

ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ & ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Γ. ΧΑΤΖΗΠΟΥΛΙΔΗΣ,

ΜΜ, Υποψήφιος Διδάκτωρ

ΓΛ. ΚΑΛΦΑΚΑΚΟΥ,

Καθηγήτρια,

Τμήμα Πολιτικών Μηχανικών, Πολυτεχνική Σχολή, ΑΠΘ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

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

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

Σημαντικό θέμα αποτελεί η διαπίστωση ότι οι κίνδυνοι αποτυχίας μεγαλώνουν όσο πιο ευρεία είναι η χρήση του μοντέλου για την ανάπτυξη των υποδομών υγείας. Η υλοποίηση πιλοτικών προγραμμάτων και η αναλυτική αξιολόγησή τους είναι μονόδρομος. Σε

κάθε άλλη περίπτωση ελλοχεύει ο κίνδυνος μετατροπής της υγειονομικής περίθαλψης από «κοινωνικό αγαθό» σε «εμπορεύσιμο προϊόν».

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

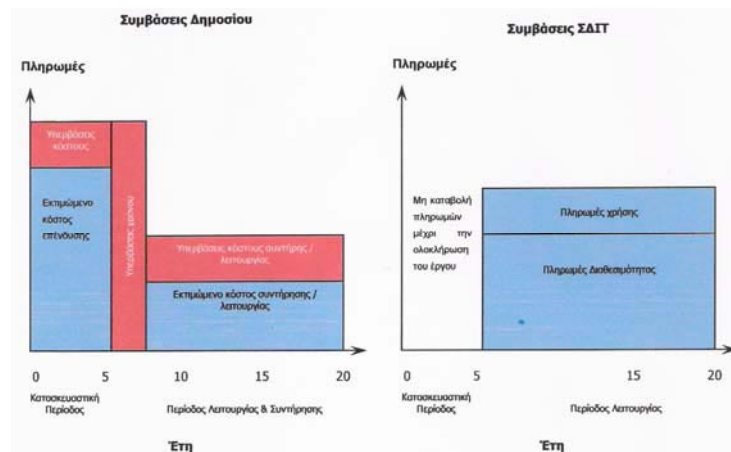
Η αύξηση των ΣΔΙΤ οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Αφενός, λόγω των δημοσιονομικών περιορισμών που αντιμετωπίζουν τα κράτη μέλη, οι ΣΔΙΤ ανταποκρίνονται στην ανάγκη του δημοσίου τομέα για ιδιωτική χρηματοδότηση και, αφετέρου, προσφέρουν στο δημόσιο τομέα τη δυνατότητα να επωφεληθεί από την τεχνογνωσία και τις μεθόδους λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα, ώστε να βελτιώσει με ταχείς ρυθμούς υποδομές και παρεχόμενες υπηρεσίες. (European Commission, 1998)

Ο προσδιορισμός των κινδύνων που συνδέονται με το έργο και ο επιμερισμός τους ανάμεσα στο Δημόσιο και τον Ιδιωτικό τομέα με βάση το ποιος μπορεί να τους χειριστεί και να τους ελέγξει καλύτερα, μπορεί να αποτελέσει ίσως το πιο σημαντικό όφελος, αλλά και τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τις συνεργασίες αυτές (Weiler, 2006).

Σε κάθε περίπτωση, οι διαδικασίες ΣΔΙΤ προϋποθέτουν υψηλό επίπεδο προετοιμασίας

και ισχυρούς φορείς υλοποίησης – διαχείρισης των έργων. Η υιοθέτηση μιας διαδικασίας ΣΔΙΤ πρέπει πάντα να τεκμηριώνεται και να υιοθετείται μόνο εάν έχει πράγματι πρόσθετη αξία, τόσο από οικονομική όσο και από κοινωνική άποψη, να λαμβάνονται δε υπόψη οι μακροχρόνιες δεσμεύσεις και τα έξοδα συναλλαγών που, συχνά, είναι μεγάλα (Weiler,2006). Όσο αυτές οι προϋποθέσεις δεν επιτυγχάνονται, υπάρχουν σοβαροί κίνδυνοι αποτυχίας των έργων ΣΔΙΤ, με απρόβλεπτες συνέπειες, λόγω των μακροχρόνιων συμβάσεων και δεσμεύσεων που αναλαμβάνονται.

