

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

## Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας:

**Η Κλινική Διακυβέρνηση στα Συστήματα Υγείας**

Συγγραφέας:

**Βόρδου Παρασκευή**

**ΑΜ: 20026**

Επιβλέπων/ουσα:

**Δρ. Γκικόκα Βασιλική**  
**Επιστημονική Συνεργάτης**  
**Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

**Αθήνα, Οκτώβριος 2022**

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT  
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION  
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE  
MANAGEMENT

---

## **DiplomaThesis**

### **Clinical Governance at Health Systems**

**Studentname and surname:**

**Vordou Paraskevi**

**Registration Number: 20026**

**Supervisorname and surname:**

**Dr. Gioka Vasiliki**

**Athens,October, 2022**



### Τίτλος εργασίας

## Η Κλινική Διακυβέρνηση στα Συστήματα Υγείας

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	Γκιόκα Βασιλική	Επιστημονική Συνεργάτης Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	
2.	Γούλα Ασπασία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	
3.	Πιερράκος Γεώργιος	Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η .....Βόρδου Παρασκευή..... του...Μελετίου, με αριθμό μητρώου 20026 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

*\*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι τον Μάιο 2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα

**\* Ονοματεπώνυμο/Ιδιότητα**

**Ψηφιακή ΥπογραφήΕπιβλέποντα**  
(Υπογραφή)

*\* Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι*

**χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):**

*[https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82\\_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81\\_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85\\_final.pdf](https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf)*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκτείνεται σε τέσσερα κεφάλαια και πραγματεύεται την αξία των συστημάτων Κλινικής Διακυβέρνησης στις υπηρεσίες υγείας. Σκοπεύει στην ανάδειξη της αναγκαιότητας εφαρμογής των αρχών κλινικής διακυβέρνησης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας μέσω μιας ενιαίας στρατηγικής. Αρχικά, προσεγγίζοντας θεωρητικά και συγκριτικά τους όρους της εταιρικής και κλινικής διακυβέρνησης, αναλύεται η εφαρμογή και η αρχές της κλινικής διακυβέρνησης καθώς και η αξιολόγηση της. Στο πλαίσιο αυτό, ορίζεται η οργανωσιακή κουλτούρα στο χώρο της υγείας και αναπτύσσεται εκτενώς η έννοια του οργανωσιακού κλίματος στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το τελευταίο κεφάλαιο αφορά την εφαρμογή και αξιολόγηση της κλινικής διακυβέρνησης στα συστήματα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, της Αυστραλίας και της Ελλάδας. Τέλος, αναφέρονται οι ανεπάρκειες που μαστίζουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας και οι πιθανοί τρόποι αντιμετώπισής τους μέσα από την οπτική αλλά και την εφαρμογή των βασικών αρχών της Κλινικής Διακυβέρνησης

Λέξεις κλειδιά: κλινική διακυβέρνηση, διοίκηση υπηρεσιών υγείας, διοίκηση ολικής ποιότητας, διακυβέρνηση συστημάτων υγείας

## **ABSTRACT**

This thesis extends across four chapters and discusses the value of Clinical Governance systems in health services. It aims to highlight the necessity of implementing clinical governance principles in the National Healthcare System of Greece through a single strategy. Firstly, by approaching the terms of corporate and clinical governance theoretically, the implementation and principles of clinical governance as well as its evaluation are analyzed. In this context, the organizational culture in the field of health is defined and the concept of organizational climate in the National Healthcare System is extensively developed. The last chapter concerns the implementation and evaluation of clinical governance in the health systems of England, Australia and Greece. Finally, the inadequacies plaguing the National Healthcare System of Greece and how to combat them through the application of Clinical Governance.

Key words: Clinical Governance, management of health services, total quality management, health systems governance

## **Ευχαριστίες**

*Θα ήθελα καταρχήν να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κα. Γκιάκα Βασιλική για την επίβλεψη αυτής της διπλωματικής εργασίας και για την ευκαιρία κι εμπιστοσύνη που μου έδωσε να την εκπονήσω. Για το γεγονός ότι ήταν πάντα πρόθυμη να μου προσφέρει τις γνώσεις και την εμπειρία της για τη βαθύτερη κατανόηση και οριοθέτηση της έννοιας της Κλινικής Διακυβέρνησης, της οφείλω από καρδιάς, την ευγνωμοσύνη μου και την εκτίμησή μου.*

*Το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλω στους γονείς μου, των οποίων η πίστη στις δυνατότητες μου αποτέλεσε αρωγός σε όλους τους στόχους και τα όνειρά μου.*

*Την παρούσα εργασία την αφιερώνω στα παιδιά μου, Κατερίνα και Δημήτρη, που αποτελούν κινητήριο δύναμη σε κάθε προσπάθεια βελτίωσης και προόδου.*

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	5
<b>Κεφάλαιο 1ο : Η Εταιρική Διακυβέρνηση (ΕΔ)</b> .....	9
1.1 Εννοιολογική αποσαφήνιση της ΕΔ.....	9
1.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή της ΕΔ.....	10
1.3 Οι απώτεροι στόχοι της ΕΔ.....	11
1.4 Οι αρχές της ΕΔ.....	12
1.5 Ο Ελληνικός Κώδικας ΕΔ.....	13



1.5.1 Το Ελληνικό Συμβούλιο ΕΔ.....	13
1.5.2 Ο Ελληνικός Κώδικας ΕΔ.....	14
1.5.3 Το πλαίσιο εφαρμογής της ΕΔ.....	15
1.5.4 Πεδίο εφαρμογής του Κώδικα ΕΔ.....	15
1.6 Από την Εταιρική Διακυβέρνηση στην Κλινική Διακυβέρνηση.....	17
1.6.1 Οι ιδιαιτερότητες του χώρου της υγείας.....	17
1.6.2 Η αναγκαιότητα για την εφαρμογή της ΚΔ.....	19
<b>Κεφάλαιο 2ο : Η Κλινική Διακυβέρνηση (ΚΔ).....</b>	<b>22</b>
2.1 Κλινική Διακυβέρνηση (ΚΔ).....	22
2.2 Εννοιολογική αποσαφήνιση της ΚΔ.....	23
2.3 Πλαίσιο Αρχών της ΚΔ.....	28
2.4 Βασικές στρατηγικές και οι 7 πυλώνες της ΚΔ.....	30
2.4.1 Κλινικός Έλεγχος.....	30
2.4.2 Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού.....	33
2.4.3 Διαχείριση κινδύνων, ασφάλεια ασθενών και γνωστοποίηση αποτελεσμάτων.....	35
2.4.4 Ασφάλεια πληροφοριών και δεδομένων.....	38
2.4.5 Έρευνα και εξέλιξη.....	39
2.4.6 Κλινική Αποτελεσματικότητα.....	41
2.4.7 Ενθάρρυνση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας να συμμετέχουν στις αποφάσεις για τη φροντίδα τους.....	42
2.5 Ρόλοι και ευθύνες στην κλινική διακυβέρνηση.....	42
2.6 Μέτρηση και Αξιολόγηση της Κλινικής Διακυβέρνησης.....	46
2.6.1 Εξωτερικές Αξιολογήσεις.....	47
2.6.2 Εσωτερικές Αξιολογήσεις.....	48
2.6.3 Ειδικά μέτρα Κλινικής Διακυβέρνησης.....	48
2.7.8 Το ερωτηματολόγιο μέτρησης του κλίματος της Κλινικής Διακυβέρνησης (CGCQ) του Timothy Freeman.....	49
<b>Κεφάλαιο 3ο : Κλινική Διακυβέρνηση και Οργανωσιακή Κουλτούρα (ΟΚ).....</b>	<b>51</b>
3.1 Η σπουδαιότητα της οργανωσιακής κουλτούρας στην Κλινική Διακυβέρνηση.....	51
3.2 Οργανωσιακή Κουλτούρα: εννοιολογική αποσαφήνιση.....	54
3.2.1 Χαρακτηριστικά της Οργανωσιακής Κουλτούρας.....	59
3.3 Μοντέλα της Οργανωσιακής Κουλτούρας.....	63

3.3.1 Μοντέλο κατά Shein.....	63
3.3.2 Μοντέλο κατά Harrison & Handy.....	66
3.3.3 Μοντέλο κατά Geert Hofstede.....	69
3.3.4 Τυπολογία του Sonnenfeld J.A.....	70
3.3.5 Τυπολογία των Cameron & Quinn.....	71
3.4 Οργανωσιακή κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας.....	75
3.5 Χρησιμότητα Αλλαγής της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο χώρο της Υγείας.....	79
3.6 Οργανωσιακό κλίμα.....	82
3.6.1 Ορισμοί οργανωσιακού κλίματος.....	83
3.6.2 Σύγκριση οργανωσιακής κουλτούρας και κλίματος.....	85
3.6.3 Οργανωσιακό κλίμα στις υπηρεσίες υγείας.....	87
Κεφάλαιο 4ο : Η Εφαρμογή της ΚΔ και η αποτελεσματικότητά της στα Συστήματα Υγείας...90	
4.1 Η εφαρμογή της ΚΔ και η αξιολόγησή της στο Ηνωμένο Βασίλειο.....90	
4.1.1 Μοντέλα Εθνικών Συστημάτων Υγείας.....	91
4.1.2 Ιστορική Αναδρομή της ΚΔ στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	92
4.1.3 Το μοντέλο ΚΔ της Μεγάλης Βρετανίας.....	93
4.1.4 Το μέλλον της ΚΔ στην Μεγάλη Βρετανία.....	97
4.2 Η εφαρμογή της ΚΔ και η αξιολόγησή της στην Αυστραλία.....	101
4.2.1 Η Κλινική Διακυβέρνηση στην Αυστραλία και η εφαρμογή της.....	102
4.2.2 Κριτική και Αξιολόγηση της Κλινικής Διακυβέρνησης στην Αυστραλία.....	105
4.3 Η Ελληνική Νομοθεσία σχετικά με την ΚΔ και τη διασφάλιση της ποιότητας.....	110
4.3.1 Το θεσμικό πλαίσιο των αλλαγών.....	110

4.4	Παθογένειες του ΕΣΥ και τρόποι αντιμετώπισής τους μέσω της ΚΔ.....	119
4.4.1	Ανεπάρκειες του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας.....	119
4.4.2	Τρόποι αντιμετώπισης παθογενειών στο ΕΣΥ.....	126

<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>		–
<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....		130
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....		
		132

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η κλινική διακυβέρνηση ως έννοια προέκυψε στα τέλη της δεκαετίας του 1990 στο

Ηνωμένο Βασίλειο και από τότε αποτελεί κεντρικής σημασίας στρατηγική για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της δημιουργίας κουλτούρας ασφάλειας του ασθενή σε διάφορες χώρες (Barret B., 2005). Αποτελεί το πλέον σύγχρονο μοντέλο διοίκησης υγείας που συνδυάζει την κλινική αποτελεσματικότητα με την αποτελεσματική διοικητική οργάνωση και τη βέλτιστη διαχείριση των πόρων μέσα σε ένα περιβάλλον ασφάλειας και αριστείας, με στόχο την καλύτερη δυνατή υψηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών υγείας (Γούλα Α.). Η κλινική διακυβέρνηση είναι ένα ασθενοκεντρικό μοντέλο διοίκησης στις υπηρεσίες υγείας και μέσω της εφαρμογής της διασφαλίζεται η συνέχεια της ποιότητας στην παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα (WHO, 2012). Κατά τον κλασικό ορισμό των Scally και Donaldson θα λέγαμε ότι ως κλινική διακυβέρνηση ορίζεται «ένα σύστημα μέσω του οποίου οι οργανισμοί (υγείας) είναι αρμόδιοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους και τη διασφάλιση υψηλών προτύπων φροντίδας δημιουργώντας ένα περιβάλλον στο οποίο θα αναπτυχθεί η αριστεία στην κλινική φροντίδα» (Scally G, Donaldson L., 1998, Avgoustidou I., 2018).

Για την αποτελεσματική εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου σχεδίου ΚΔ απαιτείται η εφαρμογή εργαλείων όπως είναι η ηγεσία, η ανάπτυξη ομάδας, η διάχυση γνώσεων που αφορούν στα πλέον σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα, οι δεξιότητες κλινικού ελέγχου και η διαχείριση κινδύνων (Καρκατσούλης Π., 2001). Ιδιαίτερα η αποτελεσματική διαχείριση κινδύνων και λαθών συνθέτουν τη βάση της κλινικής διακυβέρνησης ως κύρια απαιτούμενα για την ασφάλεια των ασθενών (WHO, 2012, Γούλα Α., 2014). Συμπερασματικά για την ανάπτυξη και την εφαρμογή της ΚΔ είναι προαπαιτούμενο να πραγματοποιηθούν αλλαγές στην οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού ή μιας υπηρεσίας ώστε να προωθηθούν νέες αντιλήψεις σε κάθε οργανωτικό επίπεδο και κατά συνέπεια να αναπτυχθούν νέες δεξιότητες. Οι αναπτυξιακές ανάγκες για τη βελτίωση της ποιότητας στο πλαίσιο της ΚΔ, μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων, λόγω των διαφορετικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων που έχουν αυτές. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή ασφαλών υπηρεσιών στους ασθενείς είναι

η εμπέδωση μιας κοινής κουλτούρας ως προς την ασφάλεια των ασθενών (Γούλα Α., 2014, Καρκατσούλης Π., 2001).

Η παρούσα εργασία σκοπεύει να αναδείξει την αναγκαιότητα εφαρμογής των αρχών κλινικής διακυβέρνησης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας στα πλαίσια μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης στρατηγικής. Οι επιμέρους στόχοι που τέθηκαν αφορούν τον προσδιορισμό και την ανάλυση των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της ΚΔ τα οποία έχουν ενσωματωθεί στο υφιστάμενο οργανωσιακό κλίμα των νοσοκομείων, την ανάδειξη της συσχέτισης της οργανωσιακής κουλτούρας ενός οργανισμού για την αποτελεσματική εφαρμογή της ΚΔ. Καθώς επίσης και τις πιθανές λύσεις που μπορεί να δοθούν μέσω της εφαρμογής της ΚΔ σε συγκεκριμένα προβλήματα στο ΕΣΥ, όπως είναι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, διερευνώντας παράλληλα το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο στο νοσοκομειακό χώρο και τις ήδη προτεινόμενες Πολιτικές Υγείας από τους ειδικούς του χώρου της διοίκησης των Υπηρεσιών Υγείας.

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε προέκυψαν επιπλέον οι εξής προβληματισμοί:

- Κατά πόσο μπορούν οι παθογένειες και οι δυσλειτουργίες του ΕΣΥ μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω της ΚΔ.
- Σε τι βαθμό οι εργαζόμενοι στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι εξοικειωμένοι με την έννοια και τις αρχές της ΚΔ και πόσο πρόθυμοι είναι να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν την ΚΔ.
- Σε ποιο επίπεδο της Οργανωσιακής Κουλτούρας είναι χρησιμότερο να εφαρμοστούν αλλαγές ώστε να επιδράσουν θετικά την εξέλιξη της ΚΔ.
- Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της ΚΔ στα οποία πρέπει να δοθεί άμεση προτεραιότητα από τους αρμόδιους που σχεδιάζουν τις Πολιτικές Υγείας.
- Πόσο εφικτή και ρεαλιστική είναι μία διαδικασία εφαρμογής μιας εθνικής πολιτικής κλινικής διακυβέρνησης στις υπηρεσίες υγείας σε καθεστώς πανδημίας.

Η εν λόγω εργασία υλοποιήθηκε μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας των τελευταίων 30 ετών. Αναζητήθηκε υλικό σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και ακαδημαϊκές βιβλιοθήκες. Για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναζητήθηκε υλικό σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως Google Scholar, Research Gate, PubMed, Sage Journals και Elsevier και στις ακαδημαϊκές βιβλιοθήκες του Παντείου Πανεπιστημίου και της Νοσηλευτικής Βιβλιοθήκης Αθηνών. 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. Έγιναν προσπάθειες να αναφερθούν τα πιο σύγχρονα δεδομένα (της τελευταίας 10ετίας) από τη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα. Επίσης, μελετήθηκε μέσω ηλεκτρονικής μορφής, η σχετική με το θέμα Ελληνική Νομοθεσία από το 2000 και μετά.

Η ανάλυση του θέματος πραγματοποιείται σε 4 κεφάλαια και κάθε κεφάλαιο σε υποενότητες. Συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο αποσαφηνίζονται 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 περιγράφοντας

τα εργαλεία της κλινικής διακυβέρνησης. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται αναλυτικά οι αρχές της Κλινικής Διακυβέρνησης οι οποίες δημοσιεύτηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2007 και οι πυλώνες της Κλινικής Διακυβέρνησης σύμφωνα με την Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας της Αγγλίας και την Επιτροπή Ασφάλειας και Ποιότητας Φροντίδας Υγείας της Αυστραλίας που δημοσιεύτηκαν το 2017. Η Επιτροπή Ασφάλειας και Ποιότητας Φροντίδας Υγείας της Αυστραλίας στην ίδια δημοσίευση αναφέρει τους ρόλους και τις αρχές στην Κλινική Διακυβέρνηση. Πιο συγκεκριμένα στο ίδιο κεφάλαιο αναλύεται

εκτενώς η πολυδιάστατη έννοια της Κλινικής Διακυβέρνησης, η οποία αποτελεί ένα μεθοδολογικό πλαίσιο για τη συνεχή ανάπτυξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον καθοριστικό ρόλο της οργανωσιακής 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". Περιγράφουμε το πλαίσιο της οργανωσιακής κουλτούρας και τις διαστάσεις από τις οποίες αποτελείται προκειμένου να αποδώσουμε την χρησιμότητα της αλλαγής της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο χώρο της Υγείας. Επίσης στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι έννοιες του οργανωσιακού κλίματος το οποίο αποτελεί υποδιάσταση της οργανωσιακής κουλτούρας, οι διαφορές τους και τέλος, τα εργαλεία και μέθοδοι αξιολόγησής τους. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται περιπτώσεις από το διεθνή χώρο όπου έχει εφαρμοστεί

η Κλινική Διακυβέρνηση και θα αξιολογηθούν τα αποτελέσματα τους. Πιο συγκεκριμένα θα αναφερθούμε στον τρόπο που οργανώθηκε, εφαρμόστηκε και λειτούργησε η Κλινική Διακυβέρνηση στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Αυστραλία. Επίσης στο ίδιο κεφάλαιο θα αναφερθούν συνοπτικά οι παθογένειες του ΕΣΥ και 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. Τέλος με την ολοκλήρωση της εργασίας παρατίθενται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις της παρούσας διατριβής και ακολουθούν η βιβλιογραφία και τα παράρτηματα με τους πίνακες που χρησιμοποιήθηκαν.

## **Κεφάλαιο 1: Η εταιρική διακυβέρνηση**

### **1.1 Εννοιολογική προσέγγιση**

Η εταιρική διακυβέρνηση, ή όπως έχει επικρατήσει στην γλώσσα των επιχειρήσεων η αγγλική ορολογία ως «Corporate Governance», αποτελεί μια έννοια πολυπαραγοντική η οποία έχει ταυτόχρονα και πολλαπλή στόχευση, ανάλογα με τον σκοπό για τον οποίο χρησιμοποιείται. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός, πως αποτελεί πεδίο διερεύνησης για πολλά επιστημονικά επίπεδα και τομείς για αυτό και οι ορισμοί που έχουν δοθεί για αυτήν είναι αρκετοί και πολλές φορές, μάλιστα, εξετάζουν την έννοια υπό διαφορετικά πρίσματα. Ένας κάπως περιεκτικός ορισμός είναι αυτός που έχει δοθεί από τον Σπανό (2007) σύμφωνα με τον οποίο «η Εταιρική Διακυβέρνηση, είναι ένα σύστημα αρχών επί τη βάσει του οποίου οργανώνεται, λειτουργεί και διοικείται η ανώνυμη εταιρεία, ώστε να διαφυλάσσονται και ικανοποιούνται τα έννομα συμφέροντα όλων όσων συνδέονται με την εταιρεία στα πλαίσια του εταιρικού συμφέροντος».

Ουσιαστικά, κάθε φορά που γίνεται λόγος για την εταιρική διακυβέρνηση, αναφερόμαστε σε ένα «σύστημα του συνόλου των σχέσεων μεταξύ των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, της Διοίκησης, των εργαζομένων, των συνεργατών και των μετόχων μιας επιχείρησης με κύριο σκοπό την εξασφάλιση και αποδοτική διαχείριση των πόρων της εταιρείας και την μεγιστοποίηση της απόδοσης για τον μέτοχο, μέσα από διαφανείς διαδικασίες και πρακτικές» (OECD, 1999).

Εν ολίγοις, αναφερόμαστε σε ένα γενικότερο σύστημα δικαιωμάτων, διαδικασιών και ελέγχου που έχουν καθιερωθεί εσωτερικά και εξωτερικά και αναφέρονται στη διοίκηση μιας εταιρείας, των οποίων η κεντρική στόχευση είναι η προστασία κάθε συμφέροντος όλων των παραγόντων που σχετίζονται με την δραστηριότητα της εταιρείας, στην οποία γίνεται αναφορά (Stanwick, 2010).

Θα μπορούσε να ισχυριστεί κάποιος, πως σαν έννοια, έχει σαν αντικείμενο ορισμένες παραμέτρους τις οποίες εξετάζουν αυτοί που χρηματοδοτούν τις εταιρείες για να διασφαλίσουν πως με την όποια επένδυση και αν κάνουν θα πάρουν χρήματα πίσω με τη μορφή κέρδους (Spanos, 2005).

Γενικότερα, «ως εταιρική διακυβέρνηση ορίζεται ένα σύνολο από νομικές, παραδοσιακές και θεσμικές διευθετήσεις, που θέτουν τα όρια για το πλαίσιο δράσης και τις επιμέρους ενέργειες των ανοικτών επιχειρήσεων, δίνοντας απαντήσεις σχετικά με το άτομο



το οποίο τις ελέγχει, τον τρόπο με τον οποίο ασκείται ο έλεγχος και τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η κατανομή των κινδύνων και των αποδόσεων από την επιχειρηματική δραστηριότητα» (Καπράλος, 2007).

Έτσι, γίνεται παραπάνω από ξεκάθαρο πως η εταιρική διακυβέρνηση, μεταξύ άλλων περιλαμβάνει κάθε μηχανισμό σχετικό με πρωτοβουλίες, τα αντικίνητρα και τις απαγορεύσεις, υπό το πρίσμα των οποίων το management του εκδότη κινητών αξιών παίρνει αποφάσεις (Καπράλος, 2007).

Ένας άλλος ορισμός, που θα πρέπει να εξεταστεί και να ληφθεί υπόψη στην παρούσα μελέτη είναι αυτός που δίνεται από τον ΟΟΣΑ (1999), ο οποίος αναφέρει πως «η εταιρική διακυβέρνηση είναι το σύστημα με το οποίο οι εταιρείες, παρακολουθούνται και ελέγχονται».

Ως εκ τούτου, η εταιρική διακυβέρνηση αναφέρεται σε μια σειρά από δομές, διαδικασίες, αρχές καθώς και συστήματα, με τα οποία προωθείται μια αποτελεσματική τακτοποίηση των υποθέσεων κάθε εταιρείας ή οργανισμού (ΕΠΕΔ, 2007).

Από τα παραπάνω προκύπτει, πως κάθε φορά που αναφερόμαστε στην έννοια της εταιρικής διακυβέρνησης γίνεται λόγος για ένα ολοκληρωμένο σύστημα το οποίο περιλαμβάνει διαδικασίες, δικαιώματα και ελέγχους, προς την διοίκηση της επιχείρησης, τόσο εσωτερικά αλλά και εξωτερικά, με τελικό στόχο την προστασία των συμφερόντων των μετόχων της (ΕΠΕΔ, 2007).

## **1.2. Σύντομη ιστορική αναδρομή**

Η εταιρική διακυβέρνηση κάνει την εμφάνισή της στις αρχές του 20ου αιώνα, όταν ξεκινούν την ανάπτυξή τους οι ανώνυμες εταιρείες και οι εταιρείες περιορισμένης ευθύνης (OECD, 1999). Η εμφάνιση αυτή γίνεται με την παρουσία ενός συνόλου κανονισμών που έχουν ως απώτερο στόχο και σκοπό να επιλυθεί κάποιο από τα βασικά προβλήματα, πολλά από τα οποία ακόμα εμφανίζονται, στο χώρο των εταιρειών όπως είναι αυτό της σύγκρουσης των συμφερόντων μεταξύ των μετόχων της κάθε εταιρείας και του Διοικητικού Συμβουλίου της (ΕΣΕΔ, 2013).

Όσο τα χρόνια περνούσαν και ο τζίρος των εταιρειών μεγάλωνε, αντίστοιχα μεγάλα ήταν και τα προβλήματα μεταξύ των εταίρων. Η κορύφωση αυτών των προβλημάτων ήρθε στα μέσα της δεκαετίας του 1970 όταν και πολλές επιχειρήσεις χρεοκόπησαν λόγω των μεγάλων οικονομικών προβλημάτων και την αδυναμία τους να οδηγηθούν σε ουσιαστική λύση (Nestor, 2002).

Τα παραπάνω γεγονότα, έκαναν σχεδόν απαραίτητη την έννοια της εταιρικής διακυβέρνησης και συστατικό στοιχείο με το οποίο οργανώνεται η εξουσία σε κάθε επιχείρηση

πλέον. Ως εκ τούτου, η καθιέρωση κανόνων με τους οποίους θα διασφαλιζόταν η διαφάνεια κρίθηκε απαραίτητη ώστε να είναι σαφής η διάκριση μεταξύ κυριότητας κι ελέγχου της επιχείρησης (Chhaochharia, 2007).

Έτσι, αν και οι περισσότεροι μέτοχοι είχαν την κυριότητα της εταιρίας, η παραπάνω διάκριση οδήγησε στον περιορισμό της εξουσίας τους από την διοίκηση της κάθε εταιρείας. Από την άλλη πλευρά, βέβαια, οι φορείς του ελέγχου, τα διοικητικά συμβούλια των εταιρειών δηλαδή, ήταν αρμόδιοι για την διαχείριση της εταιρείας, είχαν εξουσία χωρίς να έχουν την κυριότητα (Chhaochharia, 2007).

Μία αιτία που εξηγεί την παραπάνω συνθήκη σχετίζεται με το γεγονός πως σε πολλές περιπτώσεις παρατηρούνταν κατακερματισμός των μετοχών σε μικρότερα μερίδια. Το φαινόμενο αυτό παρατηρήθηκε κατά κόρον στις αγγλοσαξονικές χώρες που ήταν κι οι περισσότερο δυναμικά και οικονομικά αναπτυγμένες (Spanos, 2005).

Αναφορικά με την περίπτωση της Ελλάδας, η εταιρική διακυβέρνηση κάνει την εμφάνισή της αρκετά αργότερα, και ειδικότερα κατά τα τέλη της δεκαετίας του '90. Την περίοδο αυτή στον ελληνικό χώρο αρχίζει να αναπτύσσεται πολύ γρήγορα η κεφαλαιαγορά ενώ υπάρχει και μια μεγάλη ανάγκη να δημιουργηθεί ένα νέο θεσμικό πλαίσιο που καλύπτει όλο το φάσμα της εταιρικής διακυβέρνησης και θα είναι ακόλουθο των ευρωπαϊκών κανονισμών (Παλαιολόγος, 2013).

Οι εταιρείες, μέχρι εκείνη τη στιγμή δεν είχαν ενσωματώσει την Εταιρική Διακυβέρνηση κυρίως λόγω του αυξημένου κόστους. Αναφορικά με τα σχετικά νομοθετικά μέτρα, στον ελληνικό χώρο έκαναν την εμφάνισή τους μετά το 2000, κάνοντας υποχρεωτική την εταιρική διακυβέρνηση, κυρίως μετά το σκάνδαλο του Ελληνικού Χρηματιστηρίου (Spanos, 2005, Παλαιολόγος, 2013).

### **1.3. Οι στόχοι της εταιρικής διακυβέρνησης**

Πρωταρχικό μέλημα της εταιρικής διακυβέρνησης είναι η διασφάλιση της κυριότητας και η εντιμότητα της επιχείρησης. Παρ' όλα αυτά, λαμβάνει όλα τα μέτρα για να θεωρηθούν όλες οι ενέργειες της εταιρείας αποτελεσματικές με τελικό σκοπό την ανάπτυξη και περαιτέρω κερδοφορία της επιχείρησης (OECD, 1999).

Βασικοί στόχοι της εταιρικής διακυβέρνησης είναι οι ακόλουθοι:

- Η πειθαρχία.

- Η διαφάνεια.
- Η ανεξαρτησία.
- Η λογοδοσία.
- Η ευθύνη.
- Η αμεροληψία.
- Η κοινωνική συνειδητοποίηση.

Με άλλα λόγια, τα στελέχη πληρώνονται με βάση την αξία του αποθέματος και η εταιρεία δημοσιεύει τις ετήσιες οικονομικές της καταστάσεις. Ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου είναι ανεξάρτητο ή μη εκτελεστικό μέλος και τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου διαφέρουν από τα μέλη της επιτροπής διαχείρισης. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει ένας μηχανισμός ποινής για κακή διαχείριση, κατάλληλες μέθοδοι ψηφοφορίας και οι μέτοχοι έχουν το δικαίωμα να συγκαλούν γενικές συνελεύσεις. Και όλα αυτά γίνονται με την υποστήριξη της περιβαλλοντικής ευαισθητοποίησης της εταιρείας (Σπανός, 2007, Καπράλος, 2007).

#### ***1.4 Οι Αρχές της Εταιρικής Διακυβέρνησης***

Ένα σημείο στο οποίο θα πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη βαρύτητα είναι οι Αρχές της Εταιρικής Διακυβέρνησης. Πρόκειται για ένα άτυπο σύστημα το οποίο το συναντάει κανείς στο θεσμικό πλαίσιο κάθε χώρας στην οποία εφαρμόζεται η Εταιρική Διακυβέρνηση.

Οι Αρχές αυτές, λοιπόν, είναι (ΟΟΣΑ, 2015):

- Η προστασία των δικαιωμάτων των μετόχων και οι βασικές λειτουργίες της ιδιοκτησίας της επιχείρησης.
- Η διασφάλιση της ισότιμης μεταχείρισης των μετόχων.
- Η αναγνώριση των δικαιωμάτων των συμμετεχόντων και η ενθάρρυνση της ενεργής συνεργασίας μεταξύ των επιχειρήσεων και των συμμετεχόντων.
- Η διασφάλιση της έγκαιρης και της ακριβούς γνωστοποίησης για όλα τα ουσιαστικά θέματα τα οποία αφορούν την επιχείρηση.
- Η διασφάλιση της στρατηγικής καθοδήγησης της επιχείρησης, ο αποτελεσματικός έλεγχος της διοίκησης από το Διοικητικό Συμβούλιο και η υποχρέωση λογοδοσίας του Συμβουλίου απέναντι στην επιχείρηση και στους μετόχους.

Αναφορικά με τα δικαιώματα των μετόχων, δηλαδή τα μερίδιά του στα κέρδη του οργανισμού, τη συμμετοχή και την ψηφοφορία τους σε γενικές συνελεύσεις, την εκλογή και την απομάκρυνση του διοικητικού συμβουλίου και την απόκτηση χρήσιμων πληροφοριών σχετικά με την εταιρεία σε εύθετο και τακτικό χρόνο, αυτά σαφώς θα πρέπει να

προστατεύονται και να προωθούνται. Η ίση μεταχείριση των μετόχων περιλαμβάνει σαφώς και αυτούς που μειοψηφούν αλλά και τους αυτά των αλλοδαπών μετόχων. Επιπλέον, όλοι οι μέτοχοι θα πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα ψήφου, και μπορούν να ψηφίσουν αυτοπροσώπως ή αναθέτοντας σε άλλους, και οι ψήφοι τους έχουν το ίδιο αποτέλεσμα. Τέλος, οι επενδυτές πρέπει να κατανοήσουν τα δικαιώματα ψήφου που συνδέονται με τις μετοχές πριν αγοράσουν μετοχές, και οποιαδήποτε αλλαγή στα δικαιώματα ψήφου πρέπει να προέρχεται από τις ψήφους των μετόχων (Σπανός, 2007, Παλαιολολόγος, 2013, Καπράλος, 2007).

Αντίστοιχα, οι έταιροι έχουν δικαιώματα τα οποία είναι σημαντικά στην εταιρική διακυβέρνηση και αναγνωρίζονται μέσω νόμων ή αμοιβαίων συμφωνιών ενθαρρύνοντας την ενεργό συνεργασία της εταιρείας με τους υπόλοιπους. Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί πως η γνωστοποίηση των στοιχείων των εταιρειών είναι πλέον σημαντική καθώς εκτιμάται ότι μπορεί να βοηθήσει στην προσέλκυση κεφαλαίων και στη διατήρηση της εμπιστοσύνης στις κεφαλαιαγορές (Σπανός, 2007, Παλαιολολόγος, 2013).

## **1.5 Ο ελληνικός κώδικας εταιρικής διακυβέρνησης**

### **1.5.1 Το ελληνικό συμβούλιο εταιρικής διακυβέρνησης**

Το Ελληνικό Συμβούλιο Εταιρικής Διακυβέρνησης (ΕΣΕΔ) ιδρύθηκε το 2012, μετά από κοινή συμφωνία και τυπικά σύμπραξη του Χρηματιστηρίου Αθηνών (ΕΧΑΕ) με τον Σύνδεσμο Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών (ΣΕΒ). Η νομική του υπόσταση είναι αυτή της Αστικής Μη Κερδοσκοπικής Εταιρείας. Σήμερα, ως τακτικά μέλη του ΕΣΕΔ ορίζονται η ΕΧΑΕ, ο ΣΕΒ, η Ελληνική Ένωση Τραπεζών (ΕΕΤ), η Ένωση Θεσμικών Επενδυτών (ΕΘΕ) και η Ελληνική Εταιρεία Συμμετοχών και Περιουσίας (ΕΕΣΥΠ).

Ως Ανώτατο όργανο του ΕΣΕΔ έχει οριστεί η Γενική Συνέλευση (ΓΣ) των μελών. Σήμερα το συγκεκριμένο όργανο διοικείται από το Συμβούλιο Διοίκησης το οποίο αποτελείται από 7 μέλη που εκλέγονται από τη ΓΣ με θητεία πενταετή.

Εκτός από το Συμβούλιο Διοίκησης, το ΕΣΕΔ διαθέτει και ένα Συμβούλιο Εταιρικής Διακυβέρνησης, του οποίου μέλη του είναι τόσο στελέχη από την Ελλάδα και το εξωτερικό, από διάφορους τομείς (ελεγκτικό, επενδυτικό, επιχειρηματικό, εποπτείας, νομικό, συμβουλευτικό, τραπεζικό και χρηματοπιστωτικό).

Επιπλέον, το ΕΣΕΔ διαθέτει και την επονομαζόμενη Εκτελεστική Επιτροπή Υλοποίησης Δράσεων (Working Committee) στην οποία συμμετέχουν εκπρόσωποι των Ιδρυτικών Μελών και των Τακτικών Μελών της. Οι αρμοδιότητες της επιτροπής αυτής είναι

η υλοποίηση του σχεδίου δράσης, η διοργάνωση επιμέρους δράσεων (συνέδρια, εκπαιδευτικά σεμινάρια, εκδηλώσεις, προωθητικές ενέργειες), η ανεύρεση χορηγών και λοιπών πόρων, καθώς και την εκπλήρωση και υλοποίηση επιμέρους σκοπών του ΕΣΕΔ.

Μία από τις αρμοδιότητες του ΕΣΕΔ είναι η έκδοση του Ελληνικού Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης. Το γενικό πλάνο δράσης του κώδικα αυτού αντιμετωπίζει και ασχολείται με μία σειρά από παραμέτρους όπως είναι «η διαμόρφωση θέσεων επί του θεσμικού πλαισίου, η υποβολή προτάσεων, η συμμετοχή σε διαβουλεύσεις και ομάδες εργασίας, η διοργάνωση εκπαιδευτικών και ενημερωτικών δράσεων, η παρακολούθηση και αξιολόγηση των πρακτικών εταιρικής διακυβέρνησης και εφαρμογής των κωδίκων εταιρικής διακυβέρνησης, η παροχή εργαλείων συνδρομής και βαθμολόγησης των επιδόσεων των ελληνικών επιχειρήσεων» (ΕΣΕΔ, 2021).

### ***1.5.2 Ο ελληνικός κώδικας εταιρικής διακυβέρνησης***

Ο πιο πρόσφατος αναθεωρημένος Κώδικας «ασχολείται» με εταιρείες εισηγμένες σε χρηματιστηριακή αγορά, σύμφωνα με το άρθρο 17 του ν. 4706/2020 και το άρθρο 4 της Απόφασης της Επιτροπής Κεφαλαιαγοράς (Απόφαση 2/905/3.3.2021 του Διοικητικού Συμβουλίου της Επιτροπής Κεφαλαιαγοράς). Σα νομοθετικό πλαίσιο, αξίζει να σημειωθεί πως ο εν λόγω Ελληνικός Κώδικας Εταιρικής Διακυβέρνησης για τις Εισηγμένες Εταιρείες ψηφίστηκε το 2020 και αναθεώρησε σημαντικά αυτόν που το ΕΣΕΔ είχε ψηφίσει το 2013 (ΕΣΕΔ, 2021, σελ. 4).

### ***1.5.3 Το πλαίσιο της εταιρικής διακυβέρνησης***

Στη χώρα μας, το εν λόγω πλαίσιο για την εταιρική διακυβέρνηση είναι κατά κάποιον τρόπο δεσμευτικό για τις ελληνικές εταιρείες που διαθέτουν κινητές αξίες και είναι εισηγμένες στη σύγχρονη ρυθμιζόμενη αγορά, αφού υπάρχει ένα «θεσμικό σύστημα που αποτελείται από νόμους και κανόνες αλλά και ένα άτυπο σύστημα που προτρέπει τις εν λόγω εταιρείες να υιοθετήσουν μια σειρά από βέλτιστες πρακτικές και συστάσεις και κυρίως το δικαίωμα να αυτορυθμίζονται» (ΕΣΕΔ, 2021, σελ. 5)

Ειδικότερα, μιλώντας για το σύστημα νόμων που σχετίζεται με την εταιρική διακυβέρνηση δεν γίνεται να μην αναφερθούμε στον Ν. 4706/2020, γνωστό και ως Νόμο περί εταιρικής διακυβέρνησης, ο οποίος συστάθηκε στα πλαίσια της προσπάθειας του εκσυγχρονισμού του θεσμικού πλαισίου και εν πολλοίς έχει επηρεαστεί αρκετά από τις

αποφάσεις της Επιτροπής Κεφαλαιαγοράς «που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότηση του Νόμου», σε κάποιες διατάξεις του ν. 4548/2018 περί ανωνύμων εταιρειών και αρχές, βέλτιστες πρακτικές και συστάσεις αυτορρύθμισης. Όλα τα παραπάνω εμπεριέχονται στον σε ισχύ κώδικα εταιρικής διακυβέρνησης.

#### **1.5.4 Πεδίο εφαρμογής του Κώδικα**

Στην παρούσα ενότητα επιχειρείται να παρουσιαστούν μερικές λεπτομέρειες όπως αυτές ορίζονται από τη φύση, τη λειτουργία, το πεδίο εφαρμογής και τη δομή του ελληνικού κώδικα εταιρικής διακυβέρνησης.

Γενικότερα, αυτό που θα πρέπει να τονισθεί είναι πως ο συγκεκριμένος Κώδικας προσιδιάζει περισσότερο σε ένα κείμενο αυτορρύθμισης το οποίο βασίζεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των εταιρειών, τη σύνθεση των μετόχων και τα κριτήρια που επιλέγουν, κατά περίπτωση (Παλαιολολόγος, 2013).

Επίσης, ο Κώδικας εφαρμόζεται με βάση την αρχή «Συμμόρφωση ή Εξήγηση» (“comply or explain”).

Σημαντικό στοιχείο, είναι πως δεν αρκείται σε προβλέψεις ούτε ασχολείται με την ερμηνεία του σχετικού με το θέμα του νομοθετικού πλαισίου. Άλλωστε, τόσο ο Κώδικας όσο και ο καταστατικός του στόχος είναι να δημιουργηθεί ένα προσβάσιμο και κατανοητό πλάνο δράσης, που θέτει με κωδικοποιημένο τρόπο σε ενιαίο κείμενο, υψηλές (υψηλότερες των υποχρεωτικών) απαιτήσεις και προδιαγραφές εταιρικής διακυβέρνησης (ΕΣΕΔ, 2021, σελ. 6).

Συνεχίζοντας, θα πρέπει να εξάρουμε το γεγονός πως ο Κώδικας δεν υπεισέρχεται στα θέματα που αποτελούν αναγκαστικού δικαίου ρυθμίσεις της νομοθεσίας (νόμους και κανονιστικές αποφάσεις), οι οποίες είναι ήδη ιδιαίτερα εκτενείς. Άλλωστε, δεν είναι «δουλειά» του η νομοθέτηση. Στα πλαίσια της νομοθεσίας, θα λέγαμε πως έχει έναν χαρακτήρα περισσότερο συμβουλευτικό. Ωστόσο, με τον Κώδικα, θεσπίζονται και αρχές οι οποίες ξεφεύγουν από τα στενά όρια της νομοθεσίας (Spanos, 2005, Χαραλαμπίδης 2011).

Οι παραπάνω αρχές, ρυθμίζουν θέματα που δεν ασχολούνται με τα όρια του νόμου αλλά ασχολούνται με θέματα που δεν ρυθμίζονται νομοθετικά, ή ακόμα και αν ρυθμίζονται, ο νόμος έχει «αφήσει κάποια παραθυράκια» ή το περιεχόμενό του νόμου έχει πάρα πολύ μικρή πρόβλεψη για λειτουργία. Από τα παραπάνω, γίνεται σαφές πως ο Κώδικας έχει σαν βασική αρμοδιότητα να «λειτουργεί» συμπληρωματικά με τον ισχύοντα νόμο, να εισάγει πιο αυστηρές αρχές. Το τελευταίο, μάλιστα, το πετυχαίνει αντλώντας εμπειρία από τις ευρωπαϊκές και

διεθνείς βέλτιστες πρακτικές, οι οποίες προσαρμόζονται στο ελληνικό επιχειρηματικό γίγνεσθαι (Χαραλαμπίδης 2011).

Τέλος, κλείνοντας αυτήν την ενότητα, θα πρέπει να πούμε πως στα αξιοπρόσεκτα σημεία αυτού του νόμου είναι πως αντικείμενο ενασχόλησής του είναι αποκλειστικά ελληνικές εταιρείες με κινητές αξίες εισηγμένες σε ρυθμιζόμενη αγορά που λειτουργεί αποκλειστικά και μόνο στην ελληνική επικράτεια. Ο Κώδικας απευθύνεται επίσης σε ελληνικές εταιρείες με αξίες που διαπραγματεύονται σε Πολυμερή Μηχανισμό Διαπραγμάτευσης, όπως η Εναλλακτική Αγορά του Χρηματιστηρίου Αθηνών, οι οποίες έχουν επιλέξει να υπαχθούν στον ν. 4706/2020 (ΕΣΣΕΔ, 2021, σελ. 6).

## **1.6 Από την εταιρική διακυβέρνηση στην κλινική διακυβέρνηση**

### ***1.6.1 Η ιδιαιτερότητα του χώρου της υγείας***

Έχει ειπωθεί πάρα πολλές φορές ότι η υγεία, λόγω των ιδιαιτεροτήτων της αν και είναι το πιο πολύτιμο αγαθό σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να θεωρηθεί προϊόν ή υπηρεσία εμπορεύσιμη και ως εκ τούτου δεν είναι δυνατόν να λειτουργήσει σε όρους ελεύθερης και κερδοσκοπικής αγοράς. Ειδικά στις χώρες της Ευρώπης, η υγεία είναι αγαθό κοινωνικό στο οποίο ο κάθε πολίτης έχει δικαίωμα πρόσβασης και μάλιστα ισότιμο (Ανγουστίδου, 2018). Πέρα από κοινωνικό αγαθό, η υγεία παρέχεται ως αγαθό δημόσιο προς όλους τους πολίτες ανεξαρτήτου κόστους. Οι ιδιαιτερότητες της υγείας ως αγαθού σχετίζονται με την ασταθή και απρόβλεπτη ζήτηση για τις ιατρικές υπηρεσίες, την αναμενόμενη συμπεριφορά των γιατρών, οι οποίοι δεσμεύονται από τον όρκο του Ιπποκράτη και οφείλουν να πράξουν το καθήκον τους, την αβεβαιότητα που δημιουργεί η ασθένεια, την ασύμμετρη πληροφόρηση των ασθενών σε σχέση με την ασθένειά τους, την περιορισμένη προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών, τις πρακτικές τιμολόγησης για τις ιατρικές υπηρεσίες (Καρκατσούλης, 2001). Παράλληλα 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 βάσει 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). Τόσο το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής όσο και του ηθικού κινδύνου, επιβαρύνουν σε πολύ μεγάλο βαθμό το σύστημα υγείας, είτε αυτό αφορά ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης είτε το δημόσιο σύστημα υγείας. Αφενός με τη δυσμενή επιλογή τα άτομα χαμηλού κινδύνου απέχουν από την ιδιωτική ασφάλιση καθώς τα ίδια τα ασφαλιστρα είναι ασύμφορα σε πολύ μεγάλο βαθμό. Αυτό έχει δύο βασικές συνέπειες. Η πρώτη σχετίζεται με την αύξηση του κόστους των ασφαλιστρών για τους υπόλοιπους αλλά και την επιβάρυνση του δημόσιου συστήματος υγείας. Στην περίπτωση αυτή, για να καλυφθεί η όποια δημόσια παρέμβαση, επιλέγεται η αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών (Dreliazi et al. 2013, Χαζάκης, 2021). Επίσης, ο ηθικός κίνδυνος εγκυμονεί περαιτέρω κινδύνους που σχετίζονται με την υπερχρέωση όλων των ασφαλιστικών φορέων. Στην περίπτωση αυτή, οι δαπάνες του συστήματος υγείας αυξάνονται και πολλές φορές γίνεται επειδή οι χρήστες, κυρίως γιατροί εξυπηρετούν δικά τους συμφέροντα όπως για παράδειγμα γίνεται με την υπερσυνταγογράφηση (Χαζάκης, 2021) .



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 (Dreliozi et al. 2013, Χαζάκης, 2021). Ενώ, το αντίστοιχο “μέρισμα” των μεριδιούχων στην υγεία, αφορά κατά κύριο λόγο στην ποιότητα φροντίδας και στο επίπεδο υγείας που τους παρέχεται (Καρκατσούλης, 2001). Παρόλο που η αποτίμηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, 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. Επιπλέον, κεντρικής σημασίας καθίσταται η αυξημένη υποχρέωση λογοδοσίας των επαγγελματιών υγείας και των διοικήσεων αυξάνοντας την εμπιστοσύνη των πολιτών προς τις υπηρεσίες υγείας. 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 (Χαζάκης, 2021).

Οι εν λόγω αρχές έχουν συμπεριληφθεί, μαζί με άλλες, στο γενικό πλαίσιο αρχών διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, και θα αναλυθούν στο δεύτερο κεφάλαιο.

### ***1.6.2 Η αναγκαιότητα της Κλινικής Διακυβέρνησης***

Για τα περισσότερα από τα πρώτα 40 χρόνια του, το NHS εργάστηκε με μια σιωπηρή έννοια της ποιότητας, βασιζόμενη στη φιλοσοφία ότι η παροχή καλά εκπαιδευμένου προσωπικού, καλών εγκαταστάσεων και εξοπλισμού ήταν συνώνυμη με υψηλά πρότυπα. Οι πρωτοβουλίες ποιότητας που ακολούθησαν, όπως ο ιατρικός και κλινικός έλεγχος, ακολούθησαν μια πιο συστηματική προσέγγιση. Ωστόσο, συχνά επικρίθηκαν ως επαγγελματικά κυριαρχούμενες των οποίων τα οφέλη δεν ήταν άμεσα εμφανή στις υπηρεσίες υγείας ή στους ασθενείς (Eeckloo, K. et al., 2007).

Κατά τη δεκαετία του 1980, διευθυντές και υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής σε πολλά μέρη του δημόσιου τομέα, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης, προσπάθησαν να εφαρμόσουν τις προσεγγίσεις της διαχείρισης ολικής ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας. Αυτές οι προσεγγίσεις, οι οποίες αναπτύχθηκαν στην ιαπωνική βιομηχανία δεν έγιναν ευρέως αποδεκτές, ίσως επειδή θεωρήθηκαν ως υπερβολικά προσανατολισμένες στη διαχείριση χωρίς σαφώς προσδιορισμένο ρόλο για το κλινικό προσωπικό (Dreliozi et al. 2013, Χαζάκης, 2021).

Μια στροφή των μέχρι τότε εφαρμοζόμενων πολιτικών και πρακτικών εισήχθη στο NHS στις αρχές της δεκαετίας του 1990, αλλά υπήρχαν ελάχιστα στοιχεία ότι χρησιμοποιήθηκαν ευκαιρίες για την ενσωμάτωση ποιοτικών βελτιώσεων στις υπηρεσίες υγείας σε διαρθρωτικό επίπεδο. αναπτυξιακή λειτουργία, και αυτό ανάγκασε την κυβέρνηση τότε να επανεξετάσει το ρόλο της λήψης κλινικών αποφάσεων ως προς τη βελτίωση της ποιότητας (Eeckloo, K et al.,2007). Η υιοθέτηση της φιλοσοφίας της τεκμηριωμένης ιατρικής είχε ως αποτέλεσμα την πιο αποτελεσματική και συνεπή μεταφορά των μαθημάτων της έρευνας στην πρακτική ρουτίνας. Η πρακτική αυτή έχει μεταφερθεί πλέον ως βασικό συστατικό της κλινικής διακυβέρνησης (Μουντοκολάκης, 2005).

Η κλινική διακυβέρνηση εισήχθη στο τέλος μιας δεκαετίας κατά την οποία η ποιότητα είχε αντιμετωπιστεί πιο ρητά από ποτέ. Προσφέρει ένα μέσο για την ενσωμάτωση προηγούμενων μάλλον ανόμοιων και κατακερματισμένων προσεγγίσεων για τη βελτίωση της ποιότητας — αλλά υπήρχε και ένας ακόμη παράγοντας για αλλαγή. Η σειρά αποτυχιών υψηλού προφίλ στα πρότυπα περίθαλψης του NHS στη Βρετανία τα τελευταία πέντε χρόνια (Berret, 2005) προκάλεσε βαθιά ανησυχία στο κοινό και στους επαγγελματίες και απείλησε να υπονομεύσει την εμπιστοσύνη στο NHS. Άθελά τους, αυτά τα γεγονότα φαίνεται να έχουν εκπληρώσει ένα βασικό κριτήριο για την επίτευξη επιτυχημένης αλλαγής στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Εκτός όμως από τη διαπίστωση για επιτακτική αλλαγή στις πολιτικές υγείας, η ανάγκη για εφαρμογή καλών πρακτικών Κλινικής Διακυβέρνησης έχει προκύψει και από τις αυξημένες ανάγκες των πολιτών για υγειονομική περίθαλψη. Η αύξηση της ζήτησης για περισσότερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας οφείλεται σε ποικίλα κοινωνικο – οικονομικά αίτια, όπως είναι οι δημογραφικές αλλαγές: αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, σύγχρονος τρόπος ζωής με αποτέλεσμα αύξηση καρδιαγγειακών νοσημάτων, τροχαίων ατυχημάτων, αυτοάνοσα νοσήματα, οι μεταναστευτικές ροές. Παράλληλα, η οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαετίας, η εμφάνιση της πανδημίας Covid – 19 , καθώς επίσης και η τάση των πολιτών για μεγαλύτερη πρόσβαση στις πληροφορίες υγείας, είναι κάποια γεγονότα που

καθιστούν την εφαρμογή καλών πρακτικών Κλινικής Διακυβέρνησης πιο αναγκαία και άμεση από ποτέ (Χαζάκης, 2021).

