

*Σε μια περίοδο που ο δημόσιος τομέας και το προσωπικό του βρίσκεται στο επίκεντρο της κριτικής και θεωρείται υπόλογος ως βασικός υπεύθυνος της οικονομικής κρίσης που πλήττει την χώρα μας, αποφάσισα να φοιτήσω, μετά από την επιλογή μου, στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου «Οργάνωση και Διοίκηση Δημοσίων Υπηρεσιών Δημοσίων Οργανισμών και Επιχειρήσεων» φιλοδοξώντας έτσι ως στέλεχος και εγώ του δημόσιου τομέα να μην αποτελέσω μέρος του προβλήματος αλλά αντιθέτως να βάλω και εγώ το λιθαράκι μου , στο μερίδιο που μου αναλογεί, ώστε η δημόσια διοίκηση επιτέλους να έχει και να παίζει τον ρόλο που της αρμόζει δίπλα στην κοινωνία και στον πολίτη και όχι απέναντι.*

*Φτάνοντας στο τέλος του δρόμου, θα ήθελα να ευχαριστήσω, τους καθηγητές μου για τις γνώσεις που μου πρόσφεραν, το προσωπικό της γραμματείας για την συνεργασία του, τις συμφοιτήτριες μου και τους συμφοιτητές μου για τις όμορφες στιγμές που πέρασα μαζί τους και την οικογένεια μου και ειδικά την σύζυγο μου για την συμπαράσταση. Ιδιαίτερως θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου την κ. **Ειρήνη Δασκαλοπούλου** που ανέλαβε και επέβλεψε την παρούσα μεταπτυχιακή μελέτη.*

## Πίνακας περιεχομένων

Κατάλογος πινάκων – διαγραμμάτων.....	5
Λεξιλόγιο/Συντομογραφίες.....	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	8
ABSTRACT .....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	15
Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ): Εισαγωγικά στοιχεία.....	15
1.1. Ιστορική αναδρομή στην ανάληψη έργων και στην παροχή δημοσίων υπηρεσιών από ιδιώτες. ....	15
1.1.2. Μορφές συνεργασίας ιδιωτών-δημοσίου στο εξωτερικό. ....	16
1.1.3. Μορφές συνεργασίας ιδιωτών-δημοσίου στην Ελλάδα.....	16
1. 2. Τι είναι η «Σύμβαση Σύμπραξης Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα»; .....	17
1.3. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. ....	19
1.4. Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) : .....	21
Στοιχεία για το Ηνωμένο Βασίλειο και την υπόλοιπη Ευρώπη.....	21
Εισαγωγή. ....	21
1.4.1. Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	21
1.4.2. Έργα ΣΔΙΤ κατά τομέα.....	22
1.4.3. Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στην υπόλοιπη Ευρώπη. ....	22
1.5. Μέθοδοι Συνεργασίας - Παραδείγματα χρηματοδότησης - Αξιοποίηση ακίνητης περιουσίας .....	24
1.5.1.Μέθοδοι Συνεργασίας Δημοσίων Φορέων με Ιδιώτες.....	24
1.5.2.Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα ΣΔΙΤ.....	25
1.5.3.Αξιοποίηση ακίνητης περιουσίας .....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	27
Οι συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας και της πρόνοιας....	27
2.1 Το Υγειονομικό Σύστημα στην Ελλάδα .....	27
2.1.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας .....	27
2.1.2 Η προστασία της υγείας.....	30
2.2 Το σύστημα της Κοινωνικής Πρόνοιας στην Ελλάδα .....	32
2.2.1 Η προστασία της κοινωνικής πρόνοιας .....	33
2.3 Η συμβατότητα του Ν.3389/2005 στον τομέα της Υγείας & Πρόνοιας.....	34
2.4 Προϋπάρχουσες Ρυθμίσεις Συνεργασιών στο χώρο της Υγείας & Πρόνοιας.....	36
2.5 Η ελληνική εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της δημόσιας υγείας.....	37
2.6. Οι ιδιαιτερότητες και οι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας των ΣΔΙΤ στον τομέα Υγείας – Πρόνοιας.....	40
2.7 Οι ΣΔΙΤ ως εργαλείο καινοτομίας για την προστασία της παγκόσμιας δημόσιας υγείας. ....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	46

Το διακύβευμα της πολιτικής υγείας: ελλείμματα του παρελθόντος και διλήμματα του μέλλοντος.....	46
3.1. Η υγεία είναι ιδιωτικό καταναλωτικό προϊόν ή είναι κοινωνικό αγαθό και δικαίωμα; .....	46
3.2. Ο σχεδιασμός, η διαχείριση και η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι αντικείμενο του δημοσίου τομέα, του ιδιωτικού τομέα ή και των δυο; .....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	52
Μορφές Χρηματοδότησης - Πολιτική Υγείας - Νομοθετικό πλαίσιο. ....	52
Εισαγωγή .....	52
4.1. Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας .....	52
4.2 Διαφοροποίηση της Πολιτικής Υγείας ανάμεσα στη δεκαετία του '80 και σήμερα... ..	55
4.3. Προϋπάρχουσες ρυθμίσεις - Μορφές Σύμπραξης Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα στο χώρο της Υγείας - Ευρωπαϊκή εμπειρία .....	55
4.4. Πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση για Σύμπραξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) - Συνταγματική Συμβατότητα των ΣΔΙΤ στο χώρο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	57
4.5. Συνταγματική συμβατότητα Σύμπραξης Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	58
4.6. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ΣΔΙΤ .....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	61
Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα. Η εφαρμογή τους στον τομέα της Υγείας. ..	61
Εισαγωγή .....	61
5.1. Κρίσιμοι παράγοντες για την επιτυχή ανάπτυξη συμβάσεων μορφής ΣΔΙΤ.....	62
5.2. Τύποι συνεργασιών δημοσίου - ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ). Κατηγορίες έργων .....	63
5.3. Οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας .....	64
5.3.1 Οι ιδιαιτερότητες του τομέα παροχής Υπηρεσιών Υγείας .....	64
5.3.2 Το χρηματοδοτικό πρόβλημα του ΕΣΥ .....	65
5.3.3. Ο ιδιωτικός τομέας της Υγείας στη χώρα μας.....	66
5.3.4. Η περίπτωση της Μεγάλης Βρετανίας - Η εφαρμογή των ΣΔΙΤ στο NHS .....	67
5.4. Ετοιμότητα εφαρμογής και αξιολόγηση της επιτυχίας των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας .....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....	69
Συμπράξεις δημόσιου - ιδιωτικού τομέα στα Νοσοκομεία: .....	69
Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας;.....	69
Εισαγωγή .....	69
6.1. Το βρετανικό μοντέλο.....	72
6.2. Τα επιχειρήματα υπέρ της εφαρμογής των συμπράξεων δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία.....	74
6.3. Εμπειρικά δεδομένα από τη δεκαετή εφαρμογή των ΣΔΙΤ/PFI στη Βρετανία. ....	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 .....	83
Η έννοια του «Δημόσιου» και του «Ιδιωτικού» στον χώρο της Υγείας.....	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 .....	85
Συμπράξεις Δημόσιου & Ιδιωτικού τομέα στον χώρο της Υγείας .....	85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 .....	90
Το Μικτό Σύστημα Υγείας ως φορέας υλοποίησης κοινωνικών αξιών και επίτευξης κοινωνικών ζητούμενων .....	90
9.1 Οι κοινωνικές αξίες στον χώρο της Υγείας .....	90
9.2. Τα κοινωνικά ζητούμενα από το σύστημα Υγείας .....	92
9.3. Η Υγεία ως Αγορά .....	97
9.4. Μικτό σύστημα Υγείας και κοινωνική ευημερία .....	101
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 .....	103
Συντονισμός & Συνεργασία Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα Υγείας .....	103
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 .....	108
Το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ως μελέτη περίπτωσης.....	108
11.1 Ιστορικό .....	108
11.2 Το νοσοκομείο .....	109
11.3 Η μορφή της σύμβασης.....	109
11.4 Οι Συμβαλλόμενοι της σύμβασης.....	110
11.4.1 Η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε ως δημόσιος φορέας και αναθέτουσα αρχή.....	110
11.4.2 Ο Ιδιωτικός Φορέας Σύμβασης.....	111
11.5 Το αντικείμενο της σύμβασης.....	112
11.6 Ο προϋπολογισμός του έργου.....	114
11.7 Η κλειστή διαδικασία ως μέθοδος δημοπράτησης .....	115
11.8 Τα κριτήρια αξιολόγησης κατά τη διαδικασία προεπιλογής .....	118
11.8.1 Η χρηματοοικονομική επάρκεια και πιστοληπτική ικανότητα των υποψηφίων .....	118
11.8.2 Οι τεχνικές και επαγγελματικές ικανότητες των υποψηφίων.....	119
11.9 Το κριτήριο της πλέον συμφέρουσας από οικονομικής άποψης, προσφοράς.....	119
11.10 Προθεσμίες, περίοδοι κατασκευής, λειτουργίας και εκμετάλλευσης του έργου..	120
11.11 Η χρηματοδότηση και η αποπληρωμή του έργου.....	120
11.12 Το περιεχόμενο της σύμβασης.....	121
11.13 Νομική Προστασία .....	122
11.14 Σχολιασμός της διαδικασίας σύμβασης του έργου .....	122
Συμπεράσματα .....	126
Βιβλιογραφία .....	135
Παραρτήματα	

## **Κατάλογος πινάκων – διαγραμμάτων**

### **Πίνακας 1**

Έργα ΣΔΙΤ στο Ην. Βασίλειο κατά τομέα και ετήσια αξία (2003-2008) σε εκ Λίρες.  
Σελ. 22

### **Πίνακας 2**

Συνολική αξία έργων ΣΔΙΤ ανά Ευρωπαϊκή χώρα περιόδου 2001-2008 σε εκ ΕΥΡΩ.  
Σελ. 23

### **Πίνακας 3**

Εγκεκριμένες από την Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ. προτάσεις για την υλοποίηση ΣΔΙΤ μέσω του Ν.3389/2005 με έμφαση την Υγεία & Πρόνοια (πηγή: Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα. Σελ. 39

### **Πίνακας 4.**

Δείκτες υγείας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης ανά επίπεδο παιδικής θνησιμότητας. Σελ. 47

### **Πίνακας 5.**

Επιχειρήματα υπέρ και κατά των Συμπράξεων Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα στο Νοσοκομειακό κλάδο. Σελ. 51

### **Πίνακας 6.**

Επιλογές σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στο χώρο των νοσοκομείων. Σελ 71/72

### **Πίνακας 7.**

Κόστος κατασκευής, διοικητικό κόστος και ετήσια αμοιβή διαθεσιμότητας στα νοσοκομεία των πρωτοβουλιών ιδιωτικής χρηματοδότησης. Σελ. 77

### **Πίνακας 8.**

Σύγκριση ετήσιων εξόδων κατασκευής νέου νοσοκομείου μεταξύ προγράμματος δημοσίων επενδύσεων και προγράμματος συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ), Βρετανία. Σελ 77

### **Πίνακας 9.**

Προβλεπόμενη μείωση κλινών στο πρώτο κύμα νοσοκομείων της σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στη Βρετανία. Σελ. 80

### **Πίνακας 10.**

Διάρθρωση δαπανών στα νοσοκομεία της σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ), Βρετανία. Σελ. 82

### **Πίνακας 11.**

Κριτήρια Αξιολόγησης της Α Φάσης (προεπιλογή 5 υποψηφίων) επιλογής Ιδιωτικού Φορέα Σύμπραξης για το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Σελ. 116

### **Πίνακας 12.**

Κριτήρια Χρηματοοικονομικής Αξιολόγησης της Α Φάσης (προεπιλογή 5 υποψηφίων) επιλογής Ιδιωτικού Φορέα Σύμπραξης για το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Σελ. 118

### **Διάγραμμα 1:**

Διαφορές συμβάσεων Δημοσίων έργων με συμβάσεις ΣΔΙΤ ως προς το χρόνο και το κόστος. Σελ. 62

### **Διάγραμμα 2:**

Η εξέλιξη της αγοράς Ιδιωτικής Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Σελ. 66

### **Διάγραμμα 3:**

Σύστημα Υγείας & Κοινωνική Ευημερία. Σελ. 101

### **Λεξιλόγιο/Συντομογραφίες**

- ΣΔΙΤ = Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα. - PPPs = Public private partnerships.
- Κ.Ι.Χ. = Κίνητρα Ιδιωτικής Χρηματοδότησης. - P.F.I.= Private finance initiative.
- Ε.Ε.Σ = Εταιρείας Ειδικού Σκοπού - S.P.V = special purpose vehicle,
- Ε.Υ.Υ = Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας – N.H.S = National Health Service.
- ΔΕΠΑΝΟΜ = Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσοκομειακών Μονάδων.
- Δ.Υ.Πε = Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας..
- Ε.ΣΥ.Δ.Υ = Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας.
- Ε.Ο.Μ = Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων.
- Ε.Ο.Φ = Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.
- Ε.Σ.Υ = Εθνικό Σύστημα Υγείας.
- Ε.Σ.Υ. = Η Ειδική Συγγραφή Υποχρεώσεων.
- Ε.Σ.Δ.Υ. = Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Κ.Ε.Ε.Λ = Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων.
- ΚΕ.ΕΛ.Π.Ν.Ο = Κέντρο Ελέγχου κατ Πρόληψης Νοσημάτων.
- ΚΕ.Σ.Υ. = Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας.
- Κ.Μ.Ε = Ο Κανονισμός Μελετών και Ερευνών.
- Κ.Υ. = Κέντρα Υγείας.
- Μ.Ε.Θ. = Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.
- Μ.Κ.Φ. = Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας.
- Ο.ΚΑ.ΝΑ = Οργανισμός Καταπολέμησης των Ναρκωτικών.
- Π.Κ.Ε. = Τα Πρότυπα Κατασκευής Έργων.
- Π.Ο.Υ = Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
- Σ.Ε.Υ.Υ.Π. = Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.
- Τ.Σ.Υ. = Η Τεχνική Συγγραφή Υποχρεώσεων.
- Υ.Υ.ΚΑ. = Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα ατομική γραπτή εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Οργάνωση και Διοίκηση Δημοσίων Υπηρεσιών Δημοσίων Οργανισμών και Επιχειρήσεων του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι η μελέτη, η διερεύνηση, και η κριτική αξιολόγηση του θεσμικού πλαισίου (περιεχόμενο, διαδικασίες, μορφές σύμπραξης, συμβατικές ρυθμίσεις, ιδεολογική προσέγγιση) των συμβάσεων ΣΔΙΤ προκειμένου να δούμε υπό ποιες προϋποθέσεις μπορεί η παραχώρηση των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας σε ιδιωτικούς φορείς να μην ακυρώσει την έννοια της κοινωνικής παροχής και να ελαχιστοποιήσει τον κίνδυνο της μετατροπής των εν λόγω κοινωνικών αγαθών σε εμπόρευμα. Το πεδίο δράσης της διπλωματικής εργασίας θα είναι οι συμβάσεις ΣΔΙΤ στο χώρο της Υγείας.

Η ερευνητική μεθοδολογία για την διπλωματική εργασία που θα ακολουθηθεί είναι στην αναζήτηση πηγών από τη βιβλιογραφία για τη μελέτη και τη διερεύνηση των παραμέτρων που χαρακτηρίζουν το θεσμικό πλαίσιο των συμβάσεων ΣΔΙΤ με έμφαση στον τομέα της υγείας.

Μέσω της ολοκλήρωσης της παρούσης διπλωματικής εργασίας προσδοκούμε να διερευνηθούν στο μέτρο του δυνατού τα ζητήματα που άπτονται των συμβάσεων και των συμφωνιών που καταρτίζονται στο πλαίσιο μιας σύμπραξης Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα.

Εικάζουμε ότι η μέθοδος των συμβάσεων ΣΔΙΤ για μονάδες Υγείας θα αποβεί επωφελής (;;;;) για το ΕΣΥ στις οποίες αυτές πρόκειται να ενταχθούν.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές που συντελούνται τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας, αλλά και στον ευρύτερο περίγυρο μας, την Ευρωπαϊκή Ένωση, μεταβάλλουν σημαντικά το τοπίο, όσον αφορά το προσδιοριστικό περιβάλλον που βιώνεται η υγεία ενός λαού. Σε αυτό, λοιπόν, το συνεχώς διαμορφούμενο περιβάλλον η ανάδειξη της υγείας σαν βασικού παράγοντα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης θα πρέπει να αποτελεί ένα από τους κύριους στόχους ενός σωστά αναπτυσσόμενου κράτους με κοινωνικό χαρακτήρα.

Η πολιτική υγείας που ακολουθήθηκε στον αναπτυγμένο κόσμο την τελευταία πενήνταετία αντανακλά τις κυρίαρχες, σε κάθε ιστορική φάση, αντιλήψεις για την υγεία οι οποίες με τη σειρά τους καθορίστηκαν από τις βασικές επιλογές οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Η κυριαρχία των νεοφιλελεύθερων αξιών και πολιτικών διεθνώς έχει κατοχυρώσει την προσέγγιση της υγείας ως ατομικού, ιδιωτικού και καταναλωτικού αγαθού η διαχείριση του οποίου ακολουθεί τους κανόνες της αγοράς. Στην παρούσα μελέτη συζητείται η εγκυρότητα της προσέγγισης αυτής με βάση τα εμπειρικά δεδομένα και τεκμηριώνεται η αδυναμία απάντησής της στα οξυμένα διεθνώς προβλήματα δημόσιας υγείας. Παράλληλα, με βάση δεδομένα από τις ΗΠΑ και τη Βρετανία, αμφισβητούνται τα κύρια επιχειρήματα που χρησιμοποιούνται για την προώθηση της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας με χρηματοδότηση από δημόσιους πόρους. Υποστηρίζεται τέλος, ότι η αδιαμφισβήτητη αρνητική εμπειρία από την εφαρμογή των νεοφιλελεύθερων πολιτικών και η διεθνής κρίση της δημόσιας υγείας τεκμηριώνουν την ανάγκη για επαναπροσδιορισμό της υγείας ως κοινωνικού αγαθού και την αναβάθμιση της στο επίκεντρο μιας νέας πολιτικής αειφόρου περιβαλλοντικής και κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης στα πλαίσια της οποίας είναι δυνατή η ανάπτυξη επιστημονικά έγκυρων και κοινωνικά αλληλέγγυων δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Οι συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο των νοσοκομείων τείνουν να καταστούν παγκόσμιο φαινόμενο. Πρόσφατα, υιοθετήθηκαν και ήδη βρίσκονται στη φάση του σχεδιασμού και στη χώρα μας. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζεται το βρετανικό υπόδειγμα των ΣΔΙΤ στο χώρο των νοσοκομείων, γνωστό και ως Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (PFI), ενώ παράλληλα μέσα από μια ανασκόπηση εμπειρικών δεδομένων από τη δεκαετή εφαρμογή του στη Βρετανία επιχειρείται μια αποτίμηση της αποδοτικότητάς του. Τα εμπειρικά δεδομένα της Βρετανίας συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι οι ΣΔΙΤ δεν προσφέρουν καλή σχέση ποιότητας ως προς την τιμή, καθώς το κόστος τους είναι υψηλό και μάλιστα συγκριτικά υψηλότερο σε σχέση με τα προγράμματα δημοσίων επενδύσεων. Συνεπάγονται εκποίηση της ακίνητης περιουσίας της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, ενώ σχετίζονται με αδικαιολόγητες, με κλινικά κριτήρια, μειώσεις έως και 30% στις κλίνες και έως 16,7% στους προϋπολογισμούς μισθοδοσίας των νέων νοσοκομείων, με αποτέλεσμα τα τελευταία να αδυνατούν να ικανοποιήσουν τις τοπικές υγειονομικές ανάγκες. Στα πλαίσια των PFI προγραμμάτων, η μεταβίβαση κινδύνων από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα είναι αμφίβολη, ενώ επιβαρύνονται και δεσμεύονται οι επόμενες γενεές



φορολογουμένων για 30 και πλέον έτη με υπέρογκες ετήσιες πληρωμές προς τις ιδιωτικές κατασκευαστικές κοινοπραξίες. Η προτίμηση της ιδιωτικής έναντι της δημόσιας χρηματοδότησης στην κατασκευή και λειτουργία νέων νοσοκομείων αντανακλά την ιδεολογική τοποθέτηση των κυβερνήσεων υπέρ της ελεύθερης αγοράς και των δυνατοτήτων της, ιδεολογική τοποθέτηση και προτίμηση που φαίνεται να παραβλέπει τα συνεχή εμπειρικά δεδομένα που την αντικρούουν.

**Λέξεις κλειδιά:** Υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας, Βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, Πολιτική υγείας, νεοφιλελευθερισμός, δημόσια υγεία βασισμένη στην τεκμηρίωση, Βρετανικό σύστημα υγείας, Πρωτοβουλίες ιδιωτικής χρηματοδότησης, Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ)

## **ABSTRACT**

The social and financial whirls that take place the last few years not only in our country, but also in the extensive surroundings, European union, significantly change the scene as regard as the definitional environment that is experienced the health of a nation. In this surrounding which is constantly changing, the emergence of the health as the essential factor for financial and social development should be one of the main goals of a well developed nation with social character.

The health policy implemented in the developed world the last fifty years is reflecting the dominant, in each historical period, approaches on health which are determined by the main choices of economic and social development. The dominance, globally, of the neoliberal values and policies has implemented the approach to health as a personal, and private commodity managed by the market rules. In this chapter, based on evidence from international data, the validity of this approach is critically discussed and its inability to respond to the global public health crisis is described. The main arguments promoting the privatisation of health services using public funding are criticized under the evidence of their implementation in the US and Britain. Finally, it is argued that the unquestionable negative experience of the implementation of the neoliberal policies and the global overt public health crisis urge the need for the redefinition of health as a social good and its reevaluation in the center of a new sustainable environmental and socioeconomic development policy in the framework of which the development of scientifically sound and socially accountable public health services is more than feasible.

The use of public-private hospital partnerships (PPPs) shows a tendency to become an international phenomenon. Recently, PPPs have been adopted in Greece also, where they are already in the stage of design. In this study, the British experience of Private Finance Initiative (PFI) and an efficiency evaluation, through a literature review of Britain's empirical evidence, are presented. Empirical evidence from Britain shows that PFI hospital projects do not offer value for money: Their total costs are too high, and higher than public procurement. The lands and assets of the National Health Service (NHS) are

being sold or transferred on very advantageous terms to the private sector. New PFI hospitals have been downsized, through clinically unacceptable reductions in bed capacity of up to 30% and in clinical staff budgets of up to 16%, compromising their ability to cope with local health needs. Within PFI projects the transfer of risk from the public to the private sector remains unlikely. Finally, PFI/PPPs affect and restrain future generations of taxpayers by obliging them to pay unaffordable annual fees to private consortia. The preference the governments show in using PPPs as the means of capital investment in the hospital sector rather than using public financing, reflects their ideological preference for the free market potential, a preference that appears to disregard the empirical evidence that opposes it.

**KEY WORDS:** Health, National system of health, Private sector of health services, Improvement of health services, health policy, neoliberalism, evidence based public health, British Health Care System, PFI, PPPs, Private finance initiative, Public private partnerships

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία και η πρόνοια αποτελούν ένα ύψιστο κοινωνικό αγαθό και το επίπεδο τους χαρακτηρίζει, κατά ένα μεγάλο μέρος, το βαθμό ανάπτυξης μιας κοινωνίας. Εντάσσεται σε ένα σύνθετο πλέγμα φορέων, υπηρεσιών και διαδικασιών, που διαμορφώνουν το περιεχόμενο τους και καθορίζουν ανάλογα την έκταση του δικαιώματος για την προστασία τους. Οι δημόσιες επενδύσεις στην υγεία, την πρόνοια και τις υπηρεσίες είναι άμεση υποχρέωση μιας ευνομούμενης κοινωνίας απέναντι στους πολίτες της. Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ελλάδας, το κράτος μεριμνά για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια των πολιτών, που σημαίνει ότι το κράτος δραστηριοποιούμενο προς εξασφάλιση της υγείας και πρόνοιας δεν δύναται να αποκλείσει την ιδιωτική πρωτοβουλία και να επιβάλει κρατικό μονοπώλιο στην παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, αλλά απεναντίας οφείλει να ενισχύσει τόσο τη δημιουργία του κατάλληλου θεσμικού πλαισίου όσο και την παροχή κινήτρων στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, υποβάλλοντας τους παράλληλα σε καθεστώς διοικητικών ελέγχων της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Άλλωστε ο ρόλος του δημόσιου τομέα παραμένει κεντρικός στη διασφάλιση δημοσίων υπηρεσιών στους πολίτες.

Ο διάλογος σχετικά με τις Συμπράξεις Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα είναι πολύ πρόσφατος στη χώρα μας με την ψήφιση του Ν.3389/2005. Ανεξάρτητα από τις ελπίδες ή τους φόβους που προκαλούν, οι ΣΔΙΤ αποτελούν μία πραγματικότητα. Οι ΣΔΙΤ χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό πολυπλοκότητας και αποτελούν νέο θεσμό για την ελληνική πραγματικότητα που απαιτεί εύλογη περίοδο ωρίμανσης.

Προκειμένου να ευδοκιμήσει η προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με τη χρησιμοποίηση των ΣΔΙΤ, οι ιδιωτικές εταιρείες που θέλουν να δραστηριοποιηθούν με την παροχή δημόσιων υπηρεσιών πρέπει να αποδεχτούν μια σειρά από κανόνες και νόρμες που είναι αρκετά διαφορετικές από βασικούς κανόνες λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα. Ο δημόσιος τομέας πρέπει να μεριμνήσει για την πληρότητα του θεσμικού και του συμβατικού πλαισίου, να εισαγάγει ή να επιτρέψει ευέλικτες δομές απασχόλησης, να επενδύσει στο ανθρώπινο δυναμικό τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα, να εξασφαλίσει τη διαφάνεια και τέλος, να ενισχύσει το όλο πλαίσιο συνεργασίας με δικλίδες ασφαλείας στη βάση της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, έτσι ώστε αφενός να επιτευχθεί ο αρχικός στόχος και αφετέρου να διασφαλισθεί η ορθολογική χρήση των δημόσιων οικονομικών, υλικών και ανθρώπινων υγειονομικών πόρων, αλλά και ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος υγείας συνολικά. Ο πυρήνας ενός έργου ΣΔΙΤ είναι η σύμβαση μεταξύ Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα, μέσω της οποίας ο Δημόσιος τομέας προσδιορίζει τις προδιαγραφές του έργου ή της υπηρεσίας, καθώς και του τρόπου πληρωμής του Ανάδοχου.

Ο Ιδιώτης συνήθως αναλαμβάνει μέσω διαγωνισμού τη χρηματοδότηση, το σχεδιασμό, την κατασκευή, τη λειτουργία και τη συντήρηση του έργου για 15- 30 έτη.

Η αποπληρωμή του έργου γίνεται στο βάθος χρόνου της σύμβασης, είτε από την εκμετάλλευση του έργου (π.χ. εμπορικό κέντρο, parking), είτε από περιοδικές πληρωμές

του Δημοσίου (π.χ. νοσοκομείο, σχολείο), ανάλογα με την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων ποιότητας και διαθεσιμότητας.

Η ανάληψη οποιασδήποτε πρωτοβουλίας στον τομέα της υγείας με τη σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα πρέπει να συνοδεύεται από ένα σαφές πλαίσιο κατανομής των αρμοδιοτήτων και ανάληψης των ευθυνών, δηλαδή από ένα ολοκληρωμένο θεσμικό πλαίσιο.

Οι συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα εμφανίζονται στην Ελλάδα ως ένας νέος τρόπος κάλυψης των δημοσίων απαιτήσεων για δημόσια έργα και για παροχή δημοσίων υπηρεσιών. Πλέον οι δημόσιες αυτές απαιτήσεις μπορούν να καλυφθούν πιο αποτελεσματικά ή εξίσου αποτελεσματικά μέσω της συνεργασίας δημοσίων και ιδιωτικών φορέων.

Η θεσμοθετημένη εισαγωγή αυτού του τρόπου ικανοποίησης των δημοσίων αναγκών και του δημοσίου συμφέροντος έγινε μέσω του Ν. 3389/2005. Με το νόμο αυτόν εισήχθησαν ρυθμίσεις που αποκλίνουν από τις γενικές διατάξεις του διοικητικού, δημόσιου, αστικού και εμπορικού δικαίου, κατά τρόπο που να ευνοούν την επιλογή των συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα από το δημόσιο αλλά και να παρακινούν τους ιδιώτες ως προς τη συμμετοχή σε τέτοιες συνεργασίες και δραστηριότητες.

Στην πράξη οι ΣΔΙΤ αποτελούν μέσο παραχώρησης στους ιδιώτες δραστηριοτήτων που ανήκουν κατά τεκμήριο στο δημόσιο τομέα. Οι δραστηριότητες αυτές παραχωρούνται στους ιδιώτες καθολικά ως προς το αντικείμενο που αφορούν. Έτσι, οι ιδιώτες μέσω των ΣΔΙΤ αναλαμβάνουν τη μελέτη και κατασκευή των δημοσίων έργων και την παροχή δημοσίων υπηρεσιών αφού κατασκευαστούν τα έργα. Αναλαμβάνουν επιπλέον και τη χρηματοδότηση, τη λειτουργία, τη συντήρηση αλλά και την εκμετάλλευση των εγκαταστάσεων αυτών.

Οι ΣΔΙΤ αποτελούν μια μεγάλη μεταρρύθμιση στον τομέα δημιουργίας υποδομών και της παροχής υπηρεσιών του Δημοσίου. Μια μεταρρύθμιση, η υλοποίηση της οποίας θα συμβάλει σημαντικά στην ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας και κοινωνίας τα επόμενα χρόνια, προσφέροντας στο δημόσιο τη δυνατότητα να αξιοποιήσει τα πλέον σύγχρονα μέσα για την παροχή δημόσιων αγαθών προς τους πολίτες. Με τις ΣΔΙΤ θα δοθεί μια νέα ώθηση στην ανάπτυξη και θα διασφαλισθεί η έγκαιρη και σωστή ολοκλήρωση πολλών αναγκαίων υποδομών, ενώ παράλληλα θα απελευθερωθούν πόροι για περισσότερες κοινωνικές και αναπτυξιακές προτεραιότητες. Τα οφέλη από τις ΣΔΙΤ θα είναι μεγάλα για το δημόσιο, τους πολίτες, αλλά και για τον ιδιωτικό τομέα που αποκτά πρόσβαση σε μία νέα μεγάλη αγορά.

Η πολιτική υγείας που ακολουθήθηκε στον αναπτυγμένο κόσμο την τελευταία πενήνταετία χαρακτηρίζεται από τις κυρίαρχες, σε κάθε ιστορική φάση, αντιλήψεις για την υγεία οι οποίες με τη σειρά τους καθορίστηκαν από τις βασικές επιλογές οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης.

Μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο και με βάση την οικονομική και ανθρωπιστική καταστροφή που επέφερε, κυριάρχησαν οι πολιτικές που επικεντρώνουν αποκλειστικά στην οικονομική ανάπτυξη στην οποία προσαρμόζονται τόσο η κοινωνική πολιτική όσο και η πολιτική υγείας.<sup>1</sup> Με την οπτική αυτή, η υγεία προσεγγίζεται στην πρώτη

μεταπολεμική περίοδο ως προαπαιτούμενη συνθήκη για την οικονομική ανάπτυξη.<sup>2</sup> Υγιέστερος πληθυσμός, καλύτερη απόδοση στην εργασία, μεγαλύτερη οικονομική ανάπτυξη. Για την εκπλήρωση των στόχων αυτών αναπτύσσονται τα δημόσια συστήματα υπηρεσιών υγείας και εδραιώνονται οι αξίες της καθολικής και δωρεάν πρόσβασης του πληθυσμού σε αυτές.<sup>3</sup>

Η οικονομική κρίση της δεκαετίας του 1970-80 επιταχύνει την αναδιάρθρωση της καπιταλιστικής οικονομίας. Η ανεργία και ο πληθωρισμός αναδεικνύονται ως μόνιμα χαρακτηριστικά τα οποία και καθορίζουν πλέον και την κοινωνική πολιτική καθώς και την πολιτική υγείας. Η υγεία του πληθυσμού δεν είναι πλέον απαραίτητη για την οικονομική ανάπτυξη εφόσον οι στρατιές των ανέργων εξασφαλίζουν φτηνή και αναλώσιμη εργατική δύναμη. Την περίοδο αυτή εμφανίζεται και εδραιώνεται ως ιδεολογικά και πολιτικά κυρίαρχο το ρεύμα της «**νεοφιλελεύθερης ορθοδοξίας**» με βάση την οποία αρχίζει η αμφισβήτηση της οικονομικής αποτελεσματικότητας του διευρυμένου -από την προηγούμενη φάση- δημόσιου τομέα, ο οποίος αντιμετωπίζεται ως εμπόδιο στην οικονομική ανάπτυξη. Το δημόσια ελλείμματα θεωρούνται ως ο βασικός αρνητικός παράγοντας για την αύξηση των ιδιωτικών επενδύσεων, ο κρατικός έλεγχος της εργασίας, του εμπορίου και της αγοράς καθώς και η κοινωνική και αναδιανεμητική πολιτική ως ανασταλτικές συνιστώσες της οικονομικής ανάπτυξης.<sup>4</sup> Με βάση αυτό το υπόβαθρο εφαρμόζονται τα πρώτα μέτρα ελέγχου του κόστους με επίκεντρο την εισαγωγή συνθηκών αγοράς και ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας.<sup>5</sup>

Η εδραίωση των παραπάνω αντιλήψεων στην παγκοσμιοποιημένη αγορά οδήγησαν στη σύγχρονη πραγματικότητα στην οποία η υγεία αντιμετωπίζεται ως ένα καταναλωτικό αγαθό η διανομή του οποίου δεν μπορεί παρά να ακολουθεί τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς. Κύριοι μηχανισμοί για την προώθηση αυτής της πολιτικής διεθνώς είναι η απαξίωση, υπο-χρηματοδότηση και αποδιάρθρωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και η προβολή της αποτελεσματικότητας και της ικανοποίησης των καταναλωτών που θα προκύψουν από τον ανταγωνισμό μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας οι οποίοι στοχεύουν στη διασφάλιση μεγαλύτερων κερδών από την ταχύτατα διευρυνόμενη αγορά υπηρεσιών. Η υγεία, ως αποκλειστικά ατομικό καταναλωτικό αγαθό, εξαρτάται αποκλειστικά από τις ατομικές επιλογές και δυνατότητες διαπραγμάτευσης με τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας κάθε πολίτη.

Η πολιτική υγείας που εφαρμόστηκε στη χώρα μας από τη μεταπολίτευση μέχρι σήμερα ακολούθησε μια αντίστοιχη αλλά και συμπυκνωμένη, ιστορικά, πορεία. Συγκεκριμένα, η ανάπτυξη ενός δημόσιου και καθολικού συστήματος υγείας υλοποιείται μετά την κατάρρευση του μετεμφυλιακού αυταρχικού κράτους, μετά τη μεταπολίτευση δηλαδή, την ίδια περίοδο στην οποία στις δυτικές κοινωνίες αμφισβητούνται έμπρακτα οι θεμελιώδεις αρχές του κράτους κοινωνικής πρόνοιας και εφαρμόζονται ήδη οι πολιτικές ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της πολιτικής που εφαρμόζεται την τελευταία εικοσαετία στη χώρα μας είναι η προσπάθεια αστικού εκσυγχρονισμού ταυτόχρονα με την εναρμόνιση στις επιταγές των κυρίαρχων στην Ευρωπαϊκή Ένωση νεοφιλελεύθερων επιλογών. Δεν είναι μάλιστα τυχαίο ότι τη συμπύκνωση αυτών των επιλογών στην τελευταία εικοσαετία ανέλαβαν να υλοποιήσουν

οι ίδιες ιδεολογικοπολιτικές δυνάμεις -και συχνά τα ίδια άτομα- που ταυτίστηκαν με την ανάπτυξη του Δημόσιου Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα.<sup>6</sup>

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, ιδιαίτερα τα τελευταία δέκα χρόνια, έχει αναπτυχθεί διεθνώς ο προβληματισμός αναφορικά με τις Συμπράξεις Δημόσιου & Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) οι οποίες αποτελούν εξέλιξη των «*συμβάσεων εκχώρησης*» (concession agreements), ενώ παράλληλα εξαπλώνεται και η εφαρμογή τους<sup>7</sup>.

Στόχοι των συμπράξεων αυτών, όπως καταγράφονται σε επίσημες κυβερνητικές πολιτικές αλλά και στη βιβλιογραφία, είναι κυρίως η άντληση ιδιωτικών επενδυτικών κεφαλαίων για την κατασκευή δημόσιων υποδομών, η ταχύτερη ολοκλήρωση των έργων, η μεταφορά λειτουργικού ρίσκου από τον Δημόσιο στον Ιδιωτικό τομέα, καθώς και η αξιοποίηση, για την παροχή κοινωφελών αγαθών, της υψηλότερης ευελιξίας και αποδοτικότητας του Ιδιωτικού τομέα σε θέματα υλοποίησης, διοίκησης και διαχείρισης<sup>8</sup>.

Το κατά πόσο επιτυγχάνονται οι στόχοι αυτοί εξακολουθεί να αμφισβητείται. Για την ακρίβεια, η έρευνα και η επισκόπηση των υλοποιημένων συμπράξεων καταδεικνύει ότι τα προσδοκώμενα οφέλη δεν προκύπτουν «*αυτόματα*» αλλά απαιτούν από το Δημόσιο να ασκήσει επιτυχημένα τον ρόλο του αγοραστή, και στη συνέχεια του επόπτη, στα πλαίσια των συμπράξεων αυτών. Υπάρχουν δε και δομικού τύπου αμφισβητήσεις, σύμφωνα με τις οποίες τα σχήματα αυτά έχουν αρνητικές παρενέργειες που τείνουν να αντισταθμίζουν τα οφέλη<sup>9</sup>.

Σε κάθε περίπτωση, η μακροχρόνια λειτουργία δημόσιων υποδομών από ιδιωτικές επιχειρήσεις είναι που κάνει τα σχήματα αυτά ιδιόμορφα, καθώς η νοοτροπία και οι επιδιώξεις ενός ιδιωτικού οργανισμού πρέπει να εναρμονιστούν σε μακροχρόνια βάση με τα κοινωνικά ζητούμενα γύρω από το κοινωφελές αγαθό που προσφέρεται. Διαφορετικά, δεν θα διαφοροποιούνταν από μυριάδες άλλες συναλλαγές κατά τις οποίες το Δημόσιο αγοράζει αγαθά και υπηρεσίες από τον Ιδιωτικό τομέα, προκειμένου όμως να τα χρησιμοποιήσει ως ενδιάμεσες εισροές υπό τον άμεσο έλεγχο του στην παραγωγή προϊόντων και υπηρεσιών, η τελική σύνθεση και προσφορά των οποίων υλοποιείται άμεσα από δημόσιους φορείς<sup>10</sup>.

Στον χώρο της Υγείας, οι συμπράξεις Δημοσίου & Ιδιωτικού τομέα έχουν λάβει διεθνώς διάφορες μορφές, οι οποίες φαίνεται να διαφοροποιούνται συστηματικά ανάλογα με το αν αναφερόμαστε σε ανεπτυγμένες ή αναπτυσσόμενες και φτωχές χώρες. Δεδομένης της έντονης ιδεολογικής φόρτισης γύρω από τα θέματα της Υγείας, είναι ίσως αναμενόμενο ότι η επιστημονική βιβλιογραφία έχει κατά το μάλλον αποφύγει να θεμελιώσει τις συμπράξεις στον χώρο της Υγείας ως δέοντα, αλλά αρκείται να καταγράφει ως αιτίες ανάδυσής τους τις δυσλειτουργίες (ή την απουσία) του Δημόσιου τομέα στον χώρο αυτό, καθώς και τις πιέσεις επί των κρατικών προϋπολογισμών που ασκούνται πανταχούθεν<sup>11</sup>. Ελλείπει θεωρητικής θεμελίωσης για το δέον της ύπαρξης των συμπράξεων στο χώρο της Υγείας, αναγκαστικά συνάγεται ότι αν ο Δημόσιος τομέας ήταν αποδοτικότερος στη λειτουργία του, ή/και αν τα δημόσια έσοδα ήταν περισσότερα, δεν θα υπήρχε κανένας λόγος ανάπτυξης του Ιδιωτικού τομέα στον χώρο της Υγείας, και κατά συνέπεια η τωρινή του ανάπτυξη είναι κατακριτέα από ηθικής/ιδεολογικής άποψης, και ανεκτή μόνο για «*πραγματιστικούς λόγους*»<sup>12</sup>.

Χαρακτηριστικά, ο Bjorkman (2008)<sup>13</sup>, επισκοπώντας σχετικά ερευνητικά άρθρα από τη Λατινική Αμερική, αναφέρει «μια άποψη κοινή σε αυτές τις μελέτες, είναι ότι αν μια κυβέρνηση έχει την τεχνογνωσία να συνάψει αποδοτικά συμβόλαια με τον Ιδιωτικό τομέα για την παροχή κλινικών υπηρεσιών, τότε πιθανώς έχει την τεχνογνωσία να παρέχει αποδοτικά αυτές τις υπηρεσίες η ίδια. Αλλά οι συμβάσεις αυτές συνήθως δεν περιλαμβάνουν δείκτες απόδοσης. Ένας λόγος για τον οποίο ο Δημόσιος τομέας για την ώρα αδυνατεί να παρέχει υπηρεσίες αποδοτικά και οικονομικά, είναι διότι δεν χρησιμοποιεί και δεν κατανοεί τους δείκτες απόδοσης. Διαφορετικά, τα στελέχη του Δημοσίου τομέα που θα εφάρμοζαν συμβόλαια με τον Ιδιωτικό τα οποία θα περιείχαν μηχανισμούς δεικτών απόδοσης, θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν την διοικητική επιρροή τους για να πετύχουν παρόμοια απόδοση και από το προσωπικό του Δημοσίου».<sup>14</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ): Εισαγωγικά στοιχεία.**

#### **1.1. Ιστορική αναδρομή στην ανάληψη έργων και στην παροχή δημοσίων υπηρεσιών από ιδιώτες.**

Η ανάθεση της εκπλήρωσης δημοσίων σκοπών και της ικανοποίησης των δημοσίων αναγκών σε ιδιώτες είναι κάτι που συχνά ξενίζει, ειδικά υπό το πρίσμα της δημόσιας φύσης τόσο των εκτελούμενων έργων, όσο και των δημοσίων υπηρεσιών που προσφέρονται. Όμως η κατανόηση της σημασίας της σύμπραξης του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα στην εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος γίνεται πιο απλή, όταν παρατεθούν στοιχεία που αποδεικνύουν, πως η εμπλοκή των ιδιωτών στα δημόσια πράγματα και ειδικά στην εξυπηρέτηση των δημοσίων συμφερόντων δεν είναι κάτι καινούργιο. Αντιθέτως ιστορικά παρατηρείται με διάφορες μορφές, που με τον έναν ή άλλον τρόπο δεν απέχουν σημαντικά της σύγχρονης μορφής συνεργασίας δημοσίου και ιδιωτών μέσω των ΣΔΙΤ.

Δεν αποτελεί λοιπόν καινοφανές φαινόμενο οι ιδιωτικοί φορείς να συμμετέχουν ή και να αναλαμβάνουν μόνοι τους τη διεκπεραίωση καθηκόντων που έχουν δημόσιο χαρακτήρα και θα αναμενόταν να αποτελούν αποκλειστική αρμοδιότητα του δημοσίου τομέα. Αντιθέτως, υποστηρίζεται, πως στην ιστορία σε αρκετές περιόδους η ανάθεση της κατασκευής, χρηματοδότησης και διαχείρισης δημοσίων έργων ήταν ζήτημα των ιδιωτικών φορέων. Αυτό οφείλεται στην ιστορική εμφάνιση κυκλικών τάσεων ως προς την εναλλαγή του ιδιωτικού τομέα και του δημοσίου στην ικανοποίηση δημοσίων σκοπών.

Ακολούθως παρατίθενται στοιχεία που υποδηλώνουν, πως η ανάγκη αλλά και η έννοια της συνεργασίας- σύμπραξης των δημοσίων και των ιδιωτικών φορέων δεν είναι άγνωστες τόσο σε χώρες του εξωτερικού όσο και στην Ελλάδα. Με τον τρόπο αυτόν

αμβλύνονται οι εντυπώσεις που αρχικώς δημιουργούνται ως προς το αντιφατικό της εξυπηρέτησης δημοσίων συμφερόντων και της ικανοποίησης δημοσίων σκοπών από ιδιώτες.

### **1.1.2. Μορφές συνεργασίας ιδιωτών-δημοσίου στο εξωτερικό.**

Από τα αρχαία χρόνια γίνονται αναφορές σε συνεργασία ιδιωτών και δημοσίου στην εκτέλεση δημοσίων έργων και στην εκμετάλλευση αυτών με σκοπό τόσο την ικανοποίηση του γενικού συμφέροντος, όσο και την επιδίωξη επιχειρηματικού κέρδους από τους ιδιώτες. Ήδη στην εποχή της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας ο Ολυπιανός και ο Λίβιος επέλεξαν τη συνεργασία του δημοσίου με τους ιδιώτες για την κατασκευή, επισκευή ή και φροντίδα δημοσίων υποδομών και εγκαταστάσεων, όπως δρόμοι, δημόσιες αγορές, ναοί ακόμα και θέατρα ή λιμάνια. Σε άλλες περιπτώσεις αναφέρεται η σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτών στην αρχαία Ρώμη για την εκτέλεση και διαχείριση έργων σχετικά με την παροχή ύδρευσης προς τους πολίτες. Η εκτέλεση έργων σχετικά με αυτά και η εκμετάλλευση τους γινόταν αντικείμενο συνεργασίας των ιδιωτών με το δημόσιο.

Το 1870, όπου αναπτύχθηκε κυρίως το σιδηροδρομικό δίκτυο στη Γαλλία, υπήρχαν πολλές συμφωνίες σύμπραξης του δημοσίου και των ιδιωτών ως προς την κατασκευή, χρηματοδότηση και εκμετάλλευση σχετικών έργων. Το ίδιο ισχύει και για το δίκτυο παροχής ηλεκτρικής ενέργειας, γκαζιού και νερού. Εν γένει στη Γαλλία τον 19<sup>ο</sup> και 20<sup>ο</sup> αιώνα ενισχύθηκε η τάση αυτών των μορφών συνεργασίας με αποτέλεσμα να παρατηρηθεί η διαμόρφωση των «*εμπορικών δημοσίων υπηρεσιών*», στην παροχή των οποίων εμπλέκονταν ιδιωτικοί φορείς.

### **1.1.3. Μορφές συνεργασίας ιδιωτών-δημοσίου στην Ελλάδα.**

Η πρώτη αναφορά στην Ελλάδα για μορφή συνεργασίας ιδιώτη και δημοσίου με σκοπό την εκτέλεση δημοσίου έργου και την ικανοποίηση αντίστοιχης δημοσίας ανάγκης γίνεται σε σχέση με την Ερέτρια τον 4<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση αυτή είχε ανατεθεί στον εργολάβο Χαιρεφάνη το έργο της αποξήρανσης της λίμνης «εν Πτέχαις». Το δημόσιο στην περίπτωση αυτή δεν ανέλαβε ούτε την εκτέλεση του έργου, ούτε και τη χρηματοδότηση του. Αντιθέτως, παραχώρησε στον ιδιώτη και την εκμετάλλευση του αποτελέσματος του έργου αυτού για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, με σκοπό αυτός να μπορέσει από τη διαχείριση του, να αντλήσει χρήματα που θα απόσβεναν το κόστος του αλλά και θα απέφεραν σε αυτόν και κέρδος. Σε αυτή την ενέργεια ικανοποίησης δημοσίων σκοπών και αναγκών η συμμετοχή του δημοσίου περιοριζόταν στην παροχή της έκτασης προς υλοποίηση του έργου και σε αντίστοιχες διευκολύνσεις. Αντιθέτως, ο ιδιώτης αναλάμβανε τον κίνδυνο της κατασκευής, της χρηματοδότησης και της αποδοτικής διαχείρισης ενός έργου με δημόσιο σκοπό και σημασία.

Στη σύγχρονη Ελλάδα υπάρχουν παραδείγματα συνεργασιών, που παρουσιάζουν ομοιότητες στις συνεργασίες που εμφανίστηκαν σε ευρωπαϊκά κράτη, όπως π.χ. οι



συμβάσεις με τις εταιρείες Πάουερ και Ούλεν για την παροχή ηλεκτρικής ενέργειας και ύδρευσης. Ακόμη, υπήρξαν οι συμφωνίες συνεργασίας για την αστική τηλεφωνία με την Siemens und Halske και για τη διεθνή τηλεφωνία με την Eastern. Στην ίδια κατηγορία ανήκουν και οι συμβάσεις του ΕΟΤ με ιδιώτες, που αποσκοπούσαν στην ανάπτυξη του τουρισμού μέσω ανέγερσης ξενοδοχείων από ιδιώτες επί ακινήτων του δημόσιου, τα οποία διαχειρίζονταν το δημόσιο.

Έχουν παρουσιαστεί όμως και άλλες μορφές συνεργασίας-σύμπραξης των ιδιωτών με το δημόσιο σε υποδομές παροχής δημοσίων υπηρεσιών. Πριν την κατάργηση του, το άρθρο 1 παρ.3 του Ν.4458/1965 όριζε, πως επιτρέπεται μετά από έγκριση του Υπουργού Βιομηχανίας να αναλαμβάνει η ΕΤΒΑ την οργάνωση και την εκμετάλλευση βιομηχανικών περιοχών ή να παραχωρεί το δικαίωμα αυτό σε άλλα πρόσωπα που διαθέτουν την απαραίτητη τεχνική και οικονομική δυνατότητα. Με το Ν. 973/1979, στο άρθρο 6, δόθηκε η δυνατότητα της παραχώρησης από το δημόσιο ΚΕΔ (Κτηματική Εταιρεία Δημοσίου), εκτάσεων σε ιδιώτες, προκειμένου να χρηματοδοτήσουν, κατασκευάσουν και διαχειριστούν προς όφελος τους υποδομές. Στο άρθρο 10 παρ.1 του Ν. 1815/1988 παρέχεται η δυνατότητα της έκδοσης προεδρικού διατάγματος με πρόταση του Υπουργού Μεταφορών και Επικοινωνιών, εκ του οποίου θα καθορίζονται τα σχετικά με ίδρυση, κατασκευή και εκμετάλλευση αεροδρομίων από το Δημόσιο ή από φυσικά πρόσωπα. Ακόμα το προεδρικό αυτό διάταγμα θα ορίζει και τα σχετικά με τη σύναψη και τους όρους συμβάσεων παραχώρησης δικαιώματος για την κατασκευή αεροδρομίων επί χερσαίων επιφανειών, με αντάλλαγμα την εκμετάλλευση τους για ορισμένο χρονικό διάστημα από νομικό ή φυσικό πρόσωπο, καθώς και τα προσόντα των προσώπων αυτών. Σήμερα μπορούμε να δούμε το αεροδρόμιο των Σπάτων που το εκμεταλλεύεται η γερμανική Χόχτιφ καθώς και την Αττική οδό από την κοινοπραξία εταιρειών συμφερόντων του Μπόμπολα και τη γέφυρα Ρίου- Αντιρρίου με επικεφαλής γαλλική πολυεθνική.

Από τα παραπάνω φαίνεται, πως η συνεργασία του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα δεν είναι κάτι το άγνωστο. Παρατηρείται μια προσπάθεια απομάκρυνσης του δημοσίου από την ενεργό συμμετοχή σε τομείς που ο ιδιωτικός τομέας μπορεί εξίσου και πιο ικανοποιητικά να προσφέρει, ακόμα και αν αυτοί οι τομείς σχετίζονται με το δημόσιο συμφέρον και την εξυπηρέτηση δημοσίων αναγκών και σκοπών.

## **1. 2. Τι είναι η «Σύμβαση Σύμπραξης Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα»;**

Σύμφωνα με τον ορισμό του άρθρου 1 παράγραφος 2 του Ν. 3389/2005, Συμβάσεις Σύμπραξης είναι οι έγγραφες συμβάσεις συνεργασίας από επαχθή αιτία που συνάπτουν οι Δημόσιοι Φορείς σε τομείς της αρμοδιότητάς τους με νομικά πρόσωπα του ιδιωτικού τομέα («Ιδιωτικοί Φορείς») για την εκτέλεση έργων ή και την παροχή υπηρεσιών. Από το συνδυασμό του ορισμού αυτού με τις διατάξεις του άρθρου 2 του ιδίου Ν. 3389/2005, μπορούμε να καταλήξουμε ότι τα κύρια χαρακτηριστικά των Συμβάσεων Σύμπραξης είναι τα ακόλουθα:

**- το αντικείμενο των Συμβάσεων είναι η εκτέλεση έργων ή και η παροχή υπηρεσιών**

Ως εκτέλεση έργων θα πρέπει να εννοηθεί η κατασκευή και εγκατάσταση των απαιτούμενων υποδομών για την αναβάθμιση των παρεχομένων στους πολίτες υπηρεσιών και δύναται να περιλαμβάνει ενδεικτικά την ανέγερση κτιρίων, την κατασκευή εγκαταστάσεων, την ανακαίνιση υφισταμένων υποδομών, την παροχή αναγκαίου εξοπλισμού.

Ως παροχή υπηρεσιών θα πρέπει να εννοηθεί παροχή κάθε είδους υπηρεσιών όπως η συντήρηση των ανωτέρω έργων, η φύλαξη, η διοίκηση, διαχείριση, λειτουργία και εκμετάλλευσή τους.

**- το αντικείμενο των Συμβάσεων ανήκει στην αρμοδιότητα του Δημοσίου Φορέα βάσει διάταξης νόμου ή βάσει σύμβασης ή βάσει του καταστατικού του**

Οι Δημόσιοι Φορείς μπορούν να δραστηριοποιούνται μέσω Συμπράξεων σε τομείς της αρμοδιότητάς τους. Δεδομένου ότι η εμπλοκή του Ιδιωτικού Φορέα που έχει επιλεγεί για τη συμμετοχή σε Σύμβαση Σύμπραξης είναι εξ ορισμού μακροχρόνια, η ανωτέρω απαίτηση διασφαλίζει τη δυνατότητα του αρμοδίου

Δημόσιου Φορέα που έχει τη γνώση και το άμεσο ενδιαφέρον, να επιτύχει άμεση συνεργασία με τον Ιδιωτικό Φορέα και αποτελεσματική παρακολούθηση της λειτουργίας του έργου.

**- η Σύμβαση προβλέπει ότι η χρηματοδότηση θα γίνει εν όλω ή εν μέρει με κεφάλαια και πόρους που εξασφαλίζουν οι Ιδιωτικοί Φορείς**

Υπό την έννοια αυτή, ο Ιδιωτικός Φορέας εξασφαλίζει τη χρηματοδότηση της εκτέλεσης του έργου ή της παροχής των υπηρεσιών, ή μέρος τουλάχιστον της χρηματοδότησης αυτής. Ο Δημόσιος Φορέας ή οι τελικοί χρήστες του έργου ή των υπηρεσιών δεν καλούνται να καταβάλλουν τίμημα παρά μόνον αφού αρχίσει η λειτουργία του έργου ή παροχή των υπηρεσιών. Η καταβολή του τιμήματος συνδέεται άμεσα με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και δύναται να μειώνεται ή και να μην καταβάλλεται σε περίπτωση μη τήρησης των προδιαγραφών απόδοσης που ο Ιδιωτικός Τομέας έχει αναλάβει να τηρήσει ήδη κατά το στάδιο της επιλογής του για τη συμμετοχή στη Σύμπραξη.

**- η Σύμβαση είναι από επαχθή αιτία**

Με τη διάταξη αυτή, ο νομοθέτης θέλησε να διασφαλίσει ότι με τη Σύμβαση Σύμπραξης αναλαμβάνουν βάρη τόσο ο Δημόσιος, όσο και ο Ιδιωτικός Φορέας που εμπλέκονται. Η Σύμβαση Σύμπραξης δεν είναι, δηλαδή, ούτε θα πρέπει να εκλαμβάνεται από τους Δημόσιους Φορείς ως, «*χαριστική*» σύμβαση, με την οποία μόνον το ένα συμβαλλόμενο μέρος (και δη ο Ιδιωτικός Τομέας) αναλαμβάνει υποχρεώσεις. Αντίθετα, πρόκειται για σύμβαση αμφοτεροβαρή με την οποία ο Ιδιωτικός Τομέας επιδιώκει αντάλλαγμα. Με βάση τα παραπάνω, συμβάσεις κατ' εξοχήν χαριστικές, π.χ. δωρεές, χορηγίες χωρίς ανταποδοτικά οφέλη κλπ, δεν εμπίπτουν στην έννοια των Συμβάσεων Σύμπραξης.

**- ο Ιδιωτικός Φορέας αναλαμβάνει ουσιώδες μέρος των κινδύνων**

Η ανάληψη ουσιώδους μέρους των κινδύνων που συνδέονται με τη χρηματοδότηση, κατασκευή, διαθεσιμότητα (υποδομή ή υπηρεσία διαθέσιμη προς χρήση) ή τη ζήτηση του αντικειμένου της Σύμπραξης και των συναφών κινδύνων, όπως ενδεικτικά του διαχειριστικού και του τεχνικού κινδύνου, από τον Ιδιωτικό Φορέα που συμμετέχει στη

Σύμπραξη αποτελεί κύρια διαφορά των Συμβάσεων Σύμπραξης από τις παραδοσιακές δημόσιες συμβάσεις κατασκευής έργων, παροχής υπηρεσιών ή προμήθειας αγαθών. Η ανάληψη των κινδύνων στη Σύμβαση Σύμπραξης είναι ιδιαίτερα περίπλοκη, ωστόσο ο προσδιορισμός των κινδύνων πρέπει να ακολουθεί τον ορισμό της Eurostat. Από τις χώρες με μεγαλύτερη εμπειρία στην εφαρμογή των συμπράξεων έχουμε μεγάλο εύρος παραδειγμάτων διαφορετικών μεθόδων ανάληψης κινδύνων από τον Ιδιωτικό Τομέα. Κοινή συνισταμένη είναι η ανάληψη της ευθύνης από τον Ιδιωτικό Τομέα για την προσήκουσα τελική παροχή υπηρεσιών στους πολίτες. Ωστόσο, και δεδομένης της μακράς διάρκειας των Συμβάσεων Σύμπραξης, η κατανομή των κινδύνων προϋποθέτει τη στενή συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων μερών (συμπεριλαμβανομένων των Τραπεζών ή άλλων δανειοδοτών) για την καταγραφή των κινδύνων και των τρόπων ασφάλισής τους (μέσω εμπραγμάτων ασφαλειών, ιδιωτικών συμβάσεων ασφαλίσεως, εγγυήσεων, κ.ά.).

### **1.3. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.**

Ο όρος «προσφορά υπηρεσιών υγείας» εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία κ.τ.λ).

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, το επιδημιολογικό πρότυπο και η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη.<sup>15</sup>

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς έχει αναδειχθεί, στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά και των ειδικών αναγκών υγείας.<sup>16</sup> Σύμφωνα με τον Donabedian,<sup>17</sup> η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismarck, «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση».<sup>18</sup> Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.<sup>19</sup>

Οι πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας είναι ο Κρατικός Προϋπολογισμός, Κοινωνική ασφάλιση, και Ιδιωτικές πληρωμές.<sup>20</sup>

Η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται, σύμφωνα με τους Ware et al,<sup>21</sup> στη διερεύνηση ποικίλων τυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος. Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες

υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αφορά σε διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με (α) τις προσδοκίες του από την υπηρεσία, (β) τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του και, τέλος, (γ) την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων.<sup>22</sup> Ειδικότερα, η ικανοποίηση του ασθενούς συναρτάται άμεσα με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται. Υπό αυτή την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει.<sup>23</sup> Η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι στενά συνδεδεμένη με τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις που επικράτησαν στην χώρα μας ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της.<sup>24</sup> Η Μικρασιατική καταστροφή, οι δυο παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες και πολλοί άλλοι παράγοντες καθόρισαν την πορεία ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών υγείας. Παρά τα σημαντικά αυτά προβλήματα που άφησαν την Ελλάδα τουλάχιστον είκοσι χρόνια πίσω, σε σύγκριση με άλλες Δυτικές χώρες, συγκροτήθηκε ένας υγειονομικός τομέας που απορροφά το 8,3% του ΑΕΠ και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού.<sup>25</sup>

Στην Ελλάδα ριζικές αλλαγές στον τομέα Υγείας, που έχουν εξαγγελθεί ήδη από τη δεκαετία του 80, μέχρι πρόσφατα δεν είχαν υλοποιηθεί, ενώ νόμοι και προτάσεις έχουν ελλιπώς εφαρμοσθεί ή έχουν πέσει στο κενό, εν πολλοίς και λόγω του δυσβάστακτου κόστους τους.<sup>26</sup>

Η ανάγκη για βελτίωση της υγείας σε παγκόσμια κλίμακα οδήγησε 72 κράτη και διεθνείς οργανώσεις που ασχολούνται με ειδικά υγειονομικά θέματα να ιδρύσουν την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.<sup>27</sup>

Είμαστε η τελευταία χώρα στην Ευρώπη σε δημόσιες και η πρώτη σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών στην υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι σταθερά αυξανόμενη τα τελευταία 20 έτη τουλάχιστον, ανεξαρτήτως κυβέρνησης ή μέτρων που λαμβάνονται για την δημόσια υγεία. Δεν μπορεί παρά να σχετίζεται με το παραπάνω το γεγονός ότι στην Ελλάδα οι μετρήσεις δείχνουν τη μικρότερη ικανοποίηση του κόσμου από τις υπηρεσίες υγείας, στο σύνολο της Ε.Ε. Η Ελλάδα είναι η 4η χώρα του ΟΟΣΑ που εμφανίζει αυτής της έκτασης την ανισότητα στη χρηματοδότηση. Η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά ιδιωτικών δαπανών στην Ευρώπη λόγω της αδυναμίας του δημοσίου να καλύψει σε ικανοποιητικό βαθμό τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες υγείας των πολιτών σε ποσότητα και ποιότητα.<sup>28,29</sup>

Ο τομέας της υγείας δεν παύει να είναι ένας από τους σπουδαιότερους, ο κοινωνικός της χαρακτήρας είναι πάντοτε αδιαμφισβήτητος και κάθε πολίτης σε όλα τα μήκη και πλάτη της γης έχει κατακτήσει το δικαίωμα για φροντίδα υγείας.<sup>30</sup>

#### **1.4. Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) :**

##### **Στοιχεία για το Ηνωμένο Βασίλειο και την υπόλοιπη Ευρώπη**

###### **Εισαγωγή.**

Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (Public-Private Partnerships – PPP) έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Βρετανικής οικονομίας κατά τη δεκαετία 1999-2009, ιδιαίτερα στο τομέα των υποδομών με την ανέγερση σχολείων, νοσοκομείων, φυλακών και την κατασκευή ή εκσυγχρονισμό του οδικού δικτύου της χώρας. Ο κύριος φορέας υλοποίησης των έργων ΣΔΙΤ στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι ο λεγόμενος Private Finance Initiative (PFI) – Public Private Finance (PPF).

##### **1.4.1. Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο Ηνωμένο Βασίλειο.**

Κατά το 2008 υπεγράφησαν 34 συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ, περίπου το ήμισυ των αντιστοιχών συμβάσεων που είχαν υπογραφεί τη διετία 2005-2007. Η συνολική αξία όμως των συμβάσεων έργων για το 2008 ήταν περίπου 6,5 δις Λίρες, μείωση κατά 11% ως προς την συνολική αξία συμβάσεων έργων για το 2007 (7,3 δις Λίρες). Σημαντικότερη σύμβαση έργου ήταν η αφορούσα στην κατασκευή αεροσκαφών τάνκερς, σύμβαση η οποία κατατάσσεται ως τρίτη σε σπουδαιότητα και αξία μετά το μετρό του Λονδίνου και το Eurotunnel. Άλλες συμβάσεις έργων για το 2008 περιελάμβαναν έργα ανέγερσης σχολείων στο Κεντ, αναζωογόνησης περιοχής Croydon του Λονδίνου και ένα ευρύ πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Βρετανική Πολεμική Αεροπορία.

Μέχρι το τέλος του 2008, είχαν υπογραφεί στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1995 και εντεύθεν 935 έργα ΣΔΙΤ συνολικής αξίας 66 δις Λιρών. Κατά τη δεκαετία 1995-2005 ετησίως υπεγράφοντο συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ συνολικής αξίας κατ' έτος μεταξύ 2 δις και 5 δις Λιρών. Κατά την περίοδο 2005-2008 η ετήσια συνολική αξία των έργων ΣΔΙΤ ήταν υψηλότερη από την αρχική περίοδο, παρά το γεγονός ότι από το 2006 και εντεύθεν παρατηρείται σχετική κάμψη της ετήσιας συνολικής αξίας των έργων (9,6 δις Λίρες το 2006). Μεταξύ του 2002 και του 2007, παρατηρείται σταθερότητα στο μέσο όρο των συμφωνηθέντων έργων ΣΔΙΤ (περίπου 60 κατ' έτος, με εξαίρεση το 2004 που είχαν υπογραφεί 99 συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ, κυρίως στο τομέα της υγείας).

Η αξία κατ' έργων ΣΔΙΤ έχει σημειώσει αύξηση κατά μέσο όρο για να προσεγγίσει το 2008 τα 192 εκ Λίρες. Από το 1996 έως το 2005 η ετήσια κατά μέσο όρο αξία έργου ΣΔΙΤ υπολογίζεται μεταξύ 30 εκ και 70 εκ Λιρών. Από το 2006 και εντεύθεν η αξία έργου ΣΔΙΤ κατά μέσο όρο ανέρχεται σε 100 εκ Λίρες. Συνολικά, από το 1996 οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτιμώνται στο 10-15% των επενδύσεων κεφαλαίου του δημόσιου τομέα στη χώρα.

#### 1.4.2. Έργα ΣΔΙΤ κατά τομέα.

Οι κυριότεροι τομείς συμβάσεων έργων ΣΔΙΤ το 2008 στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν οι τομείς της άμυνας, της εκπαίδευσης και της υγείας, τάση η οποία παρατηρείται από το 2004 και εφεξής, με συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ συνολικής αξίας στους τομείς της άμυνας και της υγείας περίπου 8 δις Λίρες και στο τομέα της εκπαίδευσης 6 δις Λίρες. Στο τομέα των μεταφορών δεν υπήρξαν συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ το 2008, για πρώτη φορά από το 1994.

#### Πίνακας 1

Έργα ΣΔΙΤ στο Ην. Βασίλειο κατά τομέα και ετήσια αξία (2003-2008) σε εκ Λίρες.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Άμυνα	925	900	654	2674	1000	3291
Εκπαίδευση	373	456	749	1495	1514	1613
Υγεία	667	2628	998	3010	1706	520
Τοπική αυτοδιοίκηση, Στέγαση	491	62	406	422	570	450
Σκωτία	209	173	377	1003	1106	395
Βόρεια Ιρλανδία	105	60	18	390	382	125
Γεωργία (Υπουργείο Γεωργίας)	145	35	---	421	175	98
Υπουργείο Εσωτερικών	138	74	38	---	46	14
Ουαλία	---	82	---	42	17	10
Μεταφορές	351	735	1021	150	727	---
Άλλα	57	40	---	---	75	27
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>3.461</b>	<b>5.245</b>	<b>4.261</b>	<b>9.607</b>	<b>7.318</b>	<b>6.543</b>

Πηγή: Public Private Finance 2009 <sup>233</sup>

Ο τομέας των μεταφορών, παραμένει ο σημαντικότερος τομέας υλοποίησης συμβάσεων έργων ΣΔΙΤ στη χώρα καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου 1987-2008 με αναλογία 25,2%. Ακολουθούν ο τομέας της υγείας με 21,9% και της εκπαίδευσης με 17,2% με τον τομέα της άμυνας στο 14,1%, στέγασης στο 9,8%, επικοινωνιών στο 4,1% και τοπικής αυτοδιοίκησης στο 1,4%.

#### 1.4.3. Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στην υπόλοιπη Ευρώπη.

Η αγορά συμβάσεων έργων ΣΔΙΤ στην υπόλοιπη Ευρώπη παρουσιάζει σταθερή ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια. Από το 2001 και εφεξής συνολικά στην υπόλοιπη

Ευρώπη υπεγράφησαν συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ συνολικής αξίας 37 δις ΕΥΡΩ, ενώ την ίδια περίοδο στο Ηνωμένο Βασίλειο και μόνο υπεγράφησαν συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ συνολικής αξίας 61 δις ΕΥΡΩ.

Η αθροιστική αξία των συμβάσεων έργων ΣΔΙΤ που έχουν υπογραφεί ως το τέλος 2008 είναι υψηλότερη στην Ισπανία και τη Γαλλία (4,1 δις ΕΥΡΩ ανά χώρα ενώ ακολουθεί η Ιταλία με 3,6 δις ΕΥΡΩ και η Ιρλανδία με 3,3 δις ΕΥΡΩ. Τα μεγαλύτερα έργα ΣΔΙΤ αφορούν στις υποδομές μεταφορών και κυρίως στο οδικό δίκτυο ενώ έπονται έργα εκσυγχρονισμού σιδηροδρόμων, κατασκευής τούνελ κλπ.

## Πίνακας 2

Συνολική αξία έργων ΣΔΙΤ ανά Ευρωπαϊκή χώρα περιόδου 2001-2008 σε εκ ΕΥΡΩ.

							Υπογραφείσες συμβάσεις έργων ΣΔΙΤ 2001-2008
Χώρα	2001- 2004	2005	2006	2007	2008	Σύνολο	
Ισπανία	1000	1154	1664	309	---	4127	38
Γαλλία	---	1788	735	329	1241	4093	34
Ιταλία	890	2179	439	55	---	3563	20
Ιρλανδία	720	121	623	1489	300	3253	19
Ελλάδα	---	798	1600	3885	1000	2398	8
Γερμανία	440	830	177	465	117	2029	40
Βέλγιο	1300	480	---	300	680	1780	6
Ολλανδία	1302	---	431	---	1020	1733	9
Πολωνία	1520	---	---	---	---	1520	2
Αυστρία	49	---	850	---	---	899	6
Φινλανδία	---	700	---	---	---	700	1
Βουλγαρία	---	366	288	366	---	654	6
Ουγγαρία	---	---	38	15	500	556	11
Κύπρος	---	500	---	---	---	500	1
Πορτογαλία	278	---	32	140	---	450	7
Άλλες χώρες	485	2	490	---	---	977	7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b> (εκτός Ην.Βασιλείου)	<b>7.987</b>	<b>8.918</b>	<b>7.367</b>	<b>7.353</b>	<b>4.958</b>	<b>36.583</b>	<b>215</b>
<b>Ην. Βασίλειο</b>	21.849	6.237	14.111	10.698	8.236	61.131	536

Πηγή: Public Private Finance 2009 και DLA Piper<sup>234</sup>

Επιπρόσθετα των 215 συμβάσεων έργων ΣΔΙΤ που υπεγράφησαν στην υπόλοιπη (εκτός Ην. Βασιλείου) Ευρώπη έως το 2008, η εταιρεία DLA Piper εκτιμά ότι θα πρέπει να υπολογισθούν και άλλα έργα που έχουν προκηρυχθεί από τις αρχές του 2007

συνολικής αξίας 68 δις ΕΥΡΩ, με αποτέλεσμα να σημειωθεί αυξητική πορεία των έργων ΣΔΙΤ, τα οποία είτε έχουν προκηρυχθεί είτε ευρίσκονται στη διαδικασία χρηματοδότησης. Μετά την Ιταλία, η Γερμανία και η Ελλάδα από το 2007 και εφεξής παραμένουν οι χώρες με τα περισσότερα έργα ΣΔΙΤ (σε διαδικασία προκήρυξης) συνολικής αξίας 9,5 δις ΕΥΡΩ και 6,3 δις ΕΥΡΩ αντίστοιχα.

