



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας «Ανασκόπηση τελευταίων εξελίξεων και τάσεων στην διοίκηση/management νοσοκομείων και εφαρμογές στην Ελλάδα»

ΑΜ: 21051

Συγγραφέας

Αφροδίτη Λουκά

Αθήνα, Μάρτιος 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας «Ανασκόπηση τελευταίων εξελίξεων και τάσεων στην διοίκηση/management νοσοκομείων και εφαρμογές στην Ελλάδα»

ΑΜ: 21051

Συγγραφέας

Αφροδίτη Λουκά

Επιβλέπων

Μανιαδάκης Νικόλαος

Αθήνα, Μάρτιος 2024



UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
DEPARTMENT PUBLIC HEALTH POLICY

MSc in LEADERSHIP, INNOVATION AND VALUE BASED HEALTH POLICIES

Diploma Thesis

**Title: Review of the latest developments and trends in hospital management and applications in
Greece**

Student name and surname: Afroditi Louka

Registration Number: 21051

Supervisor name and surname: Maniadaakis Nikolaos

Athens, March 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Τίτλος εργασίας «Ανασκόπηση τελευταίων εξελίξεων και τάσεων στην διοίκηση/management νοσοκομείων και εφαρμογές στην Ελλάδα»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

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

A/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Μανιαδάκης Νικόλαος	Καθηγητής	
2	Ζάβρας Δημήτριος	Επίκουρος Καθηγητής	
3	Λιαριγκοβινού Αγγελική	Μέλος ΕΔΙΠ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

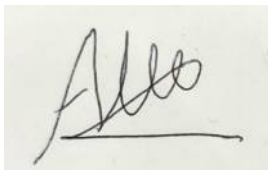
Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αφροδίτη Λουκά του Ευαγγέλου, με αριθμό μητρώου 21051 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Ειδίκευσης στη Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία του Τμήματος της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«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».

Η Δηλούσα

Αφροδίτη Λουκά, μεταπτυχιακή φοιτήτρια



Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

Υπογραφή

Copyright© ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΛΟΥΚΑ

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Allrightsreserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στη Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία, του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: Αφροδίτη Λουκά

A handwritten signature in black ink on a light-colored background. The signature is stylized and appears to read 'Afro' followed by a horizontal line.

Περίληψη

Τα εργαλεία διοίκησης των νοσοκομειακών δομών και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας τους, είναι βέλτιστης σημασίας για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας εστιαζόμενες στις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών και επηρεάζουν σημαντικά την αποδοτικότητα του Οργανισμού.

Σκοπός της μελέτης: Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των σύγχρονων τάσεων και εξελίξεων στη διοίκηση/management των νοσοκομείων και να καταδειχθεί η επιστημονική γνώση που έχει αναπτυχθεί σχετικά με το management των νοσοκομείων και την εφαρμογή του στα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

Υλικό και μέθοδος: Στην παρούσα εργασία ακολουθήθηκε η διαδικασία της περιγραφικής ανασκόπησης. Η αναζήτηση των ερευνών πραγματοποιήθηκε κυρίως στις βάσεις δεδομένων Google Scholar, PubMed, και Scopus. Προσδιορίστηκαν οι λέξεις κλειδιά στην ελληνική και αγγλική γλώσσα ώστε να ανευρεθούν οι σχετικές έρευνες και ορίστηκαν κριτήρια αποκλεισμού. Οι λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν διοίκηση νοσοκομείων, Complexity Science, Balanced Scorecard, Benchmarking, Risk management, management ελληνικών νοσοκομείων.

Αποτελέσματα: Επιλέχθηκαν και παρουσιάστηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά και η συνεισφορά στη διαχείριση των νοσοκομείων τεσσάρων μοντέλων-τάσεων διοίκησης του Complexity Science, του Balanced Score card, του Benchmarking και του Riskmanagement. Καταγράφηκαν τα θετικά και αρνητικά σημεία τους και ακολούθησε η συγκριτική τους αξιολόγηση. Προέκυψε ότι ο συνδυασμός δύο μοντέλων ή η ενσωμάτωση στοιχείων και πρακτικών από περισσότερα μοντέλα μπορούν να συμβάλλουν θετικά, επιλύοντας ανακύπτοντα προβλήματα που σχετίζονται με τη διαχείριση των νοσοκομειακών δομών και προβλέποντας την εμφάνιση μελλοντικών που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων. Η πλειοψηφία των ελληνικών νοσοκομείων τα τελευταία δέκα πέντε χρόνια εκ του νόμου εφαρμόζουν συστήματα εστιασμένα στην επίτευξη στρατηγικών στόχων και μέτρησης της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας, χωρίς όμως τη χρήση νέων μεθόδων και πρακτικών και με διοικήσεις που ορίζονται από την κεντρική κυβέρνηση και κάποιες φορές μη έχοντας τις κατάλληλες ικανότητες και δεξιότητες.

Συμπεράσματα: Τα παρόντα αποτελέσματα καταδεικνύουν την άμεση ανάγκη εφαρμογής

νέων τάσεων και εργαλείων στη διοίκηση των ελληνικών νοσοκομείων και τονίζουν τη σημασία επιμόρφωσης του προσωπικού στις νέες πρακτικές για την αύξηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τον έλεγχο του κόστους και την ετοιμότητα τους σε περιόδους υγειονομικών κρίσεων.

Λέξεις κλειδιά: Διοίκηση νοσοκομείων, Complexity Science, Balanced Score card ,Benchmarking, Risk management

Abstract

The way and tools for managing hospital structures and the way they are organized and operated are of optimal importance for the provision of quality health services focusing on the individual needs of patients and significantly affect the Organization's efficiency.

Purpose of the study

The purpose of this bibliographic review is to investigate the current trends and developments in the administration/management of hospitals and to demonstrate the scientific knowledge that has been developed regarding the management of hospitals and their application in Greek hospitals.

Material and method

In this work, the procedure of the descriptive review was followed. The search for researches was performed mainly in the Google Scholar, PubMed, and Scopus databases. Key words in Greek and English were identified in order to find relevant research and exclusion criteria were defined. The words used were hospital administration, ComplexityScience, BalancedScorecard, Benchmarking, Riskmanagement, management of Greekhospitals.

Results

The main characteristics and the contribution to hospital management of four management models-trends of Complexity Science, Balanced Score card, Benchmarking and Riskmanagement were selected and presented. Their positive and negative points were recorded and their comparative evaluation followed. It emerged that the combination of two models or the integration of evidence and practices from more models can contribute positively, solving emerging problems related to the management of hospital structures and predicting the emergence of future ones related to hospital efficiency. The majority of Greek hospitals in the last fifteen years by law implement systems focused on achieving strategic goals and measuring performance and effectiveness, but without the use of new methods and practices and with administrations defined by the central government and sometimes without having the appropriate abilities and skills.

Conclusions

The present results demonstrate the immediate need to implement new trends and tools in the administration of Greek hospitals and emphasize the importance of staff training in new

practices to increase the efficiency of the health services provided, control costs and their readiness in times of health emergencies crises.

Keywords.

Hospital management, Complexity Science, Balanced Score card, Benchmarking, Risk management.

Περιεχόμενα

Κατάλογος Γραφημάτων.....	vi
Συντομογραφίες	vii
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο 2: Διοίκηση νοσοκομειακών δομών και η ελληνική πραγματικότητα	3
Η έννοια του management στις νοσοκομειακές δομές.....	3
Χαρακτηριστικά διαχείρισης νοσοκομείων κατά την διάρκεια της πανδημίας	4
Ιδιαιτερότητες management νοσοκομείων.....	6
Διοίκηση νοσοκομείων στην Ελλάδα	7
Κεφάλαιο 3:Μεθοδολογία της έρευνας.....	11
Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	11
Μέθοδος της έρευνας.....	11
Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού ερευνών	12
Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα.....	13
Σύστημα μέτρησης οργανωτικής απόδοσης BALANCED SCORECARD	13
Balanced Scorecard και η εφαρμογή του σε δομές υγείας	18
Κριτική του Balanced Scorecard	20
Σύστημα διαχείρισης κινδύνων σε δομές υγείας risk management	21
4.2.1 Κριτική του Risk Management	28
Η μέθοδος της συγκριτικής αξιολόγησης BENCHMARKING	29
Κριτική του Benchmarking.....	37
Εφαρμογή της επιστήμης της πολυπλοκότητας (Complexity Science) στη διαχείριση νοσοκομείων	39
Η εφαρμογή της επιστήμης της πολυπλοκότητας στην υγεία	41
Κριτική της επιστήμης της πολυπλοκότητας στη διαχείριση νοσοκομείων	45
Κεφάλαιο 5: Συζήτηση, συμπεράσματα, προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	47
Συζήτηση	47
Συμπεράσματα – Προτάσεις	51
Βιβλιογραφικές αναφορές	53

Κατάλογος Γραφημάτων

Figure 1 Γραφική απεικόνιση του Balanced Scorecard.....	14
Figure 2 The Balanced Scorecard. Adapted from Kaplan & Norton 1996.....	16
Figure 3 The Balanced Scorecard Generic Strategy Map.....	18
Figure 4 Μοντέλο εκτίμησης κινδύνου	27
Figure 5 The Plan DO-Check-ActCycle.....	31
Figure 6 Benchmarking Typologies	35
Figure 7 Types of Benchmarking in Healthcare.....	37
Figure 8 The certainly-agreement diagram (based on Stacey, 2007)	40
Figure 9 Initial Conceptualisation of Knowledge Translation Incorporating Gaps and " Synapses of Interaction and Connectivity"	41
Figure 10 Three types of organisational struvtures. Complexity rising: From human beings to human civilisation a complexity profile.(reproduced from Yaneer Bar-Yam, 2002)	44

Συντομογραφίες

Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Γ.Ν: Γενικό Νοσοκομείο

BSC: Balanced Scorecard

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

Η πρόσφατη πανδημία της ασθένειας covid-19 μεταξύ άλλων, έκανε εμφανή την αναγκαιότητα της διαχείρισης της ροής των ασθενών στα νοσοκομεία, την ανάπτυξη της δυναμικής τους λειτουργίας και την άντληση πληροφοριών σε πραγματικό χρόνο προκειμένου οι δομές υγείας να προσαρμοστούν στα τρέχοντα δεδομένα και να συνεχιστεί η απρόσκοπτη και αποτελεσματική λειτουργία τους (Duarte, Walshaw, & Ramesh, 2021). Επιπλέον, η ανάγκη διασφάλισης και κατανομής των περιορισμένων υγειονομικών πόρων σε συνδυασμό με τη διατήρηση του επιπέδου αποτελεσματικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, ενίσχυσε την σπουδαιότητα της παρακολούθησης βασικών δεικτών απόδοσης, ώστε να είναι δυνατή η επίτευξη των στόχων που οι νοσοκομειακές δομές ανά τον κόσμο είχαν θέσει (Ali, Owied, Virginia, Ruth, & Abdullellah, 2020).

Η βεβαιότητα που υπάρχει από μελετητές αναφορικά με τις βαθιές δημογραφικές αλλαγές που επέρχονται τα επόμενα έτη, εξαιτίας της γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού, με την παράλληλη αύξηση των χρόνιων αλλά και εκφυλιστικών ασθενειών, οι οποίες απαιτούν εξειδικευμένη και πολύπλοκη θεραπευτική αντιμετώπιση σε περιβάλλον περιορισμένων υγειονομικών πόρων, αυξάνει τον προβληματισμό των υπευθύνων χάραξης υγειονομικής πολιτικής και των διοικήσεων δομών υγείας, για την εξεύρεση των κατάλληλων διαχειριστικών εργαλείων τα οποία θα συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας (Schiavone & Ferretti, 2021).

Τα συστήματα υγειονομικής φροντίδας σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν υποστεί τα τελευταία χρόνια πολλαπλές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις εξελίσσοντάς τα και ενώ υπάρχουν ευκαιρίες με την ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών, κυρίως πληροφορικής, ανάπτυξη της γενετικής και της νανοτεχνολογίας, εξακολουθούν να υπάρχουν προκλήσεις που για να αντιμετωπιστούν χρειάζονται αναπτυγμένες στρατηγικές διαχείρισης (Durrani, 2016). Επομένως, απαιτούνται αλλαγές στον σχεδιασμό, στην εργασιακή κουλτούρα και των πρακτικών διοίκησης με τη χρήση σύγχρονων μοντέλων διοίκησης προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των νοσοκομείων (Harrison et al., 2021).

Οι στρατηγικές management που εφαρμόζονται τόσο στη δευτεροβάθμια, όσο και στην τριτοβάθμια περίθαλψη για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της

προσβασιμότητας, απαιτούν από τους υγειονομικούς ως άτομα, ομάδες και οργανισμούς να υιοθετήσουν και να συμπεριλάβουν αλλά και να επικαιροποιήσουν σύμφωνα με τις ανάγκες που προκύπτουν τις συμπεριφορές και δράσεις τους για την επαναπροσέγγιση του σχεδιασμού παροχής υπηρεσιών υγείας (Spreetj et al., 2020). Η πολυπλοκότητα διαχείρισης δομών φροντίδας υγείας εμπεριέχει πολλαπλές μεταβλητές που οι διοικήσεις καλούνται να κατανοήσουν, να καταγράψουν και να προγραμματίσουν, αξιολογώντας κάθε φορά αβέβαιες και απρόβλεπτες καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν στην προσπάθειά τους να θέσουν στόχους και να προβούν σε οργανωτικές αλλαγές (Braithwaite, Churruca, Long, Ellis, & Herkes, 2018).

Οι σύγχρονες τάσεις και εξελίξεις στη διαχείριση των νοσοκομείων, υποστηρίζουν την ενδυνάμωση της εργασιακής πρακτικής και κουλτούρας, την υποστηρικτική ηγεσία, το εργασιακά ικανοποιημένο και αφοσιωμένο εργατικό δυναμικό, την αυξημένη παρουσία διεπιστημονικών ομάδων εργασίας, τις ισχυρές επικοινωνιακές δεξιότητες και την κατανόηση της σπουδαιότητας επίλυσης συγκρούσεων μέσα από μια συνεργατική προσέγγιση (Harrison et al., 2021).

Σχετικά με τη δομή της εργασίας:

Στο επόμενο κεφάλαιο παραθέτονται βιβλιογραφικά ευρήματα για την κατανόηση των εννοιών της διοίκησης-διαχείρισης σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, καταγράφονται οι ιδιαιτερότητες του management των νοσοκομείων και παρουσιάζονται τα μοντέλα και οι τρόποι διοίκησης των νοσοκομείων στην Ελλάδα. Τέλος γίνεται μια βιβλιογραφική κριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του τρόπου διοίκησης των ελληνικών νοσοκομείων.

Στο 3^ο Κεφάλαιο διατυπώνεται ο σκοπός και η στόχοι της μελέτης και παραθέτονται τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν κατά τη συλλογή του βιβλιογραφικού υλικού. Παρουσιάζονται το υλικό και η μεθοδολογία της μελέτης και η διαδικασία συλλογής των σχετικών βιβλιογραφικών αναφορών.

Στο 4^ο Κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης για τέσσερα μοντέλα, τάσεις του σύγχρονου management των νοσοκομείων και ακολουθεί η κριτική τους αξιολόγηση.

Στο 5^ο Κεφάλαιο συζητώνται τα αποτελέσματα που προέκυψαν και συγκρίνονται με τα αποτελέσματα εφαρμογής τους στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, όπως και με αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών από τη διεθνή βιβλιογραφία και παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που

προέκυψαν και διατυπώνονται οι ανάλογες προτάσεις.

Κεφάλαιο 2: Διοίκηση νοσοκομειακών δομών και η ελληνική πραγματικότητα

Η έννοια του management στις νοσοκομειακές δομές

Η διοίκηση και διαχείριση των νοσοκομειακών δομών χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και συνεχείς προκλήσεις για την αδιάλειπτη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και προϋποθέτει βαθιά κατανόηση των ρυθμιστικών παρεμβάσεων που υιοθετούνται για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών, στρατηγικών διαχείρισης και των εκάστοτε εφαρμοζόμενων πολιτικών υγείας που ορίζονται από τη κεντρική διοίκηση (Künzle, Kolbe, & Grote, 2010; Ong, Tyagi, Lim, Chia, & Legido-Quigley, 2018).

Ένας ορισμός που έχει αποδοθεί προκειμένου να περιγράψει τη νοσοκομειακή διοίκηση (health management) αναφέρεται *«ως ένας δημιουργικός συνδυασμός ανάμεσα στην ηγετική και διοικητική γνώση και του συνόλου των ικανοτήτων, που εφαρμόζονται στη νοσηλευτική πρακτική για τους σκοπούς της οργάνωσης, της διανομής και του συντονισμού της νοσηλευτικής φροντίδας»*. Επομένως, η διοίκηση των νοσοκομείων προϋποθέτει τη δημιουργία ενός θετικού κλίματος εργασίας με σκοπό την παροχή ποιοτικής και αποτελεσματικής φροντίδας αλλά παράλληλα και την επίτευξη των στόχων του νοσοκομειακού οργανισμού (Μερκούρης, 2010).

Η κάθε νοσοκομειακή δομή πρέπει να ακολουθεί μια οργανωτική στρατηγική ώστε να είναι σε θέση να επιτυγχάνει τους στόχους που έχουν οριστεί, να εντοπίζει τις διαφορετικές λειτουργίες των μονάδων εργασίας ώστε να αποφεύγονται οι αλληλοεπικαλύψεις, να διευκολύνει την επικοινωνία και να ενισχύει τις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα τμήματα και στους εργαζομένους, και να αυξάνει την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Seitio-Kgokgwe, Gauld, Hill, & Barnett, 2016). Επομένως, το νοσοκομείο ως οργανισμός, εμπερικλείει άτομα και ομάδες από τον ευρύτερο χώρο του δημοσίου αλλά και του ιδιωτικού τομέα που εμπλέκονται στη καθημερινή λειτουργία του, στην παραγωγή υπηρεσιών και στην ανάλωση των περιορισμένων πόρων και τη χρηματοδότηση που λαμβάνει (Rashidian, Arab, & Mostafavi, 2017). Αυτές οι παράμετροι από μόνες τους καθιστούν το management μια εξαιρετικά σημαντική παρέμβαση για τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του κοινωνικού συνόλου στις νοσοκομειακές δομές και ταυτόχρονα μια πρόκληση η οποία συνεχώς χρήζει

αναθεώρησης και προσαρμογής (Ghorrabi, Kakemam, Moradi-Joo, & Dehcheshmeh, 2022).

Η λειτουργία του νοσοκομείου και η επίτευξη των οργανωτικών στόχων και η εν γένει συμβολή του στη δημόσια υγεία με την ταυτόχρονη διαχείριση της πολυπλοκότητας που το χαρακτηρίζει αποτελούν κρίσιμα ζητήματα, μεγάλης έντασης και σπουδαιότητας που καλούνται να επιλυθούν από την εφαρμογή του τύπου management που θα επιλεγθεί (Ghorrabi et al., 2022). Για αυτό το λόγο, πολλές είναι οι χώρες που προχωρούν σε συχνή αναδιάρθρωση στη δομή διοίκησης των νοσοκομείων ώστε να τα καταστήσουν περισσότερο αποτελεσματικά και σε άμεση συσχέτιση με τους στόχους και τις στρατηγικές των εθνικών πολιτικών υγείας που κάθε φορά κρίνονται απαραίτητες να ικανοποιηθούν (Seitio-Kgokgwe et al., 2016). Οι δομές υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζονται από μια έντονη ποικιλομορφία η οποία προκύπτει από το πλήθος των εμπλεκομένων σε αυτές, όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας, οι υγειονομικές αρχές, οι λήπτες υπηρεσιών υγείας η κεντρική διοίκηση και οι αλληλεπιδράσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα τους (Braithwaite, Churruga, & Ellis, 2017).

Οι ιδιαίτερες ικανότητες και δεξιότητες των διευθυντικών στελεχών στον τομέα της διαχείρισης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλουν θετικά στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας, ενώ παράλληλα ενισχύουν την απόδοση των εργαζομένων για την επίτευξη των στόχων που θέτονται (Moradi et al., 2020). Τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν συνεχώς αναδυόμενες προκλήσεις τόσο από εσωτερικούς κύκλους όσο και από εξωτερικούς παράγοντες. Οι αλλαγές στον τομέα της τεχνολογίας, οι οικονομικές συνθήκες που επικρατούν και οι τροποποιήσεις και διαθρώσεις του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που ορίζονται από τη κεντρική πολιτική επηρεάζουν άμεσα τον τρόπο λειτουργίας και διαχείρισης των νοσοκομείων, κάποιες φορές αμφισβητείται η ικανότητα της διοίκησης και οι managers αναγκάζονται να επανεξετάσουν και να επανεκτιμήσουν τους τρόπους και τα μοντέλα διοίκησης που εφαρμόζουν (Figueroa, Harrison, Chauhan, & Meyer, 2019a). Έχει λεχθεί ότι ο προσδιορισμός των αναπτυξιακών αναγκών και στόχων αποτελεί μια βασική διαδικασία η οποία οδηγεί στην βελτιστοποίηση της διαχείρισης των νοσοκομείων (Moradi et al., 2020).

Χαρακτηριστικά διαχείρισης νοσοκομείων κατά την διάρκεια της πανδημίας

Η εκπλήρωση των αναπτυξιακών στόχων επηρεάζεται βαθύτατα από απρόβλεπτες πανδημίες, από την κλιματική αλλαγή και τις επιπτώσεις που προκαλεί στην υγεία του πληθυσμού, η

μειωμένη οικονομική ανάπτυξη, η μετακίνηση του πληθυσμού μέσω της μετανάστευσης, η γήρανση του πληθυσμού και η ανάπτυξη και διαχείριση χρόνιων ασθενειών αποτελούν παραμέτρους που επηρεάζουν την υγειονομική πολιτική και τα μοντέλα διοίκησης (Păduraru, Moroșanu, Păduraru, & Cărăușu, 2022).

Κατά την πρόσφατη πανδημία της νόσου covid-19 τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπισαν τεράστιες δυσκολίες. Τα νοσοκομεία κλήθηκαν να εξυπηρετήσουν μεγάλο όγκο εισερχομένων ασθενών ενώ η ζήτηση για ιατρικά εφόδια και μέσα ατομικής προστασίας των επαγγελματιών υγείας αυξήθηκε κατακόρυφα. Παρατηρήθηκε αυξημένη πίεση στις κτιριακές εγκαταστάσεις με την ανάπτυξη υπηρεσιών έκτακτης νοσηλείας και τμημάτων φροντίδας. Αναδύθηκε η σημαντικότητα της προετοιμασίας και της συνεχής προληπτικής διαχείρισης των κρίσεων από τις διοικήσεις των νοσοκομείων, η αναγκαιότητα της διαχείρισης κινδύνων και ο σχεδιασμός καλών πρακτικών (Razu et al., 2021).

Παράλληλα, ο ακριβώς διαγνωστικός και θεραπευτικός εξοπλισμός που ήταν απαραίτητος για την φροντίδα των ασθενών, η έλλειψη υγειονομικού προσωπικού συγκεκριμένων ειδικοτήτων και ο περιορισμένος διαθέσιμος αριθμός νοσοκομειακών κλινών, που οδήγησε στη μη έγκαιρη αντιμετώπιση ασθενών με άλλα νοσήματα, η έλλειψη ενός τυποποιημένου προγράμματος προετοιμασίας και απόκρισης σε συνδυασμό με τις διαφορετικές γνώσεις, εμπειρίες και στρατηγικών διαχείρισης των διευθυντικών στελεχών και των διοικήσεων περιέπλεξαν και σε κάποιες περιπτώσεις επιδείνωσαν την όλη κατάσταση (Doshmangir et al., 2019).

Επιβεβλημένη κατέστη η υιοθέτηση διαρθρωτικών αλλαγών, σε σύντομο χρονικό διάστημα και η δημιουργία διαδικασιών και λειτουργιών μεταρρύθμισης για την αντιμετώπιση της υγειονομικής κρίσης που προκλήθηκε, με τις διοικήσεις των νοσοκομείων να ακολουθούν αντί να προλαμβάνουν τις εξελίξεις, δείχνοντας ανεπάρκεια και μειωμένα αντανακλαστικά αντιμετώπισης (Mohammadinia et al., 2023). Συμπεραίνεται ότι η ετοιμότητα των νοσοκομείων απαιτεί ουσιαστικό μετασχηματισμό των υπάρχουσών υποδομών και των ικανοτήτων ανταπόκρισης στις συνεχώς μεταβαλλόμενες καταστάσεις που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία μέσα από σύγχρονα μοντέλα management, ειδικά προσαρμοσμένα στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (Coumare et al., 2021).

Προηγούμενες μελέτες για το management των νοσοκομείων έχουν αναφέρει ότι η βελτίωση της διαχείρισης των νοσοκομειακών δομών και η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από το εκάστοτε ρυθμιστικό πλαίσιο που ορίζεται από την κεντρική διοίκηση,

αλλά από ένα σύνολο εργαλείων και μοντέλων διοίκησης και διαχείρισης που οδηγούν σε δομικές αλλαγές και οι managers ακολουθούν συγκεκριμένες στρατηγικές Η αυτονομία τους και η προσαρμοστική τους ικανότητα στις τοπικές ιδιαιτερότητες και δεδομένα της δομής έχει αντίκτυπο στην πρακτική του νοσοκομείου και προάγουν την ασφάλεια και την ποιότητα των υπηρεσιών (Øyri, Braut, Macrae, & Wiig, 2020).

