

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ



«Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Πρότυπο Σύστημα Διοίκησης των Απαιτούμενων Διαδικασιών και Διαχείρισης Ατομικών Συμβολαίων»

Διδακτορική Διατριβή

Του

ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΒΟΖΙΚΗ

Επταμελής Εξεταστική Επιτροπή :

- Αν. Καθηγητής Μιλτιάδης Νεκτάριος, Επιβλέπων Καθηγητής, Πρόεδρος
- Καθηγητής Πέτρος Λίβας, Μέλος
- Αν. Καθηγητής Φώτης Γεωργιακώδης, Μέλος
- Καθηγητής, Βασίλειος Μπένος , Μέλος
- Καθηγητής Μιχαήλ Παπαδάκης, Μέλος
- Καθηγητής Θεόδωρος Αρτίκης, Μέλος
- Αν. Καθηγητής Κλέων Τσίμπος, Μέλος

*“ Υπάρχουν δύο τύποι ανθρώπων σε αυτόν τον κόσμο:
εκείνοι οι οποίοι παίρνουν τα εύσημα και εκείνοι που πραγματικά κάνουν τη δουλειά.
Λάβετε υπόψη τη συμβουλή μου και ακολουθήστε τους δεύτερους.
Εκεί υπάρχει πολύ λιγότερος ανταγωνισμός. “*

Μαχάτμα Γκάντι (1869-1948)

(Πολιτικός και Θρησκευτικός Ηγέτης)

Πρόλογος

Η παρούσα διατριβή αποτελεί το προϊόν μακρόχρονης και επίπονης έρευνας στον χώρο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Το ερέθισμα για την πραγματοποίησή της δόθηκε αφενός από τη συμμετοχή μου σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια των Μεταπτυχιακών μου σπουδών στο πεδίο της “Health Informatics”, αφετέρου από την δυσχερή θέση στην οποία έχουν περιέλθει οι ασφαλιστικές εταιρίες, λόγω αδυναμίας να τιθασεύσουν το ολοένα αυξανόμενο κόστος που επωμίζονται και τις ζημιές που υφίστανται στον τομέα των ασφαλίσεων υγείας.

Η διατριβή χωρίζεται λογικά σε δύο μεγάλες ενότητες, το **Γενικό Μέρος** και το **Ειδικό Μέρος**.

Στο **Γενικό Μέρος** (Κεφάλαια 1 έως 5), παρουσιάζονται βασικές βιβλιογραφικές αναφορές και πραγματοποιείται μια συνοπτική περιγραφή του τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Συγκεκριμένα:

Στα **Κεφάλαια 1 και 2** παρουσιάζεται η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, η εξέλιξη της υποδομής του κλάδου παροχής υπηρεσιών υγείας και περιγράφεται η έννοια και ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και παρουσιάζονται οι προοπτικές της Ελληνικής αγοράς.

Στο **Κεφάλαιο 3**, περιγράφεται η έννοια, η φύση, το είδος και αναλύονται οι συνηθέστεροι όροι των συμβολαίων ασφάλισης υγείας.

Στο **Κεφάλαιο 4**, αναλύεται η έννοια του κινδύνου στις ασφαλίσεις υγείας, παρουσιάζονται οι μέθοδοι τιμολόγησης και περιγράφονται συνοπτικά σύγχρονα συστήματα διοίκησης των διαδικασιών στον τομέα αυτό.

Στο τελευταίο Κεφάλαιο (**Κεφάλαιο 5**) του Γενικού Μέρους, περιγράφεται η έννοια, το περιεχόμενο και τα χαρακτηριστικά των πληροφοριακών συστημάτων των ασφαλιστικών εταιριών και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν από την έλλειψη στρατηγικής στον τομέα αυτό.

Στο **Ειδικό Μέρος** (Κεφάλαια 6 έως 16), παρουσιάζεται όλος ο κύκλος ζωής της έρευνας της διατριβής και συγκεκριμένα:

Στο **Κεφάλαιο 6**, περιγράφεται το περιεχόμενο της έρευνας στην Ελληνική ασφαλιστική αγορά και παρουσιάζονται συνοπτικά τα ευρήματα της σε σχέση με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έξι (-6-) μεγαλύτερες ασφαλιστικές εταιρίες στην Ελλάδα στον τομέα των ασφαλίσεων υγείας.

Στο **Κεφάλαιο 7**, παρουσιάζεται η αιτιολόγηση, το περίγραμμα και ο σκοπός της έρευνας της παρούσης διατριβής.

Στο **Κεφάλαιο 8**, παρουσιάζεται η μέθοδος διαχείρισης της έρευνας, τα στάδια και οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν, καθώς και το χρονοδιάγραμμα υλοποίησης του συστήματος *Manage Care*.

Στο **Κεφάλαιο 9**, παρουσιάζεται συνοπτικά η εικόνα της συνεργαζόμενης ασφαλιστικής εταιρίας και περιγράφεται η υφιστάμενη κατάσταση.

Στο **Κεφάλαιο 10**, αρχίζει ουσιαστικά ο σχεδιασμός του προτεινόμενου συστήματος *Manage Care*, με την διακήρυξη του οράματος σε σχέση με τον τομέα ασφαλίσεων υγείας και τον καθορισμό των πρωταρχικών στόχων και αντικειμενικών σκοπών, που θα ενταχθούν στον γενικότερο επιχειρηματικό σχεδιασμό της εταιρίας.

Στο **Κεφάλαιο 11**, περιγράφονται τα δεδομένα και οι πηγές αναζήτησης τους, σχετικά με τον σχεδιασμό και την υλοποίηση του συστήματος *Manage Care*.

Στα **Κεφάλαια 12, 13 και 14**, περιγράφονται αναλυτικά τα υποσυστήματα του *Manage Care*, οι λειτουργικές και τεχνικές προδιαγραφές του, η προτεινόμενη αρχιτεκτονική του και τα στάδια υλοποίησης και λειτουργίας του.

Στο **Κεφάλαιο 15**, επιχειρείται μια επιμέρους και συνολική αξιολόγηση των διαδικασιών υλοποίησης αλλά και της λειτουργίας του *Manage Care*, καθώς και τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την λειτουργία του σε βάθος χρόνου.

Στο τελευταίο Κεφάλαιο (**Κεφάλαιο 16**) του Ειδικού Μέρους, παρουσιάζονται προτάσεις, που υλοποιούν την μετεξέλιξη του *Manage Care* σε ολοκληρωμένο διαχειριστικό εργαλείο, με τη χρήση τεχνολογίας αιχμής και την προσαρμογή του στα σύγχρονα συστήματα διαχείρισης ασφαλίσεων υγείας.

Πέρα από τις **βιβλιογραφικές αναφορές**, έχει συμπεριληφθεί **συμπληρωματική Ελληνική και ξένη βιβλιογραφία** και αναφορές σε **διευθύνσεις στο διαδίκτυο**, προκειμένου ο αναγνώστης να σχηματίσει πληρέστερη εικόνα σχετικά με τις ασφαλίσεις υγείας.

Τέλος, στα **Παραρτήματα Ι έως V**, που ακολουθούν παρουσιάζονται αναλυτικά, η προτεινόμενη κωδικοποίηση (τυποποίηση) των δεδομένων του *Manage Care*, οι αναλυτικές τεχνικές προδιαγραφές του αναγκαίου υλικοτεχνικού εξοπλισμού, καθώς και δείγματα από τις οθόνες, τα έντυπα και τις αναφορές του συστήματος.

Η ολοκλήρωση της έρευνας δεν θα ήταν δυνατή χωρίς της ανεκτίμητη επιστημονική συνδρομή, αλλά κυρίως την ηθική στήριξη, της **Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής**, και συγκεκριμένα των:

- Επ. Καθηγητή Μιλτιάδη Νεκτάριου
- Καθηγητή Πέτρου Λίβα και
- Αν. Καθηγητή Φώτη Γεωργιακώδη,

καθώς και του Προέδρου του Τμήματος Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς Καθηγητή Παναγιώτη Παπαϊωάννου, οι οποίοι παρακολούθησαν όλη τη διαδρομή της εκπόνησης της διατριβής μου με ιδιαίτερο ενδιαφέρον και προσφέρθηκαν για την άμεση επίλυση τυχόν προβλημάτων που παρουσιάστηκαν.

Αποτελεί επίσης εξαιρετική τιμή μου, η πρόθυμη αποδοχή για την συμμετοχή ως μέλους στην Επταμελή Εξεταστική Επιτροπή του Πρύτανη του Πανεπιστημίου Πειραιώς, Καθηγητή Βασιλείου Μπένου, καθώς και των:

- Καθηγητή Μιχαήλ Παπαδάκη
- Καθηγητή Θεόδωρου Αρτίκη και
- Αν. Καθηγητή Κλέωνα Τσίμπου

Συγχρόνως, θα πρέπει να επισημάνω τη χρήσιμη συνεισφορά του Ιδρύματος Κρατικών Υποτροφιών (ΙΚΥ) και του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας

και Θρησκευμάτων, για την υποτροφία που ελάμβανα κατά το χρονικό διάστημα εκπόνησης της διατριβής μου.

Θα πρέπει να αναφερθεί επίσης, ότι τμήματα και πτυχές του προτεινόμενου συστήματος στην παρούσα διατριβή, έχουν παρουσιαστεί σε αναγνωρισμένου κύρους Ευρωπαϊκά και Πανελλήνια Συνέδρια και έχουν συμπεριληφθεί σε επιστημονικές δημοσιεύσεις, μετά την αποδοχή τους από επιτροπές κρίσης.

Τέλος, η παρούσα διατριβή μπορεί αποτελέσει το ερέθισμα για την επιστημονική ενασχόληση με θέματα που σχετίζονται με τον τομέα των ασφαλίσεων υγείας και που στην παρούσα διατριβή απλώς γίνεται αναφορά τους.

Πειραιάς Νοέμβριος 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1	ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	6
	1.1 Ασθένεια, Αρρώστια και οι επιπτώσεις τους	6
	1.2 Φροντίδα υγείας και υγειονομική περίθαλψη	7
	1.3 Οργάνωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	7
	1.4 Εξέλιξη της υποδομής του κλάδου παροχής υπηρεσιών υγείας	8
Κεφάλαιο 2	Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	11
	2.1 Γενικά περί ασφάλισης υγείας - Φορείς ασφάλισης	11
	2.2 Η κοινωνική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα	12
	2.3 Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα - Η έννοια και ο ρόλος της σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση υγείας	14
	2.4 Αποδέκτες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας	16
	2.5 Λόγοι επιλογής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας	21
	2.6 Προοπτικές της Ελληνικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας	22
Κεφάλαιο 3	ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	29
	3.1 Έννοια και φύση των συμβολαίων ασφάλισης υγείας	29
	3.2 Είδη συμβολαίων ασφάλισης υγείας	30
	3.3 Περιεχόμενο συμβολαίων ασφάλισης υγείας	30
	3.4 Συνήθεις όροι καλύψεων ατομικής ασφάλισης υγείας	32
Κεφάλαιο 4	Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ	34
	4.1 Μεθοδολογία προσδιορισμού του ασφαλιστικού κινδύνου	34
	4.2 Μεθοδολογία ιατρικής εκτίμησης του ασφαλιστικού κινδύνου	40
	4.3 Οι Ελληνικές ασφαλιστικές εταιρίες και το πρόβλημα του κόστους της ασφάλισης υγείας	42
	4.4 Συστήματα Διαχείρισης Ασφαλίσεων Υγείας (Managed Care)	45
Κεφάλαιο 5	ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ	49
	5.1 Πληροφοριακά Συστήματα Διοίκησης-Έννοια και περιεχόμενο	49
	5.2 Ασφαλιστικά Πληροφοριακά Συστήματα – Χαρακτηριστικά και πεδία εφαρμογής τους	50
	5.3 Ανάπτυξη Ασφαλιστικών Πληροφοριακών Συστημάτων - Από τις λειτουργίες στις διαδικασίες	53
	5.4 Η Στρατηγική των Ασφαλιστικών εταιριών στα Πληροφοριακά Συστήματα Διοίκησης – Κίνητρα υιοθέτησής τους	54

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 6	ΕΡΕΥΝΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	58
	6.1 Σκοπός και περιεχόμενο	58
	6.2 Μεθοδολογία	59
	6.3 Σύντομη αναφορά στα ευρήματα	64
Κεφάλαιο 7	ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	66
	7.1 Περίγραμμα της Έρευνας	66
	7.2 Αιτιολόγηση και Σκοπός της Έρευνας	67
Κεφάλαιο 8	ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ “MANAGE CARE”	69
	8.1 Η Μέθοδος διαχείρισης έργων PRINCE2	69
	8.2 Μεθοδολογία ανάπτυξης του Πληροφοριακού Συστήματος	71
	8.3 Στάδια και διαδικασίες της έρευνας - Χρονοδιάγραμμα	74
Κεφάλαιο 9	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ – ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	82
	9.1 Παρουσίαση της ασφαλιστικής εταιρίας	82
	9.2 Περιγραφή και ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης	85
	9.3 Εμπλεκόμενοι – Ρόλοι και αρμοδιότητες	98
	9.4 Περιγραφή της μηχανογραφικής υποδομής και υποστήριξης του υπάρχοντος συστήματος	101
	9.5 Αξιολόγηση του υπάρχοντος συστήματος	102
Κεφάλαιο 10	Ο ΝΕΟΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΟΡΑΜΑ, ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ, ΣΤΟΧΟΙ, ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ)	109
	10.1 Αποστολή και όραμα	109
	10.2 Πρωταρχικοί Στόχοι του “ <i>Manage Care</i> ”	110
	10.3 Αντικειμενικοί Σκοποί του “ <i>Manage Care</i> ” και μέθοδοι για την υλοποίησή τους	111
	10.4 Αρχές Λειτουργίας του “ <i>Manage Care</i> ”	122
	10.5 Αντικειμενικοί Σκοποί της τεχνολογίας της πληροφορικής, που εντάσσονται στο “ <i>Manage Care</i> ”	124
Κεφάλαιο 11	ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	136
	11.1 Πηγές δεδομένων της έρευνας	136
	11.2 Δεδομένα της έρευνας	137
	11.3 Τυποποίηση Δεδομένων	144
Κεφάλαιο 12	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ “MANAGE CARE” - ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ	145
	12.1 Υποσύστημα «Ασφαλισμένος και Συμβόλαιο Ασφάλισης Υγείας»	148
	12.2 Υποσύστημα «Κάρτα Υγείας»	157
	12.3 Υποσύστημα «Τηλεφωνικό Κέντρο»	164
	12.4 Υποσύστημα «Υγειονομικός Χάρτης»	173
	12.5 Υποσύστημα «Περιστατικό»	179
	12.6 Υποσύστημα «Πρωτόκολλο-Έλεγχος και Εκκαθάριση Περιστατικού»	187
	12.7 Υποσύστημα «Ασφαλιστικός Ιατρικός Φάκελος»	197
	12.8 Υποσύστημα «Στατιστικά – Αναφορές και Στήριξη Αποφάσεων»	203
	12.9 Υποσύστημα «Διασύνδεση με το υπάρχον σύστημα»	213
Κεφάλαιο 13	ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ	217
	13.1 Αρχιτεκτονική του συστήματος “ <i>Manage Care</i> ”	217
	13.2 Τεχνικές προδιαγραφές λογισμικού	219

Κεφάλαιο 14	ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	228
14.1	Προϋποθέσεις υλοποίησης και περιβάλλον λειτουργίας του “ <i>Manage Care</i> ”	228
14.2	Μέθοδος μετάπτωσης στο νέο σύστημα	229
14.3	Μετατροπή – Μετάπτωση δεδομένων	229
14.4	Εκπαίδευση προσωπικού	230
14.5	Δοκιμαστική λειτουργία του συστήματος	230
14.6	Συντήρηση-Υποστήριξη του συστήματος	233
14.7	Ασφάλεια του Συστήματος	234
Κεφάλαιο 15	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	238
15.1	Πλαίσιο Αξιολόγησης του “ <i>Manage Care</i> ”	238
15.2	Αξιολόγηση των συστατικών στοιχείων του “ <i>Manage Care</i> ”	238
15.3	Αξιολόγηση του “ <i>Manage Care</i> ” με βάση τους αντικειμενικούς σκοπούς του στρατηγικού σχεδιασμού	244
15.4	Αναμενόμενα αποτελέσματα από τη λειτουργία του “ <i>Manage Care</i> ”	247
15.5	Γενικό συμπέρασμα από τη λειτουργία του “ <i>Manage Care</i> ”	249
Κεφάλαιο 16	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΕΙΣ – ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ - ΕΠΕΚΤΑΣΕΙΣ	250
16.1	Η ανάγκη διαρκούς εκσυγχρονισμού του “ <i>Manage Care</i> ”	250
16.2	Μετάβαση σε ανώτερο επίπεδο (στάδιο) διοίκησης, εμπλοκής και ελέγχου των ασφαλίσεων υγείας	250
16.3	Εναλλακτική Αρχιτεκτονική του “ <i>Manage Care</i> ”	255
16.4	Αναβάθμιση των λειτουργιών του Τηλεφωνικού Κέντρου	260
16.5	Αναβάθμιση της Κάρτας Υγείας σε «έξυπνη κάρτα» (smart card)	261
16.6	Χρήση Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (GIS)	267
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	268
	ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	277
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	ΠΑΡ.Ι
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	ΠΑΡ.ΙΙ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ	ΘΘΟΝΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	ΠΑΡ.ΙΙΙ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV	ΕΝΤΥΠΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	ΠΑΡ.ΙV
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΚΤΥΠΩΣΕΩΝ ΑΝΑΦΟΡΩΝ	ΠΑΡ.V

Εισαγωγή

Αντικείμενο της διατριβής

Αντικείμενο της παρούσας διατριβής, αποτελεί η ανάπτυξη ενός Συστήματος (“*Manage Care*”), το οποίο χρησιμοποιεί σύγχρονη τεχνολογία της επιστήμης της Πληροφορικής και των Επικοινωνιών και του οποίου η λειτουργία εξυπηρετεί τη συλλογή, καταγραφή και επεξεργασία στοιχείων-δεδομένων κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, από τους ασφαλισμένους Ασφαλιστικών Εταιριών. Το προτεινόμενο Σύστημα έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε -είτε λειτουργώντας ανεξάρτητα, είτε εντασσόμενο σε ένα Ολοκληρωμένο Σύστημα μιας Ασφαλιστικής Εταιρίας- να έχει τη δυνατότητα υποστήριξης των όλων των διαδικασιών, που εφαρμόζονται σε σύγχρονα συστήματα διαχείρισης φροντίδας υγείας (*managed care*), αλλά και προσαρμογής-προτυποποίησης του τρόπου καταγραφής και παρακολούθησης των στοιχείων των ασφαλισμένων και, κυρίως, των δεδομένων της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από αυτούς.

Απολόγηση της έρευνας

Παρά τη σημαντική αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία κατά την τελευταία 20ετία, η συζήτηση γύρω από την αποτελεσματικότητα και το ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης στον τομέα αυτό έχει ενταθεί, η δε αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών της αμφισβητείται λόγω της δημοσιονομικής-διαχειριστικής κρίσης που πλήττει την κοινωνική ασφάλιση και λόγω του δημόσιου χαρακτήρα της.

Και αυτό γιατί, παρά το σημαντικό κοινωνικό έργο που κατά γενική ομολογία επιτελεί, είναι εμφανές ότι τα αδιέξοδα που παρατηρούνται στη χρηματοδότηση και λειτουργία της έχουν επιταθεί. Κατά συνέπεια, είναι αμφίβολο πλέον κατά πόσο η Κοινωνική Ασφάλιση μπορεί, από μόνη της, να καλύψει τις ανάγκες του σύγχρονου ανθρώπου και τις απαιτήσεις του για πραγματικά υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, ο πολίτης προβάλλει το δικαίωμα της απολαβής βελτιωμένων και αυξημένων υπηρεσιών υγείας, εφόσον το επιθυμεί και μπορεί να καταβάλλει το πρόσθετο κόστος. Έτσι, έχει ανοίξει ο δρόμος στις Ιδιωτικές και Δημόσιες Ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες δραστηριοποιούνται δυναμικά πλέον στο χώρο της δημιουργίας και προσφοράς προγραμμάτων ασφάλισης υγείας.

Όμως, πόσο έτοιμες παρουσιάζονται στην Ελλάδα οι

Ασφαλιστικές εταιρίες, να υποδεχθούν και να διαχειριστούν την συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση τέτοιων ασφαλιστικών προϊόντων-προγραμμάτων και το κόστος τους; Πόσο έτοιμες παρουσιάζονται να προσφέρουν ασφαλιστικά προγράμματα, με προσιτά και δίκαια ασφάλιστρα, διασφαλίζοντας συγχρόνως την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών;

Η δημιουργία του Συστήματος “*Manage Care*”, υπαγορεύτηκε κυρίως από το γεγονός ότι, όπως διαπιστώθηκε και από την παρούσα έρευνα, στην Ελλάδα οι Ασφαλιστικές εταιρίες εμφανίζονται να μη έχουν καμία ουσιαστική παρέμβαση και ακόμη λιγότερο έλεγχο στο τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι, δεν έχουν τη δυνατότητα :

α) να δημιουργούν νέα προγράμματα-προϊόντα ασφάλισης υγείας, προσαρμοσμένα στην Ελληνική πραγματικότητα

β) να προσδιορίζουν τα κέντρα κόστους των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας και κατά συνέπεια να κοστολογούν και τιμολογούν με επιστημονικά κριτήρια και δίκαια τα προγράμματα ασφάλισης υγείας

γ) να επεμβαίνουν στη διαδικασία διαμόρφωσης του κόστους των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, που κυρίως επηρεάζεται από τον όγκο και τη τιμή μονάδος των χρησιμοποιούμενων υπηρεσιών

δ) να έχουν έλεγχο στην αναγκαιότητα και την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών, από τους φορείς υγείας

ε) να χαράσσουν μια στρατηγική στον τομέα ασφάλισης υγείας

στ) να χαράσσουν μια στρατηγική στον τομέα της Πληροφορικής, εναρμονιζόμενη με την συνολική επιχειρηματική στρατηγική

Η αδυναμία αυτή οφείλεται, κυρίως στη έλλειψη της συστηματικής ενημέρωσης και παρακολούθησης των πραγματικών δεδομένων των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας και τη θεώρησή τους ως παραγόντων που διαμορφώνουν την εξέλιξη των μεγεθών μέσα στην εταιρία.

Με άλλα λόγια, οι ασφαλιστικές εταιρίες δεν έχουν αναπτύξει σύγχρονα συστήματα διαχείρισης της φροντίδας υγείας, που παρέχουν μέσω των ασφαλιστικών προγραμμάτων τους, τα οποία να έχουν τη δυνατότητα να συγκεντρώνουν, να καταγράφουν, και να παρακολουθούν - ελέγχουν δεδομένα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας των ασφαλισμένων τους. Αυτά τα

	<p>στοιχεία θα είχαν τη δυνατότητα να τα παρακολουθούν διαχρονικά, να τα επεξεργάζονται και να τα συσχετίζουν με άλλα στοιχεία, των ασφαλισμένων της εταιρίας ή άλλων πληθυσμών.</p>
<p>Συνοπτικό περίγραμμα της εργασίας</p>	<p>Βασική προϋπόθεση, της δημιουργίας τέτοιων συστημάτων, είναι η προσαρμογή των εσωτερικών και εξωτερικών διαδικασιών, ώστε να εφαρμοστεί ένα σύγχρονο σύστημα διαχείρισης της φροντίδας που παρέχεται μέσω των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας (managed care).</p> <p>Γι' αυτό το λόγο, η έρευνα στο αρχικό της στάδιο συνέλεξε δεδομένα από το εσωτερικό περιβάλλον συνεργαζόμενης ασφαλιστικής εταιρίας, αλλά και το περιβάλλον της Ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς γενικότερα, προκειμένου να αναγνωρίσει και καταγράψει τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τα πρόσωπα που εμπλέκονται, τους ρόλους και τις αρμοδιότητές τους, τις χρησιμοποιούμενες υποδομές και την πληροφόρηση που παρέχεται στα στελέχη και τη διοίκηση.</p> <p>Σε επόμενο στάδιο, η έρευνα διαπίστωσε και κατέγραψε τις δυσλειτουργίες του υπάρχοντος συστήματος και διατύπωσε προτάσεις για την επίλυσή τους, μέσα στα πλαίσια του υπάρχοντος περιβάλλοντος λειτουργίας των ασφαλιστικών εταιριών, αλλά και των απαιτήσεων της διοίκησης τους. Οι προτάσεις αυτές αξιολογήθηκαν, τροποποιήθηκαν και συμφωνήθηκε, στην περίπτωση της ερευνούμενης ασφαλιστικής εταιρίας, η υλοποίησή τους στα πλαίσια της παρούσας διατριβής.</p> <p>Σε τρίτο στάδιο, ακολούθησε η διαδικασία ανάπτυξης του πληροφοριακού συστήματος "Manage Care" και των αναγκαίων προσαρμογών στις ακολουθούμενες διαδικασίες.</p> <p>Σε τέταρτο στάδιο, υλοποιήθηκε το πληροφοριακό σύστημα, και λειτούργησε δοκιμαστικά με προσομοίωση διαδικασιών και δεδομένων, αλλά και σε πιλοτικό στάδιο. Τέλος, αντιμετωπίστηκαν τυχόν προβλήματα από τη λειτουργία του συστήματος και αποφασίστηκε η σταδιακή ένταξή του στο νέο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα της εταιρίας.</p>
<p>Ευρήματα της έρευνας – Αποτέλεσμα της εργασίας</p>	<p>Δημιούργημα της παρούσας έρευνας/εργασίας, αποτέλεσε η ανάπτυξη ενός Συστήματος ("Manage Care"), του οποίου η λειτουργία εξυπηρετεί τη συλλογή, καταγραφή και επεξεργασία στοιχείων-δεδομένων κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, από τους ασφαλισμένους Ασφαλιστικών Εταιριών. Συγχρόνως, εφοδιάζει τα στελέχη και τη Διοίκηση της Ασφαλιστικής Εταιρίας, με έγκυρη, έγκαιρη και ολοκληρωμένη πληροφόρηση στον τομέα των ασφαλίσεων υγείας, παρέχοντας τη δυνατότητα για τη λήψη αποφάσεων και</p>

τη χάραξη στρατηγικής στον τομέα αυτό.

Για την εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία του προτεινόμενου Συστήματος, έγιναν παρεμβάσεις και προτάθηκαν αλλαγές στις διαδικασίες διαχείρισης των ασφαλειών υγείας και κατά συνέπεια αλλαγές στην οργανωτική δομή της ασφαλιστικής εταιρίας, που αφορούσαν θέσεις, ρόλους και αρμοδιότητες.

Παρά το μέγεθος και το βάθος των παρεμβάσεων που προτάθηκαν, εντύπωση προκάλεσε η αποδοχή εκ μέρους της Διοίκησης του ασφαλιστικού οργανισμού, του μεγαλύτερου μέρους από αυτές. Το γεγονός αυτό, σε συσχέτισμό με την επιτυχή συνεργασία καθ' όλη τη διάρκεια του εγχειρήματος, είχε σαν αποτέλεσμα :

- την ολοκλήρωση του σχεδιασμού και την ανάπτυξη όλων των εφαρμογών που αποφασίστηκαν αρχικά
- την επιτυχημένη ολοκλήρωση των δοκιμών όλων των Υ/Σ, με προσομοίωση δεδομένων και διαδικασιών
- τη λειτουργία, σε πιλοτικό στάδιο των βασικότερων εφαρμογών του συστήματος
- την αξιολόγηση των εφαρμογών αυτών ως απόλυτα λειτουργικών και
- την απόφαση για άμεση ή σταδιακή ένταξη των λειτουργιών τους (με τη μορφή υποσυστημάτων και με τις αναγκαίες προσαρμογές) στο νέο Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα της Ασφαλιστικής Εταιρίας, του οποίου ο σχεδιασμός και η προμήθεια ήταν σε εξέλιξη

Για αρκετές λειτουργίες του “*Manage Care*”, αποφασίστηκε η σταδιακή ένταξή τους στο νέο Ο.Π.Σ, κάτω από το πρίσμα του γενικότερου ανασχεδιασμού των λειτουργιών του οργανισμού, και για την κάλυψη σημαντικών ευρύτερων διεπιχειρηματικών στόχων και σκοπών (π.χ. Τηλεφωνικό Κέντρο)

Τέλος, η ολοκλήρωση του προτεινόμενου συστήματος συνοδεύεται και με προτάσεις, που υλοποιούν την μετεξέλιξή του σε ολοκληρωμένο διαχειριστικό εργαλείο, με τη χρήση τεχνολογίας αιχμής και την προσαρμογή του στα σύγχρονα συστήματα διαχείρισης ασφαλίσεων υγείας.

**«Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας:
Πρότυπο Σύστημα Διοίκησης των
Απαιτούμενων Διαδικασιών και
Διαχείρισης Ατομικών Συμβολαίων»**

Γ Ε Ν Ι Κ Ο

Μ Ε Ρ Ο Σ

Κεφάλαιο 1

Παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

1.1 Ασθένεια, Αρρώστια και οι επιπτώσεις τους

Ο όρος υπηρεσίες υγείας είναι μία σύνθετη έννοια που περιλαμβάνει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας (health care) όσο και της περίθαλψης (treatment). Η αποσαφήνιση του περιεχομένου των δύο αυτών όρων έχει ιδιαίτερη σημασία για τον προσδιορισμό του πεδίου εφαρμογής της ασφάλισης υγείας.

Από τη διεθνή βιβλιογραφία {HERU 1987} προκύπτει ότι η κυριότερη διαφορά βρίσκεται στο πεδίο αναφοράς των δύο όρων. Πολύ συνοπτικά μπορεί να λεχθεί ότι η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα που έχουν ήδη εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Η φροντίδα, αντίθετα, είναι ευρύτερη έννοια αφού αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας ή μιας κοινότητας.

Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να δώσουμε τους τρεις όρους με τους οποίους καθορίζεται η κατάσταση υγείας του ατόμου {Λιαρόπουλος Λ. 1993}. Οι όροι αυτοί, που συχνά, αλλά λανθασμένα, χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, περιγράφουν την πραγματική κατάσταση της υγείας, αλλά, παράλληλα εμπεριέχουν και το είδος της κύριας πρόσβασης που απαιτείται από το Σύστημα Υγείας.

Πίνακας 1.1

Όρος	Ορισμός	Παρέμβαση
Νόσος (Disease)	Πρόβλημα υγείας χωρίς κλινικά συμπτώματα	Πρόληψη
Ασθένεια (Sickness)	Νόσος με παρακλινικά συμπτώματα	Θεραπεία
Αρρώστια (Illness)	Ασθένεια με κοινωνικές προεκτάσεις	Θεραπεία-παρέμβαση άλλων κοινωνικών υπηρεσιών

Πηγή : WHO

Σύμφωνα με την παραπάνω διαβάθμιση των αναγκών υγείας, το πεδίο εφαρμογής των υπηρεσιών περίθαλψης προσδιορίζεται από τις ανάγκες αντιμετώπισης της ασθένειας και της αρρώστιας.

1.2 Φροντίδα υγείας και νοσοκομειακή περίθαλψη

Είναι σαφές από όσα προηγήθηκαν, ότι η Ασφάλιση Υγείας αναφέρεται στο χώρο της περίθαλψης και στις υπηρεσίες υγείας που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της ασθένειας, της αρρώστιας και του ατυχήματος. Πρέπει λοιπόν σε αυτό το σημείο να γίνει ιδιαίτερη αναφορά στους “κινδύνους” που συνεπάγεται μια τέτοια εξέλιξη για το άτομο και τον περίγυρό του.

Ο πιο άμεσα ορατός κίνδυνος που συνδέεται με την έννοια της ασθένειας και της αρρώστιας είναι αυτό το ίδιο το πρόβλημα υγείας. Το πρόβλημα συγκεκριμενοποιείται στις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, που κυμαίνονται από ένα απλό αίσθημα δυσφορίας, ως τις ακραίες περιπτώσεις της αναπηρίας ή του θανάτου. Ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας είναι να αμβλύνει ή και να εξαφανίσει τις πιθανές αυτές συνέπειες όσο το δυνατόν συντομότερα και αποτελεσματικότερα. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται οι υπηρεσίες που προσφέρει το Σύστημα Υγείας, μέσα από ένα συγκεκριμένο οργανωτικό και οικονομικό πλαίσιο κανόνων και ρυθμίσεων.

Εκτός από το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, η ασθένεια, και ακόμη περισσότερο η αρρώστια, συνδέονται σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις και με διάφορα οικονομικά προβλήματα. Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου υψηλής ποιότητας περίθαλψη παρέχεται εντελώς δωρεάν, παρατηρούνται οικονομικά προβλήματα, που συνδέονται με την απώλεια εισοδήματος από την εργασία του ατόμου, τον κίνδυνο μελλοντικής ανεργίας, την ανατροπή προσωπικών σχεδίων και προοπτικών, το κόστος στην οικογένεια κλπ. Το πρόβλημα φυσικά είναι οξύτερο στις περιπτώσεις όπου όλες ή μέρος των διαθεσίμων υπηρεσιών υγείας κατανέμονται σε συνθήκες “αγοράς”, με βάση την αγοραστική δύναμη του ατόμου.

1.3 Οργάνωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Ο κλάδος υγείας στην Ελλάδα διακρίνεται στους παρακάτω τομείς παροχής υπηρεσιών περίθαλψης :

-Πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες εκείνες που δεν απαιτούν τη νοσηλεία (παραμονή) ενός ατόμου στο νοσοκομείο, για το λόγο αυτό ονομάζεται και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (εξετάσεις, διαγνώσεις κλπ).

Ο τομέας αυτός καλύπτεται τόσο από το Δημόσιο (Κράτος, Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ασφαλιστικοί Οργανισμοί) όσο και από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Η τελευταία εμπλέκεται στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τους παρακάτω τρόπους :

- α) Ιατροί, που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα στα ιδιωτικά ιατρεία τους.
- β) Βιοχημικά και Μικροβιολογικά εργαστήρια, τα οποία συνήθως λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και διαθέτουν περιορισμένες δυνατότητες, όσον αφορά

το εύρος εξετάσεων που μπορούν να πραγματοποιήσουν στις δικές τους εγκαταστάσεις.

γ) Διαγνωστικά κέντρα, μονάδες οι οποίες παρέχουν ευρύ φάσμα διαγνωστικών υπηρεσιών διαθέτοντας σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό.

δ) Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων, τα οποία προσφέρουν και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, συχνά εφοδιασμένα με σύγχρονο εξοπλισμό και αποτελώντας στην ουσία πλήρη διαγνωστικά κέντρα, που λειτουργούν και σαν τμήματα ιδιωτικών νοσοκομείων.

- **Δευτεροβάθμια περίθαλψη**, που καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία, παρέχονται δε από τις εξής μορφές θεραπευτηρίων :

α) Δημόσια Νοσοκομεία, τα οποία καλύπτουν περίπου το 70% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών της χώρας και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

β) Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου. Λίγα σε αριθμό, ανεξάρτητα θεραπευτήρια τα οποία επιχορηγούνται από το κράτος.

γ) Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κλινικές. Πρόκειται για ιδιωτικές επιχειρήσεις, οι οποίες λειτουργούν σαν ανεξάρτητες μονάδες.

- **Τριτοβάθμια περίθαλψη**, που παρέχεται κυρίως από τα Περιφερειακά Γενικά και από τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, αλλά και από ελάχιστα μεγάλα ιδιωτικά νοσηλευτικά κέντρα. Πρόκειται για μεγάλες μονάδες εξοπλισμένες με σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα και εξειδικευμένο προσωπικό.

1.4 Εξέλιξη της υποδομής του κλάδου παροχής υπηρεσιών υγείας

Ο κλάδος των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα γνώρισε μεγάλη ανάπτυξη μετά το 1985 με την ίδρυση πολλών νέων μονάδων. Ένας βασικός παράγοντας που ενίσχυσε αυτή την τάση ήταν η αδυναμία του δημόσιου τομέα να ακολουθήσει τις ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις στο διαγνωστικό εξοπλισμό και τις απαιτήσεις γρήγορης αντικατάστασης αυτού μέσω σημαντικών επενδύσεων {ICAP HELLAS A.E. 2001}.

Έτσι η ιδιωτική πρωτοβουλία έμεινε ουσιαστικά ελεύθερη να επενδύσει στην τελευταία λέξη της διαγνωστικής τεχνολογίας, ιδρύοντας σύγχρονες πολυδύναμες μονάδες, οι οποίες προσφέρουν ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Παράλληλα, η κρατική πολιτική κατά τη δεκαετία του '80, η οποία έβαλε φραγμό στη ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών ή την επέκταση των ήδη υπάρχουσών, οδήγησε αρκετούς επιχειρηματίες, που ήθελαν να επενδύσουν στον τομέα των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, στην ίδρυση μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα τη δεκαετία 1985-1995 ξεπέρασε το 30%. Στην Ελλάδα λειτουργούν σήμερα περισσότερα των 400 ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, στα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται οι εκατοντάδες μικρότερων εργαστηρίων (μικροβιολογικά κλπ) που λειτουργούν σε όλη τη χώρα, κατανεμημένα ως εξής :

Πίνακας 1.2

Περιοχή	Αριθμός Μονάδων	Ποσοστιαία συμμετοχή στο σύνολο
Αττική	269	66,75%
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	6	1,49%
Θεσσαλία	13	3,23%
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	6	1,49%
Κεντρική Μακεδονία	58	14,39%
Δυτική Μακεδονία	3	0,74%
Ήπειρος	2	0,50%
Δυτική Ελλάδα	18	4,47%
Πελοπόννησος	5	1,24%
Νησιά Ιονίου	6	1,49%
Νησιά Βορείου Αιγαίου	-	0,00%
Νησιά Νοτίου Αιγαίου	3	0,74%
Κρήτη	14	3,47%
Σύνολο	403	100,00%

Πηγή : Data Base ICAP HELLAS AE, 2000

Τα μεγαλύτερα από αυτά διαθέτουν σύγχρονο εξοπλισμό, τον οποίο αντικαθιστούν σε μικρό σχετικά χρονικό διάστημα και απασχολούν εξειδικευμένο και άρτια εκπαιδευμένο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Έτσι είναι σε θέση να πραγματοποιούν ακόμη και τις πιο σπάνιες εξετάσεις και για το λόγο αυτό δαπανούν σημαντικά κεφάλαια για επενδύσεις βιοϊατρικής τεχνολογίας. Είναι άλλωστε ενδεικτικό ότι, σύμφωνα με στοιχεία του IOBE για το 1992, από τους 119 αξονικούς τομογράφους που λειτουργούσαν στη χώρα μας οι 97 (ποσοστό 81,5 %) ανήκαν σε ιδιωτικούς φορείς και κυρίως σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά βέβαια, δεν αποτελούν τον κανόνα στο χώρο της παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Πολλά από τα διαγνωστικά κέντρα που λειτουργούν, είτε δεν έχουν την απαιτούμενη επάρκεια σε τεχνολογικό εξοπλισμό, είτε χρησιμοποιούν παλαιά τεχνολογία παρέχοντας υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας {Σωλιώτης Κ. 2000}.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει μεγάλη συνεργασία μεταξύ ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και θεραπευτηρίων (δημοσίων και ιδιωτικών) καθώς τα τελευταία συχνά δεν έχουν την δυνατότητα παροχής ορισμένων διαγνωστικών υπηρεσιών, που απαιτούν ακριβό τεχνολογικό εξοπλισμό.

Όσον αφορά τον κλάδο των θεραπευτηρίων (δευτεροβάθμια περίθαλψη) σημειώνεται ότι βάσει της τελευταίας Στατιστικής Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας, ο αριθμός των δημόσιων νοσοκομείων (μη συμπεριλαμβανομένων των Νομ. Προσ. Ιδιωτικού Δικαίου) αυξήθηκε κατά την τελευταία δεκαπενταετία από 122 σε 140, ενώ αντίθετα ο αριθμός των ιδιωτικών νοσοκομείων μειώθηκε από 391 σε 224. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι ο αριθμός των θεραπευτηρίων που λειτουργούν σαν Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου μειώθηκε σταδιακά από 21 σε 4 (και αυτό γιατί τα υπόλοιπα μετατράπηκαν σε δημόσια). Τα ιδρύματα αυτά επιχορηγούνται από το κράτος με σκοπό να καλύψουν τα έσοδά τους, τα περισσότερα δε από αυτά απορροφήθηκαν κατά την τελευταία δεκαπενταετία από το δημόσιο. Επίσης στα

χέρια του δημοσίου πέρασαν και πολλά ιδιωτικά νοσοκομεία, μετά την κρατική πολιτική περιορισμού του ιδιωτικού τομέα δευτεροβάθμιας περίθαλψης, που ξεκίνησε κατά τη δεκαετία του '80. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός των θεραπευτηρίων και κλινών κατά γεωγραφικό διαμέρισμα κατά το 1998:

Πίνακας 1.3

Γεωγραφικό Διαμέρισμα	Δημόσια Θεραπευτήρια	Ιδιωτικά Θεραπευτήρια	Σύνολο	Κλίνες
Περιφέρεια Πρωτευούσης	43	76	119	24.693
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	13	14	27	1.841
Πελοπόννησος	20	19	39	3.494
Ιόνια Νησιά	6	2	8	983
Ήπειρος	6	7	13	1.408
Θεσσαλία	4	33	37	2.506
Μακεδονία	29	52	81	11.562
Θράκη	4	4	8	843
Νησιά Αιγαίου	10	4	14	2.113
Κρήτη	9	13	22	2.701
Σύνολο Χώρας	144	224	368	52.144

Πηγή : Στατιστική Υπηρεσία Υπουργείου Υγείας, 1998

Από τα στοιχεία του συγκεκριμένου πίνακα, παρατηρείται ότι η περιφέρεια πρωτευούσης συγκεντρώνει το 30% του συνόλου των δημοσίων θεραπευτηρίων και το 34% των μονάδων του ιδιωτικού τομέα. Σύμφωνα με τα πληθυσμιακά στοιχεία της εθνικής απογραφής του 1991, σε συνδυασμό με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα, η αντιστοιχία κατοίκων ανά κλίνη θεραπευτηρίου στη περιφέρεια πρωτευούσης είναι 125,4.

Μετά την περιφέρεια πρωτευούσης, το γεωγραφικό διαμέρισμα που συγκεντρώνει το μεγαλύτερο αριθμό, τόσο δημοσίων, όσο και ιδιωτικών θεραπευτηρίων είναι η Μακεδονία και κυρίως η περιοχή της Θεσσαλονίκης. Έτσι το συγκεκριμένο διαμέρισμα συγκεντρώνει το 20% του συνόλου των δημοσίων θεραπευτηρίων και το 23% των ιδιωτικών.

Κεφάλαιο 2

Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα

2.1 Γενικά περί ασφάλισης υγείας – Φορείς ασφάλισης

Ανάλογα με τους σκοπούς και τις επιδιώξεις της ασφάλισης, και με τις βάσεις πάνω στις οποίες οργανώνεται κάθε φορά η κοινότητα των κινδύνων, διαμορφώθηκαν διάφορες μορφές, με τις οποίες ασκείται σήμερα η ασφάλιση υγείας.

Με βάση τα κριτήρια αυτά, η ασφάλιση υγείας διακρίνεται σε **Κοινωνική** και **Ιδιωτική**.

• Κοινωνική Ασφάλιση

Η κοινωνική ασφάλιση έχει σαν σκοπό, την εξυπηρέτηση γενικότερων κοινωνικών αναγκών, που εμπίπτουν στα πλαίσια της κρατικής κοινωνικής πολιτικής, γι' αυτό και η σχετική αρμοδιότητα έχει ανατεθεί σε διάφορους Οργανισμούς Δημοσίου Δικαίου.

Το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α., το Τ.Ε.Β.Ε. και διάφορα άλλα Κλαδικά Ταμεία Συντάξεων, Επικουρικά, Υγείας κλπ, είναι Οργανισμοί που ασκούν κοινωνική ασφάλιση και υπάγονται στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Κύριο χαρακτηριστικό της κοινωνικής ασφάλισης, είναι ο υποχρεωτικός της χαρακτήρας. Ο εργαζόμενος ή ο επαγγελματίας, είναι υποχρεωμένος να ασφαλιστεί όταν ασκεί επάγγελμα, που εμπίπτει στην ασφαλιστική αρμοδιότητα των παραπάνω Οργανισμών, χωρίς να μπορεί, με κανένα νόμιμο τρόπο, να το αποφύγει.

Οι όροι ασφάλισης είναι ίδιοι για όλους τους ασφαλισμένους, που προστατεύονται έναντι των κινδύνων, χωρίς να υπάρχει κάποια ιδιαίτερη σύμβαση ή συμφωνία, μεταξύ των ασφαλισμένων και του ασφαλιστικού φορέα.

Οι συνήθεις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης υγείας είναι η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η νοσοκομειακή περίθαλψη, τα επιδόματα ασθενείας, μητρότητας κλπ.

• Ιδιωτική Ασφάλιση

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, σε αντίθεση με την Κοινωνική, ενεργείται με την ελεύθερη βούληση όσων επιθυμούν να τύχουν ασφαλιστικής κάλυψης και προστασίας έναντι ορισμένων κινδύνων, που απειλούν την υγεία, την αρτιμέλεια, την περιουσία ή ακόμα και τη ζωή τους. Θα μπορούσαμε μάλιστα να πούμε, πως το μέρος εκείνο κατά το οποίο υστερεί, σε ποιότητα η παρεχόμενη από την κοινωνική ασφάλιση προστασία, έρχεται να συμπληρωσει, σε πολλές περιπτώσεις, η ιδιωτική ασφάλιση.

Κύρια χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης είναι, η κατάρτιση ιδιαίτερης σύμβασης μεταξύ ασφαλιστή και καθενός από τους ασφαλισμένους και η ελευθερία που έχουν για την κατάρτιση, την τροποποίηση, τη συνέχιση ή ακύρωση των συμβάσεων αυτών, καθώς και την επιλογή των κινδύνων, έναντι των οποίων επιθυμούν να τύχουν ασφαλιστικής προστασίας, κάθε φορά οι ασφαλιζόμενοι {Πριναράκης Μ. 1987}.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας ασκείται από ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις, που έχουν τα εχέγγυα που απαιτεί η αρμόδια Κρατική Αρχή, για να τους χορηγήσει τη σχετική άδεια λειτουργίας, ή και από αλληλασφαλιστικούς συνεταιρισμούς. Δεν αποκλείονται και οι περιπτώσεις των κρατικών ή εποπτευομένων από το κράτος οργανισμών. Ιδιαίτερα σήμερα, μεγάλο μέρος της ελληνικής ασφαλιστικής κάλυψης υπηρεσιών υγείας, πραγματοποιείται από τις μεγάλες ασφαλιστικές εταιρίες, που ελέγχονται μέσω των τραπεζών, από το Κράτος.

2.2 Η κοινωνική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα

Το Ελληνικό σύστημα υγείας υπήρξε πάντοτε ένα τυπικό παράδειγμα του Μοντέλου Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismarck Model) {Λιαρόπουλος Λ. 1995}. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα λειτουργεί μέσω δεκάδων Ιδρυμάτων - Οργανισμών, που παρέχουν εικονικά πλήρη κάλυψη, αλλά αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης. Από αυτά, πάνω από 80 προσφέρουν ασφάλιση υγείας και υπηρεσίες. Κατά μία άλλη τυπολογία {OECD 1992}, το Ελληνικό σύστημα υγείας είναι μίξη του Μοντέλου Δημόσιου Συμβολαίου (Public Contract Model) και του Ολοκληρωμένου Δημόσιου Μοντέλου (Public Integrated Model).

Οι δαπάνες της δημόσιας υγείας χρηματοδοτούνται κατά 60% από την είσπραξη φόρων και κατά 40% μέσω των διανομών της κοινωνικής ασφάλισης {Πριναράκης Μ. 1987}.

Κατά τη δεκαετία του '80, σύμφωνα με στατιστικές της EUROSTAT, οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα σχεδόν διπλασιάστηκαν, από 12,2% του ΑΕΠ το 1980 σε 20,7% το 1989. Στο ίδιο χρονικό διάστημα υπήρξε σημαντική αύξηση στις συνολικές δαπάνες υγείας, από 4,5% του ΑΕΠ το 1980 σε 5,5% το 1990 {Schieber, Poullier, et al. 1992}. Αυτό αντικατοπτρίζει το γεγονός, ότι κατά τη δεκαετία του '80, η Ελλάδα εισήλθε σε μία περίοδο υψηλών δαπανών για τη δημόσια υγεία, σε μία προσπάθεια να καλύψει σοβαρά προβλήματα που προκλήθηκαν από ανεπαρκή χρηματοδότηση των προηγούμενων δεκαετιών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί εδώ, ότι η Ελλάδα για πολλά χρόνια είχε τις χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες, σε ποσοστό του ΑΕΠ, για την υγεία, ανάμεσα σε όλες (με εξαίρεση την Τουρκία) τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α {OECD 1990}.

Η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία κατά τη δεκαετία του '80 προήλθε αποκλειστικά από φορολογικά έσοδα. Σαν αποτέλεσμα, η σύνθεση των πηγών χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας αντιστράφηκε :

Πίνακας 2.1

ΕΤΟΣ	ΦΟΡΟΙ (%)	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ (%)
1975	40.8	59.2
1980	42.0	58.0
1985	51.5	48.5
1991	60.8	39.2

Πηγή : ΕΘΝΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία {Κυριόπουλος Γ. 2001} που αναφέρονται στο έτος 1998, η Ελλάδα καταλαμβάνει με ποσοστό 8,3 % επί του ΑΕΠ, την έκτη θέση μαζί με την Αυστραλία, ανάμεσα σε 23 χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ, σε ότι αφορά το ύψος των συνολικών δαπανών για την υγεία. Το χρονικό διάστημα 1960-1998 η χώρα μας παρουσίασε μέση ετήσια αύξηση των δαπανών για την υγεία 6,5 %, καταλαμβάνοντας την τρίτη υψηλότερη θέση. Παρόλα αυτά, οι κρατικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό % του ΑΕΠ, κατατάσσονται στην προτελευταία θέση (με τελευταία την Πορτογαλία) σε κοινοτικό επίπεδο, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του ΚΕΠΕ {Αθανασίου Λ. 2000}. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται, επειδή οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία παρουσίασαν σταθερά αυξητική πορεία τα τελευταία χρόνια σε ποσοστό που σήμερα υπερβαίνει το 40% των συνολικών δαπανών υγείας, κάτι το οποίο φαντάζει παράδοξο για τη λογική των εθνικών συστημάτων υγείας, όπως αυτό που συγκροτήθηκε στη χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του '80. Η αυξητική αυτή πορεία απεικονίζει τις καταναλωτικές τάσεις των Ελλήνων, αλλά και τις οικονομικές και χρηματοδοτικές ανεπάρκειες των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην ανοικτή πρωτοβάθμια φροντίδα και την οδοντιατρική περίθαλψη, όπου και εντοπίζεται το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής δαπάνης και το μέγεθος της εμφανιζόμενης «υπόγειας» οικονομίας. Η έκθεση επισημαίνει ότι οι πραγματικές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερες από το 3% του ΑΕΠ, που αναφέρεται στα επίσημα ελληνικά μεγέθη, και να προσεγγίζει σύμφωνα με εκτιμήσεις το 4,2% του ΑΕΠ.

Έτσι, παρά την σημαντική αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία κατά την τελευταία 15ετία, κρίνοντας την κοινωνική ασφάλιση δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι θεσμός καταξιωμένος στο λαϊκό αίσθημα. Πολλά παράπονα διατυπώνονται σε βάρος των φορέων της κοινωνικής ασφάλισης, για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων, την ποιότητα της περίθαλψης, το χρόνο αναμονής, το ύψος του ασφαλιστρού κ.ά.

Ακόμα επικρίνεται η κοινωνική ασφάλιση, για τον τρόπο διαχείρισης και διάθεσης των εισπραττομένων εισφορών, καθώς και για τον τρόπο που διοικούνται οι σχετικοί Οργανισμοί. Κατά υπολογισμούς των επικριτών της κοινωνικής ασφάλισης, η ιδιωτική θα μπορούσε να αποδώσει καλλίτερα αποτελέσματα, με πολύ χαμηλότερο κόστος {Σκωτέλης Γ. 1990}.

Γεγονός είναι πως στους οργανισμούς αυτούς, παρουσιάζονται σαν μειονεκτήματα η γραφειοκρατική οργάνωση, που χαρακτηρίζει όλους τους κρατικούς και ημι-κρατικούς οργανισμούς, καθώς και η έλλειψη της ατομικής πρωτοβουλίας και του κινήτρου του κέρδους, που έχει σαν συνέπεια, από τη μία την αύξηση των εξόδων λειτουργίας και από την άλλη την έλλειψη προθυμίας και ζωτικότητας στην εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων. Αν στα παραπάνω προστεθούν, η γήρανση του πληθυσμού, τα νέα προβλήματα υγείας που συνδέονται με το σύγχρονο τρόπο ζωής, η έκρηξη της βιοϊατρικής

τεχνολογίας, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η συνακόλουθη διόγκωση των προσδοκιών του πληθυσμού, γίνεται κατανοητό, ότι τα αδιέξοδα που παρατηρούνται στη χρηματοδότηση και λειτουργία της Κοινωνικής Ασφάλισης έχουν επιταθεί.

Έτσι, το ασφάλιστρο διαμορφώνεται σε ύψος δυσανάλογο με την ποιότητα της παρεχόμενης ασφάλισης υγείας και δίνεται στους ασφαλισμένους, που ταλαιπωρούνται, το δικαίωμα για δυσμενή σχόλια και παράπονα, που καταλήγουν πολλές φορές, σε έντονες διαμαρτυρίες.

Αν σκεφθούμε όμως, πως στην κοινωνική ασφάλιση υγείας, καλύπτονται συνήθως οι κατώτερες εισοδηματικές τάξεις μιας χώρας, θα πρέπει να θέσουμε σε αμφισβήτηση, το αν, αυτοί που ανήκουν στις τάξεις αυτές, θα ερχόντουσαν με τη θέλησή τους σε ασφαλιστικές εταιρίες να ασφαλιστούν, στην περίπτωση που αποδεσμευόντουσαν από τον υποχρεωτικό χαρακτήρα της κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Είναι βέβαιο, ότι αμεσότερες και επιτακτικότερες ανάγκες, θα τους υποχρέωναν να δαπανήσουν το επιπλέον εισόδημά τους και θα παραμέριζαν κάθε σκέψη για οποιαδήποτε πρόνοια ή μελλοντική εξασφάλιση. Έτσι θα προέκυπταν σοβαρά κοινωνικά προβλήματα, που η αντιμετώπιση τους, χωρίς την κατάλληλη υποδομή, θα ήταν αρκετά δύσκολη, αν όχι αδύνατη.

Κατά συνέπεια, πρέπει να δεχτούμε, πως η κοινωνική ασφάλιση υγείας, παρά τις ατέλειες της, επιτελεί σημαντικό κοινωνικό έργο. Όμως θα πρέπει να προσαρμοστεί πλέον στις ανάγκες του σύγχρονου ανθρώπου και τις απαιτήσεις του για πραγματικά υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.

2.3 Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα – Η έννοια και ο ρόλος της σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση υγείας

Το κύριο χαρακτηριστικό της αγοράς της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα είναι η ολιγοπωλιακή δομή της {Dickinson 1993}.

Παρά την έλλειψη επίσημων και αξιόπιστων στατιστικών, υπολογίζεται ότι πάνω από 10% του πληθυσμού έχουν κάποιας μορφής ιδιωτική ασφάλιση υγείας και ότι οι συνολικές διανομές ήδη φτάνουν το 10% του συνόλου των διανομών της Κοινωνικής Ασφάλισης {Λιαρόπουλας Λ. 1993}.

Ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε μεγάλο βαθμό καλύπτει ανάγκες ανάλογες με αυτές που καλύπτονται από τις δαπάνες της Κοινωνικής Ασφάλισης. Υπάρχουν όμως αρκετές ουσιαστικές διαφορές μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης που πρέπει να τονιστούν :

- **Η έννοια της συμπληρωματικότητας**

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει συμπληρωματικό χαρακτήρα προς την Κοινωνική Ασφάλιση. Με κανένα τρόπο δεν μπορεί να λειτουργήσει ανταγωνιστικά γιατί τότε, κάτω από το καθεστώς ίσων δικαιωμάτων αλλά και υποχρεώσεων, θα πρέπει να επωμιστεί αναλογικά και το βάρος των όποιων προνοιακών παροχών της Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίες, στην Ελλάδα τουλάχιστον, είναι εκτεταμένες.

- **Ο προνοιακός χαρακτήρας της Κοινωνικής Ασφάλισης**

Η Κοινωνική Ασφάλιση σήμερα έχει ένα έντονα προνοιακό χαρακτήρα, που αποσκοπεί τόσο στη συμπλήρωση των κενών του Ελληνικού ασφαλιστικού καθεστώτος, όσο και στην εξάλειψη των έντονων ανισοτήτων της ασφαλιστικής προστασίας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.

Η ιδιωτική ασφάλιση αντίθετα, λειτουργεί με αυστηρά οικονομικά κριτήρια και με στόχο το κέρδος, γεγονός που απορρέει από τη φύση των εταιριών, που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές ανώνυμες εταιρίες. Είναι λοιπόν φυσικό οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες ασφάλισης υγείας να επιλέγουν τόσο τα ασφαλιστικά τους προγράμματα, όσο και τους πελάτες (ασφαλισμένους) τους, με τρόπο που να διασφαλίζει την οικονομική τους βιωσιμότητα και ευρωστία.

- **Ο διανεμητικός (καταναλωτικός) χαρακτήρας της Κοινωνικής Ασφάλισης**

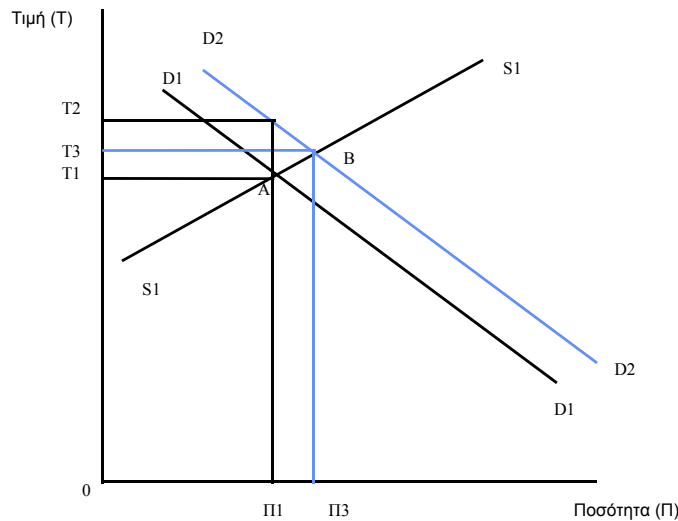
Οι διάφοροι φορείς της Κοινωνικής Ασφάλισης και ιδιαίτερα το Ι.Κ.Α., λειτουργούν με βάση το διανεμητικό σύστημα, όπου οι σημερινές εισφορές, διατίθενται για την κάλυψη των σημερινών αναγκών. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, αντίθετα, εργάζονται με το κεφαλαιοποιητικό σύστημα, γεγονός που επιβάλλει την επένδυση των αποθεματικών τους με τρόπο, ώστε να καλύπτουν τυχόν απώλειες των επενδύμενων από τους ασφαλιζόμενους κεφαλαίων. Ταυτόχρονα, η υπεραπόδοση των επενδύσεων μακροχρόνια επιτρέπει στις σημερινές γενεές να απολαύσουν μέρος της αύξησης του εθνικού εισοδήματος που δημιουργούν οι επόμενες γενεές.

- **Ο προαιρετικός χαρακτήρας της Ιδιωτικής Ασφάλισης**

Ο προαιρετικός χαρακτήρας της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας επιβάλλει στις ασφαλιστικές εταιρίες έναν έντονο ανταγωνισμό, ο οποίος αναγκαστικά εκφράζεται μέσα από την πολιτική για την άντληση κεφαλαίων και την όσο το δυνατόν αποδοτικότερη αξιοποίηση τους.

Μέχρι πρόσφατα δεν υπήρχε έρευνα για τη φύση και τις προοπτικές της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα.. Πρόσφατη έρευνα {Λιαρόπουλας Λ. 1995} έδειξε ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα απέτυχε να λειτουργήσει μέχρι σήμερα συμπληρωματικά στη Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρίες κυρίως κατευθύνθηκαν στη κάλυψη του οικονομικού κινδύνου από ασθένεια, χωρίς να προσφέρουν νέες εναλλακτικές λύσεις στη χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών υγείας. Η διαφοροποίηση του προϊόντος τους επιτυγχάνεται μέσω της διαφήμισης και της υπόσχεσης συγκεκριμένων ανέσεων σε περίπτωση εισόδου τους σε νοσοκομείο. Δεν προκαλούν λοιπόν έκπληξη τα χαμηλά ποσοστά χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στους ασφαλισμένους. Η απουσία παρέμβασης για αύξηση της ποιότητας και της ποσότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, ουσιαστικά περιορίζει το συμπληρωματικό ρόλο που μπορεί να παίξει η ιδιωτική ασφάλιση, ενώ συντελεί και σε αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας, μέσω της αύξησης της αγοραστικής δύναμης των καταναλωτών {Λιαρόπουλας Λ. 1993}.

Διάγραμμα 2.1
Η επίδραση της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην αγορά υπηρεσιών υγείας



Στο διάγραμμα 2.1 φαίνονται οι καμπύλες ζήτησης (D1D2) και προσφοράς (S1S2) υπηρεσιών υγείας. Η αρχική θέση ισορροπίας είναι το σημείο A, όπου παράγεται ποσότητα Π1 στην τιμή T1. Η αύξηση της αγοραστικής δύναμης των καταναλωτών, μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης ισοδυναμεί με αύξηση του εισοδήματος των καταναλωτών, που οδηγεί σε μετατόπιση προς τα δεξιά της καμπύλης ζήτησης στη θέση D2D2 (income effect). Όσο η προσφορά μένει σταθερή στην ποσότητα Π1, το μόνο αποτέλεσμα είναι η αύξηση της τιμής στη θέση T2. Αν, όμως, η προσφορά δείξει ανταπόκριση, τότε η αυξημένη ζήτηση Π3 θα ικανοποιηθεί με μία πολύ μικρότερη αύξηση τιμών στη θέση B και σε τιμές T3. Κατά τον τρόπο αυτό θα λειτουργούσε ικανοποιητικά η έννοια της συμπληρωματικότητας της Ιδιωτικής Ασφάλισης.

2.4 Αποδέκτες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Πρέπει να τονιστεί και πάλι ότι μία σοβαρή αδυναμία της μελέτης του θέματος της Ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα είναι η ανυπαρξία δημοσιευμένων στοιχείων. Τα διαθέσιμα στοιχεία αναφέρονται στο σύνολο της παραγωγής ασφαλειών Ζωής-Υγείας, που περιέχουν και την ασφάλιση για σύνταξη, πληρωμές αποζημιώσεων σε περίπτωση θανάτου ή αναπηρίας, επιδόματα σπουδών και άλλα αποταμιευτικά προγράμματα. Για τους λόγους αυτούς τα στοιχεία που παρατίθενται παρακάτω {Μπιτώνης Νίκος 1992} είναι ενδεικτικά, και θα πρέπει με κάποια επιφύλαξη να γίνει αποδεκτό ότι απεικονίζουν τη σημερινή πραγματική κατάσταση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα.

Πίνακας 2.2
Κάτοχοι ατομικής ασφάλειας Ζωής-Υγείας στην Ελλάδα, 1992

Φύλο	Ποσοστό %
ΑΝΔΡΑΣ	57 %
ΓΥΝΑΙΚΑ	43 %

Ηλικία	Ποσοστό %
25-34	24%
35-44	29%
45-60	16%

Εκπαίδευση	Ποσοστό %
Βασική	16 %
Μέση	45 %
Ανώτερη / Ανώτατη	39 %

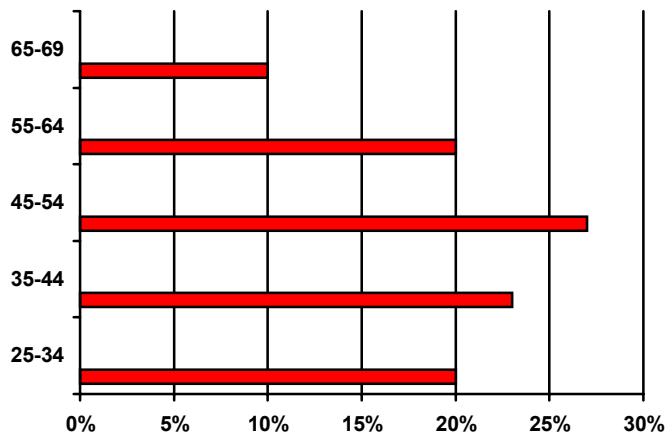
Εισόδημα	Ποσοστό %
Πολύ υψηλό / Υψηλό	60 %
Μέσο / Χαμηλό	40 %

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ως προς την σύνθεση του ασφαλισμένου και μη πληθυσμού, έγκυρη έρευνα ξένου Πανεπιστημίου {Propper & Eastwood 1989}.

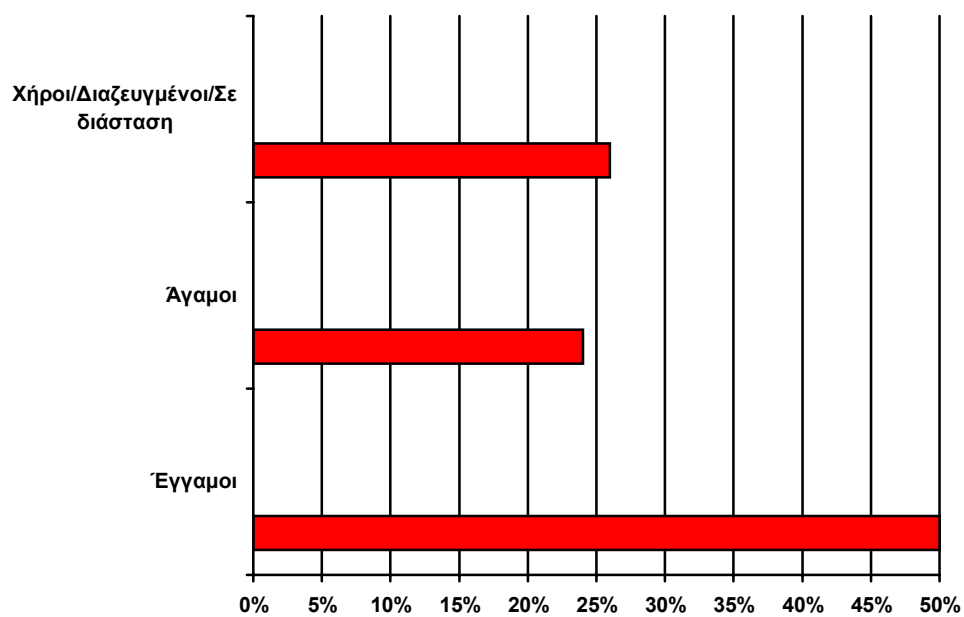
Σύμφωνα με ανάλυση τυχαίου δείγματος πληθυσμού της Μεγάλης Βρετανίας, εξετάστηκε η σύνθεση των ήδη ασφαλισμένων και η πρόθεση (ή και απόφαση) για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 2.125 άτομα (ασφαλισμένα και μη), ηλικίας μεταξύ 25 και 70 ετών και απαντήσεις συλλέγησαν από 1.360 άτομα (64% response rate). Η έρευνα, που πραγματοποιήθηκε την Άνοιξη του 1987, είχε σχεδιαστεί να διαπιστώσει σε βάθος τη στάση των ατόμων σε σχέση με την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Συγκεκριμένα, η έρευνα συνέλεξε δεδομένα για τη σύνθεση του νοικοκυριού, χαρακτηριστικά οικονομικο-κοινωνικού χαρακτήρα, τρέχουσας κατάστασης της υγείας, πρόσφατης χρήσης υπηρεσιών υγείας, ύπαρξης κοινωνικής ασφαλιστικής κάλυψης, με σκοπό να διαγνώσει και την πρόθεση για την κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας, παραθέτουμε τα σημαντικότερα στατιστικά στοιχεία που συλλέγησαν για τους ήδη ασφαλισμένους :

Διάγραμμα 2.2
Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων, κατά ομάδα ηλικιών

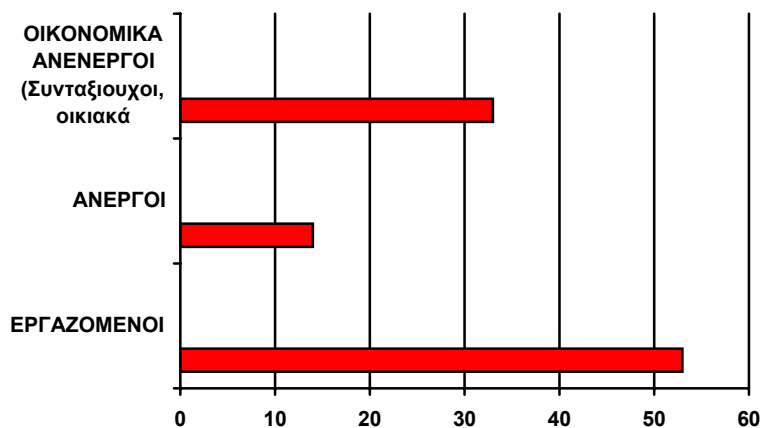


Διάγραμμα 2.3
Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων, σύμφωνα με την οικογενειακή τους κατάσταση



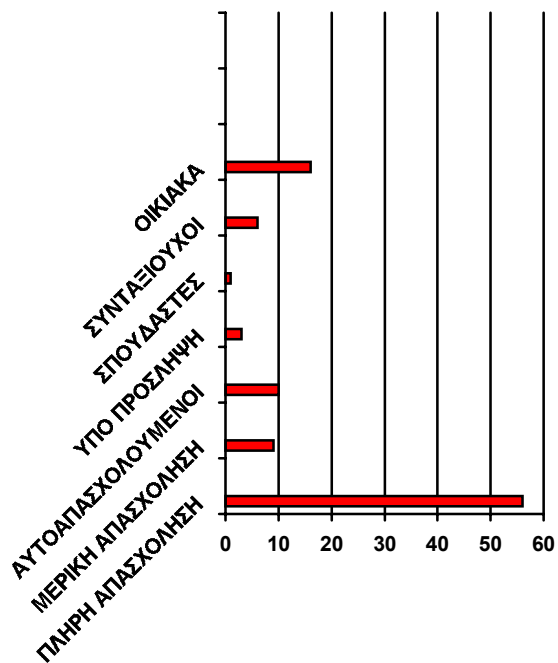
Διάγραμμα 2.4

Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων, κατά οικονομική δραστηριότητα

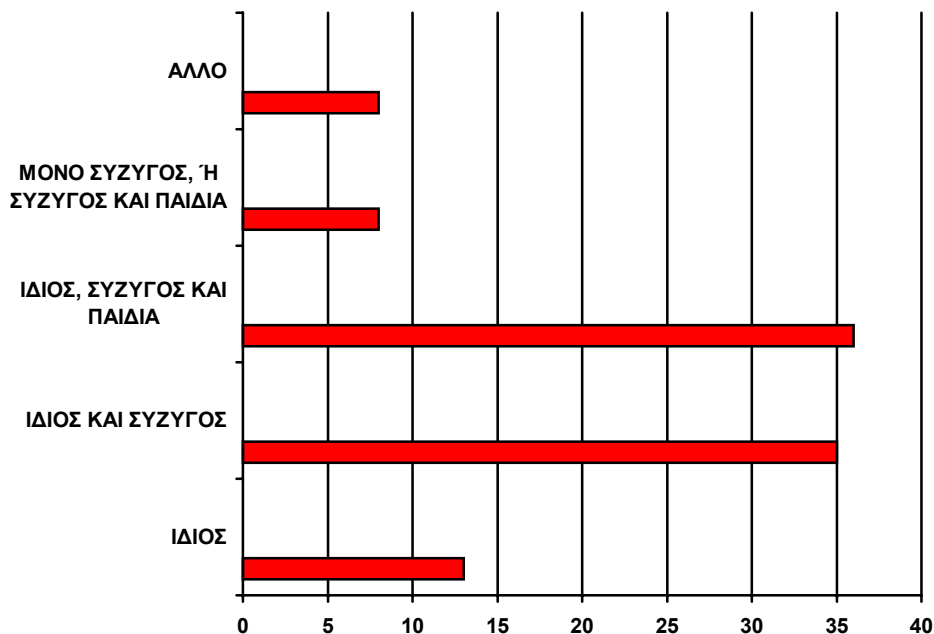


Διάγραμμα 2.5

Κατανομή ασφαλισμένων, κατά είδος επαγγελματικής δραστηριότητας



Διάγραμμα 2.6
Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων, σύμφωνα με τα μέλη που καλύπτονται



Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας γι' αυτό το θέμα, μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω :

- το εισόδημα, σαν μέτρηση της δυνατότητας για πληρωμή, είναι καθοριστικός παράγοντας της απόφασης για ασφαλιστική κάλυψη. Όμως, δεν εμφανίζεται να έχει σημασία, αν το εισόδημα είναι μόνο ατομικό ή του συνόλου της οικογένειας.
- η επίδραση της ηλικίας είναι σημαντική, καθώς οι νέοι και οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο πιθανόν να επιζητούν την ασφάλιση. Παρόλα αυτά, εμφανίζονται ευνοϊκά διακείμενοι σε συμπληρωματική ασφάλιση, υπό όρους.
- η ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, από μόνη της δεν εμφανίζεται να έχει επίδραση στην απόφαση. Όμως, συνδυαζόμενη με την κατάσταση υγείας, επιδρά θετικά προς την κατεύθυνση της ασφάλισης. Η παρουσία άλλου ατόμου (στο νοικοκυριό) με προβλήματα υγείας, δεν εμφανίζεται να έχει επίδραση στην απόφαση.
- το υψηλό επίπεδο μόρφωσης και η θετική στάση προς τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, επιδρούν θετικά στην απόφαση.
- η κατηγορία των υπαλλήλων, που απολαμβάνουν προνομιακής κοινωνικής ασφάλισης υγείας, έχουν αρνητική πρόθεση.
- οι περιοχές με υψηλούς δείκτες οικονομικής ανάπτυξης, εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά θετικής στάσης.

- οι περιοχές με προβλήματα στην κάλυψη από την κοινωνική ασφάλιση και στη παροχή υπηρεσιών υγείας, εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά θετικής στάσης.

Εδώ πρέπει να αναφερθεί, ότι τα παραπάνω συμπεράσματα πρέπει να ληφθούν υπόψη, με την επιφύλαξη ότι η Αγγλική αγορά είναι διαφορετική από την αντίστοιχη Ελληνική. Και αυτό γιατί το NHS φαίνεται να λειτουργεί πιο οργανωμένα από το ΕΣΥ.

Στα πλαίσια αυτής της εργασίας, δεν έχει νόημα η εκτενέστερη αναφορά με ποσοστά, πίνακες κλπ στην παραπάνω έρευνα. Απλώς συμπερασματικά μπορούμε να αναφέρουμε, ότι η ανάλυση αυτή διαπίστωσε την αναγκαιότητα να μη αγνοήσουμε τυχόν περιορισμούς και δεσμεύσεις, που επηρεάζουν καταλυτικά την ελεύθερη απόφαση και επιλογή.

Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε, ότι έρευνα σχετικά με την πρόθεση για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας και τη στάση των ατόμων απέναντι της στην Ελλάδα δεν υπάρχει, τουλάχιστον τέτοια που να θεωρείται έγκυρη και αξιόπιστη. Ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει έρευνα που περιγράφει τους προσδιοριστικούς παράγοντες των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα {Ματσαγγάνης Μ. & Μητράκας Θ. 1998}, τουλάχιστον στο βαθμό που συγχρόνως διαφαίνονται και οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για κάλυψη από ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

2.5 Λόγοι επιλογής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Σε μια δημοκρατική κοινωνία ο πολίτης έχει το δικαίωμα της απολαβής βελτιωμένων ή αυξημένων υπηρεσιών υγείας, εφόσον το επιθυμεί και μπορεί να καταβάλει το πρόσθετο κόστος. Η Ιδιωτική Ασφάλιση υγείας πράγματι παρέχει αυτή τη δυνατότητα.

Αλλά ας συνοψίσουμε τους λόγους που οδηγούν στην απόφαση για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση υγείας. Εδώ, τόσο η {Dickinson 1993} & {Sansom 1987} όσο και η Ελληνική {Λιαρόπουλος Λ. 1993} & {ICAP HELLAS A.E. 2001} & {Σκωτέλης Γ. 1990} βιβλιογραφία, συμφωνούν, ότι οι κύριοι λόγοι που οδηγούν στην απόφαση για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας είναι :

1. ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας από την Κοινωνική Ασφάλιση
2. ελεύθερη επιλογή γιατρού
3. ελεύθερη επιλογή θεραπευτηρίου ή διαγνωστικού κέντρου
4. επιλογή ξενοδοχειακού επιπέδου νοσηλείας
5. επιλογή φαγητού
6. επιλογή ωρών επισκέψεων
7. επιλογή χρόνου λήψης υπηρεσιών υγείας

Μια ματιά στους παραπάνω λόγους, μας δείχνει ότι η επιλογή της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας οφείλεται, όχι τόσο στα προτερήματα της όσο στα μειονεκτήματα της Κοινωνικής Ασφάλισης. Άλλο αξιοπρόσεκτο σημείο είναι ότι οι πολίτες δεν εκδηλώνουν έλλειψη εμπιστοσύνης στις παρεχόμενες από την Κοινωνική Ασφάλιση υπηρεσίες υγείας, αλλά στις έχοντες σχέση με την

ελευθερία επιλογής γιατρού, θεραπευτηρίου και του χρόνου που θα κάνει χρήση τους. Δηλαδή, προσδιορίζει τα υπάρχοντα προβλήματα του κοινωνικού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης.

2.6 Προοπτικές της Ελληνικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Προκειμένου να προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τις προοπτικές που ανοίγονται με την ευρωπαϊκή ενοποίηση στον τομέα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα όσον αφορά στον τομέα της Ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τα παρακάτω δεδομένα :

1. Σε όλο το κόσμο, στην Ευρώπη αλλά και στην Ελλάδα ανεβαίνει συνεχώς το κόστος των παροχών υπηρεσιών υγείας, ώστε τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης να αντιμετωπίζουν πλέον οξύτατα προβλήματα χρηματοδότησης. Ιδιαίτερα στη χώρα μας οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης, χωρίς να είναι συχνά σε θέση να παράσχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, περιορίζονται σε παροχές με τη μορφή επιδομάτων.
2. Η κοινωνική ασφάλιση θα ασκείται πλέον από λιγότερα ασφαλιστικά ταμεία και ο στόχος της μείωσης των ελλειμμάτων θα πραγματοποιηθεί μετά το 2001 {Εθνική Τράπεζα της Ελλάδας 1995}.
3. Ιδιαίτερα τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια διαπιστώνεται, τόσο στον Ευρωπαϊκό χώρο όσο και στην Ελλάδα, έντονο ενδιαφέρον για συμπληρωματικές καλύψεις υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, αν και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν - αλλά και ούτε είναι επιθυμητό από πολιτικής και κοινωνικής πλευράς - να υποκαταστήσουν την κοινωνική ασφάλιση, σίγουρα μπορούν με βάση τα παραπάνω να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας συμπληρώνοντας την κοινωνική ασφάλιση υγείας.
4. Είναι εντυπωσιακό, ότι το έτος 2000, από τα 4 τρις δραχμές που δαπανήθηκαν συνολικά για την υγεία στην Ελλάδα, το 43,8% αφορούν ιδιωτικές δαπάνες, δηλαδή χρήματα που κατέβαλαν οι πολίτες από την τσέπη τους. Και όμως, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες καλύπτουν σήμερα, μόνο το 5% από αυτές τις δαπάνες. Το γεγονός, ότι η ανασφάλιστη αυτή ζήτηση δεν καλύπτεται, δεν οφείλεται μόνο στην συμπεριφορά των πολιτών, αλλά κυρίως στην έλλειψη ολοκληρωμένων και φθηνών προγραμμάτων κάλυψης του πληθυσμού. Το παραπάνω γεγονός, καταδεικνύει τις τεράστιες ευκαιρίες για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αφού η ανασφάλιστη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας ανέρχονται σε περίπου 1,8 τρις δραχμές.
5. Η ενιαία ευρωπαϊκή αγορά, έστω και καθυστερημένα από Ελληνικής πλευράς, θεσπίστηκε πλέον και στον τομέα των ασφαλιστικών καλύψεων. Έτσι, ο οιοσδήποτε Έλληνας πολίτης θα μπορεί να συνάψει ότι ασφαλιστικό συμβόλαιο επιθυμεί σε οποιαδήποτε χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έστω και αν η ασφαλιστική εταιρία δεν διαθέτει θυγατρική στην Ελλάδα. Έτσι, κάθε ασφαλιστική επιχείρηση, με ενιαία διοικητική άδεια που θα της χορηγείται από το κράτος-μέλος, θα μπορεί να δραστηριοποιείται στον

Ευρωπαϊκό οικονομικό χώρο, είτε με την ίδρυση υποκαταστημάτων είτε με το καθεστώς της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών, ενώ παράλληλα θεσπίζεται αυστηρότερο καθεστώς ελέγχου και εποπτείας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων.

6. Η εισοδηματική πολιτική εξακολουθεί να είναι σφικτή μέχρι και σήμερα και θα επηρεάσει έτσι το διαθέσιμο εισόδημα και την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω δεδομένα, οι τάσεις που φαίνεται να διαμορφώνονται είναι:

- ο αριθμός των ασφαλιστικών εταιριών μειώθηκε δραστικά τα τελευταία χρόνια, όπως φαίνεται και από τον πίνακα που ακολουθεί :

Πίνακας 2.3

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΤΑΙΡΙΩΝ				
	Ζωής	Εταιρίες Ζημιών	Μικτές	Σύνολο
1999	21	79	14	114
1998	22	87	17	126
1997	24	91	16	131
1996	24	98	17	139
1995	25	97	17	139

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Το γεγονός αυτό, συνδυαζόμενο με την απαιτούμενη εξυγίανση των ασφαλιστικών εταιριών, περιορίζει τη δυνατότητα επιβίωσης των προβληματικών και μικρών εταιριών και επιταχύνεται ο ρυθμός μείωσης του πλήθους των ασφαλιστικών εταιριών, αλλά και επιβάλλει την ανάγκη συγχώνευσης και ενοποίησης των μικρών μονάδων, ώστε να καταστούν βιώσιμες. Κάτω από αυτή τη προοπτική, εμφανίζεται αυξημένος ο βαθμός συγκέντρωσης του μεριδίου της ασφαλιστικής αγοράς, στα χέρια λίγων ασφαλιστικών εταιριών :

Πίνακας 2.4

ΜΕΡΙΔΙΑ ΑΓΟΡΑΣ		
1999	Ασφαλίσεις Ζωής	Ασφαλίσεις Ζημιών
Οι 5 πρώτες	70,39%	46,38%
Οι 10 πρώτες	87,83%	61,87%
Οι 15 πρώτες	96,95%	71,41%
Οι 20 πρώτες	99,38%	77,81%

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

- ο εκσυγχρονισμός, η καλύτερη οργάνωση των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, η ανάπτυξη των εργασιών και στο εξωτερικό, καθώς και η πραγματοποίηση επενδύσεων είναι προτεραιότητες για κάθε ελληνική ασφαλιστική επιχείρηση, με δεδομένη και την παρουσία των ευρωπαϊκών ασφαλιστικών επιχειρήσεων και με την μορφή ελεύθερης παροχής υπηρεσιών στο σύντομο μέλλον.
- η πλήρης απελευθέρωση των τιμολογίων αναμένεται ότι θα ενεργήσει ευεργετικά για την αύξηση των εργασιών αλλά και τη βελτίωση των τεχνικών αποτελεσμάτων.
- τα ασφαλιστικά προγράμματα Ζωής και Υγείας αναπτύσσονται με πολύ έντονους ρυθμούς λόγω και των προβλημάτων της κοινωνικής ασφάλισης :

Πίνακας 2.5

ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΖΩΗΣ		
	Ασφάλιστρα από Πρωτασφαλίσεις	Ετήσια Αύξηση
1989	48.572	
1990	68.291	40,60%
1991	98.996	44,96%
1992	131.147	32,48%
1993	161.490	23,14%
1994	190.078	17,70%
1995	218.047	14,71%
1996	248.011	13,74%
1997	286.095	15,36%
1998	337.289	17,89%
1999	456.413	35,32%

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Διάγραμμα 2.7

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Πίνακας 2.6

Παραγωγή ασφαλιστρων κλάδων ζωής έτους 1999		
	Ασφάλιστρα από	Ποσοστό
	Πρωτασφαλίσεις	(%)
I. Κλάδος Ζωής	215.864.728.769	49,52%
III. Κλάδος Ασφ. Ζωής Συνδ. με Επενδύσεις	176.180.744.096	40,41%
IV. Κλάδος Ασφάλισης Υγείας	5.426.598.770	1,24%
VI. Κλάδος Κεφαλαιοποίησης	124.755.708	0,03%
VII. Κλάδος Διαχείρισης Ομαδ. Συνταξ. Ταμείων	38.341.254.782	8,80%
ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΩΗΣ	435.938.082.125	100,00%

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Αλλά και τα συνολικά ασφάλιστρα έχουν έντονα ανοδική πορεία :

Πίνακας 2.7

Ποσοστό Ασφαλιστρων επί του Α.Ε.Π.			
	Παραγωγή Ασφαλιστρων	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	%
1989	120.494	10.826.700	1,11%
1990	162.565	12.973.398	1,25%
1991	209.681	15.848.243	1,32%
1992	272.124	18.766.104	1,45%
1993	335.469	21.135.716	1,59%
1994	386.447	23.983.636	1,61%
1995	443.044	26.883.500	1,65%
1996	513.445	29.697.712	1,73%
1997	574.177	32.721.812	1,75%
1998	658.841	35.586.200	1,85%
1999	820.865	38.319.600	2,14%

(ΤΑ ΠΟΣΑ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΔΡΑΧΜΕΣ - Α.Ε.Π. ΣΕ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΤΙΜΕΣ)

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Διάγραμμα 2.8



Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Συνέπεια των παραπάνω είναι να εμφανίζεται την τελευταία δεκαετία μια θεαματική αύξηση των κατά κεφαλήν ασφαλιστρών, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα:

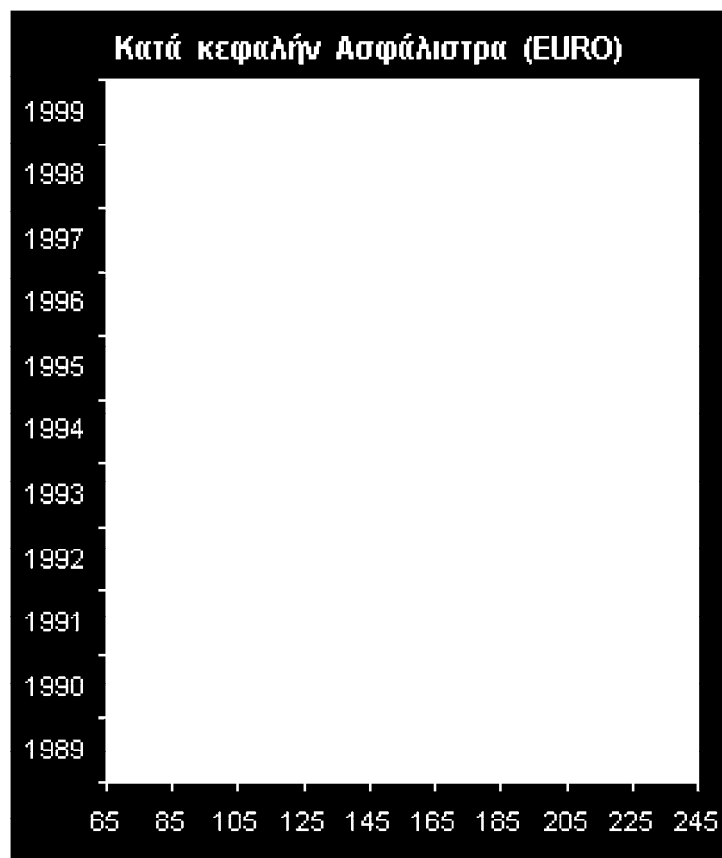
Πίνακας 2.8

	Κατά Κεφαλήν Ασφάλιστρα			
	Σύνολο Ασφαλιστρών	Πληθυσμός	Κατά Κεφαλήν Ασφάλιστρα Δραχμές	EURO
1989	120.494	10.089.550	11.942	66,78
1990	162.565	10.160.551	16.000	79,21
1991	209.681	10.247.341	20.462	90,78
1992	272.124	10.321.883	26.364	106,91
1993	335.469	10.379.453	32.320	120,6
1994	386.447	10.426.289	37.065	129,06
1995	443.044	10.442.900	42.425	141,64
1996	513.445	10.465.058	49.063	162,81
1997	574.177	10.498.800	54.690	177,4
1998	658.841	10.511.000	62.681	189,08
1999	820.865	10.521.700	78.016	239,48

(ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΔΡΑΧΜΕΣ)

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Διάγραμμα 2.9



Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Εξίσου εντυπωσιακή εμφανίζεται και η εξέλιξη της κερδοφορίας των ασφαλιστικών εταιριών, την τελευταία δεκαετία, με αποκορύφωμα το 1999 :

Πίνακας 2.9

	Κέρδη Χρήσεως	
	Κέρδη Χρήσεως	Ετήσια Αύξηση
1990	5.633	
1991	4.369	-22,44%
1992	9.686	121,70%
1993	8.944	-7,66%
1994	9.341	4,44%
1995	7.642	-18,19%
1996	8.443	10,48%
1997	12.041	42,62%
1998	21.996	82,68%
1999	118.393	438,25%

(ΤΑ ΠΟΣΑ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΔΡΑΧΜΕΣ)

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Διάγραμμα 2.10



Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Βέβαια, προϋπόθεση για τη συνέχιση της επιτυχούς δραστηριοποίησης των ασφαλιστικών εταιριών στην Ελλάδα, θα πρέπει να αποτελέσουν :

- η έντονη δραστηριοποίηση στην ανάπτυξη του δικτύου πωλήσεων
- οι επενδύσεις σε προγράμματα εισαγωγής και ανάπτυξης της πληροφορικής
- προγράμματα για την συντόμευση του χρόνου εξυπηρέτησης των εργασιών
- επέκταση και συμμετοχή σε νέες δραστηριότητες
- επέκταση των δραστηριοτήτων σε χώρες εκτός της Ελλάδος
- συγχώνευση-ενοποίηση εταιριών για την δημιουργία εταιριών με ικανοποιητικό μέγεθος για την αντιμετώπιση των συνεπειών της παγκοσμιοποίησης των αγορών
- εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού
- επινόηση και προσφορά σύγχρονων ασφαλιστικών προγραμμάτων
- αντιμετώπιση με επιτυχία του ανταγωνισμού, μέσα από ορθολογική κοστολόγηση των προσφερομένων προγραμμάτων της και
- βελτίωση συνεχώς της εικόνας (image) και της θέσης στην ελληνική αγορά.

Κεφάλαιο 3

Συμβόλαια ασφάλισης υγείας

3.1 Έννοια και φύση των συμβολαίων ασφάλισης υγείας

Η ασφάλιση Υγείας, είναι μία σύμβαση , που προβλέπει ότι, ο Ασφαλιστής, που εισπράττει σαν αντιπαροχή το ασφάλιστρο, θα καταβάλει ορισμένα χρηματικά ποσά, όταν, κατά τη διάρκεια της ζωής του Ασφαλισμένου συμβούν ορισμένα περιστατικά, (ασθένεια, χρήση υπηρεσιών υγείας κλπ), που περιγράφονται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο {Σκωλώδης Ζ. 1999}.

Τα ουσιώδη στοιχεία για την κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως και κάθε άλλης, είναι :

- Αίτηση και αποδοχή
- Σεβασμός των όρων
- Δικαιοπρακτική ικανότητα των συμβαλλομένων
- Νόμιμος σκοπός

Αποδεικτικό στοιχείο της ασφαλιστικής σύμβασης είναι το **ασφαλιστήριο Συμβόλαιο**. Το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, που στηρίζεται στον πρόσφατο νόμο 2496/97, χρονολογείται και πρέπει τουλάχιστον να περιέχει (άρθρο 1 παρ. 2):

- Τα στοιχεία των συμβαλλομένων (και του δικαιούχου, αν αυτός είναι διαφορετικό πρόσωπο)
- Τη διάρκεια της ασφαλιστικής κάλυψης
- το αντικείμενο της ασφάλισης
- το ασφαλιστικό ποσό
- το ασφάλιστρο
- τους κινδύνους που αναλαμβάνει ο Ασφαλιστής
- τις τυχόν εξαιρέσεις κάλυψης
- και το εφαρμοστέο δίκαιο (αν αυτό δεν είναι το Ελληνικό)

Τα συμβαλλόμενα, στην ασφαλιστική σύμβαση μέρη, είναι ο Ασφαλιστής και ο Συμβαλλόμενος (συνήθως ο Ασφαλιζόμενος). Σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί το πρόσωπο του Ασφαλιζόμενου ή του δικαιούχου της ασφάλισης, να μη συμπίπτει με εκείνο του Συμβαλλόμενου.

Όπως και σε κάθε άλλη αμφοτεροβαρή σύμβαση, έτσι και στην ασφαλιστική, δημιουργούνται υποχρεώσεις και για τα δύο συμβαλλόμενα μέρη. Έτσι,

- **ο Ασφαλιζόμενος** οφείλει με ευθύτητα και ειλικρίνεια, κατά το προσυμβατικό στάδιο, να απαντήσει στα ερωτήματα του Ασφαλιστή και να δηλώσει σ' αυτόν κάθε σχετικό με τον καλυπτόμενο κίνδυνο στοιχείο ή και αποδεχτεί υγειονομικό έλεγχο, εφόσον του ζητηθεί. Επίσης, κατά

τη διάρκεια της σύμβασης φέρει το βάρος της καταβολής του ασφαλιστρού.

- ο **Ασφαλιστής** έχει ουσιαστικά μία υποχρέωση : την παροχή της ασφαλιστικής προστασίας και φυσικά την τήρηση όλων εκείνων των οικονομικών προϋποθέσεων και διαδικασιών, προκειμένου να ανταποκρίνεται στην καταβολή των αποζημιώσεων, που θα προέλθουν από την αναδοχή των κινδύνων. Γενικότερα, όμως, θα μπορούσαμε να πούμε ότι, πέρα από τις υποχρεώσεις που ο νόμος επιβάλλει, ο Ασφαλιστής έχει την υποχρέωση να ακολουθεί εκείνη την ασφαλιστική πολιτική, που κατοχυρώνει κατά τον καλλίτερο τρόπο τα συμφέροντα των Ασφαλισμένων.

3.2 Είδη συμβολαίων ασφάλισης υγείας

Τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας, ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλιζομένων, διακρίνονται σε **ατομικά** και **ομαδικά**.

- Με τα **ατομικά**, ο Συμβαλλόμενος ασφαρίζει τον εαυτό του ή και μέλη της οικογένειάς του.
- Με τα **ομαδικά**, ασφαρίζεται το σύνολο του τακτικού (ή και έκτακτου) προσωπικού του Συμβαλλόμενου. Η ομαδική ασφάλιση υγείας είναι ένα είδος πρόσθετης και δεσμευτικής παροχής, που καλλιεργεί αγαθές σχέσεις μεταξύ εργαζομένων και εργοδοσίας, και επιφυλάσσει πολλά κέρδη και οφέλη και στον εργαζόμενο, του οποίου βελτιώνει τους όρους περίθαλψης και διαβίωσης, και στον εργοδότη, του οποίου τα συμφέροντα εξυπηρετούνται καλύτερα από τις αγαθές αυτές σχέσεις. Τα ασφάλιστρα ακόμα, αναγνωρίζονται σαν παραγωγικές δαπάνες και απαλλάσσονται από τη φορολογία εισοδήματος του εργοδότη.

3.3 Περιεχόμενο συμβολαίων ασφάλισης υγείας

Τις καλύψεις που παρέχονται από τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας, μπορούμε να διακρίνουμε σε :

3.3.1 **Νοσοκομειακές παροχές (inpatient Hospitalization benefits)**

Οι παροχές αυτές, αναφέρονται στις δαπάνες που πραγματοποιούνται, κατά την περίθαλψη του Ασφαλισμένου μέσα σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα. Θα πρέπει δε να διευκρινίσουμε, πως δεν θεωρούνται Νοσηλευτικά Ιδρύματα τα αναρρωτήρια, τα ιδρύματα για ναρκομανείς και αλκοολικούς, τα γηροκομεία, τα αναπαιτήρια και τα φυσιοθεραπευτήρια {Πριναράκης Μ. 1987}.

Τις νοσοκομειακές παροχές διακρίνουμε σε :

3.3.1.1 Νοσοκομειακό επίδομα (pure hospital daily allowance)

Το νοσοκομειακό επίδομα αναφέρεται σε ημερήσιο χρηματικό ποσό, που η Ασφαλιστική Εταιρία καταβάλλει στον Ασφαλισμένο, εφόσον εισαχθεί σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα, ανεξάρτητα από τις δαπάνες που θα πραγματοποιηθούν τελικά. Έτσι για την καταβολή του επιδόματος αυτού, χρειάζεται μόνο γνωμάτευση του Νοσηλευτικού Ιδρύματος, για να διαπιστωθεί αν η πάθηση καλύπτεται από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο και εισιτήριο-εξιτήριο για να προσδιοριστεί ο αριθμός των ημερών.

Μέρος ή ολόκληρο το νοσοκομειακό επίδομα, καταβάλλουν σαν επίδομα ανάρρωσης και για περιορισμένο αριθμό ημερών, ορισμένες Ασφαλιστικές Εταιρίες και μετά την έξοδο του Ασφαλισμένου από το Νοσηλευτικό Ίδρυμα.

Συνήθως (και ειδικότερα σε περασμένα χρόνια), υπάρχει ένα ανώτατο όριο ημερών πληρωμής του επιδόματος κατά περίπτωση ασθένειας.

3.3.1.2 Νοσοκομειακή περίθαλψη (hospital expenses).

Αυτή αναλύεται σε :

⇒ Βασική (ή κλασσική) περίθαλψη (Basic Medical Scheme) και περιλαμβάνει :

- ◇ Ημερήσια έξοδα για δωμάτιο και τροφή (R & B), ποσό χ, με ανώτατο όριο συνήθως τις 90-180 ημέρες κατ' ασθένεια, με ανώτατο ετήσιο όριο τις 270-360 ημέρες.
- ◇ Αμοιβή χειρουργού-αναισθησιολόγου κλπ, ποσό χ, κατά περίπτωση νοσηλείας και με ανώτατο ετήσιο όριο ποσό ψ (μπορεί και χ = ψ).
- ◇ Έξοδα για εργαστηριακές εξετάσεις (μικροβιολογικές, ακτινολογικές κλπ), ποσό χ, κατά περίπτωση νοσηλείας και με ανώτατο ετήσιο όριο ποσό ψ (μπορεί και χ = ψ).
- ◇ Έξοδα για φάρμακα, ζώνες, τεχνητά μέλη κλπ, ποσό χ, κατά περίπτωση νοσηλείας και ανώτατο ετήσιο όριο ποσό ψ (μπορεί και χ = ψ).

⇒ Ευρεία περίθαλψη (Major Medical Scheme),

η οποία περιλαμβάνει ένα ανώτατο ετήσιο όριο δαπανών ποσό χ, το οποίο είναι δυνατό να δαπανηθεί χωρίς περιορισμό για οποιοδήποτε είδος επί μέρους δαπάνης (νοσοκομειακά έξοδα, αμοιβή χειρουργού κλπ). Συνήθως στην *Ευρεία Νοσοκομειακή Περίθαλψη* μπαίνει μόνο ένα ανώτατο όριο για την ημερήσια δαπάνη δωματίου- τροφής. Πέρα του ανώτατου ετήσιου ορίου δαπάνης, κανένα ποσό και για κανένα λόγο, δεν καταβάλλεται. Τα προγράμματα αυτά συνήθως προβλέπουν ή την ποσοστιαία συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε κάθε δαπάνη (π.χ. 20%), ή ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό, από το οποίο, απαλλάσσεται κάθε χρόνο η Ασφαλιστική Εταιρία (π.χ. 100.000 δρχ). Η εξόφληση των σχετικών δαπανών, γίνεται κάθε φορά, με τα

πρωτότυπα των επίσημων δικαιολογητικών των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.

3.3.2 Εξωνοσοκομειακές παροχές (outpatient benefits)

Αναφέρονται σε δαπάνες, που πραγματοποιούνται για θεραπείες εκτός Νοσοκομείου και αφορούν :

- ◇ ιατρικές επισκέψεις (στο σπίτι, το ιατρείο), έως δαπάνη ποσό χ κατά επίσκεψη και μέχρι ν επισκέψεις το έτος.
- ◇ φάρμακα κλπ, έως δαπάνη ποσό χ κατά εξέταση και μέχρι ποσό ψ κατ' ανώτατο ετήσιο όριο.
- ◇ εργαστηριακές εξετάσεις, έως δαπάνη ποσό χ κατά συνταγή και μέχρι ποσό ψ κατ' ανώτατο ετήσιο όριο.

Οι τρεις παραπάνω καλύψεις της Εξωνοσοκομειακής δίνονται πάντοτε με μία συμμετοχή του Ασφαλισμένου που συνήθως κυμαίνεται γύρω στο 20% του ποσού κάθε απόδειξης, την οποία προσκομίζει για πληρωμή.

Οι Ασφαλισμένοι, μπορούν να κάνουν χρήση Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και Ιατρών του Εξωτερικού, αρκεί να θεωρήσουν τα σχετικά δικαιολογητικά από τις Ελληνικές Προξενικές Αρχές, της έδρας των Ιδρυμάτων και Ιατρών αυτών. Στην περίπτωση αυτή, οι σχετικές δαπάνες θα πληρωθούν στην Ελλάδα, σε δραχμές και σε τιμές συναλλάγματος της ημερομηνίας που πραγματοποιήθηκαν.

3.4 Συνήθεις όροι καλύψεων ατομικής ασφάλισης υγείας

3.4.1 Διάρκεια της ασφάλισης

Συνήθως τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας είναι *εγγυημένα ανανεώσιμα* (εφόσον δεν συντρέχουν άλλοι λόγοι, όπως μη πληρωμή ασφαλίστρων ή συμπλήρωση του ανώτατου ορίου ηλικίας). Αυτό σημαίνει ότι η εταιρία εγγυάται τη συνεχή ανανέωση της κάλυψης, σύμφωνα με τους όρους του συμβολαίου. Η ανανέωση είναι στην αποκλειστική διάκριση του ασφαλισμένου και η εταιρία διατηρεί το δικαίωμα αιτιολογημένης αύξησης του ασφαλίστρου για ολόκληρη κλάση ασφαλισμένων, αλλά όχι για ένα μεμονωμένο άτομο. Η κάλυψη δεν μπορεί να ακυρωθεί, ανεξάρτητα από τον αριθμό των ζημιών ή την επιδείνωση της υγείας του ασφαλισμένου.

3.4.2 Προϋπάρχουσες ασθένειες

Για να αντιμετωπίσουν την *αντεπιλογή**, τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας κατά κανόνα περιέχουν όρο για τις προϋπάρχουσες ασθένειες ή καταστάσεις. Με αυτό τον τρόπο, οι προϋπάρχουσες, της σύναψης του συμβολαίου ασφάλισης, σωματικές ή πνευματικές ασθένειες ή καταστάσεις του ασφαλισμένου, δεν καλύπτονται καθόλου (απορρίπτεται η κάλυψή τους) ή μόνο καλύπτονται μετά την πάροδο συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος από την έκδοση του συμβολαίου (συνήθως μετά την πάροδο δύο ετών). Γι' αυτό το λόγο, πριν την σύναψη του συμβολαίου ασφάλισης υγείας υποχρεώνεται ο λήπτης της ασφάλισης να δηλώνει κάθε στοιχείο ή περιστατικό, εφόσον είναι αντικειμενικά ουσιώδες για την επέλευση του κινδύνου (άρθρο 32 Ν. 2496/97)

3.4.3 Περίοδος αναμονής

Συχνά τα ασφαλιστήρια συμβόλαια περιέχουν μια περίοδο αναμονής, που εφαρμόζεται μόνο στην έναρξη του συμβολαίου. Για όλα τα είδη των ασφαλιστικών συμβάσεων προβλέπεται χρονικό διάστημα δεκατεσσάρων (14) ημερών από την παράδοση του συμβολαίου, μέσα στο οποίο είναι δυνατή η γραπτή εναντίωση του λήπτη της ασφάλισης προς τους όρους του συμβολαίου.

3.4.4 Διαδοχική χρήση υπηρεσιών υγείας

Στην ασφάλιση υγείας παρουσιάζεται συχνά το πρόβλημα, μετά την αποζημίωση κάποιου ασφαλισμένου για χρήση ιατρικών υπηρεσιών εξαιτίας κάποιου προβλήματος υγείας του, να επανέρχεται ο ίδιος ασφαλισμένος μετά σύντομο χρονικό διάστημα, με αίτησή του για αποζημίωση εξαιτίας του ίδιου προβλήματος. Και τίθεται το ερώτημα, η δεύτερη ασθένεια θεωρείται καινούργιο περιστατικό ή αποτελεί συνέχεια του προηγούμενου; Τα περισσότερα συμβόλαια ασφάλισης υγείας περιέχουν σαφή όρο για διαδοχικές ασθένειες. Παρόλα αυτά, όταν εμφανιστεί σχετικό περιστατικό, αποτελεί συνήθως σημείο αντιπαράθεσης μεταξύ ασφαλισμένου και εταιρίας.

3.4.5 Όρος αδιαφιλονίκητου

Μετά τα δύο πρώτα χρόνια ισχύος της κάλυψης, η ασφαλιστική εταιρία δεν μπορεί να ακυρώσει την κάλυψη ή να αρνηθεί αποζημίωση, επικαλούμενη προϋπάρχουσα ασθένεια ή εσφαλμένη δήλωση στην αίτηση ασφάλισης, παρά μόνο εφόσον αποδείξει ότι ο ασφαλισμένος σκόπιμα προέβη σε δόλια και παραπλανητική δήλωση.

* Η τάση να επιλέγουν να ασφαλιστούν, όσοι έχουν μεγαλύτερη από το μέσο όρο πιθανότητα ζημιάς

Κεφάλαιο 4

Η έννοια του κινδύνου στην ασφάλιση υγείας – Μέθοδοι τιμολόγησης και συστήματα διαχείρισης

4.1 Μεθοδολογία προσδιορισμού του ασφαλίστρου

4.1.1 Προσδιορισμός του ασφαλίστρου συμβολαίων ασφάλισης υγείας

Η τιμολόγηση (Pricing) αποτελεί μια από τις σπουδαιότερες λειτουργίες της ασφαλιστικής εταιρίας. Αρμόδιοι για τον προσδιορισμό των ασφαλίστρων είναι το τμήμα Underwriting* και οι αναλογιστές. Αυτοί αποφασίζουν την τιμή κάθε ασφάλισης, εξετάζοντας στατιστικά στοιχεία, στοιχεία ζημιών και άλλα στοιχεία. Η τιμολόγηση των ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας πρέπει να ακολουθεί μερικές βασικές αρχές, οι κυριότερες από τις οποίες ορίζουν, ότι τα ασφάλιστρα πρέπει να είναι {Νεκτάριος Μ. 1998} :

- *Επαρκή*, δηλαδή αρκετά για να καλύπτουν τις ζημιές και τα έξοδα
- *Δίκαια*, δηλαδή παρόμοιοι κίνδυνοι να χρεώνονται με τα ίδια ασφάλιστρα
- *Απλά*, ώστε το σύστημα τιμολόγησης να κατανοείται εύκολα
- *Σχετικά σταθερά* για ορισμένα χρονικά διαστήματα, ώστε να μη δημιουργούν δυσaréσκεια στους ασφαλισμένους από τη συχνή μεταβολή της τιμής τους
- *Προσαρμόσιμα*, στις διαχρονικές μεταβολές των κινδύνων και τις μεταβαλλόμενες οικονομικές συνθήκες
- *Να ενθαρρύνουν την πρόληψη*, δηλαδή να μειώνουν τη συχνότητα των κινδύνων και τη σοβαρότητα των επιπτώσεων τους

Επίσης, θα πρέπει να αναφέρουμε μερικούς βασικούς όρους που χρησιμοποιούνται στην κοστολόγηση και την τιμολόγηση των ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας :

* Το τμήμα της ασφαλιστικής εταιρίας, που :

1. προστατεύει την ασφαλιστική εταιρία από την ανάληψη κακών κινδύνων
2. τιμολογεί τους αναλαμβανόμενους κινδύνους
3. κατατάσσει τις αιτήσεις ασφάλισης σε κατηγορίες κινδύνων
4. παρακολουθεί στατιστικά την εξέλιξη των αναλαμβανόμενων κινδύνων

- *Τεχνικά ασφάλιστρα* (ή ασφάλιστρα κινδύνου), είναι το ποσό που απαιτείται για την κάλυψη των αποζημιώσεων και των σχετικών εξόδων αποζημίωσης
- *Εμπορικά ασφάλιστρα*, είναι αυτά που προκύπτουν, αν στα τεχνικά ασφάλιστρα προστεθούν οι απαραίτητες επιβαρύνσεις για διαχειριστικά έξοδα, έξοδα πρόσκτησης ασφαλιστικών εργασιών και το περιθώριο κέρδους.
- *Συνολικά ασφάλιστρα*, είναι αυτά που προκύπτουν από τα εμπορικά ασφάλιστρα, μετά την επιβάρυνση με κοινωνικού χαρακτήρα εισφορές (φόροι, τέλη, δικαιώματα κλπ) που αποδίδονται στη συνέχεια στον δικαιούχο

Οι όποιες επιβαρύνσεις, εκφράζονται συνήθως ως ποσοστό των εμπορικών ασφαλιστρών και ονομάζεται «λόγος ή ποσοστό εξόδων». Το ποσοστό αυτό διατίθεται σε έξοδα, κέρδη, φόρους κλπ. Έτσι το συνολικό ασφάλιστρο δίδεται από τον τύπο :

$$\text{Συνολικό Ασφάλιστρο} = \text{Τεχνικό Ασφάλιστρο} / 1-\% \text{ εξόδων}$$

Στις Γενικές Ασφαλίσεις, υπάρχουν τρεις βασικές μέθοδοι τιμολόγησης :

- Τιμολόγηση κατ' εκτίμηση (judgment rating), όπου κάθε κίνδυνος εκτιμάται ατομικά και το ασφάλιστρο καθορίζεται κυρίως από την εκτίμηση του τμήματος underwriting
- Τιμολόγηση με ταξινόμηση κατά κλάσεις (class rating), όπου κίνδυνοι με παρόμοια χαρακτηριστικά, ταξινομούνται στην ίδια κλάση και χρεώνονται με τα ίδια ασφάλιστρα
- Τιμολόγηση με προσαρμογή (merit rating), η οποία προβλέπει προσαρμογή των τιμών που ορίζονται κατά κλάση, ανάλογα με το ιστορικό ζημιών

Στην ατομική ασφάλιση υγείας, συνήθως ακολουθείται η πρακτική της τιμολόγησης με *ταξινόμηση κατά κλάσεις*, η οποία είναι και η πιο απλή. Στη μέθοδο αυτή, τα ασφάλιστρα αντανakλούν την εμπειρία για τη μέση ζημιά όλης της κλάσης. Η τιμολόγηση δηλαδή, βασίζεται στην υπόθεση, ότι οι μελλοντικές ζημιές θα καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τους ίδιους παράγοντες κινδύνου για την υγεία των ασφαλισμένων. Τέτοιοι παράγοντες θεωρούνται η ηλικία, το φύλο, το περιβάλλον, ο τόπος κατοικίας, η φυλή, κατάσταση υγείας, το κάπνισμα, το είδος του ασφαλιστικού κινδύνου κ.α. {American Academy of Actuaries 1999}.

Η *τιμολόγηση κατά κλάσεις*, ακολουθεί κατά κύριο λόγο τον υπολογισμό με τη *μέθοδο τεχνικού ασφάλιστρου (pure premium method)*. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, το τεχνικό ασφάλιστρο καθορίζεται διαιρώντας το ποσό των αναμενόμενων αποζημιώσεων (μετά των εξόδων αποζημίωσης) δια του αριθμού των καλυπτόμενων κινδύνων {Νεκτάριος Μ. 1998}. Στο ποσό των αποζημιώσεων συμπεριλαμβάνονται όλες οι πληρωθείσες ζημιές κατά τη διάρκεια της λογιστικής περιόδου, καθώς και τα ποσά που κρατούνται για την πληρωμή των ζημιών που έχουν εμφανιστεί στην ίδια περίοδο, αλλά δεν έχουν ακόμη καταβληθεί.

4.1.2 Ταξινόμηση των κινδύνων (Risk Classification)

Η ταξινόμηση των κινδύνων αναφέρεται στη διαδικασία σχηματισμού διαφορετικών ασφαλιστρών, για την ίδια κάλυψη, βασιζόμενοι σε ομαδικά χαρακτηριστικά κινδύνου. Αυτό συμβαίνει, όταν στόχος είναι η τιμοδότηση σε κάποιο ατομικό συμβόλαιο υγείας, αλλά τα διαθέσιμα στοιχεία των αποζημιώσεων, για τον συγκεκριμένο ασφαλισμένο, είναι ανεπαρκή. Η διέξοδος είναι, να μετρήσουμε ομαδικά κόστη και να υποθέσουμε, ότι ο ασφαλισμένος ανήκει σε κάποια συγκεκριμένη ομάδα με παρόμοια χαρακτηριστικά κινδύνου για την υγεία του.

Η λογική είναι, ότι, τα ασφάλιστρα πρέπει να διαφέρουν, επειδή τα βασικά κόστη σύνθεσής τους διαφέρουν. Κυρίως, τα κόστη μπορεί να διαφέρουν λόγω διαφορετικής συχνότητας ή του μέσου μεγέθους των αποζημιώσεων ή λόγω διαφορετικής αποτίμησης του κινδύνου. Επιπρόσθετα, τα ασφάλιστρα μπορεί να διαφέρουν (όπως και παραπάνω αναφέραμε) και λόγω των μεθόδων εκτίμησης των ασφαλιστρών, λόγω στρατηγικής σε θέματα προώθησης προγραμμάτων ασφάλισης ή και λόγω πρακτικών στο Underwriting ασφαλίσεων υγείας.

Η Ταξινόμηση των Κινδύνων στην ασφάλιση υγείας ειδικότερα, απορρέει από αναγνωρίσιμες μεταβλητές (χαρακτηριστικά κινδύνου), οι οποίες διαχωρίζουν αυτά τα κόστη ανάμεσα σε διαφορετικούς ασφαλισμένους.

Διάφορα κριτήρια (αναλογιστικά, επιχειρησιακά, κοινωνικά και νομικά) λαμβάνονται υπόψη στον προσδιορισμό και την επιλογή των κινδύνων.

Τα αναλογιστικά κριτήρια, επιχειρούν να ταξινομήσουν με την μεγαλύτερη ακρίβεια τους ασφαλισμένους σε ομάδες, οι οποίες :

1. να είναι σχετικά ομοιογενείς (*homogeneous*), δηλαδή τα αναμενόμενα κόστη κάθε ενός ατομικού κινδύνου (ασφαλισμένου) στην ομάδα, θα πρέπει να είναι λογικά παρεμφερή
2. να έχουν αξιοπιστία (*credibility*), ικανοποιώντας την στατιστική αρχή των Μεγάλων Αριθμών
3. να έχουν διαφορετικό μέσο κόστος (*separation*)
4. να περιέχουν χαρακτηριστικά κινδύνου, που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για προβλέψεις, διατηρώντας τις διαφοροποιήσεις του μέσου κόστους με *σχετική σταθερότητα σε διάρκεια χρόνου (reliability)*

Τα παραπάνω κριτήρια, μερικές φορές είναι αντικρουόμενα. Έτσι, π.χ. αυξάνοντας των αριθμό των ομάδων μπορεί να βελτιώνεται η ομοιογένεια, αλλά ταυτόχρονα μειώνεται η αξιοπιστία.

Τα επιχειρησιακά κριτήρια, περιλαμβάνουν αντικειμενικούς περιορισμούς, λογικά διοικητικά έξοδα και αναγνωρισιμότητα των κινδύνων.

Τα κοινωνικά κριτήρια, περιλαμβάνουν εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, αιτιότητα των χαρακτηριστικών κινδύνου, και αποδοχή και διαχείριση του απαιτούμενου κόστους.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, ως Ταξινόμηση των Κινδύνων λοιπόν, θα μπορούσε να οριστεί «η διαδικασία ομαδοποίησης των ατόμων με όμοια χαρακτηριστικά κινδύνου, διαδικασία που λαμβάνει μέρος σε κάθε λειτουργικό

σύστημα ατομικής και εκούσιας ασφαλιστικής κάλυψης, με σκοπό να οριστούν τιμές στο σύστημα αυτό» {American Academy of Actuaries 1980}.

Τέλος, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό τι **δεν** είναι η *Ταξινόμηση των κινδύνων*. Ορίζοντας τη μέση εμπειρία για μια συγκεκριμένη ομάδα (τάξη) ασφαλισμένων, δεν σημαίνει και ότι προβλέπουμε τις αποζημιώσεις για κάθε ένα ασφαλισμένο της ομάδας αυτής ατομικά. Είναι αδύνατο, αλλά και μη αναγκαίο να προβλέπουμε με εμπειρικά δεδομένα για ατομικούς κινδύνους. Εάν το γεγονός, ο χρόνος του και το μέγεθός του ήταν γνωστά εκ των προτέρων, δεν θα υπήρχε οικονομική αβεβαιότητα. Επίσης, δεν αποτελεί σκοπό της *Ταξινόμησης των κινδύνων* να αναγνωρίζει ασυνήθιστα ευνοϊκούς ή επιβαρυντικούς παράγοντες κινδύνου, ή να ανταμείβει ή επιβαρύνει ορισμένες τάξεις εις βάρος κάποιων άλλων {Walters A. Michael 1981}.

Χρησιμοποιώντας τις αρχές της *Ταξινόμησης των κινδύνων* κατασκευάζονται και οι πίνακες νοσηρότητας, τους οποίους οι ασφαλιστικές εταιρίες χρησιμοποιούν κατ' επιλογή τους και υποχρεούνται να κοινοποιούν ετησίως στο Υπουργείο Ανάπτυξης, αλλά και οι πίνακες νοσηρότητας υπολογισμού των μαθηματικών αποθεμάτων του Υπουργείου Ανάπτυξης (άρθρο 17 Π.Δ. 252/96).

Συστηματική χρήση, της ταξινόμησης των κινδύνων πραγματοποιείται για την ανάλυση των χαρακτηριστικών των εξόδων της ασφάλισης υγείας. Βασικό μοντέλο το οποίο χρησιμοποιείται, είναι το μοντέλο για το *κόστος ανάληψης του κινδύνου (Risk Cost Model)*, μέσω του οποίου κατασκευάζονται και οι πίνακες για την τιμολόγηση των νοσοκομειακών επιδομάτων ή/και οι πίνακες με τους δείκτες ανάληψης κινδύνου για αποζημίωση χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών στο NHS {Orros G. & Webber J. 1987}:

$$Risk\ Cost = N * 10 * MDS * C/P$$

Όπου :

N =	Ο αριθμός των ατόμων που έλαβαν εξιτήριο μετά από νοσοκομειακή περίθαλψη
MDS =	Μέση διάρκεια νοσοκομειακής περίθαλψης (σε ημέρες)
C =	Μέσο ημερήσιο κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης
P =	Πληθυσμός σε κίνδυνο

Το παραπάνω μοντέλο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνολική βάση, ή με βάση κάποιο χαρακτηριστικό της ομάδας κινδύνου.

Τέλος, πιο συνηθισμένη χρήση της ταξινόμησης κινδύνου, γίνεται για τον υπολογισμό του *καθαρού κόστους κινδύνου ασφάλισης υγείας (Pure Risk Cost)*, το οποίο προτιμάται για τον υπολογισμό των ασφαλίσεων από τη *μέθοδο τεχνικού ασφαλιστρού (pure premium method)*. Το καθαρό κόστος, μπορεί να οριστεί «*ως ο λόγος των αποζημιώσεων , προς τους εκτειθέμενους*». Το μέγεθος *εκτειθέμενοι* μπορεί να αναφέρεται σε ασφαλιζόμενα αθρωπο-έτη ή και έτη συμβολαίων. Συνηθίζεται, σε περίπτωση που υπάρχουν διαθέσιμα και τα δύο μεγέθη, τα ανθρωπο-έτη. Για κάθε ταξινόμηση, σύμφωνα με κάποιο χαρακτηριστικό κινδύνου, ακολουθείται ότι αναφέρθηκε και στο παραπάνω μοντέλο.

4.1.3 Το Τιμολογιακό καθεστώς στη χώρα μας-Αντασφαλιστικές επιρροές

Τα ασφάλιστρα και οι γενικοί όροι των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας είναι ελεύθερα και δεν υπόκεινται σε καμία έγκριση της Εποπτεύουσας Αρχής, όπως συμβαίνει με τα ασφάλιστρα και τους γενικούς όρους των Ασφαλειών Ζωής.

Όμως, ελάχιστες Ελληνικές Ασφαλιστικές Εταιρίες εφαρμόζουν ασφάλιστρο, στο οποίο έχουν καταλήξει ύστερα από τη σχετική στατιστική παρατήρηση, των Ελληνικών δεδομένων. Έτσι, τα ασφάλιστρα καταρτίζονται συνήθως αυθαίρετα, χωρίς τη χρήση πινάκων νοσηρότητας, όπως συμβαίνει στο εξωτερικό, με βάση μόνο την εμπειρία της Ασφαλιστικής Εταιρίας και την εκτίμηση του αναλογιστή. Επίσης παράγοντας διαμόρφωσης του τελικού ασφαλίστρου αλλά και των γενικών όρων, είναι συνήθως μόνο ο ανταγωνισμός και η νοοτροπία της πώλησης, που θέλει τα προγράμματα ασφάλισης υγείας σαν «κράχτη» για την πώληση συμβολαίων Ζωής {PANTA O.E. 1984}.

Έτσι, οι περισσότεροι ακολουθούν το guide-line του ξένου αντασφαλιστού, τον οποίο θεωρούν περισσότερο έμπειρο και ως εκ τούτου πιο αρμόδιο να προσδιορίσει το ασφάλιστρο. Το αποτέλεσμα είναι, είτε η «μετάφραση» (αποτίμηση σε εγχώριο νόμισμα) των «ξένων» ασφαλίστρων, είτε η «κατασκευή» του πίνακα των ασφαλίστρων από το αντασφαλιστή, ο οποίος καλύπτει κατά το μεγαλύτερο μέρος (80%-90%) το σχετικό πρόγραμμα, πέρα από την κράτηση της ίδιας της εταιρίας (10%-20%).

Δεν παραγνωρίζεται βέβαια, ούτε η πλούσια επιστημονική γνώση, ούτε η διεθνής εμπειρία των αντασφαλιστών, οι οποίες μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις μπορούν να φανούν χρήσιμες. Όσο προχωρούμε όμως, σε ειδικότερα θέματα της ασφαλιστικής αγοράς προγραμμάτων υγείας, ο Πρωτασφαλιστής θα πρέπει να αναπτύσσει πρωτοβουλίες, ώστε ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες και προϋποθέσεις της αγοράς αυτής, να διαμορφώνει και να καταλήγει σε δικές του, εθνικές απόψεις, τις οποίες στη συνέχεια θα επιβάλλει στους αντασφαλιστές.

Οι υποδείξεις των αντασφαλιστών, από τις οποίες πρέπει να αποδεσμευτούν οι Πρωτασφαλιστές, συνήθως αναφέρονται σε :

⇒ *Προσδιορισμός των παρεχομένων καλύψεων*

οι παρεχόμενες προς τους ασφαλισμένους καλύψεις, πρέπει να είναι ανάλογες με τις συνθήκες που επικρατούν στην Ελληνική αγορά. Η ισχύουσα νομοθεσία, οι κοινωνικές δομές, το σύστημα υγείας, το βιοτικό επίπεδο, ο τρόπος και η φιλοσοφία ζωής, οι τοπικές ακόμα συνήθειες, είναι παράγοντες που επηρεάζουν αποφασιστικά την ζήτηση για ιδιωτική ασφάλιση υγείας και κατ' επέκταση τις παρεχόμενες από την ασφαλιστική αγορά καλύψεις, που μπορεί να είναι εντελώς ανεδαφικές και άστοχες για την ασφαλιστική αγορά μιας άλλης χώρας.

Σαν παράδειγμα χαρακτηριστικό, αλλά όχι μοναδικό, μπορούμε να αναφέρουμε την κάλυψη «*επισκέψεις σε ψυχίατρο 20 κατ' έτος*», που περιλαμβάνεται σε πρόγραμμα ασφάλισης υγείας στη χώρα μας. Δεν χρειάζεται κόπος για να καταλάβει κάποιος ότι ο αντασφαλιστής είναι Αμερικάνικη Εταιρία (και αναφέρεται σε πρόγραμμα που καλύπτει συνηθισμένη χρήση υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ) και ότι "Έλληνας Ασφαλιστής απλά μετέφρασε το πρόγραμμα, που του υπέδειξε ο πρώτος, χωρίς προσπάθεια προσαρμογής του στις απαιτήσεις και τα δεδομένα της Ελληνικής πραγματικότητας.

⇒ *Προσδιορισμός του ασφαλιστρού*

Άλλο σφάλμα των Ασφαλιστικών Εταιριών της αγοράς μας, είναι η ανεξέλεγκτη αποδοχή και εφαρμογή του ασφαλιστρού που υποδεικνύουν οι αντασφαλιστές, το οποίο δεν έχει καμία σχέση με τα εγχώρια δεδομένα συναγωγής επέλευσης του κινδύνου της ασθένειας ή χρήσης άλλης υπηρεσίας υγείας. Επειδή το ασφάλιστρο αυτό βασίζεται σε πολύ συντηρητικούς υπολογισμούς και είναι φορτωμένο με υψηλούς δείκτες εμπιστοσύνης, κρίνεται κατά πολύ υψηλότερο εκείνου, που είναι αρκετό για την αντιμετώπιση των σχετικών κινδύνων.

Παρατηρείται έτσι, μία αδικαιολόγητη αναρχία καθορισμού συνήθως υψηλότερου (ή και σπανιότερα χαμηλότερου) ασφαλιστρού, από το επιστημονικά σωστό. Αυτό θα μπορούσε να εκλείψει, αν κάθε Ασφαλιστική Εταιρία ξεχωριστά ή ακόμα και οι Ενώσεις Ασφαλιστικών Εταιριών, αναλάμβαναν την πρωτοβουλία συγκέντρωσης και επεξεργασίας στατιστικών στοιχείων των αποζημιώσεων, και την διαμόρφωση βάσει αυτών ενός ασφαλιστρού, που θα ανταποκρίνονταν στα εθνικά μας δεδομένα.

Καλό θα ήταν στο σημείο αυτό να τονιστεί και πάλι ότι, στον προσδιορισμό της τιμής της ατομικής ασφάλισης υγείας, είναι σημαντικός ο διαχωρισμός μεταξύ του τεχνικού ασφαλιστρού και της τελικής τιμής που προσδιορίζεται για να προσφερθεί στην αγορά. Η εκτίμηση του τεχνικού ασφαλιστρού (κοστολόγηση) αναφέρεται στη μελέτη θεωρητικών μοντέλων εκτίμησης, τα οποία στηρίζονται στην ταξινόμηση των κινδύνων που αναλαμβάνονται με την ασφάλιση υγείας. Η τιμή πώλησης από την άλλη πλευρά, αναφέρεται σε μοντέλα τιμολόγησης, τα οποία κρίνονται κατάλληλα για την αγορά. Και τα δύο παραπάνω απαιτούν προβολές πάνω σε συγκεκριμένες βάσεις και ενέχουν κάποιο βαθμό αβεβαιότητας {Orros G. & Webber J. 1987}.

Ο προσδιορισμός της τελικής τιμής ενός συμβολαίου ατομικής ασφάλισης υγείας, ασχολείται με τη διαμόρφωση της εξωτερικής τιμής για κάθε διαφοροποίηση του σχεδιασμού και των προϊόντων, και την παρουσίασή της στους υποψήφιους πελάτες. Αντίθετα, η κοστολόγηση του ατομικού ασφαλιστρού, ασχολείται με την εκτίμηση του θεωρητικού ασφαλιστρού, το οποίο απαιτείται για κάθε κατηγορία κινδύνου, σε συνδυασμό με τους στόχους της επιχείρησης και τα οικονομικά κριτήρια. Όμως, δεν θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας ότι η ασφαλιστική αγορά λειτουργεί σε ανταγωνιστικό περιβάλλον, και ως εκ τούτου η πρακτική μπορεί να μη επιτρέπει τιμές συμβολαίων, που έχουν καθοριστεί με αυστηρά θεωρητικά-επιστημονικά κριτήρια. Αυτό όμως, δεν θα πρέπει να αποθαρρύνει τις ασφαλιστικές εταιρίες, από το να υιοθετήσουν μία θετική στάση στα θεωρητικά μοντέλα,

που θα τους επιτρέψουν να εκμεταλλευτούν τις ευκαιρίες της αγοράς ασφάλισης υγείας και να αναπτυχθούν εκ του ασφαλούς σε ένα έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον, όπως αυτό προδιαγράφεται στον ενοποιημένο Ευρωπαϊκό χώρο.

4.1.4 Το ασφαλιστικό κόστος προγραμμάτων υγείας

Δεν θα επεκταθούμε σε οικονομική ανάλυση του κόστους των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, θα υπογραμμίσουμε όμως ορισμένες ιδιομορφίες του κόστους αυτού και θα προβούμε σε σχετικές παρατηρήσεις, από τις οποίες θα προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα για την αναγκαιότητα ανάπτυξης πληροφοριακών συστημάτων ασφάλισης υγείας, από τις Ασφαλιστικές Εταιρίες.

Κατ' αρχήν, το κόστος αυτής της ασφαλιστικής κάλυψης, φέρει έκδηλα τα χαρακτηριστικά του πρότυπου κόστους (standard cost), γιατί και κριτική ανάλυση των δεδομένων του παρελθόντος μπορεί να γίνει, για να διαπιστωθούν τυχόν αποκλίσεις και τα σχετικά αίτια, αλλά και οι αποκλίσεις αυτές συνιστούν για την Ασφαλιστική Εταιρία αποτέλεσμα {Παπαθανασίου Ν. 1995}. Το πρότυπο κόστος όμως, χάνει την έννοια και τη σημασία του στα προγράμματα ασφάλισης υγείας, γιατί τα πιο ουσιώδη στοιχεία του κόστους τους, χαρακτηρίζονται από μεγάλη ρευστότητα. Στην ασφαλιστική τεχνική, ποτέ δεν μπορούμε να έχουμε εμπιστοσύνη στα προκαθορισμένα έξοδα αποζημιώσεων για χρήση υπηρεσιών υγείας. Και αυτό, γιατί οι ζημιές, ο βασικότερος συντελεστής, που καλύπτει τη σημαντικότερη αναλογία του κόστους, εμφανίζουν εντυπωσιακές διακυμάνσεις, που οφείλονται σε αντίστοιχες αποκλίσεις, της μαθηματικής τιμής των κινδύνων.

Ο βαθμός επομένως, που χαρακτηρίζει την αβεβαιότητα του ασφαλιστικού κόστους της ασφάλισης υγείας, είναι πολύ μεγάλος. Το ενδεχόμενο των διακυμάνσεων αυτών, βρίσκεται σε αντιστρόφως ανάλογη σχέση με τον όγκο, την ποικιλία και το εύρος της γεωγραφικής διανομής του χαρτοφυλακίου της Ασφαλιστικής Εταιρίας. Δηλαδή μία Ασφαλιστική Εταιρία με μεγάλο όγκο συμβολαίων ασφάλισης υγείας, ευρεία γεωγραφική διανομή δραστηριότητας και μεγάλη ποικιλία καλυπτομένων κινδύνων, χαρακτηρίζεται από μεγάλη σταθερότητα ζημιών, σε σχέση με άλλη εταιρία, περιορισμένου χαρτοφυλακίου συμβολαίων ασφάλισης υγείας, δικτύου και αντικειμένου.

4.2 Μεθοδολογία ιατρικής εκτίμησης του ασφαλιστικού κινδύνου

Η ραγδαία ανάπτυξη της Ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, που σε μεγάλο βαθμό οφείλεται, όπως ήδη παραπάνω έχουμε αναφέρει, στην ολοένα αυξανόμενη αδυναμία του Κράτους για κάλυψη αναγκών στον τομέα της υγείας, δεν έδωσε το απαιτούμενο χρονικό περιθώριο στις Ασφαλιστικές Εταιρίες, να δομηθούν κατά τρόπο ανάλογο των απαιτήσεων της αγοράς.

Η πώληση προϊόντων "ευαίσθητων" και "εύθραυστων" και η κακοποίηση τους από "χρήστες" και "μεσάζοντες", έχει δημιουργήσει μία εκρηκτική κατάσταση. Η αμυντική αναδίπλωση των εταιριών με συμβόλαια που αναγκάζουν τον

"χρήστη-ασφαλισμένο" να συμμετέχει οικονομικά, είτε με ποσοστό επί της δαπάνης, είτε με απαλλαγή εφάπαξ ποσού, είτε με συνδυασμό και των δυο, μετριάξει αλλά δεν λύνει το πρόβλημα, δεδομένου ότι έχει οδηγήσει σε εκτίναξη των ιατρικών αμοιβών, για λόγους ευνόητους.

Όμως η ανάλυση, πρέπει να ξεκινήσει από μια απλή ταξινόμηση των αιτιών χρήσης υπηρεσιών υγείας :

- *κατηγορία Α* : τυχαία και αιφνίδια προβλήματα υγείας, που χρήζουν νοσηλείας
- *κατηγορία Β* : εκτέλεση check-up και εξωνοσοκομειακών εξετάσεων
- *κατηγορία Γ* : προβλήματα υγείας προϋπάρχοντα της ασφάλισης

Σε έρευνα του έτους 1994 που αφορούσε τη μελέτη 2.000 εισαγωγών σε Νοσηλευτήρια των Αθηνών {Παπαθανασίω Ν. 1995}, προκύπτει ότι στην *κατηγορία Α* ανήκε το 40%, στην *κατηγορία Β* το 45% και στην *κατηγορία Γ* το 15% των περιστατικών.

Όσον αφορά την *κατηγορία Α*, αν και το πρόβλημα είναι αναμενόμενο, το ποσοστό νοσηρότητας υπερβαίνει κατά πολύ αυτό του γενικού πληθυσμού, ηλικίας έως 65 ετών.

Για την *κατηγορία Β*, αν και έχει γίνει προσπάθεια λήψης μέτρων, το πρόβλημα παραμένει σοβαρό και συνεχίζει να αποτελεί αντικείμενο μελετών και συζητήσεων μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών.

Για την *κατηγορία Γ*, το ποσοστό θεωρείται υψηλό και κάθε άλλο παρά απροβλημάτιστους πρέπει να αφήσει τους ενδιαφερόμενους, καθώς το κόστος της άγγιξε στην εν λόγω έρευνα τα 180.000.000 δρχ.

Το ερώτημα επομένως που διατυπώνεται είναι, αν η πρόσθετη δαπάνη είναι δυνατόν να αποφευχθεί, με ποιο τρόπο και με τι κόστος. Για να δοθεί όμως, τεκμηριωμένη και ολοκληρωμένη απάντηση, θα πρέπει να δούμε ιστορικά τη μεθοδολογία που ακολουθείται, προκειμένου να εκτιμηθεί ιατρικά ο αναλαμβανόμενος ασφαλιστικός κίνδυνος. Στα πρώτα χρόνια της εμφάνισης της ασφάλισης ενδιέφερε ο κίνδυνος θανάτου ή μόνιμης αναπηρίας. Με την εξέλιξη των προϊόντων και με την εμφάνιση αμιγώς προϊόντων παροχών υπηρεσιών υγείας, το ζητούμενο όφειλε να είναι το ποσοστό νοσηρότητας και λιγότερο το ποσοστό θνησιμότητας. Εάν παρατηρήσει μάλιστα κανείς στην παραπάνω μελέτη το γεγονός, ότι μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας ακολούθησε και απαίτηση για οικονομική κάλυψη πρόσκαιρης ανικανότητας, αλλά και απαίτηση για κάλυψη εξωνοσοκομειακών ιατρικών δαπανών, τότε το συνολικό πρόσθετο κόστος των περιπτώσεων αυτών ανέρχεται σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Η λογική λοιπόν, του να μην αυξάνεται το κατ' αρχήν κόστος του συμβολαίου, φαίνεται ότι τελικά δεν είναι απόλυτη και αδιαμφισβήτητη. Εάν δε υπολογίσουμε ότι με την αναθεώρηση της λογικής αυτής επαναπροσδιορίζεται ο τρόπος πώλησης, τότε η ανάγκη για χρησιμοποίηση ή επαναπροσδιορισμό ιατρικών κανόνων, σε σχέση με την εκτίμηση ασφαλιστικών κινδύνων, γίνεται άμεση και επιτακτική.

Θα πρέπει λοιπόν, και φυσικά σε συνάρτηση με το κόστος αλλά και μία ευρύτερη θεώρηση, να αναθεωρηθεί το είδος της ιατρικής εξέτασης, το φάσμα των απαιτούμενων εργαστηριακών εξετάσεων, έτσι ώστε να υπάρχουν ενδεικτικά στοιχεία, για το δυνατόν μεγαλύτερο εύρος παθήσεων, και πάνω

απ' όλα θα πρέπει να αναθεωρηθούν τόσο το εύρος των ηλικιών όσο και το ύψος των καλύψεων, με βάση τα οποία κρίνει κάθε ασφαλιστική εταιρία τις αναγκαίες εξετάσεις.

Οι λόγοι γι' αυτό θα πρέπει να αναλυθούν ξεχωριστά, για να γίνει απόλυτα κατανοητή η αναγκαιότητα αυτή. Ενδεικτικά μόνο αναφέρεται, ότι η νοσηρότητα της ηλικίας έως 5 ετών συμπίπτει με εκείνη της ηλικίας 50-55 ετών, αλλά και ότι η εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου έχει έναρξη πλέον από την ηλικία των 30 ετών, με τουλάχιστον 30.000 διαγνωσμένους εμφραγματίες κάθε χρόνο.

4.3 Οι Ελληνικές ασφαλιστικές εταιρίες και το πρόβλημα του κόστους της ασφάλισης υγείας

Όλες οι μέχρι σήμερα προφορικές ή γραπτές αναφορές σχετικά με το θέμα του κόστους της ασφάλισης υγείας, από στελέχη ασφαλιστικών εταιριών και ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων, έχουν δώσει την ελάχιστη δυνατή διάσταση στο πρόβλημα και έχουν αποκαλύψει μέρος μόνο της αλήθειας, χωρίς διάθεση αυτοκριτικής.

Εδώ θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μια όσο το δυνατόν περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα, εμβαθύνοντας στα αίτια με κύριο άξονα την ιατρο-ασφαλιστική πλευρά του θέματος, δίνοντας την βιοπτική εικόνα του μικροσκοπίου με εξεταζόμενο υλικό τη χρήση υπηρεσιών υγείας από χρήστες-ασφαλισμένους Ασφαλιστικών Εταιριών.

Σαν πηγές των αιτίων θα μπορούσαν να θεωρηθούν {Παπαθανασίω Ν. 1996} :

4.3.1 Οι Ασφαλιστικές Εταιρίες

και συγκεκριμένα

- α) ο σχεδιασμός του προγράμματος-προϊόντος
- β) το ανθρώπινο δυναμικό των πωλήσεων
- γ) το ελεγκτικό ιατρικό σύστημα

Βασικός παράγοντας στη δημιουργία του προβλήματος είναι οι όροι της ασφαλιστικής σύμβασης, που η διατύπωση τους συχνά καθιστά πρακτικά αδύνατη και αναποτελεσματική κάθε μορφή μέχρι σήμερα ελέγχου του κόστους από πλευράς εταιρίας.

Το πρόβλημα διογκώνεται και αναπαράγεται από σημαντικό μέρος του δικτύου πωλήσεων. Είναι γνωστό ότι το turn-over στο χώρο των παραγωγών πλησιάζει το 85%. Αυτό σημαίνει ότι δεν είναι δυνατόν να αναπτυχθεί και επομένως να διδαχθεί-μεταφερθεί ασφαλιστική συνείδηση, γεγονός που αποτελεί γενεσιουργό παράγοντα πολλών κακών. Έτσι λοιπόν τα προγράμματα ασφάλισης υγείας διαφημίζονται και πωλούνται σαν "πανάκεια" για κάθε απαίτηση του ασφαλισμένου-χρήστη που αφορά σε οποιαδήποτε παροχή υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς έχουμε το καθημερινό φαινόμενο της προσπάθειας της κάλυψης check-up ή της οποιασδήποτε νοσοκομειακής

δαπάνης, μέσω της ασφαλιστικής αυτής κάλυψης, που κάθε άλλο παρά αυτό προορίζεται να καλύψει.

Οι αποσπασματικές προσπάθειες ελέγχου και καταστολής από τα ελεγκτικά όργανα των εταιριών ατονούν δραστικά και πολλές φορές αδρανοποιούνται από τις συγκλίνουσες προσπάθειες της τριάδας «*δίκτυο πώλησης – ασφαλισμένος -ιδιωτική κλινική*». Από την άλλη μεριά, η εκχώρηση του κυρίαρχου για κάθε εταιρία δικαιώματος διαχείρισης των προγραμμάτων αυτών (μερικά ή ολικά) της στερεί τη δυνατότητα της άμεσης άσκησης της πολιτικής της απέναντι στους πελάτες της και δε δίνει ουσιαστική λύση στο πρόβλημα.

4.3.2 Τα Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια και Διαγνωστικά Κέντρα

και συγκεκριμένα α) η Διοίκηση

β) οι Συνεργάτες Ιατροί

Και εδώ ισχύουν κάποιοι κανόνες που οφείλει κανείς να τους παραδεχτεί:

- Στόχος των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων είναι η δυνατόν μεγαλύτερη πληρότητα, με παράλληλη αυξημένη ροή - εναλλαγή «ασθενών» και το δυνατό μικρότερο χρόνο νοσηλείας τους.
- Μεγάλο μέρος του κέρδους των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων προέρχεται από την κατανάλωση εξετάσεων υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας (αξονικές, μαγνητικές τομογραφίες, ψηφιακές αγγειογραφίες κλπ). Χαρακτηριστική είναι η αύξηση της ζήτησης των εξετάσεων αυτών αμέσως μετά την ασφάλιση υγείας.
- Είναι αδύνατη η χειραγώγηση και η ευθυγράμμιση του συνόλου των συνεργατών ιατρών των νοσηλευτηρίων, με την κατά καιρούς πολιτική που χαράζει και ακολουθεί η Διοίκηση τους προς τις Ασφαλιστικές Εταιρίες.

Οι πρακτικές λοιπόν παρατηρήσεις που προέκυψαν από σχετική έρευνα κατά τα έτη 1994-1995 σε δείγμα 3.000 νοσηλείων {Παπαθανασίου Ν. 1996} ήταν :

- στην αναγγελία εισαγωγής των ασφαλισμένων δεν αναγράφεται σχεδόν ποτέ διάγνωση ή έστω πιθανές διαγνώσεις εισόδου. Απλώς περιγράφεται μία γενικόλογη συμπτωματολογία, κάτω από την οποία είναι δυνατόν να δικαιολογηθεί ο μέγιστος δυνατός αριθμός εξειδικευμένων και δαπανηρών εξετάσεων.
- Μόνο το 16% των φύλλων νοσηλείας (ιστορικών) είναι συμπληρωμένα, ενώ αντίθετα μέσα στο φάκελο του ασθενή υπάρχει πληθώρα παραπτεμπτικών για εξετάσεις. Αυτό σημαίνει ότι έχει καταργηθεί πλήρως η κλινική εξέταση, που αποτελεί ουσιαστικό και θεμελιώδες στοιχείο για κάθε εισαγωγή και νοσηλεία ασθενούς.
- Το 82,97% των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια, γεγονός που σημαίνει ότι για το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτές δεν υπήρχε ένδειξη να γίνουν.
- Η απόκλιση των διαγνώσεων των ελεγκτών-ιατρών με τις διαγνώσεις που είχαν τεθεί κατά την εισαγωγή των ασθενών φτάνει το 45% του συνόλου των περιπτώσεων του ελεγχθέντος δείγματος.

- Οι τελικές διαγνώσεις στο 63,7% των περιπτώσεων δεν δικαιολογούσαν εισαγωγή για νοσηλεία, εάν κρίνει κανείς με τα κριτήρια που ισχύουν για τα Κρατικά Νοσηλευτήρια.
- Το μέγιστο του αριθμού των περιστατικών για τα οποία δεν κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία, έχουν εισαχθεί μετά τις 16.00 ώρα, ενώ αυξάνεται σημαντικά κατά τις αργίες. Συγκεκριμένα, τις καθημερινές από ώρες 08.00 - 16.00 το ποσοστό που δεν κρίνεται αναγκαίο να εισαχθεί ανέρχεται σε 38-42%, από ώρες 16.00 - 24.00 ανέρχεται σε 50%, τις δε αργίες υπερβαίνει το 58%.
- Η προσπάθεια ορισμένων ιατρών συνεργατών των Νοσηλευτηρίων για κάλυψη των ασφαλισμένων-πελατών τους, τους οδηγεί συχνά σε αντιδεοντολογικές συμπεριφορές.
- Η εφευρετικότητα των Διοικητικών Οργάνων των Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων, στο να βρίσκουν εμπόδια στο έργο των ελεγκτών-ιατρών είναι πραγματικά αξιοθαύμαστη. Φυσικά αυτό δεν αποτελεί κανόνα για όλα τα Νοσηλευτήρια και για όλες τις περιπτώσεις.

Συμπερασματικά, το πρόβλημα αυτής της πηγής εστιάζεται στα εξής σημεία κατά σειρά σπουδαιότητας και συχνότητας εμφάνισης :

- Ενδείξεις εισαγωγής, ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας
- Ενδείξεις για την εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων
- Αμοιβές ιατρών Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων
- Διάρκεια νοσηλείας
- Τήρηση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας

4.3.3 Ασφαλισμένοι-χρήστες

και συγκεκριμένα

- Η πολυετής στέρηση του Έλληνα πολίτη
 - α) στο δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ιατρού χωρίς ίδιο κόστος
 - β) στην άμεση και στο χρόνο επιλογής του, παροχή υπηρεσιών
 - γ) στην επιλογή παροχής ξενοδοχειακού επιπέδου
 - δ) στην ισότιμη, κατά το δυνατό, αντιμετώπισή του από τον γιατρό
 - ε) στη δυνατότητα έκφρασης επιθυμίας του για συγκεκριμένες εξετάσεις.
- Στο σύνδρομο των ασφαλισμένων των κρατικών ασφαλιστικών φορέων, που, καταβάλλοντας υποχρεωτικά σημαντικό ποσό ως συμμετοχή, τον αισθάνεται σαν συνώνυμο της εφορίας, οπότε νοιώθει άμετρη ικανοποίηση όταν μπορεί να πάρει πίσω έστω και για παροχή υπηρεσιών υγείας, μέρος ή και μεγαλύτερο ποσό από αυτό που έχει καταβάλλει.
- Η κακή ενημέρωσή του από τον ασφαλιστικό του σύμβουλο.
- Η άγνοια του σε στοιχειώδεις όρους της ασφαλιστικής σύμβασης, που ελάχιστες φορές τους διαβάζει ο ασφαλισμένος.

4.4 Συστήματα διαχείρισης ασφαλίσεων υγείας (Managed Care)

4.4.1 Παραδοσιακή μορφή ασφαλίσεων υγείας

Η παραδοσιακή μορφή ασφάλισης υγείας (indemnity or fee-for-service insurance), είχε τη μορφή της καταβολής αποζημίωσης για τα έξοδα που πραγματοποιούσαν οι ασφαλισμένοι για κάποια χρήση υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με αυτή τη μορφή, οι φορείς (νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, ιατροί κ.ά.) που παρείχαν υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους, αποζημιώνονταν για τις υπηρεσίες τους από τους ασφαλισμένους, οι οποίοι στη συνέχεια (προσκομίζοντας τα απαραίτητα δικαιολογητικά) εισέπρατταν από την ασφαλιστική εταιρία μέρος ή και το σύνολο του ποσού που κατέβαλαν, ανάλογα τους όρους του συμβολαίου. Το παραπάνω σύστημα της παροχής ασφάλισης υγείας, το οποίο δημιουργήθηκε στα πλαίσια της προσέλκυσης πελατών για την διεύρυνση της ασφαλιστικής βάσης, δεν προέβλεπε καμία εμπλοκή της ασφαλιστικής εταιρίας ή έλεγχο στη διαδικασία και δημιούργησε ανεπιθύμητες παρενέργειες, λειτουργώντας ως κίνητρο:

1. στους φορείς υγείας, για να παρέχουν περισσότερες και ακριβότερες υπηρεσίες
2. στους ασφαλισμένους, για να ζητούν περισσότερες υπηρεσίες υγείας, αφού αυτές πληρώνονται από τρίτους

Το κόστος, κάτω από αυτό το πλαίσιο κάλυψης, συνήθως ελέγχεται με αυστηρούς περιορισμούς ως προς τη χρήση υπηρεσιών, με υψηλά ποσοστά συμμετοχής και χαμηλά όρια στα αθροιστικά ποσά της αποζημίωσης.

4.4.2 Σύγχρονα συστήματα διαχείρισης ασφαλίσεων υγείας

Η παραδοσιακή μορφή που προαναφέραμε, δε εξαντλεί τα όρια του ρόλου, που μπορεί να παίξει η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Μάλιστα, υπάρχουν αρκετές ενδείξεις, ότι η κλασσική αυτή έννοια της ασφάλισης, ουσιαστικά ως μέσου αντιμετώπισης οικονομικών κινδύνων ή εξασφάλισης μεγαλύτερων ανέσεων στις συνθήκες νοσηλείας, είναι παρωχημένη.

Σε σχετική μελέτη του ΟΟΣΑ {OECD 1987}, παρουσιάζεται η μεγάλη ανάπτυξη των συστημάτων Managed Care, αλλά και των νέων μορφών που μπορούν να λάβουν οι ασφαλιστικές εταιρίες, σαν Οργανισμών παροχής συγχρόνως ασφάλισης και περίθαλψης.

Τα συστήματα Διαχείρισης της Ασφάλισης Παροχών Υγείας (Managed Care), πρωτοδημιουργήθηκαν σαν συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας, σε μια προϋπολογισμένη και προπληρωμένη βάση, συμπεριλαμβάνοντας υπηρεσίες πρόληψης και διαχείριση ασθένειας. Όμως, τα βασικά χαρακτηριστικά τους και η δομή τους χρησιμοποιήθηκαν από τις ασφαλιστικές εταιρίες σαν μέσο για τη συγκράτηση του, δραματικά αυξανόμενου, κόστους των ασφαλίσεων

υγείας. Με αυτό τον τρόπο, τα συστήματα Managed Care θέτουν περιορισμούς στη χρήση υπηρεσιών υγείας, με το να προσδιορίζουν ποιες και πόσες υπηρεσίες καλύπτονται και ποιοι φορείς συνεργάζονται για να τις προσφέρουν. Τα συστήματα Managed Care εμφανίζονται με πολλές μορφές και καινούργιες δομές τους συνεχίζουν να αναπτύσσονται, καθιστώντας τις γενικεύσεις δύσκολο έργο. Συνήθως, τα συστήματα αυτά συγκεντρώνουν τα παρακάτω κοινά χαρακτηριστικά {Edmunds Margaret & Frank Richard 1997} :

1. πραγματοποιούν συμφωνίες με επιλεγμένους παροχείς υπηρεσιών υγείας, ώστε να προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα από υπηρεσίες υγείας προς τους ασφαλισμένους τους
2. χρησιμοποιούν σαφή κριτήρια και standards για την επιλογή των παροχέων υπηρεσιών υγείας
3. εφαρμόζουν τυποποιημένα προγράμματα εξασφάλισης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και έλεγχο της χρησιμοποίησής τους
4. προσφέρουν κίνητρα προς τους ασφαλισμένους για τη χρησιμοποίηση των φορέων και διαδικασιών, που καλύπτουν τα ασφαλιστικά προγράμματα τους

Από τα μέσα της δεκαετίας του '80, τα συστήματα Διαχείρισης της Ασφάλισης Παροχών Υγείας αναπτύχθηκαν (τουλάχιστον στις Η.Π.Α.) περνώντας από τρία στάδια:

1. Στο πρώτο στάδιο, εστίασαν την προσοχή τους στη διαχείριση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, κυρίως χρησιμοποιώντας απολογιστικούς ελέγχους χρήσης των υπηρεσιών και διοικητικά προσκόμματα, όπως προαπαιτούμενη άδεια για εισαγωγή σε νοσοκομείο
2. Στο δεύτερο στάδιο, εστίασαν την προσοχή τους στη διαχείριση των επιδομάτων και, σε συσχετισμό με απολογιστικούς ελέγχους χρήσης των υπηρεσιών, πρόσθεσαν δίκτυα παροχής υπηρεσιών υγείας με αποζημίωση του κόστους χρήσης τους, επιλεκτική σύναψη συμβολαίων και σχεδιασμό της θεραπείας
3. Στο τρίτο στάδιο, η προσοχή στρέφεται στην διαχείριση του περιστατικού, με στροφή, από τον απολογιστικό έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών στην ενεργή διαχείριση κατά τη διάρκειά τους, και δίνεται έμφαση στον έλεγχο της αναγκαιότητας και καταλληλότητας της παρεχόμενης θεραπείας ή παρέμβασης προς τον ασφαλισμένο-ασθενή

Σε επόμενο στάδιο, το περιεχόμενο του οποίου αυτή τη στιγμή μορφοποιείται, θα δίνεται έμφαση στη διαχείριση της έκβασης της θεραπείας και στον σχηματισμό ενός ολοκληρωμένου συστήματος υποστήριξης της ασφάλισης υγείας.

Σήμερα, τα πιο γνωστά σχήματα (μορφές) Διαχείρισης της Ασφάλισης Παροχών Υγείας (Managed Care), όπως αυτά εμφανίζονται σε διάφορες χώρες, αποτελούν οι H.M.O. (Health Maintenance Organizations), P.P.O. (Preferred Provider Organization) και P.O.S. (Point-of-Service) plans.

Στον Πίνακα 5.1, περιγράφονται τα κύρια χαρακτηριστικά κάθε σχήματος, αφού λάβουμε υπόψη μας, ότι κάθε σχήμα συναντάται με αρκετές παραλλαγές:

Πίνακας 5.1
Σχήματα Οργανισμών Managed Care

Σχήματα Οργανισμών	Χαρακτηριστικά
Health Maintenance Organization (H.M.O)	Ένα οργανωμένο σύστημα (κερδοσκοπικό ή μη) ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, το οποίο παρέχει ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών υγείας, σε ένα προαιρετικά ασφαλιζόμενο πληθυσμό σε μια γεωγραφική περιοχή, και βασίζεται κυρίως σε προπληρωμένες, σταθερές, περιοδικές καταβολές των ασφαλισμένων.
Preffered Provider Organization (P.P.O.)	Ένα δίκτυο ασφάλισης, που παρέχει υπηρεσίες υγείας σε χαμηλές τιμές. Στην ουσία πρόκειται για μια μορφή συμφωνίας παραδοσιακής ασφάλισης υγείας Fee-for Service (F.F.S.), με κίνητρα για την παραμονή και χρησιμοποίηση υπηρεσιών μέσα στο δίκτυο. Το σχήμα αυτό επιτρέπει τη χρήση υπηρεσιών υγείας και από φορείς εκτός του δικτύου, αλλά με αυξημένη συμμετοχή ή/και εκπεστέο ποσό. Οι Οργανισμοί αυτοί χρησιμοποιούν δομημένη διαχείριση της ποιότητας και ποσότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας.
Point-of-Service (P.O.S.)	Ένα οργανωμένο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, το οποίο παρέχει ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών υγείας στα πρότυπα των H.M.O., με την επιπλέον δυνατότητα της παροχής υπηρεσιών και έξω από το δίκτυο, με την καταβολή υψηλότερης συμμετοχής ή εκπεστέου

Στην Ελλάδα, δεν έχουν κάνει την εμφάνισή τους, συγκροτημένες κινήσεις των ασφαλιστικών εταιριών, για τη μετεξέλιξή τους σε Οργανωμένα συστήματα Managed Care στα πρότυπα των ξένων χωρών.

Αντίθετα, συναντάμε χαρακτηριστικά της προσπάθειας να περιορίσουν το κόστος της ασφάλισης υγείας, όπως μέσω :

- της αποκλειστικής συνεργασίας με νοσοκομεία για τη συγκράτηση των τιμών των παρεχομένων υπηρεσιών (δες συνεργασία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών με Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»)
- της συνεργασίας με διαγνωστικά κέντρα (δες συνεργασία INTERAMERICAN ή ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ με τα διαγνωστικά κέντρα EUROMEDICA, ή της ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ με την ΒΙΟΙΑΪΤΡΙΚΗ)

χωρίς όμως να είναι διατεθειμένες να εμπλακούν οι ίδιες στη διαχείριση και τον έλεγχο της ποιότητας, της ποσότητας και της αναγκαιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, μέσω της ανάπτυξης κατάλληλων διαδικασιών και μηχανισμών.

Βέβαια, δεν έχουν λείψει και οι προσπάθειες για την εισαγωγή στην Ελλάδα και σχημάτων στο μοντέλο των H.M.O., (όπως της INTERAMERICAN με το MEDISYSTEM το 1999 και πιο πρόσφατα με τη δημιουργία-εξαγορά της

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ, ή της ασφαλιστικής εταιρίας LA VIE για την αποκλειστική συνεργασία με τον όμιλο του ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ).

Πάντως, οι παραπάνω κινήσεις αντιμετωπίζονται με σκεπτικισμό, σε σχέση με την Ελληνική πραγματικότητα στο χώρο της ασφάλισης και της υγείας. Έτσι, ο όμιλος ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ, έχει θέσει ως πρώτη επιλογή του την εξαγορά ή τη συμμετοχή της εταιρίας του σε νοσοκομείο μόνο από επενδυτική άποψη και όχι από πλευράς συνεργασίας.

Τέλος, δεν στερείται βάσης και η κριτική, ότι έχουν καταστεί ήδη προβληματικές οι κινήσεις ασφαλιστικών εταιριών να εξαγοράσουν νοσοκομειακές μονάδες (προκειμένου να κατευθύνουν εκεί τους ασφαλισμένους τους και να περιορίσουν-ελέγξουν το κόστος νοσηλείας τους), καθώς αντιμετωπίζουν αυξημένο πρόβλημα από την χαμηλή πληρότητα των κλινών και κατ' επέκταση ζημιές από τη λειτουργία τους. Αντίστοιχα προβλήματα, αντιμετωπίζουν και οι κινήσεις ιατρικών κέντρων (στη συνεργασία τους με ασφαλιστικές εταιρίες), για να αυξήσουν την πληρότητα των κλινών τους.

Κεφάλαιο 5

Πληροφοριακά Συστήματα Ασφαλιστικών Εταιριών

5.1 Πληροφοριακά Συστήματα Διοίκησης – Έννοια και περιεχόμενο

Σε μια σύγχρονη επιχείρηση διακινείται καθημερινά τεράστιος όγκος από πληροφορίες, που παράγονται από διαφορετικές πηγές και κατανέμονται σε διαφορετικά τμήματα της επιχείρησης, ίσως και σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και διαφορετικά συστήματα. Η χρήση αυτής της καταμερισμένης πληροφόρησης, θα μπορούσε να βελτιώσει την απόδοση και τις δραστηριότητες της επιχείρησης. Όμως, η συγκέντρωση, ο έλεγχος, η προσαρμογή και η επεξεργασία της πληροφορίας από ένα κατάλληλο σύστημα αποτελεί μια διαδικασία με μεγάλο κόστος. Εκτός μάλιστα του άμεσου κόστους, η καταμερισμένη πληροφορία έχει και σοβαρότατο έμμεσο κόστος, για παράδειγμα λόγω μη επικοινωνίας δύο διαφορετικών, αλλά αλληλεξαρτωμένων διευθύνσεων της επιχείρησης.

Τα *Πληροφοριακά Συστήματα Διοίκησης* είναι ακριβώς εκείνες οι ολοκληρωμένες επιχειρησιακές λύσεις, οι οποίες αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της συλλογής, καταγραφής και επεξεργασίας των πληροφοριών, αλλά και της υποστήριξης των λειτουργιών, των διαδικασιών και των πρακτικών μιας επιχείρησης.

Εν είδη ορισμού, ένα *Πληροφοριακό Σύστημα Διοίκησης* ή απλά ένα *Πληροφοριακό Σύστημα*, είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα χρήστη-μηχανής, με σκοπό την υποστήριξη των διοικητικών και λειτουργικών δραστηριοτήτων και των διαδικασιών λήψης αποφάσεων σε ένα οργανισμό {Βασιλακόπουλος Γ. & Χρυσικόπουλος Β. 1990}. Απαραίτητα συστατικά για την υλοποίηση ενός πληροφοριακού συστήματος, είναι :

1. συστήματα, υπολογιστικά και επικοινωνιών
2. λογισμικό, λειτουργικό και εφαρμογών
3. ανθρώπινο δυναμικό
4. διαδικασίες

Με τον όρο *ολοκληρωμένο*, εννοείται ότι τα υποσυστήματα ενός πληροφοριακού συστήματος είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους σε μια οντότητα, έτσι ώστε να υπάρχει μια ολοκλήρωση, δεδομένων, τεχνολογίας και λειτουργιών.

5.2 Ασφαλιστικά Πληροφοριακά Συστήματα – Χαρακτηριστικά και πεδία εφαρμογής τους

5.2.1 Χαρακτηριστικά

Καθώς οι εγκαταστάσεις των Πληροφοριακών Συστημάτων στις επιχειρήσεις αυξάνονται και πληθύνονται σε όλο τον κόσμο, η υπόσχεση της ολοκληρωμένης επιχειρησιακής διαχείρισης μπορούμε να πούμε ότι, τουλάχιστον όσον αφορά το κομμάτι της τεχνολογίας, σε μεγάλο βαθμό πλέον εκπληρώθηκε.

Η επιτυχημένη επιχειρησιακή διαχείριση όμως, συνεχίζει να εξαρτάται από τη γνώση, την κρίση και τη συμμετοχή των ανθρώπων που χρησιμοποιούν την τεχνολογία. Γι' αυτό το λόγο, και ειδικότερα στο περιβάλλον των ασφαλιστικών εταιριών, τα *Πληροφοριακά Συστήματα*, πρέπει να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις των χρηστών, όλων των βαθμίδων. Με αυτό τον τρόπο, τα ολοκληρωμένα ασφαλιστικά πληροφοριακά συστήματα, πρέπει να συντελούν καταλυτικά στην ολοκλήρωση των ασφαλιστικών εργασιών και να προσθέτουν αξία στην επιχείρηση, έχοντας τα εξής χαρακτηριστικά:

- να είναι ευέλικτα, για να ανταποκρίνονται στις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των ασφαλιστικών επιχειρήσεων
- να είναι τμηματικά και ανοικτά, με ανοικτή αρχιτεκτονική, να δέχονται πρόσθετες ενότητες και να λειτουργούν σε πολλές πλατφόρμες πληροφορικού εξοπλισμού
- να είναι ευρεία, να υποστηρίζουν το σύνολο των εργασιών ενός ασφαλιστικού οργανισμού
- να μπορούν να προσομοιώνουν την πραγματική λειτουργία της επιχείρησης
- να ενσωματώνουν τις διεθνώς καλύτερες πρακτικές και πρότυπα διαχείρισης και λειτουργίας
- να μη περιορίζονται στα όρια της ασφαλιστικής επιχείρησης, αλλά να υποστηρίζουν τη διασύνδεση της με άλλους οργανισμούς

Δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας, ότι τα *Ασφαλιστικά Πληροφοριακά Συστήματα (Insurance Information Systems)* είναι ουσιαστικά Πληροφοριακά Συστήματα Διοίκησης (MIS – Management Information Systems), με προσανατολισμό τη διαχείριση ειδικών ασφαλιστικών εργασιών και λειτουργιών. Ασφαλιστικές εργασίες και λειτουργίες, οι οποίες είναι πολλές σε αριθμό και ποικιλία, πολύπλοκες και ιδιόμορφες. Οι εργασίες αυτές επηρεάζονται από το γενικότερο επιχειρησιακό και θεσμικό περιβάλλον που επικρατεί στη χώρα μας, σε συσχέτισμό με την κατάσταση στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Γι' αυτό το λόγο, το πληροφοριακό σύστημα μιας ασφαλιστικής εταιρίας πρέπει να είναι *δυναμικό, ευέλικτο, ακριβές, προσιτό, και ασφαλές* {Galliers 1993}.

5.2.2 Πεδία Εφαρμογής

Για να γίνει κατανοητή η πολυπλοκότητα των εργασιών μιας ασφαλιστικής επιχείρησης στην Ελλάδα, σκόπιμο κρίνεται να γίνει μια αναφορά στις βασικότερες ανάγκες πληροφόρησης, που συνήθως καλείται ένα ολοκληρωμένο ασφαλιστικό πληροφοριακό σύστημα να καλύψει :

5.2.2.1 Διαχείριση-διοίκηση της επιχείρησης:

Η διοίκηση αφορά τον σχεδιασμό, την οργάνωση, τη διεύθυνση και τον έλεγχο όλων των ενεργειών και λειτουργιών της ασφαλιστικής επιχείρησης. Η Διοίκηση ζητά πληροφόρηση, προκειμένου να εξυπηρετήσει τις παρακάτω λειτουργίες του ασφαλιστικού οργανισμού :

- *Σχεδιασμός (Planning)*, ώστε να θεμελιώσει τους στόχους της επιχείρησης. Ο βραχυπρόθεσμος σχεδιασμός (συνήθως μέχρι 18 μήνες), απαιτεί εξειδικευμένη και αναλυτική πληροφορία, ενώ ο μακροχρόνιος σχεδιασμός (ένα έως πέντε έτη), απαιτεί λιγότερο αναλυτική πληροφόρηση. Η πληροφόρηση που απαιτείται για τον σχεδιασμό των στόχων της επιχείρησης, περιλαμβάνει εμπειρικά δεδομένα και προβλέψεις οικονομικών, επιχειρηματικών και εμπορικών μεταβλητών, συμπεριλαμβάνοντας στοιχεία του προσωπικού, των νέων ασφαλιστηρίων συμβολαίων, ή των συμβολαίων σε ισχύ, των εσόδων από ασφάλιστρα, των κερδών από ασφάλιστρα, των αποζημιώσεων, των εξόδων κ.τ.λ.
- *Προϋπολογισμός (Budgeting)*, ώστε να ελέγχει τα έσοδα και έξοδα της ασφαλιστικής επιχείρησης. Η εταιρία, έχει τη δυνατότητα, για λόγους πληροφόρησης και προσαρμογής, να ακολουθεί και Ευρωπαϊκά ή διεθνή πρότυπα σύνταξης προϋπολογισμών. Η πληροφόρηση που απαιτείται για την κατάρτιση προϋπολογισμών, αναφέρεται σε ιστορικά ή τρέχοντα στοιχεία αποζημιώσεων, προσδοκίες μελλοντικών εσόδων σε συσχέτισμό με τους στόχους που έχουν τεθεί στον Σχεδιασμό
- *Διαχείριση (controlling)*, ώστε να οργανώνει τους αναγκαίους (ανθρώπινους και υλικούς) πόρους για την επίτευξη των στόχων της επιχείρησης. Η πληροφόρηση που απαιτείται, συμπεριλαμβάνει στοιχεία του προσωπικού, των νέων ασφαλιστηρίων συμβολαίων, ή των συμβολαίων σε ισχύ, των κεφαλαίων, των εσόδων από ασφάλιστρα, των κερδών από ασφάλιστρα, των αποζημιώσεων, των εξόδων κ.τ.λ.
- *Αξιολόγηση (Evaluating)*, ώστε να συγκρίνει πραγματικά αποτελέσματα σε σχέση με σχεδιασθέντα. Η αναγκαία πληροφόρηση είναι η ίδια με τις παραπάνω λειτουργίες, αλλά πρέπει να οργανώνεται με τρόπο, ώστε να διευκολύνει τη σύγκριση. Έτσι, γραφικές παραστάσεις, πίνακες και ποσοστά, μπορεί να αυξήσουν την αποδοτικότητα της αξιολόγησης

5.2.2.2 Τιμοδότηση των προσφερομένων προϊόντων (ασφαλιστηρίων συμβολαίων)

Οι αναλογιστές ζητούν πληροφόρηση, προκειμένου να ορίσουν τιμές για τα προσφερόμενα ασφαλιστικά προϊόντα. Οι ασφαλιστικές εταιρίες, ανάλογα με το είδος των συμβολαίων και τις νομοθετικές ρυθμίσεις, είτε υπολογίζουν και τηρούν μελλοντικά κόστη από αποζημιώσεις, δηλαδή ιστορικά στοιχεία αποζημιώσεων με προβολή τους σε μελλοντική ανάπτυξη, είτε υπολογίζουν δικούς τους δείκτες ζημιών, που στηρίζονται σε δικά τους ιστορικά ζημιών και προβλέψεις κερδών. Η αναγκαία πληροφόρηση περιλαμβάνει στοιχεία για ασφάλιστρα, αποζημιώσεις, έξοδα, είδη και όρους συμβολαίων. Επίσης, αναγκαία στοιχεία θεωρούνται ο εκτιθέμενος πληθυσμός, επιδημιολογικά και άλλα χαρακτηριστικά του, ο αριθμός και το περιεχόμενο των προγραμμάτων και συμβολαίων, ο αριθμός και το περιεχόμενο των αιτήσεων αποζημίωσης με τα ποσά τους, τα διάφορα έξοδα, οι προμήθειες, οι φόροι κ.τ.λ.

5.2.2.3 Στατιστικές Αναφορές

Οι στατιστικές αναφορές συγκεντρώνουν, οργανώνουν και εμφανίζουν την πληροφορία, που είναι αναγκαία είτε για την ίδια την επιχείρηση, είτε επειδή ζητείται από άλλους φορείς.

5.2.2.4 Οικονομικές Αναφορές

Οι οικονομικές αναφορές εμφανίζουν την οικονομική κατάσταση της ασφαλιστικής εταιρίας, είτε για εσωτερική χρήση, είτε για ενημέρωση άλλων φορέων, όπως εποπτεύουσα Δημόσια Αρχή, Εφορία, Τράπεζες, Μέτοχοι, επενδυτές και ασφαλισμένοι. Η πληροφόρηση αυτή συνήθως αφορά μαθηματικά αποθέματα, επενδύσεις σε ομόλογα και άλλα μακροπρόθεσμα χρηματοπιστωτικά προϊόντα, μετρητά, καταθέσεις και άλλες βραχυπρόθεσμες επενδύσεις, αποδόσεις, αποζημιώσεις, δημοσιεύσεις Ισολογισμών, αποτελεσμάτων χρήσεως, καθώς και άλλων υποχρεωτικών οικονομικών καταστάσεων.

5.2.2.5 Λογιστική παρακολούθηση και Μισθοδοσία

Η λογιστική παρακολούθηση των εργασιών μιας ασφαλιστικής επιχείρησης, πραγματοποιείται σύμφωνα με την ισχύουσα φορολογική νομοθεσία, υπάγεται στις ειδικές διατάξεις του Κώδικα Βιβλίων και Στοιχείων (Κ.Β.Σ.) και ακολουθεί το Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο που προβλέπεται για τις ασφαλιστικές εταιρίες. Η παρακολούθηση της μισθοδοσίας, καθώς και της καταβολής προμηθειών, εξόδων και άλλων εξόδων προώθησης, αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία που απαιτεί ολοκληρωμένη πληροφόρηση.

5.2.2.6 Marketing και Δίκτυο Πώλησης

Μέσα από την παρακολούθηση αυτής της διαδικασίας, επιτυγχάνεται η υλοποίηση της στρατηγικής στον τομέα του Marketing, η προώθηση των ασφαλιστικών προϊόντων της εταιρίας, το «κτίσιμο» της εικόνας στην Ελληνική και ξένη αγορά, καθώς και η συνεργασία και ο έλεγχος του δικτύου πώλησης των προγραμμάτων ασφάλισης (περιφερειακά γραφεία, ασφαλιστικοί σύμβουλοι, συνεργαζόμενοι ανεξάρτητοι ασφαλιστές κ.ά.).

5.2.2.7 Εξυπηρέτηση των Συναλλαγών με τον Ασφαλισμένο

Περιλαμβάνει τη διαχείριση όλων εκείνων των διαδικασιών, που είναι αναγκαίες για την διεκπεραίωση της διαδικασίας της ασφάλισης, αλλά και την υλοποίηση των όρων που προβλέπονται από τα συμβόλαια ασφάλισης. Έτσι, εδώ η πληροφόρηση αναφέρεται στο περιεχόμενο των συμβολαίων ασφάλισης, στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώνει ο ασφαλισμένος, στην καταγραφή και παρακολούθηση των αποζημιώσεων, στην αποστολή προς τους ασφαλισμένους ενημερωτικών και άλλων αναφορών και στην παροχή κάθε είδους διευκόλυνσης και πληροφόρησης προς τους ασφαλισμένους.

5.2.2.8 Υποστήριξη άλλων εργασιών

Όπως εργασίες του νομικού τμήματος, αντασφαλίσεις, επαφές και συνεργασίες με άλλους φορείς (Δημόσια και Ιδιωτικά νοσοκομεία, Ασφαλιστικούς φορείς, Διαγνωστικά κέντρα, Ενώσεις Ασφαλιστικών Εταιριών, μητρικές ή θυγατρικές εταιρίες κ.ά.)

5.3 Ανάπτυξη Ασφαλιστικών Πληροφοριακών Συστημάτων – Από τις λειτουργίες στις διαδικασίες

Από τα παραπάνω επιβεβαιώνεται, ότι η ανάπτυξη και υλοποίηση *Ολοκληρωμένων Ασφαλιστικών Πληροφοριακών Συστημάτων*, είναι μια δυσχερής και επίπονη διαδικασία, η οποία τουλάχιστον στην Ελλάδα δεν έχει βρει εφαρμογή. Η πολιτική των ασφαλιστικών εταιριών στην εισαγωγή πληροφοριακών συστημάτων, εστιάστηκε στην υιοθέτηση μεμονωμένων μηχανογραφικών λύσεων, οι οποίες υλοποιήθηκαν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, με διαφορετική τεχνολογία, και οι οποίες έδιναν λύση σε επείγουσες ανάγκες. Οι εφαρμογές αυτές ήταν προσανατολισμένες κυρίως στην εξυπηρέτηση των λειτουργιών, γύρω από τις οποίες ήταν οργανωμένες οι ασφαλιστικές εταιρίες (Οικονομική Διεύθυνση, Διεύθυνση Ασφαλειών Ζωής, Διεύθυνση Αποζημιώσεων κ.ά.). Αