
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ BALANCED
SCORECARD ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΕΛΕΤΗ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ NHS**

ΝΟΤΑΡΑ ΕΛΕΝΗ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2026

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ BALANCED
SCORECARD ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΕΛΕΤΗ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ NHS**

ΝΟΤΑΡΑ ΕΛΕΝΗ, Α.Μ.: ΟΔΥ/2425

Επιβλέπων: Ιωάννης Πολλάλης /Διδάκτορας / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2026

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**THE APPLICATION OF THE BALANCED SCORECARD
MODEL IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS: A CASE
STUDY OF THE NHS**

NOTARA ELENI

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2026

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ονοματεπώνυμο

NOTARA ELENH

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή



.....

Ευχαριστίες

Θα ήθελα ειλικρινά να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Ιωάννη Πολλάλη, για το ενδιαφέρον και την υποστήριξή του. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένεια μου που βρίσκεται πάντα δίπλα μου σε κάθε μου βήμα.

Περιεχόμενα

Κατάλογος Εικόνων.....	viii
Κατάλογος Πινάκων	ix
Περίληψη	x
Abstract	xi

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.1 Αντικείμενο και Σημασία της Έρευνας	1
1.2 Σκοπός της Έρευνας	2
1.3 Ερευνητικά Ερωτήματα	2
1.4 Μεθοδολογία της Έρευνας	3
1.5 Δομή της Εργασίας	3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ BALANCED SCORECARD.....	4
2.1 Η Εξέλιξη των Συστημάτων Μέτρησης Απόδοσης.....	4
2.2 Το Balanced Scorecard: Ιστορική Αναδρομή και Θεμελιώδεις Αρχές.....	5
2.3 Οι Τέσσερις Διαστάσεις του BSC.....	6
2.3.1 Χρηματοοικονομική Διάσταση (Financial Perspective)	7
2.3.2 Διάσταση Πελατών (Customer Perspective)	7
2.3.3 Διάσταση Εσωτερικών Διαδικασιών (Internal Process Perspective)	8
2.3.4 Διάσταση Μάθησης & Ανάπτυξης (Learning & Growth Perspective)	9
2.4 Χάρτες Στρατηγικής (Strategy Maps) και η Σημασία τους	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: BALANCED SCORECARD ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
3.1 Ιδιαιτερότητες των Οργανισμών Υγείας.....	13
3.2 Εφαρμογή του Balanced Scorecard σε Οργανισμούς Υγείας: Παραδείγματα, Πρακτικές και Βήματα Υλοποίησης.....	14
3.3 Οφέλη από την Εφαρμογή	17
3.4 Προκλήσεις και Περιορισμοί.....	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ	20
4.1 Σχετικά με το National Health Service (NHS)	20
4.1.1 Δομή του NHS	20

4.1.2 Λειτουργία του NHS.....	20
4.2 Διοίκηση και Χρηματοδότηση.....	21
4.3 Αξιολόγηση Απόδοσης στο NHS	22
4.4 Προκλήσεις του Συστήματος.....	24
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	30
5.1 Ερευνητική Προσέγγιση	30
5.2 Μελέτη Περίπτωσης (Case Study)	30
5.3 Πηγές Δεδομένων	30
5.4 Μέθοδος Ανάλυσης	31
5.5 Περιορισμοί Έρευνας.....	31
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΝΑΛΥΣΗ - ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ BSC ΣΤΟ NHS.....	32
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	43
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	47
8.1 Βασικά Συμπεράσματα	47
8.2 Προτάσεις για το NHS.....	48
8.3 Προτάσεις Εφαρμογής για την Ελλάδα	49
8.4 Μελλοντικές Ερευνητικές Κατευθύνσεις	51
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	52

Κατάλογος Εικόνων

2.1 Strategy Map	12
4.1 Συνολικός αριθμός ασθενών σε λίστα αναμονής για προγραμματισμένη περίθαλψη υπό την καθοδήγηση ιατρών συμβούλων στο NHS	27
4.2 Ποσοστό ασθενών σε όλα τα τμήματα επειγόντων περιστατικών του NHS που εξετάστηκαν εντός 4 ωρών	28
6.1 Διαστάσεις του BSC στο NHS Sussex (2022)	32
6.2 Διαστάσεις του BSC στο NHS Sussex και δείκτες απόδοσης (2022)	34
6.3 Σύνθεση του BSC με βάση τη μελέτη των Patel et al. (2008)	35
6.4 Βήματα μεθοδολογίας στη μελέτη των Patel et al. (2008)	36

Κατάλογος Πινάκων

2.1 Συνοπτική Παρουσίαση των Τεσσάρων Διαστάσεων του BSC με βάση το Κεφάλαιο 2.3	10
6.1 Παρουσίαση Διαστάσεων και Βαθμολογίας στο NHS Sussex (2022)	33

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ BALANCED SCORECARD ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ NHS

Σημαντικοί Όροι: Balanced Scorecard (BSC), Χάρτης Στρατηγικής, Βασικοί Δείκτες Απόδοσης, Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, Οργανισμοί Υγείας.

Περίληψη

Η παρούσα εργασία διερευνά την εφαρμογή του μοντέλου Balanced Scorecard (BSC) στο National Health Service (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου. Αρχικά, αναλύεται το θεωρητικό πλαίσιο του BSC, οι διαστάσεις του και η σημασία του στη στρατηγική διαχείριση. Στη συνέχεια, διερευνάται η εφαρμογή του BSC σε οργανισμούς υγείας, παρουσιάζοντας παραδείγματα και προκλήσεις. Το NHS, ως ένα από τα μεγαλύτερα δημόσια συστήματα υγείας, αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής του BSC, με προσαρμογές στις ανάγκες του οργανισμού. Η ανάλυση των εφαρμογών του BSC στο NHS αναδεικνύει την αξία του εργαλείου στη βελτίωση της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών, παρά τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει. Τέλος, προτείνονται κατευθύνσεις για την προσαρμογή του μοντέλου σε οργανισμούς υγείας στην Ελλάδα, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος υγείας. Συνολικά, το BSC αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο για τη διαχείριση και την αξιολόγηση της απόδοσης στον τομέα της υγείας, με δυνατότητες προσαρμογής και βελτίωσης.

THE APPLICATION OF THE BALANCED SCORECARD MODEL IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS: A CASE STUDY OF THE NHS

Keywords: Balanced Scorecard (BSC), Strategy Map, KPIs (Key Performance Indicators), National Health Service (NHS), Health Organizations.

Abstract

This paper explores the application of the Balanced Scorecard (BSC) model in the United Kingdom's National Health Service (NHS). Initially, the theoretical framework of the BSC, its dimensions, and its significance in strategic management are analyzed. Subsequently, the implementation of the BSC in healthcare organizations is investigated, presenting examples and challenges. The NHS, as one of the largest public healthcare systems, serves as a prominent example of BSC implementation, adapted to the organization's needs. The analysis of BSC applications in the NHS highlights the tool's value in improving performance and service quality, despite the challenges it faces. Finally, directions for adapting the model to healthcare organizations in Greece are proposed, taking into account the specificities of the Greek healthcare system. Overall, the BSC is a valuable tool for management and performance evaluation in the healthcare sector, offering potential for adaptation and improvement.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Αντικείμενο και Σημασία της Έρευνας

Η αποτελεσματική διοίκηση και αξιολόγηση της απόδοσης των οργανισμών υγείας αποτελεί ένα από τα πλέον κρίσιμα ζητήματα στο σύγχρονο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας. Οι αυξανόμενες απαιτήσεις των πολιτών για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, σε συνδυασμό με τους περιορισμένους οικονομικούς πόρους, καθιστούν αναγκαία την υιοθέτηση σύγχρονων εργαλείων στρατηγικής διαχείρισης και μέτρησης της απόδοσης.

Παραδοσιακά, η αξιολόγηση της απόδοσης βασιζόταν κυρίως σε οικονομικούς δείκτες. Ωστόσο, η πολυπλοκότητα των οργανισμών υγείας απαιτεί μια πιο ολιστική προσέγγιση, η οποία πρέπει να λαμβάνει υπόψη τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά χαρακτηριστικά, όπως την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ικανοποίηση των ασθενών και την αποδοτικότητα των εσωτερικών διαδικασιών (Kennerley & Neely, 2003).

Σε αυτό το πλαίσιο, το μοντέλο Balanced Scorecard, που αναπτύχθηκε από τους Kaplan και Norton (1992), αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία στρατηγικής διοίκησης. Το Balanced Scorecard επιτρέπει τη σύνδεση της στρατηγικής ενός οργανισμού με συγκεκριμένους δείκτες απόδοσης, καλύπτοντας τέσσερις βασικές διαστάσεις: την οικονομική, την ικανοποίηση των πελατών (ασθενών), των εσωτερικών διαδικασιών και της μάθησης και ανάπτυξης. Το έργο των Kaplan και Norton (1992) έθεσε τις βάσεις για την ανάπτυξη του BSC, ενώ η μετέπειτα εξέλιξη του στο Strategy Maps (Kaplan & Norton, 2004) προσδιόρισε τρόπους με τους οποίους οι άυλες αξίες μπορούν να μετατραπούν σε μετρήσιμα αποτελέσματα.

Η εφαρμογή του Balanced Scorecard στον τομέα της υγείας παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς συμβάλλει στη βελτίωση της αποδοτικότητας, της ποιότητας των υπηρεσιών και της διαφάνειας στη διαχείριση των πόρων. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS) έχει αποτελέσει διεθνώς αντικείμενο μελέτης ως παράδειγμα ενσωμάτωσης εργαλείων στρατηγικής διοίκησης στη δημόσια υγεία.

1.2 Σκοπός της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της εφαρμογής του μοντέλου Balanced Scorecard σε οργανισμούς υγείας, με έμφαση στη μελέτη περίπτωσης του National Health Service (NHS).

Ειδικότερα, η έρευνα αποσκοπεί:

- Στην ανάλυση του τρόπου με τον οποίο εφαρμόζεται το Balanced Scorecard στο NHS.
- Στον εντοπισμό των βασικών δεικτών απόδοσης που χρησιμοποιούνται.
- Στην ανάδειξη των παραγόντων που επηρεάζουν την επιτυχή εφαρμογή του μοντέλου.
- Στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής του σε όρους αποδοτικότητας και ποιότητας υπηρεσιών.
- Στη διατύπωση προτάσεων για την προσαρμογή του μοντέλου σε οργανισμούς υγείας στην Ελλάδα.

1.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- Πώς εφαρμόζεται το Balanced Scorecard στο NHS;
- Ποιοι δείκτες και ποιες διαστάσεις χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της απόδοσης;
- Ποιοι παράγοντες συμβάλλουν ή εμποδίζουν την επιτυχή εφαρμογή του μοντέλου;
- Ποια είναι τα αποτελέσματα της εφαρμογής του Balanced Scorecard στην αποδοτικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;
- Ποιες διαφορές παρατηρούνται σε σχέση με την εφαρμογή του μοντέλου σε άλλους οργανισμούς υγείας διεθνώς;
- Ποιες προσαρμογές απαιτούνται για την εφαρμογή του μοντέλου σε οργανισμούς υγείας στην Ελλάδα;

1.4 Μεθοδολογία της Έρευνας

Η μεθοδολογική προσέγγιση της παρούσας εργασίας βασίζεται στη μελέτη περίπτωσης (case study), με αντικείμενο το NHS ως ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα εφαρμογής εργαλείων στρατηγικής διοίκησης στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Η έρευνα στηρίζεται σε δευτερογενή δεδομένα, τα οποία αντλούνται από επιστημονικά άρθρα, επίσημες εκθέσεις οργανισμών υγείας και αναφορές διεθνών οργανισμών, όπως ο NHS England και η British Medical Association (BMA).

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιείται μέσω ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου, με στόχο την κατανόηση του τρόπου εφαρμογής του Balanced Scorecard, την αποτίμηση των αποτελεσμάτων του και την ανάδειξη των βασικών προκλήσεων.

1.5 Δομή της Εργασίας

Η παρούσα διπλωματική εργασία οργανώνεται σε οκτώ κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η εισαγωγή, ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται το θεωρητικό πλαίσιο του Balanced Scorecard. Στο τρίτο εξετάζεται η εφαρμογή του μοντέλου στον τομέα της υγείας. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το σύστημα υγείας του NHS και στο πέμπτο αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης, ενώ στο έβδομο πραγματοποιείται η συζήτηση των ευρημάτων. Τέλος, στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ BALANCED SCORECARD

2.1 Η Εξέλιξη των Συστημάτων Μέτρησης Απόδοσης

Παραδοσιακά, τα συστήματα μέτρησης απόδοσης των οργανισμών βασίζονταν κυρίως σε χρηματοοικονομικούς δείκτες (π.χ. κέρδη, έσοδα, απόδοση των επενδύσεων). Αυτή η προσέγγιση, γνωστή και ως χρηματοοικονομική μέτρηση, εστιάζει κυρίως στο παρελθόν και παρέχει μια άμεση εικόνα της οικονομικής κατάστασης του οργανισμού (Kaplan & Norton, 1992). Ουσιαστικά, τα συστήματα αυτά επιτρέπουν την αξιολόγηση της απόδοσης με βάση τα αποτελέσματα των προηγούμενων περιόδων, χωρίς όμως να λαμβάνουν υπόψη τους μη χρηματοοικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την μελλοντική επιτυχία. Επιπλέον, η έμφαση σε βραχυπρόθεσμους δείκτες συχνά οδηγεί σε μια εικόνα που δεν αντανακλά την πραγματική αξία και βιωσιμότητα του οργανισμού, ειδικά σε τομείς όπως η υγεία, όπου η ποιότητα, η ικανοποίηση των ασθενών και η καινοτομία είναι ζωτικής σημασίας (Zelman et al., 2003).

Με άλλα λόγια, η παραδοσιακή αυτή προσέγγιση παρουσιάζει σημαντικά όρια. Πρώτον, αγνοεί άυλους πόρους και διαστάσεις που επηρεάζουν καθοριστικά την απόδοση, όπως την ικανοποίηση των εργαζομένων, τη φήμη του οργανισμού, τη καινοτομία και τη διαχείριση της γνώσης (Kaplan & Norton, 1996). Δεύτερον, δεν επιτρέπει την άμεση σύνδεση μεταξύ των μετρήσεων και της στρατηγικής, καθιστώντας δύσκολη την ευθυγράμμιση των καθημερινών ενεργειών με τους μακροπρόθεσμους στόχους. Αυτή η έλλειψη στρατηγικής ευθυγράμμισης συχνά οδηγεί σε αποσπασματική διαχείριση και μειωμένη αποτελεσματικότητα (Neely et al., 1995).

Καθώς το επιχειρηματικό περιβάλλον γίνεται ολοένα και πιο πολύπλοκο και ανταγωνιστικό, η ανάγκη για μια πιο ολιστική και δυναμική προσέγγιση στη μέτρηση της απόδοσης γίνεται επιτακτική. Οι οργανισμοί υγείας, όπως το NHS, αντιμετωπίζουν προκλήσεις που περιλαμβάνουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων. Για το λόγο αυτό, απαιτούνται εργαλεία που θα επιτρέπουν την αξιολόγηση τόσο των χρηματοοικονομικών όσο και των μη χρηματοοικονομικών δεικτών,

προκειμένου να διαμορφωθούν στρατηγικές που θα ανταποκρίνονται στις σύγχρονες απαιτήσεις (Neely et al., 2002).

Η ανάγκη αυτή οδήγησε στην ανάπτυξη του Balanced Scorecard (BSC), το οποίο προτάθηκε από τους Kaplan και Norton το 1992. Το BSC εισάγει μια ολιστική προσέγγιση, ενσωματώνοντας τέσσερις βασικές διαστάσεις: χρηματοοικονομική, πελατών, εσωτερικών διαδικασιών και μάθησης και ανάπτυξης. Με αυτόν τον τρόπο, παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα της απόδοσης του οργανισμού και δημιουργεί μια σαφή σύνδεση μεταξύ των στρατηγικών στόχων και των μετρήσεων (Kaplan & Norton, 1992). Επιπλέον, το BSC επιτρέπει την ευέλικτη προσαρμογή στις αλλαγές του περιβάλλοντος και την ευθυγράμμιση όλων των επιπέδων του οργανισμού με τη στρατηγική του, καθιστώντας το ένα αποτελεσματικό εργαλείο για οργανισμούς υγείας (Zelman et al., 2003).

2.2 Το Balanced Scorecard: Ιστορική Αναδρομή και Θεμελιώδεις Αρχές

Η ιδέα του Balanced Scorecard (BSC) γεννήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 από τους Robert S. Kaplan και David P. Norton, οι οποίοι αναγνώρισαν την ανάγκη για μια πιο ολιστική και στρατηγική προσέγγιση στη μέτρηση της απόδοσης των οργανισμών (Kaplan & Norton, 1992). Όπως προαναφέρθηκε, πριν από την ανάπτυξη του BSC, η αξιολόγηση της απόδοσης βασιζόταν κυρίως σε χρηματοοικονομικούς δείκτες, οι οποίοι ωστόσο δεν επαρκούσαν για την κατανόηση της συνολικής εικόνας και της στρατηγικής επιτυχίας ενός οργανισμού.

Το 1992, οι Kaplan και Norton παρουσίασαν το πρώτο τους άρθρο με τίτλο «The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance», όπου εισήγαγαν το μοντέλο ως ένα εργαλείο στρατηγικής διαχείρισης που συνδυάζει χρηματοοικονομικούς και μη χρηματοοικονομικούς δείκτες. Η βασική ιδέα ήταν η δημιουργία μιας «ισορροπίας» ανάμεσα σε διαφορετικές διαστάσεις της απόδοσης, ώστε να διασφαλίζεται η βιωσιμότητα και η ανάπτυξη του οργανισμού σε μακροπρόθεσμη βάση.

Οι θεμελιώδεις αρχές του Balanced Scorecard συνοψίζονται στα εξής:

- **Ολιστική Προσέγγιση:** Το BSC ενσωματώνει τέσσερις διαστάσεις: χρηματοοικονομική, πελατών, εσωτερικών διαδικασιών και μάθησης και ανάπτυξης. Αυτές οι διαστάσεις συνεργάζονται για να παρέχουν μια ολοκληρωμένη εικόνα της απόδοσης (Kaplan & Norton, 1996).
- **Σύνδεση Στρατηγικής με Μετρήσεις:** Το μοντέλο επιτρέπει τη μετατροπή των στρατηγικών στόχων σε συγκεκριμένους, μετρήσιμους δείκτες, διευκολύνοντας την ευθυγράμμιση των καθημερινών ενεργειών με τη στρατηγική (Kaplan & Norton, 2007).
- **Ισορροπία Βραχυπρόθεσμων και Μακροπρόθεσμων Στόχων:** Το BSC βοηθά στην αντιμετώπιση της τάσης να εστιάζει κανείς μόνο σε χρηματοοικονομικούς δείκτες, προωθώντας παράλληλα την ανάπτυξη μη χρηματοοικονομικών παραμέτρων που επηρεάζουν τη βιωσιμότητα (Niven, 2002).
- **Ευελιξία και Προσαρμοστικότητα:** Το μοντέλο μπορεί να προσαρμοστεί σε διαφορετικά περιβάλλοντα και οργανισμούς, ενισχύοντας την ευελιξία στη στρατηγική διαχείριση (Kaplan & Norton, 2004).

