

## Θέση της ΕΑΠ για ΣΔΙΤ στο χώρο της Υγείας

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) ορίζει τη Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) ως μια μακροπρόθεσμη συμβατική σχέση μεταξύ μιας κυβέρνησης και ενός εταίρου από τον ιδιωτικό τομέα, βάσει της οποίας ο δεύτερος παρέχει και χρηματοδοτεί δημόσιες υπηρεσίες με τη χρήση ενός πάγιου περιουσιακού στοιχείου, με επιμερισμό των συναφών κινδύνων.

Ωστόσο, η εμπειρία κατά τα τελευταία 15 χρόνια δείχνει ότι οι ΣΔΙΤ αποτελούν ένα δαπανηρό και αναποτελεσματικό τρόπο χρηματοδότησης υποδομών και απομακρύνουν τις δημόσιες δαπάνες από άλλες δημόσιες υπηρεσίες **(1)**

Παρόλο που οι ΣΔΙΤ προωθούνται συχνά ως λύση για χώρες οι οποίες υπόκεινται σε δημοσιονομικούς περιορισμούς, τα στοιχεία δείχνουν ότι μάλλον επιδεινώνουν τα δημοσιονομικά προβλήματα. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων οι έξι χώρες που έχουν κάνει μεγαλύτερη χρήση των ΣΔΙΤ τα τελευταία χρόνια είναι η Κύπρος, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Τόσο για την Πορτογαλία όσο και για την Κύπρο, οι ΣΔΙΤ χαρακτηρίστηκαν ως σημαντική εστία των δημοσιονομικών προβλημάτων των χωρών αυτών και χρειάζοταν έλεγχος και επαναδιαπραγμάτευση των υφιστάμενων ΣΔΙΤ και «πάγωμα» των νέων ΣΔΙΤ **(2)**

Οι ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας μπορούν να λάβουν διάφορες μορφές, ανάλογα με το αντικείμενο και το βαθμό ευθύνης και κινδύνου που αναλαμβάνουν το δημόσιο και οι ιδιώτες. Τα μοντέλα που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι **(3)**:

1. 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)
2. 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)
3. Ανάθεση κλινικών υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιώτη (Παρέχει κλινικές υποστηρικτικές υπηρεσίες, όπως ακτινολογικές και εργαστηριακές υπηρεσίες)

## ΕΝΩΤΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

---

4. Ανάθεση εξειδικευμένων κλινικών υπηρεσιών σε ιδιώτη (Παρέχει εξειδικευμένες κλινικές υπηρεσίες (π.χ. λιθοτριψία) ή εγχειρήσεις ρουτίνας (π.χ. καταρράκτη))
5. 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)
6. Ιδιωτική χρηματοδότηση, κατασκευή και ενοικίαση δημόσιου νοσοκομείου (Χρηματοδοτεί, κατασκευάζει και κατέχει ένα δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο στη συνέχεια ενοικιάζει στο κράτος)
7. 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)
8. Πώληση δημόσιου νοσοκομείου σε ιδιώτη και συνέχιση της λειτουργίας του (Αγοράζει το νοσοκομείο και συνεχίζει να το λειτουργεί ως δημόσιο)
9. 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 )

### Η Εμπειρία της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στο χώρο της Υγείας

- **Βρετανία:** Τα εμπειρικά δεδομένα από την υπερδεκαετή 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 και μάλιστα συγκριτικά υψηλότερο σε σχέση με το συμβατικό τρόπο χρηματοδότησης μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων. Συνεπάγονται εκποίηση της ακίνητης περιουσίας της NHS και παραχώρησή της με ευνοϊκούς όρους στον ιδιωτικό τομέα. Σχετίζονται με μια μείωση της δυναμικότητας των νέων νοσοκομείων της τάξης του 30%, υπαγορευμένη από οικονομική παρά από κλινική αναγκαιότητα, επιδρώντας αρνητικά στην κλινική δραστηριότητα των

## ΕΝΩΤΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

---

νέων νοσοκομείων, με αποτέλεσμα τα τελευταία να αδυνατούν να ικανοποιήσουν τις υγειονομικές ανάγκες των τοπικών πληθυσμών. Σχετίζονται με μείωση έως και 16% των προϋπολογισμών μισθοδοσίας και ανάλογη μείωση του νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού. Προκαλούν μετακύλιση του χρηματοδοτικού φορτίου στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας μέσω της αύξησης των ιδιωτικών κλινών και της συνεισφοράς των ασθενών στο κόστος. Δεδομένων των ανωτέρω, οι ΣΔΙΤ είναι εξαιρετικά αντιδημοφιλείς για το κοινό. Αντίστοιχες έρευνες υποδεικνύουν ότι το 68% των συμμετεχόντων στο Ηνωμένο Βασίλειο και 76% στη Σκωτία θεωρούν ότι οι ΣΔΙΤ θα πρέπει να σταματήσουν **(4)**

- **Αυστραλία:** Στην Αυστραλία **(5)**, ο βαθμός αποτυχίας των ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας εκτιμάται σε ποσοστό υψηλότερο του 50%, με πολλά νοσοκομεία να επιστρέφουν στο κρατικό ιδιοκτησιακό καθεστώς. Οι έρευνες δείχνουν επίσης ότι, μετά την προσαρμογή του case mix (DRG), τα δημόσια νοσοκομεία είναι πιο αποτελεσματικά σε σχέση με τα ιδιωτικά **(6)**.
- **Ισπανία:** Στην Ισπανία, όπου έχουν αναπτυχθεί τουλάχιστον 44 πρωτοβουλίες ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, έκθεση του Περιφερειακού Ελεγκτικού Συνεδρίου της Βαλένθια **(7)** αναφέρει ότι η εφαρμογή παραδοσιακών μεθόδων δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας θα είχε ως αποτέλεσμα μια εξοικονόμηση 40% σε σύγκριση με μια δεκαετή σύμβαση παραχώρησης τύπου ΣΔΙΤ.
- **Σουηδία (Karolinska):** Στη Σουηδία, το 2010, οι αρχές προχώρησαν σε σύμβαση ΣΔΙΤ με τον μοναδικό πλειοδότη για την κατασκευή και διαχείριση του νοσοκομείου Nya Karolinska Solna (NKS). Προορίζονταν ως «ένα από τα πιο προηγμένα νοσοκομεία παγκοσμίως», αλλά κατέληξε ως το «πιο ακριβό νοσοκομείο στον κόσμο». Το νοσοκομείο εξακολουθεί να μην λειτουργεί πλήρως λόγω τεχνικών προβλημάτων. Επιπλέον, το κόστος του έργου έχει εκτοξευθεί, από 1,4 δις ευρώ σε 2,4 δις ευρώ, ενώ η ιδιωτική κοινοπραξία παρουσίασε σημαντικά κέρδη. Είναι σημαντικό σε όλη τη διαδικασία σχεδιασμού και υλοποίησης των ΣΔΙΤ να υπάρχει διαφάνεια, δημοκρατικός έλεγχος και λογοδοσία, κάτι το οποίο δεν συνέβη στη περίπτωση του νοσοκομείου NKS όπου υπήρξε σημαντική καθοδήγηση από τις συμβουλευτικές εταιρείες. Το έργο δεν παραδόθηκε έγκαιρα και εντός προϋπολογισμού και μέχρι σήμερα το πιο ακριβό νοσοκομείο δεν είναι σε πλήρη λειτουργία και αυτό είχε αρνητικό

# ΕΝΩΤΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

---

αντίκτυπο στο σύνολο του συστήματος υγείας αλλά και στους πολίτες της Σουηδίας **(8)**

