



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ: Η  
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ  
ΧΩΡΩΝ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

**ΜΑΓΓΑΝΑΣ ΑΓΑΠΗΤΟΣ**

**ΑΘΗΝΑ, 2023**



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

POSTGRADUATE PROGRAMME IN PUBLIC HEALTH 2020-2022

**TITLE:**  
**PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP LESSONS: THE  
EXPERIENCE OF EUROPEAN COUNTRIES AND THE  
USE OF PPP IN GREEK REALITY**

**MANGANAS AGAPITOS**

**SUPERVISED:**  
**ANGELIKI LIARIGKOVINOU**

**ATHENS, MARCH 2023**



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

## ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2019 - 2020

#### ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ  
ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

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

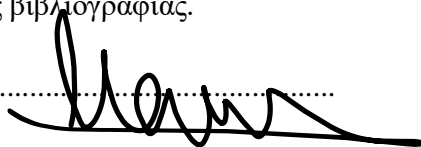
A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΛΙΑΡΙΓΚΟΒΙΝΟΥ	ΕΔΙΠ Α' (PhD)	
2.	ΚΟΡΝΑΡΟΥ ΕΛΕΝΗ	Αναπληρώτρια καθηγήτρια	
3.	ΦΟΥΣΚΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ	Επίκουρος καθηγητής	

Copyright © Αγαπητός Μαγγανάς  
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Υγεία 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 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 της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: .....

A handwritten signature in black ink, written over a dotted line. The signature is stylized and appears to be the name 'Μανώλης'.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματεύεται την εμπειρία των συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στον νευραλγικό τομέα της υγείας σε άλλα κράτη και εξετάζει τους τρόπους με τους οποίους μπορεί η χώρα μας να διδαχθεί από αυτές.. Οι συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα προσφέρουν λύσεις στα καίρια ζητήματα του τομέα της υγείας εφαρμόζονται ευρέως στην Ευρώπη.

**Σκοπός:** Σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η αναζήτηση μελετών που θα μαρτυρά στοιχεία ΣΔΙΤ στα συστήματα υγείας της Ευρώπης.

**Μεθοδολογία:** Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε είναι η θεωρητική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης με την χρήση της ανάλυσης PRISMA. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στο διαδίκτυο, στην διεθνή βιβλιογραφία στις βάσεις δεδομένων Elsevier, Google Scholar, και PubMed, από το 2005 μέχρι 2022.

**Αποτελέσματα:** Από την ανασκόπηση προέκυψαν 10 μελέτες που εξετάζουν εμπειρίες των ΣΔΙΤ στις Ευρωπαϊκές χώρες στον τομέα της υγείας. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι τα κράτη που χρησιμοποιούν ευρέως τις συμπράξεις στην υγεία, αποκομίζουν θετικά αποτελέσματα στο πλαίσιο της προαγωγής υγείας, αλλά υπάρχουν και αρνητικές εμπειρίες των κρατών σχετικά με την χρηματοδότηση των συμπράξεων.

**Συμπεράσματα:** Αναφορικά με τα συμπεράσματα, οι ΣΔΙΤ συγκεντρώνουν πόρους, τεχνογνωσία και την εμπειρία τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημοσίου τομέα. Η συνεργασία αυτή πρέπει να έχει μια καλά δομημένη εταιρική σχέση δημοσίου και ιδιωτικού τομέα με σωστά μοιρασμένες αρμοδιότητες στα δύο μέρη. Παρόλο αυτά οι ΣΔΙΤ μπορεί να οδηγήσουν σε ανισότητες πρόσβασης του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας λόγω υψηλού κόστους.

**Λέξεις - κλειδιά:** Συμπράξεις, δημόσιος τομέας, ιδιωτικός τομέας, σύστημα υγείας, πολίτης

## ABSTRACT

**Introduction:** This thesis deals with the experience of public-private partnerships in the critical field of healthcare in other countries and how it can be applied in our country. Public-private partnerships offer solutions to crucial issues in the healthcare sector and are widely implemented in Europe.

**Purpose:** The purpose of the literature review is to search for studies that provide evidence of PPP in the healthcare systems of Europe.

**Methodology:** The methodology used was a theoretical review of the literature. The PRISMA analysis tool was used for the literature review. The search was conducted online, in international databases such as Elsevier, Google Scholar, and PubMed, from 2005 to 2022.

**Results:** From the review, 10 studies were identified that examine the experiences of PPP in healthcare in European countries. The results show that countries that widely use PPP partnerships in healthcare achieve positive outcomes in promoting health, but there are also negative experiences related to the financing of such partnerships in some countries.

**Conclusion:** In conclusion, it is observed that PPPs gather resources, expertise, and experience from both the private and public sectors. This collaboration must have a well-structured partnership between the public and private sectors with properly allocated responsibilities on both sides. However, PPPs may lead to inequalities in access to healthcare services due to high costs. Summing up, the benefits of partnerships are very significant, but careful consideration should be given to potential drawbacks.

**Keywords:** partnerships, public sector, private sector, healthcare system, citizen

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

### **ABSTRACT**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

### **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 1**

#### **Κεφάλαιο 1: 2**

##### **1.1. Εισαγωγή 2**

##### **1.2 Ιστορική αναδρομή ΣΔΙΤ 2**

#### **Κεφάλαιο 2: 4**

##### **2.1. Ορισμός ΣΔΙΤ 4**

##### **2.2. Θεσμικό πλαίσιο ΣΔΙΤ 5**

#### **Κεφάλαιο 3: 13**

##### **3.1. Πλεονεκτήματα ΣΔΙΤ 13**

##### **3.2. Μειονεκτήματα ΣΔΙΤ 15**

#### **Κεφάλαιο 4: Η εμπειρία της Ελλάδας στις συμπράξεις 18**

### **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 20**

#### **Κεφάλαιο 5: Σκοπός και στόχοι 21**

#### **Κεφάλαιο 6: Μεθοδολογία 22**

##### **6.1. Εργαλείο έρευνας 22**

##### **6.2. Προσέγγιση μεθοδολογίας 22**

**Διάγραμμα 1. Διαγραμματική απεικόνιση ροής επιλογής άρθρων για την βιβλιογραφική ανασκόπηση. 24**

**24**

#### **Κεφάλαιο 7: Βιβλιογραφική ανασκόπηση 25**

##### **7.1. Γερμανία 25**

##### **7.1.1. Ευρύτερο πλαίσιο συστήματος χώρας 25**

##### **7.1.2. Εμπειρία ΣΔΙΤ 26**

##### **7.2. Νορβηγία 28**



<b>7.2.1. Ευρύτερο πλαίσιο συστήματος χώρας</b>	<b>28</b>
<b>7.2.2. Εμπειρία ΣΔΙΤ</b>	<b>29</b>
<b>7.3. Ιταλία</b>	<b>30</b>
<b>7.3.1. Ευρύτερο πλαίσιο συστήματος χώρας</b>	<b>30</b>
<b>7.3.2. Εμπειρία ΣΔΙΤ</b>	<b>32</b>
<b>7.4. Ηνωμένο Βασίλειο</b>	<b>34</b>
<b>7.4.1. Ευρύτερο πλαίσιο συστήματος χώρας</b>	<b>34</b>
<b>7.4.2. Εμπειρία ΣΔΙΤ</b>	<b>35</b>
<b>7.5. Ισπανία</b>	<b>37</b>
<b>7.5.1. Ευρύτερο πλαίσιο συστήματος χώρας</b>	<b>37</b>
<b>7.5.2. Εμπειρία ΣΔΙΤ</b>	<b>38</b>
<b>7.6. Δανία</b>	<b>40</b>
<b>7.6.1. Ευρύτερο πλαίσιο συστήματος χώρας</b>	<b>40</b>
<b>7.6.2. Ευρήματα ΣΔΙΤ</b>	<b>41</b>
<b>Κεφάλαιο 8: Αποτελέσματα έρευνας</b>	<b>43</b>
<b>Κεφάλαιο 9: Εφαρμογή συμπράξεων στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας</b>	<b>52</b>
<b>Κεφάλαιο 10: Συζήτηση</b>	<b>54</b>
<b>Επίλογος</b>	<b>57</b>
<b>Βιβλιογραφία</b>	<b>58</b>

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **Κεφάλαιο 1:**

### **1.1. Εισαγωγή**

Το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις, όπως περιορισμένη πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ανεπαρκή χρηματοδότηση και ξεπερασμένες ιατρικές εγκαταστάσεις. Η παρούσα διπλωματική εργασία στοχεύει στην ανάλυση του ρόλου των ΣΔΙΤ στη βελτίωση του ελληνικού συστήματος υγείας, με έμφαση στον αντίκτυπό τους στην πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Εξετάζοντας μια επιλογή περιπτώσιολογικών μελετών, θα εξετάσουμε τα δυνατά και αδύνατα σημεία του μοντέλου ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας και θα αξιολογήσουμε τις δυνατότητές του για προώθηση μακροπρόθεσμων βελτιώσεων στο ελληνικό σύστημα υγείας. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας θα παράσχουν πολύτιμες γνώσεις για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους ενδιαφερόμενους σχετικά με τον βέλτιστο σχεδιασμό και την υλοποίηση έργων ΣΔΙΤ στον ελληνικό τομέα υγείας και θα συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση του ρόλου των ΣΔΙΤ στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ευρύτερα.

### **1.2 Ιστορική αναδρομή ΣΔΙΤ**

Η ιδιωτική χρηματοδότηση δημοσίων έργων εφαρμόστηκε ιδιαίτερα τους τελευταίους αιώνες καθώς τα κράτη έβλεπαν το ιδιωτικό κεφάλαιο ως μέσο εκτέλεσης στόχων δημοσίου συμφέροντος. Η πρώτη γνωστή σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, συναντάται στην Ερέτρια του 4ου αιώνα μΧ.

Στη νεότερη πάντως ιστορία και ειδικότερα, ήδη από τον 17ο αιώνα, η συμμετοχή ιδιωτών σε δημόσια έργα εφαρμόστηκε για την κατασκευή δρόμων και εμπορικών καναλιών τόσο σε Ευρώπη όσο και σε Αμερική. (Herpen, 2002).

Παρόλα αυτά την περίοδο του δευτέρου παγκόσμιου πολέμου, ενισχύθηκε η ιδέα για μεταστροφή στην κρατική επιμέλεια. Συγκεκριμένα την δεκαετία του 1950 και μετά, υπερίσχυσε η άποψη ότι το κράτος είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση και για την παροχή κάθε δημόσιου αγαθού ή υπηρεσίας. Με αυτό την αντίληψη κρατικοποιήθηκε μεγάλο μέρος ιδιωτικών οργανισμών και περισσότερο στους τομείς των συγκοινωνιών. (Herpen, 2002)

Οι ΣΔΙΤ έχουν μακρά ιστορία σε πολλά έθνη, αλλά αναδείχθηκαν στη δεκαετία του 1980. Εκείνη την εποχή, ο δημόσιος τομέας χρησιμοποιούσε τον ιδιωτικό τομέα και τα κριτήρια της αγοράς χρησιμοποιούνταν για την παροχή δημόσιων προϊόντων και υπηρεσιών. (Pierre, 1997). Η νέα

ιδεολογία με προσανατολισμό στην ελεύθερη αγορά επηρέασε την κυβερνητική διαχείριση σε πολλά έθνη κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Δημιουργήθηκαν περισσότερες συμπράξεις μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών φορέων, καθώς ο βαθμός πολυπλοκότητας των θεμάτων που έπρεπε να αντιμετωπιστούν αυξανόταν, λόγω της αυξανόμενης διασύνδεσης των εμπλεκόμενων φορέων (Herpen, 2002).

Οι ΣΔΙΤ έχουν τη μεγαλύτερη ιστορία στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση καθόρισε αυτές τις συμμαχίες στις Ηνωμένες Πολιτείες τη δεκαετία του 1950 και του 1960 ως μέσο για την ενθάρρυνση των ιδιωτικών επενδύσεων σε υποδομές εντός των πόλεων και την περιφερειακή οικονομική ανάπτυξη. (Beauregard, 1997; Linder, 1999). Κατά τη διάρκεια της προεδρίας του προέδρου Carter, οι ΣΔΙΤ αποτέλεσαν σαφές εργαλείο. Η Εθνική Αστική Πολιτική και το Σχέδιο Δράσης Αστικής Ανάπτυξης (UDAG) του Carter (1978) προέτρεψε τις κοινότητες να μεταβούν από απλές επιδοτήσεις ιδιωτικών επενδύσεων σε συμπράξεις κοινού μετοχικού κεφαλαίου. (Linder, 1999; Rubin και Stankiewicz, 2001).

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου, με επικεφαλής τη Μάργκαρετ Θάτσερ, υιοθέτησε την έννοια των συμμαχιών δημόσιου και ιδιωτικού τομέα ως ευνοούμενη μέθοδο οικονομικής αναγέννησης. Η έννοια των συμπράξεων στο Ηνωμένο Βασίλειο επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από τις βέλτιστες πρακτικές στις Ηνωμένες Πολιτείες (Pierre, 1997).

Στην Ελλάδα, έχουν μείνει στην ιστορία του σύγχρονου ελληνικού κράτους οι εταιρίες «POWER» και «ULEN» οι οποίες αποτελούν μορφές συνεργασίας ανάμεσα σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για την παροχή δημοσίων αγαθών. Σε αυτές τις εταιρίες παραχώρησε το κράτος την ηλεκτροδότηση και παροχή ύδρευσης και συγκοινωνιών στον αστικό ιστό της Αθήνας από τις αρχές της δεκαετίας του 1920 έως και μετά το τέλος του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου. (Καραϊσκού, 2013)

## **Κεφάλαιο 2:**

### **2.1. Ορισμός ΣΔΙΤ**

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει το Υπουργείο Οικονομίας και πλέον συμπεριλαμβάνεται στο Υπουργείο Ανάπτυξης και Επενδύσεων στο οποίο υπάγεται η Γενική Γραμματεία Ιδιωτικών Επενδύσεων και Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα, ως ΣΔΙΤ “ορίζονται οι συμβάσεις, με μεγάλη διάρκεια, οι οποίες δημιουργούνται μεταξύ ενός δημόσιου και ενός ιδιωτικού φορέα, με στόχο την πραγματοποίηση κάποιου έργου ή την προσφορά υπηρεσιών.” (Υπουργείο Ανάπτυξης και Επενδύσεων 2020).

Σύμφωνα με το άρθρο 1 παράγραφος 2 του Ν. 3389/2005 σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα είναι η σύναψη έγγραφων συμβάσεων συνεργασίας υπό επαχθή αιτία ανάμεσα σε δημόσιους φορείς και νομικά πρόσωπα του ιδιωτικού τομέα («Ιδιωτικοί Φορείς») για την εκτέλεση έργων ή και την παροχή υπηρεσιών. Η σύμπραξη λοιπόν είναι μια συνεργασία ανάμεσα στους δύο τομείς, στην οποία το κράτος και ο ένας ιδιωτικός φορέας αναλαμβάνουν να διεκπεραιώσουν ένα έργο είτε αυτό αποτελεί την ανέγερση κάποιου έργου υποδομής είτε την παροχή κάποιας υπηρεσίας. Όμως οι τομείς αυτοί είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους και είναι υποχρεωμένοι να τηρούν τους όρους της συμβάσεις που θέτει όρια στις εξουσίες και στις αρμοδιότητες τους. (Σπηλιωτόπουλος, 2017)

Οι ΣΔΙΤ παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε παγκόσμιο επίπεδο εξαιτίας των αναγκών για έργα υποδομών. Τα κράτη σε μεγάλο βαθμό αδυνατούν να καλύψουν με τους εθνικούς πόρους τα υπέρογκα ποσά για την κατασκευή και υλοποίηση των έργων ενώ τα ιδιωτικά κεφάλαια είναι σε θέση μεμονωμένα να υλοποιήσουν κάποιο έργο. Τα ΣΔΙΤ λοιπόν δεν υποκαθιστούν τον δημόσιο τομέα αλλά ο δημόσιος τομέας παρόλο που δεν χρηματοδοτεί το έργο, μπορεί να παρέχει την υπηρεσία ή να είναι υπεύθυνος για την σωστή και ομαλή λειτουργία της. Με την αποδοτικότητα του ιδιωτικού τομέα και την συνεργασία που προσφέρει ο δημόσιος τομέας είναι δυνατό παρέχονται υψηλότερης ποιότητας έργα υποδομής και υπηρεσιών.

Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) αποτελούν μια μεγάλη μεταρρύθμιση στον τομέα της δημιουργίας υποδομών και της παροχής υπηρεσιών του Δημοσίου, η υλοποίηση της οποίας συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας και κοινωνίας.(Καραϊσκού, 2013). Ο δημόσιος τομέας επωφελείται από τον ιδιωτικό αξιοποιώντας τον προς όφελος των πολιτών χρησιμοποιώντας καινοτόμα μέσα που κατέχει ο ιδιωτικός τομέας. Με αυτόν τον τρόπο, το δημοσιονομικό κόστος μειώνεται αρκετά, το έργο παραδίδεται γρηγορότερα και η παρεχόμενες υπηρεσίες βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των πολιτών. Οι

συμπράξεις κλείνοντας δίνουν στο δημόσιο τομέα την εξειδίκευση που απαιτεί η σύγχρονη εποχή και την αποτελεσματικότητα που ζητά ο σύγχρονος άνθρωπος. (Σπηλιωτόπουλος, 2017) Στην χώρα μας, οι συμπράξεις εφαρμόστηκαν σε έργα υποδομής έκδηλα φανερώνοντας τον καινοτόμο τρόπο λειτουργίας τους. Παραδείγματα εφαρμογής των συμπράξεων αποτελούν η Αττική Οδός, το Αεροδρόμιο Ελευθέριος Βενιζέλος και η Γέφυρα Χαριλάου Τρικούπη. Οι συμπράξεις εφαρμόστηκαν με την μορφή παραχωρήσεως των έργων, δηλαδή ο ιδιωτικός τομέας πληρώνεται από τους πολίτες για την χρήση του έργου. (Καραΐσκου, 2013).

Η εφαρμογή των ΣΔΙΤ κέντρισε το ενδιαφέρον όσων ασχολούνται με την μελέτη, δημιουργία και υλοποίηση των δημοσιονομικών πολιτικών. Οι ΣΔΙΤ προσφέρουν την δυνατότητα για ανάπτυξη σε τομείς όπου το κράτος δεν κατέχει τους απαιτούμενους πόρους όπως για παράδειγμα η κατασκευή ασφαλούς οδικού δικτύου, η κατασκευή νοσοκομείων και υποδομών εκπαίδευσης ενώ τους πόρους που θα χρησιμοποιούνταν στις υποδομές μπορεί να τους διανείμει στο κράτος πρόνοιας ή σε τομείς που υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη. (Osborne, 2000)

Ο ιδιωτικός τομέας αφετέρου, επωφελείται από τις ΣΔΙΤ, από τις ευκαιρίες που γεννιούνται από την ανάληψη των έργων. Παρόλα αυτά οι αρμοδιότητες που έχει είναι θεσμοθετημένα περιορισμένες ώστε να δρα κάτω από τα πλαίσια της συμφωνίας των δύο μερών. (Σπηλιωτόπουλος, 2017). Το κράτος εκμεταλλεύεται τις γνώσεις του ιδιωτικού κεφαλαίου και το κράτος επιτηρεί και ελέγχει τον ιδιωτικό τομέα. Τα έργα που θα προσφέρει ο ιδιωτικός τομέας πρέπει να είναι σωστά κατασκευασμένα και οι πολίτες πρέπει να μείνουν ικανοποιημένοι από την χρήση τους. Επιπρόσθετα επωφελείται και η οικονομία του κράτους από την χρήση των ιδιωτικών κεφαλαίων δίνοντας μια ώθηση προς στην ανάπτυξη. (Σπηλιωτόπουλος, 2017)

## **2.2. Θεσμικό πλαίσιο ΣΔΙΤ**

Στην Ελλάδα έχει προϋπάρξει όπως αναφέρθηκε παραπάνω εμπειρία συνεργασίας του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα για τη δημιουργία συμπράξεων (όπως η Αττική Οδός ή η σύνδεση Ρίου-Αντιρρίου). Οι συμβάσεις για κάθε πρωτοβουλία εγκρίθηκαν από το Κοινοβούλιο, επειδή δεν υπήρχε νομοθεσία που να διέπει την εκτέλεσή τους. Σε ένα περιβάλλον διαφάνειας, προσαρμοστικότητας και ασφάλειας τόσο για τον δημόσιο όσο και για τον ιδιωτικό τομέα, ο νόμος 3389/2005, ο οποίος εγκρίθηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο τον Οκτώβριο του 2005, διευκολύνει την εκτέλεση συνεργασιών σε μεγαλύτερη κλίμακα.

Το νομικό κενό στο ελληνικό νομικό σύστημα, το οποίο μέχρι τότε απαιτούσε κάθε σύμβαση που συγχρηματοδοτούνταν από ιδιώτες να υποβάλλεται προς έγκριση στη Βουλή, καλύφθηκε με

την ψήφιση του προαναφερθέντος νομοθετικού πλαισίου. Οι ακόλουθες εξελίξεις είναι ιδιαίτερα παρούσες στον εν λόγω νόμο:

Επιδιώκει την επίλυση ζητημάτων όπως ο ανεπαρκής σχεδιασμός των συμβατικών αρμοδιοτήτων, η ανεπαρκής επιχειρηματική αιτιολόγηση ή οι υπερβολικά αισιόδοξες εκτιμήσεις βιωσιμότητας του έργου, και δημιουργεί για πρώτη φορά μια σταθερή νομική δομή. Ενισχύει επίσης την εμπιστοσύνη της αγοράς.

Χρησιμεύει ως "νόμος-πλαίσιο", πράγμα που σημαίνει ότι δεν καλύπτει κάθε σενάριο και αφήνει αναπάντητα ορισμένα ερωτήματα, διότι, δεδομένης της ιδιαιτερότητας και της ιδιαιτερότητας κάθε έργου ΣΔΙΤ, μια ενιαία στρατηγική θα χειροτέρευε στην πραγματικότητα τα πράγματα.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα κυριότερα σημεία του νόμου:

1. Ο ορισμός των δημόσιων φορέων (υπουργεία, ΟΤΑ, δημόσιες υπηρεσίες, ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ) που επιτρέπεται να συνάπτουν συμπράξεις περιορισμένης ευθύνης με ιδιωτικούς φορείς για κάθε είδους συνεργασία στους αντίστοιχους τομείς εξειδίκευσης ή δραστηριότητάς τους.
2. Στόχος των συνεργασιών αυτών πρέπει να είναι η ανάπτυξη υποδομών και η παροχή υπηρεσιών που εμπίπτουν στην αρμοδιότητα των προαναφερθέντων δημόσιων φορέων.
3. Πρέπει να προβλεφθεί η δυνατότητα των ιδιωτικών φορέων να αναλαμβάνουν ένα σημαντικό μέρος των κινδύνων που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση, τη διάθεση και την κατασκευή των απαιτούμενων υποδομών ή την παροχή της υπηρεσίας, έναντι αμοιβής, η οποία καταβάλλεται εφάπαξ ή σε δόσεις από τους δημόσιους φορείς ή τους τελικούς χρήστες της υπηρεσίας.
4. Επιπλέον, τα κεφάλαια και οι πόροι που παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς θα χρησιμοποιηθούν για τη χρηματοδότηση του συνόλου ή μέρους της υλοποίησης της υποδομής για την παροχή υπηρεσιών.
5. Εκτός εάν η Επιτροπή Υπουργών επιλέξει να συμπεριλάβει μια κοινοπραξία με μεγαλύτερο προϋπολογισμό, το συνολικό προβλεπόμενο κόστος για την εκτέλεση του έργου ή την προσφορά της υπηρεσίας δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 200 εκατ. ευρώ.
6. Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι μια στρατηγική που μπορεί να χρησιμοποιήσει η κυβέρνηση για την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας σε λογικές τιμές, μεγιστοποιώντας παράλληλα το δημόσιο όφελος. Οι ΣΔΙΤ συνδυάζουν την τεχνογνωσία του ιδιωτικού τομέα με την καινοτομία του δημόσιου τομέα.
7. Οι ΣΔΙΤ δεν εφαρμόζονται στην άσκηση δημόσιας εξουσίας ή, γενικά, σε δραστηριότητες που, σύμφωνα με το Σύνταγμα, ανήκουν αποκλειστικά και άμεσα στην αρμοδιότητα του κράτους, όπως η διατήρηση της δημόσιας τάξης, η κάλυψη των αναγκών της εθνικής άμυνας, η απονομή της δικαιοσύνης κ.λπ.

