

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Οι Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα στον κλάδο  
της Υγείας στην Ευρώπη**

**Παπαδονικολάκη Πολυξένη**

*Διπλωματική εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του  
Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος  
Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας*

Πειραιάς 2015



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Οι Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα στον κλάδο  
της Υγείας στην Ευρώπη**

**Παπαδονικολάκη Πολυξένη, Α.Μ.:ΔΥ/1129**

*Διπλωματική εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του  
Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος  
Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας*

Επιβλέπων: Καθηγητής Θ. Παπαηλίας  
Πειραιάς 2015



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**Public-Private Partnerships in the Healthcare  
Sector across Europe**

**Papadonikolaki Polyxeni**

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

Supervisor: Professor Th. Papailias

Piraeus, Greece, 2015

*Στην οικογένειά μου,*

## **Οι Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στον κλάδο της Υγείας στην Ευρώπη**

**Σημαντικοί όροι:** Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα, Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, δαπάνες υγείας, απόδοση συστημάτων

### **Περίληψη**

Στην Ευρώπη της ύφεσης και των δημοσιονομικών περικοπών είναι σχεδόν αδύνατο να μπορέσουν τα κράτη να ανταπεξέλθουν στις ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες και υποχρεώσεις τους. Ο εξορθολογισμός των δημοσίων δαπανών Υγείας, μέσω μέτρων λογιστικού χαρακτήρα (όπως για παράδειγμα οριζόντιες περικοπές στους προϋπολογισμούς που προορίζονται για την υγεία και την κοινωνική προστασία) έχει μετατοπίσει το βάρος στους πολίτες και δη τους ασθενείς. Από την άλλη, η συνεχής εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η κατ' επέκταση γήρανση του πληθυσμού, καθώς και η ανακάλυψη νέων θεραπειών για χρόνιες και σπάνιες παθήσεις πιέζουν τα εθνικά συστήματα Υγείας προς αναζήτηση περισσότερων πόρων.

Στην παρούσα εργασία επιχειρούμε να αναλύουμε τον ρόλο και τα βασικά χαρακτηριστικά των Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία, καθώς και τους λόγους που οδηγούν τα κράτη να ακολουθήσουν αυτή την, όχι και τόσο πρωτόγνωρη, μορφή συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα σε θέματα υγείας. Ο βασικότερος λόγος για την ανάπτυξη αυτού του είδους συνεργασίας είναι οικονομικός. Αυτό σημαίνει ότι ένα κράτος επιλέγει να συνεργαστεί με τον ιδιωτικό τομέα είτε επειδή θέλει να αυξήσει τους πόρους του, είτε επειδή προσπαθεί να μειώσει τα κόστη (όπως για παράδειγμα οι υπηρεσίες σίτισης στα νοσοκομεία). Παρ' όλα αυτά, όποιος και αν είναι ο βασικός λόγος της συνεργασίας, τόσο ο δημόσιος τομέας όσο και ο ιδιωτικός προσβλέπουν σε ορισμένο οικονομικό όφελος, βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα.

Οι Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία αποτελούν ένα πολύ σημαντικό μηχανισμό, με στόχο την παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας και μεγαλύτερης πρόσβασης σε χαμηλότερο κόστος. Ωστόσο, προϋπόθεση για να μπορέσει να αποφέρει ο μηχανισμός αυτός τα αναμενόμενα αποτελέσματα και στις δυο πλευρές είναι η λειτουργία τους εντός ενός ξεκάθਾਰου ρυθμιστικού πλαισίου.

# **Public-Private Partnerships in the Healthcare sector across Europe**

**Key words:** Public-Private Partnerships, European healthcare systems, healthcare expenditures, performance

## **Abstract**

European recession and budgetary cuts make almost impossible for the States to cope with the ever increasing obligations and needs. Rationalization of public health expenditure through measures, such as horizontal cuts in budgets for health and social protection, has shifted the burden to citizens and especially patients. On the other hand, the continuous development of science and technology, the increase in life expectancy and thus aging of the population, and the discovery of new treatments for chronic and rare diseases are pushing national health systems to search for more resources. On the other hand, the continuous progress of science and technology, the increase in life expectancy and hence aging of the population, as well as the discovery of new treatments for chronic and rare diseases, are pushing the National Health Systems to seek more resources.

In this paper we attempt to analyze the role and the key features of Public-Private Partnerships in Health, as well as the reason why State choses to cooperate with the private sector in Health. The main reason for developing a partnership is financial and related either to increasing resources or reducing costs (i.e food services in a hospital). In either case, each of the partners aspire a long or short term financial gain.

Public-Private Partnerships in Health constitute a very important mechanism in order to provide better quality healthcare services and greater patients' access at lower cost. However, prerequisite to enable the mechanism delivering the expected outcomes is the presence of a clear regulatory framework.



## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	vii
Abstract .....	viii
Περιεχόμενα .....	ix
Κατάλογος Πινάκων.....	xii
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xiv
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....</b>	<b>1</b>
<b>ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Εισαγωγή.....</b>	<b>1</b>
1.2 Τα Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας .....	2
1.3 Το Ιταλικό Σύστημα Υγείας .....	4
1.4 Το Ισπανικό Σύστημα Υγείας.....	7
1.5 Το Πορτογαλικό Σύστημα Υγείας.....	9
1.6 Το Γαλλικό Σύστημα Υγείας.....	11
1.7 Το Γερμανικό σύστημα υγείας .....	12
1.8 Το Βρετανικό σύστημα υγείας .....	14
1.9 Το σύστημα υγεία των σκανδιναβικών χωρών .....	16
I. Το Σύστημα Υγείας της Δανίας .....	16
II. Το σύστημα υγείας της Νορβηγίας.....	17
III. Το σύστημα υγείας της Σουηδίας.....	18
1.10 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας.....	19
1.11 Ανακεφαλαίωση .....	20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....</b>	<b>21</b>
<b>Η ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Εισαγωγή.....</b>	<b>21</b>
2.2 Οι Συνολικές Δαπάνες για την Υγεία και την Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη .....	21
2.3 Η αύξηση των δαπανών για την υγεία.....	25
2.4 Ο προσανατολισμός των κρατών προς τον δημοσιονομικό περιορισμό.....	26
2.5 Οι διαδικασίες ιδιωτικοποίησης στην υγεία .....	27
2.6 Ανακεφαλαίωση .....	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....</b>	<b>31</b>

<b>ΕΙΔΗ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ - ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1 Εισαγωγή.....</b>	<b>31</b>
3.2 Ορισμός της Σύμπραξης Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα.....	31
3.3 Τα είδη Συμπράξεων Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα στον κλάδο της Υγείας .....	36
3.4 Τα βασικά χαρακτηριστικά των Συμπράξεων Δημόσιου-Ιδιωτικού .....	39
3.4.1 Διάρθρωση των συμβάσεων .....	39
3.4.2 Επιμερισμός κινδύνου ανάμεσα στον δημόσιο και ιδιωτικό εταίρο .....	40
3.4.3 Μηχανισμοί πληρωμής.....	44
3.5 Ανακεφαλαίωση .....	45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....</b>	<b>47</b>
<b>ΟΙ ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ-ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 Εισαγωγή.....</b>	<b>47</b>
4.2.1 Η Βρετανική Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης ( <i>Private Finance Initiative-PFI</i> ).....	47
4.2.2 Το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο “Norfolk and Norwich” .....	51
4.3.1 Οι συμπράξεις Δημόσιου Ιδιωτικού τομέα στην Ιταλία.....	52
4.3.2 Τα νοσοκομεία στις πόλεις Castelfranco και Montebelluna .....	53
4.4.1 Οι Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα στην Ισπανία.....	54
4.4.2 Η ανάπτυξη του μοντέλου Αλτζίρα.....	55
4.5.1 Οι συμπράξεις δημοσίου ιδιωτικού τομέα στην Πορτογαλία .....	57
4.5.2 Το Νοσοκομείο στην πόλη Cascais.....	59
4.6.1 Οι συμπράξεις δημοσίου ιδιωτικού τομέα στην Γαλλία .....	60
4.6.2 Το νοσοκομείο Henri Laborit.....	61
4.7.1 Οι συμπράξεις δημοσίου ιδιωτικού τομέα στην Γερμανία.....	62
4.7.2 Το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Κολονίας .....	63
4.8 Οι συμπράξεις δημοσίου ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα .....	64
4.9 Ανακεφαλαίωση .....	67
<b>Επίλογος.....</b>	<b>68</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>70</b>



## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1 Συνολικές Δαπάνες Γενικής Κυβέρνησης ανά τομέα & χώρα, 2011 (% συνολικής δαπάνης).....	23
Πίνακας 2.2 Δαπάνες Γενικής Κυβέρνησης για Κοινωνική Προστασία και Υγεία (%συνολικών δαπανών).....	24
Πίνακας 2.3 Συνολική Δαπάνη Υγείας % ΑΕΠ, 1980-2013.....	26
Πίνακας 3.1 Ευρωπαϊκά μοντέλα Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα.....	34
Πίνακας 3.2 Είδη Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα.....	37
Πίνακας 3.3 Κίνδυνοι που δε μπορούν να προβλεφθούν από την αρχή της σύμβασης.....	42
Πίνακας 4.1 Αξία προγραμμάτων PFI ανά Υπουργείο.....	49
Πίνακας 4.2 Νοσοκομεία του ίδιου φορέα που υλοποιούνται μέσω σύμπραξης με το Δημόσιο.....	56
Πίνακας 4.3 Σύγκριση δεικτών ανάμεσα σε νοσοκομεία του μοντέλου Αλτζίρα και σε παραδοσιακά νοσοκομεία.....	57
Πίνακας 4.4 Αριθμός νέων κλινών στα νοσοκομεία μέσω σύμπραξης.....	58
Πίνακας 4.5 Σύγκριση δεικτών ανάμεσα στο νοσοκομείο Cascais και στο νοσοκομείο της Λισαβόνας.....	59
Πίνακας 4.6 ΣΔΙΤ και παραδοσιακές μέθοδοι.....	61



## Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.1 Δαπάνες Υγείας ως % ΑΕΠ .....	4
Διάγραμμα 1.2 Δημόσια Δαπάνη υγείας στην Ιταλία ως % της συνολικής δαπάνης υγείας, 2014.....	6
Διάγραμμα 1.3 Συνολική δαπάνη υγείας στην Ισπανία ως % ΑΕΠ.....	9
Διάγραμμα 1.4 Αριθμός νοσοκομειακών κλινών.....	12
Διάγραμμα 1.5 Απεικόνιση του διπλού συστήματος χρηματοδότησης του γερμανικού συστήματος υγείας.....	13
Διάγραμμα 1.6 Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως % ΑΕΠ.....	19
Διάγραμμα 4.1 Αριθμός προγραμμάτων PFI ανά Υπουργείο.....	50
Διάγραμμα 4.2 Ανάλυση υπογεγραμμένων συμβάσεων στην Ευρώπη, 2014.....	65
Διάγραμμα 4.3 Ανάλυση δαπανών νοσοκομείων ΕΣΥ, 2009-2013.....	66

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

### 1.1 Εισαγωγή

Με την Συνθήκη του Μάαστριχτ και μετέπειτα με την Συνθήκη του Άμστερνταμ, η Ευρωπαϊκή Ένωση διεύρυνε το πεδίο άσκησης πολιτικής της. Παρ' όλα αυτά η οργάνωση των συστημάτων υγείας παρέμεινε και παραμένει αποκλειστική ευθύνη των κρατών μελών.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) και την διακήρυξη της Alma Ata<sup>1</sup>, ως υγεία ορίζεται «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Έτσι λοιπόν, η υγεία ξεφεύγει από τα στενά όρια της ιατρικής, μιας και επηρεάζεται από το κοινωνικό, φυσικό και οικονομικό περιβάλλον. Η δημόσια υγεία, τώρα, αναφέρεται σε όλα τα οργανωμένα μέτρα, δημόσια και ιδιωτικά, που απαιτούνται για την πρόληψη μιας ασθένειας, την προαγωγή της υγείας, και την επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής όλου του πληθυσμού. Οι παρεμβάσεις αυτές στοχεύουν σε ολόκληρους πληθυσμούς και δεν μπορούν να είναι εξατομικευμένες.

Ο Μόσιαλος διακρίνει τις πολιτικές υγείας σε εκείνες που βασίζονται στην αγορά (*market-building policies*) και χαρακτηρίζονται από μια ρυθμιστική διάθεση, δίνοντας έμφαση στην φιλελευθεροποίηση των πολιτικών για την υγεία, και σε εκείνες που λειτουργούν διορθωτικά απέναντι στην αγορά (*market-correcting policies*)<sup>2</sup>. Οι πολιτικές αυτές έχουν αναδιανεμητικό χαρακτήρα και επικεντρώνονται στην προστασία των πολιτών. Ως εκ τούτου, προϋποθέτουν διαπραγματεύσεις σε διεθνικό και διακυβερνητικό επίπεδο. Στην Συνθήκη του Άμστερνταμ<sup>3</sup> ορίζεται σαφώς ότι η ευθύνη για την υγεία εναπόκειται στα κράτη μέλη. Ωστόσο, τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αλληλεπιδρούν αφού λόγω της παγκοσμιοποίησης και του ανοίγματος των συνόρων και των αγορών έχουν συμφωνηθεί ειδικές ρυθμίσεις, οδηγίες και κανόνες ώστε να προστατεύεται η κινητικότητα των επαγγελματιών υγείας, η ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών, η διασυνοριακή φροντίδα υγείας.

---

<sup>1</sup> Declaration of Alma Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR 6-12 September 1978

<sup>2</sup> Mossialos E. et al (2010)

<sup>3</sup> Συνθήκη Άμστερνταμ, Άρθρο 152(5) EC

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται μια σύντομη ανασκόπηση των βασικών χαρακτηριστικών των κυριότερων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας, η οποία θα μας βοηθήσει να καταλάβουμε καλύτερα τους λόγους που, ακούσια ή εκούσια, πολλές χώρες υιοθέτησαν τις συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στα εθνικά τους συστήματα υγείας. Άλλες χώρες, όπως η Αγγλία, στήριξαν την βιωσιμότητα των συστημάτων τους σε αυτήν τη μορφή συνεργασίας.

## 1.2 Τα Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας

Αυτό που διακρίνει τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας από τα συστήματα άλλων χωρών είναι ο υποχρεωτικός χαρακτήρας του ασφαλιστικού συστήματος, ο δευτερεύων ρόλος του ιδιωτικού τομέα και ο ιδιαίτερα σημαντικός ρόλος που έχει το κράτος στην παρακολούθηση, τον σχεδιασμό και τον έλεγχο του συστήματος. Η χρηματοδότηση και η παροχή φροντίδας υγείας στην Ευρώπη συμπεριλαμβάνει διάφορους οργανισμούς και φορείς, δημόσιους και ιδιωτικούς.

Τα ευρωπαϊκά δημόσια συστήματα υγείας βασίζονται στην αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης μέσα από την ισότιμη κάλυψη όλου του πληθυσμού, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, κοινωνικής κατάστασης.<sup>4</sup> Η Λευκή Βίβλος για την Υγεία (Στρατηγική για την Υγεία 2008-2013) επικεντρώνεται σε τρεις βασικούς στόχους: την προαγωγή της καλής υγείας, την προστασία της δημόσιας υγείας από νοσήματα και την προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing-EIP on AHA<sup>5</sup>). Το κράτος αποτελεί εγγυητή και παρεμβαίνει στο σύστημα.

Δύο μεγάλες κατηγορίες δημοσίων συστημάτων υγείας συνοψίζονται (Freeman) στην Ευρώπη. Τα εθνικά συστήματα υγείας τα οποία χρηματοδοτούνται από την φορολογία (τύπου Beveridge) και τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, η χρηματοδότηση των οποίων καλύπτεται από τις υποχρεωτικές εισφορές των μισθωτών (τύπου Bismarck).

Υπάρχουν πολλοί λόγοι που εξηγούν γιατί τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας είναι δημόσια. Αν και δεν ακολούθησαν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες την ίδια ιστορική πορεία (άλλες ενεπλάκησαν σε πολέμους, άλλες όχι), ο 19<sup>ος</sup> αιώνας έφερε πολλές αλλαγές και δημιούργησε μια σειρά μεταβολών και αλληλεπιδράσεων. Η έντονη αστικοποίηση, η

---

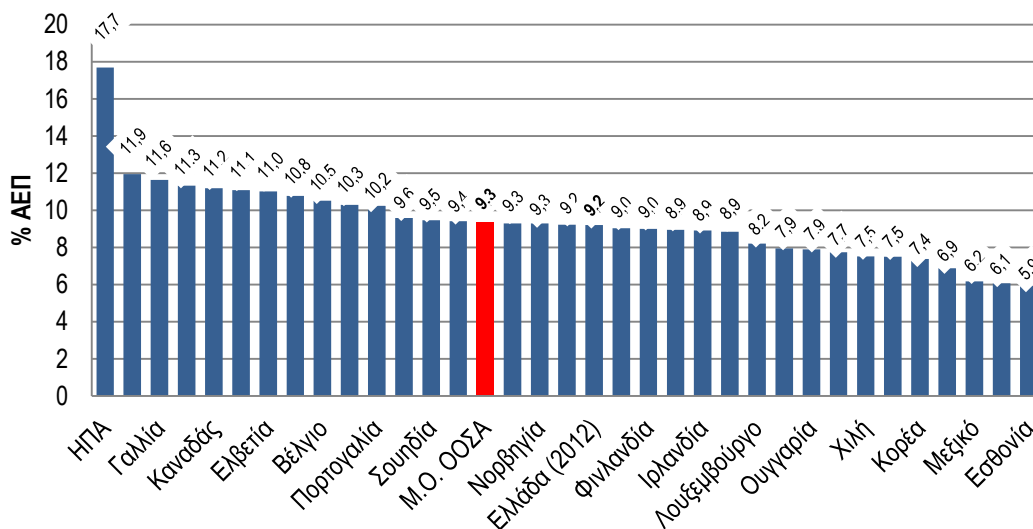
<sup>4</sup> Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems, EU 2006/C 146/01

<sup>5</sup> Το 2025 προβλέπεται πάνω από το 20% του πληθυσμού της να είναι άνω των 65 ετών



εμφάνιση επιδημιών και λοιμωδών νοσημάτων, καθώς και τα δραματικά αποτελέσματα των πολέμων της εποχής ενέτειναν την ανάγκη παρέμβασης σε δημόσιο επίπεδο. Παράλληλα, η ανάγκη για ασφαλή εργασία, η ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη και σύνταξη, αποτέλεσαν το πολιτικό και κοινωνικό διακύβευμα των σοσιαλιστικών κυβερνήσεων που ακολούθησαν στις περισσότερες χώρες της ΕΕ.

Πολλές είναι οι συζητήσεις που έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς αναφορικά με το γιατί η υγεία οφείλει να παραμείνει δημόσια, παρ' όλες τις οικονομικές πιέσεις που τείνουν να οδηγήσουν προς την αντίθετη κατεύθυνση. Το πιο σημαντικό, ίσως, οικονομικής φύσης επιχειρήμα είναι ότι η υγεία δεν μπορεί να λειτουργήσει με τους κανόνες και τις αρχές της αγοράς. Από την άλλη, είναι αποδεκτό ότι οι πολίτες ενός κράτους όταν χρήζουν ιατρικής περίθαλψης δεν είναι σε θέση να δράσουν ορθολογικά, να αναλογιστούν τους κινδύνους και να επιλέξουν ανάμεσα σε διαφορετικές παρεμβάσεις, εκτός και αν βέβαια ανήκουν στον ιατρικό κλάδο. Έτσι, μολονότι η πληροφόρηση και τα δικαιώματα των ασθενών έχουν βελτιωθεί σε πολύ σημαντικό επίπεδο τα τελευταία χρόνια και οι ασθενείς μπορούν να πληροφορούνται και να συμβουλευόνται περισσότερους από έναν ειδικούς, στο τέλος όμως η συντριπτική πλειοψηφία βασίζεται στην απόφαση του προσωπικού τους ιατρού. Παράλληλα, έχουν αναπτυχθεί και αρκετά ηθικά επιχειρήματα για τον λόγο που τα συστήματα υγείας πρέπει να παραμείνουν δημόσια. Το πιο ισχυρό είναι ότι είναι αδύνατο να πεθάνει κανείς επειδή δεν έχει τους αναγκαίους οικονομικούς πόρους. Έτσι, το δημόσιο σύστημα υγείας εξασφαλίζει καθολική και ποιοτική υγειονομική κάλυψη, ανεξαρτήτως εισοδήματος.



Πηγή: ΟΟΣΑ, Health Data 2013

### Διάγραμμα 1.1

#### Δαπάνες Υγείας ως %ΑΕΠ στις χώρες ΟΟΣΑ, 2011

Όπως θα δούμε στο παρόν κεφάλαιο, τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται από μια ανοδική πορεία αύξησης των δαπανών υγείας μέχρι τις αρχές του 2009, όπου το ξέσπασμα της κρίσης επιβάλλει συνεχείς περικοπές με τις αντοχές των συστημάτων υγείας να δοκιμάζονται συνεχώς. Σύμφωνα με τα πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ πολλές είναι οι Ευρωπαϊκές χώρες που οι συνολικές δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ βρίσκονται πάνω από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ φτάνοντας σχεδόν το 125 του ΑΕΠ.

### 1.3 Το Ιταλικό Σύστημα Υγείας

Το εθνικό σύστημα υγείας της Ιταλίας (SSN<sup>6</sup>) δημιουργείται για πρώτη φορά το 1979 και στηρίζεται στο μοντέλο Beveridge, ενώ διακρίνεται σε τρία επίπεδα: το εθνικό, το περιφερειακό και το τοπικό επίπεδο. Η Δημόσια Υγεία χρηματοδοτείται κυρίως από την φορολογία που συλλέγει η κεντρική κυβέρνηση και έπειτα ανακατανέμεται στις περιφέρειες. Ένα μέρος του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας που συλλέγει το κράτος ανακατανέμεται σε εκείνες τις περιφέρειες που αδυνατούν να αντλήσουν πόρους ώστε να παρέχουν το «απαραίτητο επίπεδο βοήθειας» (Livelli essenziali di assistenza, LEA). Οι περιφέρειες έχουν την δυνατότητα να δημιουργούν δικές τους επιπλέον πηγές

<sup>6</sup> Servizio Sanitario Nazionale-SSN

εσόδων. Η Μόνιμη Διάσκεψη για τις σχέσεις μεταξύ κράτους, περιφερειών και αυτόνομων επαρχιών καθορίζει κάθε χρόνο τα κριτήρια επιμερισμού (δημογραφικά, επιδημιολογικά) για τα «απαραίτητα επίπεδα βοήθειας» μεταξύ των περιφερειών.

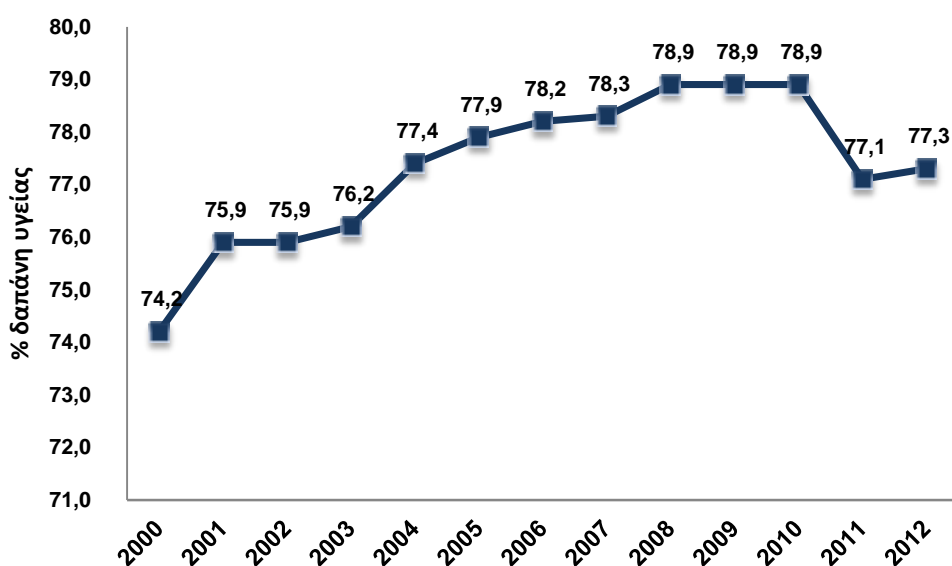
Βασική αρχή του ιταλικού συστήματος υγείας είναι η καθολική κάλυψη των πολιτών ενώ συμπληρωματικός είναι ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης. Περίπου το 15% του πληθυσμού διαθέτει κάποιο είδος ιδιωτική ασφάλισης, κυρίως για να καλύπτει όσες υπηρεσίες δεν καλύπτει το Δημόσιο ή για να μπορεί απλά να έχει περισσότερες επιλογές μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών παρόχων. Η ευθύνη για την υγεία επιμερίζεται στο κράτος, τις 19 περιφερειακές υγειονομικές αρχές και τις 2 αυτόνομες επαρχίες. Οι τοπικές μονάδες υγείας έχουν την ευθύνη της προστασίας και της προαγωγής της Δημόσιας Υγείας, καθώς και την επίτευξη των υγειονομικών στόχων που έχουν τεθεί σε εθνικό και τοπικό επίπεδο.

Η δεκαετία του 1990 στην Ιταλία, χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια της χώρας να ενταχθεί στην Οικονομική και Νομισματική Ένωση (ONE), η οποία συνοδεύεται από την εφαρμογή αυστηρότερων προϋπολογισμών στα πλαίσια της οικονομικής σύγκλισης. Έτσι, ξεκινάει ένα πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων στο ιταλικό σύστημα υγείας με περισσότερο οικονομικό, παρά πολιτικό και κοινωνικό προσανατολισμό. Η προσπάθεια αυτή χαρακτηρίζεται από τη μείωση των προγραμμάτων κοινωνικής ασφάλισης, τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων στις περιφέρειες, σειρά αποκρατικοποιήσεων, τη μετατροπή μεγάλων νοσοκομείων σε αυτόνομους οργανισμούς, καθώς και την εισαγωγή βασικών αρχών διοίκησης.