Από την πρώτη παρουσίασή του, το BSC έχει εξελιχθεί και έχει υιοθετηθεί ευρέως σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της υγείας, όπου η ανάγκη για μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της απόδοσης καθίσταται ακόμη πιο επιτακτική. Η θεμελιώδης του αξία έγκειται στην ικανότητά του να μετατρέπει τη στρατηγική σε πρακτικές δράσεις και μετρήσεις, υποστηρίζοντας την αποτελεσματική διαχείριση και βελτίωση των οργανισμών (Kaplan & Norton, 1996).

2.3 Οι Τέσσερις Διαστάσεις του BSC

Το Balanced Scorecard (BSC) οργανώνει την απόδοση ενός οργανισμού σε τέσσερις βασικές διαστάσεις, κάθε μια από τις οποίες εστιάζει σε διαφορετικές πτυχές της στρατηγικής και της λειτουργίας. Κάθε διάσταση είναι σημαντική για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση και την επίτευξη των στρατηγικών στόχων.

2.3.1 Χρηματοοικονομική Διάσταση (Financial Perspective)

Η Χρηματοοικονομική Διάσταση αποτελεί την καρδιά της στρατηγικής αξιολόγησης ενός οργανισμού, καθώς αντικατοπτρίζει την οικονομική υγεία, την απόδοση και τη δημιουργία αξίας που προέρχονται από τις δραστηριότητες του. Σύμφωνα με τους Kaplan και Norton (1996), η οικονομική απόδοση αποτελεί το βασικό πεδίο που ενδιαφέρει τους μετόχους, τους επενδυτές και τους χρηματοδότες, καθώς παρέχει μια σαφή εικόνα για την αποτελεσματικότητα και την επιτυχία του οργανισμού στην επίτευξη των οικονομικών του στόχων.

Οι στόχοι σε αυτήν την κατεύθυνση περιλαμβάνουν την αύξηση των κερδών, την αποτελεσματική διαχείριση του κόστους, την επίτευξη υψηλού ROI (απόδοση επενδύσεων) και την αύξηση της αξίας των μετοχών. Για παράδειγμα, μια εταιρεία μπορεί να επιδιώκει τη βελτίωση του καθαρού κέρδους της μέσω της μείωσης των λειτουργικών εξόδων (π.χ. με βελτιστοποίηση της εφοδιαστικής αλυσίδας ή αυτοματοποίηση διαδικασιών). Παράλληλα, μπορεί να επιδιώκει την αύξηση των εσόδων της μέσω της εισαγωγής νέων προϊόντων ή υπηρεσιών, τη διεύρυνση σε νέες αγορές ή τη βελτίωση της πελατειακής εμπειρίας.

Η διαχείριση του κόστους και η ανάπτυξη νέων πηγών εσόδων αποτελούν στρατηγικές προτεραιότητες, καθώς συμβάλλουν στη διατήρηση και ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας. Επιπλέον, η επίτευξη υψηλού ROI σημαίνει ότι ο οργανισμός αποδίδει αποτελεσματικά τις επενδύσεις του, ενισχύοντας την εμπιστοσύνη των επενδυτών και την αξία της εταιρείας στην αγορά. Η συνεχής παρακολούθηση και βελτίωση αυτών των οικονομικών δεικτών είναι κρίσιμη για τη διατήρηση της βιωσιμότητας και της ανάπτυξης του οργανισμού (Niven, 2002).

Άρα, η Οικονομική Διάσταση δεν αφορά μόνο την άμεση οικονομική απόδοση, αλλά και τη μακροπρόθεσμη δημιουργία αξίας και την επίτευξη των στρατηγικών στόχων, συμβάλλοντας στη διατήρηση της ανταγωνιστικότητας και της βιωσιμότητας σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο επιχειρηματικό περιβάλλον.

2.3.2 Διάσταση Πελατών (Customer Perspective)

Η Διάσταση των Πελατών αποτελεί κρίσιμο στοιχείο της στρατηγικής του οργανισμού, καθώς αντικατοπτρίζει τον τρόπο με τον οποίο οι πελάτες

αντιλαμβάνονται και αξιολογούν τις υπηρεσίες ή τα προϊόντα που παρέχει ο οργανισμός. Όπως επισημαίνουν οι Kaplan και Norton (2004), η κατανόηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών που θα ενισχύσουν την ικανοποίηση, την πιστότητα και τη διατήρηση των πελατών.

Οι στόχοι σε αυτήν την κατεύθυνση περιλαμβάνουν την αύξηση της ικανοποίησης και της πιστότητας των πελατών, την επέκταση του μεριδίου αγοράς και τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων ή υπηρεσιών. Για παράδειγμα, μια τράπεζα μπορεί να επιδιώκει να μειώσει το χρόνο εξυπηρέτησης των πελατών μέσω της υιοθέτησης νέων τεχνολογιών, όπως αυτοματοποιημένα συστήματα εξυπηρέτησης ή εφαρμογές κινητής τηλεφωνίας, ώστε να προσφέρει πιο γρήγορη και αποτελεσματική εξυπηρέτηση. Επίσης, μπορεί να στοχεύει στην αύξηση του ποσοστού επαναλαμβανόμενων πελατών μέσω βελτιωμένων υπηρεσιών πελατειακής υποστήριξης και προσωπικής εξυπηρέτησης.

Η συνεχής παρακολούθηση της ικανοποίησης των πελατών μέσω ερευνών, ανατροφοδότησης και ανάλυσης δεδομένων αποτελεί στρατηγική προτεραιότητα, καθώς επιτρέπει την άμεση ανταπόκριση στις ανάγκες και τις προσδοκίες τους. Επιπλέον, η ανάπτυξη και η διατήρηση ισχυρών σχέσεων με τους πελάτες συμβάλλει στη δημιουργία μακροπρόθεσμης πιστότητας και στη σταθεροποίηση του μεριδίου αγοράς, ενισχύοντας έτσι τη βιωσιμότητα και την ανταγωνιστικότητα του οργανισμού (Zelman et al., 2003).

Επομένως, η διάσταση των Πελατών δεν περιορίζεται μόνο στην ικανοποίηση των τρεχουσών αναγκών, αλλά και στην πρόβλεψη μελλοντικών απαιτήσεων και στη δημιουργία αξίας που θα διατηρήσει το ενδιαφέρον και την εμπιστοσύνη των πελατών σε βάθος χρόνου.

2.3.3 Διάσταση Εσωτερικών Διαδικασιών (Internal Process Perspective)

Αυτή η διάσταση εστιάζει στις κρίσιμες εσωτερικές διαδικασίες που πρέπει να βελτιωθούν ή να αναπτυχθούν, ώστε να επιτευχθούν οι στρατηγικοί στόχοι του οργανισμού. Σύμφωνα με τους Kaplan και Norton (2004), η αποτελεσματική διαχείριση και βελτίωση των εσωτερικών διαδικασιών αποτελεί το κλειδί για την

ενίσχυση της απόδοσης και την επίτευξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Περιλαμβάνει τομείς, όπως την καινοτομία, την παραγωγικότητα, την ποιότητα και τη λειτουργική αποδοτικότητα (Neely et al., 2002).

Για παράδειγμα, μια εταιρεία παραγωγής μπορεί να επιδιώκει να μειώσει το χρόνο παραγωγής μέσω βελτιστοποίησης των διαδικασιών της ή να βελτιώσει την ποιότητα των προϊόντων της, εφαρμόζοντας συστήματα διαχείρισης ποιότητας και συνεχούς βελτίωσης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της υιοθέτησης νέων τεχνολογιών, της αναδιάρθρωσης των εργασιακών διαδικασιών ή της εφαρμογής μεθόδων Lean ή Six Sigma.

Η διαχείριση των εσωτερικών διαδικασιών δεν αφορά μόνο την αποτελεσματικότητα, αλλά και την ικανότητα του οργανισμού να καινοτομεί και να προσαρμόζεται σε μεταβαλλόμενες συνθήκες. Η συνεχής βελτίωση των διαδικασιών οδηγεί σε μείωση σπατάλης, αύξηση της ποιότητας και τελικά σε μεγαλύτερη ικανοποίηση πελατών και ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Kaplan & Norton, 2004). Έτσι, η εστίαση στις εσωτερικές διαδικασίες αποτελεί μια στρατηγική επένδυση που ενισχύει την ικανότητα του οργανισμού να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της αγοράς και να επιτυγχάνει βιώσιμη ανάπτυξη.

2.3.4 Διάσταση Μάθησης & Ανάπτυξης (Learning & Growth Perspective)

Η διάσταση της Μάθησης και Ανάπτυξης αποτελεί το θεμέλιο για τη διατήρηση και την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας ενός οργανισμού σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο επιχειρηματικό περιβάλλον. Εστιάζει στην ικανότητα του οργανισμού να μαθαίνει, να καινοτομεί και να βελτιώνεται συνεχώς, διασφαλίζοντας την προσαρμοστικότητα και την εξέλιξη των εσωτερικών του δυνατοτήτων. Σύμφωνα με τους Kaplan και Norton (1996), η συνεχής μάθηση και η καινοτομία αποτελούν βασικά στοιχεία για την επίτευξη στρατηγικών στόχων και τη διατήρηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος.

Η διάσταση αυτή περιλαμβάνει επενδύσεις σε τρεις βασικούς τομείς: το ανθρώπινο δυναμικό, την τεχνολογία και την οργανωσιακή κουλτούρα. Η επένδυση σε ανθρώπινο δυναμικό μπορεί να περιλαμβάνει την εκπαίδευση και ανάπτυξη δεξιοτήτων του προσωπικού, ώστε να ανταποκρίνεται στις νέες απαιτήσεις της

αγοράς και να ενισχύει την καινοτομία. Για παράδειγμα, μια τεχνολογική εταιρεία μπορεί να επενδύσει στην εκπαίδευση των εργαζομένων της σε νέες γλώσσες προγραμματισμού ή εργαλεία, προκειμένου να διατηρεί την τεχνολογική της πρωτοπορία.

Παράλληλα, η υιοθέτηση νέων τεχνολογιών και η δημιουργία κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης αποτελούν στρατηγικές επενδύσεις που ενισχύουν την οργανωτική ικανότητα για καινοτομία και προσαρμοστικότητα. Σύμφωνα με τον Garvin (1993), η ανάπτυξη κουλτούρας οργανωτικής μάθησης προάγει την προσαρμοστικότητα και την εξελικτική δυναμική του οργανισμού, καθιστώντας τον πιο ευέλικτο και ικανό να ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες της αγοράς.

Εν κατακλείδι, η διάσταση της Μάθησης και Ανάπτυξης δεν αποτελεί μόνο επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και τεχνολογία, αλλά και μια στρατηγική προσέγγιση που ενισχύει την οργανωτική ευελιξία, την καινοτομία και τη διαρκή βελτίωση, διασφαλίζοντας έτσι τη βιώσιμη ανάπτυξη και την επιτυχία του οργανισμού σε ένα δυναμικό περιβάλλον.

Πίνακας 2.1: Συνοπτική Παρουσίαση των Τεσσάρων Διαστάσεων του BSC με βάση το Κεφαλαίο 2.3

Διάσταση	Περιγραφή	Κύριοι Στόχοι
Χρηματοοικονομική	Απεικονίζει την οικονομική υγεία, την απόδοση και τη δημιουργία αξίας.	Αύξηση κερδών, αποτελεσματική διαχείριση κόστους, υψηλό ROI, αύξηση αξίας μετοχών.
Πελατών	Αντικατοπτρίζει τον τρόπο που οι πελάτες αξιολογούν τις υπηρεσίες/προϊόντα.	Ικανοποίηση, πιστότητα, επέκταση μεριδίου αγοράς, βελτίωση ποιότητας, γρήγορη εξυπηρέτηση.
Εσωτερικών Διαδικασιών	Εστιάζει στις κρίσιμες εσωτερικές διαδικασίες για την επίτευξη στρατηγικών στόχων.	Βελτίωση καινοτομίας, παραγωγικότητας, ποιότητας, μείωση χρόνου παραγωγής.

Μάθησης & Ανάπτυξης	Βασίζεται στην ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού, τεχνολογίας και κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης.	Εκπαίδευση προσωπικού, υιοθέτηση νέων τεχνολογιών, οργανωτική μάθηση, καινοτομία, ευελιξία.
---------------------	--	---

2.4 Χάρτες Στρατηγικής (Strategy Maps) και η Σημασία τους

Οι Χάρτες Στρατηγικής (Strategy Maps) είναι εργαλεία οπτικής αναπαράστασης της στρατηγικής ενός οργανισμού. Παρουσιάζουν με διαγράμματα τις σχέσεις και τις αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των στρατηγικών στόχων και των διαστάσεων της οργάνωσης, διευκολύνοντας την κατανόηση και την εφαρμογή της στρατηγικής σε όλα τα επίπεδα. Οι Kaplan και Norton (2004) εισήγαγαν τα Strategy Maps ως συμπληρωματικό εργαλείο του Balanced Scorecard, με σκοπό να μετατρέψουν αφηρημένες στρατηγικές έννοιες σε οπτικά διαγράμματα που δείχνουν πώς οι διάφοροι στόχοι συνδέονται και συμβάλλουν στην επίτευξη των συνολικών στρατηγικών σκοπών.

Ουσιαστικά, ένας Χάρτης Στρατηγικής είναι ένα διάγραμμα που απεικονίζει τους κύριους στόχους του οργανισμού σε μια ολιστική μορφή. Συνήθως, παρουσιάζεται με τη μορφή ροής ή διαδοχικών συνδέσεων, όπου κάθε στόχος ή δραστηριότητα συνδέεται με άλλους, δείχνοντας πώς η επίτευξη ενός στόχου επηρεάζει την επίτευξη άλλων. Με αυτόν τον τρόπο, ο Χάρτης Στρατηγικής λειτουργεί ως εργαλείο που μετατρέπει τις αφηρημένες στρατηγικές ιδέες σε μια οπτική δομή, καθιστώντας πιο εύκολη την κατανόηση και την επικοινωνία της στρατηγικής σε όλο τον οργανισμό.

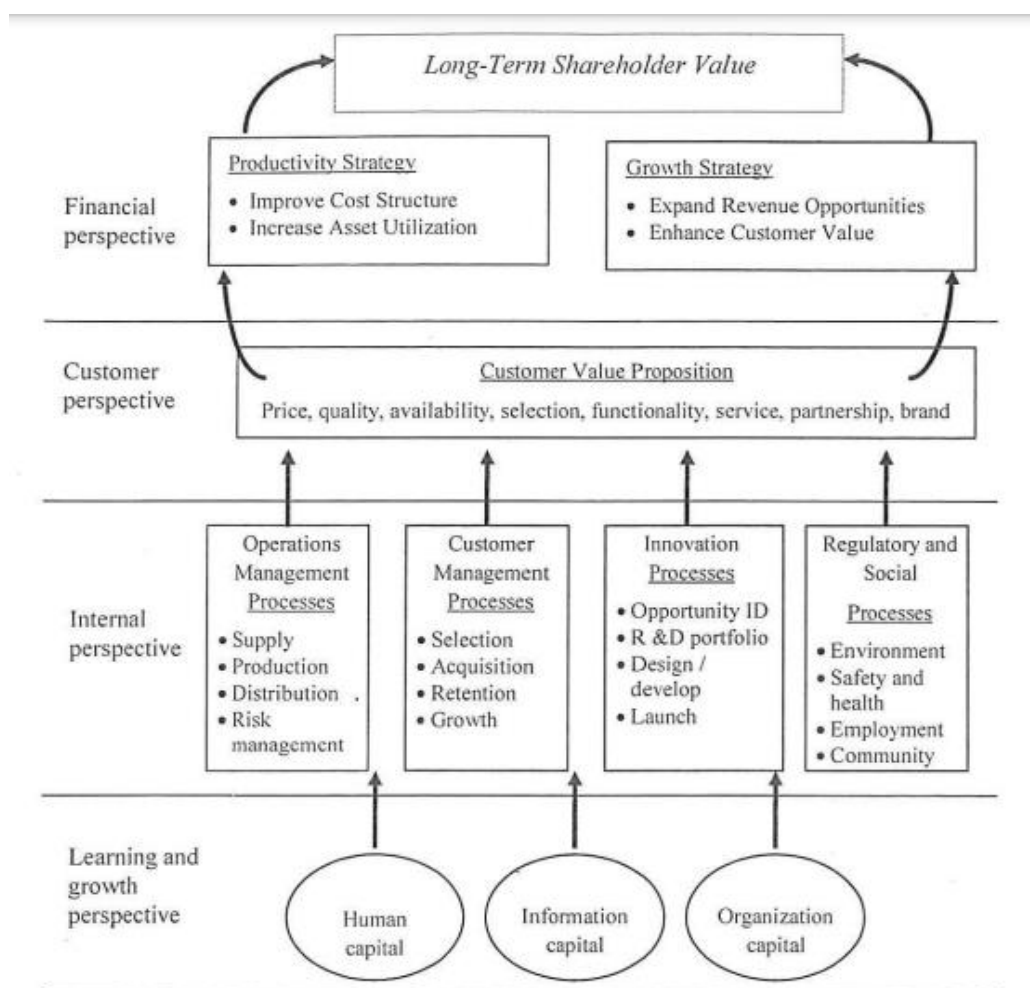
Τα Strategy Maps βοηθούν στην υλοποίηση της στρατηγικής με διάφορους τρόπους. Καταρχάς, παρέχουν μια σαφή εικόνα των στρατηγικών προτεραιοτήτων και των στόχων, διευκολύνοντας όλους τους εργαζόμενους να κατανοήσουν πού πρέπει να εστιάσουν και πώς οι δικές τους ενέργειες συμβάλλουν στην επίτευξη των συνολικών στόχων. Δεύτερον, ενισχύουν την ευθυγράμμιση των καθημερινών δραστηριοτήτων και αποφάσεων με τη στρατηγική, διασφαλίζοντας ότι όλες οι λειτουργίες της οργάνωσης εργάζονται προς την ίδια κατεύθυνση. Επιπλέον, αναδεικνύουν τις σχέσεις αιτίου-αποτελέσματος, δείχνοντας πώς συγκεκριμένες ενέργειες σε διάφορες

διαστάσεις, όπως οι εσωτερικές διαδικασίες, η μάθηση και η ανάπτυξη, επηρεάζουν την οικονομική απόδοση και την ικανοποίηση των πελατών. Τέλος, διευκολύνουν την επικοινωνία της στρατηγικής σε όλα τα επίπεδα, ενισχύοντας τη συμμετοχή και το δέσιμο των εργαζομένων.