8. Σύμφωνα με τον νόμο, οι συμφωνίες εταιρικής σχέσης πρέπει να περιλαμβάνουν σαφή και εμπεριστατωμένη επεξήγηση των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των συμβαλλομένων μερών όσον αφορά το αντικείμενο της συμφωνίας. Αναφέρονται λεπτομερώς η χρηματοδότηση και η συμμετοχή των δημόσιων φορέων στη σύμβαση, οι μέθοδοι ανταλλαγής συμβατικών αδειών, ο χειρισμός των αρχαιολογικών ανακαλύψεων, οι απαλλοτριώσεις και η συμμετοχή των δημόσιων υπηρεσιών και αρχών.

Προκειμένου να δοθούν σαφείς κατευθύνσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά μιας τέτοιας σύμπραξης και να διευκολυνθεί έτσι η διαδικασία σύναψης μιας τέτοιας σύμπραξης, ο νόμος 3389/2005 θεσπίζει για πρώτη φορά μια σταθερή νομοθετική δομή για τις συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Μια σταθερή νομική δομή στηρίζει τον υπόλογο δημόσιο φορέα, ενώ παράλληλα εμπνέει εμπιστοσύνη στον ιδιωτικό φορέα και τους χρηματοδότες. Θα πρέπει να τονιστεί ότι εάν ένα μεγάλο ή ασυνήθιστο έργο δεν μπορεί να καλυφθεί από τον νόμο 3389/2005, μπορεί να πραγματοποιηθεί και εκτός αυτού με τη συγκατάθεση του Κοινοβουλίου.

Το "Εγχειρίδιο για την υλοποίηση έργων και υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ" δημοσιεύθηκε από την Ειδική Γραμματεία για τις ΣΔΙΤ τον Ιούνιο του 2006. Περιγράφει τη νομοθετική δομή που ρυθμίζει τις ΣΔΙΤ, τον τρόπο υλοποίησής τους, τον τρόπο χρηματοδότησής τους και τα βήματα που πρέπει να γίνουν για να υπαχθεί ένα έργο στην εν λόγω νομοθεσία. Ο οδηγός αυτός, ο οποίος απευθύνεται σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς που ενδιαφέρονται για πρωτοβουλίες ΣΔΙΤ, περιέχει ορισμένες από τις σημαντικές διατάξεις της νομοθεσίας που παρατίθενται παρακάτω.

Η Διυπουργική Επιτροπή για τις ΣΔΙΤ (ΔΕΕΣ) και η Ειδική Γραμματεία για τις ΣΔΙΤ είναι δύο εκτελεστικοί οργανισμοί που συστάθηκαν με τον νόμο 3389/2005 για να βοηθήσουν τον δημόσιο τομέα στον καλύτερο σχεδιασμό και τη διαχείριση των πρωτοβουλιών ΣΔΙΤ.

Η ΣΔΙΤ δημιουργήθηκε με τον νόμο 3389/2005 και είναι ένας κυβερνητικός οργανισμός που είναι υπεύθυνος για την ανάπτυξη κυβερνητικής πολιτικής για την εκτέλεση έργων και την παροχή υπηρεσιών με τη συμμετοχή ιδιωτικών κεφαλαίων.

Ο αρμόδιος οργανισμός που είναι επιφορτισμένος με τη χάραξη κυβερνητικής πολιτικής όσον αφορά την εκτέλεση πρωτοβουλιών και την παροχή υπηρεσιών με τη συμμετοχή ιδιωτικών κεφαλαίων είναι η υπουργική επιτροπή για τις ΣΔΙΤ. Στα καθήκοντα της Επιτροπής ΣΔΙΤ περιλαμβάνονται:

- η έγκριση της υπαγωγής των συμπράξεων στις διατάξεις του νόμου 3389/2005 και η ανάκληση των εν λόγω εγκρίσεων σε περίπτωση που οι δημόσιοι οργανισμοί που υπόκεινται στις εν λόγω διατάξεις δεν εκπληρώνουν τις υποχρεώσεις τους,
- να αποφασίζει εάν θα συμπεριληφθεί ή όχι η αποζημίωση που θα δοθεί στις ιδιωτικές εταιρείες στο Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων-



- να αποφασίζει εάν το κράτος θα συμμετέχει ή όχι στη χρηματοδότηση της πρόσληψης εξειδικευμένων οικονομικών, τεχνικών και νομικών συμβούλων.

Σύμφωνα με το άρθρο 4 του νόμου 3389/2005, η Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών. Η Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ ιδρύθηκε σύμφωνα με τα πλαίσια που χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία ανάλογων υπηρεσιών σε άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (π.χ. Μεγάλη Βρετανία, Γαλλία, Πορτογαλία). Βοηθώντας τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς που εμπλέκονται στην επιλογή, ανάθεση και εκτέλεση συμβάσεων ΣΔΙΤ, οι υπηρεσίες αυτές, οι οποίες συνήθως λειτουργούν στο πλαίσιο του Υπουργείου Οικονομικών του εκάστοτε κράτους, στοχεύουν στην προώθηση του θεσμού των ΣΔΙΤ.

Το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών συνέστησε την Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ ως συντονιστικό όργανο με στόχο την προώθηση του θεσμού των ΣΔΙΤ μέσω της υποστήριξης των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων που εμπλέκονται στην επιλογή, ανάθεση και εκτέλεση συμβάσεων ΣΔΙΤ, τον εντοπισμό των υπηρεσιών και των αναγκαίων υποδομών που μπορούν να υλοποιηθούν μέσω ΣΔΙΤ και εμπίπτουν στις διατάξεις του Ν. 3389/2005 και την προώθηση της ανάπτυξής.

Αποστολή του ΕΣΔΙΤ είναι η υποστήριξη των ΔΕΣΔΙΤ και των κυβερνητικών οργανισμών και το έργο του περιλαμβάνει (ΕΓΣΔΙΤ, 2006)

- Τον προσδιορισμό των πρωτοβουλιών ή υπηρεσιών που μπορούν να παρασχεθούν μέσω ΣΔΙΤ και καλύπτονται από το νόμο 3389/2005
- Την ευρεία προώθηση της ολοκλήρωσης έργων ή της παροχής υπηρεσιών μέσω της δημιουργίας συμμαχιών
- Η βοήθεια και η υποστήριξη που παρέχεται στους δημόσιους οργανισμούς στις διαδικασίες επιβράβευσης του νόμου 3389/2005 για την επιλογή ιδιωτικών εταιρειών για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών στο πλαίσιο συμπράξεων.
- Η δημιουργία ετήσιας έκθεσης και η παράδοσή της στο αρμόδιο κοινοβουλευτικό όργανο.
- Να ενημερώνει συχνά την ΔΕΣΔΙΤ, να προετοιμάζει και να υποβάλλει προτάσεις για την επίλυση τυχόν προβλημάτων και να παρακολουθεί τον τρόπο εφαρμογής των συμβάσεων εταιρικής σχέσης και των βοηθητικών συμφωνιών.

Τα συμβαλλόμενα μέρη στις ΣΔΙΤ σύμφωνα με τον νόμο 3389/2005 θεωρούνται:

- Δημόσιοι φορείς όπως το ελληνικό δημόσιο, ΟΤΑ, ΝΠΔΔ και δημόσιες επιχειρήσεις ιδιωτικού δικαίου.
- Ιδιωτικοί φορείς κατά τον νόμο 3389/2005 θεωρείται κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο μπορεί να είναι ιδιωτικός φορέας, με εξαίρεση εκείνους που είναι δημόσιοι φορείς, όπως ορίζεται από τον εν λόγω νόμο.
- Οι ιδιωτικοί οργανισμοί πρέπει να συστήσουν εταιρεία περιορισμένης ευθύνης ειδικού σκοπού προκειμένου να συμμετάσχουν σε σύμπραξη. Η εταιρεία ειδικού σκοπού μπορεί να έχει ιδιοκτήτες μόνο ιδιώτες οργανισμούς. Οι τράπεζες και οι επενδυτές προτιμούν να χρηματοδοτούν και να συμμετέχουν σε μια εταιρεία που έχει μοναδικό σκοπό την εκτέλεση ενός έργου, γι' αυτό και ιδρύονται αυτές οι επιχειρήσεις.

Η σύσταση μιας "Εταιρείας Ειδικού Σκοπού" (Ε.Ε.Σ.), η οποία είναι υπεύθυνη για την κατασκευή, τη συντήρηση και/ή τη διοίκηση του έργου προκειμένου να παρέχει υπηρεσίες σχετικές με το έργο, απαιτείται από το νόμο 3389/2005 για τις ιδιωτικές εταιρείες που συμμετέχουν σε κοινά έργα. Για τις επιχειρήσεις ειδικού σκοπού ισχύουν οι κανόνες του Κώδικα του Ν. 2190/1920 "Περί Ανωνύμων Εταιρειών".

Η Εταιρεία Ειδικού Σκοπού που επιλέγεται σε κάθε περίπτωση πρέπει να εδρεύει στην Ελλάδα και να έχει δημιουργηθεί ειδικά για να εξυπηρετεί τις ανάγκες της σύμπραξης. Με εξαίρεση τους δημόσιους φορείς, μέτοχοι της εταιρείας αυτής μπορούν να είναι μόνο ιδιωτικοί φορείς, καθώς και τρίτοι που αγοράζουν μετοχές σύμφωνα με τις τυχόν ειδικές διατάξεις του θεσμικού πλαισίου, τις επιλογές που περιγράφονται στο καταστατικό της εταιρείας και τις τυχόν ειδικές διατάξεις της Κοινοπρακτικής Σύμβασης.

Πιο συγκεκριμένα, η ΕΕΣ είναι ανοικτή σε εξειδικευμένους ιδιωτικούς φορείς από διάφορους κλάδους, κατασκευαστικές εταιρείες, οργανισμούς τεχνικής διαχείρισης, προμηθευτές τεχνικού εξοπλισμού, εταιρείες συντήρησης εξοπλισμού και εγκαταστάσεων και άλλους με ιστορικό παροχής των υπηρεσιών που περιγράφονται στις σχετικές συμβάσεις.(ΕΓΣΔΙΤ,2006)

Οι ιδιωτικοί φορείς εκμετάλλευσης θα αποκτήσουν και θα παράσχουν τα κεφάλαια και τους πόρους που απαιτούνται για την υποστήριξη του συνόλου ή μέρους του εξοπλισμού που απαιτείται για την παροχή υπηρεσιών.

Το προβλεπόμενο συνολικό κόστος κάθε έργου ή υπηρεσίας περιορίζεται σε 200 εκατ. ευρώ.

Ειδικές δραστηριότητες, όπως η άσκηση δημόσιας εξουσίας και οι συνταγματικά κατοχυρωμένες κρατικές δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια ασφάλεια και τάξη, όπως η επιβολή του νόμου και της τάξης, η εθνική άμυνα, η απονομή δικαιοσύνης και η ευθύνη

για το σωφρονιστικό σύστημα, δεν μπορούν να υλοποιηθούν μέσω ΣΔΙΤ, σύμφωνα με τις ισχύουσες απαγορευτικές διατάξεις.

Ο νόμος καθορίζει θέματα όπως η χρηματοδότηση και η συμμετοχή των δημόσιων φορέων στη ΣΔΙΤ, οι διαδικασίες για τη συλλογή συμβατικών ανταλλαγμάτων, η έκδοση αδειών, η προστασία του περιβάλλοντος, τα αρχαιολογικά ευρήματα, οι απαλλοτριώσεις και η συμμετοχή των δημόσιων αρχών και των δημόσιων υπηρεσιών κοινής ωφέλειας. Καθορίζει επίσης το ελάχιστο περιεχόμενο των συμβάσεων ΣΔΙΤ, το οποίο περιλαμβάνει περιγραφή των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των συμβαλλομένων μερών σε σχέση με το αντικείμενο της ΣΔΙΤ. Το επιχείρημα αυτό καταδεικνύει ότι οι υφιστάμενες διατάξεις είναι ανεπαρκείς και ότι ενδέχεται να απαιτούνται πρόσθετες, λεπτομερέστερες διατάξεις. Οι χρονοβόρες καθυστερήσεις ή τα επενδυτικά εμπόδια που προκαλεί ο πολυεθνικός χαρακτήρας της τοπικής αγοράς δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με τους νόμους όπως ισχύουν σήμερα.

Μετά την ψήφιση της οδηγίας 2004/18/EK, οι συμβάσεις που είναι ιδιαίτερα περίπλοκες μπορούν πλέον να ανατίθενται με μια νέα διαδικασία που ονομάζεται "Ανταγωνιστικός Διάλογος". Η διαδικασία αυτή χρησιμοποιείται όταν η αναθέτουσα αρχή δεν είναι σε θέση να καθορίσει τις τεχνικές λύσεις που απαιτούνται για την εκπλήρωση των απαιτήσεων και των στόχων του έργου, καθώς και τις νομικές ή/και οικονομικές ρυθμίσεις του έργου, με τρόπο που να μπορεί να προσδιοριστεί αντικειμενικά. Δίνει τη δυνατότητα στην αναθέτουσα αρχή να δημιουργήσει τις κατάλληλες λύσεις μετά από διαβούλευση με τους υποψήφιους αναδόχους και, μετά το πέρας της διαβούλευσης, οι υποψήφιοι ανάδοχοι καλούνται να υποβάλουν την τελική προσφορά τους με βάση τη λύση ή τις λύσεις που προσδιορίστηκαν κατά τη διαβούλευση.

Οι αρμοδιότητες του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα σε μια ΣΔΙΤ περιγράφονται και συνοψίζονται παρακάτω:

Το δημόσιο αναλαμβάνει:

- την περιγραφή του γενικού σχεδίου ΣΔΙΤ
- την αξιολόγηση του σχεδίου του ιδιωτικού φορέα
- την υποβοήθηση της υλοποίησης του έργου
- την εποπτεία της υλοποίησης του έργου και την εκπλήρωση των συμβατικών υποχρεώσεων του ιδιώτη.

Ο ιδιωτικός τομέας είναι υπεύθυνος για:

- την εκπόνηση μελετών σύμφωνα με το γενικό σχέδιο της πρόσκλησης υποβολής προτάσεων
- την ανάπτυξη του έργου
- την εξασφάλιση της απαιτούμενης χρηματοδότησης του έργου - τη διοίκηση και τη λειτουργία ή τη συντήρηση του έργου

- την επιστροφή του έργου στο κράτος κατά τη λήξη της συμβατικής διάρκειας Ο ιδιωτικός τομέας είναι υπεύθυνος για: - την εκπόνηση μελετών σύμφωνα με το γενικό σχέδιο της πρόσκλησης υποβολής προτάσεων
- την ανάπτυξη του έργου
- την εξεύρεση της απαιτούμενης χρηματοδότησης για το έργο - διαχείριση και λειτουργία ή συντήρηση του έργου
- την επιστροφή του έργου στο κράτος κατά τη λήξη της διάρκειας της σύμβασης.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η πρωτοβουλία χρηματοδοτείται εν μέρει από τον ιδιωτικό τομέα, αλλά μπορεί να συμπληρωθεί σημαντικά από τη δημόσια χρηματοδότηση. Ο δημόσιος εταίρος ασχολείται κυρίως με τον καθορισμό των στόχων που πρέπει να επιτευχθούν όσον αφορά το δημόσιο συμφέρον, την ποιότητα των υπηρεσιών και την τιμολογιακή πολιτική και με τη διασφάλιση της εκπλήρωσης των στόχων αυτών.

Για να υπαχθεί μια κοινοπραξία στις διατάξεις του νόμου 3389/2005, πρέπει να πληρούνται όλα τα ακόλουθα κριτήρια (ΕΓΣΔΙΤ, 2006):

1. Σκοπός της σύμπραξης πρέπει να είναι η εκτέλεση ή η παροχή υπηρεσιών που εμπίπτουν στη δικαιοδοσία δημόσιου φορέα βάσει ρήτρας νόμου, σύμβασης ή καταστατικού.
2. Πρέπει να προβλέπεται ότι οι ιδιωτικοί φορείς αναλαμβάνουν, έναντι ανταλλάγματος που καταβάλλεται εν όλω ή εν μέρει από δημόσιους φορείς ή τελικούς χρήστες των έργων ή υπηρεσιών, σημαντικό μέρος των κινδύνων που συνδέονται με τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, τη διαθεσιμότητα ή τη ζήτηση του αντικειμένου της σύμπραξης, καθώς και τους συναφείς κινδύνους.
3. Προβλέπει ότι η χρηματοδότηση της κατασκευής των έργων ή της παροχής των υπηρεσιών, εν όλω ή εν μέρει, θα γίνεται με κεφάλαια και πόρους που θα παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς.
4. Το συνολικό προβλεπόμενο κόστος εκτέλεσης του αντικειμένου της κοινοπραξίας δεν πρέπει να υπερβαίνει τα διακόσια εκατομμύρια (200.000.000) ευρώ, χωρίς ΦΠΑ.

Δραστηριότητες που, σύμφωνα με το Σύνταγμα, αφορούν άμεσα και αποκλειστικά το κράτος, όπως η εθνική άμυνα, η επιβολή, η απονομή δικαιοσύνης και η εκτέλεση των ποινών που εκδίδονται από αρμόδιους δικαστές, δεν μπορούν να υπαχθούν σε μονοπώλιο.

Για να εγκριθεί μια σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα η Ειδική Γραμματεία ΣΔΙΤ θα συντάξει σύντομη έκθεση αιτιολογίας για κάθε πρωτοβουλία στον "Κατάλογο προτεινόμενων συμπράξεων". Η περίληψη αυτή πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία:

1. Τους οικονομικούς, τεχνολογικούς, κοινωνικοοικονομικούς και νομικούς λόγους για τους οποίους τα εν λόγω έργα πρέπει να υλοποιηθούν μέσω εταιρικής σχέσης,

2. Τις παραμέτρους που χρησιμοποιήθηκαν για την επιλογή των συγκεκριμένων έργων ή υπηρεσιών που περιλαμβάνονται στον κατάλογο.

3. Οποιοσδήποτε ενέργειες έγιναν από το εν λόγω άτομο

Τα μέτρα που έλαβε ο αρμόδιος δημόσιος φορέας για την προετοιμασία της ανάθεσης των σχετικών συμβάσεων.

4. Η μορφή της προτεινόμενης διαδικασίας ανάθεσης, όπως ορίζεται στο άρθρο 8 του Ν. 3389/2005, και οι αρμόδιοι οργανισμοί που λειτουργούν ως αναθέτουσα αρχή.

5. Το προτεινόμενο χρονοδιάγραμμα για τη διαδικασία ανάθεσης

6. Ένδειξη της προκαταρκτικής χρηματοδότησης της Κοινοπρακτικής Σύμβασης και τυχόν επικουρικών ρυθμίσεων.

Ο δημόσιος φορέας πρέπει να αποστέλλει "Αίτηση υπαγωγής" στην ΔΕΣΔΙΤ εντός δύο μηνών από τη στιγμή που θα λάβει ειδοποίηση ότι η σχεδιαζόμενη σύμβαση έχει συμπεριληφθεί στον "Κατάλογο προτεινόμενων συμπράξεων" του ΕΓΣΔΙΤ. Ο Υπουργός Οικονομίας, ως Πρόεδρος του ΔΕΣΔΙΤ, θα συμπεριλάβει τη συζήτηση της πρότασης αυτής στο πρόγραμμα της επόμενης συνεδρίασης του. Τα τακτικά μέλη, καθώς και ο αρμόδιος Υπουργός ως έκτακτο μέλος, θα προσκληθούν από τον Υπουργό Οικονομικών.

Κατά τη διάρκεια της ΔΕΣΔΙΤ, η έκθεση της ΕΓΣΔΙΤ θα δοθεί ως πρόταση, και η ΕΓΣΔΙΤ θα παράσχει κάθε πρόσθετη πληροφορία που απαιτείται προκειμένου η ΔΕΣΔΙΤ να προβεί σε επιλογή.

Τέλος εκδίδεται απόφαση έγκρισης ή απόρριψης της αίτησης. Μετά την έγκριση μιας "Απόφασης Υπαγωγής", η ΕΓΣΔΙΤ συντονίζει τις διαδικασίες ανάθεσης βάσει του νόμου 3389/2005 για την επιλογή συμμετοχής του ιδιωτικού φορέα.

## Κεφάλαιο 3:

### 3.1. Πλεονεκτήματα ΣΔΙΤ

Η σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας του δημόσιου χρήματος είναι το σημαντικότερο όφελος μιας ΣΔΙΤ. Αυτό σημαίνει ότι ένα έργο ή μια υπηρεσία συγκρίσιμης ποιότητας με εκείνη που δημιουργείται με τον παραδοσιακό τρόπο παραδίδεται με μειωμένο κόστος ή ότι ένα έργο ή μια υπηρεσία υψηλότερης ποιότητας παραδίδεται με το ίδιο ποσό χρημάτων. Έξι σημαντικοί παράγοντες συμβάλλουν στη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας. (Blake, 2004).

Πρώτος παράγοντας είναι η μεταφορά του κινδύνου. Κάθε κίνδυνος θα ανατίθεται είτε στον δημόσιο είτε στον ιδιωτικό φορέα που μπορεί να τον αντιμετωπίσει καλύτερα και με το χαμηλότερο κόστος. Η κατανομή των κινδύνων εγγυάται ότι κάθε οντότητα στη διαδικασία σχεδιασμού του έργου προβαίνει σε προσεκτικές εκτιμήσεις της πορείας του κινδύνου. Επιπλέον, εάν απαιτείται, ο Ιδιωτικός Φορέας και η Αναθέτουσα Αρχή μπορούν να μεταφέρουν τους κινδύνους σε οποιοδήποτε επίπεδο εκτέλεσης του έργου. (Shen et al., 2006).

Μια ενδελεχής εκτίμηση των κινδύνων απαιτείται για να έχουν όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς του έργου μια ολοκληρωμένη αντίληψη του έργου. Για μια επιτυχημένη ΣΔΙΤ απαιτείται καλή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, σε αντίθεση με τις παραδοσιακές πρωτοβουλίες όπου οι δύο τομείς συχνά ανταγωνίζονται μεταξύ τους. (Herpen, 2002).

Δεύτερος παράγοντας αποτελεί η περιγραφή του έργου ανάλογα με την παρεχόμενη υπηρεσία. Ο καθορισμός της πρωτοβουλίας με βάση την παρεχόμενη υπηρεσία επιτρέπει στον ιδιωτικό τομέα να αναπτυχθεί. Ο φορέας ανάπτυξης παρέχει υποδομές που θα χρησιμοποιηθούν από το δημόσιο φορέα σε έργα που παρέχονται μέσω μεθόδων ανάθεσης. Ως αποτέλεσμα, σε ένα νομίμως αγορασμένο έργο, ο κατασκευαστής εργάζεται σύμφωνα με τα σχέδια χωρίς να ενδιαφέρεται (και χωρίς χρόνο ή χρήμα) να προβεί σε αλλαγές που θα βελτίωναν τη χρησιμότητα και το κόστος χρήσης του έργου με την πάροδο του χρόνου. (Herpen, 2002).