## **1.5. Μέθοδοι Συνεργασίας - Παραδείγματα χρηματοδότησης - Αξιοποίηση ακίνητης περιουσίας**

### **Εισαγωγή**

Η συμβολή ιδιωτικών κεφαλαίων στη διαδικασία παραγωγής ή ανανέωσης και – κατ' επέκταση της λειτουργίας - ορισμένων κατηγοριών έργων στη Υγεία που παραδοσιακά χαρακτηρίζονται ως δημόσια, είτε με τη συμμετοχή δημόσιων πόρων είτε χωρίς αυτήν, διαμορφώνουν μια νέα ορολογία των οικονομικών παρεμβάσεων στον τομέα των δημοσίων έργων Υγείας , γνωστή ως *«αυτοχρηματοδοτούμενα έργα»*. Η χρηματοδότηση ενός τέτοιου έργου απαιτεί ένα μεγάλο αριθμό συμβατικών σχέσεων μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών, οι οποίες συγκροτούν ένα ολοκληρωμένο και καλά οργανωμένο σχήμα προκειμένου αυτό να ολοκληρωθεί και να λειτουργήσει με επιτυχία, τόσο από τεχνική όσο και από οικονομική άποψη.

### **1.5.1. Μέθοδοι Συνεργασίας Δημοσίων Φορέων με Ιδιώτες**

Ιστορικά τα μεγάλα έργα υποδομής παγκόσμια (δρόμοι, γέφυρες, κανάλια, κλπ) χρηματοδοτούνταν κυρίως από ιδιωτικά κεφάλαια. Μόνο περί τα τέλη του 19ου αιώνα ο δημόσιος τομέας άρχισε να αποτελεί τον βασικό χρηματοδότη τέτοιων έργων, τάση η οποία συνεχίστηκε μέχρι τη δεκαετία του 1970. Έκτοτε άρχισε να εμφανίζεται με όλο και περισσότερο έντονους ρυθμούς η αναβίωση της συμμετοχής ιδιωτών στη χρηματοδότηση των μεγάλων έργων, η οποία σταδιακά άρχισε να παίρνει της Αυτοχρηματοδότησης - Project Finance που γνωρίζουμε σήμερα. Διεθνώς, εφαρμόζονται διάφορες μέθοδοι σύναψης συμμαχιών δημοσίων φορέων με ιδιώτες, οι κυριότερες των οποίων είναι:

- **B.O.T. (Build/Operate/Transfer)** Κατασκευή/Λειτουργία/Μεταβίβαση,
- **B.O.O.T. (Build /Own/Operate/Transfer)** Κατασκευή/Ιδιοκτησία/Λειτουργία/Μεταβίβαση,
- **R.O.T. (Rehabilitate /Operate /Transfer)** Αποκατάσταση/Λειτουργία/Μεταβίβαση,
- **L.R.O. (Lease/ Rehabilitate/ Operate)** Χρηματοδοτική μίσθωση/Αποκατάσταση/Λειτουργία,
- **B.O.L.T. (Build/Own/Lease/Transfer)** Κατασκευή / Ιδιοκτησία / Χρηματοδοτική μίσθωση/ Μεταβίβαση [1].



### 1.5.2. Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα ΣΔΙΤ

Η ανάγκη μείωσης των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και συγκράτησης του ύψους του Δημόσιου χρέους, που προέκυψαν έντονα κατά τη δεκαετία του 1990, ως απόρροια της συνθήκης του Maastricht και της συμμετοχής της, στην Ευρωπαϊκή Νομισματική Ένωση, οδήγησε και τη χώρα μας να επιδιώξει τη σταδιακή σμίκρυνση του δημόσιου τομέα, την απελευθέρωση των αγορών και την πραγματοποίηση σημαντικών επενδύσεων για την υλοποίηση των απαραίτητων έργων υποδομής. Η ανάγκη αυτή για επενδύσεις που λόγω των δημοσιονομικών περιορισμών δεν μπορούσαν να καλυφθούν από το Δημόσιο, οδήγησε στην αναζήτηση συνεργασιών με τον ιδιωτικό τομέα και στην υιοθέτηση του θεσμού της αυτοχρηματοδότησης και ιδιαίτερα των ΣΔΙΤ (Συμπράξεων Δημοσίου Ιδιωτών) /PPPs (Public Private Partnerships) τον οποίο χρησιμοποιούσαν ήδη άλλες Ευρωπαϊκές χώρες<sup>235</sup>. Η ΣΔΙΤ σαν ιδέα ξεκίνησε στη Βρετανία το 1982 επί Thatcher, ως Χρηματοδότηση με Πρωτοβουλία Ιδιώτη - Private Financing Initiative (PFI) για να μετεξελιχθεί επί Blair σε PPP. Η Ε.Ε. αναγνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία του νέου εργαλείου των ΣΔΙΤ, εξέδωσε το 2004 την Οδηγία 2004/18 και το Πράσινο Βιβλίο σχετικά με τις Συμπράξεις Δημόσιου & Ιδιωτικού Τομέα και το Κοινοτικό Δίκαιο των Δημοσίων Συμβάσεων και των Συμβάσεων Παραχώρησης, για να υποστηρίξει τη δημιουργία νομοθετικού πλαισίου σε κάθε κράτος μέλος, για την υλοποίηση έργων κοινωνικού χαρακτήρα με βάση τις εθνικές προτεραιότητες<sup>236</sup>.

Το Σεπτέμβριο 2005 ψηφίστηκε στην Ελληνική Βουλή ο Νόμος 3389/2005 για τις ΣΔΙΤ, οι διατάξεις του οποίου είχαν συζητηθεί με τους εκπροσώπους των φορέων που θα αποτελέσουν άμεσα ή έμμεσα τους κύριους εμπλεκόμενους στην υλοποίηση αντίστοιχων Συμβάσεων.

ΣΔΙΤ στην Υγεία –Χρηματοδότηση με την μέθοδο PFI-Private Finance Initiative (Χρηματοδότηση με Πρωτοβουλία του Ιδιώτη)

Η μέθοδος χρηματοδότησης PFI στον τομέα της υγείας, βασίζεται στην ανάθεση από το Δημόσιο της προμήθειας ποιοτικών και μη Κλινικών υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα, με καθορισμένη απόδοση και μακροπρόθεσμα, συμπεριλαμβανομένης της συντήρησης ή και κατασκευής της αναγκαίας υποδομής. Ο ιδιώτης προμηθευτής αναλαμβάνει τη μελέτη, κατασκευή, χρηματοδότηση και εκμετάλλευση του έργου<sup>237</sup>. Ακολούθως, ο δημόσιος τομέας πληρώνει ένα τίμημα για την χρήση των υποδομών.

#### Παραδείγματα χρηματοδότησης:

- Κατασκευή Νοσοκομειακών Μονάδων
- Ενοποιημένα Δίκτυα Διαγνωστικών Κέντρων
- Χρηματοοικονομική Διαχείριση
- Συντήρηση Μηχανολογικών και Κτιριακών Εγκαταστάσεων
- Υπηρεσίες Φύλαξης
- Parking

### 1.5.3. Αξιοποίηση ακίνητης περιουσίας

Μέσω της P.F.I. η Πολιτεία δεν ασχολείται με την ανέγερση και απόκτηση παγίων στοιχείων, αλλά με την αγορά από ιδιώτες των υπηρεσιών που προέρχονται από αυτά δεδομένου ότι οι πολίτες δεν κρίνουν το κράτος βάσει της ακίνητης περιουσίας που διαθέτει, αλλά βάσει της ποιότητας και ποσότητας - επάρκειας των υπηρεσιών που παρέχει στους φορολογουμένους.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της δημοπράτησης ενός έργου, μέσω της μεθόδου P.F.I. είναι τα ακόλουθα:

- Ανατίθεται από το Δημόσιο σε έναν ιδιώτη ένα συμβόλαιο παροχής υπηρεσιών.
- Στο συμβόλαιο γίνεται ακριβής προσδιορισμός των παρεχομένων υπηρεσιών και των αντίστοιχων πληρωμών καθ' όλη τη διάρκεια του συμβολαίου.
- ιδιώτης είναι υπεύθυνος για το σχεδιασμό, την εκτέλεση, χρηματοδότηση και λειτουργία του έργου που είναι απαραίτητο για την παροχή των συμφωνημένων υπηρεσιών. Το Δημόσιο καταβάλλει το αντίτιμο των υπηρεσιών που παρέχει ο ιδιώτης και όχι άμεσα οι τελικοί καταναλωτές.
- Οι μέτοχοι της ιδιωτικής εταιρείας παραχώρησης είναι υποχρεωμένοι να συγκεντρώσουν τα κεφάλαια που απαιτούνται για να χρηματοδοτήσουν την παροχή των απαιτούμενων υπηρεσιών προς το κράτος.
- Το Δημόσιο αγοράζει τις υπηρεσίες που του παρέχει ο ιδιώτης για μια συμβατική περίοδο 25-30 ετών.

Τα κυριότερα οικονομικά πλεονεκτήματα που συνεπάγεται η μέθοδος για το Δημόσιο είναι τα εξής:<sup>239</sup>

- Δεν επιβαρύνεται το δημόσιο χρέος με νέα δάνεια για την εκτέλεση έργων. Σύμφωνα με την Eurostat, όταν μια επιχείρηση κατασκευάζει ένα έργο και αναλαμβάνει τη διαχείριση και λειτουργία του επί ένα χρονικό διάστημα κατά το οποίο λαμβάνει από τη γενική κυβέρνηση πληρωμές, που αντιπροσωπεύουν το τίμημα της αγοράς των υπηρεσιών που παράγει το έργο αυτό, οι πληρωμές αυτές επιβαρύνουν το έλλειμμα του προϋπολογισμού κατά το έτος στο οποίο πραγματοποιούνται. Πληρωμές τις οποίες το Δημόσιο υποχρεούται να καταβάλει στο μέλλον δεν επιβαρύνουν το χρέος.
- Δεν απαιτείται καμία ταμειακή εκροή πριν από την έναρξη λειτουργίας του.
- Δεν είναι απαραίτητο το έργο να συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση

#### **Συμπερασματικά:**

Η εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον ευαίσθητο χώρο της Υγείας μπορεί να διασφαλίσει τους απαραίτητους πόρους και μέσα για την υλοποίηση έργων συντομεύοντας ταυτόχρονα τον χρόνο κατασκευής τους, εξοικονομώντας πόρους που μπορούν να κατευθυνθούν σε κάλυψη άλλων κοινωνικών αναγκών, αυξάνοντας την αποδοτικότητα αυτών βελτιώνοντας και εξασφαλίζοντας ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και κατανέμοντας ορθολογικά τον κίνδυνο ανάμεσα στο Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Οι συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας και της πρόνοιας

Η εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας παρέκκλινε σημαντικά από τις ιδρυτικές εξαγγελίες περί «*υγείας ως κοινωνικού αγαθού*», και φαίνεται να προσλαμβάνει τη μορφή ενός επικουρικού, προς τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, συστήματος.

Με αφετηρία το Ν.3389/2005, που άνοιξε το δρόμο της συνεργασίας Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα, οι ΣΔΙΤ σήμερα παρουσιάζονται ως μια πρόσφορη συμπληρωματική λύση για τον εκσυγχρονισμό των δομών υγείας, της λειτουργίας τους, και της πληρότητας τους. Στο πλαίσιο αυτό ήδη το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει προχωρήσει στην προώθηση συγκεκριμένων πρωτοβουλιών για την εκτέλεση έργων και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες στον τομέα της Υγείας και Πρόνοιας.

#### 2.1 Το Υγειονομικό Σύστημα στην Ελλάδα

##### 2.1.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Με την ψήφιση του Ν. 1397/83 καθιερώθηκε για πρώτη φορά στη χώρα μας το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) δημόσιου χαρακτήρα, με σκοπό την προσφορά αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας σε όλο τον πληθυσμό χωρίς διακρίσεις. Οι ραγδαίες μεταβολές στο κοινωνικό, οικονομικό και τεχνολογικό περιβάλλον, οι πεπερασμένοι οικονομικοί πόροι και οι αυξανόμενες ανάγκες περίθαλψης του πληθυσμού ως αποτέλεσμα της γήρανσης, επέβαλαν το θεσμικό εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας. Έτσι, μέσα από μια σειρά νομοθετημάτων (Ν.1579/1985, Ν.1759/1988, Ν.2071/1992, Ν.2194/1994, Ν.2519/1997, Ν.2889/2001, Ν.3106/2003, Ν.3172/2003, Ν.3235/2004, Ν.3304/05, Ν.3329/05, Ν.3370/2005 και Ν. 3527/2007) η πολιτεία προσπάθησε είτε να αντιμετωπίσει χρόνια προβλήματα είτε να καλύψει κενά του συστήματος. Αντικείμενο μεταρρυθμίσεων αποτέλεσαν μεταξύ άλλων η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η δημόσια υγεία, οι προμήθειες των νοσοκομείων, το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Στο πλαίσιο του στόχου της βελτίωσης της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων κρατικών υπηρεσιών υγείας εντάσσεται και η δημιουργία ελεγκτικών μηχανισμών της διοικητικής δράσης των φορέων που δραστηριοποιούνται στους τομείς υγείας και πρόνοιας (δηλαδή κυρίως το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.), οι Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Πε.) τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας (Μ.Κ.Φ.).

Οι θεσμοί αυτοί, η δράση των οποίων ήδη έχει αποδειχτεί πολύτιμη, είναι: ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ν-3293/2004) και το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) (Ν.2920/2001).<sup>215</sup>

Κύριο χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ο μεγάλος βαθμός συγκεντρωτισμού και κρατικής ρυθμιστικής παρέμβασης, καθώς κάθε πλευρά της χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι αντικείμενο ελέγχου του

Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.). Η χάραξη της γενικής πολιτικής και ο συντονισμός της δράσης όλων των κρατικών οργάνων στον τομέα της υγείας υπάγονται στις επιτελικές αρμοδιότητες του Υ.Υ.Κ.Α., ο σχεδιασμός της εθνικής στρατηγικής στο χώρο της υγείας και η υποβολή προτάσεων προς τον Υπουργό Υ.Κ.Α. ανήκει στις αρμοδιότητες του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Επίσης η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων για την πολιτική δημόσιας υγείας με στόχο τη διαμόρφωση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης (τετραετές) για τη δημόσια υγεία κατόπιν εισηγήσεως προς το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ανήκει στην αρμοδιότητα του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.). Στην αρμοδιότητα του Υ.Υ.Κ.Α. ανήκει και η εποπτεία των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, όσον αφορά στην παροχή από τους τελευταίους υγειονομικών υπηρεσιών (κλάδος ασθενείας). Επίσης, υπό την εποπτεία της κεντρικής υπηρεσίας λειτουργεί ο Οργανισμός Καταπολέμησης των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ), το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ), το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.Ν.Ο.), ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ), ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ) και η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.).<sup>216</sup>

Η δημόσια υγεία είναι πρωτίστως άσκηση δημόσιας πολιτικής και αποτελεί αντικείμενο ευθύνης του κράτους, άρα τελεί υπό την εγγύηση της Πολιτείας. Ορίζεται ως το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν: στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.<sup>217</sup>

Ειδικότερα από τη νομοθεσία προκύπτει ένα *«οργανόγραμμα στο χώρο της δημόσιας υγείας»*, στο οποίο εντάσσονται οι εξής δομές:<sup>217</sup>

- i. Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υ.Υ.Κ.Α. για τη χάραξη και την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής. Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υ.Υ.Κ.Α. για την υλοποίηση μέτρων στο πλαίσιο Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη δημόσια υγεία, τον έλεγχο των υπηρεσιών της Δημόσιας Υγείας και την παρακολούθηση και εποπτεία της εφαρμογής των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ε.Ε. και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Π.Ο.Υ. για την προστασία της Δημόσιας Υγείας.
- iii. Οι περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας ως εκτελεστικός μηχανισμός των πολιτικών και των παρεμβάσεων Δημόσιας Υγείας του Εθνικού Σχεδίου Δράσεως στη γεωγραφική περιοχή της περιφέρειας.
- Iv Οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας της Τοπικής Αυτοδιοίκησης του πρώτου και δεύτερου βαθμού.
- v. Οι υπηρεσίες, οι Οργανισμοί και άλλοι φορείς που προσφέρουν στον τομέα της Δημόσιας Υγείας,
- vi. Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

Με βάση τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ. (Ν. 1397/83) και τους μεταγενέστερους σχετικούς νόμους, το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας εμφανίζει χαρακτηριστικά ενός

μεικτού συστήματος, με συμμετοχή του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, τόσο στην παροχή υπηρεσιών υγείας όσο και στη χρηματοδότηση αυτών και κύρια χαρακτηριστικά την υποχρεωτική ασφάλιση, την ισότιμη και καθολική κάλυψη, το δημόσιο χαρακτήρα των υποδομών, την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας από το κράτος, τη δημόσια (κατά κύριο λόγο κρατική) χρηματοδότηση<sup>218</sup>, καθώς και τη χρηματοδότηση της μισθοδοσίας, του εξοπλισμού και των έργων από το κράτος μέσω προγραμμάτων δημοσίων επενδύσεων ή κοινοτικών προγραμμάτων.<sup>26</sup>

Στο πλαίσιο αυτό, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται από το Ε.Σ.Υ. και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Το Ε.Σ.Υ. προσφέρει σε όλους τους πολίτες της χώρας επείγουσα (προ) νοσοκομειακή περίθαλψη (Ε.Κ.Α.Β.), πρωτοβάθμια φροντίδα μέσω των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών αγροτικών ιατρείων και νοσοκομειακή περίθαλψη μέσω των δημόσιων νοσοκομείων. Η κάλυψη των δαπανών γίνεται μέσω της γενικής φορολογίας.

Τα ασφαλιστικά ταμεία προσφέρουν στους ασφαλισμένους τους κυρίως πρωτοβάθμια φροντίδα μέσω των πολύ-ιατρείων τους ή συμβεβλημένων ιατρών και διαγνωστικών κέντρων. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και γίνεται με βάση το επάγγελμα. Η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών φορέων βασίζεται στις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και τις κρατικές επιδοτήσεις ή κοινωνικούς πόρους. Κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος είναι ότι η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και το εύρος των παροχών διαφέρουν μεταξύ των επιμέρους φορέων.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας επικεντρώνεται στη δραστηριοποίηση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, την ίδρυση διαγνωστικών κέντρων, μαιευτηρίων και κλινικών, τη δραστηριότητα ιδιωτών ιατρών ειδικοτήτων, τις υπηρεσίες αποκατάστασης όπως φυσιοθεραπείες ή υπηρεσίες για ηλικιωμένους όπως τα γηροκομεία. Το Υ.Υ.Κ.Α. αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα στην προσπάθεια παρακολούθησης και ελέγχου του συστήματος, δεδομένης της απουσίας περιφερειακών οργάνων και ορισμένων νομοθετικών κενών σχετικά με τους όρους λειτουργίας των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Η διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στα βασικά επίπεδοι φροντίδας υγείας ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που παρέχονται κατηγοριοποιείται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (έξω-νοσοκομειακή περίθαλψη) και στη Δευτεροβάθμια -Τριτοβάθμια (έσω-νοσοκομειακή περίθαλψη).

Μέσα στο πέρασμα των τελευταίων δεκαετιών, παρά τη σημαντική ποσοτική και ποιοτική μεγέθυνση του υγειονομικού μας συστήματος, το Εθνικό Σύστημα Υγείας εξακολουθεί να εμφανίζει αρνητικά φαινόμενα, στρεβλώσεις και δυσλειτουργίες, που ολοένα και πιο συχνά αποτελούν αντικείμενο δημοσιογραφικών ερευνών. Οι περισσότεροι, ίσως, από εμάς έχουν γίνει μάρτυρες της προβληματικής κατάστασης, στην οποία βρίσκονται οι περισσότερες δημόσιες μονάδες υγείας, που σπάνια ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις ανάγκες ενός σύγχρονου και ευέλικτου συστήματος υγείας.

Η ελλιπής οργάνωση και λειτουργία, η χαμηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, η έλλειψη σύγχρονου εξοπλισμού, η ανεπάρκεια εξειδικευμένου προσωπικού, η άσχημη κατάσταση των κρατικών νοσοκομείων και εν γένει Ιδρυμάτων,

το υπερ-ειδικευμένο και παράλληλα ανισομερώς κατανεμημένο ιατρικό προσωπικό, η οικονομική διάκριση («φακελάκι») στην παροχή υπηρεσιών, το χαμηλό επίπεδο των νοσοκομειακών υπηρεσιών, η ανεξέλεγκτη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας, η απουσία αυστηρού θεσμικού πλαισίου και μηχανισμών ελέγχου του συστήματος, η υποχρηματοδότηση και η απουσία μίας ολοκληρωμένης πολιτικής για τη δημόσια υγεία και κατ' επέκταση η ανυπαρξία συστηματικής και πλήρους πληροφόρησης του πολίτη, ως μέρος της αγωγής υγείας αποτελούν μερικούς από τους λόγους, για τους οποίους η υγεία στον τόπο μας νοσεί και ο πολίτης δεν απολαμβάνει το αγαθό της υγείας στον προσήκοντα βαθμό.

Ως «ελληνικό παράδοξο» χαρακτηρίζεται το γεγονός ότι δεδομένης της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το υγειονομικό μας σύστημα είναι το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών<sup>220</sup>. Η Ελλάδα εμφανίζει το μικρότερο ποσοστό δημόσιας δαπάνης ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ δαπανώντας μόλις το 42,8% της συνολικής δαπάνης για την υγεία. Είναι αξιοσημείωτο ότι ακόμη και, στις άκρως φιλελεύθερες Η.Π.Α., των οποίων η κουλτούρα είναι εντελώς ξένη ως προς τα εθνικά συστήματα υγείας, το ποσοστό των δημοσίων δαπανών για την υγεία ως προς τις συνολικές δαπάνες είναι μεγαλύτερο (45,1%) από αυτό της Ελλάδας. Η ιδιωτική δαπάνη υγείας αντίστοιχα ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας είναι η μεγαλύτερη στον ΟΟΣΑ αγγίζοντας το 57,2% το 2005<sup>220</sup>.

Εξαιτίας του ότι στην Ελλάδα δεν υπήρξε μία συστηματική και επαρκής δημόσια πολιτική για τη δημόσια υγεία με αποτέλεσμα τη διαιώνιση των προβλημάτων του συστήματος, καθώς το ισχύον θεσμικό πλαίσιο εφαρμόζεται αποσπασματικά έχουμε σαν αποτέλεσμα την απαξίωση του ΕΣΥ και τη στροφή των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα παροχής φροντίδας υγείας, που αφενός μεν δημιουργεί συνθήκες ανισότητας στην υγειονομική ανθρωπογεωγραφία της χώρας και αφετέρου προσφέρει ένα προνομιακό πεδίο ανάπτυξης επιχειρηματικής δραστηριότητας και υλοποίησης επενδύσεων από την πλευρά του ιδιωτικού κεφαλαίου.

### **2.1.2 Η προστασία της υγείας**

Οι νομικοί κανόνες που διέπουν την προστασία της υγείας τίθενται πρώτα απ' όλα στο Σύνταγμα. Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώνεται συνταγματικά στο άρθρο 21 παρ.3 («*Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών..*»), του Συντάγματος καθώς και στο άρθρο 5 παρ.5 («*Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας*»), και άρθρο 7 παρ.2 («*Γα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη της υγείας ή άσκηση ψυχολογικής βίας... απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει*») ως κοινωνικό και θετικό δικαίωμα με δύο διαφορετικές εκφάνσεις: με πλατιά έννοια καθώς ανήκει στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο και με στενή ως αναγόμενο στην υπόσταση του ανθρώπου<sup>221</sup>. Εκτός από την υποχρέωση του κράτους να λαμβάνει μέτρα για τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας των πολιτών, η προστασία της υγείας ως

ατομικό δικαίωμα, υποχρεώνει τα κρατικά όργανα και κάθε άλλο δημόσιο ή ιδιωτικό υποκείμενο να απέχουν από ενέργειες που προσβάλλουν την υγεία των πολιτών. Στο πλαίσιο αυτό κινείται και η ερμηνευτική δήλωση της παρ. 4 του άρθρου 5 «Απαγορεύονται ατομικά διοικητικά: μέτρα που περιορίζουν σε οποιονδήποτε Έλληνα την ελεύθερη κίνηση ή εγκατάσταση στη Χώρα, καθώς και την ελεύθερη έξοδο και είσοδο σε αυτή. ...» του Συντάγματος, στην οποία, ορίζεται ότι στην απαγόρευση αυτή «... δεν περιλαμβάνεται η απαγόρευση της εξόδου πράξη του εισαγγελέα, εξαιτίας ποινικής δίωξης, ούτε η λήψη μέτρων που επιβάλλονται για την προστασία της δημόσιας υγείας ή της υγείας ασθενών, όπως νόμος ορίζει.<sup>217</sup> Γενικότερα η υγεία ως θεμελιώδες δικαίωμα λαμβάνει αμυντικό (αποκρούει, κάθε είδους επιθετικές ενέργειες) (άρθρο 5 παρ. 5 καθώς και άρθρο 7 παρ.2 του Συντάγματος), προστατευτικό (αξίωση για προστασία από επιθετικές ενέργειες) και διασφαλιστικό (αξίωση για παροχή, βλ. Διοικ Εφ Πειρ 1048/1994) περιεχόμενο και ανάγεται έτσι σε συνταγματικά κατοχυρωμένη κρατική μέριμνα ενώ τέλος ενεργεί κατά πάντων, δηλ. τριτενεργεί (άρθρο 25 παρ. 1 εδ. γ του Συντάγματος). Επιπρόσθετα θα πρέπει να επισημανθεί ότι το δικαίωμα στη δημόσια υγεία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με βάση και την κατά το άρθρο 25 παρ. 1 αρχή της αναλογικότητας μεταξύ του επιδιωκόμενου δημόσιου σκοπού και του χρησιμοποιούμενου μέτρου προς επίτευξη του, εφόσον το μέτρο περιορίζει συνταγματικά δικαιώματα<sup>217</sup>.

Η γραμματική διατύπωση του άρθρου 21 παρ.3 του Συντάγματος ότι το κράτος «**μεριμνά**» για την υγεία των πολιτών, δεν συνεπάγεται την κατοχύρωση του δικαιώματος της «**δωρεάν υγείας**» όπως συμβαίνει στην αντίστοιχη περίπτωση της παιδείας (άρθρο 16 παρ.4 του Συντάγματος), ούτε και την κατοχύρωση ειδικών μέτρων για την προστασία της υγείας. Απλώς «**μεριμνά**», με την έννοια ότι ανατίθεται στον κοινό νομοθέτη να συγκεκριμενοποιήσει την κρατική μέριμνα (ΣτΕ 3292/1988) οργανώνοντας υπηρεσίες για όλα τα άτομα όπως ο Ν.1397/83 που θεσπίζει το Ε.Σ.Υ.<sup>222</sup> Με αυτόν τον τρόπο το κράτος αναλαμβάνει την υποχρέωση όχι να είναι οι πολίτες υγιείς αλλά να παρέχονται κατάλληλες υπηρεσίες προς το σκοπό αυτό (ΣτΕ 400/1986 σύμφωνα με το οποίο «το άρθρο 21 παρ.3 ιδρύει ευθεία εκ του Συντάγματος υποχρέωση του κράτους για τη λήψη θετικών μέτρων προς προστασία της υγείας των πολιτών, στους οποίους δίνει το δικαίωμα να απαιτήσουν από την πολιτεία την πραγμάτωση της αντίστοιχης υποχρέωσης της.»).

Από τη συστηματική ερμηνεία των διατάξεων του Συντάγματος προκύπτει μια πολυδιάστατη διασφάλιση της προστασίας της υγείας από το κράτος, που καλύπτει τη λήψη θετικών μέτρων πρόληψης και υγειονομικής φροντίδας μέσω της; οργάνωσης υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας. Καταδεικνύεται επίσης ότι η δέσμευση του κράτους να προσφέρει στους πολίτες τις κατάλληλες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι όσο χρειάζεται εξειδικευμένη ώστε να εξυπηρετεί όχι μόνο το γενικότερο δημόσιο συμφέρον αλλά επί πλέον τα ιδιαίτερα προβλήματος υγείας των πολιτών που αποκτούν έτσι γνήσια δικαιώματα για συγκεκριμένες υγειονομικές παροχές.

## 2.2 Το σύστημα της Κοινωνικής Πρόνοιας στην Ελλάδα

Τα χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος κοινωνικής πρόνοιας αντανακλούν την ιδιότυπη πορεία οικοδόμησης του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα<sup>223</sup>. Το κοινωνικό κράτος στην Ελλάδα οικοδομήθηκε (Ν.2082/92, Ν.2345/95, Ν.2646/98 και Ν.3329/2005) χωρίς συντονισμό και προέκυψε ως αποτέλεσμα συνεχών συμβιβασμών με ομάδες πίεσης ή περιστασιακής αντιμετώπισης κρίσεων με αποτέλεσμα το σημερινό κοινωνικό κράτος να μην αποτελεί ένα συνεκτικό σύνολο κοινωνικών πολιτικών αλλά να απαρτίζεται από αποσπασματικές ρυθμίσεις που δεν αφορούν στο σύνολο του πληθυσμού. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι κοινωνικοί θεσμοί στην Ελλάδα να απέχουν σήμερα από τους αντίστοιχους της Δ. Ευρώπης ποσοτικά και ποιοτικά. Ποσοτικά, γιατί οι κοινωνικές δαπάνες στην Ελλάδα δεν έχουν υπερβεί ποτέ το 25% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) και οι κοινωνικές ανισότητες εξακολουθούν να είναι έντονες και μετά τη μεταφορά πόρων στα νοικοκυριά μέσα από τις κοινωνικές πολιτικές. Ποιοτικά, οι διαφορές εμφανίζονται με την καθυστέρηση στην ανάπτυξη συνολικών πολιτικών για τη στήριξη ευπαθών κοινωνικών ομάδων<sup>224</sup>. Αυτά τα χαρακτηριστικά δεν αποτελούν αποκλειστικό προνόμιο της Ελλάδας.

Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας λειτουργεί ως ένα κεντρικά κατευθυνόμενο μοντέλο παροχής επιδομάτων σε χρήμα, παροχών σε είδος και προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, το οποίο στηρίζεται στην παρέμβαση των φορέων του δημόσιου τομέα. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις προσφέρουν υπηρεσίες στα άτομα που δεν προσφεύγουν στη χρησιμοποίηση του δημόσιου συστήματος, ενώ οι εθελοντικοί φορείς προωθούν κυρίως συλλογικά αιτήματα των μελών τους ή έρχονται να αναπληρώσουν κενά που δημιουργούνται στον τομέα της κοινωνικής προστασίας, που απορρέουν από την περιοριστική λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών<sup>225</sup>.

Ο όρος κοινωνική φροντίδα αποδίδει την προστασία που παρέχεται σε άτομα ή ομάδες με προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης και αποσκοπεί στη δημιουργία προϋποθέσεων ισότιμης συμμετοχής των ατόμων στην οικονομική και κοινωνική ζωή και να τους εξασφαλίσει ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης.

Η κοινωνική φροντίδα μπορεί να διακριθεί σε πρωτοβάθμια (παροχή υπηρεσιών ανοιχτής φροντίδας), δευτεροβάθμια (παροχή υπηρεσιών φιλοξενίας ή κλειστής φροντίδας) και σε τριτοβάθμια (παροχή υπηρεσιών ανοιχτής και κλειστής κοινωνικής φροντίδας).

Το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας στην Ελλάδα έρχεται αντιμέτωπο με έντονες προκλήσεις και πιέσεις προσαρμογής στο μεταβαλλόμενο διεθνές κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον (δημογραφικές μεταβολές, μετασχηματισμός των παραδοσιακών δομών της οικογένειας, μείωση στα επίπεδα παροχής άτυπης φροντίδας, εισροή μεγάλου αριθμού μεταναστών, εξευρωπαϊσμός κ.λπ.) και με τις νέες κοινωνικές ανάγκες που δημιουργούνται και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Οι αδυναμίες του ελληνικού συστήματος κοινωνικής προστασίας επιβάλλουν αλλαγή προσανατολισμού της οικονομικής ενίσχυσης, μέσω της επιδοματικής πολιτικής, της εξασφάλισης ποιοτικών



κοινωνικών υπηρεσιών και της οργάνωσης υποδομών υποστήριξης και μηχανισμών κοινωνικής ενσωμάτωσης των ευπαθών ομάδων.

### 2.2.1 Η προστασία της κοινωνικής πρόνοιας

Το ισχύον Σύνταγμα, αφιερώνει τα άρθρα 4-25 στα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα, των οποίων το περιεχόμενο είναι δηλωτικό της μεταβολής του - κράτους σε προστατευτικό - κοινωνικό κράτος δικαίου. Αξιοσημείωτο από την άποψη αυτή, είναι το άρθρο 25 παρ.1 Συντ., που ορίζει ότι *«τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου, και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του κράτους»* και κατοχυρώνει την αρχή του Κοινωνικού Κράτους. Το κοινωνικό κράτος αποτυπώνει μια συγκεκριμένη θεσμική μορφή κράτους πρόνοιας, όπου κατοχυρώνεται θεσμικά η παρεμβατική λειτουργία του κράτους που αποσκοπεί στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής.

Από τους στόχους του κοινωνικού κράτους προκύπτει και το περιεχόμενο του, που συνίσταται στην αξίωση για κοινωνική πρόνοια, για κοινωνική φροντίδα, στον καθορισμό του οικονομικού και κοινωνικού συντάγματος, στην κοινωνική ασφάλιση και στη φορολογική πολιτική.

Η κρατούσα στη θεωρία γνώμη δέχεται ότι το άρθρο 21 του Συντάγματος - κατοχυρώνει ένα ενιαίο δικαίωμα για κοινωνική πρόνοια, δηλαδή για παροδικού χαρακτήρα στοιχειώδη προστασία των ευπαθών κοινωνικά ομάδων πληθυσμού, με σκοπό την πρόληψη, μείωση ή επανόρθωση μιας δυσμενούς κοινωνικής ή οικονομικής ανάγκης<sup>226</sup>. Επιμέρους εκφάνσεις αυτού του δικαιώματος συνιστούν οι κάτωθι διατάξεις του άρθρου 21 του Συντάγματος:

- **παρ. 2.** *«Πολύτεκνες οικογένειες, ανάπηροι πολέμου και ειρηνικής περιόδου, θύματα πολέμου, χήρες και ορφανά εκείνων που έπεσαν στον πόλεμο, καθώς και όσοι πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο έχουν δικαίωμα ειδικής φροντίδας από το Κράτος».*
- **παρ. 3.** *«Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».*
- **παρ. 4.** *«Η απόκτηση κατοικίας από αυτούς που την στερούνται ή που στεγάζονται ανεπαρκώς αποτελεί αντικείμενο ειδικής φροντίδας του Κράτους».*
- **παρ. 5.** *«Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή δημογραφικής πολιτικής, καθώς και η λήψη όλων των αναγκαίων μέτρων αποτελεί υποχρέωση του Κράτους».*
- **παρ. 6.** *«Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας».*

Από τα προαναφερόμενα φαίνεται ότι Πολιτεία οφείλει, με τη λήψη συγκεκριμένων νομοθετικών, θεσμικών και διοικητικών μέτρων, να εκδηλώνει έμπρακτα το ενδιαφέρον της για τις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες πληθυσμού. Επιπρόσθετα οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν παροχές (ιδρυματική

περίθαλψη όπως οι «Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων», στέγη και ανοιχτή περίθαλψη όπως τα «Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)» τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) κ.ά.) προερχόμενες από την κοινωνική πρόνοια, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θεμελιώνεται ευθεία αγωγή αξίωση κατά του Κράτους.

### 2.3 Η συμβατότητα του Ν.3389/2005 στον τομέα της Υγείας & Πρόνοιας

Όπως προαναφέρθηκε και πρωτίτερα, η μέριμνα για την προστασία της; υγείας των πολιτών προβλέπεται ως βασικό καθήκον του Κράτους (άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος και άρθρο 1 του Ν. 1397/1983). Με άλλα λόγια, η παροχή υπηρεσιών υγείας ανάγεται από το Σύνταγμα σε αντικείμενο δημόσιας υπηρεσίας.

Όμως, η διάταξη του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος αναθέτει στο Κράτος τη μέριμνα για την υγεία των πολιτών και όχι το μονοπώλιο στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η νομολογία του ΣτΕ 1374/1997 είναι κατηγορηματική ως προς το ζήτημα αυτό «...κατά... την έννοιαν τον άρθρ. 21 παρ. 3 τον Συντάγματος, δι' αυτού δεν θεσπίζεται κρατικόν μονοπώλιον παροχής υπηρεσιών υγείας». Επίσης, σύμφωνα με την άποψη της μειοψηφίας στο ΣτΕ (Ολ.) 400/1986, «...το άρθρον 21 § 3 του Συντάγματος δεν έχει την έννοιαν ότι επιτρέπει την θέσπισιν κρατικού μονοπωλίου παροχής υπηρεσιών υγείας...». Το Σύνταγμα δηλαδή δεν αποκλείει (ΣτΕ 1374/1997) την παροχή υπηρεσιών υγείας και από φορείς του ιδιωτικού τομέα. Βέβαια, στην περίπτωση της υγείας δεν κατοχυρώνεται ρητή συνταγματική ελευθερία υπέρ των ιδιωτών, όπως αντίθετα στο άρθρο 16 παρ 8 εδ. α' του Συντάγματος αναφορικά με την ιδιωτική παιδεία. Όμως, το Σύνταγμα καθιερώνει γενικότερα τεκμήριο υπέρ της ελευθερίας, δηλαδή θεσμοθετεί την αρχή πως ότι δεν απαγορεύεται, είναι επιτρεπτό και δεν μπορεί να εμποδιστεί.

Επίσης, από τη συνταγματική διάταξη του άρθρου 5 παρ. 1 (στην οποία προστατεύεται η οικονομική - επιχειρηματική ελευθερία των ιδιωτικών φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών), σε συνδυασμό και με τη θεμελιώδη συνταγματική αρχή του άρθρου 2 παρ. 1, προκύπτει ότι δεν είναι συνταγματικά επιτρεπτή η επικράτηση ενός συγκεντρωτικού κοινωνικού Κράτους με αποκλειστική παραγωγή και κατανομή των υγειονομικών μέσων<sup>222</sup>. Επομένως, οι ιδιώτες και οι ιδιωτικές επιχειρήσεις μπορούν να αναπτύξουν δραστηριότητες στον τομέα της υγείας (άρθρο 1 Ν.2071/1992) οι οποίες τελούν υπό την εποπτεία του Κράτους.

Με το άρθρο 25 του Συντάγματος κατοχυρώνεται η αρχή του Κοινωνικού Κράτους (με περιεχόμενο την αξίωση για κοινωνική πρόνοια, για κοινωνική φροντίδα, στον καθορισμό του οικονομικού και κοινωνικού συντάγματος, στην κοινωνική ασφάλιση και στη φορολογική πολιτική). Το άρθρο 21 παρ. 1 έως 3 του Συντάγματος αναθέτει στο Κράτος τη μέριμνα για κοινωνική πρόνοια. Συνεπώς, η κοινωνική πρόνοια αποτελεί δημόσια υπηρεσία που ασκείται από το Κράτος, χωρίς πάντως να αποκλείεται από το Σύνταγμα και η ανάθεση ενός τμήματος αυτής σε ιδιωτικούς φορείς (ΣτΕ 1374/1997, «το Κράτος δεν διαθέτει αποκλειστικότητα στο γενικότερο τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών», στο πλαίσιο της οικονομικής - επιχειρηματικής τους ελευθερίας, όπως αυτή

κατοχυρώνεται ιδίως στο άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος. Συνεπώς, είναι δυνατή η νομοθετική πρόβλεψη της σύστασης ιδιωτικών φορέων κοινωνικής πρόνοιας, υπαγόμενων σε κρατικό έλεγχο και εποπτεία, οι οποίοι θα λειτουργούν παράλληλα προς τους κρατικούς φορείς κοινωνικής πρόνοιας προκειμένου να αντιμετωπιστεί η υφιστάμενη αδυναμία και ανεπάρκεια των τελευταίων, και ιδίως η οικονομική κρίση του υπάρχοντος συστήματος κοινωνικής πρόνοιας.

Το ελληνικό Σύνταγμα, αναμφίβολα κατοχυρώνει και ένα οικονομικό σύστημα, με βάση το οποίο η δημοκρατία μας προσδιορίζεται ως «φιλελεύθερη - διευθυνόμενη». Αυτό σημαίνει ότι, αφενός αναγνωρίζεται η οικονομική ελευθερία (άρθρο 5, παράγραφος 3), και η ιδιωτική οικονομική πρωτοβουλία (άρθρο 106 παράγραφος 2: «*Η ιδιωτική οικονομική πρωτοβουλία δεν επιτρέπεται να αναπτύσσεται σε βάρος της ελευθερίας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας ή προς βλάβη της εθνικής οικονομίας*» ως δικαίωμα και ως θεσμός, αφετέρου αυτές περιορίζονται μέσω του Κρατικού Παρεμβατισμού (άρθρο 106, παράγραφοι 1: «*Για την εδραίωση της κοινωνικής ειρήνης και την προστασία του γενικού συμφέροντος το Κράτος προγραμματίζει και συντονίζει την οικονομική δραστηριότητα στη χώρα, επιδιώκοντας να εξασφαλίσει την οικονομική ανάπτυξη όλων των τομέων της εθνικής οικονομίας. Λαμβάνει τα επιβαλλόμενα μέτρα ... για την προώθηση της περιφερειακής ανάπτυξης και ... περιοχών*», και άρθρο 106 παράγραφο 3: «*Με την επιφύλαξη της προστασίας που παρέχεται από το άρθρο 107 ... ζωτική σημασία για την αξιοποίηση των πηγών του εθνικού πλούτου, ή έχουν ως κύριο σκοπό την παροχή υπηρεσιών στο κοινωνικό σύνολο*».

Συνεπώς, το ελληνικό είναι για ένα μεικτό οικονομικό σύστημα: αφενός θεμελιώνεται στην ελεύθερη οικονομία ή οικονομία της αγοράς, αφετέρου επιτάσσει την εμπλοκή του Κράτους στην οικονομική δραστηριότητα, με σκοπό την προώθηση μιας πιο κοινωνικής πολιτικής, προς όφελος των χαμηλότερης στάθμης κοινωνικών στρωμάτων, ως αποτέλεσμα των λαϊκών διεκδικήσεων.

Από τα προαναφερόμενα γίνεται σαφές ότι, το κράτος στα πλαίσια της οικονομικής και περιφερειακής ανάπτυξης υποχρεώνεται να δραστηριοποιηθεί και να δημιουργήσει την κατάλληλη υποδομή παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, ενώ περαιτέρω οφείλει να παρεμβαίνει θέτοντας κανόνες και να ασκεί εποπτεία στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας & πρόνοιας. Σε μια εποχή παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης και δημοσιονομικής στενότητας, η Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα, αποτελεί το αναγκαίο -αλλά συμπληρωματικό-εργαλείο για την ενίσχυση του Συστήματος Υγείας & Πρόνοιας σε ρεαλιστική βάση, με την εξεύρεση και διάθεση πόρων από τον ιδιωτικό τομέα για τη βελτίωση των υποδομών και των εν γένει υπηρεσιών.

Με το Ν.3389/2005, όχι μόνο δεν θίγεται η συνταγματική επιταγή του άρθρου 21, αφού σύμφωνα με τις εξαγγελίες του Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες θα συνεχίσουν να παρέχονται από το Δημόσιο και μάλιστα αναβαθμισμένες, αλλά αντιθέτως αποκτά ουσιαστικό περιεχόμενο ο επανορθωτικός και αναδιανεμητικός χαρακτήρας του δικαιώματος στην υγεία μέσα στο πλαίσιο της ανταγωνιστικής οικονομίας της αγοράς. Στην ίδια κατεύθυνση, προβλέπεται ρητώς ότι εξαιρούνται από το αντικείμενο των Συμπράξεων μόνον οι δραστηριότητες

που ανήκουν σύμφωνα με το Σύνταγμα «*άμεσα και αποκλειστικά στο Κράτος*», όπως η Εθνική Άμυνα, η Δικαιοσύνη, η Αστυνόμευση και η ευθύνη εκτέλεσης ποινών, και στις οποίες δεν περιλαμβάνεται η Υγεία και η Πρόνοια.

#### **2.4 Προϋπάρχουσες Ρυθμίσεις Συνεργασιών στο χώρο της Υγείας & Πρόνοιας**

Από μια οπτική γωνία, η Ελλάδα δεν προσέρχεται ως «*πρωτάκι*» στον νέο κόσμο των συμπράξεων στο χώρο της Υγείας & Πρόνοιας. Η συνεργασία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα δεν είναι νέα, αφενός μεν λόγω του ότι τα τελευταία χρόνια ολοκληρώθηκε σειρά έργων στον ευρύτερο δημόσιο τομέα με συν-χρηματοδότηση και εκχώρηση δικαιωμάτων εκμετάλλευσης της χρήσης σε ιδιώτες, αφετέρου δε λόγω του ότι και στον τομέα της υγείας, η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού θεωρείται δεδομένη, αν και όχι με την ίδια ένταση σε όλες τις κατηγορίες των παρεχόμενων φροντίδων. Το θεσμικό πλαίσιο (Ν.2646/98, Ν.2889/01, Ν.2955/01, Ν.3204/03, ΠΔ.346/98 και ΠΔ. 18/2000), της τελευταίας περιόδου επιτρέπει την ανάθεση επιμέρους λειτουργιών του δημόσιου τομέα υγείας σε ιδιωτικά εταιρικά σχήματα, καθώς και τη χρησιμοποίηση ιδιωτικών υγειονομικών υποδομών υπό δημόσια χρηματοδότηση, προκειμένου να αντιμετωπιστούν ελλείψεις του δημόσιου τομέα υγείας<sup>219</sup>.

Η εμπειρία της εφαρμογής των διατάξεων του προϋπάρχοντος θεσμικού πλαισίου έχει δώσει θετικά αποτελέσματα, καθώς τα νοσοκομεία ανέθεσαν το έργο της καθαριότητας και της φύλαξης των κτιρίων τους σε Ιδιωτικούς Φορείς, με διατήρηση, αν όχι βελτίωση, των αντίστοιχων υπηρεσιών και περιορισμό του κόστους. Ακόμη, με τις ίδιες διατάξεις δόθηκε η δυνατότητα στα νοσοκομεία να αναθέσουν με συμβάσεις ορισμένου χρόνου την τροφοδοσία και σίτιση σε Ιδιωτικούς Φορείς. Μέσω των συμβάσεων αυτών εξασφαλίστηκε, επιπλέον, ο αναγκαίος χρόνος για την ανακατασκευή πεπαλαιωμένων υποδομών των μαγειρείων, ένα πρόσθετο δηλαδή διαχρονικό όφελος για το Νοσοκομείο. Εξάλλου, η δυνατότητα προμήθειας μεγάλων και δαπανηρών μηχανημάτων, όπως αξονικών, μαγνητικών τομογράφων κ.ά., με τη μέθοδο *leasing*, χωρίς καταβολή τιμήματος από την πλευρά του νοσοκομείου, με τραπεζική χρηματοδότηση και εξόφληση κατά ιατρική πράξη, εξασφαλίζει εκτός από την αγορά υψηλού κόστους ιατρο-τεχνολογικού εξοπλισμού και τη δυνατότητα ανανέωσης του μετά την εξόφληση.

Επίσης στον τομέα της δημόσιας υγείας, η πρώτη πρόβλεψη για σύμπραξη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα έγινε στο Ν. 3370/2005. Πιο συγκεκριμένα, στο ΙΒ' κεφάλαιο του εν λόγω νόμου (που περιλαμβάνει τα άρθρα 32, 33 και 34 ) προβλέπεται η συνεργασία μεταξύ νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα τα οποία προσφέρουν υπηρεσίες υγείας με σκοπό την αμοιβαία βοήθεια και με απώτερο στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων στον πολίτη υπηρεσιών υγείας, όπως αναφέρει η εισηγητική έκθεση του Ν. 3370/2005. Η συνεργασία αφορά επιστημονικό και εκπαιδευτικό έργο (π.χ. την από κοινού διοργάνωση σεμιναρίων, συνεδρίων και ερευνητικών προγραμμάτων, την εκπαίδευση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και την ανταλλαγή επιστημονικών υπηρεσιών), καθώς και παροχή υπηρεσιών υγείας (νοσηλεία ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

(Μ.Ε.Θ.) τον Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, με προβλεπόμενη κοστολόγηση σε κλειστό νοσήλιο). Αξίζει να αναφερθεί ότι ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής αλληλεγγύης μπορεί να αποφασίσει επέκταση της συνεργασίας μεταξύ νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και ότι τα νοσοκομεία που λειτουργούν με το παραπάνω καθεστώς μπορούν να αναγνωρίζονται ως κατάλληλα για την άσκηση ιατρών προκειμένου να τους χορηγηθεί ειδικότητα.

## 2.5 Η ελληνική εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της δημόσιας υγείας

Η εφαρμογή της σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στο χώρο της δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας ξεκίνησε με την υπ' αριθμ. Υ4α/85958/23-08-2005 (ΦΕΚ 1202/2005 Β) απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπου καθορίστηκε η συνεργασία μεταξύ του Γενικού Νοσοκομείου «Κοργιαλένειου-Μπενάκειου» με το νοσηλευτικό ίδρυμα «Ερρίκος Ντυνάν» για νοσηλεία ασθενών του πρώτου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) του δεύτερου. Όπως προβλέπει και ο Ν.3370/2005, η νοσηλεία των ασθενών- ασφαλισμένων των ασφαλιστικών ταμείων χρεώνεται με κλειστό νοσήλιο και δαπάνη νοσηλείας καταβάλλεται απευθείας στο νοσηλευτικό ίδρυμα «Ερρίκος Ντυνάν». Όσον αφορά τον τομέα της κοινωνικής αλληλεγγύης, δεν έχουν προχωρήσει ακόμα έργα με τη σύμπραξη δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής προνοιακών υπηρεσιών, κάτι που ασφαλώς εξηγείται και από την ίδια τη μη- ανταποδοτική φύση των προνοιακών παροχών.

Μεγάλη κινητικότητα παρατηρείται για την ανέγερση νοσοκομείων σε όλη την ελληνική επικράτεια μέσω των ΣΔΙΤ. Ειδικότερα, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (βλέπε πίνακα 3) έχει προγραμματίσει και δρομολογήσει την κατασκευή μιας σειράς μονάδων υγείας με τη μέθοδο ΣΔΙΤ, αναβαθμίζοντας το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών, σε καίριας σημασίας περιοχές, σε περιοχές που έχουν ζωτική ανάγκη υγειονομικής υποστήριξης, για την ανάπτυξη και υλοποίηση του υγειονομικού χάρτη της χώρας. Οι μονάδες αυτές είναι:

- Το *Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*, δυναμικότητας 400 κλινών.
- Το *Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*, δυναμικότητας 400 κλινών.
- Το *νέο Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας*, δυναμικότητας 164 κλινών.
- Το *νέο Γενικό Νοσοκομείο Ανατολικής Αττικής*, δυναμικότητας 400 κλινών.
- Το *νέο Γενικό Νοσοκομείο στην Κω*, δυναμικότητας 200 κλινών.

Ταυτόχρονα, μελετάται η σύμπραξη με ιδιωτική εταιρεία για την κατασκευή ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου στην Αθήνα (Μελίσσια), με φορέα υλοποίησης το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Σε πιο μακροπρόθεσμη βάση τοποθετείται το ενδεχόμενο επέκτασης της συνεργασίας δημόσιων νοσοκομείων με ιδιωτικούς φορείς με σκοπό τον έλεγχο τόσο των προμηθειών, όσο και της στελέχωσης των νοσοκομείων<sup>216</sup>. Το μοντέλο αυτό εφαρμόζεται επί χρόνια σε ευρωπαϊκές χώρες όπως η Ιταλία και η Γερμανία με θετικά αποτελέσματα. Πρόκειται ασφαλώς για μια ενέργεια που θα

αποτελέσει καινοτομία στη λειτουργία του Ε.Σ.Υ., αλλά ταυτόχρονα πρέπει να αναφερθεί ότι η εισαγωγή του στον ελληνικό χώρο χρήζει ιδιαίτερης μελέτης, καθώς οι συνθήκες των χωρών που ήδη εφαρμόζεται είναι διαφορετικές σε σχέση με αυτές της χώρας μας.

Στη χώρα μας τα έως τώρα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η ηγεσία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης επέλεξε προς εφαρμογή το βρετανικό υπόδειγμα των ΣΔΙΤ, γνωστό και ως Κίνητρα Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (Private Finance Initiatives - PFIs). Η υλοποίηση θα γίνει δια της μεθόδου: «Σχεδιασμός, Κατασκευή, Χρηματοδότηση, Λειτουργία» (Design, Built, Finance, Operate, DBFO) με συγκεκριμένους -περιορισμούς όσον αφορά το σκέλος της λειτουργίας και το βαθμό ανάμιξης του Ιδιώτη. Συγκεκριμένα όλες οι μονάδες υγείας, που θα κατασκευαστούν με τη μέθοδο ΣΔΙΤ, θα είναι ενταγμένες στο ΕΣΥ και θα αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα αυτού. Ο ιδιώτης θα αναλάβει όλες τις άλλες λειτουργίες εκτός από τον Ιατρικό και Νοσηλευτικό τομέα, που προβλέπεται ότι θα παραμείνει υπό τον αποκλειστικό έλεγχο του Δημοσίου. Στα καινούργια νοσηλευτικά ιδρύματα εξασφαλίζεται η ισότιμη και ελεύθερη πρόσβαση όλων των Ελλήνων» με κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Σε ομιλία του πρώην Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Δημήτρη Αβραμόπουλου στο Ετήσιο Συνέδριο του Economist επισημαίνονται ότι από τη λειτουργία των νέων υπερσύγχρονων νοσοκομειακών μονάδων θα υπάρξουν πολλαπλασιαστικά οφέλη για τις τοπικές κοινωνίες σε επίπεδο ανάπτυξης ενός υποστηρικτικού πλαισίου παροχής υπηρεσιών και δομών υγείας, με τη δημιουργία κέντρων υγείας και βρεφονηπιακών σταθμών. Επιπρόσθετα, εκτιμάται ότι με την κατασκευή των νέων σύγχρονων δομών υγείας με τη μέθοδο ΣΔΙΤ θα δημιουργηθούν συνολικά 5.000 νέες θέσεις εργασίας, που πρωτίστως θα ωφελήσουν τους κατοίκους των εκεί περιοχών με αναπτυξιακές επιδράσεις στις τοπικές κοινωνίες. Ο προγραμματισμός όμως του Υπουργείου Υγείας για την αξιοποίηση των ΣΔΙΤ στον τομέα της Πρόνοιας, περιλαμβάνει και την κατασκευή κέντρων αποκατάστασης και αποθεραπείας. Συγκεκριμένα έχει προγραμματιστεί η δημιουργία ενός Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας δυναμικότητας 250 κλινών στη Βόρεια Ελλάδα (Αιγίνιο της Πιερίας) ενώ αντίστοιχα κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας έχει επίσης προγραμματιστεί να κατασκευαστούν στην Αττική, στην Κεντρική Ελλάδα και στην Κρήτη. Από άλλους δημόσιους φορείς έχουν προγραμματιστεί σχετικά επίσης έργα όπως:

- Υλοποίηση Προτύπου *Κέντρου Φροντίδας Ηλικιωμένων* Δήμου Μίκρας
- Υλοποίηση *Οικημάτων Στέγασης, Βρεφονηπιακών Σταθμών* και Πολυχώρων Άθλησης σε μονάδες του Στρατού Ξηράς και της Πολεμικής Αεροπορίας

Αναθέτουσα Αρχή	Έργο	Ενδεικτικός προϋπολογισμός έργου	Status Έργου
Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων Α.Ε. (Δ.Ε.Π.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε.).	Υλοποίηση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.	324 εκ. ευρώ (+20% κόστος βαριάς συντήρησης και ασφάλισης των υποδομών)	Ο διαγωνισμός για την Επιλογή Ιδιωτικού Φορέα Σύμπραξης βρίσκεται σε εξέλιξη. Από τα οκτώ (8) διάγραμματα που υπέβαλαν αιτήσεις εκδήλωσης ενδιαφέροντος πέντε (5) θα προσκληθούν να συμμετάσχουν στη Β Φάση του εν λόγω διαγωνισμού.
Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων Α.Ε. (Δ.Ε.Π.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε.).	Υλοποίηση του νέου Ογκολογικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.	330 εκ. ευρώ (+20% κόστος βαριάς συντήρησης και ασφάλισης των υποδομών)	Η Αναθέτουσα Αρχή του έργου σε συνεργασία με τους Συμβούλους της προετοιμάζει τα τεύχη του διαγωνισμού για την επιλογή των Ιδιωτικών Φορέων Σύμπραξης..
Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων Α.Ε. (Δ.Ε.Π.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε.).	Υλοποίηση του νέου Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας.	109 εκ. ευρώ (+20% κόστος βαριάς συντήρησης και ασφάλισης)	Η Αναθέτουσα Αρχή του έργου σε συνεργασία με το Σύμβουλο της προετοιμάζει τα τεύχη του διαγωνισμού για την επιλογή του Ιδιωτικού Φορέα Σύμπραξης.
Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας Α.Ε.	Υλοποίηση του Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Βορείου Ελλάδας.	103 εκ. ευρώ (+20% κόστος βαριάς συντήρησης και ασφάλισης)	Η Αναθέτουσα Αρχή του έργου σε συνεργασία με τους Συμβούλους της προετοιμάζει τα τεύχη του διαγωνισμού για την επιλογή των Ιδιωτικών Φορέων Σύμπραξης.
Δήμος Μίκρας Θεσσαλονίκης.	Αξιοποίηση Δημοτικής Περιουσίας με την Υλοποίηση Προτύπου Κέντρου Φροντίδας Ηλικιωμένων Δήμου Μίκρας.	126 εκ. Ευρώ	Η Αναθέτουσα Αρχή του έργου σε συνεργασία με το Σύμβουλο της προετοιμάζει τα τεύχη του διαγωνισμού για την επιλογή των Ιδιωτικών Φορέων Σύμπραξης.
Υπουργείο Εθνικής Άμυνας.	Υλοποίηση Οικημάτων Στέγασης, Βρεφονηπιακών Σταθμών και Πολυχώρων Άθλησης σε μονάδες του Στράτου Ξηράς και της Πολεμικής Αεροπορίας.	130 εκ. ευρώ (+20% κόστος βαριάς συντήρησης και ασφάλισης)	Η Αναθέτουσα Αρχή του έργου σε συνεργασία με το Σύμβουλο της προετοιμάζει τα τεύχη του διαγωνισμού για την επιλογή του Ιδιωτικού Φορέα Σύμπραξης.

**Πίνακας 3:** Εγκεκριμένες από την Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ. προτάσεις για την υλοποίηση ΣΔΙΤ μέσω του Ν.3389/2005 με έμφαση την Υγεία & Πρόνοια (πηγή: Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα, <http://www.sdit.mnec.gr>)<sup>227</sup>

## 2.6. Οι ιδιαιτερότητες και οι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας των ΣΔΙΤ στον τομέα Υγείας – Πρόνοιας

Στην κατεύθυνση εισαγωγής των ΣΔΙΤ θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι ιδιαιτερότητες που υπάρχουν στον τομέα της Υγείας. Οι κυριότερες από αυτές είναι:<sup>228</sup>

- Η μοναδικότητα του ασθενούς και η αδυναμία του να λάβει ο ίδιος αποφάσεις.
- Η ανάγκη συνεχούς τήρησης κανόνων ηθικής δεοντολογίας.
- Η κρισιμότητα των περιπτώσεων.
- Ο περιορισμένος αριθμός των δυνατών επιλογών & η ανάγκη άμεσης παρέμβασης.
- Η ιδιότητα του λειτουργού που χαρακτηρίζει όλους σχεδόν τους εργαζόμενους.
- Η ένταση οργάνωσης και διαχείρισης και ο τρόπος επιμερισμού της εξουσίας και της ευθύνης.
- Η ανάγκη ταυτόχρονης αντιμετώπισης πολλαπλών και καθημερινών κρίσιμων καταστάσεων.

Στην προσπάθεια πρόβλεψης και αξιολόγησης των κινδύνων που απειλούν την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του εθνικού συστήματος Υγείας, έχουν καταγραφεί διάφοροι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την κλινική πρακτική αλλά και τη γενικότερη λειτουργία των νοσοκομείων και των άλλων μονάδων υγείας και προσδιορίζουν το τελικό αποτέλεσμα. Ο τρόπος που θα επιδράσει η εφαρμογή των ΣΔΙΤ σε αυτούς τους παράγοντες θα διαδραματίσει ουσιαστικό ρόλο στην επιτυχία ή αποτυχία της όλης προσπάθειας. Χαρακτηριστικά, μπορούν να αναφερθούν: το θεσμικό πλαίσιο, οργανωτικοί και διοικητικοί παράγοντες, η ακολουθούμενη πολιτική, το περιβάλλον εργασίας, η αξιόπιστη παροχή επαρκών υλικών μέσων, παράγοντες ομάδας, παράγοντες προσωπικού, παράγοντες καθήκοντος, τα χαρακτηριστικά του ασθενή, παράγοντες δημοσιότητας κ.ά.<sup>228</sup>.

Οι ΣΔΙΤ, όμως, από τη φύση τους παρουσιάζουν και μια σειρά άλλα προβλήματα που κρίνουν άμεσα την επιτυχή ή όχι εφαρμογή τους. Η κύρια σκοπιά, από την οποία θα πρέπει να εξετασθούν οι ΣΔΙΤ, για να κριθεί αν είναι επιτυχημένες, αφορά μια σειρά παραμέτρων και πώς η εφαρμογή τους θα τις επηρεάσει. Για να κρίνει κανείς το επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης μιας χώρας απαιτούνται *«Μελέτες Απόδοσης»* του Συστήματος Υγείας<sup>229</sup> με κριτήρια που αφορούν: στην Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην Ισοτιμία των πολιτών, στην Οικονομική Αποδοτικότητα του συστήματος, στην Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και στην Ικανοποίηση Ασθενών. Για να υλοποιηθούν, όμως, αυτές οι μελέτες χρειάζονται αξιόπιστα στοιχεία και μεθοδολογίες αξιολόγησης. Χωρίς αυτά δεν είναι δυνατόν να κριθεί η αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε αλλαγής στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης, και μάλιστα τόσο ουσιαστικής όπως οι ΣΔΙΤ<sup>230</sup>. Για να μπορέσουμε, λοιπόν, να κρίνουμε αν είναι επιτυχημένη μια παρέμβαση, όπως οι ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας θα πρέπει να είμαστε σε θέση να διαπιστώσουμε τη θετική εξέλιξη μιας σειράς δεικτών μετά την εφαρμογή των ΣΔΙΤ. Θα πρέπει να είμαστε σε θέση να συγκρίνουμε τα στοιχεία



αυτά μεταξύ νοσοκομείων που λειτουργούν με καθεστώς ΣΔΙΤ και αυτών που υπάγονται πλήρως στο Δημόσιο έλεγχο, αλλά ακόμα και σε σχέση με τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Εκτός από τις προαναφερόμενες ιδιαιτερότητες θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες κρίσιμοι για την επιτυχή έκβαση των συμπράξεων<sup>231</sup>:

- Στρατηγικός Σχεδιασμός των ΣΔΙΤ
- Ιεράρχηση των Έργων
- Μεγιστοποίηση της σχέσης Αξίας - Κόστους (Value for Money)
- Οριοθέτηση των Έργων -Αποδοχή από Τραπεζικά Ιδρύματα (Bankability)
- Εκτίμηση Μακροπρόθεσμου Κόστους των Έργων
- Βελτιστοποίηση του Επιμερισμού του Ρίσκου
- Κτήση των Πνευματικών Δικαιωμάτων των Έργων
- Διάχυση των Έργων σε Τοπικό-Περιφερειακό Επίπεδο
- Βέλτιστη Διαχείριση των ΣΔΙΤ από το Δημόσιο
- Σύσταση Κατάλληλων Ομάδων Εργασίας από το Δημόσιο

## **2.7 Οι ΣΔΙΤ ως εργαλείο καινοτομίας για την προστασία της παγκόσμιας δημόσιας υγείας.**

Αυτό που έχουμε δει μέχρι στιγμής είναι η υιοθέτηση των ΣΔΙΤ ως εργαλείο για την χρηματοδότηση κυρίως έργων υποδομής εγκαταστάσεων και εξοπλισμού στον τομέα της Υγείας. Η κεντρική ιδέα της χρήσης των ΣΔΙΤ στην υγεία είναι απλή και συμφέρει. Το κράτος αναθέτει σε ιδιώτες να φτιάξουν για λογαριασμό του νέα νοσοκομεία και σε αντάλλαγμα τους παραχωρεί την εκμετάλλευση υπηρεσιών στα νοσοκομεία αυτά για δεκαετίες. Έτσι, αναπτύσσει το δημόσιο σύστημα υγείας χωρίς να είναι υποχρεωμένο να πληρώσει το κόστος γι' αυτό. Ωστόσο αυτή είναι η μία όψη της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας.

Την άλλη όψη συνθέτουν οι περιπτώσεις συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα για την υλοποίηση έργων, τα οποία θέτουν τις βάσεις της παγκόσμιας υγείας, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Όταν η αγορά και ο δημόσιος τομέας δεν διαθέτει τους κατάλληλους μηχανισμούς διανομής των μέσων και των μέτρων που εξασφαλίζουν τη Δημόσια Υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο, ιδιαίτερα στις υπό ανάπτυξη χώρες που τη χρειάζονται περισσότερο, οι ΣΔΙΤ αποτελούν το θεσμό εκείνο που θα προσεγγίσει, λόγω της ιδιαίτερης ευελιξίας του, με πιο αποτελεσματικό τρόπο την προσδοκώμενη εξέλιξη.

Διάφοροι παράγοντες μπορούν να διατυπωθούν για την αναγκαιότητα της εμφάνισης αυτού του είδους συμπράξεων Δημοσίων και Ιδιωτικών φορέων στον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Κυρίαρχος όμως θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ο αργός ρυθμός των θεσμικών προσαρμογών του τομέα της δημόσιας υγείας στις επερχόμενες δυναμικές αλλαγές. Και αυτό διότι οι ασθένειες μπορεί να εμμένουν (διάρροια- καρκίνος), να εξελίσσονται (ελονοσία- φυματίωση) ή να προκύπτουν εξ ολοκλήρου νέες (AIDS, η γρίπη των πτηνών H5N1, η γρίπη των χοίρων H1N1). Ακόμα, οι ραγδαίες εξελίξεις της

ιατρικής και βιοτεχνολογίας, σε συνδυασμό με την αναποτελεσματικότητα και την κοινωνική ανεπάρκεια των δημόσιων συστημάτων υγείας και την ανεπάρκεια του ιδιωτικού τομέα (στην έρευνα και ανάπτυξη των προϊόντων για την αντιμετώπιση των ορφανών ασθενειών) ώθησαν τις κυβερνήσεις σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά και διεθνείς οργανισμούς να αναθεωρήσουν τη σχέση μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

Διεθνώς λοιπόν δημιουργούνται σχήματα από κρατικούς, μη κρατικούς και επιχειρησιακούς φορείς για την πραγμάτωση ανθρωπιστικών στόχων και στόχων κοινής ωφέλειας. Υπό αυτή την έννοια οι ΣΔΙΤ υλοποιούνται με σκοπό τη δημιουργία και ανάπτυξη της καινοτομίας στον τομέα της υγείας όπως στην περίπτωση ανάπτυξης και διάδοσης ενός δραστικού φαρμάκου, στη λήψη μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας, στην επικοινωνιακή πολιτική ανάδειξης της ανάγκης και του τρόπου προστασίας της δημόσιας υγείας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί περισσότερες από 70 Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα<sup>232</sup> με επίκεντρο διάφορες πτυχές της Δημόσιας Υγείας, όπως ΣΔΙΤ για την έρευνα και ανάπτυξη φαρμάκων, ΣΔΙΤ για την παροχή υπηρεσιών Υγείας, ΣΔΙΤ για την χάραξη πολιτικών Υγείας. Όλες αυτές οι συμπράξεις είναι διεθνείς και εστιάζονται κυρίως σε ζητήματα πρόληψης και προστασίας της δημόσιας υγείας των αναπτυσσόμενων κρατών. Οι συντελεστές που συμπράττουν σε αυτές τις πρωτοβουλίες, που είναι πράγματι σπουδαίες και ωφέλιμες για την ανθρωπότητα, είναι συνήθως ο δημόσιος τομέας, ο ιδιωτικός τομέας και οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Στον τομέα της Παγκόσμιας Δημόσιας Υγείας οι βασικοί πρωταγωνιστές είναι τα Ηνωμένα Έθνη (WHO, UNICEF, UNAIDS), η Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank), οι πολυεθνικές επιχειρήσεις φαρμακευτικών ειδών και βιοτεχνολογίας και οι διαφορετικές μη κυβερνητικές οργανώσεις, συμπεριλαμβανομένων των ΜΚΟ, του ακαδημαϊκού κόσμου και των φιλανθρωπικών οργανώσεων. Επίσης ο Τύπος και τα ΜΜΕ γενικότερα, όπου με την προβολή σχετικών θεμάτων και αφιερωμάτων συντελούν στην κατανόηση και στη διαμόρφωση συνείδησης για τη Δημόσια Υγεία.

Κάθε μία από τις 70 ΣΔΙΤ είναι ξεχωριστή ως προς τη νομική μορφή, τους όρους ανάμεσα στους φορείς, τις κυβερνητικές συμφωνίες, τη διοίκηση των λειτουργιών, τη χρηματοδότηση και τους στρατηγικούς στόχους.

Τα είδη των Συμπράξεων όπως διαμορφώνονται διεθνώς είναι τα εξής<sup>232</sup>:

- **Διεθνής Αντιπροσωπία Συνεργασιών** (*International agency operated partnerships*).

Πρόκειται για προγράμματα του Δημοσίου Τομέα που ενθαρρύνουν την Ιδιωτική συμμετοχή. Λειτουργούν υπό τη διοίκηση και τον οικονομικό έλεγχο του οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών ή της Παγκόσμιας Τράπεζας, καθώς και την επίβλεψη των κυβερνήσεων. Η Ιδιωτική Συμμετοχή εκφράζεται υπό τη μορφή της παροχής πληροφοριακού υλικού, εκπροσώπησης και χρηματοδότησης. Παραδείγματα τέτοιας μορφής Συμπράξεων αποτελούν το GAVI, το Roll Back Malaria (πρόγραμμα σύμπραξης για την αντιμετώπιση της ελονοσίας), και Stop TB (πρόγραμμα σύμπραξης για την αντιμετώπιση της φυματίωσης).