Ιδιαιτερότητες management νοσοκομείων

Οι managers των νοσοκομείων καλούνται να εργαστούν προκειμένου να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, να ορίσουν και να κατευθύνουν τις οργανωτικές και πολιτικές διαδικασίες εντός του οργανισμού και δεν εμπλέκονται άμεσα με τη φροντίδα των ασθενών. Αντιθέτως, φροντίζουν να επιτύχουν το όραμα και να διασφαλίσουν ότι ο προϋπολογισμός λειτουργίας θα φέρει το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, ενδυναμώνοντας το υγειονομικό προσωπικό που επιθυμεί να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες σε περιβάλλον συνεργατηκότητας.

Η διαχείριση των νοσοκομείων είναι μια πολύπλευρη διαδικασία, με προκλήσεις που κυμαίνονται από τη φροντίδα των ασθενών, τη διοίκηση, τη στελέχωση έως την ενσωμάτωση προηγμένης τεχνολογίας. Οι managers τους οφείλουν να καλύπτουν τις ανησυχίες των ασθενών αναφορικά με την ασφάλειά τους, να αντιμετωπίζουν νέες, αναδυόμενες ασθένειες που λαμβάνουν μορφή πανδημίας, να καλύπτουν τις ανάγκες ενός ολοένα και περισσότερο γηρασμένου πληθυσμού και να ενσωματώσουν νέες τεχνολογίες. Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι τα νοσοκομεία και οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας προσαρμόζονται με καθυστέρηση στις νέες τεχνολογίες εξαιτίας της πολυπλοκότητας μοντελοποίησης του μεγάλου όγκου δεδομένων ("Υγειονομική περίθαλψη σε άλλες χώρες της ΕΕ — δικαιώματα των ασθενών,")

Το management των νοσοκομείων καλείται να ανταποκριθεί με επιτυχία στο ακριβό κόστος παροχής υγειονομικής φροντίδας και οι περιορισμένοι οικονομικοί και σε ανθρώπινο δυναμικό πόροι, είναι πιεστικά ζητήματα και οι διοικήσεις των νοσοκομείων οφείλουν να επιλέξουν, να αξιολογήσουν και να τους καταναείμουν ορθά προκειμένου να διασφαλίζεται η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Παράλληλα θα πρέπει να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες για το κόστος και το όφελος που αποκομίζει στο σύνολό της η κοινωνία από την κατανάλωση αυτών των πόρων, σε παρόντα αλλά και μελλοντικό χρόνο. Αυτή η σημαντική δυσκολία, ότι δηλαδή κανένα υγειονομικό σύστημα δεν διαθέτει πόρους σε επάρκεια για να ικανοποιήσει τις ανάγκες των πολιτών, οι οποίες δεν σταματούν ποτέ, οδήγησε στο νόμο της ανεπάρκειας (Sialakis,

2018).

Το θέμα της ισότητας αναφορικά με τη πρόσβαση του πληθυσμού στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να διασφαλίζεται. Παρατηρούνται συχνά ανισότητες που σχετίζονται με το διαθέσιμο εισόδημα των ασθενών, τα κριτήρια κρατικής ασφάλισης, την εθνικότητα κ.α. Ο manager του νοσοκομείου καλείται να ανταποκριθεί στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών για υγειονομική περίθαλψη, συγκρατώντας ταυτόχρονα το κόστος παροχής υπηρεσιών φροντίδας και αξιοποιώντας το ανθρώπινο δυναμικό (Salway, Chowbey, Such, & Ferguson, 2015), με κύριο έργο του είναι ο σχεδιασμός, η οργάνωση, η καθοδήγηση και ο έλεγχος (Χαραμής, 2005).

Διοίκηση νοσοκομείων στην Ελλάδα

Στις αρχές του 2012 και εν μέσω εφαρμογής του προγράμματος δημοσιονομικής σταθερότητας, δόθηκε βαρύτητα στον εξορθολογισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με έλεγχο των δαπανών και συγχωνεύσεις νοσοκομείων. Με το νόμο 4052/2012 δημιουργούνται 128 νοσοκομεία εκ των οποίων τα 48 είναι διασυνδεδεμένα και προσθέτονται 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ και 2 ειδικής φύσεως, το Ωνάσειο και το ΓΝ Παπαγεωργίου. Στόχος της συγκεκριμένης αναδιάρθρωσης υπήρξε η ορθότερη οργάνωση των διοικητικών υπηρεσιών και καλύτερης κατανομής προσωπικού. Σε συνέχεια αυτού του νομοθετικού πλαισίου, ορίστηκε ενιαίος οικονομικός προϋπολογισμός, κεντρικό πρόγραμμα προμηθειών υπηρεσιών και αναλωσίμων αγαθών και επιχειρήθηκε ο συντονισμός των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, τα οποία, πλην των ενιαίων διοικήσεων, εμφανίζουν μέχρι και τη συγγραφή της παρούσας εργασίας προβλήματα στην εφαρμογή τους (Πολύζος, 2014). Με τον ίδιο νόμο, οι διοικητές των νοσοκομείων προσλαμβάνοντας κατόπιν αξιολόγησης από ειδική πενταμελή επιτροπή.

Τονίζεται η διαχρονική υποστελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό και η χαμηλή εμπιστοσύνη που δείχνουν οι ασθενείς στα περιφερειακά νοσοκομεία, με την ταυτόχρονη επιβάρυνση κεντρικών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων, εξαιτίας της μεταφοράς ασθενών σε αυτά (Σουλιώτης, 2019). Αναφορικά με τη συμφωνία οργανικών και πραγματικών σε λειτουργία κλινών στα νοσοκομεία υπάρχει ανακολουθία με τις ενεργές να υπολείπονται των οργανικών από τη ψήφιση του νόμου 4052/2012 έως σήμερα, ενώ εμφανίζονται μειωμένες και οι κλινικές των εξειδικευμένων μονάδων. Παρατηρήθηκε περισσότερη διαφάνεια και μείωση του κόστους προμηθειών η οποία πιθανόν να προκλήθηκε και από την αλλαγή του συστήματος πληρωμών (Kaitelidou et al., 2016).

Σύμφωνα με μελέτη του οργανισμού έρευνας και ανάλυσης διαΝΟΕσις, τα βασικά προβλήματα της διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, των κλινών και των τμημάτων κλινικών και εργαστηρίων αναφορικά με τη διάρθρωσή τους στις εμπλεκόμενες υπηρεσίες αλλά και την γεωγραφική τους κατανομή.
- Η σχέση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και πως αυτή επηρεάζει τη συμβολή των εμπλεκόμενων στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος διοίκησης.
- Η περιορισμένη χρήση τεχνολογικών πόρων (λόγω έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού) ή η έλλειψη τεχνολογικών πόρων και ιδιαίτερα από τα νοσοκομεία της περιφέρειας.
- Η αυξημένη επισκεψιμότητα και χρήση κλινών επειγόντων περιστατικών και εξωτερικών τακτικών ιατρειών από αδυναμία εξυπηρέτησης των ασθενών από δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Η ύπαρξη κατακερματισμένων κλινικών, εργαστηρίων και τμημάτων με μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των οργανικών και σε λειτουργία.
- Η έλλειψη ή απουσία σημαντικών ιατρικών ειδικοτήτων και ιατρικού–διαγνωστικού εξοπλισμού σύγχρονης διαγνωστικής και επεμβατικής τεχνολογίας ειδικότερα από τα νοσοκομεία της επαρχίας με σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία.
- Η μη καταγραφή των πραγματικών αναγκών κάθε υγειονομικής περιφέρειας, σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητές της και ο περιορισμένος προγραμματισμός ενίσχυσης του συστήματος με τους απαραίτητους πόρους που χρειάζεται (διαΝΟΕσις, 2023).

Παρόλα αυτά, αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της πρόσφατης πανδημίας, που οι ανάγκες για νοσηλεία ασθενών αυξήθηκε κατακόρυφα, ενισχύθηκε η εμπιστοσύνη των πολιτών στις δημόσιες δομές υγείας και αναγνωρίστηκε η προσφορά και γνώση του συνόλου των εργαζομένων στην υγεία. Η χρησιμοποίηση των νέων τεχνολογιών για την αντιμετώπιση της επιδημίας οδήγησε στη συνειδητοποίηση των πολλαπλών οφελών που αυτές επιφέρουν και σταδιακά άλλαξε και η θεώρηση για το παρεχόμενο μοντέλο υγειονομικής φροντίδας. Παράλληλα οι πολίτες άσκησαν πίεση, κατανοώντας τα οφέλη του δημόσιου συστήματος υγείας και των δυνατοτήτων του, στην κεντρική πολιτική σκηνή, για στήριξη των δημόσιων νοσοκομείων, αύξηση της χρηματοδότησής τους και την υλοποίηση των απαραίτητων δομικών μεταρρυθμίσεων (Souliotis et al., 2021).

Ανταποκρινόμενη η κυβέρνηση στις φωνές αυτές, εισήγαγε το νόμο 4771/2021 για την αναδιοργάνωση των νοσοκομείων και περαιτέρω συγχωνεύσεις, χωρίς όμως, από ότι φάνηκε να προχωρά σε δομικές, ουσιαστικές αλλαγές αλλά να συνεχίζονται να υφίστανται οι ίδιες στρεβλώσεις και αδυναμίες. Ιδιαίτερα όσον αφορά τη συγκρότηση των διοικήσεων και την ευελιξία λήψης αποφάσεων σε επιχειρησιακό επίπεδο εντός των νοσοκομειακών δομών, παρατηρείται ότι οι παρεμβάσεις της κεντρικής διοίκησης και ειδικότερα της ηγεσίας του Υπουργείου υγείας, αφήνουν ελάχιστα περιθώρια εφαρμογής σύγχρονων τάσεων και εργαλείων διοίκησης και συνεχίζονται οι γνωστές γραφειοκρατικές και αναποτελεσματικές τακτικές, με αποκλεισμό ή την περιορισμένη αξιοποίηση επαγγελματικών στελεχών με υψηλή επάρκεια και αναπτυγμένες ικανότητες και δεξιότητες (διαΝΟΕσις, 2023).

Παρά τις έντονες και με αυξημένη συχνότητα προκλήσεων στο σύστημα υγείας από τη γήρανση του πληθυσμού, την αύξηση των χρόνιων παθήσεων, την περιορισμένη χρηματοδότηση και υποστελέχωση των νοσοκομείων και την περιορισμένη ένταξη νέων τεχνολογιών που θα επίλυαν σε μεγάλο βαθμό οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες, με τον τελευταίο νόμο 5062/2023 «*Νέο σύστημα επιλογής διοικήσεων φορέων του δημοσίου τομέα, ενίσχυση της αποτελεσματικότητάς τους και λοιπές διατάξεις*», δεν φαίνεται να στελεχώνονται οι διοικήσεις των νοσοκομείων με έμπειρους επιστήμονες που γνωρίζουν σύγχρονα μοντέλα διοίκησης. Σε αυτό έρχεται να συμβάλλει και το γεγονός ότι αν και ορίζονται στο άρθρο 12 οι τρόποι αξιολόγησης των διοικήσεων, οι οποίοι σχετίζονται μόνο με την επίτευξη των στόχων, αξιολογούνται από τον αρμόδιο Υπουργό, επομένως είναι σε μεγάλο βαθμό ένα σύστημα αξιολόγησης συγκεντρωτικό, ενώ παράλληλα δεν έχουν προβλεφθεί οι κατάλληλες παροχές που θα συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων.

Σύμφωνα με τους Athanasiadis et al. (2018), η στάση της διοικητικής ιεραρχίας των νοσοκομείων χαρακτηρίζεται από έντονη επιφυλακτικότητα, στερείται καινοτομίας, εμφανίζει κάποιες φορές άρνηση απέναντι σε νέες πρακτικές και απουσιάζει η έννοια της συνέχειας του διοικητικού έργου. Αυτό αποδίδεται κυρίως στην χρόνια απουσία συγκροτημένης διοίκησης, με προγραμματισμό σε βάθος χρόνου σε συνδυασμό με τον εναγκαλισμό των διοικήσεων με την πλέον πελατειακή πτέρυγα του κυβερνητικού σχήματος (Athanasiadis, Ratsika, Trompoukis, & Philalithis, 2018).

Αυτού του τύπου πρακτικές διαχείρισης των νοσοκομείων που αναφέρθηκαν ανωτέρω, κρίνεται απαραίτητο να αντικατασταθούν από νέες, ευέλικτες, σύγχρονες και αποδοτικές διοικήσεις

αξιοποιώντας τα σύγχρονα εργαλεία και απαλλαγμένες από τα κακώς κείμενα του παρελθόντος. Η εφαρμογή μοντέλων διοίκησης που έχουν ως στόχο τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών ταυτοχρόνως διασφαλίζουν την κοινωνικο-οικονομική βελτίωση της θέσης του οργανισμού θα βοηθούν αποτελεσματικά τη διοίκηση του νοσοκομείου (Figueroa, Harrison, Chauhan, & Meyer, 2019b).

Κεφάλαιο 3:Μεθοδολογία της έρευνας

Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας είναι η διερεύνηση των σύγχρονων τάσεων και εξελίξεων στη διοίκηση/management των νοσοκομείων και να καταδειχθεί η επιστημονική γνώση που έχει αναπτυχθεί σχετικά με το management των νοσοκομείων. Ως επιμέρους στόχοι τέθηκαν η καταγραφή των μοντέλων και πρακτικών διοίκησης στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία και το επίπεδο εφαρμογής των νέων τάσεων και εξελίξεων management από τις διοικήσεις των ελληνικών νοσοκομείων.

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί και να ολοκληρωθεί η βιβλιογραφική ανασκόπηση διαμορφώθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

Ποιές είναι οι σύγχρονες τάσεις διοίκησης των νοσοκομείων και ποιοι λόγοι οδήγησαν στην εφαρμογή τους;

Τι είδους μοντέλα management εφαρμόζουν οι διοικήσεις των ελληνικών νοσοκομείων και κατά πόσο κρίνονται αποτελεσματικά;

Οι διοικήσεις των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων ενσωματώνουν σύγχρονα εργαλεία και πρακτικές management και σε ποιο βαθμό;

Μέθοδος της έρευνας

Η μέθοδος που επιλέχθηκε ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οποία συλλέγει πρωτογενή δημοσιεύματα που σκοπό έχει την συγκεντρωτική παρουσίασή τους ώστε να καταστεί εφικτή η σύγκριση και η ομαδοποίηση των αποτελεσμάτων από διάφορες σχετικές έρευνες που μελετούν ένα αντικείμενο από διαφορετικές διαστάσεις και οπτική γωνία (Chakrabarti & Mandal). Στην παρούσα εργασία ακολουθήθηκε η διαδικασία της περιγραφικής ανασκόπησης που σε μεγάλο βαθμό ακολουθεί τα στάδια της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης υιοθετώντας έναν περισσότερο αφηγηματικό χαρακτήρα.

Η αναζήτηση των ερευνών πραγματοποιήθηκε κυρίως στις βάσεις δεδομένων Google Scholar, PubMed, και Scopus. Προσδιορίστηκαν οι λέξεις κλειδιά στην ελληνική και αγγλική γλώσσα ώστε να ανευρεθούν οι σχετικές έρευνες. Οι λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν διοίκηση νοσοκομείων, Complexity Science, Balanced Scorecard ,Benchmarking, Risk management, management ελληνικών νοσοκομείων.

Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού ερευνών

Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός της μελέτης μας, ορίστηκαν συγκεκριμένα κριτήρια για την επιλογή των ερευνών που θα ενταχθούν αλλά και κριτήρια που θα απορριφθούν αρθρογραφίες. Το σύνολο των άρθρων θα πρέπει να έχει δημοσιευτεί και να περιέχει έρευνες της τελευταίας δεκαετίας, δηλαδή από το 2013 και έπειτα. Το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα επιλέχθηκε διότι οι αλλαγές που έχουν τελεστεί κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και την ένταξη της σε πρόγραμμα δημοσιονομικής σταθερότητας, έχουν επηρεάσει βαθύτατα το υγειονομικό σύστημα της χώρας. Παράλληλα με τον όρο νέες τάσεις και εξελίξεις στη διοίκηση των νοσοκομείων θεωρούνται οι επιστημονικές προσεγγίσεις αυτού του χρονικού πλαισίου.

Επιλέχθηκαν πρωτογενείς έρευνες και απορρίφθηκαν οι μετα-αναλύσεις.

Επιλέχθηκαν έρευνες και άρθρα τα οποία ήταν γραμμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα και ήταν κατάλληλες για σύνθεση και διεξαγωγή συμπερασμάτων σε σχέση με το σκοπό της παρούσας μελέτης και την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων που τέθηκαν κατά το σχεδιασμό της.

Ενσωματώθηκαν έρευνες-μελέτες για τα τέσσερα μοντέλα – προτάσεις δηλαδή το Complexity Science, Balanced Scorecard, Benchmarking και το Risk management, οι οποίες είτε είχαν καθαρά θεωρητικό περιεχόμενο, είτε παρουσίαζαν αποτελέσματα από την εφαρμογή τους σε διάφορα νοσοκομεία.

Η συλλογή και ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας διενεργήθηκε το χρονικό διάστημα Ιουλίου 2023 έως και τέλος Νοεμβρίου 2023.

Παρατηρήθηκε η ύπαρξη πληθώρας άρθρων παρουσίασης του νομοθετικού πλαισίου που διέπει την επιλογή, το ρόλο, τη στοχοθεσία των διοικήσεων των ελληνικών νοσοκομείων και περιορισμένη για την εφαρμογή των συγκεκριμένων τάσεων-μοντέλων που μελετηθήκαν στην παρούσα εργασία.

Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα

Σύστημα μέτρησης οργανωτικής απόδοσης **BALANCED SCORECARD**

Στρατηγικό εργαλείο της διοίκησης των οργανισμών, ιδιωτικών και δημοσίων, συμπεριλαμβανομένων και των νοσοκομειακών δομών είναι η ανάπτυξη συστημάτων μέτρησης απόδοσης. Αυτό διότι τέτοιου τύπου εργαλεία μπορούν να διασφαλίσουν μια διαδικασία ποσοτικοποίησης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας μιας δράσης που έχει επιλεγεί και εφαρμοστεί (Mintzberg & Waters, 1985) και να είναι σε θέση να παρακολουθήσουν την ευθυγράμμιση των στόχων που έχουν οριστεί με τη συνολική στρατηγική του οργανισμού (Betto, Sardi, Garengo, & Sorano, 2022).

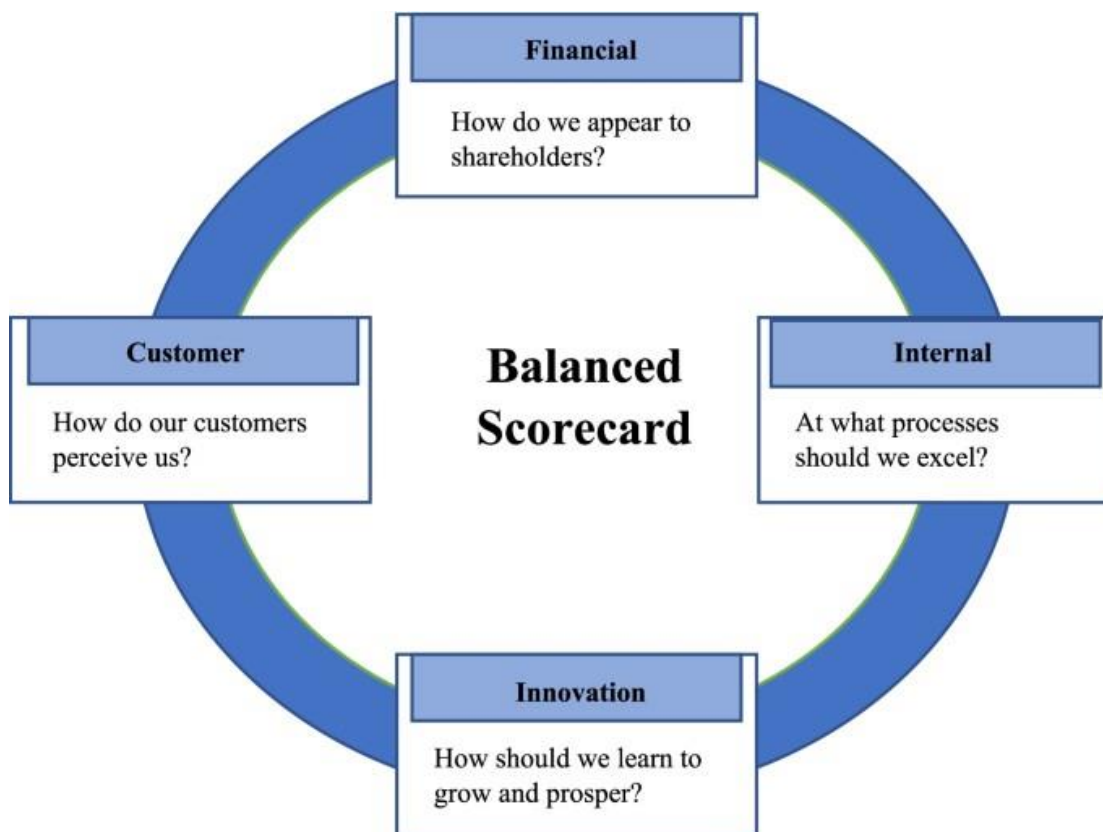
Το σύστημα μέτρησης οργανωτικής απόδοσης (BALANCED SCORECARD), αναπτύχθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1990 και εφαρμόστηκε σε επιχειρήσεις και οργανισμούς προκειμένου να συμβάλλει στην αντιμετώπιση ποικίλων προκλήσεων και αναγκών. Ειδικότερα στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, χρησιμοποιήθηκε λόγω της επιτακτικής ανάγκης βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και της ασφάλειας των ασθενών και του υγειονομικού προσωπικού, αλλά και της ενίσχυσης της καθοδήγησης της διοίκησης, όπως και για την υποστήριξη της κερδοφορίας των υγειονομικών δομών και της βελτίωσης της ανταγωνιστικότητας στα συστήματα της αγοράς κυρίως ιδιωτικού δικαίου δομών (Zelman, Pink, & Matthias, 2003).

Σύμφωνα με τους Inamdar, Kaplan και Bower σε μελέτη που εξετάστηκαν οι απόψεις διοικητικών στελεχών από εννέα οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης διαπιστώθηκε ότι η εφαρμογή του συστήματος μέτρησης οργανωτικής απόδοσης ευθυγραμμίζει τον οργανισμό σε μια στρατηγική περισσότερο προσαρμοσμένη στην αγορά, εστιάζοντας παράλληλα στις ανάγκες των ληπτών υπηρεσιών υγείας, διευκολύνει, παρακολουθεί και αξιολογεί την εφαρμογή της στρατηγικής που έχει ορίσει ο οργανισμός και τροφοδοτεί την επικοινωνία και την συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων. Τέλος, παρέχει συνεχή ανατροφοδότηση σχετικά με την ακολουθούμενη στρατηγική και προωθεί τις προσαρμογές που θα πρέπει να γίνουν μέσω κανονιστικών αλλαγών στη λειτουργία των δομών (Inamdar, Kaplan, & Bower, 2002).

Στην πρώτη φάση εφαρμογής η BSC, επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση τεσσάρων διαστάσεων-προοπτικών: στην οικονομική, την προοπτική των πελατών, των εσωτερικών διαδικασιών και στην προοπτική της μάθησης και ανάπτυξης, καθοδηγούμενες από το εκάστοτε οργανωτικό

όραμα και στρατηγική (R. S. Kaplan, 1992). Συνάγεται το συμπέρασμα ότι, σε αυτή τη φάση δεν είχε ελεγκτικό ρόλο, αλλά επικεντρώνονταν στην στρατηγική και το όραμα των managers, καθορίζοντας τους στόχους που στη συνέχεια οι εργαζόμενοι μέσα από τις στάσεις και τις συμπεριφορές τους και εφαρμόζοντας τις κατάλληλες ενέργειες θα συλλειτουργούσαν για την επίτευξή τους. Η παρακολούθηση επομένως ενός οργανισμού μέσα από τις συγκεκριμένες προοπτικές που δεν είναι απολύτως χρηματοοικονομικές, όπως είθισται μέχρι πριν την εφαρμογή της, οδηγεί σύμφωνα με τους ερευνητές, στην μελλοντική αξία του οργανισμού, επενδύει στους πελάτες και στο ανθρώπινο δυναμικό, προωθεί τις καινοτόμες πρακτικές και την ενσωμάτωση της τεχνολογίας (Bisbe & Barrubés, 2012; Hannula, Kulmala, & Suomala, 2005).

