



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2020-2022  
«ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»  
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Συμπράξεις Δημοσίου- Ιδιωτικού τομέα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα  
Υγείας- Εφαρμογές και Διεθνής εμπειρία»**

**ΑΜ:mlead20024**

**Συγγραφέας:**

**ΡΟΥΣΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ**

**Επιβλέπουσα: Αγγελική Λιαριγκοβινού**

**Αθήνα, Σεπτέμβριος 2022**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2020-2022  
«ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»  
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Συμπράξεις Δημοσίου- Ιδιωτικού τομέα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα  
Υγείας- Εφαρμογές και Διεθνής εμπειρία»**

**AM:mlead20024**

**Συγγραφέας:**

**ΡΟΥΣΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ**

**Επιβλέπουσα: Αγγελική Λιαργκοβινού**

**Αθήνα, Σεπτέμβριος 2022**

UNIVERSITY OF WEST ATTICA  
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH  
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY

POSTGRADUATE PROGRAMME IN PUBLIC HEALTH 2020-2022  
“LEADERSHIP, INNOVATION AND VALUE BASED HEALTH POLICIES”  
SPECIALIZATION: DECISION MAKING AND HEALTH POLICY PLANNING

**“Public-Private Partnerships in Primary Health Care- Applications and  
International Experience”**

**Registration Number: mlead20024**

**Thesis of**

**Rousi Chrysoula**

**Supervisor: Aggeliki Liarigkoinou**

**Athens, September 2022**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΠΜΣ «ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»**

**«Συμπράξεις Δημοσίου- Ιδιωτικού τομέα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα  
Υγείας- Εφαρμογές και Διεθνής εμπειρία»**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	Αγγελική Λιαριγκοβινού	ΕΔΙΠ Α' (PhD)	
2.	Κων/νος Αθανασάκης	Επίκουρος Καθηγητής	
3.	Θεόδωρος Σεργεντάνης	Επίκουρος Καθηγητής	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Ρούση Χρυσούλα του Δημητρίου, με αριθμό μητρώου: mlead20024, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγείας», του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς, είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από εμένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

Ρούση Χρυσούλα  
[Υπογραφή]

.....

**Copyright ©, Ρούση Χρυσούλα, 2022**

**Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.**

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στην Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγείας, του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Ραϊν  
Γαϊσάρη  
R

.....

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Οι ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας, σε συνδυασμό με τη μείωση των κονδυλίων στον τομέα της υγείας τα τελευταία χρόνια, οδηγεί τις κοινωνίες σε μια προσπάθεια ανεύρεσης λύσης, προκειμένου να βρεθούν οι μηχανισμοί που θα μπορέσουν να ελέγξουν το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, χωρίς να μειώνεται η επάρκεια και η ποσότητα των εν λόγω υπηρεσιών. Μια από τις λύσεις αυτές είναι και η σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στην υγεία.

**Σκοπός:** Η αναζήτηση των μελετών και της βιβλιογραφίας που θα αποδεικνύει ή θα αποτυπώνει τη συμβολή της σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) ή στην επίλυση των προβλημάτων στην ΠΦΥ.

**Μεθοδολογία:** Για την εν λόγω βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκε το μεθοδολογικό εργαλείο PRISMA. Η αναζήτηση της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις βάση δεδομένων PubMed και Scopus για άρθρα που δημοσιεύτηκαν από το 2000, όπου η ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ άρχισε να εφαρμόζεται σε μεγαλύτερο βαθμό σε παγκόσμιο επίπεδο, έως και τον Ιούνιο του 2022.

**Αποτελέσματα:** Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν 20 μελέτες που εξετάζουν την εφαρμογή της σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι περισσότερες μελέτες έχουν διεξαχθεί σε αναπτυσσόμενες χώρες και αξιολογούν την ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ μέσω της προαγωγής υγείας των πολιτών και της πρόληψης διαφόρων μεταδοτικών κυρίως ασθενειών, όπου η ΣΔΙΤ έχει θετική επιρροή στην ΠΦΥ. Η έλλειψη δεδομένων σε θέματα που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση και με οικονομικής φύσεως θέματα στις ΣΔΙΤ δεν μας επιτρέπουν να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα αναφορικά με το οικονομικό αντίκτυπο της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ και όσον αφορά τους πολίτες και όσον αφορά τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γενικότερα.

**Συμπεράσματα:** Παρά τις διάφορες προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν, οι ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ μπορούν να διευκολύνουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ιδίως σε απομακρυσμένες περιοχές. Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να εξετάσουν μακροπρόθεσμα σχέδια και δημόσιες πολιτικές



για να εφαρμόσουν τη ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη και τις οικονομικές παραμέτρους που απορρέουν από μια τέτοια σύμπραξη.

**Λέξεις-κλειδιά:** σύμπραξη δημοσίου- ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ), πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), πολιτική υγείας

# Περιεχόμενα

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατάλογος πινάκων

Κατάλογος εικόνων

Κατάλογος σχημάτων

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κεφάλαιο 2. ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ-ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

2.1. Σύμπραξη δημοσίου-ιδιωτικού τομέα

2.2. Η ΣΔΙΤ στην Ευρώπη

2.3. Κατευθυντήριες οδηγίες για τη ΣΔΙΤ

2.4. Δημόσια ή ιδιωτική χρηματοδότηση

2.5. Τα μοντέλα ΣΔΙΤ

Κεφάλαιο 3. Η ΣΔΙΤ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.2. Το παγκόσμιο υγειονομικό τοπίο

3.3. ΣΔΙΤ και υγειονομική περίθαλψη

3.4. Η ΣΔΙΤ στην Ευρώπη στον τομέα της υγείας

3.5. Η αξιολόγηση της ΣΔΙΤ

3.6. Προκλήσεις της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ

Κεφάλαιο 4. Η ΣΔΙΤ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1. Η εφαρμογή της ΣΔΙΤ στα νοσοκομεία στην Ελλάδα

4.2. Η χρηματοδότηση της ΣΔΙΤ στην Ελλάδα στον τομέα της υγείας

### ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

5.1. Σκοπός και επιμέρους στόχοι

5.2. Μεθοδολογία

Κεφάλαιο 6. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

6.1. Περιγραφή των βασικών χαρακτηριστικών των μελετών

6.2. Αναλυτική περιγραφή μελετών που προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Κεφάλαιο 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ63

Κεφάλαιο 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ66

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ68

ABSTRACT75

## **Κατάλογος πινάκων**

Πίνακας 1: Μοντέλα δομών ΣΔΙΤ στην κατασκευή νοσοκομείων και άλλων υπηρεσιών υγείας28

Πίνακας 2. Προκλήσεις που αντιμετωπίζει η ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ33

Πίνακας 3. Στρατηγική και λέξεις κλειδιά για τον προσδιορισμό των μελετών που αποδεικνύουν ή θα αποτυπώνουν τη συμβολή της ΣΔΙΤ στη βελτίωση της ΠΦΥ ή στην επίλυση των προβλημάτων στην ΠΦΥ.39

Πίνακας 4. Βασικά χαρακτηριστικά μελετών που προέκυψαν από την ανασκόπηση53

## **Κατάλογος εικόνων**

Εικόνα 1. ΣΔΙΤ στην Ευρώπη με βάση τον αριθμό των έργων και την αξία τους<sup>7</sup>

Εικόνα 2. Γεωγραφική κατανομή των έργων υποδομής υγειονομικής περίθαλψης ανά στάδιο έργου, Μάιος 2017<sup>24</sup>

## **Κατάλογος σχημάτων**

Σχήμα 1. Βήματα για την επιτυχή ανάπτυξη της ΣΔΙΤ6

Σχήμα 2. Βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχία των έργων ΣΔΙΤ11

Σχήμα 3. Βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου ΣΔΙΤ στην υγεία18

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η μελέτη αυτή διεξήχθη στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στην Ηγεσία, Καινοτομία και Πολιτικές Αξίας στην Υγεία, του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Η βιβλιογραφική αναζήτηση υπήρξε βασικός άξονας ανεύρεσης πηγών πληροφόρησης για το θέμα. Βασίστηκα σε μελέτη σύγχρονων συγγραμμάτων και άρθρων από το διαδίκτυο για τεκμηρίωση και απόδειξη των όσων αναφέρονται.

Η ΣΔΙΤ είναι μια σύμπραξη που συζητιέται έντονα τον τελευταίο καιρό στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα και θα επιφέρει αλλαγές, που θα κληθούμε να χειριστούμε ως γιατροί, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όπου και εργάζομαι. Αυτός είναι εξάλλου και ο λόγος που με ώθησε στη μελέτη και τη συγγραφή αυτής της εργασίας.

Θα ήθελα λοιπόν να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κα Λιαριγκοβινού για την ευκαιρία που μου έδωσε και την καθοδήγησή της, αλλά και όλους τους καθηγητές του προγράμματος για αυτό το διαφορετικό ταξίδι των γνώσεων που μου προσέφεραν.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## Κεφάλαιο 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιδέα των συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) είναι τόσο παλιά, όσο και επίκαιρη. Παλιά, καθώς διάφορες εταιρείες είχαν αναλάβει να παρέχουν δημόσιες υπηρεσίες για λογαριασμό του κράτους τουλάχιστον από το 1602 που δημιουργήθηκε η Ολλανδική Εταιρεία Ανατολικών Ινδιών και το κοινοβούλιο των Κάτω Χωρών της έδωσε τη δυνατότητα να πραγματοποιεί αποικιακές δραστηριότητες στην Ασία, παραχωρώντας της ένα 21ετές μονοπώλιο. Επιπλέον, η Canal du Midi το 1666 στη Γαλλία και η Turnpike Trusts στην Αγγλία το 18<sup>ο</sup> αιώνα είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα ΣΔΙΤ, τα οποία εκτιμάται ότι επέφεραν εξοικονόμηση δαπανών τουλάχιστον 0,5% του εθνικού εισοδήματος το 1800 και το 1820 (Bogart 2005). Η ΣΔΙΤ είναι και επίκαιρη, καθώς πολλές κυβερνήσεις, σε όλες τις ανεπτυγμένες και αναδυόμενες οικονομίες, διερευνούν επί του παρόντος τη δυνητική χρήση μιας τέτοιας σύμπραξης (Barlow et al. 2013).

Στον τομέα της υγείας, η ΣΔΙΤ αντικατοπτρίζει ένα μέρος της συνέχειας μεταξύ της αμιγώς κρατικής παροχής υπηρεσιών, η οποία δεν είναι ορατή πουθενά στον κόσμο και της αμιγώς ιδιωτικής ή εμπορικής παροχής που είναι εξίσου μη ορατή. Επιπλέον, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ακόμα και όσον αφορά την αμοιβή παροχής υπηρεσιών υγείας υπάρχει συνήθως ένα μείγμα δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (Wright et al. 2019).

Στη σημερινή εποχή, όπου οι ανάγκες του πληθυσμού για την παροχή υπηρεσιών υγείας συνεχώς αυξάνονται, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία συνεχώς μειώνονται. Για να ανταπεξέλθουν οι κοινωνίες στην ολοένα και αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας προσπαθούν να βρουν μηχανισμούς και συστήματα που θα τους βοηθήσουν να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού για υγεία σε συνδυασμό πάντοτε με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Επομένως, σήμερα, περισσότερο από κάθε άλλη φορά, είναι αναγκαία η εύρεση νέων πηγών χρηματοδότησης, προκειμένου να ανταπεξέλθει το σύστημα υγείας στις όλο και αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού (Παπαδοπούλου 2019).

Στο πλαίσιο αυτό, η ΣΔΙΤ είναι ένα απαραίτητο εργαλείο προκειμένου να εξασφαλιστεί στο δημόσιο τομέα η επιδιωκόμενη ανάπτυξη, συμπεριλαμβανομένου και του τομέα της υγείας όπου

οι ανάγκες για εξοπλισμό και για ανακαίνιση των εγκαταστάσεων είναι πολλές (Χατζητόλιος και συν. 2007).

Οι περισσότερες κυβερνήσεις προωθούν τη συρρίκνωση του ρόλου του κράτους σε οικονομικές δραστηριότητες και εστιάζουν στη δημιουργία κατάλληλων για τη διαχείριση των αναδυόμενων προβλημάτων συνθηκών, από τον ιδιωτικό τομέα. Σκοπός της μεταρρύθμισης είναι η αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας και της καινοτομίας και η δημιουργία συνθηκών ανταγωνισμού, προκειμένου το κράτος να μειώσει την ανάγκη δανεισμού χρημάτων ώστε να μπορέσει να διατηρήσει τις δημόσιες υπηρεσίες (Kyloudis et al. 2012).

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η συστηματική αναζήτηση των μελετών και της βιβλιογραφίας που θα αποδεικνύει ή θα αποτυπώνει τη συμβολή της ΣΔΙΤ στη βελτίωση της ΠΦΥ ή στην επίλυση των προβλημάτων στην ΠΦΥ. Επομένως, μέσα από την αναζήτηση των μελετών και την παράθεση των αποτελεσμάτων, θα εξαχθούν συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ.

## **Κεφάλαιο 2. ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ-ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ**

### **2.1. Σύμπραξη δημοσίου-ιδιωτικού τομέα**

Η θεωρία ΣΔΙΤ επικεντρώνεται σε έναν σαφή ορισμό των αποτελεσμάτων, λειτουργώντας γύρω από μια λεπτομερή επιχειρηματική υπόθεση και μια διεξοδική φάση ανάπτυξης του έργου, θέτοντας σχέδια διαχείρισης του έργου και της σύμβασης, καθώς και τη διεξαγωγή αξιολογήσεων της αγοράς σε διάφορα επίπεδα (Grimsey & Lewis 2004). Το βασικό χαρακτηριστικό των μοντέλων ΣΔΙΤ επικεντρώνεται στο ότι ο δημόσιος τομέας συνάπτει συμβάσεις ή αγοράζει ένα σύνολο αγαθών ή υπηρεσιών και όχι την κατασκευή τους ή την προμήθειά τους (Queiroz 2007).

Ορισμένες από τις περιγραφές που δίνονται για τη ΣΔΙΤ είναι αρκετά ευρείες, καθώς αναφέρουν ότι είναι απλώς μια ευκαιριακή συνεργασία μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα η περιγραφή να χάνει σχεδόν το νόημά της. Υπάρχουν και περιγραφές που είναι τόσο περιορισμένες που αποκλείουν έγκυρα παραδείγματα σύμπραξης περιουσιακών στοιχείων και υπηρεσιών (Barlow et al. 2013).

Οι λόγοι για την εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα χαρακτηρίζονται συνήθως από δύο διαστάσεις που είναι: α) η παροχή ιδιωτικών κεφαλαίων σε αντικατάσταση της δημόσιας χρηματοδότησης και β) η απόκτηση εμπορικών δεξιοτήτων σχεδιασμού, η συντήρηση και διατήρηση των ακινήτων και η παροχή λειτουργιών και ιατρικών υπηρεσιών που συμπληρώνουν ή αντικαθιστούν τις διαθέσιμες κρατικές λειτουργίες ή υπηρεσίες (Roehrich et al. 2014, Barlow & Köberle-Gaiser 2009). Η απόφαση για την παροχή υπηρεσιών από φορείς του ιδιωτικού τομέα, συμπεριλαμβανομένης της ΣΔΙΤ, θα πρέπει να γίνεται για πραγματικούς λόγους και κατά περίπτωση, όταν η χρηματοδότηση δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί διαφορετικά και με αποδεκτούς όρους ή όταν οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα μπορούσαν να βελτιωθούν και όχι για ιδεολογικούς λόγους (Wright et al. 2019).

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) όρισε τη ΣΔΙΤ ως μια συμφωνία μεταξύ του δημοσίου τομέα και ενός ή/και περισσοτέρων ιδιωτικών φορέων (OECD 2008). Οι ιδιωτικοί φορείς παρέχουν υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που ορίζει η κυβέρνηση και ταυτόχρονα παράγει κέρδη για τους μετόχους, τα οποία εξαρτώνται από το πώς

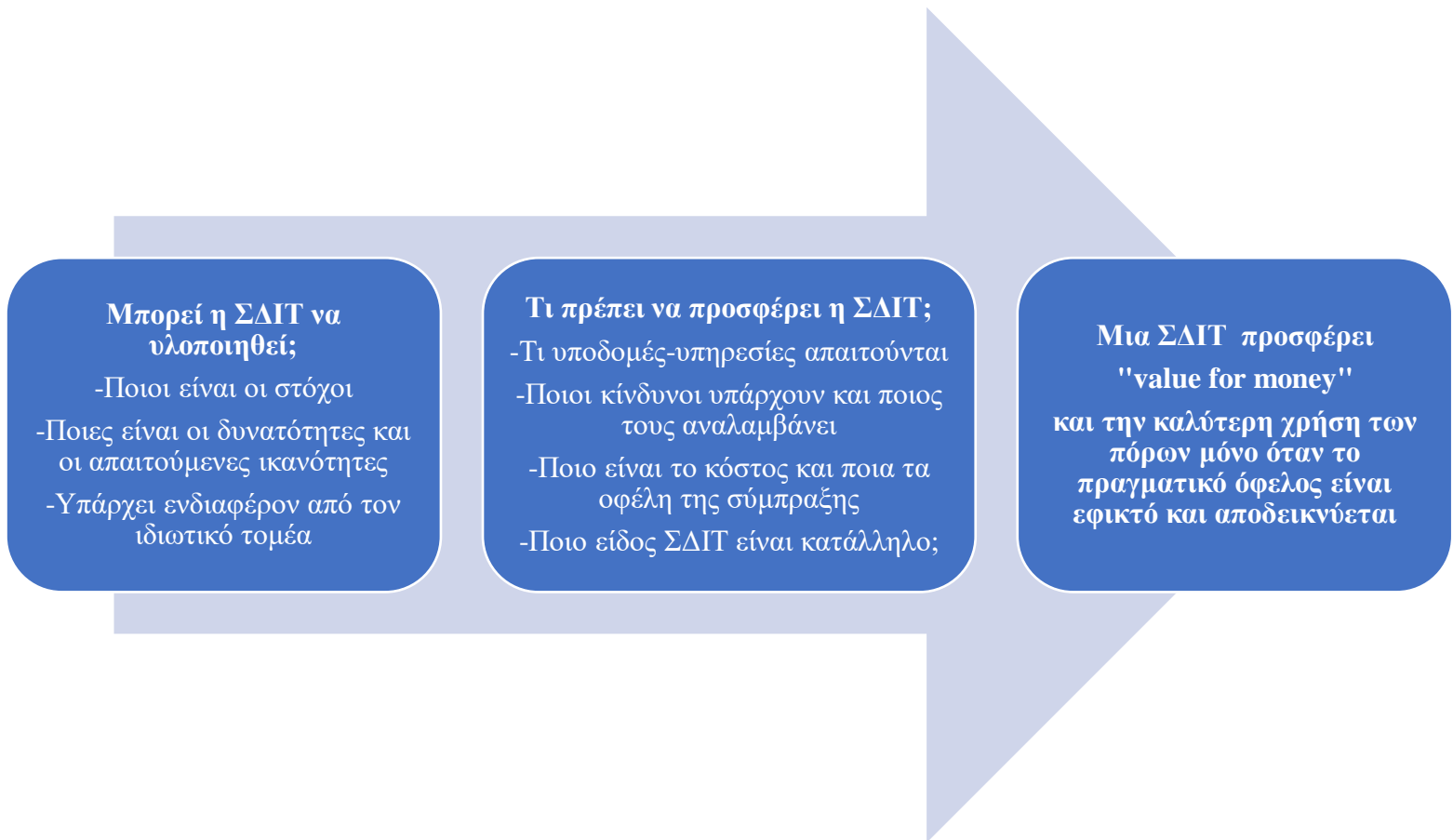
κατανέμονται οι κίνδυνοι σε κάθε φορέα. Οι Roehrich et al. (2014) απαριθμούν συνολικά επτά εννοιολογικές προσεγγίσεις της ΣΔΙΤ, οι οποίες έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, όπως οι δια-οργανωτικές σχέσεις και ο επιμερισμός του κινδύνου. Οι Forrer et al. (2010) αναφέρουν ότι: «οι συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα είναι οι συνεχείς συμφωνίες μεταξύ της κυβέρνησης και των οργανισμών του ιδιωτικού τομέα, στις οποίες ο ιδιωτικός οργανισμός συμμετέχει στη λήψη των αποφάσεων και στην παραγωγή ενός δημόσιου αγαθού ή μιας υπηρεσίας που παραδοσιακά παρέχεται από το δημόσιο τομέα και στην οποία ο ιδιωτικός τομέας μοιράζεται τον κίνδυνο της εν λόγω παραγωγής». Αυτός ο ορισμός αποτυπώνει βασικά χαρακτηριστικά της ΣΔΙΤ που πρέπει να τεθούν υπό συζήτηση και φαίνεται να επιτρέπει σχετικά βραχυπρόθεσμες ρυθμίσεις που θεωρούνται περισσότερο ως εξωτερική ανάθεση, παρά ως πραγματική ΣΔΙΤ, υπαινίσσοντας μόνο οικονομική δέσμευση.

Ένας άλλος ορισμός που προέρχεται από το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρει ότι η ΣΔΙΤ είναι: «η ρύθμιση μεταξύ δύο ή/και περισσότερων οντοτήτων που τους επιτρέπει να εργαστούν συνεργατικά για την επίτευξη κοινών ή συμβατών στόχων και στην οποία υπάρχει κάποιος βαθμός κοινής εξουσίας και ευθύνης, κοινή επένδυση πόρων, κοινή ανάληψη κινδύνων και αμοιβαίο όφελος» (Treasury 1998).

Γενικότερα, η ΣΔΙΤ είναι μια μορφή μακροπρόθεσμης σύμβασης μεταξύ μιας κυβέρνησης και ενός ιδιώτη, με βάση την οποία η κυβέρνηση και ο ιδιώτης συνεργάζονται για την παροχή δημόσιων υπηρεσιών. Οι ΣΔΙΤ ξεχωρίζουν από τη σύναψη άλλων δημοσίων συμβάσεων, καθώς διακρίνονται για: α) το μακροπρόθεσμο χαρακτήρα τους (συνήθως >15 έτη), β) τον κοινόχρηστο χαρακτήρα της επένδυσης ή της συνεισφοράς περιουσιακών στοιχείων και γ) τη μεταφορά κινδύνου από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα. Στο πλαίσιο μιας ΣΔΙΤ, ο ιδιωτικός εταίρος αναλαμβάνει σημαντικούς οικονομικούς, λειτουργικούς και τεχνικούς κινδύνους και είναι υπεύθυνος για καθορισμένα αποτελέσματα. Οι ΣΔΙΤ παρέχουν στις κυβερνήσεις εναλλακτικές μεθόδους χρηματοδότησης, ανάπτυξης υποδομών και παροχής υπηρεσιών. Κάνοντας το επενδυτικό κεφάλαιο περισσότερο ελκυστικό για τον ιδιωτικό τομέα, οι ΣΔΙΤ μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο για τις ιδιωτικές επενδύσεις σε νέες αγορές και επιπλέον, μπορούν να μειώσουν και τα εμπόδια εισόδου των ιδιωτών. Τα τελευταία χρόνια, οι κυβερνήσεις από τις χώρες χαμηλού έως μεσαίου εισοδήματος έχουν αυξήσει σημαντικά τη μακροχρόνια συνεργασία με τον

ιδιωτικό τομέα, για την παροχή υπηρεσιών σε τομείς όπως οι μεταφορές, η ενέργεια και η διαχείριση των αποβλήτων (Abuzaineh et al. 2018).

Πολλές είναι οι κυβερνήσεις που όσον αφορά τις οικονομικές δραστηριότητες, προσανατολίζονται στη συρρίκνωση του ρόλου του κράτους και δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στη διαμόρφωση κατάλληλου κλίματος και συνθηκών για τη διαχείριση των αναδυόμενων προβλημάτων από τον ιδιωτικό τομέα. Η ΣΔΙΤ στη χώρα μας ξεκίνησε το 1990 με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ανταγωνιστικού κλίματος από το κράτος, δίνοντας με αυτό τον τρόπο τη δυνατότητα στον ιδιωτικό τομέα να διαπραγματευτεί για δραστηριότητες που μέχρι πρότινος παρέχονταν αποκλειστικά από το δημόσιο τομέα (Παπαδοπούλου 2019).