Ο Χάρτης Στρατηγικής λειτουργεί επομένως ως ένα εργαλείο που καθοδηγεί την υλοποίηση της στρατηγικής, μετατρέποντας τις αφηρημένες ιδέες σε συγκεκριμένους στόχους και σχέσεις που μπορούν εύκολα να κατανοηθούν και να εφαρμοστούν. Αυτό βοηθά στην επιλογή των κατάλληλων δεικτών και στη δημιουργία ενός συνεκτικού πλαισίου που διασφαλίζει ότι η στρατηγική υλοποιείται αποτελεσματικά και με συνέπεια (Kaplan & Norton, 2004).

Παρακάτω ακολουθεί η οπτική αναπαράσταση ενός Χάρτη Στρατηγικής:

Εικόνα 2.1: Strategy Map



Πηγή: Kaplan & Norton, 2004

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: BALANCED SCORECARD ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Ιδιαιτερότητες των Οργανισμών Υγείας

Οι οργανισμοί υγείας διαφέρουν σημαντικά από άλλους επιχειρηματικούς ή δημόσιους οργανισμούς λόγω της φύσης και της αποστολής τους. Αυτές οι ιδιαιτερότητες επηρεάζουν τον τρόπο διοίκησης, την εφαρμογή στρατηγικών και την αξιολόγηση της απόδοσης. Καταρχάς, οι οργανισμοί υγείας λειτουργούν σε ένα πολύπλοκο και ευαίσθητο περιβάλλον, όπου η ποιότητα των υπηρεσιών και η ασφάλεια των ασθενών είναι πρωταρχικής σημασίας. Η παροχή υπηρεσιών υγείας απαιτεί υψηλά επίπεδα εξειδίκευσης, διαρκή εκπαίδευση και αυστηρά πρότυπα ποιότητας, που συχνά διαφέρουν ανάλογα με τις τοπικές ή εθνικές ρυθμίσεις. Επιπλέον, οι οργανισμοί αυτοί είναι συχνά πολυδιάστατοι, με πολλαπλές λειτουργίες όπως η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση, που πρέπει να συντονίζονται αποτελεσματικά. Η διαχείριση αυτών των λειτουργιών απαιτεί ευελιξία και προσαρμοστικότητα, δεδομένου ότι η ζήτηση και οι ανάγκες των ασθενών μεταβάλλονται συνεχώς. Ένα ακόμα χαρακτηριστικό είναι η ύπαρξη πολλαπλών ενδιαφερομένων μερών, όπως οι ασθενείς, οι οικογένειες, οι εργαζόμενοι, οι κυβερνητικοί φορείς και οι ασφαλιστικές εταιρείες. Η ικανοποίηση αυτών των ομάδων και η διατήρηση της εμπιστοσύνης τους είναι κρίσιμες για την επιτυχία του οργανισμού (WHO, 2007). Επιπροσθέτως, η χρηματοδότηση των οργανισμών υγείας συχνά βασίζεται σε δημόσιους πόρους, επιχορηγήσεις ή ασφαλιστικά συστήματα, γεγονός που επιβάλλει αυστηρό έλεγχο δαπανών και αποδοτικότητας, ενώ παράλληλα περιορίζει την ελευθερία λήψης αποφάσεων. Τέλος αξίζει να σημειωθεί πως οι οργανισμοί υγείας του δημόσιου τομέα παρουσιάζουν ορισμένες ιδιαιτερότητες που τους διαχωρίζουν από τους ιδιωτικούς οργανισμούς. Ο δημόσιος τομέας χαρακτηρίζεται από αυστηρότερους κανονισμούς, μεγαλύτερη διαφάνεια και λογοδοσία, καθώς λειτουργεί με δημόσιους πόρους και υπόκειται σε πολιτικές και κοινωνικές πιέσεις. Η διαχείριση και η λήψη αποφάσεων συχνά επηρεάζεται από πολιτικές επιδιώξεις, ενώ η χρηματοδότηση και η κατανομή πόρων μπορεί να είναι λιγότερο ευέλικτη. Ακόμα, η ανάγκη για ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες και η διατήρηση της κοινωνικής δικαιοσύνης αποτελούν βασικά στοιχεία που καθορίζουν τη λειτουργία και τις προτεραιότητες των δημόσιων

οργανισμών υγείας (OECD, 2017). Αυτές οι ιδιαιτερότητες καθιστούν την εφαρμογή και αξιολόγηση εργαλείων, όπως το Balanced Scorecard πιο σύνθετη, αλλά και πιο αναγκαία, προκειμένου να διασφαλιστεί η αποδοτικότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών (Dixon-Woods et al., 2012).

3.2 Εφαρμογή του Balanced Scorecard σε Οργανισμούς Υγείας: Παραδείγματα, Πρακτικές και Βήματα Υλοποίησης

Ο ρόλος του Balanced Scorecard (BSC) ως εργαλείου στρατηγικής διαχείρισης και αξιολόγησης της απόδοσης στον τομέα της υγείας έχει κερδίσει διεθνή αναγνώριση και εφαρμογές σε διάφορα νοσοκομεία και οργανισμούς υγείας. Η αποτελεσματική υλοποίησή του μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και καλύτερη διαχείριση των πόρων. Ακολουθούν μερικά παραδείγματα για την καλύτερη κατανόηση του μοντέλου.

Παράδειγμα 1: Jönköping County Council, Σουηδία

Στη μελέτη των Gustafsson et al. (2009) αναδεικνύεται η επιτυχής εφαρμογή του BSC στη διαχείριση του τομέα της υγείας στη Σουηδία. Η οργάνωση χρησιμοποίησε δείκτες ποιότητας, ικανοποίησης ασθενών, χρόνους αναμονής και αποτελεσματικότητα των διαδικασιών για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της απόδοσης. Τα αποτελέσματα ήταν εντυπωσιακά, καθώς η εφαρμογή βοήθησε στη μείωση λαθών, στην επιτάχυνση των διαδικασιών και στη βελτίωση της γενικής ποιότητας των υπηρεσιών. Επιπλέον, ενίσχυσε την κουλτούρα βάσει δεδομένων, όπου η λήψη αποφάσεων βασίζεται σε πραγματικά δεδομένα και δείκτες, ενισχύοντας τη διαφάνεια και την υπευθυνότητα.

Παράδειγμα 2: Mackay Memorial Hospital (MMH), Ταϊβάν

Το νοσοκομείο προκειμένου να ενισχύσει τον ανταγωνισμό είναι το πρώτο στην Ταϊβάν που εφάρμοσε πλήρως το BSC για ολόκληρο τον οργανισμό και όχι μόνο για ένα συγκεκριμένο τμήμα. Τα αποτελέσματα ήταν πως αυξήθηκαν σημαντικά τα

έσοδα από υπηρεσίες που δεν καλύπτονταν από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, η ικανοποίηση των εσωτερικών ασθενών, οι επισκέψεις από ευάλωτους ασθενείς (που είχαν οικονομικές, κοινωνικές ή φυσικές δυσκολίες), καθώς και ο αριθμός των ερευνητικών έργων. Παράλληλα, το ποσοστό των ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ σε λιγότερο από 3 ώρες από την άφιξή τους στο τμήμα επειγόντων σχεδόν διπλασιάστηκε. Το BSC εφαρμόστηκε επιτυχώς, καθώς από την αρχή η εκτελεστική ομάδα περιελάμβανε το Διοικητικό Συμβούλιο μαζί με ανώτερα διοικητικά στελέχη, αλλά και επειδή τα BSC των τμημάτων ξεκίνησαν με επιτυχία και συνδέθηκαν με τον προϋπολογισμό μετά από δύο χρόνια πλήρους εφαρμογής (Chang et al., 2008).

Παράδειγμα 3: Kenyatta National Hospital, Κένυα

Σύμφωνα με την ανάλυση και τα αποτελέσματα της μελέτης σχετικά με τη χρήση του Balanced Scorecard (BSC) στο Kenyatta National Hospital, τα κύρια ευρήματα δείχνουν ότι η εστίαση στην οικονομική προοπτική είχε σημαντική θετική επίδραση στην οργανωτική απόδοση, καθώς η διαχείριση των χρημάτων και η βελτίωση των εσόδων συνέβαλαν σημαντικά στην καλύτερη απόδοση του νοσοκομείου. Επιπλέον, η διάσταση των ασθενών, δηλαδή η ικανοποίηση και οι ανάγκες των ασθενών, έδειξε σημαντική θετική συσχέτιση, με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και την άμεση ανταπόκριση να βελτιώνουν τη συνολική απόδοση. Η εσωτερική επιχειρησιακή διαδικασία παρουσίασε μια μέτρια θετική συσχέτιση με την οργανωτική απόδοση, καθώς η βελτίωση των εσωτερικών διαδικασιών και η αποδοτικότητα συνέβαλαν στη γενική βελτίωση, αν και η επίδραση ήταν πιο περιορισμένη. Τέλος, η προοπτική μάθησης και ανάπτυξης, που περιλάμβανε την εκπαίδευση του προσωπικού, την υιοθέτηση νέων τεχνολογιών και την καινοτομία, επίσης είχε μέτρια θετική συσχέτιση, συμβάλλοντας στη γενική βελτίωση της απόδοσης. Συνολικά, η εφαρμογή του BSC βοήθησε το νοσοκομείο να βελτιώσει την απόδοσή του μέσω μιας ολοκληρωμένης εστίασης σε διαφορετικούς τομείς (Karisa et al., 2020).

Παράδειγμα 4: King Fahd Specialist Hospital - Qassim , Saudi Arabia

Η εφαρμογή του Balanced Scorecard (BSC) στο King Fahad Specialist Hospital επέτρεψε στη διοίκηση να επιτύχει σημαντικά αποτελέσματα, όπως τη βελτίωση της

ικανοποίησης των πελατών μέσω νέων υπηρεσιών και τεχνολογικών λύσεων (π.χ. self-service stations και mobile applications). Παράλληλα, συνέβαλε στη μείωση του κόστους IT και στην πιο αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων, με την αύξηση των εικονικών διακομιστών και τη μείωση του προσωπικού συντήρησης. Μέσω της υιοθέτησης του Cloud Computing, επιτεύχθηκε η βελτίωση της εσωτερικής λειτουργίας και διαθεσιμότητας των συστημάτων, με μείωση του χρόνου διακοπής. Επιπλέον, το BSC βοήθησε στην ανάπτυξη νέων δυνατοτήτων και δεξιοτήτων του προσωπικού, ενώ οδήγησε σε μια στρατηγική προσέγγιση που ευθυγράμμιζε τις δράσεις με στόχους τόσο οικονομικούς όσο και ποιοτικούς. Συνολικά, η χρήση του BSC επέτρεψε στο νοσοκομείο να αξιολογήσει με σαφήνεια τη στρατηγική αξία της εφαρμογής του Cloud Computing και να ενισχύσει την οργανωτική αποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση των ασθενών (Alharbi et al., 2016).

Τα παραπάνω παραδείγματα δείχνουν την αξία του BSC στην πράξη. Για να επιτευχθούν τέτοια αποτελέσματα, απαιτείται μια δομημένη προσέγγιση υλοποίησης. Οι Yang et al. (2005) πρότειναν 3 κύριες φάσεις και 17 βήματα για την εφαρμογή του BSC. Η υιοθέτηση ξεκινά με τη φάση σχεδιασμού της ανάπτυξης του BSC, την ανάπτυξη του περιεχομένου του BSC και την ανάληψη δράσης, καθώς και τη λήψη ανατροφοδότησης από την εφαρμογή. Στις 3 φάσεις που πρέπει να ακολουθηθούν, συνοψίζονται τα παρακάτω βήματα (Yang et al., 2005):

Φάση Σχεδιασμού για την Ανάπτυξη του BSC

Βήμα 1: Ανάπτυξη στόχων για ένα BSC

Βήμα 2: Κριτήρια για την επιλογή μιας κατάλληλης οργανωτικής μονάδας

Βήμα 3: Εξασφάλιση υποστήριξης και χορηγίας από την ανώτατη ηγεσία

Βήμα 4: Συγκρότηση της ομάδας του Balanced Scorecard

Βήμα 5: Κατάρτιση ενός σχεδίου έργου (project plan) για το BSC

Βήμα 6: Εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου σχεδίου επικοινωνίας

Ανάπτυξη του Περιεχομένου του BSC

Βήμα 7: Συλλογή και διανομή υποστηρικτικού/ενημερωτικού υλικού

Βήμα 8: Ανάπτυξη ή επιβεβαίωση της αποστολής, των αξιών, του οράματος και της στρατηγικής

Βήμα 9: Σύστημα στρατηγικής των οργανισμών

Βήμα 10: Εξασφάλιση κοινής συναίνεσης σχετικά με τη στρατηγική του οργανισμού

Βήμα 11: Ανάπτυξη στόχων και δεικτών για τις τέσσερις διαστάσεις

Βήμα 12: Ανάπτυξη των σχέσεων αιτίου-αποτελέσματος (cause and effect relationships)

Βήμα 13: Καθορισμός τιμών-στόχων (targets) για τους δείκτες

Εφαρμογή (Action) του BSC και Ανατροφοδότηση (Feedback)

Βήμα 14: Καθορισμός στρατηγικών πρωτοβουλιών για την επίτευξη των στόχων

Βήμα 15: Ενσωμάτωση του BSC στο σύστημα διοίκησης μη κερδοσκοπικού οργανισμού

Βήμα 16: Κατανομή του προϋπολογισμού για τους στόχους

Βήμα 17: Εφαρμογή και εξέταση του τρέχοντος σχεδίου BSC

3.3 Οφέλη από την Εφαρμογή

Το Balanced Scorecard (BSC) έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο διαχείρισης και μέτρησης στην υγεία, καθώς ενσωματώνει πολλαπλές διαστάσεις απόδοσης και ευνοεί την υλοποίηση στρατηγικών. Η εφαρμογή του BSC διευκολύνει τη μετατροπή της στρατηγικής σε συγκεκριμένους δείκτες απόδοσης, ενισχύοντας τη λήψη αποφάσεων και βοηθώντας στην καλύτερη κατανόηση και απεικόνιση της επιχειρησιακής μοντελοποίησης. Αυτό διευκολύνει την επικοινωνία και την ευθυγράμμιση των στόχων σε όλα τα επίπεδα της οργάνωσης, ενώ η ευελιξία του εργαλείου το καθιστά κατάλληλο για προσαρμογή στις ιδιαιτερότητες του τομέα της υγείας (Bisbe & Barrubés, 2012). Οι θετικές επιδράσεις της χρήσης του BSC περιλαμβάνουν τη βελτίωση της ροής των ασθενών και τη μείωση του χρόνου αναμονής, όπως συνέβη σε κέντρο καρκίνου στη Σκωτία (Medjedovic et al., 2024), καθώς και την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και τη βελτίωση της

οικονομικής απόδοσης των οργανισμών υγείας, με οφέλη που αντιστοιχούν σε εκατομμύρια δολάρια (Amer et al., 2022). Επιπλέον, το BSC βοηθά στην εστίαση των εργαζομένων σε συγκεκριμένους στόχους και στη βελτίωση της απόδοσης, ενώ η αξιολόγηση αυτών των επιπτώσεων παρέχει πολύτιμες κατευθύνσεις τόσο για διαχειριστές όσο και για ερευνητές, ιδιαίτερα στους τομείς της ασφάλειας και της οικονομικής αποδοτικότητας (Amer et al., 2022). Συνολικά, το BSC αποτελεί ένα ευέλικτο και ισχυρό εργαλείο που με την κατάλληλη προσαρμογή μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την στρατηγική εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα των οργανισμών υγείας (Medjedovic et al., 2024).

3.4 Προκλήσεις και Περιορισμοί

Παρά τα σημαντικά οφέλη που προσφέρει η εφαρμογή του Balanced Scorecard (BSC) στον τομέα της υγείας, αντιμετωπίζει αρκετές προκλήσεις που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητά του. Μία βασική δυσκολία είναι η έλλειψη τυποποιημένης μεθοδολογίας για την κατάταξη των παραγόντων που επηρεάζουν την επιτυχία ή αποτυχία της εφαρμογής, καθώς και η αντίληψη ότι το BSC λειτουργεί περισσότερο ως εργαλείο ελέγχου παρά ως στρατηγικό εργαλείο, περιορίζοντας έτσι την αποδοχή και την ολοκλήρωσή του. Επιπλέον, η δυσκολία στην αξιολόγηση και την αναθεώρηση του εργαλείου, σε συνδυασμό με την έλλειψη οργανωσιακής κουλτούρας που να αποδέχεται τις αλλαγές, αποτελούν σημαντικά εμπόδια στην υλοποίησή του. Παράλληλα, η έλλειψη επαρκούς έρευνας σχετικά με την αποτελεσματικότητα του BSC κατά τη διάρκεια κρίσεων, όπως η πανδημία COVID-19, αποτελεί μια ακόμα πρόκληση για την περαιτέρω αξιολόγηση και βελτίωσή του (Medjedovic et al., 2024). Άλλες προκλήσεις προέρχονται από την υψηλή πιθανότητα βιοηθικών και μεθοδολογικών σφαλμάτων, που μπορούν να επηρεάσουν την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Πολλές μελέτες επισημαίνουν την έλλειψη συμμετοχής και εμπλοκής των εργαζομένων, καθώς και τη δυσκολία στην κατανόηση και αποδοχή του εργαλείου από το προσωπικό, ενώ η απουσία κινήτρων περιορίζει την αποτελεσματικότητα της υλοποίησης. Επιπλέον, η ποικιλομορφία των δεικτών και των εργαλείων συλλογής δεδομένων, καθώς και η δυσκολία στη σύγκριση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων λόγω διαφορετικών περιβαλλοντικών και οργανωσιακών παραγόντων, αποτελούν σημαντικά εμπόδια (Amer et al., 2022).

Τέλος, η ανάγκη για προσαρμογή του BSC στις ιδιαιτερότητες του τομέα της υγείας και η αποτελεσματική διαχείριση των διαφορετικών διαστάσεων και δεικτών αποτελούν κρίσιμες προκλήσεις. Η αλλαγή οργανωσιακής κουλτούρας και η εμπλοκή όλων των επιπέδων της οργάνωσης, καθώς και η συνεχής επικαιροποίηση των δεικτών και η διαχείριση της πολυπλοκότητας σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, είναι απαραίτητα στοιχεία για την επιτυχή εφαρμογή του εργαλείου (Bisbe & Barrubés, 2012). Επιπλέον, η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σχετικά με την επίδραση του BSC κατά τη διάρκεια κρίσεων, όπως η πανδημία COVID-19, παραμένει ανοικτή και αποτελεί προτεραιότητα για την περαιτέρω βελτίωσή του (Amer et al., 2022; Medjedovic et al., 2024).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

4.1 Σχετικά με το National Health Service (NHS)

Το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, γνωστό ως Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS), αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα και πιο ολοκληρωμένα δημόσια συστήματα υγείας παγκοσμίως. Ιδρύθηκε το 1948 με σκοπό την παροχή δωρεάν, καθολικής και ισότιμης υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους κατοίκους της χώρας, βασιζόμενο στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της δημόσιας ευθύνης (Brown, 1973).

