

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ  
– ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ  
ΥΓΕΙΑΣ**

**Ελένη Μπερτάνου**

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

Πειραιάς, 2018



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ  
– ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ  
ΥΓΕΙΑΣ**

**Ελένη Μπερτάνου, Α.Μ.: ΟΔΥ/1517**

Επιβλέπων: Βοζίκης Αθανάσιος, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2018

---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of ECONOMICS**

---

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

**Case studies of partnerships in Private-Public sector at  
European health-care systems**

**Eleni Bertanou**

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

Piraeus, Greece, 2018



*...Αφιέρωση...*

*Την παρούσα διπλωματική την αφιερώνω στους γονείς μου που υπήρξαν αρωγοί και υποστηρικτές σε κάθε μου προσπάθεια.*

*Την αφιερώνω στον Κώστα που αποτελεί τον πιο σημαντικό άνθρωπο στη ζωή μου καθώς εκείνος μου έμαθε πως η παρακίνηση για να γίνει καλύτερος άνθρωπος ξεκινά από εσένα τον ίδιο.*



## **Ευχαριστίες**

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής, νιώθω τη χαρά και την ανάγκη να ευχαριστήσω τόσο τον επιβλέποντα καθηγητή μου κο Αθανάσιο Βοζίκη όσο και την πρόεδρο του μεταπτυχιακού προγράμματος κα Σταματίνα Χατζηδήμα καθώς μεταλαμπάδευσαν σε εμένα όλες τις απαραίτητες γνώσεις εφόδια και η συμβολή τους υπήρξε καθοριστική στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.





# ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ – ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

## Περίληψη

Στην τρέχουσα περίοδο αυξάνεται η ανάγκη για παροχή υπηρεσιών υγείας που θα έχουν ποιότητα. Παράλληλα πρέπει να έχουν μια ικανοποιητική απόδοση ωφελειών προς το κόστος τους. Η παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες είναι μια κρατική υποχρέωση που αναγνωρίζεται από τα περισσότερα κράτη του κόσμου. Την ίδια στιγμή αυτά τα κράτη έχουν δυσκολία να βρουν επαρκή κεφαλαία για να διαθέσουν στον συγκεκριμένο κλάδο και να βελτιώσουν την ποιότητα και την ποικιλία των υπηρεσιών που παρέχουν. Ένας από τους τρόπους που χρησιμοποιείται για να αντιμετωπιστεί το ζήτημα της έλλειψης πόρων είναι αυτός της χρήσης Συμπράξεων Δημόσιου – Ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ). Σε αυτή την περίπτωση εμπλέκονται και επιχειρήσεις του Ιδιωτικού τομέα, οι οποίες προσφέρουν την τεχνογνωσία τους και τις αποτελεσματικές πρακτικές τους για να δημιουργήσουν ή/και να λειτουργήσουν νοσοκομειακές μονάδες, και άλλες μονάδες/υπηρεσίες που σχετίζονται με το κομμάτι της υγείας, σε συνεργασία με κρατικούς οργανισμούς, ώστε να αποκομίσουν χρηματοοικονομικά οφέλη. Για την διενέργεια αυτής της έρευνας εξετάστηκαν το σχετικό νομικό πλαίσιο, καθώς και παραδείγματα από την δημιουργία ΣΔΙΤ προγραμμάτων, στα συστήματα υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών της Βρετανίας, Ιταλίας, Σουηδίας, Γερμανίας, Γαλλίας, Ισπανίας και Ελλάδας. Ένα ζήτημα που πρόκυπτε συχνά ήταν η μέθοδοι που χρησιμοποιούν αυτές οι χώρες για να μοιράσουν την ευθύνη και το ρίσκο ανάμεσα στα μέλη. Ένα δεύτερο σημαντικό ζήτημα ήταν η χρηματοδότηση τους. Η παρέμβαση του ιδιωτικού τομέα σημαίνει και αύξηση του κόστους κεφαλαίου, καθώς οι ιδιωτικές επιχειρήσεις δανείζονται με μεγαλύτερο επιτόκιο, καθώς έχουν παράλληλα και μεγαλύτερο χρηματοοικονομικό ρίσκο. Ως αποτέλεσμα αυτού, θεωρείται πως τα έργα που δημιουργούνται είναι αναποτελεσματικά. Παρόλα αυτά, όπως δείχνει και η Σουηδική αντίληψη στο ζήτημα, μια πιο σωστή προσέγγιση είναι να εξεταστούν τα προγράμματα αυτά σε όρους ωφελειών κόστους, και όχι μόνο κόστους. Θέμα αποτελεί επίσης και η ταχύτητα ολοκλήρωσης των έργων. Ενώ υπάρχουν παραδείγματα που δείχνουν που με την χρήση ΣΔΙΤ η παράδοση των προγραμμάτων έχει ολοκληρωθεί σε συντομότερο χρονικό διάστημα, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα πριν την εκκίνηση τους, μπορεί να οδηγήσουν με την παρουσία τους σε σημαντικές καθυστερήσεις. Καθοριστικό παράγοντα για την περαιτέρω επιτυχία αυτών των προγραμμάτων είναι τα συμβόλαια που καθορίζουν τις ευθύνες και το ρίσκο να είναι

ακριβή, αλλά όχι περιοριστικά ώστε τα μέλη να επωφελούνται από την ανταλλαγή τεχνογνωσίας.

Λέξεις Κλειδιά: Συμπράξεις ιδιωτικού δημόσιου τομέα, Υπηρεσίες Υγείας, Ευρώπη, Ρίσκο, Χρηματοδότηση, Ωφέλειες.

# **Title in English**

## **Abstract**

In the recent era, there is a growing need for the states to provide health services of high quality to their populations. At the same time, these investments must have satisfying cost/benefit returns. The provision of health services to the citizens is an obligation that is recognized by most states in the world. At the same time, these countries have a difficulty in finding sufficient sources of capital to invest in the healthcare sector and improve the quality and variety of the services that are provided. One of the ways that is used for dealing with the scarcity of the financial resources is that of the Public Private Partnerships (PPPs). In this case, enterprises from the private sector are also involved in order to offer their expertise and know-how, in order to build and / or operate hospitals and other units / services related to the health sector. These investments take place in cooperation with public agencies, while the main goal of the private companies is to obtain financial benefits. To carry out this research, the relevant legal framework, as well as examples of the creation of PPP programs, were examined in the health systems of the European countries of Britain, Italy, Sweden, Germany, France, Spain and Greece. One issue that was often met, concerned the methods that were used by these countries for sharing the responsibility and risk among the participants. A second important issue was that of funding. The participation of the private sector caused the capital costs to rise. This is because private businesses borrow at a higher interest rate, since they also have a greater financial risk. As a result, it is considered that the projects that are created can be ineffective. However, as the Swedish perception of this issue shows, a more correct approach is to examine these programs in terms of cost/benefits and not just in terms of costs. The subject is also the speed of project completion. While there are examples that show that the delivery of programs is completed within a shorter period of time with the use of PPPs, the bureaucratic procedures that take place before their initiation can lead to significant delays. A decisive factor in the success of these programs is that the contracts that define responsibilities and risk to be accurate but not restrictive so that all the members can benefit from the exchange of know-how.

Keywords: Public Private Partnerships, Health Services, Europe Risk, Funding, Benefits

## Contents

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή .....	1
1.1 Προτερήματα και κίνδυνοι που εμπεριέχουν οι Συμπράξεις μεταξύ του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα. ....	3
Κεφάλαιο 2: Συνεργασίες του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα: Ιστορική Πορεία και Ορισμοί.....	9
2.1 Ιστορική εξέλιξη των Συνεργασιών Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ).....	9
2.2 Ορισμοί για την έννοια της “Συνεργασίας Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα” .....	10
2.3 Συνεργασίες δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα στον χώρο της υγείας.....	15
Κεφάλαιο 3: Οι Δαπάνες για την Υγεία και η Ανάγκη για Αναδιάρθρωση τους.....	27
3.1 Εισαγωγή.....	27
3.2 Οι Δαπάνες για την Υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση .....	29
Κεφάλαιο 4: Παρουσίαση Προγραμμάτων ΣΔΙΤ σε Συστήματα Υγείας της Ευρώπης / Ευρωπαϊκής Ένωσης .....	39
4.1 Εισαγωγή.....	39
4.2 Βρετανικό Σύστημα Υγείας (National Health System – NHS).....	39
4.3 Ιταλικό Σύστημα Υγείας.....	45
4.3.1 Μοντέλα ΣΔΙΤ στο Ιταλικό Σύστημα Υγείας .....	45
4.3.2 Νοσοκομεία Castelfranco Veneto και Montebelluna .....	46
4.3.3 Νοσοκομείο Sant’Anna στο Como .....	47
4.4 Σουηδικό Σύστημα Υγείας. ....	49
4.5 Γερμανικό Σύστημα Υγείας.....	52
4.5.1 Υπηρεσίες εστίασης (catering) στην κλινική Charité .....	55
4.5.2 Βελτίωση των συστημάτων πληροφορικής στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.....	56
4.5.3 Κατασκευή και λειτουργία, μέσω προγράμματος ΣΔΙΤ του νοσοκομείου Berlin – Buch .....	57
4.5.4 Περιπτώσεις αποτυχίας προγραμμάτων ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας. ....	59
4.6 Γαλλικό Σύστημα Υγείας.....	60
4.6.1 Προγράμματα ΣΔΙΤ στην Γαλλία .....	60
4.6.2 Η περίπτωση του Νοσοκομείου CH Henri Laborit.....	61
4.7 Ισπανικό Σύστημα Υγείας.....	62
4.7.1 Ισπανικό Νομοθετικό πλαίσιο για τις ΣΔΙΤ.....	62
4.7.2 Παρουσία των ΣΔΙΤ στον τομέα υγείας στην Ισπανία .....	63
4.7.3 Η περίπτωση του νοσοκομείου Alzira / La Ribera.....	64

<b>4.8 Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....</b>	<b>67</b>
<b>Κεφάλαιο 5. Συζήτηση επί των μοντέλων ΣΔΙΤ που παρουσιάστηκαν.....</b>	<b>71</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>77</b>
<b>Παράρτημα.....</b>	<b>81</b>

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Διαφορετικές μορφές υλοποίησης της συνεργασίας μεταξύ Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα .....	12
Πίνακας 2: Μοντέλα ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας.....	17
Πίνακας 3: Δημόσιες Δαπάνες για τον Τομέα της Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ επιλεγμένων κρατών της Βορειοδυτικής Ευρώπης (% , 2001 – 2016) .....	32
Πίνακας 4: Δημόσιες Δαπάνες για τον Τομέα της Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ επιλεγμένων κρατών της Νότιας Ευρώπης (% , 2001 – 2016).....	33
Πίνακας 5: Κύρια Χαρακτηριστικά στον ΣΔΙΤ στον τομέα υπηρεσιών υγείας της Βαλένθια	65
Πίνακας 6: Κατηγορίες κρατικών δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ στα κράτη της ΕΕ (2016)	81





## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Σχεδιάγραμμα 1: Διαφοροποιήσεις στις μορφές ΣΔΙΤ και στην κατανομή του ρίσκου .....	14
Σχεδιάγραμμα 2: Σύνολο Κυβερνητικών Δαπανών για τις χώρες μέλη της ΕΕ ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2016.....	29
Σχεδιάγραμμα 3: Σύνολο της ΕΕ, % του ΑΕΠ.....	30
Σχεδιάγραμμα 4: Δημόσιες Δαπάνες για τον Τομέα της Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ των 28 μελών κρατών της ΕΕ (% , 2001 – 2016).....	31
Σχεδιάγραμμα 5: Δημόσιες Δαπάνες για τον Τομέα της Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ επιλεγμένων κρατών της Βορειοδυτικής Ευρώπης (% , 2001 – 2016) .....	32
Σχεδιάγραμμα 6: Δημόσιες Δαπάνες για τον Τομέα της Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ επιλεγμένων κρατών της Νότιας Ευρώπης (% , 2001 – 2016).....	33
Σχεδιάγραμμα 7: Ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης της ανά κεφαλή δημόσιας δαπάνης για την υγεία, σε πραγματικές τιμές σε %, 2005 έως και 2015 ( ή κοντινότερο έτος) .....	34
Σχεδιάγραμμα 8: Δαπάνες για τον τομέα της υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά το 2015 (ή κοντινότερο έτος) .....	35
Σχεδιάγραμμα 9: Χρηματοδότηση του τομέα της δημόσιας υγείας ,με βάση την πηγή χρηματοδότησης Current health expenditure by type of financing, 2014.....	36
Σχεδιάγραμμα 10: Αύξηση των δαπανών του τομέα της δημόσιας υγεία, με βάση την πηγή χρηματοδότησης, ανά κεφαλή, 2005 – 2014 (Ευρωπαϊκός μέσος όρος) .....	36
Σχεδιάγραμμα 11: Αριθμός και κεφαλαιακή αξία των προγραμμάτων PFI που υπεγράφησαν κατά έτος, 1992 – 2017 .....	40
Σχεδιάγραμμα 12: Κατανομή των προγραμμάτων PFI κατά μήκος των δημοσίων υπηρεσιών με βάση την κεφαλαιακή τους αξία (2017) .....	41
Σχεδιάγραμμα 13: Συνολική Αξία των Συμφωνιών ΣΔΙΤ ανά τομέα 2004 - 2010.....	61



## Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής είναι η μελέτη των Συνεργασιών/Συμπράξεων μεταξύ Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα (Public – Private Partnerships) ή ΣΔΙΤ όπως θα αναφέρονται από αυτό το σημείο και μετά για το υπόλοιπο της πτυχιακής μελέτης. Το συγκεκριμένο ζήτημα είναι ευρύ καθώς μπορεί να εμφανιστεί σε διάφορους τομείς της οικονομικής δράσης. Σύμφωνα με τους Hodge et al (2007) η ύπαρξη των ΣΔΙΤ δεν είναι ούτε ένα νέο φαινόμενο, ούτε και μια καινούρια έννοια. Παρόλα αυτά, λόγω της ιδιαίτερης φύσης τους, δεν υφίσταται ένας κοινά αποδεκτός ορισμός, που να μπορεί να καλύψει όλες τις πιθανές πτυχές και χρήσεις. Οι Singh et al. (2010) υποστηρίζουν πως ο όρος ΣΔΙΤ γενικά χρησιμοποιείται για να περιγράψει την μορφή σχέσεων όπου φορείς του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα δημιουργούν σχέσεις συνεργασίας ώστε να επιτύχουν κοινούς στόχους. Ένας περαιτέρω ορισμός χρησιμοποιεί η Παγκόσμια Τράπεζα, είναι πως ως ΣΔΙΤ μπορούν να οριστούν: *“μακροχρόνια συμβόλαια μεταξύ ενός ιδιώτη και ενός κυβερνητικού οργανισμού, για την παροχή ενός δημόσιου περιουσιακού στοιχείου ή υπηρεσίας, στα οποία η πλευρά του ιδιώτη αναλαμβάνει σημαντικό μέρος του ρίσκου και της ευθύνης διαχείρισης, και στην οποία οι απολαβές εξαρτώνται από την απόδοση που καταγράφεται”* (World Bank, 2015). Και ενώ είναι εύκολο να γίνει κατανοητή η πλευρά του δημόσιου τομέα, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως στην πλευρά του ιδιωτικού τομέα, πέρα από κερδοσκοπικές επιχειρήσεις, συμπεριλαμβάνονται επίσης και μη-κερδοσκοπικοί, μη-κυβερνητικοί οργανισμοί και φιλανθρωπικά ιδρύματα (Galea McKee, 2014)

Σε συνέχεια του ορισμού της Παγκόσμιας Τράπεζας, ο Korpenjan (2005) είχε ορίσει τις ΣΔΙΤ ως μια μορφή δομημένης συνεργασίας μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών φορέων για τον σχεδιασμό/κατασκευή ή/και εκμετάλλευση εγκαταστάσεων υποδομών, στις οποίες μοιράζονται και διαχωρίζουν κινδύνους, κόστη, ωφέλειες, πρώτες ύλες και ευθύνες. Αυτός ο ορισμός βρήκε σύμφωνους και τους Grimsey και Lewis (2007), ο οποίοι λένε πως οι PPP μπορούν να οριστούν ως διακανονισμοί στους οποίους οι ιδιωτικοί φορείς συμμετέχουν ή παρέχουν υποστήριξη για την παροχή υποδομών. Γενικά επιχειρηματολογούν πως σε ένα έργο ΣΔΙΤ ένας ή περισσότεροι ιδιώτες δημιουργούν με το δημόσιο την συμβολαιακή υποχρέωση ώστε να προσφέρουν υπηρεσίες που σχετίζονται με το κομμάτι των υπηρεσιών υποστήριξης υποδομών προς τον δημόσιο τομέα. Από την πλευρά τους οι Klijn και Teisman, (2003) πρότειναν πως

τα κυριότερα χαρακτηριστικά των ΣΔΙΤ συμπεριλαμβάνουν μεταξύ άλλων στοιχεία και έννοιες όπως: η συνεργασία, οι συμπαγείς σχέσεις μεταξύ των μερών, η ανάπτυξη αμοιβαίων προϊόντων και υπηρεσιών, ο διαμερισμός των κινδύνων, εξόδων και ωφελειών και τέλος η αμοιβαία προθήκη αξίας στην όλη διαδικασία και από τα δύο μέρη. Σε συνέχεια αυτών, οι Zhang et al., (2009) συγκρίναν τις ΣΔΙΤ με πιο παραδοσιακές μορφές συνεργασίας και προέκριναν τρία ξεχωριστά χαρακτηριστικά:

1. Οι συνεργάτες σε μια ΣΔΙΤ δεν μοιράζονται την ιδιοκτησία του έργου στον ίδιο βαθμό. Αυτό βασίζεται τόσο στην διαφορετική τους φύση (δημόσιο/ιδιωτικό) όσο και στους στρατηγικούς και επιχειρηματικούς στόχους που ακολουθούν.

2. Ενώ οι παραδοσιακές μορφές συνεργασίας στοχεύουν στην παραγωγή ιδιωτικών αγαθών, οι ΣΔΙΤ στοχεύουν στην παραγωγή δημοσίων ή ημι-δημοσίων αγαθών και υπηρεσιών για το όφελος ενός τρίτου μέρους. Αυτό το τρίτο μέρος μπορεί να είναι το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Από την άλλη σπανίως αυτές οι μορφές συνεργασίας αφορούν την εξυπηρέτηση ενός συγκεκριμένου πελάτη.

3. Οι διαδικασίες των ΣΔΙΤ μεταξύ των μερών παραμένουν σε ισχύ για μακρές χρονικές περιόδους.

Λόγω των ανωτέρω και επειδή οι ΣΔΙΤ θεωρούνται ως μορφές συνεργασίας οι οποίες είναι αποτελεσματικές, ενώ συμβάλλουν στην καλύτερη διαχείριση του κόστους, έχουν εξελιχθεί σε σημαντικούς μηχανισμούς για την ενσωμάτωση και υλοποίηση δημοσίων και κοινωνικών πολιτικών (Osborne et al., 2000).

Οι σχέσεις ΣΔΙΤ συνήθως δεν συμπεριλαμβάνουν συμβόλαια υπηρεσιών ή ετοιμοπαράδοτων κατασκευών (turnkey construction contracts), τα οποία έχουν χαρακτηριστεί ως δημόσια έργα. Περαιτέρω δεν συμπεριλαμβάνουν τις διαδικασίες ιδιωτικοποίησης υπηρεσιών κοινής ωφέλειας, στις περιπτώσεις που η συμμετοχή του δημόσιου τομέα ήταν ήδη περιορισμένη. Παρόλα αυτά αρκετές χώρες αναζητούν τρόπους να ορίσουν τις σχέσεις ΣΔΙΤ με έναν τέτοιο τρόπο που θα εξυπηρετεί τις θεσμικές και νομικές ιδιαιτερότητές τους (World Bank, 2015).

Μερικές χώρες έχουν προχωρήσει σε έναν διαχωρισμό μεταξύ διαφόρων μορφών δημοσίων συμβολαίων όπως οι παραχωρήσεις δικαιωμάτων (concessions), στις οποίες η πλευρά του ιδιώτη παρέχει μια υπηρεσία απευθείας στο δημόσιο αναλαμβάνοντας μέρους του τελικού ρίσκου και των ΣΔΙΤ. Στις χώρες με ανάλογα νομοθετικά πλαίσια,

στις ΣΔΙΤ η πλευρά του ιδιώτη παρέχει μια υπηρεσία απευθείας προς το δημόσιο με παραδείγματα, όπως η δημιουργία έργων για εργοστάσια νερού ή η διαχείριση υπαρχουσών εγκαταστάσεων (π.χ. νοσοκομεία), έναντι ενός αντιτίμου. Αντιθέτως σε άλλες χώρες, συγκεκριμένοι τομείς της οικονομίας δεν συμπεριλαμβάνονται στην έννοια των ΣΔΙΤ. Αυτοί είναι οι τομείς στους οποίους υπάρχει εκτεταμένη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, όπως πχ στην περίπτωση των τηλεπικοινωνιών. Τέλος, υπάρχει και η περίπτωση των χωρών στις οποίες οι συμπράξεις μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, οι οποίες και περιλαμβάνουν μικρότερη μεταφορά ρίσκου προς το ιδιωτικό τομέα, όπως π.χ. τα συμβόλαια διαχείρισης εγκαταστάσεων δεν γίνονται δεκτές. Ο λόγος σε αυτή την περίπτωση είναι ότι οι αρχές σε αυτές τις χώρες προτιμούν τέτοιες συμφωνίες να συμπεριλαμβάνονται στις ήδη υπάρχουσες διαδικασίες που ακολουθούνται για τους προμηθευτές υπηρεσιών και αγαθών (World Bank, 2015).

Έχοντας λάβει μια σύντομη περιγραφή την έννοια των ΣΔΙΤ, το επόμενο μέρος της μελέτης ασχολείται με τα πιθανά προτερήματα, αλλά και τους πιθανούς κινδύνους που ενδέχεται να εμπεριέχουν τέτοιες συμφωνίες.

### **1.1 Προτερήματα και κίνδυνοι που εμπεριέχουν οι Συμπράξεις μεταξύ του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα.**

Η παροχή υπηρεσιών που αφορούν το δημόσιο συμφέρον μπορεί να λάβει χώρα σε ένα συνεχές, όπου στο ένα άκρο θα είναι η παροχή του άμεσα από το δημόσιο και την κυβέρνηση και στο άλλο άκρο θα είναι η πλήρης ιδιωτικοποίηση. Κατά την δεκαετία του 1980, οι αυξανόμενες πιέσεις στους λογαριασμούς του δημόσιου τομέα έδωσε έναυσμα για την εκκίνηση σημαντικών αναδιοργανώσεων. Αυτές οι αναδιοργανώσεις και ανασχηματισμοί συμπεριλάμβαναν, μεταξύ άλλων, και μια σταδιακή απομάκρυνση των κρατικών οργανισμών από διάφορους τομείς οικονομικής δραστηριότητας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το ότι κυβερνήσεις που προηγουμένως βασίζονταν σε σημαντικό βαθμό στην παραγωγή και διανομή προϊόντων και υπηρεσιών από τον δημόσιο/κρατικό τομέα να στραφούν στην ελεύθερη αγορά για να μπορούν να αποκτήσουν ανάλογα προϊόντα και υπηρεσίες με πιο αποτελεσματικό τρόπο (OECD,2008).

Σε συνέχεια των ανωτέρω και σύμφωνα με σχετική μελέτη της Παγκόσμιας Τράπεζας (2016), η παγκόσμια οικονομική κρίση που έλαβε χώρα το 2008 αναζωπύρωσε το

ενδιαφέρον προς τις ΣΔΙΤ, τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις ανεπτυγμένες οικονομίες. Αυτό συνέβη διότι το συμβάν της κρίσης ανέδειξε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ευρύτερα οι οικονομίες στο ζήτημα των δημόσιων πόρων, καθώς και την σημασία που πρέπει να δοθεί στο θέμα των επενδύσεων υποδομών, οι οποίες είναι αναγκαίες για την περαιτέρω ανάπτυξη των οικονομιών. Μέσα στο ευρύτερο αυτό οικονομικό περιβάλλον, οι κυβερνήσεις στρέφονται ολοένα και περισσότερο προς τον ιδιωτικό τομέα, αναζητώντας μια νέα πηγή για την κάλυψη των χρηματοοικονομικών κενών του δημοσίου τομέα. Παρά το γεγονός πως μετά την κρίση η κυβερνήσεις εστιάζουν στο ζήτημα κάλυψης του δημοσιονομικού ρίσκου, σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα (2016), οι κυβερνήσεις έχουν απευθυνθεί στον ιδιωτικό τομέα και για μια σειρά επιπλέον λόγων, όπως:

- Η χρήση των ΣΔΙΤ ως μέσων για την ένταξη τεχνολογιών και καινοτομιών οι οποίες έχουν αναπτυχθεί στον ιδιωτικό τομέα προς τις δημόσιες επιχειρήσεις και υπηρεσίες. Αυτό συμβαίνει ώστε να βελτιωθεί η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του δημόσιου τομέα.
- Η παροχή κινήτρων προς τον ιδιωτικό τομέα, ώστε να παραδώσει τα έργα μέσα στο συμφωνηθέν χρονικό διάστημα και στα όρια του προϋπολογισμού που έχουν αποφασίσει και τα δύο μέρη.
- Η δυνατότητα επιβολής μια μορφής βεβαιότητας πάνω στα τρέχοντα και μελλοντικά έξοδα των σχεδίων υποδομών.
- Η χρήση των ΣΔΙΤ ως μέσων για την ανάπτυξη δυνατοτήτων του τοπικού ιδιωτικού τομέα, προχωρώντας σε κοινές επιχειρηματικές δραστηριότητες με μεγάλες πολυεθνικές επιχειρήσεις. Παρόμοιους τρόπους που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι κυβερνήσεις, μέσω των ΣΔΙΤ, είναι να δώσουν δυνατότητες μέσω υπεργολαβιών σε τοπικές επιχειρήσεις σε τομείς όπως, μεταξύ άλλων, τα δημόσια έργα, η διαχείριση εγκαταστάσεων, οι υπηρεσίες ασφαλείας, καθαρισμού και συντήρησης.
- Η χρήση των ΣΔΙΤ σταδιακά επιτρέπει την μεταφορά ικανοτήτων από τον ιδιωτικό τομέα προς τις δημόσιες επιχειρήσεις, καθώς και τις κυβερνητικές δομές. Αυτό γίνεται ώστε να καταφέρει ο δημόσιος τομέας να αποκτήσει την κατάλληλη τεχνογνωσία και να διαχειρίζεται τις δικές του εσωτερικές δραστηριότητες με έναν πιο αποτελεσματικό τρόπο.

- Επιπλέον η χρήση των ΣΔΙΤ επιτρέπει στις κρατικές οικονομίες να αναπτύξουν τα επίπεδα των υποδομών τους, δίνοντας παράλληλα ώθηση και στους επιχειρηματικούς τομείς που σχετίζονται με τη ανάπτυξη υποδομών, όπως π.χ. οι κατασκευές, οι πάροχοι εξοπλισμού και οι πάροχοι υπηρεσιών υποστήριξης. Το αποτέλεσμα αυτών των διαδικασιών είναι να γίνουν οι εν λόγω οικονομίες πιο αποδοτικές και αποτελεσματικές, όσο αφορά το θέμα της ανταγωνιστικότητας των υποδομών τους.
- Οι σχέσεις συνεργασίας μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα επιτρέπουν επιπλέον την παροχή στήριξης προς τις περιορισμένες δυνατότητες το δημόσιου τομέα όσον αφορά την αυξανόμενη ζήτηση για την ανάπτυξη υποδομών.

Παρόλα τα θετικά στοιχεία που μπορούν να προκύψουν από τις συνεργασίες μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, η συγκεκριμένη μορφή συνεργασίας ενέχει και διάφορα ρίσκα τα οποία, σύμφωνα με την μελέτη της Παγκόσμιας Τράπεζας (2016) είναι τα ακόλουθα:

- Το μέγεθος του κόστους που σχετίζεται με τις διαδικασίες ανάπτυξης, υποβολής προσφορών και τρεχουσών διαδικασιών συνήθως είναι μεγαλύτερο στις ΣΔΙΤ, συγκρινόμενο πάντα με τις τυπικές δημόσιες διαδικασίες που σχετίζονται με τις προμήθειες. Σε αυτή την περίπτωση οι κυβερνήσεις χρειάζεται να αποφασίζουν εάν δικαιολογείται η ανάληψη μεγαλύτερου κόστους, μέσω διαφόρων διαδικασιών αξιολόγησης.
- Παράλληλα υπάρχει και το κόστος που σχετίζεται με τον δανεισμό κεφαλαίου. Παρόλο που η παρουσία του ιδιωτικού τομέα μπορεί να βοηθήσει στο να βρεθεί ευκολότερα χρηματοδότηση, ο κύριος παράγοντας για την εξασφάλισή της είναι το να μπορεί το συγκεκριμένο έργο, μέσω των ταμειακών ροών του, να αποφέρει κερδοφορία. Αυτό μεταξύ άλλων σημαίνει πως μέρος του κόστους πρέπει να το επωμιστούν είτε οι πελάτες του έργου, είτε η κυβέρνηση μέσω επιδοτήσεων.
- Η χρηματοδότηση μερικών έργων μπορεί να είναι ευκολότερη σε σχέση με την χρηματοδότηση άλλων. Για παράδειγμα τα έργα, τα οποία ενσωματώνουν τεχνολογία σε μεγαλύτερο βαθμό, ή ο βαθμός στον οποίον τα δικαιώματα και υποχρεώσεις του ιδιωτικού τομέα είναι διαφανή, μπορούν να λάβουν χρηματοδότηση ευκολότερα. Επίσης μερικά έργα, θα δημιουργήσουν έσοδα μόνο στο τοπικό νόμισμα (όπως π.χ. τα έργα που σχετίζονται με την ύδρευση), ενώ άλλα έργα (π.χ. αεροδρόμια και λιμένες)



θα δημιουργήσουν ταμειακές εισροές και από συνάλλαγμα. Με βάση αυτά τα δεδομένα, η τελευταία κατηγορία έργων μπορεί να αντεπεξέλθει πιο εύκολα σε πιθανούς περιορισμούς που μπορεί να παρουσιαστούν στις τοπικές χρηματαγορές.

- Μερικές κατηγορίες έργων μπορεί να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες πολιτικές και κοινωνικές αντιδράσεις κατά την διαδικασία εκτέλεσής τους. Αυτές οι αντιδράσεις συνήθως αυξάνουν όταν το εργατικό δυναμικό του δημόσιου τομέα εκφράζει ανησυχία για την μεταφορά του στο κομμάτι του ιδιωτικού τομέα. Επιπλέον λόγοι που μπορούν, μεταξύ άλλων, να προκαλέσουν ισχυρές αντιδράσεις είναι η επιβολή περαιτέρω φόρων και δασμών ώστε να διεκπεραιωθεί το έργο και να γίνει βιώσιμο ή όταν λαμβάνουν χώρα διάφοροι διακανονισμοί.
- Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις, και οι δανειστές τους, είναι ιδιαίτερα συντηρητικοί πως προς το ρίσκο που είναι διατεθειμένοι να αναλάβουν. Γενικά προτιμούν να μην αναλαμβάνουν μεγάλο βαθμό ρίσκου σε θέματα που είναι πέρα από τον έλεγχό τους, όπως π.χ. οι οικονομικοί κίνδυνοι που σχετίζονται με το συνάλλαγμα. Στις περιπτώσεις όμως που θα συμφωνήσουν να αναλάβουν αυτά τα επιπλέον ρίσκα, θα το κάνουν αυξάνοντας ανάλογα και την ανταμοιβή τους. Αυτό συμπεριλαμβάνει μεταξύ άλλων και το ότι θα θελήσουν, αν όχι μια προνομιακή, τουλάχιστον μια δίκαιη αντιμετώπιση στα ζητήματα που θα ορίζουν τις σχέσεις τους με τους δημόσιους φορείς. Περαιτέρω, οι ιδιωτικός τομέα είναι αρκετά πιθανό να ζητήσει μεγαλύτερο βαθμό ελέγχου πάνω στις διαδικασίες που σχετίζονται με έργο, προκειμένου να αναλάβουν αυτούς τους επιπλέον κινδύνους.
- Οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα στοχεύουν στο να αυξήσει τις εισροές τους. Για αυτό το λόγο θα κάνουν μόνο όσα αναφέρονται με ξεκάθαρο τρόπο στο συμβόλαιο της σύμβασης. Πέρα από την δομή του συμβολαίου, είναι αναγκαία και η ύπαρξη κριτηρίων απόδοσης, τα οποία θα κάνουν πιο εύκολο τον έλεγχο της πορείας της όλης διαδικασίας.
- Παρόλο την συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, οι κυβερνήσεις εξακολουθούν να έχουν σημαντικό μέρος της ευθύνης στην όλη διαδικασία. Για αυτό τον λόγο, οι πολίτες θα εξακολουθούν να τις θεωρούν υπεύθυνες για τα όποια αποτελέσματα προκύψουν. Οι κυβερνήσεις παράλληλα, θα πρέπει να στελεχώσουν τους φορείς που σχετίζονται με τις ΣΔΙΤ με άτομα τα οποία θα έχουν τις κατάλληλες γνώσεις και ικανότητες και ώστε να μπορούν να: α) κατανοήσουν τις συμβολαιακές υποχρεώσεις μεταξύ των

συμβαλλόμενων μερών, β) εξυπηρετήσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις υποχρεώσεις τις δικής τους πλευράς, και γ) ασκήσουν κατάλληλο έλεγχο προς τον ιδιωτικό τομέα και να τον ωθούν προς την εκπλήρωση των υποχρεώσεών του.