**Σχήμα 1.** Βήματα για την επιτυχή ανάπτυξη της ΣΔΙΤ

**Πηγή:** Abuzaineh et al. (2018)

## 2.2. Η ΣΔΙΤ στην Ευρώπη

Στην Ευρώπη, η ΣΔΙΤ ανεξαρτήτως τομέα κορυφώθηκε λίγο πριν την χρηματοπιστωτική κρίση, στα τέλη της δεκαετίας του 2000 και έκτοτε έχει μειωθεί περισσότερο από το ήμισυ, μετρούμενη είτε με βάση τον αριθμό των έργων, είτε με βάση την αξία τους (Εικόνα 1). Η έκθεση που δημοσιεύτηκε το Μάρτιο του 2019 από το Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο\_ ΕΕΣ (European Court of Auditors\_ ECA) παρέχει στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι ΣΔΙΤ δεν εφαρμόζονται και έχουν τύχει προσοχής από τις κυβερνήσεις των κρατών, την Παγκόσμια Τράπεζα, τη γενική συνέλευση του ΟΗΕ, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το παγκόσμιο φόρουμ επενδύσεων στη Γενεύη (Wright et al. 2019).



Εικόνα 1. ΣΔΙΤ στην Ευρώπη με βάση τον αριθμό των έργων και την αξία τους

Πηγή: ECA (2019) <https://www.epsu.org/article/european-court-auditors-report-public-private-partnerships-ppps>

Το ΕΕΣ εντόπισε 84 έργα αξίας 9,6 δισεκατομμυρίων ευρώ, συγχρηματοδοτούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), στα οχτώ εκ των οποίων διενήργησε έλεγχο. Το 30% του συνολικού κόστους των ελεγχθέντων έργων καλύφθηκε από την ΕΕ. Η ανάλυση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το δημόσιο χρήμα είχε δαπανηθεί αναποτελεσματικά και τα αναμενόμενα οφέλη από τη ΣΔΙΤ δεν είχαν πραγματοποιηθεί (ECA 2019).

Σύμφωνα με το ΕΕΣ, οι ΣΔΙΤ που ελέγχθηκαν είχαν εκτεταμένες ελλείψεις και περιορισμένα οφέλη, με αποτέλεσμα 1,5 δισ. ευρώ να έχουν δαπανηθεί σε αναποτελεσματικές δαπάνες. Επιπλέον, η σχέση ποιότητας-τιμής και η διαφάνεια υπονομεύτηκαν ευρέως, ιδίως λόγω της ασαφούς πολιτικής, και στρατηγικής, της ανεπαρκούς ανάλυσης, της εκτός ισολογισμού καταγραφής των ΣΔΙΤ που αποκρύπτει το πραγματικό κόστος και των μη ισορροπημένων ρυθμίσεων επιμερισμού του κινδύνου (ECA 2019).

Η ανωτέρω έκθεση και τα ανωτέρω στοιχεία περιλάμβαναν ΣΔΙΤ σε διάφορους τομείς, όπως οι μεταφορές, η εκπαίδευση, η δικαιοσύνη και η υγεία. Η συνολική πτώση ΣΔΙΤ προκλήθηκε από προβλήματα πολιτικής φύσεως και επιδεινώθηκε περισσότερο από τις δυσκολίες χρηματοδότησης (Wright et al. 2019).

### **2.3. Κατευθυντήριες οδηγίες για τη ΣΔΙΤ**

Οι προσπάθειες των χωρών για τη μεταρρύθμιση και την αναβάθμιση των υποδομών και των υπηρεσιών του δημοσίου τομέα θα μπορούσαν δυνητικά να επωφεληθούν από τη ΣΔΙΤ και αυτό μπορεί να συμβεί εξαιτίας της τεράστιας χρηματοδότησης που απαιτείται για την προσαρμογή των υποδομών σε συγκεκριμένα πρότυπα. Οι τέσσερις βασικοί ρόλοι του ιδιωτικού τομέα στη ΣΔΙΤ είναι οι εξής:

- ❖ Η παροχή πρόσθετου κεφαλαίου
- ❖ Η παροχή εναλλακτικών δεξιοτήτων διαχείρισης και υλοποίησης
- ❖ Η παροχή προστιθέμενης αξίας στον καταναλωτή και στο ευρύ κοινό
- ❖ Η παροχή καλύτερου προσδιορισμού των αναγκών και βέλτιστης χρήσης των διαθέσιμων πόρων

Οι κατευθυντήριες γραμμές δεν αποσκοπούν στην παροχή ενός λεπτομερούς οδηγού για το σχεδιασμό, την αξιολόγηση και την υλοποίηση μιας ΣΔΙΤ, αλλά επικεντρώνονται σε ορισμένα κρίσιμα ζητήματα που επηρεάζουν την επιτυχή ενσωμάτωση των επιχορηγήσεων του δημοσίου, των ιδιωτικών κεφαλαίων, των δανείων και της χρηματοδότησης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Οι κατευθυντήριες γραμμές για τη ΣΔΙΤ αποτελούνται από πέντε θεματικά μέρη που αφορούν (European Commission 2003):

- ✓ Εναλλακτικές δομές ΣΔΙΤ, καταλληλότητα αυτών και παράγοντες επιτυχίας
- ✓ Νομικές και κανονιστικές δομές
- ✓ Χρηματοοικονομικές και οικονομικές επιπτώσεις των ΣΔΙΤ
- ✓ Ενσωμάτωση των στόχων της επιχορήγησης και των ΣΔΙΤ
- ✓ Σύλληψη, σχεδιασμός και υλοποίηση των ΣΔΙΤ

Στο πρώτο μέρος «Εναλλακτικές δομές ΣΔΙΤ» παρουσιάζονται τέσσερις μεγάλες κατηγορίες δομών ΣΔΙΤ η καθεμία με αυξανόμενο βαθμό συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα. Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι, ενώ γενικά αναγνωρίζεται ότι οι ΣΔΙΤ αποτελούν μια αποτελεσματική εναλλακτική λύση για την κινητοποίηση και τη χρήση των χρηματοδοτικών πόρων και ότι υπάρχει αποτελεσματικότητα του ιδιωτικού τομέα που μπορεί να αξιοποιηθεί, ωστόσο παραμένουν μια εξελισσόμενη έννοια και δεν αποτελούν τη μόνη ή προτιμώμενη λύση για τη χρηματοδότηση έργων. Οι ΣΔΙΤ θα πρέπει να προσαρμόζονται προσεκτικά στα χαρακτηριστικά των επιμέρους έργων. Η διασφάλιση του οφέλους από τις ΣΔΙΤ απαιτεί την αναγνώριση των σχετικών πλεονεκτημάτων και αδυναμιών κάθε τύπου δομής και των στόχων για επιτυχείς συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα. Ιδιαίτερο ρόλο παίζει ο δημόσιος τομέας, ο οποίος μπορεί να μετατραπεί από πάροχο υπηρεσιών σε επόπτη των συμβάσεων.

Το δεύτερο μέρος «Νομικές και ρυθμιστικές δομές» ορίζει το νομικό περιβάλλον για τις ΣΔΙΤ. Τονίζεται η σημασία των αποτελεσματικών νομικών δομών, καθώς και το γεγονός ότι η υλοποίηση των ΣΔΙΤ μπορεί να απαιτήσει την αναθεώρηση των υφιστάμενων νομικών διατάξεων για να διασφαλιστεί συμβατότητα. Οι ΣΔΙΤ θα λειτουργούν σε ένα πολύπλοκο νομικό περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από αλληλεπίδραση του κοινοτικού κεκτημένου της ΕΕ, της εθνικής, περιφερειακής και δημοτικής νομοθεσίας, λεπτομερών συμβατικών εγγράφων έργου και κυρίως, ειδικών, δημόσιων συμβάσεων και κανονισμών.

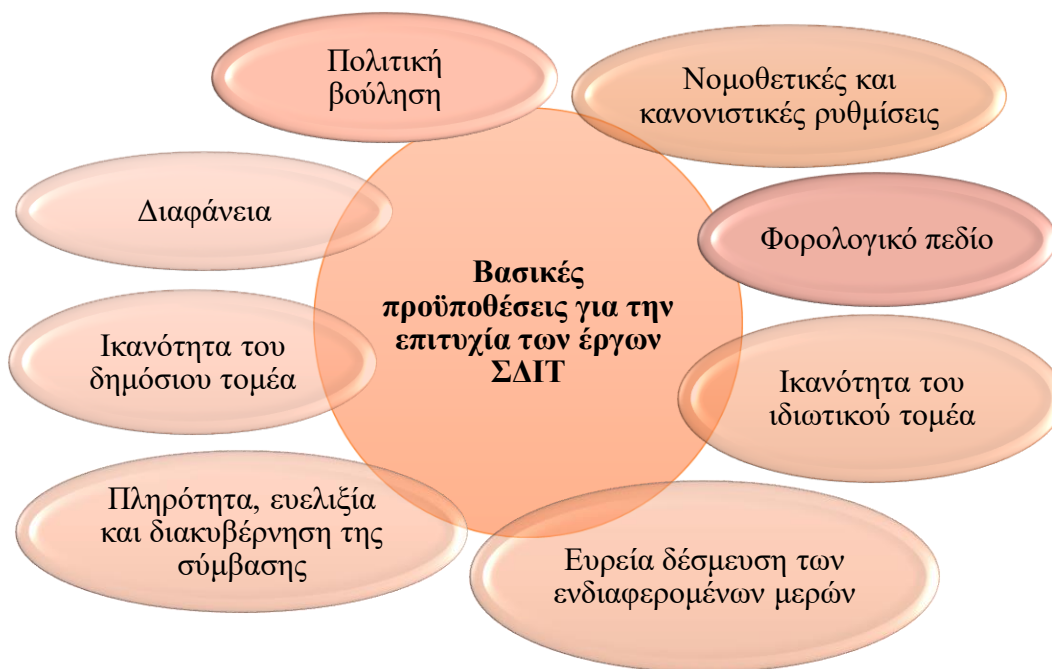


Το τρίτο μέρος «Χρηματοοικονομικές και οικονομικές επιπτώσεις των ΣΔΙΤ» ασχολείται με το θέμα του κινδύνου, της διαχείρισης κινδύνου και των οικονομικών επιπτώσεων ενός έργου. Πρωταρχική ευθύνη του δημόσιου τομέα είναι η διασφάλιση της σχέσης ποιότητας-τιμής για την κοινωνία και η χρήση διαφόρων τεχνικών για τον προσδιορισμό και την αξιολόγηση της αξίας. Η επιχορηγούμενη χρηματοδότηση αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στη χρηματοδότηση έργων, αλλά ενέχει ορισμένους κινδύνους. Οι επιχορηγήσεις πρέπει να αντιστοιχίζονται προσεκτικά με τις πραγματικές ανάγκες του έργου και του δικαιούχου, ώστε να ελαχιστοποιούνται τυχόν αρνητικές επιπτώσεις και να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα του έργου και η αξία των χρημάτων.

Το τέταρτο μέρος «Ενσωμάτωση της χρηματοδότησης μέσω επιχορήγησης και των χαρακτηριστικών ΣΔΙΤ» ασχολείται με τα σχετικά δυνατά και αδύνατα σημεία της επιχορηγούμενης χρηματοδότησης και τις ευκαιρίες που προσφέρονται. Η δυνατότητα χρησιμοποίησης των επιχορηγήσεων σε μια ΣΔΙΤ εξαρτάται από την ικανότητα εκπλήρωσης των όρων που συνδέονται με την ικανότητα παροχής επαρκών εγγυήσεων για την προστασία των στόχων των παρόχων της επιχορήγησης.

Το πέμπτο μέρος «Σύλληψη, σχεδιασμός και υλοποίηση ΣΔΙΤ» εξετάζει το έργο της ΣΔΙΤ, με στόχο την παροχή λεπτομερούς συζήτησης των ζητημάτων που προκύπτουν και των πιθανών λύσεων. Δεν αποσκοπεί στην παροχή ενός ολοκληρωμένου οδηγού, αλλά στην εστίαση σε βασικά ζητήματα που ενδέχεται να επηρεάσουν τον αποτελεσματικό σχεδιασμό και την υλοποίηση των ΣΔΙΤ.

Στο Σχήμα 2 φαίνονται οι προϋποθέσεις για την επιτυχημένη ΣΔΙΤ.



**Σχήμα 2.** Βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχία των έργων ΣΔΙΤ

**Πηγή:** Aduzaineh et al. (2018)

## 2.4. Δημόσια ή ιδιωτική χρηματοδότηση

Η δομή της σύμβασης ΣΔΙΤ, μεταξύ άλλων, μετατρέπει με την πάροδο του χρόνου, ένα δημόσιο περιουσιακό στοιχείο, όπως για παράδειγμα κτήρια και εξοπλισμό, σε ροή υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα χρήση κτηρίων. Επειδή οι υπηρεσίες που μεταβιβάζονται εξακολουθούν να είναι δημόσια ελεγχόμενες, το κράτος πληρώνει συνήθως για την παροχή τους κατά τη διάρκεια της ζωής του περιουσιακού στοιχείου, συμπεριλαμβανομένου του κόστους κεφαλαίου. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει μια μόνο επιλογή μεταξύ, αφενός μεν της προκαταβολικής χρηματοδότησης ενός κεφαλαιουχικού αποθέματος μαζί με τις τρέχουσες δαπάνες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του περιουσιακού στοιχείου και αφετέρου, της ανάθεσης ευθύνης σε έναν ανάδοχο ΣΔΙΤ, ο οποίος θα αντλήσει τη χρηματοδότηση από τις αγορές και στη συνέχεια θα λάβει τις αμοιβές για το πλήρες

κόστος των υπηρεσιών που προκύπτουν (Barlow et al. 2010). Σε κάθε περίπτωση, είτε δηλαδή όταν υπάρχει δημόσια παροχή, είτε στην περίπτωση της ΣΔΙΤ, ο δημόσιος τομέας καταλήγει να πληρώνει το 100% του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής του έργου (Wright et al. 2019).

Στη ΣΔΙΤ, το κράτος έχει τη δυνατότητα να χρηματοδοτήσει αρχικά το κεφάλαιο από το δικό του λογαριασμό, όπου η χρηματοδότηση περιλαμβάνει την έκδοση δημόσιου χρέους, όπως ομόλογα, κ.ά. ή δύναται να αναθέσει την ευθύνη της χρηματοδότησης της επένδυσης σε κάποιον ιδιώτη, ο οποίος αντλεί τη χρηματοδότηση εμπορικά και αποζημιώνεται από το κράτος σε μεταγενέστερο χρόνο. Σε όλη τη διάρκεια της σύμβασης, οι πληρωμές που γίνονται από ιδιώτη θα είναι στο περιθώριο και θα χρηματοδοτούνται μέσω του δημόσιου χρέους (Barlow et al. 2010). Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχουν προσπάθειες μεταφοράς του δανεισμού των ΣΔΙΤ «εκτός του δημόσιου ισολογισμού», αλλά αυτό αποτελεί κατά βάση μια λογιστική πράξη. Οι ΣΔΙΤ, σε οικονομικούς και όχι σε λογιστικούς όρους, αποτελούν κυρίως δημόσιες υπηρεσίες, η χρηματοδότηση των οποίων πραγματοποιείται μέσω ενός διαφορετικού είδους δημόσιου χρέους απ' ότι στην περίπτωση των συμβατικών προμηθειών. Στην ουσία, ο ιδιωτικός τομέας δεν πληρώνει για καμία ΣΔΙΤ (Wright et al. 2019).

## **2.5. Τα μοντέλα ΣΔΙΤ**

Η προσέγγιση της ΣΔΙΤ καλύπτει ένα ευρύ φάσμα μοντέλων, από την εξωτερική ανάθεση σε σχεδόν πλήρη ιδιωτικοποίηση. Σε γενικές γραμμές περιλαμβάνει μια σχέση επιμερισμού του κινδύνου μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα με απώτερο στόχο την επίτευξη ενός επιθυμητού αποτελέσματος δημόσιας πολιτικής. Στην ουσία οι ΣΔΙΤ είναι μια άλλη μορφή άντλησης κεφαλαίων. Αρχικά θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η οντότητα του δημοσίου τομέα θα μπορούσε να δανειστεί για να αναλάβει την επένδυση ενός κεφαλαίου για δικό της λογαριασμό. Στην εταιρική σχέση, ο έταίρος του ιδιωτικού τομέα είναι συνήθως υπεύθυνος για τη διεύθυνση της χρηματοδότησης. Σε κάθε περίπτωση, η αποπληρωμή του χρέους εμπίπτει στο δημόσιο ταμείο (Barlow et al. 2013).

Πολλές είναι οι μέθοδοι ΣΔΙΤ αναφορικά με τα περιουσιακά στοιχεία της υγειονομικής περίθαλψης, με σημαντική ποικιλομορφία ως προς τον τρόπο διαχείρισης του κινδύνου, τη χρηματοδότηση και τους μηχανισμούς πληρωμής. Υπάρχουν διάφορες παραλλαγές εταιρικής σχέσης κατά μήκος ενός φάσματος που καθορίζεται από το βαθμό μέχρι τον οποίο οι διάφορες υπηρεσίες και εγκαταστάσεις δεσμεύονται μεταξύ τους, στο πλαίσιο της σύμβασης.

Το πρώτο μοντέλο που είναι γνωστό ως «μοντέλο μόνο για διαμονή» (“accommodation-only”) περιλαμβάνει μόνο το κτήριο και τις συναφείς με αυτό υπηρεσίες. Για παράδειγμα μια νοσοκομειακή εγκατάσταση περιλαμβάνει την κτηριακή υποδομή και τη σχετικά «σκληρή» διαχείριση των εγκαταστάσεων που αφορά τη συντήρηση του κτηρίου και ενίοτε περιλαμβάνει και τη «μαλακή» διαχείριση των εγκαταστάσεων που αφορά τις μη κλινικές υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα την καθαριότητα και την τροφοδοσία. Το εν λόγω μοντέλο έχει υιοθετηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο και είναι γνωστό ως “Private Finance Initiative”. Επιπλέον, έχει υιοθετηθεί και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ιταλία, η Γαλλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Σουηδία, αλλά και χώρες όπως ο Καναδάς και η Αυστραλία. Το συγκεκριμένο μοντέλο έχει τη μορφή μιας ολοκληρωμένης σύμβασης που περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την κατασκευή και τη χρηματοδότηση της υποδομής και των σχετικών υπηρεσιών, όπως η συντήρηση του κτηρίου για τη διάρκεια της ζωής του. Η δομή της χρηματοδότησης βασίζεται σε μακροπρόθεσμες πληρωμές, οι οποίες έχουν διάρκεια τα τριάντα έτη, από τη δημόσια νοσοκομειακή αρχή στον ιδιωτικό έταιρο (Barlow et al. 2013).

Ένα δεύτερο μοντέλο που αποτελεί επέκταση του μοντέλου προσαρμογής και χρησιμοποιείται στην Πορτογαλία, αφορά τη σύμβαση με «δίδυμο» εταιρειών που η μια είναι υπεύθυνη για τη διαχείριση των κτηρίων και η άλλη είναι υπεύθυνη για τις κλινικές υπηρεσίες. Η βασική συμβατική σχέση μεταξύ τους αφορά την παροχή ενός συνόλου υπηρεσιών κατά την οποία η μια ιδιωτική εταιρεία, μέσω δικαιοχρησίας, παρέχει τόσο νοσοκομειακές υπηρεσίες, όσο και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή από τις δικές της εγκαταστάσεις. Η εταιρεία μπορεί να προσπαθήσει να κατευθύνει τους ασθενείς σε όποιο επίπεδο περίθαλψης, πρωτοβάθμιο ή δευτεροβάθμιο, είναι το πιο οικονομικό, μέσω ρυθμιστικών μηχανισμών και μηχανισμών πληρωμής για τη διατήρηση της ποιότητας (Barlow et al. 2013).

Το μοντέλο που αποτελεί μια γενική προσέγγιση είναι το μοντέλο DBFO (Design-Built-Finance-Operate), όπου σε αυτό το μοντέλο ο εταίρος του δημοσίου ορίζει τις υπηρεσίες που θέλει να παρέχει ο ιδιώτης, αφήνοντας τον ιδιωτικό τομέα να χρηματοδοτήσει και να κατασκευάσει το δεσμευμένο περιουσιακό στοιχείο. Εκτός από την κατασκευή, ο ιδιωτικός εταίρος διαχειρίζεται το περιουσιακό στοιχείο και παρέχει τις υπηρεσίες του (Flyvbjerg & Holm 2002).

Η έκταση των ευθυνών του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα σε μια ΣΔΙΤ μπορεί να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των διαφόρων τυπολογιών του μοντέλου ΣΔΙΤ. Ωστόσο, ο δημόσιος τομέας διατηρεί την ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, την ποιότητα και την πρότυπα επιδόσεων των εν λόγω υπηρεσιών, και τη λήψη των αναγκαίων διορθωτικών μέτρων εάν η ποιότητα ή οι επιδόσεις υπολείπονται των προσδοκιών (Akintoye et al. 2001).

## **Κεφάλαιο 3. Η ΣΔΙΤ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **3.1. Εισαγωγή**

Τα τελευταία χρόνια, πολλοί είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της ανάγκης ΣΔΙΤ ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας. Αρχικά, ο δημοσιονομικός περιορισμός με τον οποίο ήρθαν αντιμέτωπα τα κράτη-μέλη της ΕΕ οδήγησε στην ανάγκη χρηματοδότησης του δημόσιου τομέα από τον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, η ΣΔΙΤ έδωσε τη δυνατότητα στο δημόσιο να επωφεληθεί και από τις μεθόδους που χρησιμοποιεί ο ιδιωτικός τομέας για την αποτελεσματική λειτουργία του, αλλά και από την τεχνογνωσία του ιδιωτικού τομέα, προκειμένου να βελτιώσει τις υποδομές του, αλλά και τις παρεχόμενες υπηρεσίες με γοργό ρυθμό (Χατζηπουλίδης & Καλφακάκου 2008). Η μείωση της χρηματοδότησης του τομέα της υγείας, σε συνδυασμό με την οικονομική δυσπραγία του κράτους, συντέλεσαν στη δημιουργία ανάγκης ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων διαχειριστικής και χρηματοδοτικής φύσεως που προέκυψαν (Παπαδοπούλου 2019).

Η ΣΔΙΤ γίνεται ολοένα και πιο δημοφιλής στον τομέα της υγείας και αυτό οφείλεται στην αλλαγή στρατηγικής των ιδιωτικών οργανισμών υγείας, οι οποίοι έχουν αναγνωρίσει τη σημασία των μακροπρόθεσμων για τη δημόσια υγεία στόχων και αποδέχονται μια ευρύτερη θεώρηση της κοινωνικής τους ευθύνης, ως μέρος της επιχειρηματικής τους στρατηγικής (Torchia et al. 2015, Reich 2002). Η υποστήριξη που παρέχει ο ΠΟΥ στις ΣΔΙΤ στην υγεία παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας και στη θέσπιση προτύπων υγειονομικής περίθαλψης. Σε πολλές χώρες τα νοσοκομεία παράγουν το 1/3 των συνολικών δαπανών για την υγεία και επομένως, ακόμα και ένας μικρός ρυθμός ανάπτυξης του νοσοκομειακού τομέα μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τις συνολικές υγειονομικές δαπάνες. Οι δαπάνες που κατανέμονται στις νοσοκομειακές υποδομές έχουν μεγάλη σημασία, καθώς μερικές χώρες παρουσιάζουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη των υποδομών υγείας, που σημαίνει ότι τα νοσοκομεία στις χώρες αυτές θα πρέπει να ανανεώσουν τις υποδομές τους τα επόμενα χρόνια (Caselli et al. 2015).

Οι συμπράξεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης εμφανίστηκαν πιο προσεκτικά σε σχέση με άλλους τομείς, αλλά επεκτάθηκαν γρήγορα από τις αρχές του 2000. Οι αναδυόμενες συμπράξεις αντιμετώπισαν ένα ευρύ φάσμα αναγκών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης,

από την κατασκευή εγκαταστάσεων, μέχρι την παροχή ιατρικού εξοπλισμού και προμηθειών και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Aduzaineh et al. 2018). Επιπλέον, οι εξελίξεις στην τεχνολογία της πληροφορικής έχουν αυξήσει τις γνώσεις και τις προσδοκίες των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, αναγκάζοντας τις υπηρεσίες τους παρόχους υπηρεσιών να αναζητήσουν νέους τρόπους παροχής αυτής της περίθαλψης ώστε να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των χρηστών (Mudyarabikwa et al. 2017).