4.1.1 Δομή του NHS

Το NHS δομείται σε τρία βασικά επίπεδα: το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας (NHS England), τα συστήματα υγείας των περιφερειών (NHS Scotland, NHS Wales και Health and Social Care in Northern Ireland) και τις τοπικές υπηρεσίες υγείας. Στην Αγγλία, η διαχείριση των υπηρεσιών υγείας περνάει από το NHS England, που αποτελεί τον κύριο οργανισμό υπεύθυνο για τη χρηματοδότηση και την εποπτεία των νοσοκομείων και άλλων φορέων παροχής υπηρεσιών.

Οι υπηρεσίες παρέχονται κυρίως μέσω δημόσιων νοσοκομείων, ιατρικών κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας (όπως GP clinics) και εξειδικευμένων κέντρων θεραπείας. Οι ιατρικές υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από το κράτος μέσω φόρων και η πρόσβαση σε αυτές είναι δωρεάν κατά τη στιγμή της παροχής, σύμφωνα με τις αρχές της καθολικότητας. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως υπάρχει χρέωση για ορισμένες υπηρεσίες σε τομείς, όπως η οδοντιατρική και η οφθαλμολογία (Powell, 2023).

4.1.2 Λειτουργία του NHS

Η λειτουργία του βασίζεται σε ένα σύστημα χρηματοδότησης μέσω δημόσιων πόρων, με στόχο την παροχή υπηρεσιών βασισμένων στην ανάγκη και όχι στην οικονομική δυνατότητα των ασθενών. Οι υπηρεσίες οργανώνονται και διαχειρίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (Department of Health and Social Care), ενώ η διαχείριση και η καθημερινή λειτουργία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας ανατίθεται σε διάφορες διοικητικές μονάδες και οργανισμούς.

Οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες παρέχονται κυρίως από το προσωπικό του NHS που αποτελείται από γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας γίνεται κυρίως μέσω των γενικών ιατρών (GPs), οι οποίοι λειτουργούν ως πρώτος σταθμός και συντονιστές της περίθαλψης (Powell, 2023).

4.2 Διοίκηση και Χρηματοδότηση

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου αποτελείται από μια σειρά οργανωτικών δομών, αρμοδιοτήτων και υπηρεσιών που λειτουργούν σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, με σκοπό την παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες.

Κεντρική Διοίκηση και Ρόλοι

Την κορυφαία ευθύνη έχει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (Department of Health and Social Care, DHSC), το οποίο καθορίζει τις πολιτικές, τον προϋπολογισμό και τις προτεραιότητες του NHS σε εθνικό επίπεδο. Ο Υπουργός Υγείας και ο Γραμματέας Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (Secretary of State for Health and Social Care) έχουν την ευθύνη για τη χρηματοδότηση, την εποπτεία και την κατεύθυνση του συστήματος. Η χρηματοδότηση προέρχεται από φόρους, εισφορές (National Insurance), χρεώσεις σε συνταγές, οδοντιατρικές και φαρμακευτικές υπηρεσίες, καθώς και από τοπικές πηγές εσόδων, όπως τέλη στάθμευσης και πωλήσεις ακινήτων. Το κράτος διανέμει τον προϋπολογισμό ανάλογα με τις ανάγκες και τις προτεραιότητες.

Ρυθμιστικοί και Εποπτικοί Φορείς

Η Care Quality Commission (CQC) αποτελεί ανεξάρτητο ρυθμιστικό σώμα που ελέγχει και αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, διασφαλίζοντας την ποιότητα και την ασφάλεια.

Οργανισμοί Υγείας και Διοίκησης

Το NHS England είναι ο κύριος φορέας που καθοδηγεί και εποπτεύει το σύστημα σε εθνικό επίπεδο, αναλαμβάνοντας τον προγραμματισμό, την χρηματοδότηση και την

αξιολόγηση των υπηρεσιών. Συνεργάζεται στενά με το NHS Digital, που αναπτύσσει και διαχειρίζεται τις ψηφιακές και τεχνολογικές υπηρεσίες, υποστηρίζοντας τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και τους ασθενείς.

Τοπική και Περιφερειακή Διοίκηση

Οι Περιφερειακές Ομάδες του NHS (NHS England Regional Teams) είναι υπεύθυνες για την επίβλεψη και τη βελτίωση της ποιότητας και απόδοσης των υπηρεσιών σε συγκεκριμένες περιοχές. Τα Ολοκληρωμένα Συστήματα Φροντίδας (Integrated Care Systems - ICSs) αποτελούν συνεργασίες οργανώσεων που σχεδιάζουν και παρέχουν ενιαία υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο, ενώ τα Περιφερειακά και Τοπικά Συμβούλια Υγείας (Integrated Care Partnerships - ICPs) συγκροτούνται από διάφορους φορείς και οργανώσεις για τον συντονισμό των υπηρεσιών.

Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Οι Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Networks - PCNs) είναι ομάδες GP (γιατρών γενικής ιατρικής) που συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας για την παροχή υπηρεσιών στον πολίτη, με στόχο την πρόληψη και την αποτελεσματικότερη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών.

Τοπική Διοίκηση και Υπηρεσίες

Οι Τοπικές Αρχές Υγείας είναι υπεύθυνες για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και της πρόληψης, ενώ παράλληλα διαχειρίζονται υπηρεσίες που αφορούν τη σεξουαλική υγεία και τη καταπολέμηση των εθισμών (NHS England, 2022).

4.3 Αξιολόγηση Απόδοσης στο NHS

Το NHS Performance Assessment Framework για το 2025/26 αποτελεί το βασικό εργαλείο αξιολόγησης και παρακολούθησης της απόδοσης των NHS οργανώσεων, συμπεριλαμβανομένων των Integrated Care Boards (ICBs) και των παρόχων υπηρεσιών υγείας (Trusts). Το νέο αυτό πλαίσιο έχει αναπτυχθεί και βελτιωθεί λαμβάνοντας υπόψη τις αλλαγές στη πολιτική, τις ανάγκες της δημόσιας υγείας και

την εμπειρία των ασθενών, και έχει σχεδιαστεί ώστε να προσφέρει μεγαλύτερη διαφάνεια, σαφήνεια και αποτελεσματικότητα στην αξιολόγηση της απόδοσης.

Το πλαίσιο αυτό βασίζεται σε μια σειρά από δείκτες και μετρήσεις, οργανωμένους σε τέσσερις βασικούς τομείς (domains), που αντικατοπτρίζουν τους τέσσερις σκοπούς ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας. Κάθε οργανισμός – είτε πρόκειται για ICB είτε για Trusts – αξιολογείται με βάση μια σειρά από ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες, οι οποίοι καλύπτουν τόσο την τρέχουσα λειτουργία όσο και τις στρατηγικές επιδόσεις. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σε μια κλίμακα από 1 (υψηλή απόδοση) έως 4 (χαμηλή απόδοση), με μια πρόσθετη κατηγορία 5 για τις οργανώσεις που χρειάζονται πιο εντατική υποστήριξη και παρεμβάσεις.

Τομείς και Μετρήσεις

Οι δείκτες που περιλαμβάνονται καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, όπως την χειρουργική και επείγουσα περίθαλψη, τη θεραπεία του καρκίνου, την ψυχική υγεία, την πρωτοβάθμια περίθαλψη, τη χρηματοδότηση και την αποδοτικότητα, τη δημόσια υγεία και την ισότητα, την ασφάλεια των ασθενών, την εμπειρία των ασθενών και το εργατικό δυναμικό. Για παράδειγμα, οι δείκτες περιλαμβάνουν τον αριθμό των ασθενών σε λίστα αναμονής για χειρουργεία, την ποιότητα των διαγνώσεων, τη διάρκεια νοσηλείας, το ποσοστό επιτυχίας στις προληπτικές εξετάσεις, την ασφάλεια και την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς και δείκτες σχετικά με το εργατικό δυναμικό και την ισότητα πρόσβασης.

Επιπλέον, το πλαίσιο περιλαμβάνει και ειδικούς δείκτες που αφορούν το σύστημα στο σύνολό του, γνωστές ως «system considerations», οι οποίες αξιολογούν το γενικό επίπεδο απόδοσης και συνεργασίας στο επίπεδο του τοπικού συστήματος υγείας, όπως το ποσοστό των νοσοκομείων με υψηλό ποσοστό εκτός περιοχής νοσηλίων ή την επίδοση του συστήματος σε κρίσιμους τομείς, όπως τη επείγουσα περίθαλψη και τη θεραπεία του καρκίνου.

Κατηγοριοποίηση και Διαδικασία

Η κατηγοριοποίηση σε segments (1-4 και 5) βασίζεται αποκλειστικά στην επίδοση των οργανισμών σύμφωνα με τους δείκτες, χωρίς καμία προσαρμογή για την οργανωτική ικανότητα ή το μέγεθος. Ο σκοπός αυτής της προσέγγισης είναι η πλήρης

διαφάνεια προς το κοινό και η διαφανής αξιολόγηση της απόδοσης. Οι οργανώσεις που κατατάσσονται σε υψηλότερα segments (1 και 2) θα έχουν μεγαλύτερη αυτονομία και ευκαιρίες για αυτοδιαχείριση, ενώ εκείνες που βρίσκονται σε χαμηλότερα segments (3 και 4) θα λαμβάνουν επιπλέον υποστήριξη, συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας για εντατικότερες παρεμβάσεις και ανασκοπήσεις.

Για τις οργανώσεις που χρειάζονται περαιτέρω υποστήριξη, έχει εισαχθεί η κατηγορία 5, η οποία σηματοδοτεί την ανάγκη για εντατική διάγνωση και παρεμβάσεις υποστήριξης, όπως το Recovery Support Programme (RSP). Οι αξιολογήσεις πραγματοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα, με αρχική δοκιμή και διαβούλευση κατά το πρώτο τρίμηνο του 2025/26, ώστε να δοθεί η δυνατότητα ανατροφοδότησης και βελτίωσης πριν την τελική εφαρμογή.

Υποστήριξη και Ανάπτυξη

Μέρος της αξιολόγησης περιλαμβάνει και την αξιολόγηση της ηγετικής επάρκειας των οργανώσεων, ώστε να διασφαλιστεί ότι η διοίκηση και το προσωπικό διαθέτουν τις απαραίτητες ικανότητες για την επιτυχή υλοποίηση των στόχων. Τα αποτελέσματα αυτών των αξιολογήσεων θα χρησιμοποιηθούν για να καθοδηγήσουν τις παρεμβάσεις βελτίωσης και την υποστήριξη.

Η ανατροφοδότηση από τις διαβουλεύσεις και τις δοκιμές που πραγματοποιήθηκαν το 2024, καθώς και οι regional roadshows, συνέβαλαν στη βελτίωση του πλαισίου, καθιστώντας το πιο διαφανές και κατανοητό (NHS England, 2025).

4.4 Προκλήσεις του Συστήματος

Το Σύστημα βρίσκεται αντιμέτωπο με μια σειρά από σημαντικές προκλήσεις που απειλούν τη βιωσιμότητά του και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει. Οι βασικότερες από αυτές περιλαμβάνουν ελλείψεις προσωπικού, οικονομικές δυσκολίες, αυξανόμενη λίστα αναμονής για την περίθαλψη ασθενών, ανισότητες στην υγεία, προβλήματα κοινωνικής φροντίδας και συνεχώς μεταβαλλόμενες ανάγκες της δημόσιας υγείας.

Ένα από τα πιο σοβαρά ζητήματα που επηρέασαν το NHS είναι η πανδημία COVID-19, η οποία ανέδειξε και επιδείνωσε τις ήδη υπάρχουσες αδυναμίες. Ειδικότερα, οι κοινότητες με ανεπάρκεια σε εθνοτικές ομάδες και φτωχές περιοχές επηρεάστηκαν δυσανάλογα, ενώ η μέση διάρκεια ζωής του Ηνωμένου Βασιλείου έχει μειωθεί σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η κρίση των νοσοκομειακών κλινών κατά τη διάρκεια της πανδημίας οφειλόταν κυρίως σε χρόνια υποχρηματοδότηση του συστήματος, με αποτέλεσμα να σημειωθούν σοβαρές αποτυχίες στη φροντίδα των ασθενών, να αυξηθούν οι θάνατοι και να δημιουργηθούν τεράστιες δυσκολίες για τους ασθενείς, τους συγγενείς τους και τους επαγγελματίες υγείας.

Επιπλέον, το κοινωνικό σύστημα περίθαλψης χρήζει άμεσης προσοχής και αύξησης της χρηματοδότησης. Παρά την αύξηση των ετήσιων δαπανών του NHS κατά 4% μέχρι το 2008, μετά την οικονομική κρίση του 2008 ο ρυθμός αυτός μειώθηκε στο 1,5%, γεγονός που καθιστά τα διαθέσιμα κονδύλια πολύ χαμηλότερα από το μέσο όρο που απαιτείται. Παρόλο που τα σχέδια της κυβέρνησης προέβλεπαν αύξηση της χρηματοδότησης στο 3,4% τα επόμενα χρόνια από το 2019-20, η πανδημία και ο πληθωρισμός έχουν διαταράξει αυτούς τους στόχους, με αποτέλεσμα το σύστημα να παραμένει υποχρηματοδοτημένο και εύαλωτο.

Ακόμη, ο μακροχρόνιος κακός προγραμματισμός του εργατικού δυναμικού, η αδυναμία πολιτικών διαχείρισης και η κατακερματισμένη ευθύνη έχουν οδηγήσει σε μια σοβαρή κρίση σε τομείς υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Η υποχώρηση των μισθών, η δυσμενής πολιτική συνταξιοδότησης και η συνεχής αποχώρηση των επαγγελματιών υγείας τόσο προς το εξωτερικό όσο και σε άλλους τομείς, έχουν επιδεινώσει το πρόβλημα. Οι πρόσφατες απεργίες των νέων γιατρών και νοσηλευτών είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτής της κατάστασης.

Παρά τις προσπάθειες να αυξηθούν οι διαθέσιμες πρωτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες, η έλλειψη γενικών ιατρών συνεχίζει να αποτελεί σημαντικό εμπόδιο. Επιπλέον, η ανισότητα στην πρόσβαση και στην εργασία σε τομείς της ακαδημαϊκής ζωής, όπου οι γυναίκες και οι εθνικές μειονότητες συχνά βρίσκονται σε θέσεις με επισφαλείς συνθήκες, αποτελεί μια ακόμη πρόκληση.

Η ιδιωτικοποίηση του NHS αυξάνεται, με περισσότερες ιδιωτικές εταιρείες να αναλαμβάνουν υπηρεσίες, γεγονός που προκαλεί ανησυχίες σχετικά με την ιδιωτικοποίηση της δημόσιας υγείας και τις επιπτώσεις στην ποιότητα και την πρόσβαση.

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα είναι η γήρανση του πληθυσμού που συνοδεύεται από αυξανόμενες ανάγκες σε περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, που παρουσιάζουν πολύπλοκα προβλήματα υγείας, κοστίζουν πολύ περισσότερο στο NHS, με το κόστος ανά ασθενή 65 ετών να είναι 2,5 φορές μεγαλύτερο από αυτό ενός 30χρονου. Επιπλέον, το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανά η Βρετανία για το NHS είναι χαμηλότερο σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και έχει επιδεινωθεί τα τελευταία δέκα χρόνια (Khan, 2023).

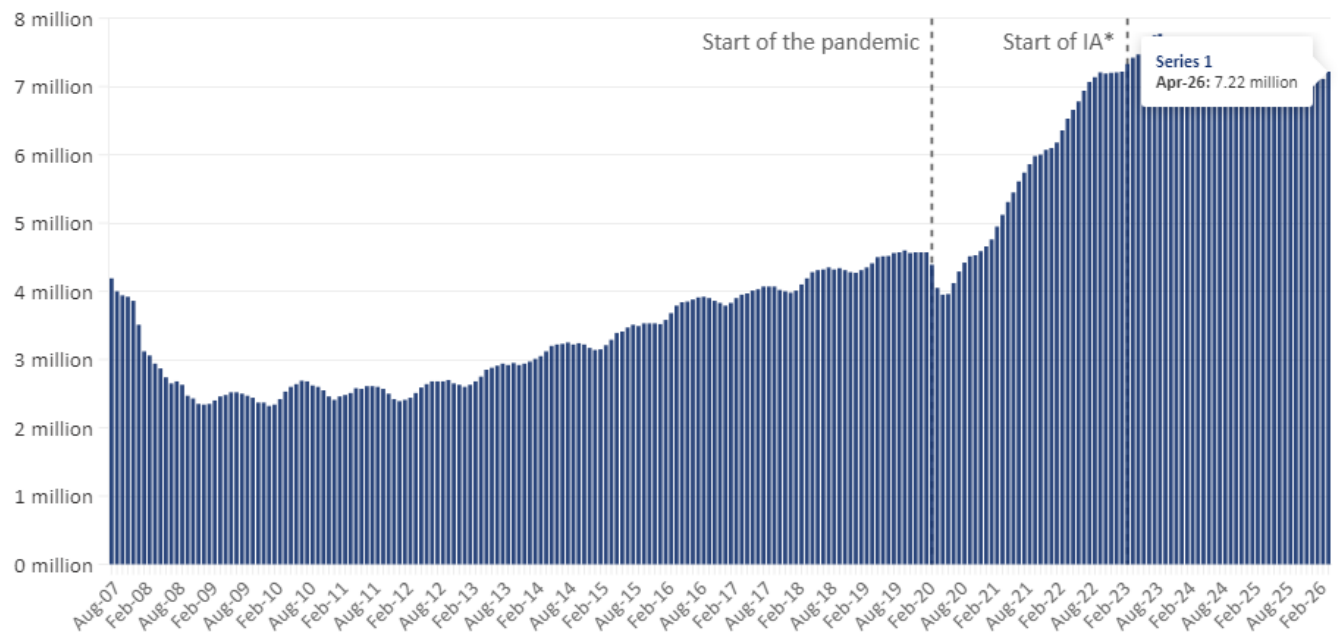
Επιπροσθέτως, η διαχείριση των μεγάλων καθυστερήσεων και των backlogs αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει το NHS σήμερα. Τα δεδομένα που δημοσιεύει το NHS England αποτυπώνουν την ολοένα αυξανόμενη πίεση στις υπηρεσίες, καθώς η ζήτηση για νοσηλεία και επεμβάσεις ξεπερνά συνεχώς τη διαθέσιμη χωρητικότητα. Ο όρος «backlog» αναφέρεται στη συσσώρευση περιστατικών που θα έπρεπε κανονικά να είχαν αντιμετωπιστεί, αλλά λόγω των επιπτώσεων της πανδημίας COVID-19, έχουν παραταθεί σημαντικά. Αυτό περιλαμβάνει ασθενείς σε λίστες αναμονής για επεμβάσεις, ασθενείς που δεν έχουν ακόμη επισκεφθεί τον γενικό τους γιατρό για να ζητήσουν παραπομπή και περιπτώσεις που ακυρώθηκαν ή καθυστερήθηκαν λόγω έλλειψης πόρων ή φόρτου.

