

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΟΛΥΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ & ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ:
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ BALANCED SCORECARD ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ
ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ

ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ
A.E.M. 0129

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΖΗΛΙΑΣΚΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Αναπληρωτής
καθηγητής

ΒΟΛΟΣ 2005



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»**

Αριθ. Εισ.: 3906/1
Ημερ. Εισ.: 18-07-2006
Δωρεά: Συγγραφέα
Ταξιθετικός Κωδικός: Δ
658.202
ΦΟΥ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της παρούσης μεταπτυχιακής εργασίας, ήταν καθοριστική η βοήθεια ορισμένων ατόμων. Σε αυτό το σημείο, λοιπόν, αισθάνομαι τη βαθιά ανάγκη να ευχαριστήσω όλους όσους πρόσφεραν τη βοήθεια τους στην προσπάθεια αυτή.

Ευχαριστώ θερμά, τον επίκουρο καθηγητή κ. Ιωάννη Μπακούρο για την ανάθεση της μεταπτυχιακής εργασίας καθώς και για τη στήριξη που παρείχε σε όλη τη διάρκεια ολοκλήρωσής της. Το πνεύμα συνεργασίας και η συνέπεια που επέδειξε ήταν υποδειγματικά και μας έδωσαν μεγάλη ώθηση στην επιτέλεση αυτού του έργου.

Τον αναπληρωτή καθηγητή κ. Αθανάσιο Ζηλιασκόπουλο για την πολύτιμη συνεργασία και υποστήριξη που επέδειξε.

Τέλος, όχι για τη σημασία αλλά για τη σειρά, θέλω να ευχαριστήσω τον επιστημονικό συνεργάτη κ. Χαράλαμπο Μιχαηλίδη, για τις ουσιαστικές συμβουλές και την υποστήριξή του, όποτε κι αν τον χρειαστήκαμε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
2.	ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	7
2.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
2.1.1	Ορισμός	7
2.1.2	Πρότυπο Διαχείρισης Απόδοσης	7
2.1.3	Οφέλη Της Διαχείρισης Απόδοσης.....	8
2.1.4	Η Πρόκληση.....	10
2.1.5	Κάνοντας Τη Διαχείριση Απόδοσης Να Δουλέψει.....	11
2.2	ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	13
2.2.1	Στρατηγικός Προγραμματισμός Προσαρμοσμένος Στις Ανάγκες Του Πελάτη.....	13
2.2.2	Απαιτήσεις Για Επιτυχημένο Στρατηγικό Σχεδιασμό	14
2.2.3	Θέτοντας Στρατηγικές Κατευθύνσεις.....	15
2.2.4	Μετάφραση Των Στρατηγικών Σε Δράσεις.....	16
2.3	ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	18
2.3.1	Βασικά Συστατικά Ενιαίου Συστήματος Μέτρησης Απόδοσης	18
2.3.1.1	Το Στρατηγικό Σχέδιο	18
2.3.1.2	Βασικές Διαδικασίες.....	19
2.3.1.3	Ανάγκες Μετόχων.....	20
2.3.1.4	Συμμετοχή Της Ανώτερης Διοίκησης.....	21
2.3.1.5	Συμμετοχή Εργαζομένων	22
2.3.1.6	Υπευθυνότητα Δεικτών.....	22
2.3.1.7	Ένα Ενιαίο Πλαίσιο	23
2.3.1.8	Επικοινωνία.....	23
2.3.1.9	Η Αίσθηση Της Επείγουσας Ανάγκης.....	24
2.3.2	Επιλογή Πλαισίου Μέτρησης Απόδοσης.....	26
2.3.3	Ανάπτυξη Των Δεικτών Απόδοσης	26
2.3.3.1	Τι Είναι Δείκτες Απόδοσης	26
2.3.3.2	Τύποι Δεικτών Απόδοσης	27
2.3.3.3	Ταξινόμηση Δεικτών Απόδοσης	29
2.3.3.3.1	Ποιότητα Περιθαλψής.....	29
2.3.3.3.2	Αποδοτικότητα	30
2.3.3.3.3	Ικανοποίηση	31
2.3.3.3.4	Οικονομικά	32
2.3.3.3.5	Άλλοι Δείκτες.....	32
2.3.3.4	Επιλεγμένα Παραδείγματα Δεικτών Απόδοσης Στην Υγειονομική Περιθαλψη.....	33
3.	ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	36
3.1	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ.....	36
3.1.1	Εισαγωγή.....	36
3.1.2	Ορισμός	36
3.1.3	Στόχοι Της Τεχνικής Συγκριτικής Αξιολόγησης.....	37
3.2	ΕΙΔΗ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	38
3.2.1	Ανταγωνιστική Συγκριτική Αξιολόγηση.....	38
3.2.2	Συγκριτική Αξιολόγηση Των Διαδικασιών.....	38
3.2.3	Γενικευμένη Συγκριτική Αξιολόγηση.....	38
3.2.4	Εσωτερική Συγκριτική Αξιολόγηση.....	39
3.3	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	40
3.3.1	Στάδιο 1 ^ο : Κατάστρωση Σχεδίου	40
3.3.2	Στάδιο 2 ^ο : Σχηματισμός Της Ομάδας Συγκριτικής Αξιολόγησης.....	40
3.3.3	Στάδιο 3 ^ο : Συλλογή Των Απαραίτητων Δεδομένων.....	40
3.3.4	Στάδιο 4 ^ο : Ανάλυση Δεδομένων - Αναγνώριση Διαφορών Απόδοσης	41
3.3.5	Στάδιο 5 ^ο : Ανάλυση Δράσης Και Ανακύκλωση Της Διαδικασίας.....	41
3.3.6	Προϋποθέσεις Εφαρμογής Συγκριτικής Αξιολόγησης	43
3.4	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	44
4.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	46
4.1	Πώς Ξεκίνησε;.....	46
4.1.1	Τα Πρώτα Αποτελέσματα.....	46
4.2	ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	48
4.2.1	Η Αφορμή.....	48
4.2.2	Η Αλλαγή.....	48
4.3	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΙΔΩΝ ΣΤΟ CINCINNATI	50
4.3.1	Στοιχεία Εγκαταστάσεων.....	50

4.3.2	Στοιχεία Προϋπολογισμού.....	51
4.3.3	Στοιχεία Λειτουργίας Εγκαταστάσεων	53
4.4	ΝΕΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.....	55
4.5	ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΤΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	56
4.6	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	60
5.	BALANCED SCORECARD: ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ	62
5.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	62
5.1.1	Εφαρμογή Εργαλείων Μέτρηση Απόδοσης Σε Νοσοκομεία Και Συστήματα Υγείας.....	62
5.2	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ BALANCED SCORECARD	64
5.2.1	Εφαρμογές του Balanced Scorecard σε Νοσοκομειακές Μονάδες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	64
5.2.1.1	Το Pirkanmaa Hospital District στη Φιλανδία.....	64
5.2.1.2	Το United Bristol Healthcare NHS Trust (UBHT) στο Η.Β.	64
5.2.2	Εφαρμογές του Balanced Scorecard σε Νοσοκομειακές Μονάδες του Καναδά.....	65
5.2.2.1	Το Peel Memorial Hospital (PMH) στο Οντάριο	65
5.2.2.2	Το Νοσοκομείο για Άρρωστα Παιδιά στο Οντάριο.....	66
5.2.2.3	Το St. Joseph's Hospital στο Οντάριο	66
5.2.2.4	Το West Park Healthcare Centre (WPHC), στο Οντάριο.....	66
5.2.2.5	Το Νοσοκομείο Queensway-Carleton στην Οτάβα.....	67
5.2.3	Εφαρμογές του Balanced Scorecard σε Νοσοκομειακές Μονάδες και Συστήματα Υγείας των Η.Π.Α.	67
5.2.3.1	Το Duke Children's Hospital (DCH) στη Β. Καρολίνα.....	67
5.2.3.2	Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (NIH)	68
5.2.3.3	Το Hudson River Phychiatric Center (HRPC) στη Νέα Υόρκη.....	68
5.2.3.4	Η St. Mary's/ Duluth Clinic (SMDC) στη Μινεσότα	69
5.2.3.5	Το Falls Memorial Hospital, (FMH) στη Μινεσότα	70
5.2.3.6	Το Νοσοκομείο Kohala στη Χαβάη.....	70
5.2.3.7	Το Mercy Hospital στο Μαϊάμι.....	70
5.2.3.8	Το Στρατιωτικό Σύστημα Υγείας των Η.Π.Α.....	71
5.2.3.9	Το Brigham and Women's Νοσοκομείο στη Βοστώνη.....	71
5.2.4	Συμπέρασμα	72
6.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ BSC ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΣΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	73
6.1	ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (MHS) ΤΩΝ Η.Π.Α.....	73
6.1.1	Η Αποστολή Και Το Όραμα Του Συστήματος Υγειονομικής Περιθαλψης.....	73
6.1.2	Αρχιτεκτονική Στρατηγικής Του Συστήματος Υγειονομικής Περιθαλψης	74
6.1.2.1	Προοπτική Μετόχων	75
6.1.2.2	Οικονομική Προοπτική.....	75
6.1.2.3	Προοπτική Εξωτερικών Πελατών	75
6.1.2.4	Εσωτερική Προοπτική	76
6.1.2.4.1	Θέμα Ετοιμότητας	76
6.1.2.4.2	Θέμα Ποιότητας.....	76
6.1.2.4.3	Θέμα Αποδοτικότητας.....	76
6.1.2.5	Προοπτική Μάθησης & Ανάπτυξης (Εσωτερικοί Πελάτες).....	76
6.1.3	Συστατικά Του Balanced Scorecard.....	79
6.1.4	Στρατηγικός Χάρτης Του Συστήματος Υγειονομικής Περιθαλψης	79
6.1.5	Ίδιοκτησία Στόχων.....	85
6.1.6	Προοπτική Μάθησης & Ανάπτυξης: Εσωτερικές Διαδικασίες - Δεξιότητες Και Εργαλεία Συνεργατών	86
6.1.6.1	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Ενασχόληση με τις επιστήμες και την τεχνολογία.....	86
6.1.6.2	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Στρατολόγηση, διατήρηση και ανάπτυξη προσωπικού.....	86
6.1.6.3	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Παροχή πληροφοριακών συστημάτων που ενισχύουν τις ικανότητες του προσωπικού και των ασθενών.....	88
6.1.6.4	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Ενίσχυση συνεργασίας συναδέλφων – βελτιστοποίηση διανομής ανθρωπίνων πόρων	87
6.1.6.5	Εσωτερική Προοπτική: Θέμα Ετοιμότητας	89
6.1.6.5.1	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Παροχή μιας ιατρικά έτοιμης συνολικής δύναμης.....	89
6.1.6.5.2	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Παροχή έτοιμης ιατρικής δυνατότητας	89
6.1.6.6	Εσωτερική Προοπτική: Θέμα Ποιότητας.....	89
6.1.6.6.1	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Βελτίωση ασφάλειας ασθενών	89
6.1.6.6.2	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Μεγαλύτερη επικέντρωση στο πρόσωπο του ασθενή.....	89
6.1.6.6.3	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Βελτίωση των αποτελεσμάτων περιστατικών υγείας.....	90
6.1.6.7	Εσωτερική Προοπτική: Θέμα Αποδοτικότητας	90
6.1.6.7.1	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Βελτίωση συνεργασίας μεταξύ εργαζομένων	90

6.1.6.7.2	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Ενίσχυση παραγωγικότητας συστημάτων.....	90
6.1.6.7.3	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Προσδιορισμός & ταξινόμηση απαιτήσεων	91
6.1.6.8	Εξωτερική Προοπτική Πελατών : " Προσδοκίες Πελατών".....	91
6.1.6.8.1	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Δημιουργία μιας υγιούς και ιατρικά προστατευμένης δύναμης	91
6.1.6.8.2	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Παροχή υψηλής ποιότητας περιθαλψης.....	91
6.1.6.8.3	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Βελτίωση Εξυπηρέτησης πελατών.....	92
6.1.6.8.4	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Δημιουργία υγιών κοινοτήτων	92
6.1.6.9	Οικονομική Προοπτική: "Προσδοκίες Μετόχων".....	93
6.1.6.9.1	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Προσδιορισμός και υπολογισμός κόστους ετοιμότητας.	93
6.1.6.9.2	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Απόκτηση κατάλληλων πόρων	93
6.1.6.9.3	Επιθυμητό αποτέλεσμα: Βελτίωση διαχείρισης πόρων	94
6.1.6.10	Προοπτική Μετόχων: "Προσδοκίες Μετόχου "	94
6.2	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ BSC ΣΤΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (MHS) ΤΩΝ Η.Π.Α.....	95
6.2.1	Προοπτική Μάθησης & Ανάπτυξης	95
6.2.2	Εσωτερική Προοπτική.....	96
6.2.2.1	Θέμα Ετοιμότητας.....	96
6.2.2.2	Θέμα Ποιότητας.....	96
6.2.2.3	Θέμα Αποδοτικότητας	99
6.2.3	Εξωτερική Προοπτική Πελατών	101
6.2.4	Οικονομική Προοπτική	105
6.2.5	Συμπέρασμα	106
7.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	107
8.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	109
9.	ΤΟΠΟΙ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....	111
10.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	112

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αναπόσπαστο και βασικό συστατικό της σύγχρονης δομής των νοσοκομειακών μονάδων και των συστημάτων υγείας αποτελεί η διαχείριση της απόδοσης. Η διαχείριση απόδοσης είναι το μέσο που καθιστά μία μονάδα βιώσιμη στο σκληρά ανταγωνιστικό και έντονα απαιτητικό περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης.

Η ορθολογική και αποτελεσματική διαχείριση απόδοσης απαιτεί την εφαρμογή και τη λειτουργία σημαντικών εργαλείων διαχείρισης. Τέτοιο εργαλείο αποτελεί η μέθοδος συγκριτικής αξιολόγησης. Η εφαρμογή της μεθόδου συγκριτικής αξιολόγησης συμβάλει στην "αυτογνωσία" των νοσοκομειακών μονάδων, στην εφαρμογή των καλύτερων πρακτικών και στη βελτίωση των διαδικασιών και της απόδοσης.

Δεύτερο σημαντικό εργαλείο της διαχείρισης απόδοσης, το οποίο συνεργάζεται άψογα με τη μέθοδο συγκριτικής αξιολόγησης αποτελεί το Balanced Scorecard. Το Balanced Scorecard αποτελεί εργαλείο μέτρησης της απόδοσης και είναι το πλαίσιο το οποίο συνδέει τη στρατηγική ενός οργανισμού με τους στόχους του. Με την εφαρμογή του Balanced Scorecard ο οργανισμός εστιάζει τη στρατηγική του στους στόχους του χωρίς αναβολές και παρεκκλίσεις.

Τόσο η συγκριτική αξιολόγηση όσο και το Balanced Scorecard ανήκουν στα πιο σύγχρονα και αποδοτικά εργαλεία διαχείρισης της απόδοσης και η ορθολογική εφαρμογή αυτών βάζει τα θεμέλια για επιτυχή αποτελέσματα των νοσοκομειακών μονάδων και των συστημάτων υγείας που τα εφαρμόζουν.

2. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αγορά υγειονομικής περίθαλψης βρίσκεται αντιμέτωπη με διάφορα κρίσιμα ζητήματα όπως η ασφάλεια ασθενών, η επάνδρωση προσωπικού, η φθίνουσα πορεία των αποζημιώσεων, η εμφάνιση νέων ανταγωνιστών, η δυσκολία πρόσβασης στο κεφάλαιο κ.α.

Η επιτυχία, ή ακόμα και η επιβίωση, στο σημερινό περιβάλλον απαιτεί μια νέα προσέγγιση στη διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων και των συστημάτων υγείας όπου ο οργανισμός πρέπει να ευθυγραμμίζεται και να στρέφεται γύρω από τις σωστές ενέργειες. Τα νοσοκομεία όλο και περισσότερο στρέφονται σε μια λύση που ονομάζεται διαχείριση απόδοσης υγειονομικής περίθαλψης (HPM). Η διαχείριση απόδοσης υγειονομικής περίθαλψης στοχεύει στην ενίσχυση και τυποποίηση των διαδικασιών σε κάθε νοσοκομείο — στην εφαρμογή στρατηγικών, στην μέτρηση της απόδοσης, στην ανταλλαγή πληροφοριών και στη διαχείριση της γνώσης.

2.1.1 Ορισμός

Διαχείριση απόδοσης είναι η συστηματική προσέγγιση της βελτίωσης απόδοσης μέσω μιας τρέχουσας διαδικασίας καθιέρωσης στρατηγικών στόχων απόδοσης, μέτρησης απόδοσης, συλλογής, ανάλυσης, αναθεώρησης και έκθεσης των στοιχείων απόδοσης. Χρησιμοποιώντας τα στοιχεία οδηγούμαστε στη βελτίωση της απόδοσης.

2.1.2 Πρότυπο Διαχείρισης Απόδοσης

Το πρότυπο Διαχείρισης Απόδοσης ακολουθεί τον κύκλο διαρκούς βελτίωσης (Σχεδιάζω – Εκτελώ – Ελέγχω - Δρω) που αναπτύχθηκε από τον Walter Shewhart το 1930.

Στο πρότυπο Διαχείρισης Απόδοσης, που φαίνεται στην εικόνα 1, τα βήματα που ακολουθούνται είναι τα εξής:

Βήμα 1^ο: Διαμόρφωση ενός σχεδίου Διαχείρισης Απόδοσης (Σχεδιάζω – Μέρος I).

Αυτή είναι η φάση στρατηγικού σχεδιασμού κατά τη διάρκεια της οποίας καθορίζεται η αποστολή του οργανισμού και ορίζονται οι στρατηγικοί στόχοι απόδοσής του.

Βήμα 2^ο: Ορισμός Δεικτών Απόδοσης (**Σχεδιάζω – Μέρος II**).

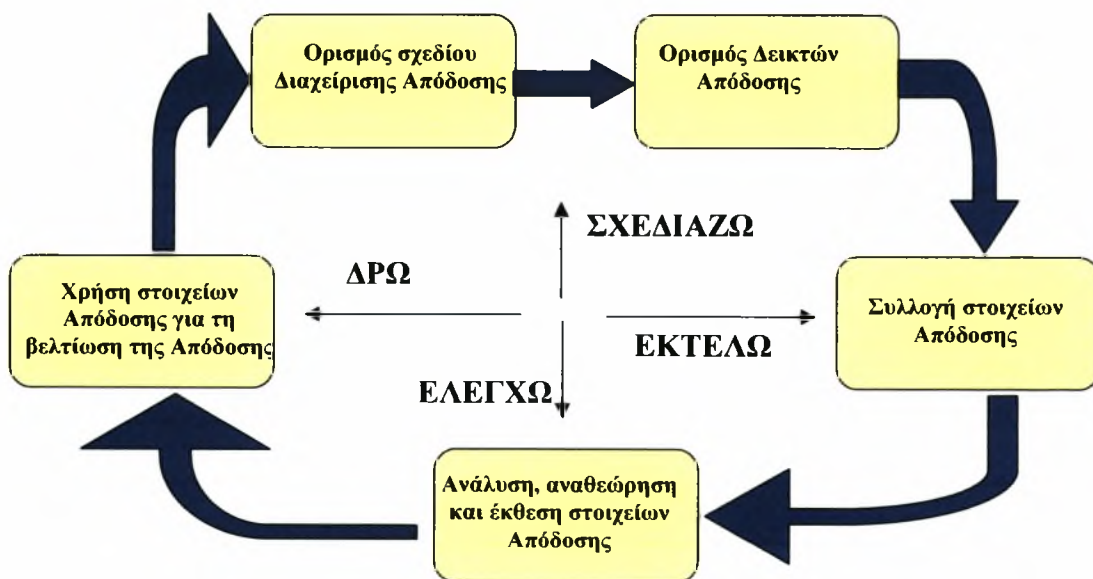
Οι Δείκτες Απόδοσης πρέπει να βασίζονται και να είναι συνδεδεμένοι με τα αποτελέσματα της φάσης στρατηγικού σχεδιασμού.

Βήμα 3^ο: Συλλογή στοιχείων απόδοσης (**Εκτελώ**).

Βήμα 4^ο: Ανάλυση, αναθεώρηση και έκθεση στοιχείων απόδοσης (**Ελέγχω**).

Βήμα 5^ο: Χρήση στοιχείων απόδοσης για να οδηγηθούμε στην βελτίωση της απόδοσης (**Δρω**).

Οι απαραίτητες βελτιώσεις, δηλ. αλλαγές, διορθώσεις, ή ακριβής καθορισμός των διαδικασιών του οργανισμού καθορίζουν τις παραπάνω ενάρξεις των κύκλων.



Σχήμα 2.1. Το πρότυπο Διαχείρισης Απόδοσης

2.1.3 Οφέλη Της Διαχείρισης Απόδοσης

Η δύναμη και τα οφέλη από την ανάπτυξη της διαχείριση απόδοσης υγειονομικής περίθαλψης είναι διαισθητικά. Η διαχείριση απόδοσης υγειονομικής περίθαλψης ευθυγραμμίζει τον οργανισμό γύρω από τις συνεπείς στρατηγικές και τους στόχους του. Συγκεκριμένα:

- Παρέχει μια δομημένη προσέγγιση η οποία εστιάζει στην απόδοση των στρατηγικών στόχων.

Εστιάζει στην επίτευξη αποτελεσμάτων και όχι στον αριθμό των δραστηριοτήτων.

- Παρέχει έναν μηχανισμό για ακριβή αναφορά της απόδοσης στην ανώτερη διοίκηση και τους μετόχους.

Επειδή όλη η εργασία σχεδιάζεται και πραγματοποιείται σύμφωνα με τους στρατηγικούς στόχους απόδοσης, το τελικό αποτέλεσμα είναι μια ακριβής εικόνα του ατόμου, του προγράμματος και της οργανωτικής απόδοσης.

- Προκαλεί όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη να συμμετέχουν στον προγραμματισμό και την αξιολόγηση της απόδοσης.

Μαζεύει όλους τους συμμετόχους (μέτοχοι, διαχειριστές, πελάτες, υπάλληλοι) για να σχεδιάσουν την στρατηγικές και τους στόχους και για να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα.

- Παρέχει ένα μηχανισμό που συνδέει την απόδοση με τα έξοδα του προϋπολογισμού.

Στην αρχή του κύκλου, παρέχει ένα πλαίσιο που δείχνει ποιοι στόχοι θα επιτευχθούν και ποιοι πόροι είναι απαραίτητοι για την επίτευξη αυτών των στόχων. Στο τέλος του κύκλου, παρουσιάζει ποια μέρη ολοκληρώθηκαν πραγματικά και ποιοι πόροι χρησιμοποιήθηκαν για να επιτύχουν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα.

- Αντιπροσωπεύει έναν "δίκαιο τρόπο" επιχειρηματικής δραστηριότητας.

Οι αποφάσεις σχετικά με τις κατανομές προϋπολογισμών, τις προβιβάσεις εργαζομένων, τις αναθέσεις εργασιών, τη διανομή βραβείων και ανταμοιβών, και άλλα παρόμοια βασίζονται στην αντικειμενική απόδοση σχεδιασμού - αποτελέσματος και όχι στην εμφάνιση, στην προσωπικότητα, ή σε άλλες μορφές μεροληψίας.

- Παρέχει άριστο πλαίσιο για υπευθυνότητα.

Στο πλαίσιο απόδοσης-διαχείρισης όλες οι ενέργειες, οι αποφάσεις, οι δαπάνες, και τα αποτελέσματα μπορούν να εξηγηθούν εύκολα, να δικαιολογηθούν και να αναφερθούν με αποτέλεσμα να παρέχει κίνητρο για μεγαλύτερη υπευθυνότητα.

- Μοιράζει την ευθύνη για τη βελτίωση απόδοσης.

Η βελτίωση απόδοσης γίνεται μια κοινή ευθύνη μεταξύ του οργανισμού και των μετόχων / πελατών του ή μεταξύ του ατόμου και της διαχείρισής του.

Οι νοσοκομειακές μονάδες που χρησιμοποιούν τα εργαλεία της διαχείρισης απόδοσης μπορούν να επιτύχουν:

- Μεγαλύτερη διαχειριστική αποδοτικότητα.
- Ισορροπημένες μετρήσεις σε ολόκληρο τον οργανισμό.

- Επιτυχή εκτέλεση της στρατηγικής του οργανισμού.
- Οικονομική βελτίωση.
- Βελτίωση ποιότητας στις βασικές κλινικές δραστηριότητες.
- Αυξανόμενη ικανοποίηση εργαζομένων και πελατών και
- Αυξανόμενο μερίδιο στην αγορά.

2.1.4 Η Πρόκληση

Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής της διαχείρισης απόδοσης, ο οργανισμός αντιμετωπίζει διάφορα εμπόδια τα οποία είναι αναγκασμένος είτε να μπορέσει να τα υπερπηδήσει είτε να εγκαταλείψει την εφαρμογή του προγράμματος. Τα περισσότερα από τα προβλήματα αυτά μπορούν προβλεφθούν και να επιληφθούν. Πρακτικά προκύπτει ότι τα κρίσιμότερα προβλήματα που πρέπει να επιλυθούν είναι τα ακόλουθα:

- **Ελλιπής καθορισμός των σκοπών και των προσδοκιών** — Οι στόχοι και οι προσδοκίες του προγράμματος διαχείρισης απόδοσης πρέπει να γίνονται πλήρως κατανοητοί.
- **Απουσία εσωτερικής πείρας και εκτελεστικής συμμετοχής** — Όταν ένα πεπειραμένο και καθιερωμένο μέσο δεν οδηγεί τη διαδικασία, ή υπάρχει διαρκής απουσία συμμετοχής της ηγεσίας, η διαδικασία θα παρεκτραπεί της πορείας της.
- **Αποτυχία σύνδεσης των δεικτών με τη στρατηγική** — Ο καθορισμός του πλαισίου των δεικτών είναι κρίσιμος, πολλοί οργανισμοί επιλέγουν για να μετρήσουν αυτό που είναι εύκολα διαθέσιμο και όχι αυτό που είναι καθοριστικό για τη στρατηγική.
- **Σύγχυση στις μετρήσεις**
 - **Ασυμβίβαστοι ή ελλιπείς ορισμοί** — Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται σε πολλαπλά επίπεδα του οργανισμού δεν μπορούν να καθοριστούν σαφώς και με συνέπεια
 - **Αναζήτηση για τα αποτελέσματα ή την τελειότητα** — Σε μερικές περιπτώσεις, η πίεση για γρήγορα και ορατά αποτελέσματα μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη μιας κατώτερης λύσης που περιέχει τα "εύκολα" και ενδεχομένως τα μη βέλτιστα μέτρα.
 - **Ελλιπείς στόχοι** — Η διαδικασία ορισμού στόχων παρουσιάζει προβλήματα σχετικά με προηγούμενα δύο εμπόδια.
 - **Εστίαση στα ιστορικά στοιχεία παρά στους οδηγούς στρατηγικής** — Οι μετρήσεις πρέπει να απεικονίσουν τόσο τα αποτελέσματα όσο και τους οδηγούς των αποτελεσμάτων. Ένα σύστημα που βασίζεται στα ιστορικά και μόνο αποτελέσματα έχει μικρή αξιοπιστία.

— **Υπερφόρτωση δεικτών** — Τέλος, με την ποσότητα στοιχείων και πληροφοριών που παράγονται (και που απαιτούνται) στη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχει συχνά η τάση να περιλαμβάνεται κάθε δείκτης που μετρήθηκε στη διαδικασία της διαχείρισης της απόδοσης.

- **Ικανότητα υποστήριξης και αναδίπλωσης** — Μεγάλα ποσά ενέργειας, χρόνου και χρημάτων αφιερώνονται στον καθορισμό του στρατηγικού σχεδίου ενός νοσοκομείου και για τη σύνδεση των δεικτών. Εντούτοις, σε πολλές περιπτώσεις, αυτό αποτελεί ένα μεμονωμένο στιγμιότυπο που δεν επικοινωνεί σε ολόκληρο τον οργανισμό κάθε στιγμή.

- **Αποτυχία της καθιέρωσης** — Όταν η διαχείριση της απόδοσης αποτυγχάνει να γίνει μέρος της νοοτροπίας του οργανισμού και της καθημερινής επαγγελματικής εμπειρίας του κάθε εργαζόμενου, μακροπρόθεσμα τα αποτελέσματα είναι αμφισβητήσιμα.

- **Αντιληπτό υψηλό κόστος** — Τέλος, η αντίληψη για το υψηλό κόστος που συνδέεται με πολλά προγράμματα διαχείρισης της απόδοσης υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί εμπόδιο στην έναρξη ή στη λήξη της εφαρμογής της.

2.1.5 Κάνοντας Τη Διαχείριση Απόδοσης Να Δουλέψει

Στην εξέταση κάθε ενός από τα ανωτέρω εμπόδια, ένα σύνολο κοινών κρίσιμων παραγόντων επιτυχίας προκύπτει.

- **Ο σκοπός και οι προσδοκίες να είναι καθορισμένοι και κατανοητοί** — Η εξωτερική πείρα είναι χρήσιμη στην καθοδήγηση της ηγεσία στη διαδικασία διαχείρισης της απόδοσης. Ενώ κάθε νοσοκομείο είναι μοναδικό, υπάρχει αξία στο κτίσιμο της εφαρμογής κάνοντας χρήση εμπειριών από παρόμοιους οργανισμούς.

- **Τρέχουσες εκτελεστικές συμμετοχές και πρόσβαση στην πείρα** — Δεδομένου ότι η συμμετοχή έμπειρου μέσου είναι κρίσιμη για μια επιτυχή πρωτοβουλία της διαχείρισης απόδοσης, είναι επιτακτικό να υπάρξει ένα πεπειραμένο μέσο διαθέσιμο για να οδηγήσει τη διαδικασία και να αναλάβει την ανώτερη ηγεσία.

- **Οι δείκτες συνδέουν ρητά τη στρατηγική με τους στόχους** — Η διαχείριση απόδοσης πρέπει να χτιστεί γύρω από ένα πλαίσιο που συνδέεται με τη στρατηγική. Το Balanced Scorecard (BSC) αποτελεί ένα εργαλείο το οποίο αποδεδειγμένα χρησιμοποιείται για να συνδέσει τους δείκτες με τη στρατηγική του οργανισμού.

- **Υπαρξη στρατηγικής υγιών δεικτών**

- **Οι συνεπείς και σαφείς ορισμοί** — Η εφαρμογή της διαχείρισης της απόδοσης πρέπει να περιλαμβάνει ρητή διαδικασία δημιουργίας λεξικού δεδομένων ή δεικτών.

- **Κατάλληλη ισορροπία μεταξύ ταχύτητας και ποιότητας** — Πρώτα, πρέπει να θέτονται λογικοί στόχοι και χρονοδιαγράμματα κατάκτησης αυτών. Δεύτερον, μια

ακριβής διαδικασία στοιχείων και κατάρτισης θα διευθετήσει το ζήτημα της καλής ποιότητας.

- **Οι στόχοι να είναι καθορισμένοι και σαφείς** — Οι στόχοι πρέπει να αποτελούν μέρος του λεξικού που αναφέρθηκε ανωτέρω και η λύση πρέπει να παρέχει πρόσβαση στους ορισμούς και στις παραμέτρους των στόχων.
- **Οι δείκτες να ισορροπούν τα αποτελέσματα και τους καθοδηγητές** — Μία λύση η οποία βασίζεται στο Balanced Scorecard και χτίζεται γύρω από σταθερά εργαλεία και διαδικασίες θα εστιάζει στην επιλογή των δεικτών.
- **Συνοπτικοί δείκτες** — Πρέπει να ταξινομούνται κατάλληλα και σε μερικές περιπτώσεις να μπορούν να αποτελούν μέρος του "οργάνου καταγραφής απαιτήσεων" — ένα συστατικό της διαχείρισης απόδοσης υγειονομικής περίθαλψης που εμποτεύει στοιχεία τα οποία δεν είναι στρατηγικά.
- **Το σχέδιο για αναδίπλωση και υποστήριξη** — Η διαχείριση απόδοσης υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι βιώσιμη και ευέλικτη. Η διαχείριση απόδοσης πρέπει να κάνει χρήση της δύναμης της τεχνολογίας και να παρέχει αυτοματοποιημένες συνδέσεις για την καταγραφή και αποθήκευση στοιχείων.
- **Καθιέρωση της διαχείρισης απόδοσης** — Η διαχείριση απόδοσης υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αποτελεί μέρος της νοοτροπίας του οργανισμού και της επαγγελματικής εμπειρίας κάθε εργαζομένου. Ένας τρόπος είναι η ανάπτυξη της μέσω συστήματος βασισμένο στον Ιστό το οποίο επιτρέπει τη γρήγορη καθιέρωση της.
- **Σχέση κόστους – αξίας** — Μία καλή εστίαση και σχεδιασμός της διαχείρισης απόδοσης υγειονομικής περίθαλψης επιτυγχάνει απτά αποτελέσματα και μπορεί να υλοποιηθεί με πολύ λογικό κόστος.

2.2 ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ

2.2.1 Στρατηγικός Προγραμματισμός Προσαρμοσμένος Στις Ανάγκες Του Πελάτη

Ο στρατηγικός προγραμματισμός είναι μια συνεχής και συστηματική διαδικασία όπου τα διοικητικά μέλη ενός οργανισμού λαμβάνουν τις αποφάσεις για το μέλλον του, αναπτύσσουν τις απαραίτητες διαδικασίες και λειτουργίες που θα καθορίσουν τη μελλοντική επιτυχία του οργανισμού, επίσης καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο θα αξιολογείται η επιτυχία. Ένα από τα σημαντικά οφέλη του στρατηγικού προγραμματισμού είναι ότι αποτελεί την ευκαιρία για ενοποίηση της διοίκησης με τους υπαλλήλους, τους μετόχους και τους πελάτες μέσω ενός κοινού στόχου.

Σε πολλούς επιτυχημένους οργανισμούς, η "φωνή του πελάτη" οδηγεί τις διαδικασίες και σχεδιάζει τις αλλαγές για το μέλλον. Οι επιχειρήσεις, καθώς επίσης και οι κυβερνήσεις κρατών και οι διοικήσεις πόλεων, έχουν αρχίσει την εστίαση στους πελάτες ως έναν από τους βασικούς οδηγούς στον προγραμματισμό για το μέλλον. Όταν η "φωνή του πελάτη" αποτελεί τμήμα των οργανωτικών στρατηγικών, ο οργανισμός καλείται "προσαρμοσμένος στις ανάγκες του πελάτη" οργανισμός. Ένας οργανισμός προσαρμοσμένος στις ανάγκες του πελάτη διατηρεί την εστίαση του στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών, προφορικές και μη, τωρινές και μελλοντικές, και στη δημιουργία και τη βελτίωση του προϊόντος ή της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εστιάζει αποκλειστικά στον ασθενή. Η ποιότητα και η απόδοση είναι τα βασικά συστατικά στον καθορισμό της ικανοποίησης του ασθενή. Η ικανοποίηση και η αξία των ασθενών αποτελούν βασικές εκτιμήσεις και για άλλους πελάτες. Ο τέλει εστιασμένος στον ασθενή οργανισμός έχει και τα τρέχοντα και τα μελλοντικά απαραίτητα συστατικά: κατανόηση των σημερινών επιθυμιών του ασθενή και πρόγνωση των μελλοντικών του επιθυμιών και των προσφορών της αγοράς υγειονομικής περίθαλψης.

Η αξία και η ικανοποίηση ενός ασθενή μπορούν να επηρεαστούν από πολλούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της εμπειρίας του και της συμμετοχής του στην υγειονομική περίθαλψη. Τέτοιοι παράγοντες περιλαμβάνουν τις σχέσεις του ασθενή με τον παροχέα υγειονομικής περίθαλψης, το βοηθητικό προσωπικό, το κόστος, την ανταπόκριση, τη συνεχή φροντίδα και προσοχή που του παρέχουν κ.α. Για πολλούς ασθενείς, η δυνατότητα τους να συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων σχετικά με την υγειονομική περίθαλψή τους, θεωρείται σημαντικός παράγοντας. Χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν ένα παροχέα από κάποιο άλλο και συμβάλλουν στην ύπαρξη στρατηγικών εστιασμένων στο πρόσωπο του ασθενή.

Η εστιασμένη στον ασθενή τελειότητα είναι μια στρατηγική έννοια. Κατευθύνεται προς τη λήψη και τη διατήρηση της πίστης του ασθενή, της παραπομπής των νέων ασθενών και του κέρδους μεριδίου αγοράς στις ανταγωνιστικές αγορές. Η εστιασμένη στον ασθενή τελειότητα απαιτεί έτσι γρήγορη και ευέλικτη απάντηση στις αναδυόμενες επιθυμίες του ασθενή και τις απαιτήσεις αγορών υγειονομικής περίθαλψης, και μέτρηση των παραγόντων που οδηγούν στην ικανοποίηση του ασθενή. Η εστιασμένη στον ασθενή τελειότητα απαιτεί επίσης τη χρήση νέας τεχνολογίας και νέων μεθόδων στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

2.2.2 Απαιτήσεις Για Επιτυχημένο Στρατηγικό Σχεδιασμό

Δύο περιοχές που αποτελούν ενιαία τμήματα του στρατηγικού σχεδιασμού είναι η ηγεσία και η επικοινωνία. Μέσα σε αυτές τις δύο περιοχές, οι ακόλουθες απαιτήσεις είναι απαραίτητες για επιτυχή στρατηγικό προγραμματισμό:

- Η ανώτερη διοίκηση πρέπει να συμμετέχει ενεργά σε όλοι πτυχές του στρατηγικού προγραμματισμού. Η αποτελεσματική ηγεσία αποτελεί σαφές, συνεπές, και ορατό καθήκον για τα ανώτερα στελέχη σε όλο τον οργανισμό.
- Οι ανώτατοι διευθυντές πρέπει να διαβιβάσουν σαφώς την αποστολή, τη στρατηγική κατεύθυνση και το όραμα του οργανισμού στους υπαλλήλους και τους εξωτερικούς πελάτες. Μια σαφής, συνοπτική δήλωση, που να μεταφέρει το τι είναι ο οργανισμός, αυξάνει την πιθανότητα για συμμετοχή και αποδοχή από τους υπαλλήλους και τους εξωτερικούς πελάτες.
- Οι οργανισμοί πρέπει να λειτουργήσουν με μια αίσθηση επείγουσας ανάγκης. Η ώθηση για κίνηση, ή η πιο έντονη κίνηση προς ένα μεγάλο μέρος πελατών είναι το αποτέλεσμα δύο πραγμάτων: ενός κατακλυσμικού γεγονότος ή μιας νέας εντολής της ηγεσίας. Και τα δύο φέρνουν μια πολύ πραγματική αίσθηση της επείγουσας ανάγκης στον οργανισμό.
- Η επιτυχής ηγεσία απαιτεί, όχι μόνο χρόνο, προσπάθειες και προσωπικές ικανότητες των ανώτερων υπαλλήλων, αλλά και τη δημιουργία ενός πλαισίου επιτυχίας. Οι καλύτεροι των κατηγοριών οργανισμοί είναι δομημένοι και λειτουργούν με τρόπο που ενθαρρύνει τη συμμετοχή και την καινοτομία των υπαλλήλων, ανεξάρτητα από το επίπεδο εργασίας τους.
- Η εξωτερική επικοινωνία (με τον πελάτη) είναι ένα καθήκον. Οι καλύτεροι των κατηγοριών οργανισμοί καθιερώνουν επίσημες σχέσεις με τους πελάτες για να

καταλάβουν καλύτερα τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους και για να είναι σε θέση να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτές.

- Η επικοινωνία μέσα σε έναν οργανισμό αποτελεί κρίσιμο παράγοντα επιτυχίας. Όσο περισσότερο οι σαφείς στόχοι εξωτερικεύονται, τόσο πιο εύκολα οι εργαζόμενοι αποφασίζουν τι πρέπει να πραγματοποιηθεί.

2.2.3 Θέτοντας Στρατηγικές Κατευθύνσεις

Το κεντρικό σημείο στη στρατηγική διαδικασία διαχείρισης είναι το σημείο στο οποίο καθορίζεται η στρατηγική κατεύθυνση (δηλ. ο σκοπός, οι στόχοι και οι στρατηγικές από τους οποίους προγραμματίζεται να επιτύχει το όραμα, η αποστολή και οι αξίες του οργανισμού). Είναι το σημείο όπου η γνώση και οι ιδέες ενός οργανισμού για το παρελθόν, το παρόν, και το μέλλον του συγκλίνουν και επιλέγεται μια πορεία γύρω από την οποία ο οργανισμός θα ευθυγραμμίσει τις δραστηριότητές του και τους πόρους του.

Τα συστατικά στον καθορισμό της στρατηγικής κατεύθυνσης είναι:

- Η δήλωση της αποστολής που προσδιορίζει το σκοπό για τον οποίο ο οργανισμός οργανώνεται.
- Το όραμα του μελλοντικού εξωτερικού περιβάλλοντος και του οργανισμού μέσα σε αυτό .
- Η δήλωση αξιών του κώδικα της ηθικής του οργανισμού ή των αξιών που αυτός ακολουθεί σχετικά με την ομαδική εργασία, την ποιότητα, την προστασία του περιβάλλοντος και της κοινότητας στην οποία λειτουργεί.
- Υποθέσεις για τις εξωτερικές περιβαλλοντικές συνθήκες που αναμένονται να υπάρχουν στο μέλλον.
- Στρατηγικές ή αναφορές για το πώς οι στόχοι πρόκειται να επιτευχθούν, π.χ. μια στρατηγική ανάπτυξης.

Στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, η στρατηγική μπορεί να δομηθεί ή να οδηγηθεί γύρω από τα ακόλουθα:

- Νέες υπηρεσίες, διαδικασίες και αγορές υγειονομικής περίθαλψης
- Οικονομική ανάπτυξη μέσω διάφορων προσεγγίσεων, συμπεριλαμβανομένων δημιουργίας νέων συνεργασιών και συμμαχιών.
- Να γίνει ανταγωνιστικός παροχέας, ερευνητής ηγέτης, ή ενιαίος φορέας παροχής υπηρεσιών

Οι προκλήσεις που εξετάστηκαν στη στρατηγική υγειονομικής περίθαλψης ενός οργανισμού πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Πρόσβαση και εντοπισμό
- Άμεση ανταπόκριση
- Προσαρμογή
- Γρήγορη καινοτομία
- Διαχείριση σχέσεων παροχέα / ασθενή και άλλων πελατών βασισμένη στο διαδίκτυο
- Ποιότητα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

2.2.4 Μετάφραση Των Στρατηγικών Σε Δράσεις

Η μετάφραση της στρατηγικής κατεύθυνσης σε δράση είναι το βήμα που κάνει τον οργανισμό να κινηθεί. Τρία είναι τα συστατικά της εφαρμογής:

- Επιχειρησιακός σχεδιασμός. Η διαδικασία επιχειρησιακού σχεδιασμού πραγματοποιείται στο επίπεδο της οργανωτικής ομάδας και στα κατωτέρω επίπεδα. Κατά τη διάρκεια του επιχειρησιακού σχεδιασμού, τα οργανωτικά στοιχεία προσδιορίζουν τις στρατηγικές τους για να υποστηρίξουν τις στρατηγικές του οργανισμού. Προσδιορίζουν, επίσης, τις πρωτοβουλίες και τα προγράμματα υποστήριξης που θα εξασφαλίσουν την επίτευξη των στόχων απόδοσης, δημιουργούν επιχειρησιακή κατάσταση για να υποστηρίξουν την έγκριση των πρωτοβουλιών, και δημιουργούν τελικά τα σχέδια τα οποία θα εφαρμόσουν. Τα σχέδια περιλαμβάνουν τα βασικά σημεία, τα προγράμματα, και τις απαιτήσεις των πόρων. Ο χρονικός ορίζοντας για τον επιχειρησιακό προγραμματισμό ποικίλλει, αν και τα περισσότερα σχέδια γίνονται σε έναν ετήσιο κύκλο για μία περίοδο τριών με πέντε ετών.
- Προγραμματισμός προϋπολογισμού. Τα χρήματα στρατηγικών δαπανών και η σύνταξη προϋπολογισμού είναι ένα πραγματικό μέρος της εφαρμογής της στρατηγικής ενός οργανισμού. Στους καλύτερους των κατηγοριών οργανισμούς, η στρατηγική οδηγεί τον προϋπολογισμό και δεν συμβαίνει το αντίθετο.
- Χτίζοντας την οργανωτική ικανότητα. Η οργανωτική ικανότητα στοχεύει στους ανθρώπους και τις διαδικασίες. Η εστίαση είναι που παρακινεί ή έχει παρακινήσει τους οργανισμούς για να χρησιμοποιήσουν μια ομάδα για την επίλυση ενός προβλήματος ή τον καθορισμό στρατηγικής στο οργανωτικό επίπεδο μονάδων και πιο κάτω. Η εστίαση στις ικανότητες ωθεί τις επιχειρήσεις να εξετάσουν τις ικανότητες του προσωπικού και αν το προσωπικό διαθέτει τις

απαραίτητες γνώσεις, δεξιότητες και τα εργαλεία για την επιτυχία. Επιπλέον, είναι η εστίαση στην οργανωτική ικανότητα υποστηρίζει τη σωστή διαχείριση της διαδικασίας και ότι οι ανεπαρκείς και ατελέσφορες διαδικασίες απομακρύνουν τον οργανισμό από την επιτυχία.

