



Ελληνική Δημοκρατία
Υπουργείο Διοικητικής Ανασυγκρότησης



εκδδα

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΕ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ
ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΤΙΤΛΟΣ

Κλινική Διακυβέρνηση και Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

**Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής φροντίδας
Τμήμα Εξειδίκευσης: Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας**

Επιβλέπουσα:

Δρ. Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου

Σπουδάστρια:

Ιωάννα Μάλλιου

ΑΘΗΝΑ - 2018

ΕΣΔΔΑ

Ιωάννα Μάλλιου

©, 2018

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος

Δήλωση

«Δηλώνω ρητά ότι, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν παραβιάζει καθ' οιονδήποτε τρόπο πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής.»

Αθήνα, 12/12 /2017

Ιωάννα Μάλλιου

Υπογραφή

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

W. Edwards Deming, 1900 - 1993

Ευχαριστίες

Έχοντας ολοκληρώσει την τελική εργασία, νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου, διδάκτωρ του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για το ειλικρινές ενδιαφέρον και την αμέριστη υποστήριξή που επέδειξε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Η άρτια επιστημονική της κατάρτιση, η συνεχής καθοδήγηση και οι πολύτιμες συμβουλές της συντέλεσαν σημαντικά στην αποπεράτωση του παρόντος πονήματος. Επιπλέον θέλω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, τους φίλους μου, τη δεύτερη οικογένεια μου, για την υπομονή που έδειξαν και τη βοήθεια που μου προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου στην ΕΣΔΔΑ.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η κλινική διακυβέρνηση συνιστά ένα σύγχρονο μοντέλο διοίκησης υγείας που συνδυάζει την κλινική αποτελεσματικότητα με την αποτελεσματική διοικητική οργάνωση και τη βέλτιστη διαχείριση των πόρων εντός ενός περιβάλλοντος ασφάλειας και αριστείας, με στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία σκοπεύει να αναδείξει την αναγκαιότητα εφαρμογής των αρχών κλινικής διακυβέρνησης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας στα πλαίσια μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης στρατηγική και να καταγράψει το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο διοίκησης ποιότητας και κλινικής διακυβέρνησης.

Υλικό και Μέθοδος: Η εν λόγω εργασία υλοποιήθηκε μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας των τελευταίων 20 ετών. Αναζητήθηκε υλικό σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και ακαδημαϊκές βιβλιοθήκες. Επιπλέον πραγματοποιήθηκε πρωτογενής έρευνα νομοθετημάτων στον δικτυακό τόπο του Εθνικού Τυπογραφείου.

Αποτελέσματα: Το σύγχρονο μάνατζμεντ υγείας βρίσκεται στο προσκήνιο του ελληνικού χώρου υγειονομικής περίθαλψης. Η εφαρμογή του μοντέλου κλινικής διακυβέρνησης καθίσταται απαραίτητη, ενώ την καθολική και ουσιαστική εφαρμογή της στις δημόσιες μονάδες υγείας διευκολύνει η ύπαρξη ενός συνεκτικού και επαρκούς νομοθετικού πλαισίου.

Λέξεις – κλειδιά: Διακυβέρνηση, Κλινική Διακυβέρνηση, Κλινικός Έλεγχος, Ποιότητα, Υπηρεσίες Υγείας, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Summary

Introduction: Clinical governance is a contemporary model of health management that combines clinical effectiveness with the effective administrative organization and optimal resource management within an environment of assurance and excellence with the scope to providing high quality healthcare services.

Purpose: This work aims to highlight the necessity to apply the principles of clinical governance to the Greek Healthcare System within the framework of a single integrated strategy and to record the existing legislative framework for quality management and clinical governance.

Sources and Method: This thesis was carried out through a bibliographic review of the last 20 years of the Greek and international bibliography. The sources' search was based on electronic databases and academic libraries. In addition, a primary research of legislation was carried out on the website of the National Printing House.

Outcome: Modern health management is at the forefront of the Greek health care area. The implementation of the clinical governance model is essential, while its comprehensive and effective implementation in public health facilities facilitates the existence of a coherent and adequate legislative framework.

Keywords: Governance, Clinical Governance, Clinical Control, Quality, Health Services, Total Quality Management

Συντομογραφίες

ΔΟΠ: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

ΕΔ: Εταιρική Διακυβέρνηση

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΛΟΤ: Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης

ΕΟΦ: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων

ΕΣΣΔΑ: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΕΣΥΔ: Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης

ΚΔ: Κλινική Διακυβέρνηση

ΚΕΕΛΠΝΟ:

ΚΠΑ: Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης

ΟΗΕ: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας Ασφάλειας

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΣΕ: Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση

ΣΕΑ: Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη

ΣΕΕ: Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση

ΤΟΜΥ: Τοπικές Μονάδες Υγείας

ΤΦΥ: Τεκμηριωμένη Φροντίδα Υγείας

ΥΑ: Υπουργική Απόφαση

ΥΠΕ: Υγειονομική Περιφέρεια

ΥΥ: Υπουργείο Υγείας

CAF: Common Assessment Framework

EBM: Evidence Based Medicine

ECRI: Emergency Care Research Institute

ISO: International Organization for Standardization

NHS: National Health System

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

NSF: National Service Framework

Περιεχόμενα	
Περίληψη	3
Summary	4
Συντομογραφίες	5
Περιεχόμενα	6
1. Εισαγωγή	10
2. Σκοπός	11
3. Υλικό Μέθοδος	11
4. Αποτελέσματα	12
4.1. Αποσαφήνιση διακυβέρνησης και εταιρικής διακυβέρνησης	12
4.2. Από την εταιρική διακυβέρνηση στην διακυβέρνηση στην υγεία	14
4.2.1. Ιδιαιτερότητες του χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας	14
4.2.2. Η διακυβέρνηση στην υγεία	16
4.2.3. Αρχές διακυβέρνησης συστημάτων υγείας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ)	18
4.3 Κλινική διακυβέρνηση και ποιότητα	20
4.3.1. Βασικές προσεγγίσεις μέτρησης και βελτίωσης της ποιότητας	21
4.3.2. Διεθνής εμπειρία	24
4.3.3. Βασικές στρατηγικές κλινικής διακυβέρνησης	26
4.3.3.1. Κλινικός Έλεγχος	29
4.3.3.2. Διαχείριση κινδύνων και ασφάλεια ασθενών	32
4.3.3.3. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού	35
4.3.3.4. Ανεπιθύμητα συμβάντα	37
4.3.4. Αναγκαιότητα για κλινική διακυβέρνηση	39
4.3.4.1. Αλλαγές στις πολιτικές υγείας και δημογραφικές αλλαγές	39
4.3.4.2. Πρόσβαση στην πληροφορία και αύξηση των προσδοκιών των ασθενών	40
4.3.4.3. Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας και Τεχνολογία Υγείας	42
4.4 Η σπουδαιότητα της Κουλτούρας στην Κλινική Διακυβέρνηση	44
4.5 Κλινική Διακυβέρνηση και Οργανισμός Μάθησης	46
4.6. Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης ως εργαλείο Κλινικής Διακυβέρνησης	47
4.7 Από το ESY.net στο Σύστημα Επιχειρησιακής Ευφυΐας του Υπουργείου Υγείας – Business Intelligence (BI – Health)	48
4.8. Το νομοθετικό πλαίσιο διοίκησης ποιότητας και κλινικής διακυβέρνησης στην Ελλάδα	50
5. Συμπεράσματα - Προτάσεις	59

6. Βιβλιογραφία	61
7. Παράρτημα	71

Πίνακας Πινάκων

Πίνακας 1: Κατάταξη των βασικών στοιχείων Κλινικής Διακυβέρνησης σε τέσσερις ενότητες	26
Πίνακας 2: Δικτυακοί τόποι διανομής Κατευθυντήριων Οδηγιών	28
Πίνακας 3: Νομοθετικό πλαίσιο διοίκησης ποιότητας και κλινικής διακυβέρνησης	50

Πίνακας Σχημάτων

Σχήμα 1: Απεικόνιση διασφάλισης ποιότητας	23
Σχήμα 2: Κύκλος Κλινικού Ελέγχου.....	30
Σχήμα 3 : Διαδικασία διαχείρισης κινδύνων.....	35

1. Εισαγωγή

Τα συστήματα υγείας διεθνώς αντιμετωπίζουν πληθώρα προκλήσεων και προσπαθούν να ανταποκριθούν στις ραγδαίες αλλαγές και απαιτήσεις του σύγχρονου ανταγωνιστικού περιβάλλοντος. Ταυτόχρονα παρατηρείται μεταβολή στη σχέση επαγγελματία υγείας – ασθενούς και μετεξέλιξη του μοντέλου φροντίδας από «ιατρο - κεντρικό» σε «ασθενο - κεντρικό» μοντέλο, ολιστικής προσέγγισης, όπου στο επίκεντρο βρίσκεται ο ασθενής και οι ιδιαίτερες ανάγκες του.

Είναι γεγονός ότι σε αυτή την περίοδο βαθιάς οικονομικής ύφεσης και περιορισμένων οικονομικών πόρων, οι ανάγκες των πολιτών για υπηρεσίες υγείας έχουν αυξηθεί κατακόρυφα, ως εκ τούτου τα συστήματα υγείας παγκοσμίως και ιδιαίτερα της Ελλάδας καλούνται να συνδυάσουν τη βέλτιστη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων με την ύπαρξη κλινικής αποτελεσματικότητας, ποιότητας και ασφάλειας. Υπό το πρίσμα αυτό ο χώρος της υγείας εξαιτίας των συνθηκών που επικρατούν θα μπορούσε να παρομοιαστεί με τον Ιανό καθώς φαίνεται να έχει δύο "πρόσωπα". Από τη μία πλευρά η ιατρική αποτελεσματικότητα και ο όρκος του Ιπποκράτη και από την άλλη η αντικειμενική παράμετρος της χρηματοδότησης που απαιτεί οικονομική αποδοτικότητα.

Η παρούσα διπλωματική ως αναπόσπαστο τμήμα του Εκπαιδευτικού Προγράμματος της ΕΣΔΔΑ (όπως αυτό ορίζεται στον κανονισμό σπουδών (ΦΕΚ 606/Β/22-2-2018), συντάσσεται σύμφωνα με τις οδηγίες που έχουν δοθεί για την εκπόνηση της και επιχειρεί να αναδείξει τον τρόπο με τον οποίο η κλινική διακυβέρνηση μπορεί να καταστεί ένα αποτελεσματικό και σύγχρονο μοντέλο διοίκησης υγείας στην Ελλάδα.

Αρχικά θα αποσαφηνιστούν οι έννοιες διακυβέρνηση, εταιρική διακυβέρνηση και θα παρουσιασθεί ο τρόπος μετάβασης προς την διακυβέρνηση στην υγεία καθώς και οι ιδιαιτερότητες που διέπουν τον εν λόγω χώρο. Εν συνεχεία λόγω της καθοριστικής συμβολής της κλινικής διακυβέρνησης στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας θα γίνει εκτενής αναφορά στην έννοια, τα χαρακτηριστικά και τους στόχους της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Θα ακολουθήσει περιγραφή των εργαλείων κλινικής διακυβέρνησης, ενώ ιδιαίτερη μνεία θα γίνει στους λόγους για τους οποίους είναι αναγκαία η υιοθέτηση πρακτικών κλινικής διακυβέρνησης στη σημερινή πραγματικότητα. Επίσης η παρούσα εργασία αναφέρεται στον καθοριστικό ρόλο της κουλτούρας και της ηγεσίας για την ουσιαστική εφαρμογή των πρακτικών κλινικής

διακυβέρνησης καθώς και στη σημασία που εμπεριέχει η ικανότητα μετεξέλιξης των οργανισμών σε "οργανισμούς μάθησης". Ακολούθως θα γίνει αναφορά στη ΔΟΠ και στο σύστημα επιχειρηματικής ευφυΐας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Τέλος θα παρουσιασθεί η καταγραφή του ελληνικού νομοθετικού πλαισίου αναφορικά με τις αρχές κλινικής διακυβέρνησης και τις διαδικασίες ποιότητας γεγονός που θα επιτρέψει την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για την εξέλιξη των ζητημάτων ποιότητας του ελληνικού ΕΣΥ.

2. Σκοπός

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να αναδείξει την αναγκαιότητα του θεσμού της κλινικής διακυβέρνησης και τις βασικές στρατηγικές της για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και να παραθέσει τις παρεμβάσεις της ελληνικής νομοθεσίας για τον εν λόγω τομέα με στόχο την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων και προτάσεων σχετικά με την ουσιαστική εφαρμογή του στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

3. Υλικό Μέθοδος

Για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας και πρωτογενής έρευνα με χρονολογικό κριτήριο τα 20 έτη. Για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναζητήθηκε υλικό σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως Google Scholar, Research Gate, PubMed, SageJournals και Elsevier και στις ακαδημαϊκές βιβλιοθήκες του Παντείου Πανεπιστημίου, της Νομικής Βιβλιοθήκης και της Νοσηλευτικής Βιβλιοθήκης Αθηνών. Επίσης χρησιμοποιήθηκε υλικό από διαλέξεις μαθημάτων της ΕΣΔΔΑ. Για τη διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποιήθηκαν ως λέξεις – κλειδιά: Governance, Clinical Governance, Clinical Control, Quality, Health Services, Total Quality Management και όλοι οι πιθανοί τους συνδυασμοί και για την ελληνική αντίστοιχα: Διακυβέρνηση, Διακυβέρνηση και Υγεία, Κλινική Διακυβέρνηση, Κλινικός Έλεγχος, Ποιότητα, Συστήματα Μέτρησης Ποιότητας, Υπηρεσίες Υγείας, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Η πρωτογενής έρευνα για την αναζήτηση και καταγραφή των νομοθετημάτων πραγματοποιήθηκε μέσω του δικτυακού τόπου του Εθνικού Τυπογραφείου.

4. Αποτελέσματα

4.1. Αποσαφήνιση διακυβέρνησης και εταιρικής διακυβέρνησης

Με τον όρο διακυβέρνηση αναφερόμαστε στον τρόπο άσκησης της πολιτικής εξουσίας και διαχείρισης των δημόσιων υποθέσεων σε όλα τα επίπεδα (Rhodes, 1996, σ.652-667). Η διακυβέρνηση περιλαμβάνει πολύπλοκες διαδικασίες και θεσμούς, όπου οι πολίτες και οι ομάδες συμφερόντων αρθρώνουν τα συμφέροντά τους. Η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή για την Ασία και τον Ειρηνικό των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific) σε μία προσπάθεια ανάλυσης και ερμηνείας της έννοιας της διακυβέρνησης σημειώνει ότι η εν λόγω έννοια δεν προσδιορίζεται σαν κάτι καινούργιο, αλλά αναφέρεται στη διαδικασία λήψης και εφαρμογής των αποφάσεων. Στη σύγχρονη εννοιολόγησή της, η διακυβέρνηση αναφέρεται σ' ένα νέο υπόδειγμα σχέσεων μεταξύ κράτους και κοινωνίας πολιτών, το οποίο έχει δικτυακή δομή και διαφοροποιείται τόσο από τις ιεραρχίες όσο και από τις αγορές (Καρκατσούλης, 2001, σ.215). Πρόκειται δηλαδή για την ανάδειξη νέων, ως προς την παραγωγή, πολιτικών και κανόνων ρύθμισης της κοινωνίας και της οικονομίας που είναι ιεραρχικά ισότιμες (Painter and Goodwin, 1995). Άλλωστε, η ισότιμη συμμετοχή των κοινωνικών εταίρων αποτελεί κρίσιμο στοιχείο της διακυβέρνησης καθώς, εν αντιθέσει με την κλασική μεθοδολογική προσέγγιση, η λήψη των αποφάσεων είναι μια συλλογική υπόθεση περισσότερων εταίρων και όχι απλώς υπόθεση ενός εξουσιοδοτημένου οργάνου (Καρκατσούλης, 2001, σ.206-207). Αυτό έγινε ακόμη πιο σαφές μέσα από τις διακηρύξεις των Ηνωμένων Εθνών όπου έχουν περιγράψει τη διακυβέρνηση ως «διαδικασία, μέσω της οποίας θεσμοί, επιχειρήσεις και ομάδες πολιτών οργανώνουν τα ενδιαφέροντα / συμφέροντά τους, ασκούν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους και διαμεσολαβούν τις διαφορές τους» (United Nations and the rule of law, 2003). Αξίζει να σημειωθεί ότι η έμφαση στις περισσότερες εκδοχές της διακυβέρνησης δίδεται στην ανάδειξη του συλλογικού τρόπου σχεδιασμού, παρακολούθησης και αξιολόγησης των δημοσίων πολιτικών. Αυτό σημαίνει ότι η κεντρική ιδέα της διακυβέρνησης περιγράφεται μέσα από την ικανότητα ενός κοινωνικού συνόλου να εφαρμόζει συλλογικές λύσεις και δράσεις για την επίτευξη κοινών, καθορισμένων στόχων.

Ο όρος διακυβέρνηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί με διαφορετικό περιεχόμενο, όπως η εταιρική διακυβέρνηση, η καλή διακυβέρνηση, η παγκόσμια διακυβέρνηση, η εθνική

διακυβέρνηση, η τοπική διακυβέρνηση, η ηλεκτρονική διακυβέρνηση, η διακυβέρνηση στην έρευνα, η κλινική διακυβέρνηση. Στην παρούσα εργασία αρχικά θα αποσαφηνιστεί η έννοια της εταιρικής διακυβέρνησης καθώς αποτελεί το ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύχθηκε και καθιερώθηκε η έννοια της διακυβέρνησης στον τομέα της υγείας.

Η εταιρική διακυβέρνηση αποτελεί σύστημα που περιγράφει τον τρόπο άσκησης της εξουσίας εντός μίας επιχείρησης, το σύστημα αρχών από το οποίο διέπεται, καθώς και τους μηχανισμούς που αναπτύσσονται στο εσωτερικό της προς την επίτευξη των στόχων της (Μουζάλα, 2003.σ. 29). Μέσω των συστημάτων και των αρχών της ενισχύεται η ικανότητα ανταπόκρισης μιας επιχείρησης απέναντι στις προκλήσεις ενός σύνθετου και σύγχρονου περιβάλλοντος (Λαζαρίδης,2011, σ.18-24). Προς επίρρωση αυτών ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) ορίζει ότι η εταιρική διακυβέρνηση είναι «όλες εκείνες οι πρακτικές και οι διαδικασίες 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» (ΟΟΣΑ, 2004&2015). Οι βασικές αρχές που διέπουν την εταιρική διακυβέρνηση αφορούν στο σεβασμό των δικαιωμάτων και την ισότιμη μεταχείριση των μετόχων, τη διασφάλιση των συμφερόντων όλων των ενδιαφερόμενων μερών, την παροχή πληροφόρησης, την ύπαρξη διαφάνειας στον οργανισμό καθώς και τις αρμοδιότητες και τους κανόνες συμπεριφοράς των μελών του διοικητικού συμβουλίου (ΟΟΣΑ, 2004). Η εφαρμογή αυτών των αρχών λειτουργεί προς όφελος όλων των εμπλεκόμενων καθώς επιχειρεί να αμβλύνει τις συγκρούσεις μεταξύ τους και ταυτόχρονα αποτελεί εχέγγυο τήρησης της νομοθεσίας, της χρήσης βέλτιστων πρακτικών και της προστασίας των συμφερόντων των μετόχων. (Δρελιώζη, 2014, σ.21). Επιπρόσθετα δε περιλαμβάνονται οι στόχοι που επιδιώκονται και οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών.

Τα εμπλεκόμενα μέρη (παίκτες) (stakeholders) μιας εταιρίας είναι οι μέτοχοι, το διοικητικό συμβούλιο, οι εργαζόμενοι, οι πελάτες, οι τράπεζες, οι προμηθευτές, οι ρυθμιστικές αρχές της αγοράς. Υπό ευρεία έννοια στους εμπλεκόμενους συγκαταλέγεται κάθε παράμετρος που επηρεάζει το εξωτερικό περιβάλλον και την κοινωνία. Στο πλαίσιο της εταιρικής διακυβέρνησης υπάρχουν άτομα που είναι επιφορτισμένα με την υποχρέωση ενημέρωσης για τις αποφάσεις που λαμβάνουν καθώς και λογοδοσίας έναντι των μετόχων (Μωραΐτης, 2008, σ.14).

Συμπερασματικά, η διακυβέρνηση είναι πολυσύνθετη ως έννοια και πολύ σημαντική ως μοντέλο διαχείρισης των δημόσιων υποθέσεων. Η διακυβέρνηση ως τρόπος άσκησης της εξουσίας σε μία επιχείρηση είναι γνωστή ως εταιρική και διέπεται από βασικές αρχές όπως είναι η ισότιμη μεταχείριση των μετόχων και η διαφάνεια. Η έκφραση της εταιρικής διακυβέρνησης στο χώρο της υγείας αναφέρεται ως κλινική διακυβέρνηση και θα αναλυθεί σε επόμενη ενότητα. Αρκετές δε είναι οι ιδιαιτερότητες που παρατηρούνται στο χώρο της υγείας, επηρεάζοντας τη διαμόρφωση και εφαρμογή οποιασδήποτε στρατηγικής.

4.2. Από την εταιρική διακυβέρνηση στην διακυβέρνηση στην υγεία

4.2.1. Ιδιαιτερότητες του χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τα οικονομικά της υγείας ο χώρος παροχής υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει ιδιαιτερότητες λόγω της ιδιομορφίας του αγαθού "υγεία". Η φροντίδα υγείας είναι εμπορεύσιμο αγαθό και παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Επίσης, περιλαμβάνει υπηρεσίες και προϊόντα που παράγονται με συνδυασμό εργασίας και κεφαλαίου και καταναλώνονται ατομικά ή συλλογικά. Λόγω των σημαντικών θετικών επιπτώσεων στο σύνολο της κοινωνίας το κράτος αναλαμβάνει ενεργό ρόλο κατέχοντας την ευθύνη παραγωγής και διανομής του αγαθού "υπηρεσίες υγείας" (Κοντοδημόπουλος, 2018). Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η τήρηση των αρχών της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης καθώς το αγαθό "υγεία" είναι θεμελιώδες δικαίωμα και αποτελεί δημόσιο, κοινωνικό αγαθό που όμως δεν λειτουργεί όπως τα άλλα συμβατικά αγαθά (Λιαρόπουλος, 2007, σ. 64). Για παράδειγμα, για τα περισσότερα αγαθά και υπηρεσίες ο καταναλωτής έχει άποψη τόσο για την ποσότητα που χρειάζεται και μία σχετική εικόνα για την ποιότητα (ή έτσι νομίζει), μπορεί επίσης να αναβάλει την αγορά τους ή να μην την επαναλάβει αν δεν έμεινε ικανοποιημένος. Όταν όμως πρόκειται για υπηρεσία υγείας, δεν γνωρίζει τι θα πρέπει να περιμένει για να κρίνει την ποιότητα. Εξαρτάται από τον παραγωγό, δηλαδή τον γιατρό για την ενημέρωσή του (Λιαρόπουλος, 2007,σ.55)

Στην περίπτωση της παροχής του αγαθού "υγεία" από τον δημόσιο τομέα η παραγωγή και διανομή του γίνεται μέσω δημόσιων οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας όπως είναι τα νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας, η πρόσφατη δομή των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ). Στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας από δημόσιους φορείς ιδιαίτερη βαρύτητα αποκτά ο ρόλος και τα δικαιώματα των πολιτών. Πιο συγκεκριμένα

ο ρόλος των πολιτών είναι πολυδιάστατος – ως πελάτες, ιδιοκτήτες, υποκείμενα δικαίου, συνεργάτες. Ως “πελάτες” επιθυμούν την παροχή της βέλτιστης δυνατής ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσιών με κάλυψη των προσδοκιών τους. Ως “ιδιοκτήτες” (χρηματοδότη του συστήματος, μέσω της γενικής φορολογίας και των ασφαλιστικών τους εισφορών) επιζητούν διαφάνεια και λογοδοσία. Ως “υποκείμενα δικαίου” αξιώνουν την προστασία των δικαιωμάτων τους. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της ανάπτυξης δημόσιων πολιτικών πρόληψης και ενημέρωσης, με ιδιαίτερη έμφαση στον έλεγχο της εφαρμογής τους και την ανατροφοδότηση που προκύπτει. Ενώ ως “συνεργάτες” επιδιώκουν την ενεργό συμμετοχή τους - είτε σε ατομικό επίπεδο, είτε σε ομαδικό επίπεδο - στη διαμόρφωση των πολιτικών που αναπτύσσει ένας δημόσιος οργανισμός. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι οι πολίτες συμμετέχουν σε συλλόγους ασθενών έχοντας συχνά ενεργό ρόλο στη διαμόρφωση της ατζέντας κατά τη χάραξη των πολιτικών υγείας (ΥΠΕΣ, ΕΚΔΔΑ, 2010, σ.12-14).