- Μεταξύ των δύο τομέων, ο ιδιωτικός είναι αυτός που συνήθως έχει μεγαλύτερη εμπειρία και τεχνογνωσία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, μετά από μία μικρή χρονικά περίοδο, να έχει μεγαλύτερο έλεγχο και πρόσβαση ως προς τα δεδομένα του έργου. Για αυτόν τον λόγο είναι αναγκαίο να διασφαλιστεί η ύπαρξη ξεκάθαρων απαιτήσεων και διαδικασιών αναφοράς από την πλευρά του ιδιωτικού τομέα, ώστε να μειώνονται οι ανισοροπίες στην πληροφόρηση και των δύο μερών.
- Περαιτέρω είναι αναγκαία η ύπαρξη ενός ξεκάθολου νομικού και κανονιστικού πλαισίου, ώστε να επιτυγχάνονται βιώσιμες λύσεις.
- Τέλος, λαμβάνοντας υπόψιν την μακρά χρονική περίοδο που απαιτείται για την ολοκλήρωση αυτών των έργων, καθώς και της πολυπλοκότητας που παρουσιάζουν, είναι σχετικά δύσκολο να αναγνωριστούν όλες τα πιθανά απρόβλεπτα ενδεχόμενα τα οποία μπορεί να παρουσιαστούν κατά την διάρκειά του. Η εμφάνιση δεδομένων τα οποία δεν είχαν ληφθεί υπόψιν και διαπραγματευτεί καταλλήλως στο συμβόλαιο, είναι αρκετά πιθανό να ωθήσει τα συμβαλλόμενα μέρη σε διαδικασίες επαναδιαπραγμάτευσης ώστε να μπορέσουν να συμπεριληφθούν και αυτά τα απρόβλεπτα γεγονότα. Σε συνέχεια του παραπάνω, είναι αρκετά πιθανό μερικά από τα σχέδια να αποτύχουν ή οι διαδικασίες να τερματιστούν πριν την ολοκλήρωσή τους. Πιθανοί λόγοι για αυτό είναι οι αλλαγές στην κυβερνητική πολιτική, η αποτυχία κάποιου από τα δύο μέρη στο να αντεπεξέλθει στις υποχρεώσεις τους, ή η παρουσία συμβάντων πέρα από τον έλεγχο των δύο μερών, όπως π.χ. φυσικές καταστροφές. Η πιθανή παρουσία απρόβλεπτων συμβάντων και γεγονότων, τα οποία δεν είχαν ληφθεί υπόψιν εξαρχής, κάνει αναγκαία την ουσιαστική και αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των μερών που συμμετέχουν, ώστε η αντιμετώπισή τους να λάβει χώρα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Συνοψίζοντας τα προαναφερθέντα θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως οι ΣΔΙΤ επιτρέπουν στον δημόσιο τομέα να αποκομίσει μεγαλύτερη ευελιξία τεχνογνωσία και να φέρει εις πέρας τα διάφορα έργα με αποτελεσματικό τρόπο. Από την άλλη είναι αναγκαίο να υπάρχουν μηχανισμοί ελέγχου, ώστε αμφότερα τα μέρη να εκπληρώνουν

τις υποχρεώσεις τους, μειώνοντας παράλληλα την εμφάνιση των κινδύνων που βρίσκονται στον έλεγχό τους.

Έχοντας παρουσιάζει το ευρύτερο πλαίσιο των ΣΔΙΤ, η παρούσα πτυχιακή θα εξετάσει αυτή την μορφή συνεργασίας μέσα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Είναι εύκολα κατανοητό πως η παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών, που θα εξυπηρετούν την υγεία τόσο ιδιωτών, όσο και της ευρύτερης κοινωνίας, είναι ένα από τα σημαντικότερα ανθρώπινα αγαθά. Λόγω της ευαισθησίας του θέματος, η παρούσα μελέτη θα εξετάσει σχετική βιβλιογραφία, η οποία θα ασχολείται με: α) την εφαρμογή σχέσεων ΣΔΙΤ στον χώρο των υπηρεσιών υγείας, β) συγκεκριμένα κίνητρα, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που παρουσιάζουν αυτές οι κινήσεις στον συγκεκριμένο χώρο, και γ) εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων στον Ευρωπαϊκό χώρο. Στο τελευταίο κομμάτι θα λάβει χώρα και συζήτηση για την περίπτωση της Ελλάδας ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

Έχοντας ολοκληρώσει τα εισαγωγικά στοιχεία σε αυτό το σημείο, η επόμενη ενότητα ασχολείται με μια εις βάθος μελέτης τόσο της έννοιας των δράσεων ΣΔΙΤ όσο και της ιστορικής εξέλιξής τους ευρύτερα στην οικονομία.

## **Κεφάλαιο 2: Συνεργασίες του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα: Ιστορική Πορεία και Ορισμοί**

### **2.1 Ιστορική εξέλιξη των Συνεργασιών Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ)**

Σκοπός αυτής της ενότητας είναι η ευρύτερη παρουσία της πρακτικής των ΣΔΙΤ. Καταρχάς, είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί πως η πρακτική των ΣΔΙΤ στην πιο απλή του μορφή, δηλαδή στις περιπτώσεις όπου ο ιδιωτικός τομέας διενεργεί μόνος του τις εργασίες που του έχουν ανατεθεί, έχει μακρά ιστορία. Τέτοιες πρακτικές καταγράφονται κατά την Ρωμαϊκή περίοδο για την κατασκευή δρόμων και άλλων έργων δημόσιας ωφέλειας. Αργότερα, κατά τον 17ο και 18ο αιώνα, πολλά έργα υποδομής, όπως δρόμοι, σιδηροδρομικές γραμμές και διώρυγες, έλαβαν χώρα στην Ευρώπη, Αμερική, Κίνα και Ιαπωνία με την χρήση ιδιωτικών κεφαλαίων, ύστερα από σύναψη συμβολαίων με τις κυβερνήσεις (Jomo et al, 2016). Παρόλο που η συγκεκριμένη πρακτική έχει μακρά ιστορία, η έννοια και ο όρος της συνεργασίας ιδιωτικού και δημόσιου τομέα (Public Private Partnership / PPP) προέκυψε από κατά το 1970, ως ανταπάντηση των νεοφιλελεύθερων οικονομολόγων σε συγκριμένες αδυναμίες της Κεϋνσιανής οικονομικής σκέψης και της μη αποτελεσματικού ρόλου του κράτους σε αρκετές πτυχές της οικονομικής ζωής (Jomo et al, 2016). Η δημοφιλία της έννοιας των ΣΔΙΤ και η μετέπειτα διάδοση της, προέκυψαν ως εναλλακτικές λύσεις αναφορικά με υπηρεσίες που παρέχονταν από δημόσιες υπηρεσίες, και πρότειναν την ιδιωτική πρωτοβουλία ως τρόπο αντιμετώπισης των κωλυμάτων που δημιουργούνταν από την γραφειοκρατία του δημοσίου (Cavelty και Sute, 2009).

Ο πρώτος χώρος στον οποίο εφαρμόστηκε αυτή η νέα αντίληψη για το ΣΔΙΤ ήταν στον χώρο της αστικής δόμησης, με κύριο στόχο την ανάπτυξη και βελτίωση συγκεκριμένων αστικών περιοχών που αντιμετώπιζαν προβλήματα (Budaus και Gruning, 2004). Η μετέπειτα εξέλιξή τους, η οποία είναι και η μορφή των ΣΔΙΤ οι οποίες υφίστανται την παρούσα εποχή, είναι αυτή όπου στις ιδιωτικές εταιρίες ανατίθεται ένα έργο και αμείβονται από τον κρατικό οργανισμό, παρά από καταναλωτές/ομάδες καταναλωτών. Αυτή αναπτύχθηκε κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο, κατά την δεκαετία του 1980. Ένας από τους λόγους που προβάλλονται για την προώθηση και ανάπτυξη αυτής της μορφής συνεργασίας, είναι ώστε να μπορεί ο κρατικός τομέας να αναπτύξει τις αναγκαίες υποδομές, χωρίς όμως να υπόκειται στο διάφορους περιορισμούς που σχετίζονται με τις διαδικασίες και την διαχείριση του δημοσίου δανεισμού. Υπό αυτή την αντίληψη, οι ΣΔΙΤ θεωρούνταν ως ένας

αποτελεσματικός τρόπος για την αξιοποίηση ιδιωτικών κεφαλαίων με στόχο την εξυπηρέτηση των δημοσίων αναγκών. Με το πέρασ του χρόνου η έννοια του ΣΔΙΤ επεκτάθηκε σε διαφορετικούς κλάδους , όπως η εκπαίδευση, η φυλάκιση κρατουμένων και, όπως θα μελετήσει η παρούσα πτυχιακή, ο χώρος της υγείας (Vaillancourt, 2000). Παρόλο που η συγκεκριμένη πρακτική πραγματοποιείται με διάφορες μορφές, ο όρος ΣΔΙΤ έχει καθιερωθεί ως μια ευρύτερη κοινή ορολογία που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις διάφορες μορφές συνεργασίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

## **2.2 Ορισμοί για την έννοια της “Συνεργασίας Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα”**

Σε συνέχεια της παραπάνω ενότητας, η οποία ασχολήθηκε με μια σύντομη ιστορική αναδρομή των ΣΔΙΤ, σε αυτό το κομμάτι θα λάβει χώρα εξέταση των κατηγοριών των ΣΔΙΤ και τον ορισμών που χρησιμοποιούνται για να τις περιγράψουν. Σκοπός είναι να γίνεται καλύτερα κατανοητή τόσο η συγκεκριμένη έννοια, όσοι και οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να πραγματοποιηθεί.

Η ευρύτερη συμφωνία είναι πως η κύρια δραστηριότητα των ΣΔΙΤ είναι να μπορέσουν τα συμβαλλόμενα μέρη να κάνουν κοινή, και πρωτοποριακή, αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Παράλληλα, να μπορέσουν να αξιοποιήσουν όλοι την διαθέσιμη γνώση για την διαχείριση τους, ώστε να μπορέσουν να αποκτηθούν οι στόχοι τους με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο (Jomo και Chowdhury, 2009; Linder και Vaillancourt, 2000). Η συγκεκριμένη προσέγγιση όμως είναι αρκετά ευρεία και ο ΟΟΣΑ (2012) τονίζει πως δεν υφίσταται κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός των ΣΔΙΤ, ούτε και κάποιο κοινό λογιστικό πλαίσιο για την προσέγγιση τους. Αντιθέτως, μεγάλοι παγκόσμιοι οργανισμοί, όπως η Eurostat και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), να χρησιμοποιούν διαφορετικούς ορισμούς όσον αφορά τις ΣΔΙΤ. Πάνω στο ίδιο ζήτημα, το ΔΝΤ (2004) σημείωσε πως δεν υφίσταται μια κοινή συναίνεση για τι περιγράφει η έννοια ΣΔΙΤ και τι όχι. Τονίζει επίσης πως ο συγκεκριμένος όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα μεγάλο εύρος δραστηριοτήτων. Οι ερευνητές Callan και Davies (2013) τονίζουν πως η καθολική χρήση του όρου ΣΔΙΤ δημιουργεί διάφορα προβλήματα, και είναι αναγκαίο να γίνουν ξεκάθαρες και κατανοητές οι διάφορες υποκατηγορίες που υπάγονται σε αυτήν την ευρεία έννοια, πρώτου να εκκινήσει οποιαδήποτε άλλη συζήτηση μεταξύ των μερών που εξετάζουν πιθανή συνεργασία.

Σύμφωνα με τον Romero (2015) η ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας δείχνει πως υπάρχουν τουλάχιστον 25 διαφορετικές μορφές ΣΔΙΤ. Από την πλευρά τους οι Grimsy και Lewis θεωρούν πως η έλλειψη ενός συγκεκριμένου ορισμού, προκύπτει από το γεγονός πως οι ΣΔΙΤ καλούνται στο να καλύψουν ένα αρκετά μεγάλο διάστημα ανάμεσα στην κατηγορία έργων που λαμβάνουν χώρα από το κράτος και σε όσα βασίζονται στην κρατική πρωτοβουλία. Αυτό διότι πέρα από τα συμβόλαια συνεργασίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, βρίσκονται και άλλες παρόμοιες μορφές όπως τα συμβόλαια βραχυχρόνιας διαχείρισης έργων, τα συμβόλαια εξωτερικής ανάθεσης (outsourcing), τα συμβόλαια παραχώρησης (concession) και τις κοινοπραξίες μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Στην πράξη, ο ορισμός των ΣΔΙΤ εξαρτάται από το βαθμό ιδιοκτησίας των στοιχείων ενεργητικού και της συμμετοχής στα κεφαλαιακά έξοδα από τους συμμετέχοντες που προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα. Γενικά, η ύπαρξη των διαφόρων μορφών ΣΔΙΤ εξαρτάται από τον βαθμό στον οποίο μετακινείται και διαφοροποιείται η ιδιοκτησία των στοιχείων ενεργητικού και ο βαθμός ανάληψης του ρίσκου ανάμεσα στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα (Roehnrich et al, 2014).

Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί παρατίθενται διάφορες μορφές ΣΔΙΤ που χρησιμοποιούνται και τα κύρια χαρακτηριστικά τους. Επίσης στο Σχεδιάγραμμα 1 παρατίθενται οι διαφορετικές μορφές των ΣΔΙΤ, κατανεμημένες ανάλογα με τον βαθμό ευθύνης που έχει ο κάθε εταίρος, λαμβάνοντας περαιτέρω υπόψιν την ιδιοκτησία στοιχείων ενεργητικού και την ανάληψη του ρίσκου. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως το Σχεδιάγραμμα 1 δεν παρέχει κάποια πληροφόρηση σχετικά με την διαφορετική φύση των συμβολαίων ΣΔΙΤ, ούτε και για τις διαφοροποιήσεις στο στοιχείο της ποιότητας προς τιμή (Value for money). Για να γίνει πιο κατανοητή η σημασία αυτού, μπορεί να αναφερθεί ως υπόθεση εργασίας πως ενώ η μεγαλύτερη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα θα μειώσει αυτόματα το ρίσκο που αναλογεί στον δημόσιο τομέα, μια ΣΔΙΤ με αναποτελεσματικό σχεδιασμό θα καταλήξει να αυξήσει το ρίσκο για τον δημόσιο τομέα καθώς και να προσφέρει μια υπηρεσία χειρότερης ποιότητας ενώ θα αυξήσει τις οικονομικές υποχρεώσεις (Jomo et al., 2016).

**Πίνακας 1: Διαφορετικές μορφές υλοποίησης της συνεργασίας μεταξύ Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα**

ΟΡΙΣΜΟΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
<p>Συμφωνία μεταξύ δύο ή περισσότερων μερών που τους επιτρέπει να συνεργαστούν για την επίτευξη ενός κοινών ή συμφωνημένων στόχων, στην οποία υπάρχει ένας βαθμός κοινών αρχών και ευθυνών, κοινή χρήση πόρων για επενδύσεις, κοινή ανάληψη ρίσκου και κοινές ωφέλειες. (HM Treasury, 1998)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σχέσεις μεταξύ διαφορετικών οργανισμών,</li> <li>• Συνεργασία,</li> <li>• Κοινοί στόχοι,</li> <li>• Κοινές επενδύσεις,</li> <li>• Κοινή ανάληψη ρίσκου</li> </ul>
<p>Οι συνεργασίες δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι συμφωνίες μεταξύ της και του ιδιωτικών οργανισμών, οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή εξέλιξη. Σε αυτές ο ιδιωτικός τομέας μετέχει στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και της παραγωγής ενός δημόσιου αγαθού ή υπηρεσίας, τα οποία προηγουμένως παρέχονται από τον δημόσιο τομέα και στα οποία τώρα ο ιδιωτικός τομέας μοιράζεται το ρίσκο της παραγωγής τους. (Forrer et al. 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κοινή ανάληψη ρίσκου,</li> <li>• Σχέσεις μεταξύ διαφορετικών οργανισμών,</li> </ul>
<p>Μια νομικά δεσμευτική συμφωνία μεταξύ της κυβέρνησης και επιχειρήσεων για την παροχή στοιχείων ενεργητικού και την παράδοση υπηρεσιών, η οποία κατανέμει τομείς ευθύνης και επιχειρηματικά ρίσκα ανάμεσα στους εταίρους. (Partnerships British Columbia, 2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σχέση βασισμένη στους όρους του συμβολαίου,</li> <li>• Διαμερισμός του ρίσκου σύμφωνα με το συμβόλαιο,</li> </ul>
<p>Τα κύρια χαρακτηριστικά μιας ΣΔΙΤ, συγκρινόμενα με την παραδοσιακή προσέγγιση για την παροχή υποδομής, είναι ότι συνδέει την επένδυση και την παροχή υπηρεσιών σε ένα μακροχρόνια συμβόλαιο. Για την διάρκεια του συμβολαίου, το οποίο μπορεί και να φτάνει τα είκοσι ή τριάντα χρόνια, οι ανάδοχοι θα έχουν την διαχείριση και τον έλεγχο των στοιχείων ενεργητικού, συνήθως σε αντάλλαγμα για τέλη χρήσης, τα οποία αντιστοιχούν στην κάλυψη του κόστους επένδυσης και διάφορων άλλων εξόδων. (Engel et al., 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σύνδεση επένδυσης και υπηρεσιών</li> <li>• Παροχή υπηρεσιών</li> <li>• Μακροχρόνια συμβόλαια</li> </ul>
<p>Είναι μορφές συνεργασίας, που μεταξύ άλλων συμπεριλαμβάνουν, συμβόλαια ρυθμίσεις, συμμαχίες και συμφωνίες συνεργασίας, οι οποίες χρησιμοποιούνται ανάπτυξη πολιτικών ρυθμίσεων, υποστήριξη πολιτικών προγραμμάτων και</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σχέση βασισμένη στους όρους του συμβολαίου,</li> <li>• Σχέσεις μεταξύ διαφορετικών οργανισμών,</li> </ul>

παράδοση κυβερνητικών προγραμμάτων και υπηρεσιών. (Osborne, 2000)	
Είναι μια σχέση που αποτελείται από κοινούς ή/και συμφωνημένων σκοπών, καθώς και από μια αναγνωρίσιμη διανομή συγκεκριμένων ρόλων και ευθυνών ανάμεσα στους συμμετέχοντες. Αυτή η σχέση μπορεί να είναι επίσημη ή ανεπίσημη, βασισμένη σε συμβόλαιο ή εθελοντική συμφωνία, μεταξύ δύο ή περισσότερων μερών. Το αποτελεσμα τους είναι η δημιουργία μιας επένδυσης βασισμένη στην συνεργατική χρήση των πόρων, η οποία και εμπεριέχει κοινή ανάληψη ρίσκου, διαμερισμό ευθυνών και οφέλη για όλους τους συμμετέχοντες. (Lewis, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σχέσεις μεταξύ διαφορετικών οργανισμών,</li> <li>• Κοινοί στόχοι,</li> <li>• Αμοιβαίες επενδύσεις</li> <li>• Κοινή ανάληψη ρίσκου</li> <li>• Διαμοιρασμός ωφελειών</li> </ul>
Μια σχέση που βασίζεται στο κοινή χρήση δυνάμεων, εργασίας, υποστήριξης και πληροφοριών με άλλα μέρη, για την επίτευξη κοινών στόχων ή/και αμοιβαίων ωφελειών. (Kernaghan, 1993)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σχέσεις μεταξύ διαφορετικών οργανισμών,</li> <li>• Συνεργασία</li> <li>• Διαμερισμός δυνάμεων και πληροφοριών</li> <li>• Κοινοί στόχοι,</li> </ul>

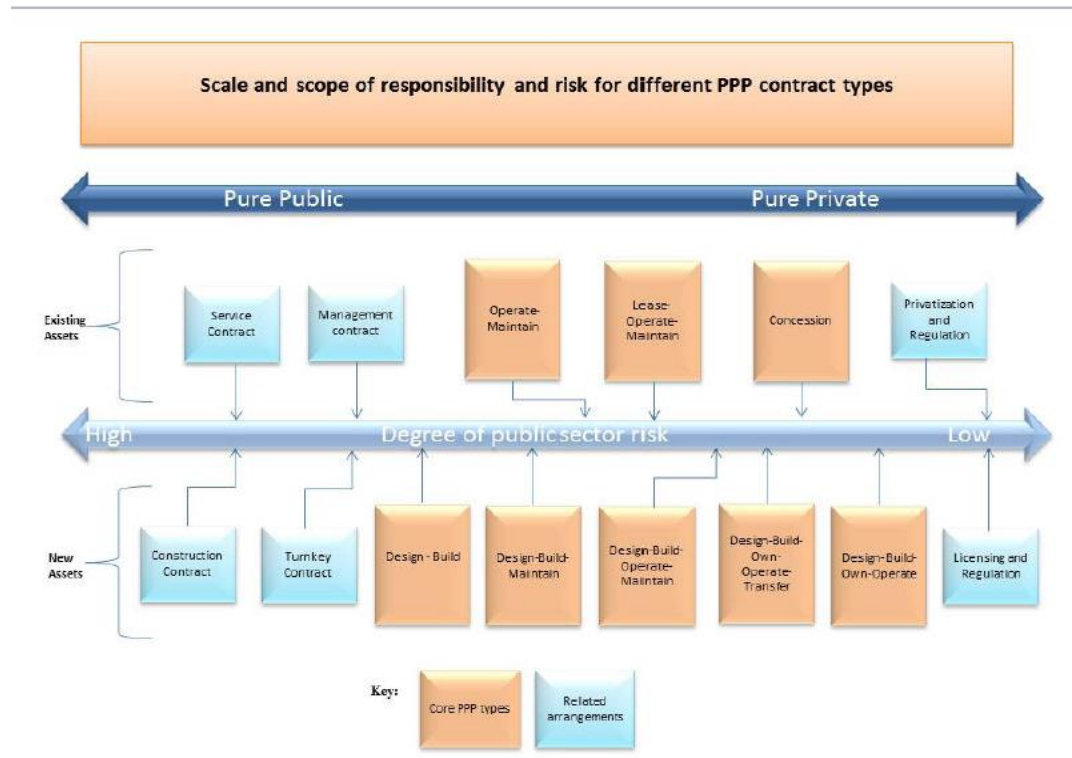
Πηγή: Roehrich et al., 2014

Οι πληροφορίες του Σχεδιαγράμματος 1 επιτρέπουν επίσης να γίνει διαχωρισμός μεταξύ των κύριων στοιχείων των ΣΔΙΤ και των συμπληρωματικών τους στοιχείων. Τα κύρια στοιχεία των ΣΔΙΤ έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (World Bank, 2012):

- Είναι μια μακροχρόνια συμφωνία μεταξύ μια κρατικής οντότητας και μιας ιδιωτικής επιχείρησης, υπό την οποία η ιδιωτική επιχείρηση παρέχει ή συνεισφέρει στην διαδικασία παροχής μιας δημόσιας υπηρεσίας.
- Η ιδιωτική επιχείρηση λαμβάνει ως εισόδημα ταμιακές ροές, οι οποίες μπορεί να προέρχεται από κομμάτι του κρατική προϋπολογισμού, από τέλη χρήσεως, ή από συνδυασμό και των δυο, και οι οποίες εξαρτώνται από την διαθεσιμότητα και ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας για την οποία έχει γίνει η συμφωνία. Ως αποτέλεσμα αυτού, η συμφωνία ουσιαστικά μεταφέρει το ρίσκο από την κρατική οντότητα προς τον ιδιωτικό οργανισμό, συμπεριλαμβανομένης και της διαθεσιμότητας της υπηρεσίας ή του ρίσκου για την ζήτηση.



## Σχεδιάγραμμα 1: Διαφοροποιήσεις στις μορφές ΣΔΙΤ και στην κατανομή του ρίσκου



Πηγή: Jomo et al., 2016

- Η ιδιωτική επιχείρηση πρέπει να συνεισφέρει στην επένδυση για το έργο, έστω και εάν η συμμετοχή της είναι περιορισμένη, π.χ. με την μορφή κεφαλαίου κίνησης.
- Από την πλευρά της η κυβέρνηση, πέρα από το μερίδιο του προϋπολογισμού που θα διαθέσει, θα πρέπει να κάνει και επιπλέον συνεισφορές, όπως: παροχή ή διευκόλυνση για απόκτηση γης, συνεισφορά επιπλέον στοιχείων ενεργητικού, παροχή κεφαλαίων μέσω δανεισμού ή ιδίων κεφαλαίων ώστε να καλυφθούν κεφαλαιακά έξοδα. Η κυβέρνηση μπορεί επίσης να συνεισφέρει επιπλέον μορφές εγγυήσεων, οι οποίες θα επιτρέψουν τον αποτελεσματικό διαμοιρασμό του ρίσκου μεταξύ του κρατικού οργανισμού και της ιδιωτικής επιχείρησης.
- Στο τέλος της σύμβασης ΣΔΙΤ τα σχετικά στοιχεία ενεργητικού επιστρέφουν στην κατοχή του κράτους.

Σε συνέχεια όλων των παραπάνω, οι μελέτες μεταξύ των διαφορετικών τομέων της οικονομίας σημειώνουν επίσης και τις διαφοροποιήσεις στις συμφωνίες ΣΔΙΤ ανάλογα με τον κλάδο, το μέγεθος του έργου και της δομή ιδιοκτησίας. Σύμφωνα με τους Roerich et

al (2014), αυτή η διαφοροποίηση είναι που οδηγεί και στην δυσκολία για την εύρεση ενός κοινού ορισμού για τις ΣΔΙΤ. Για αυτό το λόγο, δεν είναι εύκολο να γενικευτούν τα ευρήματα από τις ΣΔΙΤ σε έναν κλάδο στους υπόλοιπους κλάδους της οικονομίας.

Έχοντας συζητήσει εκτενώς την έννοια των ΣΔΙΤ, καθώς και την αδυναμία να δοθεί ένας ακριβής και κοινός ορισμός λόγω της φύσης τους, καθώς και την αδυναμία να γενικευτούν τα αποτελέσματα από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ σε έναν κλάδο της οικονομίας τους υπόλοιπους, το επόμενο κομμάτι εξετάζει την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας. Σε αυτό το κομμάτι θα γίνει γενική αναφορά για αυτή την τάση. Εξέταση ειδικών περιπτώσεων οικονομιών της Ευρώπης που έχει γίνει εφαρμογή αυτής της πρακτικής θα σε δικό της ξεχωριστό κομμάτι.

### **2.3 Συνεργασίες δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα στον χώρο της υγείας**

Ανάμεσα στους τομείς της οικονομίας, στους οποίους οι συμπράξεις μεταξύ των Δημόσιων και Ιδιωτικών φορέων παρουσιάζουν αυξητική τάση, είναι ο τομέας των υπηρεσιών υγείας. Αυτό διότι οι κυβερνήσεις ανά την υφήλιο αναζητούν αποτελεσματικούς τρόπους για να διαχειριστούν ταυτόχρονα το ζήτημα των αυξητικών τάσεων της παροχής υπηρεσιών υγείας και την ανάγκης για μείωση και περιορισμό των κρατικών προϋπολογισμών (Blanken et al., 2010). Γενικά μπορεί να ειπωθεί πως οι ΣΔΙΤ τείνουν να γίνουν ως μια κοινά αποδεκτή προσέγγιση, σε παγκόσμια κλίμακα, για την αντιμετώπιση των θεμάτων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την αντιμετώπιση των διάφορων προβλημάτων που παρουσιάζονται σε αυτόν τον τομέα (Barr, 2007).

Από την πλευρά τους, τόσο οι δημόσιοι, όσο και οι ιδιωτικοί φορείς, αναγνωρίζουν τις εσωτερικές αδυναμίες που δεν τους επιτρέπουν να χειριστούν μεμονωμένα και με αποτελεσματικό τρόπο τα ζητήματα που ανακύπτουν συνεχώς στον τομέα της δημόσιας υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην προχωρά η επίλυση τους, ενώ από την άλλη νεότερα ζητήματα ανακύπτουν για τον τομέα της υγείας, τόσο σε διεθνές επίπεδο, όσο και στο επίπεδο μεμονωμένων κρατών (Nishtar, 2004). Οι τυπικοί/παραδοσιακοί οργανισμοί που ασχολούνταν με θέματα δημόσιας υγείας αντιμετωπίζουν περιορισμούς οι οποίοι προκύπτουν από το γεγονός ότι πρέπει να διαχειριστούν πολλαπλά ζητήματα όπως οι μειωμένοι οικονομικοί πόροι, τα περίπλοκα κοινωνικά προβλήματα, την ταχεία μετάδοση ασθενειών μεταξύ κρατών και τις μειωμένες δυνατότητες των κρατικών οργανισμών να αντεπεξέλθουν στα παραπάνω

(Reich, 2000). Παράλληλα, την ίδια στιγμή, οι ιδιωτικοί/κερδοσκοπικοί οργανισμοί αναγνωρίζουν την σημασία του παράγοντα της δημόσιας υγείας, λόγω του γεγονότος πως επηρεάζει τόσο τους βραχυπρόθεσμους, όσο και τους μακροπρόθεσμους στόχους τους. Αυτό τους ωθεί στο να ενισχύσουν από πλευράς τους, τις πρωτοβουλίες τους σε ζητήματα εταιρική ευθύνης (Reich, 2002).

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το να προχωρούν αρκετές κυβερνήσεις στις δράσεις ΣΔΙΤ για να λύσουν ζητήματα που προκύπτουν στον τομέα της δημόσιας υγείας. Η συνήθης μορφή που παίρνουν αυτές οι συνεργασίες είναι μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας, που προέρχονται από τον δημόσιο τομέα, και ιδιωτικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται μεταξύ άλλων σε τομείς όπως η κατασκευή κτιρίων, η παροχή υπηρεσιών διαχείρισης και χρηματοδότες. Η χρήση των ΣΔΙΤ στον τομέα της δημόσιας υγείας παρουσιάζεται ταυτόχρονα ως επιτακτική και αναπόφευκτη, και η διάδοσή της συγκεκριμένης πρακτικής ανά της υφήλιο εγείρει την ανάγκη για μελέτη και αναγνώριση των παραγόντων που εμποδίζουν την αποτελεσματική και επιτυχημένη διενέργεια των ΣΔΙΤ, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν αναλόγως.

Είναι χρήσιμο να αναφερθεί επίσης πως οι συνεργασίες ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, στον χώρο της υγείας, δεν περιορίζονται μόνο στην υποδομών. Αντιθέτως επεκτείνονται και στην έρευνα και ανάπτυξη φαρμακευτικών σκευασμάτων, μεθόδων θεραπείας και λοιπών τρόπων για την αντιμετώπιση ασθενειών. Γενικά θεωρείται πως η πρακτική των ΣΔΙΤ μπορεί να προσφέρει νέους και οικονομικά βιώσιμους τρόπους ώστε να γίνει δυνατή η ανάπτυξη και παραγωγή φαρμάκων και εμβολίων, ιδιαίτερα για ορισμένες “ξεχασμένες ασθένειες”, όπως η ελονοσία, η φυματίωση, η Αφρικανική τρυπανοσωμίαση, η λεϊσμανίαση και η ατροφία μεταξύ άλλων, οι οποίες είναι και ασθένειες οι οποίες χτυπούν δυσανάλογα τους φτωχότερους πληθυσμούς. Σε συνέχεια αυτού, οι ΣΔΙΤ θεωρούνται πως προσφέρουν μια ικανοποιητική εναλλακτική πρόταση για την κάλυψη της μη ελκυστικής κερδοφορίας των επενδύσεων που σχετίζονται με φαρμακευτικές εταιρίες στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Reid και Pearse Widus, 2001, 2005). Επιπλέον οι ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας θεωρείται πως μπορούν να καλύψουν κενά που υφίσταται στα υπάρχοντα συστήματα παροχής υγείας, κυρίως λόγω της αδυναμίας τους να προσφέρουν από μόνα τους την συγκεκριμένη δημόσια υπηρεσία λόγω ελλείψεως πόρων ή εστίασης των κυβερνήσεων σε άλλους στόχους και προτεραιότητες (Meredith και Ziemba, 2007). Πέρα από την δυνατότητα των ΣΔΙΤ να παρέχουν λύσεις για την παραγωγή φαρμάκων και εμβολίων, καθώς και για την

κατασκευή υποδομών, πρόσθετοι τομείς που μπορούν να παρέχουν λύσεις είναι η ενίσχυση των υπηρεσιών υγείας, η βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων και των σχετικών κανονισμών και η παροχή δημόσιας εκπαίδευσης και ενημέρωσης σε αυτά τα θέματα (Wheeler και Berkley, 2001).

Σε προηγούμενο κεφάλαιο έγινε ευρεία συζήτηση για την δυσκολία εύρεσης κοινού ορισμού για την πρακτική των ΣΔΙΤ και την περαιτέρω κατηγοριοποίηση τους. Ένας από τους λόγους ήταν πως η πρακτική τους συνηθίζεται να παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από κλάδο σε κλάδο (Roerich et al, 2014). Παρόλα αυτά, οι Buse και Walt (2000) έχουν προτείνει διάφορους τρόπους για τον ορισμό και την κατηγοριοποίηση των ΣΔΙΤ όσον αφορά τον χώρο των υπηρεσιών υγείας. Οι ορισμοί που χρησιμοποιούνται πιο συχνά, είναι αυτοί που τις διαχωρίζουν είναι ανάλογα με την φύση της συνεργασίας είναι με τους σκοπούς της (Reich, 2002). Έτσι η πλειονότητα των ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας τείνει να επικεντρώνεται σε συνεργασίες για τον έλεγχο των ασθενειών οι οποίες με την σειρά τους διαχωρίζονται σε δυο κατηγορίες. Η πρώτη είναι αυτή για την ανάπτυξη φαρμακευτικών προϊόντων (PD PPPs) και αυτή για την παροχή πρόσβασης σε φάρμακα (Access PPPs) (Reich, 2002).

Ένας ευρύτερος ορισμός που δίνεται από τον ΠΟΥ, όσον αφορά τις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας είναι πως λειτουργούν ως ένα μέσο που “φέρνει μαζί μια ομάδα από δρώντες οι οποίοι έχουν τον κοινό στόχο της βελτίωσης της υγείας πληθυσμών, με την συνεργασία τους να βασίζεται σε κοινά συμφωνημένες αρχές και ρόλους” (Kickbusch και Quick, 1998, σελ. 69). Ο συγκεκριμένος ορισμός βάζει μεγάλη έμφαση επί της συμφωνίας σε ορισμένες κοινές και κρίσιμες αρχές. Περαιτέρω έμφαση δίνεται και στην διατήρηση μιας ισορροπίας δυνάμεων μεταξύ των μελών που συμμετέχουν, έτσι ώστε να τους παρέχεται και η δυνατότητα να διατηρήσουν τις βασικές αξίες τους και την ταυτότητά τους (Buse και Walt 2000).

Όσον αφορά την κατηγοριοποίηση των ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας, στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι τρεις μορφές που προτείνει η Παγκόσμια Τράπεζα (Word Bank, 2016) και οι οποίες βασίζονται στις μελέτες των Montagu και Harding (2012) και Barlow et al (2013). Αυτές οι μορφές διαχωρίζονται κυρίως με το αν η συνεργασία αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας, κατασκευή εγκαταστάσεων ή συνδυασμό τους.