Έτσι λοιπόν, παρατηρούμε την πρώτη προσπάθεια εισαγωγής αρχών της αγοράς στο ιταλικό σύστημα υγείας με παράλληλη ενίσχυση του αποκεντρωμένου συστήματος. Το 1997 καταργούνται οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και αντικαθίστανται από ένα σύστημα το οποίο χρηματοδοτείται από την συλλογή φόρων από τις περιφέρειες, ενώ λίγα χρόνια αργότερα καταργείται το Εθνικό Ταμείο Υγείας. Το κράτος περνάει από την κεντρική χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην χρηματοδότηση μέσω έμμεσων φόρων από τις περιφέρειες.

Με την Συνταγματική Αναθεώρηση του 2001 αλλάζει ριζικά ο ρόλος και οι ευθύνες του κράτους και των περιφερειών. Σε εθνικό επίπεδο, οι αρχές είναι υπεύθυνες για να διασφαλίζουν ότι πληρούνται οι γενικοί στόχοι και οι βασικές αρχές του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και ότι παρέχονται σε όλους τα βασικά. Στις βασικές αρχές της καθολικής κάλυψης, της αξιοπρέπειας και της ισότητας που διέπουν το ιταλικό σύστημα υγείας έχουν ενσωματωθεί, τα τελευταία χρόνια, η αρχή της

αποτελεσματικότητας και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Οι περιφέρειες έχουν την δυνατότητα να νομοθετούν σε θέματα που αφορούν στην προστασία της υγείας, πάντα όμως εντός του πλαισίου των θεμελιωδών αρχών που καθορίζονται από το κράτος. Κάθε περιφερειακή αρχή μπορεί να νομοθετεί και να κατανέμει ελεύθερα τα κονδύλια που λαμβάνει από την κεντρική κυβέρνηση. Πολλές περιφερειακές υγειονομικές αρχές επιτρέπουν στους ασθενείς, μέσω συμβάσεων που συνάπτουν με ιδιωτικά νοσοκομεία, να χρησιμοποιούν ιδιωτικά νοσοκομεία για την θεραπεία τους. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η δημιουργία Εθνικού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου, το 2004, με βασικό στόχο την πρόληψη μέσα από την προαγωγή υγιών προτύπων και τρόπων ζωής.



Πηγή: ΟΟΣΑ, Health Statistics 2014

### Διάγραμμα 1.2

#### Δημόσια δαπάνη υγείας Ιταλίας ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, 2014

Εξαιτίας του μεγάλου δημοσίου χρέους της χώρας (~120% ΑΕΠ) και της συνεχιζόμενης κρίσης, το 2011 αποτέλεσε την πρώτη χρονιά όπου η ιταλική Κυβέρνηση προχώρησε σε αποφασιστικές παρεμβάσεις στο εθνικό σύστημα υγείας με στόχο τον έλεγχο της δημόσιας δαπάνης και της συμμετοχής των ασθενών. Ο Δημοσιονομικός Νόμος που ψηφίστηκε το 2011 όριζε το ύψος των ποσών που πρέπει να διαθέσει το ιταλικό δημόσιο σε ετήσια βάση. Για τα έτη 2013-2014 εισήγαγε περικοπή δαπανών υγείας ύψους €8 δις (η συνολική κρατική χρηματοδότηση του ΕΣΥ το 2012 ήταν €106 δις). Ανάμεσα στα μέτρα που εισήγαγε ο νόμος, προβλεπόταν το

«πάγωμα» των προσλήψεων στο ιταλικό σύστημα υγείας. Από το 2014 έχουν θεσπιστεί νέες συμμετοχές ασθενών για τα φαρμακευτικά προϊόντα και τις υπηρεσίες υγείας ύψους € 2 δις. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ιταλία αποτελεί μια από τις χώρες χώρα που έχει εφαρμόσει πρώτη μέτρα και μηχανισμούς ελέγχου των δαπανών, όπως για παράδειγμα ο μηχανισμός των αυτόματων επιστροφών (Claw Back), της συνταγογράφησης βάσει δραστικής ουσίας κ.ά.

#### **1.4 Το Ισπανικό Σύστημα Υγείας**

Τα σαράντα χρόνια δικτατορίας που χαρακτήρισαν ένα μεγάλο κομμάτι της πολιτικής ιστορίας της Ισπανίας, διαδέχτηκε το Σύνταγμα του 1978 αλλάζοντας όλες τις δομές του κράτους. Κυριότερο χαρακτηριστικό των αλλαγών αυτών αποτελεί η σταδιακή πολιτική αποκέντρωση των κρατικών δομών. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ισπανίας δημιουργείται το 1980 και χρηματοδοτείται από την γενική φορολογία (Beveridge).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ισπανίας καλύπτει το 99.5% του πληθυσμού και εξασφαλίζει ολοκληρωμένες παροχές για όλους τους πολίτες. Το δικαίωμα στην ασφάλιση είναι ανεξάρτητο από την εργασιακή κατάσταση και το ατομικό εισόδημα. Από την υποχρέωση να διαθέτουν κοινωνική ασφάλιση καθώς και την υποχρεωτική υπαγωγή στο σύστημα εξαιρούνται όσοι δεν είναι μισθωτοί και διαθέτουν υψηλά εισοδήματα (0.5% του πληθυσμού).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ισπανίας, διακρίνεται σε τρία οργανωτικά επίπεδα. Σε κεντρικό επίπεδο (Organizacion de la Administracion Central) το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την υποβολή υγειονομικών προτάσεων, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή κατευθυντήριων γραμμών για την Υγεία καθώς και τον συντονισμό διαφόρων ενεργειών που στοχεύουν στον περιορισμό των παράνομων ουσιών. Από το 2003 θεσπίζεται ένα νέο καθεστώς χρηματοδότησης, με επίκεντρο τις 17 αυτόνομες περιφέρειες (Comunidades Autonomas). Έτσι, καθεμία από τις 17 αυτόνομες περιφέρειες διαθέτει από ένα Υπουργείο Υγείας, ενώ παράλληλα διαθέτει αυτονομία τόσο στις δαπάνες όσο και στην ανεύρεση εσόδων. Ωστόσο, το εθνικό Υπουργείο Υγείας έχει την εξουσία για συγκεκριμένες στρατηγικές παρεμβάσεις, όπως η νομοθεσία για τα φάρμακα και η ορθή παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλη τη χώρα. Τέλος, σε τοπικό επίπεδο, οι περιφέρειες (Areas de Salud), είναι υπεύθυνες για τη συνολική διοίκηση των παρεχόμενων σε επίπεδο αυτόνομων περιφερειών υπηρεσιών υγείας και καθορίζονται βάσει δημογραφικών, γεωγραφικών, κλιματικών,

κοινωνικοοικονομικών, επιδημιολογικών και πολιτισμικών παραγόντων. Για να αυξήσουν τα επίπεδα λειτουργικότητας και αποτελεσματικότητας, οι τοπικές αυτές περιφέρειες υποδιαιρούνται σε μικρότερες μονάδες, τις επονομαζόμενες «βασικές ζώνες υγείας» (*zonas básicas de salud*).

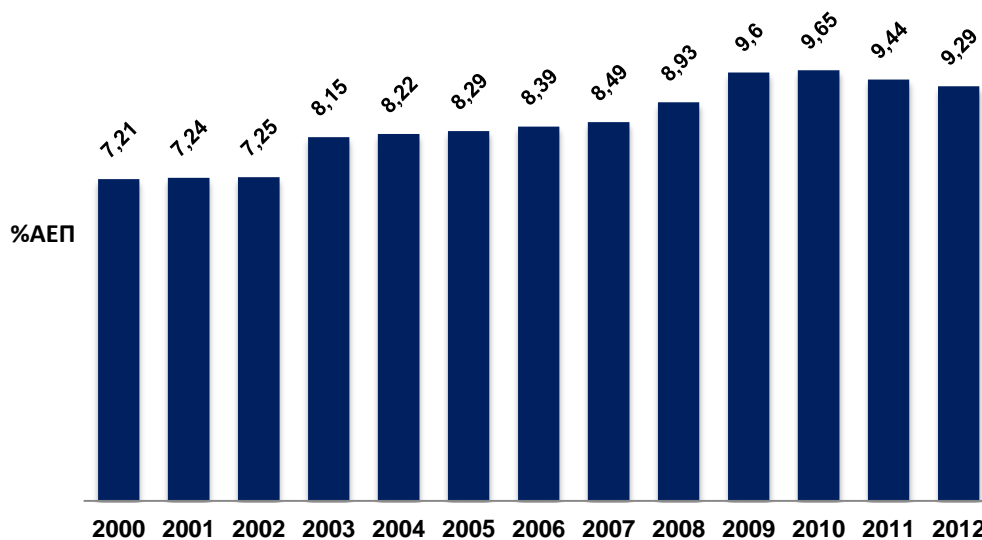
Ο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όσον αφορά στην περίθαλψη για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες. Έτσι, υπάρχουν διάφορα προγράμματα, τα οποία χρηματοδοτούνται από το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης μέσω των εισφορών των εργαζομένων. Το 15-20% των εξειδικευμένων υπηρεσιών παρέχεται από ιδιωτικούς οργανισμούς μέσω συνεργασιών που έχει κάνει το δημόσιο με τον ιδιωτικό φορέα.

Οι αυτόνομες περιφέρειες έχουν αρκετά μεγάλο βαθμό ελευθερίας όσον αφορά στη νομοθεσία, την κοινωνική πολιτική και την πολιτική υγείας, αλλά συγχρόνως αυστηρούς περιορισμούς όσον αφορά στην κοινωνική ασφάλιση. Οι ρυθμίσεις και οι κανονισμοί στην υγειονομική περίθαλψη αφορούν τόσο το πρωτογενές όσο και το δευτερογενές δίκαιο. Έτσι, για όλα εκείνα τα ζητήματα που δεν άπτονται της αποκλειστικής ευθύνης του κράτους, οι περιφερειακοί νόμοι έχουν την ίδια νομική ισχύ με εκείνους της κεντρικής κυβέρνησης.

Το 2001 σημειώθηκε η πρώτη αποτελεσματική προσπάθεια να εισαχθεί στην χρηματοδότηση των περιφερειακών συστημάτων υγείας η αρχή της δημοσιονομικής συνυπευθυνότητας (*fiscal co-responsibility*). Για πρώτη φορά η χρηματοδότηση για την υγεία ενσωματώνεται ως ευθύνη των περιφερειών. Αυτό σημαίνει ότι καθεμία από τις 17 περιφέρειες έχει την ευθύνη να συντάξει τον δικό της προϋπολογισμό για την υγεία, αφού συνυπολογίσει και τους προϋπολογισμούς και τις δαπάνες για τους άλλους τομείς<sup>7</sup>. Το δια-τοπικό Συμβούλιο του ισπανικού συστήματος υγείας (*Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud de España, CISNS*) έχει την ευθύνη του συντονισμού, της συνεργασίας και της επικοινωνίας μεταξύ των διοικήσεων και των αυτόνομων περιφερειών. Εγκρίνει τον εθνικό κατάλογο των υπηρεσιών που πρέπει να παρέχονται από όλες τις περιφερειακές μονάδες.

---

<sup>7</sup> Βασικός περιορισμός είναι ο προϋπολογισμός να μην πέσει σε χαμηλότερα επίπεδα από το έτος αναφοράς (1999). Αυτό που αξίζει να σημειωθεί εδώ είναι ότι οι ημιαυτόνομες περιφέρειες διαχειρίζονται το 89.81% των δημοσίων πόρων.



Πηγή: ΟΟΣΑ

### Διάγραμμα 1.3

#### Συνολική Δαπάνη Υγείας Ισπανίας ως % ΑΕΠ

Με το ξέσπασμα της κρίσης η Ισπανία ξεκινάει ένα μαραθώνιο περικοπών στις δαπάνες υγείας οι οποίες μειώνονται κατά 13,7% το 2012 και κατά 16,2% το 2013.

Πολλές είναι οι περιφέρειες εκείνες που επέβαλαν πρόσθετες περικοπές που φτάνουν το 10%. Οι περικοπές στις δαπάνες υγείας παρουσίασαν και παρουσιάζουν δυο διαστάσεις: τον αποκλεισμό μεγαλύτερου αριθμού πολιτών από το δημόσιο σύστημα υγείας και την αύξηση του επιμερισμού του κόστους σε εκείνους που έχουν πρόσβαση. Όσον αφορά στην πρώτη διάσταση, αξίζει να σημειωθεί ότι το 2012 η ισπανική κυβέρνηση αποφάσισε να μην προσχωρήσει στην κάλυψη των 870,000 περίπου μη εγγεγραμμένων μεταναστών, παρά μόνο με έκτακτου χαρακτήρα κάλυψη. Παράλληλα, οι πάσχοντες από σοβαρές ασθένειες, όπως η Ηπατίτιδα C και κάποιες μορφές καρκίνου, καλούνται πλέον να συμμετάσχουν στο ποσό που δαπανείται για τη φαρμακευτική τους αγωγή.

### 1.5 Το Πορτογαλικό Σύστημα Υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Πορτογαλίας παρέχει καθολική κάλυψη και αποτελεί ένα μείγμα δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης, με βασικό του χαρακτηριστικό τα τρία επικαλυπτόμενα υποσυστήματα που συνυπάρχουν. Το πορτογαλικό σύστημα υγείας κατά κύριο λόγο χρηματοδοτείται από τη γενική φορολόγηση. Περίπου το ¼ του

πληθυσμού καλύπτεται από τις εργοδοτικές εισφορές, ενώ ένα 20% του πληθυσμού καλύπτεται από τα εθελοντικά ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης.

Όπως είδαμε και στον Διάγραμμα 1.1, το 10,2% του ΑΕΠ της χώρας αφορά δαπάνες υγείας, γεγονός που κατατάσσει την Πορτογαλία στις χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες για την Υγείας στον ΟΟΣΑ.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους. Αυτή περιλαμβάνει τις κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας που έχουν ενσωματωθεί στο εθνικό σύστημα της χώρας («κέντρα υγείας»), τους ιδιώτες παρόχους (κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα), καθώς και τους επαγγελματίες που έχουν συνάψει συμβόλαια συνεργασίας με το εθνικό σύστημα. Ωστόσο, παρά την διευρυμένη συνεργασία δημοσίου-ιδιωτικού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα «ιατρικά κέντρα». Μόνο το 17.1% της πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχεται από ιδιώτες<sup>8</sup>.

Όλα τα νοσοκομεία που ανήκουν στο πορτογαλικό εθνικό σύστημα είναι δημόσια υπό την δικαιοδοσία του Υπουργείου Υγείας, ενώ τα ιδιωτικά νοσοκομεία διέπονται από δικό τους ρυθμιστικό πλαίσιο. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σταδιακή μείωση των δημοσίων νοσοκομείων μέσω κυρίως συγχωνεύσεων.

Ο σχεδιασμός και το ρυθμιστικό πλαίσιο του συστήματος υγείας πραγματοποιείται σε κεντρικό επίπεδο από το Υπουργείο Υγείας και τους αρμόδιους οργανισμούς που ανήκουν σε αυτό, ενώ η διοίκηση του συστήματος γίνεται σε περιφερειακό επίπεδο. Η καθεμία από τις πέντε περιφέρειες λογοδοτεί στο Υπουργείο Υγείας και έχει την ευθύνη για την υγεία του πληθυσμού, τον έλεγχο των νοσοκομείων, την πρωτοβάθμια φροντίδα, καθώς και την εφαρμογή των εθνικών στόχων για την υγεία. Επιπλέον, οι περιφέρειες έχουν την ευθύνη για την σύναψη των συμβολαίων μεταξύ των δημοσίων νοσοκομείων και ιδιωτικών παρόχων. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία, από την άλλη, έχουν το δικό τους καθεστώς λειτουργίας.

Το 2011 η Πορτογαλική κυβέρνηση υπογράφει με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Μνημόνιο Συνεννόησης. Μέρος του προγράμματος αποτελεί ο εξορθολογισμός της δημόσιας δαπάνης υγείας μέσω της εφαρμογής σειράς πολιτικών παρεμβάσεων όπως, η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών κατά την είσοδό τους στα επείγοντα περιστατικά (από €3,40 σε €10 και €20), η θέσπιση «εισιτήριου» €50 ανά εισαγωγή σε νοσοκομεία, η

---

<sup>8</sup> National Health Survey, 2005/2006, Portugal



εφαρμογή κατευθυντήριων γραμμών συνταγογράφησης, η μείωση του ποσοστού αποζημίωσης των φαρμακευτικών προϊόντων από το κράτος κ.ά.

## **1.6 Το Γαλλικό Σύστημα Υγείας**

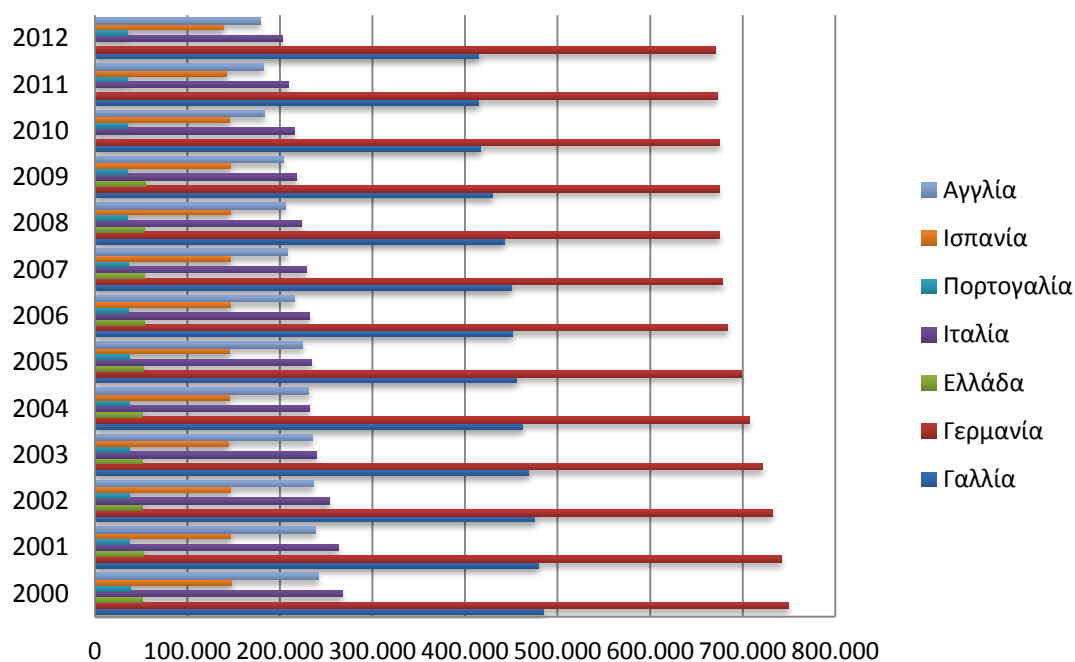
Το δικαίωμα στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη είναι καθολικό στο γαλλικό σύστημα υγείας και πραγματοποιείται μέσω των φορέων υποχρεωτικής ασφάλισης. Το 2000 εισάγεται η κάλυψη για τους πολίτες εκείνους που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις ένταξης σε κάποιον ασφαλιστικό φορέα (άνεργοι, διαζευγμένες γυναίκες χωρίς ένσημα), αριθμός όμως που δεν ξεπερνά το 0,4% του πληθυσμού. Το γαλλικό κράτος χρηματοδοτεί επίσης υπηρεσίες υγείας για τους παράνομους κατοίκους που έχουν όμως κάνει αίτηση για νόμιμη παραμονή στην χώρα.

Οι φορείς υποχρεωτικής ασφάλισης δεν καλύπτουν όλες τις δαπάνες. Το 92% του γαλλικού πληθυσμού διαθέτει συμπληρωματική και επικουρική εθελοντική υγειονομική ασφάλιση είτε μέσω των εργοδοτών τους είτε μέσω ειδικών κουπονιών ανάλογα με το εισόδημα που διαθέτουν.

Η δημόσια δαπάνη υγείας αγγίζει το 77% των συνολικών δαπανών υγείας. Οι φορείς υποχρεωτικής ασφάλισης χρηματοδοτούνται κατά 43% από τον φόρο μισθωτών και εργοδοτών, κατά 33% από τον φόρο εισοδήματος που συλλέγει το κράτος, κατά 8% από τον ειδικό φόρο σε είδη καπνού και αλκοολούχα ποτά και από άλλους φόρους. Το ύψος των εισφορών και των παροχών διαφέρει ανάλογα τον φορέα. Οι εισφορές εξαρτώνται από το εισόδημα, δηλαδή όσοι έχουν ετήσιο φορολογικό εισόδημα χαμηλότερο από €9.000 εξαιρούνται από την καταβολή εισφορών, ενώ όσοι είναι πάνω από €9.000 καταβάλλουν το 8% του ετήσιου φορολογικού εισοδήματος. Οι τρεις μεγαλύτεροι φορείς υποχρεωτικής ασφάλισης (μισθωτοί, αγρότες και ελεύθεροι επαγγελματίες) καλύπτουν το 90% του γαλλικού πληθυσμού. Τα τελευταία τρία χρόνια, με την άνοδο της σοσιαλιστικής κυβέρνησης, η βασική ασφαλιστική κάλυψη επεκτάθηκε σε όλους όσους είναι οικονομικά ασθενείς.

Ο έλεγχος του κόστους αποτέλεσε πολλές φορές βασικό ζήτημα της γαλλικής κυβέρνησης, καθώς το ασφαλιστικό σύστημα ήρθε πολλές φορές αντιμέτωπο με μεγάλα ελλείμματα θέτοντας σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν, μεταξύ άλλων, αφορούν στη μείωση του αριθμού αποζημιούμενων φαρμάκων, την αύξηση της συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων, τη μείωση των νοσοκομειακών κλινών στα επείγοντα περιστατικά.

Τα 2/3 των νοσοκομειακών κρεβατιών ανήκουν σε κρατικά ή μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία και χρηματοδοτούνται κατά 80% από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, την εθελοντική, ή κατά το 20% από τις άμεσες πληρωμές.



Πηγή: ΟΟΣΑ

#### Διάγραμμα 1.4

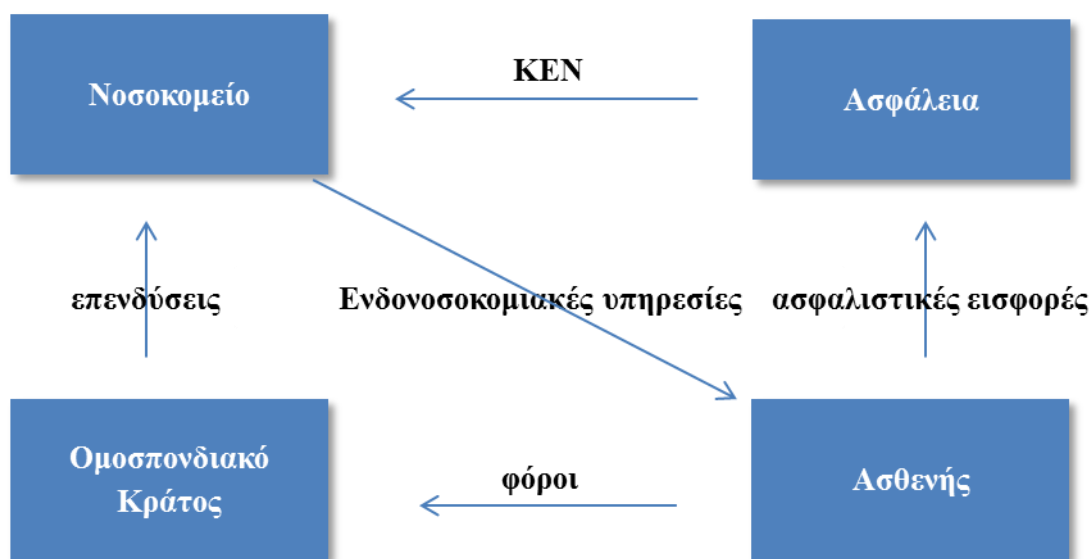
#### Αριθμός Νοσοκομειακών Κλινών

Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία ανήκουν αποκλειστικά στο κράτος. Το κράτος δίνει τη δυνατότητα στους ιατρούς να δέχονται ιδιωτικά ασθενείς μέσα στα δημόσια νοσοκομεία. Το υπόλοιπο 1/3 αποτελεί ιδιωτικά, κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία, τα οποία ανήκουν είτε σε φυσικά πρόσωπα είτε σε μεγάλες επιχειρήσεις όπως η «Générale de Santé». Ο ίδιος τρόπος χρηματοδότησης υπάρχει και στα ιδιωτικά νοσοκομεία, όμως οι συμμετοχή των ταμείων αλλάζει καθώς και το κόστος.

#### 1.7 Το Γερμανικό σύστημα υγείας

Η Γερμανία διαθέτει το παλαιότερο καθολικό σύστημα υγείας στην Ευρώπη και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελεί ένα από τα καλύτερα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, μιας και το 2010 βρισκόταν στην 25<sup>η</sup>

παγκόσμια κατάταξη<sup>9</sup>. Η γερμανική κυβέρνηση έχει δημιουργήσει ένα σύστημα διπλής χρηματοδότησης των νοσοκομείων της και έχει προχωρήσει σε ειδικές ρυθμίσεις όπου μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί λαμβάνουν δημόσια κονδύλια για την υγεία. Η κρατική ασφάλιση καλύπτει τη βασική ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, την περίθαλψη για ψυχικά νοσήματα και τις βασικές οδοντιατρικές καλύψεις. Η ιδιωτική ασφάλιση, από την άλλη, διαθέτει μεγαλύτερο εύρος και ποικιλία καλύψεων για ιατρική ή οδοντιατρική περίθαλψη.