Οι υπηρεσίες υγείας είναι επιφορτισμένες με την κάλυψη και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να διέπονται από συγκεκριμένες αρχές και χαρακτηριστικά όπως είναι, μεταξύ άλλων, η διαθεσιμότητα, η δυνατότητα προσπέλασης, η συνέχεια της προσφοράς τους και η αποδοχή τους από τους πολίτες. Ειδικότερα, οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να παρέχονται αδιάλειπτα (κατά τη διάρκεια ολόκληρου του 24ώρου) και να ανταποκρίνονται στη ζήτηση κάθε είδους ιατρικής φροντίδας. Η δε παροχή ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας θα πρέπει να θεωρείται αυτονόητη σε όλα τα σημεία της επικράτειας δίνοντας έτσι τη δυνατότητα προσπέλασης στους πολίτες ώστε να μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας. Ένα άλλο χαρακτηριστικό τους αφορά στην προσφορά τους προς τον πληθυσμό η οποία πρέπει να καλύπτει τον τομέα της προληπτικής ιατρικής, δηλαδή το στάδιο πριν την εμφάνιση μιας ασθένειας, την αντιμετώπιση της αφότου εκδηλωθεί καθώς και το στάδιο μετά την εκδήλωση συγκεκριμένου υγειονομικού προβλήματος (στάδιο αποκατάστασης). Τέλος, οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να φέρουν το χαρακτηριστικό της αποδοχής από το κοινωνικό σύνολο αναφορικά με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, την καταλληλότητα των εγκαταστάσεων των δημόσιων οργανισμών και την επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2007, σ.60).

Ανακεφαλαιώνοντας, το κοινωνικό αγαθό “υγεία” ως θεμελιώδες, αναφαίρετο δικαίωμα κάθε πολίτη διαφέρει από τα συμβατικά παραγόμενα αγαθά κυρίως ως προς τις

επιπτώσεις του στο κοινωνικό σύνολο, την ανελαστικότητα, την ασύμμετρη πληροφόρηση, την υποχρέωση του κράτους για συνεχή παροχή του καθώς και την αυξημένη λογοδοσία του προς τους πολίτες που διαδραματίζουν σημαντικότατο ρόλο κατά τη διακυβέρνηση στο χώρο της υγείας. Η διακυβέρνηση των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί σύνθετη διαδικασία και διέπεται από ιδιαιτερότητες που παρουσιάζονται στην επόμενη υποενότητα.

4.2.2. Η διακυβέρνηση στην υγεία

Τα συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται ως ιδιαίτερα και πολύπλοκα. Μία ερμηνεία είναι ότι οι εργαζόμενοι, δηλαδή οι πάροχοι των υπηρεσιών, αποτελούνται από το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό καθώς και από διοικητικούς υπαλλήλους που ασκούν διοικητικές και οργανωτικές αρμοδιότητες. Αυτό το ανθρώπινο δυναμικό βρίσκεται σε συνεχή αλληλοσύνδεση μέσα στους οργανισμούς υγείας δημιουργώντας ένα πολυσύνδετο δίκτυο, που αποτελείται από οριζόντια (λειτουργικά) υποσύνολα, όπως είναι για παράδειγμα οι κλινικές ενός νοσοκομείου, και από κάθετα υποσύνολα στην ιεραρχική δομή όπως είναι τα αντίστοιχα της ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής υπηρεσίας. Για παράδειγμα, ένας γιατρός ανήκει ανάλογα με την ειδικότητά του σε μία κλινική ενώ παράλληλα έχει και θέση στην ιεραρχική πυραμίδα της ιατρικής υπηρεσίας (Κωσταγιόλας et al., 2008, σ, 45).

Είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτο ότι οι ιατροί, ως επαγγελματίες υγείας που διακρίνονται από ανεξαρτησία και αυτονομία, ασκούν ουσιαστικές αρμοδιότητες για την φροντίδα των ασθενών. Από τη άλλη πλευρά οι διοικήσεις (διοικητές, αναπληρωτές διοικητές, διοικητικά συμβούλια) λαμβάνουν αποφάσεις που είναι καθοριστικές για την πορεία του οργανισμού και θέτουν στόχους που αφορούν όχι μόνο τα οικονομικά δεδομένα αλλά και τα παραγόμενα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, αυτό αποτυπώνεται στις αναλύσεις κόστους αποτελεσματικότητας για μία παρέμβαση, όπου το κόστος υπολογίζεται από οικονομολόγους ενώ το αποτέλεσμα αποτιμάται κλινικά από τους ιατρούς, που δεν επιλέγουν τις κλινικές πρακτικές με βάση οικονομικά κριτήρια (Κοντοδημόπουλος, 2018).

Επιπλέον εμπλέκονται τα ασφαλιστικά ταμεία, ως χρηματοδότες και πελάτες, οι ασφαλιστικές εταιρίες, ο ιδιωτικός κλάδος στην υγεία και οι προμηθευτές ορισμένοι εκ των οποίων είναι οι φαρμακευτικές εταιρίες, οι εταιρίες outsourcing υπηρεσιών, οι εταιρίες που προμηθεύουν υλικά και μηχανήματα. Στη διακυβέρνηση στο χώρο της

υγείας συμμετέχουν πανεπιστημιακά ιδρύματα, επιστημονικοί και επαγγελματικοί σύλλογοι (ιατρικό σύλλογος, ένωση νοσηλευτών), επιστημονικές εταιρίες και οργανωμένες κοινωνικές ομάδες (ΜΚΟ, ομάδες ασθενών, συνδικαλιστικοί σύλλογοι). Κάθε παίκτης – μεριδιούχος επηρεάζει και σε ορισμένες περιπτώσεις συν – διαμορφώνει, ανάλογα με την ισχύ, το μέγεθος και τους διαύλους επικοινωνίας του με εξουσιοδοτημένα όργανα, τις εξελίξεις στο χώρο της υγείας (Καρκατσούλης, 2001, σ.217-218).

Αξίζει να επισημανθεί ότι η σημαντικότερη διαφορά μεταξύ εταιρικής και διακυβέρνησης στην υγεία αφορά στον τρόπο μέτρησης των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων. Στα πλαίσια της εταιρικής διακυβέρνησης η αποτίμηση των επιτευχθέντων στόχων έγκειται στο ποσοστό – μέρος από τα εταιρικά κέρδη. Αυτό σημαίνει ότι είναι απολύτως μετρήσιμη και προσδιορίζεται με ακρίβεια και σαφήνεια (Κουκουριτάκης, 2012, σ.29-30). Ενώ, το αντίστοιχο “μέρισμα” των μεριδιούχων στην υγεία, αφορά κατά κύριο λόγο στην ποιότητα φροντίδας και στο επίπεδο υγείας που τους παρέχεται (Κουκουριτάκης, 2012, σ.29). Παρόλο που η αποτίμηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού¹, είναι εφικτή, αποτελεί δύσκολο εγχείρημα τόσο ως προς την μέτρηση όσο και ως προς την επικοινωνία των αποτελεσμάτων προς τους πολίτες. Ως απόρροια της προαναφερθείσας δυσκολίας, στο επίκεντρο της διακυβέρνησης στην υγεία βρίσκεται η συμμετοχή των πολιτών και των κοινωνικών φορέων, στην τροφοδότηση του συστήματος και στη λήψη αποφάσεων (πολίτης συνεργάτης). Επιπλέον, κεντρικής σημασίας καθίσταται η αυξημένη υποχρέωση λογοδοσίας των επαγγελματιών υγείας και των διοικήσεων αυξάνοντας την εμπιστοσύνη των πολιτών προς τις υπηρεσίες υγείας (πολίτης ιδιοκτήτης). Από αυτά μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι, εφόσον οι διαδικασίες διακυβέρνησης στην υγεία έχουν ως πρωταρχικό σκοπό την βέλτιστη δυνατή ποιότητα περίθαλψης των ασθενών, κάθε σύστημα υγείας οφείλει να θέτει μετρήσιμους και σαφείς στόχους, να συμβάλει στην αυξημένη υπευθυνότητα των επαγγελματιών υγείας, να λειτουργεί ως αρωγός στην ουσιαστική συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων, να αντιμετωπίζει εγκαίρως κινδύνους και απειλές και να διασφαλίζει ότι, μέσα από κάθε διεργασία του, προάγονται αρχές όπως είναι, μεταξύ άλλων, η διαφάνεια, η εμπιστοσύνη, η εξωστρέφεια και η ισότητα.

1 Οι μετρήσεις γίνονται μέσω της χρήσης δεικτών αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, ασφάλειας των ασθενών, προσπελασιμότητας κ.α.

Οι εν λόγω αρχές έχουν συμπεριληφθεί, μαζί με άλλες, στο γενικό πλαίσιο αρχών διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπως θα αναλυθεί στην ενότητα που ακολουθεί.

4.2.3 Αρχές διακυβέρνησης συστημάτων υγείας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ)

Το 2007 ο ΠΟΥ συνέταξε μία δέσμη αρχών διακυβέρνησης που πρέπει να διέπουν τα συστήματα υγείας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ για τη σωστή διακυβέρνηση στην υγεία απαιτούνται οι εξής αρχές: κανόνες δικαίου, βιοηθική, ανταποκρισιμότητα, ισότητα, προσανατολισμός στη συμμετοχή και τη συναίνεση, πληροφόρηση, στρατηγικό όραμα, λογοδοσία, διαφάνεια, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα.

Οι κανόνες δικαίου εξασφαλίζονται με την ύπαρξη *κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου* και καθίσταται υψίστης σημασίας για την διακυβέρνηση στο χώρο της υγείας. Στον πυρήνα κάθε κανόνα δικαίου πρέπει να ενυπάρχει ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η αμεροληψία και η δικαιοσύνη. Η αρχή της βιοηθικής, που περιλαμβάνει τις κοινώς αποδεκτές αρχές ιατρικής δεοντολογίας και βιοηθικής ενισχύει και εγγυάται την ύπαρξη δικαιοσύνης, σεβασμού και ευεργεσίας.

Η *ανταποκρισιμότητα* έγκειται στην απερίσπαστη και άμεση ανταπόκριση των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, των όσων συμμετέχουν στο σχεδιασμό των πολιτικών υγείας καθώς και των ίδιων των διαδικασιών των οργανισμών προς τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Οι εν λόγω χρήστες αντιμετωπίζονται με βάση την *αρχή της ισότητας*. Για την ακρίβεια όλοι οι πολίτες, άνδρες και γυναίκες έχουν αναφαίρετο δικαίωμα προστασίας και βελτίωσης του επιπέδου υγείας τους. Επιπρόσθετα, κάθε πολίτης δικαιούται να συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν την υγεία του. Η εν λόγω αρχή προάγει την ύπαρξη *ευρείας συμμετοχής και συναίνεσης*. Στοχεύει στην άμβλυνση αντικρουόμενων απόψεων και συμφερόντων και στην γενικευμένη αποδοχή, αναφορικά με τις πολιτικές υγείας που σχεδιάζονται και υλοποιούνται.

Κάθε σύγχρονο σύστημα υγείας αξιοποιεί τα δεδομένα που έχει στη διάθεσή του και τα μετασχηματίζει σε γνώση μέσω των σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων. Η σύγχρονη τεχνολογία αποτελεί αρωγό στο έργο της διακυβέρνησης στην υγεία αποδεικνύοντας τη *σημασία της πληροφόρησης* στην ορθή κατανόηση και αξιολόγηση των δεδομένων υγείας ενός συστήματος. Επιπλέον, η κατάλληλη και ορθή

πληροφόρηση επηρεάζει με τη σειρά της τις αποφάσεις των ομάδων συμφερόντων που υποστηρίζουν το στρατηγικό όραμα της υγείας. Το στρατηγικό όραμα, ως συνιστώσα του βασικού πλαισίου αρχών διακυβέρνησης για την υγεία, δεν αποτελεί μία βραχυπρόθεσμη παράμετρο στο χώρο της υγείας. Σύμφωνα με το στρατηγικό όραμα σχεδιάζονται σε μακροχρόνιο επίπεδο σαφείς και συγκεκριμένες κατευθύνσεις υπό τον όρο ότι έχουν μελετηθεί και κατανοηθεί επαρκώς οι επιδράσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος. Η σωστή διακυβέρνηση στην υγεία επιτυγχάνεται και μέσω της αρχής της λογοδοσίας. Η ύπαρξη λογοδοσίας εγγυάται ότι οι αποφασίζοντες για τα θέματα υγείας και κοινωνικής ανάπτυξης, ελέγχονται και καθίσταται υπόλογοι απέναντι στους χρήστες υπηρεσιών υγείας, στους επαγγελματίες υγείας και γενικότερα στους θεσμικούς μεριδιούχους του υγειονομικού τομέα. Πέραν της λογοδοσίας, στον έλεγχο ενός συστήματος υγείας συμβάλλει και η ύπαρξη διαφάνειας. Η έννοια της διαφάνειας αναφέρεται στην ελεύθερη διακίνηση κάθε είδους πληροφορίας που σχετίζεται με την φροντίδα υγείας. Ως εκ τούτου, συνίσταται στην ικανοποιητική διευθέτηση και άμεση πρόσβαση σε κάθε διαδικασία, οικονομική κατάσταση και ιατρικό αποτέλεσμα.

Επίσης ο ΠΟΥ στη δημοσίευση των αρχών συμπεριέλαβε την αρχή της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Στην υγεία, οι εν λόγω αρχές συνδυάζουν την άριστη κλινική πράξη με την καλύτερη δυνατή χρήση των διαθέσιμων πόρων. Ο όρος αποτελεσματικότητα αναφέρεται στο βέλτιστο κλινικό αποτέλεσμα, ενώ ο όρος αποδοτικότητα σχετίζεται με την άριστη, κατά Pareto, κατανομή των πόρων (ΠΟΥ, 2007).

Επομένως, σύμφωνα με τον ΠΟΥ κάθε διαδικασία, εντός ενός οργανισμού που παρέχει υπηρεσίες υγείας, πρέπει να έχει ως στόχο την κάλυψη των αναγκών των χρηστών υπηρεσιών υγείας παράγοντας τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα και χρησιμοποιώντας, κατά τον βέλτιστο τρόπο, τους πόρους που έχει στη διάθεσή του. Αυτό θα συμβάλει στην εκπλήρωση του βασικού στόχου των συστημάτων υγείας, δηλαδή την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή ως κρίσιμη συνιστώσα αναδεικνύεται η έννοια της κλινικής διακυβέρνησης, η οποία αναλύεται εκτενώς στην επόμενη ενότητα (ενότητα 5).

4.3 Κλινική διακυβέρνηση και ποιότητα

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι ένα πολύπλοκο θέμα και για την αποσαφήνιση της ως έννοια έχουν διατυπωθεί ποικίλοι ορισμοί. Η διατύπωση πολλών ορισμών αφενός δημιουργεί σύγχυση αφετέρου αντανακλά την «οπτική» των διαφόρων ενδιαφερόμενων ομάδων σε ένα σύστημα υγείας (Κυριόπουλος et al., 2003, σ.249). Για παράδειγμα η "ποιότητα στον ασθενή" αναφέρεται στην παροχή στον ασθενή αυτού που ουσιαστικά επιθυμεί, η "επαγγελματική ποιότητα" περιλαμβάνει την παροχή των υπηρεσιών που οι ασθενείς χρειάζονται, ενώ η "διοικητική ποιότητα" περιλαμβάνει τη χρησιμοποίηση των ελάχιστων πόρων χωρίς λάθη ή καθυστερήσεις κατά την παροχή των ανωτέρω υπηρεσιών (Ovretveit, 2000; Ovretveit, 2004).

Σύμφωνα με την προσέγγιση του Crosby (1980) «Ποιότητα είναι η συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις», ενώ σύμφωνα με τον Deming (1993) ποιότητα είναι «η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη». Το Institute of Medicine (1999) αποδίδοντας την έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας όρισε ότι είναι «ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση» (IOM, 1999). Σύμφωνα με μία άλλη εννοιολογική προσέγγιση, ποιότητα είναι «η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων» (Παπανικολάου, 2007). Επιπλέον, ο Maxwell το 1984 όρισε ότι μία ολιστική προσέγγιση του όρου ποιότητα πρέπει να συνδυάζει έξι διαστάσεις: Συνάφεια με τις ανάγκες, Πρόσβαση, Ισότητα, Κοινωνική Αποδοχή, Αποδοτικότητα, Αποτελεσματικότητα σε σχέση με το κόστος.

Από τους προαναφερθέντες ορισμούς μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι οι βασικότεροι στόχοι της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας αφορούν, μεταξύ άλλων, την ικανοποίηση των ασθενών, την παροχή αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας και τον έλεγχο του κόστους. Η βελτίωση της ποιότητας κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί πρόκληση για κάθε σύγχρονο σύστημα υγείας (Δρελιώζη, 2014, σ.15). Σε κάθε πολιτική υγείας η ποιότητα κατέχει κεντρική θέση ενώ αποτελεί το κεντρικό ζητούμενο της κλινικής διακυβέρνησης (Κυριόπουλος et al. 2003 σ. 84, Δρελιώζη 2014 σ.36). Συνεπώς κάθε δράση της κλινικής διακυβέρνησης στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας.

Η κλινική διακυβέρνηση, ως έκφραση της εταιρικής διακυβέρνησης στο χώρο της υγείας, συνδυάζει αυτή τη διάσταση με την ύπαρξη κλινικής αποτελεσματικότητας. Συνεπώς η κλινική διακυβέρνηση αποτελεί ένα σύστημα μέσω του οποίου διασφαλίζεται η ποιότητα και η ασφάλεια της κλινικής φροντίδας των ασθενών. Αυτό αποτυπώνεται και στη Λευκή Βίβλο που αναφέρεται ότι «η Κλινική Διακυβέρνηση είναι ένα σύστημα μέσω του οποίου οι οργανισμοί του ΕΣΥ είναι υπόλογοι ως προς τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και τη διαφύλαξη υψηλών επιπέδων φροντίδας, με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος μέσα στο οποίο θα αναδυθεί η αριστεία στην κλινική φροντίδα» (Λευκή Βίβλος, 1998). Παρόμοια, οι Scally and Donalson (1998) όρισαν την κλινική διακυβέρνηση ως το πλαίσιο μέσω του οποίου οι οργανισμοί που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας, λογοδοτούν για τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών τους και διασφαλίζουν υψηλά επίπεδα περίθαλψης δημιουργώντας ένα περιβάλλον αριστείας της κλινικής φροντίδας (1998, σ.61-65). Βέβαια, η συζήτηση για την ποιότητα και την αριστεία μέσα από τη συνεχή βελτίωση, προϋποθέτει την προσέγγιση της αξιολόγησης και των μετρήσεων.

4.3.1. Βασικές προσεγγίσεις μέτρησης και βελτίωσης της ποιότητας

Οι Buetow S και Roland M (1999) σε άρθρο τους αναφέρουν ότι υπάρχουν τέσσερις βασικές προσεγγίσεις μέτρησης και βελτίωσης της ποιότητας ήτοι: Αξιολόγηση της Ποιότητας, Διασφάλιση της Ποιότητας, Κλινικός Έλεγχος, Βελτίωση της Ποιότητας - συμπεριλαμβανομένης της Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας. Είναι φανερό ότι κάθε δράση της κλινικής διακυβέρνησης μπορεί να περιγραφεί υπό το πρίσμα αυτών των προσεγγίσεων. Παρακάτω περιγράφονται οι τρεις από τις προσεγγίσεις, ενώ ο κλινικός έλεγχος θα αναλυθεί εκτενώς σε επόμενη ενότητα (ενότητα 5.3.1).

Αξιολόγηση της ποιότητας

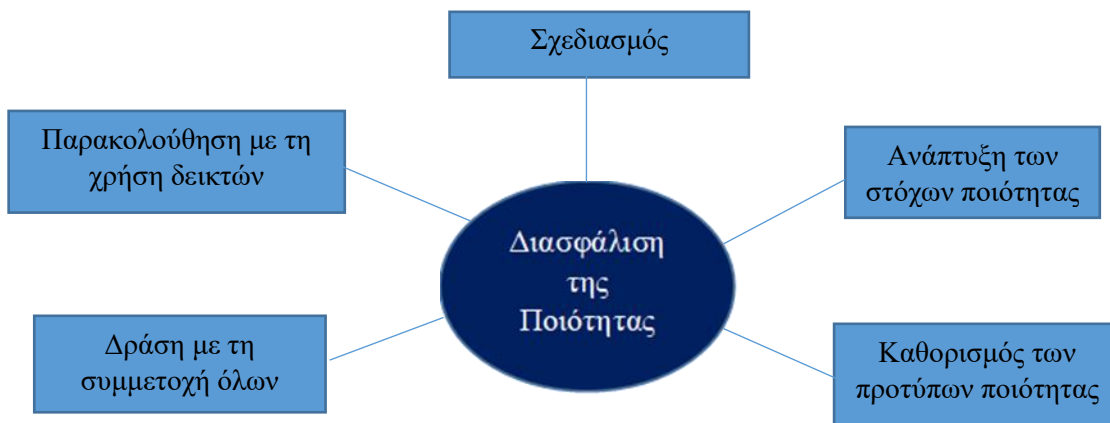
Η προσέγγιση της αξιολόγησης της ποιότητας συγκρίνει την απόδοση με τις προσδοκίες, τα πρότυπα ή τους στόχους και εντοπίζει ευκαιρίες βελτίωσης της ποιότητας. Ορισμένες φορές περιγράφεται ως προσέγγιση για τον εντοπισμό ελαττωμάτων ή ελλείψεων που είναι εγγενείς σε κάθε σύστημα. Ως εκ τούτου, αποτελεί απαραίτητο στοιχείο άλλων προσεγγίσεων ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα. Μία ισχυρή διατύπωση της αξιολόγησης της ποιότητας στο χώρο παροχής υπηρεσιών φροντίδας, είναι η εφαρμογή του συστήματος του Donabedian που βασίστηκε σε ένα πλαίσιο δομών, διαδικασιών, και αποτελέσματος. Σύμφωνα με τον Donabedian, οι σχέσεις μεταξύ αυτών των συνιστωσών φροντίδας πρέπει να είναι γνωστές για την αξιολόγηση

της ποιότητας. Η αξιολόγηση της ποιότητας υφίσταται κάποιους περιορισμούς που αφορούν καταρχάς τους περιορισμούς της μέτρησης. Η ποιότητα είναι πολυδιάστατη και για αυτό το λόγο καθίσταται δύσκολη η ταυτόχρονη μέτρηση όλων των πτυχών της φροντίδας. Ορισμένα από τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ποιότητας είναι τα διαγράμματα αιτίας – αποτελέσματος, διαγράμματα ελέγχου, διασποράς και ροής (Παπανικολάου, 2007, σ.420-422). Επιπλέον, η αξιολόγηση της ποιότητας δεν επιχειρεί να διασφαλίσει ότι οι αλλαγές που υποδεικνύονται ως απαραίτητες εν τέλει θα πραγματοποιηθούν. (Buetow S., Roland, M., 1998, σ.185).

