



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΠΑΛΙΟΥΡΑ ΡΟΥΜΠΙΝΗ

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ως μέθοδος για την βελτίωση της οικονομικής απόδοσης των μονάδων υγείας στην Ελλάδα.

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2012



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ



ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΑΛΙΟΥΡΑ ΡΟΥΜΠΙΝΗ

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ως μέθοδος για την βελτίωση της οικονομικής απόδοσης των μονάδων υγείας στην Ελλάδα.

Επιβλέπων Καθηγητής :

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝΤΕΛΙΔΗΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2012



UNIVERSITY OF
PIRAEUS

POSTGRADUATE STUDIES IN

HEALTH MANAGEMENT



TEI
PIRAEUS

PALIOURA ROUMBINI

Electronic prescription as a method for improving the economic performance of the health units in Greece.

Supervisor's name : Prof. Pantelidis Pantelis

Piraeus 2012

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό και τον κλάδο της Υγείας. Από την μία μεριά τα υψηλά ελλείμματα και από την άλλη η στροφή των πολιτών προς την δωρεάν υγεία λόγω των οικονομικών τους δυσκολιών, σε συνδυασμό με την αύξηση ασθενειών όπως καρδιακά και ψυχικά νοσήματα δημιουργούν ένα αρνητικό κλίμα για τις μονάδες Υγείας. Μια από τις προτεινόμενες λύσεις είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ώστε να μπορέσει να λειτουργήσει η διαδικασία των προμηθειών με ορθολογικά κριτήρια. Η έρευνα στράφηκε στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση και έγινε σε δείγμα 149 επαγγελματιών υγείας. Το αποτέλεσμα της έρευνας δείχνει ότι το δείγμα γενικά έχει θετική γνώμη αν και μελανό σημείο κάποια λειτουργικά ζητήματα καθώς και ο ρόλος της επίσημης πολιτείας.

Λέξεις Κλειδιά: Ηλεκτρονική συνταγογράφηση, προμήθειες υγείας.

ABSTRACT

The economic crisis has affected the healthcare industry. On the one hand, high deficits and the other turning citizens to free health due to their financial difficulties, coupled with the increase in diseases such as heart disease and mentally create a negative climate for health units. One of the proposed solutions is that electronic prescription which can operate the procurement process rationally and without much cost. The research focused on the electronic prescription and conducted on a sample 149 health professionals. The result of research shows that the sample generally have a positive opinion though black spot some operational issues and the role of formal state.

Key words: Electronic prescription, health care procurements

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν διευρύνοντας τους επαγγελματικούς μου ορίζοντες. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον καθηγητή μου Κο Παντελίδη, υπεύθυνο καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας.

Ευχαριστώ επίσης την οικογένειά μου για την υποστήριξη και συμπαράστασή τους. Την εργασία μου αφιερώνω, στον γιό μου Κωνσταντίνο, που φέτος είναι στην Γ' Λυκείου και επιθυμεί να ασχοληθεί επαγγελματικά στον χώρο της Υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1.1. Σκοπός και αντικείμενο της εργασίας	5
1.2. Δομή της εργασίας και μέθοδοι της έρευνας	6
2. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ (ΝΔΜ)	7
2.1. Η ανάγκη για μεταρρύθμιση στον δημόσιο τομέα	7
2.2. Οι αξίες και οι πρακτικές του ΝΔΜ	8
2.3. Η χρήση των πληροφοριακών συστημάτων ως μέσο βελτίωσης της απόδοσης της Δημόσιας Διοίκησης στο χώρο της Υγείας.	12
3. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ / ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ	16
3.1. Οι Ιδιαιτερότητες του χώρου	16
3.2. Εισαγωγή Νέων Τεχνολογιών Επικοινωνίας και Πληροφορίας στην Οργάνωση των Μονάδων Υγείας στην Ελλάδα	17
3.3. Δαπάνες Υγείας – Υφιστάμενη κατάσταση	19
3.4. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος	20
3.5. Ηλεκτρονική συνταγογράφηση και προμήθειες στο χώρο της Υγείας	31
3.6. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση	36
3.7. Το Διαδίκτυο ως παράγοντας επικοινωνίας και βελτίωσης των υπηρεσιών Υγείας	39
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	42
4.1. Ερευνητικά ζητούμενα	42

4.2. Μέθοδος συλλογής δεδομένων	42
4.3. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	42
5. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	44
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	48
6.1 Συμπεράσματα	48
6.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	50
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας	55

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια η δημόσια διοίκηση αλλά και ο χώρος της υγείας ταλανίζονται από μία σειρά ζητημάτων που αφορούν την εύρυθμη λειτουργία τους αλλά και σωστή διαχείριση των πόρων. Η κοινή γνώμη κατά καιρούς έχει γίνει μάρτυρας σειράς σκανδάλων στη διαχείριση των δημόσιων οικονομικών, ιδίως σε ότι αφορά την διαχείριση των προμηθειών των δημόσιων νοσοκομείων και τη χορήγηση των συνταγών. Το αποτέλεσμα είναι οι Έλληνες φορολογούμενοι να καλούνται να καλύψουν τα υπέρογκα ελλείμματα και τις σπατάλες που ταλανίζουν το χώρο των προμηθειών της υγείας. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι σε μεγάλο βαθμό η σημερινή κακή εικόνα των δημόσιων οικονομικών οφείλεται στις σπατάλες αυτές. Η Φυντανίδου (2010) αναφέρει ότι το 2009 το ποσό των σπαταλών στις προμήθειες των δημόσιων νοσοκομείων και στις υπερχρεωμένες συνταγογραφήσεις έφτασε τα 2,4 δισεκατομμύρια ευρώ.

Για να μπορέσει το Ελληνικό κράτος να ελέγξει αυτές τις σπατάλες προχώρησε στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Οι Λαδής και Νταλάκου (2008, σελ.105) σημειώνουν ότι η σύγχρονη δημόσια διοίκηση στηρίζεται στη οικονομικότητα, την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, τη διαφάνεια και τον καταλογισμό ευθυνών. Για να μπορέσει να λειτουργήσει σωστά και αποτελεσματική η σύγχρονη δημόσια διοίκηση θα έπρεπε να επέλθει ο συγχρονισμός της και αυτό μπορεί να γίνει μέσω των σύγχρονων τεχνολογιών όπου επιτρέπουν τη καλύτερη διαχείριση των εισροών και των εκροών από τα δημόσια νοσοκομεία. Ο Della Mea (2001, σελ.4) αναφέρεται στο e-health, δηλαδή στη χρήση ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων που μπορεί να προβλέπουν τη ζήτηση των αποθεμάτων, το κόστος ενώ έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν μία σειρά πληροφοριών ώστε η διοίκηση των μονάδων υγείας να μπορεί να ελέγξει τις διαδικασίες των προμηθειών των φαρμάκων. Επίσης, η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος επιτρέπει στη διοίκηση να κάνει έλεγχο του κατά πόσο έχουν τηρηθεί οι διαδικασίες και να εντοπίσει τυχόν υπερβάσεις.

Η Ελληνική Δημόσια Διοίκηση για αντιμετωπίσει το πρόβλημα που είχε εντοπιστεί στις προμήθειες και τη διανομή των συνταγογραφήσεων καθώς και των αποθεμάτων των νοσοκομείων προχώρησε στη ψήφιση και εφαρμογή του Νόμου 3892/10 για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Ο νόμος ξεκίνησε την εφαρμογή του από τον ΟΑΕΕ και σύντομα επεκτάθηκε και στα υπόλοιπα ταμεία ώστε να γίνονται ηλεκτρονικές

καταχωρίσεις των συνταγογραφήσεων και να μπορεί το σύστημα να εντοπίζει τυχόν υπερβάσεις αλλά και επίορκους γιατρούς και φαρμακοποιούς.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί μία ιδιαίτερα σημαντική καινοτομία που εφαρμόζεται για πρώτη φορά όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε πολλές χώρες της Ε.Ε. αλλά και του Δυτικού κόσμου γενικότερα. Αυτό σημαίνει ότι οι έρευνες σχετικά με την εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος είναι αρκετά περιορισμένες. Για το λόγο αυτό η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό να διερευνήσει τους παράγοντες που επιδρούν θετικά και αρνητικά στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Η Φυντανίδου (2010) σε άρθρο της σημειώνει μία σειρά αρνητικών παραγόντων όπως ότι υπάρχει μερίδα των γιατρών αλλά και των στελεχών των ασφαλιστικών ταμείων που δηλώνουν ότι το σύστημα δεν θα λειτουργήσει λόγω της έλλειψης γραμματειακής υποστήριξης στα ιατρεία και τα φαρμακεία που είναι απαραίτητη, όπως υποστηρίζει μερίδα γιατρών και φαρμακοποιών, ώστε να λειτουργήσει σωστά το σύστημα. Επίσης αναφέρονται παράγοντες όπως η ελλιπής ενημέρωση του κοινού, το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς δεν γνωρίζουν το ΑΜΚΑ τους, ενώ εγείρουν και ζήτημα νομιμότητας του συστήματος για το οποίο θα κληθεί να αποφασίσει σύντομα το Ε΄ Τμήμα του Ανωτάτου Ακυρωτικού Δικαστηρίου. Σε ότι αφορά τη νομιμότητα του συστήματος μερίδα γιατρών υποστηρίζει ότι το να υπάρχουν συγκεκριμένες τιμές με τις οποίες θα πρέπει να χρεώνονται τη κάθε υπηρεσία και σκευάσματα που παρέχουν στους ασθενείς, ενδεικτικά αναφέρουν ότι η κοστολόγηση του σπινθηρογράφηματος των οστών ανέρχεται σε 45 ευρώ, είναι παρέμβαση στο έργο τους και ενάντια στους κανόνες τους ελεύθερου ανταγωνισμού. Βέβαια όποιες και να είναι οι αντιδράσεις ήδη από τις πρώτες μέρες της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης οι δαπάνες μειώθηκαν κατά 46% που είναι ένας ιδιαίτερα θετικός παράγοντας (Φυντανίδου, 2010).

Ο Κούτρας (2010, σελ.5) αναφέρει ότι στο πρώτο μήνα, μόνο το 13% των γιατρών δεν εφάρμοσε το νέο σύστημα, προφανώς από αντίδραση προς αυτό, ενώ σχεδόν το σύνολο των φαρμακοποιών το εφάρμοσε. Το γενικό συμπέρασμα που αντλείται από τον Κούτρα (2010, σελ.8) είναι ότι αν υπήρχαν κάποιοι αρνητικοί παράγοντες, κυρίως από τους συνδικαλιστικούς φορείς, η εφαρμογή του συστήματος θεωρείται ως πετυχημένη και οι όποιες αντιδράσεις και αρνητικοί παράγοντες στο μέλλον ενδέχεται να περιοριστούν ή και να εξαλειφθούν.

Σε παρόμοιες έρευνες οι Nisand κ.συν (2003, σελ. 180) αναφέρονται στο παράδειγμα Νοσοκομείου στο Στρασβούργο όπου η έρευνα σε δείγμα 49 γιατρών έδειξε ότι η χρήση έξυπνων καρτών στους ασθενείς, όπου γινόταν καταγραφή της πορείας της υγείας αλλά

και όλων των μεταβλητών, όπως κόστη και συνταγογραφήσεις, είχε θετική αποδοχή από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Επίσης οδήγησε και στη δημιουργία οικονομιών κλίμακας με τη ανάλογη μείωση των δαπανών. Το γεγονός ότι το νοσοκομείο μπορούσε να περιορίσει τα έξοδα του και να βελτιωθεί η απόδοση του ήταν ένα κίνητρο που λειτούργησε θετικά σε σχέση με τους ιατρικό προσωπικό και έτυχε της ευρύτερης αποδοχής του.

Αντιθέτως όμως οι Yang κ.συν (2004, σελ. 47-48) αναφέρονται σε μία σειρά αρνητικών παραγόντων όπως το πλαίσιο προστασίας των προσωπικών δεδομένων και πληροφοριών, ειδικά σε ότι αφορά την υγεία των ασθενών. Οι συγγραφείς αναφέρονται στο ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση παραβιάζει την ιδιωτικότητα της συνταγογράφησης και σε πολλές περιπτώσεις αντιμετωπίζεται με δυσπιστία. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχουν τα ανάλογα συστήματα που θα διασφαλίζουν το απόρρητο των συναλλαγών και ότι τα στοιχεία αυτά δεν θα χρησιμοποιηθούν για κανένα άλλο λόγο. Οι Yang κ.συν (2004, σελ.48) αναφέρονται στο ότι όχι λίγες φορές στοιχεία που υπήρχαν σε συστήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Αμερική, βρέθηκαν στα χέρια των φαρμακευτικών εταιρειών.

Οπότε κρίνεται αναγκαίο το να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν, θετικά ή αρνητικά, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση καθώς και η εφαρμογή της στο σημερινό περιβάλλον στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα. Ειδικά από τη στιγμή που υπάρχει κενό στην σχετική βιβλιογραφία θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να υπάρχει μία έρευνα σε σχέση με το τι συμβαίνει στην Ελλάδα.

1.1. Σκοπός και αντικείμενο της εργασίας

Ο γενικός στόχος της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν, θετικά ή αρνητικά, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Για να προσδιορίσουμε καλύτερα όμως το αντικείμενο της έρευνας θα πρέπει να ορίσουμε τους επιμέρους – ειδικούς στόχους της έρευνας. Αυτοί είναι:

- Ορισμός των παραγόντων που επιδρούν θετικά ή αρνητικά στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.
- Μέτρηση της ικανοποίησης από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση.
- Αξιολόγηση των μελλοντικών επιπτώσεων που μπορεί να έχουν οι παράγοντες αυτοί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

1.2. Δομή της εργασίας και μέθοδοι της έρευνας

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη.

Στο πρώτο μέρος θα γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση ώστε να εντοπιστούν οι εν δυνάμει παράγοντες που επηρεάζουν την εξέλιξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να εντοπίσουμε παρόμοιες έρευνες στο εξωτερικό όπως και το τι έχει συμβεί ως τώρα στην Ελλάδα μέσα από μελέτες και άρθρα.

Αφού γίνει η καταγραφή των παραγόντων θα προχωρήσουμε στο κυρίως ερευνητικό μέρος, που αποτελεί το δεύτερο κομμάτι της διπλωματικής εργασίας. Σκοπός είναι η μέτρηση της βαρύτητας της κάθε μεταβλητής. Όταν μία έρευνα αφορά μετρήσεις μεταβλητών, τότε γίνεται επιλογή της ποσοτικής μεθόδου (Bryman, 2004, σελ. 59). Για το σκοπό αυτό θα γίνει διανομή ερωτηματολογίου που θα έχουν καταγραφεί οι μεταβλητές και θα πρέπει το δείγμα να τις αξιολογήσει.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

2. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ (NAM)

2.1. Η ανάγκη για μεταρρύθμιση στον δημόσιο τομέα

Η Δημόσια Διοίκηση είναι ένα ανοικτό σύστημα που αλληλεπιδρά με του εξωτερικό περιβάλλον του, τους πολίτες της χώρας και τους εργαζόμενους στους Δημόσιους φορείς. Οι ραγδαίες εξελίξεις στο εξωτερικό περιβάλλον τα τελευταία χρόνια έχουν φέρει στο προσκήνιο το κίνημα του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ (New Public Management) και της Διοικητικής Μεταρρύθμισης. Στο νέο περιβάλλον που επιβάλλει πλέον τις περικοπές των δαπανών και τον αυστηρό έλεγχο των λειτουργιών της δημόσιας Διοίκησης η μόνη διέξοδος είναι η εφαρμογή του κινήματος του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ. Η παγκοσμιοποίηση των αγορών, η υπαγωγή της χώρας μας στις επιτάξεις του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, της Ε.Ε. και της Ευρωζώνης και η ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων προσαρμοσμένων στις ανάγκες της Δημόσιας Διοίκησης είναι μόνο κάποιοι από τους παράγοντες που ωθούν την Δημόσια Διοίκηση προς την διοικητική μεταμόρφωση της σύμφωνα με τους κανόνες του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ. Η ιεραρχική προσέγγιση αμφισβητείται έντονα και όχι με την χρήση θεωρητικών μοντέλων αλλά σύμφωνα με την πρακτική και με απτά παραδείγματα που αποδεικνύουν την αποτυχία του και την ανάδειξη του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ και της Διοικητικής Μεταρρύθμισης (Hood & Peters, 2004, σελ. 268-272).

Αν και πολλοί το αμφισβητούν το κατά πόσο μπορεί το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ να πετύχει στην Ελλάδα είναι κοινά αποδεκτό το ότι η στατική εικόνα που είχε για δεκαετίες η δημόσια διοίκηση δεν μπορεί να συνεχιστεί σε ένα τόσο ασταθές περιβάλλον (Χαλαζωνίτης, 2001, σ.9-11). Θα πρέπει επίσης να δεχτούμε ότι οι πολίτες θέλουν λιγότερο κράτος και περισσότερη διακυβέρνηση, όπου μία από τις παραμέτρους της Διακυβέρνησης είναι το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ (Λαδή και Νταλάκου, 2008, σ.33). Είναι ίσως σημαντικό να γίνει αναφορά και στο γεγονός ότι δεν υπήρχε κοινή συνισταμένη στο πώς να εφαρμοστεί το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ. Είτε στις ΗΠΑ, είτε στην Νέα Ζηλανδία ή την Βρετανία η εφαρμογή έγινε με διαφορετικές πολιτικές που αντανάκλυσαν τις ανάγκες των τοπικών κοινωνιών (OECD, 2002, σ.43-51).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να γίνει αποδεκτό ότι η Ελληνική Δημόσια Διοίκηση αποτελεί την αχίλλειο πτέρνα της Ελληνικής οικονομίας. Εδώ και λίγο καιρό συντελούνται σοβαρές αλλαγές, μπορούμε μάλιστα να πούμε ότι έγιναν όσες αλλαγές δεν

είχαν γίνει εδώ και 30 χρόνια ώστε να εκσυγχρονιστεί η Ελληνική Δημόσια Διοίκηση. Οι αλλαγές που γίνονται τα τελευταία χρόνια στην Ελληνική Δημόσια Διοίκηση εντάσσονται και στην εφαρμογή του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ (New Public Management). Το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ αποτελεί μία νέα φιλοσοφία σε ότι αφορά την διακυβέρνηση και εφαρμόζεται από την δεκαετία του '80 στην Αμερική και την Βρετανία και γενικότερα έχει εξαπλωθεί σε όλο τον Δυτικό Κόσμο ως η αποτελεσματικότερη πρακτική στην διακυβέρνηση (Boston, 1996, σελ.34).

Η θεωρία του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ έχει σχέση με την θεωρία του ατομικισμού και με έννοιες όπως η επιλογή, οι καταναλωτές δημόσιων υπηρεσιών και οι οιοονεί αγορές (Λαδής και Νταλάκου, 2008:48) και εμφανίζεται ως η αντιπρόταση στην ιεραρχική και παραδοσιακή διοίκηση (Λαδής και Νταλάκου, 2008:104). Αν αναλογιστούμε ότι ζούμε σε μία περίοδο που το παραδοσιακό γραφειοκρατικό μοντέλο της δημόσιας πολιτικής και διοίκησης αμφισβητείται όσο ποτέ άλλοτε, τότε σίγουρα είναι σημαντικό να δούμε την εφαρμογή του στην σημερινή Ελληνική πραγματικότητα όπως θα κάνει η παρούσα μελέτη.