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



Σχήμα 1: Διαφορές συμβάσεων Δημοσίων έργων με συμβάσεις ΣΔΙΤ ως προς το χρόνο και το κόστος (Πηγή: IFS / PWC)

2. ΚΡΙΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ ΜΟΡΦΗΣ ΣΔΙΤ

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

- Η ανάγκη στρατηγικού σχεδιασμού των ΣΔΙΤ.
- Η ιεράρχηση και οριοθέτηση των έργων.
- Η αποδοχή των έργων από Τραπεζικά Ιδρύματα και η ανάλυση και πρόβλεψη του μακροπρόθεσμου κόστους αυτών.

- Η ισχυρή κοινοπραξία ιδιωτών.
- Η ενδεδειγμένη και ρεαλιστική μελέτη κόστους - οφέλους.
- Η τεχνική εφικτότητα του έργου.
- Η διευκρίνιση της κτήσης των Πνευματικών Δικαιωμάτων των μελετών, των εφαρμοζόμενων καινοτομιών κλπ.
- Η συνεχής βελτίωση της διαχείρισης των ΣΔΙΤ από το Δημόσιο.
- Ο ορθολογικός επιμερισμός των κινδύνων.
- Η μεγιστοποίηση της σχέσης Αξίας - Κόστους (Value for Money).
- Η πολιτική στήριξη, η ισχυρή οικονομική πολιτική & το σταθερό μακρο-οικονομικό περιβάλλον.
- Η διαφάνεια κατά τη διαγωνιστική διαδικασία.
- Η κοινωνική αποδοχή.
- Η αλλαγή φιλοσοφίας Δημόσιου αλλά και Ιδιωτικού Τομέα (Καρανικολός, 2006, Στριάγκα 2006, Αρκουμανέας, 2005, Τωμαδάκη, 2006, Παναγόπουλος, 2006).

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

3. ΤΥΠΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ – ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ (ΣΔΙΤ). ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΡΓΩΝ

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

- 1) ΣΔΙΤ καθαρά συμβατικού τύπου, στις οποίες η σύμπραξη μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα βασίζεται σε αποκλειστικά συμβατικούς δεσμούς, και συγκεκριμένα πράξη ανάθεσης που χαρακτηρίζεται είτε ως δημόσια σύμβαση, είτε ως σύμβαση παραχώρησης.
- 2) ΣΔΙΤ θεσμοθετημένου τύπου, στις οποίες υπάρχει συνεργασία μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στο πλαίσιο ενός άλλου φορέα ΣΔΙΤ (Ε.Ε.Κ., 2005).

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

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

Συνήθη ανταποδοτικά έργα είναι τα συγκοινωνιακά (λιμάνια, αεροδρόμια, σιδηρόδρομοι, σταθμοί αυτοκινήτων κλπ), τα ενεργειακά έργα, έργα τουριστικής υποδομής κ.ά. (ΕΕΕΔΕ, Έκθεση για τις ΣΔΙΤ, 2004).

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

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

παραγόντων, όπως η ελλιπής προετοιμασία της Αναθέτουσας Αρχής, η ανεπαρκής επιχειρηματική αιτιολόγηση ή η υπεραισιόδοξη εκτίμηση της βιωσιμότητάς τους.

4. ΟΙ ΣΔΙΤ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

Για να διερευνήσουμε το θέμα θα πρέπει να απαντήσουμε σε μια σειρά από ερωτήματα που αφορούν στο μέγεθος του οφέλους για το κράτος, στον ιδιώτη και στον πολίτη, τη μακροπρόθεσμη ασφάλεια του έργου, το μέγεθος της οικονομικής επιβάρυνσης των πολιτών και τη συμβατότητα της εφαρμογής των ΣΔΙΤ με τη Συνταγματική επιταγή της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για όλους, την επίδραση, δηλαδή, που θα έχει η γενικευμένη εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον κοινωνικό χαρακτήρα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Λιαρόπουλος, 2006α).

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

Ήδη, στον τομέα της Υγείας η πολιτεία έχει προχωρήσει στην ανακοίνωση και προώθηση συγκεκριμένων πρωτοβουλιών ανάπτυξης υποδομών Υγείας, με βάση το Ν.3389 του

2005 και έχει εκφράσει τη βούληση για την προώθηση και άλλων.

