



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**



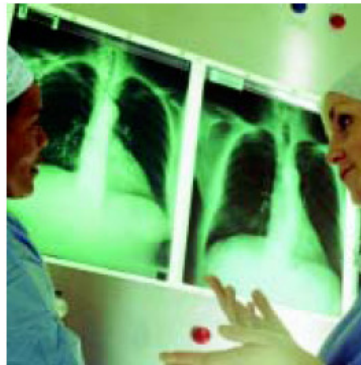
**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

## **Φίλιππος Κουκουριτάκης**

(Βιολόγος – Λειτουργός Δημόσιας Υγείας)

**«Η κλινική διακυβέρνηση ως το σύγχρονο και αποτελεσματικό μοντέλο διοίκησης της υγείας. Οι ρίζες της, οι λόγοι που την καθιστούν αναγκαιότητα στην εποχή μας και οι προοπτικές εφαρμογής της στην Ελλάδα»**

Διπλωματική εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης



### **Philip Koukouritakis**

(Biologist – Public Health Officer)

**“Clinical governance ; the modern, effective model of health management. Searching for the roots and the reasons which make it a necessity in health systems. The perspectives of a possible implementation in Greece”**

Graduate Thesis Submitted for the Degree  
“Master in Health Management”  
University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece

**Πειραιάς, 2012**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

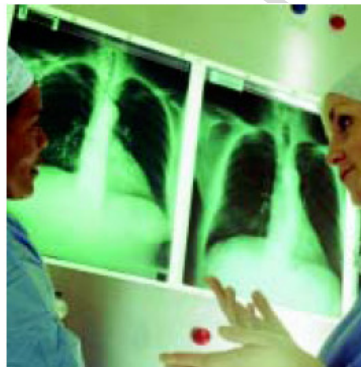
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**Φίλιππος Κουκουριτάκης\***  
(Βιολόγος – Λειτουργός Δημόσιας Υγείας)

«Η κλινική διακυβέρνηση ως το σύγχρονο και αποτελεσματικό μοντέλο  
διοίκησης της υγείας. Οι ρίζες της, οι λόγοι που την καθιστούν  
αναγκαιότητα στην εποχή μας και οι προοπτικές εφαρμογής της στην  
Ελλάδα»



Επιβλέπων καθηγητής: **Αν. Καθ. Χρήστος Αλεξάκης**

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

**Πειραιάς, 2012**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους εξής:

Τον κύριο Τζ. Διαμαντίδη, φίλο, διοικητικό επιστήμονα και μάνατζερ σε πολυεθνική στην Ελβετία για την αμέριστη συμπαράστασή του στην προσπάθειά μου να ερευνήσω και να συγγράψω τη διπλωματική αυτή εργασία. Με στήριξε, όσο κανείς, όταν διαρκώς αμφέβαλα για το αποτέλεσμα της δουλειάς μου.

Τον κύριο Η. Διαμαντίδη, φίλο, και νοσοκομειακό γιατρό (οφθαλμίατρο) στη Γερμανία για το ενδιαφέρον που επέδειξε για το θέμα, για τις πολύωρες εποικοδομητικές συζητήσεις μας και γιατί μοιράστηκε μαζί μου τις εμπειρίες από εφαρμοσμένα μοντέλα κλινικής διακυβέρνησης στο σύστημα υγείας της χώρας που εργάζεται.

Τον κύριο Ν. Βοσινάκη, φίλο, επιχειρηματία και πρώην καθηγητή μάνατζμεντ στην Αγγλία γιατί με το πείσμα και το πάθος του για τη διοικητική επιστήμη με ενέπνευσε να προσπαθήσω περισσότερο και να ερευνήσω βαθύτερα το θέμα της εργασίας.

Τον κύριο Γ. Μεσσαριτάκη, φίλο γιατί είναι πάντα δίπλα μου σε ό,τι χρειαστώ.

Τον κύριο Χ. Αλεξάκη, φίλο, καθηγητή στο Πανεπιστήμιο Πειραιά και επιβλέποντα καθηγητή μου στην εργασία για την υποστήριξή του και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε τα 2 τελευταία χρόνια.

Τέλος τη γυναίκα μου Αναστασία για την υπομονή και την ακούραστη συμπαράστασή της, αν και με στερήθηκε πολλές μέρες και ώρες λόγω της εργασίας αυτής.

\* Ο Φίλιππος Κουκουριτάκης είναι βιολόγος – λειτουργός δημόσιας υγείας και εργάζεται στο ελληνικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), ως υπεύθυνος του Γραφείου Ηλεκτρονικής Ενημέρωσης Κοινού και Επαγγελματιών Υγείας. Παράλληλα, διδάσκει βιολογία και αγωγή υγείας σε διάφορους οργανισμούς και βαθμίδες εκπαίδευσης.

[philipkoug@gmail.com](mailto:philipkoug@gmail.com), +30-6946-008534

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κλινική διακυβέρνηση είναι η επιτομή του σύγχρονου μάνατζμεντ της υγείας. Έχοντας τις εννοιολογικές της ρίζες στην πολιτική επιστήμη και αποτελώντας προσαρμογή και μετεξέλιξη της εταιρικής διακυβέρνησης στα (αγγλοσαξονικά κυρίως) συστήματα υγείας, επιχειρεί να «παντρέψει» την οργανωτική και διοικητική αρτιότητα με την άριστη κλινική πράξη. Απαραίτητη προϋπόθεση εφαρμογής της είναι η αλλαγή στην «οργανωσιακή κουλτούρα» των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα, με την εφαρμογή της, επηρεάζει τη νοοτροπία των επαγγελματιών υγείας και όλων των «μεριδιούχων» του μεγάλου και πολύπλοκου αυτού χώρου. Απαιτεί ουσιαστική ηγεσία από τα ανώτατα διοικητικά και επιστημονικά στελέχη της υγείας, η οποία θα καθοδηγεί το προσωπικό και θα διαμορφώνει διαδικασίες προς τον απώτερο σκοπό της κλινικής διακυβέρνησης που είναι η παροχή υψηλής ποιότητας περίθαλψης για όλους του πολίτες. Αν και βρίσκεται στο προσκήνιο του μάνατζμεντ της υγείας μόλις 15 χρόνια και τα δημοσιευμένα ερευνητικά αποτελέσματα από την εφαρμογή της είναι περιορισμένα, αναγνωρίζεται διεθνώς ως το μέσο για αειφόρο ανάπτυξη ενός συστήματος υγείας που θέλει να ικανοποιεί συστηματικά τις ανάγκες των ασθενών και της κοινότητας, παρά τη διαρκώς αυξανόμενη οικονομική πίεση και τις συνεχώς αυξανόμενες προσδοκίες και απαιτήσεις της κοινωνίας για καλύτερη υγεία.

## ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Διακυβέρνηση, διαχείριση δεδομένων, διοίκηση ολικής ποιότητας, επαγγελματική αυτορρύθμιση, εταιρική διακυβέρνηση, ηγεσία, ιατρική αμέλεια, κλινική αποτελεσματικότητα, κλινική διακυβέρνηση, λογοδοσία, μάνατζμεντ επιδόσεων, οργανωσιακή κουλτούρα, ποιότητα, συμμετοχικότητα.

**“Clinical governance ; the modern, effective model of health management. Searching for the roots and the reasons which make it a necessity in health systems. The perspectives of a possible implementation in Greece”**

**Philip J. Koukouritakis**

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”, University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor: Dr **Christos Alexakis**, Associate Professor, University of Piraeus

**SUMMARY**

Clinical governance is the compendium of modern health management. Having its conceptual roots in political science and emerged as a transformation of corporate governance mainly in Anglo-Saxon health systems, clinical governance aims to combine organizational and administrative sufficiency with excellence in clinical practice. The implementation of such a model presupposes a deep change of organizational culture across the multi-diverse and particularly complex health sector and moreover its principles and core processes have a great impact on this culture. It also requires the statutory obligation of committed leadership to guide essentially managerial and clinical staff and to provide assurances for governance processes in order to achieve the ultimate goal; high quality health care for every individual in the community. Although clinical governance is a recent concept of health management and there is poor evidence on the effectiveness and efficacy of its implementation, it has been widely recognized as the mean for sustainable development of a health system committed to the continuous and fair satisfaction of patient and community health needs, despite the restriction of financial resources and the raise of health expectations and demand.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	4
<b>ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ</b> .....	4
<b>SUMMARY</b> .....	5
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	6
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	9
<b>ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (RATIONAL)</b> .....	10
<b>ΜΕΘΟΔΟΣ</b> .....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.</b> Ορισμός, είδη διακυβέρνησης και αρχές εταιρικής διακυβέρνησης... 13	
1.1. Τι είναι Διακυβέρνηση .....	13
1.2. Οι διαφορετικές έννοιες του όρου διακυβέρνηση .....	14
1.3. Ιστορική εξέλιξη και αναγκαιότητα διακυβέρνησης στο σύγχρονο κράτος.. 15	
1.4. Πεδία εφαρμογής διακυβέρνησης .....	16
1.5. «Καλή» διακυβέρνηση.....	17
1.6. Εταιρική διακυβέρνηση.....	19
1.7. Διεθνές υπόβαθρο εταιρικής διακυβέρνησης.....	20
1.8. Αρχές εταιρικής διακυβέρνησης.....	21
1.9. Ζητήματα που περιπλέκουν τις αρχές της εταιρικής διακυβέρνησης .....	23
1.10. Νόμος περί εταιρικής διακυβέρνησης στην Ελλάδα .....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.</b> Κριτική θεώρηση των αρχών εταιρικής διακυβέρνησης, υπό το πρίσμα της υγείας.....	25
<b>2.2. Η πολυπλοκότητα του χώρου της Υγείας</b> .....	25
2.3. Μοντέλα Εθνικών Συστημάτων Υγείας στην ΕΕ.....	27
<b>2.4. Προσαρμόζοντας την εταιρική διακυβέρνηση στην υγεία</b> .....	28
2.5. Βασικό πλαίσιο αρχών διακυβέρνησης συστημάτων υγείας .....	31
2.6. Καλή διακυβέρνηση στην υγεία .....	32
2.7. Σκοπός της διακυβέρνησης στην Υγεία.....	34
2.8. Εθνικά πρότυπα.....	34
2.9. Το ζήτημα της διαφθοράς στην υγεία και η λογοδοσία στη διακυβέρνηση. 35	
2.10. Ο ρόλος της διακυβέρνησης στη βελτίωση της επίδοσης ενός συστήματος υγείας (ανακεφαλαίωση) .....	37
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.</b> Κλινική διακυβέρνηση: ορισμοί, διευκρινίσεις και πεδία εφαρμογής. Αναγκαιότητα και ρόλος κλινικής διακυβέρνησης - υπόδειγμα το Βρετανικό ΕΣΥ. ....	40
3.1. Εισαγωγή στην κλινική διακυβέρνηση.....	40

3.2.	Ιστορικό υπόβαθρο κλινικής διακυβέρνησης (στη Μεγάλη Βρετανία). Από την εταιρική στην κλινική διακυβέρνηση.....	40
3.3.	Ορισμοί κλινικής διακυβέρνησης.....	42
3.4.	Χαρακτηριστικά και βασικές αρχές κλινικής διακυβέρνησης.....	43
3.5.	Περιγραφή του μοντέλου κλινικής διακυβέρνησης της Μεγάλης Βρετανίας	45
3.6.	Το δίκτυο διακυβέρνησης υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο ως υπόδειγμα στάσης και τάσης εκσυγχρονισμού του συστήματος.....	46
3.7.	Τροποποίηση του συστήματος διακυβέρνησης υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο: «το ζήτημα της οργάνωσης και διαχείρισης πληροφοριών στην κλινική διακυβέρνηση».....	48
3.8.	Συμπεράσματα από την αρχική εφαρμογή κλινικής διακυβέρνησης στη ΜΒ .	49
<b>3.9.</b>	<b>Προς τι η ανάγκη για κλινική διακυβέρνηση</b> .....	<b>50</b>
3.9.1.	Εισαγωγή .....	50
3.9.2.	Αλλαγές στην πολιτική υγείας.....	52
3.9.3.	Ο αντίκτυπος των διαρθρωτικών αλλαγών στο ΕΣΥ στην προσφορά και παροχή φροντίδας υγείας.....	53
3.9.4.	Ραγδαία άνοδος των προσδοκιών υγείας του κοινού .....	54
3.9.5.	Δημογραφικές αλλαγές .....	55
3.9.6.	Έλλειψη εμπιστοσύνης απέναντι στη δημόσια περίθαλψη, λόγω κάλυψης από τα ΜΜΕ περιστατικών κακής ιατρικής πράξης.....	57
3.9.7.	Η τάση για μεγαλύτερη πρόσβαση στην πληροφορία υγείας.....	58
3.9.8.	Η πρόοδος στην τεχνολογία υγείας .....	58
3.9.9.	Αύξηση των παραπόνων που καταλήγουν σε αγωγές.....	59
3.10.	Κριτική σκέψη πάνω στους ορισμούς της κλινικής διακυβέρνησης – σύγκριση με την ελληνική πραγματικότητα .....	60
3.11.	Αποκρυπτογραφώντας τον όρο κλινική διακυβέρνηση.....	62
3.12.	Το θεωρητικό υπόβαθρο της κλινικής διακυβέρνησης: από την πολιτική επιστήμη και τη δημόσια διοίκηση στην υγεία .....	64
3.12.1.	Διακυβέρνηση στην πολιτική επιστήμη .....	64
3.12.2.	Ουσιώδης αντίληψη της κλινικής διακυβέρνησης.....	65
<b>3.12.3.</b>	<b>Μεταμοντέρνα διοικητική οργάνωση και κλινική διακυβέρνηση ως μορφές ήπιας γραφειοκρατίας</b> .....	<b>66</b>
<b>3.13.</b>	<b>Η άποψη και ο ρόλος των γιατρών στην κλινική διακυβέρνηση</b> .	<b>69</b>
<b>3.14.</b>	<b>Οι αντιλήψεις και ο ρόλος των μάντζερ για την κλινική διακυβέρνηση</b> .....	<b>72</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.</b>	<b>Ποιότητα και οργανωσιακή κουλτούρα βελτίωσης της ποιότητας ως βασικά συστατικά κλινικής διακυβέρνησης ενός συστήματος υγείας.....</b>	<b>77</b>

4.1.	Λίγα λόγια για την ποιότητα και τις διαδικασίες συνεχούς βελτίωσής της...	77
<b>4.2.</b>	<b>Οργανωσιακή κουλτούρα και ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....</b>	<b>81</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.</b>	<b>Ρόλος Διοικητικών Συμβουλίων και Επιστημονικών Επιτροπών στην κλινική διακυβέρνηση.....</b>	<b>86</b>
5.1.	Το διοικητικό συμβούλιο ενός οργανισμού υγείας ως εκφραστής και επιτηρητής πολιτικής κλινικής διακυβέρνησης.....	86
5.2.	Παράγοντες που καθορίζουν την πολιτική του ΔΣ στην υγεία και τρόποι για να εφαρμοστεί αυτή η πολιτική.....	87
5.3.	Ο ρόλος των Επιστημονικών Επιτροπών των νοσοκομείων στην κλινική διακυβέρνηση .....	91
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.</b>	<b>Βιβλιογραφικά δεδομένα αποτελεσματικότητας κλινικής διακυβέρνησης, συμπεράσματα και συζήτηση.....</b>	<b>94</b>
<b>6.1.</b>	<b>Σύντομη ανακεφαλαίωση .....</b>	<b>94</b>
6.2.	Δεκαετή αποτελέσματα εφαρμογής κλινικής διακυβέρνησης στη Μεγάλη Βρετανία.....	95
6.3.	Αποτελέσματα εφαρμογής κλινικής διακυβέρνησης στην Αυστραλία .....	97
6.4.	Συμπεράσματα. Τι καινούριο φέρνει η διακυβέρνηση και η διακυβέρνηση στην υγεία. Συζήτηση .....	99
6.5.	Συμπεράσματα. Η κλινική διακυβέρνηση ως ομπρέλα προστασίας και συνοχής του ευρύτερου συστήματος υγείας. Εμπόδια.....	102
<b>6.6.</b>	<b>Συμπεράσματα. Κλινική διακυβέρνηση στην Ελλάδα ; Όνειρο θερινής νύχτας ή σύγχρονη αναγκαιότητα. Συζήτηση.....</b>	<b>104</b>
6.7.	Βήματα προόδου στο ελληνικό σύστημα υγείας, προς την κατεύθυνση των αρχών κλινικής διακυβέρνησης .....	109
<b>6.8.</b>	<b>Συμπεράσματα. Διακυβέρνηση στην υγεία / κλινική διακυβέρνηση και επιστήμη του μάνατζμεντ. Οι «2 όψεις» του ίδιου νομίσματος. Επίλογος.....</b>	<b>110</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α</b> .....		<b>112</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β (α)</b> .....		<b>114</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β (β)</b> .....		<b>115</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ</b> .....		<b>116</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....		<b>123</b>



## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Μέχρι το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης, η Ελλάδα ήταν «πρωταθλητής» στην ανάπτυξη για αρκετές δεκαετίες. Ειδικά μετά την είσοδό της στη ζώνη του ευρώ το 2002, πέτυχε ρυθμούς ανάπτυξης που ξεπερνούσαν αυτούς των άλλων ευρωπαϊκών κρατών καθώς και των ΗΠΑ. Η ανάπτυξη αυτή, όμως, προήλθε σχεδόν αποκλειστικά από την ιδιωτική και δημόσια καταναλωτική δαπάνη, που με τη σειρά της στηρίχτηκε σε ευρέως διαθέσιμες πιστώσεις χαμηλού κόστους<sup>1</sup>.

Η ιδιωτική κατανάλωση στην Ελλάδα είναι κατά 20 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ υψηλότερη από το αντίστοιχο μέγεθος των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών και η ζήτηση είναι σε συντριπτικό ποσοστό εγχώρια<sup>1</sup>. Ακόμη και εξωστρεφείς τομείς της οικονομίας – όπως π.χ. ο τουρισμός – εξαρτιόνταν σε μεγάλο βαθμό από την εσωτερική ζήτηση. Με απλά λόγια, η ελληνική ανάπτυξη στηρίχτηκε σε χαμηλές εγχώριες επενδύσεις και σε υψηλή εγχώρια ζήτηση, που χρηματοδοτήθηκε από φτηνό δανεισμό και έναν υπερχρεωμένο δημόσιο τομέα.

Ως επακόλουθο, πριν από τρία χρόνια, η Ελλάδα εισήλθε σε φάση βαθιάς ύφεσης. Οι ιδιωτικές και δημόσιες επενδύσεις περιορίστηκαν σημαντικά. Το δημόσιο χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ διογκώθηκε σημαντικά και το κράτος επαφίεται πλέον σε έκτακτες δανειακές εισφορές από επίσημους φορείς για να χρηματοδοτήσει τις κοινωνικές δαπάνες, τους μισθούς και το δημοσιονομικό έλλειμμα. Πέρα από την κρίση ελλείμματος και χρέους, η χώρα αντιμετωπίζει προκλήσεις ως προς την ανταγωνιστικότητά της και την προοπτική απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού της. Υπολείπεται των ευρωπαϊκών της εταίρων σε κρίσιμα μεγέθη, όπως οι άμεσες ξένες επενδύσεις, η παραγωγικότητα εργασίας και ο βαθμός συμμετοχής του πληθυσμού στο εργατικό δυναμικό.

Σε αυτό το δυσμενές οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο δημιουργείται σκεπτικισμός ως προς το παρόν και το μέλλον της περίθαλψης στη χώρα μας. Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού βελτιώθηκε σημαντικά από τη δεκαετία του '60 και μετά, παράλληλα με την αισθητή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Δημιουργήθηκε Εθνικό Σύστημα Υγείας που μεγάλωνε διαρκώς, χτίστηκαν πολλά νοσοκομεία και κέντρα υγείας, ιδρύθηκαν πολυάριθμες υπηρεσίες δημόσιας υγείας και προνοιακοί οργανισμοί, αυξήθηκε εντυπωσιακά ο αριθμός των ειδικευμένων ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας ανά κάτοικο. Από τα μέσα της δεκαετίας του '90 μάλιστα, σημειώθηκε και ραγδαία ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας, με 4-5 μεγάλους εταιρικούς ομίλους να δραστηριοποιούνται με σημαντικές επενδύσεις στο χώρο. Ποια είναι, όμως, η σημερινή πραγματικότητα στην υγεία; Το κράτος αδυνατεί να συντηρήσει τις

---

<sup>1</sup> McKinsey & Company, Athens Office: «Η Ελλάδα 10 Χρόνια Μπροστά: Προσδιορίζοντας το νέο Εθνικό Μοντέλο Ανάπτυξης», Δεκέμβριος 2010.

δημόσιες δομές υγείας που «έχτισε» τα τελευταία 40 χρόνια. Όλοι οι δημόσιοι οργανισμοί υγείας είναι υπερ-χρεωμένοι, οι εργαζόμενοι σε αυτούς υπο-αμειβόμενοι, οι πολίτες σε σύγχυση ως προς τις ανάγκες τους για περίθαλψη από τη μια και την οικονομική δυνατότητα κάλυψης αυτών από την άλλη, ενώ η κρίση και η σύγχυση παρασύρει και τον ιδιωτικό τομέα υγείας σε απογοητευτικά οικονομικά αποτελέσματα και αβέβαιη βιωσιμότητα.

Εύλογα δημιουργούνται τα ερωτήματα: είναι δυνατόν σε αυτό το περιβάλλον να διατηρηθεί το επίπεδο υγείας του πληθυσμού; Μπορεί το κράτος να συντηρήσει τις δομές και υπηρεσίες υγείας που χρηματοδοτεί; Είναι εφικτή η ισότητα στην παροχή φροντίδας υγείας και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες από τους πολίτες (αν βέβαια θεωρήσουμε ότι υπάρχει κεκτημένη ισότητα στην υγεία); Μήπως η υγεία μετατραπεί από αναφαίρετο και προαπαιτούμενο κοινωνικό αγαθό σε αγαθό πολυτελείας για τους λίγους «έχοντες»; Και τέλος, μπορεί να υπάρξει στοιχειώδης, αλλά ουσιαστική **ποιότητα** στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας;

Όλο το σύστημα υγείας (κυρίως το δημόσιο αλλά και το ιδιωτικό) στην Ελλάδα αντιμετωπίζει, συνεπώς και περισσότερο από ποτέ στο πρόσφατο παρελθόν, μια πολύ μεγάλη πρόκληση: σε ποιο βαθμό ο περιορισμός των διαθέσιμων πόρων θα οδηγήσει σε μια κατάσταση που θα είναι εφικτό για το σύστημα να παρέχει, προς όλους, κάθε αποτελεσματική (ποιοτική) παρέμβαση που μπορεί να χρειαστούν.

Η απάντηση στην πρόκληση αυτή θα μπορούσε, με μια πρώτη – αδρή προσέγγιση, να είναι η υιοθέτηση και εφαρμογή ουσιαστικών και αποδοτικών συστημάτων διακυβέρνησης στην υγεία. Η επιτυχής ενσωμάτωση της έννοιας της διακυβέρνησης στη δημόσια, κυρίως, σφαίρα της περίθαλψης, θα μπορούσε να αποτελέσει την ασφαλιστική δικλείδα για τη διατήρηση ποιοτικών και βιώσιμων υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.

## **ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (RATIONAL)**

Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε αναλυτικά με την έννοια της διακυβέρνησης στην υγεία και κατά πόσο η έννοια αυτή είναι χρήσιμη ή απαραίτητη στη διάρθρωση, στη διοίκηση και στην αποδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας. Επειδή οι ρίζες του όρου έχουν ξεκάθαρο υπόβαθρο στην επιστήμη του μάνατζμεντ και μάλιστα η υπηρετήση των αρχών της κλινικής διακυβέρνησης περιλαμβάνει κυριολεκτικά όλες τις σύγχρονες τάσεις της διοίκησης της υγείας, αποφασίσαμε πριν 2 περίπου χρόνια να ξεκινήσουμε την έρευνα, τη μελέτη και την ανάλυση της διεθνούς βιβλιογραφίας για το θέμα.

Αρχικά θα αποσαφηνίσουμε τι είναι διακυβέρνηση και ποια είναι τα πεδία εφαρμογής της. Στη συνέχεια θα περιγράψουμε τον όρο εταιρική διακυβέρνηση και θα επιχειρήσουμε να τον «μετουσιώσουμε» στο χώρο της υγείας, χρησιμοποιώντας τα δεδομένα και την ορολογία της υγείας. Στο

σημείο αυτό και προκειμένου να δείξουμε κατά πόσο «χωράει» και έχει σημασία η διακυβέρνηση της υγείας στην Ελλάδα, θα απαντήσουμε σε ορισμένα λογικά ερωτήματα όπως:

- Ποιος είναι ο σκοπός της διακυβέρνησης στην υγεία;
- Πόσο κρίσιμο είναι το ζήτημα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας;
- Ποιες είναι οι βασικές αρχές, οι προσδοκίες και οι προϋποθέσεις εφαρμογής της διακυβέρνησης στο χώρο αυτό;

Κρίσιμο κεφάλαιο στην ανάλυση της διακυβέρνησης στην υγεία είναι η περιγραφή και αποσαφήνιση του όρου «**κλινική διακυβέρνηση**». Θα δείξουμε τις διαφορές της κλινικής διακυβέρνησης από την ευρεία έννοια της διακυβέρνησης στην υγεία, θα αναζητήσουμε τις ρίζες της στην πολιτική επιστήμη και διοικητική επιστήμη και θα χρησιμοποιήσουμε ως μοντέλο αναφοράς το παράδειγμα της εφαρμοσμένης κλινικής διακυβέρνησης στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) στη Μεγάλη Βρετανία στήριξε, κυριολεκτικά, τη γενναία μεταρρύθμισή του πριν 10-15 χρόνια πάνω στις αρχές της κλινικής διακυβέρνησης. Θα αναζητήσουμε τους τρόπους με τους οποίους εφαρμόστηκαν εκεί οι βασικές αρχές και θα παρουσιάσουμε αποτελέσματα (κυρίως από τη ΜΒ αλλά και από άλλες χώρες που έχουν υιοθετήσει ανάλογα συστήματα) από αυτήν την πολιτική. Δηλαδή, κατά πόσο βοήθησε η κλινική διακυβέρνηση να ξεπεραστούν εγγενή προβλήματα του συστήματος και να βελτιωθεί συστηματικά το επίπεδο περίθαλψης, όπως ήταν οι αρχικοί στόχοι του εγχειρήματος.

Η ιδεολογική υιοθέτηση και πρακτική εφαρμογή των αρχών κλινικής διακυβέρνησης σε ένα σύστημα υγείας εξαρτάται από την **οργανωσιακή κουλτούρα** του συστήματος και ταυτόχρονα την επηρεάζει. Για αυτόν το λόγο θα παρουσιάσουμε τη γνώμη των κλινικών επιστημόνων και των μάνατζερ πάνω στο θέμα, αποκαλύπτοντας αγκυλώσεις και εμπόδια που εμφανίζονται απέναντι στη νοοτροπία και τις διαδικασίες κλινικής διακυβέρνησης.

Ιδιαίτερη βαρύτητα θα δώσουμε στο ρόλο που διαδραματίζουν τα Διοικητικά Συμβούλια (υπηρεσιών, οργανισμών και άλλων φορέων της υγείας) στην ουσιαστική διακυβέρνηση και θα συγκρίνουμε τα διεθνή πρότυπα σχετικά με τη συγκρότηση και τη λειτουργία τους με αυτά που ισχύουν εδώ.

Παράλληλα με την ανάλυση στις προαναφερθείσες ενότητες, θα επιχειρηματολογούμε για το αυταπόδεικτο: ότι στην Ελλάδα, παρά τις κάποιες δειλές προσπάθειες εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας (όπως θα φανεί και από τη μελέτη και παρουσίαση κάποιων νόμων και διατάξεων που αφορούν το ΕΣΥ), δεν υπάρχει λογική διακυβέρνησης, δεν υπάρχουν οι θεσμοί και τα κατάλληλα όργανα να εφαρμόσουν μια τέτοια προσέγγιση στην πολιτική υγείας. Ωστόσο, μέσα από την εξέταση και κριτική ανάλυση της νομοθεσίας και της πραγματικής εικόνας του συστήματος θα αφήσουμε να διαφανούν τα «παράθυρα» που υπάρχουν για πιθανή υιοθέτηση και

προσαρμογή κλινικής και ευρύτερης διακυβερνητικής νοοτροπίας στο χώρο της υγείας, στην Ελλάδα.

## **ΜΕΘΟΔΟΣ**

Στη συγκεκριμένη εργασία ακολουθείται εκτεταμένη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τη διακυβέρνηση στην υγεία. Κατά την προετοιμασία διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μηδαμινή ελληνική βιβλιογραφία, συνεπώς τα περισσότερα επιστημονικά άρθρα και επιστημονικά βιβλία που μελετήθηκαν είναι στα αγγλικά. Οι απόψεις και τα ερευνητικά δεδομένα από τα χρησιμοποιούμενα άρθρα και βιβλία παρουσιάζονται κριτικά και αναφέρονται ως παραπομπές στη «Βιβλιογραφία», ενώ άλλα παραθέτονται ως υποσημειώσεις στο κείμενο. Η γενική μέθοδος ήταν η αναζήτηση των όρων : «*health governance, governance, corporate governance, clinical governance, clinical effectiveness* και *quality in health care*» σε μηχανές αναζήτησης στο διαδίκτυο και σε ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες υγείας. Καταβλήθηκε προσπάθεια να αξιοποιηθούν τα πιο σύγχρονα άρθρα (της τελευταίας 10ετίας). Επίσης, κατεβάστηκαν από το διαδίκτυο και μελετήθηκαν τα ΦΕΚ που περιλαμβάνουν σχετικές με το θέμα διατάξεις για την υγεία, από το 2001 και μετά. Παράγραφοι από τα ΦΕΚ υπάρχουν στο **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ**.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Ορισμός και είδη διακυβέρνησης και αρχές εταιρικής διακυβέρνησης**

## **1.1. Τι είναι Διακυβέρνηση**

Σε γενικές γραμμές, ως διακυβέρνηση ορίζεται το σύνολο των μέσων (π.χ. νόμων) και δράσεων που υιοθετεί μια οργανωμένη κοινωνία για να προάγει τη συλλογική δράση και την εφαρμογή συλλογικών λύσεων προς την κατάκτηση κοινών στόχων. Αυτή είναι μια ευρεία εννοιολογική απόδοση του όρου, που περιλαμβάνει τους διάφορους τρόπους με τους οποίους τα άτομα ή οι ομάδες οργανώνουν τους εαυτούς τους για να πετύχουν συμφωνημένους στόχους [1].

Αυτή η οργάνωση απαιτεί συμφωνία σε ένα φάσμα θεμάτων όπως της συμμετοχής σε συνεργατικές σχέσεις, των υποχρεώσεων και των υπευθυνότητων των μελών, της λήψης αποφάσεων, των μέσων επικοινωνίας, της κινητοποίησης πόρων και της διανομής τους, της διευθέτησης διαφωνιών και του σχηματισμού επίσημων ή ανεπίσημων κανόνων και διαδικασιών που αφορούν σε όλα τα παραπάνω. Οριζόμενη κατά αυτόν τον τρόπο, η διακυβέρνηση άπτεται ενός ιδιαίτερα ευρέος φάσματος συλλογικών συμπεριφορών, οι οποίες κυμαίνονται από τοπικές ομάδες στο πλαίσιο μιας κοινότητας, σε διεθνείς «συνεταιρισμούς» και από εργατικά συνδικάτα, σε επίπεδο Συμβουλίου Ηνωμένων Εθνών. Η διακυβέρνηση, συνεπώς, σχετίζεται και με την ιδιωτική και με τη δημόσια σφαίρα της ανθρώπινης δραστηριότητας και μερικές φορές και με τον άμεσο συνδυασμό αυτών των δύο [1].

Πολύ σημαντικό είναι να διευκρινίσουμε πως η διακυβέρνηση είναι διακριτή από τον όρο **κυβέρνηση**. Σύμφωνα με τον Rosenau (1995)[2] : «η κυβέρνηση δεν είναι συνώνυμη με τη διακυβέρνηση. Και οι δυο έννοιες αναφέρονται σε τελολογικές συμπεριφορές, δηλαδή σε δραστηριότητες προσανατολισμένες σε έναν σκοπό και σε συστήματα κανόνων. Ο όρος κυβέρνηση όμως δηλώνει δραστηριότητες που υποστηρίζονται από επίσημη αρχή ή εξουσία, ενώ ο όρος διακυβέρνηση αναφέρεται σε δραστηριότητες που υποστηρίζονται από κοινούς στόχους, οι οποίοι μπορεί να πηγάζουν, μπορεί και όχι, από νόμους και νομοθετικά προσδιοριζόμενες υπευθυνότητες και που δεν επαφίενται απαραίτητα σε «αστυνόμευση» προκειμένου να οριστούν σαφώς και να αποκτήσουν συμμόρφωση προς αυτούς».

Η κυβέρνηση, με άλλα λόγια, είναι μια ιδιαίτερη και σαφώς επισημοποιημένη μορφή διακυβέρνησης. Όπου η διακυβέρνηση είναι θεσμοθετημένη εντός ενός συμφωνημένου πεδίου κανόνων και διαδικασιών ή εντός μιας συνεχούς οργανωμένης δομής με κατάλληλη διαδικασία λήψης αποφάσεων και εισηγητικών - εφαρμοστικών σωμάτων, μπορούμε να πούμε πως όλα αυτά

(που τότε αποτελούν τα μέσα ή τους μηχανισμούς διακυβέρνησης) σχηματίζουν τη μορφή επισημοποιημένης διακυβέρνησης [3]. Σε άλλες περιπτώσεις, ωστόσο, η διακυβέρνηση μπορεί να επαφίεται σε ανεπίσημους μηχανισμούς (π.χ. άγραφους κανόνες, κοινή λογική, γενικούς συλλογικούς κανόνες, πολιτιστικά πρότυπα, κοινές – κοινώς αποδεκτές- αξίες κ.ά.) που δεν τυποποιούνται σε ρητούς κανόνες ή νόμους.

## 1.2. Οι διαφορετικές έννοιες του όρου διακυβέρνηση

Όπως περιγράφηκε παραπάνω, η ικανότητα μιας κοινωνίας να προάγει τη συλλογική δράση και την εφαρμογή λύσεων σε κοινά συμφωνηθέντες στόχους είναι η κεντρική ιδέα της διακυβέρνησης. Όπως δείχνουμε στον Πίνακα 1, ο όρος διακυβέρνηση χρησιμοποιείται με διάφορους τρόπους, από τη σχετικά στενή έννοια της **εταιρικής** και **κλινικής** διακυβέρνησης, στη σχετικά ευρεία έννοια της **παγκόσμιας** διακυβέρνησης. Πριν επικεντρώσουμε την ανάλυσή μας στη **διακυβέρνηση στην υγεία**, παρουσιάζουμε συνοπτικά τους τρόπους αυτούς.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1** : Διαφορετικές έννοιες του όρου διακυβέρνηση.

Τύποι διακυβέρνησης	Χαρακτηριστικά
Διακυβέρνηση	<ul style="list-style-type: none"> <li>- οι δράσεις και τα μέσα για την προαγωγή συλλογικών πράξεων και την εφαρμογή συλλογικών λύσεων,</li> <li>- «μια άσκηση υπολογισμού της αποτελεσματικότητας εναλλακτικών μοντέλων οργάνωσης. Έχει ως αντικείμενο την επιτυχή διάταξη των μηχανισμών διακυβέρνησης» [4],</li> <li>- «ο τρόπος με τον οποίο ασκείται η εξουσία στη διαχείριση των οικονομικών και κοινωνικών πόρων μιας χώρας, με σκοπό την ανάπτυξή της» [5].</li> </ul>
Εταιρική διακυβέρνηση	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ξεκάθαρα συστήματα διαφάνειας και λογοδοσίας προς τους επενδυτές,</li> <li>- μηχανισμοί κοινωνικής ευθύνης για τις εταιρίες,</li> <li>- «το πλαίσιο νόμων, ρυθμιστικών κανονισμών και οι απαιτήσεις δημοσίευσης αποτελεσμάτων που εξασφαλίζουν τον τρόπο με τον οποίο διοικείται ο εταιρικός τομέας» [5].</li> </ul>
Καλή διακυβέρνηση (Παγκόσμια Τράπεζα 1994)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- η διοίκηση του ιδιωτικού τομέα,</li> <li>- η λογοδοσία των οργανισμών του δημόσιου τομέα,</li> <li>- το θεσμικό πλαίσιο για την ανάπτυξη,</li> <li>- διαφάνεια και διάχυση της πληροφορίας.</li> </ul>
Καλή διακυβέρνηση (Πρόγραμμα Ανάπτυξης Ηνωμένων Εθνών, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- η διαχείριση των διακρατικών σχέσεων,</li> <li>- η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα στην οικονομία,</li> <li>- η φιλελεύθερη δημοκρατία,</li> </ul>

	- η μεγαλύτερη χρησιμοποίηση (συμμετοχή) του μη κυβερνητικού τομέα.
Κλινική διακυβέρνηση (Εθνικό Σύστημα Υγείας Ηνωμένου Βασιλείου, 1998)	- «το πλαίσιο βάσει του οποίου οι οργανισμοί του ΕΣΥ λογοδοτούν για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους και εξασφαλίζουν υψηλά επίπεδα περιθαλψης, μέσω δημιουργίας ενός περιβάλλοντος στο οποίο ευδοκίμει η βέλτιστη (άριστη) κλινική πράξη και φροντίδα» [21].
Διακυβέρνηση στην έρευνα	- σεβασμός των δικαιωμάτων των ασθενών, - σεβασμός των δικαιωμάτων των ζώων, - εφαρμογή των αρχών βιοηθικής, κοινής ηθικής και κείμενων νόμων.
Ηλεκτρονική διακυβέρνηση	- δημοσιοποίηση κυβερνητικής (ή ομοσπονδιακής) πολιτικής και διοικητικής δραστηριότητας, - μείωση της γραφειοκρατίας, - βελτίωση διαφάνειας και δημοκρατικών διαδικασιών.
Παγκόσμια διακυβέρνηση	- «όχι μόνο οι επίσημοι θεσμοί και οργανισμοί μέσω των οποίων οι κανόνες και οι συμφωνίες που διέπουν και διασφαλίζουν την παγκόσμια τάξη δημιουργούνται και εφαρμόζονται, οι διακρατικοί φορείς και οι διακυβερνητικές συνεργασίες κ.λπ., αλλά, επίσης, εκείνοι οι οργανισμοί και οι ομάδες πίεσης (όπως πολυεθνικοί συνεργατικοί οργανισμοί, διακρατικά κοινωνικά κινήματα, η πληθώρα Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων κ.ά.) που θέτουν ευρύτερους στόχους και ευρέα αντικείμενα δράσης, τα οποία τελικώς έχουν μεγάλο αντίκτυπο στις διακρατικές συμφωνίες και στα συστήματα εξουσίας»[6].

### 1.3. Ιστορική εξέλιξη και αναγκαιότητα διακυβέρνησης στο σύγχρονο κράτος

Ο όρος διακυβέρνηση υιοθετήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, τη δεκαετία του '80, για να περιγράψει τις διαδικασίες (λογιστικού κατά βάση) ελέγχου όλων των κυβερνητικών (κρατικών - πολιτειακών) δομών. Περιλάμβανε ουσιαστικά τις νόμιμες αρχές της κεντρικής εξουσίας, που αναφέρονται στη Γερουσία (Κοινοβούλια στις Ευρωπαϊκές χώρες), κάνοντας απολογισμό της οικονομικής διαφάνειας, της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας με τις οποίες τα Υπουργεία ή άλλοι κρατικοί θεσμοί χρησιμοποίησαν τη χρηματοδότησή τους.

Έκτοτε ο όρος απέκτησε βαρύνουσα σημασία στο χώρο των εταιριών και της επιχειρηματικότητας (που θα παρουσιάσουμε εκτενώς παρακάτω), ειδικά από

τη δεκαετία του '90, κατά την οποία η καλπάζουσα τεχνολογική ανάπτυξη καθιέρωσε μια παγκοσμιοποιημένη (χρηματοοικονομική) Αγορά.

Ποιες είναι, όμως, οι σύγχρονες ιδιαιτερότητες – κοινές, σε ένα μεγάλο βαθμό, για το σύνολο των ανεπτυγμένων κοινωνιών – που καθιστούν τη διακυβέρνηση, δηλαδή την εφαρμογή της, αναγκαιότητα στα αναπτυγμένα κράτη; Οι περισσότεροι μελετητές της διακυβέρνησης από τις ΗΠΑ, την Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τον Καναδά (χώρες στις οποίες ο όρος διακυβέρνηση έχει αναπτυχθεί και ενσωματωθεί στις περισσότερες κοινωνικές και κρατικές διαστάσεις) αναγνωρίζουν επτά κύριες παραμέτρους:

1. Την καλπάζουσα ανάπτυξη και εφαρμογή νέων, «ακριβών» τεχνολογιών,
2. Τη μεγάλη εξειδίκευση των επιστημόνων και επαγγελματιών,
3. Την ταχεία και σε μεγάλο εύρος επέκταση και λειτουργική εξειδίκευση των κρατικών δομών, ως αποτέλεσμα των 2 πρώτων παραμέτρων,
4. Την πολυπλοκότητα και τη διασπορά των υπηρεσιών,
5. Τη σημαντική αύξηση της φορολογίας για τη συντήρηση και εκσυγχρονισμό των κρατικών υπηρεσιών,
6. Την ολοένα και εντονότερη απαίτηση των πολιτών για αποδοτικότητα των φόρων που πληρώνουν και
7. Τη συνολική κοινωνική απαίτηση για διαφάνεια και αποτελεσματικότητα των δομών του σύγχρονου Κράτους.

#### **1.4. Πεδία εφαρμογής διακυβέρνησης**

Με την ευρεία αντίληψη, η διακυβέρνηση είναι ένας τρόπος δημοκρατικής «τακτοποίησης» των ανθρώπινων σχέσεων, ώστε να επικρατεί η αρμονία σε μια κοινωνία και να υπερισχύει ο κοινός σκοπός. Μπορεί θεωρητικά να εφαρμοστεί σε διάφορα πλαίσια, ακόμη και σε μια οικογένεια ή στην αίθουσα ενός διοικητικού συμβουλίου, στην κοινότητα ή σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο. Ανεξάρτητα από το επίπεδο, η διακυβέρνηση ενέχει τους πλέον στρατηγικούς μηχανισμούς οριοθέτησης των γενικών κατευθύνσεων ανά τομέα αναφοράς, ενέχει δηλαδή τις πιο σημαντικές αποφάσεις σχετικά με την κατεύθυνση και το ρόλο που παίζει ο κάθε τομέας [7].

Η διακυβέρνηση, ειδικά την τελευταία δεκαετία, έχει επομένως ξεφύγει από τη στενή έννοια του οικονομικού ελέγχου των υπηρεσιών και επεκτείνεται στους χώρους όπου το κράτος και κατ' επέκταση οι πολίτες αισθάνονται πιο ευάλωτοι [8]. Δηλαδή στα πεδία όπου :



- Η εξειδίκευση είναι πιο αυστηρή, άρα ο παραδοσιακός έλεγχος (audit) γίνεται πιο δύσκολος,
- Η επιστημονική αυθεντία μπορεί να λειτουργήσει υπεράνω κανόνων,
- Η παρεχόμενη υπηρεσία ή λειτουργική διαδικασία εισάγει τεχνολογία αιχμής, άρα γίνεται πιο ακριβή,
- Στο πεδίο της έρευνας, ειδικά στο χώρο της ανθρώπινης υγείας,
- Στην πληροφορική (IT - Informatics Technology), λόγω του υψηλού κόστους εφαρμογής, της διαρκούς τάσης ανανέωσης και της δυσκολίας υιοθέτησης των τάσεων από το προσωπικό ή τους πολίτες – κοινωνούς των υπηρεσιών,
- Στον τομέα Δημόσιας Διοίκησης στο σύνολό του,
- Στον τομέα της Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας ειδικότερα.

Είναι προφανές, ακόμη και στο μη εξοικειωμένο παρατηρητή, ότι ορισμένες κυβερνήσεις είναι πιο αποτελεσματικές από άλλες. Μερικές κοινωνίες διαθέτουν κυβερνήσεις που χρησιμοποιούν τους κανόνες, σε όλα τα παραπάνω πεδία, με δημιουργικό και αποτελεσματικό τρόπο, λύνουν τα περισσότερα προβλήματα που εμφανίζονται στους περισσότερους από αυτούς τους τομείς, αναπτύσσουν τις οικονομίες τους, εφαρμόζουν λειτουργίες διακυβέρνησης με ομαλό τρόπο, οπότε προσφέρουν στους πολίτες την ευκαιρία να ζήσουν παραγωγική και ικανοποιητική ζωή. Άλλες κοινωνίες, έχουν κυβερνήσεις που βρίσκονται σε σύγχυση ως προς τις υπευθυνότητες και τις λειτουργίες τους, καταπατούν τους κανόνες ή ακόμη τους «ξαναγράφουν», ώστε να ευνοούνται λίγοι πολίτες εις βάρος των υπολοίπων. Μερικές φορές η έλλειψη ουσιαστικής διακυβέρνησης από κάποιες κυβερνήσεις προκαλεί τέτοια σύγχυση που η ίδια κοινωνία απειλείται με κατάρρευση [7]. Συνεπώς, γίνεται αντιληπτή η ανάγκη εισαγωγής της έννοιας «σωστής» ή «καλής» (ορθής) διακυβέρνησης.

### **1.5. «Καλή» διακυβέρνηση**

Ο όρος καλή διακυβέρνηση εισήχθη από την Παγκόσμια Τράπεζα το 1994 ως μια πρόταση – λύση για προβλήματα που αντιμετώπιζαν πολλές χώρες και κυρίως για την αδυναμία διοίκησης του Δημόσιου Τομέα και των θεσμικών του οργάνων και ως μια βάση περαιτέρω ανάπτυξης συνθηκών που θα λειτουργήσουν ως ασφαλιστική δικλείδα. Σε αυτό το πλαίσιο η διακυβέρνηση ορίζεται ως «ο τρόπος με τον οποίο ασκείται η εξουσία στη διοίκηση των οικονομικών και κοινωνικών πόρων ανάπτυξης μια χώρας». Για να είναι «καλή» η διακυβέρνηση θα πρέπει οι κοινωνικοοικονομικοί πόροι να

διοικούνται από ένα μικρό και αποτελεσματικό κράτος το οποίο ταυτόχρονα είναι αντιπροσωπευτικό, λογοδοτεί, είναι απόλυτα διαφανές, σέβεται τους νόμους και υποστηρίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα, μέσω προγραμμάτων εξάλειψης της φτώχειας και παροχής υγείας προς όλους [1]. Συνεπώς, μπορούμε να παρουσιάσουμε εν συντομία κάποιες βασικές αρχές καλής διακυβέρνησης [9]:

- **Νομιμότητα και αντιπροσωπευτικότητα.**

Οι πολίτες (ή τα μέλη μιας οποιαδήποτε ομάδας) πιστεύουν στην καταλληλότητα και στη φερεγγυότητα του συστήματος διακυβέρνησης και πειθαρχούν στους κανόνες του. Επιπλέον, κάθε άντρας ή γυναίκα έχει λόγο (με κάποιον τρόπο) στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

- **Κατεύθυνση – στόχος.**

Υπάρχει μια στρατηγική προοπτική συλλογικής ανάπτυξης, μαζί με μια ξεκάθαρη αίσθηση του τι χρειάζεται για να επιτευχθεί.

- **Υψηλή επίδοση.**

Τα συλλογικά όργανα ή θεσμοί υπηρετούν τους ενδιαφερόμενους αποτελεσματικά και αποδοτικά και οι προσφερόμενες υπηρεσίες θα πρέπει να είναι καλής ποιότητας και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των δικαιούχων.

- **Λογοδοσία.**

Υπάρχουν μηχανισμοί βάσει των οποίων οι αξιωματούχοι απαντούν – αναφέρουν – λογοδοτούν ως προς το πώς εξασκούν τις εξουσίες και τα καθήκοντά τους, δρουν απέναντι σε κριτικές ή απαιτήσεις τις οποίες δέχονται και αποδέχονται τουλάχιστον ένα μερίδιο της ευθύνης σε περίπτωση αποτυχίας, μη ανταγωνιστικότητας ή απάτης.

- **Δικαιοσύνη.**

Υπάρχει καθολική και ίση εφαρμογή των κανόνων και νόμων, διακηρυγμένη emphaticά σε νομοθετικά και κανονιστικά πλαίσια. Υπάρχει, επίσης, ανεξαρτησία των δικαστικών αρχών από την πολιτική ηγεσία, δίκαιες διαδικασίες και επαρκείς μηχανισμοί διαφωνίας και αμφισβήτησης.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι αρχές αυτές είναι περισσότερο σκοποί ή ιδανικά θα λέγαμε, παρά κάτι που κάθε κυβέρνηση ή δημόσιος φορέας μπορεί να πετύχει επακριβώς, στην πράξη. Επίσης, οι στόχοι αυτοί δε μπορούν να επιτευχθούν ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλον. Υπερβολική προσήλωση σε έναν στόχο (π.χ. υπερβολική βαρύτητα στη λογοδοσία) μπορεί να λειτουργήσει σε βάρος κάπου άλλου (μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την επίδοση – ποιότητα). Οι παραπάνω αρχές είναι γενικές και εν μέρει ασαφείς και δέχονται πολλαπλών ερμηνειών. Η δε ουσία κρύβεται πολλές φορές στις λεπτομέρειες της εφαρμογής τους. Τέλος, η ιστορία, η κουλτούρα και το

τεχνολογικό επίπεδο επηρεάζουν σημαντικά τόσο την κατανόηση όσο και την εφαρμογή των αρχών καλής διακυβέρνησης [9].

Θα επανέρθουμε στη λεπτομερέστερη ανάλυση των αρχών όταν θα επιχειρήσουμε στη συνέχεια να τις δούμε μέσα από το πρίσμα της διακυβέρνησης της υγείας, όπου και θα παρουσιάσουμε τα εμπόδια που παρουσιάζονται στην εφαρμογή τους μέσα στο ιδιαίτερο περιβάλλον της υγείας και των υπηρεσιών υγείας. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μετάβαση από το πιο γενικό [αρχές καλής (κρατικής - πολιτειακής) διακυβέρνησης] που αναφέρθηκαν, στο πιο ειδικό (αρχές εταιρικής διακυβέρνησης) που ακολουθεί και η εμφανής ουσιαστικά αναλογία που παρουσιάζουν μεταξύ τους αλλά και η αναλογία που θα επιδιώξουμε να αποδείξουμε με την προσαρμογή των αρχών στον τομέα της υγείας.

### **1.6. Εταιρική διακυβέρνηση**

Η εταιρική διακυβέρνηση ασχολείται με τους τρόπους με τους οποίους οι χρηματοδότες των εταιρειών, αυτοί που διαθέτουν και προμηθεύουν στις εταιρείες τα απαραίτητα κεφάλαια, εξασφαλίζουν στους εαυτούς τους μία ανταμοιβή για την επένδυσή τους.

Πώς οι χρηματοδότες οδηγούν/αναγκάζουν τους μάνατζερ να επιστρέφουν κάποια από τα κέρδη της επιχείρησης σ' αυτούς; Πώς εξασφαλίζουν ότι οι μάνατζερ δεν καταχρώνται ή κλέβουν το κεφάλαιο που οι χρηματοδότες προμηθεύουν στις εταιρείες ή δεν το επενδύουν σε προβληματικά ή μη ενδεικνυόμενα projects; Πώς οι χρηματοδότες ελέγχουν τους μάνατζερ συνολικά; Με μια πρώτη ματιά, δεν είναι πλήρως προφανές γιατί οι χρηματοδότες πρέπει να παίρνουν κάποια ανταμοιβή για τα κεφάλαια που διαθέτουν. Άλλωστε, συμμετέχουν αρχικά με τα κεφάλαιά τους και από εκεί και πέρα έχουν λίγα να προσφέρουν. Οι επαγγελματίες μάνατζερ ή οι επιχειρηματίες που διοικούν τις επιχειρήσεις θα μπορούσαν να καταχραστούν τα κεφάλαια αυτά και να διαφύγουν. Παρόλο που μερικές φορές συμβαίνει και αυτό, συνηθέστερα δεν συμβαίνει [10].

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) εταιρική διακυβέρνηση είναι:

«όλες εκείνες οι πρακτικές και οι διαδικασίες (θα μπορούσαν να προστεθούν και οι θεσμοί, οι αρχές, οι νόμοι, οι κανόνες εθιμικού δικαίου, οι συνθήκες και οι πολιτικές σε μια ευρύτερη θεώρηση) που θα πρέπει να διέπουν τη συγκρότηση και τη λειτουργία μιας εταιρίας, προκειμένου να διασφαλιστούν τα συμφέροντα των μετόχων της και να καταστεί εύρυθμος ο τρόπος διοίκησης και ελέγχου της»<sup>2</sup>

Η εταιρική διακυβέρνηση επιπλέον περιλαμβάνει:

- (α) τις σχέσεις μεταξύ των πολλών εμπλεκόμενων παικτών (stakeholders) και
- (β) τους στόχους για την επίτευξη των οποίων διακυβερνάται η επιχείρηση.

Οι βασικοί παίκτες είναι οι μέτοχοι, η διοίκηση (management), και το Διοικητικό Συμβούλιο. Άλλοι εμπλεκόμενοι είναι οι εργαζόμενοι, οι προμηθευτές, οι πελάτες, οι τράπεζες και λοιποί δανειστές, οι Ρυθμιστικές Αρχές της Αγοράς, και γενικότερα το εξωτερικό περιβάλλον και η κοινωνία.

Η εταιρική διακυβέρνηση είναι ένα πολύπλευρο ζήτημα. Μία σημαντική συνιστώσα της είναι ότι πρέπει να διασφαλίζει πως συγκεκριμένα πρόσωπα στον οργανισμό/επιχείρηση πρέπει να είναι υπόλογα απέναντι στους μετόχους της επιχείρησης και να υποχρεώνονται να τους ενημερώνουν σχετικά με τις πράξεις τους και τις αποφάσεις τους (κατά το παρελθόν και το μέλλον), τις οποίες πρέπει να δικαιολογούν, και να υφίστανται τη τιμωρία σε περίπτωση παράβασης καθήκοντος ή κακοδιαχείρισης [10].

