικήΞ

άμυνα, η αστυνόμευση, η απονομή της δικαιοσύνης και η εκτέλεση των ποινών που επιβάλλονται από τα αρμόδια δικαστήρια. Ξ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' Ξ

ΔΙΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ Ξ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ Ξ

Άρθρο 3Ξ

Διυπουργική Επιτροπή Ξ

Συνοστάται Διυπουργική Επιτροπή Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα ("Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ."). Η Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ. αποτελείται από τον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών, τον Υπουργό Ανάπτυξης και τον Υπουργό Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων, ως τακτικά μέλη και τον Υπουργό ή τους Υπουργούς που εποπτεύουν καθένα από τους Δημόσιους Φορείς, οι οποίοι προβλέπεται να συμμετάσχουν στη Σύμπραξη ή και να συμβληθούν στη Σύμβαση Σύμπραξης ή και στα Παρεπόμενα Σύμφωνά, ως έκτακτα μέλη. Ο Υπουργός Οικονομίας και Οικονομικών προεδρεύει της Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ., εποπτεύει το έργο της και έχει την ευθύνη της υποβολής των σχετικών εισηγήσεων προς αυτή. Η Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ. αποφασίζει κατόπιν εισηγήσεων της Ειδικής Γραμματείας Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα, σύμφωνα με τα ειδικώς προβλεπόμενα στα εδάφια (αα) έως (στστ) της παραγράφου 2 του άρθρου 4. Ξ

Η λειτουργία της Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ. διέπεται από τις διατάξεις του ν. 15 8/1985 (ΦΕΚ 137 Α). Η Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ. εξειδικεύει την κυβερνητική πολιτική για την εκτέλεση έργων και την παροχή υπηρεσιών με τη συμμετοχή ιδιωτικών κεφαλαίων. Ξ

Με αποφάσεις της η Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ.: Ξ

(α) εγκρίνει την υπαγωγή Συμπράξεων στις διατάξεις του νόμου αυτού ή ανακαλεί τέτοιες εγκρίσεις, σύμφωνα με την παράγραφο 3 του άρθρου 5, Ξ

(β) αποφασίζει την ένταξη στο Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων του καταβλητέου στους Ιδιωτικούς Φορείς συμβατικού ανταλλάγματος, Ξ

(γ) αποφασίζει για τη συμμετοχή ή μη του Δημοσίου στη χρηματοδότηση της κατασκευής των έργων ή της παροχής των υπηρεσιών που αποτελούν το αντικείμενο της Σύμπραξης, Ξ

(δ) λαμβάνει κάθε άλλη συναφή απόφαση. Ξ

Άρθρο 4Ξ

Ειδική Γραμματεία Ξ

1. Σύσταση και αρμοδιότητες Ξ

Στο Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών συσταται Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα ("Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ.") με σκοπό την επικουρία της Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ. και των Δημοσίων Φορέων. Έργο της Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. είναι: Ξ

(α) ο εντοπισμός των έργων ή υπηρεσιών που μπορούν να εκτελεσθούν ή να παρασχεθούν μέσω Συμπράξεων και να υπαχθούν στις διατάξεις του νόμου αυτού σύμφωνα με την παράγραφο 2, Ξ

(β) η εν γένει προώθηση της εκτέλεσης έργων ή της παροχής υπηρεσιών μέσω του θεσμού των Συμπράξεων, Ξ

(γ) η διευκόλυνση και υποστήριξη των Δημοσίων Φορέων στα πλαίσια των Διαδικασιών Ανάθεσης, όπως αυτές ορίζονται στο άρθρο 8 του παρόντος, για την επιλογή των Ιδιωτικών Φορέων που θα αναλάβουν την εκτέλεση των

έργων ή την παροχή υπηρεσιών στα πλαίσια Συμπράξεων. Ξ

(δ) η παρακολούθηση της υλοποίησης των Συμβάσεων Σύμπραξης και των Παρεπόμενων Συμφώνων, η τακτική ενημέρωση της Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ. και η επεξεργασία και υποβολή εισηγήσεων για την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων και Ξ

(ε) η σύνταξη επίσημης έκθεσης και η παρουσίασή της στην αρμόδια Επιτροπή της Βουλής. Ξ

2. Γενικές αρμοδιότητες Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. Ξ

Για την πραγματοποίηση των σκοπών της, η Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. μπορεί: Ξ

(α) να ζητά και να λαμβάνει στοιχεία σχετικά με έργα ή υπηρεσίες την εκτέλεση ή παροχή των οποίων προωθούν ή σχεδιάζουν Δημόσιοι Φορείς, Ξ

(β) να ζητά και να λαμβάνει από οποιοδήποτε Δημόσιο ή Ιδιωτικό Φορέα κάθε πληροφορία ή στοιχείο που απαιτείται για να διαγνωσθεί εάν η εκτέλεση ενός έργου ή η παροχή μιας υπηρεσίας μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της Σύμπραξης Δημοσίων και Ιδιωτικών Φορέων σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού, Ξ

(γ) να επεξεργάζεται τα στοιχεία που λαμβάνει από επαγγελματικούς και επιχειρηματικούς φορείς όπως, ενδεικτικά, από την Ελληνική Ένωση Τραπεζών, το Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος, το Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδος και το Σύνδεσμο Εργοληπτικών Εταιρειών, Ξ

(δ) να μελετά ολοκληρωμένες προτάσεις που επεξεργάζονται Δημόσιοι ή Ιδιωτικοί Φορείς για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών ή να καλεί Δημόσιους ή Ιδιωτικούς Φορείς να επεξεργασθούν τέτοιες προτάσεις και να παρέχει σε αυτούς κάθε εύλογη συνδρομή, Ξ

(ε) σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών αλλά και τις αρμόδιες υπηρεσίες των εμπλεκόμενων Δημοσίων Φορέων, να παρακολουθεί το σύνολο των οικονομικών υποχρεώσεων που αναλαμβάνουν οι Δημόσιοι Φορείς, ιδιαίτερα τη μελλοντική επιβάρυνση που προκύπτει ή μπορεί να προκύψει για το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων από τις πληρωμές που διενεργούνται για Συμπράξεις που υπαχθεί στις διατάξεις του νόμου αυτού, Ξ

(στ) να συντάσσει και να διανέμει έντυπο υλικό με πληροφορίες και οδηγίες σχετικά με τις Συμπράξεις και τους σκοπούς που αυτές εξυπηρετούν, τις διεθνώς διαδεδομένες μεθόδους εφαρμογής τους και τις διατάξεις του νόμου αυτού, Ξ

(ζ) να τυποποιεί έγγραφα που μπορούν να χρησιμοποιούνται για τις ανάγκες των Διαδικασιών Ανάθεσης, όπως αυτές ορίζονται στο άρθρο 8, Ξ

(η) να τυποποιεί κάθε είδους Συμβάσεις Σύμπραξης ή Παρεπόμενα Σύμφωνά προς το σκοπό της διευκόλυνσης των Δημοσίων και Ιδιωτικών Φορέων στη διαμόρφωση των όρων των Συμβάσεων Σύμπραξης, Ξ

(θ) να υποβάλλει στη Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ. προτάσεις για τη βελτίωση του νομοθετικού πλαισίου των Συμπράξεων, Ξ

(ι) να συντονίζει την εκπόνηση μελετών και την εν γένει παροχή υποβοηθητικών του έργου της υπηρεσιών σε πρόσωπα που προσλαμβάνονται σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 4 του άρθρου 6. Ξ

Με βάση τις ανωτέρω υπό (α) έως και (ι) αρμοδιότητες που της παρέχονται συγκεντρώνει τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για να κριθεί ποια έργα ή υπηρεσίες μπορούν να υλοποιηθούν μέσω Συμπράξεων και αξιολογεί τις οικονομικές και τεχνικές παραμέτρους, καθώς και Ξ

τα νομικά και άλλα προβλήματα που συνδέονται με αυτά. Ξ
Στη συνέχεια η Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. καταρτίζει μη δεσμευτικό κα- Ξ
τάλογο έργων και υπηρεσιών ("Κατάλογος Προτεινόμε- Ξ
νων Συμπράξεων") που μπορούν να υλοποιηθούν μέσω Ξ
Συμπράξεων και να υπαχθούν στις διατάξεις του νόμου Ξ
αυτού. Για κάθε έργο ή υπηρεσία που περιλαμβάνεται Ξ
στον Κατάλογο Προτεινόμενων Συμπράξεων, η Ξ
Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. συντάσσει συνοπτική αιτιολογική έκθεση που Ξ
παρουσιάζει: Ξ

αα) τους χρηματοοικονομικούς, τεχνικούς, κοινωνικο- Ξ
οικονομικούς και νομικούς λόγους για τους οποίους η Ξ
εκτέλεση των συγκεκριμένων έργων ή η παροχή των συ- Ξ
γκεκριμένων υπηρεσιών κρίνεται σκόπιμο να υλοποιηθεί Ξ
μέσω Σύμπραξης, Ξ

ββ) τα κριτήρια που έλαβε υπόψη της για την επιλογή Ξ
των συγκεκριμένων έργων ή υπηρεσιών που έχουν περι- Ξ
ληφθεί στον Κατάλογο Προτεινόμενων Συμπράξεων, Ξ

γγ) τις ενέργειες στις οποίες έχει ενδεχομένως προβεί Ξ
ο εμπλεκόμενος κάθε φορά Δημόσιος Φορέας για τις ανά- Ξ
γκες της προετοιμασίας της ανάθεσης των σχετικών Συμ- Ξ
βάσεων όπως, ενδεικτικά, πρόσληψη χρηματοοικονομι- Ξ
κών, τεχνικών και νομικών συμβούλων, διενέργεια προμε- Ξ
λετών και σύνταξη σχεδίων συμβάσεων, Ξ

δδ) τη μορφή της προτεινόμενης Διαδικασίας Ανάθε- Ξ
σης, όπως αυτή ορίζεται στο άρθρο 8, που είναι σκόπιμο Ξ
να εφαρμοσθεί, καθώς και τους Δημόσιους Φορείς που Ξ
ενεργούν ως αναθέτουσα αρχή, Ξ

εε) ενδεικτικό χρονοδιάγραμμα της Διαδικασίας Ανά- Ξ
θεσης, Ξ

στστ) αναφορά του ενδεικτικού προϋπολογισμού του Ξ
αντικειμένου της Σύμβασης Σύμπραξης και, ενδεχομέ- Ξ
ως, των Παρεπόμενων Συμφώνων. Ξ

3. Αίτηση Υπαγωγής και Απόφαση Υπαγωγής Ξ

Η Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. γνωστοποιεί, στους κατά περίπτωση αρ- Ξ
μόδιους Δημόσιους Φορείς, την ένταξη έργων ή υπηρε- Ξ
σιών της αρμοδιότητάς τους στον Κατάλογο Προτεινόμε- Ξ
νων Συμπράξεων και καλεί αυτούς μέσα σε αποκλειστική Ξ
προθεσμία δύο μηνών από τη λήψη της σχετικής ειδοποι- Ξ
ησης, να υποβάλουν αίτηση στη Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ. για την υπα- Ξ
γωγή της συγκεκριμένης Σύμπραξης στις διατάξεις του Ξ
νόμου αυτού ("Αίτηση Υπαγωγής"). Ξ

Αν στη Σύμβαση Σύμπραξης που έχει περιληφθεί στον Ξ
Κατάλογο Προτεινόμενων Συμπράξεων συμμετέχουν η Ξ
συμβάλλουν περισσότεροι του ενός Δημόσιοι Φορείς, η Ξ
Αίτηση Υπαγωγής πρέπει να υπογράφεται από εξουσιο- Ξ
δοτημένους εκπροσώπους όλων των εμπλεκόμενων Δη- Ξ
μόσιων Φορέων. Η Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ., μέσα σε δύο μήνες από τη Ξ
διαβίβαση σε αυτή των Αιτήσεων Υπαγωγής, εκδίδει από- Ξ
φαση ("Απόφαση Υπαγωγής") με την οποία εγκρίνει ή Ξ
απορρίπτει, εν όλω ή εν μέρει, τις Αιτήσεις Υπαγωγής. Ξ

4. Αναμόρφωση Καταλόγου Προτεινόμενων Συμπρά- Ξ ξεων Ξ

Η Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. συμπληρώνει και αναμορφώνει τον Κατά- Ξ
λογο Προτεινόμενων Συμπράξεων ανά εξάμηνο χωρίς να Ξ
αποκλείεται η έκτακτη μεταβολή του από νέες προτάσεις Ξ
Συμπράξεων που κρίνονται ώριμες ή υποβάλλονται προς Ξ
κρίση μετά την τακτική έκδοσή του. Ξ

Άρθρο 5

Συνέπειες Απόφασης Υπαγωγής Ξ

1. Μετά την εγκριτική Απόφαση Υπαγωγής η Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. Ξ
αναλαμβάνει το συντονισμό των Διαδικασιών Ανάθεσης, Ξ
όπως αυτές ορίζονται στο άρθρο 8, για την επιλογή του Ξ
Ιδιωτικού Φορέα που θα συμμετάσχει στη Σύμπραξη. Ξ

2. Υποχρεώσεις Δημόσιων Φορέων Ξ

Οι Δημόσιοι Φορείς που έχουν υπαχθεί στις διατάξεις Ξ
του νόμου αυτού υποχρεούνται: Ξ

(α) να ακολουθούν τις υποδείξεις της Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. ως Ξ
προς τη Διαδικασία Ανάθεσης που θα ακολουθηθεί για Ξ
την επιλογή του Ιδιωτικού Φορέα που θα συμμετάσχει στη Ξ
Σύμπραξη, Ξ