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

4.1 Οι ιδιαιτερότητες του τομέα παροχής Υπηρεσιών Υγείας

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

- Η μοναδικότητα του ασθενή και η αδυναμία του να λάβει ο ίδιος αποφάσεις.
- Η ανάγκη συνεχούς τήρησης κανόνων ηθικής δεοντολογίας.
- Η κρισιμότητα των περιπτώσεων.
- Ο περιορισμένος αριθμός των δυνατών επιλογών & η ανάγκη άμεσης παρέμβασης.
- Η ιδιότητα του λειτουργού που χαρακτηρίζει όλους σχεδόν τους εργαζόμενους.
- Η ένταση οργάνωσης και διαχείρισης και ο τρόπος επιμερισμού της εξουσίας και της ευθύνης.
- Η ανάγκη ταυτόχρονης αντιμετώπισης πολλαπλών και καθημερινών κρίσιμων καταστάσεων (Σιγάλας, 1999β).

Σημαντικό ζήτημα προς διερεύνηση αποτελεί και ο τρόπος που θα επιδράσει η εφαρμογή των ΣΔΙΤ σε μια σειρά από παράγοντες που με τη σειρά τους επιδρούν άμεσα στην κλινική πρακτική και θα διαδραματίσουν ουσιαστικό ρόλο στην επιτυχία ή αποτυχία της όλης προσπάθειας. Χαρακτηριστικά, μπορούν να αναφερθούν : *το θεσμικό πλαίσιο, οργανωτικοί και διοικητικοί παράγοντες, η ακολουθούμενη πολιτική, το περιβάλλον εργασίας, η αξιόπιστη παροχή επαρκών υλικών μέσων, παράγοντες ομάδας, παράγοντες προσωπικού, παράγοντες καθήκοντος, τα χαρακτηριστικά του ασθενή, παράγοντες δημοσιότητας κ.ά.* (Vincent et al., 2000) (Σιγάλας, 1996) (Σιγάλας, 1999α).

4.2 Το χρηματοδοτικό πρόβλημα του ΕΣΥ

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

Η κατάσταση αυτή αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο εμφανίζει περιοδικότητα και επαναληψιμότητα, ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία και οφείλεται: στον τρόπο αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, με το ημερήσιο νοσήλιο, στην υποεκτίμηση του πραγματικού κόστους των υπηρεσιών, στην απουσία πραγματικών προϋπολογισμών και στην έλλειψη αξιόπιστων πολιτικών ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών (Κακλαμάνης, 2003).

Η αποτυχία του ΕΣΥ να ανταποκριθεί στις σημερινές απαιτήσεις των πολιτών εκφράζεται, κυρίως, με ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή, αλλά και αδυναμίες που αφορούν στην ανταπόκριση του ανθρώπινου παράγοντα. Τα τελευταία χρόνια, παρά τις όποιες προσπάθειες εκσυγχρονισμού της Δημόσιας Υγείας, είναι κοινό μυστικό ότι η «απαξίωση» του Δημόσιου Τομέα της Υγείας συνεχώς διευρύνεται και εκφράζεται με μείωση της εμπιστοσύνης των πολιτών στους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών Υγείας (Το ΒΗΜΑ 17-11-2006).

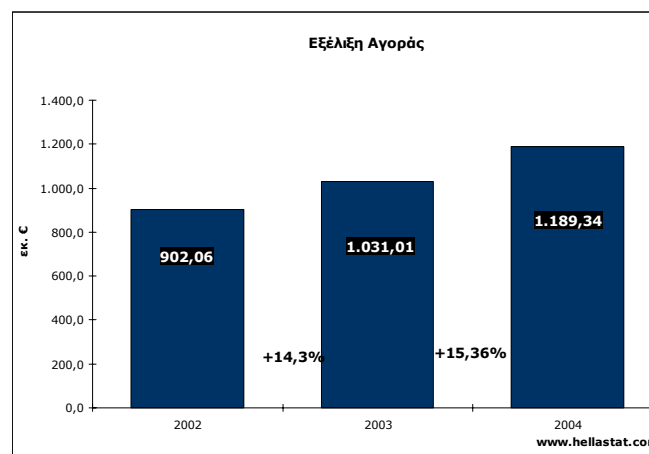
4.3 Ο ιδιωτικός τομέας της Υγείας στη χώρα μας