Αν και οι ΣΔΙΤ στην υγεία ακολουθούν συνήθως ένα κλασικό μοντέλο «σχεδιασμού-κατασκευής-χρηματοδότησης-συντήρησης» κτηριακών εγκαταστάσεων, όπως για παράδειγμα τα βρετανικά νοσοκομεία που κατασκευάστηκαν στο πλαίσιο του προγράμματος ιδιωτικής χρηματοδότησης, πολλές είναι οι κυβερνήσεις που πειραματίζονται ή εξετάζουν το ενδεχόμενο τα μοντέλα ΣΔΙΤ να περιλαμβάνουν και την παροχή κλινικών υπηρεσιών.

### **3.2. Το παγκόσμιο υγειονομικό τοπίο**

Οι κυβερνήσεις σήμερα αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα σύνθετων υγειονομικών προκλήσεων που απορρέουν από τις μεταβαλλόμενες δημογραφικές συνθήκες, από την αυξανόμενη επιβάρυνση των χρόνιων ασθενειών, από τις αυξανόμενες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, από την αύξηση της πληροφόρησης των ασθενών και από την ταχέως μεταβαλλόμενη τεχνολογία στον τομέα της υγείας. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης προσπαθούν ολοένα και περισσότερο να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες και να είναι προσβάσιμες σε όλους, διατηρώντας ταυτόχρονα το κόστος της παροχής υπηρεσιών σε χαμηλά επίπεδα. Με το πέρασμα του χρόνου οι πιέσεις που δέχονται τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα αυξηθούν, καθώς οι χώρες επιδιώκουν να εφαρμόσουν την καθολικότητα στην υγεία και να επιτύχουν το στόχο της βιώσιμης ανάπτυξης έως το 2030. Επιπλέον, η ανάγκη για επενδύσεις στην υγεία είναι πολλές, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου οι υποδομές υγειονομικής περίθαλψης είναι ανεπαρκείς και οι εγκαταστάσεις δεν διαθέτουν τον απαραίτητο εξοπλισμό για την αποτελεσματική διαχείριση του ασθενούς και την αντιμετώπιση των όλο και αυξανόμενων αναγκών του πληθυσμού για περίθαλψη. Για το λόγο αυτό, οι χώρες αναζητούν καινοτόμες εταιρικές σχέσεις και νέα μοντέλα για τη σύναψη συμβάσεων, αναφορικά με τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού για υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Αν και δεν υπάρχει μια σαφής και

ξεκάθαρη απάντηση για τον κατάλληλο συνδυασμό δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης, οι ΣΔΙΤ έχουν αναδειχθεί ως ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο για τις κυβερνήσεις με εναλλακτικές μεθόδους χρηματοδότησης, ανάπτυξης υποδομών και παροχής υπηρεσιών (Aduzaineh et al. 2018).

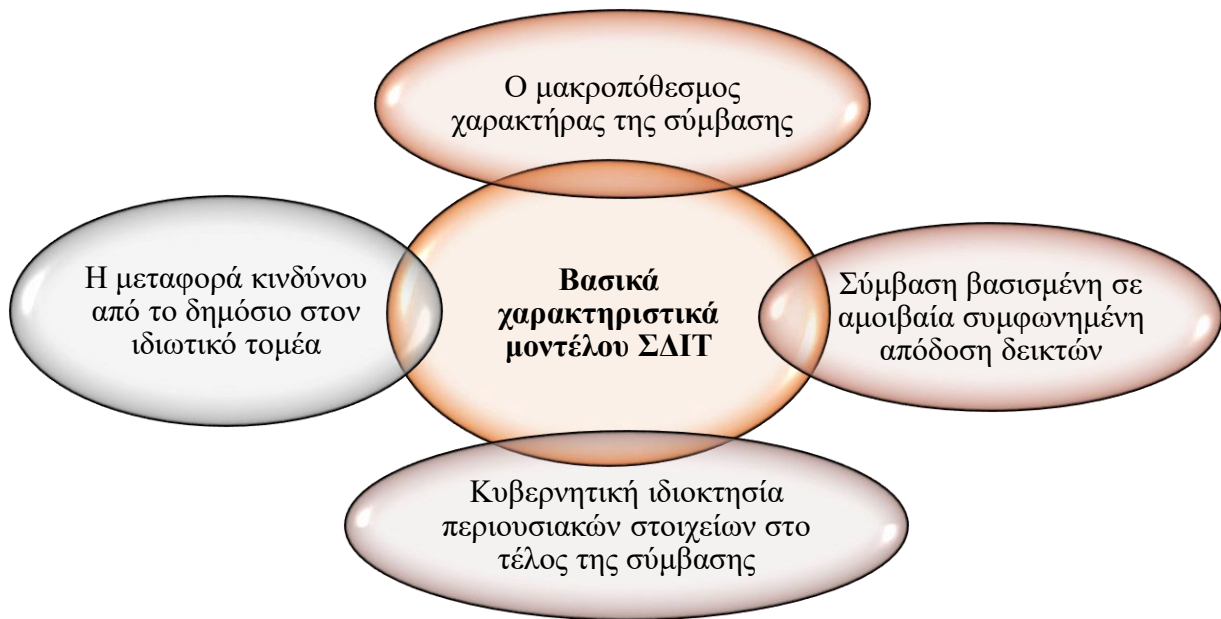
Η αποτελεσματική ανάπτυξη της δημόσιας υγείας είναι δυνατή μόνο μέσω συνεχών επενδύσεων και καινοτομιών, γεγονός που οδηγεί στην ανάγκη της χρήσης του μοντέλου ΣΔΙΤ. Για παράδειγμα, στη Ρωσία, η ΣΔΙΤ στην υγεία οδήγησε σε μείωση της θνησιμότητας, σε βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής (Gera & Rubtcova 2018).

### **3.3. ΣΔΙΤ και υγειονομική περίθαλψη**

Ο τομέας της υγείας αποτελεί έναν προνομιακό χώρο για την εφαρμογή της ΣΔΙΤ και δίνει τη δυνατότητα στον ιδιωτικό τομέα να ανασυνταχθεί μέσα από συγχωνεύσεις, στρατηγικές συμμαχίες με χρηματοπιστωτικούς οργανισμούς και διεθνή επιχειρηματικά κεφάλαια και εξαγορές, ενώ παράλληλα προετοιμάζεται για την υποδοχή και την αξιοποίηση νέων επενδυτικών ευκαιριών που θα αναδυθούν (Παπαδοπούλου 2019). Και στον τομέα της υγείας, η ΣΔΙΤ έχει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά που την κάνουν να ξεχωρίζει από τις άλλες μορφές συμβάσεων μεταξύ του κράτους και των ιδιωτών.

Στο Σχήμα 3 φαίνονται τα βασικά χαρακτηριστικά της ΣΔΙΤ στην υγεία.





**Σχήμα 3.** Βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου ΣΔΙΤ στην υγεία

**Πηγή:** Aduzaineh et al. (2018)

Η πλειονότητα των ΣΔΙΤ εμπίπτει σε τρεις γενικές κατηγορίες που είναι οι κάτωθι (Aduzaineh et al. 2018):

- ❖ Εκείνες που αντιμετωπίζουν τις ανάγκες του συστήματος υγείας μέσω της κατασκευής και της λειτουργίας των εγκαταστάσεων, συμπεριλαμβανομένου συχνά και ενός φάσματος μη κλινικών ή κλινικών υπηρεσιών υποστήριξης
- ❖ Εκείνες που επικεντρώνονται στην παροχή μεμονωμένων κλινικών υπηρεσιών
- ❖ Εκείνες που προσφέρουν μια σειρά από κλινικές υπηρεσίες που συνδυάζονται με την κατασκευή νέων εγκαταστάσεων ή με την ανακαίνιση των ήδη υπάρχουσών υποδομών

Όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη, οι κυβερνήσεις στρέφονται προς τις ΣΔΙΤ για να αντιμετωπίσουν μια σειρά από προκλήσεις στα συστήματα υγείας, όπως (Abuzaineh et al. 2018):

- Ανάγκη για καινούριες ή/και αναβαθμισμένες υποδομές
- Περιορισμοί στον προϋπολογισμό κεφαλαίου ή/και στα μετρητά
- Ανάγκη για βελτίωση διαχειριστικών δεξιοτήτων, για βελτίωση της ποιότητας και του κόστους αποδοτικότητας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης
- Ανάγκη για περισσότερο ισχυρές και αποτελεσματικές προμήθειες και αλυσίδα εφοδιασμού
- Ανάγκη για πρόσθετες υπηρεσίες/δεξιότητες (π.χ., ειδικές υπηρεσίες) ή διευρυμένη ικανότητα παροχής υπηρεσιών

Στην Ελλάδα, το κράτος έχει ήδη ανακοινώσει και προωθήσει ορισμένες πρωτοβουλίες που αφορούν την ανάπτυξη υποδομών παροχής υγειονομικής περίθαλψης και έχει εκφράσει τη βούληση για την προώθηση και άλλων παρόμοιων πρωτοβουλιών. Οι υποδομές προβλέπεται να υλοποιηθούν μέσω της ΣΔΙΤ, ως μη ανταποδοτικά έργα και με συγκεκριμένους περιορισμούς αναφορικά με το βαθμό ανάμειξης του ιδιωτικού τομέα και όσον αφορά τη λειτουργία τους, καθώς ο ιδιωτικός τομέας θα αναλάβει όλες τις υποστηρικτικές λειτουργίες, αλλά δεν θα αναλάβει τις λειτουργίες που αφορούν τον ιατρονοσηλευτικό τομέα και τη γενική διαχείριση, που θα παραμείνουν υπό την επίβλεψη του κράτους (Χατζηπουλίδης & Καλφακάκου 2008).

Στις περιπτώσεις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας δεν θα πρέπει να αγνοηθούν ζητήματα που αφορούν (Παπαδοπούλου 2019):

- Τα οφέλη που απορρέουν για το κράτος, τον ιδιώτη και τον πολίτη
- Την ασφάλεια του έργου μακροπρόθεσμα
- Την οικονομική επιβάρυνση των πολιτών
- Τη συμβατότητα των ΣΔΙΤ προκειμένου να εξασφαλιστεί η καθολική και ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με βάση το Σύνταγμα
- Την επιρροή που θα ασκήσει η γενικευμένη εφαρμογή της ΣΔΙΤ στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και πιο συγκεκριμένα στον κοινωνικό χαρακτήρα που αυτό έχει
- Τη χρηματοδότηση του ΕΣΥ

- Την επίπτωση που θα έχει στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης η ΣΔΙΤ
- Την αξιολόγηση της εμπειρίας της ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας άλλων κρατών, προκειμένου να αποφευχθούν ενδεχόμενα λάθη

Γενικότερα, η ΣΔΙΤ στην υγεία είναι ιδιαίζουσα και θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι ιδιαιτερότητες που έχει ο τομέας της υγείας, σε σχέση με άλλους τομείς. Οι πιο σημαντικές ιδιαιτερότητες είναι (Χατζηπουλίδης & Καλφακάκου 2008):

- ✓ Το γεγονός ότι ο κάθε ασθενής είναι μοναδικός και ότι δεν δύναται να λάβει ο ίδιος αποφάσεις
- ✓ Το γεγονός ότι η παροχή υπηρεσιών γίνεται πάντοτε με βάση τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας
- ✓ Η κρισιμότητα των περιστάσεων
- ✓ Η ανάγκη για άμεση παροχή υπηρεσιών και άμεση παρέμβαση, σε συνδυασμό με τον περιορισμένο αριθμό επιλογών που μπορούν κατά περίπτωση να εφαρμοστούν
- ✓ Ο τρόπος με τον οποίο επιμερίζεται η ευθύνη και η εξουσία, καθώς και η ένταση της διαχείρισης και της οργάνωσης
- ✓ Ο αριθμός των καθημερινών κρίσιμων καταστάσεων που προκύπτουν και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης

Επιπλέον, στις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι ιδιαιτερότητες που αφορούν οικονομικής φύσεως θέματα, όπως (Folland et al. 2006):

- ❖ Η αβεβαιότητα και το έκτακτο που επικρατούν στην υγεία
- ❖ Ο κυρίαρχος ρόλος των ασφαλιστικών ταμείων
- ❖ Η ανεπάρκεια ή/και η έλλειψη πληροφόρησης
- ❖ Ο ρόλος που διαδραματίζουν τα δήμοσια νοσοκομεία, ως μη κερδοσκοπικοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας
- ❖ Ο μη ανεπτυγμένος ανταγωνισμός
- ❖ Ο ρόλος που παίζει η ισότητα και η αναγκαιότητα στη λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας
- ❖ Οι επιδοτήσεις που δίνονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, σε συνδυασμό με τις παροχές του δημοσίου

Ο κλάδος της υγείας είναι ένας κλάδος με πολλές ιδιαιτερότητες και για το λόγο αυτό η ΣΔΙΤ στον εν λόγω τομέα παρουσιάζει μεγάλη ποικιλομορφία. Η διεθνής εμπειρία μας έχει διδάξει ότι υπάρχουν συμπράξεις τόσο με τη μορφή εκχώρησης υποστηρικτικών λειτουργιών σε ιδιώτη, όσο και με τη μορφή εκχώρησης κλινικών υπηρεσιών ή/και της διοίκησης του νοσοκομείου σε ιδιώτες. Επιπλέον, μια ακόμα μορφή ΣΔΙΤ στα νοσοκομεία είναι και η λειτουργία ιδιωτικής πτέρυγας εντός των δημοσίων νοσοκομείων, που λειτουργεί με κεφάλαια από τον ιδιωτικό τομέα και μπορεί να αναλάβει ή/και όχι την ευθύνη για την παροχή υποστηρικτικών ή/και κλινικών υπηρεσιών (Παπαδοπούλου 2019). Η εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών σε ιδιώτες αφορά ένα απλό συμβόλαιο προκειμένου να ολοκληρωθεί μια συγκεκριμένη υπηρεσία, όπως είναι η διαχείριση απορριμμάτων, η φύλαξη και η ασφάλεια ενός κτηρίου, η σίτιση, κ.ά. (Κονδύλης και συν. 2008).

Στον τομέα της υγείας οι κυβερνήσεις στρέφονται στη ΣΔΙΤ για να αντιμετωπίσουν μια σειρά από προκλήσεις, όπως (Aduzaineh et al. 2018):

- ✓ Η ανάγκη για νέα ή/και αναβαθμισμένα κτήρια
- ✓ Ο προϋπολογισμός κεφαλαίου και οι περιορισμοί στη ροή των μετρητών
- ✓ Η ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας και του δείκτη κόστους/ αποδοτικότητας στην υγειονομική περίθαλψη
- ✓ Η ανάγκη για ισχυρότερη και περισσότερο αποτελεσματική αλυσίδα εφοδιασμού και προμηθειών
- ✓ Η ανάγκη για πρόσθετες υπηρεσίες και δεξιότητες ή η διευρυμένη ικανότητα παροχής υπηρεσιών

Σε όλο τον κόσμο οι νοσοκομειακές εγκαταστάσεις δεν είναι καλή κατάσταση και οι υπηρεσίες έχουν κακή διαχείριση. Οι περισσότερες κυβερνήσεις δεν διαθέτουν προϋπολογισμούς κεφαλαίου για να χρηματοδοτήσουν μια νέα κατασκευή μεγάλης κλίμακας και επιπλέον, περιορίζονται από διάφορες εθνικές πολιτικές που περιορίζουν την ικανότητά τους να εφαρμόσουν κάποια μεταρρύθμιση. Μέσω της ΣΔΙΤ, οι κυβερνήσεις κερδίζουν πρόσβαση σε πιο ευέλικτες και καινοτόμες πρακτικές, όπως η εισαγωγή ολοκληρωμένων τεχνολογικών συστημάτων και ανθρώπινου δυναμικού, με αποτέλεσμα να έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν την παροχή των υπηρεσιών τους. Οι κυβερνήσεις αποκτούν επιπλέον πρόσβαση σε νέες πηγές χρηματοδότησης και είναι σε θέση να μοιράζονται τον κίνδυνο με τον ιδιωτικό τομέα. Για παράδειγμα, στο πλαίσιο

ρυθμίσεων της ΣΔΙΤ, ο εταίρος αναλαμβάνει συνήθως τον κίνδυνο για το κόστος και το χρονοδιάγραμμα κατασκευής, με πληρωμή που παρακρατείται μέχρι η εγκατάσταση να είναι πλήρως λειτουργική. Για τον ιδιωτικό τομέα, οι ΣΔΙΤ παρέχουν την ευκαρία να κερδίσουν οι ιδιώτες πρόσβαση σε νέες αγορές με μικρότερο κίνδυνο, συμβάλλοντας παράλληλα και σε ένα δημόσιο αγαθό. Αν και οι δημόσιες αγορές υγειονομικής περίθαλψης αποφέρουν συνήθως χαμηλότερες αποδόσεις όσον αφορά την επένδυση, προσφέρουν ευκαιρίες για αύξηση του όγκου και του μεριδίου της αγοράς και επιτρέπουν στον ιδιωτικότομέα να διαφοροποιήσει τις επενδύσεις του και το χαρτοφυλάκιο παροχής υπηρεσιών (Aduzaineh et al. 2018).

Μια σύμβαση ΣΔΙΤ μπορεί να αφορά διάφορες υπηρεσίες, όπως (Grimsey & Lewis 2004):

- Κτηριακές υποδομές-στέγαση
- Συντήρηση κτηριακών υποδομών
- Χώρους στάθμευσης
- Ταχυδρομικές υπηρεσίες
- Συντήρηση εξοπλισμού
- Υποδοχή
- Ασφάλεια και φύλαξη
- Τηλεφωνικό κέντρο
- Διαχείριση ιατρικών αποβλήτων
- Προμήθειες αποστειρωμένων υλικών
- Διαμόρφωση και συντήρηση κήπων
- Οικονομικές υπηρεσίες
- Υπηρεσίες εστίασης
- Διαχείριση συστημάτων τεχνολογίας και πληροφοριακών συστημάτων
- Μεταφορές που αφορούν μη επείγουσες ανάγκες
- Διαχείριση κοινοχρήστων και ενέργειας

Στον τομέα της υγείας οι συμπράξεις αφορούν κυρίως την παροχή υπηρεσιών με τη μορφή της εξωτερικής ανάθεσης (outsourcing). Οι εν λόγω υπηρεσίες αφορούν κυρίως την καθαριότητα των νοσοκομείων, τη σίτιση, τη φύλαξη των κτηρίων, τη διαχείριση των ιατρικών αποβλήτων και των απορριμμάτων γενικότερα και την ανάλυση δειγμάτων από ιδιωτικά εργαστήρια, όπου όλα τα

παραπάνω, μέχρι και το 2011, αποτελούσαν το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών για την υγεία (Κονδύλης και συν. 2008).

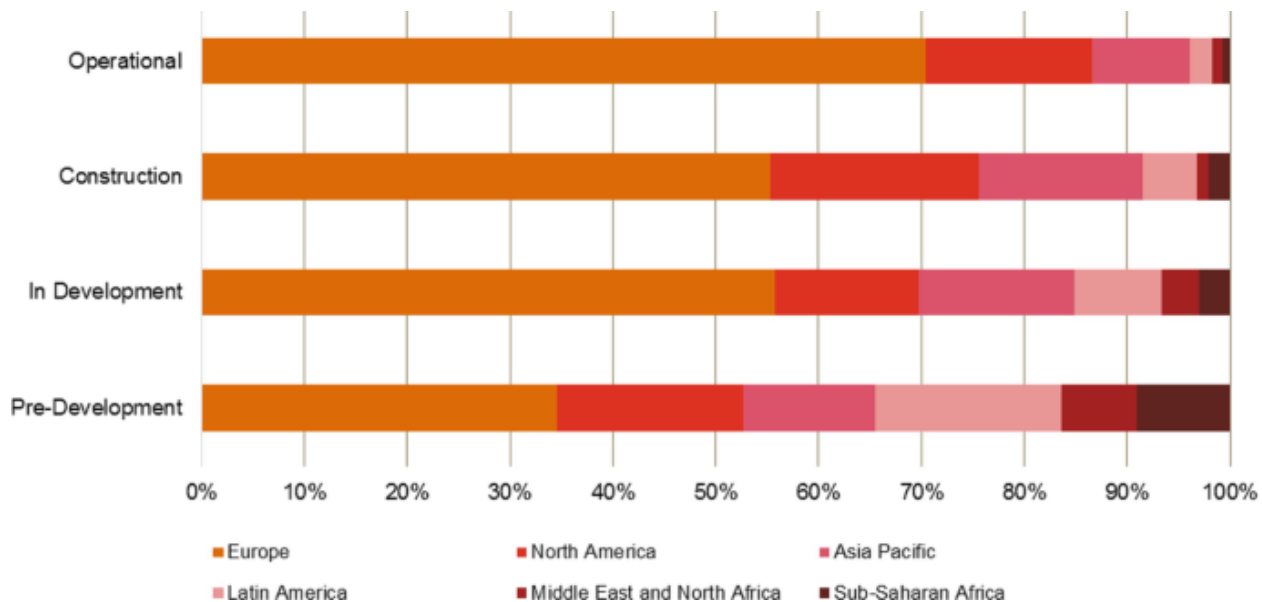
Το 2012, η ομάδα για την παγκόσμια υγεία (Global Health Group) του πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας στο Σαν Φρανσίσκο συνεργάστηκε με την εταιρεία PwC Global Healthcare προκειμένου να δημιουργήσουν μια κοινότητα που σκοπό θα έχει την προώθηση της ΣΔΙΤ στην υγεία, σε παγκόσμιο επίπεδο. Σκοπός της προώθησης της ΣΔΙΤ στην υγεία θα είναι η βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και η βελτίωση της προσβασιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη σε όλες τις χώρες ανεξαρτήτως οικονομικής ανάπτυξης. Επιπλέον, στόχος της συνεργασίας είναι και η αυστήρη αξιολόγηση και η τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ, για να αυξηθεί η κατανόηση του σχεδιασμού, του κόστους και των προκλήσεων και η ενημέρωση για τη λήψη αποφάσεων (Aduzaineh et al. 2018).

### **3.4. Η ΣΔΙΤ στην Ευρώπη στον τομέα της υγείας**

Στον τομέα της υγείας η Ευρώπη κυριαρχεί στο συνολικό αριθμό των έργων ΣΔΙΤ, με τη Βόρεια Αμερική να ακολουθεί, αλλά αρκετά πιο πίσω. Παρόλα αυτά, η ισορροπία φαίνεται να μετατοπίζεται και αυτό είναι ευδιάκριτο από το ποσοστό των έργων που βρίσκονται σε στάδιο προ-ανάπτυξης. Και ενώ η Ευρώπη έχει το μεγαλύτερο μερίδιο των έργων (πάνω από το 1/3), η Βόρεια Αμερική, η Ασία και η Λατινική Αμερική είναι περισσότερο εμφανείς σε σχέση με το παρελθόν (Εικόνα 2). Για παράδειγμα, στον Καναδά ολοκληρώθηκαν περισσότερα από 50 νοσοκομειακά έργα ΣΔΙΤ μεταξύ 2003 και 2011 (Wright et al. 2019).

Παραλλαγές των ΣΔΙΤ χρησιμοποίησαν ιδιωτική χρηματοδότηση και κερδοσκοπικούς οργανισμούς για το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση, την κατασκευή και τη συντήρηση υποδομών και περιστασιακά για την παροχή λειτουργικών υπηρεσιών. Ένα τυπικό έργο με τη ΣΔΙΤ μπορεί να είναι η ανακατασκευή ενός πεπαλαιωμένου δημόσιου νοσοκομείου από μια ιδιωτική εταιρεία με ιδιωτική χρηματοδότηση. Στο Ηνωμένο βασίλειο μόνο έχουν πραγματοποιηθεί περισσότερα από εκατό τέτοια έργα, με ιδιωτική χρηματοδοτική δέσμευση 15 εκατομμυρίων δολαρίων ΗΠΑ για ένα μικρό επαρχιακό νοσοκομείο και 2 εκατομμυρίων δολαρίων ΗΠΑ για την ανάπλαση του Royal London & St. Bartholomew's Hospital του Λονδίνου (Barlow et al. 2013).

