

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ(ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***« Σύγχρονα προβλήματα και προκλήσεις των ιδιωτικών παρόχων υγείας στην
Ελλάδα»***

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΣΚΛΑΠΑΝΗΣ ΤΑΞΙΑΡΧΗΣ

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗ:

Κος ΜΠΟΓΙΑΤΖΙΔΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει τα σύγχρονα προβλήματα και τις προκλήσεις των ιδιωτικών παρόχων υγείας στην Ελλάδα, με έμφαση στη θεσμική λειτουργία, στη χρηματοδότηση, στη διοίκηση, στην ποιότητα των υπηρεσιών και στη συνεργασία με τον δημόσιο τομέα. Σκοπός της εργασίας είναι η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη βιωσιμότητα και τη συμβολή των ιδιωτικών μονάδων στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η μεθοδολογία βασίστηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση επιστημονικών άρθρων, θεσμικών πηγών και διεθνών εμπειρικών μελετών, με σύνθεση ελληνικών και ευρωπαϊκών δεδομένων. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι λειτουργούν μέσα σε σύνθετο περιβάλλον, όπου η σχέση με τον ΕΟΠΥΥ, το clawback, το rebate, οι καθυστερήσεις πληρωμών, το λειτουργικό κόστος, η στελέχωση και η ψηφιακή ωριμότητα επηρεάζουν άμεσα την απόδοσή τους. Παράλληλα, η ποιότητα, η ασφάλεια ασθενών, η διαπίστευση, η διαφάνεια και η ικανοποίηση των χρηστών αναδεικνύονται ως βασικοί όροι αξιοπιστίας. Συμπεραίνεται ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι μπορούν να ενισχύσουν το σύστημα υγείας όταν λειτουργούν με σαφείς κανόνες, ουσιαστική εποπτεία, οικονομική προβλεψιμότητα, τεχνολογική προσαρμογή και σταθερό προσανατολισμό στην προστασία του ασθενούς. Η συνολική ανάλυση υποστηρίζει την ανάγκη για πιο οργανωμένη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ώστε η ιδιωτική δυναμικότητα να υπηρετεί την πρόσβαση, την ποιότητα και τη βιωσιμότητα του συνολικού συστήματος υγείας στη χώρα.

Abstract

This dissertation examines contemporary problems and challenges facing private healthcare providers in Greece, with emphasis on regulation, financing, management, service quality, patient safety and cooperation with the public sector. Its purpose is to understand the factors that shape the sustainability and contribution of private providers within the Greek health system. The study follows a literature based methodology, drawing on scientific articles, institutional sources and international empirical evidence, with particular attention to Greek and European experience. The findings show that private providers operate in a complex environment shaped by reimbursement rules, EOPYY relations, clawback, rebate, payment delays, operating costs, workforce pressures and digital maturity. At the same time, quality assurance, accreditation, patient satisfaction, transparency and accountability emerge as essential conditions for trust and effective service delivery. The analysis also shows that demographic ageing, chronic disease, technological change and fiscal constraints increase the need for better coordination between public and private resources. The dissertation concludes that private healthcare can support access, innovation and system resilience when it is governed through clear rules, reliable supervision, predictable financing, measurable quality indicators and patient centred accountability. Stronger cooperation, data driven planning and transparent governance are therefore central to a more sustainable Greek health system overall.

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή	7
1.1 Αντικείμενο και σκοπός της διπλωματικής εργασίας.....	7
1.2 Ερευνητικά ερωτήματα και στόχοι	7
1.3 Μεθοδολογική προσέγγιση	8
1.4 Δομή της διπλωματικής εργασίας	8
2. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και το θεσμικό πλαίσιο των ιδιωτικών παρόχων ..	9
2.1 Βασικά χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας	9
2.2 Ο ρόλος του δημόσιου τομέα υγείας.....	11
2.3 Ο ρόλος και η σημασία των ιδιωτικών παρόχων υγείας.....	13
2.4 Συγκριτική προσέγγιση για τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα υγείας.....	15
2.5 Νομοθετικό και ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας ιδιωτικών παρόχων υγείας ...	17
2.6 Ρυθμιστικοί μηχανισμοί και εποπτεία.....	18
2.7 Σχέσεις ιδιωτικών παρόχων με τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ	20
2.8 Θεσμικές και κανονιστικές προκλήσεις.....	22
2.9 Συμπεράσματα του κεφαλαίου	24
3. Οικονομικές και διοικητικές προκλήσεις των ιδιωτικών παρόχων υγείας	26
3.1 Μοντέλα χρηματοδότησης των ιδιωτικών παρόχων υγείας.....	26
3.2 Οικονομικές αλληλεπιδράσεις με ασφαλιστικά ταμεία	29
3.3 Κόστη λειτουργίας και οικονομική βιωσιμότητα	31
3.4 Clawback, rebate και καθυστερήσεις πληρωμών	33
3.5 Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού	36
3.6 Ψηφιακός μετασχηματισμός και πληροφοριακά συστήματα	38
3.7 Συμπεράσματα του κεφαλαίου	40
4. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ασφάλεια ασθενών στον ιδιωτικό τομέα	42

4.1 Έννοια και διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	42
4.2 Συστήματα διασφάλισης ποιότητας	44
4.3 Δείκτες ποιότητας και μηχανισμοί αξιολόγησης	46
4.4 Ασφάλεια ασθενών και διαχείριση κινδύνων	48
4.5 Πιστοποιήσεις, πρότυπα και διαπιστεύσεις	50
4.6 Ικανοποίηση ασθενών και εμπειρία χρήστη	52
4.7 Ηθική, διαφάνεια και λογοδοσία στις υπηρεσίες υγείας	54
4.8 Συμπεράσματα κεφαλαίου	56
5. Συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και σύγχρονες προκλήσεις.....	58
5.1 Μορφές συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας.....	58
5.2 Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στην υγεία.....	60
5.3 Οφέλη και προκλήσεις της διατομεακής συνεργασίας.....	62
5.4 Δημογραφικές και επιδημιολογικές μεταβολές	63
5.5 Τεχνολογικές εξελίξεις και καινοτομία στον ιδιωτικό τομέα υγείας	65
5.6 Ανθεκτικότητα και βιωσιμότητα των ιδιωτικών παρόχων υγείας.....	67
5.7 Συμπεράσματα κεφαλαίου	69
6. Συζήτηση, Προτάσεις Πολιτικής και Συμπεράσματα	70
6.1 Σύνθεση και συζήτηση βασικών ευρημάτων	70
6.2 Θεσμικές και διοικητικές προτάσεις βελτίωσης.....	71
6.3 Οικονομικές και χρηματοδοτικές προτάσεις	71
6.4 Προτάσεις ενίσχυσης της συνεργασίας με τον Δημόσιο Τομέα	72
6.5 Κύρια συμπεράσματα της διπλωματικής εργασίας	73
6.6 Περιορισμοί της έρευνας	73
6.7 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	73
Βιβλιογραφία	75

1. Εισαγωγή

1.1 Αντικείμενο και σκοπός της διπλωματικής εργασίας

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει τα σύγχρονα προβλήματα και τις προκλήσεις των ιδιωτικών παρόχων υγείας στην Ελλάδα. Αντικείμενό της είναι η ανάλυση του ρόλου τους μέσα σε ένα μικτό σύστημα υγείας, όπου δημόσιες δομές, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ασφαλιστικοί φορείς και ασθενείς συνδέονται μέσα από σχέσεις χρηματοδότησης, παροχής υπηρεσιών, ρύθμισης και λογοδοσίας. Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει τις θεσμικές, οικονομικές, διοικητικές και ποιοτικές παραμέτρους που επηρεάζουν τη λειτουργία των ιδιωτικών παρόχων και να εξετάσει τις δυνατότητες βελτίωσης της συμβολής τους στο ελληνικό σύστημα υγείας.

1.2 Ερευνητικά ερωτήματα και στόχοι

Η εργασία οργανώνεται γύρω από τα εξής ερευνητικά ερωτήματα.

- Ποιος είναι ο ρόλος των ιδιωτικών παρόχων στο ελληνικό σύστημα υγείας.
- Ποιες θεσμικές και κανονιστικές συνθήκες επηρεάζουν τη λειτουργία τους.
- Ποιες οικονομικές πιέσεις προκύπτουν από τα μοντέλα χρηματοδότησης, τις σχέσεις με τον ΕΟΠΥΥ, το clawback, το rebate και τις καθυστερήσεις πληρωμών.
- Με ποιον τρόπο η ποιότητα, η ασφάλεια ασθενών, η διαπίστευση, η ικανοποίηση και η διαφάνεια συνδέονται με τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών μονάδων.
- Πώς μπορεί να ενισχυθεί η συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα προς όφελος των ασθενών και του συστήματος υγείας.

1.3 Μεθοδολογική προσέγγιση

Η μεθοδολογική προσέγγιση είναι βιβλιογραφική. Η εργασία βασίζεται σε επιστημονικά άρθρα, θεσμικές πηγές, μελέτες για το ελληνικό και ευρωπαϊκό σύστημα υγείας και διεθνή εμπειρικά ευρήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση, τη διοίκηση, την ποιότητα και τη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η ανάλυση συνθέτει τη θεωρητική συζήτηση με εφαρμοσμένα ζητήματα πολιτικής υγείας.

1.4 Δομή της διπλωματικής εργασίας

Η εργασία δομείται ως εξής. Εκτός από το παρόν εισαγωγικό κεφάλαιο, το δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζει το ελληνικό σύστημα υγείας και το θεσμικό πλαίσιο των ιδιωτικών παρόχων. Το τρίτο εξετάζει οικονομικές και διοικητικές προκλήσεις. Το τέταρτο αναλύει την ποιότητα υπηρεσιών και την ασφάλεια ασθενών. Το πέμπτο εστιάζει στη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και στις σύγχρονες πιέσεις και το έκτο κεφάλαιο συνθέτει τα ευρήματα και διατυπώνει προτάσεις πολιτικής.

2. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και το θεσμικό πλαίσιο των ιδιωτικών παρόχων

Το Κεφάλαιο 2 εξετάζει το ελληνικό σύστημα υγείας ως μια πολυεπίπεδη δομή στην οποία αλληλεπιδρούν δημόσιοι φορείς, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικοί πάροχοι. Το κεφάλαιο διερευνά τα κύρια δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος, τον ρόλο του δημόσιου τομέα, τη σημασία των ιδιωτικών παρόχων και τη συγκριτική σχέση μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής περίθαλψης. Αναλύει επίσης το νομοθετικό πλαίσιο, την κανονιστική εποπτεία, τις συμβατικές σχέσεις με τον ΕΟΠΥΥ και τις θεσμικές προκλήσεις που διαμορφώνουν την ιδιωτική δραστηριότητα στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Μέσω αυτής της προσέγγισης, το κεφάλαιο διευκρινίζει πώς η διακυβέρνηση, η χρηματοδότηση, η ρύθμιση και η παροχή υπηρεσιών συνδυάζονται για να καθορίσουν τη θέση των ιδιωτικών παρόχων στο σύγχρονο ελληνικό περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης.

2.1 Βασικά χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας συνδυάζει τη δημόσια ευθύνη, την κοινωνική ασφάλιση και μια ισχυρή ιδιωτική παρουσία, δημιουργώντας ένα μικτό μοντέλο με ιδιαίτερα δομικά χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με τους Economou, Kaitelidou, Karanikolos και Maresso (2017), το σύστημα είναι ιδιαίτερα συγκεντρωτικό στη διακυβέρνηση και τη διοίκηση, ενώ η χρηματοδότηση βασίζεται στη φορολογία, τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης υγείας και σε σημαντικές άμεσες πληρωμές. Αυτός ο συνδυασμός δίνει στην ελληνική περίπτωση έναν υβριδικό χαρακτήρα στον οποίο οι δημόσιοι θεσμοί παραμένουν κεντρικοί στην κάλυψη και τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ οι ιδιωτικοί πάροχοι κατέχουν σημαντική θέση στις εξωτερικές υπηρεσίες, τη διαγνωστική και τη συμπληρωματική φροντίδα. Τα αποτελέσματα υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής, βρίσκονται σε ικανοποιητικά επίπεδα στο ευρωπαϊκό πλαίσιο, ενώ

οι ανισότητες στην υγεία και οι παράγοντες κινδύνου παραμένουν σημαντικά ζητήματα πολιτικής σε θεσμικό επίπεδο (Economou et al., 2017).

Ένα κεντρικό χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας έγκειται στον ιστορικό κατακερματισμό του. Οι Mossialos, Allin και Davaki (2005) εξηγούν ότι το σύστημα αναπτύχθηκε μέσω πολλαπλών ασφαλιστικών ταμείων, άνισων κανόνων πρόσβασης και πρακτικών κατανομής πόρων που διαμορφώθηκαν περισσότερο από πολιτικά και ιστορικά πρότυπα παρά από κριτήρια απόδοσης. Ως αποτέλεσμα, το ελληνικό σύστημα υγείας εξελίχθηκε με σημαντικές διακυμάνσεις σε θέματα όπως η πρόσβαση, η προσφορά και η ποιότητα των υπηρεσιών σε διάφορους τομείς και γεωγραφικές περιοχές. Αυτή η πορεία διαμόρφωσε επίσης ένα μικτό δημόσιο και ιδιωτικό τοπίο στο οποίο οι πολίτες συχνά προσέρχονται τόσο σε δημόσιους οργανισμούς υγείας, όσο και σε ιδιωτικούς, αναζητώντας έγκαιρη και ανταποκρινόμενη φροντίδα.

Ένα άλλο καθοριστικό χαρακτηριστικό αφορά το υψηλό επίπεδο ιδιωτικών δαπανών υγείας εντός ενός συστήματος που έχει επίσημα δεσμευτεί για καθολική κάλυψη. Οι Siskou, Kaitelidou, Papakonstantinou και Liaropoulos (2008) περιγράφουν αυτό το μοτίβο ως ελληνικό παράδοξο, καθώς το καθολικό δικαίωμα συνυπάρχει με εκτεταμένες δαπάνες των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας. Η ανάλυσή τους δείχνει ότι οι υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών απορροφούν το μεγαλύτερο μερίδιο των ιδιωτικών πληρωμών, ιδίως της οδοντιατρικής περίθαλψης και των ιδιωτικά παρεχόμενων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών. Αυτό αντανακλά τον συμπληρωματικό ρόλο του ιδιωτικού τομέα και ταυτόχρονα αποκαλύπτει την διαρθρωτική πίεση στην ικανότητα της δημόσιας πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιδίως σε υπο-εξυπηρετούμενες περιοχές.

Η διαμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί επίσης ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του συστήματος. Οι Kaitelidou, Mladovsky, Leone, Kouli και Siskou (2012) τονίζουν ότι η Ελλάδα έχει μία από τις υψηλότερα ποσοστά ιατρών ανά 100.000 κατοίκους στην Ευρώπη, παράλληλα με ισχυρές γεωγραφικές ανισορροπίες και ένα προφίλ εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού με μεγάλο αριθμό εξειδικευμένων ιατρών. Η συγκέντρωση ειδικευμένων ιατρών, σε συνδυασμό με την περιορισμένη παρουσία γενικών ιατρών, διαμόρφωσαν ένα μοντέλο υπηρεσιών προσανατολισμένο στην εξειδικευμένη και την νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτό το πρότυπο εργατικού

δυναμικού επηρέασε τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και τη συνέχεια της περίθαλψης και ενίσχυσε τον ρόλο του ιδιωτικού ιατρείου στο ευρύτερο σύστημα υγείας.

Η οικονομική κρίση αναμόρφωσε περαιτέρω τη λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας και ενέτεινε τις προϋπάρχουσες πιέσεις. Οι Simou και Koutsogeorgou (2014) δείχνουν ότι η περίοδος της κρίσης έφερε μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες, αυξανόμενη ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες, οργανωτική πίεση και ανανεωμένη προσοχή στην αποτελεσματικότητα και τη μεταρρύθμιση. Οι Economidou et al. (2017) σημειώνουν επίσης ότι η μεταρρυθμιστική ατζέντα μετά το 2010 επεδίωξε την τυποποίηση των παροχών, την ενίσχυση της καθολικής πρόσβασης, τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών και τη βελτίωση των μηχανισμών πληρωμών και προμηθειών. Συνολικά, το ελληνικό σύστημα υγείας αναδεικνύεται ως ένα μικτό σύστημα, που χαρακτηρίζεται από ισχυρές ιδιωτικές δαπάνες, ανισορροπίες στο εργατικό δυναμικό και συνεχιζόμενες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που στοχεύουν σε μεγαλύτερη ισότητα, συντονισμό και βιωσιμότητα.

2.2 Ο ρόλος του δημόσιου τομέα υγείας

Ο τομέας της δημόσιας υγείας κατέχει κεντρική θέση σε κάθε σύστημα υγείας, επειδή οργανώνει τη συλλογική ευθύνη για την πρόσβαση, τη ρύθμιση, τη χρηματοδότηση, τον προγραμματισμό και τη συνέχεια της φροντίδας. Από αυτή την άποψη, ο δημόσιος τομέας λειτουργεί ως ο θεσμικός πυρήνας που ευθυγραμμίζει την πολιτική υγείας με την κοινωνική προστασία, τις ανάγκες του πληθυσμού και τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος. Οι Debie, Khatri και Assefa (2022) εξηγούν ότι η ισχυρή δημόσια διακυβέρνηση υποστηρίζει την καθολική κάλυψη υγείας μέσω του στρατηγικού σχεδιασμού, της δίκαιης κατανομής των πόρων, της ρύθμισης, της λογοδοσίας, του διατομεακού συντονισμού και της συνεχούς παρακολούθησης. Αυτές οι λειτουργίες δίνουν στον δημόσιο τομέα έναν αποφασιστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ισότιμης πρόσβασης και στην καθοδήγηση του συστήματος υγείας προς την ποιότητα, την ανθεκτικότητα και τη νομιμότητα.

Μια σημαντική έκφραση αυτού του ρόλου εμφανίζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι Rai, Khatrī και Assefa (2024) δείχνουν ότι τα ισχυρά δημόσια συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας βελτιώνουν την πρόσβαση, την πρόληψη, τη συνέχεια και τα αποτελέσματα για την υγεία του πληθυσμού σε διαφορετικά εθνικά πλαίσια. Η δημόσια υποστηριζόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα ενισχύει επίσης τη συμμετοχή της κοινότητας, διευκολύνει την έγκαιρη παρέμβαση και προωθεί την ορθολογικότερη χρήση των πόρων σε κάθε στάδιο της παροχής της φροντίδας. Για αυτόν τον λόγο, ο δημόσιος τομέας συμβάλλει ουσιαστικά, πέρα από την άμεση παροχή υπηρεσιών. Επίσης, διαμορφώνει οδούς παραπομπής, υποστηρίζει την πρόληψη ασθενειών, συντονίζει τις πληροφορίες για την υγεία και δημιουργεί τις προϋποθέσεις για αποτελεσματική και ανθρωποκεντρική παροχή φροντίδας.

Στην Ελλάδα, ο ρόλος του δημόσιου τομέα υγείας αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς η χώρα βρίσκεται αντιμέτωπη με τη δημογραφική γήρανση, το αυξημένο φορτίο χρόνιων νοσημάτων, την επίμονη παρουσία συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου, τις πιέσεις που συνδέονται με την κλιματική αλλαγή, τις μεταναστευτικές προκλήσεις και τους δημοσιονομικούς περιορισμούς. Οι Kyriopoulos, Athanasakis, Tsoli, Mossialos και Papanicolas (2025) τονίζουν ότι αυτές οι πιέσεις έχουν δοκιμάσει την ανθεκτικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας κατά τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια και έχουν επισημάνει τη σημασία της θεσμικής ικανότητας και της συνοχής των πολιτικών. Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, ο δημόσιος τομέας χρησιμεύει ως ο κύριος χώρος για τον σχεδιασμό μεταρρυθμίσεων, τον συντονισμό των αντιδράσεων έκτακτης ανάγκης, τη διασφάλιση της κάλυψης και την καθοδήγηση του ευρύτερου συστήματος προς τη βιωσιμότητα.

Η ελληνική περίπτωση δείχνει επίσης ότι η αξία του δημόσιου τομέα εξαρτάται από την οργανωτική του ισχύ. Οι πρόσφατες προσπάθειες μεταρρύθμισης έχουν ασχοληθεί με τη χρηματοδότηση, την παροχή υπηρεσιών, την πολιτική δημόσιας υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας, ενώ η μακροπρόθεσμη επιτυχία αυτών των μεταρρυθμίσεων εξαρτάται από τον συντονισμό, τη λήψη αποφάσεων που βασίζονται σε δεδομένα και τους αποτελεσματικούς μηχανισμούς λογοδοσίας (Kyriopoulos et al., 2025). Οι Flokou, Aletras, Miltiadis, Karaferis και Niakas (2024) προσθέτουν ότι οι δημόσιες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζουν σημαντικό περιθώριο για βελτίωση της αποδοτικότητας, γεγονός που δίνει περαιτέρω

βάρος στον ρόλο του δημόσιου τομέα ως μοχλού βελτίωσης της απόδοσης και καλύτερης κατανομής των ανθρωπίνων και οργανωτικών πόρων.

Συνολικά, ο τομέας της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα αντιπροσωπεύει το θεσμικό θεμέλιο της καθολικότητας πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, του συντονισμού και της διαχείρισης. Ο ρόλος του περιλαμβάνει τη χρηματοδότηση και την οργάνωση των υπηρεσιών, την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, την υποστήριξη της πρόληψης, την καθοδήγηση της ανάπτυξης του εργατικού δυναμικού και την αντιμετώπιση νέων κινδύνων σε ένα σύνθετο κοινωνικό περιβάλλον. Μέσω αυτών των λειτουργιών, ο δημόσιος τομέας διαμορφώνει την κατεύθυνση, την ποιότητα και την ισότητα του συστήματος υγείας και παραμένει απαραίτητος για ένα πιο ολοκληρωμένο, ανθεκτικό και βιώσιμο μοντέλο φροντίδας της υγείας (Debie et al., 2022, Kyriopoulos et al., 2025, Rai et al., 2024).

2.3 Ο ρόλος και η σημασία των ιδιωτικών παρόχων υγείας

Οι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας κατέχουν επίσης σημαντική θέση στα σύγχρονα συστήματα υγείας, επειδή επεκτείνουν την ικανότητα παροχής υπηρεσιών, διαφοροποιούν τις επιλογές φροντίδας και διαμορφώνουν τη συνολική ισορροπία μεταξύ πρόσβασης, ποιότητας και αποτελεσματικότητας. Ο ρόλος τους αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε μικτά συστήματα όπου οι δημόσιες υπηρεσίες συνυπάρχουν με ιδιωτικές κλινικές, νοσοκομεία, εργαστήρια και ιατρεία. Οι Morgan, Ensor και Waters (2016) εξηγούν ότι η σημασία της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών υγείας αναδεικνύεται μέσω της συμβολής της στην απόδοση του συστήματος υγείας και όχι μέσω μιας μεμονωμένης σύγκρισης με τον δημόσιο τομέα. Υπό αυτή την άποψη, οι ιδιωτικοί πάροχοι αποκτούν πραγματική αξία όταν συμπληρώνουν τις δημόσιες υπηρεσίες, ανταποκρίνονται στην ανεκπλήρωτη ζήτηση και λειτουργούν εντός ενός συνεκτικού κανονιστικού περιβάλλοντος που ευθυγραμμίζει τη δραστηριότητα των παρόχων με τους στόχους υγείας του πληθυσμού.

Η διεθνής βιβλιογραφία παρουσιάζει τους ιδιωτικούς παρόχους ως μια ετερογενή ομάδα με ποικίλες οργανωτικές μορφές, κίνητρα και τεχνικές δυνατότητες.

Οι Morgan et al. (2016) τονίζουν ότι η ποιότητα, η ισότιμη πρόσβαση και η αποτελεσματικότητα αντιπροσωπεύουν τις κύριες διαστάσεις μέσω των οποίων μπορεί να γίνει κατανοητή η συμβολή τους. Η ανάλυσή τους δείχνει ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι επηρεάζουν το ευρύτερο σύστημα μέσω αλληλεπιδράσεων με τη ζήτηση των ασθενών, την κατανομή του εργατικού δυναμικού, τις χρηματοδοτικές ρυθμίσεις και την απόδοση του δημόσιου τομέα. Αυτή η προσέγγιση αναγνωρίζει στην ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας σημασία σε επίπεδο συστήματος, καθώς η συμβολή της εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο καλύπτει τα κενά στις υπηρεσίες, υποστηρίζει την ανταπόκριση και ενισχύει την καθολική κάλυψη υγείας μέσω της αποτελεσματικής ενσωμάτωσης με τις ευρύτερες προτεραιότητες της πολιτικής υγείας.

Ένα παρόμοιο συμπέρασμα εμφανίζεται στην ανασκόπηση των Coveney, Musoke και Russo (2023), η οποία εξετάζει τον ρόλο των ιδιωτικών παρόχων σε σχέση με την καθολική κάλυψη υγείας. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι οι ιδιωτικές εγκαταστάσεις υγείας συχνά παρέχουν ένα σημαντικό μερίδιο βασικών υπηρεσιών, ειδικά σε περιβάλλοντα όπου η δημόσια παροχή υπηρεσιών έχει περιορισμούς χωρητικότητας ή γεωγραφικούς περιορισμούς. Η ανασκόπηση υπογραμμίζει επίσης τη σημασία της διαχείρισης, του συμβατικού σχεδιασμού, της διασφάλισης ποιότητας και της οικονομικής προστασίας. Αυτές οι διαστάσεις παρουσιάζουν τους ιδιωτικούς παρόχους ως λειτουργικά χρήσιμους παράγοντες των οποίων η συμβολή αυξάνεται όταν οι μηχανισμοί διακυβέρνησης συνδέουν την παροχή υπηρεσιών με την ισότητα, την προσιτότητα και τη συνέχεια της φροντίδας. Ως αποτέλεσμα, η ιδιωτική παροχή υγείας αναδεικνύεται ως ένα πρακτικό και σχετικό με την πολιτική στοιχείο της ανάπτυξης του συστήματος υγείας.