- **Ανεξάρτητες Μη Κυβερνητικές Οντότητες (Independent non Profit Entities).** Πρόκειται για ανεξάρτητες μη κερδοσκοπικές οντότητες ιδιωτικής όμως χρηματοδότησης, διαχείρισης και διοίκησης. Συνήθως σε αυτή την κατηγορία ανήκουν νομικές οντότητες ιδιωτικής λειτουργίας υποκείμενες στην εθνική νομοθεσία. Ο ρόλος των ενδοκυβερνητικών ενεργειών ποικίλλει και μπορεί να εκτείνεται από συμμετοχή στη διοίκηση, μέχρι συγχρηματοδότηση, συμμετοχή σε κοινές δράσεις και ρύθμιση κανονιστικών εγκρίσεων. Παρακάτω θα αναλυθούν ορισμένα παραδείγματα των μεγαλύτερων ΣΔΙΤ περιπτώσεων σε διεθνές επίπεδο, που επηρέασαν και ακόμα επηρεάζουν το μέλλον της παγκόσμιας Δημόσιας Υγείας:

- **IAVI (International AIDS Vaccine Initiative).** Ιδρύθηκε το 1996 από τον Rockefeller και ορισμένους άλλους ιδρυτές σε χρονική στιγμή που ούτε το US National Institute of Health (NIH) ούτε η φαρμακευτική βιομηχανία ιδιωτικού δικαίου είχαν ενδιαφερθεί για την ανάπτυξη ενός εμβολίου κατά του AIDS στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Σκοπός του IAVI (Δικτυακός Τόπος IAVI) ήταν να δώσει λύση στην υπάρχουσα κοινωνική ανεπάρκεια του δημόσιου συστήματος (NIH) και στην ανεπάρκεια της αγοράς της ιδιωτικής βιομηχανίας (φαρμακευτικές εταιρείες) μέσω της άντλησης ιδιωτικών και δημόσιων κεφαλαίων για τη δημιουργία ενός μη κυβερνητικού οργανισμού που θα επένδυε τους πόρους του στην έρευνα και την ανάπτυξη (R&D) του εμβολίου. Το IAVI δεν διεξάγει από μόνο του έρευνα, αλλά αναθέτει υπεργολαβικά τμήματα της Έρευνας και της Ανάπτυξης σε προσεκτικά επιλεγμένους συνεργάτες από το χώρο της βιομηχανίας, της πανεπιστημιακής κοινότητας και των αναπτυξιακών φορέων, σχηματίζοντας έτσι Συμπράξεις Βιομηχανίας- Πανεπιστημίων (Industry- Academia Partnerships). Η χρηματοδότηση αυτής της προσπάθειας μέσα από το Ίδρυμα, εξασφαλίζει την προστασία της πνευματικής ιδιοκτησίας, καθώς και την πρόσβαση ακόμα και των πιο αδύναμων ομάδων στο εμβόλιο. Μετά από επανειλημμένες εισφορές του Ιδρύματος Gates (Gates Foundation), το ίδρυμα IAVI έχει στη δικαιοδοσία του και χειρίζεται κεφάλαια ύψους \$250 εκ. δολαρίων με αποτέλεσμα να διαθέτει τόσο τους οικονομικούς όσο και τους οργανωτικούς πόρους για να φέρει εις πέρας τη δύσκολη και απαραίτητη αποστολή του.

- **GAVI (Global Alliance for Vaccines).** Πρόκειται για κοινοπραξία που δραστηριοποιείται με σκοπό την προώθηση και διάδοση του βασικού εμβολιασμού στα παιδιά όλου του κόσμου (Δικτυακός τόπος GAVI). Από πολλούς θεωρείται ως το κατόρθωμα του 21<sup>ου</sup> αιώνα στο πρόγραμμα της UNICEF για την προστασία της παιδικής ανάπτυξης και τη μείωση της παιδικής θνησιμότητας στη δεκαετία του 80. Έχοντας ιδρυθεί από μία επιτροπή εκπροσώπησης, της οποίας η διοίκηση ταλαντευόταν ανάμεσα στην WHO και την UNICEF, η σύμπραξη GAVI συγκεντρώνει προτάσεις από τις κυβερνήσεις των αναπτυσσόμενων κρατών, οι οποίες χρηματοδοτούνται με κίνητρο να επιτευχθεί εμβολιακή κάλυψη των παιδιών σε εθνικό επίπεδο. Η σύμπραξη GAVI δε διοικεί ούτε χειρίζεται προγράμματα. Η ανάθεση εκτελείται εξ ολοκλήρου από εθνικά προγράμματα, η χρηματοδότηση των οποίων αναλαμβάνεται από το GAVI, του οποίου οι πόροι αγγίζουν το 1.5 δισ. δολάρια, τα περισσότερα εκ των οποίων είναι χορηγίες του ιδρύματος Bill and Mellinda Gates.

- ***To πρόγραμμα TDR (Special Program for Research and Training in Tropical Diseases).*** Η κεντρική ιδέα του προγράμματος TDR ήταν ο έλεγχος και ο περιορισμός των μολυσματικών ασθενειών σε χώρες του τρίτου κόσμου.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία και με άλλους διεθνείς οργανισμούς, τον UNDP, τη UNICEF και την Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank) δημιούργησαν πριν από 30 περίπου χρόνια το εν λόγω πρόγραμμα το οποίο είχε δυο αλληλοεξαρτώμενους σκοπούς:

***1. Έρευνα και Ανάπτυξη:*** Να αναπτύξει ασφαλείς, αποδεκτές και προσιτές μεθόδους περιορισμού, διάγνωσης, θεραπείας και ελέγχου των ασθενειών- στόχου του προγράμματος TDR

***2. Εκπαίδευση και Ενδυνάμωση:*** Ενδυνάμωση της θέσης των αναπτυσσόμενων χωρών και της ικανότητας να αναπτύσσουν από μόνες τους τις κατάλληλες τεχνολογίες για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών.

Αρχικά το πρόγραμμα συμπεριλάμβανε τις εξής ομάδες ασθενειών: μαλάρια, σχιστοσομίαση, τριπανοσομίαση (Αφρικανική τριπανοσομίαση και ασθένεια Chagas), λυσιμανίαση, φιλαρίαση (ογκοσερσίαση και λυμφατική φιλαρίαση) καθώς και λέπρα, ενώ προσφάτως ο δάγκειος και η φυματίωση προστέθηκαν στη λίστα των ασθενειών του προγράμματος TDR. Το εν λόγω πρόγραμμα συγχρηματοδοτείται από το πρόγραμμα ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών, την Παγκόσμια Τράπεζα και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O.), και αποτελεί καθαρά μια πρωτοβουλία του Δημοσίου, που συνέπραξε με τον Ιδιωτικό Τομέα σε συγκεκριμένους τομείς. Η σύμπραξη του TDR με τον ιδιωτικό τομέα περιλαμβάνει:

- ***Συνεισφορά επιστημόνων από τη φαρμακοβιομηχανία στο TDR*** (δίκτυο εξειδικευμένων επιστημόνων με σκοπό την ανάπτυξη, εφαρμογή και τον έλεγχο των προγραμμάτων Έρευνας και Ανάπτυξης).

- ***Συγκεκριμένες υπηρεσίες της βιομηχανίας στους σκοπούς και τις δράσεις του προγράμματος*** (όπως κλινική εκτίμηση και παραγωγή νέων ουσιών, διάθεση Βέλτιστων Πρακτικών Παραγωγής, υποδομές ανάπτυξης και παραγωγής των εργαστηριακών αποτελεσμάτων κ.λπ.).

- ***Συνδυαστικά προγράμματα*** (όπως η σύμπραξη φαρμακοβιομηχανιών με το TDR για τη διερεύνηση και την ανάπτυξη των καινοτομιών τους, καθώς και τη διοχέτευση τους στην αγορά).

Στο πρόγραμμα TDR συνέπραξαν φαρμακευτικές εταιρείες από όλο τον κόσμο, προσφέροντας η κάθε μια, δραστικές ουσίες για την αντιμετώπιση των ασθενειών, αλλά και επιστημονικό και ερευνητικό ειδικευμένο προσωπικό. Το πεδίο που ανοίχτηκε ουσιαστικά από τον Κρατικό Τομέα και τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, έδωσε στη βιομηχανία το πεδίο και την «αγορά» για την ανάπτυξη και εφαρμογή καινοτομιών στον τομέα της υγείας, ως απάντηση σε υπάρχον πρόβλημα αντιμετώπισης των ασθενειών. Στο πρόγραμμα TDR λοιπόν, παρατηρούμε τον τρόπο με τον οποίο οι ΣΔΙΤ έδωσαν το έναυσμα για την ανάπτυξη καινοτομίας από τη φαρμακοβιομηχανία για την προστασία της Δημόσιας Υγείας, στο πλαίσιο της κοινωνικής εταιρικής ευθύνης.

Από τα προαναφερόμενα παραδείγματα των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας γίνεται σαφές ότι, η αντιμετώπιση συγκεκριμένων αδυναμιών και προβλημάτων του τομέα υγείας επιτεύχθηκε μέσα από τις καινοτομίες σε προϊόντα και διαδικασίες, που αποτέλεσαν περιουσία ιδιωτικής προσπάθειας και οργανωτικής εμπειρίας.

Στο πεδίο των συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, αξίζει επίσης να επισημανθεί και η δράση της μη κυβερνητικής οργάνωσης Global Forum for Health Research (Δικτυακός τόπος Global Forum for Health Research) που έχει ως στόχο τη μείωση της απόστασης 10/90 (το 10% του συνολικού χρηματικού ποσού που προϋπολογίζεται κάθε χρόνο για ερευνητικά προγράμματα σε θέματα υγείας, αναφέρονται στο 90% των προβλημάτων του πληθυσμού παγκοσμίως) μέσα από την προσπάθεια για αφιέρωση περισσότερων οικονομικών πόρων για την έρευνα σε μαζικότερα προβλήματα υγείας. Η προσπάθεια εύρεσης λύσης πραγματοποιείται μέσα από Συμπράξεις της Παγκόσμιας Τράπεζας (W.B.) και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), με ιδιωτικά ιδρύματα, τη φαρμακοβιομηχανία και ΜΚΟ. Το Global Forum επίσης έχει ξεκινήσει μια πρωτοβουλία εντοπισμού όλων των σημαντικών ΣΔΙΤ σε θέματα υγείας, καθώς και ανάλυσης των σκοπών, των φορέων συμμετοχής, των δομών διακυβέρνησης της Σύμπραξης, το βαθμό επιτυχίας, τους περιορισμούς και τις δυσκολίες. Ο σχηματισμός αυτής της βάσης δεδομένων θα συντελέσει στην ανταλλαγή πληροφοριών των δυνητικών φορέων καθώς και στην ενθάρρυνση δημιουργίας νέων συμπράξεων.

Οι διεθνείς συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (GPPPs) στον τομέα της υγείας αναπτύχθηκαν ως απάντηση στις αδυναμίες της αγοράς και στην αποτυχία των δημοσίων φορέων να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες και προϊόντα υγείας, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Έχουν ως σκοπό τους την έρευνα και την ανάπτυξη νέων προϊόντων (π.χ. φάρμακα και εμβόλια), τη βελτίωση της πρόσβασης σε προϊόντα υγείας, το διεθνή συντονισμό των φορέων για την άμεση αντιμετώπιση των ταχύτατα εξαπλωνόμενων ασθενειών, την ενίσχυση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, την παροχή δημόσιας ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης, καθώς και τη διασφάλιση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

**Συμπερασματικά** με βάση τα προαναφερόμενα, οι ΣΔΙΤ δύναται να ενταχθούν στην υπηρεσία ενός ανώτερου ανθρωπιστικού σκοπού και να αποτελέσουν το σημείο αναφοράς για τη διαμόρφωση ολοκληρωμένων παρεμβάσεων στη Δημόσια Υγεία.

Αναφορικά με την Ελλάδα θα τονίζαμε ότι είναι ιδιαίτερα χρήσιμη η ενεργοποίηση των συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) ως εναλλακτικού μέσου χρηματοδότησης, στο πλαίσιο του δεύτερου θεματικού άξονα της Στρατηγικής της Λισαβόνας περί ανάπτυξης της έρευνας και της καινοτομίας. Προς την κατεύθυνση αυτή, η μόνη περίπτωση που έχει καταγραφεί είναι η ύπαρξη ενός ερευνητικού κέντρου με κύριο αντικείμενο την αντικαρκινική έρευνα, το οποίο θα λειτουργήσει όταν υλοποιηθεί το *Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*<sup>213</sup>. Μέσα λοιπόν από τη θεσμική κατοχύρωση των ΣΔΙΤ που προβλέπει το σχέδιο δράσης του Υπουργείου Υγείας, η ανάπτυξη του ιατροφαρμακευτικού και βιοτεχνολογικού κλάδου στην Ελλάδα μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την εποικοδομητική συνεργασία φορέων όπως τα πανεπιστήμια, που

παρέχουν επιστημονικό ερευνητικό δυναμικό και του ιδιωτικού τομέα που χρηματοδοτεί τις ερευνητικές προσπάθειες. Βεβαίως απαραίτητη επίσης είναι η αύξηση των πόρων για την έρευνα δεδομένου ότι ο στόχος της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι να προσεγγίσουν το 3% επί του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (Α.Ε.Π.) ενώ στην Ελλάδα η επένδυση στην έρευνα και ανάπτυξη αποτελεί σήμερα μόλις το 0,6% του Α.Ε.Π.

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

#### **Το διακύβευμα της πολιτικής υγείας: ελλείμματα του παρελθόντος και διλήμματα του μέλλοντος.**

Τα βασικά ερωτήματα τα οποία τίθενται από τη μέχρι σήμερα πορεία και τα συνεπακόλουθα διλήμματα για τη σύγχρονη πολιτική υγείας σχετίζονται με την αρχική προσέγγιση της υγείας<sup>1</sup>. Η υγεία είναι ιδιωτικό καταναλωτικό προϊόν ή είναι κοινωνικό αγαθό και δικαίωμα; Ο σχεδιασμός, η διαχείριση και η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι αντικείμενο του δημόσιου τομέα, του ιδιωτικού τομέα ή και των δύο;

Τα ερωτήματα αυτά αποτελούν τα κεντρικά διλήμματα της σύγχρονης πολιτικής υγείας. Μια πρώτη προσπάθεια προσέγγισης και απάντησης παρουσιάζεται παρακάτω.

#### **3.1. Η υγεία είναι ιδιωτικό καταναλωτικό προϊόν ή είναι κοινωνικό αγαθό και δικαίωμα;**

Το ερώτημα για τον ορισμό της υγείας -όσο και αν αυτό ξενίζει- δεν χαιρεί κοινών απαντήσεων στο εσωτερικό της επιστημονικής κοινότητας. Οι απόψεις περί ταύτισης της υγείας με τα κοινά καταναλωτικά αγαθά,<sup>31</sup> η αντίληψη ότι «η υγεία είναι κατεξοχήν ζήτημα ατομικής ευθύνης και η βελτίωσή της εξαρτάται αποκλειστικά από το άτομο»<sup>32</sup> πέρα από κυρίαρχες στο πολιτικό επίπεδο τυγχάνουν ευρείας αποδοχής και στο εσωτερικό της επιστημονικής κοινότητας ακόμη και στη χώρα μας. Η κριτική προσέγγιση των αντιλήψεων αυτών για να είναι αξιόπιστη πρέπει να τεκμηριώνεται με σαφή και αδιαμφισβήτητα δεδομένα όπως η κατάσταση υγείας των πληθυσμών και οι μεταβλητές που την καθορίζουν.

Η ανάλυση των διαχρονικών τάσεων των δεικτών υγείας παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τη σημερινή κατάσταση υγείας του πληθυσμού ανά τον κόσμο. Η σημαντική πτώση της θνησιμότητας τον προηγούμενο αιώνα και ο έλεγχος των λοιμωδών νοσημάτων αποτελούν αξιόλογα επιτεύγματα που έγιναν δυνατά με τη συμβολή της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης, της υγειονομικής υποδομής (ύδρευση, αποχέτευση, εμβολιασμοί) και γενικά της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου. Παράλληλα όμως με τα επιτεύγματα αυτά, και ιδιαίτερα την τελευταία τριακονταετία, διευρύνονται με σημαντικό ρυθμό αύξησης οι ανισότητες στην υγεία τόσο μεταξύ αναπτυγμένου και υπό ανάπτυξη κόσμου όσο και μεταξύ κοινωνικών τάξεων στις επιμέρους χώρες. Το προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση, π.χ., ενώ δεν φτάνει τα 40 έτη σε περιοχές της υπό τη Σαχάρα Αφρικής, ξεπερνά τα 80 έτη στην Ιαπωνία. Πληθώρα δεδομένων από τη διεθνή βιβλιογραφία αποδεικνύουν με συνοχή και συνέπεια ότι οι

ανισότητες υγείας διευρύνονται συνεχώς ακολουθώντας την αντίστοιχη διεύρυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα δεδομένα του Πίνακα 4, στον οποίο παρουσιάζονται διάφοροι δείκτες υγείας και κοινωνικής ανάπτυξης σε διάφορες χώρες οι οποίες έχουν ταξινομηθεί σε μια κλίμακα ανάλογα με το επίπεδο παιδικής θνησιμότητας.<sup>33</sup>

#### Πίνακας 4.

Δείκτες υγείας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης ανά επίπεδο παιδικής θνησιμότητας

	Παιδική θνησιμότητα		
	Υψηλή	Μέση	Χαμηλή
Θνησιμότητα < 5 ετών	193	36	11
ΑΕΠ κατά κεφαλή (USD)	295	1725	12575
Προσδόκιμο επιβίωσης	49	70	76
Αλφαριθμητισμός	235	86%	92%
Βάρος γέννησης < 2,5 Kg	17%	8%	6%
% εισοδήματος για διατροφή	53%	35%	12%
% πρόσβαση σε ασφαλές νερό	44%	83%	100%

Πηγή: N. Spencer: Poverty & Child health, 2000 (αναπροσαρμογή)<sup>33</sup>

Οι χώρες με την υψηλότερη παιδική θνησιμότητα είναι οι φτωχότερες, έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό αναλφαριθμητισμού και το μικρότερο ποσοστό πρόσβασης σε ασφαλές νερό, παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό γεννήσεων κάτω των 2,5 Kg και ο πληθυσμός τους διαθέτει πάνω από 50% του εισοδήματος του για να διασφαλίσει την καθημερινή του διατροφή.

Τα δεδομένα αυτά, όπως και πληθώρα άλλων, τεκμηριώνουν αδιαμφισβήτητα την αδυναμία της προσέγγισης της υγείας ως ατομικού - ιδιωτικού αγαθού. Οι κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί προσδιοριστές της υγείας, όπως αποδεικνύεται από τα δεδομένα αυτά, είναι αυτοί που καθορίζουν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και επανακαθορίζουν την ατομική προσέγγιση και στάση. Σε ένα κοινωνικό περιβάλλον, π.χ., φτώχειας και ανεπάρκειας ασφαλούς πόσιμου ύδατος, η βρεφική και παιδική θνησιμότητα από γαστρεντερίτιδες δεν είναι δυνατόν να εξαλειφθεί παρά μόνον με μια κοινωνική πολιτική ανάπτυξης που θα στοχεύει στην προστασία της υγείας του πληθυσμού μέσα από τη βελτίωση της υποδομής (δίκτυα ύδρευσης), των κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών συνθηκών και της διατροφής.

Μια άλλη επίπτωση, παράλληλη με τη διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, από την κυριαρχία των νεοφιλελεύθερων πολιτικών και την παγκοσμιοποίηση της αγοράς, είναι η καθοριστική αποδιάρθρωση των δομών αλλά και της προσέγγισης της δημόσιας υγείας. Η συνεχιζόμενη με φρενήρη ρυθμό απαξίωση των περιβαλλοντικών πόρων και η συνεπακόλουθη αυξημένη συχνότητα περιβαλλοντικών

καταστροφών, η απελευθέρωση της αγοράς εργασίας και υποβάθμιση των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία, η αυξανόμενη συχνότητα πολεμικών συρράξεων και ανθρωπιστικών καταστροφών καθώς και κοινωνικής αποδόμησης και η δημιουργία εξαθλιωμένων πληθυσμών που αποζητούν σωτηρία μεταναστεύοντας, οι επανεμφανιζόμενες και νεοεμφανιζόμενες επιδημίες δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν σε ατομικό - ιδιωτικό επίπεδο, ενώ, παράλληλα, η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους απαιτεί πόρους και διαδικασίες που δεν είναι ιδιαίτερα ελκυστικές για τον ιδιωτικό τομέα. Αντίθετα μάλιστα οι καταστάσεις αυτές αποτελούν νέες σημαντικές προκλήσεις για τις υποβαθμισμένες και απαξιωμένες, διεθνώς, υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Η αδιαμφισβήτητη αυτή πραγματικότητα φαίνεται ότι άρχισε να διευρύνει την αποδοχή της δημόσιας υγείας τόσο σε επιστημονικό, ηθικό και κοινωνικό πεδίο όσο και στην πρακτική εφαρμογή αντίστοιχων υπηρεσιών.

Με βάση τα παραπάνω αναδεικνύεται η αναγκαιότητα επαναπροσδιορισμού της υγείας ως κοινωνικού αγαθού για την προάσπιση του οποίου απαιτούνται πολιτικές που επικεντρώνουν στο αγαθό αυτό και δεν το προσδιορίζουν πλέον ως παραπροϊόν της γενικότερης ανάπτυξης. Η έννοια της αειφόρου για την υγεία ανάπτυξης εμφανίζεται με διευρυνόμενη υποστήριξη στη διεθνή επιστημονική κοινότητα <sup>34</sup> με στόχο την προάσπιση της υγείας με συγκεκριμένες πολιτικές περιβαλλοντικής διαχείρισης, κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης και διεύρυνσης της κοινωνικής αλληλεγγύης μέσα από την αναβάθμιση του ρόλου και των δυνατοτήτων της δημόσιας υγείας.

Παρά το ότι, τουλάχιστον η επιστημονική κοινότητα, φαίνεται ότι υιοθετεί την άποψη ότι η υγεία ανήκει στα δημόσια αγαθά, το ζήτημα του κοινωνικού ή μη χαρακτήρα της υγείας παραμένει ακόμη ανοικτό στις ημέρες μας αποτελώντας κεντρικό σημείο της πολιτικής και ιδεολογικής διαπάλης όχι μόνο στο κοινωνικό αλλά και στο επιστημονικό πεδίο. Η διαπάλη αυτή εκφράζεται πιο έντονα στο πεδίο του σχεδιασμού, της διαχείρισης και της παροχής υπηρεσιών υγείας.

### **3.2.Ο σχεδιασμός, η διαχείριση και η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι αντικείμενο του δημοσίου τομέα, του ιδιωτικού τομέα ή και των δυο;**

Όπως τονίστηκε και στην εισαγωγή οι απόψεις περί ταύτισης της υγείας με τα κοινά καταναλωτικά αγαθά, περί ατομικής ευθύνης στην προάσπιση και προαγωγή της, έως τις πιο σύγχρονες αντιλήψεις στελεχών της Παγκόσμιας Τράπεζας και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας περί της υγείας ως μεικτού αγαθού εμπεριέχοντος δηλαδή στοιχεία αποκλειστικότητας, ανταγωνιστικότητας και επιλογής - απόρριψης, πέρα από κυρίαρχες στο πολιτικό επίπεδο τυγχάνουν ευρείας αποδοχής και στο εσωτερικό της επιστημονικής κοινότητας τόσο διεθνώς όσο και στη χώρα μας.<sup>36</sup>

Η προώθηση των αντιλήψεων αυτών από τη δεκαετία του 1980 στηρίχθηκε αρχικά στην κριτική του δημόσιου τομέα υπηρεσιών υγείας όπως αυτός αναπτύχθηκε στη μεταπολεμική περίοδο. Ο συγκεντρωτικός τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, η γραφειοκρατία, η μειωμένη παραγωγικότητα, οι αυξημένες σπατάλες, η αναποτελεσματικότητα και η χαμηλή



ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καταστάσεις δηλαδή οι οποίες όντως χαρακτηρίζαν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας όπως αυτές είχαν αναπτυχθεί, αναδείχθηκαν ως εγγενείς της δημόσιας διαχείρισης. Οι «μεταρρυθμίσεις» των υπηρεσιών υγείας που προωθούνται από το 1980 καθοδηγούνται από "τη συμβατική αποδοχή η οποία προάγει τον ανταγωνισμό και την ιδιωτικοποίηση στη διαχείριση και την παροχή υπηρεσιών ως την αυτονόητη και μόνη απάντηση στην κρίση".<sup>3</sup>

Η άποψη της πλήρους απελευθέρωσης της προσφοράς υπηρεσιών υγείας στις δυνάμεις της αγοράς η οποία και στηρίζεται στην αξιωματική παραδοχή ότι ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας είναι ο μόνος ο οποίος μπορεί να εγγυηθεί υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας σε ανταγωνιστικές τιμές (high quality care at competitive prices),<sup>37</sup> κερδίζει συνεχώς έδαφος. Ακόμη και εκείνοι οι οποίοι αναγνωρίζουν την υγεία ως δημόσιο αγαθό θεωρούν ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας μπορεί και πρέπει να επιτρέπεται να λειτουργεί συμπληρωματικά και σε ιδιωτική βάση, στηρίζοντας την άποψη τους αυτή, μεταξύ των άλλων στην υψηλή ικανοποίηση που προσφέρουν οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας στους χρήστες και τη συγκριτικά μεγαλύτερη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα των ιδιωτικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους αντίστοιχους δημόσιους φορείς.<sup>38</sup>

Η Παγκόσμια Τράπεζα υποστηρίζει ότι για την εξασφάλιση υψηλής αποδοτικότητας στα υγειονομικά συστήματα αναγκαία είναι η παράδοση των επικερδών τομέων της υγείας στους ιδιώτες και ο περιορισμός του κράτους στην παροχή προς τις πληθυσμιακές ομάδες που ζουν στα όρια της φτώχειας ενός πλέγματος υπηρεσιών χαμηλού κόστους και υψηλής αποτελεσματικότητας.

Ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας καλείται τα επόμενα χρόνια να διαδραματίσει αυξημένο ρόλο στα υγειονομικά συστήματα αποτελώντας είτε τον αποκλειστικό προμηθευτή υπηρεσιών υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες είτε το συμπληρωματικό προμηθευτή στις ανεπτυγμένες χώρες.

Σε αντίθεση με την κυρίαρχη αυτή πολιτική πλειάδα εμπειρικών δεδομένων, κύρια από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ, δείχνουν την ύπαρξη συσχέτισης, και μάλιστα αρνητικής, ανάμεσα στο κερδοσκοπικό χαρακτήρα των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και στην ποιότητα της παρεχόμενης εξ' αυτών φροντίδας υγείας.<sup>40</sup> Σημαντικότερα απ' αυτά τα εμπειρικά δεδομένα ο κατά 2% υψηλότερος κίνδυνος θανάτου στα κερδοσκοπικά γενικά νοσοκομεία των ΗΠΑ σε σχέση με αντίστοιχα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά<sup>41</sup> και ο κατά 8% υψηλότερος κίνδυνος θανάτου στις κερδοσκοπικές Μονάδες Εξωνεφρικής Κάθαρσης των ΗΠΑ σε σχέση με τις αντίστοιχες μη κερδοσκοπικές.<sup>42</sup>

Αρνητική επίδραση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας φαίνεται να έχει και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας καθώς τα εμπειρικά δεδομένα από τους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organizations - HMOs) στις ΗΠΑ δείχνουν ότι επηρεάζουν αρνητικά τόσο την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, όσο και τα αποτελέσματα υγείας στους ασφαλισμένους τους. Σημαντικότερα από αυτά τα εμπειρικά δεδομένα είναι τα συντριπτικά υψηλότερα ποσοστά επιδείνωσης του επιπέδου σωματικής υγείας ηλικιωμένων και χρόνιων πασχόντων ασφαλισμένων σε HMOs σε σχέση με τους

αντίστοιχους ασφαλισμένους στα παραδοσιακά ασφαλιστικά προγράμματα τα αμειβόμενα κατά πράξη και κατά περίπτωση<sup>44</sup> καθώς και η σαφής υστέρηση των κερδοσκοπικών ΗΜΟs στις ΗΠΑ και στους 14 υπό εξέταση ποιοτικούς δείκτες σε σχέση με τους αντίστοιχους ιδιωτικούς μη - κερδοσκοπικούς ΗΜΟs.

Παράλληλα, η εμπειρία από την εφαρμογή της «εσωτερικής αγοράς» στη Βρετανία αποδεικνύει ότι οι μεταρρυθμίσεις αναπτύχθηκαν με βάση κριτήρια κόστους και διαδικασιών και όχι αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας, δημιούργησαν νέα κίνητρα διαφθοράς (εκτροπή αρρώστων προς το ιδιωτικό και αποφυγή αρρώστων υψηλού κινδύνου κατά περίπτωση, αύξηση εικονικών εξετάσεων και διαδικασιών, κοκ), προκάλεσαν τον κατακερματισμό και την έκπτωση της ποιότητας των υπηρεσιών καθώς και μια υπέρογκη αύξηση της γραφειοκρατίας και του κόστους διοίκησης και διαχείρισης.<sup>46</sup> Χαρακτηριστική είναι η αύξηση του κόστους διοίκησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) από 5% προ της μεταρρύθμισης σε 11,6% ήδη την περίοδο 1992-93.<sup>47</sup>

Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αλλά και σύγχρονη κεντρική επιλογή της κυρίαρχης πολιτικής είναι οι Συμπράξεις Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στη υγεία. Οι ΣΔΙΤ στην υγεία, ο Δούρειος Ίππος της ιδιωτικοποίησης ("Trojan Horse of privatization") όπως τις είχε χαρακτηρίσει ο Harriet Harman πρώτος Υπουργός Κοινωνικής Ασφάλισης των Εργατικών στη Βρετανία το 1997 λίγο πριν την ανάληψη της κυβερνητικής εξουσίας από το κόμμα του και την εν συνεχεία πλήρη μεταστροφή της άποψής τους με την υιοθέτηση και πριμοδότησή τους στον νοσοκομειακό κλάδο,<sup>3</sup> τείνουν να γίνουν τα τελευταία χρόνια ένα παγκόσμιο φαινόμενο. Διεθνείς χρηματοδοτικοί οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο τις ενσωματώνουν στα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής των αναπτυσσόμενων χωρών,<sup>48</sup> ενώ η Ευρωπαϊκή Ένωση εδώ και χρόνια τις στηρίζει και τις πριμοδοτεί στις χώρες κράτη μέλη της.<sup>49</sup>

Και όλα αυτά τη στιγμή που τα εμπειρικά δεδομένα από τη Βρετανία, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 5, δείχνουν ότι οι ΣΔΙΤ στο χώρο των νοσοκομείων κοστίζουν περισσότερο σε σχέση με τον παραδοσιακό τρόπο ανέγερσης νέων νοσοκομείων μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων,<sup>50</sup> ενώ ταυτόχρονα μετακυλύουν το χρηματοδοτικό φορτίο στις επόμενες γενεές φορολογουμένων<sup>51</sup> προκαλώντας παράλληλα μία ατεκμηρίωτη με κλινικά κριτήρια μείωση των κλινών της τάξεως έως και του 30%.<sup>52</sup>

## Πίνακας 5.

Επιχειρήματα υπέρ και κατά των Συμπράξεων Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα στο Νοσοκομειακό κλάδο

ΥΠΕΡ	ΚΑΤΑ
Ανεύρεση νέων πηγών χρηματοδότησης. Κατασκευή δημόσιων υποδομών με ιδιωτικά κεφάλαια	Οι ΣΔΙΤ δεν είναι νέος τρόπος χρηματοδότησης αλλιά δανεισμού από τον ιδιωτικό τομέα και μετακύλησης του χρέους στις επόμενες γενεές φοροηογουμένων
Ο ανταγωνισμός μεταξύ των κατασκευαστικών εταιρειών για τη σύναψη συμβολαίου με το δημόσιο εγγυάται αυξημένη αποδοτικότητα	Ο αριθμός των ανταγωνιζομένων κατασκευαστικών εταιρειών είναι πολύ μικρός για να εξασφαλίσει την όποια δυνατότητα επιλογής στο δημόσιο φορέα που διενεργεί τον διαγωνισμό
Ο ιδιωτικός τομέας είναι πιο αποδοτικός στη διαχείριση, γεγονός που εγγυάται υψηλή ποιότητα στο μικρότερο δυνατό κόστος	Ο ισχυρισμός αυτός είναι εν πολλοίς αυθαίρετος. Τα εμπειρικά δεδομένα από τη Βρετανία δείχνουν το συγκριτικά υψηλότερο κατασκευαστικό κόστος με παράλληλη μείωση κατά 30% των νοσοκομειακών κλινών και μείωση κατά 20% του προσωπικού
Ο ιδιώτης αναλαμβάνει τον κατασκευαστικό κίνδυνο (καθυστέρηση κατασκευής, υπέρβαση του κόστους) και το λειτουργικό κίνδυνο των υποστηρικτικών υπηρεσιών του νέου νοσοκομείου	Ο υποηογισμός του μεταφερόμενου κινδύνου (risk transfer) στην ανάληψη κόστους - οφέλους (value for money analysis) είναι υποκειμενικός. Η μεταφορά κινδύνου προϋποθέτει και ανάλογες ποινές σε περίπτωση αθέτησης των συμφωνιών του συμβολαίου, ποινές οι οποίες ουδέποτε εφαρμόζονται. Σε περίπτωση αποτυχίας ή χρεοκοπίας του ιδιώτη το δημόσιο καλείται να διεκπεραιώσει το έργο

Πηγή: Pollock A. et al 2001 (αναπροσαρμογή)<sup>51</sup>

Τα δεδομένα αυτά τεκμηριώνουν, αντίθετα με τις κυρίαρχες αντιλήψεις, ότι η ιδιωτικοποίηση και η κερδοσκοπική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας όχι μόνον δεν είναι αποτελεσματική αλλά χαρακτηρίζεται από αναποτελεσματικότητα και σημαντική αύξηση των δαπανών, ενώ συγχρόνως διευρύνει τις ανισότητες στην υγεία. Αντίθετα από τις τρέχουσες αντιλήψεις οι «*μεταρρυθμίσεις*» των υπηρεσιών υγείας όχι μόνον δεν εκμεταλλεύονται τις ιδιωτικές επενδύσεις αλλά αποτελούν μια άνευ προηγουμένου μεταφορά δημόσιων πόρων στις κερδοσκοπικές επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα όπως αποδεικνύει η βρετανική εμπειρία. Με την έννοια αυτή η θεωρούμενη ως ιδανική λύση της συνύπαρξης δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών ακυρώνεται στην πράξη καθότι η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα στηρίζεται στην απορρόφηση δημόσιων πόρων και τη συνεπακόλουθη υπο-χρηματοδότηση και απαξίωση του δημόσιου τομέα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Μορφές Χρηματοδότησης - Πολιτική Υγείας - Νομοθετικό πλαίσιο.

#### Εισαγωγή

Ο χώρος της Υγείας αποτελεί σήμερα μια από τις μεγαλύτερες - αν όχι η μεγαλύτερη-δημοσιονομικές προκλήσεις στις ανεπτυγμένες κοινωνίες. Οι δαπάνες Υγείας κινούνται ήδη εδώ και πολλά χρόνια σε ολοένα αυξανόμενα επίπεδα, σε σχέση με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) και όλοι οι ειδικοί συμφωνούν ότι και οι μελλοντικές τάσεις θα είναι έντονα αυξητικές. Σε αρκετές χώρες η δημόσια δαπάνη Υγείας αυξάνεται ταχύτερα από το ρυθμό αύξησης του

ΑΕΠ και η υπέρβαση αυτή προκαλεί εύλογη ανησυχία, καθώς συντελείται ακόμη και σε χώρες όπου υπάρχουν ισχυροί ελεγκτικοί μηχανισμοί. Παρά ταύτα οι πολίτες διαπιστώνουν σε μεγάλο ποσοστό αρνητική εικόνα για τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Στην τάση αυτή για ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών Υγείας, οι κοινωνίες προσπαθούν να αντιπαραθέσουν συστήματα και μηχανισμούς, με στόχο την παροχή επαρκών υπηρεσιών Υγείας υψηλής ποιότητας, συγχρόνως όμως με ελεγχόμενο κόστος. Στην Ελλάδα ριζικές αλλαγές στον τομέα Υγείας, που έχουν εξαγγελθεί ήδη από τη δεκαετία του 80, μέχρι πρόσφατα δεν είχαν υλοποιηθεί, ενώ νόμοι και προτάσεις έχουν ελλιπώς εφαρμοσθεί ή έχουν πέσει στο κενό, εν πολλοίς και λόγω του δυσβάστακτου κόστους τους.

Οι παράγοντες που συμμετέχουν στη συνεχή και ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών Υγείας είναι πολλοί και ποικίλοι, όπως η αλλαγή των επιδημιολογικών προτύπων, η γήρανση του πληθυσμού, η μετανάστευση, η ανάπτυξη της ιατρικής, η ραγδαία και συνεχής αναβάθμιση του δαπανηρού ιατρο-τεχνολογικού εξοπλισμού και τα νέα υψηλού κόστους φάρμακα. Επειδή τελικά αυτός που καλείται να πληρώσει τις αυξημένες αυτές δαπάνες δεν είναι άλλος από τον πολίτη -ασθενή, είτε ως φορολογούμενος είτε ως ασφαλισμένος, η επιδίωξη για εξεύρεση και αποτελεσματική κατανομή των πόρων αποτελεί ζήτημα μεγέθυνσης της κοινωνικής ευημερίας και πιέζει για την, κατά προτεραιότητα, λήψη κυβερνητικών μέτρων δημοσιονομικής πολιτικής<sup>53</sup>.

#### 4.1. Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Ανάλογα με τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών Υγείας, διακρίνονται τρεις βασικές μορφές Συστημάτων Υγείας:

1. Το Ιδιωτικό ή Φιλελεύθερο, που λειτουργεί σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις της αγοράς και τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση και επιβάρυνση, όπως αυτό αναπτύχθηκε και εφαρμόζεται κατ' εξοχή στις ΗΠΑ,

2. Το Κρατικό ή Δημόσιο, που χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω της φορολογίας και αποσκοπεί στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών Υγείας του πληθυσμού, γνωστό και ως μοντέλο του Beveridge, που αναπτύχθηκε στη Μ. Βρετανία, και,

3. Το Σύστημα της Κοινωνικής Ασφάλισης, το οποίο στηρίζεται στην ύπαρξη πολλών διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, που χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων, γνωστό και ως μοντέλο του Bismarck, που αναπτύχθηκε στη Γερμανία.

Παρά τη διάκριση των προαναφερθέντων μοντέλων, στις περισσότερες χώρες τα συστήματα τείνουν σε μικτές μορφές οργάνωσης. Έτσι στην Ελλάδα το Κρατικό μοντέλο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) συνυπάρχει με το σύστημα της Κοινωνικής Ασφάλισης και το Ιδιωτικό Σύστημα. Κύριους στόχους του καθ' ημάς ΕΣΥ απετέλεσαν:

1. Η καθολική, πλήρης και ισότιμη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του πληθυσμού.

2. Η χρηματοδότηση του συστήματος από τον κρατικό προϋπολογισμό (μέσω της άμεσης και έμμεσης φορολογίας), αλλά και από την κοινωνική ασφάλιση (μέσω τριμερούς χρηματοδότησης από τις εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και κράτους).

3. Η κυριότητα και ο έλεγχος των συντελεστών παραγωγής, που βασικά ανήκουν στο κράτος.

Εξάλλου, βασική παράμετρος, που προσδιορίζει το χαρακτήρα και τη φύση του Συστήματος Υγείας, είναι ο τρόπος και ο βαθμός συμμετοχής του Ιδιωτικού και του Δημόσιου Τομέα στην παροχή και πληρωμή των υπηρεσιών Υγείας. Έτσι διακρίνουμε:

1. Κρατική πληρωμή με κρατική παροχή, σε νοσηλεία σε κρατικό Νοσοκομείο,

2. Κρατική πληρωμή με ιδιωτική παροχή, σε νοσηλεία σε ιδιωτικό Νοσοκομείο, με κάλυψη των νοσηλίων από κρατικό ασφαλιστικό φορέα,

3. Ιδιωτική πληρωμή με κρατική παροχή, σε κάλυψη των νοσηλίων από ιδιώτη ή ασφαλιστική εταιρεία σε κρατικό Νοσοκομείο,

4. Ιδιωτική πληρωμή με ιδιωτική παροχή, σε νοσηλεία σε ιδιωτικό Νοσοκομείο<sup>54</sup>.

Πρέπει να σημειωθεί βέβαια, ότι η κρατική πληρωμή μπορεί να αλλοιώνεται με άτυπες πληρωμές που έχουν ποικίλες μορφές και εξυπηρετούν διαφορετικούς σκοπούς. Κυμαίνονται από τα εκ των προτέρων δώρα, μέχρι τις εκ των υστέρων πληρωμές σε μετρητά, τα γνωστά «*φακελάκια*». Αυτές οι πληρωμές ή τα δώρα μπορεί να αποτελούν μέρος μίας κουλτούρας, στη χειρότερη περίπτωση όμως συνιστούν μορφή διαφθοράς, που υπονομεύει το σύστημα επίσημων πληρωμών, καθιστά άνιση την πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας και επηρεάζει, σε τελική ανάλυση, και τη φύση του συστήματος<sup>55,56</sup>.

Όταν το 1983 ψηφίστηκε από την Ελληνική Βουλή ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ ( ο Ν. 1397/1983), βασική επαγγελία και προσδοκία ήταν ότι το ΕΣΥ θα οδηγούσε σε αύξηση των δημοσίων δαπανών, με ταυτόχρονο περιορισμό των ιδιωτικών. Ο Ν. 1397/1983 δεν προέβλεπε όμως αποτελεσματικό μηχανισμό χρηματοδότησης και διαχείρισης, ενώ διαπνεόταν από έντονα κρατικιστική αντίληψη. Έτσι, επιχείρησε να περιορίσει τον ιδιωτικό τομέα, απαγορεύοντας την ανέγερση νέων κλινικών, επιτρέποντας όμως ιδιωτικές επενδύσεις στο διαγνωστικό τομέα. Κατά τον τρόπο αυτό όμως, δεν επιτεύχθηκε ο επιδιωκόμενος περιορισμός των ιδιωτικών δαπανών, αφού τα ολοένα αυξανόμενα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα με τις συμβάσεις τους επιβάρυναν και επιβαρύνουν ακόμη υπερβολικά τους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών ταμείων και τις ιδιωτικές δαπάνες

Υγείας. Ιδιαίτερα και μετά τη ρύθμιση του ΠΔ 247/91, που υπό την πίεση της πραγματικότητας επέτρεψε ξανά την ίδρυση, λειτουργία, μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών, καθώς και τη δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές, οι ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα παρουσίασαν αυξητική πορεία και έφθασαν, βοηθούσης και της παραοικονομίας, να είναι οι υψηλότερες στην Ευρώπη, με 44% του συνόλου των δαπανών για την υγεία, έναντι 26% του μέσου Ευρωπαϊκού όρου με στοιχεία του 2003. Τελικά, η βασική σημαντική επιτυχία του ΕΣΥ παρέμεινε η περιφερειακή ανάπτυξή του, που ανέκοψε τη ροή ασθενών προς Αθήνα και Θεσσαλονίκη και διευκόλυνε την πρόσβαση των πολιτών στις αποκεντρωμένες Μονάδες Υγείας<sup>57,58</sup>.

Εξάλλου ο Ν. 1397/83<sup>61</sup>, δεν έλαβε υπόψη την εξελισσόμενη οικονομική κρίση, ενώ πρέπει να σημειωθεί και ότι η ανάπτυξη του ΕΣΥ στην Ελλάδα συνέπεσε με την κρίση του Κράτους Πρόνοιας διεθνώς, γεγονός που σημαίνει ότι, οι πόροι που διατίθενται, προκειμένου να καλύπτεται η αυξανόμενη συνεχώς ζήτηση, είναι περιορισμένοι. Έτσι οι δαπάνες για την Υγεία, με βάση το ποσοστό επί του ΑΕΠ, ανέρχονται στην Ελλάδα στο 5-5,5% ως δημόσιες δαπάνες και στο 8,5% περίπου ως συνολικές δαπάνες, συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών. Αλλά και τα αντίστοιχα ποσοστά στην ΕΕ (των 15 χωρών) είναι αναλογικά περιορισμένα και ανέρχονται στο 6,5-7% και στο 9% του ΑΕΠ.

Η ισότητα και ποιότητα, αφενός, και η συγκράτηση του κόστους, αφετέρου, αποτελούν τα ζητούμενα για την επιτυχία του ΕΣΥ, αντιμετωπίζουν όμως εγγενείς δυσκολίες στην επίτευξή τους. Έτσι, η ποιότητα πρέπει να περιλαμβάνει την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών Υγείας, αλλά και την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Η συγκράτηση του κόστους, αφετέρου, είναι όρος βιωσιμότητας για το Σύστημα. Οι στόχοι όμως αυτοί συχνά αλληλο-αποκλείονται. Η επίτευξη ισότητας σημαίνει θυσίες στην ποιότητα, ενώ η βελτίωση της ποιότητας συνεπάγεται αύξηση του κόστους ενδεχομένως και μείωση της ισότητας, κ.ο.κ. Για τους λόγους αυτούς, σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες αναζητούνται λύσεις σε νέα σχήματα οργάνωσης και χρηματοδότησης. Πρόσθετο πρόβλημα στην Ελλάδα είναι ότι οι κυβερνήσεις, όταν νομοθετούν για ζητήματα πολιτικής Υγείας, έχουν παγίως κατά νου μόνο το Δημόσιο Τομέα και ειδικότερα τα Νοσοκομεία. Κατά συνέπεια, ο Ιδιωτικός Τομέας αναπτύσσεται ανεξάρτητα και η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των δύο αυτών τομέων έχει τελικά ζημιογόνες συνέπειες, τόσο για τους πολίτες όσο και για το Σύστημα. Επί παραδείγματι, δεν υπάρχει θεσμικό πλαίσιο σύναψης συμβάσεων του δημόσιου Νοσοκομείου με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ συγχρόνως τα Νοσοκομεία αδυνατούν λόγω του κλειστού νοσηλίου να τιμολογήσουν τις υπηρεσίες τους. Η αδυναμία συνεργασίας δημόσιων Νοσοκομείων με ιδιωτικές ασφαλιστικές στερεί από τα Νοσοκομεία πόρους, από τους ασθενείς το δικαίωμα επιλογής και από τις ασφαλιστικές εταιρείες το πλεονέκτημα του ανταγωνισμού μέσω των πολλαπλών επιλογών Ιδιωτικών και Δημοσίων Ιδρυμάτων<sup>59</sup>.

## 4.2 Διαφοροποίηση της Πολιτικής Υγείας ανάμεσα στη δεκαετία του '80 και σήμερα

Κεντρική φιλοσοφία του ιδρυτικού Ν. 1397/83<sup>61</sup> του ΕΣΥ αποτέλεσε η ανάληψη από το κράτος της ευθύνης παροχής καθολικών υπηρεσιών Υγείας σε όλους τους πολίτες του, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου ή οικονομικής δυνατότητας.

Σε συνδυασμό με τις διατάξεις των μεταγενέστερων Ν. 1902/90<sup>62</sup>, Ν. 2071/92<sup>63</sup>, Ν. 2519/97<sup>64</sup>, Ν. 2889/01<sup>65</sup>, Ν. 3304/03<sup>66</sup> και, τέλος, του πρόσφατου Ν. 3329/05<sup>67</sup>, το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει, όπως προαναφέρθηκε, χαρακτηριστικά ενός μεικτού συστήματος. Έτσι περιέχει χαρακτηριστικά του Κρατικού προτύπου της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, με χρηματοδότηση της μισθοδοσίας προσωπικού, του εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας και των έργων από το κράτος μέσω προγραμμάτων δημοσίων επενδύσεων ή μέσω των κοινοτικών προγραμμάτων. Επίσης όμως περιέχει και χαρακτηριστικά των υπηρεσιών Υγείας του μοντέλου της Κοινωνικής Ασφάλισης της Γερμανίας, με χρηματοδότηση, μέσω των ασφαλιστικών εισφορών εργοδοτών, ασφαλισμένων ή και του κράτους στα πλαίσια τριμερούς χρηματοδότησης<sup>59</sup>.

Τέλος, η αδυναμία κάλυψης των λειτουργικών δαπανών των υπηρεσιών Υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία οδηγεί συχνά σε πρόσθετες κρατικές παρεμβάσεις μέσω νομοθετικών ρυθμίσεων και επιβεβαιώνει τον μεικτό χαρακτήρα του συστήματος. Πρέπει να τονισθεί ότι όλες οι μέχρι σήμερα αναθεωρήσεις και τροποποιήσεις δε μετέβαλαν το δημόσιο χαρακτήρα του ΕΣΥ, ενώ η κυριότητα και ο έλεγχος των συντελεστών παραγωγής παρέμειναν κρατικά κατά βάση<sup>60</sup>.

## 4.3. Προϋπάρχουσες ρυθμίσεις - Μορφές Σύμπραξης Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα στο χώρο της Υγείας - Ευρωπαϊκή εμπειρία

Με τις διατάξεις των προηγθέντων Νόμων (Ν. 2646/98, Ν. 2889/01, Ν. 2955/01, Ν. 3204/03) και Προεδρικών Διαταγμάτων (ΠΔ 346/98<sup>68</sup>, ΠΔ 18/2000<sup>69</sup>), εφαρμόσθηκε ήδη, σε περιορισμένους τομείς της Υγείας, Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα. Η εμπειρία της εφαρμογής των διατάξεων αυτών έχει ήδη δώσει θετικά αποτελέσματα, καθώς τα Νοσοκομεία ανέθεσαν το έργο της καθαριότητας και της φύλαξης των κτιρίων τους σε ιδιωτικούς φορείς, με διατήρηση, αν όχι βελτίωση, των αντιστοίχων υπηρεσιών και περιορισμό του κόστους κατά 20% περίπου.

Ακόμη, με τις ίδιες διατάξεις δόθηκε η δυνατότητα στα Νοσοκομεία να αναθέσουν με συμβάσεις ορισμένου χρόνου την τροφοδοσία και τη σίτιση σε ιδιωτικούς φορείς. Μέσω των συμβάσεων αυτών εξασφαλίσθηκε επιπλέον ο αναγκαίος χρόνος για την ανακατασκευή πεπαλαιωμένων υποδομών των μαγειρείων, ένα πρόσθετο δηλαδή διαχρονικό όφελος για το Νοσοκομείο.

Εξάλλου η δυνατότητα προμήθειας μεγάλων και δαπανηρών μηχανημάτων, όπως αξονικών, μαγνητικών τομογράφων κ.α. με τη μέθοδο leasing, χωρίς καταβολή τιμήματος από την πλευρά του Νοσοκομείου, με τραπεζική χρηματοδότηση και εξόφληση κατά ιατρική πράξη, για ορισμένο χρονικό διάστημα που προ-συμφωνείται με τον

προμηθευτή, εξασφαλίζει εκτός από την αγορά υψηλού κόστους ιατρό-τεχνολογικού εξοπλισμού και τη δυνατότητα ανανέωσής του μετά την εξόφληση.

Η ενεργοποίηση ενός πληρέστερου νομικού πλαισίου Σύμπραξης Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα, με βάση την εμπειρία που αποκτήθηκε, θεωρείται πλέον απολύτως απαραίτητη, για την ανάπτυξη του χώρου του Δημόσιου Τομέα της Υγείας που υστερεί, κυρίως από άποψη ανακαίνισης, ανανέωσης εγκαταστάσεων και εξοπλισμού.

Το γεγονός, επίσης, ότι τα επόμενα χρόνια τα κοινοτικά κονδύλια προβλέπεται να μειωθούν, ενώ οι ανάγκες Υγείας θα αυξηθούν, οδηγεί στην αναζήτηση νέων πηγών χρηματοδότησης. Φαίνεται ότι η Σύμπραξη Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα θα αποτελέσει το απαραίτητο εργαλείο πρώτης γραμμής για την εξασφάλιση της ανάπτυξης. Με τη Σύμπραξη δημόσιων και ιδιωτικών φορέων μέσω συμβάσεων και τη συνεργασία του Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα, πολλά παλαιά Νοσοκομεία θα μπορούσαν να ανακατασκευασθούν ή να ανακαινισθούν, ενώ η σύμπραξη αυτή φαίνεται ως η μοναδική δυνατότητα, ώστε ο Δημόσιος Τομέας να αρχίσει και πάλι να αναπτύσσεται.

Πρόκειται για ένα σύστημα που εφαρμόζεται εδώ και χρόνια στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης όπως η Μ. Βρετανία, η Γαλλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία και άλλες. Στη Μ. Βρετανία χαρακτηριστικά, τα 64 από τα 68 μεγάλα έργα στο χώρο της Υγείας υλοποιούνται ήδη με τη μέθοδο της Σύμπραξης και συνολικό προϋπολογισμό 16 δις ευρώ, ενώ μόλις 4 διαθέτουν δημόσια χρηματοδότηση και προϋπολογισμό 290 εκατ. ευρώ. Ακολουθώντας το βρετανικό παράδειγμα στην Ισπανία, αναμένεται να ανακαινιστούν 14 δημόσια Νοσοκομεία. Στη Γαλλία βρίσκονται σε εξέλιξη 11 σχετικά σχέδια και 20 είναι υπό εξέταση, ενώ η Πορτογαλία και η Σουηδία έχουν προχωρήσει σε παρεμβάσεις στο Σύστημα Υγείας τους με το σύστημα των Συμπράξεων Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα. Η εμπειρία σε αυτές τις χώρες έχει δείξει ότι επιτυγχάνεται χαμηλό κόστος λειτουργικότητας, με ταυτόχρονη εξασφάλιση βελτιωμένων επιπέδων ποιότητας<sup>73</sup>.

Στη κατεύθυνση αυτή, με βάση τη στρατηγική της Λισσαβόνας, το Υπουργείο Υγείας, σε συνεννόηση και με την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων, προγραμματίζει πιλοτικές εφαρμογές σε τρεις κατηγορίες έργων, τα οποία θα γίνουν με αυτοχρηματοδότηση και αφορούν σε υποστηρικτικές υπηρεσίες Υγείας, αξιοποίηση ακινήτων και συστήματα πληροφορικής. Σε κάθε περίπτωση διατηρείται ο Δημόσιος χαρακτήρας της εκμετάλλευσης των έργων, αφού θα εκχωρηθούν μόνο υποστηρικτικές δραστηριότητες, όπως ασφάλεια, σίτιση, καθαριότητα, συντήρηση εγκαταστάσεων κ.λπ., που και σήμερα εκχωρούνται σε ιδιώτες, αλλά με μη ελέγξιμο και χωρίς τον πλέον συμφέροντα πολλές φορές τρόπο. Οι Οργανισμοί που θα υπαχθούν σε ανάλογες μορφές χρηματοδότησης θα καταβάλλουν, για υποστηρικτικές υπηρεσίες, μηνιαίο ή ετήσιο προκαθορισμένο τίμημα, με βάση τη σύμβαση που θα προκύψει από διαγωνισμό Τραπεζικών Οίκων, σε συνεργασία με κατασκευαστικές εταιρείες. Παράλληλα, θα μπου αυστηρά κριτήρια για να διασφαλιστεί ότι η ποιότητα της παροχής υπηρεσιών θα είναι υψηλή. Στόχος είναι η μείωση του κόστους λειτουργίας αυτών των έργων μέχρι και 60%.

Εξάλλου, ο εκσυγχρονισμός του πλαισίου λειτουργίας για τη διαχείριση έργων κατασκευής νέων Νοσοκομειακών - Νοσηλευτικών Μονάδων, μέσω της Δημόσιας Επι-



χείρισης Ανάπτυξης Νοσοκομειακών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ) ή άλλου φορέα που θα τη διαδεχθεί στο μέλλον, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εύρυθμη λειτουργία της αγοράς του κατασκευαστικού κλάδου. Στην κατεύθυνση αυτή υλοποιείται η αναδιοργάνωση της ΔΕΠΑΝΟΜ, μέσω της εταιρείας εξοικονόμησης ενέργειας ΑΣΠΡΟΦΟΣ, θυγατρικής της ΕΛΠΕ (Ελληνικά Πετρέλαια), που διαθέτει εξειδικευμένη εμπειρία σε μεγαλύτερης επικινδυνότητας έργα, καθώς και ο σχεδιασμός υποκατάστασης της ΔΕΠΑΝΟΜ με νέο διάγραμμα και στόχο την αγορά της Νοτιοανατολικής Ευρώπης. Επιδίωξη είναι η μείωση του κόστους των κατασκευαστικών συμβάσεων έως και 20%<sup>70</sup>.

#### **4.4. Πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση για Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) - Συνταγματική Συμβατότητα των ΣΔΙΤ στο χώρο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

Με τη ψήφιση του Ν. 3389/2005<sup>71</sup>, η Κυβέρνηση προσπαθεί να εκμεταλλευτεί την εμπειρία, την τεχνογνωσία, τους πόρους και τις εν γένει δυνατότητες των ιδιωτικών φορέων μέσω συνεργασιών με δημόσιους φορείς, ως μια πρόσφορη συμπληρωματική λύση για την εκτέλεση έργων και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες.

Από τη διεθνή, αλλά και την εγχώρια εμπειρία, προκύπτουν ποικίλα και σημαντικά οφέλη από τις Συμπράξεις, όπως:

- η έγκαιρη και προσήκουσα ολοκλήρωση των απαιτούμενων έργων με συγκράτηση του κόστους τους,
- η καλύτερη και αποτελεσματικότερη εποπτεία της εκτέλεσης των έργων ή της παροχής των υπηρεσιών, λόγω εμπλοκής των ιδιωτικών φορέων, με ευνόητο συμφέρον για την έγκαιρη καταγραφή και αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων,
- η μετάθεση της υποχρέωσης καταβολής του τιμήματος σε μεταγενέστερο χρόνο, η τμηματική καταβολή του και, ως εκ τούτου, η δυνατότητα εκτέλεσης περισσότερων έργων ταυτόχρονα,
- η μεταβίβαση στους ιδιωτικούς φορείς ενός μεγάλου μέρους των κινδύνων (επιχειρηματικού, χρηματοδοτικού, κατασκευαστικού, κ.λπ.) που συνδέονται με το αντικείμενο της Σύμπραξης,
- η αποφυγή της επιβάρυνσης του Δημόσιου Χρέους,
- η μεταφορά της εμπειρίας και τεχνογνωσίας των ιδιωτικών φορέων στο Δημόσιο,
- η αξιοποίηση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων των δημοσίων φορέων. Ο νόμος για τις Συμπράξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα δημιούργησε πλέον το αναγκαίο θεσμικό πλαίσιο που θα ενθαρρύνει την εκτέλεση έργων και την παροχή υπηρεσιών, μέσω Συμπράξεων. Σύμφωνα με το θεσμικό αυτό πλαίσιο:
- συστήνεται συλλογικό κυβερνητικό όργανο που θα εξειδικεύει την κυβερνητική πολιτική και θα λαμβάνει τις σχετικές αποφάσεις, καθώς και
- διοικητική υπηρεσία, Ειδική Γραμματεία, που θα έχει την ευθύνη υποστήριξης των εμπλεκόμενων κάθε φορά δημοσίων και ιδιωτικών φορέων κατά την ανάθεση και υλοποίηση των συμβάσεων Σύμπραξης,

- παρέχονται επίσης κίνητρα τόσο στους δημόσιους όσο και στους ιδιωτικούς φορείς, ώστε να επιλέγουν τη μέθοδο Συμπράξεων για τα έργα ή τις υπηρεσίες που επιθυμούν να εκτελέσουν ή να παράσχουν, ενώ προβλέπεται και η διαδικασία για την άρση νομικών και πρακτικών προβλημάτων που ενδέχεται να προκύψουν κατά την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών μέσω Συμπράξεων.

Η εμπειρία που υπάρχει, από την εκτέλεση έργων με το σύστημα παραχώρησης της εκμετάλλευσης, όπως στη Ζεύξη Ρίου -Αντιρρίου, στην Αττική Οδό, στο αεροδρόμιο Ελευθέριος Βενιζέλος, αλλά και από την παροχή υπηρεσιών και στον Τομέα της Υγείας, όπως η φύλαξη και η καθαριότητα Νοσοκομείων από ιδιώτες, συνηγορεί στο ότι η μέθοδος των Συμπράξεων, πέρα από το οικονομικό όφελος, θα συμβάλλει και στην επίτευξη ευρύτερων στόχων ανάπτυξης, απασχόλησης και κοινωνικής συνοχής<sup>72</sup>.

#### **4.5. Συνταγματική συμβατότητα Σύμπραξης Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

Το Σύνταγμα στο άρθρο 21 παράγραφος 3 ορίζει ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων». Ιδρύεται, δηλαδή, ευθεία υποχρέωση του κράτους για τη λήψη θετικών μέτρων για την προστασία της Υγείας των πολιτών (ΣτΕ 3292/1998). Η κρατική υποχρέωση που συνάγεται από την εν λόγω συνταγματική διάταξη για την παροχή υπηρεσιών Υγείας υψηλού επιπέδου συνοδεύεται επίσης από το δικαίωμα των πολιτών να απαιτήσουν την πραγμάτωση αυτής της υποχρέωσης (ολ ΣτΕ 400/1986, ΤοΣ 1986. 433 επ.). Τούτο ωστόσο δε συνεπάγεται τον αποκλεισμό της ιδιωτικής πρωτοβουλίας από την παροχή υπηρεσιών Υγείας και την επιβολή κρατικού μονοπωλίου, όπως δέχεται και η σχετική νομολογία (ΣτΕ 1374/1997, ΕλλΔνη 1997. 1383 επ.). Εν πάση όμως περιπτώσει, το κοινωνικό δικαίωμα του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος, στα πλαίσια της «ήπιας» κανονικότητας που του αναγνωρίζεται, αφαιρεί από το νομοθέτη τη δυνατότητα υπαναχώρησης από το υγειονομικό κεκτημένο, υπό την έννοια της κατάργησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας<sup>73-75</sup>.

Σε μια εποχή παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης και δημοσιονομικής στενότητας, η Σύμπραξη Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα αποτελεί το αναγκαίο - αλλά συμπληρωματικό - εργαλείο για την ενίσχυση του Συστήματος Υγείας σε ρεαλιστική βάση, με την εξεύρεση και διάθεση πόρων από τον Ιδιωτικό Τομέα για τη βελτίωση των υποδομών και των εν γένει υπηρεσιών.

Με το νόμο Ν. 3389/2005, όχι μόνο δεν θίγεται η Συνταγματική επιταγή του άρθρου 21, αφού οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες θα συνεχίσουν να παρέχονται από το Δημόσιο και μάλιστα αναβαθμισμένες, αλλά αντιθέτως αποκτά ουσιαστικό περιεχόμενο ο επανορθωτικός και αναδιανεμητικός χαρακτήρας του δικαιώματος στην Υγεία, μέσα στο πλαίσιο της ανταγωνιστικής οικονομίας της αγοράς<sup>76,77</sup>. Στην ίδια κατεύθυνση, προβλέπεται ρητώς ότι εξαιρούνται από το αντικείμενο των Συμπράξεων μόνον οι

δραστηριότητες που ανήκουν σύμφωνα με το Σύνταγμα *«άμεσα και αποκλειστικά στο Κράτος»*, όπως η Εθνική Άμυνα, η Δικαιοσύνη, η Αστυνόμευση και η ευθύνη εκτέλεσης ποινών που επιβάλλονται από τα ποινικά δικαστήρια. Συγχρόνως, καθορίζεται τόσο το ευρύτερο πλαίσιο όσο και οι επιμέρους ρυθμίσεις που αφορούν στις *«Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ)»* για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών. Ειδικότερα, προσδιορίζονται οι δημόσιοι φορείς που περιλαμβάνονται στην έννοια *«Δημόσιος Τομέας»* και στους οποίους επιτρέπεται να προβαίνουν στη σύναψη συμβάσεων ΣΔΙΤ. Από την άλλη, οι ιδιωτικοί φορείς συμμετέχουν στις εν λόγω συμβάσεις μέσω εταιρειών ειδικού σκοπού, οι οποίες συνιστώνται αποκλειστικά για τους σκοπούς της Σύμπραξης, έχουν έδρα την Ελλάδα και λειτουργούν σύμφωνα με την οικεία νομοθεσία περί ανωνύμων εταιρειών.

#### **4.6. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ΣΔΙΤ**

Στην κατεύθυνση υλοποίησης των δυνατοτήτων που δίνει ο νόμος για τις ΣΔΙΤ αναμένεται σύντομα από το Υπουργείο Υγείας η προκήρυξη ανοικτού δημόσιου διεθνούς διαγωνισμού για την πρόσληψη χρηματοοικονομικού συμβούλου, ο οποίος θα έχει την ευθύνη του σχεδιασμού, της έρευνας αγοράς για επενδυτές, της διαμόρφωσης του πλαισίου του διαγωνισμού, της δημοπράτησης και της επιλογής και ανάδειξης του τελικού αναδόχου επενδυτή. Οι υπηρεσίες του συμβούλου είναι απαραίτητες λόγω της πολυπλοκότητας των συμβάσεων των Συμπράξεων, που απαιτούν συγκεκριμένη τεχνογνωσία για την ολοκλήρωση των διαδικασιών. Με την υποστήριξή του, θα είναι δυνατή η διαπραγμάτευση με καλύτερους όρους με τους ιδιώτες επενδυτές και η βεβαιότητα ότι θα διασφαλισθεί το δημόσιο συμφέρον στη μακροχρόνια σύμβαση συνεργασίας με έναν ιδιώτη.

Εξάλλου σύμφωνα με σχετικές ανακοινώσεις του υπουργού, κ. Νικήτα Κακλαμάνη, το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει ήδη προγραμματίσει με ΣΔΙΤ τρία μεγάλα έργα:

Ένα νέο Γενικό Νοσοκομείο 800 κλινών στην Αθήνα, σε αντικατάσταση αντίστοιχου υπάρχοντος παλαιού Νοσοκομείου που θα αποφασισθεί με βάση τις ανάγκες του υγειονομικού χάρτη. Εν προκειμένω, είναι γνωστό ότι ορισμένα Νοσοκομεία λειτουργούν σε κτιριακές δομές ακόμη και του προ-προηγούμενου αιώνα και είναι εύκολα αντιληπτή η βελτίωση που θα προκύψει.

Το δεύτερο μεγάλο έργο αφορά το Εθνικό Κέντρο Μεταμοσχεύσεων, 250 κλινών, στο οποίο θα ενσωματωθούν όλα τα επί μέρους κέντρα μεταμοσχεύσεων και θα αναπτυχθεί σε χώρο που θα επιλεγεί με κριτήριο την άμεση πρόσβαση για την ταχεία μεταφορά των μοσχευμάτων. Για το έργο αυτό, το Υπουργείο βρίσκεται σε στενή συνεργασία με διαπρεπή Έλληνα Διευθυντή αντίστοιχου Κέντρου στο Μαϊάμι, τον καθηγητή κ. Ανδρέα Τζάκη, σχετικά με τις προδιαγραφές που πρέπει να έχει το Εθνικό Κέντρο Μεταμόσχευσης, σύμφωνα με την εμπειρία των ΗΠΑ.

Τέλος το τρίτο μεγάλο έργο αφορά σε ένα Παιδιατρικό Νοσοκομείο 400 κλινών στη Θεσσαλονίκη, που θα καλύψει τις ανάγκες όλης της Βόρειας Ελλάδας και αποτελεί κυβερνητική προγραμματική δέσμευση για την Υγεία.

Τα παραπάνω Νοσοκομεία θα ενταχθούν στο ΕΣΥ, η δε πρόσβαση των πολιτών θα είναι ισότιμη και ελεύθερη, με κάλυψη από τον ασφαλιστικό τους φορέα. Το προσωπικό των Νοσοκομείων, πλην των υποστηρικτών υπηρεσιών, θα ανήκει στο ΕΣΥ και θα εργάζεται σε ένα σύγχρονο περιβάλλον, δημιουργούμενων έτσι των προϋποθέσεων για αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Η πραγματοποίηση των έργων αυτών γίνεται ακριβώς με την προϋπόθεση διατήρησης του δημόσιου χαρακτήρα τους και με διαφανείς διαδικασίες, μέσα από την διενέργεια ανοικτού δημόσιου διεθνούς διαγωνισμού. Θα επιλεγεί ιδιωτική εταιρεία ή κοινοπραξία εταιρειών που θα αναλάβει με τους πιο συμφέροντες, για το Δημόσιο, όρους και με δικό της κόστος τη δημιουργία των νέων Νοσηλευτικών Μονάδων. Ταυτόχρονα θα παραχωρηθεί, στην εταιρεία ή στην κοινοπραξία, για μεγάλο χρονικό διάστημα που θα κυμαίνεται από 20-30 έτη, η εκμετάλλευση των μη κλινικών υποστηρικτών υπηρεσιών του Νοσοκομείου, όπως η εστίαση, η καθαριότητα, η φύλαξη, καθώς και η συντήρηση των υποδομών, για τις οποίες θα καταβάλλεται συμψηφιστικά αντίτιμο από τους κρατικούς φορείς, για την απόσβεση της ιδιωτικής επένδυσης. Για την επιτυχή εφαρμογή του καινούριου αυτού θεσμού, βασική προϋπόθεση αποτελεί η εξασφάλιση ομαλής συνεργασίας των δύο μερών, με τον καθορισμό συγκεκριμένων προδιαγραφών και την αυστηρή παρακολούθηση και τήρηση της εφαρμογής των συμφωνημένων.

Ο ιδιώτης επενδυτής που τελικά θα επιλεγεί μέσω του διαγωνισμού, θα σχεδιάσει, θα κατασκευάσει, θα χρηματοδοτήσει το έργο και θα αναλάβει τη συντήρησή του για όλο το χρονικό διάστημα της σύμβασης, γεγονός που θα αποτελεί και κίνητρο για αρτιότερες κατασκευές. Συγχρόνως, η σύμβαση θα προβλέπει τον έλεγχο της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Έτσι ο ιδιώτης επενδυτής θα υποχρεώνεται να παρέχει συγκεκριμένο επίπεδο υπηρεσιών που καθορίζεται από το Δημόσιο, ενώ στην αντίθετη περίπτωση μη τήρησης των όρων θα προβλέπεται επιβολή προστίμων και κατάπτωση ποινικών ρητρών.

Ήδη, σύμφωνα με πρόσφατες ανακοινώσεις του υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την κατασκευή των τριών αυτών Νοσηλευτικών Μονάδων με τη μέθοδο της Σύμπραξης Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα, υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον, ενώ επιπλέον υπάρχει και πληθώρα άλλων προτάσεων για σειρά έργων στο χώρο της Υγείας, των οποίων προγραμματίζεται η υλοποίησή<sup>78,79</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα. Η εφαρμογή τους στον τομέα της Υγείας.

#### Εισαγωγή

Οι Συμπράξεις Δημοσίου - Ιδιωτικού Τομέα αποτελούν συμβατικές σχέσεις μακράς διάρκειας, οι οποίες συνάπτονται μεταξύ ενός Δημόσιου και ενός Ιδιωτικού Φορέα για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών. Με βάση τη σύμβαση που συνάπτεται, ο Ιδιωτικός Φορέας υποχρεούται να χρηματοδοτήσει την επένδυση, ενώ αναλαμβάνει και σημαντική ευθύνη για το σχεδιασμό του έργου. Ο Ιδιωτικός Φορέας αμείβεται κατά τη διάρκεια της φάσης της λειτουργίας του έργου, είτε απευθείας από τους χρήστες, είτε χρεώνοντας σε ετήσια βάση την Αναθέτουσα Αρχή, είτε, σε ορισμένες περιπτώσεις, και από τους δύο.

Ουσιαστικά, επομένως, μέσα από τις Συμπράξεις Δημοσίου - Ιδιωτικού Τομέα, ο ρόλος του Δημόσιου Τομέα αλλάζει και εξειδικεύεται στην παρακολούθηση και τον έλεγχο της σωστής τήρησης των προδιαγραφών απόδοσης που θέτει στον Ιδιώτη της σύμβασης ΣΔΙΤ.

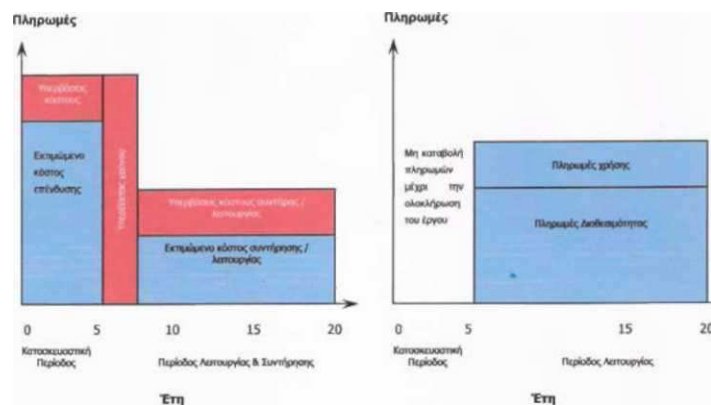
Τα τελευταία χρόνια έχουν συναφθεί ΣΔΙΤ σε πολλούς τομείς της αρμοδιότητας του δημοσίου, στο χώρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ιδιαίτερα στη Μεγάλη Βρετανία.