## Κεφάλαιο 2: Η Κλινική Διακυβέρνηση

### 2.1. Κλινική Διακυβέρνηση (Clinical Governance)

Η ΚΔ είναι μια συστηματική προσέγγιση που σκοπό έχει τη διασφάλιση και συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 1983, επιχειρώντας να καλύψει τις συνεχείς αυξανόμενες ανάγκες για συντονισμένες δράσεις που θα διασφαλίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συνέστησε τη δημιουργία του όρου της ΚΔ, ο οποίος εμπεριέχει την θεσμοθέτηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος διασφάλισης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Στην έννοια της ΚΔ περιλαμβάνονται τέσσερις σημαντικές διαστάσεις: η επαγγελματική απόδοση (professional performance), η κατανομή πόρων (recourse allocation), η διαχείριση κινδύνων (risk management) και η ικανοποίηση ασθενών (patient satisfaction) (Penny, 2000). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, στο πλαίσιο της ανάλυσης του συνεχώς μεταβαλλόμενου δημόσιου τομέα η εφαρμογή της ΚΔ αποτελεί ένα εργαλείο πολιτικής για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας (Gray, 2001). Ως έννοια απέκτησε ιδιαίτερη βαρύτητα μετά το σκάνδαλο του Bristol, που έλαβε χώρα κατά τη δεκαετία του 1990. Πιο συγκεκριμένα στο Bristol Royal Infirmary, παρατηρήθηκε τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο αύξηση των θανάτων βρεφών, μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση. Ο σχετικός έλεγχος κατέδειξε μία σειρά από λειτουργικά και οργανωτικά προβλήματα του Ιδρύματος που είχαν να κάνουν κυρίως με έλλειψη προσωπικού, έλλειμμα ηγεσίας, συντεχνιακή κουλτούρα, χαλαρή προσέγγιση στην ασφάλεια, απόρρητο για επιδόσεις των γιατρών καθώς και απουσία ελέγχου από την πλευρά της διοίκησης. Παρόλο που υπήρχαν ήδη θεσμοθετημένες λύσεις για τα παραπάνω προβλήματα, εν τούτοις, αυτές δεν εφαρμόζονταν διότι απαιτούνταν αλλαγές σε βαθιά ριζωμένες στάσεις και συμπεριφορές, ουσιαστικά στην κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα των ιατρών. Αποτέλεσμα αυτής της τεράστιας «τραγωδίας» ήταν να χαθεί η εμπιστοσύνη των ασθενών προς τους ιατρούς, η οποία ποτέ δεν επανήλθε στο επίπεδο που υπήρχε πριν το συγκεκριμένο γεγονός, αλλά διαφοροποιήθηκε σε μια πιο ενεργητική μορφή μεταξύ ασθενή και ιατρού (Smith, 1998). Το σκάνδαλο του Bristol αποτέλεσε τον κινητήριο μοχλό για την εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης με την ενεργό εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας. Η τότε κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου, το 1997, εισήγαγε την ΚΔ ως μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στην αντιμετώπιση κινδύνων και στη βελτίωση της ποιότητας (Gray, 2001). Από τότε μέχρι και σήμερα, ο όρος επιδέχθηκε ποικιλία ορισμών από διαφορετικούς οργανισμούς ανάλογα με την

οπτική γωνία του καθενός, καθώς και από ακαδημαϊκούς ή στελέχη του τομέα υγείας (Lugon and Secker-Walker, 1999, Starey, 2001, Gray, 2000).

## 2.2 Κλινική Διακυβέρνηση: εννοιολογική αποσαφήνιση

Η ΚΔ, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, συνδέεται άρρηκτα με την ΕΔ διότι αφορά στην υπευθυνότητα, αποδοτικότητα, ορθολογική χρήση των πόρων και κατάλληλο τρόπο εργασίας και συμπεριφοράς. Υπάρχει όμως μία ουσιώδης διαφορά μεταξύ τους: η ΕΔ δίνει μεγάλη έμφαση στα υψηλότερα κλιμάκια της Διοίκησης, όπως το Διοικητικό Συμβούλιο και τα υψηλόβαθμα στελέχη, ενώ η ΚΔ εστιάζει περισσότερο σε επίπεδο μονάδας, τμήματος, κέντρου υγείας και κλινικής (Braithwaite & Travaglia, 2008). Επιπροσθέτως, η ΚΔ έχει εφαρμογή μόνο στους φορείς παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, και ειδικότερα στους τομείς αυτών των φορέων που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Είναι ξεκάθαρο ότι η ΚΔ δεν αφορά στις άλλες επιχειρηματικές διαδικασίες του οργανισμού, παρά μόνο στο βαθμό που αυτές επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών φροντίδας (Braithwaite & Travaglia, 2008, Gray, 2000). Η ΚΔ αποτελεί ένα υποσύστημα της «Ολοκληρωμένης Διακυβέρνησης» (integrated governance), η οποία ενσωματώνει τις δραστηριότητες κλινικής και εταιρικής διακυβέρνησης των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας (Corbett, 2005). Ως κλασικός ορισμός της ΚΔ παραμένει αυτός των Scally and Donaldson (1998), σύμφωνα με τον οποίο η ΚΔ αποτελεί ένα πλαίσιο, στο οποίο οι οργανισμοί που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την παροχή φροντίδας υγείας, είναι υπεύθυνοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους, και για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου περίθαλψης, καλλιεργώντας ένα περιβάλλον στο οποίο η αριστεία ευδοκιμεί. Η Κ.Δ. αποτελεί, επιπλέον, το πλαίσιο μέσω του οποίου, οι οργανισμοί επηρεάζουν την άτυπη ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία του ανθρώπινου δυναμικού (Halligan, A. 2006). Κάθε εφαρμογή της προϋποθέτει οι κλινικές ομάδες επαγγελματιών του Φορέα να τοποθετούν την ποιότητα στην «κορυφή» των προτεραιοτήτων τους στις καθημερινές τους πρακτικές κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας - με τους χρήστες υπηρεσιών υγείας (Maddock, A. *et al.*, 2006, Halligan, A. 2006). Για να γίνει η παραπάνω προσπάθεια πραγματικότητα, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ Διοίκησης, εργαζομένων κι ασθενών, για την κατανόηση των απαιτήσεων εφαρμογής της Κ.Δ., μια που όλοι οι εμπλεκόμενοι και ιδιαίτερα οι ασθενείς αποτελούν και τους αποδέκτες των αποτελεσμάτων -«ευεργετημάτων» της Κ.Δ. (Halligan, A. *et al.* 2000). Στους οργανισμούς όπου η Κ.Δ. έχει πετύχει στο έργο της, σημαίνει ότι κυρίως οι

εργαζόμενοι έχουν καλλιεργήσει σε τέτοιο βαθμό τις ατομικές τους δεξιότητες (τεχνικές και ανθρώπινες) και με τέτοιο τρόπο, ώστε οι ίδιοι να φροντίζουν όχι μόνο τους ασθενείς αλλά και να βοηθούν τους συναδέλφους τους, τοποθετώντας πάντα τις ανάγκες των ασθενών σε προτεραιότητα σε σχέση με τις δικές τους, όπως θα ήθελαν να είχαν φερθεί και οι άλλοι σε αυτούς (Halligan, A., 2006). Διαπιστώνεται επομένως, ότι η κατάλληλη εφαρμογή της Κ.Δ. βοηθάει τους κλινικούς επαγγελματίες και τη Διοίκηση, μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας και συνεργασίας τους, να ορίσουν τα διάφορα κλινικά ζητήματα ως ζητήματα, που απασχολούν όλους μέσα στον οργανισμό κι όχι ως ζητήματα που ενδιαφέρουν μόνο κάποιες συγκεκριμένες ειδικότητες ή θέσεις. Δικαίως λοιπόν, η Κ.Δ. περιγράφεται κι ως εκείνος ο «απλός» και μεμονωμένος σκοπός που ευαισθητοποιεί κι ενώνει όλους τους επαγγελματίες της υγείας με τους ασθενείς με ένα δυναμικό τρόπο, ο οποίος, εάν δεν αναπτυχθεί σωστά στους χώρους υγείας, ελλοχεύει κίνδυνος να επέλθει ο καταναγκασμός για επικοινωνία και η έλλειψη κάθε ενθουσιασμού για ποιοτική προσπάθεια (Halligan, A., 2006). Μέσα από την εφαρμογή της Κ.Δ. γίνεται προφανές πως (Moran, R., 2003):

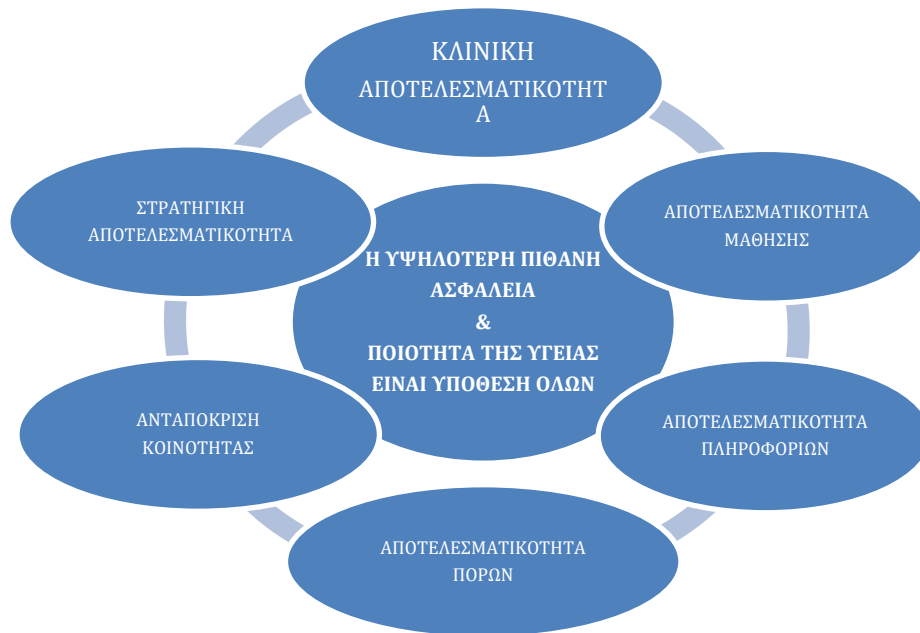
- α) το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματικών ευθυνών και υποχρεώσεων δεν μπορεί να περιοριστεί σε μαζική τυποποίηση. Αντιθέτως, μπορεί μόνο να καλλιεργηθεί, όταν υπάρχει αυτό-έλεγχος και κλίμα έμπνευσης, δημιουργικότητας κι αναπροσαρμογής, ενώ συγχρόνως
- β) οι ίδιοι οι επαγγελματίες δεν αντιδρούν θετικά σε διαταγές και συνεχή έλεγχο από τη Διοίκηση, όταν, π.χ. κυριαρχούν πεπαλαιωμένες οργανωτικές μορφές τύπου γραφειοκρατίας ή μόνο από την «πάνω - προς - τα κάτω» επικοινωνία,
- γ) η κλινική διεύθυνση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εξασφάλιση της βελτίωσης της ποιότητας, μια που οι επαγγελματίες υγείας, όταν είναι ανώτερα στελέχη, είναι σε θέση να αναγνωρίσουν την «κακή» ποιότητα και τις ανεπάρκειες στην ιατρική φροντίδα, να παρέμβουν στοχευμένα και να κάνουν διορθωτικές κινήσεις, επηρεάζοντας, έτσι, το προσωπικό τους, καθώς και να παραδειγματίσουν τους συναδέλφους τους. Άρα, η Κ.Δ. αποτελεί τη σύγχρονη και τυπική έκφραση της κλινικής διεύθυνσης - ηγεσίας, ενώ η επίδραση της στις διεπιστημονικές ομάδες την κάνει να ξεχωρίζει από την Ε.Δ.,
- δ) σε αντίθεση με την Ε.Δ., η Κ.Δ. εστιάζει στην οργανωσιακή κουλτούρα και στην εταιρική ευθύνη, αλλά μόνο για θέματα κλινικής ποιότητας μέσα στον οργανισμό και όχι για κοινωνικές, περιβαλλοντολογικές ή λοιπές υποχρεώσεις εκτός του οργανισμού,
- ε) η ικανοποίηση των ασθενών είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ικανοποίηση των εργαζομένων (κι όχι των μετόχων της επιχείρησης) κι αποτελεί το ζητούμενο και την ουσία των συζητήσεων στην Κ.Δ., όσον αφορά στις πολιτικές ασφάλειας και ποιότητας,

στ) το πλαίσιο της Κ.Δ. συμπληρώνει κι ενισχύει τα τυχόν υπάρχοντα εταιρικά συστήματα ποιότητας, όπως το σύστημα TQM ή το WtA (*Walk through Audit*), στοιχείο του SERVQUAL (Fitzsimmons, J.A. & Fitzsimmons, M.J., 2006) και

ζ) όλο το προσωπικό, κι όχι μόνο το Δ.Σ., είναι αναγκαίο να βιώσει την αναγνώριση και την υποστήριξη της προσπάθειας του για βελτίωση της ποιότητας, μέσω της επιπλέον ενίσχυσης των γνώσεων και δεξιοτήτων του. Συνεπώς, σε αντίθεση με την Ε.Δ. (Maddock, A. *et al.* 2006), όπου το Δ.Σ. έχει το ρόλο να διευθύνει τον οργανισμό και να εμπλέκεται σε διαδικασίες της Διακυβέρνησης μέσα από μια τυπική ιεραρχική πολιτική, στην Κ.Δ. κυρίαρχο στόχο αποτελεί η εμπλοκή στις διαδικασίες και στην ακολουθούμενη στρατηγική όλων - "*every bodies business*" - δηλαδή, όλου του προσωπικού σε όλες τις θέσεις και όλα τα επίπεδα (Badham, J. *et al.*, 2006).

Η συμμετοχή στη διοίκηση και ο ρόλος όλου του προσωπικού μέσα σε ένα νοσοκομείο εμφανίζονται στο Σχήμα 2.1.

**Σχήμα 2.1. Το κλινικό μοντέλο της Κ.Δ. με έμφαση στη συμμετοχή - εμπλοκή στη διοίκηση όλου του προσωπικού**



Πηγή: Maddock, A. *et al.* (2006)

Επεξεργασία: Συγγραφέα

Ένα κοινό χαρακτηριστικό που παρατηρείται στους περισσότερους ορισμούς της ΚΔ είναι η έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας. Στην έννοια της ΟΦΥ περιλαμβάνεται ουσιαστικά η συνολική εμπειρία του ασθενούς, που είναι άμεσα εξαρτώμενη από το συντονισμό της διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης σε συνάρτηση πάντα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος (Lugon and Secker-Walker, 1999).

Η ΚΔ δε θα πρέπει να συγχέεται με την επαγγελματική αυτορρύθμιση και την ατομική κλινική κρίση, οι οποίες αποτελούν δομικά συστατικά του εκάστοτε συστήματος υγείας. Αντίθετα θα πρέπει να εξασφαλίζει «εταιρική υπευθυνότητα για κλινική απόδοση», παρέχοντας στον πολίτη εγγυήσεις για την ποιότητα της φροντίδας την οποία λαμβάνει (Galbraith, 1998). Ο ίδιος ορισμός στον οποίο περιλαμβάνονται και τα τρία βασικά χαρακτηριστικά: κοινώς αποδεκτά υψηλά πρότυπα φροντίδας, διαφάνεια στη λογοδοσία (και υπευθυνότητα) σε σχέση με τα οριζόμενα πρότυπα και μια συνεχής δυναμική βελτίωσης περιγράφεται και στη Λευκή Βίβλο του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας με τίτλο «A first class service Quality in the new NHS» (1998). Από την άλλη, το Βρετανικό Κολλέγιο Νοσηλευτικής (Royal College of Nursing, 1998) εξειδικεύει τον ορισμό της ΚΔ ως το πλαίσιο που βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να βελτιώνουν διαρκώς την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν και να διασφαλίζουν τα πρότυπα της φροντίδας τους. Σύμφωνα με αυτόν τον



ορισμό, η ΚΔ ενσωματώνει όλες τις δραστηριότητες που επηρεάζουν τη φροντίδα του ασθενούς και τις προσανατολίζει σε μια κοινή στρατηγική. Επιπλέον, ο Pietroni (1998), ορίζει την ΚΔ ως το μέσο με το οποίο οι οργανισμοί διασφαλίζουν την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή, διευκρινίζοντας ότι οι δε εμπλεκόμενοι στη φροντίδα είναι υπεύθυνοι –στο βαθμό που απορρέει από τη θέση τους- για τη θέσπιση, τη διατήρηση και την παρακολούθηση προτύπων, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ατομική υπευθυνότητα για την ποιότητα. Παρόλο που υπάρχει συμφωνία στο ότι η ΚΔ εστιάζει στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, διαπιστώνεται ωστόσο ποικιλία στις ερμηνείες από τους διάφορους συγγραφείς με αποτέλεσμα να έχουμε μία πληθώρα ορισμών. Στην πράξη, η εφαρμογή των συστημάτων κλινικής διακυβέρνησης έχει προκαλέσει σύγχυση σχετικά με την ενσωμάτωση των δομών και διαδικασιών στα συστήματα αυτά (Lewis et al., 2002). Παράλληλα στην εφαρμογή ενός προτύπου κλινικής διακυβέρνησης, εντοπίστηκε σύγχυση μεταξύ ηγεσίας, λογοδοσίας, συντονισμού και ευθύνης, ενώ επίσης διαπιστώθηκε ότι συχνά η οργανωτική άποψη της κλινικής διακυβέρνησης διαφέρει από την αντίληψη του κλινικού προσωπικού Peak et al. (2005). Το κενό αυτό, έρχεται να συμπληρώσει η Chandra Vanu Som (2004) η οποία περιγράφει την ΚΔ ως ένα σύστημα διακυβέρνησης των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας το οποίο προάγει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στη διαχείριση των πόρων, των δομών, και των διαδικασιών, με στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων, σε ένα περιβάλλον όπου οι εργαζόμενοι είναι υπόλογοι για την ποιότητα των υπηρεσιών (Chandra Vanu Som, 2004). Ο ορισμός που θέσπισε η Chandra Vanu Som συμπίπτει με το μοντέλο αριστείας αξιολόγησης της ΚΔ του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διαχείριση της Ποιότητας (European Foundation for Quality Management, EFQM) σύμφωνα με το οποίο επισημαίνεται η σημαντικότητα των εισροών, πόρων, πολιτικών και διαδικασιών για τη βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

### **2.3 Πλαίσιο Αρχών Κλινικής Διακυβέρνησης**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2007) οι βασικές αρχές της Κ.Δ. είναι οι ακόλουθες:

➤ **Στρατηγικό Όραμα**

Οι αρμόδιοι που σχεδιάζουν τις πολιτικές υγείας θα πρέπει να έχουν μια ευρεία και μακροπρόθεσμη προοπτική για την υγεία και την κοινωνική ανάπτυξη καθώς επίσης και σαφείς στρατηγικούς στόχους και κατευθύνσεις. Οι ηγέτες των υπηρεσιών υγείας χρειάζεται να διαθέτουν πλήρη κατανόηση των ιστορικών, πολιτιστικών και κοινωνικών παραμέτρων, οι οποίες καθορίζουν το πλαίσιο της υγείας και στηρίζουν την προοπτική ηγεσίας.

➤ **Προσανατολισμός στη Συμμετοχή και στη Συναίνεση**

Όλοι οι πολίτες θα πρέπει να έχουν λόγο στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω θεσμοθετημένων φορέων που αντιπροσωπεύουν τα συμφέροντα τους. Αυτή η ενεργή συμμετοχή του ασθενή στο πλάνο φροντίδας του, στηρίζεται στην ελευθερία του «συνεταιρίζεσθαι» και στην ελευθερία του λόγου. Η ορθή διακυβέρνηση στην υγεία οφείλει να συμβιβάζει τα αντικρουόμενα συμφέροντα και να προάγει την ευρεία συναίνεση ως προς το γενικότερο συμφέρον και ως προς τις πολιτικές/διαδικασίες υγείας που ακολουθούνται.

➤ **Κανόνες Δικαίου**

Το νομικό πλαίσιο που διέπει την υγεία πρέπει να είναι δίκαιο και αμερόληπτο, σεβόμενο πλήρως τα ανθρώπινα δικαιώματα.

➤ **Διαφάνεια**

Η διαφάνεια στην ΚΔ, αφορά στη λογική ελεύθερης διακίνησης της πληροφορίας που σχετίζεται με όλα τα θέματα υγείας. Οι διαδικασίες, τα ιατρικά αποτελέσματα και οι οικονομικές καταστάσεις να είναι άμεσα προσβάσιμες και ικανοποιητικές ώστε να ελέγχεται το σύστημα υγείας σε συνεχή βάση.

➤ **Ανταποκρισιμότητα**

Οι θεσμοί, οι οργανισμοί και οι διαδικασίες πρέπει να ανταποκρίνονται κατά το δυνατόν άμεσα και απερίσπαστα σε όλους τους χρήστες υγείας.

➤ **Ισότητα**

Οι παροχές για την προστασία και την προαγωγή της υγείας, πρέπει να κατανέμονται το ίδιο σε όλους.

➤ **Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα**

Οι οργανωτικές δομές και διαδικασίες θα πρέπει να παράγουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα, καλύπτοντας τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού σε συνδυασμό πάντα με τη βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων.

➤ **Λογοδοσία**

Οι αρμόδιοι που λαμβάνουν τις αποφάσεις στην κυβέρνηση και για τον ιδιωτικό τομέα και στους δημόσιους οργανισμούς είναι υπόλογοι και λογοδοτούν απέναντι στο κοινό και στους χρήστες υπηρεσιών υγείας.

➤ **Πληροφόρηση**

Οι τεχνολογίες της Πληροφορικής Επιστήμης, είναι απολύτως απαραίτητες για τη σωστή κατανόηση του συστήματος υγείας, μέσω των δεδομένων που παράγουν. Τα δεδομένα αυτά οδηγούν σε σωστή πληροφόρηση και επηρεάζουν τη στάση ομάδων συμφερόντων που υποστηρίζουν το στρατηγικό όραμα της υγείας.

➤ **Βιοηθική**

Οι κοινώς αποδεκτές αρχές ιατρικής δεοντολογίας και βιοηθικής περιλαμβάνουν το σεβασμό της αυτονομίας, το μη βλάπτειν, το ευεργετείν και την απόδοση δικαιοσύνης.

## **2.4 Βασικές Στρατηγικές και οι 7 Πυλώνες της ΚΔ**

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:

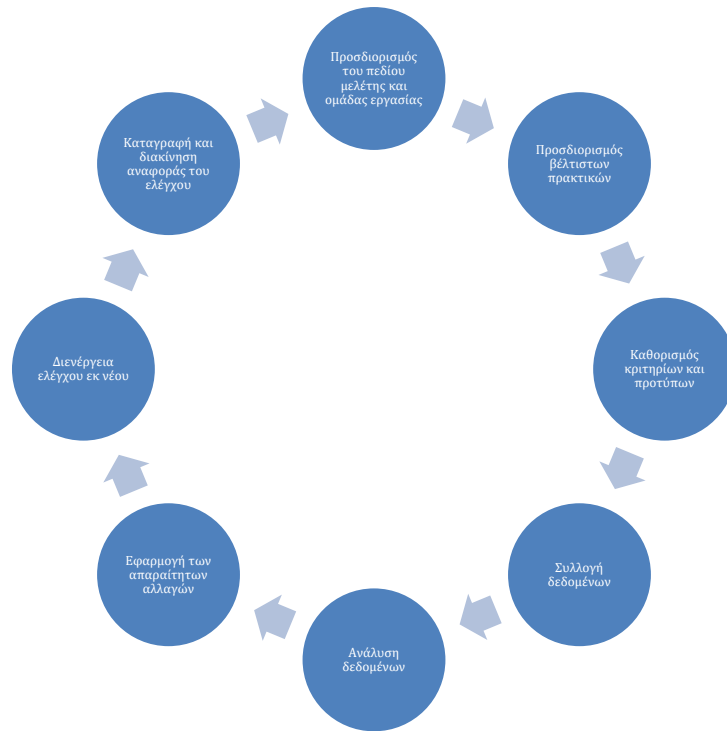
1. **Υποστήριξη των θετικών στάσεων και αξιών για την ασφάλεια και την ποιότητα**
2. **Σχεδιασμός και οργάνωση δομών για την προαγωγή της ασφάλειας και της ποιότητας στο πλαίσιο της κλινικής διακυβέρνησης**
3. **Οργάνωση και χρήση των δεδομένων και των ενδείξεων**
4. **Προώθηση της επικέντρωσης στον ασθενή**

Για την επίτευξη των ανωτέρω στρατηγικών στόχων η εφαρμογή της ΚΔ απαιτεί τη χρήση ενός ευρέος φάσματος εργαλείων που σκοπό έχουν τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Όπως επίσημα ορίστηκαν, από την Επιτροπή για τη Βελτίωση της Υγείας (Commission for Health Improvement) τα εργαλεία αυτά ονομαστικά , είναι ο κλινικός έλεγχος, η οργανωμένη και αδιάκοπη εκπαίδευση και κατάρτιση, η διαχείριση ενός πιθανού κινδύνου, η γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων, η έρευνα και εξέλιξη και η κλινική αποτελεσματικότητα.

#### **2.4.1 Κλινικός Έλεγχος**

Ο κλινικός έλεγχος είναι η διαδικασία με την οποία επιδιώκεται η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω της συνεχούς αξιολόγησης των δομών, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης φροντίδας (Donabedian, 1996). Πρόκειται για μία κυκλική διεργασία κατά την οποία αρχικά ορίζονται κριτήρια-στόχοι, έπειτα μέσα από μια συστηματική αξιολόγηση ελέγχεται ο βαθμός ικανοποίησης αυτών των στόχων και τελικά προτείνονται οι αρμόζουσες αλλαγές, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο. Ουσιαστικά, κατά τη διαδικασία αυτή τίθεται ένα υπό μελέτη ζήτημα το οποίο περνά από συγκεκριμένα στάδια ελέγχου, με τελικό στόχο να οδηγήσει σε συγκεκριμένα αποτελέσματα τα οποία επαανατροφοδοτούν τον επόμενο κύκλο ελέγχου (Παρισσοπουλος, 2007). 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).



Πηγή: Διαδίκτυο και επεξεργασία συγγραφέα

Ουσιαστικά μέσω του κλινικού ελέγχου εξετάζεται και αξιολογείται η αποτελεσματικότητα της κλινικής πρακτικής ώστε να διασφαλίζεται η βέλτιστη δυνατή φροντίδα των ασθενών (Παρισσόπουλος, 2007, σ.514).

Αξίζει 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 κυρίως στην αλλαγή της νοοτροπίας ότι υπεύθυνοι για τη διατήρηση υψηλής ποιότητας παροχής φροντίδας υγείας είναι μόνο οι επαγγελματίες υγείας.

Τα βασικά πεδία εφαρμογής του κλινικού ελέγχου, σύμφωνα με την κλασσική προσέγγιση του Donabedian, είναι: οι δομές – οι διαδικασίες – τα υγειονομικά αποτελέσματα. (NICE, 2002).

Πιο συγκεκριμένα, ο κλινικός έλεγχος είναι μία διαδικασία διαμέσου της οποίας αξιολογείται και 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 προσχεδιάστηκε. Επιπλέον παρέχεται η δυνατότητα όχι μόνο ανάδειξης αλλά και υιοθέτησης απαιτούμενων αλλαγών για τη βελτίωση συγκεκριμένου τομέα ή στρατηγικής της υγειονομικής φροντίδας (Cooper J. & Benjamin M., 2004).

Για να είναι η εφαρμογή του κλινικού ελέγχου επιτυχής, απαιτείται η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αποδοχή του περιβάλλοντος στο οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί. Αυτό για να

επιτευχθεί προϋποθέτει κατάλληλη και επαρκή ενημέρωση. Επίσης σημαντικοί παράγοντες επιτυχίας του κλινικού ελέγχου είναι η κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή, η καλή ηγεσία, ο καλός προγραμματισμός και το ολοκληρωμένο πλάνο δράσης (Παρισσόπουλος, 2007, Ples V. & Sutherland K., 2001).

Η εφαρμογή διαδικασιών κλινικού ελέγχου αποτελεί ευκαιρία για αξιολόγηση και κριτική ανασκόπηση της κλινικής πρακτικής που εφαρμόζει κάθε φορέας παροχής υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και για διερεύνηση περιθωρίων βελτίωσής της. Γίνεται επομένως σαφές ότι ο κλινικός έλεγχος συνδέεται με πολλαπλά οφέλη εκ των οποίων κάποια από αυτά είναι, η 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 (Johnston G., 2000, Cooper J. & Benjamin M., 2004).

Πιο συγκεκριμένα, με την εφαρμογή των εργαλείων του κλινικού ελέγχου, οι επαγγελματίες υγείας, 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. Από την άλλη, για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, διασφαλίζονται υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, οι οποίες, λόγω της διαδικασίας του ελέγχου, δεν είναι παροδικές αλλά διατηρούνται σε βάθος χρόνου με αποτέλεσμα οι χρήστες να νιώθουν ότι υπάρχει ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες τους. Επιπρόσθετα, οι διοικήσεις των οργανισμών, με σχετικά μικρό οικονομικό κόστος και χωρίς να περιορίζεται η κλινική ελευθερία των επαγγελματιών υγείας (αυτό – έλεγχος των επαγγελματιών υγείας), εξασφαλίζουν υψηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας (Cooper J. & Benjamin M., 2004).

#### **2.4.2 Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού**

Σε συνέχεια όσων αναφέρθηκαν προηγούμενα, προκύπτει ότι 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. 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 (Παρισσόπουλος, 2007, O’Keeffe T., 2002). Η ιατρική και νοσηλευτική επιστήμη, εξελίσσονται με τέτοιους ρυθμούς που καθίσταται αναγκαίος ο συνεχής

επαναπροσδιορισμός των γνώσεων και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι αντιμετωπίζουν πολυάριθμες οικονομικές, επαγγελματικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές προκλήσεις (Παναγιωτοπούλου, 2011).

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ: «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 ταχύτατη πρόοδο των επιστημών υγείας. Με αυτά τα δεδομένα γίνεται σαφές ότι η εκπαίδευση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, με τη μορφή της δια βίου μάθησης, καθίσταται αναγκαία όχι μόνο σε ατομικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο οργανισμού (ECRI, 2014). Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται, εφόσον μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, έχει αποδειχτεί ότι αυξάνεται η παραγωγικότητα όχι μόνο σε ατομικό, ομαδικό αλλά και σε οργανωσιακό επίπεδο καθώς και η αποτελεσματικότητα στις εργασιακές απαιτήσεις (Μουντοκαλάκης, 2015). Έχει επίσης παρατηρηθεί η μέγιστη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών όταν η συμμετοχή των εργαζομένων σε μαθησιακές διαδικασίες είναι συστηματική. 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 αφορά κυρίως στην προσωπικότητα διότι σχετίζεται με την απόκτηση ευρύτερων γνώσεων και την καλλιέργεια προσωπικών ενδιαφερόντων, ενώ η ΣΕΕ αφορά αποκλειστικά και μόνο στην επαγγελματική ιδιότητα. Η ΣΕΕ πλαισιώνεται με συγκεκριμένους στόχους και περιλαμβάνει στην έννοια της την απόκτηση εξειδικευμένης επιστημονικής γνώσης και επαγγελματικών δεξιοτήτων (Πρεζεράκος, 2017). Η ΣΕΑ «εστιάζει στην προσωπική ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας ως μελών ενός οργανισμού ο οποίος προσπαθεί ενεργητικά να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες» (Δρελιώζη, 2014).

Η ΣΕΕ αποτελεί βασικό στρατηγικό στόχο για κάθε οργανισμό, 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» (Μουντοκαλάκης, 2015). 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). Βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή προγραμμάτων της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε έναν οργανισμό αποτελεί η ύπαρξη της κατάλληλης οργανωσιακής κουλτούρας, βασισμένης στη βελτίωση της απόδοσης και τη συνεχή μάθηση (Δρελιώζη, 2014). Επίσης, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι επενδύονται πολύ σημαντικά χρηματικά ποσά σε δραστηριότητες ΣΕΕ με σκοπό

να βελτιωθεί η απόδοση των εργαζομένων ώστε να ανταπεξέλθουν στις σύγχρονες και αντιφατικές απαιτήσεις ενός χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση να αυξηθεί η παραγωγικότητα του οργανισμού (Μουντοκαλάκης, 2015).

Η διαδικασία της μάθησης πρέπει να αποσκοπεί 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 και όχι απλά να περιορίζεται μόνο στην απόκτηση νέων γνώσεων και εμπειριών. Τοιουτοτρόπως η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού ενός οργανισμού σε ένα ενιαίο σύστημα ουσιαστικά καταλήγει στην «οργανωσιακή ανάπτυξη» του οργανισμού. Μόνο μέσα από το συνεχή μετασχηματισμό της εμπειρίας σε γνώση καταλήγουμε στην ανάπτυξη κοινών γνωστικών μοντέλων μεταξύ των ανθρώπων τα οποία με τη σειρά τους επιφέρουν συνεχείς βελτιωτικές αλλαγές (Δρελιώζη, 2014).

#### **2.4.3 Διαχείριση κινδύνων, ασφάλεια ασθενών και γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων**

Στους χώρους παροχής υγειονομικών υπηρεσιών η έννοια του κινδύνου καθορίζεται ως η πιθανότητα εμφάνισης ενός μη επιθυμητού αποτελέσματος ή αντίστοιχα, η απουσία ενός επιθυμητού αποτελέσματος (Rhodes, 2007). Οι κίνδυνοι, σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO), μειώνονται όσο αυξάνεται η ασφάλεια και αποτελούν συνάρτηση της αβεβαιότητας και της πιθανής βλάβης κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Επίσης η ασφάλεια των ασθενών, ορίζεται, ως «η απαλλαγή ασθενούς από περιττή βλάβη ή δυνητική βλάβη που συνδέεται με την υγειονομική περίθαλψη» και συνιστά την «αποφυγή, πρόληψη και βελτίωση ατυχών γεγονότων ή και σωματικών βλαβών κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας» (WHO, IHI, NPSF). Στατιστικά στοιχεία που ανακοίνωσε ο ΠΟΥ αναφέρουν επίσης, ότι ένας στους δέκα ασθενείς βλάπτεται ενώ λαμβάνει υγειονομική φροντίδα, ότι τα περιστατικά ασφάλειας των ασθενών φτάνουν τα 43 εκατομμύρια ετησίως καθώς και ότι τα σφάλματα φαρμάκων κοστίζουν σχεδόν 42 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Οι κίνδυνοι όμως, στις υπηρεσίες υγείας, δεν αφορούν μόνο στην ασφάλεια των ασθενών, αλλά περιλαμβάνουν και θέματα υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία καθώς και οργανωσιακούς και διοικητικούς κινδύνους (WHO, 2019).

Η ευθύνη για την ασφάλεια των ασθενών και της μείωσης των κινδύνων, πρωταρχικά αφορά τους αρμόδιους για τη χάραξη πολιτικών υγείας αλλά και το προσωπικό των οργανισμών υγείας στο σύνολό του σε όλα τα επίπεδα. Πολύ σημαντικό ρόλο βέβαια στη διαδικασία διαχείρισης κινδύνων εμφανίζονται να έχουν και οι ίδιοι οι ασθενείς μέσω των



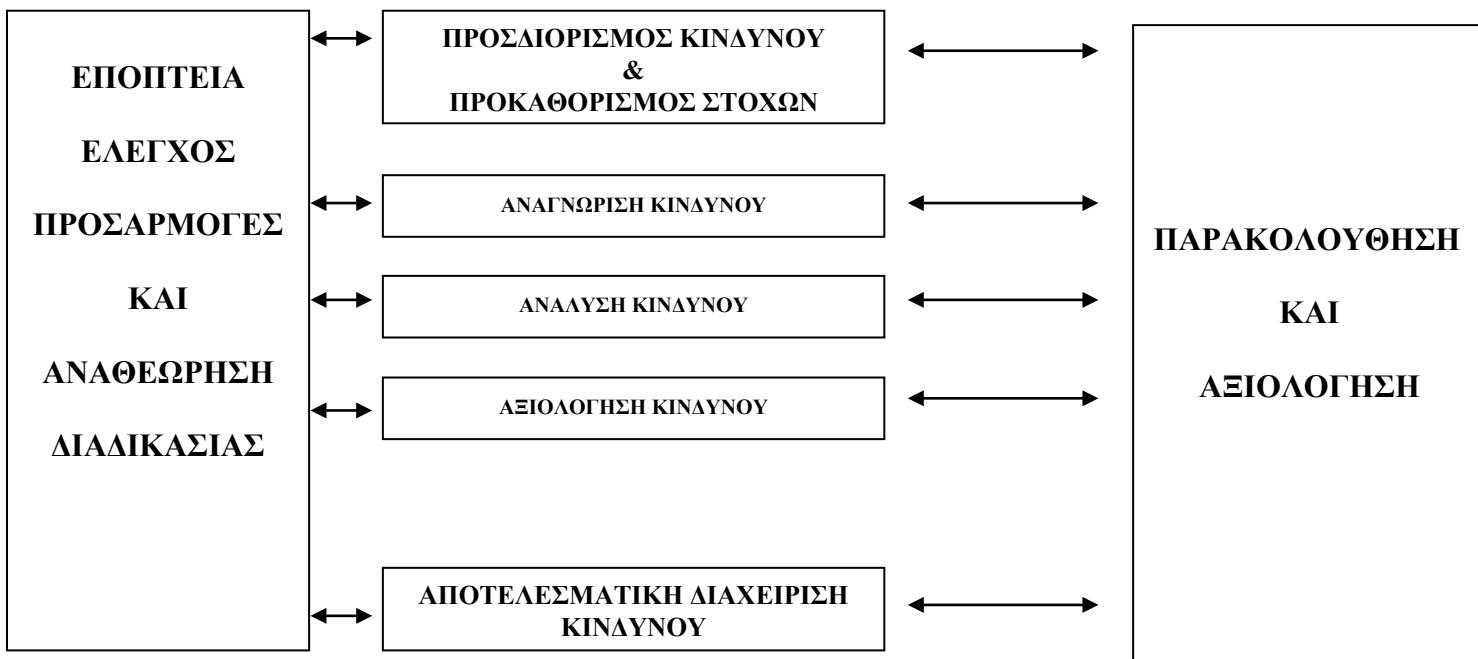
εμπειριών τους και των πληροφοριών που προσφέρουν, για την κατεύθυνση του ελέγχου ποιότητας.

Η διαχείριση κινδύνων (risk management) αποτελεί στρατηγική της κλινικής διακυβέρνησης που υποστηρίζει τις αρχές της ασφάλειας και της ποιότητας. Σύμφωνα με τις αρχές της ΚΔ, για την αντιμετώπιση λαθών και κινδύνων, ως πιο αποτελεσματική στρατηγική, προβάλλει η πρόβλεψη και ο σχεδιασμός συστημάτων που μπορούν να τα προλαμβάνουν (Rhodes, 2007). Η επίτευξη η πρόληψη και η κατανόηση των λαθών, προϋποθέτει αρχικά την κατανόηση της ανθρώπινης φύσης αλλά και την αποδοχή ότι οι άνθρωποι κάνουν λάθη, τα οποία δύναται να προληφθούν αν εφαρμόσουμε συστήματα πρόληψης κινδύνων στην ανθρώπινη φύση (Δρελιώζη, 2014).

Η διαδικασία της διαχείρισης κινδύνων στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, ουσιαστικά αποτελεί μία λειτουργία διαχείρισης που προστατεύει από απώλειες που είναι πιθανόν να προκύψουν από αμέλεια, από πραγματικά ή υποθετικά ατυχήματα ή ακόμη και από έλλειψη ικανότητας (ECRI, 2014). Επομένως, η διαχείριση του κινδύνου αφορά όλες τις διαδικασίες που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της αβεβαιότητας με βασικό της στόχο την εξάλειψη αυτής της αβεβαιότητας, μέσω της ανάπτυξης και εφαρμογής προτύπων ποιότητας και της προτυποποίησης των διαδικασιών. Τα πρότυπα που εφαρμόζονται για τη διαχείριση των κινδύνων ορίζονται από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO) ενώ ο αντίστοιχος οργανισμός σε εθνικό επίπεδο είναι ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ) και το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (ΕΣΥΔ). Στα πρότυπα αυτά γίνεται προσπάθεια να σταθμιστεί και να έχει διαρκή ανατροφοδότηση ο ανθρώπινος παράγοντας χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες μεθόδους, ώστε ο κάθε οργανισμός που τα εφαρμόζει να φτάσει σε ένα συγκεκριμένο επίπεδο ασφάλειας που έχει τεθεί. Για κάθε οργανισμό η διαχείριση κινδύνων πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των διαδικασιών του και της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Υπάρχουν διάφορα πρότυπα διασφάλισης της ποιότητας στο χώρο της υγείας, κάποια από αυτά είναι 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 και συν., 2016). Επίσης, το σύστημα διαχείρισης ασφάλειας και τροφίμων, στο οποίο περιλαμβάνεται η Ανάλυση Κινδύνων και Κρίσιμων Σημείων Ελέγχου (Hazard Analysis and Critical Control Points-HACCP5) (Λιονής και συν., 2016), ενώ από το ΥΥ έχει διαμορφωθεί η Προτυποποίηση Εντύπων Ενιαίας Λειτουργίας των Νοσοκομείων, τα οποία επικαιροποιήθηκαν πρόσφατα βάση Διεθνών Προτύπων.

Σύμφωνα με το πρότυπο AS/NZS 4360:2004 που εκδόθηκε από τις επιτροπές προτύπων της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας (2006) 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. Στο ίδιο πρότυπο περιλαμβάνεται η 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.

Από την απεικόνιση του προτύπου AS/NZS 4360:2004 προκύπτει το συμπέρασμα ότι η διαχείριση του κινδύνου αφορά στην καταγραφή, αξιολόγηση, ιεράρχηση και αντιμετώπιση των κινδύνων που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της αβεβαιότητας. Βέβαια, οι κίνδυνοι στους χώρους παροχής υγειονομικών υπηρεσιών πάντα υπάρχουν στο ίδιο το σύστημα και είναι ουσιαστικά ανέφικτη η απόλυτη εξάλειψή τους. Αυτός είναι και ο λόγος που η ασφάλεια των ασθενών σε ένα σύστημα υγείας μια χώρας, απαιτείται να είναι κεφαλαιώδους και πρωταρχικής σημασίας καθώς και προτεραιότητα όλων των εργαζομένων.



**Σχήμα 3:** Διαδικασία διαχείρισης κινδύνων

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

Σύμφωνα με το πρότυπο ανοιχτής δημοσιοποίησης (National Open Disclosure Standard) που αναπτύχθηκε από το Αυστραλιανό Συμβούλιο για την Ασφάλεια στη Φροντίδα Υγείας (National Safety and Quality Health Service - NSQHS), η δημοσιότητα αναφέρεται στην “ανοικτή επικοινωνία” όταν καταγράφονται δυσμενή συμβάντα κατά την παροχή της

υγειονομικής φροντίδας. Τα επιμέρους στοιχεία επικοινωνίας περιλαμβάνουν: έκφραση της λύπης, πραγματική εξήγηση του τι συνέβη, ανάλυση των συνεπειών του γεγονότος, εξήγηση των μέτρων που λαμβάνονται για τη διαχείριση του γεγονότος και την πρόληψη της επανεμφάνισής του” (ACSQHC, 2007). Κατά την επικαιροποίηση του συγκεκριμένου προτύπου το 2013, το NSQHS επισήμανε ότι η ανοιχτή δημοσιοποίηση είναι:

- δικαίωμα του ασθενούς
- βασική επαγγελματική απαίτηση και θεσμική υποχρέωση
- βασικό στοιχείο της κλινικής επικοινωνίας όταν συμβαίνει ένα απροσδόκητο γεγονός σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή
- χαρακτηριστικό της υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας και σημαντικό για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας

Η ανοιχτή δημοσιοποίηση φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική ως ηθική πρακτική που

δίνει προτεραιότητα σε οργανωτικές και ατομικές αλλαγές παρέχοντας μάθηση από το λάθος, παρά ως μία απλή στρατηγική διαχείρισης οργανωτικού κινδύνου. Επίσης έχει βρεθεί ότι όταν εφαρμόζεται προσφέρει μεγαλύτερα οφέλη για το σύστημα υγείας και τους ασθενείς μέσα από την προώθηση μιας κουλτούρας διαφάνειας και εμπιστοσύνης.

Παρόμοιες πολιτικές για την ανοιχτή δημοσιοποίηση θα πρέπει να εξατομικεύονται και να εφαρμόζονται από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, οι πολιτικές και οι διαδικασίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν κατάλληλη κατάρτιση και εκπαίδευση για το προσωπικό ώστε να εξασφαλιστεί μια συνεπής και ενημερωμένη προσέγγιση στη διαδικασία της δημοσιοποίησης, καθώς επίσης και μηχανισμοί που θα εξασφαλίζουν τη συμμετοχή τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών/ ληπτών υπηρεσιών υγείας στην ανάπτυξη πολιτικών και διαδικασιών (ACSQHC, 2014).

#### **2.4.4 Ασφάλεια πληροφοριών και δεδομένων**

Προκειμένου να επιτευχθεί ικανοποιητική Κλινική Διακυβέρνηση η διαφάνεια και η ασφαλής ροή πληροφόρησης σε όλα τα στάδια παροχής υπηρεσιών υγείας είναι όρος εκ των ων ουκ άνευ για την πρόληψη/διάγνωση αστοχιών σε όλες τις λειτουργίες.

Οι Οργανισμοί Φροντίδας Υγείας συνήθως διαθέτουν μεγάλο αριθμό δεδομένων, χωρίς αυτό να σημαίνει απαραίτητα ότι αυτά μπορεί να μεταφραστούν σε αξιοποιήσιμες, έγκυρες και αξιόπιστες πληροφορίες. Η μετατροπή των δεδομένων σε αξιοποιήσιμες πληροφορίες απαιτεί προσπάθεια, με προκλήσεις. Πηγές δεδομένων αποτελούν: η φροντίδα ασθενών στις δομές και την

κοινότητα, η φροντίδα ηλικιωμένων, η κατάσταση της υγείας και το προφίλ των χρηστών, τα λειτουργικά στοιχεία του οργανισμού, τα συστήματα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, τα οικονομικά και λογιστικά στοιχεία. Τα στοιχεία θα πρέπει να συνθέτονται και να μορφοποιούνται με τέτοιο τρόπο ώστε οι χρήστες τους σε επίπεδο τμήματος, τομέα ή οργανισμού, να μπορούν να έχουν κατάλληλες επικαιροποιημένες αναφορές στις οποίες να βασίζονται ανάλογες αποφάσεις (Légaré et al., 2010).

Σε ένα σύστημα τόσο πολύπλοκο, όπως είναι το Σύστημα Υγείας χρειάζεται μεγάλη και συντονισμένη προσπάθεια στη μετάδοση και διάχυση πληροφοριών και γνώσεων αντίστοιχα μεταξύ των εργαζομένων. Έτσι, υπάρχει ανάγκη για επανασχεδιασμό εκείνων των συστημάτων που έχουν «αδύναμους» μηχανισμούς επικοινωνίας, όπου η πληροφορία δεν είναι ακριβής κι έγκυρη. Άρα, στον ευαίσθητο χώρο της υγείας, η πληροφορία πρέπει να αντανακλά την αλήθεια και να είναι κατανοητή από όλους (από πομπό και δέκτη). Με την αποτελεσματική επικοινωνία επιδιώκεται η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών και η ενεργοποίηση: α) άτυπων διάλογων για μάθηση/ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού - από και μαζί - με τους ασθενείς, όσον αφορά π.χ. στην εμπειρία ενός ασθενούς πάνω σε ένα δύσκολο περιστατικό της υγείας του, β) άτυπων συναντήσεων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών για αξιολόγηση αποτελεσμάτων μετά από μια π.χ. θεραπεία ή επέμβαση ενός ασθενή και γ) συνεχών προσωπικών επαφών κι επιπλέον ερευνών με τους ασθενείς για ανατροφοδότηση των δικών τους απόψεων και προσδοκιών (Halligan A. *et al.* 2000).

Τα πληροφοριακά συστήματα της υγείας μπορούν να παρέχουν εξελιγμένες δυνατότητες και να συνεισφέρουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων και στην χάραξη πολιτικών. Παρέχουν τη δυνατότητα οργάνωσης και επεξεργασίας στατιστικών και επιδημιολογικών δεδομένων με σκοπό τη συγκριτική ανάλυση και τη λήψη ασφαλέστερων αποφάσεων-παρεμβάσεων.

Τέλος, παρέχουν υψηλά επίπεδα ασφάλειας στη διαχείριση των πληροφοριών. Η πρόσβαση στις πληροφορίες και τα δεδομένα δύναται να περιοριστεί στις αρμοδιότητες και το ρόλο που επιτελεί ο εκάστοτε χρήστης, ο οποίος ενεργεί εντός του συστήματος με αποκλειστική ταυτότητα αναγνώρισης του. Με τον τρόπο αυτό περιορίζεται η άκριτη διάχυση των πληροφοριών που μπορεί να επιφέρει καταπάτηση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ασθενών (Halligan A., 2006).

#### **2.4.5 Έρευνα και εξέλιξη**

Κάθε ιατρική παρέμβαση εξετάζεται και ελέγχεται υπό το πρίσμα επιδημιολογικών μελετών, αναλύσεων, μεταanalύσεων και ανασκοπήσεων. Τα δεδομένα από τα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων ταξινομούνται και επεξεργάζονται με σκοπό τη σύνταξη ιατρικών πρωτοκόλλων. Η “evidence based” ιατρική αναπτύσσεται ταχύτατα, αντικαθιστώντας το «ιατρικό ένστικτο». Ο ιατρός τέλος καλείται όλο και συχνότερα να τεκμηριώνει τις αποφάσεις που λαμβάνει κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας. πανουσακης

Η έρευνα και η εξέλιξη, βοηθούν στη προώθηση της ερευνητικής πρακτικής, με μέσα, όπως είναι η συνεχής αξιολόγηση των εργασιών, των στρατηγικών εφαρμογής και η εξέλιξη οδηγιών. Οι παρούσες οδηγίες, πρέπει να βελτιώνονται συνεχώς, ανάλογα με την έρευνα και τη λήψη αποφάσεων, από τον επαγγελματία υγείας και τον ασθενή, σε σχέση με την κατάλληλη παρεχόμενη φροντίδα, σε κάθε περιστατικό. Επιπλέον, η σωστή επαγγελματική πρακτική, μεταμορφώνεται, ανάλογα με τα αποδεικτικά στοιχεία που γεννά κάθε έρευνα. Άλλωστε για την επιτυχή εφαρμογή συστημάτων κλινικού ελέγχου, που αναφέρθηκε προγενέστερα, είναι πολύ σημαντική η παράλληλη άσκηση τεκμηριωμένης κλινικής πρακτικής (Braithwaite J. & Travaglia J., 2008).