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

- η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας, όπως αυτή περιγράφεται πιο πάνω,
- η ρύθμιση-απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα,

- η μεγάλη διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης,
- η άνοδος του βιοτικού επιπέδου,
- η γήρανση του πληθυσμού,
- η ταχύτατη εισαγωγή νέων ιατρικών μεθόδων στη διάγνωση, τη χειρουργική και την περίθαλψη.

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



Σχήμα 2: Η εξέλιξη της αγοράς Ιδιωτικής Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας αντιστοιχεί σήμερα στο 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15 (Μαδιάς, Φυλακτόπουλος, 2006).

Η Υγεία, σ' αυτές τις συνθήκες, διαμορφώνεται σε έναν προνομιακό χώρο εφαρμογής των ΣΔΙΤ για τον ιδιωτικό τομέα, που ανασυντάσσεται μέσα από συγχωνεύσεις, εξαγορές, στρατηγικές συμμαχίες με χρηματοπιστωτικούς οργανισμούς & διεθνή επιχειρηματικά κεφάλαια και ετοιμάζεται να υποδεχτεί τις νέες επενδυτικές ευκαιρίες (Καθημερινή, 21-1-2007, Το ΒΗΜΑ, 08/07/2007).

4.4 Η περίπτωση της Μεγάλης Βρετανίας – Η εφαρμογή των ΣΔΙΤ στο NHS

Οι ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας, διεθνώς, παρουσιάζουν ιδιαίτερη ποικιλομορφία. Σύμφωνα με τον καθηγητή κ. Μπένο: «στη χώρα μας, τα έως τώρα δεδομένα, υποδηλώνουν

ότι η ηγεσία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης επέλεξε προς εφαρμογή το βρετανικό υπόδειγμα των ΣΔΙΤ, γνωστό και ως Κίνητρα Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (Private Finance Initiatives - PFIs).

Η δεκαετής όμως εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον νοσοκομειακό τομέα της Μεγάλης Βρετανίας θέτει σημαντικά ερωτήματα για την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των εν λόγω προγραμμάτων (*Ελευθεροτυπία*, 17/12/2006).

Παρά τις όποιες αρχικές επιφυλάξεις, το σύστημα προχώρησε με γρήγορους ρυθμούς. Το 85% των νέων επενδύσεων στο NHS (94% των νέων νοσοκομείων) υλοποιούνται σήμερα μέσω PFI (Edwards et.al., 2004).

Στις συνθήκες αυτές, όμως, οι δημόσιες δαπάνες υγείας εκτρέπονται όλο και περισσότερο προς τον ιδιωτικό τομέα, ενώ την ίδια στιγμή αμφισβητείται έντονα πλέον η οικονομική αποδοτικότητα των επενδύσεων (Value for money), δεδομένου ότι οι δαπάνες υγείας συνεχώς διογκώνονται. Από την άλλη πλευρά, φαινόμενα κακής ποιότητας, κακού σχεδιασμού, κτιρίων με ανεπαρκή διαρρύθμιση, παροχής χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών, επισημαίνονται σε πολλά νέα νοσοκομεία PFI (Lister, 2005).

Έχει φανεί, στην πράξη, ότι τα προγράμματα PFI πολλές φορές κοστίζουν πολύ περισσότερο σε σχέση με τα παραδοσιακά προγράμματα δημόσιων επενδύσεων, δεσμεύοντας και μετακυλίωντας τεράστια οικονομικά βάρη στις επόμενες γενεές φορολογουμένων, συνεπάγονται περικοπές υπηρεσιών, νοσοκομειακών κρεβατιών και προσωπικού με οικονομικά, και όχι κλινικά, κριτήρια επηρεάζοντας, τελικά, αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των νέων νοσοκομειακών υποδομών και συχνά χαρακτηρίζονται από φαινόμενα διαφθοράς και αδιαφάνειας. Τα εμπειρικά δεδομένα από τη Βρετανία δείχνουν ότι το συγκριτικά υψηλότερο κατασκευαστικό κόστος σε σχέση με τα προγράμματα δημοσίων επενδύσεων φθάνει έως και στο 77%, με παράλληλη μείωση κατά 30% των νοσοκομειακών κλινών και κατά 20% του προσωπικού (Gaffney et.al., 1999b) (Κονδύλης, Μπένος, 2006) (Gosling, 2004) (Pollock, 2004) (Gaffney et.al., 1999a).