Διασφάλιση της ποιότητας (Quality Assurance)

Στη διασφάλιση της ποιότητας περιλαμβάνονται όλες οι σχεδιασμένες και συστηματικές ενέργειες που είναι απαραίτητες για να δώσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο εμπιστοσύνης ότι το προϊόν ή η υπηρεσία θα ικανοποιήσουν προκαθορισμένο όριο, πέρα από το οποίο αναλαμβάνονται δράσεις (Cooper 2001). Ως έννοια είναι συνυφασμένη με την αποτελεσματική διοίκηση, προϋποθέτει επαγγελματισμό σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο και περιλαμβάνει το όραμα και την αποστολή, το οργανόγραμμα, τις αρμοδιότητες και τις διαδικασίες των υπηρεσιών, τις περιγραφές θέσεων εργασίας, την επικοινωνία και τις σχέσεις μεταξύ τμημάτων και εργαζομένων. Στους στόχους της διασφάλισης της ποιότητας περιλαμβάνονται όχι μόνο η πιστοποίηση ή διαπίστευση αλλά και ο «κύκλος διαχείρισης της ποιότητας» (Πολύζος, 2014, σ.399). Η διασφάλιση της ποιότητας εκκινεί με την αξιολόγηση της ποιότητας ώστε να εντοπίσει αποτελέσματα που υποδηλώνουν την ύπαρξη ακατάλληλης φροντίδας και κακής ποιότητας. Επί της ουσίας ρωτάει: "Ποιος κάνει τι εδώ και γιατί αυτό είναι διαφορετικό" αναζητώντας τις αποκλίσεις από το καθιερωμένο πρότυπο ώστε διορθώσει τις μη αποδεκτές διακυμάνσεις (Κυριόπουλος et al., 2003, σ.166). Με τη βοήθεια των δεικτών μέτρησης αποτυπώνει το παραγόμενο έργο και αναζητεί τις αποκλίσεις από το πρότυπο απόδοσης ώστε να διορθώσει τις μη αποδεκτές διακυμάνσεις, εξετάζοντας και βελτιώνοντας τις εισροές και τις διαδικασίες με τις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες. Η απόκλιση από τους στόχους πρότυπα οδηγεί στην ανάπτυξη σχεδίων δράσης. Η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί λειτουργία του εξειδικευμένου προσωπικού (ιατροί, νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας), ενώ οι μάνατζερς αναπτύσσουν τα σχέδια δράσης. Οι βασικές συνιστώσες της διασφάλισης ποιότητας απεικονίζονται στο παρακάτω διάγραμμα, ενώ παραδείγματα διασφάλισης ποιότητας παρατίθενται στην ενότητα 5.3.2.

Σχήμα 1: Απεικόνιση διασφάλισης ποιότητας



Πηγή: Παπανικολάου (2006) και επεξεργασία συγγραφέα

Όταν η βελτίωση ποιότητας πραγματοποιείται σε συνεχή βάση, χαρακτηρίζεται ως συνεχής βελτίωση ποιότητας (Continuous Quality Improvement)

Συνεχής βελτίωση της ποιότητας (Continuous Quality Improvement)

Η εν λόγω προσέγγιση αποτελεί ευθύνη ολόκληρου του οργανισμού. Μελετά τις διεργασίες παραγωγής, εστιάζει στις αποκλίσεις αλλά κυρίως ενδιαφέρεται για τη βελτίωση του μέσου όρου απόδοσης. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας ρωτάει "πως μπορεί να ολοκληρωθεί το νοσοκομειακό έργο" και "πως μπορεί να γίνεται συνεχώς καλύτερο", ενώ στα πλαίσια της συντάσσονται εκθέσεις, από τις ομάδες εργασίας κάθε τμήματος ενός νοσοκομείου, παρέχοντας την αναγκαία πληροφόρηση για τη βελτίωση της ποιότητας (Κυριόπουλος et al., 2003, σ.166). Παράλληλα προωθεί τη συμμετοχή του προσωπικού στον καθορισμό των στόχων και εξασφαλίζει ότι τα αποτελέσματα ανατροφοδοτούνται ενώ τονίζει την ανάγκη, η ανώτερη διοίκηση να συμμετέχει στο στρατηγικό σχεδιασμό για την βελτίωση. Επιπλέον, οι συνεχείς βελτιώσεις ποιότητας βελτιώνουν τις ικανότητες των ατόμων, την οργανωτική τους μάθηση, ευαισθητοποιούνται περισσότερο και ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών, ενώ στόχος της εν λόγω προσέγγισης δεν είναι η ανίχνευση λαθών αλλά η πρόληψή τους (Buetow S., Roland, M., 1998, σ.187). Η εφαρμογή δράσεων συνεχούς βελτίωσης ποιότητας προϋποθέτει την υιοθέτηση αρχών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ). Η φιλοσοφία της ΔΟΠ στηρίζεται στις εξής δομικές αρχές: εστίαση στην ικανοποίηση του πελάτη, συμμετοχή όλων των εργαζομένων, συνεχής βελτίωση του προϊόντος ή της παρεχόμενης υπηρεσίας, διοίκηση βασισμένη σε στοιχεία και επιστημονικές αναλύσεις (Πολύζος, 2014, σ.36). Στην Ελλάδα η εφαρμογή της

συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας σε δημόσιους οργανισμούς περιλαμβάνει εργαλεία και πρότυπα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας όπως είναι επί παραδείγματι η διοίκηση μέσω στόχων (Ν.3230/2004, Ν.4369/2016, ΠΔ 21/2006), το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ) (3230/2004, Εγκύκλιος ΔΙΠΑ/Φ.4/οικ.26397/27.12.2005, Εγκύκλιος ΔΙΠΑ/Φ.4/οικ.5270/1.3.2007), η χρήση δεικτών μέτρησης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας (Ν. 3230/2004, άρθρο 5 Δείκτες Μέτρησης) και τα προτυποποιημένα συστήματα διαχείρισης ποιότητας κατά ISO (Ν.2231 / 1994, άρθρο 10). Ο Εθνικός Φορέας Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ.) χορηγεί πιστοποιητικά σε φορείς και οργανισμούς στις αντίστοιχες οδηγίες του ISO/IEC.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι η κλινική διακυβέρνηση συνδέεται με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας οδηγώντας στα βέλτιστα δυνατά αποτελέσματα φροντίδας. Στην άποψη αυτή βασίστηκε και η μεταρρυθμιστική πολιτική του National Health System (NHS) στην Αγγλία. Δεν είναι τυχαίο ότι το Υπουργείο Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (1998) αποσαφηνίζοντας την έννοια της κλινικής διακυβέρνησης, την περιέγραψε ως μία «διαδικασία σχεδιασμένη ώστε να ελαττώνει τις ανισότητες και τις διακυμάνσεις στην ορθή κλινική πράξη, ως ένα πλαίσιο λογοδοσίας με εφαρμογή σε όλους τους επαγγελματίες υγείας, ως μία νέα φιλοσοφία υγείας, ένα πρόγραμμα συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία». Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζεται το παράδειγμα της Αγγλίας που προέβη στην επιτυχή εφαρμογή διαδικασιών κλινικής διακυβέρνησης, ενώ αναφέρονται και άλλες χώρες που ανέπτυξαν πληθώρα προτύπων και οργανισμών πιστοποίησης βελτιώνοντας κατά αυτόν τον τρόπο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.

4.3.2. Διεθνής εμπειρία

Η κλινική διακυβέρνηση δεν αποτελεί μία πρόσφατη έννοια στο χώρο της υγείας. Αρχές και στρατηγικές της έχουν εφαρμοστεί με επιτυχή αποτελέσματα στη βελτίωση της ποιότητας στα δημόσια συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας σε Αγγλία, Αυστραλία, ΗΠΑ, Καναδάς, Νέα Ζηλανδία. Στις ΗΠΑ η πιστοποίηση είναι καθιερωμένη όχι μόνο στην περίπτωση των νοσοκομείων αλλά και σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας, ενώ η Μεικτή Επιτροπή για την Πιστοποίηση Οργανισμών Περίθαλψης (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO) αποτελεί τον παλαιότερο φορέα πιστοποίησης.

Στον Καναδά λειτουργεί το Συμβούλιο για την Πιστοποίηση Υπηρεσιών Υγείας (Canadian Council on Health Facilities Accreditation / CCHFA), ενώ στην Αυστραλία

υπάρχει το Συμβούλιο Νοσοκομειακών Προτύπων (Australian Council on Healthcare Standards / ACHS) που αποτελεί από κοινού με την αυστραλιανή Επιτροπή για την Ασφάλεια και την Ποιότητα στην Υγειονομική περίθαλψη, εξουσιοδοτημένο οργανισμό διαπίστευσης (Πολύζος, 2014, σ.408-410).

Ιδιαίτερη μνεία θα γίνει στην Αγγλία καθώς το ΕΣΥ κατά την ίδρυσή του βασίστηκε στο πρότυπο του NHS και ως εκ τούτου παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες. Η εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης εισήχθη στο Βρετανικό σύστημα υγείας κατά τη δεκαετία του 1990 με αφορμή την έλλειψη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας. Το σύστημα υγείας αντιμετώπιζε προβλήματα σχετικά με την προσπέλαση – πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τα αποτελέσματα των θεραπειών, την μη άμεση υιοθέτηση νέων τεχνικών και μεθόδων, τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας (Πολύζος, 2014, σ.412). Εναρκτήριο έναυσμα για την εφαρμογή διαδικασιών της αποτέλεσε ο αυξανόμενος αριθμός θανάτων βρεφών στο Bristol Royal Infirmary στις αρχές της δεκαετίας του 1990 όπου μετά από έρευνες αναδείχθηκαν τα πολλαπλά προβλήματα του συστήματος (Δρελιώζη, 2014, σ.29). Για την αντιμετώπιση των εν λόγω ζητημάτων το 1997 η κυβέρνηση της Μεγάλης Βρετανίας μέσω της κλινικής διακυβέρνησης προέβη σε αλλαγές και ουσιώδεις μεταρρυθμίσεις, που επέτρεψαν την εφαρμογή ήδη θεσμοθετημένων λύσεων, αλλά και τη δημιουργία νέων. Το 1999 συστάθηκε το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας (National Institute for healthcare Excellence - NICE) ως ειδικός φορέας υγείας και πιστοποίησης που παρέχει συμβουλές και καθοδήγηση σε εθνικό επίπεδο για τη βελτίωση της υγείας. Το NICE το 2005 συγχωνεύτηκε με τον Οργανισμό Ανάπτυξης Υγείας, ενώ το 2013 έγινε Μη Κυβερνητικός δημόσιος Οργανισμός (Πολύζος, 2014, σ.409). Τα πρότυπα ποιότητας που δημιουργήθηκαν την περίοδο ίδρυσης του NICE εντάχθηκαν στο Εθνικό Πλαίσιο Υπηρεσιών (National Service Framework - NSF) και συστάθηκε Επιτροπή για τη Βελτίωση της Υγείας (Commission for Health Improvement), η οποία ήταν επιφορτισμένη με τον έλεγχο της εφαρμογής των προτύπων ποιότητας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα όσα προαναφέρθηκαν φαίνεται ότι η ποιότητα βρίσκεται στην “καρδιά” της κλινικής διακυβέρνησης. Η κλινική διακυβέρνηση μπορεί να εκφρασθεί μέσα από πληθώρα στρατηγικών που παρουσιάζονται στην επόμενη ενότητα.

4.3.3. Βασικές στρατηγικές κλινικής διακυβέρνησης

Όπως προαναφέρθηκε η κλινική διακυβέρνηση εισήχθη ως μια νέα προσέγγιση για τη βελτίωση της ποιότητας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας (NHS). Οι Braithwaite & Trangalia (2008) κατέταξαν ορισμένα από τα συστατικά στοιχεία της κλινικής διακυβέρνησης σε τέσσερις ενότητες όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1) και παράλληλα σημειώνεται η νομοθεσία που προβλέπει αντίστοιχη δράση στην Ελλάδα. Η νομοθεσία παρουσιάζεται αναλυτικά στην ενότητα 7.

Πίνακας 1: Κατάταξη των βασικών στοιχείων Κλινικής Διακυβέρνησης σε τέσσερις ενότητες

1η Ενότητα	2η Ενότητα	3η Ενότητα	4η Ενότητα
Υποστήριξη των θετικών στάσεων και αξιών για την ασφάλεια και την ποιότητα	Σχεδιασμός και οργάνωση δομών για την προαγωγή της ασφάλειας και της ποιότητας στο πλαίσιο της κλινικής διακυβέρνησης	Οργάνωση και χρήση των δεδομένων και των ενδείξεων	Προώθηση της επικέντρωσης στον ασθενή
Υπευθυνότητα N. 3814 / 2005 N. 4440 / 2016	Διοίκηση της Απόδοσης N. 3230 / 2004 N. 3329 / 2005 ΠΔ 21 / 2006 N. 4369 / 2016 N. 3868 / 2010	Διάχυση Πληροφοριών N. 2889 / 2001 N. 3235 / 2004	Εξασφάλιση Συναίνεσης N. 3814 / 2005
Διαχείριση Απορρήτου N. 2071 / 1992	Διαχείριση Κινδύνων N. 2071 / 1992 N. 3814 / 2005 ΚΙΔ N.3868 / 2010	Κλινική Αποτελεσματικότητα N. 3697 / 2008 ΥΑ (ΦΕΚ 221/ ΤΕΥΧΟΣ Υ.Ο.Δ.Δ./ 12.05/2017)	Διαχείριση Παραπόνων N. 3868 / 2010 N. 4368 / 2016
Συνεχής Βελτίωση N. 4369 / 2016 N. 3230 / 2004	Πιστοποίηση Επαγγελματιών Υγείας N. 2519 / 97 N. 4498/2017	Βασισμένη σε Ενδείξεις Πρακτική ΥΑ Αριθμ. οικ. 3457	Επικέντρωση στην Ασφάλεια N. 4368 / 2016
Διασφάλιση της Ποιότητας N. 4025 / 2011	Αναφορά Κρίσιμων Συμβάντων N. 3868 / 2010	Κλινικοί Δείκτες 3230 / 2004	Δημοσιοποίηση N. 3868 / 2010 N. 4368 / 2016
Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση N. 2889 / 2001	Πρότυπα N. 3697 / 2008 N. 4025 / 2011	Επιθεώρηση – Έλεγχος N. 2889 / 2001 N. 3868 / 2010 N. 4025 / 2011	Ενθάρρυνση Συμμετοχής N. 3868 / 2010
Εστίαση στην Ηθική N. 3814 / 2005 N. 4368 / 2016	Διαδικασίες Διαπίστευσης N. 2231 / 1994 N. 3329 / 2005 N. 3868 / 2010 N. 4025 / 2011		

Πηγή : Δρελιώζη (2014) και επεξεργασία συγγραφέα

Το πλαίσιο της κλινικής διακυβέρνησης περιλαμβάνει όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Πολύζος, 2014, σ.414). Από αυτό συνάγεται ότι τα στοιχεία και εργαλεία της κλινικής διακυβέρνησης, όπως αυτά διατυπώθηκαν συνοπτικά στον πίνακα 1, δεν εξαντλούνται στην ανωτέρω κατηγοριοποίηση. Αξίζει να αναφερθούμε και σε άλλες εφαρμογές της κλινικής διακυβέρνησης, όπως είναι μεταξύ άλλων, οι κατευθυντήριες κλινικές οδηγίες, τα κλινικά πρωτόκολλα, τα σχέδια φροντίδας, τα κλινικά μονοπάτια ή συνεργατικά πρωτόκολλα (Πρεζεράκος, 2017,σ.293).

Πιο συγκεκριμένα, οι κατευθυντήριες οδηγίες (Clinical Guidelines) απαντούν στο εύλογο ερώτημα των επαγγελματιών του χώρου υγείας “Ποια είναι η κατάλληλη δράση προς ένα ασθενές ή υγιές άτομο που βρίσκεται σε μία συγκεκριμένη κατάσταση υγείας;”. Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν διέπονται από τεχνικές λεπτομέρειες, αποτελώντας έτσι γενικές δηλώσεις που ειδικότερα μπορούν να οριστούν ως «συστηματικώς ανεπτυγμένες δηλώσεις» που συμβάλλουν στη λήψη απόφασης αναφορικά με την κατάλληλη επιλογή φροντίδας υγείας, σε διαφορετικές κλινικές περιπτώσεις (Πρεζεράκος, 2017, σ.294). Πρόκειται ουσιαστικά για συστάσεις, σχετικά με τον τρόπο χειρισμού ιατρικών προβλημάτων, που έχουν διαμορφωθεί ύστερα από συμφωνία ομάδων επαγγελματιών υγείας (Λιονής et al., 2016, σ.36).

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τους κυριότερους δικτυακούς τόπους για τη διανομή κατευθυντήριων οδηγιών διεθνώς. Στην Ελλάδα, έχουν γίνει κάποιες αποσπασματικές προσπάθειες κατάρτισης κατευθυντήριων οδηγιών, κυρίως από Πανεπιστήμια και Επιστημονικές Εταιρείες. Ενδεικτικά αναφέρεται το παράδειγμα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, που έχει αναπτύξει ένα τοπικό δίκτυο διανομής κατευθυντήριων οδηγιών² (Λιονής et al., 2016, σ.38).

2 Ο δικτυακός τόπος είναι διαθέσιμος [εδώ](#)

Πίνακας 2: Δικτυακοί τόποι διανομής Κατευθυντήριων Οδηγιών

Κύριοι δικτυακοί τόποι Κατευθυντήριων Οδηγιών	
National Institute for Clinical Excellence	www.nice.org.uk
American Family Physician-Practice Guidelines	www.aafp.org
National Guidelines in U.S	www.guideline.gov
New Zealand Guidelines Group	www.nzgg.org.nz
U.S Resource Library for Physicians and Clinical Practice Guidelines	http://www.rmlibrary.com/sites/medclini.htm
The Royal New Zealand College of General Practitioners	http://www.rnzcgp.org.nz
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	http://www.sign.ac.uk/
World Family Doctors	www.globalfamilydoctor.org
Royal College of General Practitioners - UK	http://www.rcgp.org.uk/
The Royal Australian College of General Practitioners	www.racpg.org.au

Πηγή: Κλινικά Φροντιστήρια, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Λιονής,Χ., Θηραϊός,Ε., Παπανικολάου, Ν. (2016)

Ενώ οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν γενικές δηλώσεις, τα κλινικά πρωτόκολλα (Clinical Protocols) παρέχουν λεπτομέρειες αναφορικά με το ποιος κάτι τι, σε ποιο χρόνο, με ποιον τρόπο. Πιο συγκεκριμένα «περιγράφουν μία ολοκληρωμένη σειρά αυστηρών κριτηρίων, περιγράφοντας τα βήματα διαχείρισης για μια ενιαία κλινική κατάσταση, αφορούν σε συγκεκριμένη κατηγορία επαγγελματιών υγείας και απαντούν στο εξής ερώτημα των επαγγελματιών υγείας “Τι θα πρέπει να κάνω στο συγκεκριμένο ασθενές ή υγιές άτομο, που βρίσκεται στη συγκεκριμένη κατάσταση υγείας, μέσα στη συγκεκριμένη δομή υγείας”» (Πρεζεράκος, 2017, σ. 295).

Τα σχέδια φροντίδας (Care Plans) έχουν χαρακτήρα εξατομικευμένης φροντίδας διότι είναι τα πρωτόκολλα που ακολουθούνται για έναν συγκεκριμένο ασθενή, που λαμβάνει παροχές υγείας σε συγκεκριμένη δομή υγειονομικής περίθαλψης από συγκεκριμένη ομάδα κλινικών επιστημόνων. Ακολούθως τα κλινικά μονοπάτια ή συνεργατικά πρωτόκολλα (Clinical Pathways) αποτελούν σχέδια φροντίδας συλλογικής προσέγγισης καθώς εμπλέκονται πολλοί επαγγελματίες υγείας. Κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας μέσω ενός Clinical Pathway γνωρίζει τις αρμοδιότητες του. Για την ακρίβεια καθορίζονται: τα βήματα, οι χρόνοι, ο τρόπος επικοινωνίας των μελών

της ομάδας, τα βασικά στοιχεία της περίθαλψης και οι στόχοι της, καθώς και ο τρόπος παρακολούθησης και αξιολόγησης ενδεχομένων παρεκκλίσεων βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων, κατευθυντήριων οδηγιών, κλινικών πρωτοκόλλων, βέλτιστων πρακτικών και προσδοκιών των ασθενών (Πρεζεράκος, 2007, σ.295). Από την ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι το ελληνικό ΕΣΥ έχει χαρακτηριστεί ως ένα σύστημα «ιατρο-κεντρικό», μειωμένης λογοδοσίας, λανθάνουσας νοοτροπίας και χαμηλής διασύνδεσης μεταξύ των υπηρεσιών κάθε επιπέδου. Ως αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης, καθίσταται επιτακτική η “εισαγωγή” εφαρμογών κλινικής διακυβέρνησης. Είναι αλήθεια ότι η αύξηση της εμπιστοσύνης του κοινού, η παροχή υπηρεσιών υγείας στη λογική της ελάττωσης των κινδύνων για τους ασθενείς, η υιοθέτηση μιας νοοτροπίας εκμάθησης των οργανισμών - ως εχέγγυο ποιότητας – θα συνέβαλλαν τα μέγιστα ώστε το ΕΣΥ των συνεχών και ad hoc μεταρρυθμίσεων (άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο επιτυχημένων) να μετεξελιχθεί σε ένα σύστημα με συνεκτικό και δομημένο προγραμματισμό. Υπό το πρίσμα αυτό, επιλέχθηκε η εκτενής αναφορά στον κλινικό έλεγχο, την ασφάλεια των ασθενών, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τα ανεπιθύμητα συμβάματα, όπως και θα αναλυθούν στις ενότητες 5.3.1 έως 5.3.4.