**Διάγραμμα 1.5**

**Απεικόνιση της διπλής χρηματοδότησης του Γερμανικού συστήματος υγείας**

Από το 2007<sup>10</sup>, όλοι όσοι ζουν στη Γερμανία υποχρεούνται να είναι ασφαλισμένοι (99% του πληθυσμού) τουλάχιστον για νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη, ενώ έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν ανάμεσα στην κρατική, την ιδιωτική ή συνδυασμό των δύο. Οι εργαζόμενοι με μεικτές ετήσιες αποδοχές κάτω από ένα όριο εγγράφονται στο υποχρεωτικό σύστημα, ενώ όσοι εργαζόμενοι έχουν ετήσιο μεικτό εισόδημα πάνω από το όριο, καθώς και οι αυτοαπασχολούμενοι, μπορούν να

<sup>9</sup> World Health Organization (2000), Health Systems: Improving Performance, The World Health Report  
<sup>10</sup>Με την συνεργασία των δυο μεγάλων κομμάτων ψηφίστηκε ο νόμος περί ενίσχυσης της ανταγωνιστικότητας ανάμεσα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τους παρόχους υπηρεσιών υγείας (Wettbewerbs-Stärkungsgesetz, WSG)

επιλέξουν<sup>11</sup>. Το γερμανικό σύστημα υγείας καλύπτει, σύμφωνα με το στοιχεία της γερμανικής κυβέρνησης, 72 εκατομμύρια ασφαλισμένους μέσω της κρατικής ασφάλισης, και 8.5 εκατομμύρια μέσω των ιδιωτικών οργανισμών, ενώ απασχολεί 4.3 εκατομμύρια εργαζομένους<sup>12</sup>. Τα 49 από τα 250 ταμεία είναι ιδιωτικά, ενώ όλα τα υπόλοιπα ανήκουν στο δημόσιο.

Όσον αφορά στις δαπάνες υγείας, η Γερμανία αποτελεί μια από τις ευρωπαϊκές χώρες με το υψηλότερο ποσοστό δαπανών υγείας (11,3%ΑΕΠ) και την πιο υψηλή κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας, η οποία φτάνει τα \$3.066 το 2013.

Τα τελευταία χρόνια η γερμανική κυβέρνηση έχει εισάγει στο σύστημα υγείας πολιτικές που στοχεύουν στην ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και των παρόχων ιατρικής φροντίδας, όπως είναι η δημιουργία διαφόρων μοντέλων επιλεκτικής ασφάλισης ή η εισαγωγή κριτηρίων αποτελεσματικότητας στην αποζημίωση των φαρμακευτικών προϊόντων

## **1.8 Το Βρετανικό σύστημα υγείας**

Το εθνικό σύστημα της Αγγλίας (NHS) παρέχει προληπτική ιατρική, πρωτοβάθμια φροντίδα και νοσοκομειακές υπηρεσίες σε όλους τους μόνιμους κατοίκους της Αγγλίας. Για όσους δεν είναι μόνιμοι κάτοικοι, όπως οι τουρίστες-επισκέπτες ή οι παράνομοι μετανάστες, παρέχεται δωρεάν περίθαλψη σε περίπτωση ατυχήματος και κάποιες επείγουσες παρεμβάσεις όσον αφορά στις λοιμώδεις ασθένειες. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται κατά κύριο λόγο από την φορολογία (79%), από άλλες δημόσιες πηγές, όπως η κοινωνική ασφάλιση (16%) και από ιδιωτικές πληρωμές (5%).

Τα τελευταία χρόνια η συνολική δαπάνη για την υγεία ακολουθεί την ίδια πτωτική τάση όλων των χωρών της Ευρώπης. Όπως βλέπουμε και στον Πίνακα, η συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ από το 7.0% το 2000, αγγίζει το 8.2% το 2005 για να φτάσει το 9.4% το 2011.

---

<sup>11</sup> Για το 2012 το όριο ήταν €50,850 ετησίως ή €4,238 μηνιαίως (μεικτές αποδοχές). Το βασικό μηνιαίο ασφάλιστρο της υποχρεωτικής ασφάλισης είναι 15.5% του μισθού ή έως €593. Από το ποσοστό αυτό το 8.2% αποτελεί εισφορά των εργαζομένων, ενώ το 7.3% εισφορά των εργοδοτών. Το ασφάλιστρο παραμένει σταθερό για όλους τους ασφαλισμένους, ενώ στην περίπτωση της ιδιωτικής ασφάλισης ποικίλει.

<sup>12</sup> The Reuters: Germany passes unpopular healthcare reform <http://www.reuters.com/article/2010/11/12/us-germany-healthcare-reform-idUSTRE6AB3TL20101112>

Στις υπηρεσίες πρόληψης που παρέχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας συμπεριλαμβάνονται προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και εμβολιασμού, εξωτερικά ιατρεία, ιατρικές υπηρεσίες γενικής ιατρικής, φάρμακα, οδοντιατρική φροντίδα, οφθαλμολογικές εξετάσεις, περίθαλψη για ψυχικά νοσήματα, αποτοξίνωση. Για όλες αυτές τις υπηρεσίες που παρέχονται δημόσια υπάρχουν ειδικές ρυθμίσεις που επιμερίζουν τις επιβαρύνσεις. Τα φάρμακα που συνταγογραφούνται εντός του συστήματος από γενικούς ιατρούς, οδοντιάτρους και άλλες ειδικότητες υπόκεινται σε ένα σταθερό ποσό χρέωσης (£7.4 ανά συνταγή). Επίσης οι οδοντιατρικές υπηρεσίες επιβαρύνουν τον ασθενή (μέγιστο ποσό οι £204 ανά συνεδρία). Ωστόσο αρκετά μέτρα έχουν ληφθεί ώστε να εξαιρεθούν συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών από τις χρεώσεις. Για παράδειγμα από τη συμμετοχή στα φάρμακα εξαιρούνται τα παιδιά κάτω των 16 ετών, όσοι είναι 60 και άνω, όσοι έχουν χαμηλό εισόδημα, οι έγκυες γυναίκες, τα άτομα με χρόνιες παθήσεις και αναπηρία. Παράλληλα, παρέχονται εκπτώσεις μέσω δελτίων για όσους χρησιμοποιούν μεγάλο αριθμό συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας διοικείται από τις δέκα υγειονομικές αρχές, οι οποίες λογοδοτούν στο Υπουργείο Υγείας. Σε περιφερειακό επίπεδο, υπάρχουν οι επιτροπές υπηρεσιών περίθαλψης (Primary Care Trusts)<sup>13</sup>, οι οποίες συνάπτουν συμβόλαια με παρόχους για υπηρεσίες που θεωρούν κατάλληλες για τους πληθυσμούς των περιοχών ευθύνης τους. Αυτό παρέχει ένα είδος τοπικής αυτονομίας όσον αφορά στα ζητήματα υγείας.

Τα νοσοκομεία αποτελούν είτε ενώσεις ομοειδών επιχειρήσεων (τραστ) υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας, είτε τραστ που απολαμβάνουν μεγαλύτερη ελευθερία από τον κεντρικό έλεγχο. Τα Foundation Trusts διαθέτουν μεγαλύτερες πηγές αναζήτησης χρηματοδότησης και μπορούν να έχουν πλεονάσματα ή να καλύπτουν τα ελλείμματά τους. Από το 2004 η πλειοψηφία των τραστ του εθνικού συστήματος έχει μετατραπεί σε Foundation Trusts. Ωστόσο, και τα δυο είδη νοσοκομείων συνάπτουν συμβόλαια με τις επιτροπές περίθαλψης για την παροχή υπηρεσιών στις διάφορες περιφέρειες. Η δημόσια χρηματοδότηση χρησιμοποιείται πάντα για την «αγορά» νοσοκομειακής περίθαλψης από τον ιδιωτικό τομέα. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι από το 2003 ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις ρουτίνας και διαγνωστικές υπηρεσίες γίνονται από ανεξάρτητα θεραπευτικά κέντρα που ανήκουν σε ιδιώτες. Παρ' όλα αυτά

---

<sup>13</sup> Από τον Απρίλιο του 2013 τα Primary Care Trusts μετονομάστηκαν σε Clinical Commissioning Groups

η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα παραμένει σε πολύ χαμηλά επίπεδα, περίπου στο 2% των επιλεγμένων διαδικασιών.

### **1.9 Το σύστημα υγεία των σκανδιναβικών χωρών**

Αυτό που χαρακτηρίζει τις σκανδιναβικές χώρες, δηλαδή Νορβηγία, Δανία και Σουηδία, από την δεκαετία του 1980 και μετά είναι ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου του κράτους. Έτσι, τα τελευταία χρόνια ακολουθήθηκε από όλες τις χώρες μια σειρά δομικών μεταρρυθμίσεων, με βασικές αφετηρίες την ισότητα και την συμμετοχή. Σαφώς και όλες οι σκανδιναβικές χώρες δεν διαθέτουν όμοιο σύστημα υγείας. Ωστόσο, η κοινή κουλτούρα και φιλοσοφία των χωρών αυτών τους επιτρέπει να μοιράζονται κοινούς στόχους, που αργότερα μετουσιώνονται σε θεμελιώδεις ιδέες αναφορικά με τις πολιτικές υγείας. Η οικοδόμηση του κοινωνικού κράτους στις σκανδιναβικές χώρες δεν αποτελεί ευρωπαϊκή εξαίρεση και διέπεται και αυτός από την αρχή της καθολικότητας

#### **I. Το Σύστημα Υγείας της Δανίας**

Η κυβέρνηση της Δανίας έχει την ευθύνη του γενικού σχεδιασμού και εποπτείας των υπηρεσιών υγείας, ενώ για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας υπεύθυνες είναι οι πέντε περιφέρειες, οι οποίες διαθέτουν, διοικούν και χρηματοδοτούν τα νοσοκομεία. Από την άλλη, οι 98 δήμοι έχουν την ευθύνη των σχολικών υπηρεσιών υγείας, των προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι και των κέντρων απεξάρτησης.

Όσοι είναι νόμιμοι κάτοικοι της χώρας δικαιούνται δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Οι μετανάστες χωρίς άδεια παραμονής και οι επισκέπτες, κατά κανόνα, δεν καλύπτονται από το δημόσιο αλλά από κάποια εθνικά εθελοντικά δίκτυα ή εθελοντές ιατρούς. Μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα φορείς παρέχουν ιδιωτική εθελοντική ασφάλιση υγείας (περίπου στο 40% του πληθυσμού) η οποία καλύπτει ένα μέρος της δαπάνης για φάρμακα, ορθοδοντική ιατρική, ψυχοθεραπεία και φακούς επαφής. Κυρίως οι μισθωτοί που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα διαθέτουν αυτού του είδους την κάλυψη, ενώ δεν καλύπτονται φοιτητές, συνταξιούχοι, άνεργοι. Η Δανία αποτελεί την χώρα με την υψηλότερη δημόσια δαπάνη υγείας στην Ευρώπη (85,76%, 2012) και μια από τις χώρες με τη μικρότερη διακύμανση στη δημόσια δαπάνη υγείας την τελευταία δεκαετία.

Το σύστημα υγείας από το 2007 χρηματοδοτείται μέσω του ειδικού φόρου υγείας που συλλέγει κάθε χρόνο η κυβέρνηση και ανέρχεται περίπου στο 8% του

φορολογητέου εισοδήματος. Η κυβέρνηση ανακατανέμει το φόρο εισοδήματος στις περιφέρειες και τους δήμους με τη μορφή επιχορήγησης, η οποία βασίζεται στα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά της κάθε περιφέρειας και του κάθε δήμου. Οι επιχορηγήσεις αυτές φτάνουν περίπου το 80% της συνολικής δαπάνης υγείας των περιφερειών.

Ο προϋπολογισμός που ψηφίστηκε το 2012 εισήγαγε κλειστούς προϋπολογισμούς ανά περιφέρεια και δήμο, εργαλεία διαχείρισης των κέντρων κόστους στα νοσοκομεία, μειώσεις στα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια, καθώς και μέσα ελέγχου της δαπάνης σε τακτική βάση. Παράλληλα, κάθε μήνα δίνεται στους φαρμακοποιούς το δελτίο τιμών των φαρμάκων, οι οποίοι υποχρεούνται να χορηγούν την φθηνότερη εναλλακτική με την ίδια δραστική ουσία, εκτός και αν ο ιατρός έχει ρητά αναφέρει στη συνταγή ότι προτιμά το συγκεκριμένο φάρμακο. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέξει το ακριβότερο φάρμακο αλλά θα πρέπει να καταβάλει την διαφορά.

## **II. Το σύστημα υγείας της Νορβηγίας**

Ανάλογα με το επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης αλλάζει και ο ρόλος της κυβέρνησης στα διάφορα επίπεδα υγειονομικής φροντίδας. Το Υπουργείο Υγείας (Helse-og omsorgsdepartementet) έχει πρωτεύοντα ρόλο στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, νομοθετεί και χρηματοδοτεί υπηρεσίες, έχει υπο την εποπτεία του τα νοσοκομεία και δίνει κατευθυντήριες οδηγίες στα Συμβούλια των τεσσάρων υγειονομικών περιφερειακών αρχών. Οι υγειονομικές περιφερειακές αρχές αποτελούν κρατικές επιχειρήσεις που έχουν την ευθύνη της νοσοκομειακής και ψυχιατρικής περίθαλψης, καθώς και των κέντρων απεξάρτησης, θέτουν κάθε χρόνο τους στόχους και τις προτεραιότητες και αναφέρονται στο Υπουργείο Υγείας για τις δράσεις τους.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ευθύνη των 428 δήμων, οι οποίοι αποτελούν ανεξάρτητες διοικήσεις. Έχουν την ευθύνη για την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών, προληπτικής ιατρικής, κέντρων αποκατάστασης, επείγοντα παραστατικά και μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τους δημοτικούς φόρους, τις γενικές εισφορές της κυβέρνησης και τις κρατικές επιχορηγήσεις.

Ο ισοσκελισμένος προϋπολογισμός, που κατατίθεται κάθε χρόνο από την κυβέρνηση δίνει την δυνατότητα στην κυβέρνηση να είναι περισσότερο ευέλικτη στην κατανομή των πόρων. Κάθε χρόνο ψηφίζεται ο συνολικός προϋπολογισμός για την Υγεία, ενώ οι

Δήμοι και οι Υγειονομικές περιφέρειες έχουν την ευθύνη των επιμέρους προϋπολογισμών τους.

Το 2012, δόθηκε προτεραιότητα στην αύξηση της χρηματοδότησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στην θέσπιση δράσεων με στόχο την μείωση του αριθμού των ατόμων που νοσηλεύονται. Οι Δήμοι οφείλουν να καταβάλουν το 20% του κόστους περίθαλψης των κατοίκων τους. Παράλληλα, τον τελευταίο χρόνο εφαρμόστηκε στα νοσοκομεία σύστημα ελέγχου για τις νέες και ακριβές θεραπείες.

### **III. Το σύστημα υγείας της Σουηδίας**

Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας της Σουηδίας πραγματοποιείται μέσω της γενικής φορολόγησης παρέχοντας καθολική πρόσβαση σε όλους τους πολίτες. Η Σουηδική κυβέρνηση παρέχει κάλυψη σε επείγοντα περιστατικά σε όλους τους ευρωπαϊούς πολίτες αλλά και σε πολίτες μη ευρωπαϊκών χωρών εφόσον έχει συνάψει διακρατική συμφωνία. Αποτελεί ένα αποκεντρωμένο σύστημα όπου το εθνικό, το περιφερειακό και το τοπικό επίπεδο διαδραματίζουν μείζονα ρόλο στη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Την συνολική ευθύνη για την πολιτική υγείας την έχει το Υπουργείο Υγείας (Socialdepartementet). Τα 21 επαρχιακά συμβούλια έχουν την ευθύνη της χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας, ενώ οι 290 Δήμοι αναλαμβάνουν την φροντίδα και την βοήθεια στο σπίτι των ευπαθών ομάδων (ηλικιωμένοι, άτομα με ειδικές ανάγκες). Τα επαρχιακά συμβούλια και οι Δήμοι έχουν την ευθύνη του ελέγχου των υποδομών, των παρεχόμενων υπηρεσιών, των κατευθυντήριων γραμμών αναφορικά με τις αποζημιώσεις και του τρόπου αμοιβής-αποζημίωσης των παρόχων.

Η Σουηδία αποτελεί μια από τις χώρες με διαχρονικά υψηλή δημόσια δαπάνη υγείας η οποία φτάνει το 81.3% της συνολικής δαπάνης υγείας το 2012 (84.9%, 2010). Οι επαρχίες και οι Δήμοι χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν μέσα από τους φόρους που συλλέγουν. Παράλληλα, οι φορείς ιδιωτικής ασφάλισης αποτελούν φορείς κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίοι παρέχουν συμπληρωματική μη υποχρεωτική ασφάλιση και επιλέγονται κυρίως από όσους επιθυμούν να έχουν ταχύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Κάθε χρόνο οι επαρχίες και οι Δήμοι καλούνται να εγκρίνουν τον προϋπολογισμό. Καθοριστικό ρόλο στην συγκράτηση και τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης

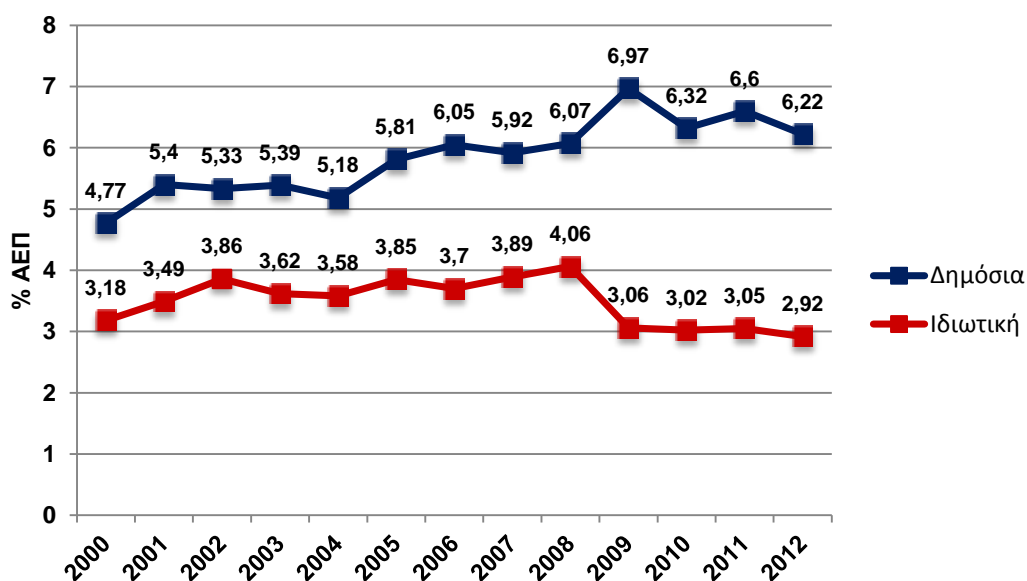


παίζει η καθιέρωση κριτηρίων αξιολόγησης τεχνολογίας ως προϋπόθεση αποζημίωσης φαρμακευτικών προϊόντων από το δημόσιο.

### 1.10 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας (ΕΣΥ) δημιουργείται το 1983 και αποτελεί ένα μεικτό σύστημα χρηματοδότησης καθώς το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και το υπόλοιπο από την γενική φορολογία, ενώ σημαντικό ρόλο στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας διαδραματίζει ο ιδιωτικός τομέας.

Το 24% των δαπανών χρηματοδοτείται από τη γενική κυβέρνηση, ενώ αν προστεθούν και οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης, το ποσοστό προσεγγίζει το 66%, δηλαδή τα 2/3 του συστήματος χρηματοδοτούνται από το κράτος και τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης.



Διάγραμμα 1.6

#### Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, %ΑΕΠ

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας γίνεται τόσο από δημόσιους φορείς όσο και από ιδιωτικούς. Η παρουσία του ιδιωτικού τομέα είναι περισσότερο εμφανής στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ιδιαίτερα όσον αφορά στις διαγνωστικές τεχνολογίες και στα φαρμακευτικά, ενώ τα τελευταία χρόνια τείνει να αποτελέσει μια μορφή μη «συμπληρωματικής ασφάλισης».

Το Μνημόνιο Συνεννόησης που έχει υπογράψει προβλέπει τον εξορθολογισμό των δαπανών για την υγεία, μέσα από μια σειρά μέτρων που η χώρα καλείται να υλοποιήσει σε συγκεκριμένο χρονικό ορίζοντα. Τα σοβαρά δομικά προβλήματα που παρουσιάζει το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας, σε συνδυασμό με την περιορισμένη χρηματοδότηση και την περιορισμένη παροχή υπηρεσιών θέτουν σε κίνδυνο την βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και περιορίζουν την καθολική πρόσβαση των πολιτών. Μόνο από το 2009 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 64%, όταν το εθνικό σύστημα υγείας καλείται να καλύψει πάνω από 1.5 εκατομμύρια ανασφάλιστους.

### **1.11 Ανακεφαλαίωση**

Αν και τα συστήματα υγείας των κρατών-μελών ποικίλουν ως προς την οργάνωση και την χρηματοδότηση, αναδεικνύουν έτσι τις διαφορετικές κοινωνικές επιλογές. Οι προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας είναι κοινές και προϋποθέτουν την διασυνοριακή συνεργασία των κρατών-μελών. Οποιοσδήποτε και αν είναι οι τάσεις που επηρεάζουν τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, θα πρέπει να διασφαλίζουν και να επιβεβαιώνουν τις βασικές κοινές τους αξίες και αρχές, που δεν είναι άλλες από την καθολική πρόσβαση, τη ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, την ισότητα και την αλληλεγγύη<sup>14</sup>. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η ανακάλυψη χρόνιων και σπάνιων παθήσεων, καθώς και η ανάπτυξη της τεχνολογίας, έχουν αυξάνουν συνεχώς τις ανάγκες των πολιτών για αποδοτικές υπηρεσίες υγείας.

---

<sup>14</sup> Συμπεράσματα του Συμβουλίου για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, EC 146 22/2/2006

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **Η ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **2.1 Εισαγωγή**

Η ικανότητα ενός συστήματος υγείας να μπορεί να παρέχει καθολική πρόσβαση και ποιοτική περίθαλψη στους πολίτες του εξαρτάται από τους πόρους που έχει στην διάθεσή του. Καθώς τα δημόσια ελλείμματα και τα χρέη των κρατών αυξάνονται, η βασικότερη επιδίωξη των κυβερνήσεων είναι η εξοικονόμηση πόρων κυρίως μέσω της συγκράτησης των δαπανών.

Ο κλάδος της Υγείας και της Κοινωνικής Προστασίας έχει υποστεί τις μεγαλύτερες περικοπές στους κρατικούς προϋπολογισμούς. Οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι δεν επαρκούν για να καλύψουν τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των πληθυσμών δημιουργώντας ανισότητες στην πρόσβαση και πολλές φορές φαινόμενα αποκλεισμού. Καθώς τα κράτη αδυνατούν να ανταπεξέλθουν, αναζητούν νέες μορφές χρηματοδότησης και ενίσχυσης της Δημόσιας Υγείας.

Στο παρόν κεφάλαιο, αναλύεται η πορεία των δαπανών στον τομέα της υγείας, η οποία θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε περισσότερο τη φιλοσοφία πάνω στην οποία στηρίχθηκε η μεγαλύτερη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στα εθνικά συστήματα υγείας, καθώς και τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου του κράτους.

#### **2.2 Οι Συνολικές Δαπάνες για την Υγεία και την Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη**

Όπως είδαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου είναι χαμηλότερη κατά περίπου 29% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Η συνολική δαπάνη της Γενικής Κυβέρνησης στην Ευρώπη των 27 κρατών μελών έφτασε το 49.1% του ΑΕΠ για το 2011. Το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών αφορούσε στους τομείς των «κοινωνικών δαπανών» και «υγείας» 19.6% και 7.3% του ΑΕΠ αντίστοιχα<sup>15</sup>. Τα μεγαλύτερα επίπεδα κυβερνητικής δαπάνης, ως ποσοστό του ΑΕΠ σημειώνονται στη Δανία, τη Γαλλία, τη Φιλανδία και το Βέλγιο, με ποσοστά πάνω από το 53% του ΑΕΠ της κάθε χώρας. Από τις 12 χώρες που

---

<sup>15</sup> Ελάχιστα πιο χαμηλά από το 2010, όπου η συνολική δαπάνη για την κοινωνική προστασία έφτανε στο 19.9% του ΑΕΠ και η συνολική δαπάνη για την υγεία 7.5% ΑΕΠ.

εισήχθησαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση μεταξύ του 2004 και του 2007<sup>16</sup>, οι 10 σημειώνουν γενικές κρατικές δαπάνες γύρω στο 46% του ΑΕΠ, ενώ από τα γηραιότερα μέλη της ΕΕ το Λουξεμβούργου έχει το χαμηλότερο ποσοστό, περίπου στο 42% ΑΕΠ. Στο σύνολο των χωρών της ΕΕ, το χαμηλότερο ποσοστό κρατικών δαπανών το έχει η Σουηδία (33% ΑΕΠ).

Κοινό χαρακτηριστικό όλων των κρατών μελών της ΕΕ, είναι το ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο που παρουσιάζουν οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία. Έτσι, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία<sup>17</sup> αγγίζουν το 2011 το 19.6% του ΑΕΠ<sup>18</sup>, ποσοστό το οποίο διαφέρει ελάχιστα σε σχέση με τις δυο προηγούμενες χρονιές. Οι αμέσως επόμενοι κλάδοι που σημειώνουν υψηλές κρατικές δαπάνες σε όλα τα κράτη μέλη είναι ο κλάδος της υγείας και των δημοσίων υπηρεσιών που αντιπροσωπεύουν το 7.3% και 6.6% του ΑΕΠ αντίστοιχα.

Μέσα σε ένα χρόνο, από το 2010 έως το 2012, η συνολική κρατική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ σημειώνει μείωση σε όλους τους τομείς της ΕΕ, με εξαίρεση τις δαπάνες των δημοσίων υπηρεσιών λόγω της αύξησης των πληρωτέων τόκων. Πράγματι, στην Ελλάδα οι γενικές δημόσιες υπηρεσίες αντιπροσωπεύουν σχεδόν το ένα τέταρτο των συνολικών δαπανών (έναντι 13,5% για την ΕΕ-27).