2.3 ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ

2.3.1 Βασικά Συστατικά Ενιαίου Συστήματος Μέτρησης Απόδοσης

2.3.1.1 Το Στρατηγικό Σχέδιο

Τα στρατηγικά σχέδια βάζουν τα θεμέλια για αποτελεσματικά συστήματα μέτρησης απόδοσης. Τα παραδοσιακά συστήματα μέτρησης απόδοσης που εστιάζουν σε λανθασμένο σύνολο μέτρων απόδοσης μπορούν πραγματικά να υπονομεύσουν τη στρατηγική αποστολή ενός οργανισμού με τη διαιώνιση των ελλειπών πρακτικών. Για το λόγο αυτό, είναι αρμόζον να αναλυθούν τα κρίσιμα στοιχεία των στρατηγικών σχεδίων και να αναθεωρηθεί η συμβατότητα των στρατηγικών σχεδίων με ένα ενιαίο σύστημα μέτρησης απόδοσης.

Ένα σωστά ανεπτυγμένο στρατηγικό σχέδιο πρέπει να περιέχει τις βασικές πληροφορίες απαραίτητες για την έναρξη της διαμόρφωσης ενιαίου συστήματος μέτρησης απόδοσης, όπως φαίνεται στον πίνακα 2.1 παρακάτω.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ
Στρατηγικός στόχος	Σαφή διατύπωση της αποστολής
Επιδίωξη	Περιγράφει (με περιγραφικό σχήμα) τις στρατηγικές δραστηριότητες που απαιτούνται για την επίτευξη του στόχου
Στρατηγική	Καθορίζει τις στρατηγικές (μακροπρόθεσμες) απαιτήσεις με περιγραφικό σχήμα οι οποίες συνδέονται με τους στόχους. Χαρακτηριστικά περιέχει τις ημερομηνίες, την αφετηρία των μετρήσεων και τις φιλοδοξίες απόδοσης (στόχοι)
Τακτικά σχέδια	Προσδιορίζει τις (βραχυπρόθεσμες) απαιτήσεις οι οποίες συνδέονται με τη στρατηγική. Χαρακτηριστικά περιέχει το κόστος, το χρόνο, το βασικό σημείο, την ποιότητα, τις ιδιότητες ασφάλειας καθώς επίσης και τους στόχους απόδοσης.

Πίνακας 2.1 Στρατηγικός σχεδιασμός στοιχείων και χαρακτηριστικών μέτρησης της απόδοσης

2.3.1.2 Βασικές Διαδικασίες

Οι διαδικασίες και οι δραστηριότητες είναι τα μέσα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων του στρατηγικού σχεδίου. Ωστόσο υπάρχουν πολλές διαδικασίες και δραστηριότητες μέσα σε έναν οργανισμό, για κάθε μία από τις οποίες απαιτείται ένας τουλάχιστον δείκτης απόδοσης. Έχοντας αυτό υπόψη, το μυστικό σε ένα επιτυχημένο ενιαίο σύστημα μέτρησης απόδοσης είναι ο σαφής προσδιορισμός των "βασικών" διαδικασιών του οργανισμού, δηλαδή εκείνων που ασκούν μεγαλύτερη επίδραση στην επιτυχία ή την αποτυχία των στόχων της οργάνωσης. Ο αρχικός στόχος πρέπει να είναι να τηρηθεί ο αριθμός των βασικών διαδικασιών σε ένα εύχρηστο διαχειριστικό επίπεδο. Πάρα πολλοί δείκτες μπορούν να οδηγήσουν σε έναν υπερβολικό αριθμό μέτρων και προκυπτόντων στοιχείων. Πολύ λίγοι μπορούν να οδηγηθούν από ανεπαρκείς πληροφορίες πάνω στις οποίες να βασίσουν τη λήψη επιχειρηματικών αποφάσεων.

Για να καταλάβει κάποιος τις βασικές διαδικασίες πρέπει να χαρτογραφήσει τις διαδικασίες του οργανισμού για να παρουσιάσει τα στοιχεία και τις σχέσεις των λειτουργιών και των συστημάτων που απαιτούνται για να αναπτύξουν και να διανέμουν τα προϊόντα και τις υπηρεσίες στους πελάτες.

Οι βασικές διαδικασίες υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αναφέρονται στον ασθενή και τις διαδικασίες κοινωνικών υπηρεσιών με σκοπό την πρόληψη, τη διατήρηση, τη βελτίωση της υγείας, τον έλεγχο, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την επαναφορά. Αυτές περιλαμβάνουν επίσης τις υπηρεσίες που παραδίδονται στους ασθενείς μέσω άλλων προμηθευτών (δηλ. μελέτες εργαστηρίων ή ακτινολογίας).

Οι βασικές επιχειρηματικές διαδικασίες στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης είναι εκείνες οι διαδικασίες μη-υγειονομικής περίθαλψης που θεωρούνται οι σημαντικότερες στην ανάπτυξη και στην επιτυχία μιας επιχείρησης από την ανώτερη ηγεσία. Αυτές περιλαμβάνουν τις διαδικασίες καινοτομίας, απόκτησης τεχνολογίας, πληροφοριών, διαχείρισης γνώσης, διαχείρισης εφοδιαστικών αλυσίδων, το συνεταιρισμό των προμηθευτών, τις συγχωνεύσεις, τις εξαγορές, τη διαχείριση έργων και τις πωλήσεις.

Οι βασικές διαδικασίες υποστήριξης στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης είναι εκείνες που θεωρούνται σημαντικότερες για την υποστήριξη των διαδικασιών σχεδιασμού και παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης του οργανισμού καθώς και των καθημερινών διαδικασιών. Αυτές περιλαμβάνουν τις βασικές διαδικασίες υποστήριξης ασθενών (δηλ. οικοκυρική και ιατρικά αρχεία) και τις βασικές διαδικασίες διοικητικής υποστήριξης.

2.3.1.3 Ανάγκες Μετόχων

Μέτοχος είναι ένας κοινός όρος στη διαχείριση απόδοσης και αναφέρεται σε εκείνους τους ανθρώπους που έχουν ή αντιλαμβάνονται ότι έχουν ένα μερίδιο στη μελλοντική επιτυχία μιας οργάνωσης. Είναι επιτακτικό να υπάρχει μια πολύ σαφή ιδέα ποιοι είναι αυτοί οι άνθρωποι και τι ανάγκες και προσδοκίες έχουν. Οι απόψεις και οι προσδοκίες τους πρέπει όλες να προσανατολίζονται προς την ανάπτυξη των στρατηγικών στόχων. Εάν έχουν κάποιο μερίδιο στα αποτελέσματα μίας διαδικασίας, πρέπει να συμβάλουν και στην εξέλιξη της διαδικασίας.

Εάν μια ομάδα μετόχων είναι σημαντική στην επίτευξη των οργανωτικών στόχων, ο οργανισμός πρέπει να διαχειρίζεται ενεργά τη σχέση με αυτή την ομάδα μετόχων. Οι οργανισμοί πρέπει να επιληφθούν αυτό το όλο και περισσότερο σημαντικό στοιχείο στο σύστημα μέτρησης απόδοσής τους μέσω της επικοινωνίας τους με τους βασικούς μετόχους για να καθορίσουν τις προοπτικές σε ότι συντελεί στην επιτυχία του οργανισμού. Αυτή η επικοινωνία σημαίνει να ακούνε και να καταλαβαίνουν τις επιθυμίες και τις προσδοκίες των μετόχων. Επίσης επικοινωνία σημαίνει τι κάνει ο οργανισμός, ως μέρος της στρατηγικής του, για να ικανοποιήσει τους μετόχους.

Οι επιτυχημένοι οργανισμοί απαιτούν την ενεργή συμμετοχή και υποστήριξη πέντε ομάδων μετόχων για να επιτύχουν τους στόχους τους. Αυτές οι ομάδες μετόχων, στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, είναι:

- Πελάτες
 - Ασθενείς
 - Οικογένειες ασθενών
 - Ασφαλιστές / πληρωτές τρίτων
 - Τμήματα υγείας
 - Εργοδότες
 - Ομάδες υπεράσπισης ασθενών
 - Σπουδαστές
- Ιδιοκτήτες
 - Επενδυτές
 - Συνεργάτες
- Εργαζόμενοι
 - Παροχείς υγειονομικής περίθαλψης
 - Παθολόγοι
 - Επαγγελματίες νοσοκόμοι
 - Μαίες
 - Ψυχολόγοι
 - Διοικητικό προσωπικό και προσωπικό υποστήριξης
- Προμηθευτές
 - Εξωτερικοί προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης
- Η ευρύτερη κοινότητα
 - Τοπικές κοινότητες
 - Επαγγελματικές κοινότητες

Μια στρατηγική πρέπει να αναπτυχθεί για τη συστηματική κατανόηση του τι θέλουν και αναμένουν οι μέτοχοι. Εντούτοις, ανάλογα με το μέτοχο χρησιμοποιούνται διαφορετικές τεχνικές και εργαλεία. Για τους πελάτες, οι οργανισμοί συχνά χρησιμοποιούν ομάδες εστίασης πελατών. Για τους εργαζόμενους, οι έρευνες, οι ομάδες εστίασης ή οι συζητήσεις αποτελούν άριστα εργαλεία.

2.3.1.4 Συμμετοχή Της Ανώτερης Διοίκησης

Τα ανώτερα στελέχη αποτελούν την κεφαλή του οργανισμού και οι άμεσες αναφορές τους. Στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης με τις χωριστές διοικητικές / λειτουργικές ηγεσίες και ηγεσίες παροχών υγειονομικής περίθαλψης, η "ανώτερη διοίκηση" εποπτεύει και τις δύο χωριστές ηγεσίες καθώς και τη σχέση μεταξύ τους.

Η ανώτερη διοίκηση μπορεί να επιφέρει θετικές επιπτώσεις μέσω της συμμετοχής της με τέσσερις συγκεκριμένους τρόπους:

1. Υπερασπιστείτε τα αίτια. Καθοδηγείστε με ένα παράδειγμα. Παρουσιάστε ένα ειλικρινές ενδιαφέρον για το σύστημα και ένθερμη δέσμευση για την επιτυχία του.
2. Ευθύνες εκπροσώπων. Εξουσιοδοτήστε τους εργαζόμενους. Τα ανώτερα στελέχη στους οργανισμούς, που αντιπροσωπεύουν τις καλύτερες πρακτικές στη μέτρηση της απόδοσης, συχνά διαμορφώνουν ομάδες σχεδιασμού οι οποίες έχουν την ευθύνη για την επιλογή, τον καθορισμό και τον προσδιορισμό ενός προσώπου που έχει τη γενική ευθύνη για τους στρατηγικούς δείκτες.
3. Αναπτύξτε σωστές διαδικασίες επικοινωνίας. Μια σωστή διαδικασία επικοινωνίας παρέχει μια κρίσιμη σύνδεση μεταξύ της εκτέλεσης των έργων από τους εργαζόμενους και του στρατηγικού σχεδίου του οργανισμού. Δύο από τις αποτελεσματικότερες μεθόδους επικοινωνίας είναι η χρήση ειδικών συναντήσεων και οι δημοσιεύσεις στα πλαίσια του οργανισμού. Αυτές οι μέθοδοι έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές επειδή μπορούν να κρατήσουν την προσοχή των εργαζομένων για μεγάλο διάστημα και να παρέχουν μια λεπτομερή επεξήγηση.
4. Πάντα επιδιώξτε την αναθεώρηση. Τα ανώτερα στελέχη χρειάζεται να γνωρίζουν τι σκέφτονται οι εργαζόμενοι για τις εργασίες τους και τον οργανισμό – ιδιαίτερα εάν δεν είναι σε ευθυγράμμιση με τη στρατηγική κατεύθυνση του

οργανισμού. Επομένως, πρέπει να ενθαρρύνουν όλους τους εργαζομένους να τους πουν την αλήθεια και έπειτα να το δεχτούν ευγενικά. Όταν πραγματοποιούνται τα παραπάνω υπάρχει υπευθυνότητα τόσο από την πλευρά των εργαζομένων όσο και από την πλευρά της ανώτερης διοίκησης.

2.3.1.5 Συμμετοχή Εργαζομένων

Η συμμετοχή εργαζομένων είναι ένας από τους καλύτερους τρόπους δημιουργίας θετικού κλίματος το οποίο αντανάκλαται στη μέτρηση απόδοσης. Το επίπεδο και ο χρόνος της συμμετοχής εργαζομένων πρέπει να επιλεγθεί χωριστά ανάλογα με το μέγεθος και τη δομή του οργανισμού. Μερικοί παράγοντες που εξετάζονται κατά τον ανάμειξη των υπαλλήλων είναι:

- Η συμμετοχή δημιουργεί την ιδιοκτησία που αυξάνει την πίστη και την υποχρέωση η οποία αυξάνει την υπευθυνότητα.
- Οι συμμετέχοντες είναι γενικά ευτυχείς εργαζόμενοι, και οι ευτυχείς εργαζόμενοι συμβάλλουν στην επιτυχία του οργανισμού.
- Οι εργαζόμενοι θα αποδώσουν σύμφωνα με την μετρική απόδοση, δηλ. η μετρική απόδοση θα οδηγήσει τη συμπεριφορά των εργαζομένων.
- Συμπεριλάβετε εκείνους τους εργαζόμενους που θα επηρεαστούν άμεσα από το σύστημα καθώς επίσης και εκείνους που θα πρέπει να το εφαρμόσουν.
- Σιγουρευτείτε ότι οι εργαζόμενοι καταλαβαίνουν τη "ανάθεση" και την ευρύτητα της συμμετοχής τους.
- Προσδιορίστε τα κενά στη γνώση και την εμπειρία – σε οποιοδήποτε επίπεδο – και αποδεδειγμένα στοιχειοθετήστε, στον ενδεδειγμένο χρόνο.

2.3.1.6 Υπευθυνότητα Δεικτών

Η επιτυχημένη εφαρμογή ενός ενιαίου συστήματος μέτρησης απόδοσης συσχετίζεται έντονα με την ανάπτυξη ενός επιτυχημένου συστήματος υπευθυνότητας, δηλαδή οι διευθυντές και οι εργαζόμενοι αναμειγνύονται στη μέτρηση της ίδιας απόδοσης με την ανάληψη της ευθύνης για κάποιο μέρος της διαδικασίας μέτρησης

απόδοσης. Μερικά θέματα που εξετάζονται κατά τον καθορισμό των υπευθυνοτήτων για το ενιαίο σύστημα μέτρησης απόδοσης περιλαμβάνουν:

- Κάθε δείκτης απόδοσης πρέπει να έχει έναν ιδιοκτήτη που είναι αρμόδιος για το δείκτη αυτό. Οι πρωτοπόροι μπορούν να εντάσσονται σε ομάδες δεικτών.
- Οι εργαζόμενοι πρέπει να γνωρίζουν πώς ο δείκτης για τον οποίο είναι υπεύθυνοι επηρεάζει τη γενική επιτυχία ή αποτυχία του οργανισμού.
- Στους εργαζόμενους πρέπει να δοθούν οι επαρκείς πόροι για να εκτελέσουν την εργασία για την οποία είναι υπεύθυνοι.
- Οι εργαζόμενοι είναι πιθανό να πετύχουν ή να υπερβούν το στόχο απόδοσης όταν εξουσιοδοτούνται να λάβουν τις αποφάσεις και να λύσουν τα προβλήματα σχετικά με τα αποτελέσματα για τα οποία είναι υπεύθυνοι.
- Η καλή εκτέλεση πρέπει να ανταμείβεται ενώ η κακή να επιφέρει κυρώσεις.

2.3.1.7 Ένα Ενιαίο Πλαίσιο

Ένα ενιαίο πλαίσιο μπορεί να βοηθήσει στην απόφαση για το τι πρέπει να μετρηθεί. Για παράδειγμα, η μέτρηση της οργανωτικής απόδοσης μπορεί να συνδεθεί με τη διαδικασία στρατηγικού προγραμματισμού. Ή ένα ισορροπημένο σύνολο δεικτών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εξασφαλίσει ότι οι ανώτεροι ηγέτες μπορούν να έχουν μια γρήγορη γενική αξιολόγηση του οργανισμού σε μια ενιαία αναφορά. Μια οικογένεια δεικτών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ευθυγραμμίσει τις μετρήσεις σε κάθε επίπεδο του οργανισμού.

2.3.1.8 Επικοινωνία

Η επικοινωνία είναι κρίσιμη για την καθιέρωση και τη διατήρηση ενός συστήματος μέτρησης απόδοσης. Πρέπει να είναι κατευθυντική – να εφαρμόζεται τόσο οριζόντια όσο και κατακόρυφα σε ολόκληρο τον οργανισμό. Οι “καλύτεροι της κατηγορίας τους” οργανισμοί επικοινωνούν εσωτερικά με τους εξής τρόπους:

- Συμμετοχικά (τακτικές επιχειρηματικές συνεδριάσεις, δημοτικές συνεδριάσεις και ομάδες εστίασης)
- Μέσω διαφόρων μορφών έντυπων μέσων (ενημερωτικά δελτία, εκθέσεις, και δημοσιεύσεις)

- Μέσω προηγμένης τεχνολογίας των υπολογιστών (ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, τηλε-σύσκεψη και σε απευθείας σύνδεση με συστήματα Διαδικτύου ή ενδοδικτύου)
- Άλλα ιδιαίτερα μέσα, όπως η στερεότυπη τοποθέτηση των διαγραμμάτων προόδου στις κατάλληλες περιοχές εργασίας κ.α.

2.3.1.9 Η Αίσθηση Της Επείγουσας Ανάγκης

Η ώθηση που κινεί – ή που κινεί πιο επιθετικά – προς ένα νέο ή ενισχυμένο σύστημα μέτρησης και διαχείρισης απόδοσης είναι γενικά το αποτέλεσμα ενός κατακλυσμικού γεγονότος – πολύ συχνά, μια συγκυρία απειλεί την επιβίωση ενός οργανισμού στην αγορά. Ένα από τα πολλά σενάρια που μπορεί να θέσει σε εφαρμογή ένα σύστημα μέτρησης απόδοσης μέσα σε έναν οργανισμό είναι:

- Μια πρόσφατη δέσμευση της ηγεσίας για τη μέτρηση απόδοσης.
- Η επιθυμία υψηλής απόδοσης του οργανισμού για τη διατήρηση της ανταγωνιστικότητά του.
- Η ανάγκη να συνδεθούν η οργανωτική στρατηγική και οι στόχοι με τις ενέργειες
- Η έκβαση τρεχόντων ποιοτικών προγραμμάτων.

Ειδικότερα, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης δεν έχουν πότε σχεδόν τα μέσα να αναπτύξουν τη μεγαλύτερη απόδοση από μόνοι τους. Χρειάζονται την υποστήριξη των εξωτερικών παραγόντων που ενεργούν σαν ωθητήρια δύναμη και διευκολύνουν την καθιέρωση της διαχείρισης απόδοσης. Οι ακόλουθοι είναι μερικοί από τους πιο σημαντικούς εξωτερικούς παράγοντες:

- Οι πολιτικές πιέσεις και η αναμόρφωση της υγειονομικής περίθαλψης. Η πολιτική πίεση μπορεί να έχει πολλές μορφές και να αποτελεί την ώθηση για μεγαλύτερη έμφαση στη διαχείριση απόδοσης. Εντούτοις, δεν αναγκάζει το σύστημα υγείας να υιοθετήσει την αποτελεσματική απόδοση προσωπικού, ιδιαίτερα εάν τέτοια πίεση έχει μικρή διάρκεια. Η αναμόρφωση της υγειονομικής περίθαλψης, από την άλλη, δεν αποτελεί απαραίτητως μια αποτελεσματική ώθηση για τη διαχείριση απόδοσης. Αυτό συνδέεται συχνά με το γεγονός ότι η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων πραγματοποιείται μέσω του συστήματος χωρίς να γίνεται προσεκτική θεώρηση των οργανωτικών προϋποθέσεων που έχουν, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης για αποτελεσματικά συστήματα ηγεσίας και διοίκησης, για τη διαχείριση απόδοσης στην εργασία.

- Οικονομικές πιέσεις. Οι περικοπές προϋπολογισμών και η καθοδήγηση αποδοτικότητας που έχει επιπτώσεις στα εθνικά συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο έχουν προκαλέσει μεγάλο ενδιαφέρον για τη διαχείριση απόδοσης. Τέτοιο ενδιαφέρον εντούτοις, έχει σπάνια οδηγήσει στην καθιέρωση της αποτελεσματικής διαχείρισης απόδοσης. Παραδείγματος χάριν, οι περικοπές προϋπολογισμών έχουν οδηγήσει συχνά στις περικοπές προσωπικού που έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην παροχή υπηρεσιών, ιδιαίτερα όταν εφαρμόζονται οι περικοπές προσωπικού σε ολόκληρο το σύστημα χωρίς προσεκτική θεώρηση των αναγκών. Οι περικοπές προσωπικού και προϋπολογισμών επίσης έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στις συμπεριφορές και στα κίνητρα του προσωπικού, ιδιαίτερα εάν τα επίπεδα αμοιβής παραμένουν χαμηλά, με τη δημιουργία ενός ανταγωνιστικού περιβάλλοντος στην καθιέρωση της διαχείρισης απόδοσης.
- Εισαγωγή διαχωρισμού αγοραστών /παροχέων και συμβάσεων υπηρεσιών. Ο διαχωρισμός της χρηματοδότησης από την παροχή παρέχει ευκαιρίες για τη βελτιωμένη διαχείριση απόδοσης. Τέτοιος διαχωρισμός μπορεί να προετοιμάσει το έδαφος για ανάδειξη φορέων παροχής υπηρεσιών μέσω του ανταγωνισμού, ο οποίος μπορεί να αναγκάσει τους διευθυντές να παρέχουν ελκυστικές πληρωμές και πακέτα αμοιβών ώστε να μην κινδυνεύουν να χάσουν το καλό προσωπικό σε ανταγωνιστές τους. Όταν οι λειτουργίες χρηματοδότησης και παροχής δεν διαχωρίζονται και αποτελούν μέρος του οργανισμού, είναι επίσης δυνατό να επισταθεί η προσοχή στην απόδοση μέσω της ανάπτυξης συμφωνιών στην παροχή υπηρεσιών. Η συμφωνία προτείνει έναν διαφορετικό τύπο σύνδεσης μεταξύ του παροχέα και της χρηματοδότησης της οργάνωσης η οποία αποτελεί ουσιαστικά μια εσωτερική σύμβαση. Οι συμφωνίες υπηρεσιών είναι πάρα πολύ νέες για την αποτελεσματικότητά τους που είναι υπο αξιολόγηση. Θεωρητικά, πρέπει να λειτουργήσουν όπως οι συμβάσεις μεταξύ των αγοραστών και των προμηθευτών. Στην πράξη, οι πολλές συμβάσεις υπηρεσιών είναι ασαφείς και κακώς ελεγχόμενες, το προσωπικό ασχολείται με αυτές επειδή η αυξανόμενη παροχή των υπηρεσιών δεν μεταφράζεται σε αυξανόμενες αμοιβές ή των βελτιωμένες συνθήκες εργασίας.
- Διοικητική αποκέντρωση. Οι αποτελεσματικότερες προσεγγίσεις διαχείρισης απόδοσης πραγματοποιούνται μέσα σε αποκεντρωμένα συστήματα υγείας. Εντούτοις, αυτό που καθορίζει τη δυνατότητα διαχείρισης της απόδοσης είναι εάν η διοικητική αποκέντρωση έχει επιτύχει αποτελεσματική ηγεσία, σωστό

προγραμματισμό, ευέλικτες κατανομές πόρων και ορθά δομημένα συστήματα διαχείρισης λειτουργιών σε τοπικό επίπεδο.

- Πίεση πελατών / χρηστών και ποιοτική διαχείριση. Η δημόσια πίεση, μαζί με τις διαδικασίες επαρκούς νομοθεσίας και καταγγελιών μπορεί να αυξήσει την εστίαση στην ποιότητα, την αξιολόγηση και τη διαχείριση απόδοσης. Η ποιοτική διαχείριση είναι ένα κοινό και βασικό συμπλήρωμα της διαχείρισης απόδοσης, που παρέχει μια γέφυρα μεταξύ της εστίασης στο προσωπικό και της εξίσου σημαντικής εστίασης στους ασθενείς και τους χρήστες υπηρεσιών.

2.3.2 Επιλογή Πλαισίου Μέτρησης Απόδοσης

Όταν κάποιος αναπτύσσει ή ανανεώνει τους δείκτες απόδοσης, κάποιος πρέπει να εξετάσει τα ενιαία πλαίσια για να υποκινήσει τη σκέψη για το τι πρέπει να μετρηθεί. Η εμπειρία έχει δείξει ότι ένα πλαίσιο απαιτείται για να οργανώσει τις σκέψεις κάποιου, να προσδιορίσει το κοινό λεξιλόγιο και να εξασφαλίσει κατάλληλη κάλυψη για το σύστημα μέτρησης απόδοσης. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν κάποιος αναπτύσσει ένα σύστημα μέτρησης για πρώτη φορά. Μερικά πλαίσια εφαρμόζονται καλύτερα σε κάποιους οργανισμούς από άλλα, ωστόσο οποιοδήποτε πλαίσιο μπορεί να βοηθήσει για μια έναρξη μέτρησης απόδοσης. Κατά την ανανέωση των δεικτών απόδοσης κάποιου πλαισίου είναι χρήσιμο να εξεταστούν και άλλα πλαίσια για να προσδιοριστούν νέες ιδέες και προσεγγίσεις που μπορούν να βελτιώσουν το σύστημα.

2.3.3 Ανάπτυξη Των Δεικτών Απόδοσης

2.3.3.1 Τι Είναι Δείκτες Απόδοσης

Οι **δείκτες απόδοσης** λένε ποσοτικά στον οργανισμό κάτι σημαντικό για τα προϊόντα του, τις υπηρεσίες και τις διαδικασίες που τα παράγουν. Παρέχουν ένα εργαλείο, για να βοηθήσουν τον οργανισμό να κατανοήσει, να διαχειριστεί και να βελτιώσει τις δραστηριότητές του. Οι αποτελεσματικοί δείκτες απόδοσης μπορούν να ενημερώσουν τον οργανισμό για:

- Πόσο καλά κάνει κάτι
- Εάν επιτυγχάνει τους στόχους του
- Εάν οι πελάτες του είναι ικανοποιημένοι
- Εάν οι διαδικασίες του είναι υπό έλεγχο

- Εάν και που απαιτούνται βελτιώσεις

Εφοδιάζουν τον οργανισμό με τις απαραίτητες πληροφορίες για να λάβει τις ευφυείς αποφάσεις για αυτό που κάνει.

Ένας δείκτης απόδοσης αποτελείται από έναν αριθμό και μια μονάδα του δείκτη. Ο αριθμός μας δίνει ένα μέγεθος (πόσο) και η μονάδα μας δίνει το νόημα (τι). Οι δείκτες απόδοσης είναι πάντα συνδεδεμένοι με έναν σκοπό ή έναν στόχο. Οι δείκτες απόδοσης μπορούν να συμβολίζονται από μονοδιάστατες μονάδες όπως οι ώρες, τα μέτρα, τα νανοδευτερόλεπτα, τα ευρώ, τον αριθμό αναφορών, τον αριθμό λαθών, το χρονικό διάστημα για να ολοκληρώσουν κάτι κ.α. Μπορούν να παραστήσουν τις παραλλαγές στη διαδικασία ή την απόκλιση από τις προδιαγραφές σχεδίου. Οι μονοδιάστατες μονάδες του δείκτη αντιπροσωπεύουν συνήθως τα πολύ βασικά και θεμελιώδη μέτρα κάποιας διαδικασίας ή προϊόντος.

Συχνότερα χρησιμοποιούνται πολυδιάστατες μονάδες δεικτών. Αυτοί οι δείκτες εκφράζονται ως αναλογία δύο ή περισσότερων θεμελιωδών μονάδων. Μπορούν να είναι μονάδες όπως τα μίλια ανά γαλόνι (ένας δείκτης απόδοσης της οικονομίας καυσίμων), τον αριθμό ατυχημάτων ανά εκατομμύρια ώρες εργασίας (ένας δείκτης απόδοσης του προγράμματος ασφάλειας επιχειρήσεων), ή αριθμός διαδικτυακών πωλήσεων αγαθών ανά συνολικό αριθμό πωλήσεων. Οι δείκτες απόδοσης αυτού του τύπου περιέχουν περισσότερες πληροφορίες από τους μονοδιάστατους δείκτες απόδοσης. Ιδανικά οι δείκτες απόδοσης πρέπει να εκφράζονται σε μονάδες που είναι πιο χρήσιμες σε εκείνους που τους χρησιμοποιούν ή βασίζονται σε αυτούς τους δείκτες για να λάβουν αποφάσεις.

2.3.3.2 Τύποι Δεικτών Απόδοσης

Γενικά, οι περισσότεροι δείκτες απόδοσης μπορούν να ομαδοποιηθούν σε μια από τις ακόλουθες έξι γενικές κατηγορίες. Εντούτοις, ορισμένοι οργανισμοί μπορούν να αναπτύξουν τις κατηγορίες τους ανάλογα με την περίπτωση και ανάλογα με την αποστολή τους:

Αποτελεσματικότητα: Ένα χαρακτηριστικό διαδικασίας που δείχνει το βαθμό στον οποίο τα αποτελέσματα της διαδικασίας (προϊόν εργασίας) προσαρμόζονται στις απαιτήσεις (κάνουμε τα σωστά πράγματα;).

Αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη: Αποφύγετε την κατάχρηση και ελλιπή χρήση των υπηρεσιών, σεβαστείτε τις ανάγκες των ασθενών, τις προτιμήσεις και την κουλτούρα τους. Οι ασθενείς πρέπει να είναι σε θέση να αναμείνουν ότι η θεραπεία που λαμβάνουν θα επιφέρει μετρήσιμο όφελος.

Αποδοτικότητα: Ένα χαρακτηριστικό διαδικασίας που δείχνει το βαθμό στον οποίο η διαδικασία παράγει τα απαραίτητα αποτελέσματα με το ελάχιστο κόστος πόρων (κάνουμε τα πράγματα σωστά;).

Αποδοτική υγειονομική περίθαλψη: Οι υγειονομικές υπηρεσίες πρέπει να εξασφαλίσουν ότι οι πόροι χρησιμοποιούνται για να επιτύχουν αξία για τα χρήματα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την εστίαση στην ελαχιστοποίηση των δαπανών από την εισαγωγή των πόρων στην παραγωγή μιας ιδιαίτερης υπηρεσίας (τεχνική αποδοτικότητα) καθώς επίσης και την κατανομή των πόρων σε εκείνες τις υπηρεσίες που παρέχουν το μέγιστο όφελος στους ασθενείς (αποδοτικότητα κατανομής).

Ποιότητα: Ο βαθμός στον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες πελατών.

Ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης: Ο βαθμός στον οποίο οι υγειονομικές υπηρεσίες για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών εκβάσεων υγείας και είναι σύμφωνες με την επαγγελματική γνώση ¹.

Εγκαιρότητα: Μετρά εάν μια μονάδα εργασίας έγινε σωστά και εγκαίρως. Τα κριτήρια πρέπει να καθιερωθούν για να καθορίσουν τι είναι έγκαιρο για μια δεδομένη μονάδα εργασίας. Το κριτήριο είναι συνήθως βασισμένο στις απαιτήσεις πελατών.

Έγκαιρη υγειονομική περίθαλψη: Μειώστε τις αναμονές για εκείνους που λαμβάνουν και που προσφέρουν περίθαλψη.

Παραγωγικότητα: Η προστιθέμενη αξία της διαδικασίας που διαιρείται με την αξία της εργασίας και του κεφαλαίου που καταναλώνονται.

Παραγωγικότητα στην υγειονομική περίθαλψη: Η παραγωγικότητα είναι μέρος της κατηγορίας δεικτών αποδοτικότητας στην υγειονομική περίθαλψη, αναφέρεται σαν τεχνική αποδοτικότητα και είναι για την παροχή υψηλότερων ποιοτικών υπηρεσιών με χαμηλότερο κόστος.

Ασφάλεια: Μετρά τη γενική υγεία του οργανισμού και το εργασιακό περιβάλλον των υπαλλήλων του.

Ασφαλής υγειονομική περίθαλψη: Ένας ασθενής που λαμβάνει ιατρική φροντίδα πρέπει να είναι τόσο ασφαλής όσο είναι στο σπίτι του. Η ζημιά από τις διαδικασίες παροχής περίθαλψης, από παραλείψεις, καθώς επίσης και από το περιβάλλον στο οποίο πραγματοποιούνται, πρέπει να αποφεύγεται και ο κίνδυνος να ελαχιστοποιείται.

¹ [Institute of Medicine \(IOM\)](#)

2.3.3.3 Ταξινόμηση Δεικτών Απόδοσης

Διάφορες σημαντικές περιοχές της μέτρησης απόδοσης είναι κοινές μεταξύ πολλών υπαρχόντων συστημάτων μέτρησης στην υγειονομική περίθαλψη, όπως περιγράφονται κατωτέρω.

2.3.3.3.1 Ποιότητα Περίθαλψης

Αυτή η περιοχή εστιάζει στο κλινικό περιεχόμενο της περίθαλψης που παρέχεται για καθορισμένη ομάδα ασθενών. Αν και είναι δυνατό να παραχθούν μερικά πολύ γενικά ποιοτικά μέτρα, τα οποία αφορούν ολόκληρο πληθυσμό ενός νοσοκομείου ή ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, οι περισσότεροι δείκτες ποιότητας της περίθαλψης απεικονίζουν αποδεκτά πρότυπα θεραπείας για συγκεκριμένες κλινικές συνθήκες.

Η ποιότητα της περίθαλψης αποτελεί μια ετερογενή περιοχή μέτρησης. Υπάρχει δυνητικά ένας άπειρος αριθμός διαθέσιμων δεικτών ποιότητας της περίθαλψης, ωστόσο κάποια δομή πρέπει επιβληθεί προκειμένου να σχεδιαστεί ένα ορθολογικό σύστημα. Οι ποιοτικοί δείκτες και οι έννοιες μπορούν να ταξινομηθούν σε δείκτες δομής, διαδικασιών και αποτελεσμάτων.

- Η δομή αναφέρεται στα χαρακτηριστικά ενός νοσοκομείου, ενός σχεδίου υγείας, ή ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, που θεωρούνται σταθερά και δημιουργούν την ικανότητα ή την ευκαιρία για καλή ποιότητα. Οι περισσότεροι δείκτες στα συστήματα πιστοποίησης υγειονομικής περίθαλψης είναι δομικοί δείκτες. Έχει ο οργανισμός επιτροπή ασφαλείας του ασθενή; Έχει σύστημα για επανεξέταση αιτιών θανάτου ασθενών; Έχει καθορισμένες πολιτικές για το χειρισμό επικίνδυνων χημικών ουσιών;
- Οι διαδικασίες αναφέρονται σε αυτό που κάνει ο οργανισμός. Κλινικά οι συγκεκριμένοι δείκτες όπως τα ποσοστά μαστογραφιών ή τα ποσοστά ανοσοποίησης παιδικών ηλικιών είναι δείκτες διαδικασιών. Οι δείκτες διαδικασιών επιλέγονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να μετρήσουν την αποτελεσματικότητα.
- Τα αποτελέσματα αναφέρονται σε μια μετρήσιμη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας ενός προσώπου ή μιας ομάδας ανθρώπων. Η θνησιμότητα είναι ένας δείκτης αποτελεσμάτων, αλλά υπάρχουν πολλοί άλλοι δείκτες όπως της νοσηρότητας, της κλινικής κατάστασης (π.χ αλλαγή στην πίεση αίματος), της λειτουργικής κατάστασης (δηλ. δυνατότητα να επιστρέψει στην εργασία) και της

ποιότητας ζωής που έχουν χρησιμοποιηθεί για να αξιολογήσουν την οργανωτική απόδοση. Οι δείκτες απόδοσης που απεικονίζουν τα αποτελέσματα του οργανισμού (δηλ. αλλαγή στο μερίδιο αγοράς) δεν αποτελούν δείκτες ποιότητας της περίθαλψης.

Οι δείκτες διαδικασιών μπορούν να διαχωριστούν σε περαιτέρω υποκατηγορίες:

- Η ελλιπής εφαρμογή - χρήση αναφέρεται στην έκταση στην οποία οι απαραίτητες ή ενδεδειγμένες υπηρεσίες δεν παρέχονται. Αυτοί οι δείκτες εκφράζονται συνήθως ως ποσοστά και υπολογίζονται εφόσον έχει προσδιορίσει ο πληθυσμός - στόχος που αποτελείται από ασθενείς που έχουν επιλεχθεί ή από μέλη του σχεδίου υγείας. Παραδείγματα περιλαμβάνουν:
 - Αποτυχία να παρασχεθούν οι ανοσοποιήσεις σε μικρά παιδιά ή εμβολιασμοί γρίπης σε άτομα τρίτης ηλικίας.
 - Αποτυχία να παρασχεθούν οι απλές μαστογραφίες σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών.
 - Αποτυχία να παρασχεθούν οι επαρκείς δόσεις αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στους πρόσφατα διαγνωσθέντες καταθλιπτικούς ασθενείς.
- Η κατάχρηση αναφέρεται στην έκταση στην οποία σπάταλες ή μη ενδεδειγμένες δοκιμές και διαδικασίες παρέχονται στους ασθενείς που δεν τις χρειάζονται. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν:
 - Ακτίνες Χ για ασθενείς με πρόσφατο απλό πόνο στην πλάτη.
 - Αντιβιοτικά για ασθενείς με μολύνσεις προερχόμενες από ιούς.
 - Προαιρετικές χειρουργικές διαδικασίες για τους ασθενείς χωρίς σαφείς ενδείξεις.
 - Χρήση ακριβών κατοχυρωμένων με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας φαρμάκων όταν ισοδύναμα γενικής χρήσης είναι διαθέσιμα.
- Η κακή χρήση αναφέρεται στην ακατάλληλη χρήση των διαδικασιών που θα ήταν ευεργετική εάν εφαρμοζόταν κατάλληλα. Οι περισσότερες περιπτώσεις "ιατρικών λαθών" εμπίπτουν σε αυτήν την κατηγορία:
 - Υπερβολική δόση των φαρμάκων.
 - Χειρουργική επέμβαση λανθασμένων – μερών.
 - Δυσμενείς ενδείξεις φαρμάκων.

2.3.3.3.2 Αποδοτικότητα

Αν και ο όρος "ποιότητα" μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να καλύψει σχεδόν οποιαδήποτε περιοχή, υπάρχει συνήθως μια διάκριση που γίνεται μεταξύ των δεικτών

απόδοσης που εστιάζουν, βασισμένοι σε στοιχεία, στην κλινική περίθαλψη και στους δείκτες απόδοσης που απεικονίζουν τη διοικητική ή οργανωτική αποδοτικότητα. Γενικά, οι δείκτες απόδοσης είναι δείκτες της κλινικής δραστηριότητας που εστιάζουν περισσότερο στην εκτέλεση της δραστηριότητας παρά στο εάν είναι "σωστές" οι δραστηριότητες που εκτελούνται.

Η διάρκεια της παραμονής ασθενών είναι ένα ενδιαφέρον παράδειγμα ενός δείκτη απόδοσης που δεν μπορεί να ερμηνευτεί ως ποιοτικό μέτρο. Ένα σημείο έχει επιτευχθεί όπου οι παραμονές είναι τόσο σύντομες όσο επιτρέπεται ιατρικά. Περαιτέρω μειώσεις μπορούν να αρχίσουν να συμβιβάζουν τα αποτελέσματα ασθενών ή να επιβαρύνουν επιπλέον τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Κρίσιμο ερώτημα αποτελεί εάν μία σύντομη παραμονή ασθενών σε ένα νοσοκομείο είναι δείκτης καλύτερης ή χειρότερης ποιότητας; Μπορεί να υποστηριχτεί ότι δεν ισχύει κανένας από τους δύο ισχυρισμούς. Είναι ένας δείκτης απόδοσης που δεν μπορεί να συνδεθεί με την ποιότητα εκτός αν συμπληρώνεται από πρόσθετες πληροφορίες.

Ένας δεδομένος δείκτης μπορεί να είναι δείκτης ποιότητας της περίθαλψης ή δείκτης αποτελεσματικότητας μόνο με ελάχιστες αλλαγές στις προδιαγραφές. Για παράδειγμα, μια αρίθμηση ακτίνων X για μια καθορισμένη χρονική περίοδο για έναν δεδομένο πληθυσμό είναι ένα μέτρο απόδοσης, είτε για το σχέδιο υγείας είτε ίσως για ένα τμήμα ακτινολογίας. Μια αρίθμηση των ακτίνων X σε έναν πληθυσμό ασθενών με πρόσφατο, απλό πόνο στην πλάτη είναι ένας ποιοτικός δείκτης, εν τούτοις, υπάρχει μια σαφής βασισμένη σε στοιχεία οδηγία που δηλώνει ότι αυτές οι δοκιμές δεν είναι χρήσιμες σε τέτοιους πληθυσμούς.

Τα ποσοστά επανεισαγωγής αποτελούν ένα ενδιαφέρον "υβριδικό" δείκτη, δεδομένου ότι μπορούν να απεικονίσουν είτε την ποιότητα είτε την αποτελεσματικότητα είτε και τα δύο. Οι απροσδόκητες επανεισαγωγές, ιδιαίτερα για ίδιες κλινικές συνθήκες και στο ίδιο νοσοκομείο, ερμηνεύονται σχεδόν πάντα ως δείκτες κακής ποιότητας, αλλά τα περισσότερα συστήματα δεδομένων δεν διακρίνουν τις απροσδόκητες από τις αναμενόμενες επανεισαγωγές (παραδείγματος χάρη, για εντατική χημειοθεραπεία). Οι επανεισαγωγές μετά από σταθερό χρονικό διάστημα, για διαφορετικές κλινικές συνθήκες, μπορούν να μην απεικονίζουν ποιοτικά προβλήματα, ωστόσο απεικονίζουν το κόστος ασφάλισης.

2.3.3.3 Ικανοποίηση

Η ικανοποίηση αποτελεί μέρος της ποιοτικής περιοχής (που αντιμετωπίζεται συνήθως ως δείκτης αποτελέσματος), ωστόσο συχνά αντιμετωπίζεται χωριστά (π.χ.

