

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΣΟΥΗΔΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Ελένη Ορφανού¹, Ολυμπία Σίμου², Σοφία Σιδηροπούλου³

1. Νοσηλεύτρια MSc, M.T.N Γ.Ν. Λακωνίας, Ν.Μ Σπάρτης, Σπάρτη, Ελλάδα.
2. Νοσηλεύτρια, Σύμβουλος Ψυχικής Υγείας, BSc, Αθήνα, Ελλάδα.
3. Νοσηλεύτρια, Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Ελλάδα

DOI: 10.5281/zenodo.10461463

Cite as: Orfanou, E., Simou, O., & Sidiropoulou, S. (2023). QUALITY POLICIES IN SWEDEN AND GREECE. GOOD PRACTICES FOR GREECE. In *Perioperating Nursing (GORNA)* (Vol. 12, Number 1, pp. 19–31). Zenodo.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10461463>

Περίληψη

Εισαγωγή: Από την δεκαετία του 1990 η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει εκδώσει αρκετές κατευθύνσεις στα κράτη της σχετικά με την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η παρουσίαση των σημαντικότερων πολιτικών που εφαρμόζονται στη φροντίδα υγείας στη Σουηδία και στην Ελλάδα. **Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, όπως PubMed, Google Scholar. **Αποτελέσματα:** Η Σουηδία κατέχει ένα από τα βέλτιστα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Ωστόσο, το μεταβαλλόμενο υγειονομικό περιβάλλον απαιτεί τη διατήρηση των υψηλών προδιαγραφών του συστήματος. Αντίθετα, στην Ελλάδα καταγράφονται σημαντικές ελλείψεις σε ιατρικούς πόρους και σε συνδυασμό με τις υψηλές δαπάνες, τις οικονομικές και γεωγραφικές ανισότητες είναι αναγκαίο να παρθούν άμεσα μέτρα. **Συμπεράσματα:** Η αναδιάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος μπορεί να πραγματοποιηθεί με την υιοθέτηση των καλών πρακτικών που εφαρμόζονται στο υγειονομικό μοντέλο Σουηδίας.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα, Διασφάλιση Ποιότητας, Συστήματα Υγειονομικής Περίθαλψης, Ασφάλεια των Ασθενών, Σύστημα Υγείας της Σουηδίας, Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Ελένη Ορφανού, E-mail: eleniorphanou18@gmail.com, κινητό: 6932325106, Διεύθυνση: Σελλασία, Λακωνία, Ελλάδα

SPECIAL ARTICLE

QUALITY POLICIES IN SWEDEN AND GREECE.GOOD PRACTICES FOR GREECE.

Eleni Orfanou ¹, Olympia Simou ², Sofia Sidiropoulou³

1. RN, MSc, M.T.N G.Hospital. Lakonias, Sparti,Greece.
2. RN, Mental health counselor, BSc, Athens, Greece.
3. Bachelor of Science in Nursing (BSN), School of Administrative, Economics and Social Sciences, Department of Business Administration, University of West Attica, Greece

Abstract

Introduction: Since the 1990s, the European Union has provided several guidelines to its member states on the sustainability of health systems. The purpose of this study was to present the most significant policies implemented in health care in Sweden and Greece. **Methodology:** A review of international literature was conducted in the electronic databases such as pubmed, google scolar. **Results:** Sweden has one of the best health care systems in the world. However, the changing health care environment requires maintaining high standards of the system. In contrast, Greece has significant shortages of medical resources and in combination with high costs, economic and geographical inequalities, immediate action is needed. **Conclusions:** The restructuring of the Greek healthcare system can be achieved by adopting the good practices applied in the Swedish healthcare model.

Keywords: Quality, Quality Assurance, Health Care Systems, Patient Safety, Sweden Health System, Greece Health System

Corresponding author: Eleni Orfanou, E-mail: eleniorphanou18@gmail.com , Mob: 6932325106, Address: Sellasia, Lakonia, Greece

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι, οι δαπάνες στον τομέα της υγείας συνεχώς αυξάνονται, οι τεχνολογικές εξελίξεις είναι ραγδαίες, ο πληθυσμός γηράσκει καθώς επίσης η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι αρκετά χαμηλή. Επίσης, υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην κλινική πράξη, γίνονται ιατρικά λάθη και παρατηρούνται ανισότητες στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.

Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι χωρίς σαφή μέτρα αξιολόγησης των αποτελεσμάτων υγείας και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, η εκτίμηση του βαθμού αξιοποίησης των επιπλέον δαπανών καθίσταται ιδιαίτερα δύσχερης.¹⁻³

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περιθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα.⁴ Από διοικητική σκοπιά, σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν και να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες που επιθυμούν σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι έκδηλο ότι, η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ερμηνεύεται διαφορετικά από τους άμεσα ενδιαφερόμενους (εσωτερικοί, εξωτερικοί «πελάτες»), όπως και τα οφέλη που προκύπτουν από αυτήν, καθώς καθορίζονται διαφορετικά για τους χρήστες και τους παρόχους.⁵

