

2024-01

þý £ Å ¼ À Á ¬ ¾ µ ¹ Â ™ ´ ¹ É Ä ¹ ⁰ ¿ Í ” · ¼ ¿ Ã  
 þý α ¿ ¼ - ± ( £ ” ™ α ) ã Ä ¿ ½ Ä ¿ ¼ - ± Ä  
 þý Å À · Á µ ã ¹ î ½ Å ³ µ ⁻ ± Â ã µ • Å Á É À ±  
 þý • » » · ½ ¹ ⁰ ì • À ⁻ À µ ´ ¿ : £ Í ³ ⁰ Á ¹ ã · ⁰ ± ¹  
 þý ã · ¼ µ ⁻ ± ã Ä ± ¿ À ¿ ⁻ ± ¿ ¹ µ » » · ½ ¹ ⁰  
 þý À Á ± ⁰ Ä ¹ ⁰ - Â , ± ¼ À ¿ Á ¿ Í ã ± ½ ½ ±  
 þý ² µ » Ä ¹ É , ¿ Í ½ À µ Á ± ¹ Ä - Á É

þý œ À - Ä ¹ ⁰ ± , œ ± Á ⁻ ±

þý œ µ Ä ± Ä Ä Å Ç ¹ ± ⁰ ì Á ì ³ Á ± ¼ ¼ ± ” ¹ ¿ ⁻ ⁰ · Ä · Ä • À ¹ Ç µ ¹ Á ® Ä µ É ½ , £ Ç ¿ » ® Ý ¹ ⁰ ¿ ½ ¿ ¼ ¹ ⁰ î ½  
 þý ” ¹ ¿ ⁻ ⁰ · Ä · Ä , ± ½ µ À ¹ Ä Ä ® ¼ ¹ ¿ • µ ¬ À ¿ » ¹ Â ¬ Æ ¿ Ä



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ  
Συμπράξεις Ιδιωτικού Δημοσίου Τομέα (ΣΔΙΤ)  
στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας σε  
Ευρωπαϊκό και Ελληνικό Επίπεδο: Σύγκριση και  
σημεία στα οποία οι ελληνικές πρακτικές θα  
μπορούσαν να βελτιωθούν περαιτέρω**

**ΜΑΡΙΑ ΜΠΕΤΙΚΑ**

**ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2024**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ  
Συμπράξεις Ιδιωτικού Δημοσίου Τομέα (ΣΔΙΤ)  
στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας σε  
Ευρωπαϊκό και Ελληνικό Επίπεδο: Σύγκριση και  
σημεία στα οποία οι ελληνικές πρακτικές θα  
μπορούσαν να βελτιωθούν περαιτέρω**

**Διατριβή η οποία υποβλήθηκε προς απόκτηση εξ  
αποστάσεως μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στη Δημόσια  
Διοίκηση στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις**

**ΜΑΡΙΑ ΜΠΕΤΙΚΑ**

**ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2024**

## **Πνευματικά δικαιώματα**

Copyright © **Μαρία Μπέτικα, 2024**

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διατριβής από το Πανεπιστημίου Νεάπολις δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου.

## **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Η Μαρία Μπέτικα, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο *«Συμπράξεις Ιδιωτικού Δημοσίου Τομέα (ΣΔΙΤ) στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας σε Ευρωπαϊκό και Ελληνικό Επίπεδο: Σύγκριση και σημεία στα οποία οι ελληνικές πρακτικές θα μπορούσαν να βελτιωθούν περαιτέρω»*, αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει, έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

**Η Δηλούσα**

**Μαρία Μπέτικα**

## Περιεχόμενα

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή .....	10
1.1 Ορισμός των Συμπράξεων Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) .....	10
1.2 Οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας.....	11
1.3: Βασικά ερευνητικά ερωτήματα .....	16
1.4 Δομή εργασίας.....	17
Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογία.....	18
2.1 Ταυτότητα της έρευνας.....	18
2.2 Συλλογή και ανάλυση δεδομένων .....	21
Κεφαλαίο 3: Παρουσίαση περιπτώσεων ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας σε ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα .....	24
3.1 Εισαγωγή.....	24
3.2 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Ηνωμένο Βασίλειο .....	24
3.3 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Ιταλία .....	29
3.4 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Ισπανία .....	32
3.5 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Πορτογαλία.....	33
3.6 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Γαλλία .....	35
3.7 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Σουηδία.....	38
3.8 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Ελλάδα .....	40
3.8.1 Η ευρύτερη εφαρμογή των ΣΔΙΤ στην Ελλάδα.....	40
3.8.2 Ελλάδα και επενδύσεις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας.....	45
Κεφάλαιο 4: Συζήτηση / Συμπεράσματα .....	50
Βιβλιογραφία .....	55
Αγγλόφωνη βιβλιογραφία.....	55
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	60

## **Κατάλογος Γραφικών Παραστάσεων/Εικόνων/Διαγραμμάτων**

<b>Εικόνα 1:</b> Καταμερισμός των ευθυνών και του ρίσκου στις διάφορες μορφές ΣΔΙΤ.....	15
<b>Εικόνα 2:</b> Κρεμμυδόσχημο Μοντέλο έρευνας Saunders.....	18
<b>Εικόνα 3:</b> Συμβάσεις ΣΔΙΤ στην Ελλάδα, 2009 - 2019.....	43
<b>Εικόνα 4:</b> Πόροι για την χρηματοδότηση των έργων ΣΔΙΤ κατά την περίοδο 2009 – 2019 ..	44

## **Κατάλογος Πινάκων**

<b>Πίνακας 1:</b> Βασικές μορφές ΣΔΙΤ στον τομέα υγείας .....	12
<b>Πίνακας 2:</b> Μοντέλα ΣΔΙΤ στην περίπτωση των νοσοκομειακών μονάδων .....	14
<b>Πίνακας 3:</b> Αριθμός ερευνών που συλλέχτηκαν αρχικά για τις χώρες που εξετάζονται στην μελέτη .....	22
<b>Πίνακας 4:</b> Έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη.....	23

**Όνοματεπώνυμο Φοιτητή/Φοιτήτριας:** Μαρία Μπέτικα

**Τίτλος Μεταπτυχιακής Διατριβής:** «Συμπράξεις Ιδιωτικού Δημοσίου Τομέα (ΣΔΙΤ) στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας σε Ευρωπαϊκό και Ελληνικό Επίπεδο: Σύγκριση και σημεία στα οποία οι ελληνικές πρακτικές θα μπορούσαν να βελτιωθούν περαιτέρω.»

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση εξ αποστάσεως μεταπτυχιακού τίτλου στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις και εγκρίθηκε στις ..... [ημερομηνία έγκρισης] από τα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής.

**Εξεταστική Επιτροπή:**

Πρώτος επιβλέπων (Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφος).....[ονοματεπώνυμο, βαθμίδα, υπογραφή]

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: .....[ονοματεπώνυμο, βαθμίδα, υπογραφή]

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: .....[ονοματεπώνυμο, βαθμίδα, υπογραφή]



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε ένα περιβάλλον της σύγχρονης κοινωνίας που χαρακτηρίζεται από υψηλή αβεβαιότητα και συνεχείς μεταβολές, προκύπτει μία αυξανόμενη στροφή στη Δημόσια Υγεία, συνέπεια των πολλών κοινωνικών φαινομένων, όπως η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση του έτους 2008 αλλά και της εν εξελίξει πανδημίας της νόσου του κορωνοϊού σε παγκόσμιο επίπεδο. Η δημόσια υγεία αποτελεί πεδίο συγκρούσεων αλλά και δημιουργεί πρόσφορο έδαφος για δημιουργικό και εποικοδομητικό διάλογο. Είναι εμφανές ότι η ανάγκη για αναβάθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών είναι επείγουσα. Αυτό αντικατοπτρίζεται τόσο στους οικονομικούς δείκτες των κρατών, όπως το ποσοστό που αντιστοιχεί στη δημόσια δαπάνη στο πεδίο της υγείας, όσο και στις προτιμήσεις και τις επιταγές που προτάσσει η κοινωνία βάσει των διάφορων μελετών και στατιστικών στοιχείων προηγούμενων ετών. Ο θεσμός των Συμπράξεων Ιδιωτικού Δημοσίου Τομέα στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας σε Ευρωπαϊκό και Ελληνικό επίπεδο (ΣΔΙΤ) μπορεί πράγματι να αποτελέσει μία ενδιαφέρουσα εναλλακτική μορφή χρηματοδότησης και προώθησης υψηλότερου επιπέδου υγειονομικών υπηρεσιών. Αυτό το επιχείρημα αποδεικνύεται μέσω της ανάλυσης των ζητημάτων που θα παρουσιαστούν στην παρούσα εργασία. Σε αρχικό επίπεδο δίνεται ο ορισμός που βασικού κεντρικού θέματος δηλαδή τι είναι στην ουσία οι Συμπράξεις Ιδιωτικού Δημοσίου τομέα στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, οι άξονες ανάλυσης περιλαμβάνουν τρεις κύριους άξονες – ερευνητικά ερωτήματα ήτοι : ποιες είναι οι κοινωνικές ωφέλειες και πλεονεκτήματα που δημιουργούνται από την εφαρμογή των συστημάτων ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ποιες είναι οι δυσλειτουργίες και κοινωνικές ανισότητες που δημιουργούνται από την εφαρμογή των συστημάτων ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο και πως μπορεί να συγκριθούν οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στο Ελληνικό επίπεδο σε σχέση με τις ευρωπαϊκές σε συνδυασμό με το ερώτημα κατά πόσο υπάρχουν χρήσιμες πληροφορίες, με τις οποίες μπορεί να αντλήσει η Ελληνική περίπτωση σε σχέση τις ευρωπαϊκές και πως μπορεί να τις εφαρμόσει. Τα προαναφερθέντα ερευνητικά ερωτήματα χρειάστηκε να απαντηθούν εκτενώς κατά τη διάρκεια της ανάλυσης της παρούσας εργασίας μέσω της συλλογής, της εξέτασης και της ανάλυσης υπαρχουσών ερευνών όπως γίνεται αναφορά εν συνεχεία. Στη συνέχεια, η ανάδειξη βασικών πληροφοριών για τον τομέα της Δημόσιας Υγείας σε Ευρωπαϊκή Κλίμακα αλλά σε εθνικό επίπεδο, με έμφαση στη σημασία του, δίνοντας προτεραιότητα στα οικονομικά δεδομένα. Συνοψίζοντας, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ αποτυπώνονται με σκοπό τη δημιουργία συμπερασμάτων που θα ωθήσουν σε μία ευρύτερη και πιο εύρυθμη λειτουργία του θεσμικού συστήματος της Δημόσιας Υγείας.

**Λέξεις κλειδιά:** ΣΔΙΤ, value for money, δημόσια υγεία, επενδύσεις, κοινωνικά οφέλη, Ελλάδα, Ευρώπη.

## ABSTRACT

In an environment of modern society characterized by high uncertainty and constant changes, there is an increasing shift in Public Health, as a consequence of many social phenomena, such as the global financial crisis of 2008 and the ongoing pandemic of coronavirus disease worldwide. Public health is a field of conflict but also a fertile ground for creative and constructive dialogue. It is clear that the need to upgrade health services is urgent. This is reflected both in the economic indicators of the Member States, such as the proportion of public spending on health, and in the preferences and requirements of society, based on various studies and statistics from previous years. It is clear that the need to upgrade health services is urgent. This is reflected both in the economic indicators of the Member States, such as the proportion of public spending on health, and in the preferences and requirements of society, based on various studies and statistics from previous years. The institution of Public-Private Partnerships in the field of health services in Europe and Greece (PPPs) can indeed be an interesting alternative form of financing and promoting a higher level of health services. This argument is demonstrated through the analysis of the issues to be presented in this paper. At the initial level, the definition of the main central issue is given, i. e. what are the private-public partnerships in the field of health care services, the axes of analysis include three main axes - research questions : what are the social benefits and advantages created by the implementation of PPP systems in the health sector at European level, what are the dysfunctions and social inequalities created by the implementation of PPP systems in the health sector at European level and how can PPPs in the health sector in Greece be compared with those in Europe in combination with the question whether there is useful information, which the Greek case can draw on in relation to the European ones and how it can apply them. The aforementioned research questions needed to be answered extensively during the analysis of this thesis through the collection, review and analysis of existing research as reported below. Then, the highlighting of key information on the Public Health sector at European Scale but at national level, emphasising its importance, with priority given to economic data. In summary, the advantages and disadvantages arising from the implementation of PPPs are outlined in order to draw conclusions that will lead to a broader and better functioning of the institutional system of Public Health.

**Keywords:** PPP, value for money, public health care, investments, social benefits, Greece, Europe

# Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

## 1.1 Ορισμός των Συμπράξεων Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ)

Από την δεκαετία του 1990 και μετά, τόσο στις ευρωπαϊκές όσο και στις παγκόσμιες οικονομίες, παρουσιάζεται μία τάση για την συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην χρηματοδότηση, κατασκευή, διαχείριση και παροχή υπηρεσιών και υποδομών που παραδοσιακά παρέχονταν από τον δημόσιο τομέα. Πιο συγκεκριμένα, αφορά την συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην κατασκευή, διαχείριση και παροχή διαφόρων «δημοσίων αγαθών και υποδομών» όπως π.χ. αυτοκινητόδρομοι σιδηρόδρομοι, αεροδρόμια, λιμάνι, υπηρεσίες ύδρευσης και ηλεκτρικού, σχολεία και εκπαιδευτικές υπηρεσίες, και νοσοκομεία και υπηρεσίες υγείας (Vecchi & Hellowell, 2018). Το κύριο επιχείρημα για την συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα για την κατασκευή / διαχείριση / παροχή αυτών των δημοσίων υπηρεσιών και αγαθών είναι πως η τεχνογνωσία και η εμπειρία του ιδιωτικού τομέα από την ανταγωνιστική αγορά μπορεί να εξασφαλίσει καλύτερη ποιότητα σε σχέση με το κόστος τους υπηρεσιών και υποδομών, κάτι που αναφέρεται και ως «Value for Money» (VfM), καθώς και πιο αποτελεσματικό διαχωρισμό ρίσκου και κόστους τόσο για τους ιδιώτες όσο και για τους δημόσιους φορείς που συμμετέχουν στο εκάστοτε έργο (Roerich et al., 2014). Μια τέτοια μορφή συνεργασίας ονομάζεται Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) ενώ στα αγγλικά αναφέρεται ως Public Private Finance (PPP).

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο της Παγκόσμιας Τράπεζας, η έννοια ΣΔΙΤ ορίζεται ως μία «μακροπρόθεσμη σχέση συμβολαίου μεταξύ μίας ιδιωτικής οντότητας και ενός δημόσιου οργανισμού για την παροχή ενός δημόσιου αγαθού ή υπηρεσίας, όπου η ιδιωτική οντότητα αναλαμβάνει σημαντικό βαθμό ρίσκου και ευθύνη διαχείρισης» (World Bank Institute, 2012, σελ. 11). Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή από την πλευρά της ορίζει τις ΣΔΙΤ ως «μορφές συνεργασίας μεταξύ δημοσίων αρχών και του κόσμου των επιχειρήσεων που έχουν ως σκοπό την εξασφάλιση της χρηματοδότησης, κατασκευής, ανανέωσης, διαχείρισης ή συντήρησης μιας υποδομής ή την παροχή μίας υπηρεσίας», (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2004, σελ. 3)

Παρόλο που υπάρχει μία ευρύτερη συζήτηση για τον ορισμό των ΣΔΙΤ, με διάφορους οργανισμούς και ερευνητές να παρουσιάζουν δικές τους προσεγγίσεις, μπορεί να γίνει εύκολα αποδεκτό πως αφορούν κάποια μορφή διαμοιρασμού ευθυνών και ρίσκου, μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για την κατασκευή/συντήρηση/διαχείριση υποδομών και υπηρεσιών δημοσίου συμφέροντος που παραδοσιακά πραγματοποιούνταν με την μόνο με την ευθύνη του δημόσιου/κρατικού τομέα.

Πέρα από το επιχείρημα για την τεχνογνωσία του ιδιωτικού τομέα και την καλύτερη διαχείριση του ρίσκου, ένα ακόμη επιχείρημα που προβάλλεται για την εφαρμογή των ΣΔΙΤ είναι η ανάγκη των κρατών για την καλύτερη διαχείριση του δημόσιου προϋπολογισμού και των δημοσίων εξόδων λαμβάνοντας υπόψιν και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν αρκετές στο θέμα του διεθνούς δανεισμού. Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές για την περίπτωση ορισμένων ευρωπαϊκών κρατών, εξαιτίας των κρίσεων δημοσίου χρέους που παρουσιάστηκαν κατά την δεκαετία του 2010 (Cruz & Marques, 2013). Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί πως παρόλο που στις ΣΔΙΤ συμμετέχει ο ιδιωτικός τομέας, σύμφωνα με τους Basu et al (2012) αυτές δεν θα πρέπει να συγχέονται με την ευρύτερη τάση των ιδιωτικοποιήσεων, μία πρακτική που είναι επίσης ιδιαίτερα εμφανής στην σύγχρονη εποχή.

Η τάση για τις ΣΔΙΤ συνδέεται σε σημαντικό βαθμό και με την έννοια του Value-for-Money ή VfM η οποία μπορεί να αποδοθεί ως η σχέση «ποιότητας προς τιμή». Τα κύρια επιχειρήματα σε αυτή την περίπτωση είναι πως μέσω της συμμετοχής και της τεχνογνωσίας του ιδιωτικού τομέα (Hodge & Greve, 2016):

- Θα παραχθούν υποδομές / υπηρεσίες ίδιας ποιότητας με αυτές του δημόσιου τομέα, αλλά με μικρότερο κόστος. Καθώς το κρατικό χρήμα προέρχεται και από την φορολογία των πολιτών, αυτό σημαίνει πως θα διασωθούν σημαντικοί πόροι για το κράτος, που θα μπορεί να διαθέσει σε άλλους τομείς, ή
- Θα παραχθούν υποδομές / υπηρεσίες καλύτερης ποιότητας με αυτές που θα παρείχε ο δημόσιος τομέας με κόστος σε επίπεδα παρόμοια με αυτά του δημοσίου. Το επιχείρημα εδώ είναι πως με τους ίδιους πόρους, ο πολίτης θα μπορεί να απολαύσει υποδομές καλύτερης ποιότητας.

Έχοντας ολοκληρώσει μία σύντομη παρουσίαση του ορισμού των ΣΔΙΤ, στην επόμενη ενότητα πραγματοποιείται συζήτηση σχετικά με την παρουσία τους στον τομέα της υγείας.

## **1.2 Οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας**

Οι ΣΔΙΤ στο τομέα της υγείας έχουν προκύψει ως ανάγκη για την εύρεση πόρων χρηματοδότησης και την αποφυγή επιβάρυνσης του κρατικού προϋπολογισμού, στηριζόμενες στο επιχείρημα πως η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα θα συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών / υποδομών. Επιπλέον παράγοντες που κάνουν ακόμη πιο αναγκαία την περαιτέρω εύρεση χρηματοδότησης είναι η γήρανση του πληθυσμού που παρουσιάζεται κυρίως στις δυτικές οικονομίες και που ήδη μεταβάλλει σημαντικά τόσο την ζήτηση όσο και την φύση των απαιτούμενων υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα με αυτό, η εξέλιξη

της τεχνολογίας έχει συμβάλλει στην δημιουργία νέων ιατρικών οργάνων αλλά και ιατρικών μεθόδων, οι οποίες προσφέρουν μεν ποιοτικότερες υπηρεσίες και αποτελέσματα, έχουν όμως και υψηλότερο κόστος (Basabih et al. 2012). Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες όμως λόγω της ιδιαίτερης σημασίας τόσο για το κράτος, όσο και για τους πολίτες πρέπει να είναι προσβάσιμες σε όλους με χαμηλό κόστους. Οι ΣΔΙΤ θεωρήθηκαν ως ο τρόπος που θα συνδυάσει την τεχνογνωσία και την διαχείριση του κόστους και ποιότητας του ιδιωτικού τομέα με τους κανονισμούς και της υποχρεώσεις για την παροχή υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο τομέα (Basabih et al. 2021).

Οι δύο κύριες μορφές που μπορεί να πάρουν οι ΣΔΙΤ είναι της «σύναψης συμβολαίων» (contracting out) και των «παραχωρήσεων» (concessions) και παρουσιάζονται πιο αναλυτικά στον Πίνακα 1. Στην περίπτωση της σύναψης συμβολαίων, ο στόχος είναι να δοθούν από τον δημόσιο τομέα στον ιδιωτικό αρμοδιότητες όπως η παροχή υπηρεσιών, η κατασκευή/συντήρηση υποδομών, και η διαχείριση των προαναφερθέντων στοιχείων. Στην περίπτωση της σύναψης συμβολαίων για υπηρεσίες όπως η τροφοδοσία ή η χρήση ερευνητικών εγκαταστάσεων, ο κύριος σκοπός είναι να αξιοποιηθεί η τεχνογνωσία, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του ιδιωτικού τομέα που έχει αποκτηθεί από την ανταγωνιστική αγορά, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όσον αφορά το κομμάτι της διαχείρισης, εκεί γίνεται μεταφορά της διαχείρισης της δημόσιας μονάδας υγείας από τον δημόσιο τομέα στον ιδιωτικό. Σε αυτή την περίπτωση, ο ιδιώτης αναλαμβάνει την πλήρη ευθύνη για την διαχείριση και λειτουργία της μονάδας σε όλα τα επίπεδα, έχοντας παράλληλα την υποχρέωση να παρέχει το αναγκαίο προσωπικό και εξοπλισμό. Όσον αφορά τα συμβόλαια για κατασκευή, συντήρηση και παροχή εξοπλισμού, οι υποχρεώσεις που αναλαμβάνει ο ιδιώτης είναι οι προαναφερθείσες, ενώ στην περίπτωση των υβριδικών υπηρεσιών ο ιδιώτης αναλαμβάνει την υποχρέωση για παροχή τόσο εργασιών για υποδομές όσο και υπηρεσιών. Τέλος, στην περίπτωση των συμβολαίων ενοικίασης, ο ιδιώτης καταβάλλει ένα ενοίκιο στον δημόσιο φορέα έτσι ώστε να απολαμβάνει τα εισοδήματα από την διαχείριση της μονάδας (Nikolic & Maikisch, 2006).