(β) να επεξεργάζονται κάθε κείμενο που σχετίζεται με τη Ξ
Διαδικασία Ανάθεσης, περιλαμβανομένων και των τευχών Ξ
δημοπράτησης, όπως η προκήρυξη, η ειδική και η τεχνική Ξ
συγγραφή υποχρεώσεων, η πρόσκληση υποβολής Προ- Ξ
σφορών και το Σχέδιο Σύμβασης, σύμφωνα με τις οδη- Ξ
γίες, τις τροποποιήσεις και αλλαγές που εισηγείται η Ξ
Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. στην οποία και κοινοποιούνται πριν από τη Ξ
διανομή ή τη δημοσίευση όλα τα κείμενα και η αλληλο- Ξ
γραφία που αφορούν στη Διαδικασία Ανάθεσης, Ξ

(γ) να μεριμνούν για την συμμετοχή εκπροσώπου της Ξ
Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. στις επιτροπές αξιολόγησης ή και σε άλλα όρ- Ξ
γανα που συνιστώνται στα πλαίσια της Διαδικασίας Ανά- Ξ
θεσης για την επιλογή του Ιδιωτικού Φορέα που θα συμ- Ξ
μετάσχει στη Σύμπραξη. Ξ

3. Ανάκληση Απόφασης Υπαγωγής Ξ

Σε περίπτωση που οι εμπλεκόμενοι Δημόσιοι Φορείς Ξ
δεν συμμορφώνονται με τις διατάξεις της παραγράφου 2 Ξ
του άρθρου αυτού, η Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ., είτε πριν είτε κατά τη Ξ
διάρκεια της Διαδικασίας Ανάθεσης, δύναται να ανακαλέ- Ξ
σει την Απόφαση Υπαγωγής. Ξ

Άρθρο 6 Ξ

Διατάξεις για την Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. Ξ

1. Στελέχωση Ξ

(α) Με κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Ξ
Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών ορίζεται Ειδικός Ξ
Γραμματέας Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα. Ξ

(β) Με απόφαση του Υπουργού Οικονομίας και Οικονο- Ξ
μικών ύστερα από πρόσκληση για εκδήλωση ενδιαφέρο- Ξ
ντος, προσλαμβάνεται Διευθυντής στην Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ., με Ξ
σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου Ξ
πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Ξ

(γ) Το λοιπό προσωπικό της Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. είτε στελεχώνε- Ξ
ται μέσω της σύναψης συμβάσεων παροχής ανεξάρτη- Ξ
των υπηρεσιών ή έργου κατόπιν σχετικής απόφασης του Ξ
Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών είτε αποσπάται Ξ
στην Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στην πα- Ξ
ράγραφο 5. Ξ

2. Προσόντα και εμπειρία στελεχών Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. Ξ

Τα στελέχη της Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. πρέπει να καλύπτουν ευρύ Ξ
φάσμα γνωστικών αντικειμένων και να διαθέτουν κύρος Ξ
και εκτενή εμπειρία στους τομείς της ιδιαίτερης εξειδί- Ξ
κευτής τους, ιδίως να διαθέτουν εμπειρία: Ξ

(α) σε θέματα τεχνικών χρηματοδότησης, Ξ

(β) στην κατάρτιση, επεξεργασία, ανάλυση και αξιολο- Ξ
γηση χρηματοοικονομικών υποδειγμάτων, Ξ

(γ) σε νομικά θέματα όπως σύνταξη τευχών δημοπρά- Ξ
τησης, νομική υποστήριξη κατά τη διενέργεια δημόσιων Ξ
διαγωνισμών, σύνταξη και διαπραγμάτευση συμβάσεων Ξ
περιλαμβανομένων και συμβάσεων παραχώρησης, χρη- Ξ
ματοδοτικών, δανειακών και λοιπών συμβάσεων που είναι Ξ
απαραίτητες για την εξασφάλιση της απαιτούμενης χρη- Ξ
ματοδότησης, Ξ

(δ) σε τεχνικά, ασφαλιστικά, φορολογικά και λογιστικά Ξ
ζητήματα και Ξ

(ε) σε θέματα μελέτης, κατασκευής, λειτουργίας και συντήρησης έργων καθώς και κατάρτισης προδιαγραφών. Ξ

3. Ασυμβίβαστα Ξ

Τα στελέχη της Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και δεν επιτρέπεται κατά το χρονικό διάστημα παροχής των υπηρεσιών τους στην Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ.: Ξ

(α) να ασκούν άλλη επαγγελματική δραστηριότητα με αμοιβή ή Ξ

(β) να συμμετέχουν στην ίδρυση ή στο μετοχικό κεφάλαιο ή σε διοικητικό όργανο Ιδιωτικού Φορέα που συμμετέχει σε Σύμβαση ή σε σχετική Διαδικασία Ανάθεσης όπως ορίζεται στο άρθρο 8 ή Ξ

(γ) να συμμετέχουν στην ίδρυση ή στο μετοχικό κεφάλαιο ή σε διοικητικό όργανο εταιρείας συνδεδεμένης, κατά την έννοια του άρθρου 42ε του κ.ν. 2190/1920, με τους Φορείς του προηγούμενου εδαφίου. Ξ

Αν παραβιασθούν οι ανωτέρω απαγορεύσεις και ανεξαρτήτως των λοιπών κυρώσεων, το όργανο που διόρισε τον παραβάτη, δύναται να ανακαλέσει το διορισμό του. Ξ

Ειδικά για τις περιπτώσεις (β) και (γ) η απαγόρευση ισχύει και για χρονικό διάστημα έξι μηνών μετά τη λήξη της παροχής υπηρεσιών τους στην Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. Ξ

4. Πρόσληψη συμβούλων και προσώπων ειδικών προσόντων Ξ

Με απόφαση της Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ. που λαμβάνεται κατόπιν αιτιολογημένης εισήγησης της Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. μπορεί να συστάσσονται συμβάσεις παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών ή έργου με χρηματοοικονομικούς, τεχνικούς, φορολογικούς, νομικούς, ασφαλιστικούς ή και άλλους συμβούλους, καθώς και με ειδικούς επιστημονικούς συνεργάτες και εμπειρογνώμονες, οι οποίοι θα είναι φυσικά ή νομικά πρόσωπα εγνωσμένου κύρους και εξειδικευμένης εμπειρίας σε έργα αντίστοιχα με εκείνα για τα οποία καλούνται να παράσχουν τις υπηρεσίες τους. Ξ

Με όμοια απόφαση καθορίζονται οι υπηρεσίες που οι ανωτέρω σύμβουλοι και πρόσωπα ειδικών προσόντων παρέχουν, καθώς και η αμοιβή τους. Ξ

5. Αποσπάσεις Ξ

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημοσίων Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομίας και Οικονομικών, καθώς και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού μπορεί να αποσπώνται στην Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ., κατά παρέκκλιση των περί αποσπάσεων διατάξεων, υπάλληλοι υπηρεσιών και εποπτευόμενων από αυτά φορέων. Η δαπάνη μισθοδοσίας των υπαλλήλων αυτών, για το χρόνο απόσπασής τους, βαρύνει τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών. Ξ

6. Περαιτέρω εξειδίκευση θεμάτων Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. Ξ

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημοσίων Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομίας και Οικονομικών μπορεί να ρυθμίζονται ειδικότερα θέματα της Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ, να εξειδικεύονται περαιτέρω οι αρμοδιότητες της Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ, ο τρόπος και η διαδικασία άσκησης τους, η οργάνωση και η λειτουργία της, η γραμματειακή της υποστήριξη, καθώς και κάθε άλλο σχετικό θέμα. Ξ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ Ξ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΝΑΘΕΣΗΣ Ξ

Άρθρο 7 Ξ

Διατάξεις που εφαρμόζονται στις Διαδικασίες Ανάθεσης Ξ

Στις Διαδικασίες Ανάθεσης για την επιλογή του Ιδιωτικού Φορέα που θα αναλάβει την εκτέλεση του έργου ή την

παροχή της υπηρεσίας με Σύμβαση Σύμπραξης, που έχει υπαχθεί στις διατάξεις του νόμου αυτού, έχουν εφαρμογή οι διατάξεις των άρθρων 9 έως 16. Ξ

Άρθρο 8 Ξ Ορισμοί Ξ

Κατά την εφαρμογή των άρθρων 9 έως 16 του νόμου αυτού, οι κατωτέρω όροι έχουν την εξής έννοια: Ξ

"Αναθέτουσα Αρχή" νοείται ο Δημόσιος Φορέας που αναφέρεται στην παράγραφο 1 του άρθρου 1 ο οποίος προκηρύσσει διαγωνισμό για την επιλογή Ιδιωτικού Φορέα με τον οποίο θα συνάψει Σύμβαση Σύμπραξης για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών. Ξ

"Διαδικασίες Ανάθεσης" νοούνται οι διαδικασίες που ακολουθούνται από τις Αναθέτουσες Αρχές για την επιλογή Ιδιωτικού Φορέα ο οποίος θα αναλάβει την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών με Σύμβαση Σύμπραξης Έργου ή Υπηρεσιών. Οι Διαδικασίες Ανάθεσης περιλαμβάνουν τη Διαδικασία Ανοικτού Τύπου, Κλειστού Τύπου, Ανταγωνιστικού Διαλόγου και Διαπραγμάτευσης. Ξ

"Διαδικασίες Ανοικτού Τύπου" νοούνται οι διαδικασίες στο πλαίσιο των οποίων κάθε ενδιαφερόμενος Ιδιωτικός Φορέας μπορεί να υποβάλει Προσφορά εφόσον συγκεντρώνει τα προσόντα και τις ικανότητες που προβλέπει η Προκήρυξη. Ξ

"Διαδικασίες Κλειστού Τύπου" νοούνται οι διαδικασίες στις οποίες κάθε Ιδιωτικός Φορέας μπορεί να ζητήσει να συμμετάσχει, προσφορά όμως μπορούν να υποβάλουν από αυτούς εκείνοι μόνον οι Ιδιωτικοί Φορείς που έχουν προσκληθεί από την Αναθέτουσα Αρχή. Ξ

"Διαδικασίες Ανταγωνιστικού Διαλόγου" νοούνται οι διαδικασίες στα πλαίσια των οποίων: Ξ

- κάθε Ιδιωτικός Φορέας μπορεί να ζητήσει να συμμετάσχει, Ξ

- η Αναθέτουσα Αρχή διεξάγει διάλογο με τους υποψήφιους που έχουν επιλεγεί για να εντοπίσει την προσφορότερη ή τις προσφορότερες λύση ή λύσεις για την ικανοποίηση των αναγκών της, και Ξ

- οι υποψήφιοι καλούνται να υποβάλουν προσφορά με βάση τις λύσεις που κρίθηκαν προσφορότερες. Ξ

"Διαδικασίες Διαπραγμάτευσης" νοούνται οι διαδικασίες κατά τις οποίες οι Αναθέτουσες Αρχές διαβουλεύονται με τους Ιδιωτικούς Φορείς της επιλογής τους και διαπραγματεύονται απευθείας τους όρους των Συμβάσεων που θα συναφθούν με έναν ή περισσότερους από αυτούς. Ξ

"Έργο" νοείται το αποτέλεσμα ενός συνόλου οικοδομικών εργασιών ή εργασιών πολιτικού μηχανικού που προορίζεται να πληροί αυτό καθαυτό μια οικονομική ή τεχνική λειτουργία. Ξ

"Ιδιαίτερα Πολύπλοκη Σύμβαση" νοείται κάθε σύμβαση της οποίας οι βασικές παράμετροι (τεχνικές, χρηματοοικονομικές, λειτουργικές, νομικές και άλλες) δεν μπορούν αντικειμενικά να προσδιορισθούν εξαρχής από την Αναθέτουσα Αρχή. Ξ

"Μικτή Σύμβαση" νοείται κάθε σύμβαση της οποίας το αντικείμενο δεν αφορά αποκλειστικά την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών αλλά περιλαμβάνει στοιχεία και από τις δύο προαναφερόμενες δραστηριότητες. Ξ

"Προκήρυξη" ή "Προκήρυξη Διαγωνισμού" νοείται το έγγραφο με το οποίο η Αναθέτουσα Αρχή: Ξ

- καθορίζει τη μορφή και τα επί μέρους στάδια της Διαδικασίας Ανάθεσης, Ξ

- περιγράφει το αντικείμενο της σύμβασης που προτίθεται να αναθέσει και, ενδεχομένως, συγκεκριμένους ουσιώδεις όρους αυτής, Ξ

- περιγράφει το εκτιμώμενο συμβατικό αντάλλαγμα ή το εκτιμώμενο αντίτιμο παροχής υπηρεσιών, εφόσον είναι αντικειμενικά δυνατός ο προσδιορισμός τους, Ξ

- αναφέρει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της Αναθέτουσας Αρχής και τις τυχόν ειδικές ρυθμίσεις και δικαιώματα των οποίων μπορεί να κάνει χρήση, όπως δικαιώματα περιορισμού Υποψηφίων, δικαίωμα να ζητά διευκρινίσεις και συμπληρώσεις, Ξ

- αναφέρει τις εφαρμοστέες στη Διαδικασία Ανάθεσης νομοθετικές διατάξεις, Ξ

- καθορίζει τα προσόντα και τις ικανότητες που πρέπει να συγκεντρώνουν οι Υποψήφιοι και Ξ

- προσδιορίζει τους άλλους λοιπούς όρους που θα ισχύσουν κατά τη Διαδικασία Ανάθεσης, καθώς και τα παραρτήματα αυτού. Ξ