Σχεδόν όλα τα κράτη μέλη παρουσιάζουν κοινή εικόνα όσον αφορά στη δομή των δημοσίων δαπανών, με εξαίρεση τα 12 κράτη μέλη που μπήκαν στην ΕΕ το 2004-2007. Οι μεγαλύτερες διαφορές ανάμεσα στις χώρες παρατηρούνται στις δαπάνες που αφορούν τις οικονομικές υποθέσεις και τις δημόσιες υπηρεσίες, γεγονός που εξηγείται από τις διαφορετικές κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές που εφαρμόζονται στην κάθε χώρα για την αντιμετώπιση της κρίσης.

---

<sup>16</sup> Τσεχία, Εσθονία, Κύπρος, Λετονία, Λιθουανία, Ουγγαρία, Μάλτα, Πολωνία, Σλοβενία, Σλοβακία, Βουλγαρία και Ρουμανία

<sup>17</sup> ΕΕ-27

<sup>18</sup> 19.9% ΑΕΠ το 2010 και 20.1% ΑΕΠ το 2009

**Πίνακας 2.1**

**Συνολικές Δαπάνες Γενικής Κυβέρνησης ανά τομέα & χώρα, 2011 (% συνολικής δαπάνης)**

	Γενικές Δημόσιες Δαπάνες	Αμυνα	Δημόσια Ασφάλεια	Οικονομικές Υποθέσεις	Προστασία Περιβάλλοντος	Υποδομές Κοινής Χρήσης	Υγεία	Αναρχή, Πολιτισμός, Θρησκεία Παιδεία	Κοινωνική Προστασία	
EE-28	13.5	3.0	3.9	8.2	1.7	1.7	14.9	2.2	10.9	39.9
BE	15.0	1.8	3.4	12.3	1.4	0.7	14.8	2.4	11.6	36.6
BG	10.8	3.5	7.1	11.8	2.1	3.4	12.9	2.1	10.2	36.2
CZ	10.7	2.1	4.2	13.9	3.1	1.9	18.1	2.9	11.4	31.7
DK	13.7	2.4	2.0	6.1	0.7	0.6	14.5	2.8	13.5	43.8
DE	13.6	2.4	3.5	7.8	1.5	1.2	15.5	1.8	9.4	43.3
EE	8.3	4.1	5.6	12.0	-0.9	1.6	13.3	5.0	16.9	34.2
IE	11.4	0.9	3.7	16.4	2.1	1.3	15.6	1.8	10.9	35.9
EL	24.6	4.6	3.3	6.2	1.0	0.4	11.5	1.2	7.9	39.3
ES	12.5	2.3	4.8	11.6	2.1	1.3	14.1	3.3	10.5	37.4
FR	11.5	3.2	3.1	6.2	1.9	3.4	14.7	2.5	10.8	42.6
IT	17.3	3.0	4.0	7.1	1.8	1.4	14.7	1.1	8.5	41.0
CY	24.1	4.4	4.9	8.2	0.7	5.8	7.3	2.8	15.6	26.1
LV	11.7	2.6	4.8	14.5	1.9	3.3	10.7	4.2	14.9	31.5
LT	12.1	2.8	5.2	10.6	2.5	0.7	14.0	2.6	15.6	33.8
LU	11.4	1.0	2.5	9.9	2.8	1.8	11.4	4.0	12.1	43.2
HU	17.5	2.3	3.9	14.4	1.5	1.6	10.4	3.5	10.4	34.5
MT	15.7	2.0	3.4	11.4	3.2	0.7	13.3	2.1	13.9	34.3
NL	11.2	2.7	4.2	10.9	3.3	1.2	17.0	3.5	11.6	34.5
AT	13.1	1.4	2.9	10.5	1.0	1.2	15.3	1.9	11.0	41.6
PL	13.4	2.7	4.2	13.0	1.6	2.0	10.9	2.9	12.8	36.6
PT	17.1	2.7	4.0	8.2	1.1	1.3	13.8	2.2	12.9	36.7
RO	12.1	2.2	5.6	16.9	2.4	3.1	8.6	2.7	10.5	35.9
SI	12.4	2.3	3.3	11.4	1.6	1.3	13.5	3.7	13.1	37.3
SK	15.4	2.7	6.4	9.8	2.7	2.6	15.5	3.0	10.6	31.3
FI	13.3	2.6	2.7	8.7	0.5	1.0	14.2	2.2	11.6	43.1
SE	14.4	2.9	2.7	8.2	0.7	1.4	13.7	2.2	13.3	40.5
UK	11.6	5.1	5.3	5.3	2.0	1.8	16.5	2.1	13.4	36.8
IS	17.8	0.1	3.0	12.1	1.4	0.6	16.1	7.4	16.6	24.8
NO	9.7	3.6	2.2	9.5	1.5	1.6	16.5	2.9	12.6	39.8
CH	9.9	2.9	5.0	13.7	2.3	0.6	6.1	2.6	17.9	38.9

Πηγή: Eurostat

Έτσι, βλέπουμε ότι τη συνολική δαπάνη της ΕΕ για την υγεία και την κοινωνική προστασία προσεγγίζει το 54.8% του ΑΕΠ, με την Γερμανία (58.8%), τη Δανία

(58.3%) και τη Γαλλία (57.3%) να σημειώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών, και από την άλλη την Κύπρο (33.5%) και Λιθουανία (42.2%).

Οι δαπάνες για την υγεία και την κοινωνική προστασία από το 2002 στην ΕΕ, παρουσιάζουν θετική μεταβολή κατά 2.3% το 2011 (27.4% το 2010 και 26.9% το 2011). Συνολικά, τη μεγαλύτερη αύξηση παρουσιάζει η Ιρλανδία, και ακολουθούν η Εσθονία, η Ελλάδα, η Ισπανία, η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Αγγλία, ενώ αντίθετα η Βουλγαρία, η Γερμανία, η Σλοβακία, η Πολωνία και η Σουηδία σημειώνουν τη μεγαλύτερη μείωση (Πίνακας 2.2).

**Πίνακας 2.2**

**Δαπάνες Γενικής Κυβέρνησης για Κοινωνική Προστασία και Υγεία, (% συνολικής δαπάνης)**

	2002	2011	Διαφορά		2002	2011	Διαφορά
<b>EU-27</b>	24.6	26.9	2.3	<b>LU</b>	21.9	22.9	1.0
<b>EA-17</b>	25.2	27.6	2.4	<b>HU</b>	21.0	22.2	1.2
<b>BE</b>	24.2	27.4	3.2	<b>MT</b>	18.9	20.0	1.1
<b>BG</b>	17.8	17.5	-0.3	<b>NL</b>	21.4	25.7	4.3
<b>CZ</b>	21.2	21.4	0.2	<b>AT</b>	28.3	28.8	0.5
<b>DK</b>	30.2	33.6	3.4	<b>PL</b>	22.7	20.6	-2.1
<b>DE</b>	28.1	26.6	-1.5	<b>PT</b>	19.6	24.9	5.3
<b>EE</b>	14.1	18.2	4.1	<b>RO</b>	14.2	17.5	3.3
<b>IE</b>	15.9	24.8	8.9	<b>SI</b>	23.5	25.8	2.3
<b>EL</b>	21.9	26.4	4.5	<b>SK</b>	19.9	17.8	-2.1
<b>ES</b>	18.2	23.2	5.0	<b>FI</b>	27.0	31.5	4.5
<b>FR</b>	28.3	32.2	3.9	<b>SE</b>	29.9	27.8	-2.1
<b>IT</b>	23.9	27.9	4.0	<b>UK</b>	21.6	25.9	4.3
<b>CY</b>	11.8	15.4	3.6	<b>IS</b>	17.4	19.3	1.0
<b>LV</b>	15.2	16.2	1.0	<b>NO</b>	25.7	24.8	-0.9
<b>LT</b>	15.0	17.9	2.9	<b>CH</b>	15.9	15.3	-0.6

Πηγή: Eurostat

Σε αυτό το σημείο είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να εξηγήσουμε σε τι ακριβώς συνίσταται η κοινωνική προστασία, μιας και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις δαπάνες της κάθε χώρας. Με τον όρο δαπάνες για την κοινωνική προστασία αθροίζουμε τις δαπάνες ασθενείας και αναπηρίας (*sickness and disability*), γήρατος (*old age*), οικογενείας και τέκνων (*family and children*), ανεργίας (*unemployment*), στέγασης (*housing*) με τη μορφή παροχών σε είδος, και κοινωνικού αποκλεισμού (*social exclusion*).

Οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία αποτελούν το πιο σημαντικό μέρος των δημοσίων δαπανών και αντιπροσωπεύουν από μόνες τους το 39.9% των συνολικών δαπανών ή το 19.6% του ΑΕΠ το 2011. Στην κατηγορία «γήρας» περιλαμβάνονται όλα τα συνταξιοδοτικά συστήματα και αποτελεί τουλάχιστον το 40% των συνολικών δημοσίων δαπανών για την κοινωνική προστασία.

### **2.3 Η αύξηση των δαπανών για την υγεία**

Μολονότι η ύπαρξη της εθελοντικής ασφάλισης χρονολογείται από τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, το κράτος είναι αυτό που αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα στην διεύρυνση της κοινωνικής ασφάλισης σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Έτσι, από τα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα τα ευρωπαϊκά κράτη επεκτείνουν διαρκώς το πεδίο ευθύνης τους στον τομέα της υγείας, μέσω διαφόρων μέτρων όπως ο στρατηγικός σχεδιασμός των προσφερόμενων υπηρεσιών, η χρηματοδότηση στην έρευνα και την καινοτομία (*research and development*), η θέσπιση κανόνων αλλά και η εκπαίδευση όσον αφορά στα ιατρικά επαγγέλματα, η θέσπιση και ο έλεγχος των ιατρικών προτύπων αλλά και η επέκταση της χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας από άλλους μηχανισμούς πέρα των παραδοσιακών.

Μετά την δεκαετία του 1970, χαρακτηριστικό των ευρωπαϊκών κρατών είναι η προσπάθεια να συγκρατήσουν τα ολοένα αυξανόμενα κόστη στον τομέα της υγείας, την στιγμή που η κρατική δαπάνη για την υγεία αυξάνεται συνεχώς, στην προσπάθεια να καλύψουν αφενός τις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού τους αλλά και να εισάγουν νέες καινοτομίες στο σύστημα.

Την δεκαετία του 1980 η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στις χώρες της ΕΕ (ΕΕ-12) αντιπροσώπευε κατά μέσο όρο το 3.4% της συνολικής χρηματοδότησης για την υγείας. Η δημόσια δαπάνη για την υγεία αυξάνεται, χωρίς όμως να αποτελεί πρόβλημα μιας και η περίοδος χαρακτηρίζεται από βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη. Το κράτος κατείχε σημαντικό ρόλο όχι μόνο στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας αλλά και στην παροχή των διαφόρων υπηρεσιών, ενώ η πλειοψηφία των νοσοκομείων ανήκε παραδοσιακά στο δημόσιο.

**Πίνακας 2.3**  
**Συνολική δαπάνη Υγείας %ΑΕΠ, 1980-2013**

	1980	1990	2000	2008	2009	2010	2012	2013
Αυστρία	7.4	7.0	10.0	10.5	11.2	11.0	11.1	-
Βέλγιο	6.3	7.2	8.1	9.9	10.7	10.6	10.9	-
Τσεχία	-	4.4	6.3	6.8	7.8	7.5	7.5	-
Δανία	8.9	8.3	8.7	10.2	11.5	11.1	11.0	-
Εσθονία	-	-	5.3	6.0	7.0	6.3	5.9	-
Φινλανδία	6.3	7.7	7.2	8.3	9.2	8.9	9.1	9.4
Γαλλία	7.0	8.4	10.1	11.0	11.7	11.5	11.6	-
Γερμανία	8.4	8.3	10.4	10.7	11.7	11.6	11.2	11.3
Ελλάδα	5.9	6.7	8.0	10.1	10.1	9.5	9.3	-
Ουγγαρία	-	-	7.2	7.5	7.7	8.0	7.9	-
Ιρλανδία	8.2	6.0	6.1	8.9	9.9	9.2	8.9	-
Ιταλία	-	7.7	8.0	8.0	9.3	9.4	9.1	9.0
Λουξεμβούργο	5.2	5.4	7.5	6.8	8.0	7.6	7.1	-
Ολλανδία	7.4	8.0	8.0	11.0	11.9	12.0	12.1	-
Νορβηγία	7.0	7.6	8.4	8.6	9.8	9.4	9.2	9.6
Πολωνία	-	4.8	5.5	6.9	7.2	7.0	6.7	-
Πορτογαλία	5.1	5.7	9.3	10.2	10.8	10.7	10.2	-
Σλοβακία	-	-	5.5	8.0	9.2	8.5	8.1	-
Σλοβενία	-	-	8.3	8.3	9.3	9.0	9.3	-
Ισπανία	5.3	6.5	7.2	8.9	9.6	9.6	9.2	-
Σουηδία	8.9	8.2	8.2	9.2	9.9	9.6	9.6	-
Ελβετία	7.4	8.2	10.2	10.7	11.4	11.0	11.4	-
Ην.Βασίλειο	5.6	5.9	7.0	8.8	9.8	9.3	9.2	-

Πηγή: ΟΟΣΑ

Οι μεγάλες τεχνολογικές αλλαγές, η αποκέντρωση, η ανάγκη για περισσότερα και εξειδικευμένα προσόντα στην ιατρική, η διαφύλαξη και υπεράσπιση των δικαιωμάτων του ασθενή σαφώς και διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην αναδιάρθρωση του τομέα υγείας. Ωστόσο, ο καθοριστικός παράγοντας υπήρξε το ζητούμενο της συγκράτησης των ολοένα και αυξανόμενων δαπανών.

#### **2.4 Ο προσανατολισμός των κρατών προς τον δημοσιονομικό περιορισμό**

Οι περισσότερες κυβερνήσεις που ηγούνται των ευρωπαϊκών χωρών μετά το 1970 είναι συντηρητικές και προσπαθούν να εφαρμόσουν ένα φιλελεύθερο κυβερνητικό πρόγραμμα, προσπαθώντας να ενισχύσουν τον ρόλο της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και



τονίζοντας ως εκ τούτου τη σημασία της ιδιωτικοποίησης. Η άνοδος της Margaret Thatcher στην εξουσία της Βρετανίας αποτελεί το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα της προσπάθειας αυτής, ενώ για πολλούς αναλυτές αποτέλεσε τον προπομπό της οικονομικής και πολιτικής κρίσης που ακολούθησε στην Ευρώπη (Hans Maars 2006).

Με τα ελλείμματα και τα χρέη των κρατών μελών να αυξάνονται, η οικονομική λιτότητα αποτέλεσε και εξακολουθεί να αποτελεί τη βασικότερη επιδίωξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με τα κράτη μέλη να υπογράφουν το Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης (Stability and Growth Pact). Αποτελεί ένα κανονιστικό πλαίσιο για τον συντονισμό των εθνικών δημοσιονομικών πολιτικών στην ΕΕ, με βάση την αρχή ότι οι οικονομικές πολιτικές αποτελούν ζήτημα κοινού ενδιαφέροντος και ανησυχίας όλων των κρατών μελών. Διαθέτει δύο βασικούς πυλώνες, τον προληπτικό και τον διορθωτικό. Με βάση το Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης, το έλλειμμα της κάθε χώρας δεν θα πρέπει να ξεπερνά το 3% του ΑΕΠ της, ενώ το δημόσιο χρέος το 60% του ΑΕΠ.

Ο συνδυασμός της περικοπής φόρων, βασικού στοιχείου των προγραμματικών δηλώσεων των συντηρητικών κυβερνήσεων, και της δημοσιονομικής λιτότητας αλλά και των μεγάλων ελλειμμάτων και χρεών, κυρίως των νοτίων χωρών, επηρεάζουν συνεχώς τον τομέα της υγείας. Τα υψηλά επίπεδα ανεργίας που σημειώνονται στην ευρωζώνη αλλά και οι νέες μορφές εργασίας, μειώνουν τις κοινωνικές εισφορές και ως εκ τούτου η χρηματοδότηση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας γίνεται ολοένα και πιο περιορισμένη, με το κράτος ανήμπορο να αντλήσει δημόσιους πόρους.

Μέσα σε αυτό το ασταθές περιβάλλον αναπτύσσονται συνεχώς επιχειρήματα για τα οφέλη που μπορεί να προκύψουν από τις συνεργασίες του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα, αλλά και από την είσοδο βασικών αρχών της αγοράς στον κλάδο της υγείας.

## **2.5 Οι διαδικασίες ιδιωτικοποίησης στην υγεία**

Το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο<sup>19</sup> ορίζει την ιδιωτικοποίηση ως τη «μεταβίβαση της ιδιοκτησίας και των κρατικών λειτουργιών από το δημόσιο σε ιδιωτικούς οργανισμούς, οι οποίοι μπορεί να αποτελούν εθελοντικούς οργανισμούς καθώς και οργανισμούς κερδοσκοπικού και μη χαρακτήρα». Σε γενικές γραμμές ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει οποιαδήποτε ανάμειξη του ιδιωτικού τομέα σε υπηρεσίες και δομές του

---

<sup>19</sup> Saltman R. et al (2003), Decentralization of Healthcare, European Observatory on Health Systems and Policies

δημοσίου. Η δεκαετία του 1990 διαθέτει πολλά τέτοια παραδείγματα, κυρίως στους κλάδους των μεταφορών και των επικοινωνιών<sup>20</sup>.

Ο Saltman (2003) θέτει ορισμένους περιορισμούς όσον αφορά στον χαρακτηρισμό μιας διαδικασίας ως ιδιωτικοποίηση. Έτσι, αρχικά η ιδιωτικοποίηση έχει πολύ μικρή σχέση με την εισαγωγή ανταγωνιστικών δυνάμεων, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι επιχειρήσεις που ανήκουν στο δημόσιο δεν μπορούν να ανταγωνίζονται άλλες μέσα στην αγορά. Παράλληλα, η ιδιωτικοποίηση έχει δομικές διαφορές από παρεμβάσεις που ενθαρρύνουν την ύπαρξη πιο αυτόνομων διοικήσεων των δημοσίων επιχειρήσεων, όπως είναι τα νοσοκομεία και τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας, και ως εκ τούτου η αυτονομία των νοσοκομείων και οι ανεξάρτητες διοικήσεις δεν έχουν καμία σχέση με την ιδιωτικοποίηση εφόσον δεν συνεπάγεται μεταβίβαση περιουσιακού στοιχείου από το δημόσιο προς το ιδιωτικό τομέα. Έτσι, είναι σημαντικό να διακρίνουμε ότι στο Δημόσιο τομέα ο πάροχος είναι το Κράτος και το ευρύτερο Δημόσιο (περιφερειακές κυβερνήσεις, δημόσιοι οργανισμοί), ενώ στον Ιδιωτικό πάροχοι είναι οι κερδοσκοπικοί (μικρές επιχειρήσεις, μεγάλοι οργανισμοί) και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί.

Όταν μιλάμε για ιδιωτικοποίηση στον τομέα υγείας πρέπει να μπορούμε να ορίσουμε σε τι ακριβώς αναφερόμαστε, δηλαδή να προσδιορίσουμε αν μιλάμε για ιδιωτικοποίηση της χρηματοδότησης, των παρεχόμενων υπηρεσιών, ή της διοίκησης. Σπάνια παρατηρείται στα συστήματα υγείας των ευρωπαϊκών κρατών να πραγματοποιούνται συγχρόνως όλες οι μορφές.

Οι σκέψεις για την ιδιωτικοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, ξεκίνησαν, όπως είδαμε, από την κρίση του κράτους πρόνοιας και την άποψη ότι οι αποτελεσματικές επιχειρήσεις θα μπορούσαν να αποτελέσουν πρότυπα για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Έτσι, αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια έντονη επιχειρηματολογία γύρω από την εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στην δημόσια υγεία. Σε περιόδους κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε, τα επιχειρήματα αυτά βρίσκουν υπέρμαχες και πολλές από τις κυβερνήσεις που αδυνατούν να προσαρμοστούν στα νέα οικονομικά και κοινωνικά δεδομένα. Το πιο δημοφιλές επιχείρημα είναι ότι οι ιδιωτικοί φορείς υγείας προσφέρουν μεγαλύτερη αποδοτικότητα και καλύτερη ποιότητα στις υπηρεσίες που παρέχουν. Είναι αλήθεια ότι η διοίκηση και οι παρεχόμενες υπηρεσίες στα δημόσια νοσοκομεία δεν θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν άψογες. Ωστόσο, το σημαντικό πλεονέκτημα κόστους ενός ιδιωτικού

---

<sup>20</sup> ΟΤΕ (1996 αρχίζει η ιδιωτικοποίησή του)

παρόχου οφείλεται στην μεγάλη καθυστέρηση που σημειώνεται στην επένδυση ενός δημοσίου νοσοκομείου.

Παρομοίως, πολλοί είναι αυτοί που ισχυρίζονται ότι τα δημόσια νοσοκομεία μπορούν να αποκομίσουν πολλά οφέλη από την εμπειρία που έχει ο ιδιωτικός τομέας σε θέματα διοίκησης, αλλά και από τη μείωση των δαπανών μέσω ανάθεσης συμβάσεων σε πιο οικονομικούς παρόχους, όπως γίνεται για παράδειγμα στις υπηρεσίες καθαρισμού και σίτισης, μιας και οι μισθοί που δίνονται από την ανάδοχο εταιρεία είναι αρκετά χαμηλότεροι απ' ό,τι στο δημόσιο.

Παράλληλα, αρκετοί είναι αυτοί που πιστεύουν ότι ο ανταγωνισμός ανάμεσα στις ιδιωτικές εταιρείες φέρει πολλά οφέλη όχι μόνο στα νοσοκομεία αλλά και στους ασφαλιστικούς φορείς. Σύμφωνα με το επιχείρημα αυτό, ο ανταγωνισμός πιέζει για συνεχή βελτίωση των πακέτων παροχών, ενώ παράλληλα αναγκάζει τη μείωση ασφαλίσεων και την επέκταση των καλύψεων. Παρ' όλα αυτά, αν συγκρίνουμε τα κόστη ανάμεσα στη δημόσια και την ιδιωτική ασφάλιση η ιδιωτική ασφάλιση αυξάνει κατά πολύ το διοικητικό κόστος, γεγονός που δεν επιτρέπει σημαντική μείωση των ασφαλίσεων.

## **2.6 Ανακεφαλαίωση**

Η μεγαλύτερη συμμετοχή των ιδιωτικών επιχειρήσεων στην χρηματοδότηση της υγείας επιτρέπει, σύμφωνα με αρκετούς, στο δημόσιο να μοιραστεί τον κίνδυνο που υπάρχει κατά τον σχεδιασμό ενός συστήματος υγείας, κυρίως από υποστηρικτές των Συμπράξεων Δημοσίου- Ιδιωτικού Τομέα και της Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης, που θα δούμε αναλυτικά παρακάτω.

Οι περικοπές στους προϋπολογισμούς των κρατών για την υγεία και την κοινωνική προστασία δημιούργησαν ένα είδος «κενού» το οποίο καλείται να καλύψει τις περισσότερες φορές ο ιδιωτικός τομέας, ο οποίος καλείται να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας, τη βελτίωση της προσβασιμότητας και την εξασφάλιση της βιωσιμότητάς τους. Από τη μεριά τους, τα εθνικά συστήματα υγείας υποχρεούνται να διασφαλίζουν ένα επαρκές σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο παρέχει καθολική πρόσβαση. Σε εποχές ύφεσης, πολλές φορές ο ιδιωτικός τομέας καλείται να εξασφαλίσει στα εθνικά συστήματα υγείας, και κυρίως σε εκείνα τα οποία ταλανίζονται από την οικονομική κρίση, ένα περισσότερο σταθερό

χρηματοδοτικό μηχανισμό, ο οποίος πολλές φορές έχει την ικανότητα να εξασφαλίζει μεγαλύτερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΕΙΔΗ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ - ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

#### 3.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια οι συμπράξεις δημοσίου ιδιωτικού τομέα διαδραματίζουν ολοένα και πιο σημαντικό ρόλο στην Ευρώπη, καθώς αποτελούν ένα βασικό εργαλείο το οποίο διευκολύνει την χρηματοδότηση και την κατασκευή έργων υποδομής, καθώς και την παροχή υπηρεσιών για λογαριασμό του Δημοσίου. Κυρίως στην Ευρώπη και σε χώρες που χαρακτηρίζονται από ύφεση και περιορισμένα προγράμματα δημοσίων επενδύσεων, το βάρος κατασκευής ενός έργου υποδομής ή η παροχή ορισμένων υπηρεσιών μετατοπίζεται στον ιδιώτη λόγω των περιορισμένων προϋπολογισμών των εθνικών συστημάτων υγείας. Η μεγάλη αύξηση των συμπράξεων δημοσίου-ιδιωτικού τομέα καταγράφεται στον χώρο της υγείας, σε έργα υγειονομικού ενδιαφέροντος όπως η κατασκευή νοσοκομείων, η παροχή κλινικών και μη κλινικών υπηρεσιών.

Στο παρόν κεφάλαιο, θα επιχειρήσουμε να αναλύσουμε τις διάφορες προσεγγίσεις κατά τον ορισμό μιας σύμπραξη δημοσίου ιδιωτικού τομέα και θα διαπιστώσουμε ότι παρά την απουσία ενός κοινά αποδεκτού ορισμού τα βασικά χαρακτηριστικά της (επιμερισμός κινδύνου, οικονομικό όφελος από την επένδυση) είναι κοινά σε όλες τις χώρες, όχι μόνο της Ευρώπης αλλά παγκοσμίως.

#### 3.2 Ορισμός της Σύμπραξης Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα

Οι Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού τομέα αποτελούν συμφωνίες-συνεργασίες ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα μέρη: το δημόσιο τομέα (δηλαδή την κυβέρνηση, διάφορους φορείς δημοσίου, τοπικές αρχές) και τον ιδιωτικό (ιδιωτικές εταιρείες κερδοσκοπικού ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα). Οι συνεργασίες αυτές στοχεύουν στην παροχή υπηρεσιών από τη μεριά του ιδιωτικού για λογαριασμό του δημοσίου και βασίζονται σε μια συμφωνία μεταξύ των ενδιαφερόμενων μερών, από όπου απορρέουν αμοιβαίες υποχρεώσεις και κοινά συμφέροντα.