Γενικότερα, το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ δεν είναι κάτι καινούριο στην Ελλάδα. Υπάρχει εδώ και δέκα χρόνια, όμως η οικονομική κρίση το έφερε στο προσκήνιο αφότου υπάρχει πλέον η πίεση για περισσότερες αλλαγές και την άμεση μετάβαση σε αυτό το μοντέλο διακυβέρνησης

2.2.Οι αξίες και οι πρακτικές του ΝΑΜ

Η έκθεση του OECD (2002) σκιαγραφεί το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ και τις Διοικητικές Μεταρρυθμίσεις όχι τόσο ως μία συμπαγής θεωρία και μοντέλο διακυβέρνησης όσο μία σειρά τάσεων και πρακτικών που ανά περίπτωση προσαρμόζονται στις απαιτήσεις της κάθε χώρας. Στοιχεία όπως η διοικητική αποκέντρωση, η χρήση πληροφοριακών συστημάτων, η λήψη αποφάσεων από κάτω προς τα πάνω με την συμμετοχή των πολιτών, η εφαρμογή των κανόνων της ελεύθερης αγοράς και η ενδυνάμωση του ανθρώπινου δυναμικού είναι μόνο κάποιες από τις παραμέτρους του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ.

Η βάση της προσέγγισης αυτής είναι η θεωρία του ατομικισμού όπου η συλλογικότητα είναι χαμηλή ενώ το πλέγμα κανόνων είναι αραιό. Στόχος της πολιτικής δεν είναι τόσο το δημόσιο συμφέρον όσο το να εφαρμοστεί η πολιτική εκείνη που θα έχει την μεγαλύτερη επιτυχία σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού.

Το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ βασίζεται στην λογική της εφαρμογής των νόμων της αγοράς στην δημόσια πολιτική και διοίκηση. Για χρόνια η Δυτική Ευρώπη βασίστηκε στο μοντέλο του κράτους πρόνοιας που μπορεί να βοήθησε στην μείωση των κοινωνικών χασμάτων και την ανάπτυξη αλλά μετά την δεκαετία του '80 η κοινή αντίληψη ήταν ότι πλέον οδηγούσε στη δημιουργία ελλειμμάτων, γραφειοκρατίας αλλά και κακών υπηρεσιών προς τον πολίτη. (Mascarenhas, 1993:322). Η εφαρμογή του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ από τον R. Reagan και την M.Thatcher έφερε σαρωτικές αλλαγές στην δημόσια διοίκηση μιας και η μείωση του κόστους λειτουργίας του κράτους, δίχως να δημιουργεί αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις, το έκαναν πολύ δημοφιλές (Boston κ.συν, 1996, σελ.42). Βέβαια θα πρέπει να αναφέρουμε ότι έχει αμφισβητηθεί ειδικά από όσους στηρίζουν τον λεγόμενο και «τρίτο δρόμο» που προτείνει στα μέσα του '90 ο Anthony Giddens (1998) και αφορούσε ένα μείγμα πολιτικών σοσιαλιστικής και φιλελεύθερης χροιάς και εφάρμοσε ο Tony Blair. Παρόλα αυτά όμως για πολλές κυβερνήσεις το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ είναι η λύση στην δημιουργία ενός ευέλικτου Δημόσιου Τομέα.

2.2.1 Οι βασικές αξίες του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ

Οι βασικές αξίες του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ είναι η *οικονομικότητα* που αναφέρεται στην ανάγκη μείωσης των δαπανών ώστε να αντιμετωπιστούν οι υψηλές δαπάνες που δημιούργησε το κράτος πρόνοιας στη δεκαετία του 90 αλλά και λόγω οικονομικών ατασθαλιών που έχουν εμφανιστεί κατά καιρούς. Η *αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα* είναι δύο άλλες αξίες που συνδέονται μεταξύ τους. Η αποδοτικότητα αναφέρεται στην επίτευξη των στόχων με την αποτελεσματική χρήση των πόρων ενώ η αποτελεσματικότητα αποτελεί συστατικό της αποδοτικότητας και αναφέρεται στο αν μία πολιτική ή ένα πρόγραμμα έχει πετύχει τους στόχους του. (Λαδή και Νταλάκου, 2008:105).

Όσο το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ εφαρμοζόταν όλο και πιο πολύ με επιτυχία, τόσο προέκυπταν νέες προσεγγίσεις και ότι θα έπρεπε να συμπεριληφθούν και μη οικονομικές αξίες. Οι νέες αξίες ήταν η *λογοδοσία* που αφορά στην λογοδοσία των πολιτικών και των δημόσιων λειτουργών δια τις πράξεις στους και η *νομιμότητα* και σχετίζεται με την δημοκρατική διαδικασία και το δικαίωμα των πολιτών να μπορέσουν να εκφράσουν ανοικτά τη άποψη τους και να μπορέσουν να διαφωνήσουν ή να συμφωνήσουν με κάποια πολιτική απόφαση(Λαδή και Νταλάκου, 2008:106). Αν λάβουμε υπόψη ότι στο παραδοσιακό μοντέλο συχνά οι αποφάσεις παίρνονταν πίσω από κλειστές πόρτες, στο

Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ αναφερόμαστε σε πολιτική ανοικτών διαδικασιών και συμμετοχής του πολίτη.

2.2.2 Οι κύριες Μεταρρυθμιστικές τάσεις του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ

Στο Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ υπάρχουν τέσσερις κυρίαρχες τάσεις που είναι η αγορά, η συμμετοχή, η κανονιστική μεταρρύθμιση και η ευέλικτη διακυβέρνηση (Peters, 2001:348-356).

Η αγορά αφορά την εφαρμογή των κανόνων της αγοράς στον δημόσιο τομέα. Στοιχεία όπως η μερική ή ολική ιδιωτικοποίηση, η εφαρμογή μοντέρνων πρακτικών διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού όπως η αξιολόγηση, το σύστημα πληρωμών με βάση την απόδοση και η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και η κάλυψη των κενών θέσεων εργασίας με στελέχη του ιδιωτικού τομέα είναι χαρακτηριστικά της μεταφοράς πρακτικών από τον ιδιωτικό τομέα στον δημόσιο. Βέβαια ιδιαίτερη επισήμανση θα πρέπει να γίνει στην δημιουργία εσωτερικών αγορών ώστε να αυξάνει ο ανταγωνισμός μεταξύ των δημόσιων υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να είναι ένα πρόγραμμα ιατρικής παρακολούθησης μαθητών από την Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας. Τα νοσοκομεία της περιοχής μπορεί να ανταγωνιστούν μεταξύ τους για το ποιος θα πάρει το πρόγραμμα αυτό. Τέλος, η τάση αυτή αναγνωρίζει στον πολίτη το δικαίωμα της επιλογής των υπηρεσιών που θα λάβει ώστε να αποφεύγονται τα κρατικά μονοπώλια. (Λαδή και Νταλάκου, 2008:108-9).

Η δεύτερη τάση είναι η συμμετοχή που θέλει τους πολίτες και του δημόσιους λειτουργούς να έχουν ενεργό ρόλο στην διαδικασία λήψης αποφάσεων. Για τους δημόσιους λειτουργούς πρακτικές όπως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, η μείωση των διοικητικών δομών με λιγότερη γραφειοκρατία αλλά και η χρήση των νέων τεχνολογιών ανοίγει τον δρόμο για την συμμετοχή τους στα κέντρα λήψης αποφάσεων. Από την άλλη μεριά και οι πολίτες μπορούν να συμμετέχουν, όπως για παράδειγμα σε Διοικητικά Συμβούλια και επιτροπές για τα Σχολεία ή και ακόμα με το οpengon όπου γίνεται δημόσια διαβούλευση των νομοσχεδίων και μπορούν οι πολίτες να μπορούν να εκφράσουν ανοικτά τη γνώμη τους και να συμμετέχουν στην νομοπαρασκευαστική διαδικασία. (Λαδή και Νταλάκου, 2008:109-110).

Η τρίτη μεταρρυθμιστική τάση είναι αυτή της κανονιστικής μεταρρύθμισης και αφορά την τις μεταβολές που μπορούν να βελτιώσουν την παραγωγικότητα του Δημοσίου Τομέα. Η τάση αυτή έχει δύο ρεύματα: (α) την απορύθμιση ώστε να καταπολεμηθεί η πολυνομία και να περιοριστεί η νομοθεσία ώστε να μπορούν τα διοικητικά στελέχη να

ενεργούν με ευελιξία και (β) η καλύτερη νομοθέτηση όπου αναφέρεται στην βελτιστοποίηση των νόμων. Ένα χρήσιμο εργαλείο για την καλύτερη νομοθέτηση είναι η ανάλυση κανονιστικών επιπτώσεων ώστε να μπορεί η δημόσια διοίκηση να μελετά της επιπτώσεις των νομοθετημάτων όχι μόνο στην οικονομία αλλά γενικότερα στην κοινωνία. (Λαδή και Νταλάκου, 2008:110-112).

Η ευέλικτη διακυβέρνηση είναι η πιο πρόσφατη τάση προτείνοντας ευέλικτες δομές διακυβέρνησης. Με τον τρόπο αυτό μπορεί η κυβέρνηση να μπορεί να ανταποκρίνεται άμεσα και αποφασιστικά στις προκλήσεις των καιρών. (Λαδή και Νταλάκου, 2008:112-113).

2.2.3 Οι κυριότερες πρακτικές διοικητών μεταρρυθμίσεων

Στο χώρο της πολιτικής έχουν δημιουργηθεί μία σειρά πρακτικών. Η πρώτη είναι η αποκέντρωση και αφορά στο μοίρασμα της εξουσίας σε ένα μεγάλο αριθμό φορέων και την μεταφορά της κεντρικής εξουσίας σε άλλες διοικητικές μονάδες. Το έχουμε δει πρόσφατα με την Διοικητική Μεταρρύθμιση του Καλλικράτη. Η δεύτερη πρακτική είναι αυτή των Νέων Μορφών Ελέγχου και Διοίκησης. Βασιζόμενη στην «επανίδρυση του κράτους» που φέρνει το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ και μπορεί να έχει πολλές μορφές όπως η ιδιωτικοποίηση δημόσιων οργανισμών και η δημιουργία αυτόνομων φορέων, προτείνονται δύο ειδών πρακτικές: (α) η ίδρυση ανεξάρτητων διοικητικών αρχών και (β) η χρήση αξιολογήσεων, δεικτών και λογιστικών ελέγχων. Οι διοικητικές αρχές μπορούν να ελέγχουν με αμεροληψία την κρατική διοίκηση και να παρεμβαίνουν όταν αυτό καταστεί αναγκαίο. Η μεταφορά αρμοδιοτήτων σε αυτούς τους φορείς δεν σημαίνει ότι παύουν να υπηρετούν το δημόσιο συμφέρον. Αντιθέτως ενισχύεται η αξιοπιστία του Δημόσιου Τομέα. Αναφορικά με τις αξιολογήσεις, από την στιγμή που οι δημόσιοι οργανισμοί έχουν στόχους, τότε είναι πολύ εύκολο να αξιολογηθούν βάσει αυτών αντί του ιεραρχικού τρόπου του παραδοσιακού μάνατζμεντ. (Λαδή και Νταλάκου, 2008:114-117)

Η τρίτη πρακτική αφορά τις μεταρρυθμίσεις του ανθρώπινου δυναμικού. Η αναθεώρηση της διοίκησης του ανθρώπινου κεφαλαίου με πρακτικές του ιδιωτικού τομέα όπως η ευελιξία, ο μισθός βάσει απόδοσης και η αποκέντρωση δημιουργού ένα ευέλικτο και αποτελεσματικό δημόσιο τομέα (Λαδή και Νταλάκου, 2008:117-8). Τέλος, η ηλεκτρονική διακυβέρνηση με την χρήση της πληροφορικής βοηθάει στην αποτελεσματικότερη διοίκηση αλλά και στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών,

την καλύτερη ενημέρωση των πολιτών και τέλος την συμμετοχή των πολιτών. (Λαδή και Νταλάκου, 2008:119).

2.3. Η χρήση των πληροφοριακών συστημάτων ως μέσο βελτίωσης της απόδοσης της Δημόσιας Διοίκησης στο χώρο της Υγείας.

2.3.1 Η διαχείριση της ιατρικής και κλινικής πληροφορίας, η διακίνηση φαρμάκων μέσω ενός πληροφοριακού συστήματος.

Η ροή της πληροφορίας γίνονται από τη συλλογή των δεδομένων, τη παρατήρηση και την επεξεργασία τους. Το αποτέλεσμα είναι οι αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία του ασθενή (Μπότσης, 2005). Το σύστημα υγείας παράγει και τροφοδοτεί με πληροφορίες και δεδομένα τις υπηρεσίες υγείας. Στη διακίνηση φαρμάκων αυτό που επικρατεί τώρα είναι η καταγραφή και η παραγγελία των φαρμάκων για τη κλινική, τη μονάδα και το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Τα φάρμακα παραγγέλλονται με το λεγόμενο μπλοκ φαρμάκων και ανάλογα με τη ζήτηση και τη κατανάλωση. Παλιότερα και μέχρι πρόσφατα τα φάρμακα που παραγγέλλονταν ήταν από διάφορες εταιρίες με αποτέλεσμα να έχουμε ίδιας ποσότητας φάρμακα με διαφορετική εμπορική ονομασία αλλά ίδια δραστική ουσία. Επίσης το μπλοκ φαρμάκων είναι έντυπο και δεν υπάρχουν ευκαιρίες να ανατρέχει το προσωπικό σε παλιότερες παραγγελίες με ευκολία καθώς είναι δύσκολη η αρχειοθέτηση και η διατήρησή τους. Με τα πληροφοριακά συστήματα και τη παραγγελία μέσω υπολογιστή, των φαρμάκων που πρέπει να καταναλωθούν διατηρείται ένα αρχείο και μπορεί ο επαγγελματίας να ανατρέξει σε προηγούμενες παραγγελίες όπως και να έχει μια στατιστική για τα φάρμακα εκλογής που παραγγέλλει για το τμήμα του. Τα φάρμακα παραγγέλλονται μαζικά χωρίς να υπάρχει ατομική καρτέλα ασθενή με αποτέλεσμα την συνεχώς αυξανόμενη και πολυέξοδη αυτή πολιτική η οποία οδηγεί στην πληθώρα φαρμάκων τα οποία στο τέλος δεν επιστρέφονται στο φαρμακείο και λήγουν χωρίς να έχουν χρησιμοποιηθεί. Για την ενδονοσοκομειακή ηλεκτρονική διαχείριση επιβάλλεται η χρήση του Μηχανογραφημένου Ατομικού Συνταγολογίου. Το μηχανογραφημένο ατομικό συνταγολόγιο περιέχει την αναλυτική καταγραφή φαρμάκων και υλικών τα οποία συνιστούν τη φαρμακευτική αντιμετώπιση κάθε περιστατικού μεμονωμένα. (Μούρτου 2010). Έκτοτε τα φαρμακεία λειτουργούν με ηλεκτρονικό τρόπο και εκτελούν συνταγές ατομικά για κάθε ασθενή. Αποτέλεσμα αυτού είναι η μείωση των περιττών εξόδων και ένα ακριβές αρχείο για την αγωγή του ασθενή.

2.3.2 Εφαρμογές των πληροφοριακών συστημάτων

Στην Ελλάδα υπάρχει γενικότερα ο στόχος για την αναβάθμιση των νοσοκομείων και των υπηρεσιών τους και επιτυγχάνεται με την εισαγωγή άρτιων πληροφοριακών συστημάτων σε συνδυασμό με τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο ο οποίος θα καταγράφει, θα διαχειρίζεται και θα παρουσιάζει τα δεδομένα της υγείας του ασθενή. Συνεχίζουμε και με τη συσχέτιση των ιατρικών δεδομένων του ασθενή σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Μέσα στα πλαίσια αυτά η ηλεκτρονική υγεία οφείλει να διευκολύνει και το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τις αποφάσεις υγείας του ασθενή. Η τωρινή κατάσταση στα νοσοκομεία περιγράφεται ως εξής. Τα μητρώα ασθενών τα οποία είναι μεγάλα βιβλία στα οποία καταγράφονται οι πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, αποτελούν το μοναδικό μέσο αποθήκευσης για τα περιστατικά που έχουν εξεταστεί στα επείγοντα και δεν έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο. Με τα πληροφοριακά συστήματα αρχειοθετείται. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δύναται να ανατρέχει σε προγενέστερα περιστατικά και προηγούμενες νοσηλείες ασθενών. Εμφανίζεται η παροχή δυνατότητας πρόσβασης όπου παλαιότερα ήτο αδύνατη, σε παλαιότερα στοιχεία περίθαλψης. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δύναται να ανατρέχει σε προγενέστερα περιστατικά και προηγούμενες νοσηλείες ασθενών. Αυτό εξασφαλίζει τη πλήρη γνώση των στοιχείων του ασθενή και της πορείας νόσου του, σε περίπτωση που ο ασθενής επανεισαχθεί στο νοσοκομείο. Αυτό συνδέεται και με τη παροχή δυνατότητας πρόσβασης σε παλαιότερα στοιχεία περίθαλψης, καθώς υπάρχει η δυνατότητα να ανατρέχει το προσωπικό σε προηγούμενες νοσηλείες και προγενέστερα περιστατικά εν γένει. Το πιο σημαντικό από όλα είναι η μείωση της γραφειοκρατίας και του έντυπου υλικού. Με τη κίνηση αυτή επιτυγχάνεται η προστασία του περιβάλλοντος, καθώς μειώνεται η ποσότητα και η κατανάλωση του χαρτιού. Υπάρχει βελτίωση της πληροφόρησης και για τον ασθενή και για τον επαγγελματία-επιστήμονα υγείας, και ελαχιστοποιούνται τα λάθη στις ιατρικές και νοσηλευτικές καταχωρήσεις. Το επόμενο βήμα είναι ο περιορισμός των χειρόγραφων διαδικασιών και η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την αυτοματοποίηση των διαδικασιών, τη διασύνδεση και την ολοκλήρωση των επί μέρους συστημάτων σε ένα πλήρες σύστημα, την αναβάθμιση του εσωτερικού εργασιακού περιβάλλοντος, την εξασφάλιση αποτελεσματικότητας στην ολοκλήρωση καθημερινών εργασιών, στη διαχείριση και αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και την αξιοποίηση σύγχρονων τεχνολογιών πληροφορικής. Επιπλέον σύμφωνα και με τη σημερινή κατάσταση των οικονομικών υγείας και την ελλιπή οργάνωση κρίνεται