Η αύξηση των ΣΔΙΤ οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Αφενός, λόγω των δημοσιονομικών περιορισμών που αντιμετωπίζουν τα κράτη μέλη, οι ΣΔΙΤ ανταποκρίνονται στην ανάγκη του δημοσίου τομέα για ιδιωτική χρηματοδότηση και, αφετέρου, προσφέρουν στο δημόσιο τομέα τη δυνατότητα να επωφεληθεί από την τεχνογνωσία και τις μεθόδους λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα, ώστε να βελτιώσει με ταχείς ρυθμούς υποδομές και παρεχόμενες υπηρεσίες<sup>80</sup>.

Ο προσδιορισμός των κινδύνων που συνδέονται με το έργο και ο επιμερισμός τους ανάμεσα στο Δημόσιο και τον Ιδιωτικό τομέα με βάση το ποιος μπορεί να τους χειριστεί και να τους ελέγξει καλύτερα, μπορεί να αποτελέσει ίσως το πιο σημαντικό όφελος, αλλά και τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τις συνεργασίες αυτές<sup>81</sup>.

Σε κάθε περίπτωση, οι διαδικασίες ΣΔΙΤ προϋποθέτουν υψηλό επίπεδο προετοιμασίας και ισχυρούς φορείς υλοποίησης - διαχείρισης των έργων. Η υιοθέτηση μιας διαδικασίας ΣΔΙΤ πρέπει πάντα να τεκμηριώνεται και να υιοθετείται μόνο εάν έχει πράγματι πρόσθετη αξία, τόσο από οικονομική όσο και από κοινωνική άποψη, να λαμβάνονται δε υπόψη οι μακροχρόνιες δεσμεύσεις και τα έξοδα συναλλαγών που, συχνά, είναι μεγάλα<sup>81</sup>. Όσο αυτές οι προϋποθέσεις δεν επιτυγχάνονται, υπάρχουν σοβαροί κίνδυνοι αποτυχίας των έργων ΣΔΙΤ, με απρόβλεπτες συνέπειες, λόγω των μακροχρόνιων συμβάσεων και δεσμεύσεων που αναλαμβάνονται.

Στο διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι βασικές διαφορές ανάμεσα στις διαδικασίες δημοπράτησης παραδοσιακών προμηθειών του Δημοσίου και τις διαδικασίες δημοπράτησης έργων ΣΔΙΤ.



**Διάγραμμα 1:**

Διαφορές συμβάσεων Δημοσίων έργων με συμβάσεις ΣΔΙΤ ως προς το χρόνο και το κόστος (Πηγή: IFS / PWC)

### 5.1. Κρίσιμοι παράγοντες για την επιτυχή ανάπτυξη συμβάσεων μορφής ΣΔΙΤ

Μια σειρά από παράγοντες θεωρούνται κρίσιμοι για την επιτυχή ανάπτυξη και εφαρμογή συμβάσεων σύμπραξης Δημόσιων και Ιδιωτικών φορέων. Οι κυριότεροι από αυτούς είναι:

- Η ανάγκη στρατηγικού σχεδιασμού των ΣΔΙΤ.
- Η ιεράρχηση και οριοθέτηση των έργων.
- Η αποδοχή των έργων από Τραπεζικά Ιδρύματα και η ανάλυση και πρόβλεψη του μακροπρόθεσμου κόστους αυτών.
- Η ισχυρή κοινοπραξία ιδιωτών.
- Η ενδελεχής και ρεαλιστική μελέτη κόστους - οφέλους.
- Η τεχνική εφικτότητα του έργου.
- Η διευκρίνιση της κτήσης των Πνευματικών Δικαιωμάτων των μελετών, των εφαρμοζόμενων καινοτομιών κλπ.
- Η συνεχής βελτίωση της διαχείρισης των ΣΔΙΤ από το Δημόσιο.
- Ο ορθολογικός επιμερισμός των κινδύνων.
- Η μεγιστοποίηση της σχέσης Αξίας - Κόστους (Value for Money).
- Η πολιτική στήριξη, η ισχυρή οικονομική πολιτική & το σταθερό μακρο-οικονομικό περιβάλλον.
- Η διαφάνεια κατά τη διαγωνιστική διαδικασία.
- Η κοινωνική αποδοχή.
- Η αλλαγή φιλοσοφίας Δημόσιου αλλά και Ιδιωτικού Τομέα<sup>82,83,84,85,86</sup>

Για μεγαλύτερη ανάλυση των πιο πάνω παραγόντων αυτοί θα πρέπει να εξετασθούν από διάφορες οπτικές γωνίες: τι μπορεί να κάνει το Δημόσιο, πως πρέπει να εμπλακεί ο Ιδιωτικός Τομέας και βέβαια που είναι απαραίτητη η άμεση συνεργασία τους.

## 5.2. Τύποι συνεργασιών δημοσίου - ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ). Κατηγορίες έργων

Το Πράσινο Βιβλίο της Ε.Ε. διακρίνει δύο είδη ΣΔΙΤ:

- 1) ΣΔΙΤ καθαρά συμβατικού τύπου, στις οποίες η σύμπραξη μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα βασίζεται σε αποκλειστικά συμβατικούς δεσμούς, και συγκεκριμένα πράξη ανάθεσης που χαρακτηρίζεται είτε ως δημόσια σύμβαση, είτε ως σύμβαση παραχώρησης.
- 2) ΣΔΙΤ θεσμοθετημένου τύπου, στις οποίες υπάρχει συνεργασία μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στο πλαίσιο ενός άλλου φορέα ΣΔΙΤ<sup>87</sup>.

Τα έργα που κατασκευάζονται με ΣΔΙΤ διακρίνονται σε ανταποδοτικά και μη ανταποδοτικά.

Ως **ανταποδοτικά** έργα ΣΔΙΤ νοούνται εκείνα τα έργα ή οι υπηρεσίες, στις οποίες, πέρα από τη χρηματοδότηση, το σχεδιασμό, την κατασκευή και τη συντήρησή τους, ιδιωτικοί φορείς αναλαμβάνουν και την εκμετάλλευσή τους. Από την εκμετάλλευση αυτή, μέσω της είσπραξης τελών από τους πολίτες για τη χρήση του έργου ή της υπηρεσίας, οι ιδιωτικοί φορείς αποπληρώνουν την αρχική χρηματοδότηση και προσδοκούν στην εξασφάλιση εύλογου κέρδους. Στην περίπτωση αυτή, οι ιδιωτικοί φορείς αναλαμβάνουν, πέρα από τους κινδύνους της χρηματοδότησης και της κατασκευής, και τον κίνδυνο της ζήτησης. Μετά το πέρας της συμβατικής περιόδου λειτουργίας το έργο μεταβιβάζεται στο Δημόσιο.

Συνήθη ανταποδοτικά έργα είναι τα συγκοινωνιακά (λιμάνια, αεροδρόμια, σιδηρόδρομοι, σταθμοί αυτοκινήτων κλπ), τα ενεργειακά έργα, έργα τουριστικής υποδομής κ.ά.<sup>88</sup>.

Ως **μη ανταποδοτικά** έργα ΣΔΙΤ νοούνται εκείνα τα έργα ή οι υπηρεσίες, στις οποίες δεν υπάρχει το στοιχείο της εκμετάλλευσης για τους ιδιωτικούς φορείς. Πρόκειται ουσιαστικά για κοινωνικού χαρακτήρα υποδομές ή υπηρεσίες, τις οποίες λειτουργεί το κράτος και απολαμβάνουν δωρεάν οι πολίτες. Σε τέτοια έργα, όπως για παράδειγμα τα σχολεία ή τα νοσοκομεία, οι ιδιώτες που αναλαμβάνουν την υλοποίησή τους αποπληρώνονται απ' ευθείας από το κράτος, ενώ αναλαμβάνουν τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση και την κατασκευή, όχι όμως και τον κίνδυνο της ζήτησης. Αντ' αυτού αναλαμβάνουν τον κίνδυνο της διαθεσιμότητας, δηλαδή τη διαχείριση και συντήρηση της υποδομής ή της υπηρεσίας, ώστε να την καθιστούν διαθέσιμη, για όσο χρόνο ορίζει η σύμβαση σύμπραξης.

Στην Ελλάδα, μέχρι πρόσφατα, δεν υπήρχε ένα πλήρες εξειδικευμένο νομοθετικό πλαίσιο, που να καλύπτει τη σύναψη των ΣΔΙΤ. Αυτό εισάγεται με το Ν. 3389/2005. Το νομοθετικό αυτό πλαίσιο επιχειρεί να ενθαρρύνει την εκτέλεση έργων και την παροχή υπηρεσιών μέσω Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα, λαμβάνοντας υπόψη την εμπειρία που υπήρχε από την εκτέλεση έργων με το σύστημα της παραχώρησης εκμετάλλευσης (όπως τα έργα της Αττικής Οδού ή της Ζεύξης Ρίου - Αντιρρίου), αλλά και τις σημαντικές προσπάθειες των τελευταίων χρόνων να υλοποιηθούν έργα με ιδιωτική χρηματοδότηση, αρκετά από τα οποία, όμως, οδηγήθηκαν σε αποτυχία λόγω διαφόρων παραγόντων, όπως η ελλιπής προετοιμασία της Αναθέτουσας Αρχής, η ανεπαρκής επιχειρηματική αιτιολόγηση ή η υπεραισιόδοξη εκτίμηση της βιωσιμότητάς τους.

### 5.3. Οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας

Οι ΣΔΙΤ, στις σημερινές συνθήκες της παγκοσμιοποίησης της οικονομίας, εμφανίζονται κατ' αρχήν ως μία «*λογική*» στρατηγική συνεργασίας. Η επιτυχής εφαρμογή τους, όμως, ιδιαίτερα στον υγειονομικό τομέα, θέτει προϋποθέσεις που αμφισβητείται ότι υπάρχουν στην Ελλάδα σήμερα.

Για να διερευνήσουμε το θέμα θα πρέπει να απαντήσουμε σε μια σειρά από ερωτήματα που αφορούν στο μέγεθος του οφέλους για το κράτος, στον ιδιώτη και στον πολίτη, τη μακροπρόθεσμη ασφάλεια του έργου, το μέγεθος της οικονομικής επιβάρυνσης των πολιτών και τη συμβατότητα της εφαρμογής των ΣΔΙΤ με τη Συνταγματική επιταγή της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για όλους, την επίδραση, δηλαδή, που θα έχει η γενικευμένη εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον κοινωνικό χαρακτήρα του Εθνικού Συστήματος Υγείας<sup>89</sup>.

Οι απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά δεν είναι απλές. Για να δοθούν θα πρέπει να διερευνηθούν μια σειρά από παράγοντες όπως: οι ιδιαιτερότητες του τομέα υγείας έναντι των άλλων τομέων εφαρμογής των ΣΔΙΤ, οι παράγοντες που επηρεάζουν την κλινική πρακτική, η σημερινή οικονομική κατάσταση και η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η επίπτωση της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, το διαμορφούμενο περιβάλλον και το επίπεδο οργάνωσης του Δημόσιου τομέα που θα κληθεί να εφαρμόσει τις συγκεκριμένες συμβάσεις, η συνεχής μεγέθυνση του ιδιωτικού τομέα υγείας, η κοινωνική διάσταση των ΣΔΙΤ και, τέλος, η εμπειρία από τις προσπάθειες άλλων χωρών στον τομέα αυτό ώστε να διδαχθούμε από τα λάθη τους. Παρά τις όποιες επιφυλάξεις, που έχουν εκφρασθεί και δημόσια με σειρά δημοσιευμάτων και επιστημονικών ανακοινώσεων, η εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα Υγείας ξεκινά και στη χώρα μας.

Ήδη, στον τομέα της Υγείας η πολιτεία έχει προχωρήσει στην ανακοίνωση και προώθηση συγκεκριμένων πρωτοβουλιών ανάπτυξης υποδομών Υγείας, με βάση το Ν.3389 του 2005 και έχει εκφράσει τη βούληση για την προώθηση και άλλων.

Οι υποδομές αυτές προβλέπεται να υλοποιηθούν ως μη ανταποδοτικά έργα, με συγκεκριμένους περιορισμούς όσον αφορά στο σκέλος της λειτουργίας και στο βαθμό ανάμιξης του Ιδιώτη. Συγκεκριμένα, αυτός αναλαμβάνει όλες τις υποστηρικτικές λειτουργίες εκτός από τον Ιατρικό και Νοσηλευτικό τομέα και το γενικό μάνατζμεντ, που προβλέπεται ότι θα παραμείνει υπό τον αποκλειστικό έλεγχο του Δημοσίου.

#### 5.3.1 Οι ιδιαιτερότητες του τομέα παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Στην κατεύθυνση εισαγωγής των ΣΔΙΤ, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι ιδιαιτερότητες που υπάρχουν στον τομέα της Υγείας. Αυτό θα μπορούσε να αποτρέψει σοβαρά λάθη. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- Η μοναδικότητα του ασθενή και η αδυναμία του να λάβει ο ίδιος αποφάσεις.



- Η ανάγκη συνεχούς τήρησης κανόνων ηθικής δεοντολογίας.
- Η κρισιμότητα των περιπτώσεων.
- Ο περιορισμένος αριθμός των δυνατών επιλογών & η ανάγκη άμεσης παρέμβασης.
- Η ιδιότητα του λειτουργού που χαρακτηρίζει όλους σχεδόν τους εργαζόμενους.
- Η ένταση οργάνωσης και διαχείρισης και ο τρόπος επιμερισμού της εξουσίας και της ευθύνης.
- Η ανάγκη ταυτόχρονης αντιμετώπισης πολλαπλών και καθημερινών κρίσιμων καταστάσεων<sup>90</sup>.

Σημαντικό ζήτημα προς διερεύνηση αποτελεί και ο τρόπος που θα επιδράσει η εφαρμογή των ΣΔΙΤ σε μια σειρά από παράγοντες που με τη σειρά τους επιδρούν άμεσα στην κλινική πρακτική και θα διαδραματίσουν ουσιαστικό ρόλο στην επιτυχία ή αποτυχία της όλης προσπάθειας. Χαρακτηριστικά, μπορούν να αναφερθούν : το θεσμικό πλαίσιο, οργανωτικοί και διοικητικοί παράγοντες, η ακολουθούμενη πολιτική, το περιβάλλον εργασίας, η αξιόπιστη παροχή επαρκών υλικών μέσων, παράγοντες ομάδας, παράγοντες προσωπικού, παράγοντες καθήκοντος, τα χαρακτηριστικά του ασθενή, παράγοντες δημοσιότητας κ.ά.<sup>91,91,92</sup>

### 5.3.2 Το χρηματοδοτικό πρόβλημα του ΕΣΥ

Έχει διαπιστωθεί ότι οι δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας. Στη χώρα μας το ποσοστό αυτό υπερβαίνει το 50%. Η τάση αυτή έχει οδηγήσει σε διόγκωση των δαπανών, αλλά και των ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, επιτείνεται δε από τις μεγάλες καθυστερήσεις πληρωμών που παρατηρούνται από την πλευρά των ασφαλιστικών ταμείων.

Η κατάσταση αυτή αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο εμφανίζει περιοδικότητα και επαναληψιμότητα, ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία και οφείλεται: στον τρόπο αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, με το ημερήσιο νοσήλιο, στην υποεκτίμηση του πραγματικού κόστους των υπηρεσιών, στην απουσία πραγματικών προϋπολογισμών και στην έλλειψη αξιόπιστων πολιτικών ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών<sup>93</sup>.

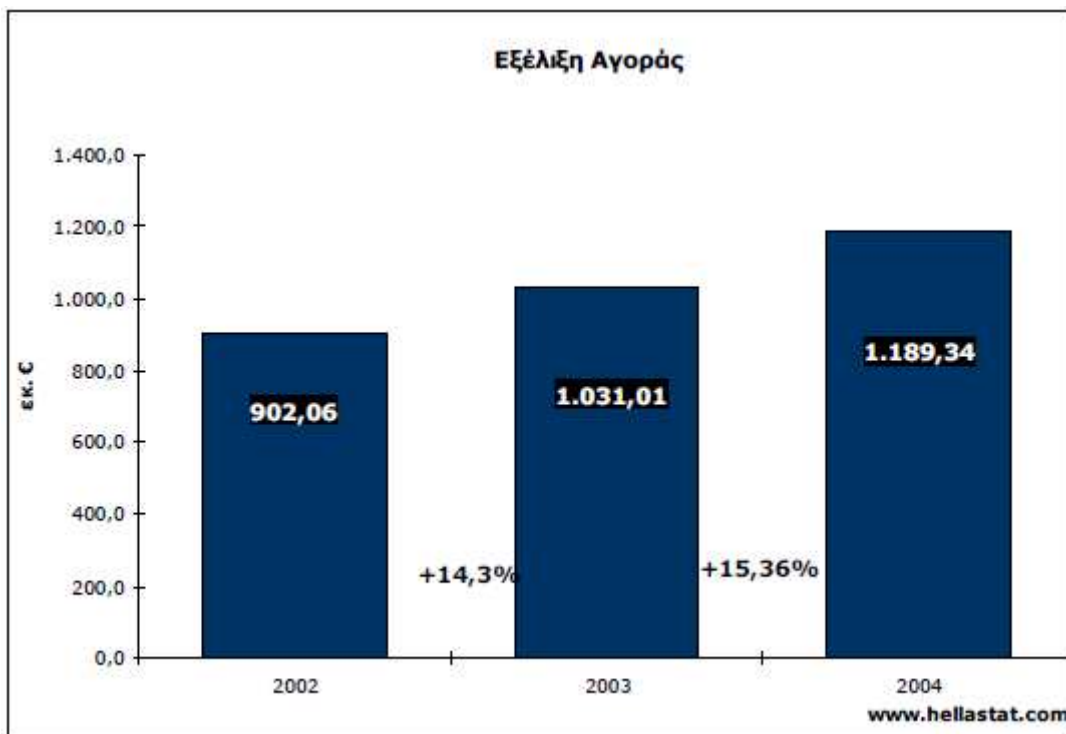
Η αποτυχία του ΕΣΥ να ανταποκριθεί στις σημερινές απαιτήσεις των πολιτών εκφράζεται, κυρίως, με ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή, αλλά και αδυναμίες που αφορούν στην ανταπόκριση του ανθρώπινου παράγοντα. Τα τελευταία χρόνια, παρά τις όποιες προσπάθειες εκσυγχρονισμού της Δημόσιας Υγείας, είναι κοινό μυστικό ότι η «*απαξίωση*» του Δημόσιου Τομέα της Υγείας συνεχώς διευρύνεται και εκφράζεται με μείωση της εμπιστοσύνης των πολιτών στους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών Υγείας<sup>94</sup>.

### 5.3.3. Ο ιδιωτικός τομέας της Υγείας στη χώρα μας

Ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές επιχειρήσεις βρίσκεται σε συνεχή ανοδική πορεία τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, εμφανίζοντας μέσο ρυθμό ανάπτυξης ύψους 12,5% ετησίως. Μια σειρά από ρυθμιστικούς, τεχνολογικούς, δημογραφικούς αλλά και αμιγώς επιχειρηματικούς παράγοντες διαμόρφωσαν το κατάλληλο πεδίο ανάπτυξης του συγκεκριμένου κλάδου και ειδικότερα:

- η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας, όπως αυτή περιγράφεται πιο πάνω,
- η ρύθμιση-απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα,
- η μεγάλη διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης,
- η άνοδος του βιοτικού επιπέδου,
- η γήρανση του πληθυσμού,
- η ταχύτατη εισαγωγή νέων ιατρικών μεθόδων στη διάγνωση, τη χειρουργική και την περίθαλψη.

Τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο - σχεδόν 4πλάσια σε σύγκριση με τη μέση επίδοση της ελληνικής οικονομίας - αποτέλεσαν το δέλεαρ για την προσέλκυση των τεράστιων απαιτούμενων επιχειρηματικών κεφαλαίων.



**Διάγραμμα 2:** Η εξέλιξη της αγοράς Ιδιωτικής Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας αντιστοιχεί σήμερα στο 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15 <sup>95</sup>.

Η Υγεία, σ' αυτές τις συνθήκες, διαμορφώνεται σε έναν προνομιακό χώρο εφαρμογής των ΣΔΙΤ για τον ιδιωτικό τομέα, που ανασυντάσσεται μέσα από συγχωνεύσεις, εξαγορές, στρατηγικές συμμαχίες με χρηματοπιστωτικούς οργανισμούς & διεθνή επιχειρηματικά κεφάλαια και ετοιμάζεται να υποδεχτεί τις νέες επενδυτικές ευκαιρίες<sup>96,97</sup>.

#### **5.3.4. Η περίπτωση της Μεγάλης Βρετανίας - Η εφαρμογή των ΣΔΙΤ στο NHS**

Οι ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας, διεθνώς, παρουσιάζουν ιδιαίτερη ποικιλομορφία. Σύμφωνα με τον καθηγητή κ. Μπένο: «στη χώρα μας, τα έως τώρα δεδομένα, υποδηλώνουν ότι η ηγεσία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης επέλεξε προς εφαρμογή το βρετανικό υπόδειγμα των ΣΔΙΤ, γνωστό και ως Κίνητρα Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (Private Finance Initiatives - PFIs).

Η δεκαετής όμως εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον νοσοκομειακό τομέα της Μεγάλης Βρετανίας θέτει σημαντικά ερωτήματα για την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των εν λόγω προγραμμάτων <sup>98</sup>.

Παρά τις όποιες αρχικές επιφυλάξεις, το σύστημα προχώρησε με γρήγορους ρυθμούς. Το 85% των νέων επενδύσεων στο NHS (94% των νέων νοσοκομείων) υλοποιούνται σήμερα μέσω PFI <sup>99</sup>.

Στις συνθήκες αυτές, όμως, οι δημόσιες δαπάνες υγείας εκτρέπονται όλο και περισσότερο προς τον ιδιωτικό τομέα, ενώ την ίδια στιγμή αμφισβητείται έντονα πλέον η οικονομική αποδοτικότητα των επενδύσεων (Value for money), δεδομένου ότι οι δαπάνες υγείας συνεχώς διογκώνονται. Από την άλλη πλευρά, φαινόμενα κακής ποιότητας, κακού σχεδιασμού, κτιρίων με ανεπαρκή διαρρύθμιση, παροχής χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών, επισημαίνονται σε πολλά νέα νοσοκομεία PFI <sup>100</sup>.

Έχει φανεί, στην πράξη, ότι τα προγράμματα PFI πολλές φορές κοστίζουν πολύ περισσότερο σε σχέση με τα παραδοσιακά προγράμματα δημόσιων επενδύσεων, δεσμεύοντας και μετακυλώντας τεράστια οικονομικά βάρη στις επόμενες γενεές φορολογουμένων, συνεπάγονται περικοπές υπηρεσιών, νοσοκομειακών κρεβατιών και προσωπικού με οικονομικά, και όχι κλινικά, κριτήρια επηρεάζοντας, τελικά, αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των νέων νοσοκομειακών υποδομών και συχνά χαρακτηρίζονται από φαινόμενα διαφθοράς και αδιαφάνειας. Τα εμπειρικά δεδομένα από τη Βρετανία δείχνουν ότι το συγκριτικά υψηλότερο κατασκευαστικό κόστος σε σχέση με τα προγράμματα δημοσίων επενδύσεων φθάνει έως και στο 77%, με παράλληλη μείωση κατά 30% των νοσοκομειακών κλινών και κατά 20% του προσωπικού <sup>101,102,103,104,105</sup>.

Από την άλλη πλευρά, η μεταφορά κινδύνου προϋποθέτει σημαντικές ποινές σε περίπτωση αθέτησης των συμφωνιών του συμβολαίου, ποινές οι οποίες όμως σπανίως

εφαρμόζονται στην πράξη. Σε περίπτωση αποτυχίας ή χρεοκοπίας του ιδιώτη, το δημόσιο καλείται να διασώσει και να διεκπεραιώσει το έργο <sup>102,106</sup>.

Αν αυτά συμβαίνουν στη "**φοβερή και τρομερή**" Αγγλική γραφειοκρατία, φαντάζεται κανείς τι μπορεί να γίνει στην Ελλάδα <sup>107</sup>, τη στιγμή μάλιστα που οι Βρετανοί, έχοντας δημιουργήσει ένα μόνιμο και ιδιαίτερα πολυάριθμο προσωπικό εμπειρογνομόνων, μπορούν τώρα να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και στον υπόλοιπο κόσμο. Το Ηνωμένο Βασίλειο μπορεί, για άλλη μια φορά, να εξάγει τις αποτυχίες του σαν επιτυχίες <sup>108</sup>. Ήδη, σήμερα, οι Βρετανοί εξάγουν την εμπειρία τους σε περισσότερες από 80 χώρες σε ολόκληρο τον κόσμο <sup>109,110</sup>.

#### **5.4. Ετοιμότητα εφαρμογής και αξιολόγηση της επιτυχίας των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας**

Μετά την παράθεση όλων αυτών των παραμέτρων, δημιουργούνται ερωτήματα για την ικανότητα του Δημόσιου τομέα να υλοποιήσει με επιτυχία το εγχείρημα των συμπράξεων με Ιδιώτες. Υπάρχουν σήμερα οι προϋποθέσεις; Μια σειρά στοιχείων συνηγορούν για το αντίθετο:

- Η Ελλάδα κατατάσσεται 54η χώρα παγκοσμίως, όσον αφορά στην εξάλειψη της διαφθοράς στον δημόσιο τομέα, και προ-τελευταία στην Ε.Ε. των 25.
- Η κομματοκρατία στη διοίκηση επικρατεί εδώ και πολλές δεκαετίες <sup>111</sup>.
- Η **«επέλαση των «συμβούλων»**, με κάθε αλλαγή Υπουργού ή Κυβέρνησης, είναι ένα φαινόμενο που οδηγεί τα μόνιμα στελέχη σε μια **«αμέτοχη»** γραφειοκρατία <sup>112</sup>.
- Η πρόβλεψη οι συμβάσεις των ΣΔΙΤ να επικυρώνονται από Διυπουργική Επιτροπή αντί της επικύρωσης από τη Βουλή δημιουργεί αμφισβητήσεις αξιοπιστίας.
- Σημαντική είναι η αρνητική παράδοση στις σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η στάση των δημοσίων λειτουργών προς τον ιδιωτικό τομέα κυμαίνεται μεταξύ δαιμονοποίησης και ιδιοτελούς υποταγής.
- Πολλαπλασιάζονται οι καταγγελίες για «κυκλώματα» που εκμεταλλεύονται τον ανθρώπινο πόνο, για μη απαραίτητες εγχειρήσεις κ.ά.
- Η έννοια της Επιχειρηματικής Ηθικής παραμένει ένα ζητούμενο.
- Η ελληνική οικονομία διαρκώς αφελληνίζεται. Οι ξένοι επενδυτές εισβάλλουν όλο και περισσότερο στο μετοχικό κεφάλαιο των μεγάλων συγκροτημάτων υγείας του ιδιωτικού τομέα <sup>107</sup>.

Σ' αυτό το περιβάλλον, το μικρό μέγεθος των ελληνικών επιχειρήσεων είναι μια επικίνδυνη **«πρόκληση»** για τη δημιουργία μεγάλων και μακροχρόνιων συμφωνιών. Στις συνθήκες αυτές, αντιλαμβάνεται κανείς ότι η υλοποίηση των ΣΔΙΤ στον Τομέα της Υγείας θα φέρει αναπόφευκτα εκχώρηση δημόσιας ευθύνης στο διεθνές επιχειρηματικό κεφάλαιο <sup>107</sup>.

Οι ΣΔΙΤ, όμως, από τη φύση τους παρουσιάζουν και μια σειρά άλλα προβλήματα που κρίνουν άμεσα την επιτυχή ή όχι εφαρμογή τους. Η κύρια σκοπιά, από την οποία θα πρέπει να εξετασθούν οι ΣΔΙΤ, για να κριθεί αν είναι επιτυχημένες, αφορά μια σειρά παραμέτρους και πως η εφαρμογή τους θα τις επηρεάσει.

Για να κρίνει κανείς το επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης μιας χώρας απαιτούνται «*Μελέτες Απόδοσης*» του Συστήματος Υγείας με κριτήρια που αφορούν: στην Ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, στην Ισοτιμία των πολιτών, στην Οικονομική Αποδοτικότητα του συστήματος, στην Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας & στην Ικανοποίηση Ασθενών.

Για να υλοποιηθούν, όμως, αυτές οι μελέτες χρειάζονται στοιχεία και συνεχείς μετρήσεις, σύμφωνα με τα πρότυπα της μεθοδολογίας του ΟΟΣΑ και της EUROSTAT.

Χωρίς αξιόπιστα στοιχεία και μεθοδολογίες αξιολόγησης δεν είναι δυνατόν να κριθεί η αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε αλλαγής στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης, και μάλιστα τόσο ουσιαστικής όπως οι ΣΔΙΤ.<sup>89</sup>

Για να μπορέσουμε, λοιπόν, να κρίνουμε αν είναι επιτυχημένη μια παρέμβαση, όπως οι ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας θα πρέπει να είμαστε σε θέση να διαπιστώσουμε τη θετική εξέλιξη μιας σειράς δεικτών μετά την εφαρμογή των ΣΔΙΤ. Θα πρέπει να είμαστε σε θέση να συγκρίνουμε τα στοιχεία αυτά μεταξύ νοσοκομείων που λειτουργούν με καθεστώς ΣΔΙΤ και αυτών που υπάγονται πλήρως στο Δημόσιο έλεγχο, αλλά ακόμα και σε σχέση με τα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Από τα πιο πάνω φαίνεται η πολυπλοκότητα του εγχειρήματος και ο μεγάλος αριθμός δικλίδων ασφαλείας που απαιτούνται για να μην αποτύχει η εφαρμογή των ΣΔΙΤ<sup>113</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **Συμπράξεις δημόσιου - ιδιωτικού τομέα στα Νοσοκομεία:**

#### **Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασισμένη επιλογή στην πολιτική υγείας;**

##### **Εισαγωγή**

Η χρησιμοποίηση ιδιωτικών κεφαλαίων, μέσω των συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) (public private partnerships, PPPs), για την ανέγερση νέων νοσοκομείων, εκτός από κεντρική επιλογή εδώ και μία δεκαετία στην κατεύθυνση «*εκσυγχρονισμού*» της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service, NHS) της Βρετανίας,<sup>114</sup> τείνει να γίνει και ένα παγκόσμιο φαινόμενο.<sup>115</sup> Εταιρείες συμβούλων με έδρα τη Βρετανία καθώς και πολυεθνικές εταιρείες βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των προσπαθειών προώθησης σε διεθνές επίπεδο του νέου αυτού τρόπου χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας.<sup>114</sup> Παράλληλα, διεθνείς οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο ενσωματώνουν την πρακτική της ιδιωτικής χρηματοδότησης δημοσίων υπηρεσιών στα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής των αναπτυσσόμενων χωρών,<sup>115</sup> ενώ η Ευρωπαϊκή Ένωση στηρίζει και πριμοδοτεί τις συμπράξεις στις χώρες κράτη - μέλη της.<sup>116</sup>

Το Πράσινο Βιβλίο για τις ΣΔΙΤ, το οποίο υιοθέτησε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το Νοέμβριο του 2005, επισημαίνει ότι αν και δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός των ΣΔΙΤ σε κοινοτικό επίπεδο, ο όρος αναφέρεται σε μορφές συνεργασίας ενός δημόσιου φορέα με τον επιχειρηματικό κλάδο με σκοπό τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, την

ανακαίνιση, τη διαχείριση ή τη συντήρηση υποδομών ή την παροχή υπηρεσιών.<sup>117</sup> Οι ΣΔΙΤ, παρά την ποικιλομορφία τους, διέπονται από κάποια κοινά χαρακτηριστικά: **(α)** τη μεγάλη χρονική διάρκεια της οποίας συνεργασίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού εταίρου, **(β)** τη μερική χρηματοδότηση του προγράμματος από τον ιδιωτικό τομέα, με αρκετές και ποικίλες όμως συμφωνίες μεταξύ των εταίρων, **(γ)** το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο ιδιώτης σε διάφορα στάδια του προγράμματος (σχεδιασμός, συμπλήρωση, υλοποίηση, χρηματοδότηση) και την παράλληλη επικέντρωση του δημόσιου τομέα στον έλεγχο της ποιότητας, τον ορισμό των τιμών και τον προσδιορισμό των στόχων του προγράμματος στη βάση της ικανοποίησης του δημόσιου συμφέροντος και **(δ)** την κατανομή των κινδύνων μεταξύ των εταίρων, η οποία αφορά κύρια στη μεταβίβαση στον ιδιωτικό τομέα κινδύνων που παραδοσιακά βάρυναν το δημόσιο τομέα.<sup>117</sup>

Οι ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό κλάδο παρουσιάζουν ιδιαίτερη ποικιλομορφία. Η διεθνής εμπειρία έχει να επιδείξει συμπράξεις με τη μορφή της εκχώρησης των υποστηρικτικών, των κλινικών υπηρεσιών ή και της διοίκησης δημόσιων νοσοκομείων σε ιδιώτες, με τη μορφή της λειτουργίας ιδιωτικών περυγών εντός δημόσιων νοσοκομείων, με τη μορφή της κατασκευής δημόσιων νοσοκομείων με ιδιωτικά κεφάλαια με ή χωρίς ανάληψη της ευθύνης παροχής των υποστηρικτικών ή και των κλινικών υπηρεσιών από τον ιδιωτικό φορέα (πίν. 6).<sup>118-122</sup>

Τα τελευταία χρόνια, στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρείται μια συνεχής επέκταση της χρήσης των ΣΔΙΤ ως μέσου επένδυσης κεφαλαίου στο νοσοκομειακό τομέα, ιδιαίτερα σε συστήματα υγείας χρηματοδοτούμενα μέσω φορολογίας.<sup>120</sup> Το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που έκανε εκτεταμένη χρήση των ΣΔΙΤ προκειμένου να εξασφαλίσει επενδύσεις για κοινωνικές υποδομές, όπως είναι τα νοσοκομεία.<sup>120</sup> Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Επενδύσεων το 2004 σε 8 ακόμη χώρες κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) οι ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό κλάδο βρίσκονταν είτε στο στάδιο της προκήρυξης, είτε στο στάδιο της τελικής συμφωνίας, ενώ σε 6 ακόμη χώρες κράτη-μέλη η υιοθέτηση των ΣΔΙΤ είχε τεθεί στο δημόσιο διάλογο.<sup>123</sup> Τέλος, σύμφωνα πάντα με τα ίδια στοιχεία, σε 13 από τα 25 κράτη-μέλη της ΕΕ είχαν προταθεί, προπαρασκευαστεί ή ψηφιστεί νομοθετικές ρυθμίσεις υποστηρικτικές για τις ΣΔΙΤ.<sup>123</sup>

Στη χώρα μας, η ψήφιση το 2005 του σχετικού νόμου<sup>115</sup> έθεσε το νομοθετικό πλαίσιο για την υλοποίηση αντίστοιχων πολιτικών και στο σύστημα υγείας της Ελλάδας. Τα έως τώρα δεδομένα υποδηλώνουν ότι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προτίθεται να αξιοποιήσει το Βρετανικό μοντέλο ΣΔΙΤ<sup>115</sup> για το σχεδιασμό και την κατασκευή έως και οκτώ νοσοκομείων σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πρέβεζα, Κω και Κομοτηνή.<sup>126</sup> Παράλληλα, ήδη έχουν δει το φως της δημοσιότητας προκαταρκτικές συμφωνίες<sup>127</sup> ή προτάσεις εκδήλωσης ενδιαφέροντος ιδιωτικών επιχειρηματικών ομίλων<sup>128,129</sup> για σύμπραξη με το δημόσιο τομέα στο νοσοκομειακό κλάδο της χώρας.

Σκοπός του κεφαλαίου αυτού είναι η περιγραφή και η ανάλυση του βρετανικού μοντέλου ΣΔΙΤ στις υπηρεσίες υγείας, γνωστού και ως Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής

Χρηματοδότησης (Private Finance Initiatives, PFI) και η κριτική αποτίμηση της εμπειρίας από τη δεκαετή και πλέον εφαρμογή του στη Βρετανία.

**Πίνακας 6.** Επιλογές σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στο χώρο των νοσοκομείων.

Επιλογές	Υποχρεώσεις ιδιωτικού τομέα	Υποχρεώσεις δημόσιου τομέα	Παραδείγματα
Εγκατάσταση ιδιωτικής πτέρυγας εντός δημόσιου νοσοκομείου	Λειτουργεί ιδιωτική πτέρυγα (μόνο για ιδιωτικούς ασθενείς) εντός του δημόσιου νοσοκομείου. Μπορεί να προσφέρει τόσο τις μη κλινικές όσο και τις κλινικές υπηρεσίες	Διοικεί το δημόσιο νοσοκομείο καλύπτοντας τους ασθενείς του δημοσίου. Συνάπτει συμβόλαια με τον ιδιώτη για τους όρους κοινής χρήσης εργαστηρίων, προσωπικού	Αυστραλία: Έως το 2002, 30 ιδιωτικές πτέρυγες βρίσκονταν σε λειτουργία εντός των δημόσιων νοσοκομείων
Ανάθεση μηκλινικών υποστηρικτικών λειτουργιών σε ιδιώτη (outsourcing)	Παρέχει τις μη κλινικές υπηρεσίες (καθαριότητα, μαγειρεία, πλυντήρια, φύλαξη, συντήρηση υποδομών). Προσλαμβάνει το προσωπικό για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες	Παρέχει όλες τις κλινικές υπηρεσίες (ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό), διοικεί το νοσοκομείο	-
Ανάθεση κλινικών υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιώτη	Παρέχει κλινικές υποστηρικτικές υπηρεσίες, όπως ακτινολογικές και εργαστηριακές υπηρεσίες	Παρέχει όλες τις κλινικές υπηρεσίες (ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό), διοικεί το νοσοκομείο	Ρουμανία: Ιδιώτες ανέλαβαν τη λειτουργία αξονικού τομογράφου εντός δημόσιου νοσοκομείου
Ανάθεση εξειδικευμένων κλινικών υπηρεσιών σε ιδιώτη	Παρέχει εξειδικευμένες κλινικές υπηρεσίες (π.χ. λιθοτρυψία) ή εγχειρήσεις ρουτίνας (π.χ. καταρράκτη)	Παρέχει όλες τις κλινικές υπηρεσίες (ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό), διοικεί το νοσοκομείο	-

Πηγές: (α) Taylor & Blair 2002,<sup>5</sup> (β) Marek et al 2003,<sup>6</sup> (γ) Thompson & McKee 2004,<sup>7</sup> (δ) McKee et al 2006<sup>8</sup>

## Πίνακας 6. (συνέχεια)

Επιλογές σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στο χώρο των νοσοκομείων.

Επιλογές	Υποχρεώσεις ιδιωτικού τομέα	Υποχρεώσεις δημόσιου τομέα	Παραδείγματα
Ανάθεση management δημόσιου νοσοκομείου σε ιδιώτη	Διοικεί δημόσιο νοσοκομείο μετά από σύναψη συμβολαίου με το δημόσιο ή τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης παρέχοντας όλες τις κλινικές και μη κλινικές υπηρεσίες. Προσλαμβάνει όλο το προσωπικό. Ανάλογα με το είδος του συμβολαίου μπορεί να φέρει την υποχρέωση για νέες επενδύσεις κεφαλαίου	Συνάπτει συμβόλαιο με ιδιώτη. Πληρώνει τον ιδιώτη για όλες τις υπηρεσίες που παρέχει. Ελέγχει τον ιδιώτη για την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών και την τήρηση του συμβολαίου	<i>Βραζιλία:</i> Η τοπική κυβέρνηση της Bahia εκχώρησε το management 12 νέων νοσοκομείων (κατασκευασμένων και χρηματοδοτημένων από το κράτος) σε ιδιώτες. Ο ιδιώτης προσέλαβε όλο το προσωπικό. Παρέχει τις υπηρεσίες του σε όλους τους ασθενείς του δημοσίου. Πληρώνεται από το κράτος για τις κλινικές υπηρεσίες που παρέχει. <i>Καμπότζη:</i> Η κυβέρνηση παραχώρησε σε ιδιώτες το management περιφερειακών κλινικών (με ή χωρίς δικαίωμα του ιδιώτη να προσλαμβάνει προσωπικό). Ο ιδιώτης παρέχει ένα προσυμφωνημένο πακέτο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αμειβεται κατά κεφαλή
Ιδιωτική χρηματοδότηση, κατασκευή και ενοικίαση δημόσιου νοσοκομείου	Χρηματοδοτεί, κατασκευάζει και κατέχει ένα δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο στη συνέχεια ενοικιάζει στο κράτος	Διοικεί το νοσοκομείο, πληρώνοντας προσυμφωνημένο ενοίκιο στον ιδιώτη κατασκευαστή και ιδιοκτήτη	<i>BOLB (Built-own-leaseback):</i> Στην Αυστραλία, έως το 2002 είχαν ολοκληρωθεί 3 συμφωνίες κατασκευής από ιδιώτες νοσοκομείων, τα οποία στη συνέχεια νοικιάστηκαν στο δημόσιο
Ιδιωτική χρηματοδότηση, κατασκευή και λειτουργία δημόσιου νοσοκομείου	Χρηματοδοτεί, κατασκευάζει και λειτουργεί ένα δημόσιο νοσοκομείο παρέχοντας τις μη κλινικές ή και τις κλινικές υπηρεσίες. Το νοσοκομείο παραμένει στην ιδιοκτησία του ιδιώτη ή μεταβιβάζεται στο δημόσιο μετά από τη λήξη του συμβολαίου	Καταβάλλει ετήσιες αμοιβές στον ιδιώτη για το κεφαλαιουχικό κόστος και το τρέχον κόστος των υπηρεσιών που παρέχει	<i>DBFO (Design-built-finance-operate):</i> Στη Βρετανία, η κυβέρνηση ανέθεσε σε ιδιώτες το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση, την κατασκευή των νέων νοσοκομείων, καθώς και τη λειτουργία των υποστηρικτικών τους υπηρεσιών. Το κράτος παρέχει τις κλινικές υπηρεσίες, αποπληρώνοντας παράλληλα τον ιδιώτη για 30 και πλέον χρόνια με ένα ετήσιο ποσό που αντιστοιχεί στην κάλυψη του κεφαλαιουχικού κόστους του ιδιώτη και στην παροχή των υποστηρικτικών λειτουργιών. Μετά από τη λήξη του συμβολαίου το νοσοκομείο περνά (όχι πάντα) στην κυριότητα του δημοσίου <i>BOO (Built-own-operate):</i> Στην Αυστραλία (π.χ. <i>Mildura Hospital</i> ), ο ιδιώτης κατασκευάζει, κατέχει και λειτουργεί το νέο νοσοκομείο χρησιμοποιώντας το προσωπικό του παλαιού δημόσιου νοσοκομείου. Το κράτος πληρώνει ετήσιες εισφορές με βάση το προβλεπόμενο είδος και τον όγκο των περιστατικών <i>BOT (Built-operate-transfer):</i> Στη Ν. Αφρική, η κυβέρνηση σύναψε ένα 10ετές συμβόλαιο (με δυνατότητα ανανέωσης για ακόμη 10 έτη) με ιδιώτες, οι οποίοι κατασκευάζουν και λειτουργούν το νοσοκομείο (παρέχοντας το βοηθητικό και νοσηλευτικό προσωπικό) και μετά από τη λήξη του συμβολαίου το παραχωρούν στο δημόσιο. Το δημόσιο συμβάλλει παραχωρώντας το ιατρικό προσωπικό και πληρώνοντας ένα προκαθορισμένο ημερήσιο νοσήλιο ανά ασθενή <i>Alzira model:</i> Στην Ισπανία, η τοπική κυβέρνηση της Βαλένθια σύναψε 10ετές συμβόλαιο με ιδιωτική κοινοπραξία, η οποία και ανέλαβε την κατασκευή και τη λειτουργία (παροχή κλινικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών) του νέου νοσοκομείου. Το δημόσιο πληρώνει μια κατά κεφαλή αμοιβή για κάθε μέλος του πληθυσμού ευθύνης του νοσοκομείου. Στο τέλος της 10ετίας, εφόσον δεν ανανεωθεί το συμβόλαιο με τον ιδιώτη, το νοσοκομείο περνά στην κυριότητα του δημοσίου
Πώληση δημόσιου νοσοκομείου σε ιδιώτη και συνέχισή της λειτουργίας του	Αγοράζει το νοσοκομείο και συνεχίζει να το λειτουργεί ως δημόσιο	Πληρώνει τον ιδιώτη για τις υπηρεσίες που προσφέρει, ελέγχει τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την τήρηση του συμβολαίου	-
Πώληση δημόσιου νοσοκομείου σε ιδιώτη και αλλαγή της χρήσης του	Αγοράζει το δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο και αξιοποιεί για άλλη χρήση, όπως αυτή καθορίζεται από το συμβόλαιο	Ελέγχει τη μετατροπή του δημόσιου νοσοκομείου προκειμένου να τηρηθούν οι συμφωνίες του συμβολαίου	-

Πηγές: (α) Taylor & Blair 2002,<sup>5</sup> (β) Marek et al 2003,<sup>6</sup> (γ) Thompson & McKee 2004,<sup>7</sup> (δ) McKee et al 2006<sup>8</sup>

### 6.1. Το βρετανικό μοντέλο

Η ιδρυτική πράξη της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS) το 1946, εκτός της εθνικοποίησης των νοσοκομείων, όριζε τη χρηματοδότηση και τη βελτίωσή τους ως κεντρική υποχρέωση του κράτους και, πιο συγκεκριμένα, του Υπουργείου Υγείας.<sup>130</sup> Η NHS, έχοντας κληρονομήσει ένα χαοτικό δίκτυο μικρών -με μέση δυναμικότητα κάτω των 100 κλινών- και πεπαλαιωμένων νοσοκομειακών κτηρίων,<sup>130</sup> υιοθέτησε το 1962 ένα μεγάλης έκτασης επενδυτικό πρόγραμμα στα νοσοκομεία, το οποίο έως τα τέλη της δεκαετίας του 1990 παρέμεινε ανεκπλήρωτο, καθώς μόλις το ένα τρίτο από τα 224 προγράμματα είχε πλήρως υλοποιηθεί, ενώ τα υπόλοιπα δυο τρίτα είχαν μερικώς υλοποιηθεί ή δεν είχαν ακόμη αρχίσει.<sup>131</sup> Η νομοθετική πράξη του 1990, με τη θεσμοθέτηση του κεφαλαιουχικού φόρου (capital charging), μετέτρεψε τις επενδύσεις



κεφαλαίου στα νοσοκομεία από ευθύνη της κυβέρνησης σε ευθύνη των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων (hospital trusts).<sup>131</sup> Τα νοσοκομεία υποχρεώθηκαν να εξασφαλίσουν ένα ετήσιο οικονομικό πλεόνασμα ίσο με το 6% της τρέχουσας αξίας της περιουσίας τους (γη, ακίνητα, εξοπλισμός), το οποίο και κατέβαλαν στο Υπουργείο Οικονομικών, προκειμένου να συλλεχθούν οι αναγκαίοι πόροι για νέες επενδύσεις." Η θεσμοθέτηση των PFIs από την κυβέρνηση των Συντηρητικών το 1992 είχε ως πρόθεση τη χρηματοδότηση της ανέγερσης νέων νοσοκομείων μέσω ΣΔΙΤ, με πόρους που θα προέρχονταν τελικά από την πώληση γης και την ανακατεύθυνση του κεφαλαιουχικού φόρου από το Υπουργείο Οικονομικών στις ιδιωτικές κατασκευαστικές εταιρείες.<sup>133</sup>

Οι Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (PFIs), ως κύριο μοντέλο σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στη Βρετανία, προϋποθέτουν τη δημιουργία μιας Εταιρείας Ειδικού Σκοπού (ΕΕΣ) (special purpose vehicle, SPV), με ισότιμη συμμετοχή μιας κατασκευαστικής εταιρείας και μιας εταιρείας συμβούλων επιχειρήσεων. Η ΕΕΣ δημιουργεί δεσμούς ή διαπραγματεύεται δάνεια με χρηματοδοτικούς οργανισμούς, όπως είναι οι τράπεζες.<sup>134</sup> Η προκύπτουσα κοινοπραξία (consortium), στη συνέχεια, σχεδιάζει (βάσει των απαιτήσεων της NHS), κατασκευάζει (μέσα σε προσυμφωνημένα χρονικά και οικονομικά πλαίσια), χρηματοδοτεί (καλύπτοντας το κεφαλαιουχικό κόστος κατασκευής) και λειτουργεί το νέο νοσοκομείο (προσφέροντας υπηρεσίες διαχείρισης καθώς και άλλες προσυμφωνημένες υποστηρικτικές υπηρεσίες). Με άλλα λόγια, στη Βρετανία η πλειοψηφία των PFI προγραμμάτων στα νοσοκομεία έχουν τη μορφή προγραμμάτων σχεδιασμού-κατασκευής-χρηματοδότησης-λειτουργίας (design-built-finance-operate, DBFO).<sup>135</sup> Οι υποστηρικτικές λειτουργίες του νοσοκομείου που αναλαμβάνουν οι ιδιώτες μπορεί να συμπεριλαμβάνουν τη συντήρηση του κτηρίου, των μηχανημάτων, των κήπων, τη λειτουργία των πλυντηρίων και των μαγειρείων, τη διαχείριση των απορριμμάτων, την απολύμανση, την αποστείρωση, την ασφάλεια, τη στάθμευση, τη μεταφορά των ασθενών (εκτός από επείγοντα περιστατικά), τεχνολογικές εφαρμογές, ταχυδρομείο, τηλεπικοινωνίες, ενέργεια, την υποδοχή ασθενών, καθώς και τη λειτουργία καταστημάτων εντός του νέου νοσοκομείου.<sup>136</sup>

Από την πλευρά του το δημόσιο και εν προκειμένω τα αυτοδιοικούμενα νοσοκομεία της NHS παρέχουν τις κλινικές υπηρεσίες του νοσοκομείου (προσλαμβάνουν όλο το αναγκαίο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό) και συμβάλλονται με το consortium για 30 και πλέον έτη, καταβάλλοντας ετήσιες πληρωμές στον ιδιώτη. Οι πληρωμές (unitary payment) προς την κοινοπραξία περιλαμβάνουν την αμοιβή διαθεσιμότητας (availability fee) και την αμοιβή των υπηρεσιών (facilities management fee). Η αμοιβή διαθεσιμότητας καλύπτει το κόστος κατασκευής, τους τόκους και τη συντήρηση του κτηρίου και στην ουσία αντιστοιχεί στο ενοίκιο (rental payment), ενώ η αμοιβή των υπηρεσιών καλύπτει τις προσυμφωνημένες υποστηρικτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου που παρέχει ο ιδιώτης.<sup>131</sup> Εκτός των ετήσιων πληρωμών, το δημόσιο παραχωρεί οικόπεδα στην κοινοπραξία ή τα πωλεί για την εξασφάλιση πλεονάσματος προκειμένου να ικανοποιηθούν οι οικονομικές απαιτήσεις του consortium.<sup>136</sup> Αλλωστε, οι περισσότερες συμφωνίες σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στη Βρετανία προβλέπουν το κλείσιμο δύο ή και περισσότερων δημόσιων νοσοκομείων και τη

συγκέντρωση των υποδομών τους σε νέο νοσοκομείο, το οποίο εδράζεται σε ένα, συνήθως φθηνότερο, οικόπεδο και την απελευθέρωση των υπόλοιπων εκτάσεων και κτηρίων είτε προς πώληση είτε προς παραχώρηση, με ευνοϊκούς όρους, στον ιδιωτικό τομέα ως τμήμα της αρχικής συμφωνίας.<sup>136-138</sup> Μετά από τη λήξη του 30ετούς συμβολαίου και εφόσον αυτό δεν ανανεωθεί, το νέο νοσοκομείο περνά (όχι πάντα) στην κυριότητα του δημοσίου.<sup>134</sup>

Η υιοθέτηση και υλοποίηση των συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στο νοσοκομειακό κλάδο της Βρετανίας χαρακτηρίστηκε από το Υπουργείο Υγείας «ως το μεγαλύτερο πρόγραμμα κατασκευής νοσοκομείων στην ιστορία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας»,<sup>139</sup> ενώ ο Alan Milburn, πρώην Υπουργός Υγείας της Βρετανίας, όριζε τις ΣΔΙΤ ως τη μόνη χρηματοδοτική πρόταση για την ανέγερση νέων νοσοκομείων ("the only game in town").<sup>140</sup> Έως το 1997, παρά την ύπαρξη του σχετικού νομοθετικού πλαισίου, κανένα πρόγραμμα σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα δεν είχε υλοποιηθεί, για διάφορους λόγους, κυριότερος των οποίων ήταν η ανησυχία των ιδιωτικών εταιρειών για την ασφάλεια των επενδύσεων τους στο χώρο της υγείας.<sup>141</sup> Το 1996, δύο σημαντικά βήματα έγιναν προκειμένου να ενθαρρυνθεί ο ιδιωτικός τομέας στην κατεύθυνση της συμμετοχής του στις ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας: Πρώτον, προστατεύτηκαν νομοθετικά τα συμβόλαια μεταξύ των κοινοπραξιών και των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων από πιθανές αλλαγές πολιτικής.<sup>134</sup> Αν, για παράδειγμα, ένα συμβεβλημένο με κάποια κοινοπραξία αυτοδιοικούμενο νοσοκομείο έκλεινε, το συμβόλαιό του και οι εξ αυτού υποχρεώσεις αυτόματα μεταβιβάζονταν σε κάποιο άλλο από τα λειτουργούντα trusts της NHS. Δεύτερη σημαντική ενέργεια, στην κατεύθυνση μείωσης του κινδύνου που αναλαμβάνουν οι ιδιώτες, υπήρξε η σημαντική αύξηση της διάρκειας των συμβολαίων προκειμένου αυτά να καλύπτουν όλη την περίοδο υποτίμησης του νοσοκομείου (30-50 έτη).<sup>134</sup> Η ανάληψη της εξουσίας από τους Εργατικούς το 1997 και η υιοθέτηση εκ μέρους τους των ΣΔΙΤ, παρά τις περί του αντιθέτου προεκλογικές τους δηλώσεις,<sup>141</sup> με χαρακτηριστικότερη αυτή του Harriet Harman, πρώτου Υπουργού Κοινωνικής Ασφάλισης των Εργατικών, που τις χαρακτήρισε ως δούρειο ίππο της ιδιωτικοποίησης ("Trojan Horse of privatization"),<sup>142</sup> πυροδότησε τη σύναψη συμβολαίων μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και στο χώρο της υγείας.<sup>114</sup>

Έως την άνοιξη του 2004, 21 νέα νοσοκομεία μέσω των ΣΔΙΤ είχαν ολοκληρωθεί και τεθεί σε λειτουργία στη Βρετανία, ενώ 10 ακόμη νοσοκομεία βρίσκονταν υπό κατασκευή. Τρία, τέλος, νοσοκομεία βρίσκονταν στη διαδικασία της διαπραγμάτευσης.<sup>130</sup>

## **6.2. Τα επιχειρήματα υπέρ της εφαρμογής των συμπράξεων δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία**

Σε όλη την Ευρώπη, ένα μεγάλο μέρος των νοσοκομείων φιλοξενείται σε πεπαλαιωμένα και πολλές φορές ακατάλληλα κτήρια (για παράδειγμα, στη Βρετανία ένα μεγάλο μέρος των νοσοκομείων εδράζεται σε κτήρια του 19ου αιώνα, στην Ιταλία η μέση ηλικία των νοσοκομείων φθάνει τα 65 έτη, ενώ στην Ιρλανδία το 75% των νοσοκομείων χρονολογείται πριν από το 1960).<sup>120</sup> Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το

συγκριτικά υψηλότερο κόστος αναβάθμισης των υφιστάμενων παλαιών κτηρίων σε σχέση με την κατασκευή νέων, οδηγεί σε μια ευρείας αποδοχής αναγνώριση της ανάγκης αυξημένων επενδύσεων για τη δημιουργία νέων νοσοκομειακών υποδομών.<sup>120</sup>

Η ανάγκη αυτή του διαρκούς εκσυγχρονισμού της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης σε συνδυασμό με τη στενότητα των δημόσιων πόρων ωθεί τις κυβερνήσεις στην αναζήτηση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης των δημόσιων υποδομών μέσω άντλησης κεφαλαίων από τον ιδιωτικό τομέα.<sup>148</sup> Στη Βρετανία, τα PFI προγράμματα παρουσιάστηκαν από τους ενθουσιώδεις υποστηρικτές τους ως μέσον απόκτησης από τη NHS νέων σύγχρονων κτηρίων και μηχανημάτων χωρίς αύξηση της φορολογίας, με χρήματα μάλιστα τα οποία δεν θα εμφανίζονταν ως δημόσια οφειλή,<sup>142</sup> μιας και η Eurostat δεν συμπεριλαμβάνει τις πληρωμές του δημοσίου για την αποπληρωμή των προγραμμάτων ΣΔΙΤ στον υπολογισμό του δημόσιου χρέους<sup>143</sup> και έτσι το κράτος μπορεί να κινείται με άνεση εντός των ορίων της δημοσιονομικής πειθαρχίας που επιβάλλει το Σύμφωνο Σταθερότητας.

Το δεύτερο βασικό οικονομικό επιχείρημα για την υιοθέτηση των ΣΔΙΤ υπήρξε η βούληση των κυβερνήσεων για αξιοποίηση στο δημόσιο τομέα της τεχνογνωσίας, της αυξημένης αποδοτικότητας και καινοτομίας του επιχειρηματικού κλάδου.<sup>148\_135\_144\_145</sup> Υποστηρίζεται λοιπόν ότι οι ιδιώτες, επειδή ακριβώς αναλαμβάνουν κινδύνους που παραδοσιακά βαραίνουν το δημόσιο τομέα (risk transfer), έχουν περισσότερα κίνητρα για εξασφάλιση αποδοτικότητας,<sup>135-145</sup> ενώ παράλληλα δίνεται η δυνατότητα στο δημόσιο να αποστασιοποιηθεί αναλαμβάνοντας ένα ρόλο περισσότερο οργανωτικό, επιτελικό και ελεγκτικό.<sup>117</sup>

### **6.3. Εμπειρικά δεδομένα από τη δεκαετή εφαρμογή των ΣΔΙΤ/PFI στη Βρετανία.**

Κύριο επιχείρημα για την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στη Βρετανία, όπως προαναφέρθηκε, υπήρξε ο ισχυρισμός ότι η NHS, με την εισροή ιδιωτικών κεφαλαίων, θα εξασφάλιζε σύγχρονες κτηριακές υποδομές χωρίς να χρειαστεί, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα, να επιβαρυνθούν οι πολίτες με πρόσθετη φορολογία. Η ζωή όμως, όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Dawson και Maynard, είναι γεμάτη από ψευδαισθήσεις δωρεάν γευμάτων ("illusory free lunches").<sup>146</sup> Τα PFIs δεν εισήγαγαν νέα χρήματα στη NHS, αφού τελικά η αποπληρωμή των υποδομών και υπηρεσιών που προσφέρουν γίνεται σε βάθος 30ετίας από τους χρηματοδοτούμενους μέσω φορολογίας προϋπολογισμούς των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων.<sup>146,147</sup> Τα PFIs, στην πραγματικότητα, δεν αποτελούν μια νέα μορφή χρηματοδότησης, αλλά μια νέα μορφή κυβερνητικού δανεισμού από τον ιδιωτικό τομέα.<sup>138</sup> Προκαλούν ανακατεύθυνση των δημόσιων πόρων από τα δημόσια νοσοκομεία προς τις ιδιωτικές κοινοπραξίες,<sup>114</sup> μεταφέροντας παράλληλα το χρηματοδοτικό φορτίο στις επόμενες γενεές.<sup>138</sup> Σε τελική ανάλυση, με τη χρήση των PFIs οι κυβερνήσεις εγγυώνται την αποπληρωμή του ιδιώτη με τη συλλογή φόρων από τους φορολογούμενους πολίτες για τα επόμενα 30 και πλέον χρόνια.

Το βασικό όμως πρόβλημα των PFI, όπως αυτό προκύπτει από τα εμπειρικά δεδομένα της δεκαετούς εφαρμογής τους στη Βρετανία, είναι το υψηλό τους κόστος και μάλιστα το

συγκριτικά υψηλότερο κόστος σε σχέση με την κατασκευή νοσοκομείων μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας το μέσο κόστος κατασκευής ανά ΣΔΙΤ νοσοκομείο στη Βρετανία δεκαπλασιάστηκε. Από 104,58 εκατομμύρια € ανά πρόγραμμα ΣΔΙΤ στα 21 πρώτα PFI νοσοκομεία, το μέσο κόστος έφθασε τα 1,075 δισεκατομμύρια € ανά πρόγραμμα ΣΔΙΤ στα 3 τελευταία υπό κατασκευή PFI νοσοκομεία, εγείροντας πλέον σοβαρά ερωτηματικά σχετικά με την οικονομική βιωσιμότητα και αποδοτικότητα αυτών των προγραμμάτων.<sup>114,120</sup>

Το αυξημένο τους κόστος οφείλεται κυρίως σε τρεις λόγους: **Πρώτον**, στο γεγονός ότι, κατά γενική ομολογία, ο ιδιωτικός τομέας δανείζεται χρήματα πιο ακριβά σε σχέση με το δημόσιο τομέα.<sup>142,147,148</sup> Το Υπουργείο Οικονομικών δανείζεται χρήματα με ένα ετήσιο επιτόκιο της τάξης του 3-4,5%,<sup>131,149</sup> όταν αντιθέτως η επιλογή των ΣΔΙΤ συνεπάγεται δανεισμό χρημάτων με ετήσιο επιτόκιο τουλάχιστον 9,5%.<sup>136</sup> **Δεύτερον**, οι ιδιωτικές κοινοπραξίες, ως κερδοσκοπικοί οργανισμοί, καλούνται να παράγουν κέρδος, υποχρεούμενες μάλιστα να επιστρέψουν κερδοφόρα μερίσματα στους μετόχους τους. Υπολογίζεται ότι μια ιδιωτική επένδυση σε νοσοκομεία στη Βρετανία αποφέρει κέρδη της τάξης του 15-25% ετησίως.<sup>136,149,150</sup> **Τρίτον**, τα προγράμματα ΣΔΙΤ εμπλέκονται με υψηλά διοικητικά έξοδα τόσο για τους ιδιώτες όσο και για το δημόσιο, καθώς απαιτούν επιπλέον διοικητικό προσωπικό (δικηγόρους, λογιστές, συμβούλους) για τη διαμόρφωση, τη διαχείριση και τον έλεγχο πολύπλοκων και ογκωδέστατων συμφωνιών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού «*εταίρου*». Εμπειρικές μελέτες με δείγμα 8 PFI νοσοκομεία στη Βρετανία έδειξαν ότι το διοικητικό κόστος αντιστοιχούσε στο 18,5-60,6% του κατασκευαστικού κόστους αυτών των νοσοκομείων (πίν. 7).<sup>131,149</sup>

Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από πρόσφατη μελέτη σε δείγμα 3 PFI νοσοκομείων στη Βρετανία, όπου το διοικητικό κόστος αντιστοιχούσε στο 24,9-36,3% του κατασκευαστικού κόστους.<sup>151</sup> Στην επιβάρυνση του κόστους με διοικητικά έξοδα προστίθενται και οι δαπάνες της NHS για την πρόσληψη και την πληρωμή συμβούλων της, οι οποίοι συμμετέχουν στη διαδικασία των πολύμηνων διαπραγματεύσεων με τις κοινοπραξίες, δαπάνες οι οποίες ανέρχονται σε 1,5-4,5 εκατομμύρια € ανά PFI πρόγραμμα.<sup>142</sup> Το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας, άλλωστε, αναφέρει ότι κατά την υλοποίηση των 18 πρώτων PFI νοσοκομειακών προγραμμάτων δαπάνησε 52 εκατομμύρια £ σε συμβούλους,<sup>152</sup> δηλαδή 3,16 εκατομμύρια € ανά PFI νοσοκομειακό πρόγραμμα.

Η δυνατότητα του δημοσίου για απευθείας δανεισμό χρημάτων με χαμηλότερο σε σχέση με τους ιδιώτες επενδυτές επιτόκιο, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το δημόσιο χρηματοδοτούμενο κεφάλαιο δεν εμπλέκεται με πρόσθετες επιβαρύνσεις (διοικητικά έξοδα, κέρδος), οδηγεί πολλούς πλέον στο συμπέρασμα ότι ο συμβατικός τρόπος χρηματοδότησης μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων αποτελεί φθηνότερη χρηματοδοτική επιλογή για την ανέγερση νέων νοσοκομείων σε σχέση με την άντληση ιδιωτικών κεφαλαίων μέσω ΣΔΙΤ.<sup>122,147</sup> Εμπειρικές μελέτες με δείγμα 8 PFI νοσοκομεία στη Βρετανία κατέδειξαν ότι το δημόσιο καταβάλλει στις ιδιωτικές κοινοπραξίες σε ετήσια βάση μόνο για την κάλυψη της αμοιβής διαθεσιμότητας το 10,9-18,5% του κατασκευαστικού κόστους του νοσοκομείου (πίν. 7).<sup>131,149</sup>

### Πίνακας 7.

Κόστος κατασκευής, διοικητικό κόστος και ετήσια αμοιβή διαθεσιμότητας στα νοσοκομεία των πρωτοβουλιών ιδιωτικής χρηματοδότησης (PFI), Βρετανία 1996–1997.

Νοσοκομείο	Κόστος κατασκευής (εκατομμύρια €)	Συνολικό κόστος (εκατομμύρια €)	Διοικητικό κόστος, % κόστους κατασκευής	Αμοιβή διαθεσιμότητας (εκατομμύρια €)	Αμοιβή διαθεσιμότητας (% εσόδων νοσοκομείου)	Αμοιβή διαθεσιμότητας (% κόστους κατασκευής)
Calderdale	95,15	ΜΔ	ΜΔ	12,81	12,4	13,5
Carlisle Hospitals	95,30	125,20	31,3	11,78	17,3	12,4
Greenwich	123,73	160,55	30,8	16,20	11,5	13,1
Norfolk & Norwich	211,37	315,22	49,1	22,98	12,8	10,9
North Durham	89,85	141,41	60,6	10,46	12,0	11,6
Wellhouse	79,54	95,74	18,5	14,73	12,0	18,5
Dartford	138,46	169,39	22,8	15,47	ΜΔ	11,2
Bromley	173,81	228,31	35,8	ΜΔ	ΜΔ	ΜΔ

ΜΔ: Μη διαθέσιμο

Πηγές: (α) Gaffney et al 1999,<sup>36</sup> (β) Gaffney D et al 1999<sup>2</sup>

Αν το δημόσιο είχε χρηματοδοτήσει την κατασκευή των εν λόγω νοσοκομείων μέσω απευθείας δανεισμού, θα πλήρωνε ετήσιους τόκους της τάξης του 3-3,5% του αρχικού κεφαλαίου.<sup>149</sup> Και άλλη μελέτη με δείγμα 3 PFI νοσοκομεία στη Βρετανία έδειξε ότι τα ετήσια έξοδα του δημοσίου μέσω ΣΔΙΤ ήταν κατά 37-76,6% υψηλότερα σε σχέση με τα αναμενόμενα έξοδα, στην υποθετική περίπτωση όπου θα είχε ακολουθηθεί διαδικασία κατασκευής των νοσοκομείων με δημόσια χρηματοδότηση (πίν. 8).<sup>151</sup>

### Πίνακας 8.

Σύγκριση ετήσιων εξόδων κατασκευής νέου νοσοκομείου μεταξύ προγράμματος δημοσίων επενδύσεων και προγράμματος συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ), Βρετανία.

	Worcester	North Durham	Carlisle
Δημόσια επένδυση†	10,0	9,4	8,7
ΣΔΙΤ/PFI ‡	13,7	16,6	13,3

Όλα τα ποσά σε εκατομμύρια €

† Τα ποσά αντιστοιχούν στο 6% του αθροίσματος του κατασκευαστικού κόστους και της αξίας της γης

‡ Υπολογισμένο ως απόσβεση, δημόσιο μέρος κεφαλαίου και ετήσια αμοιβή διαθεσιμότητας

PFI: Πρωτοβουλίες ιδιωτικής χρηματοδότησης

Πηγή: Pollock et al 2002<sup>38</sup>

Το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας και οι υποστηρικτές των PFIs ισχυρίζονται ότι, παρά το φαινομενικά μικρότερο κόστος της δημόσιας επένδυσης, στην πραγματικότητα η ιδιωτική επένδυση για την κατασκευή νέων νοσοκομείων αποτελεί φθηνότερη και αποδοτικότερη χρηματοδοτική επιλογή, αν συνυπολογίσει κάποιος τα έξοδα σε όλο το

βάθος χρόνου του συμβολαίου καθώς και τον κίνδυνο που αναλαμβάνει ο ιδιώτης.<sup>148,152</sup> Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο οι διοικήσεις των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων στη Βρετανία, προκειμένου να αξιολογήσουν την αποδοτικότητα ενός PFI προγράμματος, διενεργούν αναλύσεις κόστους-οφέλους (value for money analysis) συγκρίνοντας τα έξοδά του με εκείνα ενός συμβατικού προγράμματος δημοσίων επενδύσεων. Προκειμένου δε, όπως ισχυρίζονται, η σύγκριση αυτή να είναι «*αντικειμενική*», ακολουθείται μια δύο σταδίων διαδικασία προτύπωσης των εξόδων του προγράμματος ΣΔΙΤ. Κατά το πρώτο στάδιο (discounting), στηριζόμενοι στην παραδοχή ότι η αποπληρωμή ενός δανείου σε βάθος 30ετίας -όπως συμβαίνει στα PFI προγράμματα- στοιχίζει λιγότερο σε σχέση με την άμεση αποπληρωμή του -όπως συμβαίνει σε ένα πρόγραμμα δημόσιας επένδυσης, όπου η αποπληρωμή του κεφαλαίου γίνεται κατά την περίοδο της κατασκευής, δηλαδή συνήθως μέσα στα τρία πρώτα έτη- διενεργείται έκπτωση κατά 6% στο πραγματικό κόστος του PFI προγράμματος. Κατά το δεύτερο στάδιο της προτύπωσης (risk transfer) γίνεται ποσοτική εκτίμηση του μεταφερόμενου στον ιδιωτικό τομέα κινδύνου και το ποσό που προκύπτει προστίθεται στα έξοδα της αντίστοιχης δημόσιας επένδυσης.

