

**ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ - ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ (ΣΔΙΤ)
ΜΕ ΕΣΤΙΑΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Σπυρίδων Γ. Γκίκας – Πανούσης
Δίπλωμα Ηλεκτρολόγου Μηχανικού και Μηχανικού Η/Υ
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα ειδίκευσης στη Βιοϊατρική Τεχνολογία**

**Υποβληθείσα για το Μεταπτυχιακό Δίπλωμα
στη Διοίκηση των Επιχειρήσεων**

Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

2008

Στη σύζυγό μου Όλγα
και στα παιδιά μου
Γιώργο, Ειρήνη-Μαρία, Ιωάννα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ - ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ (ΣΔΙΤ) ΜΕ ΕΣΤΙΑΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σπυρίδων Γκίκας - Πανούσης

Σημαντικοί όροι : Σύμπραξη Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα, Συμβάσεις Παραχώρησης, Μορφές Χρηματοδότησης, Ιδιωτική Χρηματοδότηση, Εταιρεία Ειδικού Σκοπού, Οικονομική Αποδοτικότητα, Δημιουργία Αξίας, Δημόσια Συγκριτική Κοστολόγηση, Νομοθετικό Πλαίσιο, Συστήματα Υγείας, Ιδιωτικός τομέας Υγείας, Υποδομές Υγείας, Νοσοκομεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Δαπάνες Υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι Συμπράξεις Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) είναι συνεργασίες μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού φορέα για την δημιουργία υποδομής και παροχής των σχετικών υπηρεσιών. Χαρακτηρίζονται από τη κατανομή του κινδύνου και της ανταμοιβής μεταξύ των συνεργατών. Οι ΣΔΙΤ παρουσιάζονται όλο και περισσότερο ως λύση στη χρηματοδότηση των έργων στην υγειονομική περιθάλψη. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ολοένα αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας.

Στην παρούσα εργασία αναλύεται η έννοια των ΣΔΙΤ ως εναλλακτικής προσέγγισης στους τρόπους προμήθειας έργων και υπηρεσιών Υγείας. Η προσέγγιση της έννοιας των ΣΔΙΤ και του σχετικού θεσμικού πλαισίου εξετάζεται με βάση την διεθνή εμπειρία, ενώ περιγράφεται η κοινοτική και η ελληνική εκδοχή της έννοιας των συμπράξεων (σύμφωνα με το Ν. 3389/2005). Περιγράφονται οι διαφορετικές μορφές των ΣΔΙΤ, οι κίνδυνοι που τις συνοδεύουν καθώς και οι κανόνες επιμερισμού τους μεταξύ των μερών. Σημαντική αναφορά γίνεται στη Χρηματοδότηση των ΣΔΙΤ, τις πηγές και τρόπους αυτής της χρηματοδότησης καθώς και των εξασφαλίσεων που τη περιβάλλουν. Παρουσιάζεται επίσης η έννοια της Οικονομικής αποδοτικότητας (value for money) καθώς και η τεχνική της Δημόσιας Συγκριτικής Κοστολόγησης. Εξετάζεται η υλοποίηση των ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας και περιγράφονται οι παράγοντες για τη διασφάλιση της επιτυχίας της. Παρουσιάζεται η Βρετανική εμπειρία της «Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης» και παρατίθεται μια πληθώρα περιπτώσεων εφαρμογής ΣΔΙΤ στην Υγεία, άλλοτε επιτυχημένες κι άλλοτε αποτυχημένες, ξεκινώντας από το Ηνωμένο Βασίλειο, και συνεχίζοντας σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τον Καναδά, την Αυστραλία, τις ΗΠΑ και αλλού. Η παράθεση των περιπτώσεων αυτών δίνει ιδέες, οδηγεί σε συμπεράσματα και 'παθήματα που έγιναν μαθήματα' και αναδεικνύει ότι οι ΣΔΙΤ δεν αποτελούν πανάκεια αλλά μια ευκαιρία για τη βελτίωση των υποδομών και των υπηρεσιών Υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΙΚΟΝΩΝ	8
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ	9
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
1.1 Πεδίο	12
1.2 ΣΔΙΤ και ελληνική οικονομία	14
1.2.1 Η Πυραμίδα της Ανταγωνιστικότητας	16
1.3 Ο τομέας της Υγείας	19
1.4 Αντικείμενο της εργασίας	24
1.4.1 Ερευνητικοί στόχοι της εργασίας και συνεισφορά της	27
1.4.2 Η δομή της εργασίας	29
1.5 Βιβλιογραφία 1 ^{ου} Κεφαλαίου	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΣΔΙΤ	34
2.1 Ορισμοί - Μηχανισμός λειτουργίας ΣΔΙΤ	35
2.2 Οριοθέτηση της έννοιας των ΣΔΙΤ στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ελλάδα	40
2.2.1 Η διεθνής εμπειρία	40
2.2.2 Η κοινοτική εκδοχή της έννοιας των συμπράξεων	43
2.3 Η ελληνική εκδοχή της έννοιας της σύμπραξης σύμφωνα με το Ν. 3389/2005	46
2.3.1 Ο Ν. 3389/2005 για τις ΣΔΙΤ	46
2.3.2. Η ελληνική εκδοχή της έννοιας της σύμπραξης	53
2.4 Μορφές και τύποι ΣΔΙΤ	61
2.4.1 Συνεργασίες παροχής Υπηρεσιών (Service delivery partnership)	61
2.4.2 Σύμβαση διαχείρισης (Management agreement)	62
2.4.3 Μελέτη - Κατασκευή / DB (Design-Build)	62
2.4.4 Μελέτη - Κατασκευή- Λειτουργία / DBO (Design - Build - Operate)	63
2.4.5 Μελέτη - Κατασκευή - Χρηματοδότηση - Λειτουργία / DBFO (Design - Build - Finance - Operate)	64
2.4.6 Μελέτη - Κατασκευή - Εγγύηση - Λειτουργία / DBGO (Design - Build - Guarantee - Operate)	65
2.4.7 Μελέτη - Κατασκευή - Χρηματοδότηση - Λειτουργία - Συντήρηση / DBFOM (Design - Build - Finance - Operate - Maintain)	65
2.4.8 Μελέτη - Κατασκευή - Χρηματοδότηση - Λειτουργία - Κυριότητα - Μεταβίβαση / DBFOOT (Design - Build - Finance - Own - Operate - Transfer)	65
2.4.9 Κατασκευή - Κυριότητα - Λειτουργία - Μεταβίβαση / BOOT (Build, Own, Operate, Transfer)	66
2.4.10 Κατασκευή - Λειτουργία - Μεταβίβαση / BOT (Build, Operate, Transfer) ή Κατασκευή - Κυριότητα - Λειτουργία / BOO (Build, Own, Operate) ή Κατασκευή - Κυριότητα - Λειτουργία - Μεταβίβαση / BOOT (Build, Own, Operate, Transfer)	66
2.4.11 Κατασκευή - Ιδιοκτησία - Χρηματοδοτική Μίσθωση - Μεταφορά / BOLT (Build-Own-Lease-Transfer)	69
2.4.12 Αγορά - Κατασκευή - Λειτουργία / BBO (Buy, Build, Operate)	69
2.4.13 Κατασκευή - Μεταβίβαση - Λειτουργία /BTO (Build - Transfer - Operate)	70
2.4.14 Κατασκευή - Χρηματοδότηση - Κυριότητα -Λειτουργία / BFOO (Build - Finance - Own - Operate)	71
2.4.15 Κατασκευή - Χρηματοδοτική Μίσθωση - Λειτουργία - Μεταβίβαση / BLOT (Build - Lease - Operate - Transfer)	71
2.4.16 Κατασκευή -Μίσθωση - Μεταβίβαση / BRT (Build - Rent - Transfer)	71
2.4.17 Χρηματοδοτική Μίσθωση - Κατασκευή - Λειτουργία / LBO (Lease - Build -Operate)	71
2.4.18 Λειτουργία - Συντήρηση - Διαχείριση / OMM (Operate - Maintain - Manage)	72

2.4.19 Εκσυγχρονισμός - Κυριότητα - Λειτουργία / MOO (Modernize - Own - Operate)	73
2.4.20 Εκσυγχρονισμός - Λειτουργία / MO (Modernize - Operate)	73
2.4.21 Αποεπένδυση (Divestiture)	73
2.5 Κατηγοριοποίηση των διαφορετικών μοντέλων ΣΔΙΤ	74
2.5.1 Μοντέλο Πώλησης στον Δημόσιο Φορέα με Παρακράτηση Κυριότητας	74
2.5.2 Μοντέλο χρηματοδοτικής μίσθωσης στον δημόσιο φορέα	75
2.5.3 Μοντέλο μίσθωσης εγκαταστάσεων στον δημόσιο φορέα	76
2.5.4 Μοντέλο κυριότητας του δημοσίου φορέα επί των εγκαταστάσεων	77
2.5.5 Μοντέλο ανάθεσης της διαχείρισης στην εταιρεία ειδικού σκοπού	78
2.5.6 Μοντέλο παραχώρησης της λειτουργίας στους ιδιωτικούς φορείς	79
2.5.7 Μοντέλο εταιρικής συμμετοχής	80
2.6 Σύγκριση Σύμβασης Παραχώρησης και ΣΔΙΤ	81
2.6.1 Ομοιότητες ΣΔΙΤ και συμβάσεων παραχώρησης	81
2.6.2 Διαφορές ΣΔΙΤ και συμβάσεων παραχώρησης	82
2.7 Ιστορική αναδρομή – Από την αρχαιότητα έως σήμερα	87
2.7.1 Μορφές συνεργασίας ιδιωτών-δημοσίου στο εξωτερικό	87
2.7.2 Μορφές συνεργασίας ιδιωτών-δημοσίου στη Ελλάδα	96
2.8 Πλεονεκτήματα από την εφαρμογή του μοντέλου ΣΔΙΤ	99
2.9 Μειονεκτήματα από την εφαρμογή του μοντέλου ΣΔΙΤ	110
2.10 Κίνδυνοι	116
2.10.1 Κατασκευαστικός κίνδυνος	118
2.10.2 Κίνδυνος λειτουργίας	121
2.10.3 Κίνδυνος αγοράς	122
2.10.4 Κίνδυνος αντισυμβαλλόμενου	123
2.10.5 Πολιτικός κίνδυνος	124
2.10.6 Νομικός Κίνδυνος	125
2.10.7 Χρηματοοικονομικός κίνδυνος (financial risk)	126
2.10.8 Κίνδυνος Υπολειμματικής Αξίας	126
2.11 Οικονομική αποδοτικότητα (Value for money)	127
2.11.1 Δημόσια Συγκριτική Κοστολόγηση	134
2.11.2 Συντελεστής Προεξόφλησης	136
2.12 Χρηματοδότηση των ΣΔΙΤ	139
2.12.1 Χρηματοδότηση με βάση τα ίδια κεφάλαια της εταιρείας ειδικού σκοπού	143
2.12.2 Χρηματοδότηση με βάση τα ξένα κεφάλαια	147
2.12.3 Χρηματοδότηση με βάση τις εισροές κεφαλαίων εκ της εκμετάλλευσης του αντικειμένου της σύμπραξης	154
2.13 Εξασφαλίσεις της Χρηματοδότησης των ΣΔΙΤ	162
2.14 Βιβλιογραφία 2^{ου} Κεφαλαίου	168
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 :	171
ΟΙ ΣΔΙΤ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	171
3.1 Εισαγωγή – Το Πλαίσιο	172
3.2 Η οργάνωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	180
3.3 Ιδιωτικός και Δημόσιος τομέας Υγείας	184

3.4 Παράγοντες για τη διασφάλιση της επιτυχίας των ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας	193
3.5 ΣΔΙΤ μέσα από την ανάπτυξη νοσοκομείων: Μαθήματα από τη Βρετανική 'Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης'	198
3.5.1 Κέρδη και δαπάνες: Θεωρία και στοιχεία	203
3.5.2 Σχεδιασμός - Μελέτη	207
3.5.3 Κατασκευή και Εξοπλισμός	209
3.5.4 Λειτουργία του νοσοκομείου: Μη-κλινικές υπηρεσίες	211
3.5.5 Κίνδυνος και το κόστος κεφαλαίου	215
3.6 Ανασκόπηση της πρόσφατης Ευρωπαϊκής και Διεθνούς εμπειρίας	224
3.6.1 Η περίπτωση της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών αιμοδιάλυσης εξωτερικών ασθενών, Ρουμανία	225
3.6.2 Η περίπτωση της σίτισης και υπηρεσιών εστίασης στη Κλινική CHARITE, Γερμανία	228
3.6.3 Η περίπτωση της Κοινής Περιφερειακής Υπηρεσίας Αποστειρώσεων Νοσοκομείων, Αυστρία	231
3.6.4 Η περίπτωση της Εθνικής Πύλης e-health, Δανία	234
3.6.5 Η περίπτωση του έργου 'Καλύτερη Τεχνολογία Πληροφορικής για καλύτερη Υγεία' (Better IT for Better health - bIT4health), Γερμανία	236
3.6.6 Η περίπτωση του Ολιστικού Κέντρου Περίθαλψης Waldviertel, Αυστρία	239
3.6.7 Η περίπτωση της Ιδιωτικοποίησης του νοσοκομείου ST Goran, Σουηδία	242
3.6.8 Σύμπραξη τύπου Κατασκευή - Κυριότητα - Λειτουργία / B.O.O. (Build, Own, Operate) στο Νοσοκομείο Berlin -Buch, Γερμανία	246
3.6.9 Το Πρόγραμμα ΣΔΙΤ στην Πορτογαλία	249
3.6.10 Η περίπτωση του Ferryfield House, Σκωτία	252
3.6.11 Η περίπτωση του Θεραπευτηρίου του Cumberland (Carlisle)	258
3.6.12 Η περίπτωση του Darent Vallent Hospital (Dartford και Gravesham)	266
3.6.13 Εμπειρία ΣΔΙΤ σε νοσοκομεία της Αυστραλίας	276
3.6.14 Η περίπτωση του Νοσοκομείου Mildura (Mildura Hospital)	278
3.6.15 Η περίπτωση του Περιφερειακού Νοσοκομείου La Trobe (La Trobe Regional Hospital)	281
3.6.16 Η Εμπειρία νοσοκομείων ΣΔΙΤ στις ΗΠΑ - Η περίπτωση του Ιατρικού Κέντρου των Βετεράνων του Durham (Durham Veterans Affairs Medical Center)	286
3.6.17 Καναδική εσωτερική εμπειρία – Η Περίπτωση του Ιατροδικαστικού Νοσοκομείου Ανατολικής Ακτής, East Coast Forensic Hospital	293
3.6.18 Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού Δικτύου Υγείας (University Health Network Bond Offering)	301
3.6.19 Η περίπτωση του Βασιλικού Ομίλου Ιατρικής Φροντίδας της Ottawa - Royal Ottawa Health Care Group	304
3.6.20 Εξαγόμενη Καναδική πείρα – Η περίπτωση του Ιατρικού Κέντρου Khalifa Shaikh, Αμπού Ντάμπι, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα	309
3.7 Βιβλιογραφία 4^{ου} Κεφαλαίου	314
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	318
4.1 Μαθήματα – Συμπεράσματα από τη διεθνή εμπειρία	319
4.2 ΣΔΙΤ και Τομέας Υγείας - Επιχειρήματα και Κριτική	323
4.3 Ελλάδα και εφαρμογή ΣΔΙΤ στον τομέα Υγείας	330
4.4 Επίλογος	338
4.5 Βιβλιογραφία 5^{ου} Κεφαλαίου	340

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Επιθυμώ να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πειραιά κ. Γεώργιο Μποχώρη για την άριστη συνεργασία μας και την πολύτιμη βοήθειά του κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1 : Η Πυραμίδα της ανταγωνιστικότητας (Πηγή http://epirus.gov.gr/news/anapt_synos/eisigiseis/Mantzouneas_Elias.doc - Από την Επιχειρηματική στην Εθνική Ανταγωνιστικότητα : Ο ρόλος των υποδομών).....	16
Εικόνα 2 : Έρευνα της MRB για την ικανοποίηση των πολιτών από το Σύστημα Υγείας (Πηγή : Καθημερινή, 2/11/2003).....	22
Εικόνα 3 : Συμβατικό σχήμα (Πηγή: Παπαδόπουλος Απόστολος, Partner Grant Thornton Greece, (3/7/2006), Παρουσίαση με θέμα «Σύμπραξη Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ). Νέο περιβάλλον υλοποίησης έργων & παροχής υπηρεσιών για την Τοπική Αυτοδιοίκηση»)	47
Εικόνα 4 : Μέση δραστηριότητα ΣΔΙΤ κατά την περίοδο 2000-2005 ως ποσοστό του μέσου ΑΕΠ (Πηγή PriceWaterHouseCoopers, (2005), Delivering the PPP promise, A review of PPP issues and activity).....	94
Εικόνα 5 : Διαφορές συμβάσεων δημοσίων έργων με συμβάσεις ΣΔΙΤ ως προς το χρόνο και το κόστος. (Πηγή : Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα, Εγχειρίδιο για την υλοποίηση έργων και υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ, Αθήνα, Ιούνιος 2006)	103
Εικόνα 6 : Σχηματικό διάγραμμα μεταφοράς κινδύνων (Πηγή : Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα, Εγχειρίδιο για την υλοποίηση έργων και υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ, Αθήνα, Ιούνιος 2006).....	105

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 : Διαφορές στις διαδικασίες δημοπράτησης με την εισαγωγή των ΣΔΙΤ	37
Πίνακας 2: Περιληπτική παρουσίαση ΣΔΙΤ ανά χώρα και κλάδο (Πηγή PriceWaterHouseCoopers, (2005), Delivering the PPP promise, A review of PPP issues and activity	93
Πίνακας 3: Περιληπτική παρουσίαση ΣΔΙΤ ανά χώρα και κλάδο (εκτός Ευρώπης) (Πηγή PriceWaterHouseCoopers, (2005), Delivering the PPP promise, A review of PPP issues and activity).....	95
Πίνακας 4 : Οικονομικοί δείκτες και δείκτες χρήσης και επάρκειας σε 10 επιλεγμένες χώρες (Πηγή : Τούντας Γ., Συγκριτική ανάλυση των Συστημάτων Υγείας δέκα αναπτυσσόμενων χωρών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2003, 20(1), 76-87)	178
Πίνακας 5 : Συνολική Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ. (Πηγή OECD Health Data 2007)	184
Πίνακας 6: Δημόσια Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) της Συνολικής Δαπάνης για Υγεία. (Πηγή OECD Health Data 2007)	185
Πίνακας 7: Μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας κατά κατηγορία. (Πηγή ICAP – Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας – Κλαδική Μελέτη, 2005)	186
Πίνακας 8: Αριθμός Νοσοκομείων και Κλινών ανά τομέα (Πηγή ICAP – Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας – Κλαδική Μελέτη, 2005).....	187
Πίνακας 9 : Παράγοντες επιτυχίας σχημάτων ΣΔΙΤ (Πηγή : Nikolic Irina A. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2006)	193
Πίνακας 10: Σημαντικά στοιχεία συμβάσεων (Πηγή : The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2006).....	194
Πίνακας 11 : Διαθέσιμες επιλογές συνεργασίας Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα (Πηγή Taylor, R., Blair, S., 2002)	196
Πίνακας 12 : Επιχειρήματα υπέρ και κατά των ΣΔΙΤ με βάση την Βρετανική εμπειρία – (Πηγή : Μπένος Α. Κονδύλης Η. 2006)	326

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

BBO	Buy – Build - Operate
BFOO	Build – Finance – Own – Operate
BLOT	Build - Lease – Operate – Transfer
BOLT	Build – Own – Lease - Transfer
BOM	Build – Own - Maintain
BOO	Build – Own - Operate
BOOT	Build – Own – Operate - Transfer
BOT	Build – Operate - Transfer
BRT	Build – Rent - Transfer
BT	Build - Transfer
BTO	Build - Transfer - Operate
DB	Design - Build
DBFO	Design – Build – Finance - Operate
DBFOM	Design – Build – Finance – Operate - Maintain
DBFOOT	Design – Build – Finance – Own – Operate - Transfer
DBGO	Design – Build – Guarantee - Operate
DBO	Design – Build - Operate
DRG	Diagnostic Related Groups
IFC	International Finance Corporation
LBO	Lease – Build - Operate
MO	Modernize - Operate
MOO	Modernize – Own – Operate
NAO	National Audit Office
NHIF	National Health Insurance Fund
NHS	National Health System
OMM	Operate – Maintain - Manage
PFI	Private Financing Initiative
PPP	Public Private Partnerships
PSC	Public Sector Comparator
SPV	Special Purpose Vehicle
VFM	Value for Money
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΔΣΚ	Δημόσια Συγκριτική Αξιολόγηση
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΕΣ	Εταιρεία Ειδικού Σκοπού
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΔΙΤ	Σύμπραξη Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

1.1 Πεδίο

Η πρόκληση για επενδύσεις και παραγωγικότητα που αντιμετωπίζεται από τις κυβερνήσεις, στην ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υγειονομικών υποδομών είναι μια προτεραιότητα για τις ελληνικές και ευρωπαϊκές πολιτικές υγείας. Οι Συμπράξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα – ΣΔΙΤ (Public-Private Partnership - PPP) γίνονται αποδεκτές όλο και περισσότερο ως μια βιώσιμη προσέγγιση στην προμήθεια και την παράδοση σημαντικών δημόσιων έργων υποδομής και σχετικών υπηρεσιών. Τα προγράμματα Συμπράξεων Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) διαρκώς αυξάνονται στην Ευρώπη, ακόμα και στις χώρες με προηγουμένως χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας ΣΔΙΤ. Όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε νέο φαινόμενο στα πρόθυρα της ανάπτυξης του, οι υποστηρικτές του πιέζονται για να δικαιολογήσουν, να υπερασπίσουν και να κερδίσουν την αποδοχή των ενεργειών τους, και επομένως οι ΣΔΙΤ υπάγονται σε εκτενείς συζητήσεις στην Ελλάδα επίσης.

Η Σύμπραξη Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) είναι μια συνεργατική επιχείρηση (co-operative venture) όπου οι εγγενείς κίνδυνοι της παροχής μιας δημόσιας υπηρεσίας / λειτουργίας κατανέμονται ανάμεσα στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. [1,2] Ο όρος αυτός αναφέρεται γενικά σε μορφές συνεργασίας των δημοσίων αρχών με τον κόσμο των επιχειρήσεων που αποσκοπούν στην εξασφάλιση της χρηματοδότησης, της κατασκευής, της ανακαίνισης, της διαχείρισης ή της συντήρησης μιας υποδομής ή στην παροχή μιας υπηρεσίας. [3]

Μια πετυχημένη ΣΔΙΤ στηρίζεται στην τεχνογνωσία του κάθε συνεργάτη προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες και να επιφέρει ένα καθαρό όφελος (ή 'value for money') στο κοινωνικό σύνολο μέσα από την κατάλληλη κατανομή των πόρων, των κινδύνων και των αμοιβών.[1]

Οι σύγχρονες συζητήσεις γύρω από τις ΣΔΙΤ και τον ρόλο τους στην ανάπτυξη, έχουν τις ρίζες τους στις συζητήσεις για την αναμόρφωση του ρόλου της κοινωνικής πρόνοιας στις βιομηχανικές χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ. Η έννοια της ΣΔΙΤ δεν είναι επομένως νέα και εμφανίζεται στις αρχές της δεκαετίας του '80 όταν η Thatcher και ο Reagan ανέλαβαν την κυβέρνηση στο Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ αντίστοιχα.[3] Η ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών, η άρση των ελέγχων και η νέα δημόσια διαχείριση ήταν οι βασικές έννοιες που χαρακτήρισαν μια νέα εποχή διοικητικής μεταρρύθμισης και επανασχεδιασμού των κυβερνητικών δραστηριοτήτων. Στο κέντρο της πολιτικής τους ήταν μια μείωση των δαπανών του δημόσιου τομέα και η μεταβίβαση των ευθυνών στον ιδιωτικό τομέα. [4] Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το μοντέλο Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI¹, Private Finance Initiative, ήταν μια δημιουργία των Συντηρητικών στις αρχές του 1999, αλλά υιοθετήθηκε με ενθουσιασμό από τους Εργατικούς. Στο μοντέλο αυτό η αμοιβή του εταίρου του ιδιωτικού τομέα δεν έχει τη μορφή τελών που καταβάλλονται από τους χρήστες του έργου ή της υπηρεσίας, αλλά τακτικών πληρωμών που καταβάλλονται από το δημόσιο τομέα. Οι πληρωμές αυτές μπορεί

¹ Το αρκτικόλεξο PFI είναι από τις λέξεις "Private Finance Initiative", ένα πρόγραμμα της βρετανικής κυβέρνησης που επιτρέπει τον εκσυγχρονισμό των δημοσίων υποδομών μέσω της προσφυγής σε ιδιωτική χρηματοδότηση. Το ίδιο μοντέλο χρησιμοποιείται και σε άλλα κράτη μέλη με σημαντικές, πολλές φορές, παραλλαγές.

να είναι σταθερές, αλλά μπορεί επίσης να υπολογίζονται με μεταβλητό τρόπο, ανάλογα, για παράδειγμα, με τη διαθεσιμότητα του σχετικού έργου ή των σχετικών υπηρεσιών, ή ακόμη ανάλογα με τη συχνότητα χρήσης του έργου.[3]

1.2 ΣΔΙΤ και ελληνική οικονομία

Η έννοια της εθνικής ανταγωνιστικότητας βρίσκεται στο προσκήνιο των οικονομικών εξελίξεων στην χώρα μας. Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη βασίσθηκε, κατά κύριο λόγο, στην επεκτατική δημοσιονομική πολιτική, στις εισροές από την Ευρωπαϊκή Ένωση, στην πτώση των επιτοκίων λόγω της ονομαστικής σύγκλισης και στην προσαρμογή για την είσοδο στην ευρωζώνη. Η επίτευξη υψηλών ρυθμών ανάπτυξης δεν εξασφαλίζει αυτόματα την ανταγωνιστικότητα μιας οικονομίας.[5] Η Ελλάδα αποτελεί ίσως αντιπροσωπευτικό παράδειγμα επιβεβαίωσης αυτής της παραδοχής καθώς οι υψηλοί ρυθμοί ανάπτυξης των τελευταίων ετών συνοδεύτηκαν από απώλειες ανταγωνιστικότητας - με βάση τους δείκτες διεθνών οργανισμών - αύξηση της ανεργίας, περιορισμένη διάχυση του αποτελέσματος, απώλειες μεριδίων σε ξένες αγορές, χειροτέρευση του εμπορικού ισοζυγίου, απουσία διάκρισης επιχειρηματικών κλάδων διεθνώς αλλά και απουσία ουσιαστικών δομικών αλλαγών και ρήξεων στην λειτουργία του οικονομικού συστήματος.

Η ανταγωνιστικότητα αποτελεί ικανή συνθήκη για την επίτευξη υψηλότερου βιοτικού επιπέδου και απασχόλησης. Μάλιστα, σε μακροχρόνια βάση, η ανταγωνιστικότητα αποτελεί τον βασικότερο προσδιοριστικό παράγοντα της αναπτυξιακής επίδοσης. Η ανταγωνιστικότητα μιας χώρας, εξαρτάται από την

παραγωγικότητα των κλάδων της οικονομίας της. Περιορισμοί που δυσχεραίνουν την παραγωγικότητα των επιχειρήσεων (όπως περιορισμοί εγκατάστασης, τεχνητοί περιορισμοί λειτουργίας κλπ.), μειώνουν την ανταγωνιστικότητα της χώρας. [5]

Ωστόσο, η έννοια της ανταγωνιστικότητας δεν είναι εύκολο να ορισθεί. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ [5], η ανταγωνιστικότητα σε εθνικό επίπεδο είναι ο βαθμός στον οποίο ένα κράτος υπό δίκαιες συνθήκες ελεύθερου εμπορίου, μπορεί να παραγάγει προϊόντα τα οποία ικανοποιούν τις διεθνείς αγορές, ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζει τη μακροπρόθεσμη διατήρηση και αύξηση των πραγματικών εισοδημάτων των πολιτών του.

Οι μηχανισμοί ενίσχυσης της εθνικής ανταγωνιστικότητας εντοπίζονται τόσο τον ρόλο των επιχειρήσεων όσο και τον ρόλο των υποδομών. Η λογική στην οποία στηρίζεται η ανάλυση των συνιστωσών της εθνικής ανταγωνιστικότητας απεικονίζεται στην Εικόνα 1:



Εικόνα 1 : Η Πυραμίδα της ανταγωνιστικότητας (Πηγή http://epirus.gov.gr/news/anapt_synos/eisigiseis/Mantzouneas_Elias.doc - Από την Επιχειρηματική στην Εθνική Ανταγωνιστικότητα : Ο ρόλος των υποδομών)

1.2.1 Η Πυραμίδα της Ανταγωνιστικότητας

Οι πέντε κατηγορίες εισροών που εμφανίζονται στη βάση της πυραμίδας αποτελούν τους κύριους παράγοντες που μπορούν να θέσουν σε κίνηση τους μηχανισμούς της οικονομίας, μέσω των οποίων επιδιώκεται, τελικά, η βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας και η διατήρηση σε υψηλά επίπεδα διαχρονικά. Οι εισροές (η βάση της πυραμίδας) επηρεάζουν τις ενδιάμεσες εκροές (επιχειρηματική ανταγωνιστικότητα) οι οποίες, με τη σειρά τους, καθορίζουν το βαθμό της εθνικής ανταγωνιστικότητας. Κάθε μια από τις πέντε ομάδες εισροών περιέχει μια σειρά άλλων παραγόντων που πρέπει να εξετάζονται. Οι επιμέρους παράγοντες είναι οι εξής: [5]

- **Επιχειρηματικό και εργασιακό περιβάλλον:** Ρυθμιστικό περιβάλλον, Αγορά εργασίας, Μακροοικονομική και φορολογική πολιτική, Διαφάνεια.
- **Οικονομικές και τεχνολογικές υποδομές:** Υποδομές γενικού χαρακτήρα, Μεταφορές και επικοινωνίες, Λιμάνια, αεροδρόμια και οδικοί άξονες, Τηλεπικοινωνίες και πληροφορική, Ενέργεια, Χρηματοπιστωτικό σύστημα.
- **Εκπαίδευση και δεξιότητες:** Επενδύσεις σε εκπαίδευση και δεξιότητες, Σύνδεση του ανθρώπινου κεφαλαίου με την παραγωγή.
- **Επιχειρηματικότητα και ανάπτυξη επιχειρήσεων:** Ίδρυση και επέκταση επιχειρήσεων, Ο Ρόλος των πολύ μικρών, μικρών και μεσαίου μεγέθους επιχειρήσεων, Οργανωτική δομή των επιχειρήσεων και ρόλος των διευθυντικών στελεχών, Δίκτυα, συγκεντρώσεις.
- **Καινοτομία και δημιουργικότητα:** Επενδύσεις σε έρευνα και σημασία της γνώσης, Εφαρμογή της γνώσης, συμπλέγματα επιχειρήσεων.

Οι οικονομικές, κοινωνικές και τεχνολογικές υποδομές έχουν μεγάλη σημασία για την παραγωγικότητα και την ανάπτυξη των επιχειρήσεων. Η εξασφάλιση ενός, ποιοτικά και ποσοτικά, ικανού επιπέδου υποδομών αποτελεί προϋπόθεση για την αποδοτική λειτουργία (άνοδος παραγωγικότητας) και τη μείωση του κόστους των επιχειρήσεων, τη διεύρυνση των επιλογών και των αγορών στις οποίες απευθύνονται, καθώς και για τη βελτίωση της ελκυστικότητας της χώρας ή και συγκεκριμένων περιοχών της ως τόπου εγκατάστασης παραγωγικών δραστηριοτήτων από Έλληνες και ξένους επενδυτές.

Οι Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα αποτελούν μια σημαντική Δράση Ενίσχυσης της Δημιουργίας και Βελτίωσης Υποδομών. Η θεσμοθετημένη εισαγωγή της έννοιας των Συμπράξεων Δημοσίου - Ιδιωτικού Τομέα στην ελληνική οικονομία πραγματοποιήθηκε με τον Ν. 3389/2005. Η νέα αυτή νομοθεσία στοχεύει στο να συμβάλει σημαντικά στην αύξηση των ιδιωτικών επενδύσεων, αφού η σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα θα δώσει τη δυνατότητα άντλησης κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση των έργων από την ελεύθερη αγορά χωρίς τους δημοσιονομικούς περιορισμούς που θέτει το Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης. Το συγκεκριμένο πλαίσιο παρέχει την δυνατότητα προώθησης σειράς έργων κυρίως στην περιφέρεια όπως η κατασκευή μικρότερης εμβέλειας οδικών αρτηριών, έργων κοινής ωφέλειας, νοσοκομείων, σχολείων, κλπ. [6]

1.3 Ο τομέας της Υγείας

Οι ΣΔΙΤ παρουσιάζονται όλο και περισσότερο ως λύση στη χρηματοδότηση των έργων στην υγειονομική περίθαλψη. [7,8] 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.[9] Οι λόγοι που δημιουργούν πιέσεις για αύξηση των δαπανών όσον αφορά στην υγεία είναι πολλοί και σοβαροί [10]:

α) Η βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης και η αυξημένη ζήτηση από μετανάστες. Ο αριθμός των μεταναστών έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Οι μετανάστες βαθμιαία εντάσσονται στην αγορά εργασίας και αποκτούν ίδια δικαιώματα με τους έλληνες πολίτες στη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών.

β) Η βελτίωση των δυνατοτήτων της ιατρικής επιστήμης, η ευρύτατη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας, η αύξηση του αριθμού των γιατρών, των οδοντιάτρων και των φαρμακοποιών, τα νέα φάρμακα κ.ά.

γ) Η αύξηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, των ατυχημάτων, των ψυχικών νοσημάτων, οι νέες ασθένειες αλλά και η επανεμφάνιση παλαιών.

δ) Οι αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας.

ε) Η άνοδος των τιμών των υπηρεσιών υγείας και των μισθών των εργαζομένων στον υγειονομικό τομέα.

στ) Τα καινούργια νοσοκομεία που κατασκευάζονται και τα οποία θα απαιτήσουν υψηλές λειτουργικές δαπάνες.

Το ζήτημα του ελέγχου των δαπανών υγείας παραμένει το μείζον πρόβλημα της υγειονομικής πολιτικής διεθνώς αλλά και στη χώρα μας. Παρά τις προσπάθειες που κατά καιρούς έγιναν σε πολλές χώρες, διαπιστώθηκε ότι ακόμη και οι χώρες με τα πιο ολοκληρωμένα συστήματα δεν κατάφεραν απαραίτητα να μειώσουν τις δαπάνες υγείας ούτε μπόρεσαν να βγουν συμπεράσματα για το ποιος τύπος οργάνωσης του συστήματος υγείας μπορεί να επιτύχει ευκολότερα τον περιορισμό των δαπανών. Ανάλογα με τις συγκυρίες που υπήρχαν σε κάθε χώρα επιτεύχθηκε και διαφορετικός βαθμός μείωσης του κόστους. Στον πυρήνα αυτού του προβλήματος βρίσκονται ο έλεγχος και η διαχείριση της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας. [9]

Το γεγονός αυτό, οδήγησε στην σύναψη ΣΔΙΤ, με έμφαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Από τον Ιούνιο του 2002, 38 έργα κατασκευής

μονάδων υγείας, συνολικής αξίας £6.8 δισεκατομμυρίων, έχουν ολοκληρωθεί ή βρίσκονται σε εξέλιξη, στην Μεγάλη Βρετανία με το καθεστώς των ΣΔΙΤ. Σχέδια για ανανέωση της βρετανικής υποδομής υγείας περιλαμβάνουν την κατασκευή 100 νέων νοσοκομείων από το 2010. Πιο συγκεκριμένα, η βρετανική κυβέρνηση συμβάλλεται με έναν εταίρο από τον ιδιωτικό τομέα για να σχεδιάσει, να χτίσει και να χρηματοδοτήσει μια νέα νοσοκομειακή μονάδα και για να διεκπεραιώσει τις επιλεγμένες μη-κλινικές υπηρεσίες για μια σταθερή περίοδο, συνήθως 25 έως 40 ετών. [1]

Ο εταίρος από τον ιδιωτικό τομέα είναι συνήθως μια κοινοπραξία που συγκεντρώνει τις επιχειρήσεις με τις διαφορετικές δεξιότητες που απαιτούνται για την ανάληψη ενός τέτοιου εγχειρήματος δηλαδή, τον σχεδιασμό, την κατασκευή, την χρηματοδότηση και την διαχείριση του νοσοκομείου. Το νοσοκομείο πληρώνει για τη χρήση του περιουσιακού στοιχείου μέσω μιας μοναδιαίας δαπάνης (που είναι παρόμοια με μια πληρωμή μισθώσεων) και μια δαπάνη απόδοσης (παρόμοια με μια αμοιβή για μια διοικητική σύμβαση). Κάθε δαπάνη μπορεί να μειωθεί ή να παραλειφθεί εάν ο ιδιώτης δεν επιτυγχάνει τα πρότυπα απόδοσης. Και καμία αμοιβή δεν είναι πληρωτέα έως ότου να ολοκληρωθεί η μονάδα, να παραδοθεί και να τεθεί σε λειτουργία.

Αντίστοιχα έργα έχουν ολοκληρωθεί ή είναι σε εξέλιξη και σε άλλες χώρες του κόσμου όπως Αυστραλία, Ισπανία, Σουηδία, Νότιος Αφρική, Νέα Ζηλανδία, με μοντέλα παρόμοια εκείνου της Μεγάλης Βρετανίας.

Στο Ελληνικό σύστημα υγείας παρατηρείται ένα «έλλειμμα» μεταξύ κόστους και αποτελεσματικότητας - ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που έχει υπολογισθεί σε ένα ποσοστό 30% και μάλιστα παρουσιάζει ισχυρές στρεβλώσεις, με αποτέλεσμα η χώρα μας να δαπανά περισσότερο από το 9% του ΑΕΠ, υπερκαλύπτοντας το μέσο όρο του ΟΟΣΑ και το 45% αυτών των δαπανών να είναι απευθείας πληρωμές από τους ασθενείς. [11,12,13] Έτσι διαπιστώνεται η ανάγκη για βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας ώστε να αξιοποιούνται σωστά οι πόροι που δαπανώνται.



Εικόνα 2 : Έρευνα της MRB για την ικανοποίηση των πολιτών από το Σύστημα Υγείας (Πηγή : Καθημερινή, 2/11/2003)

Η γενικότερη αίσθηση, που προκύπτει και από σχετικές μελέτες ικανοποίησης, ότι η περίθαλψη την οποία παράγουν τα δημόσια νοσοκομεία δεν είναι αυτή που απαιτείται, οδηγεί ένα μεγάλο ποσοστό των πολιτών σε ιδιωτικές κλινικές, με επιβάρυνση κυρίως των ατομικών τους εισοδημάτων. [14] Έτσι, φθάνουμε στο φαινόμενο οι Έλληνες να είναι, με πολύ μεγάλη διαφορά από τους άλλους Ευρωπαίους, βαθιά δυσαρεστημένοι παρόλο που πληρώνουν για την υγεία τους

περισσότερο από το μέσο όρο στην ΕΕ. Η γενική εντύπωση είναι ότι καλό θα ήταν κανείς να αποφύγει την προσφυγή στις υπηρεσίες υγείας, εκτός αν είναι τελείως απαραίτητο (ο γνωστός καρδιοχειρουργός Cooley είχε πει ότι «οι Έλληνες πάνε στο γιατρό λίγο πριν πάνε στον παπά»). [15] Η αίσθηση άλλωστε αυτή είναι που δικαιολογεί και τη ραγδαία τα τελευταία χρόνια ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας χωρίς μάλιστα κεντρικά σχεδιασμένη πολιτική ιδιωτικοποιήσεων - δημιουργώντας προσδοκίες υψηλής κερδοφορίας.

Η Ευρωπαϊκή εμπειρία μετά το 1990 είναι εξόχως διδακτική. Τα συστήματα Υγείας στην Αγγλία, τις Σκανδιναβικές χώρες, αλλά και τις χώρες του Νότου και τις υπό-ένταξη χώρες της Κεντρικής Ευρώπης παρουσίασαν μία δραματική μεταστροφή προς την ενσωμάτωση επιχειρηματικών πρωτοβουλιών σε πολύ μεγαλύτερη κλίμακα, ευρύτητα εφαρμογής και ποιότητα από ότι στο παρελθόν. Η Ευρωπαϊκή εμπειρία, όπως τεκμηριώνεται και στη σχετική βιβλιογραφία, έδειξε ότι η Επιχειρηματικότητα (entrepreneurialism) μπορεί στην πράξη να αποτελέσει έναν ισχυρό μοχλό για την εισαγωγή θεσμικών μεταρρυθμίσεων στον τομέα υγείας. [15]

Πρόσφατα, υπάρχει έντονη δραστηριότητα στον χώρο της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών υγείας, μέσω εξαγορών και συγχωνεύσεων που σηματοδοτεί προάγγελο ευρύτερων εξελίξεων στον κλάδο της υγείας. Η ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας τείνει να αντικαταστήσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Έρευνα της ICAP καλλιεργεί υψηλές προσδοκίες για τον ιδιωτικό κλάδο υγείας προβλέποντας αύξηση των εσόδων των ιδιωτικών κλινικών με ρυθμό περίπου 15%, των μαιευτηρίων 11% και των διαγνωστικών κέντρων 8,5%. Στην ίδια μελέτη

σημειώνεται ότι το 90% των επενδύσεων των ιδιωτών στοχεύουν στην ιατρική τεχνολογία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο ΕΣΥ δεν ξεπερνά το 30%. [16] Σύμφωνα με επεξεργασία στατιστικών δεδομένων που πραγματοποίησε το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, τα τελευταία 15 περίπου χρόνια οι ιδιωτικές επενδύσεις στον τομέα της Υγείας έχουν αυξηθεί πάνω από 1.450 %. [17]

1.4 Αντικείμενο της εργασίας

Λαμβάνοντας υπόψη τη σχετικά πρόσφατη εισαγωγή των σχημάτων ΣΔΙΤ, δεν υπάρχει μέχρι τώρα ένας ουσιαστικός όγκος βιβλιογραφίας που να αφορά στην εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων γενικά και στον υγειονομικό τομέα ειδικότερα. Ωστόσο η ποσότητα σχετικής βιβλιογραφίας αυξάνεται διαρκώς και έχουν προκύψει μια σειρά ερωτημάτων που αφορούν στην καταλληλότητα των ΣΔΙΤ ως νέου εργαλείου για την ικανοποίηση του δημόσιου συμφέροντος, τις διαφορές στην διανομή των κινδύνων μεταξύ της κυβέρνησης και ενός ιδιωτικού προμηθευτή, στη λειτουργία τους ως μέσου ενεργοποίησης της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας.

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να αναπτύξει μια καλύτερη και βαθύτερη κατανόηση της φύσης και της λογικής των ΣΔΙΤ, καθώς επίσης και τις βασικές ανησυχίες που έχουν προκύψει στην βιβλιογραφία από την εφαρμογή τους στον τομέα της Υγείας. Αναλυτικότερα τα ερωτήματα που θα απαντηθούν είναι τα εξής :

Ερευνητική ερώτηση 1: Τι είναι η ΣΔΙΤ;

Η έννοια της δημόσιας - ιδιωτικής συνεργασίας δεν είναι ολωσδιόλου απλή. Πως οριοθετείται το πεδίο εφαρμογής και ποιες είναι οι προϋποθέσεις προκειμένου ένα σχέδιο να αποτελέσει αντικείμενο ΣΔΙΤ; Τι συνιστά μια ΣΔΙΤ, ποια είναι τα χαρακτηριστικά της, οι μορφές της και η σχετική νομοθεσία που την πλαισιώνει; Ποιο είναι το νομοθετικό πλαίσιο για τις ΣΔΙΤ στην Ελλάδα, ποια είναι τα κύρια χαρακτηριστικά του; Πως μπορούν να ομαδοποιηθούν και να κατηγοριοποιηθούν οι διαφορετικές μορφές ΣΔΙΤ; Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στη ΣΔΙΤ και στη σύμβαση Παραχώρησης; Υπάρχουν κοινά στοιχεία και ποιες είναι οι διαφορές ανάμεσά τους; Ποια είναι η υπάρχουσα εμπειρία από παρόμοια έργα στην Ελλάδα και στον κόσμο γενικότερα; Ποια είναι τα πλεονεκτήματα από την υλοποίηση έργων με την μορφή των ΣΔΙΤ, ποια τα μειονεκτήματα και ποιοι οι κίνδυνοι για κάθε συμμετέχοντα; Τι είναι η οικονομική αποδοτικότητα ή Δημιουργία Αξίας (Value for Money) και πως αξιολογείται ;

Ερευνητική ερώτηση 2 : Πως χρηματοδοτείται μια ΣΔΙΤ;

Η χρηματοδότηση είναι μια από τις σημαντικότερες λειτουργίες στη ΣΔΙΤ, και ένα βασικό θέμα στη βιβλιογραφία. Μια ΣΔΙΤ περιλαμβάνει την κυβέρνηση (ή το δημόσιο φορέα), μια ιδιωτική επιχείρηση και κάποιο σημαντικό πρόγραμμα κύριας επένδυσης. Πως συμμετέχουν τα μέρη αυτά στην χρηματοδότηση της ΣΔΙΤ και με βάση ποια κριτήρια; Ποιες είναι οι εξασφαλίσεις για την χρηματοδότηση αυτή; Πως διαμορφώνονται η χρηματοδοτική συμμετοχή, οι ταμειακές ροές, η ιδιοκτησία μεταξύ των συμβαλλομένων μερών;

Ερευνητική ερώτηση 3: Μπορεί η ΣΔΙΤ να βρει εφαρμογή και να δώσει λύσεις στον τομέα της Υγείας; Ποιοι παράγοντες ενθαρρύνουν την οργάνωση της παραγωγής υποδομών Υγείας μέσω μιας ΣΔΙΤ;

Η ΣΔΙΤ εμφανίζεται στην βιβλιογραφία ως μια επιλογή χρηματοδότησης έργων για ένα μεγάλο εύρος κλάδων και εφαρμογών. Η Υγεία αποτελεί ένας από αυτούς τους τομείς, ο οποίος έχει να επιδείξει έντονη δραστηριότητα τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο η ΣΔΙΤ είναι ένας σχετικά νέος τρόπος την παραγωγή υποδομών υγείας και καθώς αφορά ένα ιδιαίτερο ευαίσθητο τομέα, η αντίθεσή του με τις παραδοσιακές πορείες της δημόσιας σύμβασης προκαλεί έντονες συζητήσεις. Αν και η τεκμηρίωση της μπορεί τελικά να στηριχθεί μόνο μέσω των εμπειρικών μελετών, διάφορα επιχειρήματα ενάντια στη ΣΔΙΤ έχουν αναπτυχθεί, βασισμένα κυρίως σε υποθετικούς υπολογισμούς. Ποια είναι αυτή η εμπειρία, τι μαθήματα δίνει και ποιες δυνατότητες αναδεικνύει;

1.4.1 Ερευνητικοί στόχοι της εργασίας και συνεισφορά της

Οι ερευνητικές ερωτήσεις αγγίζουν ένα μεγάλο εύρος και πλήθος της βιβλιογραφίας και των αλληλοσχετιζόμενων επιστημονικών πεδίων. Η βασική πρόκληση είναι εκείνη της συγκέντρωσης των πληροφοριών στην περιοχή ενδιαφέροντος και εστίασης, οι οποίες οδηγούν σε μια βαθιά κατανόηση του θέματος, διερευνώντας εκείνες που είναι σχετικές, για την ερμηνεία της προοπτικής των ΣΔΙΤ, καταλήγοντας μέσα από την επεξεργασία τελικά σε ένα ανακοινώσιμο σχήμα.

Θα μπορούσαμε να διακρίνουμε μεταξύ πέντε τύπων στόχων σε μια ερευνητική επιστημονική προσέγγιση. Πρώτα, η έρευνα μπορεί να επιδιώξει να προβληματίσει χρησιμοποιώντας ήδη δεδομένη γνώση κατά πρώτο λόγο. Δεύτερον, η έρευνα μπορεί να προσπαθήσει να παραγάγει μια περιγραφή ενός φαινομένου ή ενός αντικειμένου. Τρίτον, ένας στόχος της έρευνας μπορεί να είναι να παραχθεί μια εξήγηση των σχετικών αιτιών με ένα φαινόμενο. Τέταρτο, η έρευνα μπορεί να θελήσει να χρησιμοποιήσει τις περιγραφές των φαινομένων και τις εξηγήσεις των αιτιών για να προβλέψει τις συνέπειες των αλλαγών στους παράγοντες σχετικούς με τα φαινόμενα. Τέλος, η έρευνα μπορεί να επιδιώξει να παρέχει μια συνταγή ως προς ποια δράση πρέπει να ληφθεί, η οποία να περιλαμβάνει την παραγωγή μιας ουσιαστικά μη-επιστημονικής αξίας - κρίσης ως προς αυτό που είναι επιθυμητό. [18]

Η παρούσα εργασία κινείται στο περίγραμμα των στόχων αυτών, επιχειρώντας να απαντήσει στα παραπάνω ερωτήματα. Ωστόσο, η εργασία αυτή προορίζεται να υποκινήσει τη περαιτέρω συζήτηση για την εξέταση της δυνατότητας των ΣΔΙΤ για

την αντιμετώπιση της πρόκλησης επένδυσης με ένα οικονομικώς αποδοτικό τρόπο στον τομέα της Υγείας. Ειδικότερα μια ανασκόπηση της δραστηριότητας και εμπειρίας στην Ευρώπη αλλά και στον Καναδά, την Αυστραλία και τις ΗΠΑ αναδεικνύουν τα παραδείγματα καλής πρακτικής και αναπτυσσόμενων τάσεων καθώς επίσης και τις κύριες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας στην υλοποίηση ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας. Από αυτή την άποψη, η εργασία αυτή έχει μια ακαδημαϊκή αλλά και μια πρακτική χρησιμότητα. Αφενός, συγκεντρώνει πληροφορίες που αγγίζουν όλες τις πτυχές των ΣΔΙΤ, δημιουργώντας ένα στιβαρό υπόβαθρο για την αναζήτηση της καταλληλότητας εφαρμογής στο τομέα της Υγείας. Η αναζήτηση των στοιχείων αυτών προέρχεται τόσο από την ελληνική και διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία, τον Τύπο αλλά και πληροφορίες που συλλέγονται και ανταλλάσσονται στο σχετικό επαγγελματικό πεδίο, σε καθημερινή βάση από τους συμμετέχοντες και άμεσα ενδιαφερόμενους. Αφετέρου, συνιστά ένα πρακτικό οδηγό, με πλήθος παραδειγμάτων, τα οποία πέρα από τις ευκαιρίες απόκτησης γνώσης, προσφέρουν απτά παραδείγματα υλοποίησης τέτοιων έργων σε οικονομίες με διαφορετικό βαθμό ανάπτυξης. Οι περιπτώσεις αυτές, ακόμη κι όταν μαρτυρούν αποτυχημένες προσπάθειες εφαρμογής ΣΔΙΤ στην Υγεία λειτουργούν καταλυτικά στην απομάκρυνση της φοβικής συχνά φιλολογίας που συνοδεύει την ανακοίνωση μιας διαφορετικής, από την παραδοσιακή προσέγγισης. Παράλληλα, η ανάπτυξη του θέματος στρέφει διαρκώς το βλέμμα προς την ελληνική πραγματικότητα και το θεσμικό της πλαίσιο, παρέχοντας στοιχεία, συσχετισμούς και συγκρίσεις με την διεθνή πραγματικότητα. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται η δημιουργία ενός εγχειριδίου αναφοράς όσον

αφορά στην θεωρητική περιγραφή των ΣΔΙΤ αλλά και ενός κειμένου – εφαιτηρίου στην αναζήτηση πρακτικών ήδη δοκιμασμένων στο διεθνές περιβάλλον.

1.4.2 Η δομή της εργασίας

Η παρούσα εργασία περιέχει τέσσερα κεφάλαια. Σε αυτό το κεφάλαιο ο σκοπός είναι να δοθεί το συνολικό πλαίσιο και να περιγραφεί το αντικείμενο της εργασίας. Επιχειρείται επίσης να προσδιοριστούν οι ερευνητικοί στόχοι, τα μέσα αλλά και η ακαδημαϊκή και πρακτική συνεισφορά της.

Στο δεύτερο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός της ΣΔΙΤ και οριοθετείται η έννοια της στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ελλάδα. Η προσέγγιση της έννοιας των ΣΔΙΤ και του σχετικού θεσμικού πλαισίου εξετάζεται με βάση την διεθνή εμπειρία, ενώ περιγράφεται η κοινοτική και η ελληνική εκδοχή της έννοιας των συμπράξεων (σύμφωνα με το Ν. 3389/2005). Με τον τρόπο αυτό αναδεικνύονται οι ομοιότητες, διαφορές και αποκλίσεις από τη διεθνή και ευρωπαϊκή προσέγγιση και δίνονται όλες οι απαραίτητες λεπτομέρειες για την αποσαφήνιση των έργων που μπορούν να υλοποιηθούν με βάση το θεσμικό πλαίσιο των ΣΔΙΤ. Περιγράφονται οι διαφορετικές μορφές των ΣΔΙΤ, όπως απαντώνται στη διεθνή πρακτική και βιβλιογραφία, και στη συνέχεια ομαδοποιούνται σε τυπικές κατηγορίες με βάση τα κοινά τους δομικά χαρακτηριστικά. Πραγματοποιείται μια σύγκριση της σύμβασης παραχώρησης και ΣΔΙΤ όπου αναδεικνύονται οι ομοιότητες και οι διαφορές τους και γίνεται μια ιστορική αναδρομή τέτοιων έργων στην Ελλάδα και στον υπόλοιπο κόσμο. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται εκτενής αναφορά στα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της εφαρμογής των ΣΔΙΤ για κάθε εταίρο. Περιγράφονται οι κίνδυνοι

που συνοδεύουν τέτοιες συμπράξεις και οι κανόνες κατανομής τους μεταξύ των μερών. Παρουσιάζεται η έννοια της Οικονομικής αποδοτικότητας (value for money) καθώς και η τεχνική της Δημόσιας Συγκριτικής Κοστολόγησης. Αφιερώνεται επίσης σημαντικό μέρος στη Χρηματοδότηση των ΣΔΙΤ, τις πηγές και τρόπους αυτής της χρηματοδότησης καθώς και των εξασφαλίσεων που τη συνοδεύουν.

Το τρίτο κεφάλαιο ασχολείται με την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας ειδικά. Δίνεται το πλαίσιο, με την περιγραφή των χαρακτηριστικών των Συστημάτων Υγείας, του Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας μας καθώς και των μεγεθών των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών για την Υγεία. Με το τρόπο αυτό προσδιορίζεται τόσο σε επίπεδο ιστορικό όσο και οικονομικό ή ακόμη και επενδυτικό ο τομέας στη Ελλάδα. Περιγράφονται οι παράγοντες για τη διασφάλιση της επιτυχίας των ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας και παρουσιάζεται η Βρετανική εμπειρία της «Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης». Τα μαθήματα που προσφέρει η εμπειρία αυτή από την ανάπτυξη νοσοκομείων μέσω ΣΔΙΤ επαυξάνονται με την παράθεση διαφόρων περιπτώσεων ΣΔΙΤ σε ευρωπαϊκές χώρες, στον Καναδά, την Αυστραλία, τις ΗΠΑ και Αραβικές χώρες. Κάθε περίπτωση διαφέρει από την προηγούμενη είτε στο είδος της σύμβασης, το επίπεδο δυσκολίας, το τελικό αποτέλεσμα, τη σύνθεση των συμμετεχόντων, δίνοντας κάθε φορά μια διαφορετική εστιασμένη γνώση.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, συγκεντρώνονται τα συμπεράσματα, τα επιχειρήματα και η κριτική που γεννά κάθε νεωτερισμός. Πραγματοποιείται μια

σύνοψη των μαθημάτων που προέκυψαν από τα «παθήματα» της εφαρμογής, δίνεται το στίγμα της αμφισβήτησης, προβληματισμού και αντίδρασης προς τις ΣΔΙΤ και περιγράφεται η τρέχουσα κατάσταση στην Ελλάδα, ενώ επιχειρούνται οι πρώτοι διαγωνισμοί με το νέο θεσμικό πλαίσιο των ΣΔΙΤ.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑΣ

1.5 Βιβλιογραφία 1^{ου} Κεφαλαίου

1. The Submission of the Canadian Council for Public – Private Partnerships to the Commission on the Future of Health Care in Canada, www.pppcouncil.ca/pdf/healthintro.pdf
2. The Canadian Council for Public – Private Partnerships Project Finance : An Introductory Manual for Canadian PPP Project Managers and Advisors, 2006.
3. Επιτροπή των ευρωπαϊκών κοινοτήτων, (30.4.2004), Πράσινο Βιβλίο - σχετικά με τις συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και το κοινοτικό δίκαιο των δημόσιων συμβάσεων και των συμβάσεων παραχώρησης, com(2004) 327 τελικό, Βρυξέλλες, europa.eu.int/eur-lex/el/com/gpr/2004/com2004_0327el01.pdf
4. Johannes Jütting, Public-private-partnership and social protection in developing countries: the case of the health sector, Center for Development Research (ZEF), University of Bonn, Paper presented at the ILO workshop on “The extension of social protection”, Geneva, 13./14.12.1999, www.oecd.org/dataoecd/32/47/2510186.pdf
5. Η Πυραμίδα της ανταγωνιστικότητας Από την Επιχειρηματική στην Εθνική Ανταγωνιστικότητα : Ο ρόλος των υποδομών, http://epirus.gov.gr/news/anapt_synos/eisigiseis/Mantzouneas_Elias.doc
6. Γέροντας Απόστολος, Μαρκάκης Ιωάννης, Φιλοπούλου Κωνσταντίνα, Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα, INFOCUS 2005, ISBN 960-87689-7-7.
7. ΚΟΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΠΕΝΔΥΤΗ, (29-01-2006), Έρχονται κι άλλα deals στην υγεία
8. ΕΙΔΙΚΗ ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ECONOMIST, (2006), Παρεμβάσεις για την Ελλάδα της εξωστρέφειας, Τα ΣΔΙΤ στη γραμμή εκκίνησης.
9. Γ. Κυριόπουλος, Δ. Νιάκας ‘Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας’, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, 1994.
10. ΤΟ ΒΗΜΑ, (09-05-1999), Υγεία ο μεγάλος Ασθενής.
11. ΝΑΥΤΕΜΠΟΡΙΚΗ, (20 Ιουλίου 2007), ΟΟΣΑ : Ξεφεύγουν οι δαπάνες για την Υγεία,
12. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, (12/07/06), Σε υψηλά επίπεδα οι δαπάνες υγείας στη χώρα μας
13. Financial Times.com, (19/07/07), Οι δαπάνες υγείας ξεπερνούν το παγκόσμιο ΑΕΠ.

14. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, (2/11/2003), Ικανοποίηση των πολιτών από το Σύστημα Υγείας
15. Λιαρόπουλος Λ., (24 Μαρτίου 2004), Η Αναζήτηση του Μεσαίου Χώρου και στην Υγεία Ομιλία στην ημερίδα του Ελληνοαμερικανικού Επιμελητηρίου,
16. ΤΑ ΝΕΑ, (27/01/2007), Γιγαντώνονται οι ιδιωτικές υπηρεσίες Υγείας
17. ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΤΥΠΟΣ, (8/12/2007), Πληρώνουμε €1800 κάθε χρόνο τη... δωρεάν Υγεία
18. Noble Gary Ian, (2002), Managing Synergetic momentum : A grounded theory of the management of Public – private partnerships, PhD thesis, University of Wollongong, School of Management, Marketing and Employment Relations

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΔΑΛΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Γενικά περί ΣΔΙΤ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

2.1 Ορισμοί - Μηχανισμός λειτουργίας ΣΔΙΤ

Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ ή Public - Private Partnerships, PPP) είναι συνεργασίες μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού φορέα με τις οποίες το κράτος αναθέτει στον ιδιώτη εταίρο την εκτέλεση ενός έργου ή την παροχή μιας υπηρεσίας. 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 παράσχει μια δημόσια υπηρεσία. [1] Αφορούν σε σύνθετα σχήματα συνεργασίας του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα με μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις, που σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του κράτους προς τον πολίτη αλλά και τις ίδιες τις επιχειρήσεις, στην παροχή της τεχνογνωσίας και των μεθόδων του ιδιωτικού τομέα προς το δημόσιο, στην ενίσχυση παραγωγικών επενδύσεων καθώς και στη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας. [2]

Η ΣΔΙΤ είναι επομένως μια σύμβαση η οποία συνάπτεται μεταξύ του δημοσίου - κράτους (Αναθέτουσα Αρχή-ΚτΕ) και του ιδιωτικού τομέα (επιχειρήσεις). Με βάση τη σύμβαση που συνάπτεται, ο Ιδιωτικός Φορέας υποχρεούται να χρηματοδοτήσει την επένδυση, ενώ αναλαμβάνει και σημαντική ευθύνη για το σχεδιασμό του έργου. Η Αναθέτουσα Αρχή καθορίζει τις απαιτήσεις της με βάση λειτουργικές προδιαγραφές και εγκρίνει τον αναλυτικό σχεδιασμό του έργου. Ο Ιδιωτικός Φορέας αμείβεται κατά τη διάρκεια της φάσης της λειτουργίας του έργου,

χρεώνοντας σε ετήσια βάση είτε την Αναθέτουσα Αρχή, είτε απευθείας τους χρήστες, είτε, σε ορισμένες περιπτώσεις, και τους δύο. [3]

Οι ΣΔΙΤ χαρακτηρίζονται από τον επιμερισμό του κινδύνου και της ανταμοιβής μεταξύ των συνεργατών. Σε μια ΣΔΙΤ, ο δημόσιος τομέας διατηρεί έναν ρόλο επίβλεψης και αξιολόγησης της ποιότητας ενώ ο ιδιωτικός τομέας εμπλέκεται άμεσα στην παράδοση της υπηρεσίας ή του έργου. Το κοινό στοιχείο σε όλες τις ΣΔΙΤ είναι ότι φέρνουν μαζί τα δυνατά στοιχεία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, χρησιμοποιώντας τις καινοτομικές δυνατότητες της ιδιωτικής επιχείρησης προκειμένου να επιτραπεί στην εκάστοτε κυβέρνηση να απελευθερώσει δημόσια κονδύλια για την χρηματοδότηση περισσότερο οικονομικών ή κοινωνικών προγραμμάτων. [4] Ουσιαστικά επομένως, μέσα από τις Συμπράξεις Δημοσίου - Ιδιωτικού Τομέα, ο ρόλος του Δημοσίου Τομέα αλλάζει, και συγκεκριμένα εξειδικεύεται στην παρακολούθηση και τον έλεγχο της σωστής τήρησης των προδιαγραφών απόδοσης που θέτει στον Ιδιώτη της σύμβασης ΣΔΙΤ. [3] Μέσω των ΣΔΙΤ είναι δυνατόν να παραδίδονται περισσότερα έργα ή υπηρεσίες, σύμφωνα με προδιαγεγραμμένες προδιαγραφές ποιότητας, σε συντομότερο χρονικό διάστημα και αυτό γιατί οι ΣΔΙΤ μετατρέπουν τις ογκώδεις αρχικές κεφαλαιουχικές δαπάνες σε τακτικές πληρωμές υπηρεσιών είτε από τους τελικούς χρήστες είτε από το Δημόσιο Φορέα στη βάση μακροχρόνιων συμβάσεων, επιτρέποντας έτσι στο δημόσιο τομέα να χρηματοδοτεί έργα ή υπηρεσίες πέρα των διαθέσιμων πεπερασμένων πόρων του. [3]

Η σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα οδηγεί στην ανατροπή του ρόλου που είχαν ως τώρα ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας. Στις ΣΔΙΤ ο δημόσιος φορέας είναι αυτός που προδιαγράφει το παραγόμενο αποτέλεσμα και σκιαγραφεί τις απαιτήσεις, ενώ ο ιδιωτικός φορέας είναι αυτός που αποφασίζει για τον τρόπο παραγωγής του αποτελέσματος, την διαδικασία προς αυτό, αλλά επιλέγει και τους αναγκαίους χρηματοοικονομικούς πόρους. [5]

Πίνακας 1 : Διαφορές στις διαδικασίες δημοπράτησης με την εισαγωγή των ΣΔΙΤ	
<i>Παραδοσιακή Προμήθεια</i>	<i>Έργο ΣΔΙΤ</i>
Το δημόσιο σχεδιάζει λεπτομερώς το έργο	Το δημόσιο καθορίζει τις απαιτούμενες υπηρεσίες, με βάση τις επιθυμητές παροχές και αποτελέσματα καθ' όλη τη διάρκεια της σύμπραξης
Το δημόσιο κάνει πρόσκληση υποβολής προσφορών για την κατασκευή του έργου	Το δημόσιο αναζητεί προσφορές για όλο το έργο, συμπεριλαμβάνοντας και τη χρηματοδότησή του
Το δημόσιο αναθέτει την κατασκευή του έργου, παρέχει υπηρεσίες ή επιτρέπει ξεχωριστές συμβάσεις για υπηρεσίες λειτουργίας μετά την ολοκλήρωση της κατασκευής	Το δημόσιο συνάπτει σύμβαση μακράς διάρκειας για παροχή υπηρεσιών, μεταφέροντας τους ανάλογους κινδύνους στον Ιδιώτη
Το δημόσιο συντηρεί και ελέγχει το έργο, αναλαμβάνοντας κινδύνους από τη φάση του σχεδιασμού και για όλη τη διάρκεια της ζωής του έργου	Το δημόσιο συνδέει τις πληρωμές με τη διαθεσιμότητα και την απόδοση του έργου, ελέγχοντας τον Ιδιώτη για την τήρηση των δεσμεύσεων του για όλη τη διάρκεια της σύμπραξης
Το δημόσιο αναλαμβάνει τον κίνδυνο της υπολειμματικής αξίας του έργου στο τέλος της ζωής του	Το δημόσιο διαπραγματεύεται τη μεταβίβαση του κινδύνου της υπολειμματικής αξίας του έργου με τον Ιδιώτη

Η ΣΔΙΤ είναι ένα είδος επιχειρηματικής σχέσης μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών φορέων η οποία οδηγεί στην κατασκευή έργων και υποδομών με κεντρικό και απώτερο στόχο την παροχή των δημοσίων υπηρεσιών. Ενώ ως τώρα ο δημόσιος φορέας ήταν ο κύριος του έργου και εκμεταλλευόμενος ο ίδιος το έργο διέθετε έπειτα τις δημόσιες υπηρεσίες, πλέον μετατρέπεται σε μεσολαβητή των υπηρεσιών

από τον ιδιώτη που κατασκεύασε και διαχειρίζεται το δημόσιο έργο και ουσιαστικά αγοράζει από αυτόν τις υπηρεσίες και μεσολαβεί άμεσα ή έμμεσα, προκειμένου αυτές να φθάσουν μέχρι τον πολίτη. [5] Ωστόσο παρότι, ο ιδιώτης είναι βασικός υπεύθυνος για την συνέχεια και την ποιότητα της παροχής των δημόσιων υπηρεσιών, το δημόσιο παραμένει ο τελικός υπεύθυνος για την εξυπηρέτηση του δημόσιου συμφέροντος και την ικανοποίηση των δημόσιων σκοπών. [5] Επομένως ο δημόσιος φορέας παρέχει την εντολή στον ιδιωτικό φορέα για την κατασκευή υποδομών και εγκαταστάσεων, προκειμένου να ικανοποιηθεί δημοσίου συμφέροντος ανάγκη, αλλά αναλαμβάνει την ευθύνη για την διαμόρφωση των στόχων στην παροχή δημόσιων υπηρεσιών, στην ποιότητα αυτών και στο κόστος διάθεσής τους. [5]

Η σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα βασίζεται κυρίως στην αντίληψη ότι οι εταίροι θα πρέπει να μοιράζονται τους κινδύνους που προκαλούνται από την χρηματοδότηση, την κατασκευή, την λειτουργία του έργου και την διάθεση των υπηρεσιών εξ αυτού με γνώμονα ποιος φορέας είναι ικανότερος στην αντιμετώπιση των κινδύνων και ποιος φορέας είναι πιο αποδοτικός και οικονομικά πιο σύμφωρος στην κάλυψη των κινδύνων. [5] Ο ιδιωτικός φορέας αναλαμβάνει σημαντικό μέρος των κινδύνων αυτών, καθώς είναι εκείνος που επιδιώκει μέσω του μηχανισμού εξυπηρέτησης και ικανοποίησης των δημόσιων αναγκών να οδηγηθεί ταυτόχρονα σε επιχειρηματικά θετικό αποτέλεσμα. Επομένως ο μηχανισμός της ΣΔΙΤ θα πρέπει να συνδυάσει την ποιότητα των παρεχόμενων δημόσιων υπηρεσιών με την οικονομική αποδοτικότητα και ωφέλεια. Προς αυτή την κατεύθυνση τα συμβαλλόμενα μέρη συνεισφέρουν τις δεξιότητές τους και τα

διαφορετικά τους στοιχεία επιδιώκοντας να καλύψει το ένα μέρος τις αδυναμίες του άλλου με κριτήριο τη βέλτιστη αποδοτικότητα. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η υπέρβαση εγγενών μειονεκτημάτων που παρουσιάζουν οι κλασικές μορφές παροχής δημόσιων υπηρεσιών, καθώς ο ιδιώτης δεν επιδιώκει πλέον την μείωση του κόστους κατασκευής μια υποδομής με επαγόμενες συνέπειες στην ποιότητα αλλά αντίθετα επιδιώκει υψηλότερη ποιότητα του τελικού προϊόντος ώστε να προσελκύσει μεγαλύτερα οφέλη και κέρδη.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

2.2 Οριοθέτηση της έννοιας των ΣΔΙΤ στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ελλάδα

2.2.1 Η διεθνής εμπειρία

Στην διεθνή πρακτική δεν υπάρχει σταθερός και στενά διαμορφωμένος ορισμός της έννοιας των ΣΔΙΤ. Η αιτία για το φαινόμενο αυτό θα πρέπει να αναζητηθεί τόσο στο γεγονός πως δεν υπάρχει συνήθως στα διάφορα κράτη νομοθετικό πλαίσιο που να καλύπτει τις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, όσο και στο γεγονός της πολυμορφίας που χαρακτηρίζει την εμφάνιση των συμπράξεων. [5] Ωστόσο, σύμφωνα με την διεθνή εμπειρία, η σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα περιλαμβάνει συμφωνία ανάμεσα σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, με διαρκή χαρακτήρα, η οποία αποτελείται από επιμέρους συμφωνίες όλων ή μέρους των φορέων. [5] Ο όρος ΣΔΙΤ αναφέρεται γενικά σε μορφές συνεργασίας των δημοσίων αρχών με τον κόσμο των επιχειρήσεων που αποσκοπούν στην εξασφάλιση της χρηματοδότησης, της κατασκευής ανακαίνισης, της διαχείρισης ή της συντήρησης μιας υποδομής ή στην παροχή μιας υπηρεσίας. [6,7]

Στη συνεργασία αυτή τα συνεργαζόμενα μέρη κατανέμουν αρμοδιότητες και υποχρεώσεις, όχι απαραίτητα ισομερώς, με σκοπό την χρήση μέσων που κάθε φορέας μπορεί να διαθέσει για την παροχή δημόσιων έργων και δημόσιων υπηρεσιών. Ο κάθε φορέας έρχεται να καλύψει με τα μέσα που διαθέτει τις ανάγκες που οι υπόλοιποι φορείς δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν με την ίδια αποτελεσματικότητα. Κατά αυτήν την έννοια, οι φορείς του ιδιωτικού τομέα προσφέρουν συνήθως τεχνογνωσία, τον εξοπλισμό, το εξειδικευμένο προσωπικό

αλλά και την χρηματοδότηση ενώ ο δημόσιος φορέας παρέχει την εξομάλυνση των νομικών, διοικητικών και εκτελεστικών ζητημάτων, την εποπτεία ορθής εκτέλεσης και παροχής των υπηρεσιών καθώς και την εύρεση των απαραίτητων μέσων και εκτάσεων. Η εμπλοκή και των δύο φορέων προς τον κοινό στόχο, αποτελεί κυρίαρχο στοιχείο της σύμπραξης, χωρίς τα συνεργαζόμενα μέρη να χάνουν την αυτονομία τους. Η συνεργασία και όλες οι πτυχές της, είναι αντικείμενο συμβατικής ρύθμισης των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων, χωρίς να δεσμεύονται από νομοθετικές ρυθμίσεις, όσο αυτό επιτρέπεται από την συμβατική ελευθερία των μερών.

Μαζί με την κατανομή των αρμοδιοτήτων και των υποχρεώσεων, η σύμπραξη περιλαμβάνει και τον επιμερισμό των κινδύνων που προκύπτουν κατά την κατασκευή του έργου, την χρήση του και την διάθεση των δημόσιων υπηρεσιών. Οι κίνδυνοι αυτοί, οικονομικοί και επιχειρηματικοί, αναλαμβάνονται πλέον κυρίως από τους ιδιωτικούς φορείς, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο δημόσιος φορέας παραμένει αμέτοχος των κινδύνων κατά τη διάρκεια της σύμπραξης. [7,8]

Το πεδίο δραστηριοποίησης των δημοσίων και ιδιωτικών φορέων είναι η κατασκευή έργων-υποδομής και η παροχή δημόσιων υπηρεσιών, στα πλαίσια της ικανοποίησης δημοσίων αναγκών και στα πλαίσια της εξυπηρέτησης του δημοσίου συμφέροντος. Σύμφωνα με την διεθνή πρακτική η παροχή έργων και η παροχή υπηρεσιών που δεν έχουν χαρακτήρα δημόσιου συμφέροντος και δεν ικανοποιούν κάποιο δημόσιο σκοπό δεν μπορεί εύκολα να ενταχθεί στην έννοια της σύμπραξης δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

Η συνεργασία δεν εξαντλείται στην κατασκευή έργων ή στην προμήθεια προς το δημόσιο, αλλά συνεχίζεται με την λειτουργία, συντήρηση και εκμετάλλευση του έργου αυτού. Η σύμπραξη καλύπτει σχεδόν όλο τον «κύκλο ζωής» του έργου και των υπηρεσιών που παράγει, περιλαμβάνοντας την μελέτη του έργου, την οργάνωση εκτέλεσης, την χρηματοδότηση, την κατασκευή, την λειτουργία, την εκμετάλλευση, την συντήρηση του έργου και την γενικότερη νομική και οικονομική του τύχη.

Η σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα προκαλεί κόστος που δεν καλύπτεται από το ίδιο το δημόσιο μέσω άντλησης κρατικών κεφαλαίων. Η κάλυψη της χρηματοδότησης γίνεται (κυρίως) από ιδιωτικά κεφάλαια η απόσβεση των οποίων δεν γίνεται μέσω του εργολαβικού ανταλλάγματος του δημοσίου την χρονική στιγμή της παράδοσης του έργου. Αντιθέτως η απόσβεση προέρχεται άμεσα ή έμμεσα με την ροή πληρωμών από την ίδια την χρήση των δημόσιων έργων και δημόσιων υπηρεσιών.

2.2.2 Η κοινοτική εκδοχή της έννοιας των συμπράξεων

Σύμφωνα με την Πράσινη Βίβλο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που εξέδωσε η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων στις 30 Απριλίου 2000, γίνεται διαχωρισμός των ΣΔΙΤ σε δύο γενικές κατηγορίες : τις συμπράξεις θεσμοθετημένου τύπου και τις συμπράξεις συμβατικού τύπου. Η διάκριση αυτή βασίζεται στην δυνατότητα διαίρεσης σε δύο μεγάλες κατηγορίες των διαφορετικών πρακτικών ΣΔΙΤ που απαντώνται στα κράτη μέλη. Η καθεμιά από αυτές δημιουργεί ιδιαίτερα ζητήματα όσον αφορά στην εφαρμογή του κοινοτικού δικαίου για τις δημόσιες συμβάσεις και τις συμβάσεις παραχώρησης. [6]

A. Στις συμπράξεις θεσμοθετημένου τύπου, η συνεργασία λαμβάνει χώρα στα πλαίσια ενός τρίτου φορέα, με χωριστή νομική προσωπικότητα. [7] Η μορφή αυτή αφορά, είτε την ad hoc σύσταση ενός κοινού φορέα μικτού κεφαλαίου μεταξύ του δημόσιου και του ιδιώτη, ο έλεγχος του οποίου υπάγεται και στους δύο εταίρους ή την απόκτηση του ελέγχου μίας υφιστάμενης δημόσιας επιχείρησης από τον ιδιωτικό τομέα μέσω της συμμετοχής του στο μετοχικό κεφάλαιο. [7]

Ο κοινός φορέας έχει ως κύρια ευθύνη και μέριμνα για την υλοποίηση μιας υποδομής ή την «παροχή μιας υπηρεσίας προς όφελος του κοινού. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι ΣΔΙΤ θεσμοθετημένου τύπου χρησιμοποιούνται στη διαχείριση υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο, όπως στην παροχή υπηρεσιών ύδρευσης και την αποκομιδή απορριμμάτων. Στην κατηγορία αυτή, υπάρχει άμεση συνεργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού φορέα, στα πλαίσια ενός (κοινού) οργανισμού που έχει νομική υπόσταση. Με τον τρόπο αυτό, ο δημόσιος εταίρος

έχει τη δυνατότητα, σε σχετικά υψηλό επίπεδο, να διατηρήσει τον έλεγχο επάνω στις εκτελούμενες εργασίες, εξαιτίας της παρουσίας του τόσο στα διοικητικά όργανα όσο και στη μετοχική ομάδα του κοινού φορέα. Επιπροσθέτως, ο δημόσιος αυτός εταίρος αποκτά εμπειρία στον τομέα της εκμετάλλευσης μιας υποδομής ή υπηρεσίας με την υποστήριξη βέβαια και του ιδιώτη εταίρου. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι κοινοπραξίες.

Β. Στις συμπράξεις συμβατικού τύπου, η συνεργασία οδηγεί στην υπογραφή μίας σύμβασης μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Καλύπτει τις διάφορες ρυθμίσεις με τις οποίες ανατίθενται ένα ή περισσότερα καθήκοντα μικρότερης ή μεγαλύτερης σπουδαιότητας στον εταίρο του ιδιωτικού τομέα όπως είναι ο σχεδιασμός, η χρηματοδότηση, η κατασκευή, η ανακαίνιση-ανανέωση ή/και εκμετάλλευση ενός έργου ή μιας υπηρεσίας. 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 ενώ, ανάλογα και με το είδος της σύμβασης, η αμοιβή αυτή δύναται να συμπληρώνεται και από επιδότηση του δημοσίου φορέα. [7] Ο ιδιώτης εταίρος παρέχει μια συγκεκριμένη υπηρεσία στο κοινό, υπό την επίβλεψη και τον έλεγχο του δημοσίου φορέα-εταίρου.