### **1.7. Διεθνές υπόβαθρο εταιρικής διακυβέρνησης**

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονο, διεθνές ενδιαφέρον για τις πρακτικές της εταιρικής διακυβέρνησης στις σύγχρονες επιχειρήσεις, ιδιαίτερα λόγω των βαρύγδουπων καταρρεύσεων ενός αριθμού μεγάλων επιχειρήσεων στις ΗΠΑ, όπως η *Enron Corporation* και η *Worldcom*, που έφεραν σε δεινή θέση τους μετόχους των επιχειρήσεων αυτών. Το ενδιαφέρον και ο σκεπτικισμός κορυφώθηκαν μετά το 2007, λόγω των υποθέσεων ανεξέλεγκτης δανειοδότησης από τις *Lehman Brothers Holdings Inc.* και *Goldman Sachs Group, Inc.*, που οδήγησαν στην πτώχευση της πρώτης και τάραξαν συθέμελα την παγκόσμια οικονομία, παράγοντας τεράστια χρέη και προκαλώντας αλυσιδωτές αντιδράσεις οικονομικής κρίσης ακόμη και σε εθνικές οικονομίες.

<sup>2</sup> Ο ορισμός είναι προσαρμογή του διαθέσιμου ορισμού από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), βασισμένη στο «European Central Bank Annual Report: 2004, ECB, Frankfurt, Glossary» και στην κριτική ανάλυση του «Cadbury Report (UK), 1992».

Οι περισσότερο ανεπτυγμένες οικονομίες των αγορών φαινόταν, τουλάχιστον ως το 2007, να είχαν επιλύσει το πρόβλημα της εταιρικής διακυβέρνησης ικανοποιητικά, με την έννοια ότι φαινόταν να είχαν διασφαλίσει την ροή υπέρογκων κεφαλαίων στις επιχειρήσεις και την πραγματική επιστροφή μέρους των κερδών σ' αυτούς που προμηθεύουν τα κεφάλαια. Αλλά αυτό δεν υπονοεί ότι είχαν επιλύσει το πρόβλημα της εταιρικής διακυβέρνησης σε τέλειο επίπεδο ή ότι οι μηχανισμοί της εταιρικής διακυβέρνησης δεν μπορούν να βελτιωθούν περαιτέρω [10]. Στην πραγματικότητα, το ζήτημα της εταιρικής διακυβέρνησης είναι εξαιρετικά σημαντικό και πολυεπίπεδο. Ακόμη και στις ανεπτυγμένες αγορές, υπάρχει σημαντική διαφωνία σχετικά με το πόσο καλοί ή κακοί είναι οι υπάρχοντες μηχανισμοί εταιρικής διακυβέρνησης. Επίσης, υπάρχει μία συνεχής συζήτηση για την αντικατάσταση των Αγγλοσαξονικών συστημάτων εταιρικής διακυβέρνησης με εκείνα που διαμορφώθηκαν στη Γερμανία και την Ιαπωνία [11]. Αλλά οι ΗΠΑ, η Γερμανία, η Ιαπωνία και το Ηνωμένο Βασίλειο διαθέτουν μερικά από τα καλύτερα συστήματα εταιρικής διακυβέρνησης στον κόσμο, και οι διαφορές μεταξύ τους είναι πιθανότατα μικρές σχετικά με τις διαφορές τους ως προς άλλες χώρες. Σύμφωνα με τους «Barca, 1995» και «Pagano, Panetta, και Zingales, 1995»[12], οι μηχανισμοί εταιρικής διακυβέρνησης σε ένα άλλο, μη οικονομικά ανεπτυγμένο κράτος είναι και αυτοί τόσο υπο-ανεπτυγμένοι, ώστε να αναχαιτίζονται και να παρεμποδίζονται οι ροές εξωτερικών κεφαλαίων προς τις επιχειρήσεις, μειώνοντας την ανάπτυξή τους. Στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, συμπεριλαμβανομένων και των χωρών που βρίσκονται σε φάση εξέλιξης και μετάπτωσης σε μία πιο ανεπτυγμένη κατάσταση, οι μηχανισμοί εταιρικής διακυβέρνησης είναι πρακτικώς ανύπαρκτοι. Στη Ρωσία, οι ασθενείς μηχανισμοί εταιρικής διακυβέρνησης οδηγούν σε ουσιαστική απόσπαση των κεφαλαίων των ιδιωτικοποιημένων επιχειρήσεων από τους managers προς ίδιον όφελος (παροχετεύοντάς τα ανεξέλεγκτα όπως και όπου αυτοί επιθυμούν) και κατά συνέπεια στην εικονική ανυπαρξία κεφαλαίων για τις επιχειρήσεις [12].

Η κατανόηση της εταιρικής διακυβέρνησης όχι μόνο διαφωτίζει τη συζήτηση σχετικά με οριακές βελτιώσεις στις πλούσιες οικονομίες, αλλά και υποκινεί / ενισχύει μεγάλες θεσμικές αλλαγές σε μέρη που αυτές πρέπει να γίνουν [10].

### **1.8. Αρχές εταιρικής διακυβέρνησης**

Στις αρχές της καλής εταιρικής διακυβέρνησης περιλαμβάνονται η **τιμιότητα**, η **εμπιστοσύνη**, η **ακεραιότητα**, η **ευθύτητα**, ο **προσανατολισμός προς την επιτέλεση του καθήκοντος και τη βέλτιστη απόδοση**, η **υπευθυνότητα**, ο **αμοιβαίος σεβασμός** και η **δέσμευση προς τον οργανισμό ή την επιχείρηση**. Μεγάλης σημασίας είναι ο τρόπος με τον οποίο οι διευθυντές και η διοίκηση (μάνατζμεντ) αναπτύσσουν ένα μοντέλο

διακυβέρνησης που ευθυγραμμίζει μεταξύ τους τις αξίες όσων μετέχουν στην επιχείρηση και κατόπιν αξιολογούν αυτό το μοντέλο περιοδικά για τη αποτελεσματικότητά του. Συγκεκριμένα, οι ανώτεροι διοικητικοί λειτουργοί της επιχείρησης θα πρέπει να διοικούν και να διαχειρίζονται τα της επιχείρησης με εντιμότητα και **ηθική**, ειδικά όσον αφορά πραγματικές ή φαινομενικές συγκρούσεις συμφερόντων, να υποστηρίζουν έμπρακτα τη **διαφάνεια** και να είναι αποκαλυπτικοί όταν πρόκειται για οικονομικές αναφορές και αποτελέσματα της επιχείρησης.

Οι κοινά αποδεκτές αρχές της εταιρικής διακυβέρνησης περιλαμβάνουν [13]:

### **1. Προστασία δικαιωμάτων και ίση μεταχείριση των μετόχων (shareholders)**

Οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί θα πρέπει να σέβονται τα δικαιώματα των μετόχων και να τους βοηθούν στην εξάσκηση των δικαιωμάτων τους μέσω :

(α) της αποτελεσματικής παροχής όλων των απαραίτητων γι' αυτούς πληροφοριών με τρόπο κατανοητό και εύκολα προσβάσιμο και (β) μέσω της ενθάρρυνσής τους να συμμετέχουν ενεργά στις γενικές συνελεύσεις των μετόχων των επιχειρήσεων αυτών.

### **2. Προάσπιση των συμφερόντων των υπολοίπων μεριδιούχων (stakeholders)**

Ενδιαφερόμενοι – σχετιζόμενοι – εξαρτώμενοι με την επιχείρηση μπορεί να είναι προμηθευτές, δανειστές, ρυθμιστικές αρχές, πελάτες, κρατικές δομές και φορείς κ.λπ.

Οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί θα πρέπει να αναγνωρίζουν ότι έχουν νομικές και άλλες υποχρεώσεις απέναντι σε όλους τους υπόλοιπους νόμιμους συμμετέχοντες στην ή συνεργαζόμενους με ή εξαρτώμενους από την επιχείρηση, δηλαδή τους «μεριδιούχους».

### **3. Ρόλος και Ευθύνη του Διοικητικού Συμβουλίου**

Το ΔΣ της επιχείρησης χρειάζεται ένα εύρος ικανοτήτων και κατανόηση, ώστε να είναι ικανό να αντιμετωπίσει τα διάφορα θέματα και να έχει την ικανότητα να αναθεωρεί και να προκαλεί ή να θέτει υπό αμφισβήτηση την απόδοση του management. Χρειάζεται να είναι επαρκούς μεγέθους και να διαθέτει το κατάλληλο επίπεδο δέσμευσης ώστε να εκπληρώνει τις ευθύνες και τα καθήκοντά του. Υπάρχουν διάφορα ανοικτά ζητήματα σε σχέση με το πιο είναι το καταλληλότερο μίγμα (αριθμητικός συσχετισμός) μεταξύ εκτελεστικών και μη-εκτελεστικών μελών του ΔΣ. Οι κρίσιμοι ρόλοι του Προέδρου και του Γενικού Διευθυντή δεν θα πρέπει να διαδραματίζονται και οι αντίστοιχες θέσεις να καταλαμβάνονται από το ίδιο πρόσωπο.

#### **4. Ακεραιότητα και ηθική συμπεριφορά**

Οι επιχειρήσεις θα πρέπει να αναπτύξουν έναν κώδικα δεοντολογίας για τα μέλη του ΔΣ και τους εκτελεστικούς διευθυντές που να προάγει την ηθική και την υπεύθυνη λήψη αποφάσεων.

#### **5. Διαδικασίες διάχυσης πληροφοριών και διαφάνειας**

Οι επιχειρήσεις θα πρέπει να αποσαφηνίζουν, να διαλευκάνουν και να καθιστούν δημόσια γνωστό το ρόλο και τις ευθύνες /αρμοδιότητες των μελών του ΔΣ και του μανάτζμεντ, ώστε να παρέχουν στους μετόχους ένα καλό επίπεδο υποχρέωσης λογοδοσίας εκ μέρους των μελών του ΔΣ (δηλαδή να είναι πεπεισμένοι και βέβαιοι οι μέτοχοι ότι όταν ζητήσουν εξηγήσεις από τα μέλη του ΔΣ της επιχείρησης θα τους παρασχεθούν με διαφάνεια και ακρίβεια). Παράλληλα, οι επιχειρήσεις θα πρέπει να υλοποιούν διαδικασίες ώστε με ανεξάρτητο τρόπο (π.χ. ορκωτοί λογιστές) να επαληθεύεται, να προστατεύεται και να εγγυάται η ακεραιότητα των οικονομικών αναφορών (financial reporting) της επιχείρησης. Η δημοσιοποίηση / παρουσίαση υλικού και στοιχείων που αφορούν την επιχείρηση θα πρέπει να γίνονται έγκαιρα και ισόρροπα, ώστε να διασφαλίζεται ότι όλοι οι μέτοχοι έχουν πρόσβαση σε ξεκάθαρη, σαφή και τεκμηριωμένη πληροφορία.

#### **1.9. Ζητήματα που περιπλέκουν τις αρχές της εταιρικής διακυβέρνησης**

Υπάρχουν κάποια «λεπτά» θέματα, κάποιοι ευαίσθητοι τομείς που εξακολουθούν να εμπεριέχουν ασάφειες, να υπόκεινται σε υποκειμενική κρίση, συνεπώς να επιτρέπουν και κάποια «παράθυρα» ως προς την εφαρμογή τους. Αυτά, συνοψίζοντας, είναι:

- Η εποπτεία της προετοιμασίας των χρηματοοικονομικών αναφορών της επιχείρησης,
- Οι εσωτερικοί έλεγχοι (internal audit) και η ανεξαρτησία των επιθεωρητών της επιχείρησης (π.χ. ορκωτών λογιστών),
- Ο απολογισμός και η εξέταση της αποζημίωσης του Γενικού Δ/ντή και άλλων ανώτερων εκτελεστικών στελεχών της επιχείρησης (ζήτημα το οποίο έγινε διεθνώς επίκαιρο λόγω της αποκάλυψης των τεράστιων μπόνους που λάμβαναν τα στελέχη των χρηματο-επενδυτικών ιδρυμάτων, ενώ τα οδηγούσαν στην κατάρρευση με την εταιρική πολιτική που ακολουθούσαν ακριβώς για να εξασφαλίσουν αυτές τις αμοιβές),
- Ο τρόπος με τον οποίο συγκεκριμένα πρόσωπα προσλαμβάνονται, επιλέγονται και καταλαμβάνουν θέσεις στο ΔΣ της επιχείρησης,

- Οι πόροι που διατίθενται στα στελέχη της διοίκησης, ώστε να μπορούν να εκτελούν τα καθήκοντά τους,
- Η εποπτεία και διαχείριση του κινδύνου (risk management),
- Ο καθορισμός της μερισματικής πολιτικής.

### **1.10. Νόμος περί εταιρικής διακυβέρνησης στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, η εταιρική διακυβέρνηση επιδιώκεται θεσμικά (Νομοθεσία που διέπει τη λειτουργία Ανωνύμων Εταιρειών, Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς, Κανονισμός Λειτουργίας Χρηματιστηρίου Αθηνών, κ.λπ.) και εκφράζεται νομοθετικά στα πλαίσια τους Νόμου 3016/2002 «Για την εταιρική διακυβέρνηση, θέματα μισθολογίου και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ, 110/17.05.2002), όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 26 του νόμου 3091/2002 (ΦΕΚ, 330/24.12.2002). Είναι χαρακτηριστικό - και απολύτως σχετικό με όσα αναφέραμε παραπάνω - το Άρθρο 2 του Κεφαλαίου Α΄ που αφορά τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του Διοικητικού Συμβουλίου:

1. «Πρώτιστη υποχρέωση και καθήκον των μελών του διοικητικού συμβουλίου (Δ.Σ.) κάθε εισηγμένης σε οργανωμένη χρηματιστηριακή αγορά εταιρίας είναι η διαρκής επιδίωξη της ενίσχυσης της μακροχρόνιας οικονομικής αξίας της εταιρίας και η προάσπιση του γενικού εταιρικού συμφέροντος».
2. «Τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου και κάθε τρίτο πρόσωπο στο οποίο έχουν ανατεθεί από το Δ.Σ. αρμοδιότητες του απαγορεύεται να επιδιώκουν ίδια συμφέροντα που αντιβαίνουν στα συμφέροντα της εταιρίας».
3. «Τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου και κάθε τρίτος στον οποίο έχουν ανατεθεί αρμοδιότητες του οφείλουν έγκαιρα να αποκαλύπτουν στα υπόλοιπα μέλη του διοικητικού συμβουλίου τα ίδια συμφέροντά τους, που ενδέχεται να ανακύψουν από συναλλαγές της εταιρίας που εμπίπτουν στα καθήκοντά τους, καθώς και κάθε άλλη σύγκρουση ιδίων συμφερόντων με αυτών της εταιρίας ή συνδεδεμένων με αυτήν επιχειρήσεων κατά την έννοια του άρθρου 42ε παρ. 5 του Κ.Ν. 2190/1920, που ανακύπτει κατά την άσκηση των καθηκόντων τους».
4. «Το διοικητικό συμβούλιο κατ' έτος συντάσσει έκθεση στην οποία αναφέρονται αναλυτικά οι συναλλαγές της εταιρίας με τις συνδεδεμένες με αυτήν επιχειρήσεις του άρθρου 42ε παρ. 5 του Κ.Ν. 2190/1920. Η έκθεση αυτή γνωστοποιείται στις εποπτικές αρχές».

Η αναφορά του συγκεκριμένου άρθρου σχετικά με το ρόλο των ΔΣ των εταιριών δεν είναι τυχαία. Κρίσιμο ρόλο τόσο στην κλινική όσο και τη «διοικητική» διακυβέρνηση στην υγεία παίζει η σύνθεση και η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του εκάστοτε ΔΣ, στοιχεία που θα αναλυθούν σε ξεχωριστό κεφάλαιο (ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Κριτική θεώρηση των αρχών εταιρικής διακυβέρνησης, υπό το πρίσμα της υγείας**

### **2.1. Από την εταιρική στη διακυβέρνηση στην υγεία**

Η διακυβέρνηση στην υγεία αφορά στα μέσα και τις δράσεις που υιοθετεί μια κοινωνία για να οργανωθεί ως προς την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού της. Οι κανόνες που καθορίζουν αυτήν την οργάνωση και τη λειτουργικότητά της μπορεί να είναι επίσημοι (εθνική νομοθεσία, διεθνείς ρυθμιστικοί κανόνες υγείας) ή ανεπίσημοι (π.χ. διακηρύξεις του ΠΟΥ, ο όρκος του Ιπποκράτη) και υπαγορεύουν ή απαγορεύουν συμπεριφορές και ενέργειες. Ο μηχανισμός διακυβέρνησης τώρα, μπορεί να εναπόκειται σε τοπικό επίπεδο (οι υγειονομικές αρχές μιας επαρχίας π.χ. Δ-ΥΠΕ), εθνικό επίπεδο (Υπουργείο Υγείας), υπερ-τοπικό (Παναμερικανικός Οργανισμός Υγείας, ECDC κ.ά.), διεθνές επίπεδο (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) ή και παγκόσμιο επίπεδο (ΟΗΕ). Επιπλέον, η διακυβέρνηση στην υγεία μπορεί να είναι δημόσια (εθνικό σύστημα υγείας), ιδιωτική (π.χ. Διεθνής Ομοσπονδία Ενώσεων Φαρμακευτικών Εταιριών) ή συνδυασμός αυτών των δύο (π.χ. Medicines for Malaria Venture) [προσαρμογή από 1].

### **2.2. Η πολυπλοκότητα του χώρου της Υγείας**

Μιλώντας περί «χώρου υγείας» υπάρχει πάντα μια σύγχυση ή ασάφεια ως προς το τι περιλαμβάνει ο όρος. Συνήθως οι πολίτες (ή αλλιώς η «κοινή γνώμη») ως «υγεία» θεωρούν τις υπηρεσίες ιατρικής, κατά βάση, φροντίδας που αποκαθιστούν ή προσπαθούν να αποκαταστήσουν προβλήματα της υγείας τους και υπηρεσίες που προστατεύουν και βελτιώνουν ή προσπαθούν να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας τους. Προκειμένου, ωστόσο, να προσεγγίσουμε με ακρίβεια την έννοια διακυβέρνηση στην υγεία ας παραδεχτούμε ότι ο χώρος της υγείας περιλαμβάνει 5 διακριτούς τομείς :

1. Τον τομέα βασικής έρευνας (π.χ. μοριακή βιολογία, νευροβιολογία, μικρορομποτική χειρουργική, μεταμοσχεύσεις, ανάπτυξη φαρμάκων και ιατρικών τεχνολογιών και υλικών κ.ά.).

Στον τομέα αυτό η διακυβέρνηση σχετίζεται κυρίως με θέσπιση<sup>3</sup>, εφαρμογή και επιτήρηση κανόνων βιοηθικής, όπως είδαμε στην 1.2. Υπάρχουν επιτροπές βιοηθικής και δεοντολογίας στην έρευνα<sup>4</sup> σε όλες τις χώρες που έχουν αναπτύξει τον ερευνητικό τομέα αναφορικά με την ανθρώπινη υγεία, η δυνατότητά τους όμως να ελέγχουν τις μεθόδους και τα πειράματα που

<sup>3</sup> (ως παράδειγμα:) [Κώδικας Δεοντολογίας στην Έρευνα ΑΠΘ – Έκδοση 2<sup>η</sup> 2010](#)

<sup>4</sup> [Κώδικας Δεοντολογίας για την Έρευνα στις Βιολογικές Επιστήμες –Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής – Οκτώβριος 2008](#)

διεξάγονται στα ερευνητικά εργαστήρια είναι περιορισμένες. Μόνον όταν τα ερευνητικά αποτελέσματα οδηγούνται προς δημοσίευση και τα προϊόντα της έρευνας πρόκειται να λάβουν έγκριση για κυκλοφορία στο εμπόριο, κινητοποιούνται οι θεσμοθετημένοι μηχανισμοί για να επικυρώσουν ότι η έρευνα διεξήχθη με σύννομο ή εν πάση περιπτώσει με τον προβλεπόμενο τρόπο. Για παράδειγμα, στον τομέα της ανάπτυξης νέων φαρμάκων, υπάρχουν «ισχυροί» διεθνείς και εθνικοί κανόνες που ακολουθούν διεθνείς συμβάσεις. Οι κλινικές (φαρμακολογικές) έρευνες –clinical trials- συμβαδίζουν με τις απαιτήσεις του ICH (International Conference on Harmonization) και διεξάγονται απαραίτητως σύμφωνα με τους κανόνες GCP (Good Clinical Practice). Ο FDA (Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων) στην Αμερική, το EMA (European Medicines Agency)<sup>5</sup>, ο ΕΟΦ στην Ελλάδα, σε συνεργασία με τοπικές Επιστημονικές Επιτροπές επιβλέπουν και διασφαλίζουν τις αναγκαίες συνθήκες που πρέπει να ακολουθούνται στη φαρμακευτική έρευνα. Σημαντικό ρόλο στη διαδικασία ερευνών στα φάρμακα παίζει η «Ενημερωμένη Συγκατάθεση των Ασθενών – Συμμετεχόντων» (Informed Consent), η οποία είναι απαραίτητη συνθήκη διεξαγωγής.

Στην παρούσα εργασία δε θα επεκταθούμε στο συγκεκριμένο τομέα.

2. Τον τομέα της κλασικής – κλινικής ιατρικής και νοσηλευτικής και τις υποστηρικτικές υπηρεσίες (διαιτολογία, φυσικοθεραπευτική, ψυχολογία, ψυχανάλυση κ.ά.).

Ο συγκεκριμένος τομέας αποτελεί την «καρδιά» της φροντίδας και των υπηρεσιών υγείας. Τα ζητήματα ποιότητας, αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας των συστημάτων που παρέχουν τις υπηρεσίες έχουν προτεραιότητα στην ατζέντα που εμπλέκει την έννοια της διακυβέρνησης (κλινική διακυβέρνηση ή clinical governance) και σε αυτόν θα επικεντρώσουμε την ανάλυσή μας. Θα πρέπει να διευκρινιστεί πως ο συγκεκριμένος τομέας περιλαμβάνει τόσο το «δημόσιο», όσο και τον «ιδιωτικό» χαρακτήρα της παροχής φροντίδας υγείας, οπότε στη συνέχεια θα γίνει ο απαραίτητος διαχωρισμός, ώστε να αποσαφηνιστεί πού και πώς εμπλέκεται η διακυβέρνηση στον κάθε χώρο.

3. Τον τομέα της Δημόσιας Υγείας που περιλαμβάνει την προληπτική, κοινωνική και ανθρωπιστική ιατρική.

---

<sup>5</sup> [DIRECTIVE 2001/20/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 4 April 2001](#) "on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of clinical trials on medicinal products for human use"

Ο τομέας αυτός είναι, κατά κανόνα, δημόσιος και άρρηκτα συνδεδεμένος με τα εθνικά συστήματα υγείας, συνεπώς ο όρος διακυβέρνηση στην υγεία ή κλινική διακυβέρνηση εμπλέκεται και στο συγκεκριμένο πλαίσιο. Σημαντική πάντως είναι και η παρουσία ΜΚΟ, που δραστηριοποιούνται στον τομέα της Δημόσιας Υγείας και της ανθρωπιστικής ιατρικής και το θέμα της διασύνδεσής τους με τις εκάστοτε δημόσιες υπηρεσίες υγείας θα εξεταστεί και αναλυθεί στη συνέχεια.

4. Τον επιχειρηματικό χώρο της υγείας, όπως εκφράζεται μέσα από τις εμπορικές δραστηριότητες των εταιριών φαρμάκων, των λεγόμενων OTC προϊόντων – σκευασμάτων, αναλώσιμων, διαγνωστικών, μηχανημάτων.

Η διακυβέρνηση στον τομέα αυτό έχει το χαρακτήρα της εταιρικής διακυβέρνησης και εταιρικής κοινωνικής ευθύνης, άρα δεν είναι το κύριο αντικείμενο μελέτης της εργασίας.

5. Τις δραστηριότητες του «επιχειρείν» στην Υγεία, όπως εκφράζονται με τη δημιουργία κλινικών, νοσοκομείων, ιδρυμάτων (γηροκομείων, ιδιωτικών θεραπευτηρίων), διαγνωστικών κέντρων και αφορούν τη διοίκηση, διαχείριση, διαφήμιση – προώθηση κ.λπ. αυτών.

Εδώ, επίσης, η διακυβέρνηση αποκτά εταιρικό χαρακτήρα. Όμως ο τομέας αυτός προσφέρει ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον πεδίο διερεύνησης. Κατά πόσο δηλαδή η υιοθέτηση και εφαρμογή των αρχών εταιρικής διακυβέρνησης οδηγεί ή αποδίδει σε βελτίωση της ποιότητας του κλινικού αποτελέσματος και ικανοποίησης των ασθενών, από τις επιχειρήσεις που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας. Θα μπορούσε π.χ. να χρησιμοποιηθεί ως μοντέλο διερεύνησης το ιδιωτικό νοσοκομείο «Υγεία», μέλος του ομώνυμου Επιχειρηματικού Ομίλου που δραστηριοποιείται στην υγεία, καθώς πρόσφατα έλαβε κορυφαία διεθνή διαπίστευση στην ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει. Θα μπορούσε να αναζητηθεί δηλαδή αν η εφαρμογή αρχών διακυβέρνησης σχετίζεται –και με ποιον τρόπο- με το αποτέλεσμα που αντανακλά η διαπίστευση που έλαβε το νοσοκομείο (η σχετική έρευνα υλοποιείται ήδη στο πλαίσιο άλλης επιστημονικής εργασίας).

### **2.3. Μοντέλα Εθνικών Συστημάτων Υγείας στην ΕΕ**

Λαμβάνοντας υπόψη τα κρατικά συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (τα οποία θα τα ονομάζουμε εφεξής ΕΣΥ – Εθνικά Συστήματα Υγείας) θα παρατηρήσουμε, επίσης, μεγάλες διαφορές και πολυπλοκότητα ως προς τη δομή και τη λειτουργία τους. Κανένα σύστημα δεν εναρμονίζεται ευθέως με

κάποιο ιδανικό τύπο. Αντιθέτως, το καθένα από αυτά χρησιμοποιεί διαφορετικές δεσμίδες πολιτικών και μέτρων και υιοθετεί σε διαφορετικό βαθμό τα καθιερωμένα μοντέλα υγείας, όπως αυτά εδραιώθηκαν στον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Για παράδειγμα, περίπου τα μισά από τα Κράτη Μέλη έχουν κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή ακολουθούν το σύστημα «Bismarck», ενώ τα υπόλοιπα ακολουθούν το σύστημα που βασίζεται στη φορολόγηση, δηλαδή ακολουθούν το μοντέλο «Beveridge» [15]. Τα πρώην κομμουνιστικά κράτη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης έχουν επιστρέψει σε εκδοχές του μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης του Μπίσμαρκ, αλλά ακόμη προσπαθούν να ανανήψουν από το μέχρι πρότινος προσανατολισμό τους στο Ρωσικό μοντέλο υγείας «Semashko» [17]. Οι παραλλαγές μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων υγείας αφορούν κυρίως στο **πώς πληρώνεται η κοινωνική ασφάλιση** (αποζημίωση ή «πληρωμή σε είδος»), **την κεντρικού ή αποκεντρωμένου τύπου διοίκηση** και **το μέγεθος του καλυπτόμενου πληθυσμού**. Ωστόσο, ένα κοινό που έχουν όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας είναι πως βασίζονται σε ένα μικτό μοντέλο πόρων για τα έσοδά τους. Αυτό το μικτό μοντέλο περιλαμβάνει: ένα συνδυασμό είτε κλιμακούμενης φορολογίας είτε κοινωνικών εισφορών βάσει εισοδήματος και οικονομικής αποζημίωσης πέραν του ασφαλιστρού, άμεσες χρεώσεις των χρηστών και εθελοντική ή ιδιωτική ασφάλιση. Συνολικά παρατηρούμε πως, τόσο η φορολόγηση όσο και η ιδιωτικές πληρωμές παίζουν ρόλο στη χρηματοδότηση του κάθε συστήματος.

#### **2.4. Προσαρμόζοντας την εταιρική διακυβέρνηση στην υγεία**

Έχοντας κατά νου τις ιδιαιτερότητες του χώρου της υγείας και τις παραπάνω παρατηρήσεις πάνω σε αυτές, θα μπορούσαμε να πούμε πως η διακυβέρνηση στην υγεία (με μια πρώτη – στενή οπτική) ασχολείται με τους τρόπους με τους οποίους οι χρηματοδότες των συστημάτων υγείας [φορολογούμενοι / ασφαλισμένοι πολίτες] εξασφαλίζουν μια ανταμοιβή [ποιότητα φροντίδας υγείας] για την επένδυσή τους.

Κάνοντας κριτική επισκόπηση στην πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία και παραθέτοντας τη δομή του συστήματος υγείας, μέσα από τους κείμενους νόμους θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε σε ανάλογα ερωτήματα που αναφέρθηκαν στην περιγραφή της εταιρικής διακυβέρνησης. Πώς οι «χρηματοδότες» της υγείας οδηγούν / αναγκάζουν την Κεντρική Διοίκηση [Υπουργείο Υγείας], τους μάντζερ των νοσοκομείων και των οργανισμών κοινής ωφέλειας στην υγεία και τελικά τους γιατρούς ή άλλους επιστήμονες υγείας να «επιστρέφουν» [σε ποιοτική περίθαλψη] τα «επενδυμένα» κοινωνικά κεφάλαια; Πώς εξασφαλίζουν ότι τα συλλογικά αυτά κεφάλαια δεν καταχρώνται [π.χ. άχρηστες-υπερβολικές προμήθειες νοσοκομείων] ή ότι οι «παίκτες» παροχής υγείας δεν κλέβουν [υπερτιμολόγηση, προκλητή ζήτηση

υπηρεσιών υγείας, δαπανηρές θεραπείες, γραφειοκρατικές καθυστερήσεις, εξώθηση στην ιδιωτική υγεία] από το κοινωνικό κεφάλαιο;

Θα μπορούσαμε να πούμε, συνεχίζοντας το στενής οπτικής παραλληλισμό με την εταιρική διακυβέρνηση πως διακυβέρνηση στην υγεία είναι: «όλες εκείνες οι διαδικασίες και οι μηχανισμοί (εκπορευόμενοι από κείμενους ή άγραφους νόμους και κανονισμούς) που θα πρέπει να διέπουν τη συγκρότηση και τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας, προκειμένου αυτό να διασφαλίζει σε ΟΛΟΥΣ τους δικαιούχους του το συμφέρον (πρωταρχικό δικαίωμά) τους για καλή υγεία και να καταστεί εύρυθμος ο τρόπος διοίκησης και ελέγχου του συστήματος».

Οι βασικοί παίκτες – μεριδιούχοι (stakeholders) σε ένα σύστημα υγείας είναι οι πολίτες (πελάτες – χρηματοδότες), τα ασφαλιστικά ταμεία (πελάτες – χρηματοδότες θεωρητικά έμμεσα, πρακτικά άμεσα), οι εργαζόμενοι (πάροχοι των υπηρεσιών), οι διοικητικοί υπάλληλοι της κεντρικής ή τοπικής και υπερτοπικής εξουσίας (κυβέρνησης/υπουργείου/τοπικής αυτοδιοίκησης Α ή Β Βαθμού) και οι διοικήσεις και το μάνατζμεντ των υπηρεσιών ή φορέων (διοικητικά συμβούλια, επιστημονικά συμβούλια, διοικητές/υποδιοικητές). Άλλοι εμπλεκόμενοι είναι οι προμηθευτές (φαρμακευτικές εταιρίες, εταιρίες υλικών και μηχανημάτων, εταιρίες outsourcing υπηρεσιών ή διαδικασιών), οι ιατρικοί και άλλοι επαγγελματικοί σύλλογοι, οι ιατρικές/επιστημονικές εταιρίες, οι ασφαλιστικές εταιρίες, ο ιδιωτικός τομέας στην υγεία, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και οτιδήποτε στο εξωτερικό περιβάλλον του συστήματος (κοινωνία-επιχειρήσεις) αλληλεπιδρά και επηρεάζεται από αυτό.

Η διακυβέρνηση, συνεπώς, στην υγεία περιλαμβάνει:

(α) τις σχέσεις μεταξύ όλων αυτών των εμπλεκόμενων παικτών και

(β) τους στόχους, για την επίτευξη των οποίων διακυβερνάται ένα σύστημα υγείας.

Η πλέον σημαντική διαφορά μεταξύ εταιρικής και διακυβέρνησης στην υγεία αφορά στο προσδοκώμενο αποτέλεσμα της διακυβέρνησης, στο **στόχο**. Και στο πώς αυτό μετρείται. Ενώ δηλαδή στο εταιρικό ή επιχειρηματικό επίπεδο ο μέτοχος προσμένει σε κάτι σαφές και μετρήσιμο, το μέρισμά του από την κερδοφορία της επιχείρησης (λειτουργώντας αυτή ιδεατά, σεβόμενη πλήρως τους νόμους και τον κοινωνικό της ρόλο) και το οποίο μπορεί κάθε στιγμή να το συγκρίνει χρονικά αλλά και με αυτό άλλων ανταγωνιστικών ή μη εταιριών (άρα να έχει μια εικόνα για την απόδοση της επένδυσής του), στην υγεία ο μέτοχος καλείται να αποφασίσει, κατά κύριο λόγο υποκειμενικά, αν το επίπεδο υγείας του (το μέρισμά του) ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του. Η μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού είναι έτσι κι αλλιώς ένα πολύ

μεγάλο κεφάλαιο στις επιστήμες (διοίκησης) της υγείας, ωστόσο ακόμη κι αν υπάρχει τρόπος να μετρηθεί, πολύ δύσκολα το αποτέλεσμα επι-κοινωνείται στον πολίτη. Γι' αυτό και όπως θα αναλύσουμε στη συνέχεια, έχει πρωταρχική σημασία στη διακυβέρνηση στην υγεία η **συμμετοχή** των πολιτών – ασθενών – συλλόγων και κοινωνικών φορέων στην **τροφοδότηση** (feedback) του συστήματος διακυβέρνησης και στη λήψη αποφάσεων.

Επιπλέον, κυρίαρχη σημασία στην έννοια της διακυβέρνησης έχει η αποδοτικότητα - ανταποδοτικότητα του συστήματος υγείας, δεν αρκεί δηλαδή η μέτρηση του επιπέδου υγείας του ενδιαφερόμενου αλλά και πόσο ακριβιά ή φτηνά του στοίχισε (**ανάλυση κόστους / αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας**). Ακόμη κι αν ο πολίτης είναι συνειδητοποιημένα ικανοποιημένος από τη φροντίδα της υγείας του είναι πολύ δύσκολο να ξέρει ή να μάθει αν τα χρήματα που άμεσα ή μακροπρόθεσμα έχει «επενδύσει» ήταν ανάλογα της ικανοποίησης που νιώθει (ή δε νιώθει).

Άρα, όπως θα αναλύσουμε παρακάτω, βασικό σημείο στα συστήματα και μοντέλα διακυβέρνησης στην υγεία είναι αυτό του προσδοκώμενου αποτελέσματος (πώς καθορίζεται, πώς μετρείται και πώς διαχέεται στους ενδιαφερόμενους), τόσο με ιατρικούς όσο και με οικονομικούς όρους.

Η διακυβέρνηση στην υγεία, είναι ακόμη πιο πολύπλευρο ζήτημα σε σχέση με την εταιρική διακυβέρνηση ή ακόμη και τη διακυβέρνηση σε κρατικό (κυβερνητικό) επίπεδο. Μια βαρύνουσα συνιστώσα της είναι πως οφείλει να διασφαλίζει ότι συγκεκριμένα πρόσωπα σε ένα σύστημα υγείας (π.χ. ο γιατρός ή ο διοικητής ενός οργανισμού) πρέπει να είναι υπόλογα απέναντι στους «μετόχους» του συστήματος. Και να υποχρεώνονται να τους ενημερώνουν σχετικά με τις κλινικές πράξεις και διοικητικές αποφάσεις τους, τις οποίες αμφότερες πρέπει να δικαιολογούν και να υφίστανται ποινές σε περίπτωση παράβασης καθήκοντος ή κακοδιαχείρισης.

Ανακεφαλαιώνοντας τα παραπάνω μπορούμε να παρουσιάσουμε το γενικό πλαίσιο αρχών διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας, όπως ανέπτυξαν διεθνείς εμπειρογνώμονες για λογαριασμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2007.

## 2.5. Βασικό πλαίσιο αρχών διακυβέρνησης συστημάτων υγείας

Ο ΠΟΥ συνέταξε και δημοσίευσε το 2007, τις παρακάτω αρχές:

<b>Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2007</b>	
<i>Στρατηγικό όραμα</i>	Οι ηγέτες (πρέπει να) έχουν μια <b>ευρεία και μακροπρόθεσμη προοπτική για την υγεία</b> και την κοινωνική ανάπτυξη, καθώς και σαφείς στρατηγικές κατευθύνσεις. Διαθέτουν πλήρη κατανόηση των ιστορικών, πολιτιστικών και κοινωνικών παραμέτρων που καθορίζουν το πλαίσιο της υγείας και πάνω σε αυτές βασίζουν την προοπτική της ηγεσίας.
<i>Προσανατολισμός στη συμμετοχή και τη συναίνεση</i>	Όλοι οι πολίτες θα πρέπει να έχουν λόγο στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω θεσμοθετημένων φορέων που αντιπροσωπεύουν τα συμφέροντά τους. Αυτή η <b>ευρεία συμμετοχή</b> στηρίζεται στην ελευθερία του «συνεταιριζέσθαι» και στην ελευθερία του λόγου. Η σωστή διακυβέρνηση στην υγεία <b>συμβιβάζει αντικρουόμενα συμφέροντα</b> και <b>προάγει την ευρεία συναίνεση</b> ως προς το γενικότερο πάντα συμφέρον και ως προς τις πολιτικές και διαδικασίες υγείας που ακολουθούνται.
<i>Κανόνες δικαίου</i>	Το νομικό πλαίσιο που σχετίζεται με την υγεία πρέπει να είναι <b>δίκαιο</b> και <b>αμερόληπτο</b> , σεβόμενο πλήρως τα <b>ανθρώπινα δικαιώματα</b> .
<i>Διαφάνεια</i>	Η διαφάνεια χτίζεται στη λογική ελεύθερης διακίνησης της πληροφορίας που αφορά ΌΛΑ τα θέματα υγείας. Οι διαδικασίες, τα ιατρικά αποτελέσματα και οι οικονομικές καταστάσεις πρέπει να είναι άμεσα <b>προσβάσιμες</b> και τόσο <b>ικανοποιητικές</b> , ώστε να μπορεί να ελέγχεται το σύστημα υγείας σε συνεχή βάση.
<i>Ανταποκρισιμότητα</i>	Οι θεσμοί, οι οργανισμοί και οι διαδικασίες πρέπει να ανταποκρίνονται, κατά το δυνατόν <b>άμεσα και απερίσπαστα</b> , σε όλους τους μεριδιούχους και χρήστες της υγείας.
<i>Ισότητα</i>	<b>Όλοι</b> οι άντρες και γυναίκες δικαιούνται ευκαιριών προστασίας και βελτίωσης του επιπέδου υγείας και

	διαβίωσής τους.
<i>Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα</i>	Οι οργανωτικές δομές και οι διαδικασίες που περιλαμβάνονται θα πρέπει να παράγουν τα <b>καλύτερα δυνατά αποτελέσματα</b> , καλύπτοντας τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού με τη <b>βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων</b> .
<i>Λογοδοσία</i>	Αυτοί που παίρνουν τις αποφάσεις στην κυβέρνηση, στον ιδιωτικό τομέα και στους οργανισμούς κοινής ωφέλειας είναι <b>υπόλογοι</b> απέναντι στο κοινό και στους θεσμικούς μεριδιούχους της υγείας.
<i>Πληροφόρηση</i>	Η πληροφορική και η σύγχρονη τεχνολογία γενικότερα είναι απολύτως απαραίτητες για τη σωστή κατανόηση του συστήματος υγείας, μέσω δεδομένων που παράγουν. Τα <b>δεδομένα</b> αυτά οδηγούν σε <b>σωστή πληροφόρηση</b> και επηρεάζουν τη στάση ομάδων συμφερόντων που υποστηρίζουν το στρατηγικό όραμα της υγείας.
<i>Βιοηθική</i>	Οι κοινώς αποδεκτές αρχές ιατρικής δεοντολογίας και βιοηθικής περιλαμβάνουν το σεβασμό της αυτονομίας, το μη βλάπτειν, το ευεργετείν και την απόδοση δικαιοσύνης.

## 2.6. Καλή διακυβέρνηση στην υγεία

Οι διαδικασίες διακυβέρνησης στην υγεία θεσπίζονται για να διασφαλίζουν την **ποιότητα** των συστημάτων και των μηχανισμών που συνεισφέρουν στην περίθαλψη των πολιτών. Καλή διακυβέρνηση στο χώρο αυτό, πρακτικά (σε σχέση με το 2.5), σημαίνει [17]:

- Να εστιάζει το σύστημα στο σκοπό που θέτει η Κυβερνητική Αρχή (Υπουργείο Υγείας) και στα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τους ασθενείς και τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, γενικότερα.
- Να αποδίδουν αποτελεσματικά και οικονομικά οι λειτουργίες και οι ρόλοι που καθορίζονται από τα Διοικητικά Συμβούλια των οργανισμών του ΕΣΥ.
- Να προάγονται ουσιαστικά βασικές αρχές όπως ακεραιότητα, εμπιστοσύνη, διαφάνεια, εξωστρέφεια, ισότητα και η καθημερινή συμπεριφορά όλων των εμπλεκόμενων παρόχων του συστήματος να καταδεικνύουν στην πράξη αυτές τις αρχές.



- Να λαμβάνονται διαφανείς αποφάσεις μετά από ολοκληρωμένη πληροφόρηση, σε κάθε θέμα και να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά οι κίνδυνοι και οι απειλές.
- Να αναπτύσσεται η ικανότητα και η δυνατότητα των θεσμών – μηχανισμών διακυβέρνησης να είναι αποδοτικοί.
- Να πραγματοποιείται ουσιαστική συμμετοχή των μεριδιούχων και να γίνεται η περίφημη **λογοδοσία** καθημερινή πρακτική.

Το ΕΣΥ οφείλει, καταρχήν, να θέτει σαφείς και μετρήσιμους στόχους και να στηρίζει την πολιτική υγείας του στην υπηρεσία αυτών των στόχων. Αυτό είναι ένα κομβικό σημείο στη διακυβέρνηση στην υγεία (σημείο που χωλαίνει ιδιαίτερα η χώρα μας) και στην πραγμάτωση του οποίου η διακυβέρνηση στην υγεία εξειδικεύεται σε 2 επιμέρους τομείς. Στον τομέα της κλινικής διακυβέρνησης, για τον οποίο θα αφιερώσουμε ειδικό κεφάλαιο και πρακτικά σημαίνει (όπως έχει πλέον καθιερωθεί διεθνώς) ότι η –συνεχής- βελτίωση των υπηρεσιών περίθαλψης προς τους πολίτες είναι το βασικό μέλημα των υπηρεσιών και οργανισμών υγείας. Και στον τομέα της διοικητικής διακυβέρνησης που σημαίνει τη θεσμοθετημένη εσωτερική λογοδοσία των συστημάτων, μέσω της οποίας τα Διοικητικά Συμβούλια διευθύνουν και ελέγχουν την ακεραιότητα στη λειτουργία και τη χρηστή διαχείριση των πόρων των οργανισμών υγείας που διοικούν.

Εφόσον ο όρος διακυβέρνηση στην υγεία έχει θεσμική έννοια αγγίζει ένα εύρος που περιλαμβάνει ακόμη και τα νομικά πλαίσια, τους φορείς της πολιτείας, ακόμη και κοινωνικούς θεσμούς που θέτουν – καθορίζουν τις διαδικασίες διοίκησης, λειτουργίας και ελέγχου των υπηρεσιών υγείας.

Κυρίαρχο ρόλο μπορεί να αναλαμβάνουν **επιτροπές - συμβούλια «σοφών»** ή ευαισθητοποιημένων επιστημόνων (κλινικών γιατρών, άλλων επιστημόνων υγείας, εξειδικευμένων διοικητικών, νομικών κ.ά.) ή ευαισθητοποιημένων πολιτών, οι οποίες διαδραματίζουν νομοθετικό ή/και γνωμοδοτικό ή/και συμβουλευτικό ή/και ελεγκτικό ή/και γραφειοκρατικό ή και ενεργό ρόλο στη διοίκηση ή λήψη αποφάσεων αναφορικά με οποιαδήποτε παρεχόμενη ή υφιστάμενη ή σχεδιαζόμενη υπηρεσία υγείας.

Άρα μια επαρκής εικόνα διακυβέρνησης του χώρου της υγείας οφείλει να περιγράφει δομές και συνέργειες πέρα από τη διοικητική διάρθρωση του εκάστοτε ΕΣΥ και της σχέσης του με την Κεντρική Κυβέρνηση και να περιλαμβάνει... :

1. Τους σχετικούς κείμενους νόμους – νομοσχέδια με ειδική στην υγεία ή ευρύτερη εφαρμογή που άμεσα ή έμμεσα σχετίζεται με την υγεία.

2. Τη διάρθρωση του Κράτους προς αυτόν τον προσανατολισμό,
  - κυβέρνηση / αρμόδιο υπουργείο,
  - κοινοβούλιο,
  - ανεξάρτητες επιτροπές,
  - άλλοι θεσμικοί και εξωθεσμικοί φορείς.
3. Ευρύτερα εποπτικά όργανα (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Κεντρική Γερουσία σε Ομόσπονδα Κράτη, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κ.λπ.).
4. Οργανωμένες Κοινωνικές Ομάδες και Επιστημονικοί Σύλλογοι:
  - Ομάδες ασθενών
  - Συνδικαλιστικοί Σύλλογοι
  - Συντεχνίες
  - Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

...που ασκούν **πίεση και έλεγχο στο χώρο της υγείας.**

## **2.7. Σκοπός της διακυβέρνησης στην Υγεία**

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι πρωταρχικός σκοπός της διακυβέρνησης στην υγεία είναι να εξασφαλίζει **καλύτερη ποιότητα φροντίδας υγείας για όλους**, από τα δισεκατομμύρια ευρώ που ξοδεύονται ετησίως για τις κρατικές υπηρεσίες υγείας.

Επίσης, βελτιώνοντας την υπευθυνότητα της διοίκησης και των επαγγελματιών υγείας και προάγοντας αυξημένη υποχρέωση λογοδοσίας (improved accountability) εκ μέρους αυτών, να εμπνέει στους ασθενείς και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα, πολύ μεγαλύτερη **εμπιστοσύνη** προς τις υπηρεσίες υγείας.

## **2.8. Εθνικά πρότυπα**

Για την πραγμάτωση της διακυβέρνησης στην υγεία, εκτός από τη θέσπιση και μετρήσιμη παρακολούθηση στόχων κομβικό ρόλο παίζει και η θέσπιση εθνικών προτύπων λειτουργίας όλων των οργανισμών και υπηρεσιών υγείας, προσανατολισμένων στους εθνικούς στόχους υγείας. «Τα εθνικά κριτήρια καθοδηγούν και υποστηρίζουν τις διαδικασίες για κλινική και διοικητική αλλαγή. Συνεπώς, η ύπαρξή τους ειδικά στο δημόσιο τομέα σημαίνει ταυτόχρονα πως αυτοί που διαμορφώνουν πολιτικές και λαμβάνουν τις αποφάσεις δε δικαιούνται να τα αγνοήσουν. Τα συγκεκριμένα κριτήρια οδηγούν σε πιο ενημερωμένη διαβούλευση σχετικά με το σχεδιασμό των υπηρεσιών και της απόδοσής τους. Και αυτό έχει τεράστια σημασία για το

δημόσια χρηματοδοτούμενο και δημόσια διοικούμενο ΕΣΥ στα πεδία της λήψης αποφάσεων και λογοδοσίας» [18].

Κάθε μηχανισμός, από το Υπουργικό Συμβούλιο και το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) μέχρι το ΔΣ και την Επιστημονική Επιτροπή ενός περιφερειακού Νοσοκομείου έχουν ευθύνη να αναπτύσσουν τέτοια πρότυπα κλινικών και μη κλινικών υπηρεσιών και να περιφρουρούν την εφαρμογή τους, να αξιολογούν την επίδοση των οργανισμών που εποπτεύουν ως προς την εφαρμογή των κριτηρίων και να δημοσιεύουν τα αποτελέσματα της αξιολόγησης.

Τα εθνικά πρότυπα καθορίζονται για να συγκεκριμενοποιηθούν τα επίπεδα απόδοσης που αναμένονται από ένα άτομο (π.χ. ένα γιατρό), μια μονάδα (μονάδα εμφραγμάτων «Ωναςείου»), ένα νοσοκομείο (ΠΑ.Γ.Ν.Η.), μια διαδικασία ή πρακτική (αποτελεσματικότητα Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών ή χρόνος επέμβασης Ε.Κ.Α.Β.) ή από ένα ευρύτερο σύστημα (οικονομικά αποτελέσματα 'B ΥΠΕ). Προσφέρουν ένα μίγμα ποσοτικών και ποιοτικών κριτηρίων απόδοσης και θα πρέπει να είναι διαθέσιμα / προσβάσιμα στους επαγγελματίες υγείας, στους μάντζερς, στους ασθενείς και στο κοινό. Η αξιολόγηση με βάση εθνικά πρότυπα παράγει την πληροφορία που είναι απαραίτητη προς τα διάφορα συστήματα, υπηρεσίες και οργανισμούς, ώστε να ξέρουν αν κάνουν σωστά τη δουλειά τους.

## **2.9. Το ζήτημα της διαφθοράς στην υγεία και η λογοδοσία στη διακυβέρνηση**

Ένας αποδεκτός ορισμός της διαφθοράς είναι : «η χρησιμοποίηση δημόσιου αξιώματος για προσωπικό όφελος (κέρδος)» ή «η πώληση δημόσιου αγαθού από κυβερνητικούς ή δημόσιους υπαλλήλους για προσωπικό όφελος (κέρδος)» (Bardhan 1997).

Η διαφθορά στην υγεία μπορεί να λάβει ποικίλες διαστάσεις. Κάποιες είναι προφανείς όπως η ανάθεση δημόσιων αξιωμάτων για κομματικό όφελος (π.χ. διορισμός μελών Διοικητικών Συμβουλίων ή μάντζερς χωρίς ουσιαστικά κριτήρια), μίζες (π.χ. αγορά ακριβών προμηθειών, ενός αξονικού τομογράφου ή ασθενοφόρων, για την περίπτωση, με μίζα) ή κλοπή (π.χ. αντιδραστηρίων από εργαστήρια δημόσιων νοσοκομείων για χρήση σε ιδιωτικά εργαστήρια, υπεξαίρεση χρημάτων, φαρμάκων κ.ά.). Άλλες είναι λιγότερο προφανείς και μπορεί να περιλαμβάνουν απλά περιπτώσεις κακοδιοίκησης, κακοδιαχείρισης, απραξίας (μη τήρηση ωραρίου – αδικαιολόγητες απουσίες/υπάλληλοι φαντάσματα), εσφαλμένης διαδικασίας διαγωνισμών για πλήρωση θέσεων (άδικη επιλογή προσωπικού) κ.λπ. Η διαφθορά στην υγεία είναι συνηθισμένη στον τομέα προμηθειών φαρμάκων και εξοπλισμού και λαμβάνει, ειδικά στην Ελλάδα, εκτεταμένες –καθολικές θα λέγαμε διαστάσεις όσον αφορά στο θέμα με τα φακελάκια, δηλαδή τις ανεπίσημες αμοιβές ιατρών και άλλων

επαγγελματιών υγείας «κάτω από το τραπέζι» σε δημόσιες υπηρεσίες παροχής υγείας (για παράδειγμα αμοιβές μαιευτήρων –ταρίφα, από 500 ως 1.500 ευρώ ανά γέννα, σε όλα τα δημόσια μαιευτήρια). Χειρότερη, ωστόσο, μορφή λαμβάνει από την απουσία οικονομικής λογοδοσίας και απόδοσης ευθυνών ως προς την επίδοση, των διευθυντών κλινικών και άλλων υπηρεσιών, των μάνατζερς και των εμπλεκόμενων πολιτικών/κυβερνητικών στελεχών [προσαρμογή από 19].

Η «μέτρηση» της διαφθοράς και των διακυβερνητικών παρεμβάσεων εναπόκειται ισχυρά στην αντίληψη του κοινού / στην κοινή γνώμη. Αυτό το γεγονός, από μόνο του, καταδεικνύει τη σχετικότητα – ασάφεια του ζητήματος. Πάντως, ο έλεγχος της διαφθοράς απαιτεί μια εθνική στρατηγική διαφάνειας και πάταξης της διαφθοράς, ενώ μέτρα όπως μια ακριβής βάση δεδομένων του προσωπικού που θα ενισχύει τη διοικητική λειτουργία, οι επικαιροποιημένες και αυστηρά τηρούμενες λίστες τιμών (π.χ. λίστα φαρμάκων) και η διαφάνεια στις προμήθειες, η διάχυση προς τους πολίτες των στόχων και προσδοκιών της πολιτικής δημόσιας υγείας και η ουσιαστική λογοδοσία της κυβέρνησης στην κοινωνία μπορούν να βοηθήσουν προς αυτήν την κατεύθυνση [19].

Τα αποτελέσματα, στην πάταξη της διαφθοράς, παρεμβάσεων που σχετίζονται με αυξημένη συμμετοχή και «φωνή» της κοινής γνώμης είναι συζητήσιμα. Η ψήφος (ανάλογα με την περίπτωση) ή απλά παρουσία μη κυβερνητικών οργανώσεων σε θέματα λήψης αποφάσεων στην υγεία έχει ελάχιστη έως μηδαμινή επίδραση στη διαφθορά, όμως η διαφθορά είναι χαμηλότερη όπου δραστηριοποιούνται τοπικές οργανώσεις ή ομάδες πίεσης (π.χ. σύλλογοι ασθενών και καταναλωτών).