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). Η ανάγκη για την ΤΦΥ, προέκυψε από έλλειψη εμπιστοσύνης για τις επιστημονικές εφαρμογές και τα επαγγέλματα καθώς και από την επικράτηση της «αξίας των χρημάτων». Βασικοί στόχοι της ΤΦΥ είναι η βελτίωση των εκβάσεων των ασθενών, η μείωση του κόστους με την τυποποίηση των υπηρεσιών και τη χρήση πρωτοκόλλων που οδηγούν σε καλύτερη αντιμετώπιση των οξέων καταστάσεων και καλύτερο έλεγχο των χρόνιων, ο έλεγχος και η παρακολούθηση της εργασίας των επαγγελματιών υγείας, η αύξηση της υπευθυνότητας και της διαφάνειας στους χώρους παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Τα βασικά εργαλεία της ΤΦΥ είναι οι κατευθυντήριες κλινικές οδηγίες, τα κλινικά πρωτόκολλα, τα σχέδια φροντίδας και τα κλινικά μονοπάτια ή συνεργατικά πρωτόκολλα. Οι ορισμοί που αναφέρονται στη βιβλιογραφία για την ΤΦΥ είναι πολυάριθμοι με πλέον διαδεδομένο τον ορισμό των Sackett και συν.,<sup>4</sup> σύμφωνα με τον οποίο, ως «τεκμηριωμένη πρακτική» ορίζεται «ο συνδυασμός των καλύτερων πρακτικών με τη γνώμη των ειδικών και τις αξίες και προτιμήσεις των ασθενών». Ένας παλαιότερος ορισμός του Di Censo και συν.,<sup>5</sup> προσδιορίζει ως σημαντικό παράγοντα και το κόστος στη λήψη των αποφάσεων για τη φροντίδα υγείας (DiCenso A., et al. 1998). 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). Στην Ελλάδα, έγιναν 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 οδηγιών<sup>2</sup> (Λιονής et al., 2016).

#### **2.4.6 Κλινική αποτελεσματικότητα**

Η κλινική αποτελεσματικότητα εξετάζει ουσιαστικά την επιτυχία μίας παρέμβασης. Ουσιαστικά, η κλινική αποτελεσματικότητα διασφαλίζει πως κάθε παρέμβαση έχει σχεδιαστεί για να παρέχει το καλύτερο αποτελέσματα για τους ασθενείς (Rhodes R., 2007).

Πληθώρα παραγόντων υπεισέρχονται σε αυτή τη φάση, όπως η καταλληλότητα της παρέμβασης και η μέτρηση του αποτελέσματος με βάση το κόστος (Παρισσόπουλος Σ., 2007).

Στην πράξη η εφαρμογή της κλινικής αποτελεσματικότητας χαρακτηρίζεται από:

- Υιοθέτηση μιας τεκμηριωμένης προσέγγισης στη διαχείριση ασθενών
- Αλλαγή της πρακτικής και ανάπτυξη νέων πρωτοκόλλων ή κατευθυντήριων γραμμών με βάση την εμπειρία και αποδεικτικά στοιχεία εάν η τρέχουσα πρακτική αποδεικνύεται ανεπαρκής.
- Εφαρμογή κατευθυντήριων γραμμών, Εθνικών πλαισίων υπηρεσιών και άλλων εθνικών

προυόπων για τη διασφάλιση της βέλτιστης φροντίδας (όταν δεν αντικαθίστανται από πιο πρόσφατα και πιο αποτελεσματικές θεραπείες)

- Διεξαγωγή έρευνας για την ανάπτυξη του συνόλου των διαθέσιμων αποδεικτικών στοιχείων και ως εκ τούτου ενίσχυση του επιπέδου φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς στο μέλλον (Rhodes R., 2007).

Η κλινική αποτελεσματικότητα πρέπει να υπολογίζεται τόσο από την πλευρά του ασθενή όσο και του επαγγελματία της υγείας. Για το λόγο αυτό πλέον, στη σχέση ιατρού-ασθενούς υπεισέρχονται ομάδες άλλων επαγγελματιών. Επιδημιολόγοι, στατιστικοί, οικονομολόγοι και νομικοί επιστήμονες είναι μερικές μόνο από τις ειδικότητες που συμβάλλουν στην βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας (Halligan A., 2006). Η κλινική αποτελεσματικότητα, αποτελεί το μέτρο διάγνωσης του ποσοστού λειτουργίας, μέσω μιας

συγκεκριμένης παρέμβασης. Από τη μία, το μέτρο αυτό, είναι απαραίτητο και από την άλλη, αποκτά μεγαλύτερη αξία, όταν γίνεται εκτίμηση του βαθμού καταλληλότητας της παρέμβασης και όταν υπάρχει λειτουργική σχέση, μεταξύ ποιότητας και κόστους. Στα σύγχρονα συστήματα υγείας, η κλινική πρακτική, είναι εξέχουσας σημασίας και χρειάζεται αναβάθμιση, εξαιτίας των αποδεικτικών στοιχείων που εμφανίζονται, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα, των ζητημάτων αποτελεσματικότητας, κόστους, ασφάλειας του κάθε ασθενή και των υπεύθυνων στην κοινωνία (Dreliozi A., et al. 2013).

#### **2.4.7 Ενθάρρυνση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας να συμμετέχουν στις αποφάσεις για τη φροντίδα τους**

Η συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στις αποφάσεις που αφορούν στη φροντίδα της υγείας τους είναι καίριας σημασίας διότι αυτή επηρεάζει τις πιο προσωπικές και ευαίσθητες πτυχές της ζωής τους. Άλλωστε το σύστημα υγείας, χωρίς την παρουσία των χρηστών των υπηρεσιών που παρέχει, δεν θα είχε λόγο ύπαρξης. Το Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Υποθέσεων των Ηνωμένων Εθνών (United Nations' Department of Economic and Social Affairs) έχει εκπονήσει κατευθυντήριες γραμμές που υποστηρίζουν την υπεροχή του καταναλωτή σε όλους τους τομείς της ζωής. Ειδικά για τον τομέα της υγείας, είναι κρίσιμο όχι απλώς να εξασφαλίζεται κάθε φορά η συναίνεση των ασθενών με ένα μηχανιστικό και επιφανειακό τρόπο διαιωνίζοντας το πατερναλιστικό μοντέλο που ισχύει ακόμα και σήμερα, αλλά, μακροπρόθεσμα, να επανασχεδιαστεί το σύστημα υγείας, ώστε οι χρήστες των υπηρεσιών του να εκπαιδεύονται και να ενημερώνονται σχετικά με τις αποφάσεις που τους επηρεάζουν (Page K., 2012).

#### **2.5 Ρόλοι και ευθύνες στην κλινική διακυβέρνηση**

Η κλινική διαχείριση εμπνέει αφενός εμπιστοσύνη στο εξωτερικό περιβάλλον για παράδειγμα στην τοπική κοινότητα και αφετέρου σε όλους τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν ασφαλή και υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας, οι ρόλοι στην Κ.Δ είναι οι εξής (Halligan A., 2006, Penny A., 2001):

- Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας

Συμμετέχουν στην Κ.Δ παρέχοντας πληροφορίες, σχόλια, παραπόνα που σχετίζονται με την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προκειμένου να βοηθήσουν τη βελτίωση τους. Συμμετέχουν σε έρευνες εμπειρίας ασθενών και σε προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας και της ασφάλειας, όπως επίσης και σε συλλόγους ασθενών (Halligan A., 2006, Penny A., 2001).

- Οι κλινικοί

Είναι υπεύθυνοι να παρέχουν ασφαλή και υψηλής ποιότητας κλινική περίθαλψη, εφαρμόζοντας επαγγελματικές πρακτικές και κώδικα επαγγελματικής συμπεριφοράς, που ευθυγραμμίζεται με το πλαίσιο της κλινική διακυβέρνησης. Να αναπτύσσουν συνεργασία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους εξασφαλίζοντας το σχεδιασμό και τη διαχείριση της φροντίδας τους όπως επίσης να ενθαρρύνουν και να καθοδηγούν τους συναδέλφους τους για την παροχή ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας. Να βελτιώνουν συνεχώς τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους με συνεχιζόμενη κλινική εκπαίδευση και κατάρτιση. Να αναφέρουν τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό περιβάλλον. Να συμμετέχουν σε όλες τις πτυχές της ανάπτυξης, της υλοποίησης, της αξιολόγησης και της παρακολούθησης των διαδικασιών διακυβέρνησης όπως η βελτίωση και μέτρηση της ποιότητας, διαχείριση κινδύνου και περιστατικών, διαχείριση αναφορών και καταγγελιών, προσδιορίζοντας τις διαδικασίες και τους τομείς που απαιτείται βελτίωση. Να παρακολουθούν την προσωπική κλινική απόδοση τους, να επιβλέπουν και να διαχειρίζονται την απόδοση των κατώτερων ιατρών, αναφέροντας κακές ή μη ικανοποιητικές αποδόσεις (Chandra V., S., 2004).

- Οι διευθυντές

Συντονίζουν και επιβλέπουν το σχεδιασμό συστημάτων υγείας, συμβουλεύουν και ενημερώνουν το διοικητικό συμβούλιο σχετικά με την εφαρμογή της στρατηγικής και των πολιτικών που εγκρίθηκαν από το διοικητικό συμβούλιο. Συνεργάζονται με τους ιατρούς σε όλα τα θέματα σχεδιασμού του συστήματος. Είναι υπεύθυνοι για την αποτελεσματική διαχείριση και κατάλληλη κατανομή των πόρων ώστε να υλοποιηθεί η εφαρμογή των



σχεδιασμένων συστημάτων φροντίδας. Διασφαλίζουν τη διαθεσιμότητα δεδομένων και πληροφοριών στους κλινικούς για να υποστηρίξουν τη βελτίωση της ποιότητας. Δημιουργούν ετήσια επιχειρησιακά σχέδια υπογραμμίζοντας τις προγραμματισμένες δραστηριότητες που επιδέχονται βελτίωση. Συντάσσουν εκθέσεις που αφορούν τις διαδικασίες ελέγχου, τις επιδόσεις και τους δείκτες ποιότητας των τμημάτων τους. Ενθαρρύνουν τη συνεχή βελτίωση και την αναφορά περιστατικών/ζητημάτων ασφάλειας, χρησιμοποιώντας τα συστήματα διαχείρισης κίνδυνου. Να ανταποκρίνονται με άμεσο και αποτελεσματικό τρόπο σε ενδείξεις κλινικής ανεπάρκειας. Δημιουργούν ευκαιρίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στα συστήματα ασφάλειας και ποιότητας. Είναι υπεύθυνοι για τη διασφάλιση της εκτέλεσης των καθηκόντων σύμφωνα με τη νομοθεσία, τους κανονισμούς και τα πρότυπα.

- Το Διοικητικό Συμβούλιο

Φέρει την τελική ευθύνη και προωθεί ένα ισχυρό μήνυμα ότι η ασφάλεια και η ποιότητα αποτελούν θέματα προτεραιότητας, καθιερώνοντας μια ισχυρή κουλτούρα ασφάλειας και συνεχούς βελτίωσης μέσω συστηματικών ελέγχων. Διασφαλίζει ότι ο διευθύνων σύμβουλος και οι ανώτεροι διευθυντές κατανοούν σαφώς και εκτελούν τους ρόλους τους αναλαμβάνοντας την ευθύνη για την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσω των κατάλληλων δομών, πολιτικών, διαδικασιών, και πόρων. Αποδεικνύει στο σώμα επιθεώρησης και ελέγχου ότι το διοικητικό συμβούλιο κατανοεί και διαχειρίζεται τον ρόλο διακυβέρνησής του. Συνεργάζεται με την τοπική κοινωνία ενθαρρύνοντας την υποβολή εκθέσεων, τη συζήτηση και την αντιμετώπιση ζητημάτων ποιότητας και ασφάλειας που προκύπτουν. Διασφαλίζει τη συμμόρφωση με τη νομοθεσία, τους κανονισμούς και τα πρότυπα.

- Ο Διευθύνων Σύμβουλος

Καθορίζει την καλύτερη προσέγγιση για τον προγραμματισμό, την εφαρμογή, την αξιολόγηση και τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Διασφαλίζει ότι τα επιχειρησιακά / επιχειρηματικά σχέδια συνδέονται με το στρατηγικό σχεδιασμό. Παρουσιάζει την ανάλυση των δεδομένων ποιότητας και ασφάλειας που αποτελούν ύψιστη προτεραιότητα. Εξασφαλίζει επαρκή υποστήριξη, εκπαίδευση και ενημέρωση παρέχοντας ευκαιρίες στο προσωπικό για τη συνεχή βελτίωση του. Παρακολουθεί την πρόοδο των λειτουργικών σχεδίων των τμημάτων με μηνιαίες συνεδριάσεις λογοδοσίας.

Διασφαλίζει ότι υπάρχουν επαρκείς πόροι για την επίτευξη αριστείας στη διαχείριση της ποιότητας και της ασφάλειας σε ολόκληρο τον οργανισμό (ACSHQC, 2017).

Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε τη σημασία της σαφήνειας των ρόλων και των ευθυνών στο πλαίσιο της Κλινικής Διακυβέρνησης, όπως άλλωστε αναφέρουν και οι O'Connor και Patton (2008) "...η επιτυχής εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης σε ένα περιβάλλον υγείας βασίζεται στη συνεργασία μεταξύ κλινικών ιατρών και διοίκησης στους οποίους καθορίζονται ρητώς συγκεκριμένοι ρόλοι και ευθύνες που είναι κατανοητές για τον καθένα και αλληλοσυμπληρώνονται". Στην Κλινική Διακυβέρνηση οι διοικητικές πρακτικές αφενός και οι κλινικές πρακτικές αφετέρου απαιτούν διακριτικότητα στην αποτελεσματική διακυβέρνηση, θεμελιώδη αρχή αποτελεί ο διαχωρισμός των καθηκόντων και των ευθυνών μεταξύ των ρόλων που προαναφέραμε (Δρελιώζη Α., 2004). Σε μια ποιοτική μελέτη περιπτώσεων τριών υγειονομικών αρχών του Ηνωμένου Βασιλείου, ο Marshall (2002) διαπίστωσε ότι η ασάφεια ρόλων και ευθυνών ήταν εμπόδια στη διαχείριση της βελτίωσης της ποιότητας. Η συναίνεση, η συνεργασία και η ανάληψη προσωπικής ευθύνης όλων των εμπλεκόμενων στο χώρο της υγείας αποτελεί κομβικό σημείο χάραξης πολιτικής προκειμένου να εφαρμοστεί η Κ.Δ, σε συνδυασμό με τις αξιολογήσεις που αποτελούν σημαντική πηγή πληροφοριών κατανοείται ο τρόπος λειτουργίας και εφαρμογής των συστατικών δομών και διαδικασιών επισημαίνοντας τα σημεία που επιδέχονται βελτίωση.

## **2.6 Μέτρηση και αξιολόγηση της Κλινικής Διακυβέρνησης**

Η αξιολόγηση συνιστά την πλέον αποφασιστική και καθοριστική διοικητική διαδικασία για την ποιοτική αναβάθμιση της δημόσιας διοίκησης. Η ίδια η φύση της δημόσιας διοίκησης καθιστά δύσκολο, έως και ανέφικτο μέχρι πρόσφατα, τον προσδιορισμό και τη μέτρηση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας της. Η απουσία σαφούς και μετρήσιμου στόχου (όπως η μεγιστοποίηση του κέρδους για τον ιδιωτικό τομέα), η πολυπλοκότητα και η ανομοιογένεια του δημόσιου τομέα, καθώς και η ύπαρξη πολλαπλών ενδιαφερόμενων μερών (πολιτικοί παράγοντες, συνδικάτα, πολίτες κλπ) με διαφορετικούς στόχους και επιδιώξεις, καθιστούν δύσκολη τη διοίκηση της απόδοσης ενός δημόσιου οργανισμού (Gray A.G., 2001). Οι Osborne και Gaebler αναφέρουν ότι «αν δεν αξιολογήσεις το αποτέλεσμα της εργασίας, δεν μπορείς να διακρίνεις την επιτυχία από την αποτυχία». Ο James Harrington αναφέρει ότι «η

μέτρηση είναι το πρώτο βήμα που οδηγεί στον έλεγχο και τελικά στη βελτίωση. Εάν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, δεν μπορείς να το καταλάβεις. Εάν δεν μπορείς να το καταλάβεις, δεν μπορείς να το βελτιώσεις» (Thompson & Riccucci, 1998) . Με την έννοια αυτή, η αξιολόγηση αποκτά πρωταρχικό ρόλο στην επίτευξη της αποστολής μιας επιχείρησης/δημόσιας υπηρεσίας. Αποτελεί, ουσιαστικά, τον καθρέφτη των εργασιακών σχέσεων, της λειτουργικότητας της οργανωτικής δομής και της οργανωσιακής αποτελεσματικότητας. Αποτυπώνει δε την ικανότητα της διοικητικής ιεραρχίας να ασκήσει αποτελεσματική διοίκηση και να εγγυηθεί, με αυτό τον τρόπο, τα αποτελέσματα μιας δημόσιας υπηρεσίας (Δρελιώζη Α., 2004).

Οι διαθέσιμες επιλογές μέτρησης και αξιολόγησης σύμφωνα με τους Boland & Fowler (2000) κατηγοριοποιούνται σε δύο άξονες, τον έλεγχο εσωτερικό και εξωτερικό και τις δράσεις που θα προκύψουν υποστηρικτικές ή λογοδοσίας. Τα μέτρα για τη στήριξη της βελτίωσης της ποιότητας της κλινικής διακυβέρνησης, αφορούν την οργανωσιακή κουλτούρα και την οργανωτική ικανότητα του οργανισμού.

Ο κατακόρυφος άξονας προσδιορίζει εάν ο έλεγχος, θα γίνει κατόπιν εξουσιοδότησης είτε μέσα από τον οργανισμό ή εξωτερικά και ο οριζόντιος άξονας προσδιορίζει εάν οι επακόλουθες ενέργειες ελέγχου είναι υποστηρικτικές και διαμορφωτικές (θετικές) ή έχουν χαρακτήρα ποινικό (αρνητικές). Οι αρνητικές ενέργειες, συνεπάγονται την παραδοχή ότι η απόδοση είναι χαμηλή λόγω αναποτελεσματικότητας, οδηγώντας σε δράσεις όπως η μείωση της κατανομής των πόρων. Αντίθετα, οι θετικές ενέργειες συνεπάγονται την παραδοχή ότι η απόδοση είναι χαμηλή, διερευνώντας τους λόγους για τους οποίους προέκυψε η κατάσταση, με θετικές δράσεις όπως η αναδιανομή των πόρων και η ανάπτυξη του προσωπικού. Όταν οι άξονες συνδυάζονται προκύπτουν τέσσερις πιθανές επιλογές:

●1ο Τεταρτημόριο : Εσωτερικός έλεγχος, θετικές δράσεις

Περιλαμβάνει τη Διαχείριση Ολικής Ποιότητας, τη συγκριτική αξιολόγηση και τον έλεγχο των στατιστικών διαδικασιών με υποστηρικτικές δράσεις, οι μετρήσεις γίνονται προκειμένου να υποστηριχθεί η βελτίωση της ποιότητας.

●2ο Τεταρτημόριο : Εξωτερικός έλεγχος, θετικές δράσεις. Αυτό το τεταρτημόριο περιλαμβάνει εξωτερικούς φορείς, που είναι επιφορτισμένοι με τον έλεγχο της μέτρησης της απόδοσης και των συστημάτων βελτίωσης της ποιότητας των οργανισμών, ο ρόλος τους είναι συμβουλευτικός και αφορά κυρίως τον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός θα διασφαλίσει συνεχή βελτίωση, ώστε να διασφαλιστεί η συνεχής βελτίωση με υποστηρικτικές δράσεις. 28

●3ο Τεταρτημόριο : Εσωτερικός έλεγχος, αρνητικές δράσεις. Αυτό το τεταρτημόριο αφορά τη μέτρηση των δεδομένων για την παρακολούθηση της απόδοσης με ενδεχόμενες αρνητικές δράσεις.

●4ο Τεταρτημόριο : Εξωτερικός έλεγχος, αρνητικές δράσεις Όπως και στο τεταρτημόριο 3 παραπάνω, οι οργανισμοί κρίνονται εκ του αποτελέσματος βάση των μετρήσεων και ο εξωτερικός έλεγχος επιβάλει τη λογοδοσία.

### **2.6.1 Εξωτερικές Αξιολογήσεις**

Οι εξωτερικοί μηχανισμοί αξιολόγησης έχουν την ευθύνη για την επίβλεψη της απόδοσης, με την αυστηρή εφαρμογή απαιτητικών προτύπων. Τέτοιοι μηχανισμοί είναι: η πιστοποίηση ποιότητας ISO 9000, το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Διαχείριση της Ποιότητας ( EFQM) και το μοντέλο RADAR. Σύμφωνα με την περιγραφή του μοντέλου Boland and Fowler (2000) που προαναφέρθηκε, ο τρόπος που θα εφαρμοστούν αυτά τα πρότυπα άλλοτε είναι εξαναγκαστικός και άλλοτε συμβουλευτικός και υποστηρικτικός. Η χρησιμοποίηση της εξωτερικής αξιολόγησης επιφέρει νέες ισορροπίες εμπιστοσύνης και ελέγχου μεταξύ ασθενών, επαγγελματιών και πολιτικών. Συγκεκριμένα η πιστοποίηση ποιότητας ISO 9000, που εφαρμόζεται για την υγειονομική περίθαλψη, συμβάλλει στην ενίσχυση του προσανατολισμού της διαδικασίας αλλά δεν παρέχει καμία εξασφάλιση ως προς την ορθότητα και την καταλληλότητα στην επιλογή των θεραπειών για τους ασθενείς ή τα αποτελέσματα της υγείας που θα επιφέρουν οι επιλογές αυτές. Άλλωστε , τα πρότυπα ISO 9000 σχετίζονται κυρίως με τις διοικητικές διαδικασίες στις οποίες χρησιμοποιούνται συχνότερα στα τμήματα τεχνολογίας υγείας όπως τα εργαστήρια (Παρισσόπουλος Σ. 2007).

### **2.6.2 Εσωτερικές Αξιολογήσεις**

Η διαδικασία της εσωτερικής αξιολόγησης, έχει σκοπό να εντοπιστούν και να διερευνηθούν οι αιτίες διακύμανσης των δεικτών ποιότητας. Τα κύρια συστατικά της εσωτερικής αξιολόγησης είναι η συλλογή πληροφοριών και δεδομένων ,η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των δεικτών απόδοσης και ο στατιστικός έλεγχος. Απαιτείται ο σχεδιασμός, των ορίων έλεγχου διακύμανσης των μέσων τιμών, προκειμένου να εντοπιστούν οι αποκλίσεις και οι αιτίες που τις προκαλούν, οι συνήθεις κοινές αιτίες, δεν παρουσιάζουν αποκλίσεις εκτός ορίων και οφείλονται σε εσωτερικούς παράγοντες και ενδεχόμενη αλλαγή διαδικασίας. Αντίθετα, οι ειδικές αιτίες, δεν εμπίπτουν στα όρια ελέγχου και οφείλονται σε εξωγενείς

παράγοντες η μείωση τους απαιτεί, την αναγνώριση και τη δράση, σχετικά με την ειδική αιτία (Mohammed et al., 2001).

### **2.6.3 Ειδικά μέτρα κλινικής διακυβέρνησης**

Οι οδηγίες αυτοαξιολόγησης και ανάπτυξης κλινικής διακυβέρνησης πρέπει να καλύπτουν πέντε τομείς κλινικής διακυβέρνησης (Maddock A. *et al.* 2006):

- Τις οργανωτικές ρυθμίσεις, όπως για παράδειγμα, την ηγεσία του διοικητικού συμβουλίου, την ανταλλαγή ορθών πρακτικών.
- Την εξέλιξη του προσωπικού
- Τη διαχείριση γνώσεων και πληροφοριών
- Την διαχείριση της κλινικής αποτελεσματικότητας
- Την διαχείριση του κινδύνου

Τα εργαλεία μέτρησης της προόδου της κλινικής διακυβέρνησης σε έναν οργανισμό, θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από αξιοπιστία και εγκυρότητα και να καλύπτουν όλα τα επίπεδα και τα στάδια κλινικής διακυβέρνησης. Προτείνονται δύο τέτοια μέτρα, το πρώτο μετρά το κλίμα κλινικής διακυβέρνησης στο επίπεδο της αντίληψης του προσωπικού, και το δεύτερο μετρά, την οργανωτική πρόοδο σε επίπεδο τμήματος / διεύθυνσης και διοικητικού συμβουλίου. Ο μακροπρόθεσμος στόχος της κλινικής διακυβέρνησης, αφορά στη βελτίωση της ποιότητας και συνεπάγεται εκτεταμένες πολιτιστικές αλλαγές. "Πάνω από όλα, η κλινική διακυβέρνηση αφορά την αλλαγή της οργανωτικής κουλτούρας με ένα συστηματικό και αποδεδειγμένο τρόπο, απομακρύνοντας από μια κουλτούρα το "φταίξιμο" και υιοθετώντας "το μαθαίνουμε από λάθη μας".(Halligan A., 2001). Οι χώροι παροχής υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να διαθέτουν μια ομοιογενή κουλτούρα, ώστε να μετατοπίζεται μια ανεπιθύμητη παρούσα κατάσταση, σε μια άλλη, πιο επιθυμητή. Ωστόσο, η ομοιογένεια αυτή, είναι πολύ δύσκολο να εφαρμοστεί σε ένα χώρο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, που αποτελείται από πολλαπλές επαγγελματικές κουλτούρες, με διαφορετικό σύστημα αξιών και εξουσίας. Η πολυσύνθετη αλληλεξάρτηση ατόμων και ομάδων στο χώρο της υγείας, όπου ο καθένας μπορεί να επιδιώκει διαφορετικούς στόχους, δημιουργεί υποκουλτούρες. Για το λόγο αυτό, είναι αναγκαίο η ηγεσία κάθε οργανισμού να εξετάζει τις ανάγκες και τα κίνητρα των επαγγελματιών υγείας και να ενθαρρύνει τη συμμετοχή τους. Επίσης η αλλαγή οργανωσιακής κουλτούρας απαιτεί τον εντοπισμό των προτεραιοτήτων και των ελλείψεων στις οργανωτικές δομές (Γούλα Α., 2014).

#### **2.6.4 Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Κλίματος της Κλινικής Διακυβέρνησης (CGCQ) του Timothy Freemam**

Το ερωτηματολόγιο που αφορά τη μέτρηση του κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης (Clinical Governance Climate Questionnaire,CGCQ) του Timothy Freemam χρησιμοποιήθηκε σε μια σειρά μελετών από το Εθνικό Γραφείο Ελέγχου,( National Audit Office, NAO) του Ηνωμένου Βασιλείου, ως βασικό εργαλείο αξιολόγησης της κλινικής διακυβέρνησης και τα διατυπωθέντα πορίσματα παρουσιάστηκαν στο Βρετανικό Κοινοβούλιο. Οι δείκτες κλίματος κλινικής διακυβέρνησης που εμπεριέχονται στο ερωτηματολόγιο είναι 60 οι οποίοι εντάχθηκαν σε 6 παράγοντες-κατηγορίες (Freeman T.,2003):

- τη βελτίωση της ποιότητας
- τη διαχείριση των κλινικών κινδύνων
- τη Δίκαιη Επιβολή Ποινών
- τη συναδελφική συνεργασία
- τις ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη
- την οργανωσιακή μάθηση

Το ερωτηματολόγιο CGCQ του Timothy Freemam, έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές έρευνες αξιολόγησης του κλίματος ΚΔ στα ελληνικά νοσοκομεία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Οργανωσιακή Κουλτούρα**

### **3.1 Η αναγκαιότητα της οργανωσιακής κουλτούρας στην Κλινική Διακυβέρνηση**

Βασική και θεμελιώδης προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή των αρχών της ΚΔ σε οποιοδήποτε ίδρυμα και σε οποιαδήποτε χώρα είναι η ανάγκη να γίνουν αλλαγές (διαχείριση αλλαγής), προσαρμογές, επαναπροσδιορισμοί και μετασχηματισμοί στην ήδη υπάρχουσα κουλτούρα που επικρατεί σε έναν οργανισμό παροχής ΥΥ. Το φαινόμενο αυτό επιβεβαιώνεται και από πληθώρα προηγούμενων ερευνών οι οποίες έχουν δείξει ότι υπάρχει αναλογική συσχέτιση μεταξύ της επίτευξης βελτίωσης της ποιότητας και της αλλαγής της οργανωτικής κουλτούρας σε όλους τους τύπους επιχειρήσεων.

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 (Drelioni et al., 2018). Επίσης, χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα της μελέτης των Konteh et al. (2008) η οποία διεξήχθη στο σύνολο των διασυνδεδεμένων δομών της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS Trusts). Το μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν οι επικεφαλής ΚΔ των ως άνω δομών. Σχεδόν στο σύνολό τους οι ερωτώμενοι συμφωνούσαν στο ότι οι αλλαγές στις επιμέρους κουλτούρες των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ο βασικός μοχλός για την προώθηση των μεταρρυθμίσεων και για το σκοπό αυτό απαιτούνται αξιόπιστα και ειδικά εργαλεία αξιολόγησης κουλτούρας. Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στο σύνολο των διασυνδεδεμένων δομών της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας επιχειρήθηκε να καθοριστούν και να αξιολογηθούν τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας. Το ένα τρίτο των οργανισμών χρησιμοποιούσαν κάποιο εργαλείο μέτρησης κουλτούρας στο πλαίσιο της υποστήριξης της εφαρμογής της ΚΔ. Γενικότερα υπήρχε ικανοποίηση από τη χρήση των διαθέσιμων εργαλείων. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι τα υφιστάμενα εργαλεία εστίαζαν περισσότερο στην ασφάλεια των ασθενών παρά στο σύνολο των πτυχών της ΚΔ και ως εκ τούτου υπήρχε επιτακτική ανάγκη για την ανάπτυξη νέων εργαλείων που να καλύπτουν συνολικά τις διαστάσεις της ΚΔ (Mannion et al. 2009).

Η σημασία της αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας, ώστε η Κ.Δ. να εφαρμόζεται πιο αποτελεσματικά, έχει αναγνωριστεί από τις κυβερνήσεις εκείνων των χωρών που προωθούν συστηματικά το πλαίσιο της Κ.Δ. στο σύστημα υγείας τους. Για παράδειγμα, σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία και η Αυστραλία, οι οργανωτικές αλλαγές που πραγματοποιήσαν πριν από την εφαρμογή της Κ.Δ αποδείχθηκαν καταλυτικές για τη βελτίωση της ποιότητας της υγείας. Σύμφωνα με την πολιτική που ακολουθείται από αυτές τις χώρες υποστηρίζεται ότι για την πετυχημένη και συνεχή βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας απαιτούνται σημαντικές αλλαγές στην κλινική κουλτούρα (clinical culture), καθώς κι ενδυνάμωση όλου του προσωπικού, με στόχο αρχικά τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας στον εργασιακό τους χώρο (Dreliozi et al., 2018).

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 και σε εθνικό επίπεδο (Γούλα, 2014). 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, όπου καθορίζονται οι ενέργειες που πρέπει να λάβει ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας ώστε να αναπτυχθούν συστήματα για καλή κλινική διακυβέρνηση. Επιπρόσθετα, αναφέρεται στο ίδιο πλαίσιο, 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).

Η εφαρμογή των αρχών της ΚΔ παρέχει τη δυνατότητα στους οργανισμούς παροχής ΥΥ, να δημιουργήσουν ευκαιρίες και να ανακαλύψουν τρόπους και μεθόδους ώστε οι εργαζόμενοι να μετακινηθούν έξω από τη «ζώνη εφησυχασμού» της παρούσας οργανωσιακής κλινικής κουλτούρας, προς μια κουλτούρα περισσότερο «πρόκληση», στην οποία επικρατεί η δυναμική μάθηση και η εποικοδομητική συζήτηση τύπου «ακούω και καταλαβαίνω», όπου οι ερωτήσεις γίνονται σε πνεύμα διάχυσης γνώσεων κι ανάπτυξης. Ο τρόπος με τον οποίο η Κ.Δ. εισάγεται σε ένα σύστημα υγείας δημιουργεί την εναρκτήρια ώθηση που είναι απαραίτητη για την έναρξη της οργανωσιακής αλλαγής, της αλλαγής δηλαδή του «πώς γίνονται τα πράγματα εδώ», με τρόπο εξελικτικό και προσαρμοστικό, και με κατεύθυνση προς μία νέας πραγματικότητας κουλτούρα, η οποία εμπεριέχει κλίμα παραγωγικό και όχι κλίμα αναζήτησης



ενόχων, όπου επικρατεί το «Τι πήγε λάθος στη διαδικασία/διάγνωση ή θεραπεία...;» κι όχι το «Ποιος έκανε το λάθος...;» (Dreliozi et al., 2018).

Επιπλέον, η οργανωσιακή κουλτούρα φαίνεται να είναι ένας σημαντικός δείκτης της ικανότητας ενός οργανισμού να αποδίδει, να ανταγωνίζεται και να αυτοαξιολογείται στην αγορά υγείας και τελικά την «ωριμότητά» του. Στην πραγματικότητα, πολλοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης - τόσο δημόσιοι όσο και ιδιωτικοί - τονίζουν την κατάλληλη διαμόρφωση της οργανωσιακής τους κουλτούρας καθιστώντας τους, έτσι, έτοιμους (organizational fitness) για την υιοθέτηση του πλαισίου της Κ.Δ. Σύμφωνα με το αγγλικό Σύστημα Υγείας, ο στόχος των Φορέων του πρέπει είναι η ιδανική διαχείριση της κουλτούρας τους προς τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας: *«Αναζητούμε τη μεγαλύτερη αλλαγή στην κουλτούρα. Υπάρχει ανάγκη να αναπτύσσονται οργανισμοί που να υποστηρίζουν τις αλλαγές στην κουλτούρα, αλλά και να παρέχουν αλλαγές»* (Ferlie & Shortell, 2001).

Επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον μας στη σημερινή πραγματικότητα, που επικρατεί στα ελληνικά νοσοκομεία, η διαδικασία της αλλαγής πραγματοποιείται με τρόπο ιεραρχικό και καθόλου ευέλικτο. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι αυτός είναι ο κύριος λόγος που, όποιες προσπάθειες, που έγιναν με αυτόβουλες πρωτοβουλίες των Διοικήσεων σε κάποια νοσοκομεία για αλλαγή κουλτούρας (cultural shift) - απαραίτητο στάδιο για τη μετέπειτα εφαρμογή της Κ.Δ. - κατέληξε να φαίνονται εξαντλητικές, ανώφελες και καταναγκαστικές (δηλαδή με χρήση εξουσίας). Οι αντιδράσεις του προσωπικού - λογικές και συναισθηματικές - δημιούργησαν εμπόδια στην οργανωσιακή αλλαγή, με αποτέλεσμα οι ομάδες ειδικοτήτων/επαγγελματιών να παραμένουν διαχωρισμένες κι απομονωμένες μεταξύ τους, ενώ η επιθυμητή κατάσταση της αλλαγής (cultural fit) να έχει πραγματοποιηθεί σε ελάχιστο βαθμό και μόνο στα «περιθώρια/άκρα» των υπηρεσιών υγείας (π.χ. περαιτέρω τυποποιήσεις σε τυπικές διαδικασίες). Διασπιστώνεται, επομένως, ότι οι δομικές αλλαγές συχνά δεν επιφέρουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα στη βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των συστημάτων (Langfield-Smith, 1995, Ferlie & Shortell, 2001). Ως θεραπεία στο πρόβλημα αυτό κρίνεται απαραίτητος ο μετασχηματισμός της ήδη υπάρχουσας κουλτούρας παράλληλα με τις απαραίτητες δομικές αλλαγές ώστε να επιτευχθεί και η προσδοκώμενη βελτίωση της ποιότητας και απόδοσης (Scott et al., 2003).

### **3.2 Οργανωσιακή κουλτούρα: εννοιολογική αποσαφήνιση**

Η θεωρία της οργανωσιακής κουλτούρας βασίζεται σε έννοιες από την οργανωσιακή ψυχολογία, την κοινωνική ψυχολογία και την κοινωνική ανθρωπολογία. Ως ερευνητικό αντικείμενο, αρχικά συνδέθηκε με τον τομέα των ανθρώπινων σχέσεων και των κοινωνικών συστημάτων, αλλά τελικά υιοθετήθηκε από τον τομέα της διοίκησης και του μάνατζμεντ. Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένας όρος που επινοήθηκε για πρώτη φορά από τον Pettigrew, και αναφέρεται στις κοινές αξίες, κανόνες και πεποιθήσεις που χαρακτηρίζουν τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρονται οι εργαζόμενοι στο χώρο εργασίας τους. Ωστόσο, τα συστατικά του βρίσκονται και σε παλαιότερη βιβλιογραφία (Γούλα, 2014). Στην έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας περιλαμβάνεται ένα πολύ μεγάλο εύρος κοινωνικών φαινομένων όπως ο κώδικας ένδυσης, γλώσσας, συμπεριφοράς, πεποιθήσεις, αξίες, σύμβολα θέσεων και εξουσίας, μύθοι, τελετουργίες και τρόποι διαφοροποίησης και ανατροπής. Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός οργανισμού που τον διαφοροποιούν από τους υπόλοιπους, οι ιδιαίτερες διαδικασίες, τα έθιμα, οι παραδόσεις, η εμφάνιση και ο τρόπος επικοινωνίας των μελών της, τα οποία καθορίζουν την ίδια την ύπαρξη της οργάνωσης. Άλλωστε, η οργάνωση ως διακριτή κοινωνική οντότητα επιδιώκει την επίτευξη ορισμένων σκοπών σε συγκεκριμένο χρόνο, μέσω της κατανεμημένης εργασίας, δομών, συστημάτων και σχεδίων (Καστανιώτη, 2011). Αυτό το ευρύ φάσμα παραγόντων που περιλαμβάνεται στην έννοια της κουλτούρας οδηγεί σε διαφωνία σχετικά με το ποιος θεωρείται ο πιο κατάλληλος και ο πιο αποδεκτός ορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας, καθώς και ο καλύτερος τρόπος μέτρησής της. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι η προσωπικότητα μιας οργάνωσης. Επίσης, πρέπει να ληφθεί υπόψιν ότι η αλλαγή αποτελεί ειδοποιό χαρακτηριστικό της κουλτούρας και εξαρτάται από τα άτομα που ουσιαστικά αποτελούν κάθε φορά τον οργανισμό, από τις μεταβολές του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο δρα και από το χρόνο. Για το λόγο αυτό, ο ορισμός της κουλτούρας είναι τόσο δύσκολος (Γούλα, 2014).

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι κάποιοι μελετητές του θέματος αντιλαμβάνονται την οργανωσιακή κουλτούρα ως άθροισμα μετρήσιμων μεταβλητών, κάποιοι άλλοι ως ανθρωπολογικό μοντέλο, ενώ τέλος, κάποιοι άλλοι ως εσωτερικό συστατικό του κοινωνικού περιβάλλοντος, το οποίο διαμορφώνεται από τους εργαζόμενους ενός οργανισμού (Scott et al., 2013). Στην προσπάθεια προσδιορισμού αποσαφήνισης του όρου της οργανωσιακής κουλτούρας, διαπιστώνουμε ότι ουσιαστικά κυριαρχούν δύο κύριες σχολές σκεψής. Η πρώτη σχολή προσεγγίζει την έννοια της κουλτούρας ως ταυτόσημη και συνώνυμη με την έννοια του ίδιου του οργανισμού. Ουσιαστικά η έννοια της κουλτούρας δεν αποτελεί διακριτό στοιχείο από τον οργανισμό που διέπει αλλά

χρησιμοποιείται ως μία μεταφορά για να περιγράψει τον ίδιο τον οργανισμό. Από την άλλη πλευρά, η δεύτερη σχολή αντιλαμβάνεται την έννοια της κουλτούρας ως ένα άθροισμα χαρακτηριστικών του οργανισμού τα οποία μπορούν να απομονωθούν, να περιγραφούν και να τεθούν σε διάφορους χειρισμούς. Η διαφορά των δύο αυτών σχολών είναι σημαντική για την εφαρμογή πολιτικών υγείας διότι στη δεύτερη περίπτωση όπου η κουλτούρα αποτελεί σύνολο διακριτών στοιχείων ενός οργανισμού, η δημιουργία, αλλαγή, και διαχείρισή της προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι του οργανισμού είναι πολύ πιο εφικτή. Από την άλλη, στην πρώτη περίπτωση που οι ίδιοι οι οργανισμοί αποτελούν οντότητες κουλτούρας τότε ναι μεν, η μελέτη τους θα βοηθήσει στην κατανόηση των διαδικασιών της κοινωνικής δομής του εργασιακού χώρου, αλλά δε θα βοηθήσει ουσιαστικά κατά τη διαμόρφωση αλλαγών ή στο διοικητικό έλεγχο. Πράγματι, οι περισσότερες οδηγίες για τη Διοίκηση των οργανισμών που συναντώνται στη βιβλιογραφία βασίζονται στο γεγονός ότι η κουλτούρα αποτελεί γνώρισμα του οργανισμού και ως εκ τούτου είναι ανοιχτή σε κατάλληλους χειρισμούς και προσαρμογές (Γούλα, 2014, Παπαγεωργίου, Χονδροκούκης 2010).

Στη δεκαετία του '80, παρατηρήθηκε έντονο ενδιαφέρον των ερευνητών διαφόρων πεδίων για την οργανωσιακή κουλτούρα. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται σε τρεις παράγοντες (Παπαγεωργίου, Χονδροκούκης 2010): ι) την ανάγκη διερεύνησης των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που καθιστούσαν τις ιαπωνικές εταιρίες πιο ανταγωνιστικές έναντι των αντίστοιχων αμερικανικών, ιι) την πεποίθηση ότι η απόδοση ενός οργανισμού σχετίζεται με την κουλτούρα του, και ιιι) την επικρατούσα άποψη, ότι η επιτυχία μιας επιχείρησης εξαρτάται και από ποιοτικές παραμέτρους.

Βέβαια η έννοια της κουλτούρας εντοπίζεται βιβλιογραφικά αρκετά νωρίτερα. Συγκεκριμένα οι Kroeber and Kluckhohn (1952) στο κλασικό σύγγραμμά τους «Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions» επιχείρησαν να συγκεντρώσουν τους ορισμούς της κουλτούρας και κατέληξαν να παρουσιάσουν πάνω από 150 όρους που περιείχαν την έννοια κουλτούρα. Σύμφωνα με τον Jacques (1952) κουλτούρα είναι η αποδεκτή από το σύνολο των εργαζομένων, σε ένα μικρό ή μεγάλο βαθμό, εθιμική και παραδοσιακή μεθοδολογία με την οποία σχεδιάζονται και υλοποιούνται οι λειτουργίες του οργανισμού. Οι νέοι εργαζόμενοι προκειμένου να γίνουν αποδεκτοί στο εργασιακό τους περιβάλλον οφείλουν να την μάθουν και να την αποδεχθούν έστω και μερικώς. Ο Pettigrew (1979) βλέπει την οργανωσιακή κουλτούρα ως ένα σύνολο κοινών και συλλογικών αντιλήψεων, πεποιθήσεων, κανόνων και ιδεών το οποίο αποσαφηνίζει σε κάθε άτομο τη θέση του μέσα στον οργανισμό. Οι Johnson και Scholes (1999) όρισαν την οργανωσιακή κουλτούρα ως το βαθύτερο επίπεδο αξιών, πεποιθήσεων και συμπεριφορών, που μοιράζονται από κοινού όλα τα μέλη του οργανισμού.

Εκδηλώσεις της κοινής φιλοσοφίας που ενστερνίζονται αποτελούν η καθημερινή ρουτίνα εργασίας, η γλώσσα που χρησιμοποιούν, τα σύμβολα, αλλά και το εμπορικό σήμα του οργανισμού (Γούλα, 2014).

Οι Cameron και Quin (1999) ορίζουν την οργανωσιακή κουλτούρα ως ένα διαρκές σύνολο από βασικές αξίες, παραδοχές, προσεγγίσεις και ερμηνείες που χαρακτηρίζουν τις οργανώσεις και τα μέλη τους. Η κουλτούρα είναι κάτι το οποίο μαθαίνεται και σύμφωνα με τους Boyd και Richerson (2009) ορίζεται ως η μεταβίβαση από γενιά σε γενιά, μέσω διδασκαλίας και μίμησης, γνώσεων, αξιών και άλλων παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά. Για ένα οργανισμό η εφαρμογή της «κατάλληλης κουλτούρας» μπορεί να προσδώσει σειρά ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων. (Boyd & Richerson, 2009). Ο Chu (2003) υποστηρίζει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα αντανάκλα, όχι μόνο το ασυνείδητο από κοινού αίσθημα των εργαζομένων για το τι είναι καλό και κακό, επιθυμητό και ανεπιθύμητο, αλλά και το σύνολο των αξιών, πεποιθήσεων και ενεργειών. Θεωρεί ότι η κουλτούρα αποτελεί "τον ρυθμιστή" των λειτουργιών και των ενεργειών που προβαίνουν οι εργαζόμενοι. Η κουλτούρα είναι η συλλογική «πνευματική κατάσταση» της επιχείρησης που υπαγορεύει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται αλλά και ανταποκρίνεται το σύνολο της επιχείρησης (ηγεσία και εργαζόμενοι) στις προκλήσεις του περιβάλλοντος. Η αποτελεσματική ανταπόκριση στις περιβαλλοντικές πιέσεις, προϋποθέτει ότι η κουλτούρα της επιχείρησης έχει αναπτύξει μια ρεαλιστική αντίληψη για τις επικρατούσες κοινωνικές και πολιτικές διαδικασίες (Παπαγεωργίου, Χονδροκούκης 2010). Καθοριστικό στοιχείο για την ανάπτυξη μιας κουλτούρας η οποία ανταποκρίνεται στα κοινωνικοπολιτικά ερεθίσματα, είναι το προσωπικό παράδειγμα των ηγετών και των managers που μέσω της διοίκησης ασκούν επιρροή στα μέλη της επιχείρησης (Chu 2003). Η προσωπική τους συμπεριφορά, επηρεάζει και προβάλλει το νέο στυλ, τις νέες αντιλήψεις, τις νέες αξίες και τους νέους κανόνες που αποτελούν τη φιλοσοφία του οργανισμού. Καθιερώνουν αλλά και προσωποποιούν αυτή τη φιλοσοφία και εξασφαλίζουν ότι κάθε σημαντική διαδικασία λήψης αποφάσεων, θα δίνει ανάλογη προσοχή στα ζητήματα που έχουν τεθεί ως καίρια και σημαντικά, αλλά και τις επιπτώσεις τους. (Chu 2003)

Ο πιο κλασικός και αποδεκτός ορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας θεωρείται αυτός του Schein (1985) όπου ορίζει την οργανωσιακή κουλτούρα ως «το σύνολο των κοινών βασικών υποθέσεων -οι οποίες είτε επινοήθηκαν είτε ανακαλύφθηκαν ή αναπτύχθηκαν από μια δεδομένη ομάδα κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης προβλημάτων που προέκυψαν από την προσαρμογή στο εξωτερικό περιβάλλον και την εσωτερική ενσωμάτωση των διαφορετικών ατόμων- οι οποίες έχουν λειτουργήσει καλά, ώστε να θεωρούνται έγκυρες και ως εκ τούτου να διδάσκονται στα νέα μέλη της ομάδας ως ορθοί τρόποι αντίληψης, σκέψης

και στάσης απέναντι στα προβλήματα». Συμπεραίνουμε επομένως, ότι ο Schein αντιλαμβάνεται την οργανωσιακή κουλτούρα ως ένα σύνολο επιτυχημένων και δοκιμασμένων «πρακτικών» από το παρελθόν που βοήθησαν μια ομάδα ατόμων να επιβιώσουν μέσα στο εξωτερικό περιβάλλον και να διατηρήσουν την εσωτερική συνοχή τους ως ομάδα. Το πλεονέκτημα αυτής της προσέγγισης είναι ότι μας επιτρέπει να αλλάζουμε επίπεδο ανάλυσης κάνοντας χρήση της ίδιας έννοιας. Έτσι, μπορούμε να εξετάσουμε την επιχείρηση ως σύνολο ή την κάθε ομάδα εργαζομένων και στελεχών ξεχωριστά (Γούλα, 2014).

Από τον παραπάνω ορισμό προκύπτει ότι η βασική πρόκληση κάθε κουλτούρας είναι ο συγκερασμός των αποκλινόντων στόχων και δράσεων των ατόμων-μελών της. Οι κοινές παραδοχές οι οποίες επηρεάζουν τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά, κατέχουν πολύ μεγάλη βαρύτητα από το συχνά αναφερόμενο «έτσι γίνονται τα πράγματα εδώ». Στο πλαίσιο της αναμόρφωσης ενός συστήματος, οι απαιτούμενες αλλαγές στους τρόπους λειτουργίας δεν είναι τόσο απλές όσο μπορεί να γίνονται αντιληπτές αρχικά. Απαιτούνται αλλαγές στην οργανωσιακή συμπεριφορά. Για να επιτευχθούν αυτές πρέπει να αναλύσουμε τις διαδικασίες συλλογικής σκέψης συνειδητής και υποσυνείδητης που τροφοδοτούν την υφιστάμενη συμπεριφορά (Berrío, 2003).

Βασική προϋπόθεση για το σχηματισμό μιας κουλτούρας είναι η ύπαρξη ενός οργανισμού με ένα συγκεκριμένο αριθμό ατόμων, που θα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου. Για να ολοκληρωθεί ο σχηματισμός της κουλτούρας θα πρέπει τα μέλη της να έρθουν αντιμέτωπα με προβλήματα ανάπτυξης και επιβίωσης και να κληθούν να βρουν λύσεις σε ζητήματα εξωτερικής προσαρμογής και εσωτερικής ολοκλήρωσης. Έτσι, τα βήματα δημιουργίας μιας κουλτούρας είναι (Shein, 2010):

- ✓ Ο ιδρυτής έχει την ιδέα για τη δημιουργία ενός οργανισμού.
- ✓ Συγκεντρώνει μια ομάδα ατόμων τα οποία θεωρούν την ιδέα του ενδιαφέρουσα, εφικτή και είναι διατεθειμένοι να αναλάβουν το ρίσκο για την εφαρμογή της.
- ✓ Τίθενται σταδιακά οι βάσεις του οργανισμού, με την εύρεση χρηματοδότησης, τη διαμόρφωση του προϊόντος και την ανάπτυξη συνεργασιών με άλλους οργανισμούς.
- ✓ Ο οργανισμός αρχίζει τη λειτουργία του και αναπτύσσεται με την ενσωμάτωση και άλλων ατόμων τα οποία, υιοθετούν τη φιλοσοφία και τους στόχους του οργανισμού. Η κουλτούρα αρχίζει να δημιουργείται.