Πρόκειται αφετέρου για τις συμβάσεις με την μέθοδο Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI (Private Finance Initiative), στις οποίες ο ιδιώτης χρηματοδότης του σχεδίου καλείται να υλοποιήσει και να διαχειριστεί μια υποδομή για τη δημόσια διοίκηση (π.χ. ένα σχολείο, ένα νοσοκομείο, ένα σωφρονιστικό

κέντρο, μια υποδομή που αφορά τις μεταφορές). [6] Ο εταίρος του ιδιωτικού τομέα δεν αμείβεται κατά κανόνα από τους χρήστες, αλλά από το ίδιο το δημόσιο, είτε με σταθερό ποσό περιοδικά καταβαλλόμενο, είτε με μεταβλητό τρόπο - ανάλογα για παράδειγμα με την συχνότητα χρήσης του έργου/της υπηρεσίας 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 μίας σύμπραξης ανήκει στους ιδιώτες με την υποβολή μίας λεπτομερειακής πρότασης-σχεδίου στην διοίκηση. Ο ελληνικός νόμος φαίνεται να αποδέχεται ανάλογη δυνατότητα. [7]

2.3 Η ελληνική εκδοχή της έννοιας της σύμπραξης σύμφωνα με το Ν. 3389/2005

2.3.1 Ο Ν. 3389/2005 για τις ΣΔΙΤ

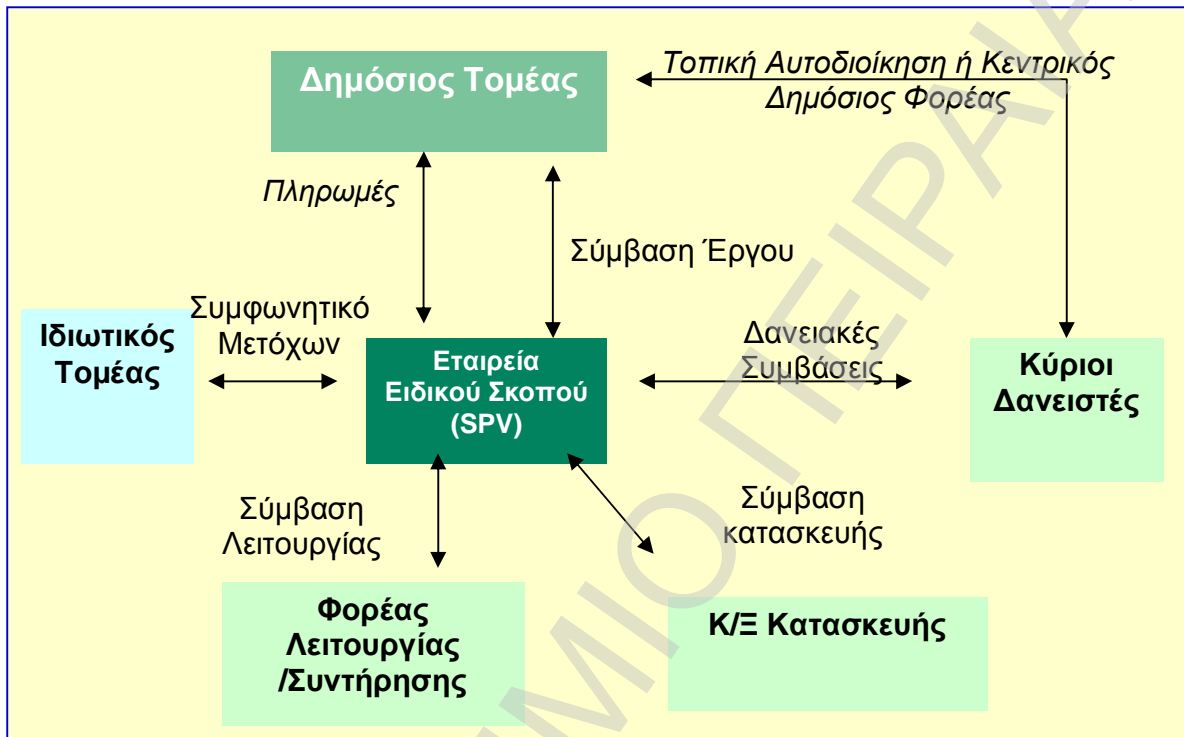
Ο ν. 3389/2005 υποδιαιρείται σε έξι κεφάλαια, τα οποία περιέχουν διατάξεις σχετικές με το πεδίο εφαρμογής, την σύσταση ενός κεντρικού μηχανισμού υποστήριξης, τις διαδικασίες ανάθεσης, το συμβατικό πλαίσιο, καθώς και ειδικότερα νομικά θέματα. Τα κεντρικά σημεία του νόμου για τις ΣΔΙΤ είναι τα ακόλουθα : [7]

Ορίζονται οι δημόσιοι φορείς (Υπουργεία, ΟΤΑ, ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ) που μπορούν να προχωρούν σε συμβάσεις σύμπραξης με ιδιωτικούς φορείς, μέσα από τη σύσταση ανωνύμων εταιρειών ειδικού σκοπού για κάθε τέτοια συνεργασία σε τομείς αρμοδιότητάς τους ή δραστηριότητάς τους.

Το αντικείμενο των συμπράξεων αυτών είναι η δημιουργία υποδομών και η παροχή υπηρεσιών που ανήκουν στην αρμοδιότητα των ως άνω δημοσίων φορέων, εφόσον ο προϋπολογισμός τους δεν υπερβαίνει το ποσό των 200 εκατομμυρίων ευρώ, μη συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ. Αντικείμενο ΣΔΙΤ δεν μπορούν να αποτελέσουν δραστηριότητες που κατά το Σύνταγμα ανήκουν άμεσα και αποκλειστικά στο Κράτος, ιδίως η εθνική άμυνα, η διαφύλαξη της δημόσιας τάξεως, η απονομή της δικαιοσύνης και το σωφρονιστικό έργο.

Οι οικονομικοί φορείς του Ιδιωτικού τομέα συμβάλλονται με το Δημόσιο για την σύσταση της σύμπραξης μέσω των *Εταιριών Ειδικού Σκοπού - ΕΕΣ - (Special*

Purpose Vehicle - SPV), οι οποίες συνιστώνται ad hoc αποκλειστικά για την συγκεκριμένη σύμπραξη και λειτουργούν σύμφωνα με τον ν. 2190/1920.



Εικόνα 3 : Συμβατικό σχήμα (Πηγή: Παπαδόπουλος Απόστολος, Partner Grant Thornton Greece, (3/7/2006), Παρουσίαση με θέμα «Σύμπραξη Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ). Νέο περιβάλλον υλοποίησης έργων & παροχής υπηρεσιών για την Τοπική Αυτοδιοίκηση»)

Οι ΕΕΣ αναλαμβάνουν ουσιαστικό μέρος των κινδύνων που συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη διαθεσιμότητα και την κατασκευή των αναγκαίων υποδομών ή την παροχή της υπηρεσίας έναντι ανταλλάγματος, που καταβάλλεται εφάπαξ ή τμηματικά από τους δημόσιους φορείς ή τους τελικούς χρήστες των υπηρεσιών.

[9] Η χρηματοδότηση, εν' όλω ή εν μέρει, της υλοποίησης των υποδομών και της παροχής των υπηρεσιών θα γίνει με κεφάλαια και πόρους που εξασφαλίζουν οι ιδιωτικοί φορείς.

Συστήνεται Διυπουργική Επιτροπή Συμπράξεων Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα (ΔΕΣΔΙΤ), η οποία χαράσσει την κυβερνητική πολιτική για τη δημιουργία υποδομών και την παροχή υπηρεσιών με τη συμμετοχή ιδιωτικών κεφαλαίων. Σύμφωνα με το άρθρο 3 του ν. 3389/2005, η ΔΕΣΔΙΤ α) εγκρίνει την υπαγωγή Συμπράξεων στις διατάξεις του νόμου αυτού ή ανακαλεί τέτοιες εγκρίσεις, σύμφωνα με το άρθρο 5 παράγραφος 3, β) αποφασίζει την ένταξη στο Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων (ΠΔΕ) του καταβλητέου στους Ιδιωτικούς Φορείς συμβατικού ανταλλάγματος, γ) αποφασίζει για την συμμετοχή ή μη του Δημοσίου στην χρηματοδότηση της Σύμπραξης και δ) λαμβάνει κάθε άλλη συναφή απόφαση. [3,7] Η ΔΕΣΔΙΤ συγκροτείται από τους Υπουργούς Οικονομίας και Οικονομικών (πρόεδρο), Ανάπτυξης και Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημόσιων Έργων, ως τακτικά μέλη και τον Υπουργό ή τους Υπουργούς που εποπτεύουν καθένα από τους Δημόσιους Φορείς, οι οποίοι προβλέπεται να συμμετάσχουν στην Σύμπραξη ή και να συμβληθούν στην Σύμβαση Σύμπραξης ή και στα Παρεπόμενα Σύμφωνα, ως έκτακτα μέλη.

Συστήνεται Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ στο Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών με σκοπό: [3,7]

1. τον εντοπισμό των υπηρεσιών και των αναγκαίων υποδομών που μπορούν να υλοποιηθούν μέσω ΣΔΙΤ και να υπαχθούν στις διατάξεις του Νόμου,
2. την προώθηση της ανάπτυξής τους,

3. τη διευκόλυνση και υποστήριξη των δημοσίων φορέων στο πλαίσιο των διαδικασιών ανάθεσης για την επιλογή των ιδιωτικών φορέων που θα αναλάβουν την υλοποίηση.

Ρυθμίζονται ζητήματα που άπτονται των διαδικασιών ανάθεσης και των κριτηρίων ποιοτικής επιλογής και ανάθεσης. Καθορίζονται οι υποχρεώσεις των δημοσίων φορέων που θα υπαχθούν στις διατάξεις του νόμου. Στις διαδικασίες σύστασης και υλοποίησης Συμπράξεων πρέπει να τηρούνται 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. [7]

Κεντρική επιλογή του ν. 3389/2005 ήταν η υιοθέτηση ΣΔΙΤ αποκλειστικά «συμβατικού τύπου» (contractual Public Private Partnerships - PPPs). Κατά συνέπεια υιοθετούνται οι διαδικασίες ανάθεσης και τα κριτήρια ποιοτικής επιλογής και ανάθεσης που προβλέπονται στην νέα κοινοτική οδηγία για τις δημόσιες συμβάσεις 2004/18/EK. Αυτές περιλαμβάνουν την ανοικτή (open procedure) και κλειστή διαδικασία (restricted procedure) και την διαδικασία με διαπραγμάτευση (negotiated procedure), ενώ επιπλέον εισάγεται για πρώτη φορά στην ελληνική έννομη τάξη η νέα διαδικασία του ανταγωνιστικού διαλόγου (competitive dialogue). Η ανοικτή και κλειστή διαδικασία εξασφαλίζουν υψηλό βαθμό διαφάνειας και ικανοποιητικό επίπεδο ανταγωνισμού, λόγω των αυστηρών κανόνων περί δημοσιότητας που τις διέπουν και της -κατά κανόνα- προσέλκυσης

σημαντικού αριθμού υποψηφίων. Ωστόσο στις διαδικασίες αυτές δεν επιτρέπεται η επαφή μεταξύ αναθέτουσας αρχής και των ενδιαφερομένων ιδιωτών-οικονομικών φορέων με στόχο την αναζήτηση της βέλτιστης από τεχνικής απόψεως λύσης. Επομένως η ενεργός εμπλοκή των ενδιαφερομένων οικονομικών φορέων του ιδιωτικού τομέα αποκλείεται και απαιτείται η εκ των προτέρων ακριβής γνώση των χαρακτηριστικών του υπό δημοπράτηση έργου, τα οποία και περιγράφονται στα τεύχη δημοπράτησης. Οι διαδικασίες αυτές δεν συμβαδίζουν με τις μεθόδους σύστασης μιας ΣΔΙΤ με σύνθετο αντικείμενο.

Η διαδικασία διαπραγμάτευσης και ανταγωνιστικού διαλόγου αποτελούν δύο εναλλακτικές λύσεις για τις περιπτώσεις που η ανοικτή και κλειστή διαδικασία δεν επαρκούν για τη σύσταση μιας ΣΔΙΤ. Η διαδικασία διαπραγμάτευσης επιτρέπει στην αναθέτουσα αρχή να προβαίνει σε συνεχή διαμόρφωση των όρων της σύμβασης, μέχρι και την σύναψη αυτής. Ωστόσο, η διαδικασία της διαπραγμάτευσης αποτελεί εξαιρετική διαδικασία ανάθεσης και συνεπώς η χρήση της περιορίζεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις για τις οποίες συντρέχουν ιδιαίτερες περιστάσεις ειδικής φύσεως, σύμφωνα με εθνικές διατάξεις συμβατές προς την οδηγία 2004/18/ΕΚ.

Σύμφωνα με την Επιτροπή της Ε.Ε [6], η διαδικασία ανταγωνιστικού διαλόγου αποτελεί ένα ευέλικτο εργαλείο δημοπράτησης, η δομή της οποίας βασίζεται ουσιαστικά στην μεθοδολογία σύστασης συμπράξεων Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI που αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά την τελευταία δεκαετία.

Ο ανταγωνιστικός διάλογος διακρίνεται σε 2 στάδια. Στο πρώτο στάδιο, στάδιο του «διαλόγου», οι αναθέτουσες αρχές συζητούν, σε αντίθεση με την ανοικτή ή την κλειστή διαδικασία, με αριθμό προεπιλεγέντων υποψηφίων τις πτυχές της σύμβασης (τεχνικές, οικονομικές και νομικές), όπως και στην διαδικασία διαπραγμάτευσης με στόχο τον προσδιορισμό των λύσεων που μπορούν να ικανοποιήσουν με τον καλύτερο τρόπο τις ανάγκες τους. Αφού ολοκληρωθεί αυτή η διαδικασία ακολουθεί το δεύτερο στάδιο υποβολής των προσφορών, κατά το οποίο δεν επιτρέπεται να τροποποιούνται ουσιώδη στοιχεία της προσφοράς ή της πρόσκλησης προς υποβολή προσφορών, να στρεβλώνεται ο ανταγωνισμός ή να προκαλούνται διακρίσεις.

Ο ανταγωνιστικός διάλογος προβλέπεται στην οδηγία 2004/18/EK και για πρώτη φορά ενσωματώνεται στην ελληνική νομοθεσία μέσω του ν. 3389/2005. Η υβριδική αυτή διαδικασία προσφέρει δυνατότητες ευελιξίας στις αναθέτουσες αρχές κατά την σύσταση μιας ΣΔΙΤ, αφού επιτρέπει τη συνεργασία με τους υποψηφίους κατά την φάση της επιλογής του ιδιώτη-εταίρου, χωρίς περιορισμό της διασφάλισης της διαφάνειας του διαγωνισμού αλλά και ίσης μεταχείρισης των διαγωνιζομένων. Ωστόσο παρουσιάζει πολλές ασάφειες σχετικά τόσο με το πεδίο εφαρμογής του αλλά και την διαδικασία καθ' εαυτή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί κατοχύρωση δικαιωμάτων πνευματικής και βιομηχανικής ιδιοκτησίας στα πλαίσια του ανταγωνιστικού διαλόγου. Στο πλαίσιο του ανταγωνιστικού διαλόγου οι υποψήφιοι μπορούν να καταθέσουν προτάσεις στις οποίες ενδέχεται να αποκτήσουν κατά την διαδικασία του διαλόγου πρόσβαση οι ανταγωνιστές

τους, χωρίς οι πρώτοι να είναι βέβαιοι για την ανάληψη της σύμβασης. Επομένως η αποτελεσματικότητα του ανταγωνιστικού διαλόγου θα κριθεί από τον τρόπο που θα αντιμετωπισθούν στην πράξη τα ζητήματα αυτά.

Ο ν. 3389/2005 υιοθετεί τις σχετικές ρυθμίσεις της κοινοτικής οδηγίας 2004/18/EK ως προς τα κριτήρια ποιοτικής επιλογής/ανάθεσης. Επομένως πραγματοποιείται έλεγχος καταλληλότητας των υποψηφίων (προσωπική αξιοπιστία, χρηματοοικονομική φερεγγυότητα, τεχνική ικανότητα) και αξιολόγηση των προσφορών με χρήση του κριτηρίου της χαμηλότερης τιμής ή της πλέον συμφέρουσας προσφοράς. Το κριτήριο της πλέον συμφέρουσας προσφοράς είναι το μόνο που επιτρέπεται στις διαδικασίες της διαπραγμάτευσης και του ανταγωνιστικού διαλόγου. [2,7]

Ο Νόμος προσδιορίζει το ελάχιστο περιεχόμενο των συμβάσεων σύμπραξης, όπου περιλαμβάνεται σαφής και αναλυτική περιγραφή των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των αντισυμβαλλομένων σε σχέση με το αντικείμενο της σύμπραξης. Καθορίζονται θέματα:

- χρηματοδότησης και συμμετοχής των δημοσίων φορέων σε αυτήν. Η Εταιρεία Ειδικού Σκοπού - ΕΕΣ θα πρέπει να είναι σε θέση να αποδείξει την διαθεσιμότητα της απαιτούμενης χρηματοδότησης κατά τον χρόνο που απαιτεί η προκήρυξη. Προβλέπεται ακόμη η δυναμική συμμετοχή των δημοσίων φορέων στην χρηματοδότηση της σύμπραξης ενώ επιτρέπεται η σύναψη

άμεσων συμβάσεων των δημόσιων φορέων και των δανειστών της ΕΕΣ (direct agreements)

- διαδικασιών είσπραξης συμβατικών ανταλλαγμάτων,
- εκδόσεων αδειών,
- προστασίας περιβάλλοντος,
- αρχαιολογικών ευρημάτων,
- απαλλοτριώσεων,
- εμπλοκής δημοσίων υπηρεσιών και ΔΕΚΟ.

Ορίζει με σαφήνεια τα νομικά θέματα που διέπουν αυτές τις συμπράξεις, όπως είναι η εκχώρηση απαιτήσεων, το κύρος των εμπράγματων ασφαλειών, οι εταιρικοί μετασχηματισμοί, τα φορολογικά ζητήματα και η επίλυση διαφορών (διαιτησία). Ιδιαίτερα για την τελευταία περίπτωση, οι κανόνες και οι ειδικότερες λεπτομέρειες της διαιτητικής επίλυσης των διαφορών ρυθμίζονται κατά παρέκκλιση των διατάξεων περί διαιτησίας του Δημοσίου με όρους που περιλαμβάνονται είτε στην Σύμβαση Σύμπραξης είτε στα Παρεπόμενα Σύμφωνα.

[2,7]

2.3.2. Η ελληνική εκδοχή της έννοιας της σύμπραξης

Στην Ελλάδα ο Ν. 3389/2005 προσδιορίζει τι υπάγεται στην έννοια των ΣΔΙΤ και οριοθετεί το αντικείμενο της ρύθμισης, προκειμένου να αναλαμβάνονται δημόσια έργα και να παρέχονται δημόσιες υπηρεσίες στα πλαίσια της σύμπραξης δημοσίων

και ιδιωτικών φορέων. [5] Ο ν. 3389/2005 ορίζει ως συμπράξεις τις έγγραφες συμβάσεις συνεργασίας, από επαχθή αιτία (συμβάσεις σύμπραξης), για την εκτέλεση έργων ή/και την παροχή υπηρεσιών, μεταξύ δημοσίων φορέων σε τομείς της αρμοδιότητας τους και νομικών προσώπων του ιδιωτικού τομέα (άρθρο 1, παρ. 1). [7] Αξίζει να επισημανθούν τα κύρια στοιχεία τα οποία οριοθετούν την έννοια της σύμπραξης :

Οι ελληνικές συμπράξεις είναι συμβάσεις έγγραφες, το ελάχιστο περιεχόμενο των οποίων καθορίζεται στον νόμο, κάτι το οποίο συμβαδίζει απόλυτα και με την διεθνή πρακτική. Στην ιδιωτική οικονομία, ο κανόνες της οποίας ακολουθούνται στις ΣΔΙΤ, τα μέρη συμβατικά οριοθετούν τις σχέσεις και τις υποχρεώσεις ή τα δικαιώματά τους. Η σύμβαση πρέπει να είναι έγγραφη ώστε να απαριθμούνται ενδελεχώς οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα μερών. [5] Δεδομένης δε της πολυπλοκότητας των σχέσεων που δημιουργούνται, η κύρια σύμβαση συνοδεύεται από συμβάσεις με τρίτα πρόσωπα (π.χ. κατασκευαστικές και δανειακές συμβάσεις, συμβάσεις παροχής εμπράγματης ασφάλειας κλπ.), οι οποίες ως παρεπόμενα σύμφωνα ακολουθούν πάντοτε την κύρια σύμβαση και υπάγονται κατά συνέπεια στον ν. 3389/2005 και στο ίδιο (δημόσιο ή ιδιωτικό) καθεστώς της κύριας σύμβασης. [2,7]

Τα πρόσωπα που συμβάλλονται είναι ιδιωτικοί φορείς και δημόσιοι φορείς. [5] Συμπράττων δημόσιος φορέας μπορεί να είναι μόνο το Δημόσιο (Υπουργεία και Περιφέρειες), οι ΟΤΑ (Κοινότητες, Δήμοι, Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις), τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και από τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μόνο οι ανώνυμες εταιρίες των οποίων το σύνολο του μετοχικού κεφαλαίου ανήκει στην ως

άνω στενή έννοια του δημοσίου. Εξαιρούνται - παρά το γεγονός ότι αποτελούν αναθέτουσα αρχή κατά το κοινοτικό δίκαιο των δημοσίων συμβάσεων - οργανισμοί δημοσίου δικαίου ή δημόσιες επιχειρήσεις, των οποίων μέρος του μετοχικού κεφαλαίου ανήκει σε ιδιώτες (π.χ ΔΕΗ, ΔΕΠΑ, Διεθνής Αερολιμένας Αθηνών, ΗΣΑΠ, ΤΡΑΜ, ΕΘΕΛ, ΕΥΔΑΠ κλπ). [7]

Συμπράττων ιδιώτης μπορεί να είναι κάθε οικονομικός φορέας υπό την προϋπόθεση όμως ότι συμβάλλεται μέσω ανώνυμης εταιρείας και μάλιστα ειδικού σκοπού (Special Purpose Vehicle - SPV), δηλαδή συνιστώμενη αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της σύμπραξης, με έδρα την Ελλάδα και λειτουργία σύμφωνα με τις διατάξεις του Κ.Ν. 2190/1920. Ο ιδιώτης δεν έχει δικαίωμα να συμβληθεί ατομικά, ως φυσικό πρόσωπο, οργανισμοί όμως δημοσίου δικαίου ή δημόσιες επιχειρήσεις μπορούν να συμπράξουν με το δημόσιο διαμέσου της ίδρυσης μίας θυγατρικής ανώνυμης εταιρείας ειδικού σκοπού, υπό την προϋπόθεση ότι δεν ανήκει στο δημόσιο το σύνολο του μετοχικού της κεφαλαίου. Υπό την έννοια αυτή ο ν. 3389/2005 φαίνεται να απαγορεύει τις θεσμοθετημένες συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, καθώς το δημόσιο είναι μόνο συμβατικός και όχι μετοχικός εταίρος μίας σύμπραξης. Μέτοχοι της εταιρείας επιτρέπεται να είναι μόνο ιδιώτες -φυσικά ή νομικά πρόσωπα-, ακόμη όμως και μικτοί φορείς. [5]

Η σύμβαση σύμπραξης αφορά στην εκτέλεση έργων και στην παροχή υπηρεσιών, με την δεύτερη αυτή δυνατότητα να προσδίδει ουσιαστική προστιθέμενη αξία στην έννοια της συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. [7] Ως έργο εννοείται το δημόσιο έργο, δηλαδή αυτό που δημιουργείται για την εξυπηρέτηση δημοσίων

σκοπών και την ικανοποίηση δημόσιων αναγκών. [5] Αντίστοιχα η παροχή υπηρεσιών αφορά στην δραστηριότητα με την παροχή αγαθών ή υπηρεσιών προς τον πολίτη που ικανοποιούν δημόσιες ανάγκες και εξυπηρετούν το δημόσιο συμφέρον.

Κατ' εφαρμογή μάλιστα της αρχής της νομιμότητας το αντικείμενο της συνεργασίας αναπτύσσεται στους τομείς της αρμοδιότητας των δημόσιων φορέων, με βάση διάταξη νόμου ή σύμβαση ή το καταστατικό τους. Αν το αντικείμενο της συνεργασίας δεν εμπίπτει στους τομείς δραστηριότητας των δημόσιων φορέων, τότε δεν εμπίπτει η συνεργασία στην έννοια των ΣΔΙΤ. Δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο συμπράξεων δραστηριότητες που κατά το Σύνταγμα ανήκουν άμεσα και αποκλειστικά στο Κράτος και απαγορεύεται να εκχωρηθούν σε ιδιώτες όπως η εθνική άμυνα, η αστυνόμευση, η απονομή της δικαιοσύνης και η εκτέλεση των ποινών που επιβάλλονται από τα αρμόδια δικαστήρια. Αυτός ο λεγόμενος 'πυρήνας της κρατικής εξουσίας περιλαμβάνει : [5,7]

- Δραστηριότητες της κλασικής εξουσιαστικής δράσης του κράτους , όπως είναι η διασφάλιση της δημόσιας τάξης και ασφάλειας ή ο ποινικός σωφρονισμός
- Δραστηριότητες διοικητικής εποπτείας και ρύθμισης της οικονομικής δραστηριότητας, όπως είναι η έκδοση διοικητικών αδειών

- Δραστηριότητες χάραξης δημοσίων πολιτικών, όπως ο χωροταξικός κι ο πολεοδομικός σχεδιασμός
- Δραστηριότητες της κοινωνικής διοίκησης, στο μέτρο που συνιστούν εκπλήρωση συνταγματικής επιταγής. Τέτοιες είναι ιδίως η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, η δημόσια εκπαίδευση και οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας (σε αντιδιαστολή προς την ιδιωτική ασφάλιση, την ιδιωτική εκπαίδευση και τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, οι οποίες συνιστούν ενάσκηση ατομικών δικαιωμάτων)

Οι ιδιώτες φέρουν την ευθύνη και τον κίνδυνο χρηματοδότησης υλοποίησης του σχεδίου, εν όλω ή εν μέρει με κεφάλαια και πόρους που εξασφαλίζουν οι ίδιοι. Ωστόσο η χρήση και κρατικών κεφαλαίων δεν αντιβαίνει εννοιολογικά με την έννοια της ΣΔΙΤ. Οι δημόσιοι φορείς θα μπορούσαν στα πλαίσια μιας σύμπραξης, να καταβάλλουν το αντάλλαγμα στον ιδιώτη είτε από τους τελικούς χρήστες, είτε από τον δημόσιο φορέα, όπως σε κοινωνικά ευαίσθητους τομείς (υγεία, εκπαίδευση κ.ά)

Οι ιδιωτικοί φορείς αναλαμβάνουν ουσιώδες μέρος των κινδύνων που συνδέονται με τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, τη διαθεσιμότητα ή τη ζήτηση του αντικειμένου της σύμπραξης και των συναφών κινδύνων όπως ενδεικτικά, τον διαχειριστικό και τον τεχνικό κίνδυνο. [5] Η ανάληψη τέτοιων κινδύνων από τον ιδιωτικό φορέα αποτελεί εννοιολογικό στοιχείο της ΣΔΙΤ, καθώς σε άλλη περίπτωση περνάμε στις κλασικές δημόσιες συμβάσεις όπου βαρύνουν κατά κανόνα το δημόσιο. Ο επιμερισμός των κινδύνων αποτελεί θέμα νομοθετικής ρύθμισης, αλλά και αντικείμενο συμβατικής συμφωνίας η οποία πραγματοποιείται κατά περίπτωση,

ανάλογα με την ικανότητα της κάθε πλευράς να τους αξιολογεί, να τους ελέγχει και να τους διαχειρίζεται (αρχή της ορθής κατανομής των κινδύνων). [7]

Το συνολικό συμβατικό προϋπολογιζόμενο κόστος της υλοποίησης του αντικειμένου της ΣΔΙΤ δεν υπερβαίνει το ποσό των διακοσίων εκατομμυρίων ευρώ, χωρίς συνυπολογισμό του αναλογούντος Φόρου Προστιθέμενης Αξίας. Με τον τρόπο αυτό επιχειρείται από τον νόμο να διατυπωθεί ένας περιορισμός - οριοθέτηση της εφαρμογής του με κύριο στόχο μόνο περιορισμένος αριθμός ώριμων και σημαντικών σχεδίων θα απολαύσουν τις ευνοϊκές ρυθμίσεις του. Σε κάθε άλλη περίπτωση, οι συμβάσεις δημοπρατούνται σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα εθνική και – ενδεχομένως - κοινοτική νομοθεσία περί δημοσίων συμβάσεων. [7]

Οι ΣΔΙΤ χαρακτηρίζονται συνήθως από τα ακόλουθα στοιχεία :

1. Τη μακρά σχετικά διάρκεια της σχέσης που συνεπάγεται μια συνεργασία μεταξύ του εταίρου του δημοσίου τομέα και του εταίρου του ιδιωτικού τομέα, με αντικείμενο τις διάφορες πτυχές ενός σχεδίου που πρόκειται να υλοποιηθεί. [10,11]
2. Τη χρηματοδότηση του σχεδίου, εν όλω ή εν μέρει από ιδιωτικά κεφάλαια, (ίδια και, κυρίως, δανειακά), πολλές φορές με πολύπλοκες ρυθμίσεις μεταξύ των διαφόρων συντελεστών, χωρίς να αποκλείεται η μερική δημόσια χρηματοδότηση.

3. Το σημαντικό ρόλο του οικονομικού φορέα, οποίος συμμετέχει σε διάφορα στάδια του σχεδίου (μελέτη, υλοποίηση, εφαρμογή, χρηματοδότηση). Ο εταίρος του δημοσίου τομέα επικεντρώνεται κυρίως στον καθορισμό των στόχων που πρέπει να επιτευχθούν όσον αφορά στο δημόσιο συμφέρον, την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών, την πολιτική των τιμών και εξασφαλίζει τον έλεγχο της τήρησης των στόχων αυτών. [10]
4. Τη μέθοδο αποπληρωμής του συμβατικού ανταλλάγματος, είτε με την μέθοδο της αυτοχρηματοδότησης είτε δια τμηματικής εξόφλησης της αμοιβής του ιδιώτη από τον δημόσιο εταίρο-χρήστη του έργου ή της υπηρεσίας μέσω περιοδικών πληρωμών. [7]
5. Τον πολύπλοκο επιμερισμό των κινδύνων του έργου μεταξύ των δύο εταίρων, ανάλογα με την ικανότητα διαχείρισης τους από αυτούς.
6. 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). [1,12]
7. 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. [1,13]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑΣ

2.4 Μορφές και τύποι ΣΔΙΤ

Η διεθνής πρακτική επιδεικνύει πληθώρα μορφών και μοντέλων σύμπραξης. Για να κατανοήσει κανείς τις πολλές μορφές και τους διάφορους 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) κά. [1] Απ' αυτά οι συνηθέστερες μορφές είναι :

2.4.1 Συνεργασίες παροχής Υπηρεσιών (Service delivery partnership)

Οι συνεργασίες αυτές αναπτύσσονται μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα για την παροχή μεμονωμένων υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στον κρατικό φορέα αφορούν στην παροχή 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 ότι ο ιδιώτης αναλαμβάνει μέρος των κινδύνων. Το δημόσιο παρέχει την κύρια υπηρεσία, ενώ ο ιδιωτικός φορέας, μέσω σχετικής επένδυσης, του παρέχει, έναντι προκαθορισμένης αμοιβής, συγκεκριμένες λειτουργικές υπηρεσίες. 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.

2.4.2 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. [1,14]

2.4.3 Μελέτη - Κατασκευή / DB (Design-Build)

Η μορφή Μελέτη/Κατασκευή (DB) λαμβάνει χώρα όταν ο ιδιώτης είναι υπεύθυνος τόσο για το σχεδιασμό όσο και για την κατασκευή του έργου, το οποίο και παρέχει στο δημόσιο. Η ιδιοκτησία της υποδομής ανήκει στο κράτος, και αυτό φέρει την ευθύνη για τη λειτουργία και τη συντήρησή της. Η Μελέτη/Κατασκευή μπορεί να οδηγήσει σε εξοικονόμηση χρόνου και σημαντική μείωση δαπανών με παράλληλη μείωση των συγκρούσεων, αφού μόνο ο ιδιώτης είναι υπεύθυνος έναντι του δημοσίου φορέα για τον σχεδιασμό και την κατασκευή.

2.4.4 Μελέτη - Κατασκευή- Λειτουργία / DBO (Design - Build - Operate)

Πρόκειται για συμβάσεις, που συνάπτονται μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και αφορούν στη μελέτη και σχεδίαση των υποδομών, την κατασκευή και την λειτουργία τους. 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. Η μέθοδος DBO διατηρεί τη συμμετοχή του δημόσιου φορέα, και διευκολύνει την ιδιωτική χρηματοδότηση ενός δημοσίου έργου, αφού ο ιδιώτης κατά τη φάση λειτουργίας του έργου θα εισπράττει τα τέλη που πληρώνουν οι χρήστες, ώστε όχι μόνο να επανακτήσει την κεφαλαιακή του επένδυση αλλά και να πετύχει και μια καλή απόδοση πάνω σ' αυτήν.

Με την ολοκλήρωση της κατασκευής, το δημόσιο αγοράζει από τον ιδιώτη το πάγιο αποκτώντας την ιδιοκτησία σε μια προσυμφωνημένη τιμή. Ας επισημανθεί ότι στην ελληνική βιβλιογραφία [1] αναφέρεται ότι το δημόσιο στο τέλος της κατασκευής αγοράζει από τον ιδιώτη την υποδομή, βάσει προκαθορισμένης τιμής, ενώ στην αμερικάνικη [12] η υποδομή παραμένει στο κράτος.

2.4.5 Μελέτη - Κατασκευή - Χρηματοδότηση - Λειτουργία / DBFO (Design - Build - Finance - Operate)

Πρόκειται για συμβάσεις κατά τις οποίες ο ιδιωτικός φορέας αναλαμβάνει τη μελέτη, την κατασκευή των εγκαταστάσεων, την χρηματοδότηση και την λειτουργία νέων δημοσίων υποδομών ή επενδυτικών σχεδίων. Το κράτος αγοράζει από τον ιδιώτη τις υπηρεσίες οι οποίες απορρέουν από το έργο αυτό κατά τη διάρκεια της σύμβασης. Ο ιδιώτης επανακτά την αξία των επενδεδυμένων κεφαλαίων από τις πληρωμές, που καταβάλλει το δημόσιο για τις υπηρεσίες και επιπλέον έχει το δικαίωμα χρήσης του έργου για το χρονικό διάστημα που προβλέπεται στη σύμβαση. Η αμοιβή του κράτους προς τον ιδιώτη βασίζεται στο βαθμό απόδοσης του ιδιώτη σε προσυμφωνημένα επίπεδα παροχής υπηρεσιών. 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 με την μέθοδο Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (Private Finance Initiative). Χρησιμοποιείται κυρίως όταν οι δυνατότητες παράπλευρης οικονομικής και εμπορικής εκμετάλλευσης είναι άγνωστες ή/και περιορισμένες καθώς και όταν απαιτείται εξειδίκευση και διοικητική εμπειρία.

Το μοντέλο DBFO είναι ευρύτατα διαδεδομένο καθώς εφαρμόζεται σε πολλούς τομείς όπως στην κατασκευή δημόσιων κτιρίων (βιβλιοθήκες, σχολεία, δημόσια κτίρια), τη διαχείριση απορριμμάτων και γενικότερα για την υλοποίηση έργων και υπηρεσιών για τις οποίες το κράτος παραδοσιακά ήταν υπεύθυνο, ενώ απαιτούνται υπηρεσίες υψηλού επιπέδου. [14,15]

2.4.6 Μελέτη - Κατασκευή - Εγγύηση - Λειτουργία / DBGO (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. [1,3,14]

2.4.7 Μελέτη - Κατασκευή - Χρηματοδότηση - Λειτουργία - Συντήρηση / DBFOM (Design - Build - Finance - Operate - Maintain)

Η εταιρεία ειδικού σκοπού αναλαμβάνει τη μελέτη και σχεδίαση, την κατασκευή των εγκαταστάσεων, την χρηματοδότηση, την λειτουργία και τη συντήρηση των εγκαταστάσεων.

2.4.8 Μελέτη - Κατασκευή - Χρηματοδότηση - Λειτουργία - Κυριότητα - Μεταβίβαση / DBFOOT (Design - Build - Finance - Own - Operate - Transfer)

Η εταιρεία ειδικού σκοπού αναλαμβάνει τη μελέτη και σχεδίαση των εγκαταστάσεων, την κατασκευή, την χρηματοδότηση, την κυριότητα επί των εγκαταστάσεων, την λειτουργία αυτών και τη μεταβίβαση στο τέλος στον δημόσιο φορέα.

2.4.9 Κατασκευή - Κυριότητα - Λειτουργία - Μεταβίβαση / BOOT (Build – Own – Operate - Transfer)

Πρόκειται για το πλέον διευρυμένο μοντέλο παραχώρησης (concession), όπου ο ιδιωτικός τομέας καθίσταται υπεύθυνος για τη μελέτη, 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.

2.4.10 Κατασκευή - Λειτουργία - Μεταβίβαση / BOT (Build – Operate - Transfer) ή Κατασκευή - Κυριότητα - Λειτουργία / BOO (Build – Own - Operate) ή Κατασκευή - Κυριότητα - Λειτουργία - Μεταβίβαση / BOOT (Build – Own – Operate - Transfer)

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 BOT) ή στον ίδιο (περίπτωση BOOT) για ένα προκαθορισμένο χρονικό διάστημα και στην συνέχεια μετά την λήξη της περιόδου εκμετάλλευσης (παραχώρησης), είτε μεταβιβάζει την λειτουργία του (BOT) είτε την ιδιοκτησία του (BOOT) στο δημόσιο. Στη περίπτωση της BOOT, στο τέλος της περιόδου εκμετάλλευσης, ο ιδιώτης μεταβιβάζει τόσο τη λειτουργία όσο και την

ιδιοκτησία του στο δημόσιο, ενώ στη BOT υπάρχει παραχώρηση μόνο της λειτουργίας του, αφού, όπως ήδη έχει αναφερθεί, το έργο ανήκει στο δημόσιο, συνήθως χωρίς πρόσθετο κόστος. Έτσι, ο ιδιώτης αναλαμβάνει τη μελέτη, τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, τη λειτουργία και τη συντήρηση ενός έργου και τους εμπορικούς κινδύνους που προκύπτουν απ' αυτό, ενώ κατά τη διάρκεια ισχύος της σύμβασης είναι συνάμα και ιδιοκτήτης.

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο ιδιώτης είναι υπεύθυνος για τμήμα ή το σύνολο της χρηματοδότησης του έργου. Στην ανάπτυξη της μορφής BOO το δημόσιο απευθύνεται στον ιδιωτικό τομέα για την υλοποίηση ενός κοινωφελούς έργου. Χορηγεί στον ιδιώτη μακράς διάρκειας άδεια λειτουργίας, ο οποίος καθίσταται υπεύθυνος για την χρηματοδότηση, το σχεδιασμό, την ανέγερση και την λειτουργία του έργου. Στη συγκεκριμένη πρακτική, ο ιδιώτης έχει την ιδιοκτησία του έργου, ενώ το δημόσιο προσδιορίζει σαφώς τις προδιαγραφές λειτουργίας που αφορούν στις προσφερόμενες υπηρεσίες, τους κανόνες ασφάλειας και το ανώτατο επίπεδο ενδεχόμενων τελών χρήσης του έργου (π.χ. διόδια). Ταυτόχρονα το δημόσιο δεν έχει καμία υποχρέωση είτε για την αγορά του έργου είτε για την απόκτηση του νόμιμου τίτλου ιδιοκτησίας. Το δικαίωμα που παρέχει η BOO σύμβαση για μακροχρόνια διατήρηση των περιουσιακών δικαιωμάτων, δηλαδή της ιδιοκτησίας, αποτελεί σημαντικότατο κίνητρο για κεφαλαιακές επενδύσεις στο έργο. Γενικότερα, το μοντέλο αυτό διαθέτει χαρακτηριστικά σύμβασης πώλησης.

Παραδείγματα έργων που κατασκευάστηκαν με τη μέθοδο αυτή αποτελούν οι ιδιωτικοί δρόμοι με διόδια (private toll roads) στις πολιτείες Virginia και California

των Ηνωμένων Πολιτειών, ο αυτοκινητόδρομος με διόδια (toll road) στην Κίνα που συνδέει το Hong Kong και το Macao με την πόλη Guangzhou, ο νέος αεροσταθμός στον αερολιμένα JFK της Νέας Υόρκης καθώς και η σιδηροδρομική σήραγγα της Μάγχης. [14]

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. Στο τέλος της περιόδου παραχώρησης, το κράτος μπορεί ή να αναλάβει αυτό τη λειτουργία του έργου ή να συμβληθεί εκ νέου με τον κατασκευαστή του έργου αυτού και να του αναθέσει τη λειτουργία και τη συντήρηση του ή τέλος να αναθέσει τη λειτουργία του έργου σε τρίτο.

Η BOT μέθοδος είναι η συνηθέστερη για την κατασκευή νέων υποδομών και έχει ως πλεονέκτημα τη διατήρηση από το κράτος του στρατηγικού ελέγχου πάνω στο έργο. Την μορφή αυτή υιοθέτησε η Ελλάδα για την κατασκευή των έργων υποδομής, αεροδρόμιο «ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ», Λεωφόρος Σπάτων-Ελευσίνας, Δυτική Περιφερειακή Λεωφόρος Υμηττού και ζεύξη Ρίου-Αντιρρίου. [14]

2.4.11 Κατασκευή - Ιδιοκτησία - Χρηματοδοτική Μίσθωση - Μεταφορά / BOLT (Build-Own-Lease-Transfer)

Με την μέθοδο BOLT ο ιδιώτης χρηματοδοτεί και κατασκευάζει το έργο, το οποίο στη συνέχεια μισθώνει μέσω χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing) στο δημόσιο. Το δημόσιο από πλευράς του καταβάλλει περιοδικές πληρωμές (scheduled leased payments) 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 χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing). Κατά την διάρκεια της περιόδου μίσθωσης, τη λειτουργία των εγκαταστάσεων αναλαμβάνει είτε το δημόσιο είτε ο ιδιώτης.

2.4.12 Αγορά - Κατασκευή - Λειτουργία / BBO (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. Όπως και στις άλλες μορφές, το κράτος κατά τη διάρκεια των διαπραγματεύσεων για τη σύμβαση, και συνεπώς πριν την πώληση, ασκεί δημόσιο έλεγχο στην

τιμολόγηση, την πρόσβαση, την ασφάλεια, την ποιότητα και τη μελλοντική αναβάθμιση της εγκατάστασης.

Η μορφή αυτή, σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές, [16,17] είναι ισοδύναμη με την αποεπένδυση. Στην Ελλάδα, η BBO μπορεί να εφαρμοστεί στις αθλητικές εγκαταστάσεις (στάδια, γήπεδα, προπονητήρια, βοηθητικοί χώροι) που κατασκευάστηκαν για τη διοργάνωση των Ολυμπιακών Αγώνων της Αθήνας (2004) και οι οποίες είτε υπολειπουργούν ή παραμένουν κλειστές. Στην Ιαπωνία και τη Γερμανία, οι κρατικές εταιρείες τηλεπικοινωνιών πωλήθηκαν σε ιδιώτες με σκοπό τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ανταγωνιστικότητας τους σε διεθνές επίπεδο. [14]

2.4.13 Κατασκευή - Μεταβίβαση - Λειτουργία /BTO (Build - Transfer - Operate)

Στη μέθοδο BTO ο ιδιώτης σχεδιάζει, χρηματοδοτεί και κατασκευάζει το έργο. Μετά την αποπεράτωσή του, η ιδιοκτησία του μεταβιβάζεται στο δημόσιο, το οποίο στην συνέχεια συμφωνεί, μετά από διαπραγματεύσεις μεταξύ τους, για τη μίσθωση του έργου στον εν λόγω ιδιώτη, για προκαθορισμένη χρονική περίοδο. Κατά τη περίοδο αυτή ο ιδιώτης διαχειρίζεται το έργο και εισπράττει τα έσοδα λειτουργίας του. Στο τέλος της περιόδου εκμετάλλευσης από τον ιδιώτη, το δημόσιο μπορεί ή να διαχειριστεί μόνο του το έργο ή να αναθέσει τη διαχείριση στον ιδιώτη-κατασκευαστή ή και σε τρίτο. Έτσι, η μέθοδος αυτή είναι παρόμοια με τη BOT, με τη διαφορά ότι στη BTO η μεταβίβαση του έργου στο κράτος λαμβάνει χώρα μετά την αποπεράτωση του και όχι στο τέλος της περιόδου εκμετάλλευσης. Η BTO είναι δυνατό να εφαρμοστεί στη χώρα μας στην κατασκευή, συντήρηση και αξιοποίηση

των οδικών δικτύων, με διαφοροποίηση της ιδιοκτησίας κατά την περίοδο της εκμετάλλευσης.

2.4.14 Κατασκευή - Χρηματοδότηση - Κυριότητα -Λειτουργία / BFOO (Build - Finance - Own - Operate)

Η εταιρεία ειδικού σκοπού αναλαμβάνει την κατασκευή των εγκαταστάσεων, την χρηματοδότηση, την κυριότητα επί αυτών και την λειτουργία τους.

2.4.15 Κατασκευή - Χρηματοδοτική Μίσθωση - Λειτουργία - Μεταβίβαση / BLOT (Build - Lease - Operate - Transfer)

Η εταιρεία ειδικού σκοπού αναλαμβάνει την κατασκευή των εγκαταστάσεων, την χρηματοδοτική μίσθωσή τους στον δημόσιο φορέα, τη διαχείριση των εγκαταστάσεων και τη μεταβίβασή τους στο τέλος στον δημόσιο φορέα.

2.4.16 Κατασκευή -Μίσθωση - Μεταβίβαση / BRT (Build - Rent - Transfer)

Η εταιρεία ειδικού σκοπού αναλαμβάνει την κατασκευή των εγκαταστάσεων, τη μίσθωσή τους στον δημόσιο φορέα, και τη μεταβίβασή τους στο τέλος στον δημόσιο φορέα.

2.4.17 Χρηματοδοτική Μίσθωση - Κατασκευή - Λειτουργία / LBO (Lease - Build -Operate)

Μέσω της μεθόδου LBO, ο ιδιώτης αναλαμβάνει μέσω χρηματοδοτικής μίσθωσης μια μεγάλη κρατική εταιρεία ή εγκατάσταση. Στη συνέχεια έχει την υποχρέωση να επενδύσει δικά του κεφάλαια, προκειμένου να επιτύχει την ανάπτυξή της και την

βελτίωση της λειτουργίας της. Βασικό του κίνητρο είναι να πετύχει καλή απόδοση στην επένδυσή του κατά τη διάρκεια της σύμβασης, αφού πρώτα καλύψει και ανακτήσει τα κεφαλαία που επένδυσε. Ταυτόχρονα, ο ιδιώτης-ενοικιαστής έχει την υποχρέωση να πληρώνει κάποιο μίσθωμα (rental fee) στο δημόσιο, το οποίο είναι και ο ιδιοκτήτης της εγκατάστασης.

Ίσως το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το αεροδρόμιο Stewart, σε απόσταση 55 μιλίων βόρεια της πόλης της Νέας Υόρκης. Το αεροδρόμιο αυτό αποτελούσε μια τεράστια αλλά ανεκμετάλλευτη και υπανάπτυκτη εγκατάσταση και για το λόγο αυτό ενοικιάστηκε για 99 έτη σε μια Βρετανική εταιρεία. Στις 31 Μαρτίου 2000, το αεροδρόμιο αυτό έγινε το πρώτο εμπορικό διεθνές (πολιτικό) αεροδρόμιο στις Ηνωμένες Πολιτείες το οποίο ιδιωτικοποιήθηκε. [14]

2.4.18 Λειτουργία - Συντήρηση - Διαχείριση / OMM (Operate - Maintain - Manage)

Πρόκειται για σύναψη σύμβασης παροχής «ολοκληρωμένων» υπηρεσιών με την οποία το δημόσιο αναθέτει σε ιδιώτη την λειτουργία των εγκαταστάσεων, την συντήρηση και διατήρηση αυτών αλλά η κυριότητα επί των εγκαταστάσεων ανήκει στον δημόσιο τομέα. Ο ιδιώτης έχει τη δυνατότητα να επενδύσει και δικά του κεφάλαια στο έργο στην βελτίωση της αποδοτικότητας της λειτουργίας του έργου όσο και στις εξοικονομήσεις (savings) κατά την διάρκεια της σύμβασης. Η σύμβαση αυτή προτιμάται από τη σύμβαση παροχής υπηρεσιών, στην περίπτωση που απαιτείται υψηλή εξειδίκευση και το κράτος δεν έχει την απαιτούμενη διοικητική εμπειρία σε σύνθετα έργα. [14]

2.4.19 Εκσυγχρονισμός - Κυριότητα - Λειτουργία / MOO (Modernize - Own - Operate)

Η εταιρεία ειδικού σκοπού αναλαμβάνει τον εκσυγχρονισμό και ανακαίνιση των εγκαταστάσεων, τις διαχειρίζεται και έχει και κυριότητα επί των εγκαταστάσεων.

2.4.20 Εκσυγχρονισμός - Λειτουργία / MO (Modernize - Operate)

Η εταιρεία ειδικού σκοπού αναλαμβάνει τον εκσυγχρονισμό και ανακαίνιση των εγκαταστάσεων και αναλαμβάνει και τη διαχείριση αυτών, ενώ η κυριότητα ανήκει στον δημόσιο φορέα.

2.4.21 Αποεπένδυση (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.

2.5 Κατηγοριοποίηση των διαφορετικών μοντέλων ΣΔΙΤ

Οι μορφές που περιγράφηκαν είναι ενδεικτικές και δε εξαντλούν τις μορφές των συμβάσεων σύμπραξης και εν γένει τα μοντέλα σύμπραξης. Ο μεγάλος αριθμός τέτοιων εναλλακτικών τύπων και η ευελιξία προσαρμογής τους στις ανάγκες και τις απαιτήσεις κάθε συγκεκριμένου έργου είναι το πλεονέκτημά τους. Ανάλογα με τα δικαιώματα των μερών επί των εγκαταστάσεων, τις υποχρεώσεις των τρίτων, τον τρόπο χρήσης των εγκαταστάσεων και τους κινδύνους που αναλαμβάνουν τα μέρη, γίνεται κατηγοριοποίηση των συμβάσεων σύμπραξης σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική σε ένα από τα ακόλουθα επτά μοντέλα σύμπραξης. [5]

2.5.1 Μοντέλο Πώλησης στον Δημόσιο Φορέα με Παρακράτηση Κυριότητας

Κατά τη μορφή αυτή σύμπραξης το δημόσιο εκμεταλλεύεται τις εγκαταστάσεις αλλά στο τέλος της σύμπραξης τις αποκτά.

Η εταιρεία ειδικού σκοπού (ΕΕΣ) αναλαμβάνει την μελέτη, χρηματοδότηση, κατασκευή, διαχείριση και εκκαθάριση των σχέσεων. Παράλληλα η ΕΕΣ είναι και κύριος των εγκαταστάσεων και υποδομών, κατά τη διάρκεια της κατασκευής αλλά και της διαχείρισης και χρήσης των εγκαταστάσεων στο πλαίσιο ης σύμπραξης. Ο δημόσιος φορέας έχει το δικαίωμα χρήσης - εκμετάλλευσης, καταβάλλοντας πληρωμές στον ιδιωτικό τομέα, μέσω των οποίων ο τελευταίος εξασφαλίζει την επιστροφή των κεφαλαίων που διέθεσε και αποκομίζει το επιχειρηματικό όφελος. Το ύψος των πληρωμών συμφωνείται με τη σύμβαση σύμπραξης. Ωστόσο η ευθύνη για την διαχείριση των εγκαταστάσεων και για τη νομική και οικονομική

ευθύνη τύχη αυτών παραμένει στον κύριο των εγκαταστάσεων, δηλαδή την ΕΕΣ, σύμφωνα με την διεθνή πρακτική. Το δημόσιο αποκτά στο τέλος της σύμπραξης την κυριότητα των υποδομών μέσω της υποχρέωσης του ιδιωτικού τομέα να τις μεταβιβάσει σε αυτόν. Για τον λόγο αυτόν στην διεθνή πρακτική το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται με την ονομασία **BT** - δηλαδή **Build - Transfer (Κατασκευή - Μεταβίβαση)**. Προϋπόθεση για τη μεταβίβαση αυτή συνήθως αποτελεί η πλήρης καταβολή όλων των ποσών που οφείλει το δημόσιο προς την ΕΕΣ καθόλη τη διάρκεια της σύμπραξης για τη χρήση των εγκαταστάσεων.

Κατά το στάδιο του σχεδιασμού, ο ιδιώτης ακολουθεί τις επιταγές του δημόσιου φορέα, με άξονα την ικανοποίηση των δημοσίων αναγκών και του δημοσίου συμφέροντος, όπως αυτά εκφράζονται μέσα από τις προδιαγραφές του έργου. Κατά την διάρκεια της μελέτης και κατασκευής, όσο και κατά τη διάρκεια της διαχείρισης των εγκαταστάσεων, η ΕΕΣ έχει την ευθύνη χρηματοδότησης του όλου εγχειρήματος. Η ικανοποίηση των υποχρεώσεων της ΕΕΣ επιτυγχάνεται μέσω συμβάσεων υπεργολαβίας με άλλους ιδιωτικούς φορείς.

2.5.2 Μοντέλο χρηματοδοτικής μίσθωσης στον δημόσιο φορέα

Όπως και στο Μοντέλο Πώλησης στον Δημόσιο Φορέα με Παρακράτηση Κυριότητας, η ΕΕΣ αναλαμβάνει τη μελέτη, την κατασκευή των εγκαταστάσεων και των υποδομών, την χρηματοδότηση, την διαχείριση του αντικειμένου της σύμπραξης, ενώ στο τέλος λαμβάνει χώρα εκκαθάριση των σχέσεων. Ο δημόσιος φορέας καταβάλλει σε τακτικά προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα συγκεκριμένο αντίτιμο στην ΕΕΣ, διατηρώντας το δικαίωμα εκμετάλλευσης και χρήσης των

εγκαταστάσεων. Η διαφορά με το προηγούμενο μοντέλο σύμβασης σύμπραξης είναι, πως σε αυτή τη μορφή το δημόσιο δεν καταβάλλει το σύνολο των δαπανών και αμοιβών μέσω των τακτικών καταβολών. Στη σύμβαση αυτή συμφωνείται όχι η αυτόματη μεταβίβαση, αλλά προβλέπεται το σχετικό δικαίωμα του δημοσίου να αποκτήσει τις εγκαταστάσεις. Επομένως το δημόσιο καταβάλλει το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών κατά τη διάρκεια της σύμπραξης και μόνον εφόσον επιλέξει να ασκήσει το δικαίωμα της απόκτησης και μεταβίβασης των εγκαταστάσεων, καταβάλλει το υπόλοιπο μετά τη λήξη της σύμβασης. Υπάρχει ωστόσο και το ενδεχόμενο να συμφωνηθεί η ανανέωση της μίσθωσης των εγκαταστάσεων από τον δημόσιο φορέα. Ουσιαστικά η σύμβαση σύμπραξης σε αυτήν τη μορφή προσομοιάζει στην σύμβαση χρηματοδοτικής μίσθωσης και στην διεθνή πρακτική ονομάζεται **BOL** δηλαδή **Build - Own - Lease** (Κατασκευή Κυριότητα – Χρηματοδοτική Μίσθωση) ή **BLOT** δηλαδή **Build -Lease - Operate - Transfer** (Κατασκευή - Χρηματοδοτική Μίσθωση - Λειτουργία- Μεταβίβαση).

2.5.3 Μοντέλο μίσθωσης εγκαταστάσεων στον δημόσιο φορέα

Το μοντέλο αυτό προσομοιάζει με το μοντέλο χρηματοδοτικής μίσθωσης. Η ΕΕΣ αναλαμβάνει τον σχεδιασμό, κατασκευή, επισκευή, τροποποιήσεις ή ανακαινίσεις που χρειάζονται για τις εγκαταστάσεις ανάλογα με τις ανάγκες του δημοσίου φορέα. Ο δημόσιος φορέας έχει το δικαίωμα εκμετάλλευσης και χρήσης των εγκαταστάσεων καταβάλλοντας ένα μίσθωμα σε τακτά χρονικά διαστήματα στην ΕΕΣ, η οποία, ως εκμισθωτής, διασφαλίζει την συντήρηση, ασφάλεια, εποπτεία, καταλληλότητα και ετοιμότητα των υποδομών. Η κύρια διαφορά της σύμπραξης με μίσθωμα έναντι της αντίστοιχης με χρηματοδοτική μίσθωση, βρίσκεται στον

υπολογισμό του ύψους του μισθώματος. Στην περίπτωση της σύμπραξης με μίσθωση, το ύψος καθορίζεται με βάση τις εκτιμήσεις της αγοράς κι όχι με βάση τις ανάγκες και αξιώσεις της ΕΕΣ, προκειμένου να εξασφαλιστεί η επιστροφή των επενδύσεων της ως χρηματοδότης. Κατά αντιστοιχία, το τίμημα για την απόκτηση της κυριότητας των εγκαταστάσεων στο τέλος της σύμβασης σύμπραξης θα είναι ψηλότερο, καθώς τα μισθώματα δεν περιλάμβαναν εν μέρει και τμήμα του τιμήματος αγοράς, παρά μόνο το δικαίωμα χρήσης. Πάντως, στο τέλος της σύμβασης, ο δημόσιος φορέας μπορεί να ασκήσει δικαίωμα για ανανέωση της μίσθωσης. Σε περίπτωση που ο δημόσιος φορέας δεν επιθυμεί την ανανέωση της μίσθωσης ή την αγορά των εγκαταστάσεων, η ΕΕΣ θα πωλήσει ή θα μισθώσει σε τρίτο πρόσωπο τις εγκαταστάσεις προκειμένου να επιτύχει την επιστροφή των επενδυτικών και των υπολοίπων κεφαλαίων που έχει διαθέσει στην διαδικασία σύμπραξης. Συνήθως στην διεθνή πρακτική η σύμπραξη αυτή ονομάζεται με τα αρχικά **BOM**, δηλαδή **Build - Own - Maintain** (Κατασκευή - Κυριότητα - Συντήρηση) ή **BRT**, δηλαδή **Build - Rent - Transfer** (Κατασκευή - Μίσθωση - Μεταβίβαση).

2.5.4 Μοντέλο κυριότητας του δημοσίου φορέα επί των εγκαταστάσεων

Ο δημόσιος φορέας είναι κύριος των ακινήτων που αφορά η σύμπραξη. Με βάση τη θέση του αυτή έχει το δικαίωμα της χρήσης και εκμετάλλευσής τους. Ωστόσο παρά το γεγονός πως ο δημόσιος φορέας είναι ο κύριος των εγκαταστάσεων, η ΕΕΣ αναλαμβάνει την εκτέλεση όλων των εργασιών για την κατάλληλη και επαρκή ικανοποίηση των δημοσίων αναγκών, όπως προδιαγράφονται στην προκήρυξη. Επιπλέον η ΕΕΣ αναλαμβάνει τη χρηματοδότηση καθώς και σχεδόν το σύνολο των

κινδύνων που προκαλούνται κατά το στάδιο της μελέτης και της κατασκευής. Η ΕΕΣ καλύπτει την χρηματοδότηση αυτή καθώς και το επιχειρηματικό της κέρδος μέσω των τακτικών καταβολών του δημοσίου φορέα. Είναι δυνατό ωστόσο, να συμφωνηθεί η εκμετάλλευση των εγκαταστάσεων, εν όλω ή εν μέρει από την ΕΕΣ, ώστε το ύψος των τακτικών καταβολών του δημοσίου φορέα να μειωθεί αντίστοιχα.

2.5.5 Μοντέλο ανάθεσης της διαχείρισης στην εταιρεία ειδικού σκοπού

Ο δημόσιος φορέας έχει την κυριότητα των εγκαταστάσεων. Η ΕΕΣ αναλαμβάνει την διαχείριση των εγκαταστάσεων και την λειτουργία τους με σκοπό την παροχή δημόσιων υπηρεσιών. Στην περίπτωση αυτή ο δημόσιος φορέας, ως φορέας συγκεκριμένων δραστηριοτήτων, επιλέγει να τις αναθέσει σε τρίτα πρόσωπα (φαινόμενο outsourcing), κρίνοντας την επιλογή αυτή πιο πρόσφορη. Ο τρίτος φορέας αναλαμβάνει τη διαχείριση (Management) ήδη υπάρχουσών εγκαταστάσεων ή/και υποδομών, αλλά και την εκμετάλλευσή τους για την άσκηση δραστηριότητας παροχής αντίστοιχων δημόσιων υπηρεσιών, ενώ η ευθύνη και το αποτέλεσμα της δραστηριότητας αυτής παραμένει το δημόσιο.

Η ΕΕΣ αναλαμβάνει τη βελτιστοποίηση του τρόπου λειτουργίας των εγκαταστάσεων που διαθέτει ο δημόσιος φορέας είτε μέσω αναδιάρθρωσης του τρόπου λειτουργίας είτε μέσω του εκσυγχρονισμού του εξοπλισμού τους. Οι κύριοι άξονες δραστηριοτήτων της ΕΕΣ είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών με παράλληλη μείωση του κόστους παροχής τους. Στην κατεύθυνση αυτή, η ΕΕΣ επιδιώκει την ορθολογικότερη και πιο αποτελεσματική οργάνωση της διανομής και διάθεσης των δημοσίων υπηρεσιών στον πολίτη. Η χρηματοδότηση του

εγχειρήματος πραγματοποιείται μέσω ιδίων ή ξένων κεφαλαίων της ΕΕΣ, με την αποπληρωμή τους να προέρχεται από τον άμεσο αποδέκτη των υπηρεσιών, δηλαδή το δημόσιο φορέα . Το ύψος των τακτικών καταβολών του δημοσίου φορέα ωστόσο εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα των εργασιών της ΕΕΣ, ως προς την βελτίωση της ποιότητας και τη μείωση του κόστους.

2.5.6 Μοντέλο παραχώρησης της λειτουργίας στους ιδιωτικούς φορείς

Στη σύμπραξη αυτή, το προϊόν της διαχείρισης και λειτουργίας των εγκαταστάσεων προορίζεται για τρίτους αποδέκτες, φυσικά αλλά και νομικά πρόσωπα, οι οποίοι δεν είναι συμβαλλόμενα μέρη στη σύμβαση, με σκοπό την ικανοποίηση του δημόσιου συμφέροντος. Τα πρόσωπα αυτά, τα οποία απολαμβάνουν το αποτέλεσμα των παρεχομένων υπηρεσιών, καταβάλλουν αντίτιμο γι' αυτές, είτε απ' ευθείας στην ΕΕΣ είτε μέσω του δημόσιου φορέα, διασφαλίζοντας την αποπληρωμή της επένδυσης της ΕΕΣ. Ωστόσο η εκκαθάριση των σχέσεων των μερών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το είδος της συμφωνίας για την κυριότητα επί των ακινήτων και των εγκαταστάσεων της σύμβασης. Με βάση, αν μετά το τέλος της σύμπραξης την κυριότητα θα την έχει η εταιρεία ειδικού σκοπού ή ο δημόσιος φορέας και με ποιο τρόπο και τίμημα, καθορίζεται το αντίτιμο που αξιώνει η ΕΕΣ από τους χρήστες. Στην διεθνή πρακτική αυτό το μοντέλο σύμπραξης ονομάζεται Build - Own - Operate - Transfer (**BOOT**), σύμφωνα με το οποίο συνήθως η ΕΕΣ κατασκευάζει τις εγκαταστάσεις, τις έχει στην κυριότητά της, τις λειτουργεί και ενδεχομένως στο τέλος τις μεταβιβάζει στο δημόσιο φορέα. Στη περίπτωση που η ΕΕΣ δεν μεταβιβάζει αλλά διατηρεί την κυριότητα επί των εγκαταστάσεων, το μοντέλο αυτό ονομάζεται Build - Own - Operate (**BOO**).

2.5.7 Μοντέλο εταιρικής συμμετοχής

Στην σύμπραξη αυτή συστήνεται μια εταιρεία - συνήθως χαρακτηρίζεται ως **joint venture** - η οποία αναλαμβάνει όπως και η ΕΕΣ, την εκτέλεση του έργου, την διαμόρφωση των εγκαταστάσεων και τον τρόπο παροχής των δημοσίων υπηρεσιών. Ο δημόσιος φορέας είναι εταιρικό μέλος στην εταιρεία αυτή, έχοντας ενεργή εμπλοκή όχι μόνο στην διαδικασία αλλά και στην ίδια την εταιρεία.

Οι επιχειρήσεις που συμμετέχουν σε μια κοινοπραξία έχουν ως σκοπό την εμπορική εκμετάλλευση ή αξιοποίηση ακινήτων που ανήκουν στο δημόσιο ή περιουσιακών του στοιχείων ή γενικά την αξιοποίηση επιχειρηματικών ευκαιριών. Για την υλοποίηση έργων μέσω κοινοπραξιών θα πρέπει ο ιδιώτης-εταίρος να επιλεγεί προσεκτικά και βάσει διαγωνισμού. Η συνεισφορά και συμβολή του κράτους πρέπει να είναι σαφώς καθορισμένη (το κόστος θα καλυφθεί από τους χρήστες ή τους πελάτες), ενώ σαφώς καθορισμένοι πρέπει να είναι και οι κίνδυνοι τους οποίους θα αναλάβει ο ιδιώτης. Η μορφή αυτή σύμπραξης έχει προβλεφθεί σε κοινοτικό επίπεδο και αποτελεί τη σύμπραξη θεσμοθετημένου τύπου. Ωστόσο, ο ν. 3389/2005 αποκλείει την εταιρική συμμετοχή του δημόσιου φορέα στην εταιρεία που αναλαμβάνει το όλο εγχείρημα. Η εταιρική συνεργασία δημόσιου - ιδιωτικού τομέα προσφέρει τη δυνατότητα αυτονομίας σε θέματα προσωπικού και εξοπλισμού για τη διεκπεραίωση των υποχρεώσεων της. Επιπλέον η εκκαθάριση των σχέσεων των μερών σηματοδοτείται από την λύση της εταιρείας ή από την συμφωνία συνέχισης αυτής και ανανέωσης της γενικότερης συμφωνίας για αυτή τη σύμπραξη.

2.6 Σύγκριση Σύμβασης Παραχώρησης και ΣΔΙΤ

Η σύμβαση παραχώρησης δημοσίου έργου αλλά και η σύμβαση παραχώρησης δημόσιων υπηρεσιών αποτελούν έννοιες συγγενικές και συχνά ταυτόσημες με την έννοια των ΣΔΙΤ. Στην διεθνή πρακτική, άλλοτε ταυτίζονται οι δύο έννοιες και άλλοτε αποτελεί η μια υποπερίπτωση της άλλης. Η ισχύουσα κοινοτική νομοθεσία για τις συμβάσεις παραχώρησης είναι η Οδηγία 2004/18/ΕΚ. Οι κοινοτικές ρυθμίσεις της Οδηγίας έχουν εισαχθεί με νομοθετικές διατάξεις στο ελληνικό νομοθετικό σύστημα. Ωστόσο η εισαγωγή του Ν. 3389/2005 αναδεικνύει τη αναγκαιότητα αναζήτησης συσχέτισης μεταξύ των συμβάσεων παραχώρησης και ΣΔΙΤ, προκειμένου να διασαφηνιστούν οι διαδικασίες ανάθεσης και οι ισχύουσες διατάξεις (κοινοτικές, εθνικές) κάθε φορά. [5]

2.6.1 Ομοιότητες ΣΔΙΤ και συμβάσεων παραχώρησης

- Εφαρμογή διατάξεων για την διαδικασία ανάθεσης και επιλογής των ιδιωτών, με στόχο την διασφάλιση της διαφάνειας και της προστασίας του ανταγωνισμού
- Πρόκειται για έγγραφες συμβάσεις, από επαχθή αιτία που συνάπτονται μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών φορέων
- Έχουν το ίδιο αντικείμενο συνεργασίας των μερών, δηλαδή την εκτέλεση δημόσιων έργων και την παροχή δημόσιων υπηρεσιών

- Παραχώρηση του δικαιώματος εκμετάλλευσης στον ιδιώτη ανάδοχο, ώστε να μπορέσει να αποπληρώσει τα έξοδά του και να καλύψει το επιχειρηματικό του κέρδος. Ταυτόχρονα ο ιδιώτης αναλαμβάνει ουσιώδες μέρος των κινδύνων που συνδέονται με τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, τη διαθεσιμότητα ή τη ζήτηση του αντικειμένου της σύμπραξης.

2.6.2 Διαφορές ΣΔΙΤ και συμβάσεων παραχώρησης

- ***Ο τρόπος αποπληρωμής του ιδιωτικού τομέα.***

Στις συμβάσεις παραχώρησης, ο ιδιώτης αποπληρώνεται από τον χρήστη του δημοσίου έργου που διαχειρίζεται ή από τον τελικό χρήστη - καταναλωτή της δημόσιας υπηρεσίας που παρέχει. Καθώς ο τρόπος πληρωμής του ιδιώτη αποτελεί κριτήριο εάν μια σύμβαση αποτελεί σύμβαση παραχώρησης ή σύμβαση δημοσίου έργου, έχει εκδοθεί από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ερμηνευτική Ανακοίνωση σχετικά με τις Συμπράξεις Παραχώρησης στο Κοινοτικό Δίκαιο, υπ' αριθμ. C121/2000/02. Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως η εξυπηρέτηση κοινωνικών αναγκών ενδέχεται ο ιδιώτης να αποπληρωθεί συμπληρωματικά και από το δημόσιο, προκειμένου να μειωθεί το ύψος του ποσού που καταβάλλει ο πολίτης. Η αμοιβή από το δημόσιο πρέπει να έχει επικουρικό χαρακτήρα και δεν μπορεί να έχει τη μορφή σταθερής πληρωμής του δημοσίου φορέα προς τον ιδιώτη.

Στην περίπτωση των ΣΔΙΤ και εκ του Ν. 3389/2005 προκύπτει ότι η αποπληρωμή του ιδιώτη μπορεί να προέρχεται από την καταβολή των δαπανών και την αμοιβή από τον δημόσιο φορέα ή την καταβολή των δαπανών

και την αμοιβή από τους πολίτες - χρήστες. Κυρίαρχο χαρακτηριστικό είναι η ανάληψη των κινδύνων από τον ιδιωτικό τομέα προκειμένου να θεωρηθεί ότι υπάρχει ΣΔΙΤ. Ανάληψη κινδύνου προβλέπεται βάσει της Κοινοτικής Οδηγίας και στις Συμβάσεις Παραχώρησης, αλλά κυρίως ως συμπληρωματικό στοιχείο στο κυρίαρχο στοιχείο που είναι ο τρόπος αποπληρωμής που περιγράφηκε.

- ***Εφαρμοστέο δίκαιο***

Η επίλυση διαφορών που προκύπτουν από την ερμηνεία, εκτέλεση ή και λύση μια σύμβασης παραχώρησης υπάγεται στα διοικητικά δικαστήρια, εφόσον θεωρηθεί ως διοικητική σύμβαση. Ωστόσο για την περίπτωση των ΣΔΙΤ εκ του Ν. 3389/2005, προβλέπεται οι διαφορές εκ της σύμβασης σύμπραξης να ρυθμίζονται εκτός των διοικητικών ή πολιτικών δικαστηρίων, μέσω διαιτησίας. Το δίκαιο των δημοσίων έργων είναι εφαρμοστέο για τις συμβάσεις παραχώρησης, ενώ για τις ΣΔΙΤ ισχύουν συμπληρωματικά οι όροι της σύμπραξης και ο Αστικός Κώδικας.

- ***Αντικείμενο της συμφωνίας***

Παρά το γεγονός ότι και στην περίπτωση των συμβάσεων παραχώρησης και των ΣΔΙΤ το αντικείμενο μπορεί να περιλαμβάνει και την κατασκευή έργου και την παροχή υπηρεσιών (μεικτό περιεχόμενο), στις συμβάσεις παραχώρησης γίνεται καθοριστική εννοιολογική και ρυθμιστική διάκριση ανάλογα με το αντικείμενο της παραχώρησης. Στις ΣΔΙΤ δεν υπάρχει ανάλογη διάκριση ανάλογα με το αντικείμενο της συνεργασίας. Επισημαίνεται ωστόσο, ότι στην

Ελλάδα, στις συμβάσεις παραχώρησης, δεν γίνεται η διάκριση ανάλογα με το αντικείμενο, όπως συμβαίνει από τις κοινοτικές ρυθμίσεις. [5]

- ***Χρηματοδότηση από ιδιωτικό φορέα***

Παρά το γεγονός ότι και στην περίπτωση των συμβάσεων παραχώρησης όσο και σε εκείνη των ΣΔΙΤ, σημαντικό στοιχείο αποτελεί η χρηματοδότηση του έργου από τον ιδιώτη, στην περίπτωση των ΣΔΙΤ είναι δυνατό, σε εξαιρετικές περιπτώσεις να απαλειφθεί η προϋπόθεση αυτή. Το δημόσιο αναλαμβάνει τότε το βάρος της χρηματοδότησης εξ' ολοκλήρου, συνθήκη αδύνατη τις συμβάσεις παραχώρησης.

- ***Σύμπραξη μέσω της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού***

Στις ΣΔΙΤ, η κατάρτιση σύμβασης μεταξύ του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα πραγματοποιείται μέσω της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού. Η απουσία της ΕΕΣ και η απευθείας σύμβαση του δημόσιου με τους ιδιωτικούς φορείς υπάγει τη συνεργασία στην κατηγορία της παραχώρησης κι όχι της σύμπραξης.

- ***Θεσμοθετημένη εποπτεία του δημοσίου***

Στις ΣΔΙΤ, μέσω του Ν. 3389/2005, προβλέπονται φορείς (Διυπουργική Επιτροπή και Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ) με σκοπό την τήρηση των σχετικών διατάξεων και την εποπτεία της ομαλής διεξαγωγής της σύμπραξης στην κατεύθυνση της εξυπηρέτησης του δημοσίου συμφέροντος. Στη περίπτωση των

συμβάσεων παραχώρησης, με ελάχιστες εξαιρέσεις, δεν υπάρχουν αντίστοιχες εποπτικές διαδικασίες.

- **Απόκλιση από διατάξεις πτωχευτικού και εμπορικού δικαίου²**

Με στόχο την προστασία των δανειστών που συμμετέχουν άμεσα ή έμμεσα στη σύμπραξη, εισάγεται, με τον Ν. 3389/2005, άρθρο 26, ευνοϊκή απόκλιση από τα ισχύοντα σε περίπτωση πτώχευσης. Αντίστοιχη πρόβλεψη δεν υπάρχει στις συμβάσεις παραχώρησης.

- **Κύρωση της σύμβασης με νόμο.**

Οι συμβάσεις παραχώρησης συνήθως κυρώνονται με νόμο, κατά το ελληνικό δίκαιο. Στην περίπτωση των ΣΔΙΤ, δεν προβλέπεται εκ του Ν. 3389/005 αν χρειάζεται αντίστοιχη κύρωση ή δημοσίευση της ΣΔΙΤ στο ΦΕΚ. Ωστόσο σε αρκετές περιπτώσεις πληρούνται οι προϋποθέσεις που επιβάλλουν την κύρωση με νόμο της ΣΔΙΤ, οδηγώντας σε ασάφεια.

² Στο άρθρο 26 του Ν. 3389/2005 προβλέπεται 'Το κύρος των εμπράγματων ασφαλειών που παρασχέθηκαν οποτεδήποτε από την Εταιρεία Ειδικού Σκοπού ή οποιονδήποτε τρίτο υπέρ οποιουδήποτε πιστωτικού ή χρηματοδοτικού ιδρύματος ή οποιουδήποτε άλλου 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 πιστωτών, 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.'