Στην πραγματικότητα, οι ενδεικτικές επιλογές περιορισμού της διαφθοράς που αναφέραμε παραπάνω είναι πτυχές ορθώς νοούμενης διακυβέρνησης στην υγεία. Όπως άλλωστε αναφέρθηκε νωρίτερα, διακυβέρνηση στην υγεία είναι να δουλεύουν καλύτερα τα συστήματα υγείας. Μια παράμετρος είναι η λογοδοσία. Η διαφθορά είναι ένα από τα συμπτώματα στο πεδίο των προβλημάτων της κυβερνητικής πολιτικής και θα πρέπει, επομένως, να αντιμετωπίζεται ως θέμα ρύθμισης, διαχείρισης και εφαρμογής εθνικής πολιτικής στη λήψη αποφάσεων. Για να επιτευχθεί, όμως, κάθε προσπάθεια αντιμετώπισης θα πρέπει η δουλειά του υπουργείου υγείας, του επίσημου επιμελητή της λογοδοσίας και διαφάνειας στην υγεία, να καταστεί πιο στρατηγική, πιο διαφανής, πιο αποτελεσματική και πιο υπεύθυνη και υπόλογη, με άλλα λόγια να υιοθετεί και να εφαρμόζει διακυβερνητική πολιτική στην υγεία.

Στο σημείο αυτό να διευκρινίσουμε και να αναλύσουμε λιγάκι την έννοια της λογοδοσίας. Η λογοδοσία είναι κάτι παραπάνω από την ευθύνη. Για να είναι κανείς υπόλογος (δηλαδή να λογοδοτεί) χρειάζεται να έχει την ικανότητα και τις δεξιότητες, την υπευθυνότητα και την εξουσία όσον αφορά στις πράξεις του. Υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα εταιρικής και ατομικής λογοδοσίας, σε σχέση με διοικητικές δομές και επαγγελματικές πρακτικές αντίστοιχα.

Ας φανταστούμε μια πυραμίδα όπου στη βάση είναι η ικανότητα. Περιλαμβάνει τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις αξίες που απαιτούνται για να κάνει κανείς τη δουλειά του πετυχημένα. Ακριβώς από πάνω είναι η υπευθυνότητα, η ευθύνη που παίρνει κάποιος ή του αναθέτουν να κάνει τη δουλειά του. Από πάνω υπάρχει η εξουσία (ή καλύτερα η εξουσιοδότηση να κάνει τη δουλειά), δηλαδή η επίσημη υποστήριξη ή το νομικό δικαίωμα να ακολουθεί την υπευθυνότητα που του έχει ανατεθεί. Και στην κορυφή της πυραμίδας έρχεται η λογοδοσία, το να είναι συνεχώς υπόλογος για τις πράξεις του (Bergman 1981).

Ας δώσουμε ένα παράδειγμα –πολύ μικρής αλλά ενδεικτικής διάστασης. Ο γιατρός σε ένα ιατρείο ταξιδιωτικής ιατρικής της διεύθυνσης υγείας μιας νομαρχίας έχει την ικανότητα και τις γνώσεις να συμβουλεύει ασθενείς και να χορηγεί τα κατάλληλα για την περίπτωση εμβόλια. Έχει την ευθύνη να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με την απαραίτητη θεραπεία σε κάποιον ασθενεί, ακολουθώντας τις καθιερωμένες οδηγίες. Έχει εξουσιοδότηση να λειτουργεί το συγκεκριμένο ιατρείο. Και είναι υπόλογος (θεωρητικά πάντα) για τις αποφάσεις του, για τα φάρμακα, εμβόλια και τα υλικά που χρησιμοποίησε στην υπηρεσία του.

Συμπερασματικά, η λογοδοσία και ταυτόχρονα η πάταξη της διαφθοράς δε μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς στοιχεία, χωρίς συστήματα παροχής δεδομένων για το πώς εισέρχονται, κυλούν και εξέρχονται οι πόροι στο σύστημα υγείας, ποιος ξοδεύει και ποιος λαμβάνει χρήματα και πώς όλη αυτή η διαδικασία καταγράφεται με τρόπο απλό, διαφανή και ανοικτό. Η λογοδοσία θα πρέπει να ξεκινά από την κορυφή του συστήματος. Η μέτρηση της επίδοσης (**performance ranking**) σε επίπεδο διοίκησης ενός οργανισμού ή κυβέρνησης και υπουργείου δεν είναι δημοφιλής (αντιθέτως θεωρείται ταμπού), ωστόσο προκαλεί θετική αντίδραση από την κοινή γνώμη και συχνά οδηγεί σε αλλαγές προς τη σωστή κατεύθυνση [19].

## **2.10. Ο ρόλος της διακυβέρνησης στη βελτίωση της επίδοσης ενός συστήματος υγείας (ανακεφαλαίωση)**

Η διακυβέρνηση στην υγεία είναι ουσιαστικά καλό μάντζμεντ [20].

Η ορθή διακυβέρνηση μπορεί, θεωρητικά, να οδηγήσει σε καλύτερη επίδοση του συστήματος υγείας. Οι απώτεροι στόχοι ενός τομέα υγείας που λειτουργεί καλά είναι: η βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού με χαρακτήρα ισότητας για όλους, μειωμένοι οικονομικοί κίνδυνοι (δηλαδή οικονομικό φορτίο) ειδικά για τους φτωχούς και κοινωνικά αδύνατους και υψηλότερη ικανοποίηση από τους ασθενείς και τους πολίτες – **«φτηνή και ποιοτική υγεία για όλους»**, με άλλα λόγια. Ενδιάμεσοι στόχοι μπορεί να είναι η καλύτερη και πιο ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες, η βελτίωση της κλινικής φροντίδας και η πιο αποδοτική χρησιμοποίηση των έτσι κι αλλιώς πολύ περιορισμένων πόρων.

Η μεγαλύτερη λογοδοσία προς τους χρήστες της υγείας μπορεί να αποτελέσει το κίνητρο για τους αξιωματούχους και τους πάροχους να βελτιώσουν τις υπηρεσίες υγείας. Η διαφάνεια είναι το εργαλείο που επιτρέπει στους δικαιούχους και «πελάτες» στην υγεία να δεσμεύουν τους πολιτικούς και τα ανώτερα στελέχη (κλινικά και διοικητικά) της υγείας ως υπόλογους. Παράλληλα, η διαφάνεια και η μεγαλύτερη πληροφόρηση βοηθούν στην καλύτερη λήψη αποφάσεων από τους τελευταίους. Η πάταξη της διαφθοράς και η χρηστή διαχείριση οδηγούν σε εξοικονόμηση και διάθεση περισσότερων πόρων για την υγεία. Η μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και συμμετοχή από τους ασθενείς και τους υπόλοιπους παίκτες (βλ. 2.4. και 2.5.) οδηγεί σε ομαδική-συνεργατική δουλειά, που αποδίδει εντυπωσιακά στην κατεύθυνση επίτευξης των στόχων που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Οι προσδοκίες, όμως, αυτές εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Οι ασθενείς και οι πολίτες, όπως εξηγήσαμε και στην εισαγωγή, συνήθως δε γνωρίζουν τι ακριβώς θα βελτιώσει το επίπεδο υγείας τους και θα μειώσει τον οικονομικό τους κίνδυνο και βάρος. Ορισμένοι μεριδιούχοι είναι πολύ πιο ισχυροί (για παράδειγμα οι Πανεπιστημιακοί γιατροί στην Ελλάδα) από άλλες φωνές που θα μπορούσαν να ακουστούν. Οι πελατειακές σχέσεις και το πατρωνάρισμα ασθενών και κοινού από τους ειδήμονες της υγείας (που ενδεικτικά οδηγούν στη λεγόμενη **«προκλητή ζήτηση στην υγεία»**) υποσκάπτουν την αποτελεσματική λήψη και εφαρμογή πολιτικών στην υγεία. Ο ανταγωνισμός γενικά (ή ειδικά μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) μπορεί να προκαλέσει αδιέξοδα ή χάος. Μια μικρή διάσταση διαφθοράς μπορεί, από την άλλη, να κάνει πιο ευέλικτο ένα νωθρό και άτεγκτο σύστημα, ενώ η διαφάνεια μπορεί να γίνει αντικείμενο εκμετάλλευσης από συγκεκριμένες ομάδες συμφερόντων [προσαρμογή από 20].

Πάντως, για να επιτευχθεί ένα καλό σύστημα διακυβέρνησης στην υγεία είναι καθορισμένες οι περιοχές που θα πρέπει να ληφθούν συγκεκριμένες ενέργειες. Αυτές οι ενέργειες ή πολιτικές επί της ουσίας, περιλαμβάνουν:

- τη χάραξη στρατηγικής και τη λήψη αποφάσεων βασισμένων σε δεδομένα,

- την ανοικτή, ενημερωμένη, δίκαιη και ισότιμη συμμετοχή όλων των μεριδιούχων κλειδιά,
  - την ενισχυμένη κοινοτική συμμετοχή μέσω διάχυσης πληροφοριών σε τοπικό επίπεδο και αναζήτησης και αξιοποίησης ηγετικών μορφών μακριά από την κεντρική εξουσία,
  - την επιβολή κινήτρων και εξωστρέφειας στους υπαλλήλους και τους αξιωματούχους,
  - τη μείωση της διαφθοράς μέσω στενής παρακολούθησης των χρηματικών ροών, και της ευρείας διασποράς οικονομικής πληροφόρησης, εσωτερικών ελέγχων και επίβλεψης από την πολιτεία και τέλος,
  - την υιοθέτηση μιας σειράς αρχών για τα προγράμματα και τις παρεμβάσεις υγείας όπως πολιτική θέληση, πυγμή και πάνω απ' όλα γνώση και ικανότητα, ισχυρή υποστήριξη από τον τεχνολογικό τομέα (στατιστική ανάλυση, πληροφοριακά συστήματα κ.ά.) και μια δυνατή «απαιτητική νοοτροπία» από τους πολίτες και τους μεριδιούχους.
- Όλα τα παραπάνω αποτελούν μια καίρια προσέγγιση διακυβέρνησης στην υγεία, η οποία με τη σειρά της χτίζει στιβαρά οικονομικά, λειτουργικά και κλινικά θεμέλια στο σύστημα υγείας [20].

Μετά την αποσαφήνιση της διακυβέρνησης στην υγεία και των διαστάσεων που λαμβάνει, θα μελετήσουμε έναν από τους σκληρούς πυρήνες της που είναι η κλινική διακυβέρνηση. Θα προσπαθήσουμε να δείξουμε με τρόπο ξεκάθαρο αν και κατά πόσο έχει αξία η εφαρμογή της, με άλλα λόγια ποια είναι η **προστιθέμενη αξία** (added value) που δίνει η κλινική διακυβέρνηση σε ένα σύστημα υγείας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Κλινική διακυβέρνηση: ορισμοί, διευκρινίσεις και πεδία εφαρμογής. Αναγκαιότητα και ρόλος κλινικής διακυβέρνησης - υπόδειγμα το Βρετανικό ΕΣΥ.**

### **3.1. Εισαγωγή στην κλινική διακυβέρνηση.**

Η κλινική διακυβέρνηση έχει να κάνει με το πώς οι υπηρεσίες υγείας καθίστανται και διατηρούνται υπόλογες για την ασφάλεια, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της κλινικής φροντίδας που παρέχουν στους ασθενείς – χρήστες. Θεωρητικά, όπως εξηγήσαμε ήδη, είναι ένα κομμάτι, ένας τομέας της διακυβέρνησης στην υγεία, (η οποία είναι ευρύτερη έννοια) και επικεντρώνεται στο ρόλο των παρόχων των υπηρεσιών υγείας και κυρίως των επαγγελματιών υγείας και στην αποδοτικότητα της δουλειάς τους. Αφορά δηλαδή στην **άριστη κλινική πράξη** και τα συστήματα που θα τη διασφαλίσουν. Ωστόσο, ο όρος έχει «τραβηχτεί», έχει αμβλυυνθεί ειδικά από τα Βρετανικά ΕΣΥ και όταν αποκτά και οικονομικές ή καθαρά διοικητικές διαστάσεις τείνει να γίνει συνώνυμος της διακυβέρνησης στην υγεία.

Καθιερώθηκε και αναπτύχθηκε στη Μεγάλη Βρετανία πριν 15 χρόνια και έκτοτε γνωρίζει αποδοχή και εφαρμογή σε όλες τις αγγλοσαξονικές χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία) και με παραλλαγές και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες όπως η Γερμανία, η Ιαπωνία και η Γαλλία. Λόγω του περιορισμού της γλώσσας (αγγλικά), η περιγραφή και ανάλυση της κλινικής διακυβέρνησης θα βασιστεί στο βρετανικό μοντέλο και συνεπώς στα αγγλόφωνα άρθρα και βιβλία της διεθνούς βιβλιογραφίας. Το αγγλικό ΕΣΥ ήταν και είναι ιατροκεντρικό και συνεπώς παρουσιάζει αναλογίες με το ελληνικό ΕΣΥ, άρα η διερεύνηση των περιεχομένων της κλινικής διακυβέρνησης και της επίδρασής τους στο αποτέλεσμα των υπηρεσιών υγείας έχει ενδιαφέρον για μια πιθανή υιοθέτησή του όρου στην ελληνική πραγματικότητα.

### **3.2. Ιστορικό υπόβαθρο κλινικής διακυβέρνησης (στη Μεγάλη Βρετανία). Από την εταιρική στην κλινική διακυβέρνηση**

Από τη δεκαετία του '80 επικράτησε παγκοσμίως το φιλελεύθερο μοντέλο στην οικονομία και στη διοίκηση του Κράτους, γενικότερα. Ακόμη και στην πρώην ΕΣΣΔ, η «περεστρόικα» του Gorbatschow κινήθηκε προς αυτήν την κατεύθυνση, μέχρι την οριστική κατάρρευση των κομμουνιστικών μοντέλων στα τέλη της δεκαετίας. Στις ΗΠΑ η πολιτική Reagan και στη Μεγάλη Βρετανία η πολιτική Thatcher ήταν ξεκάθαρα (νέο)φιλελεύθερες υποστηρίζοντας την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα και της ιδιωτικής επιχειρηματικότητας, τη σταδιακή και συνεχή μείωση του Κράτους και τη μείωση των κοινωνικών παροχών υπέρ της ελεύθερης πρωτοβουλίας. Η πολιτική αυτή οδήγησε, από



τις αρχές τις δεκαετίας του '90 και με την παράλληλη φιλελευθεροποίηση της Κίνας-Ινδίας-Κορέας, στη γιγάντωση αυτού που λέγεται παγκόσμιος καπιταλισμός. Ταυτόχρονα όμως, γεννήθηκε και η απαίτηση για έλεγχο του εταιρικού και επιχειρηματικού τομέα, αφού όλο και περισσότεροι απλοί πολίτες συμμετείχαν και επένδυναν τις οικονομίες τους σε αυτόν τον τομέα, μέσω κυρίως των χρηματαγορών και δη των Χρηματιστηριακών Αγορών.

Οι πρώτοι κλυδωνισμοί του συστήματος εμφανίστηκαν στην Αγγλία το 1992. Η κατάρρευση και πτώχευση της ιστορικής (και μεγάλης) τράπεζας Barings Bank του Λονδίνου, λόγω της κακής διαχείρισης τεράστιων κεφαλαίων της από τον υπάλληλό της Nick Leeson, στα χρηματιστήρια της Νοτιοανατολικής Ασίας, αποτέλεσε την αφορμή για την εδραίωση του κλάδου της εταιρικής διακυβέρνησης. Με πρωτοβουλία του Χρηματιστηρίου του Λονδίνου και με την υποστήριξη της Βρετανικής Κυβέρνησης συγκροτήθηκε η περίφημη **Cadbury Committee** που συνέταξε τον πρώτο και ομώνυμο Κώδικα Εταιρικής διακυβέρνησης το 1992 (**Cadbury Code**). Ο κώδικας αυτός εισήγαγε 3 θεμελιώδεις αρχές εταιρικής διακυβέρνησης:

- Την υποχρέωση διενέργειας εσωτερικών οικονομικών (λογιστικών) ελέγχων και τη διενέργεια και δημοσίευση ετήσιου λογιστικού ελέγχου, για τη διασφάλιση ορθής χρήσης των οικονομικών στοιχείων της εταιρίας χωρίς δόλιες συναλλαγές.
- Την υποχρέωση για αποτελεσματικές και αποδοτικές επιχειρηματικές δραστηριότητες, ώστε η εταιρία να παράγει προστιθέμενη αξία.
- Την αυστηρή συμμόρφωση με νόμους και κανονισμούς, π.χ. η ασφάλεια και η υγεία του προσωπικού και των πολιτών είναι αδιαπραγμάτευτες, οι υπάλληλοι και η κοινότητα προστατεύονται πάνω από όλα.

Στη συνέχεια ο Cadbury code τροποποιήθηκε από τις Εθνικές Επιτροπές Greenbury and Hemple Committees και δημιουργήθηκε ο «**London Stock Exchange Combined Code of Principles of Good Governance**», ένας ολοκληρωμένος κώδικας εταιρικής διακυβέρνησης, που έκτοτε υιοθετήθηκε από όλες σχεδόν τις χώρες και χρηματιστηριακές αγορές του κόσμου, αφού προσαρμόστηκε στα διάφορα τοπικά και εθνικά χαρακτηριστικά. Η εταιρική διακυβέρνηση ήταν πραγματικότητα και αμέσως μετά ακολούθησε και το Υπουργείο Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία καθιερώνοντας τις αρχές εταιρικής διακυβέρνησης για το ΕΣΥ [**Principles of corporate governance in the NHS** (DH-Department of Health, 1994)]. Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτών των Αρχών ήταν:

- **Λογοδοσία** : οτιδήποτε γίνεται από αυτούς που δουλεύουν στο ΕΣΥ πρέπει να μπορεί να περάσει δοκιμασίες εξονυχιστικού ελέγχου από το Κοινοβούλιο και από την κρίση της κοινής γνώμης, ακολουθώντας τον κώδικα εταιρικής και επαγγελματικής δεοντολογίας.
- **Δεοντολογία (ηθική)**: θα πρέπει να υπάρχει ένα αυστηρό, απόλυτο πρότυπο τιμιότητας στη διαχείριση των περιουσιακών στοιχείων του ΕΣΥ. Η ακεραιότητα πρέπει να είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα όλων των προσωπικών αποφάσεων και πρακτικών που επηρεάζουν τους ασθενείς, το προσωπικό και τους προμηθευτές. Ακεραιότητα πρέπει να υπάρχει, επίσης, στη χρήση πληροφορίας που αποκτάται μέσω των δραστηριοτήτων του συστήματος (εννοώντας π.χ. την προστασία προσωπικών δεδομένων).
- **Εξωστρέφεια** : θα πρέπει να υπάρχει η απαραίτητη διαφάνεια σε όλες τις δραστηριότητες του ΕΣΥ, ώστε να προάγεται η εμπιστοσύνη μεταξύ των Αρχών και εξουσίας του συστήματος και του προσωπικού, των ασθενών και του κοινού.

### 3.3. Ορισμοί κλινικής διακυβέρνησης

Η πρώτη αναφορά της βρετανικής κυβέρνησης στην κλινική διακυβέρνηση έγινε το 1997, ορίζοντάς την ως ένα εργαλείο που: «εξασφαλίζει και βελτιώνει τα κλινικά πρότυπα σε τοπικό επίπεδο, σε όλη την έκταση του ΕΣΥ. Περιλαμβάνει δράσεις για τη διασφάλιση της αποφυγής κινδύνων, της άμεσης ανίχνευσης και διαφανούς έρευνας των ανεπιθύμητων συμβάντων και της λογικής ότι μαθαίνουμε από αυτά, της διάχυσης της καλής πρακτικής και ότι διασφαλίζεται πως τα συστήματα είναι στη θέση τους για τη συνεχή βελτίωση της περίθαλψης». [“The New NHS: Modern. Dependable.” (DH-Department of Health -1997)]. Ταυτόχρονα, η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας που υλοποιήθηκε από την κυβέρνηση των εργατικών του Tony Blair- αμέσως μετά την εκλογή της στις 2 Μαΐου 1997 – βασίστηκε στην κλινική διακυβέρνηση. Ένας πρωτοποριακός ορισμός της κλινικής διακυβέρνησης (και διεθνώς αναγνωρίσιμος) δημοσιεύτηκε το 1998 από τον Sir Donaldson, που υπήρξε πρωτεργάτης της ενσωμάτωσης της έννοιας στο βρετανικό ΕΣΥ (NHS – National Health System).

Κλινική διακυβέρνηση είναι :

«το πλαίσιο μέσω του οποίου οι οργανισμοί του NHS λογοδοτούν για τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών τους και διασφαλίζουν υψηλά επίπεδα περίθαλψης με το να δημιουργούν ένα περιβάλλον αριστείας της κλινικής φροντίδας» [21]

Ορισμός που υιοθετήθηκε από το Υπουργείο Υγείας της ΜΒ το 1998 ("A First Class Service", DH-Department of Health- 1998).

Παράλληλα, άλλοι επίσημοι ορισμοί της κλινικής διακυβέρνησης από το ΕΣΥ του Ηνωμένου Βασιλείου καταδεικνύουν μια μάλλον ασάφεια και ποικιλία του όρου. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας τους την ίδια εποχή (DH 1998), κλινική διακυβέρνηση είναι : «**μια διαδικασία σχεδιασμένη ώστε να ελαττώνει τις ανισότητες και τις διακυμάνσεις στην ορθή κλινική πράξη**» (παράγραφος 1.1.2), «**ένα πλαίσιο λογοδοσίας**» (παρ. 3.2 και 3.14), «**εφαρμόζεται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας**» (παρ. 3.7), «**απαιτεί συνέργειες**» (παρ. 3.9), «**ένα πρόγραμμα συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία**» (παρ. 3.27), «**μια νέα φιλοσοφία υγείας**» (3.27), «**βασίζεται στην αρχή ότι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι υπεύθυνοι και να λογοδοτούν για την ίδια τους την κλινική πράξη**» (3.42).

Στην ουσία, διαφάνηκε από την αρχή πως πρόκειται για ένα μοντέλο παντρέματος της κλινικής κρίσης ή απόφασης ή πράξης με εθνικά κριτήρια και πρότυπα (βλ. και 2.8. στην παρούσα εργασία) και έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενα συστήματα κεντρικού ελέγχου της ιατρικής κρίσης και των αναγκών των ασθενών (τέλη 1970) και του ελεύθερου ανταγωνισμού (αρχές 1990). Η πολιτική του σκοπιμότητα είναι να μειώσει τις διακυμάνσεις στην κλινική πράξη και στα αποτελέσματα ή τις ανισότητες στη φροντίδα υγείας, διασφαλίζοντας τη συμμόρφωση των ιατρών με εθνικά τυποποιημένα πρότυπα και οδηγίες βασισμένες σε δεδομένα (evidence-based guidelines /**evidence based medicine**) [22].

### **3.4. Χαρακτηριστικά και βασικές αρχές κλινικής διακυβέρνησης**

Ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '90, όταν πλέον είχαν εξοικειωθεί όλοι οι εμπλεκόμενοι του χώρου της υγείας με την τεράστια επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο που συντελέστηκε την προηγούμενη εικοσαετία, αναγνωρίστηκε στις πλέον ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη (Ιαπωνία, ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο, Καναδά, Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία – σε χρονική περίοδο μιας επταετίας συνολικά), ότι η **ποιότητα** των υπηρεσιών υγείας των εθνικών συστημάτων δεν υπήρξε ως τότε πρώτη προτεραιότητα στην κρατική τους ατζέντα.

Η προτεραιότητα της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, ως τότε, ήταν κυρίως η επίτευξη οικονομικών (διαχειριστικών / λογιστικών) στόχων και ο καθορισμός - επίλυση εργασιακών (λειτουργικών) ζητημάτων. Οι προσεγγίσεις της ποιότητας ήταν περιορισμένες και είχαν έλλειψη κεντρικού συντονισμού.

Επισημάνθηκε, επίσης, ότι:

**«η άποψη περί ποιότητας από πλευράς μάνατζμεντ ήταν διαφορετική από την προσέγγιση της ποιότητας από την ιατρική σκοπιά».**

(Sir Liam Donaldson, Department of Health's Chief Medical Officer, NHS / UK, 1999).

Τι συνέβη, λοιπόν, κατά τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας στη Μεγάλη Βρετανία εκείνη την εποχή ; Η κυβέρνηση προσπάθησε να κρατήσει στο ΕΣΥ ότι δούλευε καλά και να απορρίψει ότι απέτυχε. Όπως για παράδειγμα, **εξαλείφοντας τη μορφή εσωτερικής αγοράς στην υγεία**, που έθετε τα οικονομικά της υγείας και το κλινικό έργο σε μορφή τζίρου, πάνω από την κλινική ποιότητα, οδηγούσε σε περιορισμούς τις υπηρεσίες και καλλιεργούσε μια ιδεολογία διαταγών της διοίκησης και ελέγχου [23]. Οριοθετήθηκαν και ξεκίνησαν να εφαρμόζονται **αρχές κλινικής διακυβέρνησης**, σύμφωνα με τις οποίες η κλινική διακυβέρνηση θα φέρει την απαιτούμενη αλλαγή ώστε (προσαρμογή από DH-1997 και [23]):

1. Να επανιδρύσει το ΕΣΥ ως μια εθνική υπηρεσία για **όλους** τους ασθενείς σε όλα τα μήκη και τα πλάτη της χώρας, από την οποία θα λαμβάνουν υψηλή ποιότητα φροντίδας εάν αρρωστήσουν ή τραυματιστούν, ανεξαρτήτως της ηλικίας, του φύλου ή της κουλτούρας τους.
2. Να καθιερώσει **εθνικά πρότυπα** βασισμένα στις καλύτερες κλινικές πρακτικές, τα οποία όμως θα επηρεάζονται από τοπικές ιδιαιτερότητες και θα εφαρμόζονται σε τοπικό επίπεδο από τους επαγγελματίες υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των τοπικών πληθυσμών.
3. Να ενισχύσει τη **διασύνδεση**, τη **συνεργασία** και τις «**συμμαχίες**» μεταξύ νοσοκομείων, κοινοτικών υπηρεσιών και τοπικών αρχών και στις οποίες οι ασθενείς θα είναι το επίκεντρο.
4. Να εξασφαλίσει ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχουν **υψηλής ποιότητας περίθαλψη** και παράγουν προστιθέμενη αξία για την κοινωνία.
5. Να καθιερώσει μια **εσωτερική νοοτροπία** η οποία εγγυάται κλινική ποιότητα για όλους τους ασθενείς.
6. Να ενισχύσει τη **δημόσια εμπιστοσύνη στο ΕΣΥ**.

Αναπτύχθηκε ένα νέο πλαίσιο επίδοσης με πίνακα υπολογισμού της αποτελεσματικότητας στην ποιότητα και των μέτρων αποδοτικότητας, σε αντίθεση με το παρελθόν όπου η εστίαση όπως είπαμε ήταν στη σύγκριση κόστους – δραστηριότητας. Αυτή η προσέγγιση στο **μάνατζμεντ επιδόσεων (performance management)** πρόσθεσε μια πολύ σημαντική διάσταση: τη

διασφάλιση ότι η κλινική φροντίδα και το κλινικό αποτέλεσμα του ασθενούς μπαίνει στη ζυγαριά ισότιμα με την οικονομική αποδοτικότητα και τον περιορισμό του κόστους.

Δημιουργήθηκαν εθνικά πλαίσια υπηρεσιών (***National Service Frameworks –NSFs***) που υιοθέτησαν εθνικά πρότυπα λειτουργίας. Τα δίκτυα ή πλαίσια αυτά κάλυπταν σταδιακά μεγάλους τομείς στην υγεία και καιρίες κατηγορίες νόσων, π.χ. υπηρεσίες για τον καρκίνο, τις καρδιοπάθειες, το διαβήτη, την ψυχική υγεία, την παιδιατρική φροντίδα και τη φροντίδα των ηλικιωμένων.

Στην αρχική φάση μάλιστα και σύμφωνα με τον Sir Liam Donaldson, οι κυβερνητικοί στόχοι θα μπορούσαν να επιτευχθούν εφόσον : «τα ανώτερα στελέχη των οργανισμών του ΕΣΥ θα διασφαλίσουν τα κατάλληλα μέτρα σε τοπικό επίπεδο, ώστε να παρέχονται εγγυήσεις στο Συμβούλιο του ΕΣΥ και το Υπουργείο ότι οι ευθύνες τους για ποιότητα θα αποδώσουν. Αυτό θα μπορούσε να γίνει και με τη δημιουργία μιας υποεπιτροπής του Διοικητικού Συμβουλίου, αρχόμενη από κάποιο ειδικό γιατρό, νοσηλευτή ή άλλον κλινικό επιστήμονα με την υπευθυνότητα να εξασφαλίζει την εσωτερική διακυβέρνηση του οργανισμού» (DH 1997, p.47).

### **3.5. Περιγραφή του μοντέλου κλινικής διακυβέρνησης της Μεγάλης Βρετανίας**

Στη Μεγάλη Βρετανία υπάρχει εδώ και μια 15αετία πλέον, εθνική στρατηγική στο χώρο της υγείας με σαφή προσανατολισμό και προτεραιότητα στην αποτελεσματική διακυβέρνηση των υπηρεσιών υγείας.

Η κυβερνητική στρατηγική χωρίζεται σε 3 διακριτά πεδία :

1. Στην καθιέρωση και θεσμοθέτηση ξεκάθαρων εθνικών προτύπων λειτουργίας μέσω των Εθνικών (Πλαισίων) Δικτύων Υπηρεσιών που αναφέραμε παραπάνω και του Εθνικού Ινστιτούτου Κλινικής Αρίστευσης (***NICE – National Institute for Clinical Excellence***).

Το NICE προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες μπορούν να οργανωθούν καλύτερα, καθοδηγεί τους κλινικούς ιατρούς ως προς την καταλληλότερη θεραπεία για κάθε είδος ασθένειας και αξιολογεί την κλινική αποτελεσματικότητα και το κόστος τους. Τα NSFs, επίσης, θέτουν το πλαίσιο και επεξηγούν μοντέλα για συγκεκριμένες υπηρεσίες ή κατηγορίες νοσημάτων (care-groups), συμπεριλαμβάνοντας μεθόδους που αποσκοπούν στην μεγιστοποίηση της απόδοσης των μέτρων.

2. Στην εξασφάλιση υιοθέτησης των εθνικών προτύπων λειτουργίας από τις κατά τόπους υπηρεσίες. Η υποστήριξη θα παρέχεται :

- Από την Ομάδα Υποστήριξης Κλινικής Διακυβέρνησης (*The Clinical Governance Support Team*) που παρέχει δαημοσύνη, πληροφορίες,

συμβουλές και εκπαίδευση στους κλινικούς γιατρούς και στις ομάδες διοίκησης.

- Από το Εθνικό Γραφείο Ασφάλειας Ασθενών (*The National Patient Safety Agency*) που δημιουργήθηκε για να εφαρμόσει ένα υποχρεωτικό σύστημα αναφοράς, συλλογής και πληροφόρησης για τα ανεπιθύμητα συμβάντα κλινικής πράξης.

- Από την Εθνική Αρχή Κλινικής Εκτίμησης (*The National Clinical Assessment Authority*) που προσφέρει εξειδικευμένη συμβουλευτική και γνωμοδοτική υπηρεσία σε διοικητικούς υπαλλήλους του ΕΣΥ, που έχουν επιφυλάξεις για την απόδοση του κλινικού έργου συγκεκριμένων γιατρών και οδοντιάτρων.

3. Στην αποτελεσματική παρακολούθηση και επιμέλεια του συστήματος μέσω:

- Τοπικών Γραφείων Επιτήρησης του αρμόδιου Υπουργείου (*The Department's Regional Offices*),

- Της Επιτροπής για Βελτίωση της Υγείας (*The Commission for Health Improvement*) που έχει ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας μέσω ανασκόπησης της παρεχόμενης φροντίδας και προσδιορισμού συγκεκριμένων πρακτικών και πεδίων κλινικής και διοικητικής πράξης που επιδέχονται βελτίωσης,

- Της Εθνικής Υπηρεσίας Εμπειριών των Ασθενών και Χρηστών (*the National Survey for Patients and Users Experience*) που στοχεύει στη σύνταξη ενός ετήσιου απολογισμού των ζητημάτων που έχουν σημασία για τους ασθενείς και τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

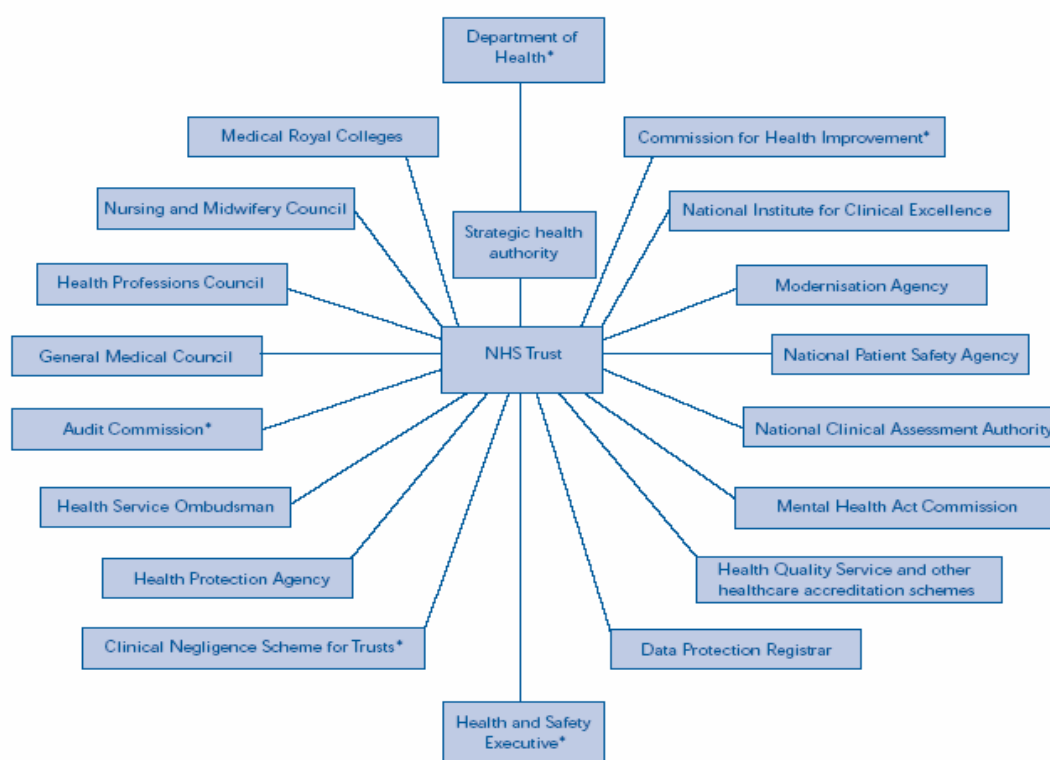
### **3.6. Το δίκτυο διακυβέρνησης υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο ως υπόδειγμα στάσης και τάσης εκσυγχρονισμού του συστήματος**

Οι βασικές αρχές του συστήματος κλινικής διακυβέρνησης, στο Ηνωμένο Βασίλειο τέθηκαν από επιτροπές εργασίας αποτελούμενες από Πανεπιστημιακούς Καθηγητές της Ιατρικής και άλλων Επιστημών Υγείας και της Διοίκησης και από υπαλλήλους ανώτερης βαθμίδας του Υπουργείου διαφόρων ειδικοτήτων, με τη συνεργασία του «The Manchester Centre for Healthcare Management, University of Manchester» και «The Health Services Management Centre, University of Birmingham».

Ηγετικό ρόλο στη δημιουργία και κυρίως εφαρμογή αυτής της πολιτικής έπαιξε το Εθνικό Ελεγκτικό Γραφείο (*The National Audit Office*), μια ανεξάρτητη Εθνική Αρχή, με 800 αιρετούς υπαλλήλους, που αναφέρεται απ' ευθείας και αποκλειστικά στο Κοινοβούλιο και με τη δουλειά του γλυτώνει το Βρετανό φορολογούμενο τουλάχιστον 8 λίρες για κάθε 1 λίρα που ξοδεύεται από ή για το Γραφείο (DH-2007). Συμπορεύτηκε με την *Clinical Committee for Health Improvement*, η οποία, για μια δεκαετία περίπου, αναφερόταν από όλους ως

Εθνική Επιτροπή Υγείας [CHI-HC –(National) Health Committee]. Από τον Οκτώβριο του 2010 ονομάζεται Επιτροπή Ποιότητας στην Περίθαλψη (**CQC – Care Quality Commission**) και ως σκοπό έχει: «**να ελέγχει όλα τα νοσοκομεία στην Αγγλία, για να διασφαλίσει ότι συμπλέουν με τα πρότυπα λειτουργίας και ποιότητας που θέτει η κυβέρνηση και παράλληλα να μοιράζεται τα ευρήματα από τους ελέγχους με το κοινό**» (CQC 2012). Από το ίδιο το Υπουργείο Υγείας της ΜΒ αναφέρεται ως «μαντρόσκυλο» ή «**κέρβερος**» (“watchdog”), γεγονός ενδεικτικό της σημασίας που παίζει για τη ρύθμιση ή αυτορρύθμιση του ΕΣΥ.

**Εικόνα 1.** Η διάρθρωση του συστήματος κλινικής διακυβέρνησης στη ΜΒ, το 2007 (μια δεκαετία μετά την υιοθέτηση της κλινικής διακυβέρνησης στο βρετανικό ΕΣΥ)<sup>6</sup>.



Οι οργανωτικές δομές που περιέγραψα διοικούνται αυτόνομα καθιερώνοντας και επιτηρώντας επίπεδο κλινικής ποιότητας σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο οργανισμού και σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Για παράδειγμα το NICE θέτει κριτήρια και οδηγίες βασισμένες στα καλύτερα διαθέσιμα δεδομένα, τα οποία είναι προσβάσιμα πανεθνικά για να τα αξιοποιούν ατομικά οι επαγγελματίες υγείας. Ο ρόλος των τοπικών δομών του ΕΣΥ και των Τοπικών Συνδέσμων

<sup>6</sup> Κάποιες από τις παραπάνω δομές δεν υφίστανται πλέον, καθώς ειδικά μετά την αλλαγή κυβερνητικής ηγεσίας το 2009, το ΕΣΥ στη ΜΒ πέρασε νέες μεταρρυθμίσεις που μετέβαλαν τη διάρθρωσή του. Ωστόσο, εμείς εξετάζουμε την ιστορική διαμόρφωση του όρου κλινική διακυβέρνηση- από την απαρχή του, οπότε παρουσιάζουμε πρότερες δομές από τις υφιστάμενες.

Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης, σε συνεργασία με τις Στρατηγικές Αρχές Υγείας (ανάλογες με τις δικές μας ΥΠΕ)<sup>7</sup> είναι να εφαρμόζονται αυτές οι οδηγίες. Η Εθνική Επιτροπή Υγείας (CHI-HC) αναλαμβάνει στη συνέχεια το ρόλο της επιτήρησης των οργανισμών του ΕΣΥ για να διασφαλίσει ότι τα κριτήρια επιτεύχθηκαν.

### **3.7. Τροποποίηση τους συστήματος διακυβέρνησης υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο: «το ζήτημα της οργάνωσης και διαχείρισης πληροφοριών στην κλινική διακυβέρνηση»**

Μετά τα πρώτα 10 χρόνια λειτουργίας του δικτύου – συστήματος διακυβέρνησης στο ΗΒ, αναγνωρίστηκε η δυσκολία στην οργάνωση, συντονισμό και διαχείριση του τεράστιου πλήθους δεδομένων που συλλέγονται από τα διάφορα κέντρα του δικτύου.

Και είναι, νομίζω, αυτονόητο πως το απαραίτητο εργαλείο για οποιοδήποτε εποπτικό σύστημα είναι η αξιοποιήσιμη, αξιόπιστη πληροφορία, ειδικά στο χώρο της Υγείας.

Έτσι, ιδρύθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Διακυβέρνησης της Πληροφορίας για την Υγεία και την Κοινωνική Φροντίδα (*National Information Governance Board (NIGB) for Health and Social Care*) μόλις το Νοέμβριο του 2007, ενσωματώνοντας τις λειτουργίες του Συμβουλίου Ανάπτυξης Αρχείων Καταγραφής Φροντίδας (*Care Record Development Board*) και το οποίο είχε δημιουργηθεί συμπληρωματικά του δικτύου διακυβέρνησης που περιγράφηκε παραπάνω (και πλέον έκλεισε).

Το NIGB θα αναφέρεται ετησίως στον Υπουργό Υγείας και συνεργάζεται στενά με τη Συμβουλευτική Ομάδα Πληροφοριών από Ασθενείς (PIAG - Patient Information Advisory Group). Σκοπός του είναι να αναζητεί συνεχή βελτίωση της πρακτικής διακυβέρνησης της πληροφορίας, παρέχοντας την απαραίτητη «ηγεσία» και προωθώντας συμπαγή πρότυπα διακυβέρνησης της πληροφορίας στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας (DH-2007).

Ξεκαθαρίζει πως πρόθεση του δεν είναι να αποτελέσει ένα επιπλέον βάρος για τους τοπικούς οργανισμούς, αλλά να τους παρέχει πρακτική υποστήριξη στη διαχείριση της πολυπλοκότητας της διακυβέρνησης πληροφοριών.

---

<sup>7</sup> Αυτήν τη στιγμή υπάρχουν 10 Στρατηγικές Αρχές Υγείας στην Αγγλία και από 1 σε Σκωτία, Ουαλία και Ιρλανδία δηλαδή συνολικά 13 για πληθυσμό περίπου 65 εκατομμυρίων. Στην Ελλάδα υπάρχουν 7 για πληθυσμό περίπου 11,5 εκατομμυρίων.



### 3.8. Συμπεράσματα από την αρχική εφαρμογή κλινικής διακυβέρνησης στη ΜΒ

Η εταιρική διακυβέρνηση έγινε «μόδα» λόγω αναγκαιότητας, τη δεκαετία του '90, στον κόσμο των επιχειρήσεων και μοιραία πέρασε ως έννοια και στο χώρο της υγείας

Βασική προσδοκία από την καθιέρωση και εφαρμογή συστημάτων διακυβέρνησης αποτέλεσε η εναρμόνιση διαφόρων επί μέρους και σχετικά περιορισμένων προσεγγίσεων ή προγραμμάτων αναφορικά με την ποιότητα όπως είναι:

- ο κλινικός έλεγχος (clinical audit)
- η διαχείριση κινδύνου
- η αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων
- η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη του προσωπικού (οργανωσιακή ανάπτυξη –**organizational development**)

σε ένα **ενιαίο σύστημα**, που θα μπορεί να παρακολουθείται και να μετρείται η αποδοτικότητά του ως προς τη βελτίωση της ποιότητας που επιφέρει συνολικά στις υπηρεσίες υγείας.

Αναπτύχθηκε πάνω σε συγκεκριμένες γραμμές – αρχές που απλοποιώντας τις και συνοψίζοντάς τις μπορούμε να πούμε πως είναι:

- Η «συμπαγής» και εκλογικευμένη προσέγγιση της βελτίωσης της ποιότητας,
- Οι ξεκάθαρες γραμμές που να καθορίζουν την υπευθυνότητα και την προσδοκώμενη αποδοτικότητα των συστημάτων κλινικής ποιότητας,
- Οι αποτελεσματικές διαδικασίες προσδιορισμού και διαχείρισης κινδύνου,
- Και οι αποτελεσματικές διαδικασίες αναφοράς των χαμηλού επιπέδου υπηρεσιών.

Κυρίαρχο ρόλο στην ουσιαστική πραγματοποίηση κλινικής διακυβέρνησης έχουν οι έννοιες **διαχείριση πληροφορίας, ποιότητα και κλινική αποτελεσματικότητα, διαχείριση κινδύνου, εστίαση στον ασθενή και συμμετοχή του κοινού**. Αργότερα, θα αναλύσουμε κάποιες από τις συγκεκριμένες έννοιες, αφού επιχειρήσουμε μια βαθύτερη προσέγγιση στο θεωρητικό υπόβαθρο της κλινικής διακυβέρνησης. Παράλληλα, θα ασχοληθούμε με ένα από τα πιο «καυτά» ζητήματα στην κλινική διακυβέρνηση, που είναι η οπτική των γιατρών, η αντίληψη τους, οι επιπτώσεις στη δουλειά και οι αντιδράσεις τους απέναντι σε αυτήν.

### **3.9. Προς τι η ανάγκη για κλινική διακυβέρνηση**

Στο σημείο, όμως αυτό, θα διερευνήσουμε ποιες ήταν εκείνες οι συνθήκες, ποιες ήταν οι πραγματικές αιτίες -με δεδομένα υγείας- που καθιέρωσαν την κλινική διακυβέρνηση, ως αναγκαιότητα, στη Βρετανία. Η συγκεκριμένη διερεύνηση έχει μεγάλη σημασία, δεδομένου πως ένας βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να επιχειρηματολογήσει για την αναγκαιότητα «εισαγωγής» της κλινικής διακυβέρνησης στην Ελλάδα. Παρουσιάζοντας, λοιπόν, τους λόγους που «έφεραν» τον όρο στο ΕΣΥ της Βρετανίας πριν 15 χρόνια, θα σχολιάζουμε κριτικά ποια είναι η αντίστοιχη κατάσταση και αναγκαιότητα στη χώρα μας.

#### **3.9.1. Εισαγωγή**

Η βιβλιογραφία (από τους Harvey 1998, Swage 1998 και Scally & Donaldson 1998) αποδίδει την αναγκαιότητα για κλινική διακυβέρνηση στην πτώση του επιπέδου και της ποιότητας της φροντίδας υγείας και της πρόνοιας. Κάτι που επισημάνθηκε από την κυβέρνηση ως εξής: «μια σειρά από ελλείμματα στην ποιότητα της υγείας που έλαβαν μεγάλη δημοσιότητα, έχουν σπείρει την αμφιβολία στο μυαλό των ασθενών ως προς το συνολικό επίπεδο της φροντίδας που λαμβάνουν» (DH 1997, παράγραφος 5.) Τα ελλείμματα στην περίθαλψη επιβεβαιώθηκαν δυστυχώς από αυτά που συνέβηκαν στα νοσοκομεία του Bristol το 1998 και του Canterbury το 2000 (πολυάριθμες λανθασμένες διαγνώσεις σε screening καρκίνου του μαστού και τραχήλου μήτρας, στο τελευταίο), καθώς και από την υπόθεση Shipman το 2004 (θα αναφέρουμε πάλι το πρώτο και το τρίτο στην παράγραφο 3.9.6.)

Επισκοπώντας πιο πρόσφατη βιβλιογραφία (Donaldson & Halligan 2001) σχετικά με την κλινική διακυβέρνηση διαπιστώσαμε πως δεν υπήρξε ξεκάθαρη απάντηση στο ερώτημα γιατί δημιουργήθηκε αυτή η αντίληψη παρακμής των προτύπων ποιότητας στο ΕΣΥ του ΗΒ. Πιθανοί λόγοι θα μπορούσαν να είναι [23]:

A. Οι επαγγελματίες υγείας και το κοινό είναι και καλύτερα εκπαιδευμένοι πλέον και καλύτερα ενημερωμένοι, οπότε αυξάνεται το ενδιαφέρον τους στα θέματα υγείας και απαιτούν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες.

B. Τα ζητήματα της ποιότητας και των κλινικών στάνταρντ πέρασαν σε δεύτερη μοίρα σε σχέση με οικονομικά θέματα, θέματα διοίκησης και πόρων γενικότερα.

Γ. Πολιτικές και κοινωνικές αλλαγές έχουν οδηγήσει σε μια καταναλωτική κοινωνία στην οποία οι ασθενείς και ψυχοκοινωνικοί επιστήμονες που τους

υποστηρίζουν επιλέγουν εκείνοι πότε και πού θα αποκτήσουν πρόσβαση στο σύστημα ιατρικής φροντίδας.

Δ. Η φροντίδα υγείας υψηλών προδιαγραφών θεωρείται πλέον προαπαιτούμενο.

Δε νομίζουμε πως μπορεί κανείς να απομονώσει ένα συγκεκριμένο παράγοντα που να οδήγησε τη Βρετανική Κυβέρνηση στον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ στα τέλη της δεκαετίας του 90, με κυρίαρχο σύνθημα την κλινική διακυβέρνηση. Στα χρόνια του 80 και του 90 η αφύπνιση του κοινού ως προς την πρόνοια της υγείας αυξήθηκε αισθητά, μέσω στοχευμένων δημοσιεύσεων σημαντικών κειμένων όπως «Ο Καταστατικός Χάρτης του Ασθενούς (1992) και «Ο Καταστατικός Χάρτης του Πολίτη»(1993), τα οποία έγιναν ευρέως διαθέσιμα προς ανάγνωση στο κοινό. Από τη μια μεριά, αυτοί οι Χάρτες μπορεί να αύξησαν τις προσδοκίες ασθενών και περιθαλπόντων τους για την υγεία, προσφέροντας πληροφόρηση για τα δικαιώματα των πολιτών στη φροντίδα υγείας, από την άλλη όμως σημειώθηκε κατάχρηση στην υπεύθυνη χρήση αυτών των δικαιωμάτων, η οποία συντέλεσε σε υψηλότερες απαιτήσεις για φροντίδα και υπηρεσίες υγείας σε έναν ήδη φορτωμένο και υπερ-απασχολημένο οργανισμό. Ίσως αυτό να προέκυψε επειδή τα αρχικά αυτά καταστατικά κείμενα απέτυχαν να δώσουν έμφαση στην ανάγκη χρήσης του δικαιώματος στην υγεία με τρόπο συνετό. Μεταξύ του 1990 και του 2010 δόθηκε πολύ μεγάλη έμφαση, στη ΜΒ, στη συμμετοχή των ασθενών και του κοινού στο σχεδιασμό, στην παροχή και στην αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας [23]. Η συμμετοχή αυτή του κοινού και των ασθενών ειδικότερα έγινε αντικείμενο στόχου και σε τοπικό και σε εθνικό επίπεδο, άμεσα και έμμεσα μέσω της καθιέρωσης της Υπηρεσίας Συμβουλευτικής και Διασύνδεσης των Ασθενών (DH 2000a) σε κάθε οργανισμό και φορέα του ΕΣΥ του ΗΒ. Σε εθνικό επίπεδο δημιουργήθηκε η Επιτροπή για τη Συμμετοχή Ασθενών και Κοινού (DH 2003), που με τη σειρά της οδήγησε σε Φόρα σχετικά με την ενεργό συμμετοχή κοινού και ασθενών καθώς και στην ανάπτυξη των Επιτροπών Ελέγχου και Επισκόπησης στην Υγείας (HMSO 2002) με ξεκάθαρο σκοπό την ανάδειξη και εκπροσώπηση κοινής γνώμης σε θέματα ποιότητας στην παροχή υγείας.

Επιπλέον, άλλοι παράγοντες όπως **αλλαγές στην πολιτική υγείας, δημογραφικές αλλαγές, αυξανόμενη εξάρτηση των ασθενών, αλλαγές στα συστήματα παροχής φροντίδας, η τάση για διαρκώς αυξανόμενη πρόσβαση στην πληροφορία υγείας, η πρόοδος στην τεχνολογία υγείας, η αυξανόμενη κάλυψη περιστατικών στις υπηρεσίες υγείας από τα ΜΜΕ και ο αυξανόμενος αριθμός παραπόνων που κατέληγαν στα δικαστήρια**, καθόρισαν την ανάγκη για μια ολιστική προσέγγιση στην παροχή και εξασφάλιση κλινικής ποιότητας, μέσω της

κλινικής διακυβέρνησης (McNeil 1998). Στη συνέχεια θα αναλυθούν αυτές οι κύριες γενεσιουργές αιτίες, οι λόγοι που έφεραν στο προσκήνιο την κλινική διακυβέρνηση.

### 3.9.2. Αλλαγές στην πολιτική υγείας

Αμέσως σχεδόν μετά το ' Β Παγκόσμιο Πόλεμο ιδρύθηκε το ΕΣΥ στη ΜΒ και το οποίο δέσμευσε τότε την κυβέρνηση να το χρηματοδοτεί ως μια υπηρεσία υγείας που ακολουθεί τις αρχές της συλλογικότητας, της κατανόησης, της ισότητας και της παγκοσμιότητας. Οι πολιτικοί πίστεψαν, επίσης τότε, ότι ικανοποιώντας τις ανάγκες υγείας των πολιτών τους, συνεπακόλουθα θα ελαττώνονταν αισθητά τα χρήματα που απαιτούνταν για τη συντήρηση του ΕΣΥ, υποθέτοντας πως η αρρώστια (γενικά) ελέγχεται και σταδιακά εξαλείφεται [23]. Τα πράγματα όμως δεν εξελίχθηκαν έτσι. Η δραστηριότητα του ΕΣΥ συνεχώς αυξανόταν, οδηγώντας σε ανεξέλεγκτες χρόνο με το χρόνο δαπάνες, ώστε να ανταπεξέρθει στην αυξανόμενη ζήτηση της κοινότητας για υπηρεσίες υγείας. Σε μια προσπάθεια να ελέγξει αυτή τη τάση, η κυβέρνηση υιοθέτησε τις αρχές του **γενικού μάνατζμεντ** στην υγεία, μέσω του NHS Griffiths' Report το 1983. Η φιλοσοφία του γενικού μάνατζμεντ, ήταν η ανάπτυξη αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες υγείας. Αποτελεσματικότητα σήμαινε ανταπόκριση στις ανάγκες φροντίδας υγείας και αποδοτικότητα η επίτευξη του στόχου εντός πλαισίου βέλτιστης αναδιάρθρωσης των πόρων. Οι γενικοί διευθυντές (διοικητές ) οργανισμών, νοσοκομείων ή άλλων δομών εντός του ΕΣΥ θα παρείχαν ηγεσία εισάγοντας και μια νοοτροπία συνεχούς αλλαγής και περιορισμού του κόστους και κινητοποίησης και ανάπτυξης του προσωπικού (HAM 1986, σελ. 33).