Πριν από την πανδημία, τον Φεβρουάριο του 2020, υπήρχαν ήδη 4,57 εκατομμύρια περιπτώσεις σε λίστες αναμονής. Η πανδημία και οι περιορισμοί που επιβλήθηκαν οδήγησαν σε προσωρινή μείωση των νέων εισροών στις λίστες, αλλά η κατάσταση έχει επιδεινωθεί ξανά από το 2021 και μετά. Η πρόσφατη έκθεση των δεδομένων του Απριλίου 2026 δείχνει ότι ο αριθμός των ασθενών σε λίστες αναμονής για ιατρική θεραπεία αυξήθηκε σε 7,22 εκατομμύρια περιπτώσεις, που αποτελείται από περίπου 6,11 εκατομμύρια μεμονωμένους ασθενείς που περιμένουν θεραπεία. Περίπου 2,53 εκατομμύρια από αυτούς τους ασθενείς περιμένουν για πάνω από 18 εβδομάδες. Επιπλέον, περίπου 100.000 από αυτούς περιμένουν για πάνω από ένα χρόνο για θεραπεία - αύξηση από περίπου 94.000 που ήταν τον Μάρτιο 2026 (BMA, 2026).

Εικόνα 4.1: Συνολικός αριθμός ασθενών σε λίστα αναμονής για προγραμματισμένη περίθαλψη υπό την καθοδήγηση ιατρών συμβούλων στο NHS

Total NHS waiting list for consultant-led elective care

August 2007 to April 2026



* *Industrial Action*

Πηγή: BMA, 2026

Οι καθυστερήσεις αυτές έχουν άμεσες συνέπειες στην υγεία των ασθενών. Ο μέσος χρόνος αναμονής έχει αυξηθεί σημαντικά από 6,9 εβδομάδες το 2019 σε 11,3 εβδομάδες το 2026. Η κυβέρνηση έχει θέσει στόχους να μειώσει το ποσοστό των ασθενών που περιμένουν πάνω από 18 εβδομάδες σε 65% έως το Μάρτιο 2026 και να επαναφέρει το ποσοστό των ασθενών που περιμένουν πάνω από 52 εβδομάδες σε λιγότερο από 1%.

Όσον αφορά τον καρκίνο, οι νέες προδιαγραφές από 1 Οκτωβρίου 2023 θέτουν αυστηρότερους χρόνους αναμονής, με στόχο να διαγνωστούν οι ασθενείς εντός 28 ημερών από την επείγουσα παραπομπή, και να ξεκινήσουν θεραπεία εντός 62 ημερών. Ωστόσο, οι τρέχουσες επιδόσεις συνεχίζουν να υστερούν σημαντικά από τους στόχους, με το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν διάγνωση και θεραπεία

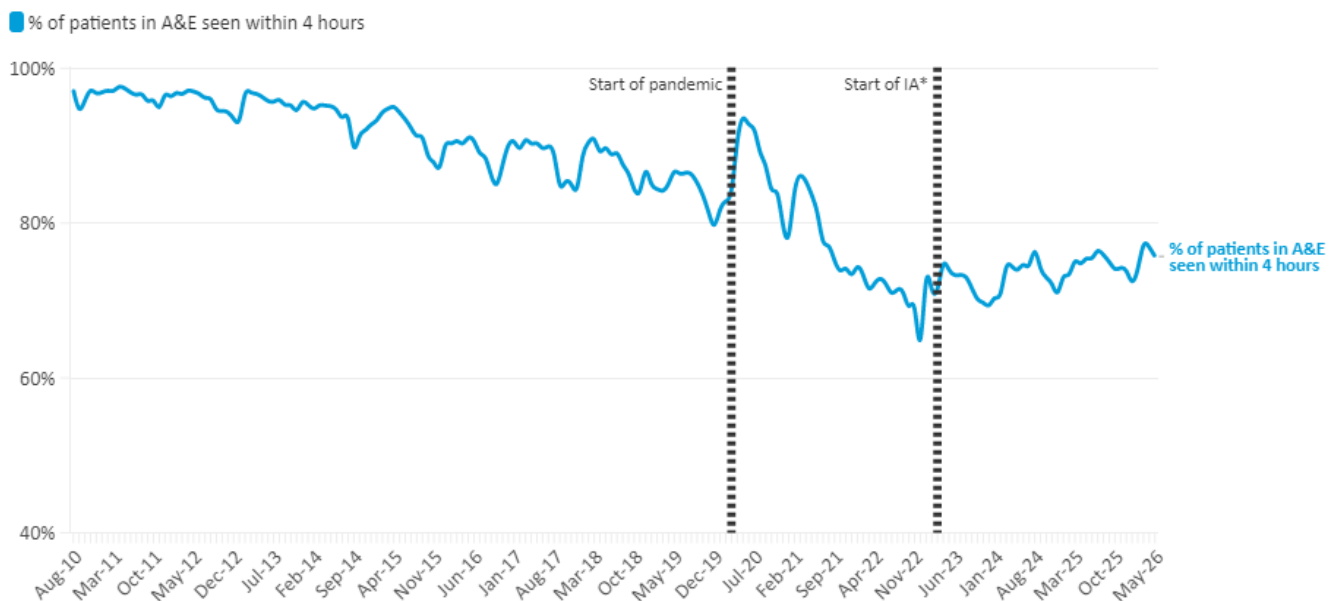
εντός των προκαθορισμένων χρόνων να παραμένει χαμηλό, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για άμεση ενίσχυση της χωρητικότητας.

Παράλληλα, η κατάσταση στα επείγοντα περιστατικά (A&E) συνεχίζει να επιδεινώνεται. Η προσέλευση σε τμήματα εκτινάχθηκε και πάλι, με περίπου 2,46 εκατομμύρια επισκέψεις τον Μάιο 2026 από 2,35 που ήταν τον Απρίλιο 2026, ενώ το ποσοστό των ασθενών που εισήχθησαν, μεταφέρθηκαν ή πήραν εξιτήριο εντός 4 ωρών είναι μόλις 75,7%, κάτω από τον στόχο του 78% (BMA, 2026).

Εικόνα 4.2: Ποσοστό ασθενών σε όλα τα τμήματα επειγόντων περιστατικών του NHS που εξετάστηκαν εντός 4 ωρών

Percentage of patients in all departments of emergency care seen within 4 hours

August 2010 - April 2026



* *Industrial Action*

Πηγή: BMA, 2026

Επιπλέον, ο αριθμός των ασθενών που περιμένουν περισσότερο από 12 ώρες σε επείγοντα αυξήθηκε σημαντικά και αποτελεί μια ακόμη ένδειξη ότι το σύστημα λειτουργεί υπό ασφυκτικές πιέσεις, λόγω της έλλειψης επαρκούς προσωπικού και της δυσκολίας στη διαχείριση της ροής των ασθενών. Οι καθυστερήσεις αυτές οφείλονται, εν μέρει, στην έλλειψη χωρητικότητας σε κλίνες, με τους δείκτες πληρότητας των γενικών και των κλινών οξείας περίθαλψης να κυμαίνονται σταθερά πάνω από το 90% από το 2021, ενώ συχνά οι ασθενείς παραμένουν στα νοσοκομεία παρά τη διαθεσιμότητα για εξιτήριο, λόγω έλλειψης δομών κοινωνικής φροντίδας.

Ένα ακόμα πρόβλημα είναι η δυσκολία στον έλεγχο των παραπομπών από τους γενικούς ιατρούς, με τον αριθμό των αποτυχημένων παραπομπών λόγω έλλειψης διαθέσιμων ραντεβού να έχει αυξηθεί δραματικά, από 238.859 τον Φεβρουάριο 2020 σε πάνω από 400.000 τον Νοέμβριο 2021. Αυτό επιβαρύνει περαιτέρω το ήδη επιβαρυνμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς οι ασθενείς που δεν μπορούν να παραπεμφθούν σε νοσοκομείο πρέπει να λαμβάνουν φροντίδα από τους γιατρούς τους, αυξάνοντας τις πιέσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (BMA, 2026).

Τέλος, η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης σε ιατρικό και μη ιατρικό προσωπικό αποτελεί μια ακόμα σοβαρή πρόκληση. Οι χαμηλοί μισθοί, οι προβληματικές συνταξιοδοτικές πολιτικές και η έλλειψη αποτελεσματικών πολιτικών διατήρησης έχουν οδηγήσει πολλούς επαγγελματίες να εγκαταλείψουν το σύστημα. Παρά τις αυξήσεις στις θέσεις ιατρικής σχολής, η διατήρηση του προσωπικού παραμένει αβέβαιη, καθώς οι νέοι επαγγελματίες συχνά αποθαρρύνονται από τις πιέσεις και το φορτίο της εκπαίδευσης (Khan, 2023).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Ερευνητική Προσέγγιση

Η παρούσα έρευνα υιοθετεί μια ποιοτική ερευνητική προσέγγιση, καθώς επιδιώκει την βαθύτερη κατανόηση των διαδικασιών και των παραγόντων που επηρεάζουν την εφαρμογή του μοντέλου Balanced Scorecard στον τομέα της υγείας και ειδικότερα στο NHS. Η ποιοτική προσέγγιση επιτρέπει την ανάλυση των εμπειριών, των αντιλήψεων και των πρακτικών που ακολουθούνται, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ερμηνεία των δεδομένων και στην αναγνώριση των δύσκολων ή ποικίλων παραμέτρων που επηρεάζουν την επιτυχία ή την αποτυχία της υλοποίησης. Επιπλέον, η επιλογή αυτή είναι κατάλληλη για την εξερεύνηση νέων ή λιγότερο μελετημένων πτυχών του θέματος, προσφέροντας μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα.

5.2 Μελέτη Περίπτωσης (Case Study)

Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας, υιοθετήθηκε η μελέτη περίπτωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS). Ο οργανισμός αυτός αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα και πιο σύνθετα συστήματα υγείας παγκοσμίως, με πλούσιο ιστορικό στην εφαρμογή διαφόρων στρατηγικών διαχείρισης και βελτίωσης. Η επιλογή αυτή επιτρέπει την εξέταση συγκεκριμένων πρακτικών, προκλήσεων και αποτελεσμάτων σε ένα πραγματικό και πολύπλοκο περιβάλλον. Μέσω της ανάλυσης αυτής, θα αναδειχθούν οι επιτυχίες, οι αποτυχίες και τα μαθήματα που μπορούν να εφαρμοστούν και σε άλλους οργανισμούς υγείας.

5.3 Πηγές Δεδομένων

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα προέρχονται από δευτερογενείς πηγές, γεγονός που διασφαλίζει την αξιοπιστία και την επικαιρότητά τους. Συγκεκριμένα, αναλύθηκαν επιστημονικά άρθρα, επίσημες εκθέσεις οργανισμών υγείας, αναφορές διεθνών οργανισμών, καθώς και δημοσιευμένες μελέτες που εστιάζουν στην εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα του Balanced Scorecard στον τομέα της υγείας και στο NHS. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν αναφορές και δεδομένα από κυβερνητικές και διοικητικές πηγές, όπως τα ετήσια απολογιστικά στοιχεία του NHS, με σκοπό την εμπλουτισμένη και τεκμηριωμένη ανάλυση.

5.4 Μέθοδος Ανάλυσης

Η ανάλυση των συλλεγμένων δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου, η οποία περιλαμβάνει την ερμηνεία και την αξιολόγηση των πληροφοριών. Οι απαντήσεις στα τέσσερα πρώτα ερευνητικά ερωτήματα αναλύονται στο κεφάλαιο 6, το πέμπτο στο κεφάλαιο 7 και το τελευταίο στο κεφάλαιο 8. Μέσω αυτής της ανάλυσης, αναδεικνύονται πρότυπα και σχέσεις που συμβάλλουν στην κατανόηση της συνολικής εικόνας και στην εξαγωγή συμπερασμάτων.

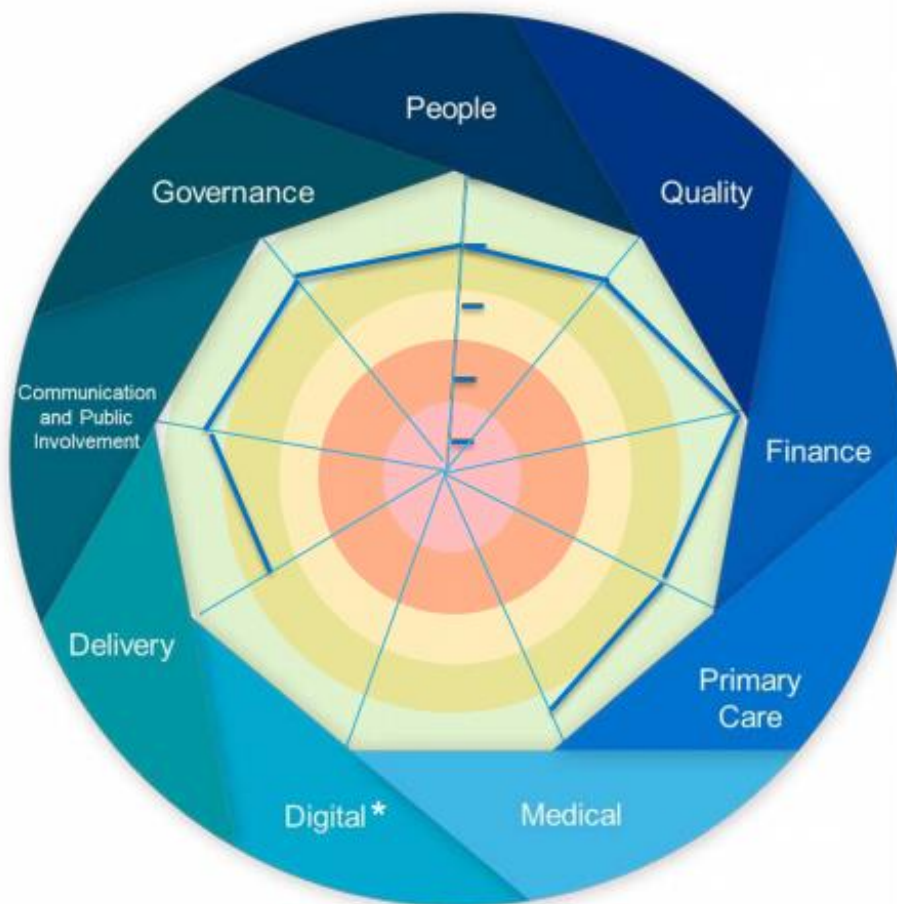
5.5 Περιορισμοί Έρευνας

Η παρούσα έρευνα ενδέχεται να έχει ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Πρώτον, η έμφαση σε δευτερογενείς πηγές περιορίζει την άμεση πρόσβαση σε πρωτογενή δεδομένα και εμπειρίες από το πεδίο, γεγονός που ενδέχεται να δημιουργεί κάποιες περιορισμένες ή ετερογενείς πληροφορίες. Δεύτερον, η μελέτη περίπτωσης του NHS, αν και πλούσια σε δεδομένα, αφορά ένα συγκεκριμένο σύστημα υγείας με ιδιαίτερες δομές και ιδιαιτερότητες και επομένως τα αποτελέσματα μπορεί να μην είναι άμεσα γενικεύσιμα σε άλλους οργανισμούς ή χώρες. Τέλος, η ποιοτική φύση της ανάλυσης, αν και βαθύτερη, περιορίζει την δυνατότητα στατιστικής γενίκευσης και απαιτεί περαιτέρω ποσοτικές μελέτες για την επιβεβαίωση των συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΝΑΛΥΣΗ - ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ BSC ΣΤΟ NHS

Με βάση το report του 2022 το NHS Sussex χρησιμοποίησε ένα Balanced Scorecard που κάλυπτε 9 διαστάσεις, οι οποίες συνδέονταν με τη δομή και τη λειτουργία του οργανισμού και της ηγετικής ομάδας. Κάθε τομέας περιέχει μια σειρά από μετρήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται και δίνουν μαζί μια γενική εικόνα. Σκοπός του BSC ήταν να παρέχει στο Integrated Care Board διαβεβαίωση σχετικά με τη διαχείριση του οργανισμού και του συστήματος, αλλά και μια αξιολόγηση της τρέχουσας απόδοσης του NHS Sussex.