Με βάση τις παραπάνω επισημάνσεις οι ΣΔΙΤ αποτελούν είδος ή υποπερίπτωση παραχώρησης δημοσίου έργου ή δημόσιας υπηρεσίας σε ιδιώτη, διακρινόμενες από εκείνες κυρίως από τον τρόπο και τις δυνατότητες αποπληρωμής του ιδιωτικού φορέα καθώς και τη συμμετοχή της εταιρείας Ειδικού Σκοπού. Οι υπόλοιπες διαφορές αποτελούν αποτελέσματα της υπαγωγής στο Ν. 3389/2005 και έχουν παρακολουθηματικό χαρακτήρα. [5]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

2.7 Ιστορική αναδρομή – Από την αρχαιότητα έως σήμερα

Η εμπλοκή των ιδιωτών στα δημόσια πράγματα και ειδικά στην εξυπηρέτηση των δημοσίων συμφερόντων δεν είναι κάτι καινούριο. Αντιθέτως παρατηρείται στην ιστορία με διάφορες μορφές, που με τον έναν ή άλλον τρόπο δεν απέχει σημαντικά της σύγχρονης μορφής συνεργασίας δημοσίου και ιδιωτών μέσω των ΣΔΙΤ. [5] Παραδείγματα τέτοιων συμπράξεων υπάρχουν σε πολλές Ευρωπαϊκές και άλλες χώρες, αλλά και στην Ελλάδα. [5,18,19,20,21]

2.7.1 Μορφές συνεργασίας ιδιωτών-δημοσίου στο εξωτερικό

Ήδη στην εποχή της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας γίνονται αναφορές σε συνεργασία ιδιωτών και δημόσιου φορέα στην εκτέλεση δημοσίων έργων και στην εκμετάλλευση αυτών με σκοπό την ικανοποίηση του γενικού συμφέροντος, όσο και την επιδίωξη επιχειρηματικού κέρδους από τους ιδιώτες. Πιο συγκεκριμένα, η αυτοκρατορία ανέθετε σε ιδιώτες την κατασκευή και τη συντήρηση πολλών έργων, όπως για παράδειγμα θέρμες, αγορές, δρόμους, λιμάνια, υδραγωγεία, ταχυδρομεία, αποξηράνσεις ελών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα εννέα υδραγωγεία της Ρώμης που ανατέθηκαν από τον Αύγουστο σε ιδιώτες και ο Ουλπιανός και ο Λίβιος που επέλεξαν την συνεργασία του δημοσίου με ιδιώτες για την κατασκευή, επισκευή ή και φροντίδα δημοσίων υποδομών και εγκαταστάσεων. [5]

Επτά αιώνες από το τέλος της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας επανεμφανίζεται η παραχώρηση στα τέλη του 11ου αιώνα στην Ιταλία και τη Γαλλία. Ιστορικά, η Γαλλία είναι μια χώρα στην οποία εμφανίστηκαν αρκετά νωρίς οι συμβάσεις παραχώρησης, τόσο σε δημόσια έργα όσο και σε υπηρεσίες. Στη διάρκεια του 13ου

αιώνα εμφανίστηκαν στη Γαλλία τα «bastides» -περισσότερες από 3.000 πόλεις στο νότο της Γαλλίας που κατασκευάστηκαν ομαδικά. Στον 16^ο αιώνα εμφανίζονται σταδιακά οι συμβάσεις παραχώρησης για έργα υποδομής. Στη διάρκεια του αιώνα αυτού, έγιναν οι πρώτες παραχωρήσεις οι οποίες αφορούσαν τις δημόσιες μεταφορές. Συγκεκριμένα, τον 16^ο αιώνα έγιναν παραχωρήσεις οδών ναυσιπλοΐας, του πιο διαδεδομένου τρόπου συγκοινωνίας εκείνη την εποχή, καθώς και συμφωνίες ιδιωτών με το δημόσιο, προκειμένου ιδιώτες να διαθέτουν τον στρατό τους στην δημόσια εξουσία και προς εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος και της δημόσιας τάξεως. [5] Το 1554 έγινε η κατασκευή του καναλιού της Προβηγκίας (Provence) από τον Adam de Craponne, που αποτέλεσε έργο-σταθμό, διότι ήταν η πρώτη μεγάλη σύμβαση παραχώρησης δημόσιου έργου. [14] Τον 17ο αιώνα πραγματοποιούνται με συμβάσεις παραχώρησης η κατασκευή νέων πόλεων καθώς και γεφυρών και καναλιών, η κατασκευή λιθόστρωτων οδών και η περισυλλογή οικιακών απορριμμάτων. Τον 18ο αιώνα, παρά την κάμψη στη χρήση συμβάσεων παραχώρησης στη Γαλλία, παραχωρείται για 20 χρόνια ο φωτισμός του Παρισιού μέσω 6.000 φανών και το 1782 πραγματοποιείται η συμφωνία μεταξύ των αδερφών Perrier και του γαλλικού δημοσίου να κατασκευάσουν, χρηματοδοτήσουν και εκμεταλλευτούν το δίκτυο παροχής νερού σε διάφορα τμήματα του Παρισιού. Άλλο ένα παράδειγμα της γαλλικής παράδοσης σε αυτές τις συμφωνίες είναι η διώρυγα του Σουέζ. Η κατασκευή, χρηματοδότηση και διαχείριση της ανατέθηκε το 1854 σε ιδιώτες και η κατασκευή της ολοκληρώθηκε το 1869 με συμφωνία δικαιώματος εκμετάλλευσης από τους ιδιώτες για 99 χρόνια. [5] Το γκάζι, η ηλεκτροδότηση, η τηλεφωνία, ο τηλεγράφος, ο σιδηρόδρομος, τα δίκτυα νερού, το μετρό και το τραμ ήταν τα σημαντικότερα έργα που ανέλαβαν ιδιώτες με παραχώρηση στη Γαλλία την

περίοδο αυτή. Το σημαντικότερο ίσως συγκοινωνιακό έργο του Παρισιού, το μετρό, κατασκευάστηκε από ιδιώτες στα τέλη του αιώνα, όπως και το σύμβολο της πόλης, ο πύργος του Eiffel. Το 1887 υπογράφεται συμφωνία μεταξύ του Eiffel, του Δήμου Παρισίων και του Υπουργείου Εμπορίου για την κατασκευή σιδερένιου πύργου για την έκθεση που θα φιλοξενούσε η πόλη το 1889. Ο Eiffel θα κατέβαλε τα $\frac{3}{4}$ των πόρων και θα λάμβανε επιδοτήσεις. Μετά το τέλος της έκθεσης, η πόλη έγινε ιδιοκτήτης του πύργου. Η παράδοση του έργου έγινε μετά από 20 έτη, που ήταν και η διάρκεια παραχώρησης-εκμετάλλευσης του έργου. [14] Ο 20^{ος} αιώνας σημαδεύτηκε τόσο από τους πολέμους όσο και από μια πάλη μεταξύ της ιδιωτικοποίησης και του κρατισμού. Επιπλέον η οικονομική κρίση και ο πληθωρισμός επηρέασαν αρνητικά τις συμβάσεις παραχώρησης. Ωστόσο μετά το 1955 προωθούνται και πάλι οι συμβάσεις παραχώρησης, αρχικά για την κατασκευή γεφυρών και αυτοκινητόδρομων, η χρηματοδότηση των οποίων θα προέλθει από το αντίτιμο των διοδίων. Μέχρι στιγμής, το μεγαλύτερο έργο που έχει κατασκευαστεί στον κόσμο με παραχώρηση είναι η σύνδεση του στενού της Μάγχης με υποθαλάσσια σιδηροδρομική σήραγγα. Έχει μήκος 50 χιλιομέτρων, από τα οποία τα 38 είναι υποθαλάσσια. Τον Μάρτιο του 1986 υπογράφεται η σύμβαση παραχώρησης μεταξύ των κυβερνήσεων του Ηνωμένου Βασιλείου, της Γαλλίας και της Eurotunnel, ενώ η εμπορική εκμετάλλευση του έργου ξεκίνησε το 1994. Αντίστοιχα έργα, είναι το αξίας US\$5 δισεκατομμυρίων παγκόσμιο δορυφορικό σύστημα Iridium και το αξίας US\$4 δισεκατομμυρίων διυλιστήριο στην Βενεζουέλα SINCOR. [19]

Η σημαντικότερη όμως εμφάνιση των συνεργασιών τέτοιων μορφών στην δεκαετία του 1980 από τις κυβερνήσεις των συντηρητικών στις ΗΠΑ και στο Ηνωμένο Βασίλειο οφειλόταν στην προσπάθεια απόσυρσης του δημοσίου από τον βιομηχανικό και τον εμπορικό τομέα. Τη δεκαετία του 1990 και άλλες χώρες ενστερνίστηκαν τις συμβάσεις παραχώρησης όπως η Ιταλία, η Ολλανδία, η Ισπανία και η Γερμανία ενώ πολλά έργα με σύμβαση παραχώρησης έγιναν και στη νότια και νοτιοανατολική Ασία καθώς και την Αυστραλία. Στο Βιετνάμ τα τελευταία χρόνια πραγματοποιήθηκαν πολλά ενεργειακά έργα κυρίως με τη μέθοδο BOT, όπως το έργο για την κατασκευή και λειτουργία σταθμού παραγωγής ενέργειας από φυσικό αέριο έξω από την πόλη Ho Chi Minh (Phy Ny Power Project). [14] Στην Κίνα έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια μεγάλες ιδιωτικές επενδύσεις σε υποδομές και στην παραγωγή ενέργειας. Στο Χονγκ Κονγκ την τελευταία δεκαετία υλοποιήθηκαν σημαντικά έργα υποδομής, κυρίως έργα μεταφορών, όπως το νέο διεθνές αεροδρόμιο. Στη Νότια Αφρική χρησιμοποιήθηκαν κι χρησιμοποιούνται ΣΔΙΤ κυρίως για την κατασκευή φυλακών, στη Νορβηγία για την κατασκευή οδικών δικτύων, στη Δανία στην κατασκευή γεφυρών, στον Καναδά για οδικά και σιδηροδρομικά έργα, στην Πορτογαλία για την κατασκευή οδικών αξόνων από τα μέσα του 1990. Στη Χιλή υλοποιούνται με παραχώρηση 36 έργα προϋπολογισμού US\$5,5 δισεκατομμυρίων, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτελούν το 14% των δημοσίων επενδύσεων. [5,20]

Όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, υπάρχει έντονο ενδιαφέρον σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προοπτική συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υποδομών. Στις προτεινόμενες Οικονομικές Προοπτικές του Ιουλίου

2004, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναγνώρισε τις σημαντικές οικονομικές απαιτήσεις του διευρωπαϊκού δικτύου μεταφορών (trans-European transport – TEN-T) και πρότεινε την κατανομή €20.69 δισεκατομμυρίων στον προϋπολογισμό των διευρωπαϊκών δικτύων για την περίοδο 2007-2013, το οποίο αν και είναι μεγαλύτερο από τα €4,2 δισεκατομμύρια της περιόδου 2000-2006, δεν είναι επαρκές για να χρηματοδοτήσει την επένδυση υποδομής που απαιτείται. [18]

Πέρα από τις βασικές διαδρομές μεταφορών που προσδιορίζονται στο διευρωπαϊκό επίπεδο, οι επιμέρους χώρες-μέλη έχουν να αντιμετωπίσουν τις εθνικές, περιφερειακές και τοπικές προκλήσεις υποδομής μεταφορών. Το 2005, υπολογίστηκε ότι προκειμένου να επιτευχθεί το μέσο επίπεδο υποδομής των 15 χωρών μελών της ΕΕ μέχρι το 2010, οι 8 νέες-χώρες μέλη της ΕΕ από την Ανατολική Ευρώπη θα απαιτούσαν την επένδυση περίπου €505 δισεκατομμυρίων σε δρόμους, σιδηροδρόμους, τομείς τηλεπικοινωνιών, ύδρευσης και αποχέτευσης, ενέργειας και περιβάλλοντος. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Επενδύσεων η συνολική επένδυση που απαιτείται για την αναβάθμιση του συστήματος μεταφορών στο επίπεδο που απαιτείται για την πλήρη ένταξη των νέων χωρών μελών στην ενιαία αγορά θα φθάσει τουλάχιστον σε €90 δισεκατομμύρια. Η προσέγγιση ΣΔΙΤ υιοθετείται όλο και περισσότερο για επιτευχθούν οι αναγκαίες επενδύσεις σε υποδομές. Πολλές χώρες αναπτύσσουν αρχικά ΣΔΙΤ στον τομέα των μεταφορών και επεκτείνουν αργότερα τη χρήση τους σε άλλους τομείς, όπως εκπαίδευσης, υγείας, ενέργειας, ύδρευσης και αποβλήτων, μόλις αποδειχθεί η οικονομική αποδοτικότητά της και αποκτηθεί η απαραίτητη εμπειρία του δημόσιου τομέα.

Το 2004 και το 2005, περίπου 206 συμφωνίες ΣΔΙΤ αξίας περίπου US\$ 52 δισεκατομμυρίων/€42 δισεκατομμυρίων έκλεισαν στον κόσμο, από τις οποίες τα 152 προγράμματα αξίας US\$26 δισεκατομμυρίων/€21 δισεκατομμυρίων ήταν στην Ευρώπη (τα κράτη μέλη της ΕΕ, τις υπό ένταξη χώρες Βουλγαρία και Ρουμανία και τις υποψήφιες χώρες, Τουρκία και Νορβηγία). Από τον Ιανουάριο του 1994 έως το Σεπτέμβριο του 2005, υπολογίζεται ότι έκλεισαν σε ολόκληρη την Ευρώπη συμφωνίες ΣΔΙΤ αξίας περίπου US\$120 δισεκατομμυρίων/€100 δισεκατομμυρίων. Από αυτές, τα δύο τρίτα έκλεισαν στο Ηνωμένο Βασίλειο ενώ η Ισπανία και η Πορτογαλία αποτελούν δύο δυναμικές ζώνες με ποσοστό 9-10% η κάθε μια. [18,21]

Γεωγραφικά, η αγορά ΣΔΙΤ έχει παραμείνει συγκεντρωμένη και με μια πιο αργή ανάπτυξη απ' ότι αναμενόταν. Το Ηνωμένο Βασίλειο παρουσίασε ουσιαστικά περισσότερη δραστηριότητα από την υπόλοιπη Ευρώπη με 118 συμφωνίες που έκλεισαν το 2004 και το 2005, με την επόμενη πιο ενεργή αγορά ΣΔΙΤ - Ισπανία – να κλείνει 12 συμφωνίες κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου. Υπάρχει ωστόσο ένας σημαντικός αριθμός προγραμμάτων που έχουν εξαγγελθεί ή είναι σε διαδικασία προμήθειας σε άλλα κράτη μέλη της ΕΕ. Στην Ιταλία, μόλις έξι συμφωνίες έκλεισαν το 2004 και το 2005, αλλά υπάρχουν τουλάχιστον 18 περαιτέρω έργα σε διαδικασία προμήθειας και κατ' εκτίμηση 40 έργα που ακολουθούν. Σύμφωνα με μια πρόσφατη έρευνα από τη Γερμανική Ένωση του κλάδου των οικοδομικών και τεχνικών έργων, 18 συμφωνίες ΣΔΙΤ έκλεισαν στη Γερμανία μεταξύ του φθινοπώρου 2003 και του Σεπτεμβρίου 2005. Εκτιμώνται ότι

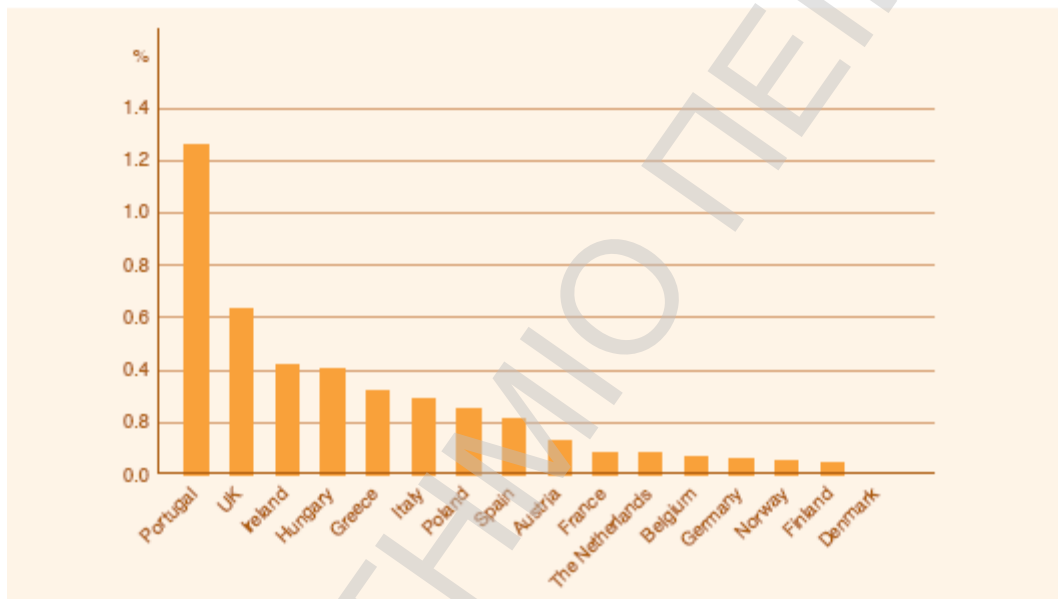
περαιτέρω 79 έργα ύψους περίπου €4.8 δισεκατομμυρίων αναμένονται στο κοντινό μέλλον. [18]

	Κεντρική Στέγαση (Central Accommodation)	Αεροδρόμια	Άμυνα	Κατοικίες (Housing)	Υγεία & Νοσοκομεία	Πληροφορική (IT)	Λιμάνια	Φυλακές	Σιδηρόδρομοι (heavy)	Σιδηρόδρομοι (light)	Δρόμοι	Σχολεία	Αθλητισμός	Υδρευση & Αποχέτευση (συμπ. Στερεά απόβλητα)
Χώρες Μέλη														
Αυστρία	○	○			●	○		○	●		●	○		○
Βέλγιο		●		●				●	○		●	○		●
Δανία	●							○	○		○	○		○
Φινλανδία			○		○			○	○		●	○		○
Γαλλία	●	○	○		●		○	●	●		●	○		●
Γερμανία	●	○	●		●	○		○	○		●	●		●
Ελλάδα	○	●			○						●	○		○
Ιρλανδία	○			●	○			○			●	○		●
Ιταλία	●	○		○	●		○				●			●
Λουξεμβούργο		○				○								
Ολλανδία	○		○	○	○		○	○	○		●	○		○
Νορβηγία (μη ΕΕ)	○		○		○			○			●	○		○
Πορτογαλία	○	○		○	○		○	○			●	○		●
Ισπανία	○	○			○		●	○			●	○		○
Σουηδία			○		○			○			○			○
Ηνωμένο Βασίλειο	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●
Χώρες – Νέα Μέλη														
Κύπρος		○					○				○			○
Τσεχία		○	○	○	○		○	○	○		○	○		○
Εσθονία			○	○	○	○			○	○	○			
Ουγγαρία	○	○		○	○	○		○		○	○	○		○
Λεττονία	○			○	○		○				○	○		○
Λιθουανία				○				○	○		○	○		○
Μάλτα				○	○	○	○				○	○		○
Πολωνία	○	○		○			○	○	○		○			○
Σλοβακία		○									○			○
Σλοβενία														○
Χώρες υπό προσχώρηση – Υποψήφια Μέλη														
Βουλγαρία		○					○				○			○
Ρουμανία		○	○	○							○			○
Τουρκία		○	○	○				○	○	○				○

(○ : Συζητήσεις σε εξέλιξη,
 ○ : Έργο σε στάδιο προμήθειας (Procurement),
 ● : Πολλά έργα σε στάδιο προμήθειας, κάποια έχουν ήδη ανατεθεί,
 ● : Σημαντικός αριθμός έργων έχουν ήδη ανατεθεί
 ● : Σημαντικός αριθμός έργων έχουν ήδη ανατεθεί, η πλειοψηφία των οπσίων είναι σε λειτουργία)

Πίνακας 2: Περιληπτική παρουσίαση ΣΔΙΤ ανά χώρα και κλάδο (Πηγή PriceWaterHouseCoopers, (2005), Delivering the PPP promise, A review of PPP issues and activity

Ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο έκλεισε το μεγαλύτερο αριθμό συμφωνιών ΣΔΙΤ την περίοδο 2000-2005, εάν η δραστηριότητα ΣΔΙΤ μετρηθεί ως ποσοστό του ΑΕΠ, η Πορτογαλία έχει τη μεγαλύτερη συμμετοχή και χώρες όπως η Ιρλανδία, η Ουγγαρία και η Ελλάδα παρουσιάζουν επίσης τον αντίκτυπο των σημαντικών σχεδίων τους. [18]



Εικόνα 4 : Μέση δραστηριότητα ΣΔΙΤ κατά την περίοδο 2000-2005 ως ποσοστό του μέσου ΑΕΠ (Πηγή PriceWaterHouseCoopers, (2005), Delivering the PPP promise, A review of PPP issues and activity)

Η ανάγκη για τη συνεχή επένδυση σε υποδομές είναι επίσης έντονα αισθητή και σε χώρες εκτός Ευρώπης. Οι προϋπολογισμοί περιορίζονται και οι κυβερνήσεις βρίσκονται σε πίεση για να επιτύχουν οικονομική αποδοτικότητα των παγίων και των υπηρεσιών τους. Όπως στην Ευρώπη, πολλές χώρες αναπτύσσουν αρχικά ΣΔΙΤ στον τομέα των μεταφορών. Οι τομείς της υγείας και εκπαίδευσης ακολουθούν, επιδιώκοντας να εκμεταλλευτούν τη χρηματοδότηση και τις δεξιότητες του ιδιωτικού τομέα στην παροχή της αναγκαίας κοινωνικής υποδομής.

Όπως σημειώνεται ανωτέρω, περίπου 206 συμφωνίες ΣΔΙΤ αξίας περίπου US\$52 δισεκατομμυρίων/€42 δισεκατομμυρίων έκλεισαν στον κόσμο το 2004 και το 2005, από τις οποίες 54 ήταν εκτός Ευρώπης με μια κατ' εκτίμηση αξία US\$26 δισεκατομμυρίων/€21 δισεκατομμυρίων. Επομένως ενώ είναι φανερό ότι οι μη ευρωπαϊκές αγορές έκλεισαν σημαντικά λιγότερα προγράμματα, το επίπεδο επένδυσης που παραδίδεται μέσω των δομών ΣΔΙΤ είναι παρόμοιο με την Ευρώπη. Όπως αποτυπώνεται στο παρακάτω σχήμα, οι πιο ενεργές αγορές ΣΔΙΤ είναι η Αυστραλία, ο Καναδάς και η Ιαπωνία, και ιδιαίτερα στους δρόμους, την υγεία, την εκπαίδευση και τους τομείς ύδρευσης και αποχέτευσης. [18]

	Κεντρική Στέγαση (Central Accommodation)	Αεροδρόμια	Άμυνα	Κατοικίες (Housing)	Υγεία & Νοσοκομεία	Πληροφορική (IT)	Λιμάνια	Φυλακές	Σιδηρόδρομοι (heavy)	Σιδηρόδρομοι (light)	Δρόμοι	Σχολεία	Αθλητισμός	Υδρευση & Αποχέτευση (συμπ. Στερεά απόβλητα)
Χώρες Μέλη														
Αυστραλία	◐	●	◐	◐	◐	◐	●	◐	◐	◐	●	◐	◐	◐
Καναδάς	◐				◐			◐		◐	◐	◐	◐	◐
Ιαπωνία	●	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
Μεξικό		◐			◐			◐		◐	◐	◐		◐
Σιγκαπούρη	◐	◐		◐							◐	◐	◐	◐
Νότιος Αφρική	◐	◐			◐	◐		◐	◐		◐	◐	◐	◐
ΗΠΑ		◐	◐	◐	◐		◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐

Πίνακας 3: Περιληπτική παρουσίαση ΣΔΙΤ ανά χώρα και κλάδο (εκτός Ευρώπης) (Πηγή PriceWaterHouseCoopers, (2005), Delivering the PPP promise, A review of PPP issues and activity)

(◐ : Συζητήσεις σε εξέλιξη , ◐ : Έργο σε στάδιο προμήθειας (Procurement) , ◐ : Πολλά έργα σε στάδιο προμήθεια, κάποια έχουν ήδη ανατεθεί , ◐ : Σημαντικός αριθμός έργων έχουν ήδη ανατεθεί ● : Σημαντικός αριθμός έργων έχουν ήδη ανατεθεί, η πλειοψηφία των οποίων είναι σε λειτουργία)

2.7.2 Μορφές συνεργασίας ιδιωτών-δημοσίου στη Ελλάδα

Η πρώτη ιστορική αναφορά για έργο που εκτελέστηκε μέσω σύμβασης παραχώρησης εντοπίζεται στα τέλη του 4^{ου} αιώνα π.Χ. (περίπου στο 330 π.Χ.) στην αρχαία Ερέτρια. Ο εργολάβος (μηχανικός) Χαιρεφάνης ανέλαβε από το δήμο Ερετριαίων το έργο της αποξήρανσης της λίμνης «εν Πτέχαις», με αντάλλαγμα την παραχώρηση του δικαιώματος για την εκμετάλλευση των εδαφών επί 10 χρόνια. Στη σύγχρονη Ελλάδα υπάρχουν παραδείγματα συνεργασιών που ομοιάζουν στις συνεργασίες που εμφανίστηκαν στα ευρωπαϊκά κράτη. Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα γίνονται στην Ελλάδα μια σειρά από μεγάλα δημόσια έργα όπως η αποξήρανση της λίμνης Κωπαϊδας στη Βοιωτία, οι σιδηρόδρομοι, καθώς και η διάνοιξη της διώρυγας της Κορίνθου, τα οποία πραγματοποιήθηκαν με σύμβαση παραχώρησης. Επίσης, με σύμβαση παραχώρησης έγινε και ο αστικός σιδηρόδρομος Αθηνών-Πειραιώς, καθώς και η ύδρευση (σύμβαση Ούλεν) και ο εξηλεκτρισμός της χώρας (σύμβαση Πάουερ). [5,14] Στην ίδια κατηγορία ανήκουν και οι συμβάσεις του ΕΟΤ με ιδιώτες που αποσκοπούσαν στην ανάπτυξη του τουρισμού μέσω ανέγερσης ξενοδοχείων από ιδιώτες επί ακινήτων του δημοσίου, τα οποία διαχειριζόταν το δημόσιο. [5]

Η μέχρι σήμερα εμπειρία από την εφαρμογή του θεσμού των συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα αναφέρεται κυρίως σε τρία μεγάλα έργα υποδομής, τα οποία υλοποιήθηκαν μέσω συμβάσεων παραχώρησης. Τα τρία αυτά έργα είναι το Νέο Διεθνές Αεροδρόμιο Αθηνών (με κόστος επένδυσης που έφθασε τα 2,1 δις ευρώ), η μόνιμη ζεύξη Ρίου-Αντιρρίου (με κόστος επένδυσης 0,7 δις ευρώ) και η Αττική Οδός (με κόστος επένδυσης 1,3 δις ευρώ). Το συνολικό κόστος επένδυσης

των τριών αυτών έργων ανήλθε 4,1 δις ευρώ και το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησής τους (πάνω από το μισό) προήλθε από τραπεζικό δανεισμό (το 56%, ήτοι τα 2,3 δις ευρώ) ενώ τα κεφάλαια του ιδιωτικού τομέα κάλυψαν το 10 %, ήτοι 0,4 δις ευρώ. Το υπόλοιπο κομμάτι καλύφθηκε από επιχορηγήσεις του Ελληνικού Δημοσίου και της Ευρωπαϊκής Ένωσης (το 34%, ήτοι 1,4 δις ευρώ). Τα προβλήματα που διαπιστώθηκαν κατά την υλοποίηση των έργων αυτών μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα :

- Έλλειψη συγκεκριμένου νομοθετικού πλαισίου
- Έλλειψη τεχνογνωσίας – εμπειρίας στις διαδικασίες
- Συμμετοχή των χρηματοπιστωτικών οργανισμών κατόπιν της κύρωσης των συμβάσεων από την Βουλή
- Έλλειψη συντονισμού μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων

Αντίστοιχα τα θετικά στοιχεία ήταν τα εξής :

- Τήρηση χρονοδιαγραμμάτων κατασκευής - Προϋπολογισθέντος κόστους
- Υλοποίηση ποιοτικών έργων
- Κοινωνική αποδοχή των έργων
- Κινητοποίηση διεθνών κεφαλαίων και επενδυτών

Πέρα αυτών όμως των έργων στη σύγχρονη Ελλάδα έχουν παρουσιαστεί και άλλες μορφές συνεργασίας-σύμπραξης των ιδιωτών με το δημόσιο σε υποδομές παροχής δημοσίων υπηρεσιών. Τέτοια παραδείγματα είναι η κατασκευή υπόγειων σταθμών αυτοκινήτων με βάση το νόμο Ν.2052/1992 (παράγραφοι 1-3 του άρθρου

9), η παραχώρηση αδειών λειτουργίας καζίνο (παράδειγμα αποτελεί το καζίνο Κέρκυρας), η παραχώρηση σε ΒΙΠΕ (Βιομηχανικές και Επιχειρηματικές Περιοχές) του δικαιώματος χρήσης του αιγιαλού και της παραλίας καθώς και το δικαίωμα για την πραγματοποίηση λιμενικών έργων ή επέκταση υφιστάμενων λιμενικών εγκαταστάσεων, βάσει του νόμου 2545/1997. Ακόμα και ο τομέας της ηλεκτρικής ενέργειας και του φυσικού αερίου αποτελεί κλάδο, στον οποίο εμφανίζονται συνεργασίες και εκτελέσεις έργων με την μορφή των αυτοχρηματοδοτήσεων ή των συγχρηματοδοτήσεων.

Το ελληνικό δημόσιο προετοιμάζει πρόγραμμα ΣΔΙΤ που περιλαμβάνει 24 δημόσια έργα συνολικού προϋπολογισμού 3,1 δισεκατομμυρίων ευρώ. Μόνο με την ολοκλήρωση των 24 έργων, οι εμπλεκόμενοι στην κατασκευή και διαχείρισή τους ιδιώτες αναμένεται να εισπράττουν ως ενοίκιο από το Δημόσιο, κονδύλια που θα φθάνουν το 7% - 8% του Προγράμματος Δημόσιων Επενδύσεων. Τα έργα αυτά αφορούν την κατασκευή σχολείων, νοσοκομείων, φυλακών, πυροσβεστικών σταθμών, δικαστικών μεγάρων, πανεπιστημίων, περιβαλλοντικής υποδομής, τη στέγαση υπουργείων και νομαρχιακών υπηρεσιών και την ασφάλεια λιμένων.

2.8 Πλεονεκτήματα από την εφαρμογή του μοντέλου ΣΔΙΤ

Η σύμπραξη των ιδιωτικών φορέων με τους δημόσιους αποσκοπεί στην καλύτερη παροχή των δημόσιων υπηρεσιών. Για να επιτευχθεί το στόχος αυτός η ΣΔΙΤ βασίζεται στην εκμετάλλευση των διαφορετικών στοιχείων που έχει να προσφέρει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας. Ταυτόχρονα βασίζεται στην εκμετάλλευση στοιχείων που η κλασική σύμβαση δεν μπορεί να προσφέρει. Τα πλεονεκτήματά τους είναι τα εξής : [23,24,25,26]

- Βρίσκουν εφαρμογή σε πολλούς τομείς υποδομών και υπηρεσιών, δηλαδή έχουν ευρύ φάσμα εφαρμογής.
- Ενοποιούνται οι φάσεις-στάδια υλοποίησης ενός έργου ή της παροχής μιας υπηρεσίας σε μία, την ευθύνη της οποίας αναλαμβάνει ο παραχωρησιούχος-ιδιώτης. Βελτιστοποιείται ο σχεδιασμός, η κατασκευή και η διαχείριση του έργου.
- Στις περιόδους ύφεσης ή οικονομικών δυσκολιών, όπου το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων και γενικότερα η κρατική χρηματοδότηση περιορίζεται, οι συμπράξεις μπορούν να αποτελέσουν μοχλό ανάπτυξης. Τα ιδιωτικά κεφάλαια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κατασκευή έργων ή την παροχή υπηρεσιών, εφόσον τα έργα ή οι υπηρεσίες αυτές είναι οικονομικά αποδοτικές.
- Ο ανάδοχος συμμετέχει πλέον ενεργά σε όλες τις φάσεις κατασκευής του έργου.

- Οι ΣΔΙΤ ωθούν στη βελτιστοποίηση του χρόνου κατασκευής και της ποιότητας κατασκευής του έργου. Διάφορα κίνητρα κινητοποιούν τον ανάδοχο για την έγκαιρη και εντός προϋπολογισμού ολοκλήρωση του έργου.
- Οι συμφωνίες για τα κατ' αποκοπήν τιμήματα και τα κόστη του έργου καθίστανται πιο αξιόπιστες και αποτελεσματικές.
- Μειώνονται οι δυνατότητες παρεμβάσεων κατά την κατασκευή του έργου για αλλοίωση του χαρακτήρα του.
- Βελτιώνεται η ανταγωνιστικότητα και εισέρχονται ξένα κεφάλαια.
- Παρέχονται ευκαιρίες δραστηριοποίησης στους ιδιώτες σε νέους τομείς, διευρύνοντας το επιχειρηματικό φάσμα στο οποίο αυτοί δραστηριοποιούνται.
- Η λειτουργία και η συντήρηση γίνεται με πιο ανταγωνιστικά συστήματα οργάνωσης και διοίκησης σε σχέση με τα κρατικά, αφού ο ιδιωτικός τομέας λειτουργεί με αυστηρά ορθολογικά χρηματοοικονομικά κριτήρια, ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα.
- Υπάρχει δικαιότερη συνεισφορά του χρήστη στο κόστος της λειτουργίας και της συντήρησης του έργου αλλά και στις δαπάνες αποπληρωμής των κεφαλαίων που επενδύθηκαν από τον ιδιώτη, σε σχέση με την κατασκευή έργων που οι δαπάνες επιβαρύνουν όλους τους φορολογούμενους (δημόσια έργα).

Τα κύρια οφέλη από τις ΣΔΙΤ για τον **δημόσιο φορέα** είναι τα εξής:
[1,3,5,10,23,26]

- **Μείωση του δημοσίου χρέους και η απελευθέρωση σοβαρών πόρων από το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων**

Τα αναγκαία κεφάλαια για την κατασκευή και λειτουργία εγκαταστάσεων και υποδομών παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς, τα οποία σε άλλη περίπτωση θα έπρεπε να αντληθούν από τα ταμεία του ευρύτερου δημόσιου τομέα ή μέσω επιπρόσθετης φορολογικής επιβάρυνσης με επαγόμενες κοινωνικές ή άλλες αντιδράσεις. Παράλληλα, η δημοσιονομική εξυγίανση και η βελτίωση δημοσιονομικών στοιχείων αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις - με βάση τη Συνθήκη του Μάαστριχτ - οικονομικής και νομισματικής ενοποίησης στην ΕΕ. Σε αυτή την κατεύθυνση οι ΣΔΙΤ αποτελούν ένα πολύτιμο δημοσιονομικό εργαλείο, καθώς η ροή των πληρωμών για την απόσβεση του κόστους του έργου γίνεται είτε από την ίδια την εκμετάλλευσή του είτε από πληρωμές του δημοσίου, οι οποίες καταχωρούνται στα δημοσιονομικά της κυβέρνησης ως δαπάνες. Με το τρόπο αυτό δεν επιβαρύνεται το δημόσιο χρέος.

- **Σχεδιασμός Έργου**

Ο σχεδιασμός του έργου είναι πολύ προσεκτικός, προσαρμοσμένος στο σκοπό χρήσης χωρίς περιττά έξοδα και με ιδιαίτερη προσοχή στο κόστος κύκλου ζωής του έργου και την οικονομία στην κατανάλωση ενέργειας, νερού κλπ. Επιπρόσθετα ενσωματώνονται οι ανάγκες των υπηρεσιών μέσω σχεδιασμού

κατασκευής με αποτέλεσμα την αποδοτικότητα σε χρήση πόρων στη διάρκεια ζωής του έργου. Περαιτέρω όφελος προκύπτει από την στενή αλληλεπίδραση των μελετητών και των κατασκευαστών, σε μια ομάδα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερο καινοτόμες, και λιγότερο κοστοβόρες μελέτες, υλοποιήσιμες σε ρεαλιστικά χρονοδιαγράμματα.

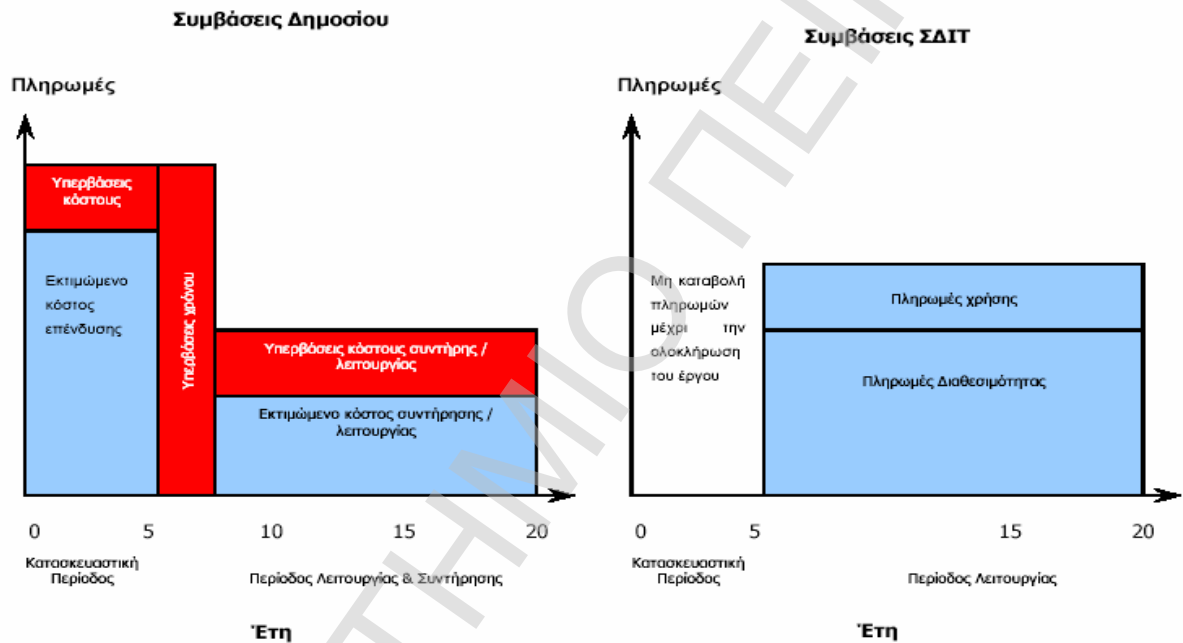
- **Χρόνος Κατασκευής**

Ο Ιδιώτης έχει συγκεκριμένο συμφέρον στην ταχύτερη παράδοση του έργου επειδή από την ολοκλήρωση του έργου αρχίζει ο χρόνος εκμετάλλευσης που προκαλεί ροές πληρωμών. Οποιαδήποτε καθυστέρηση επιβαρύνει το χρηματοδοτικό σχέδιο του έργου. Το δημόσιο επωφελείται από την ταχύτερη λειτουργία των έργων, σε αντιδιαστολή με τις καθυστερήσεις των κλασικών δημόσιων έργων, και της άμεσης παροχής δημόσιων υπηρεσιών προς τους πολίτες.

- **Μείωση Κόστους**

Οι δανειστές το επιβάλλουν και ο ιδιώτης το αποδέχεται ότι το τελικό κόστος του έργου θα είναι εκείνο του χρηματοοικονομικού μοντέλου. Υπερβάσεις κόστους που εμφανίζονται σε δημόσια έργα δεν μπορούν να ισχύσουν. Ο ιδιώτης επωμίζεται κινδύνους στην διενέργεια της σύμπραξης που διαφορετικά δε θα αναλάμβανε. Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές συμβάσεις έργων, ο ιδιώτης επιδιώκει την συμπίεση του κόστους και την μέγιστη δυνατή αποδοτικότητα, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι δημόσιες ανάγκες και να προκληθεί ροή πληρωμών που θα αποσβέσει το κόστος του έργου. Όπως αποτυπώνεται στην

Εικόνα 5, στις συμβάσεις δημοσίου οι κύριες και λειτουργικές δαπάνες πληρώνονται από το δημόσιο τομέα, ο οποίος διατρέχει τον κίνδυνο των υπερβάσεων κόστους και καθυστερημένης παράδοσης.



Εικόνα 5 : Διαφορές συμβάσεων δημοσίων έργων με συμβάσεις ΣΔΙΤ ως προς το χρόνο και το κόστος. (Πηγή : Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα, Εγχειρίδιο για την υλοποίηση έργων και υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ, Αθήνα, Ιούνιος 2006)

- **Επίτευξη κέρδους και καλής σχέσης τιμής/απόδοσης (value for money)**

Η κατασκευή και οργάνωση των υποδομών υπό το πρίσμα της ιδιωτικής διαχείρισης κληροδοτεί το δημόσιο φορέα, με εγκαταστάσεις αλλά και δομές οι οποίες λειτουργούν με κανόνες ιδιωτικής οικονομίας, με εστίαση στην αποδοτικότητα, την μείωση του κόστους και βελτίωση του περιθωρίου κέρδους

- **Εφαρμογή κανόνων αγοράς**

Το δημόσιο αποκτά τη δυνατότητα εξοικείωσης με τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας και επιχειρηματικότητας μέσα από την διαχείριση των δημοσίων θεμάτων-αρμοδιοτήτων με άξονες τον αποδέκτη των τελικών υπηρεσιών, την βελτίωση τους και την αποτελεσματική τους διάθεση. Επιτυγχάνεται αύξηση του ανταγωνισμού και καθίσταται δυνατή η σύγκριση της ποιότητας και του κόστους παραγωγής των παρεχομένων υπηρεσιών με αντίστοιχες υπηρεσίες στην αγορά με την θεσμοθέτηση βάσεων σύγκρισης, γεγονός που συμβάλλει στη βελτίωση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας

- **Ανταγωνιστικότητα**

Ο ιδιώτης λόγω της διεθνούς εμπειρίας και ενασχόλησης του με χρηματοοικονομικά ιδρύματα έχει υιοθετήσει σύγχρονα χρηματοοικονομικά μοντέλα με εναλλακτικούς τρόπους χρηματοδότησης, μακρύτερης διάρκειας και ανταποδοτικότητας.

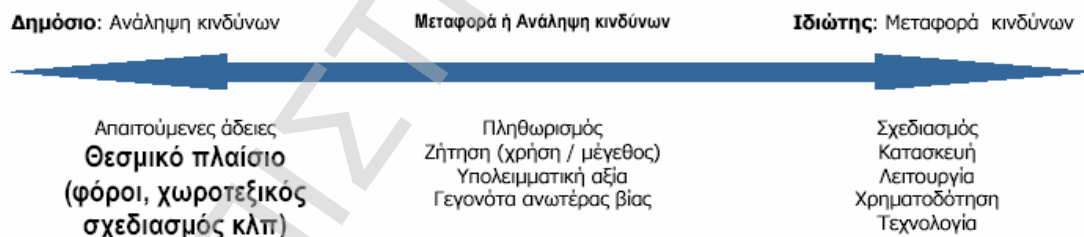
- **Ποιότητα Έργου**

Οι ΣΔΙΤ μπορούν προωθήσουν την καινοτομία στην οργάνωση, παροχή και συντήρηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ποιότητα του έργου είναι πολύ καλύτερη από τα συνήθη δημόσια έργα επειδή η ευθύνη συντήρησης είναι του ιδιώτη ο οποίος έχει κάθε κίνητρο να μειώσει τα έξοδα συντήρησης. Το δημόσιο καταβάλλει ολόκληρο το ποσό των πληρωμών μόνο όταν οι παρεχόμενες

υπηρεσίες καλύπτουν πλήρως το επιθυμητό επίπεδο και τις προδιαγραφές. Αντίθετα κατά τις συμβάσεις του δημοσίου, η συντήρηση και η λειτουργία του αγαθού εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα των κεφαλαίων του προϋπολογισμού του δημοσίου για τη συντήρηση και τη λειτουργία του αγαθού και από την αποτελεσματική εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων από φορείς που δεν έχουν πάντα την απαιτούμενη υποδομή.

- **Μετριασμός κινδύνου**

Με τη ΣΔΙΤ, η κυβέρνηση μπορεί να μοιραστεί τους κινδύνους με τον ιδιωτικό εταίρο/επιχείρηση. Οι κίνδυνοι περιλαμβάνουν τις υπερβάσεις κόστους αλλά και το ενδεχόμενο τα έσοδα να μην είναι ικανά να καλύψουν τις κεφαλαιουχικές και λειτουργικές δαπάνες. [3,27]



Εικόνα 6 : Σχηματικό διάγραμμα μεταφοράς κινδύνων (Πηγή : Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα, Εγχειρίδιο για την υλοποίηση έργων και υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ, Αθήνα, Ιούνιος 2006)

- **Αύξηση εσόδων**

Οι ΣΔΙΤ μπορούν να θέσουν τιμές που απεικονίζουν το αληθινό κόστος μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να αναδείξουν ευκαιρίες

αύξησης των εσόδων που κάτω από τις συμβατικές μεθόδους παροχής υπηρεσιών δεν θα εντοπίζονταν.

- **Άλλα οικονομικά οφέλη**

Η αυξανόμενη συμμετοχή της κυβέρνησης στις ΣΔΙΤ μπορεί να παρακινήσει τον ιδιωτικό τομέα και τον τρόπο αυτό να συμβάλλει στην αυξανόμενη απασχόληση και την οικονομική ανάπτυξη. Επιπλέον σε ορισμένες ΣΔΙΤ οι πληρωμές προς τον ιδιώτη είναι συνδεδεμένες με την απόδοση.

Τα κύρια οφέλη από τις ΣΔΙΤ είναι **για τον ιδιωτικό φορέα** είναι τα εξής: [5]

- **Συμμετοχή σε έργα δημοσίου και κοινή «ιδιοκτησία» επί των παγίων.** Συνεισφορά του ιδιώτη στην ανάπτυξη της οικονομίας και την αύξηση της απασχόλησης.
- **Ελκυστικά περιθώρια κέρδους και επίτευξη οικονομιών κλίμακας,** όπως στην περίπτωση που δυο ή περισσότεροι παραγωγοί μπορεί να ενωθούν και να κατασκευάσουν μια μονάδα (facility) η οποία να ωφελήσει και τους δυο (π.χ. μονάδα παραγωγής ατμού). [19]
- **Αξιοποίηση των κεφαλαίων τους με μεγαλύτερη απόδοση** και δυνατότητα επίτευξης αποδόσεων στην επένδυση πάνω από τα επίπεδα απόδοσης του ανταγωνισμού (economic rents).

- **Συμβάσεις μεγάλης διάρκειας.**
- **Διασπορά κινδύνου**, μέσω της δημιουργίας μιας από κοινού επιχείρησης (joint venture).
- **Διεύρυνση της δυνατότητας δανεισμού**, μέσα από την δυνατότητα πίστωσης του αγοραστή - πελάτη του προϊόντος του έργου. Ο βαθμός δανεισμού του έργου εξαρτάται από το πόσο δυνατές είναι οι εξασφαλίσεις του δανείου, από την πιστοληπτική ικανότητα των συμμετεχόντων μερών, το είδος του έργου και την κερδοφορία του. Η βάση για όλες αυτές τις συμφωνίες είναι τα συμβόλαια που υπογράφονται με τον αγοραστή και εκεί στηρίζεται ο δανεισμός του έργου. [19]
- **Γενικά χαμηλότερο κόστος κεφαλαίων**

Αν ο αγοραστής του προϊόντος του έργου έχει καλύτερη πιστοληπτική ικανότητα από τον χρηματοδότη ιδίων κεφαλαίων - χορηγού (sponsor) του έργου, τότε το έργο στο σύνολο του θα είναι δυνατόν να δανειστεί με καλύτερους όρους από ότι θα δανείζονταν ο χρηματοδότης ιδίων κεφαλαίων. Επίσης, στο βαθμό που η εταιρεία του έργου (project company) μπορεί να επιτύχει μεγαλύτερο ποσοστό δανεισμού από τον χρηματοδότη ιδίων κεφαλαίων, τότε το κόστος κεφαλαίου του έργου θα ωφεληθεί από την υποκατάσταση του χαμηλότερου κόστους δανεισμού. [19]

- **Απελευθέρωση των ελεύθερων ταμειακών ροών**

Οι ταμειακές ροές που απομένουν μετά την κάλυψη των λειτουργικών εξόδων, των αποπληρωμών των δανείων και των βελτιώσεων που απαιτούνται να γίνουν στο έργο (ελεύθερες ταμειακές ροές), θα πρέπει να πηγαίνουν στους επενδυτές κεφαλαίου του έργου (equity investors) οι οποίοι αποφασίζουν πως θα διανεμηθούν/επανεπενδυθούν αυτές οι ταμειακές ροές. Αν το έργο βρισκόταν στις οικονομικές καταστάσεις του χρηματοδότη ιδίων κεφαλαίων - χορηγού (sponsor) και χρηματοδοτούνταν με άμεση χρηματοδότηση τότε οι ελεύθερες ταμειακές ροές θα πήγαιναν σε αύξηση των ταμειακών ροών της εταιρείας και θα υπήρχε η ευχέρεια είτε διακράτησής τους είτε διανομής στους μετόχους με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της εταιρείας.

- **Χρηματοοικονομικά οφέλη**

Η μη συσχέτιση του χρηματοδότη μέσω ιδίων κεφαλαίων με το δάνειο του έργου, έχει ως αποτέλεσμα : [19]

α. Να αποφύγει να εμφανίσει το δάνειο στις οικονομικές καταστάσεις του για να μην επηρεάσει τους χρηματοοικονομικούς του δείκτες,

β. Να αποφύγει να το εμφανίσει σαν υποσημείωση (footnote) στις οικονομικές καταστάσεις,

γ. Να αποφύγει να περιληφθεί σε περιοριστικούς όρους συμβολαίων δανεισμού,

δ. Να μην συμπεριληφθεί σε υποθήκες,

ε. Να μην θεωρηθεί το δάνειο ως μια ταμειακή υποχρέωση η οποία θα μειώσει τον δείκτη κάλυψης των τόκων (interest coverage ratio) του χρηματοδότη - sponsor και θα μειώσει την πιστοληπτική αξιολόγηση του,

ζ. Να μειώσει τις άμεσες υποχρεώσεις που θα εμφανίζονταν να έχει τόσο κατά το στάδιο κατασκευής, όσο και στο ξεκίνημα του έργου αλλά και στην υπόλοιπη ζωή του έργου,

η. Να μην είναι στις οικονομικές καταστάσεις κατά την κατασκευή ή και κατά την περίοδο μέχρι να δημιουργήσει έσοδα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

2.9 Μειονεκτήματα από την εφαρμογή του μοντέλου ΣΔΙΤ

Τα μέρη της σύμπραξης θα πρέπει να αναγνωρίσουν τα μειονεκτήματα από μια ΣΔΙΤ. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία και εκτίμηση σε αυτά καθώς το κόστος αυτών μπορεί να αντισταθμίσει τα οφέλη που θα προκύψουν από την χρήση του. [1,19,26,28,29,30]

Απώλεια ελέγχου από το δημόσιο

Οι ΣΔΙΤ, από τη φύση τους, περιλαμβάνουν μια διανομή της λήψης αποφάσεων μεταξύ των εταίρων. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε διαμάχες για το ποιος ελέγχει την παράδοση των υπηρεσιών. Ωστόσο γενικότερα ο διοικητικός έλεγχος των αποτελεσμάτων περνά στον ιδιωτικό τομέα. Η δυνατότητα του δημόσιου τομέα να επέμβει στη διαχείριση του προγράμματος και των μέσων από τα οποία οι υπηρεσίες παρέχονται είναι αυστηρά περιορισμένος. Αν και οι μηχανισμοί αλλαγής είναι ένα αναπόσπαστο τμήμα των ΣΔΙΤ και ο δημόσιος τομέας μπορεί ακόμα να επέμβει, όλα τα σχετικά συμβαλλόμενα μέρη πρέπει να συμφωνήσουν για οποιοσδήποτε αλλαγές στη σύμβαση και αυτές μπορούν να επιφέρουν μια ιδιαίτερη αύξηση των δαπανών στο δημόσιο τομέα.

Αυξανόμενες αμοιβές χρηστών

Κατά τον προσδιορισμό των αμοιβών για τις υπηρεσίες, δεν εξετάζονται πάντα τα "πραγματικά" κόστη της παροχής των υπηρεσιών. Τα γενικά έξοδα ή οι αποσβέσεις συχνά δεν συμπεριλαμβάνονται, στην τιμολόγηση των μεμονωμένων υπηρεσιών. Η παροχή των υπηρεσιών μέσω των ΣΔΙΤ απαιτεί πολιτικές

τιμολόγησης και αμοιβές για να απεικονίσει όλες τις σχετικές δαπάνες. Αυτό μπορεί επιφέρει αυξανόμενες τιμές για συγκεκριμένες υπηρεσίες.

Πολιτικοί κίνδυνοι

Λίγες κυβερνήσεις έχουν εκτενή εμπειρία με τις ΣΔΙΤ. Η απειρία αυτή, σε συνδυασμό με την αντίστοιχη έλλειψη εξοικείωσης και των υπόλοιπων συμμετεχόντων μπορεί να οδηγήσει σε πολιτικούς κινδύνους. Παράδειγμα αποτελεί μια ενδεχόμενη αντίδραση από τα εργατικά συνδικάτα σχετικά με την ισχύ των συλλογικών συμβάσεων εργασίας και των εργατικών δίκαιων στις ΣΔΙΤ. Επιπλέον αντιδράσεις ενδέχεται να υπάρξουν από την αντίληψη των ΣΔΙΤ ως μέσο ιδιωτικοποίησης κοινωνικών παροχών.

Ζητήματα υπευθυνότητας

Με τις ΣΔΙΤ, οι γραμμές υπευθυνότητας για την παροχή υπηρεσιών είναι λιγότερο σαφείς στο κοινό απ' ό,τι κατά την παραδοσιακή παροχή υπηρεσιών. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στη δημόσια κριτική της ΣΔΙΤ και την απαίτηση ενεργητικότερης εμπλοκής του δημόσιου φορέα στην ΣΔΙΤ.

Αναξιόπιστη υπηρεσία

Οι ιδιώτες μπορεί να μην είναι σε θέση να τιμήσουν την συμφωνία λόγω οικονομικών προβλημάτων ή άλλων περιστάσεων που τους αποτρέπουν από την τήρηση των υποχρεώσεών τους.

Έλλειψη ανταγωνισμού

Ο ανταγωνισμός μεταξύ των ιδιωτικών φορέων προκειμένου να επιτύχουν μια ΣΔΙΤ είναι σημαντικό πλεονέκτημα για το δημόσιο τομέα. Το πλεονέκτημα αυτό χάνεται όταν οι επιχειρήσεις με εμπειρία σε διαδικασίες ΣΔΙΤ είναι περιορισμένες

Προκατάληψη στη διαδικασία επιλογής

Όπως με τις συμβατικές μορφές παροχής υπηρεσιών, υπάρχει πάντα το ενδεχόμενο η κυβέρνηση να κατηγορηθεί για προκατάληψη στην επιλογή των ιδιωτών. Η πιθανότητα αυτή αυξάνεται στην περίπτωση των ΣΔΙΤ δεδομένου ότι η "χαμηλή προσφορά" δεν είναι εκείνη που κερδίζει τη σύμβαση εάν η κυβέρνηση έχει καθιερώσει άλλα κριτήρια (π.χ., οικονομική αποδοτικότητα – Value for money)

Η δημοπράτηση μέσω ΣΔΙΤ μπορεί να είναι χρονοβόρα και δαπανηρή.

Η ΣΔΙΤ στηρίζεται στην κατοχή μιας καλά δομημένης και λεπτομερούς προδιαγραφής του τελικού αποτελέσματος πριν από την έναρξη της φάσης των προσφορών. Ενώ αυτό έχει τα σαφή οφέλη στην επίτευξη των εφικτών και καλύτερων από πλευράς αξίας προγραμμάτων, το γενικό χρονοδιάγραμμα προμήθειας από την έναρξη μέχρι την οικονομική συμφωνία μπορεί να είναι σχετικά μακροχρόνιο και δαπανηρό.

Ωστόσο, η εμπειρία των χρονοδιαγραμμάτων προμήθειας με την μέθοδο ΣΔΙΤ, διαφέρει σε ολόκληρη την Ευρώπη, με μερικές περιοχές να επιτυγχάνουν χρονοδιαγράμματα ανταγωνιστικά με τις παραδοσιακές μεθόδους δημοπράτησης. Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι η εσπευσμένη δημοπράτηση που χρησιμοποιεί τα

παραδοσιακά μέσα μπορεί να οδηγήσει σε ένα κακώς καθορισμένο έργο στην έναρξη, με συνέπεια τις υπερβάσεις δαπανών και χρόνου κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του προγράμματος.

Μεγάλα κόστη συναλλαγών

Τα μεγάλα κόστη συναλλαγών προέρχονται από την πολυπλοκότητα της χρηματοδότησης που είναι μεγαλύτερη από την συμβατική χρηματοδότηση. Πιο συγκεκριμένα μπορεί να είναι από το νομικό κόστος που απαιτείται για το σχεδιασμό του έργου, για την έρευνα και διαπραγμάτευση των νομικών και φορολογικών θεμάτων, την προετοιμασία των συμβολαίων ιδιοκτησίας και δανεισμού καθώς και άλλων συμβολαιογραφικών πράξεων.

Ο ιδιωτικός τομέας έχει ένα υψηλότερο κόστος της χρηματοδότησης

Το σταθμισμένο κόστος χρηματοδότησης του ιδιωτικού τομέα, δάνειο και ίδια κεφάλαια, είναι χαρακτηριστικά μεταξύ 1% και 3% υψηλότερος από το κόστος δανεισμού του δημόσιου τομέα σε μια βάση μη ρυθμισμένη με βάση τον κίνδυνο. Αυτό το κόστος της χρηματοδότησης αυξάνει το γενικό κόστος μιας ΣΔΙΤ σε σχέση με την παραδοσιακή προμήθεια, εκτός αν οι οικονομικές αποδοτικότητες που παραδίδονται από τον ιδιωτικό τομέα αντισταθμίζουν αυτό το επαυξητικό κόστος. [18,24]

Υπάρχουν, ωστόσο, διάφορα, επιχειρήματα που δικαιολογούν το υψηλότερο κόστος της χρηματοδότησης. Το κόστος της χρηματοδότησης του ιδιωτικού τομέα απεικονίζει τους συγκεκριμένους κινδύνους του προγράμματος. Το κόστος του

απεικονίζει το μίγμα της χρηματοδότησης δανεισμού και ιδίων κεφαλαίων με τα τελευταία να απαιτούνται για να απορροφήσουν πολλούς από τους κινδύνους του έργου. Το επιπλέον κόστος της χρηματοδότησης είναι απλά η ρητή αναγνώριση των εγγενών κινδύνων του έργου. Αντίθετα, το κόστος χρηματοδότησης του δημόσιου τομέα είναι το γενικό ποσοστό στο οποίο εκείνη η αρχή μπορεί να δανειστεί τα κεφάλαια, δηλ. μόνο μέσω δανεισμού κι όχι ιδίων κεφαλαίων και επομένως δεν απεικονίζει τους κινδύνους προγράμματος. Εάν αυτοί οι κίνδυνοι εμφανιστούν, ο δημόσιος τομέας πρέπει να βρει τα περαιτέρω κεφάλαια ή να πάρει περαιτέρω δάνεια για να χρηματοδοτήσει την ολοκλήρωση του έργου.

Επιπλέον η εστίαση στο σχετικό κόστος της χρηματοδότησης χάνει το θεμελιώδες νόημα της χρησιμοποίησης της προμήθειας μέσω ΣΔΙΤ. Ο σκοπός είναι να εξασφαλιστεί ότι τα έργα παραδίδονται με τον αποτελεσματικότερο τρόπο και ότι ο ιδιωτικός τομέας έχει κίνητρο για να παραδώσει τα προγράμματα εγκαίρως και εντός του προϋπολογισμού. Οι οικονομικές αποδοτικότητες που επιτυγχάνονται θα πρέπει να αντισταθμίσουν οποιεσδήποτε επαυξητικές δαπάνες χρηματοδότησης σε αυτές τις περιπτώσεις.

Από την άλλη υπάρχουν κι επιχειρήματα που υποστηρίζουν ότι το κόστος χρηματοδότησης του δημόσιου τομέα είναι το επιτόκιο δανεισμού, επειδή εκείνη η αρχή αναλαμβάνει ένα χαρτοφυλάκιο έργων και επομένως το ποσοστό δανεισμού του πρέπει να απεικονίσει το χαμηλότερο κίνδυνο αυτού του χαρτοφυλακίου, κι όχι τους κινδύνους κάθε ξεχωριστού έργου. Ακόμη οι δαπάνες χρηματοδότησης ιδιωτικού τομέα περιέχουν ένα ασφάλιστρο (premium) για τους κινδύνους των

μακροπρόθεσμων συμβάσεων με το δημόσιο τομέα, τον οποίο ο δημόσιος τομέας σαφώς δεν θα υφίσταται εάν χρηματοδοτεί το ίδιο τα έργα.

Η σωστή απάντηση ίσως βρίσκεται μεταξύ αυτών των ανταγωνιστικών εκτιμήσεων. Οι ιδιωτικές δαπάνες χρηματοδότησης θα είναι υψηλότερες από τις δημόσιες. Το ερώτημα είναι εάν η αποδοτική διαχείριση των δαπανών τους θα αντισταθμίσει εκείνο το επαυξητικό κόστος. Ο δημόσιος τομέας πρέπει επίσης να εξετάσει πόσο υψηλότερες μπορούν να είναι οι ιδιωτικές δαπάνες χρηματοδότησης, διερευνώντας αν ανατρέπει την οικονομική αποδοτικότητα (value for money) της επιλογής του μοντέλου ΣΔΙΤ. [18,24]

2.10 Κίνδυνοι

Η ΣΔΙΤ περιλαμβάνει αρκετά στάδια, με πολύπλοκες διαδικασίες και υψηλές δαπάνες που εκτείνονται σε μια μακρόχρονη περίοδο. Στη διαδικασία αυτή εμφανίζονται αρκετοί κίνδυνοι οι οποίοι απειλούν είτε την ολοκλήρωση του έργου (εμπρόθεσμη ή μη) είτε τη δυνατότητα ουσιαστικής τήρησης του προϋπολογισμού χρηματοδότησης. Σε κάθε περίπτωση απειλούν την κύρια εξασφάλιση της χρηματοδότησης του έργου, δηλαδή τις προσόδους από τη λειτουργία του έργου και την παροχή υπηρεσιών. Ως πραγματοποίηση του κινδύνου συνήθως εννοείται με διάφορες μορφές αλλά με κοινό αποτέλεσμα, α) η μη πραγματοποίηση συγκεκριμένων στόχων και η απόσταση του αναμενόμενου από το αποτέλεσμα, β) η λανθασμένη επιλογή ή απόφαση με βάση το αποτέλεσμα αυτής, γ) η επέλευση οικονομικών απωλειών παρά την αρχική ορθότητα της πράξης ή απόφασης, δ) η αδυναμία πραγματοποίησης συγκεκριμένων στόχων παρά την επάρκεια των πράξεων και ενεργειών. [5,27]

Ενώ στη περίπτωση των κλασικών δημόσιων έργων και προμηθειών, η ανάληψη των κινδύνων που παρουσιάζονται γίνεται στο μεγαλύτερο μέρος από το δημόσιο τομέα, στην περίπτωση των ΣΔΙΤ και τα δύο μέρη συμμετέχουν στην ανάληψη των κινδύνων. Οι βασικοί άξονες επιμερισμού των κινδύνων είναι οι εξής :

- Ο επιμερισμός των κινδύνων πρέπει να είναι σαφής στην σύμβαση σύμπραξης ώστε να αποφεύγονται διενέξεις και παρερμηνείες τη στιγμή της εμφάνισής τους. Σε προσυμβατικό στάδιο πραγματοποιείται η διαπίστωση των κινδύνων, η καταγραφή και τυποποίησή τους, η εκτίμηση των πιθανοτήτων εμφάνισής τους

καθώς και η προσέγγιση των συνεπειών από την πραγματοποίησή τους. Με βάση τους υπολογισμούς και τις εκτιμήσεις αυτές γίνεται η ορθή συμβατική κατανομή και αντιμετώπιση των κινδύνων στην διαδικασία σύμπραξης. Η κατανομή αυτή περιλαμβάνει και την κατανομή της ανάληψης των επιπτώσεων που οι κίνδυνοι επιφέρουν ως προς την οικονομική επιβάρυνση και την χρονική καθυστέρηση στην ικανοποίηση των σκοπών της σύμπραξης. Στην περίπτωση κατά τη οποία ένας κίνδυνος δεν έχει προβλεφθεί συμβατικά και κατά συνέπεια δεν έχει καταμεριστεί, αντιμετωπίζεται και απορροφάται από τις εξασφαλίσεις και εγγυήσεις τρίτων προσώπων, που εμπλέκονται στη ΣΔΙΤ για την κάλυψη τέτοιων συμβατικών κενών.

- Η ανάληψη του κινδύνου γίνεται από το πρόσωπο που είναι καταλληλότερο, ικανότερο και σε πλεονεκτικότερη θέση για να τον διαχειριστεί και να τον απορροφήσει, δηλαδή πιο γρήγορα και με μικρότερο κόστος. Παρά την βασική αρχή του Αστικού Δικαίου ότι κάθε πρόσωπο ευθύνεται για τις πράξεις του, η σύμβαση σύμπραξης αποκτά προτεραιότητα στην επίλυση των διαφορών των μερών έναντι της εφαρμογής του Αστικού Κώδικα. Παρότι ο κανόνας του Αστικού Δικαίου εφαρμόζεται σ' αρκετές περιστάσεις, αυτό κυρίως συμβαίνει επειδή αυτός που ευθύνεται για τον κίνδυνο τυχαίνει να είναι ο πιο κατάλληλος και αρμόδιος για να αντιμετωπίσει τις οικονομικές και νομικές συνέπειές του.

Οι κίνδυνοι αφορούν όλες τις φάσεις κατασκευής και λειτουργίας-εκμετάλλευσης του έργου, από τη μελέτη έως την παράδοση στον κύριο του έργου, βρίσκονται σε όλη τη διάρκεια ζωής ενός έργου και συνήθως μειώνονται με την πάροδο των

ετών. Οι βασικές κατηγορίες των κινδύνων αυτών ακολουθούν στις επόμενες υποενότητες. [1,3,5,10,26]

2.10.1 Κατασκευαστικός κίνδυνος

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τους κινδύνους που συνδέονται με :

- Την τήρηση των προθεσμιών
- Την τήρηση του προϋπολογισμού
- Την τήρηση όλων των τεχνικών προδιαγραφών και χαρακτηριστικών κατασκευής

Ειδικότερες εκφάνσεις του κινδύνου κατασκευής είναι οι ακόλουθες :

- Αστοχία μελετών, δηλαδή ο κίνδυνος να ικανοποιεί η μελέτη και η έρευνα τις απαιτήσεις του δημόσιου φορέα, να παραδίδεται εγκαίρως αλλά να βασίζεται σε επιλογές και λύσεις που στην πράξη απέχουν από τα αναμενόμενα και συμφωνηθέντα. [5]
- Εύρεση αρχαιοτήτων, η οποία ανάλογα με τη σπουδαιότητα των ευρημάτων οδηγεί είτε στη ματαίωση του έργου είτε σε μακρά καθυστέρηση των εργασιών. Ο Ν. 3389/2005, στο άρθρο 21 προβλέπει μια ρύθμιση βάσει της οποίας ορίζεται δικαίωμα αποζημίωσης για την εταιρεία ειδικού σκοπού, καθώς και

παράταση προθεσμιών λόγω των καθυστερήσεων από την μη έγκαιρη συμμόρφωση των αρχαιολογικών υπηρεσιών³

- Απαλλοτριώσεις, οι οποίες προκαλούν καθυστερήσεις ή και ματαίωση των έργων υποδομής. Ο Ν. 3389/2005 αντιμετωπίζει με ρύθμισή του στο άρθρο 23 τον κίνδυνο αυτό, θεσπίζοντας παράλληλα το δικαίωμα του αναδόχου να απαιτήσει υποχρεωτική ισόχρονη παράταση των συμβατικών προθεσμιών και να αξιώσει αποζημίωση από τον Δημόσιο Φορέα για την τυχόν καθυστέρηση στη συντέλεση των απαλλοτριώσεων πέραν της όποιας προθεσμίας είχε οριστεί συμβατικά. [7]
- Κίνδυνος έκδοσης διοικητικών αδειών για το έργο ή τις υποδομές. Ο κίνδυνος αδειοδότησης στην Ελλάδα αξιολογείται ως ιδιαίτερα υψηλός από τα διεθνή χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, καθώς υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις έργων με ατυχή κατάληξη εξαιτίας είτε της αδυναμίας επακριβούς καθορισμού των αδειών που απαιτούνται για την κατασκευή και λειτουργία των έργων είτε εξαιτίας ανάκλησης με δικαστική απόφαση νομοτύπως εκδοθείσας διοικητικής άδειας ύστερα από προσφυγή τρίτου έχοντος έννομο συμφέρον. Ο Ν.

³ Το άρθρο 21 του Ν. 3389/2005 ορίζει : «Σε περίπτωση ανεύρεσης αρχαιοτήτων κατά τη διάρκεια της κατασκευής ο Δημόσιος Φορέας, κατόπιν ειδοποίησης 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 δύναται 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 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.»

3389/2005 στο άρθρο 20 εισάγει σχετική ρύθμιση που επιβάλλει κατά πλάσμα δικαίου την έκδοση αδειών μετά την παρέλευση 60 ημερών από την υποβολή σχετικής αίτησης, εφόσον μέχρι τότε η αρμόδια αρχή δεν έχει απορρίψει εγγράφως και αιτιολογημένα το αίτημα του αναδόχου. Ωστόσο, στην περίπτωση αυτή ο νόμος δεν θεσπίζει χρηματική κάλυψη τυχόν ζημίας της εταιρείας ειδικού σκοπού και των ιδιωτών από την καθυστερημένη έκδοση ή την παράνομη ή εσφαλμένη απόρριψη του αιτήματος για έκδοση μιας αναγκαίας άδειας.

- Συμβατικό σχήμα, κίνδυνος ο οποίος αφορά στην επιλογή των μερών που θα αναλάβουν την εκτέλεση των συμβατικών υποχρεώσεων της εταιρείας ειδικού σκοπού. Συνήθως προτιμώνται από τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα τα σχήματα όπου υπάρχει ένας κύριος εργολάβος και διάφοροι επιμέρους υπεργολάβοι, με την μορφή του εγγυημένου προϋπολογισμού (turn-key). Ωστόσο αν και η εταιρεία ειδικού σκοπού μπορεί να μετακυλήσει την εκτέλεση των υποχρεώσεων της σε υπεργολάβους η ίδια δεν απαλλάσσεται των ευθυνών της και των υποχρεώσεών της έναντι του δημοσίου φορέα.
- Ανωτέρα βία. Η ανωτέρα βία προέρχεται από κάποιο συγκεκριμένο γεγονός το οποίο θα απαξιώσει ή θα εμποδίσει ή και τα δυο, την λειτουργία του έργου για μια παρατεταμένη περίοδο σε χρόνο μετά την ολοκλήρωση και έναρξη λειτουργίας του έργου. [19] Στην κατηγορία αυτή ανήκουν όλοι οι κίνδυνοι που προέρχονται από φυσικές καταστροφές, όπως σεισμοί, ακραία καιρικά φαινόμενα, ηφαιστειακές εκρήξεις κλπ. καθώς και γεγονότα από ανθρώπινες

πράξεις όπως τρομοκρατικές ενέργειες ή ο πόλεμος, δηλαδή απρόβλεπτα και αναπότρεπτα. Οι κίνδυνοι αυτοί παραδοσιακά αναλαμβάνονται από τον κύριο του έργου, ενώ είναι δυνατόν να αποτελέσουν αντικείμενο ειδικών ασφαλίσεων.

- Αστοχία υλικών και εξοπλισμού, η οποία οδηγεί σε προβλήματα ως προς την αποτελεσματικότητα, ασφάλεια, καταλληλότητα και ποιότητα των έργων και υπηρεσιών. Η αστοχία αυτή μπορεί να προκύψει ανεξάρτητα από την ενδελεχή ή μη επιμέλεια και πρόνοια στην επιλογή των υλικών.
- Αστοχία προμήθειας υλικών. Ο κίνδυνος αυτός αφορά στην αδυναμία ή μη διαθεσιμότητα των πρώτων υλών που απαιτούνται για το έργο σε κάποιο στάδιο της ζωής του. Είναι ιδιαίτερα σημαντικός όταν πρόκειται για έργο που χρειάζεται την εξόρυξη των πρώτων υλών που θα χρησιμοποιήσει. [19]
- Εγγυήσεις καλής εκτέλεσης, οι οποίες αφορούν στη εκχώρηση ειδικών εγγυητικών επιστολών καλής εκτέλεσης προς τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα που χρηματοδοτούν τη ΣΔΙΤ, όταν η ανάδοχος εταιρεία ειδικού σκοπού δεν είναι ταυτόχρονα και ο κατασκευαστής του έργου.

2.10.2 Κίνδυνος λειτουργίας

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τους κινδύνους που συνδέονται με την λειτουργία του έργου ή/και την παροχή υπηρεσιών της ΣΔΙΤ και που εντοπίζονται όταν :

- Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υπολείπονται από τα κριτήρια απόδοσης, τόσο ως προς τη σχέση κόστους και κέρδους όσο και ως προς την πρόκληση ικανής ρευστότητας για την αποπληρωμή των υποχρεώσεων της σύμπραξης.
- Οι υποδομές δεν είναι διαθέσιμες για χρήση, για όσο χρονικό διάστημα χρειάζεται και με όση συχνότητα - επαναληψιμότητα προσδοκείται
- Παρατηρείται ανεπαρκής συντήρηση των υποδομών
- Το κόστος συντήρησης είναι μεγαλύτερο από το προβλεπόμενο, εξαιτίας φθοράς του έργου λόγω κακής χρήσης ή αστοχίας, παλαιότητας, ανάγκης προσαρμογής σε νέα δεδομένα ή νέες τεχνολογίες.
- Εμφανίζονται αξιώσεις τρίτων με βάση δικαιώματα βιομηχανικής ιδιοκτησίας ή δικαιώματα εμπράγματα επί κινητών ή ακινήτων

Οι κίνδυνοι αυτοί εμποδίζουν την ομαλή και προσοδοφόρα χρήση και εκμετάλλευση του αντικείμενου της σύμπραξης.

2.10.3 Κίνδυνος αγοράς

Ο κίνδυνος αυτός αφορά στην μη ύπαρξη ικανοποιητικής ζήτησης των προϊόντων ή υπηρεσιών που αποτελούν το αντικείμενο της ΣΔΙΤ σε βαθμό που να μην επιτρέπει την δημιουργία ικανών εσόδων που να μπορούν να καλύψουν

τα λειτουργικά κόστη και να δώσουν την απαιτούμενη αποδοτικότητα στους επενδυτές. Ο υπολογισμός της ζήτησης βασίζεται σε εκτιμήσεις χρήσεως που υπολογίστηκαν πριν την υποβολή της προσφοράς. Υπάρχει περίπτωση η πραγματική ζήτηση να είναι μικρότερη αυτής που προϋπολογίστηκε λόγω εξωγενών παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση. Ακόμη η κατάσταση αυτή μπορεί να προκύψει είτε από την πτώση της τιμής του προϊόντος στην αγορά ή από μια αύξηση της τιμής μιας βασικής πρώτης ύλης. Αν το περιθώριο κέρδους είναι πολύ μικρό τότε και οι μικρές μεταβολές στην τιμή του ή στο κόστος του θα δημιουργούν πρόβλημα στα οικονομικά του. [19]

Οι κίνδυνοι αυτοί είναι αστάθμητοι παράγοντες, ο καθορισμός των οποίων είναι δύσκολος να γίνει εξαρχής, και το μεγαλύτερο μέρος τους καλύπτεται από το δημόσιο. Το δημόσιο εγγυάται ένα προκαθορισμένο ελάχιστο επίπεδο εσόδων του ιδιώτη και καλύπτει τις μεταβολές στη ζήτηση καθώς και αποκλίσεις από την προβλεπόμενη ζήτηση, εφόσον οι αποκλίσεις αυτές δεν οφείλονται σε υπαιτιότητα του ιδιώτη, αλλά σε άλλους παράγοντες, όπως η υψηλή ή η χαμηλή ζήτηση, οι νέες τάσεις της αγοράς, η τεχνολογική απαξίωση και άλλες. Οι δανειστές θα απαιτήσουν, για την κάλυψη του κινδύνου, μια σειρά από εξασφαλίσεις (security arrangements) από τρίτα φερέγγυα μέρη, για την εξασφάλιση της αποπληρωμής των δανείων.

2.10.4 Κίνδυνος αντισυμβαλλόμενου

Στην περίπτωση που υπάρχει μακροπρόθεσμο συμβόλαιο αγοράς του προϊόντος και ανεξαρτήτως τι είδους είναι, έχει μεγάλη σημασία αν θα μπορεί ο

αντισυμβαλλόμενος να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του κατά την διάρκειά του. Ο κίνδυνος αντισυμβαλλομένου ή ο κίνδυνος της μη συμβατικής εκπλήρωσης εμφανίζεται με αστοχία ικανοποίησης των συμβατικών υποχρεώσεων ως προς τον χρόνο, το μέγεθος αλλά και την ποιότητα του αποτελέσματος. Οι αιτίες αναζητούνται συνήθως στην ακαταλληλότητα του αντισυμβαλλομένου, λόγω έλλειψης εμπειρίας, εξειδικευμένου ή επαρκούς αριθμητικά προσωπικού ή στην οικονομική δυσπραγία λόγω έλλειψης ρευστότητας και χρηματοδότησης.

2.10.5 Πολιτικός κίνδυνος

Ο πολιτικός κίνδυνος προκύπτει από την πιθανότητα οι πολιτικές/δημόσιες αρχές της χώρας, στην οποία το έργο κατασκευάζεται και λειτουργεί, να αναμειχθούν και να καθυστερήσουν την εμπρόθεσμη λειτουργία του ή να δημιουργήσουν πρόβλημα στην μακροχρόνια βιωσιμότητα του. [19] Ο πολιτικός κίνδυνος είναι πολλές φορές σημαντικός ιδίως σε υποανάπτυκτες ή αναπτυσσόμενες χώρες. Ωστόσο πολλοί πιστεύουν ότι πολιτικός κίνδυνος υπάρχει και είναι σημαντικός και σε αναπτυγμένες χώρες όπως οι Η.Π.Α. Ειδικότερες εκφάνσεις του πολιτικού κινδύνου αποτελούν :

- Η πολιτική αστάθεια, που οφείλεται σε απεργίες, τρομοκρατικές ενέργειες, καθυστέρηση μεταρρυθμίσεων και πολιτικών αποφάσεων σχετικών με τη σύμπραξη
- Η οικονομική αστάθεια, δηλαδή η διατάραξη των δημοσιονομικών, ο υπερπληθωρισμός, η υποτίμηση του τοπικού νομίσματος κλπ.

- Ο συναλλαγματικός κίνδυνος, οποίος οφείλεται σε διακύμανση των συναλλαγματικών ισοτιμιών και προκύπτει είτε όταν τα έσοδα ή τα έξοδα του έργου λαμβάνονται ή πληρώνονται με διαφορετικά νομίσματα, είτε όταν τα έσοδα λαμβάνονται σε διαφορετικό νόμισμα από ότι γίνονται οι πληρωμές των εξόδων
- Ο περιβαντολλογικός κίνδυνος, οποίος υπάρχει όταν οι συνέπειες στο περιβάλλον ενός έργου προκαλέσουν την καθυστέρηση κατασκευής ή λειτουργίας του ή απαιτήσουν κάποιον κοστοβόρο για το έργο επανασχεδιασμό. Η νομοθεσία για το περιβάλλον που είναι ιδιαίτερα αυστηρή αποτελεί μια μορφή πολιτικού κινδύνου.

Μορφή πολιτικού κινδύνου αποτελεί και η επιβολή εμποδίων που σχετίζονται με φορολογικές ρυθμίσεις ή με νομικούς περιορισμούς στην λειτουργία του έργου. Στον πολιτικό κίνδυνο περιλαμβάνονται και οι καθυστερήσεις που μπορεί να υπάρχουν εξαιτίας άρνησης ή παράλειψης των κρατικών υπηρεσιών να προβούν σε οφειλόμενη ενέργεια (π.χ έκδοση αδείας). Επίσης η αποκανονικοποίηση (deregulation) κάποιων αγορών μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα, με την αύξηση της ανταγωνιστικότητας στις αγορές αυτές και την πίεση για χαμηλότερες τιμές.

2.10.6 Νομικός Κίνδυνος

Ο κίνδυνος αυτός αφορά την εγκυρότητα των συμφωνητικών, τα νομικά ελαττώματα των συμφωνιών, τα δικαιώματα τρίτων, τις αδυναμίες εκτέλεσεως των συμβάσεων χρηματοδότησης, κατασκευής, συντήρησης κλπ.

2.10.7 Χρηματοοικονομικός κίνδυνος (financial risk)

Οι κίνδυνοι που αναλαμβάνουν οι δανειστές σχετίζονται με τα επιτόκια που χορηγούν. Ο κίνδυνος αυτός προέρχεται από το μέρος του δανείου που λαμβάνεται με κυμαινόμενο επιτόκιο. Είναι η πιθανότητα να υπάρξει αύξηση των επιτοκίων, η οποία θα αυξήσει αντίστοιχα τις υποχρεώσεις που απορρέουν από το δάνειο και θα προκαλέσει αδυναμία του έργου να τις εκπληρώσει. Οι δανειστές με κυμαινόμενο επιτόκιο, όπως οι εμπορικές τράπεζες, είναι πρόθυμοι να αναλάβουν μεγαλύτερο μέρος από κάποιο κίνδυνο, από ότι οι δανειστές σταθερού επιτοκίου, όπως οι ασφαλιστικές εταιρίες. [19]

2.10.8 Κίνδυνος Υπολειμματικής Αξίας

Ο κίνδυνος αυτός αφορά στην πραγματική και νομική τύχη των εγκαταστάσεων μετά το τέλος της σύμπραξης. Οι εγκαταστάσεις θα βρεθούν στην κυριότητα του δημόσιου φορέα ή στην κυριότητα της εταιρείας ειδικού σκοπού. Εμφανίζεται ο κίνδυνος η αξία των υποδομών να είναι μικρότερη από την αναμενόμενη ή επιθυμητή.

2.11 Οικονομική αποδοτικότητα (Value for money)

Με τη δυνατότητα των ΣΔΙΤ, που είναι τώρα ένας κοινός τρόπος προμήθειας υποδομών και υπηρεσιών, μια κυβέρνηση διαθέτει περισσότερες επιλογές από πριν. Όταν τα έργα υλοποιούνταν από το δημόσιο με την παραδοσιακή μέθοδο, η κύρια κυβερνητική απόφαση ήταν εάν θα αναλάβει το έργο ή όχι. Τώρα η επιλογή των ΣΔΙΤ για την υλοποίηση ενός έργου έναντι της κλασικής διαδικασίας δημοπράτησής του θα πρέπει να αξιολογηθεί και να αποτιμηθεί στη βάση των εναλλακτικών επιλογών. Ο βασικός στόχος της αναθέτουσας αρχής σε κάθε περίπτωση είναι να διασφαλιστεί η μεγαλύτερη δυνατή οικονομική αποδοτικότητα της Σύμπραξης (Value for money - VFM). [3]

Εν προκειμένω, ένας έλεγχος δημιουργίας αξίας (VFM) είναι ένα χρήσιμο εργαλείο. Το πρόβλημα είναι ότι δεν είναι καθόλου προφανές τι είναι ένας έλεγχος Δημιουργίας Αξίας - VFM. Αποτελεί μια νέα ορολογία για την παραδοσιακή ανάλυση κόστους-οφέλους που έχει χρησιμοποιηθεί από τις κυβερνήσεις για δεκαετίες για να καθορίσει εάν ο δημόσιος τομέας πρέπει ή δεν πρέπει να αναλάβει ένα πρόγραμμα; Είναι ένας νέος βελτιωμένος έλεγχος με σκοπό να εξετάσει τις ιδιαιτερότητες των ΣΔΙΤ; Είναι ένας εκ των προτέρων μηχανισμός για να δώσει την απαραίτητη πληροφόρηση την επιλογή ενός προγράμματος ή είναι ένας εκ των υστέρων μηχανισμός ελέγχου για να αξιολογήσει την ποιότητα της επιλογής; [31]

Ένα έργο παραδίδει μια ροή οφελών. Χρησιμοποιούμε το σύμβολο $v_i(g)$ για να δείξουμε τα οφέλη στην περίοδο t εάν το έργο γίνεται από το δημόσιο τομέα και το

σύμβολο $v_{ti}(p)$ για να δείξει τα οφέλη στην περίοδο t εάν το πρόγραμμα παραδίδεται από την κοινοπραξία i του ιδιωτικού τομέα. Ένα πρόγραμμα παράγει επίσης μια ροή δαπανών. Χρησιμοποιούμε το σύμβολο $c_t(g)$ και το $c_{ti}(p)$ για να δείξουμε τις δαπάνες στην περίοδο t που συνδέεται με ένα έργο δημόσιου τομέα και ένα έργο που παραδίδεται από την κοινοπραξία i , αντίστοιχα. Επομένως, η παρούσα αξία των σχετικών ροών οφέλους και δαπανών είναι: [31]

$$\int_0^{\infty} v_t(g) e^{-r_v(g)t} dt = \text{παρούσα αξία των οφελών του έργου του δημόσιου τομέα}$$

$$\int_0^{\infty} v_{ti}(p) e^{-r_v(p)t} dt = \text{παρούσα αξία των οφελών του έργου του ιδιωτικού τομέα}$$

$$\int_0^{\infty} c_t(g) e^{-r_c(g)t} dt = \text{παρούσα αξία των δαπανών του έργου του δημόσιου τομέα}$$

$$\int_0^{\infty} c_{ti}(p) e^{-r_c(p)t} dt = \text{παρούσα αξία των δαπανών του έργου του ιδιωτικού τομέα}$$

όπου το $r_v(k)$ και $r_c(k)$ είναι οι σχετικοί συντελεστές προεξόφλησης για τα κέρδη και τις δαπάνες, $k = p, g$. Υποθέτουμε, για λόγους ευκολίας, ότι οι συντελεστές προεξόφλησης $r_v(p)$ και $r_c(g)$ είναι ίδιοι για όλους τους αναδόχους. Σαφώς, αυτό μπορεί να μην συμβεί εάν υπάρχουν διαφορές στο προφίλ κινδύνου και ροών κερδών και δαπανών μεταξύ των προσεγγίσεων που υιοθετούνται από τις διαφορετικές κοινοπραξίες.