Διαστάσεις της απόδοσης (performance) των συστημάτων υγείας

- **Καταλληλότητα** (appropriateness): Παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας
- **Προσβασιμότητα** (accessibility):

Δυνατότητα των ασθενών να τυγχάνουν φροντίδας υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο

- **Συνέχεια** (continuity):

Δυνατότητα παροχής συντονισμένης φροντίδας

- **Αποτελεσματικότητα** (effectiveness): Επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες
- **Αποδοτικότητα** (efficiency): Επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων
- **Αποδοχή** (acceptability): Ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών
- **Ικανότητα** (competence):

Κατάλληλα επίπεδα γνώσης και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας

- **Ασφάλεια** (safety):

Αποφυγή ή ελαχιστοποίηση των πιθανών κινδύνων από την εφαρμογή μιας παρέμβασης

Προϋπόθεση για τη σωστή εφαρμογή μεθόδων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι η αξιολόγηση αυτών, διαδικασία κατά την οποία, σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, τα εμπλεκόμενα μέρη πρέπει να αξιολογούνται βάσει των αιτιολογικών τους σχέσεων. Κύρια εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας, αποτελούν τα διαγράμματα ροής όπου εκφράζουν την χρονική εξέλιξη μιας διαδικασίας και τα διαγράμματα αιτιότητας, τα οποία αποτυπώνουν τις αιτιολογικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών προκειμένου να διερευνηθούν προβλήματα που πιθανόν να εμφανιστούν.⁶

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με τις κυριότερες πολιτικές που εφαρμόζονται για τη βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας στην φροντίδα υγείας στη Σουηδία και την Ελλάδα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως: pubmed, google scholar. Το υλικό της μελέτης αποτελείται από επιλεγμένα άρθρα των τελευταίων ετών, το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή πραγματοποιήθηκε από ανασκοπήσεις, συστηματικές

μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σύστημα Υγείας στη Σουηδία

Το Σουηδικό σύστημα υγείας θεωρείται από τα καλύτερα διεθνώς και ξεχωρίζει με διαφορά από αυτά των υπόλοιπων Ευρωπαϊκών χωρών, χάρη στις μεγάλες προσπάθειες που έχει καταβάλλει για κοινωνική ισότητα στην πρόσβαση, τη συνεχή επαναξιολόγηση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών και τις μεταρρυθμίσεις αναποτελεσματικών διαδικασιών, ειδικά κατά τη τελευταία δεκαετία. Το σύστημα υγείας στη Σουηδία που διέπεται από τις αρχές της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, των αναγκών των ασθενών, της ευημερίας και της οικονομικής αποδοτικότητας, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του κράτους- πρόνοιας, με βασική φιλοσοφία την καθολική και ισότιμη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικών κριτηρίων. Επίσης, δύναται σε συνθήκες κρίσης και έκτακτης ανάγκης να καλύψει και το σύνολο των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.^{7, 8}

Στηριζόμενο στο μοντέλο Beveridge με περιφερειακή οργάνωση, είναι δομημένο πάνω σε ένα άρτια οργανωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο και αποτελεί την πύλη εισόδου για τους ασθενείς. Χρηματοδοτείται κατά 80% από τη γενική φορολογία και κατά 20% από ιδιωτικές πληρωμές.⁷

Κύριος φορέας διαχείρισης είναι η Σουηδική Ένωση Τοπικών και Περιφερειακών Αρχών (SALAR), ο οποίος έχει την ευθύνη λειτουργίας, οργάνωσης και επίβλεψης, με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων της χώρας να λειτουργεί ως εγγυητής του συστήματος, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα την ελευθερία των περιφερειακών και τοπικών αρχών να προασπίζουν την υγεία και την φροντίδα του συνόλου των πολιτών.⁹

Ειδικότερα, το μοντέλο της Σουηδίας οργανώνεται σε τρία διακριτά επίπεδα που αντιστοιχούν στις τρεις

βαθμίδες της κρατικής οργάνωσης: το τοπικό, το περιφερειακό και το κεντρικό/εθνικό, τα οποία επιτελούν διαφορετικές λειτουργίες στο γενικότερο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής της χώρας (διάγραμμα 1), στηριζόμενο πάντα στο γενικότερο νομοθετικό πλαίσιο της χώρας, το οποίο περιγράφεται με το Νόμο για την Υγεία και τις Ιατροφαρμακευτικές Υπηρεσίες του 1982.¹⁰

Πολιτικές και Μηχανισμοί Ποιότητας στη Σουηδία

Η Σουηδία έχοντας μακρά παράδοση στη θέσπιση νόμων και την εφαρμογή στρατηγικών αναφορικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, έχει θεσπίσει διάφορους μηχανισμούς και ιδρύσει φορείς, κυβερνητικούς και μη, οι οποίοι ασχολούνται με την εφαρμογή, διασφάλιση, διακυβέρνηση, έλεγχο και αξιολόγηση μεθόδων ποιότητας και προτύπων μέσα στο γενικότερο πλαίσιο των λειτουργιών τους. Βασική φιλοσοφία του συστήματος στην Σουηδία είναι η αποτελεσματική, ισότιμη, έγκαιρη και ασφαλής παροχή υπηρεσιών υγείας, βασισμένη σε επιστημονικά στοιχεία και δεδομένα με επίκεντρο τον ασθενή και έχοντας ως τελικό στόχο την υγεία.¹¹

