

## ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

# Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας;

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

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρησιμοποίηση ιδιωτικών κεφαλαίων, μέσω των συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) (public private partnerships, PPPs), για την ανέγερση νέων νοσοκομείων, εκτός από κεντρική επιλογή εδώ και μία δεκαετία στην κατεύθυνση «εκσυγχρονισμού» της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service, NHS) της Βρετανίας,<sup>1</sup> τείνει να γίνει και ένα παγκόσμιο φαινόμενο.<sup>2</sup> Εταιρείες συμβούλων με έδρα τη Βρετανία καθώς και πολυεθνικές εταιρείες βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των προσπαθειών προώθησης σε διεθνές επίπεδο του νέου αυτού τρόπου χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας.<sup>1</sup> Παράλληλα, διεθνείς οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο ενσωματώνουν την πρακτική της ιδιωτικής χρηματοδότησης δημοσίων

υπηρεσιών στα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής των αναπτυσσόμενων χωρών,<sup>2</sup> ενώ η Ευρωπαϊκή Ένωση στηρίζει και πριμοδοτεί τις συμπράξεις στις χώρες κράτη-μέλη της.<sup>3</sup>

Το Πράσινο Βιβλίο για τις ΣΔΙΤ, το οποίο υιοθέτησε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το Νοέμβριο του 2005, επισημαίνει ότι αν και δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός των ΣΔΙΤ σε κοινοτικό επίπεδο, ο όρος αναφέρεται σε μορφές συνεργασίας ενός δημόσιου φορέα με τον επιχειρηματικό κλάδο με σκοπό τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, την ανακαίνιση, τη διαχείριση ή τη συντήρηση υποδομών ή την παροχή υπηρεσιών.<sup>4</sup> Οι ΣΔΙΤ, παρά την ποικιλομορφία τους, διέπονται από κάποια κοινά χαρακτηριστικά: (α) τη μεγάλη χρονική διάρκεια της όποιας συνεργασίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού εταίρου, (β) τη μερική χρηματοδό-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2008, 25(4):496-508  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2008, 25(4):496-508

Η. Κονδύλης,<sup>1</sup>  
Λ. Αντωνοπούλου,<sup>2</sup>  
Α. Μπένος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή,  
<sup>2</sup>Τμήμα Οικονομικών Επιστημών,  
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο  
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Public-private hospital  
partnerships: Ideological  
preference or evidence based  
choice in health policy?

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Βρετανικό σύστημα υγείας  
Πρωτοβουλίες ιδιωτικής χρηματοδότησης  
Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα  
(ΣΔΙΤ)

Υποβλήθηκε 8.3.2007  
Εγκρίθηκε 15.10.2007

τηση του προγράμματος από τον ιδιωτικό τομέα, με αρκετές και ποικίλες όμως συμφωνίες μεταξύ των εταιρών, (γ) το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο ιδιώτης σε διάφορα στάδια του προγράμματος (σχεδιασμός, συμπλήρωση, υλοποίηση, χρηματοδότηση) και την παράλληλη επικέντρωση του δημόσιου τομέα στον έλεγχο της ποιότητας, τον ορισμό των τιμών και τον προσδιορισμό των στόχων του προγράμματος στη βάση της ικανοποίησης του δημόσιου συμφέροντος και (δ) την κατανομή των κινδύνων μεταξύ των εταιρών, η οποία αφορά κύρια στη μεταβίβαση στον ιδιωτικό τομέα κινδύνων που παραδοσιακά βάρυναν το δημόσιο τομέα.<sup>4</sup>

Οι ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό κλάδο παρουσιάζουν ιδιαίτερη ποικιλομορφία. Η διεθνής εμπειρία έχει να επιδείξει συμπράξεις με τη μορφή της εκχώρησης των υποστηρικτικών, των κλινικών υπηρεσιών ή και της διοίκησης δημόσιων νοσοκομείων σε ιδιώτες, με τη μορφή της λειτουργίας ιδιωτικών πτερυγών εντός δημόσιων νοσοκομείων, με τη μορφή της κατασκευής δημόσιων νοσοκομείων με ιδιωτικά κεφάλαια με ή χωρίς ανάληψη της ευθύνης παροχής των υποστηρικτικών ή και των κλινικών υπηρεσιών από τον ιδιωτικό φορέα (πίν. 1).<sup>5-9</sup>

Τα τελευταία χρόνια, στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρείται μια συνεχής επέκταση της χρήσης των ΣΔΙΤ ως μέσου επένδυσης κεφαλαίου στο νοσοκομειακό τομέα, ιδιαίτερα σε συστήματα υγείας χρηματοδοτούμενα μέσω φορολογίας.<sup>7</sup> Το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν η πρώτη

χώρα στην Ευρώπη που έκανε εκτεταμένη χρήση των ΣΔΙΤ προκειμένου να εξασφαλίσει επενδύσεις για κοινωνικές υποδομές, όπως είναι τα νοσοκομεία.<sup>7</sup> Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Επενδύσεων το 2004 σε 8 ακόμη χώρες κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) οι ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό κλάδο βρίσκονταν είτε στο στάδιο της προκήρυξης, είτε στο στάδιο της τελικής συμφωνίας, ενώ σε 6 ακόμη χώρες κράτη-μέλη η υιοθέτηση των ΣΔΙΤ είχε τεθεί στο δημόσιο διάλογο.<sup>10</sup> Τέλος, σύμφωνα πάντα με τα ίδια στοιχεία, σε 13 από τα 25 κράτη-μέλη της ΕΕ είχαν προταθεί, προπαρασκευαστεί ή ψηφιστεί νομοθετικές ρυθμίσεις υποστηρικτικές για τις ΣΔΙΤ.<sup>10</sup>

Στη χώρα μας, η ψήφιση το 2005 του σχετικού νόμου<sup>11</sup> έθεσε το νομοθετικό πλαίσιο για την υλοποίηση αντίστοιχων πολιτικών και στο σύστημα υγείας της Ελλάδας. Τα έως τώρα δεδομένα υποδηλώνουν ότι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προτίθεται να αξιοποιήσει το Βρετανικό μοντέλο ΣΔΙΤ<sup>12</sup> για το σχεδιασμό και την κατασκευή έως και οκτώ νοσοκομείων σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πρέβεζα, Κω και Κομοτηνή.<sup>13</sup> Παράλληλα, ήδη έχουν δει το φως της δημοσιότητας προκαταρκτικές συμφωνίες<sup>14</sup> ή προτάσεις εκδήλωσης ενδιαφέροντος ιδιωτικών επιχειρηματικών ομίλων<sup>15,16</sup> για σύμπραξη με το δημόσιο τομέα στο νοσοκομειακό κλάδο της χώρας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή και η ανάλυση του βρετανικού μοντέλου ΣΔΙΤ στις υπηρεσίες υγείας, γνωστού και ως Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρημα-

**Πίνακας 1.** Επιλογές σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στο χώρο των νοσοκομείων.

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

**Πίνακας 1.** (συνέχεια) Επιλογές σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στο χώρο των νοσοκομείων.

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

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

## 2. ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ-ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ – ΤΟ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Η ιδρυτική πράξη της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS) το 1946, εκτός της εθνικοποίησης των νοσοκομείων, όριζε τη χρηματοδότηση και τη βελτίωσή τους ως κεντρική υποχρέωση του κράτους και, πιο συγκεκριμένα, του Υπουργείου Υγείας.<sup>17</sup> Η NHS, έχοντας κληρονομήσει ένα χαοτικό δίκτυο μικρών –με μέση δυναμικότητα κάτω των 100 κλινών– και πεπαλαιωμένων νοσοκομειακών κτηρίων,<sup>17</sup> υιοθέτησε το 1962 ένα μεγάλης έκτασης επενδυτικό πρόγραμμα στα νοσοκομεία, το οποίο έως τα τέλη της δεκαετίας του 1990 παρέμεινε ανεκπλήρωτο, καθώς μόλις το ένα τρίτο από τα 224 προγράμματα είχε πλήρως υλοποιηθεί, ενώ τα υπόλοιπα δύο τρίτα είχαν μερικώς υλοποιηθεί ή δεν είχαν ακόμη αρχίσει.<sup>18</sup> Η νομοθετική πράξη του 1990, με τη θεσμοθέτηση του κεφαλαιουχικού φόρου (capital charging), μετέτρεψε τις επενδύσεις κεφαλαίου στα νοσοκομεία από ευθύνη της κυβέρνησης σε ευθύνη των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων (hospital trusts).<sup>18</sup> Τα νοσοκομεία υποχρεώθηκαν να εξασφαλίσουν ένα ετήσιο οικονομικό πλεόνασμα ίσο με το 6% της τρέχουσας αξίας της περιουσίας τους (γη, ακίνητα, εξοπλισμός), το οποίο και κατέβαλαν στο Υπουργείο Οικονομικών, προκειμένου να συλλεχθούν οι αναγκαίοι πόροι για νέες επενδύσεις.<sup>18,19</sup> Η θεσμοθέτηση των PFIs από την κυβέρνηση των Συντηρητικών το 1992 είχε ως πρόθεση τη χρηματοδότηση της ανέγερσης νέων νοσοκομείων μέσω ΣΔΙΤ, με πόρους που θα προέρχονταν τελικά από την πώληση γης και την ανακατεύθυνση του κεφαλαιουχικού φόρου από το Υπουργείο Οικονομικών στις ιδιωτικές κατασκευαστικές εταιρείες.<sup>20</sup>