- **ΗΠΑ:** Σε συστηματική ανασκόπηση που διενεργήθηκε για τις τελευταίες δύο δεκαετίες στις ΗΠΑ **(9)** προσδιορίστηκαν 149 συγκρίσιμοι δείκτες για κερδοσκοπικά και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης (διάφορων τύπων). Από αυτές τις μελέτες, οι 88 καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι μη κερδοσκοπικοί φορείς αποδίδουν καλύτερα όσον αφορά το κόστος, τα αποτελέσματα της φροντίδας, τη πρόσβαση και το κοινωνικό σκοπό, 43 μελέτες δεν συμπεραίνουν καμία διαφορά, ενώ μόλις 18 αναφέρουν ότι οι κερδοσκοπικοί οργανισμοί αποδίδουν καλύτερα.
- **Ιαπωνία:** Έκθεση της PwC στην Ιαπωνία **(10)** κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η έλλειψη ευελιξίας στις συμβάσεις ΣΔΙΤ αποτελούσε ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα, με αποτέλεσμα η παροχή υπηρεσιών να είναι τόσο δαπανηρή ώστε σε πολλές περιπτώσεις η κυβέρνηση αδυνατούσε να συνεχίσει να πραγματοποιεί τις πληρωμές.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Σύμφωνα με έκθεση **(11)** της Ομάδας Εμπειρογνομόνων (expert panel) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τους αποτελεσματικούς τρόπους επένδυσης στην υγεία (2014) δεν υπάρχουν επιστημονικές ενδείξεις ότι οι ΣΔΙΤ είναι οικονομικά αποδοτικές σε σχέση με τις παραδοσιακές μεθόδους δημόσιας χρηματοδότησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας.

Διάφορες μορφές ΣΔΙΤ λειτουργούν ήδη στην χώρα μας, παραδείγματος χάριν με την ανάθεση υποστηρικτικών υπηρεσιών (outsourcing) από τα δημόσια νοσοκομεία σε ιδιώτες (φύλαξη, καθαριότητα, κτλ.) και την αγορά υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα από το κράτος, μέσω του ΕΟΠΥΥ. Τον τελευταίο καιρό προωθούνται σε μεγάλο βαθμό από την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και την κυβέρνηση διάφορες νέες πρωτοβουλίες ΣΔΙΤ, όπως για παράδειγμα η «τοποθέτηση διαγνωστικών συστημάτων σε δημόσια νοσοκομεία»<sup>27</sup>, «η αγορά υπηρεσιών, δηλαδή αριθμού εξετάσεων από τον ιδιωτικό τομέα», αλλά ακόμη και «η διοίκηση ενός μεγάλου νοσοκομείου της Αθήνας σε σύμπραξη με τον ιδιωτικό τομέα» **(12)**

**Η εφαρμογή συμπράξεων δημοσίου ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας παρά την δυσμενή βιβλιογραφική και εμπειρική παρακαταθήκη, αντανακλά την ιδεολογική τοποθέτηση της Κυβέρνησης της ΝΔ 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 υγεία είναι δημόσιο αγαθό και δικαίωμα και η πολιτεία θα πρέπει να διασφαλίζει ότι όλοι πολίτες έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Μέσω μιας εκτεταμένης χρήσης ΣΔΙΤ τα νοσοκομεία του ΕΣΥ θα μετατραπούν από οικοδεσπότες και πάροχοι υπηρεσιών σε ενοικιαστές υποδομών και αγοραστές υπηρεσιών με ανεξέλεγκτες επιπτώσεις στις εργασιακές σχέσεις του προσωπικού, στην ποιότητα των υπηρεσιών και στην προσβασιμότητα του πληθυσμού στις παρεχόμενες εξ αυτών υπηρεσίες υγείας.

Σε ένα περιβάλλον όπως της χώρας μας, με έντονα στοιχεία διαφθοράς, κομματοκρατίας της διοίκησης και επιρροής των πολιτικών και οικονομικών ελίτ η εκτεταμένη χρήση των ΣΔΙΤ αποτελεί μια ιδιαίτερα επικίνδυνη πρόκληση, οδηγώντας σε απαξίωση του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας, σε ολοένα και περισσότερο ενίσχυση του ιδιωτικού τομέα και της οικονομίας της αγοράς στη παροχή υπηρεσιών υγείας και ελλοχεύοντας τελικά τον κίνδυνο να μετατραπεί η υγειονομική περίθαλψη από κοινωνικό αγαθό σε «εμπορεύσιμο προϊόν».

Επομένως, δεδομένου ότι το μοντέλο των ΣΔΙΤ στην υγεία φαίνεται ότι έχει αποτύχει στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων και σε χώρες διαφορετικών δομών, οικονομικού επιπέδου, συστημάτων υγείας και εφαρμογών πολιτικής υγείας είναι άκρως επικίνδυνη οποιαδήποτε προσπάθεια επιβολής του.