Μηχανισμοί Διαχείρισης και Διασφάλισης Ποιότητας - Καλές Πρακτικές

Το σουηδικό σύστημα υγείας, έχοντας ως βασικό αρχή την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, έχει υιοθετήσει και ενσωματώσει, διαχρονικά, διάφορες διαδικασίες και πρακτικές τις οποίες εφαρμόζει και υλοποιεί μέσω των φορέων που αναφέρθηκαν παραπάνω. Παρακάτω περιγράφονται οι κυριότερες εξ αυτών.¹²

- Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας
- Μητρώα Ποιότητας
- Προγράμματα διαχείρισης ασθενειών
- Δείκτες ποιότητας
- «Διαφανείς Συγκρίσεις»
- Παρακολούθηση χρόνων αναμονής
- Εθνικό Ερωτηματολόγιο Ασθενών
- Ασφάλεια Ασθενών

Ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Σουηδία

Απόρροια των προαναφερθέντων είναι το γεγονός πως η Σουηδία εμφανίζει υψηλούς δείκτες αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών και με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, το οποίο αντικατοπτρίζει μια ευνοϊκή στάση των πολιτών για το σύστημα υγείας. Αυτό πιστοποιείται και από σχετική έρευνα του Ευρωβαρομέτρου το 2013, σύμφωνα με την οποία στο ερώτημα «Πώς θα αξιολογούσατε τη συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης;», το 86% των Σουηδών απάντησε πως είναι αρκετά ικανοποιημένοι, ποσοστό το οποίο είναι υψηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής ένωσης των 28 κρατών-μελών (71%).^{7,11}

Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983, με το νόμο Ν.1397/83 και στόχευε στην γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι βασικοί του στόχοι ήταν η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Χαρακτηρίζεται ως μεικτό γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησής του, προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και τις ιδιωτικές δαπάνες και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης), προέρχεται από τη φορολογία. Στηρίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς, ενώ η δευτεροβάθμια από τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.¹³

Παράλληλα, συνυπάρχει και ο ιδιωτικός τομέας, ο οποίος αποτελείται από ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, καθώς επίσης και από ιδιώτες ιατρούς. Η χρηματοδότηση του βασίζεται στις άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς και

σε μικρότερο ποσοστό στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Τμήμα του ιδιωτικού τομέα συνάπτει συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή υπηρεσιών υγείας.¹³

Στην χώρα μας, συγκριτικά με το σουηδικό μοντέλο, η θεσμική διάρθρωση δεν περιλαμβάνει αρμοδιότητες που περιγράφουν τις ανάγκες των περιφερειακών διοικήσεων της υγείας και κατά συνέπεια καθορίζουν τους στόχους για τις πολιτικές υγείας που θα έπρεπε να επιτυγχάνονται από τις περιφέρειες ή να προσδιορίζουν αναγκαία διορθωτικά μέτρα.¹⁴ Σημειώνεται ότι υπάρχει σχετικό νομοσχέδιο, βάσει του οποίου εκχωρούνται αρμοδιότητες στις τοπικές αρχές, για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (λειτουργία κέντρων υγείας) και για εφαρμογή προγραμμάτων δημόσιας υγείας, εμβολιασμού και σχολικής υγιεινής.¹⁵

Πλεονεκτήματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Μειονεκτήματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

- υψηλές δαπάνες υγείας
- χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς
- προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού
- άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών.¹⁶

Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

Πολλές ενέργειες στην Ελλάδα από τις αρχές του 1990 είχαν ως στόχο, την ένταξη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, διαθέτοντας πλέον ένα αξιολογικό νομοθετικό πλαίσιο (βλ. παράρτημα Α). Αρχικά το 1996 και στη συνέχεια το 2001, το Υπουργείο Υγείας ίδρυσε την Εθνική Επιτροπή για την Ποιότητα στην Υγεία, ενώ παράλληλα δρομολόγησε τη δημιουργία ενός Ινστιτούτου Ποιότητας και Πιστοποίησης Υπηρεσιών Υγείας. Η Επιτροπή Ποιότητας το 2001 παρουσίασε μία εμπειριστατωμένη αναφορά που ανέφερε τρόπους βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης, ωστόσο μόνο μέρος αυτών υλοποιήθηκαν, λόγω ίσως της ελλιπούς χρηματοδοτικής στήριξης. Από το 2002, τα περισσότερα νοσοκομεία εφαρμόζουν προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης και σχετικά πρόσφατα έχει υπογραφεί μνημόνιο συνεργασίας μεταξύ του Ελληνικού Οργανισμού Τυποποίησης (ΕΛΟΤ) και του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), με σκοπό τη θέσπιση της ποιότητας και της διαπίστευσης. Πρωτοβουλίες για τον ποιοτικό έλεγχο των εργαστηρίων των νοσοκομείων, έχουν αρχίσει εδώ και πολλά χρόνια σε συνεργασία με εξωτερικές εταιρίες, ενώ πολλά νοσοκομεία (κατά βάση ιδιωτικά) πραγματοποιούν μία περιοδική ή συνεχή εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού, σε συνεργασία με την πρώην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.¹⁷ Επίσης, νοσοκομεία άνω των 400 κλινών διαθέτουν αυτοτελές τμήμα ελέγχου ποιότητας, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, βάσει του νόμου 2889/2001.¹⁸ Παράλληλα, αξιολογούνται από διάφορους φορείς οι δομές, το προσωπικό, οι διαδικασίες οικονομικής διαχείρισης κ.α., αλλά όχι η διαδικασία της περίθαλψης. Κύριες πηγές στοιχείων και δεδομένων αναφορικά με την ποιότητα, ελλείπει δεικτών ποιότητας, αποτελούν οι έρευνες που καταγράφουν στάσεις και αντιλήψεις για το υγειονομικό σύστημα, καθώς επίσης και σποραδικές έρευνες νοσοκομείων σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών.¹⁷ Καθίσταται σαφές ότι, το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα δεν έχει καθορίσει μια σταθερή