4.3.3.1. *Κλινικός Έλεγχος*

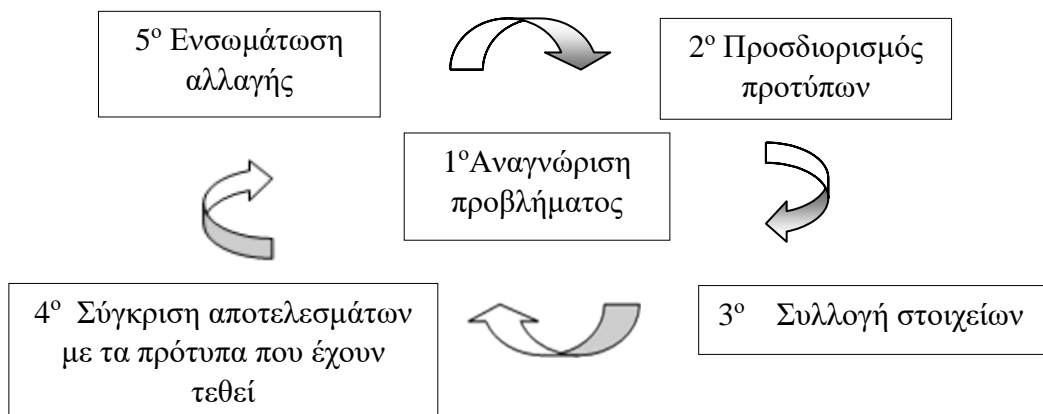
Ο κλινικός έλεγχος αποτελεί βασική συνιστώσα της κλινικής διακυβέρνησης και ως σύστημα ελέγχου ποιότητας αποσκοπεί στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Το NICE το 2002 περιέγραψε τον Κλινικό Έλεγχο ως «μια διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας με την οποία επιχειρείται η βελτίωση της φροντίδας του ασθενή και των εκβάσεων μέσω μιας συστηματικής ανασκόπησης της παρεχόμενης φροντίδας έναντι σαφώς προσδιορισμένων κριτηρίων και εφαρμογής των αλλαγών». Για την ακρίβεια μέσω του κλινικού ελέγχου ποιότητας εξετάζεται και αξιολογείται η αποτελεσματικότητα της κλινικής πρακτικής ώστε να διασφαλίζεται η βέλτιστη δυνατή φροντίδα των ασθενών (Παρισσόπουλος, 2007, σ.514). Κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί ότι για την ποιότητα της κλινικής πρακτικής είναι υπεύθυνοι όχι μόνο οι επαγγελματίες υγείας αλλά και οι διοικήσεις των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό οφείλεται στην αλλαγή της πεποιθήσης ότι η ευθύνη διατήρησης υψηλής ποιότητας παροχής φροντίδας υγείας ανήκει μόνο τους γιατρούς.

Σύμφωνα με την κλασική προσέγγιση του Donabedian, η οποία έχει αναφερθεί στην ενότητα 5.1 ο κλινικός έλεγχος μπορεί να έχει τρία διακριτά πεδία εφαρμογής, ήτοι: τις

δομές – τις διαδικασίες – τα υγειονομικά αποτελέσματα. Όλα αυτά αξιοποιούνται στο πλαίσιο του κλινικού ελέγχου για την αξιολόγηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων (Κυριόπουλος et al., 2003, σ.92-93). Πιο συγκεκριμένα είναι μία διαδικασία διαμέσου της οποίας μπορεί να μετρηθεί η απόδοση, η αξιοπιστία και η τήρηση των διαδικασιών που έχει ορίσει η κλινική διακυβέρνηση. Για την ακρίβεια ο έλεγχος της κλινικής απόδοσης γίνεται βάσει προκαθορισμένων επίπεδων ποιότητας και εφαρμοσμένων προτύπων ώστε να διασφαλίζεται ότι κάθε στρατηγική φροντίδας υγείας υλοποιείται όπως ακριβώς σχεδιάστηκε. Επιπλέον παρέχεται η δυνατότητα όχι μόνο ανάδειξης αλλά και ενσωμάτωσης απαιτούμενων αλλαγών για τη βελτίωση συγκεκριμένου τομέα ή στρατηγικής της υγειονομικής φροντίδας (Λιονής et al, 2016, σ.43).

Ο κλινικός έλεγχος εφαρμόζεται μέσω μιας συνεχούς κυκλικής διαδικασίας πέντε (5) βημάτων (Λιονής et al, 2016, σ.46-50). Σε αυτή τη διαδικασία τίθεται ένα ζήτημα που περνά από συγκεκριμένα στάδια ελέγχου, καταλήγοντας σε συγκεκριμένα αποτελέσματα τα οποία ανατροφοδοτούν τη διαδικασία του επόμενου ελέγχου. Από την κυκλική αυτή διεργασία επιχειρείται να απαντηθούν τα εξής ερωτήματα: Τι θα έπρεπε να συμβαίνει; Τι τελικά συμβαίνει; Τι αλλαγές πρέπει να γίνουν; Ο κύκλος κλινικού ελέγχου απεικονίζεται παρακάτω (σχήμα 2).

Σχήμα 2: Κύκλος Κλινικού Ελέγχου



Πηγή: Κλινικά Φροντιστήρια, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Λιονής,Χ., Θηραίος,Ε., Παπανικολάου, Ν. (2016)

Η επιτυχής εφαρμογή του κλινικού ελέγχου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αποδοχή του περιβάλλοντος στο οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί (Παρισσόπουλος, 2007,σ.516). Για την καλλιέργεια ενός ενθαρρυντικού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος απαιτείται κατάλληλη και επαρκής ενημέρωση. Επίσης σημαντικοί παράγοντες επιτυχίας είναι η κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή, η καλή ηγεσία, ο καλός προγραμματισμός και το ολοκληρωμένο πλάνο δράσης (Παρισσόπουλος, 2007, σ.520).

Η εφαρμογή διαδικασιών κλινικού ελέγχου αποτελεί ευκαιρία για κριτική ανασκόπηση της κλινικής πρακτικής και εξέταση περιθωρίων βελτίωσής της. Είναι σαφές ότι ο κλινικός έλεγχος συνδέεται με πολλαπλά οφέλη όπως, μεταξύ άλλων, μεγαλύτερη συνοχή των διαδικασιών παροχής φροντίδας από τη διεπιστημονική ομάδα, μείωση των κλινικών σφαλμάτων, εξοικονόμηση χρόνου, βελτίωση της αποδοτικότητας ως προς το κόστος, ανάπτυξη προτύπων και ενθάρρυνση ατομικής προόδου (Παπανικολάου, 2007, σ.78-94).

Ειδικότερα, οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιώντας τα εργαλεία του κλινικού ελέγχου βελτιώνουν τις κλινικές τους ικανότητες και αντιλαμβάνονται, μέσω της συμμετοχής τους στη διαδικασία, σε ποια πεδία χρήζουν περαιτέρω εκπαίδευσης ώστε εν συνεχεία να αναζητήσουν τα κατάλληλα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επαγγελματικής εξέλιξης. Για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας εξασφαλίζονται υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, οι οποίες λόγω της διαδικασίας του ελέγχου δεν είναι παροδικές αλλά διατηρούνται σε βάθος χρόνου και κατά συνέπεια οι χρήστες νιώθουν ότι υπάρχει ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες τους. Επιπρόσθετα, οι διοικήσεις των οργανισμών, χωρίς ιδιαίτερο οικονομικό κόστος και χωρίς να περιορίζεται η κλινική ελευθερία των επαγγελματιών υγείας (αυτό – έλεγχος των επαγγελματιών υγείας), διασφαλίζουν ότι το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας είναι υψηλό (Κυριόπουλος et al., 2003, σ.97).

Η εφαρμογή συστημάτων κλινικού ελέγχου συνδέεται με την τάση για άσκηση τεκμηριωμένης ιατρικής (Κυριόπουλος et al., 2003, σ.97). Σύμφωνα με τον David Sackett (1996) « η Τεκμηριωμένη Φροντίδα Υγείας - ΤΦΥ (Evidence Based Medicine - EBM) συνιστά τη συνειδητή χρήση της άριστης, σύγχρονης και επίκαιρης απόδειξης στη λήψη τη απόφασης σχετικά με τη φροντίδα του ασθενή» (Πολύζος, 2014, σ.411). Ο

Μουντοκαλάκης (2015) αναφέρει ότι η πρώτη δημοσίευση σχολίου στην Ελλάδα σχετικά με την ΤΦΥ έγινε το 1998 στην «Ιατρική» αποσπώντας ελάχιστο ενδιαφέρον. Το ενδιαφέρον στον ελληνικό χώρο εκκινεί κάποια χρόνια αργότερα όταν και διαφάνηκε η πιθανότητα να καθιερωθούν και στην Ελλάδα θεραπευτικά πρωτοκόλλα και κατευθυντήριες οδηγίες με την πλειονότητα των κλινικών ιατρών να θεωρεί ότι θα περιοριστεί η ανεξαρτησία τους στη λήψη κλινικών αποφάσεων (Μουντοκαλάκης, 2015, σ.650).

4.3.3.2. Διαχείριση κινδύνων και ασφάλεια ασθενών

Ως κίνδυνος³ ορίζεται η πιθανότητα εμφάνισης ενός μη επιθυμητού αποτελέσματος ή αντίστοιχα, η απουσία ενός επιθυμητού αποτελέσματος (Lhabitant, 2001). Σύμφωνα με τους Kaplan και Garrick, (1981) οι κίνδυνοι αποτελούν συνάρτηση της αβεβαιότητας και της πιθανής βλάβης κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, εξαρτώνται από τους παράγοντες κινδύνου και μειώνονται όσο αυξάνεται η ασφάλεια. Η ασφάλεια των ασθενών ορίζεται ως «η απαλλαγή ασθενούς από περιττή βλάβη ή δυνητική βλάβη που συνδέεται με την υγειονομική περίθαλψη» (WHO) και συνιστά την «αποφυγή, πρόληψη και βελτίωση ατυχών γεγονότων ή και σωματικών βλαβών κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας» (WHO, IHI, NPSF)⁴. Άλλωστε η ασφάλεια των ασθενών είναι ένα ζήτημα όλο και μεγαλύτερης ανησυχίας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρο τον κόσμο όπως τόνισε με ανακοίνωσή της προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2008. Επιπρόσθετα, στοιχεία του ΠΟΥ αναφέρουν ότι ένας στους δέκα ασθενείς βλάπτεται ενώ λαμβάνει υγειονομική περίθαλψη, ότι προκύπτουν σε ετήσια βάση περίπου 43 εκατομμύρια περιστατικά

3 Οι κατηγορίες κινδύνου είναι οι εξής: Προσδιορισμένος κίνδυνος (Identified Risk): Ο κίνδυνος ο οποίος έχει προσδιοριστεί ότι υπάρχει με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων. Απροσδιόριστος κίνδυνος (Unidentified Risk): Ο κίνδυνος ο οποίος δεν έχει προσδιοριστεί ότι υπάρχει. Συνολικός κίνδυνος (Total Risk): Προσδιορισμένος και μη. Αποδεκτός κίνδυνος (Acceptable Risk): Ο προσδιορισμένος κίνδυνος που παραμένει ακόμα και μετά την εφαρμογή ελέγχων. Μη αποδεκτός κίνδυνος (Unacceptable Risk): Ο προσδιορισμένος κίνδυνος ο οποίος πρέπει να ελεγχθεί περαιτέρω και να μειωθεί. Υπολειπόμενος κίνδυνος (Residual Risk): Ο κίνδυνος που παραμένει μετά τις προσπάθειες διαχείρισής του (αποδεκτός και απροσδιόριστος κίνδυνος) (Federal Aviation Administration, 2000)

4 Το Ινστιτούτο για τη Βελτίωση της Υγείας (IHI) και το Εθνικό Ίδρυμα για την Ασφάλεια των Ασθενών (NPSF) άρχισαν να εργάζονται από κοινού τον Μάιο του 2017 και ως νεοσύστατη οντότητα χρησιμοποιούν γνώσεις και πόρους ώστε να οικοδομήσουν συστήματα ασφάλειας των ασθενών καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας τους. Ο δικτυακός τόπος είναι διαθέσιμος [εδώ](#)

ασφάλειας των ασθενών καθώς και ότι τα σφάλματα φαρμάκων κοστίζουν σχεδόν 42 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Επιπρόσθετα, στις υπηρεσίες υγείας ελλοχεύουν, μεταξύ άλλων, οικονομικοί και οργανωσιακοί κίνδυνοι, κίνδυνοι υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία.

Εκείνοι που είναι επιφορτισμένοι με την ευθύνη ασφάλειας των ασθενών και μείωσης των κινδύνων είναι το προσωπικό των οργανισμών υγείας σε όλα τα επίπεδα αλλά και οι αρμόδιοι για τη χάραξη πολιτικών υγείας. Ως συμμετοχικοί παράγοντες στη διαδικασία διαχείρισης κινδύνων εμφανίζονται και οι ίδιοι οι ασθενείς μέσω των εμπειριών τους, προσφέροντας κατά αυτόν τον τρόπο σημαντικές πληροφορίες και πλούσιο υλικό για την κατεύθυνση του ελέγχου ποιότητας.

Η διαχείριση κινδύνων (risk management) αποτελεί στρατηγική της κλινικής διακυβέρνησης που υποστηρίζει τις αρχές της ασφάλειας και της ποιότητας. Για την αντιμετώπιση λαθών και κινδύνων, ως πιο αποτελεσματική στρατηγική, προβάλλει η πρόβλεψη και ο σχεδιασμός συστημάτων που μπορούν να τα προλαμβάνουν. Για να συμβεί αυτό απαιτείται η κατανόηση της ανθρώπινης φύσης και η αποδοχή ότι οι άνθρωποι κάνουν λάθη, τα οποία δύναται να προληφθούν αν κατανοήσουμε την ανθρώπινη φύση και προσαρμόσουμε τα συστήματα πρόληψης των κινδύνων σε αυτή (Δρελιώζη, 2014, σ:53-56).

Η διαχείριση κινδύνων στο χώρο της υγείας μπορεί να οριστεί ως μία διαχειριστική λειτουργία που προστατεύει από απώλειες που μπορούν να προκύψουν από αμέλεια, από πραγματικά ή υποθετικά ατυχήματα ή ακόμη και από έλλειψη ικανότητας (ECRI, 2014). Από αυτό συνάγεται ότι η διαχείριση του κινδύνου αφορά όλες τις διαδικασίες που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της αβεβαιότητας. Στόχος της είναι, μεταξύ άλλων η εξάλειψη αυτής της αβεβαιότητας. Η μείωση της αβεβαιότητας και κατά συνέπεια η διαχείριση του ρίσκου μπορεί να επέλθει με την ανάπτυξη και εφαρμογή προτύπων ποιότητας που είναι ένα μέσο προτυποποίησης των διαδικασιών. Για τη διαχείριση των κινδύνων χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες μέθοδοι, ώστε κάθε οργανισμός να φτάσει σε ένα συγκεκριμένο επίπεδο, που έχει τεθεί από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO) - ο αντίστοιχος οργανισμός σε εθνικό επίπεδο είναι ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ), ενώ υπάρχει και το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (ΕΣΥΔ). Σε γενικές γραμμές η διαχείριση κινδύνων πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των διαδικασιών του οργανισμού και της διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο ανθρώπινος

παράγοντας πρέπει πάντα να σταθμίζεται, να λειτουργεί υπό καθεστώς διαφάνειας και έχει διαρκή ανατροφοδότηση.

Υπάρχουν διάφορα πρότυπα διασφάλισης της ποιότητας. Ενδεικτικά αναφέρονται το Πρότυπο ISO 15189 για την εκτέλεση αιματολογικών και βιοχημικών αναλύσεων, το ISO 9001 για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το ISO 27001 που αφορά τη διαχείριση της ασφάλειας των πληροφοριών, το πρότυπο ISO 14001 για την προστασία του περιβάλλοντος, το OHSAS 18001 για την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων (Λιονής et al.p.27-28) καθώς το σύστημα διαχείρισης ασφάλειας και τροφίμων, στο οποίο περιλαμβάνεται η Ανάλυση Κινδύνων και Κρίσιμων Σημείων Ελέγχου (Hazard Analysis and Critical Control Points-HACCP⁵) (Πολύζος, 2014, σ.406). Επιπλέον, έχει διαμορφωθεί από το ΥΥ Προτυποποίηση Εντύπων Ενιαίας Λειτουργίας των Νοσοκομείων⁶.

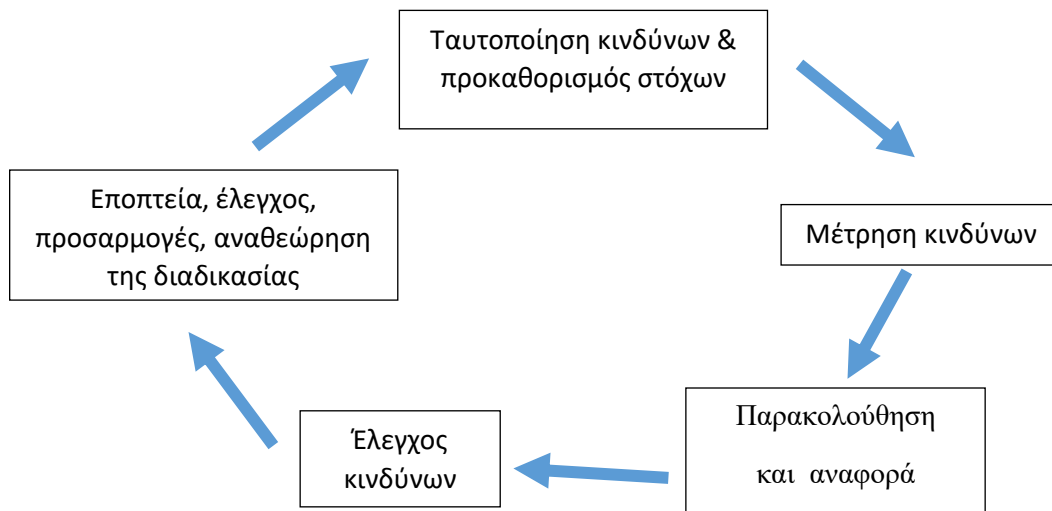
Τον Αύγουστο του 2004 εκδόθηκε το πρότυπο διαχείρισης κινδύνων AS/NZS 4360:2004 από τις επιτροπές προτύπων της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας. Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό⁷ η διαχείριση κινδύνων αφορά στην κουλτούρα, τις διεργασίες και τις δομές που έχουν ως στόχο την υλοποίηση ενδεχόμενων ευκαιριών ενώ παράλληλα γίνεται διαχείριση αντίξοων αποτελεσμάτων. Επίσης, περιλαμβάνει τη συστηματική εφαρμογή πολιτικών, διεργασιών και πρακτικών στα στάδια επικοινωνίας, καθιέρωσης γενικού πλαισίου, ταυτοποίησης, ανάλυσης, αξιολόγησης, αντιμετώπισης, παρακολούθησης και επανεξέτασης κινδύνων. Η διαδικασία διαχείρισης κινδύνων απεικονίζεται στην σχήμα 3.

5 Σύμφωνα με τη νομοθεσία (υπ. αριθμ. Υ1γ/ΓΠ/οικ 47829/2017-ΦΕΚ 2161/Β/23.06.2017 Υγειονομική Διάταξη) οι υγειονομικά υπεύθυνοι των επιχειρήσεων τροφίμων και ποτών οφείλουν να εγκαθιστούν, να εφαρμόζουν και να διατηρούν διαδικασίες, που βασίζονται στις 7 αρχές του HACCP.

6 Ο δικτυακός τόπος είναι διαθέσιμος [εδώ](#)

7 Το πρότυπο είναι διαθέσιμο [εδώ](#)

Σχήμα 3: Διαδικασία διαχείρισης κινδύνων



Πηγή: Πρότυπο AS/NZS 4360:2004 και επεξεργασία συγγραφέα

Από τα ανωτέρω συνάγεται το συμπέρασμα ότι η διαχείριση του κινδύνου αφορά στην καταγραφή, αξιολόγηση, ιεράρχηση και αντιμετώπιση των κινδύνων που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της αβεβαιότητας. Αδιαμφισβήτητα οι κίνδυνοι στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας ενυπάρχουν στο ίδιο το σύστημα και ποτέ δεν μπορούν να εξαλειφθούν πλήρως. Η ασφάλεια των ασθενών – μία εκ των διαστάσεων ποιοτικής φροντίδας υγείας – είναι κεφαλαιώδους σημασίας σε ένα σύστημα υγείας και κατά συνέπεια δεν αποτελεί μια αποκλειστικά ιατρική υπόθεση. Αντίθετα συνίσταται σε μία υπόθεση όλου του οργανισμού υγείας και κατ' επέκταση αφορά σε όλο το σύστημα υγείας μιας χώρας. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η διαχείριση κινδύνου πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος όλων των διαδικασιών ενός οργανισμού.

4.3.3.3. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού

Η εκπαίδευση αποτελεί βασικό πυλώνα της κλινικής διακυβέρνησης και ανήκει στις βασικές αξίες από τις οποίες πρέπει να διέπονται οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας ώστε να εναρμονίζονται με τις αξίες και τις αρχές της ποιότητας και της ασφάλειας (Δρελιώζη, 2014, σ.41). Ο όρος συνεχιζόμενη εκπαίδευση συναντάται στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία με διάφορους εναλλακτικούς όρους, όπως για παράδειγμα η εκπαίδευση ενηλίκων, η τυπική και άτυπη μάθηση, η διά βίου μάθηση και η διά βίου εκπαίδευση (Παναγιωτοπούλου, 2011, σ.25).

Η ιατρική και νοσηλευτική επιστήμη, αναπτύσσονται με τέτοια ταχύτητα ώστε καθίσταται αναγκαίος ο συνεχής επαναπροσδιορισμός των γνώσεων και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι αντιμετωπίζουν πολυάριθμες οικονομικές, επαγγελματικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές προκλήσεις (Παναγιωτοπούλου, 2011,σ.115).

Ο ΟΟΣΑ ορίζει ότι «Η επένδυση στην εκπαίδευση αποφέρει ισχυρά οφέλη τόσο για τα άτομα όσο και για την κοινωνία (OECD, 2012). Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι οργανισμοί επενδύοντας στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων των εργαζομένων αποκομίζουν πολλαπλά οφέλη και μπορούν να προσαρμοστούν ευκολότερα στην ταχύτερη πρόοδο των επιστημών υγείας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο η εκπαίδευση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, με τη μορφή της δια βίου μάθησης, καθίσταται επιτακτική όχι μόνο σε ατομικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο οργανισμού (Δρελιώζη 2014, σ.41-42). Πιο συγκεκριμένα μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης αυξάνεται η παραγωγικότητα σε ατομικό, ομαδικό αλλά και οργανωσιακό επίπεδο καθώς και η αποτελεσματικότητα στις εργασιακές απαιτήσεις (Mondy, 2011). Περαιτέρω, η συμμετοχή σε μαθησιακές διαδικασίες συμβάλει τα μέγιστα στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών διότι η έγκυρη ενημέρωση έχει θετικές επιπτώσεις στην ασφάλεια και την ποιότητα.

Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμη η εννοιολογική αποσαφήνιση των όρων Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση (ΣΕ), Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση (ΣΕΕ) και Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη (ΣΕΑ). Η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση συνδέεται περισσότερο με την προσωπικότητα διότι αφορά την απόκτηση ευρύτερων γνώσεων και την καλλιέργεια προσωπικών ενδιαφερόντων, ενώ η ΣΕΕ συνδέεται αποκλειστικά με το επάγγελμα. Η ΣΕΕ περιβάλλεται από συγκεκριμένους στόχους και έχει ως περιεχόμενο την απόκτηση εξειδικευμένης επιστημονικής γνώσης και επαγγελματικών δεξιοτήτων (Παναγιωτοπούλου, 2011, σ.28). Η ΣΕΑ «εστιάζει στην προσωπική ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας ως μελών ενός οργανισμού ο οποίος προσπαθεί ενεργητικά να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες» (Δρελιώζη, 2014, σ.42).