Εικόνα 6.1: Διαστάσεις του BSC στο NHS Sussex (2022)



**δεν αναλύεται στο συγκεκριμένο report*

Πηγή: NHS Sussex, 2022

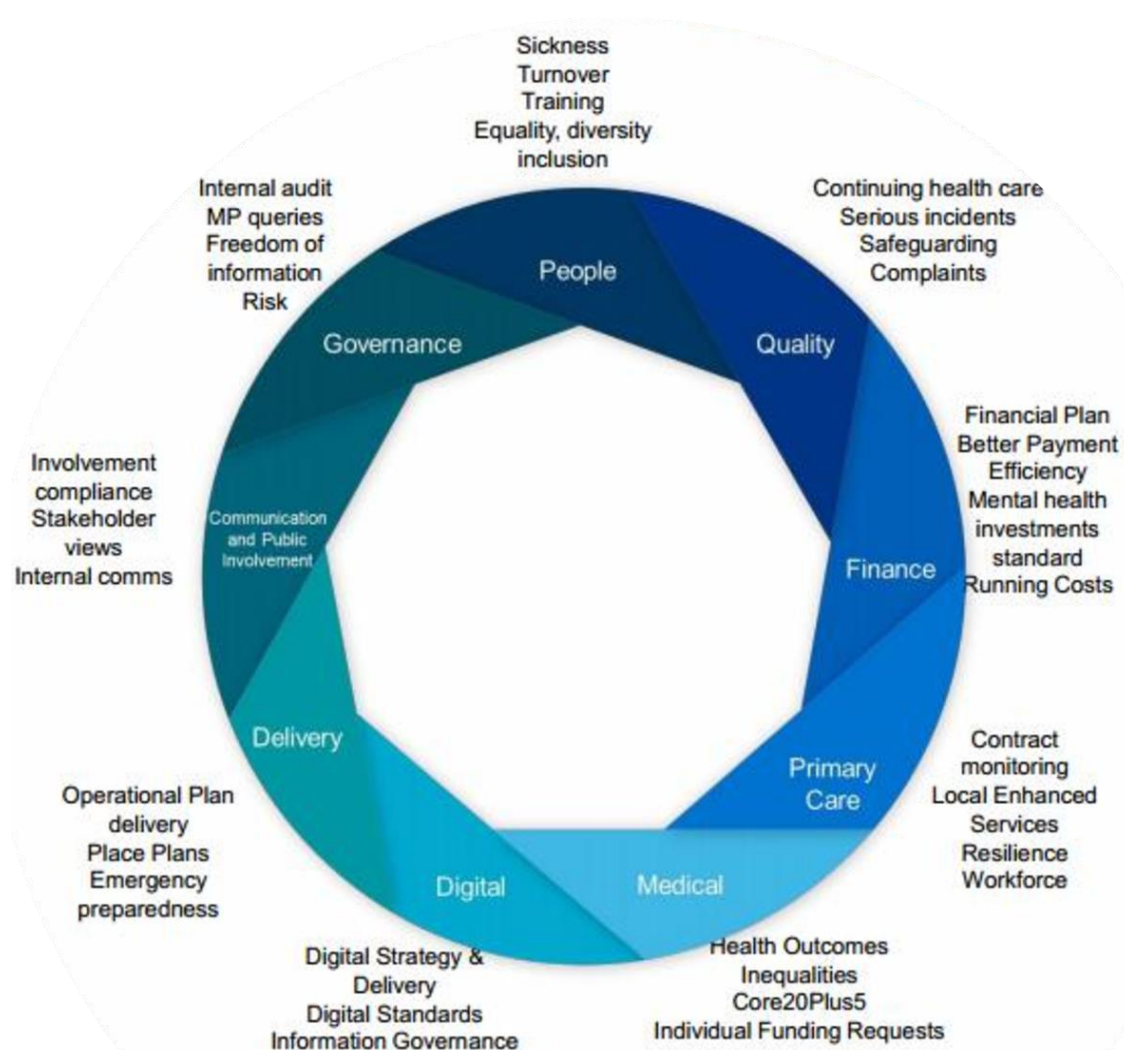
Πίνακας 6.1: Παρουσίαση Διαστάσεων και Βαθμολογίας στο NHS Sussex (2022)

Domain	Red	Amber	Green	Score
Governance	0%	40%	60%	4.3
People	0%	67%	33%	4.0
Quality	0%	33%	67%	4.3
Finance	0%	0%	100%	5.0
Primary Care	20%	20%	60%	4.0
Medical	0%	40%	60%	4.3
Delivery	17%	33%	50%	3.7
Communication and Public Involvement	0%	33%	67%	4.3

Πηγή: NHS Sussex, 2022

Με βάση τον παραπάνω πίνακα και το σχήμα αντιλαμβανόμαστε πως τα ποσοστά των δεικτών βαθμολογούνται είτε με κόκκινο είτε με πορτοκαλοκίτρινο είτε με πράσινο χρώμα. Πιο συγκεκριμένα, το κόκκινο συμβολίζει τους δείκτες που είναι σε χαμηλή απόδοση, το πορτοκαλοκίτρινο αυτούς που βρίσκονται σε ενδιάμεση κατάσταση και χρειάζονται βελτίωση, ενώ το πράσινο αυτούς που είναι σε καλή κατάσταση. Η συνολική βαθμολογία (σε κλίμακα 1-5) αντιπροσωπεύει την συνολική απόδοση κάθε τομέα. Στον πίνακα παρατηρούμε πως μόνο η διάσταση των οικονομικών έχει άριστη βαθμολογία (5.0), καθώς όλοι οι δείκτες έχουν πράσινο χρώμα. Η υλοποίηση/παροχή υπηρεσιών (delivery) έχει τη χαμηλότερη βαθμολογία (3.7) πράγμα που υποδηλώνει ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης. Γενικά, οι περισσότερες διαστάσεις έχουν πολύ καλές αποδόσεις, καθώς έχουν υψηλές βαθμολογίες (4.0 και 4.3) και 0% των δεικτών τους με κόκκινο χρώμα. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως η διάσταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αν και έχει βαθμολογία 4.0, το 20% των δεικτών της έχουν κόκκινο χρώμα πράγμα που σημαίνει πως υπάρχουν σημαντικά ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν.

Εικόνα 6.2: Διαστάσεις του BSC στο NHS Sussex και δείκτες απόδοσης (2022)



Πηγή: NHS Sussex, 2022

Η εικόνα 6.2 απεικονίζει τόσο τις διαστάσεις όσο και τους δείκτες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας του NHS Sussex, σύμφωνα με το πλαίσιο του Balanced Scorecard. Παρατηρούμε πως η κάθε διάσταση έχει τουλάχιστον 3 δείκτες. Για παράδειγμα, η οικονομική διάσταση περιλαμβάνει δείκτες, όπως το οικονομικό πλάνο και τις επενδύσεις της ψυχικής υγείας, η διάσταση του ανθρώπινου δυναμικού περιλαμβάνει το ποσοστό των απουσιών, το ποσοστό μετακίνησης του προσωπικού κ.λπ.

Οι παράγοντες που συνέλαβαν στην επιτυχή εφαρμογή του BSC ήταν η συνεχής παρακολούθηση και αναφορά μέσω dashboards και εσωτερικών ελέγχων, η

συμμετοχή και συνεργασία με διοικητικούς ηγέτες, τα ενημερωμένα και ανανεωμένα πολιτικά πλαίσια και διαδικασίες, αλλά και η διεξαγωγή ελέγχων και αξιολογήσεων που ενίσχυσαν την διαφάνεια και την λογοδοσία. Ωστόσο, υπήρξε δυσκολία στην εφαρμογή και ενημέρωση πολιτικών σε περιόδους αλλαγών και περιορισμένη ανταπόκριση σε κάποιους δείκτες (π.χ. στην ολοκλήρωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων) (NHS Sussex, 2022).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Patel et al. (2008) το balanced scorecard είχε εφαρμοστεί στο NHS και το 2001 με σκοπό την καλύτερη σύνδεση των δεικτών απόδοσης με τους στρατηγικούς στόχους. Τότε όμως περιλάμβανε μόνο τρεις βασικές διαστάσεις: ασθενοκεντρική, κλινική και ικανοτήτων/δυνατοτήτων.

Εικόνα 6.3: Σύνθεση του BSC με βάση τη μελέτη των Patel et al. (2008)

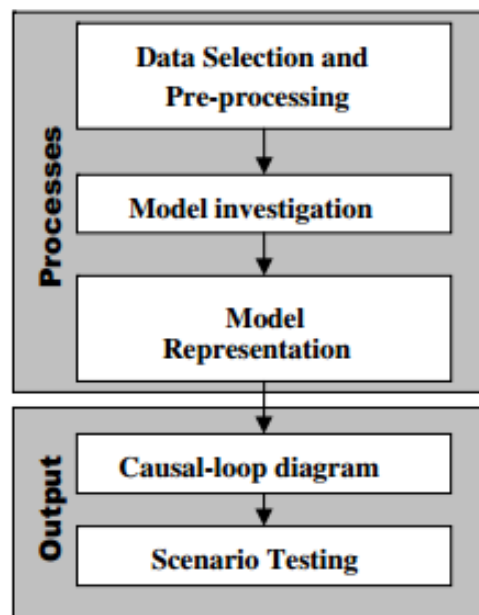
Composition of the NHS balanced scorecard for year 2001/2002 and 2002/2003			
	Indicators	2001/2002	2002/2003
Patient focus	A&E emergency admission waits (4 hours)		✓
	Better hospital food		✓
	Breast cancer treatment within a month	✓	✓
	Cancelled operations	✓	✓
	Day case booking		✓
	Delayed transfers of care	✓	✓
	Nine month heart operation waits		✓
	Outpatient A&E survey – access & waiting		✓
	Outpatient A&E survey – better information, more choice		✓
	Outpatient A&E survey – building relationships		✓
	Outpatient A&E survey – clean, comfortable, friendly place to be		✓
	Outpatient A&E survey – safe, high quality, co-ordinated care		✓
	Paediatric outpatient did not attend rates		✓
	Patient complaints procedure		✓
	Privacy & dignity ^a	✓	✓
	Six month inpatient waits	✓	✓
	Thirteen week outpatient waits	✓	✓
	Total inpatient waits • % of plan	✓	✓
	Waiting times for Rapid Access Chest Pain Clinic		✓
Clinical Focus	Clinical Negligence	✓	✓
	Deaths within 30 days of a heart bypass operation ^a	✓	✓
	Deaths within 30 days of selected surgical procedures ^a	✓	✓
	Emergency readmission to hospital following discharge	✓	✓
	Emergency readmission to hospital following discharge for children	✓	✓
	Emergency readmission to hospital following treatment for a fractured hip	✓	✓
	Emergency readmission to hospital following treatment for a stroke	✓	✓
	Returning home following hospital treatment for fractured hip	✓	
	Returning home following hospital treatment for stroke	✓	
	Infection control procedures		✓
	Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) bacteraemia improvement score		✓
	Thrombolysis treatment time		✓
Capacity and Capability Focus	Consultant appraisal		✓
	Data quality	✓	✓
	Fire, Health & Safety		✓
	Information Governance	✓	✓
	Junior doctors' hours	✓	✓
	Sickness absence rate	✓	✓
	Staff opinion survey	✓	✓

^a Variables related to special practices or high proportion of missing information.

Πηγή: Patel et al. (2008)

Από την εικόνα 6.3 είναι φανερό πως η κάθε διάσταση περιλάμβανε αρκετούς δείκτες. Οι βασικοί δείκτες απόδοσης ήταν οι επείγουσες εισαγωγές και επανεισαγωγές (Emergency readmissions), οι αναμονές (Waits), π.χ. χρόνος αναμονής για χειρουργεία, οι δείκτες ποιότητας, όπως λοιμώξεις MRSA, θάνατοι εντός 30 ημερών από την ημέρα που υποβλήθηκαν σε συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση και οι δείκτες επάρκειας και δυνατοτήτων, π.χ. ποιότητα δεδομένων, έρευνα για τη γνώμη του προσωπικού. Η δυσκολία στην ερμηνεία και η απουσία σαφούς συσχέτισης cause-and-effect μεταξύ των διαστάσεων και των δεικτών αποτέλεσαν εμπόδιο στην αποτελεσματική χρήση. Η δημιουργία ενός causal-loop diagram (CLD) μέσω δομικής εξισωτικής μοντελοποίησης (SEM) ανέδειξε τις βασικές σχέσεις ανάμεσα στους δείκτες, με τον δείκτη των Επείγουσων Επανεισαγωγών (Emergency Readmissions) να διαδραματίζει κεντρικό ρόλο.

Εικόνα 6.4: Βήματα μεθοδολογίας στη μελέτη των Patel et al. (2008)



Πηγή: Patel et al. (2008)

Το άρθρο χρησιμοποίησε δεδομένα από τα έτη 2001/2002 και 2002/2003. Η μεθοδολογία, όπως παρουσιάζεται και στην εικόνα 6.4 περιλάμβανε:

- Την επιλογή και προεπεξεργασία των δεδομένων,
- Τον εκτενή στατιστικό έλεγχο και δομική μοντελοποίηση για την εξεύρεση στατιστικά σημαντικών σχέσεων,

- Την κατασκευή ενός CLD που απεικονίζει τις σχέσεις αιτίου-αποτελέσματος μεταξύ των δεικτών,
- Την εκτέλεση σεναρίων (scenario testing) για να κατανοηθούν οι επιπτώσεις των παρεμβάσεων σε συγκεκριμένους δείκτες.

Η μελέτη εξετάζει τρία διαφορετικά σενάρια (A, B, C), σχετικά με την κυρίαρχη ή μη κυρίαρχη επίδραση ορισμένων συνδέσεων και αναλύει τις επιπτώσεις αυτών στη συνολική απόδοση των δεικτών, δείχνοντας πώς οι διαδοχικές παρεμβάσεις μπορεί να διασυνδέονται και να επηρεάζουν ολόκληρο το σύστημα.

Οι παράγοντες που συνέλαβαν στην εφαρμογή του BSC ήταν η χρήση δομικών μαθηματικών μοντέλων (SEM) για την κατανόηση συστημικών σχέσεων και αιτιακών συσχετίσεων, η συνεχής συλλογή και ανάλυση δεδομένων, η συμμετοχή και συνεργασία της ηγεσίας και των stakeholders, αλλά και η χρήση σεναρίων (scenario testing) προκειμένου να κατανοηθούν οι δομικές αλληλεπιδράσεις και οι πιθανές συνέπειες των παρεμβάσεων. Οι παράγοντες που εμπόδισαν την εφαρμογή ήταν η περιορισμένη διαθεσιμότητα ή/και ποιότητα δεδομένων για ορισμένους δείκτες, η έλλειψη σαφούς causal-relationship μεταξύ των δεικτών, η οποία δυσκόλεψε την ερμηνεία και την λήψη στρατηγικών αποφάσεων, η δυσκολία στην ερμηνεία των αλληλεπιδράσεων λόγω πολυπλοκότητας, καθώς και η δυσκολία στην εφαρμογή πολιτικών, ειδικά σε περιόδους αλλαγών.

Γενικότερα, η ανάλυση έδειξε ότι η κεντρική θέση του δείκτη των Επείγουσων Επανεισαγωγών υποδήλωνε ότι η προσπάθεια μείωσής τους μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες σε άλλους δείκτες, όπως στην ποιότητα δεδομένων και στους χρόνους αναμονής. Υπήρξαν ενδείξεις ότι η εστίαση σε συγκεκριμένους δείκτες, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι συσχετίσεις, μπορεί να οδηγήσει σε αντιφατικές ή μη βιώσιμες βελτιώσεις. Η χρήση του CLD και της SEM επέτρεψε την κατανόηση των συστημικών σχέσεων και των trade-offs, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη πιο συνεκτικών και βιώσιμων στρατηγικών (Patel et al., 2008).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθούμε στη μελέτη των Chang et al. (2002), η οποία περιγράφει πως το NHS είχε υιοθετήσει το Πλαίσιο Αξιολόγησης Απόδοσης

(PAF), εμπνευσμένο από το Balanced Scorecard (BSC). Στο άρθρο αναφέρεται ότι το PAF λειτουργεί ως στρατηγικό εργαλείο, το οποίο συνδέει εθνικές στρατηγικές με τοπικές δραστηριότητες και περιλαμβάνει δείκτες από διαφορετικές διαστάσεις, ώστε να προσφέρει ολοκληρωμένη εικόνα της απόδοσης. Σημειώνεται συγκεκριμένα ότι το PAF περιλαμβάνει έξι διαστάσεις: βελτίωση της υγείας, δίκαιη πρόσβαση, αποτελεσματική παράδοση υπηρεσιών υγείας, αποδοτικότητα, εμπειρία των ασθενών/φροντιστών και αποτελέσματα υγείας. Επιπλέον, αναφέρονται διάφοροι δείκτες (HLPs) που αξιολογούν κάθε διάσταση, όπως ποσοστά θανάτων, διάρκεια νοσηλείας, ικανοποίηση ασθενών κ.ά. Αν και η μελέτη αναγνωρίζει τη χρησιμότητα του συστήματος και το ρόλο του ως στρατηγικού εργαλείου, επισημαίνει ότι η στήριξή του σε θεωρητική σύνδεση αιτίας-αποτελέσματος στον τομέα της υγείας είναι πιο πολύπλοκη και ότι η αποτελεσματικότητα και η εφαρμογή του χρειάζονται περαιτέρω μελέτη και αξιολόγηση. Επιπροσθέτως, αναφέρονται διάφορα εμπόδια, όπως ο μεγάλος αριθμός δεικτών που μπορεί να δυσκολεύουν τον στρατηγικό έλεγχο και την εστίαση, η δυσκολία ορισμού και ερμηνείας των δεικτών, ζητήματα σχετικά με τον καθορισμό βαρών για τους δείκτες, πιθανές συγκρούσεις συμφερόντων και δυσκολίες στην εφαρμογή λόγω διαφορετικών τοπικών προτεραιοτήτων. Τέλος, τονίζεται η δυσκολία σύνδεσης των δεικτών με σαφείς αιτιακές σχέσεις και η ανάγκη συστηματικής αξιολόγησης.

Συνεχίζοντας την ανάλυση, το άρθρο των Radnor & Lovell (2003) περιγράφει ότι το BSC προτείνεται ως ένα στρατηγικό εργαλείο για την βελτίωση της διαχείρισης και της απόδοσης στο NHS, ιδιαίτερα σε πολυ-εταιρικά περιβάλλοντα, όπως το Bradford Health Action Zone. Τονίζει ότι γίνεται προσπάθεια να αναπτυχθούν «στρατηγικά συστήματα μέτρησης» που ευθυγραμμίζονται με τις κρατικές και τοπικές προτεραιότητες. Τα πιλοτικά projects, όπως στην Bradford, εξετάζουν την πλήρη ή μερική εφαρμογή του BSC σε διάφορα επίπεδα οργανώσεων.

Το άρθρο αναφέρει ότι το BSC περιλαμβάνει τέσσερις βασικές διαστάσεις:

- Χρηματοοικονομική (Financial)
- Πελατών (Customer)
- Εσωτερικών διαδικασιών (Internal Business Processes)
- Μάθησης και Ανάπτυξης (Learning and Growth)

Επίσης, αναφέρει ότι μέτρα και δείκτες που προέρχονται από αυτές τις διαστάσεις πρέπει να ενοποιούνται και να συμπληρώνονται με συγκεκριμένους, τοπικά προσαρμοσμένους δείκτες που ανταποκρίνονται στους στόχους των οργανισμών. Σε πολλές περιπτώσεις, η αξιολόγηση περιλαμβάνει τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά κριτήρια και σημαντικό είναι η ευθυγράμμιση με στρατηγικούς στόχους.

Παράγοντες που συμβάλλουν ή εμποδίζουν την επιτυχία είναι η υποστήριξη από την ανώτατη διοίκηση και τις πολιτικές ηγεσίες (π.χ. από το Υπουργείο Υγείας και τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές), η ενεργή συμμετοχή και αποδοχή από το προσωπικό, η διαθεσιμότητα πόρων και εκπαίδευση (χρηματοδότηση, χρόνος, τεχνολογικοί πόροι), η ανάγκη ολοκληρωμένης και συντονισμένης εφαρμογής σε όλα τα επίπεδα (για να διασφαλιστεί η διαλειτουργικότητα και η διαδοχική ανάπτυξη του συστήματος), η αποφυγή «πilotικών» ή αποσπασματικών εφαρμογών που θα αποτύχουν λόγω αποσύνδεσης και οι προϋποθέσεις για την αποδοχή και την ενσωμάτωση των αλλαγών στη κουλτούρα και τις διαδικασίες.