πολιτική για την εφαρμογή, διαχείριση και διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Κατευθυντήριες Οδηγίες Και Κλινικά Πρωτόκολλα

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει κάποιος επίσημος φορέας για την ανάπτυξη, εφαρμογή ή την αξιολόγηση των κλινικών κατευθυντήριων γραμμών. Αναλυτικότερα, η χρήση τους δεν είναι υποχρεωτική και δεν υπάρχουν οικονομικά κίνητρα για την εφαρμογή τους. Εκδίδονται σποραδικά από διάφορες επιστημονικές εταιρίες και ειδικά συνέδρια, ενώ με ατομική πρωτοβουλία ενημερώνονται οι επαγγελματίες υγείας από τις διεθνείς βάσεις, ώστε να λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις. Όσον αφορά στα νοσοκομεία, η χρήση τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ιατρική διεύθυνση της εκάστοτε κλινικής. Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες άλλων χωρών είναι διαθέσιμες στο διαδίκτυο στα αγγλικά, ενώ ορισμένες προτάσεις που αφορούν κυρίως χρόνιες παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτης, ΧΑΠ/άσθμα, ρευματοειδής αρθρίτιδα) έχουν μεταφραστεί και στα ελληνικά. Επίσης, διαθέσιμο στην ελληνική γλώσσα είναι το εργαλείο μέτρησης AGREE, το οποίο χρησιμοποιούν πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο δεν έχει αναφερθεί ως ένα εργαλείο για την τελική έκδοση των κλινικών κατευθυντήριων γραμμών.¹⁹

Ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Απόρροια των παραπάνω και σύμφωνα με την έρευνα του Ευρωβαρομέτρου του 2013 που προαναφέρθηκε, στο ερώτημα «Πώς θα αξιολογούσατε τη συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης», μόλις το 26% των ερωτώμενων απάντησαν πως είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ευρώπης (71%).^{7,11}

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Αρχικά, το Σουηδικό σύστημα παρέχει στον πολίτη δωρεάν κάθε υπηρεσία υγείας και η χρηματοδότηση προκύπτει από ίδιους πόρους, χωρίς να υπάρχει καμία ανάγκη να συμβάλει ο ιδιωτικός τομέας.

Αντίθετα, το Ελληνικό σύστημα χρηματοδοτείται από το κράτος, από τους ασφαλιστικούς φορείς και από ιδιώτες και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται με βάση τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά.

Επίσης, το σουηδικό υγειονομικό σύστημα, στηρίζεται στο μοντέλο Beveridge με περιφερειακή οργάνωση. Είναι ένα δομημένο και άρτια οργανωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που χρηματοδοτείται κατά 80% από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση και κατά 20% από ιδιωτικές πληρωμές.⁷ Αυτό σημαίνει ότι, η διαχείριση και η διοίκηση των δομών και υπηρεσιών υγείας σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο, παρέχει ένα βαθμό ελευθερίας στις τοπικές και περιφερειακές αρχές να μεριμνούν για την φροντίδα υγείας των πολιτών, ενώ το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων της χώρας να λειτουργεί ως εγγυητής του συστήματος. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία αποτελεί βασικό πυλώνα του συστήματος, παρέχεται από γενικούς ιατρούς και από πλήρως εξοπλισμένα κέντρα υγείας, καθένα από τα οποία παρέχει υπηρεσίες σε πληθυσμό 10.000 - 50.000 ατόμων. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα επιλογής του κέντρου υγείας, του οικογενειακού τους ιατρού και του νοσοκομείου που προτιμούν.⁷

Από την άλλη πλευρά, το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό και βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Χαρακτηρίζεται ως μεικτό γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και τη γενική φορολογία (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) και ένα μέρος από τις ιδιωτικές δαπάνες. Κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη πολιτικών υγείας είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία,

από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς, ωστόσο η ανάπτυξή της θεωρείται ελλιπή.¹⁶ Σχετικά πρόσφατα έχει δημιουργηθεί ο θεσμός των Τοπικών Μονάδων Υγείας (TOMY), ο οποίος στοχεύει στην αναδιοργάνωση και ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ωστόσο βρίσκεται ακόμη σε πιλοτικό στάδιο.