Στις υποδομές παροχής υγειονομικής περίθαλψης της Ευρώπης χρειάζονται σημαντικές επενδύσεις και ιδιαίτερα στις χώρες της Ευρώπης που οι υποδομές υγειονομικής περίθαλψης κληρονομήθηκαν από την πρώην Σοβιετική εποχή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της κατάστασης που επικρατεί είναι η Σλοβακία, όπου μια ανάλυση δείχνει ότι τα νοσοκομεία της είναι «μη ικανοποιητικά και παλιομοδίτικα», γεγονός που οδηγεί στην αναποτελεσματική διαχείρισή τους. Επιπλέον, επτά ακόμα δυτικοευρωπαϊκές χώρες με περισσότερο σύγχρονες υποδομές θα πρέπει να αναμορφώσουν τα νοσοκομεία τους με βάση τις αλλαγές στα μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας και με βάση την ανάγκη για νοσοκομειακές κλίνες (Rechel et al. 2009).



**Εικόνα 2.** Γεωγραφική κατανομή των έργων υποδομής υγειονομικής περίθαλψης ανά στάδιο έργου, Μάιος 2017

**Πηγή:** Abuzaineh et al. (2018)

Η κατασκευή και η συντήρηση των ευρωπαϊκών υποδομών παροχής φροντίδας υγείας χρηματοδοτείται κυρίως από το κράτος ή από κρατικά ελεγχόμενες οντότητες. Σε αρκετές όμως χώρες της Ευρώπης, όπως στη Γαλλία και την Ισπανία, υπάρχει μεγάλη εμπειρία με ΣΔΙΤ για μεγάλες υποδομές που αφορούν τις μεταφορές και πριν λίγα χρόνια οι ΣΔΙΤ επεκτάθηκαν και στον τομέα της υγείας. Το 2010 υπογράφηκαν συμφωνίες σύμπραξης 3,6 δις. ευρώ, που αντιπροσωπευούν το 16% της αξίας του συνόλου των νέων συμφωνιών ΣΔΙΤ (Carty 2012).

Στην Πορτογαλία, η κυβέρνηση έχει αποδεχτεί τη ΣΔΙΤ στα δημόσια νοσοκομεία από το 1996. Οι στόχοι του κράτους ήταν να εξασφαλίσει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και να διατηρήσει ή να αυξήσει την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στους χρήστες. Σε τέσσερα νοσοκομεία εφαρμόστηκε αρχικά η ΣΔΙΤ. Σε μια μελέτη που διεξήχθη από τους Carvalho & Rodrigues (2022) για την ικανοποίηση των πολιτών από την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας που παρέχονται μέσω της ΣΔΙΤ και στην οποία συμμετείχαν πολίτες από τέσσερις περιφέρειες που εξυπηρετούνται από οχτώ νοσοκομεία, βρέθηκε ότι οι πολίτες που εξυπηρετούνταν από νοσοκομεία που λειτουργούσαν υπό το καθεστώς της ΣΔΙΤ ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους ασθενείς που εξυπηρετούνταν από νοσοκομεία που λειτουργούσαν υπό το καθεστώς του δημοσίου. Γενικότερα, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η ΣΔΙΤ στη υγεία στην Πορτογαλία είναι ιδιαίτερα ευεργετική.

Το 2001, η Ιρλανδία ανακοίνωσε μια στρατηγική ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ που οδήγησε στην εφαρμογή κέντρων ΠΦΥ υπό τη ΣΔΙΤ, σε όλη τη χώρα. Ένα σύνολο δεδομένων που συγκεντρώθηκαν για την αξιολόγηση της αποτελεσματικής ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ έδειξαν ότι μέχρι το τέλος του 2019 το 35% των δομών παροχής ΠΦΥ είναι δημόσια, το 55% λειτουργεί υπό το καθεστώς μισθώσεων με ιδιώτες και το 14% είναι ΣΔΙΤ. Πριν το 2009, τα κέντρα ΠΦΥ παραδίδονταν με παραδοσιακές δημόσιες συμβάσεις, αλλά από το 2009 και έπειτα έχει δοθεί προτεραιότητα στις ιδιωτικές μεθόδους παράδοσης. Επομένως, το δίκτυο ΠΦΥ υλοποιείται όλο και περισσότερο από τον ιδιωτικό τομέα και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα περισσότερο εμπορευματοποιημένο σύστημα ΠΦΥ που υπόκειται σε κινδύνους που συνδέονται με τη ΣΔΙΤ (Mercille 2019).



Στην Ισπανία ο ρόλος του δημοσίου τομέα στη παροχή υπηρεσιών υγείας είναι εξέχων, όμως από την ίδρυση του Ισπανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας και έπειτα, οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές έχουν αρχίσει να αγοράζουν νοσοκομειακή περίθαλψη από ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς ή ιδιώτες, συμπληρωματικά προς τη δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας. Με την πάροδο των ετών η Βαλένθια έχει υπερασπιστεί τη ΣΔΙΤ στην υγεία με τη μορφή διοικητικών παραχωρήσεων που χορηγούνται από ιδιωτικούς παρόχους. Τον Απρίλιο του 2018 όμως, η Αρχή Υγείας της Βαλένθια αποφάσισε να τερματίσει τις ΣΔΙΤ στην υγεία και να επιστρέψει στην άμεση δημόσια παροχή υγειονομικής περίθαλψης, θεσπίζοντας με νόμο ότι το προτιμώμενο μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το δημόσιο και μέσω του νόμου αυτού θεσπίστηκαν οριζόντιες απαιτήσεις για κάθε μελλοντική ΣΔΙΤ στην υγεία (Comendeiro-Maaløe et al. 2019).

Στη Βρετανία, το 1992, ξεκίνησε η ανέγερση νέων νοσοκομείων, μέσω της χρηματοδότησης ΣΔΙΤ. Το κύριο μοντέλο ΣΔΙΤ είχε σαν προϋπόθεση τη δημιουργία μιας εταιρείας ειδικού σκοπού με ισότιμη συμμετοχή, μια κατασκευαστικής εταιρείας και μια εταιρείας συμβούλων επιχειρήσεων. Η εταιρεία ειδικού σκοπού δημιουργεί δεσμούς και διαπραγματεύεται δάνεια με χρηματοδοτικούς οργανισμούς και σχεδιάζει, κατασκευάζει, χρηματοδοτεί και λειτουργεί το νέο νοσοκομείο. Το κύριο επιχείρημα για την ΣΔΙΤ στη Βρετανία ήταν ο ισχυρισμός ότι η σύμπραξη θα εξασφάλιζε σύγχρονες κτηριακές εγκαταστάσεις χωρίς να επιβαρυνθούν οι πολίτες με πρόσθετη φορολογία σε βραχυπρόθεσμο επίπεδο. Όμως, η αποπληρωμή των υποδομών και των υπηρεσιών σε βάθος 30ετίας μέσω της φορολογίας οδηγεί στην κατάρρευση του συγκεκριμένου ισχυρισμού. Ένα ακόμα πρόβλημα είναι και το υψηλό κόστος κατασκευής των νοσοκομείων σε σχέση με την κατασκευή νοσοκομείων μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων. Το αυξημένο κόστος οφείλεται στο γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας δανείζεται χρήματα πιο ακριβά σε σχέση με το δημόσιο τομέα, στο γεγονός ότι οι ιδιωτικές κοινοπραξίες πρέπει να έχουν κέρδος και υποχρεούνται να επιστρέψουν και κερδοφόρα μερίσματα στους μετόχους και τέλος, στο γεγονός ότι αυξάνονται τα διοικητικά έξοδα τόσο για τους ιδιώτες, όσο και για το δημόσιο. Η δυνατότητα που έχει το δημόσιο να δανειστεί με πιο χαμηλό επιτόκιο σε σχέση με τους ιδιώτες και το γεγονός ότι δεν υπάρχουν πρόσθετες διοικητικές επιβαρύνσεις στο δημόσιο τομέα, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η χρηματοδότηση της υγείας μέσω διαφόρων προγραμμάτων δημοσίων επενδύσεων είναι η πλέον συμφέρουσα επιλογή (Κονδύλης και συν. 2008).

Επιπλέον, η ανάλυση κόστους-οφέλους για τη ΣΔΙΤ είναι αμφισβητούμενη και η εκτίμηση των κινδύνων σε βάση 30ετίας στηρίζεται σε υποθέσεις σε ένα διαρκώς ευμετάβλητο περιβάλλον. Σοβαρά υπόψη θα πρέπει να ληφθούν και τα δεδομένα που αφορούν την έλλειψη διαφάνειας κατά τη ΣΔΙΤ. Και ενώ στη Βρετανία έχουν παρουσιαστεί σημάδια εγκατάλειψης της ΣΔΙΤ στη υγεία, σε άλλες χώρες της Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, υπάρχει μια προθυμία στην υιοθέτηση ΣΔΙΤ στο «όνομα των εντυπωσιακών αποτελεσμάτων από τη διεθνή εμπειρία της ΣΔΙΤ στην υγεία» (Κονδύλης και συν. 2008).

Μοντέλο	Σύντομη περιγραφή
<b>Οιωνοί σύμπραξη δημοσίου-ιδιωτικού τομέα</b> <b>(π.χ. ορισμένα έργα στην Ισπανία)</b>	Μια εταιρεία ειδικού σκοπού που ανήκει στο δημόσιο, χρηματοδοτείται στο μεγαλύτερο μέρος της από περιορισμένο εμπορικό χρέος και έχει την ευθύνη για την παροχή εγκαταστάσεων, με το κράτος να συνεχίζει να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες
<b>«Μόνο διαμονή», συχνά μέσω «σχεδιασμού-κατασκευής-χρηματοδότησης-λειτουργίας (“design-built-finance-operate”-DBFO)» ή μέσω «κατασκευής-ιδιοκτησίας-λειτουργίας-μεταφοράς (“built-own-operate-transfer”-BOOT)»</b> <b>(π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, Πορτογαλία, Ισπανία, Ιταλία, Σουηδία, Αυστραλία)</b>	Η ιδιωτική κοινοπραξία σχεδιάζει, κατασκευάζει και λειτουργεί εγκαταστάσεις υποδομής με βάση τις προδιαγραφές μιας δημόσιας αρχής με καθορισμένες απαιτήσεις, συχνά ως αποτέλεσμα και όχι ως προδιαγραφή εισόδου. Στο μοντέλο DBF, ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτεί επίσης την εγκατάσταση, συνήθως μέσω υψηλού "δανεισμού" (ποσοστό χρέους)-περιορισμένος ποσά ιδίων κεφαλαίων μπορεί να περιλαμβάνει ο δημόσιος τομέας, με μηχανισμούς για τον έλεγχο των συγκρούσεων συμφερόντων- η δημόσιο αρχή αγοράζει υπηρεσίες για μια καθορισμένη περίοδο, μετά την οποία η ιδιοκτησία επιστρέφει στη δημόσια αρχή
<b>Κοινές κλινικές υπηρεσίες</b> <b>(π.χ. Πορτογαλία)</b>	Οι υποδομές είναι στην ουσία ένα μοντέλο μόνο για διαμονή. Η ιδιωτική εταιρεία παροχής κλινικών υπηρεσιών χρηματοδοτείται διαφορετικά και βραχυπρόθεσμα και έχει συμβατική και μετοχική σχέση με τον πάροχο των περιουσιακών στοιχείων
<b>Franchising</b> <b>(π.χ. Γερμανία)</b>	Η δημόσια αρχή δίνει άδεια σε ιδιωτική εταιρεία να αναπτύξει (χρηματοδότηση, κατασκευή και διαχείριση, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών υπηρεσιών) και να ανακαινίσει τα δημόσια νοσοκομεία

**Παροχή πλήρους υπηρεσίας  
(π.χ. Ισπανία)**

Ένας ιδιωτικός εργολάβος κατασκευάζει και λειτουργεί ένα νοσοκομείο και τις συναφείς παροχές ΠΦΥ στην κοινότητα, με σύμβαση για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε καθορισμένη γεωγραφική περιοχή

**Πίνακας 1:** Μοντέλα δομών ΣΔΙΤ στην κατασκευή νοσοκομείων και άλλων υπηρεσιών υγείας

**Πηγή:** Barlow et al. (2014)

### 3.5. Η αξιολόγηση της ΣΔΙΤ

Οι Tabrizi et al. (2016), σε ένα πρωτόκολλο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ΣΔΙΤ, αναφέρουν ότι η αξιολόγηση θα πρέπει να βασίζεται σε ορισμένους δείκτες. Οι δείκτες αυτοί αφορούν την ενδυνάμωση και τη συμμετοχή της κοινότητας, το βαθμό εμπιστοσύνης των πολιτών στην ΠΦΥ, την εμπιστοσύνη των πολιτών στην εθνική πολιτική υγείας, το προφίλ των παραγόντων κινδύνου μη μεταδοτικών ασθενειών, την αυτοφροντίδα, τη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τη φροντίδα μητέρας-παιδιού, τον εμβολιασμό των παιδιών, την ποιότητα των εγκαταστάσεων, τη φροντίδα και τη διαχείριση του διαβήτη, της κατάθλιψης και της υπέρτασης, την ικανότητα οξείας περίθαλψης, την ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και τη δυνατότητα διαχείρισης των δεδομένων της ΠΦΥ. Βάση του συγκεκριμένου πρωτοκόλλου οι Tabrizi et al. (2016) θα πραγματοποιούσαν την αξιολόγηση ενός προγράμματος ΣΔΙΤ παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στο Ιράκ κατά την έναρξη της ΣΔΙΤ και δύο χρόνια μετά την εφαρμογή του προγράμματος.

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας παραδοσιακά βασίζεται σε πρότυπα επαγγελματικής πρακτικής. Όμως, οι αντιλήψεις των ασθενών για την υγειονομική περίθαλψη είναι σημαντικές για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης και επιπλέον, αποτελούν κρίσιμη συνιστώσα για τη βελτίωση της κλινικής απόδοσης και αποτελεσματικότητας (Sahin et al. 2007, Donabedian 1988). Εξαιτίας της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στη ΣΔΙΤ, τα περιουσιακά στοιχεία και η πνευματική ιδιοκτησία του κράτους μπορούν να χρησιμοποιηθούν περισσότερο παραγωγικά, οδηγώντας σε ουσιαστική βελτίωση των εγκαταστάσεων και των υπηρεσιών του δημοσίου τομέα (Edkins & Smyth 2006). Η αξιολόγηση της κατάλληλης χρήσης

των δεξιοτήτων, της εμπειρίας, της τεχνολογίας και της καινοτομίας του ιδιωτικού τομέα που παρέχεται στο δημόσιο τομέα, μπορεί να αξιολογηθεί μέσω της συμπεριφοράς των χρηστών υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι μπορεί να επιστρέψουν ή/και να συστήσουν μια εγκατάσταση παροχής φροντίδας υγείας που λειτουργεί υπό το καθεστώς της ΣΔΙΤ (Elleuch 2008).

Ένα από τα κεντρικά χαρακτηριστικά και κριτήρια επιτυχίας μιας ΣΔΙΤ περιλαμβάνει την κατάλληλη κατανομή της ευθύνης (κινδύνου) μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών εταιρών. Κάθε μεταβίβαση κινδύνου πρέπει να γίνεται υπό στενή διαχείριση, με σαφή καθορισμό των βασικών ρόλων και αρμοδιοτήτων ανά εταίρο στη σύμβαση. Οι κίνδυνοι στο πλαίσιο των έργων ΣΔΙΤ εμπίπτουν γενικά σε τρεις κύριες κατηγορίες (Abuzaineh et al. 2018):

- ✓ Γενικός και χρηματοοικονομικός κίνδυνος
- ✓ Κίνδυνος σχεδιασμού/μελέτης και κατασκευής
- ✓ Λειτουργικός κίνδυνος (συμπεριλαμβανομένων των κλινικών επιδόσεων)

Μεταφέροντας το μεγαλύτερο μέρος του κινδύνου κατασκευής και χρηματοδότησης στον ιδιωτικό εταίρο, ο δημόσιος εταίρος είναι σε θέση να μετριάσει το ενδεχόμενο υπέρβασης του κόστους ή καθυστέρησης του έργου. Με τη μετατόπιση του λειτουργικού κινδύνου, ο δημόσιος εταίρος μπορεί να επιτύχει βελτιώσεις στο κόστος και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών μέσω της διαχείρισης των επιδόσεων και των συμβάσεων. Σε ένα έργο ΣΔΙΤ, τόσο η κυβέρνηση όσο και ο ιδιώτης εταίρος χρησιμοποιούν διάφορα εργαλεία και μηχανισμούς πληρωμών για τη διαχείριση αυτών των κινδύνων, και για την κυβέρνηση, για τη διαχείριση της τιμής και της απόδοσης. Για την αξιολόγηση της κατανομής του κινδύνου μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα είναι σημαντικός ο καθορισμός ενός δείκτη αξιολόγησης για τον επιμερισμό του κινδύνου (Abuzaineh et al. 2018).

Τα έργα ΣΔΙΤ υπόκεινται σε κρίσιμο έλεγχο από τις κυβερνήσεις, τους ιδιώτες και το κοινό. Ωστόσο, η ικανότητα μέτρησης και απόδειξης της επιτυχίας τους σε σχέση με τους αρχικούς στόχους του έργου αποτελεί μια βασική πρόκληση. Ενώ είναι πιο απλό να αξιολογηθεί η επιτυχία μιας ΣΔΙΤ με βάση τις υποδομές, όπου το επίκεντρο είναι η έγκαιρη και εντός του προϋπολογισμού κατασκευή μιας εγκατάστασης, η αξιολόγηση των βελτιώσεων στις υπηρεσίες, την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και τα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας στο πλαίσιο των ΣΔΙΤ με διακριτές κλινικές υπηρεσίες και ιδίως των ολοκληρωμένων ΣΔΙΤ, είναι σημαντικά

πιο πολύπλοκη. Σε όλες τις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, έχουν γίνει ελάχιστες εργασίες για τον προσδιορισμό ή την καθιέρωση σαφών μετρήσεων για τη μέτρηση των κλινικών επιδόσεων και των επιπτώσεων. Επιπλέον, λίγα έργα περιλαμβάνουν επίσημη αξιολόγηση του έργου ως μέρος της σύμβασης (Abuzaineh et al. 2018).

Η πρόκληση της αξιολόγησης των έργων ΣΔΙΤ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης επιδεινώνεται περαιτέρω από τη γενική έλλειψη δημοσιευμένων δεδομένων σχετικά με προηγούμενα έργα ΣΔΙΤ. Μεταξύ του περιορισμένου αριθμού βασικών μελετών που έχουν διεξαχθεί, των περιορισμένων μηχανισμών συλλογής δεδομένων και της πολυπλοκότητας του διαχωρισμού του αντίκτυπου ενός έργου ΣΔΙΤ από άλλες πρωτοβουλίες παροχής δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης που υλοποιούνται ταυτόχρονα, υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία. Μια ανασκόπηση που διενεργήθηκε το 2014 και ανέλυσε 1.400 δημοσιεύσεις σχετικά με τις ΣΔΙΤ σε όλους τους τομείς και σε μια περίοδο 20 ετών ανέδειξε αυτό το έλλειμμα (Roehrich et al. 2014). Όταν τα έργα ΣΔΙΤ έχουν διαθέσιμα τα δεδομένα τους, όπως στη Βαλένθια, η αξιολόγηση δυσχεραίνεται από την έλλειψη προσβάσιμων δεδομένων αναφοράς για τα δημόσια νοσοκομεία ή/και την απροθυμία του δημόσιου τομέα να μοιραστεί δεδομένα.

Απαιτείται η δυνατότητα αξιοποίησης τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών δεδομένων για την υποστήριξη αντικειμενικής και αξιόπιστης έρευνας. Σε πολλές χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, αυτό μπορεί να απαιτεί την ανάπτυξη της ικανότητας του δημόσιου τομέα να συλλέγει και να αποθηκεύει με ασφάλεια οικονομικά, επιχειρησιακά και δεδομένα ασθενών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε βασικές μελέτες. Οι κυβερνήσεις μπορούν να ωφελήσουν την έρευνα για τις ΣΔΙΤ απαιτώντας από όλα τα ιδιωτικά καταστήματα υγειονομικής περίθαλψης να δημοσιεύουν βασικά δεδομένα, ώστε να μην τίθενται σε μειονεκτική θέση όσοι συμμετέχουν σε ΣΔΙΤ. Επιπλέον, οι κυβερνήσεις θα πρέπει να επιδιώξουν να διασφαλίσουν ότι θα αναπτυχθεί και θα εφαρμοστεί ένα ελάχιστο σύνολο καθορισμένων βασικών δεικτών επιδόσεων σε κάθε ΣΔΙΤ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών, ώστε να αξιολογηθεί ο θετικός ή ο αρνητικός αντίκτυπος ενός υλοποιούμενου έργου. Τα δεδομένα από μια τέτοια προσπάθεια θα μπορούσαν να παράσχουν κρίσιμα στοιχεία για την ενημέρωση μελλοντικών επενδύσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Sekhri et al. 2011). Αρκετά έργα ΣΔΙΤ έχουν καθορίσει σαφείς βασικούς δείκτες μέτρησης, μεταξύ άλλων στην Αυστραλία, τη Βαλένθια και το Λεσόθο, αλλά χρειάζεται περισσότερη δουλειά.