Οι σύγχρονοι οργανισμοί οφείλουν να διαμορφώσουν μία οργανωτική κουλτούρα, η οποία αφ' ενός θα δίνει έμφαση στην παραγωγικότητα, στην ποιότητα και στο ηθικό του ανθρώπινου δυναμικού τους, γεγονός που επηρεάζει άμεσα την ανάπτυξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος

του οργανισμού και αφ' ετέρου θα κατευθύνει τις δραστηριότητες της ηγεσίας του οργανισμού, όπου μεγάλο μέρος του χρόνου της αναλύσκεται στην συνεργασία με όλες τις υπόλοιπες εσωτερικά εμπλεκόμενες δυνάμεις οι οποίες τελικώς διαμορφώνουν τις αξίες των μελών του οργανισμού. (Hofstede, 1984)

Η φύση της δραστηριότητας ενός οργανισμού καθώς και η κύρια λειτουργία του έχουν σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της κουλτούρας του, καθώς περιλαμβάνει την ποικιλία και την ποιότητα των παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών, τη σημαντικότητα της φήμης του και τον τύπο των πελατών του. Η κύρια λειτουργία ενός οργανισμού καθορίζει τη φύση των τεχνολογικών διεργασιών και μεθόδων που χρησιμοποιούνται και επηρεάζουν τη δομή και την κουλτούρα του (Γούλα, 2014). Επίσης ο συνδυασμός των στόχων και των ακολουθούμενων στρατηγικών για την επιτυχία τους επηρεάζει την κουλτούρα της επιχείρησης. Παράλληλα και το μέγεθος του οργανισμού επηρεάζει τη δομή και την κουλτούρα του. Μεγάλοι οργανισμοί έχουν πιο τυπικές δομές αλλά μπορεί να παρατηρούνται και δυσλειτουργίες, εξαιτίας μη ικανοποιητικής επικοινωνίας, διατμηματικού ανταγωνισμού και μη αποτελεσματικού συντονισμού. Η τοποθεσία που βρίσκεται και δραστηριοποιείται μια επιχείρηση είναι δυνατό να έχει σημαντική επίδραση στην κουλτούρα της, γιατί μπορεί να επηρεάσει τον τύπο των πελατών της, τους εργαζόμενους της επιχείρησης, τη φύση των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και τις ευκαιρίες ανάπτυξής της. Επίσης η φύση του προσωπικού που απασχολείται στην επιχείρηση και ο βαθμός αποδοχής της φιλοσοφίας του οργανισμού, οι πολιτικές και οι αποφάσεις της διοίκησης, επηρεάζουν την κουλτούρα. Το εξωτερικό περιβάλλον με τη σειρά του δύναται να διαμορφώσει ή να επιφέρει οργανωσιακές αλλαγές που απαιτούν ανάλογες ευπροσάρμοστες δομικές τροποποιήσεις (Bellou, 2008).

### **3.2.2 Χαρακτηριστικά της κουλτούρας**

Ο Kilmann (2011) σε μελέτη του για την οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρει: *«Η κουλτούρα δεσμεύει τη φαντασία και την ενέργεια των ανθρώπων. Διαμορφώνεται με βάση την αποστολή και τις απαιτήσεις γύρω από την έννοια επιτυχία, υψηλή ποιότητα, αποδοτικότητα, εξυπηρέτηση, αξιοπιστία, καινοτομία και σκληρή δουλειά»*. Κατά τον Kilmann η κουλτούρα διαμορφώνεται σχετικά γρήγορα, σύμφωνα με την αποστολή, τις ρυθμίσεις και τις απαιτήσεις του οργανισμού και έχει τρία χαρακτηριστικά:

- *Την διεύθυνση*, η οποία δείχνει την πορεία που ακολουθεί ένας οργανισμός υπό την επίδραση της κουλτούρας και τις αποφάσεις που θα πρέπει να λάβει
- *Την έκταση*, η οποία δείχνει κατά πόσο είναι διαδεδομένη η κουλτούρα, το βαθμό που έχει αφομοιωθεί και την ομοιογένεια και καθολικότητά της μέσα από την ύπαρξη ή όχι της ενιαίας άποψης της κατάστασης και τις κοινές αξίες μέσα στην επιχείρηση, και
- *Την ένταση*, που ουσιαστικά αποτελεί την πίεση που ασκεί η κουλτούρα στα μέλη της επιχείρησης.

Πολλοί άνθρωποι, λόγω της μοναδικής τους προσωπικότητας, αποτελούν πρότυπα για την υπόλοιπη ομάδα, επηρεάζουν πράγματα και καταστάσεις και προωθούν τις αξίες της οργανωσιακής κουλτούρας με τον καλύτερο τρόπο (Bellou, 2008).

Ο Schein (1985) τονίζει ότι υπάρχουν διάφορες εξηγήσεις στον τρόπο σχηματισμού της κουλτούρας και αναφέρει τρία ρεύματα, θεωρίες που συμβάλουν στον σχηματισμό της. Την ψυχοδυναμική θεωρία ή δυναμική της ομάδας, τη θεωρία της ηγετικής συμπεριφοράς και τη θεωρία μάθησης. Σύμφωνα με τον Schein η κουλτούρα ενός οργανισμού, προσδίδει στα μέλη του χαρακτηριστικά, τα κυριότερα από τα οποία είναι (Schein, 2010):

- *Η δομική σταθερότητα*. Η κουλτούρα αποτελεί σταθερό σημείο αναφοράς που καθορίζει την ίδια την οργάνωση. Μόλις διαμορφωθεί η ταυτότητα της ομάδας δύσκολα μπορεί να εγκαταλειφθεί ακόμα και όταν κάποια μέλη της αποχωρήσουν. Επομένως, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία μιας επιχείρησης, καθώς μεταβιβάζεται στα νέα μέλη, τα οποία μαθαίνουν να συμπεριφέρονται με συγκεκριμένο τρόπο, κάτι που βοηθά τον οργανισμό να επιβιώσει και να ευδοκιμήσει. Κάθε οργανισμός έχει μια συγκεκριμένη δομή που βασίζεται στα χαρακτηριστικά και το στυλ διαχείρισης του. Κατά συνέπεια αυτή η σταθερότητα στη δομή χρησιμοποιείται για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού.
- *Το βάθος της κουλτούρας*. Η κουλτούρα είναι άυλη και αποτελεί το πιο βαθύ και ασυνείδητο μέρος για μια ομάδα. Αντικατοπτρίζει ουσιαστικά το ασυνείδητο και βαθύτερο στοιχείο μιας επιχείρησης που είναι εμφανές μόνο στα μέλη της ομάδας και δύσκολα από ή ορατό από τα μη μέλη της. Η δυναμική της κουλτούρας συμβάλλει στη μείωση της αίσθησης ανασφάλειας μεταξύ των μελών της, καθιερώνει την ιεραρχία, δίνει την αίσθηση της συνέχειας και διαιωνίζει τις αρχές της.

- *Το εύρος τα κουλτούρας.* Εξασφαλίζει όλο το εύρος λειτουργικότητας της ομάδας, κυριαρχεί και επηρεάζει όλες τις πτυχές της οργάνωσης, και επηρεάζει τόσο την διερεύνηση των αρχών και των στόχων της, όσο και τις εσωτερικές της διαδικασίες.
- *Η διαμόρφωση.* Η διαμόρφωση ή ολοκλήρωση ως χαρακτηριστικό της κουλτούρας, συνδέει στοιχεία όπως το εργασιακό κλίμα και τις αξίες της επιχείρησης και επηρεάζει τις συμπεριφορές των μελών της διαμορφώνοντάς τες σε ένα ενιαίο σύνολο. Η προσέγγιση της κουλτούρας από την πλευρά της προσωπικότητας αναφέρεται στο γεγονός, ότι η ισχυρή προσωπικότητα κάποιου ατόμου συμβάλλει αποφασιστικά στην διαμόρφωση ή στην διατήρηση της κουλτούρας σε κάθε οργανισμό.

Ο Robbins (1999) αποδίδει δέκα χαρακτηριστικά στη κουλτούρα:

- *Έμφαση στην ομάδα:* πόσο καλά οργανωμένοι είναι οι εργαζόμενοι σε ομάδες.
- *Ολοκλήρωση των ομάδων:* πόσο αλληλοεξαρτημένα λειτουργούν τα τμήματα του οργανισμού.
- *Εστίαση στους ανθρώπους:* σε τι βαθμό λαμβάνουν υπόψη την επίδραση του αποτελέσματος τα μέλη έργου των οποίων είναι η λήψη αποφάσεων.
- *Ταυτότητα του μέλους:* πόσο ταυτίζονται οι εργαζόμενοι με την οργάνωση ως ολότητα και όχι μόνο με τον τομέα απασχόλησης τους.
- *Έλεγχος:* πόσο οι κανονισμοί χρησιμεύουν στον έλεγχο της συμπεριφοράς.
- *Κριτήρια αμοιβών:* σε τι βαθμό το σύστημα αμοιβών παρακινεί ένα εργαζόμενο να αυξήσει την παραγωγικότητα του και πόσο αυτά καθορίζονται με βάση την απόδοση του και όχι την παλαιότητα του.
- *Ανοχή στο κίνδυνο:* πόσο καινοτόμοι είναι οι εργαζόμενοι και πόσο ενθαρρύνονται να είναι, πόσο αισθάνονται ότι εργάζονται σε ένα πλαίσιο προστατευτικό για αυτούς.
- *Ανοχή στη διαφωνία:* πως αντιμετωπίζονται η κριτική και η διαφωνία από τα μέλη μέσα στον οργανισμό.
- *Προσανατολισμός στο στόχο:* ο βαθμός που η επιχείρηση είναι προσανατολισμένη και εστιάζει στο αποτέλεσμα και την επίτευξη της στρατηγικής.
- *Εστίαση στο ανοιχτό σύστημα:* πόσο καλά ανταποκρίνεται ο οργανισμός στις μεταβολές του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με τους O'Reilly, et al., (1991) η κουλτούρα χαρακτηρίζεται από:



- *Καινοτομία*, με έμφαση στη δημιουργικότητα και την καινοτομία.
- *Σταθερότητα*, έμφαση στη προβλεψιμότητα και τους κανόνες.
- *Προσανατολισμό στους ανθρώπους*, με έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις.
- *Προσανατολισμό στο αποτέλεσμα*, με έμφαση στην αποτελεσματικότητα.
- Άνετο περιβάλλον, ευχάριστη και άνετη ατμόσφαιρα εργασίας.
- *Προσοχή στη λεπτομέρεια*, με έμφαση στη ακρίβεια και ανάλυση.
- *Προσανατολισμό στη συνεργασία*, με έμφαση στην αρμονική συνεργασία μεταξύ των ομάδων.
- 

Επιπλέον, στην οργανωσιακή κουλτούρα αποδίδονται και τα εξής χαρακτηριστικά (Schein, 2010):

- Τα άτομα επιλέγουν να αναλαμβάνουν έγκαιρα δράση παρά να οδηγούνται σε αδράνεια στην προσπάθεια τους να υπέρ αναλύσουν τα πράγματα.
- Η δομή της οργάνωσης είναι τέτοια ώστε να διευκολύνει τη ροή των πληροφοριών σε όλα τα επίπεδα, να δίνεται έμφαση στη διερεύνηση των πραγματικών αναγκών των πελατών και στην προσαρμογή των προϊόντων/υπηρεσιών που προσφέρονται.
- Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στα προϊόντα/υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει η επιχείρηση.
- Η οργάνωση ενθαρρύνει την δημιουργική και ανεξάρτητη σκέψη, έχει την τάση να αναζητά νέες και ανεπτυγμένες μεθόδους με τις καινοτομίες να πραγματοποιούνται ως αποτέλεσμα συντονισμού και αξιοποίησης ατομικών προσπαθειών.
- Οι αμοιβές βασίζονται στην πραγματική αξία και συμβολή των εργαζομένων, ενώ τα ανώτερα στελέχη εμφανίζονται ως παραδείγματα για τους υπόλοιπους.
- Οι εργαζόμενοι συμμερίζονται και υποστηρίζουν τα πιστεύω και τις αξίες του οργανισμού.
- Η επιχείρηση θεωρείται κοινωνικά υπεύθυνη για τον τρόπο με τον οποίο ασκεί τις δραστηριότητές της, ενώ οι αντιθέσεις εντός της επιλύονται μέσα σε μια ατμόσφαιρα όπου δεν υπάρχουν νικητές και ηττημένοι.

Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί τον τυποποιημένο τρόπο σκέψης, αίσθησης και αντίδρασης που υφίσταται σ' έναν οργανισμό ή μια επιχείρηση. Αποτελεί τον προγραμματισμό

που επιβάλλεται και απαιτείται να υιοθετηθεί από τα μέλη του με τις κάτωθι παραμέτρους (Ζυγά, 2013) :

- Οι άνθρωποι αναπτύσσουν αξίες κατά τη διάρκεια της κοινωνικοποίησής τους ώστε να προσαρμοστούν στους τύπους των οργανώσεων της κοινωνίας.
- Οι διαδικασίες επιλογής αποκλείουν πολλούς που μπορεί να μην ταιριάζουν και η οργανωτική κοινωνικοποίηση αλλάζει εκείνους που πράγματι ταιριάζουν τόσο ώστε να αναπτύσσεται κάποιου βαθμού ομοιογένεια προσωπικοτήτων σε κάθε οργανισμό.
- Οι ανταμοιβές στους οργανισμούς επιλεκτικά ενισχύουν κάποιες συμπεριφορές και στάσεις και όχι κάποιες άλλες.
- Οι αποφάσεις προαγωγής λαμβάνουν υπόψη τόσο την απόδοση όσο και την προσωπικότητα των υποψηφίων.

Αντίστοιχα ο Tsai (2011) υποστηρίζει ότι η συνοχή και τα κοινά στοιχεία που καθορίζουν τη συνεκτικότητα ενός οργανισμού συγκροτούνται από χαρακτηριστικά όπως, οι κοινές αξίες και οι παραδοχές και αντιλήψεις που έχουν επιλέξει να υιοθετήσουν τα μέλη του. Με τον τρόπο αυτό τα άτομα όχι μόνο διεκπεραιώνουν τα καθήκοντα που τους έχουν ανατεθεί αλλά αντλούν και ικανοποίηση από την οργανωσιακή κουλτούρα που διέπει την εργασία τους.

### **3.3 Μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας**

Η κουλτούρα ως μια συλλογική «πνευματική κατάσταση» των μελών μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, υπαγορεύει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται στο σύνολό της και ανταποκρίνεται στους πελάτες/χρήστες των υπηρεσιών της, τις προκλήσεις του περιβάλλοντος και χαρακτηρίζεται από ορισμένα στοιχεία/διαστάσεις και τύπους. Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι έχουν αναπτυχθεί αρκετά μοντέλα-τύποι οργανωσιακής κουλτούρας. Στη συνέχεια αναλύονται τα πιο σημαντικά από αυτά.

#### **3.3.1 Μοντέλο κατά Schein**

Κατά τον Schein (1985) η κουλτούρα ορίζεται ως ένα σύνολο από βασικές υποθέσεις που μία ομάδα ατόμων έχει εφεύρει, ανακαλύψει ή αναπτύξει κατά την διαδικασία εκμάθησης της μεθοδολογίας αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν από την προσπάθεια προσαρμογής της στο εξωτερικό περιβάλλον και ταυτόχρονης σύνθεσης των δικών της εσωτερικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων. Αυτό το σύνολο των υποθέσεων έχει επεξεργασθεί τόσο καλά ώστε να θεωρείται αξιόπιστο ώστε να διδάσκεται στα νέα μέλη της

ως ο ενδεδειγμένος τρόπος αντίληψης και αντιμετώπισης των ζητημάτων της προσαρμογής στους εξωγενείς παράγοντες και σύνθεσης των εσωτερικών παραγόντων.

Υποστηρίζει ότι η κουλτούρα μπορεί να διαμορφωθεί και πως είναι αποτέλεσμα τόσο της προηγούμενης εμπειρίας και μάθησης του οργανισμού όσο και της ικανότητάς του να συνεχίζει να μαθαίνει. Τη συνδέει με την άσκηση ηγεσίας και υποστηρίζει ότι, οι ηγέτες θα πρέπει να μπορούν να διοικήσουν διαφορετικούς τύπους κουλτούρας και να έχουν την ικανότητα να την διαφοροποιούν όταν χρειάζεται. Θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα πρέπει να εξελίσσεται βάσει του κύκλου ζωής του οργανισμού και να περνάει από τη σταθερότητα στην αλλαγή, καθώς αυτή ωριμάζει, προκειμένου να μην βρεθεί σε κατάσταση ύφεσης. Στοιχεία της αποτελούν η σχέση του οργανισμού με το περιβάλλον του, η φύση της ανθρώπινης δραστηριότητας, η φύση της πραγματικότητας και της αλήθειας, η φύση του χρόνου, η φύση της ανθρώπινης δραστηριότητας, η φύση των ανθρώπινων σχέσεων και η ομοιογένεια ενάντια στη διαφορετικότητα (Schein 1985).

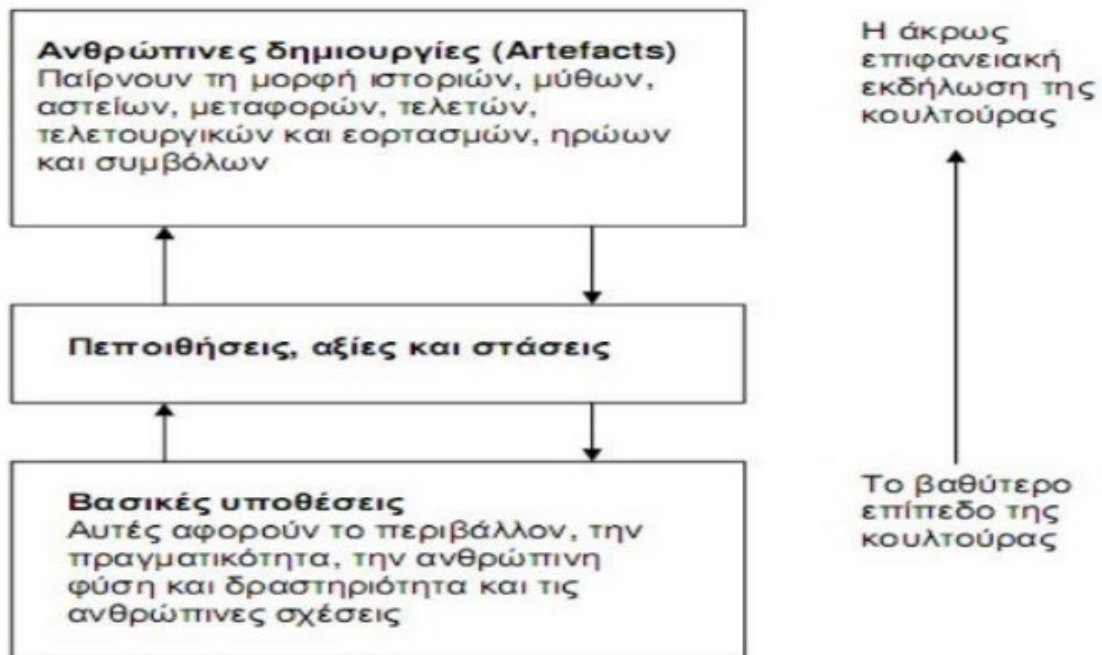
Σύμφωνα με τον Schein η οργανωσιακή κουλτούρα, αποτελείται από τρία αλληλεπιδραστικά και συνθετικά διαμορφούμενα επίπεδα. Στον πυρήνα (πρώτο επίπεδο) βρίσκονται τα βασικά “πιστεύω” και οι υποθέσεις, που θεωρούνται ως δεδομένα παρά το γεγονός ότι δεν είναι απευθείας ορατά. Στο δεύτερο επίπεδο εντοπίζονται οι διάφορες αξίες, οι κανόνες και τα πρότυπα συμπεριφοράς, που αν και όχι πάντα ορατά, γίνονται πολύ ευκολότερα αντιληπτά. Τέλος, στο τρίτο και πιο επιφανειακό επίπεδο, βρίσκονται οι ορατές προβολές και τα φυσικά αποτελέσματα των δύο βαθύτερων επιπέδων, έστω και αν συχνά αυτά δεν είναι κατανοητά από το σύνολο των εργαζομένων στην εταιρεία (Schein, 2010).

Απόρροια των παραπάνω είναι η περιγραφή και ο διαχωρισμός της κουλτούρας ως ισχυρής ή μη ισχυρής. Η οργανωσιακή κουλτούρα περιγράφεται ως ισχυρή όταν χαρακτηρίζεται από ομοιογένεια, σταθερότητα, συνοχή και μεγάλη ένταση, από συγκλίνουσες προσδοκίες που στηρίζονται στους κανόνες, ενώ είναι ταυτόχρονα σε μεγάλο βαθμό αποδεκτή και διαφοροποιημένη. (Schein,2010)

Οι αξίες της ισχυρής κουλτούρας υιοθετούνται πιο έντονα και ευρύτερα με αυξημένη δέσμευση και αποδοχή από την πλειοψηφία των μελών του οργανισμού, εμποδίζοντας τη δημιουργία ανταγωνιστικών συστημάτων εντός του οργανισμού. Αντίθετα η αδύναμη, ή μη ισχυρή, οργανωσιακή κουλτούρα χαρακτηρίζεται από χαλαρούς δεσμούς μεταξύ των μελών, αβεβαιότητα ρόλων και ασάφεια στόχων (Schein, 2010). Λαμβάνοντας υπόψιν ότι, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι η ικανότητα συνεχούς βελτίωσης της δυνατότητας του οργανισμού να αντιμετωπίζει τα προβλήματά του με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να

αναπροσαρμόζει την ταυτότητά του ο Schein (2010) διαχωρίζει τη δομή ενός οργανισμού σε τρία επίπεδα.

(Σχήμα 3.1)



Σχήμα 3.1. Επίπεδα κουλτούρας στον Οργανισμό κατά Schein.

Πηγή: Schein (2010) και επεξεργασία συγγραφέα

**Επιφαινόμενα (artifacts).** Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει στοιχεία που γίνονται αντιληπτά σε μια πρώτη επαφή με μια οργανωσιακή κουλτούρα, όπως η χωρική οργάνωση ενός εργασιακού χώρου, καθημερινές λειτουργίες του οργανισμού ορατές προς τρίτους, όπως δραστηριότητες, γλώσσα, σηματοδοτήσεις γραφείων, τελετές, ο τρόπος ενδυμασίας (dress code), το φυσικό περιβάλλον, οι οργανωτικές δομές και οι διεργασίες, οι τρόποι επικοινωνίας μεταξύ των μελών, ο τρόπος της εκτέλεσης του διευθυντικού έργου και η ιστορία της οργάνωσης.

Τα μέλη που υιοθετούν την ίδια κουλτούρα, πιθανώς να μην γνωρίζουν τις εκδηλώσεις της, αλλά αυτές είναι δυνατό να αναγνωριστούν άμεσα από τον καθένα. Από την πλευρά του ερευνητή, οι εκδηλώσεις είναι τα πιο προσβάσιμα από όλα τα στοιχεία της κουλτούρας.

**Τις μοιραζόμενες αξίες (πεποιθήσεις και στάσεις), (shared values).** Πρόκειται για υιοθετημένους (espoused beliefs and values) λόγους, για τους οποίους τα πράγματα γίνονται με έναν συγκεκριμένο τρόπο στην επιχείρηση όπως κανόνες και κώδικες δεοντολογίας. Σημαντικό επίπεδο οργανωτικής κουλτούρας διότι σχετίζεται με την στρατηγική, τους στόχους και τη φιλοσοφία της επιχείρησης. Η ομάδα εκπαιδεύεται και ενστερνίζεται τις πεποιθήσεις και τις αξίες του οργανισμού.

Οι μοιραζόμενες αξίες αποτελούν τους αόρατους νόμους με τους οποίους τα μέλη αντιλαμβάνονται, σκέπτονται και αισθάνονται όταν προβαίνουν σε μια δράση ως μέλη της επιχείρησης (μέσα επίλυσης προβλημάτων, εργασιακές σχέσεις). Εάν οι ενστερνιζόμενες αξίες και πεποιθήσεις συμφωνούν με τις βασικές παραδοχές τότε οδηγούμαστε σε μια ολοκληρωμένη κουλτούρα και αποτελεί μια πηγή ταυτότητας για τα μέλη της.

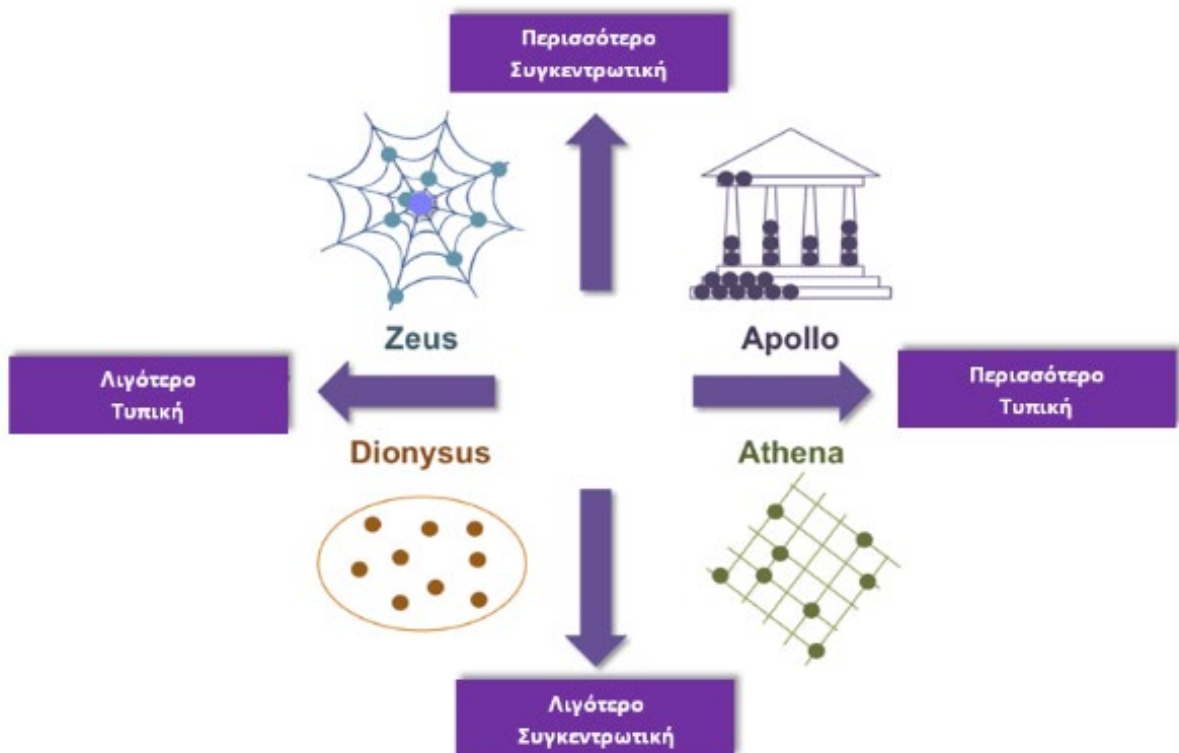
*Τις βασικές παραδοχές (basic assumptions).* Πρόκειται για τους μη ορατούς, αλλά προσδιορίσιμους λόγους για τους οποίους τα μέλη μιας ομάδας αντιλαμβάνονται, σκέπτονται και αισθάνονται με ένα συγκεκριμένο τρόπο, σε ότι αφορά στο εξωτερικό περιβάλλον και στη λειτουργία της επιχείρησης.

Η αποστολή του οργανισμού (mission), ο τρόπος επίλυσης προβλημάτων, οι διαπροσωπικές σχέσεις, ο χρόνος και ο χώρος είναι βασικές παραδοχές ενός οργανισμού και είναι συνήθως σιωπηλές είτε αποδεκτές από τον οργανισμό είτε όχι. Οι βασικές παραδοχές προκύπτουν από το βαθμό συναίνεσης λόγω της επαναλαμβανόμενης επιτυχίας. Τείνουν να είναι αδιαμφισβήτητες και κατά συνέπεια είναι αδύνατον να αλλάξουν.

### **3.3.2 Μοντέλο των Harrison και Handy**

Το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε από τον Harrison το 1972, ο οποίος ανέπτυξε μια τυπολογία για την οργανωσιακή κουλτούρα, στην οποία αργότερα, το 1985 πρόσθεσε στοιχεία ο Handy. Στο μοντέλο αυτό περιλαμβάνονται τέσσερις κουλτούρες οι οποίες είναι διακριτές μεταξύ τους αλλά μπορεί και να συνυπάρχουν (Γούλα, 2014). Στις τέσσερις κουλτούρες αυτού του μοντέλου αποδίδονται και ονόματα αρχαίων Ελλήνων θεών, παραλληλίζοντας τον κάθε έναν τύπο με τη βασική φιλοσοφία του ονόματος του συγκεκριμένου θεού.

Ειδικότερα: (Σχήμα 3.2):



Σχήμα 3.2. Το μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας των Harrison και Handy

Πηγή: Διαδίκτυο και επεξεργασία συγγραφέα.

Προσανατολισμένη στην εξουσία - Δίας (Power orientation): Σημαντικό και κυρίαρχο ρόλο έχουν οι ηγέτες, οι οποίοι επιχειρούν να επιβληθούν έναντι των υφιστάμενων τους. Σε τέτοιου είδους οργανισμούς οι εργαζόμενοι τοποθετούνται σε θέσεις κλειδιά και εφαρμόζεται το συγκεντρωτικό μοντέλο ηγεσίας. Είναι εμφανές ότι κυριαρχεί η εμπιστοσύνη και οι ανεπτυγμένες διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων. Η επίδραση της γραφειοκρατίας είναι ελάχιστη κι αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην περιορίζεται η δράση του προσωπικού από κανόνες, πολιτικές και αυστηρές διαδικασίες. Επομένως, διακρίνεται ότι η αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού υπολογίζεται με όρους έντονου ανταγωνισμού, ανάπτυξης και επίτευξης των μέγιστων δυνατών αποτελεσμάτων. Η επιτυχία βασίζεται στο κέρδος/χρήμα, ενώ η πίστη των εργαζομένων στον ιδρυτή τους ανταμείβεται με δύναμη και ευθύνες. Η εργασία σε μια εταιρεία ή οργανισμό με αυτήν την κουλτούρα απαιτεί από τους εργαζόμενους να γνωρίζουν ακριβώς τι αναμένεται από αυτούς με βάση τις προσδοκίες που θέτει η διοίκηση της εταιρείας. Εάν οι εργαζόμενοι υιοθετήσουν αυτή την κουλτούρα, μπορεί να δημιουργηθεί μια ευτυχισμένη και ικανοποιημένη επιχείρηση, η οποία με τη σειρά της δεσμεύεται για την επίτευξη των καθορισμένων επιχειρηματικών στόχων. Αντίθετα, οι

εσφαλμένες προβλέψεις μπορεί να οδηγήσουν σε έντονη δυσαρέσκεια, μερικές φορές απώλεια μεγάλων χρηματικών ποσών και γενική έλλειψη προσπάθειας και ενθουσιασμού.

Προσανατολισμένη στους ρόλους – Απόλλων (Role orientation): Ουσιαδεις ρόλο, σε αυτό το μοντέλο, παίζει η ιεραρχία και η αντίστοιχη κατανομή της εργασίας στα μέλη. Το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης είναι αυτό που εφαρμόζεται κυρίως σε αυτούς τους οργανισμούς και κατ'επέκταση οι κανόνες ελέγχουν τη λειτουργία του οργανισμού. Με σκοπό την εξασφάλιση της σταθερότητας, της ασφάλειας και της σταθερής εξέλιξης του οργανισμού, η λήψη πρωτοβουλιών και οι καινοτομίες αποφεύγονται. Ουσιαστικά έχουμε ένα μοντέλο ιεραρχικής κουλτούρας όπου τα πάντα βασίζονται στην τυπική ικανότητα, δύναμη και ρόλο όσων βρίσκονται σε θέσεις εξουσίας. Η αυστηρή δομή διασφαλίζει ότι η επιχείρηση λειτουργεί σωστά. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στις διαδικασίες και τους κανονισμούς. Αυτός ο τύπος οργάνωσης χαρακτηρίζεται από ισχυρούς λειτουργικούς ή εξειδικευμένους τομείς που συντονίζονται από μια στενή ομάδα κορυφαίων στελεχών και υψηλό επίπεδο τυποποίησης. Το έργο των λειτουργικών περιοχών και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους διέπονται από τους κανόνες και τις διαδικασίες που καθορίζουν την εργασία. τις εξουσίες που προκύπτουν, τον τρόπο επικοινωνίας και επίλυσης διαφορών. Η αποτελεσματικότητα αυτής της κουλτούρας εξαρτάται από τη λογική της κατανομής της εργασίας και της ευθύνης και όχι από τις μεμονωμένες προσωπικότητες.

Προσανατολισμένη στις Δραστηριότητες – Αθηνά (Task orientation): Στο εσωτερικό αυτών των οργανισμών η κουλτούρα έχει στόχο την αξιοποίηση των κατάλληλων ανθρώπων με τη χρησιμοποίηση των σωστών πόρων για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Ένα τέτοιο μοντέλο εργασιών βασίζεται στην ικανότητα της ομάδας να βελτιώνει την αποτελεσματικότητα και να επιτυγχάνει κοινούς στόχους, ενώ αναγνωρίζει επίσης μεμονωμένα επιτεύγματα. Αυτό συνεπάγεται μια ομαδική κουλτούρα στην οποία το αποτέλεσμα της ομαδικής εργασίας υπερτερεί των ατομικών στόχων και των περισσότερων διαφορών στην κατάσταση και το στυλ. Η επιρροή βασίζεται περισσότερο στη δύναμη των ειδικών παρά στη θέση ή στην προσωπική δύναμη, και είναι πιο διάχυτη από ό,τι σε άλλες κουλτούρες. Η παραγωγή έργου σε αυτό το μοντέλο εξαρτάται από την ομαδική εργασία για να υφίστανται αποτελέσματα. Μεμονωμένες ομάδες, ομάδες έργου ή ομάδες εργασίας σχηματίζονται για συγκεκριμένο σκοπό και μπορούν να αναμορφωθούν, να εγκαταλειφθούν ή να συνεχιστούν ανάλογα με τις ανάγκες. Οι οργανισμοί αυτοί χαρακτηρίζονται από πνεύμα δημιουργικότητας και αποδοτικότητας και είναι κυρίως προσανατολισμένοι στην πραγματοποίηση ενός συγκεκριμένου σκοπού ή λειτουργίας. Συνήθως αυτοί οι οργανισμοί σχηματίζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό και διαλύονται μετά την εκπλήρωσή του.

Προσανατολισμένη στο άτομο - Διόνυσος ( Person orientation): Το άτομο αποτελεί το κέντρο της λειτουργίας και του ενδιαφέροντός αυτών των οργανισμών. Κατά συνέπεια, παρέχουν στο άτομο όλα τα μέσα που θα το βοηθήσουν ώστε να επιτύχει τους στόχους που του έχουν τεθεί. Η ατομικότητα είναι η βάση αυτού του μοντέλου. Οι άνθρωποι είναι ανεξάρτητοι και πράττουν κατά βούληση. Σε μια επιχείρηση όπου παρατηρείται αυτό το είδος κουλτούρας, οι εργαζόμενοι συχνά διστάζουν να οικειοποιηθούν την εργασία τους, αλλά συνεχίζουν να απαιτούν υψηλό βαθμό ανεξαρτησίας και ευελιξίας εντός των ομάδων. Το κίνητρό τους δεν βασίζεται σε υλικά μέσα. Αν υπάρχει μια δομή ή μια οργάνωση, υπάρχει μόνο για να βοηθά και να εξυπηρετεί τους ανθρώπους μέσα σε αυτήν, χωρίς απώτερα κίνητρα. Οι οργανισμοί αυτοί είναι σπάνιοι και συνήθως στελεχώνονται από επιστήμονες.

### **3.3.3 Μοντέλο του Geert Hofstede (1980)**

Ο Geert Hofstede θεωρείται ένας από τους πιο σημαντικούς μελετητές της οργανωσιακής κουλτούρας. Υποστήριξε ότι οι οργανισμοί αποτελούν κομμάτι ενός ευρύτερου συστήματος και η οργανωσιακή κουλτούρα τους τμήμα μιας ευρύτερης κουλτούρας. Περιέγραψε τους εξής τέσσερεις δείκτες κουλτούρας (Hofstede et al., 2010):

Διαφοροποίηση στη Δύναμη (Power Distance Index): Αυτός ο δείκτης αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο τα άτομα αποδέχονται την άνιση κατανομή εξουσίας μεταξύ των ισχυρότερων μελών ενός οργανισμού και των λιγότερο ισχυρών. Υψηλά ποσοστά αυτού του δείκτη υποδηλώνουν ότι τα μέλη μιας οργάνωσης αποδέχονται την άνιση κατανομή εξουσίας και την ύπαρξη ιεραρχίας.

Αποφυγή της αβεβαιότητας (Uncertainty Avoidance): Αυτός ο δείκτης αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο οι ανθρώπινες κοινωνίες έχουν αναπτύξει τρόπους αντιμετώπισης της αβεβαιότητας που προκύπτει από απειλητικές καταστάσεις και έχουν προσπαθήσει να δημιουργήσουν σταθερές δομές και τύπους για να προστατευθούν. Οι οργανισμοί που έχουν αναπτύξει μια τέτοια συντηρητική κουλτούρα τείνουν να εφαρμόζουν πολλούς κανόνες και μια επιθυμία σταθερότητας που καθοδηγείται από τα μέλη τους, τα οποία αντιστέκονται σε οτιδήποτε καινοτόμο ή πρωτοποριακό. Από την άλλη, όσοι οργανισμοί είναι λιγότερο αβέβαιοι για το μέλλον τους είναι πιο πιθανό να βρίσκονται σε κατάσταση ρευστότητας, πιο ευέλικτοι με τις αλλαγές και διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα πιθανούς κινδύνους.

Ατομικισμός (Individualism): Αυτός ο δείκτης μετράει πόση αυτονομία μπορούν να λάβουν οι εργαζόμενοι κατά την εργασία τους. Σε αυτούς τους οργανισμούς, η κατανομή της εργασίας προσαρμόζεται έτσι ώστε οι ατομικές ανάγκες των εργαζομένων και του εργοδότη να



συμπίπτουν. Αυτοί οι οργανισμοί επικεντρώνονται στην ανάπτυξη και τη συμμετοχή των ατόμων.

Ανδροκρατία (Muscularity) : Αυτός ο δείκτης σχετίζεται με την έκφραση δύναμης που έχει ανδρικά στοιχεία, τα οποία καθορίζονται από τα χαρακτηριστικά της εξουσίας, της επιβολής, της άρνησης και του ελέγχου. Οι κουλτούρες που δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην αρρενωπότητα τείνουν να εστιάζουν περισσότερο σε ζητήματα που σχετίζονται με την επίτευξη στόχων, προαγωγές, υψηλές υλικές ανταμοιβές, αξίες και συμπεριφορές που παραδοσιακά απαντώνται στους άνδρες. Σε τέτοιους οργανισμούς είναι δύσκολη η εξέλιξη των γυναικών.

### **3.3.4 Τυπολογία του Sonnenfeld J.A. (1988)**

Σύμφωνα με τον Sonnenfeld (1988) διακρίνονται τέσσερις τύποι οργανωσιακής κουλτούρας:

Η ακαδημαϊκή κουλτούρα (Academy Culture), η οποία συναντάται σε νοσοκομεία, πανεπιστήμια και μεγάλες εταιρείες όπου οι εργαζόμενοι έχουν πολλές εξειδικευμένες δεξιότητες και παραμένουν στον οργανισμό για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτοί οι οργανισμοί είναι πάντα σε επιφυλακή για νέα στελέχη που θα βοηθήσουν στην παραγωγή νέων ανταγωνιστικών προϊόντων. Είναι γνωστοί για τη σταθερότητά τους και τις επενδύσεις τους στην ανάπτυξη των εργαζομένων, ενώ τα στελέχη τους είναι ιδιαίτερα αφοσιωμένα σε αυτούς.

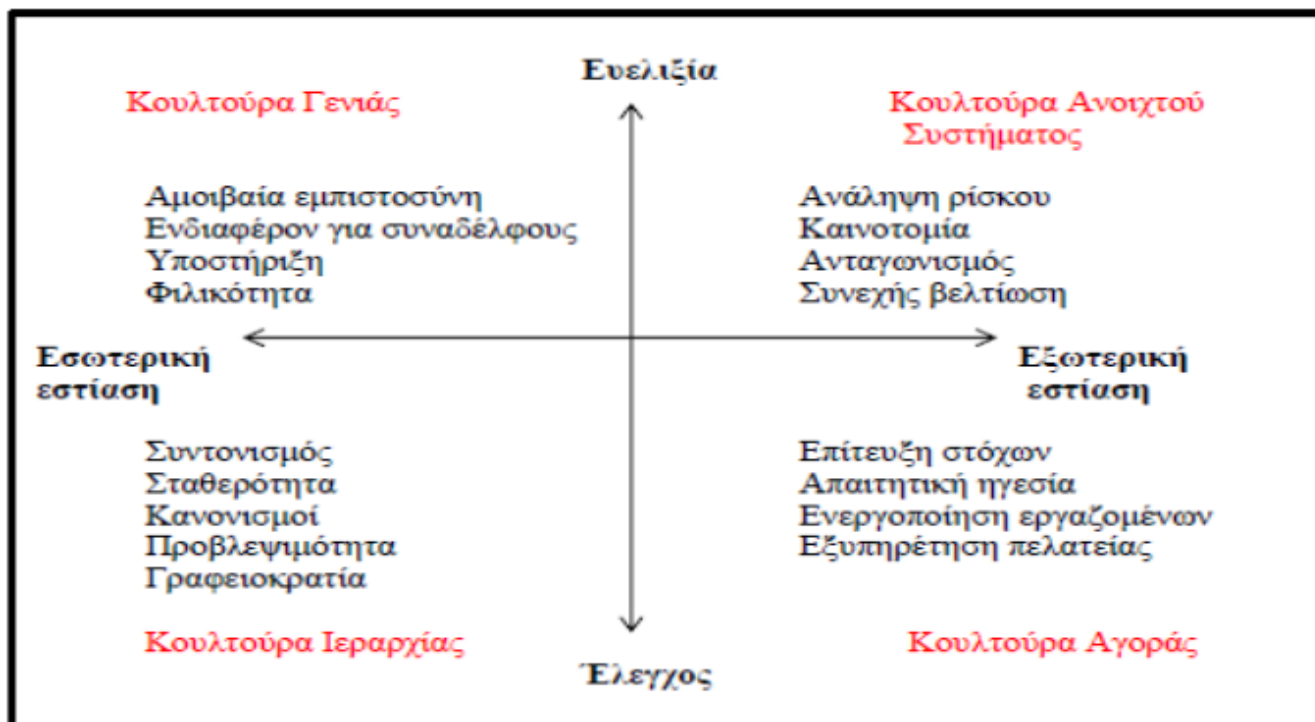
Την κουλτούρα Ομίλου (Club Culture), η οποία επικρατεί κυρίως σε δημόσιους και στρατιωτικούς οργανισμούς. Η κατηγορία αυτών των οργανισμών χαρακτηρίζεται από σταθερότητα, τήρηση της ιεραρχίας, δέσμευση των μελών τους και αίσθηση ταύτισης της ομάδας με τον οργανισμό. Λιγότερη έμφαση δίνεται στην εξέλιξη και στην καινοτομία.

Την κουλτούρα Ομάδας μπέιζμπολ (Baseball Team Culture), την οποία συναντάμε σε εξωστρεφείς οργανισμούς με εξωτερικό προσανατολισμό. Διαπιστώνουμε ότι οι οργανισμοί με εξωτερικό προσανατολισμό παρέχουν στους υπαλλήλους ευκαιρίες να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους μέσω συνεχούς εκπαίδευσης και πρακτικής, και οι εργαζόμενοι συνήθως μεταφέρονται μεταξύ τετοιου είδους οργανισμών. Τέτοιες περιπτώσεις είναι συνήθως διαφημιστικά γραφεία και τράπεζες επενδύσεων.

Την κουλτούρα Φρούριο (Fortress Culture), η οποία αναπτύσσεται σε οργανισμούς με τον παράγοντα «ομάδα» να κυριαρχεί στο άτομο σε θέματα προβολής, κατανομής ευθυνών και αδειοδότησης. Τέτοιες επιχειρήσεις είναι οι εκδοτικοί οίκοι, οι εταιρείες φυσικών πόρων και εκείνες του λιανικού εμπορίου. (Sonnenfeld et al,1988).

### **3.3.5 Τυπολογία των Quinn και Cameron (1996)**

Το μοντέλο που αναπτύχθηκε από τους Quinn και Cameron είναι γνωστό ως το μοντέλο των ανταγωνιστικών αξιών (Competing Values Framework- CVF)., και συνδέει την απόδοση και την αποτελεσματικότητά ενός οργανισμού με την κουλτούρα του. Σύμφωνα με τους Cameron και Quinn (1999), η κουλτούρα είναι ένας δυναμικός παράγοντας που συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα της διαχείρισης ενός οργανισμού. Βοηθά τους οργανισμούς να προσαρμοστούν στα μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα και δίνει τη δυνατότητα σε όλους τους ενδιαφερόμενους να συνεργαστούν αρμονικά. Εγγυάται πρώτα την επιβίωση του οργανισμού σε πρώτο επίπεδο και μετά την ανάπτυξή του. Σύμφωνα με τη θεωρία τους, η κουλτούρα μπορεί να διαμορφωθεί από τον ιδρυτή του οργανισμού, από το ευρύτερο περιβάλλον με την πάροδο του χρόνου ή μέσω των συνειδητών προσπαθειών των επιχειρηματικών ομάδων. Το συγκεκριμένο μοντέλο περιγράφει τέσσερις τύπους κουλτούρας, βασισμένους πάνω σε δύο διαστάσεις ανάλογα με την ευελιξία και τη σταθερότητα του κάθε οργανισμού και την εξωτερική ή την εσωτερική του εστίαση (Cameron S.& Quinn E., 2006). Δημιούργησαν ένα εργαλείο που μετράει με ποσοτικά δεδομένα τις ποιοτικές παραμέτρους της κουλτούρας και επιχειρεί όχι μόνο να φωτίσει τις ποιοτικές πτυχές ενός οργανισμού, αλλά να τις ομαδοποιήσει σε ξεχωριστές κατηγορίες που στηριζόμενες σε γενικά χαρακτηριστικά μπορούν να εφαρμοστούν σε ποικίλα οργανωσιακά συστήματα. Το μοντέλο στο οποίο βασίζεται το εργαλείο που κατασκεύασαν ονομάζεται Πλαίσιο Ανταγωνιστικών Αξιών. Με βάση αυτό το μοντέλο θεώρησης, ορισμένες εταιρείες θεωρούν τις δραστηριότητές τους αποτελεσματικές εάν είναι ευέλικτες και προσαρμόσιμες, ενώ άλλες θεωρούν τις δραστηριότητές τους ως αποτελεσματικές επειδή παραμένουν σταθερές και προβλέψιμες. Ομοίως, ορισμένες εταιρείες θεωρούνται επιτυχημένες εάν επιτύχουν ολοκλήρωση και ενοποίηση, ενώ άλλες δίνουν έμφαση στην αλληλεπίδραση και τον ανταγωνισμό. Σύμφωνα με τους Cameron και Quinn (2006), η οργανωσιακή κουλτούρα έχει δύο διαστάσεις: μία που εξασφαλίζει συνεχόμενη ευελιξία και έλεγχο και μία που κάνει διάκριση μεταξύ του εσωτερικού και του εξωτερικού προσανατολισμού του οργανισμού. Αυτές οι διαστάσεις σχηματίζουν τέσσερις τύπους κουλτούρας, καθένας από τους οποίους αντιπροσωπεύει ένα διαφορετικό σύνολο δεικτών οργανωτικής αποτελεσματικότητας. Αυτοί οι δείκτες δείχνουν τι θεωρούν τα άτομα σημαντικό για την απόδοση του οργανισμού τους.



Σχήμα 3.3. Χαρακτηριστικά και εστίαση του μοντέλου των Cameron and Quinn.

Πηγή: Cameron and Quinn (2006) και επεξεργασία συγγραφέα.

Κάθε τύπος κουλτούρας διακρίνεται από ορισμένες χαρακτηριστικές διαστάσεις: κυρίαρχα χαρακτηριστικά (dominant characteristics), στυλ ηγεσίας (leadership style), μηχανισμούς σύνδεσης (bonding ή coupling mechanisms), στρατηγική έμφαση (strategic emphases), επιχειρησιακό σκοπό, παράγοντες υποκίνησης και κριτήρια αποτελεσματικότητας. Η διάσταση με τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της κουλτούρας της επιχείρησης, σχετίζεται τη συνολική της εικόνα. (Berio, 2003)

Η διάσταση του στυλ ηγεσίας που συναντάται στην επιχείρηση αφορά τις πρακτικές που ακολουθούνται από τους ηγέτες της. Κάθε τύπος κουλτούρας χαρακτηρίζεται από ένα συγκεκριμένο στυλ ηγεσίας το οποίο εναρμονίζεται και ενισχύει τις αξίες του. Η παρουσία του ενδεδειγμένου στυλ ηγεσίας σε μία συγκεκριμένη επιχείρηση συμβάλλει σε μείωση των συγκρούσεων και των πιέσεων στο εσωτερικό της, καθώς και σε υψηλή παραγωγικότητα.

Η διάσταση των μηχανισμών σύνδεσης αναφέρεται στο σετ των κοινών αξιών και πεποιθήσεων που χαρακτηρίζουν την επιχείρηση και λειτουργούν ως «κόλλα» για τα μέλη της. Η διάσταση της στρατηγικής έμφασης σχετίζεται με τον καθορισμό των πεδίων στα οποία αποδίδει έμφαση η επιχείρηση και τα οποία καθοδηγούν τη στρατηγική της. Αποτελούν ουσιαστικά τις γενικές προσεγγίσεις ή προσανατολισμούς που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη αποτελεσματικότητας. Η διάσταση κριτήρια αποτελεσματικότητας αναφέρεται

ουσιαστικά στο πώς καθορίζει η ίδια η επιχείρηση την αποτελεσματική λειτουργία της. (Cameron & Quinn, 2006)

Οι Cameron και Quinn ονόμασαν αυτούς τους τύπους κουλτούρας: Γενιάς (Clan, συμμετοχική, ιεραρχική κουλτούρα, βασίζεται στην συνεργασία), Ανοιχτού συστήματος (Adhocracy, προσαρμοστική κουλτούρα, βασίζεται στη δημιουργία), Αγοράς (Market, βασίζεται στον ανταγωνισμό) και Ιεραρχίας (Hierarchy, βασίζεται στον έλεγχο). Τα χαρακτηριστικά κάθε τύπου περιγράφονται παρακάτω:

- **Τύπος Γενιάς/οικειότητας (Clan):** Ο οργανισμός, ενδιαφέρεται για τους υπαλλήλους του και την προσωπική τους ανάπτυξη. Σημαντικά στοιχεία του αποτελούν η φιλικότητα, η αμοιβαία εμπιστοσύνη, η υποστήριξη και το ενδιαφέρον για τους συναδέλφους, η ανεπίσημη επικοινωνία, η ομαδική συνοχή, η αφοσίωση και η δέσμευση των υπαλλήλων. Ο εργαζόμενος συμμετέχει στην λήψη των αποφάσεων και η επιχείρηση που υιοθετεί αυτό τον τύπο κουλτούρας αυτό θεωρείται άκρως φιλικό μέρος για τον εργαζόμενο. Υπάρχει λιγότερη έμφαση στον τυπικό συντονισμό και στην ελεγχόμενη λήψη αποφάσεων. Τα μέλη σ' αυτήν την κουλτούρα εστιάζουν στην παράδοση και στην πίστη. Οι εργαζόμενοι συμπεριφέρονται σαν οικογένεια και τα προσωπικά ενδιαφέροντα αντικαθίστανται από τα ενδιαφέροντα του οργανισμού. Επίσης, η οργανωσιακή δέσμευση των μελών του οργανισμού διασφαλίζεται μέσω της συμμετοχής.

*Στόχος* η εστίαση στο εσωτερικό του οργανισμού, επιτρέποντας την ελεύθερη έκφραση των υπαλλήλων.