Στην Ελλάδα, ο ρόλος των ιδιωτικών παρόχων υγείας είναι ιδιαίτερα ορατός επειδή το εθνικό σύστημα συνδυάζει τη δημόσια κάλυψη με εκτεταμένη εξάρτηση από ιδιωτικές υπηρεσίες. Οι Souliotis, Golna, Baka, Ntokou και Zavras (2025) δείχνουν ότι πολλοί πολίτες στρέφονται σε ιδιωτικούς παρόχους για συμβουλευτικές υπηρεσίες, διαγνωστικές υπηρεσίες και φαρμακευτικά προϊόντα, ενώ τα δημόσια νοσοκομεία παραμένουν κεντρικά για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι τα συμβεβλημένα ιδιωτικά εργαστήρια παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόσβαση στις διαγνωστικές εξετάσεις και αυτό καταδεικνύει τη λειτουργική σημασία της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών στην καθημερινή χρήση των υπηρεσιών. Η ίδια

μελέτη δείχνει επίσης ότι οι χρόνοι αναμονής, οι οικονομικοί παράγοντες και η αντιληπτή προσβασιμότητα επηρεάζουν τις επιλογές των ασθενών σε όλο το ελληνικό σύστημα.

Συνολικά, οι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας αντιπροσωπεύουν έναν σημαντικό πυλώνα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η σημασία τους έγκειται στην ευελιξία, την συμπληρωματική ικανότητα και την ικανότητά τους να διευρύνουν την πρόσβαση σε όλα τα στάδια της φροντίδας υγείας. Μέσα σε ένα αποτελεσματικό σύστημα, οι ιδιωτικοί πάροχοι υποστηρίζουν την καθολική κάλυψη, ενισχύουν την ανταπόκριση και συμβάλλουν σε ένα πιο πλουραλιστικό και προσαρμοστικό περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης (Coveney et al., 2023; Morgan et al., 2016; Souliotis et al., 2025).

2.4 Συγκριτική προσέγγιση για τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα υγείας

Η συγκριτική ανάλυση της δημόσιας και ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης προσφέρει ένα χρήσιμο πλαίσιο για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα συστήματα υγείας κατανέμουν τις υπηρεσίες, τους πόρους και τις ευθύνες. Οι δύο τομείς συνεισφέρουν μέσω διαφορετικών θεσμικών λογικών, ρυθμίσεων χρηματοδότησης και προτύπων παροχής υπηρεσιών, και η αλληλεπίδρασή τους διαμορφώνει την πρόσβαση, την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την εμπειρία των ασθενών. Οι Basu, Andrews, Kishore, Panjabi και Stuckler (2012) παρουσιάζουν μια συγκριτική ανασκόπηση και δείχνουν ότι ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας εμφανίζουν ξεχωριστά προφίλ απόδοσης όσον αφορά την ανταπόκριση, την κλινική ποιότητα, την ισότητα, την λογοδοσία και την αποτελεσματικότητα. Αυτή η προοπτική υποστηρίζει μια ισορροπημένη ερμηνεία στην οποία η σύγκριση αποκαλύπτει λειτουργικές διαφορές και πολιτικές επιπτώσεις σε ολόκληρο το σύστημα.

Διεθνή στοιχεία δείχνουν ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι συχνά επιτυγχάνουν ισχυρότερη έγκαιρη παροχή υπηρεσιών, ενώ οι δημόσιες υπηρεσίες υποστηρίζουν πιο έντονα την ισότητα και την τήρηση των κλινικών προτύπων (Basu et al., 2012). Αυτή

η αντίθεση δίνει αξία στη συγκριτική ανάλυση επειδή υπερβαίνει τις ιδεολογικές διαιρέσεις και εστιάζει στη συμβολή του κάθε τομέα. Ο Molander (2025) επεκτείνει αυτή τη συζήτηση στο επίπεδο των συστημάτων υγείας του ΟΟΣΑ και διαπιστώνει ότι τα συστήματα με ισχυρότερο δημόσιο μερίδιο χρηματοδότησης τείνουν να επιτυγχάνουν υψηλότερη συνολική απόδοση. Η μελέτη δείχνει επίσης ότι η απόδοση της υγειονομικής περίθαλψης αντανακλά κυρίως την ποιότητα της διακυβέρνησης, τον έλεγχο της χρηματοδότησης και τον θεσμικό συντονισμό, παρά τις τυπικές διοικητικές κατηγοριοποιήσεις. Με αυτόν τον τρόπο, η συγκριτική ανάλυση υπογραμμίζει τη σημασία του τρόπου με τον οποίο οι τομείς οργανώνονται, χρηματοδοτούνται και ρυθμίζονται σε κάθε εθνικό πλαίσιο.

Στην Ελλάδα, η σύγκριση μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης αντικατοπτρίζει τα χαρακτηριστικά ενός μικτού συστήματος στο οποίο και οι δύο τομείς εκτελούν σημαντικούς και διαφοροποιημένους ρόλους. Οι Schizas et al. (2019) δείχνουν ότι οι ασθενείς που χρησιμοποιούσαν ιδιωτικές χειρουργικές υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης ήταν γενικά νεότεροι, καλύτερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και εισήχθησαν συχνότερα για προγραμματισμένες παθήσεις, ενώ τα δημόσια νοσοκομεία εξυπηρετούσαν ένα ευρύτερο φάσμα κοινωνικών και κλινικών αναγκών. Ταυτόχρονα, η ικανοποίηση των ασθενών εμφανίστηκε σε συγκρίσιμα επίπεδα και στα δύο περιβάλλοντα, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι δύο τομείς παρέχουν πολύτιμες υπηρεσίες μέσω διαφορετικών προσεγγίσεων. Αυτό το εύρημα εμπλουτίζει τη συγκριτική συζήτηση επειδή συνδέει την επιλογή υπηρεσιών με το κοινωνικό προφίλ, τις προσδοκίες φροντίδας και τα πρότυπα ανάγκης.

Μια δεύτερη ελληνική έρευνα είναι αυτή των Souliotis, Golna, Baka, Ntokou και Zavras (2025), η οποία αποτυπώνει την κατανομή εργασίας μεταξύ των τομέων στην καθημερινή χρήση της υγειονομικής περίθαλψης. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι οι διαβουλεύσεις και οι διαγνωστικές εξετάσεις συχνά περιλαμβάνουν συμβεβλημένους ιδιωτικούς παρόχους, ιδίως εργαστήρια, ενώ οι νοσηλείες συνεχίζουν να πραγματοποιούνται κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία. Η έρευνα αυτή αναδεικνύει τον δημόσιο τομέα ως τον βασικό φορέα παροχής νοσοκομειακής και ευρείας κλίμακας φροντίδας, ενώ τον ιδιωτικό τομέα ως σημαντικό δίαυλο πρόσβασης σε

εξωνοσοκομειακές και διαγνωστικές υπηρεσίες. Η σύγκριση, επομένως, αποκαλύπτει μια λειτουργική εξειδίκευση εντός του ελληνικού συστήματος υγείας.

Συνολικά, η συγκριτική προσέγγιση δείχνει ότι η δημόσια και η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη ενσωματώνουν διαφορετικά πλεονεκτήματα που διαμορφώνουν την απόδοση του συστήματος με συμπληρωματικούς τρόπους. Οι δημόσιες υπηρεσίες συμβάλλουν σημαντικά στην ισότητα, τη συλλογική κάλυψη και τη νοσοκομειακή περίθαλψη μεγάλης κλίμακας, ενώ οι ιδιωτικοί πάροχοι συμβάλλουν στην ευελιξία, την ανταπόκριση και τη συμπληρωματική ικανότητα. Στην Ελλάδα, αυτή η συνύπαρξη καθορίζει την πρακτική δομή της παροχής υπηρεσιών και δίνει στη συγκριτική ανάλυση επεξηγηματική αξία για την κατανόηση των προτεραιοτήτων πολιτικής, των διαύλων πρόσβασης και της ισορροπίας μεταξύ των τομέων (Basu et al., 2012; Molander, 2025; Schizas et al., 2019; Souliotis et al., 2025).

2.5 Νομοθετικό και ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας ιδιωτικών παρόχων υγείας

Το νομοθετικό και ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας των ιδιωτικών παρόχων υγείας στην Ελλάδα είναι πολυεπίπεδο και συνδυάζει διατάξεις για την αδειοδότηση, τις τεχνικές προδιαγραφές, τη στελέχωση, τις συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ και την προστασία των δεδομένων υγείας. Στον πυρήνα του πλαισίου για τις ιδιωτικές κλινικές βρίσκεται ο Ν. 4600/2019, ο οποίος εκσυγχρόνισε το θεσμικό καθεστώς και καθόρισε εκ νέου τις προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας. Ο νόμος προβλέπει ότι μια ιδιωτική κλινική χρειάζεται άδεια ίδρυσης και, πριν από την έναρξη λειτουργίας, άδεια λειτουργίας, η οποία χορηγείται με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη ύστερα από γνώμη της αρμόδιας επιτροπής, ενώ η άδεια λειτουργίας αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση νόμιμης παροχής υπηρεσιών και η έλλειψή της ενεργοποιεί διοικητικές κυρώσεις. Συμπληρωματικά, το Π.Δ. 247/1991 καθορίζει βασικές κατηγορίες ιδιωτικών κλινικών και γενικούς κανόνες εποπτείας, ενώ το Π.Δ. 517/1991 εξειδικεύει τεχνικές προδιαγραφές εγκαταστάσεων, τμημάτων, εξοπλισμού και προσωπικού.

Για τους ιδιωτικούς φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το βασικό κανονιστικό εργαλείο είναι το Π.Δ. 84/2001, όπως τροποποιήθηκε από το Π.Δ. 228/2004. Το πλαίσιο αυτό ρυθμίζει τους όρους ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών ιατρείων, πολυϊατρείων, πολυοδοντιατρείων και διαγνωστικών εργαστηρίων, συνδέοντας την άδεια λειτουργίας με συγκεκριμένες οργανωτικές και επιστημονικές προϋποθέσεις. Παράλληλα, ο Ν. 4486/2017 εντάσσει τους ιδιωτικούς φορείς στο ευρύτερο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, άρα το κανονιστικό περιβάλλον τους ενσωματώνεται στον συνολικό σχεδιασμό της ΠΦΥ.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και το συμβατικό πλαίσιο με τον ΕΟΠΥΥ. Ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας καθορίζει τους όρους αποζημίωσης, τα δικαιώματα των ασφαλισμένων και το πλαίσιο παροχών για συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους, επομένως η λειτουργία στην πράξη συνδέεται και με τη συμμόρφωση προς τον ΕΚΠΥ και τους ειδικούς όρους των συμβάσεων. Επιπλέον, το πλαίσιο καλύπτει τόσο τη δημιουργία της μονάδας όσο και τη διαρκή τήρηση όρων λειτουργίας, όπως η δήλωση επιστημονικού διευθυντή, η επάρκεια προσωπικού, η καταλληλότητα εξοπλισμού και η συμβατότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών με την άδεια της δομής. Η νομοθεσία, συνεπώς, αντιμετωπίζει έναν ιδιωτικό πάροχο ως θεσμικά ελεγχόμενη μονάδα με ιδιαίτερη ευθύνη στον χώρο της υγείας και με γνώμονα το δημόσιο συμφέρον. Τέλος, η λειτουργία των ιδιωτικών παρόχων συνδέεται άμεσα με την επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων υγείας, τα οποία υπάγονται στον ΓΚΠΔ και στον Ν. 4624/2019, ενώ η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα υπενθυμίζει ότι οι πληροφορίες που συλλέγονται κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελούν κατεξοχήν δεδομένα υγείας και απαιτούν αυξημένες εγγυήσεις νομιμότητας και ασφάλειας.

2.6 Ρυθμιστικοί μηχανισμοί και εποπτεία

Οι ρυθμιστικοί μηχανισμοί και η εποπτεία των ιδιωτικών παρόχων υγείας στην Ελλάδα οργανώνονται μέσα από ένα πλέγμα διοικητικών, συμβατικών και ελεγκτικών εργαλείων. Στο επίπεδο της κλασικής διοικητικής εποπτείας, οι ιδιωτικές κλινικές υπάγονται στον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας, ο οποίος ασκείται από τις κεντρικές και

περιφερειακές υπηρεσίες του, καθώς και από τις ειδικές επιτροπές που προβλέπει η νομοθεσία. Το Π.Δ. 247/1991 ορίζει ρητά ότι η εποπτεία αφορά τον τρόπο παροχής υπηρεσιών, τη συντήρηση και αξιοπιστία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, την άσκηση του ιατρικού και νοσηλευτικού έργου και γενικότερα την τήρηση της ισχύουσας νομοθεσίας. Στο ίδιο πνεύμα, ο Ν. 4600/2019 διατηρεί την Περιφέρεια ως αρμόδιο όργανο για την έκδοση της άδειας λειτουργίας και για την επιβολή διοικητικών κυρώσεων, ύστερα από γνώμη της προβλεπόμενης επιτροπής, γεγονός που δείχνει ότι η περιφερειακή διοίκηση παραμένει βασικός παράγοντας της εποπτείας.

Πέρα από την αδειοδοτική εποπτεία, καθοριστικός είναι ο συμβατικός και οικονομικός έλεγχος του ΕΟΠΥΥ επί των συμβεβλημένων ιδιωτών παρόχων. Ο ΕΚΠΥ και οι σχετικές κανονιστικές πράξεις προβλέπουν πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο έλεγχο, με αντικείμενο τόσο την έγκριση των παροχών όσο και την επιθεώρηση της τήρησης της νομοθεσίας, του Κανονισμού Παροχών και των συμβατικών υποχρεώσεων. Η ΚΥΑ ΕΑΔΕ/Γ.Π.80157/2018 ορίζει ότι ο δευτεροβάθμιος έλεγχος περιλαμβάνει ακριβώς αυτή τη διαπίστωση συμμόρφωσης, άρα ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί ταυτόχρονα ως αγοραστής υπηρεσιών, ως μηχανισμός λογοδοσίας και ως φορέας οικονομικής πειθαρχίας για τους ιδιώτες παρόχους.

Σημαντικό ρόλο έχει και η Εθνική Αρχή Διαφάνειας, η οποία έχει πραγματοποιήσει ελέγχους σε ιδιωτικές κλινικές και άλλους ιδιωτικούς φορείς υγείας με σκοπό τη διασφάλιση της ορθής και ασφαλούς λειτουργίας τους. Επιπλέον, ειδικός έλεγχος της ΕΑΔ για τις χρεώσεις ιδιωτικών κλινικών σε ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ έδειξε ότι η συμμόρφωση καλύπτει τόσο την κλινική πράξη όσο και τη διαφάνεια των οικονομικών επιβαρύνσεων προς τους ασθενείς, σε συνάρτηση με τον ΕΚΠΥ, τα ΚΕΝ και τους όρους των συμβάσεων. Τέλος, η εποπτεία εκτείνεται και στην προστασία των δεδομένων υγείας, αφού η ΑΠΔΠΧ υπενθυμίζει ότι οι ιδιωτικές κλινικές και γενικότερα οι πάροχοι υγείας επεξεργάζονται ειδική κατηγορία δεδομένων, άρα υπάγονται σε αυξημένες απαιτήσεις ασφάλειας, νομιμότητας και λογοδοσίας. Συνεπώς, το ελληνικό μοντέλο εποπτείας είναι πολυκεντρικό και συνδυάζει διοικητικό έλεγχο νομιμότητας, οικονομικό και συμβατικό έλεγχο παροχών, επιτόπιες επιθεωρήσεις, καθώς και ειδική εποπτεία για τα προσωπικά δεδομένα. Η αποτελεσματικότητά του εξαρτάται από τον συντονισμό των φορέων και τη συνέπεια εφαρμογής των θεσμικών κανόνων.

2.7 Σχέσεις ιδιωτικών παρόχων με τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ

Η σχέση μεταξύ ιδιωτικών παρόχων, ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και του ΕΟΠΥΥ αποτελεί κεντρική διάσταση του ελληνικού συστήματος υγείας, επειδή καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο αγοράζονται, αποζημιώνονται και έχουν πρόσβαση οι υπηρεσίες. Στην Ελλάδα, ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί ως ο κύριος οργανισμός αγορών για ένα πολύ μεγάλο μέρος του ασφαλισμένου πληθυσμού και αυτή η θέση του δίνει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των κινήτρων των παρόχων, των συμβατικών ρυθμίσεων και των προτύπων αξιοποίησης των υπηρεσιών. Μέσω αυτού του θεσμικού ρόλου, η σύνδεση μεταξύ ασφαλιστών και ιδιωτικών παρόχων καθίσταται βασικός μηχανισμός για τη χρηματοδότηση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, των διαγνωστικών υπηρεσιών, των νοσοκομειακών υπηρεσιών και της πρόσβασης σε φαρμακευτικά προϊόντα (Mavridoglou & Polyzos, 2022).

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ σηματοδότησε ένα σημαντικό σημείο καμπής στην οργάνωση αυτών των σχέσεων. Οι Polyzos et al. (2014) εξηγούν ότι η συγχώνευση των κύριων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας σε έναν ενιαίο αγοραστή στόχευε στον εξορθολογισμό της χρηματοδότησης, στην ενοποίηση των παροχών και στην προώθηση ενός πιο συνεκτικού μοντέλου αγορών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτή η μεταρρύθμιση μεταμόρφωσε επίσης τη δομή των συμβάσεων παρόχων τοποθετώντας ιδιώτες γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και άλλους παρόχους σε ένα πιο κεντρικό πλαίσιο αποζημίωσης. Σε αυτό το πλαίσιο, η σχέση μεταξύ ασφαλιστών και παρόχων έγινε πιο τυποποιημένη και πιο στενά συνδεδεμένη με τις εθνικές πολιτικές προτεραιότητες σχετικά με τον έλεγχο των δαπανών, τον συντονισμό των υπηρεσιών και την πρόσβαση.

Η πρακτική σημασία αυτών των ρυθμίσεων φαίνεται ξεκάθαρα στην καθημερινή λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας. Σύμφωνα με τους Souliotis, Golna, Baka, Ntokou και Zavras (2025), ένα μεγάλο μέρος των διαγνωστικών εξετάσεων παρέχεται μέσω συμβεβλημένων ιδιωτικών εργαστηρίων, ενώ οι ιατρικές

διαβουλεύσεις και οι φαρμακευτικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν επίσης εκτεταμένη αλληλεπίδραση μεταξύ ασφαλισμένων πολιτών και ιδιωτικών παρόχων. Αυτό καταδεικνύει ότι η σύναψη συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ χρησιμεύει ως λειτουργική σύνδεση μεταξύ της ασφαλιστικής κάλυψης και της πραγματικής παροχής υπηρεσιών. Ως αποτέλεσμα, ο ασφαλισμένος πληθυσμός αποκτά πρόσβαση σε ένα ευρύ δίκτυο παρόχων, ενώ οι ιδιωτικές μονάδες συμμετέχουν ενεργά στο δημόσια χρηματοδοτούμενο σύστημα παροχής φροντίδας.

Η δομή της χρηματοδότησης διευκρινίζει περαιτέρω τη σημασία αυτής της σύνδεσης. Οι Mavridoglou και Polyzos (2022) δείχνουν ότι ο ΕΟΠΥΥ κατέχει κεντρική θέση στη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα της χρηματοδότησης της ελληνικής υγειονομικής περίθαλψης, καθώς συνδέει τις δημόσιες επιδοτήσεις, τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και τις δαπάνες αποζημίωσης. Σε αυτό το πλαίσιο, οι ιδιωτικοί πάροχοι αποτελούν μέρος ενός ευρύτερου οικοσυστήματος στο οποίο αλληλεπιδρούν η επίσημη ασφαλιστική χρηματοδότηση, οι ιδιωτικές πληρωμές και η συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση. Αυτή η οικονομική αλληλεξάρτηση δίνει στις σχέσεις μεταξύ των ασφαλιστών στρατηγική σημασία για τη σταθερότητα του συστήματος, τη διαχείριση των δαπανών και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών.

Το Health Systems and Policy Monitor του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2024) προσθέτει ότι αυτές οι σχέσεις λειτουργούν μέσω συγκεκριμένων μηχανισμών πληρωμής, συμπεριλαμβανομένων των ρυθμίσεων αμοιβής για υπηρεσίες για εξωτερική περίθαλψη και διαγνωστικές εξετάσεις και της αποζημίωσης για τα συμβεβλημένα ιδιωτικά νοσοκομεία. Παρουσιάζει επίσης τον ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή του οποίου ο συμβατικός ρόλος εκτείνεται πέρα από τη χρηματοδότηση και περιλαμβάνει τον καθορισμό προτύπων, τους στόχους αποδοτικότητας και τον οργανωτικό συντονισμό. Αυτές οι θεσμικές ρυθμίσεις επηρεάζουν τη συμπεριφορά των παρόχων, την επιλογή των ασθενών και την κατανομή των υπηρεσιών σε όλες τις περιοχές. Συνολικά, η σχέση μεταξύ ιδιωτικών παρόχων, ασφαλιστικών ταμείων και ΕΟΠΥΥ αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους πυλώνες του ελληνικού μικτού συστήματος υγείας, επειδή συνδέει την οικονομική κάλυψη με πραγματικές οδούς παροχής υπηρεσιών και υποστηρίζει την καθημερινή λειτουργία της πρόσβασης πέρα από τα δημόσια και ιδιωτικά όρια.

2.8 Θεσμικές και κανονιστικές προκλήσεις

Οι θεσμικές και κανονιστικές προκλήσεις αποτελούν καθοριστικό μέρος του λειτουργικού περιβάλλοντος των ιδιωτικών παρόχων υγείας στην Ελλάδα. Αυτές οι προκλήσεις αφορούν την δομή της διακυβέρνησης, την κατανομή των ευθυνών, τη συνοχή των κανόνων χρηματοδότησης, τον σχεδιασμό των μηχανισμών αποζημίωσης και την ικανότητα εφαρμογής του κράτους. Στην ελληνική περίπτωση, οι ιδιωτικοί πάροχοι λειτουργούν εντός ενός μικτού συστήματος υγείας όπου η δημόσια κάλυψη, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες αλληλεπιδρούν. Για αυτόν τον λόγο, το θεσμικό πλαίσιο επηρεάζει τη συμπεριφορά της αγοράς, την πρόσβαση των ασθενών και τη στρατηγική θέση των ιδιωτικών παρόχων σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, διαγνωστικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Μια σημαντική πρόκληση έγκειται στον κατακερματισμό της διακυβέρνησης. Οι Kyriopoulos, Athanasakis, Tsoi, Mossialos και Papanicolas (2025) δείχνουν ότι το ελληνικό σύστημα υγείας έχει βιώσει επανειλημμένες προσπάθειες μεταρρύθμισης, ενώ οι δομικές αδυναμίες στον σχεδιασμό, την παρακολούθηση, τη θεσμική ικανότητα και τον πολυτομεακό συντονισμό έχουν διαμορφώσει μια άνιση εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων αυτών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ιδιωτικοί πάροχοι να δρουν σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από συχνές αλλαγές πολιτικής, εξελισσόμενους κανόνες και εξάρτηση από την ευρύτερη αποτελεσματικότητα των δημόσιων θεσμών. Η ποιότητα των κανονισμών γίνεται επομένως κεντρικός παράγοντας για τη σταθερότητα της αγοράς και τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό υπηρεσιών.

Η δομή της χρηματοδότησης δημιουργεί μια πρόσθετη θεσμική πρόκληση. Οι Flokou, Aletras & Niakas (2025) περιγράφουν το ελληνικό σύστημα υγείας ως ένα κατακερματισμένο υβριδικό σύστημα με ρόλο στις άμεσες πληρωμές και μια ολοένα και πιο ορατή δομή δύο επιπέδων. Αυτή η διαμόρφωση επηρεάζει άμεσα τους ιδιωτικούς παρόχους, επειδή επηρεάζει τη ζήτηση, τις ροές πληρωμών και τα όρια μεταξύ δημόσιας υποχρέωσης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, η κανονιστική σαφήνεια, οι στρατηγικές αγορές και η διαφανής κατανομή ρόλων αποκτούν σημασία τόσο για την αποτελεσματικότητα όσο και για την ισότητα.

Η οργάνωση του ΕΟΠΥΥ καταδεικνύει επίσης τη σημασία του θεσμικού σχεδιασμού. Οι Polyzos et al. (2014) εξηγούν ότι η δημιουργία ενός ενιαίου αγοραστή αντιπροσώπευε ένα σημαντικό βήμα προς την ενοποίηση, ωστόσο αποκάλυψε επίσης ζητήματα διακυβέρνησης σχετικά με την ολοκλήρωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, την αποζημίωση των παρόχων, την ισορροπία του ανθρώπινου δυναμικού και τον συντονισμό των υπηρεσιών. Αυτά τα χαρακτηριστικά επηρεάζουν τους ιδιωτικά συμβεβλημένους παρόχους στην πράξη, επειδή η λειτουργία τους εξαρτάται από τις μεθόδους αποζημίωσης, τους συμβατικούς κανόνες και τη διοικητική ικανότητα της αρχής αγοράς. Η θεσμική συνοχή στις σχέσεις αγοραστή-παρόχου παραμένει επομένως κεντρική στο κανονιστικό περιβάλλον.

Η ευρύτερη πορεία των μεταρρυθμίσεων κατά τη διάρκεια των ετών της κρίσης διευκρινίζει περαιτέρω αυτές τις προκλήσεις. Η Petmesidou (2019) δείχνει ότι οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας προώθησαν τον ορθολογισμό και την τυποποίηση, ενώ παράλληλα ενέτειναν την πίεση στην παροχή και πρόσβαση στο δημόσιο. Αυτό το ευρύτερο πλαίσιο διαμόρφωσε τις συνθήκες υπό τις οποίες οι ιδιωτικοί πάροχοι επέκτειναν τη λειτουργική τους σημασία. Παλιότερα, οι Tountas, Karnaki, Pavi και Souliotis (2005) έδειξαν ότι ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε δυναμικά ακόμη και σε περιόδους νομοθετικών περιορισμών, ειδικά στη διαγνωστική, την ιατρική πρακτική και τη δραστηριότητα που σχετίζεται με την ιδιωτική ασφάλιση. Η ανάλυσή τους αποκαλύπτει ένα μακροχρόνιο μοτίβο στο οποίο τα ρυθμιστικά πλαίσια και η επέκταση της αγοράς αναπτύχθηκαν παράλληλα.