Εάν επιλέγεται μια ιδιωτική επιχείρηση i για να παραδώσει το έργο, η κυβέρνηση πρέπει να χρηματοδοτήσει την παρούσα αξία των υπηρεσιών που προσδιορίζονται στη σύμβαση. Δηλαδή η ποσότητα υπηρεσιών, q_t , μετριέται και ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται σύμφωνα με τη συμφωνηθείσα τιμή, z_{it} , ανά μονάδα. Αυτό δίνει αφορμή για μια άλλη παρούσα αξία, το οικονομικό κόστος στην κυβέρνηση της ΣΔΙΤ, δηλ.

$$\int_0^{\infty} z_{it} q_t e^{-rt} dt = \text{παρούσα αξία του κόστους στην κυβέρνηση της ΣΔΙΤ}$$

όπου το r είναι ο συντελεστής προεξόφλησης που χρησιμοποιείται από την κυβέρνηση για να προεξοφλήσει $z_{it}q_t$ η οποία απεικονίζει και το εισόδημα του ιδιωτικού τομέα και το οικονομικό κόστος στην κυβέρνηση που «προμηθεύεται» την υπηρεσία της ΣΔΙΤ. Ενώ υπάρχει ένας σχεδόν άπειρος κατάλογος πιθανών σχεδίων Δημιουργίας Αξίας (Value for Money), αυτά τείνουν να περιέλθουν σε ένα περιορισμένο σύνολο γενικών προτύπων. [31]

Περίπτωση 1: Διεξαγωγή μιας πλήρους ανάλυσης κόστους – οφέλους (cost – benefit analysis)

Αυτή η προσέγγιση επιδιώκει να προσδιορίσει τα καθαρά οφέλη κάθε πιθανής επιλογής. Η επιλογή με το υψηλότερο καθαρό όφελος επιλέγεται εκτός και αν τα οφέλη αναμένονται να είναι αρνητικά, ανεξάρτητα πως υλοποιείται το έργο, οπότε και δεν πραγματοποιείται καθόλου. [31] Επομένως η παραδοσιακή μορφή προμήθειας επιλέγεται εάν για όλα i

$$\int_0^{\infty} v_t(g) e^{-r_v(g)t} dt - \int_0^{\infty} c_t(g) e^{-r_c(g)t} dt > \int_0^{\infty} v_{ti}(p) e^{-r_v(p)t} dt - \int_0^{\infty} c_{ti}(p) e^{-r_c(p)t} dt$$

Η κοινοπραξία j θα επιλεχτεί εάν η καθαρή παρούσα αξία του έργου που παραδίδεται από την κοινοπραξία j είναι μεγαλύτερη από την παρούσα αξία για οποιοσδήποτε άλλες ιδιωτικές κοινοπραξίες και το δημόσιο τομέα. Το πρόγραμμα δεν αναλαμβάνεται καθόλου εάν και οι δύο πλευρές της παραπάνω ανισότητας είναι αρνητικές.

Περίπτωση 2: Αξιολόγηση του κόστους της παροχής υπηρεσιών στην κυβέρνηση

Αυτή η προσέγγιση στην Δημιουργία Αξίας είναι υπό πολλές έννοιες ο αντίθετος πόλος μιας πλήρους ανάλυσης κόστους-οφέλους. Ενώ μια πλήρης ανάλυση κόστους-οφέλους στοχεύει στην αξιολόγηση των κερδών και των δαπανών όλων των πιθανών επιδράσεων στην οικονομία, αυτή η προσέγγιση στοχεύει απλά στην ελαχιστοποίηση του κόστους της παράδοσης για το σχετικό τμήμα ή το κεντρικό Υπουργείο Οικονομικών. Ακριβέστερα, αυτή η δοκιμή συγκρίνει το κόστος για την κυβέρνηση της παραδοσιακής προμήθειας δημόσιου τομέα με το κόστος στο δημόσιο τομέα της υλοποίησης του προγράμματος ως ΣΔΙΤ. Η παραδοσιακή προμήθεια είναι λιγότερο δαπανηρή από μια ΣΔΙΤ εάν : [31]

$$\int_0^{\infty} c_t(g) e^{-r_c(g)t} dt < \int_0^{\infty} z_{ti} q_t e^{-rt} dt$$

Η αριστερή πλευρά της παραπάνω ανισότητας παρουσιάζει τις οικονομικές δαπάνες στην κυβέρνηση κάτω από την παραδοσιακή προμήθεια ενώ η δεξιά πλευρά είναι η ροή των δαπανών που πρέπει να χρηματοδοτήσει ο δημόσιος τομέας εάν το έργο εκτελείται ως ΣΔΙΤ. Επομένως σε μια περίπτωση Δημιουργίας Αξίας όπως αυτή, η σύγκριση είναι μεταξύ μιας ροής δαπανών δημόσιου τομέα (αριστερή πλευρά της ανισότητας) και μιας ροής εισοδήματος ιδιωτικού τομέα (δεξιά πλευρά της ανισότητας), και αυτή η σύγκριση έχει άμεση σχέση με την επιλογή του συντελεστή προεξόφλησης.

Μια σύγκριση δαπανών αυτού του τύπου μπορεί να λάβει διάφορες μορφές. Κατ' αρχάς, στην ακραία εκδοχή αυτό το κόστος μπορεί απλά να είναι το άμεσο κόστος που πρέπει να καλύψει το Υπουργείο Οικονομικών. Δηλαδή οικονομική αποδοτικότητα (Value for Money) επιτυγχάνεται εάν ο επιλεγμένος μηχανισμός παροχής υπηρεσίας (ιδιωτικού τομέα ή δημόσιου τομέα) δημιουργεί το χαμηλότερο άμεσο οικονομικό βάρος που πρέπει να καλυφθεί από την κυβερνητική χρηματοδότηση. Όταν η υπηρεσία παραδίδεται χωρίς επιβολή χρέωσης στον χρήστη (όπως οι ατελείς δρόμοι, τα σχολεία σε ένα κρατικό εκπαιδευτικό σύστημα, κλπ.) τότε αυτό είναι απλά το κόστος κατασκευής και συντήρησης της φυσικής υποδομής ή το κόστος παροχής της υπηρεσίας.

Σε μια περιπλοκότερη έκδοση της σύγκρισης δαπανών, το κόστος ενός συγκεκριμένου έργου μπορεί να περιλάβει τις τιμές των διαφορών στην ποιότητα υπηρεσιών σχετικά με μια προδιαγραφή συγκριτικής μέτρησης επιδόσεων (benchmark specification). Παραδείγματος χάριν, εάν μια προδιαγραφή

συγκριτικής μέτρησης επιδόσεων περιλαμβάνει τις θετικές εξωτερικές επιδράσεις (externalities) που λείπουν από το ιδιωτικό πρόγραμμα αλλά είναι παρούσες στο πρότυπο δημόσιου τομέα, αυτό θα μπορούσε να εισαχθεί ως συμπληρωματικό κόστος του ιδιωτικού έργου σχετικά με το δημόσιο έργο.

Και έπειτα, η σύγκριση δαπανών μπορεί να λάβει μια συνολική ή συγκεντρωμένη μορφή. Παραδείγματος χάριν, είναι σύνηθες να ληφθεί μια ομάδα προηγούμενων έργων και να αναζητηθεί εάν τα ιδιωτικά σχήματα έχουν επιδείξει καλύτερη οικονομική αποδοτικότητα (value for money) από τα ισοδύναμα δημόσια έργα.

Περίπτωση 3: Σύγκριση των ιδιωτικών εναλλακτικών λύσεων

Σε αυτήν την περίπτωση, η οικονομική αποδοτικότητα επιτυγχάνεται όταν προσδιορίζεται και υιοθετείται η επιλογή χαμηλότερου κόστους μεταξύ των πιθανών προμηθευτών ιδιωτικού τομέα, προσαρμοσμένη κατάλληλα για τις διαφορές στην ποιότητα υπηρεσιών. Δηλαδή η κοινοπραξία j επιλέγεται εάν, για όλες τις κοινοπραξίες i , [31]

$$\int_0^{\infty} z_{ii} q_t e^{-rt} dt > \int_0^{\infty} z_{ij} q_t e^{-rt} dt + z_t (q_{ii} - q_{ij})$$

Ο δεύτερος όρος στην δεξιά πλευρά της ανισότητας είναι η παρούσα αξία των πιθανών διαφορών στο αποτέλεσμα στις κοινοπραξίες, με τις διαφορές αποτελέσματος που διατιμώνται με z_t , ως η κοινωνική αξιολόγηση μιας μονάδας q_t .

Αυτός ο τύπος αξιολόγησης της αγοραστικής αξίας εστιάζει ουσιαστικά στην ποιότητα της διαδικασίας προσφοράς και τη δυνατότητα να προσδιοριστούν σωστά και να εκτιμηθούν οι αποκλίσεις στην ποιότητα υπηρεσιών μεταξύ των πλειοδοτών.

Περίπτωση 4 : Επιβεβαίωση της βιωσιμότητας του επιλεγμένου προγράμματος

Ενδεχομένως ο στενότερος έλεγχος Δημιουργίας Αξίας είναι η εστίαση στη βιωσιμότητα του συγκεκριμένου προγράμματος που έχει επιλεγεί. Σε αυτήν την περίπτωση υπάρχει οικονομική αποδοτικότητα εάν το πρόγραμμα παραδίδει μια θετική καθαρή παρούσα αξία. Εάν έχει επιλεγεί ο δημόσιος τομέας, τότε ο έλεγχος αυτός αποδίδεται από τη σχέση : [31]

$$\int_0^{\infty} v_t(g) e^{-r_v(g)t} dt - \int_0^{\infty} c_t(g) e^{-r_c(g)t} dt > 0$$

Εάν έχει επιλεγεί ο ιδιωτικός τομέας, τότε ο έλεγχος αυτός αποδίδεται από τη σχέση :

$$\int_0^{\infty} v_{ti}(p) e^{-r_v(p)t} dt - \int_0^{\infty} c_{ti}(p) e^{-r_c(p)t} dt > 0$$

Συμπερασματικά, αυτή η συνοπτική αναθεώρηση των πιθανών δοκιμών αγοραστικής αξίας δείχνει ότι δεν υπάρχει ένας μοναδικός έλεγχος Δημιουργίας Αξίας που πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις καταστάσεις. Υπάρχουν οι λεπτομερείς προσεγγίσεις όπως οι πλήρεις αναλύσεις κόστους-οφέλους και οι απλούστεροι έλεγχοι όπως οι απλές συγκρίσεις των ιδιωτικών εναλλακτικών λύσεων. Στις περιπτώσεις αυτές το επίπεδο αβεβαιότητας μπορεί να είναι αρκετά μεγάλο. Η επιλογή των απλούστερων μεθόδων παρέχουν πιο ακριβή

αποτελέσματα αλλά υποθέτουν ότι μέρος της διαδικασίας λήψης απόφασης έχει ήδη ολοκληρωθεί ή είναι ξεχωριστή από την απόφαση αγοραστικής αξίας. Σε γενικές γραμμές, οι αναθέτουσες αρχές επιδιώκουν να επιλέγουν τις προσφορές με τη χαμηλότερη οικονομική συμμετοχή (σε καθαρές τρέχουσες τιμές για όλη τη διάρκεια της σύμβασης), αναγνωρίζοντας, όμως, ότι η οικονομική αποδοτικότητα εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από την τιμή, την ποιότητα και την έκταση των μεταβιβαζόμενων κινδύνων. Η χαμηλότερη τιμή δεν αντιπροσωπεύει πάντοτε και τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα. [3] Στις περισσότερες περιπτώσεις, η οικονομική αποδοτικότητα καθορίζεται από τη σύγκριση των προσφορών που υποβάλλονται, ώστε να καθοριστεί η «πλέον συμφέρουσα οικονομικά». Είναι φυσικό, ωστόσο, ότι οι αναθέτουσες αρχές προχωρούν στη σύγκριση αυτή με βάση μια θεωρητική συγκριτική κοστολόγηση από το Δημόσιο Τομέα. [3]

2.11.1 Δημόσια Συγκριτική Κοστολόγηση

Ο έλεγχος Δημιουργίας Αξίας αποτελεί μια αξιολόγηση των επιλογών προμήθειας όπου η επιλογή της προμήθειας καθορίζεται με τη σύγκριση των δαπανών και των οφελών των εναλλακτικών επιλογών. Θεωρητικά, η προσέγγιση είναι μια αξιολόγηση κόστους - οφέλους που χρησιμοποιεί μια Δημόσια Συγκριτική Κοστολόγηση (ΔΣΚ) – Public Sector Comparator – PSC. Η ΔΣΚ μπορεί να οριστεί ως η υποθετική κοστολόγηση μιας παροχής, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων που αυτή συνεπάγεται, από το Δημόσιο Τομέα ως προμηθευτή (κατά τον παραδοσιακό τρόπο των δημοσίων προμηθειών), έναντι μιας παροχής με τις ίδιες προδιαγραφές από μία ΣΔΙΤ. [31,32,33]

Για να είναι αξιόπιστο μέτρο σύγκρισης, η ΔΣΚ πρέπει να:

- διατυπώνεται σε καθαρή τρέχουσα αξία,
- στηρίζεται σε πρόσφατες μεθόδους παραγωγής της συγκεκριμένης παροχής από το δημόσιο τομέα,
- συνυπολογίζει τους επιχειρηματικούς κινδύνους που θα αντιμετωπίζονταν με τον παραδοσιακό τρόπο των δημοσίων προμηθειών.

Η ΔΣΚ πρέπει, επομένως, όχι μόνο να αντικατοπτρίζει ορισμένες δαπάνες των δημοσίων προμηθειών, αλλά και τις δαπάνες συντήρησης «εφ' όρου ζωής» της υποδομής που δημιουργείται. Επιπλέον, η ΔΣΚ πρέπει να αντικατοπτρίζει τον κίνδυνο ότι πιθανώς θα προκύψουν νέες δαπάνες κατά τη διάρκεια ζωής του έργου (σε λογαριασμό του προμηθευτή). Είναι απαραίτητο να αποτιμηθεί ο αντίκτυπος αυτών των κινδύνων στο κόστος, να υπολογιστούν οι πιθανότητες εμφάνισής τους και να προσαρμοστεί αναλόγως η κοστολόγηση. Η ΔΣΚ πρέπει να συνυπολογίσει εκτενώς το σύνολο των κινδύνων, προκειμένου να διασφαλίσει ότι μπορούν να συγκριθούν έγκυρα οι προσφορές τόσο μεταξύ τους όσο και με την ίδια τη ΔΣΚ. [31,32,33] Ένας από τους στόχους του ελέγχου της οικονομικής αποδοτικότητας είναι επομένως η απευθείας σύγκριση της κατ' εκτίμηση αξίας της ΔΣΚ με την κατ' εκτίμηση αξία της καλύτερης προσφοράς ΣΔΙΤ. Είναι σαφές ότι καθώς το κόστος χρηματοδότησης για το δημόσιο τομέα (που διαθέτει την υπέρτατη πιστοληπτική ικανότητα) θα είναι πάντα χαμηλότερο από ότι για τον ιδιωτικό, η οικονομική αποδοτικότητα μπορεί να επιτευχθεί μόνον με τον καλύτερο επιμερισμό του

κινδύνου, και την αποτελεσματικότητα ως προς τις δαπάνες και άλλους τομείς που διαθέτει ο ιδιωτικός τομέας ως προμηθευτής (έναντι του δημόσιου τομέα ως προμηθευτή).

2.11.2 Συντελεστής Προεξόφλησης

Η χρήση της προεξόφλησης για την αξιολόγηση της παραδοσιακής επιλογής προμήθειας έναντι της ΣΔΙΤ έχει δεχτεί αρκετή κριτική. Στην σχετική βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι η επιλογή αυτή είναι άδικη ως προς τον δημόσιο τομέα καθώς αυτός είναι υποχρεωμένος να περιλάβει υψηλές αρχικές δαπάνες ενώ ο ιδιωτικός τομέας με τις ετήσιες πληρωμές απολαμβάνει το όφελος της προεξόφλησης (καθυστερημένες ταμειακές ροές – deferred cashflows). Εντούτοις, εάν γίνεται αποδεκτή η αρχή που βρίσκεται πίσω από την θεωρία της προεξόφλησης, δηλαδή ότι ένα ευρώ το οποίο ξοδεύεται σήμερα κοστίζει περισσότερο από ένα ευρώ το οποίο θα δαπανηθεί σε ένα χρόνο, τότε είναι απολύτως λογικό να ευνοείται μια επιλογή που αναβάλλει τις δαπάνες. Ακόμη είναι αξιοσημείωτο ότι στο πλαίσιο μίας σύμβασης ΣΔΙΤ, το δημόσιο φέρει πλήρες ή μέρος του κόστους του έργου μέσω πληρωμών ανά παρεχόμενη μονάδα, με βάση την απόδοση του έργου στη διάρκεια της πολυετούς σύμβασης (π.χ 25 χρόνια), ενώ στην παραδοσιακή επιλογή το δημόσιο υπόκειται στην δαπάνη αυτή αμέσως ανεξάρτητα εάν το έργο θα αποδώσει τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα. [31]

Η επιλογή του συντελεστή προεξόφλησης συνδέεται με την μεταβίβαση κινδύνων, η οποία αποτελεί βασικό κίνητρο για την επιλογή ΣΔΙΤ και ως εκ τούτου και κυρίαρχο χαρακτηριστικό στον έλεγχο Δημιουργίας Αξίας. Πιο συγκεκριμένα,

πρέπει ο συντελεστής προεξόφλησης $r_c(g)$ που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του κόστους της παραδοσιακής δημόσιας σύμβασης να είναι υψηλότερος, χαμηλότερος, ή ίσος με τον συντελεστή r για τον υπολογισμό του κόστους προμήθειας της υπηρεσίας σε ένα σχήμα ΣΔΙΤ; Εάν τα έργα του δημόσιου τομέα πρέπει να προεξοφλούνται με ένα χαμηλότερο ποσοστό από τα έργα του ιδιωτικού τομέα είναι ένα ιδιαίτερα δύσκολο ζήτημα που έχει προκαλέσει μια τεράστια αρθρογραφία. Παρά αυτήν την έλλειψη ομοφωνίας υπάρχει μια τάση για τους οικονομολόγους να προτιμούν τη χρήση παρόμοιων συντελεστών προεξόφλησης στην εξιδανικευμένη κατάσταση των πλήρων αγορών (complete markets). Ομοίως, υπάρχει μια τάση των κυβερνήσεων να χρησιμοποιήσουν τον ίδιο συντελεστή προεξόφλησης για ένα έργο είτε παρέχεται δημόσια ή παρέχεται στην κυβέρνηση από τον ιδιωτικό τομέα. Παραδείγματος χάριν, στο Ηνωμένο Βασίλειο, ένα πραγματικό ποσοστό 6% χρησιμοποιήθηκε για πολλά χρόνια για να προεξοφλήσει και να συγκρίνει το κόστος της δημόσιας παροχής με μια εναλλακτική λύση ΣΔΙΤ. Το 2003, το ποσοστό μειώθηκε στο 3,5%. [31]

Στην αναζήτηση του κατάλληλου συντελεστή προεξόφλησης παρατηρείται μια διανομή προσεγγίσεων που εστιάζουν στους κινδύνους του έργου που προέρχεται από τους άμεσα εμπλεκόμενους στο έργο (π.χ μηχανικούς, αρχιτέκτονες κλπ.) κι εκείνων που εστιάζουν στον συστημικό κίνδυνο (systemic risk).

Ο συντελεστής προεξόφλησης που χρησιμοποιείται για την παροχή δημόσιου τομέα εφαρμόζεται στις ταμειακές ροές δαπανών $c_i(g)$, όπως παρουσιάζεται στη σχέση:

$$\int_0^{\infty} c_t(g) e^{-r_c(g)t} dt < \int_0^{\infty} z_{ti} q_t e^{-rt} dt$$

Το κόστος αυτό αναπαριστά το κόστος κατασκευής μιας υποδομής, η οποία κατασκευάζεται από τον δημόσιο τομέα. Αντίθετα, ο συντελεστής προεξόφλησης που εφαρμόζεται στην παροχή του ιδιωτικού τομέα εφαρμόζεται στην ταμειακή ροή που σχετίζεται με τη ροή των οφελών που με βάση την τιμή που έχει συμφωνηθεί στη σύμβαση. Δεν υπάρχει κανένας λόγος να υποτεθεί ότι τα χαρακτηριστικά κινδύνου είναι ισοδύναμα για αυτές τις δύο ταμειακές ροές και κατά συνέπεια, όταν αξιολογεί μια κυβέρνηση τους μηχανισμούς παράδοσης, γενικά είναι σωστό χρησιμοποιηθούν διαφορετικοί συντελεστές προεξόφλησης για το κόστος του δημόσιου σε σχέση με το κόστος του ιδιωτικού τομέα. [31]

2.12 Χρηματοδότηση των ΣΔΙΤ

Η χρηματοδότηση των ΣΔΙΤ διαφέρουν σημαντικά από τις κλασικές χρηματοδοτήσεις επιχειρηματικών ενεργειών και ιδιαίτερα επιχειρήσεων. Στον οικονομικό και νομικό κλάδο, οι χρηματοδοτήσεις αυτές αντιμετωπίζονται περισσότερο ως επένδυση παρά ως δανεισμός. Η έννοια αυτού του είδους χρηματοδότησης διεθνώς χαρακτηρίζεται ως *project finance*. Ο J.D.Finnerty ορίζει το *project finance* ως ακολούθως: [19]

< ... Η ανάληψη κεφαλαίων για την χρηματοδότηση μιας οικονομικά ξεχωριστής επένδυσης κεφαλαίου, της οποίας οι χρηματοδότες προσβλέπουν κυρίως τις ταμειακές της ροές (cash flows) ως την πηγή αποπληρωμής των κεφαλαίων τους, η οποία θα τους παρέχει επιπλέον και την απαιτούμενη αποδοτικότητα των κεφαλαίων που επένδυσαν στο έργο (project).>

Η χρηματοδότηση έργων (*project finance*) συνδέεται με τη σύσταση μιας αυτόνομης νομικά οικονομικής μονάδας, όπως η εταιρεία ειδικού σκοπού, η οποία αναλαμβάνει να διεκπεραιώσει ένα εγχείρημα-δραστηριότητα. Η εταιρεία αυτή χρηματοδοτείται από τους εμπλεκόμενους είτε μέσω ιδίων κεφαλαίων που συνεισφέρουν σ' αυτήν είτε με τη μορφή ευρύτερου δανεισμού που αντιστοιχεί σε χρηματοδότηση με ξένα κεφάλαια. Η αποπληρωμή των χρηματοδοτικών κεφαλαίων δεν γίνεται όπως στην περίπτωση της κλασικής χρηματοδότησης εταιριών μέσω της εταιρικής περιουσίας της εταιρείας ειδικού σκοπού ή των εμπλεκομένων σε αυτήν. Με την χρηματοδότηση βάσει *project financing* γίνεται

υποθήκευση των στοιχείων του ίδιου του έργου και όχι άλλων έργων του χρηματοδότη ιδίων κεφαλαίων - χορηγού (sponsor), ενώ για την αποπληρωμή του δανείου χρησιμοποιούνται οι ταμειακές ροές του ίδιου του έργου και πολύ μερική ίσως χρήση των ροών του sponsor από άλλα πάγια ή έργα. Η χρηματοδότηση αυτή ονομάζεται χρηματοδότηση με περιορισμένο δικαίωμα αναγωγής (limited recourse finance). Κατά συνέπεια αποτελεί κυρίαρχο μέλημα των δανειστών να διασφαλίσουν μέσα από προσεχτική μελέτη πως η διαχείριση και εκμετάλλευση του έργου μπορεί να εξασφαλίσει την επιστροφή των επενδεδυμένων χρηματοδοτικών κεφαλαίων. Σε αυτή την αξιολόγηση σημασία έχει η ροή κεφαλαίων που η εκμετάλλευση του έργου προκαλεί και όχι τόσο η πιστοληπτική ικανότητα και φερεγγυότητα των εμπλεκομένων στο εγχείρημα. [19]

Βασικά χαρακτηριστικά της χρηματοδότησης με project financing σύμφωνα με τον J.D. Finnerty είναι: [19]

- Η ύπαρξη συμφωνίας για την ολοκλήρωση του έργου, αλλά και την παροχή όλων των απαραίτητων κεφαλαίων για την επίτευξη της ολοκλήρωσης,
- Μια συμφωνία (μέσα από ένα συμβόλαιο για την αγορά του προϊόντος του έργου) μεταξύ των οικονομικά ενδιαφερομένων μερών, ότι με την ολοκλήρωση των εργασιών και την έναρξη λειτουργίας του έργου, το έργο θα έχει τις απαραίτητες ταμειακές ροές για την πληρωμή των λειτουργικών εξόδων του καθώς και την αποπληρωμή του δανεισμού του, ανεξάρτητα αν υπάρχει πρόβλημα να τις δημιουργήσει λόγω ανωτέρας βίας ή για άλλους λόγους (εξασφαλίσεις),

- Η ύπαρξη εξασφαλίσεων ότι σε περίπτωση διακοπής της λειτουργίας του έργου και στην περίπτωση που απαιτούνται κεφάλαια για την επαναλειτουργία του, τα κεφάλαια αυτά θα είναι διαθέσιμα μέσω ασφαλιστικών καλύψεων, προκαταβολών εισπράξεων από μελλοντικές πωλήσεις ή από άλλους τρόπους.

Η χρηματοδότηση έργων χαρακτηρίζεται επίσης από την κατανομή των κινδύνων της ΣΔΙΤ σε όλους σχεδόν τους συμμετέχοντες. Η κατανομή αυτή βασίζεται στην διάσπαση των πηγών χρηματοδότησης και βασίζεται στην αρχή της ορθής κατανομής κινδύνων. Δηλαδή η απορρόφηση των κινδύνων πρέπει να γίνεται ανάλογα με την ικανότητα της κάθε πλευράς να τους αξιολογεί, να τους ελέγχει και να τους διαχειρίζεται. Διαφέρει από τις άλλες μορφές χρηματοδότησης όπως η παραδοσιακή εταιρική χρηματοδότηση και η χρηματοδότηση βάσει των παγίων (asset-based), καθώς αυτές αναφέρονται στον ισολογισμό της εταιρίας και είναι συνδεδεμένες με τις εταιρικές ταμειακές ροές και την αξιολόγηση των παγίων. Στην ΣΔΙΤ, όπως και σε άλλες μορφές τέτοιων συνεργασιών, οι εμπλεκόμενοι εγγράφουν στους ισολογισμούς τους μόνο το ποσό με το οποίο συμμετέχουν στο κεφάλαιο της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού (ΕΕΣ). Οι συμμετέχοντες δεν αποκτούν παθητικό από την διαδικασία σύμπραξης και δεν αποτελούν αυτοί τους οφειλέτες του δανεισμού αυτού - μορφή χρηματοδότησης εκτός ισολογισμού (off balance sheet). [23]

Η χρηματοδότηση έργων διακρίνεται από μεγάλη ευχέρεια επιλογής του τρόπου χρηματοδότησης. Η ποικιλία στις επιλογές χρηματοδότησης συνοδεύεται συνήθως και από γενικότερη ελαστικότητα και προσαρμοστικότητα των όρων

χρηματοδότησης. [5] Για την επίτευξη του καλύτερου πλάνου χρηματοδότησης (financing plan) ενός έργου θα πρέπει σε κάθε περίπτωση, να επιδιώκονται οι εξής έξι στόχοι : [19]

- εξασφάλιση επαρκών πόρων για την ολοκλήρωση του έργου,
- εξασφάλιση των απαιτούμενων κεφαλαίων με το μικρότερο δυνατό κόστος,
- ελαχιστοποίηση της έκθεσης στον πιστωτικό κίνδυνο των χρηματοδοτών ιδίων κεφαλαίων - sponsors,
- καθιέρωση μιας μερισματικής πολιτικής η οποία θα μεγιστοποιεί την απόδοση του επενδυμένου κεφαλαίου των sponsors, με τους περιορισμούς που μπορεί να υπάρχουν εκ μέρους των δανειστών και των ταμειακών ροών που το έργο μπορεί να δημιουργήσει,
- μεγιστοποίηση των φορολογικών ωφελειών που μπορούν να προκύψουν από την ιδιοκτησία του έργου,
- επίτευξη των πιο ωφέλιμων χειρισμών στα θεσμικά θέματα.

Οι ανωτέρω στόχοι δεν θα είναι όλοι δυνατοί ταυτοχρόνως. Θα πρέπει να γίνουν κάποιοι συμβιβασμοί. Τα είδη χρηματοδότησης ουσιαστικά κατηγοριοποιούνται σε τρεις βασικές μορφές, τις οποίες αναφέρει και ο Ν, 3389/2005 στο άρθρο 18 : [5]

α) Χρηματοδότηση με βάση τα ίδια κεφάλαια της εταιρείας ειδικού σκοπού

β) Χρηματοδότηση με βάση τα ξένα κεφάλαια

γ) Χρηματοδότηση με βάση τις εισροές κεφαλαίων εκ της εκμετάλλευσης του αντικειμένου της σύμπραξης.

2.12.1 Χρηματοδότηση με βάση τα ίδια κεφάλαια της εταιρείας ειδικού σκοπού

Τα κεφάλαια της ΕΕΣ, η οποία συστήνεται με τη μορφή ΑΕ με μετοχικό κεφάλαιο, προέρχονται είτε από τα ιδρυτικά της μέλη ή από άλλα πρόσωπα τα οποία καθίστανται μέλη στην εταιρεία σε μεταγενέστερο της έναρξης της σύμπραξης στάδιο. Τα μέλη της κοινοπραξίας, κατά την προσφορά και η οποία αναδείχθηκε ανάδοχος στον διαγωνισμό, μετατρέπονται μετά την ανάθεση σε εταιρικά μέλη κατά τη σύσταση της εταιρείας ειδικού σκοπού. Αυτό το είδος εισροής κεφαλαίων στην διαδικασία σύμπραξης ονομάζεται χρηματοδότηση με βάση τα ίδια κεφάλαια και συνήθως δεν είναι η βασική πηγή χρηματοδότησης της διαδικασίας σύμπραξης, εξαιτίας της απαίτησης άμεσης εκροής κεφαλαίων από τους εμπλεκόμενους. Τα πρόσωπα που αποτελούν τους χρηματοδότες των ιδίων κεφαλαίων ονομάζονται στην διεθνή πρακτική χορηγοί (sponsors) και μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες :

A. Στους ενεργά εμπλεκόμενους στη ΣΔΙΤ ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι αποτελούν μακροχρόνιους επενδυτές, με άμεση δραστηριοποίηση στο αντικείμενο της σύμπραξης, σε όλα τα στάδια εκτέλεσης των εργασιών καθώς και στην διαχείριση και εκμετάλλευση του αντικειμένου της. Η εταιρική συμμετοχή τους στην εταιρεία ειδικού σκοπού αποτελεί επιχειρηματική κίνηση μέσω της οποίας επιδιώκουν περαιτέρω επιχειρηματικό κέρδος πέραν της αμοιβής τους στα πλαίσια της συμβατικής εκτέλεσης των άλλων υποχρεώσεων τους.

B. Σε εκείνους οι οποίοι συμμετέχουν στο μετοχικό κεφάλαιο της εταιρείας ειδικού σκοπού με καθαρά επενδυτικά κριτήρια και στόχους. Αυτοί είναι οι χρηματοδότες-δανειστές, οι οποίοι ως δανειστές αποσκοπούν μόνο στην οικονομική αποδοτικότητα της συμμετοχής τους στην διαδικασία σύμπραξης, χωρίς ανάληψη άλλων επιχειρηματικών δραστηριοτήτων προς την κατεύθυνση της ικανοποίησης των στόχων της συγκεκριμένης ΣΔΙΤ. Κατά αυτήν την έννοια, θα μπορούσαν να συμμετέχουν στην διαδικασία σύμπραξης ως χρηματοδότες με ξένα κεφάλαια. Ωστόσο, επιλέγουν να εισφέρουν ίδια κεφάλαια στην εταιρεία ειδικού σκοπού, προσδοκώντας υψηλή επιχειρηματική κερδοφορία και κατά συνέπεια το αντίστοιχο δικαίωμα στα κέρδη της. Σύμφωνα με την διεθνή πρακτική τέτοια πρόσωπα συνήθως είναι ασφαλιστικές εταιρείες, ασφαλιστικά ταμεία, θεσμικοί επενδυτές της κεφαλαιαγοράς και της χρηματαγοράς. [5]

Η εισφορά ιδίων κεφαλαίων μπορεί να προέλθει και με αύξηση του μετοχικού κεφαλαίου της εταιρείας ειδικού σκοπού, είτε μέσω κεφαλαιακής ενίσχυσης από τα υπάρχοντα μέλη σε μεταγενέστερο στάδιο είτε μέσω εισδοχής νέων μελών στο μετοχικό κεφάλαιο. Στην περίπτωση αυτή εφαρμόζονται οι διατάξεις του Κ.Ν. 2190/1920 που αφορά στην χρηματοδότηση μιας ανώνυμης εταιρείας. Η αύξηση του μετοχικού κεφαλαίου μπορεί να γίνει εξωχρηματιστηριακά, αν δεν είναι εισηγμένη η ανώνυμη εταιρεία στο χρηματιστήριο ή και μέσω του χρηματιστηρίου. Ωστόσο ο Ν. 3389/2005 θέτει περιοριστικούς όρους για την χρηματοδότηση της ΕΕΣ μέσω αύξησης μετοχικού κεφαλαίου καθώς απαιτείται η συγκατάθεση του δημοσίου φορέα ή ακόμα και του αρμόδιου Υπουργού.

Τα βασικά χαρακτηριστικά χρηματοδότησης με τα ίδια κεφάλαια της εταιρείας ειδικού σκοπού είναι τα εξής :

- Η χρηματοδότηση μέσω ιδίων κεφαλαίων υποδηλώνει ισχυρότερη δέσμευση των ενεργά εμπλεκόμενων στην οικονομική επιτυχία του όλου εγχειρήματος της σύμπραξης, αποτελώντας θετική ένδειξη - πρόσκληση προς τους ξένους χρηματοδότες, οι οποίοι θα θεωρήσουν τη ΣΔΙΤ ως μια ελκυστική και ασφαλή επένδυση.
- Η αξία των χορηγηθέντων κεφαλαίων εγγράφεται στον ισολογισμό των ενεργά εμπλεκόμενων στην διαδικασία σύμπραξης. Οι εμπλεκόμενοι ιδιωτικοί φορείς αφαιρούν την αντίστοιχη αξία από τον ισολογισμό τους και έπειτα παρουσιάζουν στην ενοποιημένη οικονομική κατάσταση την αξία συμμετοχής τους στο κεφάλαιο της εταιρείας ειδικού σκοπού. Η επιρροή αυτή στην οικονομική απεικόνιση τους δεν είναι ίδια, όπως αν είχαν δανεισθεί στο όνομα τους και για λογαριασμό τους, κάτι που ισχύει στην κλασική μορφή εκτέλεσης δημοσίων ή ιδιωτικών έργων. [5]
- Τα ίδια κεφάλαια διατίθενται χωρίς χρονικό όριο για τους σκοπούς της σύμπραξης, χωρίς υποχρέωση επιστροφής τους, με εξαίρεση την μείωση του μετοχικού κεφαλαίου, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση των ξένων κεφαλαίων.

- Τα ίδια κεφάλαια δεν έχουν εξασφαλισμένη απόδοση για τους χορηγούς αυτών. Οι χορηγοί των ιδίων κεφαλαίων στη ΣΔΙΤ προσδοκούν αποδόσεις με βάση τα εταιρικά κέρδη της εταιρείας ειδικού σκοπού, ανάλογα με το εταιρικό τους μερίδιο. Καθώς αυτά δεν είναι εξασφαλισμένα, αφού εξαρτώνται από την επιτυχή ή μη διαχείριση του αντικειμένου της σύμπραξης, θεωρείται πως αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο οικονομικό και χρηματοδοτικό κίνδυνο έναντι κάθε άλλου χρηματοδότη. Κατά αντιστοιχία με τον κίνδυνο αυτό η αποδοτικότητα των ιδίων κεφαλαίων είναι μεγαλύτερη έναντι της αποδοτικότητας της επένδυσης των ξένων κεφαλαίων.
- Ο τρόπος αποεπένδυσης των ιδίων κεφαλαίων είναι διαφορετικός από την περίπτωση των ξένων κεφαλαίων. Ο χρηματοδότης των ιδίων κεφαλαίων θα λάβει με την εκκαθάριση της εταιρείας ειδικού σκοπού τα κεφάλαια του. Ωστόσο, σε τακτά χρονικά διαστήματα, λαμβάνει μερίσματα απόδοσης της εταιρείας ειδικού σκοπού, εκ των οποίων έχει προσδοκίες επιστροφής της επένδυσης του.

Σύμφωνα με την διεθνή πρακτική τα ίδια κεφάλαια σε ποσοστό αναλογίας αντιστοιχούν στο 5% μέχρι 25% του συνολικού ποσού χρηματοδότησης που χρειάζεται η διαδικασία σύμπραξης και των κεφαλαίων που τελικά εισρέουν από τα διάφορα είδη χρηματοδότησης. [5]

2.12.2 Χρηματοδότηση με βάση τα ξένα κεφάλαια

Η χρηματοδότηση με ξένα κεφάλαια καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και το σύνολο των αναγκών της ΣΔΙΤ. Η χρηματοδότηση αυτή προέρχεται από την χρηματαγορά και την κεφαλαιαγορά. Τα χρηματοοικονομικά ιδρύματα και κυρίως οι τράπεζες παρέχουν στον ανάδοχο τα απαιτούμενα κεφάλαια για την κατασκευή του έργου ή άλλων υποδομών και για την προμήθεια του εξοπλισμού. Ο Ν. 3389/2005 διευκολύνει τη τραπεζική χρηματοδότηση (bankability) μέσω ρυθμίσεων όπως : [7]

- Έγκαιρη εμπλοκή των Τραπεζών στη χρηματοδότηση από το στάδιο υποβολής προσφορών
- Ευελιξία στο χρηματοδοτικό σχήμα και την εκατέρωθεν ανάληψη υποχρεώσεων χρηματοδότησης
- Ευελιξία στον τελικό επιμερισμό των κινδύνων
- Διευκόλυνση λήψεως, διατηρήσεως και μεταβιβάσεως των τραπεζικών εξασφαλίσεων

Η χρηματοδότηση με βάση τα ξένα κεφάλαια παρουσιάζει τα ακόλουθα βασικά χαρακτηριστικά : [5]

- Τα κεφάλαια παραχωρούνται για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, το οποίο εν συμπίπτει απαραίτητα με τη χρονική διάρκεια της ΣΔΙΤ.

- Ο χρηματοδότης αξιώνει και λαμβάνει συγκεκριμένη απόδοση, συνήθως με τη μορφή τόκου, με βάση τα συμφωνηθέντα στη χρηματοδοτική σύμβαση, ανεξάρτητα από την επιτυχή ή μη διεκπεραίωση των οικονομικών σχεδίων της εταιρείας ειδικού σκοπού. Καθώς τα ξένα κεφάλαια είναι τα πιο εξασφαλισμένα, η απόδοση που συνδέεται με αυτά είναι η μικρότερη. Κατά αντιστοιχία, η χρηματοδότηση με βάση τα ξένα κεφάλαια δεν καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των κινδύνων που προκαλούνται κατά την διάρκεια της σύμπραξης.
- Η χρηματοδότηση με βάση τα ξένα κεφάλαια έχει σημαντική επίδραση στον ισολογισμό της εταιρείας ειδικού σκοπού, καθώς τα κεφάλαια αυτά εγγράφονται στο παθητικό της περιουσίας της εταιρείας. Η εταιρεία ειδικού σκοπού, σε περίπτωση αξίωσης των μετόχων της για επιστροφή των κεφαλαίων τους, καλείται να καλύψει τα κεφάλαια αυτά κατά προτεραιότητα.
- Η χρηματοδότηση με βάση τα ξένα κεφάλαια χαρακτηρίζεται από αυστηρές πιστοληπτικές αξιολογήσεις και χρηματοοικονομικές αναλύσεις από τα χρηματοοικονομικά ιδρύματα- Τράπεζες.

Τα βασικότερα είδη χρηματοδότησης με βάση τα ξένα κεφάλαια σύμφωνα με την διεθνή πρακτική της χρηματοδότησης στις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα είναι τα ακόλουθα :

Κοινοπρακτικό δάνειο (consortial credit)

Στην περίπτωση αυτή συμφωνείται μεταξύ της τράπεζας και της εταιρείας ειδικού σκοπού, ή και μεταξύ της τράπεζας και του δημοσίου φορέα σύμφωνα με το άρθρο 18 παρ. 3 του Ν. 3389/2005, η χορήγηση συγκεκριμένου κεφαλαίου για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Καθώς το ύψος της χρηματοδότησης είναι πολύ μεγάλο και για την κατανομή των πιστωτικών κινδύνων, οι τράπεζες συχνά συνασπίζονται μεταξύ τους και μοιράζονται τη χορήγηση του δανείου. Η συνεργασία-συμφωνία των τραπεζών γίνεται με τη μορφή της κοινοπραξίας. Συνήθως, η κοινοπραξία έχει ως κύριο ανάδοχο της πίστωσης μια τράπεζα, η οποία συμβάλλεται για λογαριασμό και των υπολοίπων τραπεζών της κοινοπραξίας με την εταιρεία ειδικού σκοπού ή με τον δημόσιο φορέα, έχοντας το καθολικό δικαίωμα εκπροσώπησης, ενώ η εσωτερική σχέση της κοινοπραξίας καθορίζει τα δικαιώματα των τραπεζών. Πέραν του κοινοπρακτικού συχνά γίνεται χρήση και των δανείων με μειωμένη εξασφάλιση που ονομάζονται ενδιάμεση χρηματοδότηση (mezzanine capital) ή δευτερεύοντα δανεισμός (subordinated loan). [5,19]

Συνήθως τα τραπεζικά δάνεια είναι ελαστικά στις ιδιαιτερότητες της κάθε σύμπραξης, όσον αφορά στην δυνατότητα της αναπροσαρμογής συγκεκριμένων όρων, όπως π.χ της διάρκειας, της αποπληρωμής ή του ύψους του επιτοκίου, όταν συγκεκριμένες συνθήκες το καθιστούν απαραίτητο. Παράλληλα όμως οι τράπεζες έχουν αυξημένα δικαιώματα ελέγχου και εποπτείας της διαδικασίας σύμπραξης και της εκπλήρωσης των στόχων της επένδυσής τους. Η Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων συμμετέχει με τη μορφή τραπεζικών δανείων στην χρηματοδότηση

συνεργασιών, όπως η σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Ο Ν. 3389/2005 έχει ενσωματώσει την διεθνή πρακτική μέσω του άρθρου 27.

Ομολογιακά δάνεια

Η άντληση κεφαλαίων από την κεφαλαιαγορά συνήθως παίρνει τη μορφή των ομολογιακών δανείων. Στην περίπτωση της σύμπραξης δημοσίου και ιδιωτικού τομέα η χρηματοδοτούμενη και εκδότρια του ομολογιακού δανείου είναι η εταιρεία ειδικού σκοπού. Στην πρακτική παρουσιάζονται τρία είδη ομολογιακών δανείων, τα οποία αναφέρονται και από το Ν. 3389/2005 στο άρθρο 28.

- Ομολογιακό δάνειο, στο οποίο ο ομολογιούχος έχει το δικαίωμα να αξιώσει επιστροφή του κεφαλαίου του και το δικαίωμα να ζητήσει την καταβολή των τόκων, όπως αυτή έχει συμφωνηθεί (σε τακτά χρονικά διαστήματα ή με τη μορφή zero coupons). Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται και τα εισοδηματικά ομολογιακά δάνεια, στα οποία συμφωνείται πως ο επενδυτής θα έχει δικαίωμα στον τόκο, με την προϋπόθεση πως η εταιρεία έχει κέρδη. Παρομοίως συμπεριλαμβάνονται τα ομολογιακά δάνεια με δικαίωμα συμμετοχής στα κέρδη τα οποία παρέχουν στον επενδυτή το δικαίωμα πέραν του τόκου να λάβει ποσοστό επί των κερδών
- Ομολογιακό δάνειο με μετατρέψιμες ομολογίες, στο οποίο ο ομολογιούχος έχει τη δυνατότητα να μετατρέψει την ομολογία του σε μετοχή της εκδίδουσας εταιρείας και να αποκτήσει τα δικαιώματα του μετόχου της εταιρείας ειδικού σκοπού. Το δικαίωμα αυτό προβλέπεται στο πρόγραμμα του ομολογιακού

δανείου και ενσωματώνεται στην ομολογία. Σε αυτήν την περίπτωση τα ξένα χρηματοδοτικά κεφάλαια μετατρέπονται σε ίδια κεφάλαια

- Ομολογιακό δάνειο με έκδοση ανταλλάξιμων ομολογιών, στο οποίο ο ομολογιούχος έχει το δικαίωμα αντί να ζητήσει την εξόφληση της ομολογίας, να ζητήσει την χορήγηση σε αυτόν άλλων δικαιωμάτων, όπως άλλες ομολογίες, μετοχές, άλλες κινητές αξίες της ίδιας της εκδότριας ή και άλλων εταιρειών. Με τον τρόπο αυτό, και ειδικά σε μια ΣΔΙΤ, ένας επενδυτής μπορεί να αξιώσει, εκ των σχετικών συμφωνιών, να καταστεί μέτοχος της εταιρείας ειδικού σκοπού, μέτοχος άλλης εταιρείας ή ακόμα και δανειστής άλλου νομικού προσώπου, αν ζητήσει να αποκτήσει ως αντάλλαγμα της ομολογίας του άλλα αξιόγραφα (ομολογίες ή ομόλογα) άλλου νομικού προσώπου.

Το άρθρο 18. του Ν. 3389/2005 αναφέρει τις ομολογίες ως πιθανή πηγή χρηματοδότησης. Ωστόσο στο άρθρο 28 προβλέπεται, πως είναι απαραίτητη η έγγραφη συναίνεση του δημοσίου φορέα για την περίπτωση της έκδοσης ομολογιακού δανείου. Επιπλέον, στην παρ. 2 του ίδιου άρθρου προβλέπεται, πως η έκδοση ανταλλάξιμου ομολογιακού δανείου ή η έκδοση ομολογιακού δανείου μετατρέψιμου σε μετοχές, επιτρέπονται μόνο μετά από προηγούμενη εγκριτική απόφαση του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών και των κατά περίπτωση συναρμόδιων Υπουργών. [5]

Χρηματοδοτική Μίσθωση

Η χρηματοδοτική μίσθωση αποτελεί ένα χρηματοδοτικό μηχανισμό για την εταιρεία ειδικού σκοπού αφού της επιτρέπει πρόσβαση σε κεφαλαιουχικά αγαθά, κινητά ή ακίνητα, χώρους εγκατάστασης αλλά και εξοπλισμού, χωρίς όμως να αναγκάζεται να προβαίνει σε άμεση άντληση ρευστότητας ή σε δανεισμό για την απόκτηση των αντικειμένων αυτών. Η εταιρεία ειδικού σκοπού καταβάλλει μίσθωμα ως αντίτιμο για την παραχώρηση της χρήσης των αντικειμένων, διατηρώντας το δικαίωμα απόκτησης τους στο τέλος της χρηματοδοτικής μίσθωσης. [5]

Χρηματοδότηση εκ των δημοσίων φορέων

Ο ιδιωτικός φορέας έχει την ευθύνη της χρηματοδότησης της διαδικασίας σύμπραξης, αναλαμβάνοντας τον χρηματοδοτικό και πιστωτικό κίνδυνο. Ωστόσο τμήμα της χρηματοδότησης μπορεί να το αναλαμβάνει ο δημόσιος φορέας. Η συμμετοχή αυτή μπορεί να είναι σε χρήμα ή σε είδος. Στην τελευταία περίπτωση, μπορεί να έχει τη μορφή ανταλλαγμάτων, όπως ενδεικτικά: παραχώρηση ακινήτων κατά χρήση (εν όλω ή εν μέρει), παραχώρηση εμπραγμάτων δικαιωμάτων επί ακινήτων, εκχώρηση δικαιωμάτων εκμετάλλευσης έργων κ.λπ. Τα δικαιώματα που παρέχονται στην εταιρεία ειδικού σκοπού δεν μπορεί να εκτείνονται και στο διάστημα που ακολουθεί μετά τη λήξη της σύμβασης σύμπραξης. Ο Ν. 3389/2005 αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο συμμετοχής του Δημόσιου Φορέα στο χρηματοδοτικό σχήμα μέσα από τις ακόλουθες διατάξεις : [5]

- Του άρθρου 18§2.α', όπου προβλέπεται ότι «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».
- Του άρθρου 2§1.γ' περί των προϋποθέσεων υπαγωγής, όπου προβλέπεται "... χρηματοδότηση, έν όλω ή εν μέρει, με κεφάλαια και πόρους που εξασφαλίζουν οι Ιδιωτικοί Φορείς'.
- Του άρθρου 17§2.στ', όπου περιεχόμενο της Σύμβασης Σύμπραξης αποτελεί πλην άλλων και "Ο τρόπος χρηματοδότησης της υλοποίησης του αντικειμένου Σύμπραξης'

Στην διαδικασία σύμπραξης μπορεί ως χρηματοδότης να συμμετάσχει ο δημόσιος φορέας που εμπλέκεται στη σύμπραξη ως αντισυμβαλλόμενος της εταιρείας ειδικού σκοπού αλλά μπορεί ως χρηματοδότης να συμμετάσχει και κάθε άλλος δημόσιος φορέας. Οι δημόσιοι φορείς, εφόσον χρηματοδοτούν τη σύμπραξη, επιτρέπεται να συμμετέχουν και στην εκμετάλλευση του αντικειμένου της σύμπραξης και να απολαμβάνουν επιστροφές της επένδυσής τους, όπως συμβαίνει με τον ιδιωτικό φορέα. 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 ώστε να προστατεύονται οι βασικές αρχές για την διαφάνεια και τον ελεύθερο ανταγωνισμό. [5]

Η συμμετοχή του δημόσιου τομέα στην χρηματοδότηση παρέχει εχέγγυα στα εμπλεκόμενα μέρη και στους τρίτους συναλλασσόμενους, ότι η ΣΔΙΤ έχει την

στήριξη του δημόσιου φορέα και συμφέροντος. Επιπλέον ο δημόσιος φορέας μπορεί να επιτύχει μεγαλύτερη κι άμεση ρευστότητα, εφόσον απαιτηθεί, μέσω της φορολογίας. Ωστόσο, η συμμετοχή του δημοσίου στη χρηματοδότηση μπορεί να επηρεάσει τους δημοσιονομικούς δείκτες.

2.12.3 Χρηματοδότηση με βάση τις εισροές κεφαλαίων εκ της εκμετάλλευσης του αντικειμένου της σύμπραξης

Η αξιοποίηση του αντικειμένου της σύμπραξης, δηλαδή εγκαταστάσεων και των υποδομών καθώς και των εσόδων που προκύπτουν από τη εκμετάλλευσή τους, αποτελεί πηγή άντλησης χρηματοδοτικών κεφαλαίων. [5,7]

Πρακτορεία απαιτήσεων (factoring)

Η χρηματοδότηση μέσω πρακτορείας απαιτήσεων, όπως προβλέπεται εκ του Ν. 1905/1990 βασίζεται στην πώληση υφισταμένων ή μελλοντικών απαιτήσεων σε άλλη εταιρεία, η οποία ρευστοποιεί τις απαιτήσεις, χρηματοδοτεί την πωλήτρια εταιρεία και υπεισέρχεται στην θέση της ως προς τα δικαιώματα του δανειστή. [5] Επιπλέον μπορεί να παρέχονται επιπλέον υπηρεσίες (π.χ νομικής και λογιστικής φύσεως) από την εταιρεία που αγοράζει και εξοφλεί πρόωρα τις απαιτήσεις. Στην περίπτωση της ΣΔΙΤ, ο δικαιούχος των εσόδων από την εκμετάλλευση των εγκαταστάσεων της σύμπραξης και από την χρήση των υποδομών της και των υπηρεσιών της από το δημόσιο ή και από τρίτους χρήστες, είναι συνήθως η εταιρεία ειδικού σκοπού. Εκείνη μέσω της πρακτορείας απαιτήσεων εισπράττει πρόωρα την αξία των απαιτήσεων ως αντίτιμο της πώλησής τους. [5]

Σημείο διάκρισης αυτής της μορφής χρηματοδότησης αποτελεί η ανάληψη ή μη από τον αγοραστή του κινδύνου αφερεγγυότητας των οφειλετών. Στην περίπτωση που ο εκδοχέας απορροφά τις συνέπειες του κινδύνου της μη είσπραξης της απαίτησης, τότε η σύμβαση αφορά στο γνήσιο factoring. Σε αντίθετη περίπτωση, κατά την οποία ο αγοραστής των απαιτήσεων δεν αναλαμβάνει την ευθύνη για την φερεγγυότητα του οφειλέτη, τότε η σύμβαση αφορά στο μη γνήσιο factoring. [5,34]

Ο Ν. 3389/2005 και ειδικότερα στο άρθρο 25 θέτει κάποιες προϋποθέσεις για την χρήση αυτού του είδους χρηματοδότηση, ως κάτωθι :

‘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 εκδοχέως, διαδόχου ή αντισυμβαλλομένου προς εξασφάλιση των απαιτήσεων 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.’ [5]

Τιτλοποίηση απαιτήσεων (asset securitization)

Η τιτλοποίηση απαιτήσεων εισήχθη στην Ελλάδα μέσω των άρθρων 10επ. του Ν. 3156/2003. Σύμφωνα με το νόμο αυτό αλλά και τη διεθνή πρακτική μια επιχείρηση που ενδιαφέρεται για την χρηματοδότηση μέσω της διαδικασίας τιτλοποίησης πρέπει να είναι δικαιούχος απαιτήσεων (ή γενικώς περιουσιακών στοιχείων) έναντι τρίτων, που είναι ρευστοποιήσιμες και που όμως δεν είναι ακόμα ληξιπρόθεσμες, ώστε να εισπραχθούν και που προκαλούν σταθερή και προβλέψιμη ροή πληρωμών, όταν καθίστανται απαιτητές. Η εταιρεία και δικαιούχος των απαιτήσεων, η οποία μπορεί να έχει οποιαδήποτε μορφή (ΑΕ, ΕΠΕ κλπ.), πωλεί και μεταβιβάζει τις απαιτήσεις αυτές σε μια άλλη εταιρεία ειδικού (ή αλλιώς αποκλειστικού) σκοπού, η οποία είναι πλήρως ανεξάρτητη από την πωλήτρια εταιρεία. Με τον τρόπο αυτό η πωλήτρια εταιρεία αντλεί τα αναγκαία κεφάλαια για την χρηματοδότηση της και τα οποία αντιστοιχούν στην αξία των απαιτήσεων της, οι οποίες πλέον μετατρέπονται από λογιστική περιουσία σε ρευστή χρηματοδότηση. Από την άλλη πλευρά, η αγοράστρια εταιρεία (επίσης ειδικού σκοπού), προχωρεί στην έκδοση ομολογιών ή άλλων τίτλων στην κεφαλαιαγορά και τη συγκέντρωση κεφαλαίων από τους επενδυτές που αντιστοιχούν στο τίμημα πώλησης των απαιτήσεων αυτών. Οι απαιτήσεις και η ροή πληρωμών που προκαλεί το ληξιπρόθεσμο τους ικανοποιεί και εξασφαλίζει την αποπληρωμή των (τιτλούχων) επενδυτών. [5,7]

Η χρηματοδότηση με την μορφή αυτή θα μπορούσε να ενταχθεί στη χρηματοδότηση μέσω ομολογιακών δανείων, δηλαδή στην κατηγορία χρηματοδότησης με ξένα κεφάλαια. Ωστόσο, η χρηματοδότηση ουσιαστικά

προέρχεται από τις απαιτήσεις που δημιουργούνται από την εκμετάλλευση του αντικειμένου της σύμπραξης και την ρευστοποίησή τους. Επιπλέον, αξίζει να επισημανθούν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά αυτής της μορφής χρηματοδότησης :

- Σε μια ΣΔΙΤ θα πρέπει να συσταθούν δύο εταιρείες ειδικού σκοπού. Η μία θα αναλάβει τις υποχρεώσεις της σύμπραξης ενώ η δεύτερη θα αποτελεί την αγοράστρια εταιρεία των απαιτήσεων εκ της διαδικασίας της σύμπραξης, διενεργώντας την τιτλοποίησή τους, όπως περιγράφει ο Ν. 3156/2003. Οι δύο εταιρείες ειδικού σκοπού έχουν διαφορετική δραστηριότητα και είναι αυτοτελείς και ανεξάρτητες μεταξύ τους νομικά και οικονομικά. Καμία εκ των δύο δεν μπορεί να αναλάβει και τις δύο δραστηριότητες, δηλαδή αυτήν της σύμπραξης και αυτήν της τιτλοποίησης. Η δεύτερη εταιρεία ειδικού σκοπού περιορίζεται μόνο στην άντληση των κεφαλαίων αγοράς των απαιτήσεων μέσω της έκδοσης των ομολογιών/τίτλων. Με την ολοκλήρωση της αποπληρωμής των επενδυτών ολοκληρώνεται ο σκοπός της εταιρείας ειδικού σκοπού και αυτή συνήθως διαλύεται.
- Η συμμετοχή της εταιρείας ειδικού σκοπού της τιτλοποίησης εξασφαλίζει την απομόνωση των απαιτήσεων από την υπόλοιπη περιουσία της πωλήτριας και χρηματοδοτούμενης εταιρείας. Οι απαιτήσεις αυτές έχουν ως αποκλειστικό και μόνο προορισμό την αποπληρωμή των τίτλων που εκδίδονται από την διαδικασία τιτλοποίησης και δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μέσο ικανοποίησης των υπολοίπων δανειστών της χρηματοδοτούμενης εταιρείας. Επιπλέον, η ανεξάρτητη μορφή της εταιρείας ειδικού σκοπού της τιτλοποίησης

επιφέρει ευνοϊκές λογιστικές, φορολογικές και εποπτικές συνέπειες για την πωλήτρια εταιρεία ειδικού σκοπού. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι απαιτήσεις δεν εμφανίζονται στο ενεργητικό της ενώ καθώς δεν είναι η εκδότρια των τίτλων δεν αναλαμβάνει τους κινδύνους και την επιβάρυνση του παθητικού της. Στην περίπτωση που ο δικαιούχος των απαιτήσεων είναι ο δημόσιος φορέας, τότε αν πρόκειται για δημόσια επιχείρηση, εφαρμόζεται ο Ν. 3156/2003. Σε άλλη περίπτωση εφαρμόζεται ο Ν. 2801/2000 περί τιτλοποίησης δημόσιων εσόδων. Τέλος σύμφωνα με το άρθρο 25 του Ν.3389/2005 «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.» [5]

Τιτλοποίηση απαιτήσεων από ακίνητα

Η τιτλοποίηση με αυτήν τη μορφή δεν διαφοροποιείται σημαντικά από την τιτλοποίηση απαιτήσεων. Στην τιτλοποίηση απαιτήσεων από ακίνητα η επιχείρηση που επιθυμεί να χρηματοδοτηθεί μεταβιβάζει σε μια εταιρεία ειδικού σκοπού τα εμπράγματα δικαιώματα (κυριότητα ή επικαρπία) επί των ακινήτων της (ή ακινήτου της). Το τίμημα αποπληρώνεται μέσω έκδοσης ομολογιών από την αγοράστρια εταιρεία ειδικού σκοπού. Η αποπληρωμή των επενδυτών γίνεται από την πρόκληση ρευστότητας εκ της εκμετάλλευσης των ακινήτων της τιτλοποίησης, η οποία προκαλείται πρωτεύοντος από την εκμετάλλευση και εκμίσθωση των ακινήτων και δευτερευόντως από την πώληση αυτών. [5] Όπως και στη χρηματοδότηση με τιτλοποίηση απαιτήσεων χρειάζονται δύο εταιρείες ειδικού σκοπού, η πρώτη για την διαδικασία σύμπραξης και η δεύτερη για την διαδικασία τιτλοποίησης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο μεταβιβάζων συμφωνεί να μισθώσει τα

ακίνητα που έχει μεταβιβάσει και μέσω των μισθωμάτων αυτών να καλυφθεί η αποπληρωμή των ομολογιών, παραπέμποντας στο θεσμό του 'sale and lease back' . [5]

Αντίστροφη χρηματοδοτική μίσθωση

Η χρηματοδότηση με αυτή μορφή περιλαμβάνει τη μεταβίβαση των εμπραγμάτων δικαιωμάτων της εταιρείας ειδικού σκοπού επί των κινητών ή ακίνητων πραγμάτων, τα οποία έχουν βρεθεί στην κυριότητά της, σε εταιρεία χρηματοδοτικής μίσθωσης. Η τελευταία παρέχει χρηματοδοτικά κεφάλαια ως αντάλλαγμα για την απόκτηση της κυριότητας. Παράλληλα ωστόσο η εταιρεία ειδικού σκοπού και μεταβιβάζων μισθώνει η ίδια τα ακίνητα ή κινητά πράγματα και τα χρησιμοποιεί.

Αξιοποίηση κινητών και ακινήτων πραγμάτων εκ της διαδικασίας σύμπραξης

Η μορφή αυτή χρηματοδότησης βασίζεται στην αξιοποίηση των κινητών και ακινήτων πραγμάτων που αποκτώνται, εισφέρονται ή δημιουργούνται από τους εμπλεκόμενους της σύμπραξης, μετά τη λήξη της χρονικής της διάρκειας. Η αξιοποίηση των πραγμάτων αυτών μπορεί να βασιστεί στην πώληση και μεταβίβαση των εμπραγμάτων δικαιωμάτων επί των πραγμάτων και στην διατήρηση του δικαιώματος διαχείρισης και εκμετάλλευσής τους για τους σκοπούς της σύμβασης. Στην περίπτωση που τα πράγματα αυτά και ειδικά τα ακίνητα ανήκουν στον δημόσιο φορέα μπορεί να εφαρμοστεί το άρθρο 18 παρ. 3 του Ν. 3389/2005, σύμφωνα με το οποίο 'οι Δημόσιοι Φορείς δύνανται να συνάπτουν

συμβάσεις και με τους δανειστές της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού' χωρίς τη μεσολάβηση της εταιρείας ειδικού σκοπού.

Το αντίτιμο για την χρήση του αντικειμένου σύμπραξης

Το αντίτιμο που καταβάλλεται από διάφορα πρόσωπα για την χρήση των εγκαταστάσεων και υπηρεσιών της σύμπραξης αποτελεί μια σημαντική πηγή χρηματοδότησης. Πηγές τέτοιας χρηματοδότησης είναι οι εξής :

- Το αντίτιμο του δημόσιου φορέα για την χρήση εγκαταστάσεων που του παραχωρούνται για δημόσια χρήση καθώς και για συμπληρωματικές υπηρεσίες επ' αυτών, όπως ασφάλεια, συντήρηση, εξοπλισμός κλπ.
- Πληρωμές διαθεσιμότητας (availability payments) οι οποίες καταβάλλονται στην εταιρεία ειδικού σκοπού για την διαθεσιμότητα των εγκαταστάσεων σε υπηρεσίες κοινωνικού χαρακτήρα, όπως η υγεία, η παιδεία, ο πολιτισμός κλπ.
- Το αντίτιμο για την χρήση εγκαταστάσεων ή υπηρεσιών το οποίο καταβάλλεται από κοινού από τους ίδιους τους τελικούς χρήστες και το δημόσιο (περίπτωση σκιωδών διοδίων - shadow tolls κατά την οποία ο κύριος του έργου πληρώνει τον ανάδοχο ανάλογα με τη συχνότητα χρήσης του έργου). Ουσιαστικά το δημόσιο επιχορηγεί την χρήση των εγκαταστάσεων ή υπηρεσιών, ιδιαίτερα για την περίπτωση δημοσίων υπηρεσιών κοινής ωφελείας.

- Το αντίτιμο που καταβάλλεται εξ ολοκλήρου από τους τελικούς χρήστες

Η μορφή αυτή χρηματοδότησης είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς επιτρέπει την δυναμική αναδιαμόρφωση του χρηματοδοτικού σχήματος κατά τη διάρκεια της σύμπραξης, με βάση την άντληση κεφαλαίων από την χρήση του ίδιου του αντικειμένου της σύμπραξης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

2.13 Εξασφαλίσεις της Χρηματοδότησης των ΣΔΙΤ

Οι κίνδυνοι που παρουσιάζονται στις ΣΔΙΤ, όταν πραγματοποιηθούν επιφέρουν οικονομική επιβάρυνση ή και ανατροπή των οικονομικών προσδοκιών και στόχων. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνουν διαφόρων ειδών εξασφαλίσεις (security arrangements) για να απομονώσουν τους επενδυτές από τους κινδύνους. Γενικά οι δανειστές απαιτούν να υπάρχουν συμβολαιογραφικές υποχρεώσεις από αξιόπιστα μέρη που να δίνουν εξασφαλίσεις ότι: [19]

- το έργο θα ολοκληρωθεί έστω και αν υπάρξει υπέρβαση του κόστους του,
- όταν ξεκινήσει την λειτουργία του θα παράγει ικανές ταμειακές ροές για την αποπληρωμή των υποχρεώσεων του,
- αν για οποιοδήποτε λόγο του έργο σταματήσει παροδικά ή μόνιμα την λειτουργία του θα συνεχίσει με κάποιο τρόπο την αποπληρωμή των δανείων του.

Η μορφή που θα πάρουν τα συμβόλαια αυτά εξαρτάται από τους κινδύνους του έργου, την χρηματοοικονομική δυνατότητα των μερών για να αναλάβουν τους κινδύνους και την αναμενόμενη κερδοφορία του έργου. Εκ της διεθνούς πρακτικής αλλά και με βάση το Ν. 3389/2005 προκύπτει, πως οι εξασφαλίσεις που τα εμπλεκόμενα μέρη μπορούν να καταρτίσουν μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- Εξασφαλιστικές συμβάσεις, όπου η εξασφάλιση προέρχεται από τους ιδιωτικούς φορείς
- Εξασφαλιστικές συμβάσεις, όπου η εξασφάλιση προέρχεται από το αντικείμενο της σύμβασης
- Εξασφαλιστικές συμβάσεις, όπου η εξασφάλιση προέρχεται από τον δημόσιο φορέα

Στην πρώτη κατηγορία, των εξασφαλίσεων εκ των ιδιωτικών φορέων, σημαντικό ρόλο έχουν οι ασφαλιστικές εταιρείες. Οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν καλύψουν την ΣΔΙΤ με τους εξής τρόπους :

- Κάλυψη των κινδύνων που αφορούν στην κινητή ή ακίνητη περιουσία ή και του προσωπικού της σύμπραξης και οι οποίοι εμφανίζονται στα στάδια κατασκευής και λειτουργίας του αντικειμένου της σύμπραξης
- Κάλυψη των κινδύνων από ανεπαρκείς ταμειακές ροές στην διαδικασία σύμπραξης
- Κάλυψη των ελλειμμάτων πληρωμών κατά την αποπληρωμή ομολογιακού δανείου που έχει εκδώσει η Εταιρεία Ειδικού Σκοπού (Monoline Insurance)

Μια άλλη μορφή εξασφάλισης αποτελεί η παροχή τραπεζικών και προσωπικών εγγυήσεων με τις εξής μορφές :

- Εγγυητική επιστολή, κατά την οποία συμφωνείται μεταξύ του εκδότη και του δανειστή ενός τρίτου προσώπου, πως εφόσον δοθεί η εντολή του τρίτου ο εκδότης θα καταβάλλει στον δανειστή του τρίτου συγκεκριμένο χρηματικό κεφάλαιο
- Πιστωτική εγγυητική επιστολή (Standby letter of credit), που ενεργοποιείται σε ειδικές και καθορισμένες περιπτώσεις, με απόδοση του αναγραφόμενου ποσού στο δέκτη αμέσως μόλις ο τελευταίος προσκομίσει τα συγκεκριμένα αποδεικτικά που προβλέπονται στην επιστολή και χωρίς περαιτέρω έλεγχο από την τράπεζα. Εξωτερικά μοιάζουν στην τραπεζική ενέγγυα πίστωση (Letter of credit), διότι εξασφαλίζουν το δέκτη όπως κι αυτή, δηλαδή ως εγγυήσεις των υποχρεώσεων του αγοραστή, ενώ η λειτουργία τους θυμίζει αυτή της εγγυητικής επιστολής σε πρώτη ζήτηση (Letter of Guarantee), αφού η κατάπτωση τους γίνεται αυτόματα και ανεξάρτητα από την βασική σχέση , αλλά και μετά από τήρηση τυπικής διαδικασίας. [35] Παρέχει στους δανειζόμενους την ευχέρεια να εκδώσουν εμπορικά ομόλογα (commercial papers). Με τις αναλήψεις από την εγγυητική επιστολή θα αποπληρωθούν οι κάτοχοι των βραχυχρόνιων χρεογράφων αν το έργο δεν έχει αυτή την δυνατότητα (πχ. στις περιπτώσεις που δεν μπορεί να εκδώσει άλλο χρεόγραφο με την λήξη του προηγούμενου).

- Επιστολή προθέσεων ή πατρωνίας ή δήλωσης ενδιαφέροντος, των ιδιωτών-μετόχων της εταιρείας ειδικού σκοπού προς τους χρηματοδότες ή το δημόσιο φορέα, μέσω της οποίας δηλώνεται η πρόθεσή τους να συμμορφωθούν προς τους στόχους και τις υποχρεώσεις της σύμπραξης.

Η εξασφάλιση εκ των ιδιωτικών φορέων περιλαμβάνει επίσης την υποθήκη ή προσημείωση επί ακινήτων τους προκειμένου να παρασχεθεί ασφάλεια έναντι των πιστωτικών κι άλλων κινδύνων που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της σύμπραξης. Ωστόσο, η υποθήκη ή προσημείωση των κινητών ή ακινήτων που αποτελούν αντικείμενο της σύμπραξης εντάσσεται στις εξασφαλίσεις εκ του αντικείμενου της σύμπραξης. Η αξία της υποθήκης αυτής μπορεί να έχει περιορισμένη αξία αν δεν λειτουργήσει το έργο. Έτσι αν για παράδειγμα το έργο σταματήσει ενώ έχει κατασκευαστεί μόνο το μισό από αυτό, η αξία του μπορεί να μην είναι στο μισό από ότι αν ήταν ολόκληρο κατασκευασμένο (μπορεί η αξία του την στιγμή εκείνη να είναι και μηδενική). Επίσης μπορεί να κατασκευαστεί το έργο αλλά να μην περάσει το τεστ δοκιμής της καλής λειτουργίας του (completion test) οπότε η αξία του έργου να είναι μόνο η αξία του ως scrap. Επισημαίνεται ότι τόσο στις συμβάσεις εξασφάλισης μέσω ενεχύρου όσο και στις συμβάσεις εξασφάλισης μέσω υποθήκης δεν εξετάζεται αν το αντικείμενο της ασφάλειας ανήκει στην οφειλέτρια εταιρεία ειδικού σκοπού, καθώς αρκεί να αξιοποιείται στα πλαίσια της διαδικασίας σύμπραξης (ακόμη κι αν ανήκει σε ιδιωτικό φορέα).[5]

Η εταιρεία ειδικού σκοπού μπορεί να εκχωρήσει τις απαιτήσεις εκ της εκμετάλλευσης του αντικείμενου της σύμπραξης με σκοπό την εξασφάλιση των

πιστώσεων. Αν και η πρακτική αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την άντληση κεφαλαίων, στην περίπτωση αυτή η μεταβίβαση των απαιτήσεων είναι καταπιστευματική και επανέρχεται στη εταιρεία ειδικού σκοπού, εφόσον δεν απαιτηθεί η εξασφαλιστική κάλυψη. Επιπλέον, η εταιρεία ειδικού σκοπού μπορεί να διατηρεί ειδικούς λογαριασμούς με αποθεματικό χαρακτήρα (reserve accounts), που βρίσκονται σε πιστωτικά ιδρύματα, και δικαιούχος τους είναι η ίδια. Τα κεφάλαια των λογαριασμών αυτών προέρχονται από την εκμετάλλευση του αντικειμένου της σύμπραξης και λειτουργούν εξασφαλιστικά έναντι κινδύνων της σύμπραξης.

Ο δημόσιος φορέας μπορεί να παρέχει εξασφαλίσεις, συνήθως με απευθείας συμβάσεις μεταξύ του δημοσίου και των δανειστών της εταιρείας ειδικού σκοπού, όπως εμπράγματος ασφάλειες επί ακινήτων.

Ο Ν. 3389/2005, με το άρθρο 26, παράγραφο 1, λαμβάνει ειδική πρόνοια ενίσχυσης των εμπραγμάτων ασφαλειών σε περίπτωση μεταγενέστερης πτώχευσης της εταιρείας ειδικού σκοπού ή υπαγωγής της σε διαδικασία αφερεγγυότητας ή συλλογικής ικανοποίησης των πιστωτών της. [7] Με τον τρόπο αυτό επιδιώκει να προστατεύσει τους δανειστές της διαδικασίας σύμπραξης ενάντια σε μια συλλογική διαδικασία κατά κάθε περιουσίας που μπορεί να εξασφαλίσει την αποπληρωμή των αξιώσεών τους. [5] Στην παράγραφο 3 του άρθρου 26, δίνεται η δυνατότητα, σε περίπτωση κοινοπρακτικού δανείου, όπου υπάρχουν κοινοπραπτούσες δανειστριες τράπεζες με διακριτές απαιτήσεις έναντι του αναδόχου, οι εμπράγματος ασφάλειες να εγγράφονται και να τηρούνται υπέρ

μιας εξ αυτών. Οι χρηματοδότες είναι δανειστές εις ολόκληρο και ο εκπρόσωπός τους ασκεί τα δικαιώματα εκ των εμπραγμάτων ασφαλειών με γνώμονα το συμφέρον όλων των χρηματοδοτών. Με το τρόπο αυτό η κοινοπρακτική χρηματοδότηση ΣΔΙΤ γίνεται δυνατή καθώς ξεπερνιούνται οι δυσκολίες αποχώρησης από το σχήμα ή μεταβίβασης των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων σε άλλο πρόσωπο.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

2.14 Βιβλιογραφία 2^{ου} Κεφαλαίου

1. Βαϊλάκης, Ι, Πλιάκας, Γ., Τρουλλινός, Θ. (2005). Συμπράξεις δημόσιου – ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ). Αυτοχρηματοδοτούμενα – συγχρηματοδοτούμενα σχέδια, συμβάσεις παραχώρησης. ΤΕΕ. Τμήμα Ανατολικής Κρήτης
2. Γέροντας Απόστολος, Μαρκάκης Ιωάννης, Φιλοπούλου Κωνσταντίνα, Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα, INFOCUS 2005, ISBN 960-87689-7-7
3. Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα, Εγχειρίδιο για την υλοποίηση έργων και υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ, Αθήνα, Ιούνιος 2006
4. The Canadian Council for Public – Private Partnerships project Finance : An Introductory Manual for Canadian PPP Project Managers and Advisors, 2006
5. Βενιέρης Ιάκωβος, (2007), ΣΔΙΤ – Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα, Το Συμβατικό Πλαίσιο, ISBN 978-960-272-410-1, ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
6. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Πράσινο Βιβλίο, Σχετικά με τις Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα και το Κοινοτικό Δίκαιο των Δημόσιων Συμβάσεων και των Συμβάσεων Παραχώρησης, COM (2004), 327
7. ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, ΣΔΙΤ Ο ν. 3389/2005 για τις συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, Εκδ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ
8. Finlayson A. Jack, (Feb. 2002), The what and why of Public-Private Partnerships, Policy Perspectives, Business Council of British Columbia, Vol. 9, No.1
9. Παπαδόπουλος Απόστολος, Partner Grant Thornton Greece, (3/7/2006), Παρουσίαση με θέμα «Σύμπραξη Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ). Νέο περιβάλλον υλοποίησης έργων & παροχής υπηρεσιών για την Τοπική Αυτοδιοίκηση»
10. Θεανίδου Θεανώ, (Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2006), Συμπράξεις Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα : Μια νέα πραγματικότητα, Επιθεώρηση Υγείας, σελ. 18.
11. Spoehr John, Whitfield Dexter, Sheil Cristopher, Quiggin John, Davidson Kathryn, (Sept. 2002), Partnerships and the Public Interest, Public Service Association of South Australia, Centre of Labour research, The University of Adelaide, Australia
12. NCPPP (1999). How partnerships work. Types of public-private partnerships. <http://ncppp.org/howpart/ppptypes.html>

13. National Council for Public – Private Partnerships, For the Good of the People : Using Public – Private Partnerships to Meet America’s Essential Needs, White paper
14. Καλπάκης Φ., (2006), Συμπράξεις Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα : Ιστορικό, Ανάλυση και Προοπτικές, Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
15. Thillai Rajan, (2004), Observations on Project structures for privately funded infrastructure projects, The Journal of Structured and Project Finance, Spring
16. International Finance Corporation (IFC), (Dec 2004), Global Public – Private Partnership Model, Options for Private Participation in Health
17. Savas E. (2000), Privatization and public-private partnerships. Chatham House Publishers.
18. PriceWaterHouseCoopers, (2005), Delivering the PPP promise, A review of PPP issues and activity
19. Finnerty John, (1996), Project Financing – Asset Based Financial Engineering, Willey Frontiers in Finance, ISBN 0-471-14631-5
20. Levy Sidney, (1996), Build, Operate, Transfer : Paving the way for tomorrow Infrastructure, John Wiley and sons, ISBN 0-471-11992-X
21. Rend Andrea, Schrefler Lorna, Public – Private Partnerships, National Experiences in the European Union, Centre for European Policy Studies, Briefing note No. IP/A/IMCO/SC/2005 – 160
22. Williams Trefor, (2003), Moving to Public – Private Partnerships : learning from experience around the world, IBM Endowment for the Business of Government,
23. Ikonomopoulos Harris, (Aug 2005), Greece looks to PPPs to shrink state control, International Financial Law Review, Vol.24, Issue 8, p53 – 56
24. PriceWaterHouseCoopers, (2004), Partnering in practice, New approaches to PPP delivery
25. Εμπορική Τράπεζα, (Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2005), Συμπράξεις Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) : Ένα Σύγχρονο Εργαλείο Δυναμικής Ανάπτυξης, Ματιές στην Οικονομία
26. Hoffman Scott, (2001), The Law and Business of International Project Finance, Transnational Publishers, Inc. and Kluwer Law International, ISBN 1-57105-176-7

27. Gallimore Paul, Williams Will, Woodward David, (1997), Perceptions of risk in the PFI, Journal of Property Finance, Vol. 8, No.2, pp. 164-176
28. UNISON, Paul Gossling, (2004), PFI : Against the public interest
29. MirafTAB Faranak, (2004), Public – Private Partnerships, The Trojan Horse of neoliberal Development ? Journal of Planning Education and Research, 24:89-101
30. Mulder Arjen, van Tulder Rob, (Summer 2004), PPPs : beneficial to whom ?, EBF issue 18
31. Grout Paul, (2005), Value for money measurement in public – private partnerships, European Investment Bank Papers, Volume 10, No. 2, pg. 33-56
32. Arthur Andersen and Enterprise LSE (2000), Value for Money Drivers in the Private Finance Initiative, Report commissioned by the Treasury Taskforce, Office of Government Commerce, London
33. Heald David, (2003), Value for money tests and accounting treatment in PFI schemes, Accounting, Auditing & Accountability Journal, Vol.16, No. 3, pp 342-371
34. Fowkes David, (Spring 2000), Leasing in Project Financing , Journal of Project Finance, Vol. 6, Issue 1, p21
35. Λεξικό της Σύγχρονης Οικονομίας – Θεωρητικής και εφαρμοσμένης – Εκδόσεις Σταφυλίδη, ISBN 960-7695-14-3, 2003.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 :

Οι ΣΔΙΤ στο χώρο της Υγείας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

3.1 Εισαγωγή – Το Πλαίσιο

Ο τομέας της υγείας αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους τομείς οικονομικής δραστηριότητας, συνιστώντας μια πραγματική δημοσιονομική πρόκληση στις αναπτυγμένες κοινωνίες. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στις αρχές του νέου αιώνα, οι συνολικές δαπάνες ανέρχονταν σε παγκόσμιο επίπεδο, τα 3 τρις δολάρια, δηλ. περίπου 8% του παγκόσμιου ΑΕΠ, ενώ απασχολούνταν (ιατρικό, νοσηλευτικό, κλπ, προσωπικό) πάνω από 35 εκατ. άτομα. Και μόνο αυτά εξηγούν το αυξανόμενο ενδιαφέρον του ιδιωτικού κεφαλαίου και των πολυεθνικών, για κερδοσκοπική του δράση στον τομέα της υγείας. [1] 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. [2]

Τις τελευταίες δεκαετίες υπό την επίδραση της τάσης αυτής για ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών Υγείας, ασκούνται ισχυρές πιέσεις για αλλαγές στα υπάρχοντα συστήματα υγείας. [3] Ειδικότερα στις ανεπτυγμένες χώρες, η αλλαγή των επιδημιολογικών προτύπων και του νοσολογικού φάσματος, (από τις «μεταδοτικές ασθένειες» και τις «ασθένειες φτώχειας», στις «σύγχρονες ασθένειες» - καρδιαγγειακές παθήσεις, αρθρίτιδα, καρκίνος, νοητικές νόσοι, κά), σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού, την επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, τις εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία, τα νέα υψηλού κόστους φάρμακα, τις νέες ειδικότητες σε ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, τις αυξανόμενες

προσδοκίες για καλύτερες υπηρεσίες, επιφέρουν νέες πιέσεις για λήψη μέτρων σε επίπεδο οργάνωσης και στρατηγικών επιλογών.