Οι Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (PFIs), ως κύριο μοντέλο σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στη Βρετανία, προϋποθέτουν τη δημιουργία μιας Εταιρείας Ειδικού Σκοπού (ΕΕΣ) (special purpose vehicle, SPV), με ισότιμη συμμετοχή μιας κατασκευαστικής εταιρείας και μιας εταιρείας συμβούλων επιχειρήσεων. Η ΕΕΣ δημιουργεί δεσμούς ή διαπραγματεύεται δάνεια με χρηματοδοτικούς οργανισμούς, όπως είναι οι τράπεζες.<sup>21</sup> Η προκύπτουσα κοινοπραξία (consortium), στη συνέχεια, σχεδιάζει (βάσει των απαιτήσεων της NHS), κατασκευάζει (μέσα σε προσυμφωνημένα χρονικά και οικονομικά πλαίσια), χρηματοδοτεί (καλύπτοντας το κεφαλαιουχικό κόστος κατασκευής) και λειτουργεί το νέο νοσοκομείο (προσφέροντας υπηρεσίες διαχείρισης καθώς και άλλες προσυμφωνημένες υποστηρικτικές υπηρεσίες). Με άλλα λόγια, στη Βρετανία η πλειοψηφία

των PFI προγραμμάτων στα νοσοκομεία έχουν τη μορφή προγραμμάτων σχεδιασμού–κατασκευής–χρηματοδότησης–λειτουργίας (design–built–finance–operate, DBFO).<sup>22</sup> Οι υποστηρικτικές λειτουργίες του νοσοκομείου που αναλαμβάνουν οι ιδιώτες μπορεί να συμπεριλαμβάνουν τη συντήρηση του κτηρίου, των μηχανημάτων, των κήπων, τη λειτουργία των πλυντηρίων και των μαγειρείων, τη διαχείριση των απορριμμάτων, την απολύμανση, την αποστείρωση, την ασφάλεια, τη στάθμευση, τη μεταφορά των ασθενών (εκτός από επείγοντα περιστατικά), τεχνολογικές εφαρμογές, ταχυδρομείο, τηλεπικοινωνίες, ενέργεια, την υποδοχή ασθενών, καθώς και τη λειτουργία καταστημάτων εντός του νέου νοσοκομείου.<sup>23</sup>

Από την πλευρά του το δημόσιο και εν προκειμένω τα αυτοδιοικούμενα νοσοκομεία της NHS παρέχουν τις κλινικές υπηρεσίες του νοσοκομείου (προσλαμβάνουν όλο το αναγκαίο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό) και συμβάλλονται με το consortium για 30 και πλέον έτη, καταβάλλοντας ετήσιες πληρωμές στον ιδιώτη. Οι πληρωμές (unitary payment) προς την κοινοπραξία περιλαμβάνουν την αμοιβή διαθεσιμότητας (availability fee) και την αμοιβή των υπηρεσιών (facilities management fee). Η αμοιβή διαθεσιμότητας καλύπτει το κόστος κατασκευής, τους τόκους και τη συντήρηση του κτηρίου και στην ουσία αντιστοιχεί στο ενοίκιο (rental payment), ενώ η αμοιβή των υπηρεσιών καλύπτει τις προσυμφωνημένες υποστηρικτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου που παρέχει ο ιδιώτης.<sup>18</sup> Εκτός των ετήσιων πληρωμών, το δημόσιο παραχωρεί οικόπεδα στην κοινοπραξία ή τα πωλεί για την εξασφάλιση πλεονάσματος προκειμένου να ικανοποιηθούν οι οικονομικές απαιτήσεις του consortium.<sup>23</sup> Άλλωστε, οι περισσότερες συμφωνίες σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στη Βρετανία προβλέπουν το κλείσιμο δύο ή και περισσότερων δημόσιων νοσοκομείων και τη συγκέντρωση των υποδομών τους σε νέο νοσοκομείο, το οποίο εδράζεται σε ένα, συνήθως φθηνότερο, οικόπεδο και την απελευθέρωση των υπόλοιπων εκτάσεων και κτηρίων είτε προς πώληση είτε προς παραχώρηση, με ευνοϊκούς όρους, στον ιδιωτικό τομέα ως τμήμα της αρχικής συμφωνίας.\*<sup>18,23–25</sup> Μετά από

\* Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση του Royal Infirmary Edinburgh Trust στη Σκωτία: Παρέιχε 1.292 νοσοκομειακές κλίνες μοιρασμένες στο Royal Infirmary, Edinburgh City Hospital, Simpson Memorial Maternity Pavilion, Princess Margaret Rose Hospital. Η συμφωνία με την ιδιωτική κοινοπραξία (αποτελούμενη από την BICC Plc, τη Βασιλική Τράπεζα της Σκωτίας, την κατασκευαστική εταιρεία Morrison και τις εταιρείες συμβούλων επιχειρήσεων Initial Healthcare και Haden FM) προέβλεπε τη δημιουργία ενός νέου νοσοκομείου (δυναμικότητας 814 κλινών και αξίας 180 εκατομμυρίων £) στα περίχωρα του Εδιμβούργου και την πώληση των υπόλοιπων μικρών νοσοκομείων.<sup>24</sup> Τα 70 εκτάρια που απελευθερώθηκαν πωλήθηκαν στην ιδιωτική κοινοπραξία έναντι 12 εκατομμυρίων £, όταν η εκτιμώμενη αξία τους στην αγορά άγγιζε τα 60 εκατομμύρια £.<sup>25</sup>

τη λήξη του 30ετούς συμβολαίου και εφόσον αυτό δεν ανανεωθεί, το νέο νοσοκομείο περνά (όχι πάντα) στην κυριότητα του δημοσίου.<sup>21</sup>

Η υιοθέτηση και υλοποίηση των συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στο νοσοκομειακό κλάδο της Βρετανίας χαρακτηρίστηκε από το Υπουργείο Υγείας «ως το μεγαλύτερο πρόγραμμα κατασκευής νοσοκομείων στην ιστορία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας»,<sup>26</sup> ενώ ο Alan Milburn, πρώην Υπουργός Υγείας της Βρετανίας, όριζε τις ΣΔΙΤ ως τη μόνη χρηματοδοτική πρόταση για την ανέγερση νέων νοσοκομείων (“the only game in town”).<sup>27</sup> Έως το 1997, παρά την ύπαρξη του σχετικού νομοθετικού πλαισίου, κανένα πρόγραμμα σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα δεν είχε υλοποιηθεί, για διάφορους λόγους, κυριότερος των οποίων ήταν η ανησυχία των ιδιωτικών εταιρειών για την ασφάλεια των επενδύσεών τους στο χώρο της υγείας.<sup>1</sup> Το 1996, δύο σημαντικά βήματα έγιναν προκειμένου να ενθαρρυνθεί ο ιδιωτικός τομέας στην κατεύθυνση της συμμετοχής του στις ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας: Πρώτον, προστατεύτηκαν νομοθετικά τα συμβόλαια μεταξύ των κοινοπραξιών και των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων από πιθανές αλλαγές πολιτικής.<sup>21</sup> Αν, για παράδειγμα, ένα συμβεβλημένο με κάποια κοινοπραξία αυτοδιοικούμενο νοσοκομείο έκλεινε, το συμβόλαιό του και οι εξ αυτού υποχρεώσεις αυτόματα μεταβιβάζονταν σε κάποιο άλλο από τα λειτουργούντα trusts της NHS. Δεύτερη σημαντική ενέργεια, στην κατεύθυνση μείωσης του κινδύνου που αναλαμβάνουν οι ιδιώτες, υπήρξε η σημαντική αύξηση της διάρκειας των συμβολαίων προκειμένου αυτά να καλύπτουν όλη την περίοδο υποτίμησης του νοσοκομείου (30–50 έτη).<sup>21</sup> Η ανάληψη της εξουσίας από τους Εργατικούς το 1997 και η υιοθέτηση εκ μέρους τους των ΣΔΙΤ, παρά τις περί του αντιθέτου προεκλογικές τους δηλώσεις,<sup>28</sup> με χαρακτηριστικότερη αυτή του Harriet Harman, πρώτου Υπουργού Κοινωνικής Ασφάλισης των Εργατικών, που τις χαρακτήρισε ως δούρειο ίππο της ιδιωτικοποίησης (“Trojan Horse of privatization”),<sup>29</sup> πυροδότησε τη σύναψη συμβολαίων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και στο χώρο της υγείας.<sup>1</sup>