απαραίτητη η ελαχιστοποίηση του κόστους παροχής περίθαλψης. Σε αυτό δύνανται να φτάσουν με την ορθολογική διαχείριση των πόρων του νοσηλευτικού ιδρύματος και την αποφυγή άσκοπων ιατρικών πράξεων. Τα πληροφοριακά συστήματα εφαρμόζονται στις νοσοκομειακές μονάδες απαλείφοντας τα προβλήματα που έχουν δημιουργήσει έως τώρα οι έντυπες διαδικασίες και η μέχρι τώρα νοοτροπία. *Οι λόγοι που καθιστούν αναγκαίο στις μέρες μας την ύπαρξη του πληροφοριακού συστήματος στα σύγχρονα νοσοκομεία, σχετίζονται με τη γενικότερη ανάγκη βελτίωσης του τρόπου λειτουργίας τους και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Μαντζάνα, 2005).* Μέχρι και σήμερα η ηλεκτρονική υγεία στη Ελλάδα υπάρχει σποραδικά ή δεν υπάρχει καθόλου. Οι υπολογιστές υπάρχουν μόνο στο διοικητικό κομμάτι του νοσοκομείου για να εξυπηρετήσουν ανάγκες της καθημερινότητας των διοικητικών υπαλλήλων. Το νοσηλευτικό και ιατρικό κομμάτι είναι ακάλυπτο από εφαρμογές τεχνολογίας και από ηλεκτρονική υγεία. Αποτέλεσμα να κυριαρχούν έντυπες μορφές χρέωσης φαρμάκων και η καταγραφή ασθενών και νοσηλειών του ασθενή σε βιβλίο ή τετράδιο. Οι ηλεκτρονικές εφαρμογές στα πληροφοριακά συστήματα θα δώσουν μια ανάσα και θα απαλλάξουν το δημόσιο τομέα από την έγγραφη καταγραφή και τη προχειρότητα που το διακρίνει. Ξεκινώντας από το κείμενο ο γιατρός έχει στη διάθεσή του τα δεδομένα του ασθενή, δηλαδή: Την αγωγή του, τα στοιχεία του, την ομάδα αίματός του, το ιστορικό του, τη πορεία της υγείας του και το κατά πόσο ανταποκρίνεται στην αγωγή ο ασθενής. Το τελευταίο βοηθάει να αντιλαμβάνεται ο γιατρός την πορεία της νόσου, τη πρόγνωση και αν θα αλλάξει την αγωγή ή θα την αφήσει ίδια. Ο ιατρικός φάκελος του ασθενή είναι μια ακόμη έκφραση των δεδομένων του κειμένου για το οποίο θα μιλήσουμε σε επόμενο κεφάλαιο. *Ο ήχος και η εικόνα παρουσιάζονται στην ηχογράφηση και στο υπερηχογράφημα (Μαντζάνα 2007)* Τα δεδομένα απαρτίζονται από το κείμενο το οποίο περιλαμβάνει λέξεις και αριθμούς τον ήχο την εικόνα και το "Video". Το υπερηχογράφημα παρουσιάζει με εικόνες την κατάσταση ενός οργάνου παράγοντας μόνο τον ιατρικό ήχο. Για παράδειγμα το υπερηχογράφημα καρδιάς διεισδύει και αναλύει την ανατομική κατάσταση της καρδιάς και ο καρδιολόγος μπορεί να δει τις βαλβίδες και τις γενικότερη ανατομική κατάσταση της καρδιάς του ασθενή. Οι εικόνες αυτές με τον υπέρηχο είναι μια έκφραση ενός πληροφοριακού συστήματος και της τεχνολογίας. Τα πληροφοριακά συστήματα σε οποιαδήποτε έκφασή τους λειτουργούν για να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες του ασθενή ο οποίος είναι ο πελάτης των υπηρεσιών υγείας. Οι πελάτες ενός συστήματος υγείας που είναι οι πολίτες πρέπει να εξυπηρετούνται στο έπακρο από τα συστήματα νοσοκομείων.

Η διασφάλιση της καλής υγείας και των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας είναι χρέος του κράτους και των επαγγελματιών υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

3. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ / ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ

3.1. Οι Ιδιαιτερότητες του χώρου

Είναι γενικά παραδεκτό, ότι οι κανόνες της σωστής επικοινωνίας εφαρμόζονται σε όλους τους χώρους εργασίας, και ειδικά σε αυτούς στους οποίους η προσωπική σχέση με τον πελάτη (ασθενή) είναι καθημερινή και σε συνεχή βάση.

Με τα δεδομένα αυτά, θα προσπαθήσουμε να επικεντρωθούμε στα θέματα της επικοινωνίας, που αφορούν το υγειονομικό χώρο, μιας και ο συγκεκριμένος χώρος παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες, όπως θα έχουμε την ευκαιρία να δούμε στην ανάλυση που ακολουθεί. Κατ' αρχήν θα πρέπει να διευκρινίσουμε τί εννοούμε, όταν μιλάμε για επικοινωνία στο υγειονομικό χώρο εργασίας. Με τον όρο επικοινωνία, στην ουσία περιγράφουμε οτιδήποτε έχει να κάνει με την προσωπική επαφή των επαγγελματιών υγείας (ιατρών-νοσηλευτών κ.α.), είτε με τον ασθενή, είτε με το συνοδό, είτε με άλλους τρίτους (Sullivan E. J., Decker P. J., 2005). Επικοινωνία, η οποία μπορεί να είναι πρόσωπο με πρόσωπο, απευθείας ή εξ αποστάσεως, για παράδειγμα μέσω τηλεφώνου. Στον ίδιο όρο φυσικά συμπεριλαμβάνεται και η προσωπική επαφή ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους άλλους εργαζόμενους στο χώρο εργασίας τους.

Συνάμα εννοούμε και την οργανωτική επικοινωνία που αναπτύσσει η διοίκηση των Μονάδων υγείας στα πλαίσια ενός συστήματος ενημέρωσης και πληροφόρησης των ασθενών, καθώς και με την τοπική κοινωνία και τους άλλους φορείς (Τσώλης, 2008; Τριανταφυλλίδου, 2009).

Στους οργανισμούς υγείας η επικοινωνία πραγματοποιείται από τις σχέσεις μεταξύ:

- Των υπηρεσιών και τμημάτων του οργανισμού
- Των υπεύθυνων ηγετικών στελεχών με τους άλλους εργαζόμενους
- Των στελεχών του οργανισμού (γιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί, τεχνικοί) με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους
- Στελέχη του οργανισμού με τρίτους που συναλλάσσονται (προμηθευτές, συνεργάτες)
- Μεταξύ των εργαζομένων

Οι παραπάνω σχέσεις επικοινωνίας είναι λειτουργικά και κοινωνικά αναγκαίες. Οι μονάδες υγείας είναι χώροι εργασίας που διαφοροποιούνται έντονα από άλλους οργανισμούς όπως π.χ. τράπεζες, χώροι αναψυχής κ.ά. Μία βασική διαφορά είναι ότι πρόκειται για χώρους εργασίας όπου οι άνθρωποι (εκτός των εργαζομένων) δεν πηγαίνουν οικειοθελώς. Οδηγούνται σε αυτούς τους χώρους, κυρίως ασθενείς που έχουν την ανάγκη των υπηρεσιών υγείας. Επόμενο είναι η ψυχολογική τους κατάσταση να μην είναι καλή και αυτό δημιουργεί πρόβλημα στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και το λοιπό προσωπικό. Επίσης άσχημη ψυχολογική κατάσταση έχουν και οι συνοδοί των ασθενών καθώς και όσοι τους επισκέπτονται. Μερικές φορές οι συνοδοί νοιώθουν χειρότερα από τους ίδιους τους ασθενείς, καθώς η αγωνία και το ενδιαφέρον τους για τους δικούς τους ανθρώπους, τους οδηγεί σε εντάσεις και ακραίες συμπεριφορές, τις οποίες οι εργαζόμενοι πρέπει να αντιμετωπίσουν.

Σε αρκετά τμήματα, οι περιπτώσεις είναι τέτοιες που απαιτούν άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση, υπό την πίεση άγχους και περιορισμένου χρόνου. Το ζητούμενο και αυτό που έχει προτεραιότητα είναι η παροχή άμεσης ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης του ασθενή. Συνέπεια αυτού είναι η επικοινωνία να μην ακολουθεί τους κανόνες καλής συμπεριφοράς και να δοκιμάζονται οι σχέσεις των ιατρών και νοσηλευτών με το περιβάλλον του ασθενή, αλλά και του ίδιου του προσωπικού μεταξύ τους (Νιάκας, 2004).

Σε άλλα πάλι τμήματα, όπως παιδιατρικό, ψυχιατρικό ή σε τμήματα με ποσοστά άσχημης κατάληξης των ασθενών, δημιουργούνται καταστάσεις με ιδιαίτερη συγκινησιακή φόρτιση και για τους εργαζομένους, σε βαθμό που να επηρεάζονται οι προσωπικές σχέσεις μεταξύ τους, αλλά και με άλλους εκτός του χώρου εργασίας τους. Η επαφή του προσωπικού με τέτοιες καταστάσεις και συμπεριφορές, δημιουργεί και στους ίδιους αρνητική ψυχολογία, με αποτέλεσμα δυσκολίες και στην επικοινωνία.

3.2. Εισαγωγή Νέων Τεχνολογιών Επικοινωνίας και Πληροφορίας στην Οργάνωση των Μονάδων Υγείας στην Ελλάδα

Οι Έλληνες επαγγελματίες του χώρου της υγείας, κατέχουν υψηλή θέση στον Ευρωπαϊκό χώρο της Ιατρικής, αλλά και διεθνώς, όσον αφορά τις ικανότητές τους και το γνωστικό τους επίπεδο. Επίσης υψηλές είναι και οι συνολικές δαπάνες υγείας. Όμως παρ' ότι αξιόλογο επιστημονικό προσωπικό στελεχώνει τα νοσοκομεία και οι δαπάνες για χρήση υγειονομικού υλικού και φαρμάκων είναι υψηλές, το παραγόμενο έργο από τις δημόσιες

υπηρεσίες υγείας είναι πολύ υποδεέστερο συγκριτικά με άλλες χώρες. Είναι πολλά τα παραδείγματα δυσλειτουργίας και αναποτελεσματικότητας (Πολύζος, 2007).

Οι αιτίες αποδίδονται στη γραφειοκρατία, στους χρόνους αναμονής, στην αδυναμία εξυπηρέτησης. Στο προσωπικό δεν παρέχονται τα κατάλληλα εργαλεία δουλειάς με αποτέλεσμα μεγάλος χρόνος να χάνεται για αναζήτηση δεδομένων, ενημέρωση και προσπάθεια συντονισμού. Επιπλέον δεδομένες θεωρούνται και οι ελλείψεις σε ανθρώπινους και υλικοτεχνικούς πόρους. Τελικό αποτέλεσμα, η δυσαρέσκεια και ο εκνευρισμός για το «σύστημα» από πολίτες, αλλά και από το προσωπικό στελέχωσης.

Ιδιαίτερα έντονο είναι στις μονάδες υγείας της περιφέρειας, οι οποίες για να εξυπηρετήσουν μεγάλο ποσοστό των περιστατικών τους, αναγκάζονται να τα προωθούν προς τα μεγαλύτερα νοσοκομεία εντείνοντας τα ήδη μεγάλα προβλήματα των τελευταίων λόγω του συνωστισμού. Στις μονάδες υγείας της περιφέρειας το πρόβλημα είναι όχι μόνο η ποσοτική έλλειψη πόρων αλλά και ποιοτική, αφού σε πολλές περιπτώσεις απουσιάζουν συγκεκριμένες ειδικότητες προσωπικού και βασική υλικοτεχνική υποδομή.

Σε όλο το σύστημα υγείας είναι διαπιστωμένες οι ελλείψεις, εντεινόμενες από το χαμηλό επίπεδο οργάνωσης, η οποία προκαλεί σπατάλη ανθρώπινων και υλικών πόρων. Αιτίες μεταξύ άλλων είναι οι ασυνέχειες στο διαχειριστικό κομμάτι, καθώς οι διοικήσεις εναλλάσσονται σε χρονικά διαστήματα που δεν επιτρέπουν την χάραξη σταθερής πολιτικής και την ολοκλήρωσή της, η ραγδαία ανάπτυξη του χώρου της υγείας και των αναγκών του, η έλλειψη οικονομικών πόρων η οποία ανατροφοδοτείται από την ανεπαρκή οργάνωση, που οδηγεί σε άλογη χρήση πόρων κι έτσι σχηματίζεται ένας φαύλος κύκλος (Ζοπουνίδης, 2007). Σε αυτό το τελευταίο έρχεται να προστεθεί και η προβληματική αποπληρωμή χρεών προς τους φορείς υγείας από ασφαλιστικούς φορείς οι οποίοι μέσα από τις δικές τους αδυναμίες (δημογραφικό πρόβλημα, διοικητική ανεπάρκεια) αδυνατούν να φανούν συνεπείς απέναντι στις υποχρεώσεις τους (Τούντας, 2008).

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όπως και το διοικητικό, τεχνικό κλπ, κάθε βαθμίδα που στελεχώνει τους φορείς παίζει κι αυτό σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της όλης κατάστασης. Κάποιοι ασκούν τα καθήκοντα τους πιστά και πολλές φορές μάλιστα υπερβάλλουν εαυτό (ίσως εδώ βρίσκεται η απάντηση για το πως συνεχίζει να αποδίδει το οικοδόμημα της υγείας) σε ένα αντικειμενικά δύσκολο κι επικίνδυνο εργασιακό περιβάλλον, ενώ άλλοι ακολουθούν πιο τυπική συμπεριφορά.

Η υποστήριξη της οργάνωσης με σύγχρονα τεχνολογικά πληροφοριακά και υπολογιστικά συστήματα στο χώρο της υγείας υπήρξε αρκετά αργή σε σχέση με την διεύθυνση των

συστημάτων αυτών στις επιχειρήσεις και στη βιομηχανία. Υπάρχουν πολλές αιτίες για αυτήν την καθυστέρηση, ανάμεσα στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η έλλειψη επενδύσεων, πολιτικής θέλησης, η αδυναμία της αγοράς να καλύψει τις απαιτήσεις των ιδρυμάτων, καθώς και η έλλειψη ή η πολύ αργή υιοθέτηση προτύπων. Επιπλέον υπάρχουν προβλήματα που σχετίζονται ειδικά με τον χώρο της υγείας, όπως η πολυπλοκότητα των ιατρικών δεδομένων, προβλήματα με την είσοδο των δεδομένων, θέματα ασφάλειας και εμπιστευτικότητας σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, η έλλειψη σε πολλές χώρες ενός κωδικού που να αντιστοιχεί με τρόπο μοναδικό σε κάθε έναν ασθενή και η γενικότερη έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τα πλεονεκτήματα αλλά και τους κινδύνους των πληροφοριακών συστημάτων στην υγεία (Νιάκας, 2004).

Στις μέρες μας, όμως, γίνεται ολοένα και περισσότερο κοινή η πεποίθηση ότι το επίπεδο ανάπτυξης των συστημάτων πληροφορικής που χρησιμοποιούνται σε ένα νοσοκομειακό ίδρυμα, δεν αποτελεί απλώς μία τεχνολογική πολυτέλεια ή μία απλή διευκόλυνση, αλλά ότι συνδέεται άμεσα με το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης. Σαν αποτέλεσμα αυτής της συνειδητοποίησης, η ανάπτυξη και η εφαρμογή τέτοιων συστημάτων προωθείται πλέον από όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με την λειτουργία των νοσοκομείων και υπάρχει έντονη ερευνητική δραστηριότητα που σχετίζεται με το θέμα της εισαγωγής τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνίας στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα (Βαγγελάτος Α.- Σαριβουγιούκας Ι., 2006).

Αν και η εξέλιξη των συστημάτων έχει καθυστερήσει σημαντικά στην χώρα μας - ελάχιστα υπάρχουν που να λειτουργούν αποδοτικά - τα τελευταία χρόνια έχει ξεκινήσει μία εντατική προσπάθεια εκσυγχρονισμού του συστήματος της δημόσιας υγείας στην οποία θεμελιώδη ρόλο κατέχει η ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων που αποσκοπούν στην διασύνδεση των ιδρυμάτων και την υποστήριξη των διοικητικό-οικονομικών λειτουργιών (Πολύζος, 2007).

3.3. Δαπάνες Υγείας – Υφιστάμενη κατάσταση

Η μηχανοργάνωση του συστήματος υγείας, πέρα από τα οφέλη για την υγεία των πολιτών, είναι αναγκαία και για τον αποτελεσματικό έλεγχο των συνολικών δαπανών υγείας, καθώς και την καταπολέμηση της σπατάλης (Δροσάκης, 2006). Με βάση τη διεθνή εμπειρία, η μηχανοργάνωση του συστήματος μπορεί να οδηγήσει σε βάθος χρόνου σε συνολική εξοικονόμηση στον κρατικό προϋπολογισμό έως 2 δισ. ευρώ ετησίως. Η ανάπτυξη και η εφαρμογή ενός σύγχρονου αυτοματοποιημένου συστήματος θα επιφέρουν πολλαπλά οφέλη στο σύνολο των εμπλεκόμενων φορέων στο χώρο της υγείας.

Το κράτος θα αποκτήσει τη δυνατότητα της πλήρους αποτύπωσης και ελέγχου της διακίνησης των προμηθειών, της έγκαιρης παρακολούθησης της πορείας των δαπανών και του αποτελεσματικότερου οικονομικού σχεδιασμού. Επίσης, είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι θα προκύψουν αξιόπιστα στοιχεία, τα οποία είναι απαραίτητα για την αποτύπωση της πραγματικής εικόνας του κλάδου και για τη χάραξη ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας.

Όσον αφορά στην εφαρμογή της λίστας, είναι απαραίτητος ο προσεκτικός σχεδιασμός της, με τη θέσπιση νέων κριτηρίων, αποφεύγοντας τις αδυναμίες της προηγούμενης λίστας. Στα κριτήρια ένταξης των φαρμάκων στη λίστα πρέπει να ενσωματωθούν και κριτήρια οικονομικής αξιολόγησης (π.χ. να συνυπολογίζεται και η διάρκεια της θεραπείας, ώστε να μην αποκλείονται θεραπείες που ενδεχομένως σε μακροχρόνια βάση να αποδεικνύονται φθηνότερες) (Καλδούδη, 2005).

Άλλα μέτρα που μπορούν να ενισχύσουν τον έλεγχο των δαπανών, είναι η υιοθέτηση ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με την οποία θα περιοριστούν οι σπατάλες στην κατανάλωση φαρμάκων, καθώς θα υπάρχει η δυνατότητα ελέγχου της προκλητής συνταγογράφησης και των «πλασματικών» συνταγών, η καθιέρωση ενοποιημένου λογιστικού και πληροφοριακού συστήματος στα νοσοκομεία, η εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων (clinical guidelines) και η διαμόρφωση συστημάτων αποζημίωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με βάση διαγνωστικές κατηγορίες (Diagnostic Related Groups - DRGs).

Τέλος, είναι σημαντικό ότι η μηχανοργάνωση του συστήματος υγείας θα επιτρέψει τη συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων και στοιχείων κόστους, τα οποία, με τη σειρά τους, θα επιτρέψουν την εφαρμογή κριτηρίων οικονομικής αξιολόγησης καθώς και την εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας, προς όφελος του τελικού χρήστη και του Δημοσίου.

Με σωστό και ολοκληρωμένο τρόπο η εφαρμογή των λύσεων με τις σύγχρονες τεχνολογίες θα προκύψουν θετικά αποτελέσματα για τους πολίτες, τους επαγγελματίες του χώρου και γενικότερα για το σύστημα υγείας

3.4. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος

Ο όρος ιατρικός φάκελος αρχικά θεωρείτο ο φάκελος αρχειοθέτησης, όπου φυλάσσονται τα σχετικά με τη νοσηλεία σε νοσοκομείο έγγραφα και περιείχε έγγραφα σχετικά με την κατάσταση της υγείας ενός ασθενή, όπως: παραπεμπτικά εξετάσεων, αποτελέσματα εξετάσεων, καταγραφή στοιχείων νοσηλείας, ακτινογραφίες, καρδιογραφήματα, κοκ.