Η μεθοδολογία της ανάλυσης κόστους-οφέλους που ακολουθούν τα trusts αμφισβητείται πλέον από πολλούς, καθώς θεωρείται αυθαίρετη, στηριζόμενη εν πολλοίς σε υποθέσεις και εκτιμήσεις.<sup>136</sup> Το ποσοστό 6%, με το οποίο γίνεται μείωση του εκτιμώμενου κόστους των ΣΔΙΤ, είναι υποκειμενικό, προϊόν πολιτικής επιλογής,<sup>149</sup> χαρακτηριζόμενο ως ιδιαίτερα υψηλό από πολλούς οικονομολόγους.<sup>151</sup> Εμπειρική έρευνα με δείγμα 6 PFI νοσοκομεία στη Βρετανία έδειξε ότι και μετά από την εφαρμογή της προτύπωσης, με έκπτωση 6% επί του συνολικού κόστους των ιδιωτών, το κόστος αυτό εξακολουθούσε να παραμένει υψηλότερο σε σχέση με το δημόσιο ανταγωνιστή (public comparator).<sup>151</sup> Ακόμα, για τον προσδιορισμό και την ποσοτική εκτίμηση του μεταφερόμενου κινδύνου δεν υφίσταται αντικειμενική μέθοδος. Η εκτίμηση των κινδύνων ενός προγράμματος σε βάθος 30ετίας σε ένα χώρο ιδιαίτερα και ταχέως ευμετάβλητο, όπως είναι η υγεία, στηρίζεται σε υποθέσεις, με αποτέλεσμα ο υπολογισμός τους να μοιάζει περισσότερο με άσκηση φαντασίας: τέχνη όσο και επιστήμη ("an art as much as a science").<sup>136</sup> Η προαναφερθείσα εμπειρική μελέτη έδειξε ότι ο υπολογισμός του κινδύνου παρουσίαζε μεγάλες διακυμάνσεις από 17,4-50,4% επί του συνολικού κεφαλαιουχικού κόστους των υπό εξέταση προγραμμάτων ΣΔΙΤ.<sup>151</sup> Σε όλες δε τις περιπτώσεις το ποσό που προέκυπε από την εκτίμηση του μεταφερόμενου στους ιδιώτες κινδύνου ισοδυναμούσε με το ποσό που απαιτείτο προκειμένου να κλείσει η ψαλίδα του κόστους μεταξύ ΣΔΙΤ και δημόσιου ανταγωνιστή.<sup>151</sup>

Γενικότερα, η μεταφορά του κινδύνου στους ιδιώτες και όχι μόνο ο υπολογισμός αυτής είναι ιδιαίτερα αμφίβολη υπόθεση στα πλαίσια των συμπράξεων, μιας και οι τράπεζες και οι επενδυτές, αποτελώντας το ακριβώς αντίθετο της μεταφοράς κινδύνου ("risk averse vs risk transfer"),<sup>136</sup> αναζητούν, όποτε αυτό είναι εφικτό, τρόπους για την προστασία του εισοδήματός τους από την αβεβαιότητα.<sup>114</sup>

Ένα δεύτερο ζήτημα είναι το γεγονός ότι οι κίνδυνοι που αναλαμβάνει ο ιδιώτης στα πλαίσια ενός PFI νοσοκομειακού προγράμματος στη Βρετανία είναι μικροί, καθώς

αφορούν μόνο στην κατασκευαστική περίοδο του έργου εξασφαλίζοντας έτσι ένα εγγυημένο, μονοπωλιακό κέρδος από τη χρονική στιγμή που θα χτιστεί το νοσοκομείο και μετά.<sup>134</sup> Τρίτον, η μεταφορά κινδύνου στα πλαίσια μιας σύμπραξης προϋποθέτει ποινές σε περίπτωση αθέτησης των συμφωνημένων, οι οποίες όμως στην περίπτωση των PFI προγραμμάτων ουδέποτε εφαρμόζονται.<sup>149</sup> Τέλος, όπως άλλωστε αποδεικνύουν και τα σχετικά παραδείγματα από τη διεθνή εμπειρία, σε περίπτωση αποτυχίας ή χρεοκοπίας του ιδιώτη αυτός που καλείται να διασώσει το όλο πρόγραμμα είναι πάντα το δημόσιο.<sup>115-122-151</sup> Σε τελική ανάλυση, ο κίνδυνος ενός προγράμματος ΣΔΙΤ δεν μεταβιβάζεται, αλλά αντιθέτως οι φορολογούμενοι καλούνται να πληρώσουν για τους κινδύνους που υποτίθεται ότι αναλαμβάνει ο ιδιωτικός τομέας.<sup>151</sup>

Το υψηλό κόστος των PFI προγραμμάτων επιβαρύνει τους χρηματοδοτούμενους μέσω φορολογίας προϋπολογισμούς των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων της NHS, καθώς όλο και μεγαλύτερο ποσοστό των εσόδων τους δαπανάται για την αποπληρωμή των ιδιωτικών κοινοπραξιών. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι τα έξοδα απόσβεσης κεφαλαίου των PFI νοσοκομείων στη Βρετανία, από 3,4-7% των εσόδων τους στην περίοδο πριν από τη ΣΔΙΤ, εκτινάχθηκαν στο 10,7-32,7% των αναμενόμενων εσόδων τους στη μετά-ΣΔΙΤ περίοδο.<sup>151</sup> Το πιο ανησυχητικό όμως είναι ότι η επιβάρυνση αυτή των προϋπολογισμών των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων (trusts) με αυξημένα κεφαλαιουχικά έξοδα φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τόσο τις σχεδιαστικές τους προτεραιότητες -με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα τη μείωση της δυναμικότητας σε κλίνες των νέων νοσοκομείων- όσο και την «κλινική» τους δραστηριότητα.<sup>138</sup> Στη Βρετανία, όλα τα PFI νοσοκομειακά προγράμματα αρχίζουν με τη σύνταξη ενός αδρού πλάνου εργασίας (outline business case) από τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Με βάση αυτό το πλάνο και εφόσον αυτό εγκριθεί από τις περιφερειακές διοικήσεις της NHS (regional executives), προκηρύσσεται διαγωνισμός με την πρόσκληση ιδιωτών επενδυτών, στον οποίο ως όρος τίθεται όχι ο επιθυμητός αριθμός κλινών αλλά η επιθυμητή κλινική δραστηριότητα του νέου νοσοκομείου. Στις περισσότερες των περιπτώσεων οι κοινοπραξίες εισηγούνται τη μείωση των κλινών, καθώς, όπως ισχυρίζονται, μέσω της αύξησης της πληρότητας, της αύξησης της έντασης νοσηλείας ανά κλίνη και της μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ) μπορεί να επιτευχθεί η επιθυμητή κλινική δραστηριότητα και με μικρότερο αριθμό κλινών. Πράγματι, όπως προκύπτει από τα πλάνα εργασίας 15 PFI νοσοκομείων σε Αγγλία και Σκωτία που συμπεριλαμβάνονταν στο πρώτο κύμα προγραμμάτων ΣΔΙΤ της Βρετανίας, η μέση σχεδιαζόμενη για την επόμενη πενταετία μείωση της δυναμικότητας των νέων νοσοκομείων ήταν της τάξης του 29,04% ανά PFI πρόγραμμα (πίν. 9).<sup>133-137</sup>

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση του La Trobe Regional Hospital στην Αυστραλία: Το 1996 είχε υπογραφεί συμβόλαιο ανάμεσα στην κυβέρνηση της πολιτείας της Victoria και της κοινοπραξίας Australia Health Care Ltd (AHC) για την κατασκευή νοσοκομείου δυναμικότητας 257 κλινών. Η συμφωνία προέβλεπε την κατασκευή, την ιδιοκτησία και τη λειτουργία του νέου νοσοκομείου από την ιδιωτική κοινοπραξία. Το 2000 η AHC, κάτοχος ήδη 16 νοσοκομείων στην Αυστραλία, σημείωσε σημαντικές απώλειες, της τάξης των 79 εκατομμυρίων \$ Αυστραλίας. Στις 31 Οκτωβρίου

του 2000 το La Trobe Regional Hospital εξαγοράστηκε από την τοπική κυβέρνηση της Victoria, καθώς, σύμφωνα με τον Υπουργό Υγείας, η AHC λόγω των απωλειών της δεν ήταν σε θέση πλέον να εγγυηθεί την προβλεπόμενη και ασφαλή λειτουργία του νέου νοσοκομείου.

### Πίνακας 9.

Προβλεπόμενη μείωση κλινών στο πρώτο κύμα νοσοκομείων της σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στη Βρετανία.

	Υπάρχουσες κλίνες 1995-1996	Προγραμματισμένες κλίνες PFI	Μείωση
Bromley Hospitals	610	507	17%
Calderdale Healthcare	797	553	31%
Dartford & Gravesham	524	400	24%
North Durham Acute Hospitals	665	454	32%
Norfolk & Norwich	1.120	809	28%
South Manchester	1.342	736	45%
Worcester Royal Infirmary	697	390	44%
South Buckinghamshire	745	535	28%
Hereford Hospitals	397	250	37%
Carlisle	506	465	8%
Greenwich	660	484	27%
Swindon & Marlborough Hospitals Trust	632	450	29%
Barnet (Wellhouse) General Trust	646	411	36%
Σύνολο Αγγλίας	9.341	6.444	31%
Lanarkshire Health Board	1708	1.456	15%
Lothian Health Board	2895	1.857	36%
Σύνολο Σκωτίας	4.603	3.313	28%
Σύνολο Βρετανίας	13.944	9.757	30%

Πηγές: (α) Pollock et al 1997,<sup>24</sup> (β) Pollock et al 1999<sup>20</sup>

PFI: Πρωτοβουλίες ιδιωτικής χρηματοδότησης

Το κρίσιμο ερώτημα, βέβαια, είναι αν η μείωση αυτή των κλινών έγινε με κλινικά ή οικονομικά κριτήρια. Το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας υποστηρίζει ότι το μέγεθος και το είδος των υπηρεσιών των νέων νοσοκομείων προσδιορίζονται από τις διοικήσεις τους και μετά από τη σύμφωνη γνώμη των ιατρών, πολύ πριν αποφασιστεί ο τρόπος χρηματοδότησης του νέου νοσοκομείου. Ο δε αριθμός των κλινών στα νέα νοσοκομεία θα ήταν ίδιος, είτε αυτά είχαν χρηματοδοτηθεί δημόσια είτε ιδιωτικά.<sup>148-152</sup> Στην πραγματικότητα, αυτό που συνέβη ήταν ότι ένα μεγάλο μέρος του σχεδιασμού της NHS, που έως το 1990 γινόταν από τις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές με κριτήριο την



ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών του τοπικού πληθυσμού, εκχωρήθηκε πλέον σε ιδιωτικές επιχειρήσεις, εν προκειμένω στις κοινοπραξίες.<sup>133-147</sup> Οι αποφάσεις των κοινοπραξιών, με τη σειρά τους, είναι αναμενόμενο να λαμβάνονται με κριτήριο τη βιωσιμότητα ενός εκάστου προγράμματος και όχι το αν απαντούν σε πιο θεμελιώδεις υγειονομικούς στόχους.<sup>153-157</sup> Άλλωστε, οι ιδιωτικές κοινοπραξίες κλίνουν περισσότερο στο να είναι προσεκτικές με το μέγεθος μιας υποδομής, αφού από την οπτική γωνία ενός κερδοσκοπικού οργανισμού η υπέρβαση της ζήτησης έναντι της προσφοράς είναι μικρότερο πρόβλημα απ' ό,τι το αντίστροφο, όταν από την οπτική γωνία της δημόσιας υγείας σοβαρότερο πρόβλημα είναι η έλλειψη υποδομών.<sup>153</sup> Όσο για τη συμμετοχή και τη σύμφωνη γνώμη των ιατρών στη σχεδιαζόμενη μείωση της δυναμικότητας των νέων νοσοκομείων, η απάντηση έρχεται από τους ίδιους τους ιατρούς που συμμετείχαν σε αυτές τις διαδικασίες και οι οποίοι αποκαλύπτουν ότι κλήθηκαν να πάρουν αποφάσεις μέσα σε προκαθορισμένα ανώτατα όρια κόστους, άρα και ανώτατα όρια κλινών.<sup>133</sup> Αδιάψευστος μάρτυρας του γεγονότος ότι η μείωση των κλινών στα νέα ΣΔΙΤ νοσοκομεία έγινε με κριτήρια οικονομικής βιωσιμότητας (affordability) και όχι ικανοποίησης των υγειονομικών αναγκών είναι το πόρισμα της εθνικής έρευνας για τις νοσοκομειακές κλίνες (national bed inquiry), η οποία ξεκίνησε το 1998 με εντολή του Υπουργού Υγείας και δημοσιοποιήθηκε το 2000.<sup>155</sup> Σύμφωνα με το πόρισμα της έρευνας, έως το 2003-2004 απαιτούνταν εντός της NHS μια αύξηση κατά 2000 κλίνες ενδο-νοσοκομειακής νοσηλείας και 2000 κλίνες ενδιάμεσης νοσηλείας με παράλληλη πρόσληψη 1000 ιατρών και απροσδιόριστου αριθμού νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού. Η αναγκαιότητα αυτή έθετε σε ευθεία αμφισβήτηση τη στρατηγική επιλογή του Υπουργείου Οικονομικών της Βρετανίας για χρηματοδότηση των νέων νοσοκομείων μέσω ΣΔΙΤ, οι οποίες την ίδια χρονική περίοδο σχετιζόνταν με μείωση έως και 30% στη δυναμικότητα των νέων νοσοκομείων.<sup>155</sup> Ήδη βέβαια από το 1997 εμπειρική μελέτη με δείγμα 3 PFI προγράμματα -μεταξύ των οποίων και αυτό στο Lothian Health Board της Σκωτίας- κατέληγε στο συμπέρασμα ότι οι προβλέψεις και οι προβολές στο μέλλον της κλινικής δραστηριότητας και της αναγκαίας εξ αυτής δυναμικότητας σε κλίνες που κάνουν οι κατασκευαστικές εταιρείες στα πλαίσια των ΣΔΙΤ υπολείπονται των εθνικών και τοπικών τάσεων, προειδοποιώντας παράλληλα ότι οι μειώσεις των νοσοκομειακών κλινών ενδέχεται να διαταράξουν την ικανότητα της NHS για ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλον τον πληθυσμό.<sup>137</sup> Η εξέλιξη των πραγμάτων φαίνεται να δικαιώνει τις ανωτέρω εκτιμήσεις. Πέντε χρόνια μετά, εμπειρική έρευνα αξιολόγησης του Lothian Health Board PFI προγράμματος δείχνει ότι το εν λόγω νοσοκομείο αδυνατούσε να ικανοποιήσει το προβλεπόμενο στόχο αύξησης του αριθμού των νοσηλευθέντων ακριβώς εξαιτίας των περιοριστικών πολιτικών που ακολουθήθηκαν στη σχεδίαση της δυναμικότητάς του.<sup>156</sup> Πιο συγκεκριμένα, το αρχικό πλάνο του προγράμματος προέβλεπε τη μείωση των κλινών κατά 508 με παράλληλη αύξηση των νοσηλευθέντων στις χειρουργικές και λοιπές ειδικότητες κατά 8% και 21%, αντίστοιχα.

Ο στόχος αυτός θα υλοποιείτο, σύμφωνα πάντα με το αρχικό πλάνο, μέσω της μείωσης της ΜΔΝ, της αύξησης των χειρουργείων ημέρας και της αυξημένης παροχής υπηρεσιών σε επίπεδο κοινότητας. Το 2001 και ενώ ο στόχος της μείωσης των κλινών είχε επιτευχθεί κατά 80% (δηλαδή μείωση κατά 409 κλίνες), οι νοσηλευθέντες στις χειρουργικές ειδικότητες μειώθηκαν κατά 33%, ενώ στις λοιπές ειδικότητες υπήρξε οριακή αύξηση της τάξης μόλις του 0,3%. Η αποτυχία του προγράμματος να ικανοποιήσει το στόχο της επιθυμητής κλινικής δραστηριότητας οφείλεται στη μείωση των κλινών και στην παράλληλη στασιμότητα της ΜΔΝ, τη μείωση κατά 3,3% των χειρουργείων ημέρας και την αδυναμία ανάπτυξης υποδομών σε κοινοτικό επίπεδο.<sup>156</sup>

Προκειμένου να αντισταθμιστεί το οικονομικό έλλειμμα ("affordability gap"), που προκύπτει από το υψηλό κόστος των PFI προγραμμάτων και τις συνεπαγόμενες αυξημένες ετήσιες πληρωμές προς τις κοινοπραξίες, οι διοικήσεις των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων της NHS, πέραν της προς τα κάτω αναθεώρησης των πλάνων των σχετικών με τη δυναμικότητα των νέων νοσοκομείων, προχωρούν τόσο στη μείωση του προσωπικού όσο και στην αναζήτηση τρόπων για αύξηση των ιδίων εσόδων τους μέσω της αύξησης των ιδιωτικών κλινών εντός των δημόσιων νοσοκομείων και της αύξησης της συνεισφοράς των ασθενών στο κόστος (user charges).<sup>131,133,147</sup> Πράγματι, τα PFI νοσοκομειακά προγράμματα σχετίζονται με μείωση κατά 9,6-16,7% των προϋπολογισμών μισθοδοσίας (πίν. 10),<sup>133</sup> γεγονός που μεταφράζεται στη χρησιμοποίηση μικρότερου αριθμητικά και λιγότερο εξειδικευμένου νοσηλευτικού, κυρίως, προσωπικού.<sup>133,147</sup> Παράλληλα, στα περισσότερα PFI νοσοκομεία υπηρεσίες που μέχρι πρότινος παρέχονταν δωρεάν στους ασθενείς και το προσωπικό (υψηλή ποιότητα γευμάτων, στάθμευση, μεταφορά των ασθενών που αποθεραπεύονται στο σπίτι κ.λπ.) μετατρέπονται πλέον σε ανταποδοτικές, μετακυλώντας το χρηματοδοτικό φορτίο στους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.<sup>142</sup>

### Πίνακας 10.

Διάρθρωση δαπανών στα νοσοκομεία της σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ), Βρετανία.

	Edinburgh Royal Infirmary		North Durham	
	Προ-ΣΔΙΤ 1996-1997	Μετά-ΣΔΙΤ 2003-2004	Προ-ΣΔΙΤ 1996-1997	Μετά-ΣΔΙΤ 2003-2004
Σύνολο εσόδων, εκατομμύρια €	232,7	213,6	86,9	86,9
Δαπάνες μισθοδοσίας, εκατομμύρια € (% εσόδων)	123,7 (53)	103,1 (48)	45,6 (53)	41,2 (47)
Δαπάνες κεφαλαίου, εκατομμύρια € (% εσόδων)	18,5 (8)	39,1 (18)	6,48 (7)	12,5 (14)

*Σημείωση:* Οι δαπάνες κεφαλαίου πριν από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ αφορούσαν στον ετήσιο φόρο (ίσο με το 6% της περιουσίας τους) που κατέβαλαν τα νοσοκομεία στο Υπουργείο Οικονομικών. Μετά από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ, οι δαπάνες κεφαλαίου αφορούν στις ετήσιες πληρωμές των νοσοκομείων προς τις κατασκευαστικές εταιρείες

Πηγή: Pollock et al 1999<sup>20</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### Η έννοια του «Δημόσιου» και του «Ιδιωτικού» στον χώρο της Υγείας

Σε μια κοινωνία η οποία θεμελιώνεται στην αρχή της ιδιοκτησίας είναι ίσως αναπόφευκτο, διαβάζοντας τους όρους «*Δημόσιο*» και «*Ιδιωτικό*», να θεωρούμε ότι πρέπει και έχει νόημα να αναφέρονται στο ιδιοκτησιακό καθεστώς. Μια πιο προσεκτική ανάλυση όμως καταδεικνύει ότι η ομαδοποίηση κατά ιδιοκτησιακό καθεστώς δεν είναι η κατάλληλη για να συζητήσουμε το θέμα του Δημόσιου και του Ιδιωτικού, τουλάχιστον στον χώρο της Υγείας.

Πράγματι, βάσει του κριτηρίου του ιδιοκτησιακού καθεστώτος ομαδοποιούνται υπό τον Δημόσιο τομέα κρατικοί, δημοτικοί, κοινοτικοί φορείς αλλά και Δημόσιες Επιχειρήσεις, ενώ υπό τον Ιδιωτικό τομέα ομαδοποιούνται επιχειρήσεις κάθε μεγέθους (από πολυεθνικές μέχρι οικογενειακές ή ατομικές και ελεύθερους επαγγελματίες), αλλά και αστικές μη-κερδοσκοπικές εταιρείες, σωματεία, μη-κυβερνητικοί οργανισμοί, θρησκευτικά και άλλα ιδρύματα...

Ήδη η απλή παράθεση των παραπάνω δείχνει την ακαταλληλότητα του κριτηρίου του ιδιοκτησιακού καθεστώτος, καθώς είναι φανερό ότι τα οργανωτικά σχήματα που συγχρωτίζονται υπό την ομπρέλα είτε του «*Δημόσιου*» είτε του «*Ιδιωτικού*» τομέα διαφέρουν ριζικά μεταξύ τους ως προς την κουλτούρα που τα χαρακτηρίζει και απορρέει από τις επιδιώξεις και τα κίνητρά τους, τα οποία και ανατροφοδοτεί.

Στο Giusti *et al.* (1997)<sup>178</sup> προτείνεται μια ταξινομική μήτρα 2 X 2 όπου οι συνδυασμοί ιδιοκτησιακών καθεστώτων και επιδιώξεων-κινήτρων μάς επιτρέπουν να ομαδοποιήσουμε αλλά και να κωδικοποιήσουμε τις ιδιαιτερότητες μεταξύ συστημάτων Υγείας σε διαφορετικά κράτη:



... όπου τα βέλη δείχνουν τη διαχρονική δυναμική δομικής διαφοροποίησης των συγκεκριμένων συστημάτων Υγείας βάσει των πολιτικών που ακολουθούνταν, σύμφωνα πάντα με τους συγγραφείς. Είναι σαφές ότι δημόσιο ιδιοκτησιακό καθεστώς μπορεί να συνυπάρχει με ιδιωτικούς επιδιωκόμενους σκοπούς, και το αντίθετο. Τι περιεχόμενο όμως έχει η έννοια «*Δημόσιος/Ιδιωτικός επιδιωκόμενος σκοπός*»;

Ο Reich (2000)<sup>197</sup>, γράφοντας για τις παγκόσμιες συμμαχίες στον χώρο της Υγείας αναφέρει ότι «*υπάρχει σοβαρός σκεπτικισμός για τη συμμετοχή ιδιωτικών εταιρειών σε τέτοιες συμπράξεις ακόμη και όταν δημιουργούν μεγάλα οφέλη στη Δημόσια Υγεία, διότι*

θεωρείται ότι οι ιδιωτικές εταιρείες μέσω των συμπράξεων αναζητούν μελλοντικά κέρδη και αγορές · ή έλεγχο επί των διεθνών οργανισμών · ή φοροαπαλλαγές · ή την ευκαιρία να αναπτύξουν νέα προϊόντα μέσω κρατικών επιδοτήσεων προκειμένου να προσποριστούν οφέλη και κέρδη», ενώ ο ίδιος στο Reich (2002)<sup>198</sup> (ed.) σελ. 3, γράφει «ένας καλός πρακτικός ορισμός της Σύμπραξης Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα είναι ότι, καταρχάς, αφορά τη συνεργασία τουλάχιστον ενός ιδιωτικού κερδοσκοπικού οργανισμού και ενός μη-κερδοσκοπικού ή δημόσιου φορέα», ενώ στη συνέχεια αναφέρει «αν και ανήκουν σε αυτό που ονομάζουμε 'κοινωνία των πολιτών' (civil society) μπορούμε να κατατάξουμε τους μη-κυβερνητικούς οργανισμούς και τα ιδρύματα στη 'δημόσια' πλευρά μιας σύμπραξης»<sup>ii</sup>.

Η Deber (2002)<sup>168</sup> διαπραγματεύεται διεξοδικά τα θέματα κατηγοριοποίησης των διαφόρων μορφών οργανισμών που δραστηριοποιούνται στον χώρο της Υγείας βάσει των χαρακτηριστικών και των επιδιώξεων-κινήτρων τους, και καταλήγει σχολιάζοντας «μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι η διαμάχη 'δημόσιο-ιδιωτικό' είναι άστοχα βαφτισμένη - τα πιο παθιασμένα επιχειρήματα και διαφωνίες κινούνται γύρω από τον άξονα 'κερδοσκοπικό - μη κερδοσκοπικό'» (έμφαση δική μου).

Παρ' όλη δε τη μεθοδολογικά ορθή προειδοποίηση του Evans (1984)<sup>176</sup>, ότι «η επιδίωξη κέρδους, καθαυτή, δεν συσχετίζεται εγγενώς με την ηθική εξαχρείωση ή με αύξηση του κόστους», γενικότερα φαίνεται ότι υπάρχει σύγκλιση απόψεων στο ότι το κρίσιμο κριτήριο διαχωρισμού/ομαδοποίησης των οργανισμών που δρουν στον χώρο της Υγείας, είναι η ύπαρξη ή μη του κινήτρου επίτευξης οικονομικού κέρδους<sup>iii</sup>.

Για πολλούς δε, το κερδοσκοπικό κίνητρο δημιουργεί αγεφύρωτο χάσμα, και είναι ασύμβατο με τον χώρο της Υγείας. Γιατί όμως;

Διότι οι κοινωνίες έχουν αποδεχτεί (χωρίς να το επικροτούν), ότι στις δραστηριότητες με σκοπό την επίτευξη κέρδους οι ηθικές αξίες έχουν συγκριτικά τη μικρότερη βαρύτητα από ότι στις υπόλοιπες δραστηριότητες του ανθρώπου. Αντίθετα, στον χώρο της Υγείας οι ηθικές αξίες έχουν τη μεγαλύτερη δυνατή βαρύτητα σε κοινωνικό επίπεδο, καθώς η Υγεία (με την έννοια της κοινωνικής παροχής της προς όλους) θεωρείται ότι αποτελεί την ύψιστη έκφραση κοινωνικής αλληλεγγύης.

Άρα η ύπαρξη του κερδοσκοπικού κινήτρου στον χώρο της Υγείας είναι όντως αντιφατική και οξύμωρη, από τη σκοπιά του ισχύοντος ηθικού σχεδιασμού της κοινωνίας<sup>iv</sup>. Όμως η κοινωνία δεν χαρακτηρίζεται από, ούτε συγκροτείται στη βάση μόνο

ii. Όπως ακριβώς έπραξε και το ελληνικό κράτος με τον πρόσφατο ν.3842/2010<sup>170</sup>, όπου ταύτισε τους μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών Υγείας με τους δημόσιους, αναφορικά με το καθεστώς φόρου προστιθέμενης αξίας (άρθρο 62).

iii. Θα πρέπει να διαχωριστεί η έννοια του «κέρδους» από την έννοια του «πλεονάσματος» το οποίο επιδιώκεται για να μετατραπεί στη συνέχεια σε αποθεματικό. Λόγω της εγγενούς και αναπόφευκτης αβεβαιότητας του μέλλοντος, ακόμη και μια μη-κερδοσκοπική παραγωγική μονάδα θα πρέπει, αν θέλει να ασκεί ορθολογική διαχείριση των πόρων της, να επιδιώκει τη δημιουργία βραχυπρόθεσμων πλεονασμάτων (υψηλότερα έσοδα από έξοδα), ώστε να σχηματίζει αποθεματικά προς αντιμετώπιση απρόβλεπτων και έκτακτων καταστάσεων στο μέλλον. Στον μακροχρόνιο ορίζοντα, τα αποθεματικά αυτά αναλώνονται όντως για την αντιμετώπιση των μη-προϋπολογισθέντων αυτών γεγονότων που τελικά θα συμβούν, και άρα στην ουσία αντικρίζουν έξοδα -τα οποία απλώς προκύπτουν σε διαφορετικό χρονικό σημείο από τα έσοδα που χρησιμοποιήθηκαν για την κάλυψή τους. Το «κέρδος» είναι το πλεόνασμα που μπορεί να αφαιρεθεί από την παραγωγική μονάδα χωρίς να διακυβευτεί η μεσοπρόθεσμη λειτουργία της, και όχι η ανά περιόδο διαφορά εσόδων-εξόδων. Υπό την έννοια αυτή, είναι αμφίβολο το κατά πόσο πρέπει να ενταχθούν στην κατηγορία των «κερδοσκοπικών οργανισμών» ακόμη και μικρές ιδιωτικές επιχειρήσεις των οποίων το «πλεόνασμα» καλύπτει στην ουσία την αμοιβή της εργασίας του ιδιοκτήτη τους.

iv. Βεβαίως οι κίνδυνοι που δημιουργούνται από την ύπαρξη του κερδοσκοπικού κινήτρου στην Υγεία προκύπτουν και ως ορθολογική συνέπεια αυτού: η κερδοσκοπική μονάδα θα επιδιώξει να μειώσει τα κόστη της προκειμένου να αυξήσει τα κέρδη της, αν όχι αναφορικά με την ποσότητα αυτών που προσφέρει, αλλά ως προς την ποιότητά τους, η οποία είναι πιο δύσκολα μετρήσιμη και άρα μπορεί να διαφύγει της όποιας δημόσιας εποπτείας και ελέγχου. Όμως αυτή η συμπεριφορά, για να προκύψει, σιωπηρά προϋποθέτει το ηθικό χάσμα που περιγράφηκε, το οποίο καθίσταται

του ηθικού σχεδιασμού της, αλλά ολοκληρώνεται στο πεδίο υλοποίησης συγκεκριμένων κοινωνικών αξιών και ζητούμενων, τα οποία ως σύνολο δεν παρουσιάζουν υποχρεωτικά εσωτερική συνέπεια αλλά μπορεί να είναι αντικρουόμενα και να παράγουν ηθικές αντιφάσεις και οξεία διλήμματα.

Το τι έχουν να προσφέρουν (από πλευράς κοινωνικού οφέλους) οι ιδιωτικές κερδοσκοπικές μονάδες στην Υγεία θα το αναζητήσουμε στο τμήμα Iv. Εδώ σημαντικό είναι να διευκρινίσουμε ότι στην παρούσα εργασία οι έννοιες «*Δημόσιο*» και «*Ιδιωτικό*» χρησιμοποιούνται για να δηλώσουν την ύπαρξη ή όχι του κέρδους ως κεντρικού ή εκ των κεντρικών κινήτρων ενός οργανισμού. Αυτή η διάκριση είναι η κρισιμότερη αλλά και αναλυτικά η χρησιμότερη για την εξέταση του θέματος που μας απασχολεί.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### Συμπράξεις Δημόσιου & Ιδιωτικού τομέα στον χώρο της Υγείας

Η «Πρωτοβουλία για τις Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία» (με έδρα τη Γενεύη), κατηγοριοποιεί τις δυνατότητες συμπράξεων στον χώρο της Υγείας ως ακολούθως:

1. Έλεγχος επιδημιών - ανάπτυξη προϊόντων
2. Έλεγχος επιδημιών - διανομή προϊόντων
3. Ενίσχυση Υπηρεσιών Υγείας
4. Εμπορευματοποίηση παραδοσιακών φαρμάκων
5. Συντονισμός Προγραμμάτων Υγείας
6. Λοιπές Διεθνείς / Υπερεθνικές Συμπράξεις
7. Συμπράξεις σε «εθνικό» επίπεδο
8. Συμμαχίες του Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία
9. Δωρεές προϊόντων
10. Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Η ύπαρξη της κατηγορίας 6. «*Λοιπές Διεθνείς/Υπερεθνικές Συμπράξεις*», από μόνη της υπονοεί ότι οι προηγούμενες πέντε αφορούν κυρίως Διεθνείς/Υπερεθνικές Συμπράξεις, οι οποίες υλοποιούνται συνήθως σε φτωχές και αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ οι κατηγορίες 7. έως και 10. αναμένονται να εμφανιστούν κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες.

#### **a. Διεθνείς συμπράξεις στις αναπτυσσόμενες και φτωχές χώρες**

Οι Διεθνείς Συμπράξεις συχνά αποτελούν συνεργασίες κρατών, μη-κερδοσκοπικών οργανισμών και φαρμακευτικών εταιρειών, ενίοτε υπό την αιγίδα και την πρωτοβουλία κάποιου διεθνούς οργανισμού, όπου τα κράτη εποπτεύουν, οι μη-κερδοσκοπικοί οργανισμοί παρέχουν τις τελικές υπηρεσίες και οι φαρμακευτικές εταιρείες προσφέρουν

---

έτσι πρωταρχικό ως αίτιο. Ο Evans (1984)<sup>176</sup>, κεφ. 10, προσφέρει μια ψύχραιμη και ισορροπημένη σύνοψη του θέματος.

τα φάρμακα<sup>v</sup>. Ορισμένες φορές, ιδιωτικές εταιρείες συμμετέχουν και σε δραστηριότητες περιφερειακές των υπηρεσιών Υγείας αλλά σημαντικές για την όλη επιτυχία του προγράμματος<sup>vi</sup>. Τέτοια προγράμματα υλοποιούνται σχεδόν αποκλειστικά σε αναπτυσσόμενες και φτωχές χώρες όπου τα δημόσια συστήματα Υγείας είναι ανύπαρκτα ή πολύ περιορισμένων δυνατοτήτων παροχής και κάλυψης πληθυσμού, και όπου σοβαρές ασθένειες ή άλλα προβλήματα υγείας προσβάλλουν μεγάλα τμήματα του πληθυσμού<sup>vii</sup>.

Η εμπειρία από τις Διεθνείς Συμπράξεις είναι κατά βάση θετική, παρ' όλο που απαιτείται η συνεργασία τόσο διαφορετικών οργανισμών οι οποίοι όχι μόνο χαρακτηρίζονται από διαφορετικές νοοτροπίες και κίνητρα αλλά προέρχονται και από διαφορετικούς πολιτισμικούς χώρους. Υπάρχουν όμως και φωνές που τις αντιμετωπίζουν με σκεπτικισμό, φοβούμενες ότι τελικά δυναμιτίζουν τις προσπάθειες των διεθνών οργανισμών για μια πραγματικά διεθνή πολιτική ισότητας στο θέμα της Υγείας<sup>viii</sup>.

Βασικό χαρακτηριστικό των συμπράξεων αυτών είναι το ότι πρόκειται για προγράμματα με συγκεκριμένο στόχο (όπως π.χ. εμβολιασμός πληθυσμού, αντιμετώπιση υποσιτισμού, αντιμετώπιση συγκεκριμένης επιδημικής ασθένειας) κάτι που δίνει τη δυνατότητα σε τόσο διαφορετικές οντότητες να συνεργαστούν επιτυχημένα, παρά τις μεγάλες διαφορές τους αναφορικά με την κουλτούρα και τα κίνητρά τους, εφόσον κατορθώσουν να εστιαστούν στον πολύ σαφή στόχο του προγράμματος και να επεξεργαστούν τις μεταξύ τους σχέσεις, τη συμμετοχή και τη συνεισφορά της κάθε πλευράς στη σύμπραξη, αλλά και να οριοθετήσουν σαφώς τα οφέλη που η κάθε πλευρά αναμένει. Η στενή εστίαση των προγραμμάτων αυτών δεν σημαίνει ότι είναι βραχυχρόνια: συχνά διαρκούν πέντε, δέκα ή και περισσότερα χρόνια. Αλλά σε κάθε περίπτωση, αποτελούν μια μη-δομική, κατά περίπτωση σύμπραξη, που ακολουθεί τις κρίσεις υγείας στους πληθυσμούς των αναπτυσσόμενων και φτωχών κρατών και έρχεται να υποκαταστήσει εξ ανάγκης τις ελλειπείς κρατικές υποδομές.

Όμως όλες οι αναλύσεις αυτών των συμπράξεων δείχνουν ότι απαιτείται πραγματική συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών. Με άλλα λόγια, η επιτυχία τους εξαρτάται από τον βαθμό στον οποίο η κάθε πλευρά κατανοεί την κουλτούρα, τις επιδιώξεις αλλά και τους περιορισμούς της άλλης, σε έκταση και βάθος πέραν της οποιασδήποτε συμβατικής σχέσης και των κειμένων τα οποία αποτυπώνουν και περιχαράκωνουν τη σύμπραξη.<sup>167</sup>

Αντίθετα, όπως θα δούμε ακολούθως, οι συμπράξεις στις ανεπτυγμένες χώρες παίρνουν κυρίως τη μορφή διευρυμένων συμβατικών σχέσεων μεταξύ δημόσιων οργανισμών και ιδιωτικών εταιρειών -μάλιστα, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην πληρότητα που πρέπει να χαρακτηρίζει τη σύμβαση που θα υπογραφεί, και στην ανάγκη ο Δημόσιος τομέας να αξιοποιήσει τους ελεγκτικούς και εποπτικούς μηχανισμούς της σύμβασης σύμπραξης. Όμως αυτό, στην πραγματικότητα, οριακά μόνο μπορεί να χαρακτηριστεί ως

v Βλ. π.χ. Ramiah & Reich (2006)<sup>195</sup> για την σύμπραξη της Merck, του ιδρύματος Gates και της κυβέρνησης της Μποτσουάνα.

vi Βλ. π.χ. Osman (2008)<sup>191</sup>, όπου στα πλαίσια του προγράμματος μαζικού εμβολιασμού στο Bangladesh ιδιωτικές εταιρείες είχαν αναλάβει την ενημέρωση και κινητοποίηση του πληθυσμού.

vii Το βιβλίο Reich (2002) (ed.)<sup>198</sup> είναι εξ ολοκλήρου αφιερωμένο στις διεθνείς συμπράξεις.

viii Βλ. το άρθρο των Buse & Walt (2002)<sup>164</sup>.

«**σύμπραξη**» και οπωσδήποτε δεν αποτελεί συνεργασία. Είναι περισσότερο μια νέα διευρυμένη μορφή συναλλαγής μεταξύ Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα, παρά οτιδήποτε άλλο<sup>ix</sup>.

#### **b. Συμπράξεις στις ανεπτυγμένες χώρες**

Το σημαντικό χαρακτηριστικό στις ανεπτυγμένες χώρες είναι η ύπαρξη ενός εκτεταμένου και κατά βάση Δημόσιου συστήματος Υγείας με πλήρη ή σχεδόν πλήρη κάλυψη του πληθυσμού και δημόσια χρηματοδότηση<sup>x</sup>, στα πλαίσια του οποίου οι συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα αναδύονται λόγω της αυξανόμενης πίεσης στα συστήματα αυτά για βελτίωση και επέκταση των υπηρεσιών καθώς αυξάνεται η γενική ευημερία του πληθυσμού, αλλά και η γήρανσή του.

Δομικά, η βασική καινοτομία των μοντέλων σύμπραξης είναι ότι συμβασιοποιούνται ως παραδοτέα από τον Ιδιωτικό στον Δημόσιο τομέα κυρίως τα επιθυμητά αποτελέσματα (outputs), και όχι και οι εισροές πόρων (inputs). Συμβασιοποιείται η παράδοση μιας γέφυρας εν λειτουργία με δεδομένο μήκος, πλάτος και δομικά χαρακτηριστικά, και όχι π.χ. και τα υλικά τα οποία θα χρησιμοποιηθούν ή ο τρόπος με τον οποίο θα στελεχωθεί το εργοτάξιο. Με τον τρόπο αυτό, το Δημόσιο διασφαλίζει ότι θα λάβει αυτό που το ίδιο έχει ορίσει στα πλαίσια του δημοσίου συμφέροντος και επιδιώξεων, ενώ ο Ιδιωτικός τομέας έχει μεγαλύτερη ανεξαρτησία να πετύχει τα οριζόμενα από το Δημόσιο, επιλέγοντας και συνδυάζοντας πόρους (οικονομικούς, τεχνογνωσίας κλπ) με κατά τεκμήριο αποδοτικότερους τρόπους.

Άλλα πλεονεκτήματα είναι η μεταφορά πληρωμών από το Δημόσιο Ταμείο στο μέλλον, η μεταφορά κινδύνων στον Ιδιωτικό τομέα, καθώς και η καλύτερη συντήρηση των υποδομών (στα πλαίσια της μόνιμης στενότητας των δημοσίων πόρων, συχνά οι υποδομές δεν συντηρούνται και άρα απαξιώνονται ταχύτερα, καθώς δίνεται προτεραιότητα στην κάλυψη των τρεχόντων λειτουργικών εξόδων).

Όμως σπάνια τίθεται υπό συζήτηση η δυνατότητα συμπράξεων Δημόσιου-Ιδιωτικού τομέα για την παροχή ιατρικών-κλινικών υπηρεσιών<sup>xi</sup>. Αυτό δεν είναι τυχαίο: αφήνοντας τις ιατρικές υπηρεσίες εκτός των συμπράξεων, καθησυχάζονται οι ανησυχίες των πολιτών για «**ιδιωτικοποίηση της Υγείας**», και τονίζεται η οικονομική και διοικητική αποδοτικότητα του Ιδιωτικού τομέα σε υποστηρικτικούς τομείς, αποδοτικότητα που αξιοποιείται μέσω των συμπράξεων προς όφελος του Δημόσιου συμφέροντος<sup>xii</sup>.

Το παραπάνω μοντέλο έχει ακολουθηθεί κατά κόρον μεταξύ άλλων χωρών στην Μ. Βρετανία και στην Αυστραλία, αν και, όπως προαναφέρθηκε, εξακολουθεί να υπάρχει απουσία συναίνεσης για την επιτυχία ή την αποτυχία του.<sup>203,211</sup>

Θα μπορούσε δε να παρομοιαστεί με τις πρακτικές «outsourcing» που έχουν διεθνώς εμφανισθεί μεταξύ ιδιωτικών επιχειρήσεων από την δεκαετία του 1990 και εξής.

<sup>x</sup> Εξαιρέση πάντα οι ΗΠΑ, ενώ σε μερικές άλλες χώρες τα πλουσιότερα στρώματα του πληθυσμού πληρώνουν υποχρεωτικά μέσω ιδιωτικών πόρων δημόσιες υπηρεσίες Υγείας, π.χ. Ολλανδία - βλ. Tuohy **et al.** (2004)<sup>205</sup>. Χαρακτηριστικά, στο Canadian Council for PPP (2003)<sup>166</sup> αναφέρεται, «**Βλέπουμε τον ρόλο του Ιδιωτικού τομέα στο να σχεδιάζει, χτίζει, χρηματοδοτεί και πιθανώς να λειτουργεί και να συντηρεί/εκσυγχρονίζει τις υποδομές στο Νοσοκομειακό σύστημα του Καναδά. Ξεκαθαρίζουμε ότι σε καμία περίπτωση δεν συστήνουμε ή υποστηρίζουμε οποιαδήποτε ρόλο του Ιδιωτικού τομέα στην παροχή ιατρικών-κλινικών υπηρεσιών**» (που τώρα προσφέρονται από το Δημόσιο).

<sup>xii</sup> «**Τίποτε σε αυτά τα μοντέλα (συμπράξεων) δεν απειλεί το Δημόσιο σύστημα Υγείας. Αντίθετα μέσω των συμπράξεων το Δημόσιο μπόρεσε να εκσυγχρονίσει το σύστημα Υγείας χωρίς το κόστος να βαρύνει ευθέως και άμεσα τους φορολογούμενους πολίτες**», - στο Canadian Council for PPP (2002)<sup>165</sup>.

Στην Ηπειρωτική Ευρώπη όμως διαφαίνεται μια ποικιλία συμπράξεων, και τάση να εμπλακεί ο Ιδιωτικός τομέας και στις ιατρικές-κλινικές υπηρεσίες.<sup>173,175</sup>

Σε πρόσφατη μελέτη τους οι Nikolic & Maikisch (2006)<sup>187</sup>, αναλύουν 9 περιπτώσεις συμπράξεων διαφόρων μορφών από τη Γερμανία, Αυστρία, Σουηδία, Ρουμανία, Δανία, Πορτογαλία. Από αυτές ξεχωρίζουμε:

Στη Ρουμανία, ιδιωτικοποιήθηκαν οι υπηρεσίες αιμοκάθαρσης σε οκτώ δημόσια νοσοκομεία. Ο Ιδιωτικός τομέας ανέλαβε την υποχρέωση να εκσυγχρονίσει τον εξοπλισμό και να ανακαινίσει τα κτήρια. Τα τιμολόγια των υπηρεσιών καθορίστηκαν από το Δημόσιο. Η εμπειρία μέχρι στιγμής κρίνεται επιτυχημένη: επενδύσεις ιδιωτικών κεφαλαίων χωρίς επιβάρυνση του δημόσιου προϋπολογισμού, εκσυγχρονισμός εξοπλισμού και υποδομών, μειωμένο κόστος και αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών.

Στην Αυστρία, υλοποιήθηκε πλήρης εκσυγχρονισμός ενός δημόσιου νοσοκομείου με φορέα υλοποίησης μια νεοσύστατη εταιρεία όπου μέτοχοι είναι ο Δημόσιος Σύνδεσμος Νοσοκομείων και δύο ιδιωτικές εταιρείες, μία εκ των οποίων ανέλαβε τον εκσυγχρονισμό και η άλλη τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Στη Σουηδία, ιδιωτικοποιήθηκε πλήρως ένα μεγάλο δημοτικό νοσοκομείο στη Στοκχόλμη (St Goran's). Η ιδιωτικοποίηση ολοκληρώθηκε το 1999, και έκτοτε το St Goran's κρίνεται από τα καλύτερα νοσοκομεία της χώρας, αναφορικά τόσο με τα κοινωνικά ζητούμενα (ποιότητα υπηρεσιών, πλήρης πρόσβαση πολιτών, συγκράτηση συνολικού κόστους), όσο και με την απόδοσή του ως κερδοσκοπική επιχείρηση.

Στη Γερμανία, συνάφθηκε συμβόλαιο εκχώρησης (concession agreement) δημόσιου νοσοκομείου 1.100 κλινών στο Βερολίνο. Υλοποιήθηκε πλήρης εκσυγχρονισμός κτηρίου και εξοπλισμού με ιδιωτικά κεφάλαια (επένδυση 215 εκ ευρώ). Μεταξύ των συμβατικών δεσμεύσεων ήταν η διατήρηση όλων των θέσεων προσωπικού για τέσσερα χρόνια (παρ' όλα αυτά υπήρξε μείωση στα συσχετιζόμενα με το προσωπικό κόστη κατά 10% λόγω αποδοτικότερου σχεδιασμού). Διατηρήθηκε η προϋπάρχουσα ακαδημαϊκή-διδακτική δραστηριότητα στους χώρους το νέου Νοσοκομείου (οι δραστηριότητες αυτές συνέχισαν να εποπτεύονται και να χρηματοδοτούνται από το Δημόσιο).

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, ο Ιδιωτικός τομέας ανέλαβε και την παροχή παρά-κλινικών, κλινικών και ιατρικών υπηρεσιών με επιτυχία, υπό την έννοια της βελτίωσης των οικονομικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών Υγείας χωρίς να πληγεί η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες ή να επιβαρυνθεί ο δημόσιος προϋπολογισμός ή το ιδιωτικό εισόδημα. Με άλλα λόγια, η ιδιωτική λειτουργία βελτίωσε την συνολική αποδοτικότητα, και το όφελος μοιράστηκε στις ιδιωτικές εταιρείες με τη μορφή κερδών, στο Δημόσιο με τη μορφή μειωμένου κόστους και στους πολίτες με τη μορφή υψηλότερης ποιότητας.

Αν τα παραπάνω παραδείγματα εντυπωσιάζουν, θα πρέπει να τονίσουμε εκ νέου ότι κανένα από αυτά τα οφέλη δεν προκύπτει με βεβαιότητα, ούτε είναι όλες οι περιπτώσεις συμπράξεων στο χώρο της Υγείας επιτυχημένες<sup>xiii</sup>. Το εκάστοτε νομικό και συμβατικό πλαίσιο αλλά και οι νοοτροπίες και πρακτικές Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα στην κάθε

<sup>xiii</sup> Πχ στην Πορτογαλία οι πρώτες προσπάθειες συνεργασίας Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα έχουν για την ώρα αποτύχει, βλ. EAHM (2009)<sup>169</sup>, ομιλία του Artur Vaz.



χώρα παίζουν κρίσιμο ρόλο και καθορίζουν την επιτυχία ή την αποτυχία, μη επιτρέποντας αβασάνιστες «*μεταφορές συνταγών επιτυχίας*» από χώρα σε χώρα.

Αρκεί να σημειωθεί ότι αν καταρχάς το μοντέλο των ΣΔΙΤ υιοθετήθηκε για να καλύψει μεταξύ άλλων το έλλειμμα παραγωγικής αποδοτικότητας του Δημοσίου Τομέα, ταυτόχρονα απαιτεί αυξημένη *εποπτική* αποδοτικότητα του Δημοσίου - και αν η εποπτεία αποτελεί παραδοσιακό χώρο δραστηριοποίησης του Δημοσίου, αυτό δεν σημαίνει ότι το Δημόσιο είναι προετοιμασμένο για το είδος και το εύρος της εποπτείας που καλείται να ασκήσει στα πλαίσια των ΣΔΙΤ.

### **c. Η ελληνική εμπειρία**

Αν και η ανάθεση σε ιδιωτικές εταιρείες υπηρεσιών όπως η καθαριότητα, η φύλαξη κτηρίων και η σίτιση των ασθενών στα νοσοκομεία έχουν νομοθετικά επιτραπεί στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία και ενίοτε ανατίθενται σε αυτές, οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα με την νέα τους εκτεταμένη έννοια, μόλις ξεκινούν. Σύμφωνα με τη Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσοκομειακών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ)<sup>xiv</sup>, σε τρία νοσοκομεία και ένα κέντρο αποκατάστασης του Εθνικού Συστήματος Υγείας που βρίσκονται υπό κατασκευή, ο Ιδιωτικός τομέας έχει αναλάβει την κατασκευή των υποδομών αλλά και την παροχή όλων των υπηρεσιών πλην των ιατρικών και νοσηλευτικών (συντήρηση-αναβάθμιση ιατρικού και λοιπού εξοπλισμού, συντήρηση κτηρίων, ξενοδοχειακές υπηρεσίες)<sup>xv</sup>.

Διαπιστώνουμε και εδώ την εφαρμογή του μοντέλου της μακροχρόνιας κάθετης σύμπραξης, όπου ο Δημόσιος τομέας αναθέτει κρίσιμα έργα στον Ιδιωτικό τα οποία όμως είναι πάντα υποστηρικτικά των «*καθαυτό*» υπηρεσιών Υγείας, οι οποίες έρχονται να στηριχθούν στις προηγούμενες και προσφέρονται άμεσα από τον Δημόσιο τομέα<sup>xvi</sup>. Πρόκειται σαφώς για ένα διαφορετικό μοντέλο λειτουργίας από το σημερινό και άρα απαιτεί νέες νοοτροπίες και από τις δύο πλευρές ώστε να μπορέσει να επιτύχει. Αλλά δεν αφορά οριζόντιες συνεργασίες, οι οποίες όμως θα ήταν αυτές που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν συνέργειες μεταξύ Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα Υγείας βελτιώνοντας συνολικά το σύστημα Υγείας και αποφεύγοντας διπλές υποδομές και κοινωνικά αναντίστοιχη κατανομή των πόρων.

Η απουσία από τη δημόσια συζήτηση του θέματος των οριζόντιων συνεργασιών μεταξύ Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα στον χώρο της Υγείας, αντανακλά την ύπαρξη ιδεολογικών καθεστώτων, όλου του πολιτικού φάσματος. Στα ιδεολογικά πλαίσια που τα καθεστώτα αυτά συνηθίζουν να κινούνται, ο Δημόσιος (Ιδιωτικός) τομέας Υγείας αποτελεί ιστορικό λάθος ή εν πάση περιπτώσει δεν συνάδει πλέον με τις υφιστάμενες κοινωνικές συνθήκες και ανάγκες, και θα πρέπει εν πολλοίς να αντικατασταθεί από τον Ιδιωτικό (Δημόσιο).<sup>185,186</sup>

Πριν λοιπόν συζητήσουμε τις δυνατότητες και προοπτικές συντονισμού και συνεργασίας (στο τμήμα ν), θα πρέπει πρώτα να καταδείξουμε ότι το Μικτό σύστημα

<sup>xiv</sup> Lambropoulos (2008)<sup>181</sup>.

<sup>xv</sup> Βλ. και Ευθυμίου & Σιγάλας (2008)<sup>172</sup>.

<sup>xvi</sup> Κατανομή εργασιών που συνάδει με την προσέγγιση των ΣΔΙΤ ως συμπληρωματικού εργαλείου για την αναβάθμιση του ΕΣΥ, βλ. Χατζητόλιος κα (2007)<sup>212</sup>.

Υγείας δεν έχει προκύψει τυχαία, αλλά απορρέει από τις κοινωνικές αξίες και τα κοινωνικά ζητούμενα από ένα σύστημα Υγείας. Θα πρέπει δηλαδή να θεμελιώσουμε το Μικτό σύστημα Υγείας ως κοινωνικό δέον.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### Το Μικτό Σύστημα Υγείας ως φορέας υλοποίησης κοινωνικών αξιών και επίτευξης κοινωνικών ζητουμένων

#### 9.1 Οι κοινωνικές αξίες στον χώρο της Υγείας

Η Υγεία θεωρείται κοινωνικό αγαθό<sup>xvii</sup>. Το θεωρούμε αυτονόητο και κατά συνέπεια συχνά δεν εξηγούμε και το γιατί<sup>xviii</sup>.

Σύμφωνα με την ωφελμιστική προσέγγιση στο θέμα, το μη-υγιές άτομο επιβαρύνει πολλαπλάσια το κοινωνικό σώμα μέσα στο οποίο ζει. Διαταράσσεται η παραγωγική του συνεισφορά, άρα και το παραγωγικό σύστημα μέσα στο οποίο εργάζεται, άρα και η παραγωγή της κοινωνίας γενικότερα, όπως και οι ζωές των οικείων του. Αντίστροφα, ο υγιής πολίτης επιδρά θετικά στα παραπάνω, εκ του γεγονότος ότι είναι υγιής. Δημιουργούνται δηλαδή αρνητικές και θετικές «εξωτερικές οικονομίες» (externalities) κατά την ορολογία της Οικονομικής Επιστήμης, και άρα ο κοινός της κοινωνίας φορέας, το Δημόσιο, πρέπει να παρέμβει για να φροντίσει την υγεία του κάθε πολίτη για την προστασία και προς όφελος τουλάχιστον των άλλων πολιτών.

Η ύπαρξη εξωτερικών οικονομιών όμως δεν μπορεί από μόνη της να δικαιολογήσει τα εκτεταμένα Δημόσια συστήματα Υγείας που χαρακτηρίζουν τα ανεπτυγμένα κράτη. Για την αντιμετώπιση των εξωτερικών οικονομιών το Δημόσιο θα μπορούσε να επιλέξει άλλους τρόπους δράσης, εποπτικούς και διοικητικούς, και όχι υποχρεωτικά να αναλάβει την άμεση παροχή υπηρεσιών Υγείας.

Αναφέρθηκε προηγουμένως ότι η Υγεία θεωρείται η ύψιστη έκφραση της κοινωνικής αλληλεγγύης, από την οποία απορρέει και η επιταγή για καθολική κάλυψη του πληθυσμού<sup>xix</sup>. Η κοινωνική αλληλεγγύη θεωρείται ότι βάλλεται ή και καταργείται στην πράξη από την Ιδιωτική (θυμίζουμε, κερδοσκοπική) παροχή υπηρεσιών Υγείας.

Όμως αν εξειδικεύσουμε τις κοινωνικές αξίες που αναδύονται γύρω από την Υγεία θα διαπιστώσουμε ότι απαιτείται η ύπαρξη τόσο του Δημόσιου όσο και του Ιδιωτικού τομέα προκειμένου αυτές να υλοποιηθούν.

Τέσσερεις είναι οι θεμελιώδεις αυτές αξίες:

---

Αποφεύγουμε εδώ τον όρο «δημόσιο αγαθό», διότι έχει συγκεκριμένη έννοια στην Οικονομική Επιστήμη, αποδίδοντας χαρακτηριστικά που η Υγεία, ως αγαθό, δεν διαθέτει, εκτός από την ύπαρξη «εξωτερικών οικονομιών» (externalities).

<sup>xviii</sup> Θυμίζουμε ότι στη χώρα μας η μέριμνα για την Υγεία είναι και συνταγματικά κατοχυρωμένη υποχρέωση του κράτους - άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος.

<sup>xix</sup> Η συμφωνία των πολιτών για καθολικό σύστημα Υγείας, μπορεί όμως να προκύπτει και ως «ατομική ιδιοτελής» επιλογή σε ένα σύστημα όπου οι θεμελιώδεις σχεδιαστικές αποφάσεις λαμβάνονται πίσω από το «πέπλο άγνοιας», το θεωρητικό εργαλείο που εισήγαγε ο Rawls (1972)<sup>196</sup>: στην ερώτηση «θα θέλατε να υπάρχει καθολική πρόσβαση στο σύστημα Υγείας;», ένα άτομο πίσω από το πέπλο της άγνοιας, χωρίς δηλαδή να γνωρίζει σε ποια κοινωνικοοικονομική θέση, ή σε ποια ηλικία, ή σε τι κατάσταση προσωπικής υγείας θα βρεθεί στην κοινωνία που σχεδιάζεται, θα απαντούσε κατά πάσα πιθανότητα «ναι, να υπάρχει καθολική πρόσβαση» έστω και μόνο φροντίζοντας το προσωπικό του συμφέρον ενόψει της αβεβαιότητας, ακόμη και αν δεν εμφορείτο από ηθικές αξίες κοινωνικής αλληλεγγύης. Δεδομένου ότι η υγεία είναι στενά συνδεδεμένη με την ίδια την επιβίωση, η καθολική πρόσβαση στο σύστημα Υγείας μπορεί να πάψει να υποστηρίζεται μόνο από αυτούς που βρίσκονται σε προσωπική κατάσταση τέτοια ώστε να αισθάνονται ότι δεν τη χρειάζονται τώρα ή στο ορατό μέλλον.

- 1) Η υγεία είναι **δικαίωμα** του πολίτη. Ως τέτοιο, και ως θεμελιώδες θεωρούμενο δικαίωμα, μιας και σχετίζεται άμεσα με την βιολογική επιβίωση και την ψυχική ευποιΐα, το κράτος υποχρεούται να διασφαλίσει αυτό το δικαίωμα εμπλεκόμενο στον τομέα της Υγείας.
- 2) Η υγεία είναι **υποχρέωση** του πολίτη. Σχετίζεται κυρίως με τις εξωτερικές οικονομίες που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Για την υλοποίηση της αξίας αυτής, οι κοινωνίες έχουν επιλέξει την εγκαθίδρυση συστημάτων υποχρεωτικής Δημόσιας/Κοινωνικής Ασφάλισης (τα οποία ταυτόχρονα, στο συνταξιοδοτικό τους μέρος, καλύπτουν και την επιταγή της διαγεννεακής αλληλεγγύης).

Γύρω από τα παραπάνω έχουν αναπτυχθεί επιχειρήματα για το κατά πόσο είναι υποχρεωτική η ύπαρξη δημόσιων μηχανισμών παραγωγής ή αν θα μπορούσαν να αντικατασταθούν με ιδιωτικούς (ενίοτε και αγοραίους) μηχανισμούς, χωρίς να διακυβευθεί η υλοποίησή τους. Αυτό είναι κάτι το οποίο θα εξετάσουμε αμέσως μετά. Αλλά για την ώρα τίποτε δεν φαίνεται να *απαιτεί* την ύπαρξη Ιδιωτικού τομέα στην Υγεία προκειμένου να υλοποιηθούν οι συναφείς με αυτήν θεμελιώδεις κοινωνικές αξίες.

Υπάρχουν όμως δύο ακόμη αξίες οι οποίες ζητείται από την κοινωνία να υλοποιούνται από το σύστημα Υγείας, στα πλαίσια της πραγμάτωσης βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων:

- 3) Η υγεία πρέπει να είναι **δυνατότητα** του πολίτη. Εδώ αναδύεται η ενεργοποίηση του Ιδιωτικού τομέα στην Υγεία, προκειμένου να αυξηθούν οι δυνατότητες παροχής υπηρεσιών Υγείας.
- 4) Η υγεία πρέπει να είναι **επιλογή** του πολίτη. Η έννοια της επιλογής, επεκτείνει και εμπλουτίζει τη *δυνατότητα*, και οδηγεί στην ύπαρξη διακριτών και ανταγωνιζόμενων ιδιωτικών μονάδων Υγείας, προκειμένου να δίνεται η δυνατότητα στον πολίτη να επιλέξει.

Σαφώς και η 3<sup>η</sup> και 4<sup>η</sup> κοινωνική αξία μπορούν να χαρακτηριστούν υποδεέστερες της 1<sup>ης</sup> και της 2<sup>ης</sup> στα πλαίσια του επικρατούντος ηθικού σχεδιασμού<sup>xx</sup>. Κατά συνέπεια, ο ρόλος του Δημοσίου τομέα είναι σημαντικότερος του Ιδιωτικού στο πεδίο της Υγείας. Αλλά για την εκπλήρωση και των τεσσάρων αξιών απαιτείται η ύπαρξη ενός μικτού συστήματος - αρκεί βεβαίως να μπορούμε να δείξουμε ότι η παραπάνω αντιστοίχιση κοινωνικών αξιών-φορέα υλοποίησής τους *είναι* μοναδική σε επίπεδο σχεδιασμού.

Μπορεί ο Ιδιωτικός τομέας να διασφαλίσει τις κοινωνικές αξίες του **δικαιώματος** και της **υποχρέωσης** στον χώρο της Υγείας; Όχι διότι δεν χαρακτηρίζεται από απροσδιόριστο χρονικό ορίζοντα (που χαρακτηρίζει τον Δημόσιο), αλλά έχει την πιθανότητα ή και το δικαίωμα να πάψει να δραστηριοποιείται σε έναν κλάδο. Ως εκ τούτου ο Δημόσιος τομέας πρέπει με κάποιο τρόπο να αναλάβει τη διασφάλιση αυτών των δύο κοινωνικών αξιών.

---

<sup>xx</sup> Υπό την έννοια της σειράς προτεραιότητας με την οποία θα πρέπει να υλοποιηθούν.

Είναι λοιπόν η εγγενής αβεβαιότητα του Ιδιωτικού τομέα, η οποία δεν του επιτρέπει, έστω και μόνο αυτή, να αναλάβει να υλοποιεί μακροχρόνια και ολοσχερώς τόσο θεμελιώδεις παραμέτρους μιας κοινωνίας όσο αυτά τα κρίσιμα δικαιώματα και υποχρεώσεις των πολιτών (πέραν τυχόν άλλων προβλημάτων και κινδύνων που θα μπορούσε να αναφέρει κανείς).

Από την άλλη πλευρά: μπορεί ο Δημόσιος τομέας να διασφαλίσει τις κοινωνικές αξίες της **δυνατότητας** και της **επιλογής**; Όχι διότι αυτές οι αξίες προκειμένου να υλοποιηθούν απαιτούν μια ποικιλία και διάσπαση πόρων τέτοια που τελικά θα τις φέρει σε σύγκρουση με τις δύο προηγούμενες κοινωνικές αξίες (υπό το φως των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων). Δεδομένου ότι το **δικαίωμα** και η **υποχρέωση** είναι υπερέχουσες κοινωνικές αξίες, οι απαιτήσεις πόρων για την υλοποίηση της **δυνατότητας** και της **επιλογής** θα είναι δυσανάλογες της συγκριτικής βαρύτητάς τους, και τελικά θα πάψουν να υλοποιούνται από τον Δημόσιο τομέα. Έστω και μόνο για τον λόγο αυτό, ο Δημόσιος τομέας δεν είναι σε θέση να διασφαλίσει την υλοποίηση των κοινωνικών αυτών αξιών<sup>xxi</sup>.

Κατά συνέπεια, η παραπάνω αντιστοίχιση κοινωνικών αξιών-φορέων υλοποίησής τους, είναι μοναδική. Έτσι θεμελιώνεται το δέον της ύπαρξης ενός Μικτού (Δημόσιου / Ιδιωτικού) συστήματος Υγείας στο πεδίο των κοινωνικών αξιών, με σημαντικότερο ρόλο αυτόν του Δημοσίου τομέα.

## 9.2. Τα κοινωνικά ζητούμενα από το σύστημα Υγείας

Περνάμε τώρα στην εξέταση των βασικών κοινωνικών ζητούμενων από ένα σύστημα Υγείας, και πάλι με σκοπό να ελέγξουμε το δέον της ύπαρξης ενός Μικτού συστήματος.

Τα ζητούμενα αυτά μπορούν να συμπυκνωθούν στα ακόλουθα τέσσερα, σε στενότερη ή χαλαρότερη αντιστοίχιση με τις τέσσερις κοινωνικές αξίες:

- 1) **Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού.** Απορρέει απευθείας από την κοινωνική αξία της υγείας ως **δικαίωμα** του πολίτη<sup>xxii</sup>.
- 2) **Συγκράτηση συνολικού κόστους.** Σχετίζεται με τις εξωτερικές οικονομίες που χαρακτηρίζουν την υγεία ως αγαθό, αλλά και με τους περιορισμένους πόρους. Συνδέεται με την Υγεία ως **υποχρέωση** του πολίτη (και άρα το δικαίωμα της κοινωνίας να λαμβάνει μέτρα, π.χ. τη χρηματοδότηση του συστήματος μέσω υποχρεωτικής ασφάλισης, ώστε τα άτομα να μην επιβαρύνουν το κοινωνικό σύνολο).

---

<sup>xxi</sup> Έτσι αιτιολογούνται και οι επιμέρους χρεώσεις «κατά χρήση» για διάφορες υπηρεσίες του κράτους, πέραν της γενικής φορολογίας. Όταν στον πολίτη προσφέρονται πρόσθετες δυνατότητες ή και όταν ζητά τις υπηρεσίες του κράτους ως δική του επιλογή, τότε καλείται να καταβάλλει πρόσθετο τίμημα ώστε να μην επιβαρύνει την δημόσια υποδομή η οποία έχει φτιαχτεί για να προσφέρει σε όλους τις αναγκαίες υπηρεσίες.

<sup>xxii</sup> Σημειώνουμε ότι το ζητούμενο της πλήρους κάλυψης ενίοτε διευρύνεται και από το αίτημα της ισότιμης κάλυψης, αλλά χωρίς ιδιαίτερη ένταση. Οι κοινωνίες δείχνουν να έχουν αποδεχθεί μεγάλες ανισοκατανομές εντός ενός δημόσιου συστήματος Υγείας, κυρίως μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Βλ. Mitchell (2000)<sup>184</sup> και τις αναφερόμενες εκεί μελέτες, όπου διαπιστώνεται πως μεγάλο μέρος των δαπανών για τα Δημόσια συστήματα Υγείας κατευθύνεται σε υπηρεσίες Υγείας προς τα συγκριτικά πλουσιότερα αστικά στρώματα του πληθυσμού.

3) **Βελτίωση αποδοτικότητας.** Η βελτίωση της αποδοτικότητας αποτελεί αναγκαίο όρο για τη συγκράτηση του συνολικού κόστους χωρίς μείωση της ποσότητας ή/και ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, αλλά παράλληλα επιτρέπει και τη διεύρυνσή τους χωρίς εκτόξευση του συνολικού κόστους. Σχετίζεται με την κοινωνική αξία της *δυνατότητας*.

4) **Ανάπτυξη και Βελτίωση Υπηρεσιών.** Σχετίζεται και απορρέει από την κοινωνική αξία της *επιλογής*, και παράλληλα αποτελεί γενικότερο κοινωνικό ζητούμενο. Διευκολύνεται αν επιτυγχάνεται και η βελτίωση της αποδοτικότητας<sup>184</sup>.

Αφού θεμελιώσαμε το δέον ενός Μικτού συστήματος Υγείας, θα πρέπει τώρα να εξετάσουμε αν και ποιο μικτό διάγραμμα μπορεί να πετύχει τα παραπάνω κοινωνικά ζητούμενα, ή αν στο επίπεδο των κοινωνικών ζητούμενων αναδύεται ως επικρατέστερο ένα αμιγώς Δημόσιο ή Ιδιωτικό σύστημα, προκαλώντας έτσι μια θεμελιώδη αντίφαση στον κοινωνικό σχεδιασμό.

Θα πρέπει επίσης να εξετάσουμε με ποιο τρόπο και υπό ποια ιδιότητα καλούνται να συμμετάσχουν στο σύστημα Υγείας οι δύο τομείς. Ένα σύστημα Υγείας δομικά διακρίνεται σε δύο μέρη: την παραγωγή/προσφορά των υπηρεσιών, και την κάλυψη του κόστους τους. Αυτό μας δίνει σε θεωρητικό επίπεδο τέσσερις συνδυασμούς. Θα χρησιμοποιήσουμε τους απλούς όρους «*Δημόσια/Ιδιωτική Παροχή/Πληρωμή*», και θα παραθέσουμε πινακοποιημένα το κατά πόσο ο κάθε ένας συνδυασμός *τείνει να ικανοποιεί* τα κοινωνικά αυτά ζητούμενα, αντλώντας από την επιχειρηματολογία που αναπτύχθηκε αμέσως πριν.

Ορισμένα σημεία του πίνακα χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης.

Σημειώνουμε ότι υπό την έννοια της Ιδιωτικής Πληρωμής περιλαμβάνεται τόσο η κάλυψη του κόστους υπηρεσιών υγείας μέσω ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων, όσο και η απευθείας πληρωμή από τον ίδιο τον πολίτη.

ΣΧΗΜΑ → ΖΗΤΟΥΜΕΝΟ ↓	Δημόσια Παροχή/Δημόσια Πληρωμή	Δημόσια Παροχή/Ιδιωτική Πληρωμή	Ιδιωτική Παροχή / Δημόσια Πληρωμή	Ιδιωτική Παροχή / Ιδιωτική Πληρωμή
Πλήρης Κάλυψη Πληθυσμού	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Συγκράτηση Συνολικού Κόστους	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
Βελτίωση Αποδοτικότητας	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
Ανάπτυξη & Βελτίωση Υπηρεσιών	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ

Καταρχάς, σημειώνουμε ότι η πλήρης κάλυψη πληθυσμού μπορεί να επιτευχθεί ακόμη και αν η Παροχή Υγείας είναι Ιδιωτική, στον βαθμό που το Δημόσιο καλύπτει τα

κόστη (και άρα, στο επίπεδο σχεδιασμού που εξετάζουμε, μπορεί να καλύψει και απομακρυσμένες-αραιοκατοικημένες-φτωχές περιοχές). Το ότι ιστορικά η καθολική πρόσβαση διασφαλίστηκε μέσω άμεσης παροχής υπηρεσιών Υγείας από το Δημόσιο, οφείλεται στο ότι η επιθυμητή ταχύτητα εξάπλωσης του συστήματος απαιτούσε συγκέντρωση πόρων σε βαθμό που μόνο ο Δημόσιος τομέας θα μπορούσε να πετύχει, αλλά και για λόγους συγκράτησης του συνολικού κόστους (που επιτυγχάνεται σε ένα αμιγώς Δημόσιο σύστημα).

Δεύτερον, ο λόγος για τον οποίο ένα σύστημα Ιδιωτικής Παροχής/Δημόσιας Πληρωμής δεν επιτυγχάνει συγκράτηση του συνολικού κόστους (ενώ κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται με ένα αμιγώς Δημόσιο σύστημα), είναι διότι, παρ' όλο που και στις δύο περιπτώσεις Πληρωτής είναι το Δημόσιο και άρα θα μπορούσε να υποθέσει κανείς ότι θα ήταν εξίσου σε θέση να επιβάλλει συγκράτηση του κόστους, οι προσδοκίες της κοινωνίας (και άρα και οι πιέσεις που ασκεί στο Δημόσιο) είναι διαφορετικές στις δύο περιπτώσεις. Στην περίπτωση αμιγώς Δημοσίου Συστήματος, η κοινωνία λαμβάνει υπόψη της την αυξημένη οργανωτική και λειτουργική αδράνεια<sup>xxiii</sup> του Δημοσίου (η οποία έχει επιβληθεί από την ίδια ως μέσο ελέγχου των δημόσια διαχειριζόμενων πόρων). Στην περίπτωση Ιδιωτικής Παροχής/Δημόσιας Πληρωμής, το Δημόσιο πρέπει να πειστεί από τους πολίτες για να επεκτείνει, όχι την άμεση παροχή υπηρεσιών (με όλη τη λειτουργική, θεσμική και διοικητική κινητοποίηση που αυτό θα συνεπαγόταν) αλλά τις χρηματικές δαπάνες για την Υγεία, κάτι που επιτυγχάνεται πολύ πιο εύκολα<sup>xxiv</sup>. Επιπλέον, στο σύστημα αυτό, το ζητούμενο της πλήρους κάλυψης πληθυσμού προκαλεί από μόνο του αύξηση του συνολικού κόστους.

Τέλος, το ότι στο αμιγώς Ιδιωτικό σύστημα το συνολικό κόστος δεν συγκρατείται θα μπορούσε να τεθεί υπό αμφισβήτηση, ιδιαίτερα από όσους υποστηρίζουν ότι η Υγεία δύναται να λειτουργήσει ως Αγορά. Το θέμα αυτό θα το εξετάσουμε αμέσως παρακάτω. Εδώ αρκεί να πούμε ότι το σύστημα των ΗΠΑ που προσιδιάζει συγκριτικά περισσότερο από κάθε άλλο στο αμιγώς Ιδιωτικό, έχει συστηματικά τις υψηλότερες δαπάνες για την Υγεία από οποιαδήποτε άλλη χώρα, χωρίς αυτό να συμβαδίζει και με υψηλότερο δείκτη υγείας του πληθυσμού (κάτι που αν ίσχυε θα εξηγούσε πιθανώς τις υψηλές δαπάνες ως χρηματική αντανάκλαση της κατανάλωσης αναβαθμισμένων άρα και ακριβότερων υπηρεσιών υγείας). Χαρακτηριστικά αναφέρουμε την έκθεση των Οικονομικών Συμβούλων του Προέδρου (CEA 2009), στα πλαίσια της πρόσφατης προσπάθειας αναμόρφωσης του συστήματος Υγείας των ΗΠΑ, στην οποία αναγνωρίζεται ότι τα βασικά προβλήματα αυτού (και άρα τα βασικά πεδία παρέμβασης) είναι η μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας και τα αυξανόμενα κόστη<sup>xxv</sup>. Ταυτόχρονα, οι ΗΠΑ παραμένουν πρωτοπόρες στην ανάπτυξη της τεχνολογικής, διαγνωστικής και επεμβατικής Ιατρικής.