Η ΣΕΕ καθίσταται υψίστης χρησιμότητας και σπουδαιότητας στην ατζέντα κάθε οργανισμού διότι «η απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων και η μετατροπή τους σε νέες στάσεις και συμπεριφορές δημιουργεί τεράστια αξία για τα άτομα, τις ομάδες, τους οργανισμούς και τα επαγγέλματα» (Παναγιωτοπούλου,2011, σελ:18). Οι επικείμενες

αλλαγές σε έναν οργανισμό δεν αντιμετωπίζονται ως τροχοπέδη στον τρόπο λειτουργίας του λόγω του ότι μπορούν να αντιμετωπισθούν με μεγαλύτερη ευκολία. Κάθε οργανισμός που εφαρμόζει προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης γίνεται ελκυστικότερος καθώς παρέχει στους εργαζόμενους τη δυνατότητα να αποκτήσουν νέες ιδέες, γνώσεις και δεξιότητες (Freeman, T., Walshe, K., 2004, σ. 337 – 340). Απαραίτητη προϋπόθεση αξιοποίησης των οφελών της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης εντός μίας οργάνωσης αποτελεί η ύπαρξη της κατάλληλης οργανωσιακής κουλτούρας, βασιζόμενης στη βελτίωση της απόδοσης και τη συνεχή μάθηση (Δρελιώζη, 2014, σ.41-42). Άλλωστε δεν είναι τυχαίο ότι επενδύονται πολύ σημαντικά ποσά σε δραστηριότητες ΣΕΕ ώστε να βελτιωθεί η απόδοση των εργαζομένων και να ανταπεξέλθουν στις σύγχρονες και αντιφατικές απαιτήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση να αυξηθεί η παραγωγικότητα του οργανισμού (Παναγιωτοπούλου, 2011, σ.21).

Όπως προαναφέρθηκε η μάθηση δεν περιορίζεται μόνο στην απόκτηση νέων γνώσεων και εμπειριών αλλά συνίσταται σε μία συνεχή και αδιάλειπτη διαδικασία αλλαγής της αντίληψης, της συμπεριφοράς και της σκέψης του ατόμου ως απόρροια της γνώσης και της εμπειρίας που έχει αποκομίσει. Συνεπώς η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού ενός οργανισμού σε ένα ενιαίο σύστημα οδηγεί στην «οργανωσιακή ανάπτυξη» του οργανισμού. Ο μετασχηματισμός της εμπειρίας σε γνώση οδηγεί στην ανάπτυξη κοινών γνωστικών μοντέλων μεταξύ των ανθρώπων τα οποία με τη σειρά τους επιφέρουν συνεχείς βελτιωτικές αλλαγές (Πολύζος, 2014, σ.38). Η παραπάνω περιγραφή αντιστοιχεί στη θεωρία του «Οργανισμού Μάθησης» - «Learning Organization» και θα αναλυθεί παρακάτω.

4.3.3.4. *Ανεπιθύμητα συμβάντα*

Η ρήση «ωφελείν ή μη βλάπτειν» του Ιπποκράτη οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η προστασία των ασθενών από ανεπιθύμητα συμβάντα απασχόλησε την ιατρική επιστήμη από τις απαρχές της. Στις μέρες μας ένα νοσοκομείο αποτελεί έναν τεχνολογικά και οργανωσιακά πολύπλοκο χώρο εργασίας με ιδιαίτερες δυσκολίες (Τσαντίδου, Μ.Λ., Αδαμακίδου, Θ. 2018, σ.29-30). Υπό αυτές τις συνθήκες η πιθανότητα εμφάνισης ιατρογενών λαθών και τα ανεπιθύμητων συμβάντων αυξάνονται. Άλλωστε ο ΠΟΥ το 2004 ανακοίνωσε ότι το 10% των ασθενών στις βιομηχανικές χώρες θα αντιμετωπίσει δυσμενές συμβάν (adverse event). Τα δυσμενή συμβάντα δημιουργούν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών αλλά και στην απόδοση των συστημάτων υγείας. Ο

Reason (1990) υποστήριξε ότι η ύπαρξη ανεπιθύμητων συμβάντων και η τέλεση ιατρικών λαθών σχετίζεται με το ανθρώπινο σφάλμα, ως εγγενές χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης και ως μέρος της φυσιολογικής ανθρώπινης συμπεριφοράς. Όρισε το σφάλμα ως «αποτυχία μιας προγραμματισμένης δράσης για να επιτευχθεί συγκεκριμένη έκβαση» και υποστήριξε ότι ένα σφάλμα οφείλεται σε ανθρωπογενείς παράγοντες. Οι ανθρωπογενείς παράγοντες αναγνωρίζουν το αναπόφευκτο του σφάλματος και τη σημασία των συνθηκών εργασίας που θα πρέπει να εξασφαλίζουν την πρόληψη και ελαχιστοποίηση πιθανότητας σφάλματος (Μουμτζόγλου, 2018).

Τα ανεπιθύμητα συμβάντα αποτελούν ένα κρίσιμο ζήτημα διεθνώς. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο το 2014 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επικαιροποίησε μία σύσταση του Συμβουλίου (2009) στην οποία η αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων και άντληση διδαγμάτων από τα σφάλματα αποτελούσε έναν εκ των τεσσάρων τομέων δράσης της συνολικής στρατηγικής σε επίπεδο ΕΕ σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών. Στην ΕΕ πραγματοποιούνται 20 εκατομμύρια δωρεές αίματος (που επιτρέπουν σχεδόν 26 εκατομμύρια μεταγγίσεις σε ασθενείς) και ένα εκατομμύριο δωρεές ιστών και κυττάρων, τις οποίες διαχειρίζονται περισσότερα από 3.000 ιδρύματα ιστών κάθε χρόνο. Ως αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης η ΕΕ φροντίζει για τη δημιουργία κατάλληλου πλαισίου ώστε τα κράτη – μέλη να αναπτύσσουν το σύστημα βιοεπαγρύπνησης (αναφορά, καταγραφή και διαβίβαση πληροφοριών) για τη διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας ιστών και κυττάρων που προορίζονται για την εφαρμογή τους στον άνθρωπο (Γκιόκα et al. , 2018, σ. 535-548). Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) προτρέπει την αναφορά κάθε ανεπιθύμητης ενέργειας μέσω της Κίτρινης Κάρτας που είναι το μέσο για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να συμπληρώνουν την Κίτρινη Κάρτα⁸ όταν υποψιάζονται ότι ένα φάρμακο δύναται να προκαλέσει μία ανεπιθύμητη ενέργεια.

⁸ Ο δικτυακός τόπος απευθείας αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών είναι διαθέσιμος [εδώ](#)

4.3.4. Αναγκαιότητα για κλινική διακυβέρνηση

Έχει καταστεί σαφές ότι τα μοντέλα συστημάτων υγείας των ανεπτυγμένων χωρών δέχονται έντονες πιέσεις και αντιμετωπίζουν σημαντικά ζητήματα όπως, οι χρόνιες ασθένειες, η γήρανση του πληθυσμού, η αλλαγή των αναγκών, οι μεταναστευτικές ροές, η ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας (Μπουρσανίδης, 2018, σ.120). Αδιαμφισβήτητα τα χαρακτηριστικά αυτά ισχύουν και στο ΕΣΥ, ενώ αν συνυπολογιστεί το γεγονός ότι η χώρα διανύει περίοδο βαθιάς οικονομικής κρίσης - που έχει οδηγήσει στον περιορισμό των δημόσιων πόρων - και υψηλών ποσοστών ανεργίας - με αποτέλεσμα τη μετανάστευση εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού - ο προσανατολισμός σε μια εστιασμένη στην ποιότητα, προσέγγιση της περίθαλψης, προβάλλει περισσότερο από ποτέ ως επιτακτική ανάγκη (Λιονής, et al., 2016, σ.5).

Μία σειρά από παράγοντες όπως είναι, μεταξύ άλλων, οι αλλαγές στην πολιτική υγείας, οι δημογραφικές αλλαγές, η αυξανόμενη πρόσβαση στην πληροφορία, οι προσδοκίες για φροντίδα υγείας υψηλών προδιαγραφών, η πρόοδος στην τεχνολογία υγείας και η προσέγγιση της ολοκληρωμένης φροντίδας έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη ουσιαστικής εφαρμογής του μοντέλου της κλινικής διακυβέρνησης στον ελληνικό χώρο υγείας. Οι προαναφερθέντες παράγοντες θα αναλυθούν στις ενότητες 5.4.1 έως 5.4.3.

4.3.4.1. Αλλαγές στις πολιτικές υγείας και δημογραφικές αλλαγές

Η μεγαλύτερη μεταρρύθμιση για την υγεία έγινε στην Ελλάδα το 1983 με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ και η πολιτική υγείας που εφαρμόστηκε βασιζόταν στην κοινωνική ισότητα και την καθολική παροχή υπηρεσιών υγείας. Εν συνεχεία ο αριθμός των νοσοκομείων αυξήθηκε, δημιουργήθηκαν οι Υγειονομικές Περιφέρειες ενώ εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι το ζήτημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παραμένει έως στις μέρες μας επίκαιρο (Κυριόπουλος, et al., 2003, σ.84). Τα τελευταία χρόνια οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας έχουν αυξηθεί ραγδαία και οι πολιτικές υγείας κατευθύνθηκαν προς τη δημιουργία σύγχρονων δομών υγείας όπως είναι για παράδειγμα η κατ'οίκον νοσηλεία και οι πολιτικές εξωνοσοκομειακής φροντίδας (TOMY, οικογενειακός γιατρός). Φαίνεται ότι στον ελληνικό υγειονομικό χώρο δεν υπάρχει μία ξεκάθαρη στρατηγική για τον τρόπο λειτουργίας του ΕΣΥ, ενώ συχνά οι (σχεδιαζόμενες) πολιτικές υγείας εφαρμόζονταν και εφαρμόζονται ad hoc, χωρίς τον αναγκαίο στρατηγικό προγραμματισμό και χωρίς μακρόπνοο σχεδιασμό. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το ότι δίνεται ολοένα και μεγαλύτερη σημασία στα ζητήματα

ποιότητας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι πρέπει να εισαχθεί η κλινική διακυβέρνηση με τη μορφή ενός μακροπρόθεσμου, ολοκληρωμένου και συνεκτικού προγράμματος.

Εξάλλου η αλλαγή του επιδημιολογικού προφίλ και οι ραγδαίες δημογραφικές αλλαγές, όπως είναι η γήρανση του πληθυσμού, ο αριθμός των γεννήσεων που βαίνει μειούμενος, οι παρατηρούμενες αλλαγές στα πρότυπα νοσηρότητας⁹, η έλλειψη ετοιμότητας των ασφαλιστικών ταμείων, η εισροή μεταναστών και η αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων διαμορφώνουν ένα πολυσύνθετο και δισεπίλυτο πρόβλημα όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά σε όλα τα συστήματα υγείας του δυτικού κόσμου. Συγκεκριμένα η Ελλάδα ανήκει στις χώρες με πολύ υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ. Αυτό σημαίνει ότι ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού χρήζει άμεσης και συνεχούς φροντίδας υγείας αυξάνοντας τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Περαιτέρω η Ελλάδα ήδη αντιμετωπίζει πρόβλημα αυξημένης ζήτησης υπηρεσιών υγείας εξαιτίας των πρόσφατων μεταναστευτικών ροών, ένα φαινόμενο με ιδιαίτερη επίδραση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Τα προβλήματα που θα κληθεί να αντιμετωπίσει το ΕΣΥ μελλοντικά περιπλέκονται περισσότερο αν ληφθεί υπόψη η ύπαρξη υψηλού ποσοστού ανεργίας σε συνδυασμό με τις ελλείψεις των ασφαλιστικών ταμείων.

4.3.4.2. Πρόσβαση στην πληροφορία και αύξηση των προσδοκιών των ασθενών

Η ολοένα και μεγαλύτερη πληροφόρηση εξαιτίας της προόδου της πληροφορικής έχει ως αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων, την αύξηση των προσδοκιών των πολιτών. Οι πολίτες έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες που σχετίζονται όχι μόνο με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης αλλά και με εκείνες που αφορούν στη δομή και τις λειτουργίες άλλων συστημάτων υγείας. Υποστηρίζεται ότι η πρόσβαση στα δεδομένα υγείας είναι το κλειδί για την αλλαγή και βελτίωση των συστημάτων υγείας (Μαντάς, 2007, σ.62). Ως εκ τούτου το γεγονός ότι στην ελληνική πραγματικότητα υπάρχει έλλειψη αξιόπιστων δεδομένων και συστημάτων συλλογής και αξιοποίησής τους πυροδοτεί την ανάγκη εφαρμογής κλινικών διακυβερνητικών μηχανισμών (Κουκουριτάκης, 2012, σ.58).

Επιπλέον, τόσο η καλύτερη πρόσβαση στην πληροφορία όσο και η ίδια η βελτίωση στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας οδήγησαν στην αύξηση των απαιτήσεων και

⁹ Οι επιπτώσεις από ασθένειες όπως είναι η παχυσαρκία και ο διαβήτης αυξάνονται συνεχώς καθώς και οι περιπτώσεις συν-νοσηρότητας.

προσδοκιών των ασθενών. Ήδη από τις αρχές του 2000 η διακήρυξη της «Ελευθερίας για Πληροφόρηση» (DC 2000C) και τα Φόρα ασθενών και κοινού (DH 2003) οδήγησαν σε αλλαγές, οι οποίες εμπλέκουν τους χρήστες υπηρεσιών υγείας κατά τη λήψη αποφάσεων αναφορικά με το σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών υγείας (Κουκουριτάκης, 2012, σ.55). Αποδεικνύεται ότι οι προσδοκίες των ασθενών συνεχώς αυξάνονται. Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας προσδοκούν από τις υπηρεσίες υγείας καταρχάς να τηρηθεί το ραντεβού τους και να γνωρίζουν ποιος ιατρός θα τους εξετάσει. Κατόπιν προσδοκούν από τους θεράποντες ιατρούς να τους αφιερώσουν αρκετό χρόνο, να είναι ευγενικοί προς αυτούς, να τους αντιμετωπίσουν με σεβασμό, υπομονή και ανάλογη συμπεριφορά ως πρόσωπα και όχι ως προβλήματα υγείας. Οι ασθενείς έχουν την ανάγκη σαφών οδηγιών και συγκεκριμένων απαντήσεων στις ανησυχίες τους. Ακούγοντας τους ασθενείς, τις απορίες, τις απόψεις και τις εμπειρίες τους, δημιουργείται κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ θεράποντα και θεραπευόμενου. Σύμφωνα με τους Szasz και Hollender (1956) τα τρία βασικά μοντέλα σχέσης ιατρού – ασθενούς είναι τα εξής: μοντέλο ενεργητικότητας - παθητικότητας, μοντέλο καθοδήγησης - συνεργασίας και μοντέλο αμοιβαίας συμμετοχής. Το μοντέλο όπου ο ασθενής είναι παθητικός δέκτης της κατάστασης της υγείας του έχει εγκαταλειφθεί. Τη θέση της κλινικής αποστασιοποίησης επιχειρεί να πάρει η ενσυναίσθηση¹⁰ του ιατρού στο πλαίσιο της δημιουργίας θεραπευτικής συμμαχίας με τον ασθενή καθώς ο τελευταίος βρίσκεται στο επίκεντρο της φροντίδας. Οδηγούμαστε κατά αυτόν τον τρόπο στο μοντέλο φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (patient - centered care) που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προσωπικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες του, βάσει των οποίων καθοδηγείται και λαμβάνεται η κλινική απόφαση. Η ανάπτυξη εξατομικευμένης φροντίδας (personalized healthcare) και η διασφάλιση συνέχειας και ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας (intergrated care) αποτελούν σχετικά νέα μοντέλα κλινικής διαχείρισης ασθενών και ασθενειών με μεγάλη συνάφεια με τις αρχές της κλινικής διακυβέρνησης.

10 Η ενσυναίσθηση αφορά στην κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης ενός άλλου ατόμου και στο «μοίρασμα» της συναισθηματικής του εμπειρίας. Διαφέρει από τη «συμπάθεια», η οποία περιγράφει τα συναισθήματα του ακροατή, αλλά όχι την κατανόηση ή το «μοίρασμα» των συναισθημάτων του ασθενή.

4.3.4.3. *Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας και Τεχνολογία Υγείας*

Σχετικά με την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας ή απαρτιωμένης φροντίδας υγείας (integrated care) ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ότι είναι: «η διαχείριση και η παροχή υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε τα άτομα να απολαμβάνουν ένα συνεχές προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες τους στη διάρκεια του χρόνου και ανεξαρτήτως επιπέδου του συστήματος υγείας στο οποίο απευθύνονται» (WHO, 2008). Στους βασικούς στόχους της συμπεριλαμβάνονται η βελτίωση της προσβασιμότητας και του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού, η σύνδεση των φορέων ΠΦΥ, η βελτίωση της κατανομής του υγειονομικού προσωπικού και η καλύτερη επικοινωνία και κατανομή των πόρων. Η Καλοκαιρινού et al. (2015), σ.16 αναφέρουν ότι ο όρος «ολοκληρωμένη φροντίδα» «...αφορά την ευθυγράμμιση και συνεργασία τόσο εντός των διαφορετικών τομέων περίθαλψης και φροντίδας, όσο και ανάμεσα σε αυτούς» (Καλοκαιρινού et al., 2015, σ.16). Χάρη σε αυτό μπορούμε να αντιληφθούμε ότι ο όρος integrated care αποκτά νόημα με την εφαρμογή του όρου e – health.

Το φαινόμενο της ηλεκτρονικής υγείας αποτελεί απόρροια της προόδου της τεχνολογίας υγείας. Δεν είναι τυχαίο ότι ο δικτυακός τόπος του Υπουργείου Υγείας (ΥΥ) διαθέτει ξεχωριστό σύνδεσμο με ονομασία e-health – Ηλεκτρονική Υγεία¹¹. Η ηλεκτρονική υγεία (e – health) σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι η μεταφορά πόρων υγείας και υγειονομικής περίθαλψης με ηλεκτρονικά μέσα που περιλαμβάνουν: παροχή πληροφοριών για την υγεία μέσω των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας, χρήση των δυνατοτήτων της πληροφορικής για τη βελτίωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας μέσω της εκπαίδευσης και της κατάρτισης των εργαζομένων στην υγεία. Νέες ιατρικές συσκευές και εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας παρέχουν τη δυνατότητα να σώσουν ζωές και να βελτιώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας. Η ευρεία εφαρμογή της τηλεϊατρικής¹², της τηλεσυμβουλευτικής, της κινητής υγείας¹³ (m -

11 Ο δικτυακός τόπος είναι διαθέσιμος [εδώ](#)

12 Η τηλεϊατρική σημαίνει τη χρήση τεχνολογιών τηλεπικοινωνιών και πληροφοριών για την παροχή υπηρεσιών υγείας, ανεξάρτητα από το πού βρίσκονται οι επαγγελματίες υγείας, οι ασθενείς, οι φάκελοι πληροφοριών υγείας και ο εξοπλισμός.

13 Η κινητή υγεία περιλαμβάνει τη χρήση έξυπνων κινητών συσκευών (εφαρμογές m-Health) για τη συλλογή, ενοποίηση και επεξεργασία δεδομένων υγείας καθώς και τη μετάδοση πληροφοριών, σε σχέση με την φροντίδα της υγείας, σε επιστήμονες υγείας, ερευνητές και στους ίδιους τους πολίτες. m-Health

health), του Ηλεκτρονικού φακέλου¹⁴ αποτελούν ορισμένα μόνο από τα αποτελέσματα της ραγδαίας προόδου της τεχνολογίας υγείας (Μαντάς, 2007, σ.79-85).

Από τα όσα αναφέρθηκαν στην πέμπτη ενότητα διαπιστώνεται ότι λόγω των επικρατουσών συνθηκών αλλά και δυνητικών ωφελειών η εφαρμογή εργαλείων κλινικής διακυβέρνησης καθίσταται πράγματι επιτακτική. Η επιτυχής εφαρμογή τους αποτελεί μία δύσκολη και σύνθετη διαδικασία, εξαρτώμενη σε μεγάλο βαθμό από την ύπαρξη της κατάλληλης κουλτούρας. Παρακάτω αναλύεται εκτενώς η έννοια και η σημασία της κουλτούρας, αποσαφηνίζονται οι όροι "Όργανισμός Μάθησης" και "Διοίκηση Ολικής Ποιότητας" στους οργανισμούς υγείας, ενώ γίνεται αναφορά στο Σύστημα Επιχειρησιακής Ευφυΐας του ΥΥ.

είναι «η χρήση των αναδύομένων κινητών επικοινωνιών και των τεχνολογιών δικτύων για την υγειονομική περίθαλψη».

14 Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς που αποτελεί έναν ενιαίο χώρο διαχρονικής καταγραφής ιατρικών δεδομένων, τα οποία συλλέγονται και αποθηκεύονται σε διαφορετικούς χρόνους, από διαφορετικά σημεία εισόδου του ασθενούς, σε κάθε είδους επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας και από διαφορετικούς, εντεταλμένους (ή πιστοποιημένους) γιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας.

4.4 Η σπουδαιότητα της Κουλτούρας στην Κλινική Διακυβέρνηση

Σε ένα σύστημα υγείας ιδιαίτερα σημαντική είναι η κουλτούρα που διέπει έναν οργανισμό, διότι καθορίζει την επιτυχία ή όχι της εφαρμογής των αρχών και πρακτικών της κλινικής διακυβέρνησης καθώς και κάθε άλλου είδους οργανωσιακής αλλαγής (Πολύζος, 2014, σ.440). Είναι ιδιαίτερο αξιοσημείωτο ότι κάθε εγχείρημα αλλαγής που αντίκειται των διαμορφωμένων οργανωσιακών αξιών εντός ενός οργανισμού δυσκολεύει την αποτελεσματική εφαρμογή και υλοποίηση του (Hackett, Lilford, Jordan, 1999, σ.99-100).

«Οργανωσιακή κουλτούρα είναι η καλλιεργημένη (δια των αξιών, των αρχών, της παράδοσης, της εκπαίδευσης, της εμπειρίας και της παρατήρησης) νοοτροπία για το πράττειν και συμπεριφέρεσθαι των μελών μιας οργάνωσης» (Χυτήρης, 2017, σ.443). Ως εκ τούτου, η κουλτούρα ενός οργανισμού επηρεάζει τη συμπεριφορά και τις σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, των εμπλεκόμενων συνεργατών και των πολιτών – “πελατών”. Επιπλέον η «οργανωσιακή κουλτούρα» επιδρά σημαντικά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων καθώς και στην εφαρμογή νέων πρακτικών. Ως όρος περικλείει ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών φαινομένων όπως είναι, μεταξύ άλλων, η συμπεριφορά, η γλώσσα, ο τρόπος ένδυσης, οι αξίες και πεποιθήσεις που καθορίζουν τους κανόνες και το χαρακτήρα ενός οργανισμού (Δρελιώζη, 2014, σ.59). Στον αντίποδα το οργανωσιακό κλίμα όντας προσωρινό και υποκειμενικό συχνά επηρεάζεται και χειραγωγείται από την εκάστοτε ηγεσία και αποτελεί τρόπο μέτρησης της κουλτούρας. Ειδικότερα πρόκειται για ένα σύνολο συνθηκών που υπάρχουν και έχουν αντίκτυπο στη συμπεριφορά των ατόμων διότι αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του οργανισμού (οργανωτική δομή, κανάλια επικοινωνίας, πολιτικές, διαδικασίες κα) όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από τα μέλη του (Verbeke et al, 1998). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα μέλη των οργανισμών ατομικά αλλά και ομαδικά (ανά κλάδο επαγγελματία υγείας) δεν αντιλαμβάνονται το οργανωσιακό κλίμα με τον ίδιο τρόπο. Πρόσφατη μελέτη για τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας στα νοσοκομεία, σχετικά με το υφιστάμενο οργανωσιακό κλίμα, όσον αφορά την ασφάλεια και την ποιότητα, κατέδειξε ότι υπάρχει διαφορά απόψεων μεταξύ τους. Οι απόψεις τους εξαρτώνται από τη νομική προσωπικότητα του νοσοκομείου, το φύλο, την ηλικία και την επαγγελματική εμπειρία τους. Οι απόψεις των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας είναι ουσιώδεις, καθώς αποτελούν τους κυριότερους και άμεσους παράγοντες της περίθαλψης. Η εκτίμηση του κλίματος αναδεικνύει στοιχεία τα οποία, εάν αξιοποιηθούν μπορεί να συμβάλλουν στην

προσπάθεια συνεχούς βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών (Dreliozi et al., 2018, σ.68-69).