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων, υλικών και χρηματικών πόρων καθώς επίσης των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση «δράσεων υγείας». Ως «δράση υγείας» ορίζεται οποιαδήποτε δραστηριότητα ή σύνολο δραστηριοτήτων η οποία έχει πρωταρχικό της σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας. Με αυτή την έννοια, στο σύστημα υγείας συμπεριλαμβάνονται όχι μόνο το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά όλα τα κοινωφελή και ιδιωτικά ιδρύματα και φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Με βάση τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών Υγείας, διακρίνονται τρεις βασικές μορφές Συστημάτων Υγείας : [4]

- Το Ιδιωτικό ή Φιλελεύθερο που λειτουργεί σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις της αγοράς και τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση και επιβάρυνση, όπου κυριαρχούν οι ιδιωτικές δαπάνες και οι υπηρεσίες υγείας είναι κατά κανόνα ιδιωτικές. Το σύστημα αυτό αναπτύχθηκε και εφαρμόζεται κατ' εξοχήν στις ΗΠΑ. [3]
- 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. Το μοντέλο από εφαρμόζεται κυρίως στην Αγγλία, Καναδά και τις σκανδιναβικές

χώρες. Στην κατηγορία αυτή εντάσσεται και το μοντέλο "Semanshko" (ιδιαίτερα συγκεντρωτικό, χρηματοδοτούμενο από το κράτος), που εφαρμόστηκε στη Σοβιετική Ένωση από τη δεκαετία του '20 και στην Ανατολική Ευρώπη από το 1945-1990, στη βάση του οποίου αναπτύχθηκε το σημερινό μοντέλο υγείας που ισχύει στην Κούβα.

- 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.

Όσον αφορά στην ελληνική περίπτωση αποτελεί ένα υβρίδιο ανάμεσα σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck) και σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (μοντέλο Beveridge).

Η συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα διαφορετικών αναπτυγμένων χωρών (Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, ΗΠΑ, Ισπανία, Ιταλία, Καναδά, Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία, Σουηδία) ανέδειξε χρήσιμες διαπιστώσεις σε ότι αφορά τις εξελίξεις και τις τάσεις σε διεθνές επίπεδο: [4]

- Σταδιακή εγκατάλειψη των παραδοσιακών μοντέλων οργάνωσης και την υιοθέτηση νέων μικτών μοντέλων με περιφερειακή δομή διοίκησης. Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στις χώρες της Ν.Ευρώπης, Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα, οι οποίες καθιέρωσαν εθνικό σύστημα υγείας χωρίς να

εξαλείψουν τελείως το προηγούμενο καθεστώς της κοινωνικής ασφάλισης. Παράλληλα, σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία και η Σουηδία, ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται ενώ στη Γερμανία και την Ολλανδία όπου βασίζονται στο μοντέλο Bismarck (κοινωνικής ασφάλισης) η χρηματοδότηση προέρχεται και από τη γενική φορολογία.

- Διαπιστώνεται αύξηση των δαπανών υγείας, ιδιαίτερα των ιδιωτικών, όπου σε ορισμένες χώρες, όπως στις ΗΠΑ και στην Ελλάδα, αντιστοιχούν σε υψηλό ποσοστό επί του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ) (7,2 % και 3,9% αντίστοιχα). Το χαμηλό ποσοστό των δημοσίων δαπανών στην Ελλάδα (5,2% του ΑΕΠ), το χαμηλότερο μεταξύ των υπό εξέταση ευρωπαϊκών χωρών, ερμηνεύει μερικώς το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών.
- Σε όλες τις χώρες, η πλειοψηφία των νοσοκομείων είναι δημόσια ή μη κερδοσκοπικά ιδρύματα. Ακόμη και στις ΗΠΑ, μόνο το 30% των νοσοκομείων είναι ιδιωτικά κερδοσκοπικά ιδρύματα, ενώ στις περισσότερες υπό εξέταση χώρες είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος ο ιδιωτικός μη κερδοσκοπικός νοσοκομειακός τομέας (με εξαίρεση την Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία και την Μεγάλη Βρετανία).
- Οι δείκτες επάρκειας κλινών παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις από 10,8 /1000 κατοίκους στην Ολλανδία μέχρι 3,6/1000 κατοίκους στη Σουηδία), κυρίως λόγω διαφορών σε κλίνες για χρόνιους ασθενείς. Με στόχο την μείωση του

χρόνου νοσηλείας, μέσω των χειρουργείων και κλινικών ημέρας, και νοσηλείας στο σπίτι, παρατηρείται μειωτική τάση του αριθμού κλινών.

- Οι κρεβατοημέρες (εισαγωγές x Μέση Διάρκεια Νοσηλείας) ανά κάτοικο κυμαίνονται από 1,1 (Ισπανία και ΗΠΑ) μέχρι 3,6 (Ολλανδία).
- Στις περισσότερες χώρες επικρατεί το σύστημα προοπτικών σφαιρικών προϋπολογισμών για την πληρωμή των νοσοκομείων, που κατά κανόνα στηρίζεται στην ταξινόμηση των ασθενών βάσει των διαγνωστικών κατηγοριών (Diagnostic Related Groups, DRGs)⁴. Στην Ελλάδα, ο ιδιωτικός τομέας πληρώνεται κατά πράξη ενώ ο δημόσιος καλύπτει αναδρομικά τα ελλείμματα του από τις κρατικές συνεισφορές.
- Οι περισσότερες χώρες επιχειρούν την αποκεντρωμένη οργάνωση και διοίκηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Η περιφερειακή οργάνωση μπορεί να εστιάζεται στη χρηματοδότηση (Γερμανία) ή στη διοίκηση των υπηρεσιών

⁴ Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRG's) προέρχονται από τις Η.Π.Α όπου και εφαρμόστηκαν το 1983 με στόχο το σύστημα χρηματοδότησης να στηρίζεται στην εκ των προτέρων κοστολόγηση της νοσοκομειακής φροντίδας. Το σκεπτικό για την ανάπτυξή τους ήταν η προσπάθεια να κατηγοριοποιηθούν και να ενταχθούν σε ομάδες οι ατελείωτες κατηγορίες ασθενών στα νοσοκομεία, σύμφωνα με εκ των προτέρων προσδιορισμένα χαρακτηριστικά. Η κοστολόγηση προκύπτει από την ομαδοποίηση των ασθενών σε 23 κατηγορίες, σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών (International Classification of Diseases ICD). Μετά την αρχική ταξινόμηση γίνεται υποδιαίρεση των ασθενειών σε άλλες περίπου 475 συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες και με βάση αυτές κατατάσσονται οι ασθενείς. Με τα συστήματα των DRG's ομαδοποιούνται όμοιες περιπτώσεις ασθενείας και παράλληλα γίνεται χρήση μίας σειράς μεταβλητών (πχ. αρχική ιατρική διάγνωση, πιθανές επιπλοκές της ασθένειας, την ηλικία, το φύλο, τη βαρύτητα της ασθένειας). Τα DRG's παρέχουν τη δυνατότητα να απεικονισθούν οι τυχόν υφιστάμενες ιατρικές διαφοροποιήσεις στη θεραπεία (medical variations), οι υφιστάμενες διαφοροποιήσεις στη χρήση των πόρων και του κόστους μεταξύ ιατρικών τμημάτων, ειδικοτήτων κλπ. [5]

(Γαλλία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Καναδάς, Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία). Εξαίρεση αποτελούν οι ΗΠΑ, ενώ αντίθετα στον Καναδά και στη Σουηδία η τοπική αυτοδιοίκηση έχει ισχυρό ρόλο στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

- Στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), σε έξι χώρες (Ισπανία, Ιταλία, Καναδάς, Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία, Σουηδία) κυριαρχεί ο θεσμός του γενικού γιατρού, που είναι δημόσιοι υπάλληλοι ή συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί.
- Ο θεσμός των κέντρων υγείας λειτουργεί στην Ισπανία, τον Καναδά, τη Σουηδία και στις αγροτικές περιοχές στην Ελλάδα. Στην Ευρώπη βλέπουν πια τον θεσμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πιο διευρυμένο. Στις σκέψεις είναι η δημιουργία Κέντρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως είναι τα ελληνικά Κέντρα Υγείας, αλλά πιο οργανωμένα και εξειδικευμένα για να γίνονται ακόμη και μικρές επεμβάσεις. [6]
- Παρατηρείται υπερεπάρκεια γιατρών στις χώρες της Ν. Ευρώπης (Ιταλία, Ελλάδα), ενώ ελλείψεις παρουσιάζουν οι περισσότερες από τις υπόλοιπες χώρες. Το αντίθετο φαινόμενο παρατηρείται όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 4 : Οικονομικοί δείκτες και δείκτες χρήσης και επάρκειας σε 10 επιλεγμένες χώρες (Πηγή : Τούντας Γ., Συγκριτική ανάλυση των Συστημάτων Υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2003, 20(1), 76-87)

Χώρες	Δαπάνες (% ΑΕΠ)			Χρηματοδότηση			Νοσοκομεία			Ανθρώπινοι πόροι	
	Συνολικές	Δημόσιες	Ιδιωτικές	Φορολογία	Κοινωνική ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Κλίνες ανά 1.000 άτομα	ΜΔΝ	Κρεβατοποιότητες ανά κάτοικο	Γιατροί ανά 1.000 άτομα	Νοσηλεύτες ανά 1.000 άτομα
Γαλλία	9,5%****	6,2%	3,3%	-	75,8%	24,2%	4,1****	5,6***	2,5**	3***	5,9**
Γερμανία	10,6%****	7%	3,6%	19%	56,5%	24,5%	6,9****	10,8**	2,6**	3,6****	9,5**
Ελλάδα	9,1%****	5,2%	3,9%	34,2%	22,8%	43%	3,9****	6****	1,2*	4,4****	3,7*
ΗΠΑ	13%****	5,8%	7,2%	22,5%	22,1%	55,4%	3,6****	8*	1,1**	2,8****	8,3**
Ισπανία	7,7%****	5,4%	2,3%	62,9%	7,2%	29,9%	3,0****	8*	1,1*	3,3****	4,5*
Ιταλία	8,1%****	5,9%	2,2%	72,7%	0,1%	27,2%	4,4****	7,1***	1,7*	6****	4,9*
Καναδάς	9,1%****	6,5%	2,6%	69,5%	1,9%	28,6%	3,9****	10*	1,9*	2,1****	7,6**
Μεγάλη Βρετανία	7,3%****	5,9%	1,4%	71%	10%	19%	2,0****	5,0*	1,7*	1,8****	4,5*
Ολλανδία	8,1%****	5,5%	2,6%	5,6%	6,23%	32,1%	3,4****	8,3***	3,6**	2,5*	9*
Σουηδία	7,9%***	6,6%	1,3%	83,5%	-	16,5%	2,6****	5,1*	1,3*	2,9****	10,2*

ΑΕΠ : Ακαθάριστο εθνικό προϊόν. ΜΔΝ : Μέση διάρκεια νοσηλείας
*1996, ** 1997, *** 1998, **** 1999, ***** 2000

Στην Ευρώπη υπάρχει μια τάση προς τον έλεγχο της ποιότητας των ιατρικών πράξεων και της ασφάλειας των ασθενών. Η τάση αυτή ξεκίνησε κυρίως μετά την αναφορά του Ινστιτούτου Υγείας των ΗΠΑ, σύμφωνα με την οποία 100.000 Αμερικανοί πεθαίνουν τον χρόνο εξαιτίας ιατρικών λαθών. Λίγο αργότερα αντίστοιχη αναφορά βγήκε και στη Βρετανία - έκανε λόγο για 10.000-15.000 ανθρώπους. Οι Βρετανοί συγκρότησαν οργανισμό για τον έλεγχο των ιατρικών πράξεων. Στα χνάρια τους βρίσκονται οι Γάλλοι, οι Γερμανοί και οι Σκανδιναβοί. [6]
Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των γιατρών καθώς και η θέσπιση κινήτρων για τους γιατρούς και τους εργαζομένους, έτσι ώστε να γίνουν πιο παραγωγικοί, είναι επίσης θέματα συζήτησης και στόχοι για την πλειονότητα των χωρών της Ευρώπης

Η συνεχής αυξητική τάση των δαπανών για την υγεία, η στενότητα των κοινωνικών πόρων σε συνδυασμό με την διεθνή οικονομική ύφεση οδήγησαν στην ανάγκη επαναπροσδιορισμού της πολιτικής υγείας επιχειρώντας να συγκεράσουν τα δύο άκρα, δηλαδή τον δημόσιο και ιδιωτικό χαρακτήρα της Υγείας. Έτσι εμφανίστηκαν στην Αμερική κρατικά προγράμματα όπως το Medicare για τους φτωχούς και το Medicaid για τους ηλικιωμένους ενώ στην Ευρώπη του κοινωνικού ιστού και της αλληλεγγύης, υιοθετούνται πρακτικές που εμπεριέχουν το πνεύμα της αγοράς, με σκοπό τον έλεγχο του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών και την δημιουργία κινήτρων για υγιή ανταγωνισμό που θα οδηγήσει σε ποιοτικές υπηρεσίες. Οι αλλαγές των συστημάτων οι οποίες έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις κατηγορίες : [4]

- Στη διαμόρφωση νέων σχέσεων κράτους και αγοράς
- Στη ανάπτυξη αποκεντρωμένων μορφών διοίκησης
- Στην ενδυνάμωση της εξουσίας και των επιλογών των ασθενών
- Στην αναβάθμιση της δημόσιας υγείας και
- των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών περίθαλψης

3.2 Η οργάνωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μικτό σύστημα με συμμετοχή του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, τόσο από την πλευρά της παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και από την πλευρά χρηματοδότησής τους. Η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος προέρχεται από τρεις πηγές: την κοινωνική ασφάλιση (εισφορές ασφαλισμένων), τον κρατικό προϋπολογισμό (φορολογία) και τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών-καταναλωτών. Συγκεκριμένα, το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας συνίσταται σε τρία υποσυστήματα, τα οποία λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα, ιδιαίτερα όσον αφορά στην κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας : [5,7,8,9]

- Το ΕΣΥ (κυρίως νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και ΕΚΑΒ).
- Το ΙΚΑ και τα λοιπά Ασφαλιστικά Ταμεία, τα οποία προσφέρουν διαφορετική κάλυψη στους δικαιούχους περίθαλψής τους.
- Ο ιδιωτικός τομέας, με πολυάριθμα διαγνωστικά κέντρα, κλινικές, μαιευτήρια, εργαστήρια, ιατρεία και οδοντιατρεία.

Στις 7 Οκτωβρίου του 1983 ψηφίστηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο ο Νόμος 1397 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας». Στο άρθρο 1 του νόμου καταγράφεται ρητά ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος, υποστηρίζοντας ότι το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας ισότιμα σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση.

Ο νόμος για την ίδρυση του ΕΣΥ έχει ως βάση τις ακόλουθες θεμελιώδεις αρχές:

- Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους.
- Κάθε πολίτης, ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική του θέση και τον τόπο διαμονής του, έχει το δικαίωμα για ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα.
- Η προστασία της υγείας είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους και υλοποιείται μέσα από ένα ενιαίο, αποκεντρωμένο και δημοκρατικό σύστημα υγείας.

Οι βασικοί στόχοι του νόμου ήταν η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η ισοκατανομή, η αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο διαχωρισμός του δημοσίου από τον ιδιωτικό τομέα.

Για την υλοποίηση της εθνικής στρατηγικής υγείας ο νόμος ΕΣΥ προέβλεπε τη σταδιακή ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Αρχικά όλα τα νοσοκομεία θα υπάγονταν στη δικαιοδοσία του υπουργείου Υγείας, εκτός από τα πανεπιστημιακά και τα στρατιωτικά νοσοκομεία. Σε δεύτερο στάδιο θα προχωρούσε η συγχώνευση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών των δημόσιων ασφαλιστικών οργανισμών, με τη δημιουργία ενός νέου συστήματος Κέντρων Υγείας αστικού και μη αστικού τύπου. Τέλος, όλοι οι πόροι των κλάδων υγείας των δημόσιων ασφαλιστικών

οργανισμών θα συγκεντρώνονταν σε έναν φορέα ώστε να υπάρξει σταδιακή ενοποίηση των Ταμείων Υγείας. Παράλληλα θα ολοκληρώνονταν και οι διαδικασίες για την ένταξη των πανεπιστημιακών και των στρατιωτικών νοσοκομείων του ΕΣΥ. [7]

Σχετικά με την αντιμετώπιση των προβλημάτων της νοσοκομειακής περίθαλψης οι εισηγητές του νόμου διατύπωσαν ως στόχους την αύξηση των νοσοκομειακών κλινών από 32.247 που ήταν το 1982 σε 42.215 το 1988, την ισοκατανομή τους στην περιφέρεια και τη λειτουργική τους ανασυγκρότηση. Για τον σκοπό αυτόν θα πραγματοποιούταν πλήρης αναδιάρθρωση των κλινικών μέσα στα νοσοκομεία με τη δημιουργία νέων, την κατάργηση παλαιών και τον εκσυγχρονισμό των υπολοίπων κλινικών. Όλα τα καινούργια νοσοκομεία που θα δημιουργούνταν θα ήταν δημόσια και θα υπάγονταν στο ΕΣΥ. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ στο σύνολό τους θα χωρίζονταν σε γενικά και σε ειδικά.

Ο νόμος προέβλεπε επίσης την επαναπροκήρυξη όλων των ιατρικών θέσεων στα νοσοκομεία, σύμφωνα με τις ανάγκες της γενικότερης αναδιάρταξης. Οι γιατροί που θα προσλαμβάνονταν θα επιλέγονταν προηγουμένως από ειδικές επιτροπές κρίσης, θα υπάγονταν σε έναν από τους πέντε προβλεπόμενους τομείς (παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός, ψυχιατρικός και κοινωνικής ιατρικής) και θα ήταν πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. [7]

Μια άλλη σημαντική πλευρά του ιδρυτικού νόμου ήταν η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το πιο σημαντικό από αυτά ήταν η

προβλεπόμενη δημιουργία στα επόμενα πέντε χρόνια 400 Κέντρων Υγείας σε όλη τη χώρα. Σε πρώτη φάση ο νόμος προέβλεπε τη δημιουργία 180 μη αστικών Κέντρων Υγείας και σε δεύτερη φάση τη δημιουργία 220 αστικών. Ο προβλεπόμενος τύπος των Κέντρων Υγείας αντιστοιχούσε στις προδιαγραφές της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την κάλυψη των αναγκών θεραπείας, πρόληψης και ιατροκοινωνικής φροντίδας πληθυσμών 50.000 κατοίκων. Η ιατρική τους στελέχωση περιελάμβανε γιατρούς βασικών ειδικοτήτων (χειρουργούς, παθολόγους, παιδίατρους, γυναικολόγους, μικροβιολόγους), αλλά κυρίως βασιζόταν στην παραγωγή και στην κατάλληλη εκπαίδευση γενικών γιατρών. Επάρκεια θέσεων προβλεπόταν επίσης για νοσηλευτικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Εκτός από τα Κέντρα Υγείας, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο πλαίσιο του ΕΣΥ θα παρεχόταν επίσης από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα οποία θα βελτιώνονταν κτιριακά και λειτουργικά, καθώς και από τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες των ασφαλιστικών φορέων που θα συγχωνεύονταν σταδιακά. Στα προτεινόμενα μέτρα του νόμου του ΕΣΥ βασική καινοτομία αποτελούσε ο πλήρης διαχωρισμός του δημοσίου από τον ιδιωτικό τομέα και ο σταδιακός μαρasmus του ιδιωτικού τομέα, ως αποτέλεσμα της ανάπτυξης και του εκσυγχρονισμού του δημοσίου τομέα. Για τον σκοπό αυτόν ο νόμος απαγόρευε την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών και την επέκταση των υπαρχουσών. [7,8,9]

3.3 Ιδιωτικός και Δημόσιος τομέας Υγείας

Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Ανάπτυξης και Συνεργασίας, [10] η συνολική δαπάνη για υγεία στην Ελλάδα το 2005 ανήλθε στο 10,1% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ).

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Αυστραλία	8,2	8,3	8,3	8,4	8,8	8,9	9,1	9,2	9,5		
Αυστρία	9,8	10,0	10,2	10,2	10,0	10,0	10,1	10,2	10,3	10,2	
Βέλγιο	8,4	8,3	8,4	8,6	8,6	8,7	9,0	10,1	10,2	10,3	
Καναδάς	8,8	8,8	9,1	8,9	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,8	9,8
Τσεχία	6,7	6,7	6,6	6,6	6,5	6,7	7,1	7,4	7,3	7,2	
Δανία	8,2	8,2	8,3	8,5	8,3	8,6	8,8	9,1	9,2	9,1	
Φινλανδία	7,6	7,2	6,9	6,8	6,6	6,7	7,0	7,3	7,4	7,5	
Γαλλία	9,8	9,7	9,6	9,7	9,6	9,7	10,0	10,9	11,0	11,1	
Γερμανία	10,4	10,2	10,2	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	
Ελλάδα	7,4	7,3	7,3	7,5	9,3	9,8	9,7	10,0	9,6	10,1	
Ουγγαρία	7,0	6,8	7,1	7,2	6,9	7,2	7,6	8,3	8,1		
Ισλανδία	8,2	8,1	8,6	9,4	9,3	9,2	10,0	10,3	10,0	9,5	9,3
Ιρλανδία	6,5	6,4	6,2	6,3	6,3	7,0	7,2	7,3	7,5	7,5	
Ιταλία	7,4	7,7	7,7	7,8	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0
Ιαπωνία	7,0	7,0	7,3	7,5	7,7	7,9	8,0	8,1	8,0		
Κορέα	4,3	4,3	4,3	4,6	4,8	5,4	5,3	5,4	5,5	6,0	
Λουξεμβούργο	5,7	5,6	5,7	5,8	5,8	6,4	6,8	7,6	7,9	7,9	7,4
Μεξικό	5,1	5,3	5,4	5,6	5,6	6,0	6,2	6,3	6,5	6,4	
Ολλανδία	8,2	7,9	8,1	8,1	8,0	8,3	8,9	9,1	9,2		
Νέα Ζηλανδία	7,1	7,3	7,8	7,6	7,7	7,8	8,2	8,0	8,5	9,0	
Νορβηγία	7,8	8,4	9,3	9,3	8,4	8,8	9,8	10,0	9,7	9,1	8,7
Πολωνία	5,9	5,6	5,9	5,7	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	
Πορτογαλία	8,0	8,0	8,0	8,2	8,8	8,8	9,0	9,7	10,0	10,2	
Σλοβακία		5,7	5,6	5,7	5,5	5,5	5,6	5,9	7,2	7,1	
Ισπανία	7,5	7,3	7,3	7,3	7,2	7,2	7,3	7,8	8,1	8,3	
Σουηδία	8,3	8,1	8,3	8,4	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9,1	
Ελβετία	10,1	10,2	10,3	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	11,5	11,6	11,3
Τουρκία	3,9	4,2	4,8	6,4	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7	7,6	
Ηνωμένο Βασίλειο	7,0	6,8	6,9	7,1	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1	8,3	
ΗΠΑ	13,2	13,1	13,1	13,1	13,2	13,9	14,7	15,2	15,2	15,3	

Πίνακας 5 : Συνολική Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ. (Πηγή OECD Health Data 2007)

Η δημόσια δαπάνη για την υγεία την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται μεταξύ 5-5,5% του ΑΕΠ (με την ιδιωτική να ανέρχεται σταθερά στο 4,5% του ΑΕΠ).

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Αυστραλία	66,1	67,8	67,3	70,0	68,4	67,5	67,5	67,5	67,5		
Αυστρία	70,4	75,5	75,7	76,1	75,9	75,7	75,4	75,3	75,6	75,7	
Βέλγιο	79,5	76,8	76,3	76,1	76,0	76,6	75,2	71,6	73,1	72,3	
Καναδάς	70,9	70,3	70,7	70,0	70,4	70,0	69,6	70,2	70,2	70,3	70,4
Τσεχία	90,7	90,3	90,4	90,5	90,3	89,8	90,5	89,8	89,2	88,6	
Δανία	82,4	82,3	82,0	82,2	82,4	82,7	82,9	84,2	84,3	84,1	
Φινλανδία	75,8	76,1	76,3	75,3	75,1	75,9	76,3	76,2	77,2	77,8	
Γαλλία	78,4	78,6	78,6	78,4	78,3	78,3	78,6	79,4	79,4	79,8	
Γερμανία	82,2	80,8	80,1	79,8	79,7	79,3	79,2	78,7	76,9	76,9	
Ελλάδα	53,0	52,8	52,1	53,4	44,2	47,4	47,0	46,4	44,6	42,8	
Ουγγαρία	81,6	81,3	74,8	72,4	70,7	69,0	70,2	71,3	70,5		
Ισλανδία	83,3	82,1	81,2	83,1	82,0	81,9	82,7	82,5	82,4	82,5	83,1
Ιρλανδία	71,2	73,7	73,5	72,7	72,9	73,6	75,6	76,7	78,2	78,0	
Ιταλία	70,6	70,8	70,4	70,7	72,5	74,6	74,5	74,7	75,8	76,6	77,1
Ιαπωνία	82,8	81,5	80,8	81,1	81,3	81,7	81,5	81,5	81,7		
Κορέα	38,9	41,4	46,6	46,9	46,8	53,0	51,6	51,9	52,6	53,0	
Λουξεμβούργο	92,8	92,5	92,4	89,8	89,3	87,9	90,3	90,3	90,2	90,7	90,9
Μεξικό	41,4	44,7	46,0	47,8	46,6	44,9	43,9	44,1	46,4	45,5	
Ολλανδία	66,2	67,8	64,1	62,7	63,1	62,8	62,5				
Νέα Ζηλανδία	76,7	77,3	77,0	77,5	78,0	76,4	77,9	78,3	77,2	77,4	77,8
Νορβηγία	84,2	81,3	82,2	82,6	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,6	83,7
Πολωνία	73,4	72,0	65,4	71,1	70,0	71,9	71,2	69,9	68,6	69,3	
Πορτογαλία	65,3	65,7	67,1	67,6	72,5	71,5	72,2	73,3	72,0	72,3	
Σλοβακία		91,7	91,6	89,6	89,4	89,3	89,1	88,3	73,8	74,4	
Ισπανία	72,4	72,5	72,2	72,0	71,6	71,2	71,3	70,3	70,9	71,4	
Σουηδία	86,9	85,8	85,8	85,7	84,9	84,9	85,1	85,4	84,6	84,6	
Ελβετία	54,7	55,2	54,9	55,3	55,6	57,1	57,9	58,5	58,5	59,7	
Τουρκία	69,2	71,6	71,9	61,1	62,9	68,2	70,4	71,6	72,3	71,4	
Ηνωμένο Βασίλειο	82,9	80,4	80,4	80,6	80,9	83,0	83,4	85,6	86,3	87,1	
ΗΠΑ	45,4	45,1	44,0	43,5	43,7	44,6	44,7	44,5	44,7	45,1	

Πίνακας 6: Δημόσια Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) της Συνολικής Δαπάνης για Υγεία. (Πηγή OECD Health Data 2007)

Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας αντιστοιχεί στο 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15, τη στιγμή που ο μέσος όρος των 15 χωρών είναι μόλις 22,8%. Η απόκλιση αυτή υποδεικνύει τη δυναμική του κλάδου και υπογραμμίζει τα χρόνια προβλήματα λειτουργίας που παρουσιάζει το ΕΣΥ. [11,12,13,14,15,16] Αξιοσημείωτο είναι πως, παρ' όλο που στην Ελλάδα υπάρχει ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα μερίδια της ιδιωτικής και δημόσιας δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας πλησιάζουν τις αναλογίες που υπάρχουν σε ιδιωτικά συστήματα υγείας, όπως για παράδειγμα στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, στο οποίο η δαπάνη για υγεία κατανέμεται μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα με ποσοστά 55,1% και 44,9% αντίστοιχα (2002). [17]

Το συνολικό μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει διαχρονική άνοδο κατά την περίοδο 1997 - 2003, με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 12,8%. Το μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας κατά κατηγορία, αποτυπώνεται στον παρακάτω πίνακα :

Ιδιωτικός Τομέας	Μ.Ο Αύξησης (1997-2003)	Μερίδιο Αγοράς 2003
Κλινικές	1,2%	59,2%
Μαιευτήρια	11,8%	16,5%
Διαγνωστικά Κέντρα	8,8%	24,3%

Πίνακας 7: Μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας κατά κατηγορία. (Πηγή ICAP – Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας – Κλαδική Μελέτη, 2005)

Είναι χαρακτηριστικό ότι ενώ ο αριθμός των νοσοκομείων και των κλινών δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές την τριετία 1999-2001, ο ιδιωτικός τομέας αυξάνει συνεχώς το μέγεθός του. [17]

	1999	2000	2001
Αριθμός Νοσοκομείων και κλινικών	339	337	336
Δημόσια	140	140	139
Ιδιωτικά	195	192	191
Νομικά πρόσωπα Ιδ. Δικαίου	4	5	6
Αριθμός κλινών	51.404	51.500	52.276
Δημόσια	36.438	35.730	36.186
Ιδιωτικά	14.673	15.141	15.038
Νομικά πρόσωπα Ιδ. Δικαίου	293	629	1.052

Πίνακας 8: Αριθμός Νοσοκομείων και Κλινών ανά τομέα (Πηγή ICAP – Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας – Κλαδική Μελέτη, 2005)

Οι πρώτες μεγάλης κλίμακας ιδιωτικές επενδύσεις υλοποιήθηκαν ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 70, με την μαιευτική κλινική Μητέρα και το Διαγνωστικό Θεραπευτικό Κέντρο Υγεία, ενώ ακολούθησαν τα Εργαστήρια της Βιοϊατρικής, το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, η Euromedica και το ΙΑΣΩ. Από τα μέσα της δεκαετίας του 90 παρατηρείται έντονη αναπτυξιακή δράση από τα μεγαλύτερα επιχειρηματικά σχήματα, τα οποία γιγαντώνονται στο εσωτερικό μέσω εξαγορών αλλά και ανάπτυξης δικτύου στην πρωτεύουσα, τα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια. [16,18]

Με βάση μελέτη της Hellastat, ο συνολικός Κύκλος Εργασιών των εταιρειών παροχής υπηρεσιών υγείας εξακολούθησε να αυξάνεται με διψήφιο ρυθμό κατά το

2006. Συγκεκριμένα το 2006 ο Κύκλος Εργασιών των 338 εταιρειών που απαρτίζουν το δείγμα της μελέτης αυξήθηκαν σε €1.608,1εκ., αυξημένος κατά +17,3% συγκριτικά με το προηγούμενο έτος. Αναφέρεται ότι περίπου 2 στις 3 εταιρείες (63,6%) βελτίωσαν τον Κύκλο Εργασιών τους, διαμορφώνοντας τη μέση μεταβολή πωλήσεων του δείγματος στο 9,9%, επίπεδο που υπερβαίνει την αντίστοιχη μέση μεταβολή τριετίας κατά τρεις ποσοστιαίες μονάδες (6,8%). [16]

Στις αρχές της δεκαετίας του '80, ο επιχειρηματίας Γιώργος Αποστολόπουλος ίδρυσε το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, εισάγοντας στην εγχώρια αγορά το θεσμό της ιδιωτικής υγείας. Για πολλά χρόνια παρέμενε το μεγαλύτερο ιδιωτικό νοσοκομείο, προσελκύοντας σημαντικούς επιστήμονες. Το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, έχοντας ως συνεταιίρο και συνεργάτη τη γερμανική επιχείρηση Asklepios – εταιρεία η οποία έχει παγκόσμια δράση και εξειδικεύεται στην ιδιωτικοποίηση των δημοσίων νοσοκομείων, αλλά και την ανάπτυξη συνεργασιών και συνεργιών μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών θεραπευτηρίων, εξετάζει την περαιτέρω ανάπτυξη στον κλάδο. Αυτή περιλαμβάνει νέες επενδύσεις, όπως στον τομέα αποκατάστασης, αλλά και τη συμμετοχή του στη διεκδίκηση έργων ΣΔΙΤ. Εντός του 2007, ο όμιλος πρόκειται να προχωρήσει στη δημιουργία νέου διαγνωστικού κέντρου στη Ρουμανία, χώρα στην οποία έχει ήδη παρουσία μέσω τριών διαγνωστικών μονάδων. [18,19,20]

Ο Όμιλος Marfin τις πρώτες ημέρες του 2006 εξαγόρασε το 'Υγεία' και ακολούθησε το 'Μητέρα'. Στο τέλος του έτους, το 86% του «Λητώ» πέρασε στον έλεγχο του

«Μητέρα», ύστερα από πολύμηνες και έντονες διεργασίες. Η νεοδημιουργηθείσα συμμαχία ΜΗΤΕΡΑ-ΛΗΤΩ αντιπροσωπεύει πλέον πάνω από 16.000 τοκετούς ετησίως, περισσότερο δηλαδή από το 50% της συνολικής μαιευτικής δραστηριότητας στην Αττική, προσφέροντας παράλληλα και πλήρεις διαγνωστικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες γενικής και παιδιατρικής κλινικής σε δύο αυτόνομες υπερσύγχρονες κλινικές στην Αττική, συνολικής δυναμικότητας άνω των 500 κλινών. Η συνύπαρξη των δύο μαιευτηρίων, αποτυπώθηκε και στα ενοποιημένα οικονομικά μεγέθη τους, καθώς ο κύκλος εργασιών ανήλθε στα 47,7 εκατ. ευρώ, ενώ τα κέρδη προ φόρων άγγιξαν τα 12 εκατ. ευρώ. Η μετοχική σύνθεση του Υγεία διαμορφώνεται σήμερα ως εξής: βασικοί μέτοχοι η Marfin Capital με 26,61% και Αρβανίτου Ιωάννα με 14,56%. Την επέκτασή του στις αγορές της ΝΑ Ευρώπης και των Αραβικών Εμιράτων σχεδιάζει και ο όμιλος Marfin σε συνεργασία με την Dubai Financial. Ο Όμιλος επιχείρησε μια προσπάθεια ΣΔΙΤ ύψους 100 εκατ. ευρώ που αφορούσε το Ασκληπιείο Βούλας και το Υγεία, εγχείρημα που όμως δεν στέφθηκε με επιτυχία. Σήμερα, αναπτύσσεται στον τομέα των διαγνωστικών κέντρων αλλά και στο εξωτερικό, ξεκινώντας από την Αλβανία και έχοντας βάλει στόχο την αγορά της Κεντρικής Ευρώπης. [18,19]

Το ΙΑΣΩ, ένα εισηγμένο μαιευτήριο, χαρακτηρίζεται από το πολυμετοχικό χαρακτήρα του καθώς κανείς μέτοχος του ΙΑΣΩ δεν έχει άμεσα ποσοστό μεγαλύτερο του 5% του μετοχικού του κεφαλαίου, γεγονός που το καθιστά το νοσοκομείο των ιατρών. Το ΙΑΣΩ εφαρμόζει πολιτική αυτόνομης ανάπτυξης, με σαφές το ενδιαφέρον για ευκαιρίες εξαγορών άλλων μονάδων του κλάδου. Το μαιευτήριο ήδη ξεκίνησε την επέκτασή του στη Θεσσαλία, ιδρύοντας το επίσης

πολυμετοχικό ΙΑΣΩ Θεσσαλίας, που θα είναι μία γενική κλινική που περιέχει και μαιευτικό τομέα. Η επέκτασή του επίσης στα Ν. Προάστια αποτελεί βασικό στόχο. Πρόσφατα η Euromedica απέκτησε το 10% του μαιευτηρίου, μέσω του Χρηματιστηρίου, αποτελώντας πλέον τον μεγαλύτερο μέτοχο του ΙΑΣΩ. [18,19]

Η Euromedica επιδιώκει την ενίσχυση της θέσης της στο εγχώριο περιβάλλον της ιδιωτικής υγείας. Αν πραγματοποιηθεί η αύξηση σχεδιάζει τη δημιουργία νοσοκομείου στην Αθήνα, ενώ το 2008 αναμένεται να λειτουργήσει το κέντρο αποκατάστασης-spa που βρίσκεται στην περιοχή Νυμφαίου Φλώρινας, στοχεύοντας στην είσοδο της στον θεραπευτικό τουρισμό. Στα σχέδια της εταιρείας είναι επίσης και η συγχώνευση των κλινικών που διαθέτει στην επαρχία. [18,19]

Το Metropolitan με έδρα το Ν. Φάληρο, έχει σημαντικό μερίδιο στην Νότια Αττική. Πρόσφατα ξεκίνησε η θυγατρική ογκολογική κλινική με δυναμικότητα περί τις 85 - 90 κλίνες η οποία αποτελεί αυτοχρηματοδοτούμενη επένδυση, ύψους 30 εκατ. ευρώ. Επιπλέον σχεδιάζει την επέκτασή της με 120 ακόμη κλίνες, πραγματοποιώντας για το λόγο αυτό αύξηση κεφαλαίου 20 εκατ. Ευρώ. Η αγορά των Βαλκανίων θεωρείται ως εκείνο το πεδίο στο οποίο θα επιδιωχθεί η περαιτέρω ανάπτυξη του Metropolitan, συνεκτιμώντας πάντα το ρίσκο για την υλοποίηση επενδύσεων στις συγκεκριμένες αγορές. [18,19]

Η Ευρωκλινική βρίσκεται σε φάση ανάπτυξης με συνεχείς επενδύσεις στον εκσυγχρονισμό του ιατρικού εξοπλισμού αλλά και νέες κλίνες. Τον Μάρτιο του

2008 και με την ολοκλήρωση ενός επενδυτικού προγράμματος 5,35 εκατ. ευρώ η Ευρωκλινική Αθηνών θα έχει 22 νέες κλίνες εκ των οποίων οι περισσότερες θα είναι μονές. Αντίστοιχα, η Ευρωκλινική Παίδων και η Αθηναϊκή Κλινική κινούνται σε ανοδική και κερδοφόρα τροχιά. Το πλάνο ανάπτυξης της Αθηναϊκής Κλινικής, με προβλεπόμενο συνολικό κόστος επένδυσης 9,5 εκατομμύρια ευρώ, αφορά νέο ιατρικό εξοπλισμό και επέκταση κτιριακών εγκαταστάσεων οι οποίες θα έχουν ολοκληρωθεί μέσα στο 2010. [18,19]

Το Ερασίνειο Ογκολογικό Νοσοκομείο, το οποίο βρίσκεται επί της Λεωφόρου Βάρης - Κορωπίου σε έκταση 50.000 τ.μ., αποτελεί επιχειρηματική και επιστημονική πρωτοβουλία καταξιωμένων Ελλήνων Ιατρών, ύψους 90 εκατ. Ευρώ. Εξειδικεύεται στη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση των νεοπλασματικών ασθενειών, κινούμενο στις προδιαγραφές των μεγαλύτερων αντίστοιχων Νοσοκομείων της Ευρώπης και της Αμερικής. Αναμένεται να λειτουργήσει εντός του 2009, αναπτύσσοντας σε πρώτη φάση 210 κλίνες, ενώ σε πλήρη λειτουργία θα ξεπεράσει τις 300 κλίνες. [18,19]

Η Κεντρική Κλινική Αθηνών διεκδικώντας μερίδιο στην ιδιωτική υγεία, δίνει έμφαση στο επίπεδο της ποιότητας και στην αναδιοργάνωση και βελτίωση των υπηρεσιών με μελλοντικό στόχο την πιστοποίηση όλων των τμημάτων & υπηρεσιών κατά ISO. Ακόμη εφαρμόζει σύγχρονες και αποτελεσματικές μεθόδους διοίκησης με τη χρήση εφαρμογών σύγχρονης πληροφορικής. Η αναβάθμιση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και η καλύτερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων της υπάρχουσας Κλινικής εστιάζουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής στάθμης

με προσιτό κόστος σε όλους. Στην κατεύθυνση αυτή το νέο επιχειρηματικό σχέδιο business plan της πενταετίας 2007-2011 είναι ύψους 45.000.000 ευρώ. [18,19]

Από το σύνολο του υγειονομικού τομέα, ο κλάδος των μαιευτικών-γυναικολογικών θεραπευτηρίων εμφανίζεται ως ο πιο ιδιωτικοποιημένος κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών. Οι συγκεκριμένες επιχειρήσεις, χαρακτηρίζονται από υψηλά ποσοστά κερδοφορίας σε σχέση με τον ευρύτερο κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι, το μέσο περιθώριο μικτού κέρδους των 10 μεγαλύτερων μαιευτηρίων (εκ των οποίων οι μεγαλύτερες καλύπτουν το 90% του συνολικού τζίρου του κλάδου) για την περίοδο 2001-2005 ανήλθε στο 16,1%. Αρκετά πιο υψηλά είναι τα περιθώρια μικτού κέρδους που απολαμβάνουν οι ηγέτες του κλάδου «Ιασώ» (33,6%), «Μητέρα» (26,1%) και «Λητώ» (22,2%). [18,19]

Οι προσπάθειες συγχώνευσης και εξαγορών και η κινητικότητα στον χώρο της ιδιωτικής Υγείας αναμένεται να συνεχιστούν με τα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία να βρίσκονται στο επίκεντρο και οι μικρές κλινικές να λειτουργούν στο περιθώριό τους. Τα μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα επιχειρούν να λάβουν προνομιακή θέση έναντι των ανταγωνιστών τους σε επίπεδο α) γεωγραφικής κάλυψης (επέκταση δικτύου εκτός Αττικής ή και εκτός συνόρων), β) διεύρυνσης χαρτοφυλακίου υπηρεσιών γ) τεχνολογικής και επιστημονικής εξέλιξης και δ) απόκτησης της αναγκαίας τεχνογνωσίας και προσόντων για την διεκδίκηση των έργων ΣΔΙΤ. [16]

3.4 Παράγοντες για τη διασφάλιση της επιτυχίας των ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας

Οι ΣΔΙΤ μπορούν να είναι ευεργετικές για τον τομέα της υγείας όταν είναι σφαιρικά τεκμηριωμένες, προετοιμάζονται, εφαρμόζονται και ελέγχονται καλά, καθώς και εφόσον είναι χρονικά κατάλληλες και έγκαιρες. [21] Μερικοί σημαντικοί παράγοντες επιτυχίας σχημάτων ΣΔΙΤ παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα :

Πίνακας 9 : Παράγοντες επιτυχίας σχημάτων ΣΔΙΤ (Πηγή : Nikolic Irina A. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2006)

Προετοιμασία	Υλοποίηση	Παρακολούθηση και Προσαρμογή
Εξασφάλιση επαρκούς νομικής και φορολογικής ικανότητας (carability)	Επιλογή συνεργάτη	Εξασφάλιση συνεχιζόμενου ελέγχου σύμφωνα με τα προσυμφωνηθέντα κριτήρια και τους στόχους
Αξιολόγηση της κατάστασης με βάση τα γεγονότα ώστε να εξασφαλίζεται η χρησιμότητα (utility) του προτεινόμενου προγράμματος έναντι των εναλλακτικών λύσεων (π.χ., Δημόσια Συγκριτική Αξιολόγηση - Public comparator model)	Νομικός και λογιστικός έλεγχος και προσαρμογή της σύμβασης ανάλογα (π.χ., αξιοπιστία και διάρκεια της διαδικασίας, άρθρο διαιτησίας)	Εσωτερικός έλεγχος (υπό την διεύθυνση του δημοσίου εταίρου με επιτόπου παρακολούθηση και Εξωτερικός έλεγχο (υπό την εποπτεία εξωτερικής αρχής, π.χ. αρχές πιστοποίησης, λογιστικός έλεγχος)
Δημιουργία μιας ειδικής ομάδας εργασίας, συμβουλευτικής επιτροπής, ή/και ενός γραφείου διαχείρισης του προγράμματος κοντά στην αρχή λήψης αποφάσεων (π.χ., Υπουργείο Υγείας, Υπουργείο Οικονομικών)	Ανάπτυξη λεπτομερών προτύπων ποιότητας και απόδοσης και ανάπτυξη αναλυτικών στόχων	Ρύθμιση των στοιχείων του προγράμματος, συμπεριλαμβάνοντας το στοιχείο της παρακολούθησης και ελέγχου με βάση την προηγούμενη εμπειρία και σε συνεργασία με όλους τους συνεργάτες και τους βασικούς συμμετέχοντες
Προσδιορισμός και επισκόπηση των επιλογών σε σχέση με ένα σαφές σύνολο προκαθορισμένων στόχων του προγράμματος και των προτύπων ποιότητας	Εξασφάλιση συνεχούς συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ όλων των βασικών συμμετεχόντων στο έργο	Ενσωμάτωση της υπάρχουσας εμπειρίας στη ΣΔΙΤ
Αξιολόγηση των κινδύνων και ανάπτυξη ενός σχεδίου μετριασμού τους	Υλοποίηση διαχείρισης αλλαγών και στρατηγικής επικοινωνίας	
Προετοιμασία μιας διαφανούς και αποτελεσματικής διαδικασίας προσφορών	Πιλοτική εφαρμογή του έργου, όποτε είναι δυνατόν, προκειμένου να είναι εφικτές και έγκαιρες οι απαιτούμενες ρυθμίσεις	
Οργάνωση ενός αποτελεσματικού πλαισίου ελέγχου και αξιολόγησης		

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια επιτυχή ΣΔΙΤ είναι η συμφωνία εκ των προτέρων μεταξύ των συνεργατών για τους στόχους, την περιγραφή των επιμέρους ρόλων, την κατανομή των ευθυνών και κινδύνων, και άλλα στοιχεία συναλλαγής (π.χ., ποιο πάγιο αλλάζει χέρια στο πλαίσιο ποιων διατάξεων). Στο πλαίσιο αυτό, η ποιότητα των συμβάσεων μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών συνεργατών και, σε μερικές περιπτώσεις, μεταξύ των συνεργατών και των τρίτων (π.χ., ποιοι είναι οι ρόλοι και οι ευθύνες των συνεργατών, ποιες είναι οι ρυθμίσεις για την παροχή των εν λόγω υπηρεσιών βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα) είναι κρίσιμη για την επιτυχία μιας ΣΔΙΤ. Μερικά παραδείγματα των σημαντικών στοιχείων συμβάσεων είναι τα ακόλουθα : [21]

Πίνακας 10: Σημαντικά στοιχεία συμβάσεων (Πηγή : The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2006)

<ul style="list-style-type: none"> □ Καθορισμός των σταδίων του έργου <ul style="list-style-type: none"> • κατασκευή • λειτουργία • μεταφορά 	<ul style="list-style-type: none"> □ Χρηματοδότηση (Ίδια κεφάλαια, Δάνεια, Εγγυήσεις) 	<ul style="list-style-type: none"> □ Δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας
<ul style="list-style-type: none"> □ Χρονικό πρόγραμμα, κύρια σημεία –ορόσημα (milestones) 	<ul style="list-style-type: none"> □ Ρυθμιστικοί Μηχανισμοί <ul style="list-style-type: none"> • Ωθήσεις - ‘Σκανδάλες’ ενεργοποίησης (Triggers) • Αυτόματες ρυθμίσεις • Καταστατικό για τις διαπραγματεύσεις 	<ul style="list-style-type: none"> □ Διάρκεια και λήξη
<ul style="list-style-type: none"> □ Προδιαγραφές των υπηρεσιών <ul style="list-style-type: none"> • επίπεδο • ποιότητα 	<ul style="list-style-type: none"> □ Καταστατικό για περιοδική πληροφόρηση και λογιστικούς ελέγχους 	<ul style="list-style-type: none"> □ Στρατηγικές εξόδου (exit strategies) <ul style="list-style-type: none"> • ωθήσεις • αποζημίωση • ρήτρα διαχωρισμού (severability clause)
<ul style="list-style-type: none"> □ Αποζημιώσεις <ul style="list-style-type: none"> • σταθερή αποζημίωση • μεταβλητή αποζημίωση (π.χ. δαπάνες, αμοιβή διαχείρισης (management fee), επίδομα απόδοσης (performance bonus), αμοιβή από τους χρήστες) 	<ul style="list-style-type: none"> □ Οργάνωση <ul style="list-style-type: none"> • Επιτροπή/συμβουλευτική επιτροπή • Διαχείριση του έργου (project management) • Δικαιώματα και υποχρεώσεις • Συχνότητα συνεδριάσεων 	<ul style="list-style-type: none"> □ Εφαρμόσιμος νόμος και ρύθμιση αξιώσεων <ul style="list-style-type: none"> • Αμεροληψία • Δικαιοδοσία (Jurisdiction) • Διαιτησία

Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες σε μια ΣΔΙΤ πρέπει να φέρουν την απαραίτητη τεχνογνωσία και την εμπειρία στη διαδικασία της εργολαβίας. Οι συμβάσεις και όλες οι άλλες ρυθμίσεις πρέπει να βασίζονται σε δίκαιες και διαφανείς συζητήσεις, να καλύπτουν όλες τις πτυχές και τα στάδια του προγράμματος, να αξιολογούν πλήρως τις δαπάνες και τα κέρδη, συμπεριλαμβανομένης της καταλληλότητας της χρήσης του αντικειμένου της ΣΔΙΤ, να καταναίμουν τους κινδύνους και τις ανταμοιβές, και να επιτρέπουν τον συνεχιζόμενο έλεγχο της ποιότητας και της απόδοσης, καθώς επίσης και την ευελιξία για τις απαραίτητες ρυθμίσεις ανάλογα με την περίπτωση.

Στην πράξη, οι επιλογές για την χρήση των ΣΔΙΤ διαφέρουν σημαντικά μεταξύ της εργολαβίας για τις εγκαταστάσεις και τις υπηρεσίες νοσοκομείων, και της εργολαβίας για τις βοηθητικές υπηρεσίες (π.χ. υπηρεσία εστίασης). Οι πρώτες τείνουν να είναι πολύ πιο σύνθετες από τις τελευταίες και να περιλαμβάνουν ένα ευδιάκριτο σύνολο δραστην (π.χ., βασικά υπουργεία ή πληρωτές (payors) για τις εγκαταστάσεις και τις υπηρεσίες νοσοκομείων έναντι της διαχείρισης νοσοκομείων για τις βοηθητικές υπηρεσίες). Υπό αυτήν τη μορφή, η εργολαβία για τις εγκαταστάσεις νοσοκομείων και τις υπηρεσίες παρουσιάζει συχνά τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τους δημόσιους συνεργάτες από άλλες μορφές ΣΔΙΤ, και κατά συνέπεια, μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι βασικές εκτιμήσεις και επιλογές για την ιδιωτική συμμετοχή στις εγκαταστάσεις και τις υπηρεσίες νοσοκομείων.

Οι ΣΔΙΤ για την ιδιωτική συμμετοχή στα νοσοκομεία λαμβάνουν πολλές διαφορετικές μορφές ανάλογα με τις προσδιορισμένες ανάγκες και τους στόχους,

τις πολιτικές προτεραιότητες του τομέα υγείας και την ικανότητα να ελεγχθεί η πρόσβαση και η ποιότητα της φροντίδας, τη διαθεσιμότητα και την ανάγκη για άλλους πόρους, καθώς επίσης και άλλα βασικά στοιχεία του δημόσιου τομέα (π.χ., κανονισμοί, δημόσια συναίνεση). Μόλις καθοριστεί η καταλληλότητα της ιδιωτικής συμμετοχής με έναν αντικειμενικό τρόπο, ο δημόσιος φορέας μπορεί να επιλέξει τον καλύτερο τρόπο για να προχωρήσει από ένα ευρύ σύνολο προσεγγίσεων (π.χ., πιλοτικό έναντι του ευρύτερου προγράμματος, κερδοσκοπικό έναντι μη κερδοσκοπικού, συγκεκριμένης υπηρεσίας έναντι συσσωρευμένων υπηρεσιών, μίγμα ασθενών έναντι μόνο ιδιωτικών ή μόνο δημόσιων ασθενών) και άλλων διαθέσιμων επιλογών για μια τέτοια συνεργασία. Ο παρακάτω πίνακας επεξηγεί μερικά παραδείγματα των διαθέσιμων επιλογών. [21,22]

Πίνακας 11 : Διαθέσιμες επιλογές συνεργασίας Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα (Πηγή Taylor, R., Blair, S., 2002)

Επιλογή	Ευθύνη ιδιωτικού τομέα	Ευθύνη δημόσιου τομέα
Παράθεση ιδιωτικής λειτουργίας μέσα ή παρακείμενα σε ένα δημόσιο νοσοκομείο	Ενεργοποιεί την υποδομή/πτέρυγα συμπεριλαμβανομένων της στέγασης ή/και των κλινικών υπηρεσιών	Διαχειρίζεται το δημόσιο νοσοκομείο και κάνει συμβάσεις με τον ιδιωτικό φορέα για καταμερισμένα κόστη, προσωπικό, και εξοπλισμό
Ανάθεση κλινικών υποστηρικτικών υπηρεσιών σε εξωτερικό φορέα (outsourcing).	Παρέχει τις κλινικές υπηρεσίες υποστήριξης (π.χ., Ακτινολογικό, εργαστήρια)	Διαχειρίζεται το νοσοκομείο και παρέχει κλινικές υπηρεσίες
Ανάθεση του πυρήνα και των εξειδικευμένων κλινικών υπηρεσιών σε εξωτερικό φορέα (outsourcing).	Παρέχει τις κύριες (core) ή ειδικευμένες κλινικές υπηρεσίες (π.χ., ακτινολογία, εργαστήριο)	Διαχειρίζεται το νοσοκομείο και παρέχει άλλες κλινικές υπηρεσίες

Επιλογή	Ευθύνη ιδιωτικού τομέα	Ευθύνη δημόσιου τομέα
Ιδιωτική διαχείριση ενός δημόσιου νοσοκομείου	Διαχειρίζεται το δημόσιο νοσοκομείο με σύμβαση με την κυβέρνηση ή το δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο, παρέχει και μη κλινικές υπηρεσίες. Είναι πιθανόν επίσης να έχει την αρμοδιότητα απασχόλησης του προσωπικού ή για νέες κεφαλαιουχικές επενδύσεις	Πραγματοποιεί συμβάσεις με τον ιδιωτικό φορέα για την παροχή δημόσιων νοσηλευτικών υπηρεσιών, πληρώνει για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και ελέγχει και ρυθμίζει τη συμμόρφωση υπηρεσιών και συμβάσεων
Ιδιωτική χρηματοδότηση, κατασκευή, και αντίστροφη χρηματοδοτική μίσθωση (leaseback) ενός νέου νοσοκομείου	Χρηματοδοτεί, κατασκευάζει και έχει την κυριότητα του νέου δημόσιου νοσοκομείου και το μισθώνει (lease) στην κυβέρνηση	Διαχειρίζεται το νοσοκομείο και κάνει συγχρονισμένες πληρωμές μισθώσεων
Ιδιωτική χρηματοδότηση, κατασκευή, και λειτουργία ενός νέου νοσοκομείου	Χρηματοδοτεί, κατασκευάζει και έχει την λειτουργία του νέου δημόσιου νοσοκομείου και παρέχει κλινικές υπηρεσίες	Επιστρέφει στο χειριστή τις δαπάνες κεφαλαίου και τις επαναλαμβανόμενες δαπάνες για τις παρεχόμενες υπηρεσίες
Πώληση του δημόσιου νοσοκομείου ως μιας επιχείρησης σε λειτουργία	Αγοράζει την εγκατάσταση και συνεχίζει να τη λειτουργεί ως δημόσιο νοσοκομείο με σύμβαση	Πληρώνει το χειριστή για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες νοσοκομείων και ελέγχει και ρυθμίζει τη συμμόρφωση υπηρεσιών και συμβάσεων
Πώληση του δημόσιου νοσοκομείου για εναλλακτική χρήση	Αγοράζει την εγκατάσταση και τη μετατρέπει σε μια εναλλακτική χρήση σύμφωνα με τη σύμβαση	Ελέγχει τη μετατροπή ώστε να εξασφαλίζεται η συμμόρφωση με τους όρους της σύμβασης

Μόλις καθοριστούν αυτές οι επιλογές, θα πρέπει να αποτελέσουν τα δομικά συστατικά ενός σύνθετου και απαιτητικού συμφωνητικού σύμβασης, το οποίο θα πρέπει να είναι σε θέση να καλύψει ένα σύνολο πιθανών και επιθυμητών εκβάσεων και να ενσωματώσει τα κατάλληλα κίνητρα για να τις επιτύχει.

3.5 ΣΔΙΤ μέσα από την ανάπτυξη νοσοκομείων: Μαθήματα από τη Βρετανική ‘Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης’

Από το 1994, η Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης– Project Finance Initiative (PFI) της βρετανικής κυβέρνησης έχει απαιτήσει από όλες τις υπηρεσίες του δημόσιου τομέα που επιδιώκουν κεφαλαιουχικές επενδύσεις, να τις επιδιώξουν και να τις επιτύχουν μέσω της συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα. [23,24] Αυτή η πολιτική ισχύει και για το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Η συνεργασία λαμβάνει τη μορφή μιας μακροπρόθεσμης σύμβασης, χαρακτηριστικά 30 ετών, με μια ιδιωτική κοινοπραξία για να σχεδιάσει, κατασκευάσει, χρηματοδοτήσει και λειτουργήσει ένα νοσοκομείο ή μια άλλη εγκατάσταση για το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Πριν από το 1994, η άμεση χρηματοδότηση από τον ιδιωτικό τομέα των επενδύσεων στις δημόσιες εγκαταστάσεις ήταν αμελητέα. Οι κανόνες αποτίμησης των επενδυτικών προτάσεων του Υπουργείου Οικονομικών είχαν καταστήσει σχεδόν αδύνατο ένα ιδιωτικά χρηματοδοτημένο σχέδιο να είναι οικονομικώς πιο αποδοτικό από μια εναλλακτική λύση, χρηματοδοτημένη από το Υπουργείο Οικονομικών. Αλλά μια πολιτική αλλαγή αντέστρεψε αυτή την κατάσταση, έτσι ώστε σήμερα η κυβερνητική θέση είναι ότι σημαντικές επενδύσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας θα χρηματοδοτούνται από τον ιδιωτικό τομέα, εκτός αν υπάρχουν ισχυροί λόγοι για το αντίθετο. [23,24,25,26,27]

Αν και η Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI εισήχθη από μια συντηρητική κυβέρνηση, συνεχίστηκε και ακολουθήθηκε ενθουσιωδώς από τους Εργατικούς. Το πρώτο νοσοκομείο PFI άνοιξε στους ασθενείς στα μέσα του 2000.

Από τον Ιούλιο του 1997, όταν υπογράφηκε η πρώτη σύμβαση νοσοκομείων PFI, το 85% των κεφαλαίων για σημαντικά έργα κεφαλαιουχικών επενδύσεων του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχει προέλθει από τον ιδιωτικό τομέα και μόνο το 15% από τη βρετανική κυβέρνηση. Πριν από το 1997, ουσιαστικά το 100% των επενδύσεων του Εθνικού Συστήματος Υγείας χρηματοδοτήθηκε με τον κυβερνητικό δανεισμό. Τα συνεχιζόμενα μεγάλα ποσά δημόσιων χρηματοδοτήσεων αφιερώνονται κατά ένα μεγάλο μέρος στα μικρά σχήματα, συμπεριλαμβανομένων των επισκευών και της συντήρησης. Η χρηματοδότηση PFI επικεντρώνεται στις μεγαλύτερες επενδύσεις νέων κατασκευών (παρά αποκαταστάσεων ή ανακαινίσεων). [23,24]

Πολιτικοί, δημόσιοι λειτουργοί καθώς και διοικητικοί διευθυντές του δημόσιου τομέα έχουν προσπαθήσει πολύ για την στήριξη της Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI. Αν και εφαρμόζεται επίσης στην κατασκευή σχολείων, δρόμων, γεφυρών, φυλακών, κυβερνητικών γραφείων και πολλών άλλων δραστηριοτήτων δημόσιου τομέα, η πολιτική PFI, στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχει αποδειχθεί η πιο αμφισβητούμενη. Η αξιολόγηση και η συζήτηση της πολιτικής αυτής έχουν τείνει να γίνουν υπεραπλουστευμένες και πολωμένες στα στρατόπεδα των «υπέρ» και «κατά» επιχειρημάτων. Προκειμένου να επιτευχθεί μια ισορροπημένη αξιολόγηση των κύριων στοιχείων, θετικών και αρνητικών, από την εμπειρία PFI στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας, θα πρέπει να επισημανθούν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του : [23,24,28]

1. Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) χρηματοδοτείται κατά ένα πολύ

μεγάλο μέρος από φόρους. Ενενήντα οκτώ τοις εκατό του λειτουργικού κόστους και των δαπανών αποσβέσεων και επιτοκίου το 1999 καλύφθηκαν από τη γενική φορολογία και μόλις 2% από τις χρεώσεις στους ασθενείς (κυρίως για συνταγογραφήσεις και οδοντιατρική φροντίδα).

2. Οι δαπάνες του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) στο σύνολό τους υπόκεινται σε ένα ετήσιο όριο προϋπολογισμού, το οποίο είναι αυστηρά επιβεβλημένο. Υπερβάσεις δαπανών στο σύνολο στο τέλος κάθε οικονομικού έτους δεν ξεπερνά το 1% του συνολικού προϋπολογισμού. Στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας τα νοσοκομεία δεν μπορούν να χρεοκοπήσουν και η κυβέρνηση είναι τελικά αρμόδια για την πληρωμή των χρεών ενός νοσοκομείου.
3. Υπάρχει ένα ακόμη όριο, το οποίο εξίσου επιβάλλεται αυστηρά, στο ποσό των επενδύσεων που μπορούν να χρηματοδοτηθούν από το δημόσιο Εθνικό Σύστημα Υγείας - NHS κάθε έτος. Αλλά αυτό δεν ισχύει εάν η επένδυση χρηματοδοτείται με δανεισμό από τον ιδιωτικό τομέα με τη μορφή PFI. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ένα ισχυρό κίνητρο για τους διοικητές των νοσοκομείων να επιδιώξουν αυτή την μορφή χρηματοδότησης για τις προγραμματισμένες επενδύσεις τους, ανεξάρτητα από την οικονομική αποτελεσματικότητα έναντι μιας εναλλακτικής λύσης, χρηματοδοτημένης με δημόσιους πόρους.
4. Στις τιμές χρέωσης, τα νοσοκομεία NHS θα πρέπει να ανακτήσουν το κόστος απόσβεσης (depreciation costs) του κεφαλαίου συν έξι τοις εκατό δαπάνη μερισμάτων (dividend charge) στην τρέχουσα αποσβεννυμένη αξία των παγίων που έχουν χρηματοδοτηθεί με δημόσιους πόρους. Πρέπει

επίσης να πληρώσουν το κόστος εξυπηρέτησεως δανειακού κεφαλαίου (capital servicing costs) που είναι μέρος οποιασδήποτε PFI σύμβασης. Κατά συνέπεια, κόστος εξυπηρέτησεως δανειακού κεφαλαίου θα πρέπει να καλυφθεί όποια και αν είναι η πηγή δανεισμού.

5. Αν και οι υπηρεσίες νοσοκομείων αποτελούν περισσότερο υπηρεσίες έντασης εργασίας παρά κεφαλαίου, η κλίμακα των παγίων που εμπλέκονται στο Βρετανικό νοσοκομειακό τομέα καθώς και η σπουδαιότητά τους είναι μεγάλες. Το προσωπικό αποτελεί το 61% του λειτουργικού κόστους ενώ η απόσβεση και οι δαπάνες αποπληρωμής τόκων είναι μόλις 8%. Αλλά το τρέχον κόστος αντικατάστασης των παγίων στο Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) είναι πάνω από £70 δισεκατομμύρια. Επομένως οι αποφάσεις επένδυσης νοσοκομείων, και οι οποιοσδήποτε σχετικές περατώσεις νοσοκομείων, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα πολιτικά γεγονότα.
6. Οι κύριες δαπάνες στο NHS, σε γενικές γραμμές, προγραμματίζονται λαμβάνοντας υπόψη τη γεωγραφική διανομή των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης, και της κλίμακας, τύπου και κατάστασης των υπάρχουσών νοσοκομειακών υποδομών. Η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης παραμένει ισχυρή, φροντίζοντας να μην ευνοήσει αδικαιολόγητα οποιοδήποτε μέρος της χώρας. Οι αποφάσεις για την οικοδόμηση σημαντικών νοσοκομειακών έργων παραμένουν στα χέρια των κυβερνητικών υπουργών και των δημοσίων υπαλλήλων τους, ανεξάρτητα από εάν η επένδυση χρηματοδοτείται με το δανεισμό από την κυβέρνηση ή από ιδιωτικές τράπεζες και αγορές κεφαλαίου.

Για τις κεφαλαιουχικές επενδύσεις του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) που χρηματοδοτούνται με το δανεισμό από την κυβέρνηση, η μελέτη και η κατασκευή αναλαμβάνονται από τους ιδιώτες αναδόχους, που επιλέγονται με βάση την ανταγωνιστικότερη προσφορά. Η επακόλουθη παροχή μη-κλινικών υπηρεσιών, απαραίτητων για τη λειτουργία του νοσοκομείου (όλες οι υπηρεσίες εκτός από εκείνες που παρέχονται από το ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό ή από τα παραϊατρικά επαγγέλματα) υπόκεινται στην ανταγωνιστική προσφορά. Οι συμβάσεις μπορούν σε αυτήν την περίπτωση να είναι σύντομης διάρκειας (π.χ. τρία έτη). Μπορούν επίσης να υπάρξουν πολυάριθμοι ξεχωριστοί ανάδοχοι ή προσωπικό που παρέχουν τις διαφορετικές υπηρεσίες και δεν υπάρχει καμία απαραίτητη σύνδεση μεταξύ οποιωνδήποτε από αυτούς τους αναδόχους και των ιδιωτικών εταιρειών που σχεδίασαν και έχτισαν το νοσοκομείο. Οι κύριες δαπάνες πληρώνονται καθώς υφίστανται. Οι βασικές διαφορές αυτής της προσέγγισης από τη μορφή PFI στην κεφαλαιουχική επένδυση είναι ότι:

- ο σχεδιασμός, η κατασκευή και η λειτουργία του νοσοκομείου αναλαμβάνεται όλες από μια ενιαία ιδιωτική κοινοπραξία, μια εταιρεία ειδικού σκοπού
- η σύμβαση PFI είναι πολύ μακροπρόθεσμη, συνήθως 30 ετών ή περισσότερο
- η κοινοπραξία δανείζεται το κεφάλαιο για να χρηματοδοτήσει ιδιωτικά την αρχική κατασκευή του νοσοκομείου

Κατά συνέπεια, τα σχέδια PFI είναι συμπράξεις της μορφής «Σχεδιασμός - Κατασκευή - Χρηματοδότηση - Λειτουργία (DBFO - Design - Build - Finance-Operate).

3.5.1 Κέρδη και δαπάνες: Θεωρία και στοιχεία

Πολλοί διοικητές στο Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS), οι σύμβουλοί τους (από τον ιδιωτικό τομέα) και οι δημόσιοι υπάλληλοι θα αναγνωρίσουν εύκολα, ανεπίσημα, ότι τα συμβατικά χρηματοδοτημένα έργα είναι οικονομικώς πιο αποδοτικά από τις εναλλακτικές λύσεις PFI. Αλλά είναι λιγότερο διαθέσιμα στο κοινό. Έχουν πληροφορηθεί, για πολλά χρόνια, ότι εάν δεν υπάρξει μια προσφορά του ιδιωτικού τομέα προκειμένου να παρέχει την ανάπτυξη των νοσοκομείων τους, κατόπιν είτε θα πρέπει να συνεχίσουν χωρίς αυτήν, ή να περιμένουν πολύ περισσότερο, είτε να αρκестούν μόνο σε ένα μέρος της επιθυμητής επένδυσης. [23]

Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν αρκετές δυσκολίες για την αποτίμηση των οφελών και των ζημιών από την εφαρμογή του PFI στο NHS καθώς δεν είναι εύκολο πάντοτε να προσδιοριστεί το κόστος του κεφαλαίου μέσα στις προσφορές των κοινοπραξιών PFI, τα αληθινά μεγέθη και πιθανότητες των κινδύνων που περιλαμβάνονται σε οποιοδήποτε πρόγραμμα και οι δαπάνες και τα κέρδη μιας υποθετικής εναλλακτικής χρηματοδότησης από το Δημόσιο, (Δημόσια Συγκριτική Αξιολόγηση). Αυτές οι αναλυτικές δυσκολίες σημαίνουν ότι ένα μεγάλο μέρος της συζήτησης στηρίζεται αναπόφευκτα σε περιπτώσιολογικές μελέτες.

Ο κύριος μηχανισμός από τον οποίο επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη γεωγραφική ισότητα της πρόσβασης στις εγκαταστάσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας - NHS είναι η χρηματοδότηση των πάνω από 100 γεωγραφικά καθορισμένων αρμόδιων για την υγεία αρχών βάσει ενός τύπου. Η Αγγλία, η Ουαλία, η Σκωτία και η Βόρεια Ιρλανδία, κάθε μια υιοθετούν διαφορετικούς τύπους, αλλά οι βασικές μορφές είναι παρόμοιες. Σε κάθε περίπτωση, η πρόθεση είναι να ληφθεί υπόψη η σχετική ανάγκη για τις υπηρεσίες NHS από τον πληθυσμό σε κάθε περιοχή της χώρας. Τα διατιθέμενα κεφάλαια που προκύπτουν από τους τύπους αυτούς καλύπτουν όλο το λειτουργικό και το κόστος κεφαλαίου. Ένα νοσοκομείο μπορεί μόνο να επενδύσει σε περισσότερα πάγια εάν μπορεί να αντεπεξέλθει οικονομικά με βάση τα εισοδήματα που έχει από αυτά τα διατιθέμενα κεφάλαια. Αυτό ισχύει σε κάθε περίπτωση, είτε εάν η επένδυση χρηματοδοτείται συμβατικά ή μέσω του PFI. Η ύπαρξη του PFI επομένως θα κάνει ελάχιστη ή καμία διαφορά στη γεωγραφική διανομή των κεφαλαίων. [23]

Η αποδοτικότητα μπορεί να εξεταστεί υπό δύο ευρείς τίτλους:

- Αποδοτικότητα κατανομής-δηλαδή εάν η επιλογή PFI ή η συμβατική χρηματοδότηση έχει επιπτώσεις στην ισορροπία των διαφορετικών τύπων υγειονομικών υπηρεσιών που το NHS παράγει, π.χ. νοσοκομείο έναντι των κοινοτικών υπηρεσιών
- Αποδοτικότητα παραγωγικότητας- δηλαδή να επιτευχθεί ένα δεδομένο μίγμα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Είναι η Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- Project Finance Initiative (PFI) ένας περισσότερο ή

λιγότερο οικονομικά αποδοτικός τρόπος για την ανάλωση του προϋπολογισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), απ' ότι μια συμβατικά χρηματοδοτημένη προμήθεια των παγίων και υπηρεσιών;

Σχετικά με την αποδοτικότητα κατανομής, αρκετοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι το PFI διαστρεβλώνει τις προτεραιότητες επένδυσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, με τη συγκέντρωση των πόρων στα μεγάλα νέα νοσοκομεία παροχής υψηλής ιατρικής φροντίδας. Τα μικρότερα έργα που είναι κατάλληλα για την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τις κοινοτικές υπηρεσίες καθώς και τα προγράμματα για την αποκατάσταση/ ανακαίνιση υπαρχουσών εγκαταστάσεων, υποστηρίζεται ότι είναι σχετικά παραμελημένα. Το PFI θεωρείται από πολλούς σχολιαστές ότι αντικαθιστά το δημόσιο σχεδιασμό υγείας, πραγματοποιώντας ό,τι ο ιδιωτικός τομέας είναι πιο πρόθυμος να χρηματοδοτήσει. [29,30,31,32]

Η έλλειψη ενδιαφέροντος του ιδιωτικού τομέα για τα μικρότερα σχέδια οφείλεται πιθανώς στα χαμηλότερα αναμενόμενα κέρδη με οποιοδήποτε δεδομένο επίπεδο κινδύνου. Οι δαπάνες προσφοράς για μια σύμβαση PFI, συμπεριλαμβανομένων των νομικών και άλλων αμοιβών, είναι υψηλές και συσχετίζονται μόνο εν μέρει με την κλίμακα της προσφερόμενης σύμβασης. Οι εταιρείες επιδιώκουν έργα αξίας μεγαλύτερης από £5 εκατομμύρια καθώς τα μικρά έργα ίσως περιλαμβάνουν περισσότερη εργασία απ' ότι εκείνη που θα τα καθιστούσε βιώσιμα. [33]

Τα περισσότερα μικρά προγράμματα συνεχίζουν να χρηματοδοτούνται άμεσα από το Υπουργείο Οικονομικών. Προκειμένου να ενισχυθεί η χρηματοδότηση των

έργων Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης το Αγγλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS), εισήγαγε μια νέα ΣΔΙΤ μέσα από μια νέα επιχείρηση, τον Οργανισμό Χρηματοδότησης Τοπικής Βελτίωσης (Local Improvement Finance Trust – LIFT), προκειμένου να βελτιώσει την πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Αγγλία. [34]

Η διαδικασία PFI επιλογής /διαπραγμάτευσης προσφοράς και συμβάσεων διαρκεί μήνες, ή ακόμα και χρόνια, περισσότερο απ' ό,τι για προγράμματα που χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Οικονομικών. Έχει διαπιστωθεί [35] ότι, για πέντε σημαντικά έργα νοσοκομείων του Λονδίνου, μέσω PFI, η διαδικασία είχε προσθέσει σε κάθε περίπτωση μέχρι δύο έτη. Το γεγονός αυτό αντισταθμίζει οποιαδήποτε πλεονεκτήματα γρηγορότερης ολοκλήρωσης για τα προγράμματα κατασκευής μέσω της Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης. [30] Επίσης η συνομοσπονδία NHS (NHS Confederation) υποστηρίζει ότι το PFI είναι μη δημοφιλές στους διευθυντές υγειονομικών υπηρεσιών λόγω των μεγαλύτερων δαπανών συναλλαγής που συνεπάγονται έναντι της συμβατικής προμήθειας. Ένας μέσος όρος σχεδόν £3 εκατομμυρίων δαπανήθηκε στις εξωτερικές νομικές, οικονομικές και άλλες επαγγελματικές συμβουλές κατά τη διάρκεια της διαδικασίας προμήθειας από τους Οργανισμούς NHS (NHS Trusts) που περιλαμβάνονται στα πρώτα 18 σημαντικά σχέδια νοσοκομείων PFI που πρόκειται να ολοκληρωθούν. [36]

Δεν έχει αποδειχθεί εάν η αποδοτικότητα κατανομής θα βελτιωθεί με τη χρήση των Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI. Στην καλύτερη περίπτωση μπορεί να αναμένεται ότι δεν θα έχει χειρότερα αποτελέσματα από τη συμβατική

προμήθεια των υποδομών και των υπηρεσιών. Στη χειρότερη περίπτωση η Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης μπορεί να έχει επιφέρει μια ασύμμετρη κατανομή των επενδύσεων προς τα νοσοκομειακά έργα υψηλού κόστους και μακριά από τις μικρότερες πρωτοβάθμιες και κοινοτικές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης.

Η κύρια συζήτηση για τα καθαρά οφέλη ή τις ζημίες της Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI περιστρέφεται γύρω από το αν εάν αυξάνει την παραγωγική αποδοτικότητα. Μέχρι ποιο σημείο η Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI οδηγεί σε υπηρεσίες χαμηλότερου κόστους ή/και υψηλότερης ποιότητας από τη συμβατική προμήθεια; Ένας απαραίτητος όρος για να είναι ένα έργο PFI μεγαλύτερου καθαρού οφέλους σχετικά με ένα ισοδύναμο συμβατικά χρηματοδοτημένο σχέδιο (Δημόσια Συγκριτική Κοστολόγηση) είναι ότι το πρόγραμμα PFI πρέπει να παραγάγει το χαμηλότερο κόστος ή τα μεγαλύτερα κέρδη τουλάχιστον σε μια από τις περιοχές : Σχεδιασμός - Κατασκευή - Χρηματοδότηση - Λειτουργία.

3.5.2 Σχεδιασμός - Μελέτη

Η συμβατική προμήθεια χαρακτηρίζεται από προσδιορισμένες απαιτήσεις : όπως ο αριθμός, το μέγεθος, ο τύπος και η θέση των δωματίων που απαιτούνται, η συχνότητα με την οποία θα καθαρίζονται τα δάπεδα κλπ. Οι συμβάσεις PFI, σε αντίθεση, θα πρέπει να προσδιορίσουν τα αποτελέσματα και να διευκρινίσουν τις εκβάσεις: τους τύπους και τις κλίμακες των υπηρεσιών που το νοσοκομείο θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχει καθώς και την ποιότητα και τα πρότυπα των

κτηρίων κλπ. που θα πρέπει να είναι διαθέσιμα για να επιτρέπουν την παροχή των υπηρεσιών αυτών. Ο τρόπος επίτευξης των αποτελεσμάτων αυτών αφήνεται στην ικανότητα και την τεχνογνωσία της ιδιωτικής κοινοπραξίας που κερδίζει το έργο.