Το έργο που παρέχεται μέσω μιας ΣΔΙΤ σχεδιάζεται και κατασκευάζεται για να παρέχει μία ή περισσότερες υπηρεσίες όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά. Έτσι, ο ιδιωτικός τομέας φροντίζει κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού και της κατασκευής να βρει τις κατάλληλες επιλογές ώστε το τελικό προϊόν να προσφέρει τις απαραίτητες υπηρεσίες με το χαμηλότερο δυνατό κόστος κατασκευής. (Blake, 2004).

Τρίτος παράγοντας θεωρείται η τιμολόγηση κύκλου ζωής για μακροχρόνιες συμβάσεις. Σύμφωνα με τη συμβατική μέθοδο ανάθεσης και ολοκλήρωσης των έργων, οι δημόσιες

επενδύσεις δίνονται συνήθως στον προσφέροντα που προσφέρει τη χαμηλότερη τιμή. Μετά από ένα σύντομο χρονικό διάστημα, το κόστος συντήρησης εκτοξεύεται στα ύψη και σε ορισμένες περιπτώσεις, τμήματα των μηχανημάτων πρέπει να αντικατασταθούν. Οι μακροπρόθεσμες συμβάσεις με ΣΔΙΤ προσφέρουν στον κύριο του έργου περισσότερο χρόνο για να ανακτήσει το κόστος της επένδυσης, μειώνοντας τις ετήσιες δαπάνες του δημόσιου τομέα. Επιπλέον, αναλαμβάνοντας τη διοίκηση του έργου, ο φορέας υλοποίησης αποκτά μεγαλύτερη τεχνογνωσία στο χειρισμό του έργου και των προσφερόμενων υπηρεσιών, γεγονός που μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα του έργου. Οι μακροχρόνιες συμβάσεις δίνουν έμφαση στη μεταφορά του τεχνολογικού κινδύνου στον ιδιωτικό τομέα, με τον παραγωγό να αναλαμβάνει την ευθύνη για τον καθορισμό της κανονικότητας της αντικατάστασης των τεχνολογικών συσκευών και τη συνοδευτική κατανομή των κονδυλίων. Με την ανάληψη αυτού του κινδύνου, ο ιδιωτικός τομέας επιδιώκει να μειώσει τις δαπάνες κατά τη διάρκεια ολόκληρου του κύκλου ζωής και όχι μόνο της αρχικής επένδυσης. (Herpen, 2002).

Τέταρτος παράγοντας αποτελεί η αξιολόγηση των επιδόσεων. Το κίνητρο για τον ιδιωτικό τομέα να προσφέρει αξιόπιστα υπηρεσίες υψηλής ποιότητας που ανταποκρίνονται στα πρότυπα παρέχεται με τη σύνδεση των πληρωμών με την απόδοση. Η ανάληψη οργανωτικού κινδύνου στον ιδιωτικό τομέα οδηγεί στην αξιολόγηση της απόδοσης. Είναι ζωτικής σημασίας για τον δημόσιο τομέα να κατανοεί τον τρόπο λειτουργίας των υποδομών και να γνωρίζει την εκάστοτε υποδομή, προκειμένου να παρακολουθεί και να αξιολογεί το έργο. (Herpen, 2002).

Πέμπτος παράγοντας θεωρείται η εμπειρία στη διοίκηση έργων στον ιδιωτικό τομέα. Η τεχνογνωσία του ιδιωτικού τομέα στη διαχείριση έργων εγγυάται ότι το έργο θα ολοκληρωθεί εγκαίρως ή νωρίτερα από το πρόγραμμα. Χρησιμοποιώντας τις ΣΔΙΤ, ο δημόσιος τομέας αποκτά πρόσβαση στις τεχνικές και τις γνώσεις διαχείρισης έργων του ιδιωτικού τομέα. Μπορεί έτσι να αποκτήσει γνώση του τρόπου με τον οποίο ο ιδιωτικός τομέας ολοκληρώνει τις δημόσιες πρωτοβουλίες. Επιπλέον, οι χρήστες της παρεχόμενης υπηρεσίας βλέπουν συγκρίσιμες ή ανώτερες υπηρεσίες από τα εξωτερικά έργα, βελτιωμένη τεχνολογία και πιο σταθερή απόδοση με την πάροδο του χρόνου. (Herpen, 2002).

Έκτος και τελευταίος παράγοντας θεωρείται ο ανταγωνισμός. Με την εισαγωγή των ΣΔΙΤ, οι ιδιωτικοί φορείς ανταγωνίζονται σε όλα τα στάδια του σχεδιασμού, της κατασκευής και της διοίκησης των έργων. Ο αυξημένος ανταγωνισμός οδηγεί σε φθηνότερο κόστος, περισσότερη εφευρετικότητα, περισσότερες επενδύσεις και υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών. Ωστόσο, κάθε στοιχείο ανατίθεται μέσω ξεχωριστής διαγωνιστικής διαδικασίας, έτσι ώστε να εμπλέκονται και άλλοι εργολάβοι καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής του έργου. Εκτός από τους διαγωνισμούς για το κτίριο, το καθήκον για τη διαχείριση του έργου (η διαχείριση του έργου είναι δουλειά του

δημόσιου τομέα. Οι ΣΔΙΤ αφήνουν στον ιδιωτικό φορέα τον σχεδιασμό, την κατασκευή και τη διοίκηση του έργου εκτός από τον σχεδιασμό, την κατασκευή και τη λειτουργία του έργου. (διαχείριση του έργου). (Blake, 2004).

Η διαδικασία υποβολής προσφορών και διαπραγμάτευσης για μια ΣΔΙΤ είναι πιο χρονοβόρα και συνεπώς πιο δαπανηρή από εκείνη ενός παραδοσιακού διαγωνισμού δημόσιων έργων, αλλά η ολοκλήρωση ενός έργου ΣΔΙΤ δεν απαιτεί νέες προσφορές στο μέλλον για τα επόμενα στάδια του έργου, όπως η διαχείριση και η συντήρηση. Αυτό είναι πιθανό να οδηγήσει σε λιγότερο συνολικό χρόνο για την κυβέρνηση και, κατά συνέπεια, σε μειωμένες δαπάνες για τη διαχείριση ολόκληρου του κύκλου ζωής. (Blake, 2004).

### **3.2. Μειονεκτήματα ΣΔΙΤ**

Οι ΣΔΙΤ παρέχουν την ευκαιρία να μειωθεί η συνολική δαπάνη ενός έργου. Ωστόσο, οι δαπάνες μέχρι το σημείο της ανάθεσης του έργου στον ιδιώτη είναι συνήθως πολύ μεγαλύτερες από ό,τι στις παραδοσιακές μεθόδους ανάθεσης. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι συνήθως δεν υπάρχει προηγούμενη τεχνογνωσία με έργα ΣΔΙΤ αυτού του είδους, γεγονός που αυξάνει το κόστος ανάθεσης της σύμβασης. Επιπλέον, η ανάλυση όλων των μεταβλητών που ενδέχεται να επηρεάσουν το έργο πρέπει να ολοκληρωθεί σε χρονικό διάστημα έως και 30 ετών, γεγονός που καθιστά τις ΣΔΙΤ αρκετά περίπλοκες. Αυτό απαιτεί σημαντική προσπάθεια τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Πράγματι, στις συνομιλίες συμμετέχουν κορυφαίοι αξιωματούχοι του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, γεγονός που αυξάνει σημαντικά το κόστος και για τις δύο πλευρές. (Kumaraswamy & Zhang, 2001)

Οποιοσδήποτε ιδιωτικός φορέας συμμετέχει σε διαγωνισμό ΣΔΙΤ δαπανά σημαντικά περισσότερα χρήματα από ό,τι αν έκανε μια πρόταση για έναν συμβατικό διαγωνισμό και είναι απίθανο να κερδίσει το έργο αν υπάρχουν και άλλοι υποψήφιοι.

Ένα από τα μειονεκτήματα λοιπόν αποτελεί το αυξημένο οικονομικό κόστος. Ο δανεισμός της ιδιωτικής βιομηχανίας γίνεται πάντα με υψηλότερο επιτόκιο από τον δανεισμό του κρατικού τομέα. Ως αποτέλεσμα, η χρηματοδότηση ενός έργου ΣΔΙΤ θα είναι ακριβότερη από τη χρηματοδότηση ενός παραδοσιακού δημόσιου έργου. Ωστόσο, η νομοθετική δομή για τις ΣΔΙΤ προβλέπει ότι ο δημόσιος τομέας ενεργεί ως εγγυητής, διασφαλίζοντας ότι το κόστος μιας ΣΔΙΤ θα είναι τελικά αρκετά φθηνό και παρόμοιο με το κόστος δανεισμού του δημόσιου τομέα. Αυτό είναι συνήθως 1 έως 2% υψηλότερο από το επιτόκιο δανεισμού του κρατικού τομέα. (Kumaraswamy & Zhang, 2001)



Ακόμη υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που εντάσσονται στα μειονεκτήματα των ΣΔΙΤ εκτός από το κόστος. Υπάρχουν κίνδυνοι που συνδέονται με το διαχωρισμό των καθηκόντων και των κινδύνων μεταξύ δημόσιων και εμπορικών φορέων. Για παράδειγμα, ο δημόσιος τομέας μπορεί να ασκήσει πίεση στους υποψήφιους πωλητές να αναλάβουν πολλούς κινδύνους που τελικά δεν θα είναι σε θέση να διαχειριστούν. (Yescombe, 2007). Σαφώς, δύναται να δοθεί μια μη ρεαλιστική μέτρηση της επιτυχίας του έργου μπορεί να προκύψει από μια υπερβολική ή ανεπαρκή περιγραφή του έργου. Επίσης η μείωση του κόστους των συμβάσεων μπορεί να έχει ως τίμημα την αποτελεσματικότητα του έργου μακροπρόθεσμα. Ακόμα εάν η διαδικασία επίβλεψης του έργου είναι υπερβολικά άκαμπτη, μπορεί να προκαλέσει καθυστερήσεις σε μικρές παραμέτρους του έργου, καθιστώντας δύσκολη τη συνολική απόδοση του έργου. (Blake, 2004). Είναι σημαντικό να σημειωθεί στα μειονεκτήματα οι ανησυχίες των εν δυνάμει προμηθευτών. Υπάρχει ο κίνδυνος οι προμηθευτές του ιδιώτη εργολάβου να συναντήσουν εμπόδια και έλλειψη συνεργασίας από τη δημόσια αρχή σε κάθε δημόσιο έργο. Από την άλλη πλευρά, ο ιδιωτικός φορέας μπορεί να ξεκινήσει τις διαδικασίες για να γίνει υποψήφιος ανάδοχος για ένα έργο ΣΔΙΤ και στη συνέχεια να παραιτηθεί πριν από την τελική πρόταση. Κατά συνέπεια, ο αριθμός των υποψηφίων αναδόχων μειώνεται, μειώνοντας την ανταγωνιστικότητα και συνεπώς το πλεονέκτημα για το δημόσιο τομέα. Με την αποζημίωση των υποψηφίων που συμμετέχουν σε διαπραγματεύσεις αλλά δεν λαμβάνουν τελικά συμβάσεις, μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά το επίπεδο των προτάσεων που υποβάλλονται. Η δημιουργία παραμέτρων που πρέπει να πληρούν οι υποψήφιοι είναι μια άλλη μέθοδος για τη βελτίωση του περιεχομένου των προτάσεων που υποβάλλονται. Ο αριθμός των υποψηφίων μπορεί να περιοριστεί με αυτόν τον τρόπο, αλλά θα είναι επαρκώς αξιόπιστοι. (Blake, 2004)

Όταν η κυβέρνηση αποφασίζει να κατασκευάσει ένα δημόσιο έργο με τη μέθοδο ΣΔΙΤ, είναι καλύτερο να εμπλέξει τους υποψήφιους ιδιώτες φορείς όσο το δυνατόν νωρίτερα στη διαδικασία σχεδιασμού, ώστε να βελτιωθεί η απόδοση της επένδυσης και το επίπεδο των τελικών υπηρεσιών. Ο προσχεδιασμός μιας επένδυσης είναι πιο δύσκολος όταν υπάρχουν πολλαπλές προσφορές, και αν συμμετέχει μόνο ένας προμηθευτής, η βιωσιμότητα της διαδικασίας μειώνεται επειδή ο ιδιώτης που συμμετείχε στη φάση του προ-σχεδιασμού θα έχει αδικαιολόγητο πλεονέκτημα στον τελικό διαγωνισμό. (Blake, 2004).

Τέλος το κυριότερο μειονέκτημα των ΣΔΙΤ είναι η αναποτελεσματικότητα. Η μακροχρόνια παροχή υπηρεσιών μπορεί να οδηγήσει σε αναποτελεσματικότητα λόγω έλλειψης ανταγωνισμού. Μπορεί να υπάρχει ανταγωνισμός στην αρχή μιας σύμβασης, αλλά ένας εργολάβος που κατέχει πλέον όλα τα δικαιώματα στα εν λόγω κτίρια αποκτά μονοπώλιο. Οι όροι της αρχικής συμφωνίας είναι κρίσιμοι για τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας των δαπανών

καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου της εταιρικής σχέσης. Η εξουσία ελέγχου των υπηρεσιών που παρέχονται από την κυβέρνηση πρέπει πάντα να διατηρείται από την κυβέρνηση. Εάν η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υπολείπεται του συμφωνηθέντος προτύπου, η κυβέρνηση μπορεί να μειώσει ή ακόμη και να αναστείλει για λίγο τις πληρωμές προς τον ιδιωτικό φορέα. Εάν ο ιδιωτικός τομέας συνεχίσει να μην παρέχει τις συμφωνημένες υπηρεσίες, η σύμβαση πρέπει να καταγγελθεί οριστικά. (Feng K. 2018)

## Κεφάλαιο 4: Η εμπειρία της Ελλάδας στις συμπράξεις

Εδώ και αρκετές δεκαετίες, η Ελλάδα χρησιμοποιεί συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για τη χρηματοδότηση και την εκτέλεση δημόσιων υποδομών και υπηρεσιών. Λόγω των δημοσιονομικών περιορισμών της χώρας και της ανάγκης εκσυγχρονισμού των γερασμένων υποδομών της, οι ΣΔΙΤ ήταν ιδιαίτερα επωφελείς στην Ελλάδα. (Marinelli, M, 2019), Οι συνεργασίες αυτές πραγματοποιούνται μεταξύ της κυβέρνησης και εμπορικών οργανισμών, με τον τελευταίο να επενδύει στο έργο και να αναλαμβάνει λειτουργικά καθήκοντα για ορισμένο χρονικό διάστημα. Το ελληνικό κράτος έχει αξιοποιήσει αποτελεσματικά τις συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για την κατασκευή βασικών υποδομών, όπως αεροδρόμια, νοσοκομεία και δρόμους, μεταφέροντας παράλληλα τους κινδύνους και τις ευθύνες στον ιδιωτικό τομέα. Παραθέτονται παρακάτω μερικά παραδείγματα συμπράξεων: (Athena Rouboutsos, 2008; Manos et.al, 2014, Bimbis, 2020;)

- Διεθνές Αεροδρόμιο Αθηνών: Στα τέλη της δεκαετίας του 1990, ο Διεθνής Αερολιμένας Αθηνών κατασκευάστηκε στο πλαίσιο συμφωνίας ΣΔΙΤ. Η ιδιωτική εταιρεία διαχειρίστηκε το έργο για 30 χρόνια μετά την ολοκλήρωσή του το 2001.
- Η Εγνατία Οδός: Η Εγνατία Οδός είναι ένα σημαντικό έργο οδικής ανάπτυξης στην Ελλάδα που κατασκευάστηκε μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ της κυβέρνησης και ιδιωτικών εταιρειών. Η ιδιωτική εταιρεία διαχειρίζεται το έργο για 35 χρόνια μετά την ολοκλήρωσή του το 2009.
- Μετρό Θεσσαλονίκης: Το μετρό της Θεσσαλονίκης είναι μια πρωτοβουλία δημόσιας συγκοινωνίας που κατασκευάστηκε μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ της κυβέρνησης και ιδιωτών επενδυτών. Το έργο σύντομα ολοκληρώνεται και θα διαχειρίζεται ιδιωτική εταιρεία (Αττικό Μετρό) για τα επόμενα 25 χρόνια.
- Νοσοκομείο Λάρισας: Το Νοσοκομείο Λάρισας είναι ένα δημόσιο νοσοκομείο που ανακατασκευάστηκε και διευρύνθηκε στο πλαίσιο σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ της κυβέρνησης και ιδιωτικών εταιρειών. Το κτίριο ολοκληρώθηκε το 2010 και θα λειτουργεί από ιδιωτική κοινοπραξία για τα επόμενα 25 χρόνια.
- Η γέφυρα Ρίου-Αντιρρίου είναι ένα σημαντικό έργο υποδομής στην Ελλάδα που κατασκευάστηκε μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) μεταξύ της κυβέρνησης και ιδιωτών επενδυτών. Η ιδιωτική εταιρεία διαχειρίζεται το έργο για 30 χρόνια μετά την ολοκλήρωσή του το 2004.
- Αττική Οδός: Η Αττική Οδός είναι ένα σημαντικό οδικό έργο υποδομής στην Αθήνα που κατασκευάστηκε μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ της κυβέρνησης

και ιδιωτικών εταιρειών. Η ιδιωτική εταιρεία διαχειρίζεται το έργο για 30 χρόνια μετά την ολοκλήρωσή του το 2004.

- Αεροδρόμιο Καστέλι: Το αεροδρόμιο Καστέλι είναι ένα νέο αεροδρόμιο στην Κρήτη, το οποίο κατασκευάζεται επί του παρόντος μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ της κυβέρνησης και ιδιωτικών εταιρειών. Η ιδιωτική κοινοπραξία θα λειτουργήσει το κτίριο για 35 χρόνια μετά την ολοκλήρωσή του το 2025.
- Λιμάνι της Πάτρας: Το λιμάνι της Πάτρας είναι ένα σημαντικό ελληνικό λιμάνι που ανακατασκευάστηκε και διευρύνθηκε στο πλαίσιο μιας σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ της κυβέρνησης και ιδιωτικών εταιρειών. Το έργο ολοκληρώθηκε το 2018 και θα διοικείται από ιδιωτική εταιρεία για τα επόμενα 35 χρόνια.
- Κεντρική Οδός: Ο αυτοκινητόδρομος Κεντρικής Ελλάδας είναι ένα σημαντικό έργο οδικής ανάπτυξης στην Ελλάδα, το οποίο κατασκευάστηκε μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ της κυβέρνησης και ιδιωτικών εταιρειών. Το έργο ολοκληρώθηκε το 2017 και θα διαχειρίζεται από μια ιδιωτική εταιρεία για τα επόμενα 30 χρόνια.
- Τραμ Αθήνας: Το Τραμ της Αθήνας είναι μια πρωτοβουλία δημόσιας συγκοινωνίας που κατασκευάστηκε μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ της κυβέρνησης και ιδιωτών επενδυτών. Το έργο ολοκληρώθηκε το 2004 και η διαχείρισή του γίνεται από ιδιωτική εταιρεία για τα επόμενα 35 χρόνια.
- Νοσοκομείο Ιωαννίνων: Το Νοσοκομείο Ιωαννίνων είναι ένα δημόσιο νοσοκομείο που ανακατασκευάστηκε στο πλαίσιο μιας σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ της κυβέρνησης και ιδιωτικών εταιρειών. Το κτίριο ολοκληρώθηκε το 2016 και θα διοικείται από ιδιωτική κοινοπραξία για τα επόμενα 25 χρόνια.
- Λιμένας Λαυρίου: Ο λιμένας Λαυρίου είναι ένας σημαντικός θαλάσσιος λιμένας στην Ελλάδα, ο οποίος επισκευάστηκε και επεκτάθηκε στο πλαίσιο συμφωνίας ΣΔΙΤ μεταξύ της κυβέρνησης και ιδιωτών επενδυτών. Το έργο ολοκληρώθηκε το 2021 και θα λειτουργεί από ιδιωτική κοινοπραξία για τα επόμενα 35 χρόνια.
- Νοσοκομείο Κοζάνης: Το Νοσοκομείο Κοζάνης είναι ένα δημόσιο νοσοκομείο που επισκευάστηκε και ανακαινίστηκε στο πλαίσιο μιας συμφωνίας ΣΔΙΤ μεταξύ της κυβέρνησης και ιδιωτών επενδυτών. Το έργο ολοκληρώθηκε το 2015 και θα λειτουργήσει από ιδιωτική κοινοπραξία για τα επόμενα 25 χρόνια.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Κεφάλαιο 5: Σκοπός και στόχοι

Σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η αναζήτηση μελετών που θα μαρτυρά στοιχεία ΣΔΙΤ στα συστήματα υγείας της Ευρώπης.

Έναυσμα για αυτή την εργασία αποτελεί η σημερινή κατάσταση του συστήματος υγείας της χώρας. Μειωμένη χρηματοδότηση, υποστελέχωση των νοσοκομείων που αν και έγινε μια γενναία προσπάθεια στελέχωσης των τα τελευταία 2 χρόνια, ακόμα παρουσιάζονται προβλήματα υποδομών και έλλειψη τεχνολογικά προηγμένων εργαλείων και μηχανημάτων που θα βελτίωναν την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Το κύριο ερώτημα της έρευνας είναι αν μπορεί το ΕΣΥ της χώρας να διδαχθεί από τα παραδείγματα άλλων κρατών της Ευρώπης και να βρεθούν λύσεις στο πρόβλημα της υποχρηματοδότησης και της μειωμένης ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

Ακόμη επιμέρους ερωτήματα είναι:

- i. Ποιες χώρες της Ευρώπης εφαρμόζουν ΣΔΙΤ;
- ii. Τι ποιότητα υπηρεσιών παρέχουν;
- iii. Προσανατολίζονται στην προαγωγή υγείας;
- iv. Τι προβλήματα αντιμετωπίζουν χώρες που εφάρμοσαν ΣΔΙΤ;

Παράλληλα στόχος της αποτελεί και η πρόταση αλλαγής του σημερινού συστήματος υγείας της χώρας με ενίσχυση των συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα από την σίτιση, ασφάλεια και καθαριότητα των νοσοκομείων

## Κεφάλαιο 6: Μεθοδολογία

### 6.1. Εργαλείο έρευνας

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης με την χρήσης της ανάλυσης PRISMA.

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στο διαδίκτυο, στην διεθνή βιβλιογραφία στις βάσεις δεδομένων Elsevier, Google Scholar, και PubMed.

Η χρονολογία που επιλέχθηκε είναι η δημοσίευση από το 2005 και μετά γιατί λόγω της οικονομικής κρίσης των προηγούμενων ετών οι συμπράξεις κέντρισαν το ενδιαφέρον των ερευνητών.

Για την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν οι εξής λέξεις:

- Public private partnership
- Healthcare
- Europe

### 6.2. Προσέγγιση μεθοδολογίας

Από την αναζήτηση προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα τα οποία αποτυπώνονται και στο παρακάτω **πίνακα 1**:

- Elsevier: 1875 αποτελέσματα.
- Google Scholar 1950 αποτελέσματα.
- PubMed: 199 αποτελέσματα.

Σε αυτά τα αποτελέσματα εφαρμόστηκαν τα εξής κριτήρια επιλογής.

- 1) Γλωσσικός περιορισμός: μόνο δημοσιευμένες έρευνες στην αγγλική γλώσσα
- 2) Χρονικός περιορισμός: μόνο δημοσιευμένες έρευνες από το 2005 μέχρι 2022.
- 3) Περιορισμός περιεχομένου: μόνο δημοσιευμένες μελέτες που αφορούν τις ΣΔΙΤ στις χώρες της Ευρώπης.
- 4) Περιορισμός στο είδος των μελετών: από τις αναλυτικές μελέτες μόνο παρατήρησης και από τις περιγραφικές μελέτες μόνο συγχρονικές μελέτες.