Συνολικά, οι θεσμικές και κανονιστικές προκλήσεις στην Ελλάδα αφορούν την ανάγκη για συνεκτική διακυβέρνηση, σταθερή κατεύθυνση μεταρρυθμίσεων, αποτελεσματικές αγορές, ισορροπημένη χρηματοδότηση και ισχυρότερη ικανότητα εφαρμογής. Αυτοί οι παράγοντες καθορίζουν το περιβάλλον στο οποίο οι ιδιωτικοί πάροχοι αναπτύσσονται, ανταγωνίζονται, συνάπτουν συμβάσεις και παρέχουν υπηρεσίες αποτελεσματικά. Υπό αυτή την έννοια, η λειτουργία των ιδιωτικών παρόχων υγείας στην Ελλάδα αντικατοπτρίζει την ευρύτερη ποιότητα των θεσμών που οργανώνουν τη σχέση μεταξύ δημόσιας ευθύνης και ιδιωτικής συμμετοχής.

2.9 Συμπεράσματα του κεφαλαίου

Το Κεφάλαιο 2 παρουσιάζει το ελληνικό σύστημα υγείας ως ένα μικτό σύστημα στο οποίο η δημόσια ευθύνη, η κοινωνική ασφάλιση και η ιδιωτική παροχή υπηρεσιών συνυπάρχουν μέσω μιας σύνθετης θεσμικής ρύθμισης. Τα καθοριστικά χαρακτηριστικά του περιλαμβάνουν την ισχυρή κρατική συμμετοχή στην κάλυψη και τη νοσοκομειακή περίθαλψη, τις σημαντικές ιδιωτικές δαπάνες, τα πρότυπα υπηρεσιών που επικεντρώνονται σε ειδικούς και μια συνεχιζόμενη μεταρρυθμιστική ατζέντα που στρέφεται προς την ισότητα, την αποτελεσματικότητα και τη βιωσιμότητα (Economou et al., 2017; Mossialos et al., 2005).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ο δημόσιος τομέας αναδεικνύεται ως ο κύριος εγγυητής της καθολικότητας, της διαχείρισης και του στρατηγικού συντονισμού, ιδίως μέσω της χρηματοδότησης, της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, της πρόληψης και της ανθεκτικότητας του συστήματος (Debie et al., 2022; Rai et al., 2024). Ταυτόχρονα, οι ιδιωτικοί πάροχοι διαδραματίζουν σημαντικό συμπληρωματικό και λειτουργικό ρόλο επεκτείνοντας την πρόσβαση, υποστηρίζοντας τις διαγνωστικές εξετάσεις και την εξωτερική περίθαλψη και ανταποκρινόμενοι στη ζήτηση εντός του ευρύτερου μικτού μοντέλου (Morgan et al., 2016; Souliotis et al., 2025).

Το κεφάλαιο δείχνει επίσης ότι η σχέση μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής περίθαλψης γίνεται καλύτερα κατανοητή μέσω της συμπληρωματικότητας και όχι της απλής αντίθεσης. Η δημόσια παροχή υποστηρίζει την ισότητα, τη νοσοκομειακή περίθαλψη μεγάλης κλίμακας και τη συλλογική κάλυψη, ενώ η ιδιωτική παροχή συμβάλλει στην ευελιξία, την έγκαιρη εξυπηρέτηση και την συμπληρωματική ικανότητα, ειδικά στις εξωτερικές και διαγνωστικές υπηρεσίες (Basu et al., 2012; Molander, 2025).

Στην Ελλάδα, αυτή η συνύπαρξη διαμορφώνεται από ένα πυκνό νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο που διέπει την αδειοδότηση, τη λειτουργία, τις συμβατικές υποχρεώσεις και την προστασία των δεδομένων, ενώ η εποπτεία ασκείται μέσω διοικητικών, συμβατικών, οικονομικών μηχανισμών και μηχανισμών με επίκεντρο τη διαφάνεια. Ο ΕΟΠΥΥ κατέχει κεντρικό ρόλο σε αυτή τη δομή επειδή συνδέει την

ασφαλιστική κάλυψη, την αποζημίωση των παρόχων και τις πρακτικές οδούς πρόσβασης (Mavridoglou & Polyzos, 2022; Polyzos et al., 2014).

Συνεπώς, το κεφάλαιο διαπιστώνει ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι στην Ελλάδα λειτουργούν εντός ενός συστήματος υγείας του οποίου η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από τη συνοχή της διακυβέρνησης, την κανονιστική ικανότητα και μια ισορροπημένη αλληλεπίδραση μεταξύ δημόσιας ευθύνης και ιδιωτικής συμμετοχής. Αυτό θέτει την ποιότητα των ιδρυμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας ως την αποφασιστική προϋπόθεση για δίκαιη και βιώσιμη απόδοση του συστήματος.

3. Οικονομικές και διοικητικές προκλήσεις των ιδιωτικών παρόχων υγείας

Το Κεφάλαιο 3 εξετάζει τις οικονομικές και διοικητικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας στα σύγχρονα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Το κεφάλαιο επικεντρώνεται στο χρηματοδοτικό υπόβαθρο των μοντέλων που στηρίζουν την ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας, στην αλληλεπίδρασή τους με τα ασφαλιστικά ταμεία, στις επιβαρύνσεις του λειτουργικού κόστους και στις συνέπειες που έχουν οι καθυστερήσεις στις αποζημιώσεις και στις πληρωμές για τη βιωσιμότητα των παρόχων. Διερευνά επίσης δύο κύριες διοικητικές διαστάσεις, τη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού και τον ψηφιακό μετασχηματισμό. Μέσω αυτής της δομής, το κεφάλαιο προσεγγίζει τους ιδιωτικούς παρόχους ως οργανισμούς των οποίων η βιωσιμότητα εξαρτάται από τη συντονισμένη διαχείριση των οικονομικών, των συμβάσεων, του προσωπικού και των συστημάτων πληροφοριών, συνδέοντας τις καθημερινές λειτουργίες με ευρύτερα ζητήματα αποτελεσματικότητας, ανθεκτικότητας και στρατηγικής προσαρμογής.

3.1 Μοντέλα χρηματοδότησης των ιδιωτικών παρόχων υγείας

Οι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας λειτουργούν στο πλαίσιο ποικίλων χρηματοδοτικών ρυθμίσεων που διαμορφώνουν τα κίνητρά τους, την ικανότητα παροχής υπηρεσιών, τις διαχειριστικές προτεραιότητες και τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα. Σε συστήματα υγείας με ισχυρή ιδιωτική παρουσία, τα μοντέλα χρηματοδότησης καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι πάροχοι εξασφαλίζουν έσοδα, κατανέμουν τον οικονομικό κίνδυνο, οργανώνουν τις επενδύσεις και ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του κοινού και των ασθενών. Ένα χρήσιμο σημείο εκκίνησης προέρχεται από τους Carrin, Mathauer, Xu και Evans (2008), οι οποίοι παρουσιάζουν τη χρηματοδότηση της υγείας ως συνδυασμό είσπραξης εσόδων, συγκέντρωσης και αγορών. Σε αυτό το πλαίσιο, οι ιδιωτικοί πάροχοι συμμετέχουν μέσω διαφόρων

καναλιών, συμπεριλαμβανομένων των άμεσων πληρωμών των νοικοκυριών, των προπληρωμένων ασφαλιστικών εισφορών, των συμβατικών αγορών από δημόσιους ή κοινωνικούς φορείς ασφάλισης και των ολοένα και πιο εξελιγμένων συστημάτων πληρωμών που συνδέονται με την απόδοση.

Το πιο παραδοσιακό μοντέλο είναι η άμεση πληρωμή από τους ασθενείς στο σημείο παροχής της υπηρεσίας. Αυτό το μοντέλο παρέχει στους παρόχους άμεση ρευστότητα και απλότητα και συχνά υποστηρίζει την ιδιωτική εξωτερική πρακτική, τις διαγνωστικές υπηρεσίες και την προγραμματισμένη φροντίδα. Ταυτόχρονα, η ευρύτερη πολιτική χρηματοδότησης της υγείας ευνοεί όλο και περισσότερο την προπληρωμή και τη συγκέντρωση, επειδή αυτοί οι μηχανισμοί κατανέμουν τον κίνδυνο σε όλους τους πληθυσμούς και δημιουργούν πιο σταθερές ροές χρηματοδότησης τόσο για τους παρόχους όσο και για τους αγοραστές (Carrin et al., 2008). Σε αυτό το περιβάλλον, οι ιδιωτικοί πάροχοι γίνονται μέρος μιας ευρύτερης οργανωμένης αγοράς στην οποία οι ασφαλιστές και οι δημόσιοι αγοραστές διαμορφώνουν ενεργά τους κανόνες πληρωμής και τις προτεραιότητες παροχής υπηρεσιών.

Ένα δεύτερο σημαντικό μοντέλο περιλαμβάνει συμβατικές πληρωμές μέσω ασφαλιστών ή δημόσιων αγοραστών. Οι Waters, Morlock και Hatt (2004) εξηγούν ότι οι συμφωνίες αγοραστή-παρόχου δημιουργούν ένα πλαίσιο μέσω του οποίου οι ιδιωτικές εγκαταστάσεις λαμβάνουν χρηματοδότηση σε αντάλλαγμα για καθορισμένες υπηρεσίες, πρότυπα ποιότητας και υποχρεώσεις αναφοράς. Αυτό το μοντέλο δίνει στους οργανισμούς αγορών την ικανότητα να επηρεάζουν τη συμπεριφορά των παρόχων μέσω του σχεδιασμού των συμβάσεων, της παρακολούθησης και των κινήτρων πληρωμής. Καθώς η συλλογική χρηματοδότηση επεκτείνεται, οι ιδιωτικοί πάροχοι λειτουργούν σε διαχειριζόμενα συμβατικά περιβάλλοντα που συνδέουν την πληρωμή με την λογοδοσία, την ποιότητα και τον συντονισμό των υπηρεσιών.

Σε αυτές τις ρυθμίσεις, η αμοιβή για την υπηρεσία παραμένει μια από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες μεθόδους αποζημίωσης. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι πάροχοι λαμβάνουν πληρωμή για κάθε διαβούλευση, διαγνωστική διαδικασία ή παρέμβαση που παρέχεται. Η αμοιβή για την υπηρεσία υποστηρίζει την επέκταση της δραστηριότητας και προσφέρει μια διαφανή σύνδεση μεταξύ του όγκου των υπηρεσιών και των εσόδων. Ο Mathauer (2011) δείχνει, ωστόσο, ότι ο καθορισμός των ποσοστών αμοιβής απαιτεί ισχυρές μεθόδους κοστολόγησης και ενεργή συμμετοχή των παρόχων,

επειδή τα τιμολόγια επηρεάζουν τα πρότυπα παροχής υπηρεσιών, την οικονομική ισορροπία και τη συνολική αποδοχή των ασφαλιστικών ρυθμίσεων. Συνεπώς, η κοστολόγηση γίνεται ένα βασικό διοικητικό και πολιτικό εργαλείο στη χρηματοδότηση των ιδιωτικών παρόχων.

Ένα άλλο σημαντικό μοντέλο χρηματοδότησης είναι η αποζημίωση βάσει περιστατικών, ιδίως μέσω ομάδων που σχετίζονται με τη διάγνωση. Οι Mathauer και Wittenbecher (2013) δείχνουν ότι τα συστήματα DRG χρηματοδοτούν τη νοσοκομειακή δραστηριότητα σύμφωνα με τις κατηγορίες των περιστατικών που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία, γεγονός που ενθαρρύνει την αποτελεσματικότητα, ενισχύει τον προγραμματισμό δαπανών και υποστηρίζει τη μετάβαση από τον ιστορικό προϋπολογισμό σε μια πιο μελλοντική πληρωμή. Για τα ιδιωτικά νοσοκομεία, αυτό το μοντέλο προσφέρει σαφέστερες προσδοκίες εσόδων και ισχυρότερη σύνδεση μεταξύ της κλινικής δραστηριότητας και της αποζημίωσης. Η αποτελεσματική λειτουργία του εξαρτάται επίσης από την ποιότητα κωδικοποίησης, τη διαχείριση των αιτήσεων, τα ανώτατα όρια δαπανών και τα αξιόπιστα συστήματα πληροφοριών υγείας.

Μια πιο πρόσφατη εξέλιξη εμφανίζεται στις πληρωμές βάσει αξίας. Οι Wise et al. (2022) περιγράφουν τις ομαδοποιημένες πληρωμές, τις ομαδοποιημένες πληρωμές για χρόνιες παθήσεις και την ολοκληρωμένη κατά κεφαλήν πληρωμή ως μοντέλα που μετατοπίζουν την προσοχή από τον όγκο των υπηρεσιών προς τα αποτελέσματα, τον συντονισμό και τη διαχείριση των πόρων. Αυτές οι ρυθμίσεις ενθαρρύνουν τους παρόχους να διαχειρίζονται τα περιστατικά πιο στρατηγικά και να ευθυγραμμίζουν την οικονομική απόδοση με την αξία για τον ασθενή. Για τους ιδιωτικούς παρόχους, τέτοια μοντέλα δημιουργούν ευκαιρίες για καινοτομία, ολοκλήρωση και διαχείριση βασισμένη σε δεδομένα. Ο συνδυασμός τους αντικατοπτρίζει τις ευρύτερες προτεραιότητες του συστήματος υγείας σχετικά με την ισότητα, την προβλεψιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την κατανομή της οικονομικής ευθύνης. Συνολικά, η χρηματοδότηση των ιδιωτικών παρόχων υγείας έχει εξελιχθεί από την απλή συναλλακτική ανταλλαγή σε μικτά και στρατηγικά μοντέλα. Η άμεση πληρωμή, η συμβατική αγορά, η αμοιβή ανά υπηρεσία, η κατά κεφαλήν πληρωμή, τα DRG και οι μηχανισμοί που βασίζονται στην αξία διαμορφώνουν τη συμπεριφορά των παρόχων με διαφορετικούς τρόπους. Μαζί, αυτά τα μοντέλα αποκαλύπτουν ότι η χρηματοδότηση χρησιμεύει ως κεντρικός καθοριστικός παράγοντας για τον τρόπο με τον οποίο οι

ιδιωτικοί πάροχοι λειτουργούν, ανταγωνίζονται και συμβάλλουν στην απόδοση του συστήματος υγείας.

3.2 Οικονομικές αλληλεπιδράσεις με ασφαλιστικά ταμεία

Οι οικονομικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ ιδιωτικών παρόχων υγείας και ασφαλιστικών ταμείων αποτελούν μία από τις πιο σημαντικές διαστάσεις της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, επειδή επηρεάζουν τη σταθερότητα των εσόδων, την τιμολόγηση, το μείγμα υπηρεσιών, τις επενδυτικές αποφάσεις και την ευρύτερη ισορροπία μεταξύ δημόσιων στόχων και κινήτρων της αγοράς. Σε μικτά συστήματα, οι ασφαλιστές και οι δημόσιοι αγοραστές διαμορφώνουν τη συμπεριφορά των παρόχων μέσω συμβάσεων, τιμολογίων, κανόνων διαπίστευσης, διαδικασιών υποβολής αιτήσεων και μηχανισμών παρακολούθησης. Οι Honda και Obse (2020) δείχνουν ότι οι ρυθμίσεις πληρωμής με ιδιωτικούς παρόχους απαιτούν σαφή κατανομή υπηρεσιών, δικαιολογημένα ποσοστά αμοιβής και νομικά πλαίσια που ευθυγραμμίζουν την αποτελεσματικότητα, την ισότητα και την ποιότητα. Υπό αυτή την έννοια, η οικονομική αλληλεπίδραση με τα ασφαλιστικά ταμεία λειτουργεί ως στρατηγικό εργαλείο διακυβέρνησης όσο και ως μηχανισμός αποζημίωσης.

Ένα βασικό στοιχείο αυτών των αλληλεπιδράσεων αφορά τον σχεδιασμό των μεθόδων και των ποσοστών πληρωμής των παρόχων. Οι δομές πληρωμών επηρεάζουν τον όγκο των υπηρεσιών, τα κίνητρα για παραπομπές, την ποιότητα της φροντίδας και την κατανομή του οικονομικού κινδύνου μεταξύ αγοραστή και παρόχου. Οι Honda και Obse (2020) εξηγούν ότι η αποτελεσματική αγορά απαιτεί πληροφορίες κόστους, εμπλοκή των παρόχων και διαφανείς κανόνες σχετικά με το ποιες υπηρεσίες παρέχουν οι ιδιωτικοί πάροχοι και με ποιους όρους χρηματοδότησης. Αυτή η προσέγγιση δίνει στους ασφαλιστές την ικανότητα να οργανώνουν τις αγορές με τρόπο που υποστηρίζει τόσο τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών όσο και τη συνοχή του συστήματος.

Η στρατηγική διάσταση των σχέσεων ασφαλιστών-παρόχων εμφανίζεται σαφώς στη μελέτη των Etiaba et al. (2018), η οποία εξετάζει ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας στη Νιγηρία. Οι συγγραφείς δείχνουν ότι οι σχέσεις αγοραστών-

παρόχων επιτυγχάνουν ισχυρότερα αποτελέσματα όταν οι λειτουργίες διαπίστευσης, παρακολούθησης, αποζημίωσης και διαχείρισης λειτουργούν με ολοκληρωμένο τρόπο. Τα ευρήματά τους υπογραμμίζουν επίσης τη σημασία της ενεργού εποπτείας, επειδή η δυσαρέσκεια για την καθυστέρηση πληρωμών μεταξύ των παρόχων επηρεάζει άμεσα την παροχή υπηρεσιών και την εμπειρία των εγγεγραμμένων. Ως αποτέλεσμα, η οικονομική αλληλεπίδραση με τα ασφαλιστικά ταμεία γίνεται ένας μηχανισμός μέσω του οποίου οι αγοραστές επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα, την λογοδοσία και τα πρότυπα παροχής φροντίδας.

Μια παρόμοια λογική προκύπτει από την εμπειρία της Ταϊλάνδης που αναλύθηκε από τους Marshall et al. (2023). Στην Ταϊλάνδη, οι δημόσιοι ασφαλιστικοί οργανισμοί συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικές εγκαταστάσεις για να καλύψουν κενά στην παροχή υπηρεσιών, ειδικά όπου η δημόσια χωρητικότητα απαιτεί ενίσχυση. Η μελέτη δείχνει ότι οι συμβατικές ρυθμίσεις καθορίζουν τους τύπους υπηρεσιών, τους όρους ανανέωσης, τα πρότυπα ποιότητας και τις διαδικασίες ελέγχου. Οι ιδιωτικοί πάροχοι συνάπτουν αυτές τις συμφωνίες όταν τα οικονομικά κίνητρα, τα μέτρα λογοδοσίας και η κανονιστική εποπτεία αποτελούν ένα ισορροπημένο πακέτο. Αυτή η περίπτωση υπογραμμίζει ότι η οικονομική αλληλεπίδραση με τα ασφαλιστικά ταμεία διαμορφώνει τη συμμετοχή στην αγορά, τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών και την ελκυστικότητα των δημόσιων συμβάσεων για τους ιδιωτικούς παρόχους.

Στην Ελλάδα, αυτά τα ζητήματα αποκτούν ιδιαίτερη σημασία μέσω του ρόλου του ΕΟΠΥΥ. Οι Polyzos et al. (2014) εξηγούν ότι η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ μεταμόρφωσε τη σχέση μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων και ιδιωτικών παρόχων εισάγοντας ένα πιο συγκεντρωτικό μοντέλο αγορών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η ανάλυσή τους τονίζει τη σημασία της μεταρρύθμισης των αποζημιώσεων, της κοστολόγησης και των εργαλείων μελλοντικής πληρωμής, συμπεριλαμβανομένων των κατά κεφαλήν αμοιβών και των κινήτρων απόδοσης. Αυτές οι προτάσεις καταδεικνύουν ότι οι σχέσεις μεταξύ των ασφαλιστών στην Ελλάδα έχουν τόσο οικονομική όσο και διοικητική σημασία, καθώς επηρεάζουν την επαγόμενη ζήτηση, την ενσωμάτωση των παρόχων και την ορθολογική οργάνωση των υπηρεσιών.

Οι Mavridoglou and Polyzos (2022) τοποθετούν αυτές τις αλληλεπιδράσεις στην ευρύτερη χρηματοδοτική δομή του ελληνικού συστήματος. Η αναλογιστική τους ανάλυση παρουσιάζει τον ΕΟΠΥΥ ως βασικό θεσμό που συνδέει τη δημόσια

χρηματοδότηση, τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης με την πάροδο του χρόνου. Σε αυτό το πλαίσιο, οι ιδιωτικοί πάροχοι κατέχουν σημαντική θέση στη ροή των αποζημιώσεων για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, διαγνωστικές και άλλες υπηρεσίες. Συνολικά, οι οικονομικές αλληλεπιδράσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία διαμορφώνουν τη βιωσιμότητα, την προβλεψιμότητα και τη στρατηγική κατεύθυνση της ιδιωτικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα καθορίζουν τα πρακτικά όρια μεταξύ της δημόσιας χρηματοδότησης και της παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών. Για τους ιδιώτες παρόχους, αυτές οι ρυθμίσεις επηρεάζουν τη ρευστότητα, τον επενδυτικό σχεδιασμό, τις επιλογές στελέχωσης και τη συμμετοχή στις ασφαλισμένες αγορές. Για τους αγοραστές, αυξάνουν την ποιότητα, τον έλεγχο των δαπανών και την πρόσβαση. Κατά συνέπεια, οι σχέσεις μεταξύ των ασφαλιστών και των παρόχων βρίσκονται στο επίκεντρο της διακυβέρνησης του συστήματος υγείας και της επιχειρησιακής απόδοσης.

3.3 Κόστη λειτουργίας και οικονομική βιωσιμότητα

Οι ιδιωτικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν ένα απαιτητικό οικονομικό περιβάλλον στο οποίο το λειτουργικό κόστος και η οικονομική βιωσιμότητα διαμορφώνουν κάθε στρατηγική και διοικητική απόφαση. Η οικονομική βιωσιμότητα εξαρτάται από την ικανότητα των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών να καλύπτουν την εργασία, τα φάρμακα, τα αναλώσιμα, τον εξοπλισμό, τα κτίρια, τη συντήρηση, το κόστος χρηματοδότησης και τα γενικά έξοδα, διατηρώντας παράλληλα την ποιότητα των υπηρεσιών, με τέτοιον τρόπο ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες πληρωμής. Υπό αυτή την οπτική γωνία, η διαχείριση του κόστους καθίσταται κεντρική διαχειριστική προτεραιότητα και βασικός καθοριστικός παράγοντας της μακροπρόθεσμης επιβίωσης εντός των συστημάτων υγείας.

Ένα χρήσιμο σημείο εκκίνησης προέρχεται από τη συστηματική ανασκόπηση των Brylski, Larkin και Wilson (2025), η οποία προσδιορίζει πέντε κύριους καθοριστικούς παράγοντες της οικονομικής βιωσιμότητας στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Αυτοί οι καθοριστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τη διαφάνεια στην τιμολόγηση και στις χρεώσεις, τη δομή της ιδιοκτησίας και τον βαθμό συγκέντρωσης της αγοράς, τα κίνητρα που συνδέονται με την ασφαλιστική κάλυψη, την έκθεση επιμέρους υπηρεσιών σε πιέσεις κερδοφορίας και τις επιβαρύνσεις που απορρέουν από το κόστος εργασίας. Αυτή η έρευνα δείχνει ότι η οικονομική ανθεκτικότητα εξαρτάται από την αλληλεπίδραση μεταξύ του σχεδιασμού της αγοράς, της οργανωτικής δομής και της δομής πληρωμών.

Η δομή των λειτουργικών δαπανών γίνεται ακόμη πιο σαφής στη μελέτη των Jyani, Gedam, Sharma, Dixit και Prinja (2025). Εξετάζοντας ένα μοντέλο ιδιωτικού νοσοκομείου στο πλαίσιο του εθνικού συστήματος ασφάλισης υγείας της Ινδίας, οι συγγραφείς δείχνουν ότι οι άνθρωποι πόροι αντιπροσωπεύουν περίπου το σαράντα τοις εκατό των συνολικών ετήσιων δαπανών, ενώ τα φάρμακα και τα αναλώσιμα αντιπροσωπεύουν περίπου το είκοσι τοις εκατό. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν την κεντρική θέση της διαχείρισης του προσωπικού και της προμήθειας στο προφίλ κόστους των ιδιωτικών νοσοκομείων. Η μελέτη δείχνει επίσης ότι το νεκρό σημείο επιτυγχάνεται γύρω στο τέταρτο έτος λειτουργίας, το οποίο προσφέρει ένα συγκεκριμένο σημείο αναφοράς για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η βιωσιμότητα εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου καθώς τα έσοδα απορροφούν σταδιακά τα σταθερά και μεταβλητά κόστη.

Μια περαιτέρω διάσταση αφορά τη δομή του κεφαλαίου και την πρόσβαση στη χρηματοδότηση. Οι Zhang και Laporte (2025) δείχνουν ότι τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νοσοκομεία στην Κίνα αντιμετωπίζουν χρηματοδοτικά πρότυπα που συνδέονται στενά με την κερδοφορία και τη διαφοροποίηση των εσόδων. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι τα κερδοφόρα νοσοκομεία βρίσκονται σε καλύτερη θέση να αναλάβουν μακροπρόθεσμο χρέος, ενώ οι λιγότερο διαφοροποιημένοι πάροχοι βασίζονται περισσότερο στον βραχυπρόθεσμο δανεισμό για λειτουργικές ανάγκες. Αυτή η προοπτική ενισχύει το επιχείρημα ότι η βιωσιμότητα περιλαμβάνει τόσο τη διαχείριση των τρεχουσών ταμειακών ροών όσο και την πρόσβαση σε επενδυτικό κεφάλαιο. Η οικονομική βιωσιμότητα εξαρτάται επομένως όχι μόνο από τον έλεγχο του καθημερινού κόστους, αλλά και από την εξασφάλιση μιας κατάλληλης ισορροπίας μεταξύ ρευστότητας, δανεισμού και ικανότητας ανάπτυξης.