Για να μπορεί η συμφωνία αυτή να αποφέρει τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα και για τα δύο μέρη, προϋποθέτει αφενός ότι τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός τομέας

επιδιώκουν κάποιο οικονομικό όφελος από αυτήν το οποίο έχει καθοριστεί εκ των προτέρων. Αφετέρου, είναι ξεκάθαρο και στα δύο εμπλεκόμενα μέρη ότι εκτός από τα οφέλη που θα προκύψουν θα επιμεριστούν και οποιαδήποτε μορφή κινδύνου προκύψει. Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας<sup>21</sup>, η επιτυχής συνεργασία προϋποθέτει «σαφείς και ξεκάθαρους στόχους από την αρχή, οριοθετημένους και συμφωνημένους ρόλους και ευθύνες, ξεκάθαρη καταγραφή των πλεονεκτημάτων που προκύπτουν για όλα τα μέρη, διαφάνεια, ισότιμη συμμετοχή και τέλος επίτευξη των στόχων».

Παρόλο που ο όρος Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) χρησιμοποιείται ήδη από την δεκαετία του 1990, δεν υπάρχει ένας κοινός ορισμός, αλλά ούτε ένα μοναδικό μοντέλο ΣΔΙΤ στην Ευρώπη, γεγονός που εξηγεί τη μεγάλη ποικιλομορφία στις διάφορες πρακτικές που εφαρμόζονται από τα κράτη, ώστε να διευκολυνθεί η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών και υποδομών προς το δημόσιο. Σε κάποιες χώρες οι ΣΔΙΤ αφορούν μόνο τις συμβάσεις παραχώρησης (concessions), όπου οι υπηρεσίες που παρέχονται πληρώνονται από το δημόσιο, ενώ σε άλλες οι ΣΔΙΤ μπορούν να περιλαμβάνουν κάθε μορφή εξωτερικής ανάθεσης (outsourcing) και κοινοπραξίας ανάμεσα σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Ο ΟΟΣΑ (*OECD 2008*) ορίζει την σύμπραξη δημόσιου ιδιωτικού τομέα ως την συμφωνία ανάμεσα σε μια κυβέρνηση και σε έναν ή περισσότερους ιδιωτικούς εταίρους σύμφωνα με την οποία οι ιδιωτικοί εταίροι παραδίδουν μια υπηρεσία με τέτοιο τρόπο ώστε οι στόχοι τα κυβέρνησης που απορρέουν από την παραδοτέα υπηρεσία να συνάδουν με το επιδιωκόμενο κέρδος του ιδιώτη.

Από την άλλη, σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (*IMF 2006*) η σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα αφορά στις συμφωνίες εκείνες όπου ο ιδιωτικός τομέας παρέχει έργα υποδομής και υπηρεσίες που παραδοσιακά παρέχονταν από το δημόσιο. Πέραν από την υλοποίηση και την χρηματοδότηση της δημόσιας επένδυσης από τον ιδιωτικό τομέα, οι συμπράξεις, σύμφωνα με το ΔΝΤ, διαθέτουν δύο ακόμα βασικά χαρακτηριστικά: δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην παροχή της υπηρεσίας από τον ιδιώτη, ενώ παράλληλα μετατοπίζεται ένα μεγάλο μερίδιο κινδύνου από το δημόσιο προς τον ιδιώτη εταίρο. Οι συμπράξεις χρησιμοποιούνται σε πολλά έργα υποδομής αλλά πιο συχνά χρησιμοποιούνται για την κατασκευή και την λειτουργία νοσοκομείων, φυλακών, σχολείων, δρόμων, γεφυρών.

---

<sup>21</sup> Buse K. and Walt G.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, εξέδωσε το 2004 την Πράσινη Βίβλο για τις Συμπράξεις Δημοσίου- Ιδιωτικού Τομέα (*Green Paper on public-private partnerships and Community Law on public contracts and concessions*<sup>22</sup>). Έτσι, οι συμπράξεις ορίζουν ή περιγράφουν την σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον δημόσιο τομέα και τον ιδιωτικό, με σκοπό να εξασφαλίσει την χρηματοδότηση, την κατασκευή, την ανακαίνιση, την διαχείριση ή τη συντήρηση μιας υποδομής ή την παροχή μιας υπηρεσίας του δημοσίου.

Σύμφωνα με τη Ευρωπαϊκή Επιτροπή, οι Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά τις *συμπράξεις καθαρά συμβατικού τύπου*, όπου η σύμπραξη μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού βασίζεται σε αποκλειστικά συμβατικούς δεσμούς (πχ. σχεδιασμός, χρηματοδότηση, υλοποίηση, ανακαίνιση ή εκμετάλλευση ενός έργου ή μιας υπηρεσίας). Βασικό χαρακτηριστικό των συμβάσεων αυτών αποτελεί η άμεση σχέση μεταξύ του εταίρου του ιδιωτικού τομέα και του τελικού χρήστη. Δηλαδή, ο εταίρος του ιδιωτικού τομέα παρέχει μια υπηρεσία αλλά υπό τον αυστηρό έλεγχο του δημοσίου. Η δεύτερη κατηγορία αφορά σε *συμπράξεις θεσμοθετημένου τύπου*, όπου υφίσταται συνεργασία στο πλαίσιο ενός άλλου φορέα. Απαιτείται η δημιουργία ενός φορέα, ο οποίος ελέγχεται από κοινού από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Αυτός ο φορέας αποτελεί νομικό πρόσωπο και επιτρέπει στο δημόσιο να διατηρεί υψηλό έλεγχο των εργασιών.

Ωστόσο στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει και η γεωγραφική, θα μπορούσαμε να πούμε, προσέγγιση των συμπράξεων αυτών. Για παράδειγμα, η Κορέα ορίζει ως Σύμπραξη Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα την κατασκευή και λειτουργία έργων υποδομής όπως είναι οι δρόμοι, οι σιδηρόδρομοι, τα σχολεία και οι περιβαλλοντικές εγκαταστάσεις, μέσω ιδιωτικού κεφαλαίου. Για την Νότια Αφρική η σύμπραξη αποτελεί μια εμπορική συναλλαγή ανάμεσα σε θεσμικά κυβερνητικά όργανα και ένα ιδιώτη, κατά την οποία ο ιδιώτης είτε πραγματοποιεί μια θεσμική λειτουργία για λογαριασμό του φορέα για συγκεκριμένη ή μη χρονική περίοδο, είτε αποκτά δικαιωματικά την χρήση μια κρατικής περιουσίας για δικό του αποκλειστικά και μόνο εμπορικό συμφέρον. Η Αγγλία, από την άλλη, ορίζει τις συνεργασίες αυτές ως «καθεστώτα που χαρακτηρίζονται από κοινή εργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού

---

<sup>22</sup> European Commission (2004), Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions, COM 2004:327

φορέα. Στην ευρύτερη τους μορφή καλύπτουν όλα τα είδη συνεργασίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα<sup>23</sup>».

Για την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων (EIB, 2004), αποτελεί έναν γενικό όρο για τις συνεργασίες-συμπράξεις που αναπτύσσονται μεταξύ φορέων του δημοσίου και του ιδιωτικού, με σκοπό να εισάγουν πηγές χρηματοδότησης ή τεχνογνωσία ώστε να διευκολυνθεί η πραγματοποίηση ενός δημοσίου έργου ή υπηρεσίας. Επομένως, ο όρος Σύμπραξη Δημοσίου- Ιδιωτικού περιγράφει τις διάφορες μορφές εργασίας, ανεπίσημες ή στρατηγικής σημασίας, καθώς και τις επίσημες κοινοπραξίες.

Παρά τις ποικίλες προσεγγίσεις, εύκολα διακρίνονται τα κοινά βασικά σταθερά χαρακτηριστικά των Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού τομέα που είναι η σχετικά μεγάλη διάρκεια της συμφωνίας, ο τρόπος χρηματοδότησης του έργου που και ο επιμερισμός του κινδύνου ανάμεσα στον δημόσιο εταίρο και τον ιδιωτικό. Η υλοποίηση τώρα των συνεργασιών αυτών γίνεται υπό διάφορες μορφές (Πίνακας 3.1).

**Πίνακας 3.1**

**Ευρωπαϊκά μοντέλα Σύμπραξης Δημοσίου-Ιδιωτικού τομέα**

		Ανάθεση (Outsourcing)	PFI	Παραχώρηση (Concession)	Μίσθωση (Lease)	BOT
<b>Λειτουργία</b>	Λειτουργία της υπηρεσίας	x	x	x	x	x
<b>Χρηματοδότηση</b>	Επένδυση κεφαλαίου που χρηματοδοτείται από τον ιδιώτη		x	x		x
	Καλύπτεται μέσω των τελών χρήσης			x	x	
	Καλύπτεται από το συμβόλαιο	x	x			x

<sup>23</sup> HM Treasury (2008), Infrastructure Procurement: Delivering Long-Term Value



	με την αρχή (πχ δήμος)				
<b>Κατασκευή</b>	Κατασκευή περιουσιακο ύ στοιχείου από ιδιωτική εταιρεία	x	x	x	x
<b>Ιδιοκτησία</b>	Στο δημόσιο πριν και μετά την σύμβαση	x	x	x	x
	Στον ιδιώτη κατά την διάρκεια της σύμβασης και στο δημόσιο μετά			x	x
	Στον ιδιώτη επ' αόριστον				

Πηγή: European Investment Bank

Η εξωτερική ανάθεση (*outsourcing*) υπηρεσιών περιλαμβάνει απλά ένα συμβόλαιο για την εκτέλεση μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας (όπως η σίτιση, η διαχείριση απορριμμάτων, η φύλαξη και η ασφάλεια ενός κτιρίου). Στο βρετανικό μοντέλο Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (*PFI*) η ιδιωτική εταιρεία αναλαμβάνει τον σχεδιασμό και την κατασκευή συγκεκριμένων επενδυτικών προγραμμάτων, αποσβένει τα χρήματα μέσω συμβολαίου παροχής υπηρεσιών, ενώ η ιδιοκτησία παραμένει στο δημόσιο. Αντίστοιχες είναι και οι παραχωρήσεις (*concessions*) μόνο που η χρηματοδότηση αποσβένεται από τις χρεώσεις των καταναλωτών. Μέσω της μίσθωσης (*lease*) η εταιρεία αντί να προχωρήσει σε άμεση επένδυση λειτουργεί και συντηρεί την υποδομή, ενώ στα σχήματα BOT (*build, operate, transfer*), το επενδυτικό στοιχείο κατασκευάζεται και ανήκει στην εταιρεία για μια συγκεκριμένη περίοδο, ενώ μετά περνάει στην κατοχή του δημοσίου.

Έτσι, η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα γίνεται υπό τη μορφή διαφόρων εταιρειών και νομικών μορφών, πάντα με βάση την αρχή ότι θα αναλάβει μέρος του κινδύνου. Οι

επενδύσεις αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν τις ιδιωτικές δαπάνες κεφαλαίου για την απόκτηση νέων περιουσιακών στοιχείων ή την αναβάθμιση των υπαρχόντων (αεροδρόμια, σιδηρόδρομοι, δρόμοι, δημόσια κτίρια όπως νοσοκομεία, σχολεία, φυλακές). Παρά τα διαφορετικά μοντέλα, οι Συμπράξεις Δημοσίου-ιδιωτικού διέπονται από ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, όπως είναι η μεγάλη χρονική διάρκεια της συνεργασίας, η συμμετοχή του ιδιώτη εταίρου στην χρηματοδότηση αλλά και στα διάφορα στάδια υλοποίησης του σχεδίου, και τέλος η κατανομή κινδύνων μεταξύ του εταίρου του δημοσίου και του εταίρου του ιδιωτικού τομέα.

### **3.3 Τα είδη Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στον κλάδο της Υγείας**

Σύμφωνα με τον Εκτελεστικό Οργανισμό για τους Καταναλωτές, την Υγεία και τα Τρόφιμα<sup>24</sup> σημειώνονται επτά είδη σύμπραξης δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

---

<sup>24</sup> Consumers, Health and Food Executive Agency (CHAFEA)

### Πίνακας 3.2

#### Είδη Συμπράξεων Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα

Είδη	Βασικά χαρακτηριστικά
Διαμονή	Υποδομές νοσοκομείων και διαχείριση εγκαταστάσεων (διάφορες Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης)
Διαμονή	Όπως το πρώτο, αλλά με την Εταιρεία Ειδικού σκοπού να ανήκει ολοκληρωτικά στο Δημόσιο
Παρατεταμένη διαμονή	Όπως το δεύτερο, αλλά περιλαμβάνει επιπλέον υπηρεσίες IT, τροφοδοσίας καθώς και την εγκατάσταση και επισκευή του ιατρικού εξοπλισμού
«Δίδυμη»-εταιρεία ειδικού σκοπού (twin-SPV)	Κοινοπραξία με άλλο φορέα-εταιρεία για την υποδομή (Αγγλία) και άλλο για την παροχή κλινικών υπηρεσιών (Πορτογαλία)
Διαμονή και διάφορες υπηρεσίες	Εξειδικευμένες μονάδες νοσοκομείων με την διαχείριση και τις ιατρικές υπηρεσίες να παρέχονται από τον ιδιωτικό φορέα (Νοσοκομείο Coxa στην Πορτογαλία, κέντρα αιμοκάθαρσης κλπ)
Ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών και παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας	Υποδομή και ιατρικές υπηρεσίες (Γερμανία)
Πλήρης παροχή υπηρεσιών, τριτοβάθμια φροντίδα υγείας με διδασκαλία και R&D	Πανεπιστημιακές μονάδες νοσοκομείων με ιατρικές υπηρεσίες (Γερμανία)
Πλήρης παροχή υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα ιατρικής περίθαλψης	Ολοκληρωμένη νοσοκομειακή και πρωτοβάθμια περίθαλψη (Ισπανία)

Πηγή: ΟΟΣΑ, Ευρωπαϊκή Επιτροπή

Βασική προϋπόθεση μιας επιτυχούς συνεργασίας για το δημόσιο είναι η προκύπτουσα οικονομική αποδοτικότητα για το δημόσιο τομέα (*value for money*). Πιο συγκεκριμένα τα προγράμματα που δεν προσδίδουν προστιθέμενη αξία στο δημόσιο οφείλουν να μην συνεχίζονται και να αντικαθίστανται<sup>25</sup>. Οι βασικές αρχές των

<sup>25</sup> Για να είναι επιτυχημένη μια συνεργασία θα πρέπει να προκύπτουν οφέλη και για τους δυο εμπλεκόμενους φορείς. Όταν επωφελείται μόνο η μία πλευρά τότε η συνεργασία δεν είναι βιώσιμη και σίγουρα είναι ανεπιτυχής.

Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού τομέα επικεντρώνονται στον τρόπο που θα πρέπει να ευθυγραμμίζονται μεταξύ τους τα διάφορα επίπεδα του δημοσίου τομέα, από τον θεσμικό σχεδιασμό, το νομικό πλαίσιο, τον ανταγωνισμό, την δημοσιονομική διαφάνεια μέχρι την φορολογική πολιτική και την διαφάνεια σε όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης.

Οι κυβερνήσεις οφείλουν πρώτα από όλα να αναλογιστούν τα σχετικά κόστη, οφέλη και κινδύνους που ενέχει η σύμπραξη και η παραδοσιακή μέθοδος συμβάσεων. Το βάρος πέφτει κυρίως στα Υπουργεία Οικονομικών και στα υπόλοιπα αρμόδια υπουργεία και φορείς. Δεδομένης της πολυπλοκότητας και της μακροχρόνιας διάρκειας, που τις χαρακτηρίζουν, η δέσμευση με την κοινωνία αποτελεί προαπαιτούμενο μιας επιτυχημένης σύμπραξης, κυρίως στις περιπτώσεις όπου προκύπτουν δημόσιες κοινωνικές υπηρεσίες, όπως είναι τα νοσοκομεία. Βασικό στοιχείο για την ορθή πορεία των διαδικασιών είναι η ενεργός διαβούλευση και δέσμευση ανάμεσα στους εμπλεκόμενους φορείς. Ακριβώς επειδή η χρήση των ΣΔΙΤ εισάγει μια περισσότερο «ιδιωτική» προσέγγιση των υπηρεσιών που άλλοτε παρέχονταν αποκλειστικά από το δημόσιο είναι πιθανό να επηρεάσουν τόσο τις συνθήκες εργασίας όσο και την φιλοσοφία της εργασίας.

Οι ρυθμιστικές και θεσμικές αλλαγές είναι απαραίτητες ώστε να εξασφαλίζεται η προστιθέμενη αξία για το δημόσιο τομέα. Όταν μιλάμε για ρυθμιστικές αλλαγές εννοούμε την ύπαρξη μιας υγιούς διαδικασίας συμβάσεων, τον σωστό προϋπολογισμό, τον συνεχή έλεγχο της σύμπραξης, αλλά και την στενή παρακολούθηση και εφαρμογή των ρυθμιστικών κανόνων που απορρέουν από την συναπτόμενη σχέση. Όλα αυτά μπορούν να πραγματοποιούνται από διάφορους φορείς, οι οποίοι όμως έχουν διακριτούς ρόλους έτσι ώστε να μπορεί να διασφαλίζεται η λογοδοσία. Η υπεύθυνη αρχή για την ΣΔΙΤ είναι ο καθ' ύλην υπεύθυνος φορέας για το υπό εκτέλεση έργο ή υπηρεσία. Είναι υπεύθυνη για την προετοιμασία, την διαπραγμάτευση και την διαχείριση της σύμβασης, καθώς επίσης για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της πορείας του έργου σε όλες τους τις φάσεις.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διασφαλίζεται πως όλες οι σημαντικές ρυθμίσεις που επηρεάζουν την πορεία της ΣΔΙΤ είναι ξεκάθαρες, διαφανείς και ενισχυμένες, ενώ παράλληλα η γραφειοκρατία ελαχιστοποιείται. Και αυτό επειδή η ύπαρξη ενός κοινού ρυθμιστικού περιβάλλοντος, που διέπεται από την αρχή της κοινής νομοθέτησης μειώνει το κόστος του έργου. Η σύμβαση αποτελεί την βάση της ΣΔΙΤ. Έτσι η ύπαρξη ενός ξεκάθਾਰου και διαφανούς ρυθμιστικού πλαισίου δημιουργεί εμπιστοσύνη ανάμεσα σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς καθώς απαλείφει πιθανά εμπόδια και

περιορισμούς στην συμμετοχή. Ένα τέτοιου είδους ρυθμιστικό πλαίσιο, ενδυναμώνει τον ανταγωνισμό ελαχιστοποιώντας παράλληλα το κίνδυνο σύγκρουσης συμφερόντων, διαφθοράς και μη ορθής συμπεριφοράς. Για αυτόν τον λόγο, οι κυβερνήσεις θα πρέπει να τηρούν τις αρχές της Ανοιχτής Διακυβέρνησης<sup>26</sup>.

Οι ιδιωτικές επενδύσεις διευκολύνονται όταν μειώνονται οι άσκοπες γραφειοκρατικές διαδικασίες, καθώς και οι καθυστερήσεις στις διαδικασίες έγκρισης. Ένα αποτελεσματικό κανονιστικό πλαίσιο συνεπάγεται την προσεκτική αξιολόγηση των νέων κανονισμών καθώς και την συστηματική αναθεώρηση των σημαντικών κανονιστικών διατάξεων ώστε να διασφαλίζεται ότι ανανεώνονται συνεχώς, είναι αποτελεσματικές και συνεπείς και επαληθεύουν τους επιδιωκόμενους στόχους.

Παράλληλα, μείζον θέμα αποτελεί η προτεραιοποίηση σε ανώτερο πολιτικό επίπεδο όλων των επενδυτικών έργων. Η απόφαση πραγματοποίησης ενός τέτοιου έργου, πρέπει να περιλαμβάνει την αρχική εκτίμηση κόστους και την αξιολόγηση του κόστους ευκαιρίας. Η απόφαση επένδυσης πρέπει να περιλαμβάνει μια συνολική ανάλυση κόστους-οφέλους η οποία θα αντιμετωπίζει τις αλληλεπιδράσεις που ενδέχεται να προκύψουν με άλλα κυβερνητικά έργα και στόχους. Για τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), δεν θα πρέπει να επιτρέπεται στα αρμόδια υπουργεία και τους εμπλεκόμενους φορείς να προχωρούν σε τέτοιες επενδύσεις αν δεν είναι εναρμονισμένα με τις γενικές κυβερνητικές πολιτικές προτεραιότητες.

### **3.4 Τα βασικά χαρακτηριστικά των Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού**

#### **3.4.1 Διάρθρωση των συμβάσεων**

Ανάλογα με το είδος της σύμπραξης, η μεγαλύτερη πλειοψηφία των συμβάσεων χαρακτηρίζεται από δυο βασικές διαστάσεις: τις συμβάσεις που αφορούν σε έργα υποδομής και τις συμβάσεις που αφορούν στις υπηρεσίες..

Οι συμβάσεις που αφορούν σε υποδομές συνήθως περιλαμβάνουν ετήσιες πληρωμές από την αναθέτουσα αρχή και κάποιες κρατικές εγγυήσεις με στόχο να επιτύχει το δημόσιο τη χαμηλότερη δυνατή χρηματοδότηση. Η χρονική διάρκεια των συμβάσεων είναι μεγάλη (συνήθως 20-30 χρόνια) δίνοντας την δυνατότητα στην επένδυση να αποφέρει το απαραίτητο εμπορικό κέρδος. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, το

---

<sup>26</sup> Open Government Partnership (OGP) <http://www.opengovpartnership.org/>

δημόσιο κατέχει την ιδιοκτησία της γης και πολύ συχνά μετά το τέλος της περιόδου σύμβασης όλα τα ενσώματα περιουσιακά στοιχεία περνάνε σε εκείνο.

Από την άλλη, οι συμβάσεις που αφορούν σε υπηρεσίες ποικίλουν ως προς το είδος, τους κινδύνους, την διάρκεια και τον όγκο των υπηρεσιών και τις πληρωμές. Είναι πολύ σημαντικό να έχουμε στο μυαλό μας ότι σε ένα έργο που υλοποιείται μέσω ΣΔΙΤ μπορεί να υπάρχει είτε ένα πολυσύνθετο συμβόλαιο είτε επιμέρους συμβόλαια για όλο τον κύκλο του έργου. Συνήθως είναι βραχυπρόθεσμης διάρκειας (7-10-15 χρόνια) και υπάρχει η δυνατότητα επέκτασής τους έτσι ώστε να μπορούν να αναπροσαρμόζονται και να ικανοποιούν έτσι τόσο το δημόσιο όσο και τον ανάδοχο.

Στην περίπτωση των κλινικών υπηρεσιών βασικό χαρακτηριστικό είναι η μεταβίβαση του προσωπικού στον ιδιώτη από την αρχή της σύμβαση και επιστροφή στο δημόσιο στην περίπτωση που το προβλέπει η σύμβαση. Αυτό πολλές φορές αποτελεί ένα πολύπλοκο θέμα, καθώς αλλάζουν οι συμβάσεις εργασίας κατά τη μεταφορά από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες όπου οι εργασιακή νομοθεσία και οι συμβάσεις εργασίας των εργαζομένων διαφέρουν αρκετά μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, η μετατροπή ή αντικατάσταση μιας νοσοκομειακής μονάδας σε νοσοκομείο ΣΔΙΤ συνεπάγεται συχνά δυο κατηγορίες εργαζομένων, τους μόνιμους δημοσίους υπαλλήλους που ανήκουν στο εκάστοτε εθνικό σύστημα υγείας και τους νέο-προσλαμβανόμενους από τον ιδιώτη. Αυτό αποτελεί ένα επιπρόσθετο κόστος για την σύμπραξη. Για παράδειγμα, στην Γερμανία οι εργασιακοί όροι αλλάζουν και μετά από ένα χρόνο ο φορέας υλοποίησης του έργου μπορεί να διαπραγματευτεί τις συμβάσεις εργασίας και οι αμοιβές στις περισσότερες περιπτώσεις βασίζονται κυρίως στην απόδοση και όχι στη μισθολογική κλίμακα των δημοσίων υπαλλήλων του εκάστοτε νοσοκομείου.

### **3.4.2 Επιμερισμός κινδύνου ανάμεσα στον δημόσιο και ιδιωτικό εταίρο**

Δεν υπάρχει έργο χωρίς τον κίνδυνο της αβεβαιότητας και της ζημιάς για τον ανάδοχο. Κίνδυνο μπορεί να αποτελεί η μεταβολή στη ζήτηση, οι δημογραφικές αλλαγές και οι επιδημιολογικές εξελίξεις, ατυχήματα, καθυστερήσεις ή επιπρόσθετα κόστη κατά την κατασκευή, λάθη κατά την λειτουργία του νοσοκομείου, μεταβολές στα εργασιακά που μπορούν να επηρεάσουν την λειτουργία. Τα έγγραφα του διαγωνισμού καθώς και η τελική σύμβαση ανάθεσης αναλύουν ποιος από τους εμπλεκόμενους είναι υπεύθυνος να αναλάβει το κόστος αυτών των πιθανών κινδύνων.

Ο προσδιορισμός και ο επιμερισμός του κινδύνου ενσωματώνεται στις διατάξεις της σύμβασης με τη μορφή ενός πίνακα<sup>27</sup>. Οι ρυθμίσεις επιμερισμού κινδύνου (risk sharing arrangements) έχουν να κάνουν με:

α) τον κίνδυνο επένδυσης κεφαλαίου (κατά την κατασκευή και την χρηματοδότηση), ο οποίος συνήθως μετατοπίζεται στον ιδιωτικό φορέα

β) τον κίνδυνο των εσόδων., όπου το δημόσιο αναλαμβάνει κάποιο κίνδυνο όταν καλύπτει ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Ωστόσο, και οι δυο πλευρές αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο των εσόδων, ο οποίος μπορεί να μετριαστεί επιτρέποντας την λειτουργία αμιγώς ιδιωτικών ιατρείων μέσα στον χώρο.