Πίνακας 2: Μοντέλα ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας

ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΔΙΤ	ΣΧΕΤΙΚΟΙ ΟΡΟΙ	ΟΡΙΣΜΟΣ/ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
Μόνο υπηρεσίες υγείας (επιλεκτικό)	Συμβόλαιο λειτουργίας, συμβόλαιο με βάση την απόδοση (παραχώρηση, μακροχρόνια μίσθωση)	Ένας ιδιωτικός οργανισμός καλείται να λειτουργήσει και να παρέχει υπηρεσίες υγείας, σε μια δημόσια εγκατάσταση, χρηματοδοτούμενος από το δημόσιο.
Χρηματοδότηση εγκαταστάσεων (μόνο διαμονή)	Σχεδιασμός, κατασκευή, χρηματοδότηση, λειτουργία (Design, build, finance, operate – DBFO) ή Κατασκευή, ιδιοκτησία, λειτουργία, μετάβαση (Build, own, operate, transfer – BOOT), Private Finance Initiative (PFI) Ηνωμένου Βασιλείου	Μια δημόσια υπηρεσία κάνει συμβόλαιο με έναν ιδιωτικό οργανισμό, ο οποίος θα σχεδιάσει, χτίσει, χρηματοδοτήσει και λειτουργήσει μια νοσοκομειακή εγκατάσταση. Οι υπηρεσίες υγείας μέσα σε αυτή την εγκατάσταση προσφέρονται (κυρίως) από το δημόσιο.
Συνδυαστικό (Διαμονή και υπηρεσίες υγείας)	Διπλή διαμονή/ νοσοκομειακές υπηρεσίες, κοινοπραξία (joint venture)/ Franchising, PFI+	Ένας ιδιωτικός οργανισμός χτίζει ή ενοικιάζει μια εγκατάσταση και παρέχει δωρεάν (ή επιδοτούμενες) υπηρεσίες υγείας σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό

Πηγή: World Bank (2016)

Μια σχετικά πρόσφατη μελέτη (Specchia et al., 2017) διεξήγαγε μια συστηματική μελέτη (systematic review) πάνω σε επιστημονικές μελέτες που εστιάζαν στο θέμα των ΣΔΙΤ . Σκοπός ήταν να μετρηθεί το κατά πόσο οι ΣΔΙΤ προσφέρουν περαιτέρω αξία στον τομέα της παροχής της υγείας, τόσο από ποιοτικής άποψης, όσο και από ποσοτικής/οικονομικής. Από ένα πλήθος 165 μελετών, που είχαν λάβει χώρα κατά την περίοδο 1990 – 2015, επέλεξαν ως κατάλληλες 26, οι οποίες προέρχονταν κυρίως από την περιοχή της Ευρώπης. Εξ αυτών 12 μελέτες αναγνωρίστηκαν ως “καλής ποιότητας”. Το μοντέλο ΣΔΙΤ που αναφέρεται με την μεγαλύτερη συχνότητα σε αυτές είναι αυτό που αφορά “Μόνο διαμονή” (38%). Όσον αφορά τα ποσοτικά χαρακτηριστικά τους, 10 μελέτες (37%) αναγνώρισαν ότι προσφέρουν θετικές, κυρίως όσον αφορά την αύξηση της εισαγωγής των ασθενών και των προσφερόμενων υπηρεσιών, και την μείωση του χρόνου αναμονής. Παρόλα αυτά, 5 έρευνες (19%) σημείωσαν πως υπάρχει μια εμφανής έλλειψη των οποιοδήποτε αποτελεσμάτων. Όσον αφορά την ποιοτική ανάλυση, 10 από τις μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν, έδειξαν ότι οι ΣΔΙΤ συμβάλουν στην βελτίωση της φροντίδας των ασθενών, όπως π.χ. αύξηση των υπηρεσιών και της ικανοποίησης των ασθενών, ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας. Επίσης 2 μελέτες ανέδειξαν βελτιώσεις που αφορούν την κλινική φροντίδα, όπως πχ μείωση των μολύνσεων και της θνησιμότητας. Όσον αφορά τα οικονομικά αποτελέσματα 10 μελέτες ανέδειξαν μείωση των εισοδημάτων, 3 μελέτες ανέδειξαν μια αύξηση της αποδοτικότητας, ενώ τέλος 5 μελέτες θεώρησαν πως τα στοιχεία είναι ανεπαρκή για να υποστηριχθεί κάποιο θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα. Γενικά οι Specchia et al., (2017) καταλήγουν πως ενώ οι ΣΔΙΤ έχουν κερδίσει ευρεία αναγνώριση όσον αφορά την δημόσια υγεία, ιδιαίτερα στην Ευρώπη. Από την άλλη όμως, τα δεδομένα σχετικά με το εάν η επίδραση τους είναι θετική ή αρνητική είναι αρκετά ετερογενή και αντιφατικά. Για αυτό, και λόγω του αυτή η πρακτική είναι δημοφιλής στην Ευρώπη, προτείνουν πως είναι αναγκαία μια ευρύτερη έρευνα πάνω στα αποτελέσματά τους, ώστε οι κυβερνήσεις και οι αρμόδιοι φορείς να μπορούν να δράσουν ανάλογα και συντονισμένα σε περιόδους κρίσεις.

Συνεχίζοντας την ανάλυση, έχοντας εστιάσει πάλι στο διεθνές επίπεδο, φορείς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ/ World Health Organization - WHO) έχει συμβάλλει με σημαντικό τρόπο στην δημιουργία πολιτικών υγείας και στον ορισμό βασικών προτύπων της παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε συνέχεια αυτών, έχει επίσης

ενθαρρύνει συνεργασίες μεταξύ κρατικών οργανισμών και φορέων τη αγοράς σε θέματα που αφορούν την χρηματοδότηση, παροχή προμηθειών και διεξαγωγή ερευνών σε αυτό τον κλάδο (Baru και Nundy, 2008). Επιπλέον, οι αυξανόμενες οικονομικές πιέσεις προς το κομμάτι της παροχής υπηρεσιών υγείας ώθησε ηγέτες από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα να μελετήσουν εκτεταμένα το ζήτημα αυτής της μορφής συνεργασιών ως μιας νέας μορφής για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των κοινοτήτων που αντιπροσωπεύουν, με σκοπό να εξορθολογήσουν τους τρόπους παροχής της τοπικής δημόσιας υγείας (Bazzoli et al., 1997).

Όπως αναφέρθηκε, το κυρίαρχο επιχείρημα που έχει αναπτυχθεί είναι πως οι δημοσιονομικοί περιορισμοί απαιτούν έναν εξορθολογισμό και περιορισμό των δημόσιων εξόδων ώστε να δημιουργήσουν οικονομικά βιώσιμα καθεστάτα. Σε συνέχεια αυτού, η στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα μπορεί να θεωρηθεί πως προσφέρει την δυνατότητα αντιμετώπισης ζητημάτων που σχετίζονται με την διαχείριση των εξόδων και των επενδύσεων. Πιο συγκεκριμένα θεωρείται πως μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της αποτελεσματικότητας, η οποία μπορεί να γίνει πιο εύκολα κατανοητή σε όρους παροχής υπηρεσιών και συμπεριλαμβάνει τόσο την μείωση των εξόδων όσο και την ενίσχυση της ποιότητας των υπηρεσιών (Nikolic και Maikisch, 2006).

Σε συνέχεια των ανωτέρω, η ταχεία μεταβολή στην φύση της παροχής των υπηρεσιών υγείας, που οφείλεται σε παράγοντες όπως η αύξηση του μέσου όρου της ηλικίας του πληθυσμού στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες, οι εξελίξεις στον κλάδο της ιατρικής τεχνολογίας και οι αλλαγές των πολιτικών προσεγγίσεων δημιούργησαν αρκετά και διαφορετικά προβλήματα, τα οποία οι κυβερνήσεις ανά την έπρεπε να αντιμετωπίσουν με άμεσο και αποτελεσματικό τρόπο. Ανάμεσα σε αυτά τα προβλήματα τα οποία έχουν κληθεί να αντιμετωπίσουν οι κυβερνήσεις είναι σημαντική αύξηση των εξόδων παροχής δημόσιας υγείας, σε συνδυασμό με την ανάγκη μείωσης των κρατικών προϋπολογισμών. Έτσι, για αρκετές κυβερνήσεις, η πρακτική των ΣΔΙΤ αποτελεί ένα τρόπο ο οποίος μπορεί να προσφέρει πιθανές λύσεις σε αυτά τα ζητήματα.

Οι ΣΔΙΤ που παρουσιάζονται στον τομέα της δημόσιας υγείας μπορούν να πάρουν αρκετές και διαφορετικές μορφές, ανάλογα με τον βαθμός συμμετοχής του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και τον τρόπο με τον οποίο μοιράζονται την ευθύνη και τους κινδύνους. Πιο συγκεκριμένα στις ΣΔΙΤ οι συμμετέχοντες από τον ιδιωτικό και τον δημόσιο τομέα μοιράζονται κοινούς σκοπούς, κινδύνους, ανταμοιβές πάντα με

βάση της συμβολαιακών υποχρεώσεων που αναλαμβάνουν (Nikolic και Maikisch, 2006).

Όταν οι ΣΔΙΤ δομούνται και εφαρμόζονται με τον κατάλληλο τρόπο, συμβάλλουν στην αντιμετώπιση διαφόρων ζητημάτων που σχετίζονται με το κόστος των επενδύσεων καθώς και με το κόστος λειτουργίας. Περαιτέρω προσφέρουν βελτιώσεις τόσο στην αποδοτικότητα όσο και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά, η δόμηση και η εφαρμογή των ΣΔΙΤ συνήθως δεν είναι εύκολη, και σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να μην είναι η πιο αποτελεσματική και αποδοτική επιλογή για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων. Για αυτό τον λόγο είναι αναγκαία μια προσεκτική αξιολόγηση των συνθηκών που επηρεάζουν την επιτυχία και βιωσιμότητα των ΣΔΙΤ. Αυτές οι αξιολογήσεις είναι χρήσιμο να εστιάζουν τόσο στο κόστος όσο και στα οφέλη της κάθε ΣΔΙΤ ώστε να υπολογιστεί η πιθανότητα επιτυχίας τους. (Nikolic και Maikisch, 2006).

Ύστερα από την διεξαγωγή συγκριτικής μελέτης μεταξύ 46 επιστημονικών άρθρων που εκδόθηκαν μέσα στην χρονική περίοδο από το 1990 έως και το 2011 και ασχολούνται με το συγκεκριμένο ζήτημα, οι Torchia et al (2015) αναγνωρίζουν πως ενώ οι δράσεις ΣΔΙΤ ανά την υφήλιο προσεγγίζουν με παρόμοιους τρόπους τα ζητήματα του τομέα δημόσιας υγείας που προκύπτουν. Παρόλα αυτά, εντοπίζουν επίσης πως δεν υπάρχει μια κοινή συμφωνία ανάμεσα στα πλεονεκτήματα που προσφέρουν οι ΣΔΙΤ. Αντιθέτως υφίστανται αμφιβολίες όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά τους, καθώς και για την αξιολόγηση των διευκολύνσεις τις οποίες προσφέρουν στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Περαιτέρω οι Torchia et al (2015) έδειξε πως αυτές οι έρευνες για τις ΣΔΙΤ στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, τείνουν να εστιάζουν σε έξι συγκεκριμένους τομείς οι οποίοι είναι: α) η αποτελεσματικότητά τους, β) οι ωφέλειες που προσφέρουν, γ) η σχέση τους με δημόσιο συμφέρον, δ) η εφαρμογή τους μέσα στα πλαίσια συγκεκριμένων χωρών/οικονομιών, ε) σχέση μεταξύ των αποτελεσμάτων τους και του κόστους τους, και τέλος στ) οι σχέσεις μεταξύ των συνεργατών που μετέχουν σε μία ΣΔΙΤ. Σύμφωνα με τους Torchia et al (2015), οι μελετητές/ερευνητές που ασχολούνται με το ζήτημα των ΣΔΙΤ, αναγνωρίζουν ότι αυτές οι μορφές συνεργασίας διαδίδονται και εφαρμόζονται ολοένα και περισσότερο σε παγκόσμια κλίμακα. Παράλληλα όμως εγείρουν συγκεκριμένα ζητήματα τα οποία θα είναι χρήσιμο μα μελετηθούν περαιτέρω και να αξιολογηθούν. Αυτά τα ζητήματα είναι:



- 1) Η συσχέτιση της αποτελεσματικότητας των ΣΔΙΤ με διάφορους άλλους παράγοντες όπως οι σχέσεις των συνεργατών, το ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας, οι ρήτρες των συμβολαίων και η συμμετοχή περισσότερων ενδιαφερόμενων μερών. Το ζήτημα είναι προκύπτει εδώ είναι αν όλα αυτά τα στοιχεία λαμβάνονται υπόψιν στον κατάλληλο βαθμό πριν την εκκίνηση μιας ΣΔΙΤ.
- 2) Οφέλη των ΣΔΙΤ. Για να μπορέσουν οι ΣΔΙΤ να προσφέρουν οφέλη προς όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη είναι αναγκαίο να διεξάγουν ανάλυση των πιθανών κινδύνων και να αποδώσουν την διαχείριση των σχετικών κινδύνων στα πιο κατάλληλα μέρη. Περαιτέρω, για να ενισχυθούν οι δυνατότητες των ΣΔΙΤ να προσφέρουν οφέλη στα ενδιαφερόμενα μέρη είναι αναγκαία η επίτευξη συνεργειών, μέσω της ορθής τους δόμησης, λειτουργίας και διατήρησης. Τέλος είναι σημαντικό να γίνει εστίαση στα μακροχρόνια απόδοσή τους.
- 3) Δημόσιο Συμφέρον. Εξαιτίας τους μεγάλου αριθμού των συμμετεχόντων σε τέτοιες δραστηριότητες, είναι αναγκαίο τα συμφέροντα της κάθε κατηγορίας να λαμβάνονται υπόψιν και να αξιολογούνται καταλλήλως. Ανάμεσα σε όλες τις κατηγορίες ενδιαφερομένων, η πιο σημαντική μπορεί να θεωρηθεί αυτή του δημοσίου συμφέροντος. Είναι αναγκαίο οι ΣΔΙΤ να αξιολογούνται σχετικά με τον βαθμό που εξυπηρετούν το δημόσιο συμφέρον ή εναλλακτικά εάν εξυπηρετούν τα συμφέροντα ιδιωτών επιχειρηματιών και πολιτικών.
- 4) Η σχέση αποτελεσμάτων προς το κόστος των ΣΔΙΤ. Όπως αναφέρθηκε, οι ΣΔΙΤ μπορεί να διαδίδονται και να εφαρμόζονται σε μεγάλο βαθμό και σε παγκόσμια κλίμακα. Αυτό όμως δεν σημαίνει πως είναι και οι καλύτερες δυνατές λύσεις για κάθε περίπτωση. Για αυτό το κάθε περίπτωση πρέπει να μελετάται και να αξιολογείται ξεχωριστά, προτού ληφθούν οι τελικές αποφάσεις.
- 5) Οι συνεργάτες στις ΣΔΙΤ. Καθώς σε αυτές τις περιπτώσεις η συνεργασία μεταξύ τους θα έχει έναν μακρύ χρονικό ορίζοντα, η διαδικασία επιλογής συνεργατών από τον ιδιωτικό τομέα είναι εξαιρετικά κρίσιμη. Για αυτούς τους λόγους είναι αναγκαία μια διαφανής και δίκαιη διαδικασία επιλογής τους, κατά την οποία όλες οι προσφορές και προτάσεις από τους δυνητικούς συνεργάτες θα αξιολογηθούν με έναν αντικειμενικό τρόπο. Καθώς όμως ανάμεσα στα ζητήματα που καλούνται να

αντιμετωπίσουν οι ΣΔΙΤ είναι οικονομικά θέματα, σε αυτό το κομμάτι των προτάσεων τους είναι αναγκαίο να δοθεί ένα μεγαλύτερο βάρος κατά την διαδικασία επιλογής.

Τέλος, όσον αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό επιτυχία των ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας, οι Campos et al (2011), έχοντας διεξάγει συστημακή μελέτη των σχετικών ερευνών καταλήγουν σε μια σειρά από παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία ΣΔΙΤ, κατά τα διάφορα στάδια ύπαρξης και λειτουργίας τους.

Καταρχήν όσο αφορά το προκαταρκτικό στάδιό τους, πέρα από την τοποθέτηση των σκοπό της ΣΔΙΤ, θεωρούν ως σημαντικό μια συζήτηση σχετικά με τις αξίες που πρεσβεύει ο κάθε συμμετέχοντας. Γενικά είναι κατανοητό πως ανάμεσα στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα θα υπάρχουν σημαντικές διαφορές σε αυτές τις αξίες, κάτι που θα επηρεάζει τα κίνητρά τους και τα αποτελέσματα τα οποία θεωρούν ως επιθυμητά. Παρόλα αυτά μια συζήτηση επί των αξιών τους σε αυτό το πρώιμο στάδιο μπορεί να τους βοηθήσει όχι μόνο να κατανοήσουν τις διαφορές τους και να αναγνωρίσουν πιθανά εμπόδια που μπορεί να προκύψουν, αλλά να διαμορφώσουν ένα καλύτερο επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ τους, καθώς και έναν ουσιαστικότερο βαθμό εμπιστοσύνης (Peters, 1998). Το ίδιο ισχύει και για την ύπαρξη κοινών συμφερόντων. Όπως είναι εύλογο, ακόμη και στον χώρο της δημόσια υγείας, οι σκοποί του ιδιωτικού τομέα θα είναι κερδοσκοπικοί, ενώ αντιθέτως ο δημόσιος τομέας θα δίνει έμφαση στην παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας προς την ευρύτερη κοινωνία. Και εδώ ο σημαντικός παράγοντας είναι η ανάπτυξη ενός ουσιαστικού διαλόγου σε αυτά τα πρώτα στάδια. Αυτός θα μειώσει το επίπεδο της έλλειψης εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών και δράσει αποτρεπτικά για πιθανά μελλοντικά προβλήματα, τα οποία μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα της διαφοράς της νοοτροπίας τους (Ridley et al., 2001). Ο τρίτος παράγοντας είναι η “δύναμη” μεταξύ των μελών (power relations). Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στις ΣΔΙΤ που γίνονται στις αναπτυσσόμενες, και έχει να κάνει κυρίως με τον βαθμό παρεμβατικότητας των κυβερνήσεων. Η ανισορροπία δυνάμεων στις ΣΔΙΤ μπορεί πέρα από τυχόν καθυστερήσεις και άλλες μορφές αναποτελεσματικότητας στην εφαρμογή τους, να έχει αρνητικές επιπτώσεις και στο θεμελιώδη σκοπό τους, που είναι η παροχή κοινωνικών αγαθών με κριτήρια ισότητας, ώστε να βελτιωθεί το επίπεδο υγείας της ευρύτερης κοινωνίας (Buse & Harmer, 2007; Nishtar, 2004; Richter, 2004; Ridley et al., 2001, Hillman et al., 2009).

Πέρα από το αρχικό στάδιο, η επιτυχία των ΣΔΙΤ στον χώρο της δημόσια υγεία εξαρτάται και από το στάδιο του σχεδιασμού. Σε αυτό το επίπεδο έχει σημασία οι μετέχοντες σε αυτή την μορφή συνεργασίας, όχι μόνο να φέρνουν κάτι αξιολογικό από την πλευρά τους, το οποίο θα συμβάλει θετικά και θα τονώνει την συνεργασία, αλλά και να μπορούν να αξιοποιήσουν αποτελεσματικά τους διάφορους υλικούς και ανθρώπινους πόρους που θα έχουν την διάθεσή τους (Campos et al, 2011). Ένα επιπλέον παράγοντας σε αυτό το στάδιο, είναι και ο βαθμός ανάμειξης των φορέων που λαμβάνουν μέρος στην ΣΔΙΤ. Αυτή είναι μια συνέχεια και εξαρτάται από τον βαθμό αμοιβαίας εμπιστοσύνης που έχει αναπτυχθεί στο αρχικό στάδιο. (Sloan, 2009). Το τρίτο στοιχείο είναι η αξιολόγηση της τοπικής υποδομής και των δυνατοτήτων που αυτή προσφέρει.

Όσον αφορά το στάδιο της διαχείρισης των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, η μελέτη των (Campos et al, 2011), ξαναφέρει στο προσκήνιο τον παράγοντα της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των συμμετεχόντων ως στοιχείο για την επιτυχία τους. Ως περαιτέρω παράγοντα περιγράφουν την συμμετοχική διοίκηση (participatory management) ή συλλογική λήψη αποφάσεων. Αυτή η μορφή διοίκησης βασίζεται στην ενεργή συμμετοχή των φορέων σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού και κυρίως στην αντιμετώπιση και επίλυση προβλημάτων (McMillan & Helms, 2006).

Γενικά η μελέτη των Campos et al, (2011) φαίνεται να θεωρεί πως σε όλα τα στάδια μιας ΣΔΙΤ στο τομέα της δημόσιας υγείας, ένας σημαντικός παράγοντας είναι αυτός της ανοιχτή και αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των φορέων που συμμετέχουν. Αυτό είναι εύλογο δεδομένων των διαφορετικών προσεγγίσεων και της διαφορετικής νοοτροπίας που υφίσταται μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Είναι σημαντικό η συνεργασία να είναι με έναν αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο, κυρίως για την παροχή του κοινωνικού αγαθού της δημόσιας υγείας και την εξυπηρέτηση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου σε αυτού το ζήτημα. Από την άλλη είναι σημαντικό αμφότεροι οι φορείς να έχουν επαρκή κίνητρα, που στην περίπτωση του ιδιωτικού τομέα είναι η κερδοφορία και στην περίπτωση του δημόσιου τομέα είναι η συνοχή του κοινωνικού συνόλου και αποδοτική χρήση/εξοικονόμηση δημόσιων πόρων για να χρησιμοποιηθούν σε επιπλέον έργα/υπηρεσίες.

Γενικά η ύπαρξη των ΣΔΙΤ καλείται να αντιμετωπίσει θέματα που έχουν να κάνουν με την καλύτερη αξιοποίηση των υπαρχόντων οικονομικών και ανθρωπίνων πόρων. Όσον αφορά δε την παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας η αποδοτική χρήση είναι αναγκαία ώστε να διασφαλίζεται ένα αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο για όλα τα κοινωνικά στρώματα.

Έχοντας συζητήσει τα παραπάνω, στο επόμενο κεφάλαιο θα γίνει μια επισκόπηση των οικονομικών στοιχείων του τομέα της δημόσιας υγείας στο πλαίσιο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



## **Κεφάλαιο 3: Οι Δαπάνες για την Υγεία και η Ανάγκη για Αναδιάρθρωση τους.**

### **3.1 Εισαγωγή**

Ο τομέας της δημόσιας υγείας αναγνωρίζεται συχνά από τους λήπτες πολιτικών αποφάσεων, όχι μόνο ως κάτι το σημαντικό, αλλά και ένας ιδιαίτερος παράγοντας ο οποίος και χρήζει εθνικής προσοχής και στρατηγικής (Bush, 2005; NGA, 2006). Σε αυτό συμβάλλει και η συνεχής παρουσία γεγονότων και καταστάσεων που χρήζει μιας κάποιας αποτελεσματικής και άμεσης διευθέτησης, όπως ο γηράσκων πληθυσμός στις δυτικές κοινωνίες, η εμφάνιση πανδημιών γρίπης και άλλων μεταδοτικών ασθενειών, καθώς και παρουσία περαιτέρω ζητημάτων όπως η αύξηση της παχυσαρκίας και τον ψυχικών ασθενειών (Navarro et al, 2007).

Από την άλλη όμως, ο Hunter (2016) στην έρευνά του σχετικά με την σχέση του πολιτικού συστήματος με την δημόσια υγεία, περιγράφει πως αυτός ο κλάδος θεωρείται ως η “*τρίτη σιδηροτροχιά του σιδηροδρόμου*” από το πολιτικό προσωπικό. Δηλαδή κάτι που “*αποφεύγεις να το αγγίζεις ώστε να μην καείς*”. Ουσιαστικά εννοεί πως ο τομέας της δημόσιας υγείας είναι ένας σημαντικό παράγοντας που τροφοδοτεί με “*ενέργεια*” την κοινωνία και την οικονομία, καθώς διασφαλίζει ένα ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο του συνόλου, μέσα στο οποίο τα άτομα μπορούν να δράσουν για την επίτευξη των προσωπικών, συλλογικών και επιχειρηματικών στόχων. Αυτός είναι και ο λόγος που ο συγκεκριμένος παράγοντας καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικός όσο αφορά την διαχείριση του από το πολιτικό σύστημα. Με βάση αυτό ο Hunter (2016) επιχειρηματολογεί πως μια ουσιαστική συνεργασία μεταξύ του πολιτικού προσωπικού και του δημόσιου τομέα οδηγεί σε σημαντικές επιτυχίες. Την ίδια στιγμή όμως, όταν όταν οι δυο αυτοί τομείς αποτυγχάνουν να συνεργαστούν αποτελεσματικά, αυτό οδηγεί σε σημαντικές χαμένες ευκαιρίες με αντίκτυπο προς το γενικό κοινωνικό σύνολο.

Οι σημαντικές προκλήσεις της τρέχουσας εποχής που προαναφέρθηκαν καθώς καθιστούν ιδιαίτερα σημαντική την ανάγκη για την επιτυχημένη συνεργασία μεταξύ των ληπτών πολιτικών αποφάσεων και του δημόσιου τομέα υγείας. Αυτό διότι ανάμεσα στα άλλα, το μέγεθος της χρηματοδότησης του δημόσιου τομέα υγείας εξαρτάται από τους πρώτους. Και ο παράγοντας της χρηματοδότησης είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς επιτρέπει στον τομέα της δημόσιας να προβεί σε αναγκαίες επενδύσεις τόσο σε

υλικό, όσο και σε προσωπικό και έρευνα, με τελικό σκοπό να είναι βιώσιμος και αποτελεσματικός ως προς τις προσφερόμενες υπηρεσίες στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Στην περίπτωση των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μελέτη του ΟΟΣΑ (OECD, 2000), βασισμένη σε στοιχεία από το 1960 έως και το 1995, έδειξε πως μέσα σε αυτή την περίοδο ο ευρωπαϊκός μέσος όρος των κρατών μελών για δημόσια κρατική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκε από 3,4% στο 7,7%. Κατά την ίδια περίοδο ο μέσος όρος της βρεφικής θνησιμότητας σε αυτά τα κράτη μειώθηκε από 3,3 θανάτους ανά 1,000 γεννήσεις στους 0,6 θανάτους. Επίσης ο μέσος όρος για το προσδόκιμο ζωής του γυναικείου πληθυσμού αυξήθηκε από τα 72.5 στα 80 έτη. Για τον ανδρικό πληθυσμό ο μέσος όρος για το προσδόκιμο ζωής επίσης αυξήθηκε από τα 67,6 έτη στα 73,6. Από έρευνα των Nixon και Ulman (2006) σε 15 χώρες μέλη της ΕΕ κατά την περίοδο 1980 – 1995 βρέθηκε πως η αύξηση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία έχει στατιστικά σημαντικές επιπτώσεις πάνω στην μείωση της παιδικής θνησιμότητας και του προσδόκιμου ζωής για το ανδρικό και γυναικείο πληθυσμό. Η διαφορά που διαπίστωσαν είναι πως θετικές επιπτώσεις είναι μεγαλύτερες στην μείωση της παιδικής θνησιμότητας, ενώ η θετική συνεισφορά είναι οριακή ως προς την αύξηση του προσδόκιμου ζωής του γενικού πληθυσμού.

Το τελευταίο εύρημα των Nixon και Ulman (2006) δεν θα ήταν κατάλληλο να χρησιμοποιηθεί ως επιχείρημα για τυχόν αναποτελεσματικότητα και μη αναγκαιότητα των δημόσιων δαπανών για τον τομέα της υγείας. Όπως αναφέρουν και οι ίδιοι, στην περίοδο που εξετάζουν από το 1980 και μετά, οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν εξελιχθεί από χώρες βιομηχανικής παραγωγής σε χώρες που ειδικεύονται στην παροχή υπηρεσιών. Υπό αυτή την άποψη το εύρημα τους υποστηρίζεται και από προηγούμενες έρευνες (Bank 1993; Sachs και Warner 1997). Το αποτέλεσμα που μπορεί να εξαχθεί από αυτές τις έρευνες είναι πως μια αύξηση της δημόσιας δαπάνης για τομέα της δημόσιας υγείας έχει ένα μεγαλύτερο και πιο εμφανή θετικό αντίκτυπο σε μία αναπτυσσόμενη οικονομία από ότι σε μία αναπτυγμένη. Από την άλλη η συνεχιζόμενη αύξηση των δαπανών για την υγεία, ειδικά στις αναπτυγμένες, σχετίζεται και με την θεωρητική προσέγγιση του Baumol (1967) που υποστήριξε πως όσο αναπτύσσεται μια οικονομία, ο τομέας των υπηρεσιών, στον οποίον και εντάσσεται ο τομέας της δημόσιας υγείας, γίνεται ολοένα και λιγότερο αποδοτικός, σε σχέση το τομέα της βιομηχανικής

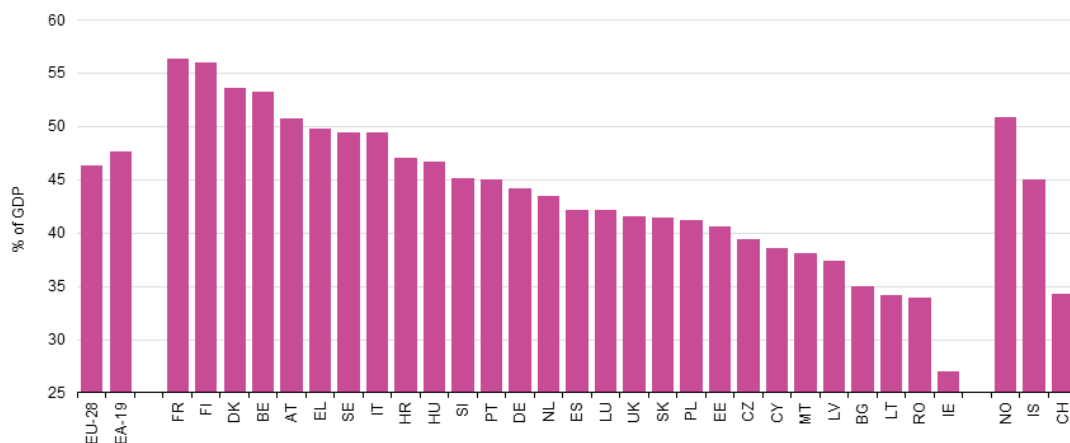
παραγωγής. Αυτό κάνει και αναγκαία την μεγαλύτερη στήριξη του από τις δημόσιες δαπάνες ώστε να παραμείνει βιώσιμος και αποτελεσματικός. Σύμφωνα με τους Nixon και Ulman (2006) αυτό συνδέεται με το γεγονός ότι μετά από το 1980, οι δαπάνες για την δημόσια υγεία αυξάνονται, αλλά τα θετικά αποτελέσματά τους πάνω στο προσδόκιμο ζωής είναι οριακά.

Έχοντας μιλήσει τόσο για την σημαντικότητα του τομέα της δημόσιας υγείας καθώς και τις θετικές επιδράσεις του καθώς και για την αναγκαιότητα των δημόσιων δαπανών για την στήριξή του, η επόμενη ενότητα θα εξετάσει με περισσότερη λεπτομέρεια τα μεγέθη και τις τάσεις των ανωτέρω στον χώρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

### 3.2 Οι Δαπάνες για την Υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η παρούσα ενότητα διεξάγει μελέτη χρησιμοποιώντας δεδομένα τόσο από την Ευρωπαϊκή Ένωση, όσο και από την στατιστική υπηρεσία του ΟΟΣΑ.

**Σχεδιάγραμμα 2: Σύνολο Κυβερνητικών Δαπανών για τις χώρες μέλη της ΕΕ ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2016**



Πηγή: Eurostat

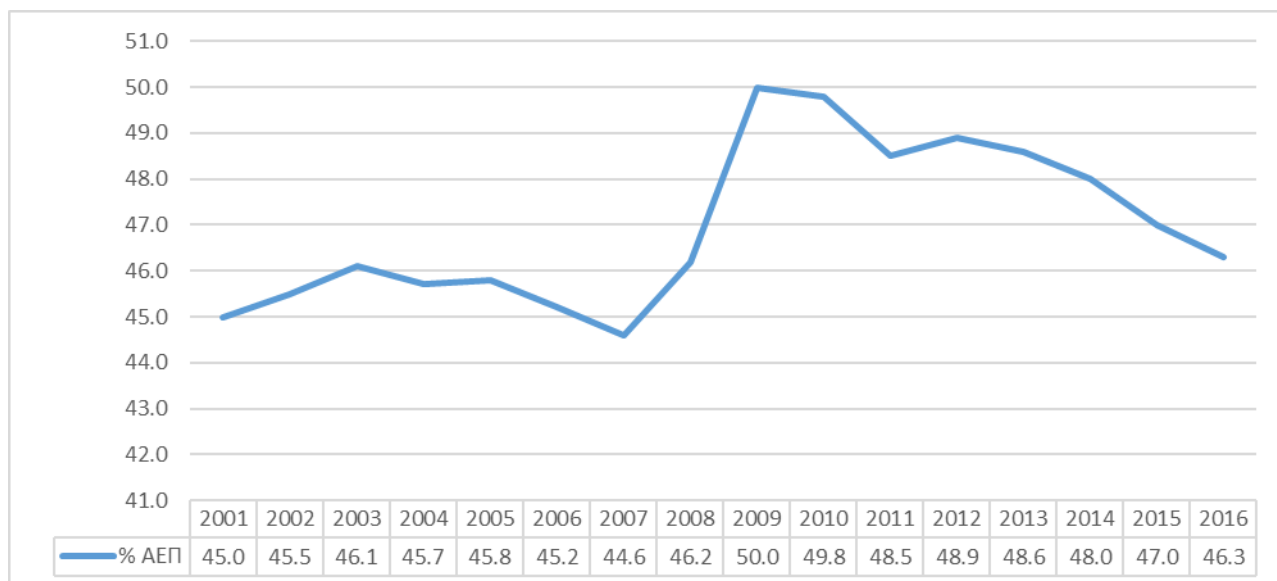
Ξεκινώντας από τις πληροφορίες που παρέχονται στο Σχεδιάγραμμα 2, μπορεί να παρατηρηθεί πως στο σύνολο των 28 χωρών μελών της ΕΕ ο μέσος όρος για τις δημόσιες δαπάνες αποτελεί το 46.3% (€ 6,9 τρις.) του ΑΕΠ τους για το 2016 (47% για το 2015). Όπως φαίνεται όμως, αυτός ο μέσος όρος παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις προς όλες τις πλευρές. Έτσι στην περίπτωση της Γαλλίας οι δημόσιες



δαπάνες ξεπερνούσαν για το 2016 έφταναν το 56,4% (€ 1,3 τρισ.) του ΑΕΠ της χώρας, με δεύτερη να είναι η περίπτωση της Φινλανδίας, όπου και εκεί έφταναν το 56%. Όσον αφορά άλλες μεγάλες χώρες της ΕΕ, στην Γερμανία οι κυβερνητικές δαπάνες για το 2016 αντιστοιχούσαν στο 44,2 % (€ 1,3 τρισ.) του ΑΕΠ της, στην Μεγάλη Βρετανία το 41,5% (£ 814 δις.), στην Ιταλία το 49,4% (€ 830 δις.) και στην περίπτωση της Ισπανίας το 42,2% (€ 472 δις.). Όσον αφορά την περίπτωση της Ελλάδος το μέγεθος του ΑΕΠ της που αναλογούσε στις κρατικές δαπάνες, για το 2016, αφορούσε το 49,8% του ΑΕΠ (€ 86,6 δις.)<sup>1</sup>.