**Πίνακας 1:** Βασικές μορφές ΣΔΙΤ στον τομέα υγείας

Συμβολαιακές σχέσεις	Ωφέλειες	Παραχωρήσεις
Συμβόλαια υπηρεσιών	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αποδοτικότητα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Στήριξη από κυβερνητικές εγγυήσεις / παροχή άλλων οικονομικών κινήτρων</li> <li>Στήριξη από την κυβέρνηση ή</li> </ul>
Συμβόλαια διαχείρισης		
Συμβόλαια για κατασκευή, συντήρηση		

και παροχή εξοπλισμού	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ποιότητα</li> <li>• Διαμοιρασμός ρίσκου και κόστους</li> </ul>	άλλες δημόσιες αρχές μέσω συμβολαίων αγοράς
Υβριδικά συμβόλαια (πχ κατασκευή υποδομών και παροχή υπηρεσιών)		Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής χρηματοδότησης
Συμβόλαια ενοικίασης		Άλλες μορφές στήριξης / παραχωρήσεων που δεν περιλαμβάνουν κυβερνητικές εγγυήσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκποιήσεις / ιδιωτικοποιήσεις</li> <li>• Ελεύθερη είσοδος</li> <li>• Άλλο τρόποι, όπως πχ φορολογικές ελαφρύνσεις</li> </ul>

Πηγή: Nikolic & Maikisch (2006)

Στην περίπτωση των παραχωρήσεων (concessions), η διαχείριση των ακινήτων παραμένει στην δημόσιο τομέα, ενώ η επιχείρηση έχει την ευθύνη για την διαχείριση, λειτουργία και συντήρηση των ακινήτων αυτών. Το σημαντικό χαρακτηριστικό στην περίπτωση των παραχωρήσεων είναι πως η ιδιωτική επιχείρηση αναλαμβάνει μεγαλύτερο ρίσκο, κάτι όπως που μπορεί να ισοσταθμιστεί με εγγυήσεις που παρέχονται άμεσα ή έμμεσα από την δημόσιο τομέα. Η περίπτωση των πρωτοβουλιών ιδιωτικής χρηματοδότησης (Private Finance Initiatives ή PFI) παρόλο που στην ουσία είναι μια ακόμη περίπτωση παραχωρήσεων, έχει εξελιχθεί σε ξεχωριστή μορφή κατηγορίας ΣΔΙΤ και χρησιμοποιείται σε σημαντικό βαθμό στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σε αυτή την περίπτωση, μεγάλοι συνεταιρισμοί του ιδιωτικού τομέα συνάπτουν μακροχρόνια συμβόλαια με φορείς της Βρετανικής κυβέρνησης κυρίως για την χρηματοδότηση και κατασκευή μεγάλων επενδύσεων στον τομέα της υγείας. Όπως και οι άλλες μορφές ΣΔΙΤ, έτσι και η PFI συχνά γίνονται αντικείμενο αντιπαράθεσης σχετικά με τα κόστη και τις ωφέλειες που παρέχουν τόσο στις δύο πλευρές των συμμετεχόντων (κράτος / ιδιωτικές επιχειρήσεις) όσο και στον ευρύτερο πληθυσμό (Nikolic & Maikisch, 2006).

Όσον αφορά τις άλλες μορφές παραχωρήσεων, στην περίπτωση των εκποιήσεων / ιδιωτικοποιήσεων γίνεται εξ' ολοκλήρου πώληση μίας μονάδας υγείας από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα, με αντίστοιχη μεταφορά της ιδιοκτησίας, διαχείρισης και του εμπορικού ρίσκου. Στην περίπτωση της «ελεύθερης εισόδου» ο ιδιώτης μπορεί να συνεργαστεί με τον δημόσιο τομέα χωρίς την ανάγκη σύναψης συμβολαίου (πχ μπορεί να γίνει μέσω franchising).

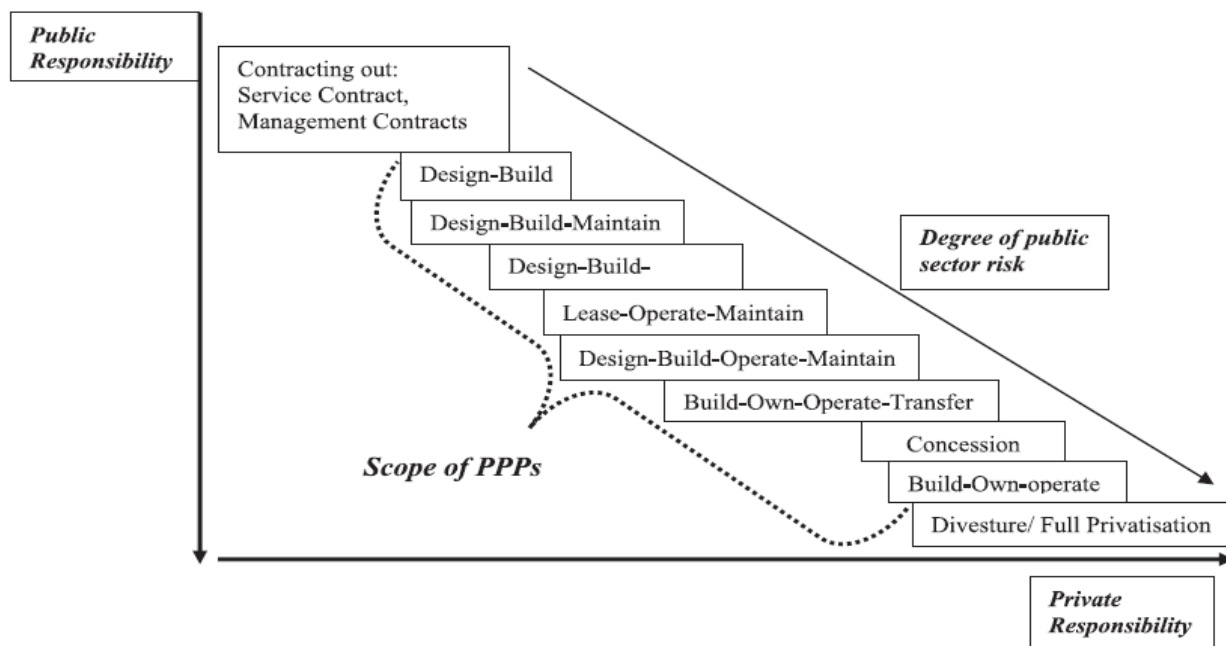
Τέλος, ο δημόσιος τομέας μπορεί να παρέχει περαιτέρω διευκολύνσεις στον ιδιωτικό τομέας όπως π.χ. με την μορφή φορολογικών ελαφρύνσεων (Nikolic & Maikisch, 2006). Συνεχίζοντας την παραπάνω συζήτηση, τα μοντέλα με τα οποία παρουσιάζονται οι ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας, αναφορικά με το θέμα των νοσοκομείων μπορούν να λάβουν τις ακόλουθες μορφές (McKee at al., 2006):

**Πίνακας 2:** Μοντέλα ΣΔΙΤ στην περίπτωση των νοσοκομειακών μονάδων

<b>Μοντέλο</b>	<b>Περιγραφή</b>
Franchising	Η δημόσια αρχή προχωράει στην σύναψη συμβολαίου με ιδιωτική εταιρία για την διαχείριση υπάρχοντος νοσοκομείου
DBFO (design, build, finance, operate)	Η ιδιωτική επιχείρηση σχεδιάζει τις υποδομές βάση των απαιτήσεων της δημόσιας αρχής, κτίζει τις υποδομές, χρηματοδοτεί το κεφαλαιακό κόστος και είναι υπεύθυνη για την λειτουργία των υποδομών.
BOO (build, own, operate)	Η δημόσια αρχή αγοράζει τις υπηρεσίες της ιδιωτικής επιχείρησης για μία συγκεκριμένη περίοδο (συνήθως 30 έτη). Μετά από αυτή την περίοδο, η ιδιοκτησία της υποδομής περνάει στον ιδιωτικό πάροχο.
BOOT (build, own, operate, transfer)	Η δημόσια αρχή αγοράζει τις υπηρεσίες της ιδιωτικής επιχείρησης για μία συγκεκριμένη περίοδο. Μετά από την περίοδο αυτή η ιδιοκτησία της υποδομής περνάει στον δημόσιο τομέα.
BOLB (buy, own, lease back)	Η υποδομή χτίζεται από την ιδιωτική επιχείρηση. Στην συνέχεια αυτή ενοικιάζεται στην δημόσια αρχή, η οποία την διαχειρίζεται.
Alzira model	Η ιδιωτική επιχείρηση κτίζει και έχει την διαχείριση του νοσοκομείου. Παράλληλα έχει συμβόλαιο με τον κράτος για την εξυπηρέτηση ενός συγκεκριμένου πληθυσμού.

Πηγή: McKee at al., 2006

**Εικόνα 1:** Καταμερισμός των ευθυνών και του ρίσκου στις διάφορες μορφές ΣΔΙΤ.



Πηγή: Roehrich et al. 2014

Στην Εικόνα 1 παρουσιάζεται η μεταβολή των παραγόντων του ρίσκου και ευθύνης μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στις διάφορες μορφές ΣΔΙΤ. Όπως φαίνεται, υπάρχουν αρκετές μορφές που μπορούν να ικανοποιήσουν φορείς τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα, ανάλογα με τον βαθμό ρίσκου και ευθύνης που επιθυμούν να αναλάβουν.

Παρόλα αυτά η χρήση των ΣΔΙΤ στο τομέα της δημόσιας υγείας έχει δεχτεί και σημαντικές κριτικές όσον αφορά το θέματα του διαχωρισμού των ευθυνών μεταξύ κράτους και ιδιώτη, την διαφάνεια στην χρήση των ποσών χρηματοδότησης, την αποφυγή δημιουργίας μονοπωλίων και την μετατροπή των συγκεκριμένων έργων σε κερδοσκοπικές επιχειρήσεις (Nasios & Foradoula, 2021). Παράλληλα θα πρέπει να σημειωθεί επίσης πως η συζήτηση για την αποτελεσματικότητα των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας πολλές φορές δεν εστιάζεται τόσο στην αντικειμενική μελέτη των αποτελεσμάτων, αλλά αντιθέτως επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τις πολιτικές και κοινωνικές αντιλήψεις των διαφόρων πλευρών που είναι υπέρ ή κατά των ΣΔΙΤ. Αυτό, θολώνει πολλές φορές την κατάσταση και δεν επιτρέπει την λήψη αποφάσεων με αντικειμενικά δεδομένα (McKee et al., 2006).

Οι Kostyak et al. (2017) εστίασαν στην χρήση των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας σε χώρες με χαμηλά προς μεσαία επίπεδα εισοδημάτων και κατέληξαν πως οι ΣΔΙΤ παρέχουν προτερήματα όπως καλύτερη χρήση των πόρων, βελτίωση των συνθηκών των πολιτών στο θέμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, βελτίωση της ποιότητας των ερευνών, βελτίωση



των πρωτοκόλλων και διαδικασιών θεραπείας και καλύτερη χρήση και εφαρμογή της τεχνολογίας και ιατρικής τεχνογνωσίας. Από την άλλη όμως, οι Kostyak et al. (2017) στην μελέτη τους αναγνωρίζουν πως αρκετά προβλήματα μπορεί να προκύψουν από την δυσπιστία των πλευρών που συνεργάζονται, ο οποίος μπορούν να οδηγήσουν σε κακοδιαχείριση των πόρων και σε ελάχιστα έως και αρνητικά αποτελέσματα.

Το θέμα των ωφελειών των ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας εξετάστηκε και από τους Torchia et al. (2015). Ένα από τα συμπεράσματα που έβγαλαν είναι πως για να αποτελούν οι ΣΔΙΤ την καλύτερη δυνατή λύση, θα πρέπει να συντρέχουν και άλλοι παράγοντες, όπως η βέλτιστη κατανομή του ρίσκου και των ευθυνών, η εστίαση στην μακροχρόνια απόδοση της επένδυσης, η επιλογή των κατάλληλων συνεργατών από τον ιδιωτικό τομέα, η διαφάνεια στις σχέσεις και συναλλαγές των ιδιωτικών / δημόσιων φορέων και η συνεχής στόχευση για την ικανοποίηση των αναγκών του δημοσίου συμφέροντος.

Η ανωτέρω συζήτηση δείχνει πως η χρήση των ΣΔΙΤ δεν επαρκεί από μόνη της για να κάνει μία δημόσια επένδυση ως οικονομική και αποδοτική. Αντιθέτως θα πρέπει να ικανοποιούνται αρκετοί παράγοντες, ώστε η ΣΔΙΤ να μπορεί να θεωρηθεί ως η βέλτιστη δυνατή λύση σε σύγκριση με τις υπόλοιπες που είναι διαθέσιμες. Έχοντας αυτό υπόψιν, στην ακόλουθη ενότητα παρουσιάζονται τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα, στην απάντηση των οποίων θα εστιάσει η παρούσα μελέτη.

### **1.3: Βασικά ερευνητικά ερωτήματα**

Με βάση τα ανωτέρω, τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα μπορούν να καθοριστούν στα εξής τρία:

1. Ποιες είναι οι κοινωνικές ωφέλειες και πλεονεκτήματα που δημιουργούνται από την εφαρμογή των συστημάτων ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο;
2. Ποιες είναι οι δυσλειτουργίες και κοινωνικές ανισότητες που δημιουργούνται από την εφαρμογή των συστημάτων ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο;
3. Πως μπορεί να συγκριθούν οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στο Ελληνικό επίπεδο σε σχέση με τις ευρωπαϊκές; Τι χρήσιμες πληροφορίες μπορεί να αντλήσει η Ελληνική περίπτωση σε σχέση τις ευρωπαϊκές και πως μπορεί να τις εφαρμόσει;

Στόχος των απαντήσεων που θα δοθούν στα παραπάνω ερωτήματα είναι να δοθεί στον αναγνώστη μια ουσιαστική πληροφόρηση σχετικά με την εφαρμογή των συστημάτων ΣΔΙΤ

στον τομέα της υγείας, τόσο σε ευρωπαϊκό και ελληνικό επίπεδο. Οι απαντήσεις που θα προκύψουν από τη έρευνα θα δώσουν στοιχεία τόσο για τον τρόπο για τον τρόπο που εφαρμόζονται οι ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες, όσο και για τα προτερήματα και μειονεκτήματα που φαίνεται πως έχουν μέχρι τώρα, σε σχέση με την κάλυψη των αναγκών για την παροχή υγείας στους πολίτες χωρίς διακρίσεις. Τέλος σύγκριση θα γίνει μεταξύ των σχετικών ευρωπαϊκών πρωτοβουλιών με τις ελληνικές, έτσι ώστε να βρεθούν στοιχεία στα οποία οι δεύτερες χρήζουν βελτίωσης, αλλά και στοιχεία στα οποία υπερτερούν.

#### **1.4 Δομή εργασίας**

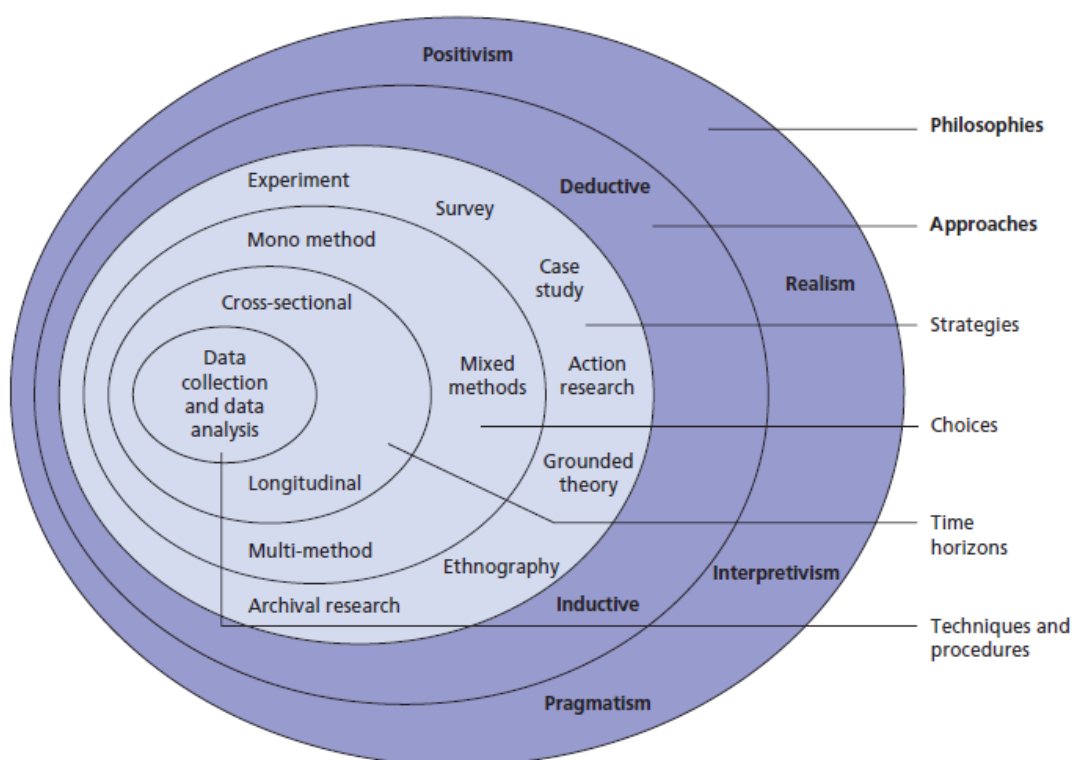
Έχοντας ολοκληρώσει το εισαγωγικό κεφάλαιο, η δομή της υπόλοιπης πτυχιακής θα έχει ως εξής: Στο δεύτερο κεφάλαιο θα παρουσιαστεί η μεθοδολογία με την οποία έγινε η συλλογή στοιχείων που θα χρησιμοποιηθούν στην μελέτη. Στο τρίτο κεφάλαιο, θα παρουσιαστούν περιπτώσεις επιλεγμένων ευρωπαϊκών χωρών (Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία, Σουηδία) στο θέμα της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στο τομέα της υγείας όπως και η περίπτωση της Ελλάδας. Στο τέταρτο κεφάλαιο θα συγκριθούν οι δύο περιπτώσεις (ευρωπαϊκές χώρες και Ελλάδα) και από τα αποτελέσματα που θα εξαχθούν θα δοθούν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις της ερευνάς και θα εξαχθούν συμπεράσματα.

## Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογία

### 2.1 Ταυτότητα της έρευνας

Η ερευνητική προσέγγιση για την παρούσα πτυχιακή βασίστηκε κυρίως στο «κρεμμυδόσχημο» μοντέλο έρευνας, κατά Saunders et al (2009) όπως αυτό παρουσιάζεται στην Εικόνα 2. Η σημασία αυτό του μοντέλου έγκειται στο ότι δεν περιορίζεται μόνο σε μία συγκεκριμένο στάδιο ή πρακτική. Αντιθέτως συμπεριλαμβάνει όλα τα βήματα, από την διαμόρφωση της «ερευνητικής φιλοσοφίας» (εξωτερικός δακτύλιος) και περνώντας διάφορα στάδια, φτάνοντας μέχρι τον κεντρικό πυρήνα που είναι αυτός της «συλλογής και ανάλυσης δεδομένων».

Εικόνα 2: Κρεμμυδόσχημο Μοντέλο έρευνας Saunders



Πηγή: Saunders et al., (2009)

Ξεκινώντας από το στάδιο της ερευνητικής φιλοσοφίας, αυτές με το μοντέλο Saunders μπορούν να χωριστούν στις:

- Θετικισμός (Positivism): Η βάση αυτής της φιλοσοφίας είναι να κρατηθεί μία ουδέτερη στάση από την ερευνητή, ενώ ο σκοπός είναι να γίνει επεξεργασία των δεδομένων έτσι ώστε να δημιουργηθούν γενικεύσεις μεταξύ των σχέσεων των μεταβλητών, όπως δημιουργούνται και στην περίπτωση των φυσικών επιστημών.

- **Ρεαλισμός (Realism):** Η βάση του ρεαλισμού είναι πως υπάρχει μία αντικειμενική πραγματικότητα η οποία είναι ανεξάρτητη από πνευματικές διεργασίες των ανθρώπων. Υφίσταται δηλαδή αυτόνομα, χωρίς να επηρεάζεται και να διαμορφώνεται από τις ανθρώπινες πνευματικές διεργασίες. Ομοιάζει με την φιλοσοφία του Θετικισμού, καθώς βασίζεται στην προσέγγιση πως η γνώση μπορεί να δημιουργηθεί μόνο μέσω της χρήσης των επιστημονικών μεθόδων. Αυτή η φιλοσοφική προσέγγιση έχει και δύο υποκατηγορίες: τον άμεσο ρεαλισμό (direct realism) και τον κριτικό ρεαλισμό (critical realism). Ο άμεσος ρεαλισμός υποστηρίζει πως οι ανθρώπινες αισθήσεις επαρκούν για να καταγράψουν την πραγματικότητα. Αντιθέτως, ο κριτικός ρεαλισμός θεωρεί πως ενώ μεν καταγράφουμε τις εμπειρίες μέσω των ανθρώπινων αισθήσεων, αυτό επαρκεί για να καταγράψει την ουσιαστική πραγματικότητα, καθώς οι αισθήσεις μας έχουν περιορισμούς και μπορεί να καταγράψουν μία στρεβλή ή ελλιπή εικόνα.
- **Ερμηνευτισμός (Interpretivism):** Η προσέγγιση του ερμηνευτισμού θεωρεί πως οι τρόποι που εφαρμόζουν ο Θετικισμός και ο Ρεαλισμός είναι αρκετά περιοριστικοί, καθώς αντιμετωπίζουν τους δρώντες ανθρώπους μόνο ως φυσικά αντικείμενα. Παραγνωρίζουν την κοινωνική δυναμική και τις σχέσεις που διαμορφώνουν οι άνθρωποι και προσπαθούν να τους ερμηνεύσουν σαν άψυχα στοιχεία που χρησιμοποιούνται σε ένα πείραμα θετικών επιστημών. Η χρήση του ερμηνευτισμού δεν αρκείται μόνο στην καταγραφή σχέσεων και δεδομένων, αλλά εστιάζει περαιτέρω στην κατανόηση και ερμηνεία των κινήτρων ωθούν τα άτομα στις πράξεις τους.
- **Πραγματισμός (Pragmatism):** Η φιλοσοφία του Πραγματισμού εστιάζει στο να αποτελέσει μία πιο ευέλικτη λύση ανάμεσα στις δυο πιο «ακραίες» προσεγγίσεις του Ερμηνευτισμού και του Θετικισμού. Αντιθέτως, ο Πραγματισμός θεωρεί πως οι φιλοσοφίες του Ερμηνευτισμού και του Θετικισμού αποτελούν μέρος ενός ευρύτερου φάσματος προσεγγίσεων, και οι απαντήσεις μπορούν να βρεθούν σε μέσα σε αυτό το φάσμα, ακόμη και με την χρήση διαφορετικών μεθόδων.

Όσον αφορά την περίπτωση των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, είναι ένα αντικείμενο, το οποίο μπορεί να προσεγγιστεί τόσο με αντικειμενικά κριτήρια (πχ χρηματικό κόστος) αλλά και υποκειμενικά (πολιτικές και κοινωνικές προσεγγίσεις για την παρουσία ιδιωτών στην υγεία). Όπως φαίνεται, το θέμα του είναι ιδιαίτερα σύνθετο καθώς περιλαμβάνει πληθώρα παραγόντων, όπως οικονομικά στοιχεία, αλλά και κοινωνικές αντιλήψεις. Για αυτό τον λόγο, η φιλοσοφική προσέγγιση που θα εφαρμοστεί στην παρούσα μελέτη, θα είναι αυτή του Πραγματισμού, προκειμένου να υπάρχει η αναγκαία ευελιξία στην ανάλυση και ερμηνεία των δεδομένων και των ευρημάτων.