Όμως, δημιουργούνται ερωτήματα όπως :

- Πόσο αναλυτική πρέπει να είναι η καταγραφή των ιατρικών στοιχείων στον φάκελο;
- Πόσο αναλυτική πρέπει να είναι η καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων ή του τρόπου ζωής του ασθενή;
- Ανήκουν στο περιεχόμενο ενός ιατρικού φακέλου πληροφορίες που αφορούν τυχόν πληρωμές ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού από τον οικονομικά υπόχρεο;
- Ανήκουν στο περιεχόμενο του ιατρικού φακέλου πληροφορίες που αφορούν το ασφαλιστικό προφίλ του ασθενή;
- Υπάρχει κάποιος ιδιαίτερος τρόπος με τον οποίο θα πρέπει να καταγράφονται τα στοιχεία στον ιατρικό φάκελο;

Η πραγματικότητα είναι ότι στις παραπάνω ερωτήσεις και σε πολλές παρόμοιες που ανακύπτουν κάθε φορά που κάποιος ασχολείται με τον ιατρικό φάκελο, δεν έχει δοθεί ξεκάθαρη, καθολικά αποδεκτή απάντηση. Παραδοσιακά ο ιατρικός φάκελος εξυπηρετεί του παρακάτω σκοπούς:

- Αποτελεί ένα μέσο επικοινωνίας ανάμεσα στο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό που ασχολείται με τον συγκεκριμένο ασθενή. Οδηγίες θεραπείας, διαγνώσεις, παραπεμπτικά με ειδικές οδηγίες, καταγραφή πορείας νόσου κ.λπ., δρομολογούνται στους διαφόρους εμπλεκόμενους, που δεν έχουν τη δυνατότητα της μεταξύ τους άμεσης επικοινωνίας, μέσω του ιατρικού φακέλου.
- Κατά την περίοδο αντιμετώπισης του προβλήματος, ο ιατρικός φάκελος αποτελεί το σημείο αναφοράς στο οποίο ανατρέχει κάποιος για να έχει μια εικόνα της κατάστασης του ασθενή. Οι εμπλεκόμενοι σε ένα ιατρικό επεισόδιο γνωρίζουν ότι για να δουν τα αποτελέσματα μιας εξέτασης, πρέπει να ανατρέξουν στον ιατρικό φάκελο του ασθενή.
- Ανεπίσημα, ο ιατρικός φάκελος χρησιμεύει και ως «χώρος εργασίας» όπου καταγράφονται ιδέες και εντυπώσεις για το πρόβλημα του ασθενή και την πορεία της αντιμετώπισης του προβλήματος. Είναι ο χώρος όπου κάποιος μπορεί να πληροφορηθεί την εξέλιξη του περιστατικού ως μια αφήγηση τρίτων. Αυτό εξηγεί και το γιατί ο ιατρικός φάκελος δεν είναι σχεδόν ποτέ η «ιστορία ειπωμένη από τον ασθενή» αλλά μια ιστορία από άλλους (τους ειδικούς).
- Με την ολοκλήρωση ενός επεισοδίου, ο ιατρικός φάκελος είναι το μέρος που φυλάσσονται όλα τα κλινικά δεδομένα για μελλοντική χρήση, είτε αυτή αφορά

περαιτέρω θεραπεία του ασθενή, είτε αφορά την έρευνα: κλινική έρευνα, επιδημιολογικές μελέτες, εκτίμηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και έρευνα αγοράς φαρμάκων.

- Επιπρόσθετα, ο ιατρικός φάκελος μπορεί να χρησιμεύσει για τον μετέπειτα έλεγχο των διαδικασιών που ακολουθήθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας του ασθενή, π.χ. στην περίπτωση υποψίας ιατρικού λάθους.
- Μπορεί να χρησιμεύσει ως μέσο διασταύρωσης των οικονομικών στοιχείων που αφορούν το επεισόδιο. Για παράδειγμα, οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες, απαιτούν στοιχεία του φακέλου ώστε να αποφανθούν για την κάλυψη συγκεκριμένων εξετάσεων, ελέγχοντας την αναγκαιότητα πραγματοποίησης της εξέτασης.
- Τέλος, μέσω των αρχείων του ιατρικού πολλές φορές καλύπτονται οι ανάγκες για πληροφόρηση της διοίκησης, οι οποίες απαιτούν τη χρήση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών που θα λειτουργήσουν υποστηρικτικά σε αποφάσεις που αφορούν τη διαχείριση ενός οργανισμού παροχής ιατρικών υπηρεσιών (π.χ. νοσοκομείο), αλλά και ολόκληρου του συστήματος υγείας μιας περιοχής ή ενός κράτους.

Επομένως, ο ιατρικός φάκελος θα πρέπει να αποτελείται από εκείνα τα στοιχεία που εξυπηρετούν τις προαναφερόμενες ανάγκες. Οι ερωτήσεις όμως παραμένουν αναπάντητες. Η προσέγγιση του ορισμού του προβλήματος είναι και η προσέγγιση που υιοθετεί και το preStandard ENV 13606 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Τυποποίησης (CEN): «Ο Ιατρικός Φάκελος είναι η «αποθήκη» όλων των πληροφοριών που αφορούν στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς. Αποτελεί επομένως τη βάση της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς αλλά και τη βάση επιδημιολογικών ερευνών. Επιπλέον, παρέχει πληροφορίες διοικητικής, οικονομικής και στατιστικής φύσεως, καθώς και ποιοτικού ελέγχου». Σκιαγραφείται δηλαδή το όραμα του περιεχομένου του ιατρικού φακέλου, χωρίς όμως να μπαίνει σε λεπτομέρειες. Δίνει κατευθυντήριες γραμμές, χωρίς να ορίζει (ή καν να προτείνει) τη λύση. Με άλλα λόγια: Ο ιατρικός φάκελος ασθενή είναι ένα διεπιστημονικό αντικείμενο μελέτης που εξαρτάται από διάφορους ετερογενείς παράγοντες, όπως:

- τα ήθη και έθιμα των λαών,
- η νομοθεσία,
- η πολιτική και οικονομική κατάσταση των κρατών,,

- η υλικό-τεχνολογική υποδομή τους,
- το επίπεδο των εμπλεκομένων στον χώρο της υγείας.

Δεν μπορούμε, λοιπόν, να έχουμε την απαίτηση ενός αυστηρού ορισμού που θα ισχύει σε όλες τις χώρες, σε όλες τις νομοθεσίες και σε όλες τις περιπτώσεις.

3.4.1. Εντυπος και ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος

Το ιστορικό του ασθενή αποτελεί έκθεση της υγείας και της νόσου ενός ασθενή από τη στιγμή που εκείνος/η αναζητά ιατρική φροντίδα. Συνήθως, οι σημειώσεις στο ιστορικό εμπεριέχουν ευρήματα, παράγοντες, αποτελέσματα εξετάσεων και πληροφορίες για την περίθαλψη, που σχετίζονται με την πορεία της ασθένειας. Οι περιγραφές, αντικατοπτρίζουν κυρίως την ιστορία, όπως την αναφέρει ο ασθενής και οι συγγενείς του. Στην ιατρική είναι ήταν πολύ σημαντικό να υπολογιστεί η προγνωστική αξία των ευρημάτων. Και στην επίτευξη αυτού του στόχου, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι επαρκώς καταγραμμένες ιστορίες των ασθενειών. Το σπουδαιότερο έργο των γιατρών και των νοσοκόμων είναι να ανακουφίσουν τον πόνο, εντούτοις πρέπει να γνωρίζουν τα όριά τους και να απέχουν από άσκοπες παρεμβάσεις.

Η πρόοδος της νέας τεχνολογίας προκάλεσε την επέκταση του εύρους του ιστορικού του ασθενούς, από την ιστορία που διηγείτο ο ίδιος ο ασθενής και οι συγγενείς του στα ευρήματα του γιατρού και του νοσοκόμου.

Το έτος 1880, ο Αμερικανός χειρουργός William Mayo σχημάτισε την πρώτη πολυκλινική, που έγινε η γνωστή ως Κλινική Mayo, στις Η.Π.Α. Στην αρχή, κάθε γιατρός κρατούσε ιατρικές σημειώσεις σε ένα προσωπικό βιβλίο χρεών και υποχρεώσεων. Το βιβλίο περιείχε χρονολογική έκθεση όλων των συναντήσεων με ασθενείς. Κατά συνέπεια, οι σημειώσεις που σχετίζονταν με έναν μόνο ασθενή μπορεί να απείχαν σελίδες, ανάλογα με την χρονική απόσταση των επισκέψεων. Έτσι, οι σκόρπιες σημειώσεις έκαναν πολύπλοκη την καλή, συνολική θεώρηση όλης της ιστορίας της νόσου ενός ασθενή. Επιπρόσθετα, μέρος των πληροφοριών σχετικά με τον ασθενή μπορεί να βρίσκονταν στα βιβλία άλλων γιατρών. Αργότερα, υιοθετήθηκε ένας ξεχωριστός φάκελος για κάθε ασθενή. Από αυτήν την καινοτομία προέκυψε το «ασθενοκεντρικό ιατρικό ιστορικό». Όμως το γεγονός ότι όλες οι σημειώσεις φυλάσσονταν σε έναν μόνο φάκελο, δεν σήμαινε ότι τηρούνταν και τα κριτήρια στα οποία έπρεπε να ανταποκρίνεται το περιεχόμενο αυτών των ιστορικών. Έτσι, κρίθηκε προτιμότερο οι γιατροί να

καταγράφουν μια ελάχιστη ποσότητα δεδομένων. Αυτό το σύνολο των δεδομένων αποτελεί λίγο-πολύ τον σκελετό για το σημερινό ιατρικό ιστορικό.

Παρά την πρωτοβουλία αυτή για την τυποποίηση του ιστορικού των ασθενών, τα γραπτά τους περιεχόμενα ήταν συχνά μείγμα παραπόνων, αποτελεσμάτων εξετάσεων, σκέψεων, θεραπευτικών πλάνων και ευρημάτων. Αυτές οι άναρχες σημειώσεις δεν πρόσφεραν ουσιαστική πληροφόρηση, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ασθενών που εξετάζονταν για περισσότερες από μια ενοχλήσεις ή ασθένειες. Για να βελτιωθεί η οργάνωση του ιστορικού των ασθενών στη δεκαετία του 1960 καθιέρωσαν την έννοια του «problem-oriented medical record». Σύμφωνα με αυτό, σε κάθε ασθενή αποδίδονταν ένα ή περισσότερα προβλήματα. Οι σημειώσεις καταγράφονταν για κάθε πρόβλημα ξεχωριστά σύμφωνα με τη δομή SOAP3 που σχηματίζεται από το:

- **S**ubjective: υποκειμενικό,
- **O**bjective: αντικειμενικό,
- **A**ssessment: αξιολόγηση (π.χ. διάγνωση) και
- **P**lan: η θεραπεία ή αγωγή.

Εκτός από την περαιτέρω βελτίωση στην (πρώτο)τυποποίηση και διάταξη του ιστορικού του ασθενή, κύριος στόχος του μοντέλου SOAP είναι να αναπαραστήσει καλύτερα τη γραμμή κρίσης και λήψης αποφάσεων του θεράποντα. Γίνεται αντιληπτό σε ποιο πρόβλημα αναφέρονται τα ευρήματα και το πλάνο της θεραπείας. Παρότι το problem-oriented ιστορικό έγινε εύκολα αποδεκτό, αποδείχτηκε ότι στην πράξη απαιτούσε μεγάλη πειθαρχία προκειμένου να επιμείνει κανείς στη μέθοδο, καθώς τα δεδομένα που σχετίζονται με περισσότερα από ένα προβλήματα πρέπει να καταγράφονται αρκετές φορές.

Για δεκαετίες, η λύση του έντυπου (paper-based) ιατρικού φακέλου έχει χρησιμοποιηθεί με σχετική επιτυχία. Είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιεί ως βάση το χαρτί με το οποίο είναι εξοικειωμένοι οι περισσότεροι άνθρωποι. Επιπλέον στην εξοικείωση του ανθρώπου με το χαρτί και τη γραφή (που είναι το βασικότερο πλεονέκτημα), μπορούμε να αναφέρουμε την ευκολία μεταφοράς του και το αυτόνομο της μεθόδου (π.χ. δεν χρειάζεται κάποια πρίζα με ρεύμα, ή υπολογιστής για να ανακτήσει κανείς το περιεχόμενο του φακέλου) (Coiera, 1997). Το χαρτί όμως ως υλικό έχει κάποια σημαντικά μειονεκτήματα:

- μπορεί να καταστραφεί εύκολα, ενώ είναι χρονοβόρα η διαδικασία της δημιουργίας αντιγράφων ασφαλείας

- φθείρεται με τη χρήση ή τον χρόνο, οπότε έχει περιορισμένο χρόνο ζωής
- είναι διαθέσιμο μόνο σε ένα μέρος την ίδια στιγμή

Το σημαντικότερο πρόβλημα από τη χρήση ενός έντυπου ιατρικού φακέλου δεν οφείλονται στο βασικό χρησιμοποιούμενο υλικό, αλλά στο τι αυτό συνεπάγεται. Όταν, για παράδειγμα, ο ιατρός βρίσκεται μπροστά σε μια άδεια κόλλα χαρτί, κυριολεκτικά μπορεί να γράψει οτιδήποτε. Αυτό που θα γράψει δεν είναι βέβαιο ότι θα είναι χρησιμοποιήσιμο από αυτούς που θα το διαβάσουν. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε διάφορους λόγους, που ξεκινούν από πιθανόν δυσδιάκριτο γραφικό χαρακτήρα και φτάνουν μέχρι την παράλειψη σημαντικών στοιχείων που πιθανόν δεν απασχολούν τον γιατρό - συγγραφέα αλλά αποτελούν καιρία στοιχεία που πρέπει να ξέρει ο αναγνώστης. Το περιεχόμενο του ιατρικού φακέλου εξαρτάται στον μέγιστο βαθμό από την ικανότητα του γιατρού να καταγράψει και να αποδώσει σωστά τα στοιχεία που το αποτελούν. Γενικά, οι ιατρικοί φάκελοι είναι απροσπέλαστοι σε μεγάλο ποσοστό σε μεγάλους οργανισμούς (νοσοκομεία, κ.λπ.), ενώ συνήθως το περιεχόμενό τους είναι διασκορπισμένο σε διαφορετικά σημεία: γραφεία ιατρών, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, κ.λπ. Ένα άλλο μειονέκτημα είναι ότι η πληθώρα ιατρικών φακέλων σε έναν οργανισμό μπορεί να είναι μοιραία όσο αφορά την χρησιμοποίησή τους από τους εργαζόμενους σε αυτόν, μια και το κόστος σε χρόνο και χρήμα για τη σωστή αποθήκευση και ταξινόμηση πιθανόν χιλιάδων φακέλων είναι τεράστιο. Επίσης, στην περίπτωση του έντυπου ιατρικού φακέλου δεν μπορούμε να μιλάμε για την άμεση χρησιμοποίηση του περιεχομένου πληθώρας ιατρικών φακέλων για έρευνα, μια και κάτι τέτοιο απαιτεί ιδιαίτερη προσπάθεια (ανάγνωση των φακέλων, κωδικοποιημένη καταγραφή στοιχείων τους κ.λπ.) και το σημαντικότερο: χρόνο.

Επίσης, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που το κλινικό προσωπικό αποτυγχάνει στην ανεύρεση πληροφοριών από ένα έντυπο ιατρικό φάκελο. Τέλος πολλές φορές ο ιατρικός φάκελος δεν ήταν διαθέσιμος στη συγκεκριμένη στιγμή που απαιτήθηκε. Η πραγματικότητα πάντως είναι ότι, παρά τα μειονεκτήματα, η πλειοψηφία των ιατρών προτιμούν τον παραδοσιακό έντυπο ιατρικό φάκελο στην καθημερινή τους κλινική ρουτίνα.

3.4.2. Μηχανογράφηση και ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος.

Η μηχανογράφηση δεδομένων ιατρικής υφής δεν ξεκίνησε από την ανάγκη αντιμετώπισης των προβλημάτων του έντυπου ιατρικού φακέλου. Όπως σε όλες σχεδόν

τις περιπτώσεις μηχανογράφησης, οι πρώτες διαδικασίες που μηχανογραφήθηκαν ήταν αυτές που είχαν να κάνουν με τα οικονομικά δεδομένα και την διαχείριση πόρων ενός συστήματος. Έτσι λοιπόν και στην περίπτωση του ιατρικού χώρου, οι πρώτες προσεγγίσεις είχαν να κάνουν με τη μηχανογράφηση των λογιστηρίων των οργανισμών υγείας και κατόπιν με τη διαχείριση πόρων (κλινών, ραντεβού, κ.λπ.) (Σερεμέτης, 2005). Αυτό είναι φυσικό, μια και:

- Γενικά, οι διαδικασίες που αφορούν αυτούς τους χώρους είναι πιο καλά ορισμένες (γενική λογιστική, διαδικασίες υποβολών καταστάσεων σε ασφαλιστικούς φορείς, κ.λπ.).
- Υπήρχε άμεσο όφελος για τους οργανισμούς από άποψη χρόνου (μηχανογράφηση βελτιώνει σημαντικά το χρόνο ολοκλήρωσης τέτοιων διαδικασιών) και κόστους (καθώς η μηχανογράφηση μειώνει τις απαιτήσεις σε ανθρώπινο δυναμικό).
- Σχετικά εύκολα, η μηχανογράφηση εκμηδένιζε την πιθανότητα ανθρώπινου (λογιστικού) λάθους.
- Το προσωπικό που θα χρειαζόταν να εκπαιδευτεί σε νέες τεχνολογίες ήταν ποσοτικά σημαντικά μικρότερο (απ' το αντίστοιχο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό) και κατά γενική ομολογία πιο εξοικειωμένο με τέτοιου είδους εξοπλισμό (H/Y, τερματικούς σταθμούς), με εξαίρεση ίσως ορισμένους κλάδους της ιατρικής, όπως τα εργαστήρια, όπου το προσωπικό χρησιμοποιεί σε μεγάλο βαθμό μηχανές στην καθημερινή κλινική ρουτίνα (Μπουκοβάλας, 2007).
- Τέλος, οι επενδύσεις που χρειάζονταν να γίνουν από τους οργανισμούς για την εισαγωγή νέων τεχνολογιών, ήταν καθοριστικά μικρότερες τόσο σε λογισμικό όσο και σε υλικό ή εκπαιδεύσεις προσωπικού.

Σε αντίθεση, τομείς όπως αυτή του ιατρικού φακέλου, εμφανίζουν αρκετές δυσκολίες στη μηχανογράφησή τους καθώς:

- Δεν υπάρχουν πλήρως προκαθορισμένες διαδικασίες. Για παράδειγμα, δεν τηρείται πρωτόκολλο περιγραφής των στοιχείων που πρέπει να καταγράφονται κατά την εξέταση ενός ασθενούς, μια και αυτό εξαρτάται πολύ από την πείρα του ιατρού, το ιατρικό πρόβλημα του ασθενή, την ειδικότητα του ιατρού, κ.λπ.
- Δεν υπάρχει άμεσο όφελος για τους οργανισμούς, εκτός ίσως από την υποψία ότι θα βελτιωθεί η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών από τον οργανισμό, και αυτό, μάλιστα, σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα.