Συνεχίζοντας με το κύριο ζήτημα της παρούσας έρευνας, καθώς και με τις πληροφορίες που παρέχονται από τον Πίνακα Χ1 (παράρτημα), μπορεί να παρατηρηθεί πως όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες για τον τομέα της υγείας, κατά το 2016. Στο σύνολο της ΕΕ των 28 κρατών-μελών, αυτές αποτελούσαν το 7.1% του ΑΕΠ, το 15.3% το ποσού των δημοσίων δαπανών ενώ σε χρηματικούς όρους αντιστιχούσαν σε € 730 δις.

**Σχεδιάγραμμα 3: Σύνολο της ΕΕ, % του ΑΕΠ**



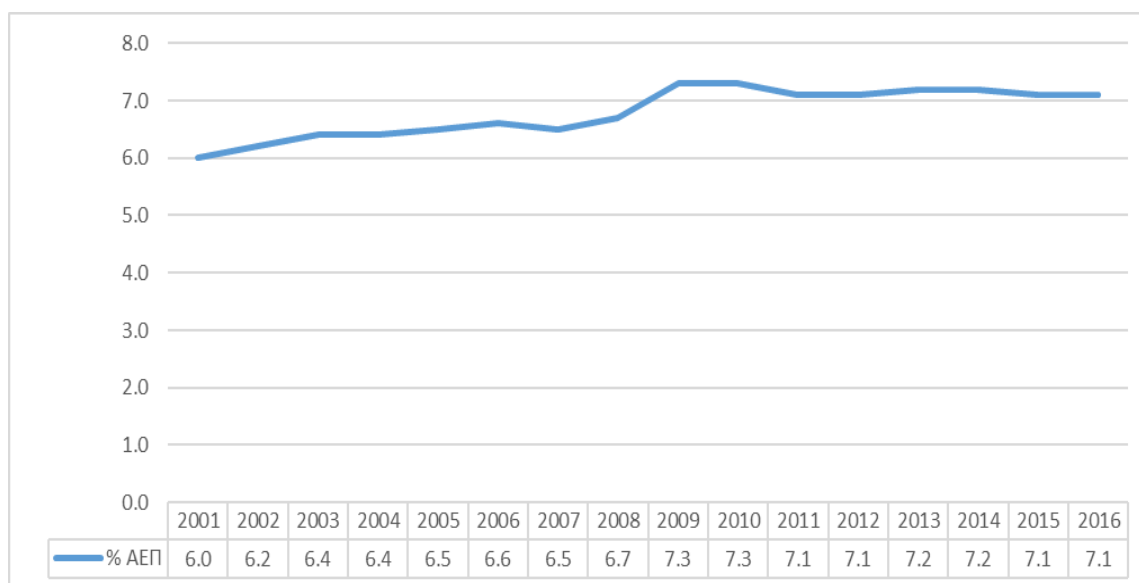
Πηγή: Eurostat

Επίσης όπως μπορεί να φανεί από τα Σχεδιαγράμματα 3 και 4 σε συνδυασμό, ο όγκος των δημοσίων δαπανών συνολικά στην ΕΕ, ως ποσοστό του ΑΕΠ καταγράφει καθοδική τάση μετά το 2009, πιθανότατα ως αποτέλεσμα της παγκόσμιας χρηματοοικονομικής κρίσης, και του σχεδιασμού των κρατών μελών για καλύτερη

<sup>1</sup> Περαιτέρω αναλυτικά στοιχεία παρέχονται στον Πίνακα X1 στο παράρτημα

διαχείριση των δημοσίων εξόδων τους. Αντιθέτως όμως, όπως φαίνεται από το Σχεδιάγραμμα 4, όσον αφορά το κομμάτι του κρατικού προϋπολογισμού που αφορά τον τομέα της υγείας, ως ποσοστό του συνολικού ΑΕΠ της ΕΕ αυξάνει σταδιακά, από το 2001 που αποτελούσε το 6%, έως και το 2016 που αποτελούσε το 7,1%. Ιδιαίτερης σημασίας είναι το γεγονός της αύξησης που παρουσιάζει ανάμεσα στο 2008 και 2009 από 6.7% σε 7,3%. Η σημασία αυτής της αύξησης προκύπτει από το γεγονός ότι έλαβε χώρα κατά την περίοδο της παγκόσμιας χρηματοοικονομικής κρίσης του 2008. Από την άλλη όμως, αυτό δεν σημαίνει πως οι δαπάνες για τον τομέα της υγείας στην ΕΕ αυξήθηκαν ανάλογα και ως χρηματικό ποσό. Με βάση και το Σχεδιάγραμμα 2 όμως, που δείχνει πτωτική τάση στο μέγεθος των κυβερνητικών δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ, η αύξηση και διατήρηση του ποσοστού για τα έξοδα του τομέα της δημόσιας υγείας από το 2008 και μετά σε σχετικά υψηλότερα ποσοστά, δείχνει πως η γενική τάση των κυβερνήσεων είναι να διατηρήσουν τα έξοδα για αυτόν τον κλάδο στα ίδια ποσοστά, παρόλες τις όποιες επιπτώσεις της κρίσης. Η πιο εύλογη αιτία για αυτή την απόφαση, έχει να κάνει με την σημασία που έχει ο κλάδος αυτός για το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού, καθώς και τις όποιες αρνητικές επιπτώσεις μπορεί να έχει στην ευρύτερη κοινωνία και οικονομία μια υποβάθμιση της ποιότητας των σχετικών υπηρεσιών.

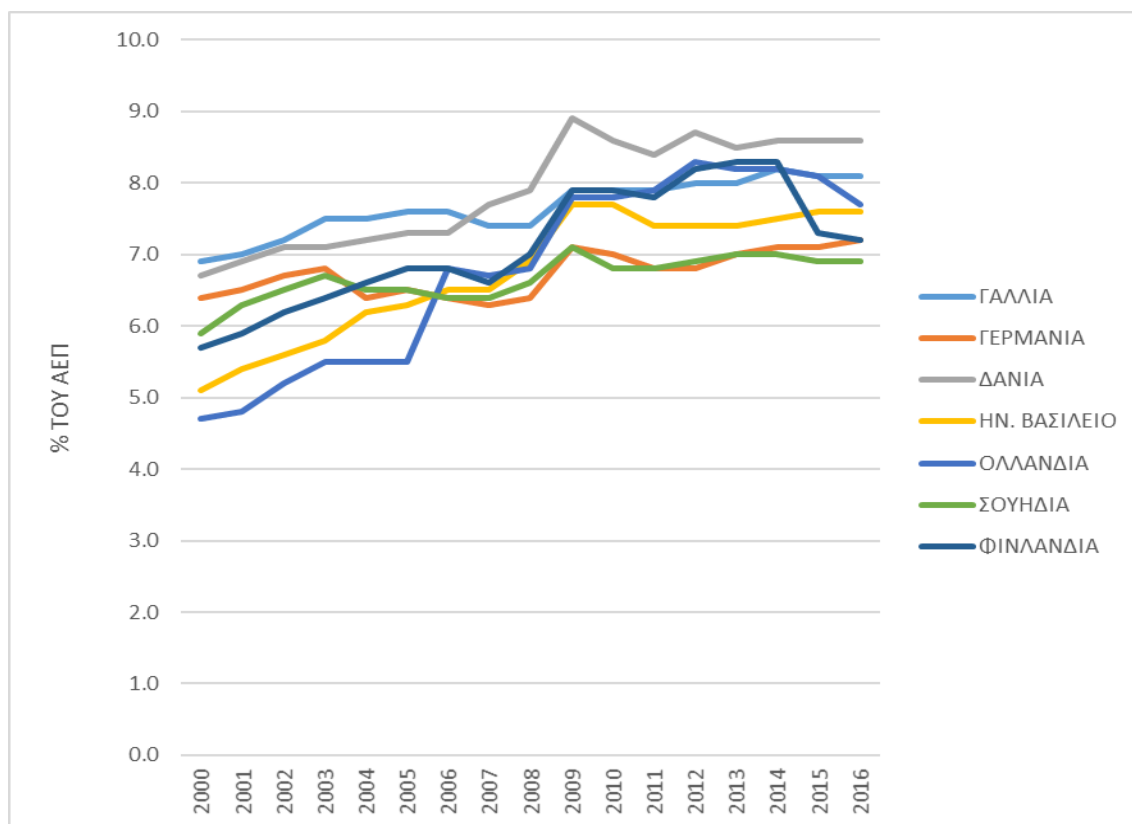
**Σχεδιάγραμμα 4: Δημόσιες Δαπάνες για τον Τομέα της Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ των 28 μελών κρατών της ΕΕ (% , 2001 – 2016)**



Πηγή: Eurostat

Ενδιαφέρον έχει επίσης να εξεταστούν και οι τάσεις ομάδων χωρών ξεχωριστά. Έτσι, όσον αφορά χώρες οι οποίες βρίσκονται στην Βόρεια Ευρώπη (Σχεδιάγραμμα 5 και Πίνακας 3), και οι οποίες θεωρούνται ως πιο οικονομικά ισχυρές, όλες υπέστησαν κάποια μείωση κατά την περίοδο 2008- 2010 λόγω της οικονομικής κρίσης. Ενδιαφέρον έχει επίσης πως σε ορισμένες χώρες αυτό το ποσοστό μειώθηκε σημαντικά ακόμη και μετά την περίοδο της κρίσης (Φινλανδία, Ολλανδία), με τις υπόλοιπες να κρατούν το σχετικό ποσοστό σταθερό ή με μικρές αυξητικές τάσεις (Ηνωμένο Βασίλειο).

**Σχεδιάγραμμα 5: Δημόσιες Δαπάνες για τον Τομέα της Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ επιλεγμένων κρατών της Βορειοδυτικής Ευρώπης (% , 2001 – 2016)**



Πηγή: Eurostat

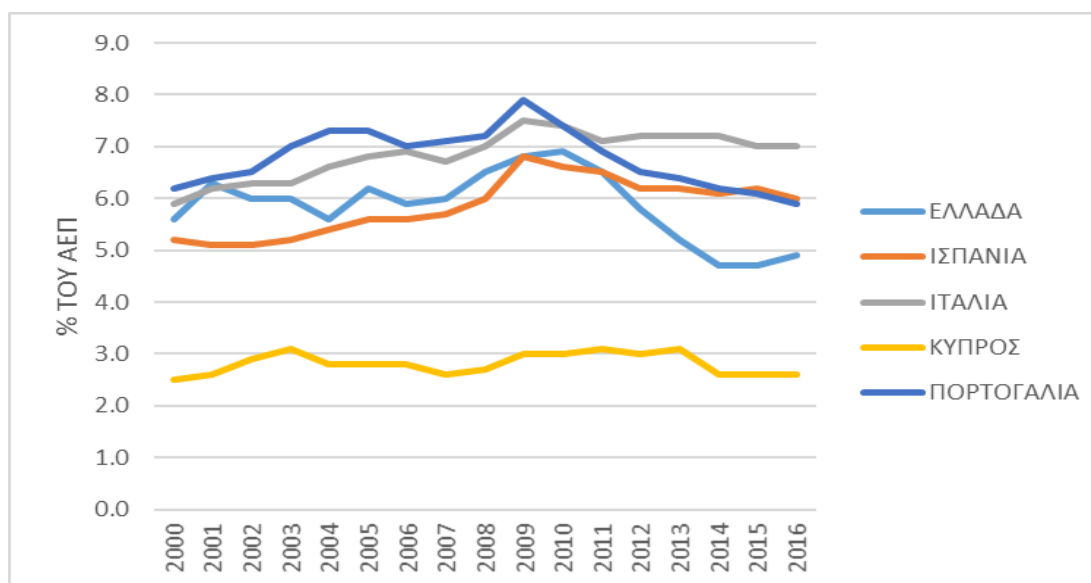
**Πίνακας 3: Δημόσιες Δαπάνες για τον Τομέα της Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ επιλεγμένων κρατών της Βορειοδυτικής Ευρώπης (% , 2001 – 2016)**

ΧΩΡΑ / ΕΤΟΣ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΓΑΛΛΙΑ	6.9	7.0	7.2	7.5	7.5	7.6	7.6	7.4	7.4	7.9	7.9	7.9	8.0	8.0	8.2	8.1	8.1
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	6.4	6.5	6.7	6.8	6.4	6.5	6.4	6.3	6.4	7.1	7.0	6.8	6.8	7.0	7.1	7.1	7.2
ΔΑΝΙΑ	6.7	6.9	7.1	7.1	7.2	7.3	7.3	7.7	7.9	8.9	8.6	8.4	8.7	8.5	8.6	8.6	8.6
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	5.1	5.4	5.6	5.8	6.2	6.3	6.5	6.5	6.9	7.7	7.7	7.4	7.4	7.4	7.5	7.6	7.6
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	4.7	4.8	5.2	5.5	5.5	5.5	6.8	6.7	6.8	7.8	7.8	7.9	8.3	8.2	8.2	8.1	7.7
ΣΟΥΗΔΙΑ	5.9	6.3	6.5	6.7	6.5	6.5	6.4	6.4	6.6	7.1	6.8	6.8	6.9	7.0	7.0	6.9	6.9
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	5.7	5.9	6.2	6.4	6.6	6.8	6.8	6.6	7.0	7.9	7.9	7.8	8.2	8.3	8.3	7.3	7.2

Πηγή: Eurostat

Από την άλλη, όσον αφορά τις χώρες της Νότιας Ευρώπης, και κυρίως αυτές που βρέθηκαν στο επίκεντρο της ευρωπαϊκής κρίσης χρέους που επακολούθησε της παγκόσμιας χρηματοοικονομικής κρίσης, τα αντίστοιχα στοιχεία παρουσιάζονται στο Σχεδιάγραμμα 6 και Πίνακα 4

**Σχεδιάγραμμα 6: Δημόσιες Δαπάνες για τον Τομέα της Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ επιλεγμένων κρατών της Νότιας Ευρώπης (% , 2001 – 2016)**



Πηγή: Eurostat

**Πίνακας 4: Δημόσιες Δαπάνες για τον Τομέα της Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ επιλεγμένων κρατών της Νότιας Ευρώπης (% , 2001 – 2016)**

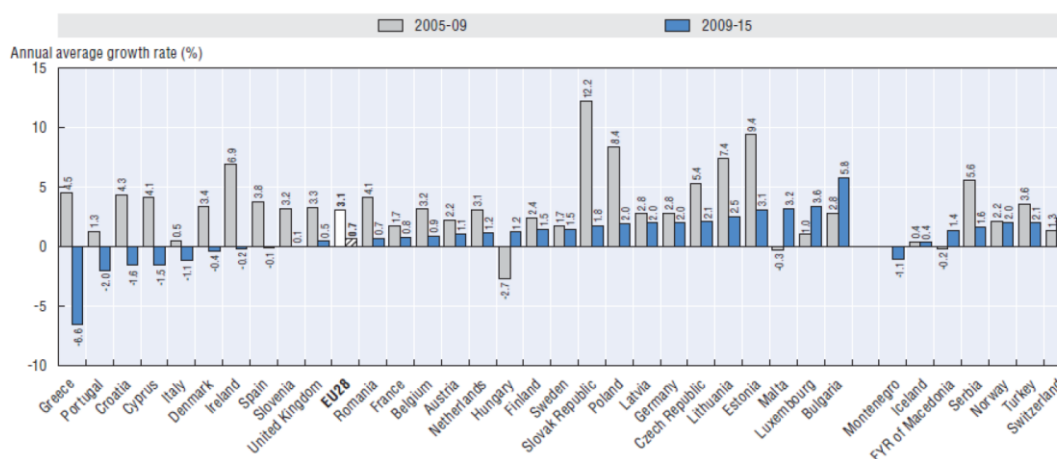
ΧΩΡΑ / ΕΤΟΣ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΕΛΛΑΔΑ	5.6	6.3	6.0	6.0	5.6	6.2	5.9	6.0	6.5	6.8	6.9	6.5	5.8	5.2	4.7	4.7	4.9
ΙΣΠΑΝΙΑ	5.2	5.1	5.1	5.2	5.4	5.6	5.6	5.7	6.0	6.8	6.6	6.5	6.2	6.2	6.1	6.2	6.0
ΙΤΑΛΙΑ	5.9	6.2	6.3	6.3	6.6	6.8	6.9	6.7	7.0	7.5	7.4	7.1	7.2	7.2	7.2	7.0	7.0
ΚΥΠΡΟΣ	2.5	2.6	2.9	3.1	2.8	2.8	2.8	2.6	2.7	3.0	3.0	3.1	3.0	3.1	2.6	2.6	2.6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	6.2	6.4	6.5	7.0	7.3	7.3	7.0	7.1	7.2	7.9	7.4	6.9	6.5	6.4	6.2	6.1	5.9

Πηγή: Eurostat

Όπως μπορεί να παρατηρηθεί οι περισσότερες χώρες, με εξαίρεση την Κύπρο, παρουσίασαν μια μείωση κατά την περίοδο 2008 – 2010. Οι μεγαλύτερες ήταν στην περίπτωση της Ελλάδας και της Πορτογαλίας. Στην Κύπρο μείωση σημειώθηκε κατά το έτος 2014. Οι χώρες με τα μικρότερα ποσοστά και στις δύο ομάδες, για το 2016 είναι αυτές τις Κύπρου (2,6%) και της Ελλάδας (4,9%). Τα ποσοστά από μόνα τους είναι ενδεικτικά μόνο, καθώς πρέπει μαζί με αυτά να λαμβάνεται υπόψιν τόσο το συνολικό ΑΕΠ των χωρών, η αποτελεσματικότητα της χρήσης των πόρων αυτών, καθώς και η δομή του ευρύτερου συστήματος υγείας.

Μια πιο ενδεικτική εικόνα παρέχεται και από το Σχεδιάγραμμα 6, το οποίο δείχνει την μεταβολή του ετήσιου ρυθμού ανάπτυξης του ανά κεφαλή κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία. Το Σχεδιάγραμμα 6 διαχωρίζει μεταξύ δυο περιόδων, το 2005-2009 που αντιπροσωπεύει τις τάσεις πριν την παγκόσμια κρίση και την περίοδο 2009 – 2015 που αντιπροσωπεύει τις τάσεις μετά την παγκόσμια κρίση.

Σχεδιάγραμμα 7: Ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης της ανά κεφαλή δημόσιας δαπάνης για την υγεία, σε πραγματικές τιμές σε %, 2005 έως και 2015 (ή κοντινότερο έτος)



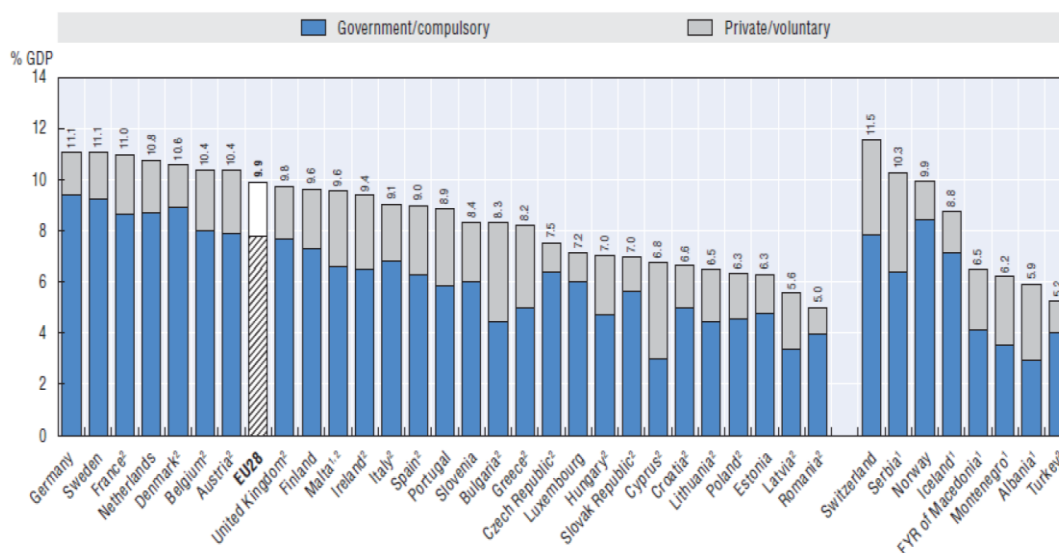
Πηγή: ΟΟΣΑ (2016)

Όπως φαίνεται από το Σχεδιάγραμμα 7, στο σύνολό τους οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την περίοδο προ κρίσης παρουσίαζαν αυξητικές τάσεις σε αυτόν τον δείκτη μέτρησης. Οι μεγαλύτερες αυξητικές τάσεις παρουσιάστηκαν στις νεοεισερχόμενες χώρες που προηγουμένως ανήκαν στην ομάδα των κομμουνιστικών κρατών. Αυτό είναι εμφανές από τους δείκτες ανάπτυξης σε χώρες όπως η Σλοβακία (12,2%), Πολωνία (8,4%), Εσθονία (9,4%), Λιθουανία (7,4%) και Τσεχία (5,4%). Ο μέσος όρος των χωρών μελών ήταν στο 3,3%. Όσον αφορά την περίοδο κατά, και μετά την παγκόσμια κρίση, η αύξηση της κατά κεφαλήν κρατικής δαπάνης για τον κλάδο της δημόσιας υγείας περιορίστηκε στο 0,3%. Την μεγαλύτερη μείωση παρουσίασε η Ελλάδα με -6,6%. Μειώσεις παρουσίασαν επίσης η Πορτογαλία (-2,0%), Κροατία (-1,6%), Κύπρος (-1,5%), Ιταλία (-1,1%), Δανία (-0,4%), Ιρλανδία (-0,2%) και Ισπανία (-0,1%). Από την άλλη, η χώρα που παρουσίασε τον μεγαλύτερο ρυθμό ανάπτυξης αυτή την περίοδο, ήταν η Βουλγαρία με 5,8%.

Σε συνέχεια των ανωτέρω, αυτή η ενότητα έχει εξετάσει μόνο το κομμάτι του τομέα της υγείας που καλύπτεται από κρατικές/δημόσιες δαπάνες. Είναι αναγκαίο όμως, στα πλαίσια της έρευνας, να εξεταστεί και το κομμάτι που καλύπτεται από τα

ιδιωτικά κεφάλαια και ιδιωτική πρωτοβουλία. Παρόλο που η αναλογία που καλύπτεται από τον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα διαφέρει, στις περισσότερες χώρες το μεγαλύτερο ποσοστό καλύπτεται από τα κυβερνητικά έξοδα. Μια εξαίρεση είναι η Κύπρος καθώς σχεδόν περισσότερο από το μισό των εξόδων καλύπτεται από τον ιδιωτικό τομέα, με την Βουλγαρία να ακολουθεί. Αυτό εξηγεί μεταξύ άλλων και το μικρό ποσοστό της Κύπρου στο Σχεδιάγραμμα 5 / Πίνακα 2, και δείχνει πως ένα μικρό ποσοστό παροχής κρατικών πόρων ως προς το ΑΕΠ, δεν σημαίνει και έλλειψη περαιτέρω πόρων. Όπως φαίνεται από το Σχεδιάγραμμα 8, ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να λειτουργεί συνεπικουρικά του δημοσίου τομέα στο θέμα της υγείας.

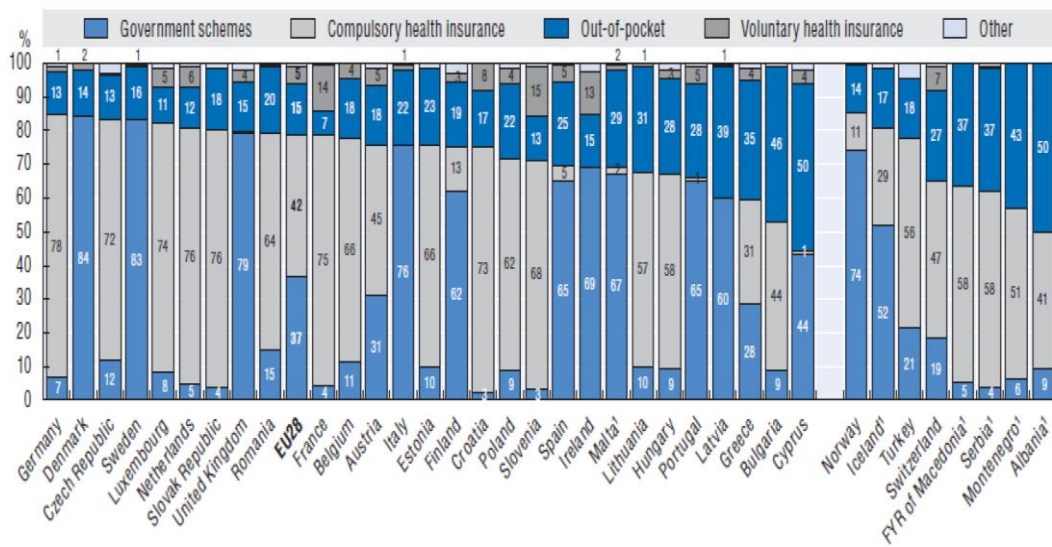
Σχεδιάγραμμα 8: Δαπάνες για τον τομέα της υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά το 2015 (ή κοντινότερο έτος)



Πηγή: ΟΟΣΑ (2016)

Περαιτέρω ανάλυση των πηγών χρηματοδότησης των συστημάτων δημόσιας υγείας των κρατών μελών δίνεται και από Σχεδιάγραμμα 9. Η πρώτη παρατήρηση είναι ξανά, πως η δομή τους διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις περισσότερες χώρες αυτή η χρηματοδότηση λαμβάνει χώρα είναι από κυβερνητικά πακέτα χρηματοδότησης (Government Schemes) ή από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας (Compulsory Health Insurance). Η εξαίρεση και πάλι είναι η Κύπρος, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης προέρχεται από την χρήση προσωπικών εξόδων ιδιωτών (out of pocket). Εξετάζοντας τον μέσο όρο της ΕΕ των 28 κατά το 2014, παρατηρείται ότι η κύρια χρηματοδότηση είχε ως πηγή τον δημόσιο/κρατικό τομέα στο ποσοστό 79% (37% απευθείας από την κυβέρνηση και 42% από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας).

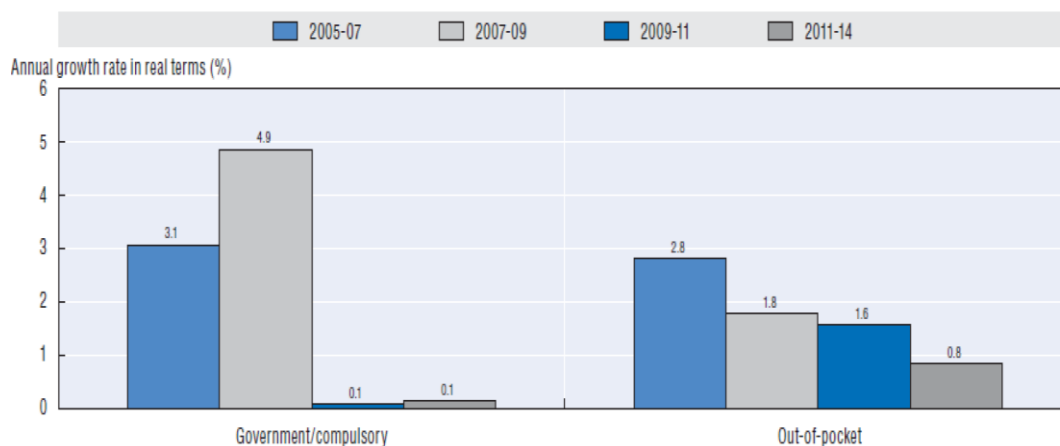
Σχεδιάγραμμα 9: Χρηματοδότηση του τομέα της δημόσιας υγείας ,με βάση την πηγή χρηματοδότησης Current health expenditure by type of financing, 2014



Πηγή: ΟΟΣΑ (2016)

Συνεχίζοντας στο ίδιο θέμα, το Σχεδιάγραμμα 10 παρουσιάζει τους ετήσιους ρυθμούς ανάπτυξης της χρηματοδότησης του τομέα υγείας ανά κεφαλή και ανά πηγή χρηματοδότησης κατά την περίοδο 2005-14.

Σχεδιάγραμμα 10: Αύξηση των δαπανών του τομέα της δημόσιας υγείας, με βάση την πηγή χρηματοδότησης, ανά κεφαλή, 2005 – 2014 (Ευρωπαϊκός μέσος όρος)



Πηγή: ΟΟΣΑ (2016)

Όπως φαίνεται η χρηματοδότηση από τον δημόσιο τομέα κορυφώθηκε κατά την διετία 2007-2009 με 4,9%. Όμως τα ακόλουθα έτη (2009-11 και 2011-14) η κατά κεφαλήν ανάπτυξη από τον δημόσιο τομέα μειώθηκε σημαντικά και έμεινε σταθερή

στα επίπεδα του 0,1%. Πτωτική πορεία ακολούθησε και η ιδιωτική χρηματοδότηση καθόλη την περίοδο 2005 – 2014, από 2,8% το 2005 – 07 σε 0,8% κατά την περίοδο 2011 – 14. Αυτό όμως που έχει επίσης ενδιαφέρον είναι πως κατά τις δύο τελευταίες περιόδους (2009-11 και 2011-14), ο ρυθμός αύξησης της χρηματοδότησης από τον ιδιωτικό τομέα παρέμενε υψηλότερος από τους ρυθμούς ανάπτυξης του κρατικού/δημόσιου τομέα.

Όπως φαίνεται από τα ανωτέρω ο προϋπολογισμός για τον κλάδο της παροχής δημόσιας υγείας στην ΕΕ διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στις χώρες της ένωσης. Επίσης παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση και ανάμεσα στους τρόπους χρηματοδότησης που χρησιμοποιεί η κάθε χώρα. Είναι σημαντικό επίσης να σημειωθεί πως αυτοί οι πόροι του κλάδου της δημόσιας υγείας διαμοιράζονται σε διάφορους υπο-τομείς όπως οι ιατρικές υπηρεσίες, φαρμακευτικά προϊόντα, ιατρικός εξοπλισμός, κτιριακές υποδομές, και έρευνα και ανάπτυξη νέων ιατρικών μεθόδων, μεταξύ άλλων.

Λόγω του κοινωνικού της χαρακτήρα, η χρηματοδότηση είναι σημαντικό να διατηρηθεί σε ικανοποιητικά επίπεδα. Λόγω του πληθυσμού της Ευρώπης που γηράσκει, αναμένεται στο μέλλον να αυξηθεί η ανάγκη για περαιτέρω χρηματοδότηση, τόσο για να συνεχίσει ομαλά η παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας, όσο και για την υποστήριξη των συνταξιοδοτικών προγραμμάτων και της δημόσιας ασφάλισης υγείας. EC, 2013).

Με βάση τα παραπάνω, η λογική στην οποία στηρίζεται η πρόταση για την χρήση των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, βασίζεται τόσο στην εύρεση νέων πηγών χρηματοδότησης, ώστε να παραμείνει το σύστημα υγείας των ευρωπαϊκών χωρών μελών βιώσιμο, όσο και στην χρήση της τεχνογνωσίας του ιδιωτικού τομέα, ώστε να γίνει πιο αποδοτικό.

Έχοντας εξετάσει τα οικονομικά στοιχεία του τομέα της δημόσιας υγείας στην ΕΕ, και έχοντας αναφερθεί μεταξύ άλλων στις επιπτώσεις τόσο της παγκόσμιας κρίσης του 2008, όσο και της ακόλουθης κρίσης χρέους στην Ευρώπη, τα δύο ακόλουθα κεφάλαια εξετάζουν τα διάφορα προγράμματα ΣΔΙΤ που έχουν εφαρμοστεί στα συστήματα δημόσιας υγείας των ευρωπαϊκών χωρών καθώς και το τελικό τους αποτέλεσμα. Το πρώτο από τα κεφάλαια που ακολουθεί έχει ουσιαστικά ως σκοπό να παρουσιάσει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά παρουσιάζουν και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα διάφορα συστήματα ΣΔΙΤ σε διάφορες της Ευρώπης. Παράλληλα



θα συζητηθεί το εάν η εφαρμογή τους είχε επιτυχημένα αποτελέσματα ή όχι. Στο μεθεπόμενο κεφάλαιο θα γίνει σύγκριση των περιπτώσεων που παρουσιάστηκαν ώστε βρεθούν κοινές τάσεις, καθώς και να σημειωθούν οι όποιες διαφορές που υπάρχουν στην εφαρμογή τους. Στόχος είναι να εξαχθούν συμπεράσματα που θα βοηθήσουν τόσο στην αξιολόγηση της εναλλακτική λύσης των προγραμμάτων ΣΔΙΤ, καθώς και των τρόπων με τους οποίους μπορούν αυτά να επιτύχουν ώστε να γίνουν οικονομικά βιώσιμα, παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες.