"Προσφέρων" νοείται κάθε Ιδιωτικός Φορέας που έχει υποβάλει Προσφορά στο πλαίσιο Διαδικασίας Ανάθεσης. Προσφέρων μπορεί να είναι κάθε κατ' επάγγελμα εργολήπτης ή πάροχος υπηρεσιών και κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο με αντικείμενο δραστηριότητας που περιλαμβάνει το αντικείμενο στο οποίο αφορά το προς εκτέλεση έργο ή υπηρεσία, εφόσον εκτελεί τα αντίστοιχα έργα ή παρέχει τις ζητούμενες υπηρεσίες στην ελεύθερη αγορά. Ξ

"Προσφορά" νοείται το σύνολο των οικονομικών, τεχνικών, χρηματοδοτικών και άλλων προτάσεων που υποβάλλουν οι Υποψήφιοι για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών στο πλαίσιο Διαδικασίας Ανάθεσης, κατόπιν πρόσκλησης της Αναθέτουσας Αρχής και σύμφωνα με τις απαιτήσεις που αυτή έχει θέσει με την Προκήρυξη και τα παραρτήματά της και τα τυχόν άλλα έγγραφα της Διαδικασίας Ανάθεσης. Ξ

"Συμβάσεις" νοούνται οι Μικτές Συμβάσεις, οι Συμβάσεις Έργων και οι Συμβάσεις Υπηρεσιών. Ξ

"Συμβάσεις Έργου" νοούνται οι συμβάσεις που έχουν ως αντικείμενο είτε την εκτέλεση, είτε συγχρόνως τη μέληση και την εκτέλεση, εργασιών που αφορούν στην εκτέλεση, με οποιαδήποτε μέσα, ενός έργου το οποίο ανταποκρίνεται στις οριζόμενες από την Αναθέτουσα Αρχή ανάγκες. Ξ

"Συμβάσεις Υπηρεσιών" νοούνται οι συμβάσεις, πλην των Συμβάσεων Έργων, που έχουν ως αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών οποιασδήποτε φύσης. Ξ

"Υποψήφιος" νοείται κάθε Ιδιωτικός Φορέας (ή οι ενώσεις ή κοινοπραξίες Ιδιωτικών Φορέων) που συμμετέχει σε Διαδικασία Ανάθεσης. Ξ

Άρθρο 9 **Γενικές Αρχές**

1. Γενικές Αρχές

(α) Στο πλαίσιο των Διαδικασιών Ανάθεσης και στις σχέσεις του Δημόσιου Φορέα που ενεργεί ως Αναθέτουσα Αρχή με τους Υποψηφίους ή Προσφέροντες, καθώς και με κάθε τρίτο εμπλεκόμενο πρόσωπο, ισχύουν οι αρχές της ίσης μεταχείρισης, της διαφάνειας, της αναλογικότητας, της αμοιβαίας αναγνώρισης, της προστασίας του δημόσιου συμφέροντος, της προστασίας των δικαιωμάτων των ιδιωτών, της ελευθερίας του ανταγωνισμού και της προστασίας του περιβάλλοντος και της βιώσιμης και αειφόρου ανάπτυξης, όπως αυτές ορίζονται στην παράγραφο 2. Ξ

(β) Οι διατάξεις της παραγράφου 2 εφαρμόζονται σε όλες τις Διαδικασίες Ανάθεσης ανεξαρτήτως του είδους της Σύμβασης της οποίας επιδιώκεται η σύναψη. Ξ

2. Εξειδίκευση γενικών αρχών

Στο νόμο αυτόν οι γενικές αρχές της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού έχουν την ακόλουθη έννοια: Ξ

(α) Ίση μεταχείριση σημαίνει την αποφυγή οποιασδήποτε διάκρισης με βάση την ιθαγένεια ή οποιοδήποτε άλλο κριτήριο που δεν δικαιολογείται από αντικειμενικούς λόγους. Στο περιεχόμενο της αρχής αυτής υπάγεται όχι μόνο ο καθορισμός όρων πρόσβασης σε μια οικονομική δραστηριότητα χωρίς διακρίσεις, αλλά και η λήψη από τις δημόσιες αρχές όλων των μέτρων που είναι σε θέση να εξασφαλίζουν την άσκηση αυτής της δραστηριότητας. Ξ

(β) Διαφάνεια είναι η δημοσιοποίηση της πρόθεσης της Αναθέτουσας Αρχής να προβεί στη σύναψη Σύμβασης Έργου ή Υπηρεσιών ή Μικτής Σύμβασης, ώστε να εξασφαλίζεται η δημιουργία συνθηκών ανταγωνισμού χωρίς στρεβλώσεις. Ξ

(γ) Αναλογικότητα σημαίνει ότι κάθε μέτρο που επιλέγεται από την Αναθέτουσα Αρχή πρέπει να είναι αναγκαίο και πρόσφορο για την επίτευξη του στόχου, στον οποίο αποβλέπει, και να προκαλεί τα λιγότερα δυνατά προβλήματα στην άσκηση μιας οικονομικής δραστηριότητας. Ξ Ίδως στα πλαίσια των Διαδικασιών Ανάθεσης δεν επιτρέπεται να αξιωνονται τεχνικές, επαγγελματικές ή χρηματοοικονομικές ικανότητες δυσανάλογες και υπερβολικές σε σχέση με το αντικείμενο της σχετικής Σύμβασης Έργου ή Υπηρεσιών ή της Μικτής Σύμβασης. Ξ

(δ) Αμοιβαία αναγνώριση σημαίνει ότι η Αναθέτουσα Αρχή υποχρεούται να δεχθεί τις τεχνικές προδιαγραφές, τους ελέγχους, καθώς επίσης τους τίτλους, τα πιστοποιητικά και τα προσόντα που απαιτούνται σε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο μέτρο που αναγνωρίζονται ως ισοδύναμα με εκείνα τα οποία απαιτούνται στην Ελλάδα. Ξ

(ε) Προστασία του δημόσιου συμφέροντος σημαίνει ότι κατά τη λήψη της απόφασης για την ανάθεση Σύμβασης Έργου ή Υπηρεσιών ή Μικτής Σύμβασης λαμβάνονται υπόψη: Ξ

- οι σχετικές χρηματοδοτικές ανάγκες και η κατά το δυνατό ελαχιστοποίηση της οικονομικής επιβάρυνσης ή συμβολής της Αναθέτουσας Αρχής, Ξ

- οι ανάγκες των χρηστών για βελτιωμένες υπηρεσίες και Ξ

- η ανάγκη χρήσης εξειδικευμένης τεχνολογίας. Ξ

(στ) Προστασία των δικαιωμάτων των ιδιωτών σημαίνει ότι οι αποφάσεις, θετικές, αρνητικές ή απορριπτικές, πρέπει να είναι αιτιολογημένες και να μπορούν να αποτελούν αντικείμενο ένδικης προστασίας των Ιδιωτικών Φορέων και των ιδιωτών εν γένει. Στην έννοια της ένδικης προστασίας περιλαμβάνεται και η προσωρινή ένδικη προστασία. Ξ

(ζ) Αρχή του ελεύθερου ανταγωνισμού σημαίνει ότι: Ξ

- διασφαλίζεται η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή Υποψηφίων που είναι ικανοί να εκτελέσουν τα έργα ή να παράσχουν τις υπηρεσίες που επιθυμεί η Αναθέτουσα Αρχή, Ξ
- ο διαγωνισμός διεξάγεται με ίσους όρους και αντικειμενικά κριτήρια και Ξ
- αποτρέπεται η δημιουργία μονοπωλιακών ή ολιγοπωλιακών καταστάσεων ή στρεβλώσεων. Ξ

(η) Αρχή της προστασίας του περιβάλλοντος και της βιώσιμης και αειφόρου ανάπτυξης σημαίνει ότι κατά τον προγραμματισμό και την εκτέλεση των Συμβάσεων Έργ-

γού ή Υπηρεσιών ή των Μικτών Συμβάσεων, λαμβάνεται υπόψη ότι το φυσικό και το ανθρωπογενές περιβάλλον συνιστά αγαθό που προστατεύεται αυτοτελώς, προκειμένου να εξασφαλισθεί η οικολογική ισορροπία και να διαφυλαχθούν οι φυσικοί πόροι προς χάρη των επόμενων γενιών.

Άρθρο 10Ξ ΑνάθεσηΞ

1. Κριτήρια Ανάθεσης Ξ

Η ανάθεση των Συμβάσεων από το Δημόσιο Φορέα που ενεργεί ως Αναθέτουσα Αρχή γίνεται είτε με το κριτήριο της πλέον συμφέρουσας από οικονομική άποψη Προσφοράς είτε με το κριτήριο της χαμηλότερης τιμής. Ξ

2. Η πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη Προσφορά Ξ

Όταν η ανάθεση γίνεται με βάση το κριτήριο της πλέον συμφέρουσας από οικονομική άποψη Προσφοράς, η Αναθέτουσα Αρχή εξετάζει και συνεκτιμά, πλην των οικονομικών παραμέτρων και διάφορες άλλες παραμέτρους του αντικείμενου της Σύμβασης, όπως είναι η ποιότητα, η τιμή, η τεχνική αρτιότητα, τα αισθητικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά, τα περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά, το κόστος λειτουργίας, η αποδοτικότητα και η τεχνική συνδρομή, η ημερομηνία παράδοσης και η προθεσμία παράδοσης ή εκτέλεσης κ.λπ.. Τα κριτήρια αυτά πρέπει να προσδιορίζονται με σαφήνεια από την Αναθέτουσα Αρχή στο πλαίσιο της Διαδικασίας Ανάθεσης. Η σχετική στάθμιση που προσδίδει η Αναθέτουσα Αρχή σε καθένα από τα κριτήρια αυτά για τον προσδιορισμό της πλέον συμφέρουσας από οικονομική άποψη Προσφοράς πρέπει επίσης να γνωστοποιείται στους Υποψηφίους. Η στάθμιση αυτή μπορεί να εκφράζεται και με τον καθορισμό ανώτατου και κατώτατου ορίου (εύρους). Σε περίπτωση που η στάθμιση δεν είναι δυνατή, η Αναθέτουσα Αρχή προσδιορίζει την προτεραιότητα των κριτηρίων που έχει επιλέξει με την κατάρτιση πίνακα, όπου τα κριτήρια αυτά εμφανίζονται κατά φθίνουσα σειρά σπουδαιότητας. Ξ

3. Όταν η ανάθεση γίνεται με το κριτήριο της πλέον συμφέρουσας από οικονομική άποψη Προσφοράς, η Αναθέτουσα Αρχή μπορεί να επιτρέψει την υποβολή εναλλακτικών προσφορών. Η δυνατότητα αυτή πρέπει να επισημαίνεται ρητά στην Προκήρυξη Διαγωνισμού, διαφορετικά οι εναλλακτικές προσφορές απορρίπτονται από την Αναθέτουσα Αρχή. Στο μέτρο που επιτρέπονται, οι ελάχιστες προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι εναλλακτικές προσφορές, καθώς και ο τρόπος υποβολής τους περιλαμβάνονται στην Προκήρυξη ή στα παραρτήματα αυτής. Η Αναθέτουσα Αρχή λαμβάνει υπόψη της αποκλειστικά και μόνο τις εναλλακτικές προσφορές που ανταποκρίνονται στις ελάχιστες προϋποθέσεις που έχει ορίσει. Ξ

4. Ασυνήθιστα χαμηλές Προσφορές και κρατικές ενισχύσεις Ξ

Όταν οι Προσφορές που κατέθεσαν οι Προσφέροντες στην Αναθέτουσα Αρχή εμφανίζονται ασυνήθιστα χαμηλές σε σχέση με το εκτιμώμενο κόστος του αντικείμενου της Σύμβασης, η Αναθέτουσα Αρχή, πριν απορρίψει τις Προσφορές αυτές, οφείλει να ζητήσει γραπτώς διευκρινίσεις από τους Προσφέροντες. Οι διευκρινίσεις αυτές μπορούν να αφορούν ιδίως στη μέθοδο εκτέλεσης των έργων ή της παροχής των υπηρεσιών, τις τεχνικές λύσεις που προτείνονται, τις εξαιρετικά ευνοϊκές συνθήκες που ενδεχομένως συντρέχουν για την εκτέλεση των έργων ή

την παροχή των υπηρεσιών και την ενδεχόμενη χορήγηση κρατικής ενίσχυσης στον Προσφέροντα. Εφόσον διαπιστωθεί ότι μια προσφορά είναι ασυνήθιστα χαμηλή λόγω κρατικής ενίσχυσης που θα χορηγηθεί στον Προσφέροντα, η Προσφορά μπορεί να απορρίπτεται αποκλειστικά για το λόγο αυτόν μόνο μετά από διαβούλευση με τον Προσφέροντα, και εφόσον αυτός δεν είναι σε θέση να αποδείξει, εντός εύλογης προθεσμίας την οποία τάσσει η Αναθέτουσα Αρχή, ότι η εν λόγω ενίσχυση θα χορηγηθεί σε νόμιμα πλαίσια. Ξ

Άρθρο 11Ξ Διαδικασίες ΑνάθεσηςΞ

1. Ανοικτές και κλειστές διαδικασίες Ξ

Για την ανάθεση και σύναψη Μικτών Συμβάσεων, Συμβάσεων Έργου και Συμβάσεων Υπηρεσιών, οι Αναθέτουσες Αρχές εφαρμόζουν είτε Διαδικασίες Ανοικτού Τύπου είτε Διαδικασίες Κλειστού Τύπου. Ξ

2. Όροι Διαδικασίας Ανταγωνιστικού Διαλόγου Ξ

Υπό τους όρους που προβλέπονται στο άρθρο 13, οι Αναθέτουσες Αρχές μπορούν να συνάπτουν Μικτές Συμβάσεις, Συμβάσεις Έργου και Συμβάσεις Υπηρεσιών ακολουθώντας Διαδικασίες Ανταγωνιστικού Διαλόγου. Ξ