Τα αποτελέσματα της διαλογής είναι τα εξής:

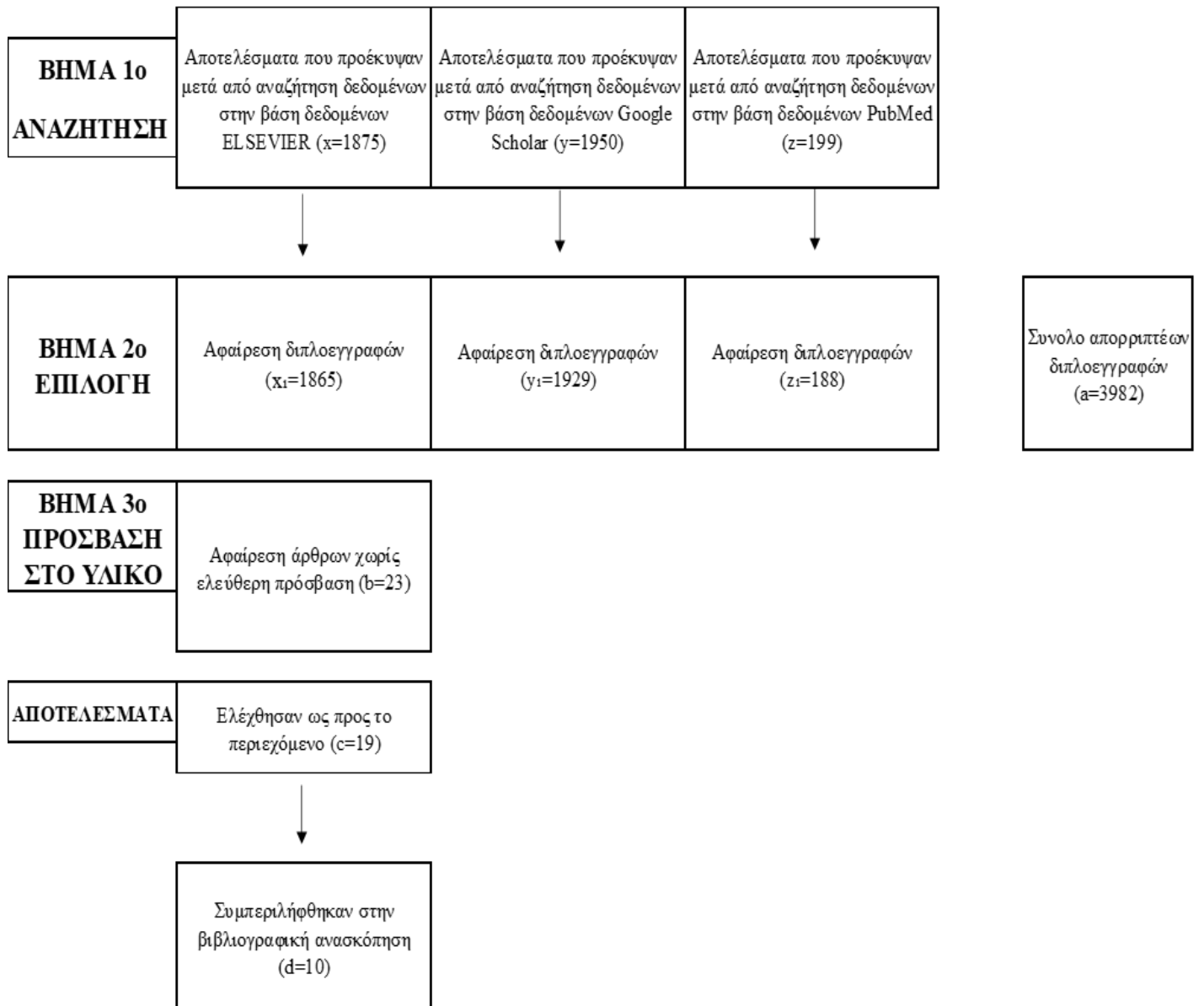
Σύνολο ερευνών 4024. Με βάση την εφαρμογή των κριτηρίων ο αριθμός μειώθηκε σε 104 συνολικά. Από τα αποτελέσματα αυτά και στις 3 βάσεις αφαιρέθηκαν οι διπλές καταχωρήσεις και έμειναν 42. Στην συνέχεια σε 23 από αυτές δεν υπήρχε ελεύθερη πρόσβαση. Τέλος οι εναπομείναντες 19 έρευνες ελέγχθηκαν ως προς το περιεχόμενο τους στην περίληψη και μόλις 10 συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

**Πίνακας 1.** Παράσταση τρόπου αναζήτησης των πηγών της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

<b>ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ</b>	<b>ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ</b>
ELSEVIER	"PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP" AND "HEALTHCARE" AND "EUROPE"	1875
GOOGLE SCHOLAR	"PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP" AND "HEALTHCARE" AND "EUROPE"	1950
PUBMED	(("PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP")) AND ((("HEALTHCARE"))) AND ((("EUROPE")))	199



**Διάγραμμα 1.** Διαγραμματική απεικόνιση ροής επιλογής άρθρων για την βιβλιογραφική ανασκόπηση.



## Κεφάλαιο 7: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

### 7.1. Γερμανία

#### 7.1.1. Ευρύτερο πλαίσιο συστήματος χώρας

Η Γερμανία, σύστησε και υιοθέτησε το μοντέλο Μπίσμαρκ. Το γερμανικό σύστημα υγείας είναι ένα εξαιρετικά αποκεντρωμένο σύστημα, με την ευθύνη για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης μοιρασμένη μεταξύ της ομοσπονδιακής κυβέρνησης και των 16 πολιτειών της χώρας. Παρά αυτή την αποκεντρωμένη δομή, το γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται ευρέως ως ένα από τα καλύτερα στον κόσμο, με μεγάλη έμφαση στην ποιότητα, την προσβασιμότητα και την οικονομική προσήγεια. (Burkhardt, 2013).

Στο επίκεντρο του γερμανικού συστήματος υγείας βρίσκεται το νόμιμο σύστημα ασφάλισης υγείας (SHI), το οποίο καλύπτει περισσότερο από το 85% του πληθυσμού. Το σύστημα SHI βασίζεται σε ένα μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης, όπου τα άτομα καταβάλλουν εισφορές με βάση το εισόδημά τους και λαμβάνουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας ως αντάλλαγμα. (Burkhardt, 2013). Το σύστημα SHI έχει σχεδιαστεί για να παρέχει ολοκληρωμένη κάλυψη για ένα ευρύ φάσμα ιατρικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της προληπτικής φροντίδας, της νοσοκομειακής περίθαλψης και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. (Burkhardt, 2013).

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο του γερμανικού συστήματος υγείας είναι η αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (PHI), η οποία εξυπηρετεί ένα σχετικά μικρό ποσοστό του πληθυσμού, κυρίως άτομα με υψηλότερο εισόδημα. Το PHI στη Γερμανία έχει σχεδιαστεί για να συμπληρώνει το σύστημα SHI και να παρέχει πρόσθετα οφέλη, όπως μεγαλύτερη ευελιξία και επιλογές στην επιλογή παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. (Porter & Guth, 2012).

Ένα από τα δυνατά σημεία του γερμανικού συστήματος υγείας είναι η έμφαση που δίνει στην προληπτική φροντίδα και τη δημόσια υγεία. Η χώρα διαθέτει ένα καλά ανεπτυγμένο σύστημα προληπτικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων εμβολιασμού και προληπτικών εξετάσεων υγείας, που στοχεύουν στην πρόληψη ασθενειών και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας για τον πληθυσμό. (Batra, 2022). Επιπλέον, το γερμανικό σύστημα υγείας είναι αυστηρά ρυθμισμένο, με αυστηρά πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας, τα οποία βοηθούν να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς λαμβάνουν φροντίδα υψηλής ποιότητας. (Porter & Guth, 2012).

Ένα άλλο πλεονέκτημα του γερμανικού συστήματος υγείας είναι η προσιτή τιμή του. Παρά την πλήρη κάλυψη για ένα ευρύ φάσμα ιατρικών υπηρεσιών, το γερμανικό σύστημα υγείας είναι σχετικά φθηνό σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες, εν μέρει λόγω της αποτελεσματικής

και οικονομικά αποδοτικής παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. (Porter & Guth, 2012).

Παρά αυτά τα δυνατά σημεία, το γερμανικό σύστημα υγείας δεν είναι χωρίς προκλήσεις. Μία από τις κύριες προκλήσεις που αντιμετωπίζει το γερμανικό σύστημα υγείας είναι η γήρανση του πληθυσμού, η οποία ασκεί αυξημένη πίεση στο σύστημα υγείας της χώρας και στη χρηματοδότησή του. (Burkhardt, 2013) Επιπλέον, το γερμανικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει προκλήσεις όσον αφορά την προσαρμογή στις μεταβαλλόμενες δημογραφικές και τεχνολογικές τάσεις, όπως ο αυξανόμενος επιπολασμός χρόνιων ιατρικών παθήσεων και η άνοδος των ψηφιακών τεχνολογιών υγείας. (Porter & Guth, 2012).

### **7.1.2. Εμπειρία ΣΔΙΤ**

Στην Γερμανία συναντάμε τις συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σε 3 εκδοχές, τις κτιριακές εγκαταστάσεις των νοσοκομείων, την ασφάλιση υγείας, και την τεχνολογία γύρω από την υγεία. (Kochendörfer, B.,2014)

Πιο αναλυτικά στις νοσοκομειακές υποδομές οι ΣΔΙΤ έχουν χρησιμοποιηθεί για τη χρηματοδότηση και την κατασκευή πρωτοβουλιών νοσοκομειακής υποδομής στη Γερμανία. Για το σχεδιασμό, την κατασκευή και τη λειτουργία των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, οι ιδιωτικές επιχειρήσεις συνεργάζονται με δημόσιους φορείς. Ο ιδιώτης - εταίρος είναι υπεύθυνος για τη χρηματοδότηση του έργου και πληρώνεται από το κράτος κατά τη διάρκεια της συμφωνίας. Οι μη κλινικές δραστηριότητες, όπως η συντήρηση και η τροφοδοσία, μπορούν επίσης να παρέχονται από τον ιδιώτη - εταίρο.

Η κλινική Nordrhein-Westfalen στο Ντίσελντορφ είναι ένα παράδειγμα αποτελεσματικής ΣΔΙΤ στον τομέα των νοσοκομειακών υποδομών. Η κυβέρνηση του κρατιδίου δημιούργησε αυτό το έργο σε συνεργασία με ιδιωτικές εταιρείες και περιελάμβανε την κατασκευή ενός νέου κτιρίου νοσοκομείου καθώς και τον εκσυγχρονισμό των υφιστάμενων εγκαταστάσεων. Ο ιδιωτικός εταίρος ήταν υπεύθυνος για τον σχεδιασμό, την κατασκευή και τη χρηματοδότηση του έργου, ενώ η κυβέρνηση του κρατιδίου παρείχε μακροπρόθεσμη χρηματοδότηση μέσω σύμβασης σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. (Kochendörfer, B, 2014).

Ένα άλλο παράδειγμα είναι το Πανεπιστημιακό Ιατρικό Κέντρο Hamburg-Eppendorf, το οποίο διευρύνθηκε μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ της κυβέρνησης του κρατιδίου, του πανεπιστημίου και ενός ιδιώτη εταίρου. Το έργο αυτό απαιτούσε την κατασκευή ενός νέου κτιρίου που θα περιλάμβανε εγκαταστάσεις έρευνας και θεραπείας του καρκίνου,

καθώς και άλλες ιατρικές συνθήκες. Ο ιδιώτης εταίρος ήταν υπεύθυνος για τον σχεδιασμό, την κατασκευή και τη χρηματοδότηση του έργου, ενώ η πολιτειακή κυβέρνηση παρείχε μακροπρόθεσμη χρηματοδότηση μέσω σύμβασης σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Τα έργα αυτά δείχνουν τα δυνητικά οφέλη των συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στις νοσοκομειακές υποδομές, όπως η βελτιωμένη πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η αποδοτικότερη χρήση των πόρων και η μεγαλύτερη ευελιξία στο σχεδιασμό και τη διαχείριση των εγκαταστάσεων. (Cruz, 2013)

Όσον αφορά την ασφάλεια υγείας, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία υποστηρίζεται από έναν συνδυασμό κρατικής και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρείες παρέχουν πρόσβαση σε μια ευρύτερη ποικιλία υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας ρυθμίζεται από την κυβέρνηση, ώστε να διασφαλίζεται ότι παρέχει επαρκή κάλυψη και δεν επιβαρύνει άτομα με προϋπάρχουσες ασθένειες.

Υπάρχουν ορισμένα παραδείγματα ΣΔΙΤ στην ασφάλιση υγείας, όπως η συνεργασία μεταξύ της κυβέρνησης και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών για την παροχή ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας. Η συνεργασία αυτή περιλαμβάνει τον καθορισμό από την κυβέρνηση προτύπων ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας και την προσφορά από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες συμβολαίων που πληρούν αυτά τα πρότυπα (Cruz, 2013).

Τέλος, στην Γερμανία οι ιδιωτικές επιχειρήσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία και κατασκευή ιατρικής τεχνολογίας, όπως διαγνωστικά εργαλεία και προσθετικά. Οι επιχειρήσεις αυτές συνεργάζονται με κυβερνητικούς φορείς, όπως νοσοκομεία και ερευνητικά κέντρα, για τη δημιουργία και την πώληση νέων τεχνολογιών. Παράδειγμα αποτελεί το Κέντρο Εφαρμοσμένης Ιατρικής Τεχνολογίας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Άαχεν στον τομέα της ιατρικής τεχνολογίας. Η πρωτοβουλία αυτή αφορούσε την ανάπτυξη νέων ιατρικών τεχνολογιών, όπως συστήματα απεικόνισης και χειρουργικά εργαλεία, σε συνεργασία με ιδιωτικές εταιρείες. Οι ιδιώτες εταίροι παρείχαν χρηματοδότηση και τεχνογνωσία για την ανάπτυξη τεχνολογίας, ενώ το νοσοκομείο προσέφερε πρόσβαση στους ασθενείς και κλινική τεχνογνωσία. Το Ινστιτούτο Βιοϊατρικής Μηχανικής Fraunhofer είναι ένα άλλο παράδειγμα ερευνητικού ιδρύματος που συνεργάζεται με ιδιωτικές επιχειρήσεις για τη δημιουργία νέων ιατρικών τεχνολογιών. Η συνεργασία αυτή επιτρέπει στις ιδιωτικές εταιρείες να χρησιμοποιούν την τεχνογνωσία και τους πόρους του ερευνητικού ιδρύματος, ενώ παράλληλα παρέχει στο ίδρυμα χρηματοδότηση και ευκαιρίες για την εμπορική αξιοποίηση της τεχνολογίας (Cruz, 2013).

## **7.2. Νορβηγία**

### **7.2.1. Ευρύτερο πλαίσιο συστήματος χώρας**

Το Νορβηγικό κράτος προσπάθησε να εφαρμόσει την ισότητα στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας στο σύστημα υγείας του με όλους τους κατοίκους της να έχουν πρόσβαση σε αυτό. Είναι ημιαποκεντρωμένο σύστημα δηλαδή χωρίζεται σε 3 διοικητικά επίπεδα το εθνικό, το περιφερειακό και το τοπικό. Το τελευταίο έχει λιγότερες αρμοδιότητες σε σχέση με τα υπόλοιπα (WHO, 2011). Σε κάθε βαθμίδα έχουν δοθεί αρμοδιότητες που έχουν να κάνουν με την σκέψη της προαγωγής υγείας. Με αυτόν τον τρόπο υπηρεσίες πρόληψης έχουν δοθεί στην πρωτοβάθμια, ενώ πιο εξειδικευμένες έχουν δοθεί στην δευτεροβάθμια. Το σύστημα υγείας στη Νορβηγία χρηματοδοτείται από την κυβέρνηση μέσω φόρων και το διαχειρίζεται το Υπουργείο Υγείας και Υπηρεσιών Περίθαλψης (Weihe, 2011). Η χώρα διαθέτει ένα δίκτυο δημόσιων νοσοκομείων και κλινικών, καθώς και μια σειρά από ιδιωτικές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, αλλά η πλειονότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται από το δημόσιο σύστημα (Solheim-Kile et al., 2014).

Η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και διανέμεται στις περιφέρειες. Ο υπουργός υγείας της χώρας έχει στις αρμοδιότητες τον σχεδιασμό της δημόσιας πολιτικής υγείας, επιτηρεί και αποφασίζει με ποιον τρόπο θα διανεμηθούν τα κονδύλια στον τομέα της υγείας (Solheim-Kile et al., 2014).

Ένα από τα δυνατά σημεία του Νορβηγικού συστήματος υγείας είναι η έντονη εστίασή του στην προληπτική φροντίδα και την προαγωγή της υγείας. Η χώρα διαθέτει ένα καλά εδραιωμένο δίκτυο κλινικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ένα ολοκληρωμένο σύστημα προληπτικών εξετάσεων υγείας και προγραμμάτων εμβολιασμού για τη διασφάλιση της έγκαιρης ανίχνευσης και θεραπείας ιατρικών καταστάσεων (Weihe, 2011).

Ένα άλλο πλεονέκτημα του Νορβηγικού συστήματος υγείας είναι η έμφαση που δίνει στη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή. Η χώρα έχει παράδοση στη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων και οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται στενά με τους ασθενείς για να διασφαλίσουν ότι οι ανάγκες και οι προτιμήσεις τους λαμβάνονται υπόψη κατά την παροχή περίθαλψης (Batra, 2022).

Παρά τα δυνατά σημεία, το Νορβηγικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει επίσης ορισμένες προκλήσεις. Μία από τις κύριες προκλήσεις είναι η έλλειψη επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλους χρόνους αναμονής και μειωμένη πρόσβαση σε περίθαλψη για ορισμένους ασθενείς. Μια άλλη πρόκληση είναι το

αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο οφείλεται εν μέρει στην αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της αυξανόμενης επιβάρυνσης των χρόνιων ασθενειών (Kiland, et al., 2015).

Συμπερασματικά, το Νορβηγικό σύστημα υγείας θεωρείται ευρέως ως ένα από τα καλύτερα στον κόσμο, με έντονη εστίαση στην προληπτική φροντίδα και στη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή (Kiland, et al., 2015). Παρά ορισμένες προκλήσεις, η δέσμευση της χώρας να παρέχει υψηλής ποιότητας, προσβάσιμη υγειονομική περίθαλψη σε όλους τους πολίτες και τους κατοίκους αποτελεί πηγή υπερηφάνειας για πολλούς Νορβηγούς.

### **7.2.2. Εμπειρία ΣΔΙΤ**

Στον τομέα της υγείας, η Νορβηγία έχει χρησιμοποιήσει τις ΣΔΙΤ με διάφορους τρόπους για να βελτιώσει την παροχή υγειονομικής περίθαλψης με έργα υποδομών, πληροφοριακά συστήματα, ιατρικό εξοπλισμό και την δημιουργία κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας (Kiland, et al., 2015). Συγκεκριμένα, οι ΣΔΙΤ έχουν χρησιμοποιηθεί για τη χρηματοδότηση της κατασκευής και ανακαίνισης νοσοκομειακών κτιρίων.

Το πανεπιστημιακό νοσοκομείο Akershus, για παράδειγμα, κατασκευάστηκε στο πλαίσιο σύμβασης ΣΔΙΤ μεταξύ του νοσοκομείου και ιδιωτών επενδυτών. Οι ιδιώτες επενδυτές χρηματοδότησαν την κατασκευή και την ανακαίνιση του νοσοκομείου, ενώ το νοσοκομείο λειτουργεί και συντηρεί τις εγκαταστάσεις.

Το Ostfold Hospital Kalnes στο Sarpsborg κατασκευάστηκε μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) μεταξύ του νοσοκομείου και μιας ιδιωτικής εταιρείας. Η ιδιωτική κοινοπραξία πλήρωσε για το κτίριο του νοσοκομείου και θα είναι υπεύθυνη για τη συντήρησή του για ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα προτού το επιστρέψει στον δημόσιο έλεγχο.

Το νοσοκομείο Vestfold Tonsberg κατασκευάστηκε μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) μεταξύ του νοσοκομείου και μιας ιδιωτικής εταιρείας. Η ιδιωτική κοινοπραξία πλήρωσε για το κτίριο του νοσοκομείου και θα είναι υπεύθυνη για τη συντήρησή του για καθορισμένο χρονικό διάστημα πριν από την επιστροφή του στο δημόσιο έλεγχο (Kiland, et al., 2015).

Οι ΣΔΙΤ έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί στη Νορβηγία για τη δημιουργία και την εφαρμογή συστημάτων τεχνολογίας πληροφοριών για την υγειονομική περίθαλψη. Ένα παράδειγμα είναι το Helse Vest IT, μια σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ της περιφερειακής υγειονομικής αρχής της Δυτικής Νορβηγίας και μιας εμπορικής εταιρείας πληροφορικής. Η συνεργασία δημιούργησε μια σειρά λύσεων πληροφορικής για τον κλάδο της υγειονομικής

περίθαλψης, όπως ηλεκτρονικούς φακέλους ασθενών, τηλεϊατρική και εργαλεία υποστήριξης αποφάσεων. Ακόμα, το Sykehuspartner είναι μια συνεργασία μεταξύ των τεσσάρων περιφερειακών οργανισμών υγείας της Νορβηγίας και της IBM, ενός εμπορικού παρόχου υπηρεσιών πληροφορικής. Η συνεργασία προσφέρει υπηρεσίες πληροφορικής στα Νορβηγικά κρατικά νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένων των υποδομών, των εφαρμογών και της υποστήριξης πελατών. Το Helseplattformen είναι μια πρωτοβουλία στην περιφερειακή υγειονομική αρχή της Κεντρικής Νορβηγίας για τη δημιουργία ενός κοινού μηχανογραφημένου συστήματος φακέλων υγείας για τα δημόσια ιδρύματα. Η πρωτοβουλία δημιουργείται ως σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) μεταξύ της περιφερειακής αρχής υγείας και μιας κοινοπραξίας εμπορικών εταιρειών πληροφορικής, συμπεριλαμβανομένων των IBM, DXC Technology και Orion (Solheim-Kile et al., 2014).

Ένας άλλος τομέας εφαρμογής ΣΔΙΤ είναι για το σχεδιασμό και την κατασκευή ιατρικού εξοπλισμού στη Νορβηγία. Η NorDiag ASA, μια ΣΔΙΤ μεταξύ μιας ιδιωτικής εταιρείας διαγνωστικής τεχνολογίας και του Πανεπιστημίου του Troms, αποτελεί με την σειρά της ένα παράδειγμα. Η συνεργασία δημιούργησε έναν αριθμό διαγνωστικών οργάνων για μολυσματικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων τεστ για τη φυματίωση και τον νοροϊό (norovirus) (Solheim-Kile et al., 2014).

Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, τέλος, έχουν χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη εγκαταστάσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Νορβηγία, ιδίως σε αγροτικές περιοχές όπου οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι σπάνιες. Το Κέντρο Υγείας του Orland, για παράδειγμα, κατασκευάστηκε στο πλαίσιο σύμβασης ΣΔΙΤ μεταξύ του δήμου και μιας ιδιωτικής εταιρείας. Το κέντρο υγείας κατασκευάστηκε και χρηματοδοτήθηκε από μια ιδιωτική επιχείρηση, αλλά λειτουργεί και συντηρείται από τον δήμο. Οι ιδιωτικές κλινικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν στη Νορβηγία στο πλαίσιο συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Οι κλινικές ανήκουν και λειτουργούν σε ιδιώτες, αλλά επιδοτούνται από την κυβέρνηση για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στους ασθενείς. Οι ασθενείς μπορούν να λαμβάνουν υπηρεσίες είτε σε δημόσιες είτε σε ιδιωτικές κλινικές, με το κόστος των υπηρεσιών να καταβάλλεται από την κυβέρνηση (Solheim-Kile et al., 2014).