Ο δεύτερος δακτύλιος του μοντέλου Saunders et al. (2009) αφορά το θέμα της ερευνητικής προσέγγισης. Συγκεκριμένα, αναγνωρίζει δυο μορφές προσεγγίσεων:

- Συμπερασματική (deductive) προσέγγιση: Η συμπερασματική προσέγγιση βασίζεται στην διαμόρφωση υποθέσεων από τους ερευνητές. Οι ερευνητές θα συλλέξουν τα δεδομένα και εφαρμόζοντας τις μεθόδους που έχουν επιλέξει θα παράγουν αποτελέσματα τα οποία θα επιβεβαιώσουν ή θα διαψεύσουν τις συγκεκριμένες υποθέσεις.
- Επαγωγική (inductive) προσέγγιση: Σε αντίθεση με την Συμπερασματική προσέγγιση που προέκυψε από τις θετικές επιστήμες, η Επαγωγική έρευνα προέκυψε από τις κοινωνικές επιστήμες. Παρόλο που μια σχέση αιτίας – αιτιατού μπορεί να εξηγήσει εύκολα τον φυσικό κόσμο, κάτι τέτοιο ίσως να μην είναι το βέλτιστο για να εξηγήσει τις σχέσεις των ατόμων μέσα σε μια κοινωνία, λόγω της πληθώρας των αντιλήψεων και απόψεων που υπάρχουν. ΜΕ την επαγωγική μέθοδο μελετούνται οι απόψεις, αντιλήψεις και δραστηριότητες τόσο ατόμων όσο και κοινωνικών ομάδων, και οι θεωρίες προκύπτουν ύστερα από την σύνθεση αυτών των παρατηρήσεων.

Στην παρούσα μελέτη η προσέγγιση που θα χρησιμοποιηθεί είναι η επαγωγική. Παρόλο που δεν θα εξεταστούν άτομα, αντικείμενο μελέτης θα αποτελέσουν διάφορες επιστημονικές έρευνες που παρουσιάζουν αποτελέσματα αλλά και εκφράζουν απόψεις. Μέσα από την σύνθεση αυτών των αποτελεσμάτων και των απόψεων θα διαμορφωθούν τα συμπεράσματα για τις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας και θα παρουσιαστεί και μία θεώρηση για αυτές.

Στον τρίτο δακτύλιο του μοντέλου Saunders et al. (2009) συναντάται ο παράγοντας της «ερευνητικής στρατηγικής». Συγκριμένα αναγνωρίζονται επτά ερευνητικές στρατηγικές: α) Πειραματισμός (experiment), β) Ερευνητική Επιθεώρηση (survey) γ) Μελέτη Περίπτωσης (case study), δ) Έρευνα Δράσης (action research), ε) Θεμελιωμένη Θεωρία (grounded theory), ζ) Εθνογραφική έρευνα (ethnography), η) Αρχειακή Έρευνα (archival research).

Η ερευνητική στρατηγική στην παρούσα μελέτη θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μία μορφή μελέτης περιπτώσεως. Συγκεκριμένα θα είναι μία μορφή μελέτης πολλαπλών περιπτώσεων (Multiple case studies) καθώς θα εξεταστεί οι τρόποι με τους οποίους εφαρμόστηκαν ΣΔΙΤ σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες καθώς και τα αποτελέσματα που απέφεραν.

Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη θα χρησιμοποιηθεί η περίπτωση του Mono-method. Αυτό διότι η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων θα βασιστεί αποκλειστικά στην

Δευτερογενή ανάλυση (secondary analysis). Η συγκεκριμένη μορφή ανάλυσης βασίζεται στην συλλογή δεδομένων τα οποία έχουν ήδη συλλεχθεί και επεξεργαστεί σε κάποιο βαθμό από άλλους ερευνητές (Bryman & Bell, 2011). Για παράδειγμα, στην παρούσα μελέτη θα γίνει αναφορές για τις ΣΔΙΤ σε μία συγκεκριμένη χώρα, χωρίς η φοιτήτρια να έχει κατ' ανάγκη ταξιδέψει στην συγκεκριμένη χώρα για την συλλογή δεδομένων. Αντιθέτως, αυτά τα δεδομένα θα έχουν συλλεχθεί από τις ανάλογες ερευνητικές μελέτες που θα συλλεχθούν και θα χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια της παρούσα μελέτης.

Σχετικά με τον χρονικό ορίζοντα, σύμφωνα με το μοντέλο Saunders οι έρευνες μπορούν να χωριστούν στις Συγχρονικές (Cross-sectional) και στις Διαχρονικές (Longitudinal). Όπως υποδηλώνεται από τα ονόματά τους, οι Συγχρονικές έρευνες εστιάζουν στην μελέτη των δεδομένων σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Αντιθέτως οι Διαχρονικές εστιάζουν στην μελέτη των συγκεκριμένων δεδομένων σε βάθος χρόνου. Στην παρούσα μελέτη, οι έρευνες που συλλέχθηκαν για την κάθε χώρα προέρχονται από μεγάλη χρονική περίοδο. Αυτό έχει το αποτέλεσμα να εκφράζουν την εξέλιξη των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας σε μία χώρα σε βάθος χρόνου. Επομένως θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως Διαχρονικές.

Συμπυκνώνοντας τα ανωτέρω, και βάση με το μοντέλο Saunders et al. (2008) θα μπορούσε να ειπωθεί η παρούσα μελέτη έχει τα εξής στοιχεία:

- Ερευνητική Φιλοσοφία: Πραγματισμός
- Ερευνητική Προσέγγιση: Επαγωγική
- Ερευνητική Στρατηγική: Πολλαπλές Μελέτες περιπτώσεων
- Ερευνητικές επιλογές: Mono Method – Δευτερογενής ανάλυση με την χρήση υπαρχόντων μελετών για βιβλιογραφική ανασκόπηση
- Χρονικός ορίζοντας: Διαχρονική έρευνα.

Εξετάζοντας τα ανωτέρω, το μόνο κομμάτι του μοντέλου Saunders et al. (2008) που δεν έχει συζητηθεί έως τώρα είναι αυτό ο «πυρήνας του κρεμμυδιού», δηλαδή το κομμάτι της συλλογής και ανάλυσης δεδομένων. Αυτό παρουσιάζεται στην ενότητα που ακολουθεί:

## **2.2 Συλλογή και ανάλυση δεδομένων**

Ο τρόπος που επιλέχθηκε για την διεξαγωγή αυτής της μελέτης είναι η συλλογή, εξέταση και ανάλυση υπαρχουσών ερευνών πάνω στο θέμα των ΣΔΙΤ στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. Η συλλογή αυτών των ερευνών έγινε μέσω των ιστότοπων του Google Scholar αλλά και του Pubmed. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Private Public Partnership,

PPP, Public Finance Initiative, PFI, Value for Money, VFM, effectiveness, benefit, efficiency. Για την περίπτωση της Ελλάδος χρησιμοποιήθηκαν και οι λέξεις κλειδιά Συμπράξεις Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα, ΣΔΙΤ. Στην περίπτωση των αγγλικών λέξεων κλειδιά αυτές συνδυάστηκαν και με ονόματα χωρών και περιοχών, όπως Europe, England, United Kingdom, France, Portugal, Italy, Spain, Greece, Sweden.

Πέρα από την Ελλάδα, η επιλογή των χωρών επηρεάστηκε από τις χώρες που έκαναν πιο συχνά την εμφάνιση τους στα αποτελέσματα αναζήτησης. Χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ιταλία είχαν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σε σχέση με άλλες χώρες, όπως πχ η Γερμανία. Αυτό ίσχυε ακόμη και όταν η αναζήτηση στο Google Scholar γινόταν βάζοντας το όνομα της χώρα, πχ Germany. Σε αυτό το στάδιο, προτιμήθηκε η εστίαση στην συλλογή δεδομένων από τις χώρες που είχαν μεγαλύτερη συχνότητά στα αποτελέσματα των αναζητήσεων για τις ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας.

Σχετικά με τον χρονικό ορίζοντα τέθηκαν τα όρια 2000- 2023. Ο στόχος ήταν τόσο η συλλογή στοιχείων που θα επιτρέψουν την αναγνώριση των τάσεων των ΣΔΙΤ στις συγκεκριμένες χώρες σε βάθος χρόνου, όσο και χρήση όσο πιο πρόσφατων δεδομένων είναι δυνατόν.

Οι έρευνες που συγκεντρώθηκαν, πέρασαν από ανάγνωση από όπου συγκεντρώθηκαν τα αναγκαία στοιχεία για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Συγκεκριμένα συγκεντρώθηκαν αρχικά, συνολικά 76 μελέτες για τις 7 χώρες που εξετάζονται (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3:** Αριθμός ερευνών που συλλέχτηκαν αρχικά για τις χώρες που εξετάζονται στην μελέτη

	<b>Χώρα</b>	<b>Αριθμός ερευνών</b>
1	Ηνωμένο Βασίλειο	14
2	Ιταλία	14
3	Γαλλία	13
4	Σουηδία	12
5	Ελλάδα	9
6	Ισπανία	6
7	Πορτογαλία	8
	<b>Σύνολο</b>	<b>76</b>

Από τις 76 έρευνες που συλλέχθηκαν απορρίφθηκαν οι 47. Οι λόγοι απόρριψης ήταν:

- Έρευνες που είχαν συλλεχθεί δύο ή περισσότερες φορές: 19 έρευνες
- Έρευνες που ύστερα από ανάγνωση της περίληψης και του κειμένου δεν σχετίζονται άμεσα με το αντικείμενο της παρούσας μελέτης: 28 έρευνες

**Πίνακας 4:** Έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη

	Χώρα	Αριθμός ερευνών	Έρευνες
1	Ηνωμένο Βασίλειο	5	Holmes et al. (2006); Navarro-Espigares & Hernandez-Torres (2009); Eadie et al., 2013; Demirag, 2015; Santandrea et al. (2016).
2	Ιταλία	5	Barreta & Ruggiero (2008); Vecchi et al. (2010); Cappellaro & Longo, (2011); Barros et al., (2014); Vecchi et al (2020)
3	Πορτογαλία	5	Cruz & Marques (2013); Pereira et al. (2020); Fereira & Marques (2021); Carvalho & Rodrigues (2022) ; Carvalho & Rodrigues (2023)
4	Γαλλία	5	Demotes-Mainard et al., (2006); Navarro-Espigares & Hernandez-Torres, (2009);Rosset et al., (2015); Bergere, (2016); Simonet, (2021)
5	Σουηδία	4	Nikolic & Maikisch, (2006); Dahlgren, (2014); Waluszewski et al., (2018); Waluszewski et al., (2019).
6	Ελλάδα	3	Kordi et al. (2010) ; Kyloudis et al., (2012); Chatzipoulidis et al., (2017)
7	Ισπανία	2	Acerete et al., (2011); Caballer-Tarazona & Vivas-Consuelo (2016);
	<b>Σύνολο</b>	<b>29</b>	

Ύστερα από τα ανωτέρω βήματα, ένα σύνολο αποτελούμενο από 29 έρευνες (38,16% του αρχικού συνόλου, χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν τελικά στην παρούσα μελέτη και ανά χώρα, εμφανίζονται στον Πίνακα 4.

Τα αποτελέσματα από την επεξεργασία και ανάλυση των ανωτέρω ερευνών παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 3 που ακολουθεί.



## **Κεφαλαίο 3: Παρουσίαση περιπτώσεων ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας σε ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα**

### **3.1 Εισαγωγή**

Σκοπός της παρούσης ενότητας είναι να εξεταστούν επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης στις οποίες έχουν εφαρμοστεί τα συστήματα ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, θα εξεταστούν τόσο ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόστηκαν όσο και τα αποτελέσματά τα οποία επέφεραν στις χώρες αυτές. Οι χώρες που επιλέχθηκαν και εξετάζονται είναι αυτές της Γαλλίας, Ελλάδας, Ισπανίας, Ιταλίας Πορτογαλίας, Σουηδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου. Σκοπός είναι να απεικονιστεί όχι μόνο ο τρόπος για το πως πραγματοποιούνται οι ΣΔΙΤ στις συγκεκριμένες χώρες, αλλά κυρίως για να συζητηθεί η ποιότητα των αποτελεσμάτων τους, κοινωνικών και οικονομικών, στις περιοχές και στους πληθυσμούς όπου εφαρμόστηκαν.

### **3.2 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Ηνωμένο Βασίλειο**

Η περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην περίπτωση των ΣΔΙΤ. Παρόλο που η συγκεκριμένη πρακτική νομοθετήθηκε το 1992 και εφαρμόζεται σε διάφορους κλάδους από τότε, συμπεριλαμβανομένης και της υγείας (Eadie et al., 2013), το 2018 πάρθηκε από το Βρετανικό Κοινοβούλιο η απόφαση να μην συνεχίσει με αυτή την μορφή χρηματοδότησης. Αυτό έχει ως αποτελέσματα τα διάφορα έργα και επενδύσεις που πραγματοποιήθηκαν με αυτό τον τρόπο, να πρέπει να επιστρέψουν στην δημόσια αρχή όταν λήξει το συμβόλαιο μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Σε σχετική συζήτηση στο Βρετανικό κοινοβούλιο το 2021, παρουσιάστηκαν στοιχεία πως υπάρχουν πάνω από 700 τέτοια συμβόλαια ΣΔΙΤ σε διάφορους κλάδους, όπως σχολεία, οδικά δίκτυα και στον κλάδο της υγείας, και τα περισσότερα από αυτά θα ξεκινήσουν να λήγουν το 2024 ( UK Parliament, 2021). Το ενδιαφέρον σε αυτή την περίπτωση είναι πως το Ηνωμένο Βασίλειο κατά τα μέσα της δεκαετίας του 2010 έχει σημαντική δραστηριότητα στις επενδύσεις μέσω ΣΔΙΤ. Για παράδειγμα, κατά το έτος 2014 καταγράφηκαν 82 συμβόλαια ΣΔΙΤ στην Ευρώπη συνολικής αξίας 18.7 δισεκατομμυρίων ευρώ. Από αυτό το σύνολο συμφωνιών, στο Ηνωμένο Βασίλειο μόνο καταγράφηκαν 24 συμβόλαια ΣΔΙΤ (29,2% του συνόλου) αξίας 6,6 δισεκατομμυρίων ευρώ (35,2% του συνόλου) (Demirag, 2015). Μπορεί άνετα να ειπωθεί πως η το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν από τις πιο δραστήριες χώρες στο θέμα των ΣΔΙΤ σε ευρωπαϊκό επίπεδο, για αυτό και η πρόσφατη απόφαση για μη περαιτέρω χρήση τους χρήζει ιδιαίτερης μελέτης.

Η πιο τυπική μορφή που παίρναν τα συμβόλαια ΣΔΙΤ στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν αυτή του Private Finance Initiative (PFI). Αυτά ήταν μακροχρόνια συμβόλαια, τα οποία

καθόριζαν τις υποχρεώσεις των συμβαλλόμενων μερών για την κατασκευή και διαχείριση υποδομών. Συγκεκριμένα, οι κρατικές υπηρεσίες κατέβαλαν ποσά στους συνεταίρους του ιδιωτικού τομέα για την κατασκευή υποδομών ή/και παροχή υπηρεσιών. Οι συμμετέχοντες από τον ιδιωτικό τομέα, παρείχαν τις υπηρεσίες, όπως αυτές περιγράφονταν στο συμβόλαιο λαμβάνοντας πληρωμές από τον δημόσιο τομέα, προκειμένου να παρουσιάσουν κερδοφορία στους μετόχους τους. Η μέθοδος των συμβολαίων PFI ήταν και αυτή που χρησιμοποιήθηκε από το Βρετανικό σύστημα υγείας (National Health System – NHS) για τις σχετικές επενδύσεις.

Μια από τις πρώτες εφαρμογές με τις οποίες πραγματοποιήθηκαν οι ΣΔΙΤ στο Ηνωμένο Βασίλειο για τον τομέα της υγείας ήταν αυτή των Local Improvement Finance Trusts (LIFTs). Αυτό ήταν μία μορφή συνεργασίας μεταξύ τοπικών παρόχων υγείας και ιδιωτικών συμφερόντων για την δημιουργία και διαχείριση κέντρων υγείας για μακροχρόνιες περιόδους 20-25 ετών. Αυτές οι μορφές συνεργασίας προέκυψαν ως ένα μέσο για την κάλυψη της ανάγκης του εκσυγχρονισμού των υποδομών των κέντρων υγείας. Σύμφωνα με τους Holmes et al. (2006) κατά εκείνη την περίοδο είχε υπολογιστεί πως μόνο το 40% των χώρων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είχε χτιστεί αποκλειστικά για αυτό το σκοπό. Αντιθέτως, οι περισσότεροι χώροι που στεγάζονταν μονάδες υγείας ήταν αρχικά είτε οικίες είτε χώροι καταστημάτων οι οποίοι είχαν υποστεί μετατροπή. Παράλληλα, το 80% αυτών των χώρων είχαν διαστάσεις κάτω του προτεινόμενου μεγέθους. Παρόλο που οι Holmes et al. (2006) αναγνωρίζουν πως οι συνεργασίες LIFT παρέχουν ένα, εν δυνάμει, ισχυρό εργαλείο για την αντιμετώπιση των ελλείψεων των υποδομών υγείας σε τοπικό επίπεδο, σημειώνουν παράλληλα πως αυτή η μέθοδος ήταν καινοτόμα, για την περίοδο εκείνη, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν τα κατάλληλα εργαλεία για την μέτρηση και αξιολόγηση της σχέσης ποιότητας και τιμής (Value for Money / VfM). Εξαιτίας αυτού, τονίζουν τον κίνδυνο οι υπηρεσίες να παρέχονταν μέσω των συνεργασιών αυτών σε μεγαλύτερο κόστος από ότι αν παρέχονταν μόνο από τον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα. Αναφέρουν ενδείξεις πως το αντίτιμο που πλήρωνε ο δημόσιος τομέας για την χρήση του χώρου από τον ιδιώτη πάροχο, παρουσιάζεται υψηλότερο σε σχέση με αυτό που θα κατέβαλε εάν απλώς ενοικίαζε χώρους από τις τοπικές αγορές ακινήτων. Καταλήγοντας, οι Holmes et al. (2006) παίρνουν την στάση πως αυτή η υψηλότερη τιμή είναι ίσως το πραγματικό αντίτιμο για να γίνει παροχή υπηρεσιών υγείας σε τοπικές κοινότητες που δεν έχουν άλλες πιο προσεγγίσιμες και εφικτές λύσεις και θεωρούν πως πρέπει να δοθεί σημασία και σε αυτόν τον παράγοντα της «ευκολίας στην παροχή υπηρεσιών» και όχι μόνο στο χρηματικό κόστος.

Το ζήτημα της μεθόδου για την αξιολόγηση του VfM αναφορικά με τις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας για την περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου προσεγγίζεται και από τους Navarro-Espigares & Hernandez-Torres (2009). Όπως αναφέρουν, οι χρήσιμες των ΣΔΙΤ βραχυχρόνια παρέχει μια σημαντικά θετική σχέση ποιότητας και τιμής, καθώς η παρουσία του ιδιωτικού τομέα επιτρέπει την διενέργεια επενδύσεων και την παροχή υπηρεσιών, τις οποίες δεν θα κατάφερνε να φέρει εις πέρας μόνος του ο δημόσιος τομέας. Μαζί με αυτό επιτρέπει και την χρήση των πιο πρόσφατων τεχνολογιών. Όμως, ο σημαντικός αριθμός επενδύσεων που γίνονται τώρα μέσω ΣΔΙΤ μπορεί να προκαλέσει μελλοντικά προβλήματα, καθώς ο δημόσιος τομέας έχει την υποχρέωση, μέσω των συμβολαίων να καταβάλει τις σχετικές πληρωμές στους ιδιωτικούς παρόχους. Λόγω του αριθμού των επενδύσεων ΣΔΙΤ που πραγματοποιούνταν την εκείνη την χρονική περίοδο, ελλόχευε ο κίνδυνος ο κρατικός προϋπολογισμός για τις υπηρεσίες υγείας να εξαντλείται στις πληρωμές προς τους ιδιώτες, με αποτέλεσμα το κράτος να μην έχει τους απαραίτητους πόρους για να προχωρήσει σε δικές του κινήσεις στο μέλλον. Με βάση αυτό, οι Navarro-Espigares & Hernandez-Torres (2009) φέρουν στο προσκήνιο το επιχείρημα πως η σχέση ποιότητας – τιμής των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας δεν πρέπει να προσεγγίζεται μόνο με τις βραχυχρόνιες ωφέλειες, αλλά πρέπει να εστιάζει και στις μελλοντικές επιπτώσεις που θα έχει ευρύτερη στην δυνατότητα συντήρησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Το θέμα του VfM των ΣΔΙΤ προσεγγίστηκε διαφορετικά από τους Eadie et al. (2013), οι οποίοι διεξήγαγαν έρευνα με ερωτηματολόγια τα απέστειλαν σε οργανισμούς που είχαν συμμετέχει σε συμφωνίες PPP/PFI στον τομέα της υγείας και των μεταφορών. Σκοπός τους ήταν να καταγράψουν την γνώμη οργανισμών που είχαν συμμετέχει σε τέτοιες συμφωνίες για το κατά πόσο οι ΣΔΙΤ μπορούν να συνεισφέρουν στην παροχή της «βέλτιστης αξίας» (Best Value ή BV). Σε γενικές γραμμές, τόσο η πλειοψηφία των συμμετεχόντων από τον τομέα της υγείας, όσο και από τον τομέα των μεταφορών, κατέληξαν πως οι συμφωνίες ΣΔΙΤ δεν παρέχουν την «βέλτιστη αξία» όσο αφορά την παροχή δημοσίων έργων. Παρόλα αυτά όμως συμφωνούν πως τα έργα που πραγματοποιούνται μέσω συμφωνιών ΣΔΙΤ παρέχουν συγκριτικά καλύτερη αξία με τις άλλες δυο μορφές που χρησιμοποιούνται για την δημιουργία δημόσιων υποδομών στο Ηνωμένο Βασίλειο και που είναι η μέθοδος “design and build” η μέθοδος “prime contracting”. Επίσης, η έρευνα των Eadie et al. (2013), έδειξε πως οι δυο κλάδοι (υγεία και μεταφορές) αξιολογούν διαφορετικά τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ΣΔΙΤ. Συγκεκριμένα ο κλάδος της υγείας θεωρεί ως προτερήματα των ΣΔΙΤ τα:

- Το γεγονός το ότι οι υπεργολάβοι γνωρίζουν πως θα πρέπει να διαχειριστούν τις υποδομές για μια περίοδο 25 ετών τους ωθεί να παρέχουν υποδομές καλύτερης ποιότητας,

- Η χρήση των ΣΔΙΤ έχει δώσει την δυνατότητα να κατασκευαστούν υποδομές υγείας οι οποίες δεν θα είχαν κατασκευαστεί χωρίς την παρουσία του ιδιωτικού τομέα.
- Το ανταγωνιστικό στοιχείο που υπάρχει στις ΣΔΙΤ λόγω της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα επιτρέπει την δημιουργία ποιοτικών και καινοτόμων υποδομών.
- Το ίδιο ανταγωνιστικό στοιχείο επιτρέπει και την επίτευξη καλύτερων τιμών για τα έργα καθώς εκμεταλλεύεται τις ανταγωνιστικές τάσεις των ιδιωτικών επιχειρήσεων.
- Οι επενδύσεις που γίνονται μέσω ΣΔΙΤ πρέπει να αποδείξουν πως θα προσφέρουν VfM έτσι ώστε να μπορέσουν να γίνουν αποδεκτές προκειμένου να χρησιμοποιηθούν τα σχετικά έργα, κάτι που οδηγεί σε καλύτερο σχεδιασμό και έλεγχο.
- Η μεταφορά μέρους του ρίσκου στον ιδιωτικό τομέα δημιουργεί συναισθήματα σιγουριάς στον δημόσιο τομέα, για θέματα όπως η έγκαιρη παράδοση του έργου σε ανταγωνιστική τιμή, επιτυγχάνοντας την καλύτερη δυνατή αξία.