3. Όροι Διαδικασίας Διαπραγμάτευσης Ξ

Υπό τους όρους που προβλέπονται στο άρθρο 14, οι Αναθέτουσες Αρχές μπορούν να συνάπτουν Συμβάσεις Έργου και Συμβάσεις Υπηρεσιών ακολουθώντας Διαδικασίες Διαπραγμάτευσης. Ξ

Άρθρο 12Ξ Γενικές διατάξεις για τη διεξαγωγή Ξ των Διαδικασιών ΑνάθεσηςΞ

1. Ελάχιστα προσόντα και ικανότητες Ξ

Με την επιφύλαξη της τήρησης των γενικών αρχών που περιγράφονται στο άρθρο 9, η Αναθέτουσα Αρχή μπορεί να καθορίζει τα ελάχιστα προσόντα και ικανότητες που οφείλουν να συγκεντρώνουν οι Υποψήφιοι. Τα ελάχιστα αυτά προσόντα και ικανότητες αναφέρονται στην Προκήρυξη Διαγωνισμού. Ξ

2. Περιορισμός Υποψηφίων Ξ

Στις Διαδικασίες Κλειστού Τύπου, στις Διαδικασίες Διαπραγμάτευσης (εφόσον γίνονται με δημοσίευση Προκήρυξης Διαγωνισμού) και στις Διαδικασίες Ανταγωνιστικού Διαλόγου, η Αναθέτουσα Αρχή μπορεί να περιορίζει τον αριθμό των Υποψηφίων οι οποίοι προσκαλούνται για να υποβάλουν Προσφορά, να διαπραγματευθούν ή να συμμετάσχουν στο διάλογο, υπό τον όρο να υπάρχει ικανός αριθμός Υποψηφίων. Με την Προκήρυξη Διαγωνισμού, η Αναθέτουσα Αρχή προσδιορίζει τα κριτήρια που προτίθεται να χρησιμοποιήσει για την επιλογή των Υποψηφίων που θα καλέσει, τον ελάχιστο αριθμό Υποψηφίων που προβλέπει ότι θα καλέσει και, ενδεχομένως, το μέγιστο αριθμό. Τα κριτήρια αυτά πρέπει να είναι αντικειμενικά και να μην εισάγουν διακρίσεις μεταξύ των Υποψηφίων. Στις Διαδικασίες Κλειστού Τύπου, ο ελάχιστος αριθμός Υποψηφίων είναι πέντε. Στη Διαδικασία Διαπραγμάτευσης (εφόσον γίνεται με δημοσίευση Προκήρυξης) και στη Διαδικασία Ανταγωνιστικού Διαλόγου, ο ελάχιστος αριθμός Υποψηφίων είναι τρεις. Σε κάθε περίπτωση, ο αριθμός των προσκαλούμενων Υποψηφίων πρέπει να είναι επαρκής ώστε να διασφαλίζεται πραγματικός ανταγωνισμός. Οι Αναθέτουσες Αρχές καλούν αριθμό Υποψηφίων τουλάχιστον ίσο προς τον ελάχιστο αριθμό Υποψηφίων που

έχει καθορισθεί εκ των προτέρων. Αν ο αριθμός των Υποψηφίων, που ικανοποιούν τα κριτήρια επιλογής και τα ελάχιστα προσόντα και ικανότητες που έχουν καθορισθεί με την Προκήρυξη, είναι μικρότερος από το ελάχιστο όριο, η Αναθέτουσα Αρχή μπορεί να συνεχίζει τη Διαδικασία Ανάθεσης καλώντας τον Υποψήφιο ή τους Υποψηφίους που πληρούν τα ελάχιστα προσόντα και ικανότητες. Η Αναθέτουσα Αρχή δεν μπορεί να περιλαμβάνει στη Διαδικασία Ανάθεσης πρόσωπα που δεν υπέβαλαν αίτηση συμμετοχής ή Υποψηφίους που δεν συγκεντρώνουν τα ελάχιστα προσόντα και ικανότητες που έχουν καθορισθεί.

Άρθρο 13Ξ Ανταγωνιστικός διάλογοςΞ

1. Ιδιαίτερα πολύπλοκες ΣυμβάσειςΞ
Στις Ιδιαίτερα Πολύπλοκες Συμβάσεις, η Αναθέτουσα Αρχή, και εφόσον κρίνει ότι η τήρηση Διαδικασίας Ανοικτού Τύπου ή Κλειστού Τύπου δεν επιτρέπει την ανάθεση συγκεκριμένης Σύμβασης, μπορεί να προσφύγει στη Διαδικασία Ανταγωνιστικού Διαλόγου σύμφωνα με το άρθρο αυτό. Ξ

2. Κριτήριο ανάθεσης Διαδικασίας Ανταγωνιστικού ΔιαλόγουΞ
Στη Διαδικασία Ανταγωνιστικού Διαλόγου, η ανάθεση της Σύμβασης Σύμπραξης πραγματοποιείται αποκλειστικά και μόνο με βάση το κριτήριο της πλέον συμφέρουσας από οικονομική άποψη Προσφοράς. Ξ

3. Προσδιορισμός αναγκών και απαιτήσεων της Αναθέτουσας ΑρχήςΞ
Η Αναθέτουσα Αρχή δημοσιεύει Προκήρυξη Διαγωνισμού η οποία περιλαμβάνει περιγραφή των αναγκών και απαιτήσεων της οι οποίες μπορούν να περιέχονται, εφόσον αυτό απαιτείται, και σε παραρτήματα της Προκήρυξης. Ξ

4. Διεξαγωγή διαλόγου και προσδιορισμός των προσηφορότερων λύσεων Ξ
Η Αναθέτουσα Αρχή προβαίνει με τους Υποψηφίους που επελέγησαν σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 15 σε διάλογο, σκοπός του οποίου είναι η διερεύνηση και προσδιορισμός των μέσων που μπορούν να ικανοποιήσουν με τον καλύτερο τρόπο τις ανάγκες της. Κατά τη διάρκεια του διαλόγου αυτού, η Αναθέτουσα Αρχή εξασφαλίζει την ίση μεταχείριση όλων των Υποψηφίων μεριμνώντας, μεταξύ άλλων, για την παροχή της ίδιας επακριβώς πληροφόρησης σε όλους τους Υποψηφίους. Οι λύσεις, προτάσεις και εν γένει εμπιστευτικές πληροφορίες που περιέρχονται σε γνώση της Αναθέτουσας Αρχής από έναν Υποψήφιο είναι εμπιστευτικές και δεν γνωστοποιούνται στους άλλους Υποψηφίους χωρίς τη συναίνεσή του. Ξ

5. Διάλογος σε διαδοχικές φάσειςΞ
Η Αναθέτουσα Αρχή μπορεί να προβλέψει ότι η Διαδικασία Ανταγωνιστικού Διαλόγου δύναται να διεξαχθεί και σε διαδοχικές φάσεις, σε τρόπο ώστε να μειώνεται ο αριθμός των υπό εξέταση λύσεων κατά τη φάση του διαλόγου με την εφαρμογή των κριτηρίων ανάθεσης που αναφέρονται στην Προκήρυξη Διαγωνισμού. Μνεία της δυνατότητας αυτής περιλαμβάνεται στην Προκήρυξη Διαγωνισμού ή και σε ξεχωριστό έγγραφο το οποίο και γνωστοποιείται σε όλους τους Υποψηφίους. Ξ

6. Λήξη Διαλόγου και υποβολή Προσφορών Ξ
Η Αναθέτουσα Αρχή, αφού επιλέγει τη λύση ή τις λύσεις που ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες της, κηρύσσει τη λήξη του διαλόγου και ενημερώνει σχετικά τους

Υποψηφίους, τους οποίους καλεί να υποβάλουν την τελική Προσφορά τους, με βάση τη λύση ή τις λύσεις που επελέγησαν κατά τη διάρκεια του διαλόγου. Ξ

7. Πληρότητα ΠροσφορώνΞ

Οι Προσφορές πρέπει να περιέχουν όλα τα στοιχεία που είναι αναγκαία για την υλοποίηση της λύσης που επιλέχθηκε κατά τη διαδικασία του διαλόγου. Ξ

8. Παροχή διευκρινίσεων, συμπληρώσεις και προϋποθέσεις αυτών.Ξ

Η Αναθέτουσα Αρχή δύναται, εφόσον το κρίνει σκόπιμο, να ζητά από τους Προσφέροντες να παράσχουν διευκρινίσεις σχετικά με τις Προσφορές τους ή να τις συμπληρώσουν, εφόσον οι διευκρινίσεις ή συμπληρώσεις αυτές: Ξ

- δεν επιφέρουν τροποποίηση των βασικών στοιχείων της Προσφοράς, Ξ
- δεν προξενούν στρέβλωση του ανταγωνισμού και Ξ
- δεν εισάγουν διακρίσεις σε βάρος οποιουδήποτε Προσφέροντος. Ξ

9. Αξιολόγηση Προσφορών. Επιλογή της πλέον συμφέρουσας από οικονομική άποψη ΠροσφοράςΞ

Η Αναθέτουσα Αρχή αξιολογεί τις Προσφορές με βάση τα κριτήρια ανάθεσης που έχουν καθορισθεί στην Προκήρυξη και επιλέγει την πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη Προσφορά, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 10. Η Αναθέτουσα Αρχή δύναται να ζητά από τον Προσφέροντα που υπέβαλε την πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη Προσφορά είτε να παράσχει διευκρινίσεις σχετικά με την Προσφορά του είτε να τη συμπληρώσει, εφόσον η διευκρίνιση ή συμπλήρωση αυτή: Ξ

- δεν επιφέρει τροποποίηση των βασικών στοιχείων της Προσφοράς του Προσφέροντος, Ξ
- δεν προξενεί στρέβλωση του ανταγωνισμού και Ξ
- δεν εισάγει διακρίσεις σε βάρος οποιουδήποτε Προσφέροντος. Ξ

10. Απονομή βραβείωνΞ

Η Αναθέτουσα Αρχή, εφόσον κρίνει ότι το κόστος της συμμετοχής στη Διαδικασία Ανταγωνιστικού Διαλόγου είναι υψηλό, δύναται να απονέμει βραβεία ή να καταβάλει μέρος του σχετικού κόστους στους Προσφέροντες. Σχετική μνεία πρέπει να γίνεται στην Προκήρυξη. Ξ

Άρθρο 14Ξ Διαδικασίες ΔιαπραγμάτευσηςΞ

1. Περιπτώσεις εφαρμογής μετά από Προκήρυξη ΔιαγωνισμούΞ

Η Αναθέτουσα Αρχή μπορεί να αναθέτει και να συνάπτει Συμβάσεις Έργου, Υπηρεσιών ή Μικτές Συμβάσεις εφαρμοζοντας τη Διαδικασία Διαπραγμάτευσης, μετά από τη δημοσίευση Προκήρυξης Διαγωνισμού, στις ακόλουθες περιπτώσεις: Ξ

(α) Μετά από Διαδικασία Ανοικτού ή Κλειστού Τύπου ή Ανταγωνιστικού Διαλόγου εφόσον: Ξ

αα) οι Προσφορές που κατατέθηκαν είτε ήταν अपαράδεκτες με βάση διάταξη νόμου είτε δεν ανταποκρίνονταν στους όρους και προϋποθέσεις του νόμου αυτού και δη του άρθρου 15 ή της Προκήρυξης, Ξ

ββ) οι όροι της προτεινόμενης Σύμβασης δεν τροποποιούνται ουσιαστικά σε σχέση με τους όρους που είχαν προταθεί κατά την προηγούμενη διαδικασία Ανοικτού ή Κλειστού Τύπου ή Ανταγωνιστικού Διαλόγου. Ξ

(β) Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όταν πρόκειται για έργα ή υπηρεσίες των οποίων η φύση ή διάφοροι αστάθμητοι παράγοντες δεν επιτρέπουν το συνολικό προκαθορισμό των τιμών. Ξ

(γ) Όταν πρόκειται για Σύμβαση Υπηρεσιών και δη για παροχές διανοητικής εργασίας, εφόσον η φύση των υπηρεσιών ή εργασιών αυτών είναι τέτοια ώστε οι προδιαγραφές της Σύμβασης να μην είναι δυνατό να καθορίζονται με επαρκή ακρίβεια και για το λόγο αυτόν να μην είναι εφικτή η ανάθεση της Σύμβασης με επιλογή της καλύτερης Προσφοράς, σύμφωνα με τους κανόνες που διέπουν τις Διαδικασίες Ανοικτού ή Κλειστού Τύπου. Ξ

(δ) Στις Συμβάσεις Έργων, για τα έργα που εκτελούνται αποκλειστικά για σκοπούς έρευνας, δοκιμής ή τελειοποίησης και όχι για να εξασφαλίζουν την αποδοτικότητα ή την κάλυψη των δαπανών έρευνας και ανάπτυξης. Ξ

2. Διαπραγμάτευση Προσφορών Ξ

Στις περιπτώσεις που αναφέρονται στην παράγραφο 1, η Αναθέτουσα Αρχή διαπραγματεύεται με τους Προσφέροντες τις Προσφορές που αυτοί υποβάλλουν, προκειμένου να τις προσαρμόζουν στις προδιαγραφές της Προκήρυξης με απώτερο σκοπό να επιτυγχάνεται η καλύτερη Προσφορά. Ξ

3. Κριτήριο ανάθεσης Ξ

Κατά τη διάρκεια της Διαδικασίας Διαπραγμάτευσης, η ανάθεση της Σύμβασης πραγματοποιείται αποκλειστικά και μόνο με βάση το κριτήριο της πλέον συμφέρουσας από οικονομική άποψη Προσφοράς. Ξ

4. Ίση μεταχείριση Ξ

Κατά τη διάρκεια της Διαδικασίας Διαπραγμάτευσης, η Αναθέτουσα Αρχή εξασφαλίζει την ίση μεταχείριση όλων των Προσφερόντων μεριμνώντας, μεταξύ άλλων, για την παροχή της ίδιας επακριβώς πληροφόρησης σε όλους. Ειδικότερα, δεν παρέχει, κατά τρόπο που να δημιουργεί διακρίσεις, πληροφορίες που ενδέχεται να ευνοούν ορισμένους Προσφέροντες σε σχέση με άλλους.