## **7.3. Ιταλία**

### **7.3.1. Ευρύτερο πλαίσιο συστήματος χώρας**

Το Ιταλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (Servizio Sanitario Nazionale ή SSN) είναι ένα σύστημα δημόσιας χρηματοδότησης που παρέχει ολοκληρωμένη κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης σε

όλους τους πολίτες και τους κατοίκους στην Ιταλία. Το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών, με την πλειοψηφία του πληθυσμού να βασίζεται στο δημόσιο σύστημα για τις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης (Visconti, 2014). Χαρακτηρίζεται από την αποκέντρωση που διέπει όλο το δημόσιο τομέα του κράτους. Στις 20 διοικητικές περιφέρειες της Ιταλίας έχει ανατεθεί η δυνατότητα να αποφασίζουν τα κονδύλια για την υγεία με αποτέλεσμα να υπάρχουν αρκετά μοντέλα συστημάτων υγείας. Για παράδειγμα στην περιφέρεια της Λομβαρδίας υπάρχει ένα μοντέλο στο οποίο κυριαρχεί ο ιδιωτικός χαρακτήρας και ο δημόσιος τομέας στηρίζει και συνεργάζεται με τον ιδιωτικό (Doetter et al., 2011).

Το ιταλικό σύστημα υγείας διοικείται από το Υπουργείο Υγείας και χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού φόρων, εισφορών κοινωνικής ασφάλισης και άμεσων πληρωμών από ασθενείς. Γενικά, οι δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται δωρεάν ή έναντι ονομαστικής αμοιβής, ενώ οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι συνήθως πιο ακριβές και ενδέχεται να μην καλύπτονται από το εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας (Rossi, 2019).

Ένα από τα δυνατά σημεία του ιταλικού συστήματος υγείας είναι η μεγάλη του έμφαση στην προληπτική φροντίδα και την προαγωγή της υγείας (Antellini, 2012). Η χώρα διαθέτει ένα καλά εδραιωμένο δίκτυο κλινικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και μεγάλη εστίαση σε προληπτικά μέτρα, όπως προγράμματα εμβολιασμού και πρωτοβουλίες αγωγής υγείας (Rossi, 2019).

Ωστόσο, όπως πολλά άλλα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, το Ιταλικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει επίσης αρκετές προκλήσεις. Μία από τις κύριες προκλήσεις είναι η έλλειψη επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, η οποία είχε ως αποτέλεσμα μεγάλους χρόνους αναμονής και μειωμένη πρόσβαση σε περίθαλψη για ορισμένους ασθενείς. Μια άλλη πρόκληση είναι η αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της αυξανόμενης επιβάρυνσης χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης και οι καρδιακές παθήσεις (Antellini, 2012).

Τα τελευταία χρόνια, η Ιταλική κυβέρνηση έχει λάβει μέτρα για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας του συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένων των επενδύσεων στην ιατρική τεχνολογία, της δημιουργίας εξειδικευμένων κέντρων για τη θεραπεία πολύπλοκων ιατρικών καταστάσεων και της ανάπτυξης υπηρεσιών τηλεϊατρικής για τη βελτίωση της πρόσβασης σε φροντίδα ασθενών σε απομακρυσμένες περιοχές (Antellini, 2012). Ολοκληρώνοντας, το Ιταλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι ένα ολοκληρωμένο και καλά αναγνωρισμένο σύστημα που παρέχει φροντίδα υψηλής ποιότητας στην πλειοψηφία του πληθυσμού. Ωστόσο, όπως πολλά άλλα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, αντιμετωπίζει



προκλήσεις που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση, τη στελέχωση και την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Antellini, 2012).

### **7.3.2. Εμπειρία ΣΔΙΤ**

Η Ιταλία έχει υιοθετήσει αρκετά έργα ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, με πρωταρχικό στόχο τον εκσυγχρονισμό των υποδομών υγείας και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, έχουν χρησιμοποιηθεί συμπράξεις στις νοσοκομειακές υποδομές, στα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων, τον ιατρικό εξοπλισμό και στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας (Visconti, 2014).

Αναλυτικότερα, οι ΣΔΙΤ χρησιμοποιήθηκαν για τη χρηματοδότηση της κατασκευής και ανακαίνισης νοσοκομειακών κτιρίων. Το νοσοκομείο Pugliese Ciaccio στο Catanzaro ανακαινίστηκε στο πλαίσιο σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ της δημοτικής κυβέρνησης και μιας ιδιωτικής κοινοπραξίας. Η ιδιωτική κοινοπραξία πλήρωσε για την ανακαίνιση και θα συντηρήσει το νοσοκομείο για ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα προτού το επιστρέψει στη δημόσια ιδιοκτησία. Επίσης, το νοσοκομείο Παίδων Regina Margherita: Αυτό το νοσοκομείο στο Τορίνο κατασκευάστηκε μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ του νοσοκομείου και μιας ιδιωτικής εταιρείας (Visconti, 2014). Η ιδιωτική εταιρεία χρηματοδότησε και κατασκεύασε το νοσοκομείο, ενώ το νοσοκομείο λειτουργεί και διαχειρίζεται την εγκατάσταση (Visconti, 2014).

Αναφορικά με τα πληροφοριακά συστήματα, οι ΣΔΙΤ χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία και την εκτέλεση συστημάτων πληροφορικής στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ένα παράδειγμα είναι το Sistema Informativo Sanitario Nazionale (SISAN), μια σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και μιας εμπορικής εταιρείας πληροφορικής. Η συνεργασία δημιούργησε ένα εθνικό σύστημα πληροφοριών για την υγειονομική περίθαλψη που επιτρέπει στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να λαμβάνουν δεδομένα ασθενών και να ανταλλάσσουν πληροφορίες μεταξύ των περιφερειών και των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, παράδειγμα αποτελεί η Campania e-Sanita η οποία πρόκειται για ένα έργο ΣΔΙΤ μεταξύ της Περιφέρειας της Καμπανίας και μιας ιδιωτικής κοινοπραξίας για την ανάπτυξη ενός περιφερειακού συστήματος πληροφορικής υγείας. Η ιδιωτική κοινοπραξία χρηματοδότησε και ανέπτυξε το σύστημα ΤΠ, το οποίο επιτρέπει στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης στην περιοχή να έχουν πρόσβαση σε δεδομένα ασθενών και να μοιράζονται πληροφορίες. Άλλο ένα παράδειγμα αποτελεί η SIT και πρόκειται για ένα έργο ΣΔΙΤ μεταξύ του Ιταλικού Υπουργείου Υγείας και μιας ιδιωτικής εταιρείας πληροφορικής για την ανάπτυξη ενός εθνικού συστήματος πληροφοριών υγειονομικής περίθαλψης. Η ιδιωτική

εταιρεία χρηματοδότησε και ανέπτυξε το σύστημα, το οποίο επιτρέπει στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρη τη χώρα να έχουν πρόσβαση σε δεδομένα ασθενών και να μοιράζονται πληροφορίες.

Στην Ιταλία, οι ΣΔΙΤ έχουν χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και την κατασκευή ιατρικού εξοπλισμού. Το IRCCS Ospedale San Raffaele είναι ένα παράδειγμα ερευνητικού νοσοκομείου που συνεργάζεται με εμπορικές επιχειρήσεις για τη δημιουργία νέων ιατρικών εργαλείων, όπως συστήματα απεικόνισης και χειρουργικός εξοπλισμός.

Ακόμη, το Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo είναι ένα ερευνητικό νοσοκομείο με έδρα την Παβία συνεργάζεται με ιδιωτικές επιχειρήσεις για τη δημιουργία νέων ιατρικών συσκευών, όπως διαγνωστικά όργανα και προθέσεις.

Επίσης, το Istituto Superiore di Sanità αποτελεί και αυτό σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ του ιταλικού Υπουργείου Υγείας και μιας ιδιωτικής επιχείρησης για τη δημιουργία και παραγωγή εμβολίων για μολυσματικές ασθένειες (Antellini, 2012).

Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) έχουν χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία εγκαταστάσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ιταλία, ιδίως σε αγροτικές περιοχές όπου οι πόροι υγειονομικής περίθαλψης είναι σπάνιοι. Το Policlinico San Marco στη Λατίνα είναι ένα παράδειγμα συμφωνίας ΣΔΙΤ μεταξύ του δήμου και μιας ιδιωτικής επιχείρησης. Το κέντρο πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατασκευάστηκε και χρηματοδοτήθηκε από ιδιωτική επιχείρηση, αλλά λειτουργεί και συντηρείται από τον δήμο. Το "Salute in Rete" ξεκίνησε το 2011 από το ιταλικό Υπουργείο Υγείας και αφορούσε την κατασκευή 55 νέων κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ολόκληρη την Ιταλία (Antellini, 2012). Η πρωτοβουλία χρηματοδοτήθηκε μέσω ενός σχεδίου ΣΔΙΤ, στο πλαίσιο του οποίου ιδιώτες επενδυτές χρηματοδότησαν το κτίριο και τη διοίκηση των εγκαταστάσεων. Στη συνέχεια, οι εγκαταστάσεις μισθώθηκαν και επέστρεψαν στην κυβέρνηση για 20ετή θητεία. Με τη βοήθεια αυτής της πρωτοβουλίας, η Ιταλία μπόρεσε να αυξήσει τον αριθμό των εγκαταστάσεων βασικής περίθαλψης και να βελτιώσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε υποβαθμισμένες περιοχές. Τέλος, το πρόγραμμα "Patto per la Salute" που ξεκίνησε το 2014, αποσκοπούσε στη βελτίωση του επιπέδου των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ιταλία μέσω μιας σειράς μέτρων, συμπεριλαμβανομένης της κατασκευής νέων κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Μέσω μιας προσέγγισης ΣΔΙΤ, ζητήθηκε από ιδιώτες επενδυτές να συμμετάσχουν στη χρηματοδότηση και την κατασκευή αυτών των εγκαταστάσεων. Στη συνέχεια, οι εγκαταστάσεις διαχειρίζονταν από τον δημόσιο τομέα, ο οποίος εγγυήθηκε ότι ο πληθυσμός θα λάμβανε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Antellini, 2012).

## **7.4. Ηνωμένο Βασίλειο**

### **7.4.1. Ευρύτερο πλαίσιο συστήματος χώρας**

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου είναι ένα δημόσια χρηματοδοτούμενο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στους κατοίκους του Ηνωμένου Βασιλείου. Το NHS ιδρύθηκε το 1948 και υποστηρίζεται από τη δημόσια φορολογία (Melllet, 2014).

Με ετήσιο προϋπολογισμό περίπου 148 δισεκατομμυρίων λιρών, το NHS είναι το μεγαλύτερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στον κόσμο με ενιαίο πληρωτή (από το 2021). Η πρωτοβάθμια περίθαλψη (όπως οι γενικοί ιατροί), η δευτεροβάθμια περίθαλψη (όπως τα νοσοκομεία και οι εξειδικευμένες υπηρεσίες) και η κοινοτική περίθαλψη (όπως οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η κοινωνική φροντίδα), παρέχονται από το NHS (Palcic, 2022).

Οι γενικοί ιατροί παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη και αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών. Παρέχουν βασικές ιατρικές υπηρεσίες, παραπέμπουν τους ασθενείς σε ειδικούς και συντονίζουν τη φροντίδα των ασθενών τους. Οι υπηρεσίες των γενικών ιατρών παρέχονται δωρεάν σε όλους τους πολίτες του Ηνωμένου Βασιλείου (Lonsdale, 2005).

Τα νοσοκομεία και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και οι κοινοτικές υπηρεσίες, παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Το NHS προσφέρει μια ποικιλία θεραπειών και διαδικασιών, όπως επείγουσα περίθαλψη, θεραπεία του καρκίνου και χειρουργικές επεμβάσεις. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται επίσης χωρίς κόστος σε όλους τους πολίτες του Ηνωμένου Βασιλείου (Akintoye et al., 2003).

Το NHS έχει επαινεθεί για την προσφορά καθολικής κάλυψης και τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το NHS υπήρξε επίσης πρωτοπόρος στην ιατρική έρευνα, με πολλές ανακαλύψεις στην ιατρική θεραπεία και την τεχνολογία που δημιουργήθηκαν μέσω αυτού (Akintoye et al., 2003).

Η Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (Private Finance Initiative - PFI) είναι ένα μοντέλο χρηματοδότησης που καθιερώθηκε από την κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου το 1992 για τη χρηματοδότηση δημόσιων πρωτοβουλιών υποδομής, όπως νοσοκομεία, σχολεία και δρόμοι. Το μοντέλο PFI απαιτεί από εταιρείες του ιδιωτικού τομέα να χρηματοδοτούν και να κατασκευάζουν υποδομές πριν τις εκμισθώνουν πίσω στο δημόσιο τομέα για μια περίοδο 25-30 ετών. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ο δημόσιος τομέας καταβάλλει στον ιδιωτικό τομέα ένα τέλος που καλύπτει το κόστος κατασκευής καθώς και τους τόκους και τα κέρδη του ιδιωτικού τομέα (Asenova et al., 2007).

Ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα του σχεδίου PFI είναι ότι επιτρέπει στην κυβέρνηση να χρηματοδοτεί έργα υποδομής χωρίς να επιβαρύνεται με μεγάλο αρχικό κόστος. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για μεγάλα και πολύπλοκα έργα, όπως τα νοσοκομεία και τα σχολεία, τα οποία απαιτούν σημαντικές προκαταβολικές επενδύσεις (Asenova et al., 2007).

Το μοντέλο PFI παρέχει επίσης κίνητρα στις εταιρείες του ιδιωτικού τομέα να ολοκληρώνουν τα έργα εντός χρονοδιαγράμματος και προϋπολογισμού, επειδή είναι υπεύθυνες για τη μακροπρόθεσμη συντήρηση των υποδομών. Ωστόσο, το μοντέλο PFI έχει επικριθεί για το γεγονός ότι μακροπρόθεσμα είναι πιο δαπανηρό από τις συμβατικές μορφές δημόσιας χρηματοδότησης, καθώς και για τη δέσμευση του δημόσιου τομέα σε μακροχρόνιες συμβάσεις που μπορεί να είναι δύσκολο να επαναδιαπραγματευθούν εάν αλλάξουν οι συνθήκες (Bailey et al., 2009).

Ωστόσο, το NHS αντιμετωπίζει προκλήσεις όπως ο μεγάλος χρόνος αναμονής για ορισμένες θεραπείες και η έλλειψη γιατρών και νοσηλευτών. Για να αντιμετωπίσει ορισμένα από αυτά τα ζητήματα, το NHS έχει θεσπίσει μια σειρά από μεταρρυθμίσεις τα τελευταία χρόνια. Αυτές περιλαμβάνουν την ενίσχυση της χρηματοδότησης του NHS, την εισαγωγή νέων μεθόδων περίθαλψης και τη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες μέσω ψηφιακών εργαλείων. Επιπλέον, το NHS έχει στενότερη συνεργασία με ιδιωτικούς παρόχους για την ενίσχυση της χωρητικότητας και τη μείωση των περιόδων αναμονής για ορισμένες υπηρεσίες (Bailey et al., 2009).

Συνολικά, το NHS, είναι ένα κρατικά χρηματοδοτούμενο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που παρέχει στους πολίτες του Ηνωμένου Βασιλείου ολοκληρωμένη κάλυψη και μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών. Παρά τις ελλείψεις του, το σύστημα θεωρείται γενικά ως ένα από τα πιο ολοκληρωμένα και αποτελεσματικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στον κόσμο.

#### **7.4.2. Εμπειρία ΣΔΙΤ**

Στον τομέα της υγείας, το Ηνωμένο Βασίλειο έχει χρησιμοποιήσει συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όπως η Πρωτοβουλία Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (PFI), για τη χρηματοδότηση της κατασκευής και της διοίκησης των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης, τεχνολογικά συστήματα και μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι ΣΔΙΤ έχουν χρησιμοποιηθεί για την κατασκευή νοσοκομείων έως κέντρα ψυχικής υγείας (Bailey et al., 2009).

Στις κτιριακές υποδομές το Βασιλικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Λίβερπουλ είναι ένα νοσοκομείο στο Λίβερπουλ που κατασκευάστηκε μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού

τομέα. Μια κοινοπραξία εταιρειών του ιδιωτικού τομέα σχεδίασε, κατασκεύασε και χρηματοδότησε το κτίριο αξίας 429 εκατομμυρίων λιρών. Η εγκατάσταση ολοκληρώθηκε το 2017 και πλέον διοικείται από το NHS. Η συμφωνία PFI καλύπτει την επισκευή και τις λειτουργικές υπηρεσίες μέχρι το 2042.

Ακόμη το Darent Valley Hospital είναι ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο στην πόλη Dartford του Κεντ. Το νοσοκομείο κατασκευάστηκε το 2000 στο πλαίσιο σχεδίου PFI με κόστος 220 εκατομμύρια λίρες. Η ιδιωτική κοινοπραξία που χρηματοδότησε το έργο είναι υπεύθυνη για τη συντήρηση του νοσοκομείου μέχρι το 2034. Η καθαριότητα, τα αναψυκτικά και η ασφάλεια περιλαμβάνονται στη συμφωνία PFI.

Τέλος το νοσοκομείο Southmead είναι ένα νοσοκομείο στο Μπρίστολ που κατασκευάστηκε μέσω σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Το εγχείρημα κόστισε 430 εκατομμύρια στερλίνες και χρηματοδοτήθηκε από σύμπραξη του ιδιωτικού τομέα. Η εγκατάσταση άνοιξε το 2014 και τώρα διοικείται από το NHS. Η συμφωνία PFI ισχύει μέχρι το 2042 και καλύπτει μια σειρά από υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης και συντήρησης των εγκαταστάσεων (Owolabi, H., 2020).

Οι ΣΔΙΤ στην πληροφορική της υγειονομικής περίθαλψης συνεπάγονται συνεργασίες μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα για την παροχή υπηρεσιών όπως ηλεκτρονικοί ιατρικοί φάκελοι, πύλες ασθενών και τηλεϊατρική. Η Ψηφιακή Ακαδημία του NHS είναι μια συνεργασία μεταξύ του NHS, του Πανεπιστημίου του Εδιμβούργου και της ιδιωτικής εταιρείας τεχνολογίας πληροφοριών IBM. Η ακαδημία προσφέρει στους υπαλλήλους του NHS κατάρτιση και ανάπτυξη σε ψηφιακές δεξιότητες όπως η ανάλυση δεδομένων, η κυβερνοασφάλεια και η τεχνητή νοημοσύνη. Το NHS χρηματοδότησε τη συνεργασία, η οποία αποτελεί μέρος της πρωτοβουλίας NHS Digital για τη βελτίωση της χρήσης της τεχνολογίας στην υγειονομική περίθαλψη. Το OneLondon είναι μια σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα που επιδιώκει να δημιουργήσει ένα κοινό ψηφιακό αρχείο υγείας και περίθαλψης για όλους τους οργανισμούς του NHS στο Λονδίνο. Στη συνεργασία συμμετέχει μια κοινοπραξία παρόχων υγειονομικής περίθαλψης του δημόσιου τομέα και επιχειρήσεων πληροφορικής του ιδιωτικού τομέα, συμπεριλαμβανομένων των Accenture και Microsoft. Το NHS England χρηματοδοτεί το OneLondon, το οποίο αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης εθνικής πρωτοβουλίας για τη βελτίωση της χρήσης της τεχνολογίας στην υγειονομική περίθαλψη (Owolabi, H., 2020).

Οι συμπράξεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη συνεπάγονται συνεργασίες μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα για το σχεδιασμό, την κατασκευή και τη λειτουργία εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης. Τα Local Improvement

Finance Trusts (LIFT) είναι μια ιδέα σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) που δημιουργήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2001 για να προσφέρει εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Το LIFT είναι μια συνεργασία των εμπιστευμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης του NHS, των τοπικών κυβερνήσεων και των επιχειρήσεων του ιδιωτικού τομέα για τον σχεδιασμό, την κατασκευή και τη λειτουργία εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης. Το μοντέλο LIFT απαιτεί από τις επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα να χρηματοδοτούν την κατασκευή των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης πριν τις εκμισθώνουν πίσω στο δημόσιο τομέα για ένα χρονικό διάστημα 20-30 ετών. Η προσέγγιση LIFT έχει χρησιμοποιηθεί για την παροχή βασικών υπηρεσιών περίθαλψης σε μέρη όπως το Μάντσεστερ, το Λίβερπουλ και το Μπέρμιγχαμ.

Ένα ακόμα μοντέλο ΣΔΙΤ πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι οι ιατρικές υπηρεσίες εναλλακτικών παρόχων (APMS) που ξεκίνησε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2004 για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι συμπράξεις μεταξύ ομάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης του NHS και επιχειρήσεων του ιδιωτικού τομέα για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως γραφεία γενικής ιατρικής και κοινοτικά κέντρα υγείας, αποτελούν μέρος του APMS. Στο πλαίσιο του μοντέλου APMS, οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα συνάπτουν συμβάσεις για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης για λογαριασμό του NHS. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν παρασχεθεί με την προσέγγιση APMS σε πόλεις όπως το Λονδίνο, το Μπρίστολ και το Νιούκαστλ (Aritua, 2011).

## **7.5. Ισπανία**

### **7.5.1. Ευρύτερο πλαίσιο συστήματος χώρας**

Το σύστημα χαρακτηρίζεται από ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, με την πλειοψηφία του πληθυσμού να βασίζεται στο δημόσιο σύστημα για τις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης.

Το Ισπανικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από την κυβέρνηση μέσω φόρων και εισφορών κοινωνικής ασφάλισης και διαχειρίζεται το Υπουργείο Υγείας, Κοινωνικών Υπηρεσιών και Ισότητας (Batra, 2022). Η χώρα διαθέτει ένα δίκτυο δημόσιων νοσοκομείων και κλινικών, καθώς και μια σειρά από ιδιωτικές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, αλλά η πλειονότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται από το δημόσιο σύστημα (Batra, 2022).

Ένα από τα δυνατά σημεία του Ισπανικού συστήματος υγείας είναι η έμφαση που δίνει στην προληπτική φροντίδα και την προαγωγή της υγείας. Η χώρα διαθέτει ένα καλά εδραιωμένο

δίκτυο κλινικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ένα ολοκληρωμένο σύστημα προληπτικών εξετάσεων υγείας και προγραμμαμάτων εμβολιασμού για τη διασφάλιση της έγκαιρης ανίχνευσης και θεραπείας ιατρικών καταστάσεων (Comendeiro-Maaløe et al, 2019).

Ένα άλλο πλεονέκτημα του Ισπανικού συστήματος υγείας είναι η δέσμευσή του να παρέχει υψηλής ποιότητας, προσβάσιμη φροντίδα σε όλους τους πολίτες και τους κατοίκους. Η χώρα έχει παράδοση στη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων και οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται στενά με τους ασθενείς για να διασφαλίσουν ότι οι ανάγκες και οι προτιμήσεις τους λαμβάνονται υπόψη κατά την παροχή περίθαλψης (Norton, 2009).