## **Κεφάλαιο 4: Παρουσίαση Προγραμμάτων ΣΔΙΤ σε Συστήματα Υγείας της Ευρώπης / Ευρωπαϊκής Ένωσης**

### **4.1 Εισαγωγή**

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι η μελέτη επενδύσεων ΣΔΙΤ που έχουν λάβει χώρα σε μια σειρά από κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτές οι χώρες είναι κατά σειρά: Το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιταλία, η Σουηδία, η Γερμανία, η Γαλλία, η Ισπανία και τέλος η Ελλάδα. Ο σκοπός αυτού το κεφαλαίου είναι να εντοπιστούν κοινές πρακτικές και προβλήματα που παρουσιάζονται κατά την εφαρμογή αυτής της μορφή επενδύσεων

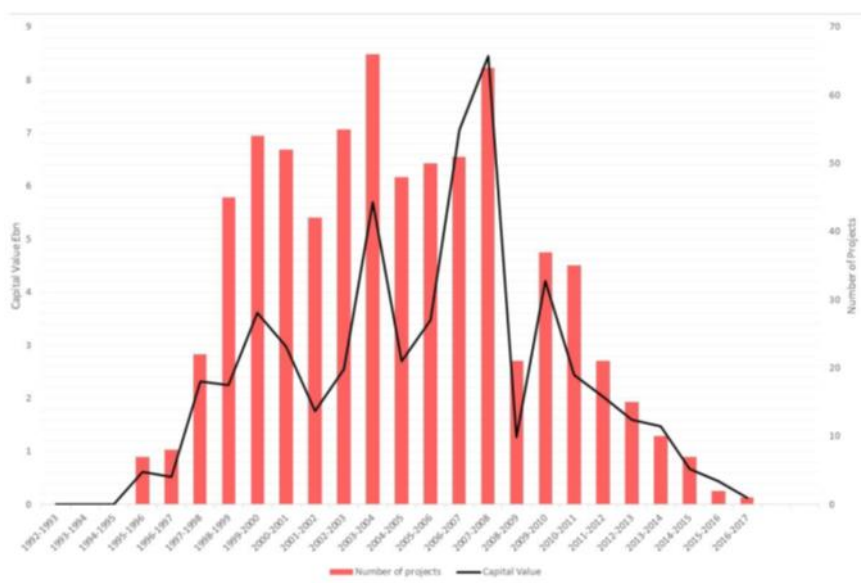
### **4.2 Βρετανικό Σύστημα Υγείας (National Health System – NHS)**

Το NHS ήταν από τα πρώτα συστήματα υγείας που υιοθέτησαν την πρακτική των συμπράξεων ιδιωτικού και δημοσίου τομέα. Η έναρξη της εφαρμογής στο Ηνωμένο Βασίλειο έλαβε χώρα το 1992 με την ονομασία των Private Finance Initiatives (PFIs). Τα PFIs δε στόχευαν μόνο στην διαχείριση και διευθέτηση των προβλημάτων και προκλήσεων που παρουσιάζονταν στον τομέα της υγείας. Αντιθέτως στόχευαν στην να παρέχουν υποστήριξη σε πολλούς και διαφορετικού τομείς των δημοσίων υπηρεσιών, όπως η εθνική άμυνα, οι μεταφορές και οι σχετικές υποδομές τους, η εκπαίδευση, η παροχή κοινωνικής στέγασης προς τους άπορους και η διαχείριση αποβλήτων (Hellowell and Pollock, 2009). Έως και τις 31/03/2017, στο Ηνωμένο Βασίλειο υπήρχαν 751 προγράμματα PFI, εκ των οποίων τα 699 ήταν ήδη σε λειτουργία ενώ 16 από αυτά βρίσκονταν σε καθεστώς προετοιμασίας. Η συνολική αξία κεφαλαίου που είχε δαπανηθεί για αυτά τα προγράμματα ξεπερνούσε το ποσό των £59.1 δισεκατομμυρίων, ενώ 63 από αυτά τα προγράμματα είχαν υπογραφεί πριν τον Μάιο του 2010 και η κεφαλαιακή τους αξία άγγιζε το ποσό των £50.6 δισεκατομμυρίων. Αποτελούσαν δηλαδή το 86% του συνόλου των προγραμμάτων PFI μέχρι εκείνη την χρονική στιγμή (HM Treasury, 2017).

Ένα από τα επιχειρήματα που είναι υπέρ της εφαρμογής των προγραμμάτων PFI αφορά το γεγονός πως το κόστος κεφαλαίου μοιράζεται μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Έτσι με αυτό τον τρόπο το κόστος ενός έργου δεν επιβαρύνει πλήρως τον κρατικό προϋπολογισμό. Το πλεονέκτημα που παρέχει αυτό είναι πως επιτρέπει

στο κράτος να αναλάβει επενδύσεις μεγαλύτερου ύψους, ενώ παράλληλα θα έχει την δυνατότητα να διατηρεί παράλληλα μια αυστηρή δημοσιονομική πολιτική (Hellowell and Pollock, 2009). Είναι χαρακτηριστικό πως κατά το 1992, όπου και πρωτοεφαρμόστηκε η πρακτική των PFIs στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι καθαρές επενδύσεις του δημοσίου ανέρχονταν στο 1.6% του Βρετανικού ΑΕΠ, ενώ κατά το 1970 αποτελούσαν το 7% του ΑΕΠ (Clark et al., 2001). Όπως φαίνεται και από το Σχεδιάγραμμα 11, τόσο η κεφαλαιακή αξία και το πλήθος των προγραμμάτων PFI κορυφώθηκαν (peak) κατά την περίοδο 2003 – 2004, ενώ μια δεύτερη κορύφωσή τους παρουσιάστηκε κατά την περίοδο 2007 – 2008. Ύστερα από αυτό το σημείο παρουσίασαν μια σταθερά πτωτική τάση, ενώ τα τελευταία έτη, μετά το 2012 τόσο η κεφαλαιακή τους αξία, όσο και ο αριθμός του μειώνονται, και έχουν τα φτάσει τα επίπεδα των πρώτων ετών της δεκαετίας του 1990, όπου και είχαν πρωτοξεκινήσει (HM Treasury, 2017).

Σχεδιάγραμμα 11: Αριθμός και κεφαλαιακή αξία των προγραμμάτων PFI που υπεγράφησαν κατά έτος, 1992 – 2017

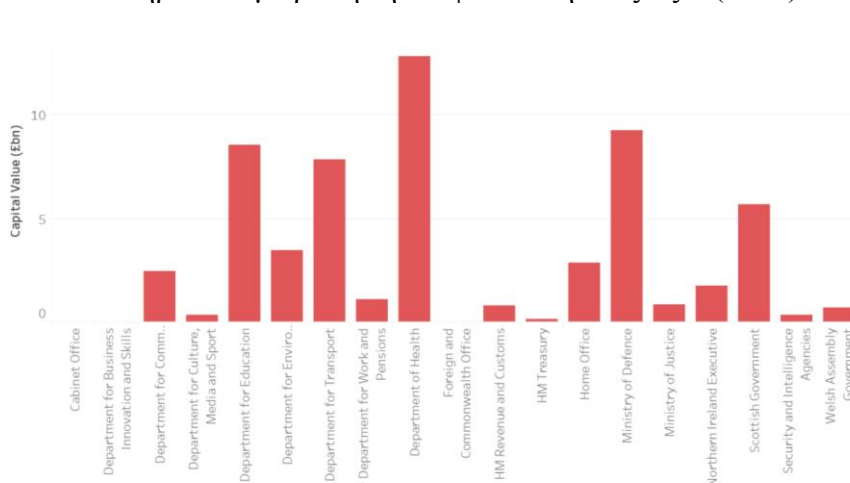


Πηγή : HM Treasury, (2017)

Όσον αφορά τις δημόσιες επενδύσεις στον τομέα της υγείας, κατά τις αρχές του 1990 το ποσοστό τους κυμαινόταν μεταξύ του 0,2% και 0,4% του Βρετανικού ΑΕΠ. Παράλληλα, την ίδια περίοδο το NHS αντιμετώπιζε προβλήματα στην παροχή της αναγκαίας συντήρησης και επισκευών που χρειάζονταν για την υποστήριξη των υποδομών του (Gaffney et al., 1999). Ένα ακόμη επιχείρημα που χρησιμοποιήθηκε για να ενισχύσει περισσότερο την χρήση των προγραμμάτων σύμπραξη ιδιωτικού και

δημόσιου τομέα, ήταν ότι αυτά τα προγράμματα ήταν πιο αποτελεσματικά σε όρους κόστους καθώς παρείχαν μεγαλύτερο “value for money”. Η αιτιολογία για αυτό ήταν πως οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού έχουν μεγαλύτερη ικανότητα και εμπειρία στο ζήτημα διαχείρισης των οικονομικών κινδύνων (Hellowell και Pollock, 2009). Επίσης όπως φαίνεται και από το Σχεδιάγραμμα 12 ακόμη και κατά το 2017, τα προγράμματα στο τομέα της υγείας ήταν και αυτά που παρουσίαζαν την μεγαλύτερη αξία κεφαλαίου σε, ενώ ακολουθούνταν από τους τομείς της εθνικής άμυνας και της εκπαίδευσης

Σχεδιάγραμμα 12: Κατανομή των προγραμμάτων PFI κατά μήκος των δημοσίων υπηρεσιών με βάση την κεφαλαιακή τους αξία (2017)



Πηγή: HM Treasury, (2017).

Οι Barlow και Köberle-Gaiser (2008) διεξήγαν με μελέτη περίπτωσης που αφορούσε τα 6 πρώτα νοσοκομεία που κατασκευάστηκαν με την χρήση των προγραμμάτων PFI. Σκοπός τους ήταν να βρουν ήταν κατά πόσο τα συγκεκριμένα προγράμματα είχαν καταφέρει να δημιουργήσουν καινοτόμες τεχνικές και πρακτικές στον τομέα της παροχής υγείας. Ένα από τα ευρήματά τους πάνω σε αυτό το κομμάτι, ήταν πως η εφαρμογή των προγραμμάτων PFI και η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα δεν είχε καταφέρει να δημιουργήσει επιπλέον καινοτομία στον χώρο της υγείας. Κατά την άποψη των Barlow και Köberle-Gaiser (2008), ο πρώτος λόγος στον οποίον και οφείλεται το συγκεκριμένο αποτέλεσμα είναι η προσέγγιση ως προς την διαχείριση των κινδύνων. Καθώς ο ιδιωτικός τομέας φέρει το μεγαλύτερο μέρος του ρίσκου για την κατασκευή και λειτουργία ενός νοσοκομείου, οι σχετικές τοπικές επιτροπές του NHS εστιάζουν στο να περιγράψουν επακριβώς τις απαιτήσεις τους. Ο σκοπός τους είναι να μειώσουν τον βαθμό αβεβαιότητας και να επιφέρουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη δυνατή ελαχιστοποίηση των κινδύνων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να ελαχιστοποιείται

παράλληλα και η δυνατότητα για την δημιουργία λύσεων που θα αποφέρουν μεγαλύτερη ευελιξία στο μέλλον. Σύμφωνα με τους Barlow και Köberle-Gaiser (2008) η παρεμβατική παρουσία των δημοσίων φορέων υγείας έχει περιορίσει σημαντικά την δυνατότητα των προγραμμάτων PFI να προσφέρουν καινοτόμες λύσεις στον σχεδιασμό και την λειτουργία των νοσοκομείων. Ο δεύτερος λόγος που αναφέρουν οι Barlow και Köberle-Gaiser (2008) είναι πως η χρήση των προγραμμάτων PFI δεν έχει ενισχύσει ούτε και βελτιώσει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα της συνεργασίας μεταξύ των μελών που συμμετέχουν σε ένα τέτοιο πρόγραμμα. Αντιθέτως η εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων δημιούργησε έναν σημαντικό διαχωρισμό μεταξύ των μελών που ασχολούνταν με την ολοκλήρωση και την παράδοση του έργου και των μελών που ασχολούνταν με την παροχή του υπηρεσιών υγείας από την πλευρά της κλινικής. Αυτός ο περιορισμός που δημιουργήθηκε μεταξύ των μελών που ήταν επιφορτισμένα με την κατασκευή των νοσοκομειακών μονάδων, δηλαδή των ιδιωτών, και των τελικών χρηστών τους, δηλαδή το Βρετανικό σύστημα υγείας, μείωσαν σε σημαντικό βαθμό τις δυνατότητες για ανταλλαγή γνώσεων και τεχνογνωσίας, καθώς και τις δυνατότητες για δημιουργία καινοτόμων εφαρμογών στο μέλλον. Οι Barlow και Köberle-Gaiser (2008) αναγνωρίζουν πως τα ευρήματα τους σχετικά με τον περιορισμό της καινοτομίας δεν γενικευτούν προς όλα τα προγράμματα PFI. Ο κύριος λόγος είναι πως τα προγράμματα PFI που μελέτησαν είναι από τα πρώτα που τέθηκαν σε εφαρμογή. Με βάση αυτό, είναι πολύ πιθανό προγράμματα PFI που μπήκαν σε εφαρμογή σε μία μετέπειτα χρονική στιγμή να εφαρμόζουν πιο εξελιγμένες πρακτικές που να παρέχουν μεγαλύτερη δυνατότητα για την ύπαρξη καινοτομιών. Παρόλα αυτά, αναγνωρίζουν πως το πρόβλημα αποτελεσματικής συνεννόησης και συνεργασίας μεταξύ των μερών που συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα PFI είναι υπαρκτό. Τέλος οι Barlow και Köberle-Gaiser (2008) προτείνουν τον τρόπο που θεωρούν πως θα οδηγήσει στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας της συνεργασίας μεταξύ των μερών του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, και καθώς και την ενίσχυση της δυνατότητας για καινοτομίας. Αυτός ο τρόπος είναι η δημιουργία κινήτρων προς και τα δύο μέρη που θα βασίζονται στην βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου βάση συγκεκριμένων στοιχείων. Αυτά τα στοιχεία θα αφορούν την φροντίδα των ασθενών, όπως π.χ. η διάρκεια του χρόνου νοσηλείας και ο βαθμός στο οποίο λαμβάνουν χώρα νοσοκομειακές μολύνσεις. Οι Barlow και Köberle-Gaiser (2008) θεωρούν πως η χρήση τέτοιων κινήτρων μπορεί να ενισχύσει σε σημαντικό

βαθμό την δυνατότητα του ιδιωτικού τομέα να παρέχει και καινοτομίες και να οδηγήσει σε συνολική βελτίωση της ποιότητας και του βαθμού καινοτομίας των υποδομών υγείας.

Οι Caldwell et al (2009) με την σειρά τους ερευνούν δυο ξεχωριστές περιπτώσεις συμπράξεων μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η πρώτη είναι η κατασκευή το Τερματικού Νο 5 στο Αεροδρόμιου του Heathrow, όπου συμμετείχε η Βρετανική Αρχή Αεροδρομίων (British Airport Authority – BAA) ενώ η δεύτερη είναι η κατασκευή ενός νοσοκομείου με βάση το πρόγραμμα PFI με την συμμετοχή του NHS. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παραθέτουν οι Caldwell et al (2009), το δεύτερο πρόγραμμα αφορούσε την αντικατάσταση ενός παλαιότερου νοσοκομείου που είναι χτιστεί κατά την δεκαετία του 1950, με ένα νεότερο το οποίο θα παρείχε και περισσότερες υπηρεσίες υγείας. Σε αντίθεση με το παλιό το νέο νοσοκομείο θα ήταν μεγαλύτερο σε έκταση και θα βρισκόταν εκτός της πόλης. Το πλάνο ήταν για την κατασκευή ενός νοσοκομείου 500+ κλινών. Ο ιδιώτης κατασκευαστής ανέλαβε τον σχεδιασμό την κατασκευή, χρηματοδότηση και λειτουργία του (DBFO) μέσα στα πλαίσια των προγραμμάτων PFI. Στα πλαίσια της μελέτης των Caldwell et al (2009) πάνω στα δύο προγράμματα ΣΔΙΤ, οι ερευνητές βρήκαν πως τα συμβαλλόμενα μέρη είχαν διαφορετικές προσεγγίσεις. Η περίπτωση του PFI για την κατασκευή του νοσοκομείου είχε μια πιο συντηρητική και παραδοσιακή στάση, καθώς εστίαζε σημαντικά στην μείωση του ρίσκου με την χρήση ενός μηχανισμού συμβολαίων με μεγάλο βαθμό λεπτομέρειας. Σε αντίθεση η σύμπραξη που δραστηριοποιήθηκε στη κατασκευή του Τερματικού σταθμού εστίασε στην εύρεση των διάφορων μορφών ρίσκου. Με βάση αυτό προχώρησε με την παροχή κινήτρων προς τα πιο ικανά μέλη της σύμπραξης, ώστε να αναλάβουν καινοτόμες δράσεις ώστε να μπορέσουν να διαχειριστούν αυτές τις μορφές ρίσκου με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Μια ακόμη σημαντική διαφορά είναι πως στην περίπτωσή της η BAA κατάφερε να έχει το μεγαλύτερο βαθμό της διοίκησης του έργου κατά τα πρώτα του στάδια. Αντιθέτως στην περίπτωση της κατασκευής του νοσοκομείου οι αποφάσεις στα πρώτα στάδια ελήφθησαν σε μεγάλο βαθμό από τον ιδιώτη-εργολάβο. Η προσέγγιση της BAA χαρακτηρίζεται ως η καλύτερη από τους Caldwell et al (2009) καθώς επιτρέπει στα μέλη που μετέχουν να επιδείξουν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας και να αξιοποιήσουν σε καλύτερο βαθμό τις δυνατότητές τους. Στην περίπτωση της κατασκευής του νοσοκομείου δεν υπήρχε σε μεγάλο βαθμό αυτή η δυνατότητα, καθώς ο εργολάβος ασκούσε μεγάλη επιρροή στην λήψη αποφάσεων και στον βαθμό συμμετοχής του κάθε

μέρους. Επιπλέον πρέπει να σημειωθεί πως η BAA δεν θα συμμετέχει στο στάδιο λειτουργίας του τερματικού σταθμού. Αντιθέτως ο εργολάβος θα συμμετέχει στο στάδιο λειτουργίας του νοσοκομείου, καθώς θα έχει τον έλεγχο της διαχείρισης των εγκαταστάσεων. Το εύρημα των Caldwell et al (2009) δείχνει πως η διαφορετική διαχείριση των προγραμμάτων σύμπραξης μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μπορεί να πάρει διαφορετικές μορφές, και αυτές οι μορφές να έχουν σημαντικά αποτελέσματα πάνω στον τρόπο κατασκευής τους και λειτουργίας τους.

Οι Mudyarabikwa και Regmi (2015) από την πλευρά τους διεξήγαγαν μια έρευνα με την χρήση ποιοτικών στοιχείων μέσω της διεξαγωγής συνεντεύξεων, παρατήρησης συγκεκριμένων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και ανασκόπηση σχετικής βιβλιογραφίας, με τον στόχο να βρουν τις επιδράσεις των προγραμμάτων PFI πάνω στις μονάδες αυτές. Συγκεκριμένα, συγκέντρωσαν δεδομένα από το NHS Local Improvement Finance Trust (LIFT) και βρήκαν ως που ο τρόπος λειτουργίας και διαχείρισής του καταφέρνει αντιμετώπισει τις όποιες ελλείψεις χρηματικών πόρων που παρουσιάζονται σε σχέση με την δημιουργία χειρουργείων πρώτων βοηθειών. Παράλληλα οι Mudyarabikwa και Regmi (2015) βρήκαν πως η λειτουργία και ο τρόπος δράσης του LIFT παρουσιάζει αναποτελεσματικότητα όσο αφορά την διαχείριση των χρηματοοικονομικών πόρων. Αυτό συμβαίνει επειδή δανείζεται από ιδιωτικές τράπεζες, οι οποίες έχουν υψηλότερα επιτόκια, τα οποία και μεταφέρει στους δημόσιους οργανισμούς. Καταλήγουν στο ότι η λειτουργία των PFI δεν επιφέρει μόνο λύσεις. Τα αποτελέσματά τους διαφέρουν και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της κάθε συγκεκριμένης περίπτωσης. Επιπλέον οι Mudyarabikwa και Regmi (2015) θεωρούν πως είναι σημαντικό να ενισχυθεί η δυνατότητα των δημοσίων αρχών να επιτηρούν τις δραστηριότητες των καθώς αυτό μπορεί να βελτιώσει την μορφή των συνεργασιών μεταξύ των μερών της σύμπραξης. Η άποψη για τον βαθμό παρέμβασης του δημόσιου τομέα είναι παρόμοια με αυτή των Caldwell et al (2009), αλλά έρχεται σε αντίθεση με την άποψη των Barlow και Köberle-Gaiser (2008) που θεωρούν πως η μείωση του βαθμού παρέμβασης των δημοσίων φορέων θα οδηγήσει στην δημιουργία καινοτομιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω αυτής της μορφής συμπράξεων. Από την άλλη, το επιχείρημα των Mudyarabikwa και Regmi (2015) σχετικά με την παρουσία αναποτελεσματικότητας από τα προγράμματα PFI ως προς το κομμάτι χρηματοοικονομικής διαχείρισης έχει αναφερθεί και από τους Yescombe (2007) και Hellowell και Pollock (2009). Και οι δυο συμφωνούν πως το γεγονός ότι ο ιδιωτικός δανείζεται με υψηλότερα επιτόκια επιφέρει

την παρουσία αναποτελεσματικότητας μέσα σε αυτές τις συμπράξεις. Επιπλέον όπως αναφέρει ο Yescombe (2007) οι κυβερνήσεις και οι δημόσιοι/κυβερνητικοί οργανισμοί έχουν μικρότερο ρίσκο σε σχέση με τις ιδιωτικές επιχειρήσεις, καθώς έχουν μεγαλύτερη ρευστότητα και μικρότερες πιθανότητες να κηρύξουν πτώχευση.

Γυρίζοντας στους Hellowell και Pollock (2009), η έρευνα τους έδειξε πως τα προγράμματα PFI παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό υποχρηματοδότησης σε σχέση με τα υπόλοιπα προγράμματα που διαχειρίζεται το NHS. Ο βαθμός υποχρηματοδότησης σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με τον όγκο των κτιριακών εγκαταστάσεων που δημιουργούνται, καθώς και με τον χρόνο διαχείρισης που απαιτείται για την διαδικασία κατασκευής και την μετακίνηση σε αυτές της νέες εγκαταστάσεις. Μια επιπλέον εξήγηση που παρέχουν οι Hellowell και Pollock (2009) είναι ο μεγάλος βαθμός συσχέτισης που υφίσταται μεταξύ του υψηλού κόστους των καταβολών από το δημόσιο προς τις ιδιωτικές επιχειρήσεις που συμμετέχουν στα προγράμματα PFI και της υποχρηματοδότησης που δημιουργούν οι τελευταίες μέσα σε αυτό το πλαίσιο. Οι Hellowell και Pollock (2009) καταλήγουν πως η υποχρηματοδότηση των προγραμμάτων PFI καταλήγει σε μη θετικά αποτελέσματα τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο πάντα σε σχέση με τις δράσεις που διαχειρίζεται μόνο του το NHS.

Παρόλο που το NHS ήταν από τα πρώτα συστήματα υγείας στην Ευρώπη που εφάρμοσαν την πρακτική των PPP, δέχεται μεγάλη κριτική από το εσωτερικό της χώρας, καθώς θεωρείται πως είναι αναποτελεσματικό. Έχοντας καταγράψει τα δεδομένα του Βρετανικού συστήματος υγείας, το επόμενο σύστημα που θα παρουσιαστεί είναι το Ιταλικό.

### **4.3 Ιταλικό Σύστημα Υγείας.**

#### **4.3.1 Μοντέλα ΣΔΙΤ στο Ιταλικό Σύστημα Υγείας**

Τα συστήματα ΣΔΙΤ στην ιταλική νομοθεσία και οικονομία εισήχθησαν το 1998 μέσω του νόμου Merloni. Για αυτό τον λόγο τα συστήματα ΣΔΙΤ θεωρούνται ως μια σχετικά πρόσφατη τακτική στην Ιταλία. Παρόλα αυτά, η χρήση τους έγινε πιο ευρεία μέσα στο χρονικό διάστημα 2002 – 2012, με τα περισσότερα προγράμματα ΣΔΙΤ να αφορούν τις αθλητικές εγκαταστάσεις, τον τομέα των μεταφορών και την αστική ανάπτυξη (Rossi και Civitillo, 2014). Όσον αφορά την οικονομική πλευρά των ΣΔΙΤ, η κύρια κριτική που λαμβάνει χώρα στην Ιταλία αφορά τις πηγές χρηματοδότησης που χρησιμοποιούνται για τα συγκεκριμένα προγράμματα. Η



χρηματοδότηση των προγραμμάτων ΣΔΙΤ στην Ιταλία γίνεται κυρίως μέσω των τραπεζών. Από την άλλη, σπάνια χρησιμοποιούνται άλλες πηγές χρηματοδότησης όπως οι αγορές κεφαλαίου, η έκδοση ομολόγων και η παροχή μετοχών προς επενδυτές (Etro, 2007). Η χρήση αυτής της μορφής χρηματοδότησης παρουσιάζει θεωρείται ως μειονέκτημα. Για παράδειγμα, το μέσο επιτόκιο δανεισμού των Ιταλικών τραπεζών κυμαίνεται μεταξύ 10 – 11%, το οποίο είναι αρκετά υψηλότερο σε σχέση με το επιτόκιο δανεισμού που υπάρχει στο Ηνωμένο Βασίλειο (Iossa και Russo, 2008). Παράλληλα, οι ιταλικές τράπεζες συνεχίζουν να ζητούν παραδοσιακές μορφές εγγυήσεων για να δώσουν δανειοδότηση (Bentivogli et al., 2008), κάτι το οποίο έχει γίνει ακόμη πιο δύσκολο ως αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης του 2008, καθώς οι τράπεζες ζητούν περισσότερες εγγυήσεις και λιγότερη μόχλευση ώστε να παρέχουν δάνεια. Σε συνέχεια αυτού, έχει μειωθεί και η διάρκεια για την αποπληρωμή του δανείου (Rossi και Civitillo, 2014). Επιπλέον, η Ιταλική νομοθεσία έχει κάποιες αδυναμίες που δεν επιτρέπουν την αποδοτική χρήση των προγραμμάτων ΣΔΙΤ. Καταρχήν οι σχετικοί Ιταλικοί νόμοι δεν απαιτούν τον υπολογισμό του Value for Money πριν να γίνει η έγκριση ενός προγράμματος ΣΔΙΤ. Επιπλέον σε αυτά τα προγράμματα διαμορφώνονται κυρίως μεταξύ τοπικών και κυβερνητικών αρχών με δημόσιες επιχειρήσεις (Bentivogli et al., 2008). Αυτό δεν αφήνει αρκετά περιθώρια για την αποτελεσματική συμμετοχή ιδιωτικών επιχειρήσεων.

#### **4.3.2 Νοσοκομεία Castelfranco Veneto και Montebelluna**

Έχοντας εξετάσει την εφαρμογή των προγραμμάτων ΣΔΙΤ στο ευρύτερο πλαίσιο της Ιταλικής οικονομίας, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η Ιταλία αποτελεί την δεύτερη μεγαλύτερη αγορά ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στην Ευρώπη, και είναι η δεύτερη μετά το Ηνωμένο Βασίλειο (Barros et al. 2014). Παρόλα αυτά το Ιταλικό μοντέλο έχει σημαντικές διαφορές σε σχέση με το Βρετανικό. Η προσέγγιση στο ζήτημα των ΣΔΙΤ στην Ιταλία χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό αποκέντρωσης από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 και μετά. Η κύρια μέθοδος την οποία χρησιμοποιούν τόσο οι δημόσιοι οργανισμοί όσο και οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη των πιθανών κενών χρηματοδότησης που χρειάζονται για την διενέργεια επενδύσεων στον χώρο της υγείας είναι αυτή των PFI. Μέσω αυτού του τρόπου επιδιώκουν να συνδυάσουν την αποτελεσματικότητα και την ποιοτική διαχείριση που χαρακτηρίζουν τον ιδιωτικό τομέα με τις διαδικασίες εκσυγχρονισμού και

αναβάθμισης των εγκαταστάσεων του Ιταλικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (Barros et al. 2014).

Μία από τις περιπτώσεις εφαρμογής των προγραμμάτων ΣΔΙΤ στον Ιταλικό σύστημα υγείας είναι αυτή των νοσοκομείων Castelfranco Veneto και Montebelluna. Το συνολικό ποσό που χρειαζόταν για να λάβει χώρα αυτή επένδυση έφτανε τα €120 εκατομμύρια. Το ποσό που διέθεσε η τοπική κυβέρνηση ήταν €31 εκατομμύρια δηλαδή περίπου το 26%, ενώ για το υπόλοιπο 74% να χρειάζεται η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα. Η συμφωνία που έλαβε χώρα μεταξύ των δύο συμβαλλόμενων μερών αφορούσε τον εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων καθώς και την διαχείριση των μη-ιατρικών υπηρεσιών, όπως πχ η μεταφορά, οι υπηρεσίες καθαριότητας και η ενδιαιτήση. Η υπογραφή της συμφωνίας καθυστέρησε για τρία χρόνια λόγω γραφειοκρατικών διαδικασιών. Τελικά η συμφωνία υπογράφηκε το 2004 μεταξύ της τοπικής Αρχής που διαχειρίζεται τα θέματα παροχής υγείας και της ιδιωτικής επιχείρησης Solo Hospital Services. Οι κανόνες που συμφώνησαν μεταξύ τους τα μέρη αφορούσαν και πιθανές ποινές που θα επιβάλλονταν εάν η απόδοση της ιδιωτικής επιχείρησης δεν συνέπιπτε με τα επίπεδα που είχαν συμφωνηθεί με την Αρχή Υγείας. Μία από τις θετικές πλευρές αυτής της συμφωνίας ήταν η δέσμευση της Solo Hospital Services επανεπενδύσει το 19,6% του ποσού που θα της καταβαλλόταν από την Αρχή Υγείας σε ετήσια βάση στην τεχνολογική αναβάθμιση του νοσοκομείου. Ένας από τους κύριους λόγους που αυτό το πρόγραμμα ΣΔΙΤ μπορεί να χαρακτηριστεί ως επιτυχημένο, σχετίζεται με την διαφάνεια που υπήρχε στις σχέσεις μεταξύ των δύο μερών. Αποτέλεσμα αυτού ήταν να επιτευχθεί ένας ορθός διαχωρισμός του ρίσκου που αναλογεί σε κάθε ένα από τα δύο μέρη (Barros et al. 2014).

#### **4.3.3 Νοσοκομείο Sant'Anna στο Como**

Η δεύτερη περίπτωση που θα εξεταστεί αφορά το νοσοκομείο Sant'Anna στο Como. Εκεί το πρόγραμμα ΣΔΙΤ αφορούσε την κατασκευή μίας νέας νοσοκομειακής μονάδας. Αυτή η πρωτοβουλία βρήκε την αντίσταση των τοπικών αρχών οι οποίες και διαφώνησαν με τον ενδεχόμενο μετακίνησης της νοσοκομειακής μονάδας από την πόλη σε μία περιοχή των προαστίων. Εξαιτίας αυτής της διαμάχης η διαδικασία καθυστέρησε κατά 5 έτη. Το 2006 το έργο δόθηκε στην ιδιωτική κοινοπραξία Altair. Οι πηγές για την χρηματοδότηση του συγκεκριμένου έργου είχαν ένα σχετικό βαθμό διαφοροποίησης. Πιο συγκεκριμένα €10,3 εκατομμύρια προέρχονταν από την Altair,

€61 εκατομμύρια από διάφορες τράπεζες και €95,4 εκατομμύρια από την Κεντρική Κυβέρνηση σύμφωνα με την σχετική νομοθεσία (Barros et al. 2014).

Η κατασκευή του νοσοκομείου διήρκησε λιγότερο από τρία χρόνια και ολοκληρώθηκε το 2009. Το αξιοσημείωτο είναι πως η κατασκευή του νοσοκομείου ολοκληρώθηκε σε αρκετά συντομότερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τα αντίστοιχο μέσο χρόνο που χρειάζεται για την κατασκευή μιας νοσοκομειακής μονάδας στην Ιταλία και που αγγίζει τα 12 έτη. Κατά τα πρώτα έτη της λειτουργίας του, το νοσοκομείο Sant'Anna παρουσίασε σημαντική απόδοση, καθώς η απόδοση των ιδίων κεφαλαίων έφτασε το 11,5%. Το μεγαλύτερο μέρος της επιτυχίας του συγκεκριμένου έργου οφειλόταν στη προθυμία των ιδιωτών συνεταιίρων να μοιραστούν τόσο το ρίσκο όσο και τις ευθύνες (Barros et al. 2014).

Όπως και προαναφέρθηκε, η ιταλική περίπτωση των προγραμμάτων ΣΔΙΤ χαρακτηρίζεται από σημαντικό βαθμό αποκέντρωσης. Το χαρακτηριστικό της αποκέντρωσης καθιστά δύσκολη την εφαρμογή παραδοσιακών μοντέλων ΣΔΙΤ. Από την άλλη όμως επιτρέπει την εφαρμογή μοντέλων που είναι ικανά να προσφέρουν καινοτόμες λύσεις που κάνουν αποτελεσματική χρήση των ευκαιριών που παρουσιάζονται σε κάθε περίπτωση. Αυτός είναι και ο λόγος που ου συμφωνίες για προγράμματα ΣΔΙΤ παρουσιάζονται κατά κύριο λόγο στην Βόρεια Ιταλία η οποία είναι η οικονομικά ισχυρή περιοχή της χώρα. Παρόλα αυτά μια καλύτερη νομοθεσία, με πιο ξεκάθαρους και κατανοητούς κανονισμούς, καθώς και μια σειρά από σχετικές μεθοδολογίες που θα δίνουν έμφαση στην αξιολόγηση της αποδοτικότητας σε όρους κόστους και του Value for Money των προγραμμάτων ΣΔΙΤ, θα συνέβαλλαν σημαντικά στην πιο γρήγορη λήψη αποφάσεων σχετικά με την αποδοχή ή μη αποδοχή των σχετικών προγραμμάτων. Επιπλέον για να γίνει περισσότερη κατανοητή η εφαρμογή των προγραμμάτων PFI στον ιταλικό τομέα υπηρεσιών υγείας, είναι αναγκαία και η κατανόηση των ευρύτερων χαρακτηριστικών του συγκεκριμένου τομέα. Η εταιρίες παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν τον ρόλο του ιδιοκτήτη – διαχειριστή των σχετικών εγκαταστάσεων. Ως αποτέλεσμα αυτού, διατηρούν μια σειρά από γραφειοκρατικές διαδικασίες που περιπλέκουν τις διαδικασίες λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων σε τέτοιο βαθμό, που ακόμη και αν τους δινόταν πλήρη λειτουργική και οικονομική αυτονομία δεν θα άλλαζε σημαντικά η κατάσταση. Οι δυο περιπτώσεις νοσοκομειακών μονάδων που προαναφέρθηκαν, δηλαδή τα Castelfranco Veneto και Montebelluna και το Sant'Anna αποτελούν επιτυχημένες εφαρμογές του

μοντέλου ΣΔΙΤ στην Ιταλία, ιδιαίτερα αν αναλογιστεί κανείς τις αρχικές δυσκολίες που συνάντησαν.