5. Διαδικασία Διαπραγμάτευσης σε διαδοχικές φάσεις Ξ

Η Αναθέτουσα Αρχή μπορεί να προβλέψει ότι Διαδικασία Διαπραγμάτευσης δύναται να διεξαχθεί και σε διαδοχικές φάσεις με τρόπο που να μειώνει τον αριθμό των Προσφορών που εξετάζονται με την εφαρμογή των κριτηρίων ανάθεσης που αναφέρονται στην Προκήρυξη Διαγωνισμού. Μνεία της δυνατότητας αυτής περιλαμβάνεται στην Προκήρυξη Διαγωνισμού ή και σε ξεχωριστό έγγραφο το οποίο και γνωστοποιείται σε όλους τους Υποψηφίους. Ξ

Άρθρο 15

Λόγοι αποκλεισμού Υποψηφίων. Ξ

Χρηματοοικονομική επάρκεια. Αξιολόγηση Ξ Προσόντα και ικανότητες Υποψηφίου Ξ

1. Λόγοι αποκλεισμού Ξ

Στα πλαίσια των Διαδικασιών Ανάθεσης και πριν από την ανάθεση της Σύμβασης, η Αναθέτουσα Αρχή ελέγχει αν δεν συντρέχει λόγος αποκλεισμού Υποψηφίων ή Προσφερόντων. Συγκεκριμένα: Ξ

(α) Η Αναθέτουσα Αρχή αποκλείει τη συμμετοχή στις Διαδικασίες Ανάθεσης οποιουδήποτε Υποψηφίου που είτε ο ίδιος είτε τα φυσικά πρόσωπα που έχουν εξουσία εκπροσώπησης του ή δύνανται να τον ελέγχουν, έχουν καταδικαστεί με αμετάκλητη απόφαση ποινικού δικαστηρίου για αδίκημα το οποίο τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τριών μηνών και άνω ή κάθειρξης. Για την εφαρμογή της παραγράφου αυτής, η Αναθέτουσα Αρχή δύναται να ζητάει από τους Υποψηφίους να υποβάλουν σχετικά έγγραφα. Όταν ο Υποψήφιος δεν είναι εγκατεστημένος στην Ελλάδα, αλλά προέρχεται από άλλο κράτος - μέλος της Ευρω-

παϊκής Ένωσης, η Αναθέτουσα Αρχή μπορεί να ζητά τη συνεργασία των αρμόδιων αρχών του κράτους - μέλους του Υποψηφίου. Ξ

(β) Η Αναθέτουσα Αρχή έχει το δικαίωμα να αποκλείσει οποιονδήποτε Υποψήφιο ή Προσφέροντα από τη συμμετοχή ή την περαιτέρω συμμετοχή στις Διαδικασίες Ανάθεσης, εφόσον: Ξ

αα) τελεί υπό πτώχευση, εκκαθάριση ή ειδική εκκαθάριση ή αναγκαστική διαχείριση ή πτωχευτικό συμβιβασμό ή σε οποιαδήποτε ανάλογη κατάσταση που προκύπτει από παρόμοια διαδικασία προβλεπόμενη είτε από τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας είτε από τις διατάξεις της νομοθεσίας της χώρας καταγωγής του, Ξ

ββ) έχει κινηθεί εναντίον του διαδικασία κήρυξης σε πτώχευση, εκκαθάρισης, αναγκαστικής διαχείρισης, πτωχευτικού συμβιβασμού ή οποιαδήποτε άλλη παρόμοια διαδικασία προβλεπόμενη είτε από τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας είτε από τις διατάξεις της νομοθεσίας της χώρας καταγωγής του, Ξ

γγ) έχει καταδικασθεί για αδίκημα σχετικό με την επαγγελματική του διαγωγή, με απόφαση που έχει ισχύ δεδικασμένου, σύμφωνα είτε με τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας είτε με τις διατάξεις της νομοθεσίας της χώρας καταγωγής του, Ξ

δδ) έχει διαπράξει σοβαρό επαγγελματικό παράπτωμα το οποίο αποδεδειγμένως διαπίστωσε με οποιοδήποτε μέσο η Αναθέτουσα Αρχή, Ξ

εε) δεν έχει εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του όσον αφορά την καταβολή των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης σύμφωνα είτε με τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας είτε με τις διατάξεις της νομοθεσίας της χώρας καταγωγής του, Ξ

στστ) δεν έχει εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του όσον αφορά την πληρωμή των φόρων και τελών σύμφωνα είτε με τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας είτε με τις διατάξεις της νομοθεσίας της χώρας προέλευσης ή σύστασής του, Ξ

ζζ) προέβη αποδεδειγμένως σε σοβαρές ψευδείς δηλώσεις κατά την παροχή των πληροφοριών που απαιτούνται κατ' εφαρμογή της παραγράφου αυτής ή όταν δεν έχει παράσχει τις πληροφορίες αυτές. Ξ

2. Χρηματοοικονομική Επάρκεια Ξ

Μετά τη διενέργεια του απαιτούμενου σύμφωνα με την παράγραφο 1 ελέγχου, η Αναθέτουσα Αρχή ελέγχει την οικονομική και χρηματοοικονομική επάρκεια των Υποψηφίων ή Προσφερόντων, περιλαμβανομένων και των στοιχείων που αναφέρονται στα εδάφια (α) έως (γ) της παραγράφου 1 του άρθρου 18, αλλά και στοιχείων σχετικά με την πιστοληπτική τους ικανότητα. Για τον έλεγχο αυτόν, η Αναθέτουσα Αρχή δύναται, μεταξύ άλλων, να ζητά από τους Υποψηφίους ή Προσφέροντες να προσκομίζουν στοιχεία από τα οποία να προκύπτει: Ξ

α) η ύπαρξη τραπεζικής χρηματοδότησης ή υποστηρίξεως σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που θα ορίζονται στην Προκήρυξη Διαγωνισμού, Ξ

β) η οικονομική τους κατάσταση (όπως δια μέσου ισολογισμών ή αποσπασμάτων ισολογισμών), Ξ

γ) το συνολικό ύψος του κύκλου εργασιών τους ή ο κύκλος εργασιών τους στον τομέα δραστηριοτήτων που αποτελεί το αντικείμενο της σύμβασης για τις τρεις τελευταίες οικονομικές χρήσεις κατ' ανώτατο όριο, Ξ

δ) η δέσμευση τρίτων να υποστηρίξουν τον Υποψήφιο ή Προσφέροντα κατά την εκτέλεση του αντικειμένου της Ξ

σύμβασης ή να συμμετάσχουν στη χρηματοδότησή τουΞ (όπως δια μέσου δήλωσης του τρίτου), εφόσον γίνεταιΞ επίκληση τέτοιας δέσμευσης.Ξ

ε) εφόσον ο Υποψήφιος ή Προσφέρων είναι κοινοπραΞ ξια, η φύση και έκταση της δέσμευσης για οικονομικήΞ συμμετοχή των προσώπων που την απαρτίζουν ή τρίτωνΞ (όπως δια μέσου δήλωσης ή βεβαίωσης χορηγούμενηςΞ από τα μέλη της κοινοπραξίας).Ξ

στ) η πιστοληπτική τους ικανότητα (όπως δια μέσου βεΞ βάιωσης διεθνούς οργανισμού αξιολόγησης από όπου ναΞ προκύπτει η σχετική διαβάθμιση). Ξ

Σε περίπτωση που ο Υποψήφιος ή Προσφέρων, για βάΞ σιμο λόγο, δεν είναι σε θέση να προσκομίσει τα δικαιολοΞ γητικά που ζητεί η Αναθέτουσα Αρχή, μπορεί να αποδειΞ κνύει την οικονομική και χρηματοοικονομική του επάρΞ κεια με οποιοδήποτε άλλο έγγραφο το οποίο ηΞ Αναθέτουσα Αρχή κρίνει κατάλληλο. Ξ

3. Αξιολόγηση Τεχνικών και Επαγγελματικών ΙκανότηΞ τωνΞ

Εκτός από τους ελέγχους που αναφέρονται στις παραΞ γράφους 1 και 2, η Αναθέτουσα Αρχή αξιολογεί τις τεχνιΞ κές και επαγγελματικές ικανότητες των Υποψηφίων ήΞ Προσφερόντων. Ξ

(α) Οι τεχνικές ικανότητες των Υποψηφίων ή ΠροσφεΞ ρόντων μπορούν να αποδεικνύονται με έναν ή περισσότεΞ ρους από τους ακόλουθους τρόπους, ανάλογα με τη φύΞ ση, την ποσότητα ή τη σπουδαιότητα και τη χρήση τουΞ αντικειμένου της Σύμβασης. Συγκεκριμένα, για τις ανάΞ γκες της ανωτέρω αξιολόγησης, η Αναθέτουσα Αρχή δύΞ νεται να ζητά:Ξ

αα) υποβολή καταλόγου των εργασιών που έχουν εκτεΞ λεσθεί κατά την προηγούμενη πενταετία, με τα πιστοποιΞ ητικά και στοιχεία από τα οποία προκύπτει η ορθή εκτέλεΞ σή τους, το σχετικό ποσό, ο τόπος και ο χρόνος πραγμαΞ τοποίησής τους και η έγκαιρη και προσήκουσαΞ αποπεράτωσή τους.Ξ

ββ) υποβολή καταλόγου των κυριότερων παραδόσεωνΞ ή των κυριότερων υπηρεσιών που πραγματοποιήθηκαν ήΞ παρασχέθηκαν κατά την προηγούμενη τριετία, με αναφοΞ ρά του αντίστοιχου ποσού, της ημερομηνίας και του παΞ ραλήτη.Ξ

γγ) αναφορά του τεχνικού προσωπικού ή των τεχνικώνΞ υπηρεσιών είτε ανήκουν απευθείας στον Υποψήφιο ήΞ Προσφέροντα είτε όχι.Ξ

δδ) περιγραφή του τεχνικού εξοπλισμού και των μέΞ τρων που λαμβάνει ο Υποψήφιος ή Προσφέρων για τη διαΞ σφάλιση της ποιότητας και περιγραφή του εξοπλισμούΞ μελέτης και έρευνας της επιχείρησής του. Ξ

εε) αναφορά επαγγελματικών προσόντων του ΥποψηΞ φίου ή Προσφέροντα ή αναφορά των τίτλων σπουδών τωνΞ διευθυντικών στελεχών του ιδίως των υπευθύνων για τηνΞ παροχή των υπηρεσιών ή τη διεξαγωγή των εργασιών, Ξ

στστ) αναφορά των μέτρων περιβαλλοντικής διαχειρίΞ σης που μπορεί να εφαρμόζει ο Υποψήφιος ή ΠροσφέρωνΞ κατά την εκτέλεση της Σύμβασης, όπου αυτό ενδείκνυται.Ξ

ζζ) δήλωση σχετικά με το μέσο ετήσιο εργατοϋπαλληΞ λικό δυναμικό του Υποψηφίου ή Προσφέροντος και γιαΞ τον αριθμό των στελεχών της επιχείρησής του κατά τηνΞ τελευταία τριετία, Ξ

ηη) δήλωση σχετικά με τα μηχανήματα, τις εγκαταστάΞ σεις και τον τεχνικό εξοπλισμό που διαθέτει ο ΥποψήφιοςΞ ή Προσφέρων για την εκτέλεση της Σύμβασης, Ξ

θθ) αναφορά του τμήματος του αντικειμένου της Σύμ-

βασης το οποίο ο Υποψήφιος ή Προσφέρων προτίθεται ναΞ αναθέσει σε τρίτους υπό μορφή υπεργολαβίας, καθώςΞ και περιγραφή των βασικών όρων της υπεργολαβίας.Ξ

ιι) εφόσον γίνεται επίκληση οικονομικής στήριξης τρίΞ του για τις ανάγκες της εκτέλεσης της Σύμβασης, βεβαιΞ ώσεις του τρίτου αυτού από τις οποίες να προκύπτει η δέΞ σμευσή του να αναλάβει το σύνολο ή μέρος του σχετικούΞ κόστους.Ξ

ιαια) προκειμένου για κοινοπραξία, βεβαίωση από τηνΞ οποία να προκύπτει η φύση και έκταση της δέσμευσης γιαΞ οικονομική συμμετοχή των προσώπων που την απαρτίΞ ζουν ή τρίτων. Ξ

(β) Η Αναθέτουσα Αρχή ζητά από τους Υποψηφίους ήΞ Προσφέροντες να αποδεικνύουν την εγγραφή τους σεΞ επαγγελματικό ή εμπορικό μητρώο ή να προσκομίζουνΞ ανάλογη ένορκη βεβαίωση ή πιστοποιητικό. Στις ΣυμβάΞ σεις Υπηρεσιών, εφόσον οι Υποψήφιοι ή ΠροσφέροντεςΞ πρέπει να διαθέτουν ειδική έγκριση ή να είναι μέλη συΞ γκεκριμένου οργανισμού για να είναι σε θέση να παράΞ σχουν τη σχετική υπηρεσία στη χώρα προέλευσής ή σύΞ στασής τους, η Αναθέτουσα Αρχή είναι δυνατόν να τουςΞ ζητά να αποδείξουν ότι διαθέτουν την έγκριση αυτή ή ότιΞ είναι μέλη του εν λόγω οργανισμού. Ξ