Αυτή η προσέγγιση, στην οποία έλειπαν οργανωσιακές διαδικασίες κλειδιά, ασχολείτο με διαρθρωτικά και οικονομικά θέματα του ΕΣΥ και όχι με την κλινική ποιότητα. Στη συνέχεια εξελίχθηκε περαιτέρω με την εισαγωγή της Λευκής Βίβλου «Δουλεύοντας για τους ασθενείς» (Working for Patients 1989) δίνοντας στις υπηρεσίες υγείας ένα χαρακτήρα επικεντρωμένο στις δυνάμεις τις αγορές, με τον πλήρη διαχωρισμό καταναλωτή (ασθενής) και προμηθευτή (υπηρεσία υγείας). Οι υγειονομικές αρχές και οι γενικοί γιατροί χρηματοδότησαν «κουμπαράδες» -τοπικά ασφαλιστικά (με τη δική μας οπτική) ταμεία- στους οποίους μετέφεραν πόρους για την κάλυψη της φροντίδας των τοπικών πληθυσμών τους, στην καλύτερη δυνατή τιμή.

Ο διαχωρισμός καταναλωτή - προμηθευτή στην υγεία τερματίστηκε από τη νεοεκλεγμένη κυβέρνηση των εργατικών στη δεκαετία του '90, και αντικαταστάθηκε από τις Ενώσεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (**PCGs- Primary Care Groups**). Αργότερα, στα τέλη της δεκαετίας του '90, εισήχθηκε η κλινική ποιότητα ως ισότιμος στόχος με τη διαχείριση των διαρθρωτικών και

οικονομικών θεμάτων στη φροντίδα υγείας, μέσω της κλινικής διακυβέρνησης. Το καινούργιο αυτό πλαίσιο, όπως πολλοί μελετητές ανέλυσαν, είχε θετική απήχηση στους περισσότερους επαγγελματίες υγείας καθώς θεώρησαν ότι είναι μια φιλόδοξη αλλαγή στη ιεράρχηση προτεραιοτήτων από τα οικονομικά στην κλινική ποιότητα. Αυτή η προσέγγιση ήταν ένα εγχείρημα που θα προσπαθούσε εφεξής να συνταιριάξει ηθικές ευθύνες (κώδικας ιατρικής δεοντολογίας) με τα καθήκοντα των μάντζερς και των κλινικών γιατρών [23].

Ανάλογες Λευκές Βίβλους, διακηρύξεις δηλαδή σχετικά με την υγεία, δεν είχαμε στην Ελλάδα. Η κύρια μεταρρύθμιση υγείας στη χώρα μας πραγματοποιήθηκε στα μέσα της δεκαετίας του '80 με την ίδρυση του ΕΣΥ. Ήταν μια επαναστατική, χωρίς αμφιβολία, πολιτική υγείας βασιζόμενη στην αρχή της κοινωνικής ισότητας. Τα επόμενα 10-15 χρόνια το ΕΣΥ αναπτύχθηκε σε σημαντικό βαθμό, με το χτίσιμο πολλών νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας σε όλη την επικράτεια. Στη συνέχεια δημιουργήθηκαν Υγειονομικές Περιφέρειες για τη διοικητική αποκέντρωση του ΕΣΥ. Ωστόσο, ποτέ δεν υπήρξε μια ξεκάθαρη στρατηγική για το πού και με ποιον τρόπο θα λειτουργήσει το σύστημα. Το ζήτημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εδώ και 20 χρόνια είναι κυρίαρχο στην πολιτική ατζέντα υγείας, αλλά επί της ουσίας υπάρχει πάρα πολύ μεγάλη ασάφεια και γκρίζες ζώνες ως προς την εφαρμογή της. Παράλληλα, ο διαχωρισμός νοσοκομειακών γιατρών σε Πανεπιστημιακούς και γιατρούς του ΕΣΥ, τα στρατιωτικά νοσοκομεία και η ιδιαίτερη σύμπραξη δημόσιων υπηρεσιών και ιδιωτών – ιδιωτικών νοσοκομείων μέσω των ασφαλιστικών ταμείων που πληρώνουν τα πάντα, δημιουργούν ένα συγκεχυμένο κλίμα. Το σύστημα «περπατάει» μόνο του και η κεντρική εξουσία διορίζει τους μάντζερς που το καθοδηγούν με κομματικά κριτήρια. Σε αυτό το πλαίσιο η κλινική ποιότητα δεν απασχόλησε ιδιαίτερα την κεντρική πολιτική, ενώ αν και υπήρξε η ανησυχία για συγκράτηση των δαπανών του ΕΣΥ, η αντιμετώπιση του φαινομένου των υπερχρεωμένων νοσοκομείων δεν αποτέλεσε αντικείμενο συγκεκριμένης και μακροπρόθεσμης στρατηγικής. Η έννοια της «**ηγεσίας**» στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας και στην παροχή περίθαλψης δεν έχει ακόμη εξαγγελθεί. Διαπιστώνεται συνεπώς, ότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένες πολιτικές που καθιστούν αναγκαιότητα την κλινική διακυβέρνηση. Η κλινική διακυβέρνηση αλλά και οι αρχές διοικητικής διακυβέρνησης είναι μια συνολική αναγκαιότητα, μια καθολική απαίτηση σε ένα σύστημα που δε διαπνέεται από τέτοιες αρχές.

### **3.9.3. Ο αντίκτυπος των διαρθρωτικών αλλαγών στο ΕΣΥ στην προσφορά και παροχή φροντίδας υγείας**

Οι ανάγκες των ασθενών τα τελευταία 20 χρόνια αυξάνονταν αισθητά (στη ΜΒ), συνεπώς οι υπηρεσίες υγείας θα έπρεπε να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο παρέχουν φροντίδα για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις [23].

Αναπτύχθηκε λοιπόν μια τάση δημιουργίας μονάδων εκτίμησης επειγόντων ιατρικών και χειρουργικών περιστατικών και μονάδων εκτίμησης επειγόντων περιστατικών ψυχικής υγείας. Στη συνέχεια δημιουργήθηκαν μονάδες και δομές αφιερωμένες στη φροντίδα ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας (π.χ. διαβήτη ή Χ.Α.Π.). Το στυλ αυτό παροχής υπηρεσιών υγείας ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας και κατευθύνει τους ασθενείς στο πιο κατάλληλο για την περίπτωση τους πλαίσιο. Η φροντίδα ενός διαβητικού για παράδειγμα, μοιράζεται μεταξύ του γενικού γιατρού και του ειδικού ενδοκρινολόγου με την υποστήριξη διαβητικής ομάδας (ειδική στο διαβήτη νοσηλεύτρια, διαιτολόγος, οφθαλμίατρος και φαρμακοποιός). Επίσης, πρωτοβουλίες του τύπου «νοσηλεία στο σπίτι» και ευρύτερες συνεργασίες δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (π.χ. η οξεία νόσος φροντίζεται στο νοσοκομείο και η αποθεραπεία συνεχίζεται σε ιδιωτικές νοσηλευτικές κλινικές), ενθαρρύνουν τη συνέργεια και τη συνεπακόλουθη αποφόρτιση του συστήματος.

Προφανώς και στη χώρα μας αυξήθηκαν εντυπωσιακά οι ανάγκες των ασθενών. Δημιουργήθηκαν σύγχρονες δομές (όπως κατ' οίκον νοσηλεία κ.λπ.). Οι κύριες, ωστόσο, οδοί που ακολουθήθηκαν (σε κάποιες περιπτώσεις) για την ικανοποίηση αυτών των αναγκών ήταν η προσφυγή σε υπηρεσίες ή επαγγελματίες υγείας του ιδιωτικού τομέα (π.χ. για μικροβιολογικές/βιοχημικές/αιματολογικές εξετάσεις και τοκετούς) ή η κάλυψη αναγκών στο εξωτερικό (π.χ. περιστατικά επεμβατικής καρδιολογίας ή χημειοακτινοθεραπειών στη Μεγάλη Βρετανία). Το σκηνικό στην υγεία είναι ασαφές και η ελλιπής παροχή στατιστικών στοιχείων και δεδομένων δυσκολεύουν μια τεκμηριωμένη συζήτηση πάνω στο θέμα.

#### **3.9.4. Ραγδαία άνοδος των προσδοκιών υγείας του κοινού**

Η καλύτερη πληροφόρηση και η ίδια η βελτίωση στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, μεγάλωσαν τις απαιτήσεις του κοινού από τις υπηρεσίες, χωρίς ωστόσο το σύστημα να διαθέτει τα μέσα για να ανταποκριθεί. Για παράδειγμα, το να υπάρχει ένας έμπειρος και εξειδικευμένος νοσηλευτής και συνεχής επίβλεψη από ειδικευμένο γιατρό καθ' όλη την περίοδο μεταξύ εισαγωγής και εξιτηρίου για κάθε ασθενή, δεν είναι αρκετές φορές εφικτό. Αυτό όμως έχει σαν συνέπεια να μην ικανοποιείται η προσδοκία του ασθενούς και να προκαλούνται όλο και περισσότερα παράπονα. Επιπλέον η δημοσιοποίηση των λιστών αναμονής (και του χρόνου αναμονής) καταδεικνύει ανισότητες από περιοχή σε περιοχή, που δυσχεραίνουν πολύ τους πολίτες.

Η ίδια δυσανεμία, χωρίς να έχει μετρηθεί ποτέ σε κεντρικό επίπεδο, είναι διάχυτη και στην Ελλάδα. Η νοοτροπία βέβαια των δημόσιων υπηρεσιών είναι

τελείως διαφορετική. Το Υπουργείο Υγείας δε θα χρηματοδοτούσε ποτέ μια μελέτη ικανοποίησης (ή απογοήτευσης) των ασθενών, ούτε θα χρησιμοποιούσε ποτέ προσωπικές ή ακαδημαϊκές μελέτες για να καθορίσει την πολιτική του. Οι σχέσεις πολιτών και κράτους είναι σε οριακό σημείο στην Ελλάδα, οπότε η σύγκριση με αγγλοσαξονικά μοντέλα είναι ανεπιτυχής.

Από τις αρχές τις δεκαετίας του 2000 η διακήρυξη της «Ελευθερίας για Πληροφόρηση» (DH 2000C) και τα Φόρα ασθενών και κοινού (DH 2003) οδήγησαν σε αλλαγές τέτοιες, που οι οργανισμοί του ΕΣΥ συστηματικά εμπλέκουν τους ασθενείς και τους χρήστες γενικότερα των υπηρεσιών υγείας στη λήψη αποφάσεων σχετικά με το σχεδιασμό και την παροχή των υπηρεσιών. Η συλλογή, ανάλυση, αξιολόγηση και διάχυση των δεδομένων από τη γνώμη των ασθενών και του κοινού είναι κριτικής σημασίας σε μια σύγχρονη καταναλωτική κοινωνία, και διασφαλίζουν ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι πραγματικά αντιπροσωπευτικές και αντανακλούν τις ανάγκες των ασθενών και του κοινού [23].

Στην Ελλάδα η συμμετοχή του κοινού είναι ανύπαρκτη, οπότε δε γεννά την ανάγκη για κλινική ποιότητα που θα επανατροφοδοτηθεί στο κοινό. Λόγω, όμως, ακριβώς της ανύπαρκτης παρουσίας κοινοτικής δικτύωσης που θα πίεζε το σύστημα για επαναπροσδιορισμό των δομών κλινικής αποτελεσματικότητας, η υιοθέτηση μοντέλων κλινικής διακυβέρνησης αποκτά βαρύνουσα σημασία και είναι επιτακτική αναγκαιότητα.

### **3.9.5. Δημογραφικές αλλαγές**

Το προσδόκιμο επιβίωσης του γενικού πληθυσμού αυξάνεται (στην Ελλάδα παρατηρήθηκε στασιμότητα πριν μια δεκαετία, αλλά παραμένει σχετικά υψηλό)<sup>8</sup>, ενώ παρατηρούνται αλλαγές στα πρότυπα θνησιμότητας και νοσηρότητας (π.χ. αυξάνεται συνεχώς η επίπτωση του διαβήτη και της παχυσαρκίας). Ως συνέπεια αυτών των αλλαγών τα συστήματα υγείας πρέπει να προσφέρουν περισσότερη άμεση, συνεχή φροντίδα για ένα διαρκώς αυξανόμενο **ηλικιωμένο πληθυσμό**, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τις μεταβολές στη νοσηρότητα που σχετίζονται με τις κοινωνικές αλλαγές. Στην προσπάθεια, λοιπόν, να μειωθούν οι απαιτήσεις από τις υπηρεσίες υγείας (η ζήτηση), η διακήρυξη της βρετανικής κυβέρνησης «Health of the Nation» έθεσε στόχους ελάττωσης της νοσηρότητας, **εστιάζοντας το σύστημα υγείας στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των νοσημάτων** (π.χ. ελάττωση των εγκεφαλικών μέσω ενεργού ελέγχου της υπέρτασης) και μείωση των θανάτων που αποδίδονται σε στεφανιαία νόσο μέσω της

<sup>8</sup> <http://data.euro.who.int/hfad/>

προώθησης της υγιεινής διατροφής, της φυσικής άσκησης και της πιο προσεκτικής και συστηματικής συνταγογράφησης στατινών.

Στην Ελλάδα εκπονήθηκαν και δημοσιεύτηκαν εδώ και μια πενταετία «Εθνικά Σχέδια Δράσης»<sup>9</sup> Δημόσιας Υγείας για τους ευαίσθητους τομείς της υγείας. Τους τομείς που έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στη νοσηρότητα και θνησιμότητα του πληθυσμού. Ωστόσο, λίγα έγιναν από αυτά που διακηρύχτηκαν προγραμματικά στα Σχέδια και το κυριότερο, δεν εναρμονίστηκαν ποτέ οι στρατηγικές υγείας που περιγράφηκαν στα Σχέδια με τις δομές του συστήματος υγείας. Δεν υπήρξε αυτή η «ενοποίηση» (**integrated clinical governance**) και ο συντονισμός των δομών παροχής περίθαλψης σε δίκτυα ή πλαίσια τα οποία θα καθοδηγούνται από την εθνική στρατηγική ανά νόσημα ή κατάσταση υγείας, που περιγράφεται σε κάθε σχέδιο. Η πραγματοποίηση υπαρκτής κλινικής διακυβέρνησης του ΕΣΥ πάνω στους άξονες των σχεδίων θα ήταν μια πρωτοποριακή και απολύτως αναγκαία πολιτική, κανείς ωστόσο, μέχρι τώρα, δεν είχε το θάρρος να εφαρμόσει. Η εθνική εκστρατεία κατά του καπνίσματος το 2009, για παράδειγμα, φαίνεται ότι ήδη έχει αποδώσει κάποια θετικά αποτελέσματα, αλλά εντάχθηκε στον αποσπασματικό χαρακτήρα της (μη υπάρχουσας) εθνικής στρατηγικής για την υγεία. Ταυτόχρονα, το ΕΣΥ και τα ασφαλιστικά ταμεία στην Ελλάδα δεν έχουν κάνει καμία ουσιαστική προετοιμασία για τη σύγχρονη υγειονομική βόμβα που λέγεται «υπερ-γήρανση» του πληθυσμού και διεθνώς αναγνωρίζεται ως το υπ' αριθμόν 1 πρόβλημα των συστημάτων υγείας των ανεπτυγμένων χωρών.

Η μακροζωία μπορεί να είναι από τη μια μεγάλη κατάκτηση των σύγχρονων κοινωνιών από την άλλη όμως δημιουργεί κατά κανόνα πολυετείς και διαρκώς εξαρτώμενους από το σύστημα υγείας ασθενείς [23]. Επίσης, η αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων (συγκέντρωση του πλούτου σε λιγότερους), η αδιάκοπη μεταναστευτική ροή από λιγότερο ανεπτυγμένες σε περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες (φαινόμενο με ιδιαίτερη επίδραση στην υγεία και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού στην ελληνική επικράτεια) και η αύξηση της επίδρασης των κοινωνικοοικονομικών καθοριστών της υγείας σε περιόδους οικονομικής και κοινωνικής παρακμής, όπως η τωρινή συγκυρία, δημιουργούν την αναγκαιότητα για ένα πιο «έτοιμο», πιο αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα λαμβάνει αυτές τις παραμέτρους υπόψη στον καθορισμό της λειτουργίας του. Συνεπώς, ένα προσανατολισμένο σύστημα που διακυβερνείται κλινικά και στρατηγικά είναι απόλυτη αναγκαιότητα.

---

<sup>9</sup> <http://www.ygeianet.gov.gr/files.aspx?code=nationalactionplans>



### **3.9.6. Έλλειψη εμπιστοσύνης απέναντι στη δημόσια περίθαλψη, λόγω κάλυψης από τα ΜΜΕ περιστατικών κακής ιατρικής πράξης**

Τα ΜΜΕ συνεχίζουν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην αυξανόμενη πληροφόρηση αλλά και καχυποψία ασθενών και επαγγελματιών υγείας απέναντι στο ΕΣΥ, μέσω της δημοσίευσης ιατρικών αποτυχιών και σφαλμάτων [23]. Η έρευνα σχετικά με το «Bristol Royal Infirmary» το 2001 και η έρευνα για τον «Shipman» το 2005 αποτέλεσαν οριακές, θα λέγαμε, αφορμές για την ιεράρχηση της κλινικής διακυβέρνησης ως πρώτης προτεραιότητας στην υγεία (στη Βρετανία). Στο Μπρίστολ το περιστατικό αφορούσε σε επιμελητές παιδοκαρδιοχειρουργούς που έκαναν παιδιατρικές εγχειρήσεις καρδιάς με ποσοστά θνησιμότητας πολύ μεγαλύτερα από τον εθνικό μέσο όρο. Το συγκεκριμένο γεγονός έγινε γνωστό στη Βρετανία ως η «σφυρίχτρα εκκίνησης» για ταχύτερη ενσωμάτωση των αρχών κλινικής διακυβέρνησης στο σύστημα. Η υπόθεση Shipman αφορούσε σε ένα γενικό γιατρό στο Μάντσεστερ, που βρέθηκε να έχει δολοφονήσει πολλούς ασθενείς κυρίως χορηγώντας τους ενέσεις με υπερδοσολογία φαρμάκων κλάσης Α (όπως μορφίνης και διαμορφίνης). Τα γεγονότα αυτά είχαν ως αντίκτυπο την έλλειψη εμπιστοσύνης του κοινού απέναντι στις υπηρεσίες υγείας και μια συνεπακόλουθη μεγάλη αύξηση των παραπόνων που οδηγούσαν στα δικαστήρια για ποινικές ευθύνες από κακή ιατρική πράξη ή αμέλεια (Wilson και Tingle 1999).

Το λεγόμενο «φακελάκι» στη δημόσια περίθαλψη ήταν και είναι ένα από τα αγαπημένα θέματα των ΜΜΕ στην Ελλάδα, ειδικά σε περιόδους ομαλής πολιτικής επικαιρότητας. Και είναι αυτονόητο πως οδηγεί σε αναγκαιότητα διακυβέρνησης. Πάντως, επειδή η «ιατρική αυθεντία» είναι απόλυτα ριζωμένη στη συλλογική συνείδηση στη χώρα μας (επομένως οι ασθενείς και το κοινό δεν έχουν κριτική ικανότητα και εκπαιδευμένη κρίση σχετικά με την ιατρική αμέλεια) και παράλληλα εξακολουθεί να επικρατεί ο παράλογος εθισμός του κοινού πως «ό,τι πληρώνω παίρνω» (και στην υγεία), άρα αν «δεν πληρώσω έξτρα, ακόμη και στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, δε θα κάνω τη δουλειά μου», την αναγκαιότητα κλινικής διακυβέρνησης δεν την επιβάλουν μόνο τόσο τα ΜΜΕ όσο και οι πολίτες, αλλά και η απαίτηση από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας να υπάρχει μια «τάξη» στην καθημερινή τους εργασία και ένας εύρυθμος τρόπος λειτουργίας και επιτέλεσης της ιατρικής και κλινικής πράξης.

### **3.9.7. Η τάση για μεγαλύτερη πρόσβαση στην πληροφορία υγείας**

Η πρόοδος στην τεχνολογία της πληροφορικής, κυρίως το διαδίκτυο (internet), οδήγησε σε μεγαλύτερη πρόσβαση στην πληροφορία από τους πολίτες. Τα άτομα πλέον έχουν την ίδια πρόσβαση με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς ιστοσελίδες (όπως της Cochrane Library<sup>10</sup> και του Υπουργείου Υγείας της Βρετανίας<sup>11</sup>) παρέχουν συγκεκριμένες πληροφορίες για την κατάσταση υγείας ή την ασθένειά τους. Αυτή η δυνατότητα για πληροφόρηση, που ήταν σχεδόν αδύνατη στο παρελθόν, πυροδότησε την απαίτηση του κοινού για ποιοτική περίθαλψη και αύξησε τις προσδοκίες του από αυτήν [23]. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να έχουν κατά νου αυτές τις αυξημένες προσδοκίες και τις επιπλοκές που έφερε στην καθημερινή δουλειά τους η Διακήρυξη της Ελεύθερης Πληροφόρησης (Freedom of Information Act – DH 2003). Διάφορες, επίσης, δημοφιλείς ιστοσελίδες υγείας στη ΜΒ όπως Doctor Foster<sup>12</sup>, NELH (Εθνική Ηλεκτρονική Βιβλιοθήκη της Υγείας)<sup>13</sup> ή της Επιτροπής για τη συμμετοχή του κοινού και των ασθενών στην υγεία ενθαρρύνουν το κοινό για ενεργότερη συμμετοχή και αναγκάζουν ουσιαστικά τους γιατρούς να ανταλλάσσουν με τους ασθενείς τους και να τους σηματοδοτούν με σχετικές πηγές πληροφοριών.

Η σύγκριση με την ελληνική πραγματικότητα είναι θλιβερή, καθώς δεν υπάρχουν διαθέσιμα αξιόπιστα δεδομένα και ακριβείς πληροφορίες ούτε σε κυβερνητικό επίπεδο, για αυτούς που χαράσσουν και εφαρμόζουν πολιτικές, πολύ δε περισσότερο για τους ασθενείς και το κοινό. Μια εξαίρεση αποτελεί το project του «Υγειονομικού Χάρτη», για το οποίο θα ξανασυζητήσουμε στα συμπεράσματα, το οποίο όμως έχει ήδη κάποια προβλήματα στη συλλογή δεδομένων και πολύ μικρή ανταπόκριση στην επιστημονική κοινότητα και τους πολίτες (τουλάχιστον προς το παρόν). Συνεπώς, δεν είναι η πληροφόρηση του κοινού που γεννά την αναγκαιότητα κλινικής διακυβέρνησης στην Ελλάδα, αλλά το ακριβώς αντίστροφο: η έλλειψη συστημάτων συλλογής και διάχυσης πληροφοριών υγείας καθιστά επιτακτική την εφαρμογή τέτοιων κλινικών διακυβερνητικών μηχανισμών στο ΕΣΥ.

### **3.9.8. Η πρόοδος στην τεχνολογία υγείας**

Η εκρηκτική πρόοδος που έχει σημειωθεί τις τελευταίες 2 δεκαετίες στην ιατρική τεχνολογία προσφέρει μεγάλες δυνατότητες στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Από την άλλη όμως η διαπίστωση (πιστοποίηση)

<sup>10</sup> <http://www.cochrane.org/>

<sup>11</sup> <http://www.dh.gov.uk/health/category/policy-areas/nhs/>

<sup>12</sup> <http://www.drfoosterhealth.co.uk/>

<sup>13</sup> <https://www.evidence.nhs.uk/>

ότι το προσωπικό έχει τη γνώση, την ικανότητα και τις δεξιότητες να χρησιμοποιεί σωστά και αποδοτικά τον εξοπλισμό είναι συζητήσιμη. Κι αυτό γιατί είναι πολλές φορές δύσκολο να βρεθούν χρόνος και πόροι για την εκπαίδευση του προσωπικού στην ασφαλή και αποδοτική χρήση του νέου εξοπλισμού, ειδικά στο πολύ πιεστικό και αγχωτικό καθημερινό νοσοκομειακό περιβάλλον [23], γεγονός που ισχύει και στην Ελλάδα.

Το συγκεκριμένο φαινόμενο, επιπλέον, θέτει συγκεκριμένες προκλήσεις στις Ενώσεις Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (PCTs –Primary Care Trusts) στη Βρετανία και στα ασφαλιστικά ταμεία στην Ελλάδα ως προς τους γιατρούς, οδοντιάτρους και λοιπούς επαγγελματίες υγείας με τους οποίους κάνουν συμβάσεις συνεργασίας (τους συμβεβλημένους επαγγελματίες υγείας δηλαδή). Δε θα υπήρχε, ωστόσο, τέτοιο θέμα αν υλοποιούνταν κλινική διακυβέρνηση στην πράξη. Κανένας έλεγχος δεν ασκείται στους συμβεβλημένους με τα ταμεία γιατρούς και λοιπούς παρόχους υγείας στην Ελλάδα. Παρά μόνο συνταγογραφικός έλεγχος και περιορισμός, σε μια προσπάθεια μείωσης των ακραίων φαρμακευτικών δαπανών. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν εναπόκειται προς κρίση μόνο από τους ασθενείς –κοινό, γεγονός υποκειμενικό και προβληματικό εν τη γενέσει του. Από την άλλη, οι πιέσεις προς τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν τις υπηρεσίες τους βάσει καθιερωμένων ενδείξεων, οδηγιών και δεδομένων, δυνητικά μπορεί να προκαλέσουν ανισορροπία στο ισοζύγιο αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας . Η ισορροπία δε μπορεί να επιτευχθεί χωρίς τους απαραίτητους πόρους, υποστήριξη από την εξουσία και κάποια αλλαγή νοοτροπίας στους παρόχους των υπηρεσιών υγείας, συστατικά που εξασφαλίζει η κλινική διακυβέρνηση [23].

### **3.9.9. Αύξηση των παραπόνων που καταλήγουν σε αγωγές**

Την τελευταία δεκαετία σημειώθηκε τεράστια αύξηση στον αριθμό των αγωγών ασθενών και ψυχοκοινωνικών επιστημόνων, εναντίον νοσοκομείων και προνοιακών δομών, που καταλήγουν στα δικαστήρια. Στη ΜΒ η Εθνική Αρχή Προσφυγών εναντίον Υπηρεσιών Υγείας πλήρωσε σχεδόν 1 δισεκατομμύριο λίρες !!! τη διετία 2003-2005 για αγωγές που αφορούσαν ιατρική αμέλεια. Αυτά τα υπέρογκα κόστη αποδίδονται σε :

- Υπερβολικό φόρτο στην περίθαλψη λόγω αυξημένης ζήτησης,
- Μεγαλύτερη ροπή στο να καταλήγει το παράπονο σε αγωγή,

- Στη θεσμοθέτηση μεγαλύτερης αποζημίωσης για ιατρική αμέλεια (έτσι οι πολίτες πιο εύκολα «κυνηγούν» αποζημιώσεις όταν κάτι πάει στραβά).

Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι η συντριπτική πλειονότητα των παραπόνων λύνεται σε τοπικό επίπεδο, συχνά με διευκρινίσεις, εξηγήσεις και απολογίες όταν τα περιστατικά εξελίσσονται δυσάρεστα για τους ασθενείς. Η **ειλικρίνεια** και η **διαφάνεια** είναι τα κλειδιά στην αντιμετώπιση παραπόνων, όπως επίσης και η ανάπτυξη ισχυρών μηχανισμών διάχυσης της ιατρικής πληροφορίας πριν τα περιστατικά γίνουν ενδεχόμενο πρόβλημα (McSherry 1996). Η διοίκηση των υπηρεσιών απαιτείται να ενθαρρύνει μια νοοτροπία εκμάθησης από λάθη, η οποία αποκρίνεται προληπτικά και όχι αντιδραστικά όταν κάτι πάει στραβά. Ο απώτερος σκοπός είναι να υπάρξει μια νοοτροπία δίκαιων παραπόνων, που θα ενθαρρύνει γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό να αναφέρουν ανοικτά να συζητούν και να μαθαίνουν από κλινικά περιστατικά με κακή έκβαση και από διαμαρτυρίες απέναντι στην κλινική πράξη [23]. Σε πολλές περιπτώσεις και ειδικά στην Ελλάδα, οι διαμαρτυρίες προκύπτουν από αποτυχίες και κενά του συστήματος παρά από δράσεις και πρακτικές μεμονωμένων ατόμων. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να κατανοούν αυτήν την κατάσταση και να έχουν εκπαιδευτεί για την απόκτηση γνώσης, δεξιοτήτων και αυτοπεποίθησης στο χειρισμό διαμαρτυριών με θετικό τρόπο.

Καταλήγουμε, λοιπόν, στο συμπέρασμα πως τα ιατρικά λάθη και οι ιατρικές αμέλειες δεν είναι οι μοναδικοί λόγοι που προσανατολίζουν ένα σύστημα υγείας στο να αποκτήσει κλινική διακυβερνητική δομή. Το σύνθημα «κλινική ποιότητα» ή «διασφάλιση της ποιότητας στην κλινική φροντίδα», γίνεται επίκαιρο και επιτακτικό μέσα σ' ένα περιβάλλον ραγδαίων κοινωνικών, πολιτικών, δημογραφικών, τεχνολογικών και οικονομικών αλλαγών, στις οποίες το σύστημα υγείας (που έτσι κι αλλιώς είναι «βαρύ» / «μεγάλο» / «αργό» / «παραδοσιακό» / «κλειστό» / «ιεραρχικό» / «δαπανηρό»), οφείλει να προσαρμόζεται ταχύτατα και αποτελεσματικά προκειμένου να κάνει αποδοτικά και με άριστο τρόπο τη δουλειά του. Η κλινική διακυβέρνηση (παρόλη την αμφισημία και ετερογένειά της) είναι η φιλοσοφία εκείνη που μπορεί να προσδώσει νέα, πιο ευέλικτα και ασφαλή χαρακτηριστικά στο σύστημα, όπως θα αναλύσουμε στη συνέχεια.

### **3.10. Κριτική σκέψη πάνω στους ορισμούς της κλινικής διακυβέρνησης – σύγκριση με την ελληνική πραγματικότητα**

Οι ορισμοί που αναφέραμε στην παράγραφο 3.3 δεν έχουν κάποια ακρίβεια στην πράξη, χρησιμοποιήθηκαν ωστόσο για να δώσουν έμφαση στη **διασφάλιση της ποιότητας** ως πρωταρχικού σκοπού της κλινικής

διακυβέρνησης. Η νέα κυβερνητική πολιτική στην υγεία στη ΜΒ άρχισε να εφαρμόζεται με εγκύκλιους και οδηγίες προς τους οργανισμούς και τις υπηρεσίες και η κλινική διακυβέρνηση ήταν το εργαλείο ευρύτερης πολιτικής εκσυγχρονισμού της υγείας και του μάνατζμεντ των υπηρεσιών της. Η έμφαση δόθηκε στη δημιουργία νέων θεσμών, διαδικασιών και δομών που παρέχουν κίνητρα, ώστε να διαχειριστεί την ιατρική ποιότητα με προληπτική λογική και λογική ελάττωσης των κινδύνων για τους ασθενείς. Ήταν μια ώθηση για να σπάσει η παραδοσιακή αντίληψη ότι υπήρχε επαγγελματική αυτορρύθμιση που λειτουργούσε για την προάσπιση των συμφερόντων και του κοινού και των ίδιων των επαγγελματιών και μια πρόκληση απέναντι στην επαγγελματική αυτονομία και τις σχέσεις ιατρών και μάνατζερ [22].

Η ώθηση – πρόκληση για αλλαγή που θέτει η κλινική διακυβέρνηση έχει μεγάλη σημασία στη χώρα μας και στο σύστημα υγείας της. Οι επαγγελματίες υγείας και ειδικά οι ιατροί θεωρούν τους εαυτούς τους αυθεντίες και υπεράνω ελεγκτικών μηχανισμών, που θα τολμούσαν να θέσουν σε αμφισβήτηση τη δαημοσύνη τους. Ο επαγγελματικός αυτοέλεγχος και η αυτορρύθμιση των επαγγελματιών υγείας εναπόκειται στην προσωπική κουλτούρα του ατόμου, ενώ οι μεγαλύτεροι στην ιεραρχία του ιατρικού επαγγέλματος (π.χ. διευθυντές) αντιλαμβάνονται τη θέση τους και το χώρο ευθύνης τους (την κλινική τους) ως «μαγαζί» ή «επιχείρησή» τους, στη διοίκηση και στο χειρισμό του οποίου κανείς δε μπορεί να έχει άποψη ή λόγο (περισσότερα θα δούμε στην παράγραφο 3.14.). Αυτές οι παραδοσιακές αντιλήψεις είναι παράλληλες με την αδυναμία που νιώθει το κοινό ή οι ασθενείς, ειδικά όταν προσέρχονται στο σύστημα υγείας και συντηρούν αυτό που είπαμε νωρίτερα, το **ιατρικοκεντρικό σύστημα υγείας περιορισμένης ευθύνης, στην Ελλάδα**. Συνεπώς, η συζήτηση για την εφαρμογή συστημάτων κλινικής διακυβέρνησης στη χώρα μας αποκτά μεγάλη σημασία για τη διατήρηση και εξέλιξη της ποιότητας των υπηρεσιών του δικού μας ΕΣΥ.

Οι Lugon και Secker-Walker (1999) ήταν ίσως οι πρώτοι που ερμήνευσαν το ρόλο της κλινικής διακυβέρνησης ως εργαλείο εκσυγχρονιστικής πολιτικής περιγράφοντάς την ως : «η δράση, το σύστημα ή ο τρόπος διακυβέρνησης κλινικών υποθέσεων. Το εργαλείο αυτό απαιτεί δύο κύρια συστατικά, ένα ρητό υπόβαθρο θέσπισης κλινικής πολιτικής και ένα εξίσου κατηγορηματικό υπόβαθρο επιτήρησης της συμμόρφωσης με αυτήν την πολιτική» [24]. Άρα, όπως δείξαμε στο κεφάλαιο 3.9, η αναγκαιότητα εφαρμογής κλινικής διακυβέρνησης στην Ελλάδα απαιτεί θέσπιση πολιτικής στην κλινική πράξη και θέσπιση μηχανισμών παρακολούθησης εφαρμογής της πολιτικής, εγχειρήματα που και τα δύο μοιάζουν δύσκολα.

Απαραίτητη προϋπόθεση πάντως για την οποιαδήποτε συζήτηση εφαρμογής διακυβερνητικών μηχανισμών στην κλινική πράξη είναι να γίνει απολύτως

αντιληπτό το πλαίσιο κλινικής διακυβέρνησης και για το λόγο αυτό θα επιχειρήσουμε να αποκρυπτογραφήσουμε τον όρο και να παρουσιάσουμε το θεωρητικό του υπόβαθρο και τις γενεσιουργές του σχέσεις με την ευρεία έννοια της διακυβέρνησης.

### **3.11. Αποκρυπτογραφώντας τον όρο κλινική διακυβέρνηση**

Η κλινική διακυβέρνηση προτάθηκε ως ο καλύτερος τρόπος αποκέντρωσης της ευθύνης ως προς το αποτέλεσμα [22]. Για τον Donaldson, έναν από τους κύριους προασπιστές της όπως νομίζουμε έχει φανεί, αποτελεί μια δυναμική διαδικασία, η οποία μέσω **συνεχών μεταρρυθμίσεων** έχει ως σκοπό να ενισχύει την ποιότητα μέσα στο NHS και την αποφυγή απλών δυσλειτουργιών έως και καταστροφικών γεγονότων (Bristol, Canterbury κ.ά.). Ο Donaldson θεώρησε ότι αποτελεί μια σημαντική πρόοδο στο σύστημα κλινικού ελέγχου και τη χαρακτήρισε ως την πιο φιλόδοξη ποιοτική πρωτοβουλία που έχει ποτέ ενσωματωθεί στο NHS (Sally and Donaldson 1998). Μετέπειτα μελέτησε την τμηματική εξέλιξη της δεκαετίας του 1980 πάνω στους κλινικούς ελέγχους, στο γενικό μάνατζμεντ, στις κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, στους δείκτες αποτελεσματικότητας, στα δικαιώματα των ασθενών και την άνοδο της πειραματικά στοιχειοθετημένης ιατρικής και διαπίστωσε ότι ο εκμοντερνισμός του NHS μετά το 1997 ήταν αποτέλεσμα ενός μακρόπνοου και **συνεκτικού προγραμματισμού**, αναγκαίου για τη «μεταμόρφωση» της οργανωτικής κουλτούρας του. Συνεπώς, η «κλινική διακυβέρνηση» θεσπίστηκε από τις ιατρικές αρχές για τη διασφάλιση και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας του συστήματος υγείας.

Η ελαστικότητα του όρου «κλινική διακυβέρνηση» ίσως αποτέλεσε έναν παράγοντα που συνέβαλε στην εκτενή αποδοχή της, αλλά επίσης οδήγησε σε παρανοήσεις και διαφωνίες. Ο Maynard (1999) π.χ. δήλωσε ότι «δεν υπάρχει ικανοποιητικός ορισμός της κλινικής διακυβέρνησης και οι μέχρι στιγμής χρησιμοποιούμενοι όροι είναι αμφιλεγόμενοι». Συνεχίζοντας, υποστήριξε ότι «ο σκοπός της είναι η διαχείριση των ιατρικών υπηρεσιών με έναν τρόπο σκληρό και πειθαρχικό, παρόμοιο με αυτόν που ασκήθηκε στα κονδύλια του NHS τα τελευταία πενήντα χρόνια» [25].

Ακολουθώντας τις ρίζες της κλινικής διακυβέρνησης συναντούμε τα ακόλουθα σημεία. Καταρχήν η χρησιμοποίηση πολλαπλών μεταφορών (ομπρέλα, μοντέλο, πλαίσιο, κουλτούρα, νοοτροπία κ.ά.) υποδηλώνει την εγγενή αμφισημία της. Δεύτερον, η κλινική διακυβέρνηση εγκυμονεί ριζικές αλλαγές στην ευθύνη των επαγγελματιών υγείας. Τρίτον, πρακτικά, η κλινική διακυβέρνηση εμπεριέχει και «παντρεύει» έναν περίπλοκο συνδυασμό από διαφορετικές διεργασίες και δραστηριότητες [26]. Επιπλέον, **τα**

**αποτελέσματα της επίδρασής της δεν έχουν ακόμα πλήρως στοιχειοθετηθεί [22].**

Κατά άλλους συγγραφείς η κλινική διακυβέρνηση συνιστά μια συστηματική προσέγγιση στο **μάνατζμεντ ολικής ποιότητας**. Σε συνεντεύξεις τους με ιατρικό προσωπικό (μέθοδο που ακολουθήθηκε κατά κόρον, όπως θα δούμε και παρακάτω, στη ΜΒ προκειμένου να αποτυπωθεί το επίπεδο αποδοχής της εφαρμοσμένης κλινικής διακυβέρνησης στο ΕΣΥ) κατέδειξαν ότι υπάρχει ανάγκη για αλλαγές στην οργανωτική κουλτούρα των ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας. Ο Llewellyn (2001) τόνισε ότι η καινούρια γενιά του ιατρικού διευθυντικού προσωπικού λειτουργεί ως ένας σύνδεσμος μεταξύ ιατρικής και διαχείρισης του εαυτού, δημιουργώντας νέα δεδομένα επαγγελματικού μάνατζμεντ. Οι Brown και Crawford (2003) περιέγραψαν πώς οι απασχολούμενοι σε θέματα ψυχικής υγείας «αυτορυθμίζονται» από ένα λεπτό/ευφυές «deep management».

Τα παραπάνω απεικονίζουν αυτά που οι Dean (1999) και Rose (1999) έχουν ονομάσει νοοτροπίες διακυβέρνησης, τα οποία είναι αντανάκλαση μιας πολιτικής λογικής. Για το Rose, η πολιτική λογική έχει μια διακριτή ηθική υπόσταση με την έννοια ότι ενσωματώνει φυσικές αντιλήψεις και πεδία νομιμότητας [27]. Παρομοίως ο Dean περιγράφει ακολούθως νοοτροπίες διακυβέρνησης ως οργανωμένες πρακτικές που διέπουν τον τρόπο που κυβερνιόμαστε και κυβερνούμε τον εαυτό μας. «Αυτές συμβάλλουν, συμβουλεύουν, δημιουργούν συνεταιρισμούς, εξουσιοδοτούν και ενεργοποιούν μορφές αντιπροσώπευσης. Στην αντίπερα όχθη θέτουν κανόνες, πρότυπα, σημεία αναφοράς, βέλτιστες πρακτικές και ποιοτικούς ελέγχους, οι οποίοι παρακολουθούν, μετρούν και καθιστούν υπολογίσιμες τις επιδόσεις» [28].

Η κλινική διακυβέρνηση μπορεί, κατά συνέπεια, να θεωρηθεί ως ένα παράδειγμα **νοοτροπίας διακυβέρνησης**. Εμφανίστηκε ως μια νέα «τεχνολογία διακυβέρνησης» που εφαρμόζεται στην επιστημονική πραγματογνωμοσύνη, τεχνολογία που αφενός –προφανώς– μεταβιβάζει μεγαλύτερη εξουσία σε εκείνους που εμπλέκονται στο σχεδιασμό και στην παροχή υπηρεσιών, αφετέρου τις καθιστά ευάγωγες με καινούριους τρόπους [27].

Συνοψίζοντας, η «κλινική διακυβέρνηση» αναδύεται ως μία πολιτική πολλαπλών όψεων, η οποία γεννά ανάμεικτες αντιδράσεις στην οικονομία της υγείας. Παρά ταύτα, όπως θα δούμε παρακάτω, έχει κοινή καταγωγή με πολλές πτυχές του σύγχρονου μάνατζμεντ του δημόσιου τομέα και προκαλεί πολλές συζητήσεις σε επίπεδο διακυβέρνησης [22].

### 3.12. Το θεωρητικό υπόβαθρο της κλινικής διακυβέρνησης: από την πολιτική επιστήμη και τη δημόσια διοίκηση στην υγεία

#### 3.12.1. Διακυβέρνηση στην πολιτική επιστήμη

Σε όσα μέχρι τώρα έχουμε παραθέσει και σε πάρα πολλά φόρα, κείμενα και μελέτες διαφαίνεται και μάλιστα με ηχηρό τρόπο η ασάφεια της έννοιας της διακυβέρνησης. Για να λυθεί αυτό το μπερδεμα ο καθηγητής Andrew Gray προτείνει να προσφύγουμε στη βιβλιογραφία της πολιτικής επιστήμης για τη διακυβέρνηση. Αν και εκεί, όπως διαπιστώνει, υπάρχει ανάλογη σύγχυση ασπάζεται τις απόψεις του καθηγητή Rod Rhodes, ο οποίος θεωρεί πως έχει ξετυλίξει πιο ξεκάθαρα –μέχρι σήμερα– το νήμα της διακυβέρνησης. Ο Rhodes, λοιπόν, ταυτοποιεί τους χρησιμοποιούμενους όρους της διακυβέρνησης ως εξής [29]:

- Τάση ελαχιστοποίησης του κράτους ή κράτος που ενεργοποιεί παρά παρέχει,
- Αντίληψη καλής διακυβέρνησης σημαίνει πραγμάτωση ανεξαρτησίας, αποδοτικότητας, λογοδοσίας και εφαρμογή κανόνων δικαίου,
- Μοντέλο στήριξης πολιτικής «νέας» δημόσιας διοίκησης,
- Εργαλείο εταιρικού ελέγχου,
- Σύστημα συνεργατικών και διαδραστικών παρεμβάσεων (Kooiman 1993) και,
- Αυτό-οργανούμενα δίκτυα.

Στα παραπάνω, λαμβάνοντας υπόψη την κλινική διακυβέρνηση, ο Gray προσθέτει τη:

- Διασφάλιση ποιότητας.

Η απόδοση της διακυβέρνησης ως αυτό-οργανούμενα δίκτυα είναι η πιο σύγχρονη και κοινά χρησιμοποιούμενη, ενώ ως προς τις άλλες μορφές της παραπάνω λίστας καταλήγει πως είναι μάλλον τρόποι διακυβέρνησης παρά εννοιολογικές αποτυπώσεις του όρου. Το κοινό χαρακτηριστικό, όμως, όλων των παραπάνω μορφών είναι πως δίνουν έμφαση στις σχέσεις που αναπτύσσονται στην κοινωνία και την πολιτεία και διαμορφώνουν τη διακυβέρνηση και στηρίζονται πάνω στη δεσμευτική υποχρέωση των συμμετεχόντων.

Κρατώντας αυτά τα κοινά στοιχεία και κοιτώντας παλαιότερες μελέτες του καθηγητή Gray μπορούμε να δεχτούμε πως υπάρχουν 3 διακριτά μοντέλα διακυβέρνησης. Το διοικητικό, το κοινοτικό (συλλογικό) και το κοινωνικό συμβόλαιο.

Το **διοικητικό** μοντέλο βασίζεται στους νόμους που προέρχονται από ένα ανώτατο θεσμικό όργανο και εφαρμόζονται από μια διαβαθμισμένη αλυσίδα



εξουσίας (αρχής). Η νομιμότητα των πράξεων ελέγχεται, ώστε να είναι μέσα στα όρια που θέτουν οι θεσμοί. Η ισχύς αυτού του μοντέλου εναπόκειται στην αποτελεσματικότητα των ελεγκτικών μηχανισμών και στη λογοδοσία που αυτοί επιφέρουν και η αδυναμία του στην ακαμψία και το συντηρητισμό ως προς τη δυνατότητα αλλαγής περιβάλλοντος. Το **συλλογικό** μοντέλο διακυβέρνησης είναι μια σχέση που βασίζεται στην αποδοχή και εφαρμογή κοινών αξιών και ηθικών αξιών. Στο μοντέλο αυτό η νομιμότητα των πράξεων άπτεται στη συμφωνία τους με την κατανόηση, τα πρωτόκολλα και τις καθοδηγητικές αξίες ενός κοινού πλαισίου αναφοράς. Η ισχύς του είναι ότι μπορεί να διακυβερνηθεί σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα και η αδυναμία του στην ευπάθεια που έχει από αυτά τα περιβάλλοντα και στη συνεπακόλουθη αποτυχία να υιοθετήσει μια μορφή τυποποίησης.

Το **κοινωνικό συμβόλαιο** βασίζεται σε μια συναλλαγή κινήτρου – συνεισφοράς συμφωνημένης από κόμματα (παρατάξεις γενικότερα). Εδώ η νομιμότητα πηγάζει από τους όρους της συμφωνημένης συναλλαγής. Την ισχύ του αποτελούν η προκαθορισμένη διάρκεια ζωής του και το κίνητρο να αποδώσουν όλοι και όλα βάσει των προσδοκιών του συμβολαίου, άρα η αρκετά καλή πιθανότητα να επιτευχθούν τα προγραμματικά σχέδιά του. Η αδυναμία του βρίσκεται στην τάση που έχουν τα κοινωνικά συμβόλαια να μειώνουν ή να ευτελίζουν το επίπεδο συμπεριφοράς σε έναν κοινό παρανομαστή (που καθορίζεται στο συμβόλαιο) και στη δυσκολία αντιμετώπισης μεταβαλλόμενων συνθηκών, δηλαδή διενέργειας αποτελεσματικών τροποποιήσεων προς μεγαλύτερη εξειδίκευση χωρίς αθέμιτο κόστος.

### 3.12.2. Ουσιώδης αντίληψη της κλινικής διακυβέρνησης

Έχοντας τώρα τα παραπάνω κατά νου και προκειμένου να διευκρινίσουμε τι περιέχει ο όρος κλινική διακυβέρνηση ας δεχτούμε το λογικό άλμα που κάνει ο καθηγητής Gray επεξηγώντας: κλινική διακυβέρνηση είναι περισσότερο «μια σχέση μεταξύ εξουσίας και λειτουργίας, μέσω της οποίας οι κλινικές πολιτικές και πρακτικές επηρεάζονται και δικαιώματα και υποχρεώσεις ρυθμίζονται, δηλαδή υπόκεινται σε κανονισμούς». Αυστηρότερα μπορεί να οριστεί και ως **διακυβέρνηση της κλινικής πράξης**. Ενώ, ο ορισμός της ως «η επίσημη – κανονιστική- ρύθμιση δομών και διαδικασιών για διασφάλιση της ποιότητας» είναι, μάλλον, λιγότερο ακριβής (ή πιο γενικόλογος). Αναμφίβολα η κυβέρνηση στη MB προσδοκούσε να την εφαρμόσει με την πρώτη, παρά με τη δεύτερη διάσταση [22]. Πάντως η κλινική διακυβέρνηση ως πολιτική, καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις πρακτικές, τις ποιότητες και τις αξίες που έχουν ήδη διαμορφώσει οι γιατροί και συνεπώς καθίσταται πιο εύκολα αντιληπτή ως διακυβέρνηση της κλινικής πράξης.

Η συγκεκριμένη αντίληψη καταδεικνύει πως η κλινική διακυβέρνηση συνταιριάζει τη διαρρύθμιση των σχέσεων και του διοικητικού και του συλλογικού και του μοντέλου διακυβέρνησης τύπου κοινωνικού συμβολαίου. Και η διαρρύθμιση αυτή καθορίζει πώς κατανέμεται η εξουσία και η λειτουργία, πώς καθιερώνονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις και πώς τελικά ρυθμίζονται οι κλινικές πολιτικές και πράξεις. Η πραγματοποίησή της πρέπει να ανταποκριθεί και σε στρατηγικές και σε λειτουργικές προκλήσεις.

Οι στρατηγικές προκλήσεις περιλαμβάνουν:

1. Τον καθορισμό της έμφασης που πρέπει να δοθεί στους 3 τύπους διακυβέρνησης (διοικητικού, συλλογικού και κοινωνικού συμβολαίου) ανάλογα με την περίπτωση,
2. Την προοπτικής θέσπισης ενός πλαισίου δεοντολογίας για την ατομική και τη συλλογική δράση, και
3. Τη δημιουργία μιας **νοοτροπίας εκμάθησης** (learning culture).

Οι λειτουργικές προκλήσεις περιλαμβάνουν:

1. Το σχεδιασμό αλληλοεξαρτώμενων δομών και διαδικασιών,
2. Την αποφασιστική ανάπτυξη κατάλληλων σχέσεων με τους δικαιούχους της υγείας,
3. Την καθιέρωση μηχανισμών αξιολόγησης,
4. Την ανάπτυξη πρωτοκόλλων καθολικής (συνεκτικής) λήψης αποφάσεων αναφορικά με τη λειτουργία και τους πόρους, και
5. Την υλοποίηση ενός ξεκάθਾਰου πλαισίου αναφορικά με το ρόλο και τις ικανότητες που απαιτούνται από τους γιατρούς.

Η παραπάνω ανάλυση μοιάζει απομακρυσμένη από τη στενή αντίληψη της διακυβέρνησης ως μηχανισμού διασφάλισης ποιότητας, ωστόσο την ενέχει και την προϋποθέτει και από την άλλη, ταιριάζει περισσότερο με τις αναγνωρισμένες –γενικότερες– διαστάσεις του όρου διακυβέρνηση [προσαρμογή από 22].

### **3.12.3. Μεταμοντέρνα διοικητική οργάνωση και κλινική διακυβέρνηση ως μορφές ήπιας γραφειοκρατίας**

Η κλινική διακυβέρνηση επομένως, μπορεί να θεωρηθεί ως μία ιδιαίτερη μορφή διακυβέρνησης, όπου ο έλεγχος συνδέεται με τη ρύθμιση και επιτυγχάνεται μέσα από νέες μεθόδους αυτό-επιτήρησης. Επίσης αντανakλά τάσεις διοικητικής μεταρρύθμισης του δημόσιου τομέα, όπως αναγνωρίζεται από τον Hoggett (1996) [26], και καθρεπτίζει την εξέλιξη των «**loose-and-tight**» συστημάτων διαχείρισης του ιδιωτικού τομέα (Du Gay 1996). Οι τάσεις αυτές είναι καταφανώς συνδεδεμένες με τις τάσεις του σύγχρονου καπιταλισμού, όπου ο παγκόσμιος ανταγωνισμός απαιτεί **ευελιξία** στην

παραγωγή, συνεχή **καινοτομία, διαφοροποίηση** στην κατανάλωση και **αποκέντρωση** της διαχείρισης («μετά-Fordianή» οικονομία).

Οι Hoggett και Jessop (1994) αναφέρουν ότι αυτές οι τάσεις αναπτύχθηκαν παράλληλα στο κράτος πρόνοιας και στις δημόσιες υπηρεσίες αλλά με τρόπο άνισο. Για τον Hoggett ο αποκεντρωμένος έλεγχος -έλεγχος από απόσταση- διευκολύνεται μέσω του συνδυασμού αυτονομίας και ρύθμισης : «οι νέες μεταμοντέρνες μορφές οργανωτικής διακυβέρνησης βασίζονται στην αρχή της ρυθμιζόμενης αυτονομίας» [31]. Παρόλα αυτά ένα τέτοιο σύστημα δεν έχει πλήρως ενσωματωθεί στο βρετανικό κράτος πρόνοιας. Στο δημόσιο τομέα, ο συνδυασμός της εντατικοποίησης του μάνατζμεντ επιδόσεων (performance management) που αναφέραμε νωρίτερα με την επαγγελματική εχεμύθεια είναι απαραίτητος, διότι οι υπηρεσίες είναι συχνά πολιτικοποιημένες , η επίβλεψη επιτρέπει στην κεντρική σκηνή να διατηρεί τον έλεγχο, ενώ παράλληλα η κεντρική εξουσία ανεξαρτητοποιείται από την ευθύνη πρώτης γραμμής.