Πρωταρχικής σημασίας παράγοντας κατά την παρακολούθηση, διαμόρφωση και αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας ενός οργανισμού καθίσταται η ηγεσία. Ο Χυτήρης (2017) ισχυρίζεται ότι η ηγεσία (leadership) είναι σχέση επιρροής και αφορά την ικανότητα και συμπεριφορά κάποιων να ασκούν επιρροή σε άλλους (συνεργάτες, υφιστάμενοι κα) και να "οδηγούν" την ομάδα μπροστά δίνοντας της όραμα, κατεύθυνση και προοπτική. Επιπλέον ο ηγέτης έχει το χαρακτηριστικό να εμπνέει, να ενθουσιάζει και να επιφέρει αλλαγές και καινοτομίες (Χυτήρης, 2017, σ.281).

Η κουλτούρα αποτελεί μια περίπλοκη και αμφιλεγόμενη έννοια που έχει πολλούς διαφορετικούς ορισμούς. Η δε σημασία της στην κλινική διακυβέρνηση είναι θεμιτό να υποστηρίζεται επαρκώς σε εθνικό επίπεδο. Στην Αυστραλία υπάρχει εθνικό πλαίσιο, που τονίζει τη σημασία της κουλτούρας στην κλινική διακυβέρνηση για να εξασφαλιστεί ότι οι ασθενείς και οι καταναλωτές θα λαμβάνουν ασφαλή και υψηλής ποιότητας περίθαλψη. Το 2017 η Αυστραλιανή Επιτροπή Ασφάλειας και Ποιότητας στην Υγεία δημοσίευσε το Εθνικό Πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης βάσει των εθνικών προτύπων υγείας και ασφάλειας, τα οποία προσδιορίζουν τις ενέργειες που πρέπει να λάβει ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας για να αναπτυχθούν συστήματα για καλή κλινική διακυβέρνηση. Αναφέρει δε ότι στους περισσότερους ορισμούς συμφωνείται ότι η κουλτούρα αποτελείται από τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις υποθέσεις που μοιράζονται οι επαγγελματικές ομάδες. Αυτοί οι κοινοί τρόποι σκέψης στη συνέχεια μεταφράζονται σε κοινά και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς (ACSQHC,2017). Άλλωστε, σήμερα, το κέντρο βάρους έχει μετατοπιστεί στη συλλογική μάθηση, που ξεπερνά τα όρια της ατομικής μάθησης και όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια μπορεί να απελευθερώσει δυνητικά οφέλη τόσο για το άτομο όσο και για τον οργανισμό ο οποίος μετασχηματίζεται σε οργανισμό μάθησης.

4.5 Κλινική Διακυβέρνηση και Οργανισμός Μάθησης

Ως Οργανισμοί Μάθησης (Learning Organization) αναγνωρίζονται αυτοί που έχουν την επιθυμία και την ικανότητα να καταστήσουν την εκμάθηση ως ένα βασικό χαρακτηριστικό τους. Ενώ παράλληλα η σημασία της ατομικής διά βίου μάθησης, ως μέσο βελτίωσης των ικανοτήτων, αναγνωρίζεται ως χρήσιμη μεν αλλά περιορισμένη μέθοδος (Wilkinson et al, 2004, σ.107). Σήμερα, το κέντρο βάρους έχει μετατοπιστεί στη συλλογική μάθηση, που ξεπερνά τα όρια της ατομικής μάθησης και μπορεί να απελευθερώσει δυνητικά οφέλη τόσο για το άτομο όσο και για τον οργανισμό. Σύμφωνα με τον Clarke (2001) οργανισμός μάθησης είναι ένας οργανισμός που μπορεί να προσαρμοστεί στην αλλαγή, να μάθει από τα λάθη του, να εκμεταλλευτεί τις ευκαιρίες ανάπτυξης, να βελτιώσει την ποιότητα και να μεγιστοποιήσει τη συμβολή του ανθρώπινου δυναμικού του. Σε έναν οργανισμό μάθησης, η μάθηση μπορεί να διατηρηθεί και να αναπτυχθεί στην ευρύτερη οργάνωση με τρόπο που να ενισχύει την ικανότητα ακόμη και μετά την αποχώρηση μεμονωμένου προσωπικού (Wilkinson et al, 2004, σ.108). Επιπρόσθετα, οι οργανισμοί μάθησης αναγνωρίζονται ως ομάδες που επιτρέπουν στους εργαζόμενους να επιδιώκουν τους ατομικούς τους στόχους παράλληλα με την επίτευξη των στόχων της ομάδας. Έτσι ενθαρρύνεται η ομαδική μάθηση, η οποία αποφέρει οφέλη τόσο για την ομάδα όσο και για τα άτομα που περιλαμβάνει. Σε αυτούς τους οργανισμούς η προσαρμοστικότητα και η ικανότητα είναι αξίες που στηρίζουν την ανάπτυξη δομών που τους επιτρέπουν να ανταποκρίνονται καλύτερα στις αλλαγές, που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με στόχο τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας (Wilkinson et al., 2004, σ.109-113).

Η αλλαγή της «οργανωσιακής κουλτούρας», ως βάση για τη βελτίωση της ποιότητας συνδέεται με την προσέγγιση του Οργανισμού Μάθησης (Learning Organization) και της κλινικής διακυβέρνησης. Ωστόσο οι δύο προσεγγίσεις διαφέρουν θεμελιωδώς στη λογική της δράσης τους. Η κλινική διακυβέρνηση εφαρμόζεται και λειτουργεί από "τα πάνω προς τα κάτω" ("top - down") γύρω από θέματα όπως τα τυπικά πρότυπα και οι καθιερωμένες διαδικασίες που θα εφαρμοστούν, η τακτική παρακολούθηση και υποβολή εκθέσεων (Wilkinson et al., 2004, σ.109-113). Στον οργανισμό μάθησης οι αλλαγές επέρχονται από τα "κάτω προς τα πάνω" ("bottom - up" changes) και οι αξίες, οι πεποιθήσεις και τα κίνητρα διαμορφώνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να δίνεται προτεραιότητα στη μάθηση και την αλλαγή σε επίπεδο εργαζομένου ή/και τμήματος

εντός ενός οργανισμού που “μαθαίνει” (Wilkinson et al.,2004, σ.109-113). Χάρη σε αυτό ο οργανισμός μάθησης συνδέεται με την έννοια της «οργανωσιακής μάθησης» που αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους η μάθηση μπορεί να αναπτυχθεί και να διατηρηθεί ευρύτερα σε έναν οργανισμό. Ενώ στην κλινική διακυβέρνηση η διαχείριση της ποιότητας και του κινδύνου ενσωματώνεται στην καθημερινή πρακτική μέσω συστημάτων και διαδικασιών, αντίθετα, στην οργανωσιακή μάθηση δίνεται έμφαση στις μεμονωμένες εσωτερικοποιημένες αλλαγές και στους τρόπους σκέψης.

Αποτελεί πρόκληση για τις διοικήσεις των οργανισμών να συνδυάσουν τις δύο διαφορετικές μορφές οργανωτικής αλλαγής, δηλαδή την “top – down” λογική της κλινικής διακυβέρνησης και την “bottom - up” του οργανισμού μάθησης, ώστε να επωφεληθούν από τα δυνητικά οφέλη των δύο αντικρουόμενων τρόπων δράσης,

4.6. Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης ως εργαλείο Κλινικής Διακυβέρνησης

Το ΚΠΑ¹⁵(Common Assessment Framework) είναι ένα ευρωπαϊκό εργαλείο διαχείρισης ποιότητας, επηρεασμένο από το πρότυπο αριστείας του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διοίκηση Ποιότητας (EFQM) και το πρότυπο του γερμανικού πανεπιστημίου διοικητικών επιστημών Spreyer. Αναπτύχθηκε από το έτος 2000 ειδικά για τη δημόσια διοίκηση, αποτελώντας ένα μέσο αυτό-αξιολόγησης των δημοσίων υπηρεσιών. Διαμορφώθηκε από την Ομάδα Καινοτόμων Δημοσίων Υπηρεσιών (Innovation Public Services Group) που λειτουργεί στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην οποία συμμετέχει ενεργά η Ελλάδα. Πρόκειται για ένα οικονομικό και εύχρηστο εργαλείο που παρέχει τη δυνατότητα στις δημόσιες οργανώσεις να χρησιμοποιούν τεχνικές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας βελτιώνοντας τη διοικητική τους ικανότητα και τις παρεχόμενες προς τους πολίτες υπηρεσίες. Το ΚΠΑ επικαιροποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, προκειμένου να ανταποκρίνεται στις εξελίξεις της δημόσιας διοίκησης και στις νέες συνθήκες και ανάγκες που διαμορφώνονται συνεχώς στην Ευρώπη. Το ΚΠΑ χρησιμοποιείται σε δομές αρκετών ελληνικών νοσοκομείων. Ενδεικτικά αναφέρονται το Γ.Ν.Α. ΚΑΤ (τμήμα επειγόντων περιστατικών, Απογευματινά ιατρεία, , λογιστήριο), Γ.Ν. Τρικάλων (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Αναισθησιολογικό Τμήμα), Γ.Ν. Ελευσίνας “ Θριάσιο”, Γενικό Νοσοκομείο Σύρου (διοικητική απόδοση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας), το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής

«Σισμανόγλειο», το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (ΩΡΛ Πανεπιστημιακή Κλινική).

4.7 Από το ESY.net στο Σύστημα Επιχειρησιακής Ευφυΐας του Υπουργείου Υγείας – Bussiness Intelligence (BI – Health)

Η ανάγκη ελέγχου και εξορθολογισμού των δαπανών υγείας καθώς και η ανάγκη παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας των μέτρων και των πολιτικών που εφαρμόζονται στο χώρο της υγείας οδήγησε το 2011 στη δημιουργία του ESY.net, το οποίο περιγράφεται ως ένα σύστημα μηνιαίας καταγραφής και παρακολούθησης των οικονομικών και λειτουργικών στοιχείων των μονάδων υγείας του ΕΣΥ. Το ESY.net περιλαμβάνει μία σειρά πινάκων με οικονομικά και λειτουργικά δεδομένα των δημόσιων μονάδων υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας) και παρέχει τη δυνατότητα στους χρήστες σε επίπεδο ΥΠΕ και ΥΥ να εξάγουν αναφορές και συγκριτικά στοιχεία που αποτελούν δείκτες αξιολόγησης των μονάδων υγείας. Το ESY.net αντικατέστησε την διαδικασία συλλογής και επεξεργασίας των μηνιαίων στοιχείων μέσω υπολογιστικών φύλλων excel, αποστολής τους μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και εγγράφως (υπογεγραμμένων) (Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011, σ.95 – 96). Προϋπόθεση της εφαρμογής του αποτέλεσε η εξασφάλιση λειτουργικότητας και διαλειτουργικότητας των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων. Άλλωστε για την εφαρμογή του συστήματος δεν υπήρξε συγκεκριμένη νομοθεσία εντούτοις βασίστηκε σε μία σειρά διαγωνισμών αναβάθμισης των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων. (Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012, σ.89 - 97). Η βελτιωμένη έκδοση του ESY.net είναι το Σύστημα Επιχειρησιακής Ευφυΐας του ΥΥ – Bussiness Intelligence (BI – Health) που άρχισε να εφαρμόζεται στις αρχές του 2016. Μέσω του εν λόγω συστήματος συλλέγονται ευαίσθητα και προσωπικά δεδομένα για λόγους μοναδικοποίησης της πληροφορίας όπως ο ΑΜΚΑ του ασθενούς και του προσωπικού. Για την διασφάλιση των ευαίσθητων δεδομένων γίνεται ανωνυμοποίηση, μέσω της χρήσης προηγμένων αλγορίθμων. Τα ευαίσθητα και προσωπικά δεδομένα αποστέλλονται “κρυπτογραφημένα” στο κεντρικό σύστημα με μηχανισμό κατακερματισμού SHA – 256. Επιπλέον κατά την παραλαβή, τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα υφίστανται αυτόματη επιπλέον κρυπτογράφηση δύο επιπέδων με τη χρήση διαφορετικών συμμετρικών κλειδιών που είναι γνωστά σε διαφορετικούς διαχειριστές στο ΥΥ.

Στην προηγούμενη ενότητα (ενότητα 5) αναλύθηκε η έννοια της κλινικής διακυβέρνησης στο επίκεντρο της οποίας βρίσκεται η ποιότητα. Ακολούθως, αναφέρθηκαν οι βασικές προσεγγίσεις της ποιότητας και ορισμένα εργαλεία της κλινικής διακυβέρνησης. Έγινε μία σύντομη ανασκόπηση σχετικά με την εφαρμογή άρχων κλινικής διακυβέρνησης στο εξωτερικό και παρατέθηκαν επιχειρήματα σχετικά με την αναγκαιότητα ουσιαστικής εφαρμογής των αρχών της σε ελληνικό επίπεδο. Στην παρούσα ενότητα (ενότητα 6) αναλύθηκε ο ρόλος της κουλτούρας των δημόσιων οργανισμών κατά την εφαρμογή συστημάτων κλινικής διακυβέρνησης, η σημασία της ύπαρξης "Οργανισμών Μάθησης", η προσέγγιση της ΔΟΠ και η αναφορά εργαλείων και προτύπων ποιότητας που χρησιμοποιούνται για την εφαρμογή της ΔΟΠ σε δημόσιους οργανισμούς στην Ελλάδα καθώς και το σύστημα μηνιαίας καταγραφής και ελέγχου των στοιχείων των υγειονομικών μονάδων.

4.8. Το νομοθετικό πλαίσιο διοίκησης ποιότητας και κλινικής διακυβέρνησης στην Ελλάδα

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας συστάθηκε με τον ιδρυτικό νόμο 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α' / 7.10.1983). Τα τελευταία τριάντα χρόνια και ιδιαίτερα μετά την οικονομική κρίση του 2008 ο κλάδος της υγείας συνεχώς μεταβάλλεται και εξελίσσεται. Το ενδιαφέρον για τις διαδικασίες ποιότητας στην ελληνική πραγματικότητα μολονότι δεν αποτελεί ένα πρόσφατο ζήτημα, σήμερα βρίσκεται στο επίκεντρο περισσότερο από ποτέ. Η παρούσα ενότητα στοχεύει στην καταγραφή των νομοθετικών παρεμβάσεων αναφορικά με την ποιότητα και την κλινικής διακυβέρνηση. Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 3) παρουσιάζεται η βασική νομοθεσία για την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 3: Νομοθετικό πλαίσιο διοίκησης ποιότητας και κλινικής διακυβέρνησης

Νόμοι - ΠΔ - ΥΑ	Περιγραφή
N.2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α' / 15.7.1992)	Δικαιώματα νοσοκομειακών ασθενών
N. 2231 / 1994 (ΦΕΚ 139 Α' / 31.08.1994)	Σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ.) για την καθιέρωση και λειτουργία Εθνικού Συστήματος Διαπίστευσης
N. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α' / 21.8.1997)	(i) Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών ΥΥ (ii) Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων ΥΥ (iii) Γραφείο Επικοινωνίας Πολίτη σε όλα τα νοσοκομεία
N. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α' / 2.3.2001)	Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας (ΠΕΣΥ) και Νοσοκομεία > 400 κλινών Γραφείο Υποδοχής Ασθενών
N. 3230/2004 (ΦΕΚ 44 Α' / 11.02.2004)	Σύστημα Διοίκησης με Στόχους - Μέτρηση Αποδοτικότητας
N. 3235/2005 (ΦΕΚ 53 Α' / 18.02.2005)	Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος - Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας
N. 3418/2005 (ΦΕΚ 287 Α' / 28.11.2005)	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
N. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α' / 4.4.2004)	(i) Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας (ii) Συγκρότηση Κεντρικού Συμβουλίου και Περιφερειακών Συμβουλίων (iii) Αρμοδιότητα Πιστοποίησης από Αναπληρωτή Διοικητή
ΠΔ 21/2006 (ΦΕΚ 17 Α' / 7.2.2006)	(i) Σύσταση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας (ii) Μέτρηση αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας
N. 3697/2008 (ΦΕΚ 194 Α' / 25.09.2008)	Επιτροπή στο ΚΕΣΥ για τη Σύνταξη Διαγνωστικών - Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων

N. 3868/2010 (ΦΕΚ 129 Α'/ 3.8.2010)	(i) Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη (ii) Γραφείο Ποιότητας και άμισθης Επιτροπής Ποιότητας σε Νοσοκομεία > 400 κλινών (iii) Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας - Άμισθες Επιτροπές Ποιότητας
ΥΑ 140077/10.11.2010	45 Επιτροπές Ποιότητας σε Νοσοκομεία > 400 κλινών
N. 4025/2011 (ΦΕΚ 228 Α'/ 2.11.2011)	(i) Εφαρμογή Ποιοτικού Ελέγχου στις παρεχόμενες υπηρεσίες Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ii) Διαπίστευση Εργαστηρίων κατά το ISO 15189
ΥΑ ΓΠ οικ. 30518/28.3.2013	Όραμα - Στρατηγικοί Στόχοι - Βασικές Αρχές και Άξονες Πολιτικής ΥΥ έτους 2013
ΥΑ Αριθμ. οικ. 3457 (ΦΕΚ 64 Β' /16.1.2014)	Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης
ΠΔ 106/2014 (ΦΕΚ 173 Α'/ 28.8.2014)	(i) Τμήμα Μέτρησης Απόδοσης ΕΣΥ - Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού (ii) Κατάργηση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας ΥΥ

N. 4368 - 2016 (ΦΕΚ 21 Α'/ 21.2.2016)	(i) Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων (ii) Λίστα Χειρουργείου (iii) Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων
N. 4369/2016 (ΦΕΚ 33 Α'/ 27.02.2016)	Αξιολόγηση - Στοχοθεσία - Λογοδοσία - Συμμετοχή
N. 4440/2016 (ΦΕΚ 224 Α'/ 2.12.2016)	(i) Ενιαίο Σύστημα Κινητικότητας (ii) Ψηφιακό Οργανόγραμμα
ΥΑ Αριθμ. Α38/Γ.Π.οικ.10976 (ΦΕΚ 662 Β'/2.2.2017)	Οργάνωση και Λειτουργία Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων
ΥΑ Γ2/ΓΠ οικ. 20930/17.3.2017	Στρατηγικοί Στόχοι – Άξονες Παρέμβασης ΥΥ (2017-2020)
ΥΑ Αριθμ. Α1 β/ΓΠ οικ. 34948 (ΦΕΚ 221 Υ.Ο.Δ.Δ. /12.05.2017)	(i) Επιτροπή Παρακολούθησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης (ii) Διαγνωστικά / Θεραπευτικά Πρωτόκολλα (iii) Μητρώα Ασθενών
Κώδικας Κατάστασης Δημόσιων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων ΝΠΔΔ	Άδεια Υπηρεσιακής Εκπαίδευσης

Πηγή 1: Δικτυακός τόπος Εθνικού Τυπογραφείου και επεξεργασία συγγραφέα

Οι κυριότερες παρεμβάσεις στο ΕΣΥ σχετικά με το ζήτημα της ποιότητας εκκινούν με το Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 123 Α'/15.07.1992) στον οποίο, στο άρθρο 47, αναφέρονται τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς. Στα δικαιώματα αυτά περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, ο

σεβασμός στην αξιοπρέπειά του κατά την παροχή φροντίδας, η συγκατάθεση ή άρνηση θεραπευτικής ή διαγνωστικής πράξης, το δικαίωμα πληροφόρησης και το απόρρητο των στοιχείων που τον αφορούν. Μέσω του Ν. 2071 / 1992 ιδρύεται το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (άρθρο 26) - σημερινή μορφή ΚΕΕΛΠΝΟ - για την αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων για τη δημόσια υγεία, ενώ στο άρθρο 62 του ίδιου νόμου προβλέπεται η έκδοση, με Προεδρικό Διάταγμα, του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ενώ το 2005 με τον Ν.3814/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» (ΦΕΚ 287 Α'/28.11.2005) δημιουργείται το προστατευτικό πλαίσιο των δικαιωμάτων ενημέρωσης και συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενούς στα άρθρα 11 και 12 αντίστοιχα. Ο Ν. 3814 / 2005 ενισχύει την υπευθυνότητα, εστιάζει στην ηθική και συμβάλει στη διαχείριση κινδύνων.

Με τον Ν. 2231/1994 «Σύσταση και λειτουργία Ελληνικού Ινστιτούτου Μετρολογίας, Εθνικού Συμβουλίου Διαπίστευσης και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 139 Α'/ 31.08.1994) συνίσταται Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ.) για την καθιέρωση και λειτουργία Εθνικού Συστήματος Διαπίστευσης (άρθρα 8 – 13).

Το 1997 με τον Ν. 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 165 Α'/ 21.08.1997) θεσμοθετήθηκε (α) Αυτοτελής Υπηρεσία Δικαιωμάτων ασθενών στο Υπουργείο Υγείας (ΥΥ) με στόχο το συντονισμό των γραφείων Επικοινωνίας με τον πολίτη, (β) επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών στο ΥΥ και (γ) Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη, (δ) το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας. Οι ρυθμίσεις του Ν. 2519 / 1997 προωθούν την επικέντρωση στον ασθενή. Επιπλέον ο ίδιος νόμος στο άρθρο 24 περιλαμβάνει τα «Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης Προσωπικού του ΕΣΥ» και στο άρθρο 37 γίνεται αναφορά στα Συμβούλια κρίσης και επιλογής και κριτήρια αξιολόγησης. Στα Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής ιατρών ΕΣΥ αναφέρεται στο άρθρο 7 και ο Ν. 4498 / 2017.

Σημαντικές αλλαγές στην οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας επέφερε ο Ν. 2889 / 2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37 / Α'/ 2.3.2001) σύμφωνα με τον οποίο ιδρύονται τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ) που εποπτεύουν όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και διέπονται από ιδιαίτερο θεσμικό πλαίσιο που αποτυπώνεται στις ρυθμίσεις του ΠΔ 357/2001

«Οργανισμός Κεντρικής Υπηρεσίας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ). Σε κάθε ΠεΣΥ συστάθηκε τμήμα Βελτίωσης κι Ελέγχου Ποιότητας, υπό την αιγίδα της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επιπλέον με τον Ν. 2889/2001 συστάθηκαν αυτοτελή Τμήματα ελέγχου Ποιότητας Έρευνας και συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στα νοσοκομεία που διαθέτουν περισσότερες από 400 κλίνες (Δρελιώζη, 2014, 81). Ο Ν. 2889 / 2001 συνέβαλε στην ύπαρξη ελέγχου και επιθεώρησης, στη διάχυση πληροφοριών καθώς και στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Η διάσταση της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης ενυπάρχει και στον Κώδικα Κατάστασης Δημόσιων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων ΝΠΔΔ στο άρθρο 47 (κεφάλαιο Δ' Εκπαίδευση Προσωπικού) όπου αναφέρεται το δικαίωμα Υπηρεσιακής εκπαίδευσης των δημοσίων υπαλλήλων.