Στον εξωτερικό παρατηρητή δεν υπάρχει καμία διακριτή διαφορά μεταξύ των δύο διαδικασιών σχεδιασμού. Στο πλαίσιο της Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI, το Εθνικό Σύστημα Υγείας θα πρέπει να διευκρινίσει τα επιθυμητά αποτελέσματα παρά τους πόρους (inputs) που αναμένει να χρειαστεί. Εντούτοις, στην πράξη, είναι η ίδια πάντα διαδικασία των γιατρών, των νοσοκόμων, των τεχνικών, των θεραπόντων και των διευθυντών οι οποίοι συζητούν με τους εξωτερικούς συμβούλους, τους αρχιτέκτονες, τους επιθεωρητές και τους μηχανικούς για τις δυναμικότητες και τα μεγέθη.

Ένας τομέας προφανούς διαφοράς είναι ότι με τα σχήματα PFI, η ιδιωτική κοινοπραξία απαιτεί από τους σχεδιαστές - μελετητές του νοσοκομείου να μεριμνήσουν περισσότερο για τη συντήρηση του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια των 30 ετών μετά την κατασκευή, απ' ό,τι συνέβαινε όταν εκείνοι συνεργάζονταν απ' ευθείας με το NHS. Λαμβάνοντας υπόψη το σφιχτό ετήσιο εισόδημα του από την κυβέρνηση, το NHS προτιμά να περιορίσει τις άμεσες υψηλές κεφαλαιουχικές δαπάνες παρά να τις πραγματοποιήσει στοχεύοντας σε μικρότερες δαπάνες συντήρησης και επισκευών αργότερα. Αυτό είναι μια σημαντική πιθανή πηγή οφέλους από την Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI, δεδομένου ότι μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερες δαπάνες στη διάρκεια ζωής του έργου. [23]

3.5.3 Κατασκευή και Εξοπλισμός

Τα νοσοκομεία του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας έχουν κατασκευαστεί πριν από αρκετά χρόνια και έχουν εξοπλιστεί από τον ιδιωτικό τομέα. Οι ανάδοχοι επιλέγονται μέσω της διαδικασίας της ανταγωνιστικής προσφοράς. Από αυτή την άποψη η Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI δεν είναι τίποτα νέο. Οι συμβάσεις κατασκευής περιέχουν άρθρα ποινικής ρήτρας για την κακή απόδοση ή την καθυστερημένη ολοκλήρωση. Υπάρχει μια κοινή πεποίθηση ότι τα έργα NHS υπερβαίνουν το κόστος και το χρόνο υλοποίησής τους. Ωστόσο η γενική εκτέλεση των σημαντικών κύριων προγραμμάτων του NHS έχει παρουσιάσει μακροπρόθεσμη βελτίωση. Ο τριετής μετακινούμενος μέσος όρος για το 1988-91 παρουσίασε μια χρονική υπέρβαση κατά 14% και υπέρβαση δαπανών κατά 13%. Οι αριθμοί έχουν μειωθεί σταθερά σε περίπου 8% και 7% αντίστοιχα. [23] Όλα τα έργα που συμπεριλήφθηκαν σε αυτούς τους αριθμούς χρηματοδοτήθηκαν συμβατικά, κι όχι μέσω της Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI. Επιπλέον, η μέτρηση των υπερβάσεων των δαπανών και του χρόνου σε ένα μεγάλο έργο δεν είναι απλή. Πολλές αυξήσεις δαπανών βασίζονται στη σύγκριση του κόστους παραγωγής με τις αρχικές εκτιμήσεις που γίνονται πολλά χρόνια πριν. Τέτοιες συγκρίσεις αγνοούν το ενδιάμεσο γενικό ποσοστό πληθωρισμού τιμών ή τις μεταγενέστερες τροποποιήσεις μέχρι τη στιγμή που μελέτη και η κατασκευή δημοπρατούνται. Εάν η ίδια προσέγγιση χρησιμοποιηθεί για να αξιολογήσει τα προγράμματα PFI, τότε κι εκείνα θα εμφανίζονταν να υπερβαίνουν επίσης κατά πολύ το κόστος και το χρόνο. [24]

Μια από τις κύριες αιτίες των υπερβάσεων του κόστους και του χρόνου που εμφανίζονται σε μερικές μελέτες κατασκευής νοσοκομείων, δημόσιας χρηματοδότησης, είναι οι αλλαγές στην μελέτη που προκύπτουν από τους διοικητές του NHS ή το ιατρικό προσωπικό. Ένα έργο PFI αποφεύγει αυτό το στοιχείο της κλιμάκωσης δαπανών με την παρεμπόδιση του πελάτη NHS να κάνει αλλαγές στο σχεδιασμό. Αλλά εάν οι αλλαγές είναι απαραίτητες, τότε θα πρέπει να γίνουν ακόμη και με ένα πρόγραμμα Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI, και οι όροι της σύμβασης θα έπρεπε επίσης να επαναδιαπραγματευθούν για να τις ενσωματώσουν. Ακόμα κι αν οι αλλαγές μελέτης δεν ήταν ουσιαστικές, ήταν πιθανώς σημαντικές για τον πελάτη NHS, διαφορετικά δεν θα είχαν επιτραπεί, για να αποφευχθεί η αύξηση του κόστους και της διάρκειας υλοποίησης του έργου. Εστιάζοντας απλά στο πρόσθετο κόστος, αγνοείται η πρόσθετη αξία του αναθεωρημένου έργου.

Τα επιχειρήματα υπέρ της Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI επισημαίνουν τα κίνητρα που δίνει στον ανάδοχο για να αποφύγει τις υπερβάσεις δαπανών ή χρόνου κατασκευής. Αλλά παρόμοιες ποινικές ρήτρες προβλέπονται και στις συμβατικές συμβάσεις προμήθειας. Η Ιδιωτική Πρωτοβουλία Χρηματοδότησης - PFI έχει καταστήσει τους διοικητές του NHS πιο ενήμερους και καλύτερους στην διαχείριση κινδύνου, απ'ότι ήταν πριν την PFI, κατά τα συμβατικά χρηματοδοτημένα έργα. Αυτό είναι ένα σημαντικό όφελος, αλλά 'τα παθήματα διαχείρισης κινδύνου που έγιναν μαθήματα' από την PFI θα μπορούσαν τώρα να εφαρμοστούν εξίσου καλά στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά χρηματοδοτημένα έργα. Επίσης οι ποινικές ρήτρες στις συμβάσεις δεν εγγυώνται ότι δεν θα υπάρξει

καμία υπέρβαση κόστους, ή καθυστερήσεις στην παράδοση ή άλλα ελλείμματα απόδοσης, τα οποία και θα επιβαρύνουν το δημόσιο σύστημα Υγείας. Επιπλέον, η επιβολή των όρων μιας σύμβασης φέρει τον κίνδυνο ο ιδιώτης ανάδοχος να οδηγηθεί στην πτώχευση, περίπτωση κατά την οποία μπορεί να είναι προτιμότερο για το NHS να συμφωνήσει να επαναδιαπραγματευθεί τη σύμβαση και να πληρώσει περισσότερα, ή να απαιτήσει λιγότερα.

3.5.4 Λειτουργία του νοσοκομείου: Μη-κλινικές υπηρεσίες

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους γιατρούς, τις νοσοκόμες και τα παραϊατρικά επαγγέλματα έχουν εξαιρεθεί μέχρι τώρα από την κυβέρνηση από τις συμφωνίες PFI εξαιτίας της ισχυρής αντίθεσης από αυτές τις ομάδες προσωπικού. Η βρετανική κυβέρνηση είναι ιδιαίτερα προσεκτική ώστε να μην εμφανιστεί ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδιωτικοποιείται, κάτι που θα καταψηφιζόταν από μια πλειοψηφία του βρετανικού κοινού. Αλλά η παροχή ενός ευρέος φάσματος μη-κλινικών υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα είναι ένα ουσιαστικό μέρος όλων των συμφωνιών PFI. Τέτοιες υπηρεσίες είναι : [23]

- Στέγαση
- Συντήρηση κτιρίου
- Χώρος στάθμευσης
- Υπηρεσίες μαζικής εστίασης (Catering)
- Ταχυδρομικές υπηρεσίες
- Οικιακές υπηρεσίες (καθαρισμός παραθύρων, παρασιτοκτονίες κλπ.)
- Ενέργεια και διαχείριση υπηρεσιών κοινής ωφελείας

- Συντήρηση εξοπλισμού
- Οικονομικές υπηρεσίες
- Συντήρηση κήπων
- Διαχείριση πληροφοριακών συστημάτων και τεχνολογίας
- Υπηρεσίες Πλυντηρίου και λινών
- Υποδοχή
- Ασφάλεια
- Προμήθειες Αποστειρωμένων Υλικών
- Καταστήματα
- Τηλεφωνικό κέντρο και τηλεπικοινωνίες
- Μεταφορά (μη-επείγουσα ανάγκη)
- Διαχείριση αποβλήτων (συμπεριλαμβανομένης της αποτέφρωσης)

Μια σύμβαση PFI μπορεί να καλύψει μερικές ή όλες τις υπηρεσίες που αναφέρονται. Εντούτοις, το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει απαιτήσει την διεξαγωγή διαγωνισμών και την υποβολή προσφορών για την ανάθεση των οικιακών υπηρεσιών (domestic services), των υπηρεσιών σίτισης και μαζικής εστίασης (catering), των πλυντηρίων και διαχείρισης λινών, από το 1983, πολύ πριν από την εμφάνιση της Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI. Τα εσωτερικά τμήματα του νοσοκομείου έχουν κερδίσει συχνά αυτούς τους διαγωνισμούς, έτσι ώστε η ανταγωνιστική υποβολή προσφορών δεν σημαίνει απαραίτητως ότι η ανάθεση θα καταλήξει στον ιδιωτικό τομέα. Οι μη-κλινικές υπηρεσίες μπορούν να αποτελέσουν το αντικείμενο διαγωνισμού με την

υποβολή προσφορών μεμονωμένα ή να συγκεντρωθούν μαζί σε ευρύτερες διοικητικές συμβάσεις εγκαταστάσεων. Επομένως, η οικονομική αποτελεσματικότητα της προμήθειας με τη μορφή PFI των μη-κλινικών υπηρεσιών σε σχέση με τη συμβατική προμήθεια εξαρτάται από το εάν μια μακροπρόθεσμη σύμβαση με μια κοινοπραξία PFI, που είναι επίσης υπεύθυνη για το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και την κατασκευή του νοσοκομείου, φέρει μεγαλύτερα οφέλη από τις συμβάσεις με τους απ' ευθείας φορείς παροχής υπηρεσιών. Ωστόσο θα πρέπει να επισημανθεί ότι συχνά είναι αμφίβολο εάν η παροχή μερικών υπηρεσιών από τους εξωτερικούς αναδόχους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων στις κοινοπραξίες PFI, είναι οικονομικώς αποδοτική. [37]

Μια περιοχή που θεωρείται ακόμα ως πιθανή πηγή σημαντικού οφέλους από τη συγκέντρωση, μέσω της PFI, των υπηρεσιών μαζί με την παροχή κτηρίων, είναι η συντήρηση των κτηρίων αυτών. Το ερώτημα εάν αυτά τα οφέλη είναι ουσιώδη, θα παραμείνει αναπάντητο έως ότου τα πρώτα νοσοκομεία που κατασκευάστηκαν με τη μορφή PFI θα είναι σε λειτουργία για 10-20 χρόνια. Ωστόσο, υπάρχει πεδίο για τη βελτίωση του επιπέδου συντήρησης των υπαρχόντων κτηρίων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το ύψος της ανεκτέλεστης εργασίας συντήρησης φθάνει συνολικά τα £3.1 δισεκατομμύρια στην Αγγλία μόνο. [34] Στα νοσοκομεία του NHS, που αντιμετωπίζουν τους σφιχτούς οικονομικούς περιορισμούς, θεωρείται αποδεκτό να αναβληθεί η συντήρηση προκειμένου να καταβληθούν τα κεφάλαια για τις νέες εξελίξεις ή για να καλυφθούν ανάγκες προσωπικού. Η προκύπτουσα

κακή κατάσταση μερικών κτηρίων νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι εμφανής σε όσους τα επισκέπτονται.

Εάν στο μέλλον τα κτήρια PFI διατηρούνται πράγματι καλύτερα, αυτό μπορεί να οφείλεται σε έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους λόγους:

- περισσότερα κεφάλαια τα οποία δεσμεύονται στη συντήρηση, στο πλαίσιο της σύμβασης PFI, τα οποία διαφορετικά δεν θα ήταν διαθέσιμα, επειδή η σύμβαση PFI φροντίζει να προστατεύσει αποτελεσματικά τους πόρους της. Το νοσοκομείο του Εθνικού Συστήματος Υγείας δεσμεύεται από τη σύμβαση να συνεχίσει να πληρώνει για 30 χρόνια για τη συντήρηση αυτή και ο ιδιωτικός ανάδοχος είναι υποχρεωμένος να εξασφαλίσει ότι τηρούνται ορισμένα πρότυπα. Το NHS δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτά τα χρήματα αλλού.
- ένα δεδομένο ποσό χρηματοδότησης για τη συντήρηση που έχει χρησιμοποιηθεί πιο αποτελεσματικά από τον ιδιωτικό ανάδοχο PFI απ' ότι θα είχε επιτευχθεί από το προσωπικό του NHS
- συνέργιες ως αποτέλεσμα της ευθύνης του σχεδιασμού, της κατασκευής και της συντήρησης νοσοκομείου από την ίδια κοινοπραξία
- συνέργιες, που ενδεχομένως προκύπτουν, ως αποτέλεσμα του γεγονότος ότι η κοινοπραξία που έχει την ευθύνη του σχεδιασμού, της κατασκευής και της συντήρησης, δανείζεται επίσης τα κεφάλαια για να χρηματοδοτήσει την αρχική κεφαλαιουχική επένδυση, παρά να πληρώνεται απ' ευθείας από τον

πελάτη NHS ο οποίος δανείζεται άμεσα από το Υπουργείο Οικονομικών.

Εντούτοις, μόνο η τελευταία αυτών των υποθετικών πηγών οφέλους απαιτεί την προμήθεια DBFO. Οι υπόλοιπες θα ήταν μορφής Σχεδιασμός - Κατασκευή-Λειτουργία / D.B.O (Design, Build, Operate), και θα απαιτούσαν μια μακροπρόθεσμη σχέση μεταξύ του ιδιωτικού αναδόχου και του NHS αλλά, αντίθετα από το PFI, καμία ιδιωτική χρηματοδότηση.

3.5.5 Κίνδυνος και το κόστος κεφαλαίου

Το τέταρτο στοιχείο που παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα κατά τις συνεργασίες PFI με το NHS, είναι το κεφάλαιο. Τα κεφάλαια για την κεφαλαιουχική επένδυση στα νέα κτήρια και τον εξοπλισμό των νοσοκομείων δανείζονται άμεσα από τις ιδιωτικές τράπεζες, τις αγορές ομολόγων και μετοχών, παρά από το Υπουργείο Οικονομικών. Η οικονομική αποτελεσματικότητα του PFI ως εναλλακτικής λύσης στη συμβατική δημόσια χρηματοδότηση εξαρτάται από την ισορροπία των κινδύνων και των ανταμοιβών που μεταφέρονται στον ιδιωτικό τομέα. Το κόστος του κεφαλαίου που περιλαμβάνεται μέσα στις ετήσιες δαπάνες που πληρώνονται στις κοινοπραξίες PFI είναι υψηλότερο από το επιτόκιο που θα έπρεπε να πληρωθεί από το NHS στο Υπουργείο Οικονομικών. Η ερώτηση είναι εάν το μεγαλύτερο κόστος δανεισμού δικαιολογείται πλήρως από τους κινδύνους που μεταφέρονται στον ιδιωτικό τομέα. Το θέμα αυτό έχει προκαλέσει μεγάλη συζήτηση στη Μεγάλη Βρετανία δημιουργώντας σύγχυση. [24]

Είναι χρήσιμο να γίνει μια διάκριση μεταξύ του κόστους δανεισμού για την χρηματοδότηση ενός χαρτοφυλακίου επενδύσεων που καλύπτουν μια σειρά χαρακτηριστικών κινδύνου, και του δανεισμού για ένα συγκεκριμένο σχέδιο με ένα συγκεκριμένο σύνολο κινδύνων έργου. Τα επιχειρήματα για το εάν το κόστος του δημόσιου δανεισμού είναι μικρότερο από το κόστος του ιδιωτικού δανεισμού για ένα ευρύ χαρτοφυλάκιο δραστηριοτήτων, επικεντρώνονται γύρω από θεωρίες σχετικά με το κόστος συναλλαγών και το εάν ο αντιληπτός κίνδυνος αθέτησης υποχρέωσης, υπό τις ίδιες συνθήκες, είναι μεγαλύτερος κατά το δανεισμό στον ιδιωτικό τομέα απ' ό,τι κατά το δανεισμό στην κυβέρνηση. Το σχετικό ιδιωτικό και δημόσιο κόστος του κεφαλαίου για την επένδυση σε ένα συγκεκριμένο έργο θα απεικονίσουν οποιαδήποτε τέτοια πηγή διαφοράς. Πριν από την έναρξη της PFI, η επίσημη καθοδήγηση στο NHS και άλλες δημόσιες υπηρεσίες τόνιζε ότι η κυβέρνηση είναι γενικά ικανή να χρηματοδοτήσει τις δραστηριότητες πιο φτηνά από τους μεμονωμένους φορείς στον ιδιωτικό τομέα κυρίως επειδή είναι, από την προοπτική των χρηματιστικών αγορών, καλός οφειλέτης. Έχει τη μοναδική δύναμη στο φόρο και οι κίνδυνοί της είναι εξαπλωμένοι σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων. Οι δαπάνες συναλλαγής της κυβερνητικής χρηματοδότησης είναι επίσης χαμηλές και η αγορά στο κυβερνητικό δανεισμό είναι ρευστή και αποδοτική. Η κυβέρνηση είναι επομένως ικανή να δανειστεί με πολύ ελκυστικούς όρους. [38]

Ο Spackman [39] υποστήριξε ότι η «χρηματοδότηση ομολόγων (bond finance) για τους μεγάλους οργανισμούς ιδιωτικού τομέα κοστίζει χαρακτηριστικά μέχρι μια ποσοστιαία μονάδα περισσότερο από το δημόσιο δανεισμό». Αυτή η διαπίστωση δείχνει ότι μπορεί να υπάρχει ένα ελλοχεύον και επίμονο μειονέκτημα κόστους για

το ιδιωτικό κεφάλαιο σε σχέση με τον κυβερνητικό δανεισμό. Αυτό μπορεί εν μέρει να οφείλεται στο μεγαλύτερο κόστος συναλλαγής του ιδιωτικού τομέα ανά στερλίνα που επενδύεται, αλλά πιθανώς επίσης να προέρχεται από τους φόβους των επενδυτών, μιας μη αναστρέψιμης αθέτησης από ακόμα και τις μεγαλύτερες ιδιωτικές εταιρείες.

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση έργου και το σχετικό κίνδυνο, αναγνωρίζεται ότι το επιτόκιο που πληρώνεται στον κυβερνητικό δανεισμό είναι χαμηλότερο από αυτό στον ιδιωτικό δανεισμό για παρόμοια έργα, αλλά υποστηρίζεται ότι αυτό συμβαίνει επειδή το κόστος κεφαλαίου του δημόσιου τομέα κρύβει το αληθινό κόστος του κινδύνου. Οι Klein [40], Grout [41] και Flemming & Mayer [42] υποστηρίζουν ότι ο δημόσιος δανεισμός εμφανίζεται φτηνότερος από τον ιδιωτικό μόνο επειδή η κυβέρνηση είναι σε θέση να εξαναγκάσει τους μελλοντικούς φορολογούμενους να καλύψουν το κόστος των κινδύνων, εφόσον αυτοί επιβεβαιωθούν.

Οι ιδιωτικές κοινοπραξίες που υποβάλλουν προσφορές για τα έργα PFI του Εθνικού Συστήματος Υγείας περιλαμβάνουν συνήθως μια κατασκευαστική εταιρεία, μια επιχείρηση διοίκησης και διαχείρισης εγκαταστάσεων (facilities management company), και συχνά άλλα ειδικευμένα συμβαλλόμενα μέρη όπως προμηθευτές εξοπλισμού ή επιχειρήσεις διαχείρισης ενέργειας. Μέχρι σήμερα, οι εταιρείες αυτές δημιουργούσαν εταιρείες ειδικού σκοπού με χρηματοδότηση τύπου

Non-Recourse⁵, κυρίως είτε δάνεια τραπεζών είτε ομόλογα που συνδέονται με τη σύμβαση με το νοσοκομείο, και ένα μικρό μέρος ίδιων κεφαλαίων. Οι επιστροφές των δανειστών εξαρτώνται μόνο από την οικονομική επιτυχία του συγκεκριμένου έργου και της σύμβασης που υπογράφεται με το νοσοκομείο NHS. Κατά συνέπεια σε μια ανταγωνιστική αγορά κεφαλαίου, το κόστος του κεφαλαίου που υπονοείται από τους όρους της συμφωνίας PFI αντιπροσωπεύει το αληθινό κόστος των κινδύνων που περιλαμβάνονται στο έργο. Εάν η δημόσια χρηματοδότηση είναι διαθέσιμη με χαμηλότερο κόστος κεφαλαίου για το ίδιο πρόγραμμα, κατόπιν το Υπουργείο Οικονομικών επιχορηγεί αποτελεσματικά το σχέδιο εις βάρος των μελλοντικών φορολογούμενων.

Μια μελέτη που ανατέθηκε από το Υπουργείο Οικονομικών διαπίστωσε ότι σε ένα δείγμα των έργων Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI, εκτός Εθνικού Συστήματος Υγείας, το μεσοσταθμικό κόστος του κεφαλαίου ιδιωτικού τομέα ήταν «1-3 ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερο από το δανεισμό του δημόσιου τομέα όπως μετριέται από τις τρέχουσες αποδόσεις των κρατικών ομολόγων (Gilts)⁶ και ότι το χάσμα στένευε με την πάροδο του χρόνου. [43] Δεν είναι ξεκάθαρο ωστόσο, σε αυτήν την μελέτη κατά πόσο το κόστος του ιδιωτικού κεφαλαίου ήταν προσαρμοσμένο για κίνδυνο σχετικό με τα κρατικά ομόλογα.

⁵ Η ουσία της χρηματοδότησης Non-recourse είναι ότι το ανειλημμένο για τη χρηματοδότηση ενός έργου χρέος καλύπτεται και αποπληρώνεται από την ταμειακή ροή του έργου, χωρίς να βασίζεται η αποπληρωμή στην πιστοληπτική αξία των μεμονωμένων επενδυτών του έργου

⁶ Gilts (U.K government bonds) [Αγγλικά κρατικά ομόλογα]. Συνήθως έχουν διάρκεια πέντε έως και τριάντα έτη και σταθερό επιτόκιο. Πωλούνται στην ονομαστική αξία, πληρώνουν ετήσιο τοκομερίδιο και στη λήξη εξοφλούνται στο άρτιο.

Οι Gaffney και Pollock σε μία σειρά άρθρων [46,47,48] έχουν φθάσει σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα για το σχετικό κόστος του δημόσιου και ιδιωτικού κεφαλαίου, τα οποία βασίζονται σε περιπτωσιολογικά στοιχεία. Σημειώνουν ότι τα έργα Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI στο Εθνικό Σύστημα Υγείας υποθέτουν εξαιρετικά μεγάλες μειώσεις στην δυναμικότητα κλινών των νοσοκομείων. Υπάρχουν αρκετοί πειστικοί λόγοι για μερικές από αυτές τις προγραμματισμένες μειώσεις, όπως τα περιστατικά ημέρας (κλινικές ημέρας) που αντικαθιστούν τους εσωτερικούς ασθενείς, ο μικρότερος χρόνος νοσηλείας και παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο και τα υψηλότερα ποσοστά κατοχής κρεβατιών (ποσοστό πληρότητας). Το NHS είχε ήδη τάσεις μείωσης του αριθμού των κλινών και αύξησης των περιστατικών ημέρας πολύ πριν την εμφάνιση του PFI. [49] Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο [45] ότι τα σχέδια PFI βασίστηκαν σε χαμηλότερες προβλέψεις της αύξησης ζήτησης, και ακόμα μεγαλύτερες μειώσεις των χρόνων παραμονής και πιο υψηλών επιπέδων πληρότητας (occupancy rate), απ' ότι θα δικαιολογούσαν οι εθνικές τάσεις. Ο χρόνος παραμονής των ασθενών και το επίπεδο ζήτησης για τέτοιες παραμονές είναι ανεξάρτητα από το εάν ένα νοσοκομείο έχει χρηματοδοτηθεί μέσω ενός έργου PFI ή με τη συμβατική μέθοδο.

Επομένως μια ερμηνεία των συμπερασμάτων Gaffney και Pollock είναι ότι η αυστηρή συρρίκνωση των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας - NHS στα έργα Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI οφείλεται εν μέρει στο υψηλότερο κόστος κεφαλαίου του ιδιωτικού τομέα. Μια συχνή άποψη είναι ότι ένα συμβατικά χρηματοδοτημένο σχέδιο θα ήταν προτιμητέο αλλά κανένα κεφάλαιο του Υπουργείου Οικονομικών δεν είναι διαθέσιμο για τις μεγάλες επενδύσεις στο

NHS. Μπροστά σε μια επιλογή μεταξύ της συνέχισης με τις φτωχές εγκαταστάσεις ή της μετάβασης σε ένα νέο αλλά μικρότερο νοσοκομείο, μέσω PFI, εύκολα επιλέγεται η δεύτερη επιλογή. Ακολουθεί η απόδειξη της οικονομικής αποτελεσματικότητας αυτής της επιλογής σχετικά με μια Δημόσια Συγκριτική Κοστολόγηση, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι επίσημες απαιτήσεις αξιολόγησης και λογιστικού ελέγχου.

Η ουσία του προβλήματος για το εάν η ιδιωτική χρηματοδότηση κοστίζει περισσότερο από τη δημόσια χρηματοδότηση για μια κεφαλαιουχική επένδυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), βρίσκεται στο εάν τα αναμφισβήτητα υψηλότερα επιτόκια που πληρώνονται στους ιδιώτες δανειστές απεικονίζουν με ακρίβεια τις δαπάνες των κινδύνων που αναλαμβάνουν. Στα έργα PFI στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, η ιδιωτική κοινοπραξία δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο ζήτησης. Τα κέρδη της κοινοπραξίας είναι ανεξάρτητα από τη μελλοντική ζήτηση για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Το γεγονός αυτό διακρίνει την Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI στον τομέα υγείας από τα έργα υποδομής μεταφορών όπως οι δρόμοι, οι γέφυρες και οι σήραγγες. Σε εκείνες τις περιπτώσεις οι δαπάνες της κοινοπραξίας PFI είναι κατά ένα μεγάλο μέρος αμετάβλητες αλλά το εισόδημά τους, και ως εκ τούτου τα κέρδη, ποικίλλουν ανάλογα τον όγκο της χρήσης των εγκαταστάσεων που παρέχουν. Η πληρωμή διαθεσιμότητας μιας PFI σύμβασης με το Εθνικό Σύστημα Υγείας- δηλ. η δαπάνη για τα κτήρια, τις εγκαταστάσεις και τον εξοπλισμό που είναι διαθέσιμα σε λειτουργία σε όλη την συμφωνημένη περίοδο-θα πραγματοποιηθεί ανεξάρτητα εάν το νοσοκομείο χρησιμοποιείται ή όχι.

Πολλοί από τους κινδύνους θα μπορούσαν επίσης να μεταφερθούν στον ιδιωτικό τομέα ακόμη κατά τη χρηματοδότηση ενός έργου από δημόσιους πόρους, με τη συμβατική μέθοδο. Παραδείγματος χάριν, η κατασκευή μπορεί να πληρωθεί με μια σύμβαση σταθερής τιμής (fixed price contract) για να αποτραπούν οι υπερβάσεις κόστους, είτε η χρηματοδότηση προέρχεται από το Υπουργείο Οικονομικών είτε μέσω της Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI. Εξίσου, οι ίδιες προβλέψεις ποινικής ρήτρας για μειωμένη απόδοση μπορούν να συμπεριληφθούν στις συμβάσεις για την παροχή υπηρεσιών είτε πρόκειται για ξεχωριστές συμβάσεις για τις μεμονωμένες υπηρεσίες που λαμβάνονται με μια διαδικασία ανταγωνιστικών προσφορών, όπως συνήθως, είτε για υπηρεσίες που συγκεντρώνονται μαζί με πολλές άλλες σε μια σύμβαση PFI. Παρακάτω παρατίθενται ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες ο κίνδυνος μπορεί να μεταφερθεί από τον δημόσιο στο ιδιωτικό τομέα, και οι οποίες δεν έχουν εμφανιστεί μέχρι τώρα στην συμβατική προσέγγιση και πρακτική : [24]

1. Οι χρονικές υπερβάσεις κατασκευής αποτρέπονται επειδή ο ανάδοχος δεν πληρώνεται σε καμία περίπτωση μέχρι το νοσοκομείο να είναι ολοκληρωμένο.
2. Οι χρονικές υπερβάσεις κατασκευής αποτρέπονται επειδή η διάρκεια της συνολικής σύμβασης είναι σταθερή, έτσι ώστε η καθυστέρηση για κάθε μήνα στο άνοιγμα της νέας εγκατάστασης σημαίνει έναν μήνα λιγότερο κατά τον οποίο ο ανάδοχος μπορεί να λάβει πληρωμές διαθεσιμότητας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS).
3. Οι πληρωμές στον ανάδοχο μειώνονται εάν τμήματα του νοσοκομείου δεν

χρησιμοποιούνται επειδή ο ανάδοχος έχει αποτύχει να τα καταστήσει διαθέσιμα και οι μειώσεις αυτές στις πληρωμές είναι μικρότερες εάν τα τμήματα είναι κάτω του μετρίου αλλά εντούτοις χρησιμοποιούνται ελλείψει μιας καλύτερης εναλλακτικής λύσης.

4. Ο ανάδοχος είναι υπεύθυνος για τη συντήρηση του νοσοκομείου και το NHS μπορεί να απομειώσει τις πληρωμές του στον ανάδοχο εάν αποτυγχάνει να παρέχει τη συντήρηση αυτή.
5. Εάν η ιδιωτική κοινοπραξία διατηρεί την ιδιοκτησία του νοσοκομείου στο τέλος της περιόδου συμβάσεων, φέρει τον κίνδυνο της υπολειμματικής αξίας εάν το NHS αποφασίζει ότι δεν επιθυμεί πλέον να χρησιμοποιήσει μέρος ή όλο το νοσοκομείο.

Εντούτοις, οι πρώτοι τρεις τύποι μεταφοράς κινδύνου θα μπορούσαν σε γενικές γραμμές να επιτευχθούν με τη δημόσια χρηματοδότηση χωρίς να υπάρχει ανάγκη για ιδιωτικό δανεισμό. Ο κίνδυνος υπολειμματικής αξίας είναι απίθανο στην πράξη να μεταφερθεί στον ιδιωτικό τομέα στις συμφωνίες τύπου PFI. Η κυβέρνηση απαιτεί από την σύμβαση PFI να προβλέπει την επιστροφή της κυριότητας των παγίων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) ή περιλαμβάνουν μια επιλογή για το NHS να αποκτήσει την κυριότητά τους.

Η μεταφορά του κινδύνου συντήρησης είναι η σαφέστερη περιοχή όπου η μορφή PFI μπόρεσε να παρέχει σημαντικό όφελος, μεγαλύτερο κι από την καλύτερη δημόσια χρηματοδοτημένη προμήθεια κεφαλαιουχικών παγίων και ανταγωνιστικής υποβολής προσφορών των μη-κλινικών υπηρεσιών. Η ερώτηση είναι εάν αυτό

δικαιολογεί το υψηλότερο κόστος του ιδιωτικού δανεισμού. Το ιδιωτικό κεφάλαιο δεν θα κοστίσει λιγότερο από το δημόσιο, ακόμα και μετά από την μεταφορά των κινδύνων. Το μέγεθος αυτού του παραπάνω κόστους δεν μπορεί να προσδιοριστεί με τα υπάρχοντα στοιχεία. [23]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑΣ

3.6 Ανασκόπηση της πρόσφατης Ευρωπαϊκής και Διεθνούς εμπειρίας

Ο αυξανόμενος αριθμός ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας συνεισφέρει στη δημιουργία μιας ιδιαίτερης βάσης διεθνούς εμπειρίας προκειμένου να χρησιμοποιηθεί για τα μελλοντικά προγράμματα. Εντούτοις, τα ακριβή στοιχεία είναι συχνά δύσκολο να συγκεντρωθούν δεδομένου ότι οι συμβάσεις είναι συνήθως εμπιστευτικές και απαιτείται χρόνος προτού ένα πρόγραμμα να αξιολογηθεί επαρκώς. Ορισμένες τέτοιες περιπτώσεις συμπεριλαμβάνονται για να αποδώσουν μια επισκόπηση από τη σχετική πρόσφατη εμπειρία στην Ευρώπη και στον υπόλοιπο κόσμο και να απεικονίσουν την αφθονία των ΣΔΙΤ στην τρέχουσα διεθνή πρακτική. [21,50,51,52]

3.6.1 Η περίπτωση της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών αιμοδιάλυσης εξωτερικών ασθενών, Ρουμανία

Βασικά στοιχεία

- § Ιδιωτικοποίηση κέντρων αιμοδιάλυσης σε οκτώ νοσοκομεία στη Ρουμανία το 2003 [21]
- § Συμβάσεις ιδιωτικοποίησης και υπηρεσιών (Privatization and service contracts)
- § *Δημόσιος εταίρος*: Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας (National Health Insurance Fund - NHIF), Ρουμανία
- § *Ιδιωτικοί εταίροι*: Διεθνείς χειριστές (operators) σε συνεργασία με τις τοπικές επιχειρήσεις (π.χ., Avitum Αυστρία)
- § *Κυβερνητικοί σύμβουλοι*: Εταιρία Διεθνούς Χρηματοδότησης (International Finance Corporation - IFC) Παγκόσμιας Τράπεζας

Επισκόπηση:

- Η αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες αιμοδιάλυσης ήταν το βασικό κίνητρο για την αναζήτηση νέων τρόπων για την χρηματοδότηση και την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών
- Ιδιωτικοποίηση μέσω μιας δημόσιας προσφοράς (διαγωνισμού) για οκτώ κέντρα τεχνητού νεφρού τα οποία παρέχουν υπηρεσίες αιμοδιάλυσης και περιτοναϊκής κάθαρσης σε εξωτερικούς ασθενείς σε οκτώ διαφορετικά δημόσια νοσοκομεία
- Σύμβαση παροχής υπηρεσιών αιμοδιάλυσης μεταξύ της κυβέρνησης και των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών, έχοντας ως τμήμα της παροχής

υπηρεσιών τη βελτίωση/ αναβάθμιση και επέκταση των κέντρων αιμοδιάλυσης

Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα σχεδίου/διαδικασίας:

- Συμβάσεις υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των μισθώσεων χώρων, που απονέμονται στον ιδιωτικό χειριστή (operator) μέσω μιας διαδικασίας υποβολής προσφορών για μια αρχική τετραετή περίοδο
- Οι χειριστές ανέλαβαν την πλήρη υπευθυνότητα για την ανανέωση όλου του εξοπλισμού μέσα σε 90 ημέρες, την ανακαίνιση και ανανέωση των εγκαταστάσεων μέσα σε 18 μήνες, τη συντήρηση και λειτουργία του εξοπλισμού, την απασχόληση, εκπαίδευση και διοίκηση του προσωπικού και την παροχή όλων των υπηρεσιών.
- Το Υπουργείο Υγείας έθεσε τιμές με βάση περιφερειακή μελέτη σύγκρισης των τιμών - αμοιβή ανά θεραπεία αιμοδιάλυσης (€110) και ετήσια αμοιβή ανά περιτοναϊκό ασθενή (€11.000)
- Η ποιότητα των κέντρων και των υπηρεσιών επιτηρούνται προσεκτικά και ελέγχονται ως εξής:
 - § Το Υπουργείο Υγείας εξασφαλίζει ποιότητα μέσω υποχρεωτικής μηνιαίας υποβολής έκθεσης των χειριστών και με περιοδικές επιθεωρήσεις των εγκαταστάσεων, καθώς επίσης και μέσω της Ανεξάρτητης Επιτροπής Νεφρολογίας
 - § Οι Συμβάσεις προβλέπουν πρότυπα ποιότητας και παροχής υπηρεσιών φροντίδας στους ασθενείς, την απασχόληση υψηλά καταρτισμένου ιατρικού προσωπικού, τη συνεχή κατάρτιση, και πρότυπα πιστοποίησης για όλο το προσωπικό

§ Εισάγονται - και περιλαμβάνονται στις συμβάσεις- νέοι κανόνες και πρότυπα αιμοδιάλυσης, σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, τις διαδικασίες, και τη θεραπεία αιμοδιάλυσης

§ Προσφοράς τριετούς επέκτασης των συμβάσεων στους χειριστές με στόχο την οικοδόμηση νέων κέντρων, προκειμένου να αυξηθεί η δυναμικότητα, να μειωθούν οι λίστες αναμονής και να βελτιωθεί η γεωγραφική πρόσβαση

Αποτελέσματα - Αντίκτυπος:

Βελτιωμένες υπηρεσίες στους ασθενείς με χαμηλότερο κόστος στο εθνικό σύστημα υγείας:

- Το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας - NHIF δεν χρηματοδότησε τον εκσυγχρονισμό από δημόσια κεφάλαια (αθροιστικές επενδύσεις των ιδιωτών – εταιρών €12.4 εκατομμύρια μέχρι το 2006 ενώ οι πρόσθετες επενδύσεις υπολογίζονται σε €5-10 εκατομμύρια).
- Αναμένεται σημαντική μείωση εξοικονόμηση σε σύγκριση με τα δημόσια νοσοκομεία. Η Ετήσια εξοικονόμηση του NHIF υπολογίζεται €4 εκατομμύρια.
- Η ποιότητα των υπηρεσιών και της ικανοποίησης των ασθενών που αυξάνονται με χαμηλότερο κόστος, λόγω των νέων προτύπων που εμπεριέχονται στις συμβάσεις, τον βελτιωμένο εξοπλισμό και τις εγκαταστάσεις, καθώς επίσης και την αποδοτικότερη δομή και οργάνωση σε εγκαταστάσεις διοικούμενες από τους ιδιωτικούς συνεργάτες.

3.6.2 Η περίπτωση της σίτισης και υπηρεσιών εστίασης στη Κλινική CHARITE, Γερμανία

Βασικά στοιχεία

- § Συνεργασία Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα για την σίτιση και υπηρεσιών εστίασης (catering) σε αρκετές εφοδιαστικά ανεξάρτητες αποθήκες τροφίμων και σημείων πώλησης, καταμεμημένων σε μια περιοχή περίπου 3 τετραγωνικών χιλιομέτρων, συμπεριλαμβάνοντας την εστίαση ασθενών, εστιατορίου προσωπικού, καφετέριας, περιπτέρου, μπιστρών, και εκδηλώσεων.
- § Σύμβαση Διαχείρισης (Management Contract)
- § *Δημόσιος εταίρος:* Η Κλινική Charité, της Πανεπιστημιούπολης Virchow
- § *Ιδιωτικός εταίρος:* Zehnacker Catering

Επισκόπηση:

Το έργο υποκινήθηκε από την πιεστική ανάγκη για τον εκσυγχρονισμό της υπηρεσίας παροχής τροφίμων και εστίασης στην κλινική Charité προκειμένου να ικανοποιηθούν οι αυξανόμενες απαιτήσεις ποιότητας και οι πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (HACCP), δεδομένου ότι:

- Καμία σημαντική επένδυση δεν έχει γίνει από τη δεκαετία του '70
- Η κλινική δεν θα μπορούσε να διαθέσει τα απαραίτητα επενδυτικά κεφάλαια

Βραχυπρόθεσμοι στόχοι: ο εκσυγχρονισμός των εγκαταστάσεων κουζίνας, η ενίσχυση της εσωτερικής οικονομικής κατάστασης και η μεταφορά τεχνογνωσίας

Μακροπρόθεσμοι στόχοι: η βελτίωση της ανταγωνιστικότητας στο τομέα της

περίθαλψης, αύξηση και διατήρηση υψηλής ποιότητας και επιπέδων υγιεινής, διευκόλυνση απόσβεσης της επένδυσης μέσω αμοιβής ανά ασθενή, και μείωση των δαπανών παρασκευής γευμάτων.

Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα έργου/διαδικασίας:

- Σύμβαση διαχείρισης με άξονα το κέρδος που ανατίθεται μέσω ενός δημόσιου διαγωνισμού το 2003, με τη δυνατότητα επέκτασης σε μια μακροπρόθεσμη ΣΔΙΤ στο τέλος της αρχικής πενταετούς σύμβασης
- Η κλινική Charité δημοπράτησε τις υπηρεσίες εστίασης (catering) και ο ιδιώτης Zehnacker Catering δεσμεύεται συμβατικά να εκτελέσει τις υπηρεσίες
- Ουσιαστικές διαπραγματεύσεις επέτρεψαν τη συμφωνία για τη συνολική επένδυση, το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής και τα ποιοτικά πρότυπα
- Η αρχική επένδυση των €400.000 (κυρίως για τον εκσυγχρονισμό των εγκαταστάσεων) εξασφαλίστηκε από τον ιδιωτικό συνεργάτη και ενδυναμώθηκε μέσω μιας καθημερινής χρέωσης στη Charité για μια χρονική περίοδο

Τα ακόλουθα χαρακτηριστικά γνωρίσματα βοήθησαν στην εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας:

- Το τμήμα ελέγχου της κλινικής Charité ελέγχει την αποδοτικότητα, αντιμετωπίζοντας κάθε σημείο υπηρεσιών catering ως ξεχωριστό κέντρο κόστους (έσοδα-ζημιές)
- Εγκαταστάθηκαν Συστήματα Ποιότητας, για να ικανοποιηθούν οι αυξανόμενες

απαιτήσεις για ποιότητα και για να εφαρμοστούν οι πιο πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Υγιεινή και το HACCP, τα οποία ελέγχονται μέσω της πιστοποίησης του ISO.

Αποτελέσματα - Αντίκτυπος:

Τα οικονομικά και ποιοτικά οφέλη περιλαμβάνουν:

- Στη συνολική αξία σύμβασης των €6 εκατομμυρίων, η εξοικονόμηση της κλινικής Charité ήταν €800.000 σε πέντε χρόνια, το 50% των οποίων ήταν η αρχική επένδυση και το υπόλοιπο 50% αποτελούσαν την πραγματική αποταμίευση.
- Υψηλής ποιότητας παράδοση τροφίμων χωρίς την αγορά νέων τροχήλατων διανομής φαγητού και την εφαρμογή ενός βελτιωμένου κύκλου μέσω του ελέγχου της θερμοκρασίας τροφίμων στο σημείο της παράδοσής του
- Πιστοποίηση ISO 9001:2000 της μονάδας catering μέσα στους πρώτους 18 μήνες
- Η αναβάθμιση των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού βελτίωσαν σημαντικά τις συνθήκες εργασίας και οδήγησαν σε ένα αποδοτικότερο εργατικό δυναμικό (συμπεριλαμβανομένης μιας μείωσης της τάξης του 7%) και αξιοσημείωτη μείωση στη συστηματική αποχή από την εργασία

3.6.3 Η περίπτωση της Κοινής Περιφερειακής Υπηρεσίας Αποστείρωσεων Νοσοκομείων, Αυστρία

Βασικά στοιχεία

- Σύμβαση ανάθεσης σε τρίτο μέρος (Contracting-out) της υπηρεσίας αποστείρωσης για τρία νοσοκομεία στο Vorarlberg, Αυστρία [21]
- Σύμβαση Υπηρεσίας για την εταιρεία, Medizin-medizin-produkte-aufbereitung Vorarlberg GmbH. (MPAV), που προέκυψε μέσα από σύμπραξη (partnering)
- *Δημόσιος συνεργάτης*: Vorarlberger Krankenhaus- Betriebsgesell- schaft m.b.H. (KHBG), η εταιρεία διαχείρισης για τα νοσοκομεία Vorarlberg
- *Ιδιωτικός συνεργάτης*: SteriLog, Αυστρία

Επισκόπηση:

- Σύμβαση υπηρεσιών με άξονα το κέρδος για την υπηρεσία υποστήριξης αποστείρωσεων για τρία νοσοκομεία στο Vorarlberg, Αυστρία (Landeskrankenhaus Feldkirch, Hohenems και Bludenz), που στοχεύουν:
- Στην βελτίωση των υπηρεσιών αποστείρωσης
- Στη επίτευξη εξοικονομήσεων μέσω μιας πιο αποδοτικής δομής και οργάνωσης
- Στην επίτευξη οικονομικώς αποδοτικής και ανταγωνιστικής τιμολόγησης

Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα έργου/διαδικασίας:

- Ο Συνεργάτης επιλέγεται σύμφωνα με το μοντέλο προσφοράς σε δύο επίπεδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης

- Η νέα επιχείρηση ΜΡΑΥ ιδρύθηκε από τη συνεργασία μεταξύ του δημόσιου φορέα ΚΗΒΓ (μερίδιο 51%) και του ιδιωτικού συνεργάτη SteriLog Αυστρία (μερίδιο 49%), με αρμοδιότητα την αποστείρωση του ιατρικού εξοπλισμού για τα τρία περιφερειακά νοσοκομεία
- Αντί του εκσυγχρονισμού των τριών υπάρχουσών μονάδων αποστειρώσεων νοσοκομείων, μια νέα θέση εξοπλίστηκε για να επιτύχει καλύτερα τους στόχους της ποιότητας, ασφάλειας, και μελλοντικής οικονομικής ικανότητας
- Οι ενός έτους προετοιμασίες περιέλαβαν τον προγραμματισμό, την αναδιοργάνωση των υπάρχουσών μονάδων, την εγκατάσταση νέου συστήματος Πληροφορικής, την βελτιστοποίηση του εξοπλισμού, την κατάρτιση του προσωπικού, και την προετοιμασία συμβάσεων
- Η οικοδόμηση του νέου κτιρίου αναμενόταν να ολοκληρωθεί το 2007, και τα τρία νοσοκομεία ανέμεναν να μεταφέρουν τον εξοπλισμό τους μετά από την προσεκτική επικύρωση των ροών της δουλειάς και της πιστοποίησης του ISO
- Επέκταση υπηρεσιών σε άλλα νοσοκομεία που προγραμματίζονται στην επόμενη φάση

Αποτελέσματα - Αντίκτυπος:

- Οι αναμενόμενες βελτιώσεις περιλαμβάνουν:
- Η ΚΗΒΓ δεν έπρεπε να χρηματοδοτήσει τον εκσυγχρονισμό των μονάδων αποστείρωσης στα νοσοκομεία της (οι αθροιστικές επενδύσεις του ιδιωτικού συνεργάτη είναι €5.3 εκατομμύρια)
- Η κατ' εκτίμηση μείωση δαπανών κατά €2 εκατομμύρια η οποία επιτεύχθηκε

από την οικοδόμηση μιας κοινής υπηρεσίας έναντι της αναδημιουργίας τριών ξεχωριστών εγκαταστάσεων

- Συμφωνηθείσα πληρωμή ανά κιβώτιο αποστείρωσης που καθορίζεται με βάση τις δαπάνες παραγωγής
- Πρόσθετος όγκος από εξωτερικούς φορείς αναμένεται να μειώσει περαιτέρω τις δαπάνες παραγωγής ανά κιβώτιο κατά 27% μέσα στα επόμενα οκτώ χρόνια, μια αποταμίευση που υπολογίζεται σε €1 εκατομμύριο το χρόνο
- Τα κέρδη ποιότητας και αποτελεσματικότητας περιλαμβάνουν:
 - Οικονομίες κλίμακας που παράγονται από τις συνεργίες της μιας θέσης, συμπεριλαμβανομένης της καλύτερης ειδίκευσης και της ποιότητας σε μια κοινή μονάδα, την συνεχιζόμενη τεχνική και οργανωτική ανάπτυξη, και οικονομίες από την κλίμακα στη συντήρηση, τις επισκευές και τις ενεργειακές δαπάνες
 - Τυποποιημένη ποιότητα, και κατά συνέπεια μικρότερες επενδύσεις στην διασφάλιση ποιότητας

3.6.4 Η περίπτωση της Εθνικής Πύλης e-health, Δανία

Βασικά στοιχεία

- Ανάπτυξη της Δανικής εθνικής πύλης e-health (sundhed.dk), μιας δημόσιας διαδικτυακής λύσης που συνδέει και διανέμει τις πληροφορίες υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των πολιτών και των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο [21]
- Σύμβαση Συστημάτων Πληροφορικής
- *Δημόσιοι εταίροι:* Δανικές αρχές, συμπεριλαμβανομένων σημαντικών συμμετεχόντων του συστήματος υγείας
- *Ιδιωτικοί συνεργάτες:* Κοινοπραξία ιδιωτικών συνεργατών, συμπεριλαμβανομένων των MedCom και της IBM

Επισκόπηση:

- ΣΔΙΤ για την ανάπτυξη μιας εθνικής πύλης e-health:
- Επιτρέπει την διαδικτυακή πρόσβαση στα ηλεκτρονικά αρχεία ασθενών (Electronic Patient Records - EPR) μέσω κεντρικών δεικτών εγγράφων στα στοιχεία που κρατούνται στα μεμονωμένα νοσοκομεία και τα γραφεία των Γενικών Ιατρών
- Παρέχεται μια πύλη για την ηλεκτρονική επικοινωνία μεταξύ των πολιτών και των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης (π.χ., ηλεκτρονικές παραπομπές, ηλεκτρονικές συνταγογραφήσεις)
- Επιτρέπει στους ασθενείς, τις οικογένειές τους, και τους επαγγελματίες

υγειονομικής περίθαλψης, την πρόσβαση σε ενημερωμένες πληροφορίες

Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα έργου/διαδικασίας:

Μεγάλης κλίμακας πρόγραμμα που προωθείται από τους βασικούς συμμετόχους συστημάτων υγείας :

- Σύμβαση Συστημάτων Πληροφορικής, με προσανατολισμό το κέρδος, για να δημιουργηθεί η επιδιωκόμενη εθνική πύλη για την αποτελεσματική και αποδοτική ανταλλαγή πληροφοριών και την ενσωμάτωση των περιφερειακών συστημάτων πληροφοριών υγειονομικής περίθαλψης
- Μη εμπορική πύλη σε απευθείας σύνδεση (Online) από τον Δεκέμβριο 2003, και υπό συνεχή ανάπτυξη με τα υψηλά πρότυπα για τη διαφάνεια, χρηστικότητα, πρόσβαση, ασφάλεια, και συντήρηση

Αποτελέσματα - Αντίκτυπος

Υψηλή ολοκλήρωση του συστήματος και μείωση των σχετικών δαπανών συναλλαγής:

- μέση αποταμίευση €2.30 ανά ιατρική/ασφαλιστική επικοινωνία
- μείωση 66% των τηλεφωνημάτων στα νοσοκομεία
- 50 λεπτά ανά ημέρα εξοικονομούνται στις ιατρικές πρακτικές
- 100% των συνταγών που στέλνονται ηλεκτρονικά στα φαρμακεία
- 97% των αποτελεσμάτων εργαστηρίων που μεταφέρονται ηλεκτρονικά
- 84% των επιστολών που μεταφέρονται ηλεκτρονικά στο Γενικό Ιατρό

3.6.5 Η περίπτωση του έργου 'Καλύτερη Τεχνολογία Πληροφορικής για καλύτερη Υγεία' (Better IT for Better health - bIT4health), Γερμανία

Βασικά στοιχεία

- Σύμπραξη για την θέσπιση σε εθνικό επίπεδο ενός πλαισίου τηλεματικής Υγείας, και για να επιτρέψει, σε εθνικό επίπεδο, την εισαγωγή της ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς, του ηλεκτρονικού συστήματος συνταγών, και άλλων χαρακτηριστικών τηλεματικών υγείας για μελλοντική εφαρμογή [21]
- Σύμβαση Τεχνολογίας Πληροφορικής (IT contract)
- *Δημόσιος συνεργάτης:* Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Γερμανία
- *Ιδιωτικοί συνεργάτες:* Κοινοπραξία ιδιωτικών φορέων υπό την καθοδήγηση της IBM

Επισκόπηση:

Το έργο «bIT4health» (καλύτερη Τεχνολογία Πληροφορικής για καλύτερη υγεία) είναι μια συνεργασία που αναπτύχθηκε για να επιτρέψει την εισαγωγή, σε εθνικό επίπεδο, χαρακτηριστικών γνωρισμάτων τηλεματικής υγείας με στόχο την αυξανόμενη ποιότητα και αποτελεσματικότητα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, και τη διευκόλυνση της πρωτοβουλίας και της ευθύνης των ασθενών, που περιλαμβάνουν:

- Ηλεκτρονική κάρτα ασθενών (που εκτείνεται σε 80 εκατομμύρια ασφαλισμένους, 270.000 παροχείς, 77.000 οδοντίατρους, 22.000 φαρμακεία, περισσότερα από 2.000 νοσοκομεία και πάνω από 300 φορείς χρηματοδότησης - payors)

- Ηλεκτρονικό σύστημα συνταγών και άλλα χαρακτηριστικά γνωρίσματα τηλεπληροφορικής υγείας

Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα έργου/διαδικασίας:

- Πρωτοβουλία που καθοδηγείται από το Γερμανικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών υποθέσεων το οποίο ίδρυσε την κοινοπραξία ιδιωτικών συνεργατών υπό την καθοδήγηση της IBM, προκειμένου να αναπτύξει μια υποδομή τηλεπληροφορικής υγείας για τις επικοινωνίες μέσα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης
- Ο Νόμος Εκσυγχρονισμού Υγείας (2004) έδωσε τη δυνατότητα πενταετούς διαδικασίας υλοποίησης
- Μακροπρόθεσμη σχέση μέσω σύμβασης εξωτερικών εργασιών Τεχνολογίας Πληροφορικής (contracting-out) για την ανάπτυξη και εφαρμογή της σχεδιασμένης αρχιτεκτονικής και των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων των τηλεματικών εφαρμογών, αρχίζοντας από την ηλεκτρονική κάρτα υγείας και ακολούθως από την αρχιτεκτονική αναφοράς για τις περαιτέρω εφαρμογές τηλεπληροφορικής υγείας (π.χ., ηλεκτρονική συνταγή, ηλεκτρονική παραπομπή, ηλεκτρονικό αρχείο ασθενών)

Αποτελέσματα - Αντίκτυπος:

Τα οφέλη αναμένονταν να είναι σε εθνικό επίπεδο και να αυξάνονται καθώς θα εφαρμόζονται τα προγραμματισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα τηλεπληροφορικής, επιφέροντας αθροιστικές βελτιώσεις στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- Την ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς η οποία θα επιτρέψει καλύτερη και περισσότερο αποδοτική διανομή και έλεγχο των πληροφοριών, συμπεριλαμβανομένης της καλύτερης ποιότητας φροντίδας (π.χ., αποφυγή των λαθών, διασφάλιση σωστής φαρμακευτικής αγωγής), εξοικονόμηση στην διαχείριση εγγράφων και απεικονιστικού υλικού καθώς επίσης και περιορισμένη απάτη καρτών/κατάχρηση
- Το υποσύστημα ηλεκτρονικών συνταγών (e-Prescription) αναμένεται να αυξήσει τα ετήσια οφέλη κατά €516 εκατομμύρια, μετά από τις δαπάνες επένδυσης της τάξης των €1.190 εκατομμυρίων και των λειτουργικών δαπανών €134 εκατομμυρίων κατά το πρώτο έτος

3.6.6 Η περίπτωση του Ολιστικού Κέντρου Περίθαλψης Waldviertel, Αυστρία

Βασικά στοιχεία

- Μετασχηματισμός νοσοκομείου επειγόντων περιστατικών σε ένα σύγχρονο ολιστικό κέντρο περίθαλψης μέσω μιας Σύμπραξης Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα [21]
- Σύμβαση Κατασκευής, Συντήρησης και Διαχείρισης
- *Δημόσιος συνεργάτης:* Νοσοκομειακός Οργανισμός Waldviertel (KAV)
- *Ιδιωτικοί συνεργάτες:* ROMED, Γερμανική επιχείρηση διαχείρισης κλινικών με εξειδίκευση στις ολιστικές μονάδες φροντίδας, VAMED, Αυστριακή επιχείρηση με εμπειρία στην κατασκευή και τη χρηματοδότηση νοσοκομείων

Επισκόπηση

Ένα νοσοκομείο επειγόντων περιστατικών στην Αυστρία στα πρόθυρα παύσης των εργασιών του μετασχηματίστηκε μέσω μιας ΣΔΙΤ σε ένα σύγχρονο ολιστικό (ψυχοσωματικό) κέντρο περίθαλψης Waldviertel (Psychosomatic Care Center Waldviertel -PSCW):

- Το 100-κλινών νοσοκομείο PSCW άνοιξε την 1η Ιουλίου, 2006, μετά από μια εκτενή και λεπτομερή ανακαίνιση, και παρέχει την ολιστική φροντίδα σε τοπικούς και περιφερειακούς ασθενείς
- Οι στόχοι της συνεργασίας ήταν να ανανεωθεί μια ιατρική εγκατάσταση και να εισαχθεί ένα νέο πρότυπο ιατρικής φροντίδας στην Αυστρία το οποίο στηρίζεται σε διεθνή εμπειρία

Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα έργου/διαδικασίας:

- Η άδεια που συμπεριλάμβανε την ανάπτυξη του έργου, τον σχεδιασμό, την υλοποίηση της συνολικής χρηματοδότησης και τη γενική διαχείριση και παροχή υπηρεσιών χορηγήθηκε στην επιχείρηση PSCW, η οποία ιδρύθηκε για τις ανάγκες του έργου σε συμφωνία με τις αυστριακές οδηγίες σχεδιασμού νοσοκομείων και ιατρικής φροντίδας
- Η PSCW αποτελείται από την KAV με μερίδιο 51%, την ROMED με μερίδιο 39%, και την VAMED με μερίδιο 10%
- Το νομικό πρόσωπο της PSCW είναι η KAV, η οποία είναι επίσης αρμόδια για την υποδομή. Η ROMED είναι αρμόδια για τη λειτουργία της PSCW και η VAMED για τον προγραμματισμό, την κατασκευή και, προαιρετικά, τη διαχείριση της εγκατάστασης
- Διεξάγεται ποιοτικός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένου του ελέγχου της ιατρικής και οικονομικής απόδοσης, από διαπανεπιστημιακή συμβουλευτική ομάδα, αρμόδια για την ανάπτυξη και τον έλεγχο των προτύπων ποιότητας ολιστικής φροντίδας.

Αποτελέσματα - Αντίκτυπος:

- Επένδυση σε έναν νέο τύπο υψηλής ποιότητας φροντίδας των ασθενών
- Μειωμένη δημόσια επένδυση που απαιτείται για τη νέα αυτή δυνατότητα, κατά 65% της συνολικής κατ' εκτίμηση επένδυσης των €14.8 εκατομμυρίων
- Μόχλευση (Leveraging) της εμπειρίας και χρηματοδότησης του ιδιωτικού τομέα

- Κατανομή του κινδύνου εργασίας μεταξύ των συνεργατών
- Αναμένεται να προκύψει περαιτέρω εξοικονόμηση μέσω των οφελών της ολιστικής φροντίδας και την αποδοτική διαχείριση από τους πεπειραμένους ιδιωτικούς εταίρους (π.χ., οι καθημερινές δαπάνες ενός νοσοκομείου ολιστικής φροντίδας της τάξης των €200-300 είναι σημαντικά χαμηλότερες των αντίστοιχων ενός συμβατικού νοσοκομείου, της τάξης των περίπου €440, λόγω του μειωμένου χρόνου θεραπείας της ολιστικής προσέγγισης)

3.6.7 Η περίπτωση της Ιδιωτικοποίησης του νοσοκομείου ST Goran, Σουηδία

Βασικά στοιχεία

- Ιδιωτικοποίηση ενός σημαντικού δημόσιου Γενικού Νοσοκομείου στη Στοκχόλμη [21,53]
- Ιδιωτικοποίηση σε μια ιδιωτική κερδοσκοπική επιχείρηση
- *Δημόσιος συνεργάτης*: Νομαρχιακό συμβούλιο της Στοκχόλμης (SCC)
- *Ιδιωτικός συνεργάτης*: Cario AB, μια ευρωπαϊκή εταιρεία διοίκησης νοσοκομείων και παροχέας υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας

Επισκόπηση

Το νομαρχιακό συμβούλιο της Στοκχόλμης μετασχημάτισε ένα σημαντικό δημόσιο νοσοκομείο της Στοκχόλμης, το ST Goran, σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο σε δύο στάδια:

- Κατά την περίοδο 1994-1998 το νοσοκομείο ST Goran μετασχηματίζεται σε μια μη κερδοσκοπική δημόσια μετοχική επιχείρηση με απλοποιημένο πλαίσιο δραστηριοτήτων (δηλ., απλουστευμένο μίγμα περιστατικών, διάφορες μονάδες εξειδικευμένης φροντίδας και τα κλινικά εργαστήρια που κινούνται προς άλλα νοσοκομεία ή που πωλούνται στους ιδιώτες)
- Το 1999 το νοσοκομείο ST Goran πωλείται στην Cario με ανανεούμενη σύμβαση και μετασχηματίζεται σε μια κερδοσκοπική μετοχική επιχείρηση

Το πρώτο ιδιωτικά ιδιόκτητο νοσοκομείο στη Σουηδία, με 240 κρεβάτια, 1.400 υπαλλήλους, και 200.000 εξωτερικούς ασθενείς το 2004.

Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα έργου/διαδικασίας:

- Η ιδιωτικοποίηση εντάσσεται και καθοδηγείται από το περιφερειακό σχέδιο για την αύξηση του αριθμού των ιδιωτικών προμηθευτών στο σύστημα προκειμένου να επιτρέψει τον ανταγωνισμό και περισσότερες αποδοτικές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης. Ταυτόχρονα, πραγματοποιούνται αλλαγές στη διοίκηση για την καλύτερη διαχείριση των νέων ιδιωτικών φορέων (π.χ., καλύτερα καθορισμένες ευθύνες, απαιτήσεις εξωτερικού λογιστικού ελέγχου)
- Εξαετής σύμβαση που συμφωνείται μεταξύ του Νομαρχιακού Συμβουλίου της Στοκχόλμης (SCC) και της Cario, η οποία απαιτεί το νοσοκομείο να παρέχει υπηρεσίες φροντίδας σε όλους τους ασθενείς με ίδιους όρους και κριτήρια απόδοσης με άλλα νοσοκομεία
- Η σύμβαση επιτρέπει στο SCC να αποτρέψει την Cario από την πώληση του νοσοκομείου
- Το SCC παραμένει ο σημαντικότερος χρηματοδότης (payor) μέσω ενός συστήματος χρηματοδότησης βασισμένο στην απόδοση και τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες, DRGs με τα ρυθμιζόμενα όρια στον όγκο και τις τιμές
- Σύμφωνα με τη σύμβαση, οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός μισθώνονται
- Η Σύμβαση ανανεώθηκε για την περίοδο 2005-2012 και οι βασικές αλλαγές περιλαμβάνουν:

- Οι υπηρεσίες αρχικά συμβλήθηκαν σε όγκους και τιμές του 2004, με ετήσιες προσαρμογές
- Το ST Goran σταματά να νοσηλεύει ασθενείς με ίδια συνεισφορά, οι οποίοι θα αντιμετωπίζονται στην κλινική Cario Artro στο πλαίσιο μιας ξεχωριστής σύμβασης
- Το Νομαρχιακό Συμβούλιο της Στοκχόλμης (SCC) έχει το δικαίωμα να διακόψει τη σύμβαση από το τέλος του έτους 2009, και να επαναγοράσει το νοσοκομείο για SEK 275 εκατομμύρια

Αποτελέσματα - Αντίκτυπος:

- Η Ιδιωτικοποίηση αμφισβητήθηκε αρχικά. Σήμερα θεωρείται ως μια στέρεα ΣΔΙΤ μορφή που επωφελείται από τη μετάβαση σε μια ενεργή, αναπτυξιακή επιχειρηματική διαχείριση
- Το νοσοκομείο ST Goran συνεχίζει να ταξινομείται μεταξύ των καλύτερων της κατηγορίας (π.χ., χρηματοοικονομικά αποτελέσματα, ποιότητα, παραγωγικότητα), χωρίς αλλαγές στην πρόσβαση
- Επιτυγχάνονται μειώσεις δαπανών που επιτυγχάνονται μέσω των βελτιωμένων διαδικασιών και διαχείρισης, όπως η ταχύτητα παραγωγής /ρυθμός απόδοσης, μίγμα περιπτώσεων, νοσοκομειακές μονάδες ως κέντρα κερδών ή ζημιών, λήψη αποφάσεων διοίκησης στη βάση της ευρωπαϊκής μέτρησης επιδόσεων (Benchmarking), οικονομίες κλίμακας
- Επιτυγχάνεται περαιτέρω αποδοτικότητα στην παροχή και τις δαπάνες των υπηρεσιών (π.χ., πιο σύντομος χρόνος αναμονής, προγράμματα εργασιών που

μεταβάλλονται για να χαμηλώσουν το κόστος προσωπικού, διατηρώντας τις συμβάσεις υπαλλήλων, τη χρησιμοποίηση της παραγωγικής ικανότητας)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

3.6.8 Σύμπραξη τύπου Κατασκευή - Κυριότητα - Λειτουργία / B.O.O. (Build, Own, Operate) στο Νοσοκομείο Berlin -Buch, Γερμανία

Βασικά στοιχεία

- Σύμπραξη Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) για να βελτιώσει τις εγκαταστάσεις και την απόδοση του ακαδημαϊκού ιατρικού κέντρου, συμπεριλαμβανομένης της αντικατάστασης της υπάρχουσας δυναμικότητας 1.100 κλινών
- Σύμβαση παραχώρησης για τα υπάρχοντα πάγια, σύμβαση κατασκευής και συντήρησης για τη νέα εγκατάσταση και σύμβαση διαχείρισης και υπηρεσιών
- *Δημόσιοι συνεργάτες:* Πολιτεία του Βερολίνου, το Πανεπιστήμιο Charité
- *Ιδιωτικός συνεργάτης:* Helios-Kliniken

Επισκόπηση

- Προς το τέλος της δεκαετίας του '90 η πολιτεία του Βερολίνου δεν ήταν σε θέση να χρηματοδοτήσει την αναγκαία αντικατάσταση του νοσοκομείου Berlin -Buch, μια παλιά εγκατάσταση 1.100- κλινών, το οποίο αντιμετώπιζε διψήφιο αριθμό ζημιών και μειωμένους όγκους ασθενών
- Το 2001, η εταιρεία Helios-Kliniken, ο δεύτερος μεγαλύτερος οργανισμός ιδιωτικών νοσοκομείων της Γερμανίας, κέρδισε μια προσφορά για να ενεργοποιήσει και να αντικαταστήσει το υπάρχον νοσοκομείο

Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα έργου/διαδικασίας:

- Στο πλαίσιο της σύμβασης παραχώρησης, η Helios ανέλαβε το δικαίωμα εκμετάλλευσης του νοσοκομείου, τα περιουσιακά στοιχεία (assets) και τα στοιχεία παθητικού (liabilities) των υπαρχουσών εγκαταστάσεων (24 κλινικές και έξι ιδρύματα, σε πέντε θέσεις, 167 κτίρια και 1.100 κλίνες)
- Σύμβαση για την κατασκευή της νέας εγκατάστασης 1.000 κλινών, με ταυτόχρονη χρήση των υπαρχουσών εγκαταστάσεων χωρίς μίσθωση ως το 2008, δημιουργώντας ένα κίνητρο για την Helios να ολοκληρώσει την κατασκευή των κτιρίων αντικατάστασης εγκαίρως παρέχοντας ένα σταθερό επίπεδο εισοδήματος για έναν καθορισμένο χρόνο, εφ' όσον διατηρούνται οι όγκοι ασθενών
- Το νοσοκομείο παραμένει ένα εκπαιδευτικό και ακαδημαϊκό όργανο, και η σύμβαση προβλέπει οι ερευνητικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες να χρηματοδοτούνται από το κράτος και υπό τη διαχείριση του πανεπιστημίου Charité, ενώ η εντατική φροντίδα και οι δαπάνες της ρυθμίζονται από την Helios
- Οι συμβάσεις προσωπικού μεταφέρθηκαν στο νέο χειριστή, με πάγωμα οποιωνδήποτε μειώσεων προσωπικού μέχρι το τέλος του 2005
- Η ποιότητα των υπηρεσιών διατηρείται μέσω της κυβερνητικής επίβλεψης και Δημόσιων Ετήσιων Ιατρικών Εκθέσεων που παρουσιάζονται από την Helios ώστε να ανιχνευθούν οι μετρήσεις επιδόσεων (performance benchmarks), συμπεριλαμβάνοντας την επισκόπηση των περιπτώσεων ασθενών συνολικά και ανά διαγνωστική κατηγορία (Diagnostic Related Groups, DRGs)

Αποτελέσματα - Αντίκτυπος:

- Κεφαλαιουχική επένδυση €215 εκατομμυρίων, πλήρως από ιδιωτικά κεφάλαια, χωρίς την ανάγκη για τα δημόσια κεφάλαια (που υπολογίζονται αρχικά στα €350 εκατομμύρια)
- Αριθμός ασθενών ο οποίος αυξάνεται κατά προσέγγιση στο ίδιο επίπεδο με τη χρηματοδότηση
- Λειτουργικές βελτιώσεις και επιδόσεις οδήγησαν στη μείωση των δαπανών προσωπικού κατά 10%, διατηρώντας τα επίπεδα προσωπικού σταθερά
- Οι επενδύσεις της τάξης των €10 εκατομμυρίων μέχρι σήμερα στις νέες τεχνολογίες (π.χ., Μαγνητική Τομογραφία, Υπερηχοτομογραφία και Συστήματα χαρτογράφησης και πλοήγησης (navigation systems) για ορθοπεδική και νευροχειρουργική χρήση) και τεχνικές (π.χ. ελάχιστα επεμβατική χειρουργική, μεταμόσχευση βλαστοκυττάρων), με μια επιπρόσθετη προγραμματισμένη επένδυση €29 εκατομμυρίων, βελτίωσαν την ιατρική φροντίδα των ασθενών, χωρίς να αυξήσουν τις γενικές λειτουργικές δαπάνες ή αποζημιώσεις ανά Διαγνωστική Κατηγορία - DRG
- Η εφαρμογή του συστήματος των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών, DRGs στην οργάνωση επιτρέπει στο νοσοκομείο να αξιολογήσει και να συγκρίνει τις ιατρικές εκβάσεις όλων των νοσοκομείων της Helios ανά τμήμα. Οι ετήσιες ιατρικές εκθέσεις διευκολύνουν τη σύγκριση μεταξύ των τμημάτων και την δημόσια εποπτεία για τις περαιτέρω βελτιώσεις της ποιότητας.

3.6.9 Το Πρόγραμμα ΣΔΙΤ στην Πορτογαλία

Βασικά στοιχεία

- Σημαντικό πρόγραμμα κλίμακας ΣΔΙΤ που ξεκίνησε το 2001 στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Πορτογαλίας (NHS), το οποίο περιλαμβάνει την κατασκευή, την αποκατάσταση / αντικατάσταση και την ιδιωτική διαχείριση περισσότερων από δέκα νοσοκομείων και διάφορων ειδικευμένων κέντρων [21]
- Σύμβαση κατασκευής, συντήρησης, κλινικών υπηρεσιών και διαχείρισης
- *Δημόσιος συνεργάτης*: Υπουργείο Υγείας, Parcerias. Saúde, κυβερνητική ομάδα εργασίας για την ανάπτυξη ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας

Επισκόπηση

- Σημαντικό πρόγραμμα ΣΔΙΤ που περιλαμβάνει την κατασκευή, αντικατάσταση /αποκατάσταση και ιδιωτική διαχείριση πάνω από δέκα νοσοκομείων και διάφορων ειδικευμένων κέντρων σε δύο κύματα
- Οι στόχοι περιλαμβάνουν τη γρήγορη ανάπτυξη της υποδομής, περισσότερο αποδοτική παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας, βελτιωμένη ποιότητα ιατρικής φροντίδας ασθενών, και χρησιμοποίηση του προτύπου ΣΔΙΤ ως συγκριτικής μέτρησης επιδόσεων και οδηγού για την αλλαγή του δημόσιου τομέα

Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα έργου/διαδικασίας:

- Το 2001 η πορτογαλική κυβέρνηση δημιούργησε μια ομάδα εργασίας ΣΔΙΤ για τον τομέα υγείας – την Parcerias.Saúde (Partnerships.Health)

- Το 2002 η Parcerias.Saúde έλαβε την εντολή για την δημιουργία του νομικού πλαισίου που θα κάνει δυνατή την εφαρμογή ΣΔΙΤ και να προωθήσει το πρώτο κύμα ΣΔΙΤ αποτελούμενο από τέσσερα νοσοκομεία, αθροιστικής αξίας €3 δισεκατομμυρίων, συμπεριλαμβανομένης της παροχής των κλινικών υπηρεσιών, ένα κέντρο επικοινωνίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) και ένα κέντρο αποκατάστασης, αξίας €40 εκατομμυρίων το καθένα
- Το πρότυπο ΣΔΙΤ, τα στρατηγικά στοιχεία και οι τεχνικές προδιαγραφές, αναπτύχθηκαν σε στενή συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας
- Η Parública SA, κρατική οντότητα που ενεργεί ως σύμβουλος ΣΔΙΤ στο Υπουργείο Οικονομικών, διευθύνει μια εκτενή αναθεώρηση των προτάσεων ΣΔΙΤ
- Ο δημόσιος συνεργάτης ελέγχει συνεχώς και ρυθμίζει το πρόγραμμα
- Τα Νοσοκομεία αποτελούν το σημαντικότερο μέρος του προγράμματος, με δύο τύπους συμβάσεων: κατασκευής και συντήρησης, και συμβάσεις παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης
- Η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα του προγράμματος και των επιμέρους συστατικών του ελέγχεται προσεκτικά:
 - Μέσω ενός πρότυπου δημόσιας συγκριτικής αξιολόγησης (public comparator model), ειδικά αναπτυγμένου για το σκοπό αυτό, το οποίο αξιολογεί την εγκυρότητα της επιλογής ΣΔΙΤ σε μια δεδομένη περίπτωση
 - Οι ΣΔΙΤ θα πρέπει να ανταποκρίνονται σε υψηλότερα πρότυπα απόδοσης και ποιότητας απ' ό,τι τα δημόσια νοσοκομεία

- Οι πρόσφατες αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο-ειδικά η περισσότερο αυστηρή αξιολόγηση των ΣΔΙΤ, οι μακροπρόθεσμες δημοσιονομικές επιπτώσεις τους, και οι συμβατικές ρυθμίσεις που τα πλαισιώνουν - στοχεύουν στην περαιτέρω διασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας του προγράμματος

Αποτελέσματα - Αντίκτυπος:

- Είναι πολύ νωρίς για να κριθεί ο αντίκτυπος του προγράμματος (η πρώτη σύμβαση ανατέθηκε το 2006)
- Η αρχική εμπειρία (π.χ., ο πρώτος διαγωνισμός νοσοκομείου σταμάτησε) οδήγησε σε αλλαγές της διαδικασίας προκειμένου να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των έργων ΣΔΙΤ, όπως η αυστηρότερη τεκμηρίωση αιτιολόγησης και αξιολόγησης των προτεινόμενων έργων και των δημοσιονομικών επιπτώσεών τους, η βελτιωμένη διαδικασία υποβολής προσφορών και της διαχείρισης των συμβάσεων
- Η Πορτογαλική εμπειρία τονίζει τη σημασία ενός καλά αναπτυγμένου σχεδίου στρατηγικής και υλοποίησης, με έναν ικανοποιητικό χρόνο υλοποίησης του προγράμματος προκειμένου να πραγματοποιούνται οι κρίσιμες ρυθμίσεις για την εξασφάλιση της επιτυχίας.

3.6.10 Η περίπτωση του Ferryfield House, Σκωτία

Βασικά στοιχεία

Το Ferryfield House στο Εδιμβούργο ήταν το πρώτο έργο στη Σκωτία με το μοντέλο Μελέτη - Κατασκευή - Χρηματοδότηση - Λειτουργία / DBFO (Design - Build - Finance - Operate). Αποτελείται από ένα νοσοκομείο 60 κλινών (2,3 εκατ. στερλίνες) και βασίζεται σε μια δεκαετή μίσθωση λειτουργίας για λογαριασμό μιας κοινοπραξίας ιδιωτών, προκειμένου να παρέχουν υπηρεσίες για τους ευπαθείς ηλικιωμένους ασθενείς και τους πάσχοντες με άνοια.

Το έργο έδινε την ευθύνη στον ιδιώτη εταίρο να διεκπεραιώσει τις βασικές - 'πυρηνικές' εργασίες, δηλαδή της παροχής ενός νέου νοσοκομειακού κτιρίου, της φροντίδας των ασθενών και της παροχής όλων των μη-κλινικών υπηρεσιών καθώς και να διασφαλίσει ότι σε περίπτωση που δεν υπάρχει διαθέσιμο κρεβάτι στο νοσοκομείο, ο μειοδότης θα πρέπει να εξασφαλίσει μια άλλη κατάλληλη προσωρινή στέγαση.

Ιστορικό

Την 1η Απριλίου του 1994, ο οργανισμός καταπιστεύματος τομέα υγείας του Εδιμβούργου (Edinburgh Health Care Trust) κληρονόμησε ένα οικόπεδο στο Northern General Hospital, στο βόρειο Εδιμβούργο. Με εξαίρεση δύο κλινικές, οι οποίες είχαν τις κλίνες τους σε συνεχή λειτουργία, το νοσοκομείο υπολειπούνε.

Λόγω αυτής υπολειτουργίας, ο οργανισμός καθόρισε ένα μεγάλο μέρος της περιοχής - δέκα στρεμμάτων - προς διάθεση.

Συμβαλλόμενα μέρη και δομή ΣΔΙΤ

Δημόσιος συνεργάτης : Εθνική Υγειονομική Υπηρεσία (NHS) στη περιοχή Lothian («Lothian»)

Ιδιωτικοί συνεργάτες:

- Οργανισμός καταπιστεύματος τομέα Υγείας του Εδιμβούργου (Edinburgh Health Care Trust) ('Trust'). Ο οργανισμός, πριν από τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα Ferryfield, παρείχε υπηρεσίες σε ηλικιωμένους ασθενείς, σε ασθενείς με διανοητικά προβλήματα και μαθησιακές δυσκολίες καθώς και υπηρεσίες αποκατάστασης στην περιοχή του Εδιμβούργου. Ο οργανισμός, μαζί με το συνεργάτη της Ferryfield Limited, υπέβαλε προσφορά στην Lothian σε ανταγωνισμό με διάφορες καθαρώς ιδιωτικές κοινοπραξίες.
- Ferryfield Limited (μια ιδιωτική επιχείρηση), με (1) την Walker Timber Ltd. (οικοδομική εταιρεία) και (2) την Gardner Merchant (εταιρεία διαχείρισης εγκαταστάσεων)

Δομή προγράμματος : DBFO - £2.3 εκατομμύρια

Στοιχεία του έργου

Σχεδιασμός/Μελέτη

Η προσφορά εισήγαγε διάφορες σχεδιαστικές βελτιώσεις επί του αρχικού σχεδίου δημοπράτησης, όπως περιοχών κήπων, μιας βελτιωμένης διαμόρφωσης για να

μειωθεί ο αριθμός των θαλάμων που είχαν βόρειο προσανατολισμό, βελτιωμένου φωτισμού οροφής και βελτίωσης της εσωτερικής διάταξης ώστε να προκύπτει λειτουργική αποδοτικότητα.