Η απάντηση στο θεμελιώδες ερώτημα , πώς δύναται να ελεγχθούν αυτά τα καινούρια αποκεντρωμένα και ευέλικτα σχήματα, βρίσκεται σύμφωνα με τον Courpasson στην έννοια της ήπιας αποκέντρωσης. Ο καθηγητής Courpasson αμφισβητεί την παραδοσιακή άποψη, σύμφωνα με την οποία, η κυριαρχία που συναντούσαμε στη γραφειοκρατική και ιεραρχική διακυβέρνηση έχει δώσει τα σκήπτρα της σε «ηπιότερες» μορφές διοίκησης. Αναρωτιέται κατά πόσο είναι δυνατόν να επιβληθούν κανόνες σε αυθεντίες το σύστημα των οποίων βασίζεται καθαρά στην αυτονομία (με χαρακτηριστικό, δηλαδή, παράδειγμα τους γιατρούς στην υγεία). Οι έρευνές του καταδεικνύουν ότι οι οργανισμοί που βασίζονται σε επαγγελματίες αναπτύσσουν συστήματα αυτό-διακυβέρνησης [32].

Πρώτον, υπάρχει σαφής καταμερισμός ευθυνών (ιδιαίτερα σε αποτυχείς εκβάσεις). Δεύτερον, οι επαγγελματίες προσανατολίζουν τη συμπεριφορά τους με γνώμονα τη διατήρηση της φήμης τους.

Τρίτον, υιοθετούν συγκεκριμένα κριτήρια αποδοτικότητας, μεταβάλλοντας τα όμως κατά το δοκούν, επειδή τα όρια μεταξύ επιτυχίας και αποτυχίας είναι συχνά δυσδιάκριτα.

Τέταρτον, εξασκούν ένα είδος ευέλικτου κορπορατισμού, ανταλλάσσουν, δηλαδή, ένα μέρος της αυτονομίας τους προς όφελος της αναγνώρισης της αυθεντίας τους.

Αντιθέτως, οι μάνατζερ αναπτύσσουν στρατηγικές ελέγχου για την επιτυχία και την αποτυχία πάνω στους επαγγελματίες (π.χ. καινούρια εργαλεία αξιολόγησης), και «αντικειμενικοποιώντας» την προσωπική ευθύνη (π.χ. συνδέοντας ρητά στόχους και λειτουργίες με συγκεκριμένο προσωπικό) προωθούν την πρωτοβουλία, τη λήψη αποφάσεων και την ανάληψη ευθυνών.

Ο Courpasson υποστηρίζει ότι αυτό το σύστημα ελέγχου είναι ήπιο επειδή η αύξηση της αποδοτικότητας αποκτά νομιμότητα σε ένα επιχειρηματικό και αποκεντρωμένο επίπεδο, χωρίς εξωτερικούς εξαναγκασμούς. Οι ήπιες μορφές γραφειοκρατίας είναι συστήματα **στρατηγικού μάνατζμεντ** με στόχο την δημιουργία πολιτικού συγκεντρωτισμού, όπου συνυπάρχουν η ευελιξία και η τάση αποκέντρωσης με αυστηρούς όμως περιορισμούς και δομές κυριαρχίας [32]. Η ήπια γραφειοκρατία, κατά συνέπεια, αποτελεί μια μορφή **οργανωτικής διακυβέρνησης** που προσπαθεί, ιδιαίτερα στην περίπτωση των επαγγελματιών της υγείας, να ενώσει την εσωτερική και την εξωτερική νομιμότητα. Είναι η κατάλληλη έννοια που επεκτείνει την ανάλυση του Hoggett και περιγράφει την «κλινική διακυβέρνηση» του NHS. Επίσης, φέρει μια κοινή αντιστοιχία με τις αντιλήψεις του Foucault περί «διακυβέρνησης και δράσεων από απόσταση» [22].

Συμπερασματικά, και από θεωρητική άποψη, η κλινική διακυβέρνηση είναι προφανώς διαφορετική από τον όρο διακυβέρνηση που όρισε ο Rhodes το 1997, «**κυβερνώντας χωρίς κυβέρνηση**», και που βασίζεται σε αυτό-συγκροτούμενα δίκτυα μεταξύ των οργανισμών έχοντας σημαντική αυτονομία από το κράτος [29]. Στο ΕΣΥ του ΗΒ, η κεντρική εξουσία είναι κυρίαρχη, ακριβώς γιατί το ΕΣΥ είναι πολιτικοποιημένο και συλλογικό, οπότε η κλινική διακυβέρνηση είναι μια άλλη μέθοδος ενδυνάμωσης του κρατικού ελέγχου πάνω σε εν μέρει αυτόνομους επαγγελματίες ενός αποκεντρωμένου συστήματος. Στην Ελλάδα, από την άλλη, η αυτονομία των επαγγελματιών υγείας είναι κυρίαρχη, αλλά -και επί της ουσίας- το σύστημα δεν είναι καθόλου αποκεντρωμένο (παρά μόνο γεωγραφικά). Η κεντρική εξουσία στην Ελλάδα θα επιθυμούσε να ελέγχει με σαφή ιεραρχικό τρόπο το σύστημα, αλλά δεν έχει ούτε τις δομές, ούτε τους πόρους για να το πετύχει. Άρα, λόγω έλλειψης στρατηγικών στόχων στην πραγματικότητα, η εξουσία βολεύεται από την αυτονομία του συστήματος και ταυτόχρονα αποποιείται και των ευθυνών της για τις δυσλειτουργίες που εκείνο παρουσιάζει.

Ωστόσο, η κλινική διακυβέρνηση είναι στην ουσία της διαφορετική από τα ιεραρχικά (Ford-ιανά) μοντέλα γραφειοκρατίας. Εξίσου βέβαια, δεν αποτελεί και ένα μετά-Ford-ιανό, μετά-γραφειοκρατικό, -χωρίς παρεμβολές- μοντέλο οργανωσιακού μάνατζμεντ με τόσο υψηλό βαθμό πλήρως ανεξάρτητων συνεργατικών δικτύων. Αντιθέτως, είναι ένα ιδιόμορφο υβρίδιο, που συνδυάζει, με διαφορετικούς θεσμικούς τύπους, μια μίξη πρακτικών και στρατηγικών σχεδιαζόμενες να καθιερώσουν και να κωδικοποιήσουν εξαιρετικά κλινικά πρότυπα και να πετύχουν μια αυστηρή μέθοδο αξιολόγησης της απόδοσης, μέσω της επιβολής της στη φιλοσοφία των επαγγελματιών υγείας. Και μάλιστα με τρόπο που να τους δίνει την αίσθηση της

εξουσιοδοτημένης αυτονομίας. Ως μηχανισμός παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με την Courpasson-ιανή ελαφρά γραφειοκρατία, παρουσιάζει όμως και στοιχεία που μοιάζουν στη γραφειοκρατία τύπου Lam-ιανής [22].

Στη θεωρητική ανάλυση της κλινικής διακυβέρνησης μέσα από το πρίσμα της πολιτικής φιλοσοφίας και επιστήμης, κεντρικό ρόλο έχει η σχέση και αλληλεπίδραση εξουσίας (ηγεσίας) και αυτόνομων μονάδων παροχής υπηρεσιών με υψηλό επίπεδο αυθεντίας. Για να εφαρμοστεί στην υγεία αυτό το υβριδικού τύπου –ημιαυτόνομο / ιεραρχικό – μοντέλο διακυβέρνησης και να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητά του θα πρέπει οι ιατροί (που είναι οι «πρωταγωνιστές» του συστήματος) να κατανοήσουν, να αποδεχτούν και να εφαρμόσουν τη φιλοσοφία αυτορρύθμισης και λογοδοσίας που η κλινική διακυβέρνηση επιβάλλει. Όπως ήδη αναφέραμε η πρόκληση είναι ακόμη μεγαλύτερη σε ένα καθαρά ιατροκεντρικό σύστημα, όπως το ελληνικό και το οποίο, ταυτόχρονα, δεν έχει ιδεολογικό και υποστηρικτικό υπόβαθρο από άλλες λειτουργίες του δημόσιου τομέα. Αποκέντρωση με χαρακτηριστικά στρατηγικής διοίκησης και στέρεων οργανωσιακών προτύπων δεν έχει υπάρξει, μέχρι τώρα, στη δημόσια διοίκηση της χώρας, γεγονός που καταδεικνύει την έλλειψη αυτό-ρυθμιστικής και διακυβερνητικής νοοτροπίας σε όλους τους τομείς του δημόσιου βίου. Συνεπώς η πρόκληση εφαρμογής κλινικής διακυβέρνησης, θεωρητικά πάντα, αναμένεται να αντιμετωπίσει πολλές αντιδράσεις εντός του συστήματος υγείας. Για το λόγο αυτό θεωρούμε επιβεβλημένη μια πιο λεπτομερή ανάλυση της αντίληψης των γιατρών και άλλων κλινικών επιστημόνων για την κλινική διακυβέρνηση, από τη Βρετανία στην οποία έχει εφαρμοστεί ο όρος για πάνω από μια δεκαετία.

### **3.13. Η άποψη και ο ρόλος των γιατρών στην κλινική διακυβέρνηση**

Οι Hackett και συνεργάτες (1999) παρατήρησαν ότι η κλινική διακυβέρνηση αμφισβητεί την κυρίαρχη θέση / ισχύ των κλινικών ιατρών και σημείωσαν ότι φραγμοί (ταμπού) σε θέματα κουλτούρας και συμπεριφοράς των τελευταίων αποτελούν πραγματική απειλή για την εφαρμογή της από εκτελεστικά όργανα και επιτροπές. Κάτι που ενδόμυχα (αλλά όχι και απαραίτητα) θα αναμέναμε και στο ελληνικό ΕΣΥ. Στη Βρετανία, οι ιατροί αντιλήφθηκαν την κλινική διακυβέρνηση ως μία απειλή της επαγγελματικής τους ελευθερίας, κάτι που είχε σαν αποτέλεσμα την αυξανόμενη σύγκρουση ανάμεσα στους τελευταίους και τους μάντζερ [33].

Μελέτες μεγαλύτερης κλίμακας (Latham και συνεργάτες 1999, Walshe και συνεργάτες 2000) κατέδειξαν το φάσμα των συμπεριφορών του υγειονομικού προσωπικού. Ανάμεσα στους **ενθουσιώδεις** συγκαταλέγονται το **νοσηλευτικό** και το **παραϊατρικό** προσωπικό καθώς και οι **ψυχολόγοι**, ενώ στους **σκεπτικιστές** το **ιατρικό** προσωπικό, και κυρίως οι **χειρουργικές**

**ειδικότητες.** Ο Wallace και συνεργάτες αργότερα (2001b) επιβεβαίωσαν την προαναφερόμενη διαφορετικότητα των αντιδράσεων. Ο Walshe (2000) διαπίστωσε μία σημαντική μεταβλητότητα στην υιοθέτηση της κλινικής διακυβέρνησης, αλλά κατέληξε στο συμπέρασμα **ότι υπήρξε μία μετατόπιση της εξουσίας από το ιατρικό προσωπικό στους μάνατζερ.** Ο Nicholls και συνεργάτες περιέγραψαν την «κλινική διακυβέρνηση» ως μία **συστημική αλλαγή κουλτούρας.** «Ζητείται, πλέον, από τους γιατρούς να είναι πιο «ανοικτοί» και να λογοδοτούν περισσότερο για την κλινική τους απόδοση. Ο κάθε νοσοκομειακός ιατρός θα μπορεί να συγκρίνει την απόδοσή του με τους εθνικούς μέσους όρους και ταυτόχρονα θα πρέπει να μοιράζεται τα αποτελέσματα με τον Ιατρικό διευθυντή του συλλόγου στον οποίο ανήκει καθώς και στον επικεφαλής της κλινικής διακυβέρνησης. Αυτά τα δεδομένα θα αξιολογούνται και ανεξάρτητα από γιατρούς του CHI-HC-CQC. Αυτή η πρακτική βελτίωσης της ποιότητας και εκσυγχρονισμού της επαγγελματικής λογοδοσίας φέρεται εις πέρας με ένα συστηματικό και διεξοδικό τρόπο και είναι κανονικά θεσμοθετημένη». (DH 1999.2001c)

Σο πλαίσιο ενός κοινού ερευνητικού προγράμματος για την κλινική διακυβέρνηση (ανάμεσα στο Nuffield Institute for Health και στο University of Durham) μεταξύ 1999 και 2001, ο καθηγητής Gray πραγματοποίησε πολλές κατ' ιδίαν συζητήσεις με κλινικούς γιατρούς και μάνατζερ, τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, σε μια διοικητική περιφέρεια της Αγγλίας. Σκοπός του προγράμματος ήταν να αποκαλυφθούν οι αντιλήψεις και η στάση των ερωτηθέντων απέναντι στην καινούρια τάση που ήταν η κλινική διακυβέρνηση. Παρότι το δείγμα δεν ήταν στατιστικά σημαντικό για υιοθέτηση των ευρημάτων σε πανεθνικό επίπεδο, οι αποκρίσεις ταξινομήθηκαν σε 2 αναμενόμενες ευρύτερες ομάδες. Σε αυτούς που ήταν υπέρ και σε αυτούς που ήταν κατά.

Οι **αντιδρώντες** (αντιρρησίες) έβλεπαν την κλινική διακυβέρνηση ως έναν μηχανισμό που θα «ρίχνει το φταίξιμο» στους γιατρούς (στο πλαίσιο μια ευρύτερης νοοτροπίας κατηγορητηρίου) και θα τους σπρώχνει –παρά τη θέλησή τους – σε νέους τρόπους συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες υγείας και μάνατζερ. Την αντιλαμβάνονταν, επίσης, ως «πηγή εκφοβισμού» και «ανάγκη διασφάλισης». Η ίδια ομάδα αντιλαμβανόταν την κλινική διακυβέρνηση ως μια επίσημη ρύθμιση, ένα μανατζιριαλ σχέδιο εταιρικών «πλάνων», «δομών» και «διαδικασιών» απομακρυσμένο από την κλινική πράξη και το οποίο ανατέθηκε σε διορισμένες επιτροπές και συγκεκριμένο προσωπικό.

Οι **αποδεχόμενοι** (σύμμαχοι), εν αντιθέσει, την αναγνώρισαν ως έναν τρόπο ταυτοποίησης και πρόληψης ανεπιθύμητων περιστατικών και καταστάσεων και ως μια ευκαιρία να φανεί πως οι γιατροί έχουν καλές επιδόσεις και

λειτουργούν αποτελεσματικά σε διεπιστημονικές ομάδες, μέσω συλλογικής προσπάθειας. Οι σύμμαχοι αντιλαμβάνονταν την κλινική διακυβέρνηση πιο πολύ ως μέθοδο και λιγότερο ως δομή και ως μέσο ανάπτυξης και εφαρμογής νέων τρόπων εργασίας (π.χ. ομαδική δουλειά, ιατρική βασισμένη σε δεδομένα / evidence based medicine) και συνεπώς ως ένα ζήτημα αρκετά εστιασμένο στην κλινική ευθύνη.

Ακόμη και στο συγκεκριμένο, περιορισμένο δείγμα ιατρών ο Andrew Gray αναγνώρισε «συμμάχους» που ήταν τυπολάτρες (αποδέχονταν την ανάγκη νέων, πιο ισχυρών διοικητικών δομών) και «αντιρρησίες» που ήταν μεθοδολογιστές (αντιδρούσαν γιατί δεν υπήρχαν δεδομένα αποτελεσματικότητας της νέας μεθόδου). Το μίγμα τέτοιων αντιλήψεων μπορεί, σύμφωνα με τον Gray, να αποδοθεί ίσως στην έλλειψη κατάλληλης επικοινωνίας από την κυβέρνηση, για τις προθέσεις της απέναντι στην κλινική πράξη και τους γιατρούς (μη ξεκάθαρη και σωστά επικοινωνημένη πολιτική), αλλά και σε ιδιοτελή συμφέροντα του ιατρικού επαγγέλματος που θα μπορούσαν να θιχτούν. Θα μπορούσαν, ωστόσο, να οφείλονται και στην κοινώς αναγνωρίσιμη και αποδεκτή έλλειψη επιτακτικής αποσαφήνισης των όρων «διακυβέρνηση» και «κλινική διακυβέρνηση» εν προκειμένω, από την Πολιτεία.

Η κλινική διακυβέρνηση είναι συμπερασματικά ένα συγκεκριμένο παράδειγμα εφαρμοσμένης διακυβέρνησης. Η δημοσύνη του ιατρικού επαγγέλματος είναι το πλέον ουσιαστικό στοιχείο στη διαχείριση των κινδύνων της υγείας, αλλά η ρύθμισή της απαιτεί από τους ίδιους τους γιατρούς να συμπεριλάβουν σε αυτήν την αυτό-επιτήρηση και την αυτό-διαχείριση αυτής της υψηλής ειδικότητάς τους. Οι ρυθμίσεις που υιοθετούνται προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας και της λογοδοσίας ως προς την επίδοση, καταδεικνύουν τον προσανατολισμό προς τη **διοίκηση ολικής ποιότητας** και την αριστεία στους οργανισμούς. Αυτές, όμως, οι ρυθμίσεις και οι πρακτικές είναι διαφορετικές από γραφειοκρατική αντίληψη, ακριβώς γιατί συνεπάγονται διακριτική ευχέρεια, επιχειρηματικότητα, ευελιξία, προσήλωση στον κανονισμό και αυτοπειθαρχία, παρά απλή υπακοή σε κανόνες και κατευθυντήριες οδηγίες από τη διοίκηση (Knights and McCabe 2000). Κατά ειρωνικό μάλιστα τρόπο τα παραπάνω χαρακτηριστικά είναι συμβατικά συνώνυμα με την επαγγελματική αυτονομία. Παρόλα αυτά, στο ΕΣΥ του ΗΒ, η υποχρέωση του κράτους να ελέγχει τις συνολικές δαπάνες και τους κινδύνους για την υγεία καθώς και να εξασφαλίζει βελτιώσεις και διαρκή πρόοδο σε όλο το σύστημα, έχει οδηγήσει σε αυξανόμενες προσπάθειες εντατικοποίησης του ελέγχου της απόδοσης των επαγγελματιών υγείας, με αυξανόμενη μάλιστα αποδοχή από τους ίδιους, μέσα στα χρόνια [22].

Η επαγγελματική νοοτροπία κοινωνικών και όχι ατομικών επιδιώξεων και η νοοτροπία κοινωνικής συνοχής και συμμετοχικότητας ευρύτερα (αν βεβαίως έχει περάσει στο συλλογικό συνειδητό), μπορεί να διευκολύνει τη μετάβαση από ένα αυτόνομο και εγωκεντρικό σύστημα σε ένα ανοικτό και απόλυτα διαφανές σύστημα, όπως η κλινική διακυβέρνηση. Από τη μια, δηλαδή, η κλινική διακυβέρνηση προϋποθέτει τα συγκεκριμένα ιδεολογικά χαρακτηριστικά για να εφαρμοστεί, από την άλλη με την εφαρμογή της οδηγεί και καθοδηγεί προς την καλλιέργεια τέτοιων κοινωνικοπολιτικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών, που αναπτύσσουν το δημόσιο βίο και εκσυγχρονίζουν τη φιλοσοφία της δημόσιας διοίκησης και των υπηρεσιών υγείας ειδικότερα.

### **3.14. Οι αντιλήψεις και ο ρόλος των μάντζερ για την κλινική διακυβέρνηση**

Εξίσου μεγάλο ενδιαφέρον με τις απόψεις των γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας για τη διακυβέρνηση, έχουν και οι αντιλήψεις των μάντζερ. Μια ολοκληρωμένη και στατιστικά σημαντική μελέτη πραγματοποίησαν οι Freeman και Walshe στην Αγγλία, το 2002, για λογαριασμό της Εθνικής Υπηρεσίας Ελέγχου (National Audit Office, βλ. παράγραφο 3.6.) 4 περίπου χρόνια μετά την εφαρμογή των αρχών και δομών κλινικής διακυβέρνησης στο ΕΣΥ του ΗΒ. Συγκεκριμένα, από **100** συλλόγους, ενώσεις και οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της επείγουσας ιατρικής, της άμεσης βοήθειας, της ψυχικής υγείας και των μαθησιακών δυσκολιών έλαβαν ολοκληρωμένα και απαντημένα ερωτηματολόγια από **1.200** περίπου διευθυντικά στελέχη και μέλη Ανώτατων Διοικητικών Αρχών και Διοικητικών Συμβουλίων των παραπάνω δομών<sup>14</sup>. Θέλησαν να αποτυπώσουν την αντίληψη που υπήρχε για τη σημασία και την οργανωτική επίτευξη 54 συγκεκριμένων αντικειμένων κλινικής διακυβέρνησης σε 5 συγκεντρωτικούς τομείς [35] (σημειώνουμε δίπλα τους τομείς διοίκησης της υγείας που σχετίζονται με τον αντίστοιχο τομέα κλινικής διακυβέρνησης)<sup>15</sup>:

1. Βελτίωση της ποιότητας (improving quality management),
2. Διαχείριση κινδύνων (risk management),

<sup>14</sup> Στη μελέτη ανταποκρίθηκε το 61% των μάντζερ που προσεγγίστηκαν και οι ερευνητές αναγνωρίζουν πως η επάρκεια αυτού του ποσοστού ανταπόκρισης είναι δύσκολο να υπολογιστεί, καθώς δεν έχουν τη δυνατότητα να συγκρίνουν τα χαρακτηριστικά αυτών που απάντησαν και των μη αποκρινόμενων.

<sup>15</sup> Ως **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α** της παρούσας εργασίας παρουσιάζουμε τον πίνακα με τα 54 αντικείμενα των 5 τομέων κλινικής διακυβέρνησης, καθώς θεωρούμε πως έχει σημασία μια πιθανή –μελλοντική– αξιολόγηση των συγκεκριμένων αντικειμένων από τους μάντζερ ή διευθυντές κλινικών του δικού μας συστήματος.



3. Βελτίωση της επίδοσης του προσωπικού (performance management),
4. Εταιρική λογοδοσία (corporate accountability),
5. Ηγεσία και συνεργασία (leadership and collaboration management).

Οι ερευνητές Freeman και Walshe εξέτασαν επίσης αν υπάρχει στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη διακύμανση στις απόψεις των μάντζερ μεταξύ οργανισμών σε σχέση με τις αντιλήψεις των μάντζερ εντός του ίδιου οργανισμού. Προφανώς και για να είναι αποδεκτά τα αποτελέσματα, θα έπρεπε να συμβαίνει κάτι τέτοιο και όντως συνέβαινε. Με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούσε να ελεγχθεί και το επίπεδο «συμμόρφωσης» ή «επίτευξης» κλινικής διακυβέρνησης καθενός από τους 100 οργανισμούς / δομές / ενώσεις / συλλόγους / υπηρεσίες από τους οποίους προέρχονταν οι μάντζερ, βάσει των δικών τους αντιλήψεων. Συνεπώς, τα αποτελέσματα είχαν διπλό στόχο. Καταρχήν να αποτυπώσουν (ποιοτικά –ανά αντικείμενο 1 ως 54 και τομέα 1 ως 5 και ποσοτικά –σε ποιο βαθμό με διάφορες κλίμακες) τις απόψεις των μάντζερ για τη σημασία και αποδοτικότητα της κλινικής διακυβέρνησης και κατά δεύτερον να αποτυπώσουν ποιοι οργανισμοί και υπηρεσίες δούλευαν σωστά βάσει της άποψης των ίδιων τους των υπευθύνων. Και μάλιστα, σε ποιες από τις 5 κατηγορίες μάντζερ κλινικής διακυβέρνησης πήγαιναν καλά και σε ποιες όχι.

Συνολικά, οι μάντζερ που απάντησαν (και όπως διευκρινίσαμε επιλέχτηκαν και ανώτατοι και μέσοι μάντζερ ισόποσα από κάθε οργανισμό, επομένως και συνολικά) αντιλαμβάνονταν, εκείνη την εποχή, **όλα σχεδόν τα 54 αντικείμενα κλινικής διακυβέρνησης ως μεγάλης σημασίας** (μέσος όρος των 54 5,1/6 και κανένα κάτω από 4,5/6).

Ως προς την επίτευξή τους, όμως, υπήρχε διακύμανση στη βαθμολογία. Οι μάντζερ θεωρούσαν ότι τα αντικείμενα που σχετίζονται με τους τομείς διαρθρωτικών αλλαγών και εταιρικής λογοδοσίας (που τους αφορούν και περισσότερο) είχαν συγκριτικά αρκετά μεγαλύτερη επιτευξιμότητα από τα αντικείμενα που σχετίζονται με τη βελτίωση της ποιότητας της κλινικής φροντίδας και τις συνεργασίες (και που αφορούν περισσότερο τους κλινικούς επιστήμονες). Την υψηλότερη βαθμολογία έλαβαν τα αντικείμενα για τη διάρθρωση επιτροπών και συλλογής παραπόνων/πληροφοριών και χαμηλότερη η χρήση δεικτών στην κλινική πράξη, η συμμετοχή του χρήστη (Patient Public Involvement – γνωστό ως PPI στη Βρετανία) και η ενθαρρυντική νοοτροπία κλινικών ομάδων. Ελλείμματα (αποτυχία) διαπίστωσαν ως προς τα αντικείμενα αναδιοργάνωσης εργασιακών διαδικασιών και συμμετοχής του χρήστη.

Ως προς τη σημασία των 5 τομέων κλινικής διακυβέρνησης, οι μάντζερ αναγνώριζαν τη σπουδαιότητα όλων, αλλά βαθμολόγησαν πιο υψηλά (8,8/10) τον τομέα εταιρικής λογοδοσίας (που είναι κύρια δική τους ευθύνη) και πιο χαμηλά (7,7/10) τη βελτίωση της ποιότητας (που η ευθύνη μοιράζεται μεταξύ

ιατρών και όλων των υπολοίπων και ίσως γιατί αντικειμενικά είναι ένας πολύπλοκος και ευρύς όρος).

Ως προς την εφαρμογή των 5 τομέων η εταιρική λογοδοσία έλαβε 8,1/10 την υψηλότερη βαθμολογία (οι μάνατζερ θεωρούσαν προφανώς ότι τα καταφέρνουν στο οικονομικό «νοικοκύρεμα» των οργανισμών και υπηρεσιών ευθύνης τους) και η ηγεσία και συνεργασία τη χαμηλότερη, 5,5/10 (προφανώς γιατί αντικειμενικά η ηγεσία τόσο σε κλινικό όσο και σε διοικητικό επίπεδο δεν είναι συχνή αφενός και αφετέρου γιατί επίσης η συνεργατική νοοτροπία είναι δύσκολη και επιπλέον πιο δύσκολη η εφαρμογή της ακόμη και αν υπάρχει η θέληση, γεγονός που βαραίνει και μάνατζερ και ιατρούς) [αποτελέσματα από 35, ο σχολιασμός του συγγραφέα].

Τέλος, οι βαθμολογίες τομέων και αντικειμένων ως προς την οργανωτική επίτευξη και τη σημασία) αξιολογήθηκαν και κάτω από τις επικεφαλίδες «δομή», «διαδικασία» και «αποτέλεσμα». Με αυτόν τον τρόπο οι μάνατζερ θα έδιναν και το στίγμα τους ως προς το πώς αντιλαμβάνονται ουσιαστικά τα 54 αντικείμενα κλινικής διακυβέρνησης που ερεύνησαν οι Freeman και Walshe.

Οι μάνατζερ, λοιπόν, θεωρούσαν πως καλύτερη οργανωτική επίτευξη έχουν δείξει μέχρι τότε τα αντικείμενα διακυβέρνησης που ανήκουν στην ομπρέλα διαρθρωτική αλλαγή (7,2/10 μέσος όρος) και λιγότερο καλή αυτά με την ετικέτα διαδικασία (μέσος όρος 6/10) και αποτέλεσμα (5,7/10). Ενώ και πάλι αναγνώρισαν τη σπουδαιότητα των αντικειμένων ως πολύ υψηλή ανεξάρτητα ποια ετικέτα κουβαλούν [35].

Σημασία δεν έχει για εμάς ποιοι οργανισμοί και δομές του ΕΣΥ στη ΜΒ αξιολογήθηκαν ψηλά και ποιοι όχι. Έχει, ωστόσο, ενδιαφέρον η διαφορά στην αντίληψη μεταξύ ανώτερου και μέσου μάνατζμεντ που μέτρησαν οι ερευνητές της μελέτης, εντός των οργανισμών. Τα μέλη διοικητικών συμβουλίων (που σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες έχουν, τουλάχιστον μερικά από αυτά, διοικητικό υπόβαθρο) βαθμολόγησαν σταθερά υψηλότερα την οργανωτική επίτευξη των 5 τομέων κλινικής διακυβέρνησης από τα στελέχη της διεύθυνσης των αντίστοιχων οργανισμών (οι οποίοι συγκαταλέγονται στο μεσαίο μάνατζμεντ).

Τα αποτελέσματα της μελέτης των προαναφερθέντων ερευνητών συμφωνούν με αυτά άλλων και μάλιστα από χώρες όπως οι ΗΠΑ και καταδεικνύουν ότι τα ανώτατα διοικητικά στελέχη και τα μέλη των διοικητικών συμβουλίων έχουν μάλλον υπεραισιόδοξη αντίληψη για την πρόοδο που έχει σημειωθεί στο σύστημα, τουλάχιστον σε σχέση με τους διευθυντές υπηρεσιών, που είναι και πιο κοντά στο «πεδίο της μάχης» [36]. Επίσης, μπορεί να σημαίνουν ότι οι επιτροπές κλινικής διακυβέρνησης των νοσοκομείων<sup>16</sup> δραματίζουν μια

---

<sup>16</sup> Βλέπε παράγραφο 3.4.

«θεατρική» λειτουργία, διαβεβαιώνοντας το διοικητικό συμβούλιο ότι όλα καλά, επιτρέποντας από την άλλη να γίνεται η δουλειά όπως συνήθως στα κατώτερα επίπεδα εντός των οργανισμών [37].

Συμπερασματικά, οι αποκρινόμενοι στη μελέτη έθεσαν ως προτεραιότητα τη σημασία της διασφάλισης της ποιότητας σε σχέση με άλλα πεδία διακυβέρνησης (όπως η βελτίωσή της). Οι μελετητές σχολιάζουν πως κάτι τέτοιο είναι λογικό δεδομένης της κυρίαρχης κουλτούρας μανάτζμεντ επιδόσεων στο βρετανικό ΕΣΥ. Μπορεί, όμως, να εξηγηθεί και ως κλίμα ανησυχίας στο διοικητικό προσωπικό, ως προς την ικανότητα του ΕΣΥ να ανταποκριθεί στην ατζέντα βελτίωσης της ποιότητας, ως συστατικού κλινικής διακυβέρνησης. Αφού, μάλιστα, οι ίδιοι εκφράζουν την αντίληψη ότι υπάρχουν ελλείμματα μεταξύ σπουδαιότητας διακυβερνητικών τομέων και επίτευξης αυτών. Αποκαλύπτεται, επίσης, πως τα διοικητικά στελέχη του ΕΣΥ στη Βρετανία αναγνωρίζουν πως το σύστημα έχει δώσει βαρύτητα σε διαρθρωτικούς μηχανισμούς κλινικής διακυβέρνησης – επιτροπές, πολιτικές, πόρους- παρά στην ουσία των μεταρρυθμίσεων που είναι ο τρόπος με τον οποίο κλινικές ομάδες θα συνεργαστούν μεταξύ τους για να βελτιώσουν το επίπεδο της υπηρεσίας. Υπάρχει, δηλαδή, **ο κίνδυνος να εστιαστεί η προσοχή στα ίδια τα συστήματα και όχι στα αποτελέσματα τα οποία τα συστήματα σχεδιάστηκαν για να επιτύχουν** [35].

Άλλες εμπειρικές μελέτες στη Βρετανία που προσπάθησαν να διαπιστώσουν την πρώιμη πρόοδο στην εφαρμογή κλινικής διακυβέρνησης σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υγείας διαπίστωσαν, επίσης, πως έχει γίνει πολύ σημαντική πρόοδος στην καθιέρωση συστημάτων και διαδικασιών διακυβέρνησης (π.χ. μεγάλη έμφαση και αυξημένη προσοχή των διοικητικών συμβουλίων νοσοκομείων και οργανισμών στην κλινική ποιότητα). Από την άλλη όμως, βρήκαν ελάχιστα δεδομένα ότι έχει γίνει λογικός σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας ή υπάρχει αντίκτυπος στην «πρώτη γραμμή» της ιατρικής και κλινικής πράξης, στην καρδιά δηλαδή του συστήματος. Επίσης, υπάρχει αυξανόμενη ανησυχία ότι η μακροπρόθεσμο χαρακτήρα στρατηγική βελτίωσης της ποιότητας χάνεται υπό την πίεση επίτευξης των απαιτήσεων διασφάλισης της ποιότητας [38].

Αναγνωρίζεται σε όλον τον κόσμο ότι το να σχεδιάσεις μια εθνική στρατηγική για ποιοτική υγεία δεν είναι τόσο δύσκολο όσο να την εφαρμόσεις στην πράξη και να την κάνεις να αποδίδει [35]. Στο ΗΒ είδαμε πως καθιερώθηκαν μηχανισμοί όπως το NICE που έθετε τα στάνταρντ ποιότητας και επίδοσης που προσδοκούσε η πολιτική ηγεσία ή η CHI (ή HC –Health Commission όπως καθιερώθηκε να λέγεται) που θα εφαρμόζε την αξιολόγηση ως προς τη συμμόρφωση με τα εθνικά πρότυπα, «βάζοντας αστέρια» σε όσους τα κατάφερναν καλά. Οι αξιολογήσεις αυτές είχαν μεγάλη σημασία, καθώς έδιναν

το έναυσμα στην Επιτροπή Υγείας να επηρεάζει αποφάσεις σχετικά με την **αναδιάρθρωση των πόρων** (π.χ. αυξομειώσεις χρηματοδότησης ή/και προσωπικού δομών και υπηρεσιών) και την **αντικατάσταση ατόμων της ανώτατης διοίκησης** σε ορισμένες περιπτώσεις [39]. Ωστόσο, ευρύτερη βρετανική και διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει πως η αποτελεσματικότητα τέτοιων εξωτερικών αξιολογήσεων στη βελτίωση της ποιότητας είναι υπό συζήτηση και αποφέρουν κόστη και ανεπιθύμητες συνέπειες, παράλληλα με τα οφέλη που προσδίδουν στο σύστημα [40]. Αυτό επιβεβαιώθηκε και στη μελέτη των Freeman και Walshe που παρουσιάσαμε, καθώς τα αποτελέσματα των αντιλήψεων των μάντζερ δε φάνηκε να επηρεάζονται στατιστικά από το αν οι οργανισμοί στους οποίους δουλεύουν έχουν υποστεί ad hoc αξιολόγηση από την Επιτροπή Υγείας.

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι η μεγαλύτερη που έγινε στη ΜΒ, κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών εφαρμογής κλινικής διακυβέρνησης στο εκεί ΕΣΥ. Οι αντιλήψεις των μάντζερ που παρουσιάσαμε και σχολιάσαμε κριτικά είναι πιο πρακτικές, πιο μετρήσιμες από τις απόψεις των ιατρών και τη στάση των ιατρών στο Βρετανικό ΕΣΥ, με τις οποίες και ασχοληθήκαμε στην προηγούμενη παράγραφο αυτής της εργασίας. Ωστόσο, δεδομένα από μελέτες παρόμοιου χαρακτήρα σε ιατρούς και άλλους κλινικούς επιστήμονες στην Αγγλία δείχνουν ότι **οι μάντζερ έχουν πιο αισιόδοξη αντίληψη από τους τελευταίους ως προς την πρακτική σημασία και την εφαρμοσιμότητα της κλινικής διακυβέρνησης** [41].

Από τη βρετανική εμπειρία, άλλες χώρες και συστήματα υγείας μπορεί να μάθουν πώς μια αποφασισμένη κυβέρνηση μπορεί να πετύχει την ανάπτυξη συστημάτων βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία, αν σχεδιάσει προσεκτικά και εφαρμόσει μια συνεπή, αποφασιστική και λογική πολιτική. Θα συνειδητοποιήσουν, ωστόσο, ότι η νοοτροπία εξωτερικών υποδείξεων και εντολών στον πυρήνα μιας εσωτερικής διαδικασίας βελτίωσης, είναι προβληματική και ότι υπάρχουν υπαρκτοί κίνδυνοι να παρατηρηθεί συμβολική συμμόρφωση με τους στόχους της πολιτικής υγείας ή ακόμη και παραμόρφωση αυτών, από οργανισμούς και υπηρεσίες [35].

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ποιότητα και οργανωσιακή κουλτούρα βελτίωσης της ποιότητας ως βασικά συστατικά κλινικής διακυβέρνησης ενός συστήματος υγείας**

### **4.1. Λίγα λόγια για την ποιότητα και τις διαδικασίες συνεχούς βελτίωσής της**

Πολύς λόγος έχει ήδη γίνει για την ποιότητα της κλινικής φροντίδας και την ποιότητα συνολικά των υπηρεσιών ενός συστήματος υγείας. Κατέστη, νομίζουμε, κατανοητό πως πάνω στην ποιότητα στηρίχτηκε η μεταρρύθμιση του ΕΣΥ στη Βρετανία –με όχημα την κλινική διακυβέρνηση-, ενώ στις ΗΠΑ, στην Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία η ποιότητα στην περίθαλψη ήταν η πρώτη προτεραιότητα των συστημάτων υγείας τη δεκαετία του 2000 [34].

Έλλειψη ποιότητας, όπως αφήσαμε να διαφανεί, δε σημαίνει μόνο ιατρικά λάθη και αμέλειες. Μπορεί να σημαίνει απλά μη θέσπιση εθνικών προτύπων και το να διεξάγεται η ιατρική πράξη έχοντας την υπηρετήση των προτύπων ως προαιρετική και όχι ως προαπαιτούμενη διαδικασία, μπορεί να σημαίνει ποικιλομορφία –διαφορές δηλαδή- στον τρόπο περίθαλψης έσω- και έξω-νοσοκομειακά (ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα) και περιορισμένη λογοδοσία από τους επαγγελματίες υγείας. Μέχρι πρόσφατα, στις χώρες που αναφέρθηκαν στην παραπάνω παράγραφο, τα περισσότερα δεδομένα χαμηλής ποιότητας προέρχονταν από το νοσοκομειακό τομέα, κυρίως λόγω της διαθεσιμότητας στοιχείων επίδοσης από αυτόν, του αυξημένου κόστους νοσοκομειακής φροντίδας, του αυξημένου ενδιαφέροντος της κοινής γνώμης και της εντυπωσιακής εξέλιξης της ιατρικής τεχνολογίας. Ωστόσο, τα περισσότερα περιστατικά περιθάλπονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στις προαναφερθείσες χώρες (στην Ελλάδα είναι συζητήσιμο ακόμη το τι είναι πρωτοβάθμια περίθαλψη και σίγουρα δεν υπάρχουν δεδομένα για να γίνουν ασφαλείς τέτοιες συγκρίσεις), στην οποία υπάρχει πολύ μεγάλη ετερογένεια στην ιατρική πράξη και πολύ χαμηλή ποιότητα [34].

Θεωρούμε, συνεπώς, λογικό να προσδιορίσουμε τι είναι ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και πώς αυτή μπορεί να βελτιώνεται με στρατηγικό τρόπο<sup>17</sup>.

«Αν δε μπορείς να περιγράψεις τι κάνεις ως μια διαδικασία, δεν ξέρεις τι κάνεις»

W.Edwards Deming 1900-1993, Αμερικάνος γκουρού του μάνατζμεντ συνεχούς βελτίωσης.

<sup>17</sup>NHS Scotland, Educational Resources, "Clinical Governance" (πρόσβαση Δεκέμβριος 2011 – Ιανουάριος 2012) <http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/section1/qualityinhealthcare.asp>

«Αν και η ποιότητα είναι δύσκολο να οριστεί, ξέρεις τι είναι ποιότητα»  
Robert M. Pirsig 1928- , Αμερικάνος φιλόσοφος.

Η βελτίωση της ποιότητας είναι ένας όρος που ανακεφαλαιώνει ένα μεγάλο εύρος προσεγγίσεων που χρησιμοποιούν οι επιχειρήσεις και η βιομηχανία για να βελτιώνουν τα χαρακτηριστικά των προϊόντων και των υπηρεσιών τους. Η κλινική διακυβέρνηση χρησιμοποιεί έναν αριθμό τέτοιων εργαλείων και τεχνικών για να επηρεάζει και να ενισχύει τις αλλαγές στην περίθαλψη των ασθενών. Το να οριστεί η ποιότητα στη φροντίδα υγείας είναι δύσκολο και πάντως δε γίνεται με άμεσο τρόπο. Υπάρχουν διαφορετικές απόψεις για το νόημά της και πολύς λόγος γίνεται διεθνώς για το κατά πόσο μπορούμε ή πρέπει να μετράμε την ποιότητα στην υγεία<sup>17</sup>.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2000) : «ποιότητα είναι η διαδικασία ικανοποίησης των αναγκών και προσδοκιών των ασθενών και του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας»,

ενώ σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ιατρικό Σύλλογο (1991) : «ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας επηρεάζουν την πιθανότητα για βέλτιστο αποτέλεσμα στο πρόβλημα του ασθενή».

Ο Gronroos πρότεινε το 1984 ότι η ποιότητα στην υγεία έχει δύο διακριτά χαρακτηριστικά:

- τη λειτουργική ποιότητα > πώς ένας ασθενής λαμβάνει μια υπηρεσία (ποιότητα φαγητού, πρόσβαση στην υπηρεσία κ.λπ.)
- την τεχνική ποιότητα > η ποιότητα στην παροχή της φροντίδας υγείας (π.χ. επάρκεια και αποτελεσματικότητα θεραπείας).

Άλλοι ορισμοί στην ποιότητα έχουν να κάνουν με τη σχέση της με την αντίληψη εμπιστοσύνης του κοινού προς τις υπηρεσίες και τους ανθρώπους που τις παρέχουν, και άλλοι ορισμοί με την αποδοτικότητα των πόρων (cost/effectiveness ή cost/benefit προσεγγίσεις). Το σίγουρο είναι πως οι αντιλήψεις του κοινού για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επηρεάζουν τις προσδοκίες από και την εμπιστοσύνη προς το σύστημα υγείας. Τα ιατρικά λάθη, η ταλαιπωρία των ασθενών (ράντζα, αναμονές, ελλείψεις σε προσωπικό), το κλείσιμο και η υπολειτουργία μονάδων προσελκύουν την προσοχή των ΜΜΕ, αντιθέτως οι νέες υπηρεσίες, κλινικές και μηχανήματα, οι νέες θεραπείες και οι ιατρικές ιστορίες με θετική κατάληξη δύσκολα δημοσιεύονται.

Το Picker Institute στη Μεγάλη Βρετανία, αναλύοντας τις τάσεις από τις εμπειρίες των ασθενών από το δικό τους ΕΣΥ, αποτύπωσε το 2005 8 διαστάσεις της λεγόμενης **ασθενο-κεντρικής φροντίδας**:

- Γρήγορη πρόσβαση σε αξιόπιστη ιατρική συμβουλή,
- Αποτελεσματική θεραπεία παρεχόμενη από έμπιστους επαγγελματίες,

- Ξεκάθαρη, εύκολα κατανοητή πληροφορία και υποστήριξη για φροντίδα του εαυτού μας,
- Περιθώριο για συμμετοχή του ασθενή στις αποφάσεις υγείας του και σεβασμός των προτιμήσεών του,
- Προσοχή στις φυσικές και περιβαλλοντικές ανάγκες,
- Συναισθηματική υποστήριξη, συμπάθεια και σεβασμός,
- Περιθώριο για συμμετοχή και υποστήριξη της οικογένειας και των κοινωνικών επιστημόνων των ασθενών, και
- Εξασφάλιση αδιάλειπτης φροντίδας και ομαλές μεταβάσεις και αλλαγές στη θεραπεία.

Αν και είναι απλοϊκές, αυτές οι 8 πολύ σημαντικές διαστάσεις υπογραμμίζουν το συντονισμό που απαιτείται για να βελτιωθεί η ποιότητα στην περίπτωση του κάθε ασθενή. Λαμβάνοντας παρόμοια δεδομένα υπόψη, το Ιατρικό Ινστιτούτο στη Μεγάλη Βρετανία, το 2001, πρότεινε μια ατζέντα (βαφτίζοντάς την "Crossing the Quality Chasm") πάνω στην οποία θα στηριχτεί η βελτίωση της ποιότητας στο ΕΣΥ, που αποτελείται από 6 κύρια συστατικά :

1. Την **ασφάλεια**. Αποφυγή δηλαδή τραυματισμών ή επιπλοκών από τη θεραπεία και την περίθαλψη που επιλέγονται για τους ασθενείς.
2. Την **αποτελεσματικότητα**. Παροχή δηλαδή υπηρεσιών, που βασίζονται σε τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση, σε αυτούς που τη χρειάζονται και θα επωφεληθούν και αποφυγή παροχής των υπηρεσιών σε αυτούς που μάλλον δε θα επωφεληθούν (αποφεύγονται συνεπώς υπό-παροχή και υπέρ-παροχή αντιστοίχως)<sup>18</sup>.
3. Την **ασθενο-κεντρική νοοτροπία**. Παροχή περίθαλψης που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις αξίες του ασθενή και διασφάλιση ότι οι αξίες του ασθενή καθοδηγούν όλες τις κλινικές αποφάσεις.
4. Την **αμεσότητα**. Ελάττωση των αναμονών και σε ορισμένες περιπτώσεις των επιβλαβών καθυστερήσεων που αφορούν τόσο αυτούς που λαμβάνουν όσο και αυτούς που παρέχουν περίθαλψη.

<sup>18</sup> Σημαντική αυτή η παρατήρηση του Βρετανικού Ιατρικού Ινστιτούτου, με καίρια εφαρμογή στην Ελλάδα. Στο ελληνικό ΕΣΥ είναι πολύ συχνότερο το φαινόμενο να προσφέρεται θεραπεία εκεί που δε χρειάζεται (διαγνωστικές εξετάσεις αφειδώς, φαρμακευτικές αγωγές εκτός ένδειξης, υπέρ-δοσολογία, υπερκατανάλωση αντιβιοτικών κ.λπ., καλά τεκμηριωμένα ή αυταπόδεικτα ως ένα σημείο, όλα τα παραπάνω), παρά να μη δίνεται ή να μη διενεργείται η ενδεδειγμένη θεραπεία εκεί που απαιτείται. Το φαινόμενο αυτό θα το χαρακτηρίζαμε **ανασφάλεια** και «**πληθωριστική**» **νοοτροπία** του προσωπικού του ελληνικού ΕΣΥ.

5. Την **αποδοτικότητα**. Αποφυγή σπατάλης<sup>18</sup>, συμπεριλαμβανομένης σπατάλης εξοπλισμού, προμηθειών, ιδεών και ενέργειας<sup>19</sup>.
6. Την ισότητα. Παροχή φροντίδας που δεν παρουσιάζει διακυμάνσεις στην ποιότητα λόγω διακρίσεων (διακρίσεις στο φύλο, την εθνικότητα, τη γεωγραφική θέση και το οικονομικό-κοινωνικό επίπεδο).

Αυτοί οι 6 στόχοι ή συστατικά (ανάλογα με το αν σχεδιάζεται ή έχει ήδη εφαρμοστεί σύστημα βελτίωσης) χρειάζεται να υποστηρίζονται από συστήματα ποιότητας και διαδικασίες που καλλιεργούν μια νοοτροπία εκμάθησης και συνεχούς βελτίωσης της επίδοσης, όπως έχουμε επισημάνει και αλλού. Οι περισσότερες θεωρίες βελτίωσης της ποιότητας υπογραμμίζουν τη σημασία που έχει η έμφαση στις διαδικασίες που σχετίζονται με το προϊόν, τον πελάτη ή την έκβαση της κατάστασης του ασθενή. Ειδικά την πρώτη ή τις πρώτες φορές που υλοποιούνται. Η βελτίωση της ποιότητας έχει να κάνει με την **κριτική θεώρηση και αλλαγή των διαδικασιών, σε συνεχή βάση, για την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος**<sup>17</sup>.

Η βελτίωση συστημάτων και διαδικασιών εξαρτάται από την αποτελεσματική λήψη αποφάσεων και το ορθό μάνατζμεντ σε όλα τα επίπεδα ενός οργανισμού. Συχνή είναι η αντίδραση σε ατυχή περιστατικά και διαμαρτυρίες με νοοτροπία «γρήγορων λύσεων» που δεν ανταποκρίνονται στη ρίζα του προβλήματος. Υπάρχει, δηλαδή, ο κίνδυνος καλλιέργειας ενός κλίματος παραπόνων που αποτρέπει το προσωπικό από την αναφορά λαθών και απόκρυψης της πλημμελούς πρακτικής. Οι διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας, όμως, ενθαρρύνουν<sup>17</sup> :

- τον ξεκάθαρο σχεδιασμό και υποστήριξη ενός συνεχούς κύκλου αναθεώρησης και βελτίωσης θεραπειών και υπηρεσιών,
- την ηγεσία και τη δέσμευση στη βελτίωση από το ανώτερο μάνατζμεντ,
- την ανάθεση ευθύνης για τη λήψη αποφάσεων σε συγκεκριμένο προσωπικό, με υποστήριξη από το μάνατζμεντ για τη βελτίωση της ποιότητας,
- την κατανόηση από το προσωπικό πώς λειτουργεί η διαδικασία βελτίωσης και ποια οφέλη αποφέρει στην περίθαλψη των ασθενών,

---

<sup>19</sup> Πολύ σωστά επισημαίνεται πως η αποφυγή σπατάλης ενέργειας είναι βασική απαίτηση στο σύστημα υγείας. Από πολυάριθμες (μικρής εμβέλειας) μελέτες για το ελληνικό ΕΣΥ έχει διαπιστωθεί ύπαρξη «**burn-out syndrome**» στους Έλληνες επαγγελματίες υγείας και ειδικά γιατρούς και νοσηλευτές. Γεγονός που καταδεικνύει πως η ανάγκη διασφάλισης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας δεν είναι μόνο εξωτερική αλλά και εσωτερική απαίτηση του συστήματος. Εφόσον η κλινική διακυβέρνηση είναι ο μηχανισμός που εξασφαλίζει την απαίτηση αυτή, μπορεί να γίνει ευκολότερα αντιληπτή, αποδεκτή και εφαρμόσιμη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, καθώς θα αυξάνει το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία και το βαθμό επιτυχίας στη δουλειά του.



- τη συνειδητοποίηση της ασθενο-κεντρικής προσέγγισης και των προοπτικών που προσδίνει στη βελτίωση των θεραπευτικών υπηρεσιών,
- την ομαδική δουλειά ανάμεσα σε διάφορους επαγγελματίες υγείας και οργανισμούς,
- την κατάλληλη συλλογή και χρήση δεδομένων για ενημερωμένη λήψη αποφάσεων,
- την αξιολόγηση των επιπέδων επίδοσης στην εφαρμογή συγκεκριμένων μέτρων.

Για να επιτευχθεί πραγματική και μετρήσιμη ποιότητα και για να προσανατολιστεί ένα σύστημα υγείας στη συνεχή βελτίωσή της, πρέπει να θεσπιστούν και να εφαρμόζονται οι παραπάνω διαδικασίες δηλαδή, θα πρέπει να αλλάξει και να προσαρμοστεί η επαγγελματική νοοτροπία του προσωπικού, όλων των ειδικοτήτων και βαθμίδων. Να υπάρχει «οργανωσιακή νοοτροπία» ή «οργανωσιακή κουλτούρα», όπως συνηθίζεται να λέγεται από τον κόσμο των επιχειρήσεων, εστιασμένη στο βασικό σκοπό της κλινικής διακυβέρνησης. Δεδομένου, μάλιστα, πως παγκοσμίως αναγνωρίζεται ο ιατρικός κλάδος ως ένας με την ισχυρότερη και πιο συμπαγή επαγγελματική κουλτούρα, η ανάλυση της οργανωσιακής κουλτούρας ως έννοια και συγκεκριμένα υπό το πρίσμα της υγείας αποκτά κομβική σημασία στη μελέτη της κλινικής διακυβέρνησης. Και σε αυτήν την ανάλυση θα εστιάσουμε στην παράγραφο που ακολουθεί.

#### **4.2. Οργανωσιακή κουλτούρα και ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας**

**«Οι οργανωσιακές αλλαγές στο σύστημα υγείας είναι το κλειδί για τη βελτίωση της ποιότητας» [42].**

Αν και η έννοια «κουλτούρα» έχει πολύ παλιές ρίζες, έγινε δημοφιλής σε σχέση με τον κόσμο των εταιριών και την οργάνωσή τους στη δεκαετία του '80. Σπουδαίοι επιστήμονες της διοίκησης εξέδωσαν «best sellers» μιλώντας για το πόσο σημαντική και κρίσιμη παράμετρος είναι η οργανωσιακή κουλτούρα στο μάνατζμεντ επιδόσεων για μια εταιρία ή έναν οργανισμό. Πολλές και διαφορετικές περιγραφές, πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί είναι διαθέσιμοι στη βιβλιογραφία για τον όρο, αποδεικνύοντας την ασαφή και ορισμένες φορές υποκειμενική έννοια και διάστασή του. Αν προσπαθήσουμε να ομαδοποιήσουμε τις ποικίλες αυτές προσεγγίσεις, θα καταλήξουμε σε 2 μεγάλες οικογένειες: στην πρώτη η εταιρική – επιχειρηματική – οργανωσιακή κουλτούρα θεωρείται ως κάτι που είναι ο οργανισμός (άρα ο όρος χρησιμοποιείται μεταφορικά για να περιγράψει ουσιαστικά τον οργανισμό και δεν είναι κάτι διαφορετικό από αυτόν). Στη δεύτερη οικογένεια προσεγγίσεων, ο όρος θεωρείται ως κάτι που έχει ένας οργανισμός (άρα μπορεί να απομονωθεί, να περιγραφεί και να μεταβάλλεται μερικώς ανεξάρτητα από

αυτόν) [44]. Η διάκριση σε αυτές τις 2 εννοιολογικές τοποθετήσεις έχει μεγάλη σημασία. Γιατί σύμφωνα με τη δεύτερη είναι πιθανό να δημιουργήσεις, να αλλάξεις ή να προσαρμόσεις την οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού ανάλογα με τις επιδιώξεις των ευρύτερων οργανωτικών στόχων. Αν, όμως, η κουλτούρα θεωρηθεί ως μια ενιαία οντότητα με τον οργανισμό, τότε η μελέτη της (ή η μελέτη του οργανισμού) μπορεί μεν να βοηθήσει στην κατανόηση των διαδικασιών κοινωνικής διάρθρωσης στην εργασία, αλλά προσφέρει λιγότερα στην κατανόηση της διαμόρφωσης της αλλαγής και του διοικητικού ελέγχου εντός του οργανισμού. Χωρίς να μακρηγορήσουμε σε περαιτέρω ανάλυση θα δεχτούμε πως η κουλτούρα είναι ένα χαρακτηριστικό ενός οργανισμού που αναδύεται από τα θεμελιώδη στοιχεία του (μπορεί πιθανόν να αναδυθεί και ως ένα απρόβλεπτο χαρακτηριστικό στον οργανισμό, οπότε τότε είναι δύσκολο να ελεγχθεί) και τα γνωρίσματά της περιγράφονται και αξιολογούνται στο πλαίσιο της λειτουργικότητάς τους σε σχέση με τους σκοπούς του οργανισμού [43].