Αναφορικά με την ποιότητα το σουηδικό μοντέλο, έχει θεσπίσει και αναπτύξει διάφορους μηχανισμούς και φορείς, οι οποίοι στο γενικότερο πλαίσιο των λειτουργιών τους φροντίζουν για την εφαρμογή και τη διασφάλισή της. Παράλληλα, έχει υιοθετήσει και ενσωματώσει, διαχρονικά, διάφορες διαδικασίες που ορίζονται ως "καλές πρακτικές", με αποτέλεσμα να είναι σε θέση να παρέχει άριστες υπηρεσίες υγείας στους πολίτες. Αυτό πιστοποιείται από τους υψηλούς ποιοτικούς δείκτες,⁷ καθώς επίσης και από την ικανοποίηση του μέσου Σουηδού από την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με σχετική έρευνα του Ευρωβαρομέτρου το 2013.^{7,11}

Το σουηδικό σύστημα Υγείας, το οποίο συγκαταλέγεται μεταξύ των καλύτερων του κόσμου, χρειάζεται ακόμη και αυτό αλλαγές και βελτιώσεις. Ο συνεχής περιορισμός των πόρων, οι ολοένα αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών, η γήρανση του πληθυσμού και γενικότερα το συνεχώς μεταβαλλόμενο υγειονομικό περιβάλλον θέτει σε δοκιμασία την ικανότητα του συστήματος να διατηρεί τις υψηλές προδιαγραφές που έχει σήμερα.

Στην Ελλάδα, η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί πρόκληση. Αρκετές νομοθετικές και θεσμικές ενέργειες έχουν πραγματοποιηθεί, διαχρονικά, με πενιχρά ωστόσο αποτελέσματα. Τα κυριότερα προβλήματα που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα στο Ελληνικό σύστημα υγείας, αλλά και γενικότερα την εύρυθμη λειτουργία του είναι:

- Η έλλειψη ευαισθητοποίησης, εκπαίδευσης και εν γένει κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας στις αρχές και την μεθοδολογία της ποιότητας
- Το ελλιπές νομοθετικό πλαίσιο

- Η μη εφαρμογή των σχετικών νόμων, διατάξεων, κανονισμών, οδηγιών, αποφάσεων
- Η έλλειψη δομών και μηχανισμών που μεριμνούν για την εφαρμογή, διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και η έλλειψη συντονισμού των ήδη υπαρχόντων
- Η έλλειψη μηχανισμού διακρίβωσης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τέλος
- Η μειωμένη εμπιστοσύνη και η χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών.

Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με τις υψηλές δαπάνες, τις οικονομικές και γεωγραφικές ανισότητες, την απουσία ή υπολειτουργία γενικότερων δομών υγείας, την έλλειψη συντονισμού, την χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την οικονομική κρίση είναι μερικά μόνο ζητήματα που καλείται να αντιμετωπίσει σήμερα το ελληνικό υγειονομικό σύστημα.

Θα ήταν παράλειψη να μην υπάρξει αναφορά στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, οι οποίοι πλήττονται κατά τα τελευταία έτη λόγω του μειωμένου προσωπικού και της πανδημίας Covid-19.¹²

Επίσης, στη σύγχρονη εποχή, το ενδιαφέρον έχει στραφεί προς την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.²⁰

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν ως επίκεντρο την επάρκεια των εγκαταστάσεων, των υλικών και του προσωπικού, την παροχή φροντίδας και τους τρόπους βελτίωσης της αποδοτικότητας της, αλλά και τα αποτελέσματα για το χρήστη, στα οποία συμπεριλαμβάνονται η ικανοποίησή του, οι μεταβολές στην κατάσταση της υγείας του, η ενημέρωσή του και οι δείκτες θνησιμότητας. Κατά συνέπεια, η ποιοτική φροντίδα δεν έχει σχέση με τη συχνότητα με την οποία «παρέχεται» η υπηρεσία υγείας, αλλά με στοιχεία, τα οποία έχουν σκοπό τη μοναδικότητα στην παροχή της. Η ικανοποίηση του

ασθενή, αναφέρεται στην προσωπική του εκτίμηση για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε αυτόν, αλλά και για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και για τον τρόπο με τον οποίο προσφέρονται οι υπηρεσίες αυτές. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητο να γνωρίζουν ιατροί και νοσηλευτές τις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών.³¹ Εάν υπάρχουν οι απαραίτητες πληροφορίες, οι οργανισμοί που προσφέρουν τις υπηρεσίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να προσαρμοστούν, αλλά και να προχωρήσουν σε αναδιοργάνωση των υπηρεσιών τους, ώστε να ικανοποιούνται οι προσδοκίες και οι ανάγκες των ασθενών.^{31,32}