γ) τον κίνδυνο της αγοράς, όπου ο φορέας που παρέχει μια υπηρεσία μέσω σύμπραξης, είτε είναι το δημόσιο είτε είναι ο ιδιωτικός, καλείται να ανταγωνιστεί με κάποιον άλλον πάροχο για συγκεκριμένες επιλεκτικές υπηρεσίες

Οι παρακάτω πίνακες, εμπεριέχουν σχηματικά τους τυπικούς κινδύνους που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι εμπλεκόμενοι φορείς κατά την κατασκευή ενός έργου και κατά την περίπτωση που η σύμπραξη αφορά σε κλινικές υπηρεσίες αντίστοιχα. Θα δούμε ότι, στην πρώτη περίπτωση, πέραν των εμφανών κινδύνων, όπως πχ καθυστερήσεις, προβλήματα ρευστότητας, υπερβάσεις στο προβλεφθέν κόστος, για τους οποίους συνήθως υπάρχουν προβλέψεις στη σύμβαση, υπάρχουν κίνδυνοι που δύσκολα μπορούν να προβλεφθούν από την αρχή.

---

<sup>27</sup> A. Akintoye, Li Bing, P.J. Edwards, C. Hardcastle The allocation of risk in PPP/PFI construction projects in the UK

### Πίνακας 3.3

#### Κίνδυνοι που δεν μπορούν να προβλεφθούν από την αρχή

Κίνδυνος	Μεταβίβαση προς τον ιδιώτη	Μη μεταβίβαση, βαρύνει το δημόσιο
<b>Σχεδιασμός</b>		
<u>Μη τήρηση των συμφωνημένων προτύπων</u> αύξηση του κόστους που οφείλεται σε αλλαγές στον αρχικό σχεδιασμό	<b>x</b>	
<u>Αλλαγές στον σχεδιασμό</u> Αλλαγές στο κόστος μετά από αλλαγές στην επιθυμία των συμβαλλόμενων μερών		<b>x</b>
<u>Εγκρίσεις</u> Κόστη εξαιτίας των καθυστερήσεων που προκλήθηκαν λόγω των αλλαγών που ζήτησαν τα συμβαλλόμενα μέρη		<b>x</b>
<b>Κατασκευή</b>		
<u>Μεταβίβαση του οικοπέδου</u> Καθυστερήσεις λόγω της αργής μεταβίβασης του οικοπέδου, αύξηση του κόστους των οικοπέδων		<b>x</b>
<u>Αυξημένα κόστη κατασκευής</u> Λάθη, Παραλείψεις στους υπολογισμούς, κακής ποιότητας project management, προβλήματα από το είδος του οικοπέδου (αρχαιολογικά ευρήματα)	<b>x</b>	
<u>Αύξηση στον χρόνο διάρκειας της κατασκευής</u> Κακός αρχικός προγραμματισμός, κακός έλεγχος, καιρικές συνθήκες	<b>x</b>	
<b>Συνολικοί κίνδυνοι</b>		
<u>Ανωτέρας Βίας</u> Κόστη που δεν έχουν προγραμματιστεί όπως οι φυσικές καταστροφές	<b>(x)</b> (εφόσον υπάρχει ασφάλιση)	<b>x</b>
<u>Πολιτικοί λόγοι ανωτέρας βίας</u>	<b>(x)</b>	<b>(x)</b>



Απεργίες, Καταλήψεις	(εφόσον υπάρχει ασφάλιση)	
<u>Αλλαγές στη νομοθεσία, στις κατευθυντήριες οδηγίες κλπ</u> Κόστη που προκαλούνται από νέους περιορισμούς στην κατασκευή, πρότυπα εργασίας και ασφάλειας	(x)	(x)
<u>Χρηματοδότηση</u> Καθυστέρηση στην χορήγηση της χρηματοδότησης, μεγαλύτερο ποσό χρηματοδότησης απ ότι είχε προβλεφτεί λόγω αλλαγών στα επιτόκια, στις συναλλαγματικές ισοτιμίες)	x	
<b>Λειτουργία και Διαχείριση</b>		
<u>Αύξηση του κόστους για την διαχείριση των υποδομών</u> Λάθη και παραλείψεις στους υπολογισμούς, απόκλιση από τα προκαθορισμένα πρότυπα	x	
<u>Αύξηση του κόστους τεχνικών υπηρεσιών</u> Λάθη και παραλείψεις στους υπολογισμούς, απόκλιση από τα προκαθορισμένα πρότυπα	x	
<u>Τεχνολογικά απαρχαιωμένες εγκαταστάσεις</u> Η χρήση πεπαλαιωμένης τεχνολογίας δημιουργεί επιπρόσθετο βάρος κυρίως λόγω του εκσυγχρονισμού που χρειάζεται προκειμένου να διατηρηθεί το απαραίτητο επίπεδο των υπηρεσιών	x	
<u>Χρήση της παραγωγικής ικανότητας</u> Αυξημένη ή μειωμένη χρήση οδηγεί σε αύξηση ή μείωση αντίστοιχα του κόστους		x
<u>Ασφάλεια και Βανδαλισμοί</u> Κόστη που δημιουργούνται από σκόπιμες ζημιές	(x) για συγκεκριμένη χρονική περίοδο	(x) για συγκεκριμένη χρονική περίοδο

Υπολειμματική αξία του κτιρίου

(x)

Αλλαγές στην αξία του κτιρίου μέχρι  
το τέλος του έργου

Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ΟΟΣΑ

Υπάρχουν περιπτώσεις συμπράξεων, όπως στη Γερμανία, όπου ο ιδιώτης εταίρος καλύπτει όλους τους κινδύνους, αλλά προβλέπεται ένα είδος εγγύησης από το κράτος για τον κίνδυνο αποπληρωμής εκ μέρους του οφειλέτη.

Κάθε κράτος προσαρμόζει τις Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα ανάλογα με τις ανάγκες του. Το κοινό χαρακτηριστικό είναι η αφορμή που οδηγείται το δημόσιο να προχωρήσει σε αυτήν τη μορφή συνεργασίας, και δεν είναι άλλη από το οικονομικό όφελος που αναμένει από αυτή.

### 3.4.3 Μηχανισμοί πληρωμής

Οι Συμπράξεις Δημοσίου ιδιωτικού Τομέα διαφέρουν ως προς τους μηχανισμούς πληρωμής. Για παράδειγμα, στην Γερμανία παρατηρούμε πως οι ιδιωτικοί πάροχοι υπηρεσιών λαμβάνουν το ίδιο ύψος δημόσιας χρηματοδότησης με τα δημόσια νοσοκομεία, ωστόσο χρηματοδοτούν το μερίδιο που τους αναλογεί για τα απαραίτητα ίδια κεφάλαια που χρειάζονται κυρίως από τις ταμειακές τους ροές ή μέσω τραπεζικών δανείων. Όσον αφορά στο κόστος θεραπείες εντός κάποιας νοσοκομειακής μονάδας, αυτό συνήθως καλύπτεται μέσα από τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN/DRGs).

Σημαντική τάση αποτελεί το πέρασμα των εσόδων από την κρατική χρηματοδότηση προς την χρηματοδότηση των ιατρικών πράξεων, πράγμα που συμβαίνει στα δημόσια νοσοκομεία. Ωστόσο, οι υπηρεσίες που παρέχονται μέσω Συμπράξεων Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα και αποζημιώνονται ανά πράξη απαιτούν συστηματικό και συνεχή έλεγχο.

Για αυτόν τον λόγο, τα πιο καινοτόμα ολοκληρωμένα μοντέλα σύμπραξης ακολούθησαν την κατά κεφαλήν μέθοδο πληρωμής των υπηρεσιών, χρησιμοποιώντας διάφορους προσαρμοσμένους δείκτες. Οι υψηλού κόστους υπηρεσίες αποζημιώνονται τις περισσότερες φορές ξεχωριστά από το δημόσιο, ώστε να μπορεί να έχει τον έλεγχο ως προς τον αριθμό των δικαιούχων αλλά και να μπορεί να αποτρέψει τον ιδιωτικό τομέα από σπατάλες που θα μπορούσαν να αποβούν καταστροφικές. διαχωρισμό της πληρωμής των υπηρεσιών από την παροχή τους.

### **3.5 Ανακεφαλαίωση**

Κάθε συμβόλαιο συνεργασίας μεταξύ ενός δημοσίου φορέα και ενός ιδιωτικού θα πρέπει να ορίζει ξεκάθαρα τους όρους της συμφωνίας, καθώς αντανακλά τις κοινές υποχρεώσεις που αναλαμβάνουν. Για να μπορέσει τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός τομέας να πετύχουν τα οφέλη που αναμένουν, θα πρέπει από την αρχή του έργου να έχουν γίνει σαφείς οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι που θα κληθεί να αναλάβει ο καθένας. Μέσα στο μεγάλο χρονικό διάστημα που ορίζει η σύμβαση είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει προβλεψιμότητα και για τις δυο μεριές, ώστε να διασφαλίζεται η βιωσιμότητα και κατ' επέκταση η αποδοτικότητα του έργου ή της υπηρεσίας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΟΙ ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ-ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 4.1 Εισαγωγή

Η ανάγκη του ευρωπαϊκών δημοσίων συστημάτων υγείας να ανταπεξέρχονται στις ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες των πολιτών, οδήγησε στην επέκταση των συμπράξεων δημοσίου-ιδιωτικού τομέα και στον τομέα τη υγεία.

Στο παρόν κεφάλαιο θα αναλύσουμε τα πιο ολοκληρωμένα προγράμματα Σύμπραξης Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στον κλάδο της Υγείας στην Ευρώπη. Η κάθε χώρα επιλέγει το μοντέλο σύμπραξης το οποίο ταιριάζει περισσότερο στα χαρακτηριστικά του συστήματός της. Όπως θα δούμε, χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν βασίσει τη δομή του εθνικού συστήματος υγείας σε αυτήν τη μορφή συνεργασίας και στην ουσία δεν πραγματοποιούν έργα έξω από αυτή τη μορφή συνεργασίας. Ο βασικός λόγος που υιοθετείται αυτή η πρακτική από τις εκάστοτε κυβερνήσεις είναι, όπως θα δούμε, αρχικά οικονομικός, καθώς λόγω των περιορισμένων κρατικών προϋπολογισμών από τη μία και των δημογραφικών και επιδημιολογικών αλλαγών από την άλλη, θα ήταν αδύνατο να επενδύσουν στην κατασκευή ενός έργου ή στην παροχή μιας υπηρεσίας. Αυτήν την αδυναμία καλείται να καλύψει ο ιδιωτικός τομέας, σε συνεργασία με το δημόσιο και σε συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο.

#### 4.2.1 Η Βρετανική Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (*Private Finance Initiative-PFI*)

Το 1992 η βρετανική κυβέρνηση εισάγει για πρώτη φορά στο εθνικό της σύστημα υγείας τις Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης, ως ένα μέσο με σκοπό την αξιοποίηση της αποδοτικότητας, της διαχείρισης και της εμπορικής εμπειρίας που διαθέτει ο ιδιωτικός τομέας προς όφελος του Δημοσίου. Η Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης αποτελεί μια μέθοδο σύμβασης η οποία συνδυάζει την τεχνογνωσία του ιδιωτικού τομέα και τους πόρους του δημοσίου προκειμένου να παρέχει δημόσια έργα υποδομής και μη κλινικές υπηρεσίες, σύμφωνα με τις προδιαγραφές που ορίζει το δημόσιο. Από το 1998 μέχρι σήμερα, η Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης έχει

αποτελέσει τον μοναδικό τρόπο χρηματοδότησης νέων επενδύσεων για την κατασκευή νοσοκομείων, γεγονός που καταδεικνύει τον μεγάλο βαθμό εξάρτησης των βρετανικών κυβερνήσεων από τον ιδιωτικό τομέα τις τελευταίες δεκαετίες.

Στο παρελθόν, κατά τις παραδοσιακές μεθόδους συμβάσεων, ο δημόσιος τομέας αντλούσε κεφάλαια για την χρηματοδότηση της κατασκευής ενός νοσοκομείου, ο ιδιώτης αναλάμβανε την κατασκευή και όταν η κατασκευή ολοκληρωνόταν το έργο παραδιδόταν στο δημόσιο, ο οποίος και αναλάμβανε την λειτουργία του. Κατά την Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης, ο ιδιώτης δημιουργεί την «εταιρεία ειδικού σκοπού» (special purpose vehicle-SPV), η οποία αποτελείται από μια κατασκευαστική εταιρεία και μια εταιρεία συμβούλων. Αυτή η κοινοπραξία που προκύπτει έχει την ευθύνη του σχεδιασμού, της κατασκευής, της χρηματοδότησης και της λειτουργίας (Design-Build-Finance-Operate) της νέας υποδομής.

Αρχικά, η διάρκεια της συμβατικής σχέσης της Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης ήταν τα 25 έτη. Ωστόσο, καθώς το κόστος κεφαλαίου συνεχώς αυξάνεται, κυρίως στην περίπτωση των πανεπιστημιακών νοσοκομείων, σε πολλές περιπτώσεις η διάρκεια της σύμβασης μπορεί να φτάνει και τα 40 έτη. Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών γίνεται σε ετήσια βάση από τα νοσοκομειακά τραστ και περιλαμβάνει την πληρωμή διαθεσιμότητας<sup>28</sup> (κεφάλαιο, τόκοι και συντήρηση υποδομής) και κόστη που αφορούν διάφορες υπηρεσίες, όπως οι υπηρεσίες καθαριότητας.

Όπως βλέπουμε και στον Πίνακα 4.1, τα περισσότερα προγράμματα Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης υλοποιούνται στον τομέα της Υγείας, ενώ περισσότερο από το 90% των μεγάλων έργων υποδομής στην υγεία πραγματοποιούνται μέσω αυτής της συνεργασίας (Διάγραμμα 4.1).

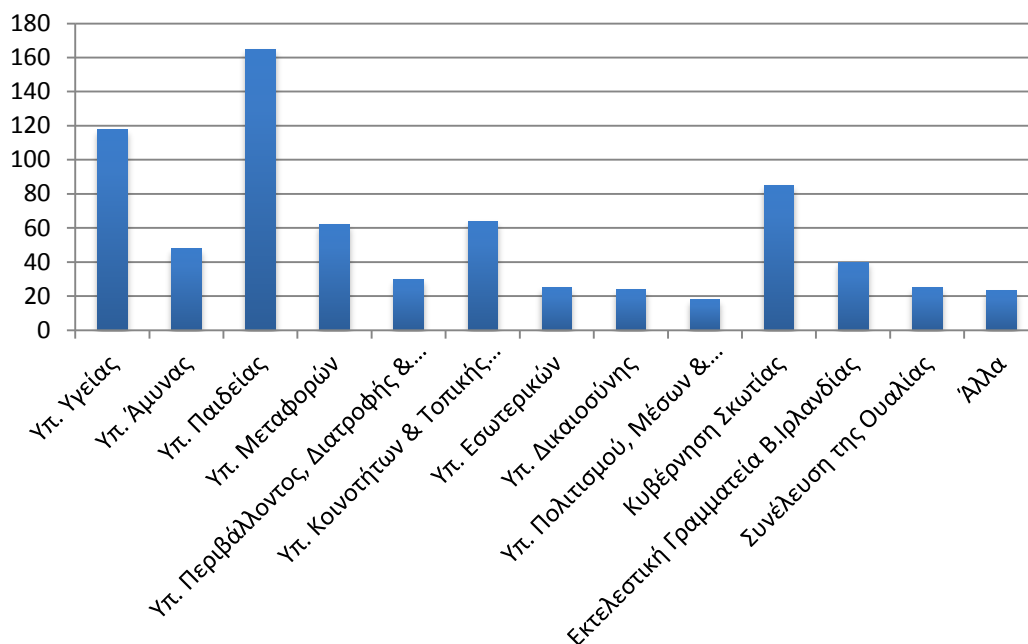
---

<sup>28</sup> Κατά τις πληρωμές διαθεσιμότητας (availability fee) ο ιδιωτικός φορέας που αναλαμβάνει την υλοποίηση των έργων αποπληρώνεται απ' ευθείας από το δημόσιο φορέα, σε βάθος χρόνου μετά την έναρξη της λειτουργίας, βάσει των προκαθορισμένων προδιαγραφών αποτελέσματος

**Πίνακας 4.1**  
**Αξία προγραμμάτων ΡΦΙ ανά Υπουργείο**

Τομέας	Συνολικό κόστος κεφαλαίου (£ εκ)	Συνολικές αποπληρωμές
Γραφείο Πρωθυπουργού	12.0	39.2
Υπηρεσία Δίωξης	18.2	384.22
Υπουργείο Καινοτομίας Επιχειρήσεων και Δεξιοτήτων	21.84	42.33
Υπουργείο Κοινοτήτων και Τοπικής Αυτοδιοίκησης	2,240.51	7,730.71
Υπουργείο Πολιτισμού, Μέσων Ενημέρωσης και Αθλητισμού	348.93	1,353.69
Υπουργείο Παιδείας	7,731.11	29,463.73
Υπουργείο Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής	4.40	15.7
Υπουργείο Περιβάλλοντος, Διατροφής και Γεωργικών Υποθέσεων	3,843.76	22,705.81
Υπουργείο Μεταφορών	7,349.42	36,546.01
Υπουργείο Εργασίας και Συντάξεων	1,085.70	10,402.30
Υπουργείο Υγείας	11,614.29	79,157.27
Υπουργείο Κοινής Εξωτερικής Πολιτικής	91.00	474.91
Αρχηγείο Πληροφοριών της Κυβέρνησης	331.00	1,952.00
Υπηρεσία Φόρων και Δασμών	862.10	5,774.62
Υπουργείο Οικονομικών	141.00	939.00
Υπουργείο Εσωτερικών	850.81	4,086.51
Υπουργείο Άμυνας	9,131.48	49,755.17
Υπουργείο Δικαιοσύνης	798.60	9,796.05
Εκτελεστική Γραμματεία Βόρειας Ιρλανδίας	1,999.77	7,211.65
Κυβέρνησης Σκωτίας	5,692.80	30,755.49
Συνέλευση της Ουαλίας	543.36	2,756.78
Σύνολο	54,712.09	301,343.15

Πηγή: HM Treasury



Πηγή: HM Treasury

#### Διάγραμμα 4.1

#### Αριθμός προγραμμάτων PFI ανά Υπουργείο (έως 31.3.2012)

Σύμφωνα με τα στοιχεία του βρετανικού Υπουργείου Οικονομικών<sup>29</sup>, ο συνολικός αριθμός των προγραμμάτων αυτών που υλοποιούνται στον τομέα της υγείας φτάνει τα 118, συνολικής αξίας κεφαλαίου ~£11,6δισ (€13,8δισ), ενώ το συνολικό ποσό των αποπληρωμών μέχρι την ολοκλήρωσή τους θα είναι περίπου £80 δισ (€95 δισ).

Το ερώτημα που δημιουργείται κάθε φορά που η βρετανική επιλέγει αυτή την μέθοδο είναι αν τελικά το συνολικό τελικό κόστος του έργου μέσω της Πρωτοβουλίας Ιδιωτικής Χρηματοδότησης θα είναι χαμηλότερο από ότι αν είχε επιλεγεί η συμβατική-παραδοσιακή μέθοδος επένδυσης. Επειδή κάτι τέτοιο δεν μπορεί να προσδιοριστεί στα πλαίσια μιας εικοσιπενταετούς συμβατικής σχέσης, το βρετανικό δημόσιο εφαρμόζει την μέθοδο της Δημόσιας Συγκριτικής Κοστολόγησης (Public Sector Comparator-PSC)<sup>30</sup>. Η δημόσια συγκριτική κοστολόγηση εκτιμά το υποθετικό κόστος προσαρμογής στον κίνδυνο αν το εκάστοτε έργο χρηματοδοτείτο από το δημόσιο, παρέχοντας

<sup>29</sup> Πηγή: HM Treasury, Data Updated March 2013

<sup>30</sup> Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, η μέθοδος της δημόσιας συγκριτικής κοστολόγησης «χρησιμοποιείται από την κυβέρνηση προκειμένου να ελέγξει αν μια πρόταση για επένδυση από ιδιωτικό φορέα προσφέρει οικονομική αποδοτικότητα σε σύγκριση με την πιο αποτελεσματική μορφή δημόσιας σύμβασης.



παράλληλα μια συγκριτική αξιολόγηση που βοηθά στην εκτίμηση της οικονομικής αποδοτικότητας εναλλακτικών προσφορών.

Συγκρίνοντας τις δύο μεθόδους, παρατηρούμε ότι η βασική διαφορά μεταξύ των έργων που πραγματοποιούνται μέσω των συμβατικών μεθόδων, όπως είναι το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων, και των συμπράξεων δημοσίου-ιδιωτικού τομέα είναι το χρονοδιάγραμμα πληρωμής του ιδιωτικού τομέα από το δημόσιο. Στις συμβατικές μεθόδους, το δημόσιο καταβάλλει στο κόστος κεφαλαίου του έργου πριν την ολοκλήρωσή του, δηλαδή μεταφέρει χρονικά το κόστος σε μελλοντική στιγμή. Αντίθετα στις Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης, το δημόσιο δεν καταβάλλει κανένα κόστος κεφαλαίου κατά την διάρκεια της κατασκευαστικής περιόδου. Μόλις το έργο θεωρηθεί λειτουργικό και πληροί τις συμφωνημένες προδιαγραφές, το δημόσιο καταβάλλει το σύνολο των επιβαρύνσεων (δηλαδή, τις πληρωμές για τη συνεχή συντήρηση του έργου, καθώς και την έντοκη αποπληρωμή του χρέους που χρησιμοποιήθηκε για την χρηματοδότηση του κεφαλαίου. Ο μέσος χρόνος από τον διαγωνισμό μέχρι την ολοκλήρωση του έργου και την αποπληρωμή του είναι περίπου οι 35 μήνες. Το χρονικό διάστημα από τον αρχικό διαγωνισμό και μέχρι να οριστεί ο μειοδότης αποτελεί το πιο ακριβό στάδιο του έργου, καθώς συνήθως υπάρχουν πολλά ενδιαφερόμενα μέρη.

#### **4.2.2 Το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο “Norfolk and Norwich”**

Το πανεπιστημιακό νοσοκομείο «Norfolk and Norwich» αποτελεί το μεγαλύτερης κλίμακας έργο που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο μέσω της πρωτοβουλίας ιδιωτικής χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας και προσφέρει θεραπείες σε περισσότερους από 700,000 ασθενείς ετησίως. Δημιουργήθηκε από την συνένωση δυο νοσοκομείων με συνολικό αριθμό περίπου 1207 νοσοκομειακών κλινών και αποτελεί ένα κέντρο εκπαίδευσης για νοσοκόμους, ιατρούς, μαίες. Ο αρχικός σχεδιασμό το 1994, προέβλεπε 701 νοσοκομειακές κλίνες, αριθμός πολύ μικρότερος σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Ωστόσο, λόγω των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών, έπρεπε να αναθεωρηθεί η ζήτηση των κλινικών υπηρεσιών και έτσι αυξήθηκε ο αριθμός των κλινών σε 809 το 1998 και σε 989 το 2003.

Η λειτουργία του νοσοκομείου ξεκίνησε το 2001. Ο αρχικός σχεδιασμός του νοσοκομείου προέβλεπε 85% πληρότητα, αλλά ήδη το 2006 η πληρότητα ξεπερνούσε το 90%, καθώς η ζήτηση συνεχώς και αυξανόταν. Οι εργασίες που έπρεπε να γίνουν

εντός του νοσοκομείου για να μπορεί να είναι λειτουργικό τον πρώτο χρόνο λειτουργίας κόστισαν περίπου € 1 εκατομμύριο και αυξήθηκαν σε €1.794.000 μέσα σε τέσσερα χρόνια.

Η ανάληψη του έργου έγινε το 1996 μετά από διαγωνισμό που προκηρύχθηκε με βάση την χαμηλότερη προσφορά<sup>31</sup> και εφαρμόστηκε η μέθοδος της δημόσιας συγκριτικής κοστολόγησης. Η διάρκεια του συμβολαίου ήταν 34 έτη και προέβλεπε τον έλεγχο των τεχνικών εγκαταστάσεων κάθε 5 χρόνια. Η κοινοπραξία που δημιουργήθηκε, δηλαδή η εταιρεία ειδικού σκοπού, αρχικά χρηματοδότησε το έργο με κεφάλαια που άντλησε μέσω τραπεζικής χρηματοδότησης. Ο ιδιώτης ανάδοχος θα οφείλει να διατηρεί την υποδομή στα επίπεδα ποιότητας που έχουν συμφωνηθεί καθ' όλη την διάρκεια του συμβολαίου. Υπηρεσίες, όπως η καθαριότητα και η σίτιση, παρέχονται από άλλη εταιρεία της κοινοπραξίας. Το κόστος της πρωτοβουλίας ιδιωτικής χρηματοδότησης για το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Norfolk and Norwich» ανέρχεται σε £42,6 εκατομμύρια ετησίως, ενώ ο προϋπολογισμός για την λειτουργία του νοσοκομείου ανέρχεται σε £325 εκατομμύρια ετησίως.

Κατά τα πρώτα χρόνια εφαρμογής τους οι πρωτοβουλίες ιδιωτικής χρηματοδότησης δείχνουν να εκπληρώνουν τις προσδοκίες και τους αρχικούς στόχους. Ωστόσο καθώς τα χρόνια περνούν και η σχετική εμπειρία αυξάνεται τίθεται συνεχώς το ερώτημα κατά πόσο αυτή η μέθοδος μπορεί να θεωρείται κατάλληλη για την χρηματοδότηση κεφαλαίων σε έργα υποδομής στον τομέα της υγείας. Αρκετές είναι οι μελέτες που έχουν γίνει από το 2000 και μετά, οι οποίες θέτουν υπό αμφισβήτηση κατά πόσο τελικά έχουν βελτιώσει την αποδοτικότητά του εθνικού συστήματος υγείας. Ωστόσο, αυτό που είναι κοινά αποδεκτό είναι πως χωρίς την χρήση αυτής της μεθόδου, το βρετανικό δημόσιο δεν θα μπορούσε να έχει εφαρμόσει το πρόγραμμα ανακατασκευής νοσοκομείων την περασμένη δεκαετία.