Η σχέση μεταξύ κόστους και αποτελεσματικότητας εμφανίζεται επίσης σαφώς στην τουρκική εμπειρία που αναλύθηκε από τους Gok και Altındağ (2015). Η μελέτη τους δείχνει ότι το αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης στα ιδιωτικά νοσοκομεία συσχετίστηκε με μειωμένη αποδοτικότητα κατά την εφαρμογή της αμοιβής βάσει απόδοσης. Αυτό το εύρημα παρέχει ισχυρή υποστήριξη στην άποψη ότι η αύξηση των δαπανών δεν μεταφράζεται αυτόματα σε ισχυρότερη οργανωτική απόδοση. Αντίθετα, η αποτελεσματική βιωσιμότητα απαιτεί πειθαρχημένο έλεγχο του κόστους, βελτίωση της παραγωγικότητας και προσεκτική ευθυγράμμιση των κινήτρων με τα πραγματικά αποτελέσματα των υπηρεσιών.

Η ελληνική περίπτωση προσθέτει χρήσιμα στοιχεία σε αυτή τη συζήτηση. Οι Kondilis et al. (2011) συνέκριναν τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά και τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα και διαπίστωσαν υψηλότερες πληρωμές κοινωνικής ασφάλισης υγείας ανά εξιτήριο και λιγότερο ευνοϊκά πρότυπα αποδοτικότητας κόστους στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Η ανάλυσή τους συνέδεσε επίσης τα ιδιωτικά νοσοκομεία με χαμηλότερα ποσοστά στελέχωσης νοσηλευτών και μικρότερη οργανωτική κλίμακα. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η οικονομική βιωσιμότητα σε ένα μικτό σύστημα εξαρτάται από τη δομή προσωπικού, τα επίπεδα πληρωμών και την επιχειρησιακή αποτελεσματικότητα. Το μείγμα υπηρεσιών έχει επίσης σημασία επειδή οι δραστηριότητες μαιευτικής, προγραμματισμένης χειρουργικής και διάγνωσης δημιουργούν διαφορετικά περιθώρια κέρδους και προφίλ κινδύνου, απαιτώντας συνεχή καθημερινή προσαρμογή στον σχεδιασμό, τη σύναψη συμβάσεων και την κατανομή πόρων. Συνολικά, η βιβλιογραφία παρουσιάζει το λειτουργικό κόστος και την οικονομική βιωσιμότητα ως αλληλένδετες διαστάσεις που διαμορφώνονται από την ένταση εργασίας, τον σχεδιασμό των προτύπων αποζημίωσης, την πρόσβαση σε κεφάλαια και την αποτελεσματικότητα της διοίκησης. Για τους ιδιωτικούς παρόχους υγείας, η βιώσιμη λειτουργία προκύπτει μέσω του επιτυχούς συντονισμού αυτών των οικονομικών και διοικητικών παραμέτρων.

3.4 Clawback, rebate και καθυστερήσεις πληρωμών

Η επιστροφή χρημάτων, οι εκπτώσεις και οι καθυστερήσεις πληρωμών αποτελούν κεντρικές οικονομικές πιέσεις για τους ιδιωτικούς παρόχους υγείας, επειδή διαμορφώνουν τη ροή μετρητών, την προβλεψιμότητα, την επενδυτική ικανότητα και την ευρύτερη σχέση μεταξύ των παρόχων και του κράτους. Εντός του ελληνικού συστήματος υγείας, αυτοί οι μηχανισμοί κατέχουν εξέχοντα ρόλο μέσω του ΕΟΠΥΥ, του οποίου η αγοραστική δύναμη επηρεάζει τη βάση εσόδων των ιδιωτικών κλινικών, νοσοκομείων και διαγνωστικών κέντρων. Ως αποτέλεσμα, η βιωσιμότητα των παρόχων εξαρτάται από τα επίσημα ποσοστά αποζημίωσης, καθώς και από τον όγκο των αναδρομικών κρατήσεων, το χρονοδιάγραμμα των διακανονισμών και τον ρυθμό των δημόσιων πληρωμών. Αυτό το πλαίσιο θέτει τη χρηματοοικονομική προσαρμογή στον πυρήνα της διαχείρισης των παρόχων και της τομεακής στρατηγικής.

Οι Kalavrezou και Jin (2021) παρουσιάζουν μια χρήσιμη επισκόπηση της πορείας των ελληνικών μεταρρυθμίσεων και δείχνουν ότι τα ανώτατα όρια του προϋπολογισμού, οι έλεγχοι τιμών και οι κεντρικές αγορές αποτέλεσαν βασικά μέσα ελέγχου των δαπανών μετά το 2010. Σε αυτό το πλαίσιο, η επιστροφή χρημάτων αναδείχθηκε ως ένα σημαντικό εργαλείο για την ανάκτηση δαπανών που υπερέβαιναν τα προκαθορισμένα όρια και η επέκτασή της σε όλες τις κατηγορίες υπηρεσιών ενίσχυσε τον διαρθρωτικό της ρόλο στο χρηματοοικονομικό περιβάλλον. Η σημασία αυτού του μηχανισμού έγκειται στην επίδρασή του στα έσοδα των παρόχων. Οι ιδιώτες πάροχοι μπορούν να υποβάλουν αιτήσεις σύμφωνα με τα συμβατικά τιμολόγια, ωστόσο τα πραγματικά έσοδα αντικατοπτρίζουν αναδρομικές διορθώσεις που αναδιαμορφώνουν τις οικονομικές προσδοκίες και συμπιέζουν τα λειτουργικά περιθώρια.

Η οπτική των παραγόντων της αγοράς εμφανίζεται σαφώς στην ενδιάμεση έκθεση της Ελληνικής Επιτροπής Ανταγωνισμού (2023). Η έκθεση καταγράφει τις ανησυχίες των παρόχων σχετικά με την επιστροφή χρημάτων ως στρεβλώσεις του ανταγωνισμού και ως παρεμβάσεις που επηρεάζουν σημαντικά τη δραστηριότητα των ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας. Αυτά τα στοιχεία είναι ιδιαίτερα πολύτιμα επειδή καταγράφουν πώς οι ρυθμιζόμενες εκπτώσεις επηρεάζουν τη στρατηγική συμπεριφορά των εταιρειών. Ο προγραμματισμός εσόδων, ο χρόνος επενδύσεων και οι διαπραγματευτικές σχέσεις με τους ασφαλιστές και τους μεσάζοντες εξαρτώνται από το τελικό ποσό που παρακρατούν οι πάροχοι μετά τις νομοθετικές προσαρμογές.

Επιπρόσθετα, οι Kondilis και Benos (2023) δείχνουν ότι το κράτος αναθεώρησε προς τα πάνω τα τέλη αποζημίωσης, εισήγαγε πρόσθετα οικονομικά κίνητρα και διέθεσε έκτακτη χρηματοδότηση για τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα κατά την περίοδο COVID-19. Τα ευρήματά τους δείχνουν πώς οι δημόσιες αρχές μπορούν να επαναξιολογήσουν γρήγορα τους μηχανισμούς αποζημίωσης σε περιόδους πίεσης του συστήματος. Αυτή η περίπτωση δείχνει επίσης ότι ο σχεδιασμός πληρωμών επηρεάζει τη συμμετοχή των παρόχων, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και την κατανομή των κινδύνων και των ανταμοιβών μεταξύ των δημόσιων αγοραστών και των ιδιωτικών οργανισμών.

Μια ευρύτερη ευρωπαϊκή προοπτική εμπλουτίζει την ανάλυση. Οι Carone, Schwierz και Xavier (2012) εξηγούν ότι οι μηχανισμοί clawback, rebate και repay έχουν χρησιμοποιηθεί σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, κυρίως στον έλεγχο των φαρμακευτικών δαπανών. Η ανάλυσή τους παρουσιάζει αυτά τα εργαλεία ως ισχυρά μέσα για τον περιορισμό του κόστους και την προβλεψιμότητα του προϋπολογισμού, όταν ενσωματώνονται σε ένα ευρύτερο κανονιστικό πλαίσιο. Αν και η ελληνική εφαρμογή σε ιδιωτικούς παρόχους έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, η ευρωπαϊκή συζήτηση επιβεβαιώνει ότι οι μηχανισμοί αναδρομικής προσαρμογής αποτελούν μέρος ενός ευρύτερου συνόλου εργαλείων δημόσιων οικονομικών, σχεδιασμένου για τη διαχείριση της αύξησης των δαπανών και την ενίσχυση της δημοσιονομικής πειθαρχίας.

Οι καθυστερήσεις πληρωμών προσθέτουν μια άλλη διάσταση. Η έκθεση του Κέντρου Μελετών Ευρωπαϊκής Πολιτικής και της Ernst and Young (2024) δείχνει ότι οι καθυστερημένες πληρωμές από τις δημόσιες αρχές επηρεάζουν τομείς που εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις δημόσιες συμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης. Η έκθεση τονίζει επίσης την αξία της διαφάνειας, της ηλεκτρονικής τιμολόγησης, των συστημάτων παρακολούθησης και της θεσμικής δέσμευσης για τη βελτίωση της απόδοσης των πληρωμών. Για τους ιδιωτικούς παρόχους υγείας, η καθυστερημένη επιστροφή χρημάτων επηρεάζει τη διαχείριση της ρευστότητας, τις σχέσεις με τους προμηθευτές, τον προγραμματισμό μισθοδοσίας και την ικανότητα διατήρησης της παροχής υπηρεσιών.

Συνολικά, οι καθυστερήσεις πληρωμών, τα clawbacks και τα rebates αντιπροσωπεύουν αλληλένδετες οικονομικές πιέσεις στο λειτουργικό περιβάλλον των

ιδιωτικών παρόχων υγείας. Στην Ελλάδα, αυτοί οι μηχανισμοί αντικατοπτρίζουν τον ισχυρό αγοραστικό ρόλο του ΕΟΠΥΥ και την ευρύτερη προσπάθεια ελέγχου των δαπανών μέσω κεντρικών εργαλείων προσαρμογής. Ταυτόχρονα, διαμορφώνουν την οικονομική πραγματικότητα των ιδιωτικών παρόχων επηρεάζοντας το τελικό τους εισόδημα, τον οικονομικό σχεδιασμό και τις μακροπρόθεσμες επενδυτικές αποφάσεις. Η μελέτη τους, επομένως, προσφέρει μια εικόνα για την οικονομική διακυβέρνηση του ελληνικού μикτού συστήματος υγείας.

3.5 Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού

Η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί στρατηγικό πυλώνα της ιδιωτικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης, επειδή τα πρότυπα στελέχωσης, οι εργασιακές σχέσεις, η ηγεσία και η κουλτούρα στον χώρο εργασίας επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα των υπηρεσιών, την λειτουργική αποτελεσματικότητα και τη συνέχεια του οργανισμού. Στους ιδιωτικούς παρόχους, η διοίκηση του εργατικού δυναμικού έχει ιδιαίτερη βαρύτητα επειδή η παροχή υπηρεσιών έντασης εργασίας συνδέει τη σταθερότητα του προσωπικού με την εμπειρία του ασθενούς, την παραγωγικότητα και την οικονομική βιωσιμότητα. Συνεπώς, η βιβλιογραφία τοποθετεί τη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού ως βασική διοικητική πρόκληση.

Μια πρώτη βασική διάσταση αφορά τη διατήρηση των εργαζόμενων. Οι Pattali, Sankar, Al Qahtani, Menon και Faizal (2024) δείχνουν σε ιδιωτικά νοσοκομεία ότι η μετασχηματιστική ηγεσία, η αυθεντική ηγεσία και η αντιληπτή οργανωτική υποστήριξη μειώνουν την πρόθεση αποχώρησης μεταξύ των νοσηλευτών. Αυτό το εύρημα έχει ισχυρή αναλυτική σημασία για τους ιδιωτικούς παρόχους, επειδή συνδέει την πρακτική της ηγεσίας με τη σταθερότητα του εργατικού δυναμικού και, επομένως, με το κόστος πρόσληψης, τη συνέχεια της φροντίδας και τη διατήρηση της θεσμικής γνώσης. Από διοικητικής άποψης, το στυλ ηγεσίας λειτουργεί ως οικονομική μεταβλητή, καθώς η σταθερή στελέχωση ενισχύει τον συντονισμό και μειώνει τη διαταραχή που σχετίζεται με τις επαναλαμβανόμενες αποχωρήσεις και αντικαταστάσεις.

Μια δεύτερη διάσταση αφορά τη συναισθηματική ευεξία και την εργασιακή δέσμευση. Οι Engelbrecht, Rau, Nel και Wilke (2020) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές σε ιδιωτικά νοσοκομεία ανέφεραν υψηλή ικανοποίηση από τη συμπίνα και ισχυρή εργασιακή δέσμευση, και ότι η ψυχική υγεία, η προσωπική επιτυχία και η ικανοποίηση από τη συμπίνα προέβλεπαν τη δέσμευση. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν μια ευρύτερη ερμηνεία της διαχείρισης του εργατικού δυναμικού, στην οποία η επαγγελματική ευημερία συμβάλλει άμεσα στην απόδοση των παρόχων. Σε ιδιωτικά περιβάλλοντα, όπου η ανταπόκριση και η επαφή με τον ασθενή διαμορφώνουν τη φήμη του οργανισμού, η εργασιακή δέσμευση ενισχύει τόσο την ποιότητα της φροντίδας όσο και τη δέσμευση του εργατικού δυναμικού.

Η προοπτική της αγοράς εργασίας εμφανίζεται σαφώς στους Chan, Tam, Lung, Wong και Chau (2013), οι οποίοι διερεύνησαν γιατί οι νοσηλευτές μετακινήθηκαν από δημόσια σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Η ανάλυσή τους προσδιόρισε τη δικαιοσύνη στις αμοιβές, τους παράγοντες άγχους στον χώρο εργασίας, τις επιδραστικές διαπροσωπικές σχέσεις και την ικανοποίηση από την εργασία ως κύριους παράγοντες σε αυτή τη μετάβαση. Αυτά τα στοιχεία δείχνουν ότι η πρόσληψη εξαρτάται από τα συστήματα αποζημίωσης, το οργανωτικό κλίμα και την αντιληπτή ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής προσπάθειας και ανταμοιβής.

Στο ελληνικό πλαίσιο, οι Alexias, Papandreopoulou και Togas (2024) διαπίστωσαν μέτρια επαγγελματική εξουθένωση και μέτρια έως υψηλή εργασιακή δέσμευση μεταξύ των επαγγελματιών σε μια ιδιωτική μονάδα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, με ισχυρότερη επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των εργαζομένων με μη μόνιμες συμβάσεις. Αυτό το αποτέλεσμα υποδεικνύει την κατάσταση απασχόλησης ως καθοριστική διοικητική μεταβλητή. Η ανασφάλεια επηρεάζει τη συναισθηματική εξάντληση και ως εκ τούτου διαμορφώνει την οργανωτική ανθεκτικότητα, το ηθικό του προσωπικού και την ικανότητα διατήρησης.

Οι Brofidi, Vlasidis και Philalithis (2019) εμπλουτίζουν περαιτέρω την ανάλυση εξετάζοντας την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος των ελληνικών νοσοκομείων. Τα ευρήματά τους υπογραμμίζουν τη σημασία της διοικητικής υποστήριξης, της συμμετοχής σε οργανωτικές υποθέσεις και της επαρκούς στελέχωσης για επαγγελματική λειτουργία. Στους ιδιωτικούς παρόχους, αυτές οι διαστάσεις επηρεάζουν την ικανότητα του οργανισμού να προσελκύει εξειδικευμένο προσωπικό,

να αναπτύσσει ομαδική εργασία και να διατηρεί υψηλή απόδοση. Συνολικά, τα διαθέσιμα στοιχεία αναδεικνύουν ότι η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στην ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη συγκροτεί ένα σύνθετο και κρίσιμο διοικητικό πεδίο, στο οποίο αλληλεπιδρούν η ηγεσία, οι αμοιβές, η επαγγελματική δέσμευση, οι πολιτικές συμβάσεων και οι συνθήκες εργασίας. Το πεδίο αυτό επηρεάζει ουσιαστικά τόσο την καθημερινή λειτουργία των μονάδων όσο και τη μακροπρόθεσμη οργανωτική τους βιωσιμότητα. Κατά συνέπεια, ο αποτελεσματικός σχεδιασμός και η ορθολογική διαχείρισή του ενισχύουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη λειτουργική σταθερότητα και τη διατήρηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος.

3.6 Ψηφιακός μετασχηματισμός και πληροφοριακά συστήματα

Τέλος, ο ψηφιακός μετασχηματισμός αποτελεί ένα κεντρικό διοικητικό και οικονομικό ζήτημα για τους ιδιωτικούς παρόχους υγείας, επειδή τα πληροφοριακά συστήματα επηρεάζουν τον συντονισμό της ροής εργασίας, την κλινική τεκμηρίωση, τον έλεγχο των πόρων, την εποπτεία της διοίκησης και την ανταγωνιστική τοποθέτηση. Στους ιδιωτικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, η ψηφιοποίηση λειτουργεί ως οργανωτική δυνατότητα. Η αξία της αναδεικνύεται μέσω της καλύτερης διαχείρισης δεδομένων, της ταχύτερης λήψης αποφάσεων, της ισχυρότερης ολοκλήρωσης μεταξύ των μονάδων και της ακριβέστερης παρακολούθησης του κόστους και της ποιότητας. Για αυτόν τον λόγο, ο ψηφιακός μετασχηματισμός των ιδιωτικών παρόχων ανήκει άμεσα στην ευρύτερη συζήτηση των διοικητικών και οικονομικών προκλήσεων που αυτοί αντιμετωπίζουν.

Η συγκριτική μελέτη των Al Kahtani et al. (2022) προσφέρει ένα σημαντικό σημείο εκκίνησης, επειδή δείχνει ότι οι ιδιωτικές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης πέτυχαν υψηλότερες βαθμολογίες ψηφιακού μετασχηματισμού από τις δημόσιες. Η ισχυρότερη διάσταση αφορούσε τη διακυβέρνηση και το εργατικό δυναμικό, ενώ οι προγνωστικές αναλύσεις έδειξαν χαμηλότερο βαθμό ωριμότητας. Αυτό το αποτέλεσμα έχει αναλυτική αξία, καθώς υποδηλώνει ότι η ψηφιακή πρόοδος ξεκινά με την θεσμική ετοιμότητα, τις ηγετικές δομές και τον συντονισμό του

εργατικού δυναμικού πριν φτάσει σε πιο προηγμένες αναλυτικές ικανότητες. Στους ιδιωτικούς παρόχους, επομένως, η ψηφιακή ωριμότητα αντικατοπτρίζει τη διοικητική ικανότητα και τη στρατηγική κατεύθυνση όσο και τις τεχνολογικές επενδύσεις. Αυτή η ερμηνεία ενισχύεται από τη μελέτη των Saleh, Lundborg και Sharma (2025), η οποία εξέτασε τις απόψεις των γιατρών σχετικά με τα συστήματα ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων σε ένα ινδικό ιδιωτικό νοσοκομείο. Οι γιατροί αναγνώρισαν τη βελτιωμένη προσβασιμότητα στα δεδομένα και την επιχειρησιακή αποτελεσματικότητα ως σημαντικά οφέλη, ενώ παράλληλα τόνισαν τη σημασία των υποδομών, της στελέχωσης και των οικονομικών πόρων για την επιτυχή εφαρμογή. Η σημασία αυτών των στοιχείων έγκειται στο ότι τα συστήματα πληροφοριών αναδιαμορφώνουν τις διαδικασίες εργασίας και την κατανομή των πόρων.

Οι Wondwossen, Asemahagn και Guadie (2025) εμβαθύνουν περαιτέρω δείχνοντας ότι η χρήση ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων σε ιδιωτικές εγκαταστάσεις παρέμεινε μέτρια και συσχετίστηκε έντονα με την εκπαίδευση, την ικανοποίηση των χρηστών και τη χρηστικότητα της διεπαφής. Αυτά τα στοιχεία υποστηρίζουν μια κοινωνικοτεχνική ερμηνεία του ψηφιακού μετασχηματισμού. Η οργανωτική απόδοση των ψηφιακών επενδύσεων αυξάνεται όταν το προσωπικό διαθέτει τις δεξιότητες και το κίνητρο να χρησιμοποιεί το σύστημα αποτελεσματικά και όταν η τεχνολογία ταιριάζει στις πραγματικότητες της καθημερινής κλινικής εργασίας. Από διοικητικής άποψης, η επιτυχία της εφαρμογής εξαρτάται από την πολιτική εκπαίδευσης, την τεχνική υποστήριξη και τον σχεδιασμό με επίκεντρο τον χρήστη. Η ελληνική εμπειρία ενισχύει τη σημασία αυτού του θέματος. Οι Polyzos et al. (2016) παρουσιάζουν το εθνικό σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ως εργαλείο για την παρακολούθηση της συμπεριφοράς συνταγογράφησης και τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών. Αυτή είναι σημαντικό, επειδή δείχνει ότι τα πληροφοριακά συστήματα επηρεάζουν άμεσα τη χρηματοοικονομική διακυβέρνηση. Μέσω της ψηφιακής παρακολούθησης, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι αγοραστές υπηρεσιών υγείας αποκτούν ορατότητα σχετικά με τον όγκο, τα πρότυπα ειδικότητας και τις περιφερειακές διακυμάνσεις, ενώ οι πάροχοι λειτουργούν σε ένα περιβάλλον όπου η συνταγογράφηση και οι δαπάνες γίνονται μετρήσιμες και ελέγξιμες.

Οι Stoumpos, Kitsios και Talias (2023) παρέχουν το ευρύτερο εννοιολογικό πλαίσιο δείχνοντας ότι ο ψηφιακός μετασχηματισμός στην υγειονομική περίθαλψη

περιλαμβάνει την τεχνολογία πληροφοριών, την ηλεκτρονική εκπαίδευση για την υγεία, την αποδοχή της τεχνολογίας, την τηλεϊατρική και την ασφάλεια. Η σύνθεσή τους διευκρινίζει ότι η ψηφιοποίηση αντιπροσωπεύει μια ολοκληρωμένη οργανωτική μετάβαση. Για τους ιδιώτες παρόχους υγείας, αυτή η μετάβαση συνδέει τον διοικητικό εκσυγχρονισμό με την οικονομική απόδοση, την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και τη στρατηγική προσαρμοστικότητα. Κατά συνέπεια, τα πληροφοριακά συστήματα λειτουργούν ως υποδομές διακυβέρνησης, παραγωγικότητας και μακροπρόθεσμης οργανωτικής ανάπτυξης.

3.7 Συμπεράσματα του κεφαλαίου

Το Κεφάλαιο 3 δείχνει ότι οι οικονομικές και διοικητικές προκλήσεις των ιδιωτικών παρόχων υγείας προκύπτουν μέσα στα σύγχρονα συστήματα υγείας παγκοσμίως μέσω της αλληλεπίδρασης των μοντέλων χρηματοδότησης, των σχέσεων με τους ασφαλιστές, των δομών κόστους, της διαχείρισης του εργατικού δυναμικού και της ψηφιακής χωρητικότητας. Το κεφάλαιο καταδεικνύει ότι η βιωσιμότητα των παρόχων εξαρτάται από σταθερά και καλά σχεδιασμένα συστήματα πληρωμών που συνδυάζουν την είσπραξη εσόδων, την ομαδοποίηση κινδύνων και τις στρατηγικές αγορές με τρόπους που ευθυγραμμίζουν την αποτελεσματικότητα με την ποιότητα και την οργανωτική συνέχεια (Carrin et al., 2008; Honda & Obse, 2020). Γίνεται επίσης σαφές ότι οι συμβατικές σχέσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ διαμορφώνουν τα πρακτικά όρια της ανάπτυξης, της ρευστότητας και του σχεδιασμού υπηρεσιών, καθώς οι κανόνες αποζημίωσης επηρεάζουν τη συμπεριφορά των παρόχων τόσο έντονα όσο και η ίδια η ζήτηση της αγοράς (Polyzos et al., 2014; Mavridoglou & Polyzos, 2022).

Ένα δεύτερο σημαντικό συμπέρασμα αφορά την εσωτερική βάση κόστους των ιδιωτικών παρόχων. Η εργασία, τα φάρμακα, τα αναλώσιμα και η πρόσβαση σε κεφάλαια αποτελούν τον οικονομικό πυρήνα της βιωσιμότητας, ενώ η ισορροπία μεταξύ αύξησης του κόστους και αποδοτικότητας καθορίζει τη μακροπρόθεσμη ανθεκτικότητα (Jyani et al., 2025; Zhang & Laporte, 2025). Στην ελληνική περίπτωση,

οι καθυστερήσεις στην ανάκτηση, την επιστροφή χρημάτων και τις πληρωμές εντείνουν αυτές τις πιέσεις μειώνοντας την προβλεψιμότητα των χρηματοροών και συμπιέζοντας το τελικό εισόδημα των οργανισμών, μετατρέποντας έτσι τη χρηματοοικονομική διαχείριση σε μια συνεχή προσαρμοστική διαδικασία (Kalavrezou & Jin, 2021).

Το κεφάλαιο διαπιστώνει επίσης ότι η διοικητική αποτελεσματικότητα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σταθερότητα του εργατικού δυναμικού και την ψηφιακή ωριμότητα. Η ποιότητα της ηγεσίας, η οργανωτική υποστήριξη, οι συνθήκες απασχόλησης και η εργασιακή δέσμευση διαμορφώνουν τη διατήρηση και την επιχειρησιακή απόδοση, ειδικά σε περιβάλλοντα έντασης εργασίας, όπως τα ιδιωτικά νοσοκομεία (Pattali et al., 2024; Alexias et al., 2024). Ταυτόχρονα, ο ψηφιακός μετασχηματισμός ενισχύει την παρακολούθηση, τον συντονισμό και τον έλεγχο των δαπανών, ενώ παράλληλα απαιτεί επενδύσεις, εκπαίδευση και ικανότητα διακυβέρνησης για ουσιαστική εφαρμογή (Al Kahtani et al., 2022; Polyzos et al., 2016). Συνολικά, οι ιδιωτικοί πάροχοι λειτουργούν με επιτυχία όταν ο οικονομικός σχεδιασμός, η διοικητική ικανότητα και η τεχνολογική προσαρμογή συγκλίνουν σε ένα συνεκτικό μοντέλο βιώσιμης παροχής υπηρεσιών.

4. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ασφάλεια ασθενών στον ιδιωτικό τομέα

Το παρόν κεφάλαιο εξετάζει την ποιότητα των υπηρεσιών και την ασφάλεια των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα υγείας ως αλληλένδετες διαστάσεις οργανωτικής επάρκειας, κλινικής αξιοπιστίας και εμπειρίας φροντίδας. Η ανάλυση ξεκινά από την έννοια της ποιότητας και προχωρά στα συστήματα διασφάλισης, στους δείκτες αξιολόγησης, στη διαχείριση κινδύνων, στις πιστοποιήσεις, στην ικανοποίηση των ασθενών και στη λογοδοσία. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον τρόπο με τον οποίο οι ιδιωτικοί πάροχοι μετατρέπουν τις υψηλές προσδοκίες των ασθενών σε ασφαλείς, μετρήσιμες, διαφανείς και αξιόπιστες υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, αναδεικνύεται η σημασία της ανθρώπινης επικοινωνίας, της θεσμικής υπευθυνότητας και της συνεχούς βελτίωσης σε κάθε επίπεδο παροχής φροντίδας υγείας.

4.1 Έννοια και διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών στην ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη μπορεί να γίνει κατανοητή ως το σημείο όπου συγκλίνουν η κλινική αποτελεσματικότητα, η πρόσβαση, η διαπροσωπική φροντίδα και η εμπειρία του ασθενούς. Οι Campbell et al. (2000) παρέχουν την εννοιολογική βάση για αυτήν την ερμηνεία, ορίζοντας την ποιότητα της φροντίδας μέσω δύο κεντρικών διαστάσεων, της πρόσβασης και της αποτελεσματικότητας. Η πρόσβαση αφορά την ικανότητα των ασθενών να προσεγγίζουν κατάλληλες δομές και διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης όταν τις χρειάζονται, ενώ η αποτελεσματικότητα αφορά την αξία της φροντίδας που λαμβάνεται μόλις επιτευχθεί η πρόσβαση. Αυτή η προσέγγιση είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη, όπου οι ασθενείς συνήθως αξιολογούν τη φροντίδα τόσο μέσω της επαγγελματικής επάρκειας όσο και μέσω της ευρύτερης εμπειρίας παροχής υπηρεσιών.

Από αυτή την οπτική γωνία, η ποιότητα συνδέεται με τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα. Τα δομικά στοιχεία περιλαμβάνουν τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, τη διαθεσιμότητα προσωπικού, τις ώρες λειτουργίας, τα συστήματα ραντεβού και τις οργανωτικές ρυθμίσεις. Η διαδικασία αναφέρεται στην πραγματική αλληλεπίδραση μεταξύ του ασθενούς και του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των κλινικών παρεμβάσεων, της επικοινωνίας, της ανταπόκρισης και του συντονισμού της φροντίδας. Τα αποτελέσματα περιλαμβάνουν τη βελτίωση της υγείας, την ικανοποίηση του ασθενούς, την αντιληπτή ασφάλεια, την ενδυνάμωση και τη μελλοντική προθυμία χρήσης του ίδιου παρόχου. Οι Campbell et al. (2000) τονίζουν ότι η διαπροσωπική φροντίδα έχει ίση εννοιολογική σημασία με την κλινική φροντίδα, επειδή οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα μέσω του τρόπου με τον οποίο οι επαγγελματίες τους εξηγούν, τους ακούν, τους σέβονται, τους καθησυχάζουν και τους εμπλέκουν.

Ο ιδιωτικός τομέας υγειονομικής περίθαλψης καθιστά ιδιαίτερα εμφανή αυτόν τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας. Οι Kalaja et al. (2023), εξετάζοντας 400 ασθενείς σε ιδιωτικά νοσοκομεία της Αλβανίας, χρησιμοποίησαν το μοντέλο SERVQUAL για να αξιολογήσουν την ανταπόκριση, την αξιοπιστία, την ασφάλεια, τα απτά στοιχεία και την ενσυναίσθηση. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών στα ιδιωτικά νοσοκομεία διαμορφώνεται τόσο από τεχνικές όσο και από εμπειρικές διαστάσεις. Η αξιοπιστία είχε την ισχυρότερη σχέση με την ικανοποίηση όταν οι ασθενείς αξιολόγησαν τις πραγματικές τους αντιλήψεις, ακολουθούμενη από την ασφάλεια και την ανταπόκριση. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς εκτιμούν την ακριβή διάγνωση, την αξιόπιστη συμπεριφορά του προσωπικού, την αξιόπιστη επαγγελματική απόδοση, τις άμεσες αντιδράσεις και την ασφαλή παροχή υπηρεσιών.

Ταυτόχρονα, η μελέτη δείχνει ότι η ποιότητα της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζεται έντονα από τις προσδοκίες. Οι ασθενείς που επιλέγουν ιδιωτικά νοσοκομεία συχνά αναμένουν σύγχρονες υποδομές, προηγμένη τεχνολογία, ευγενικό προσωπικό, γρήγορη εξυπηρέτηση και συνεχή προσοχή επειδή πληρώνουν υψηλότερο κόστος και συγκρίνουν την ιδιωτική περίθαλψη με τους περιορισμούς του δημόσιου τομέα. Στην αξιολόγηση της απόκλισης μεταξύ προσδοκώμενης και αντιλαμβανόμενης ποιότητας, τα απτά στοιχεία εμφάνισαν θετική διαφορά, γεγονός που δείχνει ότι ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις και οι φυσικές συνθήκες της ιδιωτικής

μονάδας υγείας αξιολογήθηκαν υψηλότερα από τις αρχικές προσδοκίες των ασθενών. Αντίθετα, οι διαστάσεις της ενσυναίσθησης, της ανταπόκρισης, της ασφάλειας και της αξιοπιστίας εμφάνισαν αρνητικές διαφορές, στοιχείο που υποδηλώνει ότι οι ασθενείς ανέμεναν υψηλότερο επίπεδο προσωπικής φροντίδας, συστηματικής παρακολούθησης, άμεσης αντίδρασης σε ανάγκες ή έκτακτα περιστατικά και ενίσχυσης της εμπιστοσύνης προς τον πάροχο υγείας (Kalaja et al., 2023).

Επομένως, η ποιότητα στην ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη αποτελεί πολυδιάστατη έννοια, καθώς συνδυάζει την κλινική αποτελεσματικότητα, την οργανωτική επάρκεια και την ποιότητα της ανθρώπινης επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Ο ιδιωτικός τομέας αποκτά ανταγωνιστικό πλεονέκτημα όταν μεταφράζει τις επενδύσεις σε τεχνολογία και εγκαταστάσεις σε αξιόπιστη, ασθενοκεντρική φροντίδα. Τα ευρήματα δείχνουν επίσης ότι οι υψηλές προσδοκίες δημιουργούν συνεχή πίεση για βελτίωση. Υπό αυτή την έννοια, η ποιότητα της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια συνεχής διοικητική και ηθική ευθύνη που συνδέει την ικανοποίηση των ασθενών με την αποτελεσματική και ανθρώπινη φροντίδα εντός ενός σαφώς ρυθμιζόμενου περιβάλλοντος παροχής υπηρεσιών και λογοδοσίας.

4.2 Συστήματα διασφάλισης ποιότητας

Βασιζόμενοι στην προηγούμενη συζήτηση για την ποιότητα των υπηρεσιών ως συνδυασμό πρόσβασης, αποτελεσματικότητας, αξιοπιστίας, ασφάλειας, ανταπόκρισης και εμπειρίας των ασθενών, τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας αντιπροσωπεύουν τους οργανωτικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων αυτές οι διαστάσεις γίνονται μετρήσιμες, τυποποιημένες και βελτιώνονται συνεχώς. Στην ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη, η διασφάλιση ποιότητας έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή οι ασθενείς συνήθως συνδέουν το υψηλότερο οικονομικό κόστος με υψηλότερες προσδοκίες κλινικής αξιοπιστίας, επαγγελματικής συμπεριφοράς, τεχνολογικής επάρκειας και εξατομικευμένης προσοχής. Επομένως, η διασφάλιση ποιότητας γίνεται καλύτερα κατανοητή ως ένα δομημένο διοικητικό πλαίσιο που συνδέει τις γραπτές διαδικασίες,

την εκπαίδευση του προσωπικού, την πιστοποίηση, την παρακολούθηση της απόδοσης και την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών.

Ένας κεντρικός μηχανισμός διασφάλισης ποιότητας είναι η πιστοποίηση, η οποία εισάγει εξωτερική αξιολόγηση έναντι προκαθορισμένων προτύπων. Οι Nair et al. (2023) το δείχνουν αυτό μέσω του προγράμματος Manyata στην Ινδία, όπου 28 ιδιωτικές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης έλαβαν τεχνική βοήθεια για να επιτύχουν πιστοποίηση εισαγωγικού επιπέδου στο πλαίσιο του Εθνικού Συμβουλίου Διαπίστευσης για Νοσοκομεία και Παρόχους Υγειονομικής Περίθαλψης. Η συμμόρφωση με τα πρότυπα διαπίστευσης αυξήθηκε από 9% στην αρχική κατάσταση σε 80% κατά την αξιολόγηση. Αυτή η βελτίωση δείχνει ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι μπορούν να ενισχύσουν σημαντικά την ποιότητα όταν λαμβάνουν συστηματική καθοδήγηση. Τα πιο συνηθισμένα κενά αφορούσαν την τεκμηρίωση και την εκπαίδευση του προσωπικού, δείχνοντας ότι η διασφάλιση ποιότητας εξαρτάται από τις καθημερινές ρουτίνες, τα γραπτά πρωτόκολλα, τα αρχεία περιστατικών και τον προσανατολισμό του προσωπικού.

Η διαπίστευση λειτουργεί επίσης ως ένα ευρύτερο εργαλείο διακυβέρνησης. Οι Al alawy et al. (2021), σε μια μελέτη μικτών μεθόδων σε ιδιωτικά νοσοκομεία, διαπίστωσαν ότι τα κύρια κίνητρα για τη διαπίστευση περιλάμβαναν τη βελτίωση της ποιότητας και τις ισχυρότερες οργανωτικές διαδικασίες. Τα αναφερόμενα οφέλη αφορούσαν την ποιότητα της περίθαλψης, τη φροντίδα των ασθενών, τις οργανωτικές διαδικασίες και την ικανοποίηση των ασθενών. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η διαπίστευση μπορεί να βελτιώσει τις διαστάσεις της δομής και των διαδικασιών της περίθαλψης ενθαρρύνοντας την τυποποιημένη πρακτική, την εσωτερική λογοδοσία και την επαγγελματική πειθαρχία.

Πέρα από τη διαπίστευση, η Ολική Διαχείριση Ποιότητας προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση στη διασφάλιση της ποιότητας. Η Ολική Διαχείριση Ποιότητας, που σημαίνει ένα πλήρες οργανωτικό μοντέλο για συνεχή βελτίωση, συνδέει την εστίαση στον ασθενή, τη συμμετοχή των εργαζομένων και την απόδοση. Οι Ramasamy και Avadaiyar (2024) εξέτασαν 282 διοικητικούς υπαλλήλους σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κέντρα υγειονομικής περίθαλψης στη Μαλαισία και διαπίστωσαν ότι η εστίαση στον πελάτη, η συνεχής βελτίωση και η συμμετοχή των εργαζομένων συσχετίστηκαν θετικά με τη βιώσιμη οργανωτική απόδοση. Τα ευρήματά

τους είναι σημαντικά, καθώς δείχνουν ότι η ποιότητα στην ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη λειτουργεί ως στρατηγικό σύστημα διοίκησης, το οποίο συνδέει τη συνεχή βελτίωση, την οργανωτική αποτελεσματικότητα, την ασθενοκεντρική φροντίδα και τη βιώσιμη απόδοση του παρόχου.

Τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας ενισχύονται επίσης μέσω διεθνών προτύπων. Οι Ješić και Babić (2025) υπογραμμίζουν τον ρόλο των ISO 9001, EN 15224 και ISO 7101 στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, συνδέοντας αυτά τα πρότυπα με βελτιωμένη τεκμηρίωση, επικοινωνία, διαχείριση κινδύνου, ικανοποίηση ασθενών και κουλτούρα ασφάλειας. Τέτοια συστήματα υποστηρίζουν την επιχειρηματική αριστεία ενσωματώνοντας την ποιότητα στην καθημερινή διαχείριση. Για τους ιδιωτικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, αυτό σημαίνει ότι η διασφάλιση της ποιότητας θα πρέπει να συνδυάζει εξωτερική διαπίστευση, εσωτερικά πρωτόκολλα, εκπαίδευση του προσωπικού, ανατροφοδότηση από τους ασθενείς, διαχείριση κινδύνου και ψηφιακή παρακολούθηση. Με αυτόν τον τρόπο, η ποιότητα της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης γίνεται μια συνεχής θεσμική δέσμευση που προστατεύει τους ασθενείς, βελτιώνει την απόδοση και ενισχύει την εμπιστοσύνη στον πάροχο.

4.3 Δείκτες ποιότητας και μηχανισμοί αξιολόγησης

Αφού τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας μετατρέψουν τις προσδοκίες για υπηρεσίες σε πρότυπα, πρωτόκολλα και διαδικασίες διαπίστευσης, το επόμενο αναλυτικό βήμα αφορά τους δείκτες μέσω των οποίων οι ιδιωτικοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης παρατηρούν εάν αυτές οι ρυθμίσεις βελτιώνουν πραγματικά την περίθαλψη. Οι δείκτες ποιότητας μετατρέπουν γενικές ιδέες όπως η ασφάλεια, η αξιοπιστία, η προσβασιμότητα, η αποτελεσματικότητα και η εστίαση στον ασθενή σε μετρήσιμα στοιχεία. Υπό αυτή την έννοια, οι μηχανισμοί αξιολόγησης λειτουργούν ως η πρακτική σύνδεση μεταξύ της πολιτικής περί ποιότητας και της λήψης διοικητικών αποφάσεων, επειδή επιτρέπουν στους ηγέτες των νοσοκομείων να παρακολουθούν την

απόδοση, να συγκρίνουν τμήματα, να προσδιορίζουν προτεραιότητες και να δικαιολογούν διορθωτικές παρεμβάσεις.

Οι Hadian et al. (2024) παρέχουν ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για αυτό το ζήτημα μέσω μιας ολοκληρωμένης ανασκόπησης των δεικτών αξιολόγησης της απόδοσης των νοσοκομείων. Η ανασκόπηση τους περιλάμβανε 91 μελέτες και εξήγαγε 1161 δείκτες, οι οποίοι οργανώθηκαν σε 110 κύριους δείκτες και ταξινομήθηκαν σε κατηγορίες εισροών, διαδικασιών, εκροών, αποτελεσμάτων και επιπτώσεων. Αυτή η ταξινόμηση είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη, καθώς η απόδοση των νοσοκομείων περιλαμβάνει πόρους, κλινικές διαδικασίες, αποτελέσματα ασθενών, εμπειρία υπηρεσιών και οργανωτική βιωσιμότητα. Οι δείκτες εισροών μπορεί να αφορούν το προσωπικό, τις υποδομές και τον εξοπλισμό, ενώ οι δείκτες διαδικασιών μπορεί να αναφέρονται στον χρόνο αναμονής, τη συμμόρφωση με τα πρωτόκολλα και τον συντονισμό της φροντίδας. Οι δείκτες αποτελεσμάτων καταγράφουν την ανάρρωση των ασθενών, τα περιστατικά ασφάλειας, την ικανοποίηση και τη συνέχεια της φροντίδας.

Στα ιδιωτικά νοσοκομεία, η αξιολόγηση της ποιότητας απαιτεί επίσης μοντέλα που αποτυπώνουν την συγκεκριμένη εμπειρία των ασθενών ως χρηστών υπηρεσιών. Οι Alkhatib και Aloqaily (2024) εφάρμοσαν το μοντέλο HEALTHQUAL σε ιδιωτικά νοσοκομεία της Ιορδανίας, εστιάζοντας στο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, στο μη υγειονομικό προσωπικό, στα απτά στοιχεία, στην αντιληπτή αποτελεσματικότητα και στην αφοσίωση των ασθενών. Αυτό το μοντέλο είναι χρήσιμο επειδή αντιμετωπίζει την ποιότητα ως μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει το κλινικό προσωπικό, τη διοικητική συμπεριφορά, το φυσικό περιβάλλον και την αντιληπτή αξία της υπηρεσίας.

Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι οι δείκτες ποιότητας μπορούν να ενσωματωθούν στους δείκτες επιχειρηματικής απόδοσης. Οι Baulenas Parellada et al. (2025) εξέτασαν ένα ισπανικό ιδιωτικό δίκτυο νοσοκομείων χρησιμοποιώντας 47 τυποποιημένους βασικούς δείκτες απόδοσης από 14 νοσοκομεία. Η ανάλυσή τους συνέδεσε τις διαστάσεις ποιότητας εμπνευσμένες από το πλαίσιο STEEP, δηλαδή την ασφάλεια, την έγκαιρη παράδοση, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την εστίαση στον ασθενή, με οικονομικά αποτελέσματα όπως οι πωλήσεις και τα EBITDA. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η προσβασιμότητα και η ικανοποίηση των ασθενών μπορούν να επηρεάσουν την οικονομική απόδοση μετά από τρεις και έξι

μήνες. Επομένως, οι δείκτες ποιότητας στον ιδιωτικό τομέα υποστηρίζουν τόσο την κλινική διακυβέρνηση όσο και τη στρατηγική βιωσιμότητα.

Τέλος, οι Padamata και Vangarandu (2024) συνέκριναν τις αντιλήψεις 327 ασθενών και 327 υπαλλήλων σε έξι ιδιωτικά τριτοβάθμια νοσοκομεία στην Ινδία. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν αντιληπτικά κενά μεταξύ υπαλλήλων και ασθενών, με τους υπαλλήλους να αξιολογούν την περίθαλψη πιο θετικά από τους ασθενείς. Αυτό το εύρημα υπογραμμίζει την αξία του συνδυασμού της εσωτερικής αξιολόγησης του προσωπικού με τα μέτρα εμπειρίας που αναφέρουν οι ασθενείς. Συνολικά, οι δείκτες ποιότητας στην ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη χρειάζεται να συγκροτούν ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο αξιολόγησης, το οποίο αποτυπώνει την κλινική ασφάλεια, την ταχύτητα και επάρκεια της ανταπόκρισης, την εμπειρία των ασθενών, την οπτική του προσωπικού, την επιχειρησιακή αποτελεσματικότητα και την οικονομική βιωσιμότητα του παρόχου.

4.4 Ασφάλεια ασθενών και διαχείριση κινδύνων

Μόλις οι δείκτες ποιότητας καταστήσουν ορατή την απόδοση, το κεντρικό ερώτημα γίνεται ο τρόπος με τον οποίο οι ιδιωτικοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μετατρέπουν τη μέτρηση σε πρόληψη, ασφαλέστερη πρακτική και θεσμική ανθεκτικότητα. Η ασφάλεια των ασθενών, επομένως, επεκτείνει τη λογική της αξιολόγησης της ποιότητας εστιάζοντας σε βλάβες που μπορούν να αποφευχθούν, ανεπιθύμητα συμβάντα, αποτυχίες επικοινωνίας και οργανωτικές συνθήκες που εκθέτουν τους ασθενείς σε κίνδυνο. Στον ιδιωτικό τομέα, αυτό το ζήτημα αποκτά πρόσθετη σημασία επειδή οι ασθενείς συνδέουν την αμειβόμενη περίθαλψη με την αξιοπιστία, την ταχεία αντίδραση, την προηγμένη τεχνολογία και την επαγγελματική λογοδοσία.

Οι Sermhattakit και Sae Lim (2025) προσφέρουν μια ολοκληρωμένη προοπτική διαχείρισης κινδύνου μέσω μιας μελέτης μικτών μεθόδων σε ιδιωτικά νοσοκομεία της Ταϊλάνδης. Τα στοιχεία τους συνδύασαν ετήσιες εκθέσεις από 22 εισηγμένες εταιρείες ιδιωτικών νοσοκομείων, απαντήσεις σε έρευνες από 48 ανώτερους επαγγελματίες

κινδύνου και ποιότητας και συνεντεύξεις με 5 εμπειρογνώμονες. Η μελέτη προσδιόρισε κλινικά συμβάντα και συμβάντα ασφάλειας ασθενών, επείγοντα συμβάντα, ελλείψεις ιατρικού προσωπικού, απειλές στον κυβερνοχώρο και έκθεση σε δικαστικές διαμάχες ως βασικούς κινδύνους. Αυτό το εύρημα διευρύνει την ασφάλεια των ασθενών πέρα από το κλινικό σφάλμα, δείχνοντας ότι η ασφαλής περίθαλψη εξαρτάται από τη σταθερότητα του εργατικού δυναμικού, την ασφάλεια των πληροφοριών, τη νομική ετοιμότητα και την αξιόπιστη επικοινωνία.

Η διακυβέρνηση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την οργάνωση της ασφάλειας ασθενών στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Οι Ahmed et al. (2026), αξιοποιώντας δεδομένα από 251 εργαζομένους ιδιωτικών νοσοκομείων με άμεση εμπλοκή στις υπηρεσίες ασθενών, έδειξαν ότι η αποτελεσματική διακυβέρνηση ενισχύει την ασφάλεια μέσω της ομαδικής εργασίας και της συνεχούς βελτίωσης. Η συμβολή της μελέτης έγκειται στο ότι αναδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο οι διοικητικές δομές μετατρέπονται σε καθημερινή πρακτική ασφάλειας. Συγκεκριμένα, η σαφής κατανομή ευθυνών, η συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών και η συστηματική μάθηση από την εμπειρία συμβάλλουν στη δημιουργία ενός πιο ασφαλούς περιβάλλοντος φροντίδας. Για τους ιδιωτικούς παρόχους, το εύρημα αυτό δείχνει ότι τα διοικητικά συμβούλια, οι διευθυντές και οι κλινικοί υπεύθυνοι χρειάζεται να συνδέουν τις πολιτικές ποιότητας με τις πραγματικές διαδικασίες που εφαρμόζονται στην καθημερινή φροντίδα των ασθενών.

Εξάλλου, η κουλτούρα ασφάλειας αποτελεί το λειτουργικό περιβάλλον εντός του οποίου αναφέρονται, ερμηνεύονται και διορθώνονται οι κίνδυνοι. Οι Lima et al. (2025) παρέχουν ισχυρά διαχρονικά στοιχεία από 34 νοσοκομεία σε ένα βραζιλιάνικο δίκτυο ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, με 160.607 απαντήσεις εργαζομένων που συλλέχθηκαν μεταξύ 2015 και 2022. Βελτιώσεις εμφανίστηκαν σε διάφορες διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας, ενώ η ανοιχτότητα της επικοινωνίας, η στελέχωση, η συχνότητα αναφοράς συμβάντων και η μη τιμωρητική αντίδραση σε σφάλματα παρέμειναν προτεραιότητες. Αυτό το μοτίβο δείχνει ότι οι τεχνικές επενδύσεις και η διοικητική υποστήριξη πρέπει να συνοδεύονται από ψυχολογική ασφάλεια, επαρκή στελέχωση και εμπιστοσύνη στα συστήματα αναφοράς.

Η ίδια έμφαση δίνεται και σε μικρότερες μελέτες ιδιωτικών νοσοκομείων. Οι Almansour et al. (2023) βρήκαν ισχυρότερα αποτελέσματα στην οργανωσιακή μάθηση,

την ομαδική εργασία εντός των μονάδων και την υποστήριξη της διοίκησης σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο της Σαουδικής Αραβίας, ενώ η στελέχωση, η ανοιχτή επικοινωνία και η μη τιμωρητική αντίδραση σε σφάλματα χρειάζονταν περαιτέρω ενίσχυση. Οι Prates et al. (2021), εξετάζοντας 618 συμμετέχοντες σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο της Βραζιλίας, βρήκαν επίσης την υψηλότερη θετική αντίδραση για την υποστήριξη της διοίκησης και τη χαμηλότερη για την μη τιμωρητική αντίδραση σε σφάλματα. Συνολικά, αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία συχνά διαθέτουν επίσημη υποστήριξη για την ασφάλεια, ενώ οι κουλτούρες καθημερινής αναφοράς απαιτούν βαθύτερη ενοποίηση.

Κατά συνέπεια, η ασφάλεια των ασθενών και η διαχείριση κινδύνου θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ένα ολοκληρωμένο σύστημα διακυβέρνησης. Τα αποτελεσματικά ιδιωτικά νοσοκομεία συνδυάζουν κλινικά πρωτόκολλα, αναφορά περιστατικών, σχεδιασμό εργατικού δυναμικού, κυβερνοασφάλεια, διαχείριση νομικών κινδύνων, εκπαίδευση του προσωπικού και συνεχή βελτίωση. Με αυτόν τον τρόπο, η ασφάλεια καθίσταται μια μετρήσιμη και κοινή οργανωσιακή ευθύνη που προστατεύει τους ασθενείς, διατηρώντας παράλληλα την θεσμική αξιοπιστία και τη μακροπρόθεσμη απόδοση στις ανταγωνιστικές αγορές ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης σήμερα.

4.5 Πιστοποιήσεις, πρότυπα και διαπιστεύσεις

Η διαπίστευση και η πιστοποίηση παρέχουν επίσημη ορατότητα στα συστήματα ασφάλειας και ποιότητας που συζητήθηκαν προηγουμένως, ωστόσο η αξία τους στην ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη έγκειται στον τρόπο με τον οποίο αναδιαμορφώνουν τις κλινικές διαδικασίες, τη διοικητική πειθαρχία και την εμπιστοσύνη των ασθενών. Στις ανταγωνιστικές αγορές υγείας, πρότυπα όπως η Joint Commission International, το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης για Νοσοκομεία και Παρόχους Υγειονομικής Περίθαλψης και το COHSASA λειτουργούν ως εξωτερικά σήματα αξιοπιστίας, αλλά τα εμπειρικά στοιχεία δείχνουν ότι η ισχυρότερη συμβολή τους αναδύεται όταν αυτά μετατρέπονται σε εσωτερικά συστήματα μάθησης και ελέγχου της απόδοσης.