Figure 1 Γραφική απεικόνιση του **Balanced Scorecard**

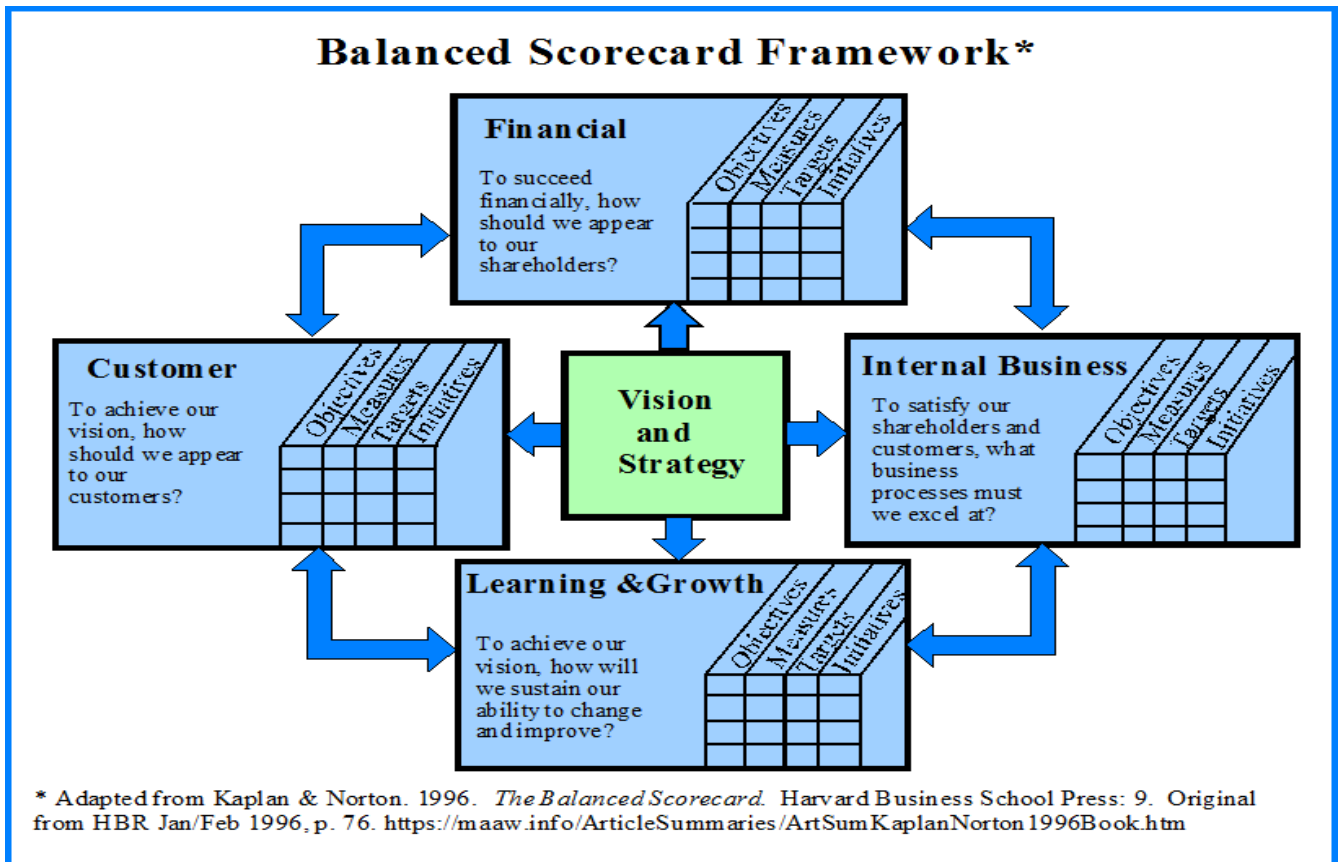


Στη δεύτερη γενιά της BSC έγινε προσπάθεια να καλυφθούν κάποια γκρίζα σημεία αναφορικά με το ποιες μετρήσεις θα συμπεριλαμβάνονται στις τέσσερις προοπτικές, αλλά και να οριοθετηθούν οι τρόποι με τους οποίους βελτιώνεται η απόδοση των οργανισμών από τη παροχή συγκεκριμένων δεδομένων μέτρησης. Κρίθηκε απαραίτητο να προστεθούν στρατηγικοί

χάρτες προκειμένου να περιγράψουν τη σχέση αιτίας και αποτελέσματος μεταξύ των στρατηγικών στόχων κάθε προοπτικής (R. S. Kaplan, 2009). Οι πέντε βασικές αρχές που ορίστηκαν για να παραμένει ένας οργανισμός προσηλωμένος στους στόχους που έχει ορίσει είναι: η στρατηγική που εφαρμόζεται να συνάδει με όρους λειτουργικών δράσεων, να ευθυγραμμίζεται η στρατηγική με τον οργανισμό, η εφαρμογή της στρατηγικής να αντικατοπτρίζεται στην καθημερινή λειτουργία του ανθρώπινου δυναμικού, η εφαρμογή της στρατηγικής να είναι συνεχής και τα στελέχη διοίκησης να είναι σε θέση να κινητοποιούνται άμεσα σε κάθε παρέκκλιση από τους στόχους που έχουν τεθεί (R. S. Kaplan & Norton, 2004).

Από τα ανωτέρω προκύπτουν τέσσερις νέες διαδικασίες ως μηχανισμοί επίτευξης των στόχων που η διοίκηση αποφασίζει. Πιο συγκεκριμένα, το στρατηγικό όραμα που έχει οριστεί μπορεί πλέον να μετατρέπεται σε απτούς, αντικειμενικούς στόχους, οι οποίοι είναι μετρήσιμοι και ελέγξιμοι. Επιπλέον, είναι σε θέση να επικοινωνούν με το σύνολο των εργαζομένων, ανεξαρτήτου βαθμίδας τη στρατηγική του οργανισμού, ενώ παράλληλα, ο στρατηγικός σχεδιασμός βρίσκεται σε άμεση σχέση με τον εκτελούμενο προϋπολογισμό. Τέλος, υπάρχει ανατροφοδότηση των πληροφοριών και διασύνδεση με την ακολουθούμενη στρατηγική (R. Kaplan, Norton, & Rugelsjoen, 2010). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ο στόχος δεν είναι να έχουμε ένα νέο σύστημα μέτρησης αλλά να έχουμε ένα πολύπλευρο σύστημα διαχείρισης όπως αυτό που παρουσιάζεται στη συνέχεια:

Figure 2 The Balanced Scorecard. Adapted from Kaplan & Norton 1996



Μετά την αρχική χρήση του BSC από πλήθος επιχειρήσεων, οργανισμούς κερδοσκοπικούς και μη στις ΗΠΑ και στο Ηνωμένο Βασίλειο (Silk, 1998), οι ερευνητές κατέληξαν στην ύπαρξη αρκετά διαφορετικών απόψεων σχετικά με την εφαρμογή της και ειδικότερα εστίασαν στις διαφορές ανάμεσα στη θεωρία και στη πράξη. Για αυτό το λόγο και οι ερευνητές Kaplan και Norton (R. S. Kaplan & Norton, 2001) σημείωσαν ότι πολλοί οργανισμοί ισχυρίζονται ότι εφαρμόζουν Balanced Scorecard επειδή χρησιμοποιούν ένα μείγμα οικονομικών και μη χρηματοοικονομικών μέτρων, ενώ στην ουσία η δική τους ιδέα για την εφαρμογή του BSC υπερβαίνει κατά πολύ αυτή την προσέγγιση και δεν είναι στατική.

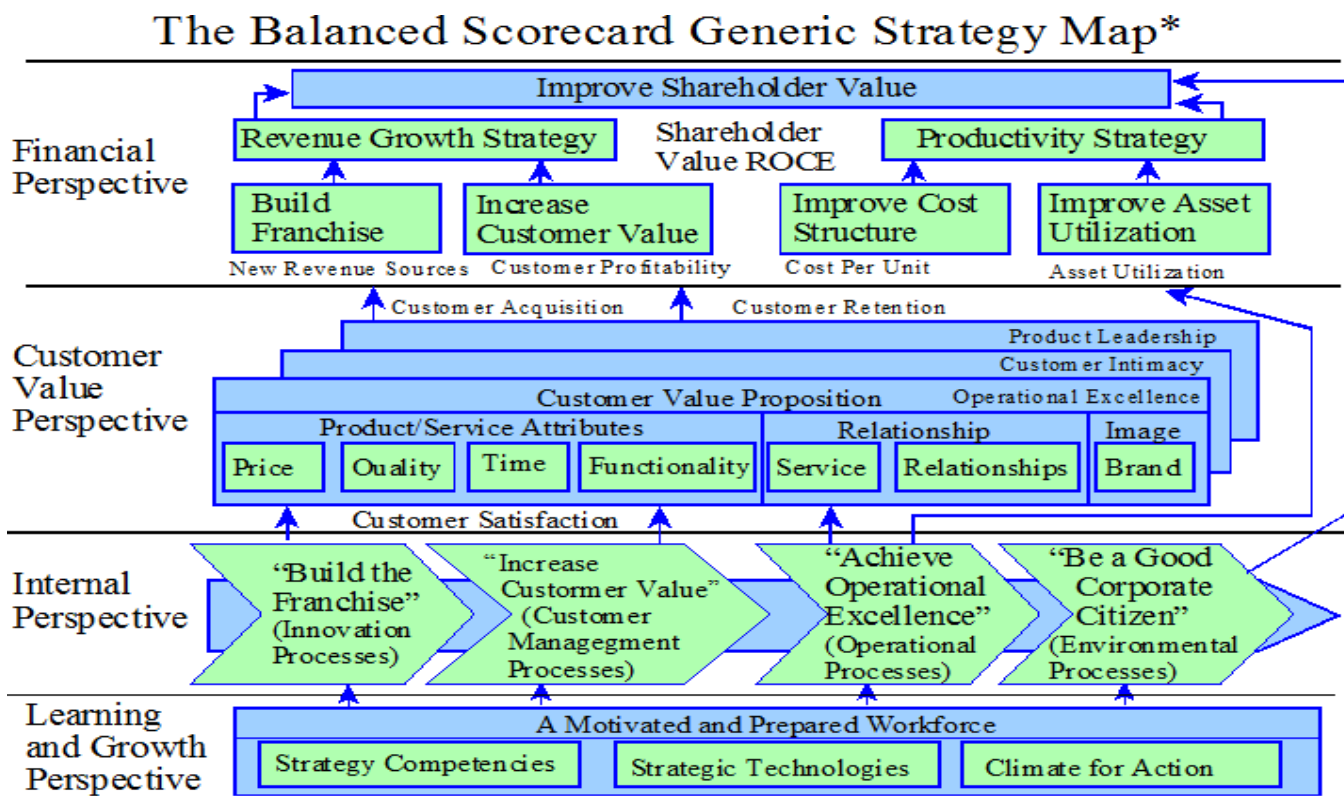
Για αυτό το λόγο αλλά και εξαιτίας απρόβλεπτων ανακυπτουσών αναγκών διαχείρισης από τους managers, οι ερευνητές επεκτείνουν συνεχώς την έννοια (Malmi, 2001) του BSC. Τα εμπειρικά στοιχεία καταδεικνύουν ότι οι managers ξεκινούν με μια απλή και στοιχειώδη μέτρηση οργανωτικού αποτελέσματος και στην πορεία προσπαθούν να βελτιώσουν τις λειτουργίες και τις εφαρμογές σταδιακά. Επομένως, η εμπειρική έρευνα κατέληξε ότι η BSC οφείλει να λαμβάνει υπόψη τη μεγέθυνση, το περιεχόμενο και την υλοποίηση των προοπτικών

της BSC σύμφωνα με τα ζητούμενα της διοίκησης(R. S. Kaplan & Norton, 2001).

Ως τρίτη γενιά BSC θεωρείται ο προτεινόμενος από τους ερευνητές στρατηγικός χάρτης ο οποίος αποτελεί μια γραφική αναπαράσταση της ορισθείσας στρατηγικής και του σχεδίου με το οποίο θα υλοποιηθεί, συμπεριλαμβανομένου ενός συνόλου αιτιατών σχέσεων μεταξύ των αντικειμενικών όρων που έχουν αποφασιστεί. Στο στρατηγικό χάρτη συμπεριλαμβάνονται η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, της τεχνολογίας και των συστημάτων πληροφοριών τα οποία είναι άμεσα συνδεδεμένα με την ποιότητα των εσωτερικών διαδικασιών, η ενσωμάτωση της καινοτομίας, η ανάπτυξη των παρεχόμενων υπηρεσιών και οδηγούν σε συσχέτιση των στόχων με τα αποτελέσματα όπως και με τις δράσεις που θα πρέπει να αναληφθούν (Bisbe & Barrubés, 2012).

Ο στρατηγικός χάρτης αποτελεί ένα εργαλείο μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η μετατροπή της στρατηγικής σε επιχειρησιακούς όρους που συντονισμένα θα οδηγήσουν στην επίτευξη αποτελέσματος. Οι βασικές αρχές που διέπουν τον στρατηγικό χάρτη επικεντρώνονται σε πέντε άξονες: η στρατηγική που έχει αποφασιστεί να ακολουθήσει ένας οργανισμός ενδέχεται να διέπεται από αντιφατικές δυνάμεις που αναπτύσσονται στους επιμέρους στόχους και που η στρατηγική οφείλει να ισορροπεί. Η αξία και η σπουδαιότητα των πελατειακών σχέσεων χαρακτηρίζεται σημαντική για τη συνολική στρατηγική και η συνολική αξία διαμορφώνεται από τις διαδικασίες που αναπτύσσονται εντός του οργανισμού. Τέλος, η στρατηγική καθορίζει την συνολική αξία των άυλων περιουσιακών στοιχείων και συμπεριλαμβάνει επιμέρους διαστάσεις που διασπώνται σε στόχους προς επίτευξη(R. S. Kaplan & Norton, 2004). Η δομή του γενικού χάρτη στρατηγικής της BSC παρουσιάζεται στο σχεδιάγραμμα που ακολουθεί:

Figure 3 The Balanced Scorecard Generic Strategy Map



* Adapted from Kaplan, R. S. and D. P. Norton. 2001. The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment. Harvard Business School Press. Figure 3-15 page 96.

Balanced Scorecard και η εφαρμογή του σε δομές υγείας

Η BSC χρησιμοποιείται συχνά ως πλαίσιο για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από δομές ανά τον κόσμο και τα τελευταία χρόνια αυξάνεται η χρήση της σημαντικά (Porporato, Tsisis, & Marin Vinuesa, 2017). Η επέκταση της εφαρμογής της αποδίδεται κυρίως σε τέσσερις παράγοντες: βοηθά τις δομές υγείας να αναπτύξουν τις επιδιωκόμενες στρατηγικές προσανατολισμένες στην αγορά αλλά παράλληλα και με επίκεντρο τον ασθενή, ευθυγραμμίζοντας την απόδοση του οργανισμού με τη ακολουθούμενη στρατηγική. Παράλληλα, δίνεται η δυνατότητα στους managers να παρακολουθούν και να αξιολογούν τα βήματα εφαρμογής της στρατηγικής και η εφαρμογή της να συμβάλει στην ανάθεση ευθύνης σε όλα τα τμήματα και εμπλεκόμενους εντός της δομής. Τέλος, ενισχύει την αδιάλειπτη ανατροφοδότηση και την στρατηγική που έχει αποφασιστεί να ακολουθηθεί, επιτρέποντας προσαρμογές στον χρόνο και με το τρόπο που κρίνονται αποδοτικές. Με δεδομένη την πολυπλοκότητα και τον διαφορετικό στρατηγικό σχεδιασμό των νοσοκομείων σε σχέση με άλλους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, βιβλιογραφικά έχει αποδειχθεί ότι τα

νοσοκομεία που εφαρμόζουν BSC διαθέτουν ένα ισχυρό σύστημα ελέγχου της διοίκησης που τους επιτρέπει να μετράει, να βελτιώνει και να στοχεύει στην αύξηση της αποδοτικότητας (Abu Jaber & Nashwan, 2022).

Ωστόσο, λόγω της ιδιαιτερότητας των νοσοκομειακών δομών κρίνεται απαραίτητη η προσαρμογή του συστήματος BSC σε αρκετούς τομείς για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών μέτρησης της απόδοσης. Τα καθοριστικά προσαρμοσμένα χαρακτηριστικά στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν «ισορροπημένες προοπτικές», τα οποία θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών και τα χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού (Bohm, Lacaille, Spencer, & Barber, 2021).

Η ένταξη της προοπτικής της φροντίδας των ασθενών ως ξεχωριστή διάσταση μπορεί να επιτύχει την αποτελεσματική εφαρμογή της BSC (Zelman et al., 2003). Επιπλέον, εξαιτίας της διαφοροποίησης της δυναμικής των νοσοκομείων (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια, αστικού τύπου ή περιφερειακά) αναδεικνύονται περεταίρω προκλήσεις, επειδή οι στρατηγικοί στόχοι διαφέρουν ανάλογα με το επίπεδο και την πολυπλοκότητα του νοσοκομείου και μία μορφή πλαισίου συστήματος μέτρησης οργανωτικής απόδοσης δεν δύναται να ικανοποιήσει το σύνολο των νοσοκομειακών δομών. Σχετική συστημική ανασκόπηση έχει αποδείξει ότι η BSC διαθέτει υψηλό βαθμό προσαρμοστικότητας καλύπτοντας τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Στις δομές υγείας η παρεχόμενη ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας για τους managers και το υγειονομικό προσωπικό γιατί τους υποστηρίζει στην κατανόηση του μεγέθους απόδοσης της φροντίδας και τελικά στην αποτελεσματικότητα των επιλεγμένων θεραπειών (Jaber, Nashwan, & AbuJaber, 2022). Η συλλογή και επεξεργασία των κλινικών δεδομένων από τους ηλεκτρονικούς φακέλους ασθενών (όπου έχει εφαρμοστεί αυτό το σύστημα), φέρει τεράστιο θετικό αντίκτυπο στη βελτίωση της διαλειτουργικότητας των τμημάτων εντός του νοσοκομείου και του υγειονομικού προσωπικού (Khatiri, Brown, & Hicks, 2009).

Η μελέτη των Rahimi κ.α. για την εφαρμογή της BSC σε νοσοκομειακές μονάδες κατέληξε ότι λόγω της αιτιώδους σχέσης μεταξύ των δεικτών, η αξιολόγηση και η βελτίωση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων είναι μια σύνθετη και πολυδιάστατη δραστηριότητα και η ασθενοκεντρική προοπτική αποτελεί τον κύριο παράγοντα επίδρασης. Η προοπτική της

μάθησης και ανάπτυξης προσδιορίζεται ως ο κυριότερος παράγοντας αιτίας. Επίσης, η μεγαλύτερη σύνδεση μεταξύ των προοπτικών απαντάται στην προοπτική των εσωτερικών διαδικασιών ασκώντας κεντρικό ρόλο. Τέλος, προκειμένου να επιτευχθεί ένα ισχυρό σύστημα αξιολόγησης και βελτίωση της αποδοτικότητας ενός νοσοκομείου κρίνεται απαραίτητη η έμφαση σε όλες τις διαστάσεις της απόδοσης (Rahimi, Bahmaei, Shojaei, Kavosi, & Khavasi, 2018)

Κριτική του Balanced Scorecard

Τα τελευταία χρόνια τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο κλονίστηκαν προκειμένου να καλύψουν τις αυξημένες ανάγκες φροντίδας ασθενών, με περιορισμένους υγειονομικούς πόρους, οι οργανισμοί δημόσιας υγείας πιέστηκαν να εφαρμόσουν αποτελεσματικά συστήματα διαχείρισης για τη μέτρηση της απόδοσης (Grigoroudis, Orfanoudaki, & Zorounidis, 2012).

Στα θετικά του εργαλείου της BSC συγκαταλέγεται το γεγονός ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της απόδοσης ενός νοσοκομείου καθώς και ως στρατηγικό διαχειριστικό μέσο (Hannula et al., 2005). Η επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση που μελέτησε 17 έρευνες, εμφανίζεται αυξημένη όπως και η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι από την εργασία τους. Αναφορικά με τις οικονομικές επιπτώσεις είτε η ανάλυση έγινε σε νομισματικές μονάδες είτε σε ποσοστό, έδειξε ότι υψηλού ποιότητας μελέτες εμφάνισαν θετική συσχέτιση με την εφαρμογή της BSC, ενώ οι μελέτες μέσης ποιότητας είχαν ένα μείγμα θετικών και αρνητικών επιπτώσεων (Amer et al., 2022).

Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης δίνουν έμφαση στα κλινικά αποτελέσματα, ενώ άλλες επιχειρήσεις εστιάζουν στις οικονομικές αξίες. Επομένως, η βάση του συστήματος μέτρησης της απόδοσης των νοσοκομείων στη φιλοσοφία BSC βοηθά στην επίτευξη του επιθυμητού ισορροπημένου προσανατολισμού. Επίσης, καθίσταται εφικτός ο διαχωρισμός μεταξύ της εσωτερικής επιχειρηματικής προοπτικής και της ποιότητας της περίθαλψης που είναι απαραίτητος, διότι η ποιότητα της φροντίδας των ασθενών είναι αποτέλεσμα πολλαπλών προγνωστικών παραγόντων, ιδιαίτερα της αποτελεσματικότητας των λειτουργιών ή της ορισθείσας εσωτερικής επιχειρηματικής προοπτικής (Jaber et al., 2022).

Στην πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση των Betto κ.α. (2022) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι έρευνες που μελετήθηκαν επικεντρώθηκαν κυρίως στη διαδικασία σχεδιασμού της BSC σε

δομές υγείας και όχι στην εφαρμογή της, στην χρήση της ή στην αναθεώρησή της. Η διοίκηση των υγειονομικών δομών συνηθίζεται να εμφανίζει τον σχεδιασμό της BSC, αλλά όχι την προσαρμοσμένη εφαρμογή του για την υλοποίηση της στρατηγικής της. Διαπιστώθηκε ότι η ηγεσία, η κουλτούρα του νοσοκομείου και η επικοινωνία που αναπτύσσεται εντός της δομής επιτρέπουν την υλοποίηση της και οι κυρίαρχοι στόχοι που επιδιώκονται είναι η παρακολούθηση και η λήψη στρατηγικών αποφάσεων.

Επιπλέον, σε ένα αβέβαιο και συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον για τις υγειονομικές δομές, ο σχεδιασμός του εγκεκριμένου BSC πρέπει συνεχώς να ενημερώνεται προκειμένου να αντιμετωπίζονται οι εξωτερικές αλλαγές, ενώ παράλληλα οι στόχοι και οι δείκτες απόδοσης πρέπει να επανεξετάζονται προκειμένου να ευθυγραμμιστούν με τη στρατηγική του οργανισμού (R. S. Kaplan, 1992). Διαπιστώνεται ότι οι παραδοσιακές προοπτικές του BSC δεν είναι πάντα σε θέση να καλύψουν τις νέες ανάγκες, όπως τη περιβαλλοντική διάσταση και την ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα των ασθενών (Khalid, Beattie, & Sands, 2022). Κατά συνέπεια, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί από τους οργανισμούς συγκεκριμένος επανασχεδιασμός των προοπτικών BSC που ευθυγραμμίζονται με τη στρατηγική του οργανισμού και τις προγραμματισμένες διαδικασίες ενημέρωσης για μέτρα και στόχους (Bassani, Leardini, Campedelli, & Moggi, 2022).

Η έλλειψη οργανωτικής κουλτούρας έτοιμη να δεχτεί την αλλαγή συνδέεται στενά με την αντίληψη ότι η BSC αποτελεί εργαλείο ελέγχου, ενώ η υποστήριξη του ανθρώπινου δυναμικού από την ηγεσία, η συνεργασία, η απουσία διπλών πληροφοριών και η συμμετοχή των εργαζομένων αλλά και των ληπτών υπηρεσιών υγείας προωθούν την κατανόηση της διαδικασίας και επιτρέπουν την εφαρμογή της BSC (Oliveira, Rodrigues, & Craig, 2020).

Σύστημα διαχείρισης κινδύνων σε δομές υγείας risk management

Ο κίνδυνος είναι χαρακτηριστικό της καθημερινότητας και αναπόφευκτος σε κάθε περίπλοκη δραστηριότητα προσωπική ή οργανωτική και ορίζεται ως «η πιθανότητα να συμβεί κάτι που θα έχει αντίκτυπο στην επίτευξη των δηλωμένων οργανωτικών στόχων» (Arimbi, Puspasari, & Syaifullah, 2019). Η εμφάνιση κινδύνων και η αβεβαιότητα είναι αναπόφευκτη στους οργανισμούς και ιδιαίτερος στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ανθρώπινη αντίδραση και φύση, η εξατομικευμένη και πολύπλευρη περίθαλψη των ασθενών και το συχνά εξαιρετικά περίπλοκο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν παράγοντες που εγγυώνται ότι οι

δομές υγείας αντιμετωπίζουν αντίξοες συνθήκες, οι οποίες μπορούν να περιοριστούν εφαρμόζοντας τα εργαλεία του συστήματος διαχείρισης κινδύνων (Catalyst, 2018).

Στη βιβλιογραφία, το σύνολο των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με τον εντοπισμό των κινδύνων, την αξιολόγηση τους και την επιλογή των κατάλληλων αντιδράσεων για την παρακολούθηση τους ονομάζεται διαχείριση κινδύνων (Pascarella et al., 2021). Δεδομένου ότι ο κίνδυνος είναι μέρος της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, απαιτεί ρητή αναγνώριση, παρακολούθηση και διαχείριση. Πρακτικά, ο κίνδυνος σχετίζεται με τις λειτουργίες διαχείρισης των οργανισμών, ιδιαίτερα την ικανότητα πρόβλεψης ορισμένων γεγονότων ή επίτευξης αναμενόμενων ή εμφάνισης ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων (Tworek, 2016).