ποσοστά δυσμενών περιστατικών αντιμετωπίζονται από το τμήμα διασφάλισης ποιότητας, ενώ η ικανοποίηση αντιμετωπίζεται από τα εμπορικά τμήματα). Υπάρχει ποικιλία τυποποιημένων ερευνών ικανοποίησης διαθέσιμη και σε χρήση που επιτρέπει τη σύγκριση νοσοκομείων ή συστημάτων υγείας.

Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητη η διάκριση μεταξύ των ερευνών ικανοποίησης και των εκθέσεων περίθαλψης. Οι έρευνες ικανοποίησης είναι αναφορές ασθενών ή των οικογενειών τους και απεικονίζουν το βαθμό στον οποίο ικανοποιήθηκαν από τις διάφορες πτυχές της υγειονομικής τους περίθαλψης. Τα αποτελέσματα καταγράφονται, συνήθως σε κλίμακα 1-5, και αντιπροσωπεύουν το βαθμό ικανοποίησης. Οι εκθέσεις περίθαλψης έχουν αρκετά κοινά σημεία με τις έρευνες ικανοποίησης έχουν όμως και σημαντικές διαφορές. Οι εκθέσεις περίθαλψης περιλαμβάνουν ερωτήσεις για συγκεκριμένες πτυχές μιας περίθαλψης. Εντούτοις, αντί της ικανοποίησης, τείνουν να εστιάζουν σε πιο καθορισμένα και αντικειμενικά ζητήματα. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι ερωτήσεις αφορούν συγκεκριμένα προβλήματα (π.χ. αντιμετωπίσατε δυσκολία στην κατανόηση των οδηγιών της νοσοκόμας για το πώς πρέπει να πάρετε το φάρμακο σας;). Σε άλλες περιπτώσεις οι ερωτήσεις αφορούν το χρόνο ή τις εμπειρίες των ασθενών (δηλ. πόσο καιρό περιμένετε στο δωμάτιο έκτακτης ανάγκης προτού να σας εξετάσει ο παθολόγος;).

2.3.3.3.4 Οικονομικά

Οι δείκτες αυτοί απεικονίζουν την ισορροπία μεταξύ των εσόδων και των δαπανών του οργανισμού. Μπορούν επίσης να απεικονίσουν την αποδοτικότητα των διαδικασιών οικονομικής διαχείρισης. Τα εθνικά και τοπικά οικονομικά πρότυπα παρέχουν ένα χαρακτηριστικά υψηλό επίπεδο προτυποποίησης για τους δείκτες αυτούς.

Άλλοι σχετικοί δείκτες είναι οι δείκτες που απεικονίζουν τη λειτουργική αποδοτικότητα με οικονομικούς όρους, π.χ. το κόστος (FTEs) ανά κατειλημμένο κρεβάτι.

2.3.3.3.5 Άλλοι Δείκτες

Δεν υπάρχει πραγματικά κανένα προφανές όριο στις έννοιες που μπορούν να περιληφθούν σε ένα σύνολο δεικτών απόδοσης. Μερικές πρόσθετες έννοιες δεικτών απόδοσης είναι:

- Η πολιτιστική και γλωσσική ικανότητα αναφέρεται στη δυνατότητα που έχουν οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης να προσφέρουν υπηρεσίες, ή να έχουν διαθέσιμα κείμενα, τα οποία προσαρμόζονται στις ανάγκες διαφόρων πολιτιστικών ή γλωσσικών ομάδων και στην εξυπηρέτηση των πληθυσμών τους.
- Το κοινοτικό όφελος αναφέρεται στην έκταση στην οποία ένα νοσοκομείο ή ένας οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης προσφέρει τις πολύτιμες υπηρεσίες του στην κοινότητα, συνήθως με αντάλλαγμα κάποιου είδους φοροαπαλλαγής.

2.3.3.4 Επιλεγμένα Παραδείγματα Δεικτών Απόδοσης Στην Υγειονομική Περίθαλψη

Όλες οι σημαντικές περιοχές δεικτών απόδοσης που αναφέρθηκαν παραπάνω μπορούν να βρεθούν στο επίκεντρο συστημάτων μέτρησης απόδοσης. Παραδείγματα δεικτών απόδοσης ανά περιοχή παρουσιάζονται στον πίνακα 2.2. Η επιλογή τομέων, και δεικτών μέσα στους τομείς, προορίζεται να είναι επεξηγηματική ενός πολυεπίπεδου συστήματος δεικτών απόδοσης. Πρέπει να αποτελεί ένα λογικό σύνολο δεικτών απόδοσης πολλών συστημάτων. Τα σύνολα δεικτών είναι καλύτερα όταν προσαρμόζονται προσεκτικά σε σημαντικούς στόχους, αποστολές ή προτεραιότητες συστημάτων.

Η δημιουργία ενός συστήματος μέτρησης απόδοσης με αυτά τα χαρακτηριστικά απαιτεί σύνδεση των δεικτών με τις ευρείες εννοιολογικές κατηγορίες. Περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός συστήματος που πρέπει να:

- Είναι σταθερό και δυναμικό. Μερικές έννοιες και δείκτες πρέπει να παραμένουν σταθερές κατά τη διάρκεια του χρόνου, έτσι ώστε να μπορούν να αναλύονται οι τάσεις και να αξιολογούνται τα αποτελέσματα των διάφορων πρωτοβουλιών βελτίωσης απόδοσης. Από την άλλη, το σύστημα πρέπει να είναι ικανό να αποβάλλει τους δείκτες που δεν είναι πλέον χρήσιμοι ή να προσθέτει δείκτες που απεικονίζουν τις νέες προτεραιότητες.
- Ανταποκρίνεται στα συμφέροντα των εξωτερικών μετόχων. Μια προτίμηση συστημάτων για έρευνα ικανοποίησης Α είναι δύσκολο να είναι βιώσιμη σε ένα περιβάλλον όπου η αγορά απαιτεί όλα τα νοσοκομεία στην περιοχή να χρησιμοποιούν την έκθεση περίθαλψης Β. Μπορεί να μην είναι σοφό να εγκαταλειφθεί η έρευνα Α, αλλά είναι αδύνατο να αρνηθεί ο οργανισμός να

εφαρμόσει την έκθεση Β. Η ιδανική λύση είναι να βρεθεί ένας τρόπος να χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες και από τις δύο έρευνες σε μια συμπληρωματική έκθεση.

- Είναι εννοιολογικά και τεχνικά ενσωματωμένο μέσω των διάφορων επιπέδων του συστήματος. Ιδανικά, οι δείκτες απόδοσης σε μικρότερες μονάδες ανάλυσης του συστήματος "τοποθετούνται" μέσα σε δείκτες μεγαλύτερων επιπέδων έτσι ώστε να μπορούν να εξηγήσουν τις διακυμάνσεις σε ευρύτερα επίπεδα παρέχοντας ακριβές λεπτομέρειες.
- Είναι άμεσα συνδεδεμένο με τις εφικτές αλλαγές συμπεριφοράς. Οι δείκτες που φαίνονται εννοιολογικά σωστοί δεν είναι χρήσιμοι εάν δεν αλλάζουν ποτέ, ανεξάρτητα από τις βέλτιστες προσπάθειες των νοσοκομειακών γιατρών ή των διαχειριστών, ή εάν αλλάζουν εντυπωσιακά στις αλλαγές ανεξέλεγκτων εξωτερικών παραγόντων. Τα ποσοστά θνησιμότητας νηπίων, παραδείγματος χάρη, είναι κακή επιλογή για το δείκτη απόδοσης, επειδή σπάνια επηρεάζονται από τις πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας στην προγενέθλια περίθαλψη. Οι δείκτες διαδικασίας είναι χαρακτηριστικά καλύτεροι από τους δείκτες αποτελεσμάτων σε αυτήν την προοπτική.

Απόδοση Ποιότητας Περιθαλψης	
Δείκτες Ποιότητας Περιθαλψης	Δείκτες Αποτελεσματικότητας Περιθαλψης (για σχέδια υγείας ή καθορισμένους πληθυσμούς)
<ul style="list-style-type: none"> • Νοσοκομειακά επίπεδα θνησιμότητας, ποσοστά επιπλοκών και μόλυνσης • Ποσοστά συγκεκριμένων ιατρικών λαθών ή άλλων ζητημάτων ασφάλειας ασθενών • Απροσδόκητη επανεισαγωγή στο χειρουργείο • Ποσοστά νεογνών χαμηλού βάρους ή πρόωρων γεννήσεων • Ποσοστά πενταετούς επιβίωσης για συγκεκριμένες κατηγορίες καρκινοπαθών 	<ul style="list-style-type: none"> • Ποσοστά μαστογραφιών • Ποσοστά ανοσοποίησης παιδικής ηλικίας • Ποσοστά εμβολιασμού κατά της γρίπης • Ποσοστά αιμοσφαιρίνης - έλεγχοι για ζαχαροδιαβήτη • Επάρκεια παρακολούθησης αντικαταθληπτικής θεραπείας • Προγενέθλια περίθαλψη στο πρώτο τρίμηνο της κύησης
Δείκτες απόδοσης	
<ul style="list-style-type: none"> • Εισαγωγές ανά 1000 μέλη • Ημέρες νοσηλείας (ημέρες κρεβατιών) ανά 1000 μέλη • Διάρκεια παραμονής • Κόστος ανά κρεβάτι • Ποσοστό πληρότητας κρεβατιών • Κόστος ανά μέλος ανά μήνα • Ποσοστό επίσκεψης δωματίων εκτάκτων περιστατικών 	
Απόδοση Ικανοποίησης	
Έρευνες Ικανοποίησης	Εκθέσεις περίθαλψης
<ul style="list-style-type: none"> • Τεχνική ποιότητα περίθαλψης • Επικοινωνία / πληροφόρηση • Φροντίδα/ συμπόνια • Χρόνοι αναμονής • Ευκολία πρόσβασης • Εικόνα εγκαταστάσεων • Πάρκινγκ/ Φαγητό/ Άλλες υπηρεσίες • Έλεγχος πόνου ή άλλων συμπτωμάτων • Επίτευξη αναμενόμενων αποτελεσμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> • Χρόνοι αναμονής • Προβλήματα επικοινωνίας • Συνεπή μηνύματα από τους διάφορους παροχείς • Συντονισμός περίθαλψης • Συμμετοχή της οικογένειας και των φίλων • Σεβασμός των αξιών και των επιθυμιών του ασθενή
Οικονομική Απόδοση	
<ul style="list-style-type: none"> • Λειτουργικά έσοδα • Λειτουργικές Δαπάνες • Συνολικά περιθώρια κέρδους • Λειτουργικά περιθώρια κέρδους • Διαθέσιμα μετρητά • Εισόδημα ανά παθολόγο (Πλήρη απασχόληση) • Φαρμακευτικό κόστος 	
Άλλοι δείκτες	
<ul style="list-style-type: none"> • Πολιτιστική και γλωσσική ικανότητα <ul style="list-style-type: none"> ○ Διαθεσιμότητα γραπτού ξενόγλωσσου υλικού ○ Διαθεσιμότητα και ευκολία της χρήσης μεταφραστικών υπηρεσιών ○ Αριθμοί και στόχοι πολιτιστικών επιμορφωτικών προγραμμάτων • Κοινοτικά οφέλη <ul style="list-style-type: none"> ○ Δωρεάν περίθαλψη ○ Παροχή περίθαλψης μέσω δημόσιων προγραμμάτων ○ Εξυπηρέτηση ατόμων μέσω δωρεάν κλινικών προγραμμάτων (π.χ. έλεγχος πίεσης αίματος, ανοσοποιήσεις) 	

Πίνακας 2.2 Δείκτες απόδοσης στην υγειονομική περίθαλψη

3. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

3.1.1 Εισαγωγή

Η Συγκριτική Αξιολόγηση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα, πιο αξιόλογα και σύγχρονα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στη διαχείριση της απόδοσης και βρίσκει σημαντική εφαρμογή στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης.

Η Συγκριτική Αξιολόγηση εφαρμόστηκε για πρώτη φορά από την εταιρία Xerox το 1979, στο πλαίσιο της πολιτικής της απέναντι στον διεθνή ανταγωνισμό στην αγορά φωτοαντιγραφικών μηχανημάτων και προήλθε από την αντίστροφη διάρθρωση (reverse engineering) προϊόντων των ανταγωνιστών. Έκτοτε, το πεδίο εφαρμογής της τεχνικής διευρύνθηκε και πλέον περιλαμβάνει και επιχειρηματικές υπηρεσίες και διαδικασίες. Αυτή τη στιγμή, η Xerox εφαρμόζει την τεχνική της Συγκριτικής Αξιολόγησης σε 240 παραμέτρους βέλτιστων επιδόσεων, μολονότι αρκετά χρόνια πριν, στα αρχικά στάδια, η τεχνική είχε εφαρμοστεί σε πολύ λιγότερες.

Ελάχιστες μονάδες υγειονομικής περίθαλψης ωφελούνται από την μέθοδο της συγκριτικής αξιολόγησης περισσότερο από μία δεκαπενταετία. Τα τελευταία έτη, έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός μονάδων υγειονομικής περίθαλψης και συστημάτων υγείας που εφαρμόζουν τη μέθοδο της συγκριτικής αξιολόγησης ώστε να επιτύχουν σημαντικές βελτιώσεις στον τρόπο διαχείρισης της απόδοσης και κατά επέκταση και στις αποδόσεις τους. Οι περισσότερες από αυτές τις μονάδες εφαρμόζουν τη μέθοδο συγκριτικής αξιολόγησης ανεξάρτητα, με σύγκριση ένα προς ένα, με συνεργάτες αξιολόγησης ξένων χωρών εξωτερικού. Πιο πρόσφατα, ορισμένες ομάδες νοσοκομειακών μονάδων έχουν επιλέξει την εφαρμογή διαδικασιών συγκριτικής αξιολόγησης επιδόσεων από κοινού.

3.1.2 Ορισμός

Συγκριτική Αξιολόγηση είναι η διαδικασία βελτίωσης των επιδόσεων, μέσω συνεχούς αναγνώρισης, κατανόησης, και ενσωμάτωσης διακεκριμένων πρακτικών και διαδικασιών, που εντοπίζονται εντός και εκτός των πλαισίων δραστηριότητας ενός οργανισμού (εταιρία, δημόσιος οργανισμός, Πανεπιστήμιο, ερευνητικός φορέας, κλπ.).

Σκοπός της Συγκριτικής Αξιολόγησης είναι η βελτίωση οποιασδήποτε δεδομένης διαδικασίας κυρίως με την αξιοποίηση "βέλτιστων πρακτικών", παρά απλώς με τη

μέτρηση βέλτιστων επιδόσεων. Οι βέλτιστες πρακτικές επιφέρουν και βέλτιστη επίδοση.

3.1.3 Στόχοι Της Τεχνικής Συγκριτικής Αξιολόγησης

Η τεχνική απαιτεί τη συγκέντρωση πληροφορίας από ένα οργανισμό προκειμένου να αξιοποιηθεί θετικά σε έναν άλλον. Στόχος της είναι η βελτίωση των διαδικασιών που εκτελούνται στον οργανισμό αποδέκτη με την εφαρμογή αποτελεσματικών διαδικασιών (ανθρώπινη εργασία, εξοπλισμός και συστήματα πληροφορίας). Πρόκειται για μια πολύτιμη Τεχνική Επιχειρησιακής Οργάνωσης και η εφαρμογή της δεν περιορίζεται μόνο στον εντοπισμό καινοτόμων διαδικασιών, αλλά περιλαμβάνει, επίσης, την ανακάλυψη της ιδέας που κρύβεται πίσω από την καινοτομία.

Πρόκειται για μια μορφή συγκριτικής ανάλυσης. Η διαμόρφωση ορισμένων κοινών πεδίων που θα αποτελέσουν τις βάσεις για τη σύγκριση είναι επίσης απαραίτητη. Συνήθως εντοπίζονται μία ή περισσότερες λειτουργικές περιοχές για ανάλυση και επιλέγονται ένα ή περισσότερα συστήματα μέτρησης ως ποσοτική βάση για σύγκριση. Οι περιοχές αυτές συγκρίνονται κατόπιν με αποδεκτά σημεία αναφοράς που προκύπτουν από αναγνωρισμένες πηγές βέλτιστης πρακτικής. Τελικά, δύο ερωτήματα πρέπει να απαντηθούν:

- Σχετικά με τις εναλλακτικές λύσεις για την παρούσα διαδικασία.
- Σχετικά με τα οφέλη, τις δαπάνες και τους κινδύνους που συνεπάγονται οι παραπάνω λύσεις.

Ουσιαστικά, η τεχνική λειτουργεί στο βαθμό που τα κριτήρια μπορούν να είναι αποτέλεσμα συμφωνίας και μπορούν να βρεθούν οι κατάλληλοι δείκτες σύγκρισης για τους οποίους υπάρχουν διαθέσιμες μετρήσεις.

3.2 ΕΙΔΗ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Υπάρχουν τέσσερα βασικά είδη Συγκριτικής Αξιολόγησης. Η επιλογή του είδους που θα χρησιμοποιηθεί, εξαρτάται από το τι είναι αυτό που θα αξιολογηθεί.

Τα τέσσερα βασικά είδη είναι:

3.2.1 Ανταγωνιστική Συγκριτική Αξιολόγηση

Η Συγκριτική Αξιολόγηση διεξάγεται ως προς τους ανταγωνιστές και η ανάλυση δεδομένων εξετάζει τους λόγους για τους οποίους ο ανταγωνιστής παρουσιάζει υψηλότερη επίδοση. Ο συγκεκριμένος τύπος συγκριτικής αξιολόγησης μπορεί, από τη μία πλευρά, να είναι απλούστερος από άλλους τύπους, και από την άλλη, πιο περίπλοκος. Αφενός είναι απλούστερος υπό την έννοια ότι πολλές εξωγενείς μεταβλητές, οι οποίες επηρεάζουν την επίδοση της επιχείρησης ενδέχεται να είναι ίδιες μεταξύ της πηγής και του αποδέκτη, εφόσον πρόκειται για εταιρίες του ίδιου τομέα. Αφετέρου είναι πιο περίπλοκος επειδή η ανάκτηση δεδομένων δεν πραγματοποιείται άμεσα, λόγω του ανταγωνισμού. Ωστόσο, δυσκολίες τέτοιου είδους μπορούν να ξεπεραστούν, εάν οι δύο επιχειρήσεις στοχεύουν, για παράδειγμα, σε διαφορετικά μερίδια αγοράς.

3.2.2 Συγκριτική Αξιολόγηση Των Διαδικασιών

Πρόκειται για διαδικασίες, οι οποίες ενδέχεται να είναι παρόμοιες, αλλά διεξάγονται σε διαφορετικές επιχειρήσεις που παράγουν διαφορετικά προϊόντα, π.χ. η υπηρεσία τροφοδοσίας των πελατών σε αεροπορικές γραμμές και αντίστοιχα σε νοσοκομεία.

3.2.3 Γενικευμένη Συγκριτική Αξιολόγηση

Στη περίπτωση αυτή, εξετάζονται οι τεχνολογικές πλευρές, η εφαρμογή και η ανάπτυξη της τεχνολογίας. Το ερώτημα προς διερεύνηση αφορά τη τεχνολογική διαφορά ως προς άλλες επιχειρήσεις ή οργανισμούς. Στην περίπτωση αυτή, η επιχείρηση πηγή μπορεί να προέρχεται από τον ίδιο βιομηχανικό χώρο ή από διαφορετικό.

Οι παραπάνω τρεις διαδικασίες αποτελούν εξωτερικές από την επιχείρηση δραστηριότητες συγκριτικής αξιολόγησης. Σε κάθε περίπτωση, ο εντοπισμός της θέσης

ενός εξωτερικού συνεργάτη για τη Συγκριτική Αξιολόγηση, όπως και η διάταξη βάσει της οποίας θα ταξινομηθεί η Συγκριτική Αξιολόγηση, απαιτεί μια σημαντική επένδυση σε χρόνο και προσπάθεια. Εναλλακτικά ως προς την εξωτερική Συγκριτική Αξιολόγηση μπορεί να είναι η ενδοεπιχειρησιακή, ή εσωτερική Συγκριτική Αξιολόγηση, η οποία απαιτεί λιγότερο χρόνο και χρήμα.

3.2.4 Εσωτερική Συγκριτική Αξιολόγηση

Η διαδικασία αυτή μπορεί να εφαρμοστεί σε εταιρίες που διαθέτουν πολλές επιμέρους μονάδες (π.χ. πολυεθνικές, εταιρίες με γραφεία πώλησης σε όλη τη χώρα, με πολλές εργοστασιακές εγκαταστάσεις στην ίδια χώρα) ή παρόμοιες λειτουργίες μεταξύ των διαφόρων τμημάτων τους. Στόχος της εσωτερικής Συγκριτικής Αξιολόγησης είναι να αναγνωριστούν τα εσωτερικά πρότυπα επιδόσεων ενός οργανισμού.

Τα οφέλη που ενδέχεται να προκύψουν από την εσωτερική Συγκριτική Αξιολόγηση είναι:

- Το πρόγραμμα βελτίωσης θα γίνει ευρέως αποδεκτό μέσα στην επιχείρηση και ενδέχεται να ωφεληθούν και άλλα παραρτήματα της επιχείρησης.
- Η ομάδα που διεξάγει τη διαδικασία συγκριτικής αξιολόγησης θα είναι καλύτερα προετοιμασμένη για την ανεύρεση εξωτερικών αναφορών. Σε περίπτωση που υπάρχει υψηλός βαθμός ομοιομορφίας στο εσωτερικό της εταιρίας ή η εν λόγω διαδικασία αποτελεί ήδη μια διαδεδομένη πρακτική της επιχείρησης, μπορεί να εφαρμοστεί η εξωτερική Συγκριτική Αξιολόγηση για τον εντοπισμό πρόσθετων βελτιώσεων.

3.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Υπάρχουν πέντε βασικά στάδια στη διαδικασία Συγκριτικής Αξιολόγησης. Τα στάδια αυτά είναι:

3.3.1 Στάδιο 1^ο: Κατάστρωση Σχεδίου

Το πρώτο στάδιο Συγκριτικής Αξιολόγησης είναι ο προσεκτικός και λεπτομερής σχεδιασμός του όλου σχεδίου. Το σχέδιο αυτό θα πρέπει να ενσωματώνει και να περιλαμβάνει όλα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του οργανισμού ή της εταιρίας. Το πρώτο βήμα είναι η επιλογή κατάλληλων τομέων και διαδικασιών, με κριτήριο την στρατηγική τους σημασία. Ακολουθεί η αναγνώριση του προφίλ των διαδικασιών ή των πελατών και ο καθορισμός των προσδοκιών. Τέλος το 1^ο στάδιο ολοκληρώνεται με την επιλογή των κρίσιμων παραγόντων επιτυχίας που πρόκειται να αξιολογηθούν.

3.3.2 Στάδιο 2^ο: Σχηματισμός Της Ομάδας Συγκριτικής Αξιολόγησης

Η πρώτη ενέργεια είναι η επιλογή της ομάδας. Οι ασκήσεις αξιολόγησης μπορούν να διεξαχθούν και ατομικά, ωστόσο οι περισσότερες είναι ομαδικές δραστηριότητες. Βασικοί παράγοντες είναι ο φόρτος εργασίας και οι απαιτήσεις σε γνώσεις.

Η ομάδα χαρακτηρίζεται από διαφορετικές προοπτικές, την ποικιλία επαγγελματικών σχέσεων και ειδικών δεξιοτήτων του κάθε μέλους, καθιστώντας έτσι τη διαδικασία αξιολόγησης εξαιρετικά γόνιμη. Η λέξη "ομάδα" υποδηλώνει συσχετισμούς με κοινό στόχο και σκοπό, συντονισμό, συνεργασία, επικοινωνία και κίνητρα. Έτσι λοιπόν ο σχηματισμός της κατάλληλης ομάδας, κρίνεται απαραίτητο στοιχείο για την επιτυχία της Συγκριτικής Αξιολόγησης.

3.3.3 Στάδιο 3^ο: Συλλογή Των Απαραίτητων Δεδομένων

Το πρώτο βήμα της συλλογής των δεδομένων είναι η χαρτογράφηση και μέτρηση των τρεχουσών διαδικασιών του οργανισμού. Ένας από τους θεμελιώδεις κανόνες της Συγκριτικής Αξιολόγησης είναι να γνωρίζει ο οργανισμός τις δικές του διαδικασίες, τα προϊόντα και τις υπηρεσίες πριν προσπαθήσει να κατανοήσει τις διαδικασίες, τα προϊόντα και τις υπηρεσίες άλλου οργανισμού. Ακολουθεί έρευνα πιθανών εταίρων και προσέγγιση των εταίρων που επιλέγονται. Εταίρος είναι το άτομο ή ο οργανισμός που παρέχει πληροφορίες σχετικά με την άσκηση της τεχνικής Συγκριτικής Αξιολόγησης. Τέλος πραγματοποιείται συλλογή δεδομένων από τους

εταίρους κατά την οποία είναι σημαντικές οι επιτόπιες επισκέψεις για την απόκτηση σε βάθος γνώσης των συστημάτων και των διαδικασιών των οργανισμών με βέλτιστες πρακτικές.

3.3.4 Στάδιο 4^ο: Ανάλυση Δεδομένων - Αναγνώριση Διαφορών Απόδοσης

Οι συλλεχθείσες πληροφορίες χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση των διαφορών στην απόδοση των εταίρων της Συγκριτικής Αξιολόγησης. Πολύ σημαντική είναι η ανάλυση των ευρημάτων από τις επιτόπιες επισκέψεις. Ενδέχεται να πρέπει να αναπτυχθεί μία σύνθετη εικόνα που να αντικατοπτρίζει πληροφορίες από πολλές εταιρίες. Η σύνθεση των πληροφοριών πρέπει να γίνεται με τρόπο που είναι κατάλληλος με την κουλτούρα του οργανισμού ή της εταιρίας.

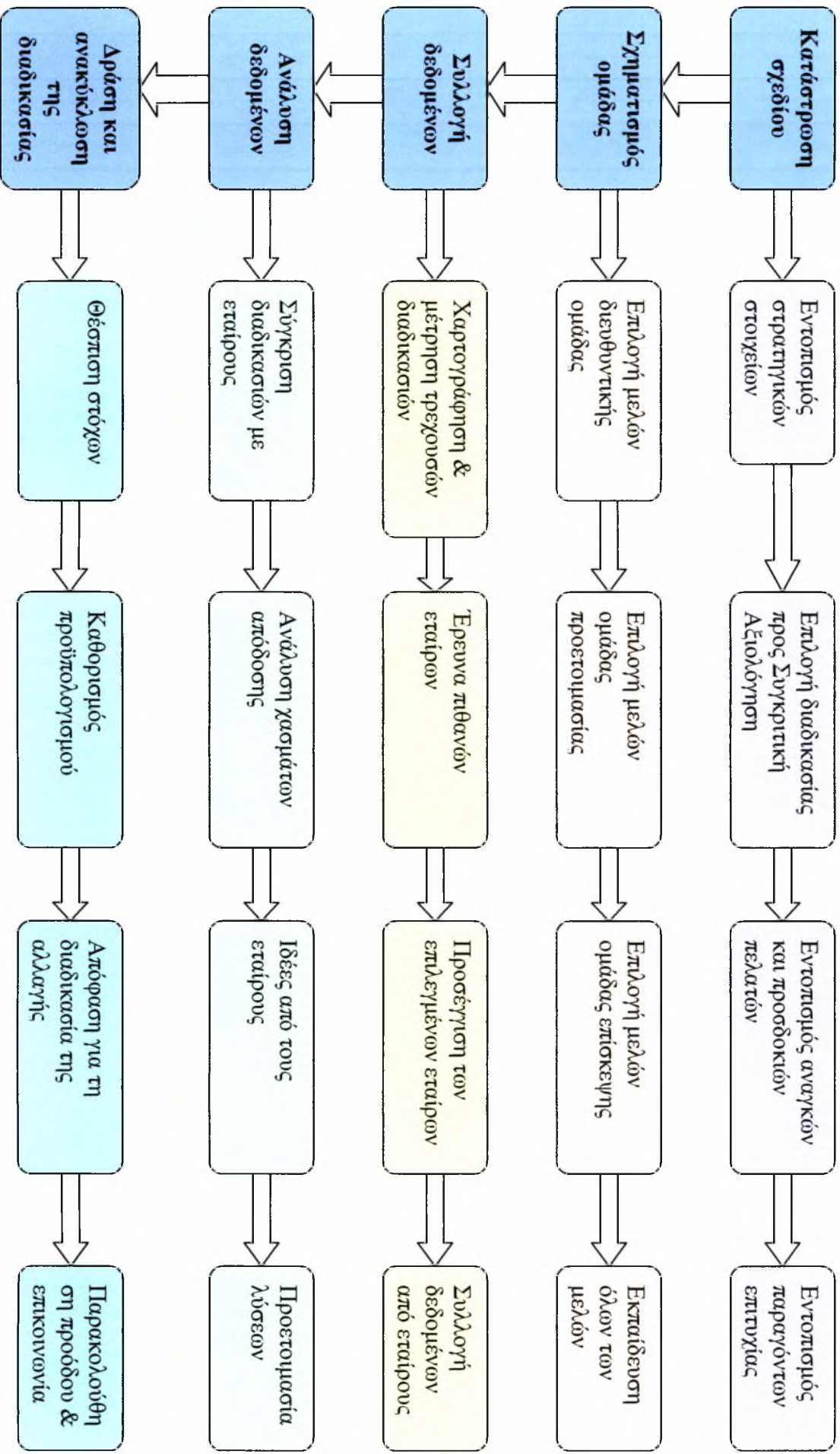
3.3.5 Στάδιο 5^ο: Ανάληψη Δράσης Και Ανακύκλωση Της Διαδικασίας

Πρόκειται για το στάδιο υλοποίησης των δράσεων από τον αποδέκτη οργανισμό. Αυτό περιλαμβάνει τη συνεχή παρακολούθηση της διαδικασίας και καθιστά δυνατή τη συνεχή εκμάθηση, καθώς και την εισροή στοιχείων για τη συνεχή βελτίωση του αποδέκτη οργανισμού. Στο στάδιο αυτό επίσης πρέπει να εντοπιστούν τα καθήκοντα, οι ευθύνες, οι πόροι και τα χρονικά όρια για τη διαδικασία της αλλαγής.

Τα παραπάνω στάδια της Συγκριτικής Αξιολόγησης απεικονίζονται αναλυτικά στο παρακάτω διάγραμμα.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Διάγραμμα 3.1 Ροή Διαδικασίας Συγκριτικής Αξιολόγησης



3.3.6 Προϋποθέσεις Εφαρμογής Συγκριτικής Αξιολόγησης

Η μεταφορά γνώσεων από έναν οργανισμό σε έναν άλλον προϋποθέτει μια σχετική ομοιογένεια ανάμεσα στους δύο οργανισμούς. Οι δύο οργανισμοί θα πρέπει να παρουσιάζουν ομοιότητες σε ορισμένα σημεία, ανάλογα με τον τύπο της βέλτιστης επίδοσης. Για παράδειγμα, εάν ένας οργανισμός εφαρμόζει γενικευμένη συγκριτική αξιολόγηση, ο τύπος της τεχνολογίας που χρησιμοποιείται θα πρέπει να είναι ο ίδιος. Για το λόγο αυτό, ο εντοπισμός του τύπου και του βαθμού ομοιότητας αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης.

Επιπλέον, κατά την εφαρμογή συγκριτικής αξιολόγησης θα πρέπει:

1. Να εφαρμόζεται ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που επηρεάζουν το αποτέλεσμα. Δεν πρέπει να εξετάζεται ένα και μόνο αποτέλεσμα μέτρησης.
2. Να αναγνωρίζονται οι καθοριστικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, εξαιτίας του ότι η υιοθέτηση οποιασδήποτε πρακτικής απαιτεί κάποιον βαθμό προσαρμογής.
3. Να υπάρχει επικέντρωση στη διαδικασία μεταβολής. Οι βέλτιστες επιχειρηματικές διαδικασίες δεν προκύπτουν από μόνες τους, αλλά είναι αποτέλεσμα μιας διαδικασίας αλλαγών που πιθανόν οδηγούν στη βέλτιστη πρακτική.
4. Να αξιολογούνται οι παράγοντες που επηρεάζουν τη δυνατότητα μεταφοράς.

Οι επιχειρήσεις πρέπει να τηρούν τις ακόλουθες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης:

1. Ειλικρίνεια και παροχή αληθινών δεδομένων, καθώς και περιγραφή της πραγματικής κατάστασης.
2. Σαφής, συνεπής και εμφανής συμμετοχή των ανώτατων στελεχών και διοικητικών.
3. Αποτελεσματική επικοινωνία με τους εργαζομένους, τους κατόχους διαδικασιών και τους πελάτες.

3.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Τα οφέλη και τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η τεχνική συγκριτικής αξιολόγησης σε επιχειρήσεις και οργανισμούς είναι τα ακόλουθα:

- Επισημαίνει πεδία πρακτικής και επιδόσεων που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και βελτίωση.
- Εντοπίζει τα δυνατά και αδύνατα σημεία σε ένα σύνολο συμμετεχόντων οργανισμών.
- Καταγράφει την πραγματική θέση της εταιρίας απέναντι στις υπόλοιπες, διευκολύνοντας με τον τρόπο αυτό την εταιρία να εντείνει την οργανωτική της προσπάθεια για αλλαγές και ανάπτυξη σχεδίων δράσης.
- Συμβάλλει στη μέτρηση της τρέχουσας επίδοσης της εταιρίας.
- Αποτρέπει την εκ νέου ανακάλυψη του τροχού: για ποιο λόγο να επενδύσει κανείς χρόνο και χρήμα για κάτι που μπορεί να το έχει κάνει ήδη κάποιος άλλος – και μάλιστα τις περισσότερες φορές καλύτερα, φτηνότερα και γρηγορότερα.
- Επιταχύνει τη διαδικασία αλλαγών και αναδόμησης: χρησιμοποιώντας δοκιμασμένες και ενδεδειγμένες πρακτικές, πείθοντας τους αμφισβητίες όταν διαπιστώσουν ότι φέρνει αποτελέσματα, αντιμετωπίζοντας την αδράνεια και την αδιαφορία και δημιουργώντας ένα αίσθημα επιτακτικής ανάγκης για δράση, όταν εμφανίζονται χάσματα.
- Οδηγεί σε απεγκλωβισμό των ιδεών αναζητώντας τρόπους βελτίωσης πέρα από το χώρο της συγκεκριμένης επιχείρησης.
- Αναγκάζει τους οργανισμούς να εξετάσουν τις υπάρχουσες διαδικασίες, το οποίο οδηγεί συχνά σε βελτιώσεις στο εσωτερικό μιας διαδικασίας, αλλά και όλης αυτής της ίδιας διαδικασίας.
- Αυξάνει τις πιθανότητες εφαρμογής, διότι συνεπάγεται τη συμμετοχή των κατόχων της διαδικασίας.
- Καθιστά δυνατό τον εντοπισμό άλλων εταιριών και οργανισμών που εφαρμόζουν διαδικασίες οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα υψηλότερες επιδόσεις και στη συνέχεια προωθεί στην υιοθέτηση των παραπάνω διαδικασιών.

Η θετική επίδραση της συγκριτικής αξιολόγησης δεν περιορίζεται μόνο στη βελτίωση μιας συγκεκριμένης επιχειρησιακής διαδικασίας. Επιπλέον, προωθεί την εμφάνιση και ανάπτυξη μιας "φιλοσοφίας απόκτησης γνώσεων" μέσα στην

επιχείρηση, που αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα μακροπρόθεσμα για συνεχείς βελτιώσεις, ολική ποιότητα και ανταγωνιστικότητα.

Η συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ των μονάδων της ίδιας επιχείρησης και με αυτές άλλων επιχειρήσεων, έχει ως αποτέλεσμα να αποκτούν οι επιχειρήσεις τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου να προσαρμόσουν με τον καλύτερο τρόπο τις επιδόσεις στους στόχους τους και να ανακαλύψουν τρόπους για τους πετύχουν. Οι ιδέες βρίσκονται παντού, η πρόκληση έγκειται στη σταθερή αναζήτηση και την προσαρμογή τους. Η πείρα αποδεικνύει ότι πολλές ιδέες δεν προκύπτουν μόνο στο εσωτερικό της επιχείρησης αλλά και εκτός αυτής.

4. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΙΔΩΝ ΣΤΟ CINCINNATI ΤΟΥ ΟΧΑΪΟ ΤΩΝ Η.Π.Α.

4.1 Πώς Ξεκίνησε;

Το 1992 συναντήθηκαν τα ανώτερα στελέχη από δώδεκα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία παιδών των βορειοανατολικών Η.Π.Α και ξεκίνησαν μία προσπάθεια συγκριτικής αξιολόγησης στις βασικότερες λειτουργίες των μονάδων τους. Είκοσι τμηματικές αξιολογήσεις καθιερώθηκαν και δεδομένα συλλέχθηκαν για τη σύγκριση της απόδοσης και των καλύτερων πρακτικών των οργανισμών. Αρκετά από τα τμήματα των νοσοκομείων «μετρήθηκαν» ως προς την απόδοσή τους, μεταξύ αυτών και το μηχανολογικό. Ως μέτρο αξιολόγησης του μηχανολογικού τμήματος επιλέχθηκαν οι ώρες εργασίας ανά μικτό τετραγωνικό πόδι (H/GSF). Τα πρώτα αποτελέσματα ανακοινώθηκαν στις αρχές του 1994 και αναφερόταν στο τρίτο τετράμηνο του 1993. Σύμφωνα με τα πρώτα αποτελέσματα η συντήρηση των κτηρίων και η λειτουργία των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου του Cincinnati είχε μεγάλη διαφορά από την μονάδα που χαρακτηρίστηκε ως μονάδα καλύτερων πρακτικών. Την ίδια περίοδο το νοσοκομείο του Cincinnati είχε πραγματοποιήσει μία επέκταση 340.000 μικών τετραγωνικών ποδιών και οι αυξήσεις στο επίπεδο της συντήρησης είχαν συμπεριληφθεί, πριν προσμετρηθεί η νέα έκταση στο χώρο της νοσοκομειακής μονάδας.

4.1.1 Τα Πρώτα Αποτελέσματα

Αρχικά όλα τα δεδομένα της συγκριτικής αξιολόγησης συλλεγόταν από το οικονομικό τμήμα, και κανένα από τα υπόλοιπα τμήματα δεν αναθεωρούσε τα δεδομένα. Όταν τα πρώτα αποτελέσματα επέστρεψαν για μελέτη πολλά από τα τμήματα αναρωτήθηκαν για την προέλευση των δεδομένων εφόσον δεν αντικατόπτριζαν τις πραγματικές συνθήκες των επιμέρους τμημάτων. Αυτό ίσχυε και για το μηχανολογικό τμήμα. Στα αρχικά ανακοινώσιμα δεδομένα παρουσιάστηκαν τα εξής προβλήματα:

1. Κάποιες νοσοκομειακές μονάδες συμπεριλάμβαναν και τους κατασκευασμένους χώρους στάθμευσης στα συνολικά μικτά τετραγωνικά πόδια των εγκαταστάσεων τους, ενώ άλλες όχι.
2. Από κάποιες μονάδες οι κλινικές ή βιοϊατρικές μηχανολογικές εργασίες συμπεριλαμβάνονταν στη συντήρηση των κτηρίων και στη λειτουργία των εγκαταστάσεων, ενώ από άλλες όχι.
3. Κάποια νοσοκομεία συνυπολόγιζαν στο μηχανολογικό τμήμα τη συντήρηση του εδάφους.
4. Η εργασία που ήταν απαραίτητη για τη λειτουργία των εγκαταστάσεων του κεντρικού εναλλάκτη ατμού συμπεριλαμβάνονταν στις εργασίες συντήρησης κτηρίου. Για τις μονάδες όμως που αγόραζαν ατμό από σύστημα διανομής υπήρχε πλεονέκτημα (σε ώρες εργασίας) σε σχέση με τις υπόλοιπες κάτι που δεν το λάμβανε υπόψη η αξιολόγηση.
5. Το πιο τρανταχτό λάθος στα αρχικά ανακοινωμένα δεδομένα ήταν το ότι υπολογιζόταν μόνο οι ώρες εργασίας των εργαζομένων του νοσοκομείου, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία που έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό εργολαβιών ή εργασιών από εξωτερικά συνεργεία να χαρακτηρίζονται ως οργανισμοί καλύτερων πρακτικών.
6. Ορισμένα νοσοκομεία ανακοίνωναν τα καθαρά τετραγωνικά πόδια ως μικτά τετραγωνικά πόδια.

Για τη βελτίωση των αρχικών αποτελεσμάτων του νοσοκομείου του Cincinnati έπρεπε να επιτευχθεί μείωση των δαπανών κατά τουλάχιστον 10 εκατομμύρια δολάρια σε διάστημα ενός έτους. Για την επίτευξη του στόχου μείωσης δαπανών, συγκρίθηκαν οι ίδιοι παράμετροι της αξιολόγησης με τις αντίστοιχες των νοσοκομείων, καλύτερων πρακτικών, των ενηλίκων. Αρκετές μειώσεις σε δείκτες δαπανών επιτεύχθηκαν με την διόρθωση και μόνο κάποιων δεδομένων. Ως αποτέλεσμα της προσπάθειας για συγκριτική αξιολόγηση σε νοσοκομεία ενηλίκων ήταν η αναζήτηση καλύτερων πρακτικών σε νοσοκομειακές μονάδες ενηλίκων. Έως το χρονικό αυτό σημείο η προσπάθεια συγκριτικής αξιολόγησης είχε χάσει την αξιοπιστία της και ήταν υπεύθυνη για τα σφάλματα που γινόταν αντιληπτά, στην ποιότητα των υπηρεσιών, από τους εργαζόμενους στο νοσοκομείο.

4.2 ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

4.2.1 Η Αφορμή

Την άνοιξη του 1994, αρκετοί τεχνικοί διευθυντές νοσοκομείων ανηλίκων συναντήθηκαν σε κάποιο συνέδριο στο Cincinnati, όπου και αποφάσισαν να ορίσουν μία νέα συνάντηση για να συζητήσουν σχετικά με την προσπάθεια συγκριτικής αξιολόγησης για το μηχανολογικό τμήμα των νοσοκομείων τους. Στην συνάντηση που πραγματοποιήθηκε όλοι οι κατέληξαν στο ότι ήταν δύσκολο να προσδιορίσουν την παραγωγικότητα των μονάδων τους μέσω της αξιολόγησης των ωρών εργασίας ανά μικτό τετραγωνικό πόδι.

4.2.2 Η Αλλαγή

Παρά το γεγονός ότι οι διευθυντές θεωρούσαν τις ώρες εργασίας ανά τετραγωνικό πόδι μειωμένης αξίας, το μέτρο αυτό παρέμεινε στο επίκεντρο των συζητήσεων. Τρεις επιπλέον μετρήσεις αξιολόγησης προστέθηκαν. Το κόστος εργασιών ανά μικτό τετραγωνικό πόδι, το κόστος εκτός των εργασιών ανά τετραγωνικό πόδι και το κόστος χρήσης ανά μικτό τετραγωνικό πόδι ήταν οι νέοι δείκτες. Στο δείκτη ώρες εργασίας προστέθηκαν και οι ώρες εργασίας μέσω συμβάσεων. Επίσης διευκρινίστηκε ότι στο κόστος εργασιών συνυπολογίζεται ο χρόνος διακοπών και οι αποζημιώσεις των εργαζομένων. Τέλος, στο κόστος εκτός εργασιών περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες μέσω συμβάσεων, τα διάφορα εξαρτήματα, τα αναλώσιμα και κάθε άλλο υλικό.