Οι Zhang et al. (2023) εξέτασαν τη διαπίστευση της Joint Commission International σε κινεζικά ιδιωτικά νοσοκομεία μέσω πολλαπλών αναλύσεων χρονοσειρών που καλύπτουν την περίοδο 2015 έως 2022. Δεδομένου ότι περισσότερο από το 90% των νοσοκομείων που είναι διαπιστευμένα από την Joint Commission International στην Κίνα είναι ιδιωτικά, η μελέτη είναι ιδιαίτερα σχετική με το θέμα της εργασίας. Η διαπίστευση συνδέθηκε σημαντικά με χαμηλότερο ποσοστό καισαρικών τομών, καθώς και με αύξηση των επισκέψεων εξωτερικών ασθενών, των τοκετών και των εσόδων. Παράλληλα, η επίδρασή της στους υπόλοιπους κλινικούς δείκτες και στο EBITDA εμφανίστηκε πιο περιορισμένη. Το εύρημα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς δείχνει ότι η διαπίστευση μπορεί να ενισχύσει συγκεκριμένες πτυχές της κλινικής και λειτουργικής απόδοσης, ιδίως εκείνες που συνδέονται με την οργάνωση των διαδικασιών, τη διαχείριση της ροής των ασθενών και την εμπιστοσύνη προς τον πάροχο. Επομένως, η αξία της διαπίστευσης εντοπίζεται κυρίως στη διοικητική οργάνωση, στην καλλιέργεια κουλτούρας ποιότητας και στη συστηματοποίηση των διαδικασιών φροντίδας.

Η σύνδεση μεταξύ της διαπίστευσης και της κουλτούρας ασφάλειας αναπτύσσεται περαιτέρω από τους de Oliveira Lima et al. (2025), οι οποίοι ανέλυσαν 259.268 απαντήσεις παρόχων υγειονομικής περίθαλψης από 71 ιδιωτικά νοσοκομεία στη Βραζιλία μεταξύ 2014 και 2022. Τα διαχρονικά ευρήματά τους έδειξαν βελτίωση σε 11 από τις 12 διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών, ενώ η συχνότητα των αναφερόμενων συμβάντων παρέμεινε σταθερή. Τα διαπιστευμένα νοσοκομεία βελτιώθηκαν σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις, ενώ τα μη διαπιστευμένα νοσοκομεία παρουσίασαν ασθενέστερη ανάπτυξη και μειωμένη αναφορά συμβάντων. Αυτό υποδηλώνει ότι η διαπίστευση μπορεί να υποστηρίξει την αναφορά, την τυποποίηση και την οργανωτική προσοχή στην ασφάλεια, υπό την προϋπόθεση ότι ενσωματώνεται στη συνεχή παρακολούθηση.

Οι ασθενείς ερμηνεύουν επίσης τη διαπίστευση ως απόδειξη αξιόπιστης υπηρεσίας. Οι Swain et al. (2025), χρησιμοποιώντας δεδομένα από 290 ασθενείς σε τέσσερα τριτοβάθμια νοσοκομεία διαπιστευμένα από το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης για Νοσοκομεία και Παρόχους Υγειονομικής Περίθαλψης, διαπίστωσαν ότι τα αντιληπτά πρότυπα διαχείρισης με επίκεντρο τον ασθενή επηρέασαν την εμπιστοσύνη, τη δέσμευση και την αφοσίωση. Έτσι, η διαπίστευση γίνεται ένα

πλεονέκτημα, μεταφράζοντας τα τεχνικά πρότυπα σε εμπιστοσύνη και επαναλαμβανόμενη προτίμηση.

Οι Mahmoud et al. (2019) προσθέτουν μια προειδοποιητική προσέγγιση από τα διαπιστευμένα από την COHSASA ιδιωτικά νοσοκομεία στη Νιγηρία. Σε μια έρευνα 228 ασθενών, η αντιληπτή ποιότητα παρέμεινε κάτω από την αναμενόμενη, αν και η ικανοποίηση και οι προθέσεις επαναγοράς ήταν θετικές. Αυτό σημαίνει ότι η διαπίστευση δεν μπορεί να αντικαταστήσει την προσωπική αξιολόγηση του ασθενούς για την αξιοπιστία, την ευαισθησία και τις απτές συνθήκες παροχής υπηρεσιών. Επομένως, η πιστοποίηση πρέπει να υποστηρίζεται από συνεχείς έρευνες και βελτίωση των υπηρεσιών. Για τους ιδιωτικούς παρόχους, αυτή η ενσωμάτωση προστατεύει την διαπίστευση από το να γίνει μια περιοδική άσκηση επιθεώρησης και μετατρέπει τα πρότυπα σε καθημερινή οργανωτική πρακτική βασισμένη σε τεκμηριωμένα στοιχεία.

Τέλος, οι Batista et al. (2021) δείχνουν ότι η διαπίστευση επηρεάζει επίσης την εσωτερική οργανωτική ζωή. Η μελέτη τους σε 282 νοσηλευτές σε 11 ιδιωτικά νοσοκομεία διαπίστωσε ότι τα νοσοκομεία που είναι διαπιστευμένα από την Joint Commission International συσχετίστηκαν με μεγαλύτερη αντιληπτή διαφάνεια ηγεσίας. Κατά συνέπεια, οι πιστοποιήσεις, τα πρότυπα και οι διαπιστεύσεις θα πρέπει να νοούνται ως ολοκληρωμένοι μηχανισμοί διακυβέρνησης, καθώς ενισχύουν την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη μόνο όταν η εξωτερική αναγνώριση συνδέεται με την κουλτούρα ασφάλειας, τη διαφάνεια ηγεσίας, την εμπειρία των ασθενών, τη συμμετοχή του προσωπικού και τη μετρήσιμη βελτίωση των υπηρεσιών.

4.6 Ικανοποίηση ασθενών και εμπειρία χρήστη

Μετά την παρουσίαση της διαπίστευσης ως ένδειξης αξιοπιστίας, η ικανοποίηση των ασθενών και η εμπειρία χρήστη μεταφέρουν την ανάλυση στον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι οι ασθενείς βιώνουν και αξιολογούν τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα υγείας. Στα ιδιωτικά νοσοκομεία, η φροντίδα αξιολογείται μέσα από ένα ευρύτερο πλαίσιο αξίας, το οποίο περιλαμβάνει την εμπιστοσύνη στην κλινική επάρκεια, την ψυχολογική ασφάλεια, τη δικαιοσύνη της τιμής, τη συμπεριφορά του

προσωπικού, το φυσικό περιβάλλον, τη διαχείριση παραπόνων και την επικοινωνία μετά την επίσκεψη ή τη νοσηλεία. Η ικανοποίηση λειτουργεί επομένως ως αποτέλεσμα της ποιότητας των υπηρεσιών και ως παράγοντας που επηρεάζει την πιστότητα, τη σύσταση του παρόχου σε άλλους ασθενείς και την πρόθεση επαναχρησιμοποίησης των υπηρεσιών.

Οι Karki et al. (2025) τονίζουν αυτή την προσέγγιση μέσα από μικτή μελέτη σε τέσσερα ιδιωτικά πανεπιστημιακά νοσοκομεία στο Νεπάλ. Στο ποιοτικό στάδιο, οι συγγραφείς πραγματοποίησαν 9 εις βάθος συνεντεύξεις και ανέδειξαν διαστάσεις αξίας που συνδέονται με το συναίσθημα, το προσωπικό, την τιμή, την εικόνα της μονάδας και την ποιότητα της υπηρεσίας. Στο ποσοτικό στάδιο, με δείγμα 399 εξωτερικών ασθενών, διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται σημαντικά από τη συναισθηματική αξία, την αξία του προσωπικού, την τιμή και την ποιότητα της υπηρεσίας, με την τελευταία να έχει την ισχυρότερη επίδραση. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς αξιολογούν την ιδιωτική φροντίδα συνδυάζοντας το ιατρικό αποτέλεσμα με την οικονομική επιβάρυνση, τη συναισθηματική ασφάλεια και την ποιότητα της ανθρώπινης επαφής.

Ανάλογη στρατηγική σημασία αναδεικνύεται στη μελέτη των Hai et al. (2021), η οποία βασίστηκε σε 268 ασθενείς ιδιωτικών νοσοκομείων στην πόλη Da Nang του Βιετνάμ. Με τη χρήση διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης, επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης και μοντελοποίησης δομικών εξισώσεων, οι συγγραφείς έδειξαν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών και η εικόνα του νοσοκομείου επηρεάζουν την ικανοποίηση, την πιστότητα και την πρόθεση επανεπίσκεψης. Η ποιότητα της υπηρεσίας είχε άμεση επίδραση στην ικανοποίηση και στην πρόθεση επανεπίσκεψης, ενώ η εικόνα του νοσοκομείου επηρέασε άμεσα την πιστότητα. Έτσι, η ικανοποίηση στον ιδιωτικό τομέα υγείας συνδέεται με τη βιωσιμότητα του παρόχου, καθώς η θετική εμπειρία του ασθενούς ενισχύει τη διατήρηση της πελατείας και τη μελλοντική ζήτηση.

Η εμπειρία του ασθενούς εκτείνεται επίσης πέρα από την κλινική συνάντηση. Οι Syah και Suyitno (2025), μελετώντας 131 γυναίκες ασθενείς με διαβήτη σε ιδιωτικά νοσοκομεία της Ινδονησίας, διαπίστωσαν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών επηρεάζει την ικανοποίηση, ενώ η αποτελεσματική διαχείριση παραπόνων ενισχύει την εμπιστοσύνη και η επικοινωνία μέσω κοινωνικών δικτύων υποστηρίζει την εμπιστοσύνη και την πρόθεση επανεπίσκεψης. Το εύρημα αυτό έχει ιδιαίτερη αξία για τους χρόνιους

ασθενείς, οι οποίοι βιώνουν το νοσοκομείο ως σταθερό σημείο φροντίδας και παρακολούθησης. Η διαχείριση παραπόνων και η ψηφιακή επικοινωνία αποτελούν πλέον κρίσιμα στοιχεία της συνολικής εμπειρίας στον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Οι Tunjungsari et al. (2025) ερμηνεύουν περαιτέρω τη διαμόρφωση της πιστότητας μέσα από έρευνα σε 212 ασθενείς της ευρύτερης περιοχής της Τζακάρτα, οι οποίοι είχαν νοσηλευθεί για τουλάχιστον δύο ημέρες. Τα ευρήματα έδειξαν ότι το φυσικό περιβάλλον και η ποιότητα του προσωπικού αυξάνουν την ικανοποίηση, ενώ η ικανοποίηση ενισχύει την εμπιστοσύνη και τη δέσμευση του ασθενούς προς τον πάροχο. Η πιστότητα διαμορφώνεται σταδιακά, μέσα από τη συνολική εμπειρία, την ικανοποίηση, την εμπιστοσύνη και τη σταθερή θετική στάση απέναντι στη μονάδα υγείας.

Τέλος, οι Mohd Isa et al. (2019) δείχνουν ότι οι άυλοι παράγοντες ανθρώπινης επικοινωνίας μπορούν να επηρεάσουν έντονα την πρόθεση επανεπίσκεψης σε ιδιωτικά νοσοκομεία της Penang στη Μαλαισία. Η μελέτη τους έδειξε ότι η διαχείριση της σχέσης με τον ασθενή και η θετική σύσταση από άλλους είχαν ισχυρότερη επίδραση στην πρόθεση επανεπίσκεψης σε σχέση με την εικόνα του νοσοκομείου ή την αντιλαμβανόμενη ιατρική ποιότητα. Για τη διοίκηση των ιδιωτικών παρόχων, τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν την ανάγκη σύνδεσης της συστηματικής ανατροφοδότησης με την εκπαίδευση του προσωπικού, τη διαφανή τιμολόγηση, την εξατομικευμένη επικοινωνία και την οργανωμένη παρακολούθηση μετά την έξοδο ή την επίσκεψη. Συνολικά, η ικανοποίηση των ασθενών στην ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη αποτελεί πολυδιάστατη εμπειρία, η οποία συνδυάζει την αντιλαμβανόμενη αξία, την ανθρώπινη φροντίδα, την ψηφιακή επικοινωνία, την εμπιστοσύνη προς τον πάροχο και την προσδοκία ασφαλούς μελλοντικής φροντίδας.

4.7 Ηθική, διαφάνεια και λογοδοσία στις υπηρεσίες υγείας

Η ανάλυση της εμπειρίας των ασθενών οδηγεί αναπόφευκτα σε ένα ευρύτερο ηθικό ζήτημα, καθώς η ικανοποίηση αποκτά ουσιαστικό περιεχόμενο όταν οι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας ενημερώνουν με σαφήνεια για το κόστος, τα δικαιώματα, τους πιθανούς

κινδύνους και τις ευθύνες που συνοδεύουν την παροχή φροντίδας. Στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, η ηθική εκφράζεται μέσα από την τεκμηριωμένη επιλογή του ασθενούς, τη διαφανή τιμολόγηση, την αξιόπιστη οικονομική πληροφόρηση και την υπεύθυνη επικοινωνία με ασθενείς, ασφαλιστικές εταιρείες, ρυθμιστικές αρχές, εργαζομένους και κοινωνία.

Η ελληνική πραγματικότητα αναδεικνύει με ιδιαίτερη σαφήνεια αυτή τη σύνδεση. Η Επιτροπή Ανταγωνισμού (2025) εντόπισε περιορισμένη διαφάνεια και δυσκολία σύγκρισης στις χρεώσεις ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών καλύψεων, ιδίως στη σχέση ανάμεσα σε ιδιωτικές κλινικές, ασφαλιστικές εταιρείες και καταναλωτές. Παράλληλα, επισήμανε ότι το μοντέλο αμοιβής ανά παρεχόμενη πράξη μπορεί να ενθαρρύνει την αύξηση του όγκου των υπηρεσιών, καθώς η αποζημίωση συνδέεται με τον αριθμό και το είδος των πράξεων που παρέχονται. Για την ιδιωτική υγεία, το στοιχείο αυτό δημιουργεί αυξημένη ηθική ευθύνη για καθαρή παρουσίαση τιμών, υπηρεσιών και ασφαλιστικών όρων, ώστε η επιλογή του ασθενούς να βασίζεται σε κατανοητή και συγκρίσιμη πληροφόρηση.

Ακόμη πιο συγκεκριμένο παράδειγμα λογοδοσίας παρέχει η Εθνική Αρχή Διαφάνειας (2024). Ο έλεγχος που πραγματοποίησε σε ιδιωτικές κλινικές της Θεσσαλονίκης για ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ ανέδειξε πρακτικές όπως η υποχρεωτική αναβάθμιση θέσης με πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση και η ελλιπής ανάλυση επιπλέον χρεώσεων. Η Αρχή πρότεινε σαφέστερους συμβατικούς όρους, αναλυτική καταγραφή υπηρεσιών, ρητή συναίνεση για πράξεις εκτός κάλυψης ΕΟΠΥΥ και καλύτερη ενημέρωση των ασθενών μέσω τηλεφωνικών και ηλεκτρονικών καναλιών. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η διαφάνεια αποτελεί πρακτική προϋπόθεση προστασίας του ασθενούς και ουσιαστικό όρο έγκυρης συναίνεσης πριν από τη θεραπεία.

Η χρηματοοικονομική λογοδοσία αποτελεί επίσης κρίσιμη διάσταση της ηθικής διακυβέρνησης. Οι Simões και Carvalho (2024), μελετώντας 71 ιδιωτικά νοσοκομεία στην Πορτογαλία την περίοδο 2019 έως 2021 και αναλύοντας 154 ελεγκτικές παρατηρήσεις, διαπίστωσαν ότι οι γνώμες ελεγκτή με επιφύλαξη επηρεάζονται από την προηγούμενη ελεγκτική γνώμη, το επίπεδο χρέους και την οικονομική επίδοση. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η λογοδοσία των ιδιωτικών νοσοκομείων περιλαμβάνει αξιόπιστες οικονομικές καταστάσεις, εξωτερικό έλεγχο και διατήρηση

χρηματοοικονομικής σταθερότητας, καθώς η οικονομική ευρωστία επηρεάζει την εμπιστοσύνη των ενδιαφερομένων μερών και τη θεσμική αξιοπιστία του οργανισμού.

Η διαφάνεια των τιμών έχει και μετρήσιμες επιδράσεις στη λειτουργία της αγοράς. Οι Hiltunen et al. (2026) εξέτασαν την ιδιωτική αγορά μαγνητικών τομογραφιών στη Φινλανδία, αξιοποιώντας εθνικά διοικητικά δεδομένα για την περίοδο 2008 έως 2017. Η μελέτη έδειξε ότι ένα καλά σχεδιασμένο εργαλείο δημοσιοποίησης τιμών μείωσε τις τιμές των παρόχων κατά 5,2 τοις εκατό και τις τιμές της αγοράς κατά 10,6 τοις εκατό σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Το εύρημα αυτό υποστηρίζει την άποψη ότι η σαφής πληροφόρηση για τις τιμές μειώνει την ασάφεια στην αγορά και ενισχύει τον ανταγωνισμό προς όφελος του ασθενούς.

Τέλος, οι Creixans Tenas et al. (2020), χρησιμοποιώντας μοντελοποίηση δομικών εξισώσεων σε 122 ισπανικά νοσοκομεία, έδειξαν ότι η κοινωνική υπευθυνότητα, η επικοινωνία και τα οικονομικά δεδομένα συνδέονται στη διοίκηση των νοσοκομείων. Το μοντέλο τους επιβεβαιώνει ότι η ηθική στην ιδιωτική υγεία περιλαμβάνει την ποιότητα της κλινικής πράξης, την υπεύθυνη σχέση με τα ενδιαφερόμενα μέρη και τη συνεκτική παρουσίαση της κοινωνικής και οικονομικής επίδοσης. Συνολικά, η ηθική, η διαφάνεια και η λογοδοσία αποτελούν ενιαίες αρχές διακυβέρνησης για την ιδιωτική υγεία, καθώς προστατεύουν τους ασθενείς από ασαφείς χρεώσεις, στηρίζουν τον θεμιτό ανταγωνισμό, ενισχύουν την εμπιστοσύνη προς τους ιδιωτικούς παρόχους και συνδέουν την επιχειρηματική βιωσιμότητα με την κοινωνική ευθύνη. Στην ελληνική ιδιωτική αγορά υγείας, οι αρχές αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, καθώς η ιδιωτική φροντίδα αλληλεπιδρά με την ασφαλιστική κάλυψη, τις άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών και τους δημόσιους μηχανισμούς αποζημίωσης.

4.8 Συμπεράσματα κεφαλαίου

Το κεφάλαιο ανέδειξε ότι η ποιότητα στον ιδιωτικό τομέα υγείας αποτελεί πολυδιάστατη ευθύνη, η οποία συνδέει την κλινική αποτελεσματικότητα με την οργάνωση, την ασφάλεια, την εμπειρία του ασθενούς και τη λογοδοσία. Οι ιδιωτικοί

πάροχοι αποκτούν αξιοπιστία όταν οι επενδύσεις σε υποδομές, τεχνολογία και ανθρώπινο δυναμικό συνοδεύονται από σαφή πρωτόκολλα, συστηματική εκπαίδευση, δείκτες απόδοσης και μηχανισμούς αναφοράς κινδύνων. Η διαπίστευση και η πιστοποίηση λειτουργούν ως εργαλεία ενίσχυσης της εμπιστοσύνης, εφόσον ενσωματώνονται στην καθημερινή λειτουργία και οδηγούν σε πραγματική βελτίωση των υπηρεσιών. Παράλληλα, η ικανοποίηση των ασθενών αναδεικνύεται σε κρίσιμο δείκτη ποιότητας, καθώς αποτυπώνει την αξία που βιώνει ο ασθενής μέσα από την επικοινωνία, την ανταπόκριση, τη διαφάνεια και τη συνέχεια της φροντίδας. Η ηθική διάσταση αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην ελληνική ιδιωτική αγορά υγείας, όπου οι χρεώσεις, οι ασφαλιστικές καλύψεις και οι δημόσιοι μηχανισμοί αποζημίωσης δημιουργούν σύνθετες σχέσεις ευθύνης. Συνολικά, η ποιότητα και η ασφάλεια αποτελούν βασικούς όρους βιωσιμότητας, ανταγωνιστικότητας και κοινωνικής νομιμοποίησης των ιδιωτικών παρόχων.

5. Συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και σύγχρονες προκλήσεις

Το πέμπτο κεφάλαιο εξετάζει τη θέση των ιδιωτικών παρόχων μέσα στο ευρύτερο σύστημα υγείας, με έμφαση στη συνεργασία τους με τον δημόσιο τομέα και στις σύγχρονες πιέσεις που επηρεάζουν τη λειτουργία τους. Η ανάλυση καλύπτει τις μορφές συνεργασίας, τις ΣΔΙΤ, τα οφέλη και τις δυσκολίες της διατομεακής δράσης, τις δημογραφικές και επιδημιολογικές αλλαγές, την τεχνολογική καινοτομία και τη βιωσιμότητα. Κεντρική ιδέα είναι ότι η ιδιωτική δυναμικότητα αποκτά κοινωνική αξία όταν εντάσσεται σε πλαίσιο ρύθμισης, λογοδοσίας, ποιότητας, προσβασιμότητας και προστασίας του δημόσιου συμφέροντος. Παράλληλα, το κεφάλαιο συνδέει τη διοικητική αποτελεσματικότητα με την κοινωνική ευθύνη και την ανθεκτικότητα των υπηρεσιών υγείας συνολικά.

5.1 Μορφές συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας

Το Κεφάλαιο 5 μετατοπίζει την ανάλυση από την εσωτερική λειτουργία των ιδιωτικών παρόχων προς τη θέση τους μέσα στο συνολικό σύστημα υγείας. Το ζήτημα αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι δημόσιες αρχές μπορούν να αξιοποιούν την ιδιωτική δυναμικότητα, ώστε η παροχή υπηρεσιών να ανταποκρίνεται σε συλλογικές ανάγκες και σε κοινωνικούς στόχους. Δημόσιος και ιδιωτικός τομέας υγείας λειτουργούν μέσα σε ένα μικτό περιβάλλον, όπου η χρηματοδότηση, η ρύθμιση, η παροχή φροντίδας, η ασφάλιση και οι επιλογές των ασθενών αλληλεπιδρούν συνεχώς. Επομένως, η συνεργασία τους χρειάζεται να κατανοηθεί ως φάσμα μορφών διακυβέρνησης και συντονισμού. Η προσέγγιση αυτή ταιριάζει ιδιαίτερα στα σύγχρονα μικτά ευρωπαϊκά συστήματα υγείας.

Οι McPake και Hanson (2016) υποστηρίζουν ότι ο ιδιωτικός τομέας αποκτά διευρυμένο ρόλο σε πολλά συστήματα υγείας, ιδίως όταν οι δημόσιοι πόροι πιέζονται

και η ζήτηση αυξάνεται. Σύμφωνα με τους εν λόγω ερευνητές, κεντρικός στόχος της πολιτικής υγείας είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, της ισότητας, της οικονομικής προσιτότητας, της ποιότητας και της χρηματοοικονομικής προστασίας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, οι ιδιωτικοί πάροχοι μπορούν να συμβάλουν όταν διευρύνουν την πρόσβαση σε επαρκή και ασφαλή φροντίδα, ενώ η συμβολή τους εξαρτάται από την ενεργό δημόσια καθοδήγηση. Το κράτος μπορεί να ρυθμίζει τους ιδιώτες παρόχους, να αγοράζει υπηρεσίες από αυτούς, να τους επιδοτεί, να τους εντάσσει σε δημόσια χρηματοδοτούμενα σχήματα κάλυψης ή να επιτρέπει συμπληρωματικές υπηρεσίες πέρα από την καθολική παροχή.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας υγείας περιλαμβάνει διαφορετικούς τύπους παρόχων. Δεν αποτελείται μόνο από μεγάλες ιδιωτικές κλινικές ή νοσοκομεία, αλλά και από μικρά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα, κοινωφελείς οργανισμούς και άλλες μορφές παροχής υπηρεσιών. Κάθε κατηγορία έχει διαφορετικό μέγεθος, διαφορετικές δυνατότητες και διαφορετικό βαθμό επίδρασης στο σύστημα υγείας. Για τον λόγο αυτό, η δημόσια πολιτική χρειάζεται να εφαρμόζει διαφορετικά εργαλεία ελέγχου και συνεργασίας. Οι πάροχοι με χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών χρειάζονται αυστηρότερη εποπτεία, σαφείς κανόνες λειτουργίας και μηχανισμούς προστασίας των ασθενών. Αντίθετα, οι οργανωμένοι και αδειοδοτημένοι πάροχοι μπορούν να συμμετέχουν πιο ενεργά στο σύστημα, μέσα από συμβάσεις με δημόσιους φορείς, διαπίστευση, αγορά υπηρεσιών και συστηματική αξιολόγηση της απόδοσής τους. Έτσι, η συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα γίνεται αποτελεσματική όταν το κράτος δεν περιορίζεται σε γενικό έλεγχο, αλλά συνδέει τη λειτουργία των ιδιωτικών παρόχων με συγκεκριμένους δημόσιους στόχους, όπως η ποιότητα, η πρόσβαση, η ασφάλεια και η προστασία του ασθενούς.

Οι Whyte και Olivier (2016) συμπληρώνουν αυτή την προσέγγιση παρέχοντας μια τυπολογία μορφών δημόσιας και ιδιωτικής συνεργασίας. Η συνεργασία μπορεί να λάβει μορφή συμβάσεων, δικτύων με κοινά πρότυπα και κοινή ταυτότητα, συστέγασης υπηρεσιών, ιδιωτικής χρηματοδότησης υποδομών, ολοκληρωμένων συμπράξεων και ρυθμιστικής εμπλοκής. Η τυπολογία αυτή διακρίνει τη γενική συνεργασία από τις στενότερες συμπράξεις υποδομών. Η σύμβαση σημαίνει αγορά υπηρεσιών από ιδιωτικούς παρόχους. Η συστέγαση επιτρέπει κοινή χρήση χώρων. Η ιδιωτική

χρηματοδότηση κινητοποιεί κεφάλαια για υποδομές. Οι ολοκληρωμένες συμπράξεις συνδυάζουν χρηματοδότηση, διοίκηση και παροχή υπηρεσιών.