Με βάση τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο υγειονομικών συστημάτων διαπιστώνεται ότι η Σουηδία παρέχει υψηλής ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς. Ωστόσο, υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης λόγω των περιορισμένων πόρων και των αυξανόμενων αναγκών των ασθενών. Σχετικά με το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας, συνάγεται το συμπέρασμα ότι πλήττεται σε μεγάλο βαθμό από ποικίλες ελλείψεις οι οποίες δυσχεραίνουν την ικανοποίηση των ασθενών. Χαρακτηριστικά, σημειώθηκαν αρκετές ελλείψεις σε υλικούς, ανθρώπινους πόρους και εγκαταστάσεις αλλά και ανεπαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι αν και το ελληνικό υγειονομικό σύστημα παρουσιάζει αρκετούς περιορισμούς, φαίνεται ότι μπορούν να αντιμετωπιστούν σε ικανοποιητικό βαθμό αν υιοθετηθούν μερικές από τις πολιτικές πρακτικές που εφαρμόζονται στη Σουηδία.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αλλαγές που πρέπει να γίνουν στην Ελλάδα στον τομέα της ποιότητας

Στο γενικότερο πλαίσιο της ανάγκης αναδιάρθρωσης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος και εξορθολογισμού των πόρων που διατίθενται για αυτό, μερικές προτάσεις που ίσως βοηθήσουν στην ανάπτυξη και ενίσχυση της ποιότητας είναι οι εξής:

- Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στις αρχές της ποιότητας και η συνεχής χρήση μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας
- Η σύσταση ή επανασύσταση ή βελτίωση δομών και μηχανισμών, οι οποίοι να είναι αρμόδιοι για την εφαρμογή, διασφάλιση και συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Η τήρηση κατευθυντήριων οδηγιών, κλινικών πρωτοκόλλων και τεκμηριωμένων επιστημονικών δεδομένων από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς

- επίσης και από τους οργανισμούς υγείας
- Η βελτίωση και επικαιροποίηση του ήδη υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου,
 - Η απλούστευση των γραφειοκρατικών διαδικασιών
- Η υιοθέτηση «καλών πρακτικών», που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές από ξένα υγειονομικά μοντέλα, όπως το σουηδικό και ενσωμάτωσή τους στην ελληνική πραγματικότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, Decristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*, 2003;348:2635-2645.
2. Γεωργακάκου Χ. Η ποιοτική διασφάλιση στα Κέντρα Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2000.
3. Dyne P.L, Strauss R.W, Rinnert S. Systems based practice: the sixth care competency. *Acad Emerg Med*, 2002;9(11):1270-1277.
4. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, Ten Asbroek AH, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care*, 2003;15:377-398.
5. Τσουκαλάς Ν, Παπακωστίδη Α. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2012;29(4):480-484.
6. Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ. Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εκδ., Παπασωτηρίου, Αθήνα, 2008.
7. OECD Economic, Environment and Social Statistics, (http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013_factbook2013-en, accessed 29 January 2013) 2013.
8. Al. Assaf Af, Sheikh M. Quality improvement in primary health care. A practical guide. Series 26. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, 2004.
9. Thomson S, Osborn R, Squires D, Reed S.J. International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund. 2011;99-105.
10. Anell A, Glengard A, Merkur S. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, 2012;14 (5).
11. Διαδικτυακή σελίδα European Commission: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/eb_s_411_factsheet_se_en.pdf Ημερομηνία Πρόσβασης: 1-1-2021
12. Κουτελέκος Ι, Πολυκανδριώτη Μ. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2007;6(1):1-7.
13. Σουλιώτης Κ. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, Έκδ., Παπαζήση, Αθήνα, 2000.
14. Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, Έκδ., Βήτα, Αθήνα, 2007.
15. Οικονόμου Χ. Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, επιστημονικές εκθέσεις, Αθήνα, 2012.
16. Kyriopoulos J, Gregory S, Georgoussi E, Dolgeras A. Professional profile of National Health Service

- physicians in Greece and their self-expressed training needs. *J Contin Educ Health Prof.* 2003;23(2):101-8.
17. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos I. Greece in: *Assuring the quality of health care in the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies, 6th FP, MPG Books, 2008.*
18. Παπανικολάου Β. Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. *Αρχές-Μέθοδοι και Εφαρμογές*, 2007;120-125.
19. Dousis E, Vlaxioti E, Kyritsi E, Evagellou E, Prifti S, Polikandrioti M *Health Science Journal, Research article.* 2014; 2 (4): 226-233.
20. Polikandrioti M, Koutelekos I. Patients' needs. *Perioperative Nursing.* 2013;2(2):73-83. (In Greek)
21. Anell A. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Econ Policy Law.* 2011;6(4):549-69.
22. Νικολαΐδου Φ, Κουτσιούμπα Μ, Παυλοπούλου Β, Στανιμεράκης Ι. Η διαδρομή της ποιότητας στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Εργασία στο μάθημα: Διοίκηση Λειτουργιών και Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας*, 2012.
23. Διαδικτυακή σελίδα:
<https://www.sll.se/> Ημερομηνία Πρόσβασης:1-1-2021
24. Πολύζος Ν. Μελέτη Οργάνωσης-Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. 2013;46-48.
25. Διαδικτυακή σελίδα:
<https://www.swedac.se/dokument/en-myndighet-for-kvalitet-och-sakerhet/> Ημερομηνία Πρόσβασης:1-1-2021
26. Διαδικτυακή σελίδα: <https://www.sbu.se/>
Ημερομηνία Πρόσβασης:1-1-2021
27. Sachs M.A.. National Quality Registries in Sweden-influence on quality improvement with a special interest in patient safety. *The Finnish Quality and Patient Safety Congress, Tampere. Karolinska Institutet, 2014.*
28. Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In: Field MJ, LohrKN (eds). *Guidelines for clinical practice. From development to use.* Washington D.C. National Academy Press, 1992.
29. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos I. Sweden in: *Assuring the quality of health care in the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies, 6th FP, MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall U.K., 2008;178-181.*
30. Καλογεροπούλου Μ, Μουρδουκούτας Π. *Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2007.*
31. Κουτελέκος Ι, Χαλιάσος Ν. Προσδοκίες. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2014; 13(2):134-143.
32. Polikandrioti M, Koutelekos I. Patients' needs. *Perioperative nursing (GORNA).* 2013; 2(2):73- 83.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Νομοθετικό Πλαίσιο Που Αφορά Τον Έλεγχο Ποιότητας Στο ΕΣΥ