- **Τύπος Ανοιχτού Συστήματος / καινοτομίας (Adhocracy):** Αυτό το είδος κουλτούρας προωθεί την ανάληψη ρίσκου και την καινοτομία, εστιάζοντας στην ανάπτυξη του οργανισμού μέσα από την καινοτομία. Δίνει έμφαση στο εξωτερικό περιβάλλον, τις αλλαγές, την ανταγωνιστικότητα και τον πειραματισμό, τις αλλαγές και την προσαρμοστικότητα σε αυτές, την ελευθερία πρωτοβουλιών, την ανάληψη κινδύνου, τη δημιουργικότητα, τον δυναμισμό, την επιτυχία, τον ανταγωνισμό, την καινοτομία, τη δημιουργία μοναδικών και νέων προϊόντων. Η δύναμη των ατόμων πηγάζει από τις ικανότητες και την ανάπτυξή τους. Οι διευθυντές λειτουργούν περισσότερο ως επιχειρηματίες και δημιουργοί καινοτομιών.

*Στόχος* η απόκτηση νέων πόρων, η διατήρηση της διαφάνειας των εργασιών, η νομιμότητα, η εξωτερική υποστήριξη και η ανάπτυξη σε νέες αγορές και νέα προϊόντα.

- **Τύπος Ιεραρχίας (Hierarchy):** Αυτός ο τύπος εστιάζει στο συντονισμό, τη σταθερότητα και την προβλεψιμότητα που επιτυγχάνονται μέσα από σύνθετους

κανόνες και κανονισμούς. Οι ηγέτες είναι συντηρητικοί και άκρως προσεκτικοί, αποδίδοντας ιδιαίτερη προσοχή σε τεχνικά ζητήματα, λειτουργώντας ως συντονιστές. Οι εργαζόμενοι προσαρμόζονται στις ανάγκες της επιχείρησης καθώς επιβάλλεται η τήρηση κανόνων, καταστατικών και συγκεκριμένων ρόλων. Οι επιχειρήσεις που υιοθετούν αυτό τον τύπο κουλτούρας χαρακτηρίζονται από αυστηρά τυποποιημένες και δομημένες λειτουργίες. Η βάση αυτής της κουλτούρας είναι η εξαρτημένη σχέση μεταξύ υφιστάμενων και των προϊσταμένων τους. Οι οργανισμοί εστιάζουν στον έλεγχο των εργαζομένων μέσω της χρήσης της επίβλεψης και της θέσπισης κανόνων και στάνταρ διαδικασιών. Δεν είναι πολύ προσαρμοστικές και αντιστέκονται στην αλλαγή. Αρκετές φορές η εσωτερική οργάνωση, ο έλεγχος και η ομαλή λειτουργία γίνεται αυτοσκοπός.

*Στόχος* η σωστή και τυπική εκτέλεση των διαδικασιών, η οποία αποτελεί και το σκοπό λειτουργίας της επιχείρησης, καθώς είναι αυτή που καθορίζει πλήρως τις αρμοδιότητες των εργαζομένων στο εσωτερικό της.

- **Τύπος Αγοράς (Market:)** Το χαρακτηριστικό του είναι ο προσανατολισμός στους στόχους και την επίτευξή τους, το ανταγωνιστικό πνεύμα, η σκληρή και απαιτητική ηγεσία, η εξυπηρέτηση των πελατών, βραχυπρόθεσμος προγραμματισμός, η στοχοθεσία και η ύπαρξη προτύπων απόδοσης, ο ορθολογισμός, ο έλεγχος των δαπανών και των αποτελεσμάτων, ο καθορισμός των καθηκόντων και η αποδοτική αξιοποίηση των πόρων, συνδυάζοντας τους στόχους της επιχείρησης και λαμβάνοντας υπόψη το εξωτερικό περιβάλλον. Οι ηγέτες που υιοθετούν αυτό τον τύπο παρουσιάζονται ως αποφασιστικοί, λειτουργικοί και απαιτητικοί. Τείνουν να είναι προσανατολισμένοι στην επίτευξη στόχων, παρέχουν συνοχή και ενθαρρύνουν διαρκώς την παραγωγικότητα. Αντίστοιχα οι εργαζόμενοι πρέπει να αποδείξουν τις ικανότητές τους, προκειμένου να βιώσουν το αίσθημα της επίτευξης του στόχου, ενώ ο προϊστάμενος είναι ο καθοδηγητής που χαράσει το δρόμο.

*Στόχος* ο προσανατολισμός της επιχείρησης στην επίτευξη των αποτελεσμάτων.

Σύμφωνα με το μοντέλο των Cameron and Quinn κάθε τύπος κουλτούρας έχει έναν πολικά αντίθετο. Έτσι ο τύπος clan (ευελιξία – εστίαση σε εσωτερικό περιβάλλον) βρίσκεται σε αντίθεση με τον τύπο market (σταθερότητα – εστίαση σε εξωτερικό περιβάλλον). Ο τύπος adhocracy (ευελιξία – εστίαση σε εξωτερικό περιβάλλον) βρίσκεται σε αντίθεση με τον τύπο hierarchy (σταθερότητα – εστίαση σε εσωτερικό περιβάλλον). Οι τύποι clan και adhocracy

μοιράζονται μία έμφαση στην αλλαγή. Οι τύποι *adhocracy* και *market* εστιάζουν στο εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης, ενώ οι *clan* και *hierarchy* στο εσωτερικό αυτής. Οι τύποι *market* και *hierarchy* αποδίδουν ιδιαίτερη βαρύτητα στη σταθερότητα και τον έλεγχο.

### **3.4 Οργανωσιακή κουλτούρα και Υπηρεσίες Υγείας**

Στους χώρους παροχής ΥΥ, η οργανωσιακή κουλτούρα έχει συνδεθεί με τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δεδομένου ότι η οργανωτική κουλτούρα αντανακλά κοινές προσδοκίες και αξίες, η σχέση της με την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας δημιουργεί ένα κλίμα σταθερότητας και ανάπτυξης στους οργανισμούς (Scott, 2003). Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η κουλτούρα περιλαμβάνει τόσο την ενσωμάτωση και κοινωνικοποίηση των νέων μελών ενός οργανισμού όσο και τον συντονισμό, τη δέσμευση, τη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών και την αίσθηση της κοινής τους ταυτότητας (Γούλα, 2014). Ο συνδυασμός αυτών των παραμέτρων αποτελεί προϋπόθεση, προκειμένου ο οργανισμός να διατηρεί ένα υψηλό επίπεδο οργάνωσης και επιτυχούς λειτουργίας στις συνεχώς αυξανόμενες και εξελισσόμενες απαιτήσεις του χώρου της υγειονομικής περίθαλψης. Για το λόγο αυτό, η μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας στους χώρους παροχής ΥΥ έχει προσελκύσει την αυξανόμενη προσοχή μεταξύ των ερευνητών, προκειμένου να καθοριστεί η σχέση της με την απόδοση και την ποιότητα της φροντίδας (Shortell SM, 2000).

Πολλά ποσοτικά και ποιοτικά εργαλεία που έχουν σχεδιαστεί για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν αναπτυχθεί και εφαρμοστεί σε βιομηχανικούς, εκπαιδευτικούς και ιατρικούς χώρους. Η πλειοψηφία των ερευνητών υιοθετεί μία από τις δύο ακόλουθες προσεγγίσεις για τη μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας: είτε μία τυπολογική προσέγγιση που βασίζεται στον τύπο της οργανωσιακής κουλτούρας, είτε μια προσέγγιση με βάση τις διαστάσεις, η οποία συνδυάζει την κουλτούρα σε σχέση με έναν αριθμό συνεχών μεταβλητών, ή παραμέτρων του οργανισμού (Scott, et al., 2003).

Η επιλογή του ερευνητικού εργαλείου εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο ορίζεται η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας, το είδος της μέτρησης που θα επιλεγεί να εφαρμοστεί και οι ερευνητικοί στόχοι που έχουν τεθεί. Κατά τη μελέτη ενός υγειονομικού οργανισμού, που αποτελεί έναν συνεχώς δυναμικά μεταβαλλόμενο πολυπαραγοντικό χώρο, με κάθετες και οριζόντιες δομές, μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές μέθοδοι για την κατανόηση της κουλτούρας που επικρατεί (Scott, et al. 2003). Τα περισσότερα ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν μέσα από τον καθορισμό της κουλτούρας ως ένα σύνολο γνωρισμάτων, που είναι κοινά για τα μέλη μιας κοινωνικής μονάδας ή πιο αναλυτικά, ως ένα

σύστημα κοινών αξιών και πιστεύω που παράγει κανόνες και συμπεριφορές, οι οποίες διαμορφώνουν και ορίζουν έναν τρόπο ζωής μέσα στο πλαίσιο του οργανισμού. Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια είναι το ονομαζόμενο Organizational Culture Profile (OCP) των O'Reilly και Chatman που μετρά τους συμπεριφορικούς κανόνες, το Organizational Culture Assessment instrument (OCAI) των Cameron και Quinn) που στηρίζεται στη θεωρία του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών και το ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Κλίματος Ασφάλειας των Sorra και Nieva που αξιολογεί τις αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με την ύπαρξη ή όχι, αίσθηματος ασφάλειας στο εργασιακό περιβάλλον. Επίσης το ερωτηματολόγιο της Οργανωσιακής Κουλτούρας FOCUS, των Van Muijen, et al., που μετρά τις ακολουθούμενες πρακτικές και τις αξίες του οργανισμού και το Organizational Culture Inventory (O.C.I.) των Cooke & Lafferty, που μετρά τους συμπεριφορικούς κανόνες που επικρατούν μέσα σε ένα οργανισμό και αποτελούν έναν τρόπο εκδήλωσης της κουλτούρας του (Mannion, 2008).

Ο Robbins υποστηρίζει ότι, η οργανωσιακή κουλτούρα δρα ως συνεκτικός κρίκος για την ομάδα υγείας, αυξάνοντας τόσο τη συνοχή της, όσο και το μεταξύ της αίσθημα εμπιστοσύνης. Η αντίληψη των εργαζομένων εστιάζει στην ιδέα του "ανήκειν" ως μέλη σε μία «εταιρεία / κοινότητα» που έχει συγκεκριμένες αξίες, πεποιθήσεις και ιδέες. Ο τρόπος αυτός συμβάλει στην απόκτηση και υιοθέτηση μιας κοινής αίσθησης δέσμευσης σε κάτι ευρύτερο από το ατομικό τους συμφέρον, συνειδητοποιώντας το διαχωρισμό του φορέα τους από άλλους παρόμοιους. Ο ιδιαίτερος αυτός μηχανισμός ελέγχει, νοηματοδοτεί, καθοδηγεί και διαμορφώνει τόσο τις στάσεις όσο και τις συμπεριφορές των εργαζομένων (Γούλα, 2014). Ο Martin (2002) υποστηρίζει ότι, οργανισμοί όπως τα νοσοκομεία, χαρακτηρίζονται ως πολυπολιτισμικές οντότητες, με δική τους κουλτούρα, αλλά και με ένθετες υποκουλτούρες στο εσωτερικό τους, οι οποίες τείνουν να σχηματίζονται μέσα από τη διαφορετική φύση της εργασίας, τα επίπεδα ιεραρχίας, τους διαφορετικούς στόχους, και λειτουργίες.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική σε διοικητικά στελέχη ενενήντα εννέα νοσοκομείων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είχε επίδραση στην ικανοποίηση των εργαζομένων και η βελτίωσή της ήταν συνδεδεμένη με την ικανοποίηση των ασθενών, αλλά και τη συνολική απόδοση των υγειονομικών σχηματισμών (Gregory 2009). Επίσης σε μελέτες των Aiken, et al., (2002) αναφορικά με τη συνεργασία των ομάδων και την κουλτούρα, φάνηκε ότι αυτές οι παράμετροι συνδέονται άμεσα με το σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας. Επίσης στην έρευνα των Gregory, et al., (2009) φάνηκε ότι η οργανωσιακή κουλτούρα επιδρά στην ικανοποίηση των ασθενών και κατ' επέκταση στην οργανωσιακή αποτελεσματικότητα. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε

από τους Konteh, et al., (2008) σε δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο, βρέθηκε ότι, το 98% των διοικητικών στελεχών επεσήμαναν την ανάγκη μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας ως σημαντικό παράγοντα για την αλλαγή των οργανισμών υγείας με κατεύθυνση την βελτίωση της απόδοσής τους. Η πλειονότητά τους υποστήριξε ότι πρέπει να ξεπεραστούν πολυάριθμες προκλήσεις και να εφαρμοστεί μια οργανωσιακή κουλτούρα, αποδεκτή από το σύνολο για την κατάκτηση ευεργετικών αποτελεσμάτων για τον οργανισμό. Αντίστοιχα σε μελέτη των Mannion, et al., (2005) σε υψηλόβαθμα στελέχη του Εθνικού Συστήματος της Αγγλίας βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, ανάμεσα στις οργανωσιακές κουλτούρες των οργανισμών υγείας και της απόδοσής τους. Ειδικότερα βρέθηκε ότι η ιεραρχική κουλτούρα επιδρούσε θετικά στην μείωση του χρόνου αναμονής των προς εξέταση ασθενών, ενώ η υιοθέτηση της κουλτούρας της συμμετοχικής διοίκησης ή των ανθρωπίνων σχέσεων, οδηγούσε σε υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης του προσωπικού. Τα αποτελέσματα ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα αλλά και το εξωτερικό σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα και τις διαστάσεις που αυτή επηρεάζει στις μονάδες παροχής υγειονομικής περίθαλψης, έδειξαν ότι η κουλτούρα διαμορφώνει την οργανωσιακή λειτουργία και αποδοτικότητα, τη διασφάλιση ποιότητας, την ποιότητα φροντίδας των ασθενών, την αποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση των εργαζομένων, την ικανοποίηση ασθενών, τη συνεργασία και τις σχέσεις μεταξύ των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών του οργανισμού, καθώς και τη φήμη του (Γούλα, 2014). Επίσης, στη χώρα μας έρευνα σχετικά με την μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας στα δημόσια νοσοκομεία έδειξε ότι, αυτά χαρακτηρίζονται από ιεραρχικές κουλτούρες και κουλτούρες οικειότητας όπου η αξιοποίηση των ευκαιριών του περιβάλλοντος, οι πειραματισμοί και η ανάληψη ρίσκου, είναι συμπεριφορές στις οποίες ο οργανισμός δίνει λιγότερη έμφαση (Bellou, 2008). Επίσης, βρέθηκε ότι ο προσανατολισμός στην ομάδα και η αποφασιστικότητα δεν ανήκουν στα χαρακτηριστικά των δημόσιων υγειονομικών σχηματισμών στη χώρα μας. Αντίθετα, η ακρίβεια, ο προσανατολισμός στους κανόνες, ο σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα, η εύκολη μετάβαση, η ικανότητα προσαρμογής, η προβλεψιμότητα και η ανοχή αποτελούν τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά στοιχεία (Καστανιώτη και συν., 2011). Οι υπηρεσίες υγείας και τα νοσηλευτικά ιδρύματα αποτελούν ένα ιδιαίτερο οργανωσιακό περιβάλλον και οι έρευνες σχετικά με το πώς το περιβάλλον αυτό συμβάλει στην επαγγελματική εξουθένωση ή και την ποιότητα της φροντίδας, έχουν δείξει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα ενισχύει και καθοδηγεί τη συμπεριφορά των μελών της (Montgomery et al., 2011). Σύμφωνα με τους Ferlie και Shortell (2001), μια υποστηρικτική εργασιακή κουλτούρα μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στα συναισθήματα των υπαλλήλων



υπηρεσιών υγείας απέναντι στην ποιότητα της εργασιακής ζωής, καθώς συνδέεται με την υψηλή δέσμευση και αφοσίωση του προσωπικού του αλλά και με την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων. Εάν ένα νοσοκομείο έχει θέσει ως προτεραιότητα στην κουλτούρα του την ασφάλεια των ασθενών, τα μέλη του θα υιοθετήσουν αυτή τη συμπεριφορά και θα κατευθύνουν αναλόγως τις ενέργειές τους (Gershon, et al., 2004). Η κουλτούρα ενός οργανισμού υγείας, επιδρά και στην οικονομική λειτουργία του καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η διαχείριση των πόρων του, ανθρώπινων και μη, αλλά και τον τρόπο που εξυπηρετούνται οι ασθενείς του (Παπαγεωργίου & Χονδροκούκης, 2010).

### **3.5 Χρησιμότητα Αλλαγής της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο χώρο της Υγείας**

Αλλαγή είναι η μετάβαση από μια κατάσταση πραγμάτων σε μια άλλη διαφορετική. Ουσιαστικά, επρόκειτο για μετάβαση από ένα δεδομένο σύνολο συνθηκών σε ένα νέο. Αυτή η μετάβαση είναι μια διαδικασία προσαρμογής και αναδιοργάνωσης του ατόμου ή των οργανωμένων ομάδων σε ένα νέο περιβάλλον προκειμένου να βοηθηθούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικότερα (Parker, 2003). Για να ολοκληρωθεί αποτελεσματικά αυτή η προσαρμογή απαιτείται αναθεώρηση της ορθότητας των στάσεων και των συμπεριφορών, ατόμων και ομάδων. Επίσης θεωρείται προαπαιτούμενο η λήψη απόφασης για την υιοθέτηση της καινούργιας συμπεριφοράς, των στάσεων και της οργανωσιακής κουλτούρας που θα εξασφαλίζουν τις μέγιστες ευκαιρίες για εξέλιξη και επίτευξη των στόχων του οργανισμού (Denison, 1996). Η εισαγωγή της νέας οργανωσιακής κουλτούρας καθώς και οι ικανότητες μαζί με τη γνώση, αποτελούν τη βάση για την επιβίωση του οργανισμού στο περιβάλλον που δραστηριοποιείται. (Cameron & Quinn 2006).

Αρχικά, η αλλαγή στην κουλτούρα ενός οργανισμού συνεπάγεται ότι οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους μέσα στον οργανισμό και ακολούθως ότι αυτή η αλλαγή οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα παραγωγικότητας, ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ηθικού. Οι Cameron & Quinn (2006) επισημαίνουν ότι χωρίς αλλαγή οργανωσιακής κουλτούρας, υπάρχει μικρή ελπίδα για διαρκή βελτίωση της οργανωτικής απόδοσης.

Οι νέες αποτελεσματικές οργανωτικές πρακτικές πρέπει να ενσωματωθούν στην κουλτούρα του οργανισμού προκειμένου να γίνουν οι κατευθυντήριες αρχές τόσο του βραχυπρόθεσμου όσο και του μακροπρόθεσμου στρατηγικού σχεδιασμού (Parker, 2003).

Αυτό συνεπάγεται ότι την κύρια ευθύνη για αλλαγή έχουν οι ηγέτες, οι οποίοι πρέπει να προβούν σε συγκεκριμένες δράσεις αλλάζοντας σταδιακά την οργανωσιακή κουλτούρα. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από τους Buchanan και Fitzgerald (2007), σύμφωνα με τους οποίους: "Οι προσπάθειες να εφαρμοστούν και να εξαπλωθούν οι αλλαγές πολύ γρήγορα μπορούν να βλάψουν την επίδραση και τη βιωσιμότητα αυτών των βελτιώσεων, ...μικρές κλιμακωτές αλλαγές είναι σημαντικές από μόνες τους και μπορούν να συσσωρευτούν για να δημιουργήσουν πιο σημαντικές μορφές βελτίωσης της υπηρεσίας" (Parker, 2003).

Τα πιο σημαντικά στοιχεία για τον μετασχηματισμό της οργανωσιακής κουλτούρας στους οργανισμούς παροχής ΥΥ, θεωρούνται τα ακόλουθα (Parker, 2003):

- Η δημιουργία ομάδας καθοδήγησης η οποία θα έχει επίκεντρο του αντικειμένου εργασίας της τη φιλοσοφία και τη μεθοδολογία της συνεχούς βελτίωσης των επιδόσεων, σε κάθε δομή των υπηρεσιών υγείας .
- Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμμετοχή των ιατρών για την αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας, όπως επίσης και οι εμπειρίες των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Υπάρχει ένας προβληματισμός στους επαγγελματίες υγείας σχετικά με το κατά πόσο η συνεχή βελτίωση της απόδοσης θα αλλάξει τη ζωή τους προς το καλύτερο.
- Υποστήριξη της Διοίκησης προκειμένου η συνεχής βελτίωση της απόδοσης να γίνει φιλοσοφία και σύστημα, με μια διοίκηση που θα έχει τη γνώση με προαπαιτούμενο τη θεσμική υποδομή.

Συμπεραίνουμε επομένως ότι οι αλλαγές πρέπει να θεσμοποιούνται καθώς ξεκινά η διαδικασία της αλλαγής, να πραγματοποιούνται βαθμιαία και να είναι μικρής κλίμακας.

Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την οργανωτική αλλαγή, οι μελετητές του αντικειμένου εκφράζουν ότι η επιτυχημένη αλλαγή χαρακτηρίζεται από απλότητα, βαθμό συγγένειας σε προηγούμενες πρακτικές και βαθμιαία ανάπτυξη με σταδιακά ή μικρά βήματα (Austin and Claassen, 2008). Κατά την εφαρμογή πολιτικών που παρέχουν επαρκή χρόνο και πόρους για τη βαθμιαία εισαγωγή της αλλαγής, παράλληλα παρέχονται και ευκαιρίες ευρείας συμμετοχής και πειραματισμού, μεγιστοποιώντας κατά αυτό τον τρόπο την πιθανότητα να διατηρηθεί η αλλαγή (Cullen-Lester K.L, 2019). Επιπλέον, η διαδικασία της αλλαγής σε μία οργανωσιακή κουλτούρα είναι λογικό να έχει σημείο έναρξης τις υποκουλτούρες που επικρατούν σε έναν οργανισμό, καθώς η μεταβολή που γίνεται σταδιακά και είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες και τις απόψεις συγκεκριμένων υποκουλτούρων μπορεί να συμβάλει στην προώθηση οργανωτικού πειραματισμού για την αξιολόγηση πιθανών ανθρώπινων, οικονομικών ή τεχνικών επιπτώσεων (Fugate et al. 2008).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η διατήρηση της οργανωσιακής αλλαγής απαιτεί μια υγιή πολιτική υγείας για την ανάπτυξη ενός ευρύτερου μετασχηματιστικού οράματος που θα έχει σκοπό την προώθηση συγκεκριμένων δράσεων οι οποίοι θα καθιερώνουν προηγούμενες εμπειρίες μέσα από θετικές, προοδευτικές και επαναλαμβανόμενες απόπειρες αλλαγής, λαμβάνοντας υπόψη τον σημαντικό ρόλο των υποκουλτούρων. Οι οργανωτικές αλλαγές μπορούν να πραγματοποιηθούν είτε με προγραμματισμένο είτε με μη προγραμματισμένο τρόπο και ορίζονται ευρέως ως μετασχηματισμοί από την τρέχουσα κατάσταση του οργανισμού, σε μια νέα. Παραδείγματα προγραμματισμένων αλλαγών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν οι προσπάθειες διαχείρισης της ποιότητας και η διαπίστευση (Austin and Claassen, 2008). Η αλλαγή της κουλτούρας στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, αποτελεί μια αναγκαιότητα διότι οι πολιτικές υγείας μεταβάλλονται διαρκώς, καθώς και η νέα επιστημονική γνώση μαζί με τα βασικά δεδομένα του χώρου εξελίσσονται ραγδαία. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι η αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας είναι εξαιρετικά δύσκολη και χρονοβόρα, θα πρέπει να πραγματοποιείται εξειδίκευση των διαδικασιών, των ρόλων, των εργαλείων και των μεθόδων που χρησιμοποιούνται στη διαδικασία της αλλαγής. (Parker, 2003))

Οι προγραμματισμένες αλλαγές στην κουλτούρα ενός οργανισμού μπορεί να περιλαμβάνουν αλλαγές στη βασική δομή ή λειτουργία του. Με την πραγματοποίηση των αλλαγών αυτών πολλά στοιχεία τα οποία συνδέονται με την κουλτούρα θα αλλάξουν, με αποτέλεσμα την αλλαγή και της ίδιας της κουλτούρας. Η αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας μπορεί να πάρει λίγο χρόνο για να γίνει αποδεκτή από τους εργαζόμενους. Χρειάζεται επίσης χρόνος για να ενστερνιστούν τις κοινές αξίες και πιστεύω όσοι εργαζόμενοι έχουν αγκαλιάσει την αλλαγή. Σύμφωνα με τον Kotter (1995) υπάρχουν οκτώ βήματα τα οποία πρέπει να ακολουθηθούν προκειμένου να γίνει αποδεκτή οποιαδήποτε αλλαγή. Τα βήματα αυτά είναι:

- Δημιουργία αίσθησης επείγοντος.
- Δημιουργία ηγετικού συνασπισμού.
- Ανάπτυξη οράματος και στρατηγικής.
- Επικοινωνία του οράματος για αλλαγή.
- Ενδυνάμωση ενεργειών σε ευρύτερο πλαίσιο.
- Πραγματοποίηση βραχυπρόθεσμων επιτυχιών.
- Ενίσχυση επιτεύξεων και αλλαγών.
- Εισαγωγή νέων προσεγγίσεων στην οργανωσιακή κουλτούρα.

Αν και αυτά τα βήματα συμβάλουν στην αποδοχή από τα μέλη του οργανισμού των νέων δεδομένων η αντίδραση προς την αλλαγή είναι σχεδόν πάντα αναπόφευκτη. Πολλές φορές όμως, η αντίδραση που παρουσιάζεται δεν αποτελεί αποκλειστικά απειλή προς τον οργανισμό, αλλά μπορεί να αποτελέσει και εφαλτήριο προς τη διόρθωση τυχόν λαθών που υπάρχουν στην απόπειρα για αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας και των αποτελεσμάτων της. Η πηγή της αντίδρασης στην αλλαγή μπορεί να είναι είτε ο ίδιος ο οργανισμός λόγω ομαδικής αδράνειας ή αισθήματος απειλής για την νέα κατάσταση, είτε από το ίδιο το άτομο λόγω συνήθειας ή φόβου για το άγνωστο ή ακόμα και από τους δύο ταυτόχρονα (Fugate, 2008)). Για να είναι επιτυχής η μετάβαση ενός οργανισμού σε μια νέα επιθυμητή κουλτούρα, πρέπει να υπάρχει ένα καλά σχεδιασμένο και εφαρμοσμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα που να διδάσκει στους εργαζόμενους την ένταση και την έκταση της νέας κουλτούρας. Η εκπαίδευση είναι σημαντική για τη διασφάλιση της δέσμευσης των μελών στον επιθυμητό στόχο του οργανισμού. Ωστόσο, εάν υπάρχει σημαντικό κενό εκπαίδευσης/ παιδείας μεταξύ των μελών, αυτό μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην απόδοση και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού στο σύνολό του (Austin and Claassen, 2008).

### **3.6 Οργανωσιακό κλίμα**

Το οργανωτικό κλίμα είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται συχνά στη θέση της οργανωσιακής κουλτούρας, και ενώ αρκετοί ερευνητές της οργανωσιακής κουλτούρας θεωρούν ότι οι δύο έννοιες είναι πανομοιότυπες, τα κοινωνικο-ψυχολογικά χαρακτηριστικά των οργανισμών συχνά περιγράφονται ως αποτέλεσμα του οργανωσιακού κλίματος (Γούλα, 2014). Το κλίμα είναι η μετρήσιμη εκδήλωση της κουλτούρας ενός οργανισμού. Επομένως, προηγείται της έννοιας της οργανωσιακής κουλτούρας. Τα χαρακτηριστικά ενός οργανισμού θεωρείται ότι έχουν ισχυρή επιρροή στη συμπεριφορά των εργαζομένων (Moran, 1992).

Ενώ η οργανωσιακή κουλτούρα σχετίζεται με βαθιά ριζωμένες και σταθερές αξίες, πεποιθήσεις, υποθέσεις, σύμβολα, τελετουργίες που μοιράζονται οι άνθρωποι σε έναν οργανισμό, το οργανωτικό κλίμα, από την άλλη πλευρά, ορίζεται ως τα πρότυπα συμπεριφοράς, στάσεων και συναισθημάτων που επαναλαμβάνονται στη ζωή ενός οργανισμού. (Parker, 2013).

Όταν οι αντιλήψεις των εργαζομένων για τις δομές, τις διαδικασίες και τα γεγονότα που συμβαίνουν στο εσωτερικό ενός οργανισμού, αποκτούν κοινά χαρακτηριστικά για όλους τους εργαζομένους, τότε εγκαθίσταται το οργανωσιακό κλίμα. Όσο πιο πολύ ταυτίζονται οι κοινές προσλαμβάνουσες των μελών του οργανισμού τόσο ισχυρότερο είναι και το οργανωσιακό του

κλίμα, γεγονός που δείχνει παράλληλα ότι το οργανωσιακό κλίμα έχει ποσοτικά μετρήσιμα χαρακτηριστικά. Έχει αποδειχθεί μάλιστα ότι το ισχυρότερο οργανωσιακό κλίμα, τελικά καταλήγει να επιδρά θετικά στη συμπεριφορά και την απόδοση των μελών του οργανισμού, αλλά και στον ίδιο τον οργανισμό (Mathisen, 2004). Κατά συνέπεια, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους οργανισμούς υγείας, η οποία εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την απόδοση των εργαζομένων τους, επηρεάζεται δυναμικά από το οργανωσιακό τους κλίμα και τις επιμέρους όψεις του (Moran, 1992).

Η έννοια του οργανωσιακού κλίματος αναφέρεται αυτονόητα στην ύπαρξη μιας ομάδας ανθρώπων που συνεργάζονται για την επίτευξη κάποιου κοινού σκοπού. Είναι γνωστό ότι στους υγειονομικούς οργανισμούς, οι ομάδες των εργαζομένων αποτελούνται από επιστήμονες διαφορετικών ειδικοτήτων και ορίζονται ως διεπιστημονικές. Η αποτελεσματική διεπιστημονική συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας είναι ένα φαινόμενο με ζωτική σημασία για τους υγειονομικούς οργανισμούς, καθώς επηρεάζει ταυτόχρονα τόσο τους ασθενείς όσο και τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (Parker, 2013). Συχνά, όμως, παρατηρείται το φαινόμενο της ανεπαρκούς ή ανεπιτυχούς αποτελεσματικής διεπιστημονικής επικοινωνίας, εξαιτίας προβλημάτων τα οποία συνήθως πηγάζουν από την ανεπαρκή επικοινωνία μεταξύ των διαφορετικών ατόμων, την προσπάθεια κυριαρχίας κάποιων από αυτά επί των άλλων και τη μη αποσαφήνιση-κατανόηση του ρόλου που διαδραματίζει κάθε άτομο και των καθηκόντων που αυτό έχει. Το γεγονός αυτό κάνει τη διεπιστημονική συνεργασία στον υγειονομικό χώρο μία ιδιαίτερη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας, που μπορεί να καταλήξουν εξαιτίας της ανεπιτυχούς εφαρμογής της, σε διαπληκτισμούς, συναισθηματική δυσφορία και εργασιακό άγχος (Konteh, 2008).

Παρόλο που η κουλτούρα και το κλίμα είναι αλληλένδετα, το κλίμα αποδεικνύεται ευκολότερο να προσεγγισθεί και να μετρηθεί. Η ανάλυση του κλίματος σε ατομικό επίπεδο ονομάζεται ατομικό ψυχολογικό κλίμα. Τα ατομικά ψυχολογικά κλίματα μπορεί να συλλέγονται και να αναλύονται προκειμένου να κατανοήσουμε τις ομάδες σε κάθε επίπεδο (τμήματος, τομέα, οργανισμού) (Obadara, 2008).

### **3.6.1 Προσεγγίσεις στον ορισμό του οργανωσιακού κλίματος**

Η έρευνα για το οργανωτικό κλίμα υπάρχει εδώ και πολλά χρόνια, αλλά για μεγάλο χρονικό διάστημα επισκιάστηκε από την έρευνα για την οργανωσιακή κουλτούρα που αρχικά επικεντρωνόταν σε επίπεδο ατόμου αντί της τελικής μετεξέλιξής της να αναφέρεται συνολικά

στη λειτουργία ενός οργανισμού. Το οργανωσιακό κλίμα, γνωστό και ως εταιρικό κλίμα είναι η διαδικασία ποσοτικοποίησης της κουλτούρας του οργανισμού (Schein, 2010). Το οργανωσιακό κλίμα αναφέρεται σε ένα σύνολο μετρήσιμων χαρακτηριστικών του εργασιακού περιβάλλοντος, τα οποία γίνονται αντιληπτά από τα άτομα που ζουν και εργάζονται σ' αυτό και επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τα κίνητρά τους. Τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά του κλίματος ενός οργανισμού είναι: η ευελιξία, η υπευθυνότητα, τα πρότυπα, οι ανταμοιβές, η διαφάνεια και η ομαδική δέσμευση (Obadara, 2008).

Θεωρείται πλέον δεδομένο ότι σε έναν οργανισμό μπορούν και να «συνυπάρχουν» μεταξύ τους όχι μόνο ένα οργανωσιακό κλίμα αλλά πολλαπλά (π.χ. κλίμα υπηρεσιών, κλίμα ασφάλειας, κλίμα δικαιοσύνης, κλίμα ηθικής, κλίμα καινοτομίας), τα οποία είναι πιθανόν να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και να οδηγούν σε επιπλέον συμπεράσματα (Schneider et al., 2013). Αν η οργανωσιακή κουλτούρα ορίζεται από τις κοινές βασικές πεποιθήσεις και αξίες που χαρακτηρίζουν τον οργανισμό και διδάσκονται από τα παλαιότερα μέλη στα νεότερα, το οργανωσιακό κλίμα αφορά τις κοινές προσλαμβάνουσες ιδέες και πεποιθήσεις των μελών που απαρτίζουν τον οργανισμό και τα νοήματα που αποδίδουν στις εμπειρίες τους εντός του οργανισμού (πολιτικές, πρακτικές, διαδικασίες), καθώς και στη διασύνδεση συμπεριφορών-αμοιβών (Schein, 2010).

Οι προσπάθειες για την εννοιολογική αποσαφήνιση του οργανωσιακού κλίματος προσκρούουν σε δύο δυσκολίες: καταρχάς τον ορισμό του και επιπλέον την αξιόπιστη και αποτελεσματική μέτρησή του σε ποικίλα επίπεδα ανάλυσης. Ενώ υπάρχει πληθώρα ορισμών για το κλίμα κυρίαρχες είναι οι ακόλουθες: η προσέγγιση των γνωστικών σχημάτων και η προσέγγιση των κοινών αντιλήψεων. Η πρώτη θεωρία προσεγγίζει το κλίμα ως ατομική αντίληψη και γνωστική αναπαράσταση του εργασιακού περιβάλλοντος, όπου η αξιολόγηση του κλίματος πρέπει να πραγματοποιείται σε ατομικό επίπεδο με τον καθορισμό των αντιλήψεων των εργαζομένων για το άμεσο εργασιακό τους περιβάλλον (Parker, 2003). Ένας ορισμός που αρμόζει σε αυτή τη θεωρία είναι των James and Sells (1981) οι οποίοι ορίζουν το κλίμα ως *«ατομικές γνωστικές δομικές αναπαραστάσεις του εγγύς περιβάλλοντος οι οποίες εκφράζουν το ψυχολογικό νόημα και τη σημαντικότητα για το άτομο»*. Σύμφωνα με τη δεύτερη θεωρία προσέγγισης του κλίματος, που είναι το επίπεδο εστίασης, οι συγγραφείς εστιάζουν στη σημασία των κοινών αντιλήψεων οι οποίες διέπουν την έννοια του κλίματος (Parker, 2003). Η προσέγγιση αυτή περιγράφεται από τον ορισμό των Reichers and Schneider (1990) που ορίζουν το κλίμα ως *«...η κοινή αντίληψη για το πώς είναι τα πράγματα εδώ. Ειδικότερα, το κλίμα είναι οι κοινές αντιλήψεις για τις πολιτικές, πρακτικές και διαδικασίες του οργανισμού»*. Οι μελετητές που ενστερνίζονται αυτή τη θεώρηση του κλίματος, αντιμετωπίζουν τη δυσκολία

της συναίνεσης για το ποια κριτήρια μπορεί να θεωρηθούν ως τα ελάχιστα επίπεδα συμφωνίας που να επαρκούν ώστε οι συγκεκριμένες αντιλήψεις να είναι πράγματι κοινά αποδεκτές μεταξύ των εργαζομένων του οργανισμού ή τμήματος αυτού (Parker, 2003). Διαπιστώνουμε ότι και οι δύο προσεγγίσεις είναι μεταξύ τους συμβατές και επομένως καμία δεν ακολουθείται αποκλειστικά.

Οι Moran και Volkwein (1992) όρισαν το οργανωσιακό κλίμα ως *«ένα σχετικά διαρκές χαρακτηριστικό ενός οργανισμού που τον διακρίνει από άλλους και (α) ενσωματώνει τις συλλογικές προσλαμβάνουσες των μελών του γύρω από αυτόν, αναφορικά με διαστάσεις όπως η αυτονομία, η εμπιστοσύνη, η συνεκτικότητα, η υποστήριξη, η αναγνώριση, η καινοτομία και η δικαιοσύνη, (β) παράγεται από την αλληλεπίδραση των μελών του, (γ) είναι η βάση για την επεξήγηση καταστάσεων, (δ) αντανακλά τους κανόνες, τις αξίες και τις στάσεις που κυριαρχούν στην κουλτούρα του οργανισμού και (ε) δρα ως πηγή επιρροής στη διαμόρφωση συμπεριφοράς»* (Randhawa & Kaur, 2014). Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, διαπιστώνεται, ότι το οργανωσιακό κλίμα επηρεάζει δυναμικά τον τρόπο που τα μέλη της ομάδας σκέφτονται, δρουν και αισθάνονται μέσα στα όρια που ο οργανισμός θέτει. Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, βρέθηκε ότι το οργανωσιακό κλίμα σε διάφορες διαστάσεις ενός οργανισμού (π.χ. ενδυνάμωση και υποστήριξη των μελών του, διαμόρφωση του εργασιακού χώρου, τρόπος διοίκησης και ηγετική συμπεριφορά, συμμετοχικότητα, καινοτομία, ομαδικότητα κ.α.), δημιουργείται μέσα από τους κανόνες, τις πολιτικές, τις πρακτικές και τους περιορισμούς του οργανισμού, και είναι δυνατός να επηρεάσει όχι μόνο την αντίληψη των εργαζομένων για τα τεκταινόμενα στον οργανισμό και τη συμπεριφορά τους σε αυτόν αλλά και την αίσθηση εργασιακής «ευεξίας» τους (όπως φαίνεται από έρευνες συσχέτισης του οργανωσιακού κλίματος με την ικανοποίηση από την εργασία, την αφοσίωση στον οργανισμό, την τάση «φυγής» από τον οργανισμό κ.α.).

Τελικά, ένα ισχυρό εργασιακό κλίμα δημιουργεί τις προϋποθέσεις για βελτίωση των επιδόσεων και την ανάπτυξη του ίδιου του οργανισμού (Randhawa & Kaur, 2014).

### **3.6.2 Σύγκριση Οργανωσιακής κουλτούρας και Οργανωσιακού Κλίματος**

Το οργανωσιακό κλίμα, γνωστό και ως εταιρικό κλίμα είναι η διαδικασία ποσοτικοποίησης της κουλτούρας του οργανισμού. Το οργανωσιακό κλίμα είναι η διαδικασία μέτρησης του πόσο καλά λειτουργεί η κουλτούρα μιας εταιρείας και αναφέρεται στη συνολική αίσθηση που έχουν οι άνθρωποι για το εργασιακό τους περιβάλλον. Αυτά τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά και τα κίνητρά τους. Σημαντικοί παράγοντες για τη

δημιουργία ενός οργανωσιακού κλίματος είναι: η ευελιξία, η υπευθυνότητα, τα πρότυπα, οι ανταμοιβές, η διαφάνεια και η δέσμευση της ομάδας. (Obadara, 2008).

Στην πραγματικότητα, αφενός, και οι δύο έννοιες σχετίζονται με την επιρροή των οργανισμών στη συμπεριφορά, τις στάσεις και την ευημερία των εσωτερικών μελών τους, μελετούν τα ψυχολογικά φαινόμενα που προκύπτουν από τις εργασιακές εμπειρίες των μελών του οργανισμού και επιχειρούν να εξηγήσουν έναν οργανισμό είτε μεμονωμένα σε σύγκριση με άλλους. Αφετέρου, από την άλλη πλευρά, μία κύρια διαφορά τους είναι ότι το οργανωσιακό κλίμα αντανακλά τις εμπειρίες και τα γεγονότα που πραγματοποιούνται σε έναν οργανισμό επιχειρώντας να περιγράψει τη συμπεριφορά των εργαζομένων του, ενώ η οργανωσιακή κουλτούρα αντανακλά τα βαθύτερα αίτια (αξίες, πεποιθήσεις, υποθέσεις) που κρύβονται πίσω από αυτήν την αναπτυσσόμενη συμπεριφορά. Αυτός είναι και ο λόγος που η κουλτούρα διεισδύει βαθύτερα στον οργανισμό και μετατρέπεται δυσκολότερα, ενώ το κλίμα από την άλλη, μπορεί να υπόκειται πιο εύκολα σε αλλαγές (Randhawa & Kaur, 2014).

Το οργανωσιακό κλίμα, όπως προαναφέρθηκε, είναι ο τρόπος με τον οποίο τα μέλη ενός οργανισμού αντιλαμβάνονται το εργασιακό τους περιβάλλον και εξαρτάται από τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές τους (Verbeke et al., 1998), για αυτό κι έχει χαρακτήρα υποκειμενικό και ευμετάβλητο και δύναται να χειραγωγηθεί από την εκάστοτε διοίκηση. Ενώ, η κουλτούρα της οργάνωσης επειδή αναπτύσσεται μέσα από τα επίσημα και ανεπίσημα συστήματα που έχουν αναπτυχθεί στον οργανισμό, συνδέεται με την ιστορία, τα γεγονότα, τις τελετουργίες, τους διαχρονικούς κανόνες, τις παραδόσεις του και εξηγεί τις διαδικασίες που συμβαίνουν μέσα σε αυτόν (Castro et al. 2010).

Σύμφωνα, με τον Denison (1996), η κουλτούρα αποτελεί το πλαίσιο στο οποίο δρουν παράγοντες όπως η διαφορετικότητα των θέσεων, των φύλων, των επαγγελματικών ομάδων οι οποίοι επηρεάζουν το χώρο εργασίας. Διάφοροι μελετητές του αντικειμένου της κουλτούρας ερεύνησαν τη διαχρονική εξέλιξη των κοινωνικών και ανθρωπολογικών συστημάτων και κατέληξαν στο ότι οι υποκείμενες υποθέσεις, οι προσωπικές εκτιμήσεις και απόψεις των μελών του οργανισμού είναι βασικές για τη μελέτη της κουλτούρας (Castro et al. 2010). Η μεθοδολογία που ακολουθείται στις περισσότερες από αυτές τις έρευνες είναι συνήθως ποιοτική. Τελείως διαφοροποιημένο εμφανίζεται κατά τον Denison (1996), το κλίμα. Οι μελετητές του αντικειμένου του κλίματος, στηρίχτηκαν στη μελέτη ψυχολογικών προτύπων εστιάζοντας περισσότερο στην επίδραση που ασκούν τα οργανωσιακά συστήματα στις ομάδες και τα άτομα και λιγότερο στην εξέλιξη των κοινωνικών συστημάτων. Παράλληλα, στις μελέτες τους, τόνισαν ιδιαίτερα τις συνειδητές αντιλήψεις, εφαρμοζόμενες πρακτικές και



διαδικασίες που αφορούν στην επιφάνεια της οργανωσιακής ζωής τις οποίες και επιχειρήσαν να κατηγοριοποιήσουν (Castro et al. 2010).

Οι Castro et al., (2010) συνοψίζουν τις διαφορές οργανωσιακής κουλτούρας και κλίματος στον Πίνακα 3.1

**Πίνακας 3.1 Σύνοψη διαφορών οργανωσιακού κλίματος και οργανωσιακής κουλτούρας**

Οργανωσιακό κλίμα	Οργανωσιακή κουλτούρα
Έχει τις ρίζες του στην κοινωνική ψυχολογία	Κατάγεται από το πεδίο της ανθρωπολογίας
Επικεντρώνεται στις αντιλήψεις και το γνωσιακό του ατόμου	Επικεντρώνεται στην ανάλυση των υποκείμενων σχηματισμών των συμβόλων, των μύθων και των τελετουργικών
Είναι χαρακτηριστικό του οργανισμού με σχετική διάρκεια	Είναι χαρακτηριστικό του οργανισμού με υψηλή διάρκεια
Είναι περισσότερο ορατό και λειτουργεί στο επίπεδο στάσεων και αξιών	Είναι σχετικά αφανής και υποσυνείδητη στα άτομα
Εξελίσσεται πιο γρήγορα και αλλάζει με ταχύτητα	Εξελίσσεται αργά και δεν αλλάζει εύκολα
Εμφανίζονται μοναδικά χαρακτηριστικά των ατόμων	Εκτίθενται συλλογικά χαρακτηριστικά
Χρησιμοποιείται ποσοτική μεθοδολογία	Χρησιμοποιείται ποιοτική μεθοδολογία

*Πηγή: Castro & Martins (2010) – Μετάφραση από τον συγγραφέα*

### 3.6.3 Οργανωσιακό κλίμα στις υπηρεσίες υγείας

Η μελέτη του οργανωσιακού κλίματος βασίστηκε στη θεωρία Πεδίου (field theory) του κοινωνικού ψυχολόγου Lewin, αλλά και στην ποιοτική παρατήρηση των δομών. Σύμφωνα με τη θεωρία Πεδίου του Kurt Lewin για να κατανοηθεί ή να προσδιοριστεί μια συμπεριφορά θα πρέπει το άτομο και το περιβάλλον του να μελετηθούν ως «ένα σύνολο από αλληλοεξαρτώμενους παράγοντες». Ο όρος πεδίο περιγράφει όλες τις πλευρές της σχέσης των ατόμων με το περιβάλλον τους και τις συνθήκες που επικρατούν σε αυτό, που επηρεάζουν την ανάπτυξη και τις συμπεριφορές σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή (Karassavidou, E., 2011). Πολλές μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι το οργανωσιακό κλίμα σχετίζεται με μια σειρά σημαντικών αποτελεσμάτων τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο, όπως είναι η ικανοποίηση από την εργασία, η ατομική απόδοση (Mathieu et al., 1993), η άποψη των

πελατών για την ποιότητα των προϊόντων (Schneider et al., 1980), οι καινοτόμες συμπεριφορές στις υπηρεσίες υγείας και γενικότερα η καινοτομία (Stone et al., 2006).

Αυτό συμβαίνει διότι το οργανωσιακό κλίμα ασκεί ισχυρή επιρροή στη συμπεριφορά των υπαλλήλων σε ένα χώρο εργασίας και παίζει κρίσιμο ρόλο σε κάθε προσπάθεια βελτίωσης των διαδικασιών του οργανισμού η οποία απαιτεί την υλοποίηση μιας μεγάλης οργανωσιακής αλλαγής. Γενικότερα, το οργανωσιακό κλίμα μπορεί να έχει σημαντικές, θετικές ή αρνητικές επιδράσεις σε έναν οργανισμό και στην απόδοσή του. Συνεπώς, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η μελέτη του οργανωσιακού κλίματος παίζει σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της λειτουργίας ενός οργανισμού και του συστήματος παραγωγής αξιών του.

Το κλίμα παίζει σημαντικό ρόλο στους οργανισμούς που παράγουν υπηρεσίες και ιδιαίτερα σε οργανισμούς εντάσεως εργασίας, διότι η πλειονότητα των αποτελεσμάτων τους είναι άυλα, ετερογενή και παράγονται ταυτόχρονα με την κατανάλωσή τους. Ειδικά στον τομέα της υγείας, οι διοικούντες, αντιλαμβάνονται όλο και περισσότερο την ανάγκη να κατανοήσουν τις απόψεις των εργαζομένων καθώς το κλίμα που επικρατεί στον οργανισμό, συνδέεται με την ικανότητα του οργανισμού να εγγυηθεί υψηλού επιπέδου ποιότητα υπηρεσιών προς όφελος όλων των εμπλεκομένων.

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτουν αρκετές μελέτες που σκιαγραφούν τη σημασία του οργανωσιακού κλίματος στις υπηρεσίες υγείας. Οι Clarke et al. (2002) μελέτησαν τις επιδράσεις της νοσηλευτικής στελέχωσης και της νοσηλευτικής οργάνωσης στη συχνότητα τραυματισμού από βελόνα και βρήκαν ότι η στελέχωση και το οργανωσιακό κλίμα επηρέαζαν την πιθανότητα τρυπήματος από βελόνα. Οι Stone et al. (2006) εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στο οργανωσιακό κλίμα και την πρόθεση των νοσηλευτών ΜΕΘ να αποχωρήσουν από τη θέση τους. Βρήκαν ότι ένα ικανοποιητικό οργανωσιακό κλίμα μπορεί να συμβάλει στη διασφάλιση σταθερού και εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού.

Σε μια βιβλιογραφική του ανασκόπηση ο Sleutel (2000) περιγράφει τους οργανωσιακούς παράγοντες μεταξύ των οποίων και το οργανωσιακό κλίμα, που επηρεάζουν τη νοσηλευτική πράξη. Οι Mok et al. (2002) εξερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στο οργανωσιακό κλίμα και την ενδυνάμωση του νοσηλευτικού προσωπικού ενός νοσοκομείου στο Hong Kong. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το οργανωσιακό κλίμα και ειδικότερα η υποστηρικτική ηγεσία και η ομαδική εργασία σχετίζονται με την ενδυνάμωση. Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες η κατανόηση και γνώση των εμπλεκομένων δυνάμεων στη δημιουργία ενός εξαιρετικού οργανωσιακού κλίματος είναι πολύ σημαντική. Ειδικότερα, η σύνδεση αυτής της γνώσης με τις καθημερινές δραστηριότητες ρουτίνας, ατομικές και οργανωσιακές, όπως επίσης και με ορισμένα φαινόμενα όπως για παράδειγμα η ικανοποίηση από την εργασία, η

επαγγελματική εξουθένωση, και η πρόθεση για αποχώρηση από την υπηρεσία, έχει μεγάλη αξία για ένα αποτελεσματικό μανατζμεντ.

Σε ανασκοπική μελέτη των Bronkhorst et al., που διεξήγαγαν με σκοπό να διερευνήσουν την επίδραση του οργανωσιακού κλίματος στην ψυχική υγεία των εργαζομένων σε χώρους παροχής υγειονομικής περίθαλψης καθώς και ποιος τύπος οργανωσιακού κλίματος σχετίζεται περισσότερο με θετικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία των εργαζομένων, έδειξε ότι ένα καλό οργανωσιακό κλίμα συσχετίζεται σημαντικά με θετικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία των εργαζομένων, όπως χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, κατάθλιψης και

ανησυχία. Πιο συγκεκριμένα, τα ευρήματά έδειξαν ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων είναι πολύ σημαντικές για την ψυχική υγεία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Μία ακόμη ανασκοπική μελέτη των MacDavitt & Stone, σε 20 έρευνες που δημοσιεύτηκαν απο το 1995 μέχρι το 2007 και μελετούσαν την επίδραση του οργανωσιακού κλίματος στη συνολική υγεία των ασθενών και των εργαζομένων, έδειξε ότι διαδικασίες όπως οι πρακτικές προγραμματισμού, η συνεργασία και η αυτονομία συσχετίστηκαν με τα θετικά αποτελέσματα στην υγεία και ψυχολογία των νοσηλευτών (για παράδειγμα, ικανοποίηση από την εργασία, εναλλαγή εργασίας, επαγγελματική ασφάλεια). Επίσης υπήρχαν κάποιες έρευνες που ανέφεραν ότι το οργανωσιακό κλίμα συσχετίζεται και με τη θετική έκβαση της υγείας των ασθενών, αλλά τα αποτελέσματα αυτά δε θεωρήθηκαν αξιόπιστα. Τα ευρήματα της μελέτης γενικά υπογραμμίζουν τη σημασία της προώθησης ενός θετικού οργανωσιακού κλίματος.