Χρηματοδότηση

1. Αντιμετώπιση «εκτός ισολογισμού» (Off Balance Sheet Asset Treatment)

Ο πλειοδότης τόνισε τη σημασία διατήρησης της «εκτός ισολογισμού» χρηματοδότησης. Δεδομένου ότι αυτό έγινε κατανοητό εξαρχής, δεν αποτέλεσε αργότερα ένα ζήτημα.

2. Εγγυήσεις

Ο Οργανισμός ασφάλισε τον ιδιωτικό συνεργάτη της με τη λήψη των εγγυήσεων της μητρικής εταιρείας.

Διαδικασία προμήθειας

Η Lothian αναζήτησε προσφορές από ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς μέσω των διαφημίσεων που τοποθετήθηκαν στον περιφερειακό Τύπο. Η Lothian παρέιχε ορισμένες βασικές παραμέτρους, και λεπτομερείς προδιαγραφές, οι οποίες εξυπηρέτησαν το διπλό σκοπό, να δώσουν αφενός την εικόνα των απαιτήσεων από τους διαγωνιζόμενους και να ενισχύσουν αφετέρου την δημιουργικότητα και την ευελιξία στις προτάσεις τους.

Οι προσφορές έπρεπε να περιγράψουν διάφορες βασικές περιοχές όπως την εμπειρία και το χρονοδιάγραμμα, το πεδίο των υπηρεσιών, των απαιτήσεων χώρων στέγασης, των προδιαγραφών σχεδιασμού και διαχείρισης εγκαταστάσεων

και των οικονομικών αποδόσεων. Η προσφορά άφησε ανοικτό το ζήτημα της κατανομής κινδύνου για το στάδιο διαπραγμάτευσης.

Ο Οργανισμός, ο μόνος δημόσιος διαγωνιζόμενος, υπέβαλε την προσφορά του μαζί με 11 διαγωνιζόμενους ιδιωτικού τομέα. Η προσφορά του περιέλαβε μια μίνι-κοινοπραξία από (α) μια κατασκευαστική εταιρεία και (β) μια εταιρεία διαχείρισης εγκαταστάσεων, την οποία επέλεξαν μέσω μιας ξεχωριστής εσωτερικής διαδικασίας διαγωνισμού και υποβολής προσφορών (η «δευτεροβάθμια διαδικασία προσφοράς»).

i) Χρονική αλληλουχία

Η διαδικασία αποδείχτηκε αποδοτική και πιο χρονικά αποτελεσματική από ένα συμβατικό πρότυπο δημόσιας σύμβασης:

Ιούνιος 1995: Δημοσιεύεται το πρόγραμμα Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης-PFI

Αύγουστος 1995: Λαμβάνονται οι προσφορές

Σεπτέμβριος 1995: Ανακοινώνεται ο πλειοδότης

Οκτώβριος 1995: Εγκρίνεται το πλήρες επιχειρησιακό σχέδιο

Φεβρουάριος 1996: Υπογράφεται η σύμβαση

Φεβρουάριος 1996: Το κτίριο ξεκινά

Οκτώβριος 1996: Οι διαδικασίες αρχίζουν, πραγματοποιείται εισαγωγή ασθενών

ii) Ισορροπημένη προσέγγιση στις απαιτήσεις της προσφοράς

Η διαδικασία προσφοράς, ούτε περιγράφηκε υπερβολικά ούτε επέτρεψε απέραντα όρια, (α) παρέχοντας ικανοποιητικές λεπτομέρειες ώστε να τεθούν οι παράμετροι για τους προσφέροντες, και (β) διατηρώντας αρκετή ευελιξία έτσι ώστε ο επιτυχής πλειοδότης να μπορεί να επιδιώξει τους καινοτόμους τρόπους για να δομήσει τη σύμβαση Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI.

(iii) Διαδικασία προσφοράς

Η διαδικασία προσφοράς επικρίθηκε ότι δεν ακολούθησε τα πρότυπα προμήθειας της Ευρωπαϊκής Ένωσης που απαιτούν δημοσίευση στην Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (Official Journal of the European Community).

Χρήσιμα Συμπεράσματα

Η ανάγκη έγκαιρου σχεδιασμού

Λόγω της ανταγωνιστικής διαδικασίας προσφοράς, υπήρξε μια ισχυρή βάση για να κινηθεί γρήγορα το έργο, δεδομένης της μορφής προμήθειας μέσω Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI. Μόλις ο Οργανισμός κέρδισε τον διαγωνισμό, ο χρονοδιάγραμμα προχώρησε ταχύτατα.

Ισχυρή διοικητική δέσμευση

Ο Οργανισμός είχε μια ισχυρή διοικητική ομάδα για να οδηγήσει την διαδικασία κατευθείαν στην ολοκλήρωσή της.

Καλός οικονομικός σχεδιασμός

Οι ισχυρές οικονομικές μέριμνες και η σύνταξη προϋπολογισμού προβλέφθηκαν από την αρχή της διαδικασίας προμήθειας και έθεσαν με σαφήνεια τους στόχους και τις παραμέτρους για τον προγραμματισμό και τη δυνατότητα προσέγγισης του προγράμματος PFI.

Ανοικτός διάλογος

Ένας ανοικτός διάλογος ενθαρρύνθηκε με τους πλειοδότες.

Ισχυρή διοικητική ομάδα

Ο Οργανισμός διαμόρφωσε μια οργανωτική επιτροπή για το πρόγραμμα PFI με ξεκάθαρα καθορισμένες ευθύνες ανώτερης διαχείρισης. Αυτό επέτρεψε σε κάθε μέλος της ομάδας ανώτερης διαχείρισης να προωθήσει τη διαδικασία.

Νομικοί / Οικονομικοί σύμβουλοι

Οι νομικοί και οικονομικοί σύμβουλοι προσδιορίστηκαν από τον Οργανισμό, από την έναρξη της διαδικασίας προσφοράς και παρείχαν κρίσιμη υποστήριξη.

3.6.11 Η περίπτωση του Θεραπευτηρίου του Cumberland (Carlisle)

Βασικά στοιχεία

Το Βασιλικό θεραπευτήριο του Cumberland στο Carlisle ήταν το δεύτερο σημαντικό νοσοκομείο υψηλής φροντίδας στο Ηνωμένο Βασίλειο που δόθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI, και το πρώτο που κατέστη λειτουργικό. Το νοσοκομείο άνοιξε την άνοιξη του 2000, εγκαίρως και κάτω από τον προϋπολογισμό. Σαν ένα έργο - 'πιλότος', προσέλκυσε σημαντική προσοχή και διαμάχη. [52]

Ιστορικό

Ο Οργανισμός Καταπιστεύματος νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Carlisle (Carlisle Hospital NHS Trust) ιδρύθηκε την 1η Απριλίου 1994 ως μια οργάνωση – 'ομπρέλα' για τρεις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, συμπεριλαμβανομένου του θεραπευτηρίου Cumberland, του μαιευτηρίου City Maternity Hospital και του γενικού νοσοκομείου City General Hospital. Ο Οργανισμός κληρονόμησε τα πάγια των τριών ιδρυτικών νοσοκομείων, που θα μπορούσαν να περιγραφούν ως ένα μίγμα φθινουσών υποδομών Βικτοριανής εποχής και μέτρια στοιχεία σύγχρονης κατασκευής.

Το θεραπευτήριο του Cumberland ήταν μια νοσοκομειακή μονάδα εντατικής φροντίδας που εξυπηρετούσε ένα τοπικό πληθυσμό 180.000 ατόμων. Σαν υποπεριφερειακό νοσοκομείο παρείχε επίσης μια σειρά υπηρεσιών σε 320.000

ασθενείς στην Βόρεια Cumbria και τη νοτιοδυτική Σκωτία.

Η πρώτη φάση αναδιαμόρφωσης του θεραπευτηρίου του Cumberland ολοκληρώθηκε το 1974 και αναφέρθηκε τοπικά ως «Συγκρότημα Πύργου - Tower Block». Η δεύτερη φάση προβλέφθηκε το ίδιο έτος αλλά αναβλήθηκε επανειλημμένα για μια περίοδο που συμπληρώνει συνολικά περίπου 20 χρόνια.

Τα συμβατικά σχέδια προμήθειας για τον Οργανισμό περιείχαν τις ανακαινίσεις και στα τρία σημεία μαζί με την κατασκευή του αναμενόμενου για καιρό 'αδερφού' κτιρίου στο θεραπευτήριο του Cumberland.

Το πρόγραμμα Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI περιέλαβε ένα νέο νοσοκομείο περίπου 33.000 τετραγωνικών μέτρων, μαζί με την ανανέωση περίπου 10.000 μέτρων των διατηρημένων κτηρίων. Διάφορες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των μαιευτικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών παροχής φροντίδας ασθενών, μαζί με μια μονάδα χειρουργείων ημέρας και ενσωματωμένων μονάδων αποκατάστασης, μετακινήθηκαν από το City Maternity και το City General και συγκεντρώθηκαν επί του νέου τόπου θεραπευτηρίων του Cumberland προκειμένου να οργανωθούν ορθολογικά οι διαδικασίες.

Συμβαλλόμενα μέρη και δομή ΣΔΙΤ

Δημόσιος συνεργάτης : Οργανισμός Καταπιστεύματος Νοσοκομείων του Carlisle του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Carlisle Hospitals NHS Trust)

Ιδιωτικός συνεργάτης : Ομάδα Διοίκησης Υγείας - Health Management Group (Carlisle) -'HMG' μια κοινοπραξία, συμπεριλαμβανομένης της AMEC, ως οικοδομικής εταιρείας, και της Building & Property Group ('BPG'), ως διευθυντή εγκαταστάσεων και χειριστή όλων των μη-κλινικών υπηρεσιών υποστήριξης .

Δομή προγράμματος : DBFO - £84 εκατομμύρια.

Είναι ένα νοσοκομείο ιατρικής φροντίδας και μαιευτικών υπηρεσιών 444 κλινών. Η διάρκεια του έργου είναι 45 χρόνια με έναν όρο διακοπής στο 30^ο έτος.

Στοιχεία του έργου

Σχεδιασμός / Μελέτη

Το σχέδιο περιέλαβε τέσσερα «περίπτερα» (pavilions) τριών έως τεσσάρων ορόφων, μαζί με τρία προαύλια και μια κεντρική υαλόφρακτη περιοχή. Τα χαρακτηριστικά του σχεδίου περιλαμβάνουν ένα κεντρικό αίθριο και αποδοτικές θεμελιώδεις δομές (συμπεριλαμβανομένων των σκελετών χάλυβα, της καλωδίωσης και των ενεργειακών υπηρεσιών σε δάπεδο κι οροφή) και καινοτόμες λύσεις με δυνατότητες προσαρμογής για την φροντίδα των ασθενών, όπως η δυνατότητα να διαιρεθούν οι τετράκλινοι χώροι αναμονής σε δύο μονόκλινα δωμάτια. Το αίθριο οδήγησε σε υψηλή θερμοκρασία στον εσωτερικό χώρο και εισήχθη πρόσθετη σκίαση μετά από την κατασκευή προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα αυτό.

Κατασκευή

Η κατασκευή ολοκληρώθηκε σε 29,5 μήνες, αρκετά γρηγορότερα από τη συμβατική διαδικασία. Η ποιότητα κατασκευής εμφανίζεται να είναι υψηλή αν και υπήρξαν αρκετά ζητήματα μείωσης κινών, γεγονός για το οποίο η HMG υποστηρίζει ότι είναι σύμφωνο με οποιαδήποτε νέα οικοδόμηση δομών παρόμοιου πεδίου και πολυπλοκότητας. Η προσοχή των μέσων και το δημόσιο ενδιαφέρον στράφηκε – δυσανάλογα μάλλον - σε ορισμένα πρώτα προβλήματα των συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης. Η HMG υποστηρίζει ότι οι εκθέσεις ήταν υπερβολικές και τα γεγονότα αντιμετωπίστηκαν γρήγορα, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι η αμοιβή της απομειώθηκε τον μήνα που εμφανίστηκαν τα προβλήματα αυτά για να απεικονίσει την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Χρηματοδότηση

Το συνολικό κεφάλαιο που χρησιμοποιήθηκε από τον ιδιωτικό συνεργάτη ήταν £83,72 εκατομμύρια, 85% του οποίου (£75,7 εκατομμύρια) δημιουργήθηκε μέσω έκδοσης ομολόγου και το υπόλοιπο 15% (£7,92 εκατομμύρια) προέκυψε μέσω μετοχικού κεφαλαίου (10%) και δανείου (5%).

Η Natwest Markets Ltd. και η J. Henry Schroder & Co. Ltd ήταν οι διευθυντές έκδοσης ομολόγου το οποίο ήταν και το πρώτο ομόλογο που χρησιμοποιήθηκε για να χρηματοδοτήσει, ένα πρόγραμμα Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI στη Μεγάλη Βρετανία. Η ασφάλεια (Monoline Insurance) που εκδόθηκε από την MBIA/Ambac χρησιμοποιήθηκε για να ενισχύσει την πιστοληπτική αξιολόγηση του έργου, το οποίο επέτυχε μια εκτίμηση AAA από την

Moody's και S&P, και τοποθετήθηκε με τους βρετανικούς θεσμικούς επενδυτές ως ένα 30ετές ομόλογο εγγυημένης σταθερής απόδοσης.

Ο Οργανισμός (Trust) πλήρωσε £3,45 εκατομμύρια ετησίως σε μίσθωμα, κεφάλαιο και απόσβεση για την παλαιά εγκατάσταση πριν από το άνοιγμα και £7 εκατομμύρια ετησίως μετά το άνοιγμα της νέας εγκατάστασης. Τρεις χωριστές PFI πληρωμές γίνονται στην ιδιωτική κοινοπραξία ετησίως: κατ' αρχάς, η «πληρωμή διαθεσιμότητας» του κτηρίου καλύπτει τις κεφαλαιουχικές δαπάνες της κοινοπραξίας και τις υποχρεώσεις δανείων, δεύτερον, ένα «τέλος υπηρεσιών» καταβάλλεται για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, προσαρμοσμένη στην απόδοση σε σύγκριση με τα αναμενόμενα επίπεδα υπηρεσιών και τρίτον, μια πληρωμή («αμοιβή χρήσης») που ποικίλλει με τον όγκο της χρήσης για τις συμφωνηθείσες υπηρεσίες και τις δραστηριότητες. Η διάρκεια της σύμβασης παραχώρησης είναι 30 έτη.

Ο Οργανισμός βεβαίωσε ότι η αύξηση του ιδιωτικού κεφαλαίου μέσω της έκδοσης ομολόγου εξοικονόμησε £750,000 (σε αντιδιαστολή με το δανεισμό από τις τράπεζες). Η UNISON, ένα συνδικάτο εργαζομένων του δημόσιου τομέα, επέκρινε τη χρηματοδότηση υποστηρίζοντας ότι οι δαπάνες χρηματοδότησης πρόσθεσαν £17 εκατομμύρια στο κόστος κατασκευής του νέου νοσοκομείου, ή πάνω από 20% των δαπανών χρηματοδότησης. Αυτό το επιχείρημα φαίνεται κάπως παραπλανητικό, δεδομένου ότι υποθέτει ότι δεν θα υπήρχε κανένα πραγματικό ή συνεπαγόμενο κόστος (implied cost) κεφαλαίου, αν το έργο είχε χρηματοδοτηθεί από το δημόσιο φορέα .

Διαδικασίες

Οι υπηρεσίες διοικητικής διαχείρισης που παρέχονται από την Building & Property Group ('BPG') περιλαμβάνουν τη διαχείριση των περιουσιακών στοιχείων (property management), τις υπηρεσίες εστίασης και διατροφής, την προμήθεια αποστειρωμένου υλικού, το χώρο στάθμευσης, τις επικοινωνίες, τις υπηρεσίες πλυντηρίων και λινών, την ασφάλεια και τις υπηρεσίες συντήρησης.

Συνολικά 326 άτομα από το προσωπικό του Οργανισμού μεταφέρθηκαν στην BPG κατά τη διάρκεια της κατασκευής, για μια διετή περίοδο. Οι μεταφορές ελέγχθηκαν από τη νομοθεσία TUPE (Transfer of Undertakings Protection) που ήταν σε ισχύ για τη μεταφορά του δημόσιου προσωπικού συνδικάτων σε έναν εργοδότη ιδιωτικού τομέα. Η μετακίνηση αυτή του προσωπικού σε πρώιμο στάδιο επέτρεψε στο προσωπικό να έχει πρακτική συμμετοχή στη μελέτη ειδικών θεμάτων και επιρροή στο σχεδιασμό του έργου με αποτέλεσμα την καλύτερη λειτουργική απόδοση.

Ωστόσο η απώλεια 41 μη κλινικών θέσεων εργασίας προσωπικού δημιούργησε μια αντίδραση. Η απώλεια των θέσεων εργασίας αποδόθηκε από τον Οργανισμό (Trust) στην μείωση της επιφάνειας της εγκατάστασης από 57.000 σε 42.000 τετραγωνικά πόδια παρά σε οποιαδήποτε ιδιαίτερη στρατηγική εργασίας της BPG.

Αν και το πρόγραμμα θεωρείται ως επιτυχία από τη Βρετανική κυβέρνηση, η UNISON έχει παρουσιάσει μια έκθεση με έντονη κριτική του έργου Cumberland. Η

PricewaterhouseCoopers («PwC») έχει αποκριθεί με διάφορες διευκρινίσεις επί κριτικών του προγράμματος.

Διαδικασία προμήθειας

(i) Κλιμάκωση δαπανών προμήθειας

Οι δαπάνες κατά τη διάρκεια της διαδικασίας προμήθειας αυξήθηκαν από τον αρχικό αριθμό των £45,4 εκατομμυρίων το 1994, σε £83,7 εκατομμύρια το 1997, μια συνέπεια και της διεύρυνσης του πεδίου («scope creep») και των αναπροσαρμογών τιμών αγοράς κατά τη διάρκεια της εκτεταμένης διαδικασίας προμήθειας. Είναι αξιοσημείωτο ότι δεν υπήρξε καμία κλιμάκωση δαπανών μετά την ανάληψη του κινδύνου αναπροσαρμογής τιμών από τον ιδιώτη - εταίρο και μετά από εκείνη την ημερομηνία το πρόγραμμα ολοκληρώθηκε κάτω από το τότε προϋπολογισμένο κόστος .

(ii) Χρονική αλληλουχία

Ιανουάριος 1994 : Εγκρίνεται το περιληπτικό επιχειρησιακό σχέδιο (Outline business case)

Ιανουάριος 1995 : Η δημοσίευση στην Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (Official Journal of the European Community) έφερε 15 εκδηλώσεις ενδιαφέροντος

Απρίλιος 1995 : Επιλέγονται τρεις διαγωνιζόμενοι ως κατάλληλοι υποψήφιοι

Ιούνιος 1995 : Πρόσκληση για διαπραγμάτευση

- Νοέμβριος 1995* : Επιλέγεται η HMG
- 26 Σεπτεμβρίου 1997* : Υπογράφονται οι εμπορικές συμφωνίες
- 3 Νοεμβρίου 1997* : Κλείσιμο οικονομικής συμφωνίας
- 10 Νοεμβρίου 1997* : Ξεκινά η κατασκευή
- 16 Ιουνίου 2000* : Επίσημη έναρξη του νοσοκομείου

Χρήσιμα Συμπεράσματα

Το πρόγραμμα αποτέλεσε το αντικείμενο ιδιαίτερης διαμάχης και συζητήσεων. Μεταξύ άλλων, η UNISON ισχυρίστηκε ότι το κόστος κατοίκησης για τις νέες εγκαταστάσεις θα ήταν κατά £3,55 εκατομμύρια μεγαλύτερο από εκείνο για τις εγκαταστάσεις του Cumberland, αν και οι νέες εγκαταστάσεις είναι μικρότερες από εκείνες που αντικαθιστούν. Η UNISON υποστήριξε ότι αυτό θα οδηγούσε σε λιγότερα χρήματα για την ιατρική φροντίδα. Μια ισορροπημένη προσέγγιση θα αναγνώριζε την πρωτοβουλία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) να κατασκευαστεί μια νέα εγκατάσταση νοσοκομείων £84 εκατομμυρίων και αυτή η επιλογή θα πρέπει να πληρωθεί με κάποιο τρόπο, είτε με συμβατική προμήθεια είτε μέσω μιας δομής ΣΔΙΤ. Ορισμένες κλινικές υπηρεσίες περιήλθαν σε καθυστέρηση κατά τη διάρκεια της μετακίνησης στις νέες εγκαταστάσεις με συνέπεια τις ανεκτέλεστες παραγγελίες χειρουργικών επεμβάσεων και τις αυξανόμενες λίστες αναμονής. Το γεγονός αυτό ανέδειξε τη ανάγκη ειδικής μέριμνας για τα ζητήματα μεταφορών (logistics) κατά το στάδιο σχεδιασμού και υλοποίησης.

3.6.12 Η περίπτωση του Darent Vallent Hospital (Dartford και Gravesham)

Βασικά στοιχεία

Το Darent Vallent Hospital είναι το πρώτο βρετανικό νοσοκομείο εντατικής ιατρικής φροντίδας που δόθηκε μέσα στο «πρώτο κύμα» του προγράμματος Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης- PFI, και ήταν το δεύτερο τέτοιο έργο που έφθασε σε εμπορική λειτουργία. Αν και το πρόγραμμα δοκιμάστηκε από αρκετά προβλήματα, που συνήθως αντιμετωπίζουν τα πιλοτικά έργα, τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός εταίρος το θεωρούν μια μεγάλη επιτυχία, και συνεχίζει να λαμβάνει πολλά βραβεία PFI. [52]

Ιστορικό

Το Darrent Valley Hospital ήταν στα στάδια προγραμματισμού για 15 χρόνια και ήταν απολύτως αναγκαία υποδομή στην κοινότητα προκειμένου να αντικαταστήσει τρεις παλιές και ξεπερασμένες εγκαταστάσεις, στο Joyce Green Hospital, τα West Hill Hospitals και το Gravesend Maternity Services. Η παραχώρηση δόθηκε στην Hospital Company (υπό την καθοδήγηση των εταιριών Carillion και United Medical Enterprises). Η συμφωνία του έργου υπεγράφη τον Ιούλιο του 1997 και η λειτουργία επιτεύχθηκε τρία χρόνια αργότερα, ακριβώς στο χρονοδιάγραμμά του, μακριά από τις σημαντικές υπερβάσεις δαπανών και χρόνου που είναι συνήθεις στα έργα συμβατικών προμηθειών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Σαν πρώτο πρόγραμμα το Darrent Valley Hospital προσέλκυσε την προσοχή αλλά και την κριτική σχετικά με τις αλλαγές τόσο στην διαδικασία προμήθειας όσο και

λειτουργίας. Με αρκετά χρόνια εμπειρίας σε λειτουργία και μετά από σημαντική διερεύνηση, το έργο έχει καλή επίδοση και επιτρέπει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας να παραδίδει ιατρική φροντίδα σε ένα σύγχρονο περιβάλλον, που είχε αποδειχθεί ένας ανέφικτος στόχος με την παραδοσιακή προμήθεια.

Συμβαλλόμενα μέρη και δομή ΣΔΙΤ

Δημόσιος συνεργάτης : Dartford & Gravesham NHS Trust.

Ιδιωτικός συνεργάτης : Η Hospital Company, μια κοινοπραξία που περιελάμβανε την εταιρεία Tarmac (τώρα Carillion) και την εταιρεία United Medical Enterprises.

Δομή προγράμματος : Έργο DBFO £177 εκατομμυρίων, (£94 εκατομμύρια μόνο το κεφαλαιουχικό κόστος) για ένα νέο νοσοκομείο 400 κλινών. Η πρώτη σημαντική σύμβαση νοσοκομείων μέσω Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI και η μια από μόνο δύο (άλλη μια είναι το πανεπιστημιακό νοσοκομείο του δυτικού Middlesex - West Middlesex University Hospital) που αξιολογούνται από τον Εθνικό Οργανισμό Ελέγχου (National Audit Office - NAO). Ο ιδιώτης εταίρος ήταν υπεύθυνος για το σχεδιασμό, την κατασκευή και τη χρηματοδότηση του νέου χώρου νοσοκομείων, της εγκατάστασης του εξοπλισμού και της παροχής όλων των μη θεμελιωδών υπηρεσιών.

Στοιχεία του έργου

Σχεδιασμός / Μελέτη

Ο Οργανισμός (Trust) ενθάρρυνε την καινοτομία στο σχεδιασμό και τη συνεργασία με το κλινικό προσωπικό και άλλες ομάδες χρηστών. Το τελευταίο σχέδιο δεν ήταν συμβατικό και περιελάμβανε άφθονο φυσικό φωτισμό, κυρτά εξωτερικά και

εσωτερικά διαστήματα, διάδρομους καλυμμένους με τάπητα και επαρκές σύστημα σήμανσης και χρωματικής κωδικοποίησης ώστε να διευκολύνει τον εσωτερικό προσανατολισμό μέσω των δομημένων «ζωνών». Υπήρξε αρχικά κάποια κριτική ως προς το εάν 400 κρεβάτια θα ήταν αρκετά για τις κοινοτικές απαιτήσεις. Ωστόσο η απαίτηση των κλινών προήλθε από τις τοπικές αρμόδιες αρχές υγείας κατόπιν διαβουλεύσεων με την κοινότητα και δεν αποφασίστηκε από τον ιδιώτη εταίρο.

Κατασκευή

Το πρόγραμμα ήταν σημαντικό στο πεδίο, με 50.000 τετραγωνικά μέτρα συμπεριλαμβανομένων 400 κλινών, έξι χειρουργικών αιθουσών, εξειδικευμένων κτηρίων και κλινικών, καταλυμάτων για πάνω από 200 άτομα προσωπικού, χώρου στάθμευσης αυτοκινήτων για 1.300 οχήματα και ενός τριώροφου κτιρίου διοίκησης.

Το έργο ολοκληρώθηκε εγκαίρως και εντός προϋπολογισμού, γεγονός που αποτελεί ένα ασυνήθιστο επίτευγμα για ένα έργο Βρετανικών νοσοκομείων.

Χρηματοδότηση

Το πρόγραμμα δομήθηκε σε μια 75-ετή μίσθωση γης στην εταιρεία 'The Hospital Company' και αντίστροφη χρηματοδοτική μίσθωση (leaseback) της κατασκευασθείσας εγκατάστασης για 25 χρόνια, με δυνατότητα ανανέωσης μέχρι και 60 χρόνια. Ο Οργανισμός (Trust) πληρώνει μια χρέωση διαθεσιμότητας περίπου £1 εκατομμύριο το μήνα και μια χρέωση διοικητικής διαχείρισης των υποδομών, με κριτήριο την επίδοση, περίπου £750,000 το μήνα.

Το πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε μέσω ιδίων κεφαλαίων ύψους £13 εκατομμυρίων, δανεισμού £108 εκατομμυρίων από μια ομάδα ανώτερων δανειστών, και £22 εκατομμυρίων που προήλθαν από την πώληση της πλεονάζουσας έκτασης σε τρίτους αγοραστής.

Παρά τις αρχικές προσδοκίες του Οργανισμού Υγείας για ένα έργο που θα κάλυπτε τις ανάγκες του από τα έσοδά του (revenue neutral), ο Εθνικός Οργανισμός Ελέγχου (National Audit Office - NAO), τον Απρίλιο του 2000 έκανε την πρόβλεψη ανάγκης πρόσθετης ετήσιας χρηματοδότησης πάνω από £4 εκατομμύρια προκειμένου να ανταποκριθεί ο Οργανισμός (Trust) στις υποχρεώσεις του στο πλαίσιο της σύμβασης.

Διαδικασίες

Μια περίπλοκη τεχνική καθιερώθηκε για την αποτίμηση της απόδοσης ώστε να υπολογιστούν οι υποχρεώσεις πληρωμής. Η απόδοση ήταν, με συνέπεια, στο επίπεδο 95% με 96%. Η εργασιακή σχέση και τα επίπεδα απόδοσης είναι τόσο υψηλά που ο Οργανισμός (Trust) εξετάζει την απλοποίηση της μεθόδου υπολογισμού.

Στα αρχικά στάδια της σύμβασης, το τηλεφωνικό κέντρο, η υπηρεσία καθαριότητας και οι υπηρεσίες μαζικής εστίασης ήταν ελαφρώς κάτω από τις προσδοκίες απόδοσης αλλά αναβαθμίστηκαν γρήγορα.

Διαδικασία προμήθειας

(i) Διαδικασία

Ως ένα πιλοτικό πρόγραμμα, η διαδικασία προμήθειας είχε στοιχεία αβεβαιότητας και πολυπλοκότητας. Μεταξύ άλλων, απαιτήθηκε μια νομοθετική μεταρρύθμιση προκειμένου να εξασφαλιστεί η νομική ικανότητα του Οργανισμού (Trust) να εισχωρήσει και να εκτελέσει τις υποχρεώσεις της σύμβασης παραχώρησης. Εν μέρει, ως συνέπεια του διευρυμένου πεδίου των υπηρεσιών, οι δαπάνες των συμβούλων του Οργανισμού (Trust) υπερέβησαν τους αρχικούς στόχους (σε £2,4 εκατομμύρια, περίπου 700% περισσότερο του προϋπολογισμένου ποσού).

(ii) Χρονική αλληλουχία

Σεπτέμβριος 1995: Δημοσίευση στην Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (Official Journal of the European Community)

Απρίλιος 1996 : Αποστέλλεται πρόσκληση υποβολής προσφορών στους τελικούς συμμετέχοντες

Ιούλιος 1996 : Τελικές προσφορές

Σεπτέμβριος 1996 : Υποβάλλεται Πλήρες Επιχειρησιακό Σχέδιο

8 Φεβρουαρίου 1997 : Εμπορική συμφωνία

30 Ιουλίου 1997 : Υπογραφή σύμβασης παραχώρησης / οικονομική συμφωνία

23 Σεπτεμβρίου 1997 : Έναρξη εργασιών κατασκευής

Άνοιξη του 1998 : Ολοκλήρωση σκελετού (Building envelope)

Καλοκαίρι 1998 : Ολοκλήρωση κτηρίου

Άνοιξη του 1999 : Εγκατάσταση υπηρεσιών

Καλοκαίρι 1999 : Έναρξη

Ζητήματα ανταγωνισμού

Δεδομένου ότι ένας από τους δύο υποψήφιους που συμπεριλήφθηκαν στον κατάλογο επιλεχθέντων διαγωνιζομένων εγκατέλειψε το έργο, αποδείχθηκε αδύνατο να διατηρηθεί ο ανταγωνισμός σε ολόκληρη την διαδικασία προμήθειας. Ο ανταγωνισμός θα μπορούσε να ήταν εντονότερος.

Ζητήματα εργασίας

Αν και οι εθνικές ενώσεις αντιτάχθηκαν στην έννοια της Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI, η τοπική ένωση - μέλος ήταν θετικότερη. Εξασφαλίστηκε μια υγιής συνεχόμενη σχέση η οποία ενισχύθηκε από την πρώιμη συμμετοχή μιας ομάδας 50 εκπροσώπων της ένωσης, οι οποίοι έκαναν μηνιαίες επισκέψεις, και ζητήθηκαν τα σχόλιά τους και οι παρατηρήσεις τους για την πορεία και κατεύθυνση του έργου. Περίπου 200 άτομα προσωπικού μεταφέρθηκαν από τον Οργανισμό στην Carillion, του Διαχειριστή Εγκαταστάσεων («Facility Manager»). Την 14η Φεβρουαρίου 2002, οι περισσότεροι από αυτούς τους υπαλλήλους απασχολούνταν ακόμη από την ομάδα Carillion και ήταν ευχαριστημένοι από τη μετάβαση.

Μεταφορά κινδύνου και Σχέση Απόδοσης/Τιμής (Value for Money)

(i) Μεταφορά κινδύνου

Οι περισσότεροι κίνδυνοι της περιόδου κατασκευής μεταφέρθηκαν στην εταιρεία 'The Hospital Company'. Το κτήριο δοκίμασε μερικές εμπλοκές οικοδόμησης, αλλά

όχι πέρα από την εμπειρία και τις λογικές προσδοκίες για οποιοδήποτε σημαντικό μεγάλο έργο αυτής της φύσης. Μερικά προβλήματα παροχής ηλεκτρικού ρεύματος οφείλονταν στην καλωδίωση και αποκαταστάθηκαν.

(ii) Ανάλυση κόστους/οφέλους (Cost/Benefit Analysis)

Προτού πάρουν τις κομβικές τους αποφάσεις, οι Οργανισμοί (Trusts) πρέπει να συγκρίνουν τις αναμενόμενες δαπάνες και τα κέρδη του προτεινόμενου προγράμματος Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI με τη συμβατικά χρηματοδοτημένη εναλλακτική λύση. Ο Οργανισμός (Trust), τον Απρίλιο του 2000, αναμενόταν να εξοικονομήσει £12 εκατομμύρια λιγότερα απ' ότι αναμενόταν αρχικά, επειδή ο Οργανισμός δεν μπόρεσε να (α) ανιχνεύσει σημαντικά λάθη στη Δημόσια Συγκριτική Αξιολόγηση, και (β) ποσοτικοποιήσει τα πλήρη αποτελέσματα των αλλαγών στους όρους της σύμβασης καθώς η διαπραγμάτευση προχωρούσε.

(iii) Γενικός προσδιορισμός αξίας

Στην επιλογή των τελικών πλειοδοτών, οι Οργανισμοί πρέπει να εκτιμούν συνολικά την οικονομική αποδοτικότητα (Value for money) (και όχι μόνο την τιμή), καθώς και την προθυμία των πλειοδοτών να συμμορφωθούν με τις υποχρεώσεις της προσφοράς. Τα μέλη της ιδιωτικής κοινοπραξίας αναμένουν να κερδίσουν με διάφορους τρόπους, ως χρηματοδότες του έργου και ως προμηθευτές του. Μια μεγαλύτερη συνειδητοποίηση αυτής της πλήρους εικόνας θα είχε βοηθήσει τον Οργανισμό στην εξασφάλιση της καλύτερης σχέσης τιμής/απόδοσης (value for money).

Χρήσιμα συμπεράσματα

Εξοπλισμός

Η εταιρεία 'The Hospital Company' προμήθευσε επίσης ιατρικό εξοπλισμό για το νοσοκομείο, αξίας £5 εκατομμυρίων. Η εμπειρία του νοσοκομείου δεν ήταν τόσο θετική με την προμήθεια του εξοπλισμού όπως ήταν με την προμήθεια των υπόλοιπων υπηρεσιών και υποδομών. Το νοσοκομείο θεώρησε ότι δόθηκε εξοπλισμός χαμηλότερου κόστους και υψηλότερης δαπάνης συντήρησης. Επιπλέον είναι πιθανότερο, ορισμένοι ιατροί να έχουν πιο συγκεκριμένες επιθυμίες και ανάγκες για τον εξοπλισμό απ' ό,τι συμβαίνει για τη φυσική υποδομή, έτσι ώστε η προστιθέμενη αξία από έναν ιδιώτη - εταίρο δεν μπορεί να υπερβεί εκείνη ενός προμηθευτή και ενός χρηματοδότη εξοπλισμού. Μια ανάλυση κοστολόγησης κύκλου ζωής θα μπορούσε να έχει αντιμετωπίσει αυτό το ζήτημα κατά τρόπο παρόμοιο με το κτήριο. Τα νοσοκομεία μπορεί να μην αναζητήσουν μια ξεχωριστή ΣΔΙΤ για τον εξοπλισμό, αλλά θα εφαρμόσουν το ίδιο έντονα όλες τις πτυχές της διαδικασίας Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI και στην περίπτωση του εξοπλισμού όπως πράττουν όσον αφορά στις φυσικές εγκαταστάσεις και τις υπηρεσίες.

Όπως με το νοσοκομείο της πόλης Carlisle (Carlisle Hospital), διάφορες αρνητικές ιστορίες και εκθέσεις κυκλοφόρησαν στον Τύπο, οι οποίες υπερτονίζουν το μέγεθος των προβλημάτων που πραγματικά υπάρχουν κατά την εκκίνηση ενός έργου. Τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός συνεργάτης εμφανίζονται ικανοποιημένοι με την εκτέλεση του προγράμματος, και οι υποτιθέμενες εκφράσεις

γενικής δυσαρέσκειας φαίνεται να μην αντιπροσωπεύουν τις επίσημες απόψεις καμίας ομάδας.

Επίλυση διαφωνιών (Dispute resolution)

Οι εταιρείες Carillion και The Hospital Company ανταποκρίθηκαν πολύ θετικά στην επίλυση οποιωνδήποτε διαφωνιών σε θέματα κατασκευής, συμπεριλαμβανομένων των πρώιμων προβλημάτων παροχής ηλεκτρικού ρεύματος. Μια ομάδα συνεργασίας ιδρύθηκε με τακτά μέλη από το νοσοκομείο, τις εταιρείες The Hospital Company, Carillion, και τον Διαχειριστή των Εγκαταστάσεων. Καθιερώθηκε μια προσέγγιση συνεργασίας «καμίας επίπληξης» έτσι ώστε τα ζητήματα να επιλύονται θετικά παρά να μετατρέπονται σε συμβατικές διαφωνίες. Με αυτήν την θετική εργασιακή σχέση, το σύστημα αποτίμησης της απόδοσης απλοποιήθηκε από τις 26 σελίδες μετρήσιμων μεγεθών (metrics) σε μια σελίδα, με δέκα βασικές μετρήσεις απόδοσης.

Οι τακτικές συνεδριάσεις έχουν εξασφαλίσει ανοικτές επικοινωνίες και έχουν δημιουργήσει ένα πνεύμα συνεργασίας σε όλη τη διαδικασία. Στην περίπτωση αυτή, μέσω της κατασκευής, ιδρύθηκε μια ομάδα έργου, μια άλλη ομάδα συνεργασίας επιβλέπει και διοικεί την τρέχουσα σύμβαση παραχώρησης και οι εκπρόσωποι του Οργανισμού (Trust) συναντιούνται επίσης περιοδικά με την ομάδα της εταιρείας 'The Hospital Company'.

Σύμβαση

Η σύμβαση παραχώρησης έγινε αρκετά μεγάλη και περίπλοκη. Ήταν φανερό η ανάγκη έκδοσης της σύμβασης αυτής γραμμένης με σαφήνεια και με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να γίνει κατανοητή από τους ανθρώπους που πρέπει πραγματικά να χρησιμοποιήσουν το έγγραφο σε καθημερινή βάση. Αναγκαία κρίνεται επίσης η παραγωγή κάποιας μορφής συνοπτικού εγγράφου για την ευκολία πρόσβασης από εκείνους τους χρήστες που συμμετείχαν λιγότερο ή καθόλου σε ζητήματα που μπορεί να είχαν συζητηθεί εκτενώς κατά τη διάρκεια των διαπραγματεύσεων.

3.6.13 Εμπειρία ΣΔΙΤ σε νοσοκομεία της Αυστραλίας

Μια κυβέρνηση συνασπισμού εκλέχτηκε το 1992, όταν η Πολιτεία της Βικτόριας, στην Αυστραλία αντιμετώπιζε σοβαρές φορολογικές και οικονομικές πιέσεις. Η κυβέρνηση άρχισε διάφορες πρωτοβουλίες ιδιωτικοποίησης, συμπεριλαμβανομένων τεσσάρων σχεδίων Κατασκευής - Κυριότητας - Λειτουργίας / BOO (Build, Own, Operate) για τα νοσοκομεία, σύμφωνα με τα οποία η κυβέρνηση σκόπευε να αγοράσει όλες τις κλινικές υπηρεσίες από τον ιδιώτη εταίρο, με τιμολόγηση η οποία καθορίστηκε από έναν τύπο χρηματοδότησης ενός μείγματος περιστατικών. Η ιδιωτική κλινική φροντίδα ήταν ήδη μια υπάρχουσα επιλογή πολιτικής παροχής υγείας και περίθαλψης στην Αυστραλία, κι έτσι αυτή η κίνηση δεν ήταν μια δραματική πολιτική αλλαγή στο πρότυπο παράδοσης υγειονομικής περίθαλψης. [52,54]

Επιδιώχθηκε η υλοποίηση των τεσσάρων προγραμμάτων BOO. Τα δύο προγράμματα νοσοκομείων που περιγράφονται παρακάτω (Mildura και La Trobe) έφθασαν στην οικονομική συμφωνία, με διαφορετική επιτυχία. Τα άλλα δύο προγράμματα (νοσοκομείο του Austin και νοσοκομείο Beswick) δεν έφθασαν σε οικονομική συμφωνία πριν από τις εκλογές που οδήγησαν στο διορισμό μιας νέας κυβέρνησης των Εργατικών (Labour). Τα έργα στο Austin και το Beswick γίνονται τώρα κάτω από μια διαφορετική δομή. Η νέα πολιτική συμπράξεων της Βικτόριας περιλαμβάνει τον ιδιωτικό σχεδιασμό, την κατασκευή, τη συντήρηση, τον χώρο στάθμευσης αυτοκινήτων, την ασφάλεια, την χρηματοδότηση και την καθαρά δημόσια παροχή της κλινικής φροντίδας. Αυτό το νέο πρότυπο είναι αρκετά

παρόμοιο με τη δομή για τα έργα Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI μέσα στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Μια παρόμοια προσέγγιση πιλοτικών έργων, με αυτή που ακολουθήθηκε στην Μεγάλη Βρετανία, υιοθετήθηκε και στην Αυστραλία, με 4-6 έργα. Παρά την επιθυμία για την τόνωση της κεφαλαιουχικής ανάπτυξης, υπήρξε κάποια ευαισθησία στη Βικτόρια που δεν επέτρεπε την απόλυτη μεταφορά του Βρετανικού πρότυπου σε εκείνο το περιβάλλον, αλλά θα χρειαζόταν μερικές τροποποιήσεις για την τοπική αγορά.

Οι ιδιωτικοί φορείς αναμένονταν να αναλάβουν ένα διαφορετικό πλήθος κινδύνων απ' ό,τι στο πλαίσιο ενός Βρετανικού έργου Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων που συνδέονται με την παροχή υπηρεσιών, τον κίνδυνο μίγματος περιστατικών (case mix risk), τη ζήτηση της κλινικής φροντίδας, την τελική αξία⁷, την επιλογή οικοπέδων, και τη συντήρηση εγκαταστάσεων.

⁷ Terminal value : Πρόκειται για την θετική αξία μιας επένδυσης που απομένει μετά το πέρας της προβλεπόμενης διάρκειάς της ή της περιόδου χρησιμότητάς της

3.6.14 Η περίπτωση του Νοσοκομείου Mildura (Mildura Hospital)

Βασικά στοιχεία

Το Mildura, ήταν ένα έργο τύπου Κατασκευής - Κυριότητας - Λειτουργίας / BOO (Build, Own, Operate), για 15 χρόνια, αξίας A\$34 εκατομμυρίων. Το νοσοκομείο αυτό 153 κλινών (συμπεριλαμβανομένης της ιδιωτικής κλινικής φροντίδας) ολοκληρώθηκε στα τέλη του 2000, και οι πρώτες αναφορές δείχνουν ότι είναι επιτυχές. [52]

Συμβαλλόμενα μέρη και δομή ΣΔΙΤ

Δημόσιος συνεργάτης: Κυβέρνηση της Πολιτείας της Βικτόριας - Πρόγραμμα Συμπράξεων Βικτόριας

Ιδιωτικός συνεργάτης: Υγειονομική περίθαλψη Ramsay, μια σημαντική αυστραλιανή επιχείρηση που λειτουργεί πάνω από 2.500 κρεβάτια νοσοκομείων

Δομή προγράμματος :

BOO-A\$34 εκατομμύρια.

Χρονική Αλληλουχία

Σεπτέμβριος 1997 : Η διαδικασία προσφορών αρχίζει

Ιούνιος 1998 : Η υποβολή των προσφορών ολοκληρώνεται

Μάρτιος 1999 : Ανακοινώνεται ο πλειοδότης

Μάιος 1999 : Ξεκινά η κατασκευή

Ιούλιος 2000: Ολοκλήρωση της κατασκευής

Σεπτέμβριος 2000 : Επίσημη έναρξη του νοσοκομείου

Χρήσιμα Συμπεράσματα

Επίκεντρο στις «θεμελιώδεις υπηρεσίες» με τις εγκαταστάσεις προστιθέμενης αξίας

Είναι σημαντικό να καθορίζονται με σαφήνεια ποιες θεμελιώδεις υπηρεσίες παρέχονται σε κάθε ξεχωριστό έργο, δεδομένων των συγκεκριμένων αναγκών του. Οι συνοδευτικές υπηρεσίες πρέπει να εξεταστούν με προσοχή όπως για παράδειγμα ένα ξενοδοχείο, εγκαταστάσεις συμπαραγωγής, καταστήματα και ένας χώρος στάθμευσης αυτοκινήτων.

Προσαρμογή του προτύπου ΣΔΙΤ

Η ΣΔΙΤ πρέπει να προσαρμόζεται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Δεν μπορεί απλά να είναι ένα πρότυπο που αντιγράφεται από ένα άλλο τομέα ή έργο. Η καινοτομικότητα του ιδιωτικού τομέα πρέπει να αφήνεται να ακμάσει μέσα σε ένα πλαίσιο καθορισμένων οδηγιών και παραμέτρων του έργου.

Έργο 'εκτός ισολογισμού'

Η κυβέρνηση κατόρθωσε να κατασκευάσει το νοσοκομείο ως ένα πάγιο εκτός ισολογισμού (Off – Balance). Αυτό ήταν ένα βασικό συστατικό στη επίτευξη της υποστήριξης για την επιλογή ΣΔΙΤ στην Πολιτεία της Βικτόριας.

Φορολογική μεταχείριση

Οι ιδιωτικοί φορείς ανησυχούν για τη φορολογική μεταχείριση του έργου, και τα φορολογικά ελατήρια μπορούν να είναι ένα μεγάλο κίνητρο για τη συμμετοχή.

Βεβαιότητα της απόδοσης

Οι ιδιώτες - εταίροι αναζητούν την συμμόρφωση του δημόσιου συνεργάτη στις υποχρεώσεις του. Πρέπει να ξέρουν ότι οι πληρωμές μισθώσεων δεν θα σταματήσουν με τις επόμενες αλλαγές της κυβέρνησης ή άλλων γεγονότων καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου της σύμβασης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

3.6.15 Η περίπτωση του Περιφερειακού Νοσοκομείου La Trobe (La Trobe Regional Hospital)

Βασικά στοιχεία

Το La Trobe ήταν ένα έργο τύπου Κατασκευής - Κυριότητας - Λειτουργίας / BOO (Build, Own, Operate), αξίας A\$45 εκατομμυρίων, στο πλαίσιο μιας σύμβασης 20 ετών. Αυτό το 'με το κλειδί στο χέρι' νοσοκομειακό έργο, συμπεριλαμβανομένης της ιδιωτικής κλινικής φροντίδας (257 κλίνες), επιστράφηκε στην Πολιτεία της Βικτόριας τον Οκτώβριο του 2000, μετά από τρία χρόνια λειτουργίας μέσω του ιδιωτικού τομέα. [52,54]

Το La Trobe, το πρώτο μεγάλο πρόγραμμα ΣΔΙΤ του είδους του στην Αυστραλία, ήταν επίσης η πρώτη «αποτυχία του» δεδομένου ότι η υποδομή επιστράφηκε στην κυβέρνηση λόγω των ελλειμμάτων και των λειτουργικών ζημιών που υπέστη ο ιδιώτης εταίρος στις υπηρεσίες κλινικής φροντίδας.

Ιστορικό

Το πρόγραμμα La Trobe αποδείχθηκε φιλόδοξο, και ήταν μια δύσκολη επιλογή ως πιλοτική ΣΔΙΤ για διάφορους λόγους. Η ιστορία δύο νοσοκομείων υψηλής φροντίδας και ενός κέντρου διανοητικής υγείας που βρίσκονταν σε σημαντική απόσταση μεταξύ τους κατέστησε το πιλοτικό αυτό έργο δύσκολο να επιτύχει. Η περιοχή βρισκόταν επίσης σε καθεστώς οικονομικής ύφεσης με αρκετές απώλειες θέσεων εργασίας μετά από μια προγενέστερη ιδιωτικοποίηση ηλεκτρικής ενέργειας. Κάθε εγκατάσταση ήταν ακατάλληλου μεγέθους και ανέπτυσε

δραστηριότητες κατά μόνο περίπου το 50% της δυναμικότητάς της. Το La Trobe, που ήταν σε μια απομονωμένη περιοχή η οποία υποφέρει από την σύνθλιψη της τοπικής βιομηχανίας, ήταν μια κακή επιλογή για τη στήριξη ενός ισχυρού νοσοκομείου. Επιπλέον, οι δύσκολες σχέσεις μεταξύ των γιατρών από τις υποδομές υγειονομικής περίθαλψης σε δύο ανταγωνιστικές πόλεις δημιούργησαν μια δυσάρεστη ατμόσφαιρα από την έναρξη του προγράμματος.

Η εταιρεία Australian Health Care (AHC) κοστολόγησε υπερβολικά χαμηλά τις κλινικές λειτουργικές δαπάνες του La Trobe, το οποίο επιστράφηκε στο κράτος. Η AHC έχασε \$6.2 εκατομμύρια το 2000 στο La Trobe.

Το πρόγραμμα Συμπράξεων της Βικτόριας, επανεξετάζει πλέον την πτυχή της ιδιωτικής παροχής φροντίδας υγείας. Αν και υπάρχει η θεωρία ότι μια τέτοια απόφαση αποτελεί αποτέλεσμα των πολιτικών προτιμήσεων της νέας κυβέρνησης των Εργατικών, ωστόσο οφείλεται εξίσου στην εμπειρία του La Trobe. Είναι αξιοσημείωτο, ότι η AHC, ένας από τους μεγαλύτερους ιδιώτες στο χώρο των νοσοκομείων της Αυστραλίας, δεν ήταν ικανή να σώσει το La Trobe από την οικονομική δυσκολία παρά την πείρα του και την αποδεδειγμένη επιτυχία στη δημιουργία κέρδους σε άλλα έργα μέσα στον ιδιωτικό τομέα υγειονομικής περίθαλψης.

Συμβαλλόμενα μέρη και δομή ΣΔΙΤ

Δημόσιος συνεργάτης : Κυβέρνηση της Πολιτείας της Βικτόριας - Πρόγραμμα Συμπράξεων Βικτόριας

Ιδιωτικός συνεργάτης : Αυστραλιανή υγειονομική περίθαλψη (Australian Health Care - AHC)

Δομή προγράμματος : BOO-A\$45 εκατομμύρια.

Στοιχεία του έργου

Σχεδιασμός/Μελέτη

Το κόστος προμήθειας ανά κλίνη (\$176.000) ήταν σημαντικά χαμηλότερο απ' ότι μέσω της δημόσιας προμήθειας (\$240.000), γεγονός που οφείλεται στην αποδοτικότητα και τις καινοτομίες της προμήθειας του ιδιωτικού τομέα.

Λειτουργίες

Παρά τα προβλήματα με το La Trobe, υπήρξαν οφέλη που υλοποιήθηκαν στο νοσοκομείο. Κατ' αρχάς, η περιοχή έχει τώρα τις σύγχρονες εγκαταστάσεις που όχι μόνο θα ωφελήσουν τους κατοίκους της περιοχής, αλλά και θα δημιουργήσουν θέσεις εργασίας για περίπου 1.000 άτομα προσωπικού. Υπάρχουν πλέον εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες που διαφορετικά δεν θα ήταν διαθέσιμες

Χρονική Αλληλουχία

Οκτώβριος 1995 : Η διαδικασία προσφορών αρχίζει

Ιούλιος 1996 : Η υποβολή των προσφορών ολοκληρώνεται

Οκτώβριος 1996 : Ανακοινώνεται ο πλειοδότης

Φεβρουάριος 1997 : Ξεκινά η κατασκευή

Αύγουστος 1998 : Ολοκλήρωση της κατασκευής

Σεπτέμβριος 1998 : Επίσημη έναρξη του νοσοκομείου

Οκτώβριος 2000: Το νοσοκομείο επιστράφηκε στο κράτος μέσω μιας εμπιστευτικής ρύθμισης κατά την οποία η εταιρεία AHC έπαυσε τη νομική δράση της ενάντια στην κυβέρνηση. Πώλησε σύμφωνα με τις υπάρχουσες πληροφορίες το μερίδιό της στο κτίριο νοσοκομείων, αξίας \$12.6 εκατομμυρίων για \$6.6 εκατομμύρια και έδωσε στην κυβέρνηση την μετρητά (one-time cash payout) περίπου \$1 εκατομμυρίου.

Χρήσιμα Συμπεράσματα

Οφέλη του έργου

Το La Trobe καταχωρήθηκε ως πιλοτικό έργο ΣΔΙΤ, το πρώτο σημαντικό πρόγραμμα μέσω μιας πλήρως αναπτυγμένης δομής ΣΔΙΤ στην Αυστραλία, και ενώ διάφοροι παράγοντες οδήγησαν στην αποτυχία του, υπήρξαν και σημαντικά μαθήματα για το μέλλον. Άλλες Πολιτείες όπως η Νότια Νέα Ουαλία (New South Wales) εξετάζουν τώρα τα προγράμματα ΣΔΙΤ τους, και συσκέπτονται με τους αρχιτέκτονες του La Trobe για να σταχυολογήσουν μια καλύτερη προσέγγιση πρακτικών στα νέα έργα.

Οικονομική αποδοτικότητα (Value for Money)

Σε αντιπαραβολή με ένα αντίστοιχο έργο, μέσω συμβατικής προμήθειας, το La Trobe έδωσε σημαντικά οφέλη. Με τους ίδιους αρχιτέκτονες και κατασκευαστές, το La Trobe παρέδωσε ένα νοσοκομείο 257 κλινών σε 1,5 χρόνο για A\$56 εκατομμύρια, ενώ το Northern Hospital παρέδωσε ένα νοσοκομείο 227 κλινών σε 2.5 χρόνια για A\$72 εκατομμύρια.

Ικανότητα υποστήριξης

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διασφαλίζεται η υποστήριξη και η ενδυνάμωση (sustainability) του έργου στην πάροδο του χρόνου και να αντιμετωπίζεται με μια θετική προδιάθεση από την τοπική κοινότητα.

Προετοιμασία

Η προσεκτική προετοιμασία της ρύθμισης της ΣΔΙΤ είναι κρίσιμη, και πρέπει να εξεταστεί από κάθε πιθανή γωνία για να εξασφαλίσει την επιτυχία. Η καλή προετοιμασία δημιουργεί τα καλύτερα αποτελέσματα, εξοικονομεί χρόνο σε όλες τις πτυχές του έργου και επιτρέπει στον ιδιωτικό τομέα να ανταποκριθεί με βεβαιότητα. Θα πρέπει έγκαιρα να εντοπιστούν τα ζητήματα που απασχολούν τον ιδιώτη-εταίρο και να αναζητηθεί η συμμετοχή του σε αρχικά στάδια. Επιπλέον θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα καλά δομημένο και ρεαλιστικό χρονοδιάγραμμα.

Ομάδα προγράμματος

Θα πρέπει δημιουργηθεί μια ομάδα έργου, αποτελούμενη από τους διευθυντές του έργου (project managers) οι οποίοι θα πρέπει να έχουν εμπειρία με την υγειονομική περίθαλψη, το σχεδιασμό νοσοκομείων, τη χρηματοδότηση, την εφαρμοσμένη μηχανική, και το νόμο. Η ομάδα πρέπει να επιλεγεί προσεκτικά και θα πρέπει να έχει γνώση των κινδύνων. Τέλος, οι αρχιτέκτονες της ΣΔΙΤ δεν πρέπει να υποτιμήσουν τους πόρους, την πολυπλοκότητα και το χρόνο που απαιτούνται, και πρέπει προσεκτικά να διαχειριστούν τη ροή του έργου.

3.6.16 Η Εμπειρία νοσοκομείων ΣΔΙΤ στις ΗΠΑ - Η περίπτωση του Ιατρικού Κέντρου των Βετεράνων του Durham (Durham Veterans Affairs Medical Center)

Πλαίσιο

Αν και κατά το μεγαλύτερο μέρος της η υγειονομική περίθαλψη στις Ηνωμένες Πολιτείες παρέχεται μέσω του ιδιωτικού τομέα και η ασφάλιση είναι ιδιωτική επίσης, το σύστημα νοσοκομείων Veterans' hospital διαθέτει χαρακτηριστικά δημόσιου τομέα και έχει χρησιμοποιήσει τις δομές μισθώσεων για να αυξήσει την ιδιωτική χρηματοδότηση για την κατασκευή των εγκαταστάσεων. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι το Ιατρικό Κέντρο των Βετεράνων του Durham. [52]

Βασικά στοιχεία

Αυτό το πρόγραμμα ήταν το μεγαλύτερο ενός νέου μοντέλου προγραμμάτων ιδιωτικοποίησης για το Department of Veterans Affairs -'VA' (Τμήμα Υποθέσεων των Παλαιμάχων), όπως εγκρίθηκε μέσω της νομοθεσίας του 1991 που πέρασε από το Κογκρέσο και η οποία επέτρεψε τη συμμετοχή του σε μακροπρόθεσμες συμφωνίες μισθώσεων.

Το Ιατρικό Κέντρο των Βετεράνων του Durham και Νοσοκομείο Βετεράνων (Durham VA Medical Center & Veteran's Hospital) - 'VAMC', στο Durham , στην Βόρεια Καρολίνα, παρέχει ιατρικές, χειρουργικές, και ψυχιατρικές υπηρεσίες σε

εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς και χρησιμεύει ως ένα κέντρο παραπομπής για τη βόρεια Καρολίνα, τη νότια Βιρτζίνια, και το ανατολικό Tennessee.

Παρέχει τις περιφερειακές υπηρεσίες παραπομπής στους τομείς της ακτινοθεραπείας, των νευρολογικών διαταραχών, των θεραπευτικών ενδοσκοπήσεων, των μεταμοσχεύσεων νεφρών και παγκρέατος και της υψηλού κινδύνου χειρουργικής επέμβασης ανοιχτής καρδιάς. Η μονάδα χρησιμεύει επίσης ως το όγδοο μεγαλύτερο ερευνητικό κέντρο του Τμήματος Υποθέσεων Βετεράνων (Department of Veterans Affairs - VA), με την ερευνητική χρηματοδότηση από τις πηγές VA, αλλά και εκτός VA, που υπερβαίνουν το 2002 τα \$21 εκατομμύρια.

Ιστορικό

Το Τμήματος Υποθέσεων Βετεράνων (Department of Veterans Affairs - VA), παρείχε τρία στρέμματα ιδιοκτησίας στον ιδιωτικό εταίρο συμπεριλαμβανομένων των κλινικών και των ερευνητικών υποδομών της. Ο χρόνος ανάπτυξης εντάσσεται μέσα σε ένα 8-ετές χρονικό πλαίσιο δεδομένου ότι η οικοδόμηση καθενός από αυτά τα κτίρια θα γίνεται ταυτόχρονα με τα χρήματα που τίθενται κατά μέρος για να χρηματοδοτήσουν τις νέες εγκαταστάσεις. Οι χρηματοδοτήσεις θα συνεχίσουν να ρέουν μετά το πέρας των προς το παρόν προγραμματισμένων κτιρίων, για να υποστηρίξουν τα νέα τοπικά έργα VAMC, όπως η ημερήσια φροντίδα.

Ο ιδιώτης εταίρος 'LCOR', επέλεξε αυτό το έργο λόγω της επιθυμίας του να χτίσει μια μακροπρόθεσμη σχέση με το VA, το Πανεπιστήμιο του Duke και του ιατρικού του κέντρου, και να μπει σε μια υπάρχουσα αστική περιοχή που ήταν υπό

ομοσπονδιακό έλεγχο για σχεδόν 40 χρόνια. Οι βασικές κοινοτικές ομάδες που συμμετέχουν στη ΣΔΙΤ περιλαμβάνουν το εμπορικό επιμελητήριο του Durham (Durham Chamber of Commerce), την Crest Street Community Association, την Triangle Transit, την City of Medicine, και την Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου (American Cancer Society).

Συμβαλλόμενα μέρη και δομή ΣΔΙΤ

Δημόσιος συνεργάτης: Department Of Veterans Affairs (Τμήμα Υποθέσεων Βετεράνων), Ουάσιγκτον

Δευτεροβάθμιοι δημόσιοι συνεργάτες :

VAMC (ένα υπάρχον νοσοκομείο με 502 κλίνες και 1500 υπαλλήλους)

Ιατρικό Κέντρο Πανεπιστημίου του Duke (παρακείμενο στο VAMC) (Duke University Medical Center)⁸ και

Πανεπιστήμιο του Duke (Duke University) .

Ιδιωτικός συνεργάτης : LCOR North Carolina LLC («LCOR»), μια συμβεβλημένη θυγατρική της LCOR Public /Private, μιας επιχείρησης εθνικής ανάπτυξης

Περιγραφή του έργου

Παραχώρηση μέσω της «μίσθωσης ενισχυμένης χρήσης» ('Enhanced-use Lease').

Η μίσθωση επιτρέπει τις χρήσεις που δεν σχετίζονται με το Τμήμα Υποθέσεων Βετεράνων – VA, στις εγκαταστάσεις ιδιοκτησίας VA υπό μορφή υπηρεσιών, δραστηριοτήτων ή ανάπτυξης εγκατάστασης υπό τον όρο ότι αυτές οι χρήσεις δεν

⁸ Δεν υπάρχει καμία επίσημη υποχρέωση ή συμφωνία με το Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου του Duke ή το Πανεπιστήμιο του Duke που τη δεσμεύουν στη ΣΔΙΤ.

είναι ασυμβίβαστες με την αποστολή του Τμήματος Υποθέσεων Βετεράνων - VA. Το VA θα λάβει τη δίκαιη αποζημίωση του σε αντάλλαγμα για το δικαίωμα να μισθωθεί η ιδιοκτησία του και να παραχθούν τα «μη-ιδιοποιημένα εισοδήματα» (non-appropriated revenues)

Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση θα συνεχίσει να έχει την κυριότητα της έκτασης και του χώρου στάθμευσης, υποκείμενη σε μια Συμφωνία Ανάπτυξης και Μίσθωσης (Master Development and Lease Agreement). Η αρχική περίοδος μίσθωσης είναι 35 χρόνια με μια αυτόματη ανανέωση 40-ετούς διάρκειας, και η LCOR μπορεί να υπενοικιάσει τα κτίρια στο Ιατρικό Κέντρο των Βετεράνων του Durham και Νοσοκομείο Βετεράνων (Durham VA Medical Center & Veteran's Hospital) - VAMC' κατά την περίοδο της μίσθωσης. Τα πάγια θα επανέλθουν στο VAMC στο τέλος της περιόδου.

Στην συμφωνία Μίσθωσης Ενισχυμένης Χρήσης διευκρινίζεται ότι η LCOR θα ήταν αρμόδια για τον προγραμματισμό, τον σχεδιασμό καθώς και την χρηματοδότηση, την διαχείριση, την συντήρηση και την δημιουργία εσόδων μέσα στο συγκρότημα.

Το VAMC παρείχε τον έλεγχο των συγκεκριμένων τμημάτων έκτασης, τα οποία επέτρεψαν στα ιδιωτικά συμβαλλόμενα μέρη να αυξήσουν την αποδοτικότητα της μοναδικής θέσης της ιδιοκτησίας. Άλλα κίνητρα περιέλαβαν τη δυνατότητα χρέωσης των μηνιαίων δαπανών χώρων στάθμευσης στον μισθό των υπαλλήλων, και την πρόσβαση στην ασφάλεια, την ενέργεια και άλλες εγκαταστάσεις υποδομής. Επιπλέον ως συνέπεια ενός Υπομνήματος Συμφωνίας (Memorandum

of Understanding) με την πόλη Durham, η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα δεν υπέκειτο στους κανονισμούς ζωνών, τις απαιτήσεις έγκρισης περιοχών και τις άδειες οικοδόμησης επειδή η έκταση παρέμεινε κάτω από την ομοσπονδιακή ιδιοκτησία.

Επιτεύχθηκε εξοικονόμηση μέχρι και 30% λόγω της δυνατότητας του VA να κτιστούν οι διάφορες βελτιώσεις στην εγκατάσταση VAMC έξω από τους κανονικούς ομοσπονδιακούς περιορισμούς προμήθειας. Αυτό οδήγησε σε μια αποδοτικότερη και οικονομικώς αποδοτική διαδικασία κατασκευής και ανάπτυξης.

Στοιχεία του έργου

Κατασκευή

Οι προτάσεις κατασκευής της LCOR περιέλαβαν τις απαιτήσεις:

- να παρέχει μέχρι 14.000 τετραγωνικά πόδια με χώρους κλινικών για να εξυπηρετήσει τους παλαιμάχους (veterans)
- να παρέχει μέχρι 50.000 τετραγωνικά πόδια με εγκαταστάσεις ιατρικής έρευνας και εργαστηρίων
- να μεταφέρει 20.000 τετραγωνικά πόδια υπάρχοντος ερευνητικού χώρου από το κύριο κτίριο του νοσοκομείου σε νέο χώρο
- να δημιουργήσει πρόσθετο χώρο στάθμευσης για 100 χρήστες του Τμήματος Υποθέσεων Βετεράνων - VA και
- να λάβει τις περιοδικές πληρωμές ενοικίου επίγειων μισθώσεων ως μέρος της αμοιβής μίσθωσης της ενισχυμένης χρήσης (enhanced-use lease)

Χρηματοδότηση

Το κεφάλαιο για αυτό το έργο δόθηκε σχεδόν εξ ολοκλήρου από τον ιδιωτικό τομέα. Οι μη κεφαλαιουχικές επενδύσεις περιέλαβαν τα πρόσθετα δικαιώματα ανάπτυξης σε δύο τμήματα του εδάφους που δεν ήταν μέρος της αρχικής διακήρυξης. Επιπλέον, μια λύση από 'κοινού στάθμευσης ('shared parking') οδήγησε σε μια μείωση κατά 25% των χώρων στάθμευσης, εξασφαλίζοντας μια εξοικονόμηση \$5.000.000 στο έργο. Οι τραπεζίτες επένδυσης της LCOR συνέλεξαν τα κεφάλαια για το πρόγραμμα μέσω της χρηματοδότησης ομολόγων, του συμβατικού ιδιωτικού δανεισμού, και των ιδίων κεφαλαίων.

Διαδικασία προμήθειας

(i) Σημαντικοί φραγμοί

Οι LCOR και VAMC καθυστέρησαν στην επίτευξη μιας συμφωνίας για την πολιτική λειτουργιών και την οικονομική ευθύνη που περιλαμβάνουν την υπάρχουσα εγκατάσταση γκαράζ, και τη αντικατάσταση των επίγειων χώρων στάθμευσης και των ερευνητικών κτηρίων πριν από την ολοκλήρωση των νέων κατασκευασμένων κτηρίων.

(ii) Κόστος προσφοράς

Οι δαπάνες ανάπτυξης για τη διαδικασία προσφοράς περιέλαβαν δαπάνες \$150.000 για την πρόταση (συμπεριλαμβανομένων των σχεδίων). Μετά από την επιτυχή προσφορά, περαιτέρω δύο χρόνια μελετών και σχεδίων απαίτησαν άλλο \$1.000.000 προτού να μπορέσει να αρχίσει η κατασκευή. Αυτές οι δαπάνες

περιέλαβαν τον επιχειρησιακό προγραμματισμό, τον σχεδιασμό των περιοχών, τη διαπραγμάτευση για την ανάπτυξη και τις μισθώσεις, την οικονομική διαμόρφωση (economic modeling), τις περιβαλλοντικές και γεωτεχνικές δοκιμές, την εφαρμοσμένη μηχανική, την προετοιμασία των μελετών σκοπιμότητας (κυκλοφορία, χώρος στάθμευσης και μελέτες αγοράς), την ανάπτυξη των σχηματικών σχεδίων, την προετοιμασία των εννοιολογικών και λεπτομερών προϋπολογισμών κατασκευής, και την έναρξη των δραστηριοτήτων μάρκετινγκ.

(iii) Χρονική αλληλουχία

Μάιος 1998 : Επιλέγονται η LCOR και οι ιδιωτικοί συνεργάτες

Ιούλιος 1998 : Υπόμνημα Συμφωνίας

Μέχρι και 2003 : Συμφωνίες Ανάπτυξης και μίσθωσης

3.6.17 Καναδική εσωτερική εμπειρία – Η Περίπτωση του Ιατροδικαστικού Νοσοκομείου Ανατολικής Ακτής, East Coast Forensic Hospital

Βασικά στοιχεία

Το Ιατροδικαστικό Νοσοκομείο Ανατολικής Ακτής (East Coast Forensic Hospital) - «ECFH» στη Nova Scotia (Νέα Σκωτία) συνδυάζεται με ένα σωφρονιστικό κέντρο (Central Nova Scotia Correctional Facility) και χρηματοδοτείται από μια μίσθωση 25-ετούς διάρκειας. Η ενιαία εγκατάσταση έχει ένα κεφαλαιουχικό κόστος \$60 εκατομμυρίων. Η Albany Leaseholds (που σχετίζεται με τον ιδιώτη εταίρο) κρατά μια μίσθωση εδάφους για την περιοχή του νοσοκομείου και του σωφρονιστικού κέντρου. Η Albany υπενοικιάζει την ενιαία κτιριακή εγκατάσταση στο Υπουργείο Δικαιοσύνης, το οποίο στη συνέχεια υπενοικιάζει το τμήμα του νοσοκομείου στο ECFH. Η υποδομή είναι το αποτέλεσμα μιας μοναδικής συνεργασίας μεταξύ της Capital Health, μιας οργάνωσης – ‘ομπρέλα’ υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλαμβανομένου του Ιατροδικαστικού Νοσοκομείου Ανατολικής Ακτής - ECFH και των Υπουργείων Υγείας και Δικαιοσύνης της Nova Scotia και είναι το πρώτα τέτοιο πρόγραμμα ‘συγκατοίκησης’ στον Καναδά. [52,55]

Το νοσοκομείο αποτελεί το 40% της μικτής επιφάνειας της συνδυασμένης υποδομής, αλλά μόνο περίπου το 25% των κλινών. Όλες οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται από το δημόσιο τομέα .

Ιστορικό

Τόσο το νοσοκομείο όσο και η σωφρονιστική δυνατότητα είχαν μια επιτακτική και επείγουσα ανάγκη για τις νέες εγκαταστάσεις οι οποίες ήταν αδύνατο να χρηματοδοτηθούν με τον παραδοσιακό τρόπο. Και οι δύο εγκαταστάσεις απαιτούσαν διαρκή αναβάθμιση και ανακαίνιση για να ανταποκριθούν στα πρότυπα ασφάλειας. Το νοσοκομείο ήταν προηγουμένως σε ένα επαρχιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο χωρίς τη σύνδεση με τις ιατροδικαστικές υπηρεσίες (forensics). Η ιατροδικαστική υπηρεσία (Forensic Service) μετέφερε τους ασθενείς από τη Νέα Σκοτία για την επιτήρηση και τη θεραπεία, το κόστος των οποίων υπολογίστηκε να φθάνει τα \$4 εκατομμύρια το χρόνο μέχρι το 2001-02.

Το νοσοκομείο διεξάγει όλες τις ψυχιατρικές αξιολογήσεις που παραγγέλλονται από το δικαστήριο για τους σωφρονιστικούς τροφίμους των περιοχών Nova Scotia και Prince Edward Island. Η χρήση της νοσοκομειακής εγκατάστασης έχει επεκταθεί τώρα για τις υπηρεσίες και στα επτά σωφρονιστικά κέντρα στην επαρχία (όπου παρέχει τη γενική υγειονομική περίθαλψη, και όχι μόνο την ψυχιατρική φροντίδα).

Συμβαλλόμενα μέρη και δομή ΣΔΙΤ

Δημόσιοι συνεργάτες :

- Capital Health Authority, μια οργάνωση - 'ομπρέλα' υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλαμβανομένου του ECFH
- Το Υπουργείο Δικαιοσύνης, ως επικεφαλής μισθωτής του κτιρίου

Ιδιωτικοί συνεργάτες :

- East Coast Forensic Hospital, ως υπενοικιαστής του Υπουργείου Δικαιοσύνης
- Read Management Limited, ως ιδιοκτήτης
- Cardinal Management
- Αρχιτεκτονικές εταιρίες του Χάλιφαξ, John K. Dobbs & Associates και William Nycum & Associates Ltd.
- CBCL Ltd.
- Morris & Richard Consulting Engineers Ltd. και
- Tidewater/Diamond Construction Ltd., ως ανάδοχος κατασκευής.

Δομή προγράμματος : Η Read Management Limited σχεδίασε, κατασκεύασε και χρηματοδότησε μέσω μίσθωσης την ενιαία εγκατάσταση και παρέχει τη κύρια συντήρηση στη περίοδο της μίσθωσης.

Στοιχεία του έργου

Σχεδιασμός

Το νοσοκομείο έχει δύο μονάδες αποκατάστασης με 30 κλίνες η κάθε μια. Λειτουργεί επίσης μια μονάδα παραβατών με διανοητικά προβλήματα, 12 κλινών, καθώς και 12 κλίνες για άτομα που εισάγονται για αξιολόγηση μετά από εντολή του δικαστηρίου Επιπλέον, υπάρχουν δύο σπίτια μεταγωγής με συνολικά επτά κρεβάτια.

Η σωφρονιστική εγκατάσταση στεγάζει 272 παραβάτες, συμπεριλαμβανομένων 48 γυναικών σε μια χωριστή μονάδα. Είναι επίσης διαθέσιμοι χώροι ειδικής χρήσης όπως οι εγκαταστάσεις για την εργασία, την εκπαίδευση και την αναψυχή.

Το πρότυπο Μελέτη – Κατασκευή (Design – Build) ‘DB’ περιέλαβε λιγότερη συνεισφορά (input) από τον χρήστη σε σχέση με τη συμβατική προμήθεια. Η περισσότερη συνεισφορά από το προσωπικό γραμμής θα είχε βελτιώσει τη λειτουργία και πιθανά να είχε συνεισφέρει στην ικανοποίηση των ανόμοιων αναγκών των δύο πολύ διαφορετικών ομάδων χρηστών του σωφρονιστικού καταστήματος και του νοσοκομείου. Ωστόσο η αντίστοιχη συνεισφορά που προσφέρθηκε πραγματικά σε διοικητικό και γραφειοκρατικό επίπεδο δεν ήταν αρκετά χρήσιμη. Υπάρχουν τώρα αρκετά μεγάλες μονάδες υγείας μέσα στα σωφρονιστικά κέντρα. Περισσότερος χώρος νοσοκομείων σημαίνει περισσότερη ευελιξία να ικανοποιηθούν οι σύγχρονες ανάγκες ιατρικής φροντίδας.

Η πρόκληση στο σχεδιασμό βρίσκονταν στην επιθυμία να διασφαλιστούν ξεχωριστοί και ασφαλείς χώροι για το κοινό του νοσοκομείου και της σωφρονιστικής μονάδας, επιτρέποντας παράλληλα κάποια αποδοτικότητα στις κοινές εγκαταστάσεις όπως τα γυμναστήρια, τα πλυντήρια, κ.λπ. Η χρήση των κεντρικών εγκαταστάσεων έπρεπε να προγραμματιστεί με βάση την ξεχωριστή χρονικά πρόσβαση, καθώς οι ασθενείς του νοσοκομείου και οι σωφρονιστικοί τρόφιμοι έπρεπε να παραμείνουν δύο διαχωρισμένες ομάδες.

Κατασκευή

Ο αρχικός προϋπολογισμός του έργου ήταν \$45 εκατομμύρια, αλλά το κόστος έφθασε τα \$60 εκατομμύρια. Οι υπερβάσεις εμφανίστηκαν πριν από την έναρξη της κατασκευής και οφείλονταν κυρίως στις αλλαγές σχεδιασμού για τη σωφρονιστική μονάδα και σε επέκταση μεγέθους. Το πρότυπο Μελέτη-Κατασκευή (Design - Build) εισήγαγε μερικές προκλήσεις αλλά κράτησε τις αλλαγές πεδίου και τις αλλαγές προϋπολογισμών υπό έλεγχο. Τελικά, το έργο ήταν εντός προϋπολογισμού (εντός των προγραμματισμένων 5% απρόβλεπτων) με μόνο 92 εντολές αλλαγών, που θεωρήθηκαν φυσιολογικές για ένα έργο αυτού του μεγέθους και πολυπλοκότητας. Το άνοιγμα του νοσοκομείου καθυστέρησε αρκετούς μήνες, γεγονός το οποίο δεν ήταν απροσδόκητο.

Χρηματοδότηση

Η δομή χρηματοδότησης περιλαμβάνει μια μίσθωση / μια υπενοικίαση της ενιαίας περιοχής. Η Επαρχία πέτυχε αρχικά την 'εκτός ισολογισμού' μεταχείριση αν και η λογιστική αντιμετώπιση έχει αλλάξει. Η τρέχουσα μεταχείριση είναι 'εντός ισολογισμού' (on -book), με τα πάγια να αποσβένονται κατά τη διάρκεια της χρήσιμης ζωής τους. Αρκετά χρήματα έχουν εξοικονομηθεί μέσω των κοινών χώρων και της κοινής χρήσης των εγκαταστάσεων. Πλέον μπορεί να παρασχεθεί η προοδευτικότερη μεταχείριση για τους διανοητικά άρρωστους παραβάτες, επειδή η σωφρονιστική μονάδα έχει πρόσβαση στην τεχνογνωσία του νοσοκομείου.

Λειτουργίες

Οι κοινές υπηρεσίες δεν περιορίζονται μόνο στα κτήρια. Η ασφάλεια και των δύο περιοχών παρέχεται από το Τμήμα Δικαιοσύνης, το Τμήμα Σωφρονιστικών Υπηρεσιών, ενώ η Capital District Health Authority παρέχει υγειονομικές υπηρεσίες σε όλες τις σωφρονιστικές μονάδες στην Επαρχία.

Με την από κοινού χρήση των υπηρεσιών, όπως οι εγκαταστάσεις πλυντηρίων και κουζινών, το πρόγραμμα θα πραγματοποιήσει μια ετήσια μείωση κόστους \$250.000. Για πρώτη φορά στον Καναδά σωφρονιστικές και ιατροδικαστικές ψυχιατρικές εγκαταστάσεις έχουν συνδυαστεί προκειμένου να γίνει η καλύτερη χρήση των κοινών πόρων.

Διαδικασία προμήθειας

Τέσσερις κατάλληλες απαντήσεις παραλήφθηκαν στο Αίτημα για Εκδήλωση Ενδιαφέροντος, το οποίο βασιζόταν στο πρότυπο προμήθειας Μελέτη -Κατασκευή (Design - Build - DB). Ένας υποψήφιος απέσυρε αργότερα το ενδιαφέρον του, αφήνοντας τρεις κοινοπραξίες να ανταποκριθούν στην Πρόσκληση για Υποβολή Προτάσεων. Οι προτάσεις αξιολογήθηκαν σε τρεις συγκεκριμένες περιοχές:

- μια τεχνική αξιολόγηση που εστίασε στην αρχιτεκτονική και την μηχανική
- μια αξιολόγηση προγράμματος που εστίασε στις σωφρονιστικές διαδικασίες και τα ιατροδικαστικά προγράμματα και
- μια οικονομική αξιολόγηση.

Το έργο δόθηκε στην Read Management Limited, η οποία αποτελείται από αρκετές διαφορετικές επιχειρήσεις που εδρεύουν στη Νέα Σκωτία. Θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντικό ότι προσωπικό που θα διαχειριζόταν το έργο προερχόταν από εταιρίες του Halifax. Οι προϋπολογισμοί κόστους ήταν εγγυημένοι μέχρι τις 27 Μαρτίου 1999, καθώς αναμενόταν υπογραφεί μια συμφωνία ανάπτυξης νωρίτερα από αυτή την ημερομηνία, με αναμενόμενη ολοκλήρωση του έργου τον Σεπτέμβριο του 2000.

Χρονική αλληλουχία

Το έργο άνοιξε επίσημα στις 21 Αυγούστου 2001. Το EFHC έγινε μέρος της Capital Health Authority το 2000.

Χρήσιμα Συμπεράσματα

Η φιλοσοφία των σωφρονιστικών ιδρυμάτων διαφέρει σημαντικά από εκείνη των νοσοκομείων. Αποδείχθηκε ιδιαίτερα δύσκολο να ληφθούν αποφάσεις, σε συμφωνία, από τις δυο διαφορετικές ομάδες χρηστών και να υλοποιηθούν έγκαιρα.