Τα πρώτα χρόνια μελέτης της διαχείρισης κινδύνων σε δομές υγείας, βασικός πυλώνας υπήρξε η ασφάλεια των ασθενών και ο περιορισμός των ιατρικών λαθών που θέτουν σε κίνδυνο την ικανότητα του οργανισμού να φέρει επιτυχημένα εις πέρας την αποστολή του και να αποφευχθούν οι νομικές και οικονομικές κυρώσεις. Στη πάροδο των ετών όμως και με την ενσωμάτωση στην παραγωγική διαδικασία νέων τεχνολογιών περίθαλψης, τις αυξημένες ανησυχίες για την ασφάλεια των δεδομένων στον κυβερνοχώρο, τις ανακαλύψεις της ιατρικής επιστήμης και το συνεχώς μεταβαλλόμενο ρυθμιστικό, νομικό, οικονομικό, πολιτικό όπως και το αυστηρό σύστημα αποζημιώσεων, η διαχείριση κινδύνων στη νοσοκομειακή περίθαλψη κατέστη πολύπλοκη (Alam, 2016).

Οι δημόσιες νοσοκομειακές δομές περίθαλψης συνήθως λειτουργούν υπό οικονομική πίεση και συχνά βρίσκονται εκτός προϋπολογισμού δηλώνοντας ελλείμματα. Επομένως, η ζητούμενη χρηματοοικονομική σταθερότητα εξαρτάται εν μέρει από την ικανότητα διαχείρισης του κινδύνου που σχετίζεται με τις δράσεις των νοσοκομείων (Frączkiewicz-Wronka, Ingram, Szymaniec-Mlicka, & Tworek, 2021). Η δυσκολία στη διαχείριση των νοσοκομείων προκύπτει από την ανάγκη συμφιλίωσης της οικονομικής αποτελεσματικότητας με τις κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες των αποφάσεων που λαμβάνονται. Εξωτερικοί και εσωτερικοί παράγοντες ελέγχουν τέτοιου τύπου συστήματα στα οποία τα ενδιαφερόμενα μέρη, μέσω των αποφάσεών τους ή παρεμβάσεών τους υποστηρίζουν ή αντιθέτουν και δημιουργούν κινδύνους στα νοσοκομεία ώστε να επιτύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα (Cerezo-Espinosa de Los Monteros et al., 2021).

Στη θεωρία των οικονομικών της υγείας, τόσο η απειλή όσο και η ευκαιρία εμφανίζονται ως δυο διαφορετικές διαστάσεις επιπτώσεων κινδύνου, αλλά τελικά προσλαμβάνουν οικονομική διάσταση και σχετίζονται με τη μεθοδολογική προοπτική της διαχείρισης του οικονομικού κινδύνου(Sohn, 2016). Προκειμένου να διαχειριστούν τις επιπτώσεις των κινδύνων τα νοσοκομεία και οι δομές υγείας κατατάσσουν τους κινδύνους σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: τους στρατηγικούς - λειτουργικούς κινδύνους, τους κινδύνους σχετικά με την οικονομική αξιοπιστία και των λοιπών αναφορών, τους κινδύνους που απορρέουν από τη συμμόρφωση στο νομικό πλαίσιο, στους κανονισμούς και στην εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας και τον αντίκτυπο της διάχυσης και επικοινωνίας ευαίσθητων πληροφοριών (A. G. Koutourpis, Kouforoulou, Antonoglou, & Vozikis, 2022).

Μετά την αναγνώριση των πιθανών εγγενών κινδύνων και τη συσχέτισή τους με τους αντίστοιχους ορισθέντες στόχους της διοίκησης, θα πρέπει να ακολουθείται η ανάλυση και αξιολόγηση των πιθανών επιπτώσεων του κάθε κινδύνου, όπως και η πιθανότητα εμφάνισής του. Προκειμένου να διασφαλιστεί η ομοιόμορφη εκτίμηση του κινδύνου, ακολουθείται μια κοινή μεθοδολογία και κάθε διάσταση αξιολογείται με βάση μια πεντάβαθμη κλίμακα Likertόπου το ένα ισούται με πολύ χαμηλό κίνδυνο, το 2 ισούται με χαμηλό και ούτω κάθε εξής. Στην συνέχεια, οι πιθανοί κίνδυνοι κατανέμονται σε κατηγορίες και αξιολογούνται με βάση την πιθανότητα εμφάνισης τους και την επίπτωση τους σύμφωνα με ποιοτικά και ποσοτικά κριτήρια που σχετίζονται με μια μονάδα και βαθμολογούνται μεμονωμένα. Η τελική κατάταξη προκύπτει αθροίζοντας τη συνολική βαθμολογία κινδύνου (A. G. Koutourpis et al., 2022)

Μια περισσότερο ολιστική προσέγγιση η οποία ονομάζεται Διαχείριση Επιχειρηματικού Κινδύνου και αφορά τις νοσοκομειακές δομές (ERM)διαχωρίζει τους κινδύνους που καλείται να αξιολογήσει η διοίκηση του νοσοκομείου σε οκτώ τομείς και παρουσιάζεται στη συνέχεια:

- Λειτουργικούς
- Κλινικής εφαρμογής και ασφάλειας ασθενών
- Στρατηγικούς
- Χρηματοοικονομικούς
- Ανθρώπινου κεφαλαίου

- Νομικούς και ρυθμιστικών κανόνων
- Τεχνολογικούς
- Περιβαλλοντικούς και υποδομών

Σύμφωνα με την American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM), «*Η διαχείριση επιχειρηματικού κινδύνου στην υγειονομική περίθαλψη προωθεί ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για τη λήψη αποφάσεων διαχείρισης κινδύνου που μεγιστοποιούν την προστασία και τη δημιουργία αξίας με τη διαχείριση του κινδύνου και της αβεβαιότητας και τις συνδέσεις τους με τη συνολική αξία*» (Catalyst, 2018). Από τα ανωτέρω συνάγεται η διαπίστωση ότι η υιοθέτηση των πλέον βέλτιστων πρακτικών διαχείρισης κινδύνων οδηγεί στη μείωση πρόκλησης προβλημάτων που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού σε δομές υγείας, αλλά και των περιορισμένων τεχνολογικών και οικονομικών πόρων (Etges, de Souza, Kliemann Neto, & Felix, 2019).

Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, οι κύριοι άξονες διαχείρισης επιχειρηματικού κινδύνου που καλούνται να προσμετρήσουν και να διευθετήσουν οι διοικήσεις των νοσοκομείων είναι τέσσερις : Ο εντοπισμός των παραγόντων που οδηγούν στην εφαρμογή του ERM(Bohnert, Gatzert, Hoyt, & Lechner, 2019) ο προσδιορισμός των ζητούμενων αποτελεσμάτων από την εφαρμογή του (Annamalah, Raman, Marthandan, & Logeswaran, 2018) η ωριμότητα αποδοχής του ERM και η κατάλληλη γνώση των απαιτήσεων εφαρμογής του τόσο από τα μέλη της διοίκησης, όσο και από τους εργαζόμενους (Oliva, 2016) και την γενικότερη στρατηγική του νοσοκομείου αναφορικά με την ανάγκη διαχείρισης κινδύνων (Sax & Andersen, 2019).

Οι νοσοκομειακές δομές, με βάση τη σχετική βιβλιογραφία, θα έπρεπε να καταρτίζουν σχέδιο διαχείρισης κινδύνων ως ένα κατευθυντήριο πλαίσιο ώστε να καθίσταται σαφές πώς το νοσοκομείο προσδιορίζει, διαχειρίζεται και μετριάξει στρατηγικά τον κίνδυνο. Πολύτιμη κρίνεται το σύνολο της ηγεσίας του νοσοκομείου, όπως και οι επικεφαλής των επιμέρους τμημάτων να διαθέτουν την απαραίτητη γνώση εφαρμογής του σχεδίου, να συμμετέχουν στην ανάπτυξή του και στην συνεχή αξιολόγηση του συμβάλλοντας με την εμπειρία τους. Τα σχέδια διαχείρισης κινδύνων στα νοσοκομεία κοινοποιούν στο σύνολο των εργαζομένων και των εμπλεκόμενων φορέων το σκοπό, το πεδίο εφαρμογής και τους στόχους του πρωτοκόλλου(Catalyst, 2018).

Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διαθέτουν ένα καθιερωμένο και διαρκές σχέδιο διαχείρισης κινδύνου. Το Σχέδιο Διαχείρισης Κινδύνων γίνεται το κατευθυντήριο έγγραφο για το πώς ένας οργανισμός προσδιορίζει, διαχειρίζεται και μετριάξει στρατηγικά τον κίνδυνο. Η ηγεσία του νοσοκομείου και όλοι οι επικεφαλής τμημάτων θα πρέπει να γνωρίζουν και να συμμετέχουν στην ανάπτυξη και τη συνεχή αξιολόγηση του σχεδίου. Τα σχέδια διαχείρισης κινδύνων υγειονομικής περίθαλψης κοινοποιούν το σκοπό και το πεδίο εφαρμογής και τους στόχους του πρωτοκόλλου διαχείρισης κινδύνου του οργανισμού. Καθορίζουν επίσης τους ρόλους και τις ευθύνες του διαχειριστή κινδύνου και του λοιπού προσωπικού που εμπλέκεται στον μετριασμό του (Farrell & Gallagher, 2015).

Η μορφή ενός Σχεδίου Διαχείρισης Κινδύνων ποικίλλει ανάλογα με τον οργανισμό και εξαρτάται από την ανάλυση των επιμέρους συστημάτων και ιστορικών δεδομένων καθώς και από τα μοναδικά χαρακτηριστικά κάθε νοσοκομειακής δομής. Υπάρχουν ορισμένα θεμελιώδη στοιχεία που συναντώνται σε όλα τα σχέδια διαχείρισης κινδύνου οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Ακολουθεί ένα παράδειγμα Σχεδίου Διαχείρισης Κινδύνων Υγείας επτά διαστάσεων.

Εκπαίδευση & Κατάρτιση: Τα σχέδια διαχείρισης κινδύνου θα πρέπει να αναφέρουν λεπτομερώς τις απαραίτητες δεξιότητες και γνώσεις που θα πρέπει να κατέχουν οι εργαζόμενοι, οι οποίες θα πρέπει να μεταλαμπαδεύονται στους νέους υπαλλήλους, με χρονική συνέχεια και ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση, με ετήσια αναθεώρηση, όταν κρίνεται απαραίτητο και εκ νέου επικύρωση των ικανοτήτων και του τρόπου δράσης ανά περίπτωση.

Παράπονα ασθενών και φροντιστών: Για την προώθηση της ικανοποίησης των ασθενών και τη μείωση της πιθανότητας δικαστικής προσφυγής, οι διαδικασίες τεκμηρίωσης και απάντησης σε παράπονα ασθενών και των φροντιστών τους θα πρέπει να περιγράφονται στο Σχέδιο Διαχείρισης Κινδύνου. Οι χρόνοι απόκρισης, η αξιολόγηση των ευθυνών του προσωπικού και οι προβλεπόμενες ενέργειες πρέπει να διατυπώνονται και να κοινοποιούνται σε όλους τους εμπλεκόμενους και να είναι εξ αρχής γνωστοί.

Σκοπός, Στόχοι και απόδοση: Τα σχέδια διαχείρισης κινδύνου πρέπει να ορίζουν με σαφήνεια τον σκοπό και τα οφέλη του σχεδίου διαχείρισης κινδύνων για την υγεία. Οι συγκεκριμένοι στόχοι για τη μείωση των αξιώσεων ευθύνης, τα παρ' ολίγον ατυχήματα και το συνολικό κόστος του κινδύνου του οργανισμού θα πρέπει επίσης να είναι καλά

διατυπωμένα. Επιπλέον, η υποβολή εκθέσεων για μετρήσιμα και αξιόπιστα δεδομένα θα πρέπει να είναι λεπτομερής και να επιβάλλεται από το σχέδιο.

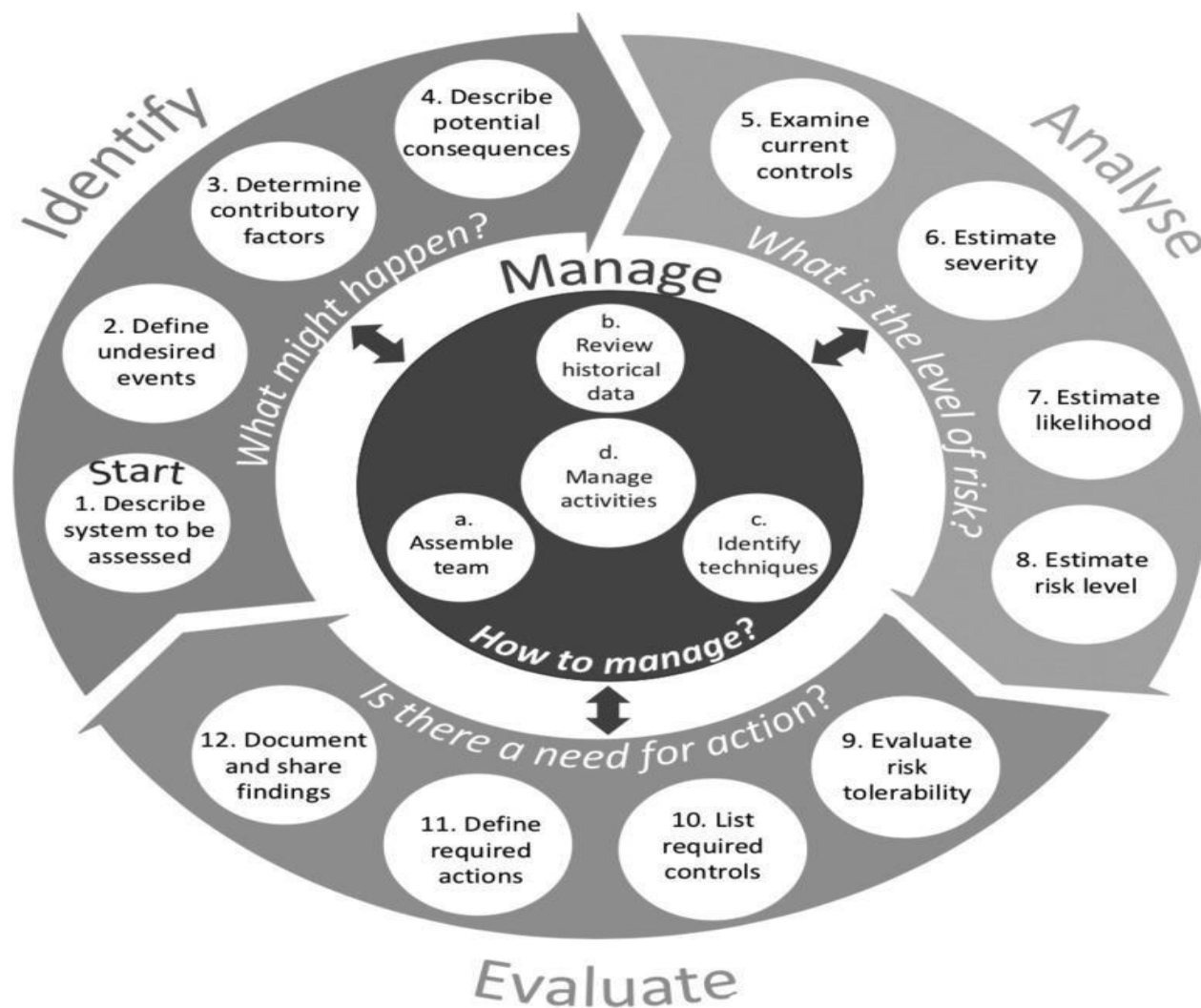
Εσωτερική επικοινωνία: Είναι σημαντικό η ομάδα διαχείρισης κινδύνων εντός των νοσοκομείων να προωθεί ανοιχτό και αυθόρμητο διάλογο, να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επικοινωνίας ανάμεσα στους εργαζόμενους, στα τμήματα και με τη διοίκηση αναφορικά με τους κινδύνους, σχετικά με τον κίνδυνο. Επιπλέον, το σχέδιο θα πρέπει να διασφαλίζει και τη δυνατότητα ενημέρωσης της διοίκησης και των υπευθύνων των τμημάτων όταν υπάρχουν ανώνυμες αναφορές.

Σχέδια έκτακτης ανάγκης: Τα σχέδια διαχείρισης κινδύνου πρέπει επίσης να περιλαμβάνουν προετοιμασία σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, όπως πανδημίες, καταστροφικά φυσικά φαινόμενα, παραβιάσεις ασφαλείας και κακόβουλες επιθέσεις στα αρχεία του νοσοκομείου και στους φακέλους υγείας των νοσηλευόμενων.

Πρωτόκολλα αναφοράς: Κάθε οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διαθέτει ένα γρήγορο και εύχρηστο σύστημα τεκμηρίωσης, ταξινόμησης και παρακολούθησης πιθανών κινδύνων και ανεπιθύμητων συμβάντων. Αυτά τα συστήματα πρέπει να περιλαμβάνουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα και η αναφορά τους να είναι υποχρεωτική.

Τα σχέδια απόκρισης και μετριασμού: των κινδύνων που ενδέχεται να αντιμετωπίσει μια νοσοκομειακή δομή πρέπει να περιλαμβάνουν συστήματα συνεργασίας για την απόκριση σε αναφερόμενους κινδύνους και συμβάντα, συμπεριλαμβανομένης της οξείας απόκρισης, της παρακολούθησης, της αναφοράς και της πρόληψης επαναλαμβανόμενων αποτυχιών (Catalyst, 2018). Στη συνέχεια παρουσιάζεται ένα υπόδειγμα σχεδίου διαχείρισης κινδύνων σε δομές υγείας.

Figure 4 Μοντέλο εκτίμησης κινδύνου



Διαθέσιμο στο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6528703/>

Κάποιες μελέτες επισημαίνουν την ύπαρξη τεσσάρων παραγόντων που καθορίζουν την εφαρμογή του ERM και είναι η οικονομική δυνατότητα της μονάδας υγείας, το μέγεθος της δομής, οι ιδιαιτερότητες που έχει και τα χαρακτηριστικά της ψηφιακής της κατάστασης (A. G. Koutouris et al., 2022). Επιπροσθέτως, τονίζεται ότι η ανεξαρτησία της ηγεσίας, στην περίπτωση των νοσοκομείων του διοικητικού συμβουλίου, επηρεάζει κατά κόρον την υιοθέτηση ή μη του ERM (M. J. Khan, Hussain, & Mehmood, 2016). Για το λόγο αυτό έχει προταθεί ότι τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου θα πρέπει να είναι άριστα εκπαιδευμένα και

να διαθέτουν εμπειρία στην εφαρμογή και τον έλεγχο του ERM(Pérez-Cornejo, de Quevedo-Puente, & Delgado-García, 2019). Αντίστοιχα και το τμήμα εσωτερικού ελέγχου ενός νοσοκομείου θα πρέπει να απαρτίζεται από αμερόληπτα στελέχη, που θα λειτουργούν ανεξάρτητα από τη διοίκηση, αλλά σε πλήρη συνεργασία με αυτή, βρίσκοντας τη χρυσή τομή ώστε να καθίσταται εφικτή η τεκμηρίωση και η αναφορά των κινδύνων και των δυσμενών καταστάσεων που αναδύονται εντός της νοσοκομειακής δομής, ορίζοντας τις διαδικασίες αποφυγής τους και αντιμετώπισης τους (Cohen, Krishnamoorthy, & Wright, 2017).

Αναφορικά με τις επιπτώσεις εφαρμογής του ERM, η σχετική βιβλιογραφία αναφέρει τη επίδρασή της στην απόδοση του οργανισμού, με μια θετική συσχέτιση, όπου η ύπαρξη προηγμένου επιπέδου υλοποίησης ERM συνδέεται με αυξημένο επίπεδο απόδοσης (Zou, Isa, & Rahman, 2019). Επίσης η ποιότητα και η πλήρης εφαρμογή του ERM έχει συνδεθεί με αύξηση της κερδοφορίας και στην περίπτωση των νοσοκομείων σε περιορισμό των χρόνιων ελλειμμάτων και εξισορρόπηση του προϋπολογισμού, σε αντίθεση με τις περιπτώσεις όπου υπάρχει ανεπαρκής μηχανισμός ελέγχου, επομένως μειωμένη κερδοφορία και προσέλκυση επενδύσεων (Wang, Lin, Werner, & Chang, 2018). Τέλος, η εφαρμογή του ERM μπορεί να δημιουργήσει αξία, μειώνοντας το κόστος κεφαλαίου και επηρεάζοντας θετικά τη φήμη του οργανισμού (Berry-Stölzle & Xu, 2018; Pérez-Cornejo et al., 2019).

Κριτική του Risk Management

Το ζητούμενο των δομών υγείας είναι ο εντοπισμός των προβληματικών σημείων και διαδικασιών που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την περίθαλψη των ασθενών και το σύνολο της δομής και να εφαρμόσουν διαδικασίες αντιμετώπισης τους. Οι αναποτελεσματικές ή ακατάλληλες διαδικασίες και η ιατρική αμέλεια αποτελούν θέματα που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Και ενώ η διοίκηση του νοσοκομείου μπορεί να προβλέπει και να αντιμετωπίζει κινδύνους που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια νοσηλείας ενός ασθενούς, συνήθως το σχέδιο διαχείρισης κινδύνου δεν προβλέπει δευτερογενή δυσμενή εξέλιξη της υγείας του ασθενή, την ανάγκη επανεισαγωγής του ή την περίπτωση θανάτου (Farokhzadian, Nayeri, & Borhani, 2015). Υπάρχουν περιπτώσεις όπου εντός του νοσοκομείου αναφέρονται συμβάντα αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών, ενώ η κατάθεση των παραπόνων κατατίθενται σε άλλο τμήμα και την όποια οικονομική και ηθική αξίωση του καταγγέλλοντος την διαχειρίζεται ένα τρίτο τμήμα. Επομένως, Η έλλειψη συνδεσιμότητας ανάμεσα στους

εμπλεκόμενους καθιστά αρκετές φορές αδύνατη την οργάνωση, την αναφορά και την άμεση και αποτελεσματική ανταπόκριση. Ελλείπει επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων σε πραγματικό χρόνο, δεν είναι δυνατή η συγκέντρωση και η συσχέτιση μιας ενοποιημένης απεικόνισης του θέματος με αποτέλεσμα την απώλεια σημαντικών πληροφοριών λόγω σφαλμάτων και καθυστερήσεων (MacDonald & Coffield, 2015).

Ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να λαμβάνει γρήγορες, ακριβείς και στρατηγικές αποφάσεις ενσωματώνοντας απόψεις σε πραγματικό χρόνο για όλους τους κινδύνους, επομένως η αξιολόγηση κινδύνου να μην είναι πλήρως αποτελεσματική ως μέτρο διασφάλισης (M. Sujana et al., 2015). Παρά τις προσπάθειες που καταβάλλονται, εντοπίζονται προβλήματα με την τρέχουσα πρακτική, επειδή οι τεχνικές εκτίμησης και διαχείρισης κινδύνων χρησιμοποιούνται ελάχιστα, συχνά χωρίς εκπαίδευση του συνόλου των εργαζομένων, και αντιμετωπίζονται ως μία γραφειοκρατική συλλογή δεδομένων και όχι για τον εντοπισμό πιθανών προβλημάτων (Card, Ward, & Clarkson, 2012; Illingworth, 2015).

Η εφαρμογή αξιολόγησης κινδύνων επικρίνεται για έλλειψη συνέπειας και διαφάνειας και οι παρεχόμενες οδηγίες αξιολόγησης κινδύνων εντός του οργανισμού συχνά είναι ανεπαρκής (Paine et al., 2018) με αποτέλεσμα να λαμβάνονται αναποτελεσματικές αποφάσεις (M. A. Sujana, Habli, Kelly, Pozzi, & Johnson, 2016).

Καταλήγοντας, ένα μέρος των προβλημάτων πηγάζουν από τα θεμέλια εφαρμογής του μοντέλου αξιολόγησης και διαχείρισης κινδύνων, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου έκφρασης του κινδύνου, του τρόπου ανάλυσής του και του τρόπου χρήσης και αξιολόγησης ως απαραίτητο εργαλείο για την ασφάλεια των ασθενών (Kaya, Ward, & Clarkson, 2019). Ωστόσο, κρίνεται απαραίτητο να σημειωθεί ότι ο εντοπισμός πολλών κινδύνων δεν οδηγεί οπωσδήποτε σε περισσότερο επιτυχημένους τρόπους διαχείρισης, όπως και μια καλή αξιολόγηση κινδύνου δεν οδηγεί πάντα σε ασφαλή τρόπο αντιμετώπισης εάν δεν εφαρμοστούν τα πορίσματα της αξιολόγησης κινδύνου (Kellogg et al., 2017).