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι είναι ουσιώδες για τις διοικήσεις των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας να παρακολουθούν το κλίμα στον οργανισμό τους.

## **Κεφάλαιο 4ο: Η Εφαρμογή της Κλινικής Διακυβέρνησης και η Αποτελεσματικότητα της στα Συστήματα Υγείας**

### ***4.1 Η εφαρμογή της ΚΔ και η αξιολόγησή της στο Ηνωμένο Βασίλειο***

#### ***4.1.1 Μοντέλα Εθνικών Συστημάτων Υγείας***

Στην παρούσα υποενότητα του συγκεκριμένου κεφαλαίου της εργασίας θα επικεντρωθούμε στην εφαρμογή και αξιολόγηση της Κλινικής Διακυβέρνησης στη Μεγάλη Βρετανία. Πρώτα όμως θα αναφερθούμε μακροσκοπικά σε γενικότερες παρατηρήσεις για την εφαρμογή μοντέλων ΚΔ διεθνώς.

Σύμφωνα με τον ευρέως γνωστό ορισμό, του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, το Σύστημα Υγείας (WHO, 2007) καθορίζεται, ως ένα σύστημα, αποτελούμενο από οργανισμούς και ανθρώπους, με βασικό τους στόχο την προώθηση, την αποκατάσταση και τη διατήρηση της Υγείας. Παράλληλα, ένας επιπλέον στόχος των Συστημάτων Υγείας, είναι να επηρεάσουν τις δραστηριότητες, που στοχεύουν στη βελτίωση και την προαγωγή της υγείας. Η βελτίωση της ποιότητας κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί πρόκληση για κάθε σύγχρονο σύστημα υγείας (Δρελιώζη, 2014). Σε κάθε πολιτική υγείας η ποιότητα κατέχει κεντρική θέση ενώ αποτελεί το κεντρικό ζητούμενο της κλινικής διακυβέρνησης. 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 (Drelioni et al. 2013, Χαζάκης, 2021). 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).

Κατά τη μελέτη των Εθνικών Συστημάτων Υγείας (ΕΣΥ) παγκοσμίως θα παρατηρήσουμε πως διαφέρουν σημαντικά, τόσο δομικά, όσο και λειτουργικά. Δεν υφίσταται ιδανικό και τελειοποιημένο σύστημα υγείας σε κανένα κράτος. Αντιθέτως, το καθένα από αυτά επιδέχεται βελτίωσης και αναδιαμόρφωσης. Κάθε ΕΣΥ εφαρμόζει και χρησιμοποιεί διαφορετικά μοντέλα υγείας προσαρμοσμένα στις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετεί καθώς και στις εκάστοτε πολιτικές και στα μέτρα που ορίζει η κάθε πολιτεία (Χαζάκης, 2021).

Παραδείγματος χάριν, σχεδόν τα μισά από τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρέχουν κοινωνική ασφάλιση, ακολουθούν δηλαδή το σύστημα «Bismarck», ενώ κάποια άλλα έχουν υιοθετήσει ένα σύστημα βασισμένο στη φορολόγηση, που ονομάζεται μοντέλο «Beveridge». Τα πρώην κομμουνιστικά κράτη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης έχουν επιστρέψει σε εκδοχές του μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck, ενώ παλαιότερα ακολουθούσαν συστήματα που βασιζόνταν στο Ρωσικό μοντέλο υγείας «Semashko». Οι παραλλαγές μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων υγείας αφορούν την κουλτούρα και τις στάσεις κάθε έθνους απέναντι σε ένα τόσο καίριο ζήτημα όσο η υγεία των πολιτών τους (Στούμπος, 2018).

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 (Avgoustidou I., 2018).

Διαπιστώνουμε επομένως ότι, απώτερος στόχος όλων των συστημάτων της ΚΔ, ανεξαρτήτως έθνους, στην υγεία είναι να παρέχει τη βέλτιστη ποιότητα φροντίδας υγείας για όλους τους πολίτες, από τους χρηματικούς πόρους που καταβάλλονται κάθε έτος στον προϋπολογισμό του κράτους για τις υπηρεσίες υγείας. Έτσι, υιοθετώντας μια υπεύθυνη πολιτική διοίκησης και στάσης των επαγγελματιών υγείας με προσεκτική και υποχρεωτική λογοδοσία των μελών, τείνει στην όξυνση της εμπιστοσύνης των ασθενών και γενικότερα όλης της κοινωνίας προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Επομένως, τα διεθνή συστήματα υγείας και οι διεθνείς οργανισμοί, είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και ανοιχτοί στην έννοια της Κλινικής Διακυβέρνησης, γιατί τους επιφέρει κέρδος, αξιοπιστία και άριστο εργασιακό περιβάλλον (Avgoustidou I., 2018, Χαζάκης, 2021).

#### ***4.1.2 Ιστορική Αναδρομή της ΚΔ στο Ηνωμένο Βασίλειο***

Η Κλινική Διακυβέρνηση πρώτη φορά ορίστηκε και αναπτύχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1997. Αναγνωρίζεται ως ένα εργαλείο που εξασφαλίζει και βελτιώνει τα κλινικά πρότυπα σε τοπικό επίπεδο, σε όλη την έκταση του ΕΣΥ. Περιλαμβάνει δράσεις για τη διασφάλιση της αποφυγής κινδύνων, της άμεσης ανίχνευσης και διαφανούς έρευνας των ανεπιθύμητων συμβάντων και της λογικής ότι μαθαίνουμε από αυτά, της διάχυσης της καλής πρακτικής και ότι διασφαλίζεται πως τα συστήματα είναι στη θέση τους για τη συνεχή βελτίωση της περίθαλψης. Στις 2 Μαΐου 1997 το σύστημα υγείας μεταρρυθμίστηκε από την κυβέρνηση των εργατικών του Tony Blair και βασίστηκε στην κλινική διακυβέρνηση. Το 1998 δημοσιεύτηκε ένας πρωτοποριακός ορισμός της κλινικής διακυβέρνησης από τον Sir Donaldson, που υπήρξε πρωτεργάτης της ενσωμάτωσης της έννοιας στο βρετανικό ΕΣΥ και αναγνωρίστηκε διεθνώς. Από τότε εφαρμόζεται σε όλες τις αγγλοσαξονικές χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία) και έχει δεχτεί αλλαγές στην εφαρμογή της και σε άλλα ανεπτυγμένα κράτη όπως για παράδειγμα στη Γερμανία, την Ιαπωνία και τη Γαλλία. Το βρετανικό ΕΣΥ είχε ανέκαθεν ιατροκεντρικό χαρακτήρα και ως εκ τούτου εμφανίζει ομοιότητες με το ΕΣΥ της Ελλάδας. Συνεπώς, η μελέτη της εφαρμογής και της επίδρασης κλινικής διακυβέρνησης στη ΜΒ έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και δύναται να οδηγήσει σε μια πιθανή υιοθέτησή στοιχείων στην ελληνική πραγματικότητα (Avgoustidou I., 2018).

Στην Αγγλία το 1992 εμφανίστηκαν οι πρώτες δυσλειτουργίες του συστήματος. Η τράπεζα Barings Bank του Λονδίνου αντιμετώπιζει κατάρρευση και πτώχευση εξαιτίας λανθασμένης διαχείρισης, από τον υπάλληλο Nick Leeson, τεράστιων χρηματικών πόρων της τράπεζας, στα χρηματιστήρια της Νοτιοανατολικής Ασίας. Το γεγονός αυτό, αποτέλεσε το έναυσμα για την εδραίωση του κλάδου της εταιρικής διακυβέρνησης. Το Χρηματιστήριο του Λονδίνου σε συνεργασία με τη Βρετανική Κυβέρνηση ίδρυσε την περίφημη Cadbury Committee η οποία διαμόρφωσε το 1992 τον πρώτο και ομώνυμο (Cadbury Code) Κώδικα Εταιρικής διακυβέρνησης. Ο κώδικας αυτός όρισε 3 θεμελιώδεις αρχές εταιρικής διακυβέρνησης:

- Την υποχρεωτική διενέργεια εσωτερικών οικονομικών ελέγχων καθώς και τη διενέργεια και δημοσίευση ετήσιου λογιστικού ελέγχου με σκοπό την εξασφάλιση ορθής διαχείρισης των οικονομικών στοιχείων της εταιρίας χωρίς υποκλοπές.
- Τις υποχρεωτικές επιχειρηματικές δραστηριότητες με αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, έτσι ώστε η εταιρία να παράγει προστιθέμενη αξία.

- Την αυστηρή τήρηση των νόμων και των κανονισμών των εταιριών. Για παράδειγμα, αναντίρρηση προέχει η ασφάλεια και η υγεία του προσωπικού της εταιρίας και των πολιτών (Eeckloo, 2007).

#### **4.1.3 Το μοντέλο ΚΑ της Μεγάλης Βρετανίας**

Στην Αγγλία, όπως αναφέραμε παραπάνω, υφίσταται εδώ και μια 15αετία πλέον, εθνική στρατηγική στο χώρο της υγείας με στόχο την αποτελεσματική διακυβέρνηση των υπηρεσιών υγείας. Το δίκτυο διακυβέρνησης υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτελεί υπόδειγμα στάσης και τάσης εκσυγχρονισμού του συστήματος.

Η κυβερνητική στρατηγική της Μεγάλης Βρετανίας διακρίνεται σε 3 ξεχωριστά πεδία:

1. Στην υιοθέτηση και θεσμοθέτηση σαφών εθνικών προτύπων διακυβέρνησης μέσω Εθνικών Δικτύων Υπηρεσιών που και του Εθνικού Ινστιτούτου Κλινικής Αρίστευσης (NICE – National Institute for Clinical Excellence ).

Το NICE καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες δύναται να βελτιώσουν την οργάνωσή τους. Παράλληλα, κατευθύνει τους κλινικούς ιατρούς ως προς την αξιοποίηση των κατάλληλων θεραπειών ανάλογα με την ασθένεια ώστε να αξιολογήσει με ακρίβεια την κλινική αποτελεσματικότητα και το κόστος των υπηρεσιών. Επίσης, τα μοντέλα αυτά θέτουν το πλαίσιο δράσης και επεξηγούν οδηγίες για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή κατηγορίες νοσημάτων (care-groups), συμπεριλαμβάνοντας μεθόδους που στοχεύουν στην βελτιστοποίηση της αποδοτικότητας των μέτρων που λαμβάνονται (National Institute for Clinical Excellence [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk), Keyvan Z, 2001).

2. Στην εγκαθίδρυση και κατοχύρωση αυτών των εθνικών προτύπων διαχείρισης από τις κατά τόπους υπηρεσίες υγείας, οι οποίες παρέχουν επαρκή υποστήριξη μέσω των εξής δομών:

- Την Ομάδα Υποστήριξης Κλινικής Διακυβέρνησης (The Clinical Governance Support Team) η οποία παρέχει αρτιότητα γνώσεων, πληροφορίες, συμβουλές και εκπαίδευση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και στις διοικητικές ομάδες.

- Το Εθνικό Γραφείο Ασφάλειας Ασθενών (The National Patient Safety Agency) που διαμορφώθηκε με στόχο να εφαρμόζει ένα υποχρεωτικό σύστημα αναφοράς, συλλογής και πληροφόρησης για τυχόν μη επιθυμητά συμβάντα κλινικής πράξης.

- Την Εθνική Αρχή Κλινικής Εκτίμησης (The National Clinical Assessment Authority) η οποία παρέχει συγκεκριμένες συμβουλές και εκφράζει τις εξειδικευμένες απόψεις της στους διοικητικούς υπαλλήλους του ΕΣΥ, που αμφιβάλλουν ή προβληματίζονται σχετικά με την αποδοτικότητα του κλινικού έργου συγκεκριμένων γιατρών, νοσηλευτών και οδοντιάτρων (Department of Health, 1999, DFID-HSRC-Keyvan Z, 2001)

### 3. Στην αποτελεσματική παρακολούθηση και επιμέλεια του συστήματος μέσω:

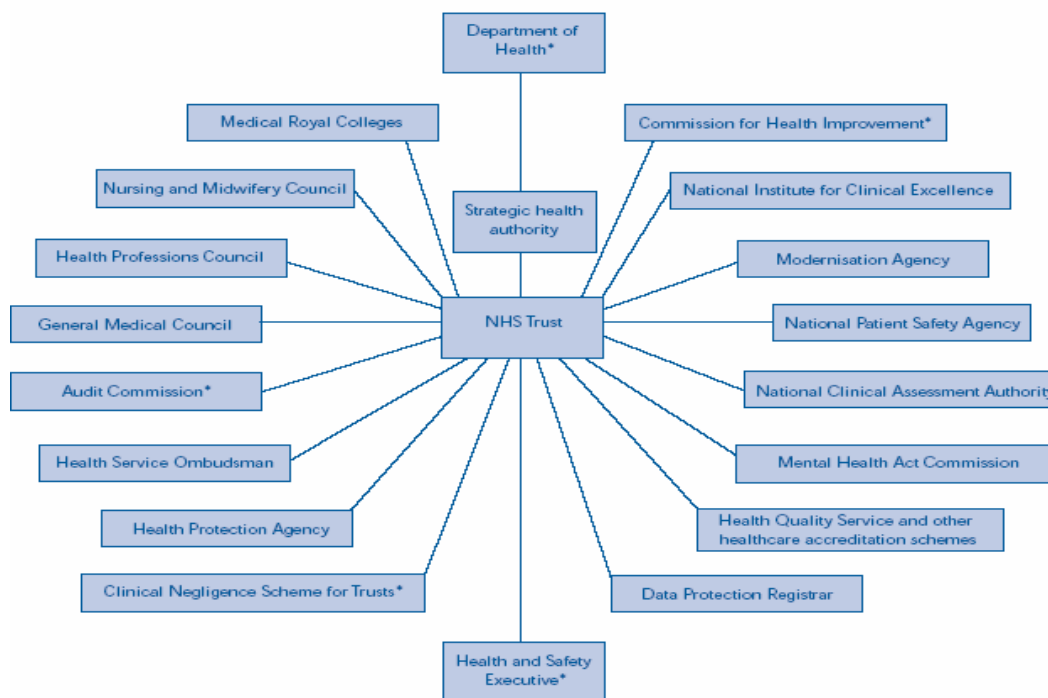
- Τοπικών Γραφείων Επιτήρησης του αρμόδιου Υπουργείου (The Department's Regional Offices),

- Της Επιτροπής για Βελτίωση της Υγείας (The Commission for Health Improvement), η οποία στοχεύει να βελτιώσει την ποιότητα του συστήματος μέσω συστηματικού ελέγχου της παρεχόμενης φροντίδας και προσδιορισμού ειδικών πρακτικών και πεδίων κλινικής και διοικητικής πράξης που επιδέχονται βελτίωσης,

- Της Εθνικής Υπηρεσίας Εμπειριών των Ασθενών και Χρηστών (the National Survey for Patients and Users Experience) που αποσκοπεί στην καταγραφή ετήσιου απολογισμού των ζητημάτων που αφορούν τόσο τους ασθενείς όσο και τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας γενικότερα.



Στη δημιουργία και την εφαρμογή του μοντέλου αυτού, ηγετικό ρόλο κατείχε το Εθνικό Ελεγκτικό Γραφείο (The National Audit Office), το οποίο αποτελεί μια ανεξάρτητη Εθνική Αρχή, με 800 αιρετούς υπαλλήλους. Αναφέρεται απ' ευθείας και αποκλειστικά στο Κοινοβούλιο και με τη δουλειά του γλυτώνει το Βρετανό φορολογούμενο τουλάχιστον 8 λίρες για κάθε 1 λίρα που ξοδεύεται από ή για το Γραφείο. Συμπορεύτηκε με την Clinical Committee for Health Improvement, η οποία, για μια δεκαετία περίπου, αναφερόταν από όλους ως Εθνική Επιτροπή Υγείας [CHI-HC –(National) Health Committee]. Από τον Οκτώβριο του 2010 ονομάζεται Επιτροπή Ποιότητας στην Περίθαλψη (CQC – Care Quality Commission) και ως σκοπό έχει: «να ελέγχει όλα τα νοσοκομεία στην Αγγλία, για να διασφαλίσει ότι συμπλέουν με τα πρότυπα λειτουργίας και ποιότητας που θέτει η κυβέρνηση και παράλληλα να μοιράζεται τα ευρήματα από τους ελέγχους με το κοινό» (CQC 2012). Από το ίδιο το Υπουργείο Υγείας της Μ.Βρετανίας αναφέρεται ως «μαντρόσκυλο» ή «κέρβερος» (“watchdog”), γεγονός ενδεικτικό της σημασίας που παίζει για τη ρύθμιση ή αυτορρύθμιση του ΕΣΥ (Badham, J., 2006, NHS-Clinical Governance, 2021, Χαζάκης, 2021).



**Σχήμα 4.1** Η διάρθρωση του συστήματος κλινικής διακυβέρνησης στη Μεγάλη Βρετανία

Πηγή: NHS- [www.doh.gov.uk/pub/docs/doh/hsc065.pdf](http://www.doh.gov.uk/pub/docs/doh/hsc065.pdf)

Οι οργανωτικές δομές που περιγράφηκαν διοικούνται με αυτονομία καθιερώνοντας και

επιτηρώντας το επίπεδο κλινικής ποιότητας σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο οργανισμού και σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Για παράδειγμα, το NICE καθορίζει τα κριτήρια και τις οδηγίες που βασίζονται στα πιο σύγχρονα δεδομένα, τα οποία είναι διαθέσιμα παγκοσμίως για να τα αξιοποιούν ατομικά οι επαγγελματίες υγείας. Ο ρόλος των τοπικών δομών του ΕΣΥ και των Τοπικών Συνδέσμων Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, σε συνεργασία με τις Στρατηγικές Αρχές Υγείας είναι να εφαρμόζονται αυτές οι οδηγίες και αναλογούν στις δικές μας ΥΠΕ (Υγειονομικές Περιφέρειες). Η Εθνική Επιτροπή Υγείας (CHI-HC) έχει χρέος να επιτηρεί στη συνέχεια τους οργανισμούς του ΕΣΥ για να εξασφαλίσει ότι τα κριτήρια εφαρμόζονται (Badham, J., 2006, Χαζάκης, 2021).

Ύστερα από 10 χρόνια λειτουργίας του συστήματος διακυβέρνησης στο Ηνωμένο Βασίλειο, εντοπίστηκαν δυσκολίες στην οργάνωση, στο συντονισμό και τη διαχείριση του όγκου των δεδομένων που συλλέχτηκαν από τα διάφορα κέντρα του δικτύου. Σαφώς, απαραίτητο εργαλείο για κάθε εποπτικό σύστημα είναι η αξιοποιήσιμη, αξιόπιστη πληροφορία, ειδικά στο χώρο της Υγείας. Για τον λόγο αυτό, ιδρύθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Διακυβέρνησης της Πληροφορίας για την Υγεία και την Κοινωνική Φροντίδα (National Information Governance Board (NIGB) for Health and Social Care) μόλις το Νοέμβριο του 2007, ενσωματώνοντας τις λειτουργίες του Συμβουλίου Ανάπτυξης Αρχείων Καταγραφής Φροντίδας (Care Record Development Board) και το οποίο είχε διαμορφωθεί συνεργατικά με το δίκτυο διακυβέρνησης που αναλύσαμε παραπάνω (Halligan A., 2001). Το NIGB δίνει κάθε χρόνο αναφορά των ενεργειών του στον Υπουργό Υγείας και συνεργάζεται στενά με τη Συμβουλευτική Ομάδα Πληροφοριών από Ασθενείς (PIAG - Patient Information Advisory Group). Στοχεύει στην αναζήτηση συνεχούς βελτίωσης της πρακτικής διακυβέρνησης των δεδομένων που συλλέγονται, παρέχοντας την απαραίτητη «ηγεσία» και προωθώντας αξιόπιστα πρότυπα διακυβέρνησης της πληροφορίας στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας (DH-2007). Πρόθεση του συμβουλίου είναι η παροχή πρακτικής υποστήριξης στη διαχείριση της συνθετότητας της διακυβέρνησης πληροφοριών και όχι η απόδοση επιπλέον βάρους στους τοπικούς οργανισμούς (DFID-HSRC-Keyvan Z, 2001, Χαζάκης 2021).

Αργότερα, ο Cadbury code μετασχηματίστηκε από τις Εθνικές Επιτροπές Greenbury and Hemple Committees και διαμορφώθηκε ο «London Stock Exchange Combined Code of Principles of Good Governance». Αποτελεί έναν ολοκληρωμένο κώδικα εταιρικής διακυβέρνησης, που από τότε έχει υιοθετηθεί διεθνώς από χρηματιστηριακές αγορές όλου του κόσμου, εφόσον πρώτα προσαρμόστηκε στις διάφορες τοπικές και εθνικές ανάγκες. Η εταιρική διακυβέρνηση εγκαταστάθηκε πλήρως στις υπηρεσίες και ύστερα ακολούθησε και το

Υπουργείο Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία καθιερώνοντας τις αρχές εταιρικής διακυβέρνησης για το ΕΣΥ (Principles of corporate governance in the NHS, DH-Department of Health, 2021).

#### **4.1.4 Το μέλλον της ΚΔ στην Μεγάλη Βρετανία**

Η Αγγλική Κυβέρνηση πιστεύει ότι για μια πετυχημένη κλινική διακυβέρνηση χρειάζεται οριστική αλλαγή στον προσανατολισμό των οργανισμών υγείας μετατοπίζοντας την οργανωτική της κουλτούρα από ένα πνεύμα επικριτικό σε πνεύμα μάθησης. Το NHS National Plan 2000 θέτει στόχους για την ενίσχυση της ποιότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και τονίζει την σημαντικότητα διασφάλισης του ασθενοκεντρικού συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης.

Η κύρια πρόκληση για τους ηγέτες της κλινικής διακυβέρνησης και για το Αγγλικό ΕΣΥ είναι να αλλάξει η κουλτούρα και στάση του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας του κράτους. Στο πλαίσιο αυτό, το προσωπικό σε συνεργασία με τους ρυθμιστικούς φορείς της κυβέρνησης οφείλουν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη και την πρόοδο της κλινικής διακυβέρνησης και ως εκ τούτου σε βελτίωση του συντονισμού, της οργάνωσης και της ποιότητας στην φροντίδα υγείας των ασθενών. (DFID/THs Health Systems Resource Centre, 2001)

Η κλινική διακυβέρνηση ως όρος εισήχθη για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1990 στο Ηνωμένο Βασίλειο. Έγινε ευρέως γνωστή ως απάντηση σε μια σειρά ανησυχιών σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλεια της υγειονομικής περίθαλψης στην Αγγλία, στον Καναδά και αλλού. Παραβιάσεις της ασφάλειας των ασθενών ήταν το κύριο ζήτημα που απασχόλησε. Εκείνη την εποχή οι απαιτήσεις των ασθενών απέναντι στις υπηρεσίες είχαν αυξηθεί. Παράλληλα, αυξήθηκε η ικανότητα των ασθενών να ορίσουν τι απαιτούσαν από το σύστημα υγείας. Έτσι, το κόστος κλιμακώνονταν και η απειλή και η επαγρύπνηση στα ιατρικά λάθη οδήγησαν σε αυξημένη πίεση ώστε να αποφευχθούν τυχόν σφάλματα. Αυτές οι συνθήκες της συνεχούς και αυξανόμενης ζήτησης σε συνδυασμό με τις πιέσεις κόστους και αντιδικίες που προκλήθηκαν, εμφανίστηκαν και στην Αυστραλία τη δεκαετία του 1990 και του 2000 επίσης. Ερευνητικές μελέτες καταδεικνύουν πως τα σφάλματα παρουσιάζουν σημαντική αντίσταση στην διαχείριση και στις προσπάθειες για τη μείωσή τους (Durfyn A.J., Irvine A.E., 2004).

Για την αξιολόγηση της εφαρμογής της ΚΔ στο Βρετανικό ΕΣΥ, η κυβέρνηση της Αγγλίας ανέθεσε το 2007 σε μία ομάδα από ειδικούς στον τομέα του μάνατζμεντ αλλά και της ιατρικής επιστήμης, να καταγράψουν και να περιγράψουν την υφιστάμενη κατάσταση στο ΕΣΥ όσον αφορά την αποτελεσματική εφαρμογή προγραμμάτων της ΚΔ. Τα αποτελέσματα

αυτής της αξιολόγησης έδειξαν ότι ενώ υπήρχαν συστήματα και δομές κλινικής διακυβέρνησης σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές και σε όλους τους υγειονομικούς φορείς υπηρεσιών της χώρας, η πρόοδος τους και η υιοθέτηση των αρχών της ΚΔ κυμαινόταν ανάλογα και δεν υπήρχε ομοιομορφία. Πιο συγκεκριμένα αν και η ποιότητα των υπηρεσιών και η ασφάλεια των ασθενών διαχειριζόταν και επιτηρούνταν επισταμένα πλέον και με μεγαλύτερη λογοδοσία από πλευράς γιατρών και μάνατζερ, αναγνωρίστηκε πως υπάρχουν πολλά ακόμη να γίνουν για να διασφαλιστεί η επίδοση των γιατρών προς όφελος της ασφάλειας των ασθενών, στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αντιθέτως η τριτοβάθμια-νοσοκομειακή εικόνα ήταν πιο θετική, καθώς όλα τα νοσοκομεία και οι δευτεροβάθμιες δομές υγείας τους είχαν επαρκώς καθιερώσει την κατάλληλη οργανωτική διάρθρωση κλινικής διακυβέρνησης (Durfín A.J., Irvine A.E., 2004, DH, 2007).

Γενικότερα, τα ευρήματα συνέτειναν στο ότι η σχετική ελευθερία που δόθηκε στους υγειονομικούς οργανισμούς να αναπτύξουν τα συστήματα κλινικής διακυβέρνησης οδήγησε στην καθολική εφαρμογή της έννοιας, όμως υπήρχε μεγάλη διαφοροποίηση στην επίτευξη επιτυχών και ποιοτικών αποτελεσμάτων. Με άλλα λόγια κάποιοι οργανισμοί δεν πέτυχαν πλήρως την ενσωμάτωση των διακυβερνητικών διαδικασιών στην πλήρη εξυπηρέτηση των τοπικών αναγκών υγείας. Η κλινική διακυβέρνηση ήταν εντονότερα παρούσα στα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία, εξαιτίας του πιο αυστηρού μάνατζμεντ που έχουν τα νοσοκομεία καθώς και των πιο αυστηρών οικονομικών στόχων που θέτουν. Από τη άλλη, το National Audit Office, χαρακτήρισε την εικόνα στον πρωτοβάθμιο τομέα ως εξαιρετικά επιτυχή, αναφέροντας πως: «82% των PCTs αποκρίθηκε πως η εφαρμογή των μηχανισμών κλινικής διακυβέρνησης επέφερε ξεκάθαρα οφέλη στην ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών και καμιά από αυτές τις Ενώσεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας δεν ισχυρίστηκε ότι δεν υπήρξε κάποιος θετικός αντίκτυπος» (DH, 2007, Rosen, R., 2000).

Από τη συγκεκριμένη αξιολόγηση της ΚΔ προέκυψε επίσης ότι υγειονομικοί τομείς που ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στην εφαρμογή των αρχών της ΚΔ ήταν εκείνοι που όφειλαν να αποκρίνονται σε πολύ σοβαρά περιστατικά και υφίσταντο συχνά εξωτερικές επιθεωρήσεις. Επίσης οι οργανισμοί όπου η κλινική τους αποτελεσματικότητα μπορεί να μετρηθεί εύκολα και είναι λιγότερο πολύπλοκοι οργανωσιακά και τέλος όπου υπάρχει υγιής ανταγωνισμός μέσα στο σύστημα μεταξύ διαφορετικών πεδίων πρακτικής (όπως μεταξύ διαφορετικών προσεγγίσεων στην ψυχιατρική). Από την άλλη, οι τομείς με λιγότερο ανεπτυγμένη την αποτελεσματικότητα της κλινικής διακυβέρνησης, ενώ ήδη εφαρμόζονταν οι αρχές της και υφίσταντο οι αρχές της, ήταν οι τομείς της συμμετοχής ασθενών και κοινού στον καθορισμό της στρατηγικής και στη λήψη αποφάσεων και ο τομέας της Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας, ειδικά στις περιπτώσεις που τα PCTs πρέπει να συνεργαστούν με άλλους και οι αποφάσεις για την περίθαλψη των πολιτών λαμβάνονται σε συνεργασία με επιτροπές. Ως πρώτο συμπέρασμα, οι διαπιστώσεις συμφωνούσαν στο ότι υπάρχουν λίγα δεδομένα περί βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας σε πρακτικό επίπεδο και ότι οι σύνδεσμοι κλινικής διακυβέρνησης μεταξύ Πρωτοβάθμιων Ενώσεων και ανεξάρτητων συνεργαζόμενων εργολάβων είναι υποανάπτυκτοι (Durfyn A.J., Irvine A.E., 2004, DH, 2007). Αξίζει βέβαια να τονισθεί ότι βελτιώθηκε αρκετά το επίπεδο συλλογής πληροφοριών και δεδομένων που διατίθενται στο γιατρό, προκειμένου εκείνος να βελτιώνει ή να προσαρμόζει την πρακτική του, για το καλό των ασθενών του. Ως δεύτερο συμπέρασμα, επιβεβαιώθηκε η αίσθηση ότι όσο σημαντική είναι η ύπαρξη μηχανισμών και διαδικασιών διασφάλισης της ποιότητας για την κλινική διακυβέρνηση, άλλο τόσο είναι και η κουλτούρα που έπρεπε να διαμορφωθεί σχετικά με αυτές τις δομές. Για την ουσιαστική και επιτυχή εφαρμογή προσεγγίσεων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και κλινικής διακυβέρνησης καθοριστικό ρόλο παίζει η ύπαρξη κατάλληλης οργανωσιακής κουλτούρας η οποία με τη σειρά της είναι αποκύημα μιας καλής ηγεσίας. Η ξεκάθαρη δέσμευση από τα ΔΣ προς το σκοπό της κλινικής διακυβέρνησης είναι δέσμευση ολόκληρου του οργανισμού στην ποιότητα. Η θεσμοθέτηση της υπευθυνότητας σε επίπεδο ΔΣ και η επιταγή της ποιότητας ως νομικό του καθήκον, καθώς και η προώθηση των ενδιάμεσων μανάτζερ και διευθυντών κλινικών και υπηρεσιών στην ατζέντα διαχείρισης κινδύνου, ισχυροποίησε την ευαισθησία και την ενημέρωση του προσωπικού για διάφορα ζητήματα κλινικά και μη και ενδυνάμωσε την ευθύνη του να προσπαθεί να λύσει αυτά τα ζητήματα. Δεδομένου, μάλιστα, πως υπάρχει κόστος ευκαιρίας σχετιζόμενο με το χρόνο και την προσπάθεια που πρέπει να επενδυθεί για να «δουλέψει» σωστά η κλινική διακυβέρνηση, η υποστήριξη από τα ανώτατα διοικητικά κλιμάκια της υγείας και η θέσπιση της κλινικής διακυβέρνησης ως κατανοητής προτεραιότητας από αυτά, ενισχύουν μέρα με τη μέρα τις αποτελεσματικές πρακτικές και τα συστήματα διαχείρισης κινδύνου. Τέλος, επισήμαναν ότι η επένδυση στην κλινική διακυβέρνηση για τη βελτίωση της οργανωτικής και κλινικής λειτουργίας απαιτεί μακροπρόθεσμο σχεδιασμό και δέσμευση. Άρα στους οργανισμούς που τελούν υπό ασφυκτική οικονομική πίεση, η ανάπτυξη και εφαρμογή κλινικής διακυβέρνησης καθίσταται μάλλον χαμηλότερης προτεραιότητας (DH, 2007, NAO, 2006, Rosen, R., 2000, DH, 1999)

Χρειάζεται αυξημένη επαγρύπνηση του συστήματος ως προς την ποιότητα και την ασφάλεια. Η κλινική διακυβέρνηση αποτελεί το κλειδί σε αυτό το σύνολο προβλημάτων. Παρ' όλα αυτά, τα στοιχεία δείχνουν ότι δεν υπάρχουν άμεσες και γρήγορες λύσεις για την αλλαγή

των συστημάτων υγείας προς το καλύτερο. Αυτό απαιτεί πολλαπλές στρατηγικές και πιθανότατα αποτελεί διαχρονικό έργο, που συνεχώς επιδέχεται βελτίωσης.

## ***4.2 Η εφαρμογή της ΚΔ και η αξιολόγησή της στην Αυστραλία***

### ***4.2.1 Η Κλινική Διακυβέρνηση στην Αυστραλία και η εφαρμογή της***

Όπως έχουμε ήδη αναλύσει παραπάνω, η κλινική διακυβέρνηση, επικεντρώνεται στην επίτευξη της άριστης κλινικής πράξης και στον τρόπο με τον οποίο θα την διασφαλίσει το εκάστοτε σύστημα υγείας. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, ειδικά από την Μεγάλη Βρετανία ο όρος έχει πλέον λάβει μία ευρύτερη έννοια και έχει πλέον αποκτήσει τόσο διοικητικές, όσο και οικονομικές διαστάσεις. Καθιερώθηκε και αναπτύχθηκε στη Μεγάλη Βρετανία πριν 25 χρόνια και έκτοτε έχει διαδοθεί και εφαρμόζεται από όλες τις αγγλοσαξονικές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Αυστραλίας (Χαζάκης, 2021).

Η φιλοσοφία που έχει υιοθετήσει η Αυστραλία σχετικά με την κλινική διακυβέρνηση στηρίζεται κυρίως στην πεποίθηση ότι η κλινική διακυβέρνηση αποτελεί

ενσωματωμένο στοιχείο της ευρύτερης εταιρικής διακυβέρνησης του κράτους και καθορίζει τα βασικά στοιχεία του Πλαισίου Κλινικής Διακυβέρνησης, με βάση τα Πρότυπα NSQHS. Η ευθύνη ενός διοικητικού οργάνου, όπως ενός συμβουλίου για την κλινική διακυβέρνηση, είναι ένα ολοκληρωμένο στοιχείο της συνολικής ευθύνης και λογοδοσίας του να κυβερνά τον οργανισμό. Επομένως, ως συστατικό των ευρύτερων συστημάτων εταιρικής διακυβέρνησης, η κλινική διακυβέρνηση περιλαμβάνει ένα σύνθετο σύνολο συμπεριφορών, πολιτικών, διαδικασιών και μηχανισμών παρακολούθησης και βελτίωσης της ηγεσίας που στοχεύουν στην εξασφάλιση καλών κλινικών αποτελεσμάτων (Lucas, J., Leggat, S.G. and Taylor, N.F., 2022).

Ως εκ τούτου, το σύστημα κλινικής διακυβέρνησης ενός οργανισμού υπηρεσιών υγείας πρέπει να θεωρηθεί ως ένα υποσύστημα μέσα σε ένα μεγαλύτερο σύστημα, δηλαδή ένα σύστημα κλινικής διακυβέρνησης μέσα σε ένα σύστημα εταιρικής διακυβέρνησης.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο διοίκησης, ορίζονται τα εξής (ACSQHC, 2015):

- Η κλινική διακυβέρνηση έχει ισοδύναμη σημασία με την οικονομική διακυβέρνηση, την επιχειρηματική διακυβέρνηση και άλλα θέματα
- Οι αποφάσεις σχετικά με άλλες πτυχές της εταιρικής διακυβέρνησης μπορούν να έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ασφάλεια και την ποιότητα της περίθαλψης και οι αποφάσεις σχετικά με την κλινική περίθαλψη μπορούν να έχουν άμεση επίδραση σε άλλες πτυχές της εταιρικής διακυβέρνησης, όπως η οικονομική απόδοση και η διαχείριση κινδύνου
- Τα διοικητικά όργανα είναι τελικά υπεύθυνα για την καλή εταιρική (συμπεριλαμβανομένης της κλινικής) διακυβέρνησης
- Τα διοικητικά όργανα δεν μπορούν να διοικούν καλά τις κλινικές υπηρεσίες χωρίς τη βαθιά δέσμευση ειδικευμένων κλινικών γιατρών που εργάζονται σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού
- Οι κλινικοί γιατροί, οι διευθυντές και τα μέλη των διοικητικών οργάνων έχουν ατομικές και συλλογικές ευθύνες για τη διασφάλιση της ασφάλειας και της ποιότητας της κλινικής περίθαλψης. Εκτός από το ότι αντικατοπτρίζονται στα Πρότυπα NSQHS, πολλές από αυτές τις ευθύνες προσδιορίζονται σε σχετικούς επαγγελματικούς κώδικες δεοντολογίας.

Σύμφωνα λοιπόν με τη φιλοσοφία της Αυστραλίας σχετικά με την ΚΔ, αν και είναι τελικά ευθύνη ενός κυβερνώντος οργάνου να δημιουργήσει ένα υγιές σύστημα κλινικής διακυβέρνησης και να είναι υπεύθυνο για τα αποτελέσματα και τις επιδόσεις εντός αυτού του συστήματος, η εφαρμογή περιλαμβάνει συνεισφορές από άτομα και

ομάδες σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού. Υπάρχει επίσης εξάρτηση από καλά σχεδιασμένα συστήματα που παρέχουν, παρακολουθούν και λαμβάνουν υπόψη την ασφάλεια και την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών (ACSQHC, 2017).

Η εφαρμογή συστημάτων κλινικής διακυβέρνησης για την επίτευξη καλών κλινικών αποτελεσμάτων απαιτεί εστίαση τόσο στο τι συμβαίνει σε έναν οργανισμό υπηρεσιών υγείας όσο και στην ενσωμάτωση και τους δεσμούς του οργανισμού υπηρεσιών υγείας σε ένα δίκτυο άλλων οργανισμών υπηρεσιών υγείας στον τομέα της επείγουσας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτό το δίκτυο μπορεί να περιλαμβάνει γενικούς ιατρούς, άλλους ειδικούς, συμμαχικούς παρόχους υγείας και οίκους φροντίδας ηλικιωμένων (Lucas, J., Leggat, S.G. and Taylor, N.F., 2022).

Για να υποστηρίξει την παροχή ασφαλούς και υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης και τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τους ασθενείς στον πολύπλοκο και πολυσύνθετο υγειονομικό τομέα, η Αυστραλιανή Επιτροπή για την Ασφάλεια και την Ποιότητα στην Υγεία (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care – ACSQH) ανέπτυξε ένα Εθνικό Πρότυπο Πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης για δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς τρίτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Το Πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης βασίζεται στα πρότυπα της Εθνικής Υπηρεσίας Ασφάλειας και Ποιότητας Υγείας ( National Safety and Quality Health Service - NSQHS) (δεύτερη έκδοση), και ιδιαίτερα στο Πρότυπο Κλινικής Διακυβέρνησης και στο Πρότυπο Συνεργασίας με τους Καταναλωτές. Ως μέρος του πλήρους συνόλου των προτύπων NSQHS, αυτά τα δύο πρότυπα αποτελούν ένα πλήρες και ισχυρό πλαίσιο κλινικής διακυβέρνησης.

Το Πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης περιλαμβάνει πέντε στοιχεία:

- Διακυβέρνηση, ηγεσία και κουλτούρα – τα ολοκληρωμένα συστήματα εταιρικής και κλινικής διακυβέρνησης που έχουν καθιερωθεί, χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ασφάλειας και ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης για των ασθενών
- Τα συστήματα ασφάλειας και βελτίωσης της ποιότητας των ασθενών – είναι ενσωματωμένα συστήματα ασφάλειας και ποιότητας σε διαδικασίες διακυβέρνησης για την ενεργή διαχείριση και βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας
- Την κλινική απόδοση και αποτελεσματικότητα –το εργατικό δυναμικό έχει τα κατάλληλα προσόντα, δεξιότητες και εποπτεία για την παροχή ασφαλούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας στους ασθενείς
- Το ασφαλές περιβάλλον για την παροχή φροντίδας – το περιβάλλον προωθεί την ασφάλεια και την υψηλή ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης.



- Τη συνεργασία με τους καταναλωτές – τα συστήματα ΚΔ έχουν σχεδιαστεί σε συνεργασία με ασθενείς, φροντιστές και τις οικογένειές τους, μέσω συγκεκριμένων μετρήσεων, συλλογής στοιχείων και συμπερασμάτων για την υποστήριξη των ίδιων των καταναλωτών (ACSQHC, 2017).

Τα στοιχεία αυτά είναι υποχρεωτικά για τους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας που επιθυμούν να πληρούν τις απαιτήσεις των προτύπων NSQHS όταν είναι διαπιστευμένοι. Όπως και με τα Πρότυπα NSQHS, ωστόσο, το Πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης δεν προσδιορίζει πώς ένας οργανισμός υπηρεσιών υγείας πρέπει να αναπτύξει ή να εφαρμόσει τα συστήματα κλινικής διακυβέρνησής του. Κάθε οργανισμός υπηρεσιών υγείας πρέπει να εφαρμόζει στρατηγικές για να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των προτύπων NSQHS για την κλινική διακυβέρνηση που λαμβάνουν υπόψη τις τοπικές του συνθήκες. Το Πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης βασίζεται στα Πρότυπα NSQHS, παρέχοντας περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την εταιρική και κλινική διακυβέρνηση, καθώς και τους ρόλους και τις ευθύνες για τα άτομα σε έναν οργανισμό υπηρεσιών υγείας (ACSQHC, 2017).

Το εθνικό πλαίσιο κλινικής διακυβέρνησης στην Αυστραλία επίσης τονίζει ιδιαίτερα, τη σημασία που πρέπει να λαμβάνει η κουλτούρα στην κλινική διακυβέρνηση ώστε να είναι βέβαιο ότι οι ασθενείς, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας και οι καταναλωτές, θα μπορούν να απολαμβάνουν ασφαλή και υψηλής ποιότητας περίθαλψη (Braithwaite, J. and Travaglia, J. 2008). Η επιτροπή μάλιστα δηλώνει την σύμφωνη γνώμη της με τους περισσότερους δημοσιευμένους ορισμούς, ότι δηλαδή οι αξίες, οι πεποιθήσεις και οι υποθέσεις που υπάρχουν από κοινού στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες, είναι τα συστατικά που συνθέτουν την κουλτούρα τους. Με την σειρά του αυτός ο κοινός τρόπος σκέψης, μετατρέπεται σε κοινά και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς στο εργασιακό περιβάλλον (ACSQHC, 2017).

Τα συστήματα υγείας υφίστανται διαρκώς δομικές αλλαγές. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν, η εισαγωγή της Οργανωμένης Φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, η ίδρυση φορέων για τη θέσπιση προτύπων όπως το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κλινική Αριστεία (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) και η εκ νέου οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο και η ανάπτυξη συστημάτων καταγραφής σφαλμάτων στην Αυστραλία. Οι μείζονες αλλαγές στην δομή των συστημάτων υγείας ωστόσο, πολλές φορές δεν καρποφορεί τα αναμενόμενα οφέλη προς την βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των συστημάτων. Την θετική έκβαση στο ζήτημα αυτό, μπορεί να επιφέρει η αλλαγή της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας, σε

συνδυασμό με ταυτόχρονες δομικές αλλαγές στο ΕΣΥ, με στόχο την πολυπόθητη βελτίωση της ποιότητας και της απόδοσής του (Drelizioi, 2014).

Παράλληλα, από το 2004 στην Αυστραλία εφαρμόζεται ο θεσμός της περιοδικής πιστοποίησης της επάρκειας των εξειδικευμένων ιατρών. Σύμφωνα με τον εθνικό κανονισμό, σκοπός της περιοδικής πιστοποίησης είναι η διασφάλιση των χρηστών υπηρεσιών υγείας πως η περίθαλψη παρέχεται μόνο από καταρτισμένους επαγγελματίες με τα κατάλληλα προσόντα και των οποίων η επίδοση διατηρείται σε επιθυμητό επίπεδο και ελέγχεται τακτικά. Οι διαδικασίες πιστοποίησης καθίσταται αναγκαίο να αλλάζουν συχνά και να εκσυγχρονίζονται με στόχο οι οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας να έχουν εμπιστοσύνη στο προσωπικό τους ότι μπορεί δηλαδή το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να κάνει τη δουλειά του σε εξαιρετικό επίπεδο. Τα ΔΣ και οι ανώτατοι διοικητικοί υπάλληλοι έχουν χρέος να παρέχουν υποστήριξη και να εξασφαλίζουν ότι τα συστήματα πιστοποίησης πληρούν τις απαιτήσεις και είναι αξιοκρατικά. Παράλληλα, η ευθύνη των συμβουλίων και ανωτάτων στελεχών δεν περιορίζεται στο επίπεδο του υγειονομικού προσωπικού αλλά επεκτείνεται και στο επίπεδο των υπηρεσιών και κατ' επέκταση όλου του οργανισμού. Συμπερασματικά, τα περισσότερα δεδομένα από την Αυστραλία καταδεικνύουν πως πετυχημένα μοντέλα κλινικής διακυβέρνησης αποτελούν αυτά τα οποία βασίζονται στον εσωτερικό έλεγχο, στη αξιολόγηση της κλινικής επίδοσης βάσει δεικτών και στην ανατροφοδότηση των επαγγελματιών από την ηγεσία (ACSQHC, 2017).

#### ***4.2.2 Κριτική και Αξιολόγηση της Κλινικής Διακυβέρνησης στην Αυστραλία***

Η Αυστραλία αποτελεί μία από τις πρώτες χώρες που προσπάθησαν να υιοθετήσουν τις αρχές του Βρετανικού μοντέλου διακυβέρνησης στο σύστημά τους. Έχοντας ταυτόχρονα κι άλλες επιρροές προσάρμοσαν το σύστημα διακυβέρνησης αρκετά ικανοποιητικά. Οι προσπάθειες αυτές για διαμόρφωση κλινικής διακυβέρνησης άρχισα πριν από 10 έτη. Τόσο σε ακαδημαϊκό όσο και σε κυβερνητικό επίπεδο, τα τελευταία χρόνια έχει μελετηθεί και αναλύθει αρκετά η αποτελεσματικότητα της διακυβέρνησης της Αυστραλίας στην υγεία. Τα δεδομένα δημοσιευμένων μελετών από την εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης καταδεικνύουν πως είναι περιορισμένη η αποτελεσματικότητα αυτών.

Συγκεκριμένα, στην Αυστραλία στις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας η συχνότητα ιατρικών λαθών, λανθασμένων διαγνώσεων, οι αστοχίες στη θεραπεία και κάποιοι απροσδόκητοι θάνατοι, όπως επίσης και η συχνότητα ανεπιθύμητων συμβάντων ήταν σε

πολύ υψηλά επίπεδα. Αν και το μεγαλύτερο μέρος της υγειονομικής περίθαλψης στην Αυστραλία συνδέεται με καλά κλινικά αποτελέσματα, οι ασθενείς δεν λαμβάνουν πάντα τη φροντίδα που συνιστάται και οι ανεπιθύμητες ενέργειες συνεχίζουν να συμβαίνουν σε όλο το αυστραλιανό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Mascie-Taylor H. & Hoddinott J., 2017, Pearce M.P., 2010). Εκτιμήσεις του ποσοστού των ασθενών που αντιμετωπίζουν περιστατικά που θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών στο νοσοκομείο κυμαίνονται από 3% έως 15%. Αυτή η διακύμανση στο ποσοστό συμβαίνει λόγω διαφορών στους ορισμούς και τις μεθόδους συλλογής πληροφοριών. Ακόμα κι αν ληφθεί υπόψη το χαμηλότερο ποσοστό του 3%, αυτό σημαίνει ότι σχεδόν 300.000 άτομα επηρεάστηκαν από ένα περιστατικό ασφάλειας ασθενών σε νοσοκομείο της Αυστραλίας το 2013–14 (Mascie-Taylor H. & Hoddinott J., 2017). Τα περιστατικά ασφάλειας των ασθενών μπορεί να συσχετιστούν με δυσμενή έκβαση για τον ασθενή, όπως πόνο, καθυστερήσεις στη φροντίδα, βραχυπρόθεσμες και μόνιμες αναπηρίες (τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές) και θάνατο. Μπορούν επίσης να σχετίζονται με αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης λόγω μεγαλύτερης παραμονής στο νοσοκομείο, πρόσθετων θεραπειών και επανεισαγωγών (Mascie-Taylor H. & Hoddinott J., 2017). Αν και είναι δύσκολο να μετρηθεί το κόστος που αποδίδεται άμεσα σε κενά στην ασφάλεια και την ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη, οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι το κόστος είναι σημαντικό. Σχεδόν πριν από μια δεκαετία, η Εθνική Επιτροπή Μεταρρύθμισης για την Υγεία και τα Νοσοκομεία υπολόγισε ότι «τα ανεπιθύμητα συμβάντα κοστίζουν περίπου 2 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως» (ACSQHC, 2017). Ένα αυστηρό πλαίσιο ασφάλειας και ποιότητας που αντιμετωπίζει ζητήματα σε επίπεδο συστήματος μπορεί να μειώσει το κόστος της ανεπαρκούς φροντίδας και να μειώσει τις βλάβες στους ασθενείς. Μια συστηματική προσέγγιση για τη βελτίωση της ποιότητας προσδιορίζει εκείνους που είναι υπεύθυνοι για συγκεκριμένες ενέργειες σε οργανισμούς υπηρεσιών υγείας και εστιάζει στους κινδύνους ασφάλειας και ποιότητας για να διασφαλίσει ότι λαμβάνονται η απαραίτητη παρακολούθηση και ενέργειες για τη βελτίωση των υπηρεσιών. Η ασφαλής και υψηλής ποιότητας φροντίδα απαιτεί την επαγρύπνηση και τη συνεργασία όλου του εργατικού δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης. Τα τελευταία χρόνια, οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας έχουν χρησιμοποιήσει τα πρότυπα NSQHS ως πλαίσιο για επενδύσεις σε δραστηριότητες βελτίωσης της ασφάλειας και της ποιότητας, όπως η ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών, εκπαιδευτικού υλικού και διαδικασιών βελτίωσης (συμπεριλαμβανομένης της πιστοποίησης, των ανασκοπήσεων θνησιμότητας, της παρακολούθησης περιστατικών και της ανάλυσης βασικών αιτιών). Αυτές οι αλλαγές έχουν

βελτιώσει την ασφάλεια και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης για τους ασθενείς στην Αυστραλία (ACSQHC, 2017, Mascie-Taylor H. & Hoddinott J., 2017).

Ελάχιστα μοντέλα κλινικής διακυβέρνησης στην Αυστραλία κατόρθωσαν να ενσωματώσουν πρακτικές ώστε να πετύχουν ταυτόχρονα βέλτιστη ασφάλεια, κλινική αποτελεσματικότητα, αειφορία και συμφέροντα οικονομικά αποτελέσματα. Οι οργανισμοί που τα κατάφεραν καλύτερα, όπως αναφέρεται και στην MB, είναι εκείνοι που χρησιμοποιούν κλινικούς δείκτες σχετικούς με την περιφέρεια στην οποία βρίσκονται, χρησιμοποιούν ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς και αξιοποιούν αρχές της κλινικής διακυβέρνησης σε τοπικό επίπεδο. Είναι γεγονός πως περισσότερη και καλύτερη δουλειά στον τομέα της κλινικής διακυβέρνησης έχει γίνει στα νοσοκομεία από ότι στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Παράλληλα, είναι κατανοητό πως μια ολοκληρωμένη και κυρίως αποτελεσματική προσέγγιση στην κλινική διακυβέρνηση βασίζεται στην ενεργό και ηγετική συμμετοχή των ΔΣ και άλλων ανώτατων διοικητικών στελεχών που θα προωθήσουν σε όλα τα μέλη την συμφωνημένη στρατηγική ποιότητας και ασφάλειας (Balding C., 2008).