- Έως πρόσφατα υπήρχε η πεποίθηση ότι εφαρμογή μηχανογράφησης δεν θα μπορούσε να εξαλείψει (ούτε καν να μειώσει αισθητά) την πιθανότητα ανθρώπινου λάθους, π.χ. στην περίπτωση μιας διάγνωσης, καθώς οι ιατρικές διάνοιες δεν χρειάζονταν τέτοιας υποστήριξης.
- Οι προσπάθειες μηχανογράφησης, συνήθως απαιτούσαν την καταγραφή μεγάλου όγκου πληροφοριών από το ιατρικό προσωπικό με αποτέλεσμα τη δημιουργία καθυστέρησης στην ολοκλήρωση των καθηκόντων τους και, κατά συνέπεια, την «εκ των έσω» απόρριψη τέτοιων συστημάτων.
- Σε μεγάλο ποσοστό το προσωπικό των μονάδων υγείας αντιμετώπιζε με δέος και φόβο την τεχνολογία (Μπουκοβάλας, 2007).
- Τέλος, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε το γεγονός ότι οι πρώιμες προσπάθειες μηχανογράφησης είχαν «φτωχή διεπαφή» (user-interface), κάτι που δυσχέραινε ιδιαίτερα τη χρησιμοποίησή της από ανθρώπους που αντιμετώπιζαν έτσι κι αλλιώς αυτή τους την υποχρέωση ως πάρεργο.

Τα παραπάνω στοιχεία οδήγησαν στη σημερινή πραγματικότητα, όπου πολύ λίγοι φορείς υγείας μπορούν να υποστηρίξουν ότι διαθέτουν ηλεκτρονικό φάκελο ασθενή. Σχεδόν σε όλους, υπάρχουν πληροφοριακά συστήματα, τα οποία όμως σε πολύ μικρό βαθμό αφορούν κλινικά στοιχεία για τους ασθενείς και είναι κυρίως διαχειριστικο-κεντρικά πληροφοριακά συστήματα. Υπάρχουν τμήματα ιατρικής πληροφορίας που καταγράφονται ηλεκτρονικά ή ακόμα συχνότερα, παράγονται με τη βοήθεια μηχανογραφικών λύσεων, όπως για παράδειγμα τα εργαστήρια ενός νοσοκομείου. Όμως, τις περισσότερες φορές η πληροφορία είναι διασκορπισμένη όχι μόνο σε διαφορετικούς οργανισμούς υγείας, αλλά ακόμα και στον ίδιο τον οργανισμό που συνήθως χρησιμοποιεί διαφορετικά πληροφοριακά συστήματα.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω δεν υπάρχει ευρύτερη συναίνεση για το πώς ορίζεται η έννοια του ιατρικού φακέλου, για μια κοινή για όλους ονομασία, καθώς και για το περιεχόμενό του. Υπάρχει ένας ακαδημαϊκός ορισμός από το Institute of Medicine (IoM - ΗΠΑ), που ονομάζει τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο CPR (Computer-based Patient Record) και αντικατοπτρίζει, κυρίως, το όραμα για τη διαχείριση της ιατρικής πληροφορίας και όχι την εφικτή υλοποίηση ενός τέτοιου συστήματος. Στην Ευρώπη επικρατεί κυρίως ο όρος Electronic Health (Care) Record, ενώ τα τελευταία χρόνια ακούγεται όλο και περισσότερο ο όρος Citizen Health Record (CHR). Όσον αφορά στον προαναφερθέν όρο, μπορούμε να κάνουμε δυο παρατηρήσεις:

- Αντικαταστάθηκε ο όρος Patient (ασθενής) από το Citizen (πολίτης). Η αλλαγή αυτή είναι περισσότερο από μια απλή αντικατάσταση λέξης. Δίνει το στίγμα της νέας πολιτικής που πρέπει να ακολουθηθεί στον ευρύτερο χώρο της υγείας: η πρόληψη θα πρέπει να είναι η βάση κάθε σύγχρονου συστήματος υγείας. Επιπλέον, το συνεχώς ζητούμενο είναι η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών ο πολίτης από ασθενής γίνεται καταναλωτής υπηρεσιών υγείας και συνεπώς είναι πιο απαιτητικός. Τέλος, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε την αλλαγή που επιφέρει η νέα αυτή θεώρηση του ιατρικού φακέλου στο περιεχόμενό του: Θα πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία που πιθανόν πριν, λόγω της problem-oriented προσέγγισης, δεν είχαν θέση στον ιατρικό φάκελο όπως για παράδειγμα, εμβόλια, προγραμματισμός ραντεβού, κ.λπ.
- Εξαλείφθηκε ο όρος Electronic. Αυτό βέβαια δεν υπονοεί την οπισθοχώρηση στην απόφαση μηχανογράφησης του ιατρικού φακέλου. Το αντίθετο μάλιστα. Σήμερα είναι αδιανόητο να αναφερόμαστε σε ιατρικό φάκελο και να μην υπονοούμε την ηλεκτρονική του μορφή..

Τον όρο Citizen Health Record (Φάκελος Υγείας του Πολίτη, ΦΥΠ) υιοθετεί και η χώρα μας, μια και είναι ο πιο αντιπροσωπευτικός και, κυρίως, αυτός που υποδηλώνει πληρέστερα το σύγχρονο όραμα του παγκόσμιου πολίτη ως προς τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας. Ποιες είναι όμως οι απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιεί ο Φάκελος Υγείας του Πολίτη; Καταρχήν, θα πρέπει να καλύπτει την καταγραφή και συντήρηση του περιεχομένου του ιατρικού φακέλου και επιπλέον να αντιμετωπίζει επιτυχώς όλα τα προβλήματα που προκύπτουν από την ηλεκτρονική φύση του, όπως (Αποστολάκης, 2007):

- **Ασφάλεια:** πρέπει να διασφαλίζεται η ιδιωτικότητα, να πραγματοποιείται πιστή καταγραφή των κλινικών ενεργειών και των ενεργειών του χρήστη, ταυτοποίηση του χρήστη και έλεγχος πρόσβασης.
- **Διασυνδεσιμότητα:** είναι αναγκαία η δυνατότητα διανομής και ανταλλαγής δεδομένων σε σημασιολογικό επίπεδο. Αυτό επιτρέπει όχι μόνο την αναγνωσιμότητα των δεδομένων από ανθρώπους αλλά και την αυτοματοποιημένη επεξεργασία των δεδομένων από άλλα συστήματα
- **Ευρύτητα-περιεκτικότητα:** πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα υποστήριξης μιας ευρείας γκάμας πρακτικών στο χώρο της ιατρικής φροντίδας, υποστήριξης πολλών τύπων δεδομένων, υποστήριξης εισαγωγής δεδομένων σε δομημένη μορφή καθώς και σε μορφή ελεύθερου κειμένου.

- **Διαλειτουργικότητα:** θα πρέπει τα συστήματα να είναι διαλειτουργικά μεταξύ ιδρυμάτων, ανεξάρτητα από το υλικό, το λογισμικό και την εθνική γλώσσα που χρησιμοποιεί ο καθένας.
- **Εξέλιξη:** πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα υποστήριξης ιατρικού φακέλου για μακρά χρονικά διαστήματα, μέσω της συμβατότητας επεξεργασίας του ιατρικού φακέλου από προηγούμενες και επόμενες εκδόσεις συστημάτων λογισμικού.
- **Επεκτασιμότητα**
- **Διαθεσιμότητα**
- **Ευρεία χρήση προτύπων**

Η πλειονότητα των σημερινών συστημάτων δεν είναι «ασθενοκεντρική» αλλά έχει σχεδιαστεί για την εξυπηρέτηση της διαχείρισης ενός φορέα υγείας (όπως τα νοσοκομεία), είναι δηλαδή διαχειριστικο-κεντρικά πληροφοριακά συστήματα. Διαχειρίζονται, για παράδειγμα, ραντεβού, οικονομικές καρτέλες ασθενών, κρεβάτια, κ.λπ. και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να δώσουν και μια συνολική εικόνα των υπηρεσιών που προσφέρθηκαν σε συγκεκριμένο ασθενή. Επίσης, η αμιγώς ιατρική πληροφορία δεν είναι κωδικοποιημένη (έτσι ώστε να είναι επεξεργάσιμη), αλλά τις περισσότερες φορές βρίσκεται σε κείμενα αποθηκευμένα σε memo πεδία της βάσης δεδομένων. Ορισμένες από τις πληροφορίες μπορεί να είναι κωδικοποιημένες (π.χ. οι μικροβιολογικές εξετάσεις σε ένα νοσοκομειακό σύστημα) αλλά είναι κωδικοποιημένες κατά την κωδικοποίηση της συγκεκριμένης εγκατάστασης της εφαρμογής, οπότε, να μην μπορούν να χρησιμοποιηθούν εντός του νοσοκομείου, αλλά για διασύνδεση με άλλα συστήματα άλλων νοσοκομείων ούτε λόγος να γίνεται. Εξάλλου, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις συστημάτων εγκατεστημένων εντός του ίδιου φορέα υγείας, που δεν είναι ικανά να επικοινωνήσουν μεταξύ τους. Κλασικό παράδειγμα τέτοιων περιπτώσεων είναι το LIS (Laboratory Information System) με το MIS (Management Information System) ενός νοσοκομείου. Στην περίπτωση αυτή, το LIS χρησιμοποιείται από το νοσοκομείο για την παραγωγή εκτυπώσεων με τα αποτελέσματα των εξετάσεων, και, στην καλύτερη περίπτωση, καταγράφεται το συμπέρασμα που βγαίνει από τα αποτελέσματα των εξετάσεων (Sullivan & Decker, 2005).

Πολλοί από τους λόγους που έχουν οδηγήσει στην σημερινή κατάσταση έχουν αναφερθεί προηγούμενα. Σε αυτό το σημείο όμως θα άξιζε να αναφερθεί ένας ακόμα: Η έλλειψη ευρέως αποδεκτών κωδικοποιήσεων. Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα είναι η μη χρήση, από το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, κωδικοποιήσεων που θα επέτρεπαν

την αποτελεσματική επεξεργασία των ιατρικών δεδομένων. Το πρόβλημα δεν επικεντρώνεται στην έλλειψη τέτοιων προτύπων αλλά στη μη αποδοχή και χρήση τους στην καθημερινή κλινική πραγματικότητα. Όπως για παράδειγμα, η κωδικοποίηση των διαγνώσεων ICD-10, που αφορά τις διαγνώσεις και περιλαμβάνει έναν τεράστιο αριθμό διακριτών διαγνώσεων. Βασίζεται στη λογική του διαχωρισμού του ανθρώπινου σώματος σε τμήματα και κατόπιν στον εντοπισμό του προβλήματος. Οι υλοποιήσεις που «κυκλοφορούν» στην αγορά κατά κανόνα δεν προσφέρουν ένα εύχρηστο εργαλείο εντοπισμού του κωδικού που ανταποκρίνεται στη διάγνωση για τον ασθενή.

Ο χρήστης είναι αναγκασμένος να περνά από ένα πλήθος οθονών επιλογής και, αρκετές φορές, αποτυγχάνει να εντοπίσει τον σωστό κωδικό με αποτέλεσμα είτε να απορρίπτεται η κωδικοποίηση είτε ο χρήστης να καταλήγει στην εύκολη λύση του «άλλες περιπτώσεις» και την πληκτρολόγηση της διάγνωσης σαν ελεύθερο κείμενο. Εξάλλου, τεχνολογικά η επικρατούσα σχεδιαστική λογική των πληροφοριακών συστημάτων γενικότερα υποβοηθούσε στην ανάπτυξη αυτόνομων, αποξενωμένων πληροφοριακών συστημάτων, με ελάχιστη διασυνδεσιμότητα μεταξύ τους.

Ο σημερινός πολίτης έχει γίνει απαιτητικός όσον αφορά τις υπηρεσίες που του προσφέρονται και ιδιαίτερα σε έναν χώρο ευαίσθητο όπως αυτός της υγείας. Έχει την απαίτηση ο γιατρός να είναι ενήμερος για την κατάσταση του, και να ενημερώνει και τον ίδιο αποτελεσματικά. Επίσης στην επιστήμη της ιατρικής, όλο και περισσότερο διαπιστώνεται η ανάγκη για την συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών τόσο για την πραγματοποίηση επιδημιολογικών μελετών, όσο και για την πληρέστερη εικόνα της υγείας ενός ασθενή. Υπάρχει δηλαδή, η ανάγκη για εύκολη πρόσβαση σε μεγάλο αριθμό ιατρικών φακέλων με σκοπό την επεξεργασία τους, όπως και η ανάγκη για πληρέστερη εικόνα παρελθόντων ιατρικών εξετάσεων και ενεργειών που αφορούν τον ασθενή, αφού η πρόληψη είναι πάντα προτιμότερη από την αντιμετώπιση ενός προβλήματος.

Οι κοινωνικοπολιτικές εξελίξεις στον κόσμο, κάνουν όλο και πιο εμφανή τη λειτουργία των συστημάτων υγείας στη βάση του παγκόσμιου χωριού. Για να μπορέσει όμως να αντιμετωπιστεί ένα τόσο σύνθετο πρόβλημα, εκτός από την ανάλυσή του, χρειάζονται και τα κατάλληλα εργαλεία για την υλοποίησή του. Πρέπει ιατρικά πληροφοριακά συστήματα να είναι συμβατά μεταξύ τους και να υιοθετηθούν βάσεις δεδομένων επεξεργάσιμες από όλα τα τμήματα και τις υπηρεσίες που έχουν την αρμοδιότητα να επεξεργάζονται τα ευαίσθητα δεδομένα της υγείας

3.5. Ηλεκτρονική συνταγογράφηση και προμήθειες στο χώρο της Υγείας

Ο όρος Ηλεκτρονική προμήθεια (E-procurement) χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη χρήση ηλεκτρονικών μεθόδων, κυρίως μέσω του διαδικτύου, για τη διενέργεια συναλλαγών μεταξύ φορέων και προμηθευτών. Η διαδικασία μιας ηλεκτρονικής προμήθειας καλύπτει κάθε ένα από τα στάδια της συναλλαγής, από την αρχική εξέταση των απαιτούμενων προϋποθέσεων & όρων, τις προβλεπόμενες διαδικασίες, μέχρι την πληρωμή και σε αρκετές περιπτώσεις τη διαχείριση των συμβάσεων.

Οι ηλεκτρονικές προμήθειες βρίσκονται σε φάση εξέλιξης, με αρκετές διαφορές στο στάδιο ανάπτυξής τους ανά χώρα παγκοσμίως, αλλά και στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. Ως βασικά οφέλη αναφέρονται η μείωση του κόστους των προμηθειών για τα νοσοκομεία, το άνοιγμα της αγοράς σε νέους προμηθευτές και η επιτάχυνση των διαδικασιών διενέργειας δημοπρασιών. Προκειμένου να λυθούν πολλά οργανωτικά και τεχνικά προβλήματα, η Ε.Ε. χρηματοδοτεί ερευνητικά προγράμματα όπως το e-TEN και e-pos στο οποίο συμμετείχε και Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου». Στόχος του e-pos είναι να μπορούν οι προμηθευτές από διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες να μπορούν να συμμετέχουν άμεσα σε διαγωνισμούς προμηθειών ενός νοσοκομείου (Αδάλογλου Μ. κ.α., 2007). Οι τυπικές φάσεις εξέλιξης των ηλεκτρονικών προμηθειών περιλαμβάνουν:

Φάση 1: αναφέρεται στη δυνατότητα πρόσβασης σε δημοσιευμένες διακηρύξεις μέσω διαδικτύου.

Φάση 2: Οι προμηθευτές μπορούν είτε να αποθηκεύσουν στον Η/Υ τα σχετικά έγγραφα με τη διακήρυξη μέσω της σχεδιασμένης ιστοσελίδας ή να τους διαβιβαστούν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, μετά από αίτηση.

Φάση 3: οι προμηθευτήριες εταιρίες έχουν τη δυνατότητα να διαβιβάζουν προτάσεις ηλεκτρονικά. Προκειμένου αυτό το στάδιο να εφαρμοστεί πλήρως, πρέπει υπάρχει και ο απαραίτητος μηχανισμός πιστοποίησης και ασφάλειας ηλεκτρονικών συναλλαγών (π.χ. ηλεκτρονικές υπογραφές, κλπ).

3.5.1 Διάφορες Μορφές Ηλεκτρονικών Προμηθειών Στο Δημόσιο Τομέα

Οι παρακάτω μορφές ηλεκτρονικών προμηθειών εφαρμόζονται ήδη από δημόσιες αρχές στην Ευρώπη (Σαμαρά Θ., 2009):

1. **Δημοσίευση διακηρύξεων μέσω Διαδικτύου:** Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη διαδικασία ηλεκτρονικών προμηθειών, συνήθως μέσω βάσεων δεδομένων που είναι προσβάσιμες μέσω διαδικτύου. Μια μεγάλη ποικιλία εθνικών & διεθνών βάσεων δεδομένων υπάρχουν σε όλη την Ευρώπη, μερικές από τις οποίες παρέχουν δωρεάν

πρόσβαση. Παράδειγμα αποτελεί ο "πρόδρομος" όλων των βάσεων δεδομένων για συμβάσεις δηλαδή η κοινοτική βάση TED (Tenders Electronic Daily), η οποία περιλαμβάνει προκηρύξεις συμβάσεων, προαγγελίες, γενική πληροφόρηση και αναγγελίες τόσο από κράτη-μέλη όσο και από τρίτες χώρες δημόσιων συμβάσεων. Λειτουργεί εδώ και μια 10ετία, με δωρεάν πρόσβαση και με πάνω από 600 κείμενα να εισάγονται καθημερινά.

2. **Ηλεκτρονική παροχή εγγράφων:** Αρκετοί δημόσιοι φορείς έχουν ξεκινήσει και τη δημοσίευση όλων των εγγράφων που σχετίζονται με τις προκηρύξεις (τεχνικά σχέδια, κείμενα συμβάσεων κλπ.) επιτρέποντας στις ενδιαφερόμενες εταιρίες εύκολη πρόσβαση σε αυτά, και σε αρκετές περιπτώσεις δίχως κανένα κόστος. Με τον τρόπο αυτό μια εταιρία δίχως να χάνει χρόνο μπορεί εύκολα να διαπιστώσει αν μια προκήρυξη την αφορά ή όχι. Παράδειγμα τέτοιας μορφής διαδικασίας ηλεκτρονικών προμηθειών είναι ο διαδικτυακός τόπος της ΚτΠ ΑΕ.