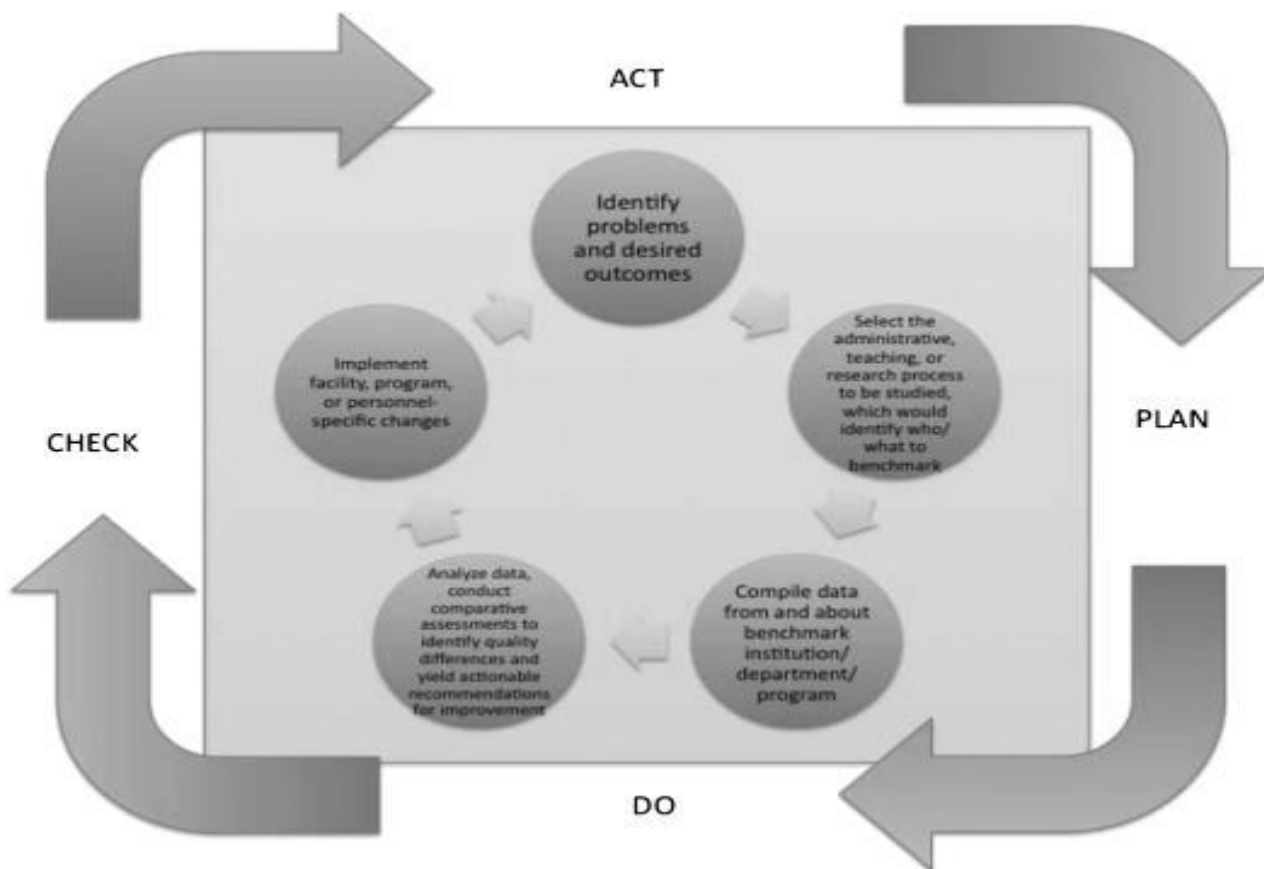
Η μέθοδος της συγκριτικής αξιολόγησης BENCHMARKING

Το σύστημα της συγκριτικής αξιολόγησης στη διοίκηση επιχειρήσεων και οργανισμών, εμφανίστηκε πριν από αρκετές δεκαετίες ως εργαλείο βελτίωσης της απόδοσης και της ποιότητας, συγκρίνοντας τις δράσεις με άλλες επιχειρήσεις, κυρίως ανταγωνιστικές, για την υιοθέτηση καινοτόμων και επιτυχημένων πρακτικών. Αρχικά εφαρμόστηκε στο βιομηχανικό-

παραγωγικό κλάδο και στη συνέχεια επεκτάθηκε στον τομέα των υπηρεσιών, ενώ σχετικά πρόσφατα απαντάται στη παροχή δημόσιων υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένης και την παροχή υγειονομικής φροντίδας. Η τελευταία γενιά ερευνητών εισήγαγε τον όρο Networking benchmarking, θέλοντας να περιγράψει τη διαδικασία απόκτησης γνώσης εντός του οργανισμού ή από τη συνεργασία διαφορετικών οργανισμών με απώτερο σκοπό τη δημιουργία ενός δικτύου, προκειμένου να βρεθούν λύσεις για κοινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν (Hodges, Kelley, & Wilkes, 1996).

Η συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) είναι μια κοινή και αποτελεσματική μέθοδος για τη μέτρηση και την ανάλυση της απόδοσης ενός οργανισμού. Ένας ορισμός, ανάμεσα στους πολλούς που έχουν διατυπωθεί και εμπειρικλείει ευρύ σύνολο διαστάσεων δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αναφέρει ότι είναι «*μια συστηματική, βασισμένη σε δεδομένα διαδικασία συνεχούς βελτίωσης που περιλαμβάνει εσωτερική ή και εξωτερική σύγκριση της απόδοσης για τον εντοπισμό, την επίτευξη και τη διατήρηση της βέλτιστης πρακτικής. Απαιτεί τη μέτρηση και την αξιολόγηση δεδομένων για τον καθορισμό ενός επιπέδου απόδοσης στόχου ή ενός σημείου αναφοράς για την αξιολόγηση της τρέχουσας απόδοσης και τη σύγκριση αυτών των σημείων αναφοράς ή μετρήσεων απόδοσης με παρόμοια δεδομένα που συγκεντρώνονται από άλλους οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένων των εγκαταστάσεων βέλτιστης πρακτικής*» (Leotsakos et al., 2014). Η συγκριτική αξιολόγηση μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας όταν ακολουθηθούν τα επόμενα τέσσερα βήματα που έχουν προταθεί σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα: Plan-Do-Check-Act (Langley et al., 2009).

Figure 5 The Plan DO-Check-ActCycle



Η χρήση του Benchmarking αυξήθηκε στις δομές υγείας εξαιτίας της ανάγκης εντοπισμού, αλλά και για την καλύτερη κατανόηση και αξιολόγηση των διαφορών στις πρακτικές παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης τόσο εντός της ίδιας δομής, όσο και ανάμεσα στις γεωγραφικές περιοχές δραστηριοποίησής τους (Wennberg, 1999). Αυτό γιατί διαπιστώθηκαν μετά από σύγκριση των κλινικών αποτελεσμάτων, αρκετές διαφοροποιήσεις και η συγκριτική αξιολόγηση θα επέτρεπε την άντληση πρακτικών από άλλες δομές που θα βελτίωνε την παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα. Ερευνητές αναφέρουν ότι αν χρησιμοποιηθεί ορθά είναι σε θέση να προσφέρει ένα μηχανισμό, προκειμένου να εντοπιστούν αδικαιολόγητες διαφοροποιήσεις και να μειωθούν οι αποκλίσεις (Nutti & Seghieri, 2014).

Στα νοσοκομεία το Benchmarking ως σύστημα διοίκησης χρησιμοποιείται για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, άρα, μπορεί συμβάλλει στη θετική έκβαση της υγείας των ασθενών, στην αύξηση της αποδοτικότητας και την επαγγελματική ανάπτυξη των απασχολούμενων. Προκειμένου όμως να επιτευχθούν τα ανωτέρω, κρίνεται απαραίτητο η συγκριτική αξιολόγηση να περιλαμβάνει ένα σύνολο προκαθορισμένων βημάτων στρατηγικής. Ο προσδιορισμός των

βέλτιστων επιδόσεων θα πρέπει να γίνεται μετά από ανάλυση συγκεκριμένων δεδομένων σε συνδυασμό με ποιοτική ανάλυση διερεύνησης των παραγόντων. Οι δείκτες απόδοσης που θα προκύψουν μετατρέπουν τις ποιοτικές μεταβλητές σε ποσοτικοποιημένες μετρήσεις παρέχοντας πληροφορίες για πλήθος διαστάσεων και διευκολύνουν τη σύγκριση μεταξύ των προς μελέτη οργανισμών (Dorota, 2016). Επομένως, ανάλογα με το πλαίσιο που διερεύνησης που έχει οριστεί από τη διοίκηση της δομής υγείας, τα αποτελέσματα των δεικτών της συγκριτικής αξιολόγησης μπορούν να απευθυνθούν σε διαφορετικούς χρήστες, από τους ασθενείς, το υγειονομικό προσωπικό, τη διοίκηση του νοσοκομείου, του Υπουργείου υγείας και την κεντρική διοίκηση, δίνοντας τη δυνατότητα για ανάληψη δράσεων και τον καθορισμό της υγειονομικής πολιτικής (Barbazza, Klazinga, & Kringos, 2021).

Επιπροσθέτως, βασικό συστατικό για την επιτυχή εφαρμογή του benchmarking στις δομές υγείας είναι η συνεργασία ανάμεσα στους συμμετέχοντες στη διαδικασία (Nuti & Seghieri, 2014). Ερευνητές έχουν αναφέρει ότι ο συνδυασμός της μέτρησης της απόδοσης με παρεμβάσεις, όπως η συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων και οι συζητήσεις έχουν θετική συσχέτιση με τη μακροχρόνια βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Αν και αυτού του τύπου ανατροφοδότησης των αποτελεσμάτων των δεικτών μέτρησης έχει περισσότερο υποστηρικτικό ρόλο, διότι τα δεδομένα της συγκριτικής αξιολόγησης σε μεγάλο βαθμό χρησιμοποιήθηκαν από τους εργαζόμενους χαμηλά στην πυραμίδα ιεραρχίας όπως και από ιατρικές ενώσεις και ακαδημαϊκούς, εγείρει ερωτήματα σχετικά με την συμμετοχή των υπευθύνων λήψης αποφάσεων υψηλού επιπέδου που χαράζουν και τις στρατηγικές στην υγειονομική περίθαλψη (Piccoliori et al., 2021; Willmington, Belardi, Murante, & Vainieri, 2022a)

Υπάρχουν αρκετοί τύποι συγκριτικής αξιολόγησης που εφαρμόζονται στους οργανισμούς υγείας με επικρατέστερους τους επόμενους τέσσερις που παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Εσωτερική συγκριτική αξιολόγηση

Η πραγματοποίηση της συγκριτικής εσωτερικής αξιολόγησης γίνεται στο εσωτερικό ενός νοσοκομείου μεταξύ τμημάτων ή κλινικών και αυξάνει η χρησιμότητα της στην περίπτωση ύπαρξης παραρτημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαφορετική κτιριακή δομή επομένως οποιαδήποτε συμπεράσματα βγουν, θα οδηγήσουν στην άμβλυνση πιθανόν διαφορών. Η παρακολούθηση συγκεκριμένων δεικτών στο σύνολο του νοσοκομείου ή ανάμεσα στις κλινικές

του, μπορεί να αναδείξει ζητήματα τα οποία χρήζουν αντιμετώπισης και να βοηθηθούν συγκεκριμένα τμήματα ώστε να προβούν στη βελτίωση των διαδικασιών και πρακτικών που εφαρμόζουν. Στη διαδικασία εσωτερικού συγκριτικού ελέγχου, κρίνεται χρήσιμη η εφαρμογή ενός παραμετροποιημένου λογισμικού προγράμματος σύμφωνα με τις ανάγκες του νοσοκομείου, όπου η καταγραφή δεδομένων και η ανάλυση να διευκολύνει τη διοίκηση στην παρακολούθηση σε τακτική βάση, αλλά και στην εξαγωγή μηνιαίων ή τριμηνιαίων αναφορών που επισημαίνουν τα αποτελέσματα. Ένα από τα πλεονεκτήματα εφαρμογής αυτού του συστήματος συγκριτικής αξιολόγησης είναι ότι εφαρμόζεται ανάμεσα σε τμήματα που χρησιμοποιούν κοινό κώδικα επικοινωνίας, ίδια συστήματα και διαθέτουν παρόμοια εργασιακή κουλτούρα (Breiter & Kline, 1995)

Ανταγωνιστική συγκριτική αξιολόγηση

Όταν η σύγκριση μετρήσεων αποδόσεων γίνεται ανάμεσα σε ανταγωνιστές για τη συλλογή πρωτογενών δεδομένων τα οποία μετά την ανάλυσή τους θα βελτιώσουν την παρεχόμενη ποιότητα, αναφερόμαστε στο Competitive Benchmarking. Η επιθυμία των οργανισμών για οργανωσιακές αλλαγές και η προσπάθεια διαμοιρασμού των βέλτιστων πρακτικών ενδέχεται να οδηγήσει στην ανάπτυξη των οργανισμών (Kleiner, 2006).

Σε σχέση με τις νοσοκομειακές δομές, η ανταγωνιστική συγκριτική αξιολόγηση μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με νοσοκομεία της ίδιας γεωγραφικής περιοχής για να κριθεί η ανταγωνιστικότητα, είτε με νοσοκομεία και κλινικές που δραστηριοποιούνται σε διαφορετική γεωγραφική τοποθεσία και απευθύνονται σε διαφορετικό πληθυσμό με τις όποιες ιδιαιτερότητες αυτά φέρουν. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από αυτή τη διαδικασία μπορούν να αξιοποιηθούν ώστε να αντληθεί περαιτέρω γνώση και να βελτιωθούν οι ελλειμματικές πρακτικές που εντοπίζονται εντός του νοσοκομείου. Ερευνητές επισημαίνουν ότι η προσοχή των οργανισμών θα πρέπει να επικεντρώνεται στα στοιχεία που κάνουν έναν ανταγωνιστή να λειτουργεί υποδειγματικά και όχι στον τρόπο που οδηγεί στην αύξηση της αποδοτικότητας του (Asrofah, Zailani, & Fernando, 2010)

Λειτουργική συγκριτική αξιολόγηση (Functional Benchmarking)

Το Functional Benchmarking είναι η διαδικασία κατά την οποία πραγματοποιείται σύγκριση ενός οργανισμού σε ομάδες-κατηγορίες πρακτικών ανάμεσα σε ένα νοσοκομείο και σε οργανισμούς όπως στον τομέα της εκπαίδευσης, της τεχνολογίας, της μεταποίησης κ.α με

σκοπό την εξερεύνηση εναλλακτικών πεδίων για την αποκόμιση πληροφοριών και ίσως στην συνέχεια την εφαρμογή τους που σχετίζονται με τις στρατηγικές που εφαρμόζονται (Breiter & Kline, 1995). Ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα της λειτουργικής συγκριτικής αξιολόγησης είναι ότι επιτρέπει τη πρόσβαση σε ένα ευρύτερο φάσμα καινοτόμων και δημιουργικών ιδεών από διάφορες πηγές, αντί της άντλησης στοιχείων από τον ίδιο κλάδο. Επεκτείνοντας την γνώση έξω από τον τομέα εργασιών ενός οργανισμού, αυξάνεται η πιθανότητα να ανακαλυφθούν νέοι τρόποι επίλυσης προβλημάτων και να ξεπεραστούν εμπόδια. Η λειτουργική συγκριτική αξιολόγηση μπορεί επίσης να βοηθήσει ώστε να αποκτηθεί από έναν οργανισμό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα διαφοροποιώντας τον από τους ανταγωνιστές και να προωθηθεί μια κουλτούρα μάθησης και βελτίωσης επιδιώκοντας καλύτερους επιδόσεις. Για παράδειγμα μία δομή παροχής υπηρεσιών υγείας θα μπορούσε να επωφεληθεί από την εκμάθηση συστημάτων προστασίας ευαίσθητων προσωπικών και ιατρικών δεδομένων από μια άλλη επιχείρηση που δραστηριοποιείται στον κλάδο της ψηφιακής τεχνολογίας.

Γενική συγκριτική αξιολόγηση (Generic Benchmarking)

Όπως και η λειτουργική συγκριτική αξιολόγηση, έτσι και η γενική απαιτεί εξωστρέφεια ώστε οι διοικήσεις των νοσοκομείων να εξετάζουν την απόδοση άλλων κλάδων και να ενσωματώνουν στρατηγικές που θα τις καθιστούν αποτελεσματικές. Επομένως, η γενική συγκριτική αξιολόγηση χρησιμοποιείται για να εισαγάγει μια νέα σκέψη και προοπτική ώστε να είναι εφικτή η πρόκληση αλλαγής σε έναν οργανισμό. (Benson, 1994). Για παράδειγμα μπορούν να αντληθούν πληροφορίες από τη δομή υγείας αναφορικά με τα σχόλια των ασθενών και συνοδών τους για την εξυπηρέτηση που έλαβαν με το σύστημα ανατροφοδότησης σχολίων των πελατών μιας αλυσίδας καταστημάτων εστίασης. Κάτι αντίστοιχο θα μπορούσε να αξιολογηθεί ανάμεσα σε διαφορετικούς οργανισμούς σε σχέση με τα συστήματα προγραμματισμού των ραντεβού. Αν και θεωρείται αυτού του τύπου η συγκριτική αξιολόγηση εύκολα εφαρμόσιμη διότι οι συγκρινόμενες επιχειρήσεις είναι απαλλαγμένες από τον ανταγωνισμό, εφόσον δραστηριοποιούνται σε διαφορετικούς κλάδους, τα όποια αποτελέσματα διεξαχθούν είναι ιδιαιτέρως χρονοβόρα και απαιτούν υψηλή επεξεργασία πριν τη χρήση τους. Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται οι κυριότερες διαστάσεις του benchmarking σύμφωνα με τους ερευνητές:

Figure 6 Benchmarking Typologies

Table 1. Benchmarking Typologies³⁻¹³

Study	Typology	Definitions
Camp (1995) ³	<i>Internal, competitive, functional, and generic benchmarking</i>	<i>Internal</i> : comparison among similar operations within one's own organization; <i>Competitive</i> : comparison to the best of the direct competitors; <i>Functional</i> : comparison of methods to companies with similar processes in the same function outside one's industry; <i>Generic</i> : comparison of work processes to others who have innovative, exemplar work processes. (Adapted from Camp 1995 ³) Gilson et al (2001) ⁴ and Peters and Waterman (1982) ⁵ offer examples of generic benchmarking.
Trosa and Williams (1996) ⁶	<i>Results benchmarking and process benchmarking</i>	<i>Results benchmarking</i> is concerned (merely) with the comparative data generated by benchmarking. <i>Process benchmarking</i> considers how results were achieved, so that the performance gaps identified in the results can be closed by investigating and learning from others' practices.
Bowerman et al (2002) ⁷	<i>Voluntary or compulsory</i>	Considers the differences between public and private sector benchmarking and classifies public sector benchmarking in terms of whether it was <i>voluntary</i> or <i>compulsory</i> .
Elnathan et al (1996) ⁸	<i>Unilateral and cooperative</i>	Elnathan et al (1996) ⁸ distinguish in particular between unilateral (often covert and independent) and cooperative approaches (where information is voluntarily shared among participants). The latter includes <i>group</i> , <i>indirect/third party</i> , and <i>database</i> forms.
Schofield (1998) ⁹	<i>Implicit benchmarking and explicit benchmarking</i>	Schofield (1998) ⁹ distinguishes between <i>implicit</i> benchmarking (a by-product of information-gathering exercises such as a survey undertaken by a national agency) and <i>explicit</i> benchmarking (a deliberate and structured process to facilitate comparison and identify directions for change that will lead to improvement).
Jackson and Lund (2000) ¹⁰	<i>Implicit benchmarking and explicit benchmarking</i>	Jackson and Lund (2000) ¹⁰ also use this typology in their discussion of the emergence of benchmarking in higher education focusing on the information-gathering roles of participants.
Murdoch (1997) ¹¹	<i>Lateral benchmarking</i>	Another term used to describe <i>generic</i> benchmarking.
Chartered Institute of Public Finance and Accountability (CIPFA) (1996), ¹² Watson (1993) ¹³	<i>International or global benchmarking</i>	The comparison with exemplary performance by organizations overseas; can be competitive, functional, or generic.

Adapted with permission from John Wiley and Sons, Hoboken, NJ. Francis G, Holloway J. What have we learned? Themes from the literature on best-practice benchmarking. *Int J Manag Rev.* 2007;(3):171-189.

OEllis(2000,2006) επικεντρώθηκε στην έρευνα του Benchmarking στην υγειονομική περίθαλψη και πρότεινε την ακόλουθη θεματική κατηγοριοποίηση ως πλέον κατάλληλη για εφαρμογή στα νοσοκομεία:

Το *Performance Benchmarking* αναφέρεται στη διαδικασία σύγκρισης που λαμβάνει χώρα ανάμεσα στα επίπεδα λειτουργίας μια μονάδας υγείας, με στόχο την επισήμανση κενών επί των δραστηριοτήτων που καλείται να επιτελέσει.

Το *Process Benchmarking* επικεντρώνεται στην αναγνώριση και εντοπισμό των βασικών αιτιών που οδηγούν σε χαμηλό επίπεδο αποδοτικότητας του υγειονομικού φορέα.

Το *Patient Experience Benchmarking* περιγράφει τις προσδοκίες των ληπτών υπηρεσιών υγείας και το βαθμό ικανοποίησης που λαμβάνουν από την υγειονομική φροντίδα που τους παρέχεται.

Το *Competitive Benchmarking* χρησιμοποιεί δείκτες μέτρησης αποδοτικότητας μιας δομής υγείας για σύγκριση με τους άμεσα ανταγωνιστές της και την εξαγωγή συμπερασμάτων.

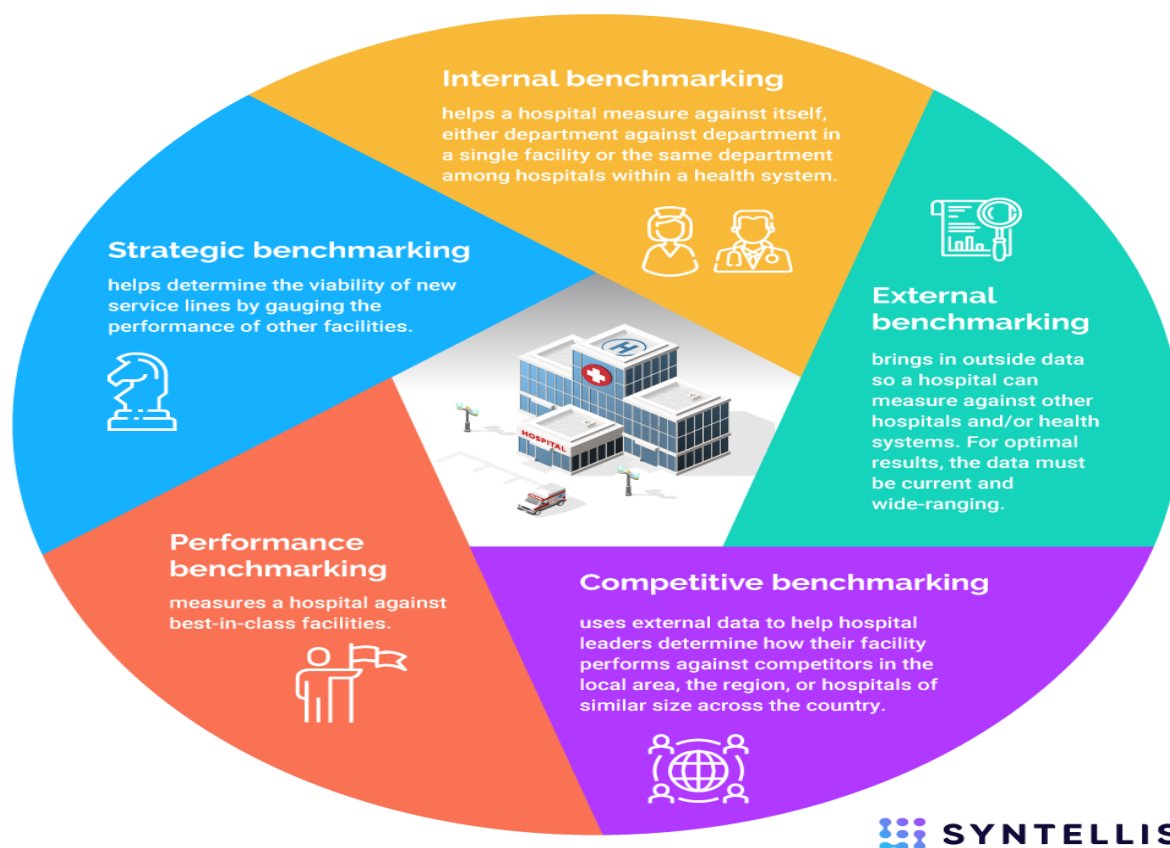
Το *Comparative Benchmarking* αναφέρεται στην διαδικασία κατά την οποία συγκρίνονται λειτουργικές διαδικασίες μιας υγειονομικής δομής με αντίστοιχες διαφορετικών οργανισμών.

Το *Collaborative Benchmarking* στοχεύει στην επικοινωνία και διαμοιρασμό της αποκτειθείσας γνώσης από την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών με τη πεποίθηση ότι θα εφαρμοστούν από άλλα μέρη εντός της υγειονομικής μονάδας

Τέλος, το *Clinical Practice Benchmarking* είναι η πιο συχνά εφαρμοζόμενη συγκριτική αξιολόγηση κλινικών αποτελεσμάτων εντός των δομών υγείας, με στόχο την ανεύρεση των βέλτιστων πρακτικών φροντίδας. Η παροχή πληροφοριών και η εύκολη παραχώρηση δεδομένων από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών βοηθά τις συνεχείς μετρήσεις και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνη με τα διεθνή πρότυπα (Ellis, 2000, 2006; Ellis, Cooper, Davies, & Hadfield, 2000). Ακολουθούν γραφικά οι τύποι του benchmarking στην υγεία

Figure 7 Types of Benchmarking in Healthcare

Types of Benchmarking in Healthcare



Κριτική του Benchmarking

Όπως σε κάθε νέα ιδέα που υιοθετείται ως σύστημα διοίκησης, έτσι και σε σχέση με το μοντέλο συγκριτικής αξιολόγησης Benchmarking οι ερευνητές εκφράζονται θετικά αλλά και αρνητικά ως προς αυτό, κυρίως σε σχέση με τα κριτήρια και τους δείκτες που αποφασίζονται να τεθούν σε σύγκριση.