Το κόστος χρήσης αποτελούσε σημείο διαφωνίας μεταξύ των μετόχων. Αρκετοί οργανισμοί (μεταξύ αυτών και το Cincinnati) αγόραζαν ατμό μέσω δικτύου διανομής ενώ άλλοι τον παρήγαγαν. Αποτέλεσμα της διαφοράς αυτής ήταν οι οργανισμοί που παρήγαγαν ατμό να συνδέουν το κόστος εργασιών με τη λειτουργία του κεντρικού εξοπλισμού η οποία επιμετρούταν ως συντήρηση κτηρίων. Τελικά, αποφασίστηκε ότι το κόστος εργασιών που συνδεόταν με τη λειτουργία του κεντρικού εξοπλισμού θα προσμετράται ως κόστος ατμού ή ψυχρού νερού και όχι ως συντήρηση κτηρίων.

Τέλος, τα μέλη αισθάνθηκαν την ανάγκη για την εισαγωγή κάποιου ποιοτικού δείκτη που θα καθορίζει εάν το χαμηλότερο κόστος παρέχει πραγματικά την απαιτούμενη εάν όχι την καλύτερη ποιότητα. Μετά από μακρόχρονη συζήτηση σχετικά με αυτό το ζήτημα, η ποιοτική συγκριτική μέτρηση επιδόσεων συμφωνήθηκε

να είναι τα αποτελέσματα της κοινής Επιτροπής (JCAHO), για τις εγκαταστάσεις, την τεχνολογία και τη διαχείριση ασφάλειας, στις τελευταίες δύο επιθεωρήσεις. Παρά τη συμφωνία μεταξύ των μελών των μηχανολογικών τμημάτων, μόνο το νοσοκομείο του Cincinnati μοιράστηκε αυτά τα αποτελέσματά του με τα υπόλοιπα ιδρύματα. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι πρωτοβουλίες να δημοσιευθούν τα στοιχεία των αποτελεσμάτων του JCAHO (της ποιότητας) θα βοηθούσαν σημαντικά στην ανάπτυξη της πρωτοβουλίας της συγκριτικής αξιολόγησης. Οι ποιοτικοί δείκτες αποτελούσαν πάντα τον αδύναμο κρίκο στην αλυσίδα της συγκριτικής αξιολόγησης. Εάν τα αποτελέσματα δημοσιευτούν, τα νοσοκομεία θα είναι σε θέση να συγκρίνουν το κόστος και την ποιότητά τους σε κάθε τομέα. Ωστόσο οι περισσότεροι οργανισμοί παρουσιάζονται πρόθυμοι να συγκρίνουν τα στοιχεία των δαπανών και παραγωγικότητας τους, αλλά περισσότερο διστακτικοί στο να συγκρίνουν τις μετρήσεις ποιότητας. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης με τα υψηλότερα αποτελέσματα JCAHO και το χαμηλότερο λειτουργικό κόστος θα θεωρηθούν ως οργανισμοί καλύτερων πρακτικών και θα αποτελούν αντικείμενο μίμησης από τους υπόλοιπους.

4.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΙΔΩΝ ΣΤΟ CINCINNATI

Είναι σημαντικό σε κάθε προσπάθεια συγκριτικής αξιολόγησης να καταδεικνύεται πως οι μονάδες συγκρίνονται σε σχέση με το μέγεθος και την πολυπλοκότητά τους. Ένα ρητό λέει πως η μορφή ακολουθεί τη λειτουργία και το ίδιο ισχύει για τις οργανωτικές δομές της συντήρησης εγκαταστάσεων. Επομένως, η οργανωτική δομή ενός τμήματος συντήρησης θα καθοριστεί από τις λειτουργίες των εγκαταστάσεων που διατηρεί. Είναι, επίσης, γεγονός ότι ο σχεδιασμός και η χρήση μηχανολογικών, ηλεκτρολογικών και υδραυλικών συστημάτων διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στο μέγεθος της οργάνωσης συντήρησης και της οργανωτικής δομής του τμήματος συντήρησης. Δεν είναι ίδιες και ισάξιες όλες οι εγκαταστάσεις των νοσοκομειακών μονάδων. Παράδειγμα αποτελεί το σύστημα θέρμανσης, ψύξης και εξαερισμού κτηρίων. Τέτοια συστήματα μπορεί να είναι συστήματα μόνο αέρα, συστήματα αέρα – νερού, συστήματα μόνο νερού, συστήματα μικτά και συστήματα με πάνελ (με επένδυση ελάσματος). Ο τύπος του συστήματος είναι σημαντικός στη συγκριτική αξιολόγηση γιατί επηρεάζει αισθητά το λειτουργικό κόστος.

Ένα πρόβλημα που παρουσιάζεται σε τέτοιες περιπτώσεις είναι ο προσδιορισμός του συστήματος θέρμανσης, ψύξης, αερισμού που χρησιμοποιείται. Οι περισσότερες μονάδες υγειονομικής περίθαλψης έχουν συστήματα κλιματισμού που λόγω της πολυετής τους λειτουργίας έχουν υποστεί πολλές επιμέρους μετατροπές και ανανεώσεις, αποτέλεσμα είναι ο δύσκολος προσδιορισμός του τύπου κλιματισμού που χρησιμοποιείται και κατ' επέκταση η σύγκριση του με άλλους χρησιμοποιούμενους τύπους.

4.3.1 Στοιχεία Εγκαταστάσεων

Στον πίνακα 2 (σελίδα 120 του παραρτήματος) παρατίθεται η περιγραφή των διάφορων εγκαταστάσεων του νοσοκομείου του Cincinnati και περιλαμβάνει και τις εγκαταστάσεις κάθε κτηρίου που συντηρείται και λειτουργείται από το Cincinnati.

Συγκεκριμένα αναφέρονται:

- Το έτος ολοκλήρωσης και το μέγεθος μικτών τετραγωνικών ποδιών για κάθε τμήμα της επέκτασης.
- Το ποσοστό κάθε τμήματος της επέκτασης επί των συνολικών μικτών τετραγωνικών ποδιών του πανεπιστημιακού νοσοκομείου.

- Ο περισσότερο κοινός τύπος συστημάτων εξαερισμού για κάθε φάση επέκτασης σύμφωνα με την περιγραφή της ASHRAE (American Society of Heating, Refrigeration, and Air Conditioning Engineers).
- Αρχική χρήση θέρμανσης για κάθε φάση.
- Αρχική χρήση ψύξης για κάθε φάση.
- Συνολικός χρησιμοποιούμενος χώρος (συμπεριλαμβανομένων των δωματίων μηχανολογικού εξοπλισμού).
- Μέση ηλικία των εγκαταστάσεων.
- Ακαθάριστα τετραγωνικά πόδια του κατασκευασμένου χώρου στάθμευσης.
- Μέση ηλικία του χώρου στάθμευσης.

4.3.2 Στοιχεία Προϋπολογισμού

Τα στοιχεία προϋπολογισμού που παρατίθενται στους πίνακες 2 έως 6 (σελ.120 έως 124 του παραρτήματος), εισάγονται μόλις αποδεσμευτούν από το οικονομικό τμήμα, σε υπολογιστικό πρόγραμμα σε μηνιαία βάση. Η μηνιαία εισαγωγή των δεδομένων για τη λειτουργία των εγκαταστάσεων και τη συντήρηση των κτηρίων διαρκεί μόλις δέκα λεπτά. Μόλις εισαχθούν τα δεδομένα η διαδικασία της συγκριτικής αξιολόγησης ολοκληρώνεται αυτόματα μέσω των ενσωματωμένων υπολογισμών του προγράμματος. Επομένως το συνολικό χρονικό διάστημα που απαιτείται για την προετοιμασία των στοιχείων της συγκριτικής αξιολόγησης και της παραγωγής των αποτελεσμάτων δεν ξεπερνάει τα τριάντα λεπτά το μήνα. Οποιοσδήποτε ισχυρισμός ότι η συγκριτική αξιολόγηση είναι μία χρονοβόρα διαδικασία έχει καταρρεύσει με τη χρήση των υπολογιστικών προγραμμάτων ως εργαλεία διαχείρισης.

Τα στοιχεία που εισάγονται και αφορούν το κόστος ενέργειας των εγκαταστάσεων είναι τα εξής:

- Δαπάνες εργασίας (στοιχείο γραμμής 100).
- Δαπάνες λέβητα και χημικής επεξεργασίας ψυχρού νερού (στοιχείο γραμμών 403).
- Δαπάνες συντήρησης λεβήτων και ψυκτών (στοιχείο γραμμής 408).
- Εξαγορασμένη εργασία υπηρεσιών για το λέβητα και τους ψύκτες (στοιχείο γραμμής 570).
- Ηλεκτρική ενέργεια που αγοράζεται (στοιχείο γραμμής 700).
- Δαπάνες ατμού, που αγοράζεται από εγκαταστάσεις διανομής θέρμανσης, και οποιοδήποτε καυσίμου (στοιχείο γραμμής 711).

Οι δαπάνες συντήρησης κτηρίων περιλαμβάνονται σε δύο χωριστούς κωδικούς προϋπολογισμών: τον 1959 μηχανολογικά εγκαταστάσεων και 1962 υπηρεσίες κατασκευής. Το τμήμα μηχανολογικά εγκαταστάσεων (κωδικός 1959) έχει προϋπολογίσει 37 άτομα προσωπικό πλήρους απασχόλησης (FTE). Το προσωπικό αυτό είναι αρμόδιο για τη συντήρηση και την επισκευή όλων των μηχανολογικών, ηλεκτρικών και υδραυλικών συστημάτων σε όλες τις εγκαταστάσεις που ανήκουν και λειτουργούν στο Νοσοκομειακό Ιατρικό κέντρο Παίδων του Cincinnati. Το τμήμα διαχείρισης είναι υπεύθυνο να οργανώσει τις εργασίες των τεχνικών υπηρεσιών ορθολογικά ώστε να διατηρούνται σε αποδεκτά επίπεδα οι ανεκτέλεστες εργασίες. Το εύρος ελέγχου των μηχανολογικών εγκαταστάσεων είναι από 9 έως 1. Οι δαπάνες μισθοδοσίας που παρέχονται από το οικονομικό τμήμα μπορούν να αυξηθούν έως και 22 τοις εκατό για τη δημιουργία κινήτρων εργασίας όσον αφορά τη συντήρηση. Αυτό αποτελεί σημαντική παραδοχή γιατί τα περισσότερα νοσοκομεία δεν περιλαμβάνουν την αύξηση αυτή στο κόστος εργασιών για εσωτερικούς εργαζομένους.

Μια άλλη κοινή συγκριτική μέτρηση επιδόσεων που χρησιμοποιείται για το προσωπικό είναι το ισότιμο πλήρους απασχόλησης (FTE) ανά μικτό τετραγωνικό πόδι. Το νοσοκομείο του Cincinnati βασισμένο σε αυτήν την μέτρηση έχει 45.479 μικτά τετραγωνικά πόδια ανά FTE ενώ αντίστοιχες τιμές συγκριτικής αξιολόγησης κυμαίνονται από 11.000 έως 112.000 μικτά τετραγωνικά πόδια ανά FTE.

Οι δαπάνες υπηρεσιών κατασκευής (κωδικός 1962) περιλαμβάνουν την εκτέλεση όλων των έργων νέων κατασκευών και ανακαίνισης όπως και τη "διακοσμητική" συντήρηση της μονάδας. Η "διακοσμητική" συντήρηση στο νοσοκομείο του Cincinnati περιλαμβάνει ξυλουργικές εργασίες και εργασίες βαφής. Η απόφαση για την εξωτερική υποστήριξη αυτών των λειτουργιών εξαρτάται από την οργανωτική φιλοσοφία του τμήματος. Αυτή η φιλοσοφία υπογραμμίζει τις δεξιότητες που απαιτούνται για την ανίχνευση προβλημάτων σε σύνθετα και μεγάλης κλίμακας συστήματα που περιλαμβάνουν μηχανολογικά, ηλεκτρολογικά και υδραυλικά εξαρτήματα. Όταν λήφθηκε απόφαση για την εξωτερική υποστήριξη τέτοιων λειτουργιών στο νοσοκομείο του Cincinnati, υπήρξε ένα γενικό συναίσθημα ότι αυτή η κίνηση θα αύξανε τις δαπάνες, αλλά βασισμένοι στα στοιχεία που αποκτιούνται από την αξιολόγηση, οι δαπάνες συντήρησης κατασκευών, στην πραγματικότητα, έχουν μειωθεί κατά τη διάρκεια του χρόνου.

4.3.3 Στοιχεία Λειτουργίας Εγκαταστάσεων

Όλα τα στοιχεία των εγκαταστάσεων ενέργειας (1957), των μηχανολογικών εγκαταστάσεων (1959) και του κόστους υπηρεσιών κατασκευών τροφοδοτούν την συγκριτική αξιολόγηση μηχανολογικών εγκαταστάσεων και υπηρεσιών κατασκευών και απεικονίζονται στους πίνακες (2 έως 6, σελ 120 έως 124 του παραρτήματος). Τα στοιχεία αυτά αποτελούν τον πυρήνα της προσπάθειας συγκριτικής αξιολόγησης στο νοσοκομείο του Cincinnati και χρησιμοποιούνται, μετά την εισαγωγή τους στο αντίστοιχο υπολογιστικό πρόγραμμα, για σύγκριση με στοιχεία άλλων οργανισμών (αντίστοιχων με το νοσοκομειακό κέντρο του Cincinnati) και την απεικόνιση των οικονομικών τάσεων στη λειτουργία των εγκαταστάσεων και τη συντήρηση των κτηρίων.

Βασισμένοι στα στοιχεία του νοσοκομείου του Cincinnati προκύπτουν τα ακόλουθα αποτελέσματα για την κτηριακή συντήρηση κατά οικονομικό το έτος 2000 (πίνακας 4 σελ. 122 του παραρτήματος)

- Το κόστος εργασιών είναι κατά μέσο όρο 0,09 δολάρια ανά μικτό τετραγωνικό πόδι (GSF) ανά μήνα ή 1,08 δολάρια ανά έτος.
- Οι συμβάσεις υπηρεσιών κόστισαν κατά μέσο όρο 0,05 δολάρια ανά μικτό τετραγωνικό πόδι (GSF) ανά μήνα ή 0,60 δολάρια ανά έτος.
- Η συνολική συντήρηση κτηρίων κόστισε κατά μέσο όρο 0,19 δολάρια ανά μικτό τετραγωνικό πόδι (GSF) ανά μήνα ή 2,32 δολάρια ανά έτος.

Σύγκριση των παραπάνω στοιχείων με τα οικονομικά έτη 1993 και 1994 φανερώνει τη σημαντική βελτίωση απόδοσης που έχει επιτευχθεί. Η συνολική συντήρηση κτηρίων κόστισε κατά μέσο όρο 3,46 δολάρια ανά GSF για το έτος 1993 και 2,65 ανά GSF για το 1994. Οι παραπάνω τιμές δεν έχουν τροποποιηθεί σύμφωνα με τις πληθωριστικές τάσεις.

Οι κεντρικές ωφέλειες παρήγαγαν τα ακόλουθα αποτελέσματα για το έτος 1999:

- Δαπάνη κοινών ωφελειών κατά μέσο όρο 3,07 δολάρια ανά GSF ανά έτος.
- Η κατανάλωση ενέργειας ήταν 349,791 B.T.U. ανά GSF ανά έτος.

Η κατανάλωση ενέργειας το 1999 δεν μπορεί να συγκριθεί σωστά με του 1998 (259.251 B.T.U.) λόγω της εγκατάστασης και της εκκίνησης λειτουργίας ενός νέου μπόιλερ στις εγκαταστάσεις. Πριν το 1999 η χρήση ατμού αγοράζόταν από το πανεπιστήμιο του Cincinnati με αποτέλεσμα οι απώλειες να προκαλούσαν αυξήσεις στην κατανάλωση μέχρι και 18 τοις εκατό. Στη λειτουργία του νέου μπόιλερ οφείλεται η μείωση του κόστους ωφελειών στα 0,12 δολάρια ανά GSF.

Η παράμετρος σύγκρισης των ωρών εργασίας εμπεριέχεται στην έκθεση στοιχείων δεν χρησιμοποιείται ωστόσο ως εργαλείο διαχείρισης.

4.4 ΝΕΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα που παρέχει η έκθεση στοιχείων είναι η δυνατότητα για συγκριτική αξιολόγηση του νοσοκομείου του Cincinnati με τον ίδιο του τον "εαυτό" και ως αποτέλεσμα τα στοιχεία αυτά είναι διαθέσιμα για ανάγνωση και μελέτη από το προσωπικό. Επίσης ενισχύεται η ιδέα ότι όταν και εάν το νοσοκομείο συγχωνευτεί με κάποιο άλλο νοσοκομείο, το προσωπικό λειτουργίας εγκαταστάσεων και κτηριακών συντηρήσεων θα στοχεύει στο να αποτελεί το ισχυρότερο τμήμα σε αποδοτικότητα και εξειδίκευση. Υπάρχει ξεκάθαρο πλεονέκτημα για την διανομή των στοιχείων σύγκρισης σε όλα τα επίπεδα του προσωπικού.

Σε μηνιαία βάση οι αναφορές διανέμονται με άμεση επίβλεψη και το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις μετρήσεις απόδοσης, κόστους, ποιότητας και υπάρχουν οι ανάλογες ανταμοιβές. Αυτά τα στοιχεία διανέμονται επίσης στην επιτροπή κτηρίων σε εξαμηνιαία βάση και αξιολογούνται και αξιοποιούνται σε οικονομικές αναλύσεις σημαντικού μεγέθους έργων ή πρωτοβουλιών. Για παράδειγμα, βασικές ανακαινίσεις μπορεί να έχουν μεγαλύτερο κόστος σε σχέση με κάποιες μετατροπές στο υφιστάμενο σύστημα θέρμανσης, ψύξης, αερισμού. Οι αναφορές στοιχείων διευκολύνουν την αιτιολόγηση πρόσθετων κατασκευαστικών δαπανών. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα σε αυτά τα δεδομένα είναι η ικανότητα να προϋπολογίσουν νέες κατασκευές ειδικά όταν πρέπει να καθοριστεί το επίπεδο εργαζόμενου προσωπικού ανά τετραγωνικό πόδι.

Εκτός των άλλων, η βασικότερη χρήση της έκθεσης στοιχείων είναι η πρωτοβουλία συγκριτικής αξιολόγησης με άλλα νοσοκομειακά κέντρα παιδών. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω το νοσοκομείο του Cincinnati δεν παρουσίασε τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα από το ξεκίνημα της πρωτοβουλίας της συγκριτικής αξιολόγησης. Ωστόσο ξεκίνησε μία πραγματική προσπάθεια κατανόησης και μελέτης των αποτελεσμάτων, έτσι ώστε να καθοριστούν οι βελτιώσεις που μπορούν να επιτευχθούν. Σε πρώτο στάδιο, εντοπίστηκαν και διορθώθηκαν τα λάθη και οι παραλείψεις και το νοσοκομείο του Cincinnati σήμερα ήδη βρίσκεται ανάμεσα στα καλύτερα νοσοκομεία παιδών όσον αφορά τη συγκριτική αξιολόγηση και τη διαχείριση των εγκαταστάσεων. Το δεύτερο στάδιο, το οποίο διανύει τώρα το νοσοκομείο του Cincinnati, είναι η εύρεση νοσοκομείων ενηλίκων καλύτερων πρακτικών και η μελέτη των πρακτικών αυτών για επίτευξη περαιτέρω βελτιώσεων.

4.5 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΤΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

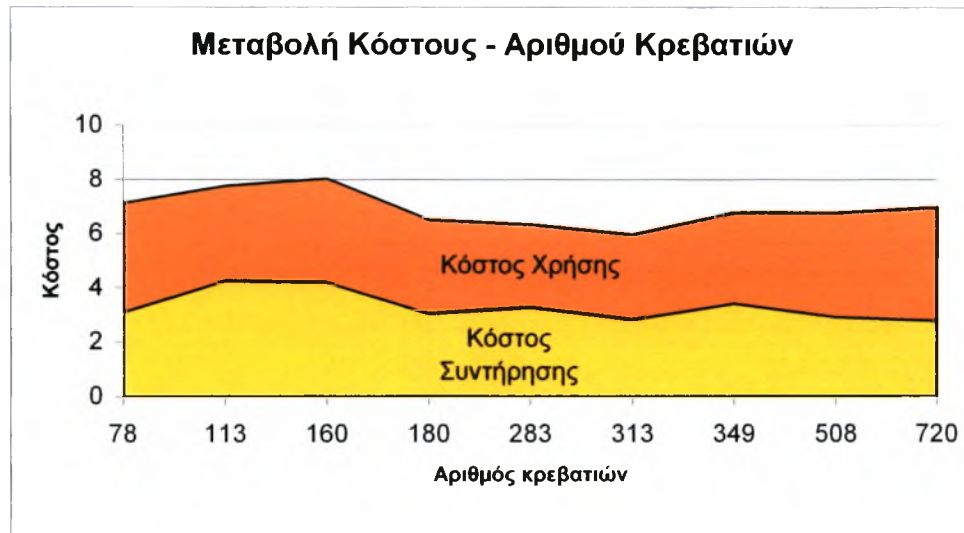
Τα τελευταία έτη, δεδομένα συγκριτικής αξιολόγησης άρχισαν να είναι διαθέσιμα στη βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης. Το νοσοκομείο του Cincinnati έχει χρησιμοποιήσει τα στοιχεία αυτά για την αξιολόγηση της απόδοσής του. Το έτος 1996 πραγματοποιήθηκε μία έρευνα στην οποία συμμετείχαν πενήντα νοσοκομειακές μονάδες των βορειοανατολικών Η.Π.Α. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με το νοσοκομείο του Cincinnati.

	κατηγορία I	κατηγορία II	κατηγορία III	κατηγορία IV	κατηγορία V	κατηγορία VI	κατηγορία VII	κατηγορία VIII	κατηγορία IX	μέση συνολική	μέση πραγματική
Αριθμός Κρεβατιών	78	113	160	180	283	313	349	508	720	285	324
Κόστος Συντήρησης	3,1	4,25	4,2	3,03	3,26	2,82	3,41	2,92	2,77	3,05	2,26
Κόστος Χρήσης	4,03	3,5	3,84	3,48	3,08	3,15	3,36	3,86	4,19	3,79	3,07
Συνολικό Κόστος	7,13	7,75	8,04	6,51	6,34	5,97	6,77	6,78	6,96	6,84	5,33
F.T.E. ανά 100.000 G.S.F.	6,49	9,29	7,3	5,04	5,18	4,49	4,69	4,19	3,89	4,59	2,2
Συνολικά G.S.F. (σε χιλιάδες)	88	141	231	338	455	565	778	1.413	2.396	700	1.683

Πίνακας 1: Σύγκριση πενήντα νοσοκομείων των Βορειοανατολικών Η.Π.Α. σε σχέση με το νοσοκομείο του Cincinnati

Στις πρώτες εννέα στήλες του πίνακα παρουσιάζονται οι μέσες τιμές αποτελεσμάτων ανά ομάδες των πέντε νοσοκομείων με παραπλήσιο αριθμό κρεβατιών. Ως παράδειγμα η πρώτη στήλη παρουσιάζει τα αποτελέσματα νοσοκομείων με αριθμό κρεβατιών 78, τα οποία παρουσιάζουν μία μέση τιμή 88.000 μικτών τετραγωνικών ποδιών.

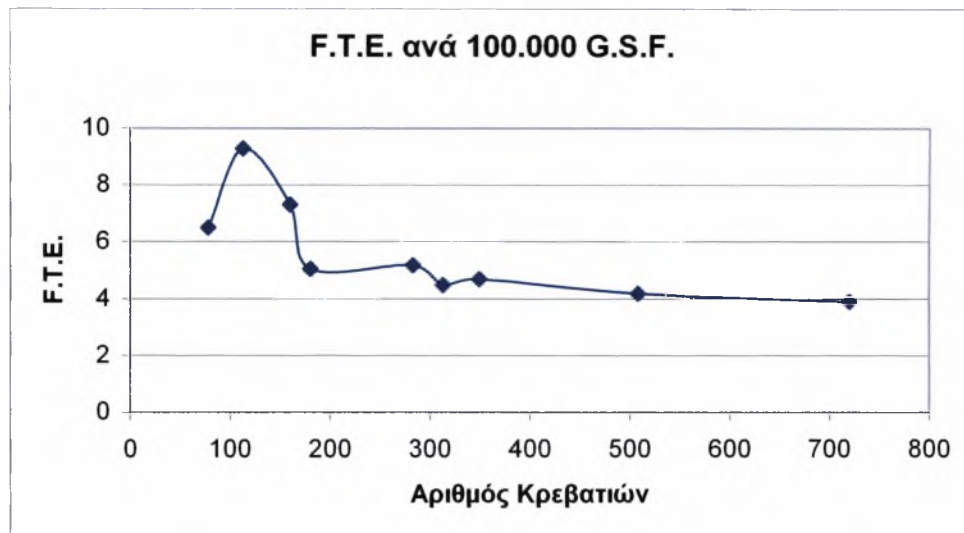
Η ανάλυση του συνολικού κόστους σε κόστος συντήρησης και κόστος χρήσης σε συνάρτηση με τον αριθμό κρεβατιών των μονάδων απεικονίζεται στο ακόλουθο γράφημα:



Από το γράφημα αντιλαμβανόμαστε ότι:

- Το συνολικό κόστος ανά μικτό τετραγωνικό πόδι αυξάνεται σταδιακά με την αύξηση του αριθμού κρεβατιών, στην συνέχεια ακολουθεί πτωτική τάση και στην ομάδα με αριθμό κρεβατιών 313 παρουσιάζει την ελάχιστη τιμή ενώ περαιτέρω αύξηση των κρεβατιών αντιστοιχεί σε αύξηση του συνολικού κόστους.
- Το κόστος συντήρησης παρουσιάζεται αυξημένο για μικρό αριθμό κρεβατιών ενώ ακολουθεί μικρές διακυμάνσεις (πτωτικές κυρίως) με την αύξηση των κρεβατιών.
- Τέλος, το κόστος χρήσης είναι υψηλό για τις μονάδες με λίγα κρεβάτια, μειώνεται σε μεσαίες τιμές κρεβατιών και στη συνέχεια αυξάνεται με αύξηση των κρεβατιών.

Στο επόμενο διάγραμμα απεικονίζεται το ισότιμο πλήρους απασχόλησης (F.T.E.) ανά 100.000 μικτά τετραγωνικά πόδια.



Από το γράφημα παρατηρούμε ότι το F.T.E. ανά μικτό τετραγωνικό πόδι μειώνεται με αύξηση του αριθμού των κρεβατιών των νοσοκομείων.

Το σημαντικό στην έρευνα αυτή δεν είναι μόνο τα αποτελέσματα του νοσοκομείου Cincinnati, αλλά παρουσιάζει μεγάλης κλίμακας οικονομικά στοιχεία σε σχέση με τις δαπάνες συντήρησης για σημαντικό δείγμα νοσοκομειακών μονάδων. Από την έρευνα φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερη η δυνατότητα από την άποψη του μεγέθους της μονάδας, τόσο χαμηλότερο παρουσιάζεται το κόστος συντήρησης και τα επίπεδα προσωπικού. Φυσικά, στην σύγκριση αυτή, η ποιότητα των εγκαταστάσεων θεωρείται όμοια για όλες τις νοσοκομειακές μονάδες.

Η σύγκριση του νοσοκομειακού κέντρου του Cincinnati με τα υπόλοιπα νοσοκομεία, τόσο στο κόστος χρήσης όσο και συντήρησης, μπορεί εν μέρει να αμφισβητηθεί από κάποιους με αιτιολογία ότι οι βορειοανατολικές περιοχές των Η.Π.Α. έχουν υψηλότερο κόστος ζωής από τις δυτικές. Ο ισχυρισμός αυτός είναι σωστός, ωστόσο το κόστος επάνδρωσης των νοσοκομείων δεν επηρεάζεται από τέτοιου είδους περιφερειακές ιδιαιτερότητες.

Μία ακόμα περιοχή της συγκριτικής αξιολόγησης που παρουσιάζει σημαντικά βελτιωμένα στοιχεία είναι η κατανάλωση ενέργειας. Στην περιοχή αυτή έχουν πραγματοποιηθεί οι ακόλουθες συγκρίσεις:

- Η κατανάλωση, μετρούμενη σε BTU ανά τετραγωνικό πόδι (SF), για μονάδες χωρίς συμπαραγωγή ενέργειας είναι 262.545 ενώ για μονάδες με συμπαραγωγή είναι 564.319
- Το κόστος κατανάλωσης ενέργειας ανά τετραγωνικό πόδι είναι 0,40 δολάρια χαμηλότερο για μονάδες με συμπαραγωγή σε σύγκριση με τις μονάδες που δεν έχουν συμπαραγωγή.

- Οι μονάδες που έχουν ψύξη με κατανάλωση ηλεκτρικής ενέργειας παρουσιάζουν 257.783 BTU/SF, ενώ οι αντίστοιχες με κατανάλωση αερίου 280.446 BTU/SF
- Το κόστος ανά τετραγωνικό πόδι για τις μονάδες που ψύχονται με χρήση αερίου είναι 0,22 δολάρια χαμηλότερο ανά τετραγωνικό πόδι από τις μονάδες που ψύχονται με χρήση ηλεκτρικής ενέργειας.
- Οι νοσοκομειακές μονάδες με σύστημα διαχείρισης ενέργειας παρουσιάζουν κατά μέση τιμή 283.577 BTU/SF, αντίστοιχα αυτές χωρίς σύστημα διαχείρισης ενέργειας 272.120 BTU/SF
- Το κόστος ανά τετραγωνικό πόδι είναι υψηλότερο κατά 0,32 δολάρια στην περίπτωση μονάδων όπου απουσιάζει το σύστημα διαχείρισης ενέργειας σε σύγκριση με μονάδες που εφαρμόζουν αντίστοιχο σύστημα.

4.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

“Η συγκριτική αξιολόγηση προσδιορίζει την τρέχουσα κατάσταση”

Παρά το ότι υπάρχουν παγίδες στη διαδικασία της συγκριτικής αξιολόγησης, τα χρήσιμα μαθήματα από τα οποία μπορούμε να διδαχτούμε είναι πολυάριθμα. Ο διευθυντής στο νοσοκομείο παιδών Colombus κ. Janet Porter αξιολογώντας την προσπάθεια συγκριτικής αξιολόγησης ανέφερε ότι ο παράγοντας κλειδί στη διάκριση των μελών της συγκριτικής αξιολόγησης είναι η θέληση των ηγετικών ομάδων των νοσοκομειακών μονάδων να μοιραστούν τις πληροφορίες και τα στοιχεία που διαθέτουν με τους μετόχους. Το παράδειγμα συγκριτικής αξιολόγησης στη λειτουργία των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου του Cincinnati αποτελεί επιβεβαίωση της άποψης του κ. Porter. Τα αρχικά δεδομένα διαβιβαζόταν απευθείας στο συντονιστή της συγκριτικής αξιολόγησης χωρίς να συμβαίνει τυχόν αναθεώρησή τους από το τμήμα εγκαταστάσεων ως προς την ακρίβεια και την καταλληλότητα τους. Αυτό συνέβαινε μέχρι το χρονικό σημείο που εργαζόμενοι στο τμήμα εγκαταστάσεων ξεκίνησαν να παρέχουν στοιχεία που έδειχναν τη βελτίωση αποτελεσμάτων.

Όταν η υπηρεσιακή διαχείριση έρχεται αντιμέτωπη με την προσπάθεια της συγκριτικής αξιολόγησης, πρέπει να αφιερώνει τον απαραίτητο χρόνο ώστε να πραγματοποιείται σωστά η προσπάθεια και στη συνέχεια να μαθαίνει πραγματικά από τις εμπειρίες. Ο χρόνος είναι όλο και πιο περιορισμένος, όμως πρέπει να βελτιώνονται διαρκώς οι διαδικασίες προκειμένου να διατηρηθεί η επαγγελματική και η προσωπική ανταγωνιστικότητά. Αν μία μονάδα βρίσκεται στο κατώτερο επίπεδο αποδοτικότητας θα παραμείνει εκεί, αν δεν λάβει σοβαρά και υπεύθυνα την προσπάθεια συγκριτικής αξιολόγησης.

Τέλος, όσο εξελίσσεται η τεχνολογία τόσο περισσότερο συγχέονται οι αρμοδιότητες των τμημάτων. Σε μία πρόσφατη δημοσίευση (J. Phillip Lathrop, *Restructuring Health Care: The Patient Focused Paradigm*. Jossey-Bass Publishers,) σχετικά με την περίθαλψη ασθενών προτάθηκε η ιδέα εισαγωγής υπηρεσιών ξενοδοχείου στα νοσοκομεία. Ως υπηρεσίες ξενοδοχείου προσδιορίστηκαν οι εργασίες που απαιτούνται για τη διατροφή των ασθενών και για να διατηρούνται τα δωμάτιά τους καθαρά και υγιεινά. Επίσης περιλαμβάνουν τις εργασίες συντήρησης και επισκευών των νοσοκομειακών μονάδων και των εξοπλισμών. Στη ίδια δημοσίευση ο κ. Phillip Lathrop αναφέρει ότι σήμερα ξοδεύονται 8 σεντς για κάθε δολάριο στις υπηρεσίες ξενοδοχείου. Στο μέλλον, αναφέρει ότι η μείωση εξόδων θα απαιτήσει το σημερινό κόστος του ενός δολαρίου να μειωθεί στα 80 σεντς. Ταυτόχρονα το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να μειωθεί κατά 20

τις εκατό, ενώ η ποσόστωση του κόστους υπηρεσιών ξενοδοχείου σε σχέση με το συνολικό κόστος θα αυξηθεί από 8 ποσοστιαίες μονάδες στις 14 στο άμεσο μέλλον. Εάν οι ισχυρισμοί του κ. Lathrop αποδειχτούν σωστοί, οι υπηρεσίες ξενοδοχείου (περιλαμβανομένων των υπηρεσιών συντήρησης κτηρίων και λειτουργίας εξοπλισμών) σε νοσοκομειακές μονάδες αποτελούν μία ταχέως αναπτυσσόμενη βιομηχανία, η οποία θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

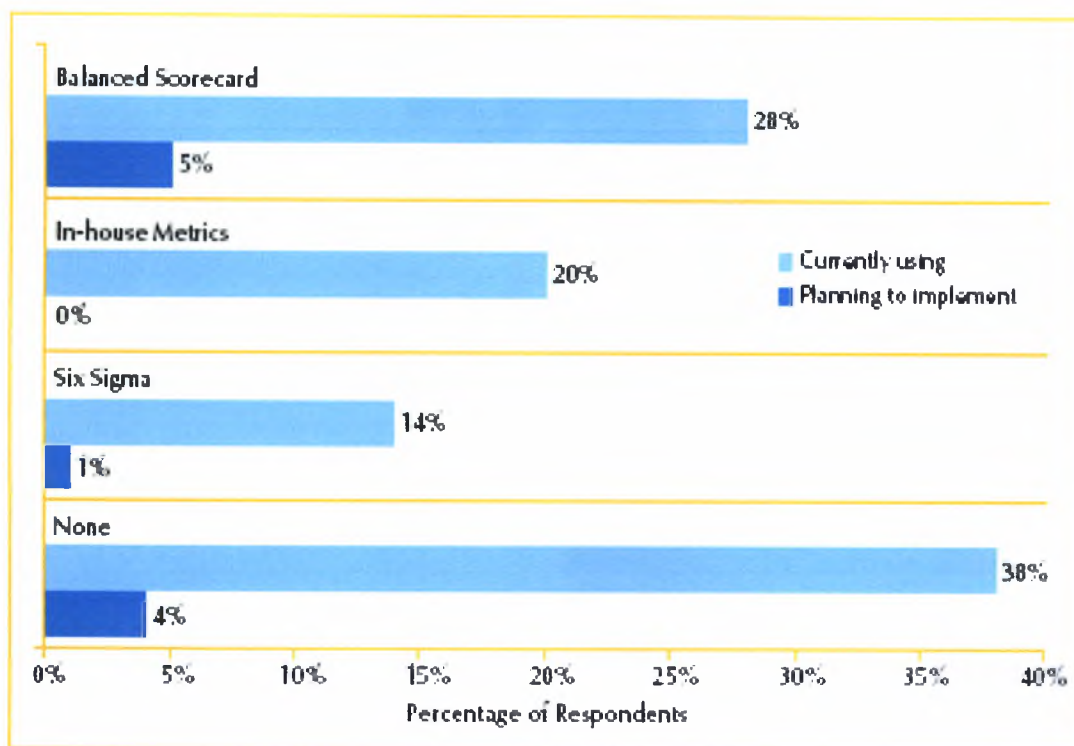
5. BALANCED SCORECARD: ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έντονη ανάγκη, που έχει προκύψει τα τελευταία έτη, των νοσοκομειακών μονάδων και συστημάτων υγείας για ορθολογική διαχείριση της απόδοσης έχει οδηγήσει σημαντικό αριθμό αυτών στην ανεύρεση και εφαρμογή μετρητικών εργαλείων απόδοσης.

5.1.1 Εφαρμογή Εργαλείων Μέτρησης Απόδοσης Σε Νοσοκομεία Και Συστήματα Υγείας

Παρά το γεγονός ότι η εμφάνιση μετρητικών συστημάτων σε συστήματα υγείας και νοσοκομειακές μονάδες είναι αρκετά νέα, υπάρχουν παραδείγματα εφαρμογής εργαλείων μέτρησης απόδοσης σε μεγάλο αριθμό νοσοκομειακών μονάδων. Ακόμα περισσότερες είναι οι διοικήσεις συστημάτων ή μονάδων υγείας που πρόκειται να προχωρήσουν στην υιοθέτηση κάποιου εργαλείου απόδοσης στο άμεσο μέλλον. Έρευνα που διεξάχθηκε το 2004 από την Porter Research και υποστηρίζεται από Per-Se Technologies έδειξε ότι η πλειοψηφία των νοσοκομειακών μονάδων χρησιμοποιεί ήδη κάποιο είδος, βασισμένο στη μέτρηση, εργαλείου ποιοτικής διαχείρισης. Η έρευνα εξέταζε αν εφαρμόζεται ή πρόκειται να εφαρμοστεί κάποιο εργαλείο μέτρησης απόδοσης και ποιο είναι αυτό. Τα αποτελέσματα της έρευνας απεικονίζονται ακολούθως:



ΕΙΚΟΝΑ 5.1: Ποσοστό Νοσοκομείων που χρησιμοποιούν ή πρόκειται να εφαρμόσουν κάποιο εργαλείο διαχείρισης απόδοσης. ΠΗΓΗ: Porter Research

Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τα νοσοκομεία δείχνουν ότι μεγαλύτερο ποσοστό από το ένα τέταρτο των νοσοκομείων (28 %) χρησιμοποιεί ως εργαλείο διαχείρισης της απόδοσης το Balanced Scorecard, ενώ ένα 5 % έχει προγραμματίσει να το εφαρμόσει στο άμεσο μέλλον. Ένα 20 % χρησιμοποιούν εσωτερικά συστήματα για εργαλεία διαχείρισης της απόδοσης, ενώ ένα 14 % χρησιμοποιούν το Six Sigma. Η μεγάλη δημοτικότητα του Balanced Scorecard ως εργαλείο επιλογής των νοσοκομειακών μονάδων απεικονίζει το γεγονός ότι αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε από τη γέννηση του για καθολική εφαρμογή ανεξάρτητα από το εάν θα εφαρμοστεί από βιομηχανικές ή οργανωτικές μονάδες. Στην υγειονομική περίθαλψη, το Balanced Scorecard έχει εναγκαλιστεί ιδιαίτερα από τον κλινικό τομέα ως εργαλείο μέτρησης και βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης.

Η μεγαλύτερη χρήση του Balanced Scorecard σε νοσοκομειακές μονάδες παρατηρείται στις Η.Π.Α., όπου και δημιουργήθηκε, και στον Καναδά. Σημαντική, και απότομα αυξανόμενη τα τελευταία έτη, εφαρμογή παρατηρείται στις χώρες της Ενωμένης Ευρώπης και ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Φιλανδία. Τέλος μικρότερης έκτασης εφαρμογή παρατηρείται στην Αυστραλία.

5.2 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ BALANCED SCORECARD

Τα κυριότερα παραδείγματα εφαρμογής του Balanced Scorecard, ως εργαλείου μέτρησης απόδοσης σε νοσοκομειακές μονάδες και συστήματα υγείας, ανά γεωγραφική περιοχή είναι τα εξής:

5.2.1 Εφαρμογές του Balanced Scorecard σε Νοσοκομειακές Μονάδες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Η εφαρμογή του Balanced Scorecard ως εργαλείο μέτρησης της απόδοσης σε νοσοκομεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης γνωρίζει ραγδαία εξέλιξη τα τελευταία δύο έτη. Χαρακτηριστικά παραδείγματα εφαρμογής του Balanced Scorecard ως εργαλείου μέτρησης της απόδοσης σε νοσοκομειακές μονάδες του Ευρωπαϊκού χώρου είναι:

5.2.1.1 Το Pirkanmaa Hospital District στη Φιλανδία

Η νοσοκομειακή μονάδα του **Pirkanmaa** αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες νοσοκομειακές μονάδες ή περιοχές (όπως διαχωρίζονται στην Φιλανδία) της Φιλανδίας. Αποτελείται από το πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Tampere και τρία περιφερειακά νοσοκομεία το Valkeakoski, το Vammala, και το Mänttä. Κατά μέσο όρο η μονάδα Pirkanmaa δέχεται ετησίως 70.000 ασθενείς με εισαγωγή και 300.000 ασθενείς στα εξωτερικά της ιατρεία. Ο στρατηγικός προγραμματισμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση της στρατηγικής είναι βασισμένα στην εφαρμογή του εργαλείου μέτρησης απόδοσης Balanced Scorecard.

5.2.1.2 Το United Bristol Healthcare NHS Trust (UBHT) στο Η.Β.

Η εφαρμογή του Balanced Scorecard στο **United Bristol** ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2004. Κατά το σχεδιασμό του Balanced Scorecard στο UBHT έχουν θεωρηθεί οι παρακάτω αρχές:

- Θα απεικονίζει ξεκάθαρα τις προτεραιότητες του οργανισμού.
- Θα προσθέτει αξία στη διεύθυνση και στο επίπεδο διαχείρισης του οργανισμού.
- Θα συμπληρώνει, και δεν θα αντικαταστήσει, τις υπάρχουσες διαχειριστικές ρυθμίσεις απόδοσης.

- Θα θεωρείται ως γενικός έλεγχος υγείας για κάθε διεύθυνση και για τον οργανισμό συνολικά και θα δίνει έμφαση στις περιοχές που χρήζουν περαιτέρω έρευνα.
- Θα είναι απλό στη δομή και στο περιεχόμενο αλλά όχι απλοϊκό στο μηχανισμό ελέγχου του.
- Θα είναι βασισμένο στην τεχνολογία της πληροφορίας (μέσω ενδοδικτύου), σχεδιασμένο στις υπάρχουσες πηγές πληροφοριών και επομένως δεν θα δημιουργεί τον πρόσθετο φόρτο εργασίας συλλογής δεδομένων.