Παρά τα δυνατά σημεία, το Ισπανικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει επίσης ορισμένες προκλήσεις. Μία από τις κύριες προκλήσεις είναι η έλλειψη επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλους χρόνους αναμονής και μειωμένη πρόσβαση σε περίθαλψη για ορισμένους ασθενείς. Μια άλλη πρόκληση είναι το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο οφείλεται εν μέρει στην αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της αυξανόμενης επιβάρυνσης των χρόνιων ασθενειών (Filc et al., 2020).

Τα τελευταία χρόνια, η Ισπανική κυβέρνηση έχει λάβει μέτρα για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας του συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένων των επενδύσεων στην ιατρική τεχνολογία, της δημιουργίας εξειδικευμένων κέντρων για τη θεραπεία πολύπλοκων ιατρικών καταστάσεων και της ανάπτυξης υπηρεσιών τηλεϊατρικής για τη βελτίωση της πρόσβασης σε φροντίδα ασθενών σε απομακρυσμένες περιοχές (Filc et al., 2020).

### **7.5.2. Εμπειρία ΣΔΙΤ**

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχει μακρά παράδοση στη χρήση συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Οι ΣΔΙΤ έχουν χρησιμοποιηθεί σε διάφορους κλάδους, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων, της ασφάλισης υγείας και της ιατρικής τεχνολογίας (Filc et al., 2020).

Μια από τις πιο διαδεδομένες εφαρμογές των ΣΔΙΤ στον Ισπανικό κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης ήταν η δημιουργία και διαχείριση νοσοκομειακών υποδομών. Για παράδειγμα, αρκετά νέα νοσοκομεία κατασκευάστηκαν με συμβάσεις ΣΔΙΤ στις αρχές της δεκαετίας του 2000, όπως το Hospital del Mar στη Βαρκελώνη και το Hospital de Poniente στην Almera. Σε αυτές τις συμβάσεις ΣΔΙΤ, οι εταίροι του ιδιωτικού τομέα ήταν υπεύθυνοι για τον σχεδιασμό, την κατασκευή και τη συντήρηση των νοσοκομείων, ενώ ο δημόσιος τομέας ήταν υπεύθυνος για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Το 2012 ανατέθηκε σύμβαση ΣΔΙΤ σε κοινοπραξία με επικεφαλής την Acciona για τον σχεδιασμό, την κατασκευή, τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία του Hospital Universitario Infanta Leonor στη Μαδρίτη (File et al., 2020). Το νοσοκομείο διαθέτει 370 κλίνες και εξυπηρετεί τη γειτονιά Vallecas της Μαδρίτης. Μια άλλη ΣΔΙΤ για νοσοκομειακές εγκαταστάσεις στην Ισπανία είναι το Hospital de Poniente στην Almera, το οποίο ξεκίνησε το 2015. Μια ιδιωτική κοινοπραξία σχεδίασε, κατασκεύασε και συντηρεί σήμερα το νοσοκομείο, ενώ ο δημόσιος τομέας είναι υπεύθυνος για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (File et al., 2020).

Οι ΣΔΙΤ έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί στην Ισπανία για την παροχή ασφάλισης υγείας. Για παράδειγμα, το 2012, η καταλανική κυβέρνηση υπέγραψε συμφωνία ΣΔΙΤ με τον ιδιωτικό πάροχο ασφάλισης υγείας ASISA για την παροχή ασφαλιστικής κάλυψης υγείας στους πολίτες της. Η ASISA ήταν υπεύθυνη για την παροχή ασφαλιστικής κάλυψης υγείας σε περισσότερους από ένα εκατομμύριο πολίτες της περιοχής στο πλαίσιο της σύμβασης. Η κυβέρνηση της Ανδαλουσίας συνήψε συμφωνία ΣΔΙΤ με την ιδιωτική εταιρεία ασφάλισης υγείας Asistencia Sanitaria το 2018. Για μια περίοδο τεσσάρων ετών, η συμφωνία περιλάμβανε την παροχή ασφάλισης υγείας σε περισσότερους από 600.000 Ανδαλουσιανούς. Για την παροχή ασφαλιστικής κάλυψης υγείας στους κατοίκους της, η κυβέρνηση των Καναρίων Νήσων προχώρησε σε συμφωνία ΣΔΙΤ με την εμπορική εταιρεία ασφάλισης υγείας Sanitas το 2017. Η δεκαετής σύμβαση περιελάμβανε την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε περίπου 200.000 κατοίκους της περιοχής (Batra, 2022).

Η Ισπανία έχει επίσης χρησιμοποιήσει τις ΣΔΙΤ για τη δημιουργία και την ανάπτυξη νέων ιατρικών τεχνολογιών. Για παράδειγμα, το 2019, το Ισπανικό Υπουργείο Υγείας υπέγραψε συμφωνία ΣΔΙΤ με την ιδιωτική εταιρεία Siemens Healthineers για τη δημιουργία ενός νέου συστήματος για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού. Η Siemens Healthineers ήταν υπεύθυνη για την ανάπτυξη και εγκατάσταση της νέας τεχνολογίας στο πλαίσιο της σύμβασης, ενώ ο δημόσιος τομέας ήταν υπεύθυνος για την προμήθειά της. Παράδειγμα ακόμα αποτελεί το Innova Saude το οποίο είναι ένα σχέδιο σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στη Γαλικία που αποσκοπεί στην προώθηση της καινοτομίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της ανάπτυξης νέων ιατρικών τεχνολογιών. Το έργο αποτελεί συνεργασία μεταξύ της κυβέρνησης της Γαλικίας και εταιρών του ιδιωτικού τομέα και περιλαμβάνει τη δημιουργία ιατρικών συσκευών και άλλων τεχνολογιών. (Comendeiro-Maaløe et al, 2019). Ακόμη το Hospital Clinic στη Βαρκελώνη έχει δημιουργήσει ένα πρόγραμμα ΣΔΙΤ για την ανάπτυξη και δοκιμή νέων ιατρικών τεχνολογιών σε συνεργασία με εταίρους του ιδιωτικού τομέα. Στόχος του προγράμματος είναι να ενθαρρύνει τη δημιουργία καινοτόμων ιατρικών συσκευών και



τεχνολογιών που μπορούν να βελτιώσουν τη φροντίδα και τα αποτελέσματα των ασθενών (Comendeiro-Maaløe et al, 2019).

## **7.6. Δανία**

### **7.6.1. Ευρύτερο πλαίσιο συστήματος χώρας**

Η Δανία διαθέτει ένα καθολικό, χρηματοδοτούμενο από φόρους σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους Δανούς. Το Δανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται κυρίως από φόρους και διοικείται από τις περιφέρειες και τους δήμους. Το Δανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται στις αρχές της ελεύθερης και ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, ανεξάρτητα από το εισόδημα ή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Vrangbæk, 2008).

Η έμφαση που δίνει το Δανέζικο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην προληπτική φροντίδα είναι ένα από τα κύρια πλεονεκτήματά του. Το σύστημα προσφέρει ποικίλες προληπτικές υπηρεσίες, όπως εμβολιασμούς, εξετάσεις υγείας και προγράμματα αγωγής υγείας, με στόχο την ανίχνευση και την πρόληψη προβλημάτων υγείας πριν αυτά γίνουν σοβαρά. Το Δανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, για παράδειγμα, έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά παιδικών εμβολιασμών στον κόσμο, γεγονός που έχει χρησιμεύσει για την αποφυγή κρουσμάτων μολυσματικών ασθενειών όπως η ιλαρά και η παρωτίτιδα. Οι ενήλικες μπορούν επίσης να κάνουν τακτικές εξετάσεις υγείας μέσω του συστήματος, οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό και την πρόληψη χρόνιων παθήσεων όπως ο διαβήτης και οι καρδιακές παθήσεις (Vrangbæk, 2008).

Ένα άλλο πλεονέκτημα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της Δανίας είναι η έμφαση που δίνει στη θεραπεία με επίκεντρο τον ασθενή. Οι ανάγκες και οι επιθυμίες των ασθενών έχουν προτεραιότητα και οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συμμετέχουν ενεργά στην υγειονομική τους περίθαλψη. Οι ασθενείς έχουν την ελευθερία να επιλέγουν τον δικό τους πάροχο υγειονομικής περίθαλψης και ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε κοινή λήψη αποφάσεων με τον πάροχό τους. Το Δανέζικο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δίνει επίσης έμφαση στη διεπιστημονική περίθαλψη, η οποία περιλαμβάνει τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας από διάφορες ειδικότητες για την παροχή στους ασθενείς πιο ολοκληρωμένης και συντονισμένης θεραπείας. Η προσέγγιση αυτή έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει τα αποτελέσματα των ασθενών, μειώνοντας παράλληλα τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης (Vrangbæk, 2008).

Από την άλλη πλευρά, το Δανέζικο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζει προκλήσεις όπως η αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και η γήρανση του

πληθυσμού. Ως απάντηση σε αυτές τις προκλήσεις, η Δανική κυβέρνηση θέσπισε μια σειρά μεταρρυθμίσεων τα τελευταία χρόνια, συμπεριλαμβανομένης της στροφής προς την υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται στην αξία και την αυξημένη χρήση ψηφιακών εργαλείων υγείας. Το Δανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζει επίσης προκλήσεις όσον αφορά την ισότητα και την πρόσβαση στην περίθαλψη, ιδίως για ευάλωτους πληθυσμούς όπως οι μετανάστες και τα άτομα με χαμηλό εισόδημα. Για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων, η Δανική κυβέρνηση εφαρμόζει μέτρα όπως υπηρεσίες διερμηνέων και κινητές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτίωση της πρόσβασης των εν λόγω ομάδων στην περίθαλψη. Συνολικά, το Δανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης θεωρείται ευρέως ως ένα σύστημα υψηλών επιδόσεων που προσφέρει ολοκληρωμένη, ασθενοκεντρική περίθαλψη σε όλους τους Δανούς (Vrangbæk, 2008).

### **7.6.2. Ευρήματα ΣΔΙΤ**

Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα δεν έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Δανίας, αλλά υπάρχουν ορισμένα παραδείγματα ΣΔΙΤ που χρησιμοποιούνται για τη λειτουργία εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, την εισαγωγή νέων τεχνολογιών στην δημόσια υγεία της χώρας και στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Murdock, 2009).

Στις υποδομές το νοσοκομείο Bispebjerg αποτελεί σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και περιελάμβανε την κατασκευή και λειτουργία ενός νέου νοσοκομείου στην Κοπεγχάγη. Το έργο δημιουργήθηκε ως συνεργασία μεταξύ της Δανικής κυβέρνησης και μιας ιδιωτικής κοινοπραξίας, με τον εταίρο του ιδιωτικού τομέα να είναι υπεύθυνος για τη χρηματοδότηση, το σχεδιασμό, την κατασκευή και τη λειτουργία του νοσοκομείου για μια περίοδο 25 ετών. Η κυβέρνηση χρηματοδότησε το εγχείρημα με συνδυασμό δημόσιων πόρων και δανείων. Ακόμα το νέο ψυχιατρικό νοσοκομείο αποτελεί σύμπραξη και περιελάμβανε την κατασκευή του νέου ψυχιατρικού νοσοκομείου στο Vejle. Το έργο δημιουργήθηκε ως συνεργασία μεταξύ της Δανικής κυβέρνησης και μιας ιδιωτικής κοινοπραξίας, με τον εταίρο του ιδιωτικού τομέα να είναι υπεύθυνος για τη χρηματοδότηση, το σχεδιασμό, την κατασκευή και τη λειτουργία του νοσοκομείου για μια περίοδο 25 ετών (Murdock, 2009).

Στον τομέα των τεχνολογιών σχεδιάστηκε η εθνική πύλη ηλεκτρονικής υγείας. Πρόκειται για μια πρωτοβουλία ΣΔΙΤ που αποσκοπεί στο να δώσει στους Δανούς πολίτες ηλεκτρονική πρόσβαση στα δεδομένα υγείας τους και σε άλλες πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία. Η πρωτοβουλία αποτελεί σύμπραξη μεταξύ της Δανικής κυβέρνησης και εταιρών του ιδιωτικού

τομέα και περιλαμβάνει τη δημιουργία μιας διαδικτυακής πλατφόρμας που επιτρέπει στους ασθενείς να έχουν ασφαλή και γρήγορη πρόσβαση στις πληροφορίες υγείας τους (Murdock, 2009).

Τέλος, στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, το νέο Κέντρο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Kerteminde δημιουργήθηκε σε συνεργασία με τη Δανική κυβέρνηση, τις τοπικές πόλεις και τους εταίρους του ιδιωτικού τομέα, με τον εταίρο του ιδιωτικού τομέα να είναι υπεύθυνος για τη χρηματοδότηση, το σχεδιασμό, την κατασκευή και τη λειτουργία του κέντρου σε διάστημα 30 ετών. Η κυβέρνηση χρηματοδότησε το εγχείρημα με συνδυασμό δημόσιου χρήματος και δανείων. Ακόμη σύμπραξη αποτελούν οι κινητές μονάδες υγείας. Η σύμπραξη περιλαμβάνει τη Δανική κυβέρνηση, τις τοπικές πόλεις και τους εταίρους του ιδιωτικού τομέα για την ανάπτυξη κινητών μονάδων υγείας που παρέχουν υπηρεσίες βασικής περίθαλψης, όπως ιατρικές επισκέψεις, υγειονομικούς ελέγχους και εμβολιασμούς (Murdock, 2009).

## Κεφάλαιο 8: Αποτελέσματα έρευνας

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε σε έρευνες που τοποθετούνται σε χώρες της Ευρώπης.

Πιο αναλυτικά, αξιολογήθηκαν τρεις (3) στο Ηνωμένο Βασίλειο (Robert Eadie et., 2013, Mariateresa Torchia et al., 2015, Martina Santadrea et al., 2015) δύο (2) στην Ισπανία (Maria Caballer-Tarazona et al., 2016, Basilio Acerete et al., 2011) δύο (2) στην Πορτογαλία (Miguel A. Pereira et al., 2020, Aldaberto Campos et al 2016), μια (1) στο σύνολο των χωρών της Ευρώπης (James Barlow et al., 2013) μια (1) στην Ιταλία (Marcello Martinez, Caterina Galdiero, 2015) και τέλος μία (1) σε Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο και Αυστρία (Ronald McQuaid, 2014). Οι έρευνες αυτές επιλέχθηκαν η κάθε μια για διαφορετικό λόγο. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκε η έρευνα «A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain, Maria Caballer-Tarazona et al., 2016» επειδή αντικατοπτρίζει την έρευνα στα οικονομικά των νοσοκομείων στην Ισπανία. Η συστηματική ανασκόπηση «Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature, Mariateresa Torchia et al., 2016» γιατί αναλύει σε βάθος τις έρευνες που έχει επιλέξει αναφορικά με το θέμα των ΣΔΙΤ στην υγεία σε σχέση με το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ευρώπη και σε παγκόσμια κλίμακα. Η έρευνα «Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships For Building And Managing Health Care Facilities And Services, James Barlow et al., 2013» επιλέχθηκε διότι αντικατοπτρίζει μια διαφορετική εκδοχή στο οικονομικό ζήτημα και την απόδοση ποιοτικών υπηρεσιών από τις συμπράξεις στην υγεία. Η έρευνα «PFI/PPP, private sector perspectives of UK transport and healthcare, Robert Eadie et., 2013» επιλέχθηκε επειδή το Ηνωμένο Βασίλειο έχει μια μακρά παράδοση στις συμπράξεις ιδιαίτερα σε αυτούς τους δύο τομείς και προσφέρει μια σφαιρική εικόνα σχετικά με την λειτουργία των συμπράξεων στην υγεία. Η έρευνα «Public Private Partnership in the European Union: Experiences in the UK, Germany and Austria, Ronald McQuaid et al., 2014» επιλέχθηκε καθώς παρουσιάζει τρεις διαφορετικές περιπτώσεις εμπειριών ΣΔΙΤ σε χώρες που έχουν εφαρμόσει τις συμπράξεις στα συστήματα υγείας τους. Η «Public Private Partnership in Italian Health Care Management, Marcello Martinez & Caterina Galdiero, 2015» παρουσιάζει αναλυτικά τις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στην Ιταλία και πως αυτές προωθούν την προαγωγή υγείας στον πληθυσμό της χώρας. Η έρευνα «Spanish healthcare public private partnerships: The ‘Alzira model’, Basilio Acerete et al., 2011» μελετά την περίπτωση ενός νοσοκομείου και πως τα αποτελέσματα της βελτίωσης της ποιότητας ζωής του πληθυσμού της περιοχής άρχισαν να γίνονται αντιληπτά μακροπρόθεσμα. Η έρευνα «Value for

money in UK healthcare public–private partnerships: A fragility perspective, Martina Santadrea et al., 2015» περιγράφει έπειτα από έρευνα την ευθραυστότητα των PFI και την ανάγκη για ενίσχυση των οικονομικών μονάδων των PFI. Η έρευνα «A critical look at the Portuguese public–private partnerships in healthcare, Miguel A. Pereira et al., 2020» αξιολογεί αν οι ΣΔΙΤ που εφαρμόζονται ευρέως στην χώρα, αν είναι τελικά μια βιώσιμη λύση. Η έρευνα «Hospitals and the Public-Private Combination Portugal, Aldaberto Campos et al 2016» αναφέρεται στην ευρεία χρήση των ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό δίκτυο της χώρας.

Εξειδικεύοντας την ανάλυση των ερευνών, αναφέρονται παρακάτω εκτενέστερα η ανάλυση του περιεχομένου των ερευνών που επιλέχθηκαν ύστερα από την εφαρμογή των κριτηρίων.

Οι Maria Caballer-Tarazona, Antonio Clemente-Collado και David Vivas-Consuelo (2016), διεξήγαγαν έρευνα με τίτλο «A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain». Αναλύθηκαν δεδομένα σχετικά με το κόστος, παραγωγή, διαθεσιμότητα νοσοκομείων και ποιοτικών ενδείξεων από εικοσιτέσσερα (24) νοσοκομεία στην περιοχή της Βαλένθια για την περίοδο 2009 – 2010. Τα πέντε (5) από αυτά ήταν δημόσια νοσοκομεία ενώ τα υπόλοιπα δεκαεννέα (19) λειτουργούσαν με την μορφή συμπράξεως δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Για τα δημόσια νοσοκομεία πηγή πληροφοριών σχετικά με το κόστος των υπηρεσιών είναι το Σύστημα Οικονομικών Πληροφοριών (SIE) του περιφερειακού τμήματος υγείας (Conselleria de Sanitat). Τα στοιχεία σχετικά με το κόστος των νοσοκομείων με ΣΔΙΤ ελήφθησαν μέσω μιας φόρμας συμπλήρωσης (έντυπο), καθώς δεν περιλαμβάνονται στις πληροφορίες του SIE. Ως εκ τούτου, προσαρμόστηκαν στα κριτήρια του SIE προκειμένου να καταστούν συγκρίσιμα. Τα δεδομένα σχετικά με την ποιότητα προήλθαν από τη Διοίκηση για τις Συμπράξεις μεταξύ των νοσοκομείων και των περιφερειών Υγείας, μια κατάταξη με βάση 95 δείκτες ανά υγειονομική περιφέρεια. Από το ελάχιστο σύνολο στατιστικών στοιχείων για τις εισαγωγές (MDS) και το σύστημα πληροφοριών για τη δραστηριότητα της υγειονομικής περίθαλψης, προέκυψαν τα στατιστικά στοιχεία επιδόσεων σχετικά με την οργάνωση και την εστίαση στην υγειονομική περίθαλψη. Το περιφερειακό τμήμα υγείας συγκέντρωσε όλα αυτά τα δεδομένα. Μετά την ανάλυση τους διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές μόνο στις επιδόσεων μεταξύ των νοσοκομείων με ΣΔΙΤ και των δημόσιων νοσοκομείων στο σύνολο των μεταβλητών. Τα νοσοκομεία ΣΔΙΤ παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα στις παρακάτω μεταβλητές, πρώτη διάγνωση, χρόνος αναμονής σε μέρες από την πρώτη διάγνωση, ποσοστό αντικατάστασης εξωτερικών ιατρικών περιστατικών, εξοπλισμός μαγνητικής τομογραφίας, βαθμός διαχείρισης της διοίκησης, ποσοστό επεμβάσεων κατάγματος ισχίου με καθυστέρηση μεγαλύτερη των δύο

(2) ημερών. Από την άλλη μεριά τα δημόσια νοσοκομεία φαίνεται να αποδίδουν ημαντικά καλύτερα στο κόστος υλικών έκτακτης ανάγκης.

Η έρευνα που διεξήγαγαν οι Aldaberto Campos Fernadez & Alexander Morais (2016), ονομάζεται «Hospitals and the Public-Private Combination in Portugal». Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα αποτελούν στοιχεία της χρονικής περιόδου 2002 – 2012 και αντλήθηκαν από την Στατιστική Υπηρεσία της Πορτογαλίας. Η έρευνα καταλήγει στο ότι τα τελευταία τριάντα χρόνια ολοένα και περισσότερο χρησιμοποιείται η μέθοδος των συμπράξεων στον τομέα της υγείας. Η εμβάθυνση στην χρήση συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα οφείλεται εν μέρει στην ανάπτυξη της προσφοράς που παρέχεται από ιδιωτικά κεφάλαια κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες.

Μεταξύ 2002 και 2012, τα δημόσια νοσοκομεία παρουσίασαν πτώση στις νοσοκομειακές μονάδες, κατά περίπου 7,6%, λόγω της εξαφάνισης ή της συγχώνευσης των μικρών και μεσαίων μονάδων, ενώ τα ιδιωτικά νοσοκομεία αύξησαν τον αριθμό αυτό κατά 10,6%. Τα νοσοκομεία της χώρας αυξήθηκαν κατά 3,5%. Στο τέλος του 2012, υπήρχαν εκατό δέκα (110) δημόσια και εκατό τέσσερα (104) ιδιωτικά. Η ίδια τάση παρατηρήθηκε κατά την ανάλυση της εξέλιξης της δυναμικότητας, όσον αφορά τα αριθμό των κλινών, που είναι διαθέσιμες και στους δύο τομείς. Οι δημόσιες μονάδες παρουσίασαν μείωση του αριθμού των κλινών και οι ιδιωτικές παρουσίασαν αύξηση στον τομέα αυτό.

Οι Mariateresa Torchia, Andrea Calabrò & Michèle Morner (2015), διεξήγαγαν έρευνα με τίτλο «Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature». Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε σε παγκόσμια κλίμακα με στόχο τον εντοπισμό ενός αυξανόμενου αριθμού προβλημάτων που σχετίζονται με την εφαρμογή των έργων ΣΔΙΤ. Η μέθοδος που χρησιμοποίησαν είναι η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των πηγών. Στα αποτελέσματα σκιαγραφείται ότι οι συμπράξεις μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα θεωρούνται συχνά ότι προσφέρουν καινοτόμες μεθόδους με καλές πιθανότητες να παράγουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ένα πρωταρχικό όφελος είναι ότι κάθε τομέας συνεισφέρει με τον τρόπο του και με ό,τι είναι δυνατόν να προσφέρει, και ο συνδυασμός αυτών των δεξιοτήτων, ικανοτήτων και δυνάμεων έχει τη δυνατότητα να παράγει τα καλύτερα αποτελέσματα. Ωστόσο, ούτε ο δημόσιος ούτε ο ιδιωτικός τομέας είναι ικανός από μόνος του να επιλύσει τα πολυάριθμα προβλήματα του τομέα της υγείας που αντιμετωπίζει ο τομέας της υγείας παγκοσμίως. Ακόμη η σχετικά νέα τάση στην παγκόσμια υγειονομική περίθαλψη της συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα ανοίγει επίσης σημαντικές δυνατότητες για την αντιμετώπιση

προβλημάτων που προηγουμένως φαίνονταν δυσεπίλυτα, ιδίως εκείνα που απαιτούν αυξημένη έρευνα και ανάπτυξη σε φάρμακα και εμβόλια για ασθένειες που πλήττουν δυσανάλογα τους φτωχούς.