Έντονη κριτική έχει ασκηθεί στο συγκεκριμένο μοντέλο γιατί αρκετά συχνά οι διοικήσεις των οργανισμών χρησιμοποιούν τη συγκριτική αξιολόγηση ως τρόπο καθορισμού στόχων, κάτι το οποίο αποτελεί λανθασμένη βάση ανάπτυξης του μοντέλου. Επίσης, στις επικρίσεις προστίθενται ότι η εφαρμογή του benchmarking οδηγεί τους οργανισμούς στην απόλυτη αντιγραφή πετυχημένων λειτουργιών και πρακτικών από άλλες δομές, χωρίς την απαραίτητη επεξεργασία και προσαρμογή στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες του οργανισμού. Ως επακόλουθο αυτού είναι η μη ανάπτυξη ή ο περιορισμένος αριθμός καινοτόμων ιδεών από την

ηγεσία, ο περιορισμός της δημιουργικότητας, της διορατικότητας και της πρωτοτυπίας. Στην ίδια κατεύθυνση και κυρίως εφαρμόζοντας την ανταγωνιστική συγκριτική αξιολόγηση, οργανισμοί έχουν κατηγορηθεί για προσπάθεια «κατασκοπείας» στρατηγικών από ανταγωνιστές προκειμένου να αναπτυχθούν στηριζόμενοι σε επιτυχημένες πρακτικές (Boxwell, 1994).

Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι ηγέτες και διοικήσεις συνήθως αποφασίζουν να εφαρμόσουν τις τεχνικές του benchmarking, όταν εντοπίσουν σοβαρές ελλείψεις αποτελεσματικότητας ή αποδοτικότητας και όχι νωρίτερα, προσπαθώντας να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που έχουν ανακύψει (Harper, 1996). Ειδικότερα στις δομές υγείας ως συνηθέστερα προβλήματα σε σχέση με την εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης αναφέρονται οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, η έλλειψη εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού να παρακολουθήσει τη διαδικασία, η ανεπάρκεια κατάλληλων ικανοτήτων από τη διοίκηση και η δυσκολία κατανόησης των επιχειρηματικών διαδικασιών (Ellis, 1996).

Από την άλλη πλευρά, όπως έχει ήδη αναφερθεί η συμβολή της συγκριτικής αξιολόγησης για την βελτίωση της απόδοσης οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας έχει επιβεβαιωθεί βιβλιογραφικά (Willmington, Belardi, Murante, & Vainieri, 2022b). Επιπλέον, η εφαρμογή της υποστηρίζει την εξαγωγή αποφάσεων που βασίζονται στη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση των δραστηριοτήτων και της ανάπτυξης των δομών υγείας. Παράλληλα καθιστά δυνατή τη σύγκριση παραγόντων και δεικτών αναφορικά με το κόστος, την ποιότητα, την παραγωγικότητα και την αξιοποίηση των περιορισμένων υγειονομικών και λοιπών πόρων (Ettorchi-Tardy, Levif, & Michel, 2012). Το γεγονός ότι η συγκριτική αξιολόγηση της απόδοσης συχνά στηρίζεται σε ένα λογικό μοντέλο, με επιλεγμένους δείκτες που βασίζονται και περιγράφουν τη δομή ενός οργανισμού και τις διαδικασίες που ακολουθούνται, αυξάνει την πιθανότητα να διεξαχθούν εν τέλει ασφαλή συμπεράσματα (Hibbert et al., 2020)

Η κατανόηση του τρόπου που δραστηριοποιούνται οι δομές υγείας και επιφέρουν υψηλές επιδόσεις, διευκολύνει η διαδικασία της μάθησης, διαμοιρασμού των πληροφοριών και οδηγεί στην βελτίωση των πρακτικών, κλινικών και άλλων, και όχι απλώς τη βελτίωση των αριθμών (Ivers et al., 2012).

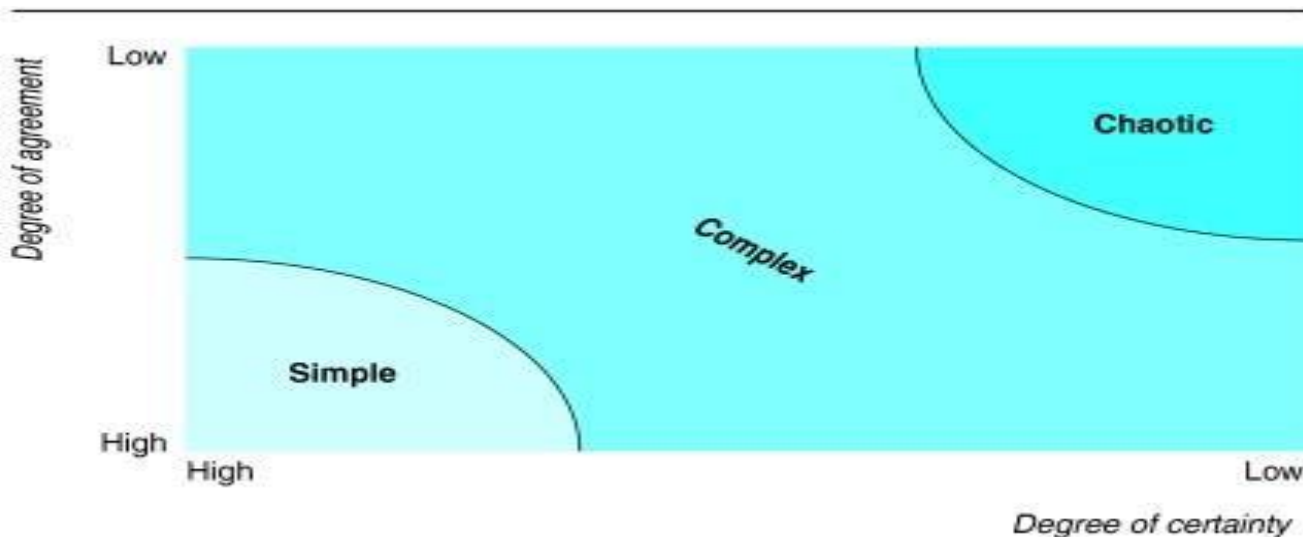
Εφαρμογή της επιστήμης της πολυπλοκότητας (Complexity Science) στη διαχείριση νοσοκομείων

Συχνά στην επιστημονική βιβλιογραφία ο όρος πολυπλοκότητα χρησιμοποιείται για να ορίσει εργασίες ή συστήματα στα οποία εμπλέκονται επιμέρους δράσεις και σύνολα, που χαρακτηρίζονται ως πολύπλοκα και δυσεπίλυτα, δηλαδή όχι απλά και μονοδιάστατα. Όπως επισημαίνει ο Gell-Mann (2002), *«είναι απαραίτητη μια ποικιλία διαφορετικών μέτρων προκειμένου να συλλάβουμε όλες τις διαισθητικές μας ιδέες σχετικά με το τι σημαίνει πολυπλοκότητα, όπως και για το αντίθετό της την απλότητα»*. Για το λόγο αυτοί ορισμοί που έχουν δοθεί προκειμένου να περιγράψουν την έννοια και την εφαρμογή της πολυπλοκότητας αρκετά συχνά είναι διαφορετικοί, άμεσα εξαρτώμενοι από το πλαίσιο διερεύνησης και υποκειμενικοί(Gell-Mann, 2002).

Η επιστήμη της πολυπλοκότητας είναι η διεπιστημονική μελέτη πολύπλοκων συστημάτων που χαρακτηρίζονται από αλληλοεπιδρώντες παράγοντες και συνιστώσες και ταυτοχρόνως αλληλεξαρτώμενους, ετερογενείς και δυναμικούς εντός ενός πλαισίου αναφοράς. Κύριο στοιχείο της πολυπλοκότητας είναι η αλληλοσυσχέτιση των δομικών στοιχείων ενός συστήματος η οποία αυξάνεται από τον αριθμό των συστατικών του, τον αριθμό των σχέσεων που αναπτύσσονται εντός του και τη μοναδικότητα των σχέσεων αυτών(Kiviliene & Blazeviciene, 2019).

Το ενδιαφέρον της επιστήμης της πολυπλοκότητας εστιάζεται αναφορικά με το πώς τα σύνθετα συστήματα μεταβάλλονται με τη πάροδο του χρόνου ή αν τελικά προσαρμόζονται στις εξωτερικές αλλαγές που συντελούνται. Στην πάροδο των ετών, η επιστήμη της πολυπλοκότητας θεωρεί ότι το εξωτερικό περιβάλλον ενός οργανισμού που μελετάται είναι αλληλένδετο και κατά μια έννοια συν εξελίσσεται με τον οργανισμό, ακόμη και αν το περιβάλλον είναι εξαιρετικά απρόβλεπτο και ασταθές(Begun & Jiang, 2004).Επομένως, καθώς τα συστήματα τείνουν να γίνονται πολύπλοκα, εμφανίζουν μειωμένη γραμμική συμπεριφορά. Αυτού του είδους η γραμμικότητα συνδέεται με προβλεψιμότητα και μια αναλογικότητα των συμπεριφορών στις προκλήσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος και υπό αυτή την έννοια τα πολύπλοκα συστήματα είναι λιγότερο προβλέψιμα. Στο σχεδιάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζεται η πολυπλοκότητα αυτών των συστημάτων.

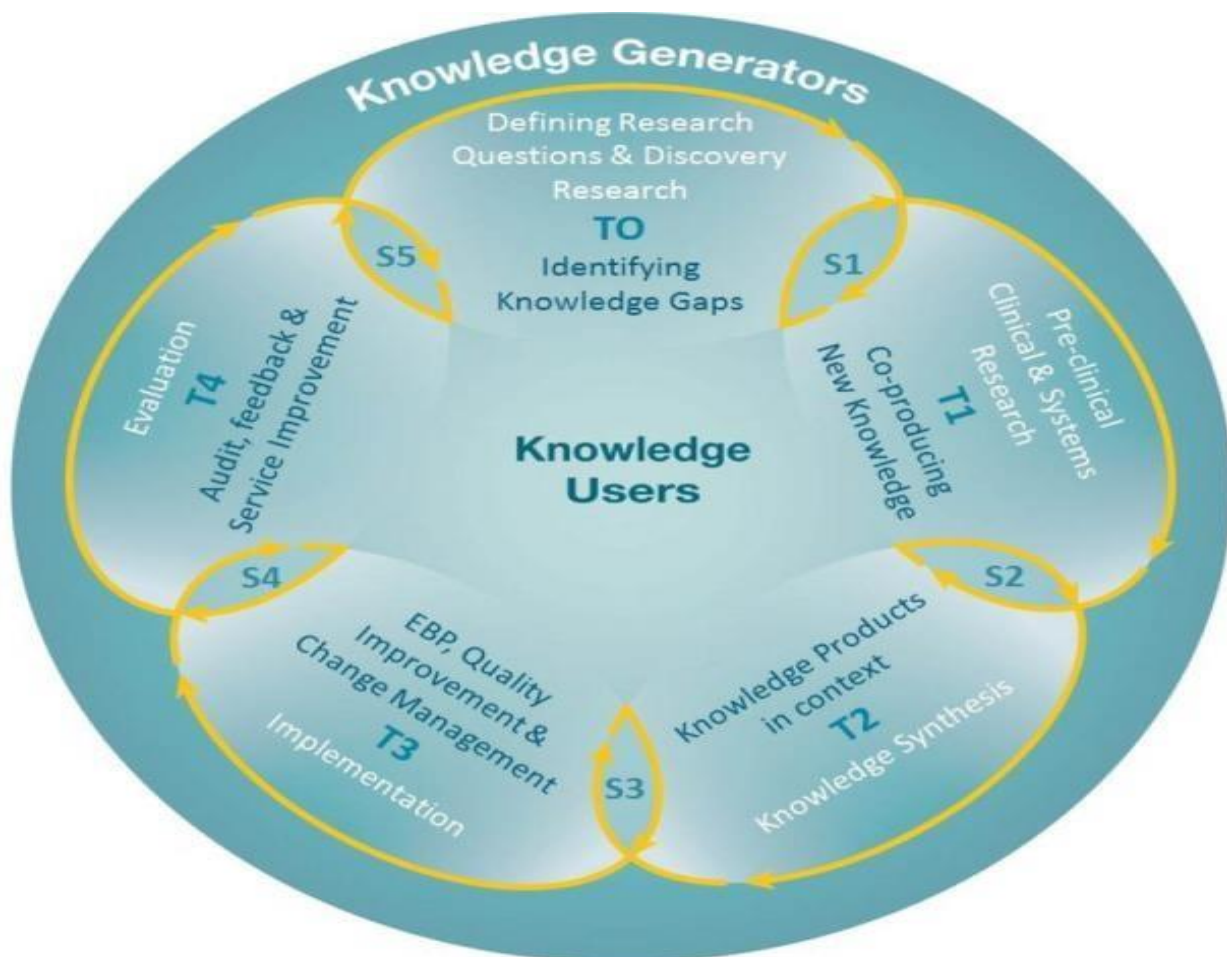
Figure 8 The certainly-agreement diagram (based on Stacey, 2007)



Αν και τα σύνθετα συστήματα εμφανίζουν διαφορές ανάλογα με τις διαστάσεις και τις παραμέτρους που προσεγγίζει ο ερευνητής, στην ουσία δεν μεταβάλλεται η πολυπλοκότητά τους καθώς αυτή είναι εγγενής και ορίζεται από τις συσχετίσεις όλων των συστατικών τους, ανεξάρτητα αν αυτές στο σύνολό τους εξετάζονται ή όχι (Prye, Mertens, Helewaut, & Krystallidou, 2018). Η βασική ιδέα είναι ότι τα συστήματα πρέπει να εξετάζονται και να γίνονται κατανοητά ολιστικά και δεν είναι δυνατόν να εξηγηθούν μελετώντας τα δομικά στοιχεία τους μεμονωμένα όπως κάνουν συνήθως οι αναγωγικές μέθοδοι. Η επιστήμη της πολυπλοκότητας σχετίζεται με πλήθος επιστημονικών κλάδων και αποτελεί ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο εννοιών, θεωρητικών περιγραφών, μαθηματικών μοντέλων και πρακτικών εργαλείων για εφαρμογή στην έρευνα και στη διαχείριση (Sturmberg & Martin, 2013).

Σε πρόσφατη μελέτη οι Kitson κ.α, διερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στη μεταφορά γνώσης και την κατανόηση των πολύπλοκων συστημάτων υποστηρίζοντας ότι η αλλαγή του τρόπου επικοινωνίας θα μπορούσε να ενισχύσει σημαντικά τη μεταφορά γνώσης σε εκείνα τα συστήματα που χρειάζεται να την αναπτύξουν και να τη χρησιμοποιούσαν βελτιώνοντας τις συνήθεις πρακτικές. Τόνισαν ότι η μεταφορά γνώσης είναι από μόνη της ένα πολύπλοκο δίκτυο και αποτελείται από πέντε επιμέρους αλληλοεξαρτώμενα υποσυστήματα βασικών διεργασιών. Την αναγνώριση του προβλήματος, τη δημιουργία γνώσης, τη σύνθεση γνώσης, την υλοποίηση και την αξιολόγηση που συνδέονται και αλληλεπιδρούν με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές επηρεάζοντας πολλαπλούς τομείς και παρουσιάζονται στο επόμενο σχεδιάγραμμα (Kitson et al., 2018)

Figure 9 Initial Conceptualisation of Knowledge Translation Incorporating Gaps and " Synapses of Interaction and Connectivity"



Η εφαρμογή της επιστήμης της πολυπλοκότητας στην υγεία

Η επιστήμη της πολυπλοκότητας αποτελεί μια νέα προοπτική για την κατανόηση των οργανωτικών ιδιοτεροτήτων των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, καθότι η ιατρική επιστήμη αποτελείται από πολύπλοκα συστήματα αρχής γενομένης από τη μοριακή βιολογία μέχρι την οργάνωση και οικονομική αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Μία νοσοκομειακή δομή απασχολεί μεγάλο αριθμό εργαζομένων διαφορετικών ειδικοτήτων, πλήθος ασθενών σε καθημερινή βάση, όπως και τους συνοδούς αυτών, οι οποίοι αλληλεπιδρούν και συνεργάζονται ουσιαστικά ή τυπικά. Η επιστήμη της πολυπλοκότητας μπορεί να συστηματοποιήσει τη γνώση, τη διαχείριση και την οργανωτική θεωρία και να συμβάλει στη βελτίωση παροχής υγειονομικής φροντίδας και τη διαχείριση συγκρούσεων εντός του νοσοκομείου (Antonsen, 2019).

Επίσης η θεωρία της πολυπλοκότητας χρησιμοποιείται σε διαφορετικές πτυχές στον κλάδο της

υγειονομικής περίθαλψης όπως της διαχείρισης, της αδιάλειπτης αποτελεσματικής φροντίδας και στη λήψη αποφάσεων. Σε αυτή τη μέθοδο έχει στηρίξει την ανάλυσή του για το σύνολο του συστήματος υγείας των ΗΠΑ ο Bar-Yam (2006), επικεντρώνοντας τη μελέτη του στους σύνθετους οργανισμούς, όπως αυτοί της υγείας, οι οποίοι διακρίνονται από τα προκαθορισμένα, πολύπλοκα, πολυάριθμα και διαφορετικά εργασιακά καθήκοντα που εκτελούνται από μεμονωμένα άτομα (Bar-Yam, 2006).

Ομάδες ερευνητών τις δύο τελευταίες δεκαετίες προωθούν τη χρήση της θεωρίας της πολυπλοκότητας προκειμένου να περιγράψουν και να αναλύσουν διάφορες διαστάσεις των νοσοκομειακών δομών (Greenhalgh & Papoutsis, 2018; Hawe, 2015). Από την άλλη πλευρά και οι κεντρικές κυβερνήσεις, υπό την πίεση των περιορισμένων υγειονομικών πόρων και των συνεχών πιέσεων για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, αναγνωρίζουν την ανάγκη να απομακρυνθούν από τις πεπατημένες πολιτικές υγείας, αν και διαπιστώνονται γνωστικά όσο και εμπειρικά κενά, να επιχειρούν την κατανόηση των πολύπλοκων συστημάτων που εμπλέκονται στις δομές υγείας και να αξιολογούν το εξωτερικό περιβάλλον ως παράγοντα που επηρεάζει την συνολική λειτουργία του νοσοκομείου (Cunningham, Ranmuthugala, Westbrook, & Braithwaite, 2019). Προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτή η κλιμακούμενη πολυπλοκότητα, καλό θα ήταν να εγκαταλειφθούν τα γραμμικά μοντέλα και να αποδεχτούν οι διοικούντες οργανισμών το απρόβλεπτο και να καλλιεργηθεί η αυτονομία και η δημιουργικότητα ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν με ευελιξία στις αναδυόμενες προκλήσεις και ευκαιρίες (Plsek & Greenhalgh, 2001).

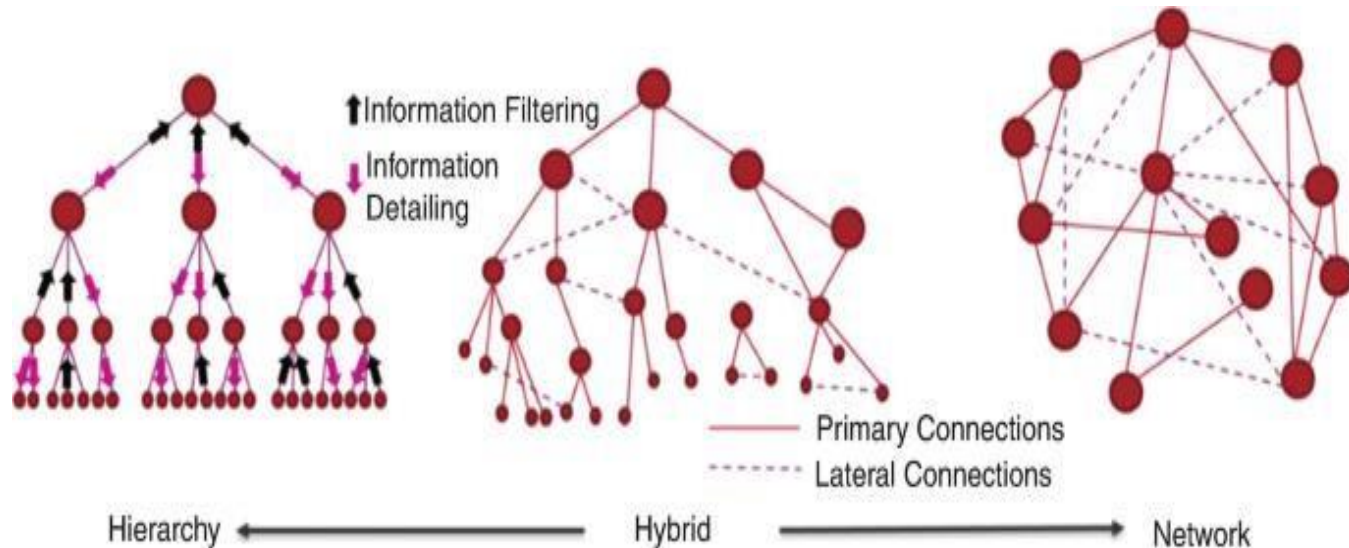
Οι συσχετίσεις που προκύπτουν μεταξύ των προς μελέτη μεταβλητών στα πολύπλοκα συστήματα του υγειονομικού κλάδου, είναι δυναμικές και οι επιμέρους μεταβλητές αλληλεπιδρούν με διάφορους τρόπους, αναδύοντας προκλήσεις για την κατανόηση του τρόπου που αυτά αναπτύσσονται. Σε συνέχεια αυτού, η αξιολόγηση αυτών των συστημάτων σε σχέση με την απόδοσή τους, τη βελτίωση της ροής των οργανωτικών διαδικασιών, τη μέτρηση των αποτελεσμάτων και τον σχεδιασμό των απαραίτητων παρεμβάσεων, έγκειται στην πρόθεση των διοικήσεων των νοσοκομειακών δομών για την κατάκτηση γνώσης και εφαρμογής της θεωρίας της πολυπλοκότητας (Braithwaite et al., 2021).

Σε αυτό το πλαίσιο οι διοικήσεις των νοσοκομείων θα πρέπει να προσμετρούν ότι η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας λαμβάνει και καλείται να διαχειριστεί ορθά ένα τεράστιο

όγκο πολυποίκιλων πληροφοριών και η ανάλυση αυτής της πολυπλοκότητας αποτελεί ένα κεντρικό μέλημα, όπως και η προσβασιμότητα στις πληροφορίες, διασφαλίζοντας το απόρρητο των δεδομένων αλλά και της ζωτικής σημασίας σπουδαιότητας πρόσβασης σε αυτά τα δεδομένα του υγειονομικού προσωπικού προκειμένου να επιτευχθεί ολοκληρωμένη και υψηλού επιπέδου περίθαλψη των ασθενών (Borghmans, Fernandes, & Newnham, 2021).

Από την άλλη πλευρά, κανένα μεμονωμένο άτομο δεν είναι σε θέση να κατανοήσει σε βάθος το πολύπλοκο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης ή να επηρεάσει το σύνολο των εμπλεκόμενων υποσυστημάτων και μεταβλητών. Συνεπάγεται επομένως ότι η αυστηρή, έως τώρα γνωστή, ιεραρχική διοίκηση σε δομές υγείας ακριβώς επειδή στηρίζεται στην υποτιθέμενη ικανότητα ενός ατόμου (διοικητή) ή μιας ομάδας στελεχών (διοικητικό συμβούλιο), στην πραγματικότητα δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν το σύνολο των πολύπλοκων διεργασιών εντός της δομής (Braithwaite, Runciman, & Merry, 2009). Η εφαρμογή των εναλλακτικών μοντέλων διαχείρισης με βάση την πολυπλοκότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, επικεντρώνονται σε μηχανισμούς και στρατηγικές όπως αυτές της κατανεμημένης ηγεσίας, της αποκεντρωμένης ευθύνης, της εφαρμογής συνολικών πρακτικών, της οικοδόμησης συνεργατικών σχέσεων και την αλληλένδετη επιρροή. Αυτά τα μοντέλα αυξάνουν την πιθανότητα για την καλύτερη διαχείριση των σύνθετων περιβαλλόντων ακριβώς επειδή οι πληροφορίες και ο έλεγχος διαχέονται και επιμερίζονται (Greenfield, Braithwaite, Pawsey, Johnson, & Robinson, 2009). Αυτά που μόλις αναφέρθηκαν, παρουσιάζονται στο γράφημα που ακολουθεί

Figure 10 Three types of organisational structures. Complexity rising: From human beings to human civilisation a complexity profile.(reproduced from Yaneer Bar-Yam, 2002)



Ερευνητές υποστηρίζουν ότι η εφαρμογή των αρχών των συστημάτων και της επιστήμης της πολυπλοκότητας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, προσφέρει τη δυνατότητα μείωσης τους κόστους και βελτίωσης των αποτελεσμάτων των ασθενών (Ramshaw, 2020). Επίσης, η εφαρμογή της μελέτης της πολυπλοκότητας στη βιοϊατρική μπορεί να προσφέρει νέες ευκαιρίες εκμάθησης για τα φύση του ανθρώπινου οργανισμού και να οδηγήσει στην εξέλιξη καινοτόμων προσεγγίσεων για τη βελτίωση της ποιότητας αλλά και της ασφάλειας στην υγειονομική φροντίδα (Peters, 2014).