3. **Ηλεκτρονική υποβολή:** Ένας αριθμός κρατών-μελών έχει ξεκινήσει την ανάπτυξη συστημάτων διάθεσης ηλεκτρονικά της όλης διαδικασίας, συμπεριλαμβανομένης και της ηλεκτρονικής υποβολής προσφορών. Η πρόκληση για αυτά τα συστήματα είναι η ανάγκη για τη μέγιστη ασφάλεια και η πλήρης εφαρμογή των νομικών απαιτήσεων μιας δημόσιας προμήθειας. Παράδειγμα είναι η Γερμανική κυβέρνηση η οποία ανέπτυξε μια ηλεκτρονική πλατφόρμα ηλεκτρονικών προμηθειών που περιλαμβάνει γενικές πληροφορίες για μια δημόσια σύμβαση, εκτενή βάση δεδομένων και τη δυνατότητα αποθήκευσης σχετικών εγγράφων και αρχειοθέτηση των εταιριών που κάνουν την αποθήκευση αυτή. Η ταυτοποίηση αυτή είναι σημαντική στην περίπτωση που μια δημόσια αρχή θέλει να πληροφορεί τους ενδιαφερόμενους για πιθανές αλλαγές κατά τη διαδικασία της προκήρυξης. Το σύστημα επιτρέπει επίσης τη λειτουργική δυνατότητα υποβολής κωδικοποιημένων δημοπρασιών με ηλεκτρονική υπογραφή. Έτσι, αν μια εταιρία θέλει να κάνει χρήση του συστήματος θα πρέπει να διαθέτει τον απαραίτητο λογισμικό & εξοπλισμό για τη διαχείριση ηλεκτρονικών πιστοποιητικών.

4. **Ηλεκτρονικές δημοπρασίες:** Πρόκειται για μια νέα τάση στον τομέα των δημόσιων προμηθειών, που θα παρέχει τη δυνατότητα να προσδιορίζεται η καλύτερη δυνατή ποιότητα σε ένα on-line διαγωνισμό. Στην παρούσα φάση δεν εφαρμόζεται μια σταθερή νομική βάση για τις ηλεκτρονικές δημοπρασίες. Κάποια κράτη-μέλη εργάζονται με «πειραματική» νομοθεσία προκειμένου να εφαρμόζουν πιλοτικά

προγράμματα σε αυτόν τον τομέα. Πάντως, οι νέες κοινοτικές οδηγίες για τις δημόσιες συμβάσεις θέτουν κανόνες και για τις ηλεκτρονικές δημοπρασίες.

5. **Ηλεκτρονικά marketplaces:** Αυτές επιτρέπουν σε επιχειρήσεις να παρουσιάζουν το εταιρικό προφίλ τους και τα προϊόντα τους σε μια ειδική για το σκοπό αυτό πλατφόρμα στο διαδίκτυο, προσφέροντας στις δημόσιες αρχές τη δυνατότητα να έχουν μια γενική εικόνα της αγοράς. Συνδυασμένες με ηλεκτρονικούς καταλόγους, μπορούν να γίνουν μια πλατφόρμα που επιτρέπει στους φορείς του δημοσίου να κάνουν παραγγελίες προϊόντων.

6. **Ηλεκτρονικοί κατάλογοι (e-catalogues):** Μια σειρά δημόσιων αρχών στην Ευρώπη έχουν αναπτύξει ηλεκτρονικούς καταλόγους, για τη διευκόλυνση των διαδικασιών συμβάσεων που προκηρύσσουν, αλλά και τη μείωση των δαπανών. Οι αρμόδιοι για προμήθειες υπάλληλοι αυτών των φορέων μπορούν να παραγγέλνουν προϊόντα που περιλαμβάνονται στους καταλόγους αυτούς, δίχως να "ανοίγουν" διαδικασίες προμηθειών. Συνήθως, οι εταιρίες που καταχωρούνται σε αυτούς τους καταλόγους έχουν μια σύμβαση-πλαίσιο με τη δημόσια αρχή.

7. **Συστήματα προεπιλογής:** Στις διαδικασίες δημόσιων συμβάσεων οι εταιρίες πρέπει να αποδεικνύουν ότι πληρούν συγκεκριμένες οικονομικές, χρηματοδοτικές και τεχνικές προδιαγραφές, καθώς και την εμπειρία τους. Επιπρόσθετα, πρέπει να υποβάλλουν σειρά εγγράφων για κάθε διαγωνισμό (πιστοποιητικό Επιμελητηρίου, τραπεζικές καταστάσεις κ.α.). Τα Συστήματα προεπιλογής μπορούν να μειώσουν τις γραφειοκρατικές διαδικασίες καθώς τα έγγραφα της κάθε εταιρίας ελέγχονται μια φορά σε καθορισμένο χρόνο από το θεσμικό πλαίσιο, και μετά την αρχική υποβολή τους είναι διαθέσιμα on-line για όλους τους δημόσιους φορείς.

8. **Ηλεκτρονικές κάρτες αγορών-πληρωμών:** Η ανάπτυξη των συστημάτων ηλεκτρονικού εμπορίου αλλάζει την προσέγγιση για τις δημόσιες συμβάσεις, προσφέροντας την ευκαιρία για μείωση του κόστους προμηθειών, βελτίωση αποτελεσματικότητας, και παρέχοντας ένα πλήθος πληροφορικών συστημάτων διαχείρισης. Σε άλλες χώρες ήδη εφαρμόστηκαν συστήματα, μέσω των οποίων οι δημόσιες Μονάδες Υγείας και άλλες κρατικές υπηρεσίες κατέχουν την "Κρατική Κάρτα Προμηθειών", που λειτουργεί στην πλατφόρμα αγορών της Visa. Με αυτή την κάρτα έχουν τη δυνατότητα να πραγματοποιούν αγορές μικρής αξίας αγαθών & υπηρεσιών από συγκεκριμένους προμηθευτές.

3.5.2 Οι ηλεκτρονικές προμήθειες στο χώρο της υγείας

Στο χώρο της υγείας η εφοδιαστική αλυσίδα είναι ιδιαίτερα σύνθετη και απαιτεί επεξεργασία πολλών πληροφοριών, διαφορετικών μορφών που πρέπει να συλλέγονται από πολλές πηγές και προορίζονται σε ξεχωριστούς αποδέκτες. Η αυτοματοποίηση ολόκληρης της αλυσίδας προμήθειας και του σχεδιασμού των διαδικασιών έγκρισης (από την επισκόπηση της αίτησης της παραγγελίας έως τον εφοδιασμό των μονάδων και τον έλεγχο των αποθεμάτων) στη μείωση του συσχετιζόμενου λειτουργικού κόστους, στη βελτίωση της διαχείρισης των προμηθειών και στην ταχύτερη διεκπεραίωση των συναλλαγών.

Η ανάπτυξη και διάδοση του διαδικτύου επιτρέπει σήμερα την ολοκλήρωση της σύνθετης διαδικασίας των προμηθειών στο χώρο της υγείας μέσω ηλεκτρονικών μέσων και τη διεκπεραίωση συναλλαγών μεταξύ μονάδων υγείας, φαρμακευτικών προμηθευτών και προμηθευτών ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού στα πλαίσια εξειδικευμένων ηλεκτρονικών αγορών. Ως εκ τούτου είναι εφικτή η παράλληλη επισκόπηση του κόστους έμμεσων εναλλακτικών λύσεων προμηθειών, η επιλογή της πιο συμφέρουσας από άποψη κόστους προσφοράς, αλλά και η ανακατανομή του χρόνου που πρότερα διαθετόταν στις χειρόγραφες διαδικασίες της εφοδιαστικής αλυσίδας σε πιο αποδοτικές δραστηριότητες που προάγουν την εσωτερική αποτελεσματικότητα και κατ' επέκταση την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3.5.3. Βασικές Ανάγκες και Στόχοι των Ηλεκτρονικών Προμηθειών στην Υγεία

Στην παρούσα ενότητα θα μελετηθούν οι στόχοι και οι ανάγκες των ηλεκτρονικών προμηθειών στην υγεία. Από την κατηγοριοποίηση που ακολουθεί, γίνεται κατανοητό ότι οι ηλεκτρονικές προμήθειες μπορούν να παίξουν μεγάλο ρόλο στη διοίκηση μονάδων υγείας. (Τρουγκάκος Ε. (2007). Συγκεκριμένα:

1. **Υποστήριξη αποτελεσματικής διαδικασίας διαχείρισης προμηθειών.** Η αποτελεσματική διαχείριση προμηθειών είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες ελέγχου του κόστους. Για την αποτελεσματική υποστήριξη των προμηθειών, ένα σύστημα ηλεκτρονικών προμηθειών θα πρέπει να επιτρέπει τη διαλειτουργικότητα μεταξύ των Μονάδων Υγείας σε ένα ενιαίο μοντέλο λειτουργίας, όπως αυτό περιγράφηκε από διάφορους νόμους, οι οποίοι όμως δεν εφαρμόστηκαν στην πράξη. Το ζητούμενο στη διαχείριση των προμηθειών είναι η ύψιστη διαφάνεια, ο στρατηγικός σχεδιασμός και η εφαρμογή μιας οργανωμένης και στρωτής "ροής προμηθειών" βάσει του σχεδιασμού αυτού. Στόχος είναι επίσης η συστηματική και

οργανωμένη ανάλωση των πόρων. Για να επιτευχθεί αυτό, ένα σύστημα προμηθειών πρέπει να υποστηρίζει την αυτοματοποίηση όλου του κύκλου των προμηθειών και τον αποτελεσματικό έλεγχο στις προμήθειες των οποιοδήποτε ειδών (από φάρμακα έως ιατρικά μηχανήματα) καθώς και υπηρεσιών. Επίσης, ένα σύστημα ηλεκτρονικών προμηθειών πρέπει να συντελέσει στην μείωση του χρόνου επεξεργασίας κάθε προμήθειας. Σημαντικότερος στόχος επίσης είναι η βέλτιστη συνεργασία με το δίκτυο προμηθευτών. Η δυνατότητα των Μονάδων Υγείας να διεκδικούν τις καλύτερες δυνατές συμφωνίες με τους προμηθευτές τους αλλά ταυτόχρονα να εξυπηρετούν αυτούς χωρίς περιττές κινήσεις και αργοπορία. Η επιτυχία στη διεκδίκηση συμφωνιών που είναι συμφέρουσες για τις Μονάδες Υγείας, δύναται να στηριχθεί σε ολοκληρωμένα δεδομένα που θα τηρούνται για προηγούμενες συμφωνίες με προμηθευτές και ενημερωμένα δεδομένα που θα τηρούνται για τα προμηθευόμενα είδη και για είδη που μπορούν να προσφέρουν εναλλακτικά άλλοι προμηθευτές.

2. Προμήθειες και Διαχείριση συμβάσεων: Στόχος ενός συστήματος ηλεκτρονικών προμηθειών είναι η αυτοματοποίηση, η παρακολούθηση και ο έλεγχος των προμηθειών με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για τα νοσοκομεία και τους προμηθευτές. Θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα ενοποίησης των αιτημάτων για προμήθεια κεντρικά, ειδικά όταν υπάρχουν ανάγκες που εμφανίζονται ταυτόχρονα σε διάφορα σημεία. Ανάλογα με το ύψος αγορών, πρέπει να υποστηρίζονται και πιο πολύπλοκα συστήματα ελέγχου και διαδικασιών. Απαιτείται η ύπαρξη ενός συστήματος αυτόματων ελέγχων των προτεινόμενων αιτήσεων προμηθειών βάσει κανόνων και ένα σύστημα εγκρίσεων με ιεραρχίες και ασφάλεια χρηστών. Ο έλεγχος να γίνεται αυτοματοποιημένα από το σύστημα, βάσει κανόνων ή στατιστικών στοιχείων. Οι παραλαβές να συνδέονται άμεσα με τις εντολές αγορών ή με τις συμβάσεις των προμηθευτών. Σχετικά με τη διαχείριση των συμβάσεων απαιτείται η παρακάτω λειτουργικότητα: σύνδεση αιτήσεων αγορών, εντολών προμήθειας με συμβάσεις προμηθευτών, πλήρης καταγραφή των συμβάσεων και κωδικοποίηση των κατηγοριών των συμβάσεων, συστηματική οργάνωση των όρων τους με δυνατότητες αναζήτησης και εντοπισμού ανά πάσα στιγμή, δυνατότητες συγκρίσεων των όρων παραλαβής αγαθών με τους όρους των συμβάσεων κατά τις παραλαβές από τους προμηθευτές, προειδοποιήσεις για λήξη συμβάσεων, σύνδεση προκηρύξεων και διαγωνισμών με τις συμβάσεις που υπογράφηκαν κ.α.

Με βάση τα παραπάνω είναι σαφές ότι η δημιουργία και ο σχεδιασμός ενός συστήματος ηλεκτρονικών προμηθειών για την Υγεία είναι σύνθετες εργασίες που απαιτούν λύση σε

πολλά ζητήματα τόσο τεχνικά όσο και οργανωτικά. Απαραίτητα βήματα πριν την οριστική επιλογή του συστήματος είναι (Καλδούδη, 2005):

- Η μελέτη των τεχνολογικών λύσεων ηλεκτρονικών αγορών που προτείνονται στην Ελληνική και Ξένη αγορά
- Μελέτη και κατανόηση των προτύπων και πρωτοκόλλων που είναι διαθέσιμα για την ανταλλαγή της πληροφορίας μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών
- Ανάλυση των βασικών αρχών ασφάλειας και των εφαρμογών τους στις ηλεκτρονικές αγορές
- Ανάλυση των προϋποθέσεων ανάπτυξης ηλεκτρονικών αγορών στον τομέα της Υγείας στην Ελλάδα
- Ανάλυση των απαιτήσεων επικοινωνίας / διαλειτουργικότητας συστημάτων ηλεκτρονικών προμηθειών με υφιστάμενες εφαρμογές πληροφορικής σε μονάδες υγείας
- Ανάλυση της Αγοράς ηλεκτρονικών προμηθειών στην Ελλάδα την Ευρωπαϊκή Ένωση και στο υπόλοιπο κόσμο γενικότερα, τόσο όσον αφορά τα σημερινά μεγέθη και τάσεις της αγοράς όσο και τις μελλοντικές εξελίξεις
- Πιθανές λύσεις και τρόποι ηλεκτρονικών προμηθειών στον τομέα της υγείας μεταξύ κρατών μελών της E.E. (cross-border)
- Μελέτη των επιχειρηματικών προοπτικών και των εξειδικευμένων υπηρεσιών που δύναται να προσφερθούν

3.6. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

Κύριο αντικείμενο στις Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας είναι η θεραπεία όσων τη χρειάζονται. Η θεραπεία επιτυγχάνεται με επεμβατικές τεχνικές αλλά και με φαρμακευτική αγωγή. Είναι αυτονόητο ότι μεγάλο μέρος της εργασίας των επαγγελματιών υγείας επιτυγχάνεται μέσω των φαρμάκων, τα οποία δίνονται με τη διαδικασία της συνταγογράφησης. Η παροχή φαρμάκων είναι το βασικό θεραπευτικό εργαλείο, στα χέρια των ιατρών. Όμως η ορθή ή λανθασμένη χρήση του έχει σημαντικές συνέπειες για την υγεία, αλλά επειδή η φαρμακευτική δαπάνη συνεχώς θα αυξάνεται, έχει σημαντικές συνέπειες και για την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Για τους λόγους αυτούς η διαχείριση της συνταγογράφησης έχει τεράστια σημασία για όλους τους εμπλεκόμενους στον τομέα υγείας.

Η λύση σ' αυτό το πρόβλημα, που έχει τεράστιες διαστάσεις και συνέπειες στη χώρα μας, μπορεί να δοθεί από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Με αυτή, ο ιατρός εισάγει τα δεδομένα της συνταγής σε έναν υπολογιστή (επιτραπέζιο, φορητό, παλάμης κτλ) ο οποίος

περιέχει ειδικό λογισμικό. Με την ανάπτυξη των πληροφοριακών συστημάτων τα τελευταία χρόνια, είναι πλέον δυνατόν η συνταγή να ελέγχεται από το λογισμικό σε σχέση με την συμβατότητα διάγνωσης και σκευασμάτων, τις τυχόν αλληλεπιδράσεις μεταξύ των σκευασμάτων αλλά και του ιστορικού του ασθενούς σε αλλεργίες ή άλλες παθήσεις όπως αυτές προκύπτουν από το ηλεκτρονικό αρχείο του, τη σωστή δοσολογία, τη συμμόρφωση στους κανόνες του ασφαλιστικού οργανισμού κτλ. Η συνταγή μετά είτε εκτυπώνεται στο ιατρείο και παραδίδεται στον ασθενή (τουλάχιστον κατά το μεταβατικό στάδιο) είτε αποστέλλεται στο φαρμακείο της επιλογής του ασθενούς με e-mail ή με fax. Κατά τρόπο αυτόματο επίσης ενημερώνεται το ηλεκτρονικό αρχείο του ασθενούς.

Με το χειρόγραφο σύστημα δεν μπορεί να υπάρξει ποιοτικός έλεγχος της συνταγής τη στιγμή της συνταγογράφησης. Έτσι, ένας ιατρός μπορεί να αναγράψει δύο σκεύασμα που έχουν γνωστή και τεκμηριωμένη μεταξύ τους αλληλεπίδραση, ή να αναγράψει σκεύασμα που αντενδείκνυται για μία άλλη πάθηση ή αλλεργία που έχει ο ασθενής και δεν τη γνωρίζει ο ιατρός. Η υπέρ ή / και η υπο - δοσολόγηση για την ηλικία και το βάρος του ασθενούς είναι επίσης ένα θέμα. Όσο άρτιο και αν είναι το γνωστικό επίπεδο των ιατρών, τέτοια σφάλματα είναι υπαρκτά.

Ένα ακόμη πρόβλημα είναι η συμμόρφωση των ασθενών. Τις περισσότερες φορές οι συνταγές δεν εκτελούνται από τους ασθενείς σύμφωνα με τις οδηγίες αναγραφής τους. Αρκετοί διακόπτουν πρόωρα τη θεραπεία, κάποιοι ασθενείς δεν εκτελούν τη συνταγή, ή μειώνουν από μόνοι τους τη δοσολογία. Σε όλες τις περιπτώσεις έχουμε προφανή κατασπατάληση του πόρου της ιατρικής επίσκεψης, κορεσμό του συστήματος υποδοχής (ουρές), κατασπατάληση του δημοσίου χρήματος και υποβάθμιση της αποδοτικότητας (και με όρους υγείας και με όρους οικονομίας) του συστήματος. Ο έλεγχος και η παρακολούθηση της συνταγογράφησης μέσα από την καταγραφή της στο ηλεκτρονικό αρχείο ασθενούς, μπορεί να βελτιώσει τη συμμόρφωση.

Άλλο θέμα, είναι η αποδοτικότητα της ιατρικής εργασίας. Στην πρωτοπόρο και εδώ Σουηδία όπου ήδη η πλειονότητα των συνταγών διακινείται ηλεκτρονικά, έχει υπολογιστεί πως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση γλιτώνει 100 ώρες εργασίας ανά ιατρό ανά έτος, ενώ ακόμα πιο σημαντική θα είναι η διευκόλυνση της εργασίας των φαρμακοποιών (στην Ελλάδα ιδιαίτερα) που σήμερα κυριολεκτικά πνίγονται υπό το βάρος της διπλότυπης συνταγής. Επίσης και σε άλλες χώρες όπως η Γαλλία, η Γερμανία, το Βέλγιο, η Φινλανδία, ακόμη και η Πορτογαλία, έχουν λάβει ήδη τις αναγκαίες πολιτικές αποφάσεις και έχουν ξεκινήσει πιλοτικά την εφαρμογή του μέτρου. Η

εφαρμογή αυτού του μέτρου είναι από μόνο του ικανό να εξοικονομήσει πολλές εκατοντάδες εκατομμύρια ευρώ.