Οι James Barlow, Jens Roehrich & Steve Wright (2013), ασχολήθηκαν με το θέμα «Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships For Building And Managing Health Care Facilities And Services». Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν βρέθηκαν σε βάσεις δεδομένων καθώς αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση. Τα αποτελέσματα που κατέληξαν είναι ότι οι κίνδυνοι που απορρέουν από την ανάπτυξη και τη λειτουργία υποδομών υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να κατανέμονται βέλτιστα μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών εταιρών, ώστε να μειώνεται ο κίνδυνος απόκλισης των στόχων. Μέχρι σήμερα, οι συμφωνίες σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα έχουν υλοποιηθεί με μεγαλύτερη επιτυχία σε τομείς κοινής ωφέλειας στους οποίους η ποιότητα των υπηρεσιών μπορεί να προσδιοριστεί, να μετρηθεί και να εγγυηθεί με σαφήνεια. Αυτό όμως αποτελεί πρόκληση στην υγειονομική περίθαλψη, όπου τα αποτελέσματα είναι πιο δύσκολο να μετρηθούν και το δημόσιο συμφέρον μπορεί να συγκρουστεί με την εξοικονόμηση κόστους που επιδιώκει το ιδιωτικό κεφάλαιο. Η έρευνα επιδεικνύει ότι υπάρχουν περιπτώσεις που εμφανίζονται ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Τα παραδείγματα εταιρικής σχέσης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που έχουν συνδυάσει υποδομές με μη κλινικές και κλινικές υπηρεσίες υποδηλώνουν ότι θεωρούνται πολλά υποσχόμενες για οικονομικά αποτελέσματα. Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα δεν θα είναι πάντα η καλύτερη επιλογή. Παραμένουν όμως ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για την βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προωθεί τη χρήση εργαλείου σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σε όλους τους τομείς. Μια πιο ισχυρή κατανόηση των ορίων και των δυνατοτήτων των συμπράξεων είναι επομένως ιδιαίτερης σημασίας.

Οι Robert Eadie, Phillip Millar & Rory Grant (2013), ασχολήθηκαν με το θέμα «PFI/PPP, private sector perspectives of UK transport and healthcare». Η συλλογή δεδομένων έγινε με την χρήση ερωτηματολογίου. Το δείγμα της έρευνας ήταν 75 οργανισμοί και εντοπίστηκε από το διαδικτυακό πρόγραμμα Partnerships UK (PUK). Συνολικά ελήφθησαν 49 απαντήσεις, εκ των οποίων οι 39 ήταν πλήρεις. Η έρευνα αυτή εξετάστηκε ως προς την αναφορά της στον τομέα της υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι τα μεγαλύτερα συστήματα PFI/ΣΔΙΤ απαιτούν αυστηρή δομή διακυβέρνησης για να πετύχουν την επίτευξη της βέλτιστης αξίας. Δείχνουν ότι το έργο της διακυβέρνησης επηρεάζει την υλοποίηση του έργου για τα συστήματα

PFI/PPP όσον αφορά το κόστος, την ταχύτητα της ολοκλήρωσης, την ποιότητα και την οικονομική βιωσιμότητά του. Δεδομένου ότι η πλειονότητα των συστημάτων PFI/ΣΔΙΤ είναι παραπάνω από 50 εκατ. λίρες, το θέμα αυτό απαιτεί περισσότερη διερεύνηση από ό,τι στα μικρότερα συστήματα όπου η οι επιπτώσεις της αποτυχίας είναι πολύ μικρότερες. Παρά τις περικοπές και την έλλειψη επενδύσεων στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης το γεγονός ότι τα νέα νοσοκομεία κατασκευάστηκαν στο πλαίσιο των ΣΔΙΤ/PFI η κυβέρνηση των Εργατικών του Ηνωμένου Βασιλείου εξακολουθούσε να τα αντιμετωπίζει θετικά. Τέλος, η πλειονότητα των οργανισμών δεν θεωρούσε ότι οι ΣΔΙΤ παρείχε την "βέλτιστη αξία"(Value for Money), αλλά πίστευε ότι παρείχε μεγαλύτερη αξία από τις άλλες δύο, προτιμώμενες από την κυβέρνηση, βρετανικές μεθόδους "μελέτη και κατασκευή" και "κύρια ανάθεση".

Οι Ronald McQuaid και Walter Scherrer (2014), ερευνήσαν το θέμα με τίτλο «Public Private Partnership in the European Union: Experiences in the UK, Germany and Austria». Το άρθρο χρησιμοποιεί ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις εμπειρίες των τριών (3) χωρών στις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Το αποτέλεσμα συγκλίνουν στο ότι τα πολιτικά πλαίσια των κυβερνήσεων διαφέρουν στο Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γερμανία και την Αυστρία, αλλά κάθε κυβέρνηση βλέπει προς το παρόν θετικά τη ΣΔΙΤ. Στο Ηνωμένο Βασίλειο η τότε κυβέρνηση έχει υποστηρίξει τις ΣΔΙΤ με βάση τη διαθεσιμότητα των πόρων, αποδοτικότητα και την ποιότητα της παροχής, ενώ αποδέχεται τη συνέχιση τους τον κρατικό έλεγχο και τη χρηματοδότηση των περισσότερων υπηρεσιών και υποδομών. Η προτίμηση των συμπράξεων ήταν ισχυρότερη στην Αυστρία, καθώς η μείωση της κυβερνητικής παρέμβασης και της φορολογικής πολιτικής προς το ΑΕΠ, έχει διατυπωθεί ως πολιτικός στόχος και οι ΣΔΙΤ θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως ένας τρόπος για την επίτευξη αυτού του στόχου. Και στις τρεις χώρες φαίνεται ότι υπάρχει απροθυμία να αυξηθεί το επίπεδο των άμεσων ιδιωτικοποιήσεων στις περισσότερες περιπτώσεις, αν και οι ΣΔΙΤ μπορούν σε ορισμένες περιπτώσεις να θεωρηθούν ως ένας μέσος δρόμος μεταξύ ιδιωτικοποιήσεων και δημόσιας παροχής.

Οι Marcello Martinez και Caterina Galdiero (2015), διεξήγαγαν έρευνα με τίτλο «Public Private Partnership in Italian Health Care Management». Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την χρήση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Αντικείμενο της μελέτης είναι η μέτρηση του βαθμού οργανωτικής ωριμότητας των μορφών συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, αναλύοντας και μετρώντας βασικές διοικητικές διαδικασίες, όσον αφορά την καινοτομία στην επίτευξη των στόχων της σύμπραξης. Αποτελέσματα της ανάλυσης είναι η εμπειρία της Ιταλίας στις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στην υγεία. Παρατηρούνται πολλά και διαφορετικά



μοντέλα ΣΔΙΤ που έχουν δημιουργηθεί από την χρήση των συμπράξεων σε όλη την επικράτεια της Ιταλίας. Χωρίζονται σε τρεις (3) κατηγορίες τις ιδιωτικές οργανωτικές μορφές, οι οποίες επιχειρηματικές μορφές χαρακτηρίζονται από ένα διοικητικό σύστημα με άμεση παρέμβαση των επιχειρηματικών και διοικητικών στελεχών. Το κράτος σε αυτή την περίπτωση επιτηρεί και προβαίνει σε άμεσο έλεγχο. Επόμενη κατηγορία είναι οι ψευδό-δημόσιες μορφές, οι οποίες είναι ενδεικτικές μορφές χρηστής δημόσιας διαχείρισης και εντάσσονται στα συστήματα περιφερειακού σχεδιασμού. Δικαιολογούν τη συμμετοχή ιδιωτικών εταίρων κυρίως όσον αφορά τη συνεισφορά στην χρηματοδότηση. Τέλος, τρίτη κατηγορία είναι οι ιδιωτικές διοικητικές μορφές οι οποίες διαχειρίζονται εξ' ολοκλήρου τις συμπράξεις δημόσιοι εταίροι (τοπική υγειονομική αρχή και περιφερειακή διοίκηση), παρεμβαίνουν εκτελώντας το σχέδιο υγείας και τον οικονομικό-χρηματοοικονομικό έλεγχο. Μετά την αξιολόγηση των μορφών ΣΔΙΤ καταλήγουν στο ότι το κράτος επιλέγει την προσφυγή σε χρήση ΣΔΙΤ διότι βασίζεται στη δυνατότητα των κανονισμών/διατάξεων να υιοθετήσουν συμπεριφορά "ιδιώτη" σε διαδικασίες όπως προσφορές και αγορές εξοπλισμού, πρόσληψη και διαχείριση προσωπικού. Το κράτος επιζητά το καλύτερο για το δημόσιο συμφέρον.

Οι Basilio Aceretea, Anne Stafford & Pamela Stapleton (2011) διεξήγαγαν μελέτη περίπτωσης σχετικά με το θέμα « Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'». Στην μελέτη αυτή απέδειξαν ότι το αρχικό σχέδιο δεν θα μπορούσε ποτέ να είναι βιώσιμο και ότι η επαναδιαπραγμάτευση των συμβάσεων θα κόστιζε πολύ ακριβά στην κυβέρνηση. Αναλύοντας οικονομικά τη σύμβαση διαφαίνεται πώς η σύμβαση αυτή χρησιμοποιήθηκε για να ιδρύσει μια αγορά για την ιδιωτική παροχή δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ισπανία. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν αντλήθηκαν από τον ιστότοπο «Ribera Salud» και από την βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα του Alzira Model. Ο σκοπός της έρευνας ήταν να αναλύσει σε βάθος το μοντέλο αυτό και να αποδείξουν ότι το μοντέλο στην αρχική του μορφή δεν ήταν βιώσιμο και η αλλαγή στην χρηματοδότηση που επήλθε ύστερα από 4 χρόνια ήταν αναμενόμενη. Μπόρεσε να καλύψει χαμηλές πληρωμές τόκων προς τους χρηματοδότες, τα περιφερειακά ταμειούτριά και να παράγει ακόμη και ένα μικρό κέρδος για τους ιδιοκτήτες της, κάνοντας προσαρμογές στο κόστος εργασίας και προσφέροντας τις πιο προσοδοφόρες ειδικότητες. Αναμένεται αν αυτή η στρατηγική θα λειτουργήσει για το υπόλοιπο της διάρκειας της σύμβασης, δεδομένου του μεγέθους της ισπανικής χρηματοπιστωτικής κρίσης και των πιθανών επιπτώσεών της στις περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας κατά τα επόμενα έτη.

Οι Martina Santandrea, Stephen Bailey & Marco Giorgino (2015) διεξήγαγαν έρευνα με τίτλο «Value for money in UK healthcare public–private partnerships: A fragility perspective». Χρησιμοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και ανάλυση περιεχομένου. Στα αποτελέσματα της έρευνας πρώτα στην χρηματοοικονομική δομή, τα PFI/ΣΔΙΤ εμφανίζουν προβλήματα χρηματοδότησης με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αποδώσουν τον απαιτούμενο σκοπό που τους έχει ανατεθεί. Άλλος ένας παράγοντας ευθραυστότητας είναι η μη θωράκιση των ΣΔΙΤ από τους κινδύνους. Ακόμη και αν οι κίνδυνοι κατανέμονται καλύτερα μεταξύ των ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, ο κίνδυνος δεν μπορεί να αντισταθμιστεί από τον ιδιωτικό τομέα και, ως εκ τούτου, ο δημόσιος τομέας είναι τελικά υπεύθυνος για τη διάσωση του έργου σε περιπτώσεις αθέτησης της συμφωνίας. Ο δημόσιος εταίρος αναλαμβάνει την τελική ευθύνη για την υπηρεσία και θεωρείται από το ευρύ κοινό ότι είναι πλήρως υπόλογος γι' αυτήν, ανεξάρτητα από τον επιλεγμένο τρόπο σύναψης σύμβασης. Αυτή η ανάγκη ελαχιστοποίησης του κινδύνου για κακή φήμη του συστήματος υγείας σημαίνει ότι ο δημόσιος εταίρος του δημόσιου τομέα είναι τελικά υπεύθυνος για ένα νοσοκομείο PFI/ΣΔΙΤ που αποτυγχάνει να παράσχει συμβατικά συμφωνημένες υπηρεσίες στους ασθενείς. Τέλος, ένας εύθραυστος παράγοντας που εντοπίζεται είναι οι δεσμεύσεις της σύμβασης – σύμπραξης και η «ακαμψία της σύμβασης». Μπορεί ο δημόσιος τομέας να μην μπορεί να προσφέρει τον απαιτούμενο αριθμό ασθενών για την λειτουργία του ΣΔΙΤ - υγείας γιατί η υγεία είναι κάτι μη μετρήσιμο. Επίσης είναι δύσκολο κατά την διάρκεια υπογραφής της σύμβασης να υπολογιστεί με ακρίβεια ο αριθμός των ασθενών που θα εξυπηρετήσει το ΣΔΙΤ και ως εκ τούτου να υπολογιστεί και η «βέλτιστη αξία» για τον ιδιωτικό τομέα.

Οι Miguel A. Pereira, Diogo C. Ferreira & Rui C. Marques (2020), διεξήγαγαν έρευνα με τίτλο «A critical look at the Portuguese public–private partnerships in healthcare». Με την μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης σκιαγράφησαν τα εξής αποτελέσματα της έρευνας τους. Οι τρόποι για να επιτύχει ΣΔΙΤ στην υγεία είναι πρώτα ο προσδιορισμός της λήψης αποφάσεων σχετικά με το βέλτιστο μοντέλο σύναψης συμβάσεων για ένα συγκεκριμένο έργο. Επιπλέον, η δημοσιονομική αντιμετώπιση, δεδομένου ότι οι δαπάνες ΣΔΙΤ δεν λαμβάνονται υπόψη για τον υπολογισμό του ελλείμματος του δημόσιου χρέους, διαφάνεια, λογοδοσία και συμμετοχή δημιουργία δημόσιων οργανισμών με δικαστική και διοικητική αυτονομία, και εξοπλισμένων με εργαλεία για την ορθή και αποτελεσματική διαχείριση της διαδικασίας και τέλος στην αποτελεσματική διαχείριση των συμβάσεων. Η διαχείριση των όρων σε μια σύμβαση ΣΔΙΤ πρέπει να λαμβάνει υπόψη την παράμετρο ότι η υγεία είναι ένας παράγοντας μη μετρήσιμος.

Παρόλα αυτά ο ιδιωτικός τομέας συνδέεται με υψηλότερα δυνητικά κέρδη και η διαχείριση που εφαρμόζει είναι πιο αποδοτική.

Έπειτα τονίζεται στα αποτελέσματα ότι η προσφυγή σε ένα μοντέλο ΣΔΙΤ προϋποθέτει ότι τόσο το έργο όσο και οι επιλεγμένες προτάσεις είναι επωφελείς για το δημόσιο συμφέρον. Ως εκ τούτου, ο ιδιωτικός εταίρος θα πρέπει να επιλεγεί με βάση ένα διαφανές και ανταγωνιστικό δημόσιο διαγωνισμό με τουλάχιστον μία πρόταση που παρουσιάζει κόστος κατώτερο από το συγκριτικό του δημόσιου τομέα.

Τέλος ο ιδιώτης εταίρος είναι υπεύθυνος για τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται στο πλαίσιο της σύμβασης (π.χ. απόκτηση αδειών, εγκρίσεων, εφαρμογή συστημάτων παρακολούθησης της ποιότητας και των επιδόσεων), ενώ ο δημόσιος εταίρος επιθεωρεί τις δραστηριότητες του πρώτου.

**Πίνακας 2:** Πίνακας αποτελεσμάτων βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΚΑΙ ΕΤΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Maria Caballer-Tarazona, Antonio Clemente-Collado και David Vivas-Consuelo 2016	Σύγκριση κόστους και επιδόσεων συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα και του Δημοσίου νοσοκομείων στην Ισπανία.	Ισπανία	24 νοσοκομεία στην Βαλένθια	Συγχρονική Μελέτη	Καλύτερα αποτελέσματα των ΣΔΙΤ πρώτη διάγνωση, χρόνος αναμονής σε μέρες από την πρώτη διάγνωση, ποσοστό αντικατάστασης εξωτερικών ιατρικών περιστατικών, εξοπλισμός μαγνητικής τομογραφίας, βαθμός διαχείρισης της διοίκησης, ποσοστό επεμβάσεων κατάγματος ισχίου με καθυστέρηση μεγαλύτερη των δύο (2) ημερών. Δημόσια νοσοκομεία αποδίδουν σημαντικά καλύτερα στο κόστος υλικών έκτακτης ανάγκης.
Aldaberto Campos Fernandez & Alexander Morais 2016	Περιγραφή του συστήματος υγείας της Πορτογαλίας	Πορτογαλία	Βιβλιογραφικές πηγές σχετικά με το σύστημα υγείας της Πορτογαλίας.	Περιγραφική	Τα τελευταία τριάντα χρόνια ολοένα και περισσότερο χρησιμοποιείται η μέθοδος των συμπράξεων στον τομέα της υγείας
Mariateresa Torchia, Andrea Calabrò & Michèle Morner 2015	Τον εντοπισμό ενός αυξανόμενου αριθμού προβλημάτων που σχετίζονται με την εφαρμογή των έργων ΣΔΙΤ	Παγκόσμια με έμφαση στην Ευρώπη	Παγκόσμια βιβλιογραφία	Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση	Ούτε ο δημόσιος ούτε ο ιδιωτικός τομέας είναι ικανός από μόνος του να επιλύσει τα πολυάριθμα προβλήματα του τομέα της υγείας που αντιμετωπίζει ο τομέας της υγείας παγκοσμίως. Η χρήση ΣΔΙΤ στην παγκόσμια υγειονομική περιβάληση ανοίγει επίσης σημαντικές δυνατότητες για την αντιμετώπιση προβλημάτων που προηγουμένως φαινόταν δύσκολα, ιδίως εκείνα που απαιτούν αυξημένη έρευνα και ανάπτυξη σε φάρμακα και εμβόλια για ασθένειες που πλήττουν δυσανάλογα τους φτωχούς.
James Barlow, Jens Roehrich & Steve Wright 2013	Τα αποτελέσματα της χρήσης ΣΔΙΤ στην υγεία	Ευρώπη	Βιβλιογραφικές πηγές σχετικά με την χρήση ΣΔΙΤ στην Ευρώπη	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	Τα αποτελέσματα στην υγεία είναι πιο δύσκολο να μετρηθούν και το δημόσιο συμφέρον μπορεί να συγκρουστεί με την εξοικονόμηση κόστους που επιδιώκει το ιδιωτικό κεφάλαιο
Robert Eadie, Phillip Millar & Rory Grant, 2013	Η χρήση των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο	Ηνωμένο Βασίλειο	Βιβλιογραφικές πηγές σχετικά με την χρήση ΣΔΙΤ στο Ηνωμένο Βασίλειο	Μελέτη περίπτωσης	Τα μεγαλύτερα συστήματα PFI/ΣΔΙΤ απαιτούν αυστηρή δομές διακυβέρνησης για να πετύχουν την επίτευξη της βέλτιστης αξίας (Value For Money).
Ronald McQuaid και Walter Scherrer, 2014	Μελέτη της χρήσης ΣΔΙΤ στις χώρες Γερμανία, Αυστρία και Ην.Βασίλειο	Γερμανία, Αυστρία, Ην.Βασίλειο	Βιβλιογραφικές πηγές σχετικά με την χρήση ΣΔΙΤ σε Γερμανία, Αυστρία, Ην.Βασίλειο	Μελέτη περίπτωσης	Στις τρεις χώρες φαίνεται ότι υπάρχει απροθυμία να αυξηθεί το επίπεδο των άμεσων ιδιωτικοποιήσεων στις περισσότερες περιπτώσεις, αν και οι ΣΔΙΤ μπορούν σε ορισμένες περιπτώσεις να θεωρηθούν ως ένας μέσος δρόμος μεταξύ ιδιωτικοποιήσεων και δημόσιας παροχής.
Marcello Martinez και Caterina Galdiero, 2015	Περιγραφή του συστήματος υγείας της Ιταλίας	Ιταλία	Βιβλιογραφικές πηγές σχετικά με το σύστημα υγείας της Ιταλίας	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	Πλεονέκτημα της προσφυγής σε χρήση ΣΔΙΤ βασίζεται στη δυνατότητα των κανονισμών/διατάξεων να υιοθετήσουν συμπεριφορά "ιδιότη" σε διαδικασίες όπως προσφορές και αγορές εξοπλισμού, πρόσληψη και διαχείριση προσωπικού
Basilio Aceretea, Anne Stafford & Pamela Stapleton, 2011	Μελέτη νοσοκομείου Alzira	Ισπανία	Βιβλιογραφικές πηγές σχετικά με την περίπτωση του νοσοκομείου	Μελέτη περίπτωσης	Αποδείχθηκε ότι ύστερα από την αναζηματοδότηση του νοσοκομείου έγινε βιώσιμο και χρήσιμο ως προς δημόσιο συμφέρον.
Martina Santandrea Stephen Bailey & Marco Giorgino,	Ευθραστότητα των PFI/ΣΔΙΤ στο Ηνωμένο Βασίλειο	Ηνωμένο Βασίλειο	Βιβλιογραφικές πηγές σχετικά με την χρήση ΣΔΙΤ στο Ηνωμένο Βασίλειο	Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση	Παράγοντες ευθραστότητας είναι τα προβλήματα χρηματοδότησης, η μη θωράκιση των ΣΔΙΤ από τους κινδύνους και η ακαμψία της σύμβασης.
Miguel A. Pereira, Diogo C. Ferreira & Rui C. Marques, 2020	Ενδελγής μελέτη των ΣΔΙΤ στο σύστημα υγείας της Πορτογαλίας	Πορτογαλία	Βιβλιογραφικές πηγές σχετικά με το σύστημα υγείας της Πορτογαλίας.	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	1. Διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με το βέλτιστο μοντέλο σύμβασης συμβάσεων για ένα συγκεκριμένο έργο. 2. Δημοσιονομική αντιμετώπιση, δεδομένου ότι οι δαπάνες ΣΔΙΤ δεν λαμβάνονται υπόψη για τον υπολογισμό του ελλείμματος του δημόσιου χρέους. 3. Διαφάνεια, λογοδοσία και συμμετοχή. 4. Δημιουργία δημόσιων και απολιτικών οργανισμών με δικαστική και διοικητική αυτονομία, και εξοπλισμένων με θεμελιώδη εργαλεία για την ορθή και αποτελεσματική διαχείριση της διαδικασίας. 5. Αποτελεσματική διαχείριση των συμβάσεων.

## Κεφάλαιο 9: Εφαρμογή συμπράξεων στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Με βάση τις παραπάνω έρευνες που μελετήθηκαν, ένα σύστημα υγείας Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) για την Ελλάδα θα μπορούσε να δομηθεί ως εξής:

**Στόχοι:** Οι κύριοι στόχοι του συστήματος υγείας ΣΔΙΤ στην Ελλάδα θα είναι η βελτίωση της πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας, η μείωση του κόστους και η αύξηση της αποτελεσματικότητας και της καινοτομίας στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

**Χρηματοδότηση:** Το σύστημα υγείας ΣΔΙΤ θα αξιοποιήσει τη χρηματοδότηση, την τεχνογνωσία και την καινοτομία του ιδιωτικού τομέα για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ο δημόσιος τομέας θα παρέχει χρηματοδότηση μέσω επιδοτήσεων, εγγυήσεων και άλλων μορφών υποστήριξης, ενώ ο ιδιωτικός τομέας θα επενδύει σε εγκαταστάσεις, υπηρεσίες και τεχνολογίες υγειονομικής περίθαλψης.