#### **4.3.1 Οι συμπράξεις Δημόσιου Ιδιωτικού τομέα στην Ιταλία**

Η Ιταλία αποτελεί την δεύτερη μεγαλύτερη ευρωπαϊκή αγορά συμπράξεων δημοσίου ιδιωτικού τομέα στην υγεία μετά την Αγγλία και τη χώρα με τη μεγαλύτερη εμπειρία στην παροχή δημόσιων υπηρεσιών μέσω συνεργασιών. Η επιρροή που έχει δεχτεί από τις βρετανικές πρωτοβουλίες ιδιωτικής χρηματοδότησης είναι εμφανής. Η πρώτη

---

<sup>31</sup> Τρεις ήταν οι ιδιωτικοί φορείς που μετείχαν στον δημόσιο διαγωνισμό και την χρηματοδότηση ανέλαβε η «Octagon Healthcare»

σύμπραξη στον τομέα της υγείας είναι η αναδιάρθρωση των νοσοκομείων στην πόλη Castelfranco και στην πόλη Montebelluna της περιοχής Veneto, επενδύσεις συνολικού ποσού πάνω από €147 εκατομμύρια.

Περίπου το 38% των συμπράξεων που τρέχουν αυτήν την στιγμή στο ιταλικό σύστημα υγείας έχουν κόστος κεφαλαίου κάτω από €20 εκατομμύρια, ενώ πάνω από €50 εκατομμύρια περίπου το 40%. Συνολικά, το κόστος τους αποτιμάται σε €2 δισεκατομμύρια. Η πλειοψηφία των συμπράξεων αφορούν στην κατασκευή ή την ανακαίνιση κτιρίων και σε υποστηρικτικές και εμπορικές υπηρεσίες εντός των νοσοκομείων, όπως είναι οι καντίνες και οι χώροι στάθμευσης.

Όσον αφορά στην διάρκεια των συμβολαίων ποικίλλουν με την πλειοψηφία των συμπράξεων να έχουν διάρκεια 20 με 30 έτη. Ο φορέας που επωφελείται από την υποδομή, καταβάλλει ετησίως ένα ποσό, ενώ παράλληλα δικαιούται όλο το κέρδος από τις υπηρεσίες που εκμεταλλεύεται. Ωστόσο, δεν αποκλείεται ο ιδιωτικός φορέας να λάβει κρατική χρηματοδότηση για να καλύψει μέρος του κόστους κεφαλαίου, η οποία σε αρκετές περιπτώσεις ξεπέρασε το 75% της αρχικής επένδυσης.

Οι συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα εξασφάλισαν επιπλέον κεφάλαια μολονότι η συνεισφορά του δημοσίου τομέα στην χρηματοδότηση είναι αρκετά μεγάλη, εκσυγχρονίζοντας παράλληλα δομές και υπηρεσίες που πιθανόν να μην μπορούσαν να γίνουν μόνο με τη συμμετοχή του δημοσίου.

#### **4.3.2 Τα νοσοκομεία στις πόλεις Castelfranco και Montebelluna**

Η Ιταλία, όπως έχουμε δει και στις αρχές τις παρούσας εργασίας, αποτελεί από τα πλέον αντιπροσωπευτικά παραδείγματα αποκεντρωμένης διοίκησης στην υγεία ήδη από τα τέλη του 1990. Στην περίπτωση των νοσοκομείων Castelfranco και Montebelluna, που βρίσκονται στην περιοχή Veneto, η σύμπραξη αφορούσε στον εκσυγχρονισμό και στην διαχείριση των νοσοκομείων, χωρίς αυτή να συμπεριλαμβάνει την διαχείριση των ιατρικών υπηρεσιών. Αποτελεί το πρώτο ολοκληρωμένο έργο σύμπραξης στην υγεία και χαρακτηρίζεται από τις πιο επιτυχημένες. Η διάρκεια της συμφωνίας ήταν 27ετής και μετά την λήξη της σύμβασης τόσο το κτίριο όσο και ο εξοπλισμός θα περνάει στην ιδιοκτησία της υγειονομικής αρχής.

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της σύμπραξης αυτής είναι ότι δίνεται η δυνατότητα στα εμπλεκόμενα μέρη να αναθεωρούν τους όρους της σύμβασης έτσι ώστε να διασφαλίζεται ότι η καθαρή παρούσα αξία και ο εσωτερικός συντελεστής απόδοσης

που έχουν συμφωνηθεί στην σύμβαση θα παραμένουν σταθεροί. Οι μόνοι κίνδυνοι που αναλαμβάνει το δημόσιο αφορούν στις αλλαγές τους νομοθετικού πλαισίου που βασίζονται σε πολιτική απόφαση και στις αλλαγές που μπορεί να προκύψουν λόγω διαφορετικών αναγκών στην πορεία του έργου.

Η ιδιωτική χρηματοδότηση αποτέλεσε το βασικότερο μέσο των ιταλικών περιφερειών και των ιδιωτικών εταιρειών παροχής υπηρεσιών υγείας για να γεφυρωθεί το κενό ανάμεσα στις διαθέσιμες πηγές εσόδων και στην ανάγκη για επενδύσεις στον τομέα την υγείας, καθώς και για να εκσυγχρονιστεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας μεταφέροντας όλα εκείνα τα τυπικά ποιοτικά πρότυπα που θα βοηθήσουν το σύστημα να αναβαθμιστεί.

#### **4.4.1 Οι Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα στην Ισπανία**

Ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του '90 νομοθετήθηκε η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο από ιδιωτικούς φορείς. Η ιδιαιτερότητα της Ισπανίας, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, είναι πως δεν διαθέτει κάποια κεντρική υπηρεσία για τις συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα και δεν εφαρμόζει τη μέθοδο της δημόσιας συγκριτικής κοστολόγησης, γεγονός που θέτει σε αμφισβήτηση κατά πόσο είναι διαφανείς οι διαδικασίες που ακολουθούνται από το ισπανικό δημόσιο. Αυτό που χαρακτηρίζει περισσότερο την χώρα αλλά και το ισπανικό σύστημα υγείας είναι ο αποκεντρωμένος ρόλος του κράτους, ο οποίος περιορίζεται στον καθορισμό της βασικής υγειονομικής πολιτικής. Από το 2004 μέχρι και το 2011, η Ισπανία διέθετε 20 νοσοκομειακές συμπράξεις, από τις οποίες οι 11 περιελάμβαναν την παροχή κλινικών υπηρεσιών και οι 9 κάλυπταν τις υπηρεσίες υποδομής και εγκαταστάσεων.

Στο ισπανικό σύστημα υγείας μπορούμε να διακρίνουμε διάφορες μορφές συμπράξεων. Για παράδειγμα, εδώ και πάρα πολλά χρόνια συνάπτονται συμβάσεις μεταξύ των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας και ιδιωτικών παρόχων οι οποίες προβλέπουν την διαχείριση των υπηρεσιών. Περιλαμβάνουν την εξωτερική ανάθεση των θεραπευτικών και διαγνωστικών διαδικασιών με στόχο τον περιορισμό του χρόνου αναμονής. Παράλληλα, υπάρχουν συμπράξεις που περιλαμβάνουν την κατασκευή της μονάδας και την διαχείριση των κλινικών και μη υπηρεσιών.

Οι συμπράξεις που προβλέπουν μόνο την κατασκευή της υποδομής έχουν διάρκεια 28-32 έτη, ενώ για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας η διάρκεια είναι συνήθως 15 χρόνια ενώ μπορεί και να επεκταθεί άλλα 5.

Ένας μεγάλος αριθμός των νοσοκομείων του ισπανικού συστήματος υγείας φαίνεται που λειτουργούν στα πλαίσια των συμπράξεων φαίνεται να καταγράφουν καλύτερη απόδοση από τα νοσοκομεία που λειτουργούν με τις παραδοσιακές μεθόδους. Ωστόσο, η έλλειψη στοιχείων, η μη δυνατότητα ελέγχου της απόδοσης του κόστους, η μη δημοσιοποίηση των συμβάσεων εμποδίζουν όλα αυτά τα χρόνια να καταγραφούν τα πλεονεκτήματα των συμπράξεων, θέτοντας το οποιοδήποτε πλεονέκτημά τους σε αμφισβήτηση. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί, είναι ότι το κάθε νοσοκομείο σχεδιάζεται για να εξυπηρετήσει κυρίως τους κατοίκους της περιοχής του.

#### **4.4.2 Η ανάπτυξη του μοντέλου Αλτζίρα**

Αρχικά, το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε ώστε να καλύψει την παροχή περίθαλψης στο νοσοκομείο La Ribera, αλλά πολύ σύντομα και για οικονομικούς κυρίως λόγους, η επιλογή αυτή επεκτάθηκε και στην κάλυψη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη τις συνολικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού ώστε να ελαχιστοποιηθεί η μετατόπιση του κόστους μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, αρχίζει να εφαρμόζεται η προσέγγιση αυτή.

Κατά το μοντέλο Αλτζίρα, ο ιδιώτης ανάδοχος αναλαμβάνει την ευθύνη για την παροχή πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας, μεταφέροντας έτσι τον κίνδυνο στον ιδιώτη. Η προκύπτουσα σύμβαση παραχώρησης ήταν πρωτόγνωρη για τα δεδομένα, καθώς ο ιδιώτης αναλαμβάνει την ευθύνη για την καθολική παροχή υπηρεσιών υγείας του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Η πρώτη φάση της σύμπραξης ξεκίνησε το 1999 και ολοκληρώθηκε το 2003. Η διάρκεια του συμβολαίου είναι δεκαετής, με την δυνατότητα επέκτασης σε 15 και αφορά στην κατασκευή του νοσοκομείου και στην παροχή ιατρικής περίθαλψης, με την αρχική ιδιωτική επένδυση να ξεπερνά τα €68 εκατομμύρια. Η δεύτερη φάση, ξεκίνησε το 2003 και αναμένεται να ολοκληρωθεί το 2018.

Ο ιδιώτης πάροχος λαμβάνει από την περιφερειακή κυβέρνηση ένα σταθερό ετήσιο ποσό ανά κάτοικο της ίδιας περιφέρειας για το διάστημα που ορίζει η σύμβαση. Το ποσό αυτό ανέρχεται σε €494 για κάθε ένα από τους 245,000 κατοίκους, και υπάρχει η πρόβλεψη να αυξάνεται κάθε χρόνο παράλληλα με τις αυξήσεις στον κρατικό προϋπολογισμό. Ως αντάλλαγμα, οφείλει να παρέχει δωρεάν καθολικές υπηρεσίες υγείας στον τοπικό πληθυσμό. Η επιτυχία αυτού του μοντέλου βασίζεται στις ολοκληρωμένες κλινικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας που

είναι σε θέση να παρέχει. Αξίζει να σημειωθεί ότι το νοσοκομείο La Ribera ανακηρύχθηκε ως το «Καλύτερο ισπανικό γενικό νοσοκομείο» για τρία συνεχόμενα έτη. Και αυτό εξηγεί την πολιτική που έχει υιοθετήσει το νοσοκομείο ώστε να αποτρέψει τους ασθενείς να επιλέγουν άλλα δημόσια νοσοκομεία μέσα από την παροχή των καλύτερων δημόσιων υπηρεσιών: κτίρια και υπηρεσίας τελευταίας τεχνολογίας, καμία λίστα αναμονής, ποιότητα. Το μοντέλο εφαρμόστηκε και σε άλλες τέσσερις περιφέρειες.

#### Πίνακας 4.2

##### Νοσοκομεία του ίδιου φορέα που υλοποιούνται μέσω σύμπραξης με το Δημόσιο

	Αριθμός κλινών	Πληθυσμός	Επένδυση (σε εκατ.)
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «LaRibera»	300	250,000	€140
Νοσοκομείο «Torreñeja»	264	180,000	€90
Νοσοκομείο «Denia»	222	160,000	€97
Νοσοκομείο «Manises»	220	200,000	€137
Νοσοκομείο «Vinalopo»	212	150,000	€146
Νοσοκομείο «Torrejon»	250	140,00	€130
<b>Σύνολο</b>	<b>1,468</b>	<b>1,080,000</b>	<b>€740</b>

Πηγή: Ribera Salud Group

Συγκρίνοντας με τα παραδοσιακά νοσοκομεία της ίδια περιοχής, παρατηρούμε ότι σε γενικές γραμμές η βελτίωση κυρίως στον χρόνο αναμονής βελτίωσε παράλληλα και την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

### Πίνακας 4.3

#### Σύγκριση δεικτών ανάμεσα στα νοσοκομεία του μοντέλου Αλτζίρα & στα παραδοσιακά νοσοκομεία

Δείκτες	Νοσοκομεία της Ribera Salud	Νοσοκομεία της Βαλένθια
Μέση καθυστέρηση για χειρουργικές επεμβάσεις	34 ημέρες	60-90 ημέρες
Καθυστέρηση για μαγνητική τομογραφία	15 ημέρες	90-120 ημέρες
Καθυστέρηση για αξονική τομογραφία	12 ημέρες	90-120 ημέρες
Ικανοποίηση ασθενών (κλίμακα 0-10)	9.1	7.2
Χρήση ηλεκτρονικού φακέλου	100%	20%
Μέση διαμονή	4,5 ημέρες	5,8 ημέρες
Αναμονή στα επείγοντα	Λιγότερο από 60 λεπτά	131 λεπτά

Πηγή: Ribera Salud Group

Η μεγαλύτερη κριτική που έχει δεχθεί το μοντέλο Αλτζίρα αφορά στο θέμα της διαφάνειας, καθώς η μη διάθεση στοιχείων που αφορούν το έργο κάθε αυτό δεν επιτρέπει να εξεταστούν άμεσα τα πλεονεκτήματα ή τα μειονεκτήματα της σύμπραξης.

#### 4.5.1 Οι συμπράξεις δημοσίου ιδιωτικού τομέα στην Πορτογαλία

Η Πορτογαλία διαθέτει ιδιαίτερα μεγάλη εμπειρία στις συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα κυρίως στον κλάδο των μεταφορών και των υδάτων. Ο βασικός λόγος που οδήγησε την πορτογαλική κυβέρνηση να προχωρήσει σε συνεργασίες με τον ιδιωτικό τομέα και στην υγεία, ήταν η δημιουργία υποδομών και υπηρεσιών υγείας καλύτερης ποιότητας, σε συντομότερο χρονικό διάστημα από τις παραδοσιακές μεθόδους. Καθώς η Πορτογαλία καλείται τα τελευταία χρόνια να ακολουθήσει συγκεκριμένες πολιτικές συγκράτησης του κόστους, οποιαδήποτε πολιτική της απόφαση στο εθνικό της σύστημα υγείας θα πρέπει να μην έχει καμία δημοσιονομική επίπτωση.

Το 2002 ψηφίστηκε ο πρώτος νόμος για τις συμπράξεις δημοσίου –ιδιωτικού τομέα στην υγεία, ο οποίος δρομολόγησε το πρώτο κύμα συνεργασιών. Την ίδια χρονιά, η πορτογαλική κυβέρνηση προχώρησε σε ένα ιδιαίτερα φιλόδοξο πρόγραμμα, το οποίο περιελάμβανε την κατασκευή και αντικατάσταση 10 νοσοκομειακών μονάδων, καθώς και την διαχείριση των εγκαταστάσεων και των κλινικών υπηρεσιών. Ο σχεδιασμός του προγράμματος προέβλεπε αρχικά την κατασκευή πέντε νέων νοσοκομειακών μονάδων

και την μετάβαση των υπολοίπων στο καινούριο καθεστώς. Οι αλλαγές αυτές έγιναν με την ταυτόχρονη μετατροπή των ήδη υπαρχόντων δημοσίων νοσοκομείων σε κρατικά αλλά με καθεστώς ιδιωτικού δικαίου. Η πρώτη σύμπραξη δημοσίου-ιδιωτικού τομέα, υπογράφηκε το 2008, τέθηκε σε λειτουργία το 2010, και προέβλεπε την κατασκευή του νοσοκομείου και την παροχή κλινικών υπηρεσιών (Πίνακας 4.4).

#### Πίνακας 4.4

##### Αριθμός νέων κλινών στα νοσοκομεία μέσω σύμπραξης

Νοσοκομείο (έτος)	Αριθμός Κλινών
Νοσοκομείο Cascais (2008)	250
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Braga (2009)	705
Νοσοκομείο της Loures (2009)	272
Νοσοκομείο της Vila Franca de Xira (2010)	280

Πηγή: ΟΟΣΑ, Official Journal of the International Hospital Federation

Το είδος της σύμπραξης που ακολουθήθηκε στην Πορτογαλία είναι η «Δίδυμη εταιρεία ειδικού σκοπού, δηλαδή κοινοπραξία με άλλο φορέα για την κατασκευή της υποδομής και με άλλον φορέα για την παροχή κλινικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, το πρόβλημα που αντιμετώπισε η κυβέρνηση ήταν ο συντονισμός των υπηρεσιών υποδομής με τις κλινικές υπηρεσίες κυρίως όσον αφορά τον κίνδυνο που πρέπει να αναλάβει ο ιδιωτικός φορέας. Έτσι, δημιουργεί δύο συμβόλαια, ένα με τον φορέα που αναλαμβάνει την κατασκευή και συντήρηση της υποδομής («InfraCo») και ένα με τον φορέα που αναλαμβάνει τις κλινικές υπηρεσίες («CliniCo»). Και οι δυο εταιρείες διέπονται από συμβατική μεταξύ τους σχέση, αλλά παράλληλα διαθέτουν και ξεχωριστούς τρόπους χρηματοδότησης. Η σύμπραξη προβλέπει τον σχεδιασμό, την κατασκευή, την λειτουργία και μεταφορά της υποδομής μετά από 30 έτη, ενώ για τις κλινικές υπηρεσίες 10 έτη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι όπως είδαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, ο κίνδυνος που προκύπτει από κάποια αλλαγή στα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά μιας περιοχής ή από μια επιδημία, θεωρείται «ανωτέρα βία» και επιβαρύνει αποκλειστικά τον δημόσιο φορέα, γεγονός που επιβαρύνει τον αρχικό προϋπολογισμό με επιπλέον κόστος.



#### 4.5.2 Το Νοσοκομείο στην πόλη Cascais

Το νοσοκομείο Cascais διαθέτει 250 κλίνες και εξυπηρετεί περίπου 200.000 κατοίκους. Αποτελεί τη πρώτη και μικρότερη σύμπραξη δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στην υγεία, και προέβλεπε τον σχεδιασμό, την κατασκευή, την χρηματοδότηση και την λειτουργία των εγκαταστάσεων, καθώς και την παροχή των κλινικών υπηρεσιών. Η κατασκευή της υποδομής διήρκησε περίπου ένα έτος και το κόστος του έργου έφτασε περίπου τα €100 εκατομμύρια. Και εδώ εφαρμόστηκε η μέθοδος της δημόσιας συγκριτικής κοστολόγησης σε όλα τα επίπεδα του έργου (υποδομές, υπηρεσίες, προσωπικό). Η ανάληψη του έργου έγινε με διαγωνισμό, με βάση τη χαμηλότερη προσφορά, η οποία ήταν περίπου 8% κάτω από την δημόσια συγκριτική κοστολόγηση (€377 εκατομμύρια σε όρους Καθαρής Παρούσας Αξίας).

Πίνακας 4.5

#### Σύγκριση δεικτών ανάμεσα στο νοσοκομείο Cascais & στο νοσοκομείο της Λισαβόνας

Δείκτες Απόδοσης	Νοσοκομείο Cascais (ΣΔΙΤ)	Νοσοκομείο της Λισαβόνας
Κλίνες	277	817
Πληρότητα	80.2%	82.1%
Μέσος όρος αναμονής, ημέρες	6.83	9.25
Μέσος όρος παραμονής, ημέρες	9.01	10.18
Επείγοντα περιστατικά	133.421	148.206
Επείγοντα περιστατικά με εισαγωγή	6.4%	9.9%

Πηγή: Υπουργείο Υγείας Πορτογαλία

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ελέγχων που διενεργούνται συστηματικά τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο νοσοκομείο βελτιώθηκε σημαντικά, καθώς επίσης και η ικανοποίηση των ασθενών (σε σύγκριση με το προηγούμενο καθεστώς του νοσοκομείου). Το Υπουργείο Υγεία, ωστόσο, έχει δημοσιεύσει περίπου εκατό δείκτες απόδοσης, συγκρίνοντας τα νοσοκομεία που λειτουργούν στα πλαίσια μιας σύμπραξης με τα αμιγώς δημόσια νοσοκομεία.

#### 4.6.1 Οι συμπράξεις δημόσιου ιδιωτικού τομέα στην Γαλλία

Μεγάλη παράδοση στις συνεργασίες ανάμεσα στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, ήδη από τον περασμένο αιώνα, διαθέτει η Γαλλία, κυρίως στους τομείς των δημοσίων υποδομών (αυτοκινητόδρομοι, μεταφορές, υδροηλεκτρικά έργα). Στον κλάδο της υγείας, ωστόσο, η εφαρμογή του ξεκίνησε στις αρχές της περασμένης δεκαετίας, καθώς το 2003 θεσπίστηκε το νομοθετικό πλαίσιο<sup>32</sup> που επιτρέπει την διεξαγωγή δημοσίων διαγωνισμών για τον σχεδιασμό, την κατασκευή και διάφορες υπηρεσίες συντήρησης από ιδιώτες παρόχους.

Τα περισσότερα έργα που πραγματοποιούνται μέσω των συμπράξεων αφορούν στα έργα σχεδιασμού, κατασκευής, χρηματοδότησης και λειτουργίας<sup>33</sup> και έχουν δεχθεί μεγάλη επιρροή από τις βρετανικές πρωτοβουλίες ιδιωτικής χρηματοδότησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι όταν αναφερόμαστε στον όρο συμπράξεις δημόσιου ιδιωτικού τομέα στην Γαλλία, κυρίως αναφερόμαστε στα έργα εκείνα όπου το δημόσιο, και όχι ο χρήστης, πληρώνει τον ιδιώτη για την παροχή μιας υπηρεσίας (*contrat de partenariat*). Για τα υπόλοιπα, χρησιμοποιείται όρος «συμφωνία παραχώρησης δικαιώματος παροχής» (*delegation de service public*). Έτσι, συγκρίνοντας τις παραδοσιακές μεθόδους και τις συμπράξεις διακρίνουμε τα χαρακτηριστικά που παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα.

---

<sup>32</sup> Ουσιαστικά ο πρώτο νόμος ψηφίζεται τον Σεπτέμβριο του 2003 (2003/850) και αφορά στην απλοποίηση της δομής και λειτουργίας του γαλλικού συστήματος υγείας

<sup>33</sup> DBFO (design, build, finance, operate)

## Πίνακας 4.6

### ΣΔΙΤ και παραδοσιακές μέθοδοι

	Παραδοσιακές μέθοδοι	ΣΔΙΤ	Παραχωρήσεις δικαιώματος
Πεδίο εφαρμογής	σχεδιασμός, κατασκευή	Σχεδιασμός, κατασκευή, συντήρηση, λειτουργία	Σχεδιασμός, κατασκευή, συντήρηση και εμπορική εκμετάλλευση
Περίοδος Πληρωμή	Βραχυπρόθεσμα Από το Δημόσιο	Μακροπρόθεσμα Από το Δημόσιο ή μικτά	μακροπρόθεσμα Από τον χρήστη της υπηρεσίας
Μετατόπιση κινδύνου	Περιορισμένος κατά την κατασκευή	Ναι	Ναι

Πηγή: EPEC ([www.eib.org/epec](http://www.eib.org/epec))

Το 2003 το Υπουργείο Υγείας προκηρύσσει ανοιχτό διαγωνισμό για την κατασκευή νοσοκομείων. Από τις 30 συνολικά προτάσεις που κατατέθηκαν, ο αρμόδιος δημόσιος οργανισμός επέλεξε τις 20. Μέχρι το 2012 είχαν υπογραφεί 50 συνολικά συνεργασίες (40 με παραχώρηση δικαιώματος χρήσης) οι 35 από τις οποίες είχαν τεθεί σε λειτουργία μέχρι το τέλος του επόμενου έτους.

Η διάρκεια των συμβολαίων που περιέχουν την κατασκευή της υποδομής κυμαίνεται ανάμεσα στα 25 με 35 έτη. Ωστόσο, το νομοθετικό πλαίσιο επιτρέπει στις συμπράξεις να φτάνουν μέχρι τα 99 έτη, στην διάρκεια των οποίων ο ιδιώτης διατηρεί το δικαίωμα ιδιοκτησίας της υποδομής.

#### 4.6.2 Το νοσοκομείο Henri Laborit

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο Henri Laborit αποτελείται από 13 κτίρια. Η σύμπραξη που υπογράφει (2013) είναι πρωτοπόρα για τα δεδομένα καθώς δεν αφορούσε σε παροχή κάποια κλινικής υπηρεσίας αλλά σε σύμβαση ενεργειακής απόδοσης. Τα ποσά ενέργειας που καταλάωνε το νοσοκομείο ήταν τόσο υψηλά που ξεπερνούσε την ενέργεια μια περιοχής 900 κατοίκων. Έτσι, καθώς το κόστος επένδυσης για παραγωγή άλλων μορφών ενέργειας ήταν ιδιαίτερα υψηλό η μόνη λύση ήταν η χρήση ενός νέου δικτύου θέρμανσης.

Κατά την εικοσαετή συμφωνία που υπεγράφη, η κοινοπραξία δεσμεύθηκε να σχεδιάσει, να δημιουργήσει, να χρηματοδοτήσει και να λειτουργήσει ένα δίκτυο θέρμανσης, με ξύλινο λέβητα, ώστε να παρέχει στους περισσότερους θαλάμους του νοσοκομείου θερμικούς ηλιακούς για την διάθεση ζεστού νερού. Παράλληλα, προέβλεπε να προβεί σε βελτιώσεις της μόνωσης προς εξοικονόμηση ενέργειας. Η χρηματοδότηση του έργου έγινε αποκλειστικά από την κοινοπραξία και έφτασε τα €2.6 δις, ενώ παράλληλα ο ιδιώτης έλαβε επιχορήγηση για το έργο της βιομάζας. Τελικά, το 48.8% της χρηματοδότησης του έργου καλύφθηκε από την κυβέρνηση.