Ακόμα, το άρθρο επισημαίνει ότι σε μελέτες και πιλοτικές εφαρμογές, το BSC υπόσχεται βελτίωση στην διαφάνεια, στην ευθυγράμμιση των στόχων, και στην μεγαλύτερη αποδοτικότητα και λογοδοσία. Ωστόσο, σημειώνει ότι η άμεση ποσοτική αποτίμηση των αποτελεσμάτων αυτής της εφαρμογής είναι δύσκολη, και συχνά η αξία φαίνεται μέσω ποιοτικών πτυχών, όπως μέσω της βελτίωσης της διαφάνειας, της στρατηγικής ευθυγράμμισης, της αντιμετώπισης των υπαρχόντων ζητημάτων ισότητας και της δικαιότερης διανομής υπηρεσιών. Η πλήρης εφαρμογή του BSC μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη διαχείριση κινδύνων και στην επίτευξη στρατηγικών στόχων, αλλά απαιτεί σωστό σχεδιασμό, υποστήριξη και διαρκή αναθεώρηση.

Στη μελέτη των Brimelow et al. (2023) αναφέρονται πιο συγκεκριμένα παραδείγματα σχετικά με την εφαρμογή του BSC στο NHS. Το NHS Scotland CAMHS και το Western Isles Health and Social Care. Οι στρατηγικοί στόχοι του προγράμματος NHS Scotland CAMHS που εφαρμόστηκε το 2011 και αφορούσε την ψυχική υγεία στα παιδιά και εφήβους ήταν οι εξής:

- Προσωποκεντρική προσέγγιση: Η αξία των ασθενών καθοδηγεί κάθε κλινική απόφαση. Ταυτοποιεί την ανάγκη για υπηρεσίες που λαμβάνουν υπόψη τις προσωπικές αξίες και προτιμήσεις.
- Ασφάλεια: Παροχή υπηρεσιών στηριγμένη σε επιστημονική γνώση, με έμφαση στην ασφάλεια των ασθενών.
- Αποτελεσματικότητα: Αποφυγή σπατάλης πόρων, βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Δίκαιη πρόσβαση: Παροχή φροντίδας ανεξάρτητα από κοινωνική ή οικονομική κατάσταση, διασφαλίζοντας ότι η ποιότητα της υπηρεσίας δεν διαφοροποιείται.
- Έγκαιρη παροχή: Μείωση των χρόνων αναμονής και των καθυστερήσεων που μπορεί να βλάψουν τους ασθενείς.

Οι δείκτες που μετρούν την επιτυχία ήταν 18 και οι διαστάσεις ήταν οι εξής:

- Ασθενοκεντρική προσέγγιση
- Best practice (δηλαδή εφαρμογή των βέλτιστων πρακτικών στην παροχή των υπηρεσιών)
- Εσωτερικών διαδικασιών
- Αποτελεσματική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων.

Στο παράδειγμα του Western Isles Health and Social Care το 2018 που αφορούσε ευρύτερες κοινωνικές υπηρεσίες είχε ως στρατηγικούς στόχους τα εξής:

- Ανάπτυξη συστήματος αποδίδοντας προσωπικούς προϋπολογισμούς (δηλαδή να επιτρέπεται στους ασθενείς να διαχειρίζονται οι ίδιοι τους πόρους για τις κοινωνικές υπηρεσίες τους).
- Ενίσχυση πρωτοκόλλων υποστήριξης και προστασίας ενηλίκων.
- Ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας μέσω πολυεπιστημονικών ομάδων, διασφαλίζοντας συντονισμό και συστηματική συνεργασία.
- Επένδυση σε τεχνολογία και βελτίωση διαδικασιών για αποδοτικότητα.
- Κατανομή πόρων και υποστήριξη κοινοτήτων (π.χ. αναπτύσσοντας προγράμματα για αποφυγή νοσηλείας και υποστήριξη διαχείρισης χρόνιων καταστάσεων).

- Οικοδόμηση δικτύων υπηρεσιών σε κάθε περιοχή (π.χ. υγειονομικά και κοινωνικά κέντρα).
- Διαχείριση κόστους και εξορθολογισμός δαπανών.
- Εργασιακός σχεδιασμός και εκπαίδευση (π.χ. ανάπτυξη τριετούς σχεδίου εργασίας και υποστήριξη GP).
- Υποστήριξη κοινωνικών και ψυχικών καταστάσεων (π.χ. αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης).

Οι δείκτες που μετρούν την επιτυχία ήταν 94 και οι διαστάσεις ήταν οι εξής:

- Ποιότητα της φροντίδας: εστίαση στο ότι η φροντίδα είναι προσωποκεντρική, ασφαλής, υποστηρικτική και ποιοτική.
- Ασφάλεια και υποστήριξη
- Πληθυσμιακή υγεία
- Αξία και βιωσιμότητα

Μια άλλη περίπτωση εφαρμογής του BSC αναφέρεται στο έγγραφο του NHS Board (2013). Η εφαρμογή του Balanced Scorecard (BSC) έγινε στο Τμήμα Δημόσιας Υγείας για το NHS Tayside. Το BSC αναπτύχθηκε σε 2 σκέλη, ένα για την κλινική υπηρεσία και ένα για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Τα 2 BSCs βασίζονται σε «χάρτες στρατηγικής» που διαχωρίζουν τις βασικές δραστηριότητες του τμήματος σε τέσσερα επίπεδα που περιγράφονται ως εξής:

- Επίπεδο 1 - τι θέλουμε να επιτύχουμε
- Επίπεδο 2 - πώς θα το κάνουμε
- Επίπεδο 3 - τι πρέπει να κάνουμε
- Επίπεδο 4 - τι πρέπει να κάνουμε για να το κάνουμε πραγματικότητα.

Το πρώτο επίπεδο απεικονίζει δύο από τους στρατηγικούς στόχους του Διοικητικού Συμβουλίου του NHST. Το δεύτερο επίπεδο δείχνει την «αποστολή» της Δημόσιας Υγείας να παρέχει στρατηγική ηγεσία και υποστήριξη για τη Δημόσια Υγεία και τους σχετικούς στόχους, με το τρίτο επίπεδο να περιγράφει τις «βασικές δραστηριότητες που θα υποστηρίξουν την ικανότητά μας για αλλαγή και βελτίωση». Το τέταρτο επίπεδο επικεντρώνεται κυρίως στη δράση και περιγράφει τα διαχειριστικά ζητήματα και τα καθήκοντα που αποτελούν μέρος της καθημερινής λειτουργίας διαχείρισης της

Διεύθυνσης. Αυτά τα επίπεδα θα μπορούσαν να εξεταστούν με βάση χρονοδιαγράμματα. Το τέταρτο επίπεδο περιγράφει ενέργειες που είναι άμεσες και συνεχείς έως το πρώτο επίπεδο που αντιπροσωπεύει την οραματική γενεαλογική αλλαγή. Κάθε δήλωση στον χάρτη στρατηγικής είχε προσδιορίσει Βασικούς Δείκτες Απόδοσης (Key Performance Indicators - KPIs). Σε πρώτη φάση επικεντρώθηκαν στην ανάπτυξη Δεικτών Απόδοσης (KPIs) γύρω από το τρίτο επίπεδο, «τι πρέπει να κάνουμε». Αυτοί οι Δείκτες Απόδοσης (KPIs) σκιάζονται στο σχέδιο τεταρτημορίου των κλινικών υπηρεσιών. Στη συνέχεια, καθώς οι Δείκτες Απόδοσης (KPIs) για αυτές τις ενέργειες καθορίζονταν και άρχισαν να παράγουν «ασχυρά δεδομένα», οι KPIs προστίθενταν σε κάθε ένα από τα άλλα επίπεδα σταδιακά όσον αφορά τη συλλογή και την αναφορά δεδομένων. Ενώ ήταν δύσκολο να επιτευχθεί στο αρχικό στάδιο ανάπτυξης, ο σκοπός ήταν τα 2 BSCs τελικά να συγχωνευθούν (NHS Tayside, 2013).

Το BSC εφαρμόζεται ακόμα και σήμερα στο NHS. Σύμφωνα με το NHS Performance Assessment Framework για το 2025/26 η προσέγγιση βασίζεται στην αξιολόγηση της απόδοσης σε σχέση με το Balanced Scorecard σε 4 διαστάσεις (όχι με την παραδοσιακή έννοια). Οι μεμονωμένοι οργανισμοί (ICB και πάροχοι οξείας περίθαλψης, ψυχικής υγείας, κοινότητας και ασθενοφόρων) αξιολογούνται σε σχέση με μετρήσεις που αντικατοπτρίζουν τις ατομικές τους ευθύνες για να κριθεί η παροχή των προτεραιοτήτων του NHS. Είναι σημαντικό αυτές οι μετρήσεις να είναι κλινικά εστιασμένες και μια Κλινική Συμβουλευτική Ομάδα (CAG) με επικεφαλής τον Γενικό Νοσηλευτή και τον επερχόμενο Διευθυντή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας να αναλάβει μια αναθεώρηση των προτεινόμενων μετρήσεων (NHS England, 2025).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι μελέτες και τα έγγραφα που εξετάστηκαν παρουσιάζουν μια ποικιλία στην προσέγγιση και την εφαρμογή του BSC στο NHS, αν και όλες μοιράζονται τον κοινό στόχο της βελτίωσης της απόδοσης και της στρατηγικής ευθυγράμμισης. Παρατηρείται μια εξέλιξη στον αριθμό και το είδος των διαστάσεων που χρησιμοποιούνται. Ενώ οι αρχικές εφαρμογές, όπως αυτή που περιγράφεται από τους Patel et al. (2008) και Chang et al. (2002), εστίαζαν σε λιγότερες, πιο βασικές διαστάσεις (π.χ., ασθενοκεντρική, κλινική, οικονομική, εσωτερικές διαδικασίες), οι πιο πρόσφατες εφαρμογές, όπως αυτή του NHS Sussex (2022), περιλαμβάνουν ένα ευρύτερο φάσμα (9 διαστάσεις). Αυτό υποδηλώνει μια προσπάθεια για μια πιο ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη αξιολόγηση. Ο αριθμός των δεικτών (KPIs) ποικίλλει σημαντικά, από 18 στο NHS Scotland CAMHS έως 94 στο Western Isles Health and Social Care, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την εστίαση και τη διαχειρισσιμότητα του συστήματος. Ως βασικοί παράγοντες επιτυχίας, οι περισσότερες μελέτες, όπως αυτές των Radnor & Lovell (2003), NHS Sussex (2022) και Patel et al. (2008), τονίζουν την κρίσιμη σημασία της ισχυρής ηγεσίας και της υποστήριξης από την ανώτατη διοίκηση, της ενεργής συμμετοχής και αποδοχής από το προσωπικό και τους stakeholders, καθώς και της συνεχούς παρακολούθησης, αναφοράς και διαφάνειας μέσω dashboards και ελέγχων. Αντίστοιχα, τα κύρια εμπόδια που αναφέρονται επαναλαμβανόμενα, ιδίως από τις μελέτες των Patel et al. (2008) και Chang et al. (2002), περιλαμβάνουν την πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας που δυσχεραίνει την κατανόηση των αιτιακών σχέσεων μεταξύ δεικτών και στόχων, τη δυσκολία στον ορισμό και την ερμηνεία των δεικτών, την περιορισμένη διαθεσιμότητα ή ποιότητα δεδομένων, τον μεγάλο αριθμό δεικτών που μπορεί να αποπροσανατολίσει, την αντίσταση στην αλλαγή και τη δυσκολία ενσωμάτωσης του BSC στις υφιστάμενες διαδικασίες και την κουλτούρα του οργανισμού. Ορισμένες μελέτες τονίζουν την κρισιμότητα της CAUSAL σύνδεσης (cause-and-effect) και προτείνουν μεθόδους, όπως SEM/CLD για να ξεπεραστούν οι δυσκολίες, ενώ άλλες παρουσιάζουν το BSC με έμφαση σε ποιοτικά οφέλη και διακριτές μετρήσεις χωρίς πλήρη αιτιακή απόδειξη (Patel et al. 2008, Chang et al. 2002). Οι πιλοτικές εφαρμογές μπορεί να διαφέρουν ως προς τις διαστάσεις (π.χ. NHS Scotland CAMHS

vs NHS Tayside), αλλά τροφοδοτούν κοινές προκλήσεις: πολυπλοκότητα δεικτών, πόροι και κουλτούρα αλλαγών.

Η εφαρμογή του Balanced Scorecard (BSC) στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS) διαφέρει από άλλους διεθνείς οργανισμούς κυρίως στον έντονο κεντρικό έλεγχο, την πολυπλοκότητα των δεικτών και τη χρήση του ως εργαλείο λογοδοσίας προς την κεντρική κυβέρνηση και το κοινό.

Οι βασικές διαφορές στην εφαρμογή του BSC στο NHS συγκριτικά με άλλους διεθνείς οργανισμούς υγείας εντοπίζονται στα εξής σημεία:

1. Κεντρική Επιβολή vs Αυτονομία

Στο NHS: Το μοντέλο επιβάλλεται κάθετα από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας και τις κεντρικές αρχές (π.χ. NHS England). Οι επιμέρους οργανισμοί (NHS Trusts) έχουν λιγότερη ευελιξία να προσαρμόσουν τις προοπτικές του BSC στις τοπικές τους ανάγκες, καθώς βασικός στόχος είναι η συμμόρφωση με τις εθνικές πολιτικές (π.χ. χρόνοι αναμονής) (NHS England, 2022).

Διεθνώς: Σε άλλες χώρες (π.χ. ΗΠΑ, Σουηδία, Ελβετία), το BSC εφαρμόζεται συχνά μεμονωμένα από κάθε νοσοκομειακό οργανισμό με μεγάλη αυτονομία. Προσαρμόζεται ανάλογα με τη στρατηγική, τις κλινικές ιδιαιτερότητες και το ανταγωνιστικό περιβάλλον της κάθε μονάδας (Kollberg & Elg, 2011).

2. Έμφαση στη Νομοθετική «Λογοδοσία»

Στο NHS: Αναλύσεις δείχνουν ότι η χρήση του BSC στο NHS συχνά εξυπηρετεί την ανάγκη των διοικήσεων να αποδείξουν «νομιμοποίηση» και συμμόρφωση προς τα ανώτερα κυβερνητικά κλιμάκια παρά ως ένα καθαρά εσωτερικό εργαλείο στρατηγικής ανάπτυξης (Chang et al., 2002).

Διεθνώς: Σε ιδιωτικά ή μικτά συστήματα υγείας (π.χ. στις ΗΠΑ ή τη Γερμανία), το BSC χρησιμοποιείται κάποιες φορές με αυστηρά αναλυτική λογική αιτίου-αποτελέσματος (cause-and-effect) για τη βελτίωση της οικονομικής βιωσιμότητας και της ανταγωνιστικότητας (Bohm et al., 2021).

3. Δομή των Διαστάσεων

Το αρχικό πλαίσιο του Balanced Scorecard βασίζεται σε τέσσερις διαστάσεις: Χρηματοοικονομική, Πελατών/Ασθενών, Εσωτερικών Διαδικασιών, Μάθησης και Ανάπτυξης.

Στο NHS: Το μοντέλο έχει συχνά τροποποιηθεί για να δώσει έμφαση σε κλινικούς στόχους (Clinical Focus), την εστίαση στον ασθενή (Patient Focus) και την ικανότητα/δυναμικότητα των υποδομών.

Διεθνώς: Πολλοί διεθνείς οργανισμοί υγείας τηρούν πιστότερα τις κλασικές 4 προοπτικές του μοντέλου, ενσωματώνοντας βαθύτερα τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού (Learning & Growth) (Bohm et al., 2021).

4. Πληθώρα Δεικτών Απόδοσης (KPIs)

Στο NHS: Έχει παρατηρηθεί ότι το σύστημα του NHS ενσωματώνει μεγάλο αριθμό Βασικών Δεικτών Απόδοσης (KPIs) (Patel et al. 2008; Brimelow et al. 2023) με αποτέλεσμα να γίνεται εξαιρετικά περίπλοκο και ενίοτε δυσνόητο για τους επαγγελματίες υγείας και τις τοπικές μονάδες.

Διεθνώς: Οι οργανισμοί υγείας εκτός Ηνωμένου Βασιλείου προτιμούν μικρότερο και πιο εστιασμένο αριθμό KPIs ανά πυλώνα (συνήθως 3-5), ώστε να διατηρείται η εστίαση σε κρίσιμους τομείς (Grigoroudis et al., 2012).

5. Χρηματοοικονομική Διάσταση

Στο NHS: Το μοντέλο χρηματοδότησης περιορίζει τη βαρύτητα των καθαρά οικονομικών δεικτών στο BSC. Ως ένα δημόσιο σύστημα που παρέχει δωρεάν περίθαλψη, το οικονομικό σκέλος στο NHS σχετίζεται κυρίως με τον έλεγχο του προϋπολογισμού, την αποφυγή ελλειμμάτων (failure to break even) και την αποτελεσματικότερη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων.

Διεθνώς: Η χρηματοοικονομική προοπτική σε άλλα συστήματα (π.χ. στις ΗΠΑ) παραμένει κυρίαρχος πυλώνας αξιολόγησης, καθώς περιλαμβάνει τον ανταγωνισμό

στην αγορά υγείας, την τιμολόγηση υπηρεσιών, την τιμολόγηση ιατρικών συσκευών και την αύξηση των εσόδων από ασφαλιστικές εταιρείες.

6. Ρυθμιστικό Πλαίσιο και Δεδομένα

Στο NHS: Ως ένα ενοποιημένο Εθνικό Σύστημα Υγείας, επωφελείται από ένα σχετικά ενοποιημένο ρυθμιστικό πλαίσιο και τη διαθεσιμότητα κεντρικών δεδομένων, όπως υποδηλώνεται από τις αναφορές του NHS Sussex (2022).

Διεθνώς: Σε ομοσπονδιακές χώρες ή χώρες με αποκεντρωμένα συστήματα υγείας, η συλλογή, η τυποποίηση και η αναφορά δεδομένων για το BSC μπορεί να είναι πιο περίπλοκη. Η έλλειψη εθνικών προτύπων ή η δυσκολία στην ενοποίηση δεδομένων από διαφορετικές πηγές μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο (Müller & Schmidt, 2024).

7. Εστίαση στην Ασφάλεια Ασθενών

Στο NHS: Όπως φαίνεται από τις αναλύσεις, η ασφάλεια συχνά ενσωματώνεται στην «ποιότητα» ή την «καλύτερη πρακτική», αλλά η έμφαση και η ονοματολογία μπορεί να διαφέρουν.