Συνεπώς, η αξία κάθε μορφής συνεργασίας εξαρτάται από την ικανότητα του συστήματος υγείας, τα χαρακτηριστικά των παρόχων, τη ρυθμιστική ισχύ, τους μηχανισμούς χρηματοδότησης και τον πληθυσμό που εξυπηρετείται. Η οργανωτική συνθήκη, η ποιότητα επικοινωνίας και η καταλληλότητα του μοντέλου επηρεάζουν το αποτέλεσμα. Η συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα χρειάζεται σχεδιασμό με λογοδοσία, ρύθμιση και προσαρμογή στο κοινωνικό πλαίσιο. Σκοπός της είναι η αξιοποίηση ιδιωτικών πόρων προς δημόσιο όφελος, με διατήρηση της ισότητας, της ποιότητας, της προσιτής πρόσβασης και της συνοχής του συστήματος. Αυτή η χαρτογράφηση προετοιμάζει την επόμενη ενότητα, όπου οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα εξετάζονται ως ειδικό εργαλείο στρατηγικής διακυβέρνησης.

5.2 Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στην υγεία

Η συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα αποκτά θεσμικό περιεχόμενο όταν οργανώνεται ως Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα. Σε αυτή την περίπτωση, η σχέση των δύο πλευρών στηρίζεται σε μακροχρόνια σύμβαση, κατανομή κινδύνων, κοινή ανάληψη ευθυνών και συγκεκριμένες υποχρεώσεις απέναντι στο κοινωνικό σύνολο. Στον χώρο της υγείας, οι ΣΔΙΤ σχετίζονται με δημοσιονομική πίεση, ανάγκες εκσυγχρονισμού υποδομών, τεχνολογική πολυπλοκότητα και προσδοκία ταχύτερης υλοποίησης επενδύσεων. Το ουσιαστικό κριτήριο αξιολόγησης αφορά την ικανότητα του μοντέλου να στηρίζει την πρόσβαση, την ποιότητα, την αποδοτικότητα και την προστασία του δημόσιου συμφέροντος.

Η μελέτη των Roehrich et al. (2014) μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία της συζήτησης, καθώς συγκεντρώνει περισσότερες από 1400 δημοσιεύσεις για τις συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Οι συγγραφείς δείχνουν ότι οι συμπράξεις στην υγεία συνδέονται με πολύ περισσότερα ζητήματα από τη χρηματοδότηση και την κατασκευή υποδομών. Αφορούν την οργάνωση των υπηρεσιών, τη διοικητική ευθύνη, τη διαχείριση κινδύνων, την ποιότητα της φροντίδας και την ικανότητα του δημόσιου

φορέα να ελέγχει την εφαρμογή της σύμβασης. Έτσι, ένα νοσοκομειακό έργο σύμπραξης κρίνεται μέσα από την καθημερινή του λειτουργία και τα αποτελέσματα για ασθενείς, προσωπικό και δημόσιο σύστημα.

Οι Rodrigues et al. (2023) εξειδικεύουν τη συζήτηση στα νοσοκομεία, προτείνοντας ένα πλαίσιο αξιολόγησης που περιλαμβάνει το περιβάλλον εφαρμογής, τα αναμενόμενα οφέλη, τη συνεχή μέτρηση, την αξιολόγηση, τη διοίκηση και την αξιοποίηση των δυνατών σημείων. Η προσέγγισή τους αντιμετωπίζει τις νοσοκομειακές ΣΔΙΤ ως οργανισμούς που εξελίσσονται μέσα στον χρόνο. Η επιτυχία τους εξαρτάται από την αξία έναντι του κόστους, τη δίκαιη κατανομή κινδύνων, τη διασφάλιση ποιότητας, τη δημόσια εποπτεία και την προσαρμογή των ιδιωτικών κινήτρων σε κοινωνικούς σκοπούς. Με αυτή την έννοια, η σύμπραξη αποκτά κύρος όταν βελτιώνει τη διαδρομή φροντίδας και υπηρετεί την ισότιμη πρόσβαση.

Στο ελληνικό πλαίσιο, η μελέτη των Asonitou et al. (2025) είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, επειδή συνδέει τη συζήτηση για τις ΣΔΙΤ με τις διοικητικές και θεσμικές συνθήκες της χώρας. Μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση και συνεντεύξεις με 4 στελέχη ανθρώπινου δυναμικού νοσοκομείων στην Ελλάδα, οι συγγραφείς παρουσιάζουν τις συμπράξεις ως πιθανό μέσο χρηματοδότησης, τεχνογνωσίας και ενίσχυσης υποδομών. Παράλληλα, αναδεικνύουν τη σημασία του σαφούς θεσμικού πλαισίου, των ελεγκτικών μηχανισμών και της κοινωνικής αποδοχής. Η παρατήρηση αυτή έχει βαρύτητα για την Ελλάδα, όπου οι ΣΔΙΤ έχουν θεσμοθετηθεί με τον Νόμο 3389 του 2005, ενώ η εφαρμογή τους στην υγεία παραμένει περιορισμένη.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, οι εμπειρικές μελέτες επιτρέπουν πιο συγκεκριμένη σύγκριση ανάμεσα σε διαφορετικά μοντέλα. Οι Ferreira και Marques (2021), εξετάζοντας τις πορτογαλικές νοσοκομειακές συμπράξεις για την περίοδο 2012 έως 2017, έδειξαν ότι τα νοσοκομεία σύμπραξης μπορούν να πετύχουν κοινωνική απόδοση συγκρίσιμη με τα δημόσια νοσοκομεία, όταν υπάρχουν ισχυρή μέτρηση αποτελεσμάτων και ουσιαστική συμβατική λογοδοσία. Η ισπανική περίπτωση Alzira, όπως αναλύεται από τους Comendeiro Maaløe et al. (2019), δείχνει τη σύνθετη φύση των συμπράξεων. Με βάση 26 δείκτες για την περίοδο 2003 έως 2015, η συγκεκριμένη μονάδα υστέρησε έναντι δημόσιων παρόχων σε 15 δείκτες, ενώ παρουσίασε αξιολογη επίδοση σε ορισμένες κλινικές περιοχές και σταδιακή βελτίωση σε αρκετές μετρήσεις. Συνεπώς, οι ΣΔΙΤ στην υγεία χρειάζονται ώριμο σχεδιασμό, ισχυρή διοικητική

παρακολούθηση, διαφανή αξιολόγηση και σταθερή προσήλωση στο δημόσιο συμφέρον.

5.3 Οφέλη και προκλήσεις της διατομεακής συνεργασίας

Η διατομεακή συνεργασία αποκτά ουσιαστική σημασία όταν οι δημόσιοι και οι ιδιωτικοί φορείς αξιολογούνται με βάση την ικανότητά τους να συνδυάζουν πόρους, τεχνογνωσία και λογοδοσία για μετρήσιμα οφέλη στο σύστημα υγείας. Το βασικό της πλεονέκτημα είναι ότι μπορεί να αξιοποιήσει τη διοικητική ευελιξία, τα κεφάλαια και την εξειδικευμένη γνώση του ιδιωτικού τομέα για σκοπούς δημόσιας ωφέλειας. Η κύρια δυσκολία αφορά τον σχεδιασμό συμβάσεων, μηχανισμών εποπτείας και κανόνων διοίκησης που διασφαλίζουν ισότητα, ποιότητα και θεσμική εμπιστοσύνη.

Οι Cappellaro και Longo (2011) αναλύουν 4 θεσμικές συνεργασίες στο ιταλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, οι οποίες αφορούσαν νοσοκομείο αποκατάστασης, ορθοπεδικό κέντρο, μονάδα εξωτερικών υπηρεσιών και δομή υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας. Η μελέτη δείχνει ότι η συνεργασία αποδίδει όταν συνδέεται με σαφώς ορισμένο πεδίο υπηρεσιών, επαρκή ζήτηση, συμμετοχή δημόσιων περιουσιακών στοιχείων, ιδιωτική χρηματοδοτική συμβολή και ξεκάθαρη ρύθμιση του ανθρώπινου δυναμικού. Το όφελος εντοπίζεται στην οργανωτική εξειδίκευση και στη διοικητική ευελιξία, ενώ η βασική πρόκληση αφορά την εναρμόνιση των ιδιωτικών πρακτικών με τις αρχές της δημόσιας διοίκησης.

Οι Rodrigues και Carvalho (2023) ενισχύουν αυτή τη συζήτηση μέσα από την πορτογαλική εμπειρία της περιόδου 2012 έως 2021. Με πολλαπλές μελέτες περίπτωσης και αρχειακό υλικό, έδειξαν ότι το μοντέλο συνεργασίας συνδέθηκε με αξία έναντι κόστους, καλύτερα οικονομικά αποτελέσματα και ευνοϊκή ποιότητα υπηρεσιών σε σχέση με νοσοκομεία δημόσιας διοίκησης. Παράλληλα, η μελέτη δείχνει ότι οι αποφάσεις για τέτοιες συνεργασίες επηρεάζονται από πολιτικές προτεραιότητες. Για αυτό, η συνέχεια, η χρήση τεκμηρίων και η εμπιστοσύνη στους θεσμούς αποτελούν κρίσιμες προϋποθέσεις. Η πορτογαλική περίπτωση υπενθυμίζει ότι η διοικητική

απόδοση χρειάζεται σταθερό θεσμικό περιβάλλον, κοινά αποδεκτούς δείκτες και δημόσια ικανότητα ελέγχου των δεσμεύσεων που αναλαμβάνει ο ιδιωτικός φορέας.

Πιο λειτουργική εικόνα δίνει η ισπανική μελέτη των Caramés et al. (2025) σε τριτοβάθμια νοσοκομεία της Κοινότητας της Μαδρίτης, με επίσημους δείκτες του 2023 μετά την ανάθεση υπηρεσιών σε ιδιωτικό πάροχο προσανατολισμένο στην αξία για τον ασθενή. Το νοσοκομείο της μελέτης εμφάνισε χαμηλότερη θνητότητα, λιγότερες επιπλοκές, λιγότερες νοσοκομειακές λοιμώξεις, μικρότερη διάρκεια νοσηλείας, μικρότερη χειρουργική αναμονή και υψηλότερη ικανοποίηση ασθενών σε σχέση με ομοειδή νοσοκομεία. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι η σύμπραξη μπορεί να αποκτήσει πρακτική αξία όταν η αξιολόγηση στηρίζεται σε πραγματικά αποτελέσματα φροντίδας.

Η συνεργασία αυτή απαιτεί τεχνική και συμβατική ακρίβεια. Οι Pratici και Singer (2021), συγκρίνοντας περιπτώσεις στην Ιταλία και στις Ηνωμένες Πολιτείες, δείχνουν ότι χρειάζονται σαφείς κανόνες για μέτρηση απόδοσης, ελέγχους, αποζημίωση και διαχείριση κινδύνων. Οι Goodair και Reeves (2022), μελετώντας στην Αγγλία 645,674 συμβάσεις προμηθειών σε 173 κλινικές επιτροπές από το 2013 έως το 2020, έδειξαν ότι κάθε ετήσια αύξηση κατά μία ποσοστιαία μονάδα στην ανάθεση σε κερδοσκοπικούς παρόχους συνδέθηκε με αύξηση 0,38 τοις εκατό στη θεραπεύσιμη θνησιμότητα το επόμενο έτος. Συνολικά, η διατομεακή συνεργασία μπορεί να βελτιώσει τις υποδομές, την ανταπόκριση και την απόδοση, αρκεί να στηρίζεται σε διαφανείς συμβάσεις, συνεχή αξιολόγηση και εγγυήσεις ποιότητας, ισότητας και ασφάλειας ασθενών. Η νομιμοποίησή της θεμελιώνεται στην αποδεδειγμένη δημόσια αξία. Με άλλα λόγια, οι ιδιωτικοί πόροι αποκτούν κοινωνική σημασία όταν εντάσσονται σε πλαίσιο ευθύνης, ελέγχου και καθαρής σύνδεσης με τις ανάγκες των ασθενών και τη συνολική αντοχή του συστήματος υγείας.

5.4 Δημογραφικές και επιδημιολογικές μεταβολές

Οι δημογραφικές και επιδημιολογικές μεταβολές ενισχύουν την ανάγκη συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, επειδή η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση της χρόνιας νοσηρότητας μεταβάλλουν τόσο τον όγκο της ζήτησης όσο και το

είδος των απαιτούμενων υπηρεσιών. Στην Ελλάδα, οι Tyronolas et al. (2018) δείχνουν ότι μετά το 2010 η ταχύτερη γήρανση του πληθυσμού συνδυάστηκε με μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας και αυξημένες ανάγκες φροντίδας. Η ανάλυσή τους για το φορτίο νόσου την περίοδο 2000 έως 2016 κατέγραψε αύξηση της θνησιμότητας όλων των ηλικιών από 944.5 θανάτους ανά 100000 κατοίκους το 2000 σε 1174.9 το 2016, ενώ οι αιτίες που επηρεάζονται από την ποιότητα της φροντίδας αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Το μοτίβο αυτό δείχνει ένα σύστημα που χρειάζεται περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις, νοσοκομειακή περίθαλψη, αποκατάσταση και μακροχρόνια παρακολούθηση.

Η πίεση γίνεται σαφέστερη μέσα από την μελέτη των χρόνιων νοσημάτων. Οι Kyriopoulos et al. (2014) μελέτησαν 1594 ασθενείς με διαβήτη, υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και νόσο Alzheimer κατά την περίοδο της λιτότητας. Τα οικονομικά εμπόδια επηρέασαν το 63,5% των χρόνιων ασθενών, οι λίστες αναμονής το 58,5% και τα γεωγραφικά εμπόδια το 25%. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η επιδημιολογική μεταβολή αυξάνει τη ζήτηση σε συνθήκες όπου οι δημόσιες υπηρεσίες πιέζονται από περιορισμένη χρηματοδότηση, προσωπικό και υποδομές. Σε αυτό το περιβάλλον, οι ιδιωτικοί πάροχοι λειτουργούν ως συμπληρωματικά κανάλια για ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές πράξεις και παρακολούθηση, κυρίως για ασθενείς που χρειάζονται επαναλαμβανόμενη επαφή με το σύστημα υγείας.

Οι Skroumpelos et al. (2014) συμπληρώνουν την εικόνα μέσα από έρευνα σε 1200 ασθενείς με υπέρταση, διαβήτη και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Η μεγάλη μείωση του οικογενειακού εισοδήματος συνοδεύτηκε από περικοπές σε άλλες οικογενειακές δαπάνες, ώστε να καλυφθούν ανάγκες υγείας. Το στοιχείο αυτό έχει αναλυτική αξία, επειδή το χρόνιο νόσημα δημιουργεί επαναλαμβανόμενη και σταθερή ζήτηση. Η ιδιωτική δαπάνη λειτουργεί ως τρόπος κάλυψης αναγκών, αλλά επιβαρύνει την ευημερία των νοικοκυριών.

Η δημογραφική διάσταση γίνεται εντονότερη στη μελέτη των Kyriopoulos, Nikoloski και Mossialos (2021), οι οποίοι εστίασαν σε μεσήλικα και ηλικιωμένα νοικοκυριά στην Ελλάδα. Η δαπάνη υγείας αυξήθηκε σημαντικά από το 2007 έως το 2015, με μεγαλύτερη επιβάρυνση στα χαμηλού εισοδήματος νοικοκυριά και στα νοικοκυριά με χρόνιους ασθενείς. Παράλληλα, οι δαπάνες για φάρμακα απέκτησαν μεγαλύτερο βάρος.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ο Kocot (2023), με δείκτες της Eurostat για 28 χώρες, δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν ανομοιογενή ομάδα με διαφορετικά εμπόδια πρόσβασης. Οι δυσκολίες απόστασης και μετακίνησης διαφοροποιούνται ανά ηλικιακή ομάδα, ενώ οι ανεκπλήρωτες ανάγκες εμφανίζονται συχνότερα σε ηλικιωμένους με χαμηλότερο εισόδημα και σοβαρούς περιορισμούς δραστηριότητας. Συνολικά, η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των χρόνιων νοσημάτων καθιστούν αναγκαίο τον καλύτερο συντονισμό δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών σε κρίσιμα πεδία φροντίδας, όπως η διάγνωση, η αποκατάσταση, η κατ' οίκον υποστήριξη, η μακροχρόνια παρακολούθηση και η διαχείριση σύνθετων αναγκών υγείας. Η πολιτική υγείας καλείται να αξιοποιήσει την ιδιωτική προσφορά εκεί όπου ενισχύει την πρόσβαση, διατηρώντας προσιτό κόστος, συνέχεια φροντίδας και ισότητα για ηλικιωμένους και χρόνιους ασθενείς. Στην Ελλάδα, οι πιέσεις αυτές κάνουν τα μικτά μοντέλα φροντίδας πιο κρίσιμα και απαιτούν καλύτερα δεδομένα για την πρόβλεψη ζήτησης και την κατανομή των υπηρεσιών ανά περιφέρεια, με βάση τις πραγματικές ανάγκες πληθυσμού, την τοπική διαθεσιμότητα παρόχων και την παρακολούθηση σε πραγματικό χρόνο.

5.5 Τεχνολογικές εξελίξεις και καινοτομία στον ιδιωτικό τομέα υγείας

Η τεχνολογική καινοτομία στον ιδιωτικό τομέα υγείας αποτελεί στρατηγική απάντηση στην αυξανόμενη ζήτηση, στους περιορισμένους πόρους και στις μεταβαλλόμενες προσδοκίες των ασθενών. Η έμφαση μετατοπίζεται στην ικανότητα των ιδιωτικών παρόχων να ανασχεδιάζουν την εργασία, τη ροή πληροφορίας και την επικοινωνία με τον ασθενή μέσα από ψηφιακά εργαλεία. Η καινοτομία περιλαμβάνει κλινικές εφαρμογές, αυτοματοποίηση διοικητικών εργασιών, ψηφιακή πρόσβαση, διαχείριση δεδομένων και ανανέωση επιχειρηματικών μοντέλων. Η ουσιαστική της αξία προκύπτει όταν η τεχνολογία βελτιώνει τη φροντίδα, την ταχύτητα εξυπηρέτησης και την αξιοπιστία των διαδικασιών.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι Apostolopoulos et al. (2022) εξετάζουν τις απόψεις επιχειρηματιών από 12 ιδιωτικές εταιρείες υγείας μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων.

Η μελέτη δείχνει ότι οι Έλληνες επιχειρηματίες ιδιωτικής υγείας αναγνωρίζουν την αξία της καινοτομίας στις υπηρεσίες προς τους πολίτες, στην εσωτερική λειτουργία, στις εγκαταστάσεις, στην τεχνολογία και στην κλινική πράξη. Η εφαρμογή της επηρεάζεται από θεσμικούς, οικονομικούς και τεχνολογικούς παράγοντες. Το εύρημα είναι σημαντικό, επειδή παρουσιάζει την καινοτομία ως στοιχείο οργανωσιακής ανθεκτικότητας. Οι επιχειρήσεις που είχαν υιοθετήσει καινοτόμες πρακτικές ανέφεραν θετικά αποτελέσματα, στοιχείο που δείχνει ότι η καινοτομία ενισχύει την προσαρμοστικότητα σε μια αγορά υγείας με αβεβαιότητα και χαμηλή εθνική επίδοση στην υγειονομική καινοτομία.

Η διοικητική ψηφιοποίηση αποτυπώνεται στη μελέτη των Ratia et al. (2018) για τη ρομποτική αυτοματοποίηση διαδικασιών στη φινλανδική ιδιωτική υγεία. Η Robotic Process Automation, δηλαδή η αυτοματοποίηση επαναλαμβανόμενων εργασιών μέσω λογισμικού, αφορά διαδικασίες όπως μεταφορά δεδομένων, τιμολόγηση, αρχειοθέτηση, προγραμματισμό και αναφορές. Η μελέτη δείχνει ότι η καινοτομία στην υγεία εκτείνεται πέρα από την κλινική τεχνολογία. Με την ψηφιοποίηση της διοικητικής εργασίας, οι ιδιωτικοί πάροχοι μειώνουν το γραφειοκρατικό βάρος, βελτιώνουν την ακρίβεια της πληροφορίας και απελευθερώνουν χρόνο προσωπικού για εργασίες υψηλότερης αξίας.

Οι Raimo et al. (2023) προσθέτουν μια ακόμα διάσταση μέσα από εμπειρική ανάλυση 103 ιταλικών νοσοκομείων. Τα ευρήματα της έρευνας τους δείχνουν ότι το μέγεθος, η ηλικία, ο εκπαιδευτικός χαρακτήρας και η ύπαρξη τμήματος επειγόντων επηρεάζουν το επίπεδο ψηφιακού μετασχηματισμού. Για τους ιδιωτικούς παρόχους, αυτό σημαίνει ότι η ψηφιακή ωριμότητα απαιτεί συντονισμένες επενδύσεις, διοικητική ηγεσία και ένταξη της τεχνολογίας στη συνολική στρατηγική.

Οι Păcuraru et al. (2025), με δεδομένα από 125 ασθενείς και 15 διοικητικά στελέχη νοσοκομείων στη Ρουμανία, συνδέουν την ψηφιοποίηση με τις ανάγκες των ασθενών. Η ικανοποίηση ενισχύεται από πρακτικά οφέλη, όπως η ευκολότερη πρόσβαση και τα ηλεκτρονικά ραντεβού, ενώ η τηλεϊατρική, οι ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας και η διαλειτουργικότητα χρειάζονται περαιτέρω ανάπτυξη. Στο επίπεδο της διοίκησης, η τεχνολογία αποκτά αξία όταν συνοδεύεται από εκπαίδευση προσωπικού, ασφαλή διαχείριση δεδομένων, σαφείς διαδικασίες και συνεχή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Για τον ιδιωτικό τομέα, η ψηφιακή επένδυση λειτουργεί επίσης ως μέσο διαφοροποίησης, καθώς βελτιώνει την ταχύτητα εξυπηρέτησης, τη συνέπεια των πληροφοριών, την παρακολούθηση των ασθενών και την εμπιστοσύνη προς τον πάροχο μέσα σε ανταγωνιστικό περιβάλλον. Παράλληλα, διευκολύνει τη συνεργασία ανάμεσα σε κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ασφαλιστικούς φορείς και εξωτερικούς συνεργάτες με μεγαλύτερη ασφάλεια. Τέλος, ο YahiaMarzouk (2025), με βάση 264 ιδιωτικά νοσοκομεία στην Αίγυπτο, δείχνει ότι η στρατηγική αναδιάταξη πόρων στηρίζει τον ψηφιακό μετασχηματισμό και οδηγεί σε ανανέωση υπηρεσιών. Συνολικά, η τεχνολογική καινοτομία λειτουργεί ως οργανωμένη διαδικασία που συνδυάζει αυτοματοποίηση, πρόσβαση, δεδομένα, κλινική υποστήριξη και στρατηγική ανανέωση.

5.6 Ανθεκτικότητα και βιωσιμότητα των ιδιωτικών παρόχων υγείας

Η τελευταία ενότητα του Κεφαλαίου 5 μεταφέρει τη συζήτηση από τη συνεργασία και την καινοτομία στην ικανότητα των ιδιωτικών παρόχων υγείας να παραμένουν βιώσιμοι μέσα σε συνθήκες οικονομικής, οργανωτικής και κοινωνικής πίεσης. Η ανθεκτικότητα αφορά την προετοιμασία απέναντι σε διαταραχές, τη διατήρηση της λειτουργικής συνέχειας και την επαναφορά μετά από κρίση. Η βιωσιμότητα αφορά τη μακροπρόθεσμη δυνατότητα χρηματοδότησης υπηρεσιών, υπεύθυνης χρήσης πόρων και διατήρησης κοινωνικής αποδοχής. Στην ιδιωτική υγεία, οι δύο έννοιες συνδέονται στενά, επειδή η οικονομική αστάθεια, η πίεση στο ανθρώπινο δυναμικό και η περιορισμένη κοινωνική ή περιβαλλοντική επίδοση επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα της φροντίδας.

Οι Kourtis et al. (2021) αξιολογούν 15 μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία με βάση ελεγμένες οικονομικές καταστάσεις του 2019 και Data Envelopment Analysis, δηλαδή ανάλυση αποδοτικότητας μέσω σύγκρισης εισροών και εκροών. Το μοντέλο τους εξέτασε περιουσιακά στοιχεία και δαπάνες προσωπικού σε σχέση με έσοδα και λειτουργικές ταμειακές ροές. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι χαμηλότερες αποδόσεις συνδέθηκαν κυρίως με ατελή κλίμακα λειτουργίας και λιγότερο με διοικητική

ανεπάρκεια. Για την Ελλάδα, αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς η βιωσιμότητα των ιδιωτικών νοσοκομείων εξαρτάται από την κλίμακα, την αξιοποίηση των παγίων, το κόστος εργασίας και την παραγωγή ρευστότητας, ενώ μηχανισμοί δημόσιας αποζημίωσης, όπως το clawback και το rebate, επηρεάζουν τις συνθήκες χρηματοδότησης.

Ο Mesteru (2025) διευρύνει την έννοια της βιωσιμότητας, εφαρμόζοντας το πλαίσιο Triple Bottom Line, δηλαδή οικονομική, κοινωνική και περιβαλλοντική επίδοση, στον ιδιωτικό ιατρικό τομέα της Ρουμανίας και συγκρίνοντάς τον με την Ευρώπη, τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ιαπωνία. Η μελέτη δείχνει καλή εικόνα στην ικανοποίηση των ασθενών και στην τεχνολογική καινοτομία, αλλά ασθενέστερη επίδοση στην περιβαλλοντική βιωσιμότητα και στην ισότιμη πρόσβαση. Έτσι, η βιωσιμότητα υπερβαίνει την κερδοφορία και περιλαμβάνει κοινωνική προσβασιμότητα, περιβαλλοντική υπευθυνότητα και αποτελεσματική διακυβέρνηση. Για τους ιδιωτικούς παρόχους, η οπτική αυτή έχει πρακτική αξία, επειδή συνδέει την οικονομική επιτυχία με την εμπιστοσύνη των ασθενών, την υπεύθυνη χρήση ενέργειας και υλικών, καθώς και τη δυνατότητα παροχής υπηρεσιών σε ευρύτερες κοινωνικές ομάδες.

