



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

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Τίτλος Εργασίας**

**«ΣΔΙΤ κλινικών περιστατικών Νοσοκομείων. Η πρόσφατη ελληνική  
εμπειρία»**

**ΑΜ: 22095**

**Συγγραφέας**

**Βενιαμίν Ις. Μπατής**

**Αθήνα, 15.09.2023**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ  
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

## **Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

### **Τίτλος Εργασίας**

**«ΣΔΙΤ κλινικών περιστατικών Νοσοκομείων. Η πρόσφατη ελληνική  
εμπειρία.»**

**ΑΜ: 22095**

**Συγγραφέας**

**Βενιαμίν Ις. Μπατής**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:**

**ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΛΙΑΡΙΓΚΟΒΙΝΟΥ**

**Αθήνα, 15.09.2023**



UNIVERSITY OF WEST ATTICA  
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH  
DEPARTMENT PUBLIC HEALTH POLICY  
MSc in LEADERSHIP, INNOVATION AND VALUE  
BASED HEALTH POLICIES

**Diploma Thesis**

**«PPP (Public-Private Partnership) of clinical cases of Hospitals. The recent Greek  
experience»**

**Registration Number: 22095**

**Author**

**Veniamin Is. Batis**

**Supervisor: Angeliki Liarigkovinou**

**Athens, 15.09.2023**



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

### Τίτλος Εργασίας

**«ΣΔΙΤ κλινικών περιστατικών Νοσοκομείων. Η πρόσφατη ελληνική εμπειρία»**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

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

Α/α	ΟΝΟΜΑΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	Αγγελική Λιαριγκοβινού	ΕΔΙΠ Α' (PhD)	
	Ελπίδα Πάβη	Καθηγήτρια	
	Βασιλική Παπανικολάου	Καθηγήτρια	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Βενιαμίν Μπατής του Ισαάκ, με αριθμό μητρώου: 22095 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών “Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία” του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο Δηλών

Βενιαμίν Μπατής



Copyright©<2023>

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Ηγεσία, Καινοτομία και Πολιτικές Αξίας στην Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή 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, consisting of several overlapping loops and lines, positioned below the text 'Υπογραφή:'.

## Ευχαριστίες

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνονται οι σπουδές μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Ηγεσία, Καινοτομία και Πολιτικές Αξίας στην Υγεία» του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Στις σπουδές μου ήταν καθοριστική η συμβολή των καθηγητών μου στα γνωστικά αντικείμενα που παρακολούθησα, στους οποίους οφείλω να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Ιδιαίτερα επιθυμώ να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου και επιβλέπουσα στην παρούσα διπλωματική εργασία, κυρία Αγγελική Λιαριγκοβινού, για την επιστημονική και συμβουλευτική καθοδήγηση που μου προσέφερε σε όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας με τις εύστοχες και πολύ εποικοδομητικές παρατηρήσεις της.

Τέλος, οφείλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για τη συμπαράσταση και την υπομονή τους.



## Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	11
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή.....	13
Κεφάλαιο 2. Θεωρητικό Πλαίσιο Μοντέλου ΣΔΙΤ .....	15
2.1. Περιεχόμενα της έννοιας .....	15
2.2. Μορφές υλοποίησης.....	17
Κεφάλαιο 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	19
3.1. Ερευνητικά ερωτήματα.....	19
3.2. Σχεδιασμός βιβλιογραφικής ανασκόπησης.....	19
3.3. Κριτήρια εισαγωγή και αποκλεισμού μελετών.....	20
Κεφάλαιο 4. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας.....	20
4.1. Μοντέλο που εφαρμόζεται στον Τομέα Υγείας.....	20
Κεφάλαιο 5. Η Απόδοση του Μοντέλου ΣΔΙΤ .....	27
5.1. Οικονομική απόδοση.....	30
Κεφάλαιο 6. ΣΔΙΤ Εφαρμοσμένη στην Υγεία.....	35
6.1. Προκλήσεις .....	36
6.2. Διακυβέρνηση και πλαίσιο πολιτικής .....	36
6.3. Πόροι .....	38
6.4. Επικοινωνία, εμπιστοσύνη και δέσμευση .....	39
6.5. Πιθανοί κίνδυνοι .....	40
6.6. Έλεγχος και αξιολόγηση.....	41
Κεφάλαιο 7. Η πρόσφατη Ελληνική εμπειρία .....	46
7.1. Χαρακτηριστικά παραδείγματα στον Ελλαδικό χώρο.....	47
7.2. Συμπράξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα κλινικών περιστατικών νοσοκομείων στην Ελλάδα.....	48
7.2.1. Χαρακτηριστικά παραδείγματα από τη συμπράξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (Public-Private Partnership - PPP) στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα.....	50

7.2.2. Προκλήσεις .....	55
Κεφάλαιο 8. Συζήτηση .....	56
Κεφάλαιο 9. Συμπεράσματα .....	57
Βιβλιογραφία .....	59
Abstract .....	69

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

### **Εισαγωγή:**

Η ΣΔΙΤ είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για να ξεπεραστεί το πρόβλημα των ανεπαρκειών υποδομής, της πρόσβασης, της ποιότητας των υπηρεσιών κυρίως όταν η κυβέρνηση αντιμετωπίζει δημοσιονομικούς περιορισμούς [16]. Σημειώθηκε απότομη αύξηση των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες υποδομών υγείας όπως κτίρια, τεχνολογικά συστήματα, κλινικές υπηρεσίες ακόμη και μη κλινικές υπηρεσίες. Υπάρχουν μελέτες που έδειξαν ότι η ΣΔΙΤ στα νοσοκομεία έχει βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών, έχει αυξήσει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα στις υπηρεσίες και έχει μειώσει τις πιθανές απώλειες των νοσοκομείων λόγω του επιμερισμού κινδύνου [17]. Αν και η ΣΔΙΤ εμφανίζει θετικά αποτελέσματα συνολικά, υπάρχει κι ένας προβληματισμός για άλλες μελέτες που έδειξαν ότι δεν ήταν πάντα η καλύτερη λύση σε σχέση με νοσοκομεία παραδοσιακής διαχείρισης [18].

### **Σκοπός:**

Στην παρούσα εργασία προτείνεται ένα εννοιολογικό πλαίσιο για τη διερεύνηση του μοντέλου ΣΔΙΤ σε σχέση με τα νοσοκομεία δίνοντας έμφαση στην περίπτωση της πρόσφατης εμπειρίας στην Ελλάδα.

Ερευνητικά ερωτήματα:

Η σαφής πορεία προς την επιτυχία κατά την εφαρμογή του μοντέλου ΣΔΙΤ στα νοσοκομεία και ειδικότερα στα ελληνικά νοσοκομεία

Το ιδανικό σενάριο όπου το μοντέλο ΣΔΙΤ θα είχε αναμφίβολα προστιθέμενη αξία στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης τόσο στο εξωτερικό όσο στην Ελλάδα.

### **Υλικό και μέθοδος:**

Η μέθοδος της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Πιο συγκεκριμένα έγινε αναζήτηση της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων , Pubmed και Science Direct.

### **Αποτελέσματα:**

Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν αποκλείστηκαν μελέτες πριν το 2015 καθώς είναι σκόπιμο να μελετηθεί η εφαρμογή της πρακτικής ΣΔΙΤ στο πρόσφατο παρελθόν και στο παρόν.

Συνοψίζοντας, η Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα απαιτεί προσεκτική και ισορροπημένη διαχείριση για να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις και να διασφαλιστεί η βέλτιστη φροντίδα υγείας για όλους τους πολίτες.

#### **Συμπεράσματα:**

**Ανάγκη για Συνεργασία:** Η συνεργασία μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στον τομέα της υγείας αποτελεί αναγκαιότητα για να ανταποκριθεί ο δημόσιο σύστημα υγείας στις αυξημένες απαιτήσεις που αντιμετωπίζει από την κυβέρνηση και τους πολίτες.

**Διαχείριση ως Πρόκληση:** Η αποτελεσματική διαχείριση των συμπράξεων PPP απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό, διαφάνεια και αποτελεσματική επίβλεψη για να διασφαλιστεί η βέλτιστη λειτουργία τους.

**Οικονομική Βιωσιμότητα:** Η οικονομική βιωσιμότητα των συμπράξεων PPP πρέπει να βρίσκεται στο επίκεντρο των σκέψεων, δεδομένου ότι η υγεία απαιτεί σημαντικές χρηματοοικονομικές επενδύσεις και πόρους.

**Ποιότητα της Φροντίδας:** Η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών πρέπει να παρακολουθείται προσεκτικά και να διατηρείται σε υψηλά επίπεδα, παρά τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα.

**Πρόσβαση στην Υγεία:** Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να διασφαλίζεται για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης.

**Δημόσιος Έλεγχος και Κυριαρχία:** Ο δημόσιος τομέας πρέπει να διατηρεί τον έλεγχο και την ικανότητα να καθορίζει τις πολιτικές υγείας, ενώ οι συμπράξεις PPP πρέπει να συμβάλλουν στην επίτευξη αυτών των στόχων.

#### **Λέξεις-κλειδιά:**

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι "ΣΔΙΤ (personal-private partnership)", "Health Care" και "Hospitals" μεμονωμένα ή σε συνδυασμό.

## Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

Το νοσοκομείο διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στο σύστημα υπηρεσιών υγείας σε πολλές χώρες [1]. Θεωρείται η μόνη υγειονομική μονάδα με μεγάλα κεφάλαια, πλούσιους πόρους και υψηλό επιστημονικό επίπεδο [2]. Από την άλλη, τα νοσοκομεία θεωρούνται επίσης εγκαταστάσεις υγείας που χρειάζονται πολλούς πόρους [3]. Οι δαπάνες των νοσοκομείων στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι περίπου 26%-53% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία της χώρας [4]. Το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα των νοσοκομείων, προκαλείται από αλλαγές στα δημογραφικά στοιχεία, την επιδημιολογία, όπως η τάση αύξησης των χρόνιων εκφυλιστικών ασθενειών και οι τεχνολογικές εξελίξεις [5 , 6]. Τα τελευταία χρόνια εκφράζονται συνεχώς αιτήματα για αποτελεσματικότητα στην υγειονομική περίθαλψη προερχόμενα από υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, χρηματοδότες και επαγγελματίες υγείας [7].

Οι κυβερνήσεις σε διάφορες χώρες πείστηκαν να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας σε χαμηλές τιμές και η προώθηση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μέρος της λύσης [8].

Η ΣΔΙΤ: α) γεννήθηκε λόγω της ανυπακοής της διοίκησης των νοσοκομείων στην τροφοδοσία για τα ελάχιστα πρότυπα εξυπηρέτησης. β) επιλέχθηκε ως ο καλύτερος μηχανισμός για το συνδυασμό ευκαιριών από τη ρύθμιση του δημόσιου τομέα και τη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα [9]. και γ) συνδύασε τα πλεονεκτήματα του ιδιωτικού τομέα, που κυμαίνονται από την καινοτομία, τη γνώση, τις δεξιότητες, την αποτελεσματικότητα έως την επιχειρηματικότητα, με τα καθήκοντα του δημόσιου τομέα, όπως η ευθύνη, η κοινωνική δικαιοσύνη και η δημόσια λογοδοσία, για την παραγωγή ποιοτικών υποδομών και υπηρεσιών [10].

Στην βιβλιογραφία συναντάμε τον όρο ΣΔΙΤ με ποικίλους ορισμούς χωρίς να εμφανίζεται ένας ενιαίος [11]. Γενικά, ορίζεται ως μια συλλογική προσπάθεια με ομόφωνα καθήκοντα, καλή λογοδοσία και προθυμία επιμερισμού κινδύνου

εντός αξιόπιστης δομής διαχείρισης για την παραγωγή ή την παράδοση δημόσιων αγαθών, καθώς και με καθορισμένες επιδόσεις εντός καθορισμένης χρονικής περιόδου, ευθυγραμμίζοντας τόσο το κοινό και ιδιωτικά συμφέροντα [12]. ΣΔΙΤ είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη σύνδεση του δημόσιου τομέα και του ιδιωτικού τομέα για την επίτευξη κοινών στόχων [13]. Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη κοινού στόχου, την κοινή χρήση των κινδύνων και των ανταμοιβών που καθορίζονται στη σύμβαση καθώς και την παροχή υπηρεσιών ή διευκολύνσεων στο κοινό. [10 , 12 , 14]. Τις τελευταίες δεκαετίες, η δημοτικότητα των ΣΔΙΤ έχει αυξηθεί σύμφωνα με τα κυβερνητικά βήματα που άνοιξαν ευκαιρίες στον ιδιωτικό τομέα να συμβάλει στην παροχή δημόσιων αγαθών [10 , 15].

Οι Nikolic, Maikisch, Raman και Björkmand χώρισαν τη ΣΔΙΤ σε τέσσερα μοντέλα: υποδομή, παροχή υπηρεσιών, οικονομική προστασία και ένα άλλο μοντέλο. Το μοντέλο υποδομής ΣΔΙΤ είναι γενικά παραλλαγές των μοντέλων σχεδιασμού, κατασκευής, χρηματοδότησης, ιδιοκτησίας, λειτουργίας, μίσθωσης και μεταβίβασης. Το μοντέλο παροχής υπηρεσιών εμφανίζεται κυρίως με τη μορφή συμβάσεων «μέσα» και «εκτός», συμβάσεων διαχείρισης, συνεγκατάστασης και δικαιόχρησης. Το μοντέλο οικονομικής προστασίας ΣΔΙΤ θα μπορούσε να έχει τη μορφή κουπονιών, καρτών υγείας, ασφάλισης (κοινοτικής ασφάλισης, κοινωνικής ασφάλισης/μικροχρηματοδότησης) και μετρητών/κινήτρων υπό όρους. Άλλα μοντέλα ΣΔΙΤ αποτελούνται από συνδυασμό δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, τηλεϊατρική, κοινωνικό μάρκετινγκ/υγεία, εκπαίδευση, έρευνα και ανάπτυξη ικανοτήτων [12 , 14].

Η ΣΔΙΤ είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για να ξεπεραστεί το πρόβλημα των ανεπαρκειών υποδομής, της πρόσβασης, της ποιότητας των υπηρεσιών όταν η κυβέρνηση αντιμετωπίζει δημοσιονομικούς περιορισμούς [16]. Σημειώθηκε απότομη αύξηση των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες υποδομών υγείας όπως κτίρια, τεχνολογικά συστήματα, κλινικές υπηρεσίες και μη κλινικές υπηρεσίες [10]. Μια ποιοτική μελέτη στη Σαουδική Αραβία έδειξε ότι η ΣΔΙΤ στα νοσοκομεία έχει βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών, έχει αυξήσει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα στις υπηρεσίες και έχει μειώσει τις πιθανές απώλειες νοσοκομείων λόγω του

επιμερισμού κινδύνου [17]. Αν και η ΣΔΙΤ εμφανίζει θετικά αποτελέσματα, μελέτες στην Ισπανία έδειξαν ότι δεν ήταν πάντα η καλύτερη λύση σε σχέση με τα νοσοκομεία με παραδοσιακή διαχείριση. [18]. Ακόμα από την ίδια χώρα, μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι η ΣΔΙΤ, γενικά, δεν έχει ξεπεράσει τις προσδοκίες στα νοσοκομεία με την παραδοσιακή διαχείριση, αν και η πρόοδος ήταν αξιοσημείωτη σε ορισμένους τομείς υπηρεσιών [19].

## Γενικό μέρος

### Κεφάλαιο 2. Θεωρητικό Πλαίσιο Μοντέλου ΣΔΙΤ

Οι ΣΔΙΤ διατίθενται στο εμπόριο ως συμφωνίες win-win και διακρίνονται από τη μεγάλη διάρκεια ζωής τους και τη σημαντική χρηματοδότηση από τον ιδιωτικό τομέα [ 23 , 24 ].

#### 2.1. Περιεχόμενα της έννοιας

Δεν υπάρχει συναίνεση μεταξύ των ειδικών σχετικά με το ποιες μορφές αλληλεπίδρασης μεταξύ κυβέρνησης και επιχειρήσεων μπορούν να ταξινομηθούν ως ΣΔΙΤ. Μια ευρεία ερμηνεία υπονοεί ότι η ΣΔΙΤ είναι μια εποικοδομητική αλληλεπίδραση μεταξύ κυβέρνησης και επιχειρήσεων όχι μόνο στην οικονομία, αλλά και στην πολιτική, τον πολιτισμό, την επιστήμη κ.λπ.

Μεταξύ των βασικών χαρακτηριστικών των συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σε στενή (οικονομική) ερμηνεία είναι τα ακόλουθα:

- τα μέρη της ΣΔΙΤ είναι η κρατική και ιδιωτική επιχείρηση.

- η αλληλεπίδραση μεταξύ των μερών καθορίζεται σε επίσημη, νομική βάση·
- η αλληλεπίδραση μεταξύ των μερών είναι ίση·
- Η ΣΔΙΤ έχει έναν σαφώς εκφρασμένο δημόσιο, κοινωνικό προσανατολισμό.
- κατά τη διαδικασία υλοποίησης έργων βάσει ΣΔΙΤ, ενοποιούνται πόροι και συνεισφορές των μερών·

Οι χρηματοοικονομικοί κίνδυνοι και το κόστος, καθώς και τα αποτελέσματα που επιτυγχάνονται, κατανέμονται μεταξύ των μερών σε προκαθορισμένες αναλογίες [3] .

Κατά κανόνα, η ΣΔΙΤ υποθέτει ότι δεν είναι το κράτος που εμπλέκεται σε επιχειρηματικά έργα, αλλά, αντίθετα, το κράτος καλεί τις επιχειρήσεις να συμμετάσχουν στην υλοποίηση κοινωνικά σημαντικών έργων.

Για να εφαρμοστεί με επιτυχία ένα πρόγραμμα ΣΔΙΤ, χρειάζεται:

- Πολιτική θέληση.
- Σχετικό νομικό και κανονιστικό πλαίσιο.
- Εγκαταστάσεις με σημαντική αρχική επένδυση κεφαλαίου και μακροπρόθεσμες απαιτήσεις συντήρησης καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής τους.
- Έργα παρόμοιου μεγέθους για σύγκριση κόστους με το κόστος οργάνωσης των δημοσίων συμβάσεων.
- Η διαρκής εγγυημένη ανάδειξη έργων που μπορούν να ενδιαφέρουν ιδιωτικές εταιρείες να δημιουργήσουν τεχνολογικές, επενδυτικές και οικονομικές ευκαιρίες.
- Θεσμική ικανότητα διαχείρισης τόσο του συνόλου του προγράμματος ΣΔΙΤ όσο και των μεμονωμένων έργων [4] .



## 2.2. Μορφές υλοποίησης

Με την ευρεία έννοια, οι κύριες μορφές ΣΔΙΤ στον τομέα της οικονομίας και της δημόσιας διοίκησης περιλαμβάνουν [3] :

- αμοιβαία επωφελείς μορφές αλληλεπίδρασης μεταξύ κράτους και επιχειρήσεων·
- κρατικές συμβάσεις·
- σχέσεις ενοικίασης
- χρηματοδοτική μίσθωση ( leasing )
- δημόσιες-ιδιωτικές επιχειρήσεις·
- συμφωνίες καταμερισμού παραγωγής (PSA)·
- συμβάσεις παραχώρησης .

Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι ο πιο επιθυμητός συμβιβασμός μεταξύ της τιμής και της ποιότητας της υποδομής και των συνοδευτικών υπηρεσιών, αντί της χαμηλότερης τιμής, θα πρέπει να χρησιμοποιείται για τη σύγκριση των έργων ΣΔΙΤ με τις παραδοσιακές δημόσιες συμβάσεις [25] . Το μοντέλο ΣΔΙΤ επιτρέπει στους οργανισμούς να προσελκύουν οικονομικές και τεχνικές δυνατότητες σε τομείς όπου ο δημόσιος τομέας δεν είναι τόσο ισχυρός [ 10 ]. Από την άλλη πλευρά, σε αρκετές μελέτες [ 5] αναγνωρίζουν ότι οι ΣΔΙΤ δεν αποτελούν μια θαυματουργή λύση στο πλαίσιο των υπηρεσιών υποδομής (π.χ. νοσοκομεία) και ότι η αξία τους πρέπει να εξετάζεται και να αξιολογείται κατά περίπτωση.

Προκειμένου να αξιολογηθεί το μοντέλο κατά περίπτωση, είναι σημαντικό να εντοπιστούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του μοντέλου. Άλλη μελέτη [ 4] προσδιόρισε τα βασικά πλεονεκτήματα που περιλαμβάνουν: (i) την αίσθηση ενισχυμένης εταιρικής σχέσης μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ii)

καλύτερη διαχείριση κινδύνων. (iii) την εφαρμογή σαφέστερων κυβερνητικών πολιτικών. (iv) τον εντοπισμό κρίσιμων παραγόντων επιτυχίας. (v) βελτιωμένη διαχείριση συμβάσεων. και (vi) καταλληλότερες οικονομικές αναλύσεις. Ειδικότερα, για τον δημόσιο εταίρο, τα κύρια πλεονεκτήματα είναι η βελτίωση της απόδοσης, η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, η καλύτερη παροχή υπηρεσιών και η κατάλληλη κατανομή των κινδύνων και των ευθυνών. Ο ιδιωτικός εταίρος, από την άλλη πλευρά, προσπαθεί για καλύτερες επενδυτικές δυνατότητες, λογικό κέρδος και περισσότερες ευκαιρίες να επεκτείνει τα επιχειρηματικά του συμφέροντα [ 5 , 26].

Εκτός από τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, είναι επίσης σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι μια διάσταση που πρέπει να αξιολογηθεί σχετίζεται με τη δημόσια λογοδοσία του μοντέλου και την εφαρμογή του σε κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς.

Έτσι, πρόσφατη μελέτη [ 35 ] πρότεινε ένα αναλυτικό πλαίσιο που στόχευε να αξιολογήσει σε ποιο βαθμό το μοντέλο ΣΔΙΤ παρέχει (ή θα παρέχει) αγαθά και υπηρεσίες σύμφωνα με τους στόχους του δημόσιου τομέα όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ισότητά του. Η αξιολόγηση μετριέται σε έξι διαστάσεις: (1) κινδύνους, (2) κόστος και οφέλη, (3) κοινωνικές και πολιτικές επιπτώσεις, (4) δεξιότητες, (5) συνεργασία και (6) μέτρηση απόδοσης. Η στρατηγική σκέψη των διευθυντών σχετικά με τα καθαρά κέρδη για τον δημόσιο εταίρο που αποκτάται με την προσφορά του μοντέλου και την προσεκτική εξέταση του εξαδιάστατου πλαισίου θα πρέπει να οδηγήσει σε μια επαγγελματική δομή διαχείρισης που διασφαλίζει τη συνεχή παρακολούθησή τους καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής της εταιρικής σχέσης, οδηγώντας έτσι σε μια δομή διαχείρισης που αντανακλά μια κουλτούρα δημόσιας λογοδοσίας [35].

Οι δραστηριότητες διαχείρισης διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στον προσδιορισμό της επιτυχίας ή της αποτυχίας ενός έργου ΣΔΙΤ, αναφερόμενοι σε μια διάσταση από κοινού καθορισμένων κανόνων και κανόνων που έχουν σχεδιαστεί για να ρυθμίζουν και να ελέγχουν ατομικές και ομαδικές συμπεριφορές [36] . Η διαχείριση του μοντέλου ΣΔΙΤ αφορά την καθοδήγηση των διαδικασιών λήψης αποφάσεων και δράσης σε ιδιωτικό, δημόσιο και

κοινωνικό τομέα. Συνήθως, τα έργα ΣΔΙΤ έχουν ένα θεωρητικό πλαίσιο και ένα σύνολο βασικών ερωτημάτων που καθοδηγούν τη διαχείρισή τους. Από τη συστηματοποίηση της βιβλιογραφίας, ήταν δυνατό να ανακαλυφθεί ότι τα πιο πιεστικά ζητήματα που σχετίζονται με τη διαχείριση του μοντέλου ΣΔΙΤ είναι η συνεργασία, η εμπιστοσύνη, η επικοινωνία, η χωρητικότητα, η κατανομή και η κατανομή κινδύνων, ο ανταγωνισμός και, τέλος, η διαφάνεια [36] .

## **Ειδικό μέρος**

### **Κεφάλαιο 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **3.1. Ερευνητικά ερωτήματα**

Ως συμβολή στη βιβλιογραφία, βασικός σκοπός της εργασίας είναι να μελετηθεί η ΣΔΙΤ κλινικών περιστατικών νοσοκομείων και να ερευνηθεί η πρόσφατη ελληνική εμπειρία.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που εξετάστηκαν ήταν τα εξής :

- Είναι δυνατόν να εντοπιστεί η σαφής πορεία προς την επιτυχία κατά την εφαρμογή του μοντέλου ΣΔΙΤ στα νοσοκομεία και ειδικότερα στα ελληνικά νοσοκομεία;
- Είναι δυνατόν να εντοπιστεί ένα ιδανικό σενάριο όπου το μοντέλο ΣΔΙΤ θα είχε αναμφίβολα προστιθέμενη αξία στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης τόσο στο εξωτερικό όσο στην Ελλάδα;

#### **3.2. Σχεδιασμός βιβλιογραφικής ανασκόπησης**

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιείται η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Πιο συγκεκριμένα, θα γίνει αναζήτηση της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων , Pubmed και Science Direct. Οι λέξεις κλειδιά που θα χρησιμοποιηθούν είναι "ΣΔΙΤ (personal-private partnership)", "Health Care" και "Hospitals" μεμονωμένα ή σε συνδυασμό.

### **3.3. Κριτήρια εισαγωγή και αποκλεισμού μελετών**

Οι μελέτες που εντοπίστηκαν αρχικά στις βάσεις δεδομένων ήταν 172 πλην όμως κατόπιν κριτηρίων και αποκλεισμού χρησιμοποιήθηκαν 29 μελέτες. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν αποκλείστηκαν μελέτες πριν το 2015 καθώς είναι σκόπιμο να μελετηθεί η εφαρμογή της πρακτικής ΣΔΙΤ στο πρόσφατο παρελθόν και στο παρόν. Ακόμα αποκλείστηκαν μελέτες οι οποίες αφορούσαν στην εφαρμογή του μοντέλου ΣΔΙΤ αλλά δεν το συσχέτιζαν με κλινικά περιστατικά νοσοκομείων. Ως εκ τούτου, έγινε εισαγωγή μελετών μετά το 2015 όπου η θεματολογία τους αφορούσε σε κλινικά περιστατικά νοσοκομείων.

## **Κεφάλαιο 4. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας**

### **4.1. Μοντέλο που εφαρμόζεται στον Τομέα Υγείας**

Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας εμπλέκονται όλο και περισσότερο σε έργα ΣΔΙΤ, στα οποία ιδιωτικές εταιρείες αναλαμβάνουν συμβάσεις από τις κυβερνήσεις για τη χρηματοδότηση και την παροχή νέων νοσοκομείων και συναφών υπηρεσιών [ 7 ]. Για να ορίσουν τον όρο ΣΔΙΤ που εφαρμόζεται στον τομέα της υγείας, οι συγγραφείς προηγούμενων δημοσιεύσεων [ 37 , 38 , 39 ] χρησιμοποίησαν ως βάση το σύστημα υγείας και

την αντίστοιχη παροχή υπηρεσιών. Άλλη μελέτη [ 37 ] αντιμετωπίζει το μοντέλο ΣΔΙΤ όσον αφορά τις συνεισφορές του ιδιωτικού τομέα στον δημόσιο τομέα, ποσοτικοποιώντας τις σε τρία επίπεδα:

i.

Μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, είτε με τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών είτε με την αύξηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών.

ii.

Διευρυμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό, χρησιμοποιώντας πιο οικονομικά μέσα παροχής υπηρεσιών και χρησιμοποιώντας τους εξειδικευμένους πόρους του ιδιωτικού τομέα.

iii.

Παραγωγή πρόσθετων πόρων και εσόδων για το δημόσιο τομέα, μέσω ενοικίασης εγκαταστάσεων/εξοπλισμού ή εξειδικευμένων γνώσεων στον ιδιωτικό τομέα με λογικό κόστος.

Άλλη πρόσφατη έρευνα αναφέρει ότι το μοντέλο ΣΔΙΤ αντιπροσωπεύει μια επανατοποθέτηση των συστημάτων υγείας από τις κυβερνήσεις, ενώνοντας τη λογική της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, εστιάζοντας σε έναν τρισδιάστατο στόχο: (i) να επιτραπεί στους δημόσιους φορείς να έχουν πρόσβαση σε ιδιωτικό κεφάλαιο και καλύτερη διαχείριση, (ii) να επιτραπεί στον δημόσιο τομέα να επωφεληθεί από την εμπειρία του ιδιωτικού τομέα και στο κράτος να έχει πρόσβαση στις τεχνολογίες με λιγότερο δαπανηρό τρόπο και, κυρίως, να αναδιανείμει τους κινδύνους, την ασφάλεια της παροχής υπηρεσιών και την επέκταση των υποδομών υγείας και υπηρεσίες και (iii) να χρησιμοποιήσει, με έξυπνο τρόπο, την ευελιξία και την ακρίβεια του ιδιωτικού τομέα για να αντισταθμίσει τη βραδύτητα των κανονισμών και των διαδικασιών στο δημόσιο τομέα, επιτρέποντας έτσι την καλύτερη προσαρμογή των μέσων του κράτους στους στόχους του [ 38 ] .

Τέλος, μελέτη [ 39 ] υποστηρίζει ότι, σε ένα πλαίσιο όπου υπάρχει συσσώρευση αναγκών χρηματοδότησης και αυξημένη προσφορά υπηρεσιών υγείας και διάφοροι δημοσιονομικοί περιορισμοί, το μοντέλο ΣΔΙΤ στοχεύει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των δημόσιων υπηρεσιών και στην ενίσχυση των οικονομικών, λειτουργικών και υποδομών βιωσιμότητα. Σε αντίθεση με τους προηγούμενους ισχυρισμούς, άλλη μελέτη [ 39 ] υποστηρίζει ότι η ιδιωτική χρηματοδότηση κλινικών υπηρεσιών, αντί να επιτρέπει στον δημόσιο τομέα να απελευθερώνει χρόνο και πόρους, συμβάλλει στην υποτίμησή του μέσω της θέσπισης μεικτών καθεστώτων χρηματοδότησης, συνάγοντας πιο δύσκολες διαδικασίες διαχείρισης και λογιστικής [40 ] .

Πρόσφατη έρευνα [ 39 ] καθιερώνει ένα σημείο αναφοράς για νέες γραμμές έρευνας, διευκρινίζοντας τη σκοπιμότητα της αυστηρής αξιολόγησης και σύγκρισης της ποιότητας μεταξύ των μεθόδων σύναψης συμβάσεων ΣΔΙΤ. Άλλη έρευνα [ 11 ] υποστηρίζει επίσης ότι, παρά το υψηλό επίπεδο ενδιαφέροντος του μοντέλου ΣΔΙΤ για τον ακαδημαϊκό κόσμο, το υλικό που έχει δημοσιευτεί μέχρι στιγμής εξακολουθεί να είναι κατακερματισμένο και να επικεντρώνεται κυρίως στο θέμα των δαπανών διαχείρισης.

Σύγχρονη μελέτη [ 41 ] αναγνώρισε τους βασικούς κλάδους όπου τα έθνη θα πρέπει να ενισχύσουν την προσφορά τους, με τον τομέα της υγείας να αντιπροσωπεύει μία από τις ευκαιρίες για τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα. Η τρέχουσα βιβλιογραφία έχει ήδη παραγάγει ορισμένες συστηματικές ανασκοπήσεις που συνοψίζουν τη γνώση στο πεδίο εφαρμογής του μοντέλου ΣΔΙΤ που εφαρμόζεται στην υγεία (π.χ., [ 7 , 27 , 42]). Αναλύοντας τις διαθέσιμες αξιολογήσεις, είναι δυνατό να υποστηριχθεί ότι οι ΣΔΙΤ συνδυάζουν τα δυνατά σημεία των ιδιωτικών εταιρών (π.χ. καινοτομία, τεχνικές γνώσεις και δεξιότητες, αποτελεσματικότητα διαχείρισης και επιχειρηματικότητα) με τα δυνατά σημεία των δημοσίων εταιρών (π.χ. κοινωνική ευθύνη, κοινωνική δικαιοσύνη, δημόσια λογοδοσία και τοπική γνώση), δημιουργώντας έτσι ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την παροχή υψηλής ποιότητας υποδομών και υπηρεσιών υγείας [ 42 ] .

Επιπλέον, μέσω της εφαρμογής ΣΔΙΤ, και οι δύο εταίροι μπορούν να επιτύχουν οφέλη όπως η δημιουργία θέσεων εργασίας και η εκπαιδευτική ανάπτυξη στον

τομέα της καινοτομίας και του ανταγωνισμού και η ανάπτυξη υποδομών υγείας [ 42 ].

Ωστόσο, άλλος ερευνητής [ 27] υποστήριξε ότι δεν υπάρχει κατανόηση των κύριων παραγόντων και χαρακτηριστικών που οδηγούν στην επιτυχία του μοντέλου ΣΔΙΤ, εντοπίζοντας έναν αυξανόμενο αριθμό προβλημάτων που σχετίζονται με την εφαρμογή αυτού του τύπου μοντέλου. Ο ερευνητής αυτός [ 27 ] υποστηρίζει ότι η κυβέρνηση πρέπει να ενεργεί ως ρυθμιστής σε κλάδους όπως η υγειονομική περίθαλψη όπου η λογοδοσία είναι ζωτικής σημασίας και η γενική ευημερία διακυβεύεται. Επομένως, απαιτείται πιο ενεργή συμμετοχή της κυβέρνησης για τον μετριασμό των ζητημάτων που προκύπτουν με την εφαρμογή των ΣΔΙΤ που εφαρμόζονται σε έργα κατασκευής νοσοκομείων, συγκεκριμένα ζητήματα που σχετίζονται με το κόστος, την ποιότητα, την ευελιξία και την πολυπλοκότητα.

Άλλη μελέτη [ 7 , 27] υποστήριξε ότι οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας δεν πρέπει μόνο να καλύψουν τα κενά στην παροχή υπηρεσιών στον πληθυσμό και να κυριαρχήσουν στην ανάπτυξη υποδομών που διατίθενται στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά θα πρέπει επίσης να προσφέρουν πολλά άλλα πιθανά οφέλη, όπως:

Να επιτρέπει την πιο αποτελεσματική χρήση της υπάρχουσας υποδομής.

Να επιτραπεί η επιτάχυνση των προγραμμάτων υγείας που διαχειρίζονται οι κυβερνήσεις.

Πρώθηση κινήτρων τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών.

Ορισμένα τμήματα του πληθυσμού πρέπει να θεωρούνται αγορές. αυτό μπορεί να καθοριστεί μέσω ΣΔΙΤ.

Ωστόσο, τα έργα δεν διαθέτουν την αυστηρή ανάλυση κινδύνου, τη βέλτιστη κατανομή κινδύνου και εστιάζουν στο κόστος ολόκληρου του έργου και στη μακροπρόθεσμη διαχείριση της απόδοσης που απαιτούνται για την επίτευξη αυτών των οφελών.

Η επιρροή στο δημόσιο συμφέρον, σύμφωνα με [27], είναι ένα από τα βασικά ζητήματα με τις ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με

τον συγγραφέα, τα πραγματικά παραδείγματα χρήσης του μοντέλου στον τομέα της υγείας δείχνουν πτώση στην ποιότητα της παροχής υπηρεσιών. Η υποχρηματοδότηση που προκαλείται από τις δαπάνες των ΣΔΙΤ, οι οποίες ωθούν σε περικοπές παροχής υπηρεσιών για τη μείωση των ελλειμμάτων και βλάπτουν το δημόσιο συμφέρον, είναι η αιτία αυτής της πτώσης της ποιότητας. Οι συγγραφείς προτείνουν ότι για τη διασφάλιση του δημόσιου συμφέροντος, οι κατευθυντήριες αρχές των προσπαθειών ΣΔΙΤ θα πρέπει να επικεντρώνονται στην ιδέα της ισότητας στην υγεία και να επικεντρώνονται στα οφέλη για την κοινωνία και όχι στο αμοιβαίο πλεονέκτημα των εταίρων.

Εμπειρικά στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι ΣΔΙΤ είναι πολλά υποσχόμενες για τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων που επιθυμούν να αποκτήσουν μεγαλύτερη βεβαιότητα σχετικά με τα αποτελέσματα, όπως το κόστος, η ποιότητα και ο όγκος των υπηρεσιών, από ό,τι μπορεί να επιτευχθεί μέσω εναλλακτικών μηχανισμών δημοσίων συμβάσεων [7].

Από την άλλη πλευρά, όπου η κρατική ικανότητα είναι περιορισμένη, οι ΣΔΙΤ που διατίθενται σε υπηρεσίες που παρέχονται στα νοσοκομεία είναι απίθανο να παράγουν καλά αποτελέσματα, όσον αφορά τη βεβαιότητα κόστους και ποιότητας. Έτσι, υπάρχει θεωρητική συναίνεση σχετικά με τα οφέλη που μπορεί να αποφέρει το μοντέλο ΣΔΙΤ όταν εφαρμόζεται στην υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, οι παράγοντες που οδηγούν στην επιτυχία των συνεργασιών δεν είναι σαφείς και τα επιστημονικά στοιχεία εγείρουν ορισμένες αμφιβολίες σχετικά με την αύξηση της ποιότητας που μετράται με την εφαρμογή του μοντέλου ΣΔΙΤ.

Πρόσφατη έρευνα [43] ανέλυσε ένα μοντέλο ΣΔΙΤ που περιλαμβάνει την κατασκευή ενός νοσοκομείου και τη συνεχή παροχή των κλινικών και μη κλινικών του υπηρεσιών στο πλαίσιο ενός δημόσιου συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ο συγγραφέας υποστήριξε ότι όπου υπάρχουν ελάχιστα προβλήματα αμφισβήτησης και αξιολόγησης απόδοσης, η υπηρεσία θα πρέπει να παρέχεται εντός μιας ιεραρχίας δημόσιας διοίκησης. Αντιθέτως, όπου η μέτρηση και η αξιολόγηση της απόδοσης είναι απλή και η σύναψη συμβάσεων είναι εξαιρετικά αμφισβητήσιμη, η υπηρεσία ή αγαθό θα πρέπει να προμηθεύεται με χρήση του ιδιωτικού τομέα.



Παρά την προσφερόμενη αιτιολόγηση, τα πλεονεκτήματα του μοντέλου ΣΔΙΤ έναντι της συμβατικής προσέγγισης των συμβάσεων εξακολουθούν να συζητούνται έντονα. Είναι εφικτό να αναφέρουμε μια σειρά από κρίσιμες ανησυχίες που συνεχίζουν να προκαλούν αμφιβολίες για τα οφέλη του μοντέλου ΣΔΙΤ, συμπεριλαμβανομένου του κόστους, της ποιότητας, της ευελιξίας και της πολυπλοκότητας.

Ακολουθώντας αυτή την ιδέα, εξερευνώντας τη διάσταση «Κόστος έναντι Ποιότητας», πρόσφατη μελέτη [43] παρουσίασε θετικά συμπεράσματα κατά τη σύγκριση του μοντέλου ΣΔΙΤ με τις δημόσιες συμβάσεις. Ο συγγραφέας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η κατασκευή νέων νοσοκομείων είναι πιο πιθανό να εκτελεστεί έγκαιρα και εντός του προϋπολογισμού όταν εφαρμόζεται ένα μοντέλο ΣΔΙΤ. Ωστόσο, αυτά τα κέρδη συχνά φαίνεται να είναι εις βάρος της ποιότητας. Μελέτη [43] κατέληξε επίσης στο συμπέρασμα ότι είναι αδύνατο να πούμε εάν το μοντέλο ΣΔΙΤ είναι ελαττωματικό ή εάν η χαμηλότερη ποιότητα προκύπτει από κακή εκτέλεση κατασκευής. Μια εύλογη ερμηνεία είναι ότι η πρόσθετη πολυπλοκότητα του μοντέλου ΣΔΙΤ κάνει όλα τα έργα εκτός από τα απλούστερα πολύ διάχυτα.

Σύγχρονη έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ρυθμιστική σταθερότητα, το ποσοστό απασχόλησης, η χωρητικότητα των νοσοκομείων, η διάρκεια κατασκευής και η περίοδος παραχώρησης έχουν σημαντική σχέση με τις συνολικές επενδύσεις σε υποδομές. Σε γενικές γραμμές, πρόσφατοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μπορεί να επιτευχθεί υψηλότερο επίπεδο αξίας για τα χρήματα (VfM) στα νοσοκομειακά έργα ΣΔΙΤ όταν αναπτύσσονται μέσα σε ένα καλό οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον για την τόνωση του ανταγωνισμού και, στη συνέχεια, τη μείωση των δημοσίων δαπανών. Επιπρόσθετα, συμπεραίνεται ότι τα μικρά νοσοκομεία, που απαιτούν μικρότερη κατασκευαστική προσπάθεια, όταν παραχωρούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα, είναι πιο πιθανό να επιτύχουν καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα, φέροντας χαμηλότερο επίπεδο κατασκευαστικού κινδύνου.

Στην ίδια λογική, πρόσφατη μελέτη [44] εξέτασε υποθέσεις σχετικά με τις δραστηριότητες της ΣΔΙΤ και τον ρόλο της στη βελτίωση των δημόσιων προμηθειών της χειρουργικής και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σύγχρονοι

μελετητές υποστήριξαν ότι η επιτυχία των έργων ΣΔΙΤ εξαρτάται από την ικανότητα των ιδιωτών συμμετεχόντων να (i) αξιολογήσουν πώς οι υποθέσεις ΣΔΙΤ προσθέτουν αξία στις δραστηριότητές τους να (ii) αξιολογούν την αποτελεσματικότητα αυτών των παραδοχών που εφαρμόζονται στις προβλεπόμενες δραστηριότητες και (iii) να προετοιμάζονται να ευθυγραμμίσουν τις επιχειρηματικές τους αρχές με τους κυβερνητικούς στόχους ΣΔΙΤ.

Πρόσφατη έρευνα [44] κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η παροχή στους δημόσιους εταίρους μεγαλύτερης διακριτικής ευχέρειας από τους ιδιωτικούς εταίρους για κρίσιμες αποφάσεις μπορεί να βοηθήσει να διασφαλιστεί ότι οι υποθέσεις στις δραστηριότητες ΣΔΙΤ καταλήγουν σε αποτελέσματα που ταιριάζουν με τα αναμενόμενα οφέλη για την υγεία. Κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα ότι τα χαρακτηριστικά ΣΔΙΤ από μόνα τους μπορεί να μην εξηγούν επαρκώς γιατί και πώς μπορεί να μην παράγουν οφέλη όταν εφαρμόζονται σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Πράγματι, οι ιδιωτικοί εταίροι φέρνουν σημαντικές νέες δεξιότητες και τεχνογνωσία, αλλά ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύουν τις υποθέσεις των δραστηριοτήτων τους διευκολύνει την απόδοσή τους, καθιστώντας τους πολύ πιο χρήσιμους για την επίτευξη των αναμενόμενων οφελών για την υγεία.

Σύγχρονη μελέτη [29] ξεκίνησε να μελετήσει πώς τα μοντέλα «Big Data» μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα και την επικαιρότητα των πληροφοριών στις επενδύσεις σε υποδομές υγειονομικής περίθαλψης ΣΔΙΤ, καθιστώντας τις πιο βιώσιμες και αυξάνοντας τη συνολική τους αποτελεσματικότητα. Παρά τα οφέλη που έχουν ήδη σημειωθεί, είναι εφικτό να επισημανθούν τα ακόλουθα κύρια προβλήματα με την εφαρμογή του μοντέλου ΣΔΙΤ σε αυτή τη μελέτη: (α) πολυπλοκότητα, όσον αφορά το σχεδιασμό της συναλλαγής και τη σύνταξη της απαραίτητης τεκμηρίωσης (β) υψηλότερο κόστος δανεισμού σε σύγκριση με τη συμβατική χρηματοδότηση και (γ) μακρά διαπραγμάτευση συμφωνιών χρηματοδότησης και λειτουργίας. Σύμφωνα με τη μελέτη, η συνεργασία μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών εταίρων ενισχύει τη συνδημιουργία αξίας, ενισχύει το VfM, και μειώνει τον κίνδυνο όταν τα μεγάλα δεδομένα είναι δικτυωμένα και χρησιμοποιούνται διαλειτουργικές βάσεις δεδομένων. Επιπλέον, οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι τα μεγάλα δεδομένα είναι διαθέσιμα σε μαζικούς όρους από

διαφορετικές πηγές και σε πραγματικό χρόνο και είναι πιθανό να έχουν αξιοσημείωτο αντίκτυπο στον σχεδιασμό και τη διαχείριση των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, με συνεχή ανατροφοδότηση και συντονισμό που μειώνει τον κίνδυνο και βελτιώνει αξία για τα χρήματα και ανθεκτικότητα σε εξωτερικούς κραδασμούς.

Η ακαδημαϊκή κατανόηση της εφαρμογής του μοντέλου ΣΔΙΤ στην υγειονομική περίθαλψη εξακολουθεί να είναι ένα καυτό θέμα συζήτησης. Υπάρχει σημαντική έλλειψη πραγματικών δεδομένων για την υποστήριξη των ισχυρισμών που διατυπώνονται σχετικά με τις ΣΔΙΤ, παρά το γεγονός ότι οι θεωρητικές και εννοιολογικές αξιολογήσεις δείχνουν σημαντικές βελτιώσεις όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την εξοικονόμηση κόστους.

## **Κεφάλαιο 5. Η Απόδοση του Μοντέλου ΣΔΙΤ**

Όσον αφορά τον τρόπο μέτρησης της απόδοσης του μοντέλου ΣΔΙΤ, η βιβλιογραφία [25] περιγράφει τρεις κατηγορίες που πρέπει να μετρώνται κατά την υλοποίηση και τη λειτουργία έργων ΣΔΙΤ:

Κόστος — αναφέρεται στο λειτουργικό κόστος, στο κόστος κεφαλαίου ή στο συνολικό κόστος του κύκλου ζωής του έργου.

Ποιότητα — αναφέρεται στην ποιότητα της υποδομής, π.χ., όσον αφορά τη λειτουργική χρήση ή την ποιότητα που αντιλαμβάνονται οι χρήστες.

Το  $V_{fm}$  — αναφέρεται στην παροχή δημόσιων αγαθών σε επαρκή ποσότητα και ποιότητα, στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της σχέσης ποιότητας-τιμής, στην εκπλήρωση των κοινωνικών στόχων που έχει θέσει να επιτύχει.

Η βελτίωση των δεικτών απόδοσης των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων των δεικτών ποιότητας των υπηρεσιών, είναι ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της εφαρμογής ΣΔΙΤ [3]. Ο όγκος των ασθενών μέτρησε την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ερευνητές διεξήγαγαν μια μελέτη σχετικά με

τη σύγκριση της απόδοσης του νοσοκομείου 3 χρόνια πριν την εφαρμογή της ΣΔΙΤ και 3 χρόνια μετά. Αυτή η μελέτη έδειξε ότι το μοντέλο παροχής υπηρεσιών ΣΔΙΤ έχει επιτύχει να αυξήσει τον αριθμό των ασθενών σε όλα τα είδη υπηρεσιών στα νοσοκομεία [3].

Η ποιότητα της υπηρεσίας μετρήθηκε με διάφορους δείκτες, που κυμαίνονταν από τη διάγνωση έως τον θάνατο. Η ταχύτητα στη διάγνωση και τη θεραπεία είναι γνωστό ότι βελτιώνει την πρόγνωση και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Τα νοσοκομεία με ΣΔΙΤ έδειξαν καλύτερη απόδοση στη διάγνωση, [39] , [40] θεραπεία και ποσοστά παραπομπής [3]. Ερευνητές [39] ανέφεραν θεραπευτική επιτυχία με ποσοστό επιτυχούς έκβασης που έφτασε το 92,9% σε ασθενείς με φυματίωση. Επιτυχία εντοπίστηκε και σε επεμβάσεις ενδαγγειακής χειρουργικής με ποσοστό επιτυχίας 100% χωρίς την ανάγκη μετατροπής σε ανοιχτή χειρουργική επέμβαση [46]. Εκτός από την ικανότητά του να καθιερώνει διάγνωση και θεραπεία, μια μελέτη στο Ιράν διαπίστωσε ότι τα νοσοκομεία με ΣΔΙΤ μείωσαν τους χρόνους αναμονής για υπηρεσίες [3].

Σύμφωνα με τα ευρήματα του Bastani [3], ο χρόνος αναμονής για χειρουργική επέμβαση βρέθηκε να είναι ταχύτερος στην ενδαγγειακή χειρουργική [46] καθώς και στη χειρουργική επέμβαση κατάγματος ισχίου. Σε σύγκριση με νοσοκομεία με παραδοσιακή διαχείριση, ερευνητές [47] βρήκαν μικρότερη καθυστέρηση στη διανομή χημειοθεραπείας στους ασθενείς.

Εκτός από την καλή απόδοση στη διάγνωση και τη θεραπεία, τα νοσοκομεία με ΣΔΙΤ έχουν επίσης αποδειχθεί επιτυχή στη μείωση της διάρκειας παραμονής τόσο γενικά [3] όσο και σε εξειδικευμένες θεραπείες όπως η ενδαγγειακή χειρουργική [46] και η αιμοκάθαρση. [33] , [48]. Στις υπηρεσίες αιμοκάθαρσης, η ΣΔΙΤ ήταν γνωστό ότι μειώνει επιτυχώς τη διάρκεια παραμονής και τον επιπολασμό και τη συχνότητα νοσηλείας [33]. Επίσης, ήταν καλύτερη όσον αφορά την υπηρεσία, τη διάρκεια και τις συνεδρίες της αιμοκάθαρσης [48]. Αρκετές μελέτες περιέγραψαν την επιτυχία της ΣΔΙΤ στη μείωση της θνησιμότητας [3] [33] [40]. Το ποσοστό θνησιμότητας για τους ασθενείς με φυματίωση μειώθηκε κατά 15% [40] καθώς και το ποσοστό θνησιμότητας για τους ασθενείς με αιμοκάθαρση μειώθηκε από 10,6% σε 7,8% [33]. Επιπλέον, ασθενείς αιμοκάθαρσης που έλαβαν θεραπεία σε υγειονομική μονάδα με ΣΔΙΤ

έλαβαν θεραπεία σύμφωνα με τους προτεινόμενους στόχους θεραπείας, μειώνοντας τη διάρκεια παραμονής και τη θνησιμότητα [33].

Μια μελέτη στην Ισπανία με τη χρήση ανάλυσης περιβλήματος δεδομένων (DEA) απέδειξε ότι τα νοσοκομεία που υιοθετούσαν ΣΔΙΤ είχαν υψηλότερες βαθμολογίες αποτελεσματικότητας (μέσες βαθμολογίες 0,87 και 0,88) από τα νοσοκομεία με παραδοσιακή διαχείριση (0,77). Αυτό το μοντέλο κρίθηκε ότι είναι πιο αποτελεσματικό στον συντονισμό της φροντίδας χρόνιων ασθενειών από τα παραδοσιακά μοντέλα διαχείρισης [31].

Στην ίδια κατεύθυνση με τα ευρήματα στην Ισπανία, μια μελέτη στο Ιράν έδειξε αύξηση στην απόδοση και σημαντική διαφορά μεταξύ νοσοκομείων με ΣΔΙΤ και νοσοκομείων με παραδοσιακή διαχείριση σε δείκτες όπως ο κύκλος εργασιών κλινών, η μέση διάρκεια παραμονής και το ποσοστό πληρότητας κρεβατιών [3].

Σε αντίθεση με τα δύο παραπάνω ευρήματα, πρόσφατη μελέτη έδειξε το αντίθετο. Η εφαρμογή της ΣΔΙΤ με τη μορφή ασφάλισης υγείας στα νοσοκομεία έδειξε σταθερό ποσοστό εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών για 10 χρόνια, με αποτέλεσμα ακόμη και μείωση του ποσοστού πληρότητας κρεβατιών και μείωση του επιπέδου χρήσης υπηρεσιών από την κοινότητα κάτω από το όριο της φτώχειας [43]. Το ίδιο εύρημα βρέθηκε και στα προγράμματα ΣΔΙΤ Tuberculosis στην Ινδονησία, τα οποία διαπίστωσαν ότι η διάγνωση και η θεραπεία δεν πραγματοποιήθηκαν με καθορισμένη στρατηγική [32]. Αυτή η κατάσταση προκλήθηκε από αδύναμη διακυβέρνηση και λογοδοσία [43].

Δύο άλλες μελέτες έδειξαν ότι τα νοσοκομεία με ΣΔΙΤ γενικά δεν είχαν καλύτερη απόδοση σε σύγκριση με νοσοκομεία με παραδοσιακή διαχείριση, αν και η ανάπτυξή τους ήταν εξαιρετική [19] [42]. Επιπλέον, οι Comendeiro-Maaløe et al. [19] στη μελέτη τους, περιέγραψαν την απόδοση του μοντέλου Alzira στην Ισπανία ως στατιστικά χειρότερη στους περισσότερους δείκτες (15 στους 26) αλλά ανώτερη από άλλους δείκτες, όπως το προσαρμοσμένο ποσοστό θνησιμότητας μετά από διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση. PCI).

Το υψηλό ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών αποδείχθηκε τελικά ότι η ΣΔΙΤ βελτιώνει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών.

Σύγχρονη μελέτη [3] συνέστησε την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών ως προσπάθεια να ολοκληρωθεί η εικόνα της ποιότητας των υπηρεσιών. Αποδείχθηκε ότι τα νοσοκομεία με ΣΔΙΤ εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης ασθενών. Στη μελέτη τους, ερευνητές [35] συνέκριναν την ικανοποίηση των ασθενών με ΣΔΙΤ και τα νοσοκομεία με την παραδοσιακή διαχείριση. Απέδειξαν ότι τα νοσοκομεία με ΣΔΙΤ είχαν υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης ασθενών. Το μοντέλο οικονομικής προστασίας ΣΔΙΤ έδειξε επίσης τα ίδια αποτελέσματα όπου η ικανοποίηση των ασθενών που συμμετέχουν στην ασφάλιση (ΣΔΙΤ) από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες ήταν υψηλότερη από τους μη ασφαλιστικούς συμμετέχοντες [26]. Στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών συνέβαλαν ο χρόνος αναμονής για θεραπεία, η ποιότητα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (γιατροί και νοσηλεύτες), ο εξοπλισμός, η άνεση και η ποιότητα του προσωπικού υποστήριξης [35].

Η πρόσφατη έρευνα [9] τόνισε ότι οι μεταβλητές του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, του προσωπικού μη υγειονομικής περίθαλψης, των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού, σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα. Αυτή η μελέτη στο Περού έδειξε επίσης ότι όλες αυτές οι μεταβλητές επηρεάζουν θετικά την ικανοποίηση των χρηστών, αυξάνοντας την αντίληψή τους για την υπηρεσία και την πρόθεσή τους να την επαναχρησιμοποιήσουν [9]. Αυτό επιβεβαιώθηκε από μια ποιοτική μελέτη στην Ουγκάντα, η οποία διαπίστωσε ότι η κακή στάση του προσωπικού συσχετίστηκε με χαμηλότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας της μητέρας [37].

## 5.1. Οικονομική απόδοση

Οι μελέτες στον τομέα των νοσοκομειακών ΣΔΙΤ έδειξαν αποτελεσματικότητα σε διάφορες μορφές και επιτεύγματα. Το μοντέλο υποδομής που εφαρμόζεται στα νοσοκομεία έχει καλό ιστορικό όσον αφορά τον χρόνο και τον προϋπολογισμό [36] [44]. Μια μελέτη στην Πορτογαλία απέδειξε ότι οι ΣΔΙΤ με το μοντέλο υποδομής κατόρθωσαν να επιτύχουν τον στόχο διάρκειας του 76% σε σύγκριση με τα παραδοσιακά έργα υποδομής, τα οποία έφτασαν μόνο το

30%, και τη συμμόρφωση με τον προϋπολογισμό που έφτασε το 79%, σε σύγκριση με τα παραδοσιακά, τα οποία έφτασαν μόνο 27%. Το μοντέλο υποδομής ΣΔΙΤ μείωσε τις υπερβάσεις κόστους ενσωματώνοντας διάφορα στάδια ανάπτυξης του έργου σε μια προσέγγιση τρόπου ζωής [36].

Σύμφωνα με τα δύο παραπάνω ευρήματα, σύγχρονη έρευνα [45] έδειξε ότι το μέσο κόστος των κολπικών και καισαρικών τομών ήταν φθηνότερο στα νοσοκομεία με ΣΔΙΤ. Η εφαρμογή της ΣΔΙΤ αναφέρθηκε επίσης ότι μειώνει το άμεσο κόστος της διάγνωσης και το άμεσο κόστος νοσηλείας για τη θεραπεία της φυματίωσης [40]. Μείωση των δαπανών από την τσέπη τους σημειώθηκε και στα νοσοκομεία με ΣΔΙΤ [3].

Σε αντίθεση με τις μελέτες που περιγράφηκαν προηγουμένως, σύγχρονοι μελετητές [18] διαπίστωσαν ότι μόνο ένα στα τρία νοσοκομεία με ΣΔΙΤ παρουσίασε καλύτερη αποτελεσματικότητα. Το κόστος διάγνωσης και θεραπείας ασθενών με καρκίνο που εισάγονται σε νοσοκομεία με ΣΔΙΤ βρέθηκε να είναι υψηλότερο σε σύγκριση με νοσοκομεία με παραδοσιακές υπηρεσίες διαχείρισης [38] [47] και ενδαγγειακής χειρουργικής [46]. Επιπλέον, ο Mendes [46] εξήγησε ότι τα πάγια έξοδα που κατέβαλε η κυβέρνηση στο πλαίσιο του συστήματος σταθερού κόστους δεν ανταποκρίνονταν στο πραγματικό κόστος των εργασιών που πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με το πρωτόκολλο υπηρεσίας. Σύμφωνα με τις τρεις παραπάνω μελέτες, η εφαρμογή ΣΔΙΤ δεν αύξησε τα κέρδη των νοσοκομείων [43].

Επιπλέον, ήταν ακόμα θέμα χρηματοδότησης και σύγχρονοι μελετητές διαπίστωσαν ότι υπήρχαν παράπονα σχετικά με το σύστημα αποζημίωσης, το οποίο κρίθηκε ακατάλληλο.

Απαιτείται μείωση του κόστους για την ευρύτερη ανάπτυξη της ΣΔΙΤ [47]. Μια στρατηγική που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η δημιουργία δικτύου με άλλες εγκαταστάσεις υγείας [30]. Παρόλο που η ΣΔΙΤ προορίζεται αρχικά να παρέχει υπηρεσίες, αυτό πρέπει να συμπληρωθεί από επιστημονικά βασισμένες διαδικασίες θεραπείας. Η διαχείριση των ΣΔΙΤ πρέπει να ανοίξει χώρο για την ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας στις υπηρεσίες υγείας, ώστε να επιτευχθεί ποιότητα και αποτελεσματικότητα [46].

Εκτός από τα παραπάνω, τα νοσοκομεία με ΣΔΙΤ θεωρήθηκαν ικανά να μειώσουν τη διαφθορά με την ύπαρξη μηχανισμών κατά της διαφθοράς μέσω διακριτικού ελέγχου, αυξημένης λογοδοσίας και διαφάνειας και εντοπισμού και επιβολής των κανονισμών που περιγράφονται στη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, τη διαχείριση εγκαταστάσεων και εξοπλισμού, τον ασφαλή εφοδιασμό φαρμάκων. Αυτές οι αλλαγές σε νέους κανόνες προκαθορισμένους από την ιδιωτική διαχείριση προάγουν την προσωπική ευθύνη και ελαχιστοποιούν τις ευκαιρίες, τα κίνητρα και τις πιέσεις για εμπλοκή σε πρακτικές διαφθοράς [50].

Όσον αφορά τη **διάσταση «Κόστος»**, πρόσφατη έρευνα διαπίστωσε ότι εννέα έργα, που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο ενός καθεστώτος ΣΔΙΤ, είχαν ως αποτέλεσμα υψηλότερο κόστος σε σύγκριση με τις συμβατικές δημόσιες συμβάσεις. Τρία έργα είχαν ως αποτέλεσμα χαμηλότερο κόστος και, τέλος, άλλα τρία έργα παρουσίασαν αμφίβολα αποτελέσματα. Αυτά τα ευρήματα οδήγησαν τον συγγραφέα να αμφισβητήσει τη ρητορική των υποστηρικτών του μοντέλου ΣΔΙΤ, οι οποίοι προσδιορίζουν το μοντέλο ως μηχανισμό για την επίτευξη μεγαλύτερης αποδοτικότητας κόστους και χαμηλότερου κόστους κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής των έργων κατασκευής υποδομής.

Η **διάσταση «Ποιότητα»** αποκάλυψε επίσης μικτά αποτελέσματα, με ορισμένα έργα ΣΔΙΤ να παρουσιάζουν ανώτερες επιδόσεις και άλλα κατώτερες, σε σύγκριση με τις παραδοσιακές δημόσιες συμβάσεις. Ωστόσο, 18 από τα 21 έργα που εξετάστηκαν [25] δεν αξιολογούν την ποιότητα των υπηρεσιών, γεγονός που καθιστά δύσκολη την εξαγωγή οποιωνδήποτε ακλόνητων συμπερασμάτων.

Όσον αφορά τη **διάσταση «Vfm»**, η αξιολόγηση μπορεί να πραγματοποιηθεί χρησιμοποιώντας τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις:

(1) εκ των προτέρων αξιολόγηση του μοντέλου ΣΔΙΤ έναντι επιχειρηματικής υπόθεσης

(2) αξιολόγηση της ΣΔΙΤ έναντι του δημόσιου τομέα (PSC)

και (3) αξιολόγηση της ΣΔΙΤ έναντι (πραγματικών) σημείων αναφοράς παρόμοιων έργων.



Παρά τη συναίνεση στη βιβλιογραφία ως προς τη δυνατότητα εφαρμογής αυτών των τριών προσεγγίσεων αξιολόγησης VfM , δεν ισχύει το ίδιο για τα αποτελέσματα που προέκυψαν από καθεμία από αυτές. Λαμβάνοντας υπόψη τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε VfM προσέγγιση αξιολόγησης, αυτή που βασίζεται στην αξιολόγηση του μοντέλου ΣΔΙΤ σε σχέση με τις τιμές αναφοράς του έργου θεωρείται ορθότερη, σε σύγκριση με τις δύο πρώτες προσεγγίσεις [25]. Η σύγκριση της συμβατικής εναλλακτικής προμήθειας με τις ΣΔΙΤ οδήγησε σε μικτά συμπεράσματα, με δύο έργα να παρουσιάζουν υψηλότερο VfM όταν εφαρμόστηκε το μοντέλο ΣΔΙΤ και δύο μελέτες να υποδεικνύουν το αντίθετο.

Έτσι, σύγχρονη έρευνα υποστήριξε ότι τα εμπειρικά στοιχεία δεν υποστηρίζουν τη θεωρητική προσδοκία σχετικά με την εξοικονόμηση κόστους που προκύπτει από την ενοποίηση εργασιών και την τεχνογνωσία του ιδιωτικού τομέα, όπως ισχυρίζονται οι υποστηρικτές των ΣΔΙΤ.

Από την άλλη πλευρά, πρόσφατη έρευνα ανέλυσε τα αποτελέσματα τεσσάρων νοσοκομείων ΣΔΙΤ στην Πορτογαλία, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι το μοντέλο ΣΔΙΤ, που εφαρμόζεται στον τομέα της υγείας, φαίνεται να είναι επωφελές, όχι μόνο όσον αφορά τα οικονομικά και οικονομικά αποτελέσματα, αλλά και όσον αφορά την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών.

Οι ίδιοι συγγραφείς κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς των νοσοκομείων ΣΔΙΤ ήταν πιο ικανοποιημένοι από τους χρήστες των δημόσιων νοσοκομείων. Μία σύγχρονη μελέτη [42] κατέληξε επίσης στο συμπέρασμα ότι, μεταξύ 2012 και 2017, τα νοσοκομεία ΣΔΙΤ στην Πορτογαλία παρείχαν υπηρεσίες υγείας με επίπεδα απόδοσης τουλάχιστον εξίσου καλά με εκείνα που παρέχονται από δημόσια νοσοκομεία. Αυτά τα ευρήματα ενισχύουν την ιδέα, που αναφέρεται στη βιβλιογραφία, ότι οι πρακτικές διαχείρισης ιδιωτικών συνεργατών μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες με χαμηλότερο κόστος [47] και με οικονομικά αποδοτικό τρόπο [35] [48].

Πρόσφατη έρευνα δήλωσε ότι οι κοινωνικές και τεχνικές μεταβλητές είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των έργων ΣΔΙΤ και, ως εκ τούτου, είναι οι καθοριστικοί παράγοντες για την επιτυχή απόδοση και, στη συνέχεια, για την επιτυχία ενός έργου. Εξετάστηκαν οι παράγοντες επιτυχίας

και οι ανησυχίες των ενδιαφερομένων. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η συλλογή δεικτών απόδοσης είναι ένα σημαντικό στάδιο στη διεξαγωγή της έρευνας πιθανοτήτων επιτυχίας για έργα ΣΔΙΤ και τα κρίσιμα στοιχεία επιτυχίας μπορούν να λειτουργήσουν ως αποφασιστικοί παράγοντες για την αξιολόγηση σκοπιμότητας ΣΔΙΤ [26].

Αυτοί οι παράγοντες αξιολόγησης μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες:

**Τεχνικοί παράγοντες**—Το μοντέλο ΣΔΙΤ δεν θεωρείται ως ελκυστική ή βιώσιμη επιλογή εάν οι απαιτήσεις και οι τεχνολογίες αλλάζουν συνεχώς κατά την αναμενόμενη διάρκεια του έργου.

**Χρηματοοικονομικοί και οικονομικοί παράγοντες**—για να είναι η εταιρική σχέση ελκυστική για τους επενδυτές, ένα έργο ΣΔΙΤ πρέπει να είναι αυτοσυντηρούμενο, οικονομικά βιώσιμο και κερδοφόρο, το οποίο με τη σειρά του εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το οικονομικό περιβάλλον, την κυβερνητική πολιτική και την ακαμψία του ανταγωνισμού.

**Κοινωνικοί Παράγοντες**—Η κοινωνική αποδοχή είναι απαραίτητη στη σημερινή κοινωνία. Ως εκ τούτου, η κυβέρνηση δεν πρέπει ποτέ να επιλέξει ένα μοντέλο ΣΔΙΤ για τη βελτίωση των εγκαταστάσεων ή της παροχής υπηρεσιών χωρίς να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του πληθυσμού. Σύγχρονη μελέτη υποστήριξε ότι οι πολίτες είναι πιο προσεκτικοί σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών και το κόστος που προκύπτει όταν οι εγκαταστάσεις ή οι υπηρεσίες παρέχονται μέσω μοντέλων ΣΔΙΤ.

**Πολιτικοί και νομικοί παράγοντες** — η έλλειψη πολιτικής υποστήριξης θεωρείται πιθανό εμπόδιο στα έργα ΣΔΙΤ. Συνεπώς, ένα μοντέλο ΣΔΙΤ μπορεί να απορριφθεί εάν θεωρείται πολιτικά ευαίσθητο. Οποιοσδήποτε αλλαγές στο πολιτικό περιβάλλον ή αποκλίσεις στο νομικό πλαίσιο αυξάνουν τις αβεβαιότητες και αυξάνουν τον κίνδυνο αποτυχίας ενός έργου ΣΔΙΤ.

**Άλλοι Παράγοντες**—Ζητήματα ανθρώπινων πόρων και ενέργειας διαχείρισης της κυβέρνησης.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι άρθρα που αξιολογούν τα εργαλεία διαχείρισης και την εφαρμογή των ΣΔΙΤ μπορούν να χρονολογηθούν από το 1989 [49]. Πρόσφατη έρευνα [49] επικεντρώθηκε στον τρόπο με τον οποίο οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων τόσο εντός, όσο και εκτός της κυβέρνησης, βλέπουν τα εργαλεία διαχείρισης και πιο συγκεκριμένα, τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της βιωσιμότητας των μέσων για την αντιμετώπιση ζητημάτων πολιτικής.

Λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς που αποκαλύφθηκαν παραπάνω σχετικά με την επιλογή των μέσων διαχείρισης από τις κυβερνήσεις, θα πρέπει να σημειωθεί ότι μεταξύ των κινήτρων που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί (δημόσιες ή ιδιωτικές) είναι η ανάγκη για αλλαγή στη δημιουργία και τροποποίηση προϊόντων ή υπηρεσιών, η προσαρμογή στις νέες τεχνολογίες ή τη βελτίωση των υφιστάμενων, την αλλαγή στη στρατηγική ή την οργανωτική κουλτούρα και την εισαγωγή νέων μοντέλων και διαδικασιών διαχείρισης [50].

Υποστηρίζοντας αυτή την ιδέα, πρόσφατη αξιολόγηση [51] υποστήριξε ότι η διοίκηση διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στον δημόσιο, ιδιωτικό και τρίτο τομέα της οικονομίας, με κάθε τομέα να απαιτεί ορισμούς στρατηγικών και στόχων προς επίτευξη, την διαρκή εξέλιξη των ανθρώπων που ασχολούνται με το project, τη μέτρηση της απόδοσης και το μάρκετινγκ του συγκεκριμένου προϊόντος ή/και των υπηρεσιών του οργανισμού. Οι νέες παγκόσμιες απαιτήσεις και η αυξανόμενη ανάγκη για δημιουργία και ανάκαμψη υποδομών, (το «κενό υποδομής»), ανάγκασαν τις κυβερνήσεις να στραφούν σε ιδιωτικούς εταίρους προκειμένου να μειώσουν τα κεφάλαια που περιλαμβάνονται στους αντίστοιχους κρατικούς προϋπολογισμούς τους, ενώ παράλληλα είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες επενδυτικές ανάγκες [52].

## **Κεφάλαιο 6. ΣΔΙΤ Εφαρμοσμένη στην Υγεία**

Εξετάσαμε ένα ευρύ φάσμα εργασιών στη βιβλιογραφία για να αξιολογήσουμε την κατάσταση και τα εμπειρικά ευρήματα γύρω από την εφαρμογή του

μοντέλου ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας. Με αυτόν τον τρόπο, κατέστη δυνατό να κατανοηθούν τα επιτεύγματα και οι αποτυχίες του μοντέλου όταν εφαρμόζεται στα νοσοκομεία καθώς και οι κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα που προτείνονται στις σχετικές έρευνες της βιβλιογραφίας.

Προκειμένου να διερευνηθεί εάν το μοντέλο ΣΔΙΤ είναι μια βιώσιμη εναλλακτική λύση που επιτρέπει τη βελτίωση της απόδοσης των δημόσιων νοσοκομείων, Η έρευνα [40] διεξήγαγε μια εμπειρική μελέτη σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι ΣΔΙΤ γίνονται αντιληπτές στα δημόσια νοσοκομεία της Ρουμανίας. Ανεξάρτητα από το ποια τυπολογία ΣΔΙΤ χρησιμοποιείται, σύμφωνα με τους συγγραφείς, εκτός εάν προστατεύονται τα συμφέροντα των χρηστών και δεν ενθαρρύνεται ο ιδιωτικός τομέας να βρει ισορροπία στη διαχείριση της εταιρικής σχέσης με αποτελεσματικότητα και δυναμισμό, οι ΣΔΙΤ δεν θα βελτιώσουν την απόδοση των φορέων του δημόσιου τομέα. Ανεξάρτητα από τον αριθμό των κλινών, τον αριθμό των ασθενών, τους δείκτες πολυπλοκότητας επεισοδίου, τον τυπικό χρόνο αναμονής για την επέμβαση ή το ποσό του κόστους του θαλάμου, πρόσφατη έρευνα [40] κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ΣΔΙΤ στη Ρουμανία αύξησαν την απόδοση των δημόσιων νοσοκομείων.

## 6.1. Προκλήσεις

Παρά την επιτυχία της που φαίνεται στους παραπάνω δείκτες νοσοκομειακών υπηρεσιών, η ΣΔΙΤ αντιμετώπισε διάφορες προκλήσεις στην εφαρμογή της. Στη συνέχεια, αναφέρονται προκλήσεις σε διάφορα θέματα.

## 6.2. Διακυβέρνηση και πλαίσιο πολιτικής

Ο εξορθολογισμός των κυβερνητικών κανονισμών (κανονισμοί μείωσης του μεγέθους της κυβέρνησης) ήταν ένα από τα κίνητρα για τη ΣΔΙΤ [34]. Ωστόσο, αρκετές μελέτες έχουν βρει ότι τα ρυθμιστικά ζητήματα ήταν συχνά προκλητικά

για τις ΣΔΙΤ στις υπηρεσίες υγείας, ειδικά στα νοσοκομεία. Μια μελέτη στη Σαουδική Αραβία ανέδειξε την πολιτική ως ένα από τα τρία πιο σημαντικά εμπόδια στην εφαρμογή των ΣΔΙΤ και οι αλλαγές στη νομοθεσία δημιούργησαν σύγχυση για τον ιδιωτικό τομέα [55].

Σύγχρονη μελέτη διαπίστωσε επίσης αδυναμίες στους κανονισμούς. Οι αδύναμοι κανονισμοί περιγράφηκαν ως ανεπαρκείς κατευθυντήριες γραμμές, μη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες γραμμές και έλλειψη συντονισμού μεταξύ των σχετικών ενδιαφερομένων [29].

Μια άλλη πρόκληση στις κατευθυντήριες γραμμές ήταν η ενσωμάτωση των κατευθυντήριων γραμμών στις διαδικασίες θεραπείας στα νοσοκομεία [32]. Τα εμπόδια πολιτικής επηρέασαν τη χρήση των υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας αφενός και επηρέασαν την παροχή υπηρεσιών στις δημόσιες εγκαταστάσεις υγείας από την άλλη [37].

Στον τομέα της υγείας, οι πολιτικές και οι νόμοι έχουν σημαντική επιρροή στη ΣΔΙΤ [11] [56] και τόσο οι κανονισμοί όσο και οι κατευθυντήριες γραμμές έχουν αντίκτυπο στη διαχείριση της θεραπείας, [57] θεσμικές μορφές στην παροχή υπηρεσιών, [58] και στη σταθερότητα της ηγεσίας [59]. Στη μελέτη του για τη συνεργασία μεταξύ κυβέρνησης και ΜΚΟ, ο Seddoh [60] βρήκε ότι η πολιτική είναι ο τρίτος βασικός παράγοντας μετά την επικοινωνία και τη δομή, που θεωρείται σημαντική επιρροή στην επιτυχία της συνεργασίας.

Οι αδυναμίες στους κανονισμούς επηρεάζουν επίσης τη διαθεσιμότητα των συμβάσεων συνεργασίας. Στη μελέτη τους, οι Probandari et al. [32] διαπίστωσε ότι δεν είχαν όλα τα νοσοκομεία συμβόλαια συνεργασίας για την εφαρμογή της στρατηγικής Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS), ένα πρόγραμμα ΣΔΙΤ για τον έλεγχο της φυματίωσης [32]. Εκτός από τη διαθεσιμότητα εγγράφων, οι ρήτρες και η διατύπωση που χρησιμοποιήθηκαν στη σύμβαση ήταν προβληματικές στο μέλλον [8]. Η σύμβαση χρειαζόταν επίσης προσοχή καθώς πρόσφατοι ερευνητές [43] διαπίστωσαν ότι τα μετρήσιμα αποτελέσματα υπηρεσιών δεν αναφέρονταν στη σύμβαση και δεν υπήρχαν συνημμένα στο έγγραφο της συμφωνίας εργασίας.

Εν τω μεταξύ, οι σύγχρονοι μελετητές [26] διαπίστωσαν ότι οι στρατηγικές, οι μηχανισμοί, οι παράμετροι και οι πόροι για τις δραστηριότητες παρακολούθησης δηλώνονταν χαλαρά ή δεν προσδιορίζονταν στη σύμβαση. Η μελέτη διαπίστωσε και παραβιάσεις συμβάσεων που σχετίζονται με το δικαίωμα στην ενημέρωση. Οι επαρκείς συμβάσεις ήταν απαραίτητες για τη διασφάλιση της αποτελεσματικής εφαρμογής ΣΔΙΤ με υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. Οι συμβάσεις πρέπει να συντάσσονται λαμβάνοντας υπόψη τις τοπικές συνθήκες, συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπινων πόρων και πρόσθετους ανθρώπινους πόρους και την ανάπτυξη ικανοτήτων, εάν χρειαστεί [26].

### 6.3. Πόροι

Εκτός από τις πολιτικές και τους κανονισμούς, συχνά βρέθηκαν ανεπαρκείς πόροι για την εφαρμογή ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας. Χρειαζόταν οικονομική υποστήριξη [29] και ανθρώπινοι πόροι τόσο σε αριθμό όσο και σε αρμοδιότητες [26] [29] [37] για να διασφαλιστεί ότι η υλοποίηση της ΣΔΙΤ πήγε όπως αναμενόταν. Η οικονομική στήριξη από την κυβέρνηση θα είχε αντίκτυπο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, όπου οι καθυστερήσεις στην εκταμίευση κεφαλαίων από την κυβέρνηση θα οδηγούσαν σε απόρριψη ασθενών από τα νοσοκομεία. Επιπλέον, οι δημοσιονομικοί περιορισμοί είναι επίσης πιθανό να κάνουν τις δραστηριότητες παρακολούθησης και αξιολόγησης να μην εκτελούνται όπως αναμένεται [29]. Πρόσφατη έρευνα αναγνώρισε το πρόβλημα των καθυστερήσεων πληρωμών από την κυβέρνηση ως πρόκληση [30].

Εκτός από τις οικονομικές προκλήσεις, πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού είχε ως αποτέλεσμα κακές επιδόσεις [37]. Πρόσφατα ευρήματα [29] έδειξαν την παράλυση των δραστηριοτήτων παρακολούθησης σε ανεπαρκείς πόρους. Οι περιορισμένοι πόροι προκάλεσαν επίσης αργή λήψη αποφάσεων σε τεχνικό επίπεδο [30]. Οι προκλήσεις στους ανθρώπινους πόρους δικαιολογήθηκαν από σύγχρονους ερευνητές, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι το ανθρώπινο δυναμικό ήταν ένα από τα τρία μεγαλύτερα

εμπόδια στην εφαρμογή των ΣΔΙΤ. Αυτή η μελέτη βρίσκει την αδύναμη ικανότητα και εμπειρία του ανθρώπινου δυναμικού ως εμπόδιο [55]. Σε μια άλλη μελέτη, το ανθρώπινο δυναμικό περιορίστηκε σκόπιμα για λόγους αποδοτικότητας [52]. Αυτή η μελέτη απέδειξε περαιτέρω ότι τα νοσοκομεία με προγράμματα ΣΔΙΤ έχουν λιγότερο ιατρικό προσωπικό από τα νοσοκομεία που διοικούνται με παραδοσιακή διαχείριση. Αυτή η κατάσταση προβλημάτισε ότι θα απειλούσε την ασφάλεια των ασθενών.

Εκτός από τα δύο παραπάνω ευρήματα, πρόσφατη έρευνα τόνισε επίσης την πρόκληση της διαθεσιμότητας φαρμάκων και ιατροτεχνολογικών προϊόντων. Αυτή η κατάσταση βρέθηκε επίσης από πρόσφατους ερευνητές [37], όπου περιγράφηκε ότι τουλάχιστον το 72% των κρατικών υγειονομικών εγκαταστάσεων παρουσίασαν αποθέματα φαρμάκων και εξοπλισμού υγείας (προμήθειες). Σύγχρονοι μελετητές [56] τονίζουν το αρχικό κεφάλαιο, την επάρκεια του προϋπολογισμού και άλλους πόρους ως βασικούς παράγοντες επιτυχίας ΣΔΙΤ.

#### **6.4. Επικοινωνία, εμπιστοσύνη και δέσμευση**

Κακή επικοινωνία μεταξύ του ιδιωτικού και του κρατικού τομέα διαπιστώθηκε σε μελέτη στην Τανζανία [29]. Επιπλέον, αυτή η μελέτη διαπίστωσε ότι η εκπροσώπηση κάθε τομέα από μόνη της δεν ήταν επαρκής εάν δεν συνοδευόταν ευρεία προσέγγιση και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Ο τρόπος διαχείρισης της επικοινωνίας μεταξύ των εταίρων και η επιλογή των εσωτερικών και εξωτερικών καναλιών επικοινωνίας ήταν βασικοί παράγοντες της συνεργασίας [57] [60] [61].

Μια άλλη πρόκληση που εμπόδισε την ομαλή εφαρμογή των ΣΔΙΤ στις υπηρεσίες υγείας ήταν το πρόβλημα εμπιστοσύνης μεταξύ των φορέων υλοποίησης των ΣΔΙΤ στις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες που εγκρίθηκαν [29] [32]. Η έλλειψη εμπιστοσύνης οδηγεί σε συνθήκες αμοιβαίας ενοχής [27]. Ένα χαμηλό επίπεδο εμπιστοσύνης επηρέαζε τη δέσμευση [27] ενώ στη συνεργασία, μια δέσμευση ήταν κρίσιμη για να εξηγήσει την επιτυχία

και την αποτυχία [12] [61] [62]. Χρειάστηκε χρόνος και στρατηγική για να επιτευχθεί μια αμοιβαία συνεργασία [28].

## 6.5. Πιθανοί κίνδυνοι

Πρόσφατη έρευνα εντόπισε διαμάχη μεταξύ ιδιωτικού τομέα και κυβέρνησης. Ο ιδιωτικός τομέας ζήτησε αύξηση του κόστους παροχής υπηρεσιών λόγω της έλλειψης επάρκειας των διευθυντών του δημόσιου τομέα για την εκτέλεση εργασιών. Αντίθετα, ο δημόσιος τομέας διαμαρτυρήθηκε για τη στάση του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος θεωρήθηκε ότι στερείται σεβασμού των ευθυνών του στην παροχή υπηρεσιών [8].

Ο Chung [51] για την Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Νέα Ζηλανδία μετέφερε τον ίδιο όρο. Διαπίστωσε ότι ο ιδιωτικός τομέας νοιαζόταν μόνο για την εξοικονόμηση κόστους σε τοπικό επίπεδο, διαταράσσοντας έτσι την ποιότητα των υπηρεσιών και τη δημόσια ευημερία. Η κυβέρνηση θεωρήθηκε επίσης ότι απέτυχε να διασφαλίσει ότι η χρηματοδότηση διοχετευόταν μέσω κατάλληλων ρυθμίσεων επιμερισμού κινδύνου [51].

Πρόσφατη έρευνα συνέστησε την τοποθέτηση ρήτρας έναντι κινδύνου ως αντάλλαγμα που αναφέρεται στη σύμβαση [8]. Είναι απαραίτητο να διεξαχθεί μια βέλτιστη ανάλυση κινδύνου και κατανομή για να αποκομιστούν τα οφέλη της ΣΔΙΤ [11]. Η βέλτιστη κατανομή κινδύνου απαιτεί ευέλικτες συμβάσεις για επαναδιαπραγμάτευση [51]. Η εστίαση στις υπηρεσίες έναντι της εστίασης στο έργο θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων. Πρόσφατη μελέτη αφηγήθηκε επίσης τον ρόλο των ανεξάρτητων εξωτερικών εποπτών στο άρθρο του. Σύγχρονη μελέτη τόνισε περαιτέρω τον ρόλο της ανεξάρτητης παρακολούθησης στη διευκόλυνση της ευθυγράμμισης των στόχων και των δύο μερών στην υλοποίηση [51]. Η εποπτεία θεωρήθηκε ικανή να ενθαρρύνει τη λογοδοσία και τις κατάλληλες διαδικασίες.

Η εφαρμογή ΣΔΙΤ παρουσιάζει αρκετούς κινδύνους που προέρχονται όχι μόνο από την πολυπλοκότητα της χρηματοδότησης και της οργανωτικής δομής του



έργου αλλά και από το υψηλό επενδυτικό κόστος, τη χρονική διάρκεια, τις τεχνικές γνώσεις του έργου, την πολιτική επιρροή και τη συμμετοχή της κυβέρνησης. Ο πλήρης εντοπισμός και αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου και η κατάλληλη κατανομή όλων των κινδύνων ήταν καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία της ΣΔΙΤ [21].

## 6.6. Έλεγχος και αξιολόγηση

Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα είναι επικερδής, αλλά απαιτείται στενότερη παρακολούθηση για όλα τα νοσοκομεία. Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση διαδραμάτισαν ουσιαστικό ρόλο στην επιτυχία της εφαρμογής ΣΔΙΤ. Πρόσφατοι μελετητές [43] διαπίστωσαν ότι τρίτα μέρη δεν πραγματοποίησαν αξιολογήσεις για 10 χρόνια, επομένως δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τον βαθμό στον οποίο η ΣΔΙΤ είχε επιτύχει τον στόχο. Εν τω μεταξύ, μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι αυτή η δραστηριότητα δεν εφαρμόστηκε βέλτιστα [29] [30]. Οι πληροφορίες που χάνονται λόγω μη τακτικής υποβολής εκθέσεων ή ακόμη και μη υποβολής εκθέσεων καθιστούν δύσκολη την αξιολόγηση της προόδου. Ο ιδιωτικός τομέας θεωρούσε την εποπτεία από την κυβέρνηση ως δέσμευση [30].

Οι ιατρικοί και κοινωνικοί έλεγχοι ως μέρος της παρακολούθησης και της αξιολόγησης θα πρέπει να διενεργούνται τακτικά για να διασφαλίζεται η συμμόρφωση με τις διατάξεις που περιέχονται στη σύμβαση [26]. Η αξιολόγηση της απόδοσης των ΣΔΙΤ δεν πρέπει να βασίζεται μόνο στο χρόνο, το κόστος και την ποιότητα, αλλά θα πρέπει επίσης να λαμβάνει υπόψη τους βασικούς δείκτες απόδοσης (KPIs) [16]. Το πλαίσιο παρακολούθησης και αξιολόγησης πρέπει να ενσωματωθεί στον σχεδιασμό της σύμβασης με ιδιαίτερο προϋπολογισμό και καλούς ανθρώπινους πόρους. Τρίτα μέρη μπορούν επίσης να πραγματοποιούν παρακολούθηση και αξιολόγηση για να επιφέρουν σημαντικές βελτιώσεις [26].

Σχετικά με το ζήτημα της επικοινωνίας, ο Barr DA [53] επικεντρώθηκε στις ΣΔΙΤ στον Καναδά και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπήρχε έλλειψη επικοινωνίας

με τον πληθυσμό όταν άνοιξε ένα νέο νοσοκομείο υπό καθεστώς ΣΔΙΤ. Συνολικά, οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το υπό μελέτη έργο ΣΔΙΤ είχε μια σειρά από σημαντικά ζητήματα, αλλά κανένα από αυτά δεν σχετίζεται άμεσα με τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα μέσω της υιοθέτησης του μοντέλου ΣΔΙΤ. Σύγχρονη βιβλιογραφία [54] ανέπτυξε έναν δείκτη υποδομής υγείας και έναν δείκτη παροχής υγειονομικής περίθαλψης που εφαρμόστηκαν σε πολλές ινδικές πολιτείες. Η χρήση του μοντέλου ΣΔΙΤ, σύμφωνα με τους συγγραφείς, φαίνεται να έχει σημαντικές δυνατότητες να σπάσει αυτό το αδιέξοδο. Οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι οι ελλείψεις όσον αφορά την πληρότητα, την πρόσβαση και την οικονομική προσιτότητα, μαζί με τις αυξανόμενες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, έχουν επιδεινώσει την κοινωνική κρίση στην Ινδία. Οι ίδιοι συγγραφείς κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα ότι, εκτός και αν διατίθεται στους ανθρώπους που τη χρειάζονται περισσότερο, η υποδομή υγείας (όπως τα νοσοκομεία) δεν εγγυάται απαραίτητα την επίτευξη των κυβερνητικών στόχων. Οι συγγραφείς ισχυρίστηκαν ότι το μοντέλο ΣΔΙΤ, όταν χρησιμοποιείται στον τομέα της υγείας, είναι μια αποτελεσματική διέξοδος γιατί είναι απίθανο το πρόβλημα να λυθεί μόνο με δημόσιους πόρους.

Στο πλαίσιο της σύγκρισης των δύο μοντέλων (νοσοκομεία ΣΔΙΤ έναντι δημοσίων νοσοκομείων), [11] υποστήριξε ότι η συνύπαρξη των δύο μοντέλων στην ίδια περιοχή απαιτεί διεξοδική έρευνα για την εφαρμογή ορθολογικών προτύπων για τον προσδιορισμό του μοντέλου που είναι πιο κατάλληλο. Ως αποτέλεσμα, οι συγγραφείς διεξήγαγαν μια σύγκριση μεταξύ των δημοσίων νοσοκομείων και του μοντέλου ΣΔΙΤ (Alzira) προκειμένου να εντοπίσουν τυχόν δυνατά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και στα δύο μοντέλα και να θέσουν τις βάσεις για λογικές κρίσεις σχετικά με την εφαρμογή του καθενός. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μοντέλο ΣΔΙΤ είχε κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία, παρουσιάζοντας ανώτερη απόδοση σε ορισμένες από τις εξεταζόμενες κατηγορίες. Επιπλέον, ανακαλύφθηκε ότι τα νοσοκομεία ΣΔΙΤ ενισχύουν ορισμένους δείκτες ποιότητας, όπως η μείωση του χρόνου αναμονής στη λίστα αναμονής. Ωστόσο, οι συγγραφείς ανακάλυψαν πολλά μέρη όπου αυτού του είδους η συνεργασία είχε λιγότερη σαφήνεια.

Το μοντέλο ΣΔΙΤ που χρησιμοποιείται για τα νοσοκομεία στην Ισπανία πρόσφατα έφτασε στο τέλος του, επιβάλλοντας μια εκ των υστέρων εξέταση του μοντέλου. Πρόσφατη μελέτη [55] αξιολόγησε την απόδοση του μοντέλου ΣΔΙΤ μεταξύ 2003 και 2015.

Σύγχρονη μελέτη των Al-Hanawi MK, Almubark S, Qattan AMN, et al. σχετικά με την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης της Σαουδικής Αραβίας [55] κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το μοντέλο είχε στατιστικά χειρότερη απόδοση από το σημείο αναφοράς στις περισσότερες μετρήσεις το 2015 σε σύγκριση με τα αντίστοιχα δημόσια. Ωστόσο, είχε μια από τις καλύτερες επιδόσεις στο NHS όσον αφορά την προσαρμοσμένη θνησιμότητα μετά από διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, παρά ορισμένες αξιοσημείωτες τεχνολογικές εξελίξεις, το μοντέλο ΣΔΙΤ δεν ξεπερνούσε σταθερά τους δημόσιους παρόχους.

Πρόσφατη μελέτη [56] στην οποία το μοντέλο ΣΔΙΤ εφαρμόστηκε σε νοσοκομεία στην Πορτογαλία και αξιολογήθηκε μετά την ολοκλήρωση του έργου ΣΔΙΤ, προσέφερε πολύτιμα αποτελέσματα και μια σύντομη ματιά στον τρόπο με τον οποίο μπορεί να αντιπαραβάλλονται τα νοσοκομεία ΣΔΙΤ και τα κρατικά νοσοκομεία. Το μοντέλο ΣΔΙΤ, όταν εφαρμόστηκε στα νοσοκομεία, ήταν πλεονεκτικό σύμφωνα με τον συγγραφέα τόσο ως προς την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών όσο και ως προς τα οικονομικά αποτελέσματα. Ο συγγραφέας συμπέρανε επίσης ότι οι ασθενείς των νοσοκομείων ΣΔΙΤ είναι πιο ικανοποιημένοι από τους χρήστες των δημόσιων νοσοκομείων. Παρά τα ευρήματα, ο συγγραφέας τόνισε ότι ανεξάρτητα από την πρόσθετη αξία του μοντέλου ΣΔΙΤ, η θέση και η επιλογή σχετικά με την εφαρμογή του φαίνεται πάντα να εξαρτώνται από την πολιτική δύναμη στην εξουσία.

Τέλος, η [56] μελέτη υποστήριξε ότι η πορτογαλική κυβέρνηση επέλεξε σταθερά να μεταβεί από ένα μοντέλο ΣΔΙΤ σε ένα δημόσιο μοντέλο παρά την αξία για τα χρήματα που παρήγαγε το υπό ανάλυση μοντέλο ΣΔΙΤ για νοσοκομεία, το φθηνότερο κόστος κατασκευής και τη βελτιωμένη απόδοση σε σύγκριση με συγκρίσιμα δημόσια νοσοκομεία.

Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο διεθνών αξιολογήσεων του μοντέλου ΣΔΙΤ, [57] διερεύνησε τις προκλήσεις που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών

διαχείρισης εγκαταστάσεων στο πλαίσιο ΣΔΙΤ για υπηρεσίες υγείας στη Μαλαισία. Η μελέτη παρήγαγε μια λίστα με δεκατέσσερα ζητήματα που πρέπει να επιλυθούν πριν χρησιμοποιηθούν μοντέλα ΣΔΙΤ για νοσοκομεία. Το σημαντικότερο εμπόδιο περιγράφεται ως η ανάπτυξη ενός εξειδικευμένου μοντέλου κατάλληλου για τη διαχείριση κινδύνων ΣΔΙΤ, ακολουθούμενο από τη δυσκολία στην εξασφάλιση συμφωνιών και την πολυπλοκότητα του έργου. Υποστηρίχθηκε ότι μια συμφωνία ΣΔΙΤ για τη διαχείριση ενός νοσοκομείου μπορεί να εξασφαλίσει προστιθέμενη αξία και να έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα των υπηρεσιών και την εταιρική εικόνα του τομέα της υγείας. Οι συγγραφείς περιέγραψαν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εταίροι σε αυτό το είδος σχέσης, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με τον κίνδυνο, το κόστος, την πολυπλοκότητα, το σχεδιασμό, την ευθύνη και την επισημοποίηση της σύμβασης.

Έτσι, σύγχρονοι μελετητές [57] συνιστούν στους ενδιαφερόμενους φορείς, που έχουν ήδη ή σκέφτονται να συμμετάσχουν σε έργα ΣΔΙΤ για νοσοκομεία, ότι θα πρέπει αρχικά να αντιμετωπίσουν και να μετριάσουν τις προκλήσεις που έχουν εντοπιστεί για να αποφευχθεί οποιαδήποτε αναποτελεσματικότητα στην παροχή υπηρεσιών.

Η [58] μελέτη υποστήριξε ότι η φάση της χρηματοδότησης είναι ζωτικής σημασίας για τη διαφοροποίηση μεταξύ των διαφόρων επενδυτικών στρατηγικών υποδομής. Το συμπέρασμα ήταν ότι εάν μια επένδυση έχει υψηλό επίπεδο τεχνολογικής αβεβαιότητας και το περιουσιακό στοιχείο του νοσοκομείου έχει υψηλό επίπεδο ειδικότητας, τα δημόσια νοσοκομεία με ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ φαίνεται να επιλέγουν ένα μοντέλο προσανατολισμένο στη ΣΔΙΤ. Αυτό υποδηλώνει ότι η αβεβαιότητα της τεχνολογικής αλλαγής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ενός αποτελέσματος και μιας απόφασης που ευνοεί ένα μοντέλο επένδυσης περιουσιακών στοιχείων προσανατολισμένο στη ΣΔΙΤ. Δεδομένων των παραπάνω ευρημάτων, υπάρχουν δύο ισχυροί συνδυασμοί παραγόντων που ευνοούν το μοντέλο ΣΔΙΤ.

Ο πρώτος συνδυασμός είναι η χαμηλή εξειδίκευση των ανθρώπινων πόρων σε συνδυασμό με σημαντική αβεβαιότητα τεχνολογικών αλλαγών και αδύναμη

διαπραγματευτική μόχλευση [58]. Στην [59] αναδείχθηκε η επιρροή της εφαρμογής του μοντέλου ΣΔΙΤ στα νοσοκομεία, ιδιαίτερα στη Ρωσία, υποστηρίζοντας ότι τα οφέλη του μοντέλου ΣΔΙΤ είναι ξεκάθαρα, με καινοτόμες τεχνολογίες που συμβάλλουν στη μείωση του αριθμού των θανάτων, στη μείωση του αριθμού των ατόμων με αναπηρία και στην αύξηση προσδόκιμο ζωής και ικανότητα εργασίας του πληθυσμού. Επιπλέον, συνήχθη το συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μοντέλο ΣΔΙΤ έχει κάποια οικονομική επιτυχία.

Στο ίδιο πεδίο, η [60] ανέλυσε τους στόχους πολιτικής του μοντέλου ΣΔΙΤ που εφαρμόζεται στα νοσοκομεία, εστιάζοντας στην εμπειρία της επαρχίας «Ανατολικού Αζερμπαϊτζάν» του Ιράν. Τα ευρήματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι οι πρωταρχικοί στόχοι της πολιτικής ΣΔΙΤ είναι η αύξηση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές του έθνους και η μείωση της ανάγκης για έκτακτες πληρωμές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, ο κύριος λόγος σχεδιασμού και εφαρμογής του μοντέλου ΣΔΙΤ στις υπηρεσίες υγείας της χώρας ήταν η αναποτελεσματικότητα του δημόσιου τομέα στην αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό.

Όσον αφορά τις νέες ευκαιρίες και εμπόδια, [9] ανέλυσε και αξιολόγησε τα εμπόδια και τις ευκαιρίες για τη βελτίωση της κατάστασης των δημόσιων νοσοκομείων στην Πολωνία μέσω του μοντέλου ΣΔΙΤ. Οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι υπάρχουν πολλές ευκαιρίες για συνεργασία μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, όπως όταν συνεργάζονται ιδιωτικοί και δημόσιοι εταίροι σε ένα νοσοκομείο. Το μοντέλο ΣΔΙΤ, ωστόσο, έχει σημαντικά εμπόδια, συμπεριλαμβανομένων των βραχυπρόθεσμων συμβάσεων με δημόσιους πόρους και της σημαντικής υποχρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Η μελέτη [9] κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι κύριοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την επιτυχία της ΣΔΙΤ στην πολωνική αγορά είναι (α) αλλαγές στη σύμβαση με τον πληρωτή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, (β) σταθερότητα των οικονομικών και νομικών συνθηκών, (γ) η ακατάλληλη κατανομή του κινδύνου, (δ) επαρκής εμπειρία και των δύο μερών και (ε) χρήση ενός αξιόπιστου και ικανού ιδιωτικού εταίρου με επαρκές αρχικό κεφάλαιο. Ο κύριος μοχλός πίσω από τη δημιουργία μοντέλων ΣΔΙΤ είναι το οικονομικό κίνητρο. Οι άμεσες ή έμμεσες οικονομικές μέθοδοι μπορούν να

χρησιμοποιηθούν από ιδιωτικές επιχειρήσεις, αλλά για τα δημόσια νοσοκομεία, οι τεχνικές ανασυγκρότησης και δημιουργικής διαχείρισης γενικά θα πρέπει να συμβάλλουν στη μείωση του κόστους και στην ενίσχυση των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Έτσι, εάν διατυπωθούν και διαχειρίζονται σωστά, οι ΣΔΙΤ μπορούν να προσφέρουν πολλά οφέλη στον τομέα της δημόσιας υγείας, και δύο από τις πιο σημαντικές φαίνεται να είναι η μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης του δημόσιου τομέα για την ανάπτυξη υποδομών και ο επιμερισμός των κινδύνων μεταξύ των εταίρων.

Εξετάζοντας διαφορετικές εμπειρίες διαφορετικών μοντέλων ΣΔΙΤ σε διάφορες χώρες όπως η μελέτη [9] υποστήριξε ότι οι νομικές, πολιτιστικές και κοινωνικές επιρροές έχουν μεγάλη σημασία για την επιτυχία των συνεργασιών. Επιπρόσθετα, η εφαρμογή ΣΔΙΤ στον τομέα των δημόσιων νοσοκομείων, παρά ορισμένες διαμάχες, έχει θετικές επιπτώσεις και έχει γίνει ευρέως αποδεκτή.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναλυθεί η μελέτη που πραγματοποιήθηκε [61] στην Κίνα. Οι συγγραφείς σημειώνουν ότι μέχρι το τέλος του 2018, οι τοπικές κυβερνήσεις της Κίνας όφειλαν 18,4 τρισεκατομμύρια γιουάν και υπήρξε έντονη πίεση για αύξηση των δαπανών για την κοινωνική υγεία. Χρησιμοποιώντας το μοντέλο ΣΔΙΤ, η μελέτη επεδίωξε να διερευνήσει τις μεταβλητές που επηρεάζουν την πρόθεση και τη συμπεριφορά της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στο κινεζικό NHS. Αναδείχθηκε ότι το μοντέλο Build–Operate–Transfer (BOT) μπορεί να προάγει τον ενθουσιασμό της συμμετοχής του ιδιωτικού κεφαλαίου στο κινεζικό NHS. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αρκετές εταιρείες του ιδιωτικού τομέα κατευθύνονται κυρίως προς την κατασκευαστική δραστηριότητα.

## **Κεφάλαιο 7. Η πρόσφατη Ελληνική εμπειρία**

Στην Ελλάδα, όπως και σε πολλές άλλες χώρες, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις συμπράξεων μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Αυτές

οι συμπράξεις είναι συχνά γνωστές και ως δημόσιες-ιδιωτικές συνεργασίες (Public-Private Partnerships ή PPPs) και έχουν σχεδιαστεί για να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες και τους πόρους και των δύο τομέων προκειμένου να επιτευχθούν συγκεκριμένοι στόχοι ή έργα [63].

Οι συμπράξεις αυτές μπορούν να περιλαμβάνουν την ανάπτυξη και τη συντήρηση δημόσιων υποδομών όπως δρόμοι, γέφυρες, αεροδρόμια, αναπτυξιακά έργα, καθώς και την παροχή δημόσιων υπηρεσιών όπως υγεία, εκπαίδευση και νερό. Συνήθως, ο ιδιωτικός τομέας συμμετέχει σε αυτές τις συμπράξεις παρέχοντας χρηματοδότηση, τεχνογνωσία, και/ή διαχειριστικές ικανότητες.

Σκοπός των συμπράξεων αυτών είναι συνήθως η βελτίωση της ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών και η αποτελεσματική χρήση των δημόσιων πόρων. Ωστόσο, αυτού του είδους οι συμπράξεις μπορεί να είναι πολύπλοκες και να απαιτούν προσεκτική σχεδιασμένη νομοθεσία, διαφάνεια, και περιοδική αξιολόγηση για να εξασφαλιστεί η επιτυχία τους και η προστασία των δημόσιων συμφερόντων [64] .

## **7.1. Χαρακτηριστικά παραδείγματα στον Ελλαδικό χώρο**

Στην Ελλάδα, υπάρχουν αρκετά χαρακτηριστικά παραδείγματα συμπράξεων μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Ορισμένα από αυτά περιλαμβάνουν:

Υγεία: Στην Ελλάδα, υπάρχουν ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία που συνεργάζονται με το δημόσιο σύστημα υγείας για την παροχή υπηρεσιών υγείας [66,67]. Επίσης, υπάρχουν περιπτώσεις σύμβασης μεταξύ του δημοσίου και ιδιωτικών εταιρειών για τη διαχείριση και συντήρηση δημόσιων νοσοκομείων [66,67].

Υποδομές: Έχουν υλοποιηθεί δημόσιες-ιδιωτικές συνεργασίες για την ανάπτυξη και τη συντήρηση υποδομών όπως αυτοκινητόδρομοι, γέφυρες, λιμάνια και αεροδρόμια. Σε πολλές περιπτώσεις, ιδιωτικές εταιρείες αναλαμβάνουν τη χρηματοδότηση, την κατασκευή και τη συντήρηση των υποδομών αυτών και στη συνέχεια λαμβάνουν ένα μέρος των εσόδων από την λειτουργία τους. [65]

Εκπαίδευση: Σε ορισμένες περιοχές, υπάρχουν ιδιωτικά σχολεία και πανεπιστήμια που συνεργάζονται με το δημόσιο σύστημα εκπαίδευσης για την παροχή εκπαιδευτικών υπηρεσιών [68]. Επίσης, υπάρχουν προγράμματα συνεργασίας μεταξύ των δημόσιων ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και ιδιωτικών επιχειρήσεων για την έρευνα και την ανάπτυξη [68].

Νερό και ενέργεια: Στον τομέα του νερού και της ενέργειας, υπάρχουν παραδείγματα συμπράξεων μεταξύ του δημοσίου και ιδιωτικών επιχειρήσεων για τη διαχείριση και την παροχή υπηρεσιών ύδρευσης και ενέργειας [68].

Αυτά είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά παραδείγματα συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα. Είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι οι λεπτομέρειες και οι περιπτώσεις μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με τον τομέα και την περιοχή [66].

## **7.2. Συμπράξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα κλινικών περιστατικών νοσοκομείων στην Ελλάδα**

Η συμπράξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (Public-Private Partnership - PPP) στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα αφορά τη συνεργασία μεταξύ του δημόσιου συστήματος υγείας και ιδιωτικών κλινικών ή νοσοκομείων για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Αυτό μπορεί να συμπεριλαμβάνει πολλά διαφορετικά είδη συμπράξεων, όπως: [67]

**Σύμβαση για την παροχή υπηρεσιών:** Το δημόσιο σύστημα υγείας μπορεί να συνάπτει συμφωνίες με ιδιωτικές κλινικές ή νοσοκομεία για την παροχή



συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών εξετάσεων, χειρουργείων, διαγνωστικών εξετάσεων και άλλων ιατρικών υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα.

**Αγορά υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικούς παρόχους:** Το δημόσιο σύστημα υγείας μπορεί να αγοράζει υπηρεσίες υγείας από ιδιωτικούς παρόχους όταν αυτό είναι απαραίτητο για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού.

**Συμπράξεις στον τομέα της έρευνας και ανάπτυξης:** Δημόσια ακαδημαϊκά ιδρύματα, όπως πανεπιστήμια και ερευνητικά κέντρα, μπορούν να συνεργάζονται με ιδιωτικές φαρμακευτικές εταιρείες για την ανάπτυξη νέων φαρμάκων, ιατρικών τεχνολογιών και θεραπευτικών προϊόντων.

**Συμπράξεις στον τομέα της κατάρτισης και εκπαίδευσης:** Οι δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες μπορούν να συνεργάζονται με ιδιωτικά ινστιτούτα εκπαίδευσης για την κατάρτιση και εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας, όπως γιατροί, νοσοκόμες και άλλο προσωπικό.

**Συμπράξεις στον τομέα της τεχνολογίας υγείας:** Η χρήση της τεχνολογίας υγείας, όπως τηλείατρική, ηλεκτρονικά ιατρικά φάκελα και συστήματα διαχείρισης ασθενών, μπορεί να απαιτεί συνεργασία μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για την ανάπτυξη και την εφαρμογή τέτοιων τεχνολογιών [65].

**Συμπράξεις για τη διαχείριση των επειγόντων περιστατικών:** Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας μπορούν να συνεργάζονται με ιδιωτικές εταιρείες για την παροχή υπηρεσιών διαχείρισης επειγόντων περιστατικών, όπως τον αερο-ιατρικό ή τη μεταφορά ασθενών με ειδικές μονάδες.

Αυτά τα είδη συμπράξεων μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, στην επιτάχυνση της έρευνας και της καινοτομίας στον τομέα της υγείας και στην αντιμετώπιση των αναγκών του πληθυσμού. Όπως πάντα, η διαχείριση και ο έλεγχος των συμπράξεων είναι σημαντικά για τη διασφάλιση της διαφάνειας και της προστασίας των δημόσιων συμφερόντων.

Αυτές οι συμπράξεις μπορούν να έχουν πλεονεκτήματα, όπως την επέκταση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, και την αποτελεσματικότερη χρήση των δημόσιων πόρων.

Ωστόσο, πρέπει να γίνεται προσεκτικός σχεδιασμός και διαχείριση των συμπράξεων για να διασφαλιστεί η προστασία των δημόσιων συμφερόντων και η διαφάνεια στη λειτουργία τους [66].

### **7.2.1. Χαρακτηριστικά παραδείγματα από τη συμπράξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (Public-Private Partnership - PPP) στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, υπήρχαν και εξακολουθούν να υπάρχουν χαρακτηριστικά παραδείγματα συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (PPP) στον τομέα της υγείας. Ορισμένα από αυτά περιλαμβάνουν: [63]

**Σύμβαση με Ιδιωτικά Νοσοκομεία:** Το δημόσιο σύστημα υγείας μπορεί να συνάπτει συμφωνίες με ιδιωτικά νοσοκομεία για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, οι ασφαλιστικές εταιρείες συνεργάζονται συχνά με ιδιωτικά νοσοκομεία για την παροχή υπηρεσιών στους ασφαλισμένους τους.

**Σύμβαση για τη Διαχείριση Δημοσίων Νοσοκομείων:** Σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδιωτικές εταιρείες μπορούν να συμβάλλουν στη διαχείριση δημόσιων νοσοκομείων, αναλαμβάνοντας την λειτουργία, τη συντήρηση και την παροχή υπηρεσιών υγείας. [64]

**Ιδιωτικές Κλινικές για Δημόσιες Υπηρεσίες:** Οι δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες μπορεί να αγοράζουν υπηρεσίες από ιδιωτικές κλινικές για την παροχή εξετάσεων, εγχειρήσεων ή άλλων υπηρεσιών υγείας σε περιπτώσεις όπου τα δημόσια νοσοκομεία δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στη ζήτηση.

**Εξειδικευμένες Υπηρεσίες:** Συχνά, ιδιωτικές κλινικές και ειδικοί ιατροί συνεργάζονται με το δημόσιο σύστημα υγείας για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών, όπως ψυχιατρική ή ογκολογική φροντίδα.

**Υπηρεσίες Τηλεϊατρικής και Τηλεφωνικής Συμβουλευτικής:** Ιδιωτικές εταιρείες μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες τηλεϊατρικής και τηλεφωνικής

συμβουλευτικής στο δημόσιο για την αντιμετώπιση ή τη διαχείριση υγειονομικών ζητημάτων.

Αυτά τα παραδείγματα δείχνουν πώς ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας μπορούν να συνεργαστούν στον τομέα της υγείας για να βελτιώσουν την πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας και να ενισχύσουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας. [68]

Στον παρακάτω Πίνακα 1 παρουσιάζεται σύνοψη των μελετών που χρησιμοποιήθηκαν στην εν λόγω βιβλιογραφική ανασκόπηση.

**Πίνακας 1 : Σύνοψη Μελετών**

ΟΝΟΜΑ	Χώρα	Σκοπός	Συμπεράσματα
Okal J, Kanya L, Obare F, et al.	2013 Ουγκάντα	Αυτή η έρευνα περιγράφει ένα πρόγραμμα κουπονιών αναπαραγωγικής υγείας που συνάπτει συμβάσεις με ιδιωτικές εταιρείες στην Ουγκάντα και διερευνά τα θέματα πολιτικής και εφαρμογής που σχετίζονται με την επέκταση του προγράμματος ώστε να συμπεριλάβει τον δημόσιο τομέα.	Ο εντοπισμός εξειδικευμένων και η διαβούλευση μαζί τους είναι το κλειδί για την επιτυχή ένταξη του δημόσιου τομέα στο πρόγραμμα κουπονιών.
Thu TD, Kumar AMV, Ramaswamy G, et al.	2020 Βιετνάμ	Για τη βελτίωση της φροντίδας για τη φυματίωση (TB) μεταξύ ατόμων που παρακολουθούνται σε ιδιωτικό νοσοκομείο τριτοβάθμιας φροντίδας στο Βιετνάμ, εφαρμόστηκε ένα καινοτόμο μοντέλο δέσμευσης του ιδιωτικού τομέα από τον Ιούνιο έως τον Δεκέμβριο του 2018.	Δεδομένης της επιτυχίας αυτού του μοντέλου, το εκεί Εθνικό Πρόγραμμα Φυματίωσης εξετάζει το ενδεχόμενο να το επεκτείνει σε εθνικό επίπεδο μετά από μια λεπτομερή ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας.
Holden DJ, Reiter K, O'Brien D, et al.	2015	Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι να εξετάσει τη δυνατότητα δυνεπέδωσης μεταξύ νοσοκομείων και εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της συνεπένδυσης αυτής και της επίτευξης στρατηγικών στόχων.	Αν και τα αποτελέσματα αντικατοπτρίζουν ένα μικρό δείγμα νοσοκομείων, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα στελέχη των νοσοκομείων πιστεύουν ότι υπάρχει στρατηγική ευκαιρία για μια συνεργασία δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, όπως αποδεικνύεται μέσω του NCCCP, το οποίο αξιοποίησε ομοσπονδιακά κεφάλαια για την υποστήριξη αμοιβαίων στόχων προς την προώθηση της φροντίδας και της έρευνας για τον καρκίνο.
Vieira F, Sanha MS, Riccardi F, et al.	2014 Αφρική	Η σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού τομέα έχει αποδείξει ότι αυξάνει την ανίχνευση περιπτώσεων φυματίωσης ειδικά σε υποανάπτυκτες χώρες, αλλά είναι λιγότερα γνωστά για τις επιπτώσεις της στην ποιότητα της περίθαλψης, τη θνησιμότητα και το κόστος των νοσηλευόμενων ασθενών με φυματίωση.	Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παρουσιάζουν σημαντικά βραχυπρόθεσμα οφέλη στα εθνικά κέντρα αναφοράς για τη φυματίωση.
Top M, Sungur C	2019 Τουρκία	Αυτή η μελέτη στόχευε να ορίσει το μοντέλο σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ), αντλώντας τις απόψεις και αξιολογήσεις των ενδιαφερομένων και εντοπίζοντας τις σχετικές πολιτικές υγείας και τα ζητήματα σχεδιασμού.	Αυτή η μελέτη προσδιόρισε και αξιολόγησε ολοκληρωμένα health-campus projects για να καθορίσει τον στόχο, την καταλληλότητα, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του μοντέλου στον τομέα της υγείας, ιδιαίτερα σε σχέση με το κόστος, την ποιότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.

Ferreira DC, Marques RC	2021	Πορτογαλία	Η συγκεκριμένη έρευνα εστιάζει στο γεγονός ότι στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν επαρκή δείγματα στην ικανότητα κλινικής ανταπόκρισης των νοσοκομείων ΣΔΙΤ και στον λαϊκισμό που υποστηρίζει ότι αυτές οι οντότητες έχουν χαμηλότερη κοινωνική απόδοση από τα τυπικά δημόσια νοσοκομεία. Αυτή η μελέτη χρησιμοποιεί ισχυρές μεθοδολογίες συγκριτικής αξιολόγησης παράλληλα με πρόσφατα δεδομένα για πορτογαλικά νοσοκομεία (FY2012-FY2017) για να απομυθοποιήσει αυτήν την ιδέα και να αποδείξει ότι, στην πραγματικότητα, τα νοσοκομεία ΣΔΙΤ μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με επίπεδα κοινωνικής απόδοσης τουλάχιστον εξίσου καλά με τα δημόσια νοσοκομεία.	Αυτή η μελέτη χρησιμοποιεί ισχυρές μεθοδολογίες συγκριτικής αξιολόγησης παράλληλα με πρόσφατα δεδομένα για πορτογαλικά νοσοκομεία (FY2012-FY2017) για να απομυθοποιήσει αυτήν την ιδέα και να αποδείξει ότι, στην πραγματικότητα, τα νοσοκομεία ΣΔΙΤ μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με επίπεδα κοινωνικής απόδοσης τουλάχιστον εξίσου καλά με τα δημόσια νοσοκομεία.
Karpagam S, Roy B, Seethappa VK, et al.	2013	Ινδία	Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) προβάλλονται ως η μελλοντική πορεία για την υγειονομική περίθαλψη στη χώρα, όμως οι ανησυχίες που διατύπωσε η ομάδα αξιολόγησης και η αποτυχία της Επιτροπής Σχεδιασμού να λάβει υπόψη αυτές τις ανησυχίες συζητούνται λεπτομερώς σε αυτό το άρθρο.	Μερικά από τα ζητήματα που εντοπίστηκαν με το μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης PPP στο Raichur είναι η απουσία αξιολόγησης από τρίτους, τα χαμηλά ποσοστά χρήσης, η έλλειψη μετρήσιμου οφέλους για τον πληθυσμό BPL και τα κακά συστήματα διακυβέρνησης και λογοδοσίας.
Hussain S, McKellar J.	2020	Καναδάς	Αυτό το άρθρο διεξάγει μια εις βάθος μελέτη περίπτωσης ΣΔΙΤ για το νέο Νοσοκομείο Bridgpoint Active Health Care, ένα βραβευμένο νοσοκομείο 464 κλινών και διοικητική εγκατάσταση που παραδίδεται με χρήση ΣΔΙΤ σχεδιασμού-κατασκευής-χρηματοδότησης-συντήρησης.	Αυτό το άρθρο αποκαλύπτει τον ρόλο των προσωπικοτήτων, των σχέσεων και της ισχυρής ηγεσίας στην υλοποίηση ενός επιτυχημένου έργου ενόψει σύνθετων, αλληλοδιασταυρωμένων προκλήσεων. Σε αυτό το πλαίσιο, η ΣΔΙΤ είναι μόνο μια μεταβλητή για την εξήγηση της συνολικής επιτυχίας αυτού του περιλόκου και εξαιρετικά ορατού έργου κοινωνικής υποδομής.
Iyer V, Sidney K, Mehta R, et al.	2017	Ινδία	Η Chiranjeevi Yojana (CY) είναι μια εταιρική σχέση δημόσιου-ιδιωτικού τομέα μεταξύ του κράτους και των ιδιωτικών μαιευτηρίων στο Γκουτζαράτ της Ινδίας, από το 2007. Το κράτος πληρώνει για γεννήσεις των πιο ευάλωτων νοικοκυριών (κάτω από τα όρια της φτώχειας και φυλών) σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Ένα καινοτόμο πακέτο αποδοχών έχει σχεδιαστεί για να αποθαρρύνει τις περιττές καισαρικές τομές. Η παρούσα μελέτη εξετάζει τα χαρακτηριστικά των ιδιωτικών εγκαταστάσεων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα.	Το κράτος θα πρέπει να σχεδιάσει νέες αμοιβές με στόχο να προσελκύσει σχετικά νέους μαιευτήρες για τη δημιουργία ιατρικών σε πιο απομακρυσμένες περιοχές. Είναι πιθανό ο σχεδιασμός του νέου πακέτου αποδοχών CY να είναι αποτελεσματικός στο να μειωθούν τα ποσοστά καισαρικής τομής και πρέπει να μελετηθεί αυτό περαιτέρω.
Mendes Cde A, Martins Ade A, Teivelis MP, et al.	2014	Βραζιλία	Να περιγράψει και να αναλύσει τα αποτελέσματα μιας σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και ενός ιδιωτικού νοσοκομείου σε ένα έργο αρωγής και επιστημονικής έρευνας στον τομέα της ενδονοσοκομειακής χειρουργικής.	Ο χρόνος αναμονής για τους ασθενείς μεταξύ της διάγνωσης και της ολοκλήρωσης της χειρουργικής επέμβασης μειώθηκε σημαντικά. Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μπορούν να επιταχύνουν τη φροντίδα των ασθενών από υπηρεσίες δημόσιας υγείας και να βελτιώσουν την επιστημονική γνώση.
Kaliks RA, Pontes LDB, Bogner CLFB, et al.	2013	Βραζιλία	Να περιγράψει τη ροή και το κόστος που σχετίζεται με τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενών με καρκίνο του μαστού που προέρχονται από το δημόσιο σύστημα υγείας και νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο Israelita Albert Einstein.	Οι στρατηγικές για τη μείωση του κόστους της θεραπείας σε ιδιωτικό περιβάλλον είναι απαραίτητες για να επιτραπούν μελλοντικές εταιρικές σχέσεις μεγάλης κλίμακας σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στην ογκολογία.
Liman HM, Sakajiki AM, Makusidi MA, et al.	2021	Νιγηρία	Η σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στην παροχή αιμοκάθαρσης στη Νιγηρία είναι μια νέα ιδέα. Ξεκίνησε με τη σύγκριση της απόδοσης του νεφρολογικού κέντρου του Specialist Hospital Sokoto (SHS) που λειτουργεί με αυτό το μοντέλο και τέσσερα άλλα γειτονικά κέντρα αιμοκάθαρσης που λειτουργούν από την κυβέρνηση.	Η PPP βελτίωσε τη διαθεσιμότητα της υπηρεσίας αιμοκάθαρσης, τη μέση διάρκεια της αιμοκάθαρσης και τον μέσο αριθμό συνεδριών αιμοκάθαρσης, αλλά δεν βελτίωσε το ποσοστό παραπομπής μεταμόσχευσης νεφρού στο SHS. Υπάρχει ανάγκη να ενθαρρυνθεί η τρέχουσα ρύθμιση στο Νοσοκομείο καθώς και σε άλλα κέντρα που έχουν παρόμοιες συνεργασίες.
Yang J, Song L, Yao X, et al.	2020	Κίνα	Αυτή η μελέτη στοχεύει στο να εξετάσει την επιρροή και τη σημασία μεταξύ των κρίσιμων παραγόντων για την πρόθεση και τη συμπεριφορά του ιδιωτικού τομέα ως προς τη συμμετοχή στην κινεζική αγορά υγειονομικής περίθαλψης (CHM) μέσω ΣΔΙΤ.	Τα ευρήματα παρέχουν αναφορά στις κυβερνήσεις και τις δημόσιες αρχές για να καταβάλουν πρόσθετες προσπάθειες για την εφαρμογή κατάλληλων μέτρων που θα τονώσουν τα κίνητρα του ιδιωτικού τομέα να συμμετάσχει στη CHM μέσω ΣΔΙΤ.

Vian T, Mcintosh N, Grabowski A.	2017	Βοστώνη	Εν προκειμένω αξιολογείται εάν ένα μοντέλο ΣΔΙΤ σε ένα νοσοκομείο μπορεί να βοηθήσει στην καταπολέμηση της διαφθοράς.	Με την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης του ιδιωτικού τομέα, ένα μοντέλο ΣΔΙΤ για τη διαχείριση των νοσοκομείων μπορεί να περιορίσει τη διαφθορά. Για να αξιολογήσουν τη σκοπιμότητα μιας ΣΔΙΤ, οι διαχειριστές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την εξοικονόμηση κόστους που προκύπτει από τη μείωση της διαφθοράς.
Chung D.	2009	Αυστραλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Νέα Ζηλανδία	Αυτό το άρθρο εξετάζει την εμπειρία του Βασικού Νοσοκομείου Port Macquarie (PMBH), του πρώτου δημόσιου νοσοκομείου που παραδόθηκε σύμφωνα με το μοντέλο Δημόσιας-Ιδιωτικής Συνεργασίας (PPP) στην Πολιτεία της Νέας Νότιας Ουαλίας, Αυστραλία.	Η επιτυχία των ΣΔΙΤ φαίνεται να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ευθυγράμμιση των στόχων σε ένα πολυεπίπεδο πολιτικό σύστημα. Οι διαδικασίες ελέγχου κατά τη διαδικασία υλοποίησης πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την παρουσία ή την απουσία τέτοιας ευθυγράμμισης.
Alonso JM, Clifton J, Díaz-Fuentes D.	2016	Ισπανία	Παρά την αυξανόμενη επικράτηση των Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα στην υγειονομική περίθαλψη, οι μελετητές έχουν δώσει λίγη προσοχή στις συνέπειές τους για το εργατικό δυναμικό. Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα μπορεί να έχουν σημαντικές συνέπειες σε υπηρεσίες έντασης εργασίας, όπως η υγειονομική περίθαλψη, καθώς οι μειώσεις προσωπικού και ο υψηλότερος φόρτος εργασίας μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών και της ασφάλειας των ασθενών. Σε αυτό το έγγραφο, αναλύουμε τον βαθμό στον οποίο τα προγράμματα Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα έχουν επηρεάσει την απασχόληση στη Μαδρίτη, έναν από τους πιο ενθουσιώδεις υιοθέτες των μοντέλων εταιρικής σχέσης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην Ισπανία. Για να γίνει αυτό, συγκρίνουμε τα επίπεδα απασχόλησης του κλινικού προσωπικού σε τρεις τύπους μοντέλων διαχείρισης νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων δύο τύπων Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα. Τα ευρήματά μας καταδεικνύουν ότι τα επίπεδα απασχόλησης του κλινικού προσωπικού φαίνεται να είναι σημαντικά χαμηλότερα στα νοσοκομεία Δημόσιου-Ιδιωτικού Σύμπραξης από ό,τι σε δημόσια νοσοκομεία με άμεση διαχείριση, ιδίως όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, και σε εκείνους τους τύπους νοσοκομείων όπου ο ιδιωτικός τομέας διαχειρίζεται τόσο κλινικό όσο και μη κλινικό προσωπικό	
Al-Hanawi MK, Almubark S, Qattan AMN, et al	2020	Σαουδική Αραβία	Αυτή η μελέτη διερευνά και εντοπίζει πιθανά εμπόδια στην επιτυχή εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης της Σαουδικής Αραβίας. Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα έχουν γίνει μια κοινή προσέγγιση για τα προβλήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως.	Τα εμπόδια που εντοπίστηκαν υποδεικνύουν ότι η κυβέρνηση θα πρέπει να διασφαλίσει ότι οι ΣΔΙΤ εφαρμόζονται έγκαιρα για να διασφαλιστεί ότι η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα θα αποφέρει τα επιδιωκόμενα οφέλη. Επιπλέον, πρέπει να δημιουργηθεί ένα σταθερό νομικό και ρυθμιστικό πλαίσιο που να εφαρμόζεται σωστά και εύκολα, ώστε να αποφευχθεί η σύγχυση των ενδιαφερομένων με πάρα πολλές αλλαγές. Είναι επίσης σημαντικό να διασφαλιστεί ότι ενισχύονται τα μέτρα διαφάνειας και λογοδοσίας.
Kosycarz EA, Nowakowska BA, Mikołajczyk MM	2019	Πολωνία	Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να αναλύσει και να αξιολογήσει τα εμπόδια και τις ευκαιρίες για τη βελτίωση της κατάστασης των δημόσιων νοσοκομείων στην Πολωνία μέσω συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.	Οι κύριοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την επιτυχία των ΣΔΙΤ στην πολωνική αγορά είναι: αλλαγές στη σύμβαση με τον πάροχο για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, σταθερές οικονομικές και νομικές συνθήκες, κατάλληλη κατανομή κινδύνου, αρκετή εμπειρία και από τις δύο πλευρές, χρήση αξιόπιστου και ικανού ιδιωτικού εταιρίου, και τέλος επαρκές αρχικό κεφάλαιο.

Olson CA, Balmer JT, Mejicano GC	2011		Εδώ, στο πλαίσιο της βιβλιογραφίας για την αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των οργανισμών, αναζητήθηκαν αρκετοί παράγοντες που πιστεύεται ότι συνέβαλαν σημαντικά στην επιτυχία.	Η συνεργασία CS2day παρέχει ένα παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο οι κατευθυντήριες γραμμές για τη συνεργασία που αναπτύχθηκαν σε διάφορα πλαίσια εφαρμόζονται στη συνεχή ιατρική εκπαίδευση και ένα παράδειγμα περίπτωσης που παρέχει πληροφορίες για τις διαύλους που οδηγούν στην επιτυχία μιας συνεργασίας.
Gordon D, McKay S, Marchildon G, et al	2020	Καναδάς	Αναλύεται ένα συμπόσιο πολιτικής που πραγματοποιήθηκε το 2017 και επικεντρώθηκε στη λειτουργία μιας συγκεκριμένης πολιτικής ολοκληρωμένης φροντίδας στο πλαίσιο της εξέλιξης της πολιτικής στο Οντάριο του Καναδά.	Βασίστηκε στη συνεργατική διακυβέρνηση για να δημιουργηθούν οι απαραίτητες γνώσεις για τους ηγέτες που εφαρμόζουν ολοκληρωμένη φροντίδα και ολοκληρώθηκε εξετάζοντας τη σημασία της διατήρησης πρωτοβουλιών συνεργατικής διακυβέρνησης υπό συνθήκες ασταθούς περιβάλλοντος πολιτικής.
Gauld R, Asgari-Jirhandeh N, Patcharanarumol W, et al.	2018	Ασία και Ειρηνικός	Αυτό το άρθρο περιγράφει ενέργειες για το πώς τα δημόσια νοσοκομεία μπορούν να αναδιαμορφωθούν από την άποψη του συστήματος υγείας.	Απαιτείται δημιουργική σκέψη για τη δημιουργία και υποστήριξη ευέλικτων ρυθμίσεων παροχής φροντίδας για υπηρεσίες που έχουν σχεδιαστεί για να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και των παρόχων. Βασικοί παράγοντες για την επίτευξη καθενός από αυτούς τους τομείς μεταρρύθμισης είναι η χρηστή διακυβέρνηση και η ηγεσία.
Seddoh JE	2017	Γκάνα	Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να προσδιορίσει την αντίληψη των ενδιαφερομένων σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασία μεταξύ Κυβερνητικών Οργανισμών (GO) και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ) με βάση τους οργανισμούς που ελήφθησαν δείγμα από τη Μητρόπολη Tema στην Γκάνα.	Συνιστά κατευθυντήριες γραμμές για την υλοποίηση έργων συνεργασίας που περιλαμβάνουν την υιοθέτηση κοινών ομάδων παρακολούθησης και αξιολόγησης και την υπογραφή Μνημονίων Συνεργασίας για την κάλυψη έργων.
Johnson LJ, Zorn D, Tam BKY, et al.	2003	Οχάιο	Αυτή η μελέτη διερεύνησε παράγοντες που σχετίζονται με επιτυχημένες και αποτυχημένες συνεργασίες, μελέτησε τα συγκεκριμένα προβλήματα που αποτελούν μέρος της διαδικασίας συνεργασίας και εντόπισε λύσεις για την ελαχιστοποίηση της εμφάνισής τους.	Με βάση τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, σκιαγραφήθηκαν επτά παράγοντες που σχετίζονται με την επιτυχημένη διυπηρεσιακή συνεργασία.
Ρουμπέκα, Μ.	2020	Ελλάδα	Το παρόν άρθρο αναφέρεται στο ρόλο των ΣΔΙΤ στον υγειονομικό τομέα της Ελλάδας.	Ο ιδιωτικός τομέας θα συμβάλει θετικά στους κρατικούς στόχους, είτε με χρηματοδότηση είτε με τεχνογνωσία, αρκεί να έχει αυστηρά οριοθετηθεί ο ρόλος των ιδιωτών προς αποφυγή της συνειρμικής ταύτισης του θεσμού ΣΔΙΤ με την ιδιωτικοποίηση της Υγείας.
Κοϊνης, Α.	2019	Ελλάδα	Ο σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή και η μελέτη της επίδρασης του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης (mobbing) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων.	Τα αποτελέσματα από τη μελέτη αναμένονται να δημοσιευτούν και να εμπλουτίσουν την επιστημονική γνώση αλλά και να ενεργοποιήσουν μελλοντικά προγράμματα αγωγής υγείας σχετικά με το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης σε χώρους υγείας.
Παπαδοπούλου	2019	Ελλάδα	Να αναγνωρίσει τον τρόπο χρηματοδότησης και στο πεδίο εφαρμογής ΣΔΙΤ και να υπογραμμίσει τα θετικά και αρνητικά στοιχεία του μοντέλου.	Οι ΣΔΙΤ μπορεί να είναι ωφέλιμες για τον τομέα της υγείας, όταν είναι σφαιρικά τεκμηριωμένες, προετοιμάζονται σωστά, εφαρμόζονται όπως έχουν σχεδιαστεί, ελεγχονται και ολοκληρώνονται σε οικονομικά και χρονικά πλαίσια.
Μαγγανας	2023	Ελλάδα	Η 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 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.
Χατζηπουλίδης	2020	Ελλάδα	Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των δυνατοτήτων εφαρμογής των ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας στην Ελλάδα.	Παρατίθεται κατάλογος προϋποθέσεων για τη διαμόρφωση των συνθηκών για μια επιτυχή εφαρμογή των ΣΔΙΤ στην υγεία και οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν προς την κατεύθυνση αυτή.

Ρούση	2022	Ελλάδα	<p>Η αναζήτηση των μελετών και της βιβλιογραφίας που θα αποδεικνύει ή θα αποτυπώνει τη συμβολή της σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) ή στην επίλυση των προβλημάτων στην ΠΦΥ.</p>	<p>Παρά τις προκλήσεις οι ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ μπορούν να διευκολύνουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ιδίως σε απομακρυσμένες περιοχές. Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να εξετάσουν μακροπρόθεσμα σχέδια και δημόσιες πολιτικές για να εφαρμόσουν τη ΣΔΙΤ στην ΠΦΥ, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη και τις οικονομικές παραμέτρους που απορρέουν από μια τέτοια σύμπραξη. Λέξεις-κλειδιά: σύμπραξη δημόσιου- ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ), πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), πολιτική υγείας.</p>
-------	------	--------	--	--

## 7.2.2. Προκλήσεις

Οι συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (PPP) στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα μπορούν να αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις και δυσκολίες. Ορισμένες από τις βασικές προκλήσεις περιλαμβάνουν: [63]

**Διαφάνεια και Διαχείριση Συγκρούσεων Συμφερόντων:** Οι συμπράξεις PPP συχνά εμπλέκουν ιδιωτικές εταιρείες που αναζητούν κέρδος. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα σχετικά με τη διαφάνεια, την εταιρική κοινωνική ευθύνη και τη διαχείριση πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων.

**Κόστος και Επιχειρηματική Βιωσιμότητα:** Η συμπράξη PPP μπορεί να είναι δαπανηρή και να αυξάνει το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών για το δημόσιο. Η βιωσιμότητα των συμπράξεων πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά, καθώς μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση του πληθυσμού σε προσιτές υπηρεσίες υγείας. [65]

**Ποιότητα Φροντίδας:** Η ποιότητα της φροντίδας υγείας πρέπει να παρακολουθείται προσεκτικά σε συμπράξεις PPP, καθώς η πίεση για μείωση των λειτουργικών εξόδων μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα των υπηρεσιών.

**Πρόσβαση στην Υγεία:** Ορισμένες συμπράξεις PPP μπορεί να επικεντρώνονται σε κερδοσκοπικές υπηρεσίες υγείας, ενώ τμήματα του πληθυσμού μπορεί να παραμείνουν χωρίς πρόσβαση σε απαραίτητες υπηρεσίες.

**Διατήρηση Δημόσιου Ελέγχου:** Η διατήρηση του δημόσιου ελέγχου και της κυριαρχίας στον τομέα της υγείας είναι σημαντική. Οι συμπράξεις PPP πρέπει

να διασφαλίζουν ότι ο δημόσιος τομέας διατηρεί τον έλεγχο και την ικανότητα να καθορίζει τις πολιτικές υγείας.

Η επιτυχής υλοποίηση συμπράξεων PPP στον τομέα της υγείας απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό, διαφάνεια, καλή διαχείριση και προσοχή στην προστασία των δημόσιων συμφερόντων, προκειμένου να επωφεληθούν οι πολίτες και να διασφαλιστεί η ποιότητα και η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας. [68]

## Κεφάλαιο 8. Συζήτηση

Δεν υπάρχει αμφιβολία για την ποικιλομορφία των απόψεων σχετικά με τον θεωρητικό λόγο του μοντέλου ΣΔΙΤ. Ενώ τα θεωρητικά οφέλη του μοντέλου και η πιθανότητα ευνοϊκών αποτελεσμάτων παρουσιάζονται αφενός, κάποιος σκεπτικισμός σχετικά με τα αποτελέσματα της εφαρμογής του μοντέλου ΣΔΙΤ αρχίζει να εμφανίζεται από την άλλη. Υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα στην εστίαση της τρέχουσας μελέτης στα νοσοκομεία, γεγονός που δείχνει ότι ποικίλες πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές καταστάσεις θα μπορούσαν να οδηγήσουν τόσο σε επιτυχίες όσο και σε αποτυχίες σε αυτόν τον τομέα. Κατέστη δυνατό να συναχθεί το συμπέρασμα ότι οι περισσότερες εφαρμογές μοντέλων ΣΔΙΤ σε νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο έχουν δώσει ευνοϊκά αποτελέσματα, τόσο από την άποψη της απόδοσης των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης όσο και από την άποψη της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Είναι αλήθεια ότι υπάρχουν ορισμένα στοιχεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την επιλογή αυτού του μοντέλου σύμβασης, συμπεριλαμβανομένου του δημόσιου ενδιαφέροντος, της δυσκολίας του έργου και της προβολής του κοινού (ιδιαίτερα όταν συζητούνται μοντέλα ΣΔΙΤ). Επιπλέον, τα οικονομικά οφέλη των ΣΔΙΤ δείχνουν ότι η μέση εξοικονόμηση κόστους μπορεί να φτάσει το 20% [9]. Αν και η χρήση του μοντέλου ΣΔΙΤ στην υγειονομική περίθαλψη είναι αναπόφευκτη, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι ένα από τα κύρια ζητήματα με το μοντέλο σε αυτόν τον κλάδο είναι πώς επηρεάζει το δημόσιο συμφέρον, καθώς οι ιδιωτικοί εταίροι μπορεί να μην έχουν πάντα το δημόσιο συμφέρον ως πρωταρχικό μέλημα.



Με άλλα λόγια, οι ΣΔΙΤ μπορούν να θεωρηθούν είτε ως δημόσια πολιτική ενεργεία είτε ως αποκλειστικά εμπορικές εταιρικές σχέσεις με οικονομικό συμφέρον. Αυτό συνεπάγεται ότι μια συνέχεια ηθικής και πολιτικής συμπεριφοράς, από την εμπιστοσύνη στην ακεραιότητα έως την ανήθικη και υπολογισμένη δραστηριότητα, μπορεί να υπάρχει σε μια εταιρική σχέση. Δεν υπάρχει αμφιβολία για την ποικιλομορφία των απόψεων σχετικά με τον θεωρητικό λόγο του μοντέλου ΣΔΙΤ. Εάν το μοντέλο ΣΔΙΤ προβλέπει θεωρητικά πολλά οφέλη (αμοιβαία) και τη δυνατότητα επιτυχών οικονομικών αποτελεσμάτων, τα αποτελέσματα που επιτυγχάνονται μέσω της ανάπτυξης του μοντέλου ΣΔΙΤ είναι μικτά. Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στον τομέα της υγείας και υπάρχουν αντικρουόμενα ευρήματα και σε αυτόν τον τομέα, αφήνοντας περιθώριο τόσο για επιτυχίες όσο και για αποτυχίες που προέρχονται από διάφορες πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές καταστάσεις. Ως εκ τούτου, σε αυτό το πλαίσιο, είναι σημαντικό να προσπαθήσουμε να χαράξουμε μια σαφή διαδρομή που να περιγράφει τα βήματα που πρέπει να ληφθούν για να διασφαλιστεί η επιτυχία των έργων ΣΔΙΤ που χρησιμοποιούνται στα νοσοκομεία.

## Κεφάλαιο 9. Συμπεράσματα

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση στο θέμα της Συμπράξης Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (PPP) στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα αποκαλύπτει πολλά στοιχεία και τάσεις.

Ορισμένα από **τα συμπεράσματα** που μπορούν να αναδειχθούν από αυτήν την ανασκόπηση περιλαμβάνουν:

**Ανάγκη για Συνεργασία:** Η συνεργασία μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην υγεία είναι αναγκαία για να ανταποκριθεί το δημόσιο σύστημα υγείας στις αυξημένες απαιτήσεις της πολιτείας και των πολιτών.

**Πρόκληση της Διαχείρισης:** Η διαχείριση των συμπράξεων PPP απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό, διαφάνεια, και επίβλεψη για να διασφαλιστεί η αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία.

**Οικονομική Βιωσιμότητα:** Η οικονομική βιωσιμότητα των συμπράξεων PPP πρέπει να είναι στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, καθώς η υγεία απαιτεί σημαντικές επενδύσεις και πόρους.

**Ποιότητα Φροντίδας:** Η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας πρέπει να παρακολουθείται στενά και να διατηρείται υψηλή, παρά τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα.

**Πρόσβαση στην Υγεία:** Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να διασφαλίζεται για όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους θέση.

**Δημόσιος Έλεγχος και Κυριαρχία:** Ο δημόσιος τομέας πρέπει να διατηρεί τον έλεγχο και την ικανότητα να καθορίζει τις πολιτικές υγείας, ενώ οι συμπράξεις PPP πρέπει να υποστηρίζουν αυτούς τους στόχους.

Συνοψίζοντας, η Συμπράξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό και διαχείριση για να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις και να διασφαλιστεί η ποιότητα, η προσβασιμότητα και η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

## Βιβλιογραφία

1. Eeckloo K, Delesie L, Vleugels A. Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector. *J R Soc Promot Health* 2007; 127(2): 78–86.
2. Eeckloo K, Van Herck G, Van Hulle C, et al. From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy* 2004; 68(1): 1–15.
3. Bastani P, Barati O, Sadeghi A, et al. Can public-private partnership (ΣΔΙΤ) improve hospitals' performance indicators? *Med J Islam Repub Iran* 2019; 33(1): 17–22.
4. OECD. Health at a Glance 2017. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)

5. Bravi F, Gibertoni D, Marcon A, et al. Hospital network performance: a survey of hospital stakeholders' perspectives. *Health Policy* 2013; 109(2): 150–157.
6. Dubas-Jakóbczyk K, Albrecht T, Behmane D, et al. Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis. *Health Policy* 2020; 124: 368–379.
7. Kaiser L, Bartz S, Neugebauer EAM, et al. Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: protocol for a systematic review. *Syst Rev* 2018; 7(1): 1–6.
8. Asenova D, Stein W, McCann C, et al. Private sector participation in health and social care services in Scotland: assessing the risk. *Int Rev Adm Sci* 2007; 73(2): 275–292.
9. Barrios-Ipenza F, Calvo-Mora A, Velicia-Martín F, et al. Patient satisfaction in the peruvian health services: validation and application of the HEALTHQUAL scale. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(14): 1–15.
10. Roehrich JK, Lewis MA, George G. Are public–private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Soc Sci Med* 2014; 113: 110–119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>
11. Torchia M, Calabrò A, Morner M. Public–private partnerships in the Health Care Sector: a systematic review of the literature. *Public Manag Rev* 2015; 17(2): 236–261.
12. Raman AV, Björkman JW. Public – private partnerships in healthcare. In: Kuhlmann E, Blank RH, Bourgeault IL, et al. (eds) *The palgrave international*

handbook of healthcare policy and governance. London: Palgrave Macmillan, 2015, pp.376–392.

13. Singh A, Prakash G. Public-private partnerships in health services delivery: a network organizations perspective. *Public Manag Rev* 2010; 12(6): 829–856.

14. Nikolic IA, Maikisch H. Public-private partnerships and collaboration in the health sector: an overview with case studies from recent European experience. HNP Discussion Paper. Washington, 2006.

15. van den Hurk M, Hueskes M. Beyond the financial logic: realizing valuable outcomes in public–private partnerships in Flanders and Ontario. *Environ Plann C Polit Space* 2017; 35(5): 784–808.

16. Liu HJ, Love PE, Smith J, et al. Evaluation of public–private partnerships: a life-cycle performance prism for ensuring value for money. *Environ Plann C Polit Space* 2018; 36(6): 1133–1153.

17. Almalki A, Al-Hanawi M. Public private partnerships and collaboration in the health sector in the Kingdom of Saudi Arabia: a qualitative study. *Glob J Health Sci* 2018; 10(6): 10.

18. Caballer-Tarazona M, Clemente-Collado A, Vivas-Consuelo D. A cost and performance comparison of public private partnership and public hospitals in Spain. *Health Econ Rev* 2016; 6(1): 17.

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

20. Fanelli S, Salvatore FP, De Pascale G, et al. Insights for the future of health system partnerships in low- and middle-income countries: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(1): 1–13.
21. Zhang S, Chan APC, Feng Y, et al. Critical review on  $\Sigma$ ΔIT research – a search from the Chinese and International Journals. *Int J Proj Manag* 2016; 34(4): 597–612. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2016.02.008>
22. Whyte EB, Olivier J. Models of public-private engagement for health services delivery and financing in Southern Africa: a systematic review. *Health Policy Plan* 2016; 31(10): 1515–1529.
23. Hernandez-Aguado I, Zaragoza GA. Support of public-private partnerships in health promotion and conflicts of interest. *BMJ Open* 2016; 6(4): e009342.
24. Wang Y, Zhang L. Status of public-private partnership recognition and willingness to pay for private health care in China. *Int J Health Plann Manage* 2019; 34(2): e1188–e1199.
25. Page M. J., McKenzie J. E., Bossuyt P. M., Boutron I., Hoffmann T. C., Mulrow C. D., Moher D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372 . <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
26. Khetrpal S, Acharya A, Mills A. Assessment of the public-private-partnerships model of a national health insurance scheme in India. *Soc Sci Med* 2019; 243(October): 112634. 243(October).
27. Wong ELY, Yeoh EK, Chau PYK, et al. How shall we examine and learn about public-private partnerships ( $\Sigma$ ΔITs) in the health sector? *Realist*

evaluation of ΣΔITs in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2015; 147: 261–269.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.012>

28. Probandari A, Utarini A, Lindholm L, et al. Life of a partnership: the process of collaboration between the National Tuberculosis Program and the hospitals in Yogyakarta, Indonesia. *Soc Sci Med* 2011; 73(9): 1386–1394.

29. Nuhu S, Mpambije CJ, Ngussa K. Challenges in health service delivery under public-private partnership in Tanzania: stakeholders' views from Dar es Salaam region. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(1): 765.

30. Diwan V, Joshi SC, Jehan K, et al. Participation in the state led “Janani Sahayogi Yojana” public private partnership program to promote facility births in Madhya Pradesh, India: Views from private obstetrician partners. *BMC Health Serv Res* 2019; 19(1): 599.

31. Franco Miguel JL, Fullana Belda C, Cordero Ferrera JM, et al. Efficiency in chronic illness care coordination: public-private collaboration models vs. traditional management. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(1): 1044.

32. Probandari A, Lindholm L, Stenlund H, et al. Missed opportunity for standardized diagnosis and treatment among adult tuberculosis patients in hospitals involved in public-private mix for directly observed treatment short-course strategy in Indonesia: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 113

33. Pedrini LA, Winter AC, Cerino F, et al. Clinical outcomes of hemodialysis patients in a public-private partnership care framework in Italy: a retrospective cohort study. *BMC Nephrol* 2019; 20(1): 35.

34. Baniyadi A, Sari AA, Foroushani AR, et al. Real-life incentives driving public-private partnership in diagnostic services. *Ethiop J Health Sci* 2020; 30(3): 409–416.
35. Baliga BS, Ravikiran SR, Rao SS, et al. Public–private partnership in health care: a comparative cross-sectional study of perceived quality of care among parents of children admitted in two government district-hospitals, Southern India. *J Clin Diagn Res* 2016; 10(2): SC05–SC09.
36. Cruz CO, Marques RC. Flexible contracts to cope with uncertainty in public–private partnerships. *Int J Proj Manag* 2013; 31(3): 473–483. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2012.09.006>
37. Okal J, Kanya L, Obare F, et al. An assessment of opportunities and challenges for public sector involvement in the maternal health voucher program in Uganda. *Health Res Policy Syst* 2013; 11(1): 1–11.
38. Holden DJ, Reiter K, O'Brien D, et al. The strategic case for establishing publicprivate partnerships in cancer care. *Heal Res Policy Syst* 2015; 13(1): 1–9
39. Thu TD, Kumar AMV, Ramaswamy G, et al. An innovative public-private mix model for improving tuberculosis care in Vietnam: how well are we doing? *Trop Med Infect Dis* 2020; 5(1): 1–13.
40. Vieira F, Sanha MS, Riccardi F, et al. Short term advantages of a public-private partnership for tuberculosis in Guinea Bissau: reduction of mortality and increased diagnostic capacity. *Mediterr J Hematol Infect Dis* 2014; 6(1): e2014049.



41. Top M, Sungur C. Opinions and evaluations of stakeholders in the implementation of the public-private partnership ( $\Sigma\Delta IT$ ) model in integrated health campuses (city hospitals) in Turkey. *Int J Health Plann Manage* 2019; 34(1): e241–e263.
42. Ferreira DC, Marques RC. Public-private partnerships in health care services: do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal. *Socioecon Plann Sci* 2021; 73: 100798. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2020.100798>
43. Karpagam S, Roy B, Seethappa VK, et al. Evidence-based planning—a myth or Reality: use of evidence by the planning commission on public–private partnership ( $\Sigma\Delta IT$ ). *Soc Change* 2013; 43(2): 213–226.
44. Hussain S, McKellar J. Exploring the success of social infrastructure public private partnerships: the complex case of bridgepoint active healthcare in Ontario, Canada. *Public Works Manag Policy* 2020; 25(3): 259–280.
45. Iyer V, Sidney K, Mehta R, et al. Characteristics of private partners in Chiranjeevi Yojana, a public-private-partnership to promote institutional births in Gujarat, India - lessons for universal health coverage. *PLoS One* 2017; 12: e0185739.
46. Mendes Cde A, Martins Ade A, Teivelis MP, et al. Public private partnership in vascular surgery. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)* 2014; 12(3): 342–346.
47. Kaliks RA, Pontes LDB, Bognar CLFB, et al. Treatment of breast cancer patients from a public healthcare system in a private center: costs of care for a

pilot public-private partnership in oncology. *Einstein* (Sao Paulo, Brazil) 2013; 11(2): 216–223.

48. Liman HM, Sakajiki AM, Makusidi MA, et al. Public-private partnership in hemodialysis in Nigeria: a comparative analysis of renal centers across three Northwestern states. *Ann Afr Med* 2021; 20(2): 121–126.

49. Yang J, Song L, Yao X, et al. Evaluating the intention and behaviour of private sector participation in healthcare service delivery via public-private partnership: evidence from China. *J Healthc Eng* 2020; 2020: 5834532.

50. Vian T, Mcintosh N, Grabowski A. “It keeps us from putting drugs in pockets”: How a public-private partnership for hospital management may help curb corruption. *Perm J* 2017; 21: 16–113.

51. Chung D. Developing an analytical framework for analysing and assessing public-private partnerships: a hospital case study. *Econ Labour Relat Rev* 2009; 19(2): 69–90.

52. Alonso JM, Clifton J, Díaz-Fuentes D. Public private partnerships for hospitals: does privatization affect employment? *J Strateg Contract Negotiation* 2016; 2(4): 313–325.

53. Barr DA. A research protocol to evaluate the effectiveness of public-private partnerships as a means to improve health and welfare systems worldwide. *Heal Policy Ethics* [Internet] 2007; 97(1): 19–25.

54. United Nations. *World economic situation and prospects*. New York: United Nations, 2022.

55. Al-Hanawi MK, Almubark S, Qattan AMN, et al. Barriers to the implementation of public-private partnerships in the healthcare sector in the Kingdom of Saudi Arabia. *PLoS One* 2020; 15(6): e0233802.
56. Kosycarz EA, Nowakowska BA, Mikołajczyk MM. Evaluating opportunities for successful public–private partnership in the healthcare sector in Poland. *J Public Health* 2019; 27(1): 1–9.
57. Olson CA, Balmer JT, Mejicano GC. Factors contributing to successful interorganizational collaboration: the Case of CS2day. *J Contin Educ Health Prof* 2011; 31 Suppl 1(3): S3–12.
58. Gordon D, McKay S, Marchildon G, et al. Collaborative governance for integrated care: insights from a policy stakeholder dialogue. *Int J Integr Care* 2020; 20(1): 1–11.
59. Gauld R, Asgari-Jirhandeh N, Patcharanarumol W, et al. Reshaping public hospitals: an agenda for reform in Asia and the Pacific. *BMJ Glob Health* 2018; 3(6): e001168.
60. Seddoh JE. Stakeholder perception on factors influencing NGO collaboration with government in Family Health Education in the Tema Metropolis of the Greater Accra Region of Ghana. *Glob J Polit Sci Adm* 2017; 5(2): 50–63.
61. Johnson LJ, Zorn D, Tam BKY, et al. Stakeholders views of factors that impact successful interagency collaboration. *Except Child* 2003; 69(2): 195–209.

62. Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice. *JPublicAdmResTheory* 2008; 18(4): 543–571.
63. Ρουμπέκα, Μ. (2020). ΣΔΙΤ: Ελληνική και διεθνής εμπειρία στα Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα στην Υγεία.
64. Κοΐνης, Α. (2019). Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων (Doctoral dissertation, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής).
65. Παπαδοπούλου, Δ. (2019). Οι Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα στο χώρο της υγείας. *Scientific Chronicles/Epistimonika Chronika*, 24(3).
66. Μαγγανάς, Α. (2023). Μαθήματα συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα: η θεωρητική ανασκόπηση της εμπειρίας των ευρωπαϊκών χωρών και η χρήση μοντέλου στην ελληνική πραγματικότητα.
67. Χατζηπουλίδης, Γ. Ν. (2020). Συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και η εφαρμογή τους στον τομέα της υγείας (Doctoral dissertation, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης).
68. Ρούση, Χ. (2022). Συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας-Εφαρμογές και διεθνής εμπειρία.

## Abstract

In this paper, a conceptual framework is proposed for the investigation of the PPP model in relation to hospitals, emphasizing the case of the recent experience in Greece.

The research method used was that of the bibliographic review. More specifically, the contemporary international literature was searched in the Pubmed and Science Direct databases. The keywords used are "PPP (personal-private partnership)", "Health Care" and "Hospitals" individually or in combination. From the results obtained, studies before 2015 were excluded as it is appropriate to study the application of PPP practice in the recent past and in the present.

The following conclusions were drawn from this study:

**Need for Collaboration:** Collaboration between the public and private sectors in the health sector is a necessity for the public health system to meet the increased demands it faces from government and citizens.

**Management as a Challenge:** Effective management of PPPs requires careful planning, transparency and effective oversight to ensure they function optimally.

**Financial Viability:** The financial viability of PPPs should be at the center of considerations as health requires significant financial investment and resources.

**Quality of Care:** The quality of health services must be carefully monitored and maintained at high levels, despite the involvement of the private sector.

**Access to Health:** Access to health services must be ensured for all citizens, regardless of their socio-economic status.

Public Control and Sovereignty: The public sector must retain control and the ability to set health policies, and PPPs must contribute to achieving these goals.

In summary, the Public-Private partnership in the health sector in Greece requires careful and balanced management to meet the challenges and ensure optimal health care for all citizens.

