

# FORUM ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

irforum  
ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

2η Συνάντηση / 1η Περίοδος

Παραρτήμας  
Μουσίου 57  
11524 Αθήνα  
Τηλ. 210 4213200  
E-mail: info@irforum-asso.gr

« Η ΕΠΟΜΕΝΗ ΜΕΡΑ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ »

17-19 ΜΑΪΟΥ 2024  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΟΛΙΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ  
ΔΕΛΦΩΝ

www.healthpolicy.gr

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΑΡΧΗ (Ε.Ε.Α.Α.)  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (Ε.Π.Α.Α.)»  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (Ε.Π.Α.Α.)»

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΑΡΧΗ (Ε.Ε.Α.Α.)  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (Ε.Π.Α.Α.)»  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (Ε.Π.Α.Α.)»

Εργαλεία για την εφαρμογή  
ασφαλιστικής πολιτικής

Δάφνη Καϊτελίδου

# Εργαλεία για την άσκηση τεκμηριωμένης πολιτικής

Χρηματοδότηση

Χαρτογράφηση και συστηματική ανάλυση αναγκών υγείας διασύνδεση με προσφορά (ποιότητα και ποσότητα δεδομένων)

Ποιότητα-πλαίσιο διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας

Health Technology Assessment

Ενίσχυση της ανθεκτικότητας οργανισμών και συστήματος υγείας

# 1. Χαρτογράφηση και συστηματική ανάλυση αναγκών υγείας διασύνδεση με προσφορά

**Ανθρώπινο Δυναμικό:  
building block**

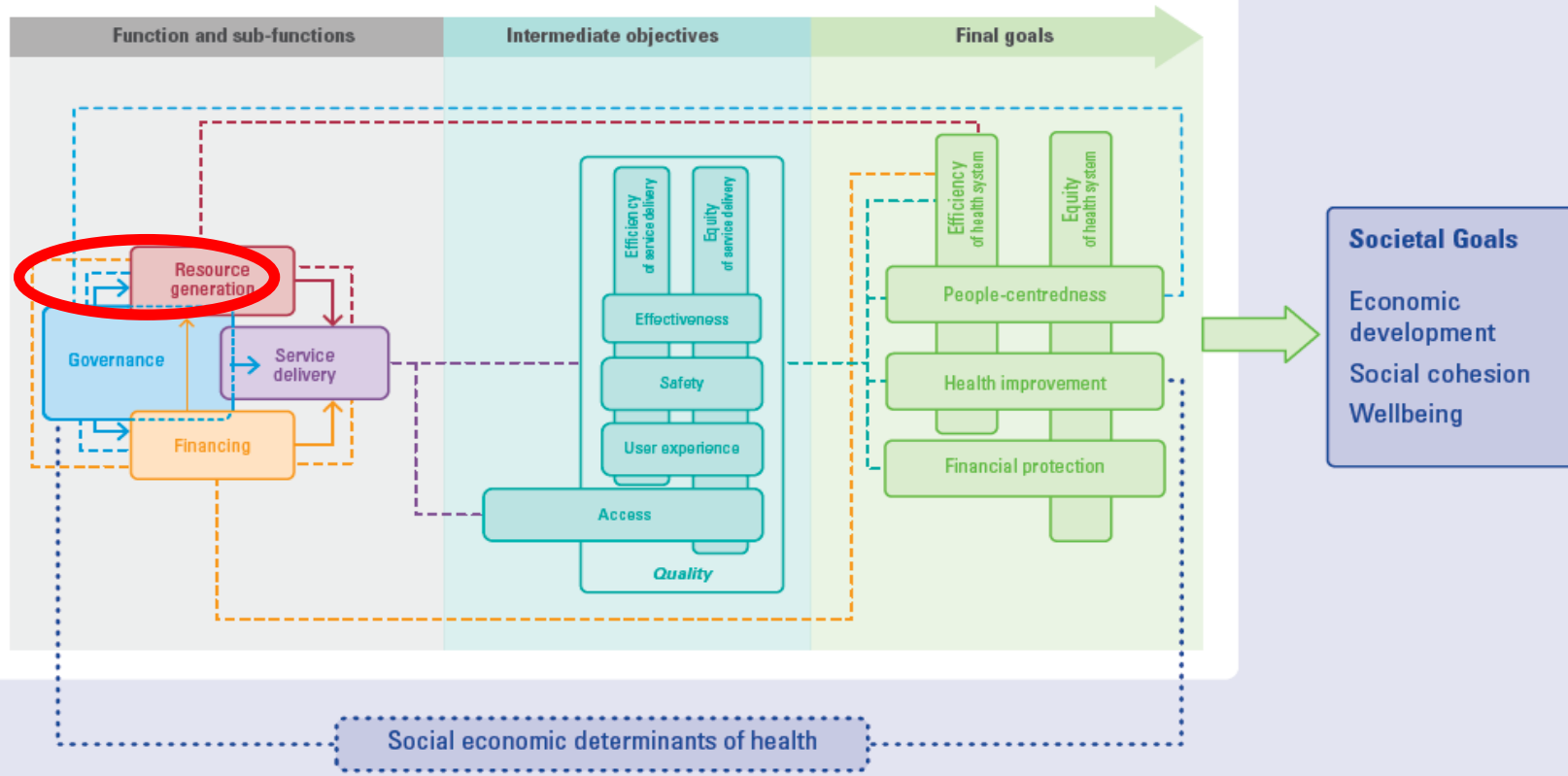


# HSPA Framework for Universal Health Coverage

Context (social, economic political and cultural), shocks



## HSPA Framework for Universal Health Coverage

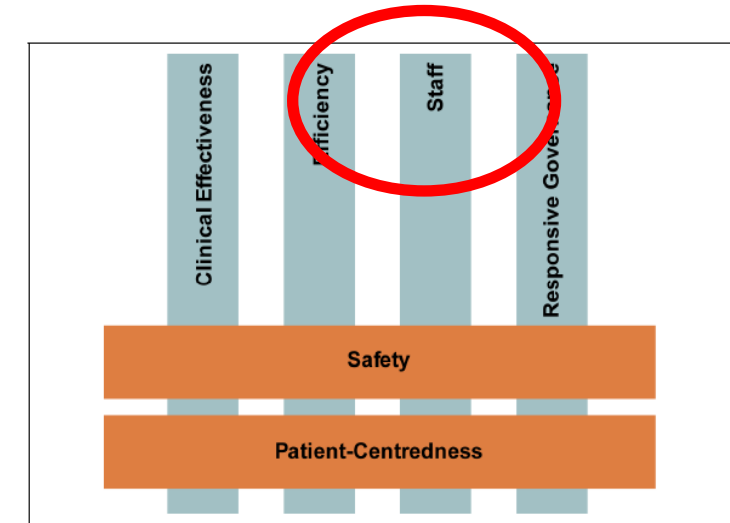


→ Structural / functional links

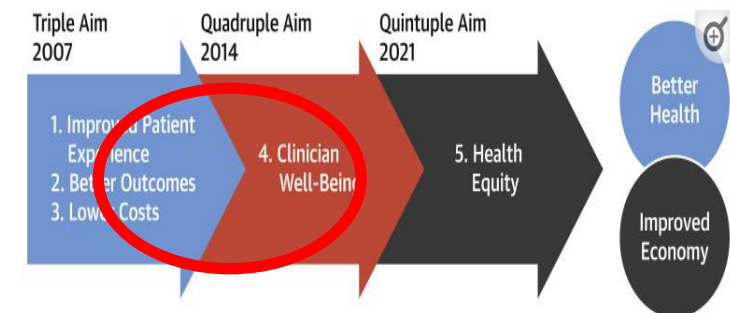
- - - Performance links within health system