Η φροντίδα στην Αυστραλία είναι πολύπλοκη και οι ασθενείς μετακινούνται τόσο μεταξύ διαφορετικών τύπων υπηρεσιών υγείας, όσο και μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Λόγω αυτής της πολυπλοκότητας, και των κινδύνων ασφάλειας και ποιότητας που επιφέρει, υπάρχει ανάγκη η Αυστραλία να εργαστεί για ένα ολοκληρωμένο σύστημα κλινικής διακυβέρνησης σε ολόκληρο το σύστημα υγείας. Η Κλινική Διακυβέρνηση είναι ένα σημείο εκκίνησης για μελλοντικές εργασίες που θα διερευνήσει την κλινική διακυβέρνηση και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2017).

Από το 2013, η κυβέρνηση της Αυστραλίας έχει δεσμευτεί απέναντι στην Αυστραλιανή Επιτροπή Ασφάλειας και Ποιότητας στην Υγεία Φροντίδας για την ανασκόπηση των εντοπισμένων προβλημάτων ασφάλειας των ασθενών καθώς και της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της ΚΔ. Η ανασκόπηση του 2017, κατέδειξε πως ορισμένα συστήματα υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν προβλήματα στην εφαρμογή της υποδειγμένης κλινικής διακυβέρνησης. (Mascie-Taylor H. & Hoddinott J., 2017). Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει επείγουσα ανάγκη να απλοποιηθούν και να αποσαφηνιστούν οι οργανωτικές ρυθμίσεις υποστήριξης της αποτελεσματικής κλινικής διακυβέρνησης των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την παροχή κατεύθυνσης, συνέπειας και διευκόλυνσης μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών. Για το σκοπό αυτό η επανεξέταση της συνολικής διακυβέρνησης του συστήματος υγείας στην WA θα πρέπει να ξεκινήσει ως προτεραιότητα του συστήματος» (ACSQHC, 2017:σύσταση 24).

Τα υπόλοιπα θέματα που εντοπίστηκαν περιλαμβάνουν προβλήματα που αφορούν:

- Τη διασφάλιση της διαχείρισης συμβάντων και συστημάτων έρευνας, που να μπορούν να παρέχουν επαρκή επιτήρηση για την αναγνώριση των αστοχιών ασφάλειας ή και των πιθανών κινδύνων
- Την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών σε απάντηση των εντοπισμένων κινδύνων, για την ασφάλεια των ασθενών
- Την καθιέρωση συστημάτων διαχείρισης παραπόνων που περιλαμβάνουν μια συνεργασία με ασθενείς και φροντιστές
- Τη διασφάλιση μιας ισχυρής και θετικής κουλτούρας ασφάλειας και
- Την σαφή κατανόηση των ρόλων και των αρμοδιοτήτων των διοικητικών συμβουλίων, των διάφορων κλινικών ομάδων και των ιατρών στην κλινική διακυβέρνηση.

Από την άλλη πλευρά, στην Αυστραλία τα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της κλινικής διακυβέρνησης στη γενική ιατρική και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι περιορισμένα. Το μεγαλύτερο σύνολο πληροφοριών αφορά συγκεκριμένες κατηγορίες που μετρώνται πιο εύκολα, όπως η ποιότητα των συνταγογραφικών πρακτικών. Υπάρχουν λιγότερα στοιχεία για βελτίωση της ποιότητας στη διαχείριση χρόνιων ασθενειών και περισσότερο πολύπλοκων κατηγοριών όπως η υγειονομική περίθαλψη σε ηλικιωμένους ανθρώπους και η φροντίδα ψυχικής υγείας. Ωστόσο, η ανάπτυξη δεικτών ποιότητας και αποδοτικότητας στη χρόνια και πολύπλοκη φροντίδα αποτελεί πρόκληση (ACEM, 2019). Επίσης η έλλειψη δεδομένων για την επίδραση της κλινικής διακυβέρνησης μπορεί να αντανακλά τη δυσκολία συλλογής και μέτρησης αυτών των δεδομένων παρά μια πραγματική έλλειψή τους. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για την εφαρμογή προγραμμάτων ΚΔ με σκοπό τη βελτίωση της ασφάλειας, της βιωσιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της ανταπόκρισης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Για να γίνει η κλινική διακυβέρνηση δεύτερη φύση στην πρωτοβάθμια φροντίδα της Αυστραλίας, οι επαγγελματίες φροντίδας πρέπει να είναι ενεργοί και να συμμετέχουν ως συνεργάτες στη βελτίωση της ποιότητας. Η εμπειρία έχει δείξει ότι τα στοιχεία είναι ισχυρότερα για βελτιώσεις που οδηγούνται από επαγγελματίες υγείας σε επίπεδο πρακτικής (Phillips C. B. et al, 2010).

Τέλος σε πρόσφατη έρευνα που έγινε από τις Leggat και Balding, το 2017, με σκοπό να διερευνήσει τον αντίκτυπο των συστημάτων ΚΔ στην ποιότητα της περίθαλψης στις υπηρεσίες υγείας της Βικτώριας, έδειξε ότι τα συμβούλια υπηρεσιών υγείας δεν εφαρμόζουν ικανοποιητικά τις αρχές της διακυβέρνησης ώστε να εξασφαλίσουν σταθερά υψηλής ποιότητας φροντίδα. Τα δεδομένα αποκάλυψαν μεγάλα κενά κλινικής διακυβέρνησης μεταξύ του διοικητικού συμβουλίου και των εκτελεστικών οργάνων. Οι υψηλοί στόχοι των

συμβουλιών για ποιότητα και ασφάλεια στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης, είχαν ως αποτέλεσμα τη σύγχυση του συστήματος ποιότητας, την υπερβολική εξάρτηση από τη συμμόρφωση και την ανεπαρκή δέσμευση του προσωπικού. Καθ' όλη τη διάρκεια της συλλογής δεδομένων, μέλη του διοικητικού συμβουλίου και διευθυντές ανέφεραν φιλόδοξα οράματα για υψηλή ποιοτική περίθαλψη στις υπηρεσίες υγείας και επεσήμαναν μεγάλο αριθμό εγγράφων και πρωτοκόλλων για την ποιότητα και την ασφάλεια. Δυστυχώς, αυτά τα οράματα δεν είχαν μεταφραστεί σε καθημερινές παρεμβάσεις στο σημείο της φροντίδας σε καμία υπηρεσία υγείας. Όπως φαίνεται από τα αποσπάσματα των συνεντεύξεων, τα οποία ήταν παρόμοια μεταξύ μητροπολιτικών, αγροτικών και περιφερειακών περιοχών, το όραμα των συμβουλίων δεν έγινε γενικά καλά κατανοητό από τους τοπικούς διοικητικούς παράγοντες και κατά συνέπεια το κλινικό προσωπικό πρώτης γραμμής δεν ήταν ενσωματωμένο στο σχεδιασμό και την οργάνωση ώστε να καθοδηγούν κατάλληλα τις αποφάσεις και τις ενέργειες. (Leggat S.G. & Balding C,2019)

Αδιαμφισβήτητα η Αυστραλία έχει ένα παγκοσμίου επιπέδου νοσοκομειακό σύστημα, όπου η εφαρμογή συστημάτων ΚΔ έχει συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και στην παροχή ποιοτικότερης φροντίδας υγείας. Παρόλα αυτά οι αξιολογήσεις και οι ανασκοπήσεις που πραγματοποιεί και η ίδια η κυβέρνηση αλλά και ανεξάρτητοι ερευνητές δείχνουν ότι υπάρχουν ακόμα πολλά περιθώρια βελτίωσης και προόδου. Ιδιαίτερη προσοχή φαίνεται να χρειάζεται στη συλλογή και επεξεργασία των πληροφοριών αλλά και στην ενεργή συμμετοχή του προσωπικού από πολλαπλές βαθμίδες και ειδικότητες, στο σχεδιασμό δράσεων και προγραμμάτων.

### **4.3 Η Ελληνική Νομοθεσία για την Διασφάλιση της Ποιότητας στην Υγεία**

#### **4.3.1 Το θεσμικό πλαίσιο των αλλαγών**

Ο ελληνικός τομέας υγείας αντιμετώπισε παρόμοιες προκλήσεις τόσο με την Αγγλία όσο και την Αυστραλία, με αρκετές διαφορές όσον αφορά την πολιτική στάση που ακολουθήθηκε. Η κυβέρνηση ίδρυσε Εθνικό Σύστημα Υγείας το 1983 με στόχο την επίτευξη πλήρους και ολοκληρωμένης κάλυψης και πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, κατά τη δεκαετία του 1990, η κεντρική διοίκηση εφάρμοσε διάφορες πολιτικές και εισήγαγε ορισμένους νόμους δίνοντας έμφαση στην αποτελεσματικότητα και τον έλεγχο των δαπανών.

Στις επόμενες ενότητες αυτής της εργασίας σκοπεύουμε να το αποδείξουμε. Αυτές οι κυβερνητικές παρεμβάσεις ήταν κατακερματισμένες και μόνο λίγες από αυτές έχουν εφαρμογεί ικανοποιητικά. Το πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων του 2000 ήταν μια άποψη αλλαγών σε ορισμένους από τους κανόνες της χώρας, επιχειρώντας να αλλάξει το θεσμικό πλαίσιο της διάταξης και δίνοντας κεντρικό ρόλο στις πολιτικές για την υγεία που πολλοί άνθρωποι θα μπορούσαν εύλογα αναμένουν να εφαρμοστούν, αφού είχαν υπόψη τους την ικανότητα του τότε κυβέρνησης και την πολιτική βούληση του υπουργού να εκπληρώσει τις σχετικές διαδικασίες (Polyzos, Economou and Zilidis, 2008).

Λαμβάνοντας υπόψη τους προβληματισμούς σχετικά με τη θεωρία και πρακτική των μεταρρυθμίσεων, ένα από τα κύρια προβλήματα αυτής της περιόδου ήταν ότι η εφαρμογή και η πολιτική βιωσιμότητα ήταν παράπλευρες εκδηλώσεις, αλλά όχι κύρια γεγονότα στην ατζέντα των μεταρρυθμίσεων. Στις μέρες μας, ο κλάδος της υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως μικτό σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτείται από παρόχους NHS βάσει μισθών, πληρωμές με βάση τα ταμεία κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης και την αμοιβή για την υπηρεσία ιδιωτών. Παραμένει μεγάλος αριθμός προβλημάτων και εξακολουθούν να υπάρχουν δυσλειτουργίες, συμπεριλαμβανομένων των υψηλών ιδιωτικών δαπανών και των παράπλευρων πληρωμών, χαμηλή ικανοποίηση χρηστών, κακή κατανομή ανθρώπινων πόρων και εγκαταστάσεων, και ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες. Ωστόσο, στην αξιολόγηση του ΠΟΥ το 2000 το ελληνικό σύστημα

υγείας ταξινομήθηκε στην 14η θέση μεταξύ όλων των χωρών του ΟΗΕ, και έτσι προέκυψε το λεγόμενο ελληνικό "παράδοξο" (Κουλλιάς Ε., Αποστολάκης Ι. & Σαράφης Π., 2020).

Οι μεταρρυθμίσεις στη πολιτική υγείας, είναι μια πολιτική που χαρακτηρίζεται από μια διαρθρωτική, στοχευμένη και διαρκή αλλαγή στους στόχους πολιτικής. Αυτό ακολουθείται από θεσμική αλλαγή και καθορίζεται από τα ειδικά χαρακτηριστικά του ΣΥ κάθε χώρας (Figueras et.al., 1997). Το περιεχόμενο της πολιτικής που εφαρμόζεται κάθε φορά, οι συμμετέχοντες φορείς και η διαδικασία με την οποία ασκείται η πολιτική υγείας αποτελούν τις βασικές παραμέτρους που καθορίζουν το βαθμό επιτυχίας της αλλαγής. Η αδυναμία της προώθησης σημαντικών μεταρρυθμιστικών σχεδίων στην Ελλάδα σχετίζεται με εγγενείς δυσκολίες μεταρρύθμισης προγραμμάτων σε συγκεκριμένες κοινωνικές και ιστορικές συνθήκες και συγκυρίες (Polyzos, Economou and Zilidis, 2008).

Συγκεκριμένα, η πρώτη θεσμική παρέμβαση αλλαγής του τομέα υγείας στην Ελλάδα μεταπολεμικά ήταν ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ (Ν. 1397/1983) ψηφίστηκε το Σεπτέμβριο του 1983 και αποτέλεσε τη σημαντικότερη κατά τη δεκαετία του 1980. Ο νόμος αυτός, σηματοδότησε την κατοχύρωση της καθολικής κοινωνικής προστασίας της υγείας ως κοινωνικό δικαίωμα, με βάση τη θέση του ατόμου ως πολίτη μιας δημοκρατικά ευνομούμενης κοινωνίας. Στο πλαίσιο αυτό, όλη η προσπάθεια αυτή προϋπέθετε την υιοθέτηση και εφαρμογή ενός διαφορετικού πλαισίου αντιλήψεων και οργανωτικών αρχών για το ρόλο και την παροχή των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που καθιστούσε αναγκαία την αναδιοργάνωση του υφιστάμενου μέχρι το 1983 κατακερματισμένου «μη συστήματος» (Οικονόμου, 2005).

Η φιλοσοφία του Ν. 1397/1983 βασιζόταν στην αρχή ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό το οποίο πρέπει να παρέχεται από το κράτος ισότιμα σε όλους, ανεξάρτητα της κοινωνικοοικονομικής τους θέσης. Από αυτή την οπτική, οι θεμελιώδεις διακηρυγμένοι στόχοι που διέπνεαν τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ θα μπορούσαν να συνοψιστούν στη λειτουργία ενός συστήματος ολοκληρωμένου, ισότιμου, καθολικής παροχής δωρεάν υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας (Κουλλιάς Ε., Αποστολάκης Ι. & Σαράφης Π., 2020).

Η υγεία είναι κατοχυρωμένη στο ελληνικό Σύνταγμα ως κοινωνικό δικαίωμα. Σύμφωνα με αυτό, όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα σε προστασία της υγείας και της γενετικής τους ταυτότητας (Άρθρο 5.5). Το κράτος φροντίζει για την υγεία των πολιτών και υιοθετεί ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων (Άρθρο 21.3). Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρα που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας (Άρθρο 21.6). Ο καθένας έχει το δικαίωμα να εργάζεται



και το κράτος υποχρεούται να παρέχει κοινωνική ασφάλεια στους εργαζομένους (Άρθρο 22.5).

Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ αποσκοπούσε στην ισότιμη, ολοκληρωμένη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, αυτό μόνο εν μέρει έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα, λόγω της ύπαρξης σημαντικών διαφορών μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης ως προς το επίπεδο της παρεχόμενης κάλυψης (έκταση, περιεχόμενο, διαδικασίες, ποιότητα κάλυψης) (Κουλλιάς Ε., Αποστολάκης Ι. & Σαράφης Π., 2020).

Δύο είναι οι βασικές αρχές με βάση τις οποίες εξασφαλίζεται το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η μία είναι η αρχή της ιδιότητας του πολίτη, η οποία αφορά την πρόσβαση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχονται από το ΕΣΥ, και η άλλη είναι η αρχή του καθεστώτος απασχόλησης και της καταβολής ασφαλιστικών εισφορών, η οποία εξασφαλίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες που παρέχονται και χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση. Η πρόσβαση με βάση την ιδιότητα του πολίτη περιλαμβάνει δύο τύπους παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΕΣΥ: τα αγροτικά κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Η πρόσβαση σε όλες τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας κατοχυρώνεται με βάση το επάγγελμα. Μια τρίτη αρχή για την κατοχύρωση δικαιώματος πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι το καθεστώς απορίας. Τέλος, μια τέταρτη αρχή πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι η δυνατότητα και η πρόθεση καταβολής ιδίων πληρωμών (Polyzos, Economou and Zilidis, 2008).

Αναγκαίο επόμενο αποτέλεσμα η θεσμοθέτηση νόμων με στόχο την περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ και την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης των νοσοκομείων. Ακολουθώντας την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας που έχει προταθεί από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μείγμα που συνδυάζει στοιχεία των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, των συμβολαιακών ασφαλιστικών συστημάτων και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης, ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων (OECD, 1992).

Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα αποτελούν ανεξάρτητους αυτοδιοικούμενους θεσμούς, που ανήκουν στο δημόσιο τομέα και είναι ενσωματωμένα στο κράτος. Η τοποθεσία τους έχει επιλεγεί πολλές φορές με λανθασμένο τρόπο, ενώ τα περισσότερα είναι εγκατεστημένα σε παλιά κτίρια και οι αναδιαμορφώσεις που πραγματοποιήθηκαν δεν επαρκούσαν. Ο αριθμός των εργαζομένων δεν είναι επαρκής ώστε να πραγματοποιούνται όλες οι σύγχρονες μορφές νοσηλείας και υγειονομικής περίθαλψης σε ικανοποιητικό βαθμό. Από την δεκαετία του '90 συνέβησαν κάποιες βελτιώσεις σχετικά με τα ζητήματα που αφορούν στην ποιότητα της υγείας

και την ανάπτυξη των σχετικών ποιοτικών χαρακτηριστικών για τα ελληνικά νοσοκομεία. Πολλές φορές όμως παρέμειναν ανεφάρμοστοι οι τρόποι αντιμετώπισης. Ειδικά κατά την δεκαετία 2001-2011 έγιναν σημαντικά βήματα στην υιοθέτηση αρχών και διαδικασιών της διοίκησης ολικής ποιότητας. Στους πρώτους νόμους που διαμορφώθηκαν έγιναν κάποιες έμμεσες αναφορές και κατοχυρώθηκαν ορισμένες προϋποθέσεις για τον τομέα της ποιότητας (Μπουρσανίδης Χ., 2020).

Με τον Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» κατοχυρώνονται πρώτη φορά τα βασικά δικαιώματα του ασθενή τα οποία έθεσαν τη βάση για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Στον νόμο αυτό, αναγνωρίζονται στον ασθενή:

- Το δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου με τις κατάλληλες συνθήκες για την φύση της ασθένειάς του,
- Η ανάγκη για οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του ασθενούς, με κατάλληλες υπηρεσίες και εξυπηρέτηση,
- Η προστασία της ιδιωτικής του ζωής
- Το απόρρητο του χαρακτήρα των πληροφοριών που τον αφορούν
- Ο σεβασμός των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων
- Το δικαίωμα κατάθεσης διαμαρτυρίας και ενστάσεων, καθώς και να λάβει γνώση για τα αποτελέσματά τους (Μπουρσανίδης Χ., 2020, Τζωρτζόπουλος Α., 2018).

Στον Ν.2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» προβλέφθηκε:

- Η λειτουργία γραφείου πολιτών στα νοσοκομεία, το οποίο θα είναι επιφορτισμένο με την παροχή πληροφοριών στους χρήστες, ενώ θα λαμβάνει τυχόν καταγγελίες ή παράπονά τους.
- Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών και άλλες δομές, όπως και το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας το οποίο θα αναλάμβανε αρκετές αρμοδιότητες όπως η αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας, τον έλεγχο διασφάλισης ποιότητας κ.α (Τζωρτζόπουλος Α., 2018).

Οι ακόλουθες νομοθεσίες ήταν κάπως πιο στοχευμένες, με τον Ν.2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», ο οποίος προβλέπει τη δυνατότητα σύστασης σε νοσοκομεία δυναμικότητας άνω των 400 κλινών να συστήσουν αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης που υπάγονται στον Διοικητή του νοσοκομείου. Με το νόμο αυτόν, προβλέφθηκαν και άλλα Τμήματα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας σε περιφερειακό επίπεδο και γενικώς δόθηκε

έμφαση στην καθιέρωση ποιοτικού ελέγχου κατά την παροχή υπηρεσιών από τα νοσοκομεία και την αποτελεσματική διαχείριση έμψυχων και άψυχων πόρων. Το ίδιο έτος δύο Προεδρικά Διατάγματα έρχονται για να εμπλουτίσουν το εθνικό θεσμικό πλαίσιο στον τομέα της υγείας. Με το ΠΔ84/2001 «Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την Ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» ορίζονται ειδικές επιτροπές από την Εκτελεστική Επιτροπή του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας για τον έλεγχο δημοσίων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το ΠΔ 357/2001 «Οργανισμός Κεντρικής Υπηρεσίας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ)» εξειδικεύει την αποστολή των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας που ιδρύθηκαν με τον Ν.2889/2001. Ορίζει ότι τα Πε.Σ.Υ. είναι επιφορτισμένα με τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο της Περιφέρειάς τους, αποδίδοντάς τους τον συντονισμό δράσεων και πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο της Περιφέρειάς τους, την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για πρόληψη ασθενειών και προστασία της υγείας, αλλά και την διαρκή αξιολόγηση και έλεγχο της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας με συλλογή των αναγκαίων στοιχείων (Τζωρτζόπουλος Α., 2018, Τούντας Γ., 2020).

Δύο χρόνια μετά, με τον Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» θεσμοθετείται το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.). Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας έχει γνωμοδοτικό χαρακτήρα για αρκετά ζητήματα, ενώ μεταξύ άλλων εκφράζει γνώμη και για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Το 2004 έρχονται άλλες δυο μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, με τον Ν. 3230/2004 «Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις» γίνεται σαφές ότι οι υπηρεσίες της πρέπει να λειτουργούν πλέον σύμφωνα με τις αρχές της προσέγγισης Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ενώ με τον Ν. 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» ξεκαθαρίζεται ότι ορίζεται το τι περιλαμβάνει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ενώ δίδεται στον Υπουργό η δυνατότητα να συστήνει Φορέα Πιστοποίησης Κέντρων Υγείας, ο οποίος δύναται να διενεργεί τακτικούς και έκτακτους ελέγχους (Κουλλιάς Ε., Αποστολάκης Ι. & Σαράφης Π., 2020).

Με τον Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» γίνεται μια προσπάθεια για την υιοθέτηση των ουσιαστικών πτυχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας μέσα από την πιστοποίηση και ευθυγράμμιση με διεθνή πρότυπα αλλά και διαπίστευση των υπηρεσιών υγείας. Η διαδικασία αυτή ανατίθεται στο Τμήμα

Βελτίωσης και Ελέγχου της Ποιότητας των νοσοκομείων το οποίο επιφορτίζεται με την υποστήριξη των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της οικείας Περιφέρειας για να ενταχθούν σε διαδικασίες πιστοποίησης. Τέλος, ακολουθώντας τις επιταγές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας αναφορικά με το σημαντικό ρόλο της ηγεσίας στο νόμο αυτό προβλέπεται και η θέση Διοικητή Νοσοκομείου. Έναν χρόνο μετά, με το ΠΔ 21/2006 «Σύσταση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας και Τμήματος Προσβασιμότητας Ατόμων με Αναπηρίες στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» συστήνεται η διεύθυνση ποιότητας και αποδοτικότητας στο Υπουργείο Υγείας η οποία καθίσταται αρμόδια για την μέτρηση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας καθώς και για τη διατύπωση προτάσεων για την βελτίωση της ποιότητας στο Υπουργείο και τις υπηρεσίες που υπάγονται σε αυτό (Μπουρσανίδης Χ., 2020, Κουλλιός Ε., Αποστολάκης Ι. & Σαράφης Π., 2020).

Με την χώρα πλέον σε οικονομική και δημοσιονομική κρίση το 2011 λαμβάνει χώρα μια νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια με τον Ν. 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις». Με τον εν λόγω νόμο πραγματοποιείται σειρά παρεμβάσεων και αλλαγών. Μια τέτοια σημαντική αλλαγή αποτελεί η συγκρότηση της Επιτροπής Προδιαγραφών, η οποία επιφορτίζεται με τον καθορισμό ενιαίων προδιαγραφών και προτύπων για κάθε ιατροτεχνολογικό προϊόν, με την δημιουργία, τήρηση και επικαιροποίηση Μητρώων Εγκεκριμένων Προϊόντων, Υπηρεσιών, Προμηθευτών και Παροχών Υπηρεσιών, με την δημιουργία βάσης δεδομένων Παρατηρητηρίου Τιμών και με την σύνταξη πρότυπων διακηρύξεων και συμβάσεων προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών με οδηγίες για τις αναθέτουσες αρχές. Παράλληλα, εκτός των άλλων συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) για τον οποίον υπάρχει πρόβλεψη και διεύθυνση διασφάλισης ποιότητας. Στο νόμο αυτό μπορούμε να πούμε ότι λαμβάνει χώρα μια σημαντική προσπάθεια συγκέντρωσης διάσπαρτων αρμοδιοτήτων, συστηματοποίησης και τυποποίησης διαδικασιών και τήρησης αρχείων με σκοπό την ποιοτικότερη και οικονομικότερη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, στο τρέχον Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2019 – 2022 υπάρχουν επίσης σχετικές αναφορές για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, η οποία εστιάζει κυρίως στην ίση παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας για όλους. Αυτό επιδιώκεται μέσα από τη χρήση υποχρεωτικών δεικτών για την αξιολόγηση των νοσοκομείων και των διοικήσεών τους, ως κριτήριο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, δημοσιοποίηση των δεικτών, καθώς και την εξειδικευμένη κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας και ειδικά όσων κατέχουν ηγετικές θέσεις. Έτσι, προβλέπεται ανάπτυξη σχετικών προγραμμάτων κατάρτισης, καθώς και η δημιουργία Μητρώου Δημόσιας υγείας, ώστε να

εξασφαλιστεί, μέσω του αρμόδιου προσωπικού, η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών δημόσιας υγείας με ειδικευμένους επαγγελματίες (Τούντας Γ. και συν., 2020).

Η νομοθεσία που θεσπίστηκε τη δεκαετία του 2000, άλλαξε την οργανωτική δομή του συστήματος υγείας, με τη θέσπιση των περιφερειακών αρχών για την υγεία, οι οποίες θεωρητικά έχουν την ευθύνη για το συντονισμό των περιφερειακών δραστηριοτήτων, την αποτελεσματική οργάνωση και τη διαχείριση όλων των μονάδων υγείας, τη χρηματοδότηση και τα συστήματα διαχείρισης πληροφοριών. Στην πράξη, ωστόσο, δεν έχουν καμία αρμοδιότητα όσον αφορά την επένδυση κεφαλαίων ή τη χρηματοδότηση των μονάδων υγείας, οι οποίες παραμένουν υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το Υπουργείο εξακολουθεί να είναι η κύρια αρχή χάραξης πολιτικής, καθορισμού προτεραιοτήτων σε εθνικό επίπεδο και ρύθμισης της χρηματοδότησης και της κατανομής των υγειονομικών πόρων (Μπουρσανίδης Χ., 2020).

Η ισχύουσα νομοθεσία, η οποία σχετίζεται με την έναρξη και την εφαρμογή δράσεων ποιότητας και αναβάθμισης των παρεχομένων υπηρεσιών στον υγειονομικό τομέα, παρουσιάζεται συνοπτικά στον πίνακα 1.

Στις αρχές του 2017, καθορίστηκαν οι στρατηγικοί στόχοι και οι άξονες παρέμβασης του υπουργείου για τις υπηρεσίες υγείας της χώρας κατά την τριετία 2017–2020. Στο οριζόμενο πλαίσιο οράματος, στόχων και δράσεων του Υπουργείου Υγείας, κυρίαρχο ρόλο κατέχει η εφαρμογή της φιλοσοφίας, των αρχών και των καλών πρακτικών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, η οποία περιλαμβάνει τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα, τη βελτίωση της αποδοτικής λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), την εφαρμογή του συστήματος διοίκησης μέσω στόχων, τη συμμετοχή και τη συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Η εφαρμογή του συνόλου των δράσεων ποιότητας συστήματος. Σε χρονοδιάγραμμα τριετίας (2013–2016) στον τομέα υγείας και η διαδικασία εφαρμογής προτύπων ποιότητας σε νοσοκομεία συνοδεύτηκαν με τη διενέργεια εκπαιδευτικών σεμιναρίων ποιότητας υπηρεσιών υγείας, με στόχο τη βελτίωση των διαδικασιών ποιότητας και των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας, αλλά, δυστυχώς, οι προσπάθειες ατόνησαν από το 2013 και έπειτα. Είναι σημαντικό τέτοιες δράσεις να υλοποιούνται σε συνεχή και επαναλαμβανόμενη βάση ώστε να επιτυγχάνονται οι στόχοι βελτίωσης. Επίσης, μέρος της ισχύουσας νομοθεσίας που αφορά στην ανάπτυξη δράσεων ποιότητας δεν έχει εφαρμοστεί. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι από το 2004 που θεσμοθετήθηκε, ακόμη δεν έχει αναπτυχθεί ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ή η ηλεκτρονική κάρτα υγείας ασθενούς στο πλαίσιο του ΕΣΥ της Ελλάδας. Πρέπει να αναφερθεί

ότι μια επιστημονική διερεύνηση των βαθύτερων αιτιών της μη εφαρμογής ή της μερικής εφαρμογής της νομοθεσίας σχετικά με την υλοποίηση δράσεων και πρακτικών ποιότητας στον τομέα υγείας της Ελλάδας θα ήταν πολύ διαφωτιστική.

**Πίνακας 1.**

Νόμοι – ΠΔ – υπουργικές αποφάσεις (ΥΑ)	Περιγραφή δράσης ποιότητας
Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α'/15.7.1992)	Κατοχύρωση δικαιωμάτων νοσοκομειακού ασθενούς
Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α'/21.8.1997)	Σύσταση: (α) Αυτοτελούς υπηρεσίας (τμήματος) προστασίας δικαιωμάτων ασθενών στο Υπουργείο Υγείας, (β) επιτροπής ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών στο Υπουργείο Υγείας και (γ) γραφείου επικοινωνίας με τον πολίτη σε κάθε νοσοκομείο
Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α'/2.3.2001)	Σύσταση τμήματος βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας σε επίπεδο περιφερειακού συστήματος υγείας (ΠΕΣΥ) και σε νοσοκομεία >400 κλινών
Ν. 3235/2004 (ΦΕΚ 53/Α'/18.2.2004)	Δημιουργία ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου. Σύνοψη ιατρικού ιστορικού ασθενούς και ηλεκτρονικής κάρτας υγείας
Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α'/4.4.2004)	Διατήρηση τμήματος βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας στις υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ). Συγκρότηση Κεντρικού Συμβουλίου ΥΠΕ και περιφερειακών συμβουλίων
Ν. 3868/2010 (ΦΕΚ 129/Α'/3.8.2010)	Σύσταση γραφείου εξυπηρέτησης του πολίτη, γραφείου ποιότητας και άμισθης επιτροπής ποιότητας στα νοσοκομεία >400 κλινών
Ν. 4025/2011 (ΦΕΚ 228/Α'/2.11.2011)	Υποχρέωση εφαρμογής ποιοτικού ελέγχου των παρεχομένων υπηρεσιών από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας
Ν. 4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α'/21.2.2016)	Σύσταση Γραφείων Προστασίας Δικαιωμάτων ληπτών(ριών) υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) σε αντικατάσταση των γραφείων υποστήριξης του πολίτη
Ν. 4486 (ΦΕΚ 115, 7.8.2017)	Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Ν. 4633 (ΦΕΚ 161/Α, 16.10.2019)	Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)
Ν. 4931/2022 (ΦΕΚ 94/Α/13-5-2022)	Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις
ΠΔ 21/2006 (ΦΕΚ 17/Α'/7.2.2006)	Σύσταση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας, με σκοπό τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και τη διατύπωση προτάσεων για την καθιέρωση συστημάτων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) και την ποιοτική βελτίωση της λειτουργίας του Υπουργείου Υγείας και των υπαγόμενων νομικών προσώπων
ΠΔ 106/2014 (ΦΕΚ 173/Α'/28.8.2014)	Σύσταση τμήματος Μέτρησης Απόδοσης ΕΣΥ υπαγόμενο στη Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας. Κατάργηση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας και ανάθεση σχετικών αρμοδιοτήτων στο νέο τμήμα
140077/10.11.2010 ΥΑ	Συγκρότηση 45 επιτροπών ποιότητας σε νοσοκομεία δυναμικότητας 400 κλινών
162857/24.12.2010 ΥΑ	Δημιουργία δικτύου ποιότητας σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας

ΓΠ οικ. 30518/28.3.2013 (ΑΔΑ: ΒΛ4ΞΘ-ΞΚΨ) ΥΑ	Καθορισμός οράματος, στρατηγικών στόχων, βασικών αρχών και αξόνων πολιτικής του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2013
Γ2/ΓΠ οικ. 20930/17.3.2017 (ΑΔΑ: 6ΖΠΥ465ΦΥΟ-Λ3Λ) ΥΑ	Καθορισμός στρατηγικών στόχων και αξόνων παρέμβασης του Υπουργείου Υγείας για τις υπηρεσίες υγείας της χώρας κατά την τριετία 2017–2020
Κοινή Υπουργική Απόφαση Αριθμ. οικ.36804/2022 ΦΕΚ 3448/Β/4-7-2022	Προϋποθέσεις και κριτήρια σύστασης των Μονάδων Εσωτερικού Ελέγχου στους εποπτευόμενους από το Υπουργείο Υγείας φορείς που υπάρχουν στο πεδίο εφαρμογής του Μέρους Α' του ν. 4795/2021 (Α' 62). Οργάνωση, στελέχωση και αρμοδιότητες Μονάδων Εσωτερικού Ελέγχου.

Συνοψίζοντας, διαπιστώνουμε ότι ο μηχανισμός λήψης αποφάσεων στην πολιτική υγείας είναι δυσχερής και πολύπλοκος και οφείλει να θεμελιώνεται στη διεπιστημονική σύνθεση. Το μεταρρυθμιστικό εγχείρημα προσκρούει στην έλλειψη θεσμικής ωριμότητας, στην απουσία επιστημονικής τεκμηρίωσης και στην έλλειψη συναινετικού πνεύματος μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών. Η αναζήτηση σύγκλισης ή και ομοφωνίας σε ένα σώμα ειδικών διεπιστημονικής σύνθεσης συνιστά μια ποιοτική μέθοδο υψηλής αξιοπιστίας και μπορεί να υποκαταστήσει επιτυχώς τις ποσοτικές μετρήσεις και επιπρόσθετα να συνεισφέρει ακόμη στην ανάδειξη χρήσιμων διαστάσεων, κυρίως στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων (Κυριόπουλος Γ., 2020). Η αναποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και οι αυξανόμενες απαιτήσεις των πολιτών για ποιοτικότερες παροχές υγείας, κάνουν εμφανή την ανάγκη για υιοθέτηση προσεγγίσεων και για εφαρμογή πρακτικών του σύγχρονου δημόσιου management και της σύγχρονης Διοίκησης. 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. Είναι προφανές, ότι η αξιοποίηση σύγχρονων διοικητικών προσεγγίσεων, με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με παράλληλη μείωση του κόστους και βελτίωση της απόδοσης, όπως είναι η Κλινική Διακυβέρνηση, μόνο όφελος μπορεί να προσφέρει (Kritas, Sidiropoulos and Kakouris, 2021).

#### **4.4 Παθογένειες του ΕΣΥ και τρόποι αντιμετώπισής τους μέσω της ΚΔ**

#### *4.4.1 Ανεπάρκειες του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας*

Το Εθνικό μας Σύστημα Υγείας μαστίζεται από παθογένειες που οφείλονται στην ανεπαρκή διακυβέρνηση του τομέα υγείας. Ειδικότερα, η επίβλεψη των υπηρεσιών και αρμοδιοτήτων του δημόσιου τομέα Υγείας αδυνατεί να ακολουθήσει ένα αποτελεσματικό υπόδειγμα κεντρικής λήψης αποφάσεων και ελέγχου. Παρουσιάζει μικρή συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας, πολύ περιορισμένη διοικητική αυτονομία και αποκέντρωση, ιδιαίτερα περιορισμένη στρατηγική πληροφόρηση καθώς και απαρχαιωμένες διοικητικές προσεγγίσεις. Η οικονομική κρίση παρόξυνε συγκεκριμένες πλευρές αυτής της αρνητικής κατάστασης (Μπουρσανίδης Χ., 2020).

Η εποπτεία του τομέα της υγείας στην Ελλάδα περιορίζεται από τα προβλήματα διοικητικής ικανότητας του υπουργείου Υγείας και των περιφερειακών δομών του. Οι δομές και οι αρμοδιότητες είναι κατακερματισμένες, περιχαρακωμένες και κωλύεται η λειτουργία τους εξαιτίας των άκαμπτων διαδικασιών, της υπερβολικής γραφειοκρατίας και πολυνομίας που δεν εφαρμόζεται. Οι τεχνικές δυνατότητες εμφανίζουν περιορισμένη εφαρμογή, σε συνδυασμό με την κακή διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού και τις δυσκολίες προσέλκυσης εξειδικευμένου προσωπικού δυσχεραίνουν την εξυπηρέτηση των χρηστών. Παράλληλα, έχουν υπάρξει ριζικές αλλαγές στο επίπεδο των διευθυντικών στελεχών κατά τα τελευταία έτη, το οποίο γεγονός έχει επιφέρει τη διάρρηξη του συνεκτικού ιστού μεταξύ της πολιτικής ηγεσίας, των υπηρεσιών του Υπουργείου και των περιφερειακών του δομών (Μπουρσανίδης Χ., 2020, Κούλιας Ε., Αποστολάκης Ι. & Σαράφης Ε., 2020).

Παρακάτω θα αναφερθούν επιγραμματικά οι αδυναμίες του ΕΣΥ, σχετικά με την Διακυβέρνηση, τη Χρηματοδότηση και την Παροχή Υπηρεσιών (Μπουρσανίδης Χ., 2020, Κούλιας Ε., Αποστολάκης Ι. & Σαράφης Ε., 2020, Τούντας Γ. και συν., 2020)

##### Διακυβέρνηση:

- Κατακερματισμός των διοικητικών δομών και μηχανισμών τόσο σε κεντρικό όσο και σε τοπικό επίπεδο
- Περιορισμένος αριθμός εθνικών πολιτικών, στρατηγικών και προγραμμάτων
- Γραφειοκρατία σε πολύ μεγάλο βαθμό και ανελαστικότητα διαδικασιών
- Κακή επικοινωνία εντός του Υπ. Υγείας –μεταξύ των πολιτικών γραφείων και των δημοσίων



υπαλλήλων, καθώς και μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών

- Χαμηλές δυνατότητες των δημοσίων υπαλλήλων ως προς την άσκηση καθηκόντων με αποδοτικό τρόπο
- Περιορισμένες δυνατότητες του Υπ.Υγείας να προσλάβει προσωπικό
- Κακός συντονισμός μεταξύ των τομέων

#### Χρηματοδότηση:

- Κατακερματισμός της χρηματοδότησης, χωρίς συγκέντρωση των πόρων
- Περιορισμένη κάλυψη του πληθυσμού με κοινωνική ασφάλιση
- Υψηλά επίπεδα ιδίων πληρωμών
- Απαρχαιωμένοι μηχανισμοί πληρωμής παρόχων του δημοσίου τομέα και έλλειψη ρύθμισης για παρόχους ιδιωτικού τομέα
- Αναποτελεσματικοί μηχανισμοί προμηθειών και αποπληρωμών, που οδηγούν σε αυξημένες ζημίες
- Διαφθορά

#### Παροχή Υπηρεσιών:

- Άνιση κατανομή υπηρεσιών και προσωπικού με θύλακες περιοχών που εξυπηρετούνται ανεπαρκώς και απομονωμένους πληθυσμούς
- Σύστημα βασισμένο στα νοσοκομεία, με ελλειμματική ανάπτυξη ΠΦΥ
- Μεγάλη εξάρτηση από ιδιωτικούς παρόχους που δεν ρυθμίζονται επαρκώς
- Υπερβολική εξάρτηση από ιατρούς με ειδικότητα σε σχέση με τους οικογενειακούς ιατρούς
- Υπερβολική εξάρτηση από τους ιατρούς σε σχέση με το νοσηλευτικό και το μαιευτικό προσωπικό
- Επικάλυψη των υπηρεσιών σε επίπεδο περιφέρειας και μεμονωμένων θεσμών
- Έλλειψη επαρκώς καθορισμένων δεσμών υπηρεσιών σε διαφορετικά επίπεδα παροχής
- Ανεπαρκής ανάπτυξη Επείγουσας Ιατρικής Φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων
- Παραμέληση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, οι οποίες δεν αποτελούν μέρος του δικτύου υπηρεσιών
- Πρόωρη συνταξιοδότηση του προσωπικού και οι συνέπειες της

- Διαρροή προσωπικού κρίσιμης σημασίας σε άλλους δημόσιους φορείς

Οι ιδιωτικές πληρωμές που καταβάλλουν τα νοικοκυριά για την υγεία αντιπροσωπεύουν το υψηλότερο ποσοστό των δαπανών υγείας στην Ελλάδα. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγηθεί από τη μεγάλη διαφορά μεταξύ του επίσημου ποσοστού αποζημίωσης και του πραγματικού ποσού που καταβάλλεται στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Την ώρα της συνδιαλλαγής οι πολίτες είναι εκτεθειμένοι σε υψηλές άμεσες πληρωμές, με συνέπεια να τίθεται σε δοκιμασία το κριτήριο της ισότητας και η καθολική ασφάλιση με μηδενικές τιμές να φαλκιδεύεται, καθώς υπάρχει σημαντικό ποσοστό συνασφάλισης, παρά το γεγονός ότι, τυπικά, οι θεσμικές χρεώσεις των πολιτών για τις υπηρεσίες του ΕΣΥ θεωρούνταν χαμηλές (Μπουρσανίδης Χ., 2020).

Στο ΕΣΥ απουσιάζει πλήρως ένας μηχανισμός ελέγχου της εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, παραπομπής και προσανατολισμού των ασθενών στις υπηρεσίες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία ελέγχου της διαπεριφερειακής ροής των ασθενών. Μια δεύτερη αρνητική επίπτωση της απουσίας συστήματος παραπομπών είναι η ύπαρξη λιστών αναμονής για υπηρεσίες ειδικοτήτων. Είναι σύνθητες φαινόμενο οι ασθενείς να αναζητούν υπηρεσίες ειδικοτήτων σύμφωνα με τις δικές τους προσωπικές εκτιμήσεις για την κατάστασή τους και όχι αφού προηγουμένως έχουν λάβει τη γνώμη ενός γενικού ιατρού σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο οποίος στη συνέχεια θα τους παραπέμψει στον αρμόδιο για την περίπτωσή τους ιατρό. Τρίτον, οι ασθενείς συχνά νοσηλεύονται για καταστάσεις οι οποίες θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν από εξωνοσοκομειακές δομές, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να επιφορτίζονται με επιπλέον έργο και να δεσμεύουν πόρους που θα μπορούσαν να διαθέσουν σε άλλες υπηρεσίες. Από την άλλη, όσοι έχουν συνάψει συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, στη βάση δικτύων επιλεγμένων προμηθευτών ή ολοκληρωμένων σχημάτων όπου ασφαλιστής και πάροχος λειτουργούν στο πλαίσιο μιας κοινής οργανωτικής δομής, είναι υποχρεωμένοι να επισκέπτονται μια μονάδα πρώτης επαφής με τις υπηρεσίες υγείας, η οποία στη συνέχεια θα τους παραπέμψει σε κάποια υπηρεσία ειδικότητας ή σε κάποιο νοσοκομείο (Σταχτέας Π. & Σταχτέας Χ., 2021).

Ως αποτέλεσμα, το ελληνικό ΕΣΥ πάσχει από ανεπάρκειες, οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα (Κούλιας Ε., Αποστολάκης Ι. & Σαράφης Ε., 2020, Μπουρσανίδης Χ., 2020) :

A) Υψηλός βαθμός συγκεντρωτισμού στη λήψη αποφάσεων και τη διοίκηση του συστήματος.

Β) Αναποτελεσματικές διαχειριστικές δομές έλλειψη μηχανισμών διαχείρισης των πληροφοριών και σε πολλές περιπτώσεις στελέχωση των υποδομών με ακατάλληλο, χωρίς επαρκή προσόντα και διαχειριστικές δεξιότητες ανθρώπινο δυναμικό.

Γ) Απουσία σχεδιασμού και συντονισμού και περιορισμένη διοικητική και διαχειριστική ικανότητα.

Δ) Ανισότιμη και μη αποδοτική κατανομή των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων, η οποία γινόταν με βάση ιστορικά και πολιτικά κριτήρια, και ύπαρξη περιφερειακών ανισοτήτων λόγω της απουσίας ενός μηχανισμού συγκέντρωσης των πόρων, της έλλειψης συντονισμού μεταξύ του μεγάλου αριθμού πληρωτών, της απουσίας αποτελεσματικών συστημάτων οικονομικής διαχείρισης και λογιστικής και ανυπαρξίας διαδικασιών παρακολούθησης και ελέγχου.

Ε) Κατάτμηση της κάλυψης και απουσία συστήματος παραπομπής που να βασίζεται στον γενικό οικογενειακό ιατρό ή στις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, προκειμένου να υποστηριχθεί η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας και να λειτουργήσει ως πυλώρος στο σύστημα υγείας. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα, ούτε και έλεγχος των διαπεριφερειακών ροών των ασθενών.

ΣΤ) Ύπαρξη ανισοτιμιών στην πρόσβαση των υπηρεσιών που προκύπτουν από διαφορές στην ασφαλιστική υγειονομική κάλυψη, υψηλές ιδιωτικές δαπάνες και ανισότιμη κατανομή των ανθρώπινων πόρων και των υλικών υποδομών.

Ζ) Υπανάπτυξη μηχανισμών αποτίμησης των αναγκών και διαμόρφωσης προτεραιοτήτων.

Η) Λειτουργία αντίστροφα προοδευτικών μηχανισμών χρηματοδότησης λόγω της υψηλής ιδιωτικής δαπάνης, της εκτεταμένης παραοικονομίας και φοροδιαφυγής, του υψηλού ποσοστού της έμμεσης φορολογίας και της εισφοροδιαφυγής.

Θ) Ύπαρξη ενός αναχρονιστικού αναδρομικού συστήματος αποζημίωσης των προμηθευτών, σύμφωνα με το οποίο οι πληρωμές στους παρόχους δεν σχετίζονται με την επίδοσή τους, με

αποτέλεσμα την απουσία κινήτρων βελτίωσης της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Γ) Απουσία ενός συστήματος αποτίμησης της τεχνολογίας, διασφάλισης της ποιότητας και οικονομικής αξιολόγησης, με συνέπεια την υπερβάλλουσα εισαγωγή βαρέως βιοϊατρικού εξοπλισμού.

Ο τομέας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα αντιμετωπίζει προβλήματα συντονισμού σε δύο επίπεδα. Σε ένα πρώτο γενικό επίπεδο, λόγω της απουσίας συστήματος παραπομπής, δεν επιτυγχάνεται ο συντονισμός μεταξύ των προμηθευτών εξωνοσοκομειακής φροντίδας και των νοσοκομειακών ιατρών, με αποτέλεσμα να διαρρηγνύεται η συνέχεια στη φροντίδα και να αυξάνεται η αναποτελεσματικότητα του συστήματος. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, παρατηρούνται διαφορετικές οργανωτικές και διοικητικές δομές με ανεπαρκή στελέχωση και εξοπλισμό (Σταχτέας Π., Σταχτέας Χ., 2021). Τα κέντρα υγείας αύξησαν την πρόσβαση στην περίθαλψη των αγροτικών περιοχών, ωστόσο η εγκατάλειψή τους, η οποία οδήγησε στην ανεπαρκή στελέχωσή τους και στην απαξίωση του κτιριολογικού και τεχνολογικού εξοπλισμού τους, καθώς και η έλλειψη οικονομικής και διαχειριστικής αυτονομίας είχαν ως συνέπεια η πραγματική τους επίδοση να είναι κατώτερη των προσδοκιών. Μια πρώτη ανεπάρκεια είναι η αριθμητική και κατανομητική ανισορροπία των ανθρώπινων πόρων που οδηγεί σε αναντιστοιχία μεταξύ της γεωγραφικής κατανομής και του μείγματος των διαθέσιμων ειδικοτήτων. Ένα δεύτερο πρόβλημα είναι η παλαιότητα κτιρίων και τεχνολογικού εξοπλισμού αλλά και η απουσία κατάλληλης μηχανοργάνωσης. Η επίπτωση των παραπάνω είναι η άνιση κατανομή των υγειονομικών πόρων, η οποία οδηγεί σε δυσκολίες στην πρόσβαση, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων, και το μεγαλύτερο μέρος της δραστηριότητας των κέντρων υγείας να περιορίζεται στη συνταγογράφηση και την παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία. Δυστυχώς, οι κυβερνήσεις θεώρησαν την πρόσληψη του αναγκαίου στελεχειακού δυναμικού, προκειμένου να λειτουργήσουν αποτελεσματικά τα κέντρα υγείας, περισσότερο δημοσιονομικό βάρος παρά ζήτημα επένδυσης στο ανθρώπινο κεφάλαιο και στη δημόσια υγεία. Ο μέχρι πρόσφατα μεγάλος αριθμός ασφαλιστικών ταμείων και προμηθευτών με διαφορετικές οργανωτικές και διοικητικές δομές παρείχε υπηρεσίες που ήταν ασυντόνιστες μεταξύ τους. Όχι μόνο εμφάνιζαν αλληλεπικαλύψεις, αλλά επίσης διέφεραν ως προς την ποιότητα και την έκταση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής και τη στελέχωση, με αποτέλεσμα την ύπαρξη ανισοτήτων. Το πρόβλημα διογκωνόταν από τη μη λειτουργία αστικών κέντρων υγείας. Έτσι, διαμορφώνονταν οι όροι

ώστε τα ασφαλιστικά ταμεία να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους για υπηρεσίες που δεν μπορούσαν να προσφέρουν (Σαραντίδου Σ, Μελά Σ. & Πιτσιλλίδης Α., 2019, Πιερράκος Γ. & Υφαντόπουλος Ι., 2007).

Ειδικότερα, η έλλειψη μηχανισμών ελέγχου των παραπομπών σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τη διενέργεια δαπανηρών εξετάσεων επιβάρυνε τα ταμεία με αδικαιολόγητες δαπάνες. Η απουσία συστήματος παραπομπής βασισμένου στη θεσμοθέτηση του γενικού ιατρού, καθώς και ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή, υπέσκαψε τη συνέχεια της φροντίδας, υπερφόρτωσε το σύστημα με περιττές επισκέψεις και υπερχρέωσε τα ταμεία (Σταχτέας Π. ,Σταχτέας Χ.,2021). Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών και η απουσία ολοκληρωμένων συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας δημιούργησαν ένα συναίσθημα δυσπιστίας των χρηστών δημόσιων υπηρεσιών και τους οδήγησαν στην αναζήτηση δεύτερης γνώμης από τον ιδιωτικό τομέα. Επιπροσθέτως, ο σχετικά μεγάλος αριθμός των συμβεβλημένων με τα ταμεία ιατρών και η αμοιβή τους κατά πράξη και περίπτωση συνέβαλαν στην εισαγωγή προκλητής ζήτησης και αύξησαν το κόστος που επωμίστηκαν τα ταμεία. Τέλος, η απουσία ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων έκανε αδύνατη τη διάθεση δεδομένων σχετικά με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών και την οικονομική και διαχειριστική κατάσταση των μονάδων. Ως εκ τούτου, ήταν δύσκολη η αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος με βάση καλά προσδιορισμένους δείκτες επίδοσης, επιτείνοντας τη διαμόρφωση μιας κουλτούρας απουσίας υπευθυνότητας και λογοδοσίας (Πιερράκος Γ., & Υφαντόπουλος Ι., 2007, Μπουρσανίδης Χ., 2020).