### 3.6. Προκλήσεις της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ

Ιστορικά, οι κυβερνήσεις εμπλέκουν τον ιδιωτικό τομέα για την παροχή υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για να επιτύχουν μία ή/και περισσότερες από τις έξι κάτωθι λειτουργίες:

1. Χρηματοδότηση ή/και συγχρηματοδότηση του έργου
2. Σχεδιασμός του έργου, συμπεριλαμβανομένου του σχεδιασμού του υποδομών και της περίθαλψης του μοντέλου παροχής
3. Κατασκευή ή/και ανακαίνιση των εγκαταστάσεων του έργου
4. Συντήρηση σκληρής υποδομής (εγκαταστάσεις, καθώς και εξοπλισμός κατά περίπτωση)
5. Λειτουργία-προμήθεια του ισχύοντος εξοπλισμού, πληροφορικής και παράδοση/διαχείριση μη κλινικών υπηρεσιών
6. Παράδοση και διαχείριση συγκεκριμένων κλινικών και κλινικών υποστηρικτική υπηρεσία

Και στην ΠΦΥ σκοπός της ΣΔΙΤ είναι οι ανωτέρω στόχοι, όμως η αποτελεσματική ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ έχει να αντιμετωπίσει μια σειρά από προκλήσεις σε διάφορους τομείς που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Οι προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει η ΣΔΙΤ στην παροχή ΠΦΥ παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Εκπαίδευση	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Ανεπαρκής εκπαίδευση των ατόμων που συμμετέχουν σε συνεργατικά έργα</li><li>➤ Ανεπαρκής γνώση των ιδιωτών σχετικά με τον έλεγχο και τη «θεραπεία» των διαδικασιών που ακολουθούνται στη ΣΔΙΤ</li></ul>
Διαχείριση	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Έλλειψη δέσμευσης των διαχειριστών του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα και των φορέων για τη λήψη των αποφάσεων</li><li>➤ Έλλειψη ενός σαφούς κοινού οράματος που θα αποτελεί το στόχο της ΣΔΙΤ</li><li>➤ Έλλειψη διαμόρφωσης στρατηγικής κατεύθυνσης για τα μοντέλα ΣΔΙΤ από την κυβέρνηση</li><li>➤ Έλλειψη λογοδοσίας, ανεπάρκεια στον καθορισμό ρόλων και έλλειψη συμβουλευτικής από τις επιτροπές</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Δυσκολία συντονισμού των μελών, ιδιαίτερα σε αρχικό στάδιο</li> <li>➤ Ελλιπείς ηγετικές δεξιότητες</li> </ul>
<b>Ανθρώπινοι πόροι</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα</li> <li>➤ Ανισότητες στους φορείς εξουσίας που συμμετέχουν στην εταιρική σχέση</li> <li>➤ Περιορισμένη πρόσβαση σε άτομα πρόθυμα και ικανά να βοηθήσουν στον ιδιωτικό τομέα</li> <li>➤ Έλλειψη ικανοτήτων των ιδιωτικών ιατρών και των νοσοκομείων να αναλάβουν μη κλινικά καθήκοντα, όπως η επίβλεψη της θεραπείας ή η άμεση καταγραφή και αναφορά των απαιτούμενων δεδομένων</li> <li>➤ Έλλειψη αντιλαμβανόμενης ιδιοκτησίας του έργου στους εταίρους</li> <li>➤ Αναφερόμενη δυσπιστία των εταίρων του ιδιωτικού τομέα προς τους εταίρους του δημοσίου τομέα</li> </ul>
<b>Οικονομικοί πόροι</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Μείωση του κοινωνικού κεφαλαίου</li> <li>➤ Ανεπαρκείς οικονομικοί πόροι</li> <li>➤ Βιωσιμότητα των ΣΔΙΤ</li> <li>➤ Έλλειψη εμπιστοσύνης των εταίρων του ιδιωτικού τομέα στο σύστημα αποζημίωσης</li> <li>➤ Απροθυμία του δημοσίου τομέα να χρησιμοποιήσει οικονομικά κίνητρα για τους εταίρους του ιδιωτικού τομέα</li> <li>➤ Έλλειψη καθορισμού συγκεκριμένου προϋπολογισμού για τις ΣΔΙΤ</li> </ul>
<b>Συστήματα πληροφοριών και τεχνολογίας</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Αδυναμία του ιδιωτικού τομέα στην τεκμηρίωση υπηρεσιών που παρέχονται από τους ιδιώτες</li> <li>➤ Έλλειψη συνεπούς μορφής αλληλεπίδρασης μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα λόγω διαφορετικών συστημάτων</li> <li>➤ Έλλειψη κατάλληλων μηχανισμών παρακολούθησης και υποβολής εκθέσεων</li> <li>➤ Έλλειψη σαφήνειας στις πολιτικές αναφορικά με την εφαρμογή και την αξιολόγηση των ΣΔΙΤ</li> <li>➤ Απουσία συστημάτων υποστήριξης για την εποπτεία και την τήρηση αρχείων για υπαλλήλους του ιδιωτικού τομέα</li> <li>➤ Αναποτελεσματικό διοικητικό σύστημα</li> <li>➤ Αδύναμη ικανότητα συνεργασίας</li> <li>➤ Ανεπάρκεια μηχανισμών για τη διασφάλιση της συνέχειας περιθαλψης</li> <li>➤ Κενά πληροφόρησης μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα</li> <li>➤ Έλλειψη τυποποιημένου συστήματος εσωτερικής παρακολούθησης</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Αποτυχία καθορισμού ενός συγκεκριμένου δείκτη αξιολόγησης των ΣΔΙΤ</li> </ul>
Άλλα	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Χαμηλή αποτελεσματικότητα του ιδιωτικού τομέα στην παροχή φροντίδας υγείας σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα</li> <li>➤ Ανεπαρκής ικανότητα του δημοσίου τομέα να σχεδιάζει και να διαχειρίζεται συμβάσεις με ιδιωτικούς οργανισμούς</li> </ul>

**Πίνακας 2.** Προκλήσεις που αντιμετωπίζει η ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ

**Πηγή:** Joudyian et al. (2021)

## **Κεφάλαιο 4. Η ΣΔΙΤ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **4.1. Η εφαρμογή της ΣΔΙΤ στα νοσοκομεία στην Ελλάδα**

Η μείωση των δαπανών για την υγεία, σε συνδυασμό με έναν τριμηνιαίο έλεγχο παρακολούθησης σε τρεις βασικούς τομείς, ένας εκ των οποίων ήταν και η μείωση των εξόδων λειτουργίας των νοσοκομείων, ήταν αναγκαία για την οικονομική διάσωση της χώρας μας. Οι ΣΔΙΤ είναι αυτές που θα αλλάξουν ριζικά το τοπίο στον τομέα της υγείας, μέσω της ανάληψης της διαχείρισης των μεγάλων νοσοκομείων του Δημόσιου από μεγάλα ιδιωτικά κεφάλαια (fund). Με βάση το υφιστάμενο σχέδιο δράσης, ένα ιδιωτικό νοσοκομείο, το οποίο θα εξαγορασθεί από ένα μεγάλο ιδιωτικό κεφάλαιο, θα επιδιώξει σύμπραξη με ένα ή/και περισσότερα νοσοκομεία του δημοσίου τομέα για χρονικό διάστημα που θα υπερβαίνει τα δέκα έτη. Ως ανάδοχος του έργου της ΣΔΙΤ θα δημιουργηθεί μια εταιρεία, γνωστή ως «εταιρεία ειδικού σκοπού», η οποία θα έχει και διαχειριστικό ρόλο, καθώς θα είναι υπεύθυνη για τις πληρωμές του προσωπικού, για τις προμήθειες, για τη συντήρηση των εγκαταστάσεων, κ.ά. (Παπαδοπούλου 2019). Από το 1995 και έπειτα παρατηρείται μια σημαντική αύξηση στην ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας. Τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και περισσότερο συζήτηση για την ανάπτυξη και την αποτελεσματική λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στη χώρα μας, καθώς και για την ιδιωτικοποίηση των δημοσίων υπηρεσιών, τα οποία στην ουσία αποτελούν



μέτρα για την ενίσχυση και τη στήριξη της ελληνικής οικονομίας που αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα (Kyloudis et al. 2012).

Όσον αφορά τη ΣΔΙΤ στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας στη χώρα μας, ξεκίνησε με τη συνεργασία του «Κοργιαλένειου-Μπενάκειου» νοσοκομείου με το νοσηλευτικό ίδρυμα «Ερρίκος Ντυνάν» και η αρχική συνεργασία ήταν σε επίπεδο νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ασθενών του «Κοργιαλένειου-Μπενάκειου» νοσοκομείου στο νοσηλευτικό ίδρυμα «Ερρίκος Ντυνάν» (Παπαδοπούλου 2019). Το «Ερρίκος Ντυνάν» ενοικιάζει 30 κλίνες ΜΕΘ, 40 χειρουργικές κλίνες, 3 καρδιολογικές κλίνες και 3 χειρουργικά τραπέζια σε δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ και κυρίως στον «Ερυθρό Σταυρό». Επιπλέον, μέσω της παροχής διαφόρων διαγνωστικών και ιατρικών υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα αιμοκάθαρση, μαγνητική τομογραφία, νευροακτινολογία, κ.ά. ανάγκαζε τα ασφαλιστικά ταμεία να καταβάλουν την αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε πολλά δημόσια νοσοκομεία όσον αφορά σύγχρονα διαγνωστικά μέσα, όπως για παράδειγμα αξονικός και μαγνητικός τομογράφος, οδηγεί τους ασθενείς να στραφούν σε ιδιωτικές δομές, είτε είναι συμβεβλημένες με τα ασφαλιστικά ταμεία του δημοσίου, είτε όχι. Στην Ελλάδα, η ΣΔΙΤ θα αφορά μόνο το σχεδιασμό και την κατασκευή μονάδων υγείας, οι οποίες θα ανήκουν στο ΕΣΥ και ο ιδιωτικός πάροχος θα είναι υπεύθυνος για όλες τις υπηρεσίες εκτός από αυτές που αφορούν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, που θα παραμείνει αποκλειστικά και μόνο στον έλεγχο του δημοσίου. Σε κάθε περίπτωση, προτεραιότητα του συστήματος υγείας της χώρας είναι η ισότιμη και καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, με κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία (Παπαδοπούλου 2019).

## **4.2. Η χρηματοδότηση της ΣΔΙΤ στην Ελλάδα στον τομέα της υγείας**

Η πίεση που δέχεται ο δημόσιος τομέας για μείωση των δαπανών στον τομέα της υγείας, τα μειωμένα έσοδα του συστήματος ασφάλισης υγείας στη χώρα μας και το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών για την υγεία αποτελούν παράγοντες που προκαλούν ανησυχία σχετικά με την επάρκεια της χρηματοδότησης του τομέα της υγείας. Τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα από το 2010 και έπειτα που κυριάρχησε η οικονομική κρίση σε όλους τους τομείς, το ΕΣΥ λειτουργεί με σημαντικούς δημοσιονομικούς περιορισμούς (Παπαδοπούλου 2019).

Η λειτουργία του ΕΣΥ βασίζεται σε ένα μεικτό σύστημα χρηματοδότησης, το οποίο περιέχει χαρακτηριστικά της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (NHS), αλλά και χαρακτηριστικά του μοντέλου της Κοινωνικής Ασφάλισης της Γερμανίας. Τα χαρακτηριστικά που αφορούν το σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας σχετίζονται με τη χρηματοδότηση της μισθοδοσίας του προσωπικού και την απόκτηση εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας, καθώς και διαφόρων έργων, μέσω διαφόρων προγραμμάτων δημόσιων επενδύσεων ή/και μέσω κοινοτικών προγραμμάτων. Τα χαρακτηριστικά που αφορούν το σύστημα της Γερμανίας σχετίζονται με τον τρόπο χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, η οποία είναι τριμερής και προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργοδοτών, από τους ασφαλισμένους και από το κράτος (Χατζητόλιος και συν. 2007). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η ΣΔΙΤ στην υγεία στηρίζεται από την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων (European Investment Bank-EIB), η οποία ενθαρρύνει και ταυτόχρονα διευκολύνει τις ΣΔΙΤ στα νοσοκομεία, τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Η οικονομική αποδοτικότητα, μέσω της συνεχούς αύξησης της αποτελεσματικότητας και της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί το κύριο μέλημα της EIB (Παπαδοπούλου 2019).

Το 2005, με το Ν. 3389/2005, θεσμοθετήθηκε στην Ελλάδα η ΣΔΙΤ. Σύμφωνα με το νόμο αυτό, οι ΣΔΙΤ μπορούν να πραγματοποιηθούν εφόσον: α) έχουν σαν αντικείμενο την εκτέλεση έργων και την παροχή υπηρεσιών, οι οποίες ανήκουν βάση νόμου ή σύμβασης ή καταστατικού, στην αρμοδιότητα του δημοσίου, β) προβλέπουν ότι οι ιδιωτικοί φορείς αναλαμβάνουν ένα σημαντικό μέρος του κινδύνου που απορρέει από τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, τη διαθεσιμότητα ή/και τη ζήτηση του αντικειμένου που περιλαμβάνει η σύμβαση, καθώς και των επιμέρους κινδύνων που αφορούν για παράδειγμα τον τεχνικό κίνδυνο ή/και τον κίνδυνο διαχείρισης, έναντι ανταλλάγματος, το οποίο καταβάλλεται από το δημόσιο τομέα ή από τους τελικούς χρήστες των υπηρεσιών ή των έργων, τμηματικά ή εφάπαξ, γ) προβλέπουν ότι ο ιδιωτικός τομέας είναι υπεύθυνος για την εξασφάλιση της ολικής ή της εν μέρει χρηματοδότησης και την εξασφάλιση των πόρων που απαιτούνται για την κατασκευή των έργων ή για την παροχή των υπηρεσιών και δ) το συνολικό καθαρό προϋπολογιζόμενο κόστος για την υλοποίηση ενός έργου ή μιας υπηρεσίας που αποτελούν αντικείμενο της σύμβασης δεν υπερβαίνει το ποσό των 500.000.000 ευρώ (όπως τροποποιήθηκε με την παρ. 2 άρθρο 10 του Ν. 4146/2013) (Νόμος 3389/2005).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπάνων στον τομέα της υγείας το απορροφούν οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη και στη χώρα μας το ποσοστό αυτό υπερβαίνει το 50% των

συνολικών δαπανών για την υγεία. Η διόγκωση των δαπανών και τα ελλείμματα που παρατηρούνται στον προϋπολογισμό των νοσοκομείων, διογκώνονται ακόμα περισσότερο εξαιτίας των μεγάλων καθυστερήσεων που παρατηρούνται στις πληρωμές που καταβάλλονται από τα ασφαλιστικά ταμεία (Χατζηπουλίδης & Καλφακάκου 2008).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **Κεφάλαιο 5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

### **5.1. Σκοπός και επιμέρους στόχοι**

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η αναζήτηση των μελετών και της βιβλιογραφίας που θα αποδεικνύει ή θα αποτυπώνει τη συμβολή της ΣΔΙΤ στη βελτίωση της ΠΦΥ ή στην επίλυση των προβλημάτων στην ΠΦΥ. Επομένως, μέσα από την αναζήτηση των μελετών και την παράθεση των αποτελεσμάτων, θα εξαχθούν συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ.

Το κύριο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας ανασκόπησης είναι «ποια είναι τα αποτελέσματα και τα επιτεύγματα της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ σε διάφορες χώρες». Επιπλέον ερωτήματα είναι:

- ✓ Σε ποιες χώρες είναι διαδεδομένη η εφαρμογή της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ;
- ✓ Ποια η διαχρονική τάση της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ σε παγκόσμιο επίπεδο;
- ✓ Ποια είναι τα μοντέλα ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ που χρησιμοποιούνται περισσότερο;
- ✓ Ποιος είναι ο ρόλος και οι ευθύνες του δημοσίου στη ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ;
- ✓ Για ποιες εργασίες και υπηρεσίες έχει εφαρμοστεί η ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ;
- ✓ Ποια τα επιτεύγματα της εφαρμογής της πολιτικής ΣΔΙΤ στην παροχή ΠΦΥ σε παγκόσμιο επίπεδο;

### **5.2. Μεθοδολογία**

Για την εν λόγω βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκε το μεθοδολογικό εργαλείο PRISMA. Η αναζήτηση της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις βάση δεδομένων PubMed και Scopus για άρθρα που δημοσιεύτηκαν από το 2000, όπου η ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ άρχισε να εφαρμόζεται σε μεγαλύτερο βαθμό σε παγκόσμιο επίπεδο, έως και τον Ιούνιο του 2022. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε και μέσα από τη βιβλιογραφία άλλων συστηματικών ανασκοπήσεων και μετά-αναλύσεων που ήταν σχετικές με το υπό διερεύνηση θέμα.

Η αναζήτηση της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus με τις λέξεις κλειδιά: public-private partnership, primary health care, health policy.

Αναλυτικότερα, για την εύρεση των κατάλληλων άρθρων έγιναν αναζητήσεις χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά για τις ακόλουθες παραμέτρους:

α) την παρέμβαση (λέξεις-κλειδιά: public-private partnership, health policy)

β) το αποτέλεσμα (λέξεις-κλειδιά: primary health care)

Η στρατηγική αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό των μελετών που θα αποδεικνύουν ή θα αποτυπώνουν τη συμβολή της ΣΔΙΤ στη βελτίωση της ΠΦΥ ή στην επίλυση των προβλημάτων στην ΠΦΥ παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

**Πίνακας 3.** Στρατηγική και λέξεις κλειδιά για τον προσδιορισμό των μελετών που αποδεικνύουν ή θα αποτυπώνουν τη συμβολή της ΣΔΙΤ στη βελτίωση της ΠΦΥ ή στην επίλυση των προβλημάτων στην ΠΦΥ.

Βάση δεδομένων	Αλγόριθμος αναζήτησης	Αριθμός άρθρων
PubMed	((("primary health care") AND ("public-private partnership")) AND ("health policy"))	9
Scopus	"public-private partnership" AND "primary health care" AND "health policy"	860

***Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού μελετών:***

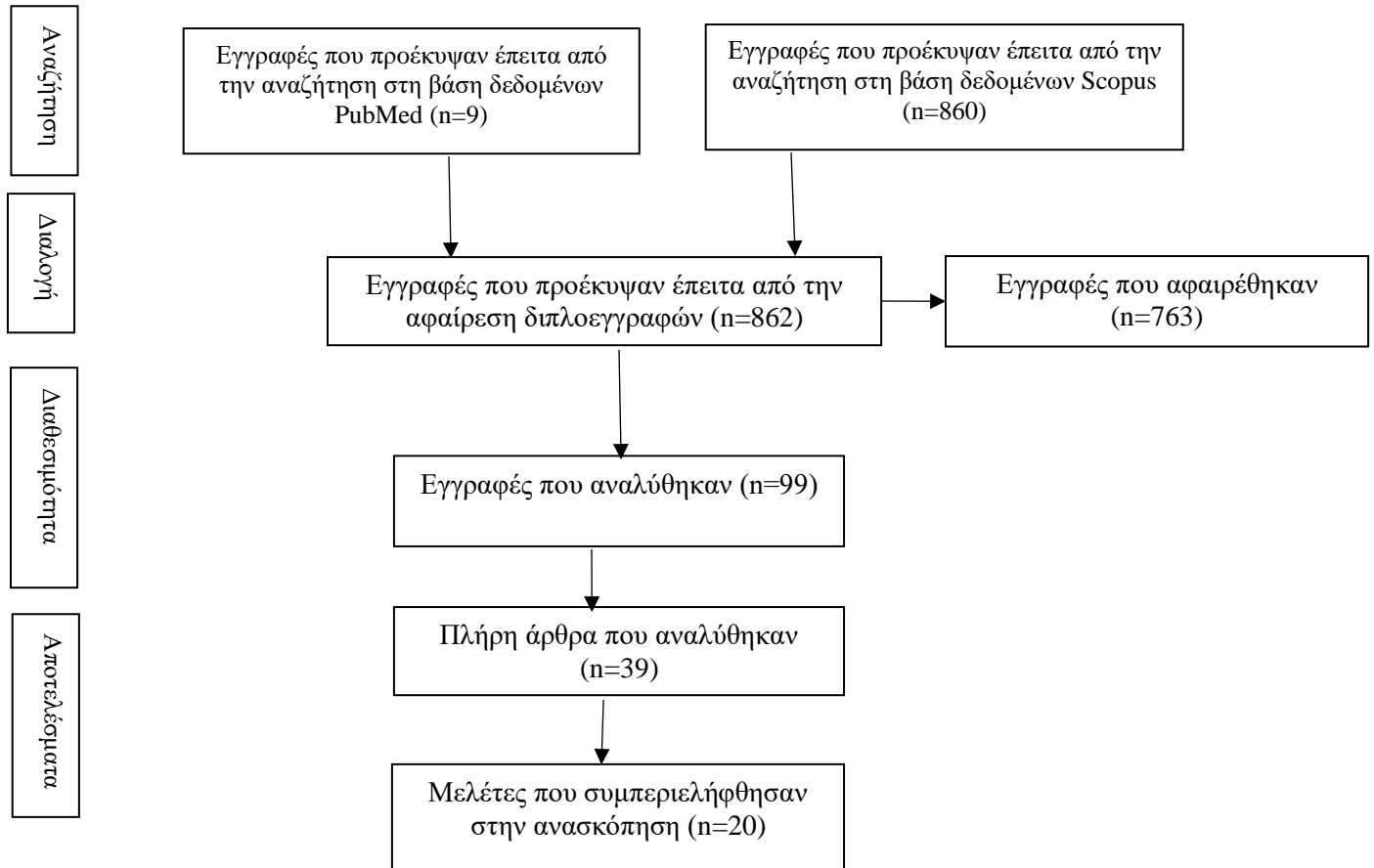
- 1) Γλώσσα: Έρευνες δημοσιευμένες στην αγγλική και στην ελληνική γλώσσα.
- 2) Χρόνος: Έρευνες που δημοσιεύτηκαν από το 2000 έως και τον Ιούνιο του 2022.
- 3) Μελέτες που αφορούν την εφαρμογή της ΣΔΙΤ μόνο στην ΠΦΥ.
- 4) Είδος μελετών: Συγχρονικές, παρακολούθησης, περιγραφικές και ποιοτικές μελέτες

### *Τελική επιλογή μελετών*

Συνολικά εντοπίστηκαν 869 αναφορές. Από τις αναφορές αυτές 9 προέκυψαν από την αναζήτηση στη βάση δεδομένων PubMed και 860 από την αναζήτηση στη βάση δεδομένων Scopus. Μετά από αφαίρεση των διπλότυπων μελετών 862 αναφορές αξιολογήθηκαν με βάση τον τίτλο και την περίληψη. Από τις μελέτες αυτές 763 στο σύνολο δεν πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου κι αποκλείστηκαν. Οι υπόλοιπες 99 αναφορές αξιολογήθηκαν για την καταλληλότητά τους με βάση το πλήρες κείμενο. Έπειτα από αξιολόγηση αυτών 79 αναφορές κρίθηκαν ότι δεν πληρούν τα κριτήρια εισόδου και αποκλείστηκαν και 20 αναφορές συμπεριελήφθησαν τελικά στην παρούσα ανασκόπηση. Από τις μελέτες που αποκλείστηκαν (n=79), οι 74 μελέτες δεν ήταν σχετικές με το υπό διερεύνηση θέμα και 5 μελέτες δεν υπήρχε ελεύθερη πρόσβαση. Η διαδικασία επιλογής των μελετών απεικονίζεται στο κάτωθι διάγραμμα ροής.

**Διάγραμμα 1.** Διάγραμμα ροής της διαδικασίας επιλογής των άρθρων

**Πηγή:** Moher et al. (2009)





## **Κεφάλαιο 6. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ**

### **6.1. Περιγραφή των βασικών χαρακτηριστικών των μελετών**

#### *Γεωγραφική ήπειρος διεξαγωγής της μελέτης*

Δύο μελέτες διεξήχθησαν στην Ωκεανία (Αυστραλία, Παπούα Νέα Γουινέα) (Miles et al. 2014, Gold et al. 2012), οχτώ μελέτες διεξήχθησαν στην Ασία (Ιράν, Πακιστάν, Ινδία, Λάος, Ινδονησία) (Gharraee et al. 2019, Bastani et al. 2019, Imtiaz et al. 2017, Simmalavong et al. 2017, Kumar et al. 2016, Farahbakhsh et al. 2012, Ardian et al. 2007, Murthy et al. 2001), τρεις μελέτες διεξήχθησαν στην Ευρώπη (Ηνωμένο Βασίλειο) (Kell et al. 2018, Mudyarabikwa et al. 2017, Mudyarabikwa & Regmi 2016), τρεις μελέτες διεξήχθησαν στην Αφρική (Ζάμπια, Νότια Αφρική, Νιγηρία) (Ahonkhai et al. 2022, Chongwe et al. 2015, Sinanovic & Kumaranayake 2006) και δύο μελέτες διεξήχθησαν στις ΗΠΑ (Handler et al. 2015, Herman et al. 2008). Επιπλέον, μια μελέτη διεξήχθη σε Ασία και Αφρική (Ινδία, Βιετνάμ, Κένυα) (Lönnroth et al. 2008) και μια μελέτη διεξήχθη σε Ασία, Αφρική, Ευρώπη και Αμερική (Κίνα, Ινδία, Νότια Αφρική, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Βραζιλία, Μεξικό) (Pérez-Escamilla 2018).

#### *Βασικοί παράγοντες που αξιολογήθηκαν για την αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ*

- Προαγωγή υγείας μητέρων και παιδιών, οικογενειακός προγραμματισμός (Ahonkhai et al. 2022, Imtiaz et al. 2017, Farahbakhsh et al. 2012)
- Κινητές ιατρικές μονάδες που λειτουργούσαν υπό το καθεστώς ΣΔΙΤ (Kumar et al. 2016)
- Συνεργασία μεταξύ ιδιωτών και κυβέρνησης με έναν μη κυβερνητικό ενδιάμεσο φορέα για την εφαρμογή του DOTs (Lönnroth et al. 2008, Murthy et al. 2001)
- Πρόληψη και έλεγχος φυματίωσης μέσω προγραμμάτων που προέρχονται από την εφαρμογή της ΣΔΙΤ (Lönnroth et al. 2008, Chongwe et al. 2015, Ardian et al. 2007)
- Δραστηριότητες ΣΔΙΤ και του ρόλου που παίζουν οι ιδιώτες στη βελτίωση των προμηθειών του δημοσίου για χειρουργεία πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Mudyarabikwa & Regmi 2016)
- Καταγραφή, διάγνωση και θεραπεία των κρουσμάτων ελονοσίας (Simmalavong et al. 2017)

- Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Handler et al. 2015)
- Προαγωγή της σεξουαλικής υγείας (Gold et al. 2012)
- Προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης στα σχολεία για τη μείωση του επιπολασμού της παιδικής παχυσαρκίας (Pérez-Escamilla 2018)
- Προαγωγή της στοματικής υγείας (Kell et al. 2018, Herman et al. 2008)
- Προαγωγή της δημόσιας υγείας του πληθυσμού (Gharaee et al. 2019, Miles et al. 2014, Farahbakhsh et al. 2012)
- Βελτίωση δεικτών δομών και υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας (Bastani et al. 2019, Mudayarabikwa et al. 2017, Sinanovic & Kumaranayake 2006)

## **6.2. Αναλυτική περιγραφή μελετών που προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας**

Οι Bastani et al. (2019) διεξήγαγαν μια μελέτη στο Ιράν για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ΣΔΙΤ σε ένα νοσοκομείο της χώρας. Αναλύθηκαν οι δείκτες απόδοσης του νοσοκομείου για να διαπιστωθεί εάν έχουν επέλθει αλλαγές στους δείκτες απόδοσης του νοσοκομείου ως αποτέλεσμα της υιοθέτησης του μοντέλου ΣΔΙΤ και της τοποθέτησης ενός μη κρατικού νοσοκομείου δίπλα σε ένα κρατικό ιατρικό κέντρο. Για το σκοπό αυτό έγινε αξιολόγηση της κατάστασης του νοσοκομείου σε δύο περιόδους, όπου η πρώτη ήταν τρία χρόνια πριν την εφαρμογή της ΣΔΙΤ και η δεύτερη τρία χρόνια μετά τη σύμπραξη. Το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών (bed occupancy rate\_BOR), η μέση διάρκεια νοσηλείας (average length of stay\_ALS) και η συχνότητα εναλλαγής των κρεβατιών ήταν οι συχνότεροι δείκτες που αξιολογήθηκαν. Επιπλέον, αξιολογήθηκε ο αριθμός των χειρουργείων, οι ημέρες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, το ποσοστό των εισαγωγών, οι θάνατοι και ο αριθμός των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία και στις ΜΕΘ, σε μηνιαία βάση. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, η κατάσταση στο νοσοκομείο που αξιολογήθηκε παρουσίασε σημαντικές αλλαγές μετά την εφαρμογή της ΣΔΙΤ. Οι τρεις βασικοί δείκτες που αξιολογήθηκαν (ALS, BTO, BOR) αυξήθηκαν μεταξύ της πρώτης αξιολόγησης που πραγματοποιήθηκε τρία χρόνια πριν την εφαρμογή της ΣΔΙΤ και της δεύτερης που πραγματοποιήθηκε τρία χρόνια μετά την εφαρμογή της ΣΔΙΤ. Η βελτίωση των δεικτών

απόδοσης του νοσοκομείου και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ήταν τα πλέον θετικά που έφερε η εφαρμογή της ΣΔΙΤ στα νοσοκομεία.