(γ) Όταν η Αναθέτουσα Αρχή απαιτεί από τους ΥποψηΞ φίους ή Προσφέροντες να προσκομίσουν πιστοποιητικάΞ που εκδίδονται από ανεξάρτητους οργανισμούς και βεΞ βαιώνουν την τήρηση εκ μέρους των Υποψηφίων ή ΠροΞ σφερόντων ορισμένων προτύπων εξασφάλισης της ποιόΞ τητας, πρέπει να παραπέμπει σε συστήματα διασφάλισηςΞ ποιότητας που βασίζονται στα σχετικά ευρωπαϊκά πρότυΞ πα και πιστοποιούνται από οργανισμούς που εφαρμόζουνΞ τα ευρωπαϊκά πρότυπα για την πιστοποίηση. Η ΑναθέΞ τουσα Αρχή οφείλει να αναγνωρίζει τα ισοδύναμα πιστοΞ ποιητικά που εκδίδουν οργανισμοί που εδρεύουν σε άλλαΞ κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ξ

(δ) Όταν η Αναθέτουσα Αρχή απαιτεί από τους ΥποψηΞ φίους ή Προσφέροντες να προσκομίσουν πιστοποιητικάΞ που εκδίδονται από ανεξάρτητους οργανισμούς και βεΞ βαιώνουν την τήρηση εκ μέρους των Υποψηφίων ή ΠροΞ σφερόντων ορισμένων προτύπων περιβαλλοντικής διαΞ χείρισης, πρέπει να παραπέμπει είτε στο Ευρωπαϊκό ΣύΞ στημα Οικολογικής Διαχείρισης και Ελέγχου (EMAS) είτεΞ σε πρότυπα περιβαλλοντικής διαχείρισης που βασίζονταιΞ σε αντίστοιχα ευρωπαϊκά ή διεθνή πρότυπα.Ξ

(ε) Η Αναθέτουσα Αρχή μπορεί να καλεί τους ΥποψηφιΞ ους ή Προσφέροντες να συμπληρώνουν ή να διευκρινίΞ ζουν τα έγγραφα που υπέβαλαν στα πλαίσια των ΔιαδικαΞ σιών Ανάθεσης. Ξ

(στ) Ο τρόπος και ο χρόνος προσκόμισής τους καθορίΞ ζονται από την Αναθέτουσα Αρχή με την Προκήρυξη. Ξ

Άρθρο 16Ξ

Κατ' εξαίρεση εφαρμογή διατάξεων του ν. 3049/2002Ξ

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις και κατά παρέκκλιση τωνΞ διαδικασιών ανάθεσης των άρθρων 9 έως 15, η Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ.Ξ με ειδικά αιτιολογημένη απόφασή της και με τήρηση τωνΞ γενικών αρχών του άρθρου 9 , δύναται να ενεργήσει ωςΞ Αναθέτουσα Αρχή με ανάλογη εφαρμογή των διατάξεωνΞ των άρθρων 5, 6 και 7 του ν. 3049/2002. Στην περίπτωσηΞ αυτή, κάθε αναφορά στη Διυπουργική Επιτροπή ΑποκραΞ τικοποιήσεων (Δ.Ε.Α.) νοείται ως αναφορά στη Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ.Ξ και κάθε αναφορά στην Ειδική Γραμματεία ΑποκρατικοΞ ποιήσεων (Ε.Γ.Α.) νοείται ως αναφορά στην Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ.Ξ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄ ΣΥΜΒΑΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Άρθρο 17 Σύμβαση Σύμπραξης

1. Συμβατικό Πλαίσιο - Εφαρμοστέα νομοθεσίαΞ
 - Οι Συμβάσεις Σύμπραξης, καθώς και τα ΠαρεπόμεναΞ Σύμφωνα περιλαμβάνουν τους όρους και τις ρυθμίσειςΞ που καθορίστηκαν από το Δημόσιο Φορέα με τη σχετικήΞ Προκήρυξη κατά τη Διαδικασία Ανάθεσης και συνιστούνΞ το μόνο συμβατικό πλαίσιο που δεσμεύει τους εμπλεκόμενους Δημόσιους και Ιδιωτικούς Φορείς.Ξ
 - Στις Συμπράξεις που έχουν υπαχθεί στο καθεστώς τουΞ νόμου αυτού, εφαρμόζονται οι όροι της Σύμβασης Σύ-Ξ μπραξης και συμπληρωματικά ο Αστικός Κώδικας.Ξ
2. Περιεχόμενο Συμβάσεων ΣύμπραξηςΞ
 - Οι Συμβάσεις Σύμπραξης και τα Παρεπόμενα ΣύμφωναΞ περιλαμβάνουν σαφή και αναλυτική περιγραφή των δι-Ξ καιωμάτων και των υποχρεώσεων των μερών σε σχέση μεΞ το αντικείμενο της Σύμπραξης. Ειδικότερα, με τις άνωΞ Συμβάσεις προβλέπονται ιδίως τα ακόλουθα: Ξ
 - (α) Το αντικείμενο της Σύμπραξης, συμπεριλαμβανομέ-Ξ νων και των προδιαγραφών του έργου ή της υπηρεσίας,Ξ το καταβλητέο στον Ιδιωτικό Φορέα συμβατικό αντάλ-Ξ λαγμα και οι διατάξεις βάσει των οποίων θα επιμερίζονταιΞ μεταξύ των συμβαλλομένων τα ανταλλάγματα που τυχόνΞ καταβάλλονται από τους τελικούς χρήστες για τη χρήσηΞ του έργου ή την παροχή της υπηρεσίας.Ξ
 - (β) Ο τρόπος άσκησης της εποπτείας της εκτέλεσης καιΞ λειτουργίας του έργου ή της παροχής της υπηρεσίας εί-Ξ τε μέσω ανεξάρτητων εταιρειών που ο Δημόσιος και οΞ Ιδιωτικός Φορέας προσλαμβάνουν από κοινού για το σκο-Ξ πού αυτόν είτε μέσω των αρμόδιων υπηρεσιών του Δημο-Ξ σίου.Ξ
 - (γ) Οι μέθοδοι διασφάλισης της ποιότητας κατά τηνΞ εκτέλεση και λειτουργία του έργου ή την παροχή της υπη-Ξ ρεσίας.Ξ
 - (δ) Το χρονοδιάγραμμα εκτέλεσης του αντικειμένου τηςΞ Σύμπραξης, οι προϋποθέσεις τροποποίησής του, οι ποιν-Ξ κές ρήτρες και τα ανταλλάγματα σε περίπτωση υπέρβα-Ξ σης ή σύντμησης αντίστοιχα του χρονοδιαγράμματος αυ-Ξ τού, η διάρκεια ισχύος της Σύμβασης Σύμπραξης, καθώςΞ και οι προϋποθέσεις της παράτασης ή σύντμησης τηςΞ διάρκειας αυτής.Ξ
 - (ε) Ο τρόπος με τον οποίο θα παραχωρείται στον Ιδιωτι-Ξ κό Φορέα η χρήση ή η εκμετάλλευση των παγίων στοιχεί-Ξ ων που είναι απαραίτητα για την εκτέλεση και λειτουργίαΞ του έργου ή την παροχή της υπηρεσίας και τα τυχόν προ-Ξ βλεπόμενα ανταλλάγματα.Ξ
 - (στ) Ο τρόπος χρηματοδότησης της υλοποίησης τουΞ αντικειμένου της Σύμπραξης.Ξ
 - (ζ) Η τυχόν απαιτούμενη εκ μέρους του Δημόσιου Φο-Ξ ρέα έγκριση των χρηματοδοτικών συμβάσεων του Ιδιωτι-Ξ κού Φορέα, καθώς και της διαδικασίας τροποποίησήςΞ τους.Ξ
 - (η) Η κατανομή των κινδύνων μεταξύ των μερών και οιΞ συνέπειες επέλευσης γεγονότων που συνιστούν ανωτέραΞ βία.Ξ
 - (θ) Οι ασφαλιστικές καλύψεις του αντικειμένου της Σύμ-Ξ βασης ή του Ιδιωτικού Φορέα.Ξ
 - (ι) Η προστασία του περιβάλλοντος και των αρχαιοτή-Ξ των.Ξ
 - (ια) Η κατοχύρωση δικαιωμάτων πνευματικής και βιο-Ξ μηχανικής ιδιοκτησίας.Ξ

- (ιβ) Ο τρόπος λειτουργίας, συντήρησης και εκμετάλ-Ξ λευσης του αντικειμένου της Σύμπραξης.Ξ
- (ιγ) Το ύψος των ανταλλαγμάτων που καταβάλλονταιΞ για τη χρήση του έργου ή της υπηρεσίας από τους χρή-Ξ στες, ο τρόπος είσπραξής τους, καθώς και οι λόγοι καιΞ τρόποι αναπροσαρμογής τους.Ξ
- (ιδ) Ο τρόπος επιμερισμού, μεταξύ του Δημόσιου καιΞ του Ιδιωτικού Φορέα, των ωφελειών που θα προκύψουν,Ξ είτε από την τυχόν αναχρηματοδότηση των δανείων τουΞ Ιδιωτικού Φορέα είτε μετά την επίτευξη ενός συγκεκριμέ-Ξ νου ποσοστού απόδοσης των ιδίων κεφαλαίων του. Ξ
- (ιε) Η έκταση των εγγυήσεων που παρέχει ο ΙδιωτικόςΞ Φορέας για την έγκαιρη και προσηκούμενη εκτέλεση, λει-Ξ τουργία και συντήρηση του έργου ή την προσηκούμενα πα-Ξ ροχή της υπηρεσίας. Ξ
- (ιστ) Η υποκατάσταση του Ιδιωτικού Φορέα ή των δα-Ξ νειστών με απόφαση της Αναθέτουσας Αρχής και οι περι-Ξ πτώσεις που αυτή επιτρέπεται, καθώς και κάθε σχετικόΞ θέμα. Ξ
- (ιζ) Η καταβολή αποζημιώσεων και η εν γένει αποκατά-Ξ σταση της προκληθείσας ζημίας στις περιπτώσεις πουΞ οποιοδήποτε από τα συμβαλλόμενα μέρη αθετεί τις συμ-Ξ βατικές του υποχρεώσεις. Ξ
- (ιη) Οι λόγοι καταγγελίας κάθε σύμβασης και οι συνέ-Ξ πειές της.Ξ
- (ιθ) Το εφαρμοστέο δίκαιο.Ξ
- (ικ) Η διαδικασία επίλυσης διαφορών.Ξ
- (κα) Η σειρά προτεραιότητας των τυχόν προσαρτημά-Ξ των ή παραρτημάτων κάθε σύμβασης.Ξ
- (κβ) Η εξειδίκευση των ελάχιστων απαιτήσεων λειτουρ-Ξ γίας και συντήρησης που περιλαμβάνεται στα τεύχη δη-Ξ μοπράτησης.Ξ
- (κγ) Ο καθορισμός των διαδικασιών παράδοσης του έρ-Ξ γου στο Δημόσιο μετά τη λήξη της περιόδου εκμετάλλευ-Ξ σης, οι τυχόν υποχρεώσεις εκπαίδευσης και μεταφοράςΞ τεχνογνωσίας του Ιδιωτικού Φορέα στο Δημόσιο Φορέα,Ξ οι προδιαγραφές του αντικειμένου κατά την παράδοσηΞ και οι εγγυήσεις καθώς και ο χρόνος αυτών μετά την ανά-Ξ ληψη του έργου ή της υπηρεσίας από το Δημόσιο Φορέα.Ξ
- (κδ) Οι απαιτήσεις υγιεινής και ασφάλειας των εργαζο-Ξ μένων και χρηστών του έργου ή της υπηρεσίας.Ξ
- (κε) Η τυχόν διαδικασία επίλυσης διαφορών από Επι-Ξ τροπή Εμπειρογνομημόνων που ορίζουν από κοινού τα συμ-Ξ βαλλόμενα μέρη.Ξ

Άρθρο 18Ξ

Θέματα χρηματοδότησης Ξ

1. Χρηματοοικονομική επάρκεια και απόδειξη αυτήςΞ
 - Οι Εταιρείες Ειδικού Σκοπού της παραγράφου 4 του άρ-Ξ θρου 1, που αναλαμβάνουν την εκτέλεση έργων ή την πα-Ξ ροχή υπηρεσιών στα πλαίσια Συμπράξεων, φέρουν τηνΞ ευθύνη και τον κίνδυνο της χρηματοδότησης που απαι-Ξ τείται για την προσηκούμενη εκπλήρωση των υποχρεώσε-Ξ ών τους από τις σχετικές Συμβάσεις Σύμπραξης ή και ταΞ Παρεπόμενα Σύμφωνα, οφείλουν δε να προσκομίζουνΞ στους Δημόσιους Φορείς στοιχεία από τα οποία να προ-Ξ κύπτει η διαθεσιμότητα χρηματοδότησης που επαρκεί γιαΞ την εκπλήρωση του συνόλου των υποχρεώσεων που ανα-Ξ λαμβάνονται από αυτές σύμφωνα με τη σχετική Προκή-Ξ ρυξη. Η χρηματοδότηση περιλαμβάνει ιδίως: Ξ
 - (α) τα ίδια κεφάλαια της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού, Ξ
 - (β) τα κεφάλαια που εξασφαλίζει η Εταιρεία ΕιδικούΞ Σκοπού με οποιαδήποτε μορφή δανείου ή πίστωσης καιΞ