Ομοίως, οι Eadie et al. (2013), τονίζουν πως οι συμμετέχοντες στην έρευνα που προέρχονται από τον τομέα της υγείας αναγνωρίζουν και τα εξής δύο μειονεκτήματα στις ΣΔΙΤ:

- Οι υπερβολάβοι του ιδιωτικού τομέα έχουν συνυπολογίσει στις τιμές που δίνουν και τον παράγοντα του κέρδους. Αυτό σημαίνει πως οι τιμές που παρέχουν δεν είναι οι «βέλτιστες» δυνατές καθώς πρέπει να εξασφαλίσουν και την κερδοφορία του ιδιώτη.
- Κατά το στάδιο του σχεδιασμού της επένδυσης, δεν δίνεται έμφαση στην δημιουργία κατασκευών οι οποίες θα έχουν αντοχή και θα απαιτούν χαμηλή συντήρηση σε μακροχρόνια κλίμακα.

Πέρα από αυτά τα δύο μειονεκτήματα που αφορούν ειδικά τις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, οι Eadie et al. (2013) σημειώνουν και τρία ακόμη μειονεκτήματα τα οποία αναφέρουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα σχετικά και με τους δύο προαναφερθέντες κλάδους. Συγκεκριμένα τόσο οι συμμετέχοντες που προέρχονται από τον κλάδο της υγείας όσο και από τον κλάδο των μεταφορών αναφέρουν πως τα ευρύτερα μειονεκτήματα των ΣΔΙΤ είναι:

- Η έλλειψη διαφάνειας, καθώς οι όροι των συμφωνιών είναι γνωστοί μόνο σε όσους συμμετέχουν στο συμβόλαιο που έχει συναφθεί,
- Η δυσκολία στον προσδιορισμό και την κατανομή του ρίσκου μεταξύ του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα,
- Η διάρκεια των συμβολαίων.

Το θέμα της σχέσης «ποιότητα προς αξία» των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου εξετάστηκε επίσης και από τους Santandrea et al. (2016). Συγκεκριμένα αναφέρουν πως σε αρκετές επενδύσεις μέσω ΣΔΙΤ, το VfM τους εκτιμάται μέσω υπολογισμών κατά το στάδιο του σχεδιασμού. Αυτό το VfM ουσιαστικά αποτελεί μια «προσδοκώμενη τιμή» η οποία όμως μπορεί να μην επιτευχθεί κατά την διάρκεια λειτουργίας. Παράλληλα, τα όποια ρίσκα υπολογίζονται με βάση τα δεδομένα της στιγμής που υπογράφονται τα συμβόλαια. Εξαιτίας αυτού ενδέχεται οι ρήτρες να μην παρέχουν αρκετή ευελιξία για να ληφθούν νέες αποφάσεις σχετικά με την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους. Επιπλέον, όσον αφορά τα κόστη χρηματοδότησης, οι Santandrea et al. (2016) αναφέρουν πως σε αρκετές ΣΔΙΤ, για να εξασφαλιστεί η συνεργασία του ιδιωτικού τομέα το κράτος παρέχει μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης παράλληλα παρέχει επιπλέον τόσο εγγυημένα ποσοστά κερδοφορίας όσο και εγγυήσεις για την προστασία του ιδιώτη συνεργάτη για την αποφυγή χρεοκοπίας. Οι Santandrea et al. (2016) καταλήγουν πως τα στοιχεία για VfM που παρουσιάζονται στις ΣΔΙΤ ενδέχεται σε αρκετές περιπτώσεις να είναι αποτέλεσμα επεξεργασίας των υπολογισμών κατά το αρχικό στάδιο, προκειμένου να γίνει αποδεκτή η επενδυτική πρόταση και να προχωρήσει η υλοποίησή της. Λαμβάνοντας αυτό υπόψιν, προτείνουν στενότερο έλεγχο των υπολογισμών της VfM τόσο κατά το αρχικό στάδιο, ώστε και κατά την διάρκεια λειτουργίας της επένδυσης, καθώς και χρήση όρων στα σχετικά συμβόλαια που θα παρέχουν μεγαλύτερη ευελιξία για την καλύτερη και πιο αποτελεσματική διαχείριση του απρόβλεπτου ρίσκου.

Όπως φαίνεται από την περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου, οι αμφιβολίες σχετικά με την σχέση «ποιότητας προς αξία» των επενδύσεων που χρηματοδοτούνταν έτσι, σε συνδυασμό με τις οικονομικές κρίσεις που παρουσιάστηκαν κατά την δεκαετία του 2010 και έκαναν τις τράπεζες πιο επιφυλακτικές στο θέμα του δανεισμού, οδήγησαν την βρετανική κυβέρνηση στην απόφαση για την μη περαιτέρω χρήση αυτής της μεθόδου (Booth, 2018). Η απόφαση αυτή έχει ιδιαίτερο αντίκτυπο, καθώς το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν μία από τις οικονομίες που είχαν πρωτοστατήσει στην χρήση των ΣΔΙΤ για την παροχή επενδύσεων σε τομείς δημόσιου ενδιαφέροντος, συμπεριλαμβανομένου και της υγείας. Αυτό από μόνο του όμως δεν θα πρέπει να προσεγγιστεί με έναν απλοϊκό τρόπο, πχ συμπεραίνοντας πως οι ΣΔΙΤ είναι από την φύση τους αναποτελεσματικές. Αντιθέτως, πρέπει να αποτελέσει ένα κίνητρο για τις χώρες που τις χρησιμοποιούν ακόμη, να δουν εάν και αυτές αντιμετωπίζουν παρόμοιες ατέλειες και να προχωρήσουν σε αποφάσεις όπως η περαιτέρω βελτίωση των όρων, των διαδικασιών μέτρησης για το VfM ή ακόμη και η μη χρήση τους και η στροφή σε μεθόδους που θεωρούν πιο αποτελεσματικές και δίκαιες.

### 3.3 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Ιταλία

Στα πλαίσια των ευρωπαϊκών χωρών, η Ιταλία κατά το 2014 ήταν η δεύτερη μεγαλύτερη αγορά των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, ακολουθώντας το Ηνωμένο Βασίλειο (Barros et al., 2014). Οι ΣΔΙΤ στο Ιταλικό σύστημα υγείας (Sistema Sanitario Nazionale – SSN) έγιναν εφικτές με σχετική νομοθεσία (DLgs 502/1992) που λήφθηκε το 1992. Σύμφωνα με αυτή, ιδιωτικοί και δημόσιοι φορείς μπορούν να συνεργαστούν για την παροχή τόσο υποδομών όσο και υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, ο νόμος ορίζει πως οι δημόσιοι φορείς που συμμετέχουν στην ΣΔΙΤ θα πρέπει να έχουν την πλειοψηφία έχοντα τον έλεγχο τουλάχιστον του 51% των μετοχών, ενώ παράλληλα υπάρχουν και διαδικασίες για τον περιορισμό της μεταφοράς των μετοχών αυτών σε τρίτα μέρη. Παράλληλα με αυτή την νομοθεσία, έχει δοθεί και η δυνατότητα στις διάφορες ιταλικές επαρχίες να ρυθμίζουν το θέμα των ΣΔΙΤ στην επικράτειά τους (Carpellaro & Longo, 2011).

Όπως και στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου, έτσι και στην περίπτωση της Ιταλίας προέκυψε συζήτηση σχετικά με το αν οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας προσφέρουν Value for Money. Κατά το πρώτο στάδιο της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στην Ιταλία, ακολούθησαν μια παραλλαγή του βρετανικού μοντέλου. Πιο συγκεκριμένα, αυτές οι ΣΔΙΤ είχαν την μορφή DBFMO (design–build–finance–maintain–operate) για την κατασκευή νοσοκομειακών μονάδων αλλά και την παροχή βοηθητικών/υποστηρικτικών υπηρεσιών σε αυτά (πχ συντήρηση εξοπλισμού, καθαριότητα, ενδίαίτηση κτλ.). Πέρα από το μοντέλο DBFMO στην Ιταλία διαμορφώθηκε και το λεγόμενο ως «ελαφρύ» μοντέλο των ΣΔΙΤ. Σύμφωνα με τους Vecchi et al (2020) ένα από τα χαρακτηριστικά των DBFMO συμβολαίων ΣΔΙΤ είναι πως περιλαμβάνουν και αρκετές δευτερεύουσες υπηρεσίες. Το κόστος αυτών των υπηρεσιών συμπεριλαμβάνεται στις αρχικές εκτιμήσεις τους και προσμετράται στις υποχρεώσεις που πρέπει εκπληρώσει η διοίκηση του έργου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, αυτά τα κόστη να κρατούνται σε υψηλές τιμές, βάση των συμβολαίων, παρά το γεγονός πως η τιμή τους στην αγορά να είναι φθηνότερη. Στην μελέτη των Vecchi et al (2020) βρέθηκε πως οι ΣΔΙΤ που εξέτασαν, προσέφεραν κατά μέσο όρο τις υπηρεσίες τους 40% υψηλότερα σε τις τιμές που τις προσέφερε η αγορά. Το συγκεκριμένο πρόβλημα μάλιστα φαίνεται πως έχει χρόνια παρουσία στην περίπτωση της Ιταλίας, καθώς είχε εξεταστεί και στην παλαιότερη μελέτη των Vecchi et al. (2010). Τα ευρήματα αυτής της πρότερης μελέτης ήταν παρόμοια και έδειχναν πως η μη τυποποίηση των συμβολαίων και η ανάληψη μεγαλύτερου ποσοστού ρίσκου από τον δημόσιο τομέα, σε σχέση με το ποσοστό ρίσκου που αναλαμβάνει ο δημόσιος τομέας στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου, δημιουργούν μεγαλύτερα ποσοστά κερδοφορίας για τους μετέχοντες στην ΣΔΙΤ που προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα. Αυτά τα κέρδη είναι τόσο εις βάρος του

δημόσιου τομέα, όσο και του δημόσιου συμφέροντος των πολιτών. Από την άλλη, σύμφωνα με τους Vecchi et al (2020), το «ελαφρύ» μοντέλο των ΣΔΙΤ αντιθέτως εστιάζει στον σχεδιασμό, χρηματοδότηση, κατασκευή και λειτουργία μόνο των υπηρεσιών που είναι απαραίτητες για τις κύριες υπηρεσίες που προσφέρει η μονάδα. Έτσι, για παράδειγμα, εάν η νοσοκομειακή μονάδα απαιτεί ανανέωση του ιατρικού εξοπλισμού, τότε στο συμβόλαιο ΣΔΙΤ θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται ρητά μόνο οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την συντήρηση και ανανέωση του εξοπλισμού αυτού.

Σχετικά με το θέμα του VfM, οι Cappellaro & Longo (2011), το προσέγγισαν εξετάζοντας τέσσερις διαφορετικές περιπτώσεις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, οι οποίες είχαν πραγματοποιηθεί στην περιοχή του Veneto. Συγκεκριμένα, οι τέσσερις περιπτώσεις που μελέτησαν αφορούσαν: α) ένα κέντρο αποκατάστασης, β) ένα ορθοπεδικό κέντρο, γ) ένα κέντρο πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχει και περιπατητικές υπηρεσίες, και δ) μία μονάδα υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης. Από όλες τις μονάδες, η πρώτη περίπτωση παρουσίαζε σημαντικά θετικά αποτελέσματα, καθώς κατά την περίοδο 2004 – 2008 αυξήθηκαν κατά 18% οι περιπτώσεις των ασθενών που πήραν εξιτήριο. Αυτό επέτρεψε την αύξηση του αριθμού των ασθενών που μπόρεσαν να νοσηλευτούν καθώς και των εσόδων της μονάδας. Όσο αφορά τις άλλες τρεις μονάδες, αυτές οριακά μπόρεσαν να επιτύχουν τους στόχους της νοσηλείας των ασθενών. Παράλληλα απέτυχαν σε στόχους όπως η επέκταση των υποδομών, η χρήση νέων τεχνολογιών και η κερδοφορία καθώς ορισμένες οι μονάδες παρουσίασαν μηδενικά κέρδη ή και ζημιές. Οι Cappellaro & Longo, (2011) θεωρούν πως ενώ οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας μπορεί να παρέχουν θετικά αποτελέσματα, όπως παρουσιάζεται από την πρώτη περίπτωση, παρουσιάζονται και ορισμένα εμπόδια που δεν επιτρέπουν την βέλτιστη λειτουργία τους τόσο από κοινωνική όσο και από οικονομική άποψη. Αυτό οφείλεται σε σημαντικό βαθμό και στην συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, καθώς οι ιδιώτες μέτοχοι θα προτιμήσουν περιορισμό των επενδύσεων και δραστηριοτήτων παρά μια πιθανή επέκταση δραστηριοτήτων που μπορεί να επιφέρει ζημιές. Για αυτό οι ερευνητές προτείνουν ως πιθανή λύση την συμμετοχή περισσότερων δημόσιων τοπικών αρχών στις επενδύσεις, που θα μπορούσαν να παρέχουν περισσότερες εγγυήσεις στους ιδιώτες ως προς το θέμα των εσόδων και της κερδοφορίας τους.

Οι Barreta & Ruggiero (2008) αναφέρουν ένα ζήτημα σχετικά με την αξιολόγηση των ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας στην Ιταλία, παρόμοιο με αυτό που ανέφεραν και οι Santandrea et al. (2016) στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου. Συγκεκριμένα αυτό αφορά την αξιολόγηση των ΣΔΙΤ εκ των προτέρων (ex ante). Αυτή η αξιολόγηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την κοστολόγηση της επένδυσης ΣΔΙΤ και την έναρξη της επενδυτικής

δράσης. Παρόλα αυτά, οι Barreta & Ruggiero (2008) σημειώνουν πως η εκ των προτέρων αξιολόγηση για τις ΣΔΙΤ στην Ιταλία αποτελεί στην ουσία μία τυπική υποχρέωση νομικής φύσης, ενώ δεν υπάρχει η υποχρέωση να ακολουθηθούν κοινά αποδεκτές μέθοδοι. Στις περιπτώσεις που εξέτασαν, βρήκαν πως δεν χρησιμοποιήθηκαν υπολογισμοί που λαμβάνουν τα πιθανά μελλοντικά κόστη και έξοδα, ούτε και μετρήθηκαν οι πιθανές επιπτώσεις του έργου στις τοπικές κοινότητες. Αυτή η αδυναμία στην εκ των προτέρων αξιολόγηση δημιουργεί έλλειψη εμπιστοσύνης τόσο μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών συμμετεχόντων, κυρίως για πιθανή κακοδιαχείριση πόρων, όσο και μεταξύ των διαχειριστών του έργου και των τοπικών κοινοτήτων. Αυτή η έλλειψη εμπιστοσύνης δημιουργεί ακόμη μεγαλύτερες δυσχέρειες, εάν αναλογιστεί κανείς την ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών υγείας και της σημασίας που έχουν τις τοπικές κοινωνίες. Για αυτό το λόγο, προτείνεται η χρήση κοινά αποδεκτών μεθόδων μέτρησης και η κατάλληλη επικοινωνία τους, τόσο μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτών συμμετεχόντων στην ΣΔΙΤ, όσο και με τις τοπικές κοινότητες, προκειμένου να δημιουργηθούν οι αναγκαίες σχέσεις εμπιστοσύνης.

Παρά τις αντιδράσεις, οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στην Ιταλία έχουν παρουσιάσει επιτυχημένα έργα όπως τα νοσοκομεία του Castelfranco Veneto, της Montebelluna και το νοσοκομείο Sant'Anna στο Como. Στις δυο πρώτες περιπτώσεις, η επιτυχία των έργων βασίζεται σε παράγοντες όπως η διαφάνεια μεταξύ των μερών (δημόσιο και ιδιώτες), στην σωστή κατανομή των ρίσκων και στην καθορισμό χρηματικών αποζημιώσεων εάν η πλευρά των ιδιωτών επενδυτών δεν ακολουθούσε τις υποχρεώσεις που είχε επιβάλει η δημόσια αρχή. Από την άλλη στην περίπτωση του νοσοκομείου Sant'Anna, παρά την πενταετή αναμονή για την εκκίνηση του έργου λόγω των τοπικών αντιδράσεων, το έργο ολοκληρώθηκε σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Συγκεκριμένα, ολοκληρώθηκε μέσα σε τρία χρόνια, την στιγμή που ο μέσος όρος για την κατασκευή ενός νοσοκομείου στην Ιταλία είναι τα 12 έτη. Το εν λόγω νοσοκομείο έχει καταφέρει να αποφέρει θετικές οικονομικές αποδόσεις, ενώ και σε αυτή την περίπτωση σημαντικό μέρος της επιτυχίας μπορεί να αποδοθεί στην σωστή απονομή των ευθυνών και του ρίσκου μεταξύ των δύο πλευρών (Barros et al., 2014).

Όπως και στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου και όπως προαναφέρθηκε για την περίπτωση του νοσοκομείου Sant'Anna στο Como και από τις σχετικές ακαδημαϊκές μελέτες, η χρήση των ΣΔΙΤ τόσο γενικά, όσο και ειδικά στον τομέα της υγείας, έχει συναντήσει σημαντικές αντιδράσεις στην Ιταλία. Σε αντίθεση με το Ηνωμένο Βασίλειο, οι ΣΔΙΤ δεν έχουν εγκαταλειφθεί στην Ιταλία. Από την άλλη πλευρά όμως, οι αντιδράσεις έχουν δημιουργήσει καθυστερήσεις στην υπογραφή νέων τέτοιων συμβολαίων. Σύμφωνα με τους Vecchi et al (2020), μια πλήρης κατάργηση των ΣΔΙΤ ούτε και αυτή θα ήταν κοινωνικά δίκαιη



από την πλευρά τους, καθώς θα απέτρεπε την χρήση των χρηματικών πόρων που υπάρχουν από τις αγορές κεφαλαίων. Αντιθέτως προτείνουν μια πιο ορθολογική μορφή σχέσεων μέσω των «ελαφριών» ΣΔΙΤ, με ρητές και ακριβείς περιγραφές για τις υποχρεώσεις και τα ρίσκα που αναλαμβάνει η κάθε πλευρά και με εστίαση μόνο στις άμεσες λειτουργίες που απαιτούνται για την αποτελεσματική λειτουργία των υγειονομικών υποδομών και υπηρεσιών.

### **3.4 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Ισπανία**

Η πρακτική των ΣΔΙΤ εφαρμόζεται στην Ισπανία από την δεκαετία του 1960 όπου χρησιμοποιήθηκε κυρίως για την χρηματοδότηση και κατασκευή αυτοκινητοδρόμων. Συγκεκριμένα εφαρμόστηκε μια μορφή του μοντέλου BOT (build, operate, transfer) όπου η χρηματοδότηση / συντήρηση του έργου πραγματοποιούνταν μέσω των διοδίων που συλλέγονταν από τους χρήστες των δρόμων. Έκτοτε η χρήση των ΣΔΙΤ έχει εφαρμοστεί και σε άλλους τομείς όπως η σιδηρόδρομοι, η ύδρευση και οι φυλακές (Palcic et al., 2019). Στο θέμα των ΣΔΙΤ η Ισπανία είναι δεύτερη μεγαλύτερη αγορά μετά το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ υπολογίζεται πως μεταξύ του 1990 και του 2009 πραγματοποιήθηκαν περίπου 130 τέτοια έργα με αξία περίπου 29 δισεκατομμύρια ευρώ (Kappeler & Nemoz, 2010).

Εστιάζοντας στο κομμάτι των υπηρεσιών υγείας, το Ισπανικό σύστημα υγείας χωρίζεται σε δύο επίπεδα κεντρικό, και το οποίο ελέγχεται από το υπουργείο υγείας και το περιφερειακό το οποίο ελέγχεται από την εκάστοτε περιφερειακή κυβέρνηση. Στις αρχές της δεκαετίας του 2000 ολοκληρώθηκε η αποκέντρωση στο σύστημα υγείας και οι αποφάσεις για την παροχή υπηρεσιών υγείας μεταφέρθηκαν από την κεντρική αρχή στις περιφερειακές κυβερνήσεις (Acerete et al. 2011).

Σχετικά με το κομμάτι των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, η Ισπανία είναι γνωστή για το ιδιαίτερο σύστημα που χρησιμοποιεί. Αυτό το σύστημα ονομάζεται Alzira και παίρνει το όνομα του από την ομώνυμη πόλη και όπου χρησιμοποιήθηκε για την χρηματοδότηση του νοσοκομείου La Ribera. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτού του συστήματός είναι πως ο ιδιωτικός παράγοντας δεν αρκείται μόνο στην χρηματοδότηση, κατασκευή και λειτουργία του νοσοκομείου. Αντιθέτως, έχει επιπλέον και την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Ο δημόσιος τομέας από την πλευρά του συμβάλει, παρέχοντας αμοιβή στον ιδιωτικό φορέα έτσι ώστε αυτός να καλύπτει κόστη για την παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας (Acerete et al. 2011).

Αναφορικά με το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται από τα νοσηλευτικά ιδρύματα που εφαρμόζουν το μοντέλου Alzira, οι Caballer-Tarazona & Vivas-

Consuelo (2016) διεξήγαγαν σχετική έρευνα συγκεντρώνοντας δεδομένα από νοσοκομεία που λειτουργούσαν με αυτό το μοντέλο και τα συνέκριναν με αποτελέσματα από δημόσια νοσοκομεία. Για να είναι πιο αντιπροσωπευτικά τα αποτελέσματα, συνέκριναν τα δεδομένα νοσηλευτικά ιδρύματα που εξυπηρετούν την ίδια γεωγραφική περιφέρεια. Τα δεδομένα έδειξαν πως τα νοσοκομεία που ακολουθούσαν το μοντέλο Alzira είχαν καλύτερα αποτελέσματα σε τομείς όπως η περίοδος αναμονής για τις πρώτες γνωματεύσεις που ήταν μειωμένη σε σχέση με αυτή των δημόσιων, η αριθμός των πρώτων γνωματεύσεων, ο αριθμός εξόδου των ασθενών από την νοσηλεία, η παρουσία ειδικού εξοπλισμού (μαγνητικοί τομογράφοι) και η μείωση του χρόνου αναμονής για επεμβάσεις για κάταγμα ισχίου σε μία περίοδο δύο ημερών ή λιγότερο. Παρά τα θετικά αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν, οι Caballer-Tarazona & Vivas-Consuelo (2016) είναι επιφυλακτικοί ως προς την γενίκευση πως τα νοσοκομεία τύπου ΣΔΙΤ / Alzira υπερέχουν των δημόσιων. Ο πρώτος λόγος για αυτή την επιφυλακτικότητα είναι ο αριθμός των νοσοκομείων (τρία νοσοκομεία ΣΔΙΤ) που εξετάστηκαν. Καθώς ήταν σχετικά μικρός, η οποιαδήποτε γενίκευση εμπεριέχει ρίσκο. Ο δεύτερος λόγος είναι πως σε μερικές περιπτώσεις δεν είναι ξεκάθαρα τα όρια μεταξύ των αρμοδιοτήτων και του ρίσκου που αναλαμβάνει ο ιδιωτικός και ο δημόσιος τομέας. Για παράδειγμα, στην περίπτωση του οργανισμού Ribera Salud που διαχειρίζεται τα νοσοκομεία ΣΔΙΤ στην περιοχή της Valencia, σημαντικό μέρος της χρηματοδότησης πραγματοποιούταν από τον δημόσιο τομέα. Επιπλέον, οι Caballer-Tarazona & Vivas-Consuelo (2016) αναφέρουν πως οι διαδικασίες για την επιλογή των οργανισμών που αναλαμβάνουν τα νοσοκομεία ΣΔΙΤ δεν παρουσιάζουν στοιχεία ελεύθερου ανταγωνισμού. Αντιθέτως, οι προσφορές για τις επενδύσεις ΣΔΙΤ πραγματοποιούνται από έναν μικρό αριθμό επιχειρήσεων, το οποίο εγείρει ζητήματα διαφάνειας. Για αυτό, παρά τα θετικά αποτελέσματα υπέρ των ΣΔΙΤ, οι Caballer-Tarazona & Vivas-Consuelo (2016) τονίζουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα στο ζήτημα.