Από την άλλη πλευρά, η μεταφορά κινδύνου προϋποθέτει σημαντικές ποινές σε περίπτωση αθέτησης των συμφωνιών του συμβολαίου, ποινές οι οποίες όμως σπανίως εφαρμόζονται στην πράξη. Σε περίπτωση αποτυχίας ή χρεοκοπίας του ιδιώτη, το δημόσιο

καλείται να διασώσει και να διεκπεραιώσει το έργο (Κονδύλης & Μπένος, 2006, Pollock & Price, 2004).

Αν αυτά συμβαίνουν στη “φοβερή και τρομερή” Αγγλική γραφειοκρατία, φαντάζεται κανείς τι μπορεί να γίνει στην Ελλάδα (Λιαρόπουλος, 2006a), τη στιγμή μάλιστα που οι Βρετανοί, έχοντας δημιουργήσει ένα μόνιμο και ιδιαίτερα πολυάριθμο προσωπικό εμπειρογνομώνων, μπορούν τώρα να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και στον υπόλοιπο κόσμο. Το Ηνωμένο Βασίλειο μπορεί, για άλλη μια φορά, να εξάγει τις αποτυχίες του σαν επιτυχίες (Atun & McKee, 2005). Ήδη, σήμερα, οι Βρετανοί εξάγουν την εμπειρία τους σε περισσότερες από 80 χώρες σε ολόκληρο τον κόσμο (Το ΒΗΜΑ 10-11-2007, ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ 28-1-05).

5. ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΩΝ ΣΔΙΤ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

- Η Ελλάδα κατατάσσεται 54η χώρα παγκοσμίως, όσον αφορά στην εξάλειψη της διαφθοράς στον δημόσιο τομέα, και προ-τελευταία στην Ε.Ε. των 25.
- Η κομματοκρατία στη διοίκηση επικρατεί εδώ και πολλές δεκαετίες (Μουζέλης κ.α., 2005).
- Η «επέλαση των «συμβούλων», με κάθε αλλαγή Υπουργού ή Κυβέρνησης, είναι ένα φαινόμενο που οδηγεί τα μόνιμα στελέχη σε μια «αμέτοχη» γραφειοκρατία (Λιαρόπουλος, 2005).
- Η πρόβλεψη οι συμβάσεις των ΣΔΙΤ να επικυρώνονται από Διυπουργική Επιτροπή αντί της επικύρωσης από τη Βουλή δημιουργεί αμφισβητήσεις αξιοπιστίας.
- Σημαντική είναι η αρνητική παράδοση στις σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η στάση των δημοσίων λειτουργών προς τον ιδιωτικό τομέα κυμαίνεται μεταξύ δαιμονο-

ποίησης και ιδιοτελούς υποταγής.

- Πολλαπλασιάζονται οι καταγγελίες για «κυκλώματα» που εκμεταλλεύονται τον ανθρώπινο πόνο, για μη απαραίτητες εγχειρήσεις κ.ά.
- Η έννοια της Επιχειρηματικής Ηθικής παραμένει ένα ζητούμενο.
- Η ελληνική οικονομία διαρκώς αφελληνίζεται. Οι ξένοι επενδυτές εισβάλλουν όλο και περισσότερο στο μετοχικό κεφάλαιο των μεγάλων συγκροτημάτων υγείας του ιδιωτικού τομέα. (Λιαρόπουλος, 2006α).

Σ' αυτό το περιβάλλον, το μικρό μέγεθος των ελληνικών επιχειρήσεων είναι μια επικίνδυνη «πρόκληση» για τη δημιουργία μεγάλων και μακροχρόνιων συμφωνιών. Στις συνθήκες αυτές, αντιλαμβάνεται κανείς ότι η υλοποίηση των ΣΔΙΤ στον Τομέα της Υγείας θα φέρει αναπόφευκτα εκχώρηση δημόσιας ευθύνης στο διεθνές επιχειρηματικό κεφάλαιο (Λιαρόπουλος, 2006α).