Οι Farahbakhsh et al. (2012) διεξήγαγαν μια μελέτη με σκοπό τη σύγκριση της απόδοσης των νοσοκομείων και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε δημόσια κέντρα υγείας στο Ιράν και σε κέντρα υγείας που λειτουργούν με βάση τη ΣΔΙΤ. Οι παράμετροι που αξιολογήθηκαν ήταν η επιλογή των κέντρων από τους ασθενείς, το πρόγραμμα φροντίδας μητέρας-παιδιού, η φροντίδα υγείας των παιδιών το πρόγραμμα σχολικής υγείας και αγωγής υγείας, η περιβαλλοντική υγεία, η ικανοποίηση των ασθενών και του προσωπικού και το μέσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή. Οι περισσότερες παράμετροι είχαν περισσότερο θετικά αποτελέσματα στην περίπτωση των κέντρων που λειτουργούσαν υπό το καθεστώς της ΣΔΙΤ, εκτός από την περιβαλλοντική υγεία που δεν σημειώθηκε καμία διαφορά μεταξύ των δημοσίων κέντρων υγείας και των κέντρων που λειτουργούσαν με βάση τη σύμπραξη.

Μια ακόμα μελέτη για την αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ διεξήχθη από τους Imtiaz et al. (2017) στο Πακιστάν, για την αξιολόγηση της χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας μητέρας και παιδιού πριν και μετά την εφαρμογή της ΣΔΙΤ. Η συλλογή των δεδομένων αφορούσε υπηρεσίες σχετικές με τη φροντίδα μητέρας και παιδιού, όπως υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα, ασφαλής τοκετός, εμβολιασμός των εγκύων και των παιδιών, πριν και μετά την εφαρμογή της ΣΔΙΤ. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση μετά την εφαρμογή της ΣΔΙΤ στον εμβολιασμό των γυναικών και των παιδιών, στη χρήση των υπηρεσιών του οικογενειακού προγραμματισμού και της προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας. Σύμφωνα με την εν λόγω μελέτη, η ΣΔΙΤ βελτίωσε τη χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ για τη μητέρα και το παιδί και επομένως, η σύμπραξη μπορεί να αναβαθμιστεί και να επεκταθεί προκειμένου να οδηγήσει σε μια ακόμα πιο βελτιωμένη κάλυψη των υπηρεσιών που αφορούν τη μητέρα και το παιδί.

Οι Kumar et al. (2016) πραγματοποίησαν μια μελέτη για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας των κινητών ιατρικών μονάδων στην Ινδία. Οι εν λόγω μονάδες λειτουργούσαν σε καθεστώς ΣΔΙΤ και αξιολογήθηκε η λειτουργία έξι μονάδων σε τρεις περιοχές της Ινδίας. Η εύκολη πρόσβαση και η δωρεάν παροχή των υπηρεσιών ήταν οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονταν με τη χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ που παρείχαν οι

κινητές ιατρικές μονάδες. Στο σύνολό τους λειτουργούσαν 103 κινητές μονάδες, μετά την εφαρμογή της ΣΔΙΤ για τη λειτουργία τους.

Το 2001, οι Murthy et al. διεξήγαγαν μια μελέτη προκειμένου να προσδιορίσουν κατά πόσο η συνεργασία μεταξύ κυβέρνησης και ιδιωτών με έναν ενδιάμεσο μη κυβερνητικό φορέα μπορεί να είναι αποτελεσματική στη θεραπεία υπό άμεση παρακολούθηση (directly observed therapy\_DOT) για τη θεραπεία της φυματίωσης. Η εν λόγω μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα μη κερδοσκοπικό νοσοκομείο που παρείχε υπηρεσίες DOTs σε πληθυσμό 100.000 ατόμων για τρία έτη και έπειτα, από τον Οκτώβριο του 1998 και έπειτα εξυπηρετούσε πληθυσμό 500.000 ατόμων. Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ΣΔΙΤ στη θεραπεία και τον έλεγχο της φυματίωσης στη μελέτη συμμετείχαν 2244 άτομα εκ των οποίων τα 969 είχαν φυματίωση. Το ποσοστό ανίχνευσης αυξήθηκε από 50 σε 200/100.000 κατά τη διάρκεια των πρώτων 2-3 ετών λειτουργίας και τα επόμενα έτη παρουσίασε σταδιακή αύξηση. Το 90% των νέων ασθενών με θετικό επίχρισμα και το 77% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε επαναληπτική θεραπεία είχαν θετική έκβαση. Σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία σε γειτονικό κυβερνητικό κέντρο DOTs, οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη πλήρωσαν λιγότερα χρήματα για διαγνωστικές εξετάσεις και για τη θεραπεία τους, το οποίο οφείλονταν σε μεγάλο βαθμό και στο χαμηλότερο κόστος μεταφοράς. Οι συνεργατικές προσπάθειες μεταξύ των ιδιωτών και της κυβέρνησης μπορούν να επιτύχουν υψηλά ποσοστά ανίχνευσης των περιπτώσεων φυματίωσης και υψηλά ποσοστά θεραπείας. Οι υπηρεσίες που προέρχονταν από τη ΣΔΙΤ φάνηκε να είναι περισσότερο βολικές στους ασθενείς που πλήρωσαν λιγότερα για τη θεραπεία τους και επιπλέον, δεν κινδύνεψαν να χάσουν τη θέση εργασίας τους για να συμμετάσχουν σε DOTs. Ένα ίδρυμα, όπως ένα μη κερδοσκοπικό νοσοκομείο μπορεί να χρησιμεύσει ως αποτελεσματικός ενδιάμεσος μεταξύ του κυβερνητικού προγράμματος DOTs και των ιδιωτών ιατρών.

Οι Mudyarabikwa & Regmi (2016) διεξήγαγαν μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο προκειμένου να εκτιμηθεί ο βαθμός μέχρι τον οποίο οι ΣΔΙΤ θα αυξήσουν την αποτελεσματικότητα των δημοσίων συμβάσεων για τις εγκαταστάσεις της ΠΦΥ. Διαπιστώθηκε μια θετική συσχέτιση μεταξύ της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας Local Improvement Finance Trust (LIFT) και στον τρόπο που αυτή συμβάλλει στη γεφύρωση των ελλείψεων κεφαλαίου του δημοσίου τομέα για την ανάπτυξη ιατρικών παροχής ΠΦΥ. Η LIFT όμως συνδέεται αρνητικά με τις προμήθειες, καθώς δανείζεται χρήματα από ιδιωτικές τράπεζες, αφήνοντας τους δημόσιους οργανισμούς να

πληρώσουν υψηλά επιτόκια. Η μελέτη δείχνει ότι ορισμένοι παράγοντες και μηχανισμοί της LIFT παίζουν σημαντικό ρόλο στην παρεμπόδιση του προσωπικού του δημοσίου για αποτελεσματική αύξηση των προμηθειών.

Οι Chongwe et al. (2015) διεξήγαγαν μια μελέτη προκειμένου να διερευνηθεί η έκταση της ικανότητας της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα, στις πρακτικές και στην τήρηση των εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών για τον έλεγχο της φυματίωσης. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η πλειονότητα των εγκαταστάσεων που διαχειρίζονται τη φυματίωση στον ιδιωτικό τομέα, δεν αναφέρουν τις δραστηριότητές τους για τη φυματίωση στο Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου Φυματίωσης (NTP). Είναι αναγκαίο για την αποτελεσματικότητα του Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου Φυματίωσης να βελτιώσει τη συνεργασία του με τον ιδιωτικό τομέα, όσον αφορά τις δραστηριότητες ελέγχου της φυματίωσης, καθώς και τα θέματα που σχετίζονται με τη ΣΔΙΤ για τη θεραπεία άμεσης παρακολούθησης σύντομης διάρκειας (DOTS).

Οι Lönnroth et al. (2008) διεξήγαγαν μια μελέτη για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων τεσσάρων έργων ΣΔΙΤ σχετικά με την εφαρμογή της θεραπείας άμεσης παρακολούθησης σύντομης διάρκειας (DOTS) για τη φυματίωση σε διάφορες πόλεις της Ινδίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι ΣΔΙΤ θα πρέπει να περιλαμβάνουν: α) στοιχεία που αφορούν τον προσανατολισμό των ιδιωτικών παρόχων και του προσωπικού του εθνικού προγράμματος φυματίωσης, β) τη βελτίωση του συστήματος παραπομπής και πληροφόρησης μέσω απλών πρακτικών εργαλείων, γ) τη διαρκή εποπτεία των ιδιωτικών παρόχων από το εθνικό πρόγραμμα φυματίωσης και δ) τη δωρεάν παροχή φαρμάκων κατά της φυματίωσης και σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία στον ιδιωτικό τομέα. Για να μπορέσει να λειτουργήσουν οι ανωτέρω παρεμβάσεις, απαιτείται η ισχυρή δέσμευση του εθνικού προγράμματος φυματίωσης στην υποστήριξη, την εποπτεία και την αξιολόγηση των έργων που προέρχονται από τη ΣΔΙΤ.

Οι Sinanovic & Kumaranayake (2006) διεξήγαγαν μια μελέτη για την αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης για τη θεραπεία της φυματίωσης που παρέχεται μέσω ΣΔΙΤ. Αξιολογήθηκαν τρεις διαστάσεις της ποιότητας (δομές, διαδικασία και αποτελέσματα) σε σχέση με τρία διαφορετικά μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας (αμιγώς δημόσιο, ΣΔΙΤ και δημόσια μη κυβερνητική οργάνωση). Οι δομές στις οποίες είχε εφαρμοστεί η ΣΔΙΤ συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία και στις τρεις διαστάσεις που αξιολογήθηκαν. Αναφορικά με την ποιότητα της διαδικασίας, ήταν

παρόμοια σε όλες τις δομές αντανακλώντας την πολύ καλή γνώση των κατευθυντήριων γραμμών για τη θεραπεία της φυματίωσης, τόσο από τους ιδιωτικούς, όσο και από τους δημόσιους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Σε μια άλλη μελέτη που διεξήχθη από τους Ejaz et al. (2011) αξιολογήθηκαν οι αντιλήψεις των κυβερνητικών λειτουργών, των ΜΚΟ και της κοινότητας των δωρητών σχετικά με το ρόλο των μη κυβερνητικών οργανώσεων στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας στο Πακιστάν. Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις πέτυχαν καλύτερα αποτελέσματα εξαιτίας του ευέλικτου σχεδιασμού κι της ικανότητας να σχεδιάζουν προγράμματα για την υγεία, την προαγωγή της υγείας, κ.ά. με βάση τον πληθυσμό. Η συγκεκριμένη μελέτη αποτυπώνει την ανάγκη και την ευκαιρία για ΣΔΙΤ στο Πακιστάν και παρουσιάζει ένα πλαίσιο για μια ουσιαστική δέσμευση της κυβέρνησης, των ιδιωτών και των ΜΚΟ.

Οι Mudyarabikwaet al. (2017) διεξήγαγαν μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο με σκοπό τη διερεύνηση των δραστηριοτήτων ΣΔΙΤ και του ρόλου που αυτοί παίζουν στη βελτίωση των προμηθειών του δημοσίου για χειρουργεία πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Η ΣΔΙΤ στο Ηνωμένο Βασίλειο αναπτύχθηκε για να βελτιώσει την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η επιτυχία της ΣΔΙΤ εξαρτάται από την ικανότητα των ιδιωτών που συμμετέχουν στη σύμπραξη: α) να εκτιμήσουν και να παραδεχτούν ότι οι ΣΔΙΤ πρόσθεσαν αξία στις δραστηριότητές τους, β) να είναι αποτελεσματικοί αναφορικά με τα αναμενόμενα αποτελέσματα και γ) να είναι σε ετοιμότητα προκειμένου να ευθυγραμμίσουν τις επιχειρηματικές τους αρχές με τους κυβερνητικούς στόχους. Διαπιστώθηκε ότι οι δραστηριότητες των ιδιωτών συμμετεχόντων βασίζονται σε μια σειρά από ρητές και σιωπηρές παραδοχές που θεωρήθηκαν χρήσιμες για την επίτευξη των κυβερνητικών στόχων για τη βελτίωση της τοπικής χρηματοδοτικής εμπιστοσύνης (Local Improvement Finance Trust\_LIFT) μεταξύ των συμμετεχόντων.

Οι Ahonkhai et al. (2022) διεξήγαγαν μια μελέτη με σκοπός την αξιολόγηση της φιλοσοφίας, της παροχής υπηρεσιών, των επιτευγμάτων και των διδαγμάτων που αντλήθηκαν από ένα πρόγραμμα ανοσοποίησης στα παιδιά σε μια αγροτική περιοχή της Νιγηρίας που χρηματοδοτήθηκε από μια ιδιωτική εταιρεία. Το πρόγραμμα ανοσοποίησης εξυπηρέτησε την κοινότητα για μια περίοδο 16

ετών, από το 1998 έως και το 2015, με αποτέλεσμα την αύξηση του εμβολιασμού από 43% στο 78% στα παιδιά. Το πρόγραμμα εμβολιασμού Sabongidda-Ora Vaccination Project αντιπροσωπεύει μια επιτυχημένη ΣΔΙΤ που χρηματοδοτήθηκε μέσω εταιρικής κοινωνικής ευθύνης. Η επιτυχία αυτού του προγράμματος εμβολιασμού αποτέλεσε παράδειγμα, όχι μόνο για τη σημασία της έγκαιρης και διαρκούς εμπλοκής της κοινότητας στην πρόληψη και της ενσωμάτωσης στρατηγικών για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων πρόληψης, αλλά και κυρίως υπογράμμισε το σημαντικό ρόλο που μπορεί να παίξει ο ιδιωτικός τομέας στην επίτευξη κρίσιμων στόχων ανοσοποίησης, παρέχοντας ένα μοντέλο επιτυχημένης ΣΔΙΤ.

Το Σεπτέμβριο του 2008 ξεκίνησε μια ΣΔΙΤ σε τέσσερις βόρειες και νότιες επαρχίες του Λάος για την αύξηση της πρόσβασης σε ταχείες διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπεία για την ελονοσία, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Από τον Ιανουάριο του 2009 έως και τον Ιούνιο του 2016 συλλέχθηκαν πληροφορίες για τα επιδημιολογικά δεδομένα για την ελονοσία και πραγματοποιήθηκε μια περιγραφική μελέτη για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της συμβολής του ιδιωτικού τομέα στην αναφορά των κρουσμάτων ελονοσίας κατά τη ΣΔΙΤ. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης η ΣΔΙΤ συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση της διάγνωσης και της καταγραφής των κρουσμάτων ελονοσίας. Στο πλαίσιο της εξάπλωσης της ελονοσίας, η πρωτοβουλία για τη ΣΔΙΤ θα πρέπει να επεκταθεί προκειμένου να διασφαλιστεί ότι όλα τα περιστατικά ελονοσίας θα καταγράφονται και θα αντιμετωπίζονται κατάλληλα (Simmalavong et al. 2017).

Οι Handler et al. (2015) διεξήγαγαν μια μελέτη για της αξιολόγηση της προστιθέμενης αξίας στην πρωτοβουλία για την αύξηση της υγείας του πληθυσμού μέσω των ΣΔΙΤ μέσω του προγράμματος “Illinois Breast and Cervical Cancer Program (IBCCP)” για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σε γυναίκες με χαμηλό εισόδημα, σε γυναίκες που ανήκαν σε μειονότητες και σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων έδειξαν ότι η ΣΔΙΤ είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένη μεταξύ του IBCCP και των μεμονωμένων ιατρικών παρόχων και νοσοκομείων στο Ιλινόις. Τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι το ποσό της χρηματοδότησης που παρέχεται από το IBCCP χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη και τη διατήρηση ισχυρών ΣΔΙΤ που αποτελούν επένδυση για την υγεία του μαστού και του τραχήλου της μήτρας.

Στη μελέτη των Gold et al. (2012) περιγράφεται η αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ στην προαγωγή της σεξουαλικής υγείας σε νέους ηλικίας 16 έως 29 ετών. Σκοπός της δημιουργίας συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και πιο συγκεκριμένα της συνεργασίας μεταξύ του δημοσίου με έναν πάροχο τηλεπικοινωνιών, ήταν η προώθηση διαφημίσεων που αφορούν τη σεξουαλική υγεία σε μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού, μέσω μηνυμάτων στο κινητό τηλέφωνο. Οι συνδρομητές που επέλεξαν να λαμβάνουν κινητή διαφήμιση από τρίτους, λάμβαναν σε αντάλλαγμα δωρεάν πρόσβαση σε επιλεγμένους διαδικτυακούς τόπους μέσω των κινητών τους τηλεφώνων. Η συνεργασία με τον πάροχο των τηλεπικοινωνιών επέτρεψε την παροχή μηνυμάτων για την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας σε πολύ μεγαλύτερο αριθμό ατόμων σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση και επιπλέον, η ομάδα ελέγχου είχε περισσότερες γνώσεις για τη σεξουαλική υγεία σε σχέση με την ομάδα-κατηγορία αναφοράς του μελετώμενου προσδιοριστή (Gold et al. 2011).

Ο Pérez-Escamilla (2018) διεξήγαγε μια μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων που επιτρέπουν την αποτελεσματική ΣΔΙΤ αναφορικά με την προαγωγή υγείας σε θέματα που σχετίζονται με τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα στα σχολεία. Τα δεδομένα της μελέτης συγκεντρώθηκαν από επτά χώρες στην Ασία (Κίνα και Ινδία), την Αφρική (Νότια Αφρική), την Ευρώπη (Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο) και τη Λατινική Αμερική (Βραζιλία και Μεξικό) και αφορούσαν τον προσδιορισμό των βασικών παραγόντων που επέτρεψαν την εφαρμογή των υποστηριζόμενων από το ίδρυμα Mondelēz International Foundation (MIF) σχολικών ΣΔΙΤ. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, υπάρχουν ενδείξεις ότι όλα τα προγράμματα που εφαρμόστηκαν σε κάθε χώρα είχαν θετικό αντίκτυπο στις γνώσεις και στις πρακτικές για την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και στην αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας. Η συγκεκριμένη πρωτοβουλία εκ μέρους της MIF παρέχει σημαντικά διδάγματα για τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να δημιουργηθεί μια αποτελεσματική ΣΔΙΤ που να αποσκοπεί στην αντιμετώπιση της επιδημίας της παιδικής παχυσαρκίας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Το 2004, η Παγκόσμια Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Fédération Dentaire Internationale\_ FDI) και η εταιρεία Unilever Oral Care ξεκίνησαν μια συνεργασία για την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σχετικά με τη στοματική υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο. Μέσω της συγκεκριμένης συνεργασίας αναπτύχθηκε μια σειρά από προγράμματα για τη βελτίωση των συνηθειών



βουρτσίσματος σε συγκεκριμένους πληθυσμούς μέσω της προαγωγής της υγείας και μέσω εκπαιδευτικών εκστρατειών παγκοσμίως. Δεδομένης της επιτυχίας της ΣΔΙΤ στις δύο πρώτες φάσεις του προγράμματος, η τρίτη φάση με την ονομασία “Brush Day & Night” είχε ως στόχο την εκπαίδευση των παιδιών στο βούρτσισμα των δοντιών δύο φορές την ημέρα με φθοριούχο οδοντόκρεμα, μέσω ενός σχολικού προγράμματος 21 ημερών. Τα προγράμματα αυτά εφαρμόστηκαν σε 10 χώρες, σε παιδιά ηλικίας 2 έως 12 ετών και οι τοπικές κοινωνίες συνέλεξαν δεδομένα για τη στοματική υγεία των παιδιών και για συμπεριφορές που σχετίζονται με τη στοματική τους υγεία, με τη χρήση συγκεκριμένων δεικτών. Η ΣΔΙΤ στην προαγωγή της στοματικής υγείας ήταν επιτυχημένη, καθώς αναφέρθηκε ότι είχε μια εμβέλεια 4 εκατομμυρίων ατόμων στις χώρες που εφαρμόστηκε και στις οποίες πραγματοποιήθηκαν τα σχολικά προγράμματα και παρατηρήθηκε αύξηση της τάξεως του 25% των μαθητών που βουρτσίζουν τα δόντια τους δύο φορές/ημέρα μετά την πρώτη παρέμβαση του προγράμματος (Kell et al. 2018).

Το 2012, ο επιπολασμός του HIV στην Παπούα Νέα Γουινέα για άτομα ηλικίας 15 έως 49 ετών ήταν 0,5% και εκτιμάται ότι περίπου 25.000 άτομα ζούσαν με τον ιό HIV. Από το 2008 και έπειτα, ο μεγαλύτερος παραγωγός πετρελαίου στη χώρα και φυσικού αερίου της χώρας ξεκίνησε να συνεργάζεται με τις εθνικές και τις επαρχιακές υγειονομικές αρχές, με αναπτυξιακούς εταίρους και με παγκόσμια χρηματοδοτικά ιδρύματα, για να συμβάλλει στην εθνική στρατηγική για την πρόληψη και τη διαχείριση του HIV. Σκοπός της μελέτης των Miles et al. (2014) ήταν η επισκόπηση της αποτελεσματικότητας των ΣΔΙΤ στην προαγωγή της δημόσιας υγείας του πληθυσμού της Παπούα Νέα Γουινέα. Οι ΣΔΙΤ έχουν πολλές μορφές και η εφαρμογή τους σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος έχει αποδείξει ότι αυξάνει σταδιακά τις εκροές των υπηρεσιών υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτόν που θα μπορούσε να επιτύχει ο δημόσιος μόνο τομέας. Μέχρι και σήμερα, η συγκεκριμένη ΣΔΙΤ έχει επιδείξει πολλές επιτυχίες, τόσο με τις εκροές υπηρεσιών, όσο και με τα κλινικά αποτελέσματα. Οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη λαμβάνουν πλέον τυποποιημένη εκπαίδευση σε θέματα που σχετίζονται με τον HIV ιό, με τα περισσότερα μαθήματα να οδηγούν σε επίσημη πιστοποίηση από το Υπουργείο Υγείας της χώρας. Αυτό υποστηρίζεται και από την άτυπη κλινική καθοδήγηση που παρέχεται από τους ειδικούς του ιδρύματος στον HIV, οι οποίοι παρέχουν και υλικοτεχνική υποστήριξη, εφοδιαστική αλυσίδα, παρακολούθηση και αξιολόγηση και γενικότερα πρωτοβάθμια υποστήριξη στην ΠΦΥ.