### **3.5 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Πορτογαλία**

Η περίπτωση των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας της Πορτογαλίας έχει εξεταστεί τόσο από τους Cruz & Marques (2013) όσο και από τους Ferreira & Marques (2021). Σύμφωνα με τους Ferreira & Marques (2021), ο στόχος των ΣΔΙΤ στην Πορτογαλία είναι η καλύτερη διαχείριση των δημοσίων εξόδων, ειδικά όσον αφορά την κατασκευή νέων υποδομών, κάτι που έγινε ακόμη πιο επιτακτικό μετά την οικονομική κρίση της δεκαετίας του 2010. Τα νοσοκομεία που έχουν κατασκευαστεί μέσω ΣΔΙΤ στην Πορτογαλία ακολουθούν το μοντέλο DBFOT το οποίο βασίζεται στην ύπαρξη δύο μακροχρόνιων συμβολαίων μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η πρώτη κατηγορία συμβολαίου έχει διάρκεια 30 ετών και εστιάζει στην κατασκευή και διατήρηση των υποδομών, ενώ η δεύτερη έχει δεκαετή διάρκεια και αφορά την

λειτουργική διαχείριση των νοσοκομείων. Οι Cruz & Marques (2013) με την σειρά τους αναφέρουν πως τα στάδια της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στις υπηρεσίες υγείας στην Πορτογαλία μπορεί να χωριστεί σε δύο στάδια, με το πρώτο να λαμβάνει χώρα το 2003 και το δεύτερο 2006. Η διαφορά μεταξύ τους είναι πως στο πρώτο στάδιο, οι ΣΔΙΤ χρησιμοποιήθηκαν για την χρηματοδότηση, κατασκευή και διαχείριση υποδομών υγείας, νοσοκομειακής διοίκησης και διαχείρισης τόσο υπηρεσιών υγείας όσο και συμπληρωματικών υπηρεσιών (πχ καθαριότητας, εστίασης). Αντιθέτως στο δεύτερο στάδιο οι ΣΔΙΤ χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή υποδομών των νοσοκομειακών κτιρίων και των συμπληρωματικών υπηρεσιών, ενώ η διοίκηση των νοσοκομείων άνηκε στον δημόσιο τομέα.

Οι Cruz & Marques (2013) εξετάζοντας τις κλινικές που χρηματοδοτήθηκαν και κατασκευάστηκαν με αυτό τον τρόπο, τονίζουν την σημασία της χρήσης μεθόδων για την μέτρηση της αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας. Αναφέρουν πως στις περιπτώσεις που υπάρχουν δυσκολίες για την αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών, τότε θα ήταν προτιμότερο η διοίκηση και διαχείριση αυτών των υπηρεσιών να παραμένει στον δημόσιο τομέα. Ο λόγος είναι πως στις περιπτώσεις που η συγκεκριμένη μορφή διαχείρισης δεν είναι η καλύτερη, αυτή μπορεί να έχει επιπτώσεις επί της υγείας των ασθενών.

Οι Ferreira & Marques (2021) στην έρευνά τους μελέτησαν ένα δείγμα από 2,660 νοσοκομεία στην Πορτογαλία, με τα 2,380 (89,5%) να είναι δημόσια και τα υπόλοιπα 280 (10,5%) να είναι αποτέλεσμα ΣΔΙΤ. Οι Ferreira & Marques (2021) εξέτασαν εάν τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν σημαντικά κοινωνικά πλεονεκτήματα σε σχέση με τα νοσοκομεία που λειτουργούν σε καθεστώς ΣΔΙΤ, εξετάζοντας παράγοντες όπως ο χρόνος που αναμένουν οι ασθενείς για την ιατρική εξέταση, ο χρόνος διαμονής των ασθενών στο νοσοκομείο, ο χρόνος καθυστέρησης των χειρουργικών επεμβάσεων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών ή η αναλογία ιατρών και νοσοκόμων ανά 1,000 ασθενείς. Το πρώτο εύρημά τους είναι πως τόσο τα νοσοκομεία ΣΔΙΤ όσο και τα δημόσια νοσοκομεία έχουν σημαντικό περιθώριο ακόμη βελτιώσουν την απόδοσή τους όσο αφορά τις κοινωνικές ωφέλειες που παρέχουν. Επιπλέον, παρόλο που τα νοσοκομεία ΣΔΙΤ παρουσιάζονται ως πιο αποτελεσματικά από «τεχνική» άποψη (π.χ. χρήση πιο σύγχρονου εξοπλισμού), τα επίπεδα τους στο θέμα των κοινωνικών ωφελειών είναι στα ίδια επίπεδα με αυτά των δημοσίων νοσοκομείων. Αυτό δείχνει πως η κατοχή πιο σύγχρονου εξοπλισμού δεν είναι από μόνη της ένας παράγοντας που μπορεί να βελτιώσει τις κοινωνικές ωφέλειες που παρέχονται. Με αυτό ως δεδομένο, οι Ferreira & Marques (2021) προτείνουν πως οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας πρέπει να γίνονται με κριτήριο το κόστος και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα κάθε επένδυσης, καθώς στο θέμα των

κοινωνικών αποδόσεων δεν παρουσιάζεται σημαντική διαφορά μέσω ΣΔΙΤ και δημόσιων νοσοκομείων.

Σχετικά με το επίπεδο των υπηρεσιών των νοσοκομείων που πραγματοποιήθηκαν μέσω ΣΔΙΤ στην Πορτογαλία, οι Carvalho & Rodrigues (2022) διεξήγαγαν έρευνα μέσω ερωτηματολογίων για να καταγράψουν το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών αυτών των νοσοκομειακών χώρων. Βασιζόμενοι σε ένα δείγμα 2,077 ολοκληρωμένων ερωτηματολογίων κατέληξαν πως οι χρήστες των νοσοκομείων ΣΔΙΤ είναι κατά μέσο όρο πιο ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες τους σε σχέση με τους χρήστες των δημόσιων νοσοκομείων. Η ικανοποίηση αυτή προέρχεται από παράγοντες όπως η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών, η αποδοτικότητα του προσωπικού του νοσοκομείου και η ποιότητα των νοσοκομειακών χώρων. Σε μετέπειτα έρευνα, οι Carvalho & Rodrigues (2023) συγκρίνουν τον παράγοντα Value for Money των πορτογαλικών νοσοκομείων ΣΔΙΤ με τον αντίστοιχο των δημόσιων νοσοκομείων για την περίοδο 2011 – 2021, και καταλήγουν πως τα νοσοκομεία αυτά έχουν πετύχει καλύτερα αποτελέσματα, τόσο σε οικονομικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο ποιότητας της νοσηλείας των ασθενών σε σχέση με τα δημόσια. Οι Pereira et al. (2020) από την πλευρά τους κρατούν μια πιο επιφυλακτική στάση. Συμφωνούν με τους Carvalho & Rodrigues (2022; 2023) πως μεγάλο μέρος των αρνητικών κριτικών για τις συγκεκριμένες ΣΔΙΤ προκαλείται για πολιτικούς λόγους, παρά με βάση αντικειμενικά αποτελέσματα. Από την άλλη όμως αναγνωρίζουν πως για να καταστούν οι συγκεκριμένες επενδύσεις πιο αποτελεσματικές και βιώσιμες, είναι σημαντικό να υπάρχει η δυνατότητα επαναδιαπραγμάτευσης όρων των συμβολαίων, έτσι ώστε η ΣΔΙΤ να έχουν μεγαλύτερη ευελιξία στην αντιμετώπιση τεχνολογικών εξελίξεων αλλά και απρόβλεπτων συνθηκών.

### **3.6 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Γαλλία**

Η Γαλλία έχει μια ιδιαίτερη και μακριά ιστορία όσον αφορά συνεργασίας τύπου ΣΔΙΤ, δηλαδή συνεργασίας μεταξύ δημόσιων/κρατικών και ιδιωτικών φορέων για την κατασκευή δημόσιων επενδύσεων ή την παροχή δημόσιων αγαθών. Μπορούν να αναφερθούν περιπτώσεις όπως μια συμφωνία από το 1554 μ.Χ για την κατασκευή μίας διώρυγας (Bougrain, 2014), συμφωνίες που πραγματοποιήθηκαν τον 17<sup>ο</sup> και 18<sup>ο</sup> αιώνα για την κατασκευή πεζοδρομίων, δρόμων και συλλογής απορριμμάτων ενώ τον 19<sup>ο</sup> αιώνα τέτοιες συμφωνίες χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή υποδομών ύδρευσης, αποχέτευσης και σιδηροδρόμων. Για μια περίοδο μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου, σταμάτησε η ευρεία χρήση αυτών των συμφωνιών ΣΔΙΤ, εξαιτίας των τάσεων εθνικοποίησης της οικονομίας και της ευρύτερης χρήσης αποκλειστικά δημόσιων φορέων για την παροχή υποδομών και υπηρεσιών. Οι ΣΔΙΤ επανήλθαν στο προσκήνιο, τόσο λόγω των τάσεων για την αποκέντρωση της οικονομίας, όσο

και ακολουθώντας τις τάσεις του Ηνωμένου Βασιλείου με την εφαρμογή των συμφωνιών PFI (Bergere, 2016).

Όσον αφορά τον τομέα της υγείας, στη Γαλλία πραγματοποιήθηκαν δύο προγράμματα που είχαν ως σκοπό την ανανέωση των υποδομών και των τεχνολογικών δυνατοτήτων των νοσοκομειακών μονάδων. Αυτά τα προγράμματα ονομάστηκαν ως Hôpital 2007 και Hôpital 2012. Το πρόγραμμα Hôpital 2007 ξεκίνησε το 2003 και αφορούσε ένα ποσό 16 δισεκατομμυρίων ευρώ, από τα οποία τα 6 δισεκατομμύρια ευρώ προέρχονταν από τον δημόσιο προϋπολογισμό. Οι λόγοι που προτιμήθηκαν ΣΔΙΤ για αυτά τα προγράμματα ήταν πολλαπλοί. Η τεχνογνωσία που θα έφερνε ο ιδιωτικός καθώς και η ταχύτητα με την οποία θα πραγματοποιούνταν τα έργα ήταν παράγοντες ιδιαίτερης σημασίας, προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της ανανέωσης των υποδομών μέχρι το 2007. Επιπλέον, η χρήση εξωτερικών πηγών χρηματοδότησης από τις επιχειρήσεις ειδικού σκοπού που θα δημιουργούνταν για τις ΣΔΙΤ και δεν θα επιβάρυνε το ήδη υπάρχον χρέος των νοσοκομειακών μονάδων. Όπως όριζε το πρόγραμμα Hôpital 2007, η κύρια μορφή συμβολαίων ΣΔΙΤ θα ήταν αυτή του μακροχρόνιου δανεισμού (18-99 έτη), η οποία θα καθοριζόταν σε επίπεδο τοπικών αρχών. Σύμφωνα με αυτή την μορφή, οι ενοικιαστές θα μπορούσαν να έχουν τον έλεγχο των νοσοκομειακών μονάδων για την περίοδο που όριζε το συμβόλαιο και να τις παρέχουν για δημόσια χρήση. Στο τέλος της περιόδου που αναγράφεται στο συμβόλαιο, θα είχαν την υποχρέωση να επιστρέψουν αυτές τις νοσοκομειακές μονάδες στον έλεγχο των υγειονομικών αρχών (Navarro-Espigares & Hernandez-Torres, 2009; Bergere, 2016). Το πρόγραμμα Hôpital 2012 που ακολούθησε αφορούσε ένα επιπλέον ποσό 5 δισεκατομμυρίων ευρώ. Αμφότερα τα προγράμματα πέτυχαν στον σκοπό της ανανέωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Παράλληλα όμως αύξησαν και το χρέος των μονάδων αυτών, καθώς τα σχετικά έργα χρηματοδοτούνταν μέσω άμεσου δανεισμού από τις ίδιες τις νοσοκομειακές μονάδες, παρά μέσω των επιχειρήσεων ειδικού σκοπού, όπως ήταν και ο αρχικός στόχος (Bergere, 2016).

Πέρα από τα προγράμματα Hôpital 2007 και Hôpital 2012 που αφορούσαν τις νοσοκομειακές μονάδες, στην Γαλλία πραγματοποιήθηκαν και ΣΔΙΤ σχετικά με την ιατρική έρευνα. Σε αυτή την περίπτωση, δημόσιοι οργανισμοί ιατρικής έρευνας θα συνεργάζονταν με ιδιωτικές μικρομεσαίες επιχειρήσεις για την δημιουργία σχετικών ιατρικών τεχνολογιών. Για παράδειγμα, η Agence Nationale de la Recherche (ANR) που ασχολείται με έρευνες στην βιοτεχνολογία όπως και η Réseau National des Technologies pour la Santé (RNTS), που ασχολείται με έρευνες για την δημιουργία διαγνωστικών εργαλείων και ιατρικών συσκευών συνεργάστηκαν κατά την διάρκεια του 2005 με μικρομεσαίες επιχειρήσεις τεχνολογίας για την διεξαγωγή ερευνών σε θέματα όπως η διάγνωση και καταπολέμηση διάφορων μορφών

καρκίνου. Ένας από τους κύριους λόγους για την χρήση των ΣΔΙΤ στην ιατρική έρευνα είναι η χρήση της τεχνογνωσίας και της καινοτομίας που υπάρχει στις μικρομεσαίες επιχειρήσεις τεχνολογίας, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τις κρατικές/δημόσιες αρχές την διεξαγωγή ερευνών που θα επωφελήσουν τον ευρύτερο πληθυσμό. Παρόλα αυτά, τα κύρια προβλήματα που παρουσιάζονται σε αυτή την περίπτωση αφορούν την ιδιοκτησία και την χρήση των πνευματικών δικαιωμάτων σχετικά με τις ιατρικές μεθόδους, τις θεραπείες, τις τεχνολογίες και τα φαρμακευτικά σκευασμάτα που θα προκύψουν. Η μη δυνατότητα χρήσης αυτών των ευρημάτων από την μικρομεσαία επιχείρηση για μια σημαντική περίοδο μπορεί να την αποτρέψει από το να προχωρήσει σε ΣΔΙΤ για αυτό τον σκοπό. Σε αυτή την περίπτωση προτείνεται η χρήση συγκεκριμένων μορφών συμβολαίων που θα είναι κοινές για αυτές τις ΣΔΙΤ σε ευρωπαϊκό επίπεδο και δεν θα ασχολούνται μόνο με το θέμα της χρηματοδότησης, αλλά και με το θέμα των πνευματικών δικαιωμάτων (Demotes-Mainard et al., 2006).

Σε αντίθεση με την περίπτωση της Βρετανίας, η ιδιωτικοποίηση των δημόσιων νοσοκομειακών μονάδων δεν ήταν κάτι θα γινόταν εύκολα αποδεκτό από τον γαλλικό λαό. Επιπλέον, ούτε οι Γαλλικές κυβερνήσεις ούτε ο πληθυσμός ένιωθαν την ανάγκη για ιδιωτικοποιήσεις των νοσοκομείων, καθώς ούτε αναποτελεσματικά θεωρούσαν τα δημόσια νοσοκομεία ούτε πως είχαν σημαντικό κόστος. Στην περίπτωση της Γαλλίας, οι ΣΔΙΤ όπως οι Hôpital 2007 και Hôpital 2012 μπορούσαν να θεωρηθούν ως ιδιότυποι «πειραματισμοί». Το αποτέλεσμα έδειξε πως οι συγκεκριμένες ΣΔΙΤ ήταν αναποτελεσματικές, καθώς συχνά είχαν υψηλότερο κόστος σε σχέση με το αντίστοιχο κόστος που θα υπήρχε αν οι επενδύσεις γίνονταν μόνο από τον δημόσιο τομέα. Ο κύριος λόγος για αυτό ήταν η έλλειψη διαφάνειας και η αδυναμία στον καταμερισμό ρίσκου και ευθυνών μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (Simonet, 2021).

Η μεγαλύτερη αντίδραση που προέκυψε ενάντια στις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στην Γαλλία αφορά την περίπτωση του νοσοκομείου Centre hospitalier du sud francilien (CHSF). Το νοσοκομείο ξεκίνησε να κατασκευάζεται το 2006 και παραδόθηκε τελικά το 2012. Παρόλα αυτά η παράδοση έγινε με οκτάμηνη καθυστέρηση καθώς χρειαζόνταν επιπλέον εργασίες έτσι ώστε να είναι έτοιμο να δεχθεί ασθενείς και να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες. Ευθύνες μπορούν να αποδοθούν τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Από τον πλευρά του δημόσιου τομέα, μπορούν να αποδοθούν ευθύνες για πολιτικές σκοπιμότητες, καθώς το έργο ήταν υπερβολικά μεγάλο (για παράδειγμα είχε 20 αίθουσες χειρουργείων ενώ η κατασκευή ήταν για την αντικατάσταση 2 νοσοκομειακών μονάδων που είχαν σύνολο 9 χειρουργεία) και έπρεπε να παραδοθεί σε ένα χρονικό διάστημα που ήταν συντομότερο από αυτό που απαιτούσε ένα έργο τέτοιου μεγέθους. Παράλληλα η σχετική νοσοκομειακή αρχή, ανέλαβε ένα τόσο μεγάλο έργο,

χωρίς να έχει τους αναγκαίους χρηματικούς πόρους για να το στηρίξει, με αποτέλεσμα να πρέπει να προβεί σε περαιτέρω δανεισμό. Από την άλλη, ο ιδιωτικός παράγοντας υπερεκτίμησε τις δυνατότητες του να φέρει εις πέρας το συγκεκριμένο έργο μέσα στα πλαίσια του χρόνου και του κόστους που είχε αρχικά συμφωνηθεί, κάτι που οδήγησε σε καθυστερήσεις και αύξηση του τελικού κόστους (Bergere, 2016).

Παρόλο που το θέμα του Value for Money έρχεται συχνά στο προσκήνιο και παρουσιάζεται ως αντεπιχείρημα για την χρήση των ΣΔΙΤ, κυρίως στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου, το ίδιο δεν μπορεί να ειπωθεί για την περίπτωση της Γαλλίας. Αντιθέτως, το κύριο επιχείρημα ενάντια των ΣΔΙΤ στην περίπτωση της Γαλλίας αφορά το ότι θεωρούνται ως μια ιδιότυπη μορφή ιδιωτικοποίησης. Ιδιαίτερα όσον αφορά το κομμάτι των υποδομών και υπηρεσιών δημόσιας υγείας, θεωρείται πως οι ΣΔΙΤ επιτρέπουν σε ιδιώτες να εφαρμόσουν πρακτικές διαχείρισης επιχειρήσεων και να απολαύσουν κερδοφορίας σε ένα κομμάτι το οποίο θα έπρεπε να παρέχεται χωρίς ιδιαίτερο κόστος στο ευρύ κοινό. Έτσι ενώ στο, Ηνωμένο Βασίλειο η ανταλλαγή επιχειρημάτων στο ζήτημα των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας αφορά το θέμα της σχέσης «ποιότητα προς τιμή», στην περίπτωση της Γαλλίας αφορά περισσότερο τις «αξίες» που έχει το ευρύτερο κοινό στο θέμα της παροχής δημόσιων υπηρεσιών υγείας και στην αντίληψη πως αυτό το δημόσιο αγαθό ιδιωτικοποιείται σε σημαντικό βαθμό μέσω των ΣΔΙΤ (Rosset et al., 2015; Simonet, 2021).

Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης του 2008, η αντίδραση του πληθυσμού παρουσία ιδιωτικών συμφερόντων στο κομμάτι της δημόσιας υγείας και η αδυναμία των ΣΔΙΤ να παρουσιάζουν έργα που συγκρατούν / μειώνουν το κόστος έχουν μειώσει την τάση για χρήση των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στην Γαλλία. Αντιθέτως, οι Γαλλικές κυβερνήσεις εστιάζουν αυτή την στιγμή τόσο στην δημιουργία ενός καλύτερου και πιο αποτελεσματικού κανονιστικού πλαισίου, στο οποίο θα συνυπάρχει τόσο η δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας, όσο και η ιδιωτική παρουσία (Simonet, 2021).

### **3.7 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Σουηδία**

Το σουηδικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται σε σημαντικό βαθμό από τον δημόσιο χαρακτήρα του, καθώς παρέχει δημόσια κέντρα υγείας, δημόσια νοσοκομεία και δημόσιες ιατρικές υπηρεσίες. Παράλληλα, οι Σουηδοί πολίτες έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν οποιοδήποτε δημόσιο νοσοκομείο ή ιδιωτικό κέντρο υγείας το οποίο χρηματοδοτείται από την φορολογία των πολιτών. Το συγκεκριμένο σύστημα υγείας είναι επίσης αποκεντρωμένο σε σημαντικό βαθμό, καθώς οι αποφάσεις για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται για τις επενδύσεις και για την χρηματοδότησή τους λαμβάνονται σε περιφερειακό επίπεδο. Παρόλο

που το επίπεδο υπηρεσιών κρίνεται γενικά ως υψηλό, και το κόστος για την παροχή του είναι συγκρίσιμο με άλλες χώρες της Δυτικής Ευρώπης (γύρω στο 9% του ΑΕΠ), παρουσιάζονται ορισμένα προβλήματα, όπως ο μεγάλος χρόνος αναμονής για ορισμένες θεραπείες καθώς και ανεπαρκή συστήματα ελέγχου για τις διάφορες διαδικασίες. Αυτές οι ελλείψεις κατά τις δεκαετίες του 1980 και 1990 ήρθαν στο προσκήνιο από πολιτικούς και από συμφέροντα που ήταν υπέρ των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, ενώ από το 1990 και μετά άρχισαν να λαμβάνονται ενέργειες για την αναδιαμόρφωση του συστήματος υγείας και την ενίσχυση του ιδιωτικού παράγοντα (Dahlgren, 2014).

Η πρώτη εμφάνιση των ΣΔΙΤ στην Σουηδία στον τομέα της υγείας ήταν με το νοσοκομείο St. Goran. Αυτή η περίπτωση είναι ιδιαίτερη, καθώς η ΣΔΙΤ χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος για την ιδιωτικοποίηση του νοσοκομείου σε δύο στάδια. Η πρώτη ήταν η μετατροπή του νοσοκομείου σε έναν μη-κερδοσκοπικό δημόσιο οργανισμό και στο δεύτερο στάδιο η ιδιωτικοποίηση έγινε μέσω συμβολαίου πώλησης σε μία κερδοσκοπική ιδιωτική εταιρία. Παρόλο που αυτή η κίνηση προκάλεσε αρχικά αντιδράσεις, το συγκεκριμένο νοσοκομείο κατάφερε πλέον να έχει αξιόλογες επιδόσεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο τόσο σε όρους ποιότητας υπηρεσιών, όσο και σε όρους οικονομικών αποτελεσμάτων και παραγωγικότητας (Nikolic & Maikisch, 2006).