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

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

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

Χωρίς αξιόπιστα στοιχεία και μεθοδολογίες αξιολόγησης δεν είναι δυνατόν να κριθεί η αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε αλλαγής στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης, και μάλιστα τόσο ουσιαστικής όπως οι ΣΔΙΤ. (Λιαρόπουλος, 2006β)

Για να μπορέσουμε, λοιπόν, να κρίνουμε αν είναι επιτυχημένη μια παρέμβαση, όπως οι ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας θα πρέπει να είμαστε σε θέση να διαπιστώσουμε τη θετική εξέλιξη μιας σειράς δεικτών μετά την εφαρμογή των ΣΔΙΤ. Θα πρέπει να είμαστε σε θέση

να συγκρίνουμε τα στοιχεία αυτά μεταξύ νοσοκομείων που λειτουργούν με καθεστώς ΣΔΙΤ και αυτών που υπάγονται πλήρως στο Δημόσιο έλεγχο, αλλά ακόμα και σε σχέση με τα ιδιωτικά νοσοκομεία.

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

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Όσον αφορά στην υλοποίηση των έργων, απαιτούνται επαρκείς διασφαλίσεις για την πλήρη διάρκεια και το εύρος εμπλοκής του ιδιωτικού τομέα στη διοίκηση και διαχείριση κατά τη λειτουργία του ιδρύματος, την πρόσβαση σε ιατρικούς φακέλους και μια σειρά άλλα σημαντικά ζητήματα, αλλά και ουσιαστικές δικλίδες ασφαλείας για τον έλεγχο και διασφάλιση της διαθεσιμότητας των υποδομών καθ' όλη τη διάρκεια της σύμβασης, καθώς και σενάρια εξόδου από μια κρίση (exit scenario). Τέλος, είναι απαραίτητη η μακροπρόθεσμη σταθερότητα πολιτικής για το συγκεκριμένο θέμα, στον τομέα της Υγείας.

Εάν δεν πληρούνται οι πιο πάνω προϋποθέσεις, η μαζική προσφυγή στις ΣΔΙΤ για την ανάπτυξη του Δημόσιου τομέα της Υγείας και τη βελτίωση των υποδομών του ΕΣΥ κιν-

δυνεύει να οδηγήσει αυτό στην απαξίωση όσον αφορά στο Δημόσιο χαρακτήρα του, ενώ παράλληλα θα ενισχύεται όλο και περισσότερο ο Ιδιωτικός τομέας και η οικονομία της αγοράς θα κυριαρχήσει στην παροχή Υπηρεσιών Υγείας. Υπάρχει, δηλαδή, ο κίνδυνος να μετατραπεί η υγειονομική περίθαλψη από «κοινωνικό αγαθό» σε «εμπορεύσιμο προϊόν».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική:

- **Αρκουμανέας Π.** Οι Συμπράξεις Δημόσιου – ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) και οι χρήσεις τους στον τομέα της Υγείας. Ινστιτούτο Δημοκρατίας Κων/νος Καραμανλής, e-Λόγος, τ.5, 2005, http://www.e-logos.gr/par-ygeia/t005_010705.html
- **ΕΕΕΔΕ (Ειδική Επιτροπή Εμπειρογνομώνων για τα Δημόσια Έργα) : Γιαννακόπουλος Θ. Καρδοματέας Δ. Κουρκουμέλης Δ. Κυπραίος Ν. Λαζοπούλου Κ. Μπαρδής Α. Παντελιάς.** Έκθεση για τις ΣΔΙΤ, 2004. <http://www.sdit.mnec.gr/el/>
- **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ** “Πράσινο Βιβλίο για τις Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα”, COM (2005) 569 τελικό, 52005DC0569. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0569:FIN:EL:HTML>
- **Κακλαμάνης, Ν.** Το ΕΣΥ πάσχει από έλλειμμα Οργάνωσης, Διοίκησης και Προγραμματισμού. Επιθεώρηση Υγείας, 2003. Τόμος 14, Τεύχος 85, σελ. 34-36
- **Καρανικολός Γ.** Συμπράξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα στο Χώρο των Ψηφιακών Υπηρεσιών. Ηράκλειο, 2006 www.partnershipsuk.org.uk, kedke.ntua.gr/kedke1/KARANIKOLOS.ppt
- **Κονδύλης Η., Μπένος Α.** «Ποιότητα και ιδιοκτησιακός χαρακτήρας μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Μία ανασκόπηση εμπειρικών δεδομένων από τις ΗΠΑ». (Ιατρική 2006)
- **Λιαρόπουλος Λ.** Τα εγώ του ΕΣΥ, Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2005
- **Λιαρόπουλος Λ.** Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας: Επαναπροσδιορισμός των Ρόλων στην Υγεία μέσα από τις ΣΔΙΤ (PFI), 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη «Διοίκηση, τα

Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας», www.healthcongress.gr, Αθήνα, 2006α

- **Λιαρόπουλος Λ.** Η μέτρηση της απόδοσης στον τομέα της υγείας. Διαπανεπιστημιακό ΠΜΣ Πανεπ. Αθήνας : Οργάνωση & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, <http://www.chesme.nurs.uoa.gr/portal/>, Αθήνα, 2006b
- **Μαδιάς, Μ. Φυλακτόπουλος Α.** ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: Τα πλούσια περιθώρια κέρδους και οι επιστημονικές εξελίξεις υπόσχονται συγκινήσεις στο μέλλον, Hellastat, Ιανουάριος, 2006, <http://photo.kathimerini.gr/xtra/files/Meletes/doc/Mel310106.doc>
- **Μουζέλης, Ν. Πελαγίδης, Θ. Καζάκος, Π. Καζαμίας, Α. Τσούκας, Χ.Κ.** Η εμπλοκή των μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα Μία αποτίμηση του εκσυγχρονισμού. Εκδ.Παπαζήσης, Αθήνα, 2005
- **Παναγόπουλος Σ.** Συμπράξεις Δημόσιου & Ιδιωτικού Τομέα. Οι τελευταίες εξελίξεις σε Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελλάδα. «Εν Ολίγοις», τ.30. Αθήνα 2005
- **Σιγάλας, Ι.** Σημερινή οργανωτική και διοικητική πραγματικότητα των Ελληνικών νοσοκομείων. Το σύγχρονο Νοσοκομείο, 1996, τόμος 2, τεύχος1, σελ. 9-13.
- **Σιγάλας, Ι.** Οι οργανωτικές ιδιαιτερότητες των Μονάδων παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Στο: **Δικαίος, Κ. Κουτούζης, Μ. Πολύζος, Ν. Σιγάλας, Ι. Χλέτσος, Μ.** Βασικές αρχές Διοίκησης - Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα, 1999α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ. 64-67, 225-231, 234-240, 439-441.
- **Σιγάλας, Ι.** Διαχείριση κρίσεων. Στο: **Δικαίος, Κ. Κουτούζης, Μ. Πολύζος, Ν. Σιγάλας, Ι. Χλέτσος, Μ.** Βασικές αρχές Διοίκησης - Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα, 1999β, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ. 439-441.
- **Στριάγκα Φ.** Οργάνωση και διαχείριση έργων. Συμπράξεις Δημόσιου & Ιδιωτικού Τομέα. Σημειώσεις, ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΡΓΩΝ», Τμήμα Πολιτικών Μηχανικών Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, 2006
- **Τωμαδάκη Δ.** Νέες επιχειρηματικές δράσεις μέσα από τις Συμπράξεις Δημοσίου - Ιδιωτικού Τομέα, **Εβδομάδα Καινοτομίας : «Επιχειρηματικότητα μέσω της Καινοτομίας στην Ήπειρο»**, Μάϊος 2006 www.bicipirus.gr/innoweek/presentations/