5.2.2 Εφαρμογές του Balanced Scorecard σε Νοσοκομειακές Μονάδες του Καναδά

Ο Καναδάς αποτελεί τη δεύτερη σε πλήθος παραδειγμάτων γεωγραφική περιοχή εφαρμογής του Balanced Scorecard. Σε νοσοκομεία του Καναδά εφαρμόζεται το Balanced Scorecard από τα πρώτα έτη δημιουργίας του, με αποτέλεσμα να είναι ορατά τα αποτελέσματα βελτίωσης της απόδοσης και της επίτευξης μέρους των στρατηγικών τους στόχων. Τα περισσότερο χαρακτηριστικά παραδείγματα νοσοκομείων εφαρμογής του Balanced Scorecard είναι τα εξής:

5.2.2.1 Το Peel Memorial Hospital (PMH) στο Οντάριο

Το **Peel Memorial Hospital** αποτελούσε μοναδική μονάδα υγειονομικής περίθαλψης του Καναδά, ακρογωνιαίος λίθος της κοινωνικής πολιτικής για πολλά έτη. Στο παρελθόν γενναιόδωρες κυβερνητικές χρηματοδοτήσεις επέτρεπαν τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης να παρέχουν άριστες υπηρεσίες και ποιότητα. Ωστόσο πρόσφατα οι αυξανόμενες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης μετέβαλλαν την κυβερνητική χρηματοδότηση, η οποία πλέον απαιτεί από τους προμηθευτές να είναι οικονομικά πιο ανταγωνιστικοί. Μέσα στο 1996 το PMH έγινε ένθερμος υποστηρικτής του Balanced Scorecard. Αναφερόμενοι στα πρόσφατα στατιστικά στοιχεία αποδεικνύεται ότι το Balanced Scorecard αποτελεί ένα επιτυχημένο μοντέλο μέτρησης αποδόσεων. Το PMH ανακοινώνει ότι με την εφαρμογή του Balanced Scorecard το επίπεδο ικανοποίησης ασθενών έχει αυξηθεί από 89 ποσοστιαίες μονάδες στις 95 ενώ η ικανοποίηση του προσωπικού που συμμετέχει στην έρευνα αυξήθηκε από 33 στις 75 ποσοστιαίες μονάδες. Στο εσωτερικό του οργανισμού έχει γίνει καλύτερα κατανοητό το πως πρέπει να επενδύεται ο χρόνος και το χρήμα για την κατάκτηση στόχων, ενώ ο ίδιος ο οργανισμός έχει αποκτήσει την ικανότητα να συσχετίζει άμεσα το όραμα και την αποστολή του με την απόδοση.

5.2.2.2 Το Νοσοκομείο για Άρρωστα Παιδιά στο Οντάριο

Η νοσοκομειακή μονάδα για άρρωστα παιδιά ξεκίνησε τη λειτουργία της το 1875 σε ένα χώρο 11 δωματίων και σήμερα αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα παιδιατρικά κέντρα παγκοσμίως. Αποστολή της είναι να παρέχει την καλύτερη δυνατή οικογενειακό-κεντρική περίθαλψη, να οδηγήσει σε επιστημονική και κλινική εξέλιξη και να ετοιμάσει τη νέα γενιά ηγετών στο χώρο της παιδικής υγείας. Μέρος της νέας στρατηγικής που σχεδίασε η μονάδα αποτελεί η εφαρμογή του Balanced Scorecard ώστε να είναι εφικτή η μέτρηση της απόδοσης της μονάδας και ορατά τα περιθώρια βελτίωσης.

5.2.2.3 Το St. Joseph's Hospital στο Οντάριο

Το νοσοκομείο **St. Joseph's** βρίσκεται στο Οντάριο του Καναδά. Το 2003 η αναζήτηση μεθόδων και εργαλείων για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και της διαχείρισης του νοσοκομείου οδήγησαν στην εφαρμογή του Balanced Scorecard.

5.2.2.4 Το West Park Healthcare Centre (WPHC), στο Οντάριο

Το 1997, το κέντρο υγειονομικής περίθαλψης **West Park** εφάρμοσε το Balanced Scorecard χρησιμοποιώντας τις τέσσερις προοπτικές: ικανοποίηση πελατών, μάθηση και ανάπτυξη, οικονομικά, ποιότητα και ασφάλεια. Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο συγκριτικής αξιολόγησης καθιέρωσε τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης το "άριστο", "πολύ καλό", το "καλό" και το "χρήζει βελτίωση". Τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν το 1999 στην ετήσια αναφορά έδειξαν ότι τα δύο τελευταία έτη όλοι οι τομείς είχαν βελτιωθεί εκτός από τον τομέα μάθησης και ανάπτυξης.

Η ικανοποίηση πελατών και η ποιότητα και η ασφάλεια αξιολογήθηκαν ως "καλά", τα οικονομικά ως "πολύ καλά", ενώ η μάθηση και η ανάπτυξη ως "χρήζουν βελτίωση". Αν και τα αποτελέσματα αυτά απείχαν από τα βέλτιστα, η επιτυχία του Balanced Scorecard βρίσκεται στην ικανότητά του να παρέχει τις συγκεκριμένες πληροφορίες για όλες τους τομείς στους οποίους εστιάζει ο οργανισμός. Η ανάλυση της προοπτικής μάθηση και ανάπτυξη έδειξε ότι η ικανοποίηση των ιατρών και η αποτελεσματικότητα των εργασιακών ομάδων ήταν περιοχές που έχουν ανάγκη ιδιαίτερης προσοχής. Το WPHC έδειξε ιδιαίτερη προσοχή στις δύο αυτές περιοχές με την δημιουργία συμβουλευτικής επιτροπής με στόχο την ικανοποίηση των ιατρών και

την εκτέλεση προγραμμάτων που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα των ομάδων. Μία ομάδα εκπαίδευσης προσωπικού δημιουργήθηκε, και διάφορες ερευνητικές υποτροφίες καθιερώθηκαν για τους υπαλλήλους. Οι παραπάνω ενέργειες αποτελούν ένα σημαντικό πλεονέκτημα του Balanced Scorecard, τη δυνατότητά του να ενδυναμώνει τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης στις περιοχές που χρειάζονται τη βελτίωση.

5.2.2.5 Το Νοσοκομείο Queensway-Carleton στην Οτάβα

Το νοσοκομείο **Queensway-Carleton** αποτελεί πρόσφατο παράδειγμα εφαρμογής του Balanced Scorecard.

5.2.3 Εφαρμογές του Balanced Scorecard σε Νοσοκομειακές Μονάδες και Συστήματα Υγείας των Η.Π.Α.

Οι Η.Π.Α. αποτελούν περιοχή με τα πιο πολλά και περισσότερο ολοκληρωμένα παραδείγματα εφαρμογής του Balanced Scorecard στο τομέα της υγείας και όχι μόνο. Είναι η χώρα στην οποία δημιουργήθηκε, μορφοποιήθηκε και πρωτοεφαρμόστηκε το εργαλείο μέτρησης της απόδοσης Balanced Scorecard. Στις Η.Π.Α. εκτός από πολλά ενδιαφέροντα παραδείγματα εφαρμογής του Balanced Scorecard σε νοσοκομειακές μονάδες υπάρχουν και σημαντικά παραδείγματα σε συστήματα και ερευνητικά ινστιτούτα υγείας. Τα σημαντικότερα παραδείγματα του Balanced Scorecard στις Η.Π.Α. είναι:

5.2.3.1 Το Duke Children's Hospital (DCH) στη Β. Καρολίνα

Αποτελεί μία από τις περισσότερο επιτυχημένες εφαρμογές του Balanced Scorecard σε μονάδες υγείας. Το έτος 1997 η μέση διάρκεια παραμονής στο **Duke Children's Hospital** ήταν οκτώ ημέρες, ή είκοσι τοις εκατό περισσότερο από τον εθνικό μέσο όρο. Το μέσο κόστος ανά ασθενή ήταν 15.000\$ (περισσότερα χρήματα από αυτά που παρείχε η κάλυψη), επομένως το νοσοκομείο παρουσίαζε μία ετήσια αύξηση ζημιών 7 εκατομμυρίων δολαρίων τα τελευταία τέσσερα χρόνια. Η λύση στο πρόβλημα δόθηκε με την εφαρμογή του Balanced Scorecard. Το Balanced Scorecard εφαρμόστηκε αρχικά στην παιδιατρική μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Στους έξι πρώτους μήνες η παιδιατρική μονάδα εντατικής παρακολούθησης μείωσε το κόστος ανά περιστατικό 12 ποσοστιαίες μονάδες και αύξησε την ικανοποίηση των ασθενών 8 ποσοστιαίες μονάδες. Το έτος 2000 η

εφαρμογή του Balanced Scorecard ήταν εμφανής σε ολόκληρη τη μονάδα του Duke Children's Hospital, η οποία επέφερε μείωση του κόστους περίθαλψης ανά περιστατικό κατά μέσο όρο 5.000\$ και οδήγησε σε οικονομικά οφέλη 4 εκατομμυρίων δολαρίων.

5.2.3.2 Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (NIH)

Αποστολή του **Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας των Η.Π.Α.** είναι η αναζήτηση της γνώσης μέσω της επιστήμης για τη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας. Η επιστήμη που επεκτείνει τη θεμελιώδη γνώση για τη φύση και τη συμπεριφορά των συστημάτων διαβίωσης και εφαρμόζει εκείνη τη γνώση για να επεκτείνει την υγεία των ανθρώπινων ζώων και για να μειώσει τις επιβαρύνσεις ως αποτέλεσμα ασθενειών και ανικανοτήτων. Η εφαρμογή του Balanced Scorecard ξεκίνησε το 1998 στο Εθνικό ίδρυμα αλλεργιών και μολυσματικών ασθενειών (NIAID) και στο Εθνικό ίδρυμα νευρολογικών διαταραχών (NINDS) και σταδιακά επεκτάθηκε στο σύνολο των ιδρυμάτων που ανήκουν στο Εθνικό Ίδρυμα Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών.

5.2.3.3 Το Hudson River Psychiatric Center (HRPC) στη Νέα Υόρκη

Η διοίκηση του ψυχιατρικού κέντρου **Hudson River (HRPC)**, στο Roughkeepsie της Νέας Υόρκης, αποφάσισε το 2000 ότι ήταν αναγκαία η ανάπτυξη ενός νέου διοικητικού προτύπου. Μετά από εκτενή ανάλυση και έρευνα, το HRPC αποφάσισε ότι το Balanced Scorecard θα ήταν το εργαλείο που θα συνέδεε τα επιθυμητά αποτελέσματα και τους στόχους της ψυχιατρικής μονάδας με τη μέτρηση και την αποδοτικότητα.

Μετά από τον προσδιορισμό των βασικών τομέων μέτρησης οι οποίοι ήταν οι σχέσεις πελατών – ασθενών, τα οικονομικά, η τεχνολογία, η έρευνα και η ποιότητα των υπηρεσιών, η διοικητική ομάδα του HRPC συνεργάστηκε στενά με το προσωπικό για την ανάπτυξη του στρατηγικού τους σχεδίου. Το σχέδιο αυτό στόχευε στην εκπαίδευση του προσωπικού, στην βελτίωση των υπηρεσιών προς τους ασθενείς, στην απόδοση των μετρήσεων και στην επικοινωνία των μετόχων. Μετά από δεκαοκτώ μήνες εφαρμογής του Balanced Scorecard το HRPC εμφάνισε γενικό ποσοστό βελτίωσης 10 μονάδων. Αναλυτικά το HRPC παρουσίασε ανά τομέα:

- Βελτίωση οικονομικής προοπτικής 13 %
- Αύξηση προοπτική πελατών 5 %
- Αύξηση εσωτερικής προοπτικής 15 %

- Αύξηση προοπτικής μάθησης και ανάπτυξης 9 %

Η διοικητική ομάδα του HRPC δήλωσε: "Το Balanced Scorecard έχει αποδειχθεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο εστίασης του οργανισμού στην επίτευξη των στόχων και των επιθυμητών αποτελεσμάτων". Τα αποτελέσματα από τις δραστηριότητες απόδοσης - βελτίωσης συνέδεσαν το Balanced Scorecard με σημαντικές βελτιώσεις όπως σε μερικές περιπτώσεις η μείωση κόστους.

5.2.3.4 Η St. Mary's/ Duluth Clinic (SMDC) στη Μινεσότα

Η νοσοκομειακή μονάδα **St. Mary's/ Duluth Clinic** αποτελεί καινοτόμο ηγέτη στην υγειονομική περίθαλψη της βορειοανατολικής Μινεσότας. Αποτελείται από 20 κλινικές και ιατρικό κέντρο 350-κρεβατιών, στο δυναμικό του ανήκουν 380 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων ενώ το ειδικευμένο προσωπικό ξεπερνάει τα 6000 άτομα. Τον Ιανουάριο του 1997, η συγχώνευση του νοσοκομείου St. Mary's με την κλινική Duluth, δύο οικονομικά υγιών μονάδων, επέφερε απροσδόκητα οικονομικά βάρη στο νέο οργανισμό και οδήγησε στην ανάγκη για χάραξη νέας στρατηγικής. Το 1999 ξεκίνησε η προσπάθεια εφαρμογής του Balanced Scorecard και ήδη στα τρία πρώτα έτη επιτεύχθηκαν σημαντικοί στόχοι:

- Αύξηση της κερδοφορίας κατά 23 εκατομμύρια δολάρια, τον πρώτο χρόνο εφαρμογής του Balanced Scorecard η κερδοφορία αυξήθηκε κατά 18 εκατομμύρια δολάρια.
- Σταθεροποίηση δαπανών και ρύθμιση οφειλών παρά την αύξηση του κόστους φαρμάκων και μισθών.
- Βελτίωση κατά 13 ποσοστιαίες μονάδες στη διαθεσιμότητα ραντεβού για βασική κλινική περίθαλψη.
- Βελτίωση κατά 15 ποσοστιαίες μονάδες της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από το νοσοκομείο.
- Βελτίωση κατά 11 ποσοστιαίες μονάδες της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις κλινικές.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του **St. Mary's/ Duluth Clinic** βραβεύτηκε τον Οκτώβριο του 2002 για τα υποδειγματικά αποτελέσματα εφαρμογής του Balanced Scorecard από το Balanced Scorecard Collaborative, Inc.

5.2.3.5 Το Falls Memorial Hospital, (FMH) στη Μινεσότα

Το **FMH** αποτελεί μία μικρή νοσοκομειακή μονάδα που λειτουργεί από το 1940, στη σημερινή της μορφή διαθέτει 49 κρεβάτια και 112 εργαζομένους. Το 1998 το FMH πέρασε μία σημαντική οικονομική κρίση η οποία ξεπεράστηκε με τον ορισμό νέας διοικητικής ομάδας. Η νέα αυτή ομάδα εφάρμοσε το Balanced Scorecard στο FMH και τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν μετά την παρέλευση δύο ετών ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά:

- Αύξηση οικονομικής ρευστότητας από πέντε 5 σε 95 ημέρες.
- Μείωση μέσης ηλικίας εξοπλισμού από 21 σε 7 έτη.
- Περιθώριο κέρδους 12% από αρνητική τιμή που είχε.
- Αύξηση ετησίων εσόδων 14% (το έτος 2001 σε σχέση με 2000).

5.2.3.6 Το Νοσοκομείο Kohala στη Χαβάη

Το νοσοκομείο **Kohala** βρίσκεται στο Big Island της Χαβάης. Το Kohala, όπως πολλά μικρά αγροτικά νοσοκομεία, αντιμετωπίζει πολυάριθμες σύγχρονες προκλήσεις. Οι σταθερά υψηλές δαπάνες λειτουργίας, οι ελλείψεις προσωπικού, η αύξηση ιατρικών μεταναστών προς ξένα κράτη και οι αυξανόμενες διαχειριστικές απαιτήσεις κάνουν δύσκολη την οικονομική επιβίωση της μονάδας. Σε απάντηση στις προκλήσεις αυτές, το νοσοκομείο Kohala εφάρμοσε το Balanced Scorecard για την καθιέρωση πλαισίου συγκεκριμένων στρατηγικών στόχων, την καθιέρωση οικονομικών και λειτουργικών προτεραιοτήτων και την εφαρμογή συστήματος μέτρησης που αξιολογεί την απόδοση του νοσοκομείου με κριτήριο την επίτευξη των στρατηγικών στόχων του.

5.2.3.7 Το Mercy Hospital στο Μαϊάμι

Κατά την εφαρμογή του Balanced Scorecard στο **Mercy Hospital** παρατηρήθηκαν τα εξής:

- Η υποδομή του συστήματος Balanced Scorecard έπρεπε να αναπτυχθεί στο εσωτερικό του οργανισμού με τους υπάρχοντες διαθέσιμους πόρους συμπεριλαμβανομένου του εξοπλισμού, των λογισμικών και του εργατικού δυναμικού.
- Υπήρξε μια συναίνεση μεταξύ των στελεχών της ανώτερης διαχείρισης στους βασικούς δείκτες απόδοσης που χρησιμοποιήθηκαν για τη διαχείριση και τον

έλεγχο. Αυτή παρείχε την κατεύθυνση και το σημείο σύγκλισης σε ολόκληρο τον οργανισμό για το ποιες πληροφορίες πρέπει να συλλεχθούν. Συνεπώς, οι διευθυντές και οι προϊστάμενοι κατανόησαν καλύτερα τους βασικούς δείκτες και στόχους απόδοσης που το νοσοκομείο ακολουθεί, επομένως, έχουν καλύτερη αίσθηση για το σε ποιες λειτουργικές διαδικασίες πρέπει να εστιάσουν .

- Η ανώτερη διοίκηση έχει κατανοήσει τα οφέλη ενός “μετρούμενου” οργανισμού. Ο οργανισμός έχει μετατραπεί από έναν οργανισμό που αξιολογούσε τα οικονομικά και μη στοιχεία κάθε τέλος του μήνα σε έναν οργανισμό που ελέγχει διμηνιαία, εβδομαδιαία και καθημερινά τους δείκτες απόδοσης και έτσι παρέχει στον “εαυτό” του τις πιο έγκαιρες πληροφορίες των κρίσιμων παραγόντων επιτυχίας. Με τον τρόπο αυτό του επιτρέπεται να λαμβάνει αποφάσεις και να δίνει οδηγίες βασιζόμενος σε πραγματικές αποδόσεις σε αντίθεση με το παρελθόν.

- Η χρηματοοικονομική απόδοση στο νοσοκομείο Mercy έχει βελτιωθεί σημαντικά κατά τη διάρκεια των προηγούμενων έξι μηνών. Έχουν υπάρξει τουλάχιστον τρεις μήνες με θετικά τελικά αποτελέσματα.

- Η δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα του Balanced Scorecard μέσω εσωτερικού δικτύου με μία φιλική για τον χρήστη γραφική απεικόνιση άσκησε θετική επιρροή στους χρήστες λόγω της διαφάνειας της συλλογής και της αύξησης των πληροφοριών. Κατά συνέπεια, το αυξανόμενο ενδιαφέρον, η αποδοχή και η δυνατότητα χρήσης του συστήματος έχουν δημιουργήσει τα μέσα με τα οποία το Balanced Scorecard θα επεκταθεί και σε άλλα επίπεδα του οργανισμού για να ελέγξει τους αντίστοιχους δείκτες απόδοσης.

5.2.3.8 Το Στρατιωτικό Σύστημα Υγείας των Η.Π.Α.

Το στρατιωτικό σύστημα υγείας των Η.Π.Α. αποτελεί το μεγαλύτερο σύστημα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Η ιδέα της εφαρμογής του Balanced Scorecard ως εργαλείο μέτρησης της απόδοσης εμφανίστηκε στα μέσα του έτους 2002. Η εφαρμογή του Balanced Scorecard στο στρατιωτικό σύστημα υγείας των Η.Π.Α και τα αποτελέσματα που επέφερε αναλύονται εκτεταμένα σε επόμενο κεφάλαιο.

5.2.3.9 Το Brigham and Women’s Νοσοκομείο στη Βοστώνη

Το Brigham and Women’s Νοσοκομείο της Βοστόνης αποτελεί ένα από τα πρόσφατα παραδείγματα εφαρμογής του Balanced Scorecard.

5.2.4 Συμπέρασμα

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το Balanced Scorecard αποτελεί το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο απόδοσης σε νοσοκομειακές μονάδες και συστήματα υγείας. Η μεγάλη έκταση εφαρμογής του οφείλεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαθέτει και στα συγκριτικά πλεονεκτήματα που προσδίδει στους οργανισμούς ή στις επιχειρήσεις που εφαρμόζεται. Το Balanced Scorecard αποτελεί ένα ολοκληρωμένο εργαλείο απόδοσης που μπορεί να εφαρμοστεί είτε μεμονωμένα είτε συνεργαζόμενο με άλλα συστήματα ή εργαλεία διαχείρισης. Κατευθύνει τον οργανισμό στην υλοποίηση του οράματός του, τον ωθεί να εστιάσει στα επιθυμητά του αποτελέσματα και μέσω των δράσεων τον οδηγεί σταθερά και σταδιακά στην κατάκτηση των στρατηγικών του στόχων.

Τα περισσότερα και πιο ολοκληρωμένα παραδείγματα εφαρμογής του Balanced Scorecard συναντώνται στις Η.Π.Α. λόγω του ότι εκεί δημιουργήθηκε, αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε πρώτη φορά. Σημαντική επίσης ανάπτυξη του Balanced Scorecard παρατηρείται και σε νοσοκομεία του Καναδά όπου σε αρκετές περιπτώσεις το εφάρμοσαν από τα πρώτα έτη δημιουργίας του. Τα παραδείγματα, τέλος, που παρατηρούνται σε χώρες τις Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι αρκετά πιο πρόσφατα με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα που επιφέρει το Balanced Scorecard, ωστόσο παρουσιάζουν έντονους αυξητικούς ρυθμούς, πολλές είναι οι Ευρωπαϊκές μονάδες υγείας που έχουν εκδηλώσει ενδιαφέρον για την εφαρμογή του.

6. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ BSC ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΣΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

6.1 ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (MHS) ΤΩΝ Η.Π.Α.

Η εφαρμογή του Balanced Scorecard ως εργαλείου μέτρησης της απόδοσης του στρατιωτικού συστήματος υγείας των Η.Π.Α. εντάσσεται στην εφαρμογή ενός ευρύτερου προγράμματος υγειονομικής περίθαλψης των τριών σωμάτων των ένοπλων δυνάμεων των Η.Π.Α., του προγράμματος TRICARE.

Το πρόγραμμα TRICARE προσφέρει μία μόνιμη ιατρική πολεμική ετοιμότητα ενώ παράλληλα παρέχει την καλύτερη υγειονομική περίθαλψη για όλο το στρατιωτικό προσωπικό. Το TRICARE συγκεντρώνει από όλο τον κόσμο πόρους για την υγειονομική περίθαλψη του Στρατού, του Ναυτικού, της Πολεμικής Αεροπορίας και συμπληρώνει την ικανότητά του με δίκτυα πολιτών επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης παρέχοντας με τον τρόπο αυτό την καλύτερη πρόσβαση και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες στις στρατιωτικές διαδικασίες.

6.1.1 Η Αποστολή Και Το Όραμα Του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης

Αποστολή του στρατιωτικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι η ενίσχυση του Τμήματος Άμυνας και Ασφάλειας του Αμερικανικού έθνους παρέχοντας ιατρική υποστήριξη σε όλες τις στρατιωτικές λειτουργίες και στηρίζοντας την υγεία όλων όσων εμπιστεύονται την φροντίδα του στρατιωτικού συστήματος υγείας.

Το **όραμα** του στρατιωτικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι η δημιουργία ενός παγκόσμιας ποιότητας συστήματος υγείας που υποστηρίζει τη στρατιωτική αποστολή με ενθάρρυνση, προστασία, στήριξη και αποκατάσταση της υγείας.

Βασικές Προτεραιότητες και στόχοι του στρατιωτικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν:

- Η βελτίωση της δύναμης προστασίας της υγείας και της ιατρικής ετοιμότητας.
- Η βελτίωση της απόδοσης του προγράμματος υγείας TRICARE.
- Η βελτίωση του συντονισμού, της επικοινωνίας και της συνεργασίας με σημαντικούς φορείς και

- Η διευθέτηση ζητημάτων που αφορούν τα προσόντα, την διοίκηση και την κατάλληλη εκπαίδευση του στρατιωτικού ιατρικού προσωπικού.

6.1.2 Αρχιτεκτονική Στρατηγικής Του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης

Η αρχιτεκτονική της στρατηγικής του Στρατιωτικού Συστήματος Υγείας (MHS) στηρίζεται στην προσέγγιση του Balanced Scorecard ως χρήσιμου πλαισίου για τη μετατροπή της στρατηγικής του MHS σε λειτουργικούς στόχους που οδηγούν στη βελτίωση της απόδοσης του συστήματος.

Η ανώτερη ηγεσία του MHS επέλεξε το Balanced Scorecard ως εργαλείο μέτρησης της απόδοσης γιατί:

- Μεταφράζει τη στρατηγική σε υλοποιήσιμους στόχους.

Η αξία μίας στρατηγικής καθορίζεται από τα αποτελέσματα που επιφέρει. Πολύ συχνά, παρατηρούνται τόσο μακροπρόθεσμες στρατηγικές ώστε να μην δύνανται να μεταφραστούν σε λειτουργικούς όρους και υλοποιήσιμους στόχους.

- Εξασφαλίζει ότι τα συστατικά της στρατηγικής — οι στόχοι, οι μετρήσεις και οι δράσεις — είναι ευθυγραμμισμένα και μεταξύ τους συνδεδεμένα.

Οι πρωτοβουλίες πρέπει να οδηγούν σε αύξηση της απόδοσης η οποία με τη σειρά της θα οδηγεί προς τους στόχους που έχουν τεθεί. Μόνο μέσω αυτής της ευθυγράμμισης μπορούν να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

- Επικοινωνεί τη στρατηγική σε όλο το στρατιωτικό σύστημα υγείας

Κύριο χαρακτηριστικό του Balanced Scorecard αποτελεί η εικονογραφική παρουσίαση της στρατηγικής. Αν και πολλή εργασία απαιτείται για τη βελτίωση της απόδοσης, ο στρατηγικός χάρτης αποτελεί έναν απλό τρόπο εξωτερίκευσης του τι είναι σημαντικό και τι όχι στην ανώτερη ηγεσία του στρατιωτικού συστήματος υγείας.

- Αποτελεί τη βάση μιας ενοποιημένης και αποτελεσματικής διαδικασίας στρατηγικής διαχείρισης.

Η κάρτα αποτελεσμάτων έχει επιλεγθεί για το MHS γιατί είναι κάτι παραπάνω από μία ανάπτυξη σχεδίου. Με σωστή εφαρμογή, η κάρτα αποτελεσμάτων αρχίζει έναν κύκλο που υποστηρίζει την τρέχουσα πρόοδο προς τους στόχους που έχουν καθοριστεί.

Η προσέγγιση του Balanced Scorecard διαχωρίζει τη διαδικασία στρατηγικού σχεδιασμού σε μια σειρά προοπτικών. Οι προοπτικές όπως παρουσιάζονται παρακάτω είναι: Οι μέτοχοι, τα οικονομικά, οι εξωτερικοί πελάτες, η ετοιμότητα, η ποιότητα, η αποτελεσματικότητα, η μάθηση και ανάπτυξη (για τους εσωτερικούς πελάτες).

Στην προοπτική των πελατών εστιάζουμε στο πώς θα τοποθετηθούν στρατηγικά τα προϊόντα και οι υπηρεσίες του οργανισμού για να εξυπηρετηθούν οι καθορισμένες ανάγκες και προσδοκίες των πελατών (ικανοποίηση πελατών). Η προοπτική εσωτερικών διαδικασιών επιδιώκει να προσδιορίσει τις βασικές ενισχυτικές διαδικασίες μέσα στον οργανισμό, διαδικασίες που πρέπει να ευθυγραμμιστούν με τους στρατηγικούς στόχους. Η εστίαση αποσκοπεί στην αποτελεσματικότητα των βασικών εσωτερικών διαδικασιών. Ο οργανισμός πρέπει να παρέχει την υποδομή και το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό και να το κάνει να πετύχει. Αυτά τα ζητήματα αντιμετωπίζονται στην προοπτική μάθησης και ανάπτυξης. Η εστίαση είναι στον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός επενδύει και υποστηρίζει το ανθρώπινο δυναμικό του. Τέλος, στην οικονομική προοπτική η εστίαση είναι στην κατανομή των πόρων και στην ελαχιστοποίηση του κόστους.

Στην αρχιτεκτονική στρατηγική του στρατιωτικού συστήματος υγείας οι στόχοι που θέτονται στο επίπεδο κάθε προοπτικής και θέματος είναι οι εξής:

6.1.2.1 Προοπτική Μετόχων

Μέτοχοι είναι οι Αμερικανοί πολίτες, οι οποίοι εκφράζονται μέσω του Προέδρου τους, του Κογκρέσου και του υπουργείου Άμυνας.

Στόχος της προοπτικής είναι η ενίσχυση του Υπουργείου Άμυνας και της Ασφάλειας του έθνους παρέχοντας ιατρική υποστήριξη για όλες τις στρατιωτικές λειτουργίες και στηρίζοντας την υγεία όλων όσων εμπιστεύονται την περίθαλψη μας.

6.1.2.2 Οικονομική Προοπτική

Η οικονομική προοπτική προϋποθέτει εκτέλεση της αποστολής με τρόπο οικονομικά αποδοτικό, ορατό και πλήρως κατανοητό.

Στόχος της οικονομικής προοπτικής είναι ο προσδιορισμός και υπολογισμός του κόστους ετοιμότητας, η απόκτηση κατάλληλων πόρων και η βελτίωση διαχείρισης πόρων.

6.1.2.3 Προοπτική Εξωτερικών Πελατών

Εξωτερικοί πελάτες είναι οι Αμερικανικές Ένοπλες Δυνάμεις και όλοι όσοι εμπιστεύονται την περίθαλψη του στρατιωτικού συστήματος Υγείας.

Στόχο της προοπτικής των εξωτερικών πελατών αποτελεί η δημιουργία μιας υγιούς και ιατρικά προστατευμένης δύναμης, η παροχή υψηλής ποιότητας περίθαλψης

παντού, η βελτίωση της εξυπηρέτησης των πελατών και η δημιουργία υγιών κοινοτήτων.

6.1.2.4 Εσωτερική Προοπτική

Η εσωτερική προοπτική αποτελείται από το θέμα ετοιμότητας, ποιότητας και αποδοτικότητας.

6.1.2.4.1 Θέμα Ετοιμότητας

Το θέμα της ετοιμότητας εστιάζει στις δραστηριότητες που ενισχύουν την ετοιμότητα των στρατιωτικών δυνάμεων και των ιατρικών πλεονεκτημάτων που την υποστηρίζουν.

Στόχο της ετοιμότητας αποτελεί η παροχή μίας ιατρικά έτοιμης συνολικής δύναμης και μίας ιατρικά έτοιμης δυνατότητας

6.1.2.4.2 Θέμα Ποιότητας

Το θέμα ποιότητας εξασφαλίζει ότι καλύπτονται τα πρότυπα συγκριτικής μέτρησης επιδόσεων για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη.

Στόχοι της ποιότητας είναι η βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, η αυξημένη φροντίδα, επικέντρωση στο πρόσωπο του ασθενή και η βελτίωση των αποτελεσμάτων των περιστατικών υγείας

6.1.2.4.3 Θέμα Αποδοτικότητας

Επίτευξη μέγιστης αποδοτικότητας με τους πόρους που διατίθενται.

Οι στόχοι του θέματος αποδοτικότητας είναι η βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων, η ενίσχυση της παραγωγικότητας των συστημάτων και των μηχανισμών του MHS καθώς και ο προσδιορισμός και η ταξινόμηση των απαιτήσεων του συστήματος.

6.1.2.5 Προοπτική Μάθησης & Ανάπτυξης (Εσωτερικοί Πελάτες)

Το προσωπικό και τα συστήματα υποστήριξης του MHS είναι κρίσιμοι παράγοντες για την εμφάνιση των απαραίτητων δυνατοτήτων και την επίτευξη όλων όσων έχουν καθοριστεί.

Στόχοι της προοπτική μάθησης και ανάπτυξης είναι η στρατολόγηση, διατήρηση και ανάπτυξη προσωπικού, η ενασχόληση του προσωπικού με τις

επιστήμες και την τεχνολογία, η παροχή πληροφοριακών συστημάτων που ενισχύουν τις ικανότητες του προσωπικού και των ασθενών καθώς και η ενίσχυση της εσωτερικής συνεργασίας.

Οι παραπάνω προοπτικές και θέματα παρέχουν το πλαίσιο για τις ετήσιες εκθέσεις και τα ενισχυτικά μέτρα που απαιτούνται να ληφθούν στο MHS. Ενώ ακολουθούνται τα μέτρα αυτά κάθε μήνα, παρουσιάζονται σε μία έκθεση σε ετήσια βάση για να παρέχουν τη σαφέστερη κατανόηση των κρίσιμων μακροπρόθεσμων τάσεων στην απόδοσή του MHS.

ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΜΗΣ			
Προοπτική Μετόχων			
<p>Μέτοχοι είναι οι Αμερικανοί πολίτες, οι οποίοι εκφράζονται μέσω του Προέδρου τους, του Κογκρέσου και του υπουργείου Άμυνας</p> <p>Στόχοι:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να ενισχυθεί το Υπουργείο Άμυνας και η Ασφάλεια του έθνους παρέχοντας ιατρική υποστήριξη για όλες τις στρατιωτικές λειτουργίες και στηρίζοντας την υγεία όλων όσων εμπιστεύονται την περίθαλψη μας 			
Οικονομική Προοπτική		Προοπτική Εξωτερικών Πελατών	
<p>Εκτέλεση της αποστολής με τρόπο οικονομικά αποδοτικό, ορατό και πλήρως κατανοητό</p> <p>Στόχοι:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προσδιορισμός και υπολογισμός κόστους ετοιμότητας • Απόκτηση κατάλληλων πόρων • Βελτίωση διαχείρισης πόρων 		<p>Πελάτες είναι οι Αμερικανικές Ένοπλες Δυνάμεις και όλοι όσοι εμπιστεύονται την περίθαλψη του στρατιωτικού συστήματος Υγείας</p> <p>Στόχοι:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία μιας υγιούς και ιατρικά προστατευμένης δύναμης • Παροχή υψηλής ποιότητας περίθαλψης παντού • Βελτίωση Εξυπηρέτησης πελατών • Δημιουργία υγιών κοινοτήτων 	
Εσωτερική Προοπτική	Θέμα Ετοιμότητας	Θέμα Ποιότητας	Θέμα Αποδοτικότητας
	<p>Εστίαση στις δραστηριότητες που ενισχύουν την ετοιμότητα των στρατιωτικών δυνάμεων και των ιατρικών πλεονεκτημάτων που την υποστηρίζουν</p> <p>Στόχοι:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παροχή μιας ιατρικά έτοιμης συνολικής δύναμης • Παροχή ιατρικά έτοιμης δυνατότητας 	<p>Εξασφάλιση ότι καλύπτονται τα πρότυπα συγκριτικής μέτρησης επιδόσεων για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη</p> <p>Στόχοι:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση ασφάλειας ασθενών • Μεγαλύτερη επικέντρωση στο πρόσωπο του ασθενή • Βελτίωση των αποτελεσμάτων περιστατικών υγείας 	<p>Επίτευξη μέγιστης αποδοτικότητας από τους πόρους που διαθέτουμε</p> <p>Στόχοι:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση συνεργασίας μεταξύ εργαζομένων • Ενίσχυση παραγωγικότητας συστημάτων • Προσδιορισμός & ταξινόμηση απαιτήσεων
Προοπτική Μάθησης & Ανάπτυξης (Εσωτερικοί Πελάτες)			
<p>Το προσωπικό και τα συστήματα υποστήριξης είναι κρίσιμοι παράγοντες για την εμφάνιση των απαραίτητων δυνατοτήτων και την επίτευξη όλων όσων έχουμε καθορίσει</p> <p>Στόχοι:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενασχόληση με τις επιστήμες και την τεχνολογία • Στρατολόγηση, διατήρηση και ανάπτυξη προσωπικού • Παροχή πληροφοριακών συστημάτων που ενισχύουν τις ικανότητες του προσωπικού και των ασθενών • Ενίσχυση εσωτερικής συνεργασίας 			

6.1.3 Συστατικά Του Balanced Scorecard

Τα βασικά συστατικά που αποτελούν το Balanced Scorecard του MHS είναι:

Ο **Στρατηγικός χάρτης** που αποτελεί το διάγραμμα σχέσεων αιτίου και αποτελέσματος μεταξύ στρατηγικών στόχων.

Τα **Επιθυμητά Αποτελέσματα** που δηλώνουν τι πρέπει να επιτύχει η στρατηγική του MHS και τι είναι κρίσιμο για την επίτευξη του π.χ. μείωση χρόνου αναμονής στα έκτακτα περιστατικά

Οι **Δείκτες** που δείχνουν το κριτήριο με το οποίο αξιολογείται και ακολουθείται η αίσια έκβαση στην επίτευξη της στρατηγικής π.χ. μέσος χρόνος αναμονής στο χώρο εκτάκτων περιστατικών.

Οι **Στόχοι** που φανερώνουν το επίπεδο απόδοσης ή το ποσοστό βελτίωσης που απαιτείται για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος π.χ. μέσος χρόνος αναμονής στα έκτακτα περιστατικά 30 λεπτά.

Οι **Δράσεις** είναι τα προγράμματα κεντρικής δράσης που απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί π.χ. επέκταση δωματίων έκτακτων περιστατικών.

6.1.4 Στρατηγικός Χάρτης Του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης

Ο στρατηγικός χάρτης παρουσιάζει τους στρατηγικούς στόχους του οργανισμού οργανωμένους σε τέσσερις προοπτικές (Πελάτες, Εσωτερική Διαδικασία, Μάθηση & Ανάπτυξη και Οικονομικά) και απεικονίζει τα επιθυμητά αποτελέσματα τα οποία θεωρεί η ηγετική ομάδα κρίσιμα για την πραγματοποίηση της αποστολής του MHS σε μια ενιαία σελίδα με σχηματική απεικόνιση φυσαλίδων. Μέσα σε κάθε φυσαλίδα αναγράφονται μόνο ελάχιστες λέξεις, κάθε μία κρύβει την περιγραφή που εξηγεί την πρόθεση του στόχου.

Ο στρατηγικός χάρτης αποτελεί το πρώτο βήμα στη δημιουργία των ενισχυτικών δεικτών και σχεδιαγραμμάτων στόχων που οδηγούν στις δράσεις του συστήματος υγείας.

Ξεκινώντας με τη **Μάθηση και την Ανάπτυξη** η ομάδα θεώρησε ότι ήταν σημαντική η διατήρηση και η ανάπτυξη των γνώσεων και ικανοτήτων των ανθρώπων και η παροχή της τεχνολογίας και των συστημάτων που χρειάζονται για την ολοκλήρωση των εργασιών τους. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί καλύτερα να γίνει με τα οφέλη που επιτυγχάνουμε όταν εργαζόμαστε από κοινού.

Στρατηγικοί στόχοι:

- **Ενασχόληση με τις επιστήμες και την τεχνολογία**

Ο στόχος αυτός περιλαμβάνει τους τομείς της επιστήμης και της τεχνολογίας που είναι μοναδικοί στη στρατιωτική ιατρική αποστολή και ενισχύουν τη δυνατότητα πραγματοποίησης της αποστολής. Πρόθεση αυτού του στόχου αποτελεί το MHS να διαδραματίσει ηγετικό ρόλο στη στρατιωτική ιατρική έρευνα και ανάπτυξη. Θα διαμορφωθεί μια ομάδα η οποία θα φέρει την ευθύνη για το πεδίο της στρατιωτικής ιατρικής έρευνας και ανάπτυξης, θα καταγράψει τις τρέχουσες πρωτοβουλίες έρευνας και ανάπτυξης σε όλο το MHS και θα συστήσει τις πλέον σημαντικές στο Ανώτερο Στρατιωτικό Ιατρικό Συμβούλιο (SMMAC).

➤ **Στρατολόγηση, διατήρηση και ανάπτυξη προσωπικού**

Αυτός ο στόχος περιλαμβάνει τη στρατιωτική δύναμη στο σύνολο της. Σε αυτόν τον στόχο περιλαμβάνεται η διαρκής εκπαίδευση της ανώτερης ηγεσίας του MHS και η ανάπτυξη των εργασιακών ικανοτήτων όλου του προσωπικού - στρατιωτικού και πολιτικού.

➤ **Παροχή πληροφοριακών συστημάτων που ενισχύουν τις ικανότητες του προσωπικού και των ασθενών**

Αυτός ο στόχος περιλαμβάνει τα συστήματα που υποστηρίζουν το MHS στην επίτευξη των υπολοίπων στόχων του, που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τη στρατηγική του. Δεδομένου ότι η εφαρμογή του CHCSII (σύνθετο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης) είναι ζωτικής σημασίας στην επιτυχία του MHS, επιλέχθηκε ως εστίαση αυτού του στόχου.

➤ **Ενίσχυση εσωτερικής συνεργασίας**

Πρόθεση του στόχου είναι η δημιουργία πνεύματος συνεργασίας στον προγραμματισμό, στην εστίαση και στην εκτέλεση εργασιών όποτε αυτό είναι δυνατόν. Η εστίαση αυτού του στόχου είναι η άρτια κατανομή του προσωπικού και των πόρων.

Η εξέταση της **εσωτερικής διαδικασίας** περιλαμβάνει το τί πρέπει να κάνουμε καλά.

Στρατηγικοί στόχοι:

➤ **Παροχή μιας ιατρικά έτοιμης συνολικής δύναμης**

Αυτός ο στόχος περιλαμβάνει τη συνολική δύναμη δράσης, φρουράς και επιφυλακής. Περιλαμβάνει επίσης την ευθύνη που αναλογεί στο MHS στη μετάφραση της επιστήμης σε ποιοτική ιατρική πολιτική που εναγκαλίζεται τόσο από τους διοικητές όσο και από τους απλούς στρατιώτες των ενόπλων δυνάμεων. Ο στόχος αυτός αναγνωρίζει ότι το MHS δεν αποτελεί τη μοναδική αρμόδια πλευρά για την παράδοση μιας άρτιας και υγιούς, ιατρικά προστατευμένης δύναμης. Υπάρχουν και μεμονωμένες ευθύνες εντολών, εντούτοις, πρέπει να γίνει από την πλευρά του παν για να ενισχυθεί η προστασία της δύναμης. Αυτό περιλαμβάνει την αξιολόγηση

της υγείας όλου του στρατιωτικού προσωπικού, τον περιοδικό έλεγχο της κατάσταση της υγείας τους, την επιτήρηση για κινδύνους περιβαλλοντικής υγιεινής της εργασίας και την παροχή προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

➤ **Παροχή ιατρικά έτοιμης δυνατότητας**

Αυτός ο στόχος, επίσης, περιλαμβάνει τη συνολική δύναμη δράσης, φρουράς και επιφυλακής καθώς και τις πλατφόρμες του προσωπικού και του εξοπλισμού. Αυτή η ικανότητα πρέπει να είναι αναπτυσσόμενη, έγκαιρη και βιώσιμη προκειμένου να ικανοποιούνται με ορθό τρόπο οι ανάγκες των πελατών.

➤ **Βελτίωση ασφάλειας ασθενών**

Αυτός ο στόχος περιλαμβάνει την εκπαίδευση διαχείρισης ασφάλειας και κινδύνου του ασθενή. Αν και η ασφάλεια των ασθενών δεν είναι ένα νέο ζήτημα, η χρήση των “παρά λίγο αποτυχιών” στη διαχείριση αυτού του προγράμματος δεν το καθιερώνει ορθά. Παρά το γεγονός ότι η πολιτική συγκριτικής αξιολόγησης δεν έχει καθιερωθεί πλήρως ακόμα, το MHS πρέπει να βρίσκεται στην κορυφή της συλλογής και της ανάλυσης δεδομένων.

➤ **Μεγαλύτερη επικέντρωση στο πρόσωπο του ασθενή**

Ο σκοπός αυτού του στόχου είναι να τεθούν οι ασθενείς στο επίκεντρο όλων των δράσεων. Το οικονομικό κίνητρο που βασιζόταν στο ότι οι ασθενείς θα χρησιμοποιήσουν μια φορά μόνο το σύστημα άμεσης περίθαλψης δεν υφίσταται. Σε πολλές περιπτώσεις, οι ασθενείς δοκιμάζουν περιορισμένα, ενδεχομένως, με δικές τους δαπάνες την περίθαλψη από κάποιον πολιτικό οργανισμό υγείας. Η παροχή υπηρεσιών που έχουν στο επίκεντρο τον ασθενή πρέπει να αποτελεί στρατηγικό στόχο του MHS στο άμεσο σύστημα περίθαλψης. Δεδομένου ότι με την ικανοποίηση ενός ασθενή από την αντιμετώπιση της υγείας του από το σύστημα κερδίζει την εμπιστοσύνη του προς το σύστημα. Η ικανοποίηση του πρέπει να αποτελεί το σημείο εστίασης του MHS.