Δεδομένης της οικονομικής συγκυρίας, δεν υπάρχει η πολυτέλεια για χρονοτριβή και πρέπει να ληφθούν άμεσα αποφάσεις, γιατί δεν θα χάνεται μόνο χρόνος αλλά -κυρίως- μερικά δις ευρώ που θα μπορούσαν να ανακατευθυνθούν στο σύστημα υγείας κατά τρόπο παραγωγικό (Στουρνάρας Γ., 2009).

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι βέβαια, άμεσα συνδεδεμένη με το ηλεκτρονικό αρχείο ασθενούς και τη γενικότερη πληροφοριακή υποδομή του χώρου της υγείας με όλους τους εμπλεκόμενους. Δηλαδή γιατρούς, νοσοκομεία, φαρμακοποιούς, ασφαλιστικούς φορείς κ.α. Όμως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να υλοποιηθεί και χωρίς την ύπαρξη του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς.

3.6.1. Τα οφέλη

Εάν αντί για χειρόγραφες συνταγές εκδίδονταν ηλεκτρονικά, τη στιγμή της εκτύπωσης η συνταγή διαβιβαζόταν ηλεκτρονικά σε ένα κεντρικό υπολογιστικό αποθηκευτικό χώρο, και υπό την αυτονόητη προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες της συνταγής θα είναι οργανωμένες σε σχετικά πεδία, τότε ο τεράστιος όγκος των 100 εκατομμυρίων συνταγών περίπου ανά έτος, θα μπορούσε να αναλυθεί ανά οιοδήποτε πεδίο ή συνδυασμό πεδίων. Θα μπορούσαμε έτσι να γνωρίζουμε ανά πάσα στιγμή το κόστος ανά ασθενή ή ανά φύλο, ή ηλικιακό εύρος ασθενών, ανά ιατρό ή ειδικότητα ιατρών, ανά φαρμακείο ή περιοχή, ανά διάγνωση ή σκεύασμα κοκ. Επομένως θα μπορούσαν εύκολα να αποκαλυφθούν και να τεκμηριωθούν όχι μόνο άσκοπες σπατάλες αλλά και συστηματικές καταχρήσεις που δεν θα έπρεπε να γίνονται σε μια αναπτυσσόμενη χώρα. Όπως πχ το γεγονός ότι σε κάποιους μικρούς δήμους της επαρχίας, η μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη του ΟΓΑ είναι υπερβολικά υψηλή προς τον πληθυσμό και δεν μπορεί αυτό να τεκμηριωθεί, παρά το γεγονός ότι οι δημόσιες αρχές έχουν ενημερωθεί.

Άλλη μια διάσταση των ωφελειών από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει να κάνει με το φοροεισπρακτικό σύστημα. Συχνά καταγράφεται στα ΜΜΕ ότι στις φορολογικές δηλώσεις των ιατρών αποκρύπτεται σε μεγάλο βαθμό το πραγματικό εισόδημά τους. Η πλήρης, ψηφιακή καταγραφή των συνταγών παριστά το μόνο αντικειμενικό κριτήριο για τη φορολόγηση των ιατρών, διότι αποτελεί αδιάσειστο τεκμήριο παροχής υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή εάν ήταν υποχρεωτικό όλες οι συνταγές να εκδίδονται και να καταγράφονται ηλεκτρονικά, θα ήταν από μόνο του τεκμήριο ότι ο γιατρός που εξέδωσε

π.χ. 2.000 συνταγές ετησίως, έχει εισόδημα τουλάχιστον 60.000 ευρώ (και όχι όπως καταγράφηκε σε μερικές περιπτώσεις κάτω από 10.000€).

Το κυριότερο αντεπιχείρημα θα μπορούσε να ήταν από ιατρούς, είναι ότι υπάρχουν πολλοί ιατροί, ιδιαίτερα οι μεγαλύτεροι ηλικιακά, που δεν είναι εξοικειωμένοι με τις νέες τεχνολογίες και τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Δεν θα ήταν όμως σοβαρό επιχείρημα για δύο λόγους: α) γιατί οι ιατροί είναι ιδιαίτερα επιδέξιοι στο χειρισμό μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας όπως υπερηχογράφοι, ηλεκτρομυογράφοι, ενδοσκόπια κάθε είδους κτλ που έχουν πολύ υψηλότερο βαθμό δυσκολίας στην εκμάθηση από τη χρήση ενός απλού προγράμματος Η/Υ και β) γιατί ακόμα κι αν υπάρχουν ψηφιακά αναλφάβητοι αλλά και ανεπίδεκτοι μάθησης ιατροί, πολλοί έχουν ήδη γραμματειακή υποστήριξη ή έστω μπορούν να προσλάβουν κάποιο άτομο με βασικές γνώσεις Η/Υ (τις οποίες τώρα πλέον τις κατέχουν και απόφοιτοι λυκείου) και να προσθέσουν έτσι και μερικές θέσεις εργασίας στην αγορά.

Άλλη επίπτωση, όχι λιγότερη σημαντική, αλλά αντίθετα αυτή που θα επηρεάσει την καθημερινότητα των πολιτών, ιδιαίτερα αυτών με χρόνια νόσημα, είναι η απαλλαγή από τα συνταγολόγια. Το μόνο που θα χρειάζεται είναι να επιδεικνύουν την κάρτα υγείας τους για να λάβουν τις υπηρεσίες και τα σκευάσματα που έχουν ανάγκη. Άρα, η καθημερινότητα των πολιτών θα γίνει πιο απλή και πιο υπεύθυνη.

Επιπρόσθετα, το μέτρο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θα βοηθήσει να καταστούν και οι πολίτες περισσότερο υπεύθυνοι. Έτσι τα ασφαλιστικά ταμεία δεν υποχρεώνονται να καλύπτουν οποιαδήποτε ποσότητα φαρμάκου υπερβαίνει την ετήσια ανάγκη του ασθενούς με χρόνια νόσημα σε φάρμακα, όπως αυτή θα προκύπτει από την καταγεγραμμένη στη συνταγή δοσολογία.

Το μέτρο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έχει μόνο θετικά σημεία και θα πρέπει να καταστεί προτεραιότητα διότι συνιστά αυτόνομο μέτρο εκσυγχρονισμού και περιστολής σπαταλών.

3.7. Το Διαδίκτυο ως παράγοντας επικοινωνίας και βελτίωσης των υπηρεσιών Υγείας

Το διαδίκτυο εμφανίσθηκε πριν από τρεις δεκαετίες και παρουσίασε ραγδαία εξέλιξη. Έχει αναδειχθεί σε ένα πραγματικά κοινωνικό φαινόμενο, που έχει αλλάξει ριζικά τον τρόπο επικοινωνίας, πληροφόρησης και συνεργασίας μεταξύ των ανθρώπων παγκοσμίως, ενώ ήδη υποστηρίζει και την απρόσκοπτη συνεργασία μεταξύ προγραμμάτων και μηχανών. Στην ουσία είναι ένα παγκόσμιο δίκτυο που αποτελείται από υπολογιστές

συνδεδεμένους μεταξύ τους, οι οποίοι επικοινωνούν και ανταλλάσσουν πληροφορίες με βάση ένα κοινό πρωτόκολλο επικοινωνίας. Η ανάπτυξη τεχνολογιών και υπηρεσιών, όπως το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail), ο παγκόσμιος ιστός (World Wide Web) και η εμφάνιση μηχανών αναζήτησης, έχει βοηθήσει σημαντικά στη διάδοση του Διαδικτύου. Η ανάπτυξη του συνεχίζει ακόμα και σήμερα να είναι εκθετική ως προς τέσσερις κύριους άξονες: το μέγεθος, την ταχύτητα μεταφοράς δεδομένων, την υπολογιστική ισχύ των μηχανημάτων και το βαθμό εξέλιξης και ολοκλήρωσης των υπηρεσιών του. (Μπαρτζούδης Δ. – Καπραρά Α. 2009)

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στο διαδίκτυο συνεχώς εξελίσσονται και αυξάνονται, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα αναγκών, από την απλή μεταφορά αρχείων και μηνυμάτων μέχρι και την πολύπλευρη μαζική ενημέρωση και τη ζωντανή συζήτηση με ταυτόχρονη μετάδοση εικόνας. Αυτές οι ιδιότητες του διαδικτύου χρησιμοποιούνται και για την κάλυψη αναγκών του χώρου της υγείας, όπως για τη διδασκαλία της ιατρικής, την υποστήριξη ιατρικής πράξης, αλλά και για την οργάνωση και τη διοίκηση του ευρύτερου χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας. Η διείσδυση των νέων τεχνολογιών και του διαδικτύου στον τομέα της υγείας είναι ιδιαίτερα μεγάλη στις χώρες του τεχνολογικά ανεπτυγμένου κόσμου. Συγχρόνως έχουν αναπτυχθεί διάφορες εφαρμογές τηλεϊατρικής μέσω εξειδικευμένων τηλεπικοινωνιακά δίκτυα, με σκοπό την εξ' αποστάσεως υποστήριξη της συνεργασίας ιατρικού προσωπικού και γενικότερα της ιατρικής πράξης. Ο όρος τηλεϊατρική αναφέρεται στην από απόσταση εξάσκηση της ιατρικής. Με δεδομένο ότι η εξάσκηση της ιατρικής και γενικότερα η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι μια συνεχής διαδικασία που απαιτεί την εμπλοκή διαφόρων προσώπων, φορέων και ειδικοτήτων, είναι αυτονόητο ότι μέσω της τηλεϊατρικής υποστηρίζεται η εξ' αποστάσεως παροχή υπηρεσιών υγείας. Με αυτό τον τρόπο παρέχεται η δυνατότητα να υπάρχει άμεση επικοινωνία και να ανταλλάσσονται πληροφορίες μεταξύ απομακρυσμένων γεωγραφικά φορέων σε ένα ιδεατά ενιαίο νοσοκομείο. Στη Ελλάδα είναι ανάγκη δημιουργίας υποδομών για την ανάπτυξη δικτύων τηλεϊατρικής λόγω του γεωγραφικού ανάγλυφου της χώρας μας, με πολλά νησιά αλλά και οικισμούς σε ορεινά μέρη στους οποίους είναι δύσκολη η άμεση οδική πρόσβαση, είναι επιτακτική. Σε χώρες όπως η Δανία ή Ολλανδία είναι σύνηθες πλέον να στέλνονται από το σπίτι του ασθενούς τα ιατρικά δεδομένα στον επιβλέποντα ιατρό μέσω διαδικτύου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ηλικιωμένων ή ανθρώπων που έχουν πρόβλημα μετακίνησης.

Η κύρια προσφορά του διαδικτύου στους εμπλεκόμενους στο χώρο της υγείας, στις αρχές της εμφάνισής του, ήταν η υποστήριξη ενημέρωσης σε επιστημονικά και άλλα θέματα.

Την τελευταία δεκαετία όμως εκτός από τη στατική παράθεση πληροφορίας, έχει αρχίσει να αναπτύσσεται ένα ευρύ φάσμα εφαρμογών που υποστηρίζουν δυναμικά: την ιατρική πράξη, ιατρική εκπαίδευση και συνεχιζόμενη κατάρτιση, Ιατρική έρευνα, ενημέρωση των πολιτών σε θέματα υγείας και ασθένειας, Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών παροχής υγείας (Καλδούδη Ε, 2005).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. Ερευνητικά ζητούμενα

Στο σημείο αυτό, κρίνεται απαραίτητο να σημειωθούν οι βασικές πτυχές των ζητούμενων που θα θέλαμε να ερευνήσουμε μέσω στατιστικής επεξεργασίας συγκεκριμένων δεδομένων.

Το κύριο ζητούμενο είναι η εξαγωγή συμπερασμάτων που αφορούν τη λειτουργία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον ελληνικό χώρο μέσα από τις απόψεις των εργαζομένων στις μονάδες υγείας. Για το σκοπό αυτό έγινε διανομή ερωτηματολογίου σε εργαζόμενους σε νοσοκομεία – ειδικά σε τμήματα προμηθειών και συνταγογράφησης, καθώς και μεμονωμένα σε γιατρούς και άτομα που εργάζονται σε φαρμακεία νοσοκομείων ώστε να υπάρχει μια ολοκληρωμένη εικόνα.

4.2. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την διανομή ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος είναι τα δημογραφικά δεδομένα της έρευνας όπου και καταγράφονται τα κύρια δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων. Το δεύτερο αποτελείται από μια κλίμακα Likert όπου μπορεί να γίνει να γίνει καταγραφή των τάσεων και των απόψεων.

Τα δεδομένα της μελέτης μας συγκεντρώθηκαν από Νοσοκομεία της Αττικής. Πιο συγκεκριμένα, η φοιτήτρια έκανε την διανομή των ερωτηματολογίων σε 149 άτομα. Τα άτομα αυτά εργάζονται σε νοσοκομεία και έχουν σχέση με την διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η φοιτήτρια έκανε επίσης διανομή και σε γνωστούς που είναι στο χώρο αλλά και σε άτομα που δεν γνώριζε. Γενικότερα όμως, οι επαφές που είχε από τον χώρο της υγείας την βοήθησαν σε μεγάλο βαθμό.

4.3. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η ανάλυση έγινε με την χρήση του SPSS V.20. Η έρευνα έγινε αρχικά με ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων. Στην περίπτωση αυτή η ανάλυση έγινε με καταγραφή των βασικών στατιστικών στοιχείων όπως οι συχνότητες.

Στην συνέχεια έγινε καταγραφή των μέσων όρων που δόθηκαν στο κυρίως ερωτηματολόγιο. Με τον τρόπο αυτό εντοπίστηκαν οι μεταβλητές με την μεγαλύτερη βαρύτητα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

5. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα έγινε σε δείγμα 149 ατόμων.

Το πρώτο ερώτημα αφορούσε το φύλο.

<i>ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Φύλο</i>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	52	34,9	34,9	34,9
	Γυναίκα	97	65,1	65,1	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον Πίνακα 1, Η πλειονότητα του δείγματος είναι γυναίκες. Οι γυναίκες είναι το 65,1% του δείγματος εν αντιθέσει με τους άνδρες που είναι το 34,9% του δείγματος.

Στην συνέχεια εξετάζουμε την ηλικία:

<i>ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Ηλικία</i>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάτω από 29 ετών	16	10,7	10,7	10,7
	30-40 ετών	32	21,5	21,5	32,2
	40-49 ετών	46	30,9	30,9	63,1
	50-59 ετών	44	29,5	29,5	92,6
	60 και άνω	11	7,4	7,4	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

Η πλειονότητα των ερωτώμενων είναι ηλικίας από 40 ως 49 ετών, ενώ μεγάλο μέρος του δείγματος είναι από 50 ως 59 ετών. Αυτό δείχνει ότι το μεγάλο μέρος του δείγματος είναι μεσήλικες και διαθέτουν ήδη πολλά χρόνια εργασίας στις πλάτες τους.

Αυτό όμως πρέπει να επιβεβαιωθεί και από το επόμενο ερώτημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Προϋπηρεσία					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-2	14	9,4	9,4	9,4
	3-5	23	15,4	15,4	24,8
	6-10	16	10,7	10,7	35,6
	11-20	31	20,8	20,8	56,4
	21 και άνω	65	43,6	43,6	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

Προκύπτει ότι το δείγμα της έρευνας εκτός από το μεγάλο μέσο όρο ηλικίας έχει και μεγάλη εμπειρία με 43,6% του δείγματος να εργάζεται για πάνω από 21 χρόνια

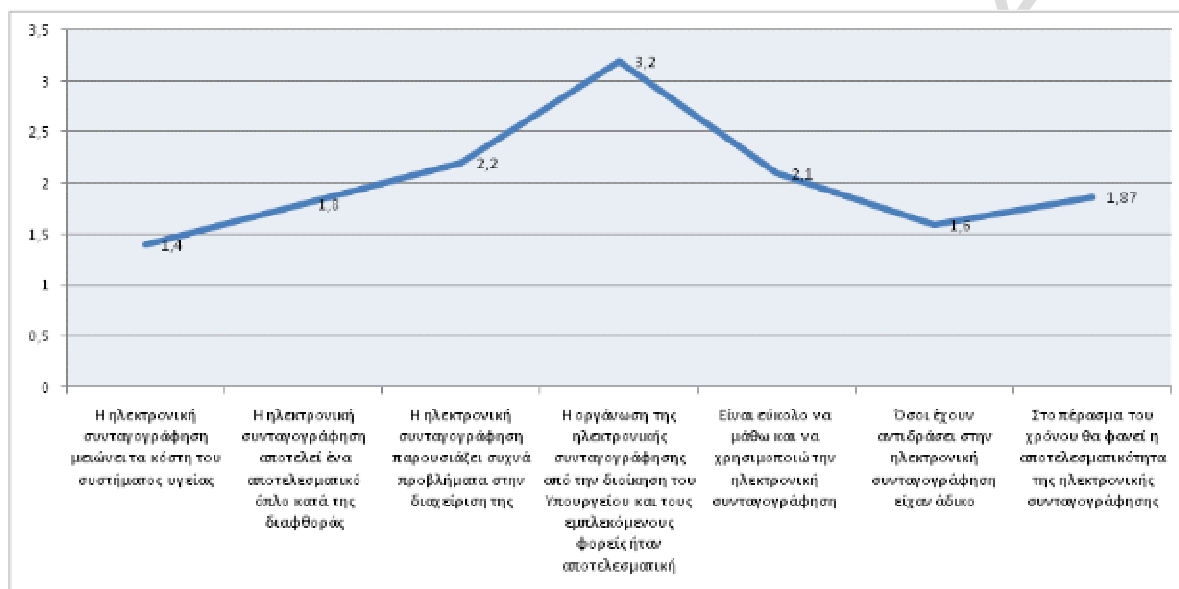
Το τελευταίο ερώτημα αναφέρεται στην εκπαίδευση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Εκπαίδευση					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	AEI	32	21,5	21,5	21,5
	TEI	77	51,7	51,7	73,2
	Μεταπτυχιακό	16	10,7	10,7	83,9
	Διδακτορικό	24	16,1	16,1	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων έχει πτυχίο TEI ενώ σημαντικός αριθμός δηλώνει και ότι διαθέτει διδακτορικό. Βέβαια, στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε ότι αυτό οφείλεται στο ότι πολλοί γιατροί διαθέτουν διδακτορικούς τίτλους ενώ η πλειονότητα των διοικητικών είναι απόφοιτοι TEI.