Έως την άνοιξη του 2004, 21 νέα νοσοκομεία μέσω των ΣΔΙΤ είχαν ολοκληρωθεί και τεθεί σε λειτουργία στη Βρετανία, ενώ 10 ακόμη νοσοκομεία βρίσκονταν υπό κατασκευή. Τρία, τέλος, νοσοκομεία βρίσκονταν στη διαδικασία της διαπραγμάτευσης.<sup>17</sup>

### 3. ΤΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ-ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Σε όλη την Ευρώπη, ένα μεγάλο μέρος των νοσοκο-

μείων φιλοξενείται σε πεπαλαιωμένα και πολλές φορές ακατάλληλα κτήρια (για παράδειγμα, στη Βρετανία ένα μεγάλο μέρος των νοσοκομείων εδράζεται σε κτήρια του 19ου αιώνα, στην Ιταλία η μέση ηλικία των νοσοκομείων φθάνει τα 65 έτη, ενώ στην Ιρλανδία το 75% των νοσοκομείων χρονολογείται πριν από το 1960).<sup>7</sup> Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το συγκριτικά υψηλότερο κόστος αναβάθμισης των υφιστάμενων παλαιών κτηρίων σε σχέση με την κατασκευή νέων, οδηγεί σε μια ευρείας αποδοχής αναγνώριση της ανάγκης αυξημένων επενδύσεων για τη δημιουργία νέων νοσοκομειακών υποδομών.<sup>7</sup>

Η ανάγκη αυτή του διαρκούς εκσυγχρονισμού της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης σε συνδυασμό με τη στενότητα των δημόσιων πόρων ωθεί τις κυβερνήσεις στην αναζήτηση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης των δημόσιων υποδομών μέσω άντλησης κεφαλαίων από τον ιδιωτικό τομέα.<sup>3–5</sup> Στη Βρετανία, τα PFI προγράμματα παρουσιάστηκαν από τους ενθουσιώδεις υποστηρικτές τους ως μέσον απόκτησης από τη NHS νέων σύγχρονων κτηρίων και μηχανημάτων χωρίς αύξηση της φορολογίας, με χρήματα μάλιστα τα οποία δεν θα εμφανίζονταν ως δημόσια οφειλή,<sup>29</sup> μιας και η Eurostat δεν συμπεριλαμβάνει τις πληρωμές του δημοσίου για την αποπληρωμή των προγραμμάτων ΣΔΙΤ στον υπολογισμό του δημόσιου χρέους<sup>30</sup> και έτσι το κράτος μπορεί να κινείται με άνεση εντός των ορίων της δημοσιονομικής πειθαρχίας που επιβάλλει το Σύμφωνο Σταθερότητας.

Το δεύτερο βασικό οικονομικό επιχείρημα για την υιοθέτηση των ΣΔΙΤ υπήρξε η βούληση των κυβερνήσεων για αξιοποίηση στο δημόσιο τομέα της τεχνολογίας, της αυξημένης αποδοτικότητας και καινοτομίας του επιχειρηματικού κλάδου.<sup>3–5,22,31,32</sup> Υποστηρίζεται λοιπόν ότι οι ιδιώτες, επειδή ακριβώς αναλαμβάνουν κινδύνους που παραδοσιακά βαραίνουν το δημόσιο τομέα (risk transfer), έχουν περισσότερα κίνητρα για εξασφάλιση αποδοτικότητας,<sup>22,32</sup> ενώ παράλληλα δίνεται η δυνατότητα στο δημόσιο να αποστασιοποιηθεί αναλαμβάνοντας ένα ρόλο περισσότερο οργανωτικό, επιτελικό και ελεγκτικό.<sup>4</sup>

### 4. ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΣΔΙΤ/PFI ΣΤΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Κύριο επιχείρημα για την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στη Βρετανία, όπως προαναφέρθηκε, υπήρξε ο ισχυρισμός ότι η NHS, με την εισροή ιδιωτικών κεφαλαίων, θα εξασφάλιζε σύγχρονες κτηριακές υποδομές χωρίς να χρειαστεί, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα, να επιβαρυνθούν οι πολίτες με πρόσθετη φορολογία. Η ζωή όμως, όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Dawson και Maynard, είναι γεμάτη από ψευδαισθήσεις δωρεάν γευμάτων (“illusory free lunches”).<sup>33</sup> Τα

PFI's δεν εισήγαγαν νέα χρήματα στη NHS, αφού τελικά η αποπληρωμή των υποδομών και υπηρεσιών που προσφέρουν γίνεται σε βάθος 30ετίας από τους χρηματοδοτούμενους μέσω φορολογίας προϋπολογισμούς των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων.<sup>33,34</sup> Τα PFI's, στην πραγματικότητα, δεν αποτελούν μια νέα μορφή χρηματοδότησης, αλλά μια νέα μορφή κυβερνητικού δανεισμού από τον ιδιωτικό τομέα.<sup>25</sup> Προκαλούν ανακατεύθυνση των δημόσιων πόρων από τα δημόσια νοσοκομεία προς τις ιδιωτικές κοινοπραξίες,<sup>1</sup> μεταφέροντας παράλληλα το χρηματοδοτικό φορτίο στις επόμενες γενεές.<sup>25</sup> Σε τελική ανάλυση, με τη χρήση των PFI's οι κυβερνήσεις εγγυώνται την αποπληρωμή του ιδιώτη με τη συλλογή φόρων από τους φορολογούμενους πολίτες για τα επόμενα 30 και πλέον χρόνια.

Το βασικό όμως πρόβλημα των PFI, όπως αυτό προκύπτει από τα εμπειρικά δεδομένα της δεκαετούς εφαρμογής τους στη Βρετανία, είναι το υψηλό τους κόστος και μάλιστα το συγκριτικά υψηλότερο κόστος σε σχέση με την κατασκευή νοσοκομείων μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας το μέσο κόστος κατασκευής ανά ΣΔΙΤ νοσοκομείο στη Βρετανία δεκαπλασιάστηκε. Από 104,58 εκατομμύρια € ανά πρόγραμμα ΣΔΙΤ στα 21 πρώτα PFI νοσοκομεία, το μέσο κόστος έφθασε τα 1,075 δισεκατομμύρια € ανά πρόγραμμα ΣΔΙΤ στα 3 τελευταία υπό κατασκευή PFI νοσοκομεία, εγείροντας πλέον σοβαρά ερωτηματικά σχετικά με την οικονομική βιωσιμότητα και αποδοτικότητα αυτών των προγραμμάτων.<sup>1,17</sup>

Το αυξημένο τους κόστος οφείλεται κυρίως σε τρεις λόγους: Πρώτον, στο γεγονός ότι, κατά γενική ομολογία, ο ιδιωτικός τομέας δανείζεται χρήματα πιο ακριβά σε σχέση με