Αν και είναι ιδιαίτερα νωρίς για να αποτιμηθούν τα οφέλη της συμφωνίας αυτής, αναμένεται όχι μόνο να μειωθούν οι δαπάνες του νοσοκομείου, αλλά να αποδώσει η επένδυση μέσα στα πρώτα οχτώ χρόνια<sup>34</sup>.

#### **4.7.1 Οι συμπράξεις δημοσίου ιδιωτικού τομέα στην Γερμανία**

Όπως είδαμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο η Γερμανία έχει εφαρμόσει ένα διπλό σύστημα χρηματοδότησης (φορολόγηση και εφαρμογή κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων). Τα τελευταία χρόνια επικρατεί στον τομέα της υγείας μια τάση προς ιδιωτικοποίηση, συγχώνευση μονάδων και εξωτερικής ανάθεσης διαφόρων υπηρεσιών, καθώς οι δήμοι αδυνατούν να λειτουργήσουν τις μονάδες. Έτσι, η μεταφορά των περιουσιακών στοιχείων των δήμων προς ιδιώτες που διαθέτουν αλυσίδα νοσοκομείων αποτέλεσε σημαντική διέξοδο για τους προϋπολογισμούς τους.

Η Γερμανία δεν διαθέτει συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο αναφορικά με τις συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα. Οι συμπράξεις αποτελούν για το γερμανικό δημόσιο ένα είδος δημόσιας σύμβασης, για αυτό και διέπονται από τους κανόνες που ορίζει το πλαίσιο εφαρμογής των δημοσίων συμβάσεων.

Οι πλέον διαδεδομένοι τύποι συμπράξεων που εφαρμόζονται στο γερμανικό σύστημα υγείας είναι η διαμονή και οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες και η δικαιοχρησία (franchising). Κατά τον πρώτο τύπο σύμβασης προβλέπεται η κατασκευή της υποδομής και η παροχή ακόμα και μη κλινικών και παρακλινικών υπηρεσιών (διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις). Να σημειώσουμε εδώ ότι η ιδιοκτησία του νοσοκομείου παραμένει στο δημόσιο και η διάρκεια της σύμβασης μπορεί να κυμαίνεται από 5 έως 25 έτη. Κατά την δικαιοχρησία, η οποία χρησιμοποιείται από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, μεταβιβάζονται τα στοιχεία του ενεργητικού στον

---

<sup>34</sup> Τα στοιχεία παρέχονται στην ιστοσελίδα του νοσοκομείου: [www.ch-poitiers.fr](http://www.ch-poitiers.fr)

ιδιωτικό φορέα, ο οποίος είναι κερδοσκοπικού χαρακτήρα, υπό τον έλεγχο όμως του δημοσίου. Η δημόσια αρχή αδειοδοτεί μια ιδιωτική εταιρεία να χρηματοδοτήσει, να κατασκευάσει, να κατέχει και να λειτουργήσει την υποδομή έως 25 έτη.

Εφόσον, ο ιδιώτης πάροχος ανήκει στο δημόσιο σύστημα υγείας, αποζημιώνονται ακριβώς το ίδιο ποσό που προβλέπεται και στο κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο (KEN) του δημοσίου νοσοκομείου από τους ασφαλισμένους. Παράλληλα, οι πάροχοι των ιδιωτικών νοσοκομείων λαμβάνουν ετήσια εφάπαξ χρηματοδότηση από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση.

#### **4.7.2 Το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Κολονίας**

Το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Κολονίας αποτελεί το μεγαλύτερο νοσοκομείο της περιοχής με πάνω από 250,000 ασθενείς ετησίως και έσοδα περίπου €600 εκατομμύρια τον χρόνο. Η σύμπραξη περιλαμβάνει την συγκέντρωση όλων των ιατρικών τμημάτων σε ένα χώρο, με σκοπό να καταστεί το νοσοκομείο περισσότερο λειτουργικό, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους εργαζόμενους. Έτσι, θα καταστεί δυνατή η εξοικονόμηση δαπανών από την καθαριότητα, το ρεύμα και την εργονομία των χώρων. Ο ιδιώτης πάροχος αναλαμβάνει τον σχεδιασμό, την κατασκευή, την χρηματοδότηση, την συντήρηση του κτιρίου καθώς και τα μηχανήματα διαγνωστικών απεικονίσεων.

Στην διαδικασία του διαγωνισμού συμμετείχαν τέσσερις εταιρείες και η επιλογή έγινε με βάση την χαμηλότερη προσφορά. Μετά την ολοκλήρωση της συγκέντρωσης των ιατρικών και διαγνωστικών τμημάτων, προβλέπεται η λειτουργία της υποδομής από τον ιδιώτη για 25 χρόνια, με τη δυνατότητα να φτάσει τα 30. Ο όγκος της επένδυσης για την κατασκευή και τον εξοπλισμό φτάνει τα €80 εκατομμύρια και η χρηματοδότηση έγινε εξολοκλήρου από τον ιδιώτη, ο οποίος και έχει την ευθύνη όλης της μονάδας. Έχουμε έτσι ένα είδος ιδιωτικοποίησης για κάποια χρόνια.

Οι συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στο γερμανικό σύστημα υγείας αποτέλεσαν και αποτελούν διέξοδο για τα νοσοκομεία εκείνα που είτε δεν έχουν την δυνατότητα να λάβουν κάποια χρηματοδότηση για επενδύσεις είτε για εκείνα που δεν λαμβάνουν κρατικές εγγυήσεις για να αναζητήσουν κεφάλαια. Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες του πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Κολονίας, το κόστος της επένδυσης δεν θα είχε κάποια απόκλιση αν αυτή είχε πραγματοποιηθεί με την παραδοσιακή μέθοδο.

#### **4.8 Οι συμπράξεις δημοσίου ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα**

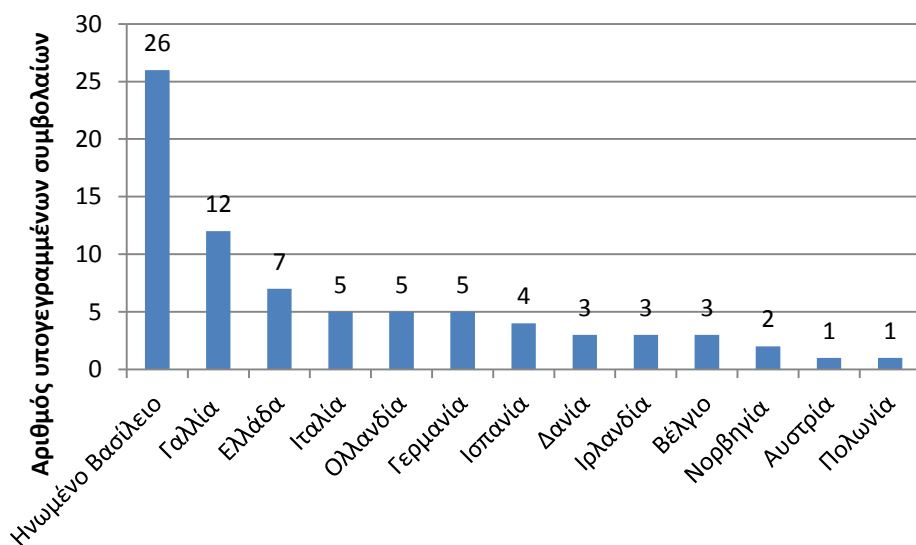
Στην Ελλάδα, κυρίως τα τελευταία χρόνια, ο ιδιωτικός τομέας αυξάνει συνεχώς το μερίδιο αγοράς του κυρίως στον τομέα της υγείας. Ο νόμος 3389/2005 και αργότερα ο 3483/2006, καθορίζει το πλαίσιο ανάπτυξης των συμπράξεων δημοσίου- ιδιωτικού τομέα, καθώς και τις ελάχιστες αναγκαίες προδιαγραφές μιας σύμβασης. Η δυνατότητα των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων να μπορούν να χρηματοδοτούν τέτοιου είδους έργα είναι καθοριστική, καθώς περίπου το 70-80% της χρηματοδότησης προέρχεται από αυτά, ενώ το υπόλοιπο από ιδιωτικά κεφάλαια.

Τα τελευταία χρόνια, λόγω της δημοσιονομικής κρίσης που αντιμετωπίζει η χώρα, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων έχει υποστεί γενναίες μειώσεις. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Οικονομικών<sup>35</sup> για το 2015, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων προβλέπεται να φτάσει τα €6.4 δις. Οι δαπάνες αυτές κατανέμονται σε €5.7 δις για την προώθηση των έργων που θα χρηματοδοτηθούν και από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε €700 εκατομμύρια για τα έργα που θα χρηματοδοτηθούν αποκλειστικά από εθνικούς πόρους.

Το 2014, η Ελλάδα, βρισκόταν στην τρίτη θέση πανευρωπαϊκά στον αριθμό των υπογεγραμμένων συμβάσεων, η πλειοψηφία των οποίων αφορά σε έργα υποδομής, κατασκευής σχολίων και διαχείρισης απορριμμάτων, συνολικής αξίας €465 εκατομμυρίων (0,26%ΑΕΠ).

---

<sup>35</sup> Κρατικός Προϋπολογισμός 2015, Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2015-2018

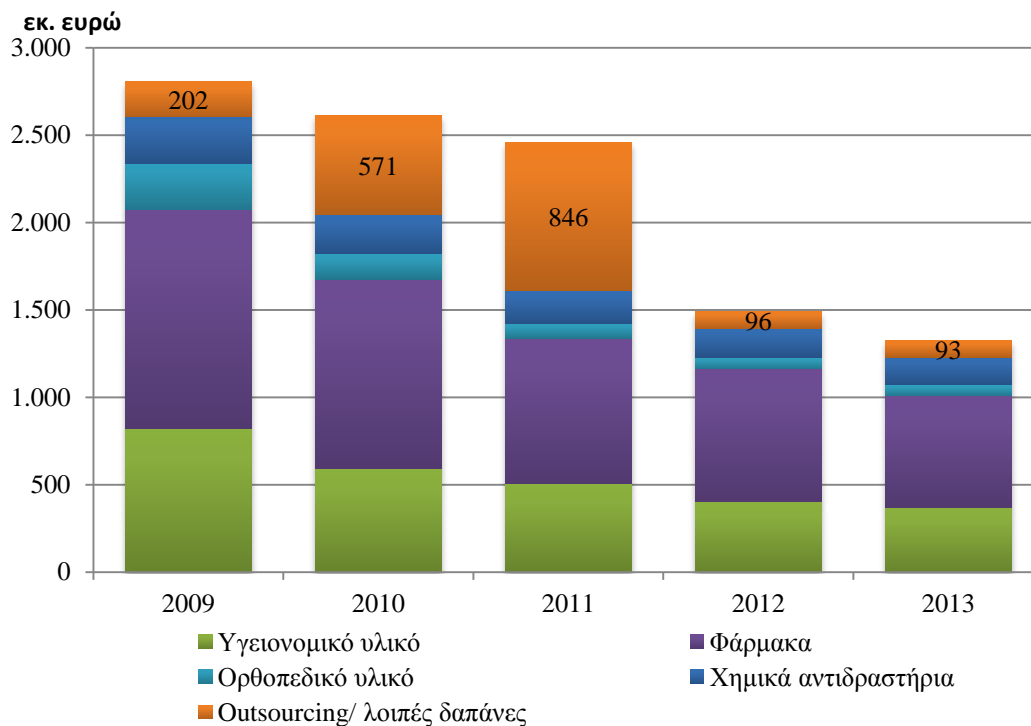


Πηγή: Γενική Γραμματεία ΣΔΙΤ

#### Διάγραμμα 4.2

#### Αριθμός υπογεγραμμένων συμβάσεων στην Ευρώπη, 2014

Στον τομέα της υγείας, οι συμπράξεις αφορούν κατά κύριο λόγο την παροχή υπηρεσιών με τη μορφή εξωτερικής ανάθεσης. Οι υπηρεσίες αυτές αφορούν τη σίτιση των νοσοκομείων, την καθαριότητα των μονάδων, τη διαχείριση απορριμμάτων, τη φύλαξη των κτιρίων, τη συνεργασία με ιδιωτικά εργαστήρια για ανάλυση δειγμάτων και μέχρι το 2011 αποτελούσαν από τις μεγαλύτερες δαπάνες των δημοσίων νοσοκομείων.



Πηγή: Facts and Figures, ΣΦΕΕ/IOBE 2014

### Διάγραμμα 4.3

#### Ανάλυση δαπανών νοσοκομείων ΕΣΥ, 2009-2013

Το 2007 ξεκίνησε ο προγραμματισμός για την δημιουργία τεσσάρων νοσοκομειακών μονάδων σε διάφορα μέρη της Ελλάδος (το νέο Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας, το νέο Ογκολογικό και το νέο παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και το κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας Βορείου Ελλάδος) χωρίς όμως τελικά να φτάσουν στο στάδιο του διαγωνισμού. Ο συνολικό προϋπολογισμός των τεσσάρων έργων ξεπερνούσε τα €900 εκατομμύρια και θα παρέδιδε στο εθνικό σύστημα περισσότερες από 1200 νοσοκομειακές κλίνες. Και τα τέσσερα έργα προέβλεπαν τον σχεδιασμό, την κατασκευή, την χρηματοδότηση και την συντήρηση από τον ιδιώτη.

Το ελληνικό σύστημα υγείας ταλανίζεται τα τελευταία χρόνια καθώς έχει να αντιμετωπίσει από τη μία τη συνεχή ανάγκη για εξοικονόμηση και περικοπή των δημοσίων δαπανών στην υγεία, και από την άλλη της ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες των πολιτών. Η τεράστια μείωση των δαπανών στα δημόσια νοσοκομεία ασκεί περαιτέρω πιέσεις, στις οποίες η πολιτεία καλείται να βρει λύσεις.



#### 4.9 Ανακεφαλαίωση

Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης αναζητούν νέες πηγές χρηματοδότησης. Ακολουθώντας το μοντέλο που πρώτα εφάρμοσε το Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν αναπτύξει μορφές συνεργασίας με σκοπό να παρέχουν στους πολίτες τους δημόσιες υπηρεσίες υγείας με χαμηλότερο κόστος για την κοινωνία.

Η υλοποίηση ενός έργου μέσω σύμπραξης ή μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων της κάθε χώρας αποτελεί αποτέλεσμα μελέτης και σύγκρισης ανάμεσα στις δύο επιλογές. Το κράτος επιλέγει να αναθέσει το έργο σε κάποιον ιδιωτικό φορέα καθώς στηρίζεται στα υψηλά επίπεδα αποδοτικότητας που χαρακτηρίζουν τον ιδιωτικό κλάδο. Από την άλλη, ο ιδιώτης αναλαμβάνει να κατασκευάσει και να συντηρήσει μια υποδομή υγείας διότι αναμένει τα οφέλη της επένδυσής του αυτής να είναι μεγαλύτερα από το κόστος κεφαλαίου που θα επενδύσει. Και στις δυο περιπτώσεις η διαφάνεια αποτελεί βασική προϋπόθεση της ορθής υλοποίησης του έργου. Στην περίπτωση του νοσοκομείου της Κολονίας, η ύπαρξη συστηματικού ελέγχου και η δυνατότητα πρόσβασης σε οποιαδήποτε πληροφορία αφορά τον κύκλο ζωής του έργου, δεν συντέλεσαν μόνο στην έγκαιρη και εντός προϋπολογισμού ολοκλήρωση αλλά και σε ένα σημαντικό συντελεστή απόδοσης επένδυσης από τον πρώτο κιόλας χρόνο.

Η κάθε χώρα εφάρμοσε της συμπράξεις δημοσίου –ιδιωτικού τομέα σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της πολιτικής αυτής δε μπορούν να εκτιμηθούν με ασφάλεια, καθώς οι περισσότερες συμφωνίες σύμπραξης είναι σε πολύ πρώιμο στάδιο. Όμως, χώρες όπως η Ισπανία και η Πορτογαλία έχουν εισάγει δείκτες απόδοσης και κάθε χρόνο συγκρίνουν την αποδοτικότητα των παραδοσιακών νοσοκομείων και των νοσοκομείων μέσω σύμπραξης.

## Επίλογος

Οι οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις που δέχονται τα τελευταία χρόνια τα ευρωπαϊκά κράτη, οδήγησαν στην αναζήτηση νέων μεθόδων και εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης, όσον αφορά στην παροχή αγαθών που μέχρι πρότινος αποτελούσαν αποκλειστική ευθύνη της κάθε κυβέρνησης. Η αδυναμία αφενός των κυβερνήσεων να παράσχουν ένα δίκτυο ασφαλείας για τις κοινωνικά και οικονομικά αδύναμες ομάδες, οι οποίες αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς τα τελευταία χρόνια, και αφετέρου τα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα που αντιμετωπίζουν κυρίως οι ευρωπαϊκές χώρες του νότου (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Ελλάδα) αναδεικνύουν συνεχώς την αναποτελεσματικότητα του κράτους να εξασφαλίσει την καθολική πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες και υποδομές υγείας. Μέσα σε αυτές τις συνθήκες, αναδεικνύεται ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, κυρίως λόγω του υψηλού βαθμού καινοτομίας και αποτελεσματικότητας που τον χαρακτηρίζει σε σχέση με το δημόσιο.

Όπως είδαμε, οι συμπράξεις δημοσίου ιδιωτικού τομέα δεν αποτελούν πρακτική των τελευταίων ετών αλλά εφαρμόζονται εδώ και αρκετά χρόνια σε διάφορους τομείς, όπως τα έργα υποδομής, η διαχείριση απορριμμάτων και η κατασκευή σχολίων. Ωστόσο, στον τομέα της υγείας πρωτοεμφανίστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1990, στη Μεγάλη Βρετανία, με την μορφή της πρωτοβουλίας ιδιωτικής χρηματοδότησης. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες οι συνεργασίες αυτές έχουν εξελιχθεί, επαναπροσδιορίζοντας έτσι τον ρόλο αλλά και την σχέση δημοσίου-ιδιωτικού τομέα και στον κλάδο της υγείας. Τα βασικά χαρακτηριστικά μια σύμπραξης δημοσίου-ιδιωτικού τομέα είναι ο επιμερισμός του κινδύνου ανάμεσα στον δημόσιο και τον ιδιωτικό φορέα, η μεγάλη διάρκεια της συμβατικής σχέσης και η επιστροφή της υποδομής ή του στοιχείου στην κυριότητα του δημοσίου. Οι περισσότερες χώρες που εφάρμοσαν αυτή τη μορφή συνεργασίας στον τομέα της υγείας, χρησιμοποίησαν τη μεθοδολογία της δημόσιας συγκριτικής κοστολόγησης, ως μια πρώτη προσπάθεια να αποτιμήσουν την προστιθέμενη αξία της συνεργασίας έναντι της παραδοσιακής μεθόδου.

Ασφαλή ποσοτικά συμπεράσματα να αποτιμούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των συμπράξεων στην υγεία δεν υπάρχουν. Ωστόσο, χώρες όπως η Ισπανία και η Πορτογαλία χρησιμοποιούν μεγάλο αριθμό δεικτών σε ετήσια βάση, γεγονός που βοηθά την αποτελεσματικότητα του έργου. Παράλληλα, σημαντικό ρόλο σε μια πρώτη αποτίμηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων διαδραματίζει

η διαφάνεια. Οι χώρες που στάθηκαν στη σημασία της πρόσβασης και της πληροφόρησης σε όλα τα στάδια του κάθε έργου, μείωσαν τους κινδύνους και αύξησαν την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας ή υποδομής.

Σε καμία περίπτωση δε μπορεί ο ιδιωτικός τομέας να υποκαταστήσει τον ρόλο και τις υποχρεώσεις του δημοσίου τομέα, γεγονός που καταδεικνύεται και από την διάρκεια της πλειοψηφίας των συνεργασιών, η οποία σπάνια ξεπερνά τα 30 έτη. Η συνεργασία του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα μπορεί να αποτελέσει ένα μέσο επιτάχυνσης ώστε να υλοποιηθούν οικονομικά βιώσιμα προγράμματα, τα οποία δεν θα μπορούσαν με τις κλασικές μεθόδους. Ο δημόσιος τομέας, από την άλλη, είναι εκείνος που οφείλει να διασφαλίζει τη βιωσιμότητα της Δημόσιας Υγείας και την καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνική**

- Κονδύλης Η., Αντωνοπούλου Α. και Μπένος Α. (2008), Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία. Ιδεολογική αποτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας;, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(4):496-508
- Τούντας Ι. (2002), Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(1):76-87

### **Ξενόγλωσση**

- Akintoye A., Bing L., Edwards P.J and Hardcastle D. (2005), The allocation of risk in PPP/PFI construction projects in the UK: findings from a questionnaire survey. Engineering, Architecture and Construction Management, 12(2):125-148
- Bariletti M. (2013), PPPs and the year ahead, 6<sup>th</sup> Annual Meeting of OECD PPP Officials, April 2013, Paris
- Beregere F. (2013), PPP challenges and initiatives in France, OECD, April 2013
- Blanc-Brude F. et al (2007), Public-Private Partnerships in Europe: An Update, European Investment Bank, 2007/03
- Burger P., Tyson J., Karpowicz I. and Coelho M.D (2009), The Effects of the financial crisis on Public-Private Partnerships, IMF Working Paper WP/09/144
- Buse K. and Walt G. (2000) Global public-partnerships: part II-what are the health issues for global governance?, Bulletin of the World Health Organization, vol. 78, no. 5, p. 704
- Clements B. (2010), The Impact of the Global financial Crisis on Public- Private Partnerships, IMF, Paris
- Council of the European Union (2006), Conclusions on Common Values and principles in European Union Health Systems, 2006/C 146/01
- Declaration of Alma Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR 6-12 September 1978
- European Commission (1997), Amsterdam Treaty, Official Journal of the European Communities, 97/C 340/01, Art. 152

- European Commission (2004), Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions, COM 2004:327
- European Commission (2009), Mobilizing private and public investment for recovery and long term structural change: developing Public Private Partnerships, COM 2009:615
- European Commission (2011), The Economic Adjustment Programme for Portugal, Third Review, Occasional Papers 88
- Gouveia M. and Raposo P. (2012), The Public Sector Comparator of PPP: An empirical evaluation in the Healthcare Sector, Catolica-Lisbon School of Business and Economics, Portugal
- HM Treasury (2008), Infrastructure procurement: delivering long term value, London
- HM Treasury (2012), A new approach to Public-Private Partnerships, London
- International Finance Corporation, (2010), Support to Health Public-Private Partnerships, USA
- Kappeler A. and Nemoz M. (2010), Public-Private Partnerships in Europe-Before and During the recent Financial Crisis, European Investment Bank
- Liyanage Ch. (2010), Impact of Global Crisis on PPPs, Symposium: PPPs in Transport; Trends & Theory-Research Map
- McCarthy M. (2011), European health Research and globalization: is the public-private balance right?, *Globalization and health*, 7:5
- McKee et al (2006), Public Private Partnerships for hospitals, *Bulletin of the World Health Organization*, 84:890-896
- McKinsey&Company (2009), Public-Private Partnerships: Harnessing the private sector's unique ability to enhance social impact
- Mitchell M. (2002), An overview of Public Private Partnerships in Health, Harvard School of Public Health
- Moschuris S. and Kondylis M. (2006), Outsourcing in public hospitals: a Greek perspective, *Journal of Health Organization and Management*, pp. 4-14
- Mossialos E. et al (2010), Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy, European Observatory on Health Systems and Policy, 2010, Cambridge
- National Audit Office (2012), Lessons from PFI and other projects, HC 920, London
- National Audit Office (2011), The Performance and Management of hospital PFI Contracts, Report by the Comptroller and Auditor General, HC 68, London

- National Institute of Health (2006), Portugal National Health Survey 2005-2006, Portugal
- Pricewatercoopers (2013), Overview of global PPP Markets, OECD 2013 annual meeting of senior PPP Officials
- Raisbeck, P. (2009) PPPs and the global credit crunch: what next for the PPP financial model and global governance? From “Revisiting and Rethinking” to “Revamping and Revitalising” PPPs. CIB Symposium TG72, Hong Kong. P.17-25
- Rentoumis A. et al (2010), Additional funding mechanisms for Public Hospitals in Greece: the Case of Chania Mental Health Hospital, International Journal of Mental Health Systems 4:27
- Saltman R. et al (2003), Decentralization of Healthcare, European Observatory on Health Systems and Policy
- Sarmiento J.M. and Renneboog Luc (2014), The Portuguese Experience with Public Private Partnerships, Tilburg University
- World Economic Forum (2013), Public- Private Partnerships in Health: The Private Sector’s Role in Public Private Partnerships, Switzerland
- Yun S.L., Flexible design in Public-Private Partnerships: A PFI Case Study in the National Health Service, (2007) Judge Business School, University of Cambridge

#### Διαδικτυακές Πηγές

[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

<http://www.ch-poitiers.fr>

[www.cips.org](http://www.cips.org)

[www.countthecosts.org](http://www.countthecosts.org)

[www.economie.gouv.fr/ppp](http://www.economie.gouv.fr/ppp)

<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm)

[www.eib.com](http://www.eib.com)

[www.gov.uk](http://www.gov.uk)

[www.minfin.gr](http://www.minfin.gr)

[www.mondaq.com](http://www.mondaq.com)

<http://www.nnuh.nhs.uk/>

[www.oecd.org](http://www.oecd.org)

<http://www.opengovpartnership.org/>

[www.photius.com](http://www.photius.com)

[www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt)

<http://ppp.od.nih.gov/>

[www.reuters.com/article/2010/11/12/us-germany-healthcare-reform-idUSTRE6AB3TL20101112](http://www.reuters.com/article/2010/11/12/us-germany-healthcare-reform-idUSTRE6AB3TL20101112)

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

[www.sdit.mnec.gr/el](http://www.sdit.mnec.gr/el)

[www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