Διεθνώς: Ενώ η ασφάλεια ασθενών είναι κρίσιμη παντού, ορισμένοι διεθνείς οργανισμοί υγείας έχουν ενσωματώσει την ασφάλεια ως ξεχωριστή, κεντρική διάσταση στο BSC τους, με πολύ συγκεκριμένους δείκτες (WHO, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1 Βασικά Συμπεράσματα

Η ανάλυση των εφαρμογών του Balanced Scorecard (BSC) στο NHS καταδεικνύει ότι, ενώ το πλαίσιο αυτό προσφέρει σημαντικές δυνατότητες για τη βελτίωση της διαχείρισης και της στρατηγικής ευθυγράμμισης, η επιτυχής του εφαρμογή δεν είναι αυτόματη και απαιτεί προσεκτική σχεδίαση και διαχείριση. Το BSC έχει εξελιχθεί από ένα απλό εργαλείο μέτρησης σε ένα σύνθετο σύστημα με πολλαπλές διαστάσεις και δείκτες, αντανακλώντας την πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας και η προσαρμογή του στις ειδικές ανάγκες κάθε οργανισμού ή τομέα είναι κρίσιμη. Θεμελιώδης για την αποτελεσματική χρήση του είναι η κατανόηση των σχέσεων αιτίου-αποτελέσματος μεταξύ των δεικτών, όπου η χρήση εργαλείων, όπως το CLD και η SEM μπορεί να είναι καθοριστική για την αποφυγή παραπλανητικών συμπερασμάτων και ανεπιθύμητων συνεπειών, όπως υποδεικνύεται από τη μελέτη των Patel et al. (2008). Υπάρχει μια διαρκής πρόκληση στην εύρεση ισορροπίας μεταξύ της ολοκληρωμένης εικόνας που προσφέρουν οι πολλαπλές διαστάσεις και δείκτες και της διατήρησης ενός διαχειρίσιμου και εστιασμένου συστήματος, καθώς ένας υπερβολικά μεγάλος αριθμός δεικτών μπορεί να αποδυναμώσει τη στρατηγική εστίαση. Η επιτυχία του BSC εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ισχυρή δέσμευση της ηγεσίας και την ενεργό εμπλοκή όλων των επιπέδων του προσωπικού, χωρίς την οποία μπορεί να θεωρηθεί απλώς μια γραφειοκρατική άσκηση. Τέλος, η εφαρμογή του BSC δεν είναι εφάπαξ διαδικασία, αλλά απαιτεί συνεχή παρακολούθηση, αναθεώρηση και προσαρμογή, με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του ίδιου του BSC να είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της μακροπρόθεσμης αξίας του. Συνολικά, το BSC παραμένει ένα πολύτιμο εργαλείο για το NHS, αλλά η αποτελεσματικότητά του εξαρτάται από την προσεκτική σχεδίαση, την κατανόηση των συστημικών σχέσεων, την ισχυρή ηγεσία και τη συνεχή προσαρμογή στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του συστήματος υγείας.

8.2 Προτάσεις για το NHS

Με βάση τα παραπάνω συμπεράσματα, διατυπώνονται οι ακόλουθες προτάσεις, με στόχο τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της χρήσης του Balanced Scorecard στο NHS:

- **Ενίσχυση της Κατανόησης των Αιτιακών Σχέσεων:** Προώθηση της χρήσης προηγμένων αναλυτικών εργαλείων, όπως τα Causal Loop Diagrams (CLD) και η Structural Equation Modeling (SEM), για την καλύτερη κατανόηση των σχέσεων αιτίου-αποτελέσματος μεταξύ των δεικτών απόδοσης και των στρατηγικών στόχων. Αυτό θα βοηθήσει στην αποφυγή παρεμβάσεων που οδηγούν σε ανεπιθύμητες συνέπειες και στην ανάπτυξη πιο στοχευμένων στρατηγικών.
- **Βελτιστοποίηση του Συστήματος Δεικτών (KPIs):** Διεξαγωγή τακτικών αναθεωρήσεων του συνόλου των δεικτών (KPIs) που χρησιμοποιούνται στο BSC, με σκοπό τη διασφάλιση ότι παραμένουν σχετικοί, διαχειρίσιμοι και ευθυγραμμισμένοι με τις τρέχουσες στρατηγικές προτεραιότητες. Εξέταση της δυνατότητας ομαδοποίησης ή απλοποίησης δεικτών όπου είναι εφικτό, για τη διατήρηση της στρατηγικής εστίασης.
- **Ενίσχυση της Ηγεσίας και του Προσωπικού:** Επένδυση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ανάπτυξης για την ηγεσία και το προσωπικό, με στόχο την καλλιέργεια βαθύτερης κατανόησης του BSC, των στρατηγικών του στόχων και του ρόλου του καθενός στην επιτυχία του. Ενθάρρυνση της ανοιχτής επικοινωνίας και της ανατροφοδότησης σχετικά με την εφαρμογή του BSC.
- **Προώθηση της Συνεχούς Προσαρμογής και Αξιολόγησης:** Θέσπιση ενός σαφούς πλαισίου για τη συνεχή παρακολούθηση, αναθεώρηση και προσαρμογή του BSC, λαμβάνοντας υπόψη τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του συστήματος υγείας και τα νέα δεδομένα. Διεξαγωγή τακτικών αξιολογήσεων της αποτελεσματικότητας του ίδιου του συστήματος BSC, ώστε να διασφαλίζεται η μακροπρόθεσμη αξία του.
- **Διασφάλιση Ποιότητας Δεδομένων και Διαλειτουργικότητας:** Εστίαση στη βελτίωση της ποιότητας, της διαθεσιμότητας και της διαλειτουργικότητας των δεδομένων που τροφοδοτούν το BSC. Εξεύρεση τρόπων για την ενοποίηση δεδομένων από διαφορετικά συστήματα, όπου είναι εφικτό, για την παροχή μιας πιο ολοκληρωμένης και ακριβούς εικόνας της απόδοσης.

8.3 Προτάσεις Εφαρμογής για την Ελλάδα

Παρόλο που το μοντέλο θεωρείται ιδανικό για οργανισμούς υγείας, η εφαρμογή του στο ΕΣΥ παρουσιάζει δυσκολίες. Αυτές περιλαμβάνουν τη γραφειοκρατία, τις ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό, τις περικοπές προϋπολογισμών και την έλλειψη ενιαίων ψηφιακών υποδομών για την αυτόματη συλλογή και αξιολόγηση των δεδομένων σε πραγματικό χρόνο. Αφού βελτιωθούν τα παραπάνω τότε μπορούν να υλοποιηθούν τα εξής:

1. Εθνική Στρατηγική για το BSC στον Τομέα της Υγείας

- Δημιουργία Κεντρικού Μοντέλου BSC: Το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει να εξετάσει τη δημιουργία ενός εθνικού, ενοποιημένου μοντέλου BSC για την παρακολούθηση της απόδοσης όλων των ελληνικών νοσοκομείων. Αυτό θα απαιτήσει τη μελέτη διεθνών επιτυχημένων πρωτοβουλιών (π.χ., από ΗΠΑ, Αυστραλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία) και την προσαρμογή τους στις ελληνικές ιδιαιτερότητες.
- Δημιουργία Επιτροπών Στρατηγικής: Σύσταση ομάδων σε κάθε νοσοκομείο που θα επιβλέπουν το BSC, λαμβάνοντας υπόψη τις τοπικές υγειονομικές ανάγκες.
- Σύνδεση με το Υπουργείο Υγείας: Ευθυγράμμιση των δεικτών με τους εθνικούς στόχους του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΠΥ).
- Αποφυγή Πολυπλοκότητας: Έναρξη με 10-15 βασικούς δείκτες αρχικά σε μία ή δύο κλινικές (π.χ. Παθολογική ή Χειρουργική) πριν την καθολική εφαρμογή στο νοσοκομείο.
- Τυποποίηση Δεικτών: Καθορισμός ενός βασικού συνόλου δεικτών (KPIs) που θα είναι κοινός για όλα τα νοσοκομεία, ώστε να επιτρέπεται η συγκριτική αξιολόγηση και η εθνική παρακολούθηση.

2. Ενίσχυση της Εκπαίδευσης και Ανάπτυξης του Προσωπικού

- Εκπαίδευση Διοικήσεων: Υλοποίηση στοχευμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης για τους διοικητές, προέδρους και τα ανώτερα στελέχη

των νοσοκομείων σε θέματα στρατηγικής διαχείρισης, διαχείρισης κινδύνων και μεθοδολογιών μέτρησης απόδοσης, όπως το BSC.

- Εκπαίδευση Προσωπικού: Παροχή εκπαίδευσης στο προσωπικό όλων των επιπέδων σχετικά με τη θεωρία και την πρακτική εφαρμογή του BSC, εστιάζοντας στην κατανόηση των αιτιακών σχέσεων και στον τρόπο που ο ρόλος τους συμβάλλει στους στρατηγικούς στόχους.
- Κίνητρα και Ανάπτυξη Δεξιοτήτων: Δημιουργία μηχανισμών παροχής κινήτρων που να συνδέονται με την απόδοση και την υιοθέτηση νέων μεθοδολογιών, καθώς και επένδυση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων του προσωπικού, ειδικά σε τομείς, όπως η διαχείριση των δεδομένων και η ποιοτική ανάλυση.

3. Αντιμετώπιση Δομικών Προβλημάτων του Δημόσιου Τομέα

- Μεταρρύθμιση Συστήματος Πρόσληψων και Αξιολόγησης: Επανεξέταση των διαδικασιών πρόσληψης και αξιολόγησης του προσωπικού, με στόχο την αντιμετώπιση του προβλήματος της μονιμότητας που οδηγεί σε έλλειψη κινήτρων και αναποτελεσματικότητα. Δημιουργία συστημάτων αξιολόγησης που να συνδέονται με την απόδοση και την παραγωγικότητα.
- Βελτίωση Πληροφοριακών Συστημάτων: Επένδυση στην ανάπτυξη και υιοθέτηση σύγχρονων Πληροφοριακών Συστημάτων Νοσοκομείων που θα επιτρέπουν την ηλεκτρονική συλλογή, επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων σε πραγματικό χρόνο, υποστηρίζοντας έτσι αποτελεσματικότερα το BSC.

4. Εστίαση στην Ποιότητα Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών

- Ενσωμάτωση Ποιοτικών Δεικτών: Διασφάλιση ότι το BSC περιλαμβάνει ισχυρούς δείκτες που αποτυπώνουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, την ασφάλεια των ασθενών και την εμπειρία τους, αναγνωρίζοντας ότι αυτοί οι ποιοτικοί παράμετροι μπορούν να μετρηθούν και να παρακολουθηθούν.
- Συνεχής Παρακολούθηση: Εφαρμογή συνεχούς παρακολούθησης αυτών των δεικτών, με άμεση ανατροφοδότηση προς τις διοικήσεις και το προσωπικό.

5. Προώθηση Συμμετοχικής Κουλτούρας και Επικοινωνίας

- Ενεργή Συμμετοχή Stakeholders: Ενθάρρυνση της ενεργού συμμετοχής όλων των εμπλεκόμενων μερών (προσωπικό, ασθενείς, διοίκηση) στη διαμόρφωση και την εφαρμογή του BSC.
- Διαφάνεια και Επικοινωνία: Διασφάλιση συνεχούς και διαφανούς επικοινωνίας σχετικά με τους στόχους, την πρόοδο και τα αποτελέσματα του BSC, ώστε να χτίζεται εμπιστοσύνη και να μειώνεται η αντίσταση στην αλλαγή.

8.4 Μελλοντικές Ερευνητικές Κατευθύνσεις

Αν και το BSC αποδεικνύει τη χρησιμότητά του για το NHS, παραμένουν σημαντικά κενά που αξίζουν διερεύνησης. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εστιάσουν στην ποσοτική τεκμηρίωση των μακροπρόθεσμων επιδράσεων του BSC στην ποιότητα φροντίδας, στην ικανοποίηση των ασθενών και στην αποδοτικότητα κόστους. Ακόμη, θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθούν συγκριτικές μελέτες ανά τύπο διαστάσεων του BSC, καθώς και ανάλυση ευαισθησίας των δεικτών σε πολιτικές αλλαγές ή κρίσεις υγείας (π.χ. πανδημίες). Τέλος, προτάσεις για προσαρμογή των δεικτών στην Ελλάδα θα μπορούσαν να βασίζονται σε πιλοτικά έργα σε επιλεγμένα νοσοκομεία, με έμφαση στην διαλειτουργικότητα δεδομένων και την κουλτούρα συμμετοχής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Alharbi, F., Atkins, A., Stanier, C., and Al-Buti, H. A. (2016). Strategic value of cloud computing in healthcare organisations using the Balanced Scorecard approach: A case study from a Saudi hospital. *Procedia Computer Science*, 98, 332-339.

Amer, F., Hammoud, S., Khatabeh, H., Lohner, S., Boncz, I. and Endrei, D. (2022). The deployment of balanced scorecard in health care organizations: Is it beneficial? A systematic review, *BMC Health Services Research*, 22, Article 65, 1-14.

Bisbe, J., and Barrubés, J. (2012). The balanced scorecard as a management tool for assessing and monitoring strategy implementation in health care organizations, *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 65(10), 919-927.

Bohm, V., Lacaille, D. Spencer, N. and Barber, C. EH. (2021). Scoping review of balanced scorecards for use in healthcare settings: development and implementation, *BMJ Open Quality*, 10(3), e001293.

Brimelow, R. E., Amalathas, A., Beattie, E., Byrne, G. and Dissanayaka, N. N. (2023). The Use of Balanced Scorecards in Mental Health Services: an Integrative Review and Thematic Analysis, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 50(1), 128-146.

Brown, R. G. S. (1973). *The Changing National Health Service*, Routledge, London.

Chang, L-C., Lin, S. W. and Northcott D. N. (2002). The NHS Performance Assessment Framework: a "balanced scorecard" approach?, *Journal of management in medicine*, 16(4-5), 345-358.

Chang, W. C., Tung, Y. C., Huang C. H. and Yang M. C. (2008). Performance improvement after implementing the Balanced Scorecard: A large hospital's

experience in Taiwan, *Total Quality Management & Business Excellence*, 19(11), 1143-1154.

Dixon-Woods, M., McNicol, S. and Martin, G. (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature, *BMJ Quality & Safety*, 21(10), 876-884.

Garvin, D. A. (1993). Building a Learning Organization, *Harvard Business Review*, 71(4), 78-91.

Grigoroudis, E., Orfanoudaki, E. and Zopounidis, C. (2012). Strategic performance measurement in a healthcare organisation: A multiple criteria approach based on balanced scorecard, *Omega*, 40(1), 104-119.

Gustafsson, K., Schöld, C., Sihvo, C. and Summitt, S. (2009). Application of the Balanced Scorecard In the healthcare department within Jönköping County Council, Jönköping International Business School, Sweden.

Kaplan, R.S. and Norton, D.P. (1992). The Balanced Scorecard: Measures that drive performance, *Harvard Business Review*, 70(1), 71-79.

Kaplan, R.S. and Norton, D.P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press, Boston.

Kaplan, R. S., and Norton, D. P. (2004). *Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*, Harvard Business Review Press, USA.

Kaplan, R. S. and Norton, D. P. (2007). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System, *Harvard Business Review*, 85(7/8), 150-161.

Karisa, J. and Wainaina, L. (2020). Balanced Scorecard Perspectives and Organizational Performance: Case of Kenyatta National Hospital, Kenya, *International Journal of Business Management, Entrepreneurship and Innovation*, 2(3), 102-113.

Kennerley, M. and Neely, A. (2003). Measuring performance in a changing business environment, *International Journal of Operations & Production Management*, 23(2), 213-229.

Khan, Z. (2023). The Emerging Challenges and Strengths of the National Health Services: A Physician Perspective, *Cureus*, 15(5), e38617.

Kollberg, B. and Elg, M. H. (2011). The practice of the Balanced Scorecard in health care services, *International Journal of Productivity and Performance Management* 60(5), 427- 445.

Medjedovic, E., Sehic Krslak, S., Džambegović, T., Muftić, A., Bakalović, G., Suljević, A., Rama, A. and Imamovic, F. (2024). Balanced scorecard model in the function of improving the performance of healthcare organizations, *RAD CASA - Medical Sciences*, 563(66-67), 16-24.

Neely, A., Gregory, M., and Platts, K. (1995). Performance measurement system design: A literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(12), 1228-1263.

Neely, A., Adams, C., and Kennerley, M. (2002). *The Performance Prism: The Scorecard for Measuring and Managing Business Success*, Pearson Education, London.

NHS Sussex (2022). Report from Executive Committee including Balanced Scorecard, NHS Sussex Board Meeting Papers. <https://www.sussex.ics.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/9/2022/08/5.1-Report-from-Executive-Committee-including-Balanced-Scorecard.pdf>

NHS Tayside (2013). Public Health Balanced Scorecard (Report No. BOARD86/2013), Tayside NHS Board.

[https://www.nhstaysidecdn.scot.nhs.uk/NHSTaysideWeb/idcplg?IdcService=GET_S
ECURE_FILE&dDocName=PROD_185023&Rendition=web&RevisionSelectionMet
hod=LatestReleased&noSaveAs=1](https://www.nhstaysidecdn.scot.nhs.uk/NHSTaysideWeb/idcplg?IdcService=GET_S
ECURE_FILE&dDocName=PROD_185023&Rendition=web&RevisionSelectionMet
hod=LatestReleased&noSaveAs=1)

Niven, P.R. (2002). *Balanced Scorecard Step by Step: Maximizing Performance and Maintaining Results*, John Wiley & Sons, New York.

OECD (2017). *Health at a Glance 7: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Patel, B., Chaussalet, T. and Millard, P. (2008). Balancing the NHS balanced scorecard!, *European Journal of Operational Research*, 185(3), 905-914.

Powell, T. (2023). *The structure of the NHS in England*, House of Commons Library, United Kingdom.

Radnor, Z. and Lovell B. (2003). Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(2-3), 99-108.

Schmidt, W. and Müller, A. (2024). Differing industrial relations: The public and the private sector in Germany, *Industrial Relations Journal*, Wiley Blackwell, 55(4), 285-302.

World Health Organization (WHO) (2007). *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/809f813f-5b90-4187-861b-3953bb54e244/content>

Yang, C-C., Cheng, L. and Yang, C-W. (2005). A study of implementing Balanced Scorecard (BSC) in non-profit organizations: A case study of private hospital, *Human Systems Management*, 24(4), 285-300.

Zelman, W. N., Pink, G. H., and Matthias, C. B. (2003). Use of the Balanced Scorecard in Health Care, *Journal of Health Care Management*, 29(4), 1-16.

Διαδικτυακές Πηγές

British Medical Association (BMA). (2026). NHS backlog data analysis. Διαθέσιμο στο:

<https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/pressures/nhs-backlog-data-analysis> (Ημερομηνία πρόσβασης: 16.06.2026).

NHS England (2022). Structure of the NHS. Διαθέσιμο στο: <https://www.england.nhs.uk/long-read/structure-of-the-nhs/> (Ημερομηνία πρόσβασης: 20.04.2026).

NHS England (2025). The NHS Performance Assessment Framework for 2025/26. Διαθέσιμο στο: <https://www.england.nhs.uk/long-read/the-nhs-performance-assessment-framework-for-2025-26/> (Ημερομηνία πρόσβασης: 05.05.2026).

World Health Organization (WHO). (2021). Global Patient Safety Action Plan. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan> (Ημερομηνία πρόσβασης: 28.05.2026).