το δημόσιο τομέα.<sup>29,34,35</sup> Το Υπουργείο Οικονομικών δανείζεται χρήματα με ένα ετήσιο επιτόκιο της τάξης του 3–4,5%,<sup>18,36</sup> όταν αντιθέτως η επιλογή των ΣΔΙΤ συνεπάγεται δανεισμό χρημάτων με ετήσιο επιτόκιο τουλάχιστον 9,5%.<sup>23</sup> Δεύτερον, οι ιδιωτικές κοινοπραξίες, ως κερδοσκοπικοί οργανισμοί, καλούνται να παράγουν κέρδος, υποχρεούμενες μάλιστα να επιστρέψουν κερδοφόρα μερίσματα στους μετόχους τους. Υπολογίζεται ότι μια ιδιωτική επένδυση σε νοσοκομεία στη Βρετανία αποφέρει κέρδη της τάξης του 15–25% ετησίως.<sup>23,36,37</sup> Τρίτον, τα προγράμματα ΣΔΙΤ εμπλέκονται με υψηλά διοικητικά έξοδα τόσο για τους ιδιώτες όσο και για το δημόσιο, καθώς απαιτούν επιπλέον διοικητικό προσωπικό (δικηγόρους, λογιστές, συμβούλους) για τη διαμόρφωση, τη διαχείριση και τον έλεγχο πολύπλοκων και ογκωδέστατων συμφωνιών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού «εταίρου». Εμπειρικές μελέτες με δείγμα 8 PFI νοσοκομεία στη Βρετανία έδειξαν ότι το διοικητικό κόστος αντιστοιχούσε στο 18,5–60,6% του κατασκευαστικού κόστους αυτών των νοσοκομείων (πίν. 2).<sup>18,36</sup> Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από πρόσφατη μελέτη σε δείγμα 3 PFI νοσοκομείων στη Βρετανία, όπου το διοικητικό κόστος αντιστοιχούσε στο 24,9–36,3% του κατασκευαστικού κόστους.<sup>38</sup> Στην επιβάρυνση του κόστους με διοικητικά έξοδα προστίθενται και οι δαπάνες της NHS για την πρόσληψη και την πληρωμή συμβούλων της, οι οποίοι συμμετέχουν στη διαδικασία των πολύμηνων διαπραγματεύσεων με τις κοινοπραξίες, δαπάνες οι οποίες ανέρχονται σε 1,5–4,5 εκατομμύρια € ανά PFI πρόγραμμα.<sup>29</sup> Το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας, άλλωστε, αναφέρει ότι κατά την υλοποίηση των 18 πρώτων PFI νοσοκομειακών προγραμμάτων δαπάνησε 52 εκατομμύρια £ σε συμβούλους,<sup>39</sup> δηλαδή 3,16 εκατομμύρια € ανά PFI νοσοκομειακό πρόγραμμα.

**Πίνακας 2.** Κόστος κατασκευής, διοικητικό κόστος και ετήσια αμοιβή διαθεσιμότητας στα νοσοκομεία των πρωτοβουλιών ιδιωτικής χρηματοδότησης (PFI), Βρετανία 1996–1997.

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

ΜΔ: Μη διαθέσιμο

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

Η δυνατότητα του δημοσίου για απευθείας δανεισμό χρημάτων με χαμηλότερο σε σχέση με τους ιδιώτες επενδυτές επιτόκιο, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το δημόσιο χρηματοδοτούμενο κεφάλαιο δεν εμπλέκεται με πρόσθετες επιβαρύνσεις (διοικητικά έξοδα, κέρδος), οδηγεί πολλούς πλέον στο συμπέρασμα ότι ο συμβατικός τρόπος χρηματοδότησης μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων αποτελεί φθηνότερη χρηματοδοτική επιλογή για την ανέγερση νέων νοσοκομείων σε σχέση με την άντληση ιδιωτικών κεφαλαίων μέσω ΣΔΙΤ.<sup>34</sup> Εμπειρικές μελέτες με δείγμα 8 PFI νοσοκομεία στη Βρετανία κατέδειξαν ότι το δημόσιο καταβάλλει στις ιδιωτικές κοινοπραξίες σε ετήσια βάση μόνο για την κάλυψη της αμοιβής διαθεσιμότητας το 10,9–18,5% του κατασκευαστικού κόστους του νοσοκομείου (πίν. 2).<sup>18,36</sup> Αν το δημόσιο είχε χρηματοδοτήσει την κατασκευή των εν λόγω νοσοκομείων μέσω απευθείας δανεισμού, θα πλήρωνε ετήσιους τόκους της τάξης του 3–3,5% του αρχικού κεφαλαίου.<sup>36</sup> Και άλλη μελέτη με δείγμα 3 PFI νοσοκομεία στη Βρετανία έδειξε ότι τα ετήσια έξοδα του δημοσίου μέσω ΣΔΙΤ ήταν κατά 37–76,6% υψηλότερα σε σχέση με τα αναμενόμενα έξοδα, στην υποθετική περίπτωση όπου θα είχε ακολουθηθεί διαδικασία κατασκευής των νοσοκομείων με δημόσια χρηματοδότηση (πίν. 3).<sup>38</sup>

Το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας και οι υποστηρικτές των PFIs ισχυρίζονται ότι, παρά το φαινομενικά μικρότερο κόστος της δημόσιας επένδυσης, στην πραγματικότητα η ιδιωτική επένδυση για την κατασκευή νέων νοσοκομείων αποτελεί φθηνότερη και αποδοτικότερη χρηματοδοτική επιλογή, αν συνυπολογίσει κάποιος τα έξοδα σε όλο το βάθος χρόνου του συμβολαίου καθώς και τον κίνδυνο που αναλαμβάνει ο ιδιώτης.<sup>35,39</sup> Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο οι δικαστικές αποφασίσεις των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων στη Βρετανία, προκειμένου να αξιολογήσουν την αποδοτικότητα ενός PFI προγράμματος, διενεργούν αναλύσεις κόστους-οφέλους (value for money analysis) συγκρίνοντας τα έξοδά του με εκείνα ενός συμβατικού προγράμματος δημοσίων επενδύσεων. Προκειμένου δε, όπως ισχυρίζονται, η σύγκριση αυτή

**Πίνακας 3.** Σύγκριση ετήσιων εξόδων κατασκευής νέου νοσοκομείου μεταξύ προγράμματος δημοσίων επενδύσεων και προγράμματος συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ), Βρετανία.

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

Όλα τα ποσά σε εκατομμύρια €

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

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

PFI: Πρωτοβουλίες ιδιωτικής χρηματοδότησης

Πηγή: Pollock et al 2002<sup>38</sup>

να είναι «αντικειμενική», ακολουθείται μια δύο σταδίων διαδικασία προτύπωσης των εξόδων του προγράμματος ΣΔΙΤ. Κατά το πρώτο στάδιο (discounting), στηριζόμενοι στην παραδοχή ότι η αποπληρωμή ενός δανείου σε βάθος 30ετίας –όπως συμβαίνει στα PFI προγράμματα– στοιχίζει λιγότερο σε σχέση με την άμεση αποπληρωμή του –όπως συμβαίνει σε ένα πρόγραμμα δημόσιας επένδυσης, όπου η αποπληρωμή του κεφαλαίου γίνεται κατά την περίοδο της κατασκευής, δηλαδή συνήθως μέσα στα τρία πρώτα έτη– διενεργείται έκπτωση κατά 6% στο πραγματικό κόστος του PFI προγράμματος. Κατά το δεύτερο στάδιο της προτύπωσης (risk transfer) γίνεται ποσοτική εκτίμηση του μεταφερόμενου στον ιδιωτικό τομέα κινδύνου και το ποσό που προκύπτει προστίθεται στα έξοδα της αντίστοιχης δημόσιας επένδυσης.