· · · Intersectoral performance links

# PATH-Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals

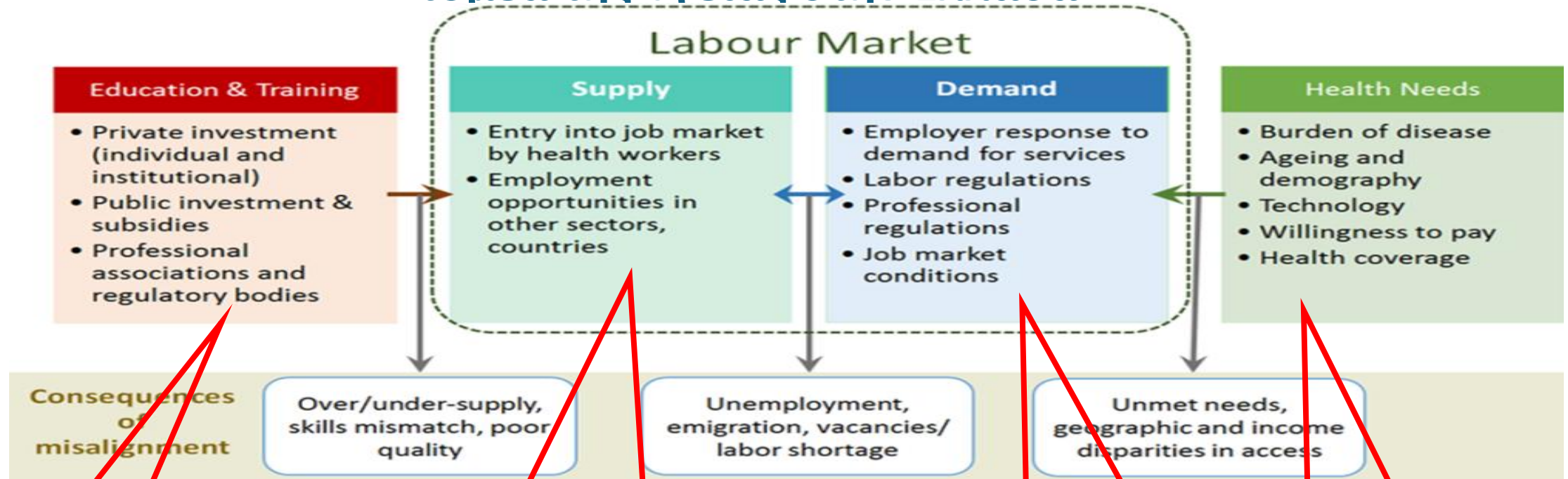


# IHI: From Triple to Quintuple Aim



Evolution to the Quintuple Aim

# Ανάλυση των Βασικών Προκλήσεων της Αγοράς Ανθρώπινου Δυναμικού στον τομέα της Υγείας στην Ελλάδα



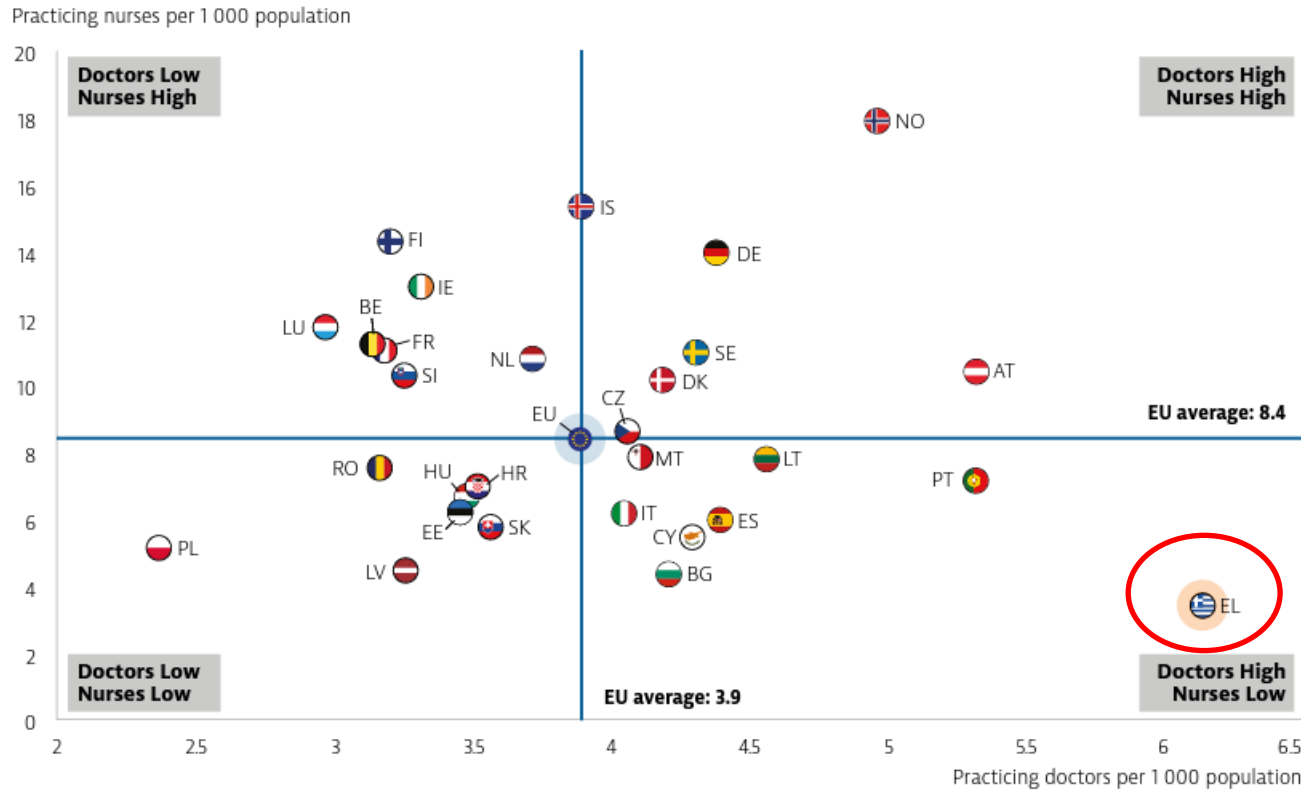
- Συνεργασία μεταξύ βασικών φορέων
- Αναντιστοιχία μεταξύ των αναγκών στελέχωσης και των αποφοίτων

- Ανορθολογική κατανομή δυναμικού που οδηγεί σε υπο-στελέχωση της ΠΦΥ και σε υπερ-πληθώρα ειδικών γιατρών
- Θέσεις εργασίας που δεν ευθυγραμμίζονται με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού
- Οι συνθήκες της προσφοράς ΑΔΥ δίνουν κίνητρα για άσκηση ιδιωτικού έργου

- Γεωγραφικές ανισορροπίες/ αναντιστοιχία μεταξύ του ΑΔΥ και των αναγκών σε απομακρυσμένες/νησιωτικές περιοχές
- Απουσία αποτελεσματικών κινήτρων για την πρόσληψη και παραμονή των επαγγελματιών υγείας στο σύστημα

- Γηράσκων πληθυσμός, μεταναστευτικές ροές
- 2η υψηλότερη θέση αυτό-αναφερόμενων μη ικανοποιημένων αναγκών για ιατρική εξέταση στην ΕΕ (αφορά κυρίως σε άτομα από νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα)

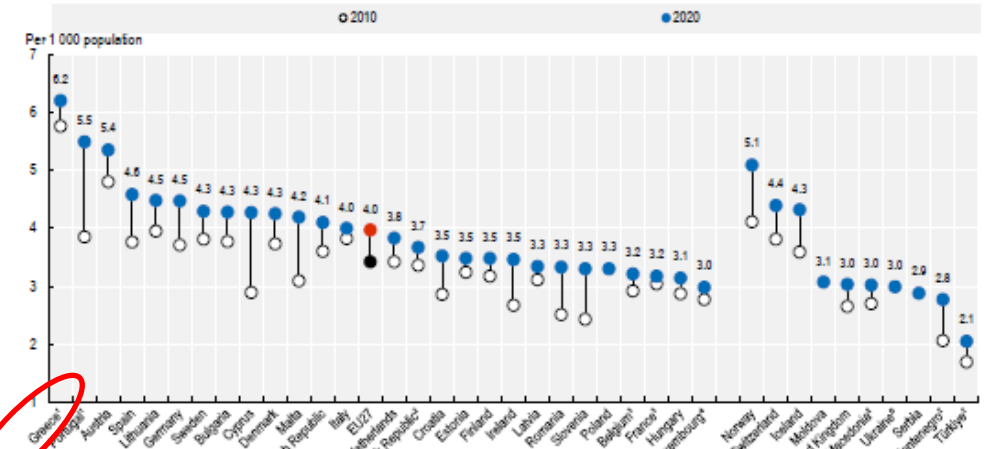
# Ιατροί και νοσηλευτές ανά 1.000 πληθ., 2019



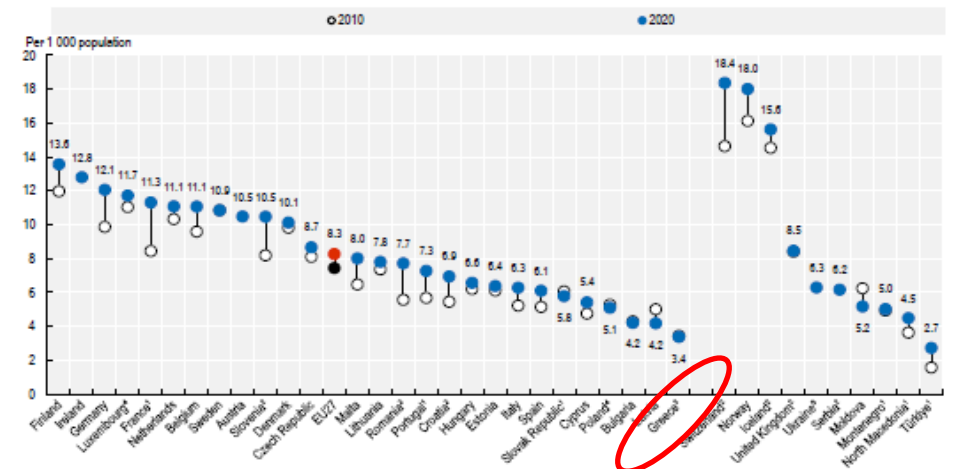
Note: The EU average is unweighted. In Portugal and Greece, data refer to all doctors licensed to practise, resulting in a large overestimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30 % in Portugal). In Greece, the number of nurses is underestimated as it only includes those working in hospitals.  
Source: Eurostat Database (data refer to 2019 or the nearest year).

**Ανισορροπία στο διαθέσιμο αριθμό ιατρών σε σύγκριση με τον διαθέσιμο αριθμό νοσηλευτών**

## Ιατροί ανά 1.000 πληθ., 2010 και 2020



## Νοσηλευτές ανά 1.000 πληθ., 2010 και 2020

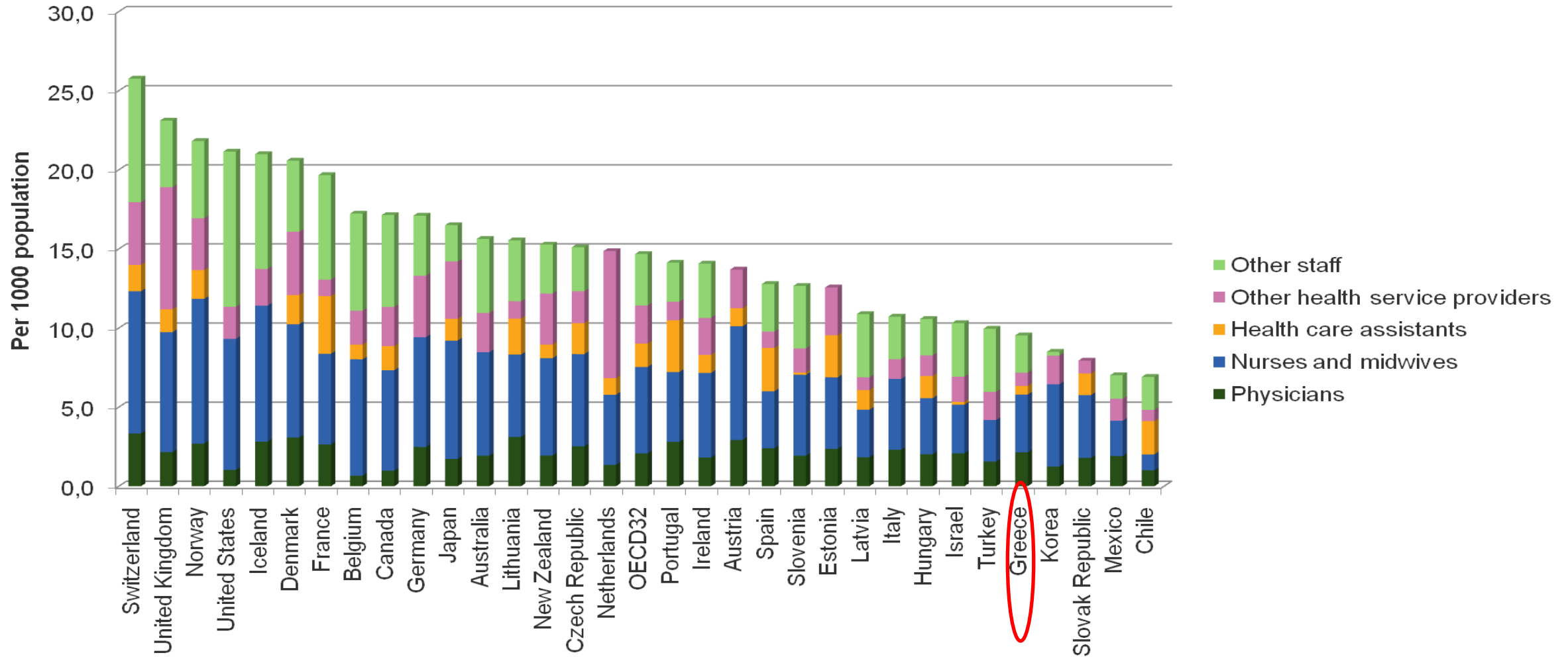


# Γεωγραφική κατανομή ιατρών, ανά 100 χιλιάδες κατοίκους, 2012-2020

ΕΤΗ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Ελλάδα</b>	577,98	581,26	586,70	590,21	612,21	606,62	610,40	616,12	<b>619,50</b>
Αττική	742,90	746,60	753,88	753,96	807,88	791,92	791,98	813,51	<b>821,55</b>
Ήπειρος	586,73	596,63	666,87	677,83	666,29	667,87	695,18	666,61	714,15
Κεντρική Μακεδονία	591,36	603,51	604,91	610,98	620,92	612,71	625,16	613,53	615,72
Κρήτη	611,69	612,70	631,02	627,55	621,28	636,09	622,81	610,65	593,24
Θεσσαλία	473,70	483,75	496,28	505,36	511,50	522,26	521,27	531,19	525,93
Νησιά Ιονίου	407,79	451,55	429,20	436,11	459,70	483,91	519,06	525,28	513,91
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	480,29	478,04	479,62	496,62	498,80	494,86	496,96	510,88	513,69
Δυτική Ελλάδα	482,59	481,21	481,57	484,08	488,20	500,97	491,23	494,85	493,81
Πελοπόννησος	384,55	376,10	359,24	356,05	380,62	369,92	379,95	385,66	394,83
<b>Νότιο Αιγαίο</b>	339,09	331,02	324,94	347,34	333,94	332,72	346,91	370,19	<b>366,32</b>
<b>Βόρειο Αιγαίο</b>	397,43	374,32	396,19	372,77	373,17	365,93	360,45	320,01	<b>314,58</b>
<b>Δυτική Μακεδονία</b>	302,80	304,63	298,31	330,75	358,31	356,57	355,07	343,82	<b>310,20</b>
<b>Στερεά Ελλάδα</b>	303,99	299,29	302,43	300,47	290,93	287,21	304,43	312,24	<b>309,35</b>

# ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

## Ανθρώπινο δυναμικό ανά 1000 κατ., 2019



Πηγή: OECD Health Statistics 2021



# Τα υψηλότερα ποσοστά νοσηλευτών (στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού) συσχετίζονται με καλύτερες εκβάσεις για τους ασθενείς

Πολυκεντρική μελέτη σε **425 Νοσοκομεία σε 6 χώρες**: Βέλγιο, Αγγλία, Φινλανδία, Ιρλανδία, Ισπανία και Ελβετία

Κάθε αύξηση κατά **10 μονάδες** στο ποσοστό των νοσηλευτών στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού σχετιζόταν με **χαμηλότερες πιθανότητες**:

Ενδονοσοκομειακής θνητότητας σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή	11% (95% ΔΕ 2-20%, p=0.018)
Εμφάνισης ελκών πίεσης	15% (95% ΔΕ 2-27%, p=0.027)
Πτώσεων ασθενών με τραυματισμό	20% (95% ΔΕ 9-29%, p=0.001)
Εκδήλωσης νοσοκομειακών λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος	12% (95% ΔΕ 1-22%, p=0.049)
Κακής αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας του Νοσοκομείου από τους ασθενείς	11% (95% ΔΕ 2-20%, p=0.016)
Κακής αξιολόγησης της ασφάλειας από τους ασθενείς	15% (95% ΔΕ 1-27%, p=0.040)
Υψηλών ποσοστών αναφοράς επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών	11% (95% ΔΕ 1-20%, p=0.043)
Υψηλών ποσοστών δυσαρέσκειας των νοσηλευτών από την εργασία τους	9% (95% ΔΕ 1-17%, p=0.025)

Κατά μέσο όρο, αντιστοιχούσαν ανά βάρδια:

- ✓ 6 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτή για κάθε 25 ασθενείς,
- ✓ 4 από τους οποίους ήταν νοσηλευτές



Η αντικατάσταση ενός βοηθού νοσηλευτή από έναν νοσηλευτή για κάθε 25 ασθενείς σχετιζόταν με **21% μείωση θνητότητας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας**



# Νοσηλευτική στελέχωση και εκβάσεις ασθενών στα νοσοκομεία

Αύξηση κατά 1 ασθενή στον φόρτο εργασίας των νοσηλευτών



αύξησε την πιθανότητα ενδονοσοκομειακής θνητότητας εντός 30 ημερών από την εισαγωγή κατά 7%

Αύξηση κατά 10% των πτυχιούχων νοσηλευτών



συσχετίσθηκε με μείωση της πιθανότητας θανάτου κατά 7%

Νοσηλευτική στελέχωση με νοσηλευτές ΠΕ (και MSc) κατά **60%** (στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού) και με δείκτη στελέχωσης 1 νοσηλευτή/6 ασθενείς



30% χαμηλότερη ενδονοσοκομειακή θνητότητα σε σχέση με νοσοκομεία με δείκτες στελέχωσης 1νοσηλευτή/8 ασθενείς και % ΠΕ νοσηλευτών 30%

# Περισσότεροι νοσηλευτές οδηγούν στην παροχή καλύτερης φροντίδας και μικρότερο κόστος

## Πολυκεντρική μελέτη στην Αυστραλία

Οι εκβάσεις για τους ασθενείς βελτιώνονται όταν οι νοσηλευτές φροντίζουν λιγότερους ασθενείς και η επένδυση σε περισσότερους νοσηλευτές αποδίδει δύο φορές τη δαπάνη της

### Οφέλη από τη μείωση του φόρτου εργασίας κατά 1 ασθενή ανά νοσηλευτή



#### Θάνατοι

Μείωση ενδονοσοκομειακής θνητότητας σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή κατά 7%



#### Επανεισαγωγές

7% λιγότεροι ασθενείς επέστρεψαν στο νοσοκομείο μέσα σε μια εβδομάδα



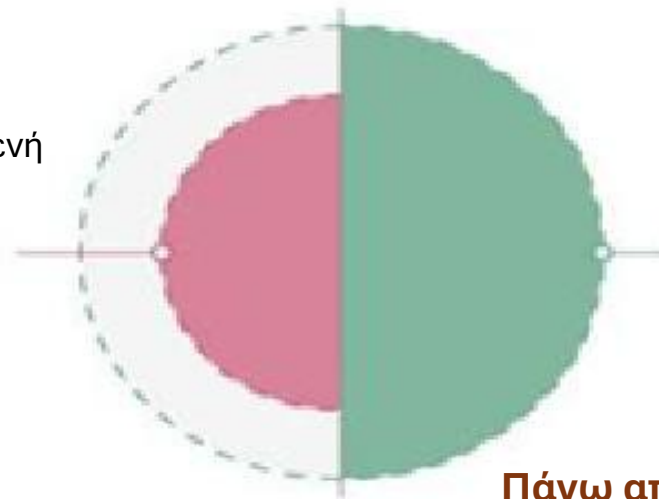
#### Διάρκεια Παραμονής

Ο ασθενής έφυγε από το νοσοκομείο 3% πιο γρήγορα

### Οικονομικός αντίκτυπος της μείωσης του φόρτου εργασίας κατά 1 ασθενή ανά νοσηλευτή

Κόστος για την πρόσληψη 167 νοσηλευτών για τη μείωση του φόρτου εργασίας κατά 1 ασθενή ανά νοσηλευτή

**33 εκ. AUD  
σε διάστημα 2 ετών**



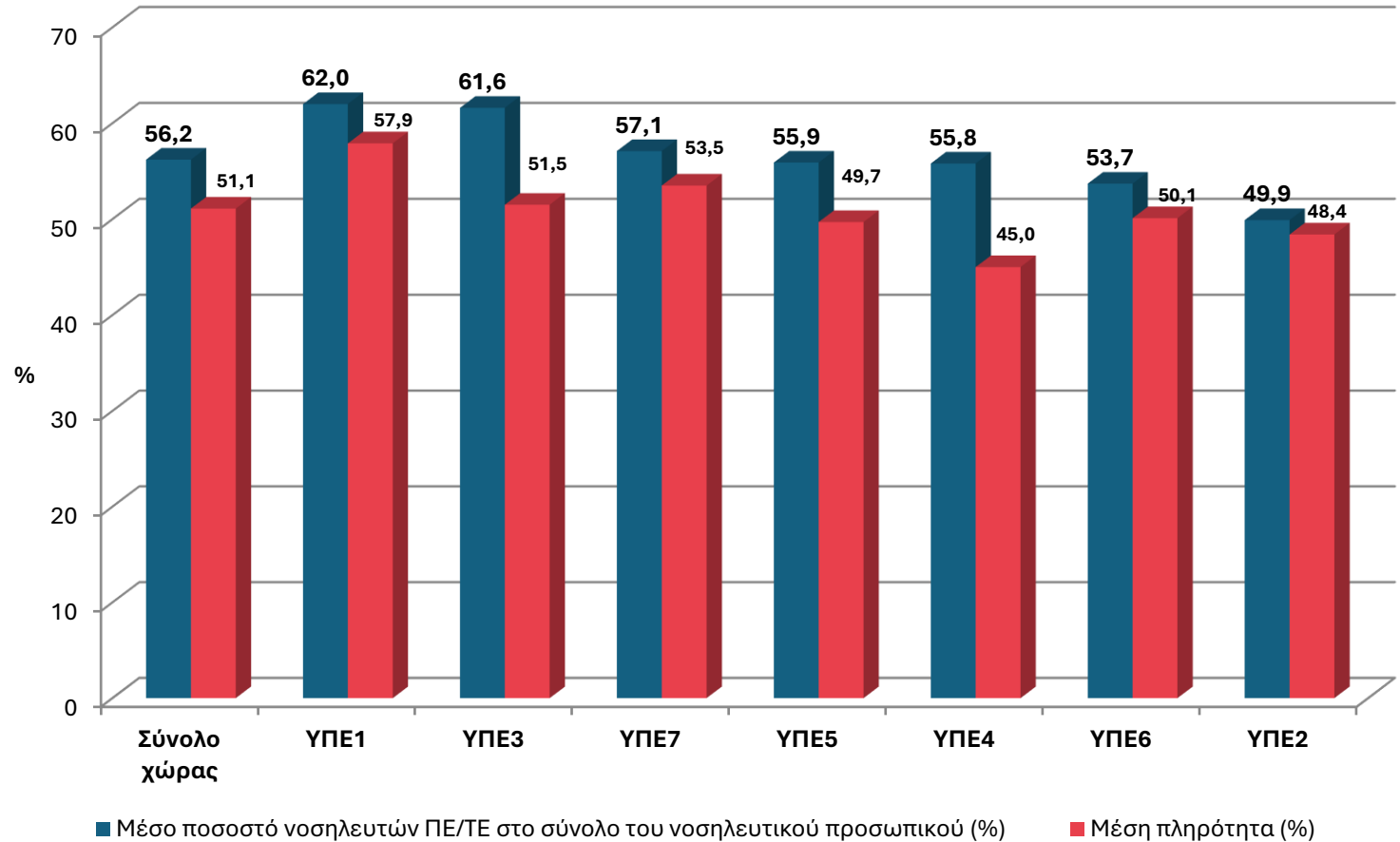
**Εξοικονόμηση:** Το κόστος που αποφεύχθηκε λόγω μειωμένων εισαγωγών και μικρότερης διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο

**69 εκ. AUD  
σε διάστημα 2 ετών**

**Πάνω από το διπλάσιο του κόστους των νέων προσλήψεων!!**

## Ελληνική πραγματικότητα: σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού και δείκτες στελέχωσης

	Μέσο ποσοστό νοσηλευτών ΠΕ/ΤΕ στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού (%)	Μέση πληρότητα (%)
Σύνολο χώρας	56,2	51,1
ΥΠΕ1	62,0	57,9
ΥΠΕ3	61,6	51,5
ΥΠΕ7	57,1	53,5
ΥΠΕ5	55,9	49,7
ΥΠΕ4	55,8	45,0
ΥΠΕ6	53,7	50,1
ΥΠΕ2	49,9	48,4



Η αύξηση του μέσου ποσοστού στελέχωσης με νοσηλευτές ΠΕ/ΤΕ σχετιζόταν με μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας ( $p=0,001$ )

# ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

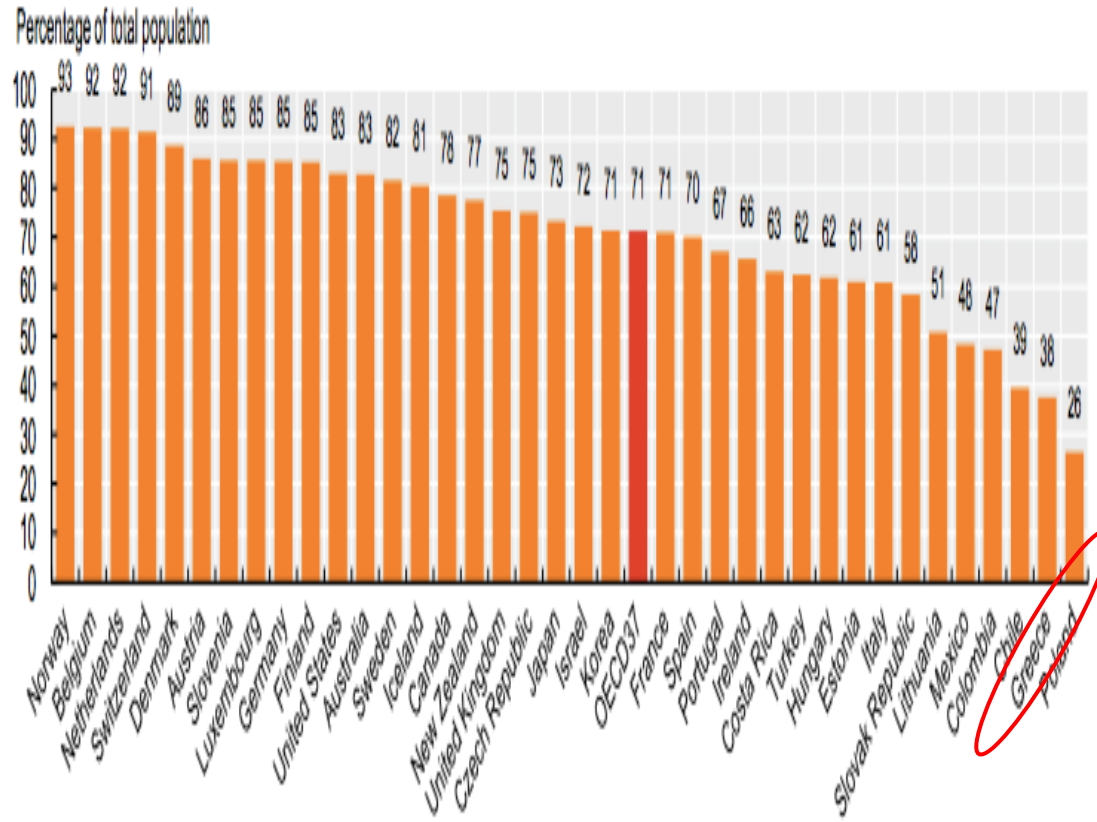
## Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό Νοσοκομείων

Μείγμα νοσηλευτικής στελέχωσης, αριθμός ιατρών και νοσηλευτών ανά κατειλημμένη κλίνη, πληρότητα και μέση διάρκεια νοσηλείας, 2021

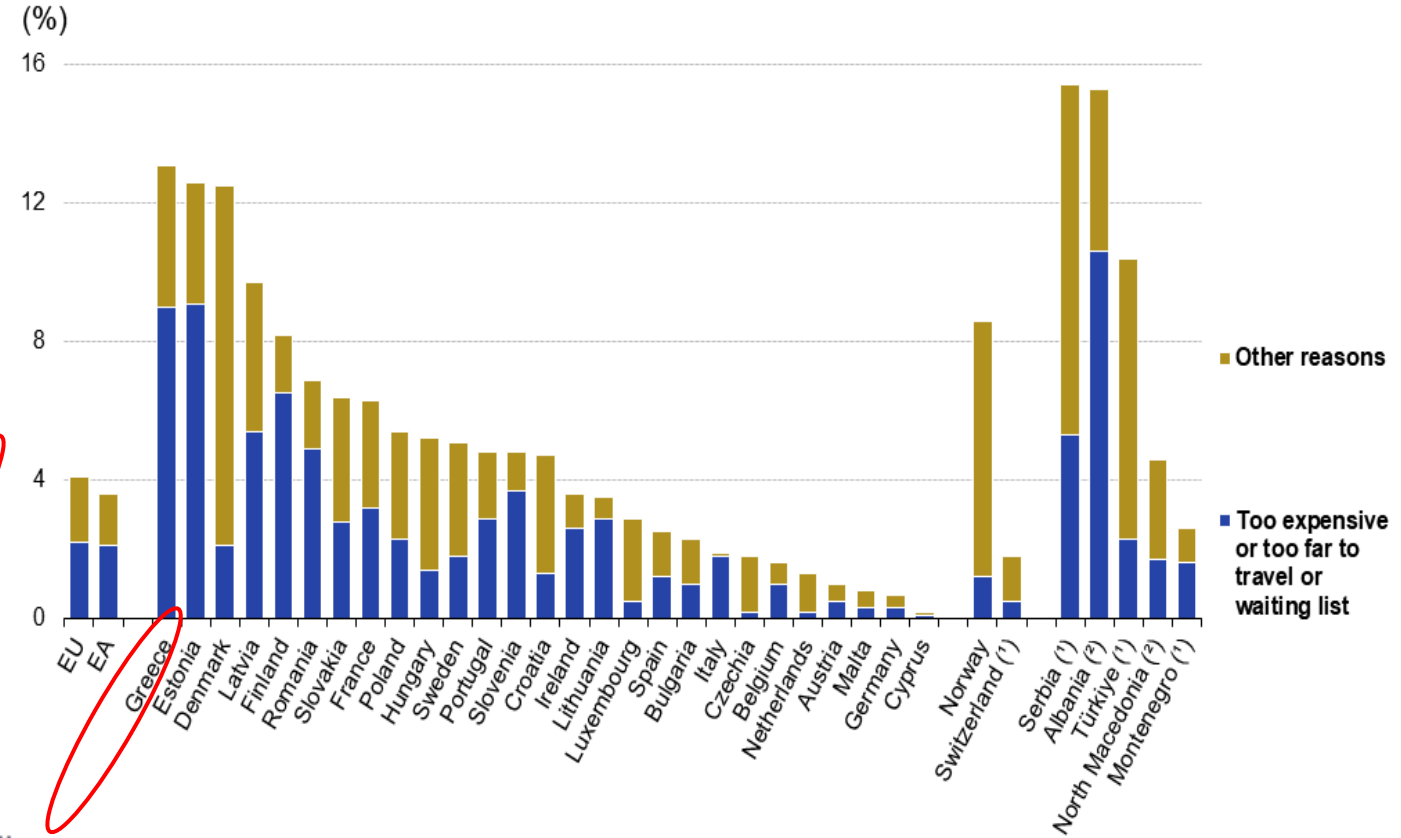
	Λοιπά Τριτοβάθμια Νοσοκομεία < 200 κλινών	Λοιπά Τριτοβάθμια Νοσοκομεία > 200 κλινών	Μεγάλα Τριτοβάθμια Νοσοκομεία	Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και Νοσοκομεία με παν/κές κλίνες
Μέσο ποσοστό νοσηλευτών ΠΕ/ΤΕ στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού (%)	53,8%	56,9%	61,8%	66,7%
Αριθμός Νοσηλευτών ΠΕ/ΤΕ ανά κατειλημμένη κλίνη	2,9	2,1	1,8	1,7
Αριθμός Ιατρών ανά κατειλημμένη κλίνη (δεδομένα 2019)	1,2	0,9	1,2	1,6
Πληρότητα	42,4%	54,0%	62,2%	70,2%
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	3,8	4,7	4,3	4,1

Πηγή: MoH Business Intelligence System, 2022

# Ικανοποίηση πληθυσμού από τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας (2020) και Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (2022)



Share of persons aged 16 years or over reporting unmet needs for medical examination or treatment, 2022 (%)



Source: Gallup World Poll 2020 (database).

StatLink <https://stat.link/n1g468>

(1) 2021.

(2) 2020.

Source: Eurostat (online data code: hlth\_silc\_08)



Αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας με  
έμφαση στα αποτελέσματα υγείας

Δείκτες Ποιότητας  
Λειτουργικοί δείκτες

Νομοί των οποίων  
πάνω από το 30% του  
συνόλου των μόνιμων  
κατοίκων τους που  
χρειάστηκαν νοσηλεία  
μετέβησαν σε  
νοσοκομεία εκτός των  
Νομών αυτών.

## ΔΙΑΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΡΟΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ – Ποσοστιαία Διαφορά εξελθόντων βάσει έδρας θεραπευτηρίου και βάσει τόπου κατοικίας

ΝΟΜΟΣ, 2015	ΥΠΕ	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΒΑΣΕΙ ΕΔΡΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΒΑΣΕΙ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ ΒΑΣΕΙ ΕΔΡΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ -ΒΑΣΕΙ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	% ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΟΠΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΠΡΟΣ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
ΝΟΜΑΡΧΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	1Η	109	44.358	- 44.249	-99,8%
ΚΥΚΛΑΔΩΝ	2Η	3.659	10.899	- 7.240	-66,4%
ΓΡΕΒΕΝΩΝ	3Η	3.558	5.194	- 1.636	-31,5%
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	3Η	3.567	5.931	- 2.364	-39,9%
ΠΙΕΡΙΑΣ	3Η	9.211	15.769	- 6.558	-41,6%
ΦΛΩΡΙΝΗΣ	3Η	3.161	6.598	- 3.437	-52,1%
ΚΙΛΚΙΣ	4Η	7.338	11.990	- 4.652	-38,8%
ΣΕΡΡΩΝ	4Η	15.522	25.502	- 9.980	-39,1%
ΡΟΔΟΠΗΣ	4Η	7.840	13.265	- 5.425	-40,9%
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	4Η	6.216	13.477	- 7.261	-53,9%
ΤΡΙΚΑΛΩΝ	5Η	12.870	18.982	- 6.112	-32,2%
ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ	5Η	11.640	17.504	- 5.864	-33,5%
ΒΟΙΩΤΙΑΣ	5Η	6.959	13.008	- 6.049	-46,5%
ΕΥΒΟΙΑΣ	5Η	11.740	22.283	- 10.543	-47,3%
ΦΩΚΙΔΟΣ	5Η	1.320	3.106	- 1.786	-57,5%
ΦΘΙΩΤΙΔΟΣ	5Η	2.945	10.338	- 7.393	-71,5%
ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	6Η	3.986	7.137	- 3.151	-44,2%
ΗΛΕΙΑΣ	6Η	9.883	18.125	- 8.242	-45,5%
ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	6Η	7.773	14.847	- 7.074	-47,6%
ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	6Η	13.552	26.348	- 12.796	-48,6%
ΛΕΥΚΑΔΟΣ	6Η	1.428	3.278	- 1.850	-56,4%
ΠΡΕΒΕΖΗΣ	6Η	3.614	8.823	- 5.209	-59,0%
ΡΕΘΥΜΝΗΣ	7Η	7.841	12.062	- 4.221	-35,0%



Αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας με  
έμφαση στα αποτελέσματα υγείας  
Δείκτες Ποιότητας Λειτουργικοί δείκτες

Νομοί που δέχονται  
μόνιμους κατοίκους  
άλλων Νομών που  
χρειάστηκαν νοσηλεία

## ΔΙΑΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΡΟΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ – Ποσοστιαία Διαφορά εξελθόντων βάσει έδρας θεραπευτηρίου και βάσει τόπου κατοικίας

ΝΟΜΟΣ, 2015	ΥΠΕ	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΒΑΣΕΙ ΕΔΡΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΒΑΣΕΙ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ ΒΑΣΕΙ ΕΔΡΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ - ΒΑΣΕΙ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	% ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΟΠΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΠΡΟΣ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
ΝΟΜΑΡΧΙΑ ΑΘΗΝΩΝ	1Η	543.579	351.372	192.207	54,7%
ΝΟΜΑΡΧΙΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	1Η	79.236	71.675	7.561	10,5%
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	3Η	217.304	147.649	69.655	47,2%
ΕΒΡΟΥ	4Η	27.204	21.796	5.408	24,8%
ΛΑΡΙΣΗΣ	5Η	50.465	38.541	11.924	30,9%
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	6Η	39.598	23.679	15.919	67,2%
ΑΧΑΪΑΣ	6Η	52.585	39.841	12.744	32,0%
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	7Η	50.979	38.803	12.176	31,4%



## 2. Ποιότητα-πλαίσιο διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας



# Ποιότητα ΥΓ και Ασφάλεια Ασθενών στην Ελλάδα

**ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

1 Αυγούστου 2020 **ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ** Αρ. Φύλλου 149

**ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4715**  
Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας - Ύψωση και καταστατικό του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (Ο.Δ.Π. Υ.Α.Ε.), άλλες επείγουσες διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.

**Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**  
Εκδίδωμε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**  
**ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**  
Άρθρο 1: Έκταση  
Άρθρο 2: Πεδίο εφαρμογής  
Άρθρο 3: Ορισμοί

**ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**  
Άρθρο 4: Σύσταση και σκοπός του «Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε.»  
Άρθρο 5: Αρμοδιότητες του Ο.Δ.Π.Υ.  
Άρθρο 6: Διαδικασία αξιολόγησης  
Άρθρο 7: Στάδια αξιολόγησης  
Άρθρο 8: Κριτήρια και δείκτες αξιολόγησης  
Άρθρο 9: Ανταμοιβή επιτυχούς αξιολόγησης  
Άρθρο 10: Διαδικασία μέτρα-καρώσεως  
Άρθρο 11: Διαδικασία προστασίας  
Άρθρο 12: Έργο του Ο.Δ.Π.Υ.  
Άρθρο 13: Θέματα προσωπικού  
Άρθρο 14: Συνεργασία με το Ύψωμα Νήσους για την υλοποίηση άμεσων διασφαλίσεων της ποιότητας και άλλων των ενδονοσοκομειακών λειτουργιών  
Άρθρο 15: Προγραμματικές συμβάσεις και μετρίμια συνεργασιών  
Άρθρο 16: Καταστατικό Ο.Δ.Π.Υ.

**ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ**  
Άρθρο 17: Μεταφορά ασθενών με κορωνοϊό-COVID-19  
Άρθρο 18: Παράταση για άδεια παραγωγής αντισηπτικών για την αντιμετώπιση του κορωνοϊού COVID-19

Άρθρο 19: Μετακίνηση προσωπικού  
Άρθρο 20: Μετατροπή χρήσης κλινών για την καταπολέμηση της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19  
Άρθρο 21: Διαδικασία αποδοχής διαρείων προς τον Ε.Ο.Υ. για την καταπολέμηση του κορωνοϊού COVID-19  
Άρθρο 22: Σοφική καθήκοντων Προέδρου και Αντιπροέδρου του Ε.Ο.Φ. - Τροποποίηση του άρθρου 5 του ν. 1316/1983  
Άρθρο 23: Εθνικό Σημείο Επαφής Ηλεκτρονικής Υγείας  
Άρθρο 24: Παράταση ισχύος ρυθμίσεων για την αντιμετώπιση επείγουσων αναγκών λόγω του κορωνοϊού COVID-19  
Άρθρο 25: Εκτέλεση δόμητης συνταγής από φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.  
Άρθρο 26: Ρυθμίσεις για την άσκηση συνταγογράφησης  
Άρθρο 27: Εισπροση αμοιβής για την επίσημη πολιτών κρετών-μικρών ΕΕ/ΕΟΚ/Ελβετίας και υπηκόων τρίτων χωρών, μη νόμιμων κατοίκων Ελλάδας  
Άρθρο 28: Διοίκηση Υγειονομικών Περιφερειών  
Άρθρο 29: Θέματα χορήγησης αδείων έλευσης φαρμακείου  
Άρθρο 30: Κριτήρια Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
Άρθρο 31: Χρήση καταστολής και ανάλγησιών κατά την ανδρική ούρηση  
Άρθρο 32: Σύσταση θέσεων ειδικομένων νοσηλευτών-Προϊόντων σε απόκτηση νοσηλευτικής αδειοδότησης και εξειδίκευσης  
Άρθρο 33: Ποσό μηνιαίας φαρμακειακής δαπάνης ΕΟ.Α.  
Άρθρο 34: Αιτήσεις για χορήγηση άδειας ομοτιμότητας  
Άρθρο 35: Κοινοποίηση – αδειοδότηση νέων προϊόντων καπνού (Άρθρο 19 της Οδηγίας 2014/40/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 3ης Απριλίου 2014, για την προσέγγιση των νομοθεσιών, κανονισμών και διατάξεων διατάξεων των κρατών-μελών σχετικά με την κατασκευή, την παραγωγή και την πώληση προϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων και την κατάργηση της Οδηγίας 2001/37/ΕΚ)

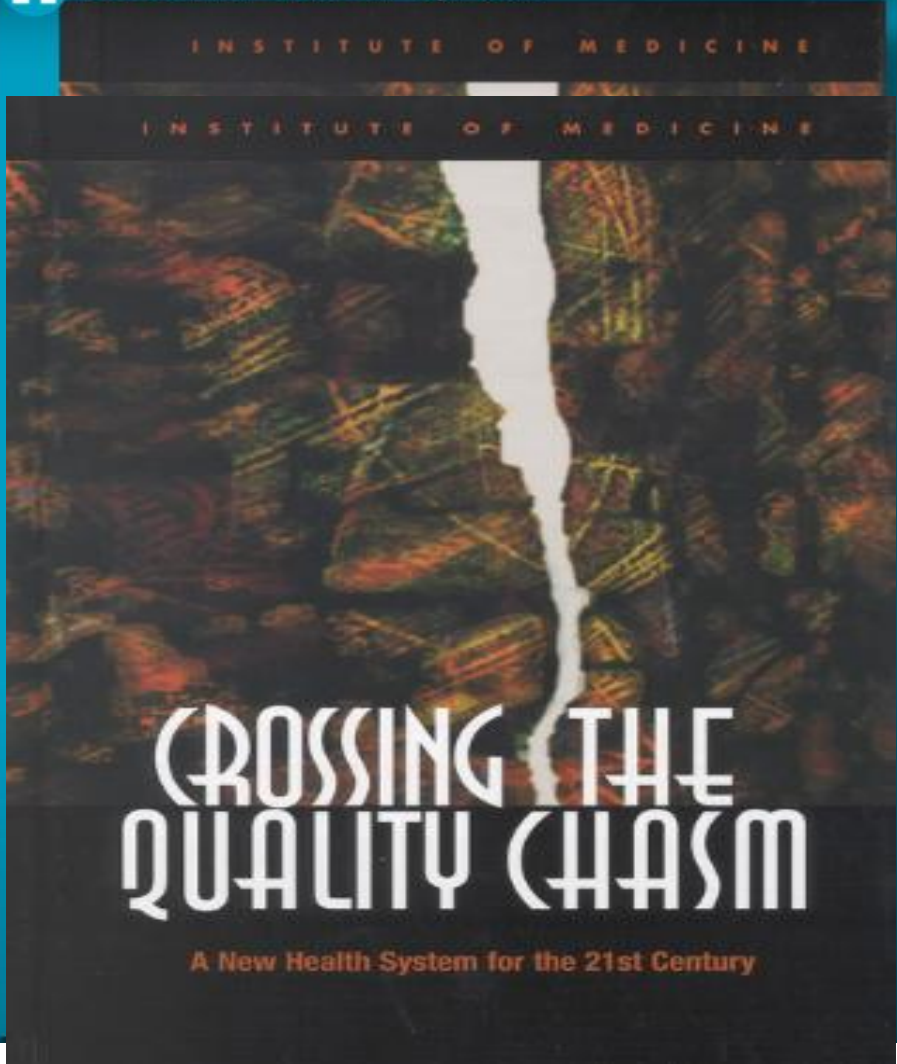
## ΟΡΑΜΑ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗ

Η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μέσω της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Η διασφάλιση καθολικής κάλυψης υγείας και ισότιμης πρόσβασης, σε στενή συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς ώστε να προκύψει τεκμηριωμένος στρατηγικός σχεδιασμός (data driven)



# IOM - Committee of Quality in Healthcare in America, 2001



An Overview of the IHI Triple Aim

INSTITUTE OF MEDICINE

INSTITUTE OF MEDICINE

CROSSING THE QUALITY CHASM

A New Health System for the 21st Century

## Six Domains of Health Care Quality

- Safe
- Effective
- Patient-centered
- Timely
- Efficient
- Equitable

←

Αναζήτηση Παρακολο... Κοινοποίη... Πλη...

# ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

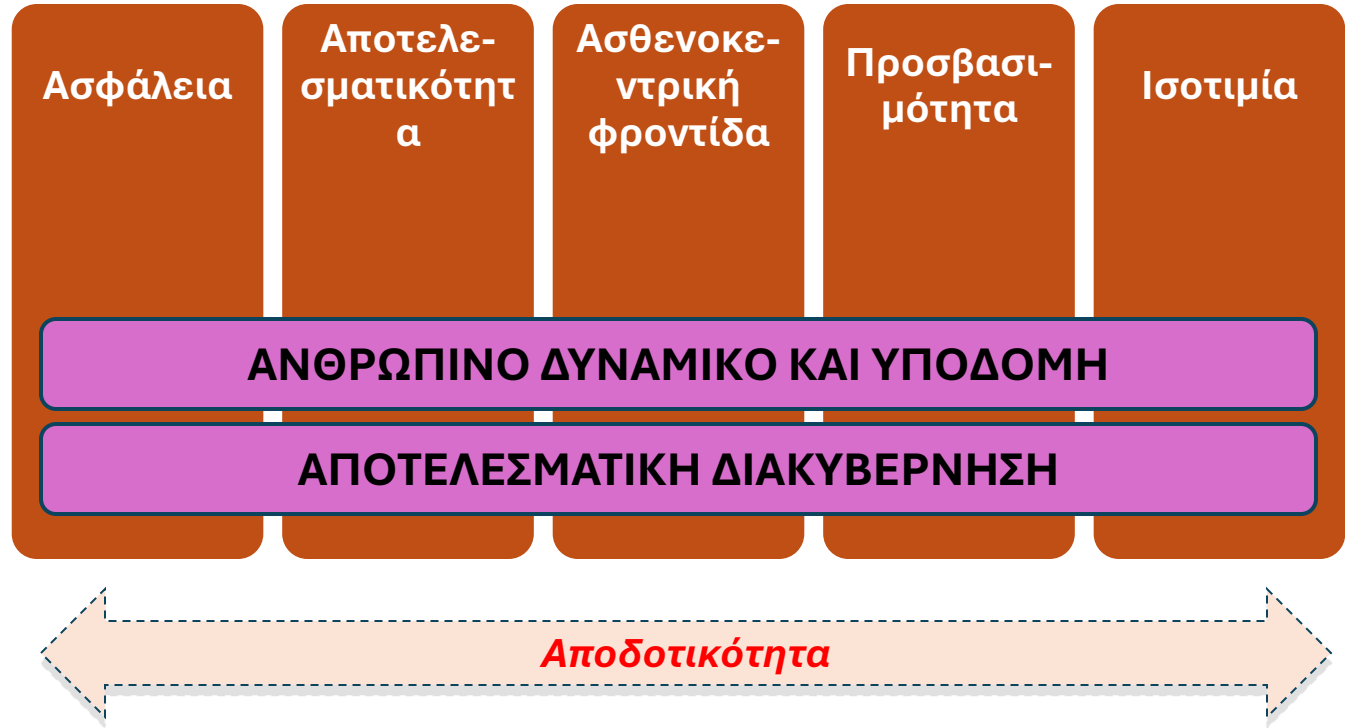
## Το πλαίσιο του ΟΔΙΠΥ



Εξωνοσοκομειακή/  
Πρωτοβάθμια  
φροντίδα

**Νοσοκομειακή  
Φροντίδα**

Ψυχική Υγεία



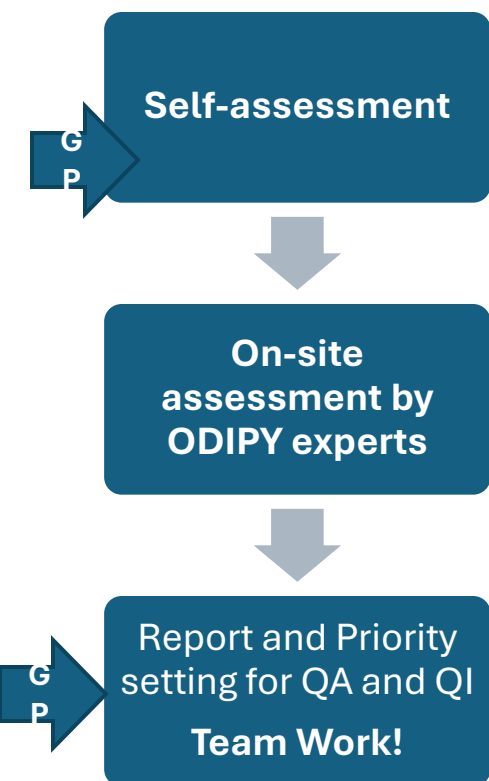


# Διαδικασία Αξιολόγησης Νοσοκομείων και Βαθμολόγηση των ευρημάτων

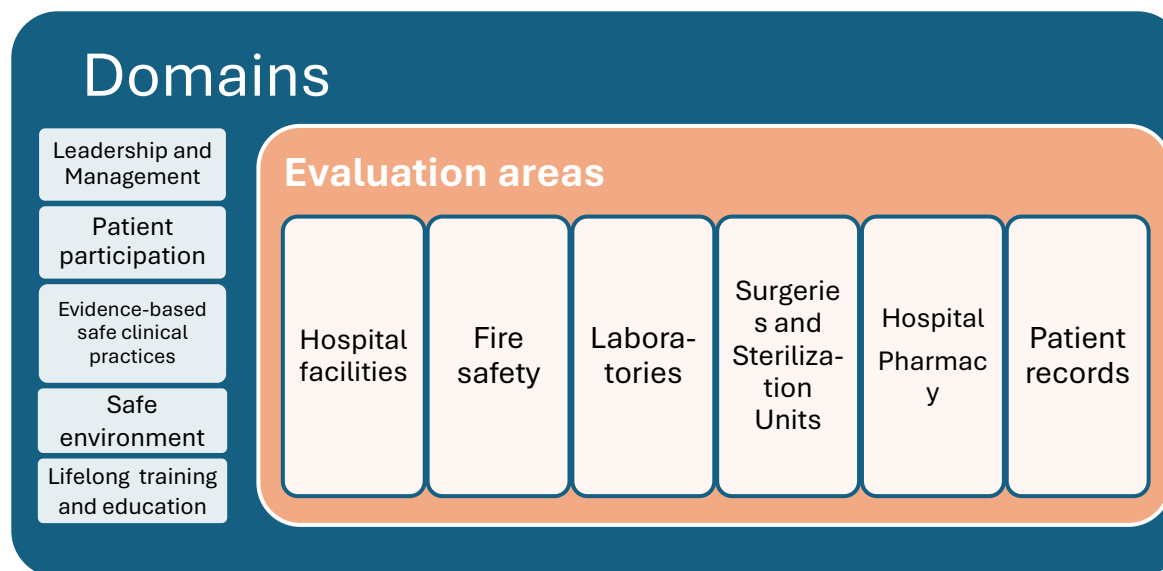
Εργαλείο Αυτοαξιολόγησης και Αξιολόγησης μέσω κλιμακίων



## Διαδικασία



134 assessment criteria based on the requirements described in uniform quality standards  
(in line with WHO initiatives to promote patient safety) covering different areas of patient safety (Completed for 14 Hospitals)



## Scoring of findings

- Compliance** (criterion is satisfied - relevant authorities/procedures exist - verification of implementation)
- Partial compliance** (not satisfied: documentation/ effectiveness of implementation - improvement interventions required)
- Non-compliance** (complete lack of implementation)
- Criterion is not applicable / is not evaluated due to missing data**



# Reducing HAIs in Greece: an ongoing battle...

## Health Topics – Healthcare-associated Infections (HAI)



### OVERVIEW

HAIs are infections resulting from complications of healthcare. They are linked with high morbidity and mortality. On any given day, 1 in 31 hospital patients has an HAI (an infection while being treated in a medical facility). Additional infections occur in other healthcare settings<sup>1</sup>. Many HAIs are caused by the most serious antibiotic-resistant bacteria and can lead to sepsis or death.

### ECONOMIC BURDEN

HAIs in U.S. hospitals have direct medical costs of at least \$28.4 billion each year.<sup>2</sup> They also account for an additional \$12.4 billion in costs to society from early deaths and lost productivity.

<https://www.cdc.gov/policy/polaris/healthtopics/hai/index.html>

**Greece:  
more than  
1 in 10  
patients**



## Healthcare associated infections in Greece (2011-2023)

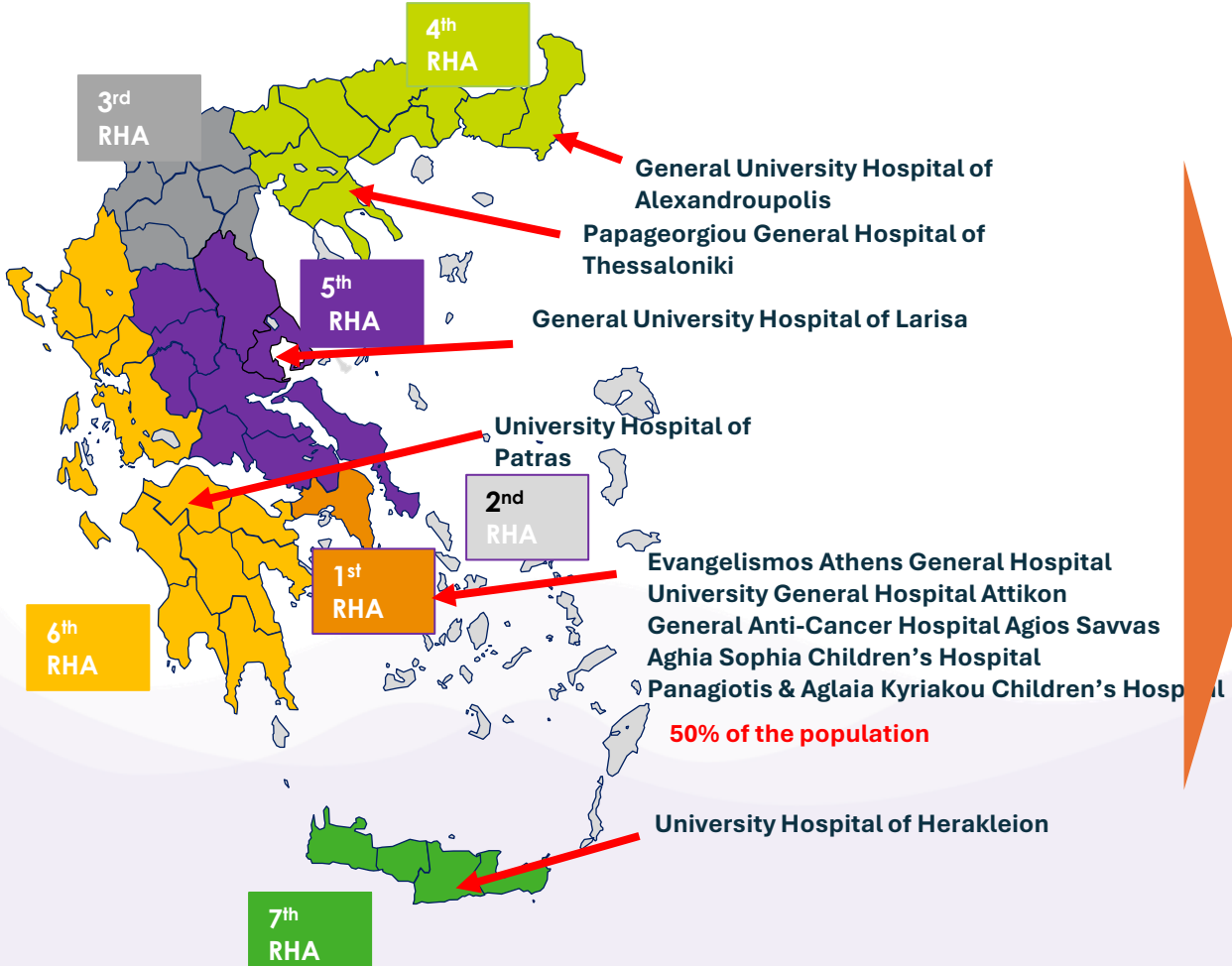
Healthcare-associated infections prevalence	2022 - 23	2016 - 17	2011 - 12
N of participating hospitals (national sample)	50	42	37
HAI prevalence, %	12,1	10,0	9,0
N of hospitalised patients	9.707	9.401	8.247
N of patients with ≥1 HAI	1.175	938	746
N of HAIs	1.408		820
N of HAIs per infected patient	1,2		1,1

**EU estimations: 6.5% patients in acute care hospitals  
(3.8 mil patients each year)**

(<https://link.springer.com/article/10.1007/s10354-018-0679-2>)



# Implementing a new program:



\*RHA: Regional Health Areas

- 10 Hospital Collaborative
- 7 Bodies' Support

Funding: SNF



**VISION:**  
Provide high quality of care in Greek hospitals

**GOAL:**  
Improve Patient Safety through the transformation of 10 hospitals into centers of excellence IPC




**TARGET:**  
The reduction of HAIs




# Installing and sustaining a Safety Culture in Greek hospitals





Multimodal Strategies

## Governance & Enabling Hospital environment


Management engagement and commitment  or   
 Ensuring availability of supplies and consumables  
 Risk assessment in each ward 

**Improved staffing & Teamwork** (teams consisting of pioneers and willing profs) 

## Data monitoring, Audit & Feedback

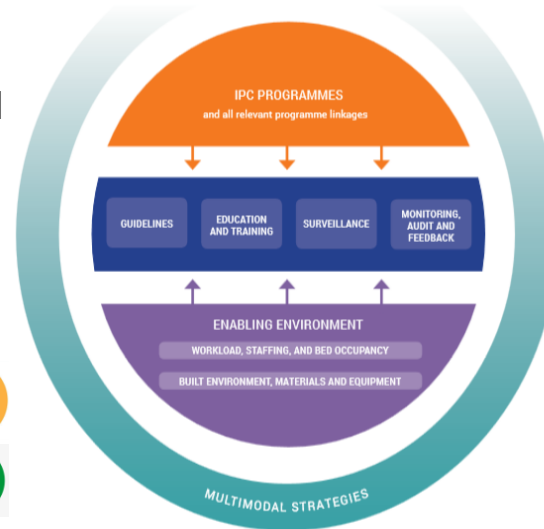
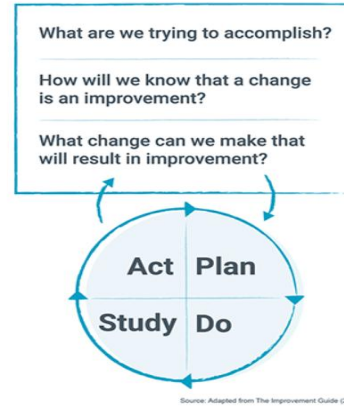
Monthly reporting & presentation of the results, transparency Discussion/department, run charts with the results,   
 External audit from the National AQAH   
 Rounds (Director and Head Nurse, ICP visit the ward and discuss with staff)  

## Patient Safety Culture

Staff motivation (rewarding champions)  
 Routine safety awareness (posters, reminders) 

## Education and Training

SOPS training on the field  
 Bundles of Care (training, compliance with audit tools)  
 Hand Hygiene



## Enablers

- Collaborative of ten hospitals – team approach
- Improved staffing (+ one ICN in every hospital and + one ICP in every two)
- Materials and Equipment in place

## Hinders

- Weak Leadership commitment and managerial skills
- Staff shortages, heavy workload and high levels of burnout
- Lack of training and measurement culture/ lack of procedures