➤ **Βελτίωση των αποτελεσμάτων περιστατικών υγείας**

Η εστίαση αυτού του στόχου είναι η υγεία των πληθυσμών. Το μέτρο εδώ είναι πιθανό να απεικονίσει την πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και στην αποτελεσματικότητα της περιπατητικής και τονωτικής περίθαλψης, κάθε μια από τις οποίες είναι στοιχεία του καθορισμού της υγείας των πληθυσμών

➤ **Ενίσχυση παραγωγικότητας συστημάτων**

Η πρόθεση αυτού του στόχου είναι να εστιάσει στην παραγωγικότητα του συστήματος συνολικά. Η εστίαση αυτού του στόχου είναι η βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος άμεσης περίθαλψης.

➤ **Προσδιορισμός και ταξινόμηση απαιτήσεων**

Αυτός ο στόχος περιλαμβάνει τον προσδιορισμό και την αξιολόγηση των απαιτήσεων του MHS ανάλογα με τη σπουδαιότητά τους και το βαθμό προσφορά τους στην αποδοτικότητα του συστήματος.

➤ **Βελτίωση συνεργασίας μεταξύ συναδέλφων.**

Αυτός ο στόχος περιλαμβάνει όλους τους συναδέλφους του ιδιωτικού τομέα καθώς και τους ομοσπονδιακούς συναδέλφους μας. Με βάση τις συστάσεις της ηγετικής ομάδας εργασίας για βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης για τους παλαιμάχους του αμερικάνικου έθνους, η σχέση μεταξύ του τμήματος Άμυνας και της διοίκησης των παλαιμάχων επιλέχτηκε ως εστίαση αυτού του στόχου.

Οι **πελάτες** επιθυμούν μία έτοιμη, υγιή δύναμη και μια ποιοτική περίθαλψη οπουδήποτε, αλλά με αυξημένη εξυπηρέτηση. Πρέπει επίσης να βελτιωθεί η υγεία των κοινοτήτων.

➤ **Δημιουργία μιας υγιούς και ιατρικά προστατευμένης δύναμης**

Αυτός ο στόχος αναγνωρίζει ότι οι εργαζόμενοι του MHS δεν είναι οι μόνοι αρμόδιοι για την παράδοση μιας άρτιας, υγιούς και ιατρικά προστατευμένης δύναμης. Υπάρχουν και μεμονωμένες ευθύνες εντολών, εντούτοις, οι εργαζόμενοι θα πρέπει να εκτελούν το καθήκον τους ώστε να ενισχύουν την προστασία της δύναμης. Η εστίαση αυτού του στόχου είναι να εφοδιάζονται οι διοικητές της δύναμης με τις απαραίτητες πληροφορίες για την επίτευξη της βέλτιστης ιατρικής ετοιμότητας της δύναμης.

➤ **Παροχή υψηλής ποιότητας περίθαλψης παντού**

Αυτός ο στόχος περιλαμβάνει το σύστημα άμεσης περίθαλψης για τις δυνάμεις όταν αναπτύσσονται, τόσο των Η.Π.Α. όσο και των συμμάχων βάσει συμβάσεων.

➤ **Δημιουργία υγιών κοινοτήτων**

Αυτός ο στόχος υπερβαίνει την τονωτική περίθαλψη και μιλά στην ανάγκη να καθιερωθεί η υγεία των πληθυσμών μέσα στο MHS.

➤ **Βελτίωση Εξυπηρέτησης πελατών**

Τα τελευταία χρόνια, το Κογκρέσο παρέχει αυξημένες επιλογές για τους δικαιούχους του MHS. Οι δικαιούχοι πλέον έχουν αυξήσει τη δύναμη τους, και το MHS πρέπει να ανταποκρίνεται συνεχώς στις ανάγκες τους. Το σημείο εστίασης του στόχου είναι το MHS να αποτελεί το σύστημα της επιλογής των δικαιούχων του.

Οικονομικά, πρέπει να καθοριστούν και να υπολογιστούν οι δαπάνες ετοιμότητας, ώστε να βελτιστοποιείται η διαχείριση των πόρων και να διεκδικούνται οι απαραίτητοι πόροι για την ολοκλήρωση της αποστολής.

➤ **Απόκτηση κατάλληλων πόρων**

Μόλις προσδιοριστούν και ταξινομηθούν οι απαιτήσεις, είναι ευθύνη των ανώτερων ηγεσιών του MHS να βρουν και να παρέχουν τους κατάλληλους πόρους για την υποστήριξη της αποστολής του MHS.

➤ **Προσδιορισμός και υπολογισμός κόστους ετοιμότητας**

Η πρόθεση αυτού του στόχου είναι να παρέχει διαφάνεια σε όλες τις δαπάνες ετοιμότητας που περιλαμβάνονται στη φρούρηση και στην επιφυλακή, μέσω προσδιορισμού και υπολογισμού τους. Δεδομένου ότι ένα σημαντικό μέρος των δαπανών ετοιμότητας δεν περιλαμβάνεται στο αμυντικό πρόγραμμα υγείας (DHP - Defense Health Program), ο υπολογισμός των δαπανών απαιτεί μια συντονισμένη και συλλογική προσπάθεια.

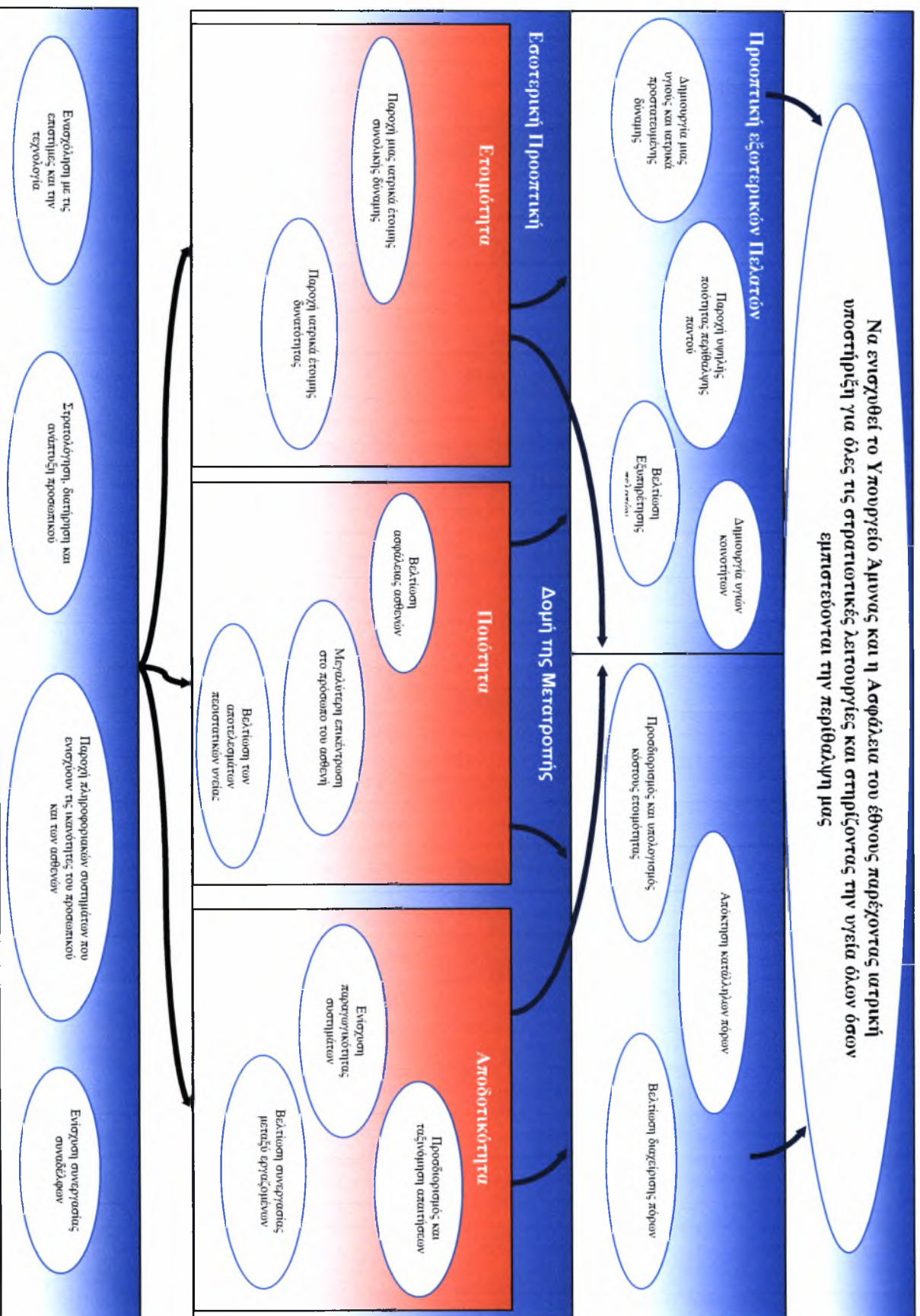
➤ **Βελτίωση διαχείρισης πόρων**

Αυτός ο στόχος περιλαμβάνει και το σύστημα άμεσης περίθαλψης και την περίθαλψη ιδιωτικού τομέα. Η πρόθεση αυτού του στόχου είναι να παρέχει διαφάνεια στη διαχείριση όλων των πόρων του MHS.

Τέλος, η προοπτική των **μετόχων** απαιτεί να ολοκληρωθεί η αποστολή με επιτυχία μέσω των ενεργειών που περιγράφονται στο στρατηγικό χάρτη.

Στρατηγικός χάρτης του ΜΗΣ

Να ενισχυθεί το Υπουργείο Άμυνας και η Ασφάλεια του έθνους παρέχοντας ιατρική υποστήριξη για όλες τις στρατιωτικές λειτουργίες και στηρίζοντας την υγεία όλων όσων εμπιστεύονται την περίθαλψη μας



6.1.5 Ιδιοκτησία Στόχων

Κάθε στρατηγικός στόχος του MHS ανήκει σε έναν «ιδιοκτήτη» ο οποίος είναι υπεύθυνος για το σχεδιασμό, το συντονισμό, το συνεχή έλεγχο της προόδου και την υλοποίηση όλων των αναγκαίων Στρατηγικών Δράσεων που θα οδηγήσουν στην επίτευξη του στόχου.

Με την ιδιοκτησία των στόχων η Στρατηγική του Στρατιωτικού Συστήματος υγείας εντάσσεται στα καθημερινά καθήκοντα κάθε εργαζόμενου και αναδεικνύεται σε μια διαδικασία συνεχούς αξιολόγησης της απόδοσης και όχι ως μια αποσπασματική προσπάθεια καταμέτρησης.

Εκτός από τους «ιδιοκτήτες» στόχων ορίζονται και «ιδιοκτήτες» προοπτικών ή θεμάτων οι οποίοι είναι ανώτερα στελέχη του MHS. Οι «ιδιοκτήτες» προοπτικών στο MHS είναι ομάδες των δύο ή τριών ατόμων και έχουν την ευθύνη για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων των προοπτικών ή των θεμάτων. Στους «ιδιοκτήτες» προοπτικών αναφέρονται σε τακτά χρονικά διαστήματα οι «ιδιοκτήτες» στόχων.

<<Ιδιοκτησίες>> Στόχων

Προοπτική Μετόχου Dr. Winkenwerder, Mr. Richards		
Προοπτική εξωτερικών Mr. Richards, Ms. Embrey, Dr. Tornberg, Mr. Spruell. RADM Mavo	Οικονομική Προοπτική Ms. Tabler, Mr. Ford, Lt Gen Taylor, LTG Peake, VADM Cowan	
Εσωτερική Προοπτική		
Ετοιμότητα Ms. Embrey, LTG Peake	Ποιότητα Dr. Tornberg, VADM Cowan	Αποδοτικότητα Mr. Ford, Lt Gen Taylor
Προοπτική Μάθησης & ανάπτυξης (Εσωτερικοί Πελάτες) Mr. Reardon, LTG Peake, Dr. Zimble		

6.1.6 Προοπτική Μάθησης & Ανάπτυξης: Εσωτερικές Διαδικασίες - Δεξιότητες Και Εργαλεία Συνεργατών

6.1.6.1 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Ενασχόληση με τις επιστήμες και την τεχνολογία

Δείκτης: Ως δείκτης ορίζεται το ποσοστό των έργων έρευνας και ανάπτυξης που συνδέονται με τους στρατηγικούς στόχους του MHS

Στόχος: 100%, δηλαδή το σύνολο των έργων έρευνας και ανάπτυξης του MHS να συνδέονται με τους στρατηγικούς στόχους του.

Δράσεις: - Να τεθούν τα αποτελέσματα μετρήσεων υπόψη της TARA Chairs και να αναπτυχθεί μέθοδος για να γίνει γνώστης των στρατηγικών επιθυμητών αποτελεσμάτων του MHS.

-Καθορισμός του τι προσπαθούμε να επιτύχουμε (καθορίζω, συνδέω, επικοινωνώ)

6.1.6.2 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Στρατολόγηση, διατήρηση και ανάπτυξη προσωπικού

Δείκτες: -Το ποσοστό πληρότητας των θέσεων εργασίας στο MHS για επιλεγμένες ειδικότητες

- Η ικανοποίηση των εργαζομένων στο MHS (ενιαία έρευνα)

Στόχος: - 95% πληρότητα στις βασικές και ιδιαίτερης σημασίας ειδικότητες

-Δεν έχει ακόμα καθοριστεί

Δράσεις: Δημιουργία και ενεργοποίηση ομάδας ULB για τη δημιουργία κινήτρων

- Ανάπτυξη του προγράμματος MHS για τη στρατολόγηση και τη διατήρηση του προσωπικού, ενδεχομένως να κριθεί απαραίτητο να προσδιοριστούν τα βασικά ζητήματα πολιτικής και αλλαγών στο προσωπικό.

6.1.6.3 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Παροχή πληροφοριακών συστημάτων που ενισχύουν τις ικανότητες του προσωπικού και των ασθενών

Δείκτης: -Το ποσοστό ασθενών που λειτουργούν ορθά το σύστημα CHCS II. Το CHCS II αποτελεί ένα ιατρικό και οδοντιατρικό κλινικό σύστημα πληροφοριών που δημιουργεί και διατηρεί ένα περιεκτικό, μόνιμο, βασισμένο σε ηλεκτρονικό υπολογιστή αρχείο ασθενών (CPR) για κάθε δικαιούχο του στρατιωτικού συστήματος υγείας (MHS)

-Αριθμός των ραντεβού που κλείνονται μέσω του διαδικτύου

Στόχος: -100%, το σύνολο των ασθενών να λειτουργεί σωστά το CHCS II

-7.5 εκατομμύρια ραντεβού να κλείνονται μέσω διαδικτύου.

Δράσεις: - Σταδιακή ανάπτυξη του συστήματος CHCS II (Σύνθετο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης II) ώστε να υπάρχει το απαραίτητο χρονικό διάστημα για την ομαλή εξοικείωση των ασθενών με τη λειτουργία του συστήματος.

-Διαδικτυακή ανάπτυξη του προγράμματος TRICARE

6.1.6.4 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Ενίσχυση συνεργασίας συναδέλφων – βελτιστοποίηση διανομής ανθρωπίνων πόρων

Δείκτης: - Αριθμός κενών θέσεων εργασίας και υλικών πόρων στο MHS όταν συνεχίζεται η λειτουργία υπηρεσιών που δεν έχουν αντικείμενο εργασίας.

Στόχος: Μηδέν, να μην υπάρχουν κενές θέσεις εργασίας ή ελλείψεις πόρων ή να μην υπάρχουν ανενεργές υπηρεσίες.

Δράσεις: -Ανάπτυξη διαδικασίας Tri-Service για τη διανομή δια-υπηρεσιακών πόρων μοιρασμένων όπου κρίνεται αναγκαίο και εφικτό. Μέσω της διαδικασίας αυτής θα αντλούνται “ μη αξιοποιήσιμοι” πόροι από υπηρεσίες ή λειτουργίες που είναι ανενεργές και θα διανέμονται σε νέες ή υφιστάμενες υπηρεσίες που κρίνονται απαραίτητοι.

-Δημιουργία ομάδας εργασίας που θα κάνει υποδείξεις σε βασικά θέματα συνεργασίας και θα καταστρώνει σχέδια που θα εστιάζουν στην απόκτηση εκπαιδευτικής εμπειρίας, στη σωστή αξιοποίηση πόρων κ.α.

Προοπτική Μάθησης & Ανάπτυξης:

Εσωτερικές Διαδικασίες: Δεξιότητες και Εργαλεία Συνεργατών

Επιθυμητά Αποτελέσματα

Ενασχόληση με τις επισημές και την τεχνολογία

Στρατολόγηση, διατήρηση και ανάπτυξη προσωπικού

Παροχή πληροφοριακών συστημάτων που ενισχύουν τις ικανότητες του προσωπικού και των ασθενών

Ενίσχυση συνεργασίας Πανεπιστημίου

Επιθυμητό Αποτέλεσμα	Δείκτες	Στόχος	Δράσεις
M&A-1: Ενασχόληση με τις επισημές και την τεχνολογία	Το ποσοστό έργων έρευνας και ανάπτυξης που συνδέονται με τους στρατηγικούς στόχους	100%	-Να τεθούν τα μετρητικά αποτελέσματα υπόψη της TARA Chairs και να αναπτυχθεί μέθοδος για να γίνει γνώσης των στρατηγικών επιθυμητών αποτελεσμάτων του MHS. -Καθορισμός του τι προσπαθούμε να επιτύχουμε (καθορίζω, συνδέω, επικοινωνώ) -ενεργοποίηση / επινόνηση ομάδας ULB για τη δημιουργία κινήτρων -Ανάπτυξη του προγράμματος MHS για τη στρατολόγηση και τη διατήρηση (ενδεχομένως προσδιορίζοντας τα ζητήματα πολιτικής και αλλαγών)
M&A-2: Στρατολόγηση, διατήρηση και ανάπτυξη προσωπικού	-ποσοστό πληρότητας (επιλεγμένες ειδικότητες) -ικανοποίηση εργαζομένων (ενιαία έρευνα)	-95% (κρίσιμες ελλείψεις) -TBD	-Διεξαγωγή σταδιακής ανάπτυξης του συστήματος CHCS II (Σύνθετο σύστημα υγειονομικής περιθαλψής II) -Διαδικτυακή ανάπτυξη του TRICARE
M&A-3: Παροχή πληροφοριακών συστημάτων που ενισχύουν τις ικανότητες του προσωπικού και των ασθενών	-Το ποσοστό ασθενών που λειτουργούν ορθά το σύστημα CHCS II -Αριθμός παντρεβού μέσω διαδικτύου	-100% -7,5 εκ. παντ.	
M&A-4: Ενίσχυση συνεργασίας συναδέλφων – βελτιστοποίηση τρόπου παραχώρησης πόρων	- αριθμός ασυμπληρωτων θέσεων στο MHS όπου συνεχίζεται η λειτουργία υπηρεσιών που έχουν Αήξει.	Μηδέν	-Ανάπτυξη διαδικασίας Tri-Service για δια-υπηρεσιακούς πόρους μοιραζόμενους όπου είναι εφικτό και απαραίτητο -Δημιουργία ομάδας εργασίας που θα κάνει υποδείξεις σε κύρια θέματα και θα καταστρώνει σχέδια που θα εστιάζουν στην εκπαιδευτική εμπειρία κ.α

6.1.6.5 Εσωτερική Προοπτική: Θέμα Ετοιμότητας

6.1.6.5.1 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Παροχή μιας ιατρικά έτοιμης συνολικής δύναμης

Δείκτης: Μεμονωμένη ιατρική ετοιμότητα (IMR)

Στόχος: Πλήρη ιατρική ετοιμότητα για ανάπτυξη δυνάμεων, ποσοστό 75% ή μεγαλύτερο

Δράσεις: Ανάπτυξη, εφαρμογή και έλεγχος μεμονωμένων ιατρικών ετοιμοτήτων για την ανάπτυξη δεικτών για τμήματα δράσης, φρούρησης και επιφυλακής.

6.1.6.5.2 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Παροχή έτοιμης ιατρικής δυνατότητας

Δείκτης: Κατάσταση πόρων αναπτυσσόμενων μονάδων

Στόχος: Το 75% των αναπτυσσόμενων μονάδων να είναι ιατρικά πλήρως επανδρωμένες, εξοπλισμένες και εκπαιδευμένες

Δράσεις: Διασφάλιση ανάπτυξης πολιτικής και οικονομικής ώθησης η οποία υποστηρίζει τις αναπτυσσόμενες απαιτήσεις σε πόρους

6.1.6.6 Εσωτερική Προοπτική: Θέμα Ποιότητας

6.1.6.6.1 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Βελτίωση ασφάλειας ασθενών

Δείκτης: Αριθμός “παρά λίγο αποτυχιών” (καλές περιπτώσεις) διαιρούμενος από τις συνολικά αναφερθείσες περιπτώσεις κινδύνου ασθενών

Στόχος: Δεν έχει ακόμα καθοριστεί (δεν υπάρχουν μετρήσεις συγκριτικής αξιολόγησης διαθέσιμες)

Δράσεις: -Καθιέρωση διαδικασίας για τη συμμετοχή της ηγεσίας και των υπόλοιπων τομέων στα συνολικά αποτελέσματα της ανάλυσης στοιχείων των “παρά λίγο αποτυχιών” και των πραγματικών γεγονότων

-Αγορά και επέκταση Target και εκτός του MHS

-Σύνδεση του MedMARx μεταξύ των εγκαταστάσεων και των υπηρεσιών.

6.1.6.6.2 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Μεγαλύτερη επικέντρωση στο πρόσωπο του ασθενή

Δείκτης: - Ικανοποίηση των ασθενών για την αντιμετώπισή τους από το MHS

- Πρόσβαση στις υπηρεσίες του MHS - ευκολία κλεισίματος ιατρικού ραντεβού

Στόχος: - Το 90% να είναι ικανοποιημένοι από τους οποίους το 50% πολύ ικανοποιημένοι

- 80% για πολιτική εφαρμογή (MHS τηλεφωνική πρόσβαση — εσωτερικά πρότυπα)

Δράσεις: -Καθιέρωση διαδικασίας που θα εξετάζει οργανισμούς με τη μέθοδο της συγκριτικής αξιολόγησης και θα μοιράζεται τις επιτυχημένες τεχνικές και ιδέες αυτών με την ηγεσία και τους υπόλοιπους τομείς του MHS.

-Υπαρξη παροχέα για ΟΒ (μειευτικές) Υπηρεσίες

-Εφαρμογή πρόσβασης βασισμένη στις υποδείξεις περίθαλψης του OIPT (Overarching intergrated project team).

6.1.6.6.3 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Βελτίωση των αποτελεσμάτων περιστατικών υγείας

Δείκτης: Ποσοστό περιστατικών εισαγωγής που απετράπησαν

Στόχος: Λήψη μετρήσεων συγκριτικής αξιολόγησης.

Δράσεις: Καθιέρωση διαδικασίας αξιολόγησης των στοιχείων και προσδιορισμού των αιτιών κάθε σημαντικής διαφοράς (θετικής ή αρνητικής) ανάμεσα στο MHS και στα στοιχεία της συγκριτικής αξιολόγησης.

6.1.6.7 Εσωτερική Προοπτική: Θέμα Αποδοτικότητας

6.1.6.7.1 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Βελτίωση συνεργασίας μεταξύ εργαζομένων

Δείκτης: -Αξία διανομής DoD/VA (Διοίκηση απόστρατων) (Veterans Administration)

Στόχος: 100 εκατομμύρια δολάρια για το οικονομικό έτος 2003

Δράσεις: Ποσοτικοποίηση και χαρακτηρισμός μοιρασμένων συμφωνιών (να περιληφθούν επίσημες και άτυπες ρυθμίσεις)

-Προσδιορισμός των καλύτερων πρακτικών στη διανομή των πόρων DoD/VA

-Καθιέρωση κριτηρίων διοίκησης και διαχείρισης του κοινού Ταμείου κινήτρων

6.1.6.7.2 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Ενίσχυση παραγωγικότητας συστημάτων

Δείκτες:

- RVU (σχετικές μονάδες αξίας) ανά FTE (ισότιμο πλήρους χρόνου)
- -Κλινική διαθεσιμότητα παροχέα περίθαλψης
- -Ποσοστό πληρότητας νοσοκομείου
- -Ημέρες διαμονής ανά 1000 δικαιούχους
- -Πρωταρχική Διαρροή ασθενών
- -κόστος / RVU

Στόχοι:

- = ή > 18.5
- = ή > 80%
- = ή > 80%
- = ή < 195
- = ή < 30%
- Δεν έχει ακόμα καθοριστεί

Δράσεις: -Ανάπτυξη, εφαρμογή και έλεγχος διαθεσιμότητας παροχέα RVU/FTE και υποστήριξη προτύπων υποστήριξης της μονάδας και του προσωπικού.

-Ανάπτυξη καθορισμένης μεθοδολογίας ελέγχου πληρότητας νοσοκομείου και ποσοστών αποδοχής του MHS από τους ασθενείς. Εύρεση μεθοδολογίας καταμέτρησης κρεβατιών – ανάπτυξη μεθοδολογίας εκτίμησης πρωταρχικής διαρροής

-Ανάπτυξη μεθοδολογίας ελέγχου του κόστους άμεσης περίθαλψης και περίθαλψης ιδιωτικού τομέα για τα μέλη του MTF (military treatment facility)

6.1.6.7.3 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Προσδιορισμός & ταξινόμηση απαιτήσεων

Δείκτης: Η μελέτη (PA&E) ανάλυσης και αξιολόγησης προγράμματος.

Στόχος: 100% επάνδρωση και χρηματοδότηση αιτιολογημένων απαιτήσεων ετοιμότητας.

Δράσεις: Ανταπόκριση στη μελέτη (PA&E) ανάλυσης και αξιολόγησης προγράμματος μέσω ανάπτυξης μεθόδου επάνδρωσης και θα χρηματοδότησης των τεκμηριωμένων απαιτήσεων ετοιμότητας

6.1.6.8 Εξωτερική Προοπτική Πελατών : " Προσδοκίες Πελατών"**6.1.6.8.1 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Δημιουργία μιας υγιούς και ιατρικά προστατευμένης δύναμης**

Δείκτης: -Μεμονωμένη ιατρική ετοιμότητα (IMR)

Στόχος: Πλήρη ιατρική ετοιμότητα για ανάπτυξη δυνάμεων σε ποσοστό 75% ή μεγαλύτερο

Δράσεις: Ανάπτυξη, εφαρμογή και έλεγχος μεμονωμένων ιατρικών ετοιμοτήτων για την ανάπτυξη δεικτών για τμήματα δράσης, φρούρησης και επιφυλακής.

6.1.6.8.2 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Παροχή υψηλής ποιότητας περίθαλψης

Δείκτης: Εννέα δείκτες ποιότητας βασισμένοι στον κλάδο υγείας οι οποίοι είναι

- Εξέταση καρκίνου του μαστού
- Εξέταση καρκίνου της μήτρας
- Περιθάλψη στο πρώτο τρίμηνο της κύησης
- Συνέχιση θεραπείας μετά από νοσηλεία για προβλήματα διανοητικής υγείας
- Εξετάσεις υγείας μετά τον τοκετό
- Επαναφορά μετά από καρδιακή προσβολή
- Εξέταση οφθαλμών για το διαβήτη
- Αντιμετώπιση άσθματος
- Σκόπιμη διακοπή καπνίσματος

Στόχος: 9 στις 9 μετρήσεις επιτυγχάνουν τον επιμέρους στόχο, για κάθε έναν από τους παραπάνω δείκτες έχει τεθεί ένας στόχος π. χ. το 78.19% των γυναικών ηλικίας 40 έως 49 ετών να έχουν κάνει εξέταση καρκίνου του μαστού τα δύο τελευταία έτη.

Δράσεις: Ανάπτυξη παγκόσμιας σύμβασης υγειονομικής περίθαλψης TRICARE

-Ανάπτυξη και παρουσίαση, μέσω του συνεδρίου κλινικής ποιότητας, σχέδιο για την βελτίωση των 9 ποιοτικών δεικτών

-Ανάπτυξη κλινικών πρακτικών οδηγιών σε όλο το MHS (το 90% του MTFs - Military Treatment Facility θα αναπτύξει τις πρώτες 5 πρακτικές οδηγίες CPGs – Clinical Practice Guidelines)

6.1.6.8.3 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Βελτίωση Εξυπηρέτησης πελατών

Δείκτης: Ποσοστό ικανοποίηση από το σχέδιο Υγείας

Στόχος: Στρατιωτικοί 65% ικανοποιημένοι, 21.2% πολύ ικανοποιημένοι.

Ιδιώτες 80% ικανοποιημένοι

Δράσεις:- Αύξηση ηλεκτρονικής υποβολής απαιτήσεων

-Βελτίωση της διαχείρισης των πελατειακών σχέσεων μέσω της εφαρμογής του T-Nex (Next generation of Tricare) και της νέας σύμβασης TIC (Tricare Information Call Center)

6.1.6.8.4 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Δημιουργία υγιών κοινοτήτων

Δείκτης: Υγεία πληθυσμού δείκτες 2010. Για την υγεία των πληθυσμών τέθηκαν έντεκα δείκτες σε οκτώ κλάδους υγείας οι οποίοι είναι:

- | | |
|--------------------------------|---|
| Καπνός: | – ποσοστά χρήσης καπνού |
| Οικογενειακός προγραμματισμός: | – Ποσοστά ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων |
| Τραυματισμοί από αμέλεια: | – Ποσοστά νοσηλειών για τραυματισμούς από αμέλεια |
| Περιβαλλοντική υγεία: | – Ποσοστά νοσηλειών για περιπτώσεις άσθματος |
| Υγεία βρέφους και μητέρας: | – Αύξηση επισκέψεων στο 1ο Τρίμηνο της κύησης |
| | – Ποσοστό γεννήσεων παιδιών με χαμηλό σωματικό |

βάρος

– Ποσοστό θνησιμότητας νηπίων

Καρδιακές προσβολές και παθήσεις:– Έλεγχοι ποσοστών χοληστερόλης

Καρκίνος: – Αύξηση Μαστογραφιών

Υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής: – Αριθμός πληθυσμού με συγκεκριμένες πηγές προληπτικής περίθαλψης

Στόχος: 11 στις 11 μετρήσεις να επιτυγχάνουν το στόχο π.χ. η μείωση χρήσης καπνού 15% - 20% για ενεργά μέλη

Δράσεις: - Ανάπτυξη και παρουσίαση σχεδίου βελτίωσης των 11 (PHI – Population Health Improvement) μετρήσεων από το προσωπικό της ομάδας Υγείας.

- Δημιουργία κέντρου υποστήριξης υγείας στο διαδίκτυο.

6.1.6.9 Οικονομική Προοπτική: "Προσδοκίες Μετόχων"

6.1.6.9.1 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Προσδιορισμός και υπολογισμός κόστους ετοιμότητας

Δείκτης: Κόστος ετοιμότητας

Στόχος: Δεν έχει ακόμα καθοριστεί

Δράσεις: Προσδιορισμός συγκεκριμένων δαπανών ετοιμότητας και εύρεση κενών ή ελλείψεων στην έκθεση οικονομικών στοιχείων και απόκριση στη RA&E μελέτη ανάλυσης και αξιολόγησης προγράμματος.

6.1.6.9.2 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Απόκτηση κατάλληλων πόρων

Δείκτης: -Ποσοστό αύξησης του προϋπολογισμού του προγράμματος υγείας της Άμυνας (DHP - Defense Health program) εντός του εθνικού πληθωριστικού δείκτη υγειονομικής περίθαλψης

- Διατήρηση κύκλου ζωής ακίνητης περιουσίας και διατήρηση κύριου εξοπλισμού

Στόχος: -Η ετήσια ανάπτυξη του προϋπολογισμού του DHP να ευθυγραμμίζεται με την ετήσια αύξηση του ιατρικού δείκτη τιμών διάθεσης στην κατανάλωση MCPI (medical consumer price index)

-Κτίρια 30 έτη, Εξοπλισμός 7-10 έτη Μέγιστο / 3-5 έτη Ελάχιστο

Δράσεις: -Προσδιορισμός των απαιτούμενων πόρων υγειονομικής περίθαλψης βασισμένων σε ιστορικές τάσεις και προβλέψεις του κλάδου υγείας για τη συμβολή στην ανάπτυξη προϋπολογισμών.

-Ανάπτυξη μεθοδολογίας και παροχή αναφοράς ως προς το χρόνο αντικατάστασης του εξοπλισμού και των εγκαταστάσεων του MHS σύμφωνα με τη συγκριτικές αξιολογήσεις του κλάδου υγειονομικής περίθαλψης

6.1.6.9.3 Επιθυμητό αποτέλεσμα: Βελτίωση διαχείρισης πόρων

Δείκτης: - Αποδοτικότητα υγειονομικής περίθαλψης του MHS (\$ εκροές/ \$ εισροές)

- Αποδοτικότητα υγειονομικής περίθαλψης του συστήματος άμεσης περίθαλψης (\$εκροές άμεσης περίθαλψης /(\$ εισροές άμεσης περίθαλψης)

Στόχος: -Δεν έχει ακόμα καθοριστεί

-Δεν έχει ακόμα καθοριστεί

Δράσεις: Αύξηση του λόγου "περίθαλψη / κόστος" του MHS και του DCS (Σύστημα άμεσης περίθαλψης) κάτι που συνεπάγεται αύξηση των παροχών περίθαλψης με παράλληλη μείωση του κόστους περίθαλψης.

6.1.6.10 Προοπτική Μετόχων: "Προσδοκίες Μετόχου "

Επιθυμητό αποτέλεσμα: Να ενισχυθεί το Υπουργείο Άμυνας και η Ασφάλεια του έθνους παρέχοντας ιατρική υποστήριξη για όλες τις στρατιωτικές λειτουργίες και στηρίζοντας την υγεία όλων όσων εμπιστεύονται την περίθαλψη μας

Δείκτης: Ικανοποίηση των προϊσταμένων του προσωπικού από την παροχή ιατρικής υποστήριξης

Στόχος: Επικύρωση του ιατρικού προγράμματος 24 αστέρων

Δράσεις: Δημιουργία ενός επίσημου εγγράφου που θα υπογράφεται και θα επιβεβαιώνεται από τους προϊσταμένους του προσωπικού.

6.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ BSC ΣΤΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (MHS) ΤΩΝ Η.Π.Α.

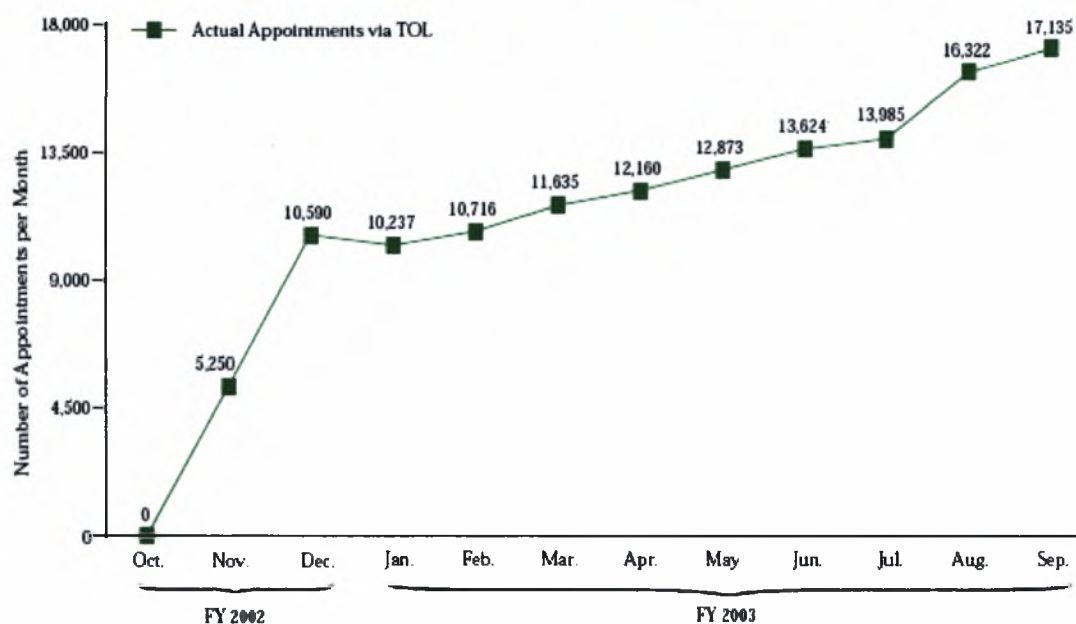
Το σύντομο χρονικό διάστημα εφαρμογής του Balanced Scorecard στο στρατιωτικό σύστημα υγείας (MHS) των Η.Π.Α. δεν μας επιτρέπει να έχουμε μια συνολική και πλήρη εικόνα των αποτελεσμάτων που μπορεί να επιφέρει. Ωστόσο μας δίνει μία πρώτη εικόνα των τάσεων που τείνει να προκαλέσει.

Τα δύο πρώτα έτη της εφαρμογής του Balanced Scorecard κάποιες μετρήσεις δεν έχουν ολοκληρωθεί π.χ. στο θέμα ετοιμότητας, δείκτες έχουν τροποποιηθεί, ορισμένοι στόχοι δεν έχουν καθοριστεί (λόγω έλλειψης στοιχείων) υπάρχει όμως μία καταγραφή τις υφιστάμενης κατάστασης του MHS και μία εμφανή τάση προσέγγισης των καθορισμένων στόχων. Τα πρώτα αποτελέσματα εφαρμογής του Balanced Scorecard για κάθε προοπτική ή θέμα είναι τα εξής:

6.2.1 Προοπτική Μάθησης & Ανάπτυξης

Το TRICARE on-line, (www.tricareonline.com) αποτελεί τη νέα πύλη του υπουργείου άμυνας των Η.Π.Α. στο διαδίκτυο και προσφέρει διαλογικές υπηρεσίες και πληροφορίες υγειονομικής περίθαλψης. Το TRICARE on-line σχεδιάστηκε για να ικανοποιήσει τις ανάγκες των δικαιούχων του MHS για την ευκολότερη πρόσβαση και επικοινωνία στο σχεδιασμό και κλείσιμο των ραντεβού, την κράτηση ενός προσωπικού αρχείου υγείας και τη συγκέντρωση πληροφοριών για ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη. Το TRICARE on-line είναι μία ιστοσελίδα που αναπτύσσεται σταδιακά. Όταν επεκταθεί πλήρως, το TRICARE on-line θα είναι παγκοσμίως προσιτό, φορητό και ασφαλές για τους εγγραφμένους χρήστες από οποιοδήποτε υπολογιστή στον κόσμο. Οι δικαιούχοι θα είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν το διαδίκτυο για να κλείνουν τα ραντεβού τους ή να υποβάλουν τις ερωτήσεις τους. Μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2003, το σύστημα επεκτάθηκε σε 254 από τις 402 περιοχές παγκοσμίως. Υπήρξαν 80.147 εγγραφμένοι χρήστες που έχουν κλείσει 18.000 ραντεβού. Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται η αύξηση των ραντεβού που κλείνονται μέσω του TRICARE on-line ανά μήνα.

TRICARE ONLINE USAGE: NUMBER OF MONTHLY APPOINTMENTS



Source: MHS administrative data

6.2.2 Εσωτερική Προοπτική

6.2.2.1 Θέμα Ετοιμότητας

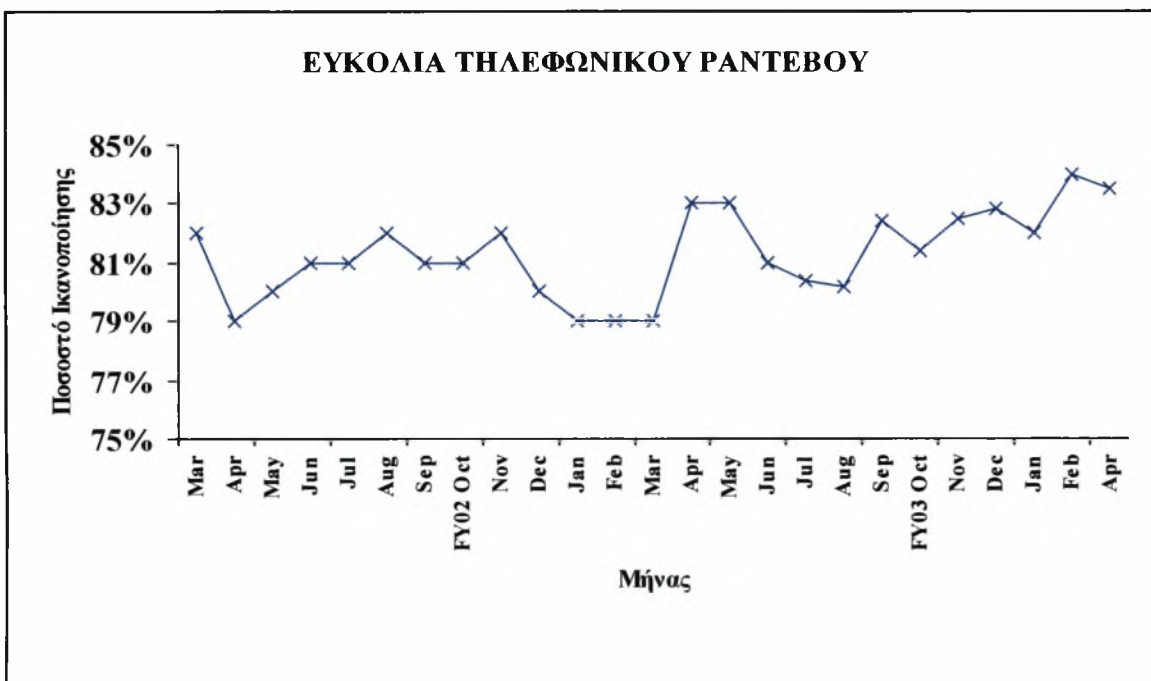
Οι περισσότερες μετρήσεις ετοιμότητας υγειονομικής περίθαλψης εστιάζουν σε συγκεκριμένες πτυχές υπηρεσιών και παρουσιάζονται αποκλειστικά από τους γενικούς χειρουργούς στους αρχηγούς των ενόπλων δυνάμεων, ανάλογα με την περίπτωση. Άλλες μετρήσεις ετοιμότητας είναι στο στάδιο της ανάπτυξης και της τυποποίησης διάφορων κοινών βασικών μετρήσεων οι οποίες θα πρέπει να εμπλουτιστούν κατά τη διάρκεια του επόμενου έτους για τη δημιουργία μίας σαφής εικόνας.