- Νόμος 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» Στο 9 συνιστάται αυτοτελής οργανική μονάδα με την επωνυμία «Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας» (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.) το οποίο μέχρι και σήμερα δεν έχει λειτουργήσει. Σκοπός της μονάδας αυτής είναι η συνολική αξιολόγηση των μονάδων και υπηρεσιών του ΕΣΥ, ο έλεγχος και η διασφάλιση ποιότητας των υπηρεσιών και η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα στον τομέα των επιστημών υγείας.
- Προεδρικό Διάταγμα 84/2001 «Οι όροι, οι προϋποθέσεις, η διαδικασία και οι προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)» όπου οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. υποχρεούνται να υποβάλλουν αίτηση για να εφοδιαστούν με πιστοποιητικό διασφάλισης ποιότητας του Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.
- Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» στο άρθρο 6 μεταξύ άλλων ορίζεται και Αυτοτελές τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, που προβλέπεται για νοσοκομεία άνω των 400 κλινών, το οποίο υπάγεται απευθείας στο Διοικητή.
- Προεδρικό Διάταγμα 357/2001 «Οργανισμός Κεντρικής Υπηρεσίας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.)» Για να εκπληρώσει το σκοπό και την αποστολή του δημιουργείται μεταξύ άλλων και τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας. Το τμήμα αυτό καθιερώνει και γνωστοποιεί κριτήρια αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων από τις μονάδες του Πε.Σ.Υ. υπηρεσιών υγείας και ελέγχει την εφαρμογή τους, σε συνεργασία με το Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ. και τις συναρμόδιες ελεγκτικές αρχές.
- Νόμος 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» Στο το άρθρο 5 συνιστάται και λειτουργεί στο Υπουργείο το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.). Το όργανο αυτό είναι επιστημονικό, γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό της πολιτείας. Μεταξύ των άλλων αρμοδιοτήτων του γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Το 2012, επαναλειτούργησε μετά από χρόνια.
- Νόμος 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Το άρθρο 9 αναφέρεται στον ηλεκτρονικό φάκελο και την ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Το άρθρο 13 συστήνει φορέα πιστοποίησης των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Ο.Κ.Α ο οποίος κάθε χρόνο θα πρέπει να συντάσσει έκθεση αξιολόγησης.
- Νόμος 3230/2004 «Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις». Σχετικά με την ποιότητα το άρθρο 5 ορίζει ότι η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών μετρώνται με βάση γενικούς και ειδικούς δείκτες. Το άρθρο 6 ορίζει μέσα σε προθεσμία έξι μηνών από τη δημοσίευση του νόμου να συσταθούν στα Υπουργεία μονάδες ποιότητας και αποδοτικότητας σε επίπεδο Διεύθυνσης ή Τμήματος.
- Προεδρικό Διάταγμα 21/2006. Βάσει αυτού συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας. Η Διεύθυνση είναι αρμόδια για τη μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, την εκτίμηση των αποτελεσμάτων και τη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων για την ποιοτική βελτίωση της λειτουργίας του Υπουργείου και των υπηρεσιών που υπάγονται σ' αυτό, σε σχέση με την άσκηση των αρμοδιοτήτων της. Αποτελείται από το τμήμα ερευνών και μετρήσεων αποδοτικότητας και από το τμήμα τεκμηρίωσης, καλύτερων πρακτικών και διαχείρισης παραπόνων.