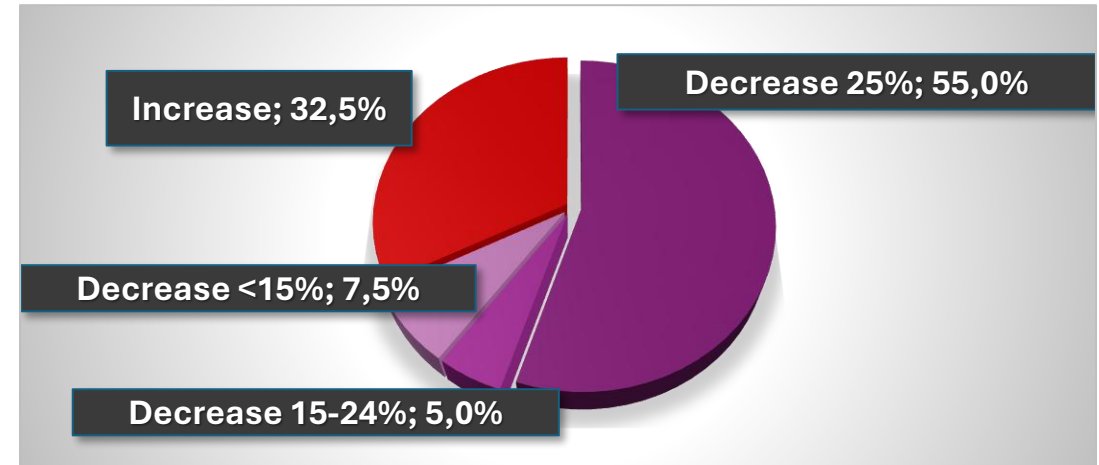




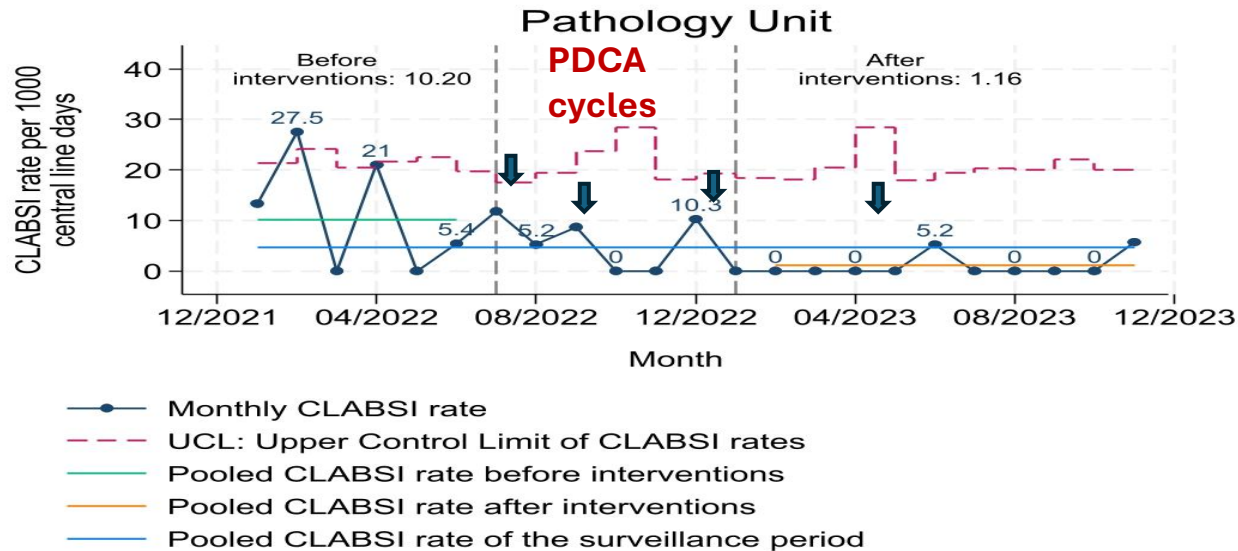
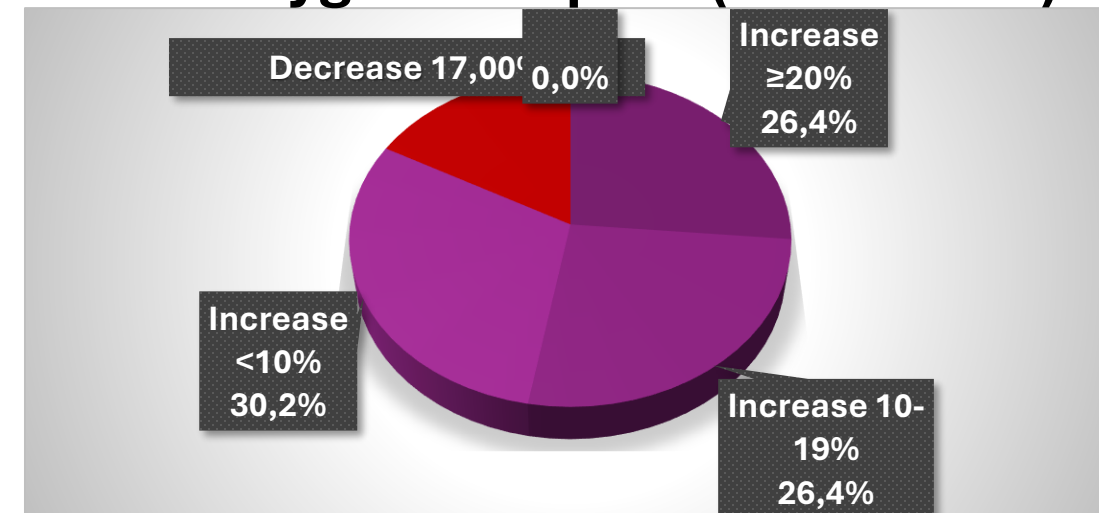
# Results: first step is made....

	Before Interventions					After interventions					
	Pt days	Cl days	CLABS Is	CLU ratio	CLABS I rate	Pt days	Cl days	CLABSIs	CLU ratio	CLABS I rate	% change
<b>10 hospitals</b>	147827	66535	598	0.45	8.99	237147	102455	589	0.43	5.75	<b>-36.0%</b>
<b>Children hospitals</b>	20818	11332	35	0.54	3.09	29709	17940	54	0.60	3.01	<b>-2.5%</b>
<b>General hospitals</b>	127009	55203	563	0.43	10.20	207438	84515	535	0.40	6.33	<b>-37.9%</b>

## CLABSI RATES impact (n=40 units)



## Hand Hygiene Impact (n= 53 units)





# Lessons learnt: key high impact strategies

## Infection Prevention and Control

- Improve ICN staffing in every hospital and encourage them to practice to their full role and capability
- Engage as many employees and stakeholders as possible - Include the whole hierarchy and repeat awareness and training courses.
- Actively involve higher Management Team and ensure awareness and commitment
- Identify weak chain links and support them
- Data Monitoring, Audit and feedback, Transparency
- Publish good results and Motivate everybody in the chain by recognition and rewards
- Promote workforce training

Days with or without CLABSI (wall posters)

Μήνας	Κυριακή	Δευτέρα	Τρίτη	Τετάρτη	Πέμπτη	Παρασκευή	Σάββατο
Ιούλιος 2022	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30
	31	1	2	3	4	5	6
	Αύγουστος 2022	7	8	9	10	11	12
14		15	16	17	18	19	20
21		22	23	24	25	26	27
28		29	30	31	1	2	3



Why quality is important now

What is quality

Why are we measuring?

How can we measure Quality

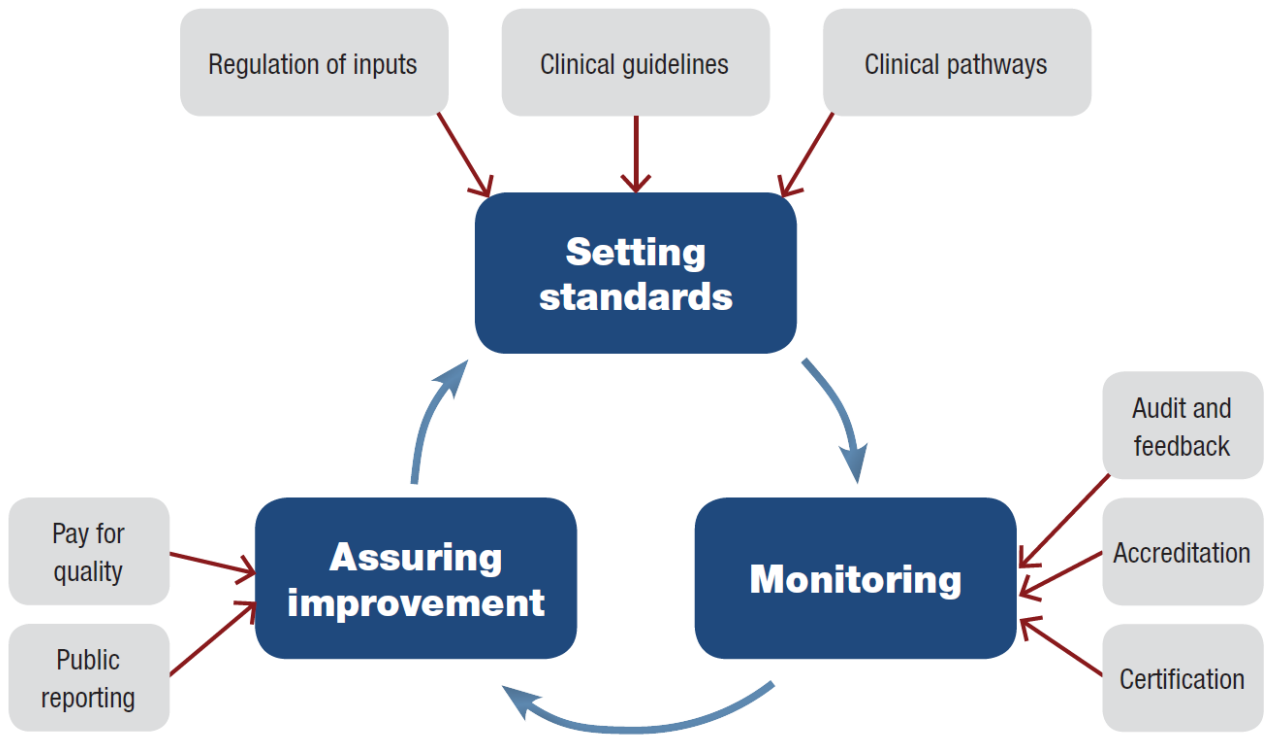
How can we improve Quality

## Examples of structure, process and outcome quality indicators for different dimensions of quality

Dimension of quality	Donabedian's triad		
	Structure	Process	Outcome
<i>Effectiveness</i>	Availability of staff and equipment	Aspirin at arrival for patients with acute myocardial infarction	Hospital readmission rate
	Training expenditure for staff	HPV vaccination for female adolescents	Heart surgery mortality rate
<i>Patient safety</i>	Availability of safe medicines	Safe surgery checklist use	Rate of preventable hospital admissions
	Volume of surgeries performed	Beta blockers after a myocardial infarction	Activities of daily living
		Staff compliance with hand hygiene guidelines	Patient-reported outcome measures (PROMs)
		False-positive rates of cancer screening tests	
<i>Patient-centredness</i>	Patient rights	Regular doctor spending enough time with patients during consultation	Complications of diagnosis or treatment
	Availability of patient information	Patient-reported experience measures (PREMs)	Incidence of hospital-acquired infections (HAI)
			Foreign body left in during procedure
			Activities of daily living
			Patient satisfaction
			Willingness to recommend the hospital
			Patient-reported outcome measures (PROMs)

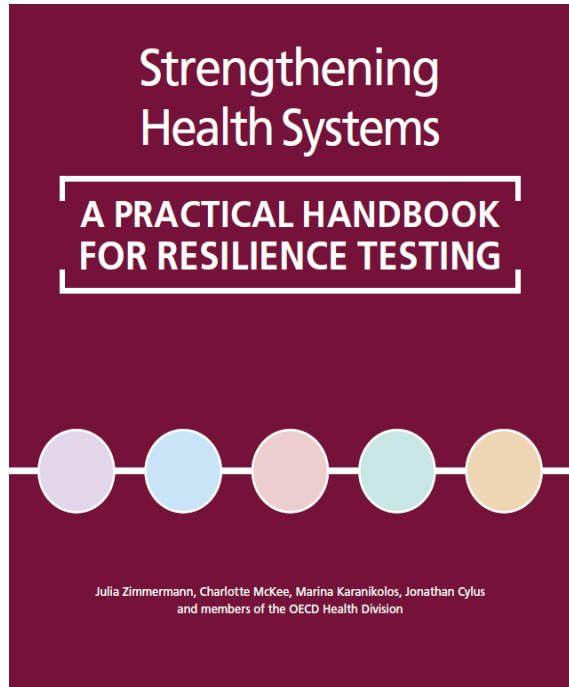
# WHY?