Η μεθοδολογία της ανάλυσης κόστους-οφέλους που ακολουθούν τα trusts αμφισβητείται πλέον από πολλούς, καθώς θεωρείται αυθαίρετη, στηριζόμενη εν πολλοίς σε υποθέσεις και εκτιμήσεις.<sup>23</sup> Το ποσοστό 6%, με το οποίο γίνεται μείωση του εκτιμώμενου κόστους των ΣΔΙΤ, είναι υποκειμενικό, προϊόν πολιτικής επιλογής,<sup>36</sup> χαρακτηριζόμενο ως ιδιαίτερα υψηλό από πολλούς οικονομολόγους.<sup>38</sup> Εμπειρική έρευνα με δείγμα 6 PFI νοσοκομεία στη Βρετανία έδειξε ότι και μετά από την εφαρμογή της προτύπωσης, με έκπτωση 6% επί του συνολικού κόστους των ιδιωτών, το κόστος αυτό εξακολουθούσε να παραμένει υψηλότερο σε σχέση με το δημόσιο ανταγωνιστή (public comparator).<sup>38</sup> Ακόμα, για τον προσδιορισμό και την ποσοτική εκτίμηση του μεταφερόμενου κινδύνου δεν υφίσταται αντικειμενική μέθοδος. Η εκτίμηση των κινδύνων ενός προγράμματος σε βάθος 30ετίας σε ένα χώρο ιδιαίτερα και ταχέως ευμετάβλητο, όπως είναι η υγεία, στηρίζεται σε υποθέσεις, με αποτέλεσμα ο υπολογισμός τους να μοιάζει περισσότερο με άσκηση φαντασίας: τέχνη όσο και επιστήμη (“an art as much as a science”).<sup>23</sup> Η προαναφερθείσα εμπειρική μελέτη έδειξε ότι ο υπολογισμός του κινδύνου παρουσίαζε μεγάλες διακυμάνσεις από 17,4–50,4% επί του συνολικού κεφαλαιουχικού κόστους των υπό εξέταση προγραμμάτων ΣΔΙΤ.<sup>38</sup> Σε όλες δε τις περιπτώσεις το ποσό που προέκυπτε από την εκτίμηση του μεταφερόμενου στους ιδιώτες κινδύνου ισοδυναμούσε με το ποσό που απαιτείτο προκειμένου να κλείσει η ψαλίδα του κόστους μεταξύ ΣΔΙΤ και δημοσίου ανταγωνιστή.<sup>38</sup>

Γενικότερα, η μεταφορά του κινδύνου στους ιδιώτες και όχι μόνο ο υπολογισμός αυτής είναι ιδιαίτερα αμφίβολη υπόθεση στα πλαίσια των συμπράξεων, μιας και οι τράπεζες και οι επενδυτές, αποτελώντας το ακριβώς αντίθετο της μεταφοράς κινδύνου (“risk averse vs risk transfer”),<sup>23</sup> αναζητούν, όποτε αυτό είναι εφικτό, τρόπους για την προστασία του εισοδήματός τους από την αβεβαιότητα.<sup>2</sup>

Ένα δεύτερο ζήτημα είναι το γεγονός ότι οι κίνδυνοι που αναλαμβάνει ο ιδιώτης στα πλαίσια ενός PFI νοσοκομειακού προγράμματος στη Βρετανία είναι μικροί, καθώς αφορούν μόνο στην κατασκευαστική περίοδο του έργου εξασφαλίζοντας έτσι ένα εγγυημένο, μονοπωλιακό κέρδος από τη χρονική στιγμή που θα χτιστεί το νοσοκομείο και μετά.<sup>21</sup> Τρίτον, η μεταφορά κινδύνου στα πλαίσια μιας σύμπραξης προϋποθέτει ποινές σε περίπτωση αθέτησης των συμφωνημένων, οι οποίες όμως στην περίπτωση των PFI προγραμμάτων ουδέποτε εφαρμόζονται.<sup>36</sup> Τέλος, όπως άλλωστε αποδεικνύουν και τα σχετικά παραδείγματα από τη διεθνή εμπειρία, σε περίπτωση αποτυχίας ή χρεοκοπίας του ιδιώτη αυτός που καλείται να διασώσει το όλο πρόγραμμα είναι πάντα το δημόσιο.<sup>\*2,9,38</sup> Σε τελική ανάλυση, ο κίνδυνος ενός προγράμματος ΣΔΙΤ δεν μεταβιβάζεται, αλλά αντιθέτως οι φορολογούμενοι καλούνται να πληρώσουν για τους κινδύνους που υποτίθεται ότι αναλαμβάνει ο ιδιωτικός τομέας.<sup>38</sup>

Το υψηλό κόστος των PFI προγραμμάτων επιβαρύνει τους χρηματοδοτούμενους μέσω φορολογίας προϋπολογισμούς των αυτοδιοικουμένων νοσοκομείων της NHS, καθώς όλο και μεγαλύτερο ποσοστό των εσόδων τους δαπανάται για την αποπληρωμή των ιδιωτικών κοινοπραξιών. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι τα έξοδα απόσβεσης κεφαλαίου των PFI νοσοκομείων στη Βρετανία, από 3,4–7% των εσόδων τους στην περίοδο πριν από τη ΣΔΙΤ, εκτινάχθηκαν στο 10,7–32,7% των αναμενόμενων εσόδων τους στη μετά-ΣΔΙΤ περίοδο.<sup>38</sup> Το πιο ανησυχητικό όμως είναι ότι η επιβάρυνση αυτή των προϋπολογισμών των αυτοδιοικουμένων νοσοκομείων (trusts) με αυξημένα κεφαλαιουχικά έξοδα φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τόσο τις σχεδιαστικές τους προτεραιότητες –με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα τη μείωση της δυναμικότητας σε κλίνες των νέων νοσοκομείων– όσο και την «κλινική» τους δραστηριότητα.<sup>25</sup> Στη Βρετανία, όλα τα PFI νοσοκομειακά προγράμματα αρχίζουν με τη σύνταξη ενός αδρού πλάνου εργασίας (outline business case) από τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Με βάση αυτό το πλάνο και εφόσον αυτό εγκριθεί από τις περιφερειακές διοικήσεις της NHS (regional executives), προκηρύσσεται διαγωνισμός

με την πρόσκληση ιδιωτών επενδυτών, στον οποίο ως όρος τίθεται όχι ο επιθυμητός αριθμός κλινών αλλά η επιθυμητή κλινική δραστηριότητα του νέου νοσοκομείου. Στις περισσότερες των περιπτώσεων οι κοινοπραξίες εισηγούνται τη μείωση των κλινών, καθώς, όπως ισχυρίζονται, μέσω της αύξησης της πληρότητας, της αύξησης της έντασης νοσηλείας ανά κλίνη και της μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ) μπορεί να επιτευχθεί η επιθυμητή κλινική δραστηριότητα και με μικρότερο αριθμό κλινών. Πράγματι, όπως προκύπτει από τα πλάνα εργασίας 15 PFI νοσοκομείων σε Αγγλία και Σκωτία που συμπεριλαμβάνονταν στο πρώτο κύμα προγραμμάτων ΣΔΙΤ της Βρετανίας, η μέση σχεδιαζόμενη για την επόμενη πενταετία μείωση της δυναμικότητας των νέων νοσοκομείων ήταν της τάξης του 29,04% ανά PFI πρόγραμμα (πίν. 4).<sup>20,24</sup>

**Πίνακας 4.** Προβλεπόμενη μείωση κλινών στο πρώτο κύμα νοσοκομείων της σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στη Βρετανία.

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

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

\* Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση του La Trobe Regional Hospital στην Αυστραλία: Το 1996 είχε υπογραφεί συμβόλαιο ανάμεσα στην κυβέρνηση της πολιτείας της Victoria και της κοινοπραξίας Australia Health Care Ltd (AHC) για την κατασκευή νοσοκομείου δυναμικότητας 257 κλινών. Η συμφωνία προέβλεπε την κατασκευή, την ιδιοκτησία και τη λειτουργία του νέου νοσοκομείου από την ιδιωτική κοινοπραξία. Το 2000 η AHC, κάτοχος ήδη 16 νοσοκομείων στην Αυστραλία, σημείωσε σημαντικές απώλειες, της τάξης των 79 εκατομμυρίων \$ Αυστραλίας. Στις 31 Οκτωβρίου του 2000 το La Trobe Regional Hospital εξαγοράστηκε από την τοπική κυβέρνηση της Victoria, καθώς, σύμφωνα με τον Υπουργό Υγείας, η AHC λόγω των απωλειών της δεν ήταν σε θέση πλέον να εγγυηθεί την προβλεπόμενη και ασφαλή λειτουργία του νέου νοσοκομείου.<sup>25</sup>