- Υπουργική απόφαση 76251/22-6-2010 η οποία θέσπισε τον διορισμό πενταμελούς Ομάδας Εργασίας για τις διαδικασίες ποιότητας στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. Η θητεία της έληξε στις 30-6-2012.
- Νόμος 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.»
Το άρθρο 8 αναφέρει ότι στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με δυναμικότητα τετρακοσίων κλινών και άνω συνιστάται άμισθη Επιτροπή Ποιότητας με αρμοδιότητες: 1) το συντονισμό των αυτοτελών τμημάτων Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, 2) την καθιέρωση και γνωστοποίηση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, 3) τη δημιουργία διαδικασιών πιστοποίησης και διαπίστευσης, 4) τον έλεγχο της εφαρμογής των ανωτέρω, σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες του νοσοκομείου. Βάσει του άρθρου 9 σε κάθε νοσοκομείο συνιστάται Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη. Το Γραφείο με επιμέλειά του συντάσσει κάθε έτος έκθεση πεπραγμένων, που περιέχει στατιστικά στοιχεία για την καταγραφή των θεμάτων που προέκυψαν και αντιμετωπίστηκαν, προτάσεις και κάθε άλλο αναγκαίο στοιχείο για την προστασία των δικαιωμάτων και τη βελτίωση της εξυπηρέτησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.
- Νόμος 4025/2011 «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις». Το άρθρο 15 ορίζει ότι το Υπουργείο συντάσσει Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας των μονάδων υγείας, σε θέματα διοικητικά, διαχειριστικά και λογιστικά, η τήρηση του οποίου παρακολουθείται από σύστημα εσωτερικού ελέγχου. Βάσει αυτού σε κάθε δημόσια μονάδα υγείας ορίζεται από έναν μέχρι τρεις εσωτερικοί ελεγκτές και Επιτροπή Ελέγχου, η οποία παρακολουθεί τη διαδικασία της χρηματοοικονομικής πληροφόρησης, την αποτελεσματική λειτουργία των συστημάτων εσωτερικού ελέγχου και διαχείρισης κινδύνων, καθώς και την πορεία του υποχρεωτικού ελέγχου των οικονομικών καταστάσεων.¹⁸

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

- Ε.ΣΥ.Δ.: Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης

Στην Ελλάδα αρμόδιος φορέας για τη διαπίστευση είναι το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης Α.Ε., με τον διακριτικό τίτλο Ε.ΣΥ.Δ. που υπάγεται στο Υπουργείο Ανάπτυξης. Το Ε.ΣΥ.Δ., ιδρύθηκε με το Ν. 3066/2002 και αποτελεί μετεξέλιξη του Εθνικού Συμβουλίου Διαπίστευσης, που λειτουργούσε στο Υπουργείο Ανάπτυξης από το 1994, με τον ίδιο διακριτικό τίτλο. Αποτελεί, με βάση την ορολογία του ISO 17000, αρχή αναγνώρισης (designating authority), δηλαδή είναι φορέας που έχει ιδρυθεί ή υποστηρίζεται από το κράτος, ώστε να αναγνωρίζει, μεταξύ άλλων, φορείς αξιολόγησης συμμόρφωσης (πιστοποίησης) και κατέχει το δικαίωμα να άρει προσωρινά, να κωλύει ή και να παύει οριστικά την οποιαδήποτε αναγνώριση παρέχει.

- ΕΛΟΤ: Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης

Ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης Ανώνυμη Εταιρεία (ΕΛΟΤ Α.Ε.) είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου και ιδρύθηκε με το άρθρο 1 του Νόμου 372/1976. Από το 1997, ο ΕΛΟΤ λειτουργεί ως Ανώνυμη Εταιρεία. Ο ΕΛΟΤ χρηματοδοτείται από το κράτος, εποπτεύεται από το Υπουργείο Ανάπτυξης και διοικείται από Διοικητικό Συμβούλιο.

- ISO: International organization of standardization

Το πρότυπο ISO παρέχει πρότυπα βάσει των οποίων οι οργανώσεις ή οι φορείς μπορούν να πιστοποιηθούν από διαπιστευμένους ελεγκτές. Η σειρά ISO 9000 χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της φροντίδας υγείας. Τα βασικά τμήματα που θα πρέπει να καλύπτονται από το σύστημα ποιότητας είναι τα ακόλουθα:

- Υποδομή: άνθρωποι, τεχνογνωσία, περιβάλλον χώρος, ιατροτεχνολογική υποδομή, εγκαταστάσεις.
- Διεργασίες: σύνολο μεθόδων και τεχνικών που εφαρμόζονται σε επίπεδο μεμονωμένης κλινικής, εργαστηρίου κ.λπ., αλλά και διατμηματικά με εμπλοκή περισσότερων τμημάτων, τομέων και υπηρεσιών.
- Αποτελέσματα: δείκτες παρακολούθησης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Επίσης, το Πρότυπο ISO 9001:2000 περιλαμβάνει ένα σύνολο προαπαιτούμενων για την διοίκηση της ποιότητας. Σύστημα Περιβαλλοντικής Διαχείρισης (Environment Management System), ISO 14000/ISO 14001. Τα πρότυπα της σειράς ISO 14000 είναι γενικού σκοπού ως προς τη δυνατότητα εφαρμογής τους και αποτελούν μια συνεκτική σειρά προτύπων για την περιβαλλοντική διαχείριση. Στόχοι του προτύπου είναι η προστασία του περιβάλλοντος και η πρόληψη της ρύπανσης σε ισορροπία με τη λειτουργία των μονάδων υγείας