6.2.2.2 Θέμα Ποιότητας

Οι μετρήσεις ποιότητας εστιάζουν σε τρεις περιοχές:

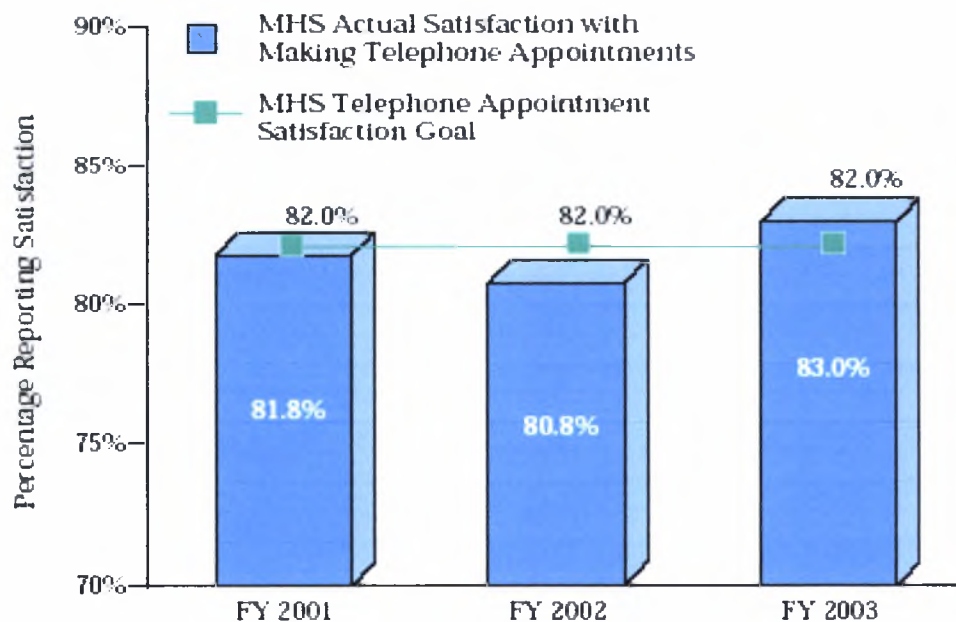
- στην ικανοποίηση από την ευκολία πρόσβασης στο MHS μέσω τηλεφωνικού ραντεβού
- στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του MHS και
- στα περιστατικά εισαγωγής που απειράτησαν

Η ικανοποίηση από την ευκολία πρόσβασης στο MHS μέσω τηλεφωνικού ραντεβού παρίσταται στο παρακάτω διάγραμμα, στο οποίο παρατηρείται μία αυξητική τάση στο ποσοστό των ατόμων που βρήκαν εύκολο το κλείσιμο ραντεβού μέσω τηλεφώνου.



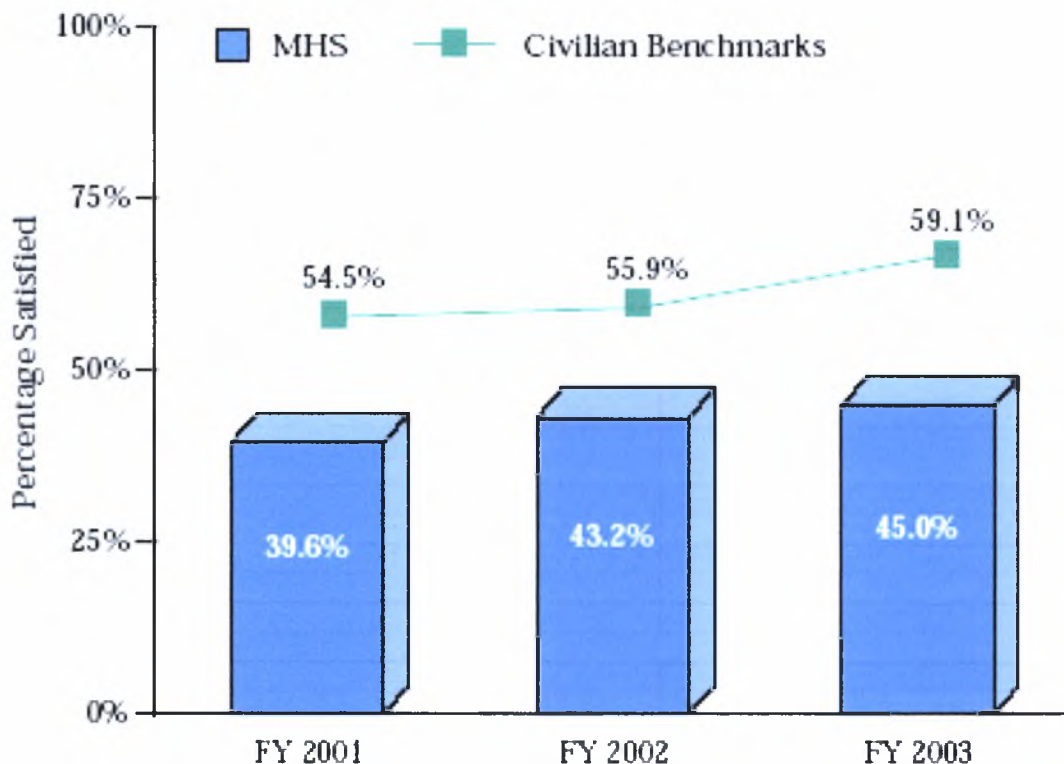
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούνται και οι μηνιαίες μεταβολές του ποσοστού των ασθενών που είναι ικανοποιημένοι από το κλείσιμο τηλεφωνικών ραντεβού, παρακάτω φαίνονται οι μέσες ετήσιες τιμές και η σύγκριση τους με το στόχο που έχει τεθεί από το MHS.

SATISFACTION WITH MAKING APPOINTMENTS BY TELEPHONE IN THE DIRECT CARE SYSTEM



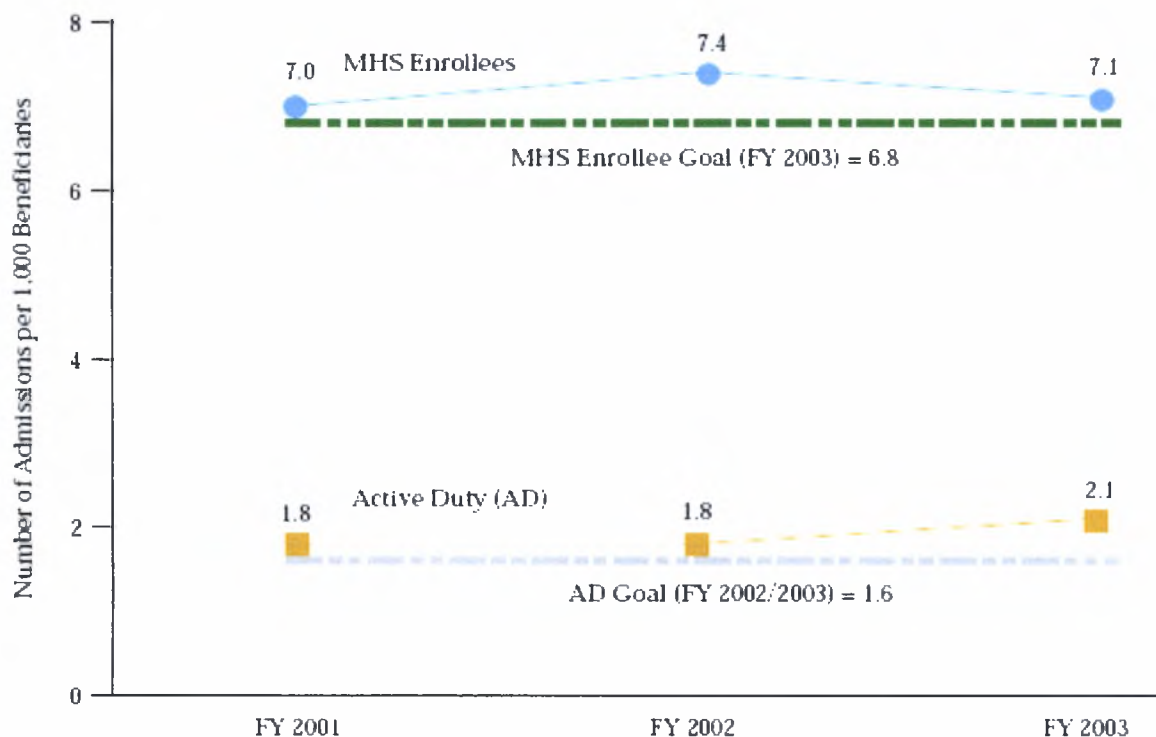
Ο στόχος του 82 τοις εκατό των ασθενών του MHS να είναι ικανοποιημένοι με το κλείσιμο τηλεφωνικών ραντεβού επιτεύχθηκε το έτος 2003.

Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του MHS τα τρία προηγούμενα έτη απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα όπου παρατηρείται μια σταδιακή μικρή αύξηση, η ικανοποίηση των δικαιούχων από τις υπηρεσίες του MHS υπολείπεται έναντι της αντίστοιχης ικανοποίησης από πολιτικές υπηρεσίες υγείας.



Οι αποτρέψιμες εισαγωγές από τους δικαιούχους του MHS καθορίζονται από συγκεκριμένες διαγνώσεις σε εννέα κλινικές κατηγορίες: χρόνια πνευμονική πάθηση, μολυσματική πνευμονία, άσθμα, καρδιακό έμφραγμα, στηθάγχη, διαβήτης, γαστρεντερίτιδα, νεφρικές και ουρικές μολύνσεις. Στο διάγραμμα που ακολουθεί παρίστανται οι αποτρέψιμες εισαγωγές που επιτεύχθηκαν τα έτη 2001, 2002 και 2003 ανά χίλιους δικαιούχους.

TRENDS IN MHS PREVENTABLE ADMISSIONS PER 1,000 BENEFICIARIES (BASED ON RELATIVE WEIGHTED PRODUCTS)



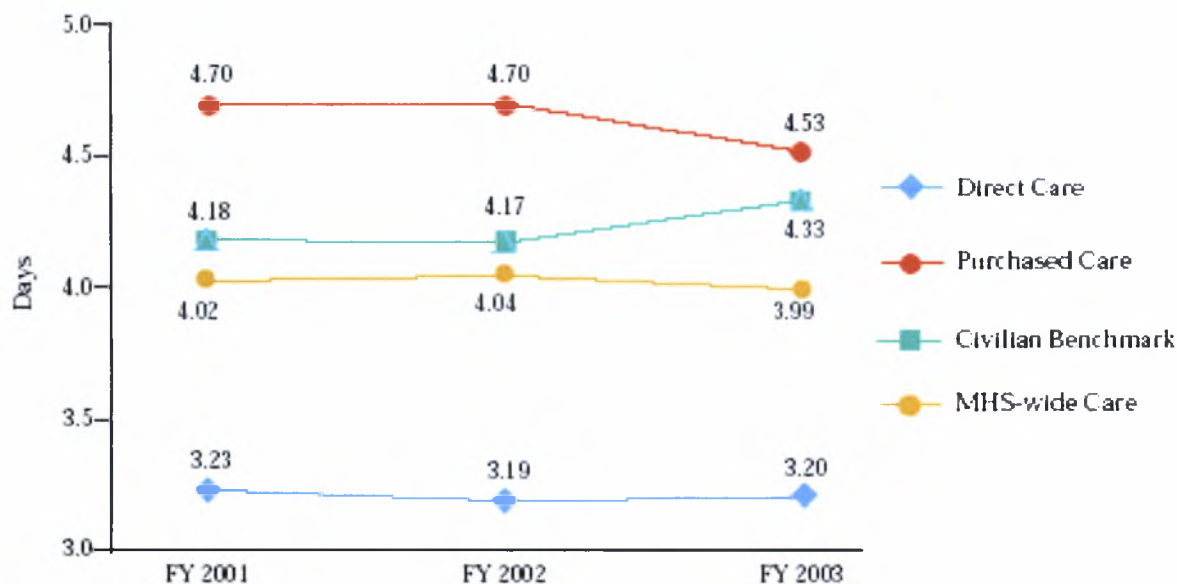
Από το διάγραμμα παρατηρούμε ότι

- Το γενικό ποσοστό αποτρέψιμων εισαγωγών (ανά 1.000 δικαιούχους) για όλους του δικαιούχους του MHS παρέμεινε το ίδιο μεταξύ των ετών 2001 και 2003,
- Το ποσοστό αποτρέψιμων εισαγωγών για το ενεργό στρατιωτικό προσωπικό αυξήθηκε από το έτος 2001 στο έτος 2003 (από 1,8 σε 2,1 ανά 1.000 μέλη)
- Τα ποσοστά αποτρέψιμων εισαγωγών για συνολικά όλους τους δικαιούχους του MHS ήταν ψηλότερα από τους επιθυμητούς στόχους χωρίς να απέχουν σημαντικά από αυτούς.

6.2.2.3 Θέμα Αποδοτικότητας

Η πορεία του δείκτη μέση διάρκεια παραμονής των ασθενών στις εγκαταστάσεις του MHS αποτελεί και δείκτη αποδοτικότητας. Η εξέλιξη της μέσης διάρκειας παραμονής κατά τα έτη 2001, 2002 και 2003 παριστάνεται παρακάτω.

INPATIENT UTILIZATION: TRENDS IN TRICARE AVERAGE LENGTH OF STAY

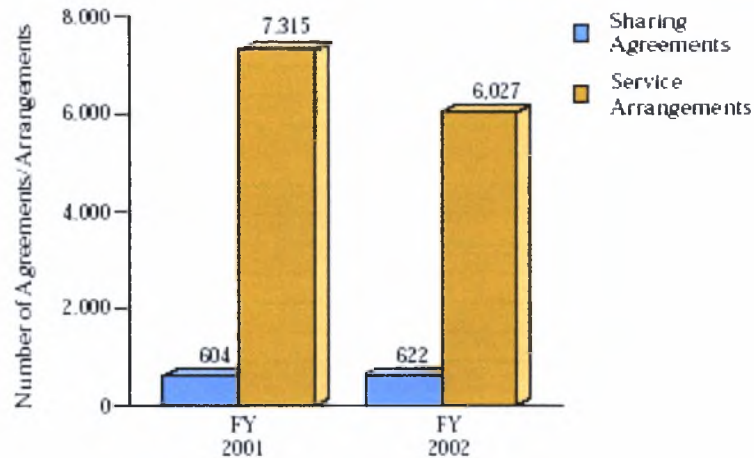


Από το διάγραμμα προκύπτουν τα εξής:

- Η μέση διάρκεια παραμονής στις εγκαταστάσεις του τμήματος Άμυνας (DoD) - άμεση περίθαλψη - παραμένει ουσιαστικά σταθερή κατά τη διάρκεια της περιόδου 2001 με 2003.
- Η μέση διάρκεια παραμονής στις εγκαταστάσεις δικτύων TRICARE - αγορασμένη περίθαλψη - μειώθηκε κατά ένα μικρό ποσοστό τη διάρκεια της περιόδου 2001 έως 2003 αλλά παρέμεινε μεγαλύτερη από της άμεσης περίθαλψης στις εγκαταστάσεις του τμήματος Άμυνας. Οι παραμονές των ασθενών στις εγκαταστάσεις δικτύων TRICARE είναι περισσότερο μακρόχρονες κατά μέσον όρο σε σύγκριση με αυτές στις εγκαταστάσεις του τμήματος Άμυνας επειδή στις πρώτες εκτελούνται κατά μέσο όρο πιο σύνθετες ιατρικές διαδικασίες άρα και πιο χρονοβόρες.
- Η μέση διάρκεια παραμονής σε πολιτικά νοσοκομειακά ιδρύματα είναι συγκριτικά μεγαλύτερη από τη μέση διάρκεια της ευρείας περίθαλψης στο MHS και παρουσιάζει αυξητικές τάσεις σε αντίθεση με την μικρή πτώση που παρουσιάζει η μέση διάρκεια της ευρείας περίθαλψης στο MHS .

Το τμήμα υποθέσεων των απόστρατων, το τμήμα διανομής πόρων υγείας του τμήματος Άμυνας και η δράση αποστολών έκτακτης ανάγκης ζήτησαν από τη γραμματεία των υποθέσεων των απόστρατων και της Άμυνας να αναφέρουν στο Κογκρέσο την παρούσα κατάσταση διανομής πόρων υγειονομικής περίθαλψης ανάμεσα στα δύο τμήματα.

NUMBER OF DoD AND VA JOINT SHARING AGREEMENTS AND SERVICE ARRANGEMENTS



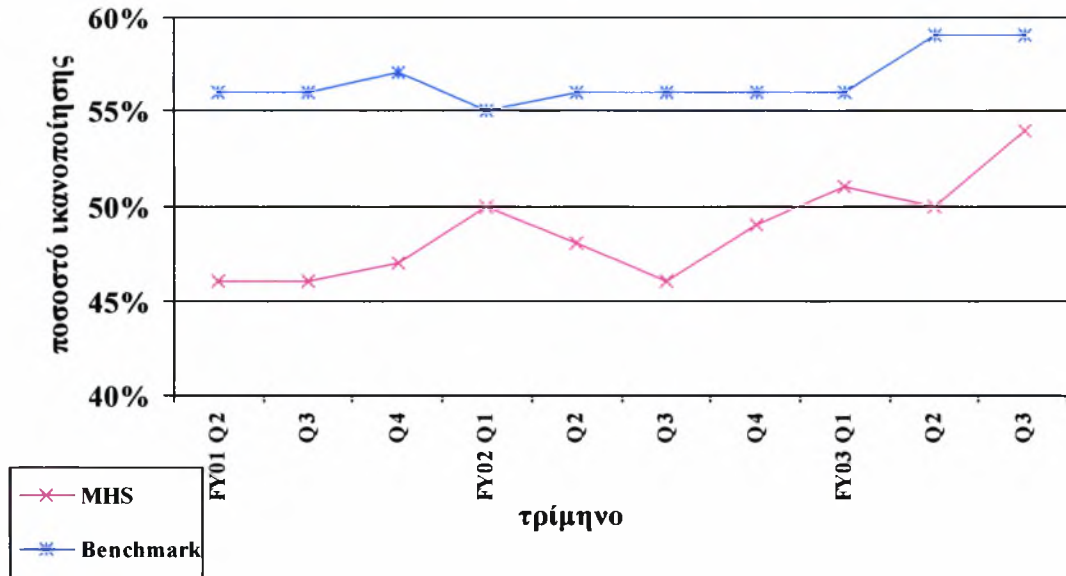
Ο συνολικός αριθμός των διανεμόμενων συμφωνιών μεταξύ τμήματος Άμυνας και αποστράτων αυξήθηκε κατά 3% από το έτος 2001 στο έτος 2002. Αντίστοιχα, μείωση κατά 18% παρατηρείται την ίδια περίοδο στον αριθμό των διευθετήσεων. Η πτώση στον αριθμό των διανεμόμενων υπηρεσιών οφείλεται στην παύση διανομής συμφωνιών με το γραφείο στρατιωτικής ιατρικής υποστήριξης και τη μεταφορά του φορτίο στο TRICARE.

6.2.3 Εξωτερική Προοπτική Πελατών

Η εξωτερική προοπτική πελατών εστιάζει στην εύρεση κατάλληλου περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης για την εφαρμογή συγκριτικών αξιολογήσεων. Οι δείκτες της εξωτερικής προοπτικής πελατών εστιάζουν σε δραστηριότητες ικανοποίησης πελατών και σε θέματα προώθησης της υγείας μέσω της δημιουργίας υγιών Κοινοτήτων. Οι αντίστοιχοι στόχοι έχουν τεθεί βάσει συγκριτικών αξιολογήσεων και πρέπει να επιτευχθούν ή να ξεπεραστούν μέσα σε ορισμένο χρονικό διάστημα.

Ο πρώτος δείκτης που εξετάζεται είναι ο δείκτης ικανοποίησης δικαιούχων από το συνολικό πρόγραμμα υγείας.

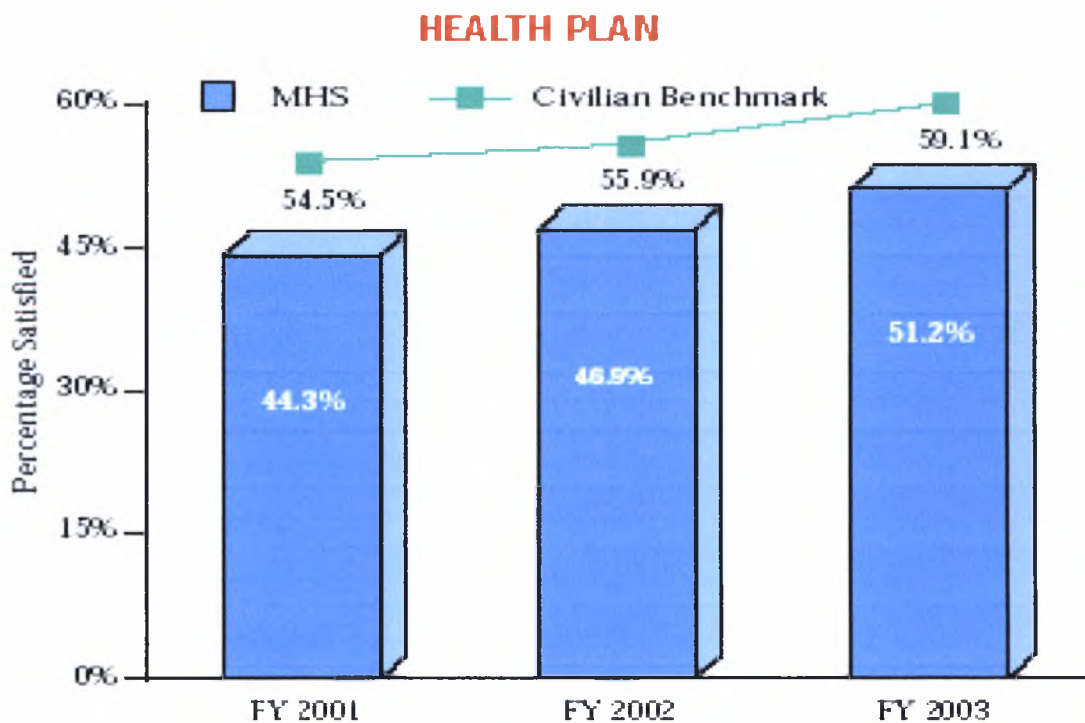
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ



Στόχοι: ▪ 2003 = 55%, ▪ 2004 = 57%, ▪ 2005 = 60%, ▪ 2006 = 63%, ▪ 2007 = 65%

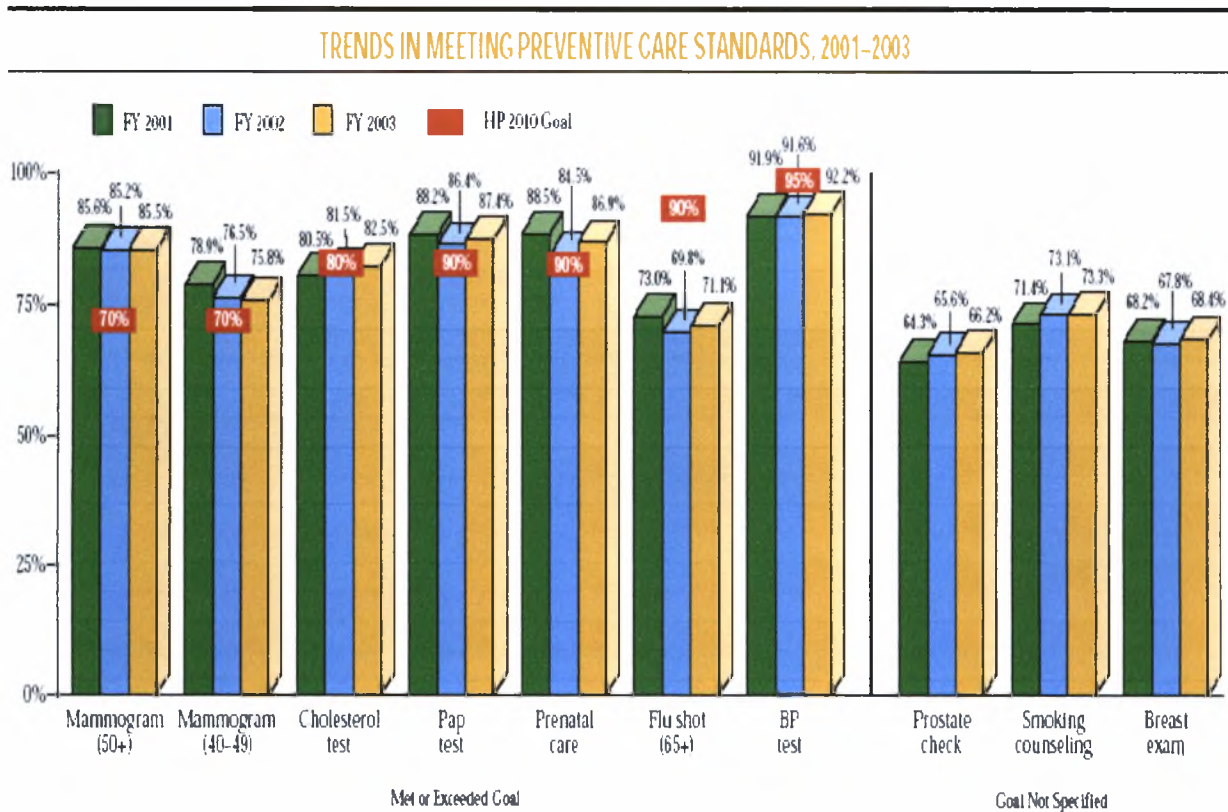
Η ικανοποίηση από το σχέδιο υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένη με την πρόσβαση στην περίθαλψη και με το πώς το σχέδιο διαχειρίζεται τις απαιτήσεις, τις αναφορές και τις καταγγελίες των πελατών.

Αντίστοιχα η ικανοποίηση των δικαιούχων σε μέσες ετήσιες τιμές είναι:



Από τα δύο παραπάνω διαγράμματα παρατηρούμε ότι η ικανοποίηση των δικαιούχων από το σχέδιο του MHS για την υγεία αυξάνεται σημαντικά κάθε έτος, ωστόσο υπολείπεται του στόχου που έχει τεθεί όπως και των αντίστοιχων ποσοστών ικανοποίησης από το πολιτικό σχέδιο για την υγεία.

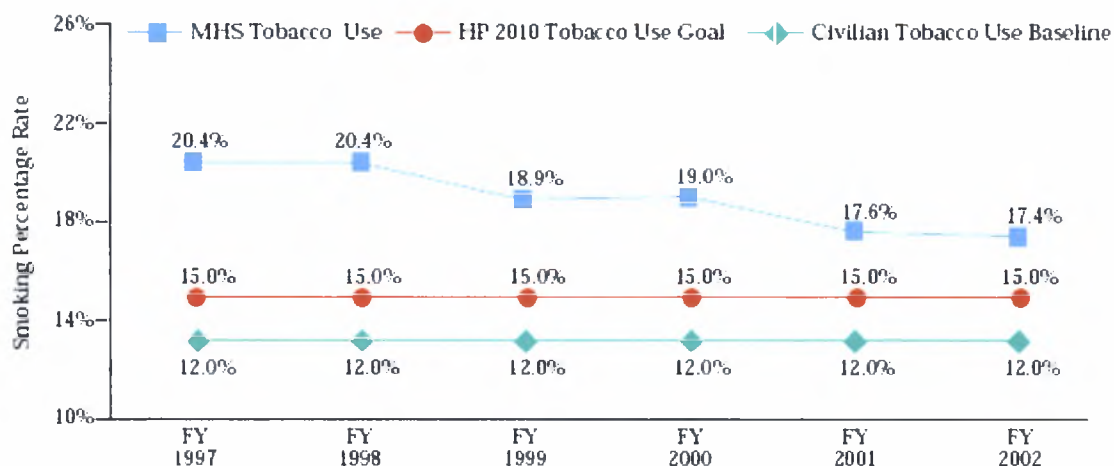
Επόμενος δείκτης εξωτερικής προοπτικής πελατών είναι ο δείκτης υγείας άνθρωποι ο οποίος αποτελείται από επιμέρους δείκτες που μετρούν την υγεία σε συγκεκριμένους τομείς π.χ. χρήση καπνού, εγκυμοσύνες σε ηλικίες 15-17, ποσοστά χοληστερόλης κ.α. Το σύνολο των δεικτών ονομάζονται "υγείες άνθρωποι" και έχουν τεθεί οι στόχοι 2010 για κάθε δείκτη. Για να επιτύχει ο δείκτης του Balanced Scorecard υγείες άνθρωποι το στόχο του πρέπει όλοι οι επιμέρους δείκτες να έχουν "πιάσει" τον αντίστοιχο στόχο. Οι στρατηγικοί αυτοί στόχοι ξεπερνούν την έννοια της θεραπευτικής περίθαλψης και δημιουργούν τις προϋποθέσεις για καθιέρωση υγιών πληθυσμών μέσα στο MHS. Το MHS παρουσιάζει βελτιώσεις σε αρκετούς βασικούς δείκτες, και τείνει να βελτιωθεί και σε άλλους. Στο ακόλουθο διάγραμμα φαίνεται η μεταβολή των δεικτών τα έτη 2001, 2002 και 2003 όπως και οι αντίστοιχοι στόχοι 2010.



Από το διάγραμμα παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των δεικτών έχει συναντήσει τον στόχο 2010 με εξαίρεση τον εμβολιασμό κατά της γρίπης για ηλικίες μεγαλύτερες των 65 ετών.

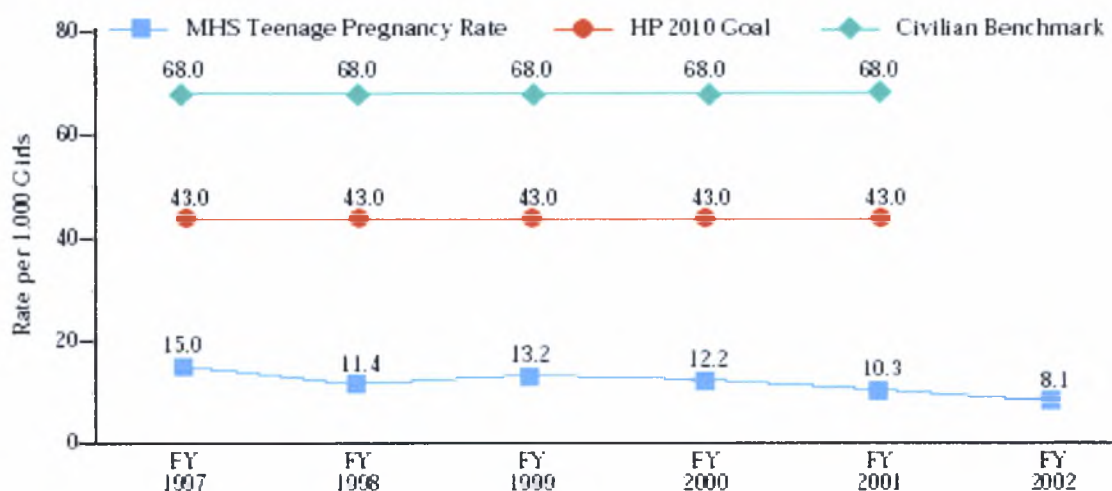
Περισσότερο αναλυτικά η χρήση καπνού όπως προκύπτει από το διάγραμμα

BUILDING HEALTHY COMMUNITY TRENDS—TOBACCO USE



ακολουθεί πτωτική πορεία χωρίς να έχει συναντήσει το στόχο 2010, επίσης βλέπουμε ότι η χρήση καπνού στις ένοπλες δυνάμεις είναι σημαντικά υψηλότερη από ότι στους απλούς πολίτες (μη στρατιωτικούς). Αντίθετα τα περιστατικά εγκυμοσύνων σε ηλικίες 15 με 17 έτη είναι πολύ χαμηλότερα από το στόχο 2010 και ακολουθούν μία διαρκή πτωτική πορεία ενώ απέχουν σημαντικά από τις αντίστοιχες μετρήσεις στους απλούς πολίτες (που είναι σημαντικά υψηλότερες).

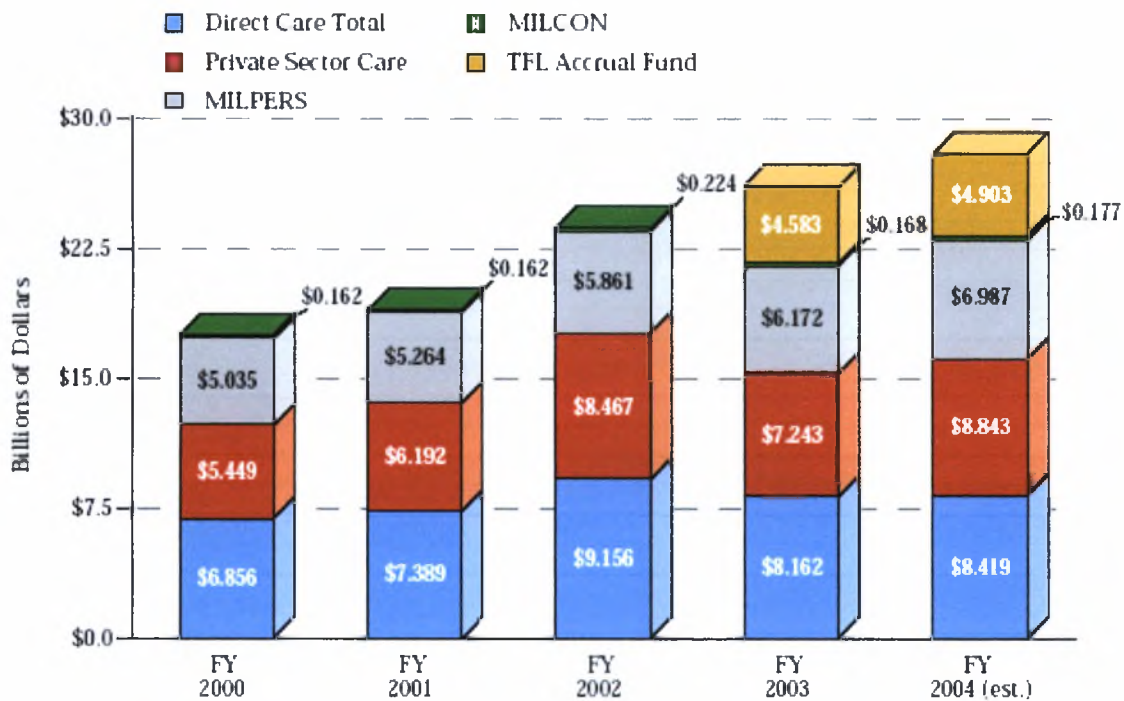
BUILDING HEALTHY COMMUNITY TRENDS—TEENAGE PREGNANCY



6.2.4 Οικονομική Προοπτική

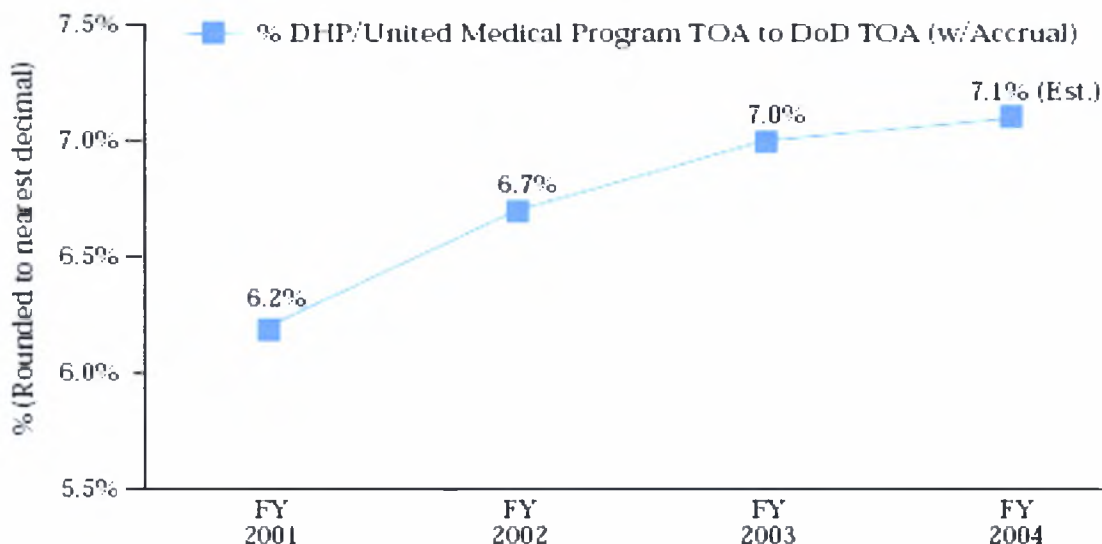
Οι δαπάνες για το ενιαίο πρόγραμμα υγείας αυξήθηκαν το 2003 στα 26,3 δισεκατομμύρια δολάρια ενώ εκτιμάται ότι και για το 2004 θα αυξηθούν στα 29,3 δισεκατομμύρια δολάρια. Στην αύξηση αυτή συμβάλει η εφαρμογή ενός νέου προγράμματος του TRICARE for Life.

FY 2000 TO FY 2004 (EST.) UNIFIED MEDICAL PROGRAM



Το ποσοστό που καταλαμβάνουν οι δαπάνες του ενιαίου προγράμματος υγείας στο σύνολο των δαπανών του τμήματος Άμυνας ανέρχονται στο 7% το 2003 και αναμένεται να φθάσουν στο 7,1% το 2004 σύμφωνα με το διάγραμμα που ακολουθεί.

UMP EXPENDITURES AS A PERCENTAGE OF DEFENSE BUDGET: FY 2001–FY 2004 (EST.)



6.2.5 Συμπέρασμα

Οι παραπάνω δείκτες, όπως και οι μετρήσεις αυτών μας δεν μπορούν να μας δώσουν μία σαφή και ολοκληρωμένη εικόνα για τα αποτελέσματα εφαρμογής του Balanced Scorecard στο Αμερικάνικο σύστημα υγείας, γεγονός που οφείλεται στο βραχύ χρονικό διάστημα εφαρμογής του Balanced Scorecard .

Πολλές από τις μετρήσεις των δεικτών του Balanced Scorecard πραγματοποιήθηκαν για πρώτη φορά το 2003 ενώ ακόμα περισσότερες το 2004, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα λόγω του ότι δεν έχουν αναλυθεί ακόμα οι μετρήσεις ή λόγω έλλειψης προηγούμενων μετρήσεων που θα συνέβαλαν στην αξιολόγηση των νέων.

Οι δείκτες και τα αποτελέσματα που αναλύονται παραπάνω αποτελούν στην πλειοψηφία τους δείκτες που προϋπήρχαν του Balanced Scorecard. Η εφαρμογή του Balanced Scorecard εισήγαγε συγκεκριμένους στόχους και καθορισμένες δράσεις που επηρέασαν τους δείκτες προς τους στόχους και τα επιθυμητά αποτελέσματα που ορίστηκαν. Ως αποτέλεσμα αρκετοί υφιστάμενοι δείκτες επηρεάστηκαν θετικά και κάλυψαν ή τείνουν να καλύψουν τον αντίστοιχο στόχο που έχει τεθεί.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα τελευταία έτη όλο και περισσότερο η αγορά υγειονομικής περίθαλψης βρίσκεται αντιμέτωπη με διάφορα κρίσιμα ζητήματα όπως η ασφάλεια ασθενών, η επάνδρωση προσωπικού, η φθίνουσα πορεία των αποζημιώσεων, η εμφάνιση νέων ανταγωνιστών, η δυσκολία πρόσβασης στο κεφάλαιο κ.α. Τα ζητήματα αυτά καθιστούν απαραίτητη μία νέα προσέγγιση στη διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων και των συστημάτων υγείας, τη διαχείριση της απόδοσης.

Η διαχείριση απόδοσης εφαρμόζεται σε κάθε σύγχρονη και ανταγωνιστική μονάδα υγειονομικής περίθαλψης. Ο καθορισμός σχεδίου διαχείρισης, ο ορισμός δεικτών απόδοσης, η συλλογή στοιχείων απόδοσης, η ανάλυση, αναθεώρηση και έκθεση στοιχείων όπως και η χρήση των στοιχείων απόδοσης με στόχο τη βελτίωσή της αποτελούν τα βήματα μίας ορθά σχεδιασμένης διαχείρισης απόδοσης, από τη σωστή εκτέλεση των οποίων εξαρτάται η επιτυχία της.

Ένα από τα πιο σημαντικά και σύγχρονα εργαλεία που εφαρμόζονται στη διαχείριση της απόδοσης είναι η Συγκριτική Αξιολόγηση. Η Συγκριτική Αξιολόγηση επιτυγχάνει τη διαρκή βελτίωση των διαδικασιών και της απόδοσης και συμβάλει καθοριστικά στον εντοπισμό, στην υιοθέτηση και στην εφαρμογή των καλύτερων πρακτικών, οι οποίες επιφέρουν την βέλτιστη επίδοση.

Οι σύγχρονες μέθοδοι διαχείρισης της απόδοσης προϋποθέτουν τη διαμόρφωση ενός πλαισίου το οποίο θα συνδέει άμεσα τη στρατηγική του οργανισμού με τους δείκτες απόδοσης. Τέτοιο πλαίσιο, το οποίο ταυτόχρονα αποτελεί και εργαλείο μέτρησης της απόδοσης είναι το Balanced Scorecard. Το Balanced Scorecard είναι το ευρύτατο διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης της απόδοσης μονάδων υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που οφείλεται στην ευχρηστία, στην αποτελεσματικότητά του και στο ότι αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε για καθολική εφαρμογή ανεξάρτητα από τη μονάδα που πρόκειται να εφαρμοστεί.

Το Balanced Scorecard έχει τις περισσότερες εφαρμογές σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης στις Η.Π.Α., μεγάλη εφαρμογή έχει και στον Καναδά με αρκετά παραδείγματα εφαρμογών του από τα πρώτα έτη της δημιουργίας του. Τέλος, αρκετές εφαρμογές του παρατηρούνται στην Ευρωπαϊκή Ένωση οι οποίες αυξάνονται με γοργούς ρυθμούς τα τελευταία δύο έτη.

Μία από τις σημαντικότερες και μεγαλύτερες σε έκταση εφαρμογές του Balanced Scorecard σε συστήματα υγείας είναι το παράδειγμα του στρατιωτικού συστήματος των Η.Π.Α. Το Balanced Scorecard εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στο στρατιωτικό σύστημα υγείας των Η.Π.Α. στα τέλη του 2002 και από τότε επεκτάθηκε σε όλη την έκτασή του συστήματος.

Στο στρατιωτικό σύστημα υγείας των Η.Π.Α. υπήρχε διαχείριση της απόδοσης πριν την εφαρμογή του Balanced Scorecard, με αποτέλεσμα να υπάρχουν κάποιοι δείκτες απόδοσης. Με την εφαρμογή του Balanced Scorecard εισήχθηκαν αρκετοί νέοι δείκτες, κάποιοι τροποποιήθηκαν, καθορίστηκαν στόχοι άμεσα συνδεδεμένοι και ευθυγραμμισμένοι με τη στρατηγική και το όραμα του συστήματος υγείας και ορίστηκαν δράσεις επίτευξης αυτών.

Σε αντίθεση με τη μικρή σε διάρκεια εφαρμογή του Balanced Scorecard στο σύστημα υγείας, τα πρώτα θετικά αποτελέσματα διαφάνηκαν από τα πρώτα δύο έτη, ιδιαίτερα σε δείκτες που είχαν καθιερωθεί πριν από το Balanced Scorecard. Το Balanced Scorecard συνέβαλε καθοριστικά στην επίτευξη ή στην προσέγγιση στόχων όπως π.χ. την αύξηση της ικανοποίησης των δικαιούχων από το πρόγραμμα υγείας, τη μείωση του κόστους περίθαλψης, την αύξηση της ικανοποίησης από την ευκολία κλεισίματος τηλεφωνικού ραντεβού κ.α. Ουσιαστικά το Balanced Scorecard συνέδεσε το όραμα και τη στρατηγική του συστήματος υγείας και τα μετέτρεψε σε υλοποιήσιμους στόχους.