# Ποιότητα ΥΥ: Εργαλείο για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας



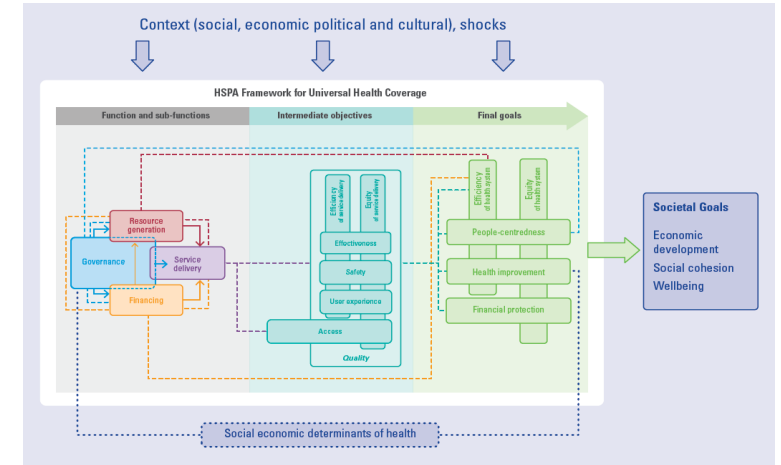


# 3. Develop capacity of the Greek health system to adopt to shocks and increase resilience

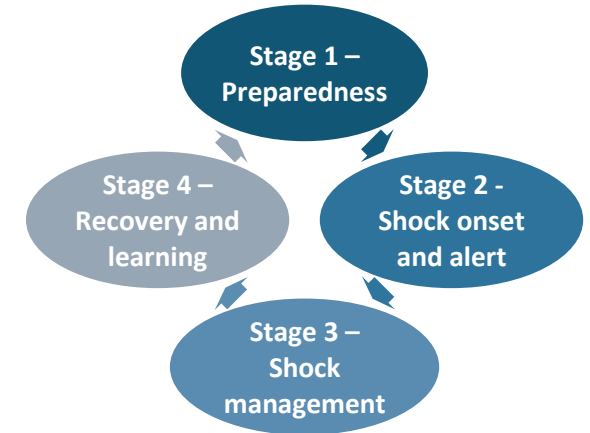


**Aim:** to improve health system resilience and maintain essential healthcare services throughout a shock by identifying **weaknesses and developing actions to address them:** a hypothetical scenario to test the resilience of the health system in cases of "shock"

**Frameworks/Tools:**  
**HSPA Framework for UHC & Four Stages of Shock-Cycle**  
*developed by European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies, OECD*



## Health System Performance Assessment Framework



The Four Stages of the Shock Cycle



# The resilience testing process



**Decision:**  
MoH,  
Appointment of  
Independent  
test  
Organization  
(University  
of Athens)

**Preparation**  
of Shock  
Scenario &  
Stakeholder  
Analysis

**Background  
research**  
and  
analysis,  
test  
questions  
selection

**Resilience  
Test Event**  
Examine  
Resilience in  
the context  
of the shock  
at each  
stage of the  
shock cycle

**Summary of  
resilience  
test  
outcomes**  
and next  
steps  
agreed upon

**Workshop:** Decision Greek MoH.

Coordinated by University of Athens (European  
Observatory on Health Systems and Policies, WHO –  
OECD)

## Shock event scenario

### What

- **Sudden retirement or departure** of a significant portion of **human resources in health** that leads to a shortage of healthcare professionals (especially of physicians and nurses, 25% of HWF)

### Where

- Greece

### When

- Within 3 years from today
- Long-term crisis/lasting approximately 5-7 years

### Why

- Economic crisis – salary cuts / Changes in legislation that endanger wages and pensions



# The resilience testing process

## Stakeholders from key bodies, organizations and authorities of the country



- Government and MoH
  - Health Insurance Organization
- Health Professionals from the hospital and PHC sector
- Hellenic Statistical Authority
  - Academics
- Patient representatives

## Background information identified key challenges :

- ineffective human resource management tools
- lack of HRH data (with respect to size and mix) and indicators to effectively identify staffing needs
- lack of an effective health workforce planning model

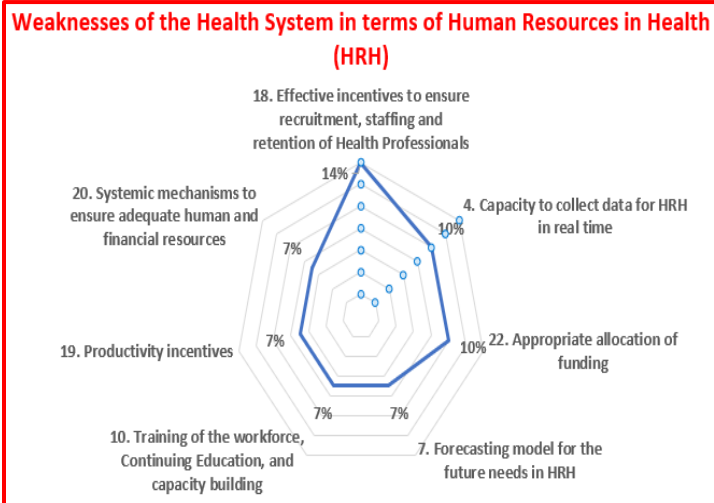
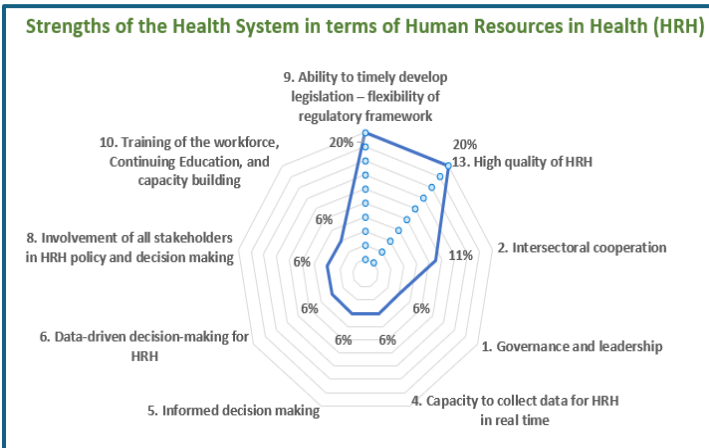
## Dialogue:

- ✓ *through the four different phases of the system shock*
- ✓ **in smaller groups** *and* in **joint debates** between all participants
- ✓ **Voting** to identify the weaknesses and strengths of the health system.



# Results of the workshop

## Initial Assessment



- ✓ Weaknesses were identified
- ✓ Actions were proposed

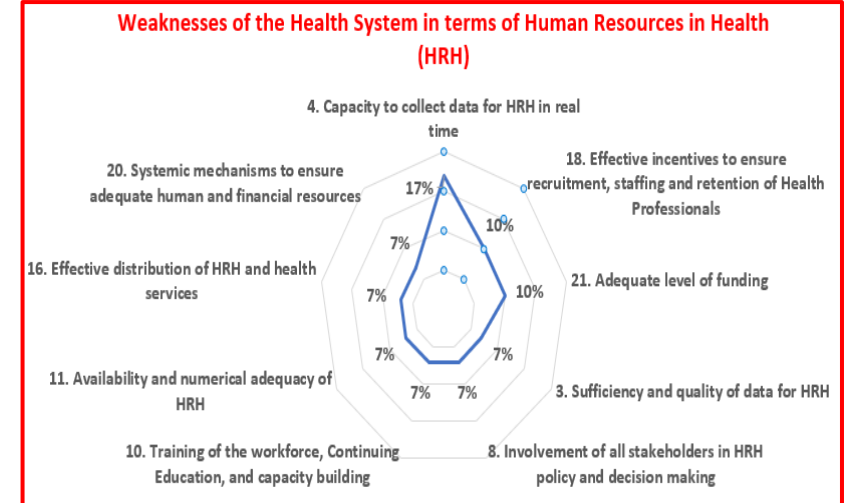
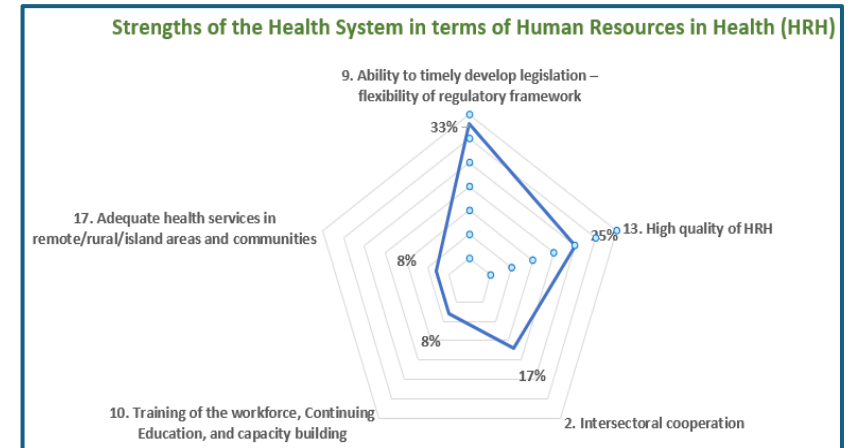
**Between Initial & Final assessment:** 

**A smaller number of identified strengths**



- 1. New weaknesses emerged (eg with respect to funding, bad quality of data for HRH, the ineffective distribution of HRH and health services etc.**
- 2. Earlier identified strengths turned into weaknesses ie the involvement of all stakeholders in HRH policy and decision making and the training of the workforce, capacity to collect HRH data real time, continuing education, and capacity building**

## Final Assessment (end of the workshop)







## Επόμενα βήματα

- 1) Αποτελεσματικό πλαίσιο διακυβέρνησης – **δέσμευση πολιτικής ηγεσίας**
- 2) Ανάπτυξη **θεσμικού πλαισίου** για την λειτουργία του ΟΔΙΠΥ και τη συνεργασία του με τους υπόλοιπους οργανισμούς και τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας
- 3) Απαραίτητη η πρόοδος για την Ψηφιοποίηση και διαμοιρασμός και **διαλειτουργικότητα δεδομένων**
- 4) Προτεραιοποίηση στην έρευνα και τον μετασχηματισμό του συστήματος υγείας με στόχο την αξιοποίηση **περισσότερων και καλύτερων δεδομένων** (συμπεριλαμβανομένων των RWD) με στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδα.
- 5) Απαιτείται **συνεργατική προσέγγιση** με όλους τους βασικούς stakeholders, την συμμετοχή των ασθενών, αλλά και συνολικά της κοινωνίας των πολιτών
- 6) Απαραίτητη η **αύξηση δαπανών για την υγεία**
- 7) **Καινοτομία** και **Value-based care** αποτελούν πεδία περαιτέρω δράσης και επικέντρωσης

“

**Every system is perfectly  
designed to get the results  
it gets.”**

—Attributed to W. Edwards Deming, American engineer  
and statistician