Όλοι οι οργανισμοί αναπτύσσουν (ή σε όλους τους οργανισμούς αναπτύσσεται) μια συγκεκριμένη –δική τους – κουλτούρα που είναι κοινή μεταξύ των εργαζομένων του οργανισμού. Περιλαμβάνει τις κοινές αντιλήψεις και πεποιθήσεις, τις κοινές αξίες και τους κοινούς τρόπους συμπεριφοράς. Σ' έναν τεράστιο χώρο όπως είναι το σύστημα υγείας η κουλτούρα που σχετίζεται με την ποιότητα και την επίδοση έχει μεγάλη επίδραση στο μάνατζμεντ των αποφάσεων σχετικά με το ποιες αλλαγές πρέπει να γίνουν και πώς και ποια θα είναι η ανταπόκριση από το προσωπικό. Το πρότυπο των κοινών εκτιμήσεων που ανακαλύπτει και αναπτύσσει μια δεδομένη ομάδα εργαζομένων στο σύστημα υγείας προέρχεται από την καθημερινή αντιμετώπιση προβλημάτων, η οποία έχει δουλέψει τόσο καλά ώστε να θεωρείται η κατάλληλη και συνεπώς πρέπει να «διδάσκεται» στα νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης σε σχέση με αυτά τα προβλήματα [44].

Οι ερμηνείες για την οργανωσιακή κουλτούρα σε ένα σύστημα υγείας εστιάζονται σε 3 κύρια αλληλοσυνδεδεμένα επίπεδα [προσαρμογή από 45]:

- **Το επίπεδο των πεποιθήσεων.** Είναι το πιο βασικό και αντιπροσωπεύει το υποσυνείδητο των εργαζομένων (ή ομάδων) και τις «δεδομενοποιημένες» υποθέσεις ή και προσδοκίες τους, που διαμορφώνουν τη σκέψη και τη συμπεριφορά του κάθε ατόμου του κλάδου. Για παράδειγμα, η ιατρική έρευνα έχει παραδοσιακά βασιστεί στη χρήση λογικών επιστημονικών μεθόδων, οι οποίες παράγουν και συσσωρεύουν τη γνώση (συγκριτικές μελέτες μαρτύρων χρησιμοποιούνται ευρύτερα για να θεμελιωθεί κάποιο αξίωμα, σε σχέση με ποιοτικές ή ερμηνευτικές μεθόδους). Παρόλα αυτά υποθέσεις στη μετρησιμότητα, τη συλλογή και τη μεταβίβαση της γνώσης είναι βαθιά ποτισμένες στη νοοτροπία της ιατρικής περίθαλψης.

- **Το επίπεδο των αξιών.** Οι «αξίες» του ιατρικού και συναφών επαγγελματιών συνιστούν το βασικό υπόβαθρο στη διαδικασία κρίσης και λήψης κλινικών αποφάσεων και διαχωρίζουν την «καλή» από την «κακή» συμπεριφορά. Είναι (κατά κύριο λόγο) άγραφοι κανόνες σχετικά με την αναμενόμενη συμπεριφορά και την αναμενόμενη στάση των λειτουργών του κλάδου. Στο ιατρικό επάγγελμα η πράξη στηρίζεται παραδοσιακά στις αρχές του Ιπποκράτη, οι οποίες θέτουν τις ανάγκες των ασθενών πάνω από ευρύτερες οικονομικές και επιχειρηματικές επιδιώξεις. Το γεγονός αυτό, με τη σειρά του, καθιστά την ελευθερία στην κλινική πράξη πρωταρχική «αξία» που καθορίζει την κουλτούρα, τη νοοτροπία δηλαδή άσκησης του συγκεκριμένου επαγγέλματος.
- **Το επίπεδο των τεχνουργημάτων.** Σε αυτό περιλαμβάνονται πράγματα και στάσεις όπως τα κτίρια, το ντύσιμο (π.χ. είθισται οι γιατροί να φορούν την ιατρική μπλούζα και συνηθέστατα γραβάτα), καθιερωμένες συμπεριφορές και καθημερινές συνήθειες (που αφορούν π.χ. πώς δίνονται τα κρεβάτια στις κλινικές, πώς τηρούνται οι λίστες στα χειρουργεία, πώς προσκολλούνται οι νεώτεροι – ειδικευόμενοι ιατροί στους μεγαλύτερους κ.ά.) και μέθοδοι για την αξιολόγηση του προσωπικού (π.χ. η κυριαρχία της εμπιστευτικής αξιολόγησης από το διευθυντή της κλινικής, η εξάρτηση στην «αυτορρύθμιση» κ.λπ.).

Στην υγεία, αυτή η διάκριση σε επίπεδα κουλτούρας βοηθά καθοριστικά στην κατανόηση της νοοτροπίας ως παράγοντα προσδιορισμού της κλινικής διακυβέρνησης. Ενώ τα προφανή στοιχεία π.χ. του επιπέδου των τεχνουργημάτων μπορούν σχετικά εύκολα να μεταβληθούν ή, έστω, να ελέγχονται (η λίστα αναμονής για χειρουργείο ας πούμε), οι βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις αποδεικνύονται πιο ανθεκτικές σε εξωτερικές επιρροές [43]. Μια μεταρρύθμιση, δηλαδή, μπορεί ενδεχομένως να πετύχει την εισαγωγή και την ανάπτυξη νέων εννοιών όπως τον οικονομικό προϋπολογισμό σε μια κλινική, ωστόσο η κλινική πράξη μένει μάλλον ανεπηρέαστη – η ιατρική «αυτονομία» παραμένει αμετάβλητη [46].

Θα πρέπει, επίσης, να σημειώσουμε ότι οι οργανισμοί δέχονται πολλές επιρροές κουλτούρας από το εξωτερικό περιβάλλον τους, οι οποίες μερικές φορές είναι αντίθετες με την οργανωσιακή νοοτροπία του οργανισμού. Η ιατρική κουλτούρα σε έναν οργανισμό δεν επηρεάζεται κυρίως από την κουλτούρα του, αλλά περισσότερο από την τρέχουσα κυρίαρχη νοοτροπία του ιατρικού επαγγέλματος εθνικά και πλέον διεθνώς. Ο χειρισμός της παραφωνίας μεταξύ οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού και επαγγελματικής νοοτροπίας είναι εξαιρετικά δύσκολος [43]. Όπως επίσης, ιδιαίτερα δύσκολος είναι και ο χειρισμός της αντιπαλότητας που μπορεί να υπάρξει μεταξύ των νοοτροπιών διαφορετικών υποομάδων μέσα στους οργανισμούς (π.χ. η αντιπαλότητα στην κουλτούρα ιατρών και μάντζερ που ήδη συζητήσαμε).

Συνεπώς, πρωταρχικοί στόχοι για την εφαρμογή κλινικής διακυβερνητικής πολιτικής σε ένα σύστημα υγείας είναι η βαθιά αντίληψη και κατανόηση της επαγγελματικής νοοτροπίας και της ευρύτερης υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας και ο χειρισμός διαφορετικών νοοτροπιών προωθώντας συνέργειες παρά υποδαυλίζοντας τις αντιπαλότητες.

Οι Robbins (1996) και Newman (1996) προσδιόρισαν κάποιους τρόπους προσέγγισης της κουλτούρας ενός οργανισμού ή συστήματος υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι θα μπορούσαν να την επηρεάσουν, αλλά με ομαλό τρόπο.

Καταρχήν ένας οργανισμός, ένα νοσοκομείο, μια δομή κ.λπ. θα πρέπει να προσδιορίσει τη στάση του ως προς το βαθμό πρωτοπορίας και τα ρίσκα που θέλει να έχει και να παίρνει, αντίστοιχα. Αν θα ενθαρρύνει και ανταμείβει νέους πιο αποδοτικούς τρόπους για να γίνονται τα πράγματα ή θα δίνει μεγαλύτερη αξία στη διατήρηση κείμενων προσεγγίσεων. Ο καθορισμός αυτής της προτεραιότητας σχετίζεται και με τη στάση απέναντι στις αλλαγές. Θα εστιάζει στη σταθερότητα των διαδικασιών ή στην ανταγωνιστικότητα και στην αύξηση του μεγέθους. Κατά δεύτερον, θα πρέπει να αποφασίσει εσωτερικά ή να καθοριστεί θεσμικά ο βαθμός καθοδήγησης από την κεντρική εξουσία (ή την ηγεσία του Υπουργείου), κατά πόσο δηλαδή οι προσδοκίες βελτίωσης της ποιότητας και επιδόσεων καθορίζονται κεντρικά ή θα υπάρχει το περιθώριο για μερική αυτονομία. Οι αποφάσεις αυτές επηρεάζονται από τους τρόπους επικοινωνίας και αναφοράς πεπραγμένων με την ιεραρχία της εξουσίας. Τέλος, οι διαδικασίες που θα ακολουθηθούν για την αξιολόγηση, ανάπτυξη και υποστήριξη του προσωπικού, για την ενίσχυση των συνεργασιών και του ομαδικού πνεύματος καθώς και για την καλλιέργεια ανταγωνιστικότητας σε σχέση με άλλους ανάλογους οργανισμούς τόσο του ιδιωτικού όσο και του υπόλοιπου δημόσιου τομέα, καθορίζονται από το βαθμό στον οποίο ο οργανισμός δίνει έμφαση στους χρήστες του –ασθενείς και κοινότητα- σε σχέση με την έμφαση που δίνει σε εσωτερικά οργανωτικά θέματα.

Συμπερασματικά, η αλλαγή της νοοτροπίας σε έναν οργανισμό, ώστε να υπάρξει σαφής και μετρήσιμη βαρύτητα στη βελτίωση της κλινικής φροντίδας είναι δύσκολη διαδικασία και διεθνώς αναγνωρίζεται πως παίρνει αρκετό χρόνο μέχρι να πραγματοποιηθεί. Η μελέτη της βιβλιογραφίας και η χρήση παραδειγμάτων, σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα και αλλαγή, από άλλους χώρους της βιομηχανίας και των επιχειρήσεων θα μπορούσε να βοηθήσει θεαματικά προς αυτήν την κατεύθυνση. Άσχετα με το γεγονός ότι μέχρι και πριν 10 χρόνια υποστηριζόταν πως ελάχιστα είχε χρησιμοποιηθεί η σκέψη και η γνώση της επιστήμης του μάνατζμεντ στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας [49]. Είναι λογικό να υπάρξουν παθητικές και ενεργητικές αντιδράσεις στην προσπάθεια ήπιας επιβολής μεταστροφής στην κουλτούρα, είτε από την εγγενή νωθρότητα οργανισμών και συστήματος είτε από τη σθεναρή αντίδραση υπο-ομάδων του κλάδου της υγείας, εντός και

εκτός του οργανισμού, στις οποίες ενδεχομένως μπορεί να θίγονται κάποια παραδοσιακά συμφέροντα ή οι οποίες νομίζουν ότι οι αλλαγές μπορεί να θίξουν τα συμφέροντά τους, εφόσον οι νέες πολιτικές πάνε κόντρα σε καθιερωμένες πεποιθήσεις τους. Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση, παρακολούθηση και αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας ενός οργανισμού παίζει η ηγεσία. Γενικότερα, κομβική σημασία για την πραγματοποίηση κλινικής και διοικητικής διακυβέρνησης στο σύστημα υγείας έχουν τα διοικητικά και επιστημονικά συμβούλια.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Ρόλος Διοικητικών Συμβουλίων και Επιστημονικών Επιτροπών στην κλινική διακυβέρνηση**

### **5.1. Το διοικητικό συμβούλιο ενός οργανισμού υγείας ως εκφραστής και επιτηρητής πολιτικής κλινικής διακυβέρνησης**

Αυτά που θα αναλύσουμε στη συνέχεια και θα στηρίξουμε βιβλιογραφικά είναι διεθνώς καθιερωμένα, αλλά ταυτόχρονα έχουν –αυταπόδεικτα– θεωρητική ισχύ για τη χώρα μας. Η σύνθεση, η πολιτική, η λειτουργία, η αξιολόγηση του έργου και η λογοδοσία ενός διοικητικού συμβουλίου θεσπίζονται κεντρικά (αποτελούν δηλαδή ειδικό θεσμικό κεφάλαιο στην πολιτική υγείας) και ταυτόχρονα διατηρούν μια αυτονομία, ανάλογα με το χαρακτήρα του οργανισμού και τις εξωτερικές επιδράσεις που αυτός δέχεται.

«**Η καλή διακυβέρνηση ξεκινά από το Διοικητικό Συμβούλιο**» [9].

Ένα συμβούλιο που διακυβερνά και διακυβερνάται με ορθό τρόπο προωθεί ένα κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον, το οποίο θα υπηρετεί άριστα τους σκοπούς του οργανισμού. Ξεκινώντας την ανάλυση από ευρύτερη σκοπιά, ένα συμβούλιο υπάρχει για να εξασφαλίζει στον οργανισμό του 4 βασικές αρετές [9]:

1. **Αντιπροσωπευτικότητα.** Το ΔΣ αντιπροσωπεύει τον οργανισμό σε τουλάχιστον 3 μέτωπα. Στους χρήστες των υπηρεσιών, στα κυβερνητικά κλιμάκια που τον χρηματοδοτούν και στην κοινότητα. Τα μέλη του ΔΣ αναγνωρίζονται ως οι εκπρόσωποι για να μιλούν αναφορικά με ό,τι συμβαίνει στον οργανισμό.
2. **Ηγεσία,** οπλίζοντας τους οργανισμούς με όραμα και συγκεκριμένη αποστολή, προσδίδοντας τους, μάλιστα, κάποια διακριτή «ταυτότητα». Τα ΔΣ αποφασίζουν για θέματα στρατηγικών κατευθύνσεων και σχεδιασμού και καθορίζουν την εσωτερική διάρθρωση και τις επιμέρους πολιτικές. Αυτός ο κεντρικός ρόλος δίνει στο ΔΣ μεγάλη δύναμη πάνω στον οργανισμό που διοικεί.
3. **Επιστασία.** Ταυτόχρονα, από τη δύναμη που έχει το ΔΣ πηγάζει η πολύ σπουδαία ευθύνη που αποκτά απέναντι στον ίδιο τον οργανισμό και την κοινωνία. Ο ρόλος της επιστασίας σημαίνει, με άλλα λόγια, ότι τα ΔΣ οφείλουν να ενεργούν πάντα και μόνο προς το συμφέρον του οργανισμού και κατ' επέκταση προς το συμφέρον των μεριδιούχων που ωφελούνται από αυτόν. Επιστασία, δηλαδή, είναι η διασφάλιση επαρκούς προσωπικού και οικονομικών πόρων αφενός, και αφετέρου η αναγνώριση των κινδύνων που μπορεί να απειλήσουν την ομαλή λειτουργία του και η επιτυχής αντιμετώπισή τους.
4. Ο απώτερος ρόλος των ΔΣ είναι να εξασφαλίζουν την απαραίτητη **λογοδοσία** με τρόπους όπως η καθημερινή επίβλεψη, η αξιολόγηση προσωπικού και διαδικασιών και η τακτική αναφορά και δημοσίευση

των δραστηριοτήτων. Το ΔΣ αν και πρέπει να σέβεται και να τηρεί το διακριτό του ρόλο σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό, θα πρέπει συνεχώς να προσπαθεί για την ύπαρξη πλήρους διαφάνειας σε όλες τις λειτουργίες του οργανισμού.

Θα μπορούσαμε να πούμε πως οι 4 αυτές αρετές είναι ένας κώδικας δεοντολογίας που υπηρετεί και διαμορφώνει ένα γενικότερο «ήθος» επαγγελματισμού και λογοδοσίας **εντός του Συμβουλίου** και συνολικά εντός του οργανισμού. Αλληλεπιδρά με τη νοοτροπία των διακριτών επαγγελματικών ομάδων και επηρεάζει (και επηρεάζεται από) την οργανωσιακή κουλτούρα.

Ένα Συμβούλιο που διοικεί σωστά προφανώς υλοποιεί στην πράξη τις 4 προαναφερόμενες αρετές. Τα μέλη του ΔΣ, συνεργαζόμενα αργά με τον Πρόεδρο οφείλουν να παρέχουν πραγματική και όχι τυπική ηγεσία. Θέτοντας ένα προαπαιτούμενο και όσο το δυνατόν υψηλότερο πρότυπο επίδοσης και ποιότητας, το ΔΣ οφείλει, κυρίως μέσω του Προέδρου του, να επικοινωνήσει το πρότυπο αυτό με το προσωπικό και να το εμπνέει σε όλους τους εργαζομένους. Οφείλει, επίσης, να καθιερώνει ξεκάθαρες πολιτικές και διαδικασίες για την αποφυγή πιθανών συγκρούσεων. Και να στηρίζει τις κύριες αποφάσεις του σε σχετική, καθαρή και διαχεόμενη πληροφόρηση την οποία αποκτά από τους διευθυντές και τμηματάρχες ή επιτροπές εντός του οργανισμού που έχουν αναλάβει συγκεκριμένα καθήκοντα.

Τα ΔΣ που λειτουργούν σωστά χτίζονται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και την ομαδική δουλειά [9]. Αν και εφόσον είναι αδέσμευτα από ίδια συμφέροντα και επιδιώξεις και λειτουργούν έξω από κομματικά πλαίσια, αποκτούν ρόλο θεματοφύλακα του οργανισμού. Αυτόματα, τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά είναι ανταποδοτικά, καθώς χτίζουν την αξιοπιστία του οργανισμού και του επιτρέπουν να διαχειρίζεται τους κινδύνους και να προάγει την οικονομική του βιωσιμότητα με επιτυχία και διαχρονικότητα.

## **5.2. Παράγοντες που καθορίζουν την πολιτική του ΔΣ στην υγεία και τρόποι για να εφαρμοστεί αυτή η πολιτική**

Ένα από τα κύρια καθήκοντα του ΔΣ οποιουδήποτε οργανισμού στην υγεία είναι να αναπτύσσει ή/και να εφαρμόζει πολιτικές. Η πολιτική (policy) στην υγεία και γενικότερα ως έννοια γίνεται αντιληπτή με διάφορους τρόπους, όπως:

- ένα φάσμα κυβερνητικών αποφάσεων πάνω σε ένα δεδομένο ζήτημα,
- ένα σύνολο οδηγιών που ρυθμίζουν τη λειτουργία των μελών του ΔΣ και του προσωπικού του οργανισμού (π.χ. τα Εθνικά Πρότυπα στην Υγεία<sup>20</sup>),

---

<sup>20</sup> Βλέπε παράγραφο 2.8.

- πλαίσια και σχέδια δράσης (π.χ. Εθνικά Σχέδια δράσης<sup>21</sup>) που παρουσιάζουν συγκεκριμένους στόχους, πώς αυτοί θα επιτευχθούν και από ποιους.

Βασικός σκοπός μιας εσωτερικής πολιτικής υγείας είναι να ξεκαθαρίσει ρόλους, υπευθυνότητες και διαδικασίες. Οι πολιτικές δε μπορούν, φυσικά, να προβλέψουν και να καλύψουν ο,τιδήποτε μπορεί να συμβεί στην πράξη, αλλά μπορούν να διευκολύνουν τη ζωή των εργαζομένων και κατ' επέκταση των χρηστών των υπηρεσιών προσφέροντας γενικές κατευθύνσεις και οδηγίες. Οι οργανισμοί υιοθετούν πολιτικές για διάφορους λόγους, όπως ενδεικτικά αναφέρουμε, για να γλυτώνουν χρόνο, να διαμορφώνουν συνοχή, να καθιερώνουν συνέπεια και να περιορίζουν την πιθανότητα νομικών ευθυνών<sup>22</sup>. Για να διευκρινίζουν με σαφήνεια ποιος είναι υπεύθυνος για τι, να διαμορφώνουν το κατάλληλο κανάλι παραπομπής του υπαίτιου στην περίπτωση παραπόνων και διαμαρτυριών και για την παροχή ενός ακριβούς πλαισίου αξιολόγησης της προόδου, σε όλα τα επίπεδα. Ωστόσο, οι πολιτικές και οι διαδικασίες διασφάλισής τους είναι δαπανηρές, ειδικά στην εφαρμογή, οπότε οι οργανισμοί αναπτύσσουν καινούριες πολιτικές, συνθηθέστερα για να αποκριθούν σε θέματα που συμβαίνουν συχνότερα [9] ή υπό την πίεση ευρύτερης μεταρρυθμιστικής πολιτικής (όπως μπορεί να θεωρηθεί στην εποχή μας –για την Ελλάδα- η αναγκαιότητα δραστηρικής μείωσης των δαπανών και της σπατάλης στο δημόσιο τομέα υγείας). Είναι, επίσης, σημαντικό να έχουμε κατά νου πως μια πολιτική δε μπορεί ξαφνικά να εξαφανίσει κάποιο πρόβλημα ή να εφαρμοστεί σε όλες τις διαστάσεις από τη μια μέρα στην άλλη. Εδικά στον τομέα της περιθαλψης καινούρια προβλήματα προκύπτουν, συνεχώς. Οι προτεραιότητες στην πολιτική υγείας που μπορεί να προτείνει ένα ΔΣ καθορίζονται (λογικά) μέσα από έναν αγωγό παροχής πληροφοριών και δεδομένων και ένα δίαυλο επικοινωνίας και καθοδήγησης από την κεντρική εξουσία, όπως ήδη έχουμε πει.

**«Τα αποτελεσματικά ΔΣ (στο σύστημα υγείας) είναι εκείνα που έχουν τη σωστή πληροφορία στη σωστή στιγμή».**

Sir William Wells, Chairman, NHS Appointments Commission (2006).

Συνεπώς –ιδανικά- οι προτεραιότητες στην πολιτική των Διοικητικών Συμβουλίων αναδύονται μέσα από<sup>17</sup> :

- Εκτίμηση των αναγκών του τοπικού πληθυσμού ή ευαίσθητων πληθυσμιακών ομάδων (π.χ. ηλικιωμένων, χρόνιων καρδιοπαθών),

<sup>21</sup> Βλέπε παράγραφο 3.9.5.

<sup>22</sup> Προφανώς σε κοινωνίες με νοοτροπία λογοδοσίας. Στις χώρες με αγγλοσαξονικά μοντέλα κοινωνικής διάρθρωσης και φιλοσοφίας, καλές πολιτικές για οργανισμούς στην υγεία είναι εκείνες που διασφαλίζουν ένα τόσο υψηλό επίπεδο αποτελεσματικότητας στην περιθαλψη, ώστε να προστατεύουν τους οργανισμούς και τους επαγγελματίες υγείας από αγωγές ασθενών και κοινότητας [9].



- Τομείς που επιδέχονται βελτίωσης και προσδιορίζονται από εκτιμήσεις πάνω στα Εθνικά Πρότυπα Υγείας,
- Εθνικές και τοπικές κατευθυντήριες οδηγίες,
- Δραστηριότητες διαχείρισης κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου του Εθνικού Αρχείου Καταγραφής Κινδύνων,
- Τα πεδία δράσης που καθορίζονται στις ετήσιες αναφορές και
- Δείκτες επίδοσης που μετρούν τα επιτεύγματα σε σχέση με τους στόχους.

Στο βρετανικό ΕΣΥ, η Ανώτατη Επιτροπή του Υπουργείου Υγείας διαμορφώνει ένα συγκεκριμένο budget για κάθε οργανισμό και δομή και το κατανέμει στο αντίστοιχο ΔΣ. Τα ΔΣ, στη συνέχεια, μέσω ενδιάμεσων ελέγχων και συνολικά κατά τον ετήσιο απολογισμό που αποδίδουν, λογοδοτούν θεσμικά για το πώς αξιοποίησαν τα χρήματα του προϋπολογισμού και κυρίως οφείλουν να αποδείξουν την ποιότητα της περιθαλψής που παρείχαν οι οργανισμοί που διοικούν. Η σημαντικότερη επιτροπή σοφών στην Υγεία "Appointments Commission" σε συνεργασία με το κοινωφελές, μη κερδοσκοπικό, ακαδημαϊκό ίδρυμα "Dr Foster" πρότειναν μια σειρά από μέτρα και τόνισαν τη βαρύτητα συγκεκριμένων παραγόντων, προκειμένου να μπορούν να πετύχουν τα ΔΣ το δύσκολο έργο που τους έχει ανατεθεί. Αυτά βρίσκονται σε μια έκδοση που ονόμασαν το «Έξυπνο Συμβούλιο» ("The Intelligent Board", February 2006)<sup>23</sup>, στην οποία μεταξύ άλλων υπογραμμίζεται η σημασία που έχει:

- Ο ακριβής προσδιορισμός του ρόλου και της υπευθυνότητας του προέδρου, των μελών και των εκτελεστικών διευθυντών του ΔΣ.
- Η πιο αυστηρή και σχολαστική διαδικασία πρόσληψης ή ανάθεσης καθηκόντων στους διευθυντές γραμμής, με βάση τα προσόντα τους και ο ανεξάρτητος διορισμός τους.
- Η πιο προσηλωμένη έμφαση σε ισχυρά συστήματα εσωτερικού ελέγχου.
- Η αυξημένη απαίτηση για μηχανισμούς διαφάνειας και λογοδοσίας.
- Ο εξορθολογισμός του μεγέθους του ΔΣ και των δομών και διαδικασιών των υποεπιτροπών που αναφέρονται στο ΔΣ.
- Η μεγαλύτερη προσοχή στην αξιολόγηση της επίδοσης των ΔΣ συνολικά αλλά και κάθε μέλους του, ειδικότερα.
- Η συνεχής πίεση για τροφοδότηση με τη σωστή πληροφορία, που θα είναι διαθέσιμη την ώρα που χρειάζεται, χωρίς να υπερφορτώνει με στοιχεία τα μέλη.

Όπως είπαμε και στην εισαγωγή της παραγράφου, καμία από τις αρχές λειτουργίας και τις προδιαγραφές ενός ΔΣ δεν εφαρμόζεται στη χώρα μας.

<sup>23</sup><http://drfosterintelligence.co.uk/wp-content/uploads/2011/06/Intelligent-Board-2006.pdf>  
(πρόσβαση Δεκέμβριος 2011)

Μπορεί οι νόμοι να προβλέπουν το αριθμητικό μέγεθος των ΔΣ των νοσοκομείων του ΕΣΥ και την «προέλευση» ορισμένων μελών, για παράδειγμα, δε γίνεται, ωστόσο, καμία πρόβλεψη για το ρόλο που μπορεί να έχουν στο στρατηγικό σχεδιασμό, στην παροχή ουσιαστικής ηγεσίας, είτε και σε πιο παραδοσιακές έννοιες όπως οικονομική λογοδοσία. Φυσικά, δε γίνεται καμία αναφορά στην προάσπιση και συνεχή βελτίωση του κλινικού έργου. Ακόμη και εκεί που οι νόμοι και οι διατάξεις προβλέπουν και αναφέρουν τις αρμοδιότητες και το ρόλο των ΔΣ, αυτά δεν εφαρμόζονται στην πράξη, αφού δεν υπάρχουν οι θεσμοθετημένες και εφαρμόσιμες διαδικασίες για κάτι τέτοιο. Για την όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική παρουσίαση των απόψεών μας, παραθέτουμε, στο **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ**, ενδεικτικά σημεία του Νόμου 3868/3-8-2010 σχετικού με την αναβάθμιση του ΕΣΥ στην Ελλάδα. Εκεί αποκαλύπτονται, πολλά από αυτά που σχολιάζουμε σε διάφορες παραγράφους της παρούσας εργασίας.

Ο συνδυασμένος Κώδικας Εταιρικής Διακυβέρνησης<sup>24</sup> θέτει σαφώς την αρχή, σύμφωνα με την οποία κάθε ΔΣ πρέπει να υποβάλει μια επίσημη και σχολαστική ετήσια αξιολόγηση της επίδοσής του και των επιτροπών που ελέγχονται από αυτό. Πεδία ετήσιας αξιολόγησης για ΔΣ και επιτροπές υπό αυτών είναι σύμφωνα με τον Κώδικα τα εξής<sup>25</sup> [50]:

- Ο βαθμός στον οποίο επαλήθευσε τις ιδρυτικές του (της) διακηρύξεις και υπηρέτησε το πρόγραμμα (πολιτική) εργασίας που του (της) έχει ανατεθεί.
- Ο βαθμός στον οποίο εργάστηκε στοχευμένα και μεθοδικά για να πετύχει τα αντικείμενα που του (της) ανατέθηκαν.
- Η περιοδικότητα και συνέπεια στις αναφορές προς την ανώτερη αρχή και το ΔΣ αντίστοιχα, αλλά και ο βαθμός που διευκόλυναν αυτές οι αναφορές το έργο και τη χάραξη πολιτικής των τελευταίων.
- Ο βαθμός στον οποίο καθοδηγήθηκαν (από τους αντίστοιχους προέδρους) ικανοποιητικά.
- Η συχνότητα των συναντήσεων και η πληρότητα συμμετοχής των μελών σε αυτές.
- Η σύνθεση με το σωστό αριθμό κατάλληλα καταρτισμένων, έμπειρων και υποστηρικτικών μελών και ο βαθμός στον οποίο συνεισέφερε το κάθε μέλος αποτελεσματικά.
- Η έγκαιρη λήψη δεδομένων που είχαν ακρίβεια και βοήθησε τα μέλη να επιτελέσουν το καθήκον τους.

<sup>24</sup> Βλέπε παράγραφο 3.2.

<sup>25</sup> Λήψη και προσαρμογή από:

[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4129615.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4129615.pdf)

Στο **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β** παρουσιάζουμε ένα ενδεικτικό ερωτηματολόγιο «**Βαθμολόγησης του ΔΣ**» ή «**Βαθμολόγησης Επιτροπών Εργασίας υπό το ΔΣ**» [προσαρμογή από 9]. Απευθύνεται στα ίδια τα μέλη του ΔΣ ή της Επιτροπής και σε Διευθυντικά και κλινικά στελέχη που συνεργάζονται άμεσα ή έμμεσα ή αλληλεπιδρούν με τα πρώτα και τους ζητείται να σχολιάσουν σχετικά με το βαθμό επίτευξης των στόχων που παρουσιάσαμε παραπάνω.

### **5.3. Ο ρόλος των Επιστημονικών Επιτροπών των νοσοκομείων στην κλινική διακυβέρνηση**

Διαβάζοντας το Νόμο 3329/2005 σχετικά με το ΕΣΥ και τα νοσοκομεία και ιδιαίτερα για την αποσαφήνιση του ρόλου και των αρμοδιοτήτων των Επιστημονικών Συμβουλίων<sup>26</sup>, προκαλούν εντύπωση τα παρακάτω πεδία:

«Το Επιστημονικό Συμβούλιο γνωμοδοτεί για κάθε θέμα το οποίο σχετίζεται με την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας στους νοσηλευόμενους και τους εξωτερικούς ασθενείς του Νοσοκομείου». Και «Έχει τις αρμοδιότητες της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας». Και «Έχει αρμοδιότητα την εισήγηση, προς τον Διοικητή, μέτρων που αφορούν στη βελτίωση της λειτουργίας των επί μέρους μονάδων του Νοσοκομείου, στη θέσπιση προτεραιοτήτων κατά τον προγραμματισμό της προμήθειας εξοπλισμού ή υγειονομικού υλικού και σε ο,τιδήποτε κριθεί, από τον Διοικητή, ότι δύναται να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων προς τους ασθενείς υπηρεσιών».

Είναι προφανές ότι ακόμη και στην ελληνική νομοθεσία, ο ρόλος των Επιστημονικών Συμβουλίων (ΕΣ) είναι σε θεωρητικό επίπεδο άρρηκτα συνδεδεμένος με την ποιότητα της περίθαλψης. Εάν αποδεχτούμε πως σε ένα σύστημα υγείας στο οποίο υιοθετείται και εφαρμόζεται κλινική διακυβέρνηση, οι μηχανισμοί διασφάλισης και ενίσχυσης της ποιότητας εντάσσονται σε αυτό το πλαίσιο, οι επιστημονικές επιτροπές δεοντολογίας θα μπορούσαν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο κλινικής διακυβέρνησης. Αρκεί να είναι κατανοητός και προσδιορισμένος ο ρόλος τους.

Είδαμε ότι η κλινική διακυβέρνηση σχετίζεται με το μάνατζμεντ του κλινικού έργου, εντός ενός συμφωνημένου και καθορισμένου πλαισίου σκοπών και στόχων. Από την άλλη, τα καθήκοντα των Επιστημονικών Συμβουλίων είναι μάλλον «Σωκρατικά» (αποφασίζουν για τον ηθικό και χρηστό προσανατολισμό κλινικών μελετών) ή τελείως πρακτικά σε άλλα σημεία (βγάζουν το πρόγραμμα εφημεριών), παρά διοικητικά. Θα μπορούσαν, ωστόσο, να θέτουν βασικά ερωτήματα σχετικά με τη δεοντολογική επιτέλεση των υπηρεσιών και να πραγματοποιούν κριτική αξιολόγηση του ηθικού χαρακτήρα των θεσμικών πολιτικών που ακολουθεί ο οργανισμός. Αν όντως επιτελούσαν αυτό το έργο,

<sup>26</sup> Ο Νόμος παρουσιάζεται αυτούσιος, στην πρωτότυπη μορφή, στο Παράρτημα Γ.

τότε η κλινική διακυβέρνηση θα γινόταν ένα ουσιαστικό σύνθημα και όχι ένα ακόμη τσιτάτο που θα πιπίζαν αυτοί που το εμπνεύστηκαν [51].

Εάν τα Επιστημονικά Συμβούλια των νοσοκομείων ασχολούνταν πραγματικά με τα επίπεδα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και εξασφάλιζαν με το θεσμικό τους ρόλο μεγαλύτερη προστασία των ασθενών από ιατρικές και άλλες αμέλειες και μη επαρκείς κλινικές πρακτικές, θα έπαιζαν ένα σπουδαίο ρόλο ηθικής υποστήριξης και κριτικής αξιολόγησης του συστήματος. Βέβαια, τότε, θα μπορούσαν να υπάρξουν και παρεξηγήσεις. Οι μάνατζερ, ας πούμε, θα έβλεπαν ίσως τις επιστημονικές αυτές επιτροπές ως μέρος της διαχείρισης κινδύνου, οπότε θα περίμεναν από τις επιτροπές να ελαττώσουν τη συχνότητα ανεπιθύμητων συμβάντων ή σφαλμάτων. Δεν υπάρχει, όμως, τουλάχιστον προς το παρόν, τέτοια προοπτική. Τα ΕΣ επιτελούν ένα συμβουλευτικό και όχι ένα διοικητικό ρόλο. Επομένως, η προσδοκία να ανιχνεύουν και συνεπακόλουθα να μειώνουν τις πλημμελείς κλινικές πρακτικές είναι φρούδα. Αντίθετα, αναμένεται οι πιο ευσυνείδητοι ιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας να συμβουλευούνται και να ζητούν καθοδήγηση από αυτές τις επιτροπές. Ενώ, εκείνοι των οποίων οι πρακτικές τίθενται υπό δεοντολογική αμφισβήτηση, αποκλείεται να υποβάλλουν τις ιατρικές τους αποφάσεις σε έλεγχο (από το ΕΣ ή αλλού) [51].

Για να συνδέσουμε κάπως το ρόλο των Επιστημονικών Συμβουλίων με το ζήτημα της επαγγελματικής νοοτροπίας και οργανωσιακής κουλτούρας που αναλύσαμε νωρίτερα, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε πως σε ένα κλινικά διακυβερνώμενο σύστημα υγείας οι επαγγελματίες υγείας ίσως παρεξηγούσαν και αυτοί το ρόλο των ΕΣ. Θα μπορούσαν, δηλαδή, να βλέπουν τα ΕΣ ως καταφύγιο ή ως «ευήκοα ώτα» στην περίπτωση που η εμμονή του μάνατζμεντ για τήρηση των εθνικών κλινικών προτύπων, εφαρμογή διαδικασιών διασφάλισης ποιότητας και περιοδικής αξιολόγησης του έργου και της επίδοσής τους αμφισβητεί την ικανότητά τους να παρέχουν στους ασθενείς τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες.

Μια γνήσια ανεξάρτητη και ποτισμένη με τις αρχές της υπευθυνότητας και λογοδοσίας επιστημονική επιτροπή δεν υποστηρίζει λύσεις που ταιριάζουν στην πρακτική συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας και δεν ευνοεί τους ασθενείς των πιο πολιτικά ισχυρών ιατρικών ειδικοτήτων.

Βέβαια θα πρέπει να αναγνωρίσουμε πως ο ρόλος των ΕΣ είναι ιδιαίτερα δύσκολος, δεδομένης της ασάφειας σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης στο χώρο της υγείας. Η ισορροπία μεταξύ της παροχής μιας υπηρεσίας και της επί τόπου επαρκούς αξιολόγησής της είναι δύσκολο να επιτευχθεί, ειδικά όταν υπάρχουν περιορισμένοι πόροι που διατίθενται και προς τις δύο κατευθύνσεις. Παράλληλα, ακόμη και εκεί που θεσπίζονται εθνικά κριτήρια και πρότυπα λειτουργίας και κλινικής πράξης (όπως στο βρετανικό ΕΣΥ από το NICE<sup>27</sup>),

---

<sup>27</sup> Βλέπε παράγραφο 3.5.

αυτά δεν είναι πάντα αυστηρά αντικειμενικά και αυταπόδεικτα [51]. Για να περιγράψεις μια θεραπεία ως αποτελεσματική, για παράδειγμα, συνεπάγεται μια υπόθεση σε σχέση με την προσδοκώμενη έκβαση και δεδομένου ότι οι ιατρικές θεραπείες δεν επιφέρουν μοναχά ευεργετικά αποτελέσματα, πρέπει πάντα να υπολογίζεται ένα ισοζύγιο «καλού» και «ανεπιθύμητου κακού» στην ιατρική πράξη. Ανάλογα, ο προσδιορισμός της βελτίωσης στην υγεία σε ένα στοχευμένο πλαίσιο συνεπάγεται πάλι υπόθεση για τη σχετική βαρύτητα μεταξύ παρεμβάσεων που σώζουν ή επιμηκύνουν τη ζωή και εκείνων που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής [51].

Εκεί που δεν υπάρχουν εθνικά πρότυπα, το έργο των επιστημονικών συμβουλίων στην ενίσχυση της ποιότητας της περίθαλψης γίνεται σχεδόν διακοσμητικό, παρά τις νομικές εξαγγελίες. Λαμβάνοντας υπόψη τη γνώμη των ασθενών και μόνο, θα διαπιστώσουμε πολλές περιπτώσεις που ασθενείς δε θεραπεύτηκαν σωστά από αδίστακτους ή ανίδεους επαγγελματίες και όμως εκείνοι ήταν εντελώς ευχαριστημένοι και ευγνώμονες αφού δεν ήξεραν ούτε κατά διάνοια να εκτιμήσουν το πόσο ελλιπής ήταν η φροντίδα που έλαβαν. Οι στόχοι των υπηρεσιών υγείας δεν κατευθύνονται μονάχα από τα θέλω και τις απαιτήσεις των ασθενών αλλά και από τις πραγματικές τους ανάγκες [51], τις οποίες (και παρά την αυξημένη ενημέρωση και ευαισθητοποίησή τους στην εποχή μας) δε γνωρίζουν συνήθως.

Συμπερασματικά, η σχέση των ΕΣ ή παρόμοιων επιστημονικών επιτροπών με την κλινική διακυβέρνηση είναι έμμεση και δεν πρέπει να θεωρούνται ούτε ως εργαλεία που δίνουν έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας, ούτε ως προμαχώνες υπεράσπισης επαγγελματικών δυνάμεων. Θα μπορούσαν, τόσο θεσμικά (αν η κεντρική εξουσία κατοχύρωνε θεσμικά και με σαφήνεια έναν τέτοιο ρόλο), όσο και μέσα από ίδια καλλιέργεια ανάλογης νοοτροπίας να βελτιώνουν έμμεσα την ποιότητα της φροντίδας. Παρέχοντας υποστήριξη σε γιατρούς και μάντζερ στην αντιμετώπιση δύσκολων και πολύπλοκων περιπτώσεων και βοηθώντας στη δημιουργία ενός κλίματος αυτοκριτικής και συνεχούς αυτό-αξιολόγησης του επιστημονικού προσωπικού θα στήριζαν ενεργά και όχι διακοσμητικά αλλαγές προς μια φιλοσοφία κλινικής διακυβέρνησης. Για να το πετύχουν, βέβαια, αυτό θα πρέπει να είναι εντελώς ανεξάρτητες από το μάντζμεντ και από το ιατρικό προσωπικό και ταυτόχρονα να έχουν ήπια εξουσία πάνω και στα δύο. Κάτι που δεν είναι καθόλου μα καθόλου εύκολο.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Βιβλιογραφικά δεδομένα αποτελεσματικότητας κλινικής διακυβέρνησης, συμπεράσματα και συζήτηση**

### **6.1. Σύντομη ανακεφαλαίωση**

Η κλινική διακυβέρνηση είναι μια καινούρια σχετικά φιλοσοφία στην υγεία με ιστορία μιας δεκαπενταετίας. Συνδυάζει ως έννοια τη διάσταση της εταιρικής διακυβέρνησης και της κλινικής αποτελεσματικότητας ή πιο σωστά της διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης συνολικά και απαιτεί 3 κύρια χαρακτηριστικά :

1. **Εθνικά Πρότυπα και Κριτήρια**, που αφορούν σε επιθυμητά γνωρίσματα που πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι (π.χ. επάρκεια / πιστοποίηση ότι είναι ικανοί να ανταπεξέρθουν στις απαιτήσεις της δουλειάς τους) και οι πρακτικές τους (διαπίστευση διαδικασιών και επίτευξη μετρήσιμων κλινικών στόχων βάσει δεικτών),
2. **Κατάλληλες δομές** (π.χ. κεντρικές υπηρεσίες και τοπικές επιτροπές) και **διαδικασίες** (π.χ. σύστημα αξιολόγησης επαγγελματιών και ανανέωσης της άδειας άσκησης επαγγέλματός τους<sup>28</sup> ή συστήματα εσωτερικού ελέγχου –clinical audit procedures),
3. **Ηγεσία** από Διοικητικά Συμβούλια οργανισμών και υπηρεσιών αλλά και από τις τοπικές κεφαλές των ιατρικών ειδικοτήτων και κλινικών που θα εμπνέει, προωθεί και επιτηρεί την εφαρμογή των στόχων κλινικής διακυβέρνησης και θα διαμορφώνει ευρύτερη διακυβερνητική νοοτροπία (οργανωσιακή κουλτούρα κλινικής διακυβέρνησης) στο σύστημα υγείας.

Άλλα συστήματα υγείας είναι έτοιμα να περάσουν και να εφαρμόσουν ένα τέτοιο μοντέλο, άλλα –όπως το δικό μας – όχι. Η πολιτική βούληση και στρατηγική και η αναγκαιότητα της εποχής είναι τελικά αυτά τα στοιχεία που θα την επιβάλουν ή όχι.

Επειδή διεθνώς αναγνωρίζεται πως είναι μια ρηξικέλευθη αντίληψη στην υγεία που συναντά αντιδράσεις και έχει σίγουρα κάποιο κόστος (όχι τόσο οικονομικό, αλλά πιέζει σε χρόνο και φόρτο εργασίας τα συστήματα), είναι σκόπιμο να μελετήσουμε τον αντίκτυπο που είχε στις χώρες που εφαρμόστηκε, πριν προτείνουμε την υιοθέτηση και ενσωμάτωση της φιλοσοφίας και των διαδικασιών της στο ελληνικό σύστημα.

---

<sup>28</sup> Στη Μεγάλη Βρετανία **ΟΛΟΙ** οι γιατροί του ΕΣΥ (και κάποιοι άλλοι κλινικοί επιστήμονες π.χ. ειδικοί νοσηλευτές) αξιολογούνται σε ετήσια βάση. Επίσης, με βάση αυτήν την ετήσια αξιολόγηση, καθώς και μέσω άλλων διαδικασιών και δεδομένων επίδοσης διενεργούνται **κάθε 5 χρόνια** σε ΟΛΟΥΣ τους (ειδικευμένους) γιατρούς εξετάσεις, ώστε να ανανεώσουν την άδεια άσκησης του επαγγέλματός τους (ή όχι) και να έχουν δικαίωμα να εξασκούν την ειδικότητά τους εκεί. Η ανά 5αετία δοκιμασία εντάσσεται στο πλαίσιο της κλινικής διακυβέρνησης (διασφάλιση της ποιότητας περίθαλψης μέσω πιστοποίησης της επάρκειας του προσωπικού).

## **6.2. Δεκαετή αποτελέσματα εφαρμογής κλινικής διακυβέρνησης στη Μεγάλη Βρετανία**

Το 2007, 10 χρόνια μετά την ενσωμάτωση κλινικής διακυβέρνησης στο βρετανικό ΕΣΥ (ή NHS όπως έχουμε πει), η Κυβέρνηση ανέθεσε σε ανεξάρτητους φορείς, επιτροπές σοφών (αποτελούμενες από ακαδημαϊκούς του μάνατζμεντ και άλλων κλάδων και εξέχουσες μορφές του ιατρικού επαγγέλματος) και κεντρικές-κυβερνητικές υπηρεσίες να περιγράψουν την κατάσταση στο σύστημα υγείας, ως προς την εφαρμοσιμότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των μηχανισμών κλινικής διακυβέρνησης. Το συμπέρασμα, με λίγα λόγια, ήταν κοινό: συστήματα και δομές κλινικής διακυβέρνησης υπήρχαν και ήταν παρόντα σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές και σε όλους του τομείς υπηρεσιών της χώρας [52].

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όλα τα PCTs (Primary Care Trusts) τους είχαν αναπτύξει ανάλογες δομές και διαδικασίες, με συγκεκριμένα άτομα σε θέσεις κλειδιά που ήταν υπεύθυνα για την πρόοδο του εγχειρήματος. Ωστόσο, η πρόοδος αυτή διέφερε σημαντικά μεταξύ των Ενώσεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Αν και η ποιότητα των υπηρεσιών και η ασφάλεια των ασθενών διαχειριζόταν και επιτηρούνταν επισταμένα πλέον και με μεγαλύτερη λογοδοσία από πλευράς γιατρών και μάνατζερ, αναγνωρίστηκε πως υπάρχουν πολλά ακόμη να γίνουν για να διασφαλιστεί η επίδοση των γιατρών προς όφελος της ασφάλειας των ασθενών [53].

Η εικόνα από τη νοσοκομειακή φροντίδα ήταν πιο θετική, καθώς όλα τα νοσοκομεία και οι δευτεροβάθμιες δομές υγείας τους είχαν επαρκώς καθιερώσει την κατάλληλη οργανωτική διάρθρωση κλινικής διακυβέρνησης [52].

Πάντως, τα ευρήματα συνέτειναν στο ότι η σχετική ελευθερία που δόθηκε στους οργανισμούς να αναπτύξουν τα συστήματα κλινικής διακυβέρνησης οδήγησε μεν στη συνολική εφαρμογή της έννοιας, αλλά με διαφοροποίηση στην επίτευξη επιτυχών αποτελεσμάτων από πλευράς ποιότητας. Με άλλα λόγια κάποιοι οργανισμοί δεν πέτυχαν πλήρως να ενσωματώσουν τις διακυβερνητικές διαδικασίες στην πλήρη εξυπηρέτηση των τοπικών αναγκών υγείας. Στα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία, μάλιστα, η κλινική διακυβέρνηση ήταν εντονότερα παρούσα (αν και με πιο εταιρική διάσταση ίσως), λόγω του ότι τα τελευταία έχουν πολύ σφιχτό μάνατζμεντ και γιατί λειτουργούν με τρόπους που είναι ευθέως εξαρτημένοι από εμπορικές πιέσεις [52].

Το National Audit Office, πάντως, αποτύπωσε την εικόνα στον πρωτοβάθμιο τομέα ως εξαιρετικά επιτυχή, αναφέροντας πως: «82% των PCTs αποκρίθηκε πως η εφαρμογή των μηχανισμών κλινικής διακυβέρνησης επέφερε ξεκάθαρα οφέλη στην ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών και καμιά από αυτές τις Ενώσεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας δεν ισχυρίστηκε ότι δεν υπήρξε κάποιος θετικός αντίκτυπος» [54].

Ένα χρόνο νωρίτερα, ο επικεφαλής της ιατρικής υπηρεσίας της MB, στην αναφορά του για την κλινική διακυβέρνηση και το ΕΣΥ δήλωνε: «η κλινική διακυβέρνηση έχει ενσωματωθεί σαφώς σε κάποιες υπηρεσίες, ενώ λείπει εντελώς σε άλλες» [55]. Η KPMG μέσω εκτενών συνεντεύξεων και ερωτηματολογίων διαπίστωσε παραδείγματα τομέων που επεδείκνυαν καλή και κακή κλινική πρακτική.

Τομείς που ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικοί ήταν εκείνοι που [52]:

- Οι οργανισμοί τους όφειλαν να αποκρίνονται σε πολύ σοβαρά περιστατικά και υφίσταντο εξωτερικές επιθεωρήσεις.
- Οι θεραπευτικές επιδόσεις και η κλινική αποτελεσματικότητα μπορούν να μετρηθούν εύκολα (για παράδειγμα δείκτες θνησιμότητας σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, σε αντίθεση με άλλους κλάδους που είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο να συλλεχτούν και αναλυθούν τα δεδομένα αποτελεσματικότητας).
- Υπάρχει υγιής ανταγωνισμός μέσα στο σύστημα μεταξύ διαφορετικών πεδίων πρακτικής (όπως μεταξύ διαφορετικών προσεγγίσεων στην ψυχιατρική).

Αντίθετα, τομείς λιγότερο ανεπτυγμένοι ως προς την αποτελεσματικότητα της κλινικής διακυβέρνησης αν και οι μηχανισμοί ήδη υπήρχαν και εφαρμόζονταν ήταν [52] :

- Ο τομέας της συμμετοχής ασθενών και κοινού στον καθορισμό της στρατηγικής και στη λήψη αποφάσεων (κάτι που συμφωνούσε και με τη διαπίστωση του ΝΑΟ<sup>29</sup> επί του θέματος, το οποίο ανέφερε πως είναι το «λιγότερο ανεπτυγμένο συστατικό της κλινικής διακυβέρνησης» [54]).
- Ο τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, ειδικά στις περιπτώσεις που τα PCTs πρέπει να συνεργαστούν με άλλους και οι αποφάσεις για την περίθαλψη των πολιτών λαμβάνονται σε συνεργασία με επιτροπές.

Ως πρώτο συμπέρασμα, οι διαπιστώσεις συμφωνούσαν στο ότι υπάρχουν λίγα δεδομένα περί βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας σε πρακτικό επίπεδο και ότι οι σύνδεσμοι κλινικής διακυβέρνησης μεταξύ Πρωτοβάθμιων Ενώσεων και ανεξάρτητων συνεργαζόμενων εργολάβων είναι υποανάπτυκτοι. Ωστόσο, όλοι παραδέχονταν ότι έχει βελτιωθεί αρκετά το επίπεδο συλλογής πληροφοριών και δεδομένων που θα διατίθενται στο γιατρό, προκειμένου εκείνος να βελτιώνει ή να προσαρμόζει την πρακτική του, για το καλό των ασθενών του. Οι συγκεκριμένες πληροφορίες αποσκοπούν, δηλαδή, στο να

---

<sup>29</sup> National Audit Office



δίνουν ένα στίγμα της επίδοσης ατόμων και διαδικασιών, έτσι ώστε να αναγνωρίζονται ταχύτατα οι παρεκκλίσεις από τα προσδοκώμενα πρότυπα. Βέβαια, η ανάπτυξη των συστημάτων πληροφόρησης στην υγεία και η χρήση δεδομένων κλινικής διακυβέρνησης παρέμενε σχετικά πρώιμη συγκρινόμενη με τη χρήση στατιστικών δεδομένων σε άλλες βιομηχανίες υψηλού κινδύνου [52] (π.χ. βιομηχανία αεροσκαφών και αεροπορικές εταιρίες). Επισημάνθηκε μάλιστα πως η χρήση τέτοιων δεδομένων δεν είχε ακόμη συνδεθεί με την αξιολόγηση των γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, αξιολόγηση που ήδη είχε αρχίσει να εφαρμόζεται σε ετήσια βάση.

Ως δεύτερο συμπέρασμα, επιβεβαιώθηκε η αίσθηση ότι όσο σημαντική είναι η ύπαρξη μηχανισμών και διαδικασιών διασφάλισης της ποιότητας για την κλινική διακυβέρνηση, άλλο τόσο είναι και η κουλτούρα που έπρεπε να διαμορφωθεί σχετικά με αυτές τις δομές. Στη Βρετανία, λοιπόν, καθολική ήταν η άποψη ότι η αποτελεσματική κουλτούρα διακυβέρνησης είναι σαφής απαιτητή λειτουργία μιας καλής ηγεσίας. Η ξεκάθαρη δέσμευση από τα ΔΣ προς το σκοπό της κλινικής διακυβέρνησης είναι δέσμευση ολόκληρου του οργανισμού στην ποιότητα. Η θεσμοθέτηση της υπευθυνότητας σε επίπεδο ΔΣ και η επιταγή της ποιότητας ως νομικό του καθήκον, καθώς και η προώθηση των ενδιάμεσων μάντζερ και διευθυντών κλινικών και υπηρεσιών στην ατζέντα διαχείρισης κινδύνου, ισχυροποίησε την ευαισθησία και την ενημέρωση του προσωπικού για διάφορα ζητήματα κλινικά και μη και ενδυνάμωσε την ευθύνη του να προσπαθεί να λύει αυτά τα ζητήματα.