Με τον Ν.3230/2004 «Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 44 / Α'/11.2.2004) καθιερώθηκε το σύστημα «Διοίκηση μέσω Στόχων» με σκοπό την αποτελεσματικότερη λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών και την ανταπόκριση του ανθρώπινου δυναμικού στις σύγχρονες ανάγκες, τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της διοίκησης (άρθρο 1), τη διαδικασία καθορισμού των στόχων (άρθρο 3), την μέτρηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών μέσω γενικών και ειδικών δεικτών μέτρησης (άρθρο 5). Οι κλινικοί δείκτες είναι ειδικοί δείκτες που αποτυπώνουν την εφαρμογή των πρωτοκόλλων στην πράξη. Επιπλέον, προβλέφθηκε με ΠΔ, η σύσταση μονάδων ποιότητας και αποδοτικότητας στα Υπουργεία σε επίπεδο Διεύθυνσης ή Τμήματος, που ήταν επιφορτισμένες με τη μέτρησης της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, την εκτίμηση των αποτελεσμάτων και τη διατύπωση προτάσεων βελτίωσης. Οι παραπάνω δράσεις συνιστούν δράσεις διασφάλισης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας και διοίκησης της απόδοσης.

Ο Ν.3230/2004 συμπληρώθηκε προ διετίας από τον Ν. 4369/2016 «Εθνικό Μητρώο Επιτελικών Στελεχών Δημόσιας Διοίκησης, βαθμολογική διάρθρωση θέσεων, συστήματα αξιολόγησης, προαγωγών και επιλογής προϊσταμένων (διαφάνεια – αξιοκρατία και αποτελεσματικότητα της Δημόσιας Διοίκησης) και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 33 Α'/27.02.2016). Στο μέρος Β' του νόμου αναφέρονται το Σύστημα Αξιολόγησης, η Στοχοθεσία, η Κοινωνική λογοδοσία και συμμετοχή και γενικότερα

προβλέπονται διατάξεις που σχετίζονται με τα ζητήματα ποιότητας. Στην παράγραφο 3 του άρθρου 14 ορίζεται ότι «η αξιολόγηση και η συμμετοχή των δημοσίων υπαλλήλων στη διαδικασία θέσης στόχων αποσκοπούν στη βελτίωση της ατομικής απόδοσης κάθε υπαλλήλου και συνολικά της απόδοσης έργου της δημόσιας υπηρεσίας». Επιπλέον στο άρθρο 17 εδράζεται ότι η συμπεριφορά των δημοσίων υπαλλήλων προς τους πολίτες, καθώς και η άμεση εξυπηρέτηση των αναγκών τους, η ποσοτική και ποιοτική απόδοση στην εργασία τους καθώς και ο βαθμός επίτευξης των στόχων της στοχοθεσίας σε ατομικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο τμήματος. Το άρθρο 22 του ίδιου νόμου αφορά τη στοχοθεσία μέσω της οποίας επιδιώκεται η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και συλλογικής δράσης της διοίκησης, η πληρέστερη εκπλήρωση της αποστολής της υπηρεσίας και η ανταπόκριση της στις ανάγκες της κοινωνίας, ενώ το άρθρο 24 αφορά διατάξεις για τον κοινωνικό έλεγχο της Δημόσιας Διοίκησης για τη βελτίωση της λειτουργίας και της ποιότητας των υπηρεσιών της. Στον Ν. 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (ΦΕΚ Α'53/18.02.2004) αναφέρεται για πρώτη φορά ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος και η Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας (Άρθρο 9, Κεφάλαιο Γ') με στόχο τη διευκόλυνση των πολιτών στην πρόσβαση και την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Μέσω του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου και της Ηλεκτρονικής Κάρτας Υγείας είναι εφικτή η διάχυση πληροφοριών.

Ο Ν.3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 81 /Α'/4.4.2005) πρόσθεσε στις αρμοδιότητες των Τμημάτων Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας των Υγειονομικών Περιφερειών την υποστήριξη των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας που επιθυμούν πιστοποίηση ή διαπίστευση (άρθρο 4, παρ.2, εδ.β), όρισε ως αρμόδιο για την πιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τον Αναπληρωτή Διοικητή (Δρελιώζη,2014,σ.82) και όρισε ως υπεύθυνο για τη συγκρότηση ομάδων εργασίας ή επιτροπών για το σχεδιασμό και διαχείριση διαφόρων προγραμμάτων δράσης των νοσοκομείων τον Διοικητή (άρθρο 7, παρ.7&21). Ένα χρόνο αργότερα το ΠΔ 21/2006 «Σύσταση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας και Τμήματος Προσβασιμότητας Ατόμων με Αναπηρίες στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΕΚ 17 Α' /7.2.2006) όρισε στο άρθρο 1 τη σύσταση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας, υπαγόμενη Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών. «Η συνιστώμενη Διεύθυνση είναι αρμόδια για τη μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, την εκτίμηση των αποτελεσμάτων και τη διατύπωση

συγκεκριμένων προτάσεων για την ποιοτική βελτίωση της λειτουργίας του Υπουργείου και των υπηρεσιών που υπάγονται σε αυτό, σε σχέση με την άσκηση των αρμοδιοτήτων τους».

Το έτος 2008 μέσω του Ν. 3697/2008 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» (ΦΕΚ 194 Α'/25.09.2008) ακολούθησε σύσταση Επιτροπής στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) για τη σύνταξη διαγνωστικών – θεραπευτικών πρωτοκόλλων (άρθρο 35). Η ύπαρξη θεραπευτικών πρωτοκόλλων σχετίζεται με την Βασισμένη σε Ενδείξεις Πρακτική. Με την υπ' αριθμόν 2457 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 64Β'/ 16.01.2014) συστάθηκε πενταμελής Εθνική Επιτροπή για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης και την εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης (άρθρο 15, παρ. 1). Στο άρθρο 19 του ίδιου άρθρου αναφέρεται η σύσταση πενταμελούς Επιτροπής, μετά από απόφαση του Προέδρου του ΕΟΠΥΥ, για να επιλεγθούν οι εξετάσεις για τις οποίες θα αναπτυχθούν και θα εφαρμοστούν εργαστηριακά και διαγνωστικά πρωτόκολλα συμβάλλοντας στην κλινική αποτελεσματικότητα.

Το 2010 ο Ν.3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» (ΦΕΚ 129 Α'/ 3.8.2010) περιέλαβε πληθώρα εκσυγχρονιστικών παρεμβάσεων για το χώρο της υγείας. Βάσει του άρθρου 8 συγκροτήθηκαν άμισθες Επιτροπές Ποιότητας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ με δυναμικότητα άνω των 400 κλινών με αρμοδιότητες τον συντονισμό των αυτοτελών τμημάτων Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, την καθιέρωση και γνωστοποίηση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη δημιουργία διαδικασιών πιστοποίησης και διαπίστευσης και τον έλεγχο της εφαρμογής τους (άρθρο 8, εδ.2). Επιπλέον προβλέφθηκε «Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη» το οποίο είναι «αρμόδιο για την υποδοχή, ενημέρωση, παρακολούθηση διακίνησης, διοικητική υποστήριξη, συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και την εν γένει προάσπιση των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας» (άρθρο 9). Το εν λόγω γραφείο διαχειρίζεται τα παράπονα των πολιτών, τα οποία δημοσιοποιούνται στο ΥΥ και ενθαρρύνει τη συμμετοχή των πολιτών στην αναφορά παραπόνων, προβλημάτων ή κρίσιμων συμβάντων. Σύμφωνα με το άρθρο 10 του ίδιου νόμου προβλέφθηκε ότι θα θεσπιστεί σε κάθε δήμο «Συμβούλιο Διαβούλευσης, Διαφάνειας, και Λογοδοσίας Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» με

στόχο την ανάδειξη θεμάτων περίθαλψης, δημόσιας υγείας, παρακολούθησης της λειτουργίας υπηρεσιών και δράσεων. Η παρακολούθηση των δράσεων διευκολύνει την επιθεώρηση. Επιπλέον, στο άρθρο 27 που αφορούσε ρυθμίσεις για το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.) προβλέφθηκε ότι, ως επιστημονικό και συμβουλευτικό όργανο, προσδιορίζει – μεταξύ άλλων - τους μετρήσιμους στόχους της Εθνικής Στρατηγικής για τη δημόσια υγεία (άρθρο 3, εδ. 3 β) και γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Στις 10 Νοεμβρίου 2010 εκδόθηκε Υπουργική Απόφαση για τη συγκρότηση 45 επιτροπών ποιότητας σε νοσοκομεία δυναμικότητας 400 κλινών και άνω (Η ΥΑ είναι διαθέσιμη στο Παράρτημα).

Με τον Ν.4025/11 «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 228/Α'/2.11.2011) καθίσταται υποχρεωτική η διενέργεια ποιοτικού ελέγχου των παρεχόμενων υπηρεσιών από εξουσιοδοτημένο φορέα του Δημοσίου ή οποιονδήποτε άλλον διαπιστευμένο φορέα του εσωτερικού ή εξωτερικού. Επιπλέον προβλέπεται η εφαρμογή μεθόδων εσωτερικού ποιοτικού ελέγχου και η συμμετοχή σε προγράμματα εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου από πιστοποιημένους ιδιωτικούς ή δημόσιους φορείς της Ελλάδας ή του εξωτερικού για όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις όλων των φορέων υγείας που διαθέτουν εργαστήρια επεξεργασίας βιολογικών υλικών. Επίσης με τον ίδιο νόμο προβλέφθηκε η υποχρεωτική διαπίστευση των εργαστηρίων επεξεργασίας βιολογικών δειγμάτων για τις εξετάσεις που εκτελούν. Η διαπίστευση οριζόταν εντός διετίας από την έναρξη ισχύος του νόμου και σύμφωνα με το πρότυπο ISO 15189 ή οποιαδήποτε νεότερη έκδοσή του (άρθρο 34). Συνεπώς ο Ν. 4025 / 2011 αναφέρεται στη διασφάλιση ποιότητας, στην ύπαρξη προτύπων, σε διαδικασίες διαπίστευσης καθώς και διαδικασίες επιθεώρησης - ελέγχου.

Το 2013 με την Αριθμ. Γ.Π. οικ. 30518 ΥΑ «Καθορισμός Στρατηγικών Στόχων του Υπουργείου Υγείας, έτους 2013» (ΦΕΚ 792 Β' /04.04.2013 αποφασίστηκε «ο καθορισμός του οράματος, των στρατηγικών στόχων, των βασικών αρχών και των αξόνων πολιτικής του Υπουργείου Υγείας, καθώς και τους ανά πεδίο επιμέρους στρατηγικούς στόχους αυτού». Το ίδιο έτος το ΥΥ κατήρτισε με πρότασή¹⁶ του την

¹⁶ Η πρόταση είναι διαθέσιμη [εδώ](#).

Αναπτυξιακή Στρατηγική και τους Στόχους του Τομέα Υγείας για την περίοδο 2014-2020.

Ένα χρόνο αργότερα με το Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθμ.106 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» (ΦΕΚ 173 Α' / 28.8.2014) ορίζεται η σύσταση τμήματος μέτρησης Απόδοσης ΕΣΥ υπαγόμενο στη Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας και καταργείται η Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας.

Δύο χρόνια αργότερα με τον Ν. 4368/2016 «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 21/Α'/21.02.2016) στο άρθρο 58 καθιερώνεται η Λίστα Χειρουργείου σύμφωνα με την οποία θα ενημερώνονται οι ασθενείς για την ημερομηνία επέμβασης. Προωθούνται κατά αυτόν τον τρόπο οι δράσεις δημοσιοποίησης, επικέντρωση της ασφάλειας και εστίασης στην ηθική. Ο τρόπος κατάρτισης της Λίστας θα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας, ενώ θα εξαιρούνται τα επείγοντα περιστατικά που χρήζουν άμεσης ανάγκης για χειρουργική επέμβαση. Στο άρθρο 59 του ίδιου νόμου ορίζεται η σύσταση Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ληπτών/τριών Υπηρεσιών Υγείας στο ΥΥ με πενταετή θητεία. Η εν λόγω επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των Ληπτών/τριών σε όλους τους φορείς και τις μονάδες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και περίθαλψης. Επιπλέον με το άρθρο 60 του Ν. 4368/2016 αντικαταστάθηκε το άρθρο 9 του Ν.3868/2010. Σύμφωνα με το άρθρο 60 συστάθηκε σε κάθε νοσοκομείο «Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας» που είναι επιφορτισμένο για την υποδοχή και ενημέρωση των δικαιωμάτων των πολιτών, των ενδονοσοκομειακών διαδικασιών την παρακολούθηση διακίνησης του λήπτη υπηρεσιών υγείας εντός νοσοκομείου ή σε εξωνοσοκομειακή υπηρεσία, τη συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων των πολιτών. Ειδικότερα, η οργάνωση και λειτουργία των Γραφείων Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/τριών Υπηρεσιών Υγείας ορίστηκε με Υπουργική Απόφαση το 2017 (ΦΕΚ 662/ Β' / 2.2.2017).

Το ίδιο έτος με τον Ν.4440/2016«Ενιαίο Σύστημα Κινητικότητας στη Δημόσια Διοίκηση και την Τοπική Αυτοδιοίκηση, υποχρεώσεις των προσώπων που διορίζονται στις θέσεις των άρθρων 6 και 8 του Ν. 4369/2016, ασυμβίβαστα και πρόληψη των περιπτώσεων σύγκρουσης συμφερόντων και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 224 Α'/2.12.2016) θεσπίστηκε το «Ενιαίο Σύστημα Κινητικότητας» και Ψηφιακό

Οργανόγραμμα της Δημόσιας Διοίκησης και Τοπικής Αυτοδιοίκησης (άρθρο 16). Μέσω του Ψηφιακού Οργανογράμματος προάγεται η υπευθυνότητα, η διοίκησης της απόδοσης και διευκολύνεται η διαδικασία του auditing.

Στις αρχές του προηγούμενου έτους εκδόθηκε ΥΑ για «τον καθορισμό του οράματος, των στρατηγικών στόχων και των αξόνων παρέμβασης του Υπουργείου Υγείας, για τις Υπηρεσίες Υγείας της Χώρας, για το έτος 2017, (με χρονική περίοδο εφαρμογής την τριετία 2017-2020¹⁷)» (ΗΥΑ είναι διαθέσιμη στο Παράρτημα Ι).

Με την ΥΑ «Σύσταση και ορισμός μελών της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης, την ανάπτυξη και επεξεργασία των διαγνωστικών / θεραπευτικών πρωτοκόλλων και τη δημιουργία μητρώων ασθενών» (ΦΕΚ 221 /ΤΕΥΧΟΣ Υ.Ο.Δ.Δ./12.05.2017) ενισχύονται πρακτικές που σχετίζονται με την κλινική αποτελεσματικότητα, την επικέντρωση στην ασφάλεια του ασθενούς και με τον Έλεγχο.

5. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Η κλινική διακυβέρνηση ως νέα, προσαρμοσμένη στο χώρο της υγείας, διοικητική φιλοσοφία αναδεικνύεται σε κρίσιμη συνιστώσα για την εκπλήρωση του βασικού στόχου των συστημάτων υγείας, δηλαδή την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Η διαμόρφωση και εφαρμογή στρατηγικών υγείας δεν αποτελεί απλή υπόθεση καθώς επηρεάζεται από τις ιδιαίτερες συνθήκες του εν λόγω χώρου. Η κλινική διακυβέρνηση συντελεί στη βελτίωση της ασφάλειας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας των συστημάτων υγείας, οδηγώντας στα βέλτιστα δυνατά αποτελέσματα φροντίδας και αποτελώντας ταυτόχρονα ένα πλαίσιο λογοδοσίας των παρόχων υγείας προς τους πολίτες, οι οποίοι διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο κατά τη σύνθετη διαδικασία της διακυβέρνησης στο χώρο της υγείας. Για την ακρίβεια η απαίτηση για συνεχή παροχή ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας υγείας υπαγορεύεται από το δημόσιο χαρακτήρα του κοινωνικού αγαθού "υγεία" και ως εκ τούτου καθίσταται επιτακτική η εφαρμογή συστημάτων ολιστικής - και όχι μονοδιάστατης προσέγγισης.

Για την ουσιαστική και επιτυχή εφαρμογή προσεγγίσεων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και κλινικής διακυβέρνησης καθοριστικό ρόλο παίζει η ύπαρξη κατάλληλης οργανωσιακής κουλτούρας στο περιβάλλον ενός οργανισμού που μαθαίνει συνεχώς, ιδίως σε μια εποχή όπου ο ρόλος του κράτους μεταλλάσσεται, ο ιδιωτικός τομέας στο χώρο της υγείας κερδίζει συνεχώς έδαφος και η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει στη συρρίκνωση των διαθέσιμων πόρων. Ως εκ τούτου οι προσπάθειες εφαρμογής υπό το πρίσμα της κλινικής διακυβέρνησης αποτελούν επιλογή για κάθε οργανισμό που εμφορείται από την αξία της βιωσιμότητας. Στην Ελλάδα υπάρχει πληθώρα νόμων που στηρίζουν και καθοδηγούν τις δράσεις και εφαρμογές της κλινικής διακυβέρνησης και της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο διοίκησης αποκαλύπτει μια νομοθεσία πολυάριθμη αλλά αποσπασματική. Εκτιμάται ότι η ύπαρξη ενός ενιαίου κανονιστικού πλαισίου των υπαρχουσών αλλά και νέων νομοθετικών παρεμβάσεων αναφορικά με τις δράσεις της κλινικής διακυβέρνησης, που θα καθόριζε με σαφήνεια τη λειτουργία του ΕΣΥ υπό το πρίσμα της εν λόγω διοικητικής φιλοσοφίας, θα διευκόλυνε το συντονισμό των δράσεων της προς την ολοκληρωτική και συνεκτική εφαρμογή αρχών και προτύπων ποιότητας. Σε μια περίοδο όπου τα σύγχρονα συστήματα υγείας κλυδωνίζονται διεθνώς, απαιτείται η εφαρμογή δραστικών

μέτρων και ολοκληρωμένων πολιτικών για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών όλων των ενδιαφερόμενων μερών.

6. Βιβλιογραφία

- Βιβλία

Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2011) Έκθεση Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α & των μονάδων του ΕΣΥ 2010, Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007 – 2013 - ΕΣΥ.net Εισαγωγή στοιχείων μονάδων υγείας.

Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2012) Έκθεση Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α & των μονάδων του ΕΣΥ 2010, Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007 – 2013 - ΕΣΥ.net Εισαγωγή στοιχείων μονάδων υγείας.

Κοντοδημόπουλος, Ν., (2018) Οικονομική της Υγείας (Εννοιολογική προσέγγιση και εφαρμογές), Σημειώσεις μαθήματος Β΄ Ειδικής Φάσης (ΚΕ_BEID_DYY104), Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, ΚΕ΄ Εκπαιδευτική Σειρά, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσάκος, Γ.(2003) Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Θεμέλιο.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008) Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Παπασωτηρίου.

Λαζαρίδης, Γ. Θ., Δρυμπέτας, Ε.(2011) Εταιρική διακυβέρνηση, Διεθνής πρακτική και ελληνική εμπειρία. Θεσσαλονίκη: σοφία Α.Ε.

Λιαρόπουλος, Λ. 2007, Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Μαντάς, Ι. (2007) Εισαγωγή στη πληροφορική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

Μούζουλα, Σ., (2003) Εταιρική διακυβέρνηση, Διεθνής εμπειρία, ελληνική πραγματικότητα. Αθήνα: Σάκκουλα Α.Ε.

Μουμτζόγλου, Α. (2001) Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: ECO-Q Management

- Μπουρσανίδης, Χ., (2018) Συστήματα και πολιτικές υγείας, Σημειώσεις μαθήματος Β' Ειδικής Φάσης (KE_BEID_102), Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, ΚΕ' Εκπαιδευτική Σειρά, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης, Αθήνα.
- Μωραΐτης, Γ. (2008) (Η πολιτική οικονομία της εταιρικής διακυβέρνησης), Πάτρα, Πανεπιστήμιο Πατρών, 2008
- Παναγιωτοπούλου Καλλιόπη (Συμμετοχή και κίνητρα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε επαγγελματίες υγείας), Αθήνα, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2011
- Πανουσάκης Αθανάσιος (Κλινικός Έλεγχος και Κλινική Διακυβέρνηση στις Υπηρεσίες Υγείας), Πειραιάς, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, 2016
- Παπανικολάου, Β. (2007) Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αρχές – Μέθοδοι & Εφαρμογές. Αθήνα: Παπαζήση
- Παρισσόπουλος, Σ. (2007) Κλινικός έλεγχος ποιότητας Παραδοχές και διεργασία. Νοσηλευτική, 46 (4), 514 -522.
- Πολύζος, Ν. (2014) Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα: Κριτική.
- Στεφάνου, Κ. , Μπιάλας, Χ. (2017) Σύγχρονα Επιχειρησιακά Συστήματα. Θεσσαλονίκη: Αθανασίου Αλτιντζή
- ΥΠΕΣ. ΕΚΔΔΑ. (2010) Εγχειρίδιο Διοίκησης μέσω Στόχων και μέτρηση αποδοτικότητας.
- Χυτήρης, Σ. Α. (2017) οργανωσιακή συμπεριφορά έννοιες, θεωρία & τρόποι συμπεριφοράς για αποτελεσματική διοίκηση. Αθήνα: Μπένου
- Deming, W. Edwards. (1982) Out of the Crisis, MIT Press, 2000, Massachusetts Institute of Technology, p 84-208
- Karanikas H. (2010) Text Mining to Support Business Intelligence – Analysing Business Data, Lambert, Academic Publishing, IS.
- Mondy, R.W. (2011) Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Αθήνα: Τζιόλα
- Rhodes R. A. W.(1996) The New Governance: Governing without Government. London: Political Studies σ. 652-667

Sackett D. και συν. (2010) Επί ενδείξεων βασιζόμενη ιατρική. Πώς να ασκείτε και να διδάσκετε την EBM. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

Thomas, S., Bodenheimer, Kevin Grumbach, (2010) LANGE: Κατανοώντας την πολιτική υγείας - Μια κλινική προσέγγιση. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε

- Διαδικτυακή βιβλιογραφία

Γκιόκα, Β., Τσιριγώτης, Π., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Δημητριάδης, Γ., Κωστάκης, Α., Μπολέτης, Ι. (2018) Σύστημα βιοεπαγρύπνησης για την ποιότητα και την ασφάλεια ιατρικών προϊόντων ανθρώπινης προέλευσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(4), 535-548 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.mednet.gr/archives/2018-4/pdf/535.pdf> [προσπελάστηκε 6 Δεκεμβρίου 2018]

Δρελιώζη Αγγελική (Κλινική Διακυβέρνηση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Προσδιορισμός κλίματος κλινικής διακυβέρνησης σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο), Σπάρτη, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, 2014 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://amitos.library.uop.gr/xmlui/handle/123456789/2321> [προσπελάστηκε 11 Νοεμβρίου 2018].

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2014) Δελτίο Τύπου Ασφάλεια των ασθενών: έχει σημειωθεί πρόοδος, που πρέπει να συνεχιστεί. Επιτροπή Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, Συμβούλιο ΕΕ (2008) Ανακοίνωση σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη (836) Βρυξέλλες, 15.12.2008 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_el.pdf [προσπελάστηκε 21 Νοεμβρίου 2018].