Οι Ardian et al. (2007) σε μια περιγραφική μελέτη αναφέρουν την επιτυχημένη ΣΔΙΤ μεταξύ ενός Περιφερειακού Τμήματος Υγείας, μιας ιδιωτικής εταιρείας και μη κυβερνητικών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στην Ινδονησία, για την πρόληψη και τη θεραπεία της φυματίωσης. Η χρηματοδότηση του προγράμματος κατά της φυματίωσης προέρχεται από ιδιωτική εταιρεία και το εθνικό πρόγραμμα κατά της φυματίωσης παρέχει το πλαίσιο της πολιτικής και τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία, καθώς και ορισμένες προμήθειες. Στη δομή υγείας που εφαρμόστηκε η ΣΔΙΤ το προσωπικό είναι υπεύθυνο για τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ανίχνευση, την καταγραφή, την υποβολή εκθέσεων, την αγωγή υγείας και την ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα που σχετίζονται με τη φυματίωση. Το μεγαλύτερο ποσοστό παραπομπών ασθενών με φυματίωση προήλθε από τη δομή που εφαρμόστηκε η ΣΔΙΤ, ενώ και το ποσοστό κοινοποίησης της φυματίωσης είναι σημαντικά υψηλότερο στην εν λόγω δομή. Αναφορικά με τη θεραπεία της φυματίωσης, το ποσοστό είναι παρόμοιο με το εθνικό ποσοστό στην Ινδονησία.

Οι Herman et al. (2008) περιγράφουν ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα στοματικής φροντίδας για παιδιά στη Νέα Υόρκη. Το Head Start είναι ένα ομοσπονδιακά χρηματοδοτούμενο προσχολικό πρόγραμμα για τις οικογένειες με χαμηλό εισόδημα και τα παιδιά τους, το οποίο παρέχει στα παιδιά δραστηριότητες προκειμένου να αναπτυχθούν διανοητικά, κοινωνικά, συναισθηματικά και νοητικά. Το 1994, δημιουργήθηκε μια ΣΔΙΤ μεταξύ της Διοίκησης Υπηρεσιών για Παιδιά στη Νέα Υόρκη και του Οδοντιατρικού κολεγίου του πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης για την προαγωγή της στοματικής υγείας των παιδιών. Το πρόγραμμα συνίσταται σε περιοδικές επισκέψεις μιας οδοντιατρικής ομάδας σε διάφορα κέντρα Head Start και το κέντρο παρέχει διαγνωστικές και προληπτικές εξετάσεις στα παιδιά, καθώς και εκπαίδευση για τη στοματική υγεία σε παιδιά, γονείς και στο υγειονομικό προσωπικό. Η αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ για την προαγωγή της στοματικής υγείας των παιδιών αποτυπώνεται στον αριθμό των παιδιών που μέσα σε διάστημα 13 ετών έχουν λάβει διαγνωστικές, προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες και είναι περίπου 25.000 παιδιά.

Οι Gharaee et al. (2019) διεξήγαγαν μια ποιοτική μελέτη στο Ιράν με σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ, εστιάζοντας στην επαρχία του Ανατολικού Αζερμπαϊτζάν. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω συνεντεύξεων και ανάλυσης εγγράφων. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η υποστήριξη της ΣΔΙΤ από τα πολιτικά κόμματα ήταν από τους παράγοντες που επηρέασαν την εφαρμογή της σύμπραξης. Το μοντέλο

ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ αποτελεί μια νέα και επιτυχημένη εμπειρία στην ΠΦΥ στο Ιράν. Η υποστήριξη και η ανάπτυξη αυτής της πολιτικής μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα και την ποσότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης.

Τα στοιχεία των συνολικά 20 μελετών που επιλέχθηκαν και αναλύθηκαν στην ανασκόπηση παρουσιάζονται στον παρακάτω Πίνακα 4.

**Πίνακας 4.** Βασικά χαρακτηριστικά μελετών που προέκυψαν από την ανασκόπηση

Παραπομπή	Χώρα διεξαγωγής	Είδος μελέτης	Χρονικό διάστημα διεξαγωγής	Συμμετέχοντες-Δομές	Προσδιοριστής	Έκβαση	Αποτελέσματα
Bastani et al. (2019)	Ιράν	Συγχρονική	2015	Νοσοκομείο Hasheminejad	Ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών (bed occupancy rate_ BOR), μέση διάρκεια νοσηλείας (average length of stay_ ALS) και συχνότητα εναλλαγής των κρεβατιών. Επιπλέον, ο αριθμός των χειρουργείων, οι ημέρες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, το ποσοστό των εισαγωγών, οι θάνατοι και ο αριθμός των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία και στις ΜΕΘ	Αποτελεσματικότητα της εφαρμογής ΣΔΙΤ σε ένα νοσοκομείο στο Ιράν	Σημαντικές βελτιώσεις παρατηρήθηκαν στους τρεις βασικούς δείκτες που αξιολογήθηκαν (ALS, BTO, BOR), καθώς αυξήθηκαν μεταξύ της πρώτης αξιολόγησης που πραγματοποιήθηκε τρία χρόνια πριν την εφαρμογή της ΣΔΙΤ και της δεύτερης που πραγματοποιήθηκε τρία χρόνια μετά την εφαρμογή της ΣΔΙΤ. Γενικότερα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ όλων των δεικτών που αξιολογήθηκαν και της βελτίωσης της κατάστασης του νοσοκομείου μετά την εφαρμογή της ΣΔΙΤ (p<0,05)
Farahbakhsh et al. (2012)	Ιράν	Μελέτη παρατήρησης με σχεδιασμό	2001-2002	18 δημόσια κέντρα υγείας και 9 κέντρα που λειτουργούσαν υπό τη ΣΔΙΤ με τη	Επιλογή κέντρου υγείας, πρόγραμμα φροντίδας μητέρας-παιδιού, φροντίδα	Αποτελεσματικότητα της εφαρμογής ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ	Οι ασθενείς επέλεξαν περισσότερο συχνά τα συνεργατικά κέντρα υγείας, η φροντίδα υγείας του παιδιού

		συγχρονικής μελέτης		συμμετοχή 1.000 ατόμων που επισκέπτονταν τα εν λόγω κέντρα	υγείας παιδιών, πρόγραμμα σχολικής υγείας και αγωγής υγείας, η περιβαλλοντική υγεία, η ικανοποίηση των ασθενών και του προσωπικού, το μέσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή, η διαχείριση του προσωπικού, των ασθενών και η ικανοποίηση των ασθενών		ήταν καλύτερη στα συνεργατικά κέντρα υγείας ( $p<0,05$ ), το πρόγραμμα φροντίδας μητέρας-παιδιού λειτουργούσε καλύτερα στα συνεργατικά κέντρα υγείας ( $p<0,01$ ), σε κάποιους τομείς στο πρόγραμμα σχολικής υγείας τα συνεργατικά κέντρα υγείας είχαν καλύτερα αποτελέσματα ( $p<0,05$ ), το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών ήταν μικρότερο στα συνεργατικά κέντρα υγείας σε σχέση με τα δημόσια, το προσωπικό στα συνεργατικά κέντρα είχε περισσότερο θετική συμπεριφορά ( $p<0,01$ ), ενώ και η ικανοποίηση των ασθενών που επισκέπτονταν τα συνεργατικά κέντρα υγείας ήταν μεγαλύτερη σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών που επισκέπτονταν τα δημόσια κέντρα υγείας ( $p<0,01$ )
Imtiaz et al. (2017)	Πακιστάν	Συγχρονική	Ιούλιος έως Δεκέμβριος 2014  (η συλλογή των δεδομένων πριν την εφαρμογή της ΣΔΙΤ αφορούσε	53 κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας στις μητέρες και στο παιδί	Προγεννητικές επισκέψεις, τοκετοί, μεταγεννητικές επισκέψεις, επισκέψεις που αφορούσαν υπηρεσίες οικογενειακού	Αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της ΣΔΙΤ σε υπηρεσίες που αφορούσαν την ΠΦΥ	Μετά τη ΣΔΙΤ παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στον εμβολιασμό των παιδιών (127%) και των γυναικών (42%) και αύξηση στη χρήση των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού (60%),

			το διάστημα 2010-2011 και η συλλογή των δεδομένων μετά την εφαρμογή της ΣΔΙΤ αφορούσε το διάστημα 2012-2013)		προγραμματισμού, εμβολιασμός παιδιών, εμβολιασμός γυναικών με τοξοειδές τετάνου		προγεννητικής (9%) και μεταγεννητικής (38%) φροντίδας. Στατιστικά σημαντική θετική σχέση βρέθηκε μεταξύ της ΣΔΙΤ και των μεταγεννητικών επισκέψεων ( $p<0,01$ ), του εμβολιασμού των γυναικών με τοξικοειδές τετάνου ( $p<0,01$ ) και του εμβολιασμού των παιδιών στο πλαίσιο του διευρυμένου προγράμματος ανοσοποίησης ( $p=0,03$ )
Kumar et al. (2016)	Ινδία	Συγχρονική-Σύγκρισης	2016	6 κινητές μονάδες παροχής ιατρικής φροντίδας	Παροχή υπηρεσιών υγείας από τις κινητές μονάδες	Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας των κινητών ιατρικών μονάδων που λειτουργούσαν υπό το καθεστώς ΣΔΙΤ	Η εύκολη πρόσβαση και η δωρεάν παροχή των υπηρεσιών ήταν οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονταν με τη χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ που παρείχαν οι κινητές ιατρικές μονάδες.
Murthy et al. (2001)	Ινδία	Συγχρονική	2001	Ένα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείο που παρείχε υπηρεσίες DOTs	Έλεγχος φυματίωσης	Αξιολόγηση της αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ ιδιωτών και κυβέρνησης με έναν μη κυβερνητικό ενδιάμεσο φορέα για την εφαρμογή του DOTs	Το ποσοστό ανίχνευσης αυξήθηκε από 50 σε 200/100.000 κατά τη διάρκεια των πρώτων 2-3 ετών λειτουργίας και τα επόμενα έτη παρουσίασε σταδιακή αύξηση. Το 90% των νέων ασθενών με θετικό επίχρισμα και το 77% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε επαναληπτική θεραπεία είχαν θετική έκβαση. Σε

							σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία σε γειτονικό κυβερνητικό κέντρο DOTs, οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη πλήρωσαν λιγότερα χρήματα για διαγνωστικές εξετάσεις και για τη θεραπεία τους, το οποίο οφείλονταν σε μεγάλο βαθμό και στο χαμηλότερο κόστος μεταφοράς.
Mudyarabik wa & Regmi (2016)	Ηνωμένο Βασίλειο	Ποιοτική	2016	Δύο γεωγραφικά γειτονικά PCTs (Primary Center Trusts) πριν την κατάργησή τους το 2012 και μια εταιρεία LIFT (Local Improvement Finance Trust)	Ημιδομημένες συνεντεύξεις για τις πεποιθήσεις και στάσεις των συμμετεχόντων και την ερμηνεία τους για κοινωνικές, πολιτισμικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές πτυχές αναφορικά με το LIFT και το πώς αυτό επηρεάζει τους στόχους και το ρόλο της ΠΦΥ και παρατήρηση και συλλογή δεδομένων για τα κτήρια και τις προμήθειες της ΠΦΥ	Εκτίμηση του βαθμού μέχρι τον οποίο οι ΣΔΙΤ θα αυξήσουν την αποτελεσματικότητα των δημοσίων συμβάσεων για τις εγκαταστάσεις της ΠΦΥ	Εκτός από την παροχή φυσικών υποδομών, η LIFT επιδιώκει τη βελτίωση της ποιότητας της ΠΦΥ με την αύξηση της συμμετοχής των γενικών ιατρών και την ποικιλομορφία σε κατασκευαστές και εμπειρογνώμονες στη διαχείριση των σχετικών κινδύνων. Διαπιστώθηκε μια θετική συσχέτιση μεταξύ της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας Local Improvement Finance Trust (LIFT) και στον τρόπο που αυτή συμβάλλει στη γεφύρωση των ελλείψεων κεφαλαίου του δημοσίου τομέα για την ανάπτυξη ιατρείων παροχής ΠΦΥ. Η LIFT όμως συνδέεται αρνητικά

							με τις προμήθειες, καθώς δανείζεται χρήματα από ιδιωτικές τράπεζες, αφήνοντας τους δημόσιους οργανισμούς να πληρώσουν υψηλά επιτόκια.
Chongwe et al. (2015)	Ζάμπια	Συγχρονική	Σεπτέμβριος έως Οκτώβριος 2012	157 εγκαταστάσεις παροχής φροντίδας υγείας σε τρεις επαρχίες της Ζάμπια	Ημιδομημένο ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τη διαθεσιμότητα του προσωπικού, με την ικανότητα διάγνωσης της φυματίωσης με τη χρήση ακτινογραφίας θώρακα, κ.ά. και με την ικανότητα διαχείρισης ενός περιστατικού με τη χρήση φαρμάκων και άλλων υπηρεσιών	Η έκταση της ικανότητας της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα, στις πρακτικές και στην τήρηση των εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών για τον έλεγχο της φυματίωσης	Μόνο το 23,8% των εγκαταστάσεων ήταν σε θέση να παρέχουν πλήρη διάγνωση και διαχείριση των ασθενών με φυματίωση. Το 62,7% των εγκαταστάσεων δεν κοινοποιούσε τα περιστατικά στο Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου της Φυματίωσης
Lönnroth et al. (2008)	Ινδία, Βιετνάμ, Κένυα	Συγχρονική (cross-project analysis)	Μάιος-Σεπτέμβριος 2002	Τέσσερα ερευνητικά σχέδια ΣΔΙΤ	Σύγκριση μεταξύ των ερευνητικών σχεδίων (projects) μέσω δεικτών ανίχνευσης κρουσμάτων, θεραπευτικών αποτελεσμάτων και ισότητας στην πρόσβαση	Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας άμεσης παρακολούθησης σύντομης διάρκειας (DOTS) για τη φυματίωση	Η εφαρμογή της ΣΔΙΤ στην Ινδία και στο Βιετνάμ συνδέθηκε με αυξημένη ανίχνευση κρουσμάτων στις περιοχές του έργου. Στο Νέο Δελχί και στο Ναϊρόμπι καταγράφηκε επιτυχία στη θεραπεία για τα νέα θετικά επιχρίσματα και οι ΣΔΙΤ ήταν κοντά τους στόχους που έθεσε ο ΠΟΥ, ενώ τα



							αποτελέσματα της θεραπείας στην Κέννα ήταν φτωχά. Αναφορικά με την ισότιμη πρόσβαση, στο Νέο Δελχί οι ασθενείς μπορούσαν να λάβουν ποιοτική θεραπεία μετά τη ΣΔΙΤ, καθώς η θεραπεία ήταν διαθέσιμη σε άτομα με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, κάτι που δεν παρατηρήθηκε στο Βιετνάμ και την Κέννα, όπου οι ασθενείς πλήρωναν για τη θεραπεία τους.
Sinanovic & Kumaranaya ke (2006)	Νότια Αφρική	Συγχρονική με τη χρήση τριών μοντέλων case studies	2006	Δομές που παρείχαν φροντίδα υγείας με βάση τρία διαφορετικά μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας (αμιγώς δημόσιο, ΣΔΙΤ και δημόσια μη κυβερνητική οργάνωση	Υποδομή, πρόσβαση, διαχείριση, στελέχωση, φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις και περιβάλλον	Ποιότητα της περίθαλψης για τη θεραπεία της φυματίωσης που παρέχεται μέσω ΣΔΙΤ	Οι δομές στις οποίες είχε εφαρμοστεί η ΣΔΙΤ συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία και σε όλες τις διαστάσεις που αξιολογήθηκαν. Αναφορικά με την ποιότητα της διαδικασίας, ήταν παρόμοια σε όλες τις δομές
Mudyarabik wa et al. (2017)	Ηνωμένο Βασίλειο	Ποιοτική	2016	PCTs (Primary Center Trusts) και πάροχοι υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα που εμπλέκονται άμεσα με τη LIFT (Local Improvement	Α) Ποιότητα φροντίδας υγείας, β) διαχείριση κινδύνων, γ) κόστος προμηθειών, δ) αποδοτικότητα, ε) συμμετοχή κοινότητας και στ) βιώσιμες επενδύσεις	Δραστηριότητες ΣΔΙΤ και του ρόλου που παίζουν οι ιδιώτες στη βελτίωση των προμηθειών του δημοσίου για χειρουργεία πρωτοβάθμιας	Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η LIFT είναι αποτελεσματική υπό την προϋπόθεση ότι οι δραστηριότητες των ιδιωτών που συμμετέχουν στη ΣΔΙΤ είναι ευνοϊκές για την επίτευξη των στόχων των PCTs και ότι προτιμούν την ηγεσία του δημοσίου για τις

				Finance Trust) σε διάφορες δραστηριότητες		υγειονομικής περίθαλψης	δραστηριότητες που αφορούν τις προμήθειες
Ahonkhai et al. (2022)	Νιγηρία	Παρατήρησις	1998 έως 2015	Παιδιά που διέμεναν σε μια αγροτική περιοχή της Νιγηρίας	Πρόγραμμα εμβολιασμού Sabongidda-Ora Vaccination Project που χρηματοδοτήθηκε από μια ιδιωτική εταιρεία, μέσω ΣΔΙΤ	Αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του προγράμματος ανοσοποίησης των παιδιών	Αύξηση του εμβολιασμού από 43% στο 78% στα παιδιά σε μια περίοδο παρακολούθησης 16 ετών. Το πρόγραμμα εμβολιασμού Sabongidda-Ora Vaccination Project αντιπροσωπεύει μια επιτυχημένη ΣΔΙΤ που χρηματοδοτήθηκε μέσω εταιρικής κοινωνικής ευθύνης
Simmalavong et al. (2017)	Λάος	Περιγραφική	Ιανουάριος 2009 έως Ιούνιος 2016	Κλινικές και φαρμακεία που λειτουργούσαν υπό τη ΣΔΙΤ	Καταγραφή (διάγνωση και θεραπεία) περιπτώσεων ελονοσίας	Αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ στην καταγραφή, διάγνωση και θεραπεία των κρουσμάτων ελονοσίας	Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η ΣΔΙΤ συνέβαλε σε σημαντική αύξηση της καταγραφής των ασθενών με ελονοσία από το 7,4% το 2009 στο 15,8% το 2015
Handler et al. (2015)	ΗΠΑ	Ποιοτική	Νοέμβριος 2012	36 γυναίκες με χαμηλό εισόδημα, που ανήκαν σε μειονότητες και ήταν μεγαλύτερης ηλικίας που συμμετείχαν στο πρόγραμμα "Illinois Breast and Cervical	Πρόγραμμα "Illinois Breast and Cervical Cancer Program (IBCCP)" για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του	Αποτελεσματικότητα ΣΔΙΤ στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	Τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων έδειξαν ότι η ΣΔΙΤ είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένη μεταξύ του IBCCP και των μεμονωμένων ιατρικών παρόχων και νοσοκομείων στο Ιλινόις. Η ΣΔΙΤ βοηθάει να διασφαλιστεί

				Cancer Program (IBCCP) για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	καρκίνου του τραχήλου της μήτρας		ότι οι γυναίκες με χαμηλό εισόδημα και οι ανασφάλιστες γυναίκες θα έχουν πρόσβαση στον απαραίτητο έλεγχο, στη διάγνωση και στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας.
Gold et al. (2012)	Αυστραλία	Περιγραφική	2008-2009	Νέοι ηλικίας 16-29 ετών	Προαγωγή σεξουαλικής υγείας	Αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ για την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας και πιο συγκεκριμένα της σύμπραξης του δημοσίου με ιδιωτική εταιρεία τηλεπικοινωνιών	Η ΣΔΙΤ για την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας ήταν αποτελεσματική, καθώς τα άτομα που έλαβαν διαφήμιση για τη σεξουαλική υγείας μέσω μηνύματος στο κινητό είχαν περισσότερες γνώσεις για το εν λόγω θέμα, σε σχέση με τα άτομα που δεν έλαβαν παρόμοιο μήνυμα
Pérez-Escamilla (2018)	Κίνα, Ινδία, Νότια Αφρική, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Βραζιλία, Μεξικό	Ποιοτική	Οκτώβριος 2013 έως Μάιος 2016	19 βασικοί ηγέτες του προγράμματος	Προαγωγή υγείας σε θέματα που αφορούν την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας	Αποτελεσματικότητα προγράμματος ΣΔΙΤ στα σχολεία υποστηριζόμενο από το ίδρυμα Mondelēz International Foundation (MIF)	Σε όλες τις χώρες που συμμετείχαν στη μελέτη, τα προγράμματα που εφαρμόστηκαν είχαν θετικό αντίκτυπο στις γνώσεις και στις πρακτικές για την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και για την αποτελεσματική

							πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας
Kell et al. (2018)	Ηνωμένο Βασίλειο	Περιγραφική	Φάση I: 2005-2009 Φάση II: 2010-2013 Φάση III: 2014-2016	Παιδιά, ασθενείς, μητέρες και βρέφη και κοινωνίες	Προαγωγή στοματικής υγείας	Αποτελεσματικότητα σύμπραξης της Παγκόσμιας Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (Fédération Dentaire Internationale_ FDI) και της εταιρείας Unilever Oral Care για την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σχετικά με τη στοματική υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο	Η ΣΔΙΤ στην προαγωγή της στοματικής υγείας ήταν επιτυχημένη, καθώς αναφέρθηκε ότι είχε μια εμβέλεια 4 εκατομμυρίων ατόμων στις χώρες που εφαρμόστηκε και στις οποίες πραγματοποιήθηκαν τα σχολικά προγράμματα και παρατηρήθηκε αύξηση της τάξεως του 25% των μαθητών που βουρτσίζουν τα δόντια τους δύο φορές/ημέρα μετά την πρώτη παρέμβαση του προγράμματος
Miles aet al. (2014)	Παπούα Νέα Γουινέα	Περιγραφική	2008-2014	Πρόγραμμα ΣΔΙΤ	Πρόληψη και αποτελεσματική διαχείριση ιού HIV	Αποτελεσματικότητα ΣΔΙΤ στην προαγωγή της δημόσιας υγείας του πληθυσμού της Παπούα Νέα Γουινέα	Η ΣΔΙΤ για την πρόληψη του ιού HIV ήταν αποτελεσματική, καθώς υποστήριξε την έναρξη λειτουργίας 66 νέων κέντρων εξέτασης για HIV
Ardian et al. (2007)	Ινδονησία	Περιγραφική - μελέτη περίπτωσης	2007	Ένα περιφερειακό τμήμα παροχής υπηρεσιών υγείας	Πρόγραμμα ΣΔΙΤ για την πρόληψη και τη θεραπεία της φυματίωσης	Αποτελεσματικότητα του προγράμματος ΣΔΙΤ για την πρόληψη και τη	Το μεγαλύτερο ποσοστό παραπομπών ασθενών με φυματίωση προήλθε από τη δομή που εφαρμόστηκε η ΣΔΙΤ, ενώ και το

						θεραπεία της φυματίωσης	ποσοστό κοινοποίησης της φυματίωσης είναι σημαντικά υψηλότερο στην εν λόγω δομή
Herman et al. (2008)	Νέα Υόρκη	Περιγραφική - μελέτη περίπτωσης	2008	Κέντρο παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας υπό τη ΣΔΙΤ	Πρόγραμμα προαγωγής στοματικής υγείας παιδιών	Αποτελεσματικότητα του προγράμματος για την προαγωγή της στοματικής υγείας των παιδιών	Η αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ για την προαγωγή της στοματικής υγείας των παιδιών αποτυπώνεται στον αριθμό των παιδιών που μέσα σε διάστημα 13 ετών έχουν λάβει διαγνωστικές, προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες και είναι περίπου 25.000 παιδιά
Gharaee et al. (2019)	Ιράν	Ποιοτική	2019	14 άτομα που εμπλέκονταν στη ΣΔΙΤ στην υγεία	ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ	Αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ	Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, το μοντέλο ΣΔΙΤ αποτελεί μια νέα και επιτυχημένη εμπειρία στην ΠΦΥ στο Ιράν. Η υποστήριξη και η ανάπτυξη αυτής της πολιτικής μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα και την ποσότητα της παρεχόμενης περίθαλψης

## Κεφάλαιο 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα ης ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ μέσα από τα αποτελέσματα των μελετών που προέκυψαν από τη βιβλιογραφία. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ΣΔΙΤ στην υγεία είναι ένα δύσκολο έργο και γι' αυτό δεν υπάρχουν ακόμα αρκετά δεδομένα που να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ και όσον αφορά τις δομές της ΠΦΥ, αλλά και όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι περισσότερες μελέτες διεξήχθησαν σε αναπτυσσόμενες χώρες και διερευνούσαν ουσιαστικά την αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ στην πρόληψη και την αποτελεσματική αντιμετώπιση μεταδιδόμενων ασθενειών, όπως η φυματίωση. Επιπλέον, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί στη ΣΔΙΤ για την προαγωγή της υγείας των παιδιών και των μητέρων.