Τα Υπουργεία δεν συνεργάστηκαν καλά όσον αφορά στις αναγκαίες διεργασίες. Το Υπουργείο Δικαιοσύνης, ως επικεφαλής μισθωτής, καθοδηγούσε τις αποφάσεις με το μεγαλύτερο ανάλογο ενδιαφέρον για την υποδομή. Οι χρήστες του νοσοκομείου είχαν λιγότερη συμμετοχή στο σχεδιασμό απ' ό,τι θα ήταν σύνηθες για μια αποκλειστικά νοσοκομειακή υποδομή.

Τα συμβαλλόμενα μέρη προσπάθησαν ιδιαίτερα να ξεκαθαρίσουν κάποιους

ορισμούς της συντήρησης του κτιρίου μέσα στη σύμβαση, η οποία δεν διακρίνει σαφώς την κεφαλαιουχική συντήρηση από τη κλασσική λειτουργική συντήρηση. Το ζήτημα είναι σημαντικότερο για τη σωφρονιστική μονάδα, η οποία αντιμετωπίζει ένα υψηλότερο ποσοστό βανδαλισμού, όπως οι σπασμένες βρύσες των λουτήρων. Η σύμβαση δεν παρέιχε σαφείς οδηγίες ως προς το εάν μια τέτοια ζημία αντιπροσωπεύει μια δαπάνη λειτουργίας που αφορά την Επαρχία, ή αποτελεί μια κεφαλαιουχική δαπάνη που καλύπτεται από τον ιδιώτη εταίρο.

3.6.18 Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού Δικτύου Υγείας (University Health Network Bond Offering)

Βασικά στοιχεία

Το Πανεπιστημιακό Δίκτυο Υγείας (University Health Network - UHN), που βρίσκεται στο Τορόντο, Οντάριο, είναι μια 'ομπρέλα' τριών νοσοκομείων (Toronto General, Toronto Western και Princess Margaret) που συγχωνεύτηκαν από την Επαρχία του Οντάριο το 1998. [52]

Το UHN είναι το μεγαλύτερο πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Οντάριο, με σημαντικά ερευνητικά προγράμματα, ακαδημαϊκές συνδέσεις με το πανεπιστήμιο του Τορόντο, μιας μεγάλης χρηματοδότησης και μιας από τις μεγαλύτερες ακίνητες περιουσίες στον Καναδά. Τον Σεπτέμβριο του 1998, το UHN ανήγγειλε ένα σημαντικό σχέδιο αναδιαμόρφωσης που αφορούσε στην κατεδάφιση αρκετών κτιρίων στα Δυτικά (Western) και Γενικά Νοσοκομεία (General Hospitals), και την ανακαίνιση άλλων καθώς και την κατασκευή νέων. Το Πανεπιστημιακό Δίκτυο Υγείας - UHN έπρεπε να αναβαθμίσει τις εγκαταστάσεις των νοσοκομείων του, αλλά η χρηματοδότηση για την ανανέωση των υποδομών δεν ήταν αμέσως διαθέσιμη από την Επαρχία ή από την τοπική κοινότητα. Προκειμένου να χρηματοδοτηθεί η πρωτοβουλία, το UHN χρησιμοποίησε ένα μοναδικό όχημα - την έκδοση ενός ομολόγου του ιδιωτικού τομέα. Αυτό επέτρεψε την συντομότερη έγκριση της αναδιαμόρφωσης των νοσοκομείων (τρεις μήνες στο σύνολο) και την γρηγορότερη ολοκλήρωση της κατασκευής σε σχέση με τη χρηματοδότηση που

βασίζεται στην παραδοσιακή επιχορήγηση. Σε μια τέτοια περίπτωση θα είχε απαιτηθεί μια περίοδος 15 - 25 ετών.

Τα ομόλογα πρόκειται να αποπληρωθούν κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 25 ετών, από τις ετήσιες κεφαλαιουχικές συνεισφορές και την εξοικονόμηση που επιτυγχάνεται κατά τη λειτουργία μέσω του μειωμένου κτιριακού χώρου και της βελτίωσης της απόδοσης των λειτουργιών. Η Επαρχία δεν παρείχε οποιοσδήποτε εγγυήσεις στους κατόχους ομολόγων (Bondholders) σχετικά με τις επιχορηγήσεις λειτουργίας, και δεν υπάρχει καμία νομική προσφυγή για τους επενδυτές στην Επαρχία.

Συμβαλλόμενα μέρη και δομή ΣΔΙΤ

Δημόσιος συνεργάτης : Πανεπιστημιακό Δίκτυο Υγείας (University Health Network) -UHN, παλαιότερα Νοσοκομείο του Τορόντο (εκδότης ομολόγου)

Ιδιωτικός συνεργάτης : Scotia Capital Markets (ασφαλιστής)

Δομή προγράμματος : Ιδιωτική χρηματοδότηση

Στοιχεία του έργου

Οικονομικά χαρακτηριστικά

Μέσω της έκδοσης ενός ομολόγου ιδιωτικού τομέα, το Πανεπιστημιακό Δίκτυο Υγείας - UHN εξασφάλισε \$281 εκατομμύρια από τα \$349 εκατομμύρια που απαιτήθηκαν για το πρόγραμμα αναδιαμόρφωσης των νοσοκομείων του. Το υπολειπόμενο κεφάλαιο προήλθε από τις ερευνητικές συνεργασίες του ιδιωτικού τομέα, τις πωλήσεις ακινήτων και τα έσοδα από το καθαρό αποτέλεσμα (bond

proceeds) των ομολόγων κατά τη διάρκεια της κατασκευής. Τα ομόλογα ασφαλίστηκαν ενώ δημιουργήθηκε ένα κεφάλαιο απρόβλεπτων (contingency) \$25 εκατομμυρίων για να προστατεύσει τους κατόχους ομολόγων και την λειτουργία των νοσοκομείων σε περίπτωση οικονομικών δυσκολιών. Το UHN εξασφάλισε αποτίμηση ομολόγου «AA», και με, τη βοήθεια της Αρχής Χρηματοδότησης του Οντάριο, το τελικό επιτόκιο ήταν 5.64%.

Χρήσιμα Συμπεράσματα

Το πρόγραμμα κατασκευής εξελίσσεται καλά και παραμένει εντός του πλαισίου προϋπολογισμού και χρόνου κατασκευής. Οι υποστηρικτές του προτύπου θεωρούν ότι αυτό το πρόγραμμα θα είχε καθυστερήσει σημαντικά με βάση το συμβατικό πρότυπο προμήθειας. Το αντίπαλο στρατόπεδο υποστηρίζει ότι μεταφέρθηκε λίγος κίνδυνος από το νοσοκομείο στον ιδιωτικό τομέα (αν και ο κίνδυνος μεταφέρθηκε μεταξύ των δημόσιων συνεργατών, από το Υπουργείο Υγείας στο νοσοκομείο) και ότι, αντίστοιχα, το πρότυπο δεν είναι μια αληθινή ρύθμιση ΣΔΙΤ. Ενώ αυτή η συναλλαγή θεωρείται ευρέως ως οικονομική επιτυχία για το UHN, είναι ασαφές εάν πολλά άλλα νοσοκομεία θα μπορούσαν να ακολουθήσουν ένα παρόμοιο πρότυπο.

3.6.19 Η περίπτωση του Βασιλικού Ομίλου Ιατρικής Φροντίδας της Ottawa - Royal Ottawa Health Care Group

Βασικά στοιχεία

Η εταιρεία Brookfield LePage Johnson Controls («BLJC») διαχειρίζεται ένα προϋπολογισμό λειτουργίας \$7 εκατομμυρίων εξ ονόματος του Βασιλικού Ομίλου Ιατρικής Φροντίδας της Ottawa (Royal Ottawa Health Care Group) - «ROH» έναντι σταθερής ετήσιας αμοιβής. Οι δαπάνες που υπερβαίνουν το προϋπολογισμένο ποσό επιλαμβάνονται από την BLJC. Η πρόσθετη εξοικονόμηση πάνω από ένα προσυμφωνημένο επίπεδο μοιράζεται. Μια συνολική εξοικονόμηση πάνω από \$6 εκατομμύρια έχει επιτευχθεί συνολικά σε πέντε χρόνια. [52]

Αυτό το πρόγραμμα καταδεικνύει ότι η ανάμειξη του ιδιωτικού τομέα στη διαχείριση των εγκαταστάσεων των νοσοκομείων μπορεί να οδηγήσει σε αποδοτικότητα και αποταμίευση, χωρίς να συμβιβάσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Ιστορικό

Για τον Βασιλικό Όμιλο Ιατρικής Φροντίδας της Ottawa (Royal Ottawa Health Care Group) - ROH, οι κυβερνητικές οδηγίες στα μέσα της δεκαετίας του '90 σήμαναν ότι έπρεπε να βρει τρόπους εξοικονόμησης στο λειτουργικό κόστος, πάνω από \$1 εκατομμύριο ετησίως, από τις τρεις υποδομές του και ότι έπρεπε να αναζητήσει αυτή την αποταμίευση από την βελτίωση της διοικητικής αποδοτικότητας, προτού εφαρμόσει αλλαγές στην κλινική φροντίδα.

Οι τρεις κορυφαίοι στόχοι για τη συνεργασία ήταν:

- να επιτύχει εξοικονόμηση στο λειτουργικό κόστος πάνω από \$1 εκατομμύριο ετησίως
- να το επιτύχει χωρίς συμβιβασμό της ποιότητας της φροντίδας του ασθενή, και
- να σεβαστεί τις ανησυχίες μεταφοράς των υπαλλήλων από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα.

Συμβαλλόμενα μέρη και δομή ΣΔΙΤ

Δημόσιος συνεργάτης : Βασιλικός Όμιλος Ιατρικής Φροντίδας της Ottawa - Royal Ottawa Health Care Group

Ιδιωτικός συνεργάτης : Brookfield LePage Johnson Controls

Δομή προγράμματος : Λειτουργία και συντήρηση των εγκαταστάσεων των νοσοκομείων του Βασιλικού Ομίλου Ιατρικής Φροντίδας της Ottawa - Royal Ottawa Health Care Group

Στοιχεία του έργου

Διαδικασία προμήθειας

Ο Βασιλικός Όμιλος Ιατρικής Φροντίδας της Ottawa - ROH χρησιμοποίησε μια τροποποιημένη ανταγωνιστική διαδικασία για να βρει έναν ιδιώτη εταίρο. Παρά το παραδοσιακό Αίτημα για Προτάσεις (Request for Proposals), το ROH έστειλε μια επιστολή με μια Επιχειρησιακή Σύνοψη (Executive Summary) σε αρκετές εταιρείες που δραστηριοποιούνταν στο τομέα διαχείρισης και διοίκησης εγκαταστάσεων. Η

επιστολή έθετε τους στόχους του ROH, υπογράμμισε την ανησυχία του σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό και προσκαλούσε τις υποβολές.

Αρκετές εταιρείες έκαναν μια αρχική παρουσίαση. Ο ROH ζήτησε σε δύο από αυτές να αναπτύξουν αναλυτικά τις προτάσεις τους. Σε καθεμιά από τις εταιρείες δόθηκε ελεύθερη πρόσβαση σε όλες τις πληροφορίες που απαιτήθηκαν, και η ευκαιρία να περιοδεύσει στις εγκαταστάσεις του ROH και να διεξάγει συνεντεύξεις προκειμένου να γίνουν πλήρως κατανοητές η δομή και οι διαδικασίες του ROH. Ο Βασιλικός Όμιλος Ιατρικής Φροντίδας της Ottawa - ROH επέλεξε την BLJC για να διαχειριστεί τις εγκαταστάσεις του.

Δομή της συμφωνίας

Στο πλαίσιο της συμφωνίας, η BLJC παρέχει το πλήρες φάσμα της διαχείρισης των εγκαταστάσεων έναντι σταθερής ετήσιας αμοιβής. Διαχειρίζεται όλες τις μη θεμελιώδεις υπηρεσίες υποστήριξης νοσοκομείων όπως τη φυσική συντήρηση εγκαταστάσεων, τη διαχείριση υλικών, τις υπηρεσίες καθαρισμού και τροφίμων καθώς επίσης και τους υπεργολάβους για άλλες υπηρεσίες όπως ο χώρος στάθμευσης, η ασφάλεια ή η διαχείριση των αποβλήτων.

Οι συνεργάτες συμφώνησαν σχετικά με το επίπεδο προσωπικού και το προϋπολογισμό λειτουργίας που θα επέτρεπαν στον ROH να επιτύχει τις απαραίτητες εξοικονομήσεις, επιτρέποντας όμως στην BLJC να διαχειρίζεται τις εγκαταστάσεις με την απαραίτητη ποιότητα υπηρεσίας. Αυτό οδήγησε στη

συρρίκνωση του προσωπικού κατά ένα τρίτο, δηλαδή από περίπου 145 σε 100 υπαλλήλους πλήρους απασχόλησης

Στην έναρξη, η BLJC διαχειρίστηκε έναν προϋπολογισμό λειτουργίας περίπου \$5 εκατομμυρίων ετησίως, με επιπλέον \$2 εκατομμύρια όταν προστέθηκε το ψυχιατρικό νοσοκομείο Brockville. Αυτό το ποσό κρατήθηκε στα πλαίσια του προϋπολογισμού λειτουργίας του ROH, αλλά η BLJC είχε το δικαίωμα να αναθέσει εργολαβίες για τις υπηρεσίες που απαιτήθηκαν.

Διανομή κινδύνου και ανταμοιβής

Η επιπλέον εξοικονόμηση πάνω από ένα επίπεδο θα μοιραζόταν, δύο τρίτα στον ROH και ένα τρίτο στην BLJC. Τα ελλείμματα προϋπολογισμού βαρύνουν μόνο την BLJC. Οι νομικές πτυχές της συνεργασίας ήταν σύνθετες δεδομένου ότι κάλυψε ένα νέο αντικείμενο από πολλές πλευρές, και η διάρκεια οριστικοποίησης της σύμβασης έφθασε τον ένα χρόνο.

Τριμερής συμφωνία για τους υπαλλήλους

Ο σεβασμός των συνδικαλιστικών υπαλλήλων που επηρεάζονταν, και οι οποίοι αντιπροσωπεύονταν από την Καναδική Ένωση των Δημόσιων Υπαλλήλων (Canadian Union of Public Employees - CUPE) ήταν σημαντικός και για τους δύο συνεργάτες.

Στο πλαίσιο μιας τριμερούς συμφωνίας, ο ιδιώτης εταίρος συμφώνησε να σεβαστεί τις αμοιβές, τα οφέλη και τις ρυθμίσεις των συνταξιοδοτικών σχεδίων των

υπαλλήλων που υπόκεινται στην υπάρχουσα συλλογική σύμβαση εργασίας. Ουσιαστικά όλοι οι υπάλληλοι (98%) στους οποίους προσφέρθηκε μια εργασία με την BLJC δέχτηκαν την προσφορά. Αυτό σημαίνει περίπου 100 υπαλλήλους (πλήρους απασχόλησης) από την τοπική ένωση και έξι διευθυντές.

Χρήσιμα Συμπεράσματα

Ήταν σημαντικό να αναγνωριστεί ότι μια ΣΔΙΤ στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης ήταν πιθανό να προκαλέσει μια εχθρική αντίδραση από το κοινό και άλλες οργανώσεις, οι οποίοι ανησύχησαν για την επίδραση της ιδιωτικής συμμετοχής. Ο Βασιλικός Όμιλος Ιατρικής Φροντίδας της Ottawa - ROH το κατάλαβε αυτό και υιοθέτησε τη στάση προσέγγισης της συνεργασίας με το λιγότερο «εχθρικό» τρόπο. Επέλεξε να δεσμεύσει την ένωση ως συνεργάτη από την αρχή και, μέσω των μέσων, κατέστησε σαφές στο κοινό ότι κανένας συμβιβασμός δεν θα γινόταν σε ό,τι αφορούσε την υγειονομική φροντίδα των ασθενών.

3.6.20 Εξαγόμενη Καναδική πείρα – Η περίπτωση του Ιατρικού Κέντρου Khalifa Shaikh, Αμπού Ντάμπι, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα

Βασικά στοιχεία

Το Αμπού Ντάμπι είναι η πρωτεύουσα των Ηνωμένων Αραβικών Εμιράτων (Ε.Α.Ε.) και διαθέτει ένα υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα το οποίο βασίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος στα εισοδήματα πετρελαίου και αερίου. Όλοι οι υπήκοοι λαμβάνουν δωρεάν υγειονομική περίθαλψη. [52]

Δεδομένου ότι πολλές ιατρικές υπηρεσίες δεν ήταν διαθέσιμες στα Ε.Α.Ε., οι υπήκοοι του Αμπού Ντάμπι ταξίδευαν στις ΗΠΑ ή το Ηνωμένο Βασίλειο, με σημαντικά έξοδα, για εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη όπως καρδιολογικές, ογκολογικές ή παιδιατρικές υπηρεσίες. Προκειμένου να παρέχει αυτές τις ιατρικές υπηρεσίες, η κυβέρνηση του Αμπού Ντάμπι κατασκεύασε ένα νέο νοσοκομείο πολλαπλών ειδικοτήτων, 220 κλινών, το ιατρικό κέντρο Shaikh Khalifa, το οποίο θα χρησίμευε ως το βασικό τρίτοβάθμιο νοσοκομείο του Αμπού Ντάμπι. Εξέδωσε ένα Αίτημα για Προτάσεις (Request for Proposals - RFP) προκειμένου να βρει ένα οργανισμό για να διαχειριστεί και να λειτουργήσει το νοσοκομείο, μια σύμβαση αξίας των US\$800 εκατομμυρίων σε τέσσερα χρόνια.

Η InterHealth, μια ιδιωτική канаδική επιχείρηση, είναι αρμόδια για τις επαγγελματικές και τεχνικές πτυχές της λειτουργίας ενός σύγχρονου, 'δυτικού' νοσοκομείου, καθώς και για τη μέριμνα της στέγασης των 1.600 ατόμων του διεθνούς προσωπικού του νοσοκομείου και της παροχής των οφελών

εκπατρισμού. Για τις μη-κλινικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο, η InterHealth επέλεξε να εκτελέσει με υπεργολαβία το μεγαλύτερο μέρος της εργασίας, επειδή διαπίστωσε ότι υπήρχαν διαθέσιμες πλήρως ανεπτυγμένες υπηρεσίες στο Αμπού Ντάμπι. Η InterHealth καθορίζει τα πρότυπα και εποπτεύει την εργασία.

Ο ρόλος της InterHealth, όσον αφορά στις εκτελεσμένες με υπεργολαβία υπηρεσίες, εκτός από τη διαχείριση του υπεργολάβου, είναι να συντάξει το Αίτημα για Προτάσεις, να παραλάβει τις προσφορές, να επιλέξει τον ανάδοχο, και να τον πληρώσει για την εργασία. Η κυβέρνηση του Αμπού Ντάμπι, ως ιδιοκτήτη της εγκατάστασης, πληρώνει για όλες τις κεφαλαιουχικές επισκευές.

Ιστορικό

Η Interhealth Canada Limited είναι μια ιδιωτική κερδοσκοπική εταιρία που σχηματίστηκε το 1995 προκειμένου να εξάγει στη διεθνή αγορά, τη τεχνογνωσία του Καναδά στην υγειονομική περίθαλψη. Ελέγχεται από περίπου 50 από τις πιο σημαντικές οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης του Καναδά, περιλαμβάνοντας τις ακόλουθες : Apotex Inc., Hamilton Apotex Inc., Hamilton Health Sciences Corporation, McMaster University, MDS Health Group Limited, Michener Institute, Mount Sinai Hospital, Sunnybrook Health Science Centre, Toronto Hospital, και την Κυβέρνηση του Οντάριο.

Συμβαλλόμενα μέρη και δομή ΣΔΙΤ

Δημόσιος συνεργάτης : Ιατρικό κέντρο Khalifa Shaikh

Ιδιωτικός συνεργάτης : InterHealth Canada Limited

Δομή προγράμματος : Διαχείριση και λειτουργία του ξένου ιδιωτικού νοσοκομείου (κλινικές και μη-κλινικές υπηρεσίες).

Στοιχεία του έργου

Πιστοποίηση

Ένας σημαντικός στόχος της κυβέρνησης του Αμπού Ντάμπι «ήταν να προσπαθήσει να λειτουργήσει και να πάρει στην ανεξάρτητη καναδική πιστοποίηση νοσοκομείων.» Οι απαιτήσεις πιστοποίησης περιλαμβάνουν όχι μόνο τα επαγγελματικά προσόντα του προσωπικού αλλά και τα πρότυπα της συντήρησης, της καθαριότητας, του ελέγχου μολύνσεων, κ.λπ.

Η διαδικασία της πιστοποίησης μπορεί να είναι σκληρή και συνήθως διαρκεί αρκετά χρόνια. Εντούτοις, στο ιατρικό κέντρο Shaikh Khalifa απονεμήθηκε η πιστοποίηση τον Ιανουάριο του 2002, μέσα σε δύο χρόνια από την έναρξη λειτουργίας του. Είναι το πρώτο νοσοκομείο στη Μέση Ανατολή, και μόνο το δεύτερο εκτός Καναδά στο οποίο απονέμεται η καναδική πιστοποίηση.

Οι κίνδυνοι και οι ανταμοιβές των συνεργατών

Το InterHealth φέρει όλο τον οικονομικό και τον κίνδυνο απόδοσης που συνδέεται με τις λειτουργίες του νοσοκομείου. Όλες οι οικονομικές ανταμοιβές πηγάζουν στους μετόχους της.

Επικύρωση των καναδικών προτύπων υγειονομικής περίθαλψης

Η InterHealth υποστήριξε την έννοια ενός ενιαίου συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένης της σχέσης μεταξύ του νοσοκομείου και των άλλων εγκαταστάσεων στην κοινότητα. Πρότεινε επίσης να χρησιμοποιήσει τις καναδικές μεθόδους πιστοποίησης και διασφάλισης ποιότητας. Αν και το σύστημα πληρωμής που περιγράφηκε στο Αίτημα για Προτάσεις ήταν ένα σύστημα ανά μονάδα (per-unit system) όπως ασκείται στις ΗΠΑ, η InterHealth πρότεινε στην κυβέρνηση του Αμπού Ντάμπι το καναδικό σύστημα ενός συνολικά χρηματοδοτημένου προϋπολογισμού (globally funded project), ως δικαιότερο για αμφότερα τα συμβαλλόμενα μέρη.

Η InterHealth κέρδισε το έργο έναντι προτάσεων πολύ γνωστών οργανισμών, όπως το Χάρβαρντ και το John Hopkins. Με βάση τη σύμβαση (ένα πολύπλοκο έγγραφο περισσότερων από 15.000 σελίδων), η InterHealth θα διαχειριστεί και θα λειτουργήσει όλες τις πτυχές του ιατρικού κέντρου Shaikh Khalifa. Αυτό περιλαμβάνει και τις κλινικές πρακτικές και τις μη-κλινικές υπηρεσίες, όπως η συντήρηση βιοϊατρικού εξοπλισμού, η καθαριότητα, το πλυντήριο και η μαζική εστίαση (catering). Η σύμβαση ήταν για τέσσερα έτη, με την επιλογή να επεκταθεί για ακόμη δύο χρόνια. Η αξία της εκτιμήθηκε στα \$800 εκατομμύρια .

Απαιτήσεις μεγάλων εγγυήσεων καλής εκτέλεσης (performance bond)

Το Αίτημα για Προτάσεις (Διακήρυξη) απαιτούσε ότι ο προσφέρων θα έπρεπε να παρέχει προκαταβολή και τις τραπεζικές εγγυήσεις καλής εκτέλεσης,

περισσότερων από \$30 εκατομμυρίων, οι οποίες θα κρατούνται κατά τα 4 χρόνια της διάρκειας της σύμβασης.

Χρήσιμα Συμπεράσματα

Το νοσοκομείο άρχισε τη λειτουργία του στις 28 Φεβρουαρίου 2000. Παρέχει υπηρεσίες οι οποίες δεν υπήρχαν προηγουμένως στο Αμπού Ντάμπι, όπως η σύνθετη νευροχειρουργική. Η ζήτηση και ο όγκος των ασθενών είναι υψηλοί. Στους πρώτους δύο μήνες, το νοσοκομείο είχε περισσότερους από 16.000 ασθενείς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών - πάνω από 250 ασθενείς ημερησίως. Εκτέλεσε περίπου 300 σημαντικές χειρουργικές επεμβάσεις - περίπου πέντε επεμβάσεις ημερησίως. Αυτό το μεγάλο και σύνθετο έργο ΣΔΙΤ είναι ένα πρότυπο και για άλλους καναδικούς τομείς με κεφάλαιο τεχνογνωσίας, οι οποίοι θα μπορούσαν να εξάγουν τις υπηρεσίες τους.

3.7 Βιβλιογραφία 4^{ου} Κεφαλαίου

1. The World Health Organization, The World Health Report 2000– Health Systems: Improving Performance, ISBN 92 4 156198 X (NLM Classification: WA 540.1), ISSN 1020-3311, 2000
2. Χατζητόλιος Απόστολος, Ζαμπίτης Παναγιώτης, Σανίδας Αθανάσιος, Ζαφειρόπουλος Αθανάσιος, Ασλανίδης Ιωάννης, Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας, Ιατρικό Βήμα, Φεβρουάριος - Μάρτιος 2007
3. ECB-Economic Policy Committee (2003) “The need for comprehensive reforms to cope with population ageing”, Monthly Bulletin European Central Bank, Frankfurt.
4. Τούντας Γ., Συγκριτική ανάλυση των Συστημάτων Υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2003, 20(1), 76-87
5. Γ. Υφαντόπουλος, ‘Τα Οικονομικά της Υγείας’ Εκδ. Τυπωθήτω, 2002
6. ΤΟ ΒΗΜΑ, Που πάει η περίθαλψη στην Ευρώπη, Ο έλεγχος ποιότητας των ιατρικών πράξεων και η ασφάλεια των ασθενών, 03/02/2002, Σελ. Α10
7. ΤΟ ΒΗΜΑ, 1983-2000 : Η ακτινογραφία του ΕΣΥ, 30-07-2000.
8. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, Αθήνα 1995
9. Υπουργείο Υγείας πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Εκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, Ιούνιος 1994
10. ΟΟΣΑ, Health Data 2007
11. ΚΕΡΔΟΣ, Πάνω από 6 δις ευρώ δαπανούν τα νοικοκυριά για την υγεία τους, www.kerdos.ge/Default.aspx?t=print.aspx&aid=442781&ant=103
12. ALPHA BANK, Η χρηματοδότηση της Υγείας : Πως να αρρωστήσετε χωρίς να επιβαρύνετε το ΕΣΥ, Οικονομικό Δελτίο
13. ΝΑΥΤΕΜΠΟΡΙΚΗ, ΟΟΣΑ : Ξεφεύγουν οι δαπάνες για την Υγεία, 20 Ιουλίου 2007
14. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, Σε υψηλά επίπεδα οι δαπάνες υγείας στη χώρα μας, 12/07/06
15. Financial Times.com, Οι δαπάνες υγείας ξεπερνούν το παγκόσμιο ΑΕΠ, 19/07/07

16. ΗΜΕΡΗΣΙΑ, Hellastat: Έντονη κινητικότητα στον κλάδο της Υγείας, 13/08/2007
17. ICAP, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Κλαδική Μελέτη, 2005.
18. Σχοινάς Γ, Ο κλάδος των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα και η ανάπτυξη των μεγαλύτερων Ιδιωτικών Κλινικών, Διπλωματική εργασία , Φαρμακευτικό Marketing, Τμήμα Φαρμακευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα 2005
19. Επιστημονικό Μάρκετινγκ, Οι Πρωταγωνιστές της Ιδιωτικής Υγείας, Οκτώβριος 2007, http://www.morax.gr/article_show.php?article_id=1371
20. ΤΟ ΒΗΜΑ, Ελληνογερμανική συμμαχία στο Ιατρικό Κέντρο – Ποιά είναι η Asklepios Kliniken GmbH που ξόδεψε περί τα 130 εκατομμύρια ευρώ για να γίνει εταίρος της οικογένειας Αποστολόπουλου, 08/07/2007
21. Nikolic Irina A. and Maikisch Harald, Public-Private Partnerships And Collaboration In The Health Sector - An Overview with Case Studies from Recent European Experience, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2006
22. Taylor, R. , Blair, S. , Public Hospitals: Options for Reform through Public-Private Partnerships, The World Bank's Private Sector and Infrastructure Network, Note 241, 2002
23. Sussex Jon, 2003; “Public-Private Partnerships in Hospital Development: Lessons from the UK’s ‘Private Finance Initiative’”, Research in Healthcare Financial Management, Volume 8, No 1, pp. 59-76, 2003
24. Sussex, Jon (2001) The economics of the private finance initiative in the NHS, Office of Health Economics: ISBN 1 899040 86 2, BSC Print Ltd. 2001
25. Prowle Malcolm, The role of the Private Finance Initiative in the delivery of health services in the UK, HLSP Institute, Feb 2006
26. Akintoye Akintola, Chinyio Ezekiel, Private Finance Initiative in the healthcare sector : trends and risk assessment, Engineering, Construction and Architectural Management, Vol. 12, No. 6, 2005, pp 601-616
27. Broadbent, Jane; Jas Gill and Richard Laughlin. 2003. ‘Evaluating the Private Finance Initiative in the National Health Service in the UK’, Accounting, Auditing and Accountability Journal 16,3 442-445
28. Υφαντόπουλος Γ., Πολυξένη Δ., Τακουμάκης Ι., Το βρετανικό σύστημα Υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2005, 22(1): 73-96

29. Gaffney, D., & Pollock, A.M. (1997). Can the NHS Afford the Private Finance Initiative? London: BMA Health Policy and Economic Research Unit.
30. Dawson, D., & Maynard, A. (1996, August, 10). Private Finance for the Public Good? *BMJ*. 313,312.
31. Boyle, S. (1997, April, 26). The private finance initiative undermines rational planning of health services, *BMJ*, 314 (7089), 1214-1215.
32. Pollock, A., Dunnigan, M., Gaffney, D., Price, D., & Shaoul, J. (1999, July), planning the "new" NHS: downsizing for the 21st century, *BMJ*, 319,179-184.
33. Ward, S. (2000, September, 7). Not just acute idea, *Health Service Journal*, Special Report: Private Finance Initiative, 1-3.
34. Department of Health. Department of Health (2000). The NHS Plan: a Plan for Investment, a Plan for Reform, Cm 4818- I, London: The Stationery Office
35. Meara, R. (1997). A Capital Conundrum: the Effect of the Private Finance Initiative on Strategic Change in London's Health Care, London: King's Fund.
36. House of Commons Committee of Public Accounts (1999). Session 1998-99, Twenty-eighth Report. Department of Health: Cost Over-runs, Funding Problems and Delays on Guy's Hospital Phase HI Development, HC 289, London: The Stationery Office
37. Milburn, A. (2000, September, 27). Speech to the Labour Party Conference in Brighton by the Secretary of State for Health, Department of Health, press release 2000/0536
38. Treasury (1991). Economic Appraisal in Central Government. A Technical Guide for Government Departments, London: Her Majesty's Stationary Office.
39. Spackman, M. (1991). Discount Rates and Rates of Return in the Public Sector: Economic Issues, Government Economic Service Working Paper No. 113 (Treasury Working Paper No. 58), London: HM Treasury.
40. Klein, M. (1997, Winter). The risk premium for evaluating public projects, *Oxford Review of Economic Policy*. 13(4),29-42.
41. Grout, P.A. (1997, Winter). The economics of the private finance initiative, *Oxford Review of Economic Policy*, 13(4),53-66.
42. Flemming, J., & Mayer, C. (1997, Winter). The Assessment: Public-sector Investment, *Oxford Review of Economic Policy*, 13(4),1-11

43. Arthur Andersen and Enterprise LSE (2000), Value for Money Drivers in the Private Finance Initiative, Report commissioned by the Treasury Taskforce, Office of Government Commerce, London
44. Gaffney, D., & Pollock, A.M. (1999, January-March). Pump-priming the PFI: why are privately financed hospital schemes being subsidized? Public Money and Management, 55-62.
45. Pollock, A., Dunnigan, M., Gaffney, D., Macfarlane, A., & Azeem Majeed, F. (1997, April, 26). What happens when the private sector plans hospital services for the NHS: three case studies under the private finance initiative, BMJ, 314(7089),1266-1271.
46. Gaffney Declan, The politics of the private finance initiative and the new NHS, BMJ 1999, 319, 249 – 53
47. Ferriman Annabel, Private finance scheme for Worcester 'will cut beds' , BMJ 2000, 320, 1625
48. Pollock AM, Dunnigan MG, Beds in the NHS, BMJ 2000, 320, 461 – 462
49. Department of Health (2000d). Shaping the Future NHS: Long Term Planning for Hospitals and Related Services. Consultation Document on the Findings of the National Bed Inquiry, London: Department of Health..
50. Rend Andrea, Schrefler Lorna, Public – Private Partnerships, National Experiences in the European Union, Centre for European Policy Studies, Briefing note No. IP/A/IMCO/SC/2005 – 160
51. International Finance Corporation, World Bank Group, Global Public – Private Partnership Models, Options for Private Participation in Health, Dec 2004.
52. The Canadian Council for Public – Private Partnerships, HOSPITALS, The Canadian Case for Hospital PPP Projects, Nov. 2003
53. Burgermeister Jane Vienna, Sweden bans privatization of hospitals, British medical Journal, Feb 2004
54. English Linda, Using public – private partnerships to achieve value for money in the delivery of healthcare in Australia, Int. J. Public Policy, Vol. 1, Nos. 1/2, 2005
55. Akkawi Abraham, Turning tide – Analyzing the Canadian market for public – private partnerships, Summit, Jun 2006, 9,4,pg 14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

4.1 Μαθήματα – Συμπεράσματα από τη διεθνή εμπειρία

Το «χάσμα υποδομής» (infrastructure gap), και ο αρνητικός αντίκτυπός του στην οικονομική ανάπτυξη, τη δημιουργία θέσεων εργασίας και την κοινωνική συνοχή στην Ευρώπη, έχουν διαπιστωθεί για πολλά χρόνια. [1] Σε ολόκληρη την Ευρώπη, η ανάγκη να βελτιωθούν οι υποδομές, θεωρείται ως απαραίτητος όρος στην επιτυχή οικονομική ανάπτυξη. Εντούτοις, οι κυβερνήσεις έχουν περιορίσει τους οικονομικούς πόρους που αφιερώνουν στις αυξανόμενες κύριες δαπάνες για τη βελτίωση των δημόσιων υπηρεσιών και αντιμετωπίζουν περιορισμούς στη δυνατότητά τους να αυξήσουν το δανεισμό, που οφείλεται κυρίως στην εμμονή στις αρχές της οικονομικής σύγκλισης και του φορολογικού περιορισμού που απαιτείται από τη Συνθήκη του Μάαστριχτ. Προκειμένου να γεφυρωθεί το αυξανόμενο χάσμα μεταξύ του κόστους της υποδομής που απαιτείται και των πόρων διαθέσιμων, και για να εξασφαλίσει ότι η υποδομή παραδίδεται όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα και επικερδώς, η ερώτηση κλειδί είναι πώς να παραδώσει την οικονομικά αποδοτική επένδυση. Σε αυτό το πλαίσιο, οι Συμπράξεις Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα είναι ένα αυξανόμενο στοιχείο της προμήθειας δημόσιου τομέα σε ολόκληρη την Ευρώπη. [1,2,3]

Η ΣΔΙΤ είναι μόνο μια από διάφορες επιλογές για την υποδομή. Η εκτίμηση πρέπει να δοθεί ως προς το εάν ένα πρόγραμμα ταιριάζει σε μια δομή ΣΔΙΤ, και εάν υπάρχει ισχυρή πολιτική υποστήριξη για μια λύση ΣΔΙΤ. Αν και κάθε περίπτωση πρέπει να αξιολογηθεί και να εξεταστεί βασισμένη στη συγκεκριμένη προκείμενη συνθήκη, είναι πάντα πολύ χρήσιμο να ανασύρονται από τη διεθνή εμπειρία εκείνα τα παραδείγματα αλλά και τα μαθήματα που μπορούν να βοηθήσουν στην

εξασφάλιση της επιτυχίας μιας ΣΔΙΤ. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι περιπτώσιολογικές μελέτες παρέχουν τα συγκεκριμένα παραδείγματα, και ενώ μερικά κοινά μαθήματα μπορούν να ισχύσουν σε όλες τις περιπτώσεις, η συγκεκριμένη εμπειρία χωρών μπορεί να μην είναι μεταβιβάσιμη σε μια άλλη χώρα λόγω των διαφορών στα συστήματα υγείας, τα επίπεδα ικανότητας και πείρας, τα νομικά και δικαστικά συστήματα, τα γενικά επίπεδα ανάπτυξης, ή άλλους σχετικούς παράγοντες. Εν τούτοις, μερικά κοινά συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν από την επιλογή των περιπτώσιολογικών μελετών που προηγήθηκαν: [1,4,5]

- Η επιλογή των ΣΔΙΤ πρέπει να είναι μια συνειδητή επιλογή και των δύο φορέων (Δημόσιου και Ιδιωτικού) και όχι μια λύση ανάγκης λόγω έλλειψης δημόσιου κεφαλαίου
- Απαιτείται πολιτική δέσμευση από πλευράς της Κυβερνήσεως και κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο
- Επιτυχείς ΣΔΙΤ απαιτούν σαφείς κανόνες και εξειδικευμένους εμπειρογνώμονες και στις δύο πλευρές προκειμένου να επιτευχθεί ο ομαλός προγραμματισμός και η υλοποίησή τους
- Οι δεξιότητες που απαιτούνται για τη διαδικασία προσφοράς και εργολαβίας είναι υψηλές και είναι ιδιαίτερα σημαντικό να καθορίζονται σωστά οι κίνδυνοι κάθε συνεργάτη.

- Θα πρέπει να αποτυπώνονται και να συμφωνούνται με σαφήνεια οι όροι συνεργασίας εκ των προτέρων και να καθορίζονται οι προσδοκίες για το επίπεδο παροχής της υπηρεσίας
- Θα πρέπει να δίνεται αρκετός χρόνος στους συνεργάτες για να εξοικειωθούν με τους νέους ρόλους και τις ρυθμίσεις που δημιουργούνται στο πλαίσιο μιας ΣΔΙΤ
- Οι ιδιώτες εταίροι θα πρέπει να έχουν μια καλά αποδειγμένη εμπειρία στο περιεχόμενο της ΣΔΙΤ και κατά προτίμηση στη χώρα ή/και την περιοχή ενδιαφέροντος
- Η διασφάλιση ποιότητας και ο έλεγχος της απόδοσης πρέπει να είναι συνεχείς και να τροφοδοτούν την βελτιωμένη διαχείριση
- Ένα καλά μελετημένο σχέδιο υλοποίησης το οποίο συμπεριλαμβάνει τους λεπτομερείς ορισμούς των επιχειρησιακών διαδικασιών και των διοικητικών λειτουργιών, είναι ιδιαίτερα σημαντικό.
- Όταν είναι δυνατό, η πιλοτική εφαρμογή μιας ΣΔΙΤ, σε επίπεδο ιδέας αλλά και δομής, μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο και να συνεισφέρει στην εξασφάλιση της επιτυχίας

- Η έγκαιρη διασφάλιση χρηματοδότησης της πιλοτικής φάσης και των αρχικών σταδίων υλοποίησης είναι κομβικής σημασίας για την διατήρηση του έργου στα προβλεπόμενα όρια –στόχους
- Όλοι οι βασικοί συμμετέχοντες θα πρέπει να συμπεριληφθούν από νωρίς σε μια διαδικασία προσδιορισμού και ανάπτυξης των διεργασιών του έργου
- Ειδικά για ΣΔΙΤ με πολλαπλούς συνεργάτες και συμμετέχοντες είναι αναγκαία μια ξεκάθαρη στρατηγική επικοινωνίας και αλλαγών
- Για μια αποτελεσματική διοίκηση έργου, μαθήματα κλειδιά αποτελούν η σπουδαιότητα της συνέχειας στην ομάδα σχεδιασμού, η διαφάνεια και η επικοινωνία μεταξύ των συνεργατών, ο προσεχτικός ορισμός των στόχων και των περιορισμών του προϋπολογισμού για κάθε φάση του έργου και η σημασία του συντονισμού και των ορόσημων κατά τη φάση υλοποίησης
- Πρέπει να εξετάζονται όλες οι πιθανές δομές ΣΔΙΤ που υπάρχουν και να επιλεγεί η κατάλληλη κατά περίπτωση έργου. Η ίδια δομή που πέτυχε σε ένα έργο μπορεί να αποτύχει σε κάποιο άλλο.

4.2 ΣΔΙΤ και Τομέας Υγείας - Επιχειρήματα και Κριτική

Η Υγεία και η Παιδεία είναι δύο προνομιακοί χώροι εφαρμογής ΣΔΙΤ. Αυτό οφείλεται στην τεράστια πολιτική «έκθεση» των κυβερνήσεων στην Υγεία και Παιδεία. Καθώς ο πολιτικός «κύκλος» συντομεύει, προς την 4ετία, οι δύο τομείς επηρεάζουν εκατομμύρια ψηφοφόρους και «απαιτούν» αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα αυτά χρειάζονται πόρους στρέφοντας το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων προς τις ΣΔΙΤ, καθώς ο Δημόσιος τομέας στερείται κεφαλαίων. Παράλληλα, ο ιδιωτικός τομέας έχει άφθονα κεφάλαια τα οποία αναζητεί να επενδύσει επικερδώς. Σε αυτή τη συνθήκη για τους δύο τομείς οι ΣΔΙΤ εμφανίζονται ως ένα παιγνίδι «θετικού αθροίσματος» και για τους δύο. Ωστόσο θα πρέπει να κριθούν τα πάντα από την σκοπιά της εξυπηρέτησης του δημοσίου συμφέροντος και του κοινωνικού οφέλους, γεγονός που αμφισβητείται ολοένα και συχνότερα. [6,7,8,9,10,11]

Η μέθοδος της σύμπραξης με τον Ιδιωτικό τομέα έχει καταδειχθεί διεθνώς ότι αποτελεί, όχι πανάκεια, αλλά ένα αποτελεσματικό μέσο υλοποίησης του στόχου. Οι ΣΔΙΤ αποτελούν μια εναλλακτική λύση για την υλοποίηση υποδομών του Δημοσίου καθώς και των σχετικών με αυτών υπηρεσιών διαχείρισης και λειτουργίας, ιδίως όταν εκλείπουν οι δημόσιοι πόροι. Μέσω των ΣΔΙΤ εξοικονομούνται πόροι ο οποίοι διατίθενται για αμεσότερες ανάγκες ή σε παραγωγικότερες επενδύσεις, σε κοινωνικές πολιτικές ή στο ανθρώπινο δυναμικό. Ωστόσο, δεν αποτελεί μια λύση χωρίς αρνητικές συνέπειες ή παρενέργειες ή οποίες θα πρέπει να συνεκτιμώνται.

Η ισορροπία των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των ΣΔΙΤ έναντι της συμβατικής χρηματοδότησης και προμήθειας είναι ασαφής. Δεν υπάρχει κανένα αποφασιστικό επιχείρημα για καμία από τις δύο περιπτώσεις. Η επιλογή των ΣΔΙΤ δεν δίνει a priori καλύτερη ή χειρότερη οικονομική αποδοτικότητα (Value for money) από τη παραδοσιακή διαδικασία προμήθειας, λαμβάνοντας συνολικά υπόψη όλα τα στάδια: σχεδιασμός/μελέτη, κατασκευή, παροχή μη-κλινικών υπηρεσιών, χρηματοδότηση. Σχετικά με την δημόσια χρηματοδοτημένη προμήθεια, μια ΣΔΙΤ : [4,9,12,13]

- Μπορεί ή όχι να φέρει σχεδιαστικές βελτιώσεις και χαμηλότερες δαπάνες κατασκευής
- πιθανώς δεν οδηγεί στις οικονομικώς πιο αποδοτικές υπηρεσίες υποστήριξης
- μπορεί να περιλαμβάνει υψηλότερο κόστος δανεισμού, ακόμα και μετά από τον συνυπολογισμό του κινδύνου
- θα οδηγήσει πιθανώς σε περισσότερα έργα που ολοκληρώνονται εγκαίρως και
- θα παραδώσει πιθανώς τα καλύτερα συντηρημένα νοσοκομεία.

Η Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης– PFI στη Μεγάλη Βρετανία έχει διδάξει το Εθνικό Σύστημα Υγείας, και άλλους τομείς του δημόσιου τομέα, μερικά σημαντικά μαθήματα. [12,13] Έχει δώσει έμφαση στην ανάγκη για τους διοικητές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) να σκεφτούν προσεκτικότερα για τις απαιτούμενες εκβάσεις, παρά για τους πόρους που θεωρούν ότι έχουν ανάγκη, καθώς και να λαμβάνουν πλήρως υπόψη όλους κινδύνους που περιλαμβάνει ένα έργο. Η ρητή εκτίμηση των κινδύνων, της κλίμακας και της πιθανότητας να

συμβούν, επιτρέπει τη σωστή διαχείριση τους, συμπεριλαμβάνοντας το σχεδιασμό του έργου έτσι ώστε θα μεγιστοποιήσει τα καθαρά οφέλη σε ολόκληρη την διάρκεια ζωής του. Συνολικά, τα πλεονεκτήματα κόστους που αναφέρονται στις επίσημες επιχειρησιακές περιπτώσεις για τα έργα Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης– PFI στο Εθνικό Σύστημα Υγείας σε σχέση με τη Δημόσια Συγκριτική Αξιολόγηση είναι μικρά. Στην έκθεση των Boyle & Harrison [14] για τα πρώτα 11 σημαντικά τέτοια έργα PFI στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Αγγλία, η μέση μείωση κόστους που αναφέρθηκε επίσημα για την επιλογή PFI σχετικά με τη Δημόσια Συγκριτική Κοστολόγηση ήταν ακριβώς 1.6% (εύρος 0%-4.2%). Αυτή είναι η εξοικονόμηση μετά από τη προσθήκη στο κόστος της Δημόσιας Συγκριτικής Κοστολόγησης της κατ' εκτίμηση αξίας των κινδύνων που μεταφέρονται στον ιδιωτικό τομέα κατά την επιλογή PFI, και η οποία έχει υπολογιστεί χρησιμοποιώντας το ετήσιο συντελεστή προεξόφλησης 6% που απαιτείται από την κυβέρνηση. Με ένα συντελεστή προεξόφλησης 5% ή λιγότερο αυτή η υπολογισμένη εξοικονόμηση θα εξαφανιζόταν. Φυσικά, τέτοιοι υπολογισμοί καθαρής παρούσας αξίας δεν μπορούν ποτέ να είναι απολύτως ακριβείς και ενδέχεται να μη λάβουν πλήρως υπόψη πιθανές ποιοτικές διαφορές μεταξύ ενός ιδιωτικά χρηματοδοτημένου έργου και μιας εναλλακτικής λύσης που χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Οικονομικών. [13,14]

Το επιχείρημα τη ανεύρεσης νέων πηγών χρηματοδότησης μέσω των ΣΔΙΤ και της κατασκευής δημόσιων υποδομών με ιδιωτικά κεφάλαια απαντάται από τους επικριτές των ΣΔΙΤ με τον ισχυρισμό ότι αποτελούν απλά ένα νέο τρόπο δανεισμού από τον ιδιωτικό τομέα και μετακύλισης του χρέους στις επόμενες γενεές

φορολογουμένων. [15,16] Επιπλέον παρότι η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα αναμένεται να φέρει αποδοτικότητα και υψηλή ποιότητα στο μικρότερο δυνατό κόστος, τα εμπειρικά δεδομένα από αρκετά έργα στην Βρετανία δείχνουν συγκριτικά υψηλότερο κατασκευαστικό κόστος σε σχέση με τα προγράμματα δημοσίων επενδύσεων με παράλληλη μείωση κατά 30% των νοσοκομειακών κλινών και μείωση κατά 20% του προσωπικού. [12] Επιπλέον η προσδοκία απαλλαγής του δημοσίου τομέα από τον κίνδυνο εμφάνισης φαινομένων διαφθοράς με την εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στην κατασκευή νέων νοσοκομείων απειλείται από την ενδεχόμενη έλλειψη διαφάνειας στις συμφωνίες ΣΔΙΤ.

Πίνακας 12 : Επιχειρήματα υπέρ και κατά των ΣΔΙΤ με βάση την Βρετανική εμπειρία – (Πηγή : Μπένος Α. Κονδύλης Η. 2006)

**ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ –ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΛΑΔΟ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΔΙΤ ΒΡΕΤΑΝΙΚΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ
ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΣΔΙΤ**

<p>Ανεύρεση νέων πηγών χρηματοδότησης. Κατασκευή δημόσιων υποδομών με ιδιωτικά κεφάλαια.</p> <p>Ο ανταγωνισμός μεταξύ των κατασκευαστικών εταιρειών για τη σύναψη συμβολαίου με το δημόσιο εγγυάται αυξημένη αποδοτικότητα</p> <p>Έργα παραδοτέα εντός προβλεπόμενου χρόνου</p> <p>Έργα παραδοτέα εντός προϋπολογισμού</p> <p>Ο ιδιωτικός τομέας είναι πιο αποδοτικός στη διαχείριση, γεγονός που εγγυάται υψηλή ποιότητα στο μικρότερο δυνατό κόστος</p>	<p>Οι ΣΔΙΤ δεν αποτελούν νέο τρόπο χρηματοδότησης αλλά νέο τρόπο δανεισμού από τον ιδιωτικό τομέα και μετακύλησης του χρέους στις επόμενες γενεές φορολογουμένων. Ο αριθμός των ανταγωνιζομένων κατασκευαστικών εταιρειών είναι πολύ μικρός για να εξασφαλίσει την όποια δυνατότητα επιλογής στο δημόσιο φορέα που διενεργεί τον διαγωνισμό</p> <p>Ο κατασκευαστικός χρόνος συνήθως κυμαίνεται εντός των προβλεπόμενων ορίων. Προηγούνται όμως πολύχρονες διαπραγματεύσεις. Συνολικός χρόνος κατασκευής (διαπραγματεύσεις + κατασκευή) ίδιος ή και υψηλότερος σε σχέση με τα προγράμματα δημοσίων επενδύσεων</p> <p>Στο πρώτο κύμα PFI νοσοκομείων της Βρετανίας οι υπερβάσεις του κόστους σε σχέση με τις αρχικές εκτιμήσεις κυμάνθηκαν από 9 – 229%</p> <p>Τα εμπειρικά δεδομένα από τη Βρετανία δείχνουν το συγκριτικά υψηλότερο (έως και 77%) κατασκευαστικό κόστος σε σχέση με τα προγράμματα δημοσίων επενδύσεων, με παράλληλη μείωση κατά 30% των</p>
---	--

Ο ιδιωτικός τομέας ενσωματώνει στις νέες νοσοκομειακές υποδομές σχεδιαστικές και κατασκευαστικές καινοτομίες

Ο ιδιώτης αναλαμβάνει τον κατασκευαστικό κίνδυνο (καθυστέρηση κατασκευής, υπέρβαση του κόστους) και το λειτουργικό κίνδυνο των υποστηρικτικών υπηρεσιών του νέου νοσοκομείου

Η εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στην κατασκευή νέων νοσοκομείων απαλλάσσει το δημόσιο τομέα από τον κίνδυνο εμφάνισης φαινομένων διαφθοράς

νοσοκομειακών κλινών και μείωση κατά 20% του προσωπικού

Πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη (Νοέμβριος 2006) στο περιοδικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας επισημαίνει και κωδικοποιεί τα δεκάδες σχεδιαστικά προβλήματα και κακοτεχνίες των νέων ΣΔΙΤ νοσοκομειακών υποδομών στη Μ. Βρετανία

Η μεταφορά κινδύνου προϋποθέτει και ανάλογες ποινές σε περίπτωση αθέτησης των συμφωνιών του συμβολαίου, ποινές οι οποίες ουδέποτε εφαρμόζονται. Σε περίπτωση αποτυχίας ή χρεοκοπίας του ιδιώτη το δημόσιο καλείται να διασώσει και να διεκπεραιώσει το έργο

Η έλλειψη διαφάνειας στις συμφωνίες ΣΔΙΤ κάτω από το πέπλο της «εμπορικής εμπιστευτικότητας», η διακίνηση μεγάλων ποσών δημόσιου χρήματος, η ύπαρξη χρηματοοικονομικών συμβούλων που εργάζονται ταυτόχρονα ή και διαδοχικά στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα δημιουργούν όλες εκείνες τις προϋποθέσεις για την εμφάνιση φαινομένων διαφθοράς

Οι επικριτές της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας αμφισβητούν την προσέγγιση της κοινής προσπάθειας μεταξύ του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα. Η αμφισβήτηση αυτή έχει τις ρίζες της στο γεγονός ότι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Υγείας αποτελεί για το Κράτος συνταγματική υποχρέωση ενώ για τον ιδιωτικό τομέα είναι μια επιχειρηματική πράξη. Οι βασικοί φόβοι και δυσοίωνες προβλέψεις από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας περιγράφουν ένα άνισο και άδικο σύστημα περίθαλψης προσβάσιμο από τους έχοντες με τεράστιο κόστος για τους ασθενείς και το κράτος και σημαντικά κέρδη για τους ιδιωτικές πολυεθνικές εταιρείες. [12,14] Η σχέση ιατρού-ασθενή αποδυναμώνεται και ο ρόλος των ιατρών επισκιάζεται από εκείνον των μάνατζερ οι οποίοι αναζητούν την κερδοφορία. Τα νοσοκομεία ανταγωνίζονται για την προσέλκυση ασθενών, αναζητώντας ιατρούς με σημαντική φήμη και 'όνομα', οι οποίοι λειτουργούν ως

υπάλληλοι εταιρειών. Πετυχημένοι γιατροί-υπάλληλοι θεωρούνται όσοι εξασφαλίζουν μεγάλο αριθμό επισκέψεων. Οι μονάδες ασχολούνται με επεμβάσεις χαμηλού κινδύνου ή εκείνες υψηλού κόστους ώστε να επιτύχουν μεγιστοποίηση του οφέλους και βελτιστοποίηση αξιοποίησης του χρόνου του προσωπικού και χρήσης των εγκαταστάσεων και του ακριβού εξοπλισμού. Αναμένεται αύξηση του κόστους για τροφοδοσία και καθαρισμό των δημόσιων νοσοκομείων, καθώς οι συμβάσεις θα ελέγχονται από τον ιδιώτη-εταίρο, με ταυτόχρονη περικοπή υπηρεσιών, νοσοκομειακών κρεβατιών και προσωπικού με οικονομικά κριτήρια, επηρεάζοντας τελικά αρνητικά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών των νέων νοσοκομειακών υποδομών. Τα ελλείμματα θα οδηγήσουν μεγάλα νοσοκομεία να κλείσουν περιορίζοντας τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας. [17]

Η παραπάνω περιγραφή δεν αποτελεί μια υπερβολική διαπίστωση καθώς υπάρχουν αποτυχημένες περιπτώσεις εφαρμογής των ΣΔΙΤ ή ακόμη και προβληματική υλοποίησή τους λόγω κακών επιλογών εφαρμογής. Η διαδικασία Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης έχει βελτιωθεί βαθμιαία με την πάροδο του χρόνου. Περισσότερα οφέλη θα μπορούσαν να επιτευχθούν τώρα με την εφαρμογή της υπάρχουσας εμπειρίας από την προμήθεια μέσω Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης στα συμβατικά χρηματοδοτημένα προγράμματα. Εάν τα πρόσφατα κατασκευασμένα νοσοκομεία με τη διαδικασία Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI μπορούν να εγγυηθούν μια καλύτερη διάρκεια ζωής με την υπογραφή των μακροπρόθεσμων συμβάσεων Μελέτη – Κατασκευή – Λειτουργία (DBO) με τις ιδιωτικές επιχειρήσεις, το ίδιο μπορεί να συμβεί επίσης με τα νέα νοσοκομεία των οποίων κατασκευή χρηματοδοτείται από το Υπουργείο

Οικονομικών. Το αποτέλεσμα θα ήταν ΣΔΙΤ χωρίς ιδιωτικό κεφάλαιο, αφήνοντας εκτός τις ιδιωτικές Τράπεζες αλλά διατηρώντας εντός τους ιδιώτες αρχιτέκτονες, τους μηχανικούς, τους κατασκευαστές και τους προμηθευτές εξοπλισμού και υπηρεσιών. Η αξιοποίηση της μέχρι σήμερα εμπειρίας μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη οργάνωση και λειτουργία του θεσμού των Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα στο άμεσο μέλλον.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

4.3 Ελλάδα και εφαρμογή ΣΔΙΤ στον τομέα Υγείας

Στην Ελλάδα υπολογίζεται πλέον ότι ο ιδιωτικός τομέας έχει ξεπεράσει κατά πολύ, σε ποσοστό επί των συνολικών ετήσιων δαπανών υγείας, τον δημόσιο. Το 2003 ο καθηγητής και πρώην υπουργός Υγείας κ. Δημήτρης Κρεμαστίνος, είχε προβλέψει ότι «ο ιδιωτικός τομέας υγείας το 2010 θα καλύπτει το 70% της ζήτησης». Οι δημόσιες δαπάνες στην Ελλάδα, από 3,9 δισ. ευρώ το 2000 ανήλθαν σε 4,9 δισ. το 2005 όταν οι ιδιωτικές από 3,06 δισ. ευρώ έφθασαν τα 10,1 δισ. [18] Ο ρυθμός ανάπτυξης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα της ICAP [19] παρουσιάζει ετήσιο ρυθμό αύξησης 12,7% τα τελευταία δέκα χρόνια. Τη μεγαλύτερη αύξηση εμφανίζουν οι γενικές κλινικές, με μέσο ετήσιο ρυθμό 15,2% και ακολουθούν τα μαιευτήρια (10,9%). Στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων, η μέση ετήσια αύξηση είναι 8,3%. [20]

Σύμφωνα με έρευνα της Hellastat το ευνοϊκό πεδίο ανάπτυξης διαμορφώθηκε από μια σειρά ρυθμιστικούς, τεχνολογικούς, δημογραφικούς αλλά και αμιγώς επιχειρηματικούς παράγοντες. Ειδικότερα: [21]

- Η αδυναμία του ΕΣΥ να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των πολιτών, εξαιτίας των ελλείψεων σε υλικοτεχνική υποδομή αλλά και των καταγγελιών των ασθενών που αφορούν στην ανταπόκριση του ανθρώπινου παράγοντα,
- Η συνακόλουθη ρύθμιση-απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών ανθρώπινης υγείας που έθεσε τους όρους της επιχειρηματικής δραστηριοποίησης

- Η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης
- Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου
- Η γήρανση του πληθυσμού
- Η εισαγωγή νέων ιατρικών μεθόδων στην διάγνωση, τη χειρουργική και την περίθαλψη
- ενώ η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο – σχεδόν 4πλάσια σε σύγκριση με την μέση επίδοση στην ελληνική οικονομία- αποτέλεσαν το δέλεαρ για την προσέλκυση των τεράστιων απαιτούμενων επιχειρηματικών κεφαλαίων.

Η απαξίωση της δημόσιας υγείας έναντι της ιδιωτικής εστιάζεται κυρίως, στα μεγάλα κεφάλαια που πρέπει να δαπανηθούν για την προμήθεια σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού -τα οποία στερείται- αλλά και στις αγκυλώσεις στον διοικητικό τομέα. Υπερσύγχρονα μηχανήματα όπως το ρομποτικό σύστημα χειρουργικής υπάρχουν μόνο σε ιδιωτικά θεραπευτήρια, σε αντίθεση με τις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Από τους 323 μαστογράφους που λειτουργούν σήμερα πανελλαδικά, μόνο οι 52 είναι εγκατεστημένοι σε δημόσια νοσοκομεία. Αντίστοιχα, από τους 199 αξονικούς τομογράφους, το ΕΣΥ κατέχει τους 48, ενώ οι ορθοπαντογράφοι - μηχανήματα για πανοραμικές ακτινογραφίες δοντιών – είναι μόλις 7 από τους 198 συνολικά στη χώρα. Οι γ-κάμερες κατά τα τρία τέταρτα ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα. [20] Από τους 260 αξονικούς τομογράφους που

λειτουργούν στη χώρα μας, μόλις το 35% - δηλαδή οι 95 – ανήκουν στο Δημόσιο ενώ από τους 140 μαγνητικούς τομογράφους εκτιμώνται ότι 45 λειτουργούν στα δημόσια νοσοκομεία. [20]

Ακόμη ένας άλλος λόγος που «διώχνει» ασθενείς προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία, είναι η ανεπάρκεια ειδικών κλινών όπως στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Οι περίπου 500 κλίνες εντατικής θεραπείας που λειτουργούν σε δημόσια νοσοκομεία δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες. Την ίδια στιγμή 150 κλίνες εντατικής - για η δημιουργία εκάστης δαπανήθηκαν από το κράτος 150.000 ευρώ – είναι 'κλειστές', αφού δεν υπάρχει το αναγκαίο προσωπικό, ιατρικό και νοσηλευτικό, για να τις λειτουργήσει. [18] Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το ποσοστό των μη συμβατικών κλινών (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Αυξημένης Φροντίδας, Τεχνητού Νεφρού, ανάνηψης κ.ά) θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 8% και 12% του συνόλου των κλινών των νοσοκομείων. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό εκτιμάται στο 2%, ενώ στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι μη συμβατικές κλίνες αφορούν το 20 – 25% του συνόλου των κλινών νοσοκομείων και στις ΗΠΑ ξεπερνούν το 30%.

Είναι ακόμη αξιοσημείωτο ότι με βάση πανελλαδική έρευνα για την παραοικονομία στην Υγεία που πραγματοποιήθηκε από το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας διαπιστώθηκε ότι το 26-29% των πληρωμών των χρηστών και το 1 – 13.5% της συνολικής δαπάνης υγείας αντιπροσωπεύει τη συνολική παραοικονομία στον υγειονομικό τομέα. Από τα 1,8 δισ. ευρώ που αντιστοιχούν σε αυτό το ποσοστό, τα 194,5 εκατ. Ευρώ είναι το 'φακελάκι', δηλαδή

το 11% της συνολικής παραοικονομίας του υγειονομικού τομέα και τα 1,6 δισ. ευρώ αφορούν πληρωμές για αμοιβές χωρίς απόδειξη στον ιδιωτικό τομέα. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η άτυπη πληρωμή που έχει τη μορφή φιλοδωρήματος από τον ασθενή προς το θεράποντα ιατρό, απαντάται μόνο στα δημόσια νοσοκομεία. Έχει υπολογιστεί ότι μόνον οι 6 στους 10 εισάγονται σε δημόσιο νοσοκομείο χωρίς μεσολάβηση. Το 42% των ασθενών που κατέβαλαν πρόσθετη αμοιβή στους γιατρούς (φακελάκι), δηλώνει ότι με τον τρόπο αυτό αναζητούσε ποιοτικότερη φροντίδα, ενώ το 20% δήλωνε ότι του ζητήθηκε για την παροχή υπηρεσιών που θεωρητικά παρέχονται δωρεάν, όπως η εγχείρηση. [22,23]

Επιπλέον, η πρόσφατη έρευνα που έγινε από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση σε 25 χώρες-μέλη ανέδειξε ότι, ενώ η Ελλάδα διαθέτει το 9,9% του ΑΕΠ για το Σύστημα Υγείας, ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών ανέρχεται μόλις στο 4,8 με άριστα το 10. [24]

Σε αυτό το τοπίο υγειονομικής περίθαλψης και στην κατεύθυνση υλοποίησης των δυνατοτήτων που δίνει ο νόμος για τις ΣΔΙΤ το Υπουργείο Υγείας σχεδιάζει την υλοποίηση των ακόλουθων έργων-υπηρεσιών : [25,26]

- Ένα (1) Γενικό Νοσοκομείο, με δυναμικότητα της τάξης των 800 κλινών, στην Αθήνα σε αντικατάσταση αντίστοιχου υπάρχοντος παλαιού νοσοκομείου που θα αποφασισθεί με βάση τις ανάγκες του υγειονομικού χάρτη
- Ένα (1) Νοσοκομείο Παίδων, με δυναμικότητα της τάξης των 400 κλινών, στη Θεσσαλονίκη για την κάλυψη των αναγκών στη Βόρεια Ελλάδα

- Ένα (1) Μεταμοσχευτικό Κέντρο, με δυναμικότητα της τάξης των 250 κλινών, στο οποίο θα ενσωματωθούν όλα τα επιμέρους κέντρα μεταμοσχεύσεων και θα αναπτυχθεί σε χώρο που θα επιλεγεί με κριτήριο των άμεση πρόσβαση για την ταχεία μεταφορά μοσχευμάτων

Η πραγματοποίηση των έργων αυτών θα γίνει μέσα από την διενέργεια ανοικτού δημόσιου διεθνούς διαγωνισμού μέσω της οποίας θα αναδειχτεί ο ιδιώτης επενδυτής που θα σχεδιάσει, θα κατασκευάσει, θα χρηματοδοτήσει τη Νοσηλευτική Μονάδα και θα αναλάβει τη συντήρησή της για όλο το χρονικό διάστημα της σύμβασης. Πιο συγκεκριμένα στην εταιρεία ή κοινοπραξία αυτή θα παραχωρηθεί η εκμετάλλευση των μη κλινικών, υποστηρικτικών υπηρεσιών, όπως η εστίαση, η καθαριότητα, η φύλαξη, καθώς και η συντήρηση των υποδομών για μεγάλο χρονικό διάστημα που θα κυμαίνεται από 20-30 έτη. [25] Το Κράτος θα καταβάλλει για τις υπηρεσίες αυτές συμψηφιστικά αντίτιμο για την απόσβεση της ιδιωτικής επένδυσης. Τα Νοσοκομεία θα ενταχθούν στο ΕΣΥ και το προσωπικό, πλην των υποστηρικτικών υπηρεσιών, θα ανήκει στο ΕΣΥ. Η πρόσβαση των πολιτών θα είναι ισότιμη και ελεύθερη, με κάλυψη από τον ασφαλιστικό τους φορέα. Για τις ανάγκες των έργων θα προσληφθεί χρηματοοικονομικός σύμβουλος μετά από προκήρυξη ανοικτού δημόσιου διεθνούς διαγωνισμού, ο οποίος θα έχει την ευθύνη του σχεδιασμού, της έρευνας αγοράς για επενδυτές, της διαμόρφωσης του πλαισίου του διαγωνισμού, της δημοπράτησης και της επιλογής και ανάδειξης του τελικού αναδόχου επενδυτή.

Η υλοποίηση των έργων αυτών με τη μορφή ΣΔΙΤ προϋποθέτει τη συνεργασία μεταξύ δύο ισοδύναμων εταίρων. Ακόμη κι αν η εκάστοτε κυβέρνηση διαθέτει την απαιτούμενη πολιτική βούληση και στόχο να εξυπηρετήσει το δημόσιο συμφέρον και το κοινωνικό όφελος, επιλέγοντας τους σωστούς όρους και προϋποθέσεις στις ΣΔΙΤ, δεν σημαίνει ότι αυτοί είναι πάντοτε εφικτό να επικρατήσουν κατά τη φάση της διαπραγμάτευσης με τον ιδιωτικό τομέα. Απαιτείται επομένως μια ισχυρή διοικητική μηχανή για να φτιάξει και να επιβλέπει ασφαλείς συμβάσεις. Η άνθηση της διαπλοκής και των σκανδάλων στη χώρα μας - 54η χώρα στη διαφθορά, προτελευταία στην ΕΕ-25 (Transparency International) –η γραφειοκρατία και η κομματικοκρατία στη διοίκηση ακυρώνουν τη δημιουργία μιας τέτοιας ισχυρής διοικητικής μηχανής και αποθαρρύνουν την υιοθέτηση νέων θεσμών και τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα σε αυτούς. [27,28]

Επιπλέον έργα ΣΔΙΤ στο τομέα της υγείας προϋποθέτουν συνέχεια στην πολιτική διοίκηση. Ο πολιτικός βίος των Υπουργών Υγεία είναι συνήθως σύντομος με αποτέλεσμα η επεξεργασία των ΣΔΙΤ να ξεπερνά το προσδόκιμο της πολιτικής ζωής του. Η διάδοχη κατάσταση συχνά συνοδεύεται από αλλαγή συμβούλων και ειδικών εμπειρογνομώνων, οι οποίοι δεν έχουν πλήρη εικόνα των έργων και συχνά διακατέχονται από την τη τάση απαξίωσης των έργων των προκατόχων τους (η «καμένη γη» ως άλλοθι για ενδεχόμενη αποτυχία). [27,28]

Αφετέρου δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί η αρνητική παράδοση στις σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα καθώς και η δυσπιστία της κοινής γνώμης. Ο ιδιωτικός τομέας συχνά κατηγορείται για όλες τις ανεπάρκειες δημόσιου τομέα ή

υπερτονίζονται οι αστοχίες στις δράσεις του (π.χ κατασκευαστικές ατέλειες, διαχείριση κλπ.), αγγίζοντας σε ορισμένες περιπτώσεις διαστάσεις δαιμονοποίησής του.

Παράλληλα στα μεγάλα διαστήματα μιας σύμβασης ΣΔΙΤ, η εκχώρηση δημόσιας ευθύνης στο διεθνές επιχειρηματικό κεφάλαιο απειλείται από την ασυνέχεια των επιχειρήσεων εξαιτίας της παγκοσμιοποίησης και της κινητικότητας του Κεφαλαίου. Ο ιδιωτικός τομέας κοιτά το μακροπρόθεσμο κόστος (αβεβαιότητα) και χρεώνει αντίστοιχα, ενώ χρηματοδοτεί σήμερα με φθινό χρήμα. Αν όμως ο ιδιώτης εταίρος καταρρεύσει, ο δημόσιος τομέας θα κληθεί να αντιμετωπίσει ένα δυσεπίλυτο και ίσως δυσβάσταχτο πρόβλημα. [27,28]

Με βάση τα παραπάνω οι ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας μπορεί μεν να αποτελούν μια εναλλακτική λύση υλοποίησης έργων υποδομής και παροχής υπηρεσιών, ενέχουν όμως και μια σειρά κινδύνων και αρνητικών συνεπειών που θα πρέπει να συνεκτιμηθούν σφαιρικά. Η ανησυχία ότι ο θεσμός των ΣΔΙΤ μπορεί να λειτουργήσει ως Δούρειος Ίππος ιδιωτικοποίησης τομέων κοινωνικού οφέλους, όπως είναι Υγεία, δεν είναι αβάσιμη, με βάση προϋπάρχουσες εμπειρίες, αλλά δεν αποτελεί και αναγκαία εξέλιξη κάθε τέτοιας επιλογής. Οι ΣΔΙΤ δεν γίνονται αδαπάνως. Οι ΣΔΙΤ φαίνεται πως κοστίζουν περισσότερο αφού ο δανεισμός του ιδιωτικού τομέα είναι ακριβότερος, απαιτούν χρονοβόρες διαδικασίες και πλήθος νομοθετικών ρυθμίσεων. Για το λόγο αυτό, η επιλογή τους θα πρέπει εντάσσεται σε ένα καλά μελετημένο γενικότερο αναπτυξιακό πλαίσιο και να συνοδεύεται από τεκμηριωμένη ανάλυση οικονομικής αποδοτικότητας (Value for Money). Μια

επιτυχημένη συνεργασία για το Δημόσιο Τομέα είναι εκείνη που πράγματι εξασφαλίζει το Value for Money γιατί διαφορετικά ο Δημόσιος Τομέας θα κληθεί να καταβάλει το κόστος υποδομής και υπηρεσιών με μια επιπλέον επιβάρυνση. Σε αυτή την κατεύθυνση κυρίαρχη ανάγκη είναι η αναζήτηση της κατάλληλης μεθοδολογίας υπολογισμού δημιουργίας (Value for Money), μέσω της Δημόσιας Συγκριτικής Αξιολόγησης. Η μελέτη αντίστοιχων συστημάτων συγκριτικής αξιολόγησης σε χώρες με μεγαλύτερη εμπειρία στο θεσμό των ΣΔΙΤ θα αναδείξει τις ευκαιρίες βελτίωσης αλλά και κατάλληλης προσαρμογής τους στον τομέα της Υγείας και στην Ελλάδα ειδικότερα. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να διασφαλιστεί ότι οι αναπτυξιακές ανάγκες της χώρας και κοινωνικές προτεραιότητες των πολιτών θα συμπορεύονται με τις ανάγκες των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων μόνον όταν εξυπηρετείται η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. [27,28]

4.4 Επίλογος

Η μέθοδος της σύμπραξης με τον Ιδιωτικό τομέα έχει καταδειχθεί διεθνώς ότι αποτελεί, όχι πανάκεια, αλλά ένα αποτελεσματικό μέσο υλοποίησης του στόχου. Οι ΣΔΙΤ αποτελούν μια εναλλακτική λύση για την υλοποίηση υποδομών στον τομέα Υγείας, ιδιαίτερα στη χώρα μας όπου παρατηρείται παλαιότητα και ακαταλληλότητα των υποδομών ειδικά στην Αθήνα. Ο δημόσιος τομέας επιδιώκει συνεργασία με το επενδυτικό κεφάλαιο αναζητώντας ευκαιρίες αμοιβαία επωφελούς συνεργασίας. Από την άλλη μεριά, ο ιδιωτικός τομέας, είτε χρηματοπιστωτικός ή παροχής φροντίδας υγείας στην Ελλάδα αναζητά νέες διεξόδους στα μάλλον κορεσμένα περιθώρια της αγοραστικής ικανότητας του ελληνικού πληθυσμού. 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 αυτών βελτιώνοντας και εξασφαλίζοντας ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και κατανέμοντας ορθολογικά τον κίνδυνο ανάμεσα στο Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα.

Οι ΣΔΙΤ περιέχουν ευκαιρίες και κινδύνους. Ο κίνδυνος κατάχρησης του εργαλείου αυτού, όπως επισημαίνεται από όλους τους διεθνείς οικονομικούς οργανισμούς, μπορεί να οδηγήσει είτε σε υπερχρέωση της χώρας, φορέων, πολιτών, είτε σε διολίσθηση αυτής της μορφής συνεργασίας σε καταστάσεις ανέλεγκτης και επικίνδυνης επιχειρηματικότητας. Οι ΣΔΙΤ πρέπει να αφορούν μόνο τμήματα ενός

συστήματος και όχι ολόκληρα συστήματα. Έτσι ώστε εάν καταρρεύσει κάτι, να μπορεί ο δημόσιος τομέας να συνεχίσει χωρίς απώλειες. Κυρίαρχη σημασία στην επιτυχία εφαρμογής των ΣΔΙΤ έχουν ο κεντρικός συντονισμός στην αρχή, η παρουσία έμπειρων και ικανών στελεχών στον δημόσιο τομέα, η ορθολογική επιλογή έργων, η έγκαιρη επίλυση νομοθετικών προβλημάτων στις αναθέσεις των έργων.

Η εμπειρία στην Ελλάδα είναι περιορισμένη, και επομένως, τόσο στα αρχικά στάδια όσο και στο στάδιο ωριμότητας της αγοράς, θα πρέπει να υπάρχει ένας ανοιχτός διάλογος και η δυνατότητα προσαρμογής τόσο του πλαισίου όσο και του τρόπου εφαρμογής του, ανάλογα με τα προβλήματα και τις ανάγκες που προκύπτουν. Με τον τρόπο αυτό η ελληνική αγορά μπορεί να εξελιχθεί σε μια από τις σημαντικότερες στην Ευρώπη, καθώς και να εξαγει τεχνογνωσία στην ευρύτερη περιοχή της Νοτιοανατολικής Ευρώπης.

4.5 Βιβλιογραφία 5^{ου} Κεφαλαίου

1. PriceWaterHouseCoopers, Delivering the PPP promise, A review of PPP issues and activity, 2005
2. ΤΟ ΒΗΜΑ, Βρετανική εξαγωγή ΣΔΙΤ στην Ελλάδα. 29/01/2006, σελ. D06
3. Αρκουμανέας Παναγιώτης, Οι Συμπράξεις Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) και οι χρήσεις τους στο τομέα της Υγείας, www.e-logos.gr/parageia/t005_010705.html, εΛόγος, Παρατηρητήριο Υγείας, τεύχος 05
4. Edwards Pam, Shaoul J., Stafford A., Arblaster L., Evaluating the operation of PFI in roads and hospitals, The Association of Chartered Certified Accountants, Research report No. 84, 2004
5. International Finance Corporation (IFC), Global Public – Private Partnership Model, Options for Private Participation in Health, Dec 2004
6. Mehra Natalie, Flawed, Failed, Abandoned, 100P3s, Canadian & International Evidence, Ontario Health Coalition, March 2005
7. UNISON, Challenging the PFI, 2003
8. Atun Rifat, Mc Kee Martin, Is the private finance initiative dead ?, BMJ 2005, 331, 792 – 793
9. Auerbach Lewis, Donner Arthur, Peters Douglas, Twonson Monica, Yalnizyan Armine, Funding Hospital Infrastructure : Why P3s Don't Work and What will, Canadian Centre for Policy Alternatives, ISBN 0-88627-337-4, 2003
10. UNISON, In the interests of Profit at the expense of patients, Jan 2006
11. UNISON, LIFT – Local Improvement Finance Trust, A briefing for non – experts, ISBN 1903 731 50 X, 2003
12. Sussex Jon, 2003; “Public-Private Partnerships in Hospital Development: Lessons from the UK's ‘Private Finance Initiative’”, Research in Healthcare Financial Management, Volume 8, No 1, pp. 59-76, 2003
13. Sussex, Jon (2001) The economics of the private finance initiative in the NHS, Office of Health Economics: ISBN 1 899040 86 2, BSC Print Ltd. 2001

14. Boyle, S., & Harrison, A. (2000b, Autumn). Private Finance and Service Development, In J. Appleby, & A. Harrison (Eds.) Health Care UK, London: The King's Fund.
15. Κονδύλης Η., Μπένος Α. (2006) «Ποιότητα και ιδιοκτησιακός χαρακτήρας μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Μία ανασκόπηση εμπειρικών δεδομένων από τις ΗΠΑ», (Ιατρική 2006).
16. ΤΟ ΒΗΜΑ, Πληρώνουμε ακριβά τη δωρεάν υγεία, η απαξίωση της δημόσιας περίθαλψης, οι αμοιβές των γιατρών, τα φακελάκια και η άνθηση της παραοικονομίας, 04/04/2001, Σελ. Α52.
17. ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, Το ολίγον δημόσιο ΕΣΥ, 17/12/2006
18. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 16/09/07, Το πιο ιδιωτικοποιημένο σύστημα υγείας στην Ε.Ε
19. ICAP, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Κλαδική Μελέτη.
20. ΤΑ ΝΕΑ, Γιγαντώνονται οι ιδιωτικές υπηρεσίες Υγείας, 27/01/2007
21. ΗΜΕΡΗΣΙΑ, Hellastat: Έντονη κινητικότητα στον κλάδο της Υγείας, 13/08/2007
22. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 23/09/07, Ένα «φακελάκι» με περιεχόμενο 194,5 εκατ. ευρώ
23. ΤΟ ΒΗΜΑ, 17/2/2008, Παίρνουν φακελάκι και οι γραμματείς
24. ΤΟ ΒΗΜΑ, 16/6/2007, Στην Εντατική - Πως το ΕΣΥ αργοπεθαίνει
25. Χατζητόλιος Απόστολος, Ζαμπίτης Παναγιώτης, Σανίδας Αθανάσιος, Ζαφειρόπουλος Αθανάσιος, Ασλανίδης Ιωάννης, Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας, Ιατρικό Βήμα, Φεβρουάριος - Μάρτιος 2007
26. ΕΠΕΝΔΥΤΗΣ, 10/12/05, Το Ελληνικό Πρόγραμμα ΣΔΙΤ στην Υγεία
27. Λιαρόπουλος Λ., Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας: Επαναπροσδιορισμός των Ρόλων στην Υγεία μέσα από τις ΣΔΙΤ (PFI), Παρουσίαση/Ομιλία στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας
28. Λιαρόπουλος Λ., Υπουργός υγείας και κυνηγός επενδύσεων; Γιατί όχι;, http://chesme.nurs.uoa.gr/portal/professor_message/316