**Σε ένα σύστημα βαριά τραυματισμένο από την κρίση και τα μνημόνια, από την απίστευτη διαφθορά των μόνιμων «ιδιοκτητών» της εξουσίας, το οποίο άρχισε μόλις να στέκεται στα πόδια του μέσα από ένα ριζικά διαφορετικό πολιτικό σχέδιο στα χρόνια διακυβέρνησης του ΣΥΡΙΖΑ, σε συνθήκες μνημονίου, ένα σχέδιο στήριξης και ενίσχυσης του ανθρώπινου δυναμικού, διεύρυνσης του Δημόσιου χώρου (στην πρωτοβάθμια) και καθολικής πρόσβασης όλων των ανθρώπων αποτελεί μονόδρομο**

Η απάντηση σ' αυτό το νεοφιλελεύθερο σχέδιο είναι ένα ευρύ κοινωνικό και πολιτικό μέτωπο απέναντι στην ιδιωτικοποίηση της δημόσιας περίθαλψης. Η «γραμμή» των ιδιωτικοποιήσεων στην υγεία δεν έχει κοινωνικές συμμαχίες στην Ελλάδα. Ούτε πρόκειται να υπάρξουν συναινέσεις στην «αγοραία» μετάλλαξη του ΕΣΥ, στην ακύρωση της διαρκούς προσπάθειας για ένα δημόσιο σύστημα προσβάσιμο και αξιόπιστο. Το Δημόσιο Σύστημα, αυτή η μεγάλη κοινωνική τομή της μεταπολίτευσης, εξακολουθεί να έχει ηγεμονική κοινωνική επιρροή. «Θεματοφύλακας» της δωρεάν και δημόσιας υγείας δεν είναι ο Υπουργός Υγείας, όπως επιτίθεται, αλλά οι έντιμοι και αφοσιωμένοι υγειονομικοί, η κοινωνία των

# **ΕΝΩΤΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

---

πολιτών, οι σύλλογοι των ασθενών, οι αριστερές και προοδευτικές πολιτικές δυνάμεις του τόπου.

Η παράταξή μας στέκεται **ΑΡΝΗΤΙΚΑ** όχι από ιδεοληψία, αλλά από τεκμηριωμένη άποψη στην οποιαδήποτε από τις αναφερόμενες παραπάνω (σελ.1-2) μορφές ΣΔΙΤ επιχειρηθούν στον χώρο της Υγείας και θα παλέψουμε με όλες μας τις δυνάμεις για την μη εφαρμογή τους στο Νοσοκομείο μας.

Σε αυτό καλούμε και τον Σύλλογο εργαζομένων να λάβει θέση

ΕΑΠ

27-1-20

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ

1. ([http://www.worldbank.org/en/topic/publicprivatepartnerships.](http://www.worldbank.org/en/topic/publicprivatepartnerships))
2. Hall D (2015). Why Public-Private Partnerships Don't Work: The Many Advantages of the Public Alternative. Public Services International
3. Kondylis, E., Antonopoulou, L., & Benos, A. (2008).
4. Jubilee Debt Campaign, The UK's PPPs disaster, February 2017.
- 5 English, L. (2005), Using public-private partnerships to achieve value for money in the delivery of healthcare in Australia. International Journal of Public Policy, Vol.1, No. 1-2, pp. 91-121.
- 6 Duckett, S. J., & Jackson, T. J. (2000). The new health insurance rebate: an inefficient way of assisting public hospitals. The Medical Journal of Australia, 172(9), 439-442.
7. "MRI a chance to save", 2013
8. History RePPPeated: How public private partnerships are failing (October 2018)
9. M. McKee, N. Edwards and R. Atun (2006) \_Public Private Partnerships for Hospitals' Bulletin of the World Health Organisation 2006: 84:890–896.
10. PricewaterhouseCoopers (2010). Build and beyond: the revolution of health care PPPs': [www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/build-and-beyond.jhtml](http://www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/build-and-beyond.jhtml)
11. [https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/003\\_assessmentstudyppp\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/003_assessmentstudyppp_en.pdf)
12. [https://www.efsyn.gr/politiki/antipoliteysi/195101\\_nosokomeia-me-sdit-meiosi-foroy-epiheiriseon-perissoteriastynomia](https://www.efsyn.gr/politiki/antipoliteysi/195101_nosokomeia-me-sdit-meiosi-foroy-epiheiriseon-perissoteriastynomia)