Δεδομένου, μάλιστα, της θέσης που εκφράσαμε παραπάνω, πως υπάρχει δηλαδή κόστος ευκαιρίας σχετιζόμενο με το χρόνο και την προσπάθεια που πρέπει να επενδυθεί για να «δουλέψει» σωστά η κλινική διακυβέρνηση, η υποστήριξη από τα ανώτατα διοικητικά κλιμάκια της υγείας και η θέσπιση της κλινικής διακυβέρνησης ως κατανοητής προτεραιότητας από αυτά, ενισχύουν μέρα με τη μέρα τις αποτελεσματικές πρακτικές και τα συστήματα διαχείρισης κινδύνου.

Τέλος, επισήμαναν ότι η επένδυση στην κλινική διακυβέρνηση για τη βελτίωση της οργανωτικής και κλινικής λειτουργίας απαιτεί μακροπρόθεσμο σχεδιασμό και δέσμευση. Άρα στους οργανισμούς που τελούν υπό ασφυκτική οικονομική πίεση, η ανάπτυξη και εφαρμογή κλινικής διακυβέρνησης καθίσταται μάλλον χαμηλότερης προτεραιότητας [52].

### **6.3. Αποτελέσματα εφαρμογής κλινικής διακυβέρνησης στην Αυστραλία**

Στην Αυστραλία, τόσο σε ακαδημαϊκό όσο και σε κυβερνητικό επίπεδο, μελετήθηκε και αναλύθηκε αρκετά, τα τελευταία χρόνια, η αποτελεσματικότητα της διακυβέρνησης στην υγεία. Ήταν από τις πρώτες χώρες που προσπάθησαν να ενσωματώσουν τις αρχές του Βρετανικού

μοντέλου διακυβέρνησης στο σύστημά τους και όντας πιο ανοιχτοί σε άλλες επιρροές, το προσάρμοσαν αρκετά ικανοποιητικά στα δεδομένα του αχανούς γεωγραφικά κράτους τους. Οι προσπάθειες εκεί ξεκίνησαν πριν ακριβώς 10 χρόνια. Στις μελέτες που δημοσιεύτηκαν την τελευταία τριετία φαίνεται σαφώς το εξής. Τα δεδομένα από την εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης εστιάζουν και είναι ικανοποιητικά ως προς την ύπαρξη διαδικασιών, αλλά είναι φτωχά και περιορισμένα ως προς την αποτελεσματικότητα αυτών [56,57].

Καταρχήν και στην Αυστραλία διαφαινόταν στις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας ότι η συχνότητα ιατρικών λαθών, οι αστοχίες στη θεραπεία και κάποιοι απροσδόκητοι θάνατοι, όπως επίσης και η συχνότητα ανεπιθύμητων συμβάντων ήταν σε πολύ υψηλά επίπεδα. Και μάλιστα τα γεγονότα αυτά εμφάνιζαν αξιοπερίεργη αντίσταση σε πολιτικές και προσπάθειες του μάνατζμεντ να τα μειώσουν [58,59]. Επομένως και εκεί οι περιστάσεις τους οδήγησαν στην εφαρμογή συστημάτων κλινικής διακυβέρνησης ως θεματοφύλακα της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της φροντίδας [57]. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως μελετητές μέτρησαν ότι συνέβαιναν λάθος διαγνώσεις και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε 1 στις 1.000 περιπτώσεις από τους γενικούς ιατρούς. Το 70% των λαθών αποδίδονταν σε ελλιπείς διαδικασίες περίθαλψης και το 30% σε ελλιπή γνώση και ελλιπείς δεξιότητες του γενικού ιατρού [56].

Λίγα είναι τα μοντέλα κλινικής διακυβέρνησης στην Αυστραλία που κατόρθωσαν να ενσωματώσουν διαδικασίες και να πετύχουν ταυτόχρονα βέλτιστη ασφάλεια, κλινική αποτελεσματικότητα, αειφορία και καλά οικονομικά αποτελέσματα. Οι οργανισμοί που τα κατάφεραν καλύτερα μέχρι τώρα είναι εκείνοι που χρησιμοποιούν κλινικούς δείκτες σχετικούς με την περιφέρεια στην οποία βρίσκονται (άρα τα κλινικά τους κριτήρια είναι άμεσα συνδεδεμένα με τους τοπικούς πληθυσμούς), χρησιμοποιούν ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς και αξιοποιούν αρχές της κλινικής διακυβέρνησης σε τοπικό επίπεδο (επιτυχείς συνεργασίες, συμμετοχή ασθενών κ.λπ.) [56].

Αναγνωρίζουν πως περισσότερη και καλύτερη δουλειά στον τομέα της κλινικής διακυβέρνησης έχει γίνει στα νοσοκομεία και λιγότερο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη [57]. Παράλληλα, καταλήγουν και εκεί στο συμπέρασμα ότι μια ολοκληρωμένη και κυρίως αποτελεσματική προσέγγιση στην κλινική διακυβέρνηση βασίζεται στην ενεργό και ηγετική συμμετοχή των ΔΣ και άλλων ανώτατων διοικητικών στελεχών που θα προωθήσουν της έννοια κατανοητά ως στρατηγική ποιότητας και ασφάλειας .

Από το 2004 εφαρμόζεται στην Αυστραλία ο θεσμός της περιοδικής πιστοποίησης της επάρκειας των ειδικευμένων γιατρών. Σύμφωνα με την κυβέρνηση τους, σκοπός της περιοδικής πιστοποίησης είναι να διασφαλιστεί πως η περίθαλψη παρέχεται μόνο από επαγγελματίες με τα κατάλληλα προσόντα και των οποίων η επίδοση διατηρείται σε επιθυμητό επίπεδο. Οι διαδικασίες πιστοποίησης πρέπει να αλλάζουν σε τακτά χρονικά διαστήματα

και να εκσυγχρονίζονται προκειμένου οι οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας να έχουν εμπιστοσύνη στο προσωπικό τους, εμπιστοσύνη ότι μπορεί να κάνει τη δουλειά του σε εξαιρετικό επίπεδο. Τα ΔΣ και οι ανώτατοι διοικητικοί υπάλληλοι έχουν σαφή ευθύνη να παρέχουν υποστήριξη και να εξασφαλίζουν ότι τα συστήματα πιστοποίησης πληρούν τις απαιτήσεις. Παράλληλα, η ευθύνη των συμβουλίων και ανωτάτων στελεχών δεν περιορίζεται στο επίπεδο του προσωπικού αλλά επεκτείνεται και στο επίπεδο των υπηρεσιών και κατ'επέκταση όλου του οργανισμού. Ενοώντας πως έχουν την ευθύνη της **διαπίστευσης** οργανισμών και υπηρεσιών που προΐστανται [57].

Συμπερασματικά, τα περισσότερα δεδομένα από την Αυστραλία υποστηρίζουν πως τα πλέον πετυχημένα μοντέλα κλινικής διακυβέρνησης είναι αυτά που στηρίζονται στον **εσωτερικό έλεγχο**, στη «**βαθμολόγηση**» της κλινικής **επίδοσης βάσει δεικτών** και στην **ανατροφοδότηση των επαγγελματιών από την ηγεσία** (π.χ. συμβούλια, ειδικές επιτροπές) με δεδομένα της ίδιας τους της δουλειάς [56]. Δηλαδή εκεί που δουλεύει ο αγωγός πληροφόρησης:

γιατρός →(δεδομένα)→ανώτερη αρχή→(ενημερωμένη  
καθοδήγηση<sup>30</sup>)→γιατρός

#### **6.4. Συμπεράσματα. Τι καινούριο φέρνει η διακυβέρνηση και η διακυβέρνηση στην υγεία. Συζήτηση**

Σύμφωνα με την αντίληψη που διαμορφώσαμε για τη διακυβέρνηση, θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι **θεωρητικά** ένα πιο απομακρυσμένο από την ιεραρχία και τον ανταγωνισμό, εναλλακτικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών προς δίκτυα, ομάδες και συνεργατικές ομάδες, το οποίο θα αποτελέσει μετάβαση των καθιερωμένων πρακτικών στο δημόσιο, ιδιωτικό τομέα και στον τομέα του εθελοντισμού.

Η Janet Newman (2001) συνοψίζει αρκετά ικανοποιητικά ποιες θεωρητικές προσδοκίες ικανοποιεί η διακυβέρνηση, εισάγοντας σε μια σύγχρονη κοινωνία άρα και στα συστήματα υγείας τις εξής αντιλήψεις [60]:

1. Την αναγνώριση των θολών διαχωριστικών γραμμών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού, κρατικού και κοινωνικού, εθνικού και διεθνούς καθώς και της ασάφειας των υπευθυνοτήτων ως προς την αντιμετώπιση πολιτικών, κοινωνικών και οικονομικών θεμάτων.
2. Την αποδοχή και την ενσωμάτωση των κοινωνικών και πολιτικών δικτύων στις διαδικασίες λήψης και εφαρμογής αποφάσεων.
3. Την αντικατάσταση των παραδοσιακών τρόπων ιεραρχικού ελέγχου και διοίκησης από τη λεγόμενη «διακυβέρνηση από απόσταση».

<sup>30</sup> επεξεργασία δεδομένων και καθοδήγηση με βάσει την ουσιαστική πληροφορία.

4. Την ανάπτυξη πιο ευέλικτων και ανταποδοτικών εργαλείων πολιτικής.
5. Τη συνειδητοποίηση ότι ρόλος της κυβέρνησης αλλάζει, εστιάζοντας στην προοπτική ηγεσίας, στο χτίσιμο συνεργασιών, στη στήριξη και στο συντονισμό και στην ευρεία εφαρμογή των αρχών και ρυθμίσεων αυτών εντός του συστήματος.
6. Την ανάδειξη της δυνατότητας διαπραγμάτευσης «αυτό-διακυβέρνησης» στην κοινότητα, σε πόλεις και σε γεωγραφικά ή διοικητικά διαμερίσματα, βασιζόμενη σε νέες πρακτικές συντονισμού μέσω δικτύων και συνεργασιών.
7. Το «άνοιγμα» στη λήψη αποφάσεων με μεγαλύτερη συμμετοχή από το κοινό.
8. Την υιοθέτηση πρωτοποριακών αντιλήψεων στη δημοκρατική πρακτική ως απάντηση στο πρόβλημα της πολυπλοκότητας και του κατακερματισμού των αρχών και τις προκλήσεις που αυτές οι αντιλήψεις εγκυμονούν για τα παραδοσιακά δημοκρατικά μοντέλα.
9. Τη διεύρυνση του πεδίου εστίασης της κυβέρνησης πέρα από θεσμικά θέματα, ώστε να περικλείει πλέον ξεκάθαρα τη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών στη διακυβέρνηση, άρα και στη διακυβέρνηση της υγείας.

Η παραπάνω θεώρηση αν και αρκετά εμπειριστατωμένη έχει ένα αδύνατο σημείο. Προϋποθέτει καλλιεργημένους πολίτες και καλλιεργημένη εξουσία. Καλλιέργεια ή όπως πολλές φορές αναφέρουμε στην επιστήμη του μανάτζμεντ κουλτούρα των πολιτών, σημαίνει πως αυτοί πρέπει να ξεφεύγουν από τις ατομικές επιδιώξεις αποκλειστικά, αφενός και αφετέρου να γνωρίζουν με σαφήνεια ποιες είναι οι ατομικές τους αλλά και οι συλλογικές επιδιώξεις. Καλλιέργεια της εξουσίας από την άλλη σημαίνει έντιμη και συνεχής εξυπηρέτηση των συλλογικών επιδιώξεων με συμβιβασμό προς την εκχώρηση εξουσιαστικών προνομίων. Εάν μεταφέρουμε τη συζήτηση στον τομέα της υγείας, τότε καλλιέργεια των πολιτών σημαίνει πως γνωρίζουν με σχετική σαφήνεια (με σαφήνεια είναι προφανώς αδύνατο) ποιες είναι οι ανάγκες υγείας τους και παράλληλα συνεχίζουν να συμμετέχουν στην τροφοδότηση του συστήματος υγείας αφού τις ικανοποιήσουν σε κάποιο βαθμό. Ενώ κουλτούρα της εξουσίας του συστήματος υγείας είναι ο αυστηρός προσανατολισμός στη βέλτιστη ικανοποίηση των αναγκών υγείας ασθενών και κοινού με μερικό συμβιβασμό της δημοσύνης, συμβιβασμό ως προς την εγωιστική θεώρηση του «αλάθητου» και με άνοιγμα προς το περιβάλλον<sup>31</sup> του συστήματος υγείας, για τη λήψη ακόμη και κλινικών αποφάσεων.

---

<sup>31</sup> βλέπε ομάδες πίεσης παράγραφος 2.6.

Στον πολύπλοκο χώρο της υγείας, η εφαρμοσμένη διακυβέρνηση έχει τριπλή υπόσταση. Την **εταιρική διακυβέρνηση** που εξασφαλίζει την οικονομική αποδοτικότητα, διαφάνεια και βιωσιμότητα του συστήματος και των υπηρεσιών του, την **κλινική διακυβέρνηση** που διασφαλίζει την ποιότητα στην περίθαλψη και σε πιο προηγμένα συστήματα τη συνεχή βελτίωσή της και τη **διακυβέρνηση στην έρευνα** που εξασφαλίζει τον ηθικό και νόμιμο χαρακτήρα της τελευταίας. Οι 2 πρώτες διαστάσεις (όπως αναλύσαμε εκτενώς και αναγνωρίζεται διεθνώς και καθολικά) αλληλοσυνδέονται, αλληλοεξαρτώνται και αλληλοεπηρεάζονται σε τέτοιο βαθμό που πολλές φορές εντάσσονται κάτω από την ίδια ομπρέλα που λέγεται κλινική διακυβέρνηση. Αυτή η **ενοποιημένη έννοια** επιτελεί προγραμματικά (όπου εφαρμόζεται) τις εξής λειτουργίες [προσαρμογή από 57]:

- Προωθεί την ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας υγείας, εστιάζοντας στη διασφάλιση κλινικής αποτελεσματικότητας και συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών,
- Εφαρμόζει δομές και διαδικασίες που ελαττώνουν τους κινδύνους για τους ασθενείς και βελτιώνουν τις επιδόσεις των εργαζομένων,
- Αναπτύσσει στρατηγικές πολύπλευρης συλλογής και διάχυσης ουσιαστικών και καιρίων πληροφοριών,
- Επενδύει στη γνώση και στην τεχνογνωσία με στοχευμένο, μετρήσιμο και όχι θεωρητικό τρόπο,
- Εισάγει και ενισχύει την ασθενο-κεντρική προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών υγείας, και
- Αναλαμβάνει την κατάλληλη και δίκαιη διανομή των πόρων για να καταστούν επιτεύξιμα τα παραπάνω, χωρίς σπατάλες και χωρίς σημαντική επιβάρυνση του προϋπολογισμού του συστήματος.

Διαβάζοντας κάποιος τα παραπάνω και μόνο (χωρίς την ανάλυση που προηγήθηκε) θα μπορούσε να διερωτηθεί : δηλαδή η κλινική διακυβέρνηση είναι η πανάκεια των προβλημάτων για κάθε σύστημα υγείας ? Τα κάνει όλα και συμφέρει με μηδενικό κόστος ? Ή μήπως είναι ένα ακόμη θεωρητικό, δημοκρατικό, εκσυγχρονιστικό και παραπλανητικό τελικά σύνθημα εκείνων που την ευαγγελίζονται ?

Καταρχήν, μια έντιμη και ακριβής απάντηση στο πλαίσιο αυτής της εργασίας είναι ότι ενώ η ισχυροποίηση της διακυβέρνησης στην υγεία, μέσω μιας σειράς προγραμματικών επιλογών, φαίνεται πως μάλλον βελτιώνει τις επιδόσεις του τομέα υγείας, η διακυβέρνηση ως έννοια είναι αρκετά πολύπλοκη και οι ευεργετικές της επιδράσεις εξαρτώνται από αρκετούς και ευμετάβλητους παράγοντες. Η έρευνα που συνδέει τη διακυβέρνηση με την επίδοση ενός συστήματος υγείας είναι ανέκδοτη ακόμη και όχι συστηματική. Υπάρχει

ανάγκη να επενδύσουμε περισσότερο στην έρευνα για να δείξουμε πιο στέρεες συστάσεις [20].

Κατά δεύτερον, ενώ η κλινική διακυβέρνηση, έχοντας συγκεκριμένες αρχές και διακριτές διαδικασίες, αποτελεί μια ισχυρή απόκριση του συστήματος υγείας στην απαίτηση των καιρών για όλο και καλύτερη και πιο αποδοτική εστίαση στην ποιότητα και ισότητα των υπηρεσιών περίθαλψης, δεν είναι το μαγικό ραβδί που επιλύει όλα τα προβλήματα ασφάλειας, διαρκούς βελτίωσης της φροντίδας και οικονομικής αειφορίας του συστήματος. Για να επιβιώσουν οικονομικά τα συστήματα υγείας και να αλλάζουν προς το καλύτερο απαιτούνται μακροπρόθεσμες στρατηγικές, υπομονή και επιμονή και πολύ ισχυρή θέληση από την εξουσία και την κοινότητα. Η κλινική διακυβέρνηση, συνεπώς, θεωρείται μια ευρεία διαδικασία, με πολλά παρακλάδια, που παίρνει μάλλον μια γενιά για να πραγματοποιηθεί [57]. Και μάλιστα με συνεχή προσανατολισμό προς την κατεύθυνση αυτή από όλους τους «μεριδιούχους» του συστήματος. Αυτό δεν αποτελεί έκπληξη. Άλλωστε δεν είναι απαίτηση να αλλάξει το σύστημα υγείας, ριζικά, από τη μια μέρα στην άλλη. Οι άνθρωποι τραυματίζονται ή αρρωσταίνουν ή πεθαίνουν ένας – ένας και ακόμη και στην Ελλάδα δεν έχει συμβεί κάποια μαζική κρίση υγείας για να αποτελέσει αφορμή για ριζική «ανακαίνιση» του ΕΣΥ και των υπολοίπων δομών και υπηρεσιών υγείας. Η υγεία δεν είναι όπως η αεροπορική βιομηχανία που αν κάτι πήγαινε τόσο στραβά και έπεφτε ένα γεμάτο αεροπλάνο κάθε βδομάδα θα είχαμε γενική κατακραυγή [61]. Το κοινό όραμα για αλλαγή και επιτυχία εξασφαλίζει την ήπια, σταδιακή και ουσιαστική προσαρμογή.

#### **6.5. Συμπεράσματα. Η κλινική διακυβέρνηση ως ομπρέλα προστασίας και συνοχής του ευρύτερου συστήματος υγείας. Εμπόδια**

Οι κοινωνίες, οι κυβερνήσεις και οι επαγγελματίες υγείας αναζητούν νέους τρόπους παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας μέσα σε παραδοσιακά – ιεραρχικά – και πολύ πιεσμένα μοντέλα συστημάτων υγείας. Συστήματα που πιέζονται εξαιρετικά, σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, από τη συνεχή αύξηση και κυρίως γήρανση του πληθυσμού, από την υψηλότερη επίπτωση χρόνιων νοσημάτων και από την αβεβαιότητα που γεννούν οι ευπαθείς στην υγεία μεταναστευτικές ροές και οι μεγάλες μετακινήσεις πληθυσμών γενικότερα. Τα χαρακτηριστικά αυτά ισχύουν και στον ελληνικό χώρο της υγείας, στον οποίο έχει προστεθεί η ασφυκτική πίεση των περιορισμένων πόρων και η συνεπακόλουθη μείωση της κρατικής και ιδιωτικής χρηματοδότησης αλλά και η απουσία ουσιαστικών σχέσεων και συνοχής μεταξύ των πολυάριθμων οργανισμών υγείας, που αναπτύχθηκαν μέσα στα χρόνια.

Μια λύση θα μπορούσε να είναι μια ενοποιημένη και συνεκτική περιθαλψη που θα άλλαζε τον προσανατολισμό από την παροχή φροντίδας από διαφορετικές-ξεχωριστές μονάδες, στην παροχή φροντίδας από όλους τους οργανισμούς εστιασμένης σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ή ομάδες ασθενών [62]. Αυτό απαιτεί οι ιδιώτες/συμβεβλημένοι με τα ταμεία γιατροί, τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας, οι κοινοτικές και προνοιακές δομές, μαζί με ενώσεις ασθενών και μη κυβερνητικές οργανώσεις, να χτίσουν αποτελεσματικές, μακροπρόθεσμες συνεργατικές σχέσεις και να μετακινηθούν οριστικά από τις μέχρι τώρα περιστασιακές και ανεπίσημες συνεργασίες σε μια σοβαρή και θεσμοθετημένη δέσμευση για ολιστική και ποιοτική περιθαλψη.

Πώς όμως θα μπορούσε να επιτευχθεί μια τέτοια βαθιά και θεσμική αλλαγή; Η απάντηση θα μπορούσε να είναι μέσω της ανάπτυξης, καλλιέργειας και διάχυσης των αρχών της κλινικής διακυβέρνησης στην οργάνωση και διοίκηση όλων των παραπάνω μονάδων, δομών και οργανισμών [63, 64]. Η κλινική διακυβέρνηση φεύγει, δηλαδή, από τα στεγανά μιας συγκεκριμένης δομής (π.χ. μιας κλινικής, μιας μονάδας υγείας, ενός νοσοκομείου ή ενός οργανισμού όπως του ΙΚΑ) και γίνεται ευρύτερη απαίτηση στο χώρο της υγείας, υπό την έννοια ότι στην προσπάθεια να υπηρετήσει το σύστημα τις βασικές προγραμματικές αρχές της διακυβέρνησης θα πρέπει να εντάξει όλους τους παρόχους υγείας για να βελτιστοποιήσει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά του.

Η συνεκτική κλινική διακυβέρνηση, συνεπώς, περιγράφει τις επίσημες σχέσεις μεταξύ των οργανισμών υγείας που θα τους επιτρέπουν να διαχειρίζονται τους κινδύνους και να υπηρετούν τις ανάγκες υγείας μέσω συμφωνημένων διαδικασιών, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως συνεργατικού τύπου επιχειρηματικές προσεγγίσεις [62]. Οι δομές συνέργειας θα υπάρχουν μεταξύ των κυβερνητικών υπουργείων (δεδομένης της διασποράς υπηρεσιών υγείας σε διάφορα υπουργεία –υγείας, εργασίας, εθνικής άμυνας, οικονομικών κ.λπ.-), μεταξύ διαφόρων επιπέδων της κρατικής οργάνωσης (κεντρικό, περιφέρεια, τοπική αυτοδιοίκηση) και μεταξύ ιδιωτικού και μη κυβερνητικού τομέα. Βεβαίως, προκύπτει μια τεράστια πρόκληση: η διοίκηση και η διαχείριση όλων αυτών των αλληλεπιδράσεων μεταξύ διαφορετικών στη νοοτροπία και φιλοσοφία μονάδων. Η αυταπόδεικτη διαφορετικότητα μπορεί σε πολλές περιπτώσεις να επιφέρει συγκρούσεις και ανταγωνισμό και να δημιουργεί ρήγματα στο όλο εγχείρημα.

Θεωρώντας τη συνέργεια, τη συμμετοχικότητα και την κοινή δέσμευση στο στόχο ως βασικά συστατικά της διακυβέρνησης στην υγεία, αναγνωρίζονται από τη διεθνή βιβλιογραφία συγκεκριμένα εμπόδια για την εφαρμογή της ως προς τα παραπάνω.

Μπορούμε να παρουσιάσουμε αυτά τα κοινώς αναγνωρισμένα εμπόδια [προσαρμοσμένα από 62] στον παρακάτω **Πίνακα 3**.

<b>Πίνακας 3. Εμπόδια στην ενοποιημένη εφαρμογή κλινικής διακυβέρνησης στο ευρύτερο σύστημα υγείας</b>	
Εμπόδια επικοινωνίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ασάφεια του όρου διακυβέρνηση</li> <li>• Αδυναμία διάχυσης πολιτικής βούλησης</li> <li>• Έλλειψη πληροφόρησης και συστήματος παροχής δεδομένων</li> <li>• Συγκεχυμένες προσδοκίες</li> <li>• Μη κατανόηση του ρόλου</li> <li>• Επικαλύψεις στο έργο</li> </ul>
Δομικά εμπόδια	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανεπάρκεια πόρων</li> <li>• Εξάντληση του προσωπικού</li> <li>• Οικονομικοί περιορισμοί</li> </ul>
Εμπόδια κουλτούρας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλλειψη εμπιστοσύνης</li> <li>• Διαβρωμένη αξιοπιστία</li> <li>• Φόβος για αλλαγή</li> <li>• Απροθυμία για πρωτοβουλίες</li> <li>• Ανεπάρκεια πρωτοπορίας από ακατάλληλη (ανύπαρκτη) ηγεσία</li> </ul>

### **6.6. Συμπεράσματα. Κλινική διακυβέρνηση στην Ελλάδα ; Όνειρο θερινής νύχτας ή σύγχρονη αναγκαιότητα. Συζήτηση**

Η συγκεκριμένη ενότητα ήταν η πιο δύσκολη κατά τη συγγραφή αυτής της εργασίας. Όχι μόνο λόγω τη έλλειψης δεδομένων και ερευνητικών εργασιών που θα μπορούσαν να στοιχειοθετήσουν μια τεκμηριωμένη εικόνα της ελληνικής πραγματικότητας. Περισσότερο γιατί η κοινωνικοπολιτική κατάσταση στη χώρα μας και επομένως η κουλτούρα των πολιτών συνολικά και συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων ειδικά, είναι συγκεχυμένη, πολύπλοκη, εξαιρετικά ιδιάζουσα και τελικά δύσκολη στο να αναλυθεί και να περιγραφεί με επιστημονική ακρίβεια.

Πάντως, όπως αναφέραμε στην εισαγωγή, η τρέχουσα κατάσταση προσφέρει μια ιστορική ευκαιρία. Η οικονομία έχει βουλιάξει. (Το δεδομένο δυστυχώς δεν είναι κινδυνολογικό, είναι πραγματικό καθώς το δημόσιο χρέος της Ελλάδας για το 2011 ανέρχεται περίπου στο 160% του ΑΕΠ -2<sup>ο</sup> χειρότερο στην ΕΕ, 4<sup>ο</sup> χειρότερο στον κόσμο- με ανοδική δυστυχώς τάση σύμφωνα με όλες τις επίσημες πηγές της Eurostat<sup>32</sup>, της Commission και του ΟΟΣΑ<sup>33</sup>, ενώ η χώρα εμφανίζει την 3η μεγαλύτερη συρρίκνωση του ΑΕΠ κατά την τετραετία 2010-

<sup>32</sup> [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_PUBLIC/2-26042011-AP/EN/2-26042011-AP-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/2-26042011-AP/EN/2-26042011-AP-EN.PDF)

<sup>33</sup> [http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-greece\\_20752288-table-grc](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-greece_20752288-table-grc)



2013 παγκοσμίως). Με αυτήν την κατάσταση, μία είναι η λύση. Θεαματική στροφή προς ουσιαστικές στρατηγικές και όχι συνθηματολογικές, λαϊκίστικες πολιτικές. Η νοοτροπία της πολιτικής ηγεσίας, μέχρι τώρα, ήταν η λήψη βραχυπρόθεσμων μέτρων για να «σώσει το τομάρι της» και να περιορίσει το πολιτικό κόστος από ενδεχόμενες αντιλαϊκές αποφάσεις. Ήταν μια νοοτροπία του στυλ: «εδώ ο κόσμος χάνεται και θα συζητάμε για εξεζητημένες «λύσεις» στην υγεία τύπου κλινικής διακυβέρνησης...». Η κλινική διακυβέρνηση, ωστόσο, είναι κάτι πέρα από λύση ή βραχυπρόθεσμο μοντέλο επιβίωσης του συστήματος υγείας. Είναι μια νέα φιλοσοφία οργάνωσης και διοίκησης με μακρόπνοο όραμα και μακροπρόθεσμο όφελος. Αυτό που χρειάζεται κάτι που, νοσώντας, πνέει τα λοίσθια. Γιατί από όποια σκοπιά και αν εξετάσει το σύστημα υγείας ακόμη και ο πιο καλοπροαίρετος αναλυτής θα διαπιστώσει το τέλμα, δεδομένου ότι:

- Η άμεση χρηματοδότηση περιορίζεται λόγω περικοπής των δαπανών στον προϋπολογισμό.
- Η έμμεση χρηματοδότηση περιορίζεται λόγω της χρεοκοπίας των ταμείων και της συνεχούς επιδείνωσης της κατάστασης τους λόγω της αυξημένης ανεργίας και της γήρανσης του πληθυσμού.
- Η απευθείας πληρωμή δυσχεραίνεται ολοένα και περισσότερο λόγω του περιορισμού των εισοδημάτων των πολιτών – ασθενών.
- Οι συνθήκες εργασίας και η ικανοποίηση από την εργασία των παρόχων – επαγγελματιών υγείας χειροτερεύουν λόγω της καθυστέρησης πληρωμών (π.χ. εφημεριών) και περιορισμού των μισθών (κατάργηση επιδομάτων, μείωση βασικού μισθού κ.λπ.).
- Οι πόροι περιορίζονται τόσο σε υλικά αγαθά όσο και σε έμπυχο δυναμικό (πάγωμα προσλήψεων).
- Το επίπεδο των υπηρεσιών μεταβάλλεται. Το επίπεδο δε θα εκσυγχρονίζεται πλέον με τον ίδιο ρυθμό, λόγω μεγαλύτερης παραμονής του προσωπικού (παράταση των συνταξιοδοτικών ορίων), επομένως θα μένουν οι γηραιότεροι που είναι μεν πιο έμπειροι, αλλά δεν προσαρμόζονται εύκολα σε νέες – υψηλές - τεχνολογίες, αδυνατούν να εξοικειωθούν με τα νέα θεραπευτικά δεδομένα και δεν έχουν τις βιολογικές δυνάμεις να ενημερώνονται και εκπαιδεύονται με τους ίδιους ρυθμούς, όπως οι νεότεροι συνάδερφοί τους.

Γίνεται πολύ εύκολα αντιληπτό ότι σε αυτήν την πραγματικότητα για κάποιους είναι ίσως και σαρκαστικό να τεθεί ως προτεραιότητα η ποιότητα στην περίθαλψη. Όμως, εν έτη 2012, η ποιότητα στη φροντίδα υγείας είναι αναφαίρετο δικαίωμα και κοινωνική απαίτηση. Πώς η κλινική διακυβέρνηση κατορθώνει να συμβιβάζει το «έλλειμμα» με την προσδοκία (το δικαίωμα) ;

## Γιατί φέρνει επιτέλους όλους τους μεριδιούχους του συστήματος υγείας προ των ευθυνών τους

- Αναγκάζει την πολιτική ηγεσία να αφήσει τις λαϊκίστικες, αναχρονιστικές αντιλήψεις και τις ατομικές επιδιώξεις και να θέσει ξεκάθαρους στόχους. Μετρήσιμους στόχους, απλούς, κατανοητούς, χωρίς δογματικές αγκυλώσεις και κομματικές προκαταλήψεις. Και πώς θα πετύχει τους στόχους αυτούς ; Με τον πιο αυτονόητο και ηθικό τρόπο: **δίκαιους/αξιοκρατικούς διορισμούς σε θέσεις ευθύνης με βάση τα προσόντα και εφαρμογή των νόμων**. Οι νόμοι, όπως δείξαμε, «πιπιλίζουν σαν καραμέλα» την ποιότητα στην υγεία, αλλά δεν προβλέπουν καμία διαδικασία διασφάλισής της. Αυτό το κεντρικό μήνυμα της κλινικής διακυβέρνησης επιτυγχάνεται (όπως διεθνώς υποστηρίζεται και καταγράφεται) όταν βάζεις έναν απλό στόχο και μετά παρακολουθείς αν θα επιτευχθεί. Αν δεν επιτευχθεί αλλάζεις ή/και τιμωρείς τους υπεύθυνους ή/και τροποποιείς τις διαδικασίες. Δηλαδή η πολιτική ηγεσία οφείλει να επιβάλει τη **λογοδοσία, να ενισχύει τη λογοδοσία, να εφαρμόζει τη λογοδοσία, να διακηρύττει τη λογοδοσία** απέναντι στους νόμους που η ίδια ψηφίζει. (Βέβαια πώς είναι δυνατόν μια πολιτική εξουσία να επιβάλει τη λογοδοσία όταν η ίδια δε λογοδοτεί ποτέ στους πολίτες ; Αυτό είναι ένα ερώτημα που ξεφεύγει από το αντικείμενο και το σκοπό αυτής της εργασίας. Είναι πάντως καίριο.).

Να γιατί η δύσκολη έως τελματική κατάσταση της σύγχρονης Ελλάδας προσφέρει μια μοναδική ευκαιρία στροφής προς την ουσία της διακυβερνητικής προσέγγισης σε όλες τις πτυχές και δραστηριότητες της πολιτείας. Γιατί, απλά, πολλά από αυτά που γίνονται ως σήμερα έχουν αποτύχει.

- Αναγκάζει τους επαγγελματίες υγείας να ξεφεύγουν από την εσωστρέφεια και την ιδιοτέλεια της καθημερινής πρακτικής τους. Προβάλλοντας την ποιότητα της φροντίδας και τη συνεχή βελτίωσή της ως μετρήσιμο και καθημερινό στόχο, οδηγεί σε ουσιαστική αυτορρύθμιση και μετακίνηση από τα παραδοσιακά στεγανά των κλινικών επαγγελματιών τύπου «Άπαξ γιατρός – πάντα καλός γιατρός». Αυτή η αντίληψη, βέβαια, είναι κοινή για όλους τους δημόσιους λειτουργούς της χώρας (όπως ακαδημαϊκών κ.ά.). Η **περιοδική αξιολόγηση** των ιατρών και η **δίκαιη πιστοποίησή της επάρκειας** της δημοσύνης και της βιολογικής ικανότητάς τους να φέρουν εις πέρας τη δουλειά τους σε άριστο επίπεδο, είναι ένα σημαντικό βήμα προόδου της περίθαλψης και διασφάλισης των συμφερόντων των

ασθενών. Ταυτόχρονα, μέσω της διάχυσης πληροφοριών υγείας και κλινικής αποτελεσματικότητας, ο κάθε επαγγελματίας θα μπορεί να αυτορυθμίζεται πραγματοποιώντας «**benchmarking**»<sup>34</sup> με ανάλογες πρακτικές συναδέρφων ή κλινικών, τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα, γεγονός που διεθνώς καταγράφεται ως μέσο καλλιέργειας υγιούς ανταγωνισμού στην υγεία και μέσο καθημερινής επαγγελματικής αυτό-βελτίωσης.

Ας μην κρυβόμαστε πίσω από το δάκτυλό μας. Η αξιολόγηση του προσωπικού στο δημόσιο τομέα αντιμετωπίζεται ως «μπαμπούλας» με αστεία επιχειρήματα που πηγάζουν από (δίκαια μεν αλλά αρχαϊκά δε) συμπλέγματα άλλων εποχών, όταν η πολιτική ιδεολογία π.χ. καθόριζε τη σταδιοδρομία και τις τύχες του επιστήμονα και του επαγγελματία. Στην εποχή μας όμως, η μη εφαρμογή της εξυπηρετεί μόνο τα συμφέροντα των προνομιούχων, της εξουσίας που δεν επιθυμεί να χάσει τα προνόμιά της, των συνδικαλιστών που καπηλεύονται τον αντιπροσωπευτικό τους ρόλο για ίδια οφέλη και των επαγγελματιών που βρέθηκαν στις θέσεις τους με αναξιοκρατικό τρόπο. Η νοοτροπία κλινικής διακυβέρνησης, με προγραμματικό όπλο την εξυπηρέτηση του συλλογικού συμφέροντος (καλή ποιότητα υγείας για όλους), ανατρέπει την παλαιολιθική επαγγελματική κουλτούρα και αποτελεί βήμα προόδου. Είναι περιττό να κάνουμε οποιαδήποτε σύγκριση με τον (σοβαρό) ιδιωτικό τομέα, στον οποίο το ετήσιο appraisal π.χ. είναι επιβεβλημένη (και παγκοσμίως καθιερωμένη) διαδικασία και τα αποτελέσματά του οδηγούν στην υποστήριξη και ανάπτυξη του προσωπικού για το εταιρικό και ατομικό συμφέρον.

- Αναγκάζει τους μάντζερ, τα μέλη των διοικητικών συμβουλίων και τα μέλη των επιστημονικών επιτροπών να συνειδητοποιούν τον πολύ σοβαρό, θεσμικό και σπουδαίο ρόλο που έχουν [65]. Ρόλο **στρατηγικού προγραμματισμού, καθοδήγησης, συμβουλής, διασφάλισης διαδικασιών, επιτήρησης της κλινικής πράξης, διορθώσεων (διαχείρισης κινδύνου)** και **πηγής έμπνευσης** για όλο το προσωπικό των οργανισμών και υπηρεσιών που προΐστανται.  
**Ρόλο ηγεσίας.**

Τα Διοικητικά Συμβούλια των οργανισμών και δομών του ελληνικού ΕΣΥ είναι από τα πιο παρεξηγημένα και εκτός πραγματικότητας στοιχεία στην υγεία. Ο πρόεδρος και τα μέλη τους περιορίζονται (στις περισσότερες περιπτώσεις) στο να εξαργυρώνουν μικροκομματικές υπηρεσίες και στην καλύτερη των

<sup>34</sup> Ο όρος αποδίδεται στα ελληνικά ως «συγκριτική προτυποποίηση».

περιπτώσεων την κοινωνική ή την επιστημονική τους φήμη. Για οικονομικά οφέλη ή/και ματαιοδοξία.

Εκτενώς αναλύσαμε την κομβικής σημασίας σχέση κλινικής διακυβέρνησης και συμβουλίων. Στην πιθανή μετεξέλιξη αυτής της εργασίας σε διδακτορική διατριβή θα καταβληθεί προσπάθεια να «μετρηθεί» το επίπεδο και η σύμπλευση των ΔΣ του χώρου της υγείας της χώρας μας με τις αρχές και τους μηχανισμούς κλινικής διακυβέρνησης, με βάση τα ερωτηματολόγια του Παραρτήματος 2 και πάνω στα αντικείμενα του Παραρτήματος 1, ώστε να αποκτηθεί μια ερευνητική και όχι φιλολογική εικόνα για την παρούσα κατάσταση.

- Τέλος, αναγκάζει τους πολίτες να συμμετέχουν ενεργά στη διαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας και στον προσανατολισμό τους στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και της κοινότητας. Και μάλιστα με τρόπο πρωτοποριακό. Μέσω **καταγραφής των αναγκών και καταγραφής του βαθμού ικανοποίησης και των παρατηρήσεών τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες.**

Όχι με τρόπο αποσπασματικό. Στο πλαίσιο δηλαδή ερευνητικών εργασιών από καθηγητές και ερευνητές. Αλλά με τρόπο θεσμικό. Όταν η κεντρική εξουσία της υγείας, στο ρυθμιστικό πλαίσιο κλινικής διακυβέρνησης, επιβάλλει κατά κάποιον τρόπο τη θεσμοθετημένη τροφοδότηση του συστήματος υγείας από αυτά τα δεδομένα και κυρίως την ουσιαστική αξιοποίησή τους στην κατάλληλη προσαρμογή των υπηρεσιών.

Αυτό έχει πολύ μεγάλη και ευρύτερη σπουδαιότητα για την καλλιέργεια διακυβερνητικής νοοτροπίας στην κοινωνική ζωή του τόπου. Οι πολίτες αισθάνονται «χαμένοι» και ανίκανοι να συμμετέχουν στα κοινά, σε μια στιγμή που οι θεσμοί καταρρέουν. Οι παραδοσιακοί χώροι έκφρασης που ήταν τα κόμματα ιδεολογίας (και εξουσίας) τους έχουν απογοητεύσει. Η Υγεία όμως είναι κάτι πιο συγκεκριμένο. Πιο απτό. Αν, λοιπόν, το σύστημα δώσει τη δυνατότητα καταγραφής της άποψης στους ασθενείς και στην κοινότητα, ταυτόχρονα τους δίνει και μια αληθινή διέξοδο, πρακτική και ψυχολογική, στην ανάγκη που έχουν για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για θέματα που τους αφορούν και τους διδάσκει έμμεσα ότι έχουν και αυτοί ευθύνη άρα και λογοδοσία για την πρόοδο ή όχι των υπηρεσιών περίθαλψης.

Επαναλαμβάνουμε πως η κλινική διακυβέρνηση δεν είναι πανάκεια για τα προβλήματα του τομέα υγείας. Είναι μια σύγχρονη τάση, μια έντιμη και «έξυπνη» προσέγγιση για να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις στην υγεία, εν μέσω οικονομικής στενότητας και κλίματος απογοήτευσης εργαζομένων και ασθενών.

## 6.7. Βήματα προόδου στο ελληνικό σύστημα υγείας, προς την κατεύθυνση των αρχών κλινικής διακυβέρνησης

Οφείλουμε να αναγνωρίσουμε και να συνοψίσουμε, από τη μελέτη της νομοθεσίας στην υγεία των τελευταίων 10 ετών, τα βήματα που έχουν πραγματοποιηθεί προς την κατεύθυνση των αρχών κλινικής διακυβέρνησης. Αυτά, σε γενικές γραμμές, είναι:

- Η θέσπιση Κεντρικών Συμβουλίων Υγείας και Δημόσιας Υγείας. ΚΕΣΥ – ΚΕΣΥΔΥ (2001-2005). Ο θεωρητικός τους ρόλος είναι να αποτελούν την εμπειρογνώμονα ηγεσία που θα χαράσσει τις στρατηγικές γραμμές στην υγεία, υποστηρίζοντας το έργο της κυβέρνησης και του Υπουργείου Υγείας.
- Η δημιουργία και λειτουργική συγκρότηση των Υγειονομικών Περιφερειών -ΥΠΕ (2001-2003-2005-2007-2009-2010)-, οι οποίες αναλαμβάνουν να ενισχύσουν τον αποκεντρωμένο χαρακτήρα διοίκησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Η δημιουργία Σώματος Επιθεωρητών Υγείας & Πρόνοιας - ΣΕΥΠ (2001)- που επιτελεί ρόλο National Audit Office. Ενδεικτικά παραθέτουμε την προγραμματική διακήρυξη του ΣΕΥΠ.

*«Η ελεγκτική παρέμβαση του συνιστώμενου Σώματος προβλέπεται να είναι ουσιαστική. Ο νέος ελεγκτικός μηχανισμός έχει ως ευρύτερο στόχο την αξιολόγηση της δραστηριότητας των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας ως προς την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, αλλά και την αποτίμηση του παραγόμενου έργου. Ο ρόλος του Σώματος είναι να καταγράφει παθογόνα αίτια, να διατυπώνει τα προβλήματα και να εισηγείται πρόσφορες και κυρίως βιώσιμες λύσεις για την αντιμετώπισή τους. Επομένως, βασικός στόχος τους Σώματος είναι να καταστεί συμμετέχων και συντελεστής αλλαγής στην προσπάθεια για την αναδόμηση του συστήματος υγείας και πρόνοιας και την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών προς τον πολίτη»<sup>35</sup>.*

- Η ανάπτυξη και δημοσίευση του Νέου Κώδικα Δεοντολογίας Ιατρικού Επαγγέλματος (2005), που δε θεσπίζει μεν εθνικά πρότυπα λειτουργίας και κλινικής πράξης, αλλά είναι ένα μικρό βήμα ευαισθησίας και εκσυγχρονισμού.
- Η ανάπτυξη και εφαρμογή Προτυποποίησης Εντύπων Ενιαίας Λειτουργίας των Νοσοκομείων (2008), ένας τρόπος ενοποίησης κάποιων βασικών διαδικασιών στο ΕΣΥ, που θα μπορούσε μελλοντικά

<sup>35</sup> Το ΣΕΥΠ ιδρύθηκε με το Ν. 2920/2001 τεύχος Α' ΦΕΚ 131/27.6.2001 και άρχισε να λειτουργεί στις 16/09/2002.

να βοηθήσει στην ενιαία συλλογή δεδομένων με την κατάλληλη χρήση πληροφοριακών συστημάτων.

- Άνοιγμα σε πιο διαφανή τρόπο πρόσληψης των διοικητών – υποδιοικητών (2009), μέσω δημοσίευσης των βιογραφικών των υποψηφίων στο διαδίκτυο, μέτρο που έχει ατονίσει και ξεχαστεί, δεδομένου ότι δεν επισημοποιήθηκε θεσμικά.
- Η ανάπτυξη και δημοσίευση των Εθνικών Σχεδίων Δράσης Δημόσιας Υγείας (2008), που όπως είδαμε στην παράγραφο 3.9.5., επιχείρησαν να θέσουν κάποιες κατευθυντήριες γραμμές και να σηματοδοτήσουν κάποιες προτεραιότητες στη δημόσια υγεία.
- Η ανάπτυξη και παραγωγική λειτουργία του Υγειονομικού Χάρτη (2009) ή Χάρτη Υγείας, σύστημα συλλογής και ηλεκτρονικής διάχυσης όλων των δεδομένων της λειτουργίας του συστήματος υγείας.
- Η νομική πρόβλεψη λειτουργίας Γραφείου Εξυπηρέτησης Πολίτη στα Νοσοκομεία (2010), για να ενισχύσει τη συμμετοχή κοινού και ασθενών στις υπηρεσίες υγείας.
- Η θέσπιση Συμβουλίων Διαβούλευσης – Διαφάνειας και Λογοδοσίας (2010) σε κάθε Δήμο και η θέσπιση Περιφερειακών Συμβουλίων Προγραμματισμού Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (2010) που έχουν σαν στόχο την εκτίμηση των τοπικών αναγκών υγείας και τη μεταφορά αυτών των αναγκών στην Κεντρική εξουσία.

Δεν κατορθώσαμε να βρούμε (δημοσιευμένα) δεδομένα είτε αποτελεσματικότητας, είτε αποδοχής από κοινό και επαγγελματίες υγείας των παραπάνω μέτρων. Συνεπώς, δε μπορεί να γίνει επιστημονικά αποδεκτή συζήτηση για το βαθμό επίτευξης των προσδοκιών που έχουν υπηρετήσει οι δομές, υπηρεσίες και διαδικασίες αυτές. Οι προγραμματικές διακηρύξεις που τα αφορούν είναι προς τη σωστή κατεύθυνση και μένει να ερευνηθεί κατά πόσο εφαρμόζεται στην πράξη ο σχεδιασμός και η νομική επιταγή του έργου τους.

#### **6.8. Συμπεράσματα. Διακυβέρνηση στην υγεία / κλινική διακυβέρνηση και επιστήμη του μάνατζμεντ. Οι «2 όψεις» του ίδιου νομίσματος. Επίλογος**

Για λόγους που αναλύσαμε εκτενώς, οι Βρετανοί Εργατικοί πριν 15 χρόνια θέλησαν να μεταρρυθμίσουν το ΕΣΥ τους και να εισάγουν διοικητική φιλοσοφία από τον κόσμο των επιχειρήσεων στην υγεία. Με σκοπό να βελτιώσουν την αποδοτικότητα, την ασφάλεια και κυρίως την ποιότητα του συστήματος. Είχαν μια εξαιρετική ιδέα. Τη βάφτισαν κλινική διακυβέρνηση. Γιατί αυτή η ιδέα ήταν εξαιρετική ; Επειδή χρησιμοποίησαν όλη τη γνώση και την αυθεντία από το ραγδαία αναπτυσσόμενο χώρο του μάνατζμεντ, μεταφρασμένες σε ιατρική γλώσσα. Πώς αλλιώς θα μπορούσαν να εισάγουν

σε έναν τόσο τεράστιο, παραδοσιακό και πανίσχυρο επιστημονικό κλάδο με ιστορία και αίγλη αιώνων, ένα πολύ πιο καινούριο και αμφιλεγόμενο ίσως για κάποιους επιστημονικό παρακλάδι, το μάνατζμεντ της υγείας, χωρίς να επαναστατήσει ο ιατρικός και συναφής κόσμος.

Η κλινική διακυβέρνηση εμπεριέχει ουσιαστικά και δεν υπαινίσσεται τους όρους «Quality management» (διοίκηση ποιότητας, παράγραφος 3.11.), «Quality improvement» (βελτίωση της ποιότητας 4.1.), «Quality assurance» (διασφάλιση της ποιότητας 3.10.), «Total quality management» (διοίκηση ολικής ποιότητας 3.13.), «Performance ranking» (βαθμολόγηση της επίδοσης 2.9.), «Performance management (μάνατζμεντ επιδόσεων 3.4.), «Organizational development» (οργανωσιακή ανάπτυξη 3.8.), «Organizational culture» (οργανωσιακή κουλτούρα 4.2.), «Leadership» (ηγεσία 5.1.), «Integrated management» (συνεκτικό μάνατζμεντ 3.9.5.), «Information management» (διοίκηση της πληροφορίας –διάφορα σημεία) και «Strategic management» (στρατηγικό μάνατζμεντ 3.12.3.).

Με διάφορους τρόπους και διαδικασίες συνδυάζει τις παραπάνω έννοιες και τις εντάσσει στην καθημερινή ιατρική και κλινική πράξη, με όχημα τον απώτερο σκοπό και τους επιμέρους στόχους του συστήματος υγείας.

Στην παρούσα εργασία καταβλήθηκε προσπάθεια να παρουσιάσουμε αυτούς τους τρόπους, με τους οποίους οι προαναφερθέντες βασικοί όροι της διοικητικής επιστήμης βρίσκουν εφαρμογή στις υπηρεσίες υγείας και παράλληλα να καταδείξουμε πώς και γιατί οι όροι αυτοί δίνουν ώθηση στο σύστημα υγείας και τι νόημα έχουν στη γλώσσα και στο χώρο της υγείας, κάτω από την ομπρέλα της κλινικής διακυβέρνησης και ευρύτερα της διακυβέρνησης.

Τελικά, η δουλειά που κάναμε, άνοιξε απλά δρόμους για περαιτέρω έρευνα, περισσότερη μελέτη και έδωσε ιδέες για ερευνητικά πειράματα που θα διερευνήσουν τις προοπτικές ανάλογων μοντέλων στο ελληνικό σύστημα και θα δώσουν, πιθανόν, ώθηση στο μάνατζμεντ της υγείας στη χώρα μας .