Παρόλο που αυτή η περίπτωση μπορεί να θεωρηθεί ως επιτυχημένη, η εικόνα των ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας στην Σουηδία έχει επηρεαστεί αρνητικά από την περίπτωση του νοσοκομείου New Karolinska Solna στην Στοκχόλμη. Η απόφαση για την κατασκευή της συγκεκριμένης νοσοκομειακής μονάδας πάρθηκε το 2008 από την τοπική αρχή. Το 2010 αποφασίστηκε πως η επένδυση θα γίνει μέσω ΣΔΙΤ, με το κύριο επιχείρημα να είναι η επίτευξη καινοτομιών και η μείωση του απαιτούμενου χρόνου και κόστους μέσω της τεχνογνωσίας του ιδιωτικού τομέα. Το αρχικό κόστος για την επένδυση είχε υπολογιστεί στα 1,3 δισεκατομμύρια ευρώ. Το γεγονός όμως πως η επένδυση ξεκίνησε μετά την οικονομική κρίση του 2008 είχε το αποτέλεσμα οι τράπεζες που παρείχαν χρηματοδότηση να είναι πιο απαιτητικές εξαιτίας της παρουσίας ιδιωτών. Το τελικό αποτέλεσμα ήταν πως όταν παραδόθηκε το νοσοκομείο το 2015 το συνολικό κόστος της επένδυσης είχε φτάσει το ύψος των 2,25 δισεκατομμυρίων ευρώ. Επιπλέον το νοσοκομείο δεν παρουσίαζε καμία από τις καινοτομίες που αναμένονταν. Αντιθέτως, κατά την λειτουργία του παρουσίασε πληθώρα προβλημάτων, όπως βλάβες στα υπολογιστικά συστήματα, ρίσκο καταστροφής των φαρμάκων λόγω της μη κατάλληλης θερμοκρασίας των φαρμακευτικών αποθηκευτικών χώρων, προβλήματα εξαερισμού και άσχημων οσμών στον νοσοκομειακό χώρο κ.α. Επιπλέον προβλήματα παρατηρήθηκαν από την λειτουργία του νοσοκομείου εξαιτίας της εφαρμογής ενός μοντέλου παροχής υγείας το οποίο



προτάθηκε από την συμβουλευτική εταιρία Boston Consulting Groups και που βασίστηκε στην αντιμετώπιση των ασθενών «ως πελάτες» και στην τιμολόγησή τους με καθαρά ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια (Waluszewski et al., 2019).

Η περίπτωση του νοσοκομείου New Karolinska Solna μπορεί να καταγραφεί ως ένα παράδειγμα όπου η ΣΔΙΤ δεν αποφέρουν ικανοποιητική σχέση κόστους / ποιότητας στον τομέα της υγείας. Οι Waluszewski et al. (2019) θεωρούν πως για να μπορέσουν οι ΣΔΙΤ να επιτύχουν κάτι τέτοιο πρέπει να υπάρχει διαφάνεια στις διαδικασίες, άμεση και κατανοητή ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μερών και μεγαλύτερη δυνατότητα παρέμβασης του δημόσιου τομέα για την προάσπιση της δημόσιας φύσης των σχετική υποδομών και υπηρεσιών.

Έχοντας εξετάσει της περιπτώσεις των ΣΔΙΤ στον χώρο των υπηρεσιών και υποδομών υγείας σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, στην επόμενη ενότητα τις εξετάζουμε στα πλαίσια της ελληνικής οικονομίας

### **3.8 ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας: Ελλάδα**

#### **3.8.1 Η ευρύτερη εφαρμογή των ΣΔΙΤ στην Ελλάδα**

Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα ορίζονται νομοθετικά από τον νόμο 3389/2005. Σύμφωνα με αυτόν, διάφοροι δημόσιοι φορείς όπως Υπουργεία, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) μπορούν να προχωρήσουν σε συμπράξεις με ιδιωτικούς φορείς για την δημιουργία υποδομών ή παροχή υπηρεσιών. Οι ιδιωτικοί φορείς από την πλευρά τους έχουν την υποχρέωση να παρέχουν είτε μέρος, είτε το σύνολο των κεφαλαίων για το έργο, ενώ παράλληλα αναλαμβάνουν και σημαντικό μέρος των χρηματοοικονομικών και επιχειρησιακών κινδύνων.. Ο κύριος στόχος των ΣΔΙΤ, σύμφωνα με τον νόμο είναι να παρέχονται δημόσιες υπηρεσίες υψηλής ποιότητας με ανταγωνιστικό κόστος (Flytzani & Giaoutzi, 2008). Περαιτέρω στοιχεία του νόμου 3389/2005 είναι (Kyriakogkonas et al., 2023):

- Το επενδυτικό σχέδιο που θα πραγματοποιηθεί μέσω της ΣΔΙΤ, θα πρέπει να αφορά την παροχή υπηρεσιών ή την κατασκευή / παράδοση υποδομών τα οποία θα πρέπει είναι κάτω από την δικαιοδοσία και τον έλεγχο του δημόσιου τομέα.
- Στα συμβόλαια που θα συναφθούν για τις ΣΔΙΤ θα πρέπει συμπεριλαμβάνει και συμμετέχοντας προερχόμενος από τον ιδιωτικό τομέα οποίος θα παρέχει και τα δικά του χρηματικά κεφάλαια / πόρους. Αυτή η συμμετοχή στην χρηματοδότηση του έργου

μπορεί είτε μέσω των ιδίων κεφαλαίων του ιδιώτη, είτε μέσω πόρων που οι ιδιώτης θα παρέχει μέσω χρηματοδοτικών οργανισμών.

- Στις περιπτώσεις των Ελληνικών ΣΔΙΤ γίνεται η παραδοχή πως τους χρηματοοικονομικούς κινδύνους θα πρέπει να τους αναλάβει ο συνέταιρος που προέρχεται από τον ιδιωτικό τομέα.
- Το κόστος του κάθε συμβολαίου ΣΔΙΤ δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 500 εκατομμύρια ευρώ.

Το παραπάνω νομικό πλαίσιο ενισχύθηκε περαιτέρω με τον νόμο 4412/2016. Ο συγκεκριμένος νόμος ορίζει τις διαδικασίες που πρέπει να λαμβάνουν χώρα πριν την σύναψη των συμβολαίων ΣΔΙΤ. Μάλιστα, ο εν λόγω νόμος δεν περιορίζεται μόνο στις ΣΔΙΤ, αλλά επεκτείνεται και στα συμβόλαια που αφορούν την παροχή υπηρεσιών και υλικών προς τον δημόσιο τομέα (Kyriakogkonas et al., 2023). Με τον νόμο 3389/2005 η Ελλάδα μπορεί να θεωρηθεί πως έχει ένα νομικό πλαίσιο για τις ΣΔΙΤ που είναι συγκρίσιμο με αυτό που έχουν χώρες που είναι πολύ πιο δραστήριες στον συγκεκριμένο κλάδο, όπως η Ιταλία και η Πορτογαλία (Gherman, 2013).

Η ύπαρξη ενός νομικού ρυθμιστικού πλαισίου είναι ένας αρκετά σημαντικός παράγοντας για την πραγματοποίηση των ΣΔΙΤ στην Ελλάδα, όμως δεν είναι ο μόνος. Οι ΣΔΙΤ όπως δηλώνει και η ονομασία τους, αφορούν μία μορφή συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Είναι σημαντικό να εξεταστούν οι αντιλήψεις που έχουν τα άτομα που προέρχονται από αυτούς τους κλάδους για αυτή την μορφή συνεργασίας. Η αντιμετώπιση των ΣΔΙΤ στην Ελλάδα από άτομα του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα έχει μελετηθεί από τις έρευνες των Roumboutsos (2008) και Roumboutsos & Anagnostopoulos (2008). Συγκεκριμένα στην μελέτη της Roumboutsos (2008) εξετάστηκαν οι απόψεις ατόμων που προέρχονται από τον κατασκευαστικό, τον χρηματοοικονομικό και τον δημόσιο τομέα σχετικά με τα τους παράγοντες που θεωρούν πως παράγουν Value for Money. Ένας παράγοντας που έχει αναφερθεί συχνά μέχρι τώρα εξετάζοντας τις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας σε ευρωπαϊκές χώρες και που είναι ο διαχωρισμός των ευθυνών και ρίσκου μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα<sup>1</sup> στην περίπτωση της Ελλάδας φαίνεται πως δεν βρίσκεται τόσο υψηλά στις προσδοκίες των ερωτηθέντων. Συγκεκριμένα, οι ερωτηθέντες από τον τομέα των κατασκευών

---

<sup>1</sup> Έχει τονιστεί από τους:

Eadie et al. (2013): Περίπτωση Ηνωμένου Βασιλείου

Vecchi et al. (2010): Περίπτωση Ιταλίας

Caballer-Tarazona & Vivas-Consuelo (2016): Περίπτωση Ισπανίας

Simonet, (2021): Περίπτωση Γαλλίας

Ενώ γενική αναφορά έχει γίνει και από τους Roerich et al., (2014) και Nasios & Foradoula, (2021)

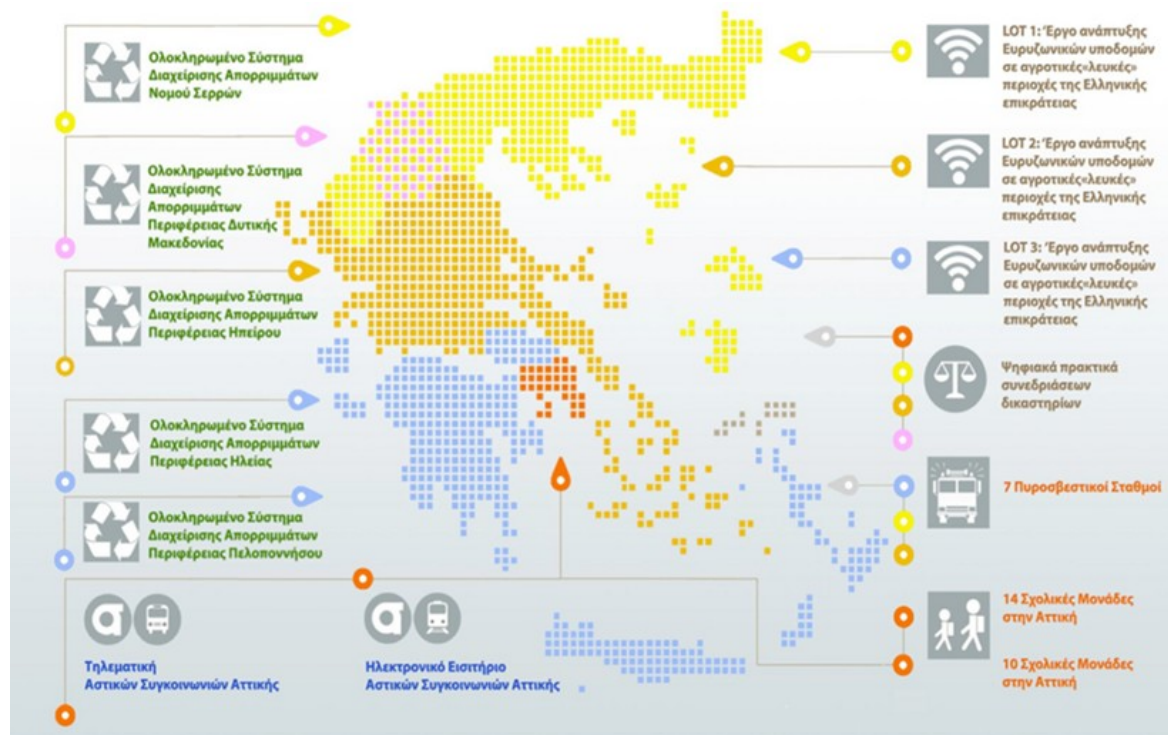
και τον δημόσιο τομέα αξιολόγησαν αυτό τον παράγοντα ως «μέτριας σημασία» ενώ μόνο οι ερωτηθέντες από τον χρηματοοικονομικό τομέα τον αξιολόγησαν υψηλά. Ο κύριος λόγος για την σχετικά χαμηλή αξιολόγηση αυτού του παράγοντα, είναι πως η εμπειρία των ΣΔΙΤ στην Ελλάδα μέχρι τότε είχε δείξει πως ακόμη και στις περιπτώσεις που η κατανομή του ρίσκου μεταξύ των δημόσιων/ιδιωτών συμμετεχόντων δεν ήταν η ιδανική, αυτό δεν κατέληγε στην μείωση της αξίας της επένδυσης (Roumboutsos & Striagka, 2004). Αντιθέτως, οι ερωτηθέντες έδωσαν ιδιαίτερη σημασία στον παράγοντα της «διαφάνειας» κατά την διαδικασία υποβολής προσφορών για τα έργα. Η αντίληψη τους είναι πως η έλλειψη διαφάνειας αλλά και παρουσία ολιγοπωλιακών συνθηκών θα προκαλέσουν στρεβλώσεις στις προσδοκίες των συμμετεχόντων και θα οδηγήσουν σε υψηλότερα κόστη αλλά και σε αποδοτικές συμφωνίες για τα συμβαλλόμενα μέρη.

Το θέμα το καταμερισμού των κινδύνων των συμβαλλόμενων μερών στις Ελληνικές ΣΔΙΤ εξετάστηκε περαιτέρω στην μελέτη των Roumboutsos & Anagnostopoulos (2008). Ακολουθώντας το πρότυπο της προηγούμενης μελέτης της Roumboutsos (2008), έτσι και εδώ ζητήθηκε από άτομα που προέρχονται από τον κατασκευαστικό, δημόσιο και χρηματοοικονομικό τομέα να εξετάσουν μία σειρά από πιθανούς κινδύνους και να εκφράσουν την γνώμη για το αν θα πρέπει να ανήκουν στον συμβαλλόμενο μέρος που προέρχεται από τον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα. Το σημαντικό αυτής της μελέτης είναι υπήρξε συμφωνία σε σημαντικό βαθμό μεταξύ των ατόμων που προέρχονται από τους διάφορους κλάδους σχετικά με τον καταμερισμό των κινδύνων. Από μια σειρά κατηγοριών κινδύνων που παρουσιάστηκαν (πχ. νομικοί, πολιτικοί, φυσικοί, κοινωνικοί, κατασκευαστικοί, χρηματοοικονομικοί, λειτουργικοί κ.α.) και μπορούσαν να διασπαστούν περαιτέρω σε 44 ξεχωριστές μορφές ρίσκου, η συμμετέχοντες συμφώνησαν στην κατανομή 31 από αυτών, είτε εξολοκλήρου στον ιδιωτικό, είτε στον δημόσιο τομέα, είτε σε κάποια μορφή διαμερισμού μεταξύ τους. Γενικά ο ιδιωτικός τομέας έδειξε πρόθεση να αναλάβει σημαντικό μέρος των κινδύνων. Παράλληλα όμως, οι κατασκευαστικές εξέφρασαν διστακτικότητα σχετικά με τους κινδύνους που μπορεί να προέλθουν από τις γραφειοκρατικές διαδικασίες του δημόσιου τομέα (πχ καθυστερήσεις στην λήψη αποφάσεων). Παρά τις όποιες διαφωνίες διαπιστώθηκαν, τα αποτελέσματα των Roumboutsos & Anagnostopoulos (2008) έδειξαν πως εκείνη την περίοδο η ελληνική αγορά των ΣΔΙΤ μπορούσε να πως ήταν σε στάδιο σημαντικής ωρίμανσης, συγκρινόμενη με πιο ώριμες αγορές όπως αυτή του Ηνωμένου Βασιλείου.

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα των ΣΔΙΤ στην Ελλάδα, μπορεί να γίνει αναφορά σε πολύ γνωστά έργα που σχετίζονται με τον κλάδο των μεταφορών, όπως η Αττική και η Ιόνια

Οδός (Roumboutsos, 2015). Κατά την περίοδο 2009 – 2019 καταγράφονται 14 συμβάσεις ΣΔΙΤ, συνολικής αξίας 822 εκατομμύρια ευρώ (Εικόνα 3).

**Εικόνα 3:** Συμβάσεις ΣΔΙΤ στην Ελλάδα, 2009 – 2019

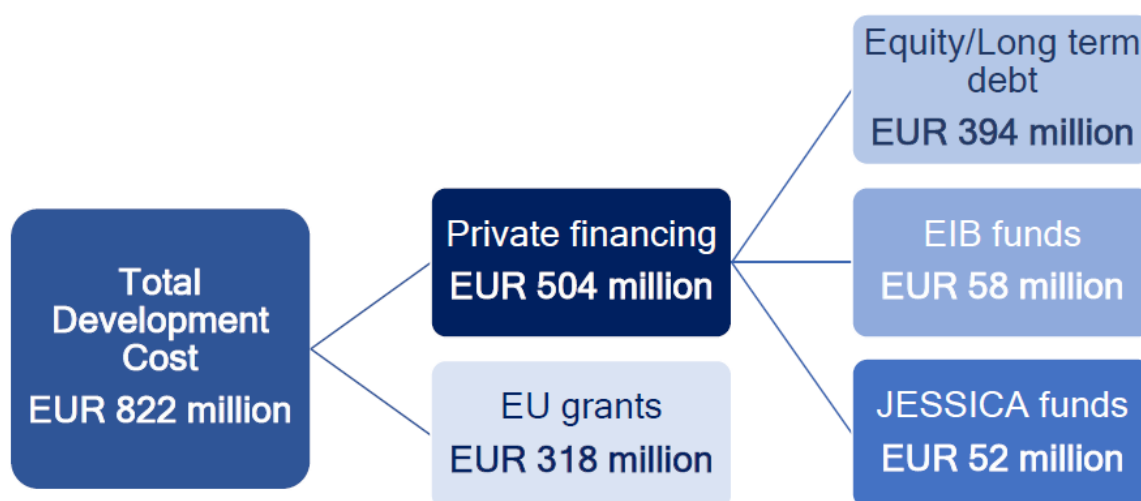


Πηγή: Τζανιδάκης (2021)

Οι ΣΔΙΤ που παρουσιάζονται στην Εικόνα 3, αφορούν κλάδους όπως (Τζανιδάκης, 2021):

- Τηλεματική στις μεταφορές
- Διαχείριση απορριμμάτων
- Κατασκευή υποδομών ευζωνικών δικτύων
- Κατασκευή σχολικών μονάδων
- Κατασκευή πυροσβεστικών σταθμών.
- Κατασκευή συστήματος διατήρησης ψηφιακών πρακτικών συνεδριάσεων στα δικαστήρια.

**Εικόνα 4:** Πόροι για την χρηματοδότηση των έργων ΣΔΙΤ κατά την περίοδο 2009 – 2019



Πηγή: EBRD, (2022)

Όπως φαίνεται και από την Εικόνα 4, οι πόροι για την διενέργεια αυτών των επενδύσεων ΣΔΙΤ προήλθαν από έναν συνδυασμό, ιδιωτικών αλλά και ευρωπαϊκών πόρων. Μάλιστα, οι ιδιώτες που συμμετείχαν στις ΣΔΙΤ μπόρεσαν να λάβουν πόρους είτε μέσω της της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Επενδύσεων (European Investment Bank / EIB), είτε μέσω του ευρωπαϊκού προγράμματος JESSICA<sup>2</sup>. Επιπλέον, εξετάζοντας τις πιο πρόσφατες εκθέσεις τόσο της EIB όσο και της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Ανασυγκρότησης και Ανάπτυξης (European Bank for Reconstruction and Development / EBRD) για το 2022 μπορεί να παρατηρηθεί πως η Ελλάδα έχει σημαντική δραστηριότητα στις ΣΔΙΤ όσον αφορά των τομέα των μεταφορών, με την ΣΔΙΤ που αφορά τα έργα για την Νέα Περιφερειακή Οδό Θεσσαλονίκης να έχουν εξέχουσα θέση. Για το 2022 η Ελλάδα ήταν η τρίτη σε σειρά ευρωπαϊκή χώρα αναφορικά με τα έργα ΣΔΙΤ που έχει αναμονή, καθώς είχε 28 έργα, με την πρώτη θέση να την έχει η Γαλλία με 50 έργα ΣΔΙΤ σε αναμονή και την δεύτερη η Ιταλία με 32 έργα ΣΔΙΤ. Από τα έργα ΣΔΙΤ που έχει στην αναμονή η Ελλάδα, το μεγαλύτερο μέρος τους να αφορά είτε τον τομέα του περιβάλλοντος είτε τον εκπαιδευτικό κλάδο.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, η Ελλάδα είναι δραστήρια στον τομέα των ΣΔΙΤ, καθώς έχουν αποτελέσει τρόπο για πραγματοποιηθούν επενδύσεις σε πολλούς και διαφορετικούς τομείς. Αυτό που προκαλεί όμως ενδιαφέρον, σε σχέση με το θέμα της παρούσας μελέτης, είναι πως η Ελλάδα παρουσιάζει σχετικά μικρή δραστηριότητα στις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας. Αυτό η παρατήρηση εξετάζεται περαιτέρω στην ενότητα που ακολουθεί.

<sup>2</sup> Joint European Support for Sustainable Investment in City Areas

### 3.8.2 Ελλάδα και επενδύσεις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας.

Τα σχέδια για την δημιουργία στον ελληνικό χώρο της δημόσιας υγείας ξεκίνησαν να διαμορφώνονται άμεσα υστέρη από την ψήφιση του νόμου 3389/2005, με τις κινήσεις εκείνης της περιόδου προβλέψουν τον σχεδιασμό και την κατασκευή νοσοκομειακών μονάδων μέσω ΣΔΙΤ στις περιοχές της Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Πρέβεζας, Κως και Κομοτηνής (Κονδύλης et al., 2008). Τα σχέδια εκείνης ήταν βασισμένα στο Βρετανικό μοντέλο του PFI όμως, όπως θα συζητηθεί σε αυτό την ενότητα, δεν προχώρησαν λόγω περαιτέρω πολιτικών και κοινωνικών αντιδράσεων Chatzipoulidis et al., (2017).

Σύμφωνα με τους Biginas & Sindakis, (2015), η Ελλάδα είναι από τις ευρωπαϊκές χώρες που θα μπορούσαν να επωφεληθούν σημαντικά από τις δυνατότητες που παρουσιάζονται μέσω των ΣΔΙΤ αναφορικά με το κομμάτι των επενδύσεων ή / και της παροχής υπηρεσιών στον τομέα της δημόσιας υγείας. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε λόγους όπως οι καθυστερήσεις και η έλλειψη «ευλυγισίας» κινήσεων και προσαρμοστικότητας στον δημόσιο τομέα, καθώς και στα εμπόδια που παρουσιάζονται από τους δημοσιονομικούς περιορισμούς που προκύπτουν μέσα στα πλαίσια του δημόσιου προϋπολογισμού. Η αποκλειστική χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό κατέληγε στην επιβολή σημαντικών περιορισμών για την καλύτερη διαχείριση των οικονομικών πόρων για τον κλάδο της υγείας. Η ύπαρξη αυτών των περιορισμών είναι μια ένας από τους κύριους παράγοντες που θα μπορούσε αντιμετωπιστεί από τις ΣΔΙΤ μέσω της χρήσης πόρων αλλά και τεχνογνωσίας από τον ιδιωτικό τομέα (Biginas & Sindakis, 2015).