Ξενόγλωσση

- **Atun, R. McKee, M.** Is the private finance initiative dead? *British Medical Journal*; Volume 331, pp 792-793, 2005
- **Edwards P., Shaoul J., Stafford A., Arblaster L.** Evaluating the operation of PFI in roads and hospitals. RESEARCH REPORT NO. 84, Manchester Business School, University of Manchester, 123-176, C.A.E.T., London, 2004
- **European Commission.** *Government investment in the framework of economic strategy*. Brussels: European Commission; 1998.
- **Gaffney D. Pollock A. Price J. Shaoul J.** "PFI in the NHS; Is there an Economic Case?", *British Medical Journal*, Volume 319, pp 116-119, 1999a;
- **Gaffney D. Pollock A. Price J. Shaoul J.** "The politics of the private finance initiative and the new NHS", *British Medical Journal*, Volume 319, pp 249-253, 1999b;
- **Gosling A.** 3 steps forward, 2 steps back; reforming PPP policy, Institute for Public Policy Research, London, 2004
- **Lister J.** «Health policy reform. Driving the wrong way?» Middlesex University Press, www.mupress.co.uk, 2005
- **Pollock A. Price D.** We are left footing the PFI bill. The public pays the price when contractors pull out of projects. *The Guardian* Tuesday July 27, 2004
- **Pollock A.** NHS plc.«The privatization of our health care», Verso, London, 2004•
- **Vincent, C. Taylor-Adams, S. Chapman, J. Hewett, D. Prior, S. Strange, P. Tizzard, A.** How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *BMJ*, 2000, 320 (7237): p.777
- **Weiler B.** ΕΓΓΡΑΦΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ της Επιτροπής Εσωτερικής Αγοράς και Προστασίας των Καταναλωτών, για το Πράσινο Βιβλίο της Επιτροπής σχετικά με τις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. (PE 374.146X01-00 2/7 DT\615309EL.doc), 2006

Δημοσιεύματα Εφημερίδων

- **Ελευθεροτυπία, 17/12/2006** Αποτυχημένα μοντέλα ιδιωτικοποίησης της Υγείας
- **Καθημερινή, 21-1-2007**, Λιακοπούλου Θ. Η ιδιωτική υγεία σε υπερδιέγερση
- **ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 28-1-05. Βρετανική τεχνογνωσία ζητά η κυβέρνηση**
- Το ΒΗΜΑ 17-11-2006, Οι Έλληνες βαρέθηκαν να περιμένουν το ΕΣΥ. Σελ.: Α46, Κωδικός άρθρου: Β14920Α461, ID: 281749
- Το ΒΗΜΑ, 08/07/2007. Ελληνογερμανική συμμαχία στο Ιατρικό Κέντρο Σελ.: D11, Κωδικός άρθρου: Β15106D111
- Το ΒΗΜΑ, 10-11-2007. Βασιλείου Μ. Μεγάλες Μπιζνες του Δημοσίου με τράπεζες και εργολάβους. Διεθνής εμπειρία: Δεν γιάτρεψαν το Βρετανικό σύστημα Υγείας.

Σημείωση

Ο σκοπός του άρθρου αυτού ήταν η διερεύνηση της προοπτικής εφαρμογής των ΣΔΙΤ στον τομέα Υγείας της Ελλάδας και η έκταση του άρθρου δεν επιτρέπει εκτενή αναφορά στη Βρετανική εμπειρία. Στο παρόν άρθρο κρίναμε σκόπιμο να γίνει μια σύντομη μόνο αναφορά.

Άλλωστε η Βρετανική εμπειρία στα ΡΦΙ και τα διδάγματα που ενδεχομένως προκύπτουν από αυτή, αποτελεί το αντικείμενο ενός νέου άρθρου που ολοκληρώνουμε σύντομα.

Επεξήγηση

- ▲ Ανάγκη εντοπισμού μονάδας ΣΔΙΤ και λήψης μέτρων (ή ύπαρξη μιας μόνο περιφερειακής μονάδας ΣΔΙΤ)
- ▲▲ Μονάδα ΣΔΙΤ υπό ίδρυση (ή ήδη έτοιμη αλλά με αποκλειστικά συμβουλευτικό ρόλο)
- ▲▲▲ Μονάδα ΣΔΙΤ έτοιμη (με ενεργό ρόλο στην προώθηση των ΣΔΙΤ)
- Νομοθετικές προτάσεις
- Γενική νομοθεσία στη φάση της κατάρτισης / εν μέρει θεσπισμένη τομεακή νομοθεσία

■■■ Θεσπισμένη γενική νομοθεσία

Πηγή : Pricewaterhouse Coopers και ΕΤΕ - 2003