**Ρόλοι και αρμοδιότητες:** Ο δημόσιος τομέας θα διαδραματίσει βασικό ρόλο στον καθορισμό των στόχων του έργου, στον καθορισμό προτύπων απόδοσης και στη ρύθμιση της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ο ιδιωτικός τομέας, από την άλλη πλευρά, θα είναι υπεύθυνος για τη χρηματοδότηση, το σχεδιασμό, την κατασκευή και τη λειτουργία εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που πληρούν τα πρότυπα απόδοσης που ορίζει ο δημόσιος τομέας.

**Απόδοση και λογοδοσία:** Ο ιδιωτικός τομέας θα θεωρηθεί υπεύθυνος για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που πληρούν τα πρότυπα απόδοσης που ορίζει ο δημόσιος τομέας. Αυτό θα εξασφαλιζόταν μέσω μιας σειράς συμβάσεων που βασίζονται στην απόδοση που καθορίζουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις κάθε μέρους, καθώς και ένα σύστημα κινήτρων και κυρώσεων για την τήρηση ή μη τήρηση των προτύπων απόδοσης.

**Συνεργασίες:** Το σύστημα υγείας ΣΔΙΤ θα περιλαμβάνει συνεργασίες μεταξύ του δημόσιου τομέα και οντοτήτων του ιδιωτικού τομέα, συμπεριλαμβανομένων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των ασφαλιστικών εταιρειών και των εταιρειών τεχνολογίας. Αυτές οι εταιρικές σχέσεις θα προωθήσουν την καινοτομία και τη συνεργασία στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, διασφαλίζοντας παράλληλα την προστασία του δημόσιου συμφέροντος.

**Καθολική Κάλυψη:** Το σύστημα υγείας ΣΔΙΤ θα έχει ως στόχο να παρέχει καθολική κάλυψη σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την ικανότητά τους να πληρώσουν. Αυτό θα επιτευχθεί μέσω ενός συνδυασμού δημόσιας χρηματοδότησης και χρηματοδότησης από τον ιδιωτικό τομέα,

καθώς και ενός συστήματος ασφάλισης υγείας που θα διασφάλιζε ότι όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Ευελιξία: Το σύστημα υγείας ΣΔΙΤ θα προσφέρει σημαντική ευελιξία όσον αφορά το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό θα επέτρεπε προσαρμοσμένες λύσεις που είναι προσαρμοσμένες στις συγκεκριμένες ανάγκες και προτιμήσεις διαφορετικών κοινοτήτων και ενδιαφερομένων, ενώ θα επιτρέψει επίσης μελλοντικές αλλαγές και βελτιώσεις στην παροχή υπηρεσιών καθώς οι ανάγκες και οι απαιτήσεις των κοινοτήτων εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου.

Διαφάνεια και λογοδοσία: Για να διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα και η λογοδοσία του συστήματος υγείας ΣΔΙΤ, είναι σημαντικό οι εταιρικές σχέσεις μεταξύ του δημόσιου τομέα και των φορέων του ιδιωτικού τομέα να είναι διαφανείς, με σαφείς ρόλους και ευθύνες για κάθε μέρος. Επιπλέον, το σύστημα θα πρέπει να υπόκειται σε τακτικές αξιολογήσεις για να διασφαλίζεται ότι παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του κοινού.

## Κεφάλαιο 10: Συζήτηση

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε η εμπειρία ευρωπαϊκών κρατών στην χρήση των συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στην δημόσια υγεία μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών που επιλέχθηκαν. Η αξιολόγηση των εμπειριών των ευρωπαϊκών κρατών για την χρήση ΣΔΙΤ είναι δύσκολο εγχείρημα καθώς είναι δύσκολη η συλλογή στατιστικών δεδομένων από όλες τις χώρες της Ευρώπης όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται, την αποτελεσματικότητα των διοικήσεων των ΣΔΙΤ στις χώρες που χρησιμοποιούνται και στην αποδοχή τους από τους πολίτες των κρατών. Το κοινό στοιχείο των ερευνών είναι η δημοσιονομική ελάφρυνση των προϋπολογισμών από την χρήση ΣΔΙΤ καθώς τα κράτη δεν χρειάζεται να διαθέσουν υπέρογκα ποσά για την κατασκευή υποδομών υγείας ή την αγορά εξοπλισμών. Οι περισσότερες μελέτες που αξιολογήθηκαν αντικατοπτρίζουν και μια διαφορετική οπτική στο θέμα της δημόσιας υγείας άλλοτε με την παράθεση θετικών εμπειριών και άλλοτε με την παράθεση αρνητικών εμπειριών.

Στα παραδείγματα με θετικό πρόσημο θεωρούνται οι αύξηση των υποδομών των νοσοκομειακών μονάδων. Πιο συγκεκριμένα στις έρευνες των (Caballer - Tarazona et al., 2016 και Campos Fernandez et al. 2016), μαρτυρούν την αύξηση των νοσοκομειακών μονάδων και την αύξηση των κλινών στα νοσοκομεία. Αυτό επήλθε από την σύναψη των συμβάσεων και την χρήση των ιδιωτικών κεφαλαίων για την κατασκευή κλινικών. Στα παραδείγματα των μελετών η Πορτογαλία επέλεξε να ενισχύσει την χρήση των συμβάσεων μέσα σε 10 χρόνια ώστε να παρέχει νεότερες και ανακαινισμένες υποδομές στους πολίτες της. Το ίδιο έπραξε και η Ισπανία με την Ισπανική κυβέρνηση να προχωρά σε αύξηση των συμπράξεων στις κατασκευές σύγχρονων κτιριακών εγκαταστάσεων. Παράλληλα σύμφωνα με την έρευνα των (Caballer - Tarazona et al., 2016), αποδεικνύεται ότι οι νέες κτιριακές δομές που διοικούνται από ΣΔΙΤ παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα στην ποιότητα των υπηρεσιών και στην ύπαρξη ιατρικού εξοπλισμού πιο σύγχρονου σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία.

Στο πλαίσιο της επιτυχίας μιας σύμπραξης και της αποδοχής της από τους πολίτες μιας χώρας συμπεραίνεται ότι οι συμπράξεις πρέπει να διακρίνονται για την διαφάνεια τους στις διαδικασίες τόσο επιλογής ΣΔΙΤ όσο και προς την λειτουργία τους. Στις μελέτες των (Pereira et., 2020 και Martinez et al., 2015), παρατηρείται ότι είναι πολύ σημαντικό να επιλεγεί ο τρόπος της σύμπραξης και ποια μορφή θα έχει στο τέλος όπως και ο τρόπος λήψης των αποφάσεων. Σε κάθε περίπτωση είναι φανερό ότι το κράτος και στις δυο περιπτώσεις πρέπει να έχει την εποπτεία των ΣΔΙΤ και να συμμετάσχει ενεργά έναντι του δημοσίου συμφέροντος. Οι μελέτες καταλήγουν

στο ότι το δημόσιο συμφέρον σε αυτή την χρονική περίοδο που μελετάμε επιβάλλει το κράτος να δρα σαν «ιδιώτης» ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει στην οικονομική κρίση.

Στην εργασία επίσης μελετήθηκαν αρκετές έρευνες σχετικά με την χρήση των ΣΔΙΤ στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι από τις πρώτες χώρες που εφάρμοσε τις συμπράξεις στην υγεία και στις μεταφορές. Σύμφωνα με τις μελέτη των (McQuaid et al., 2014) και (Eadie et al., 2013), το Βρετανικό κράτος διαθέτει αρκετή εμπειρία στις συμπράξεις. Οι συμπράξεις που συνάπτει η Βρετανική κυβέρνηση στοχεύουν στην «βέλτιστη αξία» δηλαδή το “Value for Money”. Οι συμπράξεις που συνάπτονται διακρίνονται από αυστηρή σχέση στην διακυβέρνηση ανάμεσα στο κράτος και στο ιδιωτικό κεφάλαιο. Οι ΣΔΙΤ στο παρελθόν έχουν βοηθήσει τον Βρετανικό κράτος σε περιόδους οικονομικών δυσκολιών διότι παρέχουν υψηλής ποιότητας παροχές υγείας στους πολίτες χωρίς να εξαντλούνται τα χρήματα τους κράτους καθώς γίνεται χρήση ιδιωτικών κεφαλαίων.

Παρά τις θετικές εμπειρίες που αξιολογήθηκαν παραπάνω υπάρχουν και οι αρνητικές επιπτώσεις που εξίσου μελετήθηκαν στην εργασία. Σύμφωνα με την έρευνα των (Santadrea et al., 2015) και (Aceretea et al., 2011), σε μερικές περιπτώσεις οι συμπράξεις παρουσιάζουν προβλήματα χρηματοδότησης. Το πρόβλημα της χρηματοδότησης ελλοχεύει κινδύνους μειωμένης απόδοσης στην ποιότητα των υπηρεσιών. Ακόμη η ελλιπής χρηματοδότηση θέτει σε κίνδυνο αποσταθεροποίησης της σύμπραξης. Ο δημόσιος εταίρος είναι ο κύριος και τελικός υπεύθυνος για την εκτέλεση της σύμπραξης και πρέπει να μεριμνά για την τήρηση των δεσμεύσεων των δύο πλευρών. Με λίγα λόγια, λόγω της βαρύτητας που έχει ο ρόλος του δημοσίου εταίρου, δηλαδή της διαιτησίας και επιτήρησης της σύμπραξης πρέπει να είναι δρα σαν σταθεροποιητικός παράγοντας στις συμπράξεις.

Το πιο βασικό και καίριο ζήτημα στην εισαγωγή των συμπράξεων στα συστήματα υγείας των χωρών είναι η δυσκολία προσδιορισμού και μέτρησης της ποιότητας υγείας που παρέχεται από τις συμπράξεις. Σύμφωνα με τις έρευνες των (Barlow et al., 2013) και (Torchia et al., 2015), προέκυψε ότι οι συμπράξεις δεν μπορούν να λύσουν προβλήματα της δημόσιας υγείας αλλά προσφέρουν μια μέθοδο προς την λύση των προβλημάτων για το δημόσιο συμφέρον. Το πιο σημαντικό είναι ότι οι συμπράξεις ναι μεν μειώνουν το κόστος στο δημόσιο τομέα αλλά μπορεί να έρθει σε σύγκρουση με την εξοικονόμηση χρημάτων που επιδιώκει ο ιδιωτικός τομέας. Αυτό μπορεί να προκαλέσει ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

Κλείνοντας θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η χρήση των συμπράξεων στα συστήματα υγείας των χωρών δεν επηρεάζεται μόνο από το οικονομικό στοιχείο αλλά και με την κουλτούρα των πολιτών των κρατών που εφαρμόζονται. Οι χώρες του λεγόμενου Δυτικού κόσμου τείνουν να χρησιμοποιούν συμπράξεις σε αρκετές εκφράσεις του δημοσίου τομέα σε σχέση με χώρες που



βρίσκονται ανατολικότερα. Στην Ελλάδα για παράδειγμα οι συμπράξεις εφαρμόζονται όπως έχει διατυπωθεί παραπάνω σε έργα υποδομών με την μορφή των παραχωρήσεων. Σύμφωνα με την μελέτη των (McQuaid et al., 2014) τα κράτη που εφαρμόζουν τις συμπράξεις θα πρέπει να έχουν την ωριμότητα για την χρήση των συμπράξεων καθαρά σε τομείς που ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του καλύτερα από το δημόσιο και σίγουρα στον τομέα της υγείας.

## Επίλογος

Συμπεραίνοντας την παρούσα διπλωματική εργασία, οι συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν αναδειχθεί ως σημαντικός μηχανισμός για την παροχή υψηλής ποιότητας προσβάσιμων και οικονομικά αποδοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε πληθυσμούς σε όλο τον κόσμο. Οι ΣΔΙΤ συγκεντρώνουν τους πόρους, την τεχνογνωσία και τις εμπειρίες του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας για τους ασθενείς.

Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, οι ΣΔΙΤ μπορούν να λάβουν πολλές διαφορετικές μορφές, που κυμαίνονται από ρυθμίσεις δημόσιας-ιδιωτικής χρηματοδότησης έως κοινοπραξίες μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών οργανισμών. Το κλειδί για την επιτυχία των ΣΔΙΤ στην υγειονομική περίθαλψη είναι μια καλά σχεδιασμένη και σωστά εφαρμοσμένη δομή εταιρικής σχέσης που αξιοποιεί τα πλεονεκτήματα τόσο των οργανισμών του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα και αντιμετωπίζει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο καθένας.

Παρά τα πιθανά οφέλη των ΣΔΙΤ στην υγειονομική περίθαλψη, είναι σημαντικό να προσεγγίζουμε αυτές τις εταιρικές σχέσεις με προσοχή και προσεκτική εξέταση των επιπτώσεών τους στο δημόσιο σύστημα υγείας και στον ευρύτερο πληθυσμό. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ΣΔΙΤ μπορεί να οδηγήσουν στη μεταφορά δημόσιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα, οδηγώντας σε μειωμένη πρόσβαση στην περίθαλψη για ορισμένους πληθυσμούς και αυξημένο κόστος για τους ασθενείς και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

Προκειμένου να μεγιστοποιηθούν τα οφέλη και να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι των ΣΔΙΤ στην υγειονομική περίθαλψη, είναι σημαντικό να εμπλακούμε σε μια ισχυρή και διαφανή διαδικασία διαβούλευσης και δέσμευσης των ενδιαφερομένων, να εξετάσουμε προσεκτικά το σχεδιασμό της δομής της εταιρικής σχέσης και τη διακυβέρνησή της και να παρακολουθούμε και να αξιολογούμε την απόδοση της εταιρικής σχέσης με την πάροδο του χρόνου.

Συνοψίζοντας, η χρήση των ΣΔΙΤ στην υγειονομική περίθαλψη έχει τη δυνατότητα να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και στην αντιμετώπιση ορισμένων από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο. Με προσεκτική εξέταση του αντικτύπου τους και σωστή εφαρμογή, οι ΣΔΙΤ στην υγειονομική περίθαλψη μπορούν να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο στην προώθηση του στόχου της παροχής υψηλής ποιότητας και προσβάσιμης υγειονομικής περίθαλψης για όλους.

## Βιβλιογραφία

"Akintoye A, Beck M and Hardcastle C (2003) *Public-Private Partnerships: Managing Risks and Opportunities*. Oxford, UK: Blackwell Science Ltd."

"Antellini Russo, E., & Zampino, R. (2012). *Infrastructures, Public Accounts and Public-Private Partnerships: Evidence from the Italian Local Administrations*.

Antoun JI, Phillips F, Johnson T. Post-Soviet transition: improving health services delivery and management. *Mt Sinai J Med*. 2011 May–Jun;78(3):436–48.

Aritua, B., Smith, N. J., & Bower, D. (2011). What risks are common to or amplified in programmes: Evidence from UK public sector infrastructure schemes. *International Journal of Project Management*, 29(3), 303-312.

"Asenova D and Beck M (2010) Crucial silences: When accountability met PFI and finance capital. *Critical Perspective on accounting* 21(1): 1–13."

"Bailey S, Asenova D and Beck M (2009) UK public private partnerships and the credit crunch: A case of risk contagion? *Journal of Risk and Governance* 1(3): 1–11"

Basilio Acerete, Anne Stafford, Pamela Stapleton, *Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model, 2011*

Batra, R. (2022). Review of public–private partnerships across building sectors in nine European countries: Key adaptations for PPP in housing. *Engineering, Construction and Architectural Management*, (ahead-of-print).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2014). Bismarcks Sozialgesetzgebung (1881–1889). In die Zukunft gedacht. Bilder und Dokumente zur deutschen Sozialgeschichte. <https://www.in-die-zukunft-gedacht.de/de/page/68/epoche/129/epochen.html>.

"Bundesministerium für Gesundheit. (2014a). Beitragssatz und Zusatzbeiträge der gesetzlichen Krankenversicherung. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/beitragssatz.html>.

Caballer-Tarazona, M., Vivas-Consuelo, D. A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Econ Rev* 6, 17 (2016)

Comendeiro-Maaløe, M., Ridao-López, M., Gorgemans, S., & Bernal-Delgado, E. (2019). A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. *Health Policy*, 123(4), 412-418.

Cruz, C. O., & Marques, R. C. (2013). Integrating infrastructure and clinical management in PPPs for health care. *Journal of Management in Engineering*, 29(4), 471-481.

Damaskinos, P., Koletsi-Kounari, H., Economou, C., Eaton, K. A., & Widström, E. (2016). The healthcare system and provision of oral healthcare in European Union member states. Part 4: Greece. *British Dental Journal*, 220(5), 253-260.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A., & World Health Organization. (2017). Greece: health system review.

Filc, D., Rasooly, A., & Davidovitch, N. (2020). From public vs. private to public/private mix in healthcare: lessons from the Israeli and the Spanish cases. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9(1), 1-14.

"Herpen, G.W.E.B., (2002) "Public Private Partnerships, the advantages and disadvantages examined", Dutch Ministry of Transport, Public Works and Water Management, pp. 2-

Jacob, D., Kochendörfer, B., von Drygalski, M., & Hilbig, C. (2014). Ten years of PPP in Germany: experiences and perspectives. *Proceedings of the Institution of Civil Engineers-Management, Procurement and Law*, 167(4), 180-188.

"James Barlow, Jens Roehrich and Steve Wright, 2013

Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships For Building And Managing Health Care Facilities And Services,

Kiland, C., Kvåle, G., & Torjesen, D. O. (2015). The ideas and implementation of public health policies: The Norwegian case. *Managing change: From health policy to practice*, 9-25.

"Lonsdale C (2005) Post-contractual lock-in and the UK private finance initiative (PFI): The cases of national savings and investments and the Lord Chancellor's Department. *Public Administration* 83(1): 67–88."

"Marcello Martinez and Caterina Galdiero 2015 , Public Private Partnership in Italian Health Care Management

An Organizational Maturity Assessment Model *GSTF Journal of Nursing and Health Care*

"Mariateresa Torchia, Andrea Calabrò & Michèle Morner (2015) Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature, *Public Management*"

Matos, A. R., & Serapioni, M. (2017). The challenge of citizens' participation in health systems in Southern Europe: a literature review. *Cadernos de saude publica*, 33.

"Medda, F. et al (2013) “Public Private Partnerships in transportation: some insights from the European experience” *IATSS Research*,

Mellet, H., Marriott, N., & Macniven, L. (2009). Diffusion of an accounting innovation: fixed asset accounting in the NHS in Wales. *European Accounting Review*, 18(4), 745-764.

"Moro Visconti, R. (2014) Healthcare public-private partnerships in Italy: Assessing risk sharing and governance issues with Pestle and SWOT analysis. SSRN.[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2422450](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2422450)

Murdock, A., Pedersen, O. Q., & Schloss, J. (2009). Different forms of Public-Private Partnerships—Danish Experience. *Mecosan*, (71), 39.

Norton, S. D., & Blanco, L. (2009). Public-private partnerships: a comparative study of new public management and stakeholder participation in the UK and Spain. *International Journal of Public Policy*, 4(3-4), 214-231.

Obermann, K., Müller, H.-H., Schmidt, B., & Glazinski, B. (2013). *The German health care system. A concise overview.* Hamburg: Der Ratgeberverlag.

Olawale, O., Oyedele, L., Owolabi, H., Gbadamosi, A. Q., & Kusimo, H. (2020). Project reputation in construction: a process-based perspective of construction practitioners in the UK. *International Journal of Construction Management*, 22(12), 2267-2278.

Osborne, S.P. (2000) *Public-Private Partnerships for Public Service: an international perspective.* London: Routledge

Palcic, D., Reeves, E., Flannery, D., & Geddes, R. R. (2022). Public-private partnership tendering periods: an international comparative analysis. *Journal of Economic Policy Reform*, 25(2), 156-172.

Pereira MA, Ferreira DC, Marques RC. A critical look at the Portuguese public-private partnerships in healthcare. *Int J Health Plann Manage.* 2021 Mar;36(2):302-315. doi: 10.1002/hpm.3084. Epub 2020 Oct 4. PMID: 33015900; PMCID: PMC8048432.

"Porter, M. E., & Guth, C. (2012). *Redefining German health care: Moving to a value-based system.* Berlin: Springer.

Reid, T. R. (2008). *The healing of America: A global quest for better, cheaper, and fairer health care.* PBS Frontline. <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/sickaroundtheworld/countries/models.html>.

"Robert Eadie, Phillip Millar and Rory Grant PFI/PPP, private sector perspectives of UK transport,2013 and healthcar School of the Built Environment, University of Ulster, Newtownabbey, UK".

Rossi, M. (2019). The evolution of public-private partnerships in a comparison between Europe and Italy : Some perspectives for the Energy Sector. *International Journal of Energy Economics and Policy*.

Santandrea, M., Bailey, S., & Giorgino, M. (2016). Value for money in UK healthcare public–private partnerships: A fragility perspective. *Public Policy and Administration*, 31(3), 260–279.

Siantou, V., Athanasakis, K., & Kyriopoulos, J. (2009). The Greek healthcare system. *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation*, 45(1), 32-34.

Jonathan Oberlander, Ph.D. Sitting in Limbo — Obamacare under Divided Government, *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*, 2021

Solheim-Kile, E., Lædre, O., Lohne, J., & Meland, Ø. H. (2014). Characteristics of public-private partnerships in Norway. *Kalsaas, BT, Koskela, L. & Saurin, TA*, 559-569.

Statistisches Bundesamt. (2013). 86 % der Erwerbstätigen sind gesetzlich krankenversichert. [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2013/PD13\\_016](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2013/PD13_016)

Vrangbæk, K. (2008). Public–Private Partnerships in the health sector: the Danish experience. *Health economics, policy and law*, 3(2), 141-163.

W. McQuaid, R., & Scherrer, W. (2014). Public Private Partnership in the European Union: Experiences in the UK, Germany and Austria. *Central European Public Administration Review*, 6(2).'

"Wallace, L. S. (2013). A view of health care around the world. *National Center of Biotechnology Information*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3596027/>.

"

Weihe, G. (2011). Strategic use of public-private cooperation in the Nordic region. *Nordic Council of Ministers*.

Αντωνοπούλου, Λ. (2008). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα: συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Social Cohesion and Development*, 3(2), 109-120.

"Καραϊσκού, Ε. (2013) «Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα για την παραγωγή δημόσιων αγαθών στην Ευρωπαϊκή Ένωση: Παράγοντες κίνδυνου και επιτυχίας» Παντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Οικονομικής & Περιφερειακής Ανάπτυξης.

NOMOS 3918/2011 Διαθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις, 2011, Πηγή: [http://www.et.gr/idoocs-nph/pdfimageSummaryviewer.html?args=sppFfdN7IQP5\\_cc--m0e12UrUrIGv\\_A7Vsq6zfFu9e28rzSZFxgk-eWy3uQ8Giw0kAYi3ORfmar6l1fVkOCkCXkxcPQvNBMtY9T3IvMHxXpABIQE1JCW9FiNMrQQT-Ek\\_FKlm\\_8xYoy-xQAfnE8zkaZTMPUs3tWWtTQ39jY9TmzqCAva2snCiA..](http://www.et.gr/idoocs-nph/pdfimageSummaryviewer.html?args=sppFfdN7IQP5_cc--m0e12UrUrIGv_A7Vsq6zfFu9e28rzSZFxgk-eWy3uQ8Giw0kAYi3ORfmar6l1fVkOCkCXkxcPQvNBMtY9T3IvMHxXpABIQE1JCW9FiNMrQQT-Ek_FKlm_8xYoy-xQAfnE8zkaZTMPUs3tWWtTQ39jY9TmzqCAva2snCiA..)

Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ., & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35.

Σπηλιωτόπουλος, Ε. (2017). Εγχειρίδιο διοικητικού δικαίου, Τόμος Ι. Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.