Το κρίσιμο ερώτημα, βέβαια, είναι αν η μείωση αυτή των κλινών έγινε με κλινικά ή οικονομικά κριτήρια. Το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας υποστηρίζει ότι το μέγεθος και το είδος των υπηρεσιών των νέων νοσοκομείων προσδιορίζονται από τις διοικήσεις τους και μετά από τη σύμφωνη γνώμη των ιατρών, πολύ πριν αποφασιστεί ο τρόπος χρηματοδότησης του νέου νοσοκομείου. Ο δε αριθμός των κλινών στα νέα νοσοκομεία θα ήταν ίδιος, είτε αυτά είχαν χρηματοδοτηθεί δημόσια είτε ιδιωτικά.<sup>35,39</sup> Στην πραγματικότητα, αυτό που συνέβη ήταν ότι ένα μεγάλο μέρος του σχεδιασμού της NHS, που έως το 1990 γινόταν από τις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές με κριτήριο την ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών του τοπικού πληθυσμού, εκχωρήθηκε πλέον σε ιδιωτικές επιχειρήσεις, εν προκειμένω στις κοινοπραξίες.<sup>20,34</sup> Οι αποφάσεις των κοινοπραξιών, με τη σειρά τους, είναι αναμενόμενο να λαμβάνονται με κριτήριο τη βιωσιμότητα ενός εκάστου προγράμματος και όχι το αν απαντούν σε πιο θεμελιώδεις υγειονομικούς στόχους.<sup>40,41</sup> Άλλωστε, οι ιδιωτικές κοινοπραξίες κλίνουν περισσότερο στο να είναι προσεκτικές με το μέγεθος μιας υποδομής, αφού από την οπτική γωνία ενός κερδοσκοπικού οργανισμού η υπέρβαση της ζήτησης έναντι της προσφοράς είναι μικρότερο πρόβλημα απ' ό,τι το αντίστροφο, όταν από την οπτική γωνία της δημόσιας υγείας σοβαρότερο πρόβλημα είναι η έλλειψη υποδομών.<sup>40</sup> Όσο για τη συμμετοχή και τη σύμφωνη γνώμη των ιατρών στη σχεδιαζόμενη μείωση της δυναμικότητας των νέων νοσοκομείων, η απάντηση έρχεται από τους ίδιους τους ιατρούς που συμμετείχαν σε αυτές τις διαδικασίες και οι οποίοι αποκαλύπτουν ότι κλήθηκαν να πάρουν αποφάσεις μέσα σε προκαθορισμένα ανώτατα όρια κόστους, άρα και ανώτατα όρια κλινών.<sup>20</sup> Αδιάψευστος μάρτυρας του γεγονότος ότι η μείωση των κλινών στα νέα ΣΔΙΤ νοσοκομεία έγινε με κριτήρια οικονομικής βιωσιμότητας (affordability) και όχι ικανοποίησης των υγειονομικών αναγκών είναι το πόρισμα της εθνικής έρευνας για τις νοσοκομειακές κλίνες (national bed inquiry), η οποία ξεκίνησε το 1998 με εντολή του Υπουργού Υγείας και δημοσιοποιήθηκε το 2000.<sup>42</sup> Σύμφωνα με το πόρισμα της έρευνας, έως το 2003–2004 απαιτούνταν εντός της NHS μια αύξηση κατά 2000 κλίνες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και 2000 κλίνες ενδιάμεσης νοσηλείας με παράλληλη πρόσληψη 1000 ιατρών και απροσδιόριστου αριθμού νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού. Η αναγκαιότητα αυτή έθετε σε ευθεία αμφισβήτηση τη στρατηγική επιλογή του Υπουργείου Οικονομικών της Βρετανίας για χρηματοδότηση των νέων νοσοκομείων μέσω ΣΔΙΤ, οι οποίες την ίδια χρονική περίοδο σχετίζονταν με μείωση έως και 30% στη δυναμικότητα των νέων νοσοκομείων.<sup>42</sup> Ήδη βέβαια από το 1997 εμπειρική μελέτη με δείγμα 3 PFI προγράμματα –μεταξύ των οποίων και αυτό στο Lothian Health Board της Σκωτίας– κατέληγε

στο συμπέρασμα ότι οι προβλέψεις και οι προβολές στο μέλλον της κλινικής δραστηριότητας και της αναγκαίας εξ αυτής δυναμικότητας σε κλίνες που κάνουν οι κατασκευαστικές εταιρείες στα πλαίσια των ΣΔΙΤ υπολείπονται των εθνικών και τοπικών τάσεων, προειδοποιώντας παράλληλα ότι οι μειώσεις των νοσοκομειακών κλινών ενδέχεται να διαταράξουν την ικανότητα της NHS για ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλον τον πληθυσμό.<sup>24</sup> Η εξέλιξη των πραγμάτων φαίνεται να δικαιώνει τις ανωτέρω εκτιμήσεις.\* Πέντε χρόνια μετά, εμπειρική έρευνα αξιολόγησης του Lothian Health Board PFI προγράμματος δείχνει ότι το εν λόγω νοσοκομείο αδυνατούσε να ικανοποιήσει το προβλεπόμενο στόχο αύξησης του αριθμού των νοσηλευθέντων ακριβώς εξαιτίας των περιοριστικών πολιτικών που ακολουθήθηκαν στη σχεδίαση της δυναμικότητάς του.<sup>43</sup> Πιο συγκεκριμένα, το αρχικό πλάνο του προγράμματος προέβλεπε τη μείωση των κλινών κατά 508 με παράλληλη αύξηση των νοσηλευθέντων στις χειρουργικές και λοιπές ειδικότητες κατά 8% και 21%, αντίστοιχα. Ο στόχος αυτός θα υλοποιείτο, σύμφωνα πάντα με το αρχικό πλάνο, μέσω της μείωσης της ΜΔΝ, της αύξησης των χειρουργείων ημέρας και της αυξημένης παροχής υπηρεσιών σε επίπεδο κοινότητας. Το 2001 και ενώ ο στόχος της μείωσης των κλινών είχε επιτευχθεί κατά 80% (δηλαδή μείωση κατά 409 κλίνες), οι νοσηλευθέντες στις χειρουργικές ειδικότητες μειώθηκαν κατά 33%, ενώ στις λοιπές ειδικότητες υπήρξε οριακή αύξηση της τάξης μόλις του 0,3%. Η αποτυχία του προγράμματος να ικανοποιήσει το στόχο της επιθυμητής κλινικής δραστηριότητας οφείλεται στη μείωση των κλινών και στην παράλληλη στασιμότητα της ΜΔΝ, τη μείωση κατά 3,3% των χειρουργείων ημέρας και την αδυναμία ανάπτυξης υποδομών σε κοινοτικό επίπεδο.<sup>43</sup>

Προκειμένου να αντισταθμιστεί το οικονομικό έλλειμμα ("affordability gap"), που προκύπτει από το υψηλό κόστος των PFI προγραμμάτων και τις συνεπαγόμενες αυξημένες ετήσιες πληρωμές προς τις κοινοπραξίες, οι διοικήσεις των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων της NHS, πέραν της προς τα κάτω αναθεώρησης των πλάνων των σχετικών με τη δυναμικότητα των νέων νοσοκομείων, προχωρούν τόσο στη μείωση του προσωπικού όσο και στην αναζήτηση τρόπων για αύξηση των ιδίων εσόδων τους μέσω της αύξησης των ιδιωτικών κλινών εντός των δημόσιων νοσοκομείων και της

\* Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση του PFI νοσοκομείου στο North Durham: Παρά το γεγονός ότι κόστισε περί τα 143 εκατομμύρια €, η δυναμικότητά του σε κλίνες ήταν ιδιαίτερα μικρή προκειμένου να ανταπεξέλθει στις υγειονομικές απαιτήσεις του τοπικού πληθυσμού. Η διοίκηση του νοσοκομείου αναγκάστηκε να ανακατευθύνει πόρους, όπου σε άλλη περίπτωση θα διέθετε για τη βελτίωση των παρεχόμενων κλινικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, για την αγορά χειρουργικών υπηρεσιών από γειτονική ιδιωτική κλινική.<sup>29</sup>