Για να γίνει καλύτερα κατανοητή η χρησιμότητα των μεθόδων ΣΔΙΤ στην τομέα υπηρεσιών υγείας της Ελλάδα, είναι αναγκαίο να γίνει αναφορά και στο λεγόμενο «Ελληνικό παράδοξο». Ο συγκεκριμένος όρος αναφέρεται στο γεγονός ότι παρόλο που η πρόσβαση των πολιτών στο ελληνικό σύστημα παροχής υγείας βασίζεται στην δημόσια ασφάλιση, έχει παράλληλα και την μεγαλύτερη παρουσία του ιδιωτικού τομέα σε σχέση με της υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Πιο συγκεκριμένα, από τα έξοδα υγείας των ελληνικών νοικοκυριών, το 68% αφορά ιδιωτικούς παρόχους υγείας, με το 31% να αφορά οδοντιατρικές υπηρεσίες. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη προσωπικού για την παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας (Siskou, 2008). Παράλληλα με αυτό, στο κομμάτι της δημόσιας υγείας παρουσιάζονται φαινόμενα διαφθοράς, κατασπατάλησης δημοσίων πόρων και κακοδιαχείρισης. Παρόλο μπορεί να θεωρηθεί πως η πρακτική των ΣΔΙΤ στην ελληνικό

κομμάτι της δημόσιας υγείας μπορεί να δημιουργήσει νέες δυνατότητες μέσω επενδύσεων (Kordi et al., 2010) και να δημιουργήσει προοπτικές για την βελτίωση αυτών των ατελειών (Chatzipoulidis et al., 2017) υπάρχει και το αντεπιχειρήματα πως οι ΣΔΙΤ θα ενισχύσουν τον ιδιωτικό χαρακτήρα των υπηρεσιών παροχής υγείας (Kyloudis et al., 2012) εντείνοντας κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες.

Για να δοθεί μία καλύτερη εικόνα της υγειονομική κατάσταση στην Ελλάδα, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως σύμφωνα με την πρόσφατη μελέτη του ΟΟΣΑ (2023) παρουσιάζονται ψηλότερα ποσοστά καπνιστών (24.9% σχέση με τον μέσο όρο 16% των χωρών το ΟΟΣΑ). Παρόλο που στο θέμα της παχυσαρκίας, ο μέσος όρος της Ελλάδας είναι μικρότερος σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες (16.4% συγκρινόμενο με 18.4%), η κατάσταση αλλάζει σημαντικά σε σχέση με το θέμα της παιδικής παχυσαρκίας, όπου στα παιδιά ηλικίας 5 – 9 ετών ξεπερνάει το 40% (OECD, 2019). Επιπλέον ο μέσος όρος ηλικίας του ελληνικού πληθυσμού αυξάνει συνεχώς τα τελευταία έτη ενώ παράλληλα μικραίνει το ποσοστό γεννήσεων (Eurostat, 2023). Αυτά τα στοιχεία δείχνουν πως εάν δεν υπάρξουν σημαντικές αλλαγές στην σύνθεση του πληθυσμού, οι ανάγκες για παροχή υπηρεσιών υγείας αναμένεται να ενταθούν περισσότερο λόγω παραγόντων όπως η γήρανση, το κάπνισμα και η παχυσαρκία.

Από την εφαρμογή του νόμου 3389/2005 οι ΣΔΙΤ στον τομέα υπηρεσιών και υποδομών υγείας στην Ελλάδα παρουσιάστηκαν αρχικά με την μορφή μίσθωσης ιδιωτικών φορέων για την παροχή υπηρεσιών καθαρισμού, τροφοδοσίας και ασφάλειας των νοσοκομείων. Στην συνέχεια, τα νοσοκομεία προχώρησαν στην απόκτηση εξειδικευμένου εξοπλισμού μέσω υπηρεσιών μακροχρόνιας μίσθωσης (leasing) (Chatzipoulidis et al., 2017). Οι Kordi et al. (2010) αναφέρουν την ΣΔΙΤ που υπήρξε μεταξύ του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών (ιδιωτικό) και του Νοσοκομείου Ερρίκος Ντυνάν (μη κερδοσκοπικό) για την λειτουργία της μαιευτικής κλινικής Γαία. Οι ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές στην Ελληνική αγορά έχουν υψηλό κόστος νοσηλίων και παρουσιάζουν σημαντικά ποσοστά κερδοφορίας. Η συγκεκριμένη ΣΔΙΤ έχει συναφθεί για δεκαεπτά έτη και με την δυνατότητα για να περαιτέρω ανανέωση για 10 έτη. Στόχος της συγκεκριμένης ΣΔΙΤ να παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σε χαμηλότερες τιμές, έτσι ώστε να είναι πιο εύκολα προσβάσιμη από πληθυσμό που αντιμετωπίζει οικονομικές προκλήσεις. Σύμφωνα με τους Kordi et al. (2010) η εν λόγω ΣΔΙΤ ενδέχεται να έχει επιπτώσεις που θα επηρεάσουν τον ευρύτερο κλάδο των μαιευτικών κλινικών στην Ελλάδα. Η Κίτσιου (2011) εστιάζει στα προβλήματα χρηματοδότησης που αντιμετωπίζει η δημόσια υγεία, σε μία εποχή μάλιστα που υπήρχε σημαντικός έλεγχος στους δημόσιους πόρους λόγω των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας και θεωρεί αυτό η κατάσταση εντείνει την υποβάθμιση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Για αυτό τον λόγο θεωρεί πως οι ΣΔΙΤ μπορούν

να παρέχουν έναν τρόπο εύρεση πόρων αλλά και εξασφάλισης ενός υψηλότερου επιπέδου υπηρεσιών υγείας. Την ίδια περίοδο που, η ελληνική οικονομία και η ευρύτερη κοινωνία βίωνε μία έντονη κρίση, οι Chatzipoulidis et al. (2011) διεξήγαγαν έρευνα ώστε να καταγράψουν την γνώμη των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας, σχετικά με τις ΣΔΙΤ που ήταν στα σχέδια περίοδο. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι συμμετέχοντες σε αυτή την έρευνα είχαν μία θετική προσέγγιση προς της ΣΔΙΤ αναγνωρίζοντας πως μπορούν να προσφέρουν στην βελτίωση των υποδομών υγείας. Την ίδια στιγμή όμως, εξέφραζαν επιφυλάξεις από την ενίσχυση της παρουσίας του ιδιωτικού τομέα στον χώρο της δημόσια υγείας, όσο αφορά την παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Παρά την κατάσταση της οικονομικής κρίσης που βίωνε η Ελλάδα εκείνη και την ανάγκη για εξεύρεση πόρων που οι Chatzipoulidis et al., (2017) αναφέρουν πως οι ΣΔΙΤ που αναφέρονται παρακάτω, και οι οποίες εγκρίθηκαν από το 2007, δεν προχώρησαν εξαιτίας προβλημάτων που παρουσιάστηκαν στην οργάνωση των σχεδιασμών, εξαιτίας διαφωνιών πολιτικών κομμάτων και συνδικαλιστικών οργανισμών, καθώς και σε αντιδράσεις που παρουσιάστηκαν στους τοπικούς πληθυσμούς εξαιτίας της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα. Οι σχετικές ΣΔΙΤ ήταν οι:

- Νέο Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Νέο Νοσοκομείο Παιδών Θεσσαλονίκης
- Νέο Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας
- Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Βορείου Ελλάδος

Οι Chatzipoulidi et al., (2017) προέβησαν περαιτέρω και σε έρευνα μέσω ερωτηματολογίων για να καταγράψουν τις γνώμες των συμμετεχόντων, που προέρχονται από όλη την ελληνική επικράτεια και έχουν διαφορετικά μορφωτικό, επαγγελματικό και οικονομικό υπόβαθρο, πάνω στο θέμα της παρουσίας των ΣΔΙΤ στον υγειονομικό κλάδο. Σύμφωνα με τα ευρήματά τους, οι συμμετέχοντες εκφράζουν σημαντικές επιφυλάξεις σχετικά με την χρήση των ΣΔΙΤ στο τομέα της υγείας αναφορικά με το κομμάτι της παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία από ιδιώτες. Ο κύριος λόγος είναι η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα καθώς θεωρούν ότι θα εντείνει τις όποιες κερδοσκοπικές τάσεις σε αυτό τον κλάδο και θα στρεβλώσει τον δημόσιο χαρακτήρα τους. Αυτές οι απόψεις που εκφράζονται από τους συμμετέχοντες συμβαδίζουν με αντιρρήσεις που έχουν εκφραστεί και από ερευνητές, όπως οι Kyloudis et al., (2012) οι οποίοι τις βλέπουν ως μια κίνηση που θα οδηγήσει σε ιδιωτικοποιήσεις στον κλάδο.



Παρόλα αυτά, οι συμμετέχοντες στην έρευνα των Chatzipoulidis et al. (2017) είναι κάπως πιο θετικοί στο θέμα της παρουσίας των ΣΔΙΤ στο θέμα της κατασκευής και συντήρησης των υποδομών υγείας. Τις βλέπουν όμως μια «ακραία» λύση που πρέπει να πραγματοποιείται μόνο εάν αδυνατεί πλήρως ο δημόσιος τομέας. Επιπλέον, εκφράζονται πολύ πιο θετικές απόψεις στην παρουσία του ιδιωτικού τομέα σχετικά με συμμετοχή σε ορισμένες εμπορικές και υποστηρικτικές δραστηριότητες στον τομέα της υγείας γενικά και στον νοσοκομειακό κλάδο συγκεκριμένα. Οι Chatzipoulidis (2017) καταλήγουν στο ότι η χρήση των ΣΔΙΤ στο τομέα της υγείας στην Ελλάδα χρειάζεται τόσο διαμόρφωση των σχετικών κανονισμών αλλά και δημιουργία κατάλληλων συντονιστικών και ελεγκτικών μηχανισμών. Προτείνουν πως αυτό θα πρέπει να πραγματοποιηθεί πρώτα μέσω πιλοτικών προγραμμάτων, προτού χρησιμοποιηθούν σε μια πιο ευρεία κλίμακα, έτσι ώστε να επιτευχθούν τόσο οικονομικά, όσο και κοινωνικά οφέλη.

Τα παραπάνω στοιχεία δείχνουν πως η ελληνική στάση στο θέμα των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας ήταν από υποτονική έως και αρνητική. Παρόλα αυτά και όπως μπορεί να γίνει κατανοητό από περιπτώσεις όπως αυτή του Ηνωμένου Βασιλείου, η απόφαση για της εφαρμογή των ΣΔΙΤ στην οικονομία γενικά αλλά και στον τομέα της υγείας ειδικά, παραμένει απόφαση των εκάστοτε κυβερνήσεων. Η παρούσα Ελληνική κυβέρνηση του κόμματος της Νέας Δημοκρατίας (2019 – σήμερα), μέσω δηλώσεων των υπουργών υγείας δείχνει πως είναι πιο δεκτική στο θέμα των ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας. Συγκεκριμένα, το 2020 έγιναν δηλώσεις από τον τότε υπουργό υγείας Βασίλη Κικίλια, για την έναρξη πιλοτικών προγραμμάτων ΣΔΙΤ σε τρία δημόσια νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία αυτά, αφορούσαν ένα μεγάλο νοσοκομείο και ένα μικρότερο νοσοκομείο στην περιοχή της Αθήνας αλλά και ένα στην περιφέρεια. Πέρα από αυτή την περιγραφή όμως, τα νοσοκομεία αυτά ούτε κατονομάστηκαν, ούτε και δόθηκαν περισσότερα στοιχεία, από τον φόβο αντιδράσεων (Σουλάκη 2020<sup>α</sup>;2020<sup>β</sup>). Θα πρέπει να σημειωθεί επίσης πως η εφαρμογή πιλοτικών προγραμμάτων, συμβαδίζει και με την πρόταση των Chatzipoulidis et al (2017) προκειμένου η εισαγωγή των ΣΔΙΤ στον συγκεκριμένο κλάδο να γίνει πιο ομαλά και ελεγχόμενα, έτσι ώστε να αυξηθούν και τα ενδεχόμενα επιτυχίας τους.

Η στάση για την χρήση των ΣΔΙΤ συνεχίστηκε και από τον επόμενο υπουργό υγείας, Θάνο Πλεύρη, που έκανε αναφορά σε ένα μοντέλο ΣΔΙΤ όπου ιδιώτες γιατροί θα μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, υπό καθεστώς μερικής απασχόλησης στο δημόσιο σύστημα υγείας, τονίζοντας πως κάτι τέτοιο θα ενισχύσει την ευελιξία του συστήματος ενώ θα κάνει πιο «ελκυστικά» τα νοσοκομεία της περιφέρειας (Σουλάκη, 2022). Η πιο πρόσφατη εξέλιξη στις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, είναι το μοντέλο των «συν-εφημεριών». Συγκεκριμένα οι

ιδιωτικές κλινικές “Ιατρικό Περιστερίου” και “Ερρίκος Ντυνάν” θα συνεισφέρουν τις κλίνες τους (30 το Ιατρικό Περιστερίου και 15 το Ντυνάν) προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι αυξημένες ανάγκες λόγω της έξαρσης ιογενών λοιμώξεων και να καταπολεμηθεί το φαινόμενο των ράντσων. Το συγκεκριμένο σχέδιο είναι σε πιλοτικό στάδιο, μπορεί όμως και να επεκταθεί ανάλογα με τα αποτελέσματα που θα επιφέρει (Σουλάκη, 2023).

Όπως φαίνεται από το παραπάνω, παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα εμφανίζει μια αξιόλογη στον τομέα των ΣΔΙΤ γενικά, αναφορικά με τις ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας η δραστηριότητα είναι αρκετά περιορισμένη, κυρίως λόγω των κοινωνικών και πολιτικών αντιδράσεων. Έχοντας ολοκληρώσει την ανάλυση της Ελλάδας, στο κεφάλαιο που ακολουθεί πραγματική η συζήτηση των ευρημάτων και η εξαγωγή συμπερασμάτων.

## Κεφάλαιο 4: Συζήτηση / Συμπεράσματα

Όπως παρουσιάστηκε στην παραπάνω μελέτη το θέμα των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας απασχόλησε σε σημαντικό βαθμό τις ευρωπαϊκές χώρες κυρίως κατά την τελευταία δεκαετία του 20<sup>ου</sup> αιώνα καθώς και τις δύο πρώτες του 21<sup>ου</sup>. Ο κύριος λόγος για αυτό ήταν η αντίληψη πως μέσω των ΣΔΙΤ, μπορεί να γίνει μεταφορά της τεχνογνωσίας του ιδιωτικού τομέα σε δημόσιες επενδύσεις και υπηρεσίες. Το αναμενόμενο αποτέλεσμα θα ήταν να αντιμετωπιστούν αδύνατα σημεία του δημόσιου τομέα όπως η γραφειοκρατία, ενώ μέσω της τεχνογνωσίας και της καλύτερης αντίληψης των αναγκών της αγοράς, ο ιδιωτικός τομέας θα συνέβαλε στην δημιουργία δημόσιων επενδύσεων που θα είχαν πολύ καλύτερη ποιότητα με το χαμηλότερο κόστος. Αυτό δείχνει πως ένας από τους κύριους στόχους είναι η επίτευξη του βέλτιστου Value for money.

Οι επενδύσεις και υπηρεσίες του τομέα της υγείας είναι ιδιαίτερης σημασίας, και ο σκοπός των ΣΔΙΤ είναι, μέσω της συνεργασίας με του ιδιωτικού τομέα, οι δημόσιες αρχές να μπορούν να παρέχουν στους πολίτες την βέλτιστη ποιότητα των υπηρεσιών/υποδομών με ένα χαμηλό, ή έστω προσιτό και λογικό κόστος. Τα αποτελέσματα της παρούσα μελέτης έδειξαν πως τα αποτελέσματα για την επίτευξη των σχετικών προσδοκιών μπορούν να χαρακτηριστούν τουλάχιστον ως «αμφισβητήσιμα». Εναλλακτικά θα μπορούσε να ειπωθεί πως τα αποτελέσματα εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόστηκαν οι ΣΔΙΤ. Για παράδειγμα, το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν μία από τις χώρες που πρωτοστάτησε στην εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας μέσω του μοντέλου PFI. Παρόλα αυτά, οι πρόσφατες αποφάσεις του Βρετανικού Κοινοβουλίου δείχνουν την τάση για την παύση των ΣΔΙΤ όχι μόνο στον τομέα της υγείας αλλά και στους ευρύτερους τομείς των δημοσίων επενδύσεων, με ένα από τα κυριότερα επιχειρήματα να είναι πως δεν επιτυγχάνουν ικανοποιητικό VfM (Booth, 2018). Παρόλα αυτά, μελέτες όπως αυτή των Santandrea et al. (2016) υποστηρίζουν πως το θέμα σχετίζεται περισσότερο με τις ρήτρες που υπογράφονται στα μοντέλα PFI καθώς και τον τρόπο υπολογισμού των αναμενόμενων αποδόσεων των ΣΔΙΤ. Συγκεκριμένα αναφέρουν πως οι αναμενόμενες αποδόσεις για την επίτευξη VfM βασίζονται σε υπολογισμούς που έγιναν στο προκαταρκτικό στάδιο της επένδυσης και δεν επαναυπολογίζονται κατά την διάρκεια της, έτσι ώστε να λαμβάνονται υπόψιν οι μεταβαλλόμενες συνθήκες της αγοράς και οι ανάγκες των κοινωνιών. Μια περαιτέρω αρνητική εικόνα για τις ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας παρουσιάζεται στην Σουηδία με την περίπτωση του νοσοκομείου New Karolinska Solna, η κατασκευή του οποίου ξεπέρασε κατά πολύ τον αρχικό προϋπολογισμό, ενώ τα τελικά αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά τόσο όσον αφορά την

ποιότητα της υποδομής όσο και την ποιότητα των υπηρεσιών που βασίστηκε σε ιδιωτικοοικονομικά / κερδοσκοπικά κριτήρια για την τιμολόγηση των ασθενών.

Απογοητευτικά αποτελέσματα παρουσιάστηκαν και στην περίπτωση των ΣΔΙΤ της Γαλλίας, μέσω των προγραμμάτων Hôpital 2007 και Hôpital 2012 τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα επενδύσεις στον τομέα της υγείας οι οποίες αποδειχθήκαν ακριβότερες από αυτές που θα είχαν πραγματοποιηθεί αν τις είχε αναλάβει μόνο ο δημόσιος τομέας. Παρόλα αυτά, η κύρια αντίδραση ενάντια στις ΣΔΙΤ δεν ήταν τόσο εξαιτίας του παράγοντα του Value for Money, αλλά εξαιτίας ιδεολογικών κινήτρων, καθώς οι ΣΔΙΤ θεωρήθηκαν ως ένα μέσο για την ιδιωτικοποίηση του δημόσιου τομέα της υγείας (Bergere, 2016; Simonet, 2021). Αντιδράσεις έχουν υπάρξει και στην περίπτωση της Ιταλίας, παρόλο που υπάρχουν περιπτώσεις νοσοκομείων ΣΔΙΤ που έχουν αποφέρει θετικά αποτελέσματα (Carpellaro & Longo, 2011; Barros et al., 2014). Παρόλα αυτά, οι ΣΔΙΤ εξακολουθούν να θεωρούνται ως αναποτελεσματικές, καθώς καταλήγουν σε υψηλότερο κόστος για τον τελικό χρήστη των υγειονομικών υπηρεσιών (Vecchi et al 2010; 2020). Αντί για την κατάργησή τους, προτείνεται η μεγαλύτερη παρουσία του δημόσιου τομέα στις ΣΔΙΤ, ώστε να έχει τον ρόλο του εγγυητή για την κερδοφορία των ιδιωτικών συνεταιίρων, επιτρέποντάς τους να εφαρμόσουν πιο εύκολα την τεχνογνωσία τους στις υποδομές και την παροχή υπηρεσιών (Vecchi et al, 2020).

Μια διαφορετική προσέγγιση παρουσιάζεται στις ΣΔΙΤ που εφαρμόζονται στις περιοχές της Ισπανίας και Πορτογαλίας. Συγκεκριμένα, στην Ισπανία, οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας ακολουθούν το μοντέλο Alzira, στο οποίο ο ιδιωτικός τομέας πέρα από τις υποδομές, παρέχει και τις υγειονομικές υπηρεσίες ενώ ο δημόσιος τομέας παρέχει χρηματοδότηση για την παροχή των υπηρεσιών αυτών (Acerete et al. 2011). Τα αποτελέσματα από την έρευνα των Caballer-Tarazona & Vivas-Consuelo (2016) δείχνουν πως τα αποτελέσματα των νοσοκομείων με το σύστημα Alzira τείνουν να υπερέχουν αυτών που είναι καθαρά δημόσια. Παρόλα αυτά, αποφεύγουν την γενίκευση, καθώς ο αριθμός των περιπτώσεων που εξετάστηκε είναι μικρός και καλούν για ευρύτερη έρευνα ώστε να μπορέσουν να εξαχθούν πιο αξιόπιστα αποτελέσματα. Όσον αφορά την περίπτωση της Πορτογαλίας, οι Carvalho & Rodrigues (2023) παρουσιάζουν στοιχεία πως τα νοσοκομεία που λειτουργούν με το μοντέλο ΣΔΙΤ παρέχουν καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τα δημόσια, τόσο όσον αφορά τα ποιοτικά όσο και τα οικονομικά τους στοιχεία. Παρόλα αυτά, οι Pereira et al. (2020) τονίζουν πως η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων έργων μπορεί να βελτιωθεί περαιτέρω, αρκεί να δοθεί η δυνατότητα επαναδιαπραγμάτευσης των όρων της εκάστοτε ΣΔΙΤ, έτσι ώστε να μπορούν να απεικονίζονται και να ανταποκρίνονται καλύτερα στις συνθήκες της αγοράς.

Τα αποτελέσματα από τις παραπάνω χώρες δείχνουν πως οι ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας έχουν την δυνατότητα να παρέχουν καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών και υποδομών στους χρήστες τους, για ένα χαμηλότερο κόστος. Για να πραγματοποιηθεί αυτό όμως, απαιτείται η ύπαρξη συγκεκριμένων διαδικασιών και παραγόντων, όπως η διαφάνεια στις συναλλαγές και στις συμφωνίες, η καλύτερη συνεννόηση μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών και η δυνατότητα επαναδιαπραγμάτευσης των όρων έτσι ώστε οι στόχοι των επενδύσεων να συμβαδίζουν καλύτερα με τις ευρύτερες συνθήκες της αγοράς.