Για το Πανεπιστήμιο Πειραιά και ΤΕΙ Πειραιά,  
Φίλιππος Κουκουριτάκης,  
Βιολόγος –Υπεύθυνος Ηλεκτρονικής Ενημέρωσης Κοινού & Επαγγελματιών  
Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ,  
[philipkoug@gmail.com](mailto:philipkoug@gmail.com), +30-6946-008534

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Απαραίτητα αντικείμενα οργανωτικής προόδου κλινικής διακυβέρνησης			
	<b>Αντικείμενο</b>	<b>Τομέας</b>	<b>Λειτουργικό χαρακτηριστικό</b>
1	Το προσωπικό προσδιορίζει την καλύτερη κλινική πρακτική, μέσω «benchmarking» έναντι άλλων παρόχων	1	β
2	Το προσωπικό τροποποιεί, όπου χρειάζεται, τη διαδικασία φροντίδας μιμούμενο την καλύτερη πρακτική άλλων	1	γ
3	Τακτική επισκόπηση και συζήτηση γύρω από τα αποτελέσματα της έρευνας	1	β
4	Υπαρξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικά με την κλινική πράξη βασιζόμενη σε δεδομένα και την κριτική αξιολόγηση του προσωπικού	1	α
5	Συστηματική χρήση των αποτελεσμάτων ερευνητικών μελετών για τη διαρκή βελτίωση τη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	1	γ
6	Καμία ειδικότητα δεν είναι κυρίαρχη στις συζητήσεις πάνω στα ιατρικά θέματα.	1	β
7	Το προσωπικό συμμετέχει στον κλινικό έλεγχο και αποτίμηση του ιατρικού έργου	1	α
8	Υπαρξη εκπαιδευτικού προγράμματος για τη συμμετοχή του προσωπικού στον κλινικό έλεγχο και αποτίμηση του ιατρικού έργου	1	α
9	Οι τομείς κλινικού ελέγχου επιλέγονται ανάλογα με την εκτιμώμενη επιρροή τους στη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας	1	β
10	Υπάρχει επαρκής πρόσβαση στους προσυμφωνηθέντες δείκτες ιατρικής αποτελεσματικότητας	1	α
11	Η αποτίμηση και αναδιάρθρωση των υπηρεσιών βασίζεται στους δείκτες κλινικής αποτελεσματικότητας	1	γ
12	Γίνονται συζητήσεις επάνω σε δύσκολες ιατρικές υποθέσεις	2	β
13	Διενεργείται τακτικός απολογισμός και συζήτηση επάνω στα δεδομένα από τη διαχείριση κινδύνου	2	β
14	Ο εντοπισμός προβλημάτων από τα δεδομένα διαχείρισης κινδύνου οδηγεί σε βελτίωση της ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών	2	γ
15	Καταστρώνονται σαφή σχέδια αντιμετώπισης των ιατρικών κινδύνων που αποδείχτηκε πως προκύπτουν	2	β
16	Το προσωπικό έχει εκπαιδευτεί να χρησιμοποιεί το σύστημα διαχείρισης κινδύνου	2	β
17	Γίνεται τακτικός απολογισμός και συζήτηση αναφορικά με τα ανεπιθύμητα συμβάντα	2	β
18	Καταστρώνονται σαφή σχέδια αντιμετώπισης των ανεπιθύμητων συμβάντων	2	β
19	Ο εντοπισμός προβλημάτων στην αντιμετώπιση ανεπιθύμητων συμβάντων οδηγεί σε βελτίωση της ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών	2	γ
20	Το προσωπικό έχει εκπαιδευτεί να χρησιμοποιεί το σύστημα καταγραφής ανεπιθύμητων συμβάντων	2	β
21	Οποιαδήποτε παράπονα υπάρχουν καταγράφονται	2	α
22	Ο εντοπισμός προβλημάτων από τα καταγεγραμμένα παράπονα οδηγεί σε βελτίωση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών	2	γ
23	Καλλιεργείται νοοτροπία «μη κατηγορητική» σε σχέση με τα συστήματα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων και κλινικών αστοχιών	2	β
24	Το προσωπικό μπορεί να αμφισβητήσει τις ιατρικές πρακτικές συναδέλφων με εχεμύθεια	2	β
25	Το προσωπικό αναπτύσσει σχέδια για την αξιοποίηση ευκαιριών μετεκπαίδευσης και επαγγελματικής εξέλιξής του	3	β
26	Η μετεκπαίδευση του προσωπικού αντιστοιχίζει τις επιθυμίες των ατόμων με τις ανάγκες του οργανισμού	3	β
27	Οι καινούριες δεξιότητες που αποκτώνται εφαρμόζονται στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών	3	γ
28	<b>Η πλειονότητα του προσωπικού επαναξιολογείται σε ετήσια βάση</b>	3	α
29	Η αξιολόγηση του προσωπικού βασίζεται σε προσυμφωνηθέντα κριτήρια εργασίας και προόδου	3	β
30	Η αξιολόγηση του προσωπικού χρησιμοποιείται και ως ευκαιρία για να εκτιμηθεί η πρόοδος και να σχεδιαστεί η μελλοντική πορεία της περιθαλψής	3	β
31	Ο Γενικός Διευθυντής (π.χ. Διοικητής Νοσοκομείου – Διοικητής ΥΠΕ) οφείλει να καθορίσει τις κατευθυντήριες γραμμές της κλινικής διακυβέρνησης	4	α
32	Συγκεκριμένοι ιατρικοί και άλλοι επιστημονικοί κλάδοι έχουν έναν δι-ορισμένο υπεύθυνο κλινικής διακυβέρνησης	4	α
33	Υπάρχει επιτροπή κλινικής διακυβέρνησης (π.χ. το Επιστημονικό Συμβούλιο ή υπό-επιτροπή του) που δίνει αναφορά στο Διοικητικό Συμβούλιο	4	α
34	Σε κάθε τομέα, υπάρχουν διαδικασίες συλλογής δεδομένων για την επιτροπή κλινικής διακυβέρνησης	4	α
35	Τα συστήματα κλινικής διακυβέρνησης συνδέονται και υποστηρίζονται από συστήματα διασφάλισης ποιότητας που υπάρχουν σε διάφορους τομείς του οργανισμού	4	α
36	<b>Ομάδες επιστημόνων και εργαζομένων από διαφορετικούς τομείς</b>	5	β



	<b>συνεργάζονται, ξεπερνώντας στεγανά και προκαταλήψεις, για να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών</b>		
37	Ο σχεδιασμός παροχής υπηρεσιών περιλαμβάνει δράσεις βελτίωσης της ποιότητάς τους	5	β
38	Οι αποφάσεις για την ανάπτυξη ή κατάργηση ορισμένων υπηρεσιών βασίζονται σε ξεκάθαρα, προκαθορισμένα κριτήρια	5	γ
39	Οι τοπικές και διεθνείς προτεραιότητες που σηματοδοτούνται στα Εθνικά Σχέδια Δράσης αντανακλώνται στην παροχή υπηρεσιών εντός του οργανισμού	5	β
40	Τα προγράμματα των Εθνικών Σχεδίων Δράσης ενσωματώνουν χαρακτηριστικά επιχειρηματικού σχεδιασμού (business planning) και διαστάσεις συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας	5	β
41	Οι έξωθεν οδηγίες (π.χ. Εθνικά Πρότυπα) αξιολογούνται προτού υιοθετηθούν ή εφαρμοστούν, με βάση τοπικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες	5	β
42	Τα ιατρικά και άλλα κλινικά πρωτόκολλα είναι διαθέσιμα σε όλους τους επιστήμονες εκτός οργανισμού, οι οποίοι θα τα χρειαστούν και θα τα ζητήσουν	5	γ
43	Υπάρχει ένα κοινό όραμα κλινικής διακυβέρνησης που διατρέχει όλες τις βαθμίδες του οργανισμού	5	β
44	<b>Οι ηγετικές ικανότητες εντοπίζονται και αναπτύσσονται μέσα από προγράμματα εκπαίδευσης ηγετών</b>	5	β
45	Οι κλινικές ομάδες επανατροφοδοτούνται με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της απόδοσής τους	5	β
46	Οι ιατρικές ομάδες αναθεωρούν τις εργασιακές τους πρακτικές ανταποκρινόμενες σε αλλαγές και νέες συνθήκες που μπορεί να διαμορφώνονται	5	γ
47	Όλο το προσωπικό έχει κοινές επιδιώξεις που είναι γνωστοί σε όλους	5	β
48	Υπάρχουν σαφείς διαδικασίες που προωθούν τη συμμετοχή των αποδεκτών των υπηρεσιών (ασθενών) και κοινού στην ανάπτυξη αυτών των υπηρεσιών	5	β
49	Υπάρχουν σαφή κριτήρια για τη συμμετοχή ομάδων ασθενών και κοινού στις παραπάνω διαδικασίες	5	β
50	<b>Οι λειτουργικές διεργασίες βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών εστιάζονται στις καταγεγραμμένες εμπειρίες των ασθενών</b>	5	β
51	Οι τοπικές ιατρικές, κοινωνικές και προνοιακές υπηρεσίες και σύλλογοι συνεργάζονται στενά στα θέματα κλινικής διακυβέρνησης	5	β
52	Οι συνεργασίες με τις προαναφερθείσες τοπικές υπηρεσίες και συλλόγους έχουν σαφείς και αμοιβαία αποδεκτούς σκοπούς	5	β
53	Το προσωπικό αποκτά νοοτροπία αυτοκριτικής, μέσω της οποίας προτείνει την ανάπτυξη νέων μορφών παροχής υπηρεσιών	5	γ
54	Το προσωπικό αξιολογεί τις μεθόδους εκπαίδευσης και απόκτησης εμπειρίας	5	β
<b>Τομείς:</b> 1=βελτίωση ποιότητας, 2=διαχείριση κινδύνων, 3=βελτίωση επιδόσεων, 4=εταιρική λογοδοσία, 5=ηγεσία και συνεργασία <b>Λειτουργικά αντικείμενα:</b> α= δομή, β= διαδικασία, γ= αποτέλεσμα			

Οι 54 δείκτες ή αντικείμενα που παρουσιάζονται στο παράρτημα αυτό αποτελούν το βασικό μέρος του Προγράμματος Οργανωτικής Προόδου της Κλινικής Διακυβέρνησης. Το πρόγραμμα αυτό αναπτύχθηκε στις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας από το "Health Services Management Centre" του Πανεπιστημίου του Birmingham στην Αγγλία, για να προσδιορίσει αφενός καθήκοντα που ορίζουν την «καλή πρακτική» στην κλινική διακυβέρνηση (μέσω ενδεδειγμένης επισκόπησης της βιβλιογραφίας) και για να μετουσιώσει τα καθήκοντα αυτά σε διαδικασίες, δηλαδή να τους προσδώσει συγκεκριμένη λειτουργική διάσταση, καθορίζοντας ταυτόχρονα το βαθμό δυσκολίας αυτών των διαδικασιών (μέσω ποιοτικής έρευνας με ομάδες ειδικών). Οι ενέργειες αυτές «παρήγαγαν» τα 54 αντικείμενα τα οποία αντανακλούν την επάρκεια μιας ολοκληρωμένης και εφαρμοσμένης κλινικής διακυβέρνησης. Να σημειωθεί ότι το πρόγραμμα οργανωτικής προόδου παραγγέλθηκε και υιοθετήθηκε από την Εθνική Υπηρεσία Ελέγχου (National Audit Office) του ΕΣΥ της ΜΒ.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β (α)

### Βαθμολογείστε το Συμβούλιό σας

Παρακαλώ σχολιάστε και βαθμολογείστε πόσο καλά το Συμβούλιό σας ανταποκρίνεται σε κάθε έναν από τους παρακάτω τομείς.

#### Κλίμακα βαθμολογίας

Διαφωνώ πλήρως	Διαφωνώ	Διαφωνώ μερικώς	Συμφωνώ μερικώς	Συμφωνώ	Συμφωνώ πλήρως
1	2	3	4	5	6

Το Συμβούλιό σας:

- Αναπτύσσει μακροχρόνιο όραμα και έχει ξεκάθαρους στόχους  
1 2 3 4 5 6
- Σέβεται τα τοπικά ήθη και αρχές  
1 2 3 4 5 6
- Διασφαλίζει και προωθεί ηθικές αξίες  
1 2 3 4 5 6
- Στηρίζει την αποτελεσματική του λειτουργία μέσω έγκυρης πληροφόρησης  
1 2 3 4 5 6
- Διασφαλίζει οικονομική και οργανωτική εξυγίανση στον οργανισμό  
1 2 3 4 5 6
- Δημιουργεί σταθερές σχέσεις με σημαντικούς εξωτερικούς οργανισμούς και θεσμούς  
1 2 3 4 5 6
- Στηρίζει τις ξεκάθαρες σχέσεις με τους χρήστες των υπηρεσιών και την κοινότητα  
1 2 3 4 5 6
- Αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τους κινδύνους και τις προκλήσεις  
1 2 3 4 5 6
- Αποδίδει σωστά τις ευθύνες και λογοδοτεί το ίδιο συστηματικά  
1 2 3 4 5 6
- Εξασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία συστήματος διακυβέρνησης  
1 2 3 4 5 6
- Επاندρώνει αποτελεσματικά το ίδιο και τις επιτροπές που εποπτεύει  
1 2 3 4 5 6

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β (β)

Βρίσκοντας ικανά μέλη για τα συμβούλια

### 1. Προαπαιτούμενα χαρακτηριστικά κάθε μέλους

Χαρακτηριστικό	Ναι	Όχι
<ul style="list-style-type: none"><li>Εμπειρία με τα Συστήματα Υγείας</li><li>Εντιμότητα, ακεραιότητα</li><li>Συμπόρευση με τους στόχους του οργανισμού</li><li>Κατανόηση και υπηρετήση των αναγκών της κοινότητας</li><li>Ομαδικότητα, ικανότητα να συνεργάζεται</li><li>Άλλο</li></ul>		

### 2. Προαπαιτούμενα χαρακτηριστικά συνολικά για το συμβούλιο

Εμπειρία ή δεξιότητα	Μέλος συμβουλίου:							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<ul style="list-style-type: none"><li>Ολιστική προσέγγιση της υγείας</li><li>Συμβατική αντιμετώπιση της υγείας</li><li>Ανάπτυξη και υλοποίηση πολιτικών</li><li>Στρατηγικός σχεδιασμός</li><li>Εμπειρία στην οργάνωση και διοίκηση προσωπικού</li><li>Εμπειρία στην οικονομική διαχείριση</li><li>Γνώση του νομικού πλαισίου</li><li>Θητεία σε άλλα συμβούλια</li><li>Θητεία σε άλλα συμβούλια ή επιτροπές ως πρόεδρος</li><li>Προηγούμενη συνεργασία με κυβερνητικούς θεσμούς και οργανισμούς</li><li>Προηγούμενη συνεργασία με επίσημους φορείς και θεσμούς του εξωτερικού</li><li>Εμπειρία στη συνεργασία με το κοινό και ομάδες πολιτών ή επαγγελματιών υγείας</li></ul>								

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΠΟΥ ΕΠΟΠΤΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

#### Άρθρο 8 Διοίκηση Υγειονομικών Περιφερειών και Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.

1. Η παράγραφος 4 του άρθρου 7 του ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α΄) αντικαθίσταται, ως εξής:

«4. Το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) είναι πενταμελές για Νοσοκομεία μέχρι τριακόσιες ενενήντα εννέα (399) οργανικές κλίνες και επταμελές για Νοσοκομεία με τετρακόσιες (400) και άνω οργανικές κλίνες και αποτελείται από:

α) Τον Διοικητή του Νοσοκομείου, ως Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου.

β) Δύο μέλη σε Νοσοκομεία έως τριακόσιες ενενήντα εννέα (399) οργανικές κλίνες και τρία μέλη σε Νοσοκομεία με τετρακόσιες (400) και άνω οργανικές κλίνες, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αναπληρωτές τους. Από τα μέλη αυτά το ένα ορίζεται ως Αντιπρόεδρος, ο οποίος είναι μερικής απασχόλησης, στα νοσοκομεία έως τριακόσιες ενενήντα εννέα (399) οργανικές κλίνες, στα οποία δεν προβλέπεται Αναπληρωτής Διοικητής. Στα νοσοκομεία με τετρακόσιες (400) οργανικές κλίνες και άνω Αντιπρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου ορίζεται ο Αναπληρωτής Διοικητής. Στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, το ένα από τα τακτικά και ένα από τα αναπληρωματικά μέλη που διορίζει ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, πρέπει υποχρεωτικά να είναι μέλος Δ.Ε.Π. του Ιατρικού Τμήματος του οικείου Α.Ε.Ι..

γ) Τον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου ως Αντιπρόεδρο, σε νοσοκομεία με τετρακόσιες (400) και άνω οργανικές κλίνες, με αναπληρωτή του τον Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας.

δ) Έναν εκπρόσωπο των ιατρών και ειδικευόμενων ιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο, ο οποίος εκλέγεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από τους ιατρούς Ε.Σ.Υ., τους ειδικευόμενους ιατρούς και τους ιατρούς μέλη Δ.Ε.Π. που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

ε) Έναν εκπρόσωπο του λοιπού, πλην των ιατρών Ε.Σ.Υ., προσωπικού του Νοσοκομείου, ο οποίος εκλέγεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από το λοιπό, πλην των ιατρών Ε.Σ.Υ., προσωπικό του Νοσοκομείου.

Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου ορίζει την ημερήσια διάταξη της συνεδρίασης του οργάνου και τους εισηγητές των θεμάτων. Ο Πρόεδρος μπορεί, κατά την κρίση του, να καλεί στις συνεδριάσεις εκπροσώπους των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, καθώς και κάθε υπηρεσιακό παράγοντα ή εκπρόσωπο οποιουδήποτε επιστημονικού ή τοπικού φορέα.

Ο Διοικητής του Νοσοκομείου αναπληρώνεται από τον Αντιπρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου στα καθήκοντά του ως Πρόεδρου του Διοικητικού Συμβουλίου, ενώ στα καθήκοντά του ως Διοικητή αναπληρώνεται από

ται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από τους ιατρούς Ε.Σ.Υ., τους ειδικευόμενους ιατρούς και τους ιατρούς μέλη Δ.Ε.Π. που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

ε) Έναν εκπρόσωπο του λοιπού, πλην των ιατρών Ε.Σ.Υ., προσωπικού του Νοσοκομείου, ο οποίος εκλέγεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από το λοιπό, πλην των ιατρών Ε.Σ.Υ., προσωπικό του Νοσοκομείου.

Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου ορίζει την ημερήσια διάταξη της συνεδρίασης του οργάνου και τους εισηγητές των θεμάτων. Ο Πρόεδρος μπορεί, κατά την κρίση του, να καλεί στις συνεδριάσεις εκπροσώπους των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, καθώς και κάθε υπηρεσιακό παράγοντα ή εκπρόσωπο οποιουδήποτε επιστημονικού ή τοπικού φορέα.

Ο Διοικητής του Νοσοκομείου αναπληρώνεται από τον Αντιπρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου στα καθήκοντά του ως Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου, ενώ στα καθήκοντά του ως Διοικητή αναπληρώνεται από

τον Αναπληρωτή Διοικητή και, όπου αυτός δεν υπάρχει από τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Η συγκρότηση του Διοικητικού Συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η θητεία των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου είναι διετής.

Επιτρέπεται η αντικατάσταση μέλους του Διοικητικού Συμβουλίου για σπουδαίο λόγο, για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού.

Δεν μπορούν να ορισθούν μέλη Διοικητικού Συμβουλίου νοσοκομείων οι εργαζόμενοι ή απασχολούμενοι σε αυτό, με οποιαδήποτε σχέση εργασίας, εκτός από αυτούς που προβλέπονται στις περιπτώσεις γ΄, όσον αφορά τον Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας, δ΄ και ε΄ της παρούσας παραγράφου. Στο Διοικητικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης «Μαμάτσειο» και του Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας «Αγία Όλγα» συμμετέχει ο Δήμαρχος Κοζάνης και ένας εκπρόσωπος της δωρήτριας ή των κληρονόμων της, αντιστοίχως και ορίζεται ένα επιπλέον μέλος από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στο Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου που θα προκύψει από τη μετατροπή του Εθνικού Ιδρύματος Αποκατάστασης Αναπήρων συμμετέχει εκπρόσωπος της ΕΣΑμεΑ.»

Η ισχύς της παρούσας παραγράφου αρχίζει από τη 31.1.2011.

5. Το Δ.Σ. συνέρχεται τακτικά δύο φορές το μήνα και έκτακτα, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 13, 14 και 15 του Ν. 2690/1999.

6. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του Νοσοκομείου και το υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας προς τελική έγκριση και ένταξή του στο επιχειρησιακό σχέδιο της Υγειονομικής Περιφέρειας.

2. Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών του Νοσοκομείου και το υποβάλλει προς τελική έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Εγκρίνει τη δημιουργία, μείωση ή συγχώνευση μονάδων ή τμημάτων του Νοσοκομείου και υποβάλλει τη σχετική πρόταση προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

4. Εγκρίνει την ανέγερση, επέκταση, αναδιάταξη και ανακατανομή των κτιριακών και λοιπών υποδομών του Νοσοκομείου και υποβάλλει τη σχετική πρόταση προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
5. Εγκρίνει τον οργανισμό του Νοσοκομείου και τις τροποποιήσεις του και τον υποβάλλει προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
6. Εγκρίνει το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων του Νοσοκομείου και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
7. Εγκρίνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου, τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του, όπως και τον ισολογισμό και τον απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
8. Εγκρίνει το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών του Νοσοκομείου, καθώς και τις τροποποιήσεις του και το υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
9. Εγκρίνει τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσό άνω των 15.000 ευρώ και μέχρι 45.000 ευρώ ετησίως.
10. Εισηγείται τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσό άνω των 45.000 ευρώ ετησίως στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
11. Εγκρίνει τον ετήσιο προϋπολογισμό της δαπάνης που αφορά στις εφημερίες του ιατρικού προσωπικού και την υπερωριακή απασχόληση και εργασία κατά τις νυκτερινές ώρες και εξαιρέσιμες ημέρες του λοιπού προσωπικού και τον υποβάλλει προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
12. Εγκρίνει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων, την οποία αποστέλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
13. Εγκρίνει τις προτάσεις για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων του Νοσοκομείου και υποβάλλει στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας εισήγηση για την εκποίηση τους.
14. Εγκρίνει τη χορήγηση πάσης φύσεως εκπαιδευτικών αδειών του ιατρικού και λοιπού προσωπικού σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.
15. Αποφασίζει για την αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ του Νοσοκομείου.

<p>Το Διοικητικό Συμβούλιο εξακολουθεί να ασκεί τα καθήκοντά του μετά τη λήξη της θητείας του, μέχρι τον ορισμό νέου Διοικητικού Συμβουλίου, για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των τριών (3) μηνών.</p> <p>2. Στο τέλος της παραγράφου 4 του άρθρου 7 του ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α'), προστίθεται παράγραφος 4Α ως εξής:</p> <p>«Στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με δυναμικότητα τετρακοσίων (400) κλινών και άνω συνιστάται άμισθη Επιτροπή Ποιότητας, υπό την Προεδρία του Διοικητή ή του Αναπληρωτή Διοικητή, με τη συμμετοχή των Διευθυντών των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου, οι οποίοι αναπληρώνονται από τους νόμιμους αναπληρωτές τους. Στις αρμοδιότητές της περιλαμβάνονται ο συντονισμός των αυτοτελών τμημάτων Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης της παραγράφου 6 του άρθρου 6 του ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α'), η καθιέρωση και γνωστοποίηση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, η δημιουργία διαδικασιών πιστοποίησης και διαπίστευσης, καθώς και ο έλεγχος της εφαρμογής τους, σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες του Νοσοκομείου.»</p>	<p>3. Το πρώτο εδάφιο της παραγράφου 1 του άρθρου 7 του ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α') αντικαθίσταται ως εξής:</p> <p>«1. Στην Ιατρική Υπηρεσία των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. προϊστάται ιατρός με θέση Συντονιστή Διευθυντή ή ο μοναδικός Διευθυντής, προϊστάμενος τμήματος εργαστηρίου ή μονάδας. Στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι ιατρός μέλος Δ.Ε.Π. πρώτης βαθμίδας, που προϊστάται κλινικής ή εργαστηρίου ή μονάδας του οικείου Νοσοκομείου. Στους τομείς της Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ. προϊστάται ιατρός Συντονιστής Διευθυντής ή ο μοναδικός Διευθυντής, προϊστάμενος τμήματος εργαστηρίου ή μονάδας του τομέα αυτού. Στους τομείς της Ιατρικής Υπηρεσίας των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. προϊστάται ιατρός μέλος Δ.Ε.Π. πρώ-</p>
---	---

<p>της βαθμίδας, προϊστάμενος τμήματος εργαστηρίου ή μονάδας του τομέα αυτού.»</p> <p>4. Το εδάφιο α΄ της παραγράφου 8 του άρθρου 7 του ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α΄), όπως αντικαταστάθηκε με την παράγραφο 21 του άρθρου 2 του ν. 3204/2003, αντικαθίσταται ως εξής:</p> <p>«Σε κάθε τμήμα προϊστάται ιατρός αντίστοιχης ειδικότητας, που κατέχει θέση Συντονιστή Διευθυντή ή ο μοναδικός Διευθυντής, ή άλλος επιστήμονας της Ιατρικής Υπηρεσίας με βαθμό Διευθυντή.»</p> <p>5. Το δεύτερο εδάφιο της παραγράφου 6 του άρθρου 7 του ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α΄) αντικαθίσταται ως εξής:</p> <p>«Ως Διευθυντής τομέα ορίζεται ιατρός με θέση Συντονιστή Διευθυντή ή ο μοναδικός Διευθυντής που προϊστάται τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας.»</p> <p>6. Στην παράγραφο 2 του άρθρου 7 του ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α΄) προστίθεται εδάφιο ζ΄, ως εξής:</p> <p>«ζ. Συντονίζει και ελέγχει την εκπαίδευση των ιατρών για λήψη ειδικότητας και συνυπογράφει με τον Συντονιστή Διευθυντή ή τον μοναδικό Διευθυντή του Τμήματος Μονάδας ή Εργαστηρίου στο οποίο οι ιατροί ασκήθηκαν για τη λήψη της ειδικότητάς τους το πιστοποιητικό άσκησης και απόδοσής τους.» Τα εδάφια ζ΄, η΄ και ι΄ της παραγράφου 2 του άρθρου 7 του ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α΄) αναριθμούνται αντίστοιχα σε η΄, ι΄ και ια΄.</p> <p>7. Στο ε΄ εδάφιο της παραγράφου 8 του άρθρου 7 του ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α΄) αντικαθίσταται η λέξη «Διευθυντής» με τις λέξεις «Συντονιστής Διευθυντής».</p>	<p>8. Στο τέλος της περίπτωσης Θα 3 του άρθρου 4 του ν. 3754/2009 (ΦΕΚ 43 Α΄) προστίθεται εδάφιο ως εξής: «Στο Συμβούλιο Προσλήψεων Κρίσεων με ανοιχτές προκηρύξεις των Πανεπιστημιακών κλινικών, Μονάδων και Εργαστηρίων, συμμετέχει ο Συντονιστής Διευθυντής ιατρός μέλος Δ.Ε.Π. του οικείου τμήματος.»</p> <p>9. Το πρώτο εδάφιο της περίπτωσης Θ 4 του άρθρου 4 του ν. 3754/2009 (ΦΕΚ 43 Α΄) αντικαθίσταται από έναρξης ισχύος του ν. 3754/2009, ως εξής:</p> <p>«4. Δύο Επιμελητές Α΄, ιατροί κλάδου Ε.Σ.Υ., που υπηρετούν σε Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας της ίδιας με την κρινόμενη θέση υγειονομικής περιφέρειας και έχουν την ίδια ή συναφή με την κρινόμενη θέση ειδικότητα. Οι Επιμελητές αυτοί, καθώς και οι νόμιμοι αναπληρωτές τους επιλέγονται με κλήρωση για κάθε κρίση από σχετικό κατάλογο, που συντάσσει και διατηρεί η οικεία υγειονομική περιφέρεια και επικαιροποιείται σε ετήσια βάση. Οι ιατροί επιλέγονται με κλήρωση για τη συγκρότηση των Συμβουλίων προσλήψεων-κρίσεων με ανοιχτές προκηρύξεις. Εξέλιξή τους σε ανώτερο βαθμό δεν επηρεάζει την επιλογή τους. Ο τέταρτος και πέμπτος κριτής ασκούν συγχρόνως χρέη εισηγητών και υποχρεούνται να καταθέσουν τις εισηγήσεις τους εντός σαράντα πέντε (45) ημερών από το πέρας της προκήρυξης. Ενστάσεις επί των εισηγήσεων υποβάλλονται από τους υποψηφίους εντός είκοσι (20) ημερών από την κατάθεση των εισηγήσεων. Οι εισηγητές εισηγούνται επί των ενστάσεων εντός δεκαπέντε (15) ημερών και το Συμβούλιο συνεδριάζει και αποφασίζει σε διάστημα δεκαπέντε (15) ημερών από την ημερομηνία της τελευταίας εισήγησης. Έδρα του Συμβουλίου είναι το Νοσοκομείο που προκηρύσσει τη θέση.</p> <p>Οι επιλεγέντες κριτές μπορούν να παραιτηθούν μόνο για σπουδαίο λόγο και υποχρεούνται μέχρι την αντικατάστασή τους να ασκούν τα καθήκοντά τους, εκτός από τις περιπτώσεις ανωτέρας βίας.»</p>
--	--

10. Στο τέλος της περίπτωσης Θα του άρθρου 4 του 3754/2009 (ΦΕΚ 43 Α΄) προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Τα Συμβούλια προσλήψεων – κρίσεων συγκροτούνται με απόφαση του Διοικητή της Υ.ΠΕ. σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2690/1999 (ΦΕΚ 45 Α΄). Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ρυθμίζεται ο τρόπος λειτουργίας των ανωτέρω συμβουλίων διαδικασία λήψης απόφασης, η ιεράρχηση των κριτηρίων και η συγκριτική αξιολόγηση των κρινομένων. Μέχρι την έκδοση της υπουργικής απόφασης που θα ρυθμίζει τη λειτουργία των συμβουλίων κρίσης, ισχύουν οι σχετικές υπ' αριθ. 39832/1997 (ΦΕΚ 1088 Β΄) και 2103/2003 (ΦΕΚ 33 Β΄) υπουργικές αποφάσεις, που εκδόθηκαν κατ' εφαρμογή των νόμων 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α΄) και 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α΄) αντίστοιχα.»

11. Το πρώτο εδάφιο της περίπτωσης Θβ 4 του άρθρου 4 του ν. 3754/2009 (ΦΕΚ 43 Α΄) αντικαθίσταται ως εξής:

«Δύο Διευθυντές Ιατρούς κλάδου Ε.Σ.Υ., που υπηρετούν σε Νοσοκομείο ή κέντρο υγείας της ίδιας με τη κρινόμενη θέση Υγειονομικής Περιφέρειας και έχουν την ίδια ή συναφή με την κρινόμενη θέση ειδικότητα.»

12. Το πρώτο εδάφιο της περίπτωσης Θδ 4 του άρθρου 4 του ν. 3754/2009 (ΦΕΚ 43 Α΄) αντικαθίσταται ως εξής:

«Δύο Συντονιστές Διευθυντές Ιατρούς κλάδου Ε.Σ.Υ. που υπηρετούν σε νοσοκομείο της ίδιας με την κρινόμενη θέση Υγειονομικής Περιφέρειας και έχουν την ίδια ή συναφή με την κρινόμενη θέση ειδικότητα.»

13. Οι περιπτώσεις α΄ και β΄ της παραγράφου 1 του άρθρου 9 του ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α΄) αντικαθίστανται ως εξής:

«α) Έναν Ιατρό με θέση Συντονιστή Διευθυντή, που κλέγεται από όλους τους έχοντες θέση Συντονιστή ευθυντή του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του, Πρόεδρο. β) Έναν Ιατρό με βαθμό Διευθυντή, που εκλέγεται από όλους τους έχοντες θέση Διευθυντή Ιατρού και όλους τους Διευθυντές Ιατρούς του Νοσοκομείου, τον αναπληρωτή του. Στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ο Πρόεδρος είναι μέλος Δ.Ε.Π. πρώτης βαθμίδας.»

14. Στην παράγραφο 1 του άρθρου 9 του ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α΄) προστίθεται περίπτωση γ΄ ως εξής:

«γ) Έναν Ιατρό με βαθμό Διευθυντή που εκλέγεται από όλους τους Διευθυντές του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.»

## **ΝΟΜΟΣ ΓΙΑ ΤΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΟΛΙΤΗ (2010)**

«4. Σε κάθε Νοσοκομείο συνιστάται «Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη» το οποίο είναι αρμόδιο για την υποδοχή, ενημέρωση, παρακολούθηση διακίνησης, διοικητική υποστήριξη, συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων και την εν γένει προάσπιση των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Κάθε έτος συντάσσεται με επιμέλεια του Γραφείου Υποστήριξης Πολίτη 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.

Πέραν της λειτουργίας του τις εργάσιμες ημέρες και ώρες και τις ώρες επισκεπτηρίου, το Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη εξυπηρετεί το κοινό και στο πλαίσιο της λειτουργίας του Νοσοκομείου πέραν του τακτικού ωραρίου. Επίσης συνδέεται με τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών για την καλύτερη εξυπηρέτηση του κοινού τις ημέρες εφημερίας.

Το Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη υπάγεται άμεσα στον Αναπληρωτή Διοικητή σε νοσοκομεία με οργανικές κλίνες άνω των τετρακοσίων (400), άλλως στον Αντιπρόεδρο. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου κάθε Νοσοκομείου συγκροτείται τριμελής επιτροπή παρακολούθησης της λειτουργίας του γραφείου που αποτελείται από τον Αναπληρωτή Διοικητή ή Αντιπρόεδρο, κατά τα ανωτέρω, τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται ειδικότερα θέματα οργάνωσης και λειτουργίας του Γραφείου Υποστήριξης Πολίτη, συνεργασίας με το Γραφείο Κίνησης και κάθε άλλο σχετικό θέμα.»

## ΝΟΜΟΣ ΓΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΙΑ ΔΙΑΦΑΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΓΟΔΟΣΙΑΣ (2010)

### Άρθρο 10

#### Συμβούλια Διαβούλευσης Διαφάνειας και Λογοδοσίας - Περιφερειακά Συμβούλια Προγραμματισμού Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας

1. Θεσπίζεται σε κάθε δήμο «Συμβούλιο Διαβούλευσης, Διαφάνειας και Λογοδοσίας Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας». Το Συμβούλιο συγκαλείται τουλάχιστον μία φορά το χρόνο με ευθύνη του Δημάρχου ή του αρμόδιου Αντιδημάρχου, καθώς και σε έκτακτες περιπτώσεις. Συμμετέχουν σε αυτό οι Βουλευτές του νομού και από ένας εκπρόσωπος της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.), της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν.), της αντιπροσωπευτικότερης συνδικαλιστικής οργάνωσης του νοσηλευτικού κλάδου, του Ιατρικού Συλλόγου, του Φαρμακευτικού Συλλόγου, του Οδοντιατρικού Συλλόγου, της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας (Ε.Ν.Ε.), του Δικηγορικού Συλλόγου, της Διοίκησης των Φ.Π.Υ.Κ.Α., της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία, της Εκκλησίας, ενώσεων ασθενών, καθώς και οικονομικών, κοινωνικών φορέων και οργανώσεων που αντιστοιχούν στη χωρική αρμοδιότητα του Δήμου.

Σκοπός του «Συμβουλίου Διαβούλευσης, Διαφάνειας και Λογοδοσίας Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» είναι η ανάδειξη των θεμάτων περίθαλψης, δημόσιας υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην περιοχή αρμοδιότητας του δήμου, η παρακολούθηση της λειτουργίας των υπη-

ρεσιών, των δράσεων, των προβλημάτων και η υποβολή προτάσεων για την επίλυσή τους.

2. Θεσπίζεται σε κάθε Περιφέρεια «Συμβούλιο Προγραμματισμού Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας». Το Συμβούλιο συγκαλείται τουλάχιστον μία φορά το χρόνο με ευθύνη του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας, καθώς και σε έκτακτες περιπτώσεις με πρωτοβουλία αυτού ή του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Συμμετέχουν σε αυτό οι Βουλευτές και οι Δήμαρχοι της Περιφέρειας και από ένας εκπρόσωπος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.), της Διοίκησης των Φ.Π.Υ.Κ.Α. της Περιφέρειας, της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν.), της αντιπροσωπευτικότερης συνδικαλιστικής οργάνωσης του νοσηλευτικού κλάδου, του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, του Περιφερειακού Παραρτήματος της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.), του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, της Πανελλήνιας Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας που ορίζονται από την Περιφέρεια, της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου εάν υπάρχει στα όρια της χωρικής αρμοδιότητας της Περιφέρειας, της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία, καθώς και οικονομικών, κοινωνικών φορέων και οργανώσεων που αντιστοιχούν στη χωρική αρμοδιότητα της Περιφέρειας.

Σκοπός του «Συμβουλίου Προγραμματισμού Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» είναι η ετήσια ενημέρωση του υγειονομικού χάρτη υγείας και πρόνοιας της Περιφέρειας, η αξιολόγηση, ο απολογισμός και ο προγραμματισμός ανάπτυξης δομών και δράσεων στους τομείς αυτούς.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης καθορίζονται ειδικότερα θέματα συγκρότησης, συμμετοχής, οργάνωσης και λειτουργίας των «Συμβουλίων Διαβούλευσης, Διαφάνειας και Λογοδοσίας Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας», καθώς και των «Συμβουλίων Προγραμματισμού Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» και κάθε άλλο σχετικό θέμα.

4. Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καταθέτει και παρουσιάζει κάθε έτος στη Βουλή έκθεση για την Υγεία και Πρόνοια σε επίπεδο Επικράτειας, με βάση τα συμπεράσματα της Διαβούλευσης.



**Άρθρο 27**  
**Ρυθμίσεις για το Εθνικό Συμβούλιο**  
**Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.)**

1. Τα άρθρα 5, 6 και 7 του ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α') ε-παναφέρονται σε ισχύ.

2. Στο άρθρο 5, στο τέλος της παραγράφου 3 του ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α') προστίθεται εδάφιο ως ακολού-θως:

«(ιστ) τον Γενικό Διευθυντή Δημόσιας Υγείας και τους Διευθυντές όλων των διευθύνσεων που απαρτίζουν τη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας.»

3. Οι παράγραφοι 2 και 3 του άρθρου 6 του ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α') αντικαθίστανται ως εξής:

«2. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. γνωμοδοτεί για θέματα δημόσιας υ-γείας αυτεπαγγέλτως ή κατόπιν ερωτήματος του Υπουρ-γού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

3. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ., ως επιστημονικό, συμβουλευτικό και γνωμοδοτικό όργανο, έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α) Ασκει την επιστημονική εποπτεία των φορέων δη-μόσιας υγείας που εποπτεύονται διοικητικά από τον Υ-πουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με βάση ε-πιστημονικούς τεκμηριωμένα κριτήρια αξιολόγησης και ε-ναρμονίζει, επιστημονικά, το προγραμματικό έργο όλων των φορέων που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία μέσα στο πλαίσιο και τις προτεραιότητες που θέτει ο εθνικός στρατηγικός σχεδιασμός για τη δημόσια υγεία. Σε περί-πτωση έγερσης αμφισβητήσεων σχετικά με θέματα δη-μόσιας υγείας, διευθετεί προβλήματα που προκύπτουν από την επικάλυψη αρμοδιοτήτων φορέων δημόσιας υ-γείας.

β) Σε συνεργασία με τις υπηρεσίες και τους συναρμό-διους φορείς δημόσιας υγείας γνωμοδοτεί για τη δια-μόρφωση της Εθνικής Στρατηγικής για τη δημόσια υγεία, καθορίζει τους σκοπούς, τις προτεραιότητες και τις στρατηγικές παρέμβασης, προσδιορίζει τους μετρήσι-μους στόχους, την εξειδίκευσή τους σε κεντρικό, περι-φερειακό και τοπικό επίπεδο και τους χώρους πραγματο-ποίησης και αξιολόγησης των παρεμβάσεων. Σε συνερ-γασία με τις Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοι-νωνικής Αλληλεγγύης εκπονεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Σε κάθε περίπτωση η Εθνική Στρα-τηγική, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης και το σύνολο των πα-ρεμβάσεων εγκρίνονται με αποφάσεις του Υπουργού Υ-γείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και αποτελούν κα-τευθυντήριο οδηγό για τη δραστηριότητα όλων των υπη-ρεσιών δημόσιας υγείας.

γ) Συντάσσει ετήσια αναφορά για την Κατάσταση της Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού, η οποία υποβάλλεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

δ) Γνωμοδοτεί σε θέματα αξιολόγησης κινδύνων της

δημόσιας υγείας, καθώς και σε περιπτώσεις κρίσεων.

ε) Γνωμοδοτεί σε ειδικότερα θέματα στρατηγικής για τη δημόσια υγεία.

στ) Γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότη-τας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

ζ) Γνωμοδοτεί για τις ερευνητικές προτεραιότητες για τη δημόσια υγεία.

η) Διαμορφώνει τη μεθοδολογία και τα κριτήρια ποιοτι-κού ελέγχου και τεκμηριωμένης αξιολόγησης του επι-στημονικού έργου των εποπτευόμενων φορέων και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας στο πλαίσιο του ετήσιου α-πολογισμού των δραστηριοτήτων τους.

θ) Διαμορφώνει κριτήρια για την αξιολόγηση και πι-στοποίηση των δραστηριοτήτων κατάρτισης στη δημό-σια υγεία.

ι) Διαμορφώνει το πλαίσιο και τη μεθοδολογία εκπόνη-σης της Αναφοράς για την Κατάσταση της Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού.

ια) Συνεργάζεται με αντίστοιχα όργανα άλλων Κρα-τών, Οργανισμούς και Ιδρύματα, σε ζητήματα που άπτο-νται των αρμοδιοτήτων της και εισηγείται, σχετικά, στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

ιβ) Καθορίζει τα στοιχεία και τους δείκτες που συλλέ-γονται από το Χάρτη Υγείας, ο οποίος προβλέπεται στο άρθρο 18 του ν. 3172/2003, σχετικά με την υγεία των πο-λιτών και τη χρήση και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ενώ, παράλληλα, ελέγχει και διασφαλίζει την ποιότητα τους.

ιγ) Συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων, η οποία υ-ποβάλλεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλλη-λεγγύης.»

## **ΝΟΜΟΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΣΥΜΒΟΥΛΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

Άρθρο 9

Επιστημονικά Συμβούλια Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α.

1. Σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ.Κ.Α. συνιστάται εννεαμελές Επιστημονικό Συμβούλιο που αποτελείται από:

α) Δύο ιατρούς με βαθμό Διευθυντή, που εκλέγονται από όλους τους Διευθυντές ιατρούς του Νοσοκομείου, με τους αναπληρωτές τους.

β) Έναν ιατρό με βαθμό Αναπληρωτή Διευθυντή, που εκλέγεται από όλους τους Αναπληρωτές Διευθυντές ιατρούς του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.

γ) Έναν ιατρό με βαθμό Επιμελητή Α', που εκλέγεται από όλους τους Επιμελητές Α' του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.

δ) Έναν ιατρό με βαθμό Επιμελητή Β', που εκλέγεται από όλους τους Επιμελητές Β' του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.

ε) Έναν επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη ιατρό, κατηγορίας ΠΕ και έναν επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη ιατρό, κατηγορίας ΤΕ, με βαθμό τουλάχιστον Α', που εκλέγονται από όλους τους μη ιατρούς υπαλλήλους, κατηγορίας Π Ε και ΤΕ αντίστοιχα, που υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία.

στ) Έναν ειδικευόμενο ιατρό, που εκλέγεται από όλους τους ειδικευόμενους ιατρούς του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.

ζ) Έναν Νοσηλευτή ΠΕ με βαθμό Α', και ελλείπει αυτού έναν Νοσηλευτή ΤΕ ή μαία ή επισκέπτρια υγείας με βαθμό Α', που εκλέγεται από όλους τους νοσηλευτές και μαίες του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.

Αν οποιοδήποτε μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου χάσει την ιδιότητα με την οποία έχει εκλεγεί, παύει αυτόματα να είναι μέλος και ορίζεται νέο με την αρχική διαδικασία, για το υπόλοιπο της θητείας. Αντικατάσταση μέλους, με την ίδια διαδικασία, γίνεται και στην περίπτωση κατά την οποία το μέλος απουσιάζει από περισσότερες από τρεις συνεχόμενες συνεδριάσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου.

2. Το Επιστημονικό Συμβούλιο συνεδριάζει τακτικά δύο φορές το μήνα και έκτακτα όταν αυτό ζητηθεί από τον Πρόεδρο ή δύο τουλάχιστον μέλη του.

Στην πρώτη συνεδρίασή του, το Επιστημονικό Συμβούλιο εκλέγει, με μυστική ψηφοφορία, τον Πρόεδρό του. Υποψήφιοι για το αξίωμα αυτό δύνανται να είναι μόνο ιατροί που κατέχουν το βαθμό του Διευθυντή ή Αναπληρωτή Διευθυντή. Σε περίπτωση ισοψηφίας, ο Διοικητής του Νοσοκομείου διενεργεί κλήρωση μεταξύ των ισοψηφισάντων, για την ανάδειξη του Προέδρου.

Στις συνεδριάσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου τηρούνται πρακτικά σε ειδικό βιβλίο πρακτικών θεωρημένο από τον Διοικητή του Νοσοκομείου. Η γραμματειακή υποστήριξη του Επιστημονικού Συμβουλίου ανατίθεται σε υπάλληλο της Διοικητικής Διεύθυνσης του Νοσοκομείου, οριζόμενο από τον Διοικητή.

Η θητεία του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι διετής και η συγκρότηση του γίνεται με απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου.

3. Το Επιστημονικό Συμβούλιο γνωμοδοτεί για κάθε θέμα το οποίο σχετίζεται με την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας στους νοσηλευόμενους και τους εξωτερικούς ασθενείς του Νοσοκομείου.

Στις αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου περιλαμβάνονται:

α) Η κατάρτιση και εισήγηση του ετήσιου και μηνιαίου προγράμματος εφημεριών των ιατρών των Τομέων και Τμημάτων του Νοσοκομείου και η έγκαιρη υποβολή του στον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου για έγκριση, ή όπου αυτός δεν υπάρχει, στον Διοικητή. Οποιαδήποτε αλλαγή στο πρόγραμμα των εφημεριών γίνεται μόνο με γραπτή και αιτιολογημένη εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου και έγκριση από τον Αναπληρωτή Διοικητή, ή όπου αυτός δεν ορίζεται, από τον Διοικητή.

β) Η συγκρότηση και η παρακολούθηση της δραστηριότητας επιστημονικών επιτροπών του Νοσοκομείου και όποιων άλλων επιτροπών ή ομάδων εργασίας όταν η σύστασή τους αποφασιστεί από τον Διοικητή.

γ) Η οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων, με συμμετοχή ειδικών επιστημόνων εκτός Νοσοκομείου, όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο.

δ) Η οργάνωση και η ενημέρωση της κλασικής και ηλεκτρονικής βιβλιοθήκης του Νοσοκομείου.

ε) Οι αρμοδιότητες της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.

στ) Η εισήγηση, προς τον Διοικητή, μέτρων που αφορούν στη βελτίωση της λειτουργίας των επί μέρους μονάδων του Νοσοκομείου, στη θέσπιση προτεραιοτήτων κατά τον προγραμματισμό της προμήθειας εξοπλισμού ή υγειονομικού υλικού και σε οτιδήποτε κριθεί, από τον Διοικητή, ό,τι δύνανται να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων προς τους ασθενείς υπηρεσιών.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- [1] Richard Dogson, Kelley Lee, Nick Drager. "Global health governance. A conceptual review". Centre on global change & health, London School of Hygiene & Tropical Medicine – Dept of Health & Development, WHO, February 2002.
- [2] Rosenau J.N. (1995), "Governance in the Twenty-first Century", Global Governance, 1.
- [3] Finkelstein L. (1995), "What is global governance?" Global Governance, 1(3): 367-72.
- [4] Williamson O., "The Mechanisms of Governance", Oxford: Oxford University Press, 1996.
- [5] World Bank, "Governance: the World Bank's Experience" (Washington D.C.: IBRD), 1994.
- [6] Held D., McGrew A., Goldblatt D. and Perraton J., "Global Transformations: Politics, Economics and Culture" Stanford: Stanford University Press, 1999.
- [7] John Graham, Bruce Amos and Tim Plumptre, "Governance Principles for Protected Areas in the 21<sup>st</sup> Century", Institute On Governance (June 2003), 2–7.
- [8] Stephen Cornell, Catherine Curtis, and Miriam Jorgensen, "The Concept of Governance and its Implications for First Nations: A Report to the British Columbia Regional Vice-Chief, Assembly of First Nations", Native Nations Institute for Leadership, Management, and Policy, August 2003.
- [9] John Graham and Jodi Bruhn, "Improving Health Governance in First Nations Communities: Model Governance Policies and Tools", Institute On Governance [IOG 2009-1281], 2009.
- [10] Γεράσιμος Μωραΐτης, «Η πολιτική οικονομία της εταιρικής διακυβέρνησης», Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα διοίκησης επιχειρήσεων, Διπλωματική εργασία, Φεβρουάριος 2008.
- [11] Mark J. "The Institutions of Corporate Governance", Handbook of New Institutional Economics 371, Claude Menard & Mary M. Shirley eds., Springer, 2005.
- [12] A. Shleifer, "A Survey of Corporate Governance", The Journal of Finance Vol. 52, No. 2, Jun., 1997.
- [13] "OECD Principles of Corporate Governance", OECD-Organization for Economic Co-operation & Development, 2004 Edition.
- [14] Φίλιππος Κουκουριτάκης, «Ηγεσία και Ηγέτες στην Υγεία», Προπτυχιακή εργασία, Μεταπτυχιακό στη Διοίκηση της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά, 2008.

- [15] "Policy Brief. Cross-Border Health Care in Europe", European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
- [16] Marree J, Groenewegen PP., "Back to Bismarck: Eastern European health care systems in transition", Aldershot: Avebury, 1997.
- [17] "Delivering for Health", Scottish Executive Health Department (SEHD), 2005.
- [18] "Drivers for Change in the Health Service in Scotland", Scottish DH 2005.
- [19] "Health system governance for improving health system performance." Report of a WHO global consultation, 2007. (Chapter by Maureen Lewis, World Bank).
- [20] "Health system governance for improving health system performance." Report of a WHO global consultation, 2007. (Chapter by Thomas Bossert, Harvard School of Public Health).
- [21] G Scally and L J Donaldson, "Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England", BMJ (July 1998: 61-65).
- [22] Andrew Gray, "Governing Medicine: Theory & Practice", Open University Press, 2004.
- [23] Rob McSherry and Paddy Pierce, "Clinical Governance: A guide to implementation for health care professionals", Blackwell Publishing, 2007.
- [24] Myriam Lugon and Jonathan Secker-Walker, "Clinical Governance: Make it Happen", Royal Society of Medicine, 1999.
- [25] Alan Maynard, "Inequalities in health: an introductory editorial", Health Economics Volume 8, Issue 4, pages 281–282, June 1999.
- [26] Thoreya Swage, "Clinical Governance in Health Care Practice", Bullerworth-Heinemann Ltd, London, 2000.
- [27] Nikolas Rose, "Powers of Freedom: Reframing Political Thought", Cambridge University Press, 1999.
- [28] Mitchell Dean, "Governmentality: power and rule in modern society", SAGE Publications Ltd, London 1999.
- [29] Rod Rhodes, "Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability", Open University Press, 1997.
- [30] Paul Hoggett, "New modes of control in the public service", Public Administration, March 1996: 9-32.
- [31] Paul Hoggett, "Contested Communities. Experiences, struggles, policies", The Policy Press, University of Bristol, 1997.

- [32] Courpasson, D., "Managerial Strategies of Domination. Power in Soft Bureaucracies". *Organization Studies*, 21/1: 141-161, 2000.
- [33] Mark Hackett, Richard Lilford, Joe Jordan, "Clinical governance: culture, leadership and power – the key to changing attitudes and behaviors in trusts", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 12 Iss: 3, pp.98 – 104, 1999.
- [34] M.E. Seddon, M. N. Marshall, S. M. Campbell, M. O. Roland, "Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand" *Quality in Health Care* 2001;10:152–158.
- [35] T Freeman and K Walshe, "Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England", *Qual Saf Health Care*. 2004 October; 13(5): 335–343.
- [36] Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, et al. "The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals", *Qual. Saf. Health Care* 2003; 12:112–8.
- [37] Stronach I. "Shouting theatre in a crowded fire: 'educational effectiveness' as cultural performance", *Evaluation* 1999;5:173–93.
- [38] Freeman T, Latham L, Walshe K, et al. "How do trusts intend to measure progress in clinical governance ?", *J Clin Governance* 2001;9:37–43.
- [39] Walshe K. "Regulating healthcare: a prescription for improvement?", Buckingham: Open University Press, 2003.
- [40] Walshe K. "The evaluation of the Commission for Health Improvement's performance and impact on the NHS: a scoping review", London: Commission for Health Improvement, 2002.
- [41] Freeman T. "Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of the clinical governance climate questionnaire", *Health Serv Manage Res* 2003; 16:234–50.
- [42] Moss F, Garside P, Dawson S. "Organizational change: the key to quality improvement", *Quality in Health Care* 1998; 7(Suppl.): S1–2.
- [43] Huw T O Davies, Sandra M Nutley, Russell Mannion, "Organisational culture and quality of health care", *Quality in Health Care* 2000; 9: 111–119.
- [44] Russel Mannion, Huw T.O. Davies, Martin N. Marshall, "Cultures for Performance in Health Care", Open University Press, 2005.
- [45] Leatherman S, Sutherland K. "The Quest for Quality in the NHS A mid-term evaluation of the ten-year quality agenda". TSO 2003.

- [46] Jones C, Dewing I, "The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls". *Financial Accountability and Management* 1997; 13: 261–80.
- [47] Robbins SP. "Organizational behavior: concepts, controversies, and applications". 7th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1996.
- [48] Newman J. "Shaping organizational cultures in local government". London: Pitman, 1996.
- [49] Christian Koeck, "Time for organisational development in healthcare organizations". *BMJ* 1998; 317: 1267–8.
- [50] NHS "Integrated Governance Handbook. A handbook for executives and non-executives in healthcare organizations." DH, February 2006. [Διαθέσιμο εδώ](#).
- [51] Alastair V Campbell, University of Bristol, "Clinical governance: watchword or buzzword ?", *Journal of Medical Ethics* 2001; 27 suppl. I: i54–i56.
- [52] Working Group on Medical Revalidation and Education, "Review of the Readiness of Appraisal and Clinical Governance to Support the Relicensure of Doctors", KPMG, 21 November 2007.
- [53] "Achieving Improvements Through Clinical Governance", A Progress Report On Implementation By NHS Trusts, National Audit Office, 2006 (p. 11).
- [54] "Improving Quality and Safety Progress in Implementing Clinical Governance in Primary Care: Lessons for the New Primary Care Trusts", National Audit Office, 2007, (p. 8).
- [55] "Good doctors, safer patients. Proposals to strengthen the system to assure and improve the performance of doctors and to protect the safety of patients." A report by the Chief Medical Officer, DH, 2006.
- [56] Phillips CB, Pearce CM, Hall S, Travaglia J, de Lusignan S, Love T, Kljakovic M. "Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence". *The Medical journal of Australia* (2010), Volume: 189, Issue: 2, Pages: 602-607.
- [57] Braithwaite J, Travaglia JF. "An overview of clinical governance policies, practices and initiatives". *Aust Health Rev.* 2008 Feb; 32(1):10-22.
- [58] Mays N, Pope C, Popay J. "Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management policy-making in the health field". *J Health Serv Res Policy* 2005; 10 Suppl. 1: 6-20.
- [59] Advanced Community Care Association. "Annual report 2004–05". Adelaide: ACCA, 2005.

[60] Janet Newman, "Modernizing Governance, New Labour, Policy and Society", SAGE Publications, 2001.

[61] Runciman WB, Merry A, Walton M. "Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right". Aldershot: Ashgate, 2007.

[62] Claire L Jackson, Caroline Nicholson, Jenny Doust, Lily Cheung and John O'Donnell, "Seriously working together: integrated governance models to achieve sustainable partnerships between health care organizations", MJA, Volume 188 Number 8, S57–S60, 21 April 2008.

[63] Podger AS. "A model health system for Australia. Part 1: directions for reform of the Australian health system". Asia Pac J Health Manage 2006; 1: 10-16.

[64] Menadue J. "Healthcare reform: possible ways forward." Med J Aust. 2003; 179: 367-369.

[65] Wilson JH. "Health care governance in the UK National Health Service". World Hosp Health Serv. 2004; 40(3):15-7, 40, 42.

Η παραπάνω βιβλιογραφία χρησιμοποιήθηκε για τη διπλωματική εργασία του μεταπτυχιακού φοιτητή Φίλιππου Κουκουριτάκη, με θέμα:

**«Η κλινική διακυβέρνηση ως το σύγχρονο και αποτελεσματικό μοντέλο διοίκησης της υγείας. Οι ρίζες της, οι λόγοι που την καθιστούν αναγκαιότητα στην εποχή μας και οι προοπτικές εφαρμογής της στην Ελλάδα»**

**"Clinical governance ; the modern, effective model of health management. Searching for the roots and the reasons which make it a necessity in health systems. The perspectives of a possible implementation in Greece"**

Πειραιάς, Ιανουάριος 2012