#### **4.4 Σουηδικό Σύστημα Υγείας.**

Η μεθοδολογία των μοντέλων ΣΔΙΤ εφαρμόστηκε επίσης και στον τομέα των υπηρεσιών υγείας της Σουηδίας. Κατά το έτος 2018 οι σχετικές αρχές της Στοκχόλμης αποφάσισαν την κατασκευή του νοσοκομείου της Νέας Solna Karolinska (NSK) για να αντικαταστήσει τόσο τις παρωχημένες νοσοκομειακές και ερευνητικές εγκαταστάσεις που υπήρχαν. Κατά τον Ιούνιο του 2008 οι αρχές της πόλης αποφάσισαν να χρησιμοποιήσουν ένα μοντέλο ΣΔΙΤ ώστε να προχωρήσουν με την κατασκευή του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Σε αυτά τα πλαίσια αποφασίστηκε επίσης πως το κόστος της συγκεκριμένης επένδυσης δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα €1.45 δισεκατομμύρια, καθώς και ότι οι νέες εγκαταστάσεις θα πρέπει να είναι να είναι έτοιμες για χρήση τον Δεκέμβριο του 2015. Το στάδιο της ανάπτυξης του έργου ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2008, με τις αρχές της πόλης να προσκαλούν τα ενδιαφερόμενα μέρη να καταθέσουν προτάσεις σχετικά με το συμβόλαιο για τον σχεδιασμό, κατασκευή, χρηματοδότηση και λειτουργία του νέου νοσοκομείου. Επίσης οι αρμόδιες αρχές έθεσαν επιπλέον τρεις συγκεκριμένους όρους. Ο πρώτος όρος είναι πως η παροχή των νοσοκομειακών υπηρεσιών θα παρέμενε στην ευθύνη του συμβουλίου της πόλης της Στοκχόλμης που θα ήταν οι ιδιοκτήτες του νοσοκομείου από την πλευρά του δημοσίου και δεν θα συμπεριλαμβανόταν μέσα στον συμβόλαιο ΣΔΙΤ. Ο δεύτερος όρος ήταν πως ούτε ο ιατρικός εξοπλισμός θα ήταν μέρος της συγκεκριμένης συμφωνίας ΣΔΙΤ. Τέλος ο τρίτος όρος απαιτούσε οι υπηρεσίες διαχείρισης των εγκαταστάσεων, όπως το ξενοδοχείο του νοσοκομείου και ο χώρος στάθμευσης να είναι συμπεριλαμβάνονται στο συμβόλαιο ΣΔΙΤ. Επιπλέον όροι του συμβολαίου ήταν πως οι διάρκεια της σύμβασης θα ήταν 30 έτη και μετά το πέρας αυτής της περιόδου θα υπήρχε δικαίωμα επαναγοράς. Το δημοτικό συμβούλιο επίσης ενθάρρυνε τις πράξεις καινοτομίας και ενθάρρυνε τα μέλη που θα συμμετείχαν να καταθέσουν στις προτάσεις τους εναλλακτικές και βελτιωμένες λύσεις που θα επέτρεπαν την περαιτέρω ανάπτυξη του προγράμματος, αρκεί να ακολουθούσαν τους αρχικούς στόχους, έτσι όπως αυτού είχαν τεθεί (EC, 2013).

Η λογική πίσω από την απόφαση για τη χρήση ενός μοντέλου σύμπραξης ιδιωτικού και δημοσίου τομέα έγινε με την πεποίθηση πως αυτό θα απέφερε τρία

συγκεκριμένα πλεονεκτήματα. Το πρώτο πλεονέκτημα είναι πως θα απέφερε βεβαιότητα στο κόστος. Η πεποίθηση ήταν πως ο ιδιωτικός τομέας θα έχει αρκετή εμπειρία ώστε να διατηρήσει το κόστος του έργου μέσα στα πλαίσια που ορίζει ο προϋπολογισμός. Επιπλέον θα επέτρεπε την κατανομή του ρίσκου προς τους συνεργάτες που θα είναι την καλύτερη τεχνογνωσία για να το διαχειριστούν. Η δεύτερη πεποίθηση με την οποία και λήφθηκε από την δημοτική αρχή η απόφαση για την χρήση του μοντέλου ΣΔΙΤ ήταν ότι οι συνεργάτες που προέρχονταν από τον ιδιωτικό τομέα θα είχαν την ικανότητα, την εμπειρία και τα κίνητρα για να επιτύχουν την παράδοση του συγκεκριμένου έργου μέσα στα χρονικά όρια που είχαν τεθεί. Τέλος, η τρίτη πεποίθηση της δημοτικής αρχής ήταν πως η χρήση του μοντέλου ΣΔΙΤ θα απέδιδε περισσότερη αξία στο έργο. Με βάση τα παραπάνω, μπορεί να ειπωθεί πως το μοντέλο ΣΔΙΤ που χρησιμοποιήθηκε για την κατασκευή του νοσοκομείου NSK είναι παρόμοιο με το μοντέλο PFI που χρησιμοποιεί το Βρετανικό NHS. Στην πραγματικότητα οι αρχές της πόλης βάσισαν σε μεγάλο την στρατηγική τους για το συγκεκριμένο έργο πάνω στο Βρετανικό μοντέλο (EC, 2013).

Το NSK μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια περίπτωση που οι κυβερνητικές αρχές (το δημοτικό συμβούλιο) θα μπορούσε να δανειστεί τα αναγκαία χρήματα με πιο φθινό επιτόκιο. Ήταν όμως διατεθειμένοι να πληρώσουν επιπλέον (premium) για να απολαύσουν τα αναμενόμενα οφέλη από την έγκαιρη παράδοση του έργου μέσα στα όρια του προϋπολογισμού, καθώς και να μακροχρόνια οφέλη από τις βελτιώσεις και την απόδοση του έργου, οι οποίες θα λάμβαναν χώρα μέσα από τα κίνητρα που θα δίνονταν στα μέλη της σύμπραξης για να κάνουν επενδύσεις που θα ενίσχυαν την ποιότητα. Πρέπει να ειπωθεί περαιτέρω πως ενώ του συγκεκριμένου έργου μπορεί να έχει ομοιότητες με τα Βρετανικά PFI μοντέλα, το αποτέλεσμά του πιθανότατα θα είναι διαφορετικό, καθώς θα εφαρμοστεί υπό ένα διαφορετικό πλαίσιο. Η περίπτωση του NSK έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ευρύτερη αξιολόγηση στα πλαίσια της ΕΕ όσον αφορά την κατανόηση της λειτουργίας των μοντέλων ΣΔΙΤ υπό διαφορετικές συνθήκες. Θα είναι επίσης ενδιαφέρον να αξιολογηθεί ο βαθμός στον οποίο μπορεί η καλύτερη διαχείριση των προγραμμάτων ΣΔΙΤ να ελαχιστοποιήσει μερικά από τα προβλήματα που έχουν αναγνωριστεί σε διεθνές επίπεδο. Το παράδειγμα του NSK θα μπορεί να αποτελέσει ένα πολύ σημαντικό παράγοντα για κατανόηση των μοντέλων ΣΔΙΤ, ιδιαίτερα για την επίτευξη στόχων όπως η ευελιξία, η προσαρμοστικότητα, η έγκαιρη παράδοση μέσα στα όρια του προϋπολογισμού (Barros et al. 2014).

Πριν από την περίπτωση του NSK, η δημοτική αρχή της Στοκχόλμης είχε εφαρμόσει ένα πρόγραμμα ΣΔΙΤ ενοικιάζοντας το 1999 το St. Goran, ένα δημόσιο νοσοκομείο 240-κλινών, σε έναν ιδιώτη προμηθευτή. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποτελούσε μέρος μιας σειράς μεταρρυθμίσεων που στόχευαν στην εισαγωγή και ενδυνάμωση του ανταγωνισμού στον συγκεκριμένο κλάδο, στην βελτίωση της ποιότητας και στην μείωση του κόστους. Η δημοτική αρχή μετέφερε το ρίσκο του κόστους στον ιδιώτη προμηθευτή μέσα από μία σειρά συμβολαίων χρηματοδότησης που όριζαν τόσο τις τιμές όσο και τον όγκο των υπηρεσιών. Επιπλέον το ιδιωτικοποιημένο νοσοκομείο καθόρισε συγκεκριμένους δείκτες απόδοσης ώστε να εξασκήσει ανταγωνιστικές πιέσεις ως προς τα υπόλοιπα δημόσια νοσοκομεία της περιοχής. Από την έναρξη των μεταρρυθμίσεων το St. Goran έχει μειώσει το κόστος λειτουργίας του κατά 30% και είναι ικανό να προσφέρει τις υπηρεσίες τους σε περισσότερους από 100,000 ανά έτος, διατηρώντας τους ίδιους πόρους (Hjertqvist, 2000). Ο αντίκτυπος από την ιδιωτικοποίηση του συγκεκριμένου νοσοκομείου στην αρχή θεωρήθηκε ως μια αμφιλεγόμενη κίνηση. Με το πέρας του χρόνου έγινε αποδεκτή ως μία λειτουργική μορφή ενός μοντέλου ΣΔΙΤ, η οποία επωφελήθηκε από την παρουσία μιας δραστήριας διαχείριση που κινούταν με επιχειρηματικά κριτήρια και στόχο την συνεχιζόμενη ανάπτυξη. Οι μειώσεις του κόστους που παρουσιάστηκαν, επιτεύχθηκαν μέσα από μια από μια πιο ορθολογική διαχείριση των λειτουργιών και της διοίκησης τους νοσοκομείου. Τα χαρακτηριστικά της ήταν η αντιμετώπιση των νοσοκομειακών μονάδων ως κέντρων κερδοφορίας και ζημιών, η χρήση σχετικών δεικτών, σύμφωνα με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα, για την καλύτερη λήψη αποφάσεων από την διοίκηση και η παρουσία οικονομικών κλίμακας. Περαιτέρω βελτιώσεις πραγματοποιήθηκαν στις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών και στην διαχείριση του κόστους. Τέτοια παραδείγματα είναι η μείωση της ώρας αναμονής των ασθενών, η καλύτερη χρήση των εγκαταστάσεων και μείωση του κόστους εργασίας με την παράλληλη διατήρηση των συμβολαίων με τους εργαζομένους. Το St. Goran εξακολουθεί να θεωρείται ως μία από τις καλύτερες νοσοκομειακές μονάδες, με κριτήρια όπως τα οικονομικά αποτελέσματα, η ποιότητα και η παραγωγικότητα, χώρα να έχει παρουσιάσει αλλαγές στο θέμα της πρόσβασης των ασθενών (Nikolic και Maikisch, 2006)

#### **4.5 Γερμανικό Σύστημα Υγείας**

Όσον αφορά το Γερμανικό σύστημα υγείας, έχει μια μακρά ιστορία στο ζήτημα των συμπράξεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα τόσο όσο αφορά το κομμάτι των νοσοκομείων, όσο και το κομμάτι παροχής υπηρεσιών υγείας. Χαρακτηριστικό είναι ό το η νομοθεσία σχετικά με την “επιτάχυνση” / διευκόλυνση των διαδικασιών για την δημιουργία ΣΔΙΤ (ÖPP-Beschleunigungsgesetz) ήταν εξαιρετικά αμφιλεγόμενος για δυο κυρίως λόγους. Ο πρώτος ήταν πως σύμφωνα με δημοσιευμένες δηλώσεις του κλάδου ο νόμος επηρεάστηκε το λιγότερο σε κάποιο βαθμό, έως και το σημείο που να συντάχθηκε από άτομα που έχουν συμφέροντα στον κλάδο παροχής των υπηρεσιών υγείας. Ο αρμόδιος υπουργός υγείας εκείνης της περιόδου είχε αρνηθεί κάτι τέτοιο. Ο δεύτερος λόγος ήταν πως χρησιμοποιεί μεθόδους κοστολόγησης οι οποίες θεωρείται πως αντιτίθενται σε παραδοσιακές μεθόδους δημοσίων επενδύσεων. Η επιτυχία μιας οποιασδήποτε ΣΔΙΤ εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την ύπαρξη μιας ικανής βιομηχανίας που μπορεί να επενδύσει με αποτελεσματικό τρόπο στο κομμάτι της υγείας. Από αυτή την οπτική, η συγκεκριμένη βιομηχανία θα πρέπει να είναι καλύτερα διαμορφωμένη. Είναι χαρακτηριστικό επίσης πως μερικές από μικρότερο αλυσίδες ιδιωτικών νοσοκομείων όπως η Wickert Kliniken ή η AHG βρίσκονται σε λειτουργεία από τις δεκαετίες του 1960 και 70. Η Wickert Kliniken διαχειρίζεται περισσότερα από 45 νοσοκομεία και παρόμοιες εγκαταστάσεις αποκατάστασης. Αρκετές έχουν μια ξεχωριστή σύνθεση μετόχων και στρατηγικές της αλυσίδας αξίας (Barros et al. 2014).

Όσον αφορά την διαφορά των προγραμμάτων ΣΔΙΤ στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας της Γερμανίας σε σχέση με τα ανάλογα προγράμματα σε άλλες βιομηχανίες είναι ότι σε αυτή την περίπτωση τα προγράμματα ΣΔΙΤ σκοπεύουν στο να αποδώσουν την ευθύνη στην δημόσιο τομέα. Για παράδειγμα στα προγράμματα ΣΔΙΤ που σχετίζονται με την κατασκευή δρόμων ή σχολείων, τα κομμάτια γης γίνονται αυτά τα έργα ανήκουν στα ομοσπονδιακά κράτη (Länder), τα οποία είναι με την σειρά τους υπεύθυνα για την παροχή των υπηρεσιών. Αντιθέτως, στην περίπτωση των νοσοκομείων, οι δημόσιες αρχές κατανέμουν την χρηματοδότηση προ τα νοσοκομεία, ενώ τα ομοσπονδιακά κρατίδια δεν εμπλέκονται στην υποστήριξη των εγκαταστάσεων που στην πραγματικότητα τους ανήκουν (EC, 2013).

Η απόφαση για την χρήση ενός μοντέλου ΣΔΙΤ εξαρτάται από τον ιδιοκτήτη ενός νοσοκομείου ( που είναι κυρίως οι δήμοι) και όχι από την απόφαση του αντίστοιχου

ομοσπονδιακού κράτους ή του ίδιου του νοσοκομείου. Οι αποφάσεις αυτές εξαρτώνται από την οικονομική ανάπτυξη της περιφέρειας και τη διαθεσιμότητα κεφαλαίων σε κάθε συγκεκριμένη περιοχή και σχετίζονται έντονα με το ποσοστό ανεργίας. Αρκετές φορές οι τοπικές αρχές θέλουν να δημιουργήσουν κεφάλαια για την παροχή κοινωνικών πληρωμών στους ανέργους μέσω της εγκατάλειψης παγίων περιουσιακών στοιχείων (συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων μέσω franchising). Επιπλέον, οι κοινότητες είναι υποχρεωμένες να καλύπτουν τις απώλειες των νοσοκομείων, σε βάρος των άλλων κοινωνικών προγραμμάτων στην περιφέρειά τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτός είναι ο κύριος λόγος για να λαμβάνει χώρα η δικαιοχρησία (franchising) των νοσοκομείων. Ένα άλλο ειδικό χαρακτηριστικό των προγραμμάτων ΣΔΙΤ στον νοσοκομειακό τομέα της Γερμανίας σχετίζεται με το διπλό σύστημα νοσοκομειακής χρηματοδότησης. Παρόλο που δεν υπάρχει συγκεκριμένο κανονιστικό πλαίσιο για την προώθηση του νοσοκομείου - ΣΔΙΤ σήμερα, οι ιδιοκτήτες μπορούν να υποβάλουν αίτηση για χρηματοδότηση μέσω προγραμμάτων ΣΔΙΤ από κρατικές επενδυτικές επιδοτήσεις για νοσοκομειακές μονάδες που περιλαμβάνονται στο Σχέδιο Νοσοκομειακών Απαιτήσεων (KHG). Σύμφωνα με το πρόγραμμα KHG, μόνο οι επενδυτικές δαπάνες και όχι οι δαπάνες λειτουργίας ή συντήρησης είναι επιλέξιμες για την επενδυτική επιχορήγηση. Κατά το σχεδιασμό των ΣΔΙΤ για τον νοσοκομειακό τομέα στη Γερμανία πρέπει να γίνει σαφής διάκριση μεταξύ του επενδυτικού και του τρέχοντος λειτουργικού κόστους. Σε αυτή την περίπτωση το επενδυτικό κόστος θα χρηματοδοτηθεί από τον ομοσπονδιακό κρατικό προϋπολογισμό (δημόσιο) και τα τρέχοντα έξοδα θα χρηματοδοτηθούν από τα τομέα ασφαλιστικά ταμεία υγείας / χρήστες. Η κατάσταση καθίσταται ακόμα πιο περίπλοκη όταν αφορά Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία τα οποία πρέπει να πληρούν τις αυστηρές απαιτήσεις του Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG) για να λάβουν ομοσπονδιακές επιδοτήσεις (EC, 2013).

Ο σαφής προσδιορισμός των στοιχείων που θα χρηματοδοτηθούν με την χρήση του σχεδίου KHG, διευκολύνει σημαντικά την διαδικασία χρηματοδότησης, δεδομένου ότι η πολυετής εξυπηρέτηση του χρέους της κλασικής χρηματοδότησης θα αντικατασταθεί μόνο από τα τέλη τους προγράμματος ΣΔΙΤ. Οι υπηρεσίες που μεταφέρονται στον ιδιωτικό τομέα κατά τη διαδικασία ΣΔΙΤ μπορεί να περιλαμβάνουν υπηρεσίες κατασκευής και διαχείρισης εγκαταστάσεων καθώς και ορισμένες υπηρεσίες για ασθενείς, όπως οι υπηρεσίες παθολογίας. Η υλοποίηση των έργων ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας (και ειδικότερα στα νοσοκομεία) απαιτεί από τους λήπτες αποφάσεων να έχουν νομικές και οικονομικές εξουσίες. Αυτό μπορεί να



γίνει μόνο μέσω της αλλαγής της μορφής ιδιοκτησίας των δημόσιων νοσοκομείων στη μορφή της δημόσιας επιχείρησης (KPMG, 2007). Τέτοιες αλλαγές απαιτούν χρόνο και πολιτική βούληση. Η περίπτωση του πανεπιστημιακού νοσοκομείου στο Hamburg-Eppendorf δείχνει ότι μια τέτοια διαδικασία μπορεί να χρειαστεί μέχρι και οκτώ χρόνια ώστε να νομιμοποιηθούν τέτοιες αλλαγές. Σύμφωνα με την KPMG (2007), μέχρι το 2007 περίπου το 38% των κρατικών νοσοκομείων είχαν αλλάξει το νομικό τους καθεστώς από αυτό της δημόσιας διοίκησης σε αυτό των εμπορικών εταιριών. Αυτό τους επιτρέπει να προσελκύσουν πρόσθετη χρηματοδότηση. Λαμβάνοντας υπόψη τις προκλήσεις που προέκυψαν κατά την διαδικασία επανεγγραφής των δημόσιων οργανισμών ως δημόσιες επιχειρήσεις και τις δυσκολίες στην εφαρμογή της διπλής χρηματοδότησης, μπορεί να επιχειρηματολογήσει κάποιος πως το μοντέλο franchising παραμένει το ευκολότερο μοντέλο υλοποίησης έργων ΣΔΙΤ (EC, 2013).

Έχοντας συζητήσει τα ανώτερα είναι σημαντικό σε αυτό το πλαίσιο να συζητηθούν οι κύριες μορφές των μοντέλων ΣΔΙΤ στην Γερμανία. Αυτές είναι το η Δικαιοχρησία (Franchising) και το μοντέλο Διαμονής και Εξυπηρέτησης (Service and Accommodation)

### **Franchising**

Το μοντέλο Franchising – ΣΔΙΤ χρησιμοποιείται στον γερμανικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, από το 1984, όταν το νοσοκομείο Hürth μεταφέρθηκε στον όμιλο SANA. Γενιά από το 1999 με μετά έχει παρατηρηθεί μια αύξηση στον αριθμό των ιδιωτικών νοσοκομείων ώστε να αντιμετωπίσουν το ζήτημα της έλλειψης χρηματοδότησης των πάγιων περιουσιακών στοιχείων τους. Η εταιρία παροχής υπηρεσιών υγείας Asklepios ιδιωτικοποίησε πέντε μεγάλα νοσοκομεία του Αμβούργου το 2005, ενώ ο όμιλος Rhoein Kliniken ανέλαβε το πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Giessen / Marburg το 2009. Η τελευταία περίπτωση δημιούργησε το προηγούμενό της πρώτης πανεπιστημιακής κλινικής, της οποίας η διαχείριση θα γινόταν από έναν ιδιωτικό πάροχο (EC, 2013).

### **Μοντέλο διαμονής και εξυπηρέτησης**

Η πρώτη σύμβαση ΣΔΙΤ για την προμήθεια εξοπλισμού, κατασκευής και διαχείρισης εγκαταστάσεων και παροχής κλινικών υπηρεσιών υπογράφηκε το 2001 με την PROHEALTH AG στην ίδρυση κέντρων θεραπείας πρωτονίων Rinecker (RPTC) στο

Μόναχο. Η συγκεκριμένη μονάδα έχει τεθεί σε πλήρη λειτουργία από το 2009 και εξυπηρετεί 4000 ασθενείς ετησίως (EC, 2013).

Έχοντας παρουσιάσει τα παραπάνω, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως η Γερμανική Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση, καθώς και αρκετά ομόσπονδα κρατίδια ενδιαφέρονταν να χρησιμοποιήσουν τα μοντέλα ΣΔΙΤ για την παροχή υπηρεσιών υποδομής, ιδίως από το 2005 και μετά. Έως το 2011, είχαν ολοκληρωθεί 159 προγράμματα ΣΔΙΤ στον τομέα των δημοσίων έργων. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονταν και 8 έργων στον τομέα της υγείας (5%). Την ίδια στιγμή κονδύλια ύψους 768 εκατ. Ευρώ είχαν χορηγηθεί στον τομέα της υγείας, ενώ ένα επιπλέον ποσό ύψους 975 εκατ. Ευρώ βρίσκονταν σε διαδικασία χορήγησης (EC, 2013).

Μερικά επιτυχημένα προγράμματα ΣΔΙΤ που έλαβαν χώρα στον τομέα υγείας της Γερμανίας, ήταν:

#### **4.5.1 Υπηρεσίες εστίασης (catering) στην κλινική Charité**

Η ανάγκη για τον εκσυγχρονισμό της εστίασης στην κλινική Charité προέκυψε ως αποτέλεσμα της απαίτησης του να μπορέσει η κλινική να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες απαιτήσεις ποιότητας και στις τελευταίες κατευθυντήριες γραμμές της ΕΕ για την υγειονομική κατάσταση των συγκεκριμένων χώρων και της Ανάλυσης Κινδύνου και Κρίσιμων Σημείων Ελέγχου (Hazard Analysis Critical Control Point - HACCP). Επιπλέον σημαντικοί παράγοντες ήταν πως το νοσοκομείο δεν είχε προβεί σε σημαντικές επενδύσεις στο συγκεκριμένο θέμα από την δεκαετία του 70, ενώ παράλληλα η κλινική δεν μπορούσε να διαθέσει τα απαραίτητα επενδυτικά κεφάλαια για την διενέργεια του συγκεκριμένου έργου. Οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι της κλινικής ήταν ο εκσυγχρονισμός των εγκαταστάσεων κουζίνας, ενίσχυση της εσωτερικής οικονομικής της κατάσταση της και η μεταφορά γνώσης. Όσον αφορά του μακροπρόθεσμους στόχους της κλινικής, αυτοί ήταν η βελτίωση της ανταγωνιστικότητάς της μέσα στα πλαίσια της αγοράς παροχής υπηρεσιών υγείας, η αύξηση και διατήρηση υψηλών προτύπων ποιότητας και υγιεινής, η απόσβεση των επενδύσεων διαμέσων των πληρωμών των ασθενών και η μείωση του κόστους παραγωγής τροφίμων. Στα πλαίσια του προγράμματος ΣΔΙΤ η κλινική Charité προσέφερε τις υπηρεσίες τροφοδοσίας ενώ ο ιδιώτης συνεργάτης Zehnacker Catering ήταν υποχρεωμένος, σύμφωνα με το συμβόλαιο, να τις εκτελεί. Η αρχική επένδυση ύψους 400.000 ευρώ αφορούσε κυρίως τον εκσυγχρονισμό των εγκαταστάσεων, οι οποίες για εξασφάλιζαν τον ιδιώτη συνεργάτη και τροφοδοτούνταν μέσω μιας

ημερήσιας αμοιβής στην κλινική Charité για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Nikolic και Maikisch, 2006).

Το πρόγραμμα ΣΔΙΤ που εφάρμοσε η κλινική Charité της επέτρεψε να επιτύχει τα ακόλουθα οφέλη όσον αφορά τα οικονομικά της στοιχεία και την ποιότητα των υπηρεσιών της. Συγκεκριμένα η συνολική αξία της σύμβασης ύψους 6 εκατ. Ευρώ, επέτρεψε στην κλινική Charité να εξοικονομήσει ένα ποσό 800.000 ευρώ σε διάστημα πέντε ετών, εκ των οποίων το 50% αφορά την αρχική επένδυση υπόλοιπο 50% αντιπροσωπεύει την πραγματική εξοικονόμηση που επετεύχθη. Η παράδοση τροφίμων υψηλής ποιότητας επετεύχθη μέσω της αγοράς μίας σειρά από νέα καροτσάκια παράδοσης τροφίμων τα καροτσάκια καθώς και της εφαρμογή βελτιωμένου κύκλου μενού μέσω της προκαθορισμένης θερμοκρασίας τροφίμων στο σημείο εξυπηρέτησης, την έγκαιρη παράδοση και την δυνατότητα επιλογής μενού προς τους ασθενείς. Μονάδα εστίασης με πέτυχε την πιστοποίησή της με ISO 9001: 2000 στους πρώτους 18 μήνες της λειτουργίας της. Η αναβάθμιση των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού βελτίωσε σημαντικά τις συνθήκες εργασίας και κατέληξε σε ένα πιο αποτελεσματικό εργατικό δυναμικό (συμπεριλαμβανομένης της μείωσης του κατά 7%) και αισθητή μείωση των απουσιών των εργαζομένων (Nikolic και Maikisch, 2006)

#### **4.5.2 Βελτίωση των συστημάτων πληροφορικής στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας**

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα ΣΔΙΤ ονομάστηκε "bIT4health" (*καλύτερη πληροφορική για καλύτερη υγεία*) και αναπτύχθηκε για την καθιέρωση δυνατοτήτων τηλεματικής στον τομέα της υγείας σε εθνικό επίπεδο. Ο κύριος στόχος του ήταν της βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον στόχος ήταν να ενισχύσει τις δυνατότητες πρωτοβουλίας και ευθύνης των ασθενών (Nikolic και Maikisch, 2006) . Για να επιτύχει το τελευταίο, μεταξύ άλλων καθιέρωσε:

- Την Ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς, η οποία και καλύπτει περίπου 80 εκατομμύρια ασφαλισμένους, 270.000 προμηθευτές, 77.000 οδοντίατρος, 22.000 φαρμακεία, περισσότερα από 2.000 νοσοκομεία και πάνω από 300 πληρωτές)
- Ηλεκτρονικό σύστημα συνταγών και άλλα τηλεματικά συστήματα που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας

Η πρωτοβουλία για την δημιουργία ξεκίνησε από το Γερμανικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, το οποίο και καθιέρωσε την κοινοπραξία ιδιωτικών συνεργατών υπό την ηγεσία της IBM, για να αναπτύξουν την υποδομή τηλεματικής στον τομέα της υγείας για την βελτίωση του συστήματος επικοινωνίας μέσα στα ευρύτερα πλαίσια του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Σε αυτή την πρωτοβουλία συνέβαλε σημαντικά και ο νόμος περί εκσυγχρονισμού της υγείας του 2004, ο οποίος και επέτρεψε την πενταετή περίοδο διαδικασία εφαρμογής. Ένας ακόμη παράγοντας που επέδρασε θετικά ήταν οι μακροχρόνιες και βασισμένες στο στόχο της κερδοφορίας σχέσεις εξωτερικών αναθέσεων που αναπτύχθηκαν στο θέμα των υπηρεσιών IT. Πιο συγκεκριμένα στόχος αυτών των σχέσεων ήταν ανάπτυξη και εφαρμογή της προγραμματισμένης ψηφιακής αρχιτεκτονική και των νέων εφαρμογών της , όπως η ηλεκτρονική κάρτα υγείας και η δημιουργία τη ψηφιακής υποδομή για περαιτέρω τηλεματικές εφαρμογές υγείας (π.χ. ηλεκτρονική συνταγογράφηση, e-referral, ηλεκτρονικό αρχείο ασθενών) (Nikolic και Maikisch, 2006).

Τα οφέλη από αυτή την πρωτοβουλία θα έχουν επιπτώσεις σε εθνικό επίπεδο και αναμένεται να αποφέρουν σωρευτικές ωφέλειες που θα οδηγήσου σε συνολική βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Μερικά παραδείγματα των αναμενόμενων ωφελειών είναι:

- Η ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς που αναμένεται να επιτρέψει την καλύτερη και περισσότερο αποτελεσματική ανταλλαγή και έλεγχο των πληροφοριών, συμπεριλαμβανομένης της καλύτερης ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών (π.χ. αποφυγή λαθών, εξασφάλιση σωστών φαρμάκων),οικονομίες στη διαχείριση χαρτικής ύλης, καθώς και καλύτερη επεξεργασία δεδομένων και μειωμένα κρούσματα απάτης / κατάχρηση κάρτας.
- Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αναμένεται να συγκεντρώσει ετήσια οφέλη €516 εκατ., μετά το επενδυτικό κόστος ύψους €1.190 εκατ. και το λειτουργικό κόστος €134 εκατ. το πρώτο έτος (Nikolic και Maikisch, 2006).

#### **4.5.3 Κατασκευή και λειτουργεία, μέσω προγράμματος ΣΔΙΤ του νοσοκομείου Berlin – Buch**

Κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1990 το ομοσπονδιακό κράτος του Βερολίνου δεν μπόρεσε να χρηματοδοτήσει το αναγκαία αντικατάσταση του νοσοκομείου Berlin – Buch. Το συγκεκριμένο νοσοκομείο, χωρητικότητας 1.100 κλινών ήταν εξαιρετικά

παρωχημένο. Αντιμετώπιζε μεταξύ άλλων σημαντικές ζημίες και μειούμενο αριθμό ασθενών. Κατά το 2001, το Helios - Kliniken, δεύτερο μεγαλύτερος διαχειριστής ιδιωτικών νοσοκομείων στην Γερμανία, κέρδισε το διαγωνισμό για την λειτουργία και αντικατάσταση του συγκεκριμένου νοσοκομείου (Nikolic και Maikisch, 2006).

Σύμφωνα με τη σύμβαση παραχώρησης, ο οργανισμός Helios ανέλαβε την άδεια του νοσοκομείου καθώς και τα περιουσιακά του στοιχεία και τις υποχρεώσεις των υφιστάμενων εγκαταστάσεών του (24 κλινικές και έξι ινστιτούτα, με πέντε τοποθεσίες, 167 κτίρια και 1.100 κρεβάτια). Το συμβόλαιο προέβλεπε μεταξύ άλλων για την κατασκευή της νέας νοσοκομειακής μονάδας με χωρητικότητα 1.000 κλίνες. Το συμβόλαιο επέτρεπε περαιτέρω στην Helios την εκμετάλλευση των υφιστάμενων εγκαταστάσεων χωρίς επιπλέον χρεώσεις μέχρι το 2008. Έτσι δημιουργούσε στην εταιρία ένα επιπλέον κίνητρο να ολοκληρώσει την αντικατάσταση του κτιρίου εγκαίρως και παράλληλα της παρείχε ένα σταθερό επίπεδο εσόδων για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, για όσο διατηρούνται το συγκεκριμένο επίπεδο ασθενών. Το νοσοκομείο Berlin – Buch θα διατηρήσει επίσης την ιδιότητά του ως εκπαιδευτικό και ακαδημαϊκό ίδρυμα, ενώ η σύμβαση προβλέπει περαιτέρω την για την κρατική χρηματοδότηση για την διεξαγωγή ερευνητικών και εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων. Αυτή θα λαμβάνει χώρα υπό την διαχείριση του Πανεπιστημίου Charité, ενώ το κόστος θα το διαχειρίζεται ο Helios. Τα συμβόλαια του προσωπικού μεταφέρθηκαν στον νέο φορέα εκμετάλλευσης, με πάγωμα στις μειώσεις του προσωπικού μέχρι το τέλος του 2005. Η ποιότητα των υπηρεσιών διατηρείται και εξασφαλίζεται μέσω κυβερνητικής εποπτείας και των δημόσιων ιατρικών εκθέσεων που εισήγαγε ο Helios σε ετήσια με σκοπό την διαφανή παρακολούθηση βασικών κριτηρίων απόδοσης (Nikolic και Maikisch, 2006).

Ανάμεσα στα αποτελέσματα της συγκεκριμένης σύμπραξης ήταν το ότι η αντικατάσταση του νοσοκομείου χρηματοδοτήθηκε αποκλειστικά από ιδιωτικά κεφάλαια ύψους 215 χωρίς την ανάγκη για δημόσια κονδύλια ( το ύψος των οποίων αρχικά υπολογιζόταν σε 350 εκατ. ευρώ). Επίσης ο αριθμός των ασθενών αυξήθηκε με το επίπεδο χρηματοδότησης να παραμένει σχετικά το ίδιο. Οι λειτουργικές επιδόσεις οδήγησαν σε μείωση του κόστους προσωπικού άνω του 10% διατηρώντας παράλληλα σταθερό τον όγκο του προσωπικού. Η συγκεκριμένη σύμπραξη επέτρεψε επίσης να λάβουν χώρα επενδύσεις μεγάλης κλίμακας σε νέες τεχνολογίες (π.χ. καρδιο-μαγνητική τομογραφία, συστήματα υπερήχων και πλοήγησης για ορθοπεδική και χειρουργική επέμβαση νευροχειρουργική) και διαδικασίες (π.χ., ελάχιστα επεμβατική

χειρουργική επέμβαση, μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων) ύψους 10 εκατομμυρίων ευρώ μέχρι εκείνη την στιγμή (3006), με ένα επιπλέον χρηματικό ποσό 29 εκατ. ευρώ να σχεδιάζεται για να προσφέρει βελτιωμένη φροντίδα ασθενών χωρίς να οδηγήσει σε αύξηση των συνολικών λειτουργικών δαπανών ή τις επιστροφές των DRG<sup>2</sup> (Nikolic και Maikisch, 2006).

#### **4.5.4 Περιπτώσεις αποτυχίας προγραμμάτων ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας.**

Πέρα από τις επιτυχημένες περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν, στο Γερμανικό Σύστημα υγείας υπάρχουν και ορισμένες περιπτώσεις που τα προγράμματα ΣΔΙΤ οδηγήθηκαν σε αποτυχία. Μερικά παραδείγματα είναι τα ακόλουθα.