Οι Ν. 2519/1997 και 3235/2004 επιχείρησαν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν, χωρίς ωστόσο επιτυχία, αφού δεν εφαρμόστηκαν, ο πρώτος λόγω της απουσίας διάθεσης από την πολιτική εξουσία να προωθήσει μείζονες δομικές μεταρρυθμίσεις και της γραφειοκρατικής αδράνειας και ο δεύτερος λόγω της αλλαγής κυβέρνησης. Η θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ, αποτελεί μια μερική, όχι όμως και ολοκληρωμένη, απάντηση στις υφιστάμενες ανεπάρκειες, ενώ οι μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν σήμερα χώρα δεν αναφέρονται καθόλου στα ζητήματα που αφορούν τα κέντρα υγείας (Κούλιας Ε., Αποστολάκης Ι. & Σαράφης Ε., 2020).

Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, περιφερειακές διαφοροποιήσεις σε σχέση με τις κλίνες, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων, οδήγησαν σε ανισότητες πρόσβασης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών και σε διαπεριφερειακές ροές των ασθενών, με μείωση των επισκέψεων στα νοσοκομεία της επαρχίας υπέρ των μεγάλων νοσοκομείων των αστικών κέντρων (Μπουρσανίδης Χ., 2020).

Η κατάσταση αυτή επιβεβαιώνει το «νόμο της αντίστροφης φροντίδας», σύμφωνα με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αναπτύσσονται όπου υπάρχει εισόδημα και όχι όπου υπάρχουν ανάγκες. Ωστόσο, η αναπαραγωγή τους βασίζεται στα προβλήματα σχεδιασμού και προγραμματισμού των επενδύσεων και κυρίως στην απουσία κριτηρίων και μηχανισμών ορθολογικής περιφερειακής κατανομής των πόρων. Προς αυτή την κατεύθυνση, η σύνταξη του υγειονομικού χάρτη της χώρας που λαμβάνει χώρα αυτή την περίοδο, και ο οποίος απεικονίζει τα επιδημιολογικά, δημογραφικά και κοινωνικά δεδομένα χαρτογραφώντας τις ανάγκες του πληθυσμού, αποτελεί ένα σημαντικό θετικό βήμα. Ένα δεύτερο σημαντικό πρόβλημα εντοπίζεται στη διοίκηση και οργάνωση των νοσοκομείων όπου εμφανίζονται αδυναμίες σε σχέση με την ύπαρξη εξειδικευμένων στελεχών, τη διαμόρφωση δομών και την εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών διοίκησης. Αποτέλεσμα ήταν η εμφάνιση γραφειοκρατικών αγκυλώσεων, η αδυναμία σχεδιασμού και προγραμματισμού, η απουσία συντονισμού μεταξύ των επιμέρους τμημάτων και κλάδων των νοσοκομείων, η έλλειψη δικτύου πληροφορικής, η απουσία μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας και η έλλειψη κινήτρων παραγωγικότητας των εργαζομένων (Μπουρσανίδης Χ., 2020).

Τέλος, ένα ακόμα πρόβλημα των νοσοκομείων σχετίζεται με την οικονομική τους διαχείριση. Τα ελλείμματα των νοσοκομείων, εκτός του τρόπου χρηματοδότησής τους, οφείλονταν και σε άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τη μη ορθολογική οργάνωση και διαχείρισή τους, όπως η απουσία σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων που θα επέτρεπαν την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητάς τους, η μη εφαρμογή των αρχών της γενικής και αναλυτικής λογιστικής και του διπλογραφικού συστήματος και η απουσία μεθόδων κοστολόγησης κ.λπ (Τούντας Γ. και συν., 2016).

#### ***4.4.2 Τρόποι αντιμετώπισης παθογενειών στο ΕΣΥ***

Το σύστημα υγείας, μέχρι πρόσφατα, εξακολουθούσε να λειτουργεί με μια ξεπερασμένη οργανωτική κουλτούρα, κυριαρχούμενη από την κλινική ιατρική και τη νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση, χωρίς την υποστήριξη μιας αποτελεσματικής μονάδας σχεδιασμού, χωρίς τη διάθεση επαρκών πληροφοριών για το επίπεδο υγείας, τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας ή το κόστος και χωρίς να λειτουργεί προληπτικά, προοπτικά και δυναμικά την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, δίνοντας έμφαση σε δράσεις στη δημόσια υγεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Είναι γεγονός ότι η πολιτική υγείας στερείται συνέχειας λόγω της κυριαρχίας της κομματικοκρατίας και της προσπάθειας

κατοχύρωσης από κάθε δρώντα παράγοντα των δικών του συμφερόντων, αντί να επιδιώκεται η διαμόρφωση συναινετικών διαδικασιών. Τα δομικά στοιχεία στη διαδικασία διαμόρφωσης της πολιτικής υγείας είναι επισφαλής, δεδομένου ότι στη διαδικασία αυτή σπάνια εμπλέκονται όλοι οι δρώντες παράγοντες με τρόπο που να εξασφαλίζεται μια εποικοδομητική συνεργατική προσπάθεια, η οποία να αποσκοπεί στη διασύνδεση της διαδικασίας σχεδιασμού με αυτή της εφαρμογής (Σαραντίδου Σ, Μελά Σ. & Πιτσιλίδης Α., 2019, Πιερράκος Γ. & Υφαντόπουλος Ι., 2007). Όπως δείχνουν οι Mossialos et al. (2005), η πολιτική υγείας και οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα υπήρξαν θεσμικά εξαρτημένες και επηρεάστηκαν από το νοτιοευρωπαϊκό σύνδρομο των πελατειακών σχέσεων, την κομματικοκρατία, την απουσία συναίνεσης, τις χαμηλές δεξιότητες της δημόσιας διοίκησης και την αδύνατη κοινωνία των πολιτών. Η αδυναμία προώθησης αλλαγών είναι συνέπεια των κυρίαρχων πολιτικών συνθηκών, των ανεπίλυτων κομματικών συγκρούσεων, των συγκρούσεων μεταξύ των οικονομικών συμφερόντων, της σημαντικής αντίστασης του ιατρικού κατεστημένου και της αδυναμίας της γραφειοκρατικής δομής του συστήματος της δημόσιας υγείας να εισάγει επιτυχώς διαχειριστικές μεταρρυθμίσεις. Ως αποτέλεσμα, έχει υποστηριχθεί ότι ραγδαίες, απότομες, μεγάλης έκτασης υγειονομικές μεταρρυθμίσεις, επιβαλλόμενες από τα πάνω, είναι καταδικασμένες να αποτύχουν στην Ελλάδα (Economou, 2010). Μάλλον, μια περισσότερο σταδιακή προσέγγιση, η οποία να βασίζεται στην εισαγωγή τομεακών μέτρων που επιχειρούν να αντιμετωπίσουν διαπιστωμένες συγκεκριμένες ανεπάρκειες του συστήματος υγείας, θα ήταν ίσως πιο αποτελεσματική και θα οδηγούσε σε περισσότερο κοινωνικά βιώσιμες πολιτικές. Στο πλαίσιο αυτό, για την επιτυχία ενός υγειονομικού μεταρρυθμιστικού σχεδίου, το οποίο να διασφαλίζει ταυτόχρονα την ισοτιμία και την αποδοτικότητα στη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας, θα ήταν θεμελιώδες να γίνει κατανοητό ότι χρειάζεται μια διαφορετική πολιτική κουλτούρα και η εισαγωγή περισσότερο συμμετοχικών μορφών διακυβέρνησης. Κατά συνέπεια, θεωρήθηκε άμεση και επιτακτική προτεραιότητα η διαμόρφωση μιας νέας διοικητικής και διαχειριστικής αντίληψης που να δίνει έμφαση στη θεσμική και λειτουργική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων. Συνιστώσες της νέας αυτής αντίληψης αποτελούν η διαμόρφωση ικανών μεσαίων και ανώτερων στελεχών, η εφαρμογή των σύγχρονων μεθόδων και εργαλείων μάνατζμεντ, η καλλιέργεια κουλτούρας υπευθυνότητας όλων των παραγόντων απέναντι στον ασθενή, την ποιότητα των υπηρεσιών και τη λήψη των αποφάσεων, η εισαγωγή του θεσμού του Γενικού Διευθυντή, η καθιέρωση των επιχειρησιακών σχεδίων δράσης των νοσοκομείων και η αλλαγή του νομικού καθεστώτος τους (Dreliozi, 2014).

Για να καταλάβουμε γιατί μερικοί οργανισμοί κάνουν άλμα προς το μέλλον με περισσότερη επιτυχία από άλλους, πρέπει πρώτα να δούμε τη σειρά των αποτελεσματικών

προσπαθειών για αλλαγή μεγάλης κλίμακας. Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις, υπάρχει μια σειρά, ένα σύνολο οχτώ φάσεων που ελάχιστα άτομα χειρίζονται ικανοποιητικά.

Η διαδικασία της αλλαγής περιλαμβάνει δυσδιάκριτα σημεία που αφορούν αλληλοκαλυπτόμενες φάσεις, ηγετικές ομάδες σε πολλά επίπεδα του οργανισμού, χειρισμό πολλών κύκλων αλλαγής, και πολλά άλλα. Επειδή ο κόσμος στον οποίο ζούμε είναι περίπλοκος, μερικές περιπτώσεις δεν ακολουθούν πιστά τη σειρά της αλλαγής με τις οχτώ φάσεις. Όμως οι οχτώ φάσεις είναι το βασικό πλαίσιο που σχετίζεται με τη σημαντική και χρήσιμη αλλαγή.

Οι οχτώ φάσεις για επιτυχημένη και μεγάλης κλίμακας αλλαγή.

<b>Φάση</b>	<b>Δράση</b>	<b>Νέα συμπεριφορά</b>
1	Αύξηση του επείγοντα χαρακτήρα	Τα άτομα αρχίζουν να λένε το ένα στο άλλο «Πάμε! Πρέπει να αλλάξουμε κάποια πράγματα».
2	Συγκρότηση της ηγετικής ομάδας	Συγκροτείται μια ομάδα αρκετά ισχυρή για να ηγηθεί μιας μεγάλης αλλαγής και τα μέλη της ξεκινούν να συνεργάζονται με τρόπο ικανοποιητικό.
3	Δημιουργία του οράματος	Η ηγετική ομάδα αναπτύσσει το κατάλληλο όραμα και την στρατηγική για την προσπάθεια αλλαγής.
4	Επικοινωνία με σκοπό να πείσουμε	Τα άτομα αρχίζουν να ασπάζονται την αλλαγή και αυτό φαίνεται από την συμπεριφορά τους.
5	Εκχώριση αρμοδιοτήτων για ανάληψη δράσης	Περισσότερα άτομα νοιώθουν ικανά να δράσουν και το κάνουν για να επιτύχουν το όραμα.
6	Επίτευξη βραχύχρονων νικών	Αναπτύσσεται δυναμική καθώς τα άτομα προσπαθούν να υλοποιήσουν το όραμα, ενώ όλο και μειώνεται ο αριθμός εκείνων που αντιτίθενταν στην αλλαγή.



7	Μην τα παρατάτε	Τα άτομα προκαλούν το ένα μετά το άλλο τα κύματα της αλλαγής προκειμένου να επιτευχθεί το όραμα.
8	Φροντίστε για την παγίωση της αλλαγής	Η νέα και ελπιδοφόρα συμπεριφορά συνεχίζεται παρόλα τα εμπόδια που θέτει η παράδοση, η εναλλαγή ηγετών κ.τ.λ.

Η σημαντική αλλαγή της συμπεριφοράς ενός ατόμου μπορεί να είναι πολύ δύσκολη υπόθεση. Η αλλαγή της συμπεριφοράς πολύ μεγαλύτερου αριθμού ατόμων μπορεί να χαρακτηριστεί ηράκλειος άθλος. Κι όμως οι οργανισμοί που κάνουν άλμα προς το μέλλον το καταφέρνουν αυτό (Kotter and Cohen, 2005).

Η αλλαγή αυτή για να πραγματοποιηθεί, ανατρέποντας τις παθογένειες που ταλανίζουν το ΕΣΥ της Ελλάδας διαχρονικά, καθιστά αναγκαία τη βελτίωση της ποιότητας της διοίκησης των υγειονομικών υπηρεσιών. Για την επίτευξη αυτής της αναβάθμισης ουσιαστικό ρόλο εκτελεί η ηγεσία και η σωστή ιεράρχηση των δεδομένων που αφορούν το σύστημα. Άλλωστε σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, η διακυβέρνηση όλων των ειδών ξεκινάει από την ανώτατη διοίκηση, ο δε καθορισμός της ατζέντας τόσο για την εταιρική όσο και για την ΚΔ αποτελεί ζήτημα ηγεσίας. Η διοίκηση θα πρέπει να βρίσκεται σε επαγρύπνηση θεσπίζοντας μηχανισμούς καταγραφής και αναφοράς, αναθεωρώντας τόσο τις κλινικές όσο και τις οργανωσιακές επιδόσεις χρησιμοποιώντας ακριβή, αξιόπιστα και επικαιροποιημένα κάθε φορά εργαλεία. Η ανάπτυξη της ΚΔ απαιτεί το συνδυασμό διαφορετικών πτυχών της ποιότητας, την καθιέρωση νέων συστημάτων αναγνώρισης καλής και κακής φροντίδας και την προώθηση των αναγκαίων αλλαγών στην οργανωσιακή κουλτούρα. Αυτή η διαδικασία προωθεί νέες αντιλήψεις σε κάθε οργανωτικό επίπεδο και την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα τελευταία χρόνια η Κλινική Διακυβέρνηση, ως ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό μοντέλο διοίκησης των μονάδων υγείας, γίνεται ολοένα και πιο διαδεδομένο και βρίσκει εφαρμογή στα συστήματα υγείας διεθνώς. Η Κλινική Διακυβέρνηση στοχεύει στη διασφάλιση υψηλών προτύπων περίθαλψης δημιουργώντας ένα περιβάλλον ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας έχοντας τους επαγγελματίες υγείας ως βασικούς πυλώνες για την διαδικασία αυτή.

Στο πλαίσιο αυτό, απαιτούνται αλλαγές με στόχο τον εκσυγχρονισμό και την ποιότητα των υπηρεσιών των μονάδων υγείας. Η οργανωσιακή κουλτούρα αντανακλά κοινές προσδοκίες και αξίες, η σχέση της με την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας δημιουργεί ένα κλίμα σταθερότητας και ανάπτυξης στους οργανισμούς. Συγκριτικά, η έννοια του οργανωσιακού κλίματος αναφέρεται αυτονόητα στην ύπαρξη μιας ομάδας ανθρώπων που συνεργάζονται για την επίτευξη κάποιου κοινού σκοπού. Αποτελεί αναγκαιότητα να διερευνηθεί με ποιο τρόπο οι διαδικασίες για την παροχή φροντίδας υγείας μπορούν να σχεδιαστούν καλύτερα. Συγκεκριμένα, η ηγεσία του οργανισμού υγείας περιγράφει τον σχεδιασμό, λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών και του προσωπικού μέσω της διοίκησης ολικής ποιότητας. Υλοποιεί, παράλληλα, τις υπηρεσίες, τις αξιολογεί και ανατροφοδοτεί τα αποτελέσματα. Απώτερο σκοπό της διακυβέρνησης αποτελεί η βελτίωση και η επίτευξη των καλύτερων επιδόσεων στο τομέα της υγείας. Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών είναι απαραίτητη για την επιτυχή εφαρμογή μιας κουλτούρας που υποστηρίζει την ΚΔ.

Η Κλινική διακυβέρνηση έχει εφαρμοστεί διεθνώς. Αρχικά, ορίστηκε και αναπτύχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, από όπου και διαδόθηκε παγκοσμίως. Η αξιοποίηση της στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αυστραλίας αποτελεί από τις πιο άριστα εφαρμοσμένες του κόσμου. Αναντίρρητα, τα μοντέλα κλινικής διακυβέρνησης χρήζουν συνεχούς αναβάθμισης. Συγκεκριμένα, το ΕΣΥ της Ελλάδας πάσχει από ανεπάρκειες οι οποίες είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστούν και να εμποδιστεί η διαιώνιση τους. Η αντιμετώπιση αυτή προϋποθέτει τόσο βελτιώσεις στην ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών όσο αποτελεσματικότητα παρεχόμενων υπηρεσιών και χρηστή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων.

Το επίκεντρο της ηγεσίας στον τομέα της υγείας είναι η ικανότητα καθορισμού προτεραιοτήτων και η δημιουργία δεσμεύσεων σε ολόκληρο τον τομέα της υγείας για την αντιμετώπιση των παθογενειών των υπηρεσιών υγείας. Επεξηγηματικά, απαιτείται

αποτελεσματική διαχείριση για την προώθηση της αλλαγής σε όλα τα μέλη του προσωπικού και την επίτευξη αποτελεσμάτων διασφαλίζοντας ότι το εργατικό δυναμικό υγείας και άλλοι πόροι κινητοποιούνται και χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά.

Συμπερασματικά, το αύριο του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας δεν είναι εύκολα προδιαγράψιμο. Από αυτήν την άποψη φλέγον ζήτημα αποτελεί το εάν και σε ποιο βαθμό η σύγχρονη Ελλάδα της Υγείας θα ταυτισθεί με την επιδιωκόμενη. Οι προοπτικές για ένα ποιοτικό άλμα παρουσιάζονται και έχουν μελετηθεί, αβεβαιότητα, όμως, προκαλείται από την δυσκολία δέσμευσης για αλλαγή. Το νομοθετικό πλαίσιο των αλλαγών καθίσταται αναγκαίο να εφαρμοστεί διότι αλλιώς αποτελεί άλλη μια δέσμευση εφήμερη που δεν αφομοιώθηκε από το σύστημα υγείας. Τα σημερινά δεδομένα, η ήδη ανεπτυγμένη πραγματικότητα και οι σηματοδοτημένες ευρύτερες επιδιώξεις, εγείρουν πράγματι βάσιμες ελπίδες για ένα μέλλον εξέλιξης στον τομέα της υγείας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

Aarons, G.A., Hurlburt, M. & McCue Horwitz., S., (2010), «Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors», Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. Published online: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10488-010-0327-7/fulltext.html>

(ACEM), Australasian College For Emergency Medicine. Review of the clinical governance of public mental health services in Western Australia. 2019.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. (2002) Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. Nursing Outlook, 50(5):187-194.

Al-Ali, A. (2014). Developing a Total Quality Management Framework for Healthcare Organizations. [online] Available at: <http://ieomsociety.org/ieom2014/pdfs/193.pdf>.

Anderson, N. R. and West, M. A. (1994). The Team Climate Inventory: Manual and Users Guide, Assessment Services for Employment, NFER-Nelson, Windsor, U.K.

Austin M.J., Claasen J. (2008). Impact of organizational change on organizational culture: implications for introducing evidence-based practice. J Evid Based Soc Work;5(1-2):321-59.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2017). National Model Clinical Governance Framework. [online] Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Available at: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/National-Model-Clinical-Governance-Framework.pdf>

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2017). National Safety and Quality Health Service Standards. 2nd ed. Sydney: ACSQHC. Διαθέσιμο στο: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/National-Safety-and-Quality-Health-Service-Standards-second-edition.pdf>

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Vital signs 2015: the state of safety and quality in Australian health care. Sydney: ACSQHC; 2015.

Avgoustidou I. (2018) The Relationship between Quality of Health Services and Patient Safety Culture. *Hellenic Journal of Nursing*;57(1):33-40.

Badham, J. Wall D., Sinfield M., Lancaster J. (2006), The Essence of Care in Clinical Governance. *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 11 No. 1, pp. 22-29.

Barrett, B. (2005) First steps towards a Clinical Governance strategy. Διαθέσιμο στο: [https://www.researchgate.net/publication/235225649\\_First\\_steps\\_towards\\_a\\_Clinical\\_Governance\\_strategy](https://www.researchgate.net/publication/235225649_First_steps_towards_a_Clinical_Governance_strategy)

Bellou, V. (2008) Identifying Organizational culture and subcultures within Greek public hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 22(5):496-509.

Berrio, A.A., (2003) An Organizational Culture Assessment Using the Competing Values Framework: a profile of Ohio State University extension, *Journal of Extension*, Volume 41(2):127-30.

Boland T and Fowler A., (2000), “A systems perspective of performance management in public sector organisations”. *The International Journal of Public Sector Management*, 13: 417-46.

Boyd, R., Richerson, P. (2009) Culture and the evolution of human cooperation *Phil. Trans. R. Soc. B*, 364:3281–3288.

Braithwaite, J. and Travaglia, J.F. (2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian Health Review*, [online] 32(1), p.10.  
doi:10.1071/ah080010.

Department of Health. A first class service: Quality in the new NHS. The National Archives; (1998).

[https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20110322225724/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4006902](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20110322225724/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902)

Bronkhorst B. et al. (2014), Organizational Climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review*. Διαθέσιμο στο:  
file:///C:/Users/vivivo/Downloads/Metis\_203391%20(1).pdf

Buchanan D., Fitzgerald L. The Sustainability and Spread of Organizational Change: Modernizing Healthcare. Cited at: Parker C. P., Baltes B. B., Yoyng S. A., Huff J. W., Altamann R. A, Lacoste A.R & Roberts J. E., (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *J. Organiz. Behav.* 24, 389–416.

Cameron K. S, Quinn R. E, (2006). "Diagnosing and changing organizational culture : based on the competing values framework. Revised Edition, The Jossey-Bass Business & Management Series. Διαθέσιμο στο:  
[https://www.researchgate.net/profile/Tahani\\_Fourah/post/Is\\_the\\_any\\_test\\_or\\_questionnaire\\_to\\_measure\\_the\\_organizational\\_climate\\_anyone\\_can\\_suggest/attachment/59d61f45c49f478072e97966/AS%3A271750183489537%401441801700739/download/Diagnosing+and+changing+organizational+culture+Based+on+the+competing+values+framework.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Tahani_Fourah/post/Is_the_any_test_or_questionnaire_to_measure_the_organizational_climate_anyone_can_suggest/attachment/59d61f45c49f478072e97966/AS%3A271750183489537%401441801700739/download/Diagnosing+and+changing+organizational+culture+Based+on+the+competing+values+framework.pdf)

Castro L. M., Martins N.(2010), The relationship between organisational climate and employee satisfaction in a South African information and technology organization. *SA j. ind. Psychol.* vol.36 n.1 Johannesburg Jan. 2010. Διαθέσιμο στο: [http://www.scielo.org.za/scielo.php?pid=S2071-07632010000100006&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.za/scielo.php?pid=S2071-07632010000100006&script=sci_arttext&tlng=es)

Chandra Vanu Som, (2004), Clinical governance: a fresh look at its definition, *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 9, No. 2, pp. 87-90.

Chu, K.F., (2003) An organizational culture and the empowerment for change in SMEs in the Hong Kong manufacturing industry, *Journal of materials processing technology*, 139:505.

Clarke P. S. et al., (2002), Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. *American Journal of Infection Control* Vol. 30, Issue 4, p. 207-216. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655302099169>

*Clinical Governance: An International Journal*. Vol.11, no.1, pp.5-7.

Commission for Health Improvement (2002), *A Guide to Clinical Governance Reviews: Acute Trusts*, CHI, London.

Cooper J, Benjamin M. Clinical audit in practice. *Nurs Standard* (2004),18:47–54, 56.

Cullen-Lester K.L., Webster B.D., Edwards B.D., Braddy B.W. (2018). The effect of multiple negative, neutral, and positive organizational changes. *European Journal of Work and Organizational Journal*, Vol. 28, 1: 124-135.

Dalamagas, B., (2000), “Public Sector and Economic Growth: the Greek Experience ”, *Applied Economics*, Vol. 32 (3), pp.277-288

Denison, D. R. (1996). What IS the difference between organizational culture and organizational climate? A native’s point of view on a decade of paradigm wars. *The Academy of Management Review*, 21(3), 619–654. Διαθέσιμο στο:<https://psycnet.apa.org/record/1996-01952-001>

DFID TM s Health Systems Resource Centre (2001). *Clinical governance in the UK NHS*. [online] Available at:

<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08d59ed915d622c001935/Clinical-governance-in-the-UK-NHS.pdf>.

DH-Department of Health, (2021). *Principles of corporate governance in the NHS DFIDTMs Health Systems Resource Centre*.

DiCenso A, Cullum N, Ciliska D, Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. Evidence Based Nursing 1998; 1(2): 38-39. Διαθέσιμο στο: <http://ebn.bmj.com/content/1/2/38.full>.

Donabedian, A. (1998), "The quality of care. How can it be assessed?", Archives of pathology & laboratory medicine, 121(11), 1145-1150.

Dreliozi, A., Siskou, O., Maniadakis, N., & Prezerakos, P. (2013), Clinical Governance and effective Quality & Risk management in Greek hospitals. International Journal of Health Research and Innovation.

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://wwjournals.com/index.php/gjra/article/view/4812>

DH, 2006. Good doctors, safer patients. Proposals to strengthen the system to assure and improve the performance of doctors and to protect the safety of patients." A report by the Chief Medical Officer.

Duffy A.J, Irvine E.J, 2004. Clinical governance: a system. Quality in Primary Care 2004;12:141-5.

Economou, C. and Giorno, C. (2009). Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece. OECD Economics Department Working Papers. doi:10.1787/221250170007.

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

Eeckloo, K., Delesie, L., & Vleugels, A. (2007). Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector. The journal of the Royal Society for the promotion



of health, 127(2), 78-86.

Ferlie, E., Shortell, S.M. (2001) Improving the Quality of Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *The Milbank Quarterly*, 79(2):281-315.

Fitzsimmons, J.A. & Fitzsimmons, M.J. (2006), *Service Management: Operations, Strategy, Information Technology*. 5th ed. McGraw - Hill Inter.Ed.

Fugate, M., Kinicki, A. J., & Prussia, G. E. (2008). Employee coping with organizational change: An examination of alternative theoretical perspectives and models. *Personnel Psychology*, 61, 1–36.

Gershon, R.M., Stone, P.W., Bakken, S., Larson, E. (2004) Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *Journal of Nursing Administration*, 34:33-40.

Good Governance Handbook Healthcare, Quality Improvement Partnership (HQIP), Good Governance Institute (2015). Available from: <https://www.good-governance.org.uk/wp-content/uploads/2017/04/Good-Governance-Handbook.pdf>

Gray, A.G. (2001), Theories and practices of clinical governance, ESR Seminar on Evaluating Clinical governance, Stockport Health Authority HD.

Gregory, BT., Harris, SG., Armenakis, AA, Shook CL. (2009) Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. *J Bus Res*, 62:673–679.

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>

Halligan A., 2001, Implementing clinical governance: turning vision into reality, *BMJ*. 2001 Jun 9; 322(7299): 1413–1417.

Halligan, A. (2006), *Clinical Governance: Assuring the Sacred Duty of Trust to Patients*.

Halligan, A. et al. (2000), *Clinical Governance: Its Origins and Foundations*. *British Journal of Clinical Governance*. Vol.5, no.3, pg. 172. Διαθέσιμο στο: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=82396166&sid=1&Fmt=3&clientId=71155>  
&RQT

Harrison R, Walton M, Manias E, Mears S, Plumb J. Patients' experiences in Australian hospitals: a systematic review of evidence. *Aust Health Rev* 2016;41:419–35.

Hillsdale, NJ: Erlbaum. Cited at: Parker C. P., Baltes B. B, Yoyng S. A., Huff J. W, Altamann R. A, Kacoste A.R & Roberts J. E., (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *J. Organiz. Behav.* 24, 389–416.

Hofstede, G. (2011). *Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context*. Online Readings in Psychology and Culture, Unit 2. Retrieved from: <http://scholarworks.gvsu.edu/orpc/vol2/iss1/8>

Iles V, Sutherland K., (2001), *Managing change in the NHS. Organisational change. A review for health care managers, professionals and researchers*. London, National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation.

James, L. R., & Sells, S. B. (1981). Psychological climate: theoretical perspectives and empirical research. In D. Magnusson (Ed.), *Toward a psychology of situations: An interactional perspective* (pp. 275–295).

Johnston G, Crombie IK, Alder EM, Davies HTO, Millard A., 2000, Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality Health Care*, 9:2336.

Joint Australian/New Zealand Standard, (2006), AS/NZS 4360:1999, Risk management. Διαθέσιμο στο: [http://mkidn.gov.pl/media/docs/pol\\_obronna/20150309\\_3-NZ-AUST-2004.pdf](http://mkidn.gov.pl/media/docs/pol_obronna/20150309_3-NZ-AUST-2004.pdf)

Karassavidou, E., Glaveli, N., Zafiropoulos, K. (2011), “Assessing hospitals’ readiness for clinical governance quality initiatives through organizational climate”, *Journal of health Organization and Management*, 25: 2: 214-240.

Kastanioti C., Bourntenas D., Tsouri M., Niakas D. (2014). The Influence of Organizational Culture on Job Satisfaction of Administrative Employees at a Public Hospital: The Case of General Hospital of Larissa. *Journal of Health Management* 16(2):217-231.

Keuter, K., Byrne, E., Voell, J., Larson, E. (2000), “Nurses job satisfaction and organizational climate in a dynamic work environment”, *Appl Nurs Res*, 13:46-49.

Konteh, F.H., Mannion, R. & Davies, H.T.O. (2008), Clinical Governance views on culture and quality improvement, *Clinical Governance. An international journal*, 13, 3, 200-207.

Kotter, J. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 73, 59–67.

Kritas, D., Sidiropoulos, S. and Kakouris, D. (2021). Total Quality Management and Leadership: A Way to Improve Healthcare Services in Greece). [online] [papers.ssrn.com](https://papers.ssrn.com). Available at:

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3783476](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3783476)

Krogstad, U., Hofoss, D., Hjortdahl, P. (2004), “Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals”, *Int J Qual Health Care*, 16:491-497.

Langfield-Smith, K. (1995), Organisational culture and control. In: Berry, A., Broadbent, J., Otley, D., (eds), *Management control: theories, issues and practices*. Macmillan: London

Légaré, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Graham, I. D., & Turcotte, S. (2010). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst. Rev*, 5.

Leggat S. G., Balding C. (2019). Bridging existing governance gaps: five evidence-based actions that boards can take to pursue high quality care. *Australian Health Review*, 43, 126–132

Lewin, K. (1939), “Field theory and experiment in social psychology concepts and methods”, *American Journal of Sociology*, Vol.44, No 6, pp. 868- 896.

Lucas, J., Leggat, S.G. and Taylor, N.F. (2022), "Association between use of clinical governance systems at the frontline and patient safety: a pre-post study", *International Journal of Health Governance*, Vol. 27 No. 3, pp. 282-295

MacDavitt, K., Chou, S.S., Stone, P.W. (2007), “Organisational climate and health care outcomes”, *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, Nov, 33(11 Suppl), 45-56.

Mannion, R. (2008) *Measuring and Assessing Organisational Culture in the NHS (OC1)*. Queen’s Printer and Controller of HMSO.

Marshall, M., Sheaff, R., Rogers, A., Campbell, S., Halliwell, S., Pickard, S., Sibbald, B., Roland, M., (2002), A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance, *Br J Gen Pract*, Aug, 52(481), 641-5.

Martins, E.C., Terblanche, F. (2003) Building organizational culture that stimulates creativity and innovation. *European Journal of Innovation Management*, 6(1):64-74.

Mathieu, J. E., Hoffman, D.A. & Farr, J.L. (1993), Job perceptions job satisfaction relations: an empirical comparison of three competing theories”, *Organisational Behavior and Human Decision Process*, Vol. 56, pp.370-387.

Mathisen, G. E., Einarsen, S., Jørstad, K., & Brønnick, K. S. (2004). Climate for work group creativity and innovation: Norwegian validation of the team climate inventory (TCI). *Scandinavian journal of psychology*, 45(5), 383-392.

Mascie-Taylor, H and Hoddinott, J., (2017) Review of safety and quality in the WA health system: a strategy for continuous improvement. Perth : Government of Western Australia.

Menarguez Puche, J.F. & Saturno Hernandez, P.J. (1999), “Description of the organizational climate in primary care terms in an autonomous community”, *Aten Primaria*, 23:280-284.

Mok, E. & Au-Yeung, B. (2002), Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong”, *Journal of Nursing Management*, Vol. 10, pp. 129-137.

Montgomery, A. J., Panagopoulou, E., Kehoe, I., Valkanos, E. (2011) Connecting organisational culture and quality of care in the hospital: Is job burnout the missing link? *Journal of Health Organisation and Management*, 25:108-123.

Moran, E. T., & Volkwein, J. F. (1992). The cultural approach to the formation of organizational climate. *Human Relations*, 45(1), 19–47.

National Audit Office, 2006. *Achieving Improvements Through Clinical Governance*”, A Progress Report On Implementation By NHS Trusts.

National Audit Office, 2007. *Improving Quality and Safety Progress in Implementing Clinical Governance in Primary Care: Lessons for the New Primary Care Trusts*.

OECD, 2013. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance: OECD indicators*. Paris.

O’Keeffe, T. (2002), «Organizational Learning: a new perspective», *Journal of European Industrial Training*, 26 (2), pp. 130-141.

Obadara, O. (2008) “The influence of organizational climate and culture on workers’ job satisfaction and commitment”, *Journal of Research in national Development*, V.6, N.2.

Διαθέσιμο

στο:

<http://www.transcampus.org/JORINDV6Dec2008/JournalsV6NO2Dec200823.html>

O'Reilly, C.A, Chatman, J. (1986) Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology*, 71:492–499.

Ostroff, C., Kinicki, A., Tomkins, M. (2002), Organizational culture and climate. In: *Handbook of Psychology*. Edited by Borman, W.C., Ilgen, D.R. and Klimoski, R.J., J. Wiley & Sons, New York, 565-594.

Ovretveit, J. (2009), “Understanding and Improving Patient Safety: The Psychological, Social and Cultural Dimensions”, *J Health Organ Manag*, 23, 6,581-596.

Parker C. P., Baltes B. B, Yoyng S. A., Huff J. W, Altamann R. A, Kacoste A.R & Roberts J. E., (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *J. Organiz. Behav.* 24, 389–416. Διαθέσιμο στο: [https://www.researchgate.net/publication/227618629\\_Relationships\\_between\\_Psychological\\_Climate\\_Perceptions\\_and\\_Work\\_Outcomes\\_A\\_MetaAnalytic\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/227618629_Relationships_between_Psychological_Climate_Perceptions_and_Work_Outcomes_A_MetaAnalytic_Review)

Patterson, M. G., West, M. A., Shackleton, V. J., Dawson, J. F., Lawthom, R., Maitlis, S., Robinson, D. L., & Wallace, A. M. (2005), “Validating the organizational climate measure: links to managerial practices, productivity and innovation”, *Journal of Organizational Behaviour*, 26, 379–408.

Patterson, M., Warr, P. & West, M. (2004), Organizational climate and company productivity: The role of employee affect and employee level, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 77, pp. 193-216.

Payne, R. L., Brown, A. D. & Gaston, K. C. (1992), Reliability and validity of an updated version of the Business Organization Climate Index (BOCI): a research note. Paper No. 227, Manchester Business School Working, Manchester University, Manchester.

Payne, R. L., Fineman, S. & Wall, T. D. (1976), "Organizational climate and job satisfaction: A conceptual synthesis", *Organizational Behaviour and Human Performance*, 16, 45-62.

Pettigrew, A. (1979), "On Studying Organizational Culture", *Administrative Science Quarterly*, 24, 570–81.

Plathotnik, M.S. & Rocco, T.S. (2006), *Organizational culture: A literature review of the AHRD 1994-2005 Proceedings*, In Plakhotnik, M. S. & Nielsen, S.M. (Eds.), *Proceedings of the Fifth Annual College of Education Research Conference: Urban and International Education Section*, Florida International University, Miami.

Pritchard, R.D., & Karasick, B.W. (1973), The effects of organizational climate on managerial job performance and job satisfaction, *Organizational Behavior and Human Performance*, 9, 126–146.

Phillips C. B, Pearce M. C, Hall S., Travaglia J., Lusignan S., Love T. and Kljakovic M., (2010), Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *MJA*, Volume 193, Number 10.

Quinn, R. & Cameron, K. (2011), *Diagnosing and changing organizational culture*, Jossey – Bass, WA.

Randhawa, G., & Kaur, K. (2014). Organizational climate and its correlates. *Journal of Management Research*, 14(1), 25-40.

Reason, J. (1998), "Achieving a safe culture: theory and practice", *Work and Stress*, 12, 293 – 306.

Reichers, A.E. & Schneider, B. (1990). "Climate and culture: An evolution of constructs", In: Schneider, B. (Ed.), *Organizational Climate and Culture*, Jossey-Bass, San Francisco.

Robbins, S.P. (2001). *Basic Motivation Concepts, Organizational Behavior*. Prentice Hall, New

Jersey, 155-209, ch.6.

Russell L, Doggett J, Dawda P, Wells R. Patient safety – handover of care between primary and acute care: policy review and analysis. Prepared for the National Lead Clinicians Group by the Australian Primary Health Care Research Institute, Australian National University. Canberra: National Lead Clinicians Group, Australian Government Department of Health and Ageing; 2013.

Schein, E. (2010), *Organizational Culture and Leadership*, fourth edition, John Wiley Sons, USA. Available at: <https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=Mnres2PIFLMC&oi=fnd&pg=PR9>

Schneider, B. (1990), “*Organizational Climate and Culture*”, Jossey-Bass, San Francisco.

Scott, T., Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. (2003), “The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health care: A Review of the Available Instruments”, *Health Services Research*, 38, 3.

Singer, S.J., Gaba, D.M., Geppert, J.J. (2003), “The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals”, *Qual Saf Health Care*, 12, 112–8.

Sleutel, M.R. (2000), Climate, culture, context, or work environment? Organizational factors that influence nursing practice”, *Journal of Nursing Administration*, Vol. 30, pp. 53–58.

Schneider B., Ehrhart M. G, Macey W. (2013). *Organizational Climate and Culture*. *Annu. Rev. Psychol.* 2013.64:361–88. Διαθέσιμο στο: <https://copdei.extension.org/wp-content/uploads/2019/06/Organizational-Climate-and-Culture-Review.pdf>

Solomon, E.E. (1986), “Private and public sector managers: An empirical investigation of job characteristics and organizational climate”, *Journal of Applied Psychology*, Vol 71(2), 247-259.

Stetzer, A., Morgeson, F.P., Anderson, E.L. (1997), “Organizational Climate and



Ineffectiveness: Evidence from 25 outdoor Work Crew Divisions”, *J of Quality Mgt*, 2, 251-263.

Stone, P.W., Larson, E. L., Mooney-Kane, C., Smolowitz, J., Lin, S., and Dick, A. (2006), “Organizational climate and intensive care unit nurses’ intention to leave, *Critical Care Medicine*, Vol. 34 No. 7, pp. 1907-1912.

Tsai, Y. (2011) Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC Health Services Res*, 14(11):98.

Wienand, U., Cinotti, R., Nicoli, A. & Bisagni M. (2007), “Evaluating the organisational climate in Italian public healthcare institutions by means of a questionnaire”, *BMC Health Services Research*, 7:73.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/73>

Verbeke, W., Volgering, M., Hessels, M. (1998), “Exploring the Conceptual Expansion within the Field of Organizational Behaviour: Organizational Climate and Organizational Culture”, *J Manage Stud*, 35, 303-329.

Wallace, M.J., Ivancevich, J.M., Lyon, H.L. (1975), “Measurement modifications for assessing organizational climate in hospitals”, *Acad Manage J*, 18, 82-97.

Légaré, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Graham, I. D., Turcotte, S. (2010). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*, 5.

Lewis, S.A., Saunders, N. and Fenton, K. (2002), “The magic matrix of clinical governance”, *British Journal of Clinical Governance*, Vol. 7 No. 3, pp. 150-3.

Lugon, M. and Secker-Walker, J. (1999), *Clinical Governance: Making it happen*, The Royal Society of Medicine Press Ltd, London. Cited at: Chandra Vanu Som *Clinical governance: a fresh look at its definition*, (2004) *Clinical Governance: An International Journal*, Publication date: 1 June 2004.

Maddock, A. et al. (2006). Clinical Governance Improvement Initiatives in Community Nursing. *Clinical Governance: An International Journal*. Vol.11, no.3, pp.198-212. Διαθέσιμο στο: <http://www.emeraldinsight.com/1477-7274.htm>

Marshall, M., Sheaff, R., Rogers, A., Campbell, S., et al (2002), “A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance”, *Br J Gen Pract*. 2002 Aug; 52(481): 641–645.

Moran, R. (2003). “There’s no Time to Learn”...Like the Present. *Clinical Governance: An International Journal*. Vol.8, no.1, pp.46-56. Διαθέσιμο στο:<http://www.emeraldinsight.com/1477-7274.htm>

Mossialos, E., Allin, S., & Davaki, K. (2005): Analyzing the Greek Health System: A tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14,151-168.

National Institute for Clinical Excellence, (2002), *Principles for best practice in clinical audit*, Radcliffe Medical Press, UK. Διαθέσιμο στο: [www.nice.org](http://www.nice.org)

Nestor, S. and Thompson, J. (2002) ‘Corporate governance patterns in OECD economies: Is convergence underway <http://www.oecd.org>

O’Keeffe, T. (2002), «Organizational Learning: a new perspective», *Journal of European Industrial Training*, 26 (2), pp. 130-141.

OECD (1999). *OECD Principles on Corporate Governance*, Meeting of the OECD Council at Ministerial Level. Διαθέσιμο στο: [https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=C/MIN\(99\)6&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=C/MIN(99)6&docLanguage=En)

OECD, 2004. “Principles of Corporate Governance” (Organisation for Economic Co-operation and Development OECD, 2004 Edition.

OECD, 2012, *Education at a Glance*. Διαθέσιμο στο: [www.oecd.org/education/highlights.pdf](http://www.oecd.org/education/highlights.pdf)

Page K., 2012, The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision making?, BMC Med Ethics, 13:10.

Penny, A. (2001), "Clinical Governance in Britain defined", Healthcare Review- Online, 4(9), 1-7.

Pietroni P. Clinical governance in primary care groups. [Address to clinical governance leads, RHA Conference, Dillington House, November 1998. Cited in: Lugon M, Secker-Walker J. Advancing Clinical Governance. London: The Royal Society of Medicine Press Ltd, 2001: 125-135.

Polyzos, N., Economou, C. and Zilidis, C. (2008). National Health Policy In Greece: Regulations Or Reforms ? The Sisyphus Myth. European Research Studies, XI(3).

Principles for best practice in clinical audit. Abingdon, National Institute for Clinical Excellence, Radcliffe Medical Press, 2002.

RCN, 2003. Clinical governance: an RCN resource guide. Διαθέσιμο στο:  
[http://www.ssu.ac.ir/fileadmin/templates/fa/daneshkadaha/daneshkade-behdasht/manager\\_group/upload\\_manager\\_group/manabe\\_elmi/e-book/english/clinical\\_governance/9.Clinical\\_governance\\_\\_an\\_rcn\\_resource\\_guide.pdf](http://www.ssu.ac.ir/fileadmin/templates/fa/daneshkadaha/daneshkade-behdasht/manager_group/upload_manager_group/manabe_elmi/e-book/english/clinical_governance/9.Clinical_governance__an_rcn_resource_guide.pdf)

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

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](https://www.researchgate.net/publication/13634058_Clinical_Governance_and_the_drive_for_quality_improvement_in_the_new_NHS_in_England)

Senge, P.M., Klieiner, A., Roberts, C., Ross R.B., & Smith, B.J. (1994), *The Fifth Discipline Fieldbook: Strategies and Tools for Building a Learning Organization*, Currency Doubleday, New York, NY, USA.

Smith, R. (1998), "All changed, changed utterly. British medicine will be transformed by the Bristol case", *BMJ*, 316 (7149): 1917–8.

Spanos, L (2005), *Corporate governance in Greece: developments and policy implications*, *Corporate Governance: The international journal of business in society*, Vol. 5 Issue: 1, pp.15-30, <https://doi.org/10.1108/14720700510583430>

Stanwick, P.A., Stanwick, S.D., (2010). The relationship between governance and financial performance: an empirical study of Canadian firms. *The Business Review* 16, 35—41.

Starey, N. (2001), “What is Clinical Governance?”, *Hayward medical Communications*, 1(12), 1-8. the reliability and validity of Clinical Governance Climate Questionnaire. *Health Serv Manage Res* 2003, 16:234–250.

Thompson F. J., Riccucci N. F., (1998), *Reinventing Government*, *Annu. Rev. Polit. Sci.* 1:231–57.

World Health Organization (2004), *World Development Report*, WHO, Geneva.

World Health Organization (2012), *10 facts on patient safety*, WHO, Geneva.

Διαθέσιμο στο:

[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/en/index.htm](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index.htm)

World Health Organization, (2019), *Patient Safety, Fact Sheets*. Διαθέσιμο στο:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

#### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

Γούλα Α., (2014), *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα. Παπαζήση.

Γούλα, Α., Κέφης, Β., Σταμούλη, Α., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. (2014) Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 31(4):452-460.

Δρελιώζη Α. , (2014), Κλινική Διακυβέρνηση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Προσδιορισμός κλίματος κλινικής διακυβέρνησης σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο, Σπάρτη, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://amitos.library.uop.gr/xmlui/handle/123456789/2321>

Ελληνικό Παρατηρητήριο Εταιρικής Διακυβέρνησης (2007), Επιθεώρηση Ελληνικού Παρατηρητηρίου Εταιρικής Διακυβέρνησης, Τεύχος 1 ([www.sev.org.gr](http://www.sev.org.gr))

Ελληνικό Συμβούλιο Εταιρικής Διακυβέρνησης, (2013), Ελληνικός κώδικας εταιρικής διακυβέρνησης για τις εισηγμένες εταιρείες, <http://www.helex.gr/>

Ένωση Εισηγμένων Εταιρειών Χ.Α., <http://www.eneiset.gr/>

Ζυγά, Σ. (2013) Οργανωσιακή δέσμευση και ικανοποίηση από την εργασία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 6(3).

Ζώη Χ., Αποστολάκης Ι., Σαράφης Π., (2021). Ποιότητα στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα- Πρόταση λειτουργίας Εθνικού Φορέα διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας-Εθνική Ατζέντα για την ασφάλεια των ασθενών στην Ελλάδα. Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 20, Τεύχος 4.

Καπράλος, Σ. (2007), Πλήρες και Σύγχρονο Μοντέλο από την ΕΧΑΕ, Ένθετο για την Εταιρική Διακυβέρνηση Μέτοχος, 483, σελ.62.

Καρκατσούλης, Π., (2001) Η Διακυβέρνηση ως περιεχόμενο και διαδικασία λήψης απόφασης για τις δημόσιες υποθέσεις. (7),205-224 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/sas/article/viewFile/633/632>

Καστανιώτη, Α., Σιουρούνη, Ε., Μαυριδόγλου, Γ., Πολύζος, Ν. (2011) Συγκριτική αξιολόγηση οργανωσιακής κουλτούρας μονάδων υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(1):70-78.

Κοντοδημόπουλος, Ν., (2018) Οικονομική της Υγείας (Εννοιολογική προσέγγιση και εφαρμογές), Σημειώσεις μαθήματος Β' Ειδικής Φάσης (KE\_BEID\_DYY104), Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, ΚΕ' Εκπαιδευτική Σειρά, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης, Αθήνα.

Κουλλιάς Ε., Αποστολάκης Ι. & Σαράφης Π., 2020. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας-Υπάρχον Νομοθετικό Πλαίσιο και πρόταση Εθνικού Φορέα Διασφάλισης Ποιότητας-Διαμόρφωση Εθνικής Ατζέντας ασφάλειας των ασθενών. Επιστημονικά Χρονικά – Τόμος 2, Τεύχος 3.

Κυριόπουλος Γ., 2020. Η αναζήτηση ομοφωνίας για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία και στην ιατρική περίθαλψη, Archives of Hellenic Medicine 37(1).

Λιονής Χ., Θηραίος Ε., Παπανικολάου Ν., (2016), Ποιότητα και αποδοτικότητα στην ΠΦΥ – Αξιολόγηση και σχεδιασμός των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ. Κλινικά Φροντιστήρια, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 28, 1.

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>

Μπουρσανίδης Χ., 2020. Συστήματα Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας. Διδακτικές Σημειώσεις. 10<sup>η</sup> Βελτιωμένη Έκδοση: ΕΣΔΔΑ Αθήνα.

Οικονόμου, Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα-Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.

Παλαιολόγος Α. (2013), Η Εταιρική Διακυβέρνηση & η Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη στις Εισηγμένες Εταιρείες του Χρηματιστηρίου Αξιών Αθηνών, Περιοδικό Πρακτικά θέματα διοίκησης και οικονομίας, 6(1): 87-104

Παπαγεωργίου, Α., Χονδροκούκης, Γ. (2010) Ποσοτική Προσέγγιση της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο χώρο των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής, 28:269-278.

Παρισσόπουλος Σ. (2007), Κλινικός έλεγχος ποιότητας: Παραδοχές και διεργασία. Νοσηλευτική, 46(4):514–522.

Πρεζεράκος, Π. (2017), Νοσηλευτικά Πρωτόκολλα: Αναγκαιότητα για την Ανάπτυξη κι 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\\_Prezarakos.pdf](http://www.hjn.gr/wp-content/uploads/2018/07/56_4_609_Eidiko_Prezarakos.pdf)

Σιγάλας Ι. (1993) Το νοσοκομείο στην Ελλάδα: Χθες, σήμερα, αύριο. Επιθεώρηση Υγείας 19: 49-61.

Σπανός Λ., 2007, Συστήματα Εταιρικής Διακυβέρνησης και Σύγχρονη Επιχείρηση, Οικονομικά Θέματα, Ένωση Ελληνικών Τραπεζών. Διαθέσιμο στο: [https://www.hba.gr/5Ekdosis/UplPDFs/deltia/4\\_2001/07%20L%20spanou.pdf](https://www.hba.gr/5Ekdosis/UplPDFs/deltia/4_2001/07%20L%20spanou.pdf)

Σταχτέας Π., Σταχτέας Χ., 2021. Καταγραφή και Αξιολόγηση των Δομικών Αλλαγών του Ελληνικού Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Επιστημονικά Χρονικά Τόμος 26 ος , Τεύχος 1.

Στούμπος, Α. (2018). Εθνικά συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.). kypseli.ouc.ac.cy. [online] Available at: <http://hdl.handle.net/11128/3557>

Σύνδεσμος επιχειρήσεων και βιομηχανιών, (2011), ΚΩΔΙΚΑΣ ΕΤΑΙΡΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΣΕΒ για τις Εισηγμένες Εταιρείες, Αθήνα, <http://www.sev.org.gr/>

Τζωρτζόπουλος, Α. (2018). Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα – εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(5):649-664.

Τούντας Γ. και συν, 2016. Η Υγεία των Ελλήνων στην κρίση-Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών Υγείας της χώρας, διαΝΕΟσις, Αθήνα.

Τούντας Γ. και συν. 2020. Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, διαΝΕΟσις, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ. Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020.

Υπουργείο Υγείας, Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας, 2021-2025.

Υπουργείο Υγείας, Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας, 2019-2022.

Χαζάκης, Κ., Παπανικολάου, Γ.(2021), Οι προϋποθέσεις βέλτιστης εταιρικής διακυβέρνησης σε μονάδες υγείας: Η ελληνική εμπειρία, Κοινωνική Πολιτική, 10, 20–39. Διαθέσιμο στο: <https://doi.org/10.12681/sp.29008>

Χαραλαμπίδης, Μ (2011) Διαχείριση κινδύνων, Διδάγματα από την κρίση και προοπτικές, Τράπεζας Πειραιώς, [www.hba.gr](http://www.hba.gr)