Από την ανάλυση των μελετών βρέθηκε ότι η ΣΔΙΤ έχει θετική επιρροή στην προαγωγή της υγείας μητέρας-παιδιού, καθώς και στην προώθηση του εμβολιασμού των παιδιών στο πλαίσιο της ανοσοποίησης παιδιών και εφήβων (Ahonkhai et al. 2022, Imtiaz et al. 2017, Farahbakhsh et al. 2012). Οι περισσότερες από τις μελέτες που αξιολόγησαν τη ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ σε θέματα που αφορούν την αύξηση του πληθυσμού και τη φροντίδα της υγείας μητέρας-παιδιού, διεξήχθησαν σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπου τα ποσοστά εμβολιασμού είναι χαμηλότερα σε σχέση με τις ανεπτυγμένες χώρες. Βρέθηκε ότι στις περισσότερες χώρες η ΣΔΙΤ οδηγεί σε αύξηση του εμβολιασμού των παιδιών και σε αύξηση της φροντίδας της υγείας μητέρας-παιδιού, γεγονός που επισημαίνει την αναγκαιότητα της εφαρμογής της ΣΔΙΤ για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Επιπλέον, οι κινητές μονάδες υγείας, οι οποίες προσφέρουν υπηρεσίες ΠΦΥ, λειτουργούν περισσότερο αποτελεσματικά μέσω της ΣΔΙΤ (Kumar et al. 2016). Η ΣΔΙΤ μπορεί να συνεισφέρει και στη γεφύρωση της έλλειψης κεφαλαίου του δημόσιου τομέα για την ανάπτυξη ιατρικών παροχής ΠΦΥ (Mudyarabikwa & Regmi 2016) και μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά και στη βελτίωση των προμηθειών του δημοσίου για χειρουργεία πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Mudyarabikwa et al. 2017).

Σημαντική είναι και η συμβολή της ΣΔΙΤ στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία της φυματίωσης (Chongwe et al. 2015, Lönnroth et al. 2008, Ardian et al. 2007, Sinanovic & Kumaranayake 2006, Murthy et al. 2001), όπως επίσης και στην αύξηση της πρόσβασης σε ταχείες διαγνωστικές εξετάσεις και στη θεραπεία για την ελονοσία, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης (Simmalavong et al. 2017). Γενικότερα, η εφαρμογή της ΣΔΙΤ είναι ωφέλιμη για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία και κυρίως την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού μέσω διαφόρων προγραμμάτων για σημαντικά θέματα υγείας, όπως ο καρκίνος, η σεξουαλική υγεία, η παχυσαρκία, η στοματική υγεία, ο ιός HIV (Gharaee et al. 2019, Kell et al. 2018, Pérez-Escamilla 2018, Handler et al. 2015, Miles et al. 2014, Gold et al. 2012, Herman et al. 2008).

Με βάση τα αποτελέσματα των μελετών που προέκυψαν από τη βιβλιογραφία, η ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ είναι σημαντική και έχει θετικά αποτελέσματα. Η προαγωγή υγείας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους στόχους της ΠΦΥ, όπως και η πρόληψη διαφόρων ασθενειών. Η ΣΔΙΤ μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας, μέσω της ανάπτυξης κέντρων παροχής ΠΦΥ σε περιοχές που είναι προσβάσιμες σε όλους, μέσω προγραμμάτων και προωθητικών ενεργειών για την ενημέρωση των πολιτών σε θέματα υγείας και μέσω της αποτελεσματικής διαχείρισης της χρηματοδότησης του τομέα της υγείας. Η ανάγκη ΣΔΙΤ για την προαγωγή της υγείας αποτυπώνεται και στη μελέτη των Ejaz et al. (2011), οι οποίοι αξιολόγησαν τις αντιλήψεις των κυβερνητικών λειτουργών, των ΜΚΟ και της κοινότητας των δωρητών σχετικά με το ρόλο των μη κυβερνητικών οργανώσεων στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας στο Πακιστάν και βρήκαν ότι οι μη κυβερνητικές οργανώσεις πέτυχαν καλύτερα αποτελέσματα εξαιτίας του ευέλικτου σχεδιασμού και της ικανότητας να σχεδιάζουν προγράμματα για την υγεία, την προαγωγή της υγείας, κ.ά. με βάση τον πληθυσμό.

Στην παρούσα ανασκόπηση υπήρχαν και ορισμένοι περιορισμοί που δεν μας επιτρέπουν να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα για το ρόλο και την αποτελεσματικότητα των ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ. Αρχικά, οι περισσότερες μελέτες διεξήχθησαν σε αναπτυσσόμενες χώρες και επομένως, η εξαγωγή συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ στις αναπτυγμένες χώρες χρειάζεται ιδιαίτερη περίσκεψη. Επιπλέον, οι περισσότερες μελέτες αξιολόγησαν την επιρροή της ΣΔΙΤ στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Είναι αναγκαίο να διεξαχθούν περαιτέρω μελέτες προκειμένου να αξιολογηθεί η ΣΔΙΤ σε θέματα που αφορούν τις δομές ΠΦΥ, την

ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ, την ικανοποίηση των ασθενών από τη λήψη υπηρεσιών και από τις δομές που λειτουργούν υπό το καθεστώς της ΣΔΙΤ, κ.ά. Είναι σημαντικό στο μέλλον να υπάρχουν περισσότερα στοιχεία για τις δομές και τις υπηρεσίες που λειτουργούν υπό τη ΣΔΙΤ προκειμένου να γίνουν συγκρίσεις με δομές και υπηρεσίες που λειτουργούν υπό το καθεστώς του δημοσίου, προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα που θα βοηθήσουν στη χάραξη μιας πολιτικής για την υγεία που θα περιλαμβάνει ή/και τη ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ και γενικότερα στον τομέα της υγείας.

Τέλος, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ενώ οι ΣΔΙΤ θα μπορούσαν να παρουσιάσουν μια σειρά από πλεονεκτήματα, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι τα συστήματα αυτά είναι πολύπλοκα στο σχεδιασμό, στην υλοποίηση και στη διαχείρισή τους. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να αποτελούν την μοναδική ή την προτιμώμενη επιλογή, καθώς πριν από την επιλογή τους θα πρέπει να εξεταστεί και να αποδειχθεί ότι προσφέρουν πρόσθετη αξία σε σχέση με άλλες προσεγγίσεις και εάν οι στόχοι όλων των μερών μπορούν να επιτευχθούν στο πλαίσιο της εταιρικής σχέσης. Τα θετικά αποτελέσματα της ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ αφορούν μόνο την παροχή υπηρεσιών και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, καθώς υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία μόνο για αυτές τις παραμέτρους της ΣΔΙΤ. Η χρηματοδότηση των ΣΔΙΤ είναι ένα ακόμα μεγάλο κεφάλαιο για το οποίο θα πρέπει να συλλεχθούν δεδομένα προκειμένου να βγουν γενικευμένα ασφαλή συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα των ΣΔΙΤ στην υγεία, για να διαπιστωθεί εάν τελικά η ΣΔΙΤ είναι η λύση για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και την παροχή καθολικής υγείας στον πληθυσμό ή λειτουργεί αναποτελεσματικά ως προς τους στόχους που έχουν τεθεί.



## Κεφάλαιο 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σε αρκετές χώρες πραγματοποιούνται συχνά μεταρρυθμίσεις και παρεμβάσεις στην ΠΦΥ, αλλά σε πολλές περιπτώσεις, η αποτελεσματικότητά τους, δεν μπορεί να υποστηριχθεί εξαιτίας της έλλειψης ανεξάρτητων ερευνητικών προγραμμάτων αξιολόγησης ή μη χρήσης ολοκληρωμένων και ελεγχόμενων ερευνητικών σχεδίων. Η χρήση ακριβών ερευνητικών μεθόδων με επαρκή εγκυρότητα και αξιοπιστία για τη χάραξη εθνικής μακροοικονομικής πολιτικής και τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την ακύρωση, την επέκταση ή την τροποποίηση αυτών των προγραμμάτων είναι απαραίτητη πριν από την εφαρμογή τους (Tabrizi et al. 2016).

Η σκόπιμη συνεργασία με την κοινότητα και τους σχετικούς φορείς για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού αποτελεί εδώ και δεκαετίες τον ακρογωνιαίο λίθο των προσπαθειών για δημόσια υγεία. Η συνεργασία μεταξύ κοινότητας και φορέων για την προαγωγή της υγείας εκτιμάται ως θεμελιώδη αρχή της έρευνας και της πρακτικής της δημόσιας υγείας και ονομάζεται «εμπλοκή της κοινότητας». Αναγνωρίστηκε επίσημα το 1995 από το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών (CDC) στις ΗΠΑ, το οποίο αρχικά όριζε την εμπλοκή της κοινότητας ως: «τη διαδικασία συνεργασίας με ή/και μέσω ομάδων ανθρώπων που ομάδων ανθρώπων που συνδέονται με γεωγραφική εγγύτητα, ειδικές διασυνδέσεις ή παρόμοιες καταστάσεις για την αντιμετώπιση ζητημάτων που επηρεάζουν την ευημερία τους». Η προσέγγιση βασίζεται στην οικοδόμηση συνεργασιών και συμμαχιών που μπορούν να λειτουργήσουν ως σημαντικοί καταλύτες για την κινητοποίηση πόρων και την επιρροή της αλλαγής.

Σε μια ΣΔΙΤ στην υγεία, η επένδυση χρόνου και η αμοιβαία προσπάθεια προκειμένου να διασφαλιστεί ότι πραγματοποιείται ένας επαρκής διάλογος μεταξύ όλων των ενδιαφερομένων είναι σημαντικά και συμβάλλουν στην ανάπτυξη αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών, καθώς και στην επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου επικοινωνίας. Η παροχή μεγαλύτερης διακριτικής ευχέρειας στο δημόσιο σε σχέση με τους ιδιώτες που συμμετέχουν στη ΣΔΙΤ, όσον αφορά τις κρίσιμες αποφάσεις μπορεί να βοηθήσει στη διασφάλιση ότι οι δραστηριότητες της ΣΔΙΤ οδηγούν και ανταποκρίνονται στα αναμενόμενα οφέλη για την υγεία.

Η κατάρτιση και η ευαισθητοποίηση του προσωπικού που εμπλέκεται σε ΣΔΙΤ στην υγεία παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της σύμπραξης. Επιπλέον, η βελτίωση των

συστημάτων παραπομπής και η αύξηση της πληροφόρησης μέσω απλών και πρακτικών εργαλείων αποτελούν μια σημαντική στρατηγική για την επιτυχία της ΣΔΙΤ. Ο ΠΟΥ, προκειμένου να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ έχει αναπτύξει κατευθυντήριες γραμμές για τη χρήση τέτοιων εργαλείων. Σημαντική είναι και η εποπτεία των ιδιωτών που παίρνουν μέρος στη ΣΔΙΤ από ειδική επιτροπή που θα έχει οριστεί από το δημόσιο.

Εκτός από την ανοιχτή συζήτηση και τη διαμάχη που υπάρχει στην επιστημονική κοινότητα για τη ΣΔΙΤ στην υγεία, υπάρχει και σημαντικό κενό στη γνώση αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της ΣΔΙΤ, καθώς παρατηρείται έλλειψη μελετών που να αναλύουν το μοντέλο ΣΔΙΤ, αναφορικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και την ικανοποίηση των πολιτών. Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών φροντίδας υγείας και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για το στρατηγικό σχεδιασμό της υγειονομικής περίθαλψης και των διαδικασιών για τη διαχείριση των μονάδων παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Abuzaineh N, Brashers E, Foong S, Feachem R, DaRita P (2018). PPPs in healthcare: Models, lessons and trends for the future. Healthcare public-private partnership series, no. 4. San Francisco, CA: The Global Health Group, Institute for Global Health Sciences, University of California, San Francisco and PwC.

Ahonkhai AA, Odusanya OO, Meurice FP, Pierce LJ, Durojaiye TO, Alufohai EF et al. (2022). Lessons for strategies childhood immunization in low-and-middle-income countries from a successful public-private partnership in rural Nigeria. *Int Health*, 0: 1-7.

Akintoye A, Hardcastle C, Beck M, Chinyio E, Asenova D (2003). Achieving best value in private finance initiative project procurement. *Constr Manag Econ*, 21: 461-470.

Ardian M, Meokbun E, Siburian L, Malonda E, Waramori G, Penttinen P et al. (2007). A public-private partnership for TB control in Timika, Papua Province, Indonesia. *Int J Tuberc Lung Dis*, 11: 1101-1107.

Barlow J, Köberle-Gaiser M (2009). Delivering innovation in hospital construction-Contracts and collaboration in the UK's Private Finance Initiative hospitals program. *California Manage Rev*, 51: 126-143.

Barlow J, Roehrich JK, Wright S (2010). De facto privatization or a renewed role for the EU? Paying for Europe's healthcare infrastructure in a recession. *J Royal Soc Med*, 103: 51-55.

Barlow J, Roehrich JK, Wright S (2013). Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Affairs*, 32: 146-154.

Bastani P, Baratu O, Sadeghi A, Ramandi S, Javan-Noughabi J (2019). Can public-private partnership (PPP) improve hospitals' performance indicator? *Med J Islam Repub Iran*, 33: 4.

Bogart D (2005). Turnpike trusts and the transportation revolution in 18th century England. *Explor Econ History*, 42: 479-508.

Carty A (2012). How to ensure successful PPP procurement. Luxembourg: European PPP Expertise Centre.

Carvalho JMS, Rodrigues N (2022). Perceived quality and users' satisfaction with public-private partnership in health sector. *Int J Environ Res Public Health*, 19: 8188.

Chongwe G, Kapata N, Maboshe M, Michelo C, Babaniyi O (2015). A survey to assess the extent of public-private mix DOTS in the management of tuberculosis in Zambia. *J Prim Health Care Fam Med*, 7: 692.

Comendeiro-Maaløe M, Ridao-López M, Gorgemans S, Bernal-Delgado E (2019). Public-private partnership in Spanish national health system: the reversion of the Alzira model. *Healthy Policy*, 123: 408-411.

De Marco A, Mangano G (2013). Risk and value in privately financed health care projects. *J Constr Eng Manag*, 139: 918-926.

Donabedian A (1988). The quality of care: How can it be assessed? *J Am Med Assoc*, 260: 1743-1748.

ECA (2019). European court of auditors report on public private partnerships (PPPs). Ανακτήθηκε από: <https://www.epsu.org/article/european-court-auditors-report-public-private-partnerships-ppps>

Edkins AJ, Smyth HJ (2006). Contractual management in PPP projects: Evaluation of legal versus relational contracting for service delivery. *J Prof Iss Eng Pract*, 132: 82-93.

Elleuch A (2008). Patient satisfaction in Japan. *Int J Health Care Qual Assur*, 21: 692-705.

European Commission (2003). Guidelines for successful public-private partnerships. Ανακτήθηκε από: [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/guides/ppp\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/ppp_en.pdf)

Farahbakhsh M, Sadeghi-Bazargani H, Nikniaz A, Tabrizi JS, Zakeri A, Azami S (2012). Iran's experience of health cooperatives as a public-private partnership model in primary health care: a comparative study in East Azerbaijan. *Health Prom Perspect*, 2: 287-298.

Fernandez JB, Herman NG, Rosenberg LR, Daronch, M, Moursi AM (2008). 'Public-private collaboration to improve oral health status of children enrolled in Head Start in New York City.' *New York State Dental J*, 74: 32-34.

Flyvbjerg B, Holm MS, Buhl S (2002). Underestimating costs in public works projects: Error or lie? *J Am Plann Assoc*, 68: 279-295.

Folland S, Goodman AC, Stano M (2006). *The economics of health care*. Taylor & Francis, 5<sup>th</sup> edition.

Forrer J, Kee JE, Newcomer KE, Boyer E (2010). Public-private partnerships and the public accountability question. *Public Admin Rev*, 70: 475-484.

Gera K, Rubtcova M (2018). Public-private partnership (PPP) in health care of Russia: Sociological research. *Dilemas Contemp Educ Politica Valores*, 5: 45.

Gharaee H, Tabrizi JS, Azami-Aghdash S, Farahbakhsh M, Karamouz M, Nosratnejad S (2019). Analysis of public-private partnership in providing primary health care policy: an experience from Iran. *J Prim Care Commun Health*, 10: 1-17.

Gold J, Aitken CK, Dixon HG, Lim MSC, Gouillou M, Spelman T et al. (2011). A randomized controlled trial using mobile advertising to promote safer sex and sun safety to young people. *Health Educ Res*, 26: 782-794.

Gold J, Hellard ME, Lim MS, Dixon H, Wakefield M, Aitken CK (2012). Public-private partnerships for health promotion. *Am J Health Educ*, 43: 250-253.

Grimsey D, Lewis M (2004). The Governance of contractual relationships in public-private partnerships. *J Corp Citizsh*, 10: 91-109.

Grimsey D, Lewis MK (2004). *Public private partnerships. The worldwide revolution in infrastructure provision and project finance*. Edward Elgar Publishing, USA.

Handler AS, Henderson VA, Rosenfeld A, Rankin K, Jones B, Issel M (2015). Illinois breast and cervical cancer program: implementing effective public-private partnerships to assure population health. *J Public Health Manage Pract*, 21: 459-466.

Imtiaz AI, Farooq G, Haq ZU, Ahmed A, Anwar S (2017). Public private partnership and utilization of maternal and child health services in district Abbottabad, Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 29: 275-279.

Kell K, Aymarich MA, Horn V (2018). FDI-Unilever brush day & night partnership: 12 years of improving behaviour for better oral health. *Int Dent J*, 68: 3-6.

Kumar M, Kiran A, Kujur M (2016). Assessment of mobile medical units functioning in Jharkhand, India. *Int J Commun Med & Public Health*, 3: 878-880.

Kyloudis P, Rekleiti M, Toska A, Saridi M (2012). Public and private sector relationship in health systems and modern Greek reality. *Int J Care Sci*, 5: 13-18.

Lönnroth K, Uplekar M, Arora VK, Juvekar S, Lan NTN, Mwaniki D et al. (2004). Public-private mix for DOTS implementation: what makes it work? *Bull World Health Organ*, 82: 580-586.

Mercille J (2019). The public-private mix in primary care development: the case of Ireland. *Int J Health Serv*, 49: 412-430.

Miles K, Conlon M, Stinshoff M, Hutton R (2014). Public-private partnership in the response to HIV: experience from the resource industry in Papua New Guinea. *Rural Remote Health*, 14: 2868.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. (2009). "Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement". *Ann Intern Med*, 151: 264-269.

Mudyarabikwa O, Regmi K (2016). Public-private partnerships and efficiency in public procurement of primary healthcare infrastructure: a qualitative research in the NHS UK. *J Public Health*, 24: 91-100.

Mudyarabikwa O, Tobi P, Regmi K (2017). Public-private partnerships to improve primary healthcare surgeries: clarifying assumptions about the role of private provider activities. *Prim Health Care Res Dev*, 18: 366-375.

Murthy KJR, Frieden TR, Yazdani A, Hreshikesh P (2001). Public private partnership in tuberculosis control: experience in Hyderabad, India.

OECD (2008). *Public-Private Partnerships. In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*; OECD-The Organization for Economic Cooperation and Development: Paris, France. Ανακτήθηκε από: [https://www.oecd-ilibrary.org/governance/public-private-partnerships\\_9789264046733-en](https://www.oecd-ilibrary.org/governance/public-private-partnerships_9789264046733-en)

Pérez-Escamilla R (2018). Innovative healthy lifestyles school-based public-private partnership designed to curb the childhood obesity epidemic globally: lessons learned from the Mondelēz International Foundation. *Food Nurt Bulletin*, 39: S3-S21.

Queiroz C (2007). Public-private partnerships in highways in transition economies. *Transportation research record. J. Transp. Res. Board* 2007, 1996: 34-40.

Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell IB, McKee M (2009). Investing in hospitals for the future [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe.

Reich MR (2002). Public-private partnerships for public health. *Nat Med*, 6: 617-620.

Roehrich JK, Lewis M, George G (2014). Are public private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Soc Sci Med*, 112: 110-119.

Roehrich JK, Lewis MA (2014). Procuring complex performance: Implications for exchange governance complexity. *Int J Oper Product Manage*, 32: 221-241.

Sahin B, Yilmaz F, Lee KH (2007). Factors affecting inpatient satisfaction: Structural equation modeling. *J Med Syst*, 31: 9-16.

Sekhri N, Feachem R, Ni A (2011). Public private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality and efficiency. *Health Affairs*, 30.

Simmalavong N, Phommixay S, Kongmanivong P, Sichanthongthip O, Hongvanghong B, Gopinath D et al. (2017). Expanding malaria diagnosis and treatment in Lao PDR: lessons learned from public-private mix initiative. *Malar J*, 16: 460.

Sinanovic E, Kumaranayake L (2006). Quality of tuberculosis care provided in different models of public-private partnership in South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis*, 10: 795-801.

Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Sadeghi-Bazargani H, Hassanzadeh R, Zakeri A, Adebil L (2016). Effectiveness of health complex model in Iranian primary health care reform: the study protocol. *Patient Prefer Adherence*, 10: 2063-2072.

Torchia M, Calabrò A, Morner M (2015). Public-private partnerships in the health care sector: A systematic review of the literature. *Public Manag Rev*, 17: 236-261.

Treasury HM (1998). *Partnerships for prosperity: The Private Finance Initiative*. London, UK: Author.

Wright S, Barlow J, Roehrich JK (2019). Public-private partnerships for health services: construction, protection and rehabilitation of critical healthcare infrastructure in Europe. In R.M. Clark, S. Hakim (eds.), *Public Private Partnerships, Competitive Government: Public Private Partnerships*. Springer Nature, Switzerland.

Γιαννακοπούλου Μ (2007). Ιδιωτική χρηματοοικονομική πρωτοβουλία ή δημόσια χρηματοδότηση ιδιωτικού κέρδους; *Επιθεώρηση*, 2007: 60-63.

Κονδύλης Η, Αντωνοπούλου Λ, Μπένος Α (2008). Συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία. Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασισμένη επιλογή στην πολιτική υγείας; *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 25: 496-508.

Νόμος 3389/2005 (ΦΕΚ Α' 232/22.09.2005). Συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας*.



Παπαδοπούλου Δ (2019). Οι συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 24: 329-346.

Χατζηπουλίδης Γ, Καλφακάκου Γ (2008). Συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Η εφαρμογή τους στον τομέα της υγείας. *Τεχνικά Χρονικά*, 2008: 1-18.

Χατζητόλιος ΑΙ, Ζαμπίτης ΠΣ, Σανιδάς ΑΑ, Ζαφειρόπουλος ΑΗ, Ασλανίδης ΙΓ (2007). Οι συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της υγείας. *Ιατρ Βήμα*, 2007: 54-63.

## ABSTRACT

**Introduction:** The ever-increasing needs of the population for health services, combined with the decrease in health budgets in recent years, leads societies to try to find a solution in order to find mechanisms that can control the cost of health services without reducing the adequacy and quantity of these services. One of these solutions is the public-private partnership in health care.

**Aim:** Systematic review of studies and literature that demonstrate or illustrate the contribution of public-private partnerships (PPPs) to the improvement of primary health care (PHC) or to solve problems in PHC.

**Methodology:** PRISMA methodology was used for systematic review. Search of the relevant literature was conducted in the PubMed and Scopus databases, for articles published from 2000, year in which PPPs in PHC started to be widely implemented globally, until June 2022.

**Results:** The literature review identified 20 studies examining the implementation of public-private partnership in primary health care. Most of the studies were conducted in developing countries and evaluated PPP in PHC through health promotion of citizens and prevention of various mainly communicable diseases, where PPP has a positive impact on PHC. The lack of data on issues related to financing and financial issues in PPPs does not allow us to draw firm conclusions regarding the economic impact of PPPs on PHC both in terms of citizens and in terms of financing of the health system in general.

**Conclusions:** Despite the various challenges they face, PPPs in PHC can facilitate access to health services, especially in remote areas. Governments should consider long-term plans and public policies to implement PPPs in PHC, while also taking into account the financial aspects of such a partnership.

**Keywords:** public-private partnership (PPP), primary health care (PHC), health policy