**Rostock:** Η SANA επέστρεψε ένα νοσοκομείο στο Rostock πίσω στην διοίκηση της δημοτικής αρχής εξαιτίας της αδυναμίας της να διαχειριστεί αποτελεσματικά. Παράλληλα δεν επιβλήθηκε κάποιο πρόστιμο ή η απαίτηση για αποζημίωση σε κάποιο από τα δύο μέρη (EC, 2013).

**Essen:** Εγκατάλειψη του προγράμματος ΣΔΙΤ για την κατασκευή κέντρων θεραπείας πρωτονίων (PTC). Προέβλεπε τον σχεδιασμό, κατασκευή, χρηματοδότηση και λειτουργία μη ιατρικών τμημάτων του PTC για πάνω από 15 χρόνια στο Έσσεν με κόστος κεφαλαίου: 135 εκατομμύρια ευρώ. Ήταν η πρώτη ΣΔΙΤ για κέντρα PTC παγκοσμίως, με την συνολική αξία το προγράμματος να φτάνει περίπου τα 300 εκατομμύρια ευρώ.

**Kiel:** Η ΣΔΙΤ έλαβε χώρα στα πλαίσια του Ακτινογραφικού Ογκολογικού Κέντρου Βόρειας Ευρώπης στο Κιέλο. Αφορούσε τον σχεδιασμό, κατασκευή, χρηματοδότηση και λειτουργία του συγκεκριμένου κέντρου με κόστος κεφαλαίου €258 εκατ. Ευρώ, την διαχείριση του οποίου αναλαμβάνει το ιατρικό προσωπικό που απασχολείται στην πανεπιστημιακή κλινική. Η οικονομική ολοκλήρωση του έργου πραγματοποιήθηκε στις 18 Μαρτίου 2008, η έναρξη της κατασκευής ήταν τον Αύγουστο του 2008 και το σχέδιο έφτανε στο σημείο της ολοκλήρωσής του.. Το σχέδιο ήταν να χρησιμοποιηθούν νέες μέθοδοι ακτινοθεραπείας υψηλής ακρίβειας στο κέντρο του Κιέλου για τη θεραπεία όγκων σε 3.000 ασθενείς ετησίως. Στόχος ήταν η προσέλκυση ασθενών από την βόρεια Γερμανία και τις σκανδιναβικές χώρες. Παρόλα αυτά, έχει διαπιστωθεί ότι παρόλη την μεγάλη της κλίμακα, η συγκεκριμένη εγκατάσταση μπορεί να θεραπεύσει

---

<sup>2</sup> Diagnosis Related Group

μόνο 1.000 ασθενείς ανά έτος και όχι 3.000. Με αυτόν τον αριθμό ασθενών, η λειτουργία της εγκατάστασης δεν είναι οικονομικά βιώσιμη για την κοινοπραξία των ιδιωτών, μεταξύ των οποίων βρίσκονται και επιχειρήσεις όπως η Siemens, η Bilfinger Berger και η HSG Technical Service και οι οποίες είχαν συστήσει το κέντρο θεραπείας σωματιδίων ως σχέδιο συνεργασίας δημόσιου-ιδιωτικού τομέα με το ύψος της επένδυσης να είναι στα €250 εκατ. ευρώ Το 2011, ο όμιλος Siemens αποφάσισε να μην αναθέσει την διαχείριση της εγκατάστασης σωματιδιακής θεραπείας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Schleswig-Holstein στο Κίελο, με την αιτιολογία πως ήταν εξαιρετικά απίθανο για την συγκεκριμένη μονάδα να αποφέρει κερδοφόρα αποτελέσματα (EC, 2013).

Τα προγράμματα ΣΔΙΤ στον τομέα υγείας της Γερμανίας δείχνουν πως η επαγγελματική ικανότητα των διοικητών νοσοκομείων, είτε είναι ιδιωτικά, είτε να στα πλαίσια συμπράξεων, έχει αυξηθεί. Παράλληλα οι προσδοκίες για της ΣΔΙΤ είναι πως θα είναι πιο αποτελεσματικές στα θέματα της κατασκευής και λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων. Επιπλέον αυτές οι συμπράξεις δεν αποφέρουν αρνητικά αποτελέσματα σε μακροοικονομικό επίπεδο και προσελκύουν το ενδιαφέρον των δήμων. Την ίδια στιγμή, οι δημοτικές αρχές, έχοντας υπόψιν της προηγούμενες περιπτώσεις αποτυχίας, είναι επιφυλακτικές στο να παρέχουν συγκεκριμένες υπηρεσίες που χρειάζονται για την παροχή πιο αποδοτικής θεραπείας (EC 2013).

#### **4.6 Γαλλικό Σύστημα Υγείας**

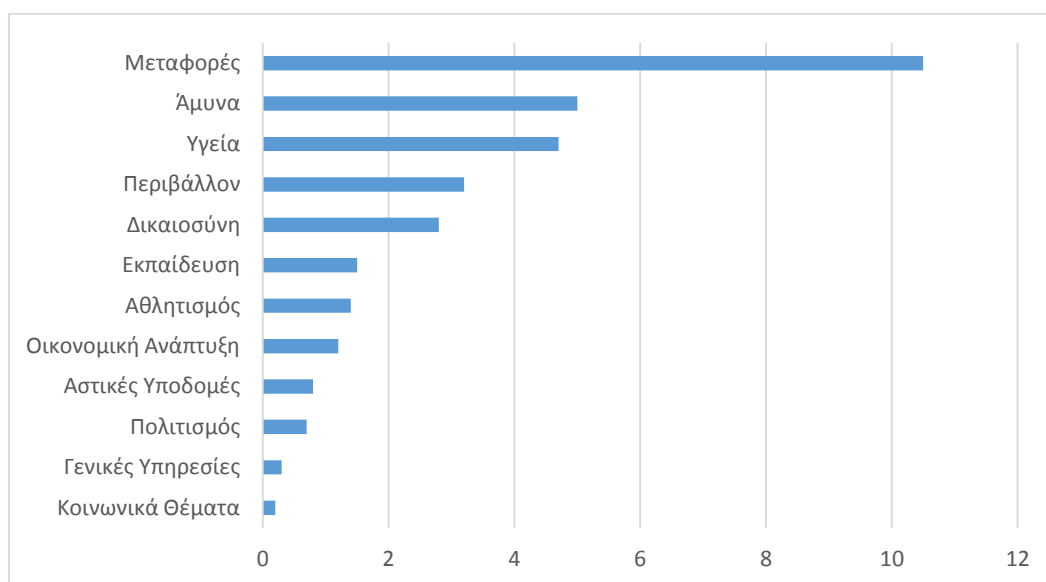
##### **4.6.1 Προγράμματα ΣΔΙΤ στην Γαλλία**

Η Γαλλία είναι γνωστή για την μακρά της παράδοση στις συμφωνίες παραχώρησης, οι οποίες και αυξήθηκαν σημαντικά κατά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να καταταχθεί η Γαλλία μεταξύ των σημαντικότερων χωρών του κόσμου στο θέμα των συμφωνιών ΣΔΙΤ που λαμβάνουν χώρα (EC, 2013).

Παρόλα αυτά, στο τον τομέα της υγείας, η ανάπτυξη των ΣΔΙΤ χρειάστηκε να περιμένει την δημιουργία σχετικής νομοθεσίας και σημαντικών μεταρρυθμίσεις που θα επιτρέπουν τη διεξαγωγή διαγωνισμών για τον σχεδιασμό, κατασκευή και συντήρησης από ιδιωτικούς παρόχους, καθώς και την δημιουργία μηχανισμών αναβολής πληρωμών. Όπως φαίνεται από το Σχεδιάγραμμα 13, οι τομείς στους οποίους έλαβαν χώρα οι σημαντικότερες ΣΔΙΤ κατά την περίοδο 2004 - 2010 με κριτήριο την

αξία τους, είναι αυτοί των μεταφορών και της άμυνας. Στον τομέα της υγείας τα συμβόλαια ΣΔΙΤ έφτασαν στο σύνολό τους το ύψος των €4,7 δισεκατομμυρίων, με τα συμβόλαια ΣΔΙΤ που αφορούσαν τις επενδύσεις στα νοσοκομεία να υπολογίζονται στα €2,5 δισεκατομμύρια.

**Σχεδιάγραμμα 13: Συνολική Αξία των Συμφωνιών ΣΔΙΤ ανά τομέα 2004 - 2010**



Πηγή: Κατασκευασμένο από την συγγραφέα με δεδομένα από το EC (2013)

#### **4.6.2 Η περίπτωση του Νοσοκομείου CH Henri Laborit**

Το CH Henri Laborit είναι ένα νοσοκομείο το οποίο εξειδικεύεται στα θέματα ψυχικής υγείας. Απασχολεί περίπου 1250 εργαζόμενους και εξασφαλίζει την παρακολούθηση περίπου 18 000 ασθενών. Διαθέτει 303 κρεβάτια για ψυχιατρική περίθαλψη και 61 τοποθεσίες για ημερήσια φροντίδα των ασθενών. Ο χώρος που καλύπτεται από το νοσοκομείο είναι περίπου 410.000 τετραγωνικά μέτρα και διαθέτει 13 κτίρια, συμπεριλαμβανομένων 7 κτιρίων νοσηλείας, 3 κτίρια για περιπατητική περίθαλψη και 3 κτίρια για διοίκηση. Το νοσοκομείο επίσης το 2011 παρήγαγε εκπομπές αερίων θερμοκηπίου περίπου 8795 τόνων ισοδύναμων σε CO<sub>2</sub>. Είναι αξιοσημείωτο πως οι εκπομπές αερίων θερμοκηπίου που παράγονταν από το νοσοκομείο ήταν υψηλότερες από ό, τι θα παρήγαγε μία πόλη με 880 κάτοικους (EC, 2013).

Πριν από την δημιουργία μιας σύμβασης ΣΔΙΤ σχετικά την ενεργειακή απόδοση του νοσοκομείου, το νοσοκομείο αντιμετώπιζε σταδιακή μείωση των ορυκτών καυσίμων



του τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, με το τελικό αποτέλεσμα να έχει υψηλότερο ενεργειακό κόστος. Αυτό έδωσε κίνητρα στους λήπτες αποφάσεων του νοσοκομείου να κινηθούν προς την χρήση ενέργειας βιομάζας μέσω της χρήσης ξυλείας. Εξάλλου, για να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες κατανάλωσης ενέργειας, το νοσοκομείο θα απαιτούσε επενδύσεις έως και 7MW εγκατεστημένης ενεργειακής ικανότητας, των οποίων τα λειτουργικά έξοδα ήταν όλο και πιο υψηλά. Η μόνη ρεαλιστική λύση ήταν να μετριαστούν οι επενδύσεις χρησιμοποιώντας ένα δίκτυο θέρμανσης και ένα λέβητα βιομάζας. Χάρη σε αυτόν τον μηχανισμό, μέσω του γαλλικού Οργανισμού Περιβάλλοντος και Ενεργειακής Διαχείρισης (ADEME), ήταν δυνατή η πρόσβαση σε περιφερειακές επιχορηγήσεις μέσω του «Fonds chaleur» που διατίθεται σε όλες τις πρωτοβουλίες που στοχεύουν στην σημαντική μείωση των εκπομπών αερίων του θερμοκηπίου (EC, 2013).

## **4.7 Ισπανικό Σύστημα Υγείας**

### **4.7.1 Ισπανικό Νομοθετικό πλαίσιο για τις ΣΔΙΤ**

Στα πλαίσια της Ισπανικής νομοθεσίας, το θέμα των ΣΔΙΤ συμπεριλαμβάνεται στον νόμο περί δημοσίων συμβάσεων του 1995, η οποία συντάσσεται και ακολουθεί την σχετική νομοθεσία της ΕΕ. Μεταξύ άλλων ο συγκεκριμένος νόμος παρέχει και την δυνατότητα για την παροχή τοπικών δημοσίων υπηρεσιών από ιδιωτικούς φορείς (Torres και Pina, 2001). Όσον αφορά τα θέματα υγείας, ο γενικός νόμος περί υγείας 14/1986 επιβεβαίωσε το συνταγματικό καθολικό δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των παράνομων μεταναστών και των επισκεπτών/τουριστών στην χώρα (Acerete, 2011). Τα οφέλη για την υγεία καθορίζονταν και ορίζονται κεντρικά, αλλά η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών και τη χρηματοδότηση μεταφέρθηκε στις 17 περιφερειακές κυβερνήσεις ή στις "Comunidades Autonomas" (CA) από το 2002. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης είναι ως επί το πλείστον χρηματοδοτούμενη από τους φόρους και παρέχεται δωρεάν στο σημείο παράδοσης υπηρεσιών υγείας, με την μόνο εξαίρεση να είναι οι πληρωμές για τα φάρμακα. Σε συνέχεια των παραπάνω και όσον αφορά το θέμα της χρήσης των προγραμμάτων ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, ο νόμος 15/1997 προέβλεπε νέες μορφές διαχείρισης των συστημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένης της σύναψης συμβάσεων με ιδρύματα και δημόσιες επιχειρήσεις (100% δημόσιο κεφάλαιο) καθώς και διοικητικές παραχωρήσεις (ιδιωτικό κεφάλαιο). Ο νόμος για τα

συμβόλαια του δημόσιου τομέα (αναθεωρημένος από το Real Decreto Legislativo 3/2011, της 14ης Νοεμβρίου) ορίζει διαδικασίες σύναψης συμβάσεων παραχώρησης δημοσίων υπηρεσιών, μεταξύ άλλων μορφών δημόσιων συμβάσεων, και προβλέπει τη διατήρηση της οικονομικής ισορροπίας αυτών των συμβάσεων. Ο νόμος περί παραχώρησης (Ley de Concesiones de Obras Públicas) που ψηφίστηκε το 2002 από την ισπανική κυβέρνηση διευκόλυνε την επέκταση των ΣΔΙΤ σε άλλους τομείς δημόσιων υπηρεσιών πέραν των μεταφορών. (Allard και Cheng 2009).

#### **4.7.2 Παρουσία των ΣΔΙΤ στον τομέα υγείας στην Ισπανία**

Έως και το 2005 στην Ισπανία υπήρχαν 15 προγράμματα ΣΔΙΤ στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, τα οποία και το 8,4% της συνολικής αξίας των προγραμμάτων ΣΔΙΤ από όλους τους τομείς της οικονομίας (Allard και Traband, 2008). Κατά την περίοδο 2004-11, η ισπανική αγορά ΣΔΙΤ αποτελούταν από 20 νοσοκομεία, που συνολικά διέθεταν 7.000 κλίνες. Από αυτά τα νοσοκομεία, τα 11 περιλάμβαναν κλινικές υπηρεσίες (con bata blanca) και τα υπόλοιπα 9 νοσοκομεία κάλυπταν μόνο υπηρεσίες υποδομής και εγκαταστάσεων καθώς και υπηρεσίες υποστήριξης (sin bata blanca). Σε ορισμένες περιπτώσεις όπως το νοσοκομείο Burgos και Vigo κάλυπταν και τον ιατρικό εξοπλισμό σε ορισμένες περιπτώσεις όπως Burgos και Vigo. Από την δημιουργία του πρώτου μοντέλου παραχώρησης στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, (Alzira), έχουν λάβει χώρα και άλλες διοικητικές παραχωρήσεις στην περιοχή της Βαλένθια, οι οποίες είναι η Torrevieja (2003), η Denia (2004), η Manises (2006) και η Vinalaró (2006). Παρόλο που δεν υπάρχει ένας ενοποιημένος κατάλογος εθνικών δημόσιων συμβάσεων για την υγεία, υπάρχουν τουλάχιστον πάνω από είκοσι ΣΔΙΤ που σχετίζονται με την υγεία στην Ισπανία, ποικίλης εμβέλειας και διάρκειας. Εκτός από τη Βαλένθια, οι υπόλοιπες περιοχές που έχουν νοσοκομεία που χρησιμοποιούν το μοντέλο ΣΔΙΤ βρίσκονται κυρίως στην περιφέρεια της Μαδρίτης, με το νοσοκομείο του Aldemoro ακολουθεί το ολοκληρωμένο μοντέλο "Alzira" και τις υπόλοιπες συμβάσεις να αφορούν μόνο τις υποδομές και τις σχετιζόμενες υπηρεσίες προς αυτές (PFI ή "μοντέλο Μαδρίτης"). Γενικά η Ισπανία έχει μακρά παράδοση σε διάφορες μορφές εταιρικών σχέσεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όπως οι "conciertos", οι οποίες και είναι συμβάσεις μεταξύ επίσημων περιφερειακών υπηρεσιών υγείας και ιδιωτικών παρόχων, υγειονομικών οργανισμών ή διοικητικών παραχωρήσεων υγείας που περιλαμβάνουν τη διαχείριση υπηρεσιών υγείας. (PWC 2012).

Έχοντας εξετάσει το πλαίσιο των ΣΔΙΤ στην Ισπανία, τόσο γενικά όσο και στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, ακολουθεί η περίπτωση του πρώτου ΣΔΙΤ που έλαβε χώρα σε στον τομέα της υγείας και είναι η περίπτωση του νοσοκομείου Alzira/La Ribera.

#### **4.7.3 Η περίπτωση του νοσοκομείου Alzira / La Ribera**

Η κατασκευή του νοσοκομείου Alzira (ή La Ribera) με βάση το μοντέλο ΣΔΙΤ ξεκίνησε το 1997, ενώ η λειτουργία του ξεκίνησε το 1999. Στο διαγωνισμό που έγινε για την παραχώρηση υπήρχε μόνο ένας υποψήφιος. Η κατασκευή του νοσοκομείου Alzira χρηματοδοτήθηκε από μια ομάδα επιχειρήσεων την οποία και απάρτιζαν η Adeslas SA (ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία υγείας, η οποία ανήκει στις Agbar SA και La Caixa, μια περιφερειακή τράπεζα αποταμιεύσεων), η Bancaja, η CAM και η Caixa Carlet (τρεις περιφερειακές τράπεζες αποταμίευσης, στις οποίες συμμετείχε και η περιφερειακή κυβέρνηση), καθώς και οι Dragados και Lubasa (δύο κατασκευαστικές εταιρείες). Παρόλο που το σχεδιαζόμενο ΣΔΙΤ αφορούσε μια περίοδος 10ετούς παραχώρησης, με την δυνατότητα για επέκτασή της στα 15 έτη, μετά από τέσσερα έτη λειτουργίας, κατά τα οποία το Alzira παρουσίαζε οικονομικές ζημιές, η σύμβαση λύθηκε από τον εταίρο του δημοσίου τομέα. Η Αρχή Δημόσιας Υγείας συμφώνησε να πληρώσει €69,3 εκατ. Ευρώ στους εταίρους από τον ιδιωτικό τομέα που θα αφορούσαν την αγορά των περιουσιακών στοιχείων του νοσοκομείου καθώς και την αποζημίωση για την απώλεια των αναμενόμενων οφελών. Μετά από νέα προσφορά, στην οποία και πάλι υπήρχε μόνο ένας διαγωνιζόμενος συμφωνήθηκε μια νέα σύμβαση το 2003, η οποία συμπεριελάμβανε μια υψηλότερη πληρωμή κατά κεφαλή στους προμηθευτές με βάση τον αριθμό των κατοίκων της περιοχής καθώς και την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Barros et al. 2014).

Βασισμένο στην αρχική επιτυχία του προγράμματος ΣΔΙΤ του νοσοκομείου Alzira το Υπουργείο Υγείας της Βαλένθια αποφάσισε να προχωρήσει με την περαιτέρω αναπαραγωγή και τη ανάπτυξη καινοτομιών σε αυτό το μοντέλο, για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες για παροχή εγκαταστάσεων και υπηρεσιών υγείας και άλλες περιοχές. Μεταξύ των ετών 2002 και 2006 το Υπουργείο εξέδωσε τέσσερις επιπλέον προσφορές ΣΔΙΤ, με το καθένα προσανατολισμένο στις συγκεκριμένες προκλήσεις και ανάγκες των περιφερειών τους (Πίνακας 5). Τρεις από αυτές τις προσφορές αφορούσαν την δημιουργία νέων νοσοκομείων, ενώ μία αφορούσε την αντικατάσταση μιας

παρωχημένης περιφερειακής νοσοκομειακής μονάδας. Σε καθεμιά από αυτές της περίπτωσης, το συμβόλαιο που είχε χρησιμοποιηθεί στην περίπτωση του Alzira υιοθετήθηκε ως το πρότυπο, με διάφορες προσαρμογές να λαμβάνουν χώρα ώστε να απεικονίζουν καλύτερα τις διαφορετικές ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας που είχαν ανάγκη οι κάτοικοι της κάθε περιοχής (Delgado-Pastor et al, 2016).

**Πίνακας 5: Κύρια Χαρακτηριστικά στον ΣΔΙΤ στον τομέα υπηρεσιών υγείας της Βαλένθια**

PPIP health department	La Ribera (Alzira)	Torrevieja	Dénia	Manises	Elche-Crevillent (Vinalopó)
Private partners* (operating/financing)	Adeslas/ Ribera Salud	Asisa/ Ribera Salud	DKV/ Ribera Salud	Sanitas/ Ribera Salud	Ribera Salud/ Asisa
Year tendered	1997/2002	2002	2004	2006	2006
Year opened	1999/2003	2006	2009	2009	2010
Driver	Floods cutting off populations from care	Summer population influx	Need to expand the district hospital	Reduce demand on central hospital	Shrink specialty services gap in the southern part of the health department
Feature/innovation	First PPP to include private management of clinical services	Expansion of the PPIP model	Transformation of a public health department to a PPIP	First suburban health department PPIP	Leveraging economies of scale
Committed investment	€142M	€80M	€96.6M	€137M	€146M
Population served	276,976	222,334	186,907	213,307	161,413
Hospital beds	301	269	266	354**	233
Clinical staff	1,625	1,037	911	883	925
Outpatient facilities	28	23	45	22	15

Πηγή: (Delgado-Pastor et al, 2016)

Η συγκεκριμένη περίοδος χαρακτηριζόταν παράλληλα από μία ευρύτερη οικονομική σταθερότητα στα πλαίσια της Ευρώπης, κάτι το οποίο και επέτρεψε στην τοπική κυβέρνηση της Βαλένθια να έχει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη για το μέλλον και να εκδώσει νέες προσφορές για προγράμματα, φτάνοντας έτσι σε σημείο να διπλασιάσει τον πληθυσμό που καλύπτεται από αυτές τις νέες μονάδες υγείας. Συνολικά ο πληθυσμός που καλυπτόταν από αυτές της μονάδες που λειτουργούσαν με προγράμματα ΣΔΙΤ αποτελούσε το 18% της κοινότητας της Βαλένθια. Θέτοντας ένα μακροπρόθεσμο όραμα για την εφαρμογή προγραμμάτων ΣΔΙΤ σε μια σειρά διαφορετικών έργων, το Υπουργείο Υγείας της Βαλένθια κατάφερε να τραβήξει περισσότερο το ενδιαφέρον και την δέσμευση του ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα στην επόμενους ανταγωνισμούς να αυξηθούν οι προσφορές από ιδιώτες. Η Ευρύτερη εφαρμογή των μοντέλων ΣΔΙΤ απαιτούσε παράλληλα και από την τοπική κυβέρνηση

να αναπτύξει περαιτέρω τις δεξιότητες και τις ικανότητες διαχείρισης στον να επιβλέπει και να εφαρμόζει τις συμβάσεις. Παρά την αρχική δημοτικότητα των συγκεκριμένων μοντέλων, από ένα σημείο και μετά αρκετοί δημόσιοι οργανισμοί μέσα στην Βαλένθια σταμάτησαν να υποστηρίζουν την περαιτέρω επέκταση των μοντέλο διαχείρισης ΣΔΙΤ. Οι συχνές αλλαγές στην ηγεσία της κυβέρνησης, ακολουθούμενες από την οικονομική κρίση του 2008, οδήγησαν στην παύση των νέων χρηματοδοτήσεων για μοντέλα ΣΔΙΤ μετά το 2006 (Scheffler et al. 2015).

Στις Περιφερειακές Εκλογές του 2015, Το Λαϊκό Κόμμα της Ισπανίας (Partido Popular) έχασε απόλυτη την πλειοψηφία στη Βαλένθια μετά από 20 χρόνια. Παράλληλα, ο συνασπισμός που δημιουργήθηκε για να σχηματίσει την νέα περιφερειακή κυβέρνηση ανακοίνωσε ότι αυτό δεν θα επεκτείνει το πρόγραμμα ΣΔΙΤ του Alzira / La Ribera όταν αυτό θα λήξει το 2018. Παραμένει να γίνει γνωστό ένα η τοπική κυβέρνηση θα επαναφέρει το νοσοκομείο υπό το καθεστώς δημόσια διοίκησης, εάν θα επαναδιαπραγματευτεί με την υπάρχουσα σύμπραξη ιδιωτών ή αν θα επιδιώξει συνεργασία με νέους ιδιώτες.

Από το 1997 και μετά η κοινότητα της Βαλένθια έχει μεταμορφώσει με ριζικό τρόπο την μορφή με την οποία παρέχεται η δημόσια υγειονομική περίθαλψη στην περιοχή. Το μοντέλο ΣΔΙΤ έχει επιτρέψει να επιτευχθούν σημαντικές αποδόσεις πάνω στις επενδύσεις για τον τομέα της υγείας για το 20% περίπου του πληθυσμού της, ενώ παράλληλα αυξάνεται ο βαθμός πρόσβασης σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας όσον αφορά την ιατρική περίθαλψη, την επέκταση και την αναβάθμιση των υποδομών υγείας και την ενθάρρυνση καινοτόμων πρακτικών για την βελτίωση της διαχείριση της υγείας. Η μελέτη της περίπτωσης του νοσοκομείου Alzira, καθώς και των υπόλοιπων τεσσάρων μοντέλων ΣΔΙΤ που έλαβαν χώρα στην περιοχή της Βαλένθια αναδεικνύουν τέσσερεις σημαντικούς παράγοντες για τα μοντέλα ΣΔΙΤ.

Η οικονομική σταθερότητα επιδρά σε σημαντικό βαθμό στην διάθεση του ιδιωτικού τομέα να προβούν σε επενδύσεις οι οποίες και θα υποστηρίξουν σημαντικά κυβερνητικές πρωτοβουλίες (Delgado-Pastor et al, 2016) .

1. Χρήση τυποποιημένων και κλιμακωτών επιχειρηματικών μοντέλων που επιτρέπουν τα μεγαλύτερα λειτουργικά και οικονομικά οφέλη για την κυβέρνηση.
2. Ένα υπόδειγμα χρηματοδότησης, που βασίζεται στην αρχή του ότι τα “χρήματα ακολουθούν τον ασθενή” η οποία επιτρέπει την δημιουργία προβλέψιμων δαπανών υγείας για τις κυβερνήσεις.

3. Αυτό το μοντέλο περαιτέρω παρέχει σημαντικό περιθώριο ελιγμών στους εταίρους του ιδιωτικού τομέα ώστε να μπορέσουν να αυξήσουν την ποιότητα του συστήματος, την αποδοτικότητα και την κερδοφορία.
4. Ύπαρξη σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ των εταίρων του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με την κατάλληλη κατανομή κινδύνων και αμοιβών, κάτι το οποίο θεωρείται ως κρίσιμο για την μακροχρόνια επιτυχία του έργου.

Παρόλα αυτά μερικά μέλη της κοινότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, έχουν υποστηρίξει ότι οι λύσεις ΣΔΙΤ δεν είναι κλιμακωτές ή ότι δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε οποδήποτε σύστημα υγείας. Θεωρούν ειδικά πως δεν είναι δυνατόν να αξιοποιηθούν με θετικά αποτελέσματα σε χώρες που χαρακτηρίζονται από οικονομική και πολιτική αστάθεια. Παρόλο που οι απόψεις αυτές τονίζουν την ανάγκη για μια ορθολογική και προσεκτική αξιολόγηση των επενδύσεων μέσω ΣΔΙΤ, το παράδειγμα της Βαλένθια όπου έγινε δυνατή η διατήρηση και συνέχιση των προγραμμάτων ΣΔΙΤ κατά την διάρκεια δύο ξεχωριστών οικονομικών κρίσεων καταδεικνύει ότι η λύσεις ΣΔΙΤ μπορούν να είναι βιώσιμες ακόμη και σε αβέβια περιβάλλοντα. Παρόλο που η αποτελεσματικότητα σε όρους κόστους σχετικά με το μοντέλο ΣΔΙΤ της Βαλένθια συνεχίζεται, το συγκεκριμένο μοντέλο θεωρείται πως έχει επιτύχει θετικά οικονομικά αποτελέσματα, έχοντας παράλληλα καταφέρει να παρέχει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης οι οποίες είναι υψηλής ποιότητας. Επιπλέον η περίπτωση των ΣΔΙΤ του Alzira και των υπόλοιπων νοσοκομείων της Βαλένθια έχει καταδείξει το ότι ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να αξιοποιηθεί για την ενίσχυση της παροχής δημόσιων υπηρεσιών (Delgado-Pastor et al, 2016) .

#### **4.8 Ελληνικό Σύστημα Υγείας**

Το πλαίσιο δημιουργίας και λειτουργίας των ΣΔΙΤ στην Ελλάδα καθορίζονται από την νομοθετική πράξη 3389/2005. Στην ευρύτερη μορφή τους αυτή η μορφή συνεργασίας ευδοκίμησε στο ελληνικό περιβάλλον εξαιτίας συγκεκριμένων λόγων και αιτιών. Ο κυριότερος και καθοριστικός παράγοντας είναι η δυσλειτουργία που χαρακτηρίζει τον Ελληνικό δημόσιο τομέα. Παράλληλα με αυτό η σημαντικές καθυστερήσεις που παρατηρούνται στις διαδικασίες και η αδυναμία ευελιξίας και παρακολούθησης των εξελίξεων από την δημόσιο τομέα αποτελούν παράγοντες καθοριστικής σημασίας (Biginas και Sindakis, 2015).

Όσον αφορά το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, αυτό αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Μέχρι όμως τις αρχές όμως της δεκαετίας του

πραγματοποιήθηκαν μικρές βελτιώσεις και μεταρρυθμίσεις. Αρκετά από τα μειονεκτήματα του συγκεκριμένου συστήματος προέκυψαν από το γεγονός ότι οι κυβερνήσεις δεν μπόρεσαν να εφαρμόσουν σημαντικές βελτιώσεις λόγω χαρακτηριστικών αδυναμιών του συγκεκριμένου συστήματος, όπως η βραδύτητά του και η έλλειψη ευελιξίας. Επιπλέον, η έλλειψη πραγματικών προϋπολογισμών, η έλλειψη μιας αξιόπιστης πολιτικής, ο καθώς και η αδυναμία ελέγχου και ο περιορισμού του κόστους υποβαθμίζουν το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, καθώς γίνεται υποεκτίμηση του πραγματικού κόστους των υπηρεσιών (Tountas et al, 2002).

Υπό τις συνθήκες αυτές, φαίνεται πως τα προγράμματα ΣΔΙΤ μπορεί να αποτελέσουν μια αποτελεσματική μορφή η οποία θα επιτρέψει στις ελληνικές κυβερνήσεις να ξεπεράσουν τα όποια εμπόδια προκειμένου παράσχουν ποιοτικές υγειονομικές υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης. Πέρα από τις δυνατότητες για βελτίωση της ποιότητας, περιορισμό του κόστους και δημιουργία καινοτομιών, οι ΣΔΙΤ παρέχουν και την δυνατότητα για την δημιουργία νέων θέσεων εργασίας, βοηθώντας έτσι στην καταπολέμηση των υψηλών επιπέδων ανεργίας που εμποδίζουν την περαιτέρω ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας (Biginas και Sindakis, 2015).

Ο λόγος που το μοντέλο ΣΔΙΤ καθυστέρησε σημαντικά είναι αποτέλεσμα του “ελληνικού παραδόξου”, το οποίο και περιγράφει την ιδιαίτερη κατάσταση του ελληνικού συστήματος υγείας, το οποίο είναι ένα από τα πιο ιδιωτικοποιημένο συστήματα υγείας μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, ενώ τη ίδια στιγμή ο συνολικός πληθυσμός της χώρας “υποτίθεται” ότι καλύπτεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Σύμφωνα με την έρευνα των Siskou et al. (2008), το 68% των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη απευθύνεται σε ελληνικά νοικοκυριά μέσω υπηρεσιών προς τους εξωτερικούς ασθενείς. Από αυτές τις δαπάνες, το 31,1% αντιπροσωπεύει την οδοντιατρική περίθαλψη. Ο κύριος λόγος αυτού του φαινομένου είναι η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης των δημοσίων υπηρεσιών δημόσιας υγείας, κυρίως στις απομονωμένες περιοχές της υπαίθρου. Σε αυτές τις περιοχές, οι κάτοικοι δεν έχουν άλλη επιλογή πέρα από το να στραφούν στις υπηρεσίες εξωτερικής περίθαλψης. Την ίδια στιγμή ο νοσοκομειακός τομέας υπολογίζεται πως αφορά ένα ποσοστό μικρότερο του 15% από τις δαπάνες των νοικοκυριών για θέματα υγείας. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των δαπανών λαμβάνει χώρα με την μορφή ανεπίσημων πληρωμών προς το ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων (20%). Από την άλλη πλευρά, μόνο ένα μικρό ποσοστό εισαγωγών σε δημόσια νοσοκομεία (16%) καταλήγει σε ιδιωτικά κέντρα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό, από την μια, οφείλεται στο υψηλό επίπεδο των

δημόσιων νοσοκομειακών υπηρεσιών και στη βελτίωση της υποδομής τους, ενώ από την άλλη, οφείλεται και στο αυξημένο κόστος των υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας (Siskou et al., 2008). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν το γεγονός της ύπαρξης ιδιαιτεροτήτων και των ασυνεπειών οι οποίες και χαρακτηρίζουν τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Οι McKee et al (2006) καταγράφουν στη μελέτη τους τα δεκάδες προβλήματα σχεδίασης και ελαττωμάτων που παρουσιάζονται στα νέα νοσοκομεία που έχουν κατασκευαστεί μέσω ΣΔΙΤ τόσο στην Ελλάδα όσο και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Πρόκειται για έργα όπου ο ιδιώτης επενδυτής αναλαμβάνει τον κατασκευαστικό κίνδυνο (κατασκευαστικές καθυστερήσεις, υπέρβαση κόστους) και τον λειτουργικό κίνδυνο των υπηρεσιών υποστήριξης στο νέο νοσοκομείο. Η μεταφορά κινδύνου προϋποθέτει αναλογικές κυρώσεις σε περίπτωση παραβίασης των συμβατικών συμφωνιών, κυρώσεις που δεν είναι ποτέ αποτελεσματικές. Σε περίπτωση αποτυχίας ή πτώχευσης ενός έργου που πραγματοποιείται μέσω ΣΔΙΤ, το κράτος καλείται να διασώσει και να εκτελέσει το υπόλοιπο έργο. Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην κατασκευή νέων νοσοκομείων μπορεί να προκαλέσει ευνοϊκές συνθήκες για την εμφάνιση διαφθοράς. Η έλλειψη διαφάνειας της συμφωνίας για τις ΣΔΙΤ στο πλαίσιο του “εμπορικού απορρήτου”, η κίνηση μεγάλων ποσών δημόσιου χρήματος, η ύπαρξη οικονομικών συμβούλων που εργάζονται ταυτόχρονα ή διαδοχικά στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα, αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που δημιουργούν ευνοϊκούς όρους για την εμφάνιση διαφθοράς (Moschuris και Kondylis, 2006). Στην ελληνική οικονομία, η διαμόρφωση μακροχρόνιων συμφωνιών με διάρκεια μπορεί να θεωρεί ως μια πρόκληση ακόμη και για έργα μικρής κλίμακας. Στην περίπτωση των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η ανάθεση δημόσιας ευθύνης σε ιδιώτες επενδυτές μπορεί να θεωρηθεί ότι αποδίδει σε κερδοσκοπικούς φορείς μια ευθύνη για μια πρακτική που θεωρείται ως εγγενώς κοινωνική και καθολική. Με αυτό το τρόπο η συγκεκριμένη πρακτική μπορεί να θεωρηθεί ότι λειτουργεί εις βάρος του δημοσίου αγαθού της παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Siskou et al., 2009). Τα PPP θα πρέπει να ελέγχονται τακτικά και σύμφωνα με τα πρότυπα του ΟΟΣΑ και της EUROSTAT προκειμένου να διασφαλίζεται η αξιοπιστία και η διαφάνεια της διαχείρισης των πόρων και της χρηματοδότησης τέτοιων έργων.