ιδίως με δάνεια, ομολογίες και τιτλοποίηση μελλοντικών ή υφιστάμενων απαιτήσεων, Ξ

(γ) τις αναγκαίες εγγυήσεις ή εξασφαλίσεις που απαιτούνται για παροχή των υπό (α) και (β) ανωτέρω κεφαλαίων ή πιστώσεων, Ξ

(δ) τους πόρους από την εκμετάλλευση του αντικειμένου της Σύμπραξης κατά την κατασκευαστική περίοδο. Ξ

2. Συμμετοχή Δημόσιων Φορέων και μορφές αυτής - Άλλα ανταλλάγματα Ξ

(α) Στη χρηματοδότηση της εκτέλεσης των έργων ή της παροχής των υπηρεσιών που υπάγονται στο νόμο αυτόν, μπορούν να συμμετέχουν και οι Δημόσιοι Φορείς. Η συμμετοχή αυτή μπορεί να είναι σε χρήμα ή σε είδος. Στην τελευταία περίπτωση, μπορεί να έχει τη μορφή ανταλλαγμάτων όπως ενδεικτικά είναι η παραχώρηση ακινήτων κατά χρήση (εν όλω ή εν μέρει), η παραχώρηση εμπράγματων δικαιωμάτων επί ακινήτων και η εκχώρηση δικαιωμάτων εκμετάλλευσης έργων. Στις περιπτώσεις του προηγούμενου εδαφίου, τα δικαιώματα που παρέχονται στην Εταιρεία Ειδικού Σκοπού δεν μπορεί να εκτείνονται και στο διάστημα που ακολουθεί μετά τη λήξη της Σύμπραξης. Ξ

(β) Οι Δημόσιοι Φορείς επιτρέπεται να συμμετέχουν και στην εκμετάλλευση του αντικειμένου της Σύμπραξης. Ξ

(γ) Σε κάθε περίπτωση, η συμμετοχή του Δημόσιου Φορέα και η μορφή ή οι μορφές που θα μπορεί να λάβει, πρέπει να προσδιορίζονται με σαφήνεια στη σχετική Προκήρυξη. Ξ

3. Απευθείας συμβάσεις με τους δανειστές Ξ

Για τις ανάγκες της ρύθμισης ειδικών θεμάτων και την εν γένει διευκόλυνση της χρηματοδότησης της εκτέλεσης των έργων ή της παροχής των υπηρεσιών, οι Δημόσιοι Φορείς δύνανται να συνάπτουν συμβάσεις και με τους δανειστές της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού. Ξ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄ ΕΙΔΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ Ξ

Άρθρο 19Ξ

Αντάλλαγμα καταβλητό από τους χρήστες των έργων ή υπηρεσιών Ξ

1. Καθορισμός διαδικασίας είσπραξης συμβατικού ανταλλάγματος Ξ

Όταν το συμβατικό ανάλλαγμα της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού εισπράττεται, εν όλω ή εν μέρει, απευθείας από τους τελικούς χρήστες του έργου ή της υπηρεσίας, η διαδικασία είσπραξης και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια ρυθμίζονται με απόφαση της Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ... Ξ

2. Συνδρομή του Δημόσιου Φορέα Ξ

Ο εκάστοτε εμπλεκόμενος Δημόσιος Φορέας, καθώς και κάθε άλλη αρμόδια δημόσια αρχή παρέχει κάθε συνδρομή που κρίνεται αναγκαία, ώστε η Εταιρεία Ειδικού Σκοπού να δύνανται να εισπράττει απρόσκοπτα τα ποσά της προηγούμενης παραγράφου που αποτελούν το συμβατικό της ανάλλαγμα. Ξ

Άρθρο 20Ξ

Έκδοση αδειών Ξ

Η έκδοση όλων των αδειών που απαιτούνται για τη μελέτη, κατασκευή, χρηματοδότηση, λειτουργία, εκμετάλλευση και συντήρηση των έργων ή και την παροχή των υπηρεσιών που έχουν ενταχθεί στο πεδίο εφαρμογής γίνεται στο όνομα και για λογαριασμό της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού. Οι άδειες αυτές λογίζεται ότι έχουν εκδοθεί, Ξ

αν οι αρμόδιες και συναρμόδιες για την έκδοσή τους αρχές δεν έχουν προβεί σε έγγραφη αιτιολογημένη άρνηση έκδοσης μέσα σε αποκλειστική προθεσμία εξήντα ημερών από την υποβολή σχετικού αιτήματος από την Εταιρεία Ειδικού Σκοπού. Αίτημα για χορήγηση άδειας λογίζεται ότι έχει υποβληθεί νομίμως μόνο: (α) εάν συνοδεύεται από τα δικαιολογητικά που είναι κατά νόμο απαραίτητα για την έκδοση της άδειας αυτής και (β) έχει τύχει προελέγχου πληρότητας φακέλου υπό την προϋπόθεση ότι ο προελέγχος αυτός προβλέπεται από την κείμενη νομοθεσία. Ξ

Άρθρο 21Ξ

Αρχαιολογικά ευρήματα Ξ

Σε περίπτωση ανεύρεσης αρχαιοτήτων κατά τη διάρκεια της κατασκευής ο Δημόσιος Φορέας, κατόπιν επιβολής από την Εταιρεία Ειδικού Σκοπού, γνωστοποιεί αυτό στην αρμόδια Αρχαιολογική Υπηρεσία, η οποία υποχρεούται μέσα σε αποκλειστική προθεσμία εξήντα ημερών να υποδείξει τρόπους συνέχισης των εργασιών και να προβεί στις απαιτούμενες ενέργειες για τη διασφάλιση της προστασίας των αρχαιοτήτων. Αν παρέλθει άπρακτη η άνω προθεσμία, η Εταιρεία Ειδικού Σκοπού δύνανται να ζητήσει και ο Δημόσιος Φορέας υποχρεούται να χορηγήσει ως χρονική παράταση των προβλεπόμενων συμβατικών προθεσμιών ίση με την καθυστέρηση που προκλήθηκε από τη μη συμμόρφωση της αρμόδιας Αρχαιολογικής Υπηρεσίας και την καθυστέρηση που μπορεί να προκύψει για την εκτέλεση των εργασιών που τυχόν απαιτούνται για την προστασία των ευρημάτων. Στην περίπτωση αυτή, η Εταιρεία Ειδικού Σκοπού δικαιούται να ζητήσει την ανόρθωση της ζημίας που τυχόν υπέστη από την καθυστέρηση. Ξ

Άρθρο 22Ξ

Προστασία του περιβάλλοντος Ξ

1. Μελέτες περιβαλλοντικών επιπτώσεων Ξ

Οι απαιτούμενες κατά περίπτωση μελέτες ή προμελέτες περιβαλλοντικών επιπτώσεων εκπονούνται και εγκρίνονται και οι επιβαλλόμενοι περιβαλλοντικοί όροι καθορίζονται πριν από την ανάθεση της Σύμβασης Σύμπραξης. Αν ο εμπλεκόμενος Δημόσιος Φορέας, για λόγους που δεν θα μπορούσε να έχει εξαρχής προβλέψει ακόμη και με καταβολή ιδιαίτερης επιμέλειας, επιβάλλει πρόσθετους όρους, τότε οφείλει να αποζημιώσει την Εταιρεία Ειδικού Σκοπού για κάθε πρόσθετο κόστος ή δαπάνη της. Ξ

2. Μέτρα αυξημένης προστασίας Ξ

Στη Σύμβαση Σύμπραξης μπορεί να προβλέπονται μέτρα αυξημένης προστασίας του φυσικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος, εφόσον τα μέτρα αυτά είχαν περιληφθεί στη σχετική Προκήρυξη. Ξ

Άρθρο 23Ξ

Απαλλοτριώσεις Ξ

1. Κατεπίγον - Κόστος - Απόφαση Ξ

Η απαλλοτρίωση των ιδιοκτησιών που είναι αναγκαίες για την εκτέλεση των έργων ή την παροχή των υπηρεσιών που εμπιπτουν στο πεδίο εφαρμογής του νόμου αυτού ή η σύσταση εμπράγματων δικαιωμάτων επ' αυτών, όπου αυτό επιτρέπεται, εξυπηρετούν σκοπούς προφανούς δημόσιας ωφέλειας και θεωρούνται κατεπίγουσες και μείζονος σημασίας υπό την προϋπόθεση ότι η εξυπηρέτησή σκοπών δημόσιας ωφέλειας στοιχειοθετείται στην οικεία Ξ

εγκριτική πράξη της απαλλοτρίωσης. Η απαλλοτρίωση των ιδιοκτησιών αυτών ή η σύσταση εμπράγματων δικαιωμάτων επ' αυτών γίνεται υπέρ του εμπλεκόμενου κάθε φορά Δημόσιου Φορέα. Η απαλλοτρίωση κηρύσσεται με κοινή απόφαση του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού. Αν παρέλθει άπρακτη η τακτική προθεσμία για την ολοκλήρωση της απαλλοτρίωσης ή τη σύσταση εμπράγματων δικαιωμάτων, η Εταιρεία Ειδικού Σκοπού δικαιούται να ζητήσει και ο Δημόσιος Φορέας υποχρεούται να χορηγήσει χρονική παράταση των προβλεπόμενων συμβατικών προθεσμιών ίση με την καθυστέρηση που προκλήθηκε. Στην περίπτωση αυτή, η Εταιρεία Ειδικού Σκοπού δικαιούται να ζητήσει την ανόρθωση της ζημίας που τυχόν υπέστη από την καθυστέρηση.Ξ

2. Χαρακτηρισμός Ξ

Αν η απαλλοτρίωση ή η σύσταση εμπράγματου δικαιώματος επί των παραπάνω ιδιοκτησιών γίνεται με δαπάνες της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού, οι δαπάνες αυτές συνιστούν αντάλλαγμα για τη χρήση των ιδιοκτησιών αυτών ή των επ' αυτών εμπράγματων δικαιωμάτων.Ξ

Άρθρο 24 Ξ Δημόσιες Υπηρεσίες και Εργασίες Ξ Οργανισμών Κοινής Ωφέλειας Ξ

Οι Δημόσιες Υπηρεσίες, οι Επιχειρήσεις και οι Οργανισμοί Κοινής Ωφέλειας προβαίνουν αμέσως και κατά προτεραιότητα στην εκτέλεση εργασιών και στις ενέργειες αρμοδιότητάς τους, που είναι αναγκαίες ή χρήσιμες για την ομαλή και απρόσκοπτη εκτέλεση των έργων ή την παροχή των υπηρεσιών του νόμου αυτού. Αν οι Δημόσιες Υπηρεσίες, οι Επιχειρήσεις και οι Οργανισμοί Κοινής Ωφέλειας δεν συμμορφώνονται με τις ανωτέρω υποχρεώσεις τους, η Εταιρεία Ειδικού Σκοπού δικαιούται να ζητήσει και ο Δημόσιος Φορέας υποχρεούται να χορηγήσει χρονική παράταση των προβλεπόμενων συμβατικών προθεσμιών ίση με την καθυστέρηση που προκλήθηκε από τη μη συμμόρφωση. Στην περίπτωση αυτή η Εταιρεία Ειδικού Σκοπού δικαιούται να ζητήσει την ανόρθωση της ζημίας που τυχόν υπέστη από την καθυστέρηση.Ξ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ Ξ ΝΟΜΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ Ξ

Άρθρο 25 Ξ Εκχώρηση απαιτήσεων Ξ

Οι Εταιρείες Ειδικού Σκοπού που συμβάλλονται σε Συμβάσεις Σύμπραξης δύνανται να εκχωρούν μέρος ή το σύνολο των συμβατικών τους αξιώσεων, υφιστάμενων και μελλοντικών, εφόσον αυτές προσδιορίζονται ή είναι δυνατόν να προσδιορισθούν με οποιονδήποτε τρόπο, σε πιστωτικά ή χρηματοδοτικά ιδρύματα ή οποιαδήποτε άλλα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα που υπόκεινται σε εποπτεία κεντρικής τράπεζας ή άλλης αρμόδιας ανεξάρτητης αρχής, τα οποία συμμετέχουν στη χρηματοδότηση της υλοποίησης του αντικειμένου της Σύμβασης Σύμπραξης ή συμβάλλονται με τέτοια πιστωτικά ή χρηματοδοτικά ιδρύματα ή οποιαδήποτε άλλα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα που υπόκεινται σε εποπτεία υπό οποιαδήποτε ιδιότητα, όπως εκδοχέας, διαδόχου ή αντισυμβαλλομένου προς εξασφάλιση των απαιτήσεών τους από τη χρηματοδότηση αυτή. Επιτρέπεται επίσης η ως άνω εκχώρηση σε αλλοδαπές ή ημεδαπές εταιρείες ειδικού σκοπού προς το σκοπό τιτλοποίησης κατ' εφαρμογή του άρθρου 10 του ν. 3156/2003. Ξ