Στην συνέχεια παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα από τα κυρίως ερωτήματα, όπου και η παρουσίαση τους γίνεται με βάση τους μέρους όρους που έχουν τα αποτελέσματα από τα 149 ερωτηματολόγια που αναλύθηκαν.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Αποτελέσματα Έρευνας



Από τις απαντήσεις στο κομμάτι αυτό του ερωτηματολογίου προκύπτει ότι γενικότερα υπάρχει η συγκεκριμένη εικόνα:

- Οι ερωτώμενοι έχουν θετική άποψη για το γεγονός ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μειώνει τα κόστη του συστήματος υγείας και γενικότερα συνεισφέρει στο να υπάρχουν οικονομίες κλίμακας
- Το δείγμα αναφέρει ότι σε γενικά πλαίσια όσοι είχαν αντιδράσει ως προς την ηλεκτρονική συνταγογράφηση μάλλον είχαν άδικο.
- Ένας λόγος που έγινε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ήταν η καταπολέμηση της διαφθοράς και των υπερτιμολογήσεων. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι υπάρχει η εικόνα ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση βοηθάει στην καταπολέμηση της διαφθοράς.
- Οι απαντήσεις είναι κάπως πιο μετριασμένες σε ότι αφορά την χρήση της εφαρμογής και στα προβλήματα που έχουν εμφανιστεί.
- Το σημείο που υπάρχει δυσαρέσκεια είναι με την ηγεσία του υπουργείου και την γενικότερη στάση στην προώθηση του έργου.

Σε γενικά πλαίσια φαίνεται ότι οι ερωτώμενοι, δείχνουν να είναι γενικά ικανοποιημένοι από το σκοπό της εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Συμπεράσματα

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει το Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Χιλιάδες ανθρώπων που δεν μπορούν να πληρώσουν για ιατρική περίθαλψη απευθύνονται στο Δημόσιο Σύστημα για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας, που πολλές φορές αυξάνονται και λόγω της κρίσης (π.χ. άγχος). Η πρόταση που προτείνεται από την πολιτική ηγεσία είναι η εφαρμογή ενός πληροφοριακού συστήματος αλλά και η αναδιανομή των υπηρεσιών ώστε να μπορεί το Σύστημα Υγείας να ανταπεξέλθει στα νέα δεδομένα. Πιο συγκεκριμένα, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναμένεται να δώσει τις αναγκαίες οικονομίες κλίμακας αλλά και να βοηθήσει στην βελτιστοποίηση των πόρων της υγείας ώστε να μειωθεί το κόστος της δίχως να μειωθεί η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Με σημείο αναφοράς το Σύστημα Δημόσιας Υγείας της Ελλάδας, θα πρέπει να γίνουν αλλαγές ώστε να είναι πιο αποτελεσματικό και να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες που δημιουργεί η οικονομική κρίση. Ο σχεδιασμός είναι απαραίτητος ώστε να είναι πιο αποτελεσματική η διοίκηση άρα και να εγγυάται δια την καλή λειτουργία. Μία επιβεβλημένη λύση είναι η μηχανογράφηση του συστήματος. Ως τώρα η όποια οργάνωση είναι σπασμωδική, ενώ έχει αναπτυχθεί τόσο το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που βοηθάει στην εξοικονόμηση και την διαφάνεια στις προμήθειες και στην παροχή των φαρμάκων αλλά και η συμμετοχή των νοσοκομείων στο πρόγραμμα Διαύγεια όπου είναι υποχρεωμένες όλες οι μονάδες Υγείας να αναρτούν το διαδίκτυο όλες τις αποφάσεις τους. Σε άρθρο από την εφημερίδα τα Νέα (2010) αναφέρεται ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες για το 2009 ήταν κοντά στα 5 δις. €, που αντιστοιχεί στο 40% των κρατικών επιχορηγήσεων για τα ταμεία ενώ της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θα βοηθήσει το κράτος να εξοικονόμηση 2 δις. ετησίως. Το κόστος της επένδυσης σε σχέση με τα οφέλη είναι μηδαμινό.

Η έρευνα που έγινε σε δείγμα 149 ατόμων έδειξε ότι σε γενικές γραμμές οι εργαζόμενοι στις μονάδες υγείας είναι ευχαριστημένοι και υπάρχει η εικόνα ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να πετύχει τους στόχους. Από την άλλη μεριά όμως υπάρχει ένα σημείο που χρίζει προσοχής και είναι η χρήση του πληροφοριακού συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης καθώς και ο ρόλος που ενδεχόμενος έχουν η πολιτική

ηγεσία και οι εμπλεκόμενοι φορείς που εμπλέκονται με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

6.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Στη χώρα μας παρατηρείται ιδιαίτερη υστέρηση στην υιοθέτηση νέων σύγχρονων μεθόδων διακίνησης της πληροφορίας, από τις μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε σχέση με άλλες προηγμένες χώρες, αλλά και σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα (Εθνική Τράπεζα της Ελλάδας, 2009). Στις ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, έγινε σχετικά γρήγορα αντιληπτό ότι με τη χρήση των νέων τεχνολογιών, βελτιώνεται το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, μέσω της ικανοποίησης των πελατών – ασθενών τους, το οποίο για τους μετόχους είναι φυσικά η μεγιστοποίηση του κέρδους.

Για αποτελέσματα πιο έγκυρα αποτελέσματα σε μελλοντική έρευνα, είναι απαραίτητο να συμπεριληφθούν δεδομένα από μεγαλύτερο πλήθος μονάδων υγείας τόσο του δημόσιου τομέα όσο και του ιδιωτικού. Στη συνέχεια να συγκριθούν με αντίστοιχες έρευνες από άλλες χώρες, ώστε να προκύψουν συμπεράσματα που να τεκμηριώσουν τις απαιτούμενες δράσεις για την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων οργάνωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Boston J. Martin J. Pallot, A. and P. Walsh, (1996) Public Management. Oxford University Press.
- Della Mea, V. (2001) What is e-health: The death of telemedicine?, Med Internet Res, 22:3, pp. 1-14
- DiMatteo, M. R and Martin, L. R. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας* (Αναγνωστόπουλος, Φ. και Ποταμιανός, Γρ., επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Economist (The) The good, the bad and the inevitable The pros and cons of e-government, 14th Feb, 2008 ανακτήθηκε από το http://www.economist.com/node/10638105?STORY_ID=10638105
- Giddens, A. (1998) The Third Way. The Renewal of Social Democracy. Cambridge
- HL7 Hellas : Ιστοσελίδα <http://www.hl7.org.gr/site/>
- Hood, C. & Peters, G. (2004), "The middle aging of new public management: into the age of paradox", Journal of Public Administration Research and Theory, Vol. 14, No.3, pp. 267-82.
- <http://longlastingmemories.org/> και <http://www.healthvault.com/>
- Koontz, H. and O' Donnell, C. (1983). *Μια συστημική και ενδεχομενική ανάλυση των διοικητικών λειτουργιών*, (3 εκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Mascarenhas, R. C. (1993) .Building an enterprise culture in the public sector: Reforms in Australia, New Zealand and Great Britain., Public Administration Review, 53(4):319-328.
- Miller, K. (2006). *Οργάνωση και επικοινωνία: Προσεγγίσεις & Διαδικασίες* (Κωνσταντοπούλου, Μ. (μτφρ)). Αθήνα: Εκδόσεις Διάυλος.
- Nisand G, Allaert FA, Brezillon R, Isphording W, Roeslin N (2003) Improving computer security by health smart card. Stud Health Technol Inform.; 95: 176- 81.
- OECD (2002), Recent Privatization Trends in OECD Countries, Financial Market Trends, Vol.82, pp. 43–58.
- OECD Health Data 2009. How Does Greece Compare. <http://www.oecd.org/dataoecd/45/54/38979850.pdf>
- Peters, G. (2001). The Future of Governing. Lawrence: University Press of Kansas.

- Stuart, B.E., Sarow, M. S. and Stuart, L. (2008). *Αποτελεσματική Επικοινωνία στις Σύγχρονες Επιχειρήσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Sullivan, E. J., Decker, P. J. (2005). *Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας*. (Μπελλάλη, Θ. μτφρ). Αθήνα: Εκδόσεις Μ. Γκιούρδας.
- Wolcott, H. F. (1995). *The art of fieldwork*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Yang Y, Han X, Bao F, Deng RH (2004) A smart-card-enabled privacy preserving E-prescription system. *IEEE Trans Inf Technol Biomed* Mar;8(1): 47-48
- Αδάλογλου Μ. – Ιωακειμίδης Γ. – Σταλίδης Γ. (2007). Βελτιστοποιημένο Σύστημα Ηλεκτρονικών Προμηθειών για την Αγορά των Ιατρικών Αναλωσίμων. *Επιθεώρηση Υγείας*, τ. 104.
- Αποστολάκης, Ι. (2007). *Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Βαγγελάτος Α.- Σαριβουγιούκας Ι. (2006). Παράγοντες επιτυχίας για την εισαγωγή Πληροφοριακών Συστημάτων στα Νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας*, τεύχος 101.
- Δροσάκης Α. Ε. (2006). *Ο επιχειρησιακός σχεδιασμός τμήματος επειγόντων περιστατικών στο αντικαρκινικό νοσοκομείο “ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ”*. Οργάνωση και λειτουργία. Διπλωματική εργασία Ε.Α.Π., με επιβλ. Καθηγητή: Δρ. Μπαμίδης Παναγιώτης.
- ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (2009). Κλαδική μελέτη για τα ιδιωτικά νοσοκομεία
<http://www.nbg.gr/wps/wcm/connect/76ab408040821689a6a3ff20d2664050/Health+December+2009.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=76ab408040821689a6a3ff20d2664050>
- Ζιούβα, Δ. (μτφρ) (2009). *Alexander Hamilton Institute, Περιγραφές Θέσεων Εργασίας (Job Descriptions) – Κλειδί για την Οργανωσιακή Ανάπτυξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτήριο.
- Ζοπουνίδης, Κ. (2007). *Θέματα Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Καλδούδη Ε. (2005). Διαδίκτυο και Υγεία – Σύγχρονες Εξελίξεις. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 22.
- Κοινωνία της Πληροφορίας : http://www.ktp.gr/uploaded/files/e-health%20lab_EOI.pdf
και
<http://www.ebusinessforum.gr/teams/teamsall/view/inner/index.php?language=el&ctn=91&moduleid=-1&label=0>

- Κοτζαϊβάζογλου, Ι. και Πασχαλούδης, Δ. (2002). *Οργανωσιακή επικοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη, σελ. 9-63.
- Κουτούζης, Μ., Δίκαιος, Κ., Πολύζος, Ν. και Σιγάλας, Ι. (1999). *Βασικές αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (management) Υπηρεσιών Υγείας*, Ε.Α.Π., Πάτρα, σελ. 64-66, 250-259.
- Κούτρας, Μ. (2010) ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ: Ο ΠΡΩΤΟΣ ΜΗΝΑΣ από το <http://www.scribd.com/doc/49141261/Ηλεκτρονική-Συνταγογράφηση-Ο-Πρώτος-Μήνας>
- Λαδής Σ. & Νταλάκου, Β. (2008) «Δημοσια Διοίκηση και Πολιτική – Τόμος Α Εισαγωγή στη Δημόσια Διοίκηση και Δημόσια Πολιτική», ΕΑΠ
- Λαζαρίδου, Α. (2005). *Πληροφοριακά Συστήματα Νοσοκομείων & Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδαριθμός.
- Λάσπα, Χ. (2007). *Διαχείριση Διαδικασιών – Θεωρία και Πράξη σε Επιχειρήσεις και Νοσοκομεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Λιούκας, Σπ. (1989). *Επιχειρησιακή Πολιτική και Στρατηγική*. Αθήνα: ΑΣΟΕΕ.
- Μαντζάνα Βασιλική (2007) Πληροφοριακά συστήματα υγείας ,Αθήνα Πανεπιστήμιο Πειραιά
- Μερράκου, Κ., Δάλλας, Α και Θεοδωρίδης, Δ. (1999). Ιατρικό απόρρητο. Οι «κατά συνθήκη» παραβιάσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 16.
- Μούρτου Ευστρατία (2010) Μερικές από τις βασικές συνιστώσες της ηλεκτρονικής ενδονοσοκομειακής διαχείρισης Αθήνα Επιθεώρηση υγείας Μάιος- Ιούνιος 2010
- Μπαρτζούδης Δ. – Καπρρά Α. (2009) Η Χρήση του Διαδικτύου και η αποδοχή της τηλεϊατρικής από του ιδιώτες ιατρούς των νομών Θεσσαλονίκης και Πέλλας και τους ιατρούς του Δημόσιου τομέα της 3^{ης} ΔΥΠΕ. Διπλωματική εργασία Ε.Α.Π., με επιβλ. Καθηγητή: Δρ. Μπαμίδης Παναγιώτης.
- Μπίρης, Α. (2006). *Στάσεις του προσωπικού υπηρεσιών υγείας απέναντι στην εισαγωγή πληροφοριακών συστημάτων*. Διπλωματική εργασία Ε.Α.Π., με επιβλ. Καθηγητή: Δρ. Μπαμίδης Παναγιώτης.
- Μπότσης Ταξιάρχης (2005) Πληροφορική υγείας Αθήνα ,Δίαυλος
- Μπουκοβάλας Β. (2007). *Η οργάνωση μονάδων εσωτερικού ελέγχου στα Ελληνικά νοσοκομεία: επικρατούσα κατάσταση και προοπτική*. Διπλωματική εργασία Ε.Α.Π., με επιβλ. Καθηγητή: Δρ. Μπαμίδης Παναγιώτης.

- Μπουραντάς, Δ. (2002). *Μάνατζμεντ: Θεωρητικό Υπόβαθρο – Σύγχρονες Πρακτικές*. Αθήνα: Εκδόσεις Γ. Μπένου.
- Νέα (Τα) «Σε ιδιώτες το σύστημα προμηθειών» 3 Νοεμβρίου, σ.12
- Νιάκας, Δ. (επιμ.) (2004). *Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις MediForce.
- Παναγιωτοπούλου, Ρ. (1997). *Η Επικοινωνία στις Οργανώσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Παναγιώτου Ε.- Παναγιώτου Γ. (2006). Τα συστήματα RIS και PACS. Επιθεώρηση Υγείας, τεύχος 101.
- Πιπερόπουλος, Γ. (1996). *Επικοινωνώ άρα Υπάρχω – Δημόσιες Σχέσεις και Επικοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Πολύζος, Ν.Μ. (2007). *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.
- Σαμαρά Θ. (2008). Ηλεκτρονική Παρακολούθηση Διενέργειας Διαγωνισμών στο Γ.Ν. Πτολεμαΐδας. Ένας χρόνος εμπειρίας. Επιθεώρηση Υγείας, τ. 110.
- Σαμαρά Θ. (2009). Ηλεκτρονικές Δημόσιες Προμήθειες: Βέλτιστες Πρακτικές στην Ευρώπη και Προοπτικές στην Ελλάδα. Επιθεώρηση Υγείας, τ. 117.
- Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζηση.
- Σερεμέτης Β. Θ. (2006). *Πληροφοριακά Συστήματα Διοίκησης – Διαχείρισης Μονάδων Υγείας (Management Information Systems for Health Units)*. Διπλωματική εργασία Ε.Α.Π., με επιβλ. Καθηγητή: Δρ. Ιωάννης Μητρόπουλος.
- Σπυριδάκης, Τ. (2009). *Το σύστημα προμηθειών στο Ελληνικό σύστημα σήμερα, προβλήματα και απαντήσεις*. Διπλωματική εργασία Ε.Α.Π., με επιβλ. Καθηγητή: Δρ. Μιχαήλ Χλέτσος.
- Στουρνάρας Γ. (2009). Υγεία: 2 δις ευρώ κάθε χρόνο λόγω μηχανοργάνωσης. Άρθρο στην Ελευθεροτυπία της 29.11.2009.
- Συνέδριο της Ε.Ν.Ε. - Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας με θέμα: Ευαισθητοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα σχεδιασμού – υλοποίησης – υιοθέτησης ΤΠΕ στην παροχή διοικητικών, νοσηλευτικών και ιατρικών υπηρεσιών υγείας. Αξιοποίηση των Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων Υγείας (Ο.Π.Σ.Υ.) στα Νοσοκομεία. Κατερίνη, Νοέμβριος 2009.

- Συνήγορος του Πολίτη (2006). *Ιατρικό απόρρητο. Πληροφορίες που αφορούν προσωπικά δεδομένα, ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και αρχεία νοσοκομείων. Πρακτικά Ημερίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις: Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.
- Τριανταφυλλίδου Α. (2009). *Οι Οργανωσιακές αλλαγές και η οργανωσιακή κουλτούρα των διοικητικών υπαλλήλων στον χώρο των δημόσιων νοσοκομείων. Εξέταση περιπτώσεων τριών νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης*. Διπλωματική εργασία Ε.Α.Π., με επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δρ. Κορίνα Κατσιαλιάκη .
- Τρουγκάκος Ε. (2007). *Η συμβολή της Ανάπτυξης Ηλεκτρονικού Συστήματος Προμηθειών στα Δημόσια Νοσοκομεία, στη βελτίωση των Διοικητικών και Οικονομικών τους λειτουργιών*. Διπλωματική εργασία Ε.Α.Π., με επιβλ. Καθηγητή: Δρ. Δομουλάκης Γ.
- Τσώλης, Α. (2008). *Η οργάνωση της οικονομικής υπηρεσίας για την αποτελεσματική υποστήριξη της εφαρμογής κατά τμήμα προϋπολογισμού σε νοσοκομειακές μονάδες*. Διπλωματική εργασία Ε.Α.Π., με επιβλ. Καθηγητή: Δρ. Πολύζος Νικόλαος.
- ΦΕΚ 287/28.11.2005, Νόμος 3418 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.
- ΦΕΚ 53/18.02.2204, Νόμος 3235 για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα άρθρα 9 και 10 για ΗΙΦ και Πρόσβαση στη βάση δεδομένων.
- Φλώρος, Χ. Π. (2007). *Οργάνωση Σχεδίαση Νοσοκομείων*. Αθήνα: Εκδόσεις: Παρισιανού Α.Ε.
- Φυντανίδου, Ε Αντιδράσεις στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση όπως αναρτήθηκε στις 20/11/2010 από την ηλεκτρονική σελίδα
<http://www.tovima.gr/default.asp?pid=2&artid=369486&ct=1&dt=>
- Χαλαζωνίτης, Κ. (2001) *Η δημόσια διοίκηση στην Ελλάδα*, Εκδ. Σάκουλας
- Χυτήρης Λ. (2001). *Οργανωσιακή Συμπεριφορά*, Αθήνα: Interbooks, σελ. 224.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας

Η Ηλικία μου είναι:

Κάτω από 29 ετών

30-39 ετών

40-49 ετών

50-59 ετών

60 ετών και άνω

Έτη προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο

0-2

3-5

6-10

11-20

21 και άνω

Εκπαίδευση

ΑΕΙ

ΤΕΙ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

Παρακαλώ αξιολογήστε τις παρακάτω δηλώσεις

από το 1 (Συμφωνώ πολύ) ως το 5 (Διαφωνώ πολύ).

	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ πολύ
Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μειώνει τα κόστη του συστήματος υγείας	1	2	3	4	5
Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί ένα αποτελεσματικό όπλο κατά της διαφθοράς	1	2	3	4	5
Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση παρουσιάζει συχνά προβλήματα στην διαχείριση της	1	2	3	4	5

Η οργάνωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από την διοίκηση του Υπουργείου και τους εμπλεκόμενους φορείς ήταν αποτελεσματική	1	2	3	4	5
Είναι εύκολο να μάθω και να χρησιμοποιώ την ηλεκτρονική συνταγογράφηση	1	2	3	4	5
Όσοι έχουν αντιδράσει στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση είχαν άδικο	1	2	3	4	5
Στο πέρασμα του χρόνου θα φανεί η αποτελεσματικότητα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης	1	2	3	4	5

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