Με την έννοια που έχει ο όρος στη Φυσική, δηλαδή ως «αντίσταση στην αλλαγή της υφιστάμενης κατάστασης».

<sup>xxiv</sup> Κάτι που π.χ. διαπιστώνει και ο Lim (2005)<sup>182</sup> για την περίπτωση της Σιγκαπούρης.

<sup>xxv</sup> Στην έκθεση γίνεται και η ενδιαφέρουσα παρατήρηση (σελ. 21), ότι τα δύο αυτά προβλήματα αλληλεξαρτώνται: αυξημένη πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες Υγείας και πρόληψης θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μείωση του ρυθμού αύξησης του κόστους των λοιπών ιατρικών υπηρεσιών, λόγω αύξησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Αν διαπραγματευόμασταν έναν άλλο τομέα θα μπορούσε κανείς, βάσει του παραπάνω πίνακα, να υποστηρίξει ότι οι κοινωνίες θα έπρεπε να επιλέξουν το διάγραμμα «*Ιδιωτική Παροχή/Δημόσια Πληρωμή*», μιας και είναι το μοναδικό που τείνει να πετύχει τρία από τα τέσσερα θεμελιώδη κοινωνικά ζητούμενα. Όμως δεδομένου ότι το ζητούμενο της συγκράτησης του συνολικού κόστους είναι βασικό, αλλά και του ότι βρισκόμαστε στον χώρο της Υγείας, πρέπει να έχουμε ένα σύστημα που ο σχεδιασμός του τείνει να εκπληρώνει και τα τέσσερα κοινωνικά ζητούμενα.

Από τον παραπάνω πίνακα μπορούμε να συνάγουμε ποια παράμετρος του συστήματος είναι η κρίσιμη για το κάθε ένα κοινωνικό ζητούμενο. Έχουμε:

<b>Κοινωνικό Ζητούμενο</b>	<b>Κρίσιμος παράγων για επίτευξη</b>
Πλήρης Κάλυψη Πληθυσμού	Δημόσια Πληρωμή
Συγκράτηση Συνολικού Κόστους	Δημόσια Παροχή
Βελτίωση Αποδοτικότητας	Ιδιωτική Παροχή
Ανάπτυξη Υπηρεσιών	Ιδιωτική Παροχή

Γίνεται σαφέστερο εδώ ότι η πλήρης κάλυψη του πληθυσμού (ιδωμένη ανεξάρτητα από τα κόστη της) εξαρτάται από το *ποιος πληρώνει* και όχι από το *ποιος παρέχει*.<sup>199</sup>

Ένα σημαντικό πρόσθετο συμπέρασμα είναι το ότι η Ιδιωτική Πληρωμή δεν αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για κανένα από τα κοινωνικά ζητούμενα, και κατά συνέπεια δεν φαίνεται να θεμελιώνεται ως αναγκαίο στοιχείο του συστήματος Υγείας<sup>xxvi</sup>.

Είναι όμως έτσι;

Η Ιδιωτική Πληρωμή, ιστορικά έχει εμφανισθεί με τη μορφή της Ιδιωτικής Ασφάλισης ως κοινωνική ανάγκη για να καλύψει κενά της Δημόσιας Ασφάλισης, ενώ ως άμεση πληρωμή από τους ίδιους του πολίτες υφίσταται ως δυνατότητα που γίνεται αποδεκτή από τον ηθικό σχεδιασμό των κοινωνιών μας (σχεδιασμός που αποδέχεται την ανισότητα μεταξύ πολιτών σε πλούτο και εισοδήματα), είτε για να υπάρξει αυξημένη ποσοτικά/ποιοτικά λήψη υπηρεσιών από τους πολίτες που έχουν την οικονομική δυνατότητα (κάτι που αυξάνει την σωρευτικά υπολογιζόμενη κοινωνική ευημερία αλλά βεβαίως και την ανισότητα)<sup>xxvii</sup>, είτε ως πρόσθετη ευκαιρία για κέρδη του ιδιωτικού τομέα, πέραν αυτών που αποκομίζει από τις υπηρεσίες που παρέχει και καλύπτονται

xxvi Στο Tuohy et al. (2004)<sup>205</sup> παρουσιάζονται οικονομετρικά στοιχεία από χώρες του ΟΟΣΑ, βάσει των οποίων αμφισβητείται η ενίοτε υποστηριζόμενη θετική επίδραση της Ιδιωτικής χρηματοδότησης στις λίστες αναμονής του Δημοσίου.

xxvii Βλ. Pappa & Niakas (2006)<sup>192</sup>, όπου μεταξύ άλλων τεκμηριώνεται στατιστικά η θετική συσχέτιση χρήσης Ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και υψηλότερου εισοδηματικού επιπέδου, για την Αττική.

οικονομικά από το Δημόσιο, λειτουργώντας ως πρόσθετο κίνητρο βελτίωσης ποιότητας και ανάπτυξης υπηρεσιών. Όπως δε παρατηρεί εύστοχα, η Deber (2002)<sup>168</sup>, «η υπόθεση ότι μπορούμε να έχουμε ένα ιδιωτικό-αγοραίο μοντέλο στην Υγεία με έναν μοναδικό Δημόσιο Πληρωτή είναι αφελής: οι ιδιωτικές εταιρείες πρέπει είτε να έχουν προβλέψιμες ροές εσόδων είτε να αναζητήσουν πρόσθετα έσοδα εκτός του δημόσια χρηματοδοτούμενου συστήματος», υπονοώντας μεταξύ άλλων ότι το Δημόσιο ως Πληρωτής δεν έχει αξιοπιστία αναφορικά με τον χρονισμό των πληρωμών του, κάτι που γνωρίζουμε ότι ισχύει και από την εμπειρία στην Ελλάδα. Επιπλέον, ένα καθεστώς *μονοψωνίου* (ύπαρξη ενός μόνο αγοραστή) δημιουργεί μεγάλη αβεβαιότητα αναφορικά με την διαχρονική εξέλιξη των τιμολογίων, τα οποία θα ήταν υποκείμενα σε πιθανές πιέσεις που δεν θα ελάμβαναν υπόψη τους καμία οικονομική βάση. Σημειώνουμε τέλος ότι η υποστηριζόμενη αρνητική επίδραση της Ιδιωτικής δαπάνης επί της Δημόσιας, δεν δείχνει να ισχύει<sup>xxviii</sup>.

Καταλήγοντας, διαπιστώνουμε ότι η ύπαρξη ενός Μικτού συστήματος Υγείας θεμελιώνεται ως δέον και στο πεδίο των κοινωνικών ζητούμενων<sup>xxix</sup>. Με άλλα λόγια, ορισμένες κοινωνικές αξίες και ορισμένα κοινωνικά ζητούμενα στον χώρο της Υγείας μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο αν υφίσταται το κερδοσκοπικό κίνητρο. Είναι μια αναγκαία συνθήκη, αν και όχι ικανή<sup>xxx</sup>.

Δεν πρέπει άλλωστε να ξεχνάμε και το ότι η Υγεία χωρίζεται σε τρεις μεγάλους κλάδους δραστηριότητας: τον φαρμακευτικό, τον τεχνολογικό, και την παροχή υπηρεσιών (κλάδο στον οποίο επί της ουσίας αναφερόμαστε στην παρούσα εργασία υπό τον όρο «σύστημα Υγείας»).

Τόσο ο φαρμακευτικός όσο και ο τεχνολογικός κλάδος είναι εξαιρετικά σημαντικοί για την Υγεία ως κοινωνικό αγαθό. Είναι όμως δύο κλάδοι οι οποίοι από την αρχή της ύπαρξής τους ενέπιπταν στο πεδίο της ιδιωτικής κερδοσκοπικής δράσης. Ουδείς (διεθνώς) ζητά την ανάληψη αυτών των δραστηριοτήτων από το Δημόσιο.

Θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς ότι αυτό συμβαίνει διότι η κοινωνία έχει, πλέον, αποδεχτεί την εν λόγω διευθέτηση λόγω παλαιότητάς της, αλλά και διότι το σημαντικότερο στοιχείο σε ένα κοινωνικό σύστημα Υγείας είναι η παροχή υπηρεσιών -ο Άνθρωπος και όχι τα Φάρμακα ή οι Μηχανές. Οι εργαζόμενοι στον χώρο της Υγείας μπορούν να αντισταθμίσουν σε μεγάλο βαθμό τυχόν ελλείψεις στους άλλους δύο τομείς. Δεν θα διαφωνήσουμε, απλώς θα παρατηρήσουμε ότι τα παραπάνω αποτελούν ερμηνείες παρά αιτιάσεις. Δομικά και σε επίπεδο κοινωνικού σχεδιασμού, οι λόγοι για τον ιδιωτικό (κερδοσκοπικό) χαρακτήρα των κλάδων αυτών είναι σαφείς: και οι δύο απαιτούν υψηλές επενδύσεις σε έρευνα με αβέβαια αποτελέσματα, κάτι που τους καθιστά απαγορευτικούς για τους δημόσια διαχειριζόμενους πόρους - η κοινωνία δεν θα επέτρεπε πόροι του

<sup>xxviii</sup> Βλ. Tuohy et al. 2004<sup>205</sup>, όπου το φαινόμενο του «παραγκωνισμού» (crowding out) των δημόσιων δαπανών Υγείας από τις ιδιωτικές παύει να υφίσταται για τις υπηρεσίες Υγείας άπαξ και διαχωριστεί ο τομέας υπηρεσιών από τον φαρμακευτικό (και στον τελευταίο, το φαινόμενο δείχνει να είναι  $\frac{3}{8}$  ραχούβω).

<sup>xxix</sup> Οι Brekke & Sergard (2006)<sup>163</sup>, καταλήγουν σε παρόμοιο συμπέρασμα στα πλαίσια ενός αυστηρού θεωρητικού μοντέλου Οικονομικών της Ευημερίας.

<sup>xxx</sup> Αλλωστε τίποτε στην εξαιρετικά σύνθετη κοινωνική σφαίρα δεν μπορεί να είναι από μόνο του ικανή συνθήκη για το οτιδήποτε. Όπως γράφει με αφοπλιστική απλότητα και ο Mitchell (2000)<sup>184</sup> στην εναρκτήρια πρόταση, «Στον σημερινό πολύπλοκο και ταχύρυθμο κόσμο, είναι σχεδόν αδύνατο να κάνεις το οτιδήποτε μόνος σου».



Δημοσίου να αναλώνονται, υπό τέτοια αβεβαιότητα, στο ύψος που θα απαιτείτο<sup>xxxι</sup>. Από την άλλη πλευρά, έχει αποδειχθεί ότι το κερδοσκοπικό κίνητρο και η νοοτροπία ανάληψης κινδύνου που το χαρακτηρίζει επαρκεί για την συγκέντρωση και την επένδυση των απαιτούμενων κεφαλαίων ώστε οι τομείς αυτοί να υφίστανται και να αναπτύσσονται. Κατά συνέπεια, και σε αυτή την ευρύτερη διάσταση των δραστηριοτήτων περί της Υγείας, η ύπαρξη ενός μικτού συστήματος θεμελιώνεται στις βαθύτερες κοινωνικές επιλογές και ανάγκες<sup>xxxιι</sup>.

### 9.3. Η Υγεία ως Αγορά

Στο παρόν τμήμα συνοψίζουμε τις σημαντικότερες ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την παροχή υπηρεσιών Υγείας, ιδωμένη ως Αγορά, και τους λόγους για τους οποίους οι ιδιαιτερότητες αυτές την απομακρύνουν από το θεωρητικό μοντέλο της αποκεντρωμένης Αγοράς, το οποίο όμως αποτελεί το επιστημονικό θεμέλιο της άποψης που υποστηρίζει ότι οι αγοραίοι μηχανισμοί οδηγούν σε βέλτιστη κατανομή των πόρων, βέλτιστο επίπεδο παραγωγής -ποσοτικής και ποιοτικής- και βέλτιστη χρησιμότητα (ικανοποίηση αλλά και αντικειμενική ευημερία) των «καταναλωτών υπηρεσιών υγείας». Αντίθετα η Αγορά Υγείας προσεγγίζει περισσότερο σε μοντέλα της Θεωρίας Παιγνίων, με ανάπτυξη στρατηγικών συμπεριφορών τόσο από τους παραγωγούς όσο και από τους καταναλωτές.

Η συμμετοχή του Ιδιωτικού τομέα στην παραγωγή/παροχή υπηρεσιών υγείας από μόνη της δεν συνιστά την ύπαρξη «αγοράς». Για να υφίσταται Αγορά, πρέπει και να υπάρχουν πολυπληθείς καταναλωτές οι οποίοι δραστηριοποιούνται αυτόνομα και τελικά υλοποιούν συναλλαγές με τους παραγωγούς βάσει προσφερόμενης ποσότητας, τιμής και ποιότητας, με το κράτος να ασκεί έναν γενικό ρυθμιστικό-εποπτικό ρόλο όπως και σε σχεδόν όλες τις επιμέρους αγορές προϊόντων και υπηρεσιών στις σύγχρονες κοινωνίες.

Αντλούμε κυρίως από δύο διαδεδομένα εγχειρίδια Οικονομικών της Υγείας, τα οποία κυκλοφόρησαν με ένα τέταρτο του αιώνα απόσταση μεταξύ τους, τα Evans (1984)<sup>176,177</sup> και Folland *et al.* (2007),<sup>177</sup> προκειμένου να συμπυκνώσουμε την επιστημονική συναίνεση που έχει αναπτυχθεί γύρω από το θέμα.

Γράφουν οι Folland *et al.*<sup>177</sup> σελ. 11: «Η παροχή υπηρεσιών Υγείας έχει πολλές ιδιαιτερότητες, αλλά όλες συναντώνται και σε άλλες παραγωγικές δραστηριότητες. Αυτό που είναι μοναδικό, είναι το πλήθος και η ταυτόχρονη συνύπαρξη όλων αυτών των ιδιαιτεροτήτων στον χώρο της Υγείας» (έμφαση δική μου).

Όλες οι Αγορές στον πραγματικό κόσμο αποκλίνουν από τις εξιδανικευμένες συνθήκες των θεωρητικών μοντέλων των Οικονομικών. Όμως, όσο περισσότερες ατέλειες συνυπάρχουν τόσο περισσότερες είναι οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους και τόσο περισσότερες και σύνθετες είναι οι αναγκαίες παρεμβάσεις του κράτους (ή οι μηχανισμοί

<sup>xxxι</sup> Το Δημόσιο χρηματοδοτεί την έρευνα, στα πλαίσια κυρίως της ακαδημαϊκής κοινότητας, και κατά περιπτώσεις επιδοτεί και την ιδιωτική. Όμως η αμιγώς δημόσια χρηματοδοτούμενη έρευνα δεν επαρκεί για τις ανάγκες των εν λόγω κλάδων.

<sup>xxxιι</sup> Ο Suave (2004)<sup>204</sup>, δηλώνει στο σύντομο άρθρο του το αυτονόητο, ότι το ζητούμενο δεν είναι αν θα οδηγηθούμε σε κάποιο αμιγώς Ιδιωτικό ή Δημόσιο σύστημα Υγείας, αλλά ποια δομή θα έχει το μικτό σύστημα.

που θα αναπτύξουν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες στην Αγορά) προκειμένου να μπορέσει να λειτουργήσει αποδοτικά ο αγοραίος μηχανισμός.

Μπορούμε να ομαδοποιήσουμε τις ιδιαιτερότητες της Αγοράς υπηρεσιών Υγείας σε δύο μεγάλες κατηγορίες: πολυδιάστατη και υψηλού βαθμού αβεβαιότητα, και υψηλού κόστους αναγκαίες επενδύσεις.

### ***Αβεβαιότητα***

Παρ' όλο που βασίζεται σε θετικές επιστήμες όπως η Χημεία, η Φυσική, η Βιολογία και η Πληροφορική, η Ιατρική Επιστήμη δεν είναι μια βέβαιη επιστήμη. Λόγω της εξαιρετικά υψηλής πολυπλοκότητας του ανθρωπίνου οργανισμού τα αποτελέσματα πολλών θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων δεν είναι διασφαλισμένα εκ των προτέρων. Από το γεγονός αυτό, προκύπτουν τρεις θεμελιώδεις συνέπειες:

- 1) Οι καταναλωτές πρέπει να είναι πολύ καλά ενημερωμένοι για την ποιότητα και την επαγγελματική επάρκεια του παραγωγού υπηρεσιών Υγείας που θα επιλέξουν, ώστε να μειωθεί όσο το δυνατόν η προαναφερθείσα αβεβαιότητα. Αυτό απαιτεί **«έρευνα αγοράς»** πολύ πιο εκτεταμένη από ότι σε κάποια άλλη αγορά προϊόντων-υπηρεσιών, η οποία δε, θα πρέπει να αντιμετωπίσει και τις στρατηγικές προώθησης-διαφήμισης των παρόχων. Πρόκειται για μια διαδικασία που απαιτεί χρόνο, ο οποίος όμως σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι διαθέσιμος λόγω της επείγουσας φύσης του ιατρικού περιστατικού. Είναι σε αυτές τις περιπτώσεις όπου η ζήτηση υπηρεσιών Υγείας καθίσταται εντελώς ανελαστική, χαρακτηριστικό που καταργεί οποιαδήποτε έννοια αγοραίου μηχανισμού.
- 2) Η μακροχρόνια φήμη και αξιοπιστία ενός παραγωγού υπηρεσιών υγείας καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική για να διασφαλισθεί ένα αναμενόμενο αποδεκτό επίπεδο ποιότητας παροχής υπηρεσιών με ανεκτό κόστος **«έρευνας αγοράς»**. Αυτό όμως σημαίνει ότι στην Αγορά Υγείας δεν είναι κοινωνικά επιθυμητή η εύκολη **«είσοδος-έξοδος»** παραγωγών, διότι αυτό θα επανέφερε συνεχώς την αβεβαιότητα στα αρχικά υψηλά της επίπεδα. Άρα στην Αγορά Υγείας είναι επιθυμητή η έντονα ελεγχόμενη είσοδος νέων παραγωγών, άρα η σχεδιασμένη αύξηση των εμποδίων εισόδου. Όμως η δυνατότητα εύκολης εισόδου παραγωγών αποτελεί σημαντικό εργαλείο πίεσης των ήδη εγκατεστημένων παραγωγών προκειμένου να διατηρήσουν τις υπηρεσίες τους σε υψηλό επίπεδο χωρίς άνοδο των τιμών<sup>xxxiii</sup>. Κάνοντας την είσοδο νέων παραγωγών δύσκολη, εξαλείφεται μία δυνατότητα αυτό-ρύθμισης της αγοράς.
- 3) Ακόμη και μετά την επιλογή παρόχου, η αβεβαιότητα των αποτελεσμάτων των ιατρικών πράξεων δεν εξαλείφεται. Στη φάση αυτή η τεχνογνωσία των παραγωγών δημιουργεί μια πρόσθετη πληροφοριακή ασυμμετρία η οποία κάνει τον καταναλωτή να εξαρτάται από τον παραγωγό, προκειμένου να αποφασίσει ποιες τελικά συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας θα καταναλώσει. Ο παραγωγός

xxxiii Πρόκειται για τη θεωρία των «Διεκδικούμενων Αγορών» (contestable markets) με την οποία θεμελιώθηκε το ότι η εύκολη δυνατότητα εισόδου παραγωγών στην αγορά λειτουργεί ως «φόβητρο» και μηχανισμός ελέγχου για τους ήδη εγκατεστημένους παραγωγούς, ακόμη και αν η αγορά αυτή έχει μονοπωλιακά-ολιγοπωλιακά χαρακτηριστικά.

καλείται να λειτουργήσει ταυτόχρονα ως σύμβουλος αλλά και ως εκπρόσωπος του καταναλωτή, κάτι που δημιουργεί σύγκρουση συμφερόντων στον παραγωγό. Από εδώ αναδύεται μεταξύ άλλων το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (supplier-induced demand), όπου ο καταναλωτής οδηγείται από τον παραγωγό να αγοράσει αχρειαστού κόστους και εύρους υπηρεσίες υγείας<sup>xxxiv</sup>.

### ***Επενδύσεις***

Οι επενδύσεις που απαιτούνται στον χώρο της Υγείας για την έναρξη της παραγωγικής διαδικασίας είναι υψηλές: σε επίπεδο Ανθρωπίνου Κεφαλαίου, το ιατρικό επάγγελμα απαιτεί την πλέον μακρά εκπαιδευτική χρονική περίοδο από όλα τα επαγγέλματα. Σε επίπεδο εξοπλισμού και υποδομών, επίσης υπάρχει η ανάγκη για εκτεταμένες επενδύσεις.

Τα χαρακτηριστικά αυτά δημιουργούν οικονομίες κλίμακας, και κάνουν επιθυμητή τη συγκέντρωση της παραγωγής: λιγότεροι παρά περισσότεροι ιατροί, λιγότερες και μεγαλύτερες παρά περισσότερες και μικρότερες μονάδες υγείας.

Σε όρους οικονομικής επιστήμης, στην αγορά υπηρεσιών Υγείας, είναι κοινωνικά επιθυμητή μια ολιγοπωλιακή κατάσταση, προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η απόδοση των αρχικών επενδύσεων. Επιπλέον τα ολιγοπώλια στον χώρο της Υγείας συμβάλλουν θετικά και στο πρόβλημα της αβεβαιότητας: με λιγότερους παραγωγούς υγείας, ο καταναλωτής έχει λιγότερο πληροφοριακό φόρτο να επεξεργασθεί μέχρι να καταλήξει σε επιλογή παραγωγού.

Όμως ως ολιγοπωλιακή αγορά δεν παύει να χαρακτηρίζεται από τους γνωστούς κινδύνους των ολιγοπωλίων (περιορισμό προσφερόμενων υπηρεσιών, υψηλότερες τιμές).

### ***Μηχανισμοί Αντιμετώπισης***

Μπορούμε να συνοψίσουμε τα παραπάνω σε μία πρόταση: **Στην Αγορά παροχής υπηρεσιών Υγείας, υπάρχουν πολλά και διαφορετικά εγγενή χαρακτηριστικά που όλα τους οδηγούν σε μεγάλη ανισοκατανομή δύναμης μεταξύ παραγωγών και καταναλωτών, υπέρ των παραγωγών.**

Προς αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού έχουν αναπτυχθεί διάφοροι μηχανισμοί: αυξημένες απαιτήσεις αδειοδότησης και κριτηρίων λειτουργίας, καταγεγραμμένοι και άτυποι κώδικες ηθικής δεοντολογίας για τους επαγγελματίες της Υγείας<sup>xxxv</sup>, μέτρα δηλαδή παρεμβατικού-κοινωνικού ελέγχου των παραγωγών, αλλά και πρόσφατα, η αυξανόμενη διαθεσιμότητα της πληροφορίας μέσω οδών όπως το διαδίκτυο, όπου επιχειρείται η μείωση της πληροφοριακής ασυμμετρίας<sup>xxxvi</sup>.

Ο βασικότερος όμως μηχανισμός είναι η ευθεία αντιστάθμιση της δύναμης των παραγωγών με τη συγκέντρωση της δύναμης των καταναλωτών, είτε υπό την σκέπη της

<sup>xxxiv</sup> Ιδιαίτερα στον χώρο των διαγνωστικών υπηρεσιών, όπου είναι και δύσκολο να χαράξει κανείς την διαχωριστική γραμμή ανάμεσα, στην ηθική επιταγή του να διερευνηθεί όσο το δυνατόν ευρύτερα και βαθύτερα το θέμα υγείας που απασχολεί τον καταναλωτή, και στο να υποβληθεί αυτός σε αχρειαστες διαγνωστικές εξετάσεις. Το φαινόμενο δεν περιορίζεται στον χώρο της Αγοράς Υγείας αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε Δημόσια συστήματα ασφάλισης και περίθαλψης - βλ. Πελέκη Ε. (2007)<sup>193</sup>.

<sup>xxxvii</sup> Για μια εναρκτήρια παράθεση των θεμάτων γύρω από τη λειτουργία των Νοσοκομείων και των Ιατρών ως Συνηγόρων του Ασθενούς, βλ. Σαράφης Π. κ. α. (2005)<sup>201</sup>.

<sup>xxxvi</sup> Σύμφωνα με τον Lim (2005)<sup>182</sup>, η διαθεσιμότητα στοιχείων τιμολογίων ιατρικών υπηρεσιών μέσω Internet στη Σγκαπούρη, είχε απτά αποτελέσματα πάνω στην συμπεριφορά και τις πολιτικές των παραγωγών υγείας.

Κοινωνικής Ασφάλισης, είτε υπό την σκέπη των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών ή πιο πρόσφατα των «*Οργανισμών Διαχείρισης Φροντίδας*» (Managed Care Organizations), με πρωτοπόρες στο σύστημα αυτό τις ΗΠΑ. Εδώ διαχωρίζεται στην ουσία ο καταναλωτής (ασθενής πολίτης) από τον αγοραστή<sup>xxxvii</sup>.

Στην ολιγοπωλιακή δύναμη των παραγωγών αντιπαρατίθεται η *ολιγοψωνιακή* δύναμη των καταναλωτών<sup>xxxviii</sup>. Βλέπουμε λοιπόν ότι τελικά, η Ιδιωτική Χρηματοδότηση/Πληρωμή, όχι με τη μορφή της αποκεντρωμένης καταβολής αμοιβών από τους πολίτες (fee for service) αλλά μέσω της συγκεντρωποιημένης διαδικασίας των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και των οργανισμών διαχείρισης φροντίδας, γίνεται με τη σειρά της μια αναγκαία παράμετρος στα πλαίσια ενός τετραδιάστατου τελικά, και άρα εν μέρει διαρθρωμένου ως Αγορά, Μικτού συστήματος Υγείας<sup>xxxix</sup>.

Με τον τρόπο όμως αυτό, οδηγούμαστε σε μια αγορά η οποία πλέον δεν διαθέτει εκείνα τα χαρακτηριστικά τα οποία την καθιστούν έναν μηχανισμό παραγωγής και κατανάλωσης που προάγει εκ σχεδίου την κοινωνική ευημερία. Προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι ιδιαιτερότητές της, η Αγορά Υγείας καταλήγει να είναι μια αγορά λίγων παρόχων (που συγκεντρώνουν πολλούς παραγωγούς επαγγελματίες της υγείας) και λίγων αγοραστών (που εκπροσωπούν έκαστος πολλούς πολίτες-καταναλωτές), μια αγορά με ταυτόχρονα χαρακτηριστικά ολιγοπωλίου και ολιγοψωνίου, στα πλαίσια της οποίας οι συναλλασσόμενοι θα αναπτύξουν στρατηγικές συμπεριφορές των οποίων τα αλληλένδετα αποτελέσματα είναι δύσκολο να προβλεφθούν<sup>xl</sup>.

Ολοκληρώνοντας τη διερεύνηση της κοινωνικά επιθυμητής δομής ενός συστήματος Υγείας, καταλήγουμε σε ένα μικτό και τετραδιάστατο σύστημα, όπου ο Δημόσιος τομέας και ο Ιδιωτικός πρέπει να συνυπάρχουν, τόσο από την πλευρά της παραγωγής, προσφοράς και παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και από την πλευρά της χρηματοδότησής και καταβολής των σχετικών δαπανών.

Ο Δημόσιος τομέας ως Πληρωτής μπορεί να διασφαλίζει την καθολική πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα Υγείας και ως Πάροχος μπορεί να συγκρατεί τα συνολικά κοινωνικά κόστη. Ο Ιδιωτικός τομέας, οδηγούμενος από το κερδοσκοπικό του κίνητρο, μπορεί να επιφέρει βελτιώσεις στην αποδοτικότητα και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, καθώς και να τις αναπτύσσει αυξάνοντας την αποτελεσματικότητα της ιατρικής επιστήμης αλλά και την ευρύτερη ικανοποίηση των

<sup>xxxvii</sup> Η ανάπτυξη του θεσμού της ασφάλισης-δημόσιας και ιδιωτικής- συνήθως αιτιολογείται ως λύση στο πρόβλημα της εγγενούς αβεβαιότητας για τον χρόνο που θα απαιτηθούν οι υπηρεσίες Υγείας. Απαντά όμως εξίσου και στο πρόβλημα της ισορροπίας δυνάμεων στην Αγορά.

<sup>xxxviii</sup> Η απουσία ιδιωτικής ολιγοψωνιακής δύναμης στην Αγορά Υγείας στην Ελλάδα, συμβάλλει και στην ερμηνεία του «Ελληνικού Παράδοξου» (εκτεταμένο σύστημα Δημόσιας Υγείας και καθολικής xxxix πρόσβασης, και παράλληλα υψηλότατη ιδιωτική δαπάνη για υπηρεσίες Υγείας), που σκιαγραφούν στο άρθρο τους οι Σίσκου κ.α. (2008)<sup>202</sup>.

<sup>xxxix</sup> Σημειώνουμε δε ότι η ύπαρξη ιδιωτικών οργανισμών ως εκπροσώπων των πολιτών-καταναλωτών κρίνεται αποδοτικότερος μηχανισμός από το να λειτουργούσε το κράτος ως «μοναδικός Πληρωτής», διότι θεωρείται πως το κερδοσκοπικό κίνητρο που θα οδηγήσει ένα ολιγοπώλιο παραγωγών να εκμεταλλευτεί τη δύναμή του εις βάρος των καταναλωτών, μπορεί πραγματικά να αντισταθμιστεί μόνο από ένα «αντίπαλο» κερδοσκοπικό κίνητρο.

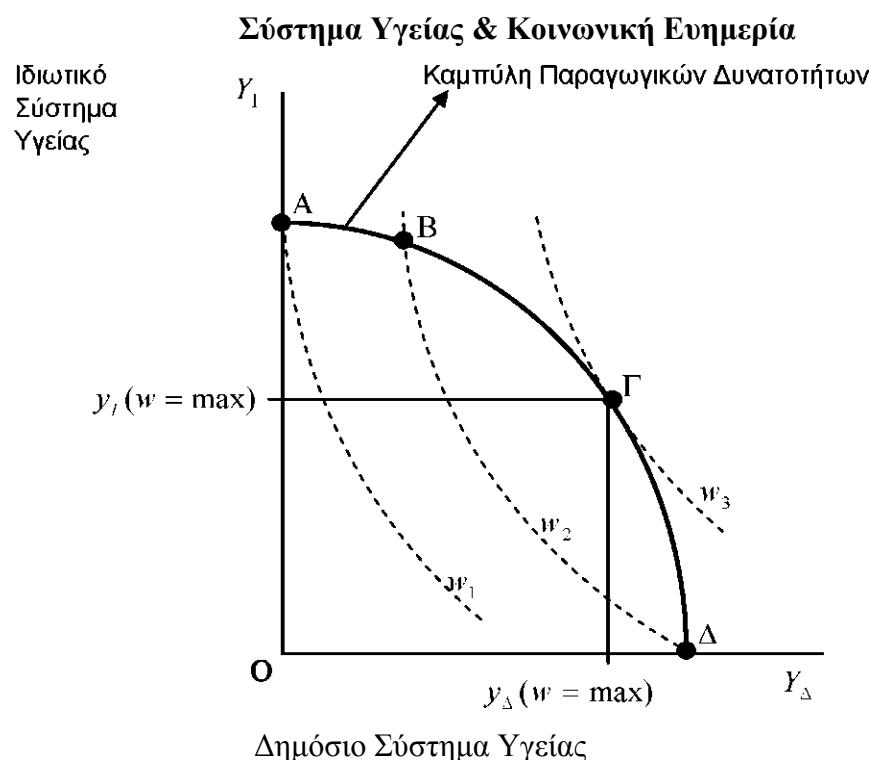
<sup>xl</sup> Στρατηγικές συμπεριφορές στον χώρο της Υγείας έχουμε ακόμη και σε αποκεντρωμένη βάση: αναφέρουμε χαρακτηριστικά ότι έρευνες ικανοποίησης ασθενών από το σύστημα Υγείας της Ελλάδος, ενίοτε δίνουν την εικόνα ότι η χώρα μας είναι ένας «παράδεισος υπηρεσιών Υγείας», παρά την εξίσου συχνή δυσαρέσκεια για το ίδιο θέμα που αναδύεται μέσω άλλων οδών. Πιθανώς οι ερωτώμενοι εκτιμούν ότι οι έρευνες αυτές, αν αναδείξουν μια εικόνα δυσαρέσκειας για το Δημόσιο σύστημα, θα χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία όχι για τη βελτίωσή του αλλά για τη συρρίκνωσή του, οπότε προσαρμόζουν ανάλογα τις απαντήσεις τους. Άραξ και το κάνουν αυτό, δηλώνουν και τη συγκριτικά υψηλότερη ικανοποίησή τους από τον Ιδιωτικό τομέα, αφού πρώτα έχουν «διασφαλίσει» ότι δεν θα τεθεί υπό αμφισβήτηση η Δημόσια παροχή. Βλ. ενδεικτικά Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» (2008)<sup>171</sup>.

πολιτών από την -καταρχάς εγγενώς δυσάρεστη- επαφή τους με το σύστημα Υγείας<sup>xli</sup>. Ως Πληρωτής δε, ανατροφοδοτεί τον εαυτό του και αυτό-ελέγχεται.

Διακρίνουμε δε τη συμμετοχή του Ιδιωτικού τομέα στην Υγεία, από την ύπαρξη Αγοράς υπηρεσιών Υγείας. Αποκεντρωμένη Αγορά υπηρεσιών Υγείας «ελεύθερου ανταγωνισμού» θα μπορούσε να αναπτυχθεί σε επιμέρους τομείς όπου δεν υφίσταται κίνδυνος της υγείας του ασθενούς από την ιατρική πράξη, ούτε υπάρχει επείγουσα κατάσταση. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο πολίτης έχει τον χρόνο και τη δυνατότητα να ερευνήσει την αγορά και να καταλήξει σε ορθολογικές αποφάσεις. Αλλά και πάλι, τέτοιες αποκεντρωμένες αγορές εξακολουθούν να αφήνουν αναπάντητο το ερώτημα της συνολικά αποδοτικής αξιοποίησης των περιορισμένων πόρων για την Υγεία.

#### 9.4. Μικτό σύστημα Υγείας και κοινωνική ευημερία

Μπορούμε να συμπυκνώσουμε σχηματικά το δέον ενός Μικτού συστήματος Υγείας, μέσω ενός διαγράμματος Παραγωγικών Δυνατοτήτων και Κοινωνικής Ευημερίας:



Στο παραπάνω διάγραμμα απεικονίζουμε το Ιδιωτικό και το Δημόσιο σύστημα Υγείας ως δύο διαφοροποιημένα σύνθετα αγαθά. Η κοινωνία έχει ένα δεδομένο ύψος πόρων προς διάθεση για το σύστημα Υγείας της, και μπορεί να τους διαθέσει είτε σε ένα από τα δύο συστήματα αποκλειστικά, είτε σε κάποιο συνδυασμό τους. Όλοι οι πιθανοί συνδυασμοί συνθέτουν την Καμπύλη Παραγωγικών Δυνατοτήτων (για δεδομένο ύψος παραγωγικών εισροών με πλήρη αποδοτικότητα). Η καμπύλη αυτή είναι κοίλη προς την αρχή των αξόνων, διότι τα δύο συστήματα έχουν διαφορετική αποδοτικότητα/αποτελεσματικότητα στην επίτευξη εκάστου εκ των τεσσάρων κοινωνικών ζητούμενων. Άρα, ξεκινώντας από το ένα άκρο της καμπύλης, η μεταφορά πόρων στο άλλο σύστημα θα επιτρέψει αρχικά συγκριτικά υψηλότερη απόδοση και επιτυχία στο κοινωνικό ζητούμενο που αναλαμβάνει

<sup>xli</sup> Βλ. Κίντα Δ. (2004)<sup>180</sup>, όπου παρουσιάζεται πλήθος «περιφερειακών» υπηρεσιών που θα μπορούσαν να αναπτυχθούν στα (δημόσια και ιδιωτικά) νοσοκομεία, για να βελτιωθεί η ποιότητα παραμονής των ασθενών σε αυτά.

να ικανοποιήσει ο άλλος τομέας. Καθώς οδηγούμαστε στο άλλο άκρο ο τομέας που επεκτείνεται θα αρχίσει να υλοποιεί ζητούμενα στα οποία έχει συγκριτική υστέρηση αποδοτικότητας, κάτι που δίνει στην καμπύλη την κοιλότητα και στα δύο της άκρα.

Το κάθε σύστημα λοιπόν ικανοποιεί με διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετικό βαθμό τα τέσσερα κοινωνικά ζητούμενα, οι επιμέρους δε αποδόσεις οδηγούν σε έναν σύνθετο δείκτη που μετράται στους δύο άξονες. Σημειώστε ότι η «*μέτρηση*» αυτή δεν εμπεριέχει καμία αξιολογική κρίση. Οι ηθικές και αξιολογικές προτιμήσεις της κοινωνίας αντανακλώνται στις κυρτές διακεκομμένες καμπύλες (τις λεγόμενες «καμπύλες αδιαφορίας» στα Οικονομικά). Όλα τα σημεία μίας καμπύλης αντιπροσωπεύουν ίσο επίπεδο κοινωνικής ευημερίας (τονίζουμε, όχι υλικής ευημερίας, αλλά ηθικής, ψυχολογικής και πνευματικής). Άρα η κοινωνία είναι «*αδιάφορη*» για το σε ποιο ακριβώς σημείο θα βρεθεί (σε ποιο συνδυασμό Ιδιωτικού-Δημόσιου συστήματος Υγείας), στο βαθμό που παραμένει στην ίδια καμπύλη κοινωνικής ευημερίας. Οι καμπύλες αυτές είναι κυρτές ως προς την αρχή των αξόνων αντικατοπτρίζοντας το γεγονός ότι καθώς συρρικνώνεται το ένα σύστημα, απαιτείται αυξανόμενη επέκταση του άλλου συστήματος για να αντισταθμίσει τη συρρίκνωση του πρώτου σε όρους κοινωνικής ευημερίας, για τον ίδιο λόγο που η Καμπύλη Παραγωγικών Δυνατοτήτων είναι κοίλη. Όσο δε πιο απομακρυσμένες είναι οι καμπύλες από την αρχή των αξόνων, τόσο υψηλότερη κοινωνική ευημερία αντανακλούν (εδώ υπεισέρχεται η ποσοτική-υλική διάσταση).

Στο συγκεκριμένο διάγραμμα, αποτυπώνεται μία κατάσταση όπου το αμιγώς Ιδιωτικό σύστημα υγείας  $Y$ ; είναι συνολικά «*πιο επιτυχημένο*» από το αμιγές Δημόσιο σύστημα  $Y_{\Delta}$  (το μήκος  $[OA]$  είναι μεγαλύτερο από το μήκος  $[OD]$ ), *όμως η κοινωνία προτιμά ένα αμιγώς Δημόσιο σύστημα αν η μοναδική άλλη της επιλογή είναι ένα αμιγώς Ιδιωτικό σύστημα*: η καμπύλη κοινωνικής ευημερίας  $w_2$  η οποία περνά από το σημείο  $A$  -αμιγές Δημόσιο σύστημα-, αντικατοπτρίζει υψηλότερη ευημερία από την καμπύλη  $w_1$  η οποία περνά από το σημείο  $A$  -αμιγές Ιδιωτικό σύστημα. Αυτό αντανακλά την ιεράρχηση των κοινωνικών αξιών και ζητουμένων που αναπτύχθηκαν προηγουμένως.

Σημειώστε επίσης ότι η κοινωνία είναι «*αδιάφορη*» μεταξύ του αμιγούς Δημόσιου συστήματος, και ενός μικτού συστήματος «*έντονα Ιδιωτικού*» (σημείο  $B$ ). Αυτό ίσως ξαφνιάζει, όμως το σημείο  $B$  αντιπροσωπεύει ένα σύστημα Υγείας που, με τους ίδιους πόρους, προσφέρει αισθητά υψηλότερη ποσότητα και ποιότητα υπηρεσιών από το αμιγές Δημόσιο σύστημα. Πιθανώς στο μικτό αυτό σύστημα, η καθολικότητα της πρόσβασης δεν χαρακτηρίζεται από ισοτιμία, ενώ το συνολικό κόστος αυξάνεται με ταχύτερους ρυθμούς από ότι στο αμιγές Δημόσιο σύστημα. όμως η αυξημένη ποσότητα, ποικιλία και ποιότητα υπηρεσιών αντισταθμίζουν τις απώλειες αυτές<sup>xliii</sup>.

Σε κάθε περίπτωση, η μέγιστη δυνατή κοινωνική ευημερία (για δεδομένο όγκο πλήρως αποδοτικών παραγωγικών πόρων που αφιερώνονται στο σύστημα Υγείας) επιτυγχάνεται στο σημείο  $F$  από όπου περνά (εφάπτεται) η καμπύλη κοινωνικής

<sup>xliii</sup> Η ιεράρχηση των κοινωνικών ζητουμένων θα μπορούσε να απεικονιστεί ορίζοντας π.χ. ότι η περιοχή αριστερά του σημείου  $B$ , είναι εκτός κοινωνικών προτιμήσεων, ότι δηλαδή η κοινωνία απαιτεί ανελαστικά ένα ελάχιστο μέγεθος του Δημόσιου συστήματος. Αυτό όμως δεν αλλάζει το βασικό συμπέρασμα που ακολουθεί.

ευημερίας  $w_3$ . Οι ακριβείς συντεταγμένες του σημείου  $\Gamma$  εξαρτώνται από τα επιμέρους παραγωγικά χαρακτηριστικά και τις κοινωνικές προτιμήσεις.

Η κρίσιμη υπόθεση που ενσωματώνεται στο παραπάνω διάγραμμα είναι η κοιλότητα της καμπύλης παραγωγικών δυνατοτήτων και η κυρτότητα των καμπυλών κοινωνικής ευημερίας, υποθέσεις που αντανάκλουν την διαφοροποιημένη αποδοτικότητα των δύο τομέων ως προς έκαστο από τα τέσσερα κοινωνικά ζητούμενα. Θα είχαμε το ίδιο αποτέλεσμα, ότι δηλαδή η μέγιστη κοινωνική ευημερία επιτυγχάνεται σε ένα Μικτό σύστημα Υγείας, αν π.χ. απεικονίζαμε ένα συγκριτικά πιο πετυχημένο αμιγές Δημόσιο σύστημα ή/και κοινωνικές προτιμήσεις που προέκριναν το αμιγές Ιδιωτικό από το αμιγές Δημόσιο σύστημα. Σε κάθε περίπτωση το Μικτό σύστημα Υγείας υπερτερεί ως προς ένα αμιγώς Δημόσιο ή Ιδιωτικό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### Συντονισμός & Συνεργασία Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα Υγείας

Αν το Μικτό σύστημα Υγείας είναι αυτό που εκπληρώνει συγκριτικά επιτυχέστερα τα κοινωνικά αιτήματα αναφορικά με την Υγεία ως κοινωνικό αγαθό, οι πολιτικές που πρέπει να αναπτυχθούν ως προς αυτό δεν πρέπει να έχουν στρατηγικό στόχο την «ιδιωτικοποίηση» του Δημόσιου τομέα ή το αντίστροφο. Οι δύο χώροι είναι εκ σχεδίου ριζικά διαφορετικοί, και η προσπάθεια να εισαχθούν στοιχεία του ενός στον άλλο, είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα αποτύχει.

Ίσως το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα είναι ο θεσμός της «εσωτερικής αγοράς» (internal market) που εισήχθη στο Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας τη δεκαετία του '90, σε μια προσπάθεια να υλοποιηθούν και στην Υγεία τα οφέλη του ανταγωνισμού που μπορεί να παρατηρήσει κανείς σε Αγορές αγαθών και υπηρεσιών. Το σύστημα διαχωρίστηκε σε «παρόχους» (π.χ. δημόσια νοσοκομεία και άλλες μονάδες υγείας, ελάχιστες εκ των οποίων ιδιωτικές) και «αγοραστές» (δημόσιες υπηρεσίες) οι οποίοι λάμβαναν τη χρηματοδότησή τους από το Δημόσιο αλλά είχαν την ανεξαρτησία να επιλέξουν παρόχους και να διαπραγματευτούν τιμές και πακέτα υπηρεσιών, εκπροσωπώντας τον τοπικό πληθυσμό. Ο θεσμός υποστηρίχτηκε από το κράτος για μία 5ετία περίπου αλλά στη συνέχεια, αν και διατηρήθηκε ο διαχωρισμός παρόχων-αγοραστών, το κράτος προήγαγε τις σχέσεις συνεργασίας παρά ανταγωνισμού μεταξύ των δύο (δημόσιων) πλευρών. Μελέτες δείχνουν δε, ότι ο θεσμός αυτός μείωσε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών<sup>xliii</sup>.

Επίσης, θα πρέπει να έχουμε ρεαλιστικές προσδοκίες όταν ένα διοικητικό στέλεχος του Ιδιωτικού τομέα αναλαμβάνει τη διοίκηση μιας δημόσιας μονάδας υγείας. Ένα έμπειρο και επιτυχημένο διοικητικό στέλεχος του Ιδιωτικού τομέα δύσκολα θα μπορεί να λειτουργήσει εξίσου αποδοτικά στο εντελώς διαφορετικό θεσμικό περιβάλλον μιας δημόσιας μονάδας, και το αντίστροφο.

Πρωτίστως λοιπόν θα πρέπει το σύστημα να εξετάζεται, ακριβώς, ως σύστημα, όπου τόσο ο Δημόσιος όσο και ο Ιδιωτικός τομέας αποτελούν συμπληρωματικά,

xliii Βλ. π.χ. Propper et al. (2003)<sup>194</sup>.

αλληλεξαρτώμενα και συνεργαζόμενα μέρη αυτού. Διαφορετικά θα έχουμε δύο παράλληλα συστήματα με συνέπεια την σπατάλη πόρων, τον φθοροποιό ανταγωνισμό, την απώλεια ευκαιριών και την υποβαθμισμένη εξυπηρέτηση των κοινωνικών αναγκών. Η απαγόρευση δημιουργίας νέων ιδιωτικών κλινικών που ίσχυσε στη χώρα μας για περίπου μία δεκαετία αποτελεί ενδιαφέρον παράδειγμα: θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι το μέτρο αντανάκλωσε μια συνολική θεώρηση του Μικτού συστήματος Υγείας, στοχεύοντας στην εξειδίκευση του Ιδιωτικού τομέα στις διαγνωστικές υπηρεσίες με τον Δημόσιο να επικεντρώνεται στις κλινικές υπηρεσίες. Στην πράξη, επειδή το συγκεκριμένο μέτρο δεν συνοδεύτηκε από ανάλογο μακροσκοπικό σχεδιασμό, σήμερα η Ελλάδα παρουσιάζει υψηλότερη διαθεσιμότητα σε υψηλής τεχνολογίας διαγνωστικά μηχανήματα από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, χωρίς αυτό να συνεπάγεται και υψηλότερη ποιότητα/ κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού<sup>xliv</sup>. Με άλλα λόγια, (ιδιωτικοί και δημόσιοι) πόροι που θα μπορούσαν να έχουν διοχετευθεί σε άλλους υποτομείς υπηρεσιών Υγείας όπου υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις, σπαταλήθηκαν σε υπερβάλλουσες επενδύσεις στον διαγνωστικό τομέα.

Στη χώρα μας ο Ιδιωτικός και Δημόσιος τομέας Υγείας από πλευράς σχεδιασμού απλώς «*συνυπάρχουν*», και από πλευράς δραστηριότητας αντιμετωπίζουν αλλήλους ως κοινωνικούς, αν όχι και οικονομικούς, αντιπάλους. Σημειώστε ότι οι ΣΔΙΤ στις οποίες αναφερθήκαμε νωρίτερα αποτελούν συνεργασίες του Δημοσίου με τον Ιδιωτικό τομέα στον χώρο της Υγείας - και όχι συνεργασίες των Δημοσίων και Ιδιωτικών παροχών Υγείας.

Αν ο σχεδιασμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας προβλέπει τη δημιουργία δημόσιων νοσοκομειακών υποδομών προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού, τότε εξ' ορισμού και εκ σχεδίου, οποιαδήποτε ιδιωτική νοσοκομειακή μονάδα θα είναι ως ένα βαθμό, υπερβάλλουσα - ή αντιστρόφως, η γεωγραφικά ή/και επιστημονικά συγγενής δημόσια μονάδα θα είναι σπατάλη του δημόσιου χρήματος.

Αν ο Δημόσιος τομέας ενσωματώνει διαγνωστικές υπηρεσίες στις μονάδες του, στο αναγκαίο για τον πληθυσμό εύρος, ποια η χρησιμότητα των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων στην ίδια περιοχή, αν παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες;

Ο σχεδιασμός λοιπόν της ανάπτυξης των υποδομών Υγείας θα πρέπει αναγκαστικά να λαμβάνει υπόψη του και τους δύο τομείς.

Ακολούθως παραθέτουμε σε αδρές γραμμές μια σειρά κατευθύνσεων και πολιτικών προκειμένου ο Ιδιωτικός και Δημόσιος τομέας να συντονιστούν σε ένα ενιαίο Μικτό σύστημα Υγείας και να αρχίσουν να συνεργάζονται. Αφορούν τόσο την πλευρά της παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και την πλευρά της χρηματοδότησης τους.

**1) Εξειδίκευση Ιδιωτικού & Δημόσιου τομέα:** αναφέρθηκε προηγουμένως η περίοδος απαγόρευσης δημιουργίας νέων ιδιωτικών κλινικών στη χώρα μας ως παράδειγμα εξειδίκευσης στις υπηρεσίες που παρείχε ο Ιδιωτικός και ο Δημόσιος τομέας. Η εξειδίκευση σε τόσο θεμελιώδες επίπεδο κρίνεται λανθασμένη διότι στερεί από τις μονάδες νοσοκομειακών υπηρεσιών το δυναμικό ανάπτυξης υπηρεσιών και διοικητικής

<sup>xliv</sup> Βλ. OECD (2009a,b)<sup>188,189,190</sup>.



αποδοτικότητας που μπορεί να προσφέρει ο Ιδιωτικός τομέας. Η εξειδίκευση απαιτείται για την αποφυγή διπλών υποδομών και σπατάλης κεφαλαίων (και τα κεφάλαια, είτε είναι δημόσια είτε είναι ιδιωτικά, έχουν κατ' ελάχιστον κόστος ευκαιρίας, αν όχι και κόστος εξεύρεσης). Σε ποσοτικό επίπεδο, το κράτος, αφού εκτιμήσει τις ανάγκες του κάθε τοπικού πληθυσμού, θα πρέπει ακολούθως να κάνει μια κατανομή μεταξύ Δημόσιων και Ιδιωτικών μονάδων στην κάθε περιοχή, και ακολούθως να προσδιορίσει τα ποιοτικά χαρακτηριστικά που θα έχουν οι μονάδες αυτές ώστε να λειτουργούν συμπληρωματικά. Ένα μοντέλο Δημόσιων Γενικών Νοσοκομείων και (μικρότερων σε δυναμικότητα) Ιδιωτικών εξειδικευμένων Νοσοκομείων, προσφέρει μακροσκοπικά ίσως τον καλύτερο συνδυασμό<sup>xlv</sup>. Ο συντονισμός αυτός δεν θα πρέπει να αφορά μόνο τις νοσοκομειακές μονάδες, αλλά και τις διαγνωστικές υπηρεσίες, τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας αλλά και αυτές της Αποκατάστασης: με την πρόσφατη απόφαση για επιδότηση, μέσω του Αναπτυξιακού Νόμου, της δημιουργίας ιδιωτικών Κέντρων Αποκατάστασης, το κράτος σηματοδότησε προς τον Ιδιωτικό τομέα την απόφασή του να αναλάβει κυρίως αυτός αυτό το φάσμα υπηρεσιών Υγείας. Και πράγματι, αυτή τη στιγμή, πολλά Κέντρα Αποκατάστασης δημιουργούνται ανά την επικράτεια. Αν παράλληλα το Δημόσιο κατασκευάζει τις δικές του μονάδες Αποκατάστασης, δημιουργείται και πάλι η πιθανότητα υπερεπένδυσης σε έναν υποτομέα της Υγείας.<sup>200</sup>

**2) Συγκεντροποίηση Ιδιωτικού τομέα:** Ο μόνος τρόπος για να υλοποιηθεί ο σχεδιασμός που προαναφέρθηκε, είναι να υπάρξει ένα σύστημα κεντρικών συμφωνιών του Δημοσίου με ιδιωτικές επιχειρήσεις και οι σχετικές αδειοδοτήσεις, κάτι που όμως σημαίνει ότι θα υπάρξει συναλλαγή με *«μεγάλα ιδιωτικά συμφέροντα»*. Προφανώς. Αν αυτό ενεργοποιεί αντανakλαστικά πολιτικής ιδεολογίας, θυμίζουμε και πάλι ότι ο χώρος παροχής υπηρεσιών Υγείας δεν είναι χώρος όπου είναι κοινωνικά συμφέρουσα η δραστηριοποίηση πολλών μικρών ιδιωτικών επιχειρήσεων<sup>xlvi</sup>. Όχι για λόγους εξυπηρέτησης επιμέρους ιδιωτικών συμφερόντων, αλλά διότι τα εγγενή οικονομικά και παραγωγικά χαρακτηριστικά του οδηγούν σε συγκέντρωση της παραγωγικής και διοικητικής υποδομής<sup>xlvii</sup>. Άρα το κράτος θα πρέπει να ενθαρρύνει τη συγκεντροποίηση του Ιδιωτικού τομέα Υγείας, προκειμένου να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας, εξομοίωση τιμολογίων και ενιαίες διοικητικές και ιατρικές πολιτικές. Αλλά και ενιαίες δεσμεύσεις του Ιδιωτικού τομέα απέναντι στο κοινωνικό σώμα<sup>xlviii</sup>.

**3) Οργανισμοί Διαχείρισης Φροντίδας:** Δημιουργία του κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου ώστε να ενθαρρυνθεί η δημιουργία *«Οργανισμών Διαχείρισης Φροντίδας»*, προκειμένου να ισχυροποιηθεί η ολιγοψωνιακή διάσταση της αγοράς Υγείας για να

<sup>xlv</sup> Στο μοντέλο Οικονομικών της Ευημερίας των Brekke & Sargard (2006)<sup>163</sup>, η επαρκής διαφοροποίηση των υπηρεσιών Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα αναδεικνύεται ως κρίσιμο στοιχείο για την ανωτερότητα, από πλευράς κοινωνικής ευημερίας, ενός Μικτού συστήματος Υγείας.

<sup>xlvi</sup> Στο Reich M.R. (2002)<sup>197</sup>, προσφέρονται οικονομετρικά στοιχεία από τις ΗΠΑ τα οποία δείχνουν ότι η μετατροπή ενός τοπικού μονοπωλίου υπηρεσιών Υγείας σε ολιγοπώλιο βελτιώνει τους όρους παροχής υπηρεσιών προς τους ασθενείς, αλλά και ότι η περαιτέρω διάσπαση της αγοράς δεν επιφέρει κάποιο κοινωνικό όφελος.

<sup>xlvii</sup> Ο μειωμένος βαθμός ανταγωνισμού μεταξύ άλλων μειώνει κόστη όπως αυτά της διαφήμισης και των προωθητικών ενεργειών, αλλά και της διαφοροποίησης υπηρεσιών μόνο και μόνο για λόγους ανταγωνισμού.

<sup>xlviii</sup> Η τάση αυτή αρχίζει να διαφαίνεται στη χώρα μας ανεξάρτητα από κίνητρα που μπορεί να παρασχεθούν από το κράτος. Μία εκ των γνωστών ιδιωτικών επιχειρήσεων στον χώρο της Υγείας, προχώρησε εντός του 2008 σε κύμα εξαγορών και ανάληψης διοικητικού ελέγχου ιδιωτικών κλινικών και διαγνωστικών κέντρων σε όλη τη χώρα (άνω των είκοσι μονάδων).

αντισταθμίσει την ολιγοπωλιακή δύναμη των Ιδιωτικών παρόχων Υγείας. Στρατηγικός στόχος εδώ είναι η μείωση της δαπάνης υγείας που οι πολίτες καλούνται να καλύψουν εξ ιδίων πόρων (και όχι μέσω ασφαλιστηρίων συμβολαίων), αλλά και η μείωση του συνολικού κοινωνικού κόστους για την Υγεία, μέσω της πίεσης επί των ιδιωτικών τιμολογίων. Σημειώνουμε ότι οι οργανισμοί αυτοί θα πρέπει να παραμείνουν απόλυτα διαχωρισμένοι από τους παρόχους Υγείας, διαφορετικά θα δημιουργηθεί μια ιδιαίτερα επικίνδυνη διαπλοκή συμφερόντων<sup>xlix</sup>.

**4) Δημιουργία Ιδιωτικών μη-κερδοσκοπικών μονάδων Υγείας:** Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι στη χώρα μας υπάρχει μόνο ένα (1) νοσοκομείο το οποίο χαρακτηρίζεται ως μη-κερδοσκοπικό<sup>l</sup>. Θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς ότι αυτό οφείλεται στο εκτεταμένο Δημόσιο σύστημα Υγείας, αλλά υπάρχουν χώρες με εκτεταμένο και τον Δημόσιο και τον «ιδιωτικό μη-κερδοσκοπικό» τομέα Υγείας. Η απουσία του μη-κερδοσκοπικού μη-κυβερνητικού χώρου στην Υγεία διαιωνίζει το χάσμα μεταξύ Ιδιωτικού και Δημόσιου τομέα, καθώς ο χώρος αυτός, αν και κατά τεκμήριο θεωρούμενος ως κομμάτι του Δημόσιου χώρου (μιας και απουσιάζει το κερδοσκοπικό κίνητρο), μπορεί να λειτουργήσει ως γέφυρα μεταξύ των δύο τομέων, δημιουργώντας και συντηρώντας ένα πεδίο συγκερασμού αξιών, νοοτροπιών, στόχων και πρακτικών. Μέσα λοιπόν στον συνολικό σχεδιασμό, το κράτος θα πρέπει να ενθαρρύνει τη δημιουργία τέτοιων μονάδων (είναι π.χ. σύνηθες φαινόμενο στο εξωτερικό να υπάρχουν μονάδες υγείας που ιδρύονται και χρηματοδοτούνται από θρησκευτικούς και εκκλησιαστικούς θεσμούς της χώρας).

**5) Διοχέτευση πόρων από τον Ιδιωτικό στον Δημόσιο τομέα:** Ο φόρος εισοδήματος που το Δημόσιο εισπράττει από τις Ιδιωτικές μονάδες Υγείας να κατευθύνεται σε επενδύσεις του Δημόσιου τομέα Υγείας. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι σύμφωνα με σχετική μελέτη<sup>li</sup> ο φόρος εισοδήματος της χρήσης 2007 από 135 Ιδιωτικές Κλινικές και 196 Διαγνωστικά Κέντρα ήταν 67,3 εκ. ευρώ. Το ποσό αυτό υπερβαίνει το κονδύλι του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων από εθνικούς πόρους στον τομέα Υγείας-Πρόνοιας για το ίδιο έτος<sup>lii</sup>, ενώ ήταν ίσο με το 77% του προϋπολογισμού επενδύσεων του ΙΚΑ για το 2007<sup>liii</sup>. Σε όρους αγοράς, επιτρέπει την εκ του μηδενός κατασκευή και εξοπλισμό ενός μεσαίου μεγέθους νοσοκομείου<sup>liv</sup>.

**6) Αδελφοποίηση Νοσοκομείων:** Οι σύγχρονες τάσεις στην Υγεία επιχειρούν να μειώσουν τη βαρύτητα των νοσοκομειακών μονάδων, και να δώσουν έμφαση στην πρόληψη, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, αλλά και στην μειωμένη παραμονή στα νοσοκομεία. Μακροσκοπικά αυτό είναι ορθό, αφού όχι μόνο μειώνει το κοινωνικό κόστος της Υγείας (θυμίζουμε ότι ιδανικά ο πληθυσμός θα ήθελε να παραμένει υγιής

xlix Σε αυτή την κατηγορία «διαπλοκής συμφερόντων» εμπίπτει και το ΙΚΑ, παρέχοντας ταυτόχρονα ασφάλιση αλλά και υπηρεσίες Υγείας με δικές του υποδομές. Το κίνητρο μείωσης της πρόσβασης αλλά και της παροχής υπηρεσιών Υγείας, μέσω π.χ. γραφειοκρατικών προσκομμάτων ή άλλων μεθόδων, προκειμένου να μην αναλωθούν ασφαλιστικές εισφορές, είναι πολύ ισχυρό σε τέτοιες περιπτώσεις, ανεξάρτητα αν ο οργανισμός ανήκει στον Δημόσιο ή στον Ιδιωτικό τομέα.

l Βλ. ΥΠΥΚΑ (2009)<sup>210</sup>.

li ΥΠΠΟ (2006a)<sup>208</sup>, σελ. 21., Hellastat (2009)<sup>179</sup>

lii ΥΠΟ (2006b)<sup>209</sup>, κεφ. 5, σελ. 141.

liv Η αξιοποίηση φόρων από τον Ιδιωτικό τομέα Υγείας για την χρηματοδότηση του αντίστοιχου Δημόσιου συναντάται στις ΗΠΑ από τη δεκαετία του 1920 και μετά, βλ. Wolper (2001)<sup>207</sup> (επ.), κεφ 14.

δια βίου και απλώς να καταλήγει στο τέλος της ζωής του - οι υπηρεσίες Υγείας είναι ένα εξ ορισμού ατυχές βάρος επί των κοινωνιών), αλλά και διότι αυξάνει την ευημερία των πολιτών μέσω μειωμένης παραμονής τους σε νοσοκομειακούς χώρους. Παρ' όλα αυτά, τα νοσοκομεία παραμένουν οι ναυαρχίδες των συστημάτων και οι σημαντικότεροι και ισχυρότεροι κρίκοι στην παροχή υπηρεσιών Υγείας, όχι τόσο από ποσοτικής απόψεως όσο από συμβολικής, διαρθρωτικής και καθοδηγητικής<sup>lvi</sup>. Στα πλαίσια αυτά, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η συνεργασία μεταξύ νοσοκομείων του Ιδιωτικού και Δημόσιου τομέα, και μάλιστα, όχι τόσο μέσω έκδοσης νόμων και διατάξεων από την Κεντρική Διοίκηση, όσο σε οριζόντιο επίπεδο<sup>lvii</sup>. Μια πρωτοβουλία προς αυτή την κατεύθυνση θα μπορούσε να είναι ο θεσμός της Αδελφοποίησης Νοσοκομείων Ιδιωτικού και Δημόσιου τομέα, ως μέθοδος γνωριμίας, αλληλοκατανόησης των νοοτροπιών κινήτρων και περιορισμών της κάθε πλευράς, αλλά και απτής συνεργασίας μεταξύ τους, ειδικά ενόψει των διαρθρωτικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία στις μέρες μας<sup>lviii</sup>. Εδώ, θα είναι εξαιρετικά χρήσιμη η εμπειρία από τις υπερεθνικές-παγκόσμιες συμμαχίες για την Υγεία, όπως αναφέρθηκε καινωρίτερα. Το να είναι διαθέσιμες οι προσεγγίσεις, απόψεις και λύσεις του ενός μέρους στο άλλο, θα επιτρέψει στην κάθε πλευρά να φιλτράρει τις επιτυχημένες πρακτικές του άλλου χώρου και να τις προσαρμόσει στον δικό της.

Η Αδελφοποίηση θα μπορούσε να σημαίνει και να οδηγήσει σε:

- Δομημένες ομάδες εργασίας ανταλλαγής εμπειριών και απόψεων πάνω στις καθημερινές πρακτικές και πολιτικές ενός Νοσοκομείου
- Επιμορφωτικές «ανταλλαγές» ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού για βραχυχρόνια διαστήματα
- Συντονισμένη αξιοποίηση εξοπλισμού
- Από κοινού σχεδιασμό αγορών εξοπλισμού
- Ανταλλαγή εμπειριών και πληροφοριών για τυχόν κοινούς προμηθευτές (εξοπλισμού, υλικών, υποστηρικτικών υπηρεσιών) των νοσοκομείων, ώστε έμμεσα να συγκεντροποιείται η αγοραστική δύναμή τους
- Επικουρία του Ιδιωτικού τομέα στις εφημερίες του Δημοσίου
- Κοινές ερευνητικές πρωτοβουλίες.

---

<sup>lvi</sup> Βλ. Wolper (2006)<sup>207</sup> (επ.), τόμος Α' κεφ. 6, για μια εντυπωσιακή περιγραφή της συνθετότητας των σχέσεων που ένα νοσοκομείο αναπτύσσει με το περιβάλλον του. Αυτό αντανακλά την δομική σπουδαιότητα που αυτό έχει μέσα σε ένα σύστημα Υγείας.

Όπως αναφέρεται στο European Observatory (2004)<sup>174</sup>, «Καθώς γίνεται όλο και πιο δύσκολο για τα νοσοκομεία να προσφέρουν ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών, χρειάζεται να ενώσουν τις δυνάμεις τους για να αξιοποιήσουν δυσεύρετους πόρους από κοινού».

<sup>lviii</sup> Το βιβλίο Mac & Healy (2002)<sup>183</sup> (ed.) προσφέρει ένα πανόραμα των προκλήσεων αυτών για τα ευρωπαϊκά νοσοκομεία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

### Το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ως μελέτη περίπτωσης

#### 11.1 Ιστορικό

Η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε., στο πλαίσιο του καταστατικού του σκοπού της και των διατάξεων του Ν. 3389/2005, προώθησε την υπαγωγή στις διατάξεις του Ν.3389/2005 του Έργου της υλοποίησης του νέου Παιδιατρικού Νοσοκομείου στη Θεσσαλονίκη μέσω ΣΔΙΤ. Με την από 01/03/2007 απόφαση της Διυπουργικής Επιτροπής Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα, η υλοποίηση του Παιδιατρικού και του Ογκολογικού Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης υπήχθη στις διατάξεις του Ν. 3389/2005. Ουσιαστικά το "πράσινο φως" για την κατασκευή τόσο του Παιδιατρικού όσο και του Ογκολογικού Νοσοκομείου στη Θεσσαλονίκη δόθηκε στις 23 Ιουλίου 2007, με την υπογραφή του περίφημου μνημονίου συνεργασίας μεταξύ του πρώην υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Δημήτρη Αβραμόπουλου και του δημάρχου Μίκρας Θεόδωρου Γκουστίλη, που αφορούσε την παραχώρηση έκτασης 127 στρεμμάτων από το Δήμο Μίκρας στο υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την κατασκευή και ανέγερση των δύο υπερσύγχρονων νοσοκομείων.

*«Πρόκειται για ένα έργο με μεγάλη κοινωνική σημασία, καθώς η λειτουργία των θα συμβάλει ουσιαστικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων στο χώρο της υγείας στη Βόρεια Ελλάδα»*, δήλωνε ο δήμαρχος Μίκρας. Στη συνέντευξη Τύπου που δόθηκε, ο υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διαβεβαίωσε ότι, *«στα δύο νέα νοσοκομεία, για την παροχή του συνόλου των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, αποκλειστικά αρμόδιο και υπεύθυνο είναι το Δημόσιο»*. Επιπλέον επισήμανε ότι, πέρα από τα άμεσα οφέλη που συνεπάγεται η δημιουργία περί των 3.500 νέων θέσεων εργασίας στα δύο νέα νοσοκομεία, καθώς επίσης και οι νέες θέσεις εργασίας που θα δημιουργηθούν υποχρεωτικά στο περίξ των νοσοκομείων σύμπλεγμα, προβλέπεται και η δημιουργία μιας σειράς ευεργετικών υποδομών και για την κοινωνία και για την οικονομία, με τη δημιουργία κέντρων υγείας και βρεφονηπιακών σταθμών.<sup>213</sup>

Η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. στο πλαίσιο σχεδιασμού της σχετικής διαγωνιστικής διαδικασίας για την υλοποίηση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου, διενήργησε δημόσια διαβούλευση προ-διαγνωστική έρευνα προκειμένου να δώσει τη δυνατότητα σε ενδιαφερομένους ιδιωτικούς φορείς να διατυπώσουν τις θέσεις και απόψεις τους σε θέματα που αφορούσαν στον εν λόγω έργο όπως την ελκυστικότητα, τις βασικές παραμέτρους της σύμβασης σύμπραξης / κατανομή κινδύνων, τα τεχνικά θέματα, την τεχνική διαχείριση, την οικονομική αποδοτικότητα, τις διαγωνιστικές διαδικασίες και τη χρηματοδότηση του έργου.

Εν συνεχεία η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε., σύμφωνα με την υπ' αριθμ.1912/194/27-08-2008 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της, προκήρυξε δημόσιο διεθνή διαγωνισμό με κλειστή διαδικασία με σκοπό την επιλογή Ιδιωτικού Φορέα Σύμπραξης για το εν λόγω έργο καλώντας κάθε ενδιαφερόμενο να υποβάλει φάκελο εκδήλωσης ενδιαφέροντος

κατά την Α' Φάση της Κλειστής Διαδικασίας (Προεπιλογή) με καταληκτική ημερομηνία την 21 Νοεμβρίου 2008 (Δελτίο Τύπου Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. 05/09/2008).

Με νεότερη απόφαση του Δ.Σ. της Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. (υπ' αριθμ. 2012/203/05-11-2008), αποφασίστηκε η παράταση διενέργειας του διαγωνισμού, για την 19/12/2008 (Δελτίο Τύπου Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. 7/11/2008), όπου οκτώ (8) υποψήφιοι υπέβαλαν φακέλους εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Μετά την εκδήλωση ενδιαφέροντος των (8) υποψηφίων, ακολουθεί διαδικασία προεπιλογής πέντε (5) υποψηφίων που θα κληθούν να υποβάλουν δεσμευτικές προσφορές<sup>239</sup>.

## **11.2 Το νοσοκομείο**

Η ανέγερση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης αποσκοπεί στην παροχή σύγχρονης νοσοκομειακής περίθαλψης σε παιδιά ηλικίας μέχρι 14 ετών και εντάσσεται στο στρατηγικό σχεδιασμό του Υπουργείου Υγείας, δεδομένης της έλλειψης εξειδικευμένου νοσοκομείου παιδών στη Βόρεια Ελλάδα. Η υλοποίηση του θα συμβάλλει αποφασιστικά στην εξάλειψη του φαινομένου της διακομιδής των επειγόντων περιστατικών στην Αθήνα, γεγονός το οποίο, πέρα από το οικονομικό κόστος και τη συμφόρηση των νοσοκομείων της πρωτεύουσας, ενέχει κινδύνους για την υγεία των ασθενών. Επιπλέον, η λειτουργία του νέου Παιδιατρικού Νοσοκομείου αναμένεται να αποσυμφορήσει τα Γενικά Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης που διαθέτουν παιδιατρικές κλινικές.

Το Παιδιατρικό Νοσοκομείο θα καταλαμβάνει δομημένη επιφάνεια περίπου 47.000,00 τ. μ. και θα έχει δυναμικότητα 400 κλινών οι οποίες θα κατανέμονται στις παρακάτω βασικές νοσηλευτικές μονάδες:

- Παιδιατρικές νοσηλευτικές μονάδες δυναμικότητας 192 κλινών.
- Χειρουργικές μονάδες δυναμικότητας 96 κλινών.
- Ειδικές μονάδες θεραπείας δυναμικότητας 24 κλινών.
- Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Αυξημένης Φροντίδας δυναμικότητας 63 κλινών.
- Μονάδα βραχείας Νοσηλείας δυναμικότητας 25 κλινών.

## **11.3 Η μορφή της σύμπραξης**

Το μοντέλο εφαρμογής των ΣΔΙΤ που μέχρι στιγμής φαίνεται να προωθείται στο ΕΣΥ από την ηγεσία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει ως πρότυπο του το βρετανικό μοντέλο των έργων PFI στο NHS, με κύρια χαρακτηριστικά: τη διαφοροποίηση των κλινικών - ιατρικών υπηρεσιών (που παραμένουν στο δημόσιο φορέα) από τις υποστηρικτικές υπηρεσίες (την παραγωγή και εκμετάλλευση των οποίων μπορεί να αναλάβει ο ιδιώτης εταίρος), τη δημιουργία Εταιρείας Ειδικού Σκοπού για την κατασκευή και λειτουργία των έργων, την ιδιωτική χρηματοδότηση και την αμοιβή μέσω «πληρωμών διαθεσιμότητας».

Η υλοποίηση λοιπόν του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης θα γίνει δια της μεθόδου: «Σχεδιασμός, Κατασκευή, Χρηματοδότηση, Λειτουργία» (Design, Built, Finance, Operate - D.B.F.O.) με συγκεκριμένους περιορισμούς όσον αφορά το σκέλος της λειτουργίας και το βαθμό ανάμειξης του ιδιώτη. Ειδικότερα το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης που θα κατασκευαστεί και θα λειτουργήσει με τη μέθοδο ΣΔΙΤ, θα είναι ενταγμένο στο ΕΣΥ και θα αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα αυτού. Ο ιδιώτης θα αναλάβει όλες τις άλλες λειτουργίες εκτός από τον Ιατρικό και Νοσηλευτικό τομέα, που προβλέπεται ότι θα παραμείνει υπό τον αποκλειστικό έλεγχο του Δημοσίου όπως και η διοίκηση του νοσοκομείου. Στο εν λόγω νοσοκομείο θα υπάρχει ισότιμη και ελεύθερη πρόσβαση όλων των πολιτών με κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία. Πρόκειται για ένα μη ανταποδοτικό έργο και τα έσοδα του Ιδιωτικού Τομέα θα συμπληρώνονται με ετήσιες πληρωμές διαθεσιμότητας από το Δημόσιο, στη βάση προδιαγραφών παραγόμενου αποτελέσματος, ώστε αφενός να μην καταβάλλονται πρόσθετες αμοιβές από τους χρήστες των υπηρεσιών, αφετέρου να διασφαλίζονται προδιαγραφές ποιότητας<sup>239</sup>.

## **11.4 Οι Συμβαλλόμενοι της σύμβασης**

### **11.4.1 Η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε ως δημόσιος φορέας και αναθέτουσα αρχή**

Όπως ορίζει το νομοθετικό πλαίσιο του Ν.3389/2009 (άρθρο 1) δημόσιοι φορείς όπως το Δημόσιο, Ο.Τ.Α., Ν.Π.Δ.Δ. ή ανώνυμες εταιρείες οι οποίες εντάσσονται στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, μπορούν, σε τομείς της αρμοδιότητάς τους, να συνάπτουν συμβάσεις συνεργασίας με ιδιωτικούς φορείς για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών. Στην περίπτωση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης η Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε.) νοείται ως δημόσιος φορέας και λειτουργεί και ως αναθέτουσα αρχή για τη δημοπράτηση του εν λόγω έργου.

Η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. λειτουργεί (άρθρο 1 παρ 3 του ΠΔ.312/1999) χάριν του δημοσίου συμφέροντος και για την κοινή ωφέλεια κατά τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας, τελεί υπό την εποπτεία του Κράτους (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης) και το σύνολο του μετοχικού κεφαλαίου της ανήκει στο κράτος (άρθρο 3 του ΠΔ.312/1999). Επιπρόσθετα, δύναται να λειτουργήσει ως Αναθέτουσα Αρχή, διότι έχει το δικαίωμα της ελευθερίας των συμβάσεων (άρθρο 2 εδ δ' του ΠΔ.312/1999), δηλαδή της ανάθεσης με διαγωνισμό της μελέτης/κατασκευής/συντήρησης του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης καθώς και της επίβλεψης/παρακολούθησης της εκτέλεσης των σχετικών συμβάσεων και του ελέγχου των σχετικών μελετών του εν λόγω έργου<sup>239</sup>.

Αξίζει επίσης να επισημανθεί ότι η Βουλή των Ελλήνων θεσμοθέτησε, λίγο πριν την εκπονή του έτους 2007, ένα νέο νομοθετικό κείμενο (Ν. 3580/2007, «Προμήθειες Φορέων εποπτευόμενων από το Υ.Υ.Κ.Α. και άλλες διατάξεις»), στοχεύοντας σε μια ριζική αναμόρφωση του συστήματος προμηθειών του Ε.Σ.Υ. και στην εδραίωση

αυστηρών διαδικασιών ελέγχου των προμηθειών όλων των φορέων που εποπτεύονται από το Υ.Υ.Κ.Α και λειτουργούν είτε με τη μορφή Ν.Π.Δ.Δ. είτε Ν.Π.Ι.Δ.. Ο Ν. 3580/2007 ορίζει (άρθρο 6 παρ. 1 έως 6) τρεις ανώνυμες εταιρείες που ήδη λειτουργούσαν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, δηλαδή την ανώνυμη εταιρεία «Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας & Τεχνολογίας Α.Ε.» (Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.), τη Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. και την ανώνυμη εταιρεία «Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών» (Ε.ΚΕ.Β.ΥΛ. Α.Ε.), ως αρμόδιους φορείς για την προκήρυξη των διαγωνισμών προμήθειας ή υπηρεσιών, καθώς και για την κατάρτιση και τήρηση των Μητρώων Προμηθευτών, Προϊόντων και Προμηθειών. Προβλέπεται η αναδιοργάνωση των εταιρειών αυτών, έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις των νέων αρμοδιοτήτων τους (άρθρα 7 και 8). Η επιλογή των υφιστάμενων ανωνύμων αυτών εταιρειών προτιμήθηκε αντί της δημιουργίας νέων φορέων, όπως αρχικά είχε προταθεί από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για οικονομία χρόνου και πόρων, αλλά και για την άμεση αξιοποίηση της υφιστάμενης τεχνογνωσίας των εταιρειών αυτών και των στελεχών τους στο νέο τους αυτό αντικείμενο. Οι εταιρείες αυτές θα λειτουργούν υπό την άμεση εποπτεία και τον έλεγχο της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.), με σκοπό την εξασφάλιση της ποιότητας των προμηθειών μέσω της σύνταξης προδιαγραφών ανά προϊόν και υπηρεσία, καθώς και μέσα από την άμεση συνεργασία με την Ε.Π.Υ. σε όλα τα στάδια της διαδικασίας υλοποίησης του Προγράμματος Προμηθειών και Υπηρεσιών Υγείας.

Σύμφωνα επίσης με τις διατάξεις του Ν. 3580/2007 στην ανώνυμη εταιρεία Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε., ανατίθεται (άρθρο 6 παρ. 1) η διενέργεια των διαδικασιών δημοπράτησης για τις συμβάσεις προϊόντων των κατηγοριών (άρθρο 10 παρ. 2) όπως ηλεκτρομηχανικά και ιατρό-τεχνολογικά προϊόντα, εξοπλισμός εγκαταστάσεων, επαναχρησιμοποιούμενα εργαλεία, τεχνικά βοηθήματα για άτομα με ειδικές ανάγκες, προϊόντα διαγνωστικής και θεραπευτικής ακτινοβολίας, μεταφορικά μέσα, πληροφοριακά συστήματα, ηλεκτρολογικός και ηλεκτρονικός εξοπλισμός, μηχανολογικός εξοπλισμός, καθώς και των υπηρεσιών (άρθρο 10 παρ. 4) όπως εστίασης, καθαριότητας, ασφάλειας -φύλαξης, συντήρησης, μίσθωσης ακινήτων, αξιοποίησης ακινήτων, και πληροφορικής. Συμπερασματικά, ο ορισμός της Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. ως φορέα υλοποίησης του Παιδιατρικού Νοσοκομείου είναι καθόλα σύμφωνος και σύννομος με τα οριζόμενα του άρθρου 1 του Ν.3389/2005, διότι ανήκει στον ευρύτερο δημόσιο φορέα, το αντικείμενο του έργου εμπίπτει στις αρμοδιότητες της, και δύναται να λειτουργεί ως αναθέτουσα αρχή, αναλαμβάνοντας την ευθύνη της δημοπράτησης του έργου και τη σύναψη έγγραφης σύμβασης<sup>239</sup>.

#### **11.4.2 Ο Ιδιωτικός Φορέας Σύμπραξης**

Αναφορικά με την νομική μορφή που πρέπει να έχει ο ιδιωτικός φορέας στον οποίο θα ανατεθεί η σύμβαση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου, σύμφωνα με τις διατάξεις τις διακήρυξης, απαιτείται η σύσταση (σύνταξη συμβολαιογραφικού εγγράφου) ανώνυμης

εταιρείας ειδικού σκοπού αποκλειστικά για τους σκοπούς της Σύμπραξης στην οποία θα μετέχουν τα μέλη του υποψηφίου όπως αυτά θα δηλωθούν κατά τη διαδικασία της δημοπράτησης. Η εν λόγω ανώνυμη εταιρεία ειδικού σκοπού θα πρέπει να εδρεύει στην Ελλάδα και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2190/1920. Συνεπώς ο ιδιωτικός φορέας της σύμπραξης του Παιδιατρικού Νοσοκομείου είναι αυτός που περιγράφεται στις διατάξεις του Ν.3389/2005 (άρθρο 1 παρ. 4).

### **11.5 Το αντικείμενο της σύμβασης**

Σύμφωνα με τα αναγραφόμενα στην περίληψη της διακήρυξης (βλέπε Παράρτημα 2), το αντικείμενο της Σύμβασης για την υλοποίηση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης αφορά: **(α)** τη μελέτη, χρηματοδότηση, κατασκευή, τεχνική διαχείριση και παροχή των λοιπών υπηρεσιών του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και **(β)** τη μελέτη, χρηματοδότηση, κατασκευή και συντήρηση τεσσάρων κτηρίων, εκ των οποίων τα τρία θα έχουν επιφάνεια 600 τ. μ. έκαστο και θα λειτουργήσουν από το Δήμο Μίκρας ως πολιτιστικοί ή εμπορικοί χώροι, ενώ το τέταρτο θα έχει επιφάνεια 700 τ. μ. και θα λειτουργήσει από το Δήμο Μίκρας ως παιδικός σταθμός.

Ειδικότερα ο Ιδιωτικός Φορέας Σύμπραξης, που τελικά θα επιλεγεί, θα αναλάβει:

- τη σύνταξη του συνόλου των μελετών που απαιτούνται κατά την εκτέλεση της Σύμβασης Σύμπραξης, καθώς και την υλοποίηση του συνόλου των ενεργειών, που απαιτούνται προκειμένου να διασφαλισθεί η έγκαιρη έκδοση του συνόλου των αδειοδοτήσεων και εγκρίσεων που προβλέπονται από τις κείμενες διατάξεις για την υλοποίηση του Έργου.
- το σύνολο των εργασιών κατασκευής των κτιριακών υποδομών και των εγκαταστάσεων και συστημάτων αυτών, της διαμόρφωσης του περιβάλλοντος χώρου αυτού και της σύνδεσης του Έργου με τα δίκτυα κοινής ωφέλειας και εν γένει την ολοκλήρωση του συνόλου του τεχνικού αντικείμενου του Έργου, προκειμένου οι υποδομές και χώροι του Έργου να είναι πλήρως διαθέσιμοι προς χρήση για το σκοπό που προορίζονται.
- την, καθ' όλη τη διάρκεια της Σύμβασης Σύμπραξης, διαθεσιμότητα, που συνίσταται:
  1. Στην εγκατάσταση, αντικατάσταση, συντήρηση, διαχείριση και εποπτεία της λειτουργίας (μη συμπεριλαμβανομένου του χειρισμού αυτού) ιατρικού εξοπλισμού του Παιδιατρικού Νοσοκομείου,
  2. Στην εγκατάσταση, αντικατάσταση, συντήρηση και διαχείριση ξενοδοχειακού εξοπλισμού του Παιδιατρικού Νοσοκομείου,
  3. Στην εγκατάσταση, αντικατάσταση, συντήρηση, διαχείριση μηχανογραφικού εξοπλισμού, ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος, περιλαμβανομένων του απαραίτητου λογισμικού και εφαρμογών καθώς και συστημάτων τηλεπικοινωνίας του Παιδιατρικού Νοσοκομείου,
- την καθ' όλη τη διάρκεια της Σύμβασης Σύμπραξης τεχνική διαχείριση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, η οποία συνίσταται, ιδίως, στην



επιθεώρηση, την συνήθη, την προληπτική και τη διορθωτική συντήρηση, τη βαριά συντήρηση, τη καθημερινή τεχνική λειτουργία και επιστασία για την ετοιμότητα και ικανότητα για λειτουργία των εγκαταστάσεων και συστημάτων των κτιριακών υποδομών και του περιβάλλοντος χώρου αυτών, σε υπηρεσίες καθαριότητας και απολύμανσης, διαθεσιμότητα ιματισμού και κλινοσκεπασμάτων, στη διαχείριση απορριμμάτων και νοσοκομειακών αποβλήτων, στη διαχείριση των υπηρεσιών Οργανισμών Κοινής Ωφέλειας, τη διαχείριση των χώρων στάθμευσης και της εσωτερικής κυκλοφορίας των οχημάτων εντός του οικοπέδου, ούτως ώστε το Παιδιατρικό Νοσοκομείο να είναι απολύτως κατάλληλο και διαθέσιμο προς χρήση, σύμφωνα με τις προδιαγραφές οι οποίες θα καθορίζονται στα τεύχη της Β' Φάσης του Διαγωνισμού,

- την καθ' όλη τη διάρκεια της Σύμβασης Σύμπραξης καθημερινή σίτιση, η οποία θα περιλαμβάνει την παρασκευή εντός των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου και διανομή όλων των γευμάτων του προσωπικού και των ασθενών του Παιδιατρικού Νοσοκομείου,
- την καθ' όλη τη διάρκεια της Σύμβασης Σύμπραξης διαχείριση της αποθήκης υλικών (μη συμπεριλαμβανομένου του φαρμακείου του νοσοκομείου),
- την παροχή υπηρεσιών λογιστικής υποστήριξης του Παιδιατρικού Νοσοκομείου,
- την εμπορική εκμετάλλευση περιορισμένων χώρων (ενδεικτικά αναφερομένων εσωτερικού κυλικείου, ανθοπωλείου, κ.λπ.) του Παιδιατρικού Νοσοκομείου,
- την καθ' όλη τη διάρκεια της Σύμβασης Σύμπραξης φύλαξη και ασφάλεια των χώρων των κτιριακών και λοιπών εγκαταστάσεων, συστημάτων των υποδομών του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης,
- την ασφάλιση των κτιριακών και λοιπών εγκαταστάσεων, συστημάτων των υποδομών του Παιδιατρικού Νοσοκομείου, τόσο κατά τη φάση μελέτης και κατασκευής του, όσο και κατά τη φάση λειτουργίας του,
- τη συντήρηση των τεσσάρων κτηρίων, ως άνω, για περιορισμένο χρονικό διάστημα που θα προσδιορίζεται στη Β' Φάση του Διαγωνισμού,
- τη χρηματοδότηση του Έργου με ίδια ή / και δανειακά κεφάλαια.

Η αναθέτουσα αρχή θα καταβάλλει, μετά την έναρξη λειτουργίας του Έργου και μέχρι τη λήξη της Σύμπραξης, περιοδικές πληρωμές διαθεσιμότητας στην Ανώνυμη Εταιρεία Ειδικού Σκοπού που θα συστήσει, σύμφωνα με το Ν. 3389/2005, ο Ιδιωτικός Φορέας Σύμπραξης που θα επιλεγεί<sup>239</sup>.

**Συμπερασματικά**, το αντικείμενο της σύμβασης για το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης περιλαμβάνει τη μελέτη, την κατασκευή των κτιριακών υποδομών, την εγκατάσταση των απαιτούμενων υποδομών, συστημάτων και εξοπλισμού, τη συντήρηση τη διαθεσιμότητα και την παροχή μη κλινικών υπηρεσιών όπως χρηματοοικονομικό management, σίτιση, φύλαξη-ασφάλεια, καθαριότητα, λειτουργία και εκμετάλλευση υποστηρικτικών υποδομών όπως χώρων στάθμευσης, εστιατορίων. Το αντικείμενο λοιπόν της εν λόγω σύμπραξης είναι σύμφωνο με τις διατάξεις του Ν.3389/2005, διότι έχει το χαρακτήρα της μεικτής σύμπραξης, δηλαδή της ενιαίας σύμβασης που

παρουσιάζει μία σύνθεση στοιχείων, τα οποία εμφανίζονται στις συμβάσεις εκτέλεσης δημοσίου έργου και στις συμβάσεις παραχώρησης δημόσιας υπηρεσίας.

### **11.6 Ο προϋπολογισμός του έργου**

Ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου έχει ενδεικτικά εκτιμηθεί σε καθαρή παρούσα αξία στο ποσό των 389.000.000 Ευρώ, πλέον Φ.Π.Α.. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι το ανωτέρω ποσό συμπεριλαμβάνει και το κόστος ασφάλισης και βαριάς συντήρησης των υποδομών. Συνεπώς η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. θα καταβάλλει, μετά την έναρξη λειτουργίας του εν λόγω Νοσοκομείου και μέχρι τη λήξη της σύμβασης σύμπραξης, περιοδικές πληρωμές διαθεσιμότητας στον ιδιώτη φορέα - ανάδοχο του έργου προϋπολογισμού 389.000.000 Ευρώ, πλέον Φ.Π.Α..

Οφείλουμε να παρατηρήσουμε ότι στο εν λόγω έργο δεν συντρέχουν σωρευτικά όλες οι τιθέμενες προϋποθέσεις (άρθρο 1 παρ. 4, άρθρο 2. παρ. 1. εδ. α έως δ και άρθρο 17 παρ.2) για την υπαγωγή στο πεδίο εφαρμογής του ελληνικού νόμου για τις ΣΔΙΤ, διότι το συνολικό συμβατικό προϋπολογιζόμενο κόστος της υλοποίησης του αντικειμένου της Σύμπραξης υπερβαίνει το ποσό των 200 εκ € προ ΦΠΑ. Το έργο της κατασκευής νοσοκομείου είναι αρκετά περίπλοκο και ιδιαίτερης τεχνικής αλλά και χρηματοοικονομικής / νομικής φύσεως και ο προϋπολογισμός του αυξάνεται σημαντικά όχι μόνο εξαιτίας της κατασκευής και της λειτουργικής διαχείρισης, αλλά κυρίως εξαιτίας της προμήθειας εξειδικευμένου εξοπλισμού (π.χ. ιατρικός εξοπλισμός). Στην περίπτωση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου, ο προϋπολογισμός του έργου περιλαμβάνει μεταξύ άλλων (π.χ. κόστος κατασκευής, τεχνικής και λειτουργικής διαχείρισης κ.λπ.), το κόστος προμήθειας εξειδικευμένου ιατρικού εξοπλισμού, της βαριάς συντήρησης των υποδομών, και της ασφάλισης των κτιριακών και λοιπών εγκαταστάσεων, συστημάτων των υποδομών του νοσοκομείου και ως εκ τούτου υπερβαίνει σημαντικά το όριο των 200 εκ. €. Παρόλα αυτά, ορθώς έχει υπαχθεί στις διατάξεις του Ν.3389/2005 με απόφαση της Δ.Ε.Σ.Δ.Ι.Τ. ως εξαιρετική περίπτωση σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 2 παρ.2, διότι αποδεδειγμένα και τεκμηριωμένα εξυπηρετεί άμεσες ανάγκες του δημοσίου συμφέροντος<sup>239</sup>.

## 11.7 Η κλειστή διαδικασία ως μέθοδος δημοπράτησης

Ο διαγωνισμός για την επιλογή αναδόχου διεξήχθη με τη μέθοδο της κλειστής διαδικασίας. Κατά την Α' Φάση του διαγωνισμού (διαδικασία Προεπιλογής) οκτώ (8) Υποψήφιοι υπέβαλαν Φακέλους Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος, εκ των οποίων πέντε (5), θα προεπιλεγούν προκειμένου να κληθούν να υποβάλουν Δεσμευτική Προσφορά.<sup>214</sup> Οι Υποψήφιοι που υπέβαλαν Φακέλους Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος είναι οι παρακάτω Εταιρείες ή Ενώσεις Εταιρειών:

1. J & P - ABAS A.R.
2. Ένωση Νομικών Προσώπων: Euromedica A.E - BIOTEP. A.E
3. Ένωση Νομικών Προσώπων: Intracom Holdings - Intrakat - Remexpro A.E - ΕΛΤΕΡ ΑΤΕ – VSG (Δελτίο Τύπου Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. 19/12/2008)
4. Ένωση Προσώπων: ΓΕΚ Α.Ε Συμμετοχών, Ακινήτων, Κατασκευών - Ιατρικό Αθηνών Εμπορική Ανώνυμος Εταιρεία - Hochtief PPP Solutions GmbH
5. Ένωση Προσώπων: Ume PFI Investments Holdings Limited - Έδραση Χ.Ψαλλίδας ΑΤΕ - Εκτέρ Α.Ε. - ΕΡΕΤΒΟ Α.Ε - Κλέαρχος Γ.Ρούτσης Α.Ε. - Νόστος Α.Ε
6. Ένωση Προσώπων: Alpine Bau GmbH - Lamda Development S.A - Δομοτεχνική Α.Ε.
7. Άκτωρ Παραχωρήσεις Ανώνυμη Εταιρεία
8. Inso Sistemi per le infrastrutture sociali S.P.A - Consorzio Etruria Scarl
9. Η προεπιλογή των Υποψηφίων θα γίνει με βάση τα κριτήρια και τη βαθμολογία που περιγράφονται στο τεύχος της περίληψης της διακήρυξης, και φαίνονται στον πίνακα 11. Η τελική βαθμολογία του κάθε Υποψηφίου ισούται με το άθροισμα των βαθμών που λαμβάνει σε κάθε επιμέρους υποκριτήριο.

A/A	Κριτήρια Αξιολόγησης	Μέγιστη Βαθμολογία (βαθμοί)
<b>1</b>	<b>ΟΜΑΔΑ Α - Οικονομική και Χρηματοοικονομική Ευρωστία</b>	<b>40</b>
1.1	Ίδια Κεφάλαια του Υποψηφίου κατά την τελευταία τριετία.	10
1.2	Εμπειρία του Υποψηφίου στην εξασφάλιση δανειακών κεφαλαίων κατά την τελευταία τριετία.	15
1.3	Κύκλος εργασιών κατά τις τρεις τελευταίες χρήσεις των εργοληπτικών εταιρειών που θα αναλάβουν την κατασκευή του Έργου.	7,5
1.4	Κύκλος εργασιών στον τομέα της τεχνικής διαχείρισης έργων των εταιρειών που θα αναλάβουν την τεχνική διαχείριση του Έργου κατά την τελευταία τριετία.	7,5
<b>2</b>	<b>ΟΜΑΔΑ Β - Τεχνική και Επαγγελματική Ικανότητα</b>	<b>60</b>
2.1	Εμπειρία του Υποψηφίου στην ανάληψη συμβάσεων κατά την τελευταία τριετία.	15
2.2	Εμπειρία των εργοληπτικών εταιρειών που θα αναλάβουν την κατασκευή του Έργου κατά την τελευταία πενταετία στην κατασκευή κτιριακών έργων (πλην αποθηκών και βιομηχανικών κτηρίων).	7,5
2.3	Εμπειρία των εργοληπτικών εταιρειών που θα αναλάβουν την κατασκευή του Έργου σε κατασκευή Νοσοκομείου Αναφοράς κατά την τελευταία πενταετία.	7,5
2.4	Εμπειρία των εταιρειών διαχείρισης που θα αναλάβουν την τεχνική διαχείριση του Έργου κατά την τελευταία τριετία στην ανάληψη σύμβασης τεχνικής διαχείρισης και συντήρησης έργου.	10
2.5	Εμπειρία των εταιρειών διαχείρισης που θα αναλάβουν την τεχνική διαχείριση του Έργου κατά την τελευταία τριετία σε μία σύμβαση στον τομέα τεχνικής διαχείρισης σε κτιριακό έργο.	10
2.6	Εμπειρία των μελετητών που θα αναλάβουν τη σύνταξη των αρχιτεκτονικών μελετών του Έργου κατά την τελευταία τριετία σε μελέτες που αφορούν στην υλοποίηση νοσοκομείου.	5
2.7	Εμπειρία των μελετητών που θα αναλάβουν τη σύνταξη των Η/Μ μελετών του Έργου κατά την τελευταία τριετία σε μελέτες που αφορούν στην υλοποίηση νοσοκομείου.	5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>

**Πίνακας 11:** Κριτήρια Αξιολόγησης της Α Φάσης (προεπιλογή 5 υποψηφίων) επιλογής Ιδιωτικού Φορέα Σύμπραξης για το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Η Β' φάση του Διαγωνισμού θα ξεκινήσει με την πρόσκληση των πέντε (5) υποψηφίων που θα προεπιλεγούν προκειμένου να υποβάλουν Δεσμευτική Προσφορά. Σύμφωνα με τους όρους του Διαγωνισμού, οι προσφορές θα αξιολογηθούν σε δύο στάδια (αξιολόγηση τεχνικών και οικονομικών προσφορών). Με την ολοκλήρωση του διαγωνισμού, θα εξασφαλιστεί:

- ί. Κόστος κατασκευής έργου εγγυημένο και σταθερό χωρίς κανένα κίνδυνο για το Δημόσιο από τυχόν υπερβάσεις.

ii. Χρονοδιάγραμμα αυστηρά δεσμευτικό για τμήματα και το σύνολο του έργου, συνδυαζόμενο με επιβολή ποινικών ρητρών λόγω μη τήρησης του.

Είναι γεγονός ότι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που καλείται να επιλύσει μία αναθέτουσα αρχή κατά τη σύνταξη των τευχών δημοπράτησης, σχετίζεται με την επιλογή των κριτηρίων τόσο για τη συμμετοχή των οικονομικών φορέων στο διαγωνισμό, όσο και για την ίδια την ανάθεση της σύμβασης. Τα κριτήρια αυτά πρέπει καταρχήν να είναι νόμιμα, δηλαδή να συμβαδίζουν με τις επιταγές της κοινοτικής και εθνικής νομοθεσίας περί δημοσίων συμβάσεων, πρέπει αφετέρου να εξυπηρετούν τις ιδιαιτερότητες της συγκεκριμένης δημοπρατούμενης σύμβασης και τέλος, να διαφοροποιούνται μεταξύ τους, ώστε να επιτρέπουν τη διάκριση του σταδίου ποιοτικής επιλογής από το στάδιο ανάθεσης της σύμβασης. Το στάδιο της ποιοτικής επιλογής αποσκοπεί να φιλτράρει, να αφήσει να συμμετάσχουν στο διαγωνισμό μόνο οι εν δυνάμει ικανοί να εκτελέσουν τη δημοπρατούμενη σύμβαση, ενώ το δεύτερο στάδιο αποσκοπεί να αναθέσει πλέον τη σύμβαση σε αυτόν που θα δώσει την καλύτερη, την πλέον συμφέρουσα προσφορά.

Με βάση τα προαναφερόμενα η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. ως αναθέτουσα αρχή όρισε εκ των προτέρων, στην προκήρυξη του διαγωνισμού, τα αμερόληπτα μεν και αντικειμενικά, κατά την απόλυτη ωστόσο κρίση της, κριτήρια ποιοτικής επιλογής τα οποία αφορούν και πρέπει να αφορούν μόνο το πρόσωπο, την εικόνα, το προφίλ των υποψηφίων, που προτίθεται να χρησιμοποιήσει προκειμένου η σύμβαση να ανατεθεί τελικά στον καλύτερο, τον πιο έμπειρο, υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι έχει υποβάλει και την καλύτερη προσφορά για τη συγκεκριμένη σύμβαση. Μάλιστα όπως θα δούμε και παρακάτω η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. έχει προβεί και στην «ποσοτικοποίηση» των κριτηρίων επιλογής, δηλαδή στον καθορισμό ελάχιστων επιπέδων χρηματοοικονομικών και τεχνικών ικανοτήτων τα οποία πρέπει να πληρούν οι υποψήφιοι προκειμένου να γίνουν δεκτοί σε έναν διαγωνισμό. Πράγματι, σύμφωνα με το άρθρο 44, παρ. 2 της οδηγίας 2004/18/EK, οι αναθέτουσες αρχές μπορούν να απαιτούν τα ελάχιστα επίπεδα ικανοτήτων που πρέπει να καλύπτουν οι υποψήφιοι και οι προσφέροντες. Το ελάχιστο επίπεδο ικανοτήτων που απαιτείται για μία δεδομένη σύμβαση πρέπει να συνδέεται με τα λοιπά κριτήρια ποιοτικής επιλογής, να είναι ανάλογο προς το δημοπρατούμενο αντικείμενο και να αναφέρεται ήδη στην προκήρυξη του διαγωνισμού. Σύμφωνα δε με το άρθρο 54, παρ. 3 της οδηγίας 2004/17/EK, στην κλειστή και με διαπραγμάτευση διαδικασία τα κριτήρια ποιοτικής επιλογής είναι δυνατόν να βασίζονται στην αντικειμενική ανάγκη του αναθέτοντος φορέα να μειώσει τον αριθμό των υποψηφίων στο επίπεδο που επιβάλλει η εξισορρόπηση μεταξύ των ειδικών χαρακτηριστικών της διαδικασίας σύναψης σύμβασης και των μέσων που απαιτούνται για τη διεξαγωγή της<sup>239</sup>.

Σε κάθε περίπτωση τόσο ο καθορισμός κριτηρίων ειδικής πείρας, όσο και η ποσοτικοποίηση των κριτηρίων ποιοτικής επιλογής θα πρέπει να σέβονται τις γενικές αρχές του κοινοτικού δικαίου, ιδίως δε την αρχή της αναλογικότητας και την αρχή του ελεύθερου ανταγωνισμού που επιχειρεί να εγκαθιδρύσει σε ενδοκοινοτικό επίπεδο η Ευρωπαϊκή Ένωση. Διαφορετικά μπορεί πολύ εύκολα να εκφυλιστούν σε φωτογραφικές διατάξεις, καθιστώντας έτσι παράνομη την όλη διαδικασία δημοπράτησης.

## 11.8 Τα κριτήρια αξιολόγησης κατά τη διαδικασία προεπιλογής

### 11.8.1 Η χρηματοοικονομική επάρκεια και πιστοληπτική ικανότητα των υποψηφίων

Οι οκτώ (8) Υποψήφιοι που υπέβαλαν Φακέλους Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος κατά την Φάση προεπιλογής του διαγωνισμού, θα ελεγχθούν από την Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. ως προς τη χρηματοοικονομική επάρκεια και πιστοληπτική ικανότητα με βάση τα κριτήρια που παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (πιν. 12)

Κριτήρια Χρηματοοικονομικής Αξιολόγησης	Αποτέλεσμα
μέσος όρος των Αποτελεσμάτων Προ Φόρων των τριών τελευταίων οικονομικών χρήσεων	>0
μέσος όρος των Δανειακών Κεφαλαίων προς το μέσο όρο των Ιδίων Κεφαλαίων των τριών τελευταίων οικονομικών χρήσεων	<2
μέσος όρος των Ιδίων Κεφαλαίων των τριών τελευταίων οικονομικών χρήσεων	> 25.000.000 €
Δανειοληπτική ικανότητα για την υλοποίηση του Έργου	Επιστολή Χρηματοδοτικής Υποστήριξης χρηματοπιστωτικού ιδρύματος με πιστοληπτική διαβάθμιση - Baa3 της κλίμακας Moodys - <b>BBB-</b> της κλίμακας Standard & Poor's - αντίστοιχο της εταιρείας Fitch

**Πίνακας 12:** Κριτήρια Χρηματοοικονομικής Αξιολόγησης της Α Φάσης (προεπιλογή 5 υποψηφίων) επιλογής Ιδιωτικού Φορέα Σύμπραξης για το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Επισημαίνεται ότι κάθε υποψήφιος και σε περίπτωση Ένωσης Προσώπων κάθε Μέλος του, προκειμένου να αποδείξουν την χρηματοοικονομική και πιστοληπτική ικανότητα οφείλουν να έχουν υποβάλει μεταξύ άλλων τα κάτωθι δικαιολογητικά:

- Οικονομικές Καταστάσεις Τριών Τελευταίων Χρήσεων.
- Επιστολή Χρηματοδοτικής Υποστήριξης χρηματοπιστωτικού ιδρύματος με πιστοληπτική διαβάθμιση τουλάχιστον Baa3 της κλίμακας Moodys ή **BBB-** της κλίμακας Standard & Poor's ή αντίστοιχο της εταιρείας Fitch.
- Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος, με την οποία να δηλώνεται κατ'ελάχιστο ότι το χρηματοπιστωτικό ίδρυμα γνωρίζει τις χρηματοδοτικές ανάγκες του Έργου, ότι ενδιαφέρεται να εξετάσει αίτημα χρηματοδότησης του Έργου είτε μόνο του, είτε σε συνεργασία με άλλα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, σε περίπτωση που ο υπέρ του Υποψήφιος επιλεγεί ως Ανάδοχος.

- Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος, που θα υπογράφεται από τον Εκπρόσωπο Υποψηφίου, με την οποία θα βεβαιώνει ότι δύναται να χρηματοδοτήσει το Έργο, αποκλειστικά με δανειακά ή και ίδια κεφάλαια, το ύψος των οποίων θα καλύπτει το σύνολο των απαιτήσεων του Έργου.

### **11.8.2 Οι τεχνικές και επαγγελματικές ικανότητες των υποψηφίων**

Οι οκτώ (8) Υποψήφιοι που υπέβαλαν Φακέλους Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος κατά τη φάση προεπιλογής του διαγωνισμού, θα ελεγχθούν από τη Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. ως προς τα τεχνικά, επαγγελματικά προσόντα και ικανότητες που διαθέτουν, βάσει των απαιτούμενων κριτηρίων της διακήρυξης.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι αν και το θεσμικό πλαίσιο του Ν.3389/2005 δεν αναφέρει ρητά την υποχρέωση κατοχής εργοληπτικού και μελετητικού πτυχίου, στην εν λόγω διακήρυξη απαιτείται οι υποψήφιοι να διαθέτουν μελετητικά πτυχία συγκεκριμένης τάξης και να είναι εγγεγραμμένοι στο Μητρώο Εργοληπτικών Επιχειρήσεων που τηρεί το ΥΠΕΧΩΔΕ. Ειδικότερα στη διακήρυξη ορίζεται ρητά, ότι για την εκπόνηση των απαραίτητων μελετών απαιτείται η κατοχή μελετητικών πτυχίων (Ε τάξης για τις «Αρχιτεκτονικές μελέτες κτιριακών έργων», τις «Στατικές μελέτες» και τις «Η/Μ μελέτες»), ενώ για την κατασκευή του έργου απαιτείται ο υποψήφιος να είναι μόνο εγγεγραμμένος στο ΜΕΕΠ, χωρίς την απαίτηση συγκεκριμένης τάξης πτυχίου. Στα θετικά της διακήρυξης είναι επίσης και η απαίτηση πιστοποιητικών εξασφάλισης ποιότητας και συγκεκριμένα το πιστοποιητικό HACCP για την παροχή υπηρεσιών σίτισης<sup>239</sup>.

### **11.9 Το κριτήριο της πλέον συμφέρουσας από οικονομικής άποψης, προσφοράς**

Η ανάθεση μιας σύμβασης πραγματοποιείται στη βάση κριτηρίων, τα οποία συνδέονται και πρέπει να συνδέονται αποκλειστικά με το δημοπρατούμενο αντικείμενο. Κριτήρια ανάθεσης είναι δύο κατ' αποκλειστικότητα: είτε η χαμηλότερη τιμή, είτε η πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη προσφορά.

Στην περίπτωση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου ως κριτήριο ανάθεσης είναι η πλέον οικονομικά συμφέρουσα προσφορά η οποία συγκροτείται από επιμέρους -ενδεικτικά αναφερόμενα στις οδηγίες- κριτήρια που συνολικά αξιολογούμενα οδηγούν στην προσφορότερη για τη Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. λύση.

Το κριτήριο της πλέον συμφέρουσας από οικονομικής άποψης προσφοράς, αποτελεί ένα πληρέστερο εργαλείο αξιολόγησης, σε σχέση με το κριτήριο της χαμηλότερης τιμής, δεδομένου ότι λαμβάνει υπ' όψη του μια σειρά παραμέτρων (τεχνικών, λειτουργικών, χρονικών κ.ά.), οι οποίοι δεν αξιολογούνται όταν κριτήριο της ανάθεσης είναι η χαμηλότερη τιμή<sup>239</sup>.

### **11.10 Προθεσμίες, περίοδοι κατασκευής, λειτουργίας και εκμετάλλευσης του έργου**

Σύμφωνα με τα οριζόμενα της διακήρυξης, η συμβατική διάρκεια της σύμβασης ή της προθεσμίας εκτέλεσης της σύμβασης, ορίζεται σε τριάντα (30) χρόνια από την ημερομηνία ανάθεσης της σύμβασης.

Όλες οι Μελέτες και Κατασκευές του Έργου θα ολοκληρωθούν πλήρως και:

Το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης θα είναι διαθέσιμο για τους ασθενείς, και Τα Τοπικά έργα (4 κτήρια) θα αποδοθούν στο Δήμο Μίκρας που είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία και τη συντήρηση τους μέσα στην προθεσμία που θα ορίσουν στην προσφορά τους οι διαγωνιζόμενοι. Σημειώνεται ότι για περιορισμένο χρονικό διάστημα που θα προσδιορίζεται στη Β' Φάση του Διαγωνισμού, τη συντήρηση των εν λόγω κτηρίων θα αναλάβει ο ανάδοχος. Η προθεσμία αυτή για την περάτωση όλων των Μελετών-Κατασκευών του Έργου δεν μπορεί να υπερβαίνει τους σαράντα οκτώ (48) μήνες από την ημερομηνία ανάθεσης του έργου.

Κατά συνέπεια, η διάρκεια της Περιόδου Μελετών-Κατασκευών, θα οριστεί στη Σύμβαση Σύμπραξης σύμφωνα με το χρόνο κατασκευής που προσέφερε ο Διαγωνιζόμενος που ανακηρύχθηκε Ανάδοχος.

Η Περίοδος Λειτουργίας, κατά τη διάρκεια της οποίας ο Ανάδοχος θα αμείβεται με πληρωμές διαθεσιμότητας και θα έχει και την εμπορική εκμετάλλευση περιορισμένων χώρων (κυλικείο, ανθοπωλείο κ.λπ.) του Παιδιατρικού Νοσοκομείου θα αρχίσει από την ημερομηνία έκδοσης της Περιόδου Μελετών-Κατασκευών και θα λήξει, με την επιφύλαξη των περιπτώσεων καταγγελίας της Σύμβασης Σύμπραξης με την εκπνοή της Περιόδου Σύμπραξης. Ο χρόνος υποχρεωτικής συντήρησης των Κατασκευών του Έργου ορίζεται: Για το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης καθ' όλη τη διάρκεια της σύμπραξης ήτοι 30 έτη Για τα Τοπικά Έργα του Δήμου Μίκρας θα προσδιορίζεται στη Β' Φάση του Διαγωνισμού.

### **11.11 Η χρηματοδότηση και η αποπληρωμή του έργου**

Η χρηματοδότηση της υλοποίησης του Παιδιατρικού Νοσοκομείου βαρύνει τον Ανάδοχο. Ειδικότερα ο ανάδοχος θα αναλάβει την υποχρέωση της χρηματοδότησης του Έργου, ήτοι:

Την υποχρέωση εξασφάλισης του συνόλου των απαιτούμενων κεφαλαίων τα οποία, θα πρέπει να επαρκούν για την κάλυψη των χρηματοδοτικών αναγκών του Έργου μέχρι το πέρας της Περιόδου Μελετών-Κατασκευών, και

Σε συνδυασμό με τα έσοδα από τη λειτουργία και την εμπορική εκμετάλλευση περιορισμένων χώρων του Νοσοκομείου και τις πληρωμές διαθεσιμότητας, την υποχρέωση κάλυψης όλων των δαπανών της Περιόδου Λειτουργίας, περιλαμβανομένης της εξυπηρέτησης της αντληθείσας χρηματοδότησης και της εξασφάλισης τυχόν πρόσθετων κεφαλαίων για τις ανάγκες της Περιόδου Λειτουργίας (όπως λ.χ. κεφάλαιο κίνησης, χρηματοδότηση αντικατάστασης / ανανέωσης εξοπλισμού κ.λπ.). Στο πλαίσιο



των ανωτέρων υποχρεώσεων και με την επιφύλαξη των διατάξεων της Σύμβασης Σύμπραξης, ο ανάδοχος θα αναλάβει κάθε κίνδυνο που ενδέχεται να προκύψει από μεταβολές των επιτοκίων, πληθωρισμού, συναλλαγματικών ισοτιμιών και κάθε άλλου στοιχείου το οποίο δύναται να επηρεάσει τη χρηματοοικονομική του κατάσταση σε όλη τη διάρκεια ισχύος της Σύμβασης Σύμπραξης<sup>239</sup>.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, η υποχρέωση της Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. περιορίζεται αποκλειστικά στην αποπληρωμή του έργου με την καταβολή περιοδικών πληρωμών διαθεσιμότητας (μηνιαίες ή ετήσιες) στον ανάδοχο ως «αντάλλαγμα» για την παροχή και διαθεσιμότητα των κτιριακών υποδομών και του βασικού ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού. Οι εν λόγω πληρωμές θα ξεκινήσουν μετά την έναρξη λειτουργίας του Έργου και μέχρι τη λήξη της Σύμπραξης, και θα είναι άμεσα συνδεδεμένες τόσο από την τήρηση των προδιαγραφών συντήρησης όσο και της διαθεσιμότητας των κτιριακών υποδομών και του εξοπλισμού (π.χ, λειτουργία ιατρικού εξοπλισμού κ.λπ.).

### 11.12 Το περιεχόμενο της σύμβασης

Η σύμβαση σύμπραξης θα περιέχει τους όρους και τις ρυθμίσεις που καθορίστηκαν από τη Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. με τη σχετική προκήρυξη κατά τη διαδικασία ανάθεσης και θα συνιστά το μοναδικό νομικό πλαίσιο, το οποίο θα δεσμεύει τους εμπλεκόμενους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Ως προς τη δομή της επισημαίνεται ότι, η σύμβαση σύμπραξης του Παιδιατρικού Νοσοκομείου θα πρέπει να αποτελείται από το κυρίως σώμα της σύμβασης και τα προσαρτήματα της, τα οποία κατά ρητή της πρόβλεψη αποτελούν ενιαίο σύνολο ερμηνευμένο σύμφωνα με τις αρχές της καλής πίστης και των συναλλακτικών ηθών, της ικανοποίησης του δημόσιου συμφέροντος και των αργών της αποδοτικότητας. Ενδεικτικά τα προσαρτήματα αυτά θεωρητικά θα πρέπει να είναι τα εξής:

Η Ειδική Συγγραφή Υποχρεώσεων (Ε.Σ.Υ.).

Ο Κανονισμός Μελετών και Ερευνών (Κ.Μ.Ε.).

Η Τεχνική Συγγραφή Υποχρεώσεων (Τ.Σ.Υ.).

Τα Πρότυπα Κατασκευής Έργων (Π.Κ.Ε.).

Οι Μελέτες του έργου.

Τα Χρονοδιαγράμματα του Έργου (Προσφοράς) και των εκτιμηθέντων από τον Ανάδοχο εισροών - εκροών.

Το Χρηματοδοτικό Σχέδιο (funding scheme) του Έργου, που περιλαμβάνει συγκεφαλαίωση των όρων χρηματοδότησης του Έργου από τον Ανάδοχο.

Η Προσφορά του Αναδόχου.

Η Σύμβαση(εις) Δανείου(ων) που θα συνάψει η Α.Ε. με τους Δανειστές της. Η Συμβάσεις Εγγυήσεως μεταξύ των Εγγυητών των Δανείων του Αναδόχου κατά την Περίοδο Μελετών - Κατασκευών και των Δανειστών. Το συμβόλαιο Ασφάλισης του έργου. Το Καταστατικό της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού. Το Κοινοπρακτικό της

Κοινοπραξίας Κατασκευής. Ο κατάλογος των Μελετητών που θα χρησιμοποιηθούν στο Έργο. Οι νομιμοποιήσεις/ βεβαιώσεις των Συμβαλλομένων Μερών.

### **11.13 Νομική Προστασία**

*Σύμφωνα με τα οριζόμενα της διακήρυξης «ο διαγωνισμός θα διεξαχθεί και η σύμβαση θα ανατεθεί και θα εκτελεστεί, σύμφωνα, μεταξύ άλλων, με τις διατάξεις του Ν.3389/2005, της Οδηγίας 2004/18/ΕΚ, του ΠΔ.60/2007, της Οδηγίας 89/665/ΕΚ, του Ν.2522/1997 (Ασφαλιστικά Μέτρα), του ΠΔ. 774/1980, όπως ισχύει και του Ν.3310/2005».*

Αν και στο πεδίο των συμβάσεων ΣΔΙΤ δεν υπάρχει ειδική πρόβλεψη ή απαγόρευση εφαρμογής του δικαίου των διοικητικών συμβάσεων και της δικαστικής προστασίας κατά το προσυμβατικό στάδιο, συμπεραίνουμε ότι, κατά το προσυμβατικό στάδιο της Σύμπραξης για το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, βρίσκει εφαρμογή το δίκαιο των κλασικών διοικητικών συμβάσεων. Άλλωστε προς αυτή την κατεύθυνση τείνουν και οι σχετικές αποφάσεις της επιτροπής Αναστολών του ΣτΕ (77/2005 και 1367/2008).

### **11.14 Σχολιασμός της διαδικασίας σύμπραξης του έργου**

Βασικό χαρακτηριστικό της νοσοκομειακής περίθαλψης της χώρας μας, είναι η άνιση περιφερειακή κατανομή των νοσοκομειακών πόρων, οι οποίες οδηγούν τόσο σε ανισότητες πρόσβασης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών, όσο και σε διαπεριφερειακές ροές των ασθενών. Με την ανέγερση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης καθώς και των υπολοίπων εξαγγελθέντων νοσοκομειακών μονάδων με τη μέθοδο ΣΔΙΤ, παρέχεται στην υγειονομική ή κοινωνική διοίκηση η δυνατότητα να παρέχει καλύτερη και ποιοτικότερη εξυπηρέτηση του πολίτη, μέσω της προσφοράς περισσότερων και καλύτερων υποδομών υγείας και υποστηρικτικών υπηρεσιών από πρόσθετους ιδιωτικούς πόρους.

Σύμφωνα με τις διαβεβαιώσεις του πρώην υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στο παιδιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης για την παροχή του συνόλου των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, αποκλειστικά αρμόδιο και υπεύθυνο είναι το Δημόσιο. Γίνεται έτσι σαφές ότι και στο εν λόγω νοσοκομείο, όπως και σε κάθε έργο που υλοποιείται ή θα υλοποιηθεί στον χώρο της Υγείας με τη μέθοδο των συμπράξεων *δεν αναιρείται, ούτε αμφισβητείται ο δημόσιος χαρακτήρας της παροχής υπηρεσιών υγείας*. Είναι άλλωστε ρητή η επιλογή για τη μη καταβολή πληρωμής από πλευράς των χρηστών των υγειονομικών υπηρεσιών και των υποδομών. Συνεπώς, η εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας στην παρούσα φάση, φαίνεται να οριοθετείται στην κατασκευή και συντήρηση των κτιριακών υποδομών, του εξοπλισμού, των ξενοδοχειακών υπηρεσιών κ.λπ. και όχι στην σκέλος της παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Είναι γεγονός ότι με την κατασκευή του Παιδιατρικού Νοσοκομείου του οποίου το αντικείμενο της σύμπραξης είναι σύμφωνο με τις διατάξεις του θεσμικού πλαισίου του

N.3389/2005, προσδοκείται η επίτευξη ποικίλων και σημαντικών ωφελειών για τον τομέα της δημόσιας υγείας, και συγκεκριμένα:

Η έγκαιρη και επιτυχής ολοκλήρωση και απόδοση του έργου σε κοινή χρήση και η συγκράτηση του κόστους.

Η αποτελεσματικότερη εποπτεία της εκτέλεσης των έργων και της παροχής των υποστηρικτικών υπηρεσιών λόγω της εμπλοκής των ιδιωτικών φορέων που έχουν δικαιολογημένο κίνητρο και συμφέρον στην έγκαιρη διάγνωση τυχόν προβλημάτων.

Η αποφυγή της επιβάρυνσης του δημόσιου χρέους, με τη μετάθεση της υποχρέωσης καταβολής του συμβατικού ανταλλάγματος σε μεταγενέστερο χρόνο, η τμηματική καταβολή του και ως εκ τούτου η δυνατότητα ταυτόχρονης εκτέλεσης περισσότερων έργων. Η μετάθεση στους ιδιωτικούς φορείς ενός μεγάλου μέρους των κινδύνων (κατασκευαστικού, χρηματοδοτικού, κ.λπ.) που συνδέονται με την υλοποίηση του αντικείμενου της Σύμπραξης. Η απόκτηση από το Δημόσιο της εμπειρίας και της τεχνογνωσίας των ιδιωτικών φορέων καθώς και η αξιοποίηση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων των δημόσιων φορέων.

Η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. επιλέχθηκε ορθά ως φορέας υλοποίησης του μεγάλου αυτού έργου, διότι αφενός ανήκει στον ευρύτερο δημόσιο τομέα και λειτουργεί με βάση τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας χάριν του δημοσίου συμφέροντος τελώντας υπό την εποπτεία του κράτους και αφετέρου, είναι η καθόλα αρμόδια για τη σύναψη σύμβασης συνεργασίας, διότι το αντικείμενο της σύμπραξης εμπίπτει στις αρμοδιότητες σύμφωνα με το καταστατικό της. Άλλωστε, οι διαδικασίες ΣΔΙΤ προϋποθέτουν υψηλό επίπεδο προετοιμασίας και φορείς υλοποίησης με εξειδικευμένο προσωπικό προετοιμασίας και διαχείρισης των έργων όπως είναι η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε..

Όλες οι θεσπισμένες διαδικασίες για την υλοποίηση της σύμβασης εκτέλεσης του Παιδιατρικού Νοσοκομείου σε όλα τα στάδια του σχεδιασμού, της ωρίμανσης, της ανάθεσης και της εκτέλεσης, ειδικότερα, στην α' φάση, δηλαδή στην ετοιμασία του «φακέλου» για υποβολή πρότασης σύμπραξης στην Ε.Γ.Σ.Δ.Ι.Τ. και με κριτήριο την επιτυχία του εγχειρήματος, η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. θα πρέπει, μεταξύ των άλλων, να ακολουθήσει τις παρακάτω διαδικασίες - ενέργειες:

- μεθοδολογία αξιολόγησης και αξιοποίησης περιουσιακών στοιχείων (ακινήτων) επένδυσης για την επιχειρηματική τους εκμετάλλευση,
- μεθοδολογία - διαδικασίες προσδιορισμού χωροθετήσεων, περιβαλλοντικών εγκρίσεων και λοιπών προαπαιτούμενων διαδικασιών - παρακολούθηση ολοκλήρωσης,
- διερεύνηση κοινωνικής αποδοχής έργου και έλεγχος διαδικασιών που έχουν ακολουθηθεί (αποφάσεις αρμοδίων οργάνων, εποπτευόντων φορέων κ.λπ.) - προσδιορισμός και κατανομή κινδύνων,
- προσδιορισμός χρηματοοικονομικού μοντέλου έργου - αρχική ένδειξη εσόδων εκμετάλλευσης - δημιουργία εργαλείων αξιολόγησης των προσφορών,
- κατάρτιση ενδεικτικής μελέτης βιωσιμότητας (business plan), για τη δυνατότητα ουσιαστικής εκτίμησης των αρχικών ενδείξεων χρηματοδότησης και απόδοσης της σύμπραξης.

Κατά τη β' φάση αντίστοιχα η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. θα προβεί στις παρακάτω διαδικασίες - ενέργειες:

- διαδικασίες ανάθεσης / επιλογή κατάλληλης διαγωνιστικής διαδικασίας (κλειστή διαδικασία),
- κατάρτιση τευχών διαγωνισμού /καθορισμός συνθηκών διαγωνισμού,
- μεθοδολογία τεχνικής - οικονομικής αξιολόγησης προσφορών,
- μεθοδολογία και εργαλεία κατάρτισης συμβάσεων και ελέγχου νομιμότητας,
- οικονομικής φύσης ζητήματα της σύμπραξης και κίνητρα,

Στο ερώτημα πώς αντιμετωπίστηκε η - θεμιτή σε κάθε περίπτωση - απαίτηση της Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. να αναθέσει την δημοπρατούμενη σύμβαση στον καλύτερο, τον πιο φερέγγυο, τον πιο έμπειρο, ιδίως μάλιστα όταν το εν λόγω δημοπρατούμενο αντικείμενο είναι σύνθετο ή ιδιαίτερα εξειδικευμένο, η απάντηση που δόθηκε στην πράξη είναι με την επιλογή της κλειστής διαδικασίας ανάθεσης.

Εκ πρώτης όψεως, η εν λόγω επιλογή δύναται να δικαιολογηθεί. Στο πλαίσιο της κλειστής διαδικασίας ή αναθέτουσα αρχή έχει τη δυνατότητα να αξιολογήσει συγκριτικά το προφίλ των υποψηφίων, να τους κατατάξει και να προεπιλέξει τους καλύτερους, ώστε μόνο αυτοί να προσκληθούν στη δεύτερη φάση του διαγωνισμού να καταθέσουν προσφορές. Η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. έχει ολοκληρώσει και παραδώσει σε χρήση νοσοκομειακές μονάδες και κέντρα υγείας σε ολόκληρη την ελληνική επικράτεια καθώς επίσης και έχει εκσυγχρονίσει μεγάλο αριθμό υφιστάμενων νοσοκομείων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το συνολικό προγραμματισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατά τη χρονική περίοδο 2000-2006 (ποσού 340 δισ. δρχ.) το 70% ανατέθηκε στη Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε.. Άρα στην περίπτωση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου ήταν σε θέση να ορίσει με ακρίβεια και αντικειμενικότητα, τα μέσα που θα μπορούσαν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες ή να εκτιμήσει (με βάση την προ-διαγνωστική έρευνα) τι μπορεί να προσφέρει η αγορά από την άποψη τεχνικών λύσεων ή και χρηματοδοτικών ή και νομικών λύσεων.

Πράγματι, τα κριτήρια τόσο για τη συμμετοχή των οικονομικών φορέων στο διαγωνισμό, όσο και για την ίδια την ανάθεση της σύμβασης διατυπώνονται λεπτομερώς στα τεύχη δημοπράτησης, είναι νόμιμα, δηλαδή συμβαδίζουν με τις επιταγές της κοινοτικής και εθνικής νομοθεσίας περί δημοσίων συμβάσεων, αφετέρου εξυπηρετούν τις ιδιαιτερότητες της συγκεκριμένης δημοπρατούμενης σύμβασης και τέλος, διαφοροποιούνται μεταξύ τους, ώστε να επιτρέπουν τη διάκριση του σταδίου ποιοτικής επιλογής από το στάδιο ανάθεσης της σύμβασης.

Ωστόσο, εκτιμάται ότι η υλοποίηση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου θα μπορούσε να δικαιολογήσει την επιλογή της διαδικασίας του ανταγωνιστικού διαλόγου, δεδομένης της νομικής ή χρηματοοικονομικής πολυπλοκότητας που εμπεριέχει το εν λόγω έργο. Άλλωστε για τη σύναψη συμβάσεων στον τομέα των ΣΔΙΤ είναι καταρχήν προτιμητέα η διαδικασία του ανταγωνιστικού διαλόγου, διότι συνθέτει χαρακτηριστικά της κλειστής διαδικασίας και της διαδικασίας με διαπραγμάτευση και προσπαθεί να συνδυάσει τις αντίρροπες απαιτήσεις που εμφανίζει μια διαδικασία σύστασης ΣΔΙΤ, δηλαδή αφ' ενός την παροχή ευελιξίας στις αναθέτουσες αρχές και τη δυνατότητα συνεργασίας με τους

υποψηφίους κατά τη φάση της επιλογής του ιδιώτη-εταίρου και αφ' αφετέρου, τη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ανταγωνισμού και τη διασφάλιση της διαφάνειας του διαγωνισμού αλλά και της ίσης μεταχείρισης των διαγωνιζομένων. Παρουσιάζει βέβαια τα μειονεκτήματα της πολυπλοκότητας και του κόστους για όλους τους συμμετέχοντες, τα οποία όμως αντισταθμίζονται από τη μεγαλύτερη διαφάνεια σε σύγκριση με τη διαδικασία με διαπραγμάτευση. Ως εκ τούτου, περιορίζεται ο κίνδυνος συμπεριφορών που δεν συνάδουν στον ανταγωνισμό.

Είναι γεγονός πως το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης είναι το μεγαλύτερο μέχρι σήμερα από άποψη προϋπολογισμού έργο ΣΔΙΤ για το οποίο έχει προκηρυχθεί διαγωνισμός, γεγονός που δικαιολογείται εν μέρει, διότι περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και το κόστος βαριάς συντήρησης των υποδομών καθώς και το κόστος ασφάλισης του έργου. Στο ερώτημα, εάν το εν λόγω κόστος είναι συγκριτικά υψηλότερο σε σχέση με το συμβατικό τρόπο χρηματοδότησης μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων δεν μπορεί να δοθεί ασφαλής απάντηση, διότι δεν υπάρχει τεκμηριωμένη οικονομική αξιολόγηση. Ωστόσο με βάση τα εμπειρικά δεδομένα του NHS στη Βρετανία που αναλύθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο, αλλά και άλλων έργων που υλοποιήθηκαν με τη μέθοδο της παραχώρησης (Αττική Οδός, αεροδρόμιο «Ελ. Βενιζέλος» κ.λπ.), πιθανότατα κάποιος να ισχυριστεί ότι από τη σύμπραξη του Παιδιατρικού Νοσοκομείου μπορεί τελικά να προκύπτουν μεγαλύτερα κόστη και μεγαλύτεροι κίνδυνοι για το δημόσιο που απλώς μεταφέρονται με δυσμενέστερους όρους στο μέλλον.

**Συνοψίζοντας**, ο νοσοκομειακός τομέας της χώρας μας αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα όπως η άνιση περιφερειακή κατανομή των νοσοκομειακών πόρων, η ανεπάρκεια ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα περισσότερα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, κεντρικά και περιφερειακά, οι αδυναμίες σε σχέση με τη διαμόρφωση δομών και την εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών διοίκησης στο χώρο διοίκησης και οργάνωσης των νοσοκομείων, η σοβαρή ανεπάρκεια σε κτιριακή και τεχνολογική υποδομή καθώς και η μη ορθολογική οργάνωση και οικονομική διαχείριση (τεράστια ελλείμματα των νοσοκομείων).

Ασφαλώς η μέθοδος ΣΔΙΤ είναι ένα χρήσιμο χρηματοδοτικό εργαλείο για την κατασκευή ιδίως μη ανταποδοτικών έργων, που τα όρια του κρατικού προϋπολογισμού δεν θα επέτρεπαν να κατασκευαστούν άμεσα από το κράτος. Ωστόσο, η κατασκευή ενός δημόσιου νοσοκομείου, όπως είναι το Παιδιατρικό Νοσοκομείο εντασσόμενου στο Ε.Σ.Υ. μέσω ΣΔΙΤ, δεν θα πρέπει να στοχεύει πρακτικά μόνο στην κατασκευή του έργου με ιδιωτικές επενδύσεις, στη βάση της λογικής της περιστολής των δημοσιονομικών ελλειμμάτων. Η διασφάλιση της βιώσιμης λειτουργίας του νοσοκομείου και της υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει και την απαραίτητη κινητοποίηση της κεντρικής διοίκησης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την έγκαιρη πρόσληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και ικανών διευθυντικών στελεχών με γνώση σύγχρονων τεχνικών διοίκησης - διαχείρισης και οργάνωσης νοσοκομειακών μονάδων.

## Συμπεράσματα

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα βρίσκεται ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια σε μια συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών. Παρά τις νομοθετικές και λειτουργικές παρεμβάσεις, ο υγειονομικός τομέας εμφανίζει μεγάλα προβλήματα στην οργάνωση και τη λειτουργία του, στη χρηματοδότηση και την αποτελεσματικότητα, με μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση και την παραγωγή υπηρεσιών, με ανύπαρκτη δημόσια υγεία, με μεγάλες ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό, με αδύναμη ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και με στοιχεία ασαφώς καθορισμένου ή ανεπαρκούς οργανωτικού και χρηματοδοτικού πλαισίου για τα νοσοκομεία. Επίσης, είναι γεγονός ότι η δυσφορία των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από τις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ακολουθώντας τις Συνταγματικές επιταγές, το σύστημα υγείας οφείλει να χρησιμοποιεί κάθε διαθέσιμο μέσο προκειμένου να αναπτύξει την πρόληψη των ασθενειών, να εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλων στις υπηρεσίες υγείας ανάλογα με τις ανάγκες και την κατάσταση της υγείας καθενός, να διασφαλίζει με κάθε τρόπο τη συνέχεια της παροχής υγειονομικής φροντίδας και μάλιστα σε ένα περιβάλλον μέγιστης δυνατής υγειονομικής ασφάλειας.

Η υλοποίηση των ΣΔΙΤ στους τομείς της δημόσιας υγείας, και της κοινωνικής πρόνοιας, βρίσκει συνταγματικό έρεισμα σε ένα ευρύτερο πλέγμα διατάξεων του ισχύοντος Συντάγματος. Η αδυναμία του Κράτους, με την ευρεία του έννοια, να επιτελέσει τον συνταγματικά προβλεπόμενο ρόλο του, καθιστά επιτακτική τη συνεργεία και σύμπραξη με ιδιωτικούς φορείς για την υλοποίηση σχετικών έργων και υπηρεσιών, εφόσον οι τελευταίοι μπορούν να εγγυηθούν την επίτευξη των συνταγματικών επιταγών της υγείας και πρόνοιας. Ωστόσο η τάση γενικευμένης εφαρμογής των ΣΔΙΤ σε τομείς όπου τις δραστηριότητες και υπηρεσίες μέχρι χθες ασκούσε το δημόσιο δεν είναι απαραίτητα σωστή. Όχι μόνο γιατί συνήθως αυτές αφορούν τομείς κοινωνικούς και εθνικής στρατηγικής ανάπτυξης αλλά και γιατί η μέχρι σήμερα εμπειρία από τέτοιες παραχωρήσεις μας δείχνουν πως γίνονται τελικά σε βάρος του πολίτη, ενίοτε δε σε βάρος και του εθνικού σχεδιασμού.

Εν όψει όλων των ανωτέρω ζητημάτων, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προώθησε την υπαγωγή στις διατάξεις του Ν.3389/2005 της υλοποίησης μιας σειράς μονάδων Υγείας & Πρόνοιας (Παιδιατρικό & Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Κέντρο Αποκατάστασης Βορείου Ελλάδας κ.λπ.) μέσω ΣΔΙΤ. Το μοντέλο εφαρμογής των ΣΔΙΤ που υιοθέτησε το Υ.Υ.Κ.Α. έχει ως πρότυπο του και προσομοιάζει με το μοντέλο των έργων PFI στο NHS της Μ. Βρετανίας, με κύρια χαρακτηριστικά: τη διαφοροποίηση των κλινικών - ιατρικών υπηρεσιών και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (που παραμένουν στο δημόσιο φορέα) από τις υποστηρικτικές υπηρεσίες (την παραγωγή και εκμετάλλευση των οποίων μπορεί να αναλάβει ο ιδιώτης εταίρος), τη δημιουργία Εταιρείας Ειδικού Σκοπού για την κατασκευή και λειτουργία των έργων, την ιδιωτική χρηματοδότηση (που στο τέλος καταλήγει να πληρώνει το έργο το κράτος), την αμοιβή μέσω «πληρωμών

*διαθεσιμότητας»* στη βάση προδιαγραφών παραγόμενου αποτελέσματος ώστε αφενός να μην καταβάλλονται πρόσθετες αμοιβές από τους χρήστες των υπηρεσιών, αφετέρου να διασφαλίζονται προδιαγραφές ποιότητας.

Οι ΣΔΙΤ αποτελούν νέο θεσμό για την ελληνική πραγματικότητα, που απαιτεί εύλογη περίοδο ωρίμανσης, υψηλό βαθμό πολυπλοκότητας και λειτουργική συν-αντίληψη των εμπλεκόμενων κοινωνικών εταίρων. Ιδιαίτερα στον *«ευαίσθητο»* τομέα της Υγείας, η σύμπραξη δημιουργεί μία ιδιαίτερα πολύπλοκη και σύνθετη νομική κατάσταση, στην οποία συνυπάρχουν περισσότερα, και συνήθως αντικρουόμενα συμφέροντα. Καταρχήν, η δημόσια Διοίκηση επιζητεί την ιδιωτική συνδρομή και χρηματοδότηση, προσπαθώντας όμως παράλληλα να διασφαλίσει στο μέγιστο βαθμό τη δημόσια υγεία και πρόνοια (αναβάθμιση υποδομών και υπηρεσιών, καθολική και συνεχή παροχή ποιοτικών υπηρεσιών). Οι πολίτες επιθυμούν την ανάπτυξη κατάλληλων υπηρεσιών, που θα προσφέρουν τις πλέον εξελιγμένες τεχνικές και θεραπείες σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα της επιστήμης, καθώς και την απόλαυση όσο το δυνατόν καλύτερων δημοσίων υπηρεσιών με το ελάχιστο δυνατό οικονομικό κόστος. Τέλος, ο ιδιωτικός φορέας (εταιρεία ειδικού σκοπού), αναλαμβάνοντας την κατασκευή ενός δημοσίου έργου (νοσοκομείο — κέντρο φύλαξης περίθαλψης ηλικιωμένων κ.λπ.) και κατ' επέκταση τη διαχείριση μιας δημόσιας υπηρεσίας (υγεία, κοινωνική πρόνοια), μετέχει στον πυρήνα άσκησης της διοικητικής λειτουργίας, γεγονός που επιβάλλει την αναζήτηση της *«χρυσής τομής»* ανάμεσα στην επιδίωξη του ιδιωτικού - κερδοσκοπικού του συμφέροντος και την ικανοποίηση του γενικού συμφέροντος. Η αρμονική συνύπαρξη και η ισόρροπη εκπλήρωση όλων των παραπάνω συμφερόντων επιβάλλει την ανάγκη ολοκληρωμένης προετοιμασίας του συμβατικού πλαισίου σύμπραξης, σαφώς προσανατολισμένου ως προς τους σκοπούς και τις επιθυμητές λύσεις και παράλληλα τη διασφάλιση του ιδιαίτερου εποπτικού, ελεγκτικού και επεμβατικού ρόλου της δημόσιας Διοίκησης κατά την εκτέλεση της σύμβασης σύμπραξης.

Η υλοποίηση ενός έργου ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας, όπως για παράδειγμα η ανάθεση τόσο της κατασκευής όσο και της λειτουργίας του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, προϋποθέτει διαφανείς διαγωνιστικές διαδικασίες ως προς τον τρόπο ανάθεσης και τα κριτήρια επιλογής του προσωρινού αναδόχου, σαφή και ακριβή περιγραφή του συμβατικού αντικειμένου (προδιαγραφές λειτουργίας της υποδομής και ποιότητας των υπηρεσιών), αποτύπωση σαφών διαδικασιών και μεθόδων μέτρησης της απόδοσης, πλήρη και αντικειμενική αξιολόγηση καθώς και δίκαιη κατανομή των κινδύνων του έργου, ελαχιστοποίηση του κόστους συναλλαγών και του κόστους χρηματοδότησης, προκειμένου να διασφαλιστεί η επίτευξη της βέλτιστης σχέσης κόστους- ποιότητας του έργου, και η μέγιστη δυνατή κοινωνική ωφέλεια.

Αν και η δεκαετής εφαρμογή των ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό τομέα της Μεγάλης Βρετανίας θέτει υπό αμφισβήτηση την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των εν λόγω συμπράξεων (πολύ υψηλό κόστος κατασκευής, μειωμένη κλινική δυναμικότητα, περιορισμένο προσωπικό, κακής ποιότητας και σχεδιασμού κτιριακές υποδομές, παροχή χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών κ.ά.), με τα μέχρι τώρα δεδομένα της ελληνικής εμπειρίας δεν είναι δυνατό να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα, σχετικά με το εάν οι συμπράξεις

ως μέθοδος ανάπτυξης και παραγωγής δημοσίων αγαθών και υπηρεσιών στη χώρα μας επιτυγχάνουν πραγματική προστιθέμενη αξία σε σύγκριση με την κλασική μέθοδο των δημοσίων διαγωνισμών. Ωστόσο χαρακτηριστικές είναι οι διαπιστώσεις που συγκλίνουν στα *κάτωθι* :

Η υιοθέτηση των συμπράξεων έγινε με γνώμονα τη βελτίωση της εικόνας της δημοσιονομικής κατάστασης της χώρας, δεδομένου ότι οι δαπάνες εκτέλεσης των έργων δεν συμπεριλαμβάνονται στον προϋπολογισμό και οι απαιτήσεις των ιδιωτών από το δημόσιο για την εκτέλεση των έργων δεν εμφανίζονται στο δημόσιο χρέος.

Η επιλογή υλοποίησης των έργων δεν έγινε με βάση την αναγκαιότητα ιεράρχησης, βάσει αποδοτικότητας, χρησιμότητας και λειτουργικότητας.

Η εμπλοκή ενός περιορισμένου αριθμού ιδιωτικών φορέων (κλειστή διαδικασία) στη διαδικασία των συμπράξεων και η επικύρωση τους από συγκεκριμένα μέλη επιτροπών που ενεργούν για λογαριασμό του δημοσίου, σε συνδυασμό με τα τεράστια ποσά δημοσίου χρήματος που διακινούνται δύναται να δημιουργήσουν το ιδανικό περιβάλλον για την εμφάνιση κρουσμάτων διαφθοράς, και να αυξήσουν περαιτέρω το κόστος κατασκευής των έργων και τη μετέπειτα επιβάρυνση του κοινωνικού συνόλου.

Η ανάπτυξη του θεσμού των ΣΔΙΤ στην Ελλάδα αποτελεί μία συνειδητή πολιτική απόφαση που εντάσσεται στο πλαίσιο της οικονομικής ανάπτυξης της χώρας, καθώς θα δημιουργήσει τη δυνατότητα χρηματοδότησης και αποτελεσματικής διαχείρισης σημαντικών έργων -ιδιαίτερα στην περιφέρεια- με επωφελείς επιπτώσεις για τις υποδομές και την ποιότητα ζωής. Ειδικότερα η προτίμηση της ιδιωτικής έναντι της δημόσιας χρηματοδότησης στην κατασκευή και λειτουργία νέων νοσοκομείων, δεν φαίνεται να αποτελεί μια εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στη χάραξη πολιτικών υγείας, αλλά μια εκ των πολλών ρυθμίσεων προκειμένου να αντιμετωπιστεί η επείγουσα ανάγκη εκσυγχρονισμού και επέκτασης της υγείας των δημοσίων νοσοκομείων και στη χώρα μας.

Στο πλαίσιο της ευρύτερης ανασύνταξης και αναδιάρθρωσης του κράτους -πρόνοιας και του επαναπροσδιορισμού του ρόλου του κράτους στην παραγωγή και διανομή δημοσίων και κοινωνικών αγαθών που έχουν ως στόχο τη διασφάλιση και προστασία της δημόσιας υγείας και της κοινωνικής ευημερίας, είναι αναγκαία η διερεύνηση των όρων και των προϋποθέσεων για την ανάπτυξη συμπράξεων και σε άλλες κατευθύνσεις. Η πρόληψη και η θεραπεία της ασθένειας αποτελούν τους θεμελιώδεις στόχους που θα πρέπει να εξυπηρετεί ένα σύστημα υγείας. Μέσα όμως από την αποστολή του δημοσίου νοσοκομειακού συστήματος προστίθενται και οι στόχοι της έρευνας και της ανάπτυξης της επιστήμης. Υπό την έννοια αυτή, το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θα πρέπει να αναλάβει πρωτοβουλίες για υλοποίηση συμπράξεων, για παράδειγμα στο χώρο της βιο-ιατρικής έρευνας, στις οποίες οι Ιατρικές Εταιρείες μπορούν και θέλουν να συμβάλλουν πάντοτε σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο, αλλά και με τον παραγωγικό τομέα της Υγείας (Φαρμακοβιομηχανία, Βιο-ιατρική τεχνολογία). Η ανάπτυξη της βιοϊατρικής δύναται να αποτελέσει κινητήρια δύναμη της οικονομικής ανάπτυξης, ενισχύοντας αφενός την επιστημονική βάση και αφετέρου την προσέλκυση περαιτέρω ιδιωτικών επενδύσεων στους τομείς της έρευνας και της ανάπτυξης. Τούτο μπορεί να



έχει σημαντική απήχηση τόσο στην ποιότητα ζωής, όσο και στην πρωτογενή οικονομική ανάπτυξη. Άλλωστε, έχουν καταγραφεί επιτυχημένες διεθνείς περιπτώσεις ΣΔΙΤ, οι οποίες ενταγμένες στην υπηρεσία ενός ανώτερου ανθρωπιστικού σκοπού πέτυχαν να αποτελέσουν το σημείο αναφοράς για τη διαμόρφωση ολοκληρωμένων παρεμβάσεων στη Δημόσια Υγεία.

Πριν καταλήξουμε ως κοινωνία\_σε «*μεγάλες αποφάσεις*» για το σύστημα Υγείας της χώρας μας<sup>lix</sup>, ή πριν αφήσουμε αυτές τις μεγάλες αποφάσεις να προκύψουν ανοργάνωτα και ασύνδετα ως ακούσιο αποτέλεσμα πολλών επιμέρους μέτρων που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν ανάγκες, διλήμματα και συγκρούσεις της εκάστοτε βραχυχρόνιας περιόδου, θα πρέπει να δούμε εκ νέου το σύστημα Υγείας της χώρας ως αυτό που εμείς οι ίδιοι ως κοινωνία έχουμε αποφασίσει ότι επιθυμούμε να είναι: ένα Μικτό σύστημα Υγείας όπου τόσο ο Ιδιωτικός όσο και ο Δημόσιος τομέας συμμετέχουν τόσο στην παροχή όσο και στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας.

Και θα πρέπει να αναληφθούν πρωτοβουλίες ώστε οι δύο αυτοί τομείς να προσεγγίσουν ο ένας τον άλλο και να κατορθώσουν να συνεργαστούν. Διαφορετικά, το σύστημα Υγείας θα παραμείνει μια αρένα όπου ο Δημόσιος και ο Ιδιωτικός τομέας θα ανταγωνίζονται και όπου *«τα κέρδη του ενός θα είναι οι ζημιές του άλλου»*. Αυτό στη Θεωρία Παιγνίων ονομάζεται *«παίγνιο μηδενικού αθροίσματος»* και σημαίνει, ακριβώς, ότι κανένα νέο όφελος δεν προκύπτει από το *«παίγνιο»* (το σύστημα Υγείας εν προκειμένω) στο σύνολό του. Αλλά η κοινωνία αντλεί οφέλη μόνο από την βελτίωση του συστήματος συνολικά.

Αυτή είναι η βασικότερη πρόκληση που αντιμετωπίζουμε στον χώρο της Υγείας, από την έκβαση της οποίας θα κριθεί η πορεία του συστήματος Υγείας στη χώρα μας. Οι κρατικοί θεσμοί, οι ιδιωτικοί οργανισμοί, αλλά κυρίως, οι πολίτες που κατέχουν θέσεις ευθύνης και ισχύος και στους δύο τομείς ως λειτουργοί και επαγγελματίες, πρέπει να αποκτήσουν την πρόθεση και να βρουν τη δύναμη να γεφυρώσουν το χάσμα Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα.

Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) αποτελούν διευρυμένα διάγραμματα συναλλαγών των δύο πλευρών με σκοπό την αξιοποίηση ορισμένων συγκριτικών πλεονεκτημάτων του Ιδιωτικού τομέα για την παροχή κοινωφελών αγαθών. Στον χώρο της Υγείας οι συμπράξεις αυτές παίρνουν διάφορες μορφές, ανάλογα και με το αν αναφερόμαστε σε αναπτυσσόμενες/φτωχές χώρες ή σε ανεπτυγμένες. Στην πρώτη ομάδα έχουμε συνήθως διεθνείς/υπερεθνικές συμπράξεις για την αντιμετώπιση κρίσεων ή χρόνιων υστερήσεων στην παροχή υπηρεσιών Υγείας, ενώ στη δεύτερη ομάδα χωρών, όπως και στην Ελλάδα, εφαρμόζονται κυρίως κάθετες συμπράξεις όπου ο Ιδιωτικός τομέας αναλαμβάνει επενδυτικά έργα και στη συνέχεια υποστηρικτικές υπηρεσίες, με τον Δημόσιο τομέα να παρέχει κλινικές και ιατρικές υπηρεσίες.

Οι συμπράξεις πρέπει να αναπτυχθούν μέσα σε ένα πλαίσιο που αναγνωρίζει ότι οι κοινωνικές αξίες και τα κοινωνικά ζητούμενα από ένα σύστημα Υγείας επιβάλλουν ως

<sup>lix</sup> Το οποίο, σύμφωνα με την πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ (OECD 2009b)<sup>190</sup>, χαρακτηρίζεται από φθίνουσα αποδοτικότητα παράλληλα με την πρόκληση να ικανοποιήσει τα άλλα τρία κοινωνικά ζητούμενα: «Η εξασφάλιση καθολικής πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες Υγείας διατηρώντας υπό έλεγχο τις σχετικές δημόσιες δαπάνες, είναι η μεγάλη πρόκληση που πρέπει να αντιμετωπιστεί τα επόμενα χρόνια», (σελ. 90).

δέον ένα Μικτό σύστημα Υγείας έναντι ενός αμιγώς Δημόσιου ή αμιγώς Ιδιωτικού συστήματος, με τον Δημόσιο και τον Ιδιωτικό (κερδοσκοπικό) τομέα να συμμετέχουν τόσο στην παροχή όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας. Οι δύο τομείς θα πρέπει να συντονισθούν και να συνεργαστούν ως συμπληρωματικά μέρη ενός ενιαίου συστήματος, στα πλαίσια του οποίου θα επιδιωχθεί η μακροχρόνια βιωσιμότητα της καθολικής πρόσβασης του πληθυσμού σε ποιοτικές και αναβαθμιζόμενες υπηρεσίες Υγείας χωρίς επικαλυπτόμενες υποδομές. Απαιτούνται πολιτικές μακροσκοπικού σχεδιασμού που θα λαμβάνουν υπόψη τους και τους δύο τομείς, ώστε να επιτευχθεί η εξειδίκευση και η συμπληρωματικότητά τους. Η ενίσχυση της συγκεντροποίησης στον Ιδιωτικό τομέα, τόσο από την πλευρά της παροχής-προσφοράς όσο και από την πλευρά της χρηματοδότησης-ζήτησης των υπηρεσιών Υγείας θα συμβάλλει στην αντιμετώπιση των ατελειών της Αγοράς Υγείας. Η ανάπτυξη του (ουσιαστικά ανύπαρκτου στη χώρα μας) μη-κυβερνητικού μη-κερδοσκοπικού τομέα στην Υγεία, αλλά και πρακτικές όπως η Αδελφοποίηση Δημόσιων & Ιδιωτικών Νοσοκομείων, μπορούν να συμβάλλουν στην προσέγγιση των δύο τομέων και των ανθρώπων που τους στελεχώνουν, ώστε από τη σημερινή κατάσταση αμοιβαίας καχυποψίας και εχθρότητας να οδεύσουμε προς μια κατάσταση κατανόησης και τελικά συνεργασίας των δύο πλευρών, κάτι αναγκαίο για να μπορέσει το Μικτό σύστημα Υγείας να λειτουργήσει ως ενιαίο σύνολο που υπερβαίνει το άθροισμα των μερών του.

Στην ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών Υγείας οι κοινωνίες προσπαθούν να αντιπαραθέσουν συστήματα και μηχανισμούς, με στόχο την παροχή επαρκών υπηρεσιών Υγείας υψηλής ποιότητας και συγχρόνως με ελεγχόμενο κόστος. Κεντρική φιλοσοφία του ιδρυτικού Ν. 1397/83 του ΕΣΥ ήταν η ανάληψη από το κράτος της ευθύνης παροχής καθολικών υπηρεσιών Υγείας σε όλους τους πολίτες του, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου ή οικονομικής δυνατότητας. Η ισότητα, η ποιότητα και η συγκράτηση του κόστους, αποτελούν τα ζητούμενα για την επιτυχία του ΕΣΥ.

Με τις διατάξεις προηγούμενων Νόμων και Προεδρικών Διαταγμάτων, εφαρμόστηκε ήδη, σε περιορισμένους τομείς της Υγείας, Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα, και η εμπειρία της εφαρμογής των διατάξεων αυτών έχει ήδη δώσει θετικά αποτελέσματα. Τα επόμενα χρόνια τα κοινοτικά κονδύλια προβλέπεται να μειωθούν, ενώ οι ανάγκες Υγείας θα αυξηθούν, και έτσι δημιουργείται η ανάγκη αναζήτησης νέων πηγών χρηματοδότησης. Φαίνεται ότι η Σύμπραξη Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα θα αποτελέσει απαραίτητο εργαλείο πρώτης γραμμής για την εξασφάλιση της ανάπτυξης. Με την ψήφιση του Ν. 3389/2005 γίνεται προσπάθεια εκμετάλλευσης της εμπειρίας, της τεχνογνωσίας, των πόρων και των δυνατοτήτων των Ιδιωτικών Φορέων μέσω συνεργασιών με Δημόσιους Φορείς, ως μια πρόσφορη συμπληρωματική λύση για την εκτέλεση έργων και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες. Σκοπός είναι η μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους και η άρση των οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

Ως κοινός τόπος της συζήτησης και των προσπαθειών, σε διεθνές επίπεδο για σύγχρονη πολιτική Υγείας, προβάλλεται η ανασυγκρότηση του Υγειονομικού Τομέα, μέσα από την προσπάθεια σύζευξης της αποδοτικής και αποτελεσματικής αξιοποίησης των πόρων και

ισότιμης κατανομής αυτών. Σκοπός είναι η μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους και η άρση των οικονομικών ανισοτήτων στην Υγεία. Κανένα Υγειονομικό Σύστημα σε καμία χώρα δεν έχει αρκετούς πόρους για να εξασφαλίσει πλήρη κάλυψη των αυξανόμενων απαιτήσεων στο τομέα της Υγείας. Κάθε χώρα διαμορφώνει την πολιτική της για την Υγεία σε σχέση με το οικονομικό - πολιτιστικό της κεφάλαιο και τον ορθολογικό ή μη χαρακτήρα των επιλογών που προκρίνονται<sup>162</sup>. Οι ΣΔΙΤ δεν αποτελούν πανάκεια, αλλά θα χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά, προκειμένου να καλυφθεί η απόσταση που μας χωρίζει από τις πιο ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης. Είναι μια ευκαιρία για τη βελτίωση των υποδομών και των υπηρεσιών του υγειονομικού μας συστήματος με στόχο την ικανοποίηση του χρήστη ασθενή. Ο Ν.3389/2005 παρέχει τη δυνατότητα να κατασκευαστούν καινούργια Νοσοκομεία, και να ανακαινισθούν όσα απαιτούνται, με την κατανομή της δαπάνης σε μια χρονική περίοδο 20 έως 30 ετών. Οι συμπράξεις δεν απειλούν το δημόσιο χαρακτήρα της Υγείας, αλλά αντίθετα τον βελτιώνουν και τον εκσυγχρονίζουν. Το ΕΣΥ ενισχύεται οικονομικά από τον Ιδιωτικό Τομέα, έστω και εν είδει μακροχρόνιου δανεισμού, με στόχο οι πολίτες να απολαμβάνουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε ένα σύγχρονο περιβάλλον.

Η υιοθέτηση των ΣΔΙΤ διεθνώς αλλά προσφάτως και στη χώρα μας ως μέσο επένδυσης κεφαλαίου για κοινωνικές υποδομές, όπως τα νοσοκομεία, στηρίζεται στην παραδοχή ότι ο ιδιωτικός τομέας είναι περισσότερο αποδοτικός σε σχέση με το δημόσιο, όντας σε θέση να εξασφαλίσει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών στο μικρότερο δυνατό κόστος.

Τα εμπειρικά δεδομένα από τη δεκαετή εφαρμογή των ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό κλάδο της Βρετανίας συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι οι συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα δεν προσφέρουν ποιότητα για την τιμή (value for money), καθώς το κόστος τους είναι υψηλό<sup>114,130,131,149,150</sup> και μάλιστα συγκριτικά υψηλότερο σε σχέση με το συμβατικό τρόπο χρηματοδότησης μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων.<sup>122,131,149,151</sup> Συνεπάγονται εκποίηση της ακίνητης περιουσίας της NHS και παραχώρησή της με ευνοϊκούς όρους στον ιδιωτικό τομέα.<sup>137,138</sup> Σχετίζονται με μια μείωση της δυναμικότητας των νέων νοσοκομείων της τάξης του 30%,<sup>133,137</sup> υπαγορευμένη από οικονομική παρά από κλινική αναγκαιότητα,<sup>137,155</sup> επιδρώντας αρνητικά στην κλινική δραστηριότητα των νέων νοσοκομείων, με αποτέλεσμα τα τελευταία να αδυνατούν να ικανοποιήσουν τις υγειονομικές ανάγκες των τοπικών πληθυσμών.<sup>142,156</sup> Σχετίζονται με μείωση έως και 16% των προϋπολογισμών μισθοδοσίας και ανάλογη μείωση του νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού.<sup>133</sup> Προκαλούν μετακύλιση του χρηματοδοτικού φορτίου στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας μέσω της αύξησης των ιδιωτικών κλινών<sup>133</sup> και της συνεισφοράς των ασθενών στο κόστος.<sup>142</sup>

Τα εμπειρικά δεδομένα της Βρετανίας θέτουν επίσης υπό αμφισβήτηση το κυρίαρχο επιχείρημα των υποστηρικτών των PFI's περί ανάληψης από τους ιδιώτες κινδύνων που παραδοσιακά βάρυναν το δημόσιο τομέα. Υποδεικνύουν ότι η επένδυση κεφαλαίων μέσω ΣΔΙΤ στο χώρο των νοσοκομείων είναι μια ασφαλής επένδυση για τους ιδιώτες, καθώς η μεταβίβαση των κινδύνων του προγράμματος γίνεται τελικά από τους ιδιώτες στο δημόσιο και όχι το αντίστροφο.<sup>115,134,136,138,149,151</sup>

Εκτός από τα παραπάνω εμπειρικά δεδομένα θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη και οι πολλαπλά διατυπωμένες, από ανεξάρτητους οργανισμούς και προσωπικότητες, ανησυχίες σχετικά με την έλλειψη διαφάνειας στις συμφωνίες σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα κάτω από το πέπλο της εμπορικής εμπιστευτικότητας ("commercial confidentiality"),<sup>134,136,137</sup> αλλά και τη δημιουργία όλων εκείνων των προϋποθέσεων για την εμφάνιση φαινομένων διαφθοράς, όπως η λήψη αποφάσεων κεκλεισμένων των θυρών, η διακίνηση μεγάλων ποσών δημόσιου χρήματος, η ύπαρξη χρηματοοικονομικών συμβούλων που εργάζονται ταυτόχρονα ή διαδοχικά στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.<sup>147,150</sup>

Παραδόξως, στη Βρετανία «το μεγαλύτερο στην ιστορία της NHS πρόγραμμα κατασκευής νέων νοσοκομείων» μετατράπηκε στο μεγαλύτερο πρόγραμμα κλεισίματος νοσοκομειακών κλινών.<sup>131</sup> Η Βρετανική Εθνική Υπηρεσία Υγείας για πρώτη φορά στην ιστορία της μετά το 1946, από κάτοχος-ιδιοκτήτης νοσοκομειακών υποδομών, μετατράπηκε σε ένοικό τους,<sup>114,150</sup> επιβαρύνοντας και δεσμεύοντας τις επόμενες γενεές φορολογουμένων για 30 και πλέον έτη με υπέρογκες ετήσιες συνολικές πληρωμές προς τις κοινοπραξίες, οι οποίες έφθασαν τα 2,91 δισεκατομμύρια £ το 2001 και αναμένεται να ξεπεράσουν τα 4,5 δισεκατομμύρια £ κατά τη χρονική περίοδο 2004-2008.<sup>138</sup>

Και ενώ τα πρώτα σημάδια εγκατάλειψης της πολιτικής χρηματοδότησης του συστήματος υγείας μέσω των PFI προγραμμάτων άρχισαν να εμφανίζονται στη Μ. Βρετανία,<sup>158</sup> με την πολιτική αυτή να καρκινοβατεί έχοντας ως τελευταίο σύμπτωμά της την εμφάνιση μεγάλων ελλειμμάτων στα νοσοκομεία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS),<sup>159,160</sup> οι ευρωπαϊκές κυβερνήσεις, μεταξύ των οποίων και η ελληνική, εμφανίζονται πρόθυμες να υιοθετήσουν τις συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στο όνομα «των εντυπωσιακών αποτελεσμάτων από τη διεθνή εφαρμογή τους στο χώρο της υγείας».<sup>161</sup>

Η προτίμηση της ιδιωτικής έναντι της δημόσιας χρηματοδότησης στην κατασκευή και τη λειτουργία νέων νοσοκομείων αντανάκλα την ιδεολογική τοποθέτηση των κυβερνήσεων υπέρ της ελεύθερης αγοράς και των δυνατοτήτων της, μια ιδεολογική τοποθέτηση και προτίμηση όμως που φαίνεται να παραβλέπει τα συνεχή εμπειρικά δεδομένα που την αντικρούουν.

Η αντιγραφή και η υλοποίηση αντίστοιχων πολιτικών και στο σύστημα υγείας της χώρας μας, και μάλιστα σ' ένα πλαίσιο παροχής κινήτρων προς τον ιδιωτικό τομέα όπως αυτό θεσπίστηκε με το νόμο του 2005,<sup>lx</sup> δεν αποτελεί μια εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στη χάραξη πολιτικών υγείας, πόσο δε μάλλον τη στιγμή που οι κυβερνήσεις διαθέτουν τη φθηνότερη και αποδοτικότερη εναλλακτική πρόταση της δημόσιας επένδυσης κεφαλαίων, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η επείγουσα ανάγκη εκσυγχρονισμού και επέκτασης των δημόσιων νοσοκομείων και στη χώρα μας.

---

lx.Ο νόμος του 2005, πέραν του ότι δίνει έτοιμη ή πληρώνει μέσω του δημόσιου φορέα, που αποτελεί την αναθέτουσα αρχή του έργου ΣΔΙΤ, τη μελέτη περιβαλλοντικών επιπτώσεων η οποία απαιτείται πριν εκδοθούν οι οικοδομικές άδειες του έργου, προσφέρει στον ιδιώτη αφορολόγητο για τους δεδουλευμένους τόκους που θα αποκτή κατά την περίοδο από την έναρξη κατασκευής του έργου μέχρι και την έναρξη εκμετάλλευσής του· του δίνει επίσης τη δυνατότητα να επιμερίσει συσσωρευμένες ζημιές σε περίοδο έως και 10 οικονομικών χρήσεων, καθώς και να κάνει χρήση του υψηλότερου συντελεστή αποσβέσεων· ακόμη, τον διευκολύνει χρηματοδοτικά, με την ένταξη στην ομάδα των υποψήφιων για δανειοδότηση τραπεζών, της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Επενδύσεων, η οποία, όπως είναι γνωστό, εκτός από το χαμηλότερο επιτόκιο προσφέρει περίοδο χάριτος στην αποπληρωμή.

Οι κυρίαρχες σήμερα νεοφιλελεύθερες αντιλήψεις που προσεγγίζουν την υγεία ως ατομικό - ιδιωτικό αγαθό του οποίου η διαχείριση εντάσσεται στους κανόνες της αγοράς, βρίσκονται αντιμέτωπες με την πραγματική κατάσταση που δημιούργησε η εφαρμογή τους. Η παγκόσμια κρίση της δημόσιας υγείας και η αδυναμία ουσιαστικής απάντησης στις οξυμένες ανάγκες προάσπισης της, σε συνδυασμό με τα δεδομένα που αποδεικνύουν ότι η ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας αυξάνει τις δημόσιες δαπάνες και μειώνει την ποιότητα και τη συνέχειά τους, επιταχύνουν την ανάγκη επαναπροσδιορισμού της υγείας. Τα εμπειρικά δεδομένα τεκμηριώνουν ότι η υγεία δεν είναι δυνατόν να οριστεί παρά μόνον ως ένα κοινωνικό αγαθό στο οποίο έχουν ισότιμο δικαίωμα όλοι οι πολίτες άσχετα με την κοινωνικοοικονομική θέση τους, τη φυλή τους ή τον τόπο κατοικίας τους. Η προάσπιση αυτού του δικαιώματος σε όλες τις φάσεις του - προαγωγή της υγείας, πρόληψη της αρρώστιας, περίθαλψη της αρρώστιας, κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη - μπορεί να διασφαλιστεί μόνον μέσα από τη διεύρυνση της κοινωνικής αλληλεγγύης και να υλοποιηθεί από υπηρεσίες δημόσιου χαρακτήρα.

Καθοριστικής σημασίας για την αντιμετώπιση της οικονομικής, διαχειριστικής, επιστημονικής και ηθικής κρίσης του δημόσιου τομέα είναι ο, απαραίτητος πια, θεσμικός και λειτουργικός αποκλεισμός του οικονομικού παρασιτισμού του ιδιωτικού τομέα. Η διασφάλιση και μόνο της εύρυθμης λειτουργίας της υπάρχουσας υποδομής του Δημόσιου Τομέα θα αποτελέσει ένα σημαντικό όσο και αποτελεσματικό βήμα στον έλεγχο της τεχνητής ζήτησης υπηρεσιών και την εξοικονόμηση υπέρογκων πόρων που σήμερα εξανεμίζονται εις βάρος της υγείας του πληθυσμού.

Η εφαρμογή πολιτικών υγείας που στηρίζονται στη νεοφιλελεύθερη ιδεολογία ευνοήθηκε από τα ελλείμματα του παρελθόντος και τη διεθνή οικονομική συγκυρία. Η συσσώρευση όμως εμπειρίας και δεδομένων που αποκαλύπτουν τα αποτελέσματα αυτής της πολιτικής συγκροτεί μια ισχυρή βάση τεκμηριωμένης κριτικής που στοχεύει στην ανατροπή της. Τα διλήμματα του μέλλοντος, με βάση την παρούσα προσέγγιση, επικεντρώνονται στον επανακαθορισμό της υγείας και τον επαναπροσδιορισμό των δημόσιων υπηρεσιών υγείας με βάση τις αρχές της επιστημονικής εγκυρότητας, της κοινωνικής αλληλεγγύης και της αειφόρου με στόχο την υγεία κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης.

Τα τελευταία χρόνια έχουν συναφθεί ΣΔΙΤ σε πολλούς τομείς της αρμοδιότητας του δημοσίου, στον χώρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με δεδομένη τη δημοσιονομική κατάσταση της Ελλάδας και την ύπαρξη πλέον συγκεκριμένου θεσμικού πλαισίου, οι ΣΔΙΤ θα βρουν σταδιακά σημαντικό πεδίο εφαρμογής. Η εφαρμογή των ΣΔΙΤ δεν πρέπει να θεωρείται a priori θετική, ούτε και αρνητική, είναι απαραίτητο, όμως, να λαμβάνονται υπ' όψη μια σειρά από κρίσιμους για την επιτυχία της παράγοντες.

Επειδή το σχετικό μέγεθος της αγοράς στον τομέα της υγείας εκτιμάται ιδιαίτερα σημαντικό, αναμένεται μεγάλο ενδιαφέρον επενδυτών για τα έργα κατασκευής και διαχείρισης υποδομών Υγείας. Για την υλοποίηση έργων και υπηρεσιών του τομέα της Υγείας με διαδικασίες ΣΔΙΤ, ωστόσο, υπάρχουν και σημαντικοί ανασταλτικοί παράγοντες, με κυριότερους το θεσμικό πλαίσιο και την οικονομική κατάσταση των Νοσοκομείων, αλλά και τις ιδιαιτερότητες του υγειονομικού τομέα. Η εμπειρία από παρεμφερείς προσπάθειες ΣΔΙΤ που έγιναν μέχρι σήμερα σε άλλες χώρες και ιδιαίτερα

στη Μ. Βρετανία - πολλές εκ των οποίων δεν ευδοκίμησαν - υπογραμμίζει την ανάγκη ολοκληρωμένης προετοιμασίας.

Για να μην οδηγηθεί το σύστημα σε αδιέξοδο, υπό τις παρούσες συνθήκες (σύμφωνα και με τις προτάσεις των Βρετανών εμπειρογνομόνων), επιβάλλεται να ξεκινήσουμε, με πιλοτικά στην αρχή προγράμματα, και οργάνωση του συστήματος, με τρόπο ώστε να είναι δυνατός ο συνεχής έλεγχος της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικής διαχείρισης των πόρων, με χρήση συγκεκριμένων δεικτών, αλλά και της γενικότερης επίπτωσης της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε αυτές, αλλά και γενικότερα στους δείκτες υγείας του πληθυσμού. Είναι σαφές ότι η επιδείνωση οποιωνδήποτε από αυτούς τους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, όπως ήδη έχει αρχίσει να παρατηρείται στη Μεγάλη Βρετανία, μπορεί να επιδράσει σημαντικά στα βασικά χαρακτηριστικά του ΕΣΥ. Είναι, δηλαδή, απαραίτητο η αξιολόγηση μιας επένδυσης ΣΔΙΤ, αλλά και η χάραξη αντίστοιχης πολιτικής να λαμβάνει πολύ σοβαρά υπόψη και τον κοινωνικό χαρακτήρα των συγκεκριμένων επενδύσεων.

Όσον αφορά στην υλοποίηση των έργων, απαιτούνται επαρκείς διασφαλίσεις για την πλήρη διάρκεια και το εύρος εμπλοκής του ιδιωτικού τομέα στη διοίκηση και διαχείριση κατά τη λειτουργία του ιδρύματος, την πρόσβαση σε ιατρικούς φακέλους και μια σειρά άλλα σημαντικά ζητήματα, αλλά και ουσιαστικές δικλίδες ασφαλείας για τον έλεγχο και διασφάλιση της διαθεσιμότητας των υποδομών καθ' όλη τη διάρκεια της σύμβασης, καθώς και σενάρια εξόδου από μια κρίση (exit scenario). Τέλος, είναι απαραίτητη η μακροπρόθεσμη σταθερότητα πολιτικής για το συγκεκριμένο θέμα, στον τομέα της Υγείας. Εάν δεν πληρούνται οι πιο πάνω προϋποθέσεις, η μαζική προσφυγή στις ΣΔΙΤ για την ανάπτυξη του Δημόσιου τομέα της Υγείας και τη βελτίωση των υποδομών του ΕΣΥ κινδυνεύει να οδηγήσει αυτό στην απαξίωση όσον αφορά στο Δημόσιο χαρακτήρα του, ενώ παράλληλα θα ενισχύεται όλο και περισσότερο ο Ιδιωτικός τομέας και η οικονομία της αγοράς θα κυριαρχήσει στην παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

Σημαντικό θέμα αποτελεί η διαπίστωση ότι οι κίνδυνοι αποτυχίας μεγαλώνουν όσο πιο ευρεία είναι η χρήση του μοντέλου για την ανάπτυξη των υποδομών υγείας. Η υλοποίηση πιλοτικών προγραμμάτων και η αναλυτική αξιολόγησή τους είναι μονόδρομος. Σε κάθε άλλη περίπτωση ελλοχεύει ο κίνδυνος μετατροπής της υγειονομικής περίθαλψης από *«κοινωνικό αγαθό»* σε *«εμπορεύσιμο προϊόν»*.

## Βιβλιογραφία

1. Μπένος.Α.,(2007),«Το διακύβευμα της πολιτικής υγείας: ελλείμματα του παρελθόντος και διλήμματα του μέλλοντος», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Ιούλιος-Δεκέμβριος 2007, 1:21-34
2. World Commission on Environment and Development.,(1987) «Our Common Future». Oxford: Oxford University Press,.
3. Hart JT.,(2006), «The political economy of health care. A clinical perspective». Bristol, The Policy Press .
4. Navarro V. Neoliberalism.,(2002) «globalisation", unemployment, inequalities and the welfare state». In Navarro V (ed) *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*. Amityville, New York, Baywood Publishing
5. Pollock A.,(2004), «NHS plc. The privatization of our health care.», Verso, London.
6. Κυριόπουλος Γ., (1991), «Ο ανταγωνισμός στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Η διεθνής εμπειρία και η ελληνική προοπτική» *Επιθεώρηση Υγείας* 1991;41:297-302
7. Abraham J.M., Gaynor M. & Vogt W.B. (2003), "Entry and Competition in Local Hospital Markets", CMPO Working Paper Series No. 03/088.
8. Anderson G.F, Reinhardt U.E., Hussey P.S, Varduhi Petrosyan V. (2003), "It's The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries", *Health Affairs* vol. 22, no 3.
9. Arthur Andersen and Enterprise LSE (2001), *Value for Money Drivers in the Private Finance Initiative*. [http://www.ogc.gov.uk/pfi/series\\_1/andersen/7tech\\_contents.html](http://www.ogc.gov.uk/pfi/series_1/andersen/7tech_contents.html).
10. Baumol W.J., Panzar J.C. & Willig R.D. (1988), «Contestable Markets and the Theory of Industry Structure» (rev. ed.), Harcourt Brace Jovanovich Pub., USA.
11. Blanchette C. & Tolley E. (2001), "Public -and Private- Sector Involvement in Health-Care Systems: a Comparison of OECD Countries", Government of Canada Depository Services Program (<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/index-e.html>), BP-438E.
12. Bloom D.E., Craig P. and Mitchell M. (2000), "Public and Private Roles in Providing and Financing Social Services: Health and Education", στο Wang Y. (2000) (ed.).
13. Bjorkman J. W. (2008), "Public-Private Partnerships in Health Care Services of Less Developed Countries", εργασία για την IPSA Conference Canada.
14. Παπαδόπουλος.Α., (2010), «Συμπράξεις, Συντονισμός και Συνεργασία του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα στα πλαίσια ενός Μικτού Συστήματος υγείας», αναθεωρημένη έκδοση.
15. Κυριόπουλος Γ.(1995), «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών». Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα.
16. Sitzia J, Wood., (1997) «Patient satisfaction: A review of issues and concepts». *Soc Sci Med* 1997, 12:1829-1843
17. Donabedian A., (1997), «The quality of care: How can it be assessed?» *Arch Pathol Lab Med J* 1997, 11:1145-1150

18. Αλεξιάδης Α., (2003), «Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21ου αιώνα, Η προσπάθεια του Ν.2889/2001», Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου. Θεσσαλονίκη
19. Ζηλίδης Χ.,(1988),«Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού.» εκδόσεις ΑΤΕ. Αθήνα .
20. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ., (1997), «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα». Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, σελ. 208
21. Ware J, Snyder M, Wright R, Davies A.,(1983), «Defining and measuring patient satisfaction with medical care.», *Evaluation and Program Planning*, 6:247-263
22. Sitzia J, Wood N., (1997), «Patient satisfaction: A review of issues and concepts». *Soc Sci Med* 1997, 12:1720-1743
23. Ross C, Frommelt G, Hazelwood L, Chang R.(1999), « The role of expectations in patient satisfaction with medical care.» In: Cooper P (ed) *Health care marketing: foundation for managed quality.Gaithersburg, MD, Aspen*, 55-69
24. Μαστρογιάννης Ι., (1960), «Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 1821 – 1960», Αθήνα .
25. Αλεξιάδη Α-Δ.,(1999), «Εισαγωγή στο Δίκαιο της Υγείας.» Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη.
26. Χατζητολιός Α , Ζαμπίτης Π, Αθανάσιος Α, Σανιδάς Α, Ζαφειρόπουλος Α, Ασλανίδης Ι., (2007), «Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας» [ιστοσελίδα]. *Πολιτική Υγείας, Φεβ.-Μάρ. 2007, τευχ. 107* - [http://www.iatrikionline.gr/IB\\_107/PO\\_LITIKH%20YGEIAS\\_sympraxi.pdf](http://www.iatrikionline.gr/IB_107/PO_LITIKH%20YGEIAS_sympraxi.pdf)
27. Αναπλιώτη - Βαζαίου Ε., (1987), « Παγκόσμιες Αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά Ζητήματα». Εκδόσεις Σάκουλας, Αθήνα.
28. Ανώνυμο., (2008), «Θλιβερά ελληνικά ρεκόρ στην υγεία» [ιστοσελίδα]. Βέροια: *Veria Blogs*, 2008 - [www.veriablogs.gr/Giomel\\_64/2008/06/27](http://www.veriablogs.gr/Giomel_64/2008/06/27)
29. Μεθωνιού Λ., (2007), «Οι εξελίξεις στον ιδιωτικό τομέα υγείας»,ΚΚΕ, Αθήνα: [www.kke.gr/komep/2004/1/Methvniouy.html](http://www.kke.gr/komep/2004/1/Methvniouy.html)
30. Ιακωβίδου.Ε., et al.,(2008), «Υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Έρευνα άποψης επαγγελματιών υγείας, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στην χώρα μας» *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Οκτ.-Δεκ. 2008 7:4
31. Lees D.,(1960), «The economics of health services». *Lloyds Bank Review*. 56:132-58
32. Fuchs V., (1974), «Who shall live, health economics and social choice.», Basic Books, New York
33. Spencer N., (2000), « Poverty & Child health.», Oxford University Press, London.
34. Beaglehole R (ed)., (2003), «Global Public Health: a new era.» Oxford University Press, Oxford, pp 1-23.
35. Preker A. Harding A. Travis P., (2000), «Make or buy decisions in the production of health care goods and services: insights from institutional economics and organization theory», *Bull of WHO* 78:779-90



36. Κυριόπουλος Γ., (2000), «Δημόσιος και ιδιωτικός τομέας: προς μία αναγκαία σύγκλιση των υγειονομικών αγορών.» Στο: Σουλιώτης Κ. «Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας.» εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα:15-7.
37. Hasan MM., (1996), «Let's end the nonprofit charade.», *N Eng J Med*, 331:1055-1057.
38. Σουλιώτης Κ., (2000), «Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας», εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 257-261
39. Laurell A. Arellano O., (1996), «Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health.», *Int J Health Serv* , 26:1-18
40. Κονδύλης Η. Μπένος Α., (2006), «Ποιότητα και ιδιοκτησιακός χαρακτήρας μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Μία ανασκόπηση εμπειρικών δεδομένων από τις ΗΠΑ», *Ιατρική* 2006; (υπό δημοσίευση)
41. Devereaux PJ, Choi PTL, Lacchetti C et al., (2002), «A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals.», *CMAJ* , 166:1399-1406
42. Devereaux PJ, Schnemann HJ, Ravindran N, et al., (2002), «Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers. A systematic review and meta-analysis.», *JAMA* , 288:2449-2457
43. Κονδύλης Η. Μπένος Α., (2005), «Προγράμματα ελεγχόμενης φροντίδας στις ΗΠΑ. Μία κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση.», *Ελληνική Ιατρική* ;71:135-43
44. Ware JE, Bayliss MS, Rogers WH, Kosinski M, Tarlov AR., (1996), «Differences in 4 - year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and FFS systems», *JAMA*, 276:1039-1047
45. Himmelstein DU, Woolhandler S, Hellander I, Wolfe SM., (1999), «Quality of care in investor - owned vs. not - for - profit HMOs», *JAMA*, 282:159-163
46. Piffie S & Munro J., (2000), «New Labour and Britain's National Health Service: an overview of current reforms», *Int J Health Services*, 30(2): 309-334.
47. National Health Service Consultants Asociation., (1993), «In Practice: The NHS Market», Banbury.
48. Gaffney D. Pollock A. Price D. Shaoul J., (1999), «The politics of the private finance initiative and the new NHS», *BMJ*, 319:249-53
49. European Commission Directorate General for Regional Policy., (2003), «Guidelines for successful public - private partnerships», [http://europa.eu.int/comm/regional\\_policy/sources/docgener/guides/PPPguide.htm](http://europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/PPPguide.htm)
50. Pollock A. Shaoul J. Vickers N., (2002), «Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search», *BMJ*, 324:1205-9
51. Pollock A. Shaoul J. Rowland D. Player S., (2001), «Public services and the private sector. A response to the IPPR», *London Catalyst* :1-54
52. Pollock A. Dunnigan M. Gaffney D. Price D. Shaoul J., (1999), «Planning the "new" NHS: downsizing for the 21<sup>st</sup> century», *BMJ*, 319:179-84.
53. Σούλης Σ.,(1998), «Οικονομικά της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

- 54.Κουτούζης Μ., (1999), «Τα Συστήματα Υγείας. Μοντέλα και πρότυπα» Στο: «Βασικές Αρχές Διοίκησης, Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας» Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, και συν. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, σελ. 87.
- 55.Υφαντόπουλος Γ.,(2003), «Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών Υγείας. Τα οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και πολιτική», Τυποθύτω, Αθήνα, κεφ.7, σελ. 317-344.
- 56.Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ.,(1999), «Παραοικονομία και διαφθορά στην υγεία, πολιτική και κοινωνική διάσταση. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις», Τόμος Β', σελ. 249.
- 57.Κυριόπουλος Γ, Gregory S, Οικονόμου Χ., (2003), «Δικαιοσύνη στην κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα.» Στο: «Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό». Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, Κεφ. 5, σελ. 77-97.
58. Άρθρο: «Δυο ξένοι στην ίδια χώρα, Ιδέες και σκέψεις.» Περιοδικό "*Medical Express*", τεύχος Οκτωβρίου 2005, σελ. 12-14.
- 59.Κουτούζης Μ.,(1999), «Η πολιτική Υγείας» Στο: «Βασικές Αρχές Διοίκησης, Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας», Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, σελ. 82-83.
- 60.Σισσούρας Ι, Υφαντόπουλος Γ, Καρόκης Α., (1994), «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών Υγείας.», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
- 61.ΦΕΚ Α 143: Ν. 1397/1983. «Εθνικό Σύστημα Υγείας». Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 7/10/1983.
- 62.ΦΕΚ Α 138: Ν. 1902/1990. «Συνταξιοδοτικό – Οικονομικά ΔΕΚΟ, Ταμείων κ.λπ. συναφή». Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 17/10/1990
- 63.ΦΕΚ Α 123: Ν. 2071/1992. «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας». Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 15/7/1992.
- 64.ΦΕΚ Α: 167 Ν. 2519/1997. «Εκσυγχρονισμός ΕΣΥ -Υγειονομικές υπηρεσίες - Φάρμακα». Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 21/8/1997.
- 65.ΦΕΚ Α 37 Ν. 2889/2001. «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις». Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 2/3/2001.
- 66.ΦΕΚ Α 296: Ν. 3204/2003. «Περί τροποποίησης και συμπλήρωσης της νομοθεσίας για το ΕΣΥ». Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 23/12/2003.
- 67.ΦΕΚ Α 81: Ν. 3329/2005. «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις». Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 4/4/2005
- 68.ΦΕΚ Α 230: ΠΔ 346/98. «Προσαρμογή Ελληνικής Νομοθεσίας για τις Δημόσιες συμβάσεις υπηρεσιών προς τις διατάξεις της Οδηγίας 92/50/ΕΟΚ» του συμβουλίου της 18/7/1992. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 2000.
- 69.ΦΕΚ Α: ΠΔ 18/2000. Τροποποίηση του ΠΔ 346/98. «Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας για τις Δημόσιες συμβάσεις υπηρεσιών προς τις διατάξεις της Οδηγίας 95/50/ΕΟΚ του 1992». Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 2000.
- 70.Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.(2005), «Η στρατηγική της Λισσαβόνας», σελ. 5-6.

- 71.ΦΕΚ Α 232: Ν. 3389/05. «Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα». Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 22/9/2005.
- 72.Ν. 3389/2005. Αιτιολογική Έκθεση, Γενικό μέρος. Βουλή των Ελλήνων, Αθήνα, 3/8/2005, σελ.1.
- 73.Κοντιάδης Ξ., (2004), «Το κανονιστικό περιεχόμενο των κοινωνικών δικαιωμάτων κατά τη νομολογία του Συμβουλίου της Επικρατείας», Τιμητικός τόμος του Συμβουλίου της Επικρατείας, 75 Χρόνια. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, σ. 267 επ. (275).
- 74.Χρυσόγονος Κ., (2002), «Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα», Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή, σ. 514.
- 75.Ανθόπουλος Χ.,(1993), «Η προστασία της Υγείας ως θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα», *Το Σύνταγμα(περιοδικό)*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα, σ. 781.
- 76.Τσουκαλάς Κ., (1991), «Είδωλα πολιτισμού», εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, σ. 440.
- 77.Κοντιάδης Ξ., (2004), «Το κανονιστικό περιεχόμενο των κοινωνικών δικαιωμάτων κατά τη νομολογία του Συμβουλίου της Επικρατείας», Τιμητικός τόμος του Συμβουλίου της Επικρατείας, 75 Χρόνια. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, σ. 269 επ. (275).
- 78.Κακλαμάνης Ν., (2005), «Συλλογή από άρθρα με ανακοινώσεις του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στις εφημερίδες: Η βραδυνή, Η Ναυτεμπορική, Αγγελιοφόρος, Έθνος, Η Χώρα, Ελεύθερος Τύπος και Τύπος Θεσσαλονίκης».
- 79.Χατζητόλιος, Α., et al.,(2007), «Οι συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας», *Πολιτική της υγείας, Ιατρικό βήμα*, Φεβ.-Μερ. 2007, Αθήνα.
- 80.European Commission., (1998), «*Government investment in the framework of economic strategy.*» European Commission, Brussels
- 81.Weiler B., (2006), «ΕΓΓΡΑΦΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ της Επιτροπής Εσωτερικής Αγοράς και Προστασίας των Καταναλωτών, για το Πράσινο Βιβλίο της Επιτροπής σχετικά με τις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.» PE 374.146X01-00 2/7 DT\615309EL.doc
- 82.Καρανικολός Γ., (2006), «Συμπράξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα στο Χώρο των Ψηφιακών Υπηρεσιών. Ηράκλειο, [www.partnershipsuk.org.uk/kedke.ntua.gr/kedke1/KARANIKOLOS.ppt](http://www.partnershipsuk.org.uk/kedke.ntua.gr/kedke1/KARANIKOLOS.ppt)
83. Στριάγκα Φ.,(2006), «Οργάνωση και διαχείριση έργων. Συμπράξεις Δημόσιου & Ιδιωτικού Τομέα», *Σημειώσεις*, ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΡΓΩΝ», Τμήμα Πολιτικών Μηχανικών Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη.
- 84.Αρκουμανέας Π., (2005), «Οι Συμπράξεις Δημόσιου - ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) και οι χρήσεις τους στον τομέα της Υγείας», Ινστιτούτο Δημοκρατίας Κων/νος Καραμανλής, e-Λόγος, τ.5, 2 [http://www.e-logos.gr/par-ygeia/t005\\_010705.html](http://www.e-logos.gr/par-ygeia/t005_010705.html)
- 85.Τωμαδάκη Δ., (2006), «Νέες επιχειρηματικές δράσεις μέσα από τις Συμπράξεις Δημοσίου - Ιδιωτικού Τομέα», Εβδομάδα Καινοτομίας : «Επιχειρηματικότητα μέσω της Καινοτομίας στην Ήπειρο», [www.bicipirus.gr/innoweek/presentations/](http://www.bicipirus.gr/innoweek/presentations/)
- 86.Παναγόπουλος Σ., (2005), «Συμπράξεις Δημόσιου & Ιδιωτικού Τομέα. Οι τελευταίες εξελίξεις σε Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελλάδα», *Εν Ολίγοις*, τ.30. Αθήνα.

- 87.ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ "Πράσινο Βιβλίο για τις Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα", COM (2005) 569 τελικό, 52005DC0569. [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri= COM:2005:0569:FIN:EL:HTML](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0569:FIN:EL:HTML)
- 88.ΕΕΕΔΕ (Ειδική Επιτροπή Εμπειρογνομόνων για τα Δημόσια Έργα) : Γιαννακόπουλος Θ. Καρδοματέας Δ. Κουρκουμέλης Δ. Κυπραίος Ν. Λαζοπούλου Κ. Μπαρδής Α. Παντελιάς. Έκθεση για τις ΣΔΙΤ, 2004. <http://www.sdit.mnec.gr/el/>
- 89.Λιαρόπουλος Λ.,(2006), «Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας: Επαναπροσδιορισμός των Ρόλων στην Υγεία μέσα από τις ΣΔΙΤ (PFI)», 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη «Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας», [www.healthcongress.gr](http://www.healthcongress.gr), Αθήνα.
- 90.Σιγάλας, Ι.,(1999), «Διαχείριση κρίσεων», Στο: Δικαίος, Κ. Κουτούζης, Μ. Πολύζος, Ν. Σιγάλας, Ι. Χλέτσος, Μ. «Βασικές αρχές Διοίκησης - Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας», Πάτρα, 1999β, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ. 439-441.
- 91.Σιγάλας, Ι., (1996), «Σημερινή οργανωτική και διοικητική πραγματικότητα των Ελληνικών νοσοκομείων», *Το σύγχρονο Νοσοκομείο*, τόμος 2, τεύχος1, σελ. 9-13.
- 92.Σιγάλας, Ι., (1999), «Οι οργανωτικές ιδιαιτερότητες των Μονάδων παροχής Υπηρεσιών Υγείας», Στο: Δικαίος, Κ. Κουτούζης, Μ. Πολύζος, Ν. Σιγάλας, Ι. Χλέτσος, Μ. «Βασικές αρχές Διοίκησης - Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας», Πάτρα, 1999α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ. 64-67, 225-231, 234-240, 439-441.
- 93.Κακλαμάνης, Ν., (2003), «Το ΕΣΥ πάσχει από έλλειμμα Οργάνωσης, Διοίκησης και Προγραμματισμού», *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 14, Τεύχος 85, σελ. 34-36
- 94.Το ΒΗΜΑ 17-11-2006, «Οι Έλληνες βαρέθηκαν να περιμένουν το ΕΣΥ», Σελ.: 46,
- 95.Μαδιάς, Μ. Φυλακτόπουλος Α., (2006), «ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: Τα πλούσια περιθώρια κέρδους και οι επιστημονικές εξελίξεις υπόσχονται συγκινήσεις στο μέλλον», Hellastat, <http://photo.kathimerini.gr/xtra/files/Meletes/doc/Mel310106.doc>
- 96.Καθημερινή, (21-1-2007), Λιακοπούλου Θ. «Η ιδιωτική υγεία σε υπερδιέγερση»
- 97.Το ΒΗΜΑ, (08/07/2007), «Ελληνογερμανική συμμαχία στο Ιατρικό Κέντρο»,Σελ.: D11, Κωδικός άρθρου: B15106D111
- 98.Ελευθεροτυπία,( 17/12/2006), «Αποτυχημένα μοντέλα ιδιωτικοποίησης της Υγείας»
- 99.Edwards P., Shaoul J., Stafford A., Arblaster L., (2004), «Evaluating the operation of PFI in roads and hospitals», RESEARCH REPORT NO. 84, Manchester Business School, University of Manchester, 123-176, C.A.E.T., London.
100. Lister J., (2005), «Health policy reform. Driving the wrong way?» Middlesex University Press, UK, [www.mupress.co.uk](http://www.mupress.co.uk) ,
101. Gaffney D. Pollock A. Price J. Shaoul J., (1999b), "The politics of the private finance initiative and the new NHS", *British Medical Journal*, Volume 319, pp 249-253.
102. Κονδύλης Η., Μπένος Α., (2006), «Ποιότητα και ιδιοκτησιακός χαρακτήρας μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Μία ανασκόπηση εμπειρικών δεδομένων από τις ΗΠΑ», *Ιατρική* 2006

103. Gosling A., (2004), «3 steps forward, 2 steps back; reforming PPP policy», Institute for Public Policy Research, London.
104. Pollock A. NHS plc., (2004), «The privatization of our health care», Verso, London.
105. Gaffney D. Pollock A. Price J. Shaoul J., (1999), «"PFI in the NHS; Is there an Economic Case?"», *British Medical Journal*, Volume 319, pp 116-119, 1999a;
106. Pollock A. Price D., (2004), «We are left footing the PFI bill. The public pays the price when contractors pull out of projects», *The Guardian* Tuesday July 27.
107. Λιαρόπουλος Λ., (2006), «Η μέτρηση της απόδοσης στον τομέα της υγείας», Διαπανεπιστημιακό ΠΜΣ Πανεπ. Αθήνας : Οργάνωση & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, <http://www.chesme.nurs.uoa.gr/portal/>, Αθήνα.
108. Atun, R. McKee., (2005), «M. Is the private finance initiative dead?» *British Medical Journal*, Volume 331, pp 792-793.
109. Το ΒΗΜΑ, (10-11-2007)., Βασιλείου Μ. « Μεγάλες Μπίζνες του Δημοσίου με τράπεζες και εργολάβους. Διεθνής εμπειρία: Δεν γιάτρεψαν το Βρετανικό σύστημα Υγείας»
110. ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, (28-1-05)., «Βρετανική τεχνογνωσία ζητά η κυβέρνηση»  
Κωδικός άρθρου: B14920A461, ID: 281749
111. Μουζέλης, Ν. Πελαγίδης, Θ. Καζάκος, Π. Καζαμιάς, Α. Τσούκας, Χ.Κ., (2005), « Η εμπλοκή των μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα Μία αποτίμηση του εκσυγχρονισμού», Εκδ.Παπαζήσης, Αθήνα.
112. Λιαρόπουλος Λ.,(2005), « Τα εγώ του ΕΣΥ», *Βήτα Ιατρικές εκδόσεις*, Αθήνα,
113. Χατζηπουλίδης.Γ.,Καλφακάκου.Γλ.,(2008), «Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα. Η εφαρμογή τους στον τομέα της Υγείας», *Τεχνικά Χρονικά*, Μάιος-Ιούνιος 2008.
114. Lister J.,(2005), «Health policy reform. Driving the wrong way?»Middlesex University Press, UK , 117-1199, 159-160
115. Gaffney. A, Pollock .A, Price .D, Shaoul. J., (1999), «The politics of the private finance initiative and the new NHS», *Br Med J* 1999, 319:249-253
116. EUROPEAN COMMISSION DIRECTORATE GENERAL FOR REGIONAL POLICY., (2003), «Guidelines for successful public-private partnerships»  
[http://europa.eu.int/comm/regional\\_policy/sources/docgener/guides/PPPguide.htm](http://europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/PPPguide.htm)
117. EUROPEAN COMMISSION., (2004), «Green paper on public private partnerships and community law on public contracts and concessions», Commission of the European Communities, Brussels,3-4
118. Taylor R, Blair S., (2002), « Public hospitals. Options for reform through public-private partnerships», Note 241. The World Bank Group, Washington, DC, [www.worldbank.org/html/fpd/notes/](http://www.worldbank.org/html/fpd/notes/)
119. Marek T, Yamamoto C, Ruster J., (2003), «Private health. Policy and regulatory options of private participation», Note 264. The World Bank Group, Washington, DC, [rru.worldbank.org/View-point/index.asp](http://rru.worldbank.org/View-point/index.asp)

120. Thompson Cr, McKee M., (2004), «Financing and planning of public and private not-for profit hospitals in the European Union», *Health Policy* 67:281-291
121. Slack K, Savedoff WD., (2001), «Public-private provider contracting for health services - examples for Latin America and the Caribbean», *Technical Papers Series*. Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department, Washington, DC.
122. McKee M, Edwards N, Atun R., (2006), «Public-private partnerships for hospitals», *Bull WHO*, 84:890-896
123. EUROPEAN INVESTMENT BANK.(2004), «The EIB's role in public-private partnerships», [www.eib.europa.eu/publications](http://www.eib.europa.eu/publications)
124. Ν. 3389. Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα. ΦΕΚ Α' 232/229-2005
125. Αρκουμανεας. Π., (2005), «Το όραμα και ο σχεδιασμός του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τις ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας» Στο: «Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας: Ομιλίες του 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου για τη Διοίκηση τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας», (CD ROM). Αθήνα
126. Πετροπούλου.Μ., (2007), «Συμπράξεις με ιδιώτες στα μωλωχτά», *Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία* 25/2/2007, [www.enet.gr](http://www.enet.gr)
127. Παπαδομαρκάκη. Α. (2006), «Υγεία: Συμφωνία 100 εκατομμυρίων ευρώ για το Ασκληπιείο με τον ΕΕΣ», *Η Ναυτεμπορική* 20/10/2006, [www.naftemporiki.gr](http://www.naftemporiki.gr)
128. Κώτσης Β., (2006), «Η Euromedica θέλει το μάνατζμεντ του Ωνασειού», *Το Βήμα* 30/9/2006:Β9
129. Καρακούσης Α., (2007), «Χρονιά χρηματιστηριακής έκρηξης το 2007», *Το Βήμα* 7/1/2007:Α13
130. Lister J., (2006), «Public private partnerships: The British experience», Σεμινάριο Νέου Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη.
131. Gaffney. A, Pollock .A, Price .D, Shaoul. J., (1999), «NHS capital expenditure and the private finance initiative - expansion or contraction?» *Br Med J* 1999, 319:48-51
132. Pollock A, Gaffney D., (1998), «Capital charges: A tax on the NHS», *Br Med J* 1998, 317:157-158
133. Pollock A, Dunnigan M, Gaffney D, Price D, Shaoul J., (1999), «Planning the "new" NHS: Downsizing for the 21st century», *Br Med J* 1999, 319:179-184
134. Dawson D., (2001), « The private finance initiative: A public finance illusion?», *Health Econ* 2001, 10:479-486
135. NHS EXECUTIVE., (1999), «Public private partnerships in the national health service: The private finance initiative. Good practice overview», Treasury Taskforce Publications, UK.
136. Griffith B., (2000), «Private finance in health care: Why not», National Health Service Consultants' Association, UK,1-50
137. Pollock A, Dunnigan M, Gaffney D, McFarlane A, Majeed FA., (1997), «What happens when the private sector plans hospital services for the NHS? Three case studies under the private finance initiative», *Br Med J* 1997, 314:1266-1271

138. Pollock.A.,Shaul.J.,Rowland.D.,Player.S., (2001), « Public services and the private sector. A response to the IPPR», *Catalyst*, London,1-54
139. Pollock.A.,Shaul.J.,Rowland.D.,Player.S., (1998), “Department of health”, *Press release* 98/318. 31/07/1998
140. Jones J., (2000), «The private finance initiative: Spinning out the defence», *Br Med J* 2000, 320:1460-1461
141. Bradshaw PI, Bradshaw G., (2004), « Health policy for health care professionals», Sage, London,82-86
142. Pollock A., (2004), « NHS plc. The privatization of our health care», Verso, U K, 26-28, 52-60, 110-113
143. EUROSTAT., (2004), «New decision of Eurostat on deficit and debt. Treatment of public-private partnerships», Eurostat Press Office, Luxembourg.
144. Γκλαβίνης Π., (2000), «Ξένες επενδύσεις και χρηματοδότηση έργου. Η κατασκευή έργων υποδομής με τη μέθοδο της παραχώρησης στην πολυμερή συμφωνία επενδύσεων», Στο: Στάγκου Π, Μπερεδήμα Α (Συντ.) «Το νομικό καθεστώς των διεθνών επενδύσεων. Το σχέδιο της πολυμερούς συμφωνίας επενδύσεων», Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 301-316
145. ΕΙΔΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ-ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ., (2006), «Εγχειρίδιο για την υλοποίηση έργων και υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ», Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Αθήνα,13-17
146. Dawson D, Maynard A., (1996), « Private finance for the public good?», *Br Med J* 1996, 313:312
147. Smith R., (1999), «PFI: Perfidious financial idiocy», *Br Med J* 1999, 319:2-3
148. Reeves C., (1999), « Economics of PFI in the NHS», *Br Med J* 1999,319:191
149. Gaffney D, Pollock A, Price D, Shaoul J., (1999), «PFI in the NHS - is there an economic case», *Br Med J* 1999, 319:116-119
150. PUBLIC SERVICE INSIGHT., (2002), « PFI in the NHS: A dossier» In: «Keep public services public. A dossier of research material prepared for the GMB», GMB Britain's General Union, UK,1-9
151. Pollock A, Shaoul J, Vickers N., (2002), « Private finance and "value for money" in NHS hospitals: A policy in search of a rationale?», *Br Med J* 2002, 324:1205-1209
152. DEPARTMENT OF HEALTH. General PFI question and answer briefing. 2004, [www.dh.gov.uk/ProcurementAndProposals/PublicPrivatePartnership/PrivateFinanceInitiative/PFIGuidance](http://www.dh.gov.uk/ProcurementAndProposals/PublicPrivatePartnership/PrivateFinanceInitiative/PFIGuidance)
153. Boyle S., (1997), «The private finance initiative», *Br Med J* 1997, 314:1214
154. Price D., (1997), « Profiting from closure: The private finance initiative and the NHS», *Br Med J* 1997, 315:1479-1480
155. Pollock A, Dunnigan M., (2000), « Beds in the NHS. The national bed inquiry exposes contradictions in government policy», *Br Med J* 2000, 320:461-462

156. Dunnigan Mg, Pollock A., (2003), « Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study», *Br Med J* 2003, 326:905-910
157. Hart JT., (2006), «The political economy of health care: A clinical perspective», The Policy Press, UK,25, 51
158. Atun R, McKee M., (2005), «Is the private finance initiative dead?», *Br Med J* 2005, 331:792-793
159. Pollock A., (2006), « The exorbitant cost of PFI is now being cruelly exposed» *The Guardian* 26/1/2006, [www.guardian.org.uk](http://www.guardian.org.uk)
160. Leys C., (2006), « The great NHS deficits con», *Red Pepper* May 2006, [www.redpepper.org.uk/x-may06-leys.htm](http://www.redpepper.org.uk/x-may06-leys.htm)
161. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ., (2005), « Εισηγητική έκθεση κρατικού προϋπολογισμού 2006», Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Αθήνα, 42-43
162. Φιλαλήθης Τ., (2003), «Τα Συστήματα Υγείας στο Μεταίχμιο: Σκέψεις για τη Διοίκηση και την ανάπτυξη των Υπηρεσιών Υγείας στο ξεκίνημα του 21ου αιώνα. Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας», Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα, σελ. 13-22.
- 163 Brekke K. R. & Sargard L., (2006) "Public versus Private Health in a National Health Service", CESifo working paper No. 1679.
- 164 Buse K. & Walt G., (2002), "The World Health Organization and Global Public-Private Health Partnerships: In Search of 'Good' Global Health Governance", στο Reich (2002) (ed.)
- 165 (The) Canadian Council for Public-Private Partnerships., (2002), "Public-Private Partnerships and Hospital Projects", submission to The Commission on the Future of Health Care in Canada.
- 166 (The) Canadian Council for Public-Private Partnerships., (2003), *Hospitals -The Canadian Case for Hospital PPP Projects* (executive summary).
- 167 CEA., (2009), Council of Economic Advisers "The Economic Case for Health Care Reform", Executive Office of the President of the United States of America.
- 168 Deber R. B., (2002), "Delivering Health Care Services: Public, Not-For-Profit, or Private?", The Commission on the Future of Health Care in Canada, Discussion Paper No. 17.
- 169 ΕΑΗΜ., (2009), "Towards A Balanced Cooperation of Public & Private Actors", European Association of Hospital Managers, Seminar 2009.
- 170 Ελληνική Δημοκρατία., (2010), Ν. 3842/2010 «Αποκατάσταση φορολογικής δικαιοσύνης, πάταξη της φοροδιαφυγής και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α 58/23 Απρ.
- 171 Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια». (2008), «Έρευνα της εκτίμησης της ανταπόκρισης των Δημόσιων Νοσοκομείων του ΕΣΥ & ΚΑ στις ανάγκες των πολιτών και μέτρηση της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών». <http://www.ygeiaprnoia.gr/home.asp?pg=DhmosiothtaMeletesEmbeiro>.



- 172 Ευθυμίου Μ. & Σιγάλας Ι., (2008), «Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία: Διεθνής και Ελληνική Εμπειρία», *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμ. 19, τ. 112, Μάιος-Ιούνιος.
- 173 European Commission (2004), *Resource Book on PPP Case Studies*.[http://europa.eu.int/comm/regional\\_policy/sources/docgener/guides/pppguide.htm](http://europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/pppguide.htm)
- 174 European Observatory on Health Systems & Services., (2004), "Configuring the Hospital in the 21th Century", Policy Brief no 5.
- 175 European Economic and Social Committee –EESC., (2005), «Opinion of the European Economic and Social Committee on The role of the EIB in public private partnerships (PPPs) and their impact on growth», *Official Journal of the European Union*, 2005/C 234/12. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2005:234:0052:0059:EN:PDF>
- 176 Evans R.G., (1984), «Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care», <http://www.chspr.ubc.ca>.
- 177 Folland Sh., Goodman A.C. & Stano M., (2007), «The Economics of Health and Health Care, 5<sup>th</sup> ed.», International, Pearson Prentice Hall, New Jersey.
- 178 Giusti D., Criel B. & De Bethune C., (1997), "Viewpoint: Public versus Private Health Care Delivery: beyond the Slogans", *Health Policy and Planning*, 12(3), 193-198.
- 179 Hellastat., (2009), *Υπηρεσίες Υγείας - Ανάλυση Αγοράς* (στοιχεία έως και έτους 2007).
- 180 Κίντα Δ., (2004), «Επιχειρηματικές Ιδέες Προσφοράς Υπηρεσιών στα Νοσοκομεία», στο Νιάκας Δ. (2004).
- 181 Lambropoulos H., (2008), "Public-Private Partnerships in the Health Sector: Greece", presentation at 10<sup>th</sup> Annual Capital Link Forum.
- 182 Lim M. K., (2005), "Transforming Singapore Health Care: Public-Private Partnership", *Annals Academy of Medicine*, August, vol. 34, no 7.
- 183 McKee M. & Healy J., (2002) (ed.), «Hospitals in a Changing Europe» European Observatory on Health Care Systems series, Open University Press, UK.
- 184 Mitchell M., (2000), "An Overview of Public Private Partnerships in Health", Harvard School of Public Health, USA.
- 185 Νιάκας Δ., (2004), «Υπηρεσίες Υγείας Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5<sup>ου</sup> Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας», Εκδ. Mediforce, Αθήνα.
- 186 Νιάκας Δ., (2005), «Διαχειριστικά και Οικονομικά Ζητήματα του Υγειονομικού Τομέα: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 6<sup>ου</sup> Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας», Εκδ. Mediforce, Αθήνα.
- 187 Nikolic I. A. & Maikisch H., (2006), «Public Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience», HNP (World Bank) Discussion Paper.

- 188 OECD (2009a), "Health Data 2009 - How Greece Compares",
- 189 <http://www.oecd.org/dataoecd/45/54/38979850.pdf>.
- 190 OECD (2009b), *Economic Surveys: Greece*.
- 191 Osman F. A., (2008), "Public-Private Partnership in Health Service Delivery: Lessons from Bangladesh", *South Asia Studies digital repository*.  
<http://archiv.ub.uniheidelberg.de/savifadok/volltexte/2008/144/>.
- 192 Pappa E. & Niakas D., (2006), "Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area", *BMC Health Services Research* 2006, 6:146. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/146>.
- 193 Πελέκη Ε., (2007), «Οι συνέπειες του τρόπου οργάνωσης και χρηματοδότησης της Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης της Ασφάλισης του Δημοσίου ως προς τα προβλήματα του Ηθικού Κινδύνου και της Προκλητής Ζήτησης. Προτάσεις για επίλυση», *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος 18, τ. 109, Νοέμβριος-Δεκέμβριος.
- 194 Propper C., Burgess S. & Gossage D., (2003), "Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-1999", CMPO Working Paper Series No. 03/077.
- 195 Ramiah II. & Reich M. R., (2006), "Building effective public-private partnerships: Experiences and Lessons from the African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP)", *Social Science Medicine*, vol. 63, pp 397-408.
196. Rawls J., (1972), «A Theory of Justice», Oxford University Press, New York.
197. Reich M. R., (2000), "Public-private Partnerships for Public Health", *Nature Medicine*, vol. 2, n.6.
198. Reich M. R., (2002) (ed.), «*Public-Private Partnerships for Public Health*», Harvard University Press, USA.
199. Roberts M.J., Breitenstein A.G. & Roberts C.S., (2002), "The Ethics of Public-Private Partnerships" στο Reich (2002) (ed.).
200. Ρουμελιωτής Γ., (2008), «Συμπράξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού τομέα: Τα τρία «P\*» στην Υγεία», παρουσίαση στα πλαίσια της ημερίδας «Διεπιστημονικές Προσεγγίσεις για την Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας», Αθήνα 29 Μαρτίου 2008.
201. Σαράφης Π., Αρβανίτη Μ., Παπαδογούλας Δ., (2005), «Οι Γιατροί και η Διοίκηση του Νοσοκομείου ως Συνήγοροι του Ασθενούς: Θεωρία ή Πραγματικότητα», στο Νιάκας Δ. (2005) (επ.).
202. Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ., (2008), «Η Δαπάνη Υγείας στην Ελλάδα: Το Ελληνικό Παράδοξο», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 25(5): 663-672.
203. Scottish Parliament Information Centre., (2001), "Public Private Partnerships and the Private Finance Initiative: A Review of Recent Literature", Research Note RN00-76.
204. Suave D., (2004), "Public-Private Health Care... the Canadian Way?", *Summit*, March.

205. Tuohy C.H., Flood C. M. & Stabile M., (2004), "How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems: Marshalling the Evidence from OECD Nations", *Journal of Health Politics Policy and Law*, 29:3, pp 359-396.
206. Wang Y., (2000) (ed.), «*Public Private Partnerships in the Social Sector: Issues and Country Experiences in Asia and the Pacific*», Asian Development Bank Institute Policy Papers No. 1, Tokyo.
207. Wolper L. F., (2001) (επ.), «*Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*», τόμοι Α' και Β', Ε'. Mediforce.
208. Υπουργείο Οικονομίας & Οικονομικών (2006α), «*Προσχέδιο Κρατικού Προϋπολογισμού 2007*»
209. Υπουργείο Οικονομίας & Οικονομικών (2006b), «*Κρατικός Προϋπολογισμός 2007*».
210. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2009), «*Πίνακας Ιδιωτικών Κλινικών της Χώρας*» [dieythynseis/private-clinics.pdf/view](http://dieythynseis/private-clinics.pdf/view).
211. Χατζηπουλίδης Γ. & Καλφακάκου Γλ., (2009), «Η Εμπειρία Εφαρμογής των ΣΔΙΤ στον Τομέα Υγείας. Η Περίπτωση της Μεγάλης Βρετανίας», *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμ. 20, τ.118, Μάιος-Ιούνιος.
212. Χατζητόλιος Α.Ι., Ζαμπίτης Π. Στ., Σανίδας Αθ. Α., Ζαφειρόπουλος Αθ. Η., Ασλανίδης Ι. Γ., (2007), «Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας», *Ιατρικό Βήμα*, τ. 107, Φεβρουάριος-Μάρτιος.
213. Εφημερίδα Μακεδονία.,(2007), «*Στην τελική ευθεία ογκολογικό, παιδιατρικό*» [.\(http://www.maldhes.gr/index.php?name=News&file=article&sid=4176.\)](http://www.maldhes.gr/index.php?name=News&file=article&sid=4176)
214. Δελτίο Τύπου Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε., 10/12/2008, «*Υλοποίηση παιδιατρικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης- Τεχνική διαχείριση αυτού και συναφείς υπηρεσίες με ΣΔΙΤ*»
215. Σαριδάκη Ε.,(2008), «Αντιλήψεις και προοπτικές του προσωπικού και των ασθενών για το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας στο Νοσοκομείο Σωτηρία», *Καλαμάτα*, (Πτυχιακή Εργασία ΤΕΙ Καλαμάτας, Επιβλέπων Καθηγητής: Α. Μανιάτης)
216. Τσαντίλης Π.,(2008), «*Ευρωπαϊκό και Εθνικό Δίκαιο της Υγείας, Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου*», Έκδ. Αντ. Σάκκουλα, 2008
217. Μανιάτης Α., (2009), «*Δίκαιο Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας*», Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, *Αθήνα-Κομοτηνή*, σελ.68,70,73-76
218. Σιγάλας Ι., (1999), «*Οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας*» στο Αγραφιώτης Δ. (επιμ.), «*Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας*» Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
219. Χατζητόλιος Α., (2006), «*Οι συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της υγείας*,» (σε συλλογικό έργο) Κέντρο Διεθνούς και Ευρωπαϊκού Δικαίου, «*Ο Νόμος 3389/2005 για τις Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα*», Εκδ. Αντ. Σάκκουλα, σσ 97-105

220. Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Α., (2008), «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα - Το ελληνικό παράδοξο», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5):663-672
221. Δημητρόπουλος Α., (2008), «Συνταγματικά δικαιώματα, Γενικό μέρος - Ειδικό μέρος. Σύστημα συνταγματικού δικαίου», Τόμος Γ - Τεύχη Ι - ΙΙΙ, Σάκκουλας Εκδόσεις Α.Ε
222. Κρεμαλής Κ., (1987), «Το δικαίωμα για προστασία της υγείας, Από τις κοινωνικές ασφαλίσεις ασθένειας στο ενιαίο σύστημα υπηρεσιών υγείας», Εκδ. Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα.
223. Ματσαγγάνης, Μ., (2002), «Η δημόσια παρέμβαση στον τομέα της υγείας», στο Νιάκας Δ. (επιμ.), «Θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
224. Σακελλαρόπουλος Θ., (2003), «Παγκοσμιοποίηση, Κοινωνική Πολιτική, Ελλάδα: Εννέα θέσεις» στο: Σακελλαρόπουλος Θ. «Ζητήματα Κοινωνικής Πολιτικής», Τόμος Α', Διόνικος, Αθήνα
225. Αμίτσης Γ., (2001), «Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Τα ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η ευρωπαϊκή εμπειρία», Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα.
226. Κρεμαλής Κ., (1991), «Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική πρόνοια», Εκδ. Αντ Σάκκουλα
227. <http://www.sdit.mnec.gr>
228. Χατζηπουλίδης Γ., Καλφακάκου Γλ., (2008), «Συμπράξεις Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα: Η εφαρμογή τους στον τομέα της Υγείας», *Τεχνικά Χρονικά Διμηνιαία Έκδοση Τεύχος 3 (Μάιος- Ιούνιος 2008) ΤΕΕ*
229. Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α., (2007), «Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1):7-21
230. Λιαρόπουλος Α., (2006), «Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας: Επαναπροσδιορισμός των Ρόλων στην Υγεία μέσα από τις ΣΔΙΤ (PFI)», 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη «Διοίκηση, Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας, [www.healthcongress.gr](http://www.healthcongress.gr), Αθήνα
231. Κωνσταντίνου Χ., Μπακάλη Ν., και Αυγουλέα Α., (2005), «Κρίσιμοι Παράγοντες Επιτυχίας των Συμπράξεων Δημόσιου & Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ)», (Titto://ww.deloitte.com/mt/dtt/cda/doc/content/Riblic%20PriPP%27s)%20-%20Critical%20Success%20Factors.pdf)
232. Tim G. Evans and Lincoln C. Chen., (2000), «Public- Private Partnerships in Global Health», The Rockefeller Foundation, USA.
233. [www.publicprivatefinance.com](http://www.publicprivatefinance.com)
234. DLA Piper [www.dlapiper.com](http://www.dlapiper.com)

235. Φουρτούνης.Π.,(2001),«Αυτοχρηματοδότηση στη Ελλάδα», Ημερίδα Αυτοχρηματοδότησης, ΑΔΕΧΥ, Αθήνα.
236. Ισοτιμία,(2005) «Ματιές στην Οικονομία», Τεύχος 8, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος .
237. Ceri Davies,Phil Jones.,(2001), «Χρηματοδότηση Επενδύσεων Υποδομής μέσω ΣΔΙΤ», Ημερίδα Αυτοχρηματοδότησης, ΑΔΕΧΥ, Αθήνα .
238. Ιονική Τράπεζα,(1998), *Οικονομική Ενημέρωση*, Τεύχος 9, Ιανουάριος-Μάρτιος
239. Βελισκάκη Μ, (2009), «Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) και συγκεκριμένα στην Υγεία», Πτυχιακή εργασία ΤΕΙ Καλαμάτας.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