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. «Benchmarking», Βασίλης Κελεσιδης, Τεχνολογικό Πάρκο Θεσσαλονίκης, 2000.
2. «Βασικές αρχές των τεχνικών διαχείρισης τεχνολογίας», Ιωάννης Λ. Μπακούρος. Βόλος 2003
3. «The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance», Kaplan Robert S. and David P. Norton. *Harvard Business Review* (1992)
4. «Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System», Kaplan Robert S. and David P. Norton. *Harvard Business Review* (1996)
5. «Healthcare Service Performance Management» Irimi Efthimiadou, Panagiotis Raidis. Euroconsultants S.A. 2004
6. «Evaluation of the TRICARE Program» FY 2004 Report to Congress. Institute for Defense Analyses (IDA), Altarum Institute, and Mathematica Policy Research Institute.
7. «Achieving Better Health Outcomes: The Oregon Benchmark Experience» Howard M. Leichter, Jeffrey Tryens
8. «The role and application of the balanced scorecard in healthcare quality management » Castaneda-Mendez, K, Mangan K, Lavery A.
9. «Balancing the Health Care Scorecard» Judith A. Shutt. Managed Care's Editorial Advisory Board
10. «The Use Of Balanced Scorecard In Canadian Hospitals » Yee-Ching Lilian Chan, Shih-Jen Kathy Ho.
11. «Measuring a Healthy Hospital: Metrics-Based Tools for Improving Operational Performance», Ann Marie Brown,
12. «Use of the Balanced Scorecard to Improve the Quality of Behavioral Health Care» José M. Santiago. Psychiatric Services December 1999.
13. «Measuring MHS Performance TRICARE Data Quality Training Course» Nelson M. Ford
14. «Benchmarking for Best Practices: Winning through Innovative Adaptation» Bogan, C.E. & English, M.J. (1996), McGraw-Hill, New York
15. «Special Events: Best Practices in Modern Event Management» Goldblatt, J.J. (1997) John Wiley & Sons, New York.

16. «High Performance Benchmarking: Twenty Steps to Success» Harrington, J.S. & Harrington, H.J. (1996), McGraw-Hill, New York.

9. ΤΟΠΟΙ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. <http://www.tricare.osd.mil/>
2. http://www.ha.osd.mil/strat_plan/default.cfm
3. <http://www.sickkids.on.ca/>
4. <http://www.balancedscorecardsurvival.com/>
5. <http://www.rohcg.on.ca/>
6. <http://www.hr.duke.edu/>
7. <http://www.bscol.com/>
8. <http://www.ahcpub.com/>
9. <http://www.westpark.org//media/scorecard99.html>
10. <http://www.fei.org/rf/publist.cfm>
11. <http://www.koh.hhsc.org/>
12. <http://www.visumhealthcare.com>
13. [http://www.ruralcenter.org/documents/Performance improvement and Balanced Scorecard.ppt](http://www.ruralcenter.org/documents/Performance_improvement_and_Balanced_Scorecard.ppt)
14. www.healthcarecommission.org.uk
15. <http://www.himss.org/content/files/proceedings/2001/sessions/ses125.pdf>
16. <http://www.pwcglobal.com/uk/enq/ins-sol/survey-rep/dream.html>

10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Προοπτική Μάθησης & Ανάπτυξης	σελ. 113
Πίνακας 2: Εσωτερική Προοπτική - Θέμα Ετοιμότητας	σελ. 114
Πίνακας 3: Εσωτερική Προοπτική - Θέμα Ποιότητας	σελ. 115
Πίνακας 4: Εσωτερική Προοπτική - Θέμα Αποδοτικότητας	σελ. 116
Πίνακας 5: Εξωτερική Προοπτική πελατών	σελ. 117
Πίνακας 6: ΠΕ-2 Κλινικοί Δείκτες Ποιότητας	σελ. 118
Πίνακας 7: ΠΕ-4 Υγιείς άνθρωποι - Δείκτες 2010	σελ. 119
Πίνακας 8: Οικονομική Προοπτική	σελ. 120
Πίνακας 9: Προοπτική Μετόχων	σελ. 121
Πίνακας 10: Στοιχεία εγκαταστάσεων ιατρικού κέντρου παιδών στο Cincinnati	σελ. 122
Πίνακας 11: Στοιχεία κοινών ωφελειών: Οικονομική απόδοση Ιούλιος έως Δεκέμβριος 1999	σελ. 123
Πίνακας 12: Στοιχεία μηχανολογικών Εγκαταστάσεων και υπηρεσιών κατασκευών: Οικονομική απόδοση Ιούλιος έως Δεκέμβριος 1999.	σελ. 124
Πίνακας 13: Στοιχεία κοινών ωφελειών: Οικονομικές αποδόσεις ετών 1993 έως 1999	σελ. 125
Πίνακας 14: Στοιχεία μηχανολογικών Εγκαταστάσεων και υπηρεσιών κατασκευών: Οικονομικές αποδόσεις ετών 1993 έως 1999.	σελ. 126

Προοπτική Μάθησης & Ανάπτυξης:

Εσωτερικές Διαδικασίες: Δεξιότητες και Εργαλεία Συνεργατών μας

Επιθυμητά Αποτελέσματα			
Ενασχόληση με τις επιστήμες και την τεχνολογία	Στρατολόγηση, διατήρηση και ανάπτυξη προσωπικού	Παροχή πληροφοριακών συστημάτων που ενισχύουν τις ικανότητες του προσωπικού και των ασθενών	Ενίσχυση συνεργασίας συναδέλφων
Επιθυμητό Αποτέλεσμα	Δείκτες	Στόχος	Δράσεις
M&A-1: Ενασχόληση με τις επιστήμες και την τεχνολογία	Το ποσοστό έργων έρευνας και ανάπτυξης που συνδέονται με τους στρατηγικούς στόχους	100%	-Να τεθούν τα μετρητικά αποτελέσματα υπόψη της TARA Chairs και να αναπτυχθεί μέθοδος για να γίνει γνώστης των στρατηγικών επιθυμητών αποτελεσμάτων του MHS. -Καθορισμός του τι προσπαθούμε να επιτύχουμε (καθορίζω, συνδέω, επικοινωνώ)
M&A-2: Στρατολόγηση, διατήρηση και ανάπτυξη προσωπικού	-ποσοστό πληρότητας (επιλεγμένες ειδικότητες) -ικανοποίηση εργαζομένων (ενιαία έρευνα)	-95% (κρίσιμες ελλείψεις) -TBD	-ενεργοποίηση / επινόηση ομάδας ULB για τη δημιουργία κινήτρων -Ανάπτυξη του προγράμματος MHS για τη στρατολόγηση και τη διατήρηση (ενδεχομένως προσδιορίζοντας τα ζητήματα πολιτικής και αλλαγών)
M&A-3: Παροχή πληροφοριακών συστημάτων που ενισχύουν τις ικανότητες του προσωπικού και των ασθενών	-Το ποσοστό ασθενών που λειτουργούν ορθά το σύστημα CHCSII -Αριθμός ραντεβού μέσω διαδικτύου	-100% -7.5 εκ. ραντ.	-Διεξαγωγή σταδιακής ανάπτυξης του συστήματος CHCS II (Σύνθετο σύστημα υγειονομικής περιθαλψής II) -Διαδικτυακή ανάπτυξη του TRICARE
M&A-4: Ενίσχυση συνεργασίας συναδέλφων – βελτιστοποίηση τρόπου παραχώρησης πόρων	- αριθμός ασυμπλήρωτων θέσεων στο MHS όπου συνεχίζεται η λειτουργία υπηρεσιών που έχουν λήξει.	Μηδέν	-Ανάπτυξη διαδικασίας Tri-Service για δια-υπηρεσιακούς πόρους μοιραζόμενους όπου είναι εφικτό και απαραίτητο -Δημιουργία ομάδας εργασίας που θα κάνει υποδείξεις σε κύρια θέματα και θα καταστρώνει σχέδια που θα εστιάζουν στην εκπαιδευτική εμπειρία κ.α

Εσωτερική Προοπτική: Θέμα Ετοιμότητας

Επιθυμητά Αποτελέσματα			
<p>Παροχή μιας ιατρικά έτοιμης συνολικής δύναμης</p>		<p>Παροχή ιατρικά έτοιμης δυνατότητας</p>	
Επιθυμητό Αποτέλεσμα	Δείκτες	Στόχος	Δράσεις
E-1: Παροχή μιας ιατρικά έτοιμης συνολικής δύναμης	-Μεμονωμένη ιατρική ετοιμότητα (IMR)	Πλήρη ιατρική ετοιμότητα για ανάπτυξη ποσοστό 75% ή μεγαλύτερο	Ανάπτυξη, εφαρμογή και έλεγχος μεμονωμένων ιατρικών ετοιμοτήτων για την ανάπτυξη δεικτών για τμήματα δράσης, επαγρύπνησης και επιφυλακής.
E-2: Παροχή έτοιμης ιατρικής δυνατότητας	-Κατάσταση πόρων αναπτυσσόμενων μονάδων	Το 75% των αναπτυσσόμενων μονάδων να είναι επανδρωμένες, εξοπλισμένες και εκπαιδευμένες	Διασφάλιση ανάπτυξης πολιτικής και οικονομικής ώθησης η οποία υποστηρίζει αναπτυσσόμενες απαιτήσεις

Εσωτερική Προοπτική: Θέμα Ποιότητας

Επιθυμητά Αποτελέσματα			
Βελτίωση ασφάλειας ασθενών	Μεγαλύτερη επικέντρωση στο πρόσωπο του ασθενή	Βελτίωση αποτελεσμάτων των περιστατικών υγείας	
Επιθυμητό Αποτέλεσμα	Δείκτες	Στόχος	Δράσεις
Π-1: Βελτίωση ασφάλειας ασθενών	-Αριθμός "παρά λίγο αποτυχιών" (καλές περιπτώσεις) διαιρούμενος από τις συνολικά αναφερθείσες περιπτώσεις	TBD (δεν υπάρχει συγκριτική μέτρηση επιδόσεων διαθέσιμη)	-Καθιέρωση διαδικασίας για τη συμμετοχή της ηγεσίας και των υπόλοιπων τομέων στα συνολικά αποτελέσματα της ανάλυσης στοιχείων των "παρά λίγο αποτυχιών" και των πραγματικών γεγονότων -Αγορά και επέκταση Target και εκτός του MHS -Σύνδεση του MedMARx μεταξύ των εγκαταστάσεων και των υπηρεσιών
Π-2: Μεγαλύτερη επικέντρωση στο πρόσωπο του ασθενή	- Ικανοποίηση των ασθενών για την αντιμετώπιση τους - Πρόσβαση (ευκολία κλεισίματος ραντεβού)	90%(ικανοποιημένοι) 50% (πολύ ικανοποιημένοι) 80 % στα πολιτικά σχέδια (MHS τηλεφωνική πρόσβαση — εσωτερικά πρότυπα)	-Καθιέρωση διαδικασίας που θα εξετάζει οργανισμούς με τη μέθοδο της συγκριτικής αξιολόγησης και θα μοιράζεται τις επιτυχημένες τεχνικές και ιδέες με την ηγεσία και τους υπόλοιπους τομείς -Υπαρξη παρόχρα για OB (μιαευτικές) Υπηρεσίες -Εφαρμογή πρόσβασης στις υποδείξεις περιθάλψης του OIPT (Overarching integrated project team).
Π-3: Βελτίωση των αποτελεσμάτων περιστατικών υγείας	Ποσοστό εισαγωγών που απειράτησαν	Δημιουργία συγκριτικής μέτρησης επιδόσεων	Καθιέρωση διαδικασίας αξιολόγησης των στοιχείων και προσδιορισμού των αιτιών κάθε σημαντικής διαφοράς (θετικής ή αρνητικής) ανάμεσα στο MHS και στα στοιχεία της συγκριτικής αξιολόγησης.

Εσωτερική Προοπτική: Θέμα Αποδοτικότητας

Επιθυμητά Αποτελέσματα			
Βελτίωση συνεργασίας μεταξύ εργαζομένων	Ενίσχυση παραγωγικότητας συστημάτων	Προσδιορισμός & ταξινόμηση απαιτήσεων	
Επιθυμητό Αποτέλεσμα	Δείκτες	Στόχος	Δράσεις
A-1: Βελτίωση συνεργασίας μεταξύ εργαζομένων	-Αξία διανομής DoDNA (Διοίκηση απόστρατων) (Veterans Administration)	\$100 εκατ. FY03	-Ποσοτικοποίηση και χαρακτηρισμός μοιρασμένων συμφωνιών (να περιληφθούν επίσημες και άτυπες ρυθμίσεις) -Προσδιορισμός των καλύτερων πρακτικών στη διανομή των πόρων DoDNA - Καθιέρωση κριτηρίων διοίκησης και διαχείρισης του κοινού Ταμείου κινήτρων
A-2: Ενίσχυση παραγωγικότητας συστημάτων	-RVU (σχετικές μονάδες αξίας) ανά FTE (ισάξιο για πλήρη χρόνο) -Κλινική διαθεσιμότητα παραχέα -Ποσοστό πληρότητας νοσοκομείου -Ημέρες ανά 1000 δικαιούχους -Πρωταρχική Διαρροή -κόστος / RVU	= ή > 18.5 = ή > 80% = ή > 80% = ή < 195 = ή < 30% TBD	-Ανάπτυξη, εφαρμογή και έλεγχος διαθεσιμότητας παραχέα, RVU/FTE και υποστήριξη προτύπων υποστήριξης της μονάδας / προσωπικού. -Ανάπτυξη καθορισμένης μεθοδολογίας ελέγχου πληρότητας νοσοκομείου και ποσοτών αποδοχής του MHS από τους ασθενείς. Εύρεση μεθοδολογίας καταμέτρησης κρεβατιών – ανάπτυξη μεθοδολογίας εκτίμησης πρωταρχικής διαρροής -Ανάπτυξη μεθοδολογίας και ελέγχου του κόστους άμεσης και ιδιωτικού τομέα περιθαλψής για τα μέλη του MTF (military treatment facility)
A3: Προσδιορισμός & ταξινόμηση απαιτήσεων	PA&E Μελέτη (ολοκλήρωση της μελέτης και καθιέρωση δεικτών)	100% επάνδρωση & χρηματοδότηση απαιτούμενων απαιτήσεων ετοιμότητας	Ανταπόκριση στη μελέτη PA&E αναπτύσσοντας μία μεθοδολογία η οποία θα επανδρώνει και θα χρηματοδοτεί όλες τις αιτιολογημένες απαιτήσεις ετοιμότητας

Εξωτερική Προοπτική πελατών: “Τι προσδοκούν οι πελάτες από εμάς;”

Επιθυμητά Αποτελέσματα			
Δημιουργία μιας υγιούς και ιατρικά προστατευμένης δύναμης	Παροχή υψηλής ποιότητας περιθαλψης παντού	Βελτίωση Εξυπηρέτησης πελατών	Δημιουργία υγιών κοινοτήτων
Επιθυμητό Αποτέλεσμα	Δείκτες	Στόχος	Δράσεις
ΠΕ-1: Δημιουργία μιας υγιούς και ιατρικά προστατευμένης δύναμης	Αντίστοιχο με E-1	Αντίστοιχο με E-1	Αντίστοιχο με E-1
ΠΕ-2: Παροχή υψηλής ποιότητας περιθαλψης παντού	Δείκτες ποιότητας βασισμένοι στον κλάδο υγείας	-9 στις 9 μετρήσεις επιτυγχάνουν το στόχο	Ανάπτυξη παγκόσμιας υπερπόντιας TRICARE σύμβασης υγειονομικής περιθαλψη -Το Forum κλινικής ποιότητας θα αναπτύξει και θα παρουσιάσει σχέδιο για την βελτίωση των 9 ποιοτικών δεικτών -Ανάπτυξη κλινικών πρακτικών οδηγιών σε όλο το MHS (90% of MTFs θα αναπτύξει τις πρώτες 5 πρακτικές οδηγίες CPGs)
ΠΕ-3: Βελτίωση Εξυπηρέτησης πελατών	Ικανοποίηση από το σχέδιο Υγείας	65% (Ιδιώτες 80 τοις εκατό) (21.2% πολύ ικανοποιημένοι)	-Αύξηση ηλεκτρονικής υποβολής αιτήσεων -Βελτίωση της διαχειριστικής στρατηγικής των πελατειακών σχέσεων μέσω T-Nex και της νέας σύμβασης TIC (TRICARE Information Call Center)
ΠΕ-4: Δημιουργία υγιών κοινοτήτων	Υγεία πληθυσμού μετρήσεις 2010	11 στις 11 μετρήσεις επιτυγχάνουν το στόχο	-Το προσωπικό της ομάδας Υγείας θα αναπτύξει και θα παρουσιάσει σχέδιο βελτίωσης των 11 PHI metrics -Ανάπτυξη βασισμένη στο διαδίκτυο κέντρου υποστήριξης υγείας

ΠΕ-2 Κλινικοί Δείκτες Ποιότητας

Δείκτης	Στόχος	Σημειώσεις
Εξέταση καρκίνου του μαστού	78.19	
Εξέταση καρκίνου της μήτρας	77.74	
Περίθαλψη στο πρώτο τρίμηνο της κύησης	80.00	Αυθαίρετος. Νέος δείκτης για HEDIS – δεν υπάρχουν διαθέσιμα ποσοτικά δεδομένα
Συνέχιση θεραπείας μετά από νοσηλεία για προβλήματα διανοητικής υγείας	80.00	
Εξετάσεις υγείας μετά τον τοκετό	90.00	Αυθαίρετος
Beta Block μετά από καρδιακή προσβολή	93.33	
Εξέταση οφθαλμών για το διαβήτη	54.17	
Αντιμετώπιση άσθματος	65.54 για ηλικίες 5-9 62.16 για ηλικίες 10-17 67.18 για ηλικίες 18-56	Πρέπει να επιτευχθούν και οι τρεις στόχοι για τη λήψη της βαθμολογίας του δείκτη
Σκόπιμη διακοπή καπνίσματος	90.00	Αυθαίρετος

ΠΕ-4 Υγιείς άνθρωποι - Δείκτες 2010

ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΔΕΙΚΤΕΣ
Καπνός	Μείωση χρήσης καπνού <15% - 20% για ενεργά μέλη
Οικογενειακός προγραμματισμός	Μείωση εγκυμοσύνων σε ηλικίες 15-17 σε <50/1000 κοπέλες
Τραυματισμοί από αμέλεια	Μείωση ποσοστού νοσηλείων από αμέλεια < 754/100,000
Περιβαλλοντική υγεία	Μείωση νοσηλείων για περιπτώσεις άσθματος <160/100,000
Υγεία βρέφους και μητέρας	Αύξηση επισκέψεων στο 1ο Τρίμηνο της κύησης >90% Μείωση ποσοστού γεννήσεων παιδιών με χαμηλό σωματικό βάρος < 5% Μείωση ποσοστού θνησιμότητας νηπίων < 7/1000
Καρδιακές προσβολές και παθήσεις	Αύξηση στο 75% ελέγχου ποσοστών χοληστερόλης
Καρκίνος	Αύξηση Μαστογραφιών (<24 mos., aged >50) ποσοστό > 60% Increase Pap Smear (<36 mos., aged > 18) ποσοστό > 85%
Υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής	Αύξηση πληθυσμού με συγκεκριμένες πηγές προληπτικής περίθαλψης >95%

Οικονομική Προοπτική: “Τι προσδοκούν οι μέτοχοι από εμάς?”

Επιθυμητά Αποτελέσματα			
Προσδιορισμός και υπολογισμός κόστους ετοιμότητας	Απόκτηση κατάλληλων πόρων	Βελτίωση διαχείρισης πόρων	
Επιθυμητό Αποτέλεσμα	Δείκτες	Στόχος	Δράσεις
Ο-1: Προσδιορισμός και υπολογισμός κόστους ετοιμότητας	- Κόστος ετοιμότητας	TBD	Προσδιορισμός ετοιμότητας και εύρεση κενών σε όλη την έκταση της έκθεσης οικονομικών στοιχείων και απόκριση στη RA&E μελέτη.
Ο-2: Απόκτηση κατάλληλων πόρων	- % αύξηση του προϋπολογισμού του DHP (Defense Health program) μέσα στον αποδεκτό εθνικό πληθωριστικό δείκτη υγειονομικής περιθαλψης - Διατήρηση κύκλου ζωής ακίνητης περιουσίας και διατήρηση κύριου εξοπλισμού	-Ετήσια ανάπτυξη DHP σε ευθυγράμμιση με Ετήσια αύξηση του ιατρικού δείκτη τιμών διάθεσης στην κατανάλωση (MCPI: medical consumer price index) -Κτήρια 30 έτη. -Εξοπλισμός 7-10 έτη Μέγιστο / 3-5 έτη Ελάχιστο	-Προσδιορισμός των απαιτούμενων πόρων υγειονομικής περιθαλψης βασισμένοι σε ιστορικές τάσεις και προβλέψεις του κλάδου υγείας για τη συμβολή στην ανάπτυξη προϋπολογισμών -Ανάπτυξη μεθοδολογίας και παροχή αναφοράς ως προς το χρόνο αντικατάστασης του εξοπλισμού και των εγκαταστάσεων του MHS σύμφωνα με τη συγκριτικές αξιολογήσεις του κλάδου υγειονομικής περιθαλψης
Ο-3: Βελτίωση διαχείρισης πόρων	- Αποδοτικότητα υγειονομικής περιθαλψης του MHS (\$ εκροή/ \$ εισροή) - Αποδοτικότητα υγειονομικής περιθαλψης του Συστήματος άμεσης περιθαλψης(\$ άμεσης περιθαλψης εκροές/(\$ άμεσης περιθαλψης εισροές)	TBD TBD	Αύξηση του λόγου "περιθαλψη / κόστος" του MHS και του DCS (Duplicate Claims System)

Προοπτική Μετόχων: “Τι προσδοκεί ο μέτοχος από εμάς;”

Επιθυμητά Αποτελέσματα	
<p>Να ενισχυθεί το Υπουργείο Άμυνας και η Ασφάλεια του έθνους παρέχοντας ιατρική υποστήριξη για όλες τις στρατιωτικές λειτουργίες και στηρίζοντας την υγεία όλων όσων εμπιστεύονται την περίθαλψη μας</p>	

Επιθυμητό Αποτέλεσμα	Δείκτες	Στόχος	Δράσεις
M-1: Να ενισχυθεί το Υπουργείο Άμυνας και η Ασφάλεια του έθνους παρέχοντας ιατρική υποστήριξη για όλες τις στρατιωτικές λειτουργίες και στηρίζοντας την υγεία όλων όσων εμπιστεύονται την περίθαλψη μας	ικανοποίηση προϊσταμένων προσωπικού από την ιατρική υποστήριξη	Επικύρωση του ιατρικού προγράμματος 24 αστέρων	Δημιουργία ενός επίσημου εγγράφου που θα υπογράφεται από τους προϊσταμένους

CHMC PHYSICAL PLANT ANALYSIS	UNDER CONSTRUCTION				TO BE DEMOLISHED				
	BUILDING	GSF	% OF TOTAL GSF	YEAR OPENED	HVAC SYSTEM TYPE	HEATING UTILITY	COOLING UTILITY	MAINTENANCE EXPENSE	UTILITY EXPENSE
CHILDREN'S HOSPITAL	197,500	8.61%	1926	UNITARY	STEAM	CH WATER	> AVERAGE	AVERAGE	
	10,000	0.44%	1949	ALL AIR	STEAM	CH WATER	> AVERAGE	AVERAGE	
	90,900	3.96%	1968	ALL AIR	STEAM	CH WATER	> AVERAGE	AVERAGE	
	20,000	0.87%	1980	ALL AIR	STEAM	CH WATER	> AVERAGE	AVERAGE	
	1,500	0.07%	1986	ALL AIR	STEAM	CH WATER	> AVERAGE	AVERAGE	
TOTAL	319,900								
HOSPITAL TOWER	346,135	15.09%	1993	ALL AIR	STEAM	CH WATER	AVERAGE	AVERAGE	
PHASE 3	464,573	20.25%	2002	ALL AIR	STEAM	CH WATER	AVERAGE	AVERAGE	
TCHRF	89,000	3.88%	1929	ALL AIR	STEAM	CH WATER	> AVERAGE	AVERAGE	
	80,000	3.49%	1968	ALL AIR	STEAM	CH WATER	AVERAGE	AVERAGE	
	120,100	5.23%	1991	ALL AIR	STEAM	CH WATER	AVERAGE	AVERAGE	
	119,400	5.20%	1998	ALL AIR	STEAM	CH WATER	AVERAGE	AVERAGE	
	112,000	4.88%	2000	ALL AIR	STEAM	CH WATER	AVERAGE	AVERAGE	
TOTAL	520,500								
OUTPATIENT SERVICES	112,400	4.90%	1983	SPLIT	ELEC	ELEC	AVERAGE	> AVERAGE	
	77,600	3.38%	1988	SPLIT	ELEC	ELEC	AVERAGE	> AVERAGE	
TOTAL	190,000								
PAVILION	125,500	5.47%	1971	SPLIT	ELEC	ELEC	> AVERAGE	> AVERAGE	
	1,700	0.07%	1987	SPLIT	ELEC	ELEC	> AVERAGE	> AVERAGE	
TOTAL	127,200								
EDUCATION CENTER	132,500	5.77%	2000	ALL AIR	STEAM	CH WATER	AVERAGE	AVERAGE	
DAYCARE @ CHMC	11,700	0.51%	1900	ALL AIR	ELEC	ELEC	AVERAGE	> AVERAGE	
DAYCARE @ VERNON PL.	20,000	0.87%	2000	ALL AIR	ELEC	ELEC	AVERAGE	> AVERAGE	
TOTAL	31,700								
OUTPATIENT MASON	22,700	0.99%	1987	ALL AIR	GAS	ELEC	AVERAGE	> AVERAGE	
	12,913	0.56%	1996	ALL AIR	GAS	ELEC	AVERAGE	> AVERAGE	
	21,913	0.96%	1997	ALL AIR	GAS	ELEC	AVERAGE	> AVERAGE	
TOTAL	57,526								
VERNON PLACE	104,500	4.55%	ACQ 1999	ALL AIR	GAS	ELEC	AVERAGE	> AVERAGE	
TOTAL OCCUPIED GSF	2,294,634	100.00%							
AVERAGE AGE OF PLANT	1984								
NOTES:	1. STEAM BOILERS FIRED FROM GAS OR FUEL OIL 2. CH WATER PRODUCED FROM ELECTRIC CENTRIFUGAL, ABSORPTION, AND THERMAL STORAGE 3. ON SITE ELECTRICAL GENERATION CAPACITY OF 14,000KW								
PARKING STRUCTURES									
SOUTH GARAGE	265,250	20.39%	1998						
NORTH GARAGE	372,000	28.60%	1991						
VISITOR PARKING A	278,000	21.37%	1993						
VISITOR PARKING B	100,280	7.71%	1999						
VISITOR PARKING C	285,300	21.93%	2000						
TOTAL	1,300,830	100.00%							
AVERAGE AGE			1995						

Table 2: CHMC Physical Plant Data

7 CENTRAL UTILITIES	FY 2000	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC
SALARIES	\$146,741	\$12,331	\$12,109	\$12,054	\$11,548	\$12,228	\$11,714
BENEFITS							
CHEMICALS	\$50,000	\$4,114	\$961	\$3,630	\$3,300	\$3,300	\$3,300
MAINTENANCE SUPPLIES	\$50,000	\$1,851	\$5,584	\$2,141	\$7,753	\$8,429	(\$3)
PURCH SRVCS	\$80,000	\$10,433	\$20,634	\$11,662	\$3,423	\$3,029	\$8,428
ELECTRIC	\$3,176,740	\$315,534	\$314,570	\$279,436	\$254,812	\$217,696	\$248,676
STEAM/FUEL/OIL	\$826,878	\$81,810	\$56,188	\$55,472	\$56,190	\$102,237	\$71,142
WATER & SANITATION	\$454,584	\$48,094	\$37,615	\$40,578	\$34,097	\$41,893	\$40,561
7 TOTAL	\$4,784,943	\$474,167	\$447,661	\$404,973	\$371,123	\$388,812	\$383,818
TOTAL UTILITIES	\$4,458,202	\$445,438	\$408,373	\$375,486	\$345,099	\$361,826	\$360,379
TOTAL PURCH SRVC	\$80,000	\$10,433	\$20,634	\$11,662	\$3,423	\$3,029	\$8,428
TOTAL SUPPLIES	\$100,000	\$5,965	\$6,545	\$5,771	\$11,053	\$11,729	\$3,297
UTILITIES COST / GSF / YEAR	\$2.84	\$0.33	\$0.31	\$0.28	\$0.26	\$0.27	\$0.27
FUEL COST FY2000	\$572,903	\$79,142	\$72,270	\$65,528	\$65,286	\$93,720	\$89,368
OIL CONSUMPTION	0	7,500	0	0	0	15,011	0
OIL COST / GAL		\$0.567	\$0.549	\$0.625	\$0.665	\$0.6570	\$0.7215
OIL COST / MMBTU		\$4.046	\$3.918	\$4.461	\$4.750	\$4.693	\$5.154
OIL ENERGY (MMBTU)		1,050	0	0	0	2,102	0
GAS COST / MCF	\$3.41	\$3.055	\$3.439	\$3.751	\$3.400	\$4.026	\$3.157
GAS CONSUMPTION (MMBTU)	242,321	24,512	21,013	17,468	19,203	20,827	28,308
UNIT ELEC COST / KWH	\$0.0455	\$0.0392	\$0.0396	\$0.0415	\$0.0426	\$0.0413	\$0.0437
ELEC CONSUMPTION (KWH)	71,010,869	7,478,773	7,236,095	5,966,651	5,590,256	6,046,287	5,317,482
BILLING DEMAND							
COST OF ELECTRIC	\$1,784,081	\$293,095	\$288,199	\$247,624	\$239,538	\$249,469	\$232,186
WATER COST / CCF	\$0.85	\$0.93	\$0.92	\$0.94	\$0.94	\$0.95	\$0.94
WATER VOLUME (CCF)	151,980	25,228	26,967	17,465	19,488	19,156	14,440
SANITATION COST (CCF)	\$1.25	\$1.33	\$1.28	\$1.34	\$1.30	\$1.37	\$1.34
SANITATION VOLUME (CCF)	117,812	18,857	15,374	12,658	15,929	16,323	12,771
WATER & SANITATION COST	\$236,429	\$48,542	\$44,488	\$33,379	\$39,026	40,407	30,587
TOTAL ENERGY (BTU/GSF/YR)	287,999						
TARGET: BTU / GSF / MONTH	24,000	30,366	27,161	22,480	22,748	25,886	27,606

Table 3: Central Utilities Data: Budget Performance July 1999 to December 1999

1959 PLANT ENGINEERING	FY 2000	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC
100: SALARIES	\$1,580,890	\$127,683	\$117,690	\$105,681	\$110,886	\$112,163	\$117,074
BENEFITS	\$0						
405: PLUMBING	\$121,000	\$4,904	\$10,157	\$14,624	\$5,949	\$5,119	\$10,452
406: ELECTRICAL	\$141,000	\$6,349	\$16,643	\$18,557	\$12,088	\$13,727	\$11,008
408: MAINTENANCE	\$128,000	\$4,365	\$9,661	\$13,746	\$8,866	\$10,844	\$15,660
409: STERILIZER	\$299,150	\$22,597	\$7,830	\$16,777	\$6,678	\$18,697	\$5,619
411: MATTRESS	\$10,000	\$3,501	\$1,697	\$2,556	\$1,690	\$431	\$1,365
415: UNIFORMS	\$19,000	\$913	\$1,907	\$1,355	\$1,647	\$819	\$1,737
450: OFFICE SUPPLIES	\$5,000	(\$1,227)	\$766	\$1,487	\$483	\$358	\$857
451: STOREROOM	\$500	\$65	\$14	\$34	\$16	\$23	\$6
472: PRINTSHOP	\$300	\$0	\$18	\$205	\$48	\$26	\$0
495: GROUNDS	\$18,540	\$0	\$789	(\$51)	\$861	\$1,849	\$743
513: TEMP SALARIES	\$10,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
552: CELL PHONE		\$75	\$35	\$76	\$59	\$63	\$71
570: MAINT PURCH SRVC	\$558,000	\$34,691	\$29,535	\$34,488	\$46,204	\$24,744	\$27,905
572: GROUNDS PURCH SRVC	\$210,000	\$19,546	\$23,158	\$23,292	\$20,211	\$33,239	\$32,432
581: PAGER MAINTENANCE	\$0	\$153	\$155	\$0	\$15,660	(\$15,481)	\$99
695: HVAC	\$74,000	\$3,634	\$3,662	\$5,396	\$3,764	\$2,926	\$4,018
713: GASOLINE	\$6,000	\$0	\$614	\$776	\$400	\$672	\$560
740: PHONE	\$1,800	\$95	\$132	\$300	\$145	\$82	\$0
940: CONF & TRAVEL	\$10,000	\$5,156	\$1,637	(\$3)	\$10	\$109	\$145
990: MISC EXPENSE	\$3,000	\$509	\$242	\$187	\$510	\$419	\$990
1959 TOTAL	\$3,196,180	\$233,009	\$226,542	\$239,483	\$236,175	\$210,829	\$230,743
1962 CONSTRUCTION SERVICES							
100: SALARIES	\$245,680	\$20,801	\$19,241	\$20,143	\$21,022	\$20,226	\$20,897
BENEFITS	\$0						
402: PAINTING	\$15,389	\$1,547	\$2,324	\$1,258	\$1,795	\$319	\$1,687
407: CARPENTRY	\$90,000	\$4,533	\$6,419	\$7,874	\$6,214	\$2,561	\$6,292
420: PHOTO SUPPLIES	\$9,000	\$0	\$8	\$630	\$0	\$1,122	\$0
450: OFFICE	\$5,000	\$0	\$48	\$76	\$291	\$0	\$3
492: WINDOW SHADES	\$2,000	\$0	\$0	\$280	\$200	\$0	\$0
500: PURCH SRVC - DESIGN	\$30,000	\$279	\$0	\$3,813	\$368	(\$98)	\$8,020
552: CELLULAR PHONE	\$0	\$11	\$19	\$0	\$0	\$0	\$0
570: PURCH SRVC - MAINT	\$285,000	\$31,140	\$14,695	\$15,169	\$22,633	\$32,595	\$23,841
581: PAGER MAINTENANCE	\$0	\$18	\$18	\$0	\$18	\$28	\$18
586: VINYL REPAIR	\$7,000	\$0	\$1,794	\$0	\$300	\$2,680	\$1,769
682: EQUIPMENT REPAIR	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
740: PHONE	\$800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
940: CONF & TRAVEL	\$7,200	\$974	\$1,263	\$129	\$50	\$231	\$894
950: DUES & SUBSCRIPTIONS	\$500	\$0	\$90	\$0	\$115	\$0	\$120
990: MISC EXPENSE	\$2,000	\$17	\$134	\$526	\$93	\$17	\$17
1962 TOTAL	\$699,569	\$59,320	\$46,053	\$49,918	\$53,099	\$59,681	\$63,558
MAINTENANCE COST / GSF / YR	\$2.32						
TARGET: COST / GSF / MONTH	\$0.19	\$0.17	\$0.16	\$0.17	\$0.17	\$0.16	\$0.17
LABOR COST / GSF / MONTH	\$0.09	\$0.09	\$0.08	\$0.07	\$0.08	\$0.08	\$0.08
CONTR SERV COST / GSF / MONTH	\$0.05	\$0.05	\$0.04	\$0.05	\$0.05	\$0.06	\$0.06
SUPPLY COST / GSF / MONTH	\$0.05	\$0.03	\$0.04	\$0.05	\$0.04	\$0.03	\$0.04
HOURS WORKED		5,894	5,883	5,737	6,037	5,659	5,508
HOURS WORKED / KGFS		3.50	3.50	3.41	3.59	3.36	3.27

Table 4:

Plant Engineering and Construction Services Data: Budget Performance
July 1999 to December 1999

POWER PLANT	FY 1993	FY 1994	FY 1995	FY 1996	FY 1997	FY 1998	FY 1999
SALARIES						\$61,370	\$128,330
CHEMICALS	\$9,396	\$11,925	\$14,330	\$14,160	\$14,655	\$17,222	\$40,291
MAINT SUPPLIES	\$28,406	\$19,948	\$13,786	\$23,009	\$17,186	\$24,570	\$55,689
PURCH SERVICES - AGDESTO	\$0,900	\$0,020	\$0	\$15	\$14	(\$309)	
PURCH SERVICES	\$38,046	\$44,364	\$30,572	\$46,766	\$48,466	\$51,448	\$79,242
ELECTRIC	\$2,005,664	\$2,404,385	\$2,481,377	\$2,941,219	\$2,497,096	\$2,923,089	\$2,931,411
STEAM / FUEL OIL / GAS	\$616,276	\$1,289,972	\$1,168,607	\$1,586,343	\$1,230,406	\$1,272,453	\$829,144
WATER & SANITATION	\$211,881	\$260,234	\$232,564	\$337,636	\$307,420	\$335,226	\$448,939
TOTAL	\$2,918,632	\$4,037,651	\$3,941,267	\$4,949,148	\$4,115,243	\$4,685,069	\$4,513,046
COST PER GSF	\$2.99	\$3.07	\$2.97	\$3.74	\$3.11	\$3.19	\$3.07
ELECTRIC (KWHR)	48,127,400	57,766,554	57,089,040	57,379,272	57,825,948	63,635,851	71,674,035
STEAM (MLBS)	104,302	159,452	163,748	186,312	150,384	149,645	0
OIL (GALLONS)	6,178	11,040	4,666	19,080	18,128	6,315	45,906
GAS (MCF)	0	0	0	0	0	13,693	263,549
ENERGY USE (BTU / GSF / YR)	276,315	272,339	271,108	290,409	264,341	259,251	349,791
PERCENT OF GROSS REVENUE			1.34%	1.57%	1.16%	1.22%	1.06%

Table 5: Central Utilities Data: Historical Budget Performance Fiscal Years 1993 through 1999

1959: PLANT ENGINEERING	FY 1993	FY 1994	FY 1995	FY 1996	FY 1997	FY 1998	FY 1999
100: SALARIES	\$1,732,589	\$1,606,397	\$1,444,252	\$1,272,706	\$1,222,231	\$1,303,897	\$1,381,361
402: PAINT SUPPLIES	\$11,016	\$12,816					
405: PIPING SUPPLIES	\$65,460	\$76,821	\$94,310	\$62,247	\$80,291	\$121,381	\$74,538
406: ELECTRICAL SUPPLIES	\$114,117	\$129,760	\$114,070	\$160,760	\$168,792	\$165,963	\$109,281
407: CARPENTRY SUPPLIES	\$96,902	\$109,635			\$554	\$1,515	
408: MAINTENANCE SUPPLIES	\$135,576	\$191,666	\$116,982	\$174,351	\$132,497	\$196,276	\$150,012
409: STERILIZER SUPPLIES	\$80,201	\$74,538	\$69,260	\$101,944	\$94,230	\$87,685	\$100,500
411: MATTRESS SUPPLIES	\$5,776	\$4,245	\$12,374	\$12,199	\$7,801	\$23,376	\$11,598
415: UNIFORMS	\$20,047	\$22,062	\$12,772	\$11,791	\$12,332	\$19,161	\$15,183
450: OFFICE SUPPLIES	\$12,136	\$15,664	\$1,571	\$8,367	\$6,423	\$7,827	\$9,220
451: STOREROOM	\$3,209	\$1,808	\$422	\$423	\$344	\$474	\$402
472: PRINTSHOP	\$876	\$393	\$467	\$211	\$223	\$485	\$454
474: COPYING	\$1,200						
492: WINDOW SHADES	\$179		\$2,371				
495: GROUNDS SUPPLIES	\$14,028	\$12,730	\$16,988	\$15,670	\$2,876	\$9,623	\$11,767
500: PURCH SERVICE: ASBESTOS	\$18,669	\$12,634	\$1,559	\$225	\$762	\$1,094	\$1,263
513: TEMP SALARIES		\$17,227		\$2,899	\$1,733	\$344	\$3,317
552: CELL PHONES							\$645
570: PURCH SERVICE	\$673,710	\$806,534	\$406,968	\$460,551	\$543,516	\$594,026	\$514,103
572: PURCH SERVICE - GROUNDS	\$90,696	\$95,187	\$135,395	\$105,086	\$106,820	\$245,447	\$283,616
581: PAGER MAINTENANCE							\$2,585
682: EQUIPMENT REPAIR						\$16,360	
695: HVAC SUPPLIES	\$73,525	\$59,584	\$63,975	\$93,921	\$62,933	\$80,916	\$45,929
713: GASOLINE	\$5,023	\$5,507	\$4,520	\$2,458	\$3,993	\$5,487	\$5,336
740: PHONE	\$53	\$653	\$264	\$223	\$140	\$1,965	\$2,405
940: CONF & TRAVEL	\$9,555	\$10,560	\$5,052	\$11,224	\$4,848	\$11,470	\$6,988
990: MISC EXPENSE	\$10,594	\$7,241	\$8,250	\$7,555	\$3,740	\$4,885	\$7,256
TOTAL	\$3,175,137	\$3,273,662	\$2,511,822	\$2,504,811	\$2,457,078	\$2,899,657	\$2,737,765
1962: CONSTRUCTION SERVICES							
100: SALARIES	\$165,568	\$187,606	\$222,287	\$187,588	\$197,462	\$225,736	\$237,579
402: PAINTING SUPPLIES			\$10,879	\$10,647	\$11,635	\$13,171	\$12,548
407: CARPENTRY SUPPLIES			\$69,604	\$76,602	\$77,642	\$66,774	\$64,561
450: OFFICE SUPPLIES	\$1,768	\$1,564	\$2,013	\$2,801	\$5,331	\$2,377	\$1,969
451: STOREROOM	\$117	\$75	\$74	\$79	\$58	\$85	\$16
472: PRINTSHOP	\$110	\$59	\$64	\$217	\$10	\$1,021	\$40
492: WINDOW SHADES				\$370	\$556	\$1,615	\$4,355
500: PURCH SERVICES	\$16,613	\$9,965	\$56,126	\$49,286	\$11,156	\$55,335	\$6,194
513: TEMP SALARIES		\$7,174		\$1,043			
552: CELL PHONE							\$403
570: PURCH SERVICE			\$292,336	\$278,653	\$313,093	\$232,472	\$243,553
581: PAGER MAINTENANCE							\$201
586: VINYL REPAIR			\$9,869	\$9,095	\$7,682	\$21,960	\$10,671
682: EQUIPMENT REPAIR	\$156					\$373	
740: PHONE	\$1,764	\$1,931	\$1,751	\$632	\$573	\$1,096	\$442
940: CONFERENCE & TRAVEL	\$4,865	\$755	\$5,015	\$6,153	\$3,311	\$4,742	\$6,572
950: DUES & SUBSCRIPTIONS	\$672	\$506	\$552	\$255	\$245	\$720	\$495
990: MISC EXPENSE	\$3,833	\$1,200	\$2,882	\$1,233	\$1,709	\$7,568	\$946
TOTAL	\$195,466	\$210,835	\$693,652	\$626,854	\$630,663	\$635,045	\$590,545
TOTAL 1959 AND 1962	\$3,370,603	\$3,484,497	\$3,205,474	\$3,131,665	\$3,087,741	\$3,534,702	\$3,328,310
MAINT COST PER GSF	\$3.46	\$2.68	\$2.42	\$2.36	\$2.33	\$2.40	\$2.28
PERCENT OF GROSS REVENUE			1.09%	0.99%	0.87%	0.92%	0.79%

Table 6: Plant Engineering and Construction Services Data: Historical Budget Performance Fiscal Years 1993 through 1999

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

BSC: Balanced Scorecard

BTU: British Thermal Unit

CHCS II: is a medical and dental clinical information system that will generate and maintain a comprehensive, life-long, computer-based patient record (CPR) for each Military Health System (MHS) beneficiary

CPGs: Clinical Practice Guidelines

CPR: Computer-Based Patient Record

DCS: Duplicate Claims System

DHP: Defense Health Program

DoD: Department of Defense

FTE: Full Time Equivalent

GSF: Gross Square Foot

HPM: Health Performance Management

IMR: Individual Medical Readiness

MCPI: Medical Consumer Price Index

MHS: Military Health System

MTF: Military Treatment Facility

OIPT: Overarching Intergrated Project Team

PHI: Population Health Improvement

T-Nex: Next generation of Tricare

TIC: Tricare Information Call Center

VA: Veterans Administration



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



004000074897