Άρθρο 26 Ξ

Κύρος εμπράγματων ασφαλειών Ξ

1. Μεταγενέστερη πτώχευση Ξ

Το κύρος των εμπράγματων ασφαλειών που παρασχέθηκαν οποτεδήποτε από την Εταιρεία Ειδικού Σκοπού ή οποιονδήποτε τρίτο υπέρ οποιουδήποτε πιστωτικού ή χρηματοδοτικού ιδρύματος ή οποιαδήποτε άλλο χρηματοπιστωτικού ιδρύματος που υπόκειται σε εποπτεία κεντρικής τράπεζας ή άλλης αρμόδιας ανεξάρτητης αρχής ή Δημόσιου Φορέα ή τρίτου προς εξασφάλιση απαιτήσεων τους κατά της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού από τη χρηματοδότηση ή οποιαδήποτε άλλη σχετική ή παρεπόμενη σύμβαση ή πράξη για την εκτέλεση των έργων ή την παροχή των υπηρεσιών που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του νόμου αυτού, δεν θίγεται από την επιβολή οποιουδήποτε συλλογικού μέτρου ικανοποίησης των πιστώτων, που συνεπάγεται την απαγόρευση ή τον περιορισμό της εξουσίας διάθεσης των περιουσιακών στοιχείων της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού ή του τρίτου που συνέστησε την ασφάλεια, ούτε από την υποβολή σχετικής αίτησης κατ' αυτών. Το ίδιο ισχύει και όταν πρόκειται για μελλοντικές απαιτήσεις, η γένεση των οποίων επέρχεται μετά την επιβολή του συλλογικού μέτρου ή την υποβολή της σχετικής αίτησης. Ξ

2. Ενδεικτική απαρίθμηση Ξ

Το απρόσβλητο των εμπράγματων ασφαλειών σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο ισχύει ιδίως: Ξ
(α) σε υποθήκες ή προσημειώσεις, που εγγράφονται με οποιονδήποτε τίτλο, μετά την εγγραφή τους, Ξ
(β) σε ενέχυρα με ή χωρίς παράδοση κατά τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, του ν.δ. 177/13.8.1923 ή και τις διατάξεις του ν. 2844/2000 με αντικείμενο κινητά πράγματα ή ομάδα πραγμάτων, μετά τη νομότυπη σύστασή τους, Ξ
(γ) σε ενέχυρα ή εξασφαλιστικές εκχωρήσεις με αντικείμενο παρούσες ή μέλλουσες απαιτήσεις ή και ομάδες απαιτήσεων που προσδιορίζονται ως σύνολο σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 12 του ν. 2844/2000 (ΦΕΚ 220 Α'), μετά τη νομότυπη σύσταση του ενεχύρου ή την αναγγελία της εκχώρησης και Ξ

(δ) σε περιπτώσεις παροχής κυμαινόμενης ασφάλειας σύμφωνα με τα άρθρα 15 έως και 18 του ν. 2844/2000, μετά τη νομότυπη σύσταση του ενεχύρου ή την αναγγελία της εκχώρησης. Ξ

3. Δανειστές εις ολόκληρο Ξ

Οι κάθε είδους εμπράγματα ασφαλείες, όπως υποθήκες, προσημειώσεις, ενέχυρα, εξασφαλιστικές εκχωρήσεις, που παρέχονται προς εξασφάλιση απαιτήσεων από δάνεια ή άλλες πιστώσεις και χορηγούνται από κοινοπραξία πιστωτικών ή χρηματοδοτικών ιδρυμάτων ή άλλων χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων που υπόκεινται σε εποπτεία κεντρικής τράπεζας ή άλλης αρμόδιας ανεξάρτητης αρχής, για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του νόμου αυτού μπορούν, εφόσον οι δανειστές είναι δανειστές εις ολόκληρο για το σύνολο ή μέρος του δανείου ή της πίστωσης κατά την έννοια του άρθρου 489 του Αστικού Κώδικα, να εγγράφονται, να συνιστώνται ή να συνάπτονται για το σύνολό τους (ή το αντίστοιχο μέρος τους) υπέρ ενός εκπροσώπου των δανειστών, ο οποίος ορίζεται στην οικεία πιστωτική σύμβαση και ασκεί όλα τα δικαιώματα που απορρέουν από τις ασφαλείες αυτές ως ενυπόθηκος ή ενεχυρούχος δανειστής ή ως εκδοχέας. Εφόσον η χρη-

ματοδότηση πραγματοποιείται με έκδοση ομολογιακούΞ δανείου, οι σχετικές εμπράγματας ή άλλες ασφάλειεςΞ λαμβάνονται από τον εκπρόσωπο των ομολογιούχων καΞ τά τις διατάξεις του ν. 3156/2003.Ξ

Άρθρο 27Ξ

Ευρωπαϊκή Τράπεζα ΕπενδύσεωνΞ

Για την εφαρμογή των διατάξεων της νομοθεσίας πουΞ αναφέρονται σε απαιτήσεις τραπεζών και στις εξασφαλίΞ σεις τους, η Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων υπάγεταιΞ στις αντίστοιχες ρυθμίσεις, εφόσον πρόκειται για δανειαΞ κές συμβάσεις και συναφείς δικαιοπραξίες που καταρτίΞ ζονται σε σχέση με την εκτέλεση των έργων ή την παροχήΞ των υπηρεσιών που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής τουΞ νόμου αυτού.Ξ

Άρθρο 28Ξ

Μεταβιβάσεις μετοχών και εισαγωγήΞ σε χρηματιστηριακή αγοράΞ

1. Μεταβιβάσεις μετοχών, αυξήσεις μετοχικού κεφαΞ λαίου και εταιρικοί μετασχηματισμοίΞ
Απαιτείται η έγγραφη συναίνεση του Δημόσιου ΦορέαΞ προκειμένου να επιχειρηθούν έγκυρα:Ξ

(α) εξωχρηματιστηριακή μεταβίβαση μετοχών της ΕταιΞ ρείας Ειδικού Σκοπού ή άλλη πράξη με την οποία μεταβίΞ βάζονται τα δικαιώματα ψήφου επί μετοχών του εφόσονΞ αυτές λαμβάνουν χώρα πριν από την έναρξη λειτουργίαςΞ του έργου ή την έναρξη της παροχής των υπηρεσιών,Ξ

(β) αύξηση μετοχικού κεφαλαίου ή τροποποιήσεις τουΞ καταστατικού της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού εκτός απόΞ αυτές που είναι υποχρεωτικές από τη Σύμβαση ΣύμπραΞ ξης, τα Παρεπόμενα Σύμφωνα ή το νόμο,Ξ

(γ) έκδοση ομολογιακού δανείου,Ξ

(δ) οποιασδήποτε μορφής συγχώνευση, διάσπαση,Ξ απορρόφηση ή άλλος εταιρικός μετασχηματισμός τηςΞ Εταιρείας Ειδικού Σκοπού.Ξ

Οι ειδικότεροι όροι και προϋποθέσεις για την παροχήΞ της συναίνεσης αυτής καθορίζονται από τη Σύμβαση ΣύΞ μπραξης.Ξ

2. Εισαγωγή σε χρηματιστηριακή αγοράΞ

Η εισαγωγή των μετοχών της Εταιρείας Ειδικού ΣκοπούΞ σε ελληνική ή αλλοδαπή οργανωμένη αγορά κινητώνΞ αξιών και η έκδοση ανταλλάξιμου ομολογιακού δανείου ήΞ ομολογιακού δανείου μετατρέψιμου σε μετοχές, επιτρέΞ πονται μόνο μετά προηγούμενη εγκριτική απόφαση τουΞ Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών και των κατά πεΞ ρίπτωση συναρμόδιων Υπουργών.Ξ

Άρθρο 29Ξ

Λοιπές ρυθμίσεις Ξ

1. Απαλλαγή από φόρο εισοδήματος επί δεδουλευμέΞ νων τόκωνΞ

Οι Εταιρείες Ειδικού Σκοπού στις οποίες ανατίθεται ηΞ εκτέλεση Συμβάσεων Σύμπραξης απαλλάσσονται από τοΞ φόρο εισοδήματος επί των δεδουλευμένων τόκων πουΞ αποκτούν μέχρι το χρόνο έναρξης της εκμετάλλευσης.Ξ

2. Φορολογική μεταχείριση χρηματοδοτικής συμβολήςΞ Δημόσιου ΦορέαΞ

Εφόσον καταβληθεί χρηματοδοτική συμβολή από τοΞ Δημόσιο Φορέα σύμφωνα με τις διατάξεις του εδαφίου εΞ της παραγράφου 3 του άρθρου 9 του ν. 2052/1992, αυτήΞ λογίζεται ως επιχορήγηση κεφαλαίου, δεν επιβαρύνεταιΞ με Φ.Π.Α., δεν υπόκειται σε φόρο εισοδήματος ή άλλο φόΞ

ρο και καταβάλλεται ελεύθερη από οποιαδήποτε κράτηΞ ση υπέρ τρίτου.Ξ

3. Επιστροφή πιστωτικού υπολοίπου Φόρου ΠροστιθέΞ μνης Αξίας (Φ.Π.Α.)Ξ

Το πιστωτικό υπόλοιπο Φ.Π.Α. επιστρέφεται σε τρίτουςΞ οι οποίοι συμβάλλονται με την Εταιρεία Ειδικού ΣκοπούΞ για την εκτέλεση των έργων ή και την παροχή των υπηρεΞ σιών μέσα σε ενενήντα ημέρες από την υποβολή σχετικήςΞ αίτησής τους. Σε περίπτωση υπέρβασης της προθεσμίαςΞ αυτής θα οφείλεται σε αυτούς τόκος υπερημερίας επί τωνΞ προς επιστροφή ποσών. Ξ

4. Μεταφορά και συμψηφισμός συσσωρευμένων ζηΞ μών της Εταιρείας Ειδικού ΣκοπούΞ

Οι τυχόν συσσωρευμένες ζημίες της Εταιρείας ΕιδικούΞ Σκοπού επιτρέπεται να μεταφέρονται προς συμψηφισμόΞ με τα φορολογητέα κέρδη των δέκα επόμενων χρήσεων.Ξ

Άρθρο 30Ξ

ΑποσβέσειςΞ

Το συνολικό κόστος υλοποίησης της Σύμπραξης που θαΞ περιλαμβάνει το κατασκευαστικό κόστος, όπως αυτόΞ προκύπτει από τη σχετική Σύμβαση Σύμπραξης ή το σχεΞ τικό Παρεπόμενο Σύμφωνα, συμπεριλαμβανομένου καιΞ του αρχικού κόστους του συνολικά απαιτούμενου εξοπλιΞ σμού και κάθε κόστος και δαπάνη οποιασδήποτε φύσεωςΞ περιλαμβανομένων και των τόκων της Περιόδου ΚαταΞ σκευής, θα αποσβέννεται, κατ' επιλογή της Εταιρείας ΕιΞ δικού Σκοπού, είτε με τη σταθερή μέθοδο, καθ' όλη τηΞ διάρκεια της περιόδου λειτουργίας του έργου, είτε με τηΞ μέθοδο που προβλέπεται στην παράγραφο 5 του άρθρουΞ 50 του ν. 1914/1990 (ΦΕΚ 178 Α'), με την οποία προστέΞ θηκε πέμπτη παράγραφος στο άρθρο 97 του ν. 1892/1990Ξ (ΦΕΚ 101 Α') και σύμφωνα με τη διαδικασία που προβλέΞ πεται στην παράγραφο αυτήν.Ξ

Άρθρο 31Ξ

Επίλυση διαφορών - Εφαρμοστέο Δίκαιο Ξ

1. Διαιτησία Ξ

Κάθε διαφορά που προκύπτει σχετικά με την εφαρμοΞ γή, την ερμηνεία ή το κύρος Συμβάσεων Σύμπραξης ή τωνΞ Παρεπόμενων Συμφώνων επιλύεται με διαιτησία. Ξ

2. Κανόνες ΔιαιτησίαςΞ

Κατά παρέκκλιση από τις διατάξεις που ισχύουν για τιςΞ διαιτησίες του Δημοσίου, με τη Σύμβαση Σύμπραξης ή ταΞ Παρεπόμενα Σύμφωνα καθορίζονται κανόνες που διεΞ πουν τον ορισμό των διαιτητών, οι εφαρμοστέοι κανόνεςΞ διαιτησίας, η έδρα του διαιτητικού δικαστηρίου (ή οργάΞ νου), οι αμοιβές των διαιτητών (εφόσον δεν ορίζονται απόΞ τους εφαρμοστέους κανόνες διαιτησίας) και η γλώσσαΞ στην οποία θα διεξαχθεί η διαιτησία. Η διαιτητική απόφαΞ ση είναι οριστική και αμετάκλητη και δεν υπόκειται σε καΞ νένα τακτικό ή έκτακτο ένδικο μέσο, αποτελεί δε τίτλοΞ εκτελεστό χωρίς να χρειάζεται να κηρυχθεί αυτό από ταΞ τακτικά Δικαστήρια, και τα αντίδικα μέρη δεσμεύονται ναΞ συμμορφωθούν αμέσως με τους όρους της. Ξ

3. Εφαρμοστέο ΔίκαιοΞ

Για την επίλυση διαφοράς που αναφέρεται στην ερμηΞ νεία ή στην εφαρμογή ή το κύρος της Σύμβασης ΣύμπραΞ ξης εφαρμόζεται το Ελληνικό Ουσιαστικό Δίκαιο.Ξ

Άρθρο 32Ξ

Έναρξη ισχύοςΞ

Ο νόμος αυτός ισχύει από τη δημοσίευσή του στηνΞ Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.Ξ

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμουΞ του Κράτους.Ξ

Αθήνα, 20 Σεπτεμβρίου 2005

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣΞ
ΚΑΡΟΛΟΣ ΓΡ. ΠΑΠΟΥΛΙΑΣΞ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙΞ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Π. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΣΞ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Δ. ΣΙΟΥΦΑΣΞ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Γ. ΑΛΟΓΟΣΚΟΥΦΗΣΞ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΧΩΡΟΤΑΞΙΑΣ
ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝΞ
Γ. ΣΟΥΦΛΙΑΣΞ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.ά

Αθήνα, 21 Σεπτεμβρίου 2005

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣΞ
Α. ΠΑΠΑΛΗΓΟΥΡΑΣΞ

Πανεπιστήμιο Γ