Η παρουσία και χρήση των ΣΔΙΤ μπορεί να παρέχει σημαντικά πλεονεκτήματα και ευκαιρίες για βελτίωση των υπηρεσιών και μείωση του δημόσιου κόστους. Είναι παράλληλα όμως αναγκαίο να λαμβάνουν χώρα συνεχείς έλεγχοι, ώστε αν



αξιολογείται η κοινωνική και οικονομική διάσταση της επένδυσης ΣΔΙΤ. Παράλληλα ο έλεγχος θα πρέπει να ακολουθεί διεθνή πρότυπα του ΟΟΣΑ και της Eurostat ώστε να εξασφαλίζεται η διαφάνεια αυτών των έργων και να αποφεύγονται πράξεις διαφθοράς

## **Κεφάλαιο 5. Συζήτηση επί των μοντέλων ΣΔΙΤ που παρουσιάστηκαν**

Σκοπός της παρούσας ενότητας είναι να παρουσιάσει τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα των συστημάτων υγείας και την χρήση των ΣΔΙΤ από αυτά. Με βάση μελέτη στα προηγούμενα κεφάλαια, αναγνωρίστηκαν τα εξής ζητήματα:

### **Κατανομή Ρίσκου – Κινδύνων**

Ένα ζήτημα που προεξέχει στην συζήτηση για την χρησιμοποίηση των ΣΔΙΤ στον τομέα παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι αυτό της κατανομής των κινδύνων μεταξύ των μερών του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Αυτό το ζήτημα προκύπτει από το γεγονός ότι το ρίσκο που αντιμετωπίζουν οι επιχειρήσεις που προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα αφορά κυρίως οικονομικές πλευρές, όπως το ρίσκο που σχετίζεται με τον δανεισμό τους όπως και το ρίσκο το έργο που θα προκύψει από την ΣΔΙΤ να μην έχει κερδοφορία. Χαρακτηριστικές είναι οι περιπτώσεις των νοσοκομείων στο Rostock την Γερμανίας, το οποίο η ιδιωτική επιχείρηση επέστρεψε πίσω στην δημοτική αρχή, καθώς η τελευταία αδυνατούσε να το διαχειριστεί με αποτελεσματικό τρόπο (EC,2013). Παρομοίως, η περίπτωση ΣΔΙΤ για το έργο της κατασκευής του νοσοκομείου στο Kiel δεν ξεκίνησε καθώς οι οικονομικές προβλέψεις για αυτό έδειχναν πως δεν θα αποβεί κερδοφόρο. Από την άλλη οι δημόσιοι φορείς αντιμετωπίζει ένα ρίσκο που πέρα από οικονομικές, έχει και κοινωνικές επιπτώσεις. Ένα νοσοκομείο που δεν λειτουργεί σωστά, πέρα από οικονομικές ζημιές μπορεί να επιφέρει προβλήματα στην κατάσταση υγείας των ασθενών με σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους. Σύμφωνα με τους Barlow και Köberle-Gaiser (2008), ο αυστηρός διαχωρισμός των τομέων ευθύνης της κάθε πλευράς που συμμετέχει στην πρωτοβουλία ΣΔΙΤ, με το κύριο στόχο να διαμοιραστεί καλύτερα το ρίσκο το ρίσκο στις πλευρές που συμμετέχουν, είχε ως αποτέλεσμα να μειωθούν οι ευκαιρίες για προχωρήσουν σε καινοτόμες πράξεις. Αυτό συνέβη επειδή δεν λάμβανε χώρα η ανταλλαγή ιδεών και τεχνογνωσίας μεταξύ των μερών. Οι Barlow και Köberle-Gaiser (2008) αναγνωρίζουν πως αυτές τα αποτελέσματα μπορεί να υπάρχουν επειδή η έρευνα τους αφορούσε τα πρώτα προγράμματα PFI στον χώρο της υγείας, και με το πέρασ του χρόνου να βελτιώθηκε η κατάσταση. Ως ιδέα που θα ενισχύσει την πρωτοβουλίες για καινοτομία, αλλά και θα δράσει ως τρόπος που θα επιφέρει την μείωση των κινδύνων, προτείνουν να θέτονται συγκεκριμένοι στόχοι, όπως πχ μείωση

του αριθμού νοσοκομειακών μολύνσεων, για τους οποίους θα επιβραβεύεται με χρηματική αμοιβή ο ιδιωτικός τομέας. Οι Caldwell et al. (2009) που μελέτησαν της περιπτώσεις ΣΔΙΤ της κατασκευής ενός νέου νοσοκομείου από την μία και του Πέμπτου Τερματικού Σταθμού του Heathrow από την άλλη, βρήκαν πως η ΣΔΙΤ του νοσοκομείου έχει μια περισσότερη παραδοσιακή στάση, καθώς τα συμβόλαια όριζαν επακριβώς της υποχρεώσεις και τους βαθμούς ευθύνης του κάθε μέλους με στόχο, για μια ακόμη φορά, τη μείωση του ρίσκου του έργου. Όπως και στην περίπτωση των Barlow και Köberle-Gaiser (2008), αυτή η στάση μειώνει την δυνατότητα των δυο μερών να ανταλλάξουν τεχνογνωσία, κάτι το οποίο θα μπορούσε να επισπεύσει περισσότερο την διαδικασία, να βελτιώσει την ποιότητα του τελικού αποτελέσματος και να επιτρέψει στην εύρεση καινοτόμων προσεγγίσεων για την μείωση του ρίσκου.

Παρόμοια παραδείγματα φάνηκαν και από την περίπτωση των ΣΔΙΤ στο Σουηδικό Σύστημα υγείας. Τόσο στον περίπτωση του νοσοκομείου το St. Goran (Hjertqvist, 2000), όσο και σε αυτή του NSK (Nikolic και Maikisch, 2006), δόθηκε έμφαση στην καλύτερη κατανομή των αρμοδιοτήτων σχετικά με τον κίνδυνο μέσω των συμβολαίων. Όπως αναφέρεται στην περίπτωση του NSK, τα συμβόλαια που δημιουργήθηκαν δεν είχαν στόχο τον περιορισμό της δράσης των μερών για την αποφυγή κινδύνων. Αντιθέτως είχαν ως στόχο να επιτρέψουν σε κάθε μέρος να εστιάσει στο κομμάτι που έχει καλύτερη τεχνογνωσία και μέσω αυτού του τρόπου να προέλθει και μείωση του ρίσκου (Nikolic και Maikisch, 2006). Παράλληλα, στην περίπτωση του St. Goran, το συμβόλαιο προέβλεπε ορισμένους στόχους απόδοσης, τα οποία δρούσαν ως κίνητρα στους συμμετέχοντες από τον ιδιωτικό τομέα για να βελτιώσουν την απόδοσή τους (Hjertqvist, 2000). Σύμφωνα και με την πρόταση των Barlow και Köberle-Gaiser (2008), ένα από τα πιθανά αποτελέσματα μια τέτοιας προσέγγισης είναι και η μείωση των κινδύνων.

Ένα τελευταίο κομμάτι που σχετίζεται εν μέρει με το θέμα του ρίσκου, είναι και αυτό της διαφάνειας. Ανάλογα με την μορφή λειτουργίας του ευρύτερου συστήματος υγείας, και λόγω των μεγάλων χρηματικών ποσών που διακινούνται στα πλαίσια της δημιουργίας νέων νοσοκομειακών μονάδων και παρόμοιων επενδύσεων, είναι πολύ πιθανόν να παρουσιαστεί διαφθορά. Αυτή η διαφθορά μπορεί να πάρει την μορφή απευθείας αναθέσεων, η χρήση υποδεέστερων υλικών. Η παρουσία του ιδιωτικού τομέα, που έχει κίνητρο την δημιουργία κέρδους, στο κομμάτι της υγείας, δημιουργεί πιθανότητες για να παραδοθεί ένα έργο κατώτερης ποιότητας. Αυτό θα

έχει επιπτώσεις στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Για να αντιμετωπιστεί η συγκεκριμένη μορφή ρίσκου, είναι σημαντικό να υπάρχει συνεχόμενος έλεγχος της διαδικασίας, που θα ακολουθεί τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα (Moschuris και Kondylis, 2006; Siskou et al., 2009).

### **Χρηματοδότηση**

Το ζήτημα της χρηματοδότησης από ότι φαίνεται είναι αυτό που απασχολεί περισσότερο την περίπτωση του NHS της Βρετανίας. Όπως από το σχετικό κεφάλαιο ένα κομμάτι της βιβλιογραφίας (Yescombe, 2007; Hellowell και Pollock, 2009; Mudayarabikwa και Regmi, 2015) θεωρεί την παρουσία του ιδιωτικού τομέα ως έναν παράγοντα που επιφέρει κάνει το σύστημα πιο αναποτελεσματικό. Αυτό είναι επειδή οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα που συμμετέχουν έχουν υψηλότερο χρηματοοικονομικό ρίσκο, καθώς δεν έχουν την ρευστότητα που έχει το κράτος και οι δημόσιοι οργανισμοί. Επομένως έχουν υψηλότερη πιθανότητα για να κηρύξουν πτώχευση. Ο τρόπος που αντισταθμίζουν οι τραπεζικοί οργανισμοί αυτό το ρίσκο είναι με το να βάλουν ένα υψηλότερο επιτόκιο. Όμως σύμφωνα με της προαναφερθείσες μελέτες αυτό καταλήγει στην αύξηση του κόστους του νοσοκομείου που κατασκευάζεται ή της οποιασδήποτε άλλης υπηρεσίας υγείας που παρέχεται μέσω ΣΔΙΤ και προβαίνει σε δανεισμό. Παράλληλα, στην περίπτωση της Ιταλίας, που είναι η δεύτερη μεγαλύτερη αγορά ΣΔΙΤ στην Ευρώπη οι μελετητές σημειώνουν πως κυρίως μετά την κρίση του 2008, οι τράπεζες ζητούν μεγαλύτερες εγγυήσεις από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις που μετέχουν σε ΣΔΙΤ καθώς και το να έχουν μικρή δανειακή επιβάρυνση για να μην αυξηθεί περαιτέρω το χρηματοοικονομικό τους ρίσκο (Bentivogli et al., 2008). Παράλληλα εξαιτίας των παραπάνω, έχουν μειώσει και τον χρόνο αποπληρωμής των δανείων που δίνουν σε αυτές τις επιχειρήσεις (Rossi και Civitillo, 2014). Αυτό μπορεί να δημιουργήσει δυνητικά ένα διπλό πρόβλημα. Το πρώτο όπως προαναφέρθηκε είναι τα υψηλότερα επιτόκια που επιβαρύνουν το κόστος του έργου που πραγματοποιείται μέσω ΣΔΙΤ. Το δεύτερο είναι πως οι υψηλές τραπεζικές απαιτήσεις μπορεί να δράσουν ως αντικίνητρο να μειώσουν το ενδιαφέρον ιδιωτικών επιχειρήσεων να συμμετάσχουν σε τέτοια προγράμματα, καθώς και να αποκλείσουν από επιχειρήσεις που οποίες θα είχαν την κατάλληλη τεχνογνωσία.

Παρόλο που το θέμα του υψηλού κόστους χρηματοδότησης αναγνωρίζεται ως κάτι αρνητικό που μπορεί να προκαλέσει αναποτελεσματικότητα στην όλη διαδικασία, το συγκεκριμένο συναίσθημα δεν μοιράζεται από όλους. Έτσι στην περίπτωση

κατασκευής του νοσοκομείου NSK, ο δήμος της Στοκχόλμης, παρόλο που αναγνώρισε το ότι μπορεί να δανειστεί κεφάλαια από τις τράπεζες με χαμηλότερο επιτόκιο προτίμησε την χρήση της ΣΔΙΤ. Η αιτιολογία ήταν πως μπορεί η δημοτική αρχή μπορεί να αποδεχτεί να καταβάλει ένα ακόμη περαιτέρω premium στην τιμή του έργου, μέσω του υψηλότερο επιτοκίου, με το αντιστάθμισμα το ότι η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα και η τεχνογνωσία που θα προσφέρει, θα καταλήξει στην δημιουργία ενός ποιοτικότερου έργου (Barros et al. 2014).

Με βάση το τελευταίο θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως η καλύτερη προσέγγιση για την αξιολόγηση των μοντέλων ΣΔΙΤ θα ήταν στην βάση των ωφελειών που παράγουν προς το κόστος, παρά εξέταση μόνο του χρηματοοικονομικού κόστους.

### **Ταχύτητα παράδοσης**

Γενικά οι απόψεις είναι θετικές για την δυνατότητα βελτίωσης της ταχύτητας παράδοσης των έργων που λαμβάνουν χώρα με την χρήση ΣΔΙΤ. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του νοσοκομείου Sant'Anna στο Como καθώς με την χρήση του μοντέλου ΣΔΙΤ για την κατασκευή του, το νοσοκομείο παραδόθηκε σε τρία χρόνια, την στιγμή ο χρόνος κατασκευή νοσοκομείων στην Ιταλία φτάνει και τα 12 έτη. Παρόλο το συγκεκριμένο θετικό αποτέλεσμα, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως η διαδικασία εκκίνησης του συγκεκριμένου έργου είχε καθυστερήσει κατά 5 έτη (Barros et al. 2014). Παρόμοια προβλήματα καθυστερήσεων λόγω γραφειοκρατικών διαδικασιών παρουσιάζονται και στο γερμανικό σύστημα υγείας. Παράδειγμα είναι η περίπτωση του νοσοκομείου Hamburg-Eppendorf του οποίου οι διαδικασίες για εκκίνηση της κατασκευής μέσω ΣΔΙΤ καθυστέρησαν 8 χρόνια (KPMG, 2007). Οι συγκεκριμένες περιπτώσεις δείχνουν πως για να επωφεληθεί πλήρως το σύστημα υγείας μιας χώρας από την χρήση ΣΔΙΤ, θα πρέπει παράλληλα να έχει προσαρμόσει και το σύστημα των γραφειοκρατικών του διαδικασιών με τέτοιον τρόπο, ώστε να μην προκαλούνται μακροχρόνιες καθυστερήσεις, οι οποίες στερούν από τις τοπικές κοινότητες και κοινωνίες να επωφεληθούν από τις υπηρεσίες υγείας σε συντομότερο χρονικό διάστημα.

### **Επίλογος**

Η παρούσα μελέτη εξέτασε παραδείγματα από την εφαρμογή των μοντέλων ΣΔΙΤ σε συγκεκριμένα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Παρόλο που τα αποτελέσματα μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την περίπτωση ορισμένα ζητήματα προέκυψαν ως

εξέχοντα. Αυτά ήταν η κατανομή της ευθύνης των κινδύνων και το κόστος χρηματοδότησης. Στην πρώτη περίπτωση η λύση μπορεί να είναι μια μορφή συμβολαίων που θα κανονίζει της ευθύνες των μερών, αφήνοντας παράλληλα σημαντικό βαθμό ευελιξίας, ώστε τα μέλη να μπορέσουν να συνεργαστούν και να ανταλλάξουν τεχνογνωσία και χρήσιμες πρακτικές. Στην περίπτωση της χρηματοδότησης, μια πιο ορθή αντίληψη είναι η αντιμετώπιση τους σε όρους ωφελειών προς κόστος, παρά η εστίαση μόνο στο χρηματικό κόστος.

Τα ΣΔΙΤ αποτελούν μια χρήσιμη εναλλακτική πρόταση για την βελτίωση των υποδομών και υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα πρέπει να δίνουν έμφαση στην ευελιξία, αποτελεσματικότητα και βελτιστοποίηση των πρακτικών συνεργασίας μεταξύ των μελών, ώστε να μπορούν να ωφελήσουν σε μεγαλύτερο βαθμό το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.



## **Βιβλιογραφία**

Amanda Navarro et al, “Charting the Future of Community Health Promotion: Recommendations from the National Expert Panel on Community Health Promotion,” *Preventing Chronic Disease* 4, no. 3 (2007): 1–7

Bank W (1993) World development report: investing in health. Oxford University Press: New York

Barr, D. A., (2007), “A Research Protocol to Evaluate the Effectiveness of Public-Private Partnerships as a Means to Improve Health and Welfare Systems Worldwide”, *American Journal of Public Health*, 97:1 pp19–25.

Baru, R. V., Nundy, M. (2008), “Blurring of Boundaries: Public–Private Partnerships in Health Services in India”, *Economic and Political Weekly*, 26:1 pp62–71.

Baumol WJ (1967) Macro-economics of un balanced growth: the anatomy or urban crisis. *Am Econ Rev* 57:415–426

Bazzoli, G., Stein, J., Alexander, J. A., Conrad, D. A., Sofaer, S., Shortell, S. M., (1997), “Public-Private Collaboration in Health and Human Service Delivery: Evidence from Community Partnerships”, *Milbank Quarterly*, 75:4 pp 533–61

Blanken, A., Dewulf, G. P. M. R., (2010), “PPPs in Health: Static or Dynamic?”, *Australian Journal of Public Administration*, 69:1 pp35–47.

Buse, K., Walt, G., 2000a. Global public-private partnerships: part I-A new development in health? *Bull. World Health Organ* 78, pp. 549 -561

Galea, G., McKee, M., 2014. Public-private partnerships with large corporations: setting the ground rules for better health. *Health Policy* 115., 138 - 140

George W. Bush, “Avian and Pandemic Influenza” (November 1, 2005, transmittal letter designating administration proposals for \$7.1 billion in funding for influenza preparedness-related purposes),

Grimsey, D., Lewis, M. K., (2004), “The Governance of Contractual Relationships in Public Private Partnerships”, *Journal of Corporate Citizenship*, 15:1 pp 91–109.

Hodge, G., Greve, C., (2007), “Public–Private Partnerships: An International Performance Review”, *Public Administration Review*, 67:3 pp.545–58.



Hunter EL (2016), "Politics and Public Health - Engaging the Third Rail". *Journal of Public Health Management and Practice*. 22(5):436-441. doi:10.1097/PHH.0000000000000446.

Klijn, E. H., Teisman, G. R., (2003), "Institutional and Strategic Barriers to Public-Private Partnership: An Analysis of Dutch Cases", *Public Money and Management*, 23:3 pp1-9.

Koppenjan, J. (2005), "The Formation of Public-Private Partnerships. Lessons from Nine Transport Infrastructure Projects in the Netherlands", *Public Administration*, 83:1 pp.135-57.

KPMG (2007): PPP im Krankenhausbereich, Haarländer S., Bühner A., Schwandt M., Schöffski O., *Health Economic Research Center*

Montagu, Dominic & Harding, April. (2012). A zebra or a painted horse? Are hospital PPPs infrastructure partnerships with stripes or a separate species?. *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation*. 48. 15-9.

National Governors Association (NGA), Policy Position: HHS-04. Public Health Services Policy (Washington, DC: NGA, 2006);

Nikolic, I. A., Maikisch, H., (2006), "Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience" , Washington, DC: The World Bank.

Nishtar, S., (2004), "Public-Private Partnerships in Health: A Global Call to Action", *Health Research Policy and Systems*, 2:1 pp5-12.

Nixon, J., Ulmann, P. (2006), "The relationship between health care expenditure and health outcomes", *The European Journal of Health Economics*, 2006, Volume 7, Number 1, Page 7-18

OECD, (2008), "Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money", *Public Governance and Territorial Development Directorate Public Governance Committee*, Paris: OECD Publishing.

OECD/CRE DES (2000), *OECD health data 2000. A software package for international comparison of health care systems*. OECD/CREDES: Paris

Reich, M. R. (2002), “Public–Private Partnerships for Public Health”, Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies.

Reich, M. R., (2000), “The Global Drug Gap”, *Science*, 287:5460 pp1979–81.

Roehrich, J.K., Barlow, J. and Wright, S. (2013). Delivering European healthcare infrastructure through public-private partnerships: The theory and practice of contracting and bundling. In: Professor Das, T.K. (Series Editor); series: ‘Research in Strategic Alliances’, book: ‘Managing Public-Private

Sachs JD, Warner AM (1997) Sources of slow growth in African economies. *J Afr Econ* 6:335–376

Scheffler R., Kellogg M., Mas N., Lobo F. (2015) Study of the cost effectiveness of the La Ribera PPIP. Berkeley University. Oakland, CA. USA.

Singh, A., Prakash, G., (2010), “Public–Private Partnerships in Health Services Delivery: A Network Organizations Perspective”, *Public Management Review*, 12:6 pp. 829–56.

Specchia, Maria & Cacciatore, Pasquale & Rossini, G & Calabrò, GE & Ferriero, Anna & Petitti, Tommasangelo & Rosolia, A & Ricciardi, W & Damiani, Gianfranco. (2017). Do Public-Private Partnerships add value to healthcare delivery?. *European Journal of Public Health*. 27. 10.1093/eurpub/ckx187.269.

Torchia M., Calabrò, A., Morner, M., (2015), “Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature”, *Public Management Review*, 17:2, 236-261

Zhang, Z., Wan, D., Jia, M., Gu, L., (2009), “Prior Ties, Shared Values and Cooperation in Public–Private Partnerships”, *Management and Organization Review*, 5:3 pp 353–74.

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government\\_expenditure\\_by\\_function\\_%E2%80%93\\_COFOG](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_expenditure_by_function_%E2%80%93_COFOG)

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government\\_expenditure\\_on\\_health](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_expenditure_on_health)

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_expenditure\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics)

<https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2016-CHARTSET.pdf>

<http://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/what-are-public-private-partnerships>

<http://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives>

## Παράρτημα

Πίνακας 6: Κατηγορίες κρατικών δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ στα κράτη της ΕΕ (2016)

Total general government expenditure by function, 2016 (% of GDP, % of total expenditure, million national currency)												
	General public services	Defence	Public order and safety	Economic affairs	Environmental protection	Housing and community amenities	Health	Recreation, culture and religion	Education	Social protection	Total	
percentage of GDP	EU-28	6.0	1.3	1.7	4.0	0.7	0.6	7.1	1.0	4.7	19.1	46.3
	EA-19	6.3	1.2	1.7	4.2	0.8	0.6	7.1	1.1	4.6	20.0	47.6
	BE	7.9	0.8	1.7	6.5	0.8	0.3	7.4	1.2	6.4	20.0	53.2
	BG	2.7	1.1	2.4	4.1	0.6	1.9	5.0	1.0	3.4	12.7	35.0
	CZ	4.2	0.7	1.7	5.9	0.7	0.6	7.4	1.3	4.5	12.3	39.4
	DK	6.8	1.1	1.0	3.3	0.4	0.3	8.6	1.8	6.9	23.4	53.6
	DE	5.8	1.0	1.6	3.1	0.6	0.4	7.2	1.0	4.2	19.3	44.2
	EE	4.2	2.4	2.0	4.3	0.6	0.4	5.3	2.1	5.9	13.5	40.6
	IE	3.7	0.3	1.0	2.3	0.3	0.5	5.2	0.5	3.3	9.9	27.1
	EL	9.2	2.1	2.2	3.8	1.6	0.2	4.9	0.8	4.3	20.7	49.8
	ES (p)	6.1	1.0	1.9	3.9	0.8	0.5	6.0	1.1	4.0	16.8	42.2
	FR (p)	6.1	1.8	1.6	5.6	0.9	1.1	8.1	1.2	5.4	24.4	56.4
	HR	8.8	1.2	2.3	5.3	0.6	1.1	6.5	1.8	4.8	14.7	47.1
	IT	7.9	1.3	1.9	4.0	0.9	0.7	7.0	0.8	3.9	21.1	49.4
	CY	7.7	1.5	1.7	2.6	0.3	1.5	2.6	0.9	6.0	13.8	38.6
	LV	4.4	1.6	2.2	4.9	0.5	0.9	3.7	1.4	5.5	12.0	37.3
	LT	4.1	1.6	1.5	3.0	0.5	0.4	5.8	1.0	5.2	11.2	34.2
	LU	4.7	0.4	1.0	5.5	0.9	0.5	4.8	1.2	4.8	18.2	42.1
	HU	7.9	0.7	2.3	7.1	0.5	0.8	4.8	3.3	4.9	14.3	46.7
	MT	6.4	0.6	1.2	4.6	1.0	0.3	5.6	1.0	5.4	12.0	38.1
	NL (p)	4.3	1.2	1.9	3.9	1.4	0.3	7.7	1.3	5.3	16.2	43.4
	AT	6.6	0.6	1.4	5.7	0.4	0.3	8.0	1.2	4.9	21.6	50.7
	PL	4.7	1.6	2.2	4.1	0.4	0.6	4.6	1.1	5.0	16.9	41.2
	PT (e)	8.3	0.9	1.8	3.2	0.6	0.5	5.9	0.8	4.9	18.0	45.0
	RO	4.4	0.9	2.0	4.5	0.6	1.2	4.0	0.9	3.7	11.6	34.0
	SI	6.6	0.9	1.7	4.5	0.6	0.4	6.7	1.4	5.6	16.7	45.1
	SK	5.3	1.0	2.3	4.5	0.7	0.5	7.4	1.0	3.8	15.1	41.5
	FI	8.1	1.3	1.2	4.5	0.2	0.3	7.2	1.4	6.1	25.6	56.0
	SE	6.6	1.2	1.3	4.1	0.3	0.7	6.9	1.1	6.6	20.6	49.4
	UK	4.6	2.0	1.8	3.0	0.7	0.7	7.6	0.6	4.7	15.8	41.5
	IS	6.8	0.1	1.3	4.8	0.6	0.5	7.5	3.0	7.1	13.4	45.1
NO	4.7	1.6	1.2	5.4	0.9	0.8	8.7	1.6	5.6	20.3	50.8	
CH	4.8	0.8	1.7	4.0	0.6	0.2	2.2	0.8	5.6	13.6	34.3	
EU-28	12.9	2.9	3.7	8.6	1.6	1.3	15.3	2.2	10.2	41.2		
EA-19	13.3	2.6	3.5	8.7	1.7	1.2	15.0	2.3	9.7	42.1		
BE	14.9	1.5	3.2	12.2	1.6	0.6	13.9	2.3	12.0	37.6		
BG	7.8	3.1	6.7	11.8	1.8	5.5	14.3	2.8	9.8	36.4		
CZ	10.6	1.8	4.4	15.0	1.9	1.5	18.9	3.3	11.3	31.2		
DK	12.6	2.1	1.9	6.2	0.8	0.5	16.1	3.3	12.9	43.6		
DE	13.2	2.3	3.6	7.0	1.4	0.9	16.2	2.3	9.5	43.6		
EE	10.4	6.0	4.8	10.5	1.4	0.9	13.1	5.1	14.6	33.3		
IE	13.6	1.1	3.8	8.5	1.2	2.0	19.2	2.0	12.1	36.4		
EL	16.5	4.3	4.4	7.5	3.2	0.5	8.9	1.5	6.6	41.5		
ES (p)	14.4	2.3	4.5	9.3	1.9	1.1	14.3	2.6	8.6	39.9		
FR (p)	10.8	3.2	2.9	9.9	1.7	1.9	14.4	2.2	9.6	43.3		
HR	18.6	2.6	4.9	11.3	1.4	2.3	13.9	3.8	10.2	31.2		
IT	16.0	2.6	3.8	8.0	1.8	1.3	14.1	1.7	7.9	42.7		
CY	20.0	3.9	4.4	6.7	0.7	3.9	6.8	2.3	15.6	35.7		
LV	11.9	4.4	5.8	13.2	1.4	2.4	10.0	3.9	14.7	32.2		
LT	11.9	4.6	4.3	8.8	1.4	1.1	17.1	3.0	15.1	32.8		
LU	11.3	1.0	2.4	13.2	2.2	1.2	11.3	2.9	11.5	43.1		
HU	17.0	1.5	5.0	15.1	1.1	1.7	10.3	7.1	10.5	30.7		
MT	16.7	1.6	3.1	12.1	2.7	0.7	14.7	2.6	14.1	31.6		
NL (p)	9.9	2.7	4.3	9.0	3.1	0.7	17.7	3.1	12.2	37.3		
AT	13.0	1.2	2.7	11.2	0.8	0.7	15.8	2.4	9.8	42.6		
PL	11.3	3.9	5.3	9.9	1.0	1.5	11.3	2.6	12.1	41.2		
PT (e)	18.4	2.1	4.0	7.1	1.3	1.2	13.2	1.8	10.8	40.0		
RO	13.0	2.6	6.0	13.3	1.8	3.5	11.9	2.7	10.8	34.2		
SI	14.6	2.0	3.8	10.1	1.2	0.9	14.9	3.2	12.4	37.0		
SK (p)	12.7	2.4	5.6	10.8	1.6	1.2	17.7	2.4	9.3	36.4		
FI	14.4	2.3	2.1	8.1	0.4	0.6	12.9	2.6	10.8	45.8		
SE	13.4	2.4	2.6	8.4	0.6	1.4	13.9	2.2	13.4	41.7		
UK	11.0	4.8	4.4	7.3	1.8	1.7	18.3	1.5	11.2	38.1		
IS	15.1	0.1	2.9	10.7	1.3	1.0	16.6	6.7	15.8	29.8		
NO	9.2	3.1	2.3	10.6	1.8	1.7	17.1	3.1	11.1	40.0		
CH	13.9	2.4	4.9	11.7	1.7	0.6	6.5	2.4	16.3	39.6		
EU-28	889 793	199 391	254 920	597 082	111 704	91 816	1 057 935	154 750	703 964	2 843 901	6 905 254	
EA-19	681 708	131 991	182 058	448 413	86 211	62 644	769 764	115 944	497 623	2 161 829	5 138 182	
BE	33 627	3 463	7 299	27 384	3 583	1 446	31 299	5 250	27 108	84 643	225 101	
BG	2 558	1 025	2 220	3 873	596	1 809	4 700	919	3 233	11 973	32 906	
CZ	200 135	34 602	82 810	282 765	35 502	28 216	355 176	61 721	212 816	586 927	1 880 670	
DK	139 978	23 463	20 714	69 123	8 701	5 549	177 815	36 446	142 992	482 486	1 107 267	
DE	183 421	32 607	49 873	96 698	19 185	11 899	225 324	31 691	132 335	605 524	1 388 557	
EE	891	511	412	903	123	74	1 120	433	1 249	2 855	8 571	
IE	10 129	852	2 824	6 328	927	1 470	14 297	1 506	9 049	27 172	74 553	
EL	16 055	3 706	3 792	6 598	2 752	416	8 552	1 329	7 490	35 985	86 675	
ES (p)	69 081	10 904	21 210	44 088	9 165	5 403	67 598	12 383	44 914	188 289	472 033	
FR (p)	136 302	40 661	36 736	124 844	21 168	24 319	180 317	27 753	120 242	544 118	1 256 456	
HR	30 642	4 278	8 006	18 632	2 228	3 754	22 813	6 192	16 748	51 331	164 623	
IT	132 732	21 551	31 545	66 622	15 027	11 039	116 884	14 254	65 956	354 862	830 111	
CY	1 398	275	309	468	46	275	475	163	1 090	2 501	6 998	
LV	1 108	411	540	1 233	135	223	935	361	1 369	2 997	9 310	
LT	1 570	603	568	1 169	186	143	2 259	393	1 992	4 344	13 227	
LU	2 516	222	543	2 939	483	267	2 526	646	2 557	9 628	22 328	
HU	2 809 386	251 346	818 996	2 497 339	180 187	288 487	1 704 440	1 173 945	1 731 139	5 079 054	16 534 319	
MT	633	61	117	459	101	27	556	99	533	1 195	3 780	
NL (p)	30 304	8 253	13 019	27 446	9 571	2 189	54 064	9 431	37 157	113 815	306 249	
AT	23 259	2 173	4 788	20 032	1 410	1 221	28 280	4 258	17 486	76 227	179 133	
PL	86 710	29 705	40 578	75 592	7 828	11 161	86 359	19 775	92 567	314 940	765 214	
PT (e)	15 331	1 752	3 345	5 940	1 090	995	11 010	1 513	9 022	33 372	83 371	
RO	33 782	6 819	15 567	34 573	4 778	8 965	30 871	7 024	27 972	88 684	259 034	
SI	2 667	361	702	1 837	226	165	2 710	577	2 253	6 740	18 239	
SK	4 275	803	1 875	3 636	534	397	5 975	793	3 119	12 277	33 684	
FI	17 410	2 822	2 561	9 790	499	678	15 584	3 112	13 063	55 286	120 805	
SE	290 793	51 974	56 994	182 663	13 443	31 201	302 849	48 107	291 879	907 575	2 177 578	
UK	89 633	38 724	35 569	59 116	14 385	14 082	148 813	12 612	91 411	310 201	814 546	
IS	166 321	1 537	32 136	118 590	13 826	11 340	183 342	74 073	174 243	328 408	1 103 815	
NO	145 547	48 882	36 363	167 904	28 928	26 268	271 501	49 427	175 524	633 883	1 584 227	
CH	31 330	5 364	11 162	26 499	3 895	1 298	14 724	5 465	36 869	89 597	226 203	

eurostat

Πηγή: Eurostat