αύξησης της συνεισφοράς των ασθενών στο κόστος (user charges).<sup>18,20,34</sup> Πράγματι, τα PFI νοσοκομειακά προγράμματα σχετίζονται με μείωση κατά 9,6–16,7% των προϋπολογισμών μισθοδοσίας (πίν. 5),<sup>20</sup> γεγονός που μεταφράζεται στη χρησιμοποίηση μικρότερου αριθμητικά και λιγότερο εξειδικευμένου νοσηλευτικού, κυρίως, προσωπικού.<sup>20,34</sup> Παράλληλα, στα περισσότερα PFI νοσοκομεία υπηρεσίες που μέχρι πρότινος παρέχονταν δωρεάν στους ασθενείς και το προσωπικό (υψηλή ποιότητα γευμάτων, στάθμευση, μεταφορά των ασθενών που αποθεραπεύονται στο σπίτι κ.λπ.) μετατρέπονται πλέον σε ανταποδοτικές, μετακυλιόντας το χρηματοδοτικό φορτίο στους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.<sup>29</sup>

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Τα εμπειρικά δεδομένα από τη δεκαετή εφαρμογή των ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό κλάδο της Βρετανίας συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι οι συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα δεν προσφέρουν ποιότητα για την τιμή (value for money), καθώς το κόστος τους είναι υψηλό<sup>1,17,18,36,37</sup> και μάλιστα συγκριτικά υψηλότερο σε σχέση με το συμβατικό τρόπο χρηματοδότησης μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων.<sup>9,18,36,38</sup> Συνεπάγονται εκποίηση της ακίνητης περιουσίας της NHS και παραχώρησή της με ευνοϊκούς όρους στον ιδιωτικό τομέα.<sup>24,25</sup> Σχετίζονται με μια μείωση της δυναμικότητας των νέων νοσοκομείων της τάξης του 30%,<sup>20,24</sup> υπαγορευμένη από οικονομική παρά από κλινική αναγκαιότητα,<sup>24,42</sup> επιδρώντας αρνητικά στην κλινική δραστηριότητα των νέων νοσοκομείων, με αποτέλεσμα τα τελευταία να αδυνατούν να ικανοποιήσουν τις υγειονομικές

ανάγκες των τοπικών πληθυσμών.<sup>29,43</sup> Σχετίζονται με μείωση έως και 16% των προϋπολογισμών μισθοδοσίας και ανάλογη μείωση του νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού.<sup>20</sup> Προκαλούν μετακύλιση του χρηματοδοτικού φορτίου στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας μέσω της αύξησης των ιδιωτικών κλινών<sup>20</sup> και της συνεισφοράς των ασθενών στο κόστος.<sup>29</sup>

Τα εμπειρικά δεδομένα της Βρετανίας θέτουν επίσης υπό αμφισβήτηση το κυρίαρχο επιχείρημα των υποστηρικτών των PFIς περί ανάληψης από τους ιδιώτες κινδύνων που παραδοσιακά βάρυναν το δημόσιο τομέα. Υποδεικνύουν ότι η επένδυση κεφαλαίων μέσω ΣΔΙΤ στο χώρο των νοσοκομείων είναι μια ασφαλής επένδυση για τους ιδιώτες, καθώς η μεταβίβαση των κινδύνων του προγράμματος γίνεται τελικά από τους ιδιώτες στο δημόσιο και όχι το αντίστροφο.<sup>2,21,23,25,36,38</sup>

Εκτός από τα παραπάνω εμπειρικά δεδομένα θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη και οι πολλαπλά διατυπωμένες, από ανεξάρτητους οργανισμούς και προσωπικότητες, ανησυχίες σχετικά με την έλλειψη διαφάνειας στις συμφωνίες σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα κάτω από το πέπλο της εμπορικής εμπιστευτικότητας (“commercial confidentiality”),<sup>21,23,24</sup> αλλά και τη δημιουργία όλων εκείνων των προϋποθέσεων για την εμφάνιση φαινομένων διαφθοράς, όπως η λήψη αποφάσεων κεκλεισμένων των θυρών, η διακίνηση μεγάλων ποσών δημόσιου χρήματος, η ύπαρξη χρηματοοικονομικών συμβούλων που εργάζονται ταυτόχρονα ή διαδοχικά στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.<sup>34,37</sup>

Παραδόξως, στη Βρετανία «το μεγαλύτερο στην ιστορία της NHS πρόγραμμα κατασκευής νέων νοσοκομείων» μετατράπηκε στο μεγαλύτερο πρόγραμμα κλεισίματος νοσοκομειακών κλινών.<sup>18</sup> Η Βρετανική Εθνική Υπηρεσία Υγείας για πρώτη φορά στην ιστορία της μετά το 1946, από κάτοχος-ιδιοκτήτης νοσοκομειακών υποδομών, μετατράπηκε σε ένοικό τους,<sup>1,37</sup> επιβαρύνοντας και δεσμεύοντας

**Πίνακας 5.** Διάρθρωση δαπανών στα νοσοκομεία της σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ), Βρετανία.

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

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

Πηγή: Pollock et al 1999<sup>20</sup>

τις επόμενες γενεές φορολογουμένων για 30 και πλέον έτη με υπέρογκες ετήσιες συνολικές πληρωμές προς τις κοινοπραξίες, οι οποίες έφθασαν τα 2,91 δισεκατομμύρια £ το 2001 και αναμένεται να ξεπεράσουν τα 4,5 δισεκατομμύρια £ κατά τη χρονική περίοδο 2004–2008.<sup>25</sup>

Και ενώ τα πρώτα σημάδια εγκατάλειψης της πολιτικής χρηματοδότησης του συστήματος υγείας μέσω των PFI προγραμμάτων άρχισαν να εμφανίζονται στη Μ. Βρετανία,<sup>45</sup> με την πολιτική αυτή να καρκινωβατεί έχοντας ως τελευταίο σύμπτωμά της την εμφάνιση μεγάλων ελλειμμάτων στα νοσοκομεία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS),<sup>46,47</sup> οι ευρωπαϊκές κυβερνήσεις, μεταξύ των οποίων και η ελληνική, εμφανίζονται πρόθυμες να υιοθετήσουν τις συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στο όνομα «των εντυπωσιακών αποτελεσμάτων από τη διεθνή εφαρμογή τους στο χώρο της υγείας».<sup>48</sup>

Η προτίμηση της ιδιωτικής έναντι της δημόσιας χρη-

ματοδότησης στην κατασκευή και τη λειτουργία νέων νοσοκομείων αντανακλά την ιδεολογική τοποθέτηση των κυβερνήσεων υπέρ της ελεύθερης αγοράς και των δυνατοτήτων της, μια ιδεολογική τοποθέτηση και προτίμηση όμως που φαίνεται να παραβλέπει τα συνεχή εμπειρικά δεδομένα που την αντικρούουν.

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

## ABSTRACT

### Public-private hospital partnerships: Ideological preference or evidence based choice in health policy?

E. KONDILIS,<sup>1</sup> L. ANTONOPOULOU,<sup>2</sup> A. BENOS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratory of Hygiene, School of Medicine, <sup>2</sup>Department of Economics, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2008, 25(4):496–508*

The use of public-private hospital partnerships (PPPs) shows a tendency to become an international phenomenon. Recently, PPPs have been adopted in Greece also, where they are already in the stage of design. In this study, the British experience of Private Finance Initiative (PFI) and an efficiency evaluation, through a literature review of Britain's empirical evidence, are presented. Empirical evidence from Britain shows that PFI hospital projects do not offer value for money: Their total costs are too high, and higher than public procurement. The lands and assets of the National Health Service (NHS) are being sold or transferred on very advantageous terms to the private sector. New PFI hospitals have been downsized, through clinically unacceptable reductions in bed capacity of up to 30% and in clinical staff budgets of up to 16%, compromising their ability to cope with local health needs. Within PFI projects the transfer of risk from the public to the private sector remains unlikely. Finally, PFI/PPPs affect and restrain future generations of taxpayers by obliging them to pay unaffordable annual fees to private consortia. The preference the governments show in using PPPs as the means of capital investment in the hospital sector rather than using public financing, reflects their ideological preference for the free market potential, a preference that appears to disregard the empirical evidence that opposes it.