Όσον αφορά την περίπτωση της Ελλάδας, παρόλο που υφίσταται σχετική νομοθεσία για τις ΣΔΙΤ στον κλάδο της υγείας, η εφαρμογή δεν πήρε την έκταση που πήρε σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Περιορίστηκε περισσότερο στην μακροχρόνια ενοικίαση ιατρικού εξοπλισμού (Chatzipoulas et al., 2017), όπως και σε μεμονομένες περιπτώσεις όπως της μαιευτικής κλινικής «Γαία». Παρόλο που περιπτώσεις των μαιευτικών κλινικών μέσω ΣΔΙΤ μπορεί να παρέχουν την ευκαιρία για παροχή υπηρεσιών υψηλού επιπέδου με χαμηλότερο κόστος (Kordi et al., 2010), η ΣΔΙΤ δεν έτυχαν ευρείας χρήσης. Αντιθέτως, ενώ είχαν υπάρξει σχέδια για την δημιουργία κλινικών μέσω ΣΔΙΤ σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας, αυτές δεν προχώρησαν λόγω αντιδράσεων. Το κυριότερο επιχείρημα εναντίων την ΣΔΙΤ ήταν πως αποτελούν τρόπο για την ιδιωτικοποίηση της δημόσιας υγείας (Kyloudis et al., 2012), το οποίο είναι αντίστοιχο με τις αντιδράσεις που εμφανίστηκαν κυρίως στην Γαλλία (Bergere, 2016; Simonet, 2021),

Η εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον χώρο των δημόσιων υπηρεσιών και υποδομών υγείας έχει παρουσιάσει θετικά αποτελέσματα, αλλά και ένα μεγάλο όγκο από αποτυχίες και αντιδράσεις. Λαμβάνοντας υπόψιν την ανάλυση μέχρι τώρα, ακολουθούν οι απαντήσεις στα κύρια ερευνητικά ερωτήματα:

### **1. Ποιες είναι οι κοινωνικές ωφέλειες και πλεονεκτήματα που δημιουργούνται από την εφαρμογή των συστημάτων ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο;**

Οι ΣΔΙΤ επιτρέπουν την παροχή υπηρεσιών και υποδομών υγείας υψηλής ποιότητας σε ένα ευρύτερο μέρος του πληθυσμού, το οποίο ίσως να μην την ανάλογη δυνατότητα πρόσβασης είχε υπό άλλες συνθήκες. Αυτό ισχύει για περιπτώσεις που οι ΣΔΙΤ παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιτυχία, με βάση την αποτελεσματικότητά τους και την αποδοχή τους από το κοινό, όπως τα μοντέλα Alzira στην Ισπανία. Στις επιτυχημένες περιπτώσεις οι ΣΔΙΤ επιτρέπουν την βέλτιστη χρήση των δημόσιων πόρων για την παροχή των βέλτιστων

υπηρεσιών υγείας προς το ευρύ κοινό. Παρόλα αυτά, αυτά οι περιπτώσεις δεν είναι τόσο συχνές. Αντιθέτως πιο συχνά παρουσιάζονται δυσλειτουργίες, οι οποίες αναλύονται στην ακόλουθη απάντηση.

## **2. Ποιες είναι οι δυσλειτουργίες και κοινωνικές ανισότητες που δημιουργούνται από την εφαρμογή των συστημάτων ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο;**

Η περίπτωση των δυσλειτουργιών των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας είναι πολύ πιο συχνό συμβάν στα παραδείγματα που εξετάστηκαν. Αυτό σχετίζεται με το χαμηλό value for money που παρουσιάζουν οι ανάλογες ΣΔΙΤ όπως στις περιπτώσεις της Αγγλίας, Σουηδίας, Γαλλίας και Ιταλίας. Το τελικό αποτέλεσμα είναι να δημιουργούνται ιατρικές υποδομές οι οποίες είναι υποδεέστερες από αυτές που θα είχαν δημιουργηθεί στην περίπτωση της καθαρά δημόσιας επένδυσης. Λόγω της σημασίας των υπηρεσιών υγείας και των επιπτώσεων που μπορεί να έχει η κακή ποιότητα αυτών των υπηρεσιών και υποδομών στην ποιότητα ζωής, την νοσηρότητα και την θνησιμότητα των ατόμων, ο αντίκτυπος αυτών των υποδεέστερων επενδύσεων έχει αρνητικά αποτελέσματα που ξεπερνάν την σχέση «απόδοσης / τιμής» καθώς επηρεάζουν άμεσα την δυνατότητα πρόσβασης στην υγεία και την δυνατότητα ανάρρωσης / αποκατάστασης των ασθενών. Ουσιαστικά χρησιμοποιούνται χρήματα φορολογουμένων για να τους παρασχεθούν υπηρεσίες και υποδομές υγείας κατώτερης ποιότητας από αυτές που θα μπορούσαν να τους παρασχεθούν με άλλους τρόπους (πχ είτε αποκλειστικά δημόσια νοσοκομεία είτε ιδιωτικά).

Επιπλέον, σε μερικές περιπτώσεις (πχ Σουηδία) παρουσιάζεται το φαινόμενο η τιμολόγηση των ασθενών να γίνεται με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, όπως σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο, και όχι με κοινωνικά. Αυτό με την σειρά του αποθαρρύνει την προσέλευση των πολιτών που αναζητούν ιατρικές / νοσοκομειακές υπηρεσίες σε κάτι που παρουσιάζεται ως «δημόσιο» αγαθό. Οι παραπάνω αποτυχημένες περιπτώσεις δεν σημαίνουν πως η μέθοδος των ΣΔΙΤ είναι συνολικά αποτυχημένη. Αντιθέτως, περιπτώσεις όπως της Ισπανίας και της Πορτογαλίας δείχνουν πως μπορούν να έχουν θετικά αποτελέσματα, ανάλογα με την διαχείριση τους.

**3. Πως μπορεί να συγκριθούν οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στο Ελληνικό επίπεδο σε σχέση με τις ευρωπαϊκές; Τι χρήσιμες πληροφορίες μπορεί να αντλήσει η Ελληνική περίπτωση σε σχέση τις ευρωπαϊκές και πως μπορεί να τις εφαρμόσει;**

Οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στην περίπτωση της Ελλάδας δεν γνώρισαν ευρεία εφαρμογή. Ο κυριότερος λόγος αφορά πολιτικές / ιδεολογικές αλλά και τοπικές αντιδράσεις σχετικά με την ενδεχόμενη ιδιωτικοποίηση της δημόσιας υγείας. Παρόλα αυτά, την παρούσα στιγμή, η ελληνική περίπτωση μπορεί να επωφεληθεί χρησιμοποιώντας τόσο τα παραδείγματα των επιτυχημένων περιπτώσεων, όσο και των αποτυχημένων που προαναφέρθηκαν. Ένα από τα κύρια μαθήματα που μπορεί να πάρει η Ελλάδα είναι η σωστή διαμόρφωση των συμβολαίων ΣΔΙΤ, τα οποία θα πρέπει να καθορίζουν επακριβώς τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις τόσο των ιδιωτών, όσο και των δημόσιων συνεταιίρων. Επιπλέον, θα πρέπει να προσφέρουν έναν βαθμό ευελιξίας και να επιτρέπουν αναπροσαρμογές, έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν καλύτερα στις ανάγκες που προκύπτουν από μεταβαλλόμενες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες. Ένα ακόμη σημείο στο οποίο θα πρέπει να δοθεί έμφαση είναι η διαφάνεια των όρων αλλά και των συναλλαγών μεταξύ των μερών, ώστε να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται πιθανές περιπτώσεις διαφθοράς. Ο δημόσιος τομέας μπορεί να επωφεληθεί της τεχνογνωσίας του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα, ακόμη και σε κρίσιμους τομείς όπως αυτός της υγείας, αρκεί να υπάρχουν οι κατάλληλοι, διαδικασίες και έλεγχοι ώστε να αντιμετωπίζονται οι αναποτελεσματικότητες αλλά και οι πράξεις διαφθοράς.

## Βιβλιογραφία

### Αγγλόφωνη βιβλιογραφία

- Acerete B., Stafford A., Stapleton P., (2011), Spanish healthcare public private partnerships: The ‘Alzira model’, *Critical Perspectives on Accounting*, Volume 22, Issue 6, Pages 533-549, ISSN 1045-2354,
- Barretta A, Ruggiero P. (2008), “Ex-ante evaluation of PFIs within the Italian health-care sector: what is the basis for this PPP? *Health Policy*”; 88(1):15-24. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.02.005. Epub 2008 Mar 21. PMID: 18359122.
- Barros P., Barry M., Brand H., Brouwer W., De Maeseneer J., Jönsson B., Lamata F., Lehtonen L., Marušič D., McKee M., Ricciardi W., Thomson S., (2014), “Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public- Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe”, EXpert Panel on effective ways of investing in Health, European Commission, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/032ee8ff-9507-4e97-ae3f-c7b534536c59/language-en>
- Basabih M, Prasojo E, Rahayu AYS. Hospital services under public-private partnerships, outcomes and, challenges: A literature review. *Journal of Public Health Research*. 2022;11(3). doi:10.1177/22799036221115781
- Basu, S., J. Andrews, S. Kishore, R. Panjabi & D. Stuckler. 2012. Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-income countries: a systematic review. *PLoS medicine*, 9: e1001244.
- Bergere, F. (2016), "Ten years of PPP: An initial assessment", *OECD Journal on Budgeting*, vol. 15/1, <https://doi.org/10.1787/budget-15-5jm3rx2qbx bq>.
- Biginas, Konstantinos & Sindakis, Stavros. (2015). Innovation through Public-Private Partnerships in the Greek Health care Sector: How is it achieved and what is the current situation in Greece?. *Innovation Journal*. 20. 1-11.
- Booth L., (2018), “Goodbye PFI”, House of Commons Library, UK Parliament, <https://commonslibrary.parliament.uk/goodbye-pfi/>
- Bougrain, F. (2014), “Public private partnerships in France: a significant and decreasing role in the delivery of public infrastructure and services”, Working Paper <https://www.researchgate.net/publication/334233867>
- Bryman A., Bell E., (2011), “Business Research Methods”, 3<sup>rd</sup> edition, Oxford University Press, Oxford.
- Cappellaro, G., Longo, F. (2011), “Institutional public private partnerships for core health services: evidence from Italy”. *BMC Health Serv Res* 11, 82 (2011). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-82>



- Chatzipoulidis, G.N., Aretoulis, G.N. and Kalfakakou, G.P., 2011. PPP's application in Greek health infrastructure and personnel's response. *International Journal of Healthcare Delivery Reform Initiatives (IJHDRI)*, 3(4), pp.1-15.
- Chatzipoulidis, George & Aretoulis, Georgios & Kalfakakou, Glykeria. (2017). The attitude of Greek society to public-private partnerships in the public health sector. *International Journal of Healthcare Technology and Management*. 16. 204. 10.1504/IJHTM.2017.088857.
- Cruz, Carlos & Marques, Rui. (2013). Integrating Infrastructure and Clinical Management in PPP for Health Care. *Journal of Management in Engineering*. 29. 10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000166.
- Dahlgren G. (2014), "Why public health services? Experiences from profit-driven health care reforms in Sweden". *Int J Health Serv.*;44(3):507-24. doi: 10.2190/HS.44.3.e. PMID: 25618987.
- Demirag I., Iqbal K., Stapleton P., (2015), "A changing market for PFI financing: Evidence from the financiers", *Accounting Forum*, Volume 39, Issue 3, Pages 188-200,ISSN 0155-9982,https://doi.org/10.1016/j.accfor.2015.05.001.
- Demotes-Mainard J, Canet E, Segard L. (2006), "Public-private partnership models in France and in Europe". *Therapie*. 2006 Jul-Aug;61(4):325-34, 313-23. English, French. doi: 10.2515/therapie:2006059. PMID: 17124948.
- Eadie R., Millar P., Grant R. (2013). "PFI/PPP, private sector perspectives of UK transport and healthcare". *BEPAM*. 3. 89-104. 10.1108/BEPAM-02-2012-0005.
- EBRD (2022), "PPPs in Greece Current Developments", European Bank for Reconstruction and Development, <https://www.ebrd.com/documents/comms-and-bis/orestis-kavalakis-ppps-in-greece-and-current-developments.pdf>
- Edgar, V.C, Beck, M., Brennan, N.M. (2018), "Impression management in annual report narratives: the case of the UK private finance initiative", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 31 No. 6, pp. 1566-1592. <https://doi.org/10.1108/AAAJ-10-2016-2733>
- EIB (2023), "Review of the European public-private partnership market in 2022", European Investment Bank, European PPP Expertise Centre, διαθέσιμο στο [https://www.eib.org/attachments/lucalli/20230009\\_epec\\_market\\_update\\_2022\\_en.pdf](https://www.eib.org/attachments/lucalli/20230009_epec_market_update_2022_en.pdf)
- European Commission. 2004. *Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions*. Brussels.
- Eurostat (2023), "Demography of Europe: 2023 edition", Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2023>

- Flytzani, S., Giaoutzi, M., (2008). “Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ): Αναγκαιότητα ή προσαρμογή στις απαιτήσεις εξέλιξης της επιχειρηματικότητας”, [https://www.researchgate.net/publication/318378392\\_Sympraxeis\\_Demosiou\\_kai\\_Idiotikou\\_Tomea\\_SDITAnankaioteta\\_e\\_prosarmoge\\_stis\\_apaiteseis\\_exelixes\\_tes\\_epicheirematikotetas](https://www.researchgate.net/publication/318378392_Sympraxeis_Demosiou_kai_Idiotikou_Tomea_SDITAnankaioteta_e_prosarmoge_stis_apaiteseis_exelixes_tes_epicheirematikotetas)
- Gherman M. G. (2013). "Public Private Partnership (PPP): Comparative Analysis of the Legal and Institutional Framework in Romania, Greece, Italy and Portugal" Ovidius University Annals, Economic Sciences Series, Ovidius University of Constantza, Faculty of Economic Sciences, vol. 0(2), pages 214-218
- Hodge G.A, Greve C., (2016), On Public–Private Partnership Performance: A Contemporary Review, Public Works Management & Policy, 1–24, DOI: 10.1177/1087724X16657830
- Holmes J., Capper G., Hudson G., (2006),” Public Private Partnerships in the provision of health care premises in the UK”, International Journal of Project Management, Volume 24, Issue 7, Pages 566-572, ISSN 0263-7863, <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2006.07.004>.
- K. Biginas, S. Sindakis Innovation through Public-Private Partnerships in the Greek Healthcare Sector: How is it achieved and what is the current situation in Greece?
- Kappeler, A., and M. Nemoz. (2010), “Public-Private Partnerships in Europe: before and during the Recent Financial Crisis.” Economic and Financial Report 2010/04. Luxembourg: European Investment Bank. [http://www.eib.org/attachments/efs/efr\\_2010\\_v04\\_en.pdf](http://www.eib.org/attachments/efs/efr_2010_v04_en.pdf)
- Kordi E, Xesfingi S, Androulakis E, Salatas V, Brouziotis A. Public-Private Partnerships in the Health Sector. INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN HEALTH.:398.
- Kostyak L., Shaw D.M., Elger B., Annaheim B., (2017), “A means of improving public health in low- and middle-income countries? Benefits and challenges of international public–private partnerships”, Public Health, Volume 149, Pages 120-129, ISSN 0033-3506, <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.005>.
- Kyloudis P, Rekleiti M, Toska A, Saridi M. Public and Private Sector Relationship in Health Systems and Modern Greek Reality. International Journal of Caring Sciences. 2012 Jan 1;5(1).
  - Kyriakogkonas, P., Garefalakis, A., Gonidakis, F. K., Trihas, N., Zampoulakis, N. (2023). “Prospects of the Digital Transformation of the Greek Public Sector through Private-Public Partnerships: A Perception Study. Theoretical Economics Letters, 13, 568-596.
  - McKee M., Edwards N., Atun R., (2006), “Public–private partnerships for hospitals”, Bulletin of the World Health Organization, 84:890-896.

- Navarro-Espigares, J.L., Hernandez-Torres, E. (2009). “Public and private partnership as a new way to deliver healthcare services”. XVI Encuentro de Economía Pública, 2009-01-01, ISBN 978-84-691-8950-4.
- Nikolic I.A., Maikisch H. (2006), “Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience”, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
- OECD (2023), “Health at a Glance 2023: Greece”, Organisation for Economic Co-operation and Development, <https://www.oecd.org/greece/health-at-a-glance-Greece-EN.pdf>
- Palcic D., Reeves E., Flannery D., Geddes R.R., (2019): Public-private partnership tendering periods: an international comparative analysis, Journal of
- Pereira, M.A., Ferreira, D.C. and Marques, R.C. (2021), “A critical look at the Portuguese public–private partnerships in healthcare”. *Int J Health Plann Mgmt*, 36: 302-315. <https://doi.org/10.1002/hpm.3084>
- Rodrigues N.J.P, Carvalho J.M.S. (2023), “Public-private partnership in the Portuguese health sector”, *Heliyon*, Volume 9, Issue 8,e19122, ISSN 2405-8440, <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19122>.
- Roehrich JK, Lewis MA, George G. (2014) “Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review”. *Soc Sci Med.* 2014 Jul;113:110-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.03.037. Epub 2014 May 6. PMID: 24861412.
- Rosset C., Rodríguez Monroy, C., and Peláez, M. Á., (2015), “The current state and use of Public Private Partnerships for health infrastructure investment in France”, In: 9th International Conference on Industrial Engineering and Industrial Management, ICIEOM-CIO-IIE 2015", July 6-8, 2015, Aveiro, Portugal. ISBN 978-972-789-466-6. pp. 808-812.
- Rouboutsos A., Anagnostopoulos K.P. (2008), “Public–private partnership projects in Greece: risk ranking and preferred risk allocation”, *Construction Management and Economics*, 26:7, 751-763, DOI: 10.1080/01446190802140086
- Rouboutsos, A, Striagka, F (2004) “Value for money drivers in Public Private Partnerships in Greece”. In: 3rd Scientific Conference on Project Management, Clustering in Construction Project Management, 24–5 September, Thessaloniki, Greece.
- Rouboutsos, A., (2008), “Stakeholder value drivers of Public Private Partnerships in Greece”. 255-266. in Hughes, W eds. (2008) *Proceedings of the inaugural construction management and economics ‘Past, Present and Future’ conference*, pp 255-266, CME25, 16-18 July 2007, University of Reading, UK. School of Construction Management and Engineering, University of Reading, Reading, pp1846. ISBN 9780415460590 Available at <https://centaur.reading.ac.uk/31329/>
- Rouboutsos, A., (2015)m “Case Studies in Transport Public–Private Partnerships: Transferring Lessons Learned”, *Transportation Research Record*, 2530(1), 26-35. <https://doi.org/10.3141/2530-04>

- Santandrea, M., Bailey, S., Giorgino, M. (2016), “Value for money in UK healthcare public–private partnerships: A fragility perspective”. *Public Policy and Administration*, 31(3), 260-279. <https://doi.org/10.1177/0952076715618003>
- Saunders M., Lewis P., Thornhill A., (2009), “Research Methods for Business Students”, 5<sup>th</sup> edition, Pearson Education Limited, England
- Simonet D. (2021), “French Idiosyncratic Health-Care Reforms, Performance Management and Its Political Repercussions”. *Risk Manag Healthc Policy*;14:2971-2981. doi: 10.2147/RMHP.S306381. PMID: 34285611; PMCID: PMC8286423.
- Siskou, O., Kaitelidou D., Theodorou M., Liaropoulos L., (2008), “Private health expenditure in Greece: The Greek paradox”. *Archives of Hellenic Medicine*, 25: 663-672.
- Torchia M., Calabrò A., Morner M., (2015) “Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature”, *Public Management Review*, 17:2, 236-261, DOI: 10.1080/14719037.2013.792380
- UK Parliament (2021), “Managing the expiry of PFI contracts”, Committees, διαθέσιμο στο <https://committees.parliament.uk/work/921/managing-the-expiry-of-pfi-contracts>
- UK Parliament, (2021), “Managing the expiry of PFI contracts”, UK Parliament Committees, <https://committees.parliament.uk/work/921/managing-the-expiry-of-pfi-contracts>
- Vecchi V., Hellowell M., Longo F., (2010) “Are Italian healthcare organizations paying too much for their public–private partnerships?”, *Public Money & Management*, 30:2, 125-132, DOI: [10.1080/09540961003665586](https://doi.org/10.1080/09540961003665586)
- Vecchi, V., Casalini, F., Cusumano, N., Leone, V. M. (2020). “PPP in Health Care—Trending Toward a Light Model: Evidence From Italy”, *Public Works Management & Policy*, 25(3), 244-258. <https://doi.org/10.1177/1087724X20913297>
- Vecchi, V., Hellowell, M. (2018). Public–Private Partnerships: Recent Trends and the Central Role of Managerial Competence. In: Ongaro, E., Van Thiel, S. (eds) *The Palgrave Handbook of Public Administration and Management in Europe*. Palgrave Macmillan, London. [https://doi.org/10.1057/978-1-137-55269-3\\_20](https://doi.org/10.1057/978-1-137-55269-3_20)
- Waluszewski, A., Håkansson, H. and Snehota, I. (2018), “Public and private interests—are there any clashes? The New Karolinska case”, The 34th IMP Conference, Marseille, <https://www.impgroup.org/uploads/papers/9903.pdf>
- Waluszewski, A., Hakansson, H. and Snehota, I. (2019), "The public-private partnership (PPP) disaster of a new hospital – expected political and existing business interaction patterns", *Journal of Business & Industrial Marketing*, Vol. 34 No. 5, pp. 1119-1130. <https://doi.org/10.1108/JBIM-12-2018-0377>

- World Bank Institute, (2012), Public Private Partnerships e Reference Guide Version 1.0. International Bank for Reconstruction and Development/International Development Association or The World Bank, Washington, D.C., USA.
- Kasios, G., & Foradoula, N. (2021). “Public-Private Partnerships (PPPs): Potential Impacts and Critical Success Factors”. HAPSc Policy Briefs Series, 2(2), 65–73. <https://doi.org/10.12681/hapscpbs.29519>

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

- Κιτσίου Ε., (2011), “Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στη Δημόσια Υγεία”, διαθέσιμο στο <https://www.amcham.gr/wp-content/uploads/2019/03/sditkkgr.pdf>
- Κονδύλης Η., Αντωνοπούλου Α., Μπένος Α., (2008) “Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα Στα Νοσοκομεία: Ιδεολογική Προτίμηση ή Εμπειρικά Βασιζόμενη Επιλογή Στην Πολιτική Υγείας;” Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 25.4 (2008): 496–508, διαθέσιμο στο <https://www.mednet.gr/archives/2008-4/pdf/496.pdf>
- Σουλάκη Γ., (2020<sup>α</sup>), “Κικιλίας: Αρχίζει η πρώτη πιλοτική εφαρμογή για Συμπράξεις Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα στη Δημόσια Υγεία”, iatropedia, διαθέσιμο στο <https://www.iatropedia.gr/eidiseis/kikilias-archizei-i-proti-pilotiki-efarmogi-gia-symprakseis-dimosiou-idiotikou-tomea-sti-dimosia-ygeia/126122/>
- Σουλάκη Γ., (2020<sup>β</sup>), “Πώς θα εφαρμοστούν οι Συμπράξεις Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στα νοσοκομεία του ΕΣΥ”, iatropedia, διαθέσιμο στο <https://www.iatropedia.gr/eidiseis/pos-tha-efarmostoun-oi-symprakseis-dimosiou-idiotikou-tomea-sdit-sta-nosokomeia-tou-esy/126139/>
- Σουλάκη Γ., (2022), “Πλεύρης: Πως θα «δουλέψουν» τα ΣΔΙΤ – Παραμένει το ασυμβίβαστο”, iatropedia, <https://www.iatropedia.gr/eidiseis/plevris-pos-tha-doulepsoun-ta-sdit-paramenei-to-asymbivasto/152536/>
- Σουλάκη Γ., (2023), ““ΣΔΙΤ” για την “εξάλειψη” των ράντζων: Πώς θα εξυπηρετούνται οι ασθενείς”, iatropedia, <https://www.iatropedia.gr/eidiseis/sdit-gia-tin-eksaleipsi-ton-rantzon-pos-tha-eksypiretountai-oi-astheneis/162838/>
- Τζανιδάκης, Δ., (2021), “Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα – Απολογιστική Έκθεση», ΔΙΚΤΥΟ για τη ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ στην Ελλάδα και την Ευρώπη, διαθέσιμο στο <https://todiktio.eu/wp-content/uploads/2021/02/%CE%94%CE%99%CE%9A%CE%A4%CE%A5%CE%9F-%CE%A3%CE%94%CE%99%CE%A4-REPORT-02.2021.pdf>