Καρκατσούλης, Π., (2001) Η Διακυβέρνηση ως περιεχόμενο και διαδικασία λήψης απόφασης για τις δημόσιες υποθέσεις. (7),205-224 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://ejournals.e-publishing.ekt.gr/index.php/sas/article/viewFile/633/632> [προσπελάστηκε 8 Νοεμβρίου 2018].

Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., Σακελλάρη, Ε. 2015. Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. [ηλεκτρονικό βιβλίο] Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://hdl.handle.net/11419/3301> Αθήνα: Κάλλιπος (Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα) [προσπελάστηκε, 14 Νοεμβρίου 2018].

Κουκουριτάκης Φίλιππος (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), Πειραιάς, Πανεπιστήμιο Πειραιά, 2012 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6153/Koukouritakis.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [προσπελάστηκε, 30 Οκτωβρίου 2018]

Λιονής, Χ., Θηραίος, Ε., Παπανικολάου, Ν. (2016) Ποιότητα και αποδοτικότητα στην ΠΦΥ – Αξιολόγηση και σχεδιασμός των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ. *Ν. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών*, 28(1), 1-88 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.mednet.gr/externals/wow/tinymce/source/2016%20klinika/Klin_1_Lionis-Thiraios-Papanikolaou_HR.pdf [προσπελάστηκε 31 Οκτωβρίου 2018].

Μουντοκαλάκης, Θ. (2015) Αποσαφηνίζοντας τον όρο “evidence based medicine”. *Αρχεία Ελληνικής Εταιρείας*, 32(5), 650-660 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.mednet.gr/archives/2015-5/pdf/650.pdf> [προσπελάστηκε 20 Νοεμβρίου 2018].

Πρεζεράκος, Π. (2017) Νοσηλευτικά Πρωτόκολλα: Αναγκαιότητα για την Ανάπτυξη και Εφαρμογή τους στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 56(4), 293-298. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.hjn.gr/wp-content/uploads/2018/07/56_4_609_Eidiko_Prezerakos.pdf [προσπελάστηκε 9 Νοεμβρίου 2018]

Τζωρτζόπουλος, Α. (2017) Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(5), 649-664 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.mednet.gr/archives/2018-5/pdf/649.pdf> [προσπελάστηκε 27 Νοεμβρίου 2018]

Τσαντίδου, Μ.Α., Αδαμακίδου, Θ. (2018) Τα λάθη είναι ανθρώπινα (μέρος Ι) Η σύγχρονη προσέγγιση της αιτιότητας του ιατρογενούς λάθους επαναπροσδιορίζει τα όρια της ατομικής ικανότητας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(1), 29-43 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.mednet.gr/archives/2018-1/pdf/29.pdf> [προσπελάστηκε 7 Δεκεμβρίου 2018].

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2017) National Model Clinical Governance Framework. ACSQHC Standards. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2017/12/National-Model-Clinical-Governance-Framework.pdf> [προσπελάστηκε 5 Δεκεμβρίου 2018].

Barrett, B. (2005) First steps towards a Clinical Governance strategy. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: https://www.researchgate.net/publication/235225649_First_steps_towards_a_Clinical_Governance_strategy [προσπελάστηκε 29 Οκτωβρίου 2018].

Berwick D., Peer Review and Quality Management: Are They Compatible?, Commentary: Peer review and quality management: Are they compatible? Quality Review Bulletin. 1990; 16, 246-251. Institute for healthcare improvement. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0097599016303773> [προσπελάστηκε στις 18 Νοεμβρίου 2018].

Berwick D., (1989) Continuous improvement as an ideal in health care. *The New England Journal Medicine*, 330(4), 50-57. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2909878> [προσπελάστηκε 4 Νοεμβρίου 2018].

Braithwaite, J and Travaglia, J. (2008) An overview of clinical governance policies, practices and initiatives, *Australian Health Review*, 32 (1) 10 – 22. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18241145> [προσπελάστηκε 2 Δεκεμβρίου 2018].

Buetow, S, Roland, M. (1998) Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in healthcare*, 8, 184-190. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2483653/> [προσπελάστηκε 16 Νοεμβρίου 2018].

Clarke (2001) Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (5), 697-706. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2702.2003.00784.x> [προσπελάστηκε 1 Δεκεμβρίου 2018].

Cooper, J. Benjamin, M. (2004), «Clinical Audit in Practice», *Nurs Standar*, 18 47-54) Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15069750> [προσπελάστηκε 18 Νοεμβρίου 2018].

Delaney, L., (2015) The challenges of an integrated governance process in healthcare. *Clinical Governance: An International Journal*, 20 (2), 74 – 81 Διαθέσιμο στο: <https://www.researchgate.net/publication/279181542> The challenges of an integrated governance process in healthcare [προσπελάστηκε στις 31 Οκτωβρίου 2018].

Dreliozi, A., Siskou, O., Platis, Ch., Tzavela, F., Bouchoris, P., Galanis, P., Kaitelidou, D., Moisoglou, I., Prezerakos, P. (2018) Greek health professionals' views on quality and safety. *Global Journal for research analysis*. 7(5)1-4. Διαθέσιμο στο: <https://wwwjournals.com/index.php/gjra/article/view/4812> [προσπελάστηκε 23 Νοεμβρίου 2018].

Economou, Ch., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A. (2017) Greece Health system review. *Health Systems in Transition*. 19 (5), 1-169 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf [προσπελάστηκε 11 Νοεμβρίου 2018].

ECRI (2014) Patient Safety, Risk, and Quality. Διαθέσιμο στο: <https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/RiskQual4.aspx> [προσπελάστηκε 4 Δεκεμβρίου 2018].

Hackett, M., Lilfordand, P., Jordan, J. (1999) Clinical governance: culture, leadership and power – the key to changing attitudes and behaviours in trusts. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(3), 98 – 104 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10537863> [προσπελάστηκε 14 Νοεμβρίου 2018].

Institute of medicine (1999) Shaping the Future for Health Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf> [προσπελάστηκε 2 Νοεμβρίου 2018].

Maxwell, R.J. (1984) Quality assessment in health. *British medical journal*. 288, 1470-1472 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441041/> [προσπελάστηκε 14 Νοεμβρίου 2018].

NHS Integrated Governance Handbook (2006) A handbook for executives and non-executives in healthcare organisations. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4129615.pdf [προσπελάστηκε 13 Νοεμβρίου 2018].

NICE. (2002) Principles for Best Practice in Clinical Audit . Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.nice.org.uk/media/796/23/BestPracticeClinicalAudit> [προσπελάστηκε 2 Νοεμβρίου 2018].

OECD. G20/OECD (2015) Principles of Corporate Governance. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.oecd.org/corporate/principles-corporate-governance.htm> [προσπελάστηκε 29 Οκτωβρίου 2018].

Overtveit, J. (2004) Learning Helpers: How They Facilitated Improvement and Improved Facilitation — Lessons From a Hospital-wide Quality Improvement Initiative. *Quality Management in Healthcare* 13(1), 60-74 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: https://journals.lww.com/qmhcjournal/Abstract/2004/01000/Learning_Helpers_How_They_Facilitated_Improvement.6.aspx [προσπελάστηκε 5 Νοεμβρίου 2018].

Rhodes R. A. W. (2007) Understanding Governance: Ten Years On, Organization Studies, SAGE Publications, p. 1243-1264 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0170840607076586> [προσπελάστηκε 31 Οκτωβρίου 2018].

Braithwaite, J., Travaglia JF (2008) An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian Health Review* 32, (1)10-22. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18241145> [προσπελάστηκε 29 Οκτωβρίου 2018].

WHO (2007) Report of a global consultation Health system governance for improving health system performance Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258589/who_em_php_043_e_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y [προσπελάστηκε 7 Νοεμβρίου 2018].

Szasz, T., & Hollender, M.H. (1956) The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/560914> [προσπελάστηκε 29 Νοεμβρίου 2018].

Scally, G., Donaldson, L.J. (1999) Clinical Governance and the Drive for Quality Improvement in the New NHS in England. *British Medical Journal*, 317 (7150), 61-65. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: https://www.researchgate.net/publication/13634058_Clinical_Governance_and_the_drive_for_quality_improvement_in_the_new_NHS_in_England [προσπελάστηκε 1 Νοεμβρίου 2018].

Stanley Kaplan B., John Garrick (1981) On The Quantitative Definition of Risk. *Risk Analysis*, 1(1), Lhabitant, F. (2001) Assessing Market Risk for Hedge Funds and Hedge Fund Portfolios. *The Journal of Risk Finance*, 2 (4), 16-32. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1539-6924.1981.tb01350.x> [Προσπελάστηκε, 29 Νοεμβρίου 2018].

Starey, N. (2005) What is clinical governance? *1* (12), 1-9 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.ospfe.it/il-professionista/progetto-iqip/allegati/whatisclingov.pdf> [Προσπελάστηκε, 31 Οκτωβρίου 2018].

University of Birmingham (2017) Health Services Management Centre Newsletter [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/hsmc-library/HTML-files/HSMC-Newsletter-June-2017.html>

Wilkinson, J., Rushmer, R., Davies, H. (2004) Clinical governance and the learning organization. *Journal of Nursing Management*.12. 105–113 [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2834.2003.00435.x> [Προσπελάστηκε, 11 Δεκεμβρίου 2018].

- Διαδικτυακοί Τόποι

Επίσημη Ιστοσελίδα Αρχείων Ελληνικής Ιατρικής [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: <http://www.mednet.gr/archives/index.html> [Προσπελάστηκε, 3 Νοεμβρίου 2018].

Επίσημη Ιστοσελίδα Ελληνικού Οργανισμού Φαρμάκων [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: <https://www.eof.gr/web/guest/yellowgeneral> [Προσπελάστηκε, 9 Δεκεμβρίου 2018].

Επίσημη Ιστοσελίδα Ηνωμένων Εθνών [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: <https://www.un.org/ruleoflaw/thematic-areas/governance/> [Προσπελάστηκε, 1 Νοεμβρίου 2018].

Επίσημη Ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας, *eHealth - Ηλεκτρονική Υγεία* [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: <http://www.moh.gov.gr/articles/ehealth> [Προσπελάστηκε, 20 Νοεμβρίου 2018].

Επίσημη Ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας, *Προτυποποίηση Εντύπων Ενιαίας Λειτουργίας των Νοσοκομείων* [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: <http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/protypa/266-protyporoihsh-entypwn-eniaias-leitourgias-twn-nosokomeiwn> [Προσπελάστηκε, 2 Δεκεμβρίου 2018].

Επίσημη Ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας, *Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας* [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: <http://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/epitroph-elegxoy-prostasias-twn-dikaiwmatwn-twn-lhptwn-yphresiwn-ygeias> [Προσπελάστηκε, 1 Δεκεμβρίου 2018].

Επίσημη Ιστοσελίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, *Υγεία* [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: https://europa.eu/european-union/topics/health_el [Προσπελάστηκε, 5 Δεκεμβρίου 2018].

Επίσημη Ιστοσελίδα Εθνικού Συστήματος Διαπίστευσης [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: <http://www.esyd.gr/portal/p/esyd/el/index.jsp> [Προσπελάστηκε, 12 Νοεμβρίου 2018].
Κανονισμοί Διαπίστευσης [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: http://www.esyd.gr/pweb/s/20/files/kanonismoi/kanonismoi/kad_26_2_2015.pdf

Επίσημη Ιστοσελίδα Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, *Patient Safety* [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: <https://www.who.int/patientsafety/en/> [Προσπελάστηκε, 15 Νοεμβρίου 2018].

Επίσημη Ιστοσελίδα Γ. Ν. Α ΚΑΤ [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: http://www.kat-hosp.gr/ti_einai_to_kpa/kpa/

Επίσημη Ιστοσελίδα Γ.Ν. Ελευσίνας “ Θριάσιο”, [διαδικτυακά Διαθέσιμο]: <http://www.thriassio-hosp.gr/%CE%B5%CF%86%CE%B1%CF%81%CE%BC%CE%BF%CE%B3%CE%AE-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CF%8D->


[%CF%80%CE%BB%CE%B1%CE%B9%CF%83%CE%AF%CE%BF%CF%85%CE%B1%CE%BE%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CF%8C%CE%B3/](#)

7. Παράρτημα

Απόφαση καθορισμού στρατηγικών στόχων του Υπουργείου Υγείας έτους 2017

ΑΔΑ: 6ΖΠΥ465ΦΥΟ-Λ3Λ

INFORMATICS DEVELOPMENT AGENCY
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΛΟΓΟΤΕΧΝΙΑ

 <p>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ</p>	<p>Αθήνα, 17-3-2017 Αριθ. πρωτ.Γ2/Γ.Π.οικ. 20930</p>
<p>Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17 Ταχ. Κώδικας : 101 87 Πληροφορίες : Κ. Βουρλιώτου Τηλέφωνο : 2132161137 Fax : 210-5235264 E-mail:kvourliotou@moh.gov.gr</p>	<p>ΠΡΟΣ: ΟΠΩΣ Ο ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ</p>

ΘΕΜΑ : «Καθορισμός στρατηγικών στόχων και αξόνων παρέμβασης του Υπουργείου Υγείας, για τις Υπηρεσίες Υγείας της Χώρας, έτους 2017, (με χρονική περίοδο εφαρμογής την τριετία 2017- 2020)».

Α Π Ο Φ Α Σ Η

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

- α) του Π.Δ. 63/2005 «Κωδικοποίηση της νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά Όργανα» (Φ.Ε.Κ. 98/τ.Α'/2005),
- β) του Π.Δ. 106/2014 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας», (Φ.Ε.Κ. 173/τ.Α'/28-8-2014) και ειδικότερα της παρ.3.γ) α), του άρθρου 18 «Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού, Επιχειρησιακοί Στόχοι- Διάρθρωση»,
- γ) των άρθρων 2, 3, 4 και 5, του Ν. 3230/11-2-2004 « Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις», (Φ.Ε.Κ. 44/τ.Α'/11-2-2004),
- δ) του άρθρου 22, παρ. 2, περ. β, γ και δ, του άρθρου 23, καθώς και του άρθρου 31, παρ. 3, του Ν.4369/2016 (Φ.Ε.Κ. 33/τ.Α'/ 27-2-2016) και
- ε) του άρθρου 2, του ν. 3861/2010 «ενίσχυση της διαφάνειας με την υποχρεωτική ανάρτηση νόμων και πράξεων των κυβερνητικών, διοικητικών και αυτοδιοικητικών οργάνων στο διαδικτυο Πρόγραμμα Διαύγεια και άλλες διατάξεις», (Φ.Ε.Κ. 112/τ.Α'/2010), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

//.

ΑΔΑ: 6ΖΠΥ465ΦΥΟ-Λ3Λ

- 2 -

2. Τις αριθ. ΔΙΠΑ/Φ.4/οικ.26397/27-12-2005, ΔΙΠΑ/Φ.4/οικ.7323/5-4-2006, ΔΙΠΑ/Φ.10/οικ.30528/12-11-2007 και ΔΙΠΑ/Φ.10/οικ. 2813/23-1-2008 Εγκυκλίου του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημ. Διοίκησης και Αποκέντρωσης, με τις οποίες παρέχονται διευκρινίσεις για την εφαρμογή των σχετικών διατάξεων του ν.3230/2004.
3. Την αρ. 12972/10-5-2016 Εγκύκλιο του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικ. Ανασυγκρότησης.
4. Το από 15-11-2016 Ενημ. Σημείωμα της Διεύθυνσης Στρατηγικού Σχεδιασμού προς τον Υπουργό Υγείας.
5. Το αρ. Γ2γ/οικ. 93896/13-12-2016 έγγραφο της Διεύθυνσης Στρατηγικού Σχεδιασμού προς τον Υπουργό Υγείας.
6. Το αρ. Γ2γ/οικ. 6965/31-1-2017 έγγραφο της Διεύθυνσης Στρατηγικού Σχεδιασμού προς τον Υπουργό Υγείας.
7. Το αρ. 619/15-2-2017 έγγραφο του Υπουργού Υγείας προς τους Προϊστ. Γεν. Διευθύνσεων.
8. Το από 15-2-2017 e-mail της Προϊστ. Γεν. Διεύθυνσης Δημ. Υγείας και Υπηρ. Υγείας.
9. Το αρ. ΓΔΟΥ/196/17-2-2017 έγγραφο του Προϊστ. της Γεν. Δ/σης Οικονομικών Υπηρεσιών.
10. Το αρ. ΓΔΑΠ/22-2-2017 έγγραφο της Προϊστ.Γεν. Δ/σης Ανθρ. Πόρων και Διοικ. Υποστήριξης.
11. Το αρ. οικ. 16388/6-3-2017 έγγραφο του Γεν. Γραμματέα Υγείας.
12. Το αρ. ΓΔΑΠ/ 7-3-2017 Υπηρ. Σημείωμα της Προϊστ. Γεν. Δ/σης Ανθρ. Πόρων και Διοικ. Υποστήριξης.
13. Το από 8-3-2017 ΕΜΠ. έγγραφο της Προϊστ. Γεν. Διεύθυνσης Δημ. Υγείας και Υπηρ. Υγείας.
14. Την ανάγκη αποδοτικότερης και αποτελεσματικότερης λειτουργίας της Διοίκησης και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών του Υπουργείου προς τους πολίτες.
15. Την ανάγκη εφαρμογής Συστήματος Διοίκησης Μέσω Στόχων στο Υπουργείο Υγείας.
16. Το γεγονός ότι με την παρούσα απόφαση δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

τον καθορισμό του οράματος, των στρατηγικών στόχων και των αξόνων παρέμβασης του Υπουργείου Υγείας, για τις Υπηρεσίες Υγείας της Χώρας, για το έτος 2017, (με χρονική περίοδο εφαρμογής την τριετία 2017-2020), με βάση τις γενικές αρχές και τις αξίες, ως εξής:

//.

Απόφαση για Συγκρότηση Επιτροπών Ποιότητας στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με δυναμικότητα τετρακοσίων (400) κλινών και άνω.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚ. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΜΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ,
ΚΑΛΥΤΕΡΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡ. ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ - ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ

Αθήνα, 10-11-2010
Αρ.Γ.Π. οικ. 140077

ΠΡΟΣ: ΟΠΩΣ Ο ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 19
Ταχ. Κώδικας : 101 87
Πληροφορίες : Π. Γιαννουλάτος
Θ. Μήτσουρας
Κ. Βουρλιώτου
Τηλέφωνα : 210-5231895
210- 5235264
210-5235865
FAX : 210-5235264
E-MAIL:1.
poiotitas_apodotikotitas@yyka.gov.gr
2. doydype@yyka.gov.gr

ΘΕΜΑ: «Συγκρότηση Επιτροπών Ποιότητας στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με δυναμικότητα τετρακοσίων (400) κλινών και άνω, σύμφωνα με την παρ. 2, του άρθρου 8, του Ν. 3868/31-7-2010 (Φ.Ε.Κ. 129/τ.Α'./3-8-2010), σε συνδυασμό με την παρ. 8, περ. 1 και 21, του άρθρου 7, του Ν. 3329/2005 (Φ.Ε.Κ. 81/τ.Α'./4-4-2005)».

ΣΧΕΤ. : Η αρ. Γ.Π. οικ. 123566/6-10-2010 Εγκύκλιος με θέμα: «Έναρξη εφαρμογής δράσεων Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας».

Σε συνέχεια της ανωτέρω σχετικής Εγκυκλίου, όσον αφορά την: « Έναρξη εφαρμογής δράσεων Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας» και ειδικότερα τη συγκρότηση Επιτροπής Ποιότητας στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με δυναμικότητα τετρακοσίων (400) κλινών και άνω, όπως ορίζεται στην παρ. 2, του άρθρου 8, του Ν. 3868/2010, παρακαλούμε όπως, το αργότερο μέχρι 19-11-2010, μας αποστείλετε τις οριζόμενες Επιτροπές, σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή (δισκέτα, ή CD ή E-MAIL), λαμβάνοντας, επιπλέον, υπόψη τα κατωτέρω:

1. Στα πλαίσια της νόμιμης αναπλήρωσης των τακτικών μελών τα οποία θα απαρτίζουν την Επιτροπή Ποιότητας, παρακαλούμε όπως ορίσετε ως Αναπληρωτή του Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας, τον Υποδιευθυντή Οικονομικού και ως Αναπληρωτή του Προϊσταμένου της Τεχνικής Υπηρεσίας, τον νόμιμο Αναπληρωτή αυτού ή τον Προϊστάμενο του Τμήματος Βιοϊατρικής Τεχνολογίας.

2

. // .

2. Η Επιτροπή Ποιότητας, θα συνεδριάζει τακτικά, τουλάχιστον μία (1) φορά τον μήνα και έκτακτα, οποτεδήποτε κριθεί αναγκαίο.
3. Στις συνεδριάσεις της Επιτροπής Ποιότητας, παρακαλούμε όπως παρίστανται και τα αναπληρωματικά μέλη αυτής, για την ταχύτερη και πληρέστερη προώθηση των θεμάτων.
4. Ως Γραμματεία της Επιτροπής Ποιότητας, παρακαλούμε όπως, ορίσετε, υπάλληλο κλάδου Π.Ε. ή Τ.Ε. Νοσηλευτικής, ο/ η οποίος/ α, εάν είναι δυνατόν, να έχει σχετική επιμόρφωση σε θέματα Ποιότητας (Διδακτορικό, ή Μεταπτυχιακό ή γενικότερη επιμόρφωση και ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε θέματα Ποιότητας) και ως αναπληρωματικό αυτού/ τής, υπάλληλο, του κλάδου Π.Ε. Στατιστικής και ελλείψει αυτού/ τής, υπάλληλο του κλάδου Π.Ε. Διοικητικού – Οικονομικού, ο/ η οποίος/ α να έχει, επίσης, σχετική επιμόρφωση σε θέματα Ποιότητας (Διδακτορικό, Μεταπτυχιακό ή γενικότερη επιμόρφωση και ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε θέματα Ποιότητας).
5. Η στέγασση του Γραφείου Ποιότητας, καθώς και του Γραφείου Υποστήριξης του Πολίτη, θα πρέπει χωροταξικά να είναι στην είσοδο του Νοσοκομείου, ώστε να είναι απολύτως ευδιάκριτα για κάθε εισερχόμενο πολίτη. Επιπλέον, παρακαλείστε όπως, έξω από το κάθε ένα Γραφείο, τοποθετήσετε σχετική Πινακίδα, καθώς επίσης και σχετική σήμανση, έξω από την είσοδο του Νοσοκομείου, με κατεύθυνση προς τα εν λόγω Γραφεία.
6. Τέλος, παρακαλείστε, όπως, αφού δημιουργήσετε τα εν λόγω Γραφεία, μας αποστείλετε φωτογραφία από την εξωτερική και εσωτερική όψη αυτών.

Οι Διοικητές των Υ.Π.Ε., προς τους οποίους κοινοποιείται το παρόν έγγραφο, παρακαλούνται όπως συντονίσουν τα Νοσοκομεία ευθύνης τους, για την υλοποίηση των ανωτέρω και την αποστολή της απάντησης, εντός οριζόμενης αποκλειστικής προθεσμίας, 19-11-2010.

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΟΥΛΥΖΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ:

A. Όλα τα Νοσοκομεία της Χώρας \geq 400 Κλινών
 όπως αναφέρονται, κατωτέρω: _____

A. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ 1^{ης} Υ.Π.Ε.
1. Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
2. Γ.Ν.Ν.Θ. ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
3. Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ ΚΑΤ
4. Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
5. Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΑΓ. ΣΟΦΙΑ»



Ε.Π.
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΤΟΜΕΑ**
ΛΟΜΕΡ



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Ταύρος

τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

www.ekdd.gr