**Key words:** British Health Care System, PFI, PPPs, Private finance initiative, Public private partnerships

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

## Βιβλιογραφία

1. LISTER J. *Health policy reform. Driving the wrong way?* Middlesex University Press, UK, 2005:117–1199, 159–160
2. GAFFNEY D, POLLOCK A, PRICE D, SHAOUL J. The politics of the private finance initiative and the new NHS. *Br Med J* 1999, 319:249–253
3. EUROPEAN COMMISSION DIRECTORATE GENERAL FOR REGIONAL POLICY. Guidelines for successful public-private partnerships. 2003, [http://europa.eu.int/comm/regional\\_policy/sources/docgener/guides/PPPguide.htm](http://europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/PPPguide.htm)
4. EUROPEAN COMMISSION. *Green paper on public private partnerships and community law on public contracts and concessions*. Commission of the European Communities, Brussel, 2004:3–4
5. TAYLOR R, BLAIR S. *Public hospitals. Options for reform through public-private partnerships. Note 241*. The World Bank Group, Washington, DC, 2002, [www.worldbank.org/html/fpd/notes/](http://www.worldbank.org/html/fpd/notes/)
6. MAREKT, YAMAMOTO C, RUSTER J. *Private health. Policy and regulatory options of private participation. Note 264*. The World Bank Group, Washington, DC, 2003, [rru.worldbank.org/Viewpoint/index.asp](http://rru.worldbank.org/Viewpoint/index.asp)
7. THOMPSON CR, McKEE M. Financing and planning of public and private not-for profit hospitals in the European Union. *Health Policy* 2004, 67:281–291
8. SLACK K, SAVEDOFF WD. *Public-private provider contracting for health services – examples for Latin America and the Caribbean*. Technical Papers Series. Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department, Washington, DC, 2001
9. McKEE M, EDWARDS N, ATUN R. Public-private partnerships for hospitals. *Bull WHO* 2006, 84:890–896
10. EUROPEAN INVESTMENT BANK. The EIB's role in public-private partnerships. 2004, [www.eib.europa.eu/publications](http://www.eib.europa.eu/publications)
11. Ν. 3389. Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα. ΦΕΚ Α' 232/22-9-2005
12. ΑΡΚΟΥΜΑΝΕΑΣ Π. Το όραμα και ο σχεδιασμός του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τις ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας. Στο: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας: Ομιλίες του 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου για τη Διοίκηση τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας (CD ROM). Αθήνα, 2005
13. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ. Συμπράξεις με ιδιώτες στα μολωχτά. *Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία* 25/2/2007, [www.enet.gr](http://www.enet.gr)
14. ΠΑΠΑΔΟΜΑΡΚΑΚΗ Α. «Υγεία»: Συμφωνία 100 εκατομμυρίων ευρώ για το Ασκληπιείο με τον ΕΕΣ. *Η Ναυτεμπορική* 20/10/2006, [www.naftemporiki.gr](http://www.naftemporiki.gr)
15. ΚΩΤΣΗΣ Β. Η Euromedica θέλει το μάντζιμεντ του Ωνασείου. *Το Βήμα* 30/9/2006:Β9
16. ΚΑΡΑΚΟΥΣΗΣ Α. Χρονιά χρηματιστηριακής έκρηξης το 2007. *Το Βήμα* 7/1/2007:Α13
17. LISTER J. *Public private partnerships: The British experience*. Σεμινάριο Νέου Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, 2006
18. GAFFNEY D, POLLOCK A, PRICE D, SHAOUL J. NHS capital expenditure and the private finance initiative – expansion or contraction? *Br Med J* 1999, 319:48–51
19. POLLOCK A, GAFFNEY D. Capital charges: A tax on the NHS. *Br Med J* 1998, 317:157–158
20. POLLOCK A, DUNNIGAN M, GAFFNEY D, PRICE D, SHAOUL J. Planning the “new” NHS: Downsizing for the 21st century. *Br Med J* 1999, 319:179–184
21. DAWSON D. The private finance initiative: A public finance illusion? *Health Econ* 2001, 10:479–486
22. NHS EXECUTIVE. *Public private partnerships in the national health service: The private finance initiative. Good practice overview*. Treasury Taskforce Publications, UK, 1999
23. GRIFFITH B. *Private finance in health care: Why not*. National Health Service Consultants' Association, UK, 2000:1–50
24. POLLOCK A, DUNNIGAN M, GAFFNEY D, McFARLANE A, MAJEED FA. What happens when the private sector plans hospital services for the NHS? Three case studies under the private finance initiative. *Br Med J* 1997, 314:1266–1271
25. POLLOCK A, SHAOUL J, ROWLAND D, PLAYER S. *Public services and the private sector. A response to the IPPR*. Catalyst, London, 2001:1–54
26. DEPARTMENT OF HEALTH. Press release 98/318. 31/07/1998
27. JONES J. The private finance initiative: Spinning out the defence. *Br Med J* 2000, 320:1460–1461
28. BRADSHAW PL, BRADSHAW G. *Health policy for health care professionals*. Sage, London, 2004:82–86
29. POLLOCK A. *NHS plc. The privatization of our health care*. Verso, UK, 2004:26–28, 52–60, 110–113
30. EUROSTAT. *New decision of Eurostat on deficit and debt. Treatment of public-private partnerships*. Eurostat Press Office, Luxembourg, 2004
31. ΓΚΛΑΒΙΝΗΣ Π. Ξένες επενδύσεις και χρηματοδότηση έργου. Η κατασκευή έργων υποδομής με τη μέθοδο της παραχώρησης στην πολυμερή συμφωνία επενδύσεων. Στο: Στάγκου Π, Μπερεδήμα Α (Συντ.) *Το νομικό καθεστώς των διεθνών επενδύσεων. Το σχέδιο της πολυμερούς συμφωνίας επενδύσεων*. Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2000:301–316
32. ΕΙΔΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΜΠΡΑΞΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ-ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ. Εγχειρίδιο για την υλοποίηση έργων και υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ. Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Αθήνα, 2006:13–17
33. DAWSON D, MAYNARD A. Private finance for the public good? *Br Med J* 1996, 313:312
34. SMITH R. PFI: Perfidious financial idiocy. *Br Med J* 1999, 319:2–3
35. REEVES C. Economics of PFI in the NHS. *Br Med J* 1999, 319:191
36. GAFFNEY D, POLLOCK A, PRICE D, SHAOUL J. PFI in the NHS – is there an economic case? *Br Med J* 1999, 319:116–119
37. PUBLIC SERVICE INSIGHT. PFI in the NHS: A dossier. In: *Keep public services public. A dossier of research material prepared for the GMB*. GMB Britain's General Union, UK, 2002:1–9
38. POLLOCK A, SHAOUL J, VICKERS N. Private finance and “value for money” in NHS hospitals: A policy in search of a rationale? *Br Med J* 2002, 324:1205–1209
39. DEPARTMENT OF HEALTH. General PFI question and answer briefing. 2004, [www.dh.gov.uk/ProcurementAndProposals/PublicPrivatePartnership/PrivateFinanceInitiative/PFIGuidance](http://www.dh.gov.uk/ProcurementAndProposals/PublicPrivatePartnership/PrivateFinanceInitiative/PFIGuidance)

40. BOYLE S. The private finance initiative. *Br Med J* 1997, 314:1214
41. PRICE D. Profiting from closure: The private finance initiative and the NHS. *Br Med J* 1997, 315:1479–1480
42. POLLOCK A, DUNNIGAN M. Beds in the NHS. The national bed inquiry exposes contradictions in government policy. *Br Med J* 2000, 320:461–462
43. DUNNIGAN MG, POLLOCK A. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study. *Br Med J* 2003, 326:905–910
44. HART JT. *The political economy of health care: A clinical perspective*. The Policy Press, UK, 2006:25, 51
45. ATUN R, MCKEE M. Is the private finance initiative dead? *Br Med J* 2005, 331:792–793
46. POLLOCK A. The exorbitant cost of PFI is now being cruelly exposed. *The Guardian* 26/1/2006, [www.guardian.org.uk](http://www.guardian.org.uk)
47. LEYS C. The great NHS deficits con. *Red Pepper* May 2006, [www.redpepper.org.uk/x-may06-leys.htm](http://www.redpepper.org.uk/x-may06-leys.htm)
48. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ. Εισηγητική έκθεση κρατικού προϋπολογισμού 2006. Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Αθήνα, 2005:42–43

*Corresponding author:*

A. Benos, Laboratory of Hygiene, Aristotle University of Thessaloniki, P.O. Box 1689, GR-540 06 Thessaloniki, Greece  
e-mail: [benos@med.auth.gr](mailto:benos@med.auth.gr)