Οι εσωτερικές διοικητικές ικανότητες έχουν επίσης κρίσιμο ρόλο. Ο Çavmak (2024), με δεδομένα από 70 διοικητικά και οικονομικά στελέχη ιδιωτικών νοσοκομείων, βρήκε θετικές σχέσεις ανάμεσα στη χρηματοοικονομική βιωσιμότητα, τη διαχείριση κόστους, την απόδοση των εφοδιαστικών λειτουργιών και τις προσπάθειες marketing, με ισχυρότερη επίδραση από το marketing και τον έλεγχο κόστους. Η βιωσιμότητα, επομένως, διαμορφώνεται μέσα από τιμολόγηση, διαχείριση ζήτησης, έλεγχο πόρων και στρατηγική τοποθέτηση. Η διοίκηση καλείται να παρακολουθεί συστηματικά το κόστος, τη ροή ασθενών, την πληρότητα, τις προμήθειες και την απόδοση των υπηρεσιών, ώστε η οικονομική σταθερότητα να συνδέεται με πραγματική λειτουργική επάρκεια.

Η οργανωσιακή ανθεκτικότητα προσθέτει ακόμη μία διάσταση. Οι Afşar Doğrusöz et al. (2022), με 350 συμμετέχοντες από ένα δημόσιο πανεπιστημιακό και ένα ιδιωτικό νοσοκομείο, κατέγραψαν θετικότερη εικόνα ανθεκτικότητας στο ιδιωτικό νοσοκομείο. Η ανθεκτικότητα περιλαμβάνει σχεδιασμό, ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης, απόκριση σε κρίσεις, επιχειρησιακή συνέχεια και ανάκαμψη. Εξάλλου, ο Al Ayed

(2019), με 449 απαντήσεις εργαζομένων ιδιωτικών νοσοκομείων, έδειξε ότι η στρατηγική διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού ενισχύει τη γνωστική, συμπεριφορική και οργανωσιακή ανθεκτικότητα. Συνολικά, η βιώσιμη ιδιωτική υγεία στηρίζεται σε οικονομική πειθαρχία, ισχυρό προσωπικό, λειτουργική ετοιμότητα, περιβαλλοντική ευθύνη και κοινωνική λογοδοσία σταθερά.

5.7 Συμπεράσματα κεφαλαίου

Η παραπάνω ανάλυση κατέδειξε ότι η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην υγεία χρειάζεται ώριμο σχεδιασμό, σαφή εποπτεία και σταθερό προσανατολισμό στο δημόσιο όφελος. Οι ιδιωτικοί πάροχοι μπορούν να ενισχύσουν την πρόσβαση, την τεχνολογική ανανέωση, την αποδοτικότητα και την ευελιξία του συστήματος, όταν οι συμβάσεις, οι δείκτες και οι μηχανισμοί ελέγχου συνδέουν την επιχειρησιακή δράση με κοινωνικούς στόχους. Οι ΣΔΙΤ και οι άλλες μορφές συνεργασίας αποκτούν αξία όταν αξιολογούνται με βάση την ποιότητα, την ισότητα, την ασφάλεια και τη χρηματοοικονομική προστασία των ασθενών. Παράλληλα, η γήρανση του πληθυσμού, η χρόνια νοσηρότητα και οι αυξημένες ανάγκες παρακολούθησης καθιστούν αναγκαία τη συμπληρωματική αξιοποίηση δημόσιων και ιδιωτικών πόρων. Η τεχνολογική καινοτομία λειτουργεί ως μέσο αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών, ενώ η ανθεκτικότητα και η βιωσιμότητα απαιτούν οικονομική πειθαρχία, επάρκεια προσωπικού, περιβαλλοντική υπευθυνότητα και κοινωνική λογοδοσία. Συνολικά, το κεφάλαιο δείχνει ότι η ιδιωτική υγεία μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στο σύστημα όταν λειτουργεί μέσα σε πλαίσιο διαφάνειας, συνεργασίας και σταθερής προστασίας των ασθενών. Ειδικά για την Ελλάδα αναδεικνύεται η ανάγκη για αξιόπιστα δεδομένα, προβλέψιμη χρηματοδότηση, αποτελεσματική ρύθμιση και πρακτικές συνεργασίας που στηρίζουν την πρόσβαση, μειώνουν τις ανισότητες και ενισχύουν την εμπιστοσύνη των πολιτών προς όλους τους παρόχους υγείας, με συνέπεια, συνέχεια και σαφή προσανατολισμό στην ποιότητα και την ασφάλεια.

6. Συζήτηση, Προτάσεις Πολιτικής και Συμπεράσματα

6.1 Σύνθεση και συζήτηση βασικών ευρημάτων

Η συνολική ανάλυση δείχνει ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας στην Ελλάδα λειτουργούν σε περιβάλλον όπου η οικονομική πίεση, η διοικητική επάρκεια, η ποιότητα των υπηρεσιών και η συνεργασία με το δημόσιο σύστημα αλληλοεπηρεάζονται. Το Κεφάλαιο 3 ανέδειξε ότι η βιωσιμότητά τους εξαρτάται από τα μοντέλα χρηματοδότησης, τις σχέσεις με ασφαλιστικούς φορείς, τον ΕΟΠΥΥ, το clawback, το rebate, τις καθυστερήσεις πληρωμών, το λειτουργικό κόστος, τη στελέχωση και την ψηφιακή ωριμότητα. Η οικονομική λειτουργία τους διαμορφώνεται από δημόσιους κανόνες αποζημίωσης και από ιδιωτικές στρατηγικές προσαρμογής. Έτσι, η ρευστότητα, η προβλεψιμότητα και ο έλεγχος κόστους αποτελούν βασικές συνθήκες επιβίωσης και ανάπτυξης. Η ανάλυση δείχνει επίσης ότι η χρηματοδότηση, το προσωπικό και η τεχνολογία πρέπει να σχεδιάζονται από κοινού, καθώς κάθε απόφαση σε έναν τομέα επηρεάζει άμεσα τους άλλους.

Το Κεφάλαιο 4 έδειξε ότι η ποιότητα στην ιδιωτική υγεία συνδέεται με την κλινική αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια των ασθενών, την εμπειρία χρήστη, τη διαπίστευση, τη διαφάνεια και τη λογοδοσία. Οι ιδιωτικοί πάροχοι αποκτούν αξιοπιστία όταν οι επενδύσεις σε εγκαταστάσεις και τεχνολογία συνοδεύονται από σαφή πρωτόκολλα, εκπαίδευση προσωπικού, συστηματικούς δείκτες, αναφορά συμβάντων και καθαρή ενημέρωση του ασθενούς. Η ικανοποίηση του ασθενούς λειτουργεί ως δείκτης ποιότητας, αλλά και ως παράγοντας φήμης, πιστότητας και μελλοντικής ζήτησης.

Το Κεφάλαιο 5 τοποθέτησε τους ιδιωτικούς παρόχους μέσα στο συνολικό σύστημα υγείας. Η συνεργασία με τον δημόσιο τομέα, οι ΣΔΙΤ, η γήρανση του πληθυσμού, η χρόνια νοσηρότητα, η τεχνολογική καινοτομία και η ανθεκτικότητα δείχνουν ότι η ιδιωτική υγεία αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης κοινωνικής και διοικητικής πρόκλησης. Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι η ιδιωτική δυναμικότητα

αποκτά δημόσια αξία όταν εντάσσεται σε πλαίσιο ρύθμισης, ποιότητας, οικονομικής διαφάνειας και προστασίας των ασθενών.

6.2 Θεσμικές και διοικητικές προτάσεις βελτίωσης

Η πρώτη ομάδα προτάσεων αφορά τη θεσμική σταθερότητα και την ουσιαστική εποπτεία. Χρειάζεται σαφέστερο πλαίσιο λειτουργίας για ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, κέντρα αποκατάστασης και λοιπούς παρόχους, με κοινές προδιαγραφές ποιότητας, ασφάλειας, ενημέρωσης, τιμολόγησης και διαχείρισης παραπόνων. Η εποπτεία μπορεί να στηριχθεί σε ενιαίο σύστημα δεικτών, το οποίο θα περιλαμβάνει χρόνους αναμονής, ανεπιθύμητα συμβάντα, ικανοποίηση ασθενών, στελέχωση, καταγγελίες, οικονομική διαφάνεια και συμμόρφωση με πρότυπα ποιότητας.

Σε διοικητικό επίπεδο, οι ιδιωτικοί πάροχοι χρειάζεται να ενισχύσουν την εσωτερική τους οργάνωση. Επιτροπές ποιότητας, μηχανισμοί αναφοράς κινδύνων, τακτική εκπαίδευση, ψηφιακή παρακολούθηση διαδικασιών και ενεργή συμμετοχή του προσωπικού μπορούν να βελτιώσουν την ασφάλεια και την αξιοπιστία. Ιδιαίτερη έμφαση απαιτείται στη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού, επειδή η σταθερή στελέχωση, η δίκαιη αμοιβή, η υποστηρικτική ηγεσία και οι καλές συνθήκες εργασίας επηρεάζουν άμεσα την εμπειρία του ασθενούς. Η ποιότητα χρειάζεται να αντιμετωπίζεται ως καθημερινή ευθύνη διοίκησης, επαγγελματιών και οργανισμού. Παράλληλα, η ενημέρωση των ασθενών για δικαιώματα, χρεώσεις και διαδικασίες πρέπει να αποτελεί σταθερό μέρος της διοικητικής λειτουργίας.

6.3 Οικονομικές και χρηματοδοτικές προτάσεις

Οι οικονομικές προτάσεις πρέπει να εστιάσουν στην προβλεψιμότητα των πληρωμών και στη βιώσιμη σχέση κράτους, ΕΟΠΥΥ, ασφαλιστικών φορέων και

ιδιωτικών παρόχων. Οι μηχανισμοί clawback και rebate χρειάζονται σαφέστερους κανόνες, έγκαιρη ενημέρωση και δικαιότερη κατανομή επιβαρύνσεων, ώστε οι πάροχοι να σχεδιάζουν επενδύσεις, στελέχωση και ταμειακές ροές με μεγαλύτερη ασφάλεια. Οι καθυστερήσεις πληρωμών μπορούν να περιοριστούν με ηλεκτρονική τιμολόγηση, δημόσια παρακολούθηση εκκρεμοτήτων και σταθερά χρονοδιαγράμματα αποζημίωσης.

Παράλληλα, χρειάζεται σταδιακή μετάβαση σε πιο σύνθετα μοντέλα πληρωμής, τα οποία θα συνδέουν το κόστος με την ποιότητα και τα αποτελέσματα. Η αποζημίωση μπορεί να λαμβάνει υπόψη δείκτες ασφάλειας, εμπειρίας ασθενούς, συνέχειας φροντίδας και αποδοτικότητας. Έτσι, η χρηματοδότηση θα ενθαρρύνει υπεύθυνη παροχή υπηρεσιών, καλύτερο έλεγχο δαπανών και ουσιαστική αξία για τον ασθενή. Η σύνδεση αποζημίωσης και αποτελέσματος μπορεί να μειώσει στρεβλά κίνητρα και να στηρίξει πιο δίκαιη κατανομή πόρων.

6.4 Προτάσεις ενίσχυσης της συνεργασίας με τον Δημόσιο Τομέα

Η συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα χρειάζεται σαφείς στόχους, διαφανείς συμβάσεις και συστηματική αξιολόγηση. Οι ιδιωτικοί πάροχοι μπορούν να αξιοποιηθούν συμπληρωματικά σε τομείς όπου το δημόσιο σύστημα δέχεται αυξημένη ζήτηση, όπως η διάγνωση, η αποκατάσταση, η κατ' οίκον φροντίδα, η μακροχρόνια παρακολούθηση χρόνιων ασθενών και η διαχείριση λιστών αναμονής. Η συμμετοχή τους πρέπει να βασίζεται σε προσυμφωνημένους δείκτες ποιότητας, ελέγχους κόστους και υποχρέωση αναφοράς αποτελεσμάτων.

Οι ΣΔΙΤ στην υγεία μπορούν να αξιοποιηθούν επιλεκτικά, κυρίως όταν υπάρχει σαφές όφελος σε υποδομές, τεχνολογία ή πρόσβαση. Κάθε σύμβαση χρειάζεται δημόσια εποπτεία, ανεξάρτητη αξιολόγηση και δυνατότητα αναπροσαρμογής όταν οι ανάγκες του πληθυσμού μεταβάλλονται. Η συνεργασία πρέπει να ενισχύει τη συνέχεια της φροντίδας και να αποτρέπει κατακερματισμό υπηρεσιών.

6.5 Κύρια συμπεράσματα της διπλωματικής εργασίας

Η διπλωματική εργασία καταλήγει ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του ελληνικού συστήματος υγείας, με σημαντική συμβολή στην πρόσβαση, στη διάγνωση, στη νοσοκομειακή φροντίδα, στην αποκατάσταση και στην καινοτομία. Η συμβολή τους ενισχύεται όταν η οικονομική λειτουργία, η ποιότητα, η ασφάλεια και η λογοδοσία συνδέονται σε ενιαίο πλαίσιο διακυβέρνησης. Οι βασικές προκλήσεις αφορούν τη χρηματοδοτική αστάθεια, το λειτουργικό κόστος, τις σχέσεις με τον ΕΟΠΥΥ, τη διοίκηση προσωπικού, την ψηφιακή ωριμότητα και τη διαφάνεια προς τον ασθενή. Συνολικά, η ιδιωτική υγεία μπορεί να στηρίξει ουσιαστικά το σύστημα όταν λειτουργεί με κανόνες, μετρήσιμη ποιότητα, κοινωνική υπευθυνότητα και σταθερό προσανατολισμό στην προστασία του ασθενούς. Η προοπτική αυτή προϋποθέτει συνεργασία, διαφάνεια, διοικητική ωριμότητα και αξιοποίηση δεδομένων για τεκμηριωμένες αποφάσεις.

6.6 Περιορισμοί της έρευνας

Η εργασία βασίστηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση και σε αξιοποίηση επιστημονικών και θεσμικών πηγών. Ο βασικός περιορισμός αφορά τη μη διεξαγωγή πρωτογενούς εμπειρικής έρευνας σε ελληνικές ιδιωτικές μονάδες υγείας. Επιπλέον, αρκετές διεθνείς μελέτες προέρχονται από συστήματα υγείας με διαφορετική χρηματοδότηση, ρύθμιση και αγορά υπηρεσιών. Για τον λόγο αυτό, τα ευρήματα χρειάζονται προσεκτική προσαρμογή στην ελληνική πραγματικότητα. Περιορισμός υπάρχει και στη διαθεσιμότητα πρόσφατων δημόσιων δεδομένων για οικονομικούς δείκτες, ποιότητα, ασφάλεια και εμπειρία ασθενούς στον ιδιωτικό τομέα.

6.7 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Μελλοντική έρευνα μπορεί να εξετάσει εμπειρικά τις απόψεις διοικητικών στελεχών, επαγγελματιών υγείας και ασθενών σε ελληνικές ιδιωτικές μονάδες. Ιδιαίτερη αξία θα είχε η ποσοτική ανάλυση της σχέσης ανάμεσα σε clawback, rebate, καθυστερήσεις πληρωμών και βιωσιμότητα παρόχων. Χρήσιμη θα ήταν επίσης η σύγκριση ιδιωτικών και δημόσιων μονάδων ως προς ποιότητα, κόστος, πρόσβαση και εμπειρία ασθενούς. Τέλος, η ψηφιακή ωριμότητα, η τεχνητή νοημοσύνη, οι ΣΔΙΤ και οι νέες μορφές κατ' οίκον φροντίδας αποτελούν σημαντικά πεδία περαιτέρω μελέτης.

Βιβλιογραφία

Al Kahtani, N., Alruwaie, S., Al Zahrani, B. M., Abumadini, R. A., Aljaafary, A., Hariri, B., Alissa, K., Alakrawi, Z., & Alumran, A. (2022). Digital health transformation in Saudi Arabia: A cross sectional analysis using Healthcare Information and Management Systems Society digital health indicators. *Digital Health*, 8, 20552076221117742.

Alexias, G., Papandreopoulou, M., & Togas, C. (2024). Work engagement and burnout in a private healthcare unit in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(2), 130.

Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low and middle income countries: A systematic review. *PLoS Medicine*, 9(6), e1001244.

Brofidi, K., Vlasidis, K., & Philalithis, A. (2019). Greek hospital environments. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(3), 645–652.

Brylski, G., Larkin, S., & Wilson, A. (2025). The financial viability of Australian private hospitals. A systematic review. *Australian Health Review*, 49(6), AH25190.

Carone, G., Schwierz, C., & Xavier, A. (2012). Cost containment policies in public pharmaceutical spending in the EU (European Economy, Economic Papers 461). European Commission.

Carrin, G., Mathauer, I., Xu, K., & Evans, D. B. (2008). Universal coverage of health services: Tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11), 857–863.

Centre for European Policy Studies, & Ernst & Young. (2024). G2B late payments: 4th thematic report. Publications Office of the European Union.

Chan, Z. C., Tam, W. S., Lung, M. K., Wong, W. Y., & Chau, C. W. (2013). On nurses moving from public to private hospitals in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9–10), 1382–1390.

Coveney, L., Musoke, D., & Russo, G. (2023). Do private health providers help achieve universal health coverage: A scoping review of the evidence from low income countries. *Health Policy and Planning*, 38(9), 1050 to 1063.

Debie, A., Khatri, R. B., & Assefa, Y. (2022). Successes and challenges of health systems governance towards universal health coverage and global health security: A narrative review and synthesis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 50.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). *Greece health system review. Health Systems in Transition*, 19(5), 1 to 166.

Engelbrecht, M., Rau, A., Nel, P., & Wilke, M. (2020). Emotional well being and work engagement of nurses who moonlight in private hospitals. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), e12783.

Etiaba, E., Onwujekwe, O., Honda, A., Ibe, O., Uzochukwu, B., & Hanson, K. (2018). Strategic purchasing for universal health coverage: Examining the purchaser provider relationship within a social health insurance scheme in Nigeria. *BMJ Global Health*, 3(5), e000917.

European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). Payment mechanisms and overview of the statutory financing system: Purchasing and purchaser provider relations in Greece. Health Systems and Policy Monitor.

Flokou, A., Aletras, V. H., Miltiadis, C., Karaferis, D. C., & Niakas, D. A. (2024). Efficiency of primary health services in the Greek public sector: Evidence from bootstrapped DEA/FDH estimators. *Healthcare*, 12(22), 2230.

Flokou, A., Aletras, V., & Niakas, D. A. (2025). The reform that was never completed: Why Greece must redesign its health financing architecture. *Healthcare*, 13(24), 3213.

Gok, M. S., & Altındağ, E. (2015). Analysis of the cost and efficiency relationship. Experience in the Turkish pay for performance system. *The European Journal of Health Economics*, 16(5), 459–469.

Hellenic Competition Commission. (2023). Interim report in the context of the sector inquiry into private health services and related insurance services, under Art. 40 of L. 3959/2011: Executive summary.

Honda, A., & Obse, A. (2020). Payment arrangements for private healthcare purchasing under publicly funded systems in low and middle income countries: Issues and implications. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(6), 811–823.

Jyani, G., Gedam, P., Sharma, S., Dixit, J., & Prinja, S. (2025). Financial viability of private hospitals operating under India's national health insurance scheme Ayushman Bharat Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana. *Applied Health Economics and Health Policy*, 23, 841–853.

Kaitelidou, D., Mladovsky, P., Leone, T., Kouli, E., & Siskou, O. (2012). Understanding the oversupply of physicians in Greece, the role of human resources planning, financing policy, and physician power. *International Journal of Health Services*, 42(4), 719 to 738.

Kalavrezou, N., & Jin, H. (2021). *Healthcare reform in Greece: Progress and reform priorities* (IMF Working Paper No. 21/189). International Monetary Fund.

Kondilis, E., & Benos, A. (2023). The COVID 19 pandemic and the private health sector: Profiting without socially contributing. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 53(4), 466–477.

Kondilis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Smyrnakis, E., Dombros, N., & Benos, A. (2011). Payments and quality of care in private for profit and public hospitals in Greece. *BMC Health Services Research*, 11, 234.

Kyriopoulos, I., Athanasakis, K., Tsoli, S., Mossialos, E., & Papanicolas, I. (2025). Addressing public health and health system challenges in Greece: Reform priorities in a changing landscape. *The Lancet Public Health*, 10(9), e794 to e803.

Marshall, A. I., Witthayapipopsakul, W., Chotchoungchatchai, S., Wangbanjongkun, W., & Tangcharoensathien, V. (2023). Contracting the private health sector in Thailand's universal health coverage. *PLOS Global Public Health*, 3(4), e0000799.

Mathauer, I. (2011). Setting health insurance remuneration rates of private providers in Kenya: The role of costing, challenges and implications. *The International Journal of Health Planning and Management*, 26(1), e30–e47.

Mathauer, I., & Wittenbecher, F. (2013). Hospital payment systems based on diagnosis related groups: Experiences in low and middle income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(10), 746–756A.

Mavridoglou, G., & Polyzos, N. (2022). Sustainability of healthcare financing in Greece: A relation between public and social insurance contributions and delivery expenditures. *Inquiry*, 59, 469580221092829.

Molander, P. (2025). Public versus private healthcare systems in the OECD area: A broad evaluation of performance. *The European Journal of Health Economics*, 26, 1163 to 1173.

Morgan, R., Ensor, T., & Waters, H. (2016). Performance of private sector health care: Implications for universal health coverage. *The Lancet*, 388(10044), 606 to 612.

Mossialos, E., Allin, S., & Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system, a tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14(Suppl. 1), S151 to S168.

Pattali, S., Sankar, J. P., Al Qahtani, H., Menon, N., & Faizal, S. (2024). Effect of leadership styles on turnover intention among staff nurses in private hospitals: The moderating effect of perceived organizational support. *BMC Health Services Research*, 24(1), 199.

Petmesidou, M. (2019). Challenges to healthcare reform in crisis hit Greece. *e-cadernos CES*, 31, 34–49.

Polyzos, N., Karakolias, S., Dikeos, C., Theodorou, M., Kastanioti, C., Mama, K., Polizoidis, P., Skamnakis, C., Tsairidis, C., & Thireos, E. (2014). The introduction of

Greek Central Health Fund: Has the reform met its goal in the sector of primary health care or is there a new model needed? *BMC Health Services Research*, 14, 583.

Polyzos, N., Kastanioti, C., Zilidis, C., Mavridoglou, G., Karakolias, S., Litsa, P., Menegakis, V., & Kani, C. (2016). Greek National E Prescribing System: Preliminary results of a tool for rationalizing pharmaceutical use and cost. *Global Journal of Health Science*, 8(10), 241–253.

Rai, A., Khatri, R. B., & Assefa, Y. (2024). Primary health care systems and their contribution to universal health coverage and improved health status in seven countries: An explanatory mixed methods review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), 1601.

Saleh, H., Lundborg, C. S., & Sharma, M. (2025). Perceived benefits and barriers of medical doctors regarding electronic medical record systems in an Indian private sector healthcare facility. *BMC Health Services Research*, 25(1), 719.

Schizas, D., Michalinos, A., Kanavidis, P., Karaolanis, G., Lidoriki, I., Sioulas, A. D., & Moris, D. (2019). The profile of patients receiving public and private surgical services in Greece during the economic crisis: A comparative study. *Annals of Translational Medicine*, 7(1), 5.

Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013, a systematic review. *Health Policy*, 115(2 to 3), 111 to 119.

Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., & Liaropoulos, L. (2008). Private health expenditure in the Greek health care system, where truth ends and the myth begins. *Health Policy*, 88(2 to 3), 282 to 293.

Souliotis, K., Golna, C., Baka, A., Ntokou, A., & Zavras, D. (2025). Barriers in access to healthcare services in Greece post COVID 19: Persisting challenges for health policy. *Healthcare*, 13(15), 1867.

Stoumpos, A. I., Kitsios, F., & Talias, M. A. (2023). Digital transformation in healthcare: Technology acceptance and its applications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3407.

Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., & Souliotis, K. (2005). The unexpected growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 74(2), 167–180.

Waters, H. R., Morlock, L. L., & Hatt, L. (2004). Quality based purchasing in health care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 19(4), 365–381.

Wise, S., Hall, J., Haywood, P., Khana, N., Hossain, L., & van Gool, K. (2022). Paying for value: Options for value based payment reform in Australia. *Australian Health Review*, 46(2), 129–133.

Wondwossen, S., Asemahagn, M. A., & Guadie, H. A. (2025). Assessing electronic medical record usage in private healthcare facilities of Amhara region, Ethiopia. *Scientific Reports*, 15(1), 38311.

Zhang, Q., & Laporte, A. (2025). Determinants of capital structure. A case of hospitals in China. *BMC Health Services Research*, 25, 1083.

Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. (χ.χ.). Δεδομένα υγείας. https://www.dpa.gr/el/enimerwtiko/thematikes_enotites/eidikeskatigories/dedomenaugeias

Εθνική Αρχή Διαφάνειας. (2020). Έλεγχοι της ΕΑΔ σε Ιδιωτικούς Φορείς Υγείας και Πρόνοιας. <https://aead.gr/press/press-releases/elegxoi-ths-ead-se-idiotikous-foreis-ygeias-kai-pronoia>

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. (χ.χ.). Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ). <https://www.eopyy.gov.gr/el/ekpy>

Κοινή Υπουργική Απόφαση ΕΑΛΕ/Γ.Π.80157/2018, ΦΕΚ 4898/Β/1-11-2018. Ενιαίος κανονισμός παροχών υγείας του ΕΟΠΥΥ.

Νόμος 4600/2019, ΦΕΚ 43/Α/9-3-2019. Εκσυγχρονισμός και αναμόρφωση θεσμικού πλαισίου ιδιωτικών κλινικών, σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις.

Προεδρικό Διάταγμα 228/2004, ΦΕΚ 212/Α/5-11-2004. Τροποποίηση του Π.Δ. 84/2001 «Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και

λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».

Προεδρικό Διάταγμα 247/1991, ΦΕΚ 93/Α/21-6-1991. Περί όρων, προϋποθέσεων και διαδικασίας για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών

Προεδρικό Διάταγμα 84/2001, ΦΕΚ 70/Α/10-4-2001. Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.