Η σύγχρονη επιστήμη της πολυπλοκότητας δίνει έμφαση σε πρακτικούς τομείς, στα μαθηματικά μοντέλα και την κλινική συνάφεια που με σωστό συνδυασμό μπορεί να αποτελέσει μια θεμελιώδη νέα φιλοσοφία και εργαλείο για τη διαχείριση δομών υγείας, την έρευνα και την καθημερινές κλινικές πρακτικές. Φωτίζονται, μπορούν να αξιολογηθούν και να γίνουν οι απαραίτητες διαρθρωτικές αλλαγές στην ανάπτυξη και κλινική εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών στη φροντίδα των ασθενών, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από πολλαπλές κλινικές και κοινωνικο-συναισθηματικές ανάγκες ενώ παράλληλα επιτυγχάνεται ο συντονισμός των αναπτυξιακών πρωτοβουλιών από τους εμπλεκόμενους εντός της νοσοκομειακής δομής (Plsek & Greenhalgh, 2001).

Για το λόγο αυτό, τα σύνθετα προσαρμοστικά συστήματα πρέπει να διαθέτουν ικανότητα προσαρμογής στις περιβαλλοντικές αλλαγές (Begun & Thygeson, 2015). Αυτό αποδεικνύεται, σύμφωνα με μελέτες, κατά τη διάρκεια της κρίσης του covid-19 όπου οι νοσοκομειακές δομές

οι οποίες έδωσαν έμφαση στην επικοινωνία, τη σύνδεση και την καινοτομία, αντιμετώπισαν περισσότερο αποτελεσματικά τις προκλήσεις, όπως τη διαχείριση αυξημένου όγκου ασθενών, τις περιορισμένες κτιριακές δομές κ.α. και προέβηκαν στον επανασχεδιασμό μοντέλων φροντίδας, στην αναδιάταξη του ανθρώπινου δυναμικού και την αντιμετώπιση των οικονομικών ζημιών (Begun & Jiang, 2020).

Μελετώντας τη σχετική βιβλιογραφία, παρατηρείται ότι αν και υπάρχουν αρκετές σχετικές μελέτες για την εφαρμογή της θεωρίας της πολυπλοκότητας στον τομέα της υγείας, έχει εφαρμοστεί λιγότερο μεθοδικά σε σχέση με άλλους επιστημονικούς κλάδους (Tuffin, 2016). Έως σήμερα η εφαρμογή της σχετίζεται σε μη κλινικές εφαρμογές και επικεντρώνεται κυρίως στις κοινωνικές και οργανωτικές πτυχές των δομών και δικτύων υγειονομικής περίθαλψης και στην καθοδήγηση (Zhou et al., 2020).

Κριτική της επιστήμης της πολυπλοκότητας στη διαχείριση νοσοκομείων

Η εφαρμογή της επιστήμης της πολυπλοκότητας στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να λειτουργήσει και να φέρει τα μέγιστα επιθυμητά αποτελέσματα, όσο η διοίκηση και η ηγεσία αντιμετωπίζονται και παραμένουν περισσότερο ως τέχνη, παρά ως επιστήμη που εισαγάγει την καινοτομία, την επικοινωνία και τη συνεργασία που είναι χαρακτηριστικά της πολυπλοκότητας. Ο καθορισμός της μακροπρόθεσμης στρατηγικής και των γενικών προτεραιοτήτων, του οικονομικού πλαισίου ένταξης των δράσεων και των βασικών αξιών θα πρέπει να είναι συγκεντρωτικοί και αυτό γιατί η επιστήμη της πολυπλοκότητας δεν μπορεί να δώσει το σύνολο των απαντήσεων για την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα ενός νοσοκομείου. Μπορεί όμως να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για το πως μπορούν να οργανωθούν καλύτερα οι υπηρεσίες υγείας (Antonsen, 2019)

Στην διοίκηση υγειονομικών δομών πολλές οργανωτικές διαδικασίες έχει φανεί ότι επωφελούνται από την τυποποίηση, τον έλεγχο και τον περιορισμό των διαφοροποιήσεων (Toussaint, Griffith, & Shortell, 2020). Ωστόσο, η ανάγκη για καινοτομία αποτελεί επιτακτική ανάγκη στο ρευστό υγειονομικό πλαίσιο, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση διαχείρισης μιας πανδημίας όπως η πρόσφατη, και η υιοθέτηση μιας νέας κουλτούρας που προτρέπει την δοκιμή καινούργιων στρατηγικών, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης ανοχής για δημιουργικές λύσεις, οι οποίες μπορεί να μην είναι δοκιμασμένες και να είναι ατελείς (Ryu, Russell, & Shrank, 2020). Επομένως, στις δομές υγείας προκειμένου να υπάρχει ισορροπία θα

πρέπει να υπάρχει τόσο η αποτελεσματική εκτέλεση διαδικασιών, όσο και η καινοτομία.

Μια άλλη διάσταση αναφορικά με τη χρήση της πολυπλοκότητας στην υγεία, με αρνητική χροιά είναι ότι η συγκεκριμένη επιστήμη προσθέτει μια πραγματική, πολυδιάστατη εκτίμηση του συστήματος, της πυκνότητας και της δυναμικής του, με τη χρήση μαθηματικών μοντέλων, για την επίλυση ζητημάτων συστημάτων υγείας, τα οποία δεν μπορούν να περιγράψουν τις ιδιαιτερότητες της υγειονομικής φροντίδας (Braithwaite et al., 2018).

Κεφάλαιο 5: Συζήτηση, συμπεράσματα, προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Συζήτηση

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναπτύχθηκαν τέσσερις τάσεις-εργαλεία του σύγχρονου management και η εφαρμογή τους στη διαχείριση των νοσοκομείων, παρουσιάζοντας παράλληλα και μια κριτική αξιολόγηση των έως τώρα αποτελεσμάτων τους όπως και τις πιθανές αδυναμίες τους. Γνωρίζοντας εκ προοιμίου τις ιδιαιτερότητες διαχείρισης των νοσοκομειακών δομών και την αναγκαιότητα να αξιοποιήσουν όσο το δυνατό ορθότερα τους περιορισμένους πόρους απέναντι στις συνεχώς αυξανόμενες υγειονομικές ανάγκες, με την ταυτόχρονη συγκράτηση του κόστους, κατανοούμε ότι νοσοκομειακές δομές που δεν διαθέτουν σαφή στρατηγική και δεν χρησιμοποιούν το κατάλληλο συνδυασμό διοικητικών τεχνικών είναι καταδικασμένοι να κινηθούν στη μετριότητα ή ακόμη και να αποτύχουν με ότι αυτό συνεπάγεται για τη δημόσια υγεία (Appel-Meulenbroek & Haynes, 2014).

Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν, απαντήθηκε το σύνολο των ερευνητικών ερωτημάτων που είχαν τεθεί κατά το σχεδιασμό της έρευνας και επετεύχθη και ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της παρούσας βιβλιογραφικής μελέτης.

Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, σύμφωνα με μια μελέτη κατά τη δεκαετία 2010-2020, αύξησαν μεν την αποτελεσματικότητά τους, αλλά δεν ήταν σε θέση να διατηρήσουν τη συγκράτηση των δαπανών τους. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων ενώ εμφάνιζαν τεκμηριωμένα στρατηγικά σχέδια, διαπιστώθηκε ότι στο επίπεδο εφαρμογής του κινήθηκαν σε μέτριο επίπεδο (Letsios, Polyzos, Pouloupoulos, & Skamnakis, 2022). Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες που αναφέρουν ότι τα στρατηγικά σχέδια συντάσσονται και παρουσιάζονται κυρίως γιατί αυτά ζητούνται από το αρμόδιο Υπουργείο και όχι επειδή οι διοικήσεις πιστεύουν ότι είναι απαραίτητα και θα συμβάλλουν θετικά στη διαχείριση των νοσοκομείων (Saleh, Kaissi, Semaan, & Natafghi, 2013). Βεβαίως για την ανάπτυξη και εφαρμογή των στρατηγικών σχεδίων απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η γνώση και η χρήση τεχνικών management σε συνδυασμό με την αναβάθμιση των υπάρχουσών οργανωτικών δομών, την καλλιέργεια συνεργατικής κουλτούρας και τον ορισμό διαδικασιών (Esfahani, Mosadeghrad, & Akbarisari, 2018).

Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία επικεντρώνονται κυρίως στην τήρηση κανόνων και

διαδικασιών που χαρακτηρίζονται από έναν εσωτερικό προσανατολισμό δίνοντας έμφαση σε μηχανισμούς ελέγχου, στην ιεραρχία και στην σταθερότητα μέσα από μια προβλέψιμη διάσταση. Αντιθέτως μοντέλα που σχετίζονται με εξωτερικά μακροπεριβάλλοντα συναντώνται σπάνια. Αν και υπάρχει η επιθυμία, σύμφωνα με δηλώσεις στελεχών των νοσοκομείων για αλλαγή του αυστηρού ιεραρχικού μοντέλου οργάνωσης σε πιο συμμετοχικά μοντέλα τα οποία χαρακτηρίζονται από ευελιξία και αναπτύσσουν τη δημιουργικότητα ακόμα δεν υλοποιούνται επαρκώς (Goula, Kefis, Stamouli, Pierrakos, & Sarris, 2014).

Προκειμένου να εξεταστεί κατά πόσο τα μοντέλα-τεχνικές διαχείρισης νοσοκομειακών μονάδων που παρουσιάστηκαν στην παρούσα μελέτη εφαρμόζονται από τις διοικήσεις των ελληνικών νοσοκομείων, καταλήξαμε ότι η σχετική αρθρογραφία είναι περιορισμένη. Μετά τη σχετική αναζήτηση διαπιστώθηκε ότι οι περισσότερες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί από μεταπτυχιακούς φοιτητές και όχι από αρμόδιους Φορείς ή ανεξάρτητους ερευνητές, κάτι το οποίο δυσχέραινε και τη διεξαγωγή συμπερασμάτων.

Αναφορικά με την εφαρμογή του Risk management, σύμφωνα με μελέτη τυχαίας δειγματοληψίας με δείγμα 14 νοσοκομεία της Ελλάδας, δύο από κάθε υγειονομική περιφέρεια, κατέληξε ότι το 39% των νοσοκομείων δήλωσαν ότι εφαρμόζουν στρατηγικές διαχείρισης κινδύνων, άτυπα όμως και χωρίς τη χρήση συγκεκριμένων εργαλείων και μεθοδολογίας. Το 42% του δείγματος δήλωσε ότι έχει προβεί μόνο στην αξιολόγηση των κινδύνων και δεν έχει ολοκληρώσει το σύνολο των σταδίων που προβλέπονται. Υπεύθυνοι για τις όποιες ενέργειες σχετίζονται με το risk management εμφανίζονται οι διοικήσεις των νοσοκομείων και το Τμήμα εσωτερικού ελέγχου και μόνο το 19% του δείγματος έχει εγκαθιδρύσει υπηρεσία διαχείρισης και παρακολούθησης κινδύνων. Επιπλέον προέκυψε ότι το 53% δεν έχουν υιοθετήσει πολιτικές και διαδικασίες αναγνώρισης και διαχείρισης κινδύνων και το 8% δήλωσε άγνοια για την ύπαρξη τέτοιου είδους πρακτικών (Α. Koutouris, Koufroulou, Vozikis, & Antonoglou, 2016).

Η αξιολόγηση κινδύνων και η δημιουργία στρατηγικών διαχείρισής τους, ιδιαίτερα στο νευραλγικό χώρο του νοσοκομείου που σχετίζεται με την υγεία των πολιτών, θα έπρεπε εξ ορισμού να αποτελεί συνήθη πρακτική τόσο από τη πλευρά της διοίκησης, όσο και από την πλευρά του εσωτερικού ελέγχου, με τη χρήση καινοτόμων εργαλείων και προσδίδοντας την κατάλληλη σπουδαιότητα από το αρμόδιο Υπουργείο για την εφαρμογή του.

Όπως ήδη έχει αναφερθεί η μέθοδος Balanced scorecard είναι ένα σύγχρονο εργαλείο της στρατηγικής διαχείρισης για τη μέτρηση της απόδοσης ενός οργανισμού με συγκεκριμένους δείκτες. Στην Ελλάδα ήδη από το 2007 με εγκύκλιο του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης (ΔΙΠΑ/Φ.4/οικ. 5270/01-03-2007) και με την εμφανή επιβολή στοχοθεσίας και μέτρησης της αποτελεσματικότητας των δημόσιων οργανισμών, εισήγαγε τη μεθοδολογία της Balanced scorecard, προσαρμοσμένη στις ιδιαιτερότητες της χώρας και των Υπηρεσιών και ζητήθηκε η εφαρμογή της. Στην εγκύκλιο αναφέρονται οι λόγοι που την καθιστούν σημαντική, αλλά η εφαρμογή της δεν ορίστηκε ως υποχρεωτική, αλλά ως προαιρετική.

Σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο της χώρας, οι δημόσιες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και των νοσοκομείων, οφείλουν να προσδιορίζουν τους στρατηγικούς και επιμέρους στόχους και οι διοικήσεις κρίνονται από τον βαθμό επίτευξής τους. Και ενώ προτείνεται η χρήση της Balanced scorecard, το γεγονός ότι δεν είναι υποχρεωτικό δεν υιοθετήθηκε από τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Στην ελληνική επικράτεια το κενό αυτό της μέτρησης της απόδοσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών καλύφθηκε σε αρκετά μεγάλο βαθμό με την υποχρεωτική εφαρμογή του Συστήματος Υποχρεωτικής Ευφυΐας (BI-Health) στο οποίο καταχωρούνται απολογιστικά οικονομικά και λειτουργικά στοιχεία (Πολύζος, 2014).

Από τα πρώτα νοσοκομεία που εφάρμοσαν την μέθοδο Balanced scorecard είναι το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, μετά την ανάληψη διοίκησης από νέα στελέχη, η οποία επέλεξε να μην χρησιμοποιήσει παλαιές μεθόδους αλλά καινοτόμες στρατηγικές διαχείρισης. Η μέθοδος χρησιμοποιήθηκε για περίπου τρία χρόνια και υποστηριζόταν από ειδικό λογισμικό πρόγραμμα καταγραφής και παρακολούθησης, επιτυγχάνοντας λύσεις σε πληθώρα τεχνικών και διαχειριστικών προβλημάτων και αποκομίσθηκαν πολλαπλά οφέλη. Μελέτη που διενεργήθηκε από το Πανεπιστήμιο Πατρών, κατέταξε το Παναρκαδικό νοσοκομείο Τρίπολης, μετά την εφαρμογή της Balanced scorecard στην πρώτη θέση από όλα τα δημόσια νοσοκομεία για τις λειτουργικές και οικονομικές αποδόσεις που σημείωσε (Κουμπουρός, 2013).

Επίσης έχουν αναφερθεί συστήματα μέτρησης απόδοσης στο πλαίσιο της μεθόδου Balanced scorecard να εφαρμόζονται στο νοσοκομείο Διδυμότειχου στο οποίο εμπεριέχονται δείκτες μέτρησης οικονομικής απόδοσης. Παράλληλα εφαρμόζονται και δείκτες που σχετίζονται με

τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, την ικανοποίηση των ασθενών αλλά και των πολιτών που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία και την ικανότητα του νοσοκομείου να προσαρμόζεται στις εκάστοτε συνθήκες και να προβαίνει στις απαραίτητες αλλαγές (Grigoroudis et al., 2012).

Ένα ακόμη νοσοκομείο που εφαρμόζει μοντέλο μέτρησης απόδοσης, παραπλήσιο της μεθόδου Balanced scorecard σε συνδυασμό με άλλα εργαλεία όπως αυτό της ανάλυσης SWOT είναι το αντικαρκινικό νοσοκομείο Θεαγένειο της Θεσσαλονίκης που μετρά συγκεκριμένους δείκτες για τους οποίους προηγουμένως έχει αξιολογηθεί η βαρύτητά τους (Karra & Papadopoulos, 2005).

Αν και από τη θεωρία της μεθόδου της συγκριτικής αξιολόγησης γνωρίζουμε ότι η ανταλλαγή και η σύγκριση εμπειριών και γνώσεων εντός και εκτός της νοσοκομειακής δομής, διαμέσου μιας συνεργατικής μαθησιακής διαδικασίας με σκοπό τον εντοπισμό και την καθιέρωση βέλτιστων πρακτικών μπορεί να συμβάλλει θετικά στη λειτουργία και απόδοση, παρόλα αυτά τα Ελληνικά νοσοκομεία σχεδόν απέχουν από αυτή τη διαδικασία (Kessoroulou, Gotzamani, Xanthopoulou, & Tsiotras, 2023).

Μετά την βιβλιογραφική μελέτη των σχετικών άρθρων, δεν κατέστη εφικτό να εντοπιστούν δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα που να εφαρμόζουν το benchmarking σε όλες του τις διαστάσεις. Εντοπίστηκε έρευνα ανεξάρτητης ερευνήτριας που χρησιμοποιώντας στοιχεία από 32 γυναικολογικές και μαιευτικές μονάδες ανά την επικράτεια και εφαρμόζοντας τη μέθοδο της συγκριτικής αξιολόγησης διερεύνησε το βαθμό χρήσης των συντελεστών παραγωγής και την ιδιαίτερη βαρύτητα του καθενός στη βαθμολογία της σχετικής τεχνικής αποτελεσματικότητας, το επίπεδο αξιοποίησης κάθε συντελεστή παραγωγής και το κατά πόσο οι νοσοκομειακές μονάδες αξιοποιούν με το βέλτιστο τρόπο τους πόρους τους ώστε να αποτελέσουν μοντέλα για την άσκηση αποτελεσματικής διαχείρισης (Katharaki, 2010).

Αναφορικά με την εφαρμογή της επιστήμης της πολυπλοκότητας (Complexity Science) στη διαχείριση των ελληνικών νοσοκομείων, αν και αναγνωρίζεται από τη διεθνή βιβλιογραφία η συμβολή της δεν βρέθηκε αντίστοιχη έρευνα που να επιβεβαιώνει την χρήση της. Είναι όμως γνωστό ότι η εφαρμογή της θα είχε θετικό αντίκτυπο διότι θα επέτρεπε να αντιμετωπίζονται οι προκλήσεις εντός του υγειονομικού περιβάλλοντος ως ευκαιρίες προσαρμογής και θα ενθάρρυνε την εξεύρεση καινοτόμων λύσεων που θα επέτρεπαν την ανάδυση και διάδοση ιδεών

σε όλο το σύστημα. Αγκαλιάζοντας την αβεβαιότητα και προσαρμόζοντας καινοτόμα εργαλεία, η πολυπλοκότητα δίνει τη δυνατότητα στους φορείς του συστήματος να συμμετέχουν ουσιαστικά και με αυξημένη ευκολία στον μετασχηματισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (S. Khan et al., 2018) .

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Συμπερασματικά θα μπορούσε να αναφερθεί ότι η διοίκηση των νοσοκομείων βρίσκεται σε ένα σταυροδρόμι όπου η γραφειοκρατία και η προσήλωση σε αναχρονιστικές διαδικασίες συναντούν την καινοτομία και οι αποφάσεις που λαμβάνονται σήμερα θα επηρεάσουν το επίπεδο της δημόσιας υγείας του αύριο. Θα πρέπει να υπάρξει μετάβαση σε ένα ευέλικτο, σύγχρονο και αποδοτικό μοντέλο διοίκησης με την εφαρμογή προγραμμάτων που θα έχουν στόχο την βελτιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών, συνδέοντας τους επαγγελματίες υγείας με την τεχνολογία και τους ασθενείς, διασφαλίζοντας ότι το σύστημα υγείας θα λειτουργεί απρόσκοπτα και αποτελεσματικά και θα είναι ασθενοκεντρικό και προσβάσιμο.

Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι τα αναμενόμενα οφέλη από τις συνεχείς μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας δεν υλοποιούνται στο βαθμό που οι κεντρικές κυβερνήσεις ορίζουν και αυτό γιατί εκτός από τον ορισμό των στόχων και την αξιολόγηση μέσω της επίτευξης των στόχων των εκάστοτε διοικήσεων, δεν φρόντισαν να παράσχουν και τα κατάλληλα οικονομικά, τεχνολογικά, λογισμικά εφόδια και εργαλεία, αλλά ούτε προχώρησαν στην εκπαίδευση του προσωπικού στις νέες τεχνολογίες και στην ενίσχυση της συνεργατικής εργασιακής κουλτούρας.

Επιπλέον η επιλογή των διοικήσεων συχνά γίνεται μέσα από διαβλητές διαδικασίες και έχει αποδειχθεί πολλάκις ότι οι διοικητές των νοσοκομείων δεν διαθέτουν την κατάλληλη γνώση για την διοίκηση μονάδων υγείας και χαρακτηρίζονται ως αυταρχικοί και απόμακροι. Υπολείπονται βασικών διοικητικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων και δεν ενισχύουν τη συμμετοχή του συνόλου των εργαζομένων στον ορισμό, την αποδοχή και προσήλωση των κοινών στόχων.

Σύγχρονες τάσεις και εργαλεία διαχείρισης εφαρμόζονται μόνο περιστασιακά και δεν αποτελούν την κανονικότητα της διοίκησης των νοσοκομείων, γεγονός που καθιστά ελλιπή τα

δημόσια νοσοκομεία σε σχέση με άλλα νοσοκομεία του αναπτυγμένου κόσμου.

Προτείνεται η υποστήριξη από την κεντρική διοίκηση στην ενίσχυση των νοσοκομειακών δομών με τα κατάλληλα εργαλεία ώστε να τεθούν άμεσα σε εφαρμογή σύγχρονοι μέθοδοι διαχείρισης και εκπαίδευση του προσωπικού σε νέες τεχνολογίες και εφαρμογές που θα συμβάλλουν στην συλλογή και επεξεργασία στοιχείων για την μέτρηση της απόδοσης.

Σε ένα συνεχώς ευμετάβλητο υγειονομικό τοπίο, με τις επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής να κάνουν την εμφάνισή τους και η επόμενη επιδημία να είναι θέμα χρόνου, η διαχείριση αξιολόγησης και αντιμετώπισης κινδύνων θα πρέπει να εφαρμοστεί άμεσα στο σύνολο των νοσοκομειακών δομών.

Κρίνεται απαραίτητη η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών για το επίπεδο χρήσης νέων τάσεων και σύγχρονων μεθόδων διοίκησης των ελληνικών νοσοκομείων για την απόκτηση γνώσης και αξιοποίησή της από τους υπεύθυνους χάραξης υγειονομικής πολιτικής.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Αλεξιάδης, Δ., Σιγάλας, Ι. (1999), *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτηπίες και Προκλήσεις τόμος Δ' Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Abu Jaber, A. A., & Nashwan, A. J. (2022). Balanced Scorecard-Based Hospital Performance Measurement Framework: A Performance Construct Development Approach. *Cureus*, 14(5), e24866. doi:10.7759/cureus.24866
- Alam, A. Y. (2016). Steps in the process of risk management in healthcare. *Journal of Epidemiology and Preventive Medicine*, 2(02), 1-5.
- Ali, A., Owied, A., Virginia, P., Ruth, E., & Abdullellah, A. (2020). Using logic model and key performance indicators to construct a field hospital for Coronavirus pandemic cases.
- Amer, F., Hammoud, S., Khatatbeh, H., Lohner, S., Boncz, I., & Endrei, D. (2022). The deployment of balanced scorecard in health care organizations: is it beneficial? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-14.
- Annamalah, S., Raman, M., Marthandan, G., & Logeswaran, A. K. (2018). Implementation of enterprise risk management (ERM) framework in enhancing business performances in oil and gas sector. *Economies*, 6(1), 4.
- Antonsen, L. P. (2019). What complexity science can teach us about illness and organisation. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Appel-Meulenbroek, R., & Haynes, B. (2014). An overview of steps and tools for the corporate real estate strategy alignment process. *Corporate Real Estate Journal*, 4, 44-61.
- Arimbi, H. B., Puspasari, M. A., & Syaifullah, D. H. (2019). *Hazard identification, risk assessment and risk control in a woodworking company*. Paper presented at the IOP Conference Series: Materials Science and Engineering.
- Asrofah, T., Zailani, S., & Fernando, Y. (2010). Best practices for the effectiveness of benchmarking in the Indonesian manufacturing companies. *Benchmarking: An International Journal*, 17, 115-143. doi:10.1108/14635771011022343

- Athanasiadis, A., Ratsika, N., Trompoukis, C., & Philalithis, A. (2018). The health decentralization process in Greece: the insiders' perspective. *International Journal of Health Governance*, 23. doi:10.1108/IJHG-06-2018-0025
- Bar-Yam, Y. (2006). Improving the effectiveness of health care and public health: a multiscale complex systems analysis. *American Journal of Public Health*, 96(3), 459-466.
- Barbazza, E., Klazinga, N. S., & Kringos, D. S. (2021). Exploring the actionability of healthcare performance indicators for quality of care: a qualitative analysis of the literature, expert opinion and user experience. *BMJ Qual Saf*, 30(12), 1010-1020. doi:10.1136/bmjqs-2020-011247
- Bassani, G., Leardini, C., Campedelli, B., & Moggi, S. (2022). The dynamic use of a balanced scorecard in an Italian public hospital. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(3), 1781-1798.
- Begun, J. W., & Jiang, H. J. (2004). Changing organizations for their likely mass-casualties future *Bioterrorism preparedness, attack and response* (pp. 163-180): Emerald Group Publishing Limited.
- Begun, J. W., & Jiang, H. J. (2020). Health care management during Covid-19: Insights from complexity science. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(5).
- Begun, J. W., & Thygeson, M. (2015). Managing complex healthcare organizations. *Handbook of healthcare management*. Northampton: Edward Elgar, 1-17.
- Benson, H. R. (1994). An introduction to benchmarking in healthcare. *Radiol Manage*, 16(4), 35-39.
- Berry-Stölzle, T. R., & Xu, J. (2018). Enterprise risk management and the cost of capital. *Journal of Risk and Insurance*, 85(1), 159-201.
- Betto, F., Sardi, A., Garengo, P., & Sorano, E. (2022). The Evolution of Balanced Scorecard in Healthcare: A Systematic Review of Its Design, Implementation, Use, and Review. *Int J Environ Res Public Health*, 19(16), 10291.
- Bisbe, J., & Barrubés, J. (2012). The Balanced Scorecard as a management tool for assessing and monitoring strategy implementation in health care organizations. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*, 65(10), 919-927. doi:10.1016/j.recesp.2012.05.014

- Bohm, V., Lacaille, D., Spencer, N., & Barber, C. E. (2021). Scoping review of balanced scorecards for use in healthcare settings: development and implementation. *BMJ Open Quality*, *10*(3), e001293.
- Bohnert, A., Gatzert, N., Hoyt, R. E., & Lechner, P. (2019). The drivers and value of enterprise risk management: evidence from ERM ratings. *The European Journal of Finance*, *25*(3), 234-255.
- Borghmans, F., Fernandes, V., & Newnham, H. (2021). Applying Complexity Theory to a Hospital Complex Patient Care Program. *International journal of integrated care*, *21*(2).
- Braithwaite, J., Churruca, K., & Ellis, L. A. (2017). Can we fix the uber-complexities of healthcare? *Journal of the Royal Society of Medicine*, *110*(10), 392-394.
- Braithwaite, J., Churruca, K., Long, J. C., Ellis, L. A., & Herkes, J. (2018). When complexity science meets implementation science: a theoretical and empirical analysis of systems change. *BMC medicine*, *16*, 1-14.
- Braithwaite, J., Ellis, L. A., Churruca, K., Long, J. C., Hibbert, P., & Clay-Williams, R. (2021). Complexity science as a frame for understanding the management and delivery of high quality and safer care. *Textbook of patient safety and clinical risk management*, 375-391.
- Braithwaite, J., Runciman, W. B., & Merry, A. F. (2009). Towards safer, better healthcare: harnessing the natural properties of complex sociotechnical systems. *BMJ quality & safety*, *18*(1), 37-41.
- Breiter, D., & Kline, S. F. (1995). Benchmarking quality management in hotels. *Hospitality Review*, *13*(2), 6.
- Card, A. J., Ward, J., & Clarkson, P. J. (2012). Successful risk assessment may not always lead to successful risk control: a systematic literature review of risk control after root cause analysis. *Journal of Healthcare risk management*, *31*(3), 6-12.
- Catalyst, N. (2018). What is risk management in healthcare? *NEJM Catalyst*, *4*(2).
- Cerezo-Espinosa de Los Monteros, J., Castro-Torres, A., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Gómez-Salgado, C., & Coronado-Vázquez, V. (2021). Administration of Strategic Agreements in Public Hospitals: Considerations to Enhance the Quality and Sustainability of Mergers and Acquisitions. *Int J Environ Res Public Health*, *18*(8). doi:10.3390/ijerph18084051

- Chakrabarti, S., & Mandal, P. K. Scientific research article – How to write and get it published? *Journal of Hematology and Allied Sciences*, 2. doi:10.25259/JHAS_15_2022
- Cohen, J., Krishnamoorthy, G., & Wright, A. (2017). Enterprise risk management and the financial reporting process: The experiences of audit committee members, CFO s, and external auditors. *Contemporary Accounting Research*, 34(2), 1178-1209.
- Coumare, V. N., Pawar, S. J., Manoharan, P., Pajanivel, R., Shanmugam, L., Kumar, H., . . . Sivaprakash, B. (2021). COVID-19 Pandemic—Frontline Experiences and Lessons Learned From a Tertiary Care Teaching Hospital at a Suburban Location of Southeastern India. *Frontiers in Public Health*, 9, 673536.
- Cunningham, F. C., Ranmuthugala, G., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2019). Tackling the wicked problem of health networks: the design of an evaluation framework. *BMJ open*, 9(5), e024231.
- Dorota, B.-E. (2016). SO WHAT?-Strategies across Europe to assess quality of care-Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment.
- Doshmangir, L., Ahari, A. M., Qolipour, K., Azami, S., Kalankesh, L., Doshmangir, P., . . . Khodayari-Zarnaq, R. (2019). East Asia's strategies for effective response to COVID-19: Lessons learned for Iran. *Quarterly Journal of Management Strategies in Health System*.
- Duarte, D., Walshaw, C., & Ramesh, N. (2021). A Comparison of Time-Series Predictions for Healthcare Emergency Department Indicators and the Impact of COVID-19. *Applied Sciences*, 11(8). Retrieved from doi:10.3390/app11083561
- Durrani, H. (2016). Healthcare and healthcare systems: inspiring progress and future prospects. *Mhealth*, 2.
- Ellis, J. (2000). Sharing the evidence: Clinical practice benchmarking to improve continuously the quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 215-225. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01429.x
- Ellis, J. (2006). All inclusive benchmarking. *Journal of nursing management*, 14(5), 377-383.
- Ellis, J., Cooper, A., Davies, D., & Hadfield, J. (2000). Making a difference to practice clinical benchmarking part 1. *Nursing Standard (through 2013)*, 14(32), 33.

- Esfahani, P., Mosadeghrad, A. M., & Akbarisari, A. (2018). The success of strategic planning in health care organizations of Iran. *Int J Health Care Qual Assur*, 31(6), 563-574. doi:10.1108/ijhcqa-08-2017-0145
- Etges, A. P. B. d. S., de Souza, J. S., Kliemann Neto, F. J., & Felix, E. A. (2019). A proposed enterprise risk management model for health organizations. *Journal of Risk Research*, 22(4), 513-531.
- Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., & Michel, P. (2012). Benchmarking: a method for continuous quality improvement in health. *Healthc Policy*, 7(4), e101-119.
- Farokhzadian, J., Nayeri, N. D., & Borhani, F. (2015). Rocky milieu: Challenges of effective integration of clinical risk management into hospitals in Iran. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 10(1), 27040.
- Farrell, M., & Gallagher, R. (2015). The valuation implications of enterprise risk management maturity. *Journal of Risk and Insurance*, 82(3), 625-657.
- Figuroa, C. A., Harrison, R., Chauhan, A., & Meyer, L. (2019a). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-11.
- Figuroa, C. A., Harrison, R., Chauhan, A., & Meyer, L. (2019b). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 239. doi:10.1186/s12913-019-4080-7
- Frączkiewicz-Wronka, A., Ingram, T., Szymaniec-Mlicka, K., & Tworek, P. (2021). Risk management and financial stability in the Polish public hospitals: The moderating effect of the stakeholders' engagement in the decision-making. *Risks*, 9(5), 87.
- Gell-Mann, M. (2002). What is complexity? *Complexity and industrial clusters: Dynamics and models in theory and practice* (pp. 13-24): Springer.
- Ghorrabi, A. T., Kakemam, E., Moradi-Joo, E., & Dehcheshmeh, N. F. (2022). Challenges of the organizational structure of county health network in Iran: findings from a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 22(1), 712. doi:10.1186/s12913-022-08104-0
- Goula, A., Kefis, B., Stamouli, M.-A., Pierrakos, G., & Sarris, M. (2014). Investigation of the organizational culture of general public hospitals. *Archives of Hellenic Medicine*, 31, 452-460.

- Greenfield, D., Braithwaite, J., Pawsey, M., Johnson, B., & Robinson, M. (2009). Distributed leadership to mobilise capacity for accreditation research. *Journal of health organization and management*, 23(2), 255-267.
- Greenhalgh, T., & Papoutsi, C. (2018). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift (Vol. 16, pp. 1-6): BioMed Central.
- Grigoroudis, E., Orfanoudaki, E., & Zopounidis, C. (2012). Strategic performance measurement in a healthcare organisation: A multiple criteria approach based on balanced scorecard. *Omega*, 40(1), 104-119. doi:<https://doi.org/10.1016/j.omega.2011.04.001>
- Hannula, M., Kulmala, H. I., & Suomala, P. (2005). Total quality management and balanced scorecard-a comparative analysis *Total Quality Management-An Introduction* (pp. 45-61).
- Harper, K. (1996). Benchmarking: international clearinghouse plays matchmaker for companies that want to improve. *Arkansas Business*, 9, 26-39.
- Harrison, R., Fischer, S., Walpola, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S., & Le-Dao, H. (2021). Where Do Models for Change Management, Improvement and Implementation Meet? A Systematic Review of the Applications of Change Management Models in Healthcare. *J Healthc Leadersh*, 13, 85-108. doi:10.2147/jhl.s289176
- Hawe, P. (2015). Lessons from complex interventions to improve health. *Annual review of public health*, 36, 307-323.
- Hibbert, P., Saeed, F., Taylor, N., Clay-Williams, R., Winata, T., Clay, C., . . . Braithwaite, J. (2020). Can benchmarking Australian hospitals for quality identify and improve high and low performers? Disseminating research findings for hospitals. *International journal for quality in health care*, 32(Supplement_1), 84-88. doi:10.1093/intqhc/mzz109
- Hodges, R., Kelley, L., & Wilkes, A. (1996). Benchmarking and networking through collaborative groups. *Journal for Healthcare Quality*, 18(1), 26-31.
- Illingworth, J. (2015). Continuous improvement of patient safety. *The case for change in the NHS. London: The Health Foundation*.
- Inamdar, N., Kaplan, R. S., & Bower, M. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *J Healthc Manag*, 47(3), 179-195; discussion 195-176.

- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., . . . Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*(6).
- Jaber, A. A. A., Nashwan, A. J., & AbuJaber, A. (2022). Balanced scorecard-based hospital performance measurement framework: a performance construct development approach. *Cureus, 14*(5).
- Künzle, B., Kolbe, M., & Grote, G. (2010). Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: a literature review. *Safety science, 48*(1), 1-17.
- Kaitelidou, D., Katharaki, M., Kalogeropoulou, M., Economou, C., Siskou, O., Souliotis, K., . . . Liaropoulos, L. (2016). The impact of economic crisis to hospital sector and the efficiency of Greek public hospitals. *European Journal of Business and Social Sciences, 4*, 111-125.
- Kaplan, R., Norton, D., & Rugelsjoen, B. (2010). Managing Alliances with the Balanced Scorecard. *Harvard business review, 88*.
- Kaplan, R. S. (1992). *The balanced scorecard measures that drive performance*: Harvard business review.
- Kaplan, R. S. (2009). Conceptual foundations of the balanced scorecard. *Handbooks of management accounting research, 3*, 1253-1269.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001). Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: Part I. *Accounting horizons, 15*(1), 87-104.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2004). *Strategy maps: Converting intangible assets into tangible outcomes*: Harvard Business Press.
- Karra, E., & Papadopoulos, D. (2005). Measuring performance of Theagenion Hospital of Thessaloniki, Greece through a Balanced Scorecard. *Operational Research, 5*, 289-304. doi:10.1007/BF02944314
- Katharaki, M. (2010). Benchmarking hospital units' efficiency using data envelopment analysis: The case of greek obstetric and gynaecology public units (pp. 41-65).
- Kaya, G. K., Ward, J. R., & Clarkson, P. J. (2019). A framework to support risk assessment in hospitals. *Int J Qual Health Care, 31*(5), 393-401. doi:10.1093/intqhc/mzy194

- Kellogg, K. M., Hettinger, Z., Shah, M., Wears, R. L., Sellers, C. R., Squires, M., & Fairbanks, R. J. (2017). Our current approach to root cause analysis: is it contributing to our failure to improve patient safety? *BMJ quality & safety*, *26*(5), 381-387.
- Kessopoulou, E., Gotzamani, K., Xanthopoulou, S., & Tsiotras, G. (2023). Conceptualizing and Validating a Model for Benchlearning Capability: Results from the Greek Public Sector. *Sustainability*, *15*(2), 1383.
- Khalid, S. K., Beattie, C., & Sands, J. S. (2022). Barriers and Motivations to Integrating Environmental Performance in the BSC: a case study in health care. *Sustainability Accounting, Management and Policy Journal*, *13*(2), 297-319.
- Khan, M. J., Hussain, D., & Mehmood, W. (2016). Why do firms adopt enterprise risk management (ERM)? Empirical evidence from France. *Management Decision*, *54*(8), 1886-1907.
- Khan, S., Vandermorris, A., Shepherd, J., Begun, J. W., Lanham, H. J., Uhl-Bien, M., & Berta, W. (2018). Embracing uncertainty, managing complexity: applying complexity thinking principles to transformation efforts in healthcare systems. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 192. doi:10.1186/s12913-018-2994-0
- Khatri, N., Brown, G. D., & Hicks, L. L. (2009). From a blame culture to a just culture in health care. *Health care management review*, *34*(4), 312-322.
- Kitson, A., Brook, A., Harvey, G., Jordan, Z., Marshall, R., O'Shea, R., & Wilson, D. (2018). Using Complexity and Network Concepts to Inform Healthcare Knowledge Translation. *Int J Health Policy Manag*, *7*(3), 231-243. doi:10.15171/ijhpm.2017.79
- Kiviliene, J., & Blazeviciene, A. (2019). Review of complex adaptive systems in nursing practice. *Journal of Complexity in Health Sciences*, *2*, 46-50. doi:10.21595/chs.2019.21169
- Kleiner, B. (2006). Benchmarking for continuous performance improvement: Tactics for success. *Environmental Quality Management*, *3*, 283-295. doi:10.1002/tqem.3310030304
- Koumpouros, Y. (2013). Balanced scorecard: application in the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece. *Int J Health Care Qual Assur*, *26*(4), 286-307. doi:10.1108/09526861311319546

- Koutoupis, A., Koufopoulou, P., Vozikis, A., & Antonoglou, D. (2016). *Η Διαδικασία Αναγνώρισης, Αξιολόγησης & Διαχείρισης Κινδύνων στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία: Ο Ρόλος των Διοικητικών Συμβουλίων & του Εσωτερικού Ελέγχου*.
- Koutoupis, A. G., Koufopoulou, P. N., Antonoglou, D. I., & Vozikis, A. P. (2022). Risk identification, assessment and management in the Greek public hospitals: The contribution of the board of directors and internal audit. *Accounting and Management Information Systems*, 21(1), 92-112.
- Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, L. P. (2009). *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*: John Wiley & Sons.
- Leotsakos, A., Zheng, H., Croteau, R., Loeb, J. M., Sherman, H., Hoffman, C., . . . Lee, P. (2014). Standardization in patient safety: the WHO High 5s project. *International journal for quality in health care*, 26(2), 109-116.
- Letsios, A., Polyzos, N., Pouloupoulos, C., & Skamnakis, C. (2022). Hospital managers' participation in operational planning: insights from a recent study in the Greek National Health System. *Hippokratia*, 26(3), 91-97.
- MacDonald, R., & Coffield, F. (2015). *Risky business?: youth and the enterprise culture*: Routledge.
- Malmi, T. (2001). Balanced scorecards in Finnish companies: A research note. *Management Accounting Research*, 12(2), 207-220. doi:<https://doi.org/10.1006/mare.2000.0154>
- Mintzberg, H., & Waters, J. A. (1985). Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic management journal*, 6(3), 257-272.
- Mohammadinia, L., Saadatmand, V., Khaledi Sardashti, H., Darabi, S., Esfandiary Bayat, F., Rejeh, N., & Vaismoradi, M. (2023). Hospital response challenges and strategies during COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 11. doi:10.3389/fpubh.2023.1167411
- Moradi, F., Toghroli, R., Abbas, J., Ziapour, A., Lebni, J. Y., Aghili, A., . . . Soroush, A. (2020). Hospital managers' skills required and onward challenges: A qualitative study. *J Educ Health Promot*, 9, 228. doi:10.4103/jehp.jehp_171_20

- Nuti, S., & Seghieri, C. (2014). Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy. *Health policy, 114*(1), 71-78.
- Oliva, F. L. (2016). A maturity model for enterprise risk management. *International Journal of Production Economics, 173*, 66-79.
- Oliveira, H. C., Rodrigues, L. L., & Craig, R. (2020). Bureaucracy and the balanced scorecard in health care settings. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 33*(3), 247-259.
- Ong, S. E., Tyagi, S., Lim, J. M., Chia, K. S., & Legido-Quigley, H. (2018). Health systems reforms in Singapore: A qualitative study of key stakeholders. *Health policy, 122*(4), 431-443.
- Øyri, S. F., Braut, G. S., Macrae, C., & Wiig, S. (2020). Hospital managers' perspectives with implementing quality improvement measures and a new regulatory framework: a qualitative case study. *BMJ open, 10*(12), e042847. doi:10.1136/bmjopen-2020-042847
- Păduraru, O., Moroşanu, A., Păduraru, C. Ş., & Cărăuşu, E. M. (2022). Healthcare Management: A Bibliometric Analysis Based on the Citations of Research Articles Published between 1967 and 2020. *Healthcare, 10*(3), 555.
- Paine, L. A., Holzmueller, C. G., Elliott, R., Kasda, E., Pronovost, P. J., Weaver, S. J., . . . Mathews, S. C. (2018). Latent risk assessment tool for health care leaders. *Journal of Healthcare risk management, 38*(2), 36-46.
- Pascarella, G., Rossi, M., Montella, E., Capasso, A., De Feo, G., Botti, G., . . . Morabito, A. (2021). Risk Analysis in Healthcare Organizations: Methodological Framework and Critical Variables. *Risk Manag Healthc Policy, 14*, 2897-2911. doi:10.2147/rmhp.s309098
- Pérez-Cornejo, C., de Quevedo-Puente, E., & Delgado-García, J. B. (2019). How to manage corporate reputation? The effect of enterprise risk management systems and audit committees on corporate reputation. *European Management Journal, 37*(4), 505-515.
- Peters, D. H. (2014). The application of systems thinking in health: why use systems thinking? *Health research policy and systems, 12*(1), 1-6.
- Piccoliori, G., Mahlknecht, A., Abuzahra, M. E., Engl, A., Breitenberger, V., Vögele, A., . . . Sönnichsen, A. (2021). Quality improvement in chronic care by self-audit,

- benchmarking and networking in general practices in South Tyrol, Italy: results from an interventional study. *Family Practice*, 38(3), 253-258.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *Bmj*, 323(7313), 625-628. doi:10.1136/bmj.323.7313.625
- Porporato, M., Tsisis, P., & Marin Vinuesa, L. M. (2017). Do hospital balanced scorecard measures reflect cause-effect relationships? *International Journal of Productivity and Performance Management*, 66(3), 338-361.
- Pype, P., Mertens, F., Helewaut, F., & Krystallidou, D. (2018). Healthcare teams as complex adaptive systems: understanding team behaviour through team members' perception of interpersonal interaction. *BMC Health Services Research*, 18, 1-13.
- Rahimi, H., Bahmaei, J., Shojaei, P., Kavosi, Z., & Khavasi, M. (2018). Developing a strategy map to improve public hospitals performance with balanced scorecard and dematel approach. *Journal DEMO Neoscriber V3 single*, 19(7).
- Ramshaw, B. (2020). Applying systems and complexity science to real patient care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(5), 1559-1563. doi:<https://doi.org/10.1111/jep.13442>
- Rashidian, A., Arab, M., & Mostafavi, H. (2017). Freedom and equity in Iranian health system: a qualitative study. *Payesh (Health Monitor)*, 16(6), 747-757.
- Razu, S. R., Yasmin, T., Arif, T. B., Islam, M. S., Islam, S. M. S., Gesesew, H. A., & Ward, P. (2021). Challenges Faced by Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Inquiry From Bangladesh. *Frontiers in Public Health*, 9. doi:10.3389/fpubh.2021.647315
- Ryu, J., Russell, K., & Shrank, W. (2020). A flower blooms in the bitter soil of the Covid-19 crisis. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(3).
- Saleh, S., Kaissi, A., Semaan, A., & Natafqi, N. M. (2013). Strategic planning processes and financial performance among hospitals in Lebanon. *Int J Health Plann Manage*, 28(1), e34-45. doi:10.1002/hpm.2128
- Salway, S., Chowbey, P., Such, E., & Ferguson, B. (2015). Researching health inequalities with Community Researchers: practical, methodological and ethical challenges of an

- 'inclusive' research approach. *Res Involv Engagem*, 1, 9. doi:10.1186/s40900-015-0009-4
- Sax, J., & Andersen, T. J. (2019). Making risk management strategic: Integrating enterprise risk management with strategic planning. *European Management Review*, 16(3), 719-740.
- Schiavone, F., & Ferretti, M. (2021). The FutureS of healthcare. *Futures*, 134, 102849. doi:10.1016/j.futures.2021.102849
- Seitio-Kgokgwe, O., Gauld, R. D., Hill, P. C., & Barnett, P. (2016). Redesigning a Ministry of Health's organizational structure: exploring implementation challenges through Botswana's experiences. *The International Journal of Health Planning and Management*, 31(2), 191-207.
- Sialakis, C. (2018). Προκλητή ζήτηση Οικονομική προσέγγιση και τροποί αποτελεσματικής αντιμετώπισης Induced demand Economic approach and effective ways addressing the problem. 23, 138-144. doi:10.11212/exronika/2018.2.3
- Silk, S. (1998). Automating the balanced scorecard. *Strategic Finance*, 79(11), 38.
- Sohn, K. (2016). Risk incomprehension and its economic consequences. *The Journal of Development Studies*, 52(11), 1545-1560.
- Souliotis, K., Giannouchos, T. V., Peppou, L. E., Samara, M. T., Nimatoudis, J., Papageorgiou, C., & Economou, M. (2021). "Public Health Behaviors during the COVID-19 Pandemic in Greece and Associated Factors: A Nationwide Cross-sectional Survey". *Inquiry*, 58, 469580211022913. doi:10.1177/00469580211022913
- Speerin, R., Needs, C., Chua, J., Woodhouse, L. J., Nordin, M., McGlasson, R., & Briggs, A. M. (2020). Implementing models of care for musculoskeletal conditions in health systems to support value-based care. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 34(5), 101548.
- Sturmberg, J. P., & Martin, C. M. (2013). *Handbook of systems and complexity in health*: Springer.
- Sujan, M., Spurgeon, P., Cooke, M., Weale, A., Debenham, P., & Cross, S. (2015). The development of safety cases for healthcare services: practical experiences, opportunities and challenges. *Reliability Engineering & System Safety*, 140, 200-207.

- Sujan, M. A., Habli, I., Kelly, T. P., Pozzi, S., & Johnson, C. W. (2016). Should healthcare providers do safety cases? Lessons from a cross-industry review of safety case practices. *Safety science, 84*, 181-189.
- Toussaint, J. S., Griffith, J. R., & Shortell, S. M. (2020). Lean, Shingo, and the Baldrige framework: a comprehensive method to achieve a continuous-improvement management system. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, 1*(3).
- Tuffin, R. (2016). Implications of complexity theory for clinical practice and healthcare organization. *Bja Education, 16*(10), 349-352.
- Tworek, P. (2016). Understanding public risk. *Public Risk Management, 1*, 11-26.
- Wang, T.-S., Lin, Y.-M., Werner, E. M., & Chang, H. (2018). The relationship between external financing activities and earnings management: Evidence from enterprise risk management. *International Review of Economics & Finance, 58*, 312-329.
- Wennberg, J. E. (1999). Understanding geographic variations in health care delivery (Vol. 340, pp. 52-53): Mass Medical Soc.
- Willmington, C., Belardi, P., Murante, A. M., & Vainieri, M. (2022a). The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review. *BMC Health Services Research, 22*(1), 1-20.
- Willmington, C., Belardi, P., Murante, A. M., & Vainieri, M. (2022b). The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review. *BMC Health Services Research, 22*. doi:10.1186/s12913-022-07467-8
- Zelman, W. N., Pink, G. H., & Matthias, C. B. (2003). Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of health care finance, 29*(4), 1-16.
- Zhou, Y., Hou, Y., Shen, J., Mehra, R., Kallianpur, A., Culver, D. A., . . . Comhair, S. (2020). A network medicine approach to investigation and population-based validation of disease manifestations and drug repurposing for COVID-19. *PLoS biology, 18*(11), e3000970.
- Zou, X., Isa, C. R., & Rahman, M. (2019). Valuation of enterprise risk management in the manufacturing industry. *Total Quality Management & Business Excellence, 30*(11-12), 1389-1410.

Υγειονομική περίθαλψη σε άλλες χώρες της ΕΕ — δικαιώματα των ασθενών. Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/EL/legal-content/summary/healthcare-in-other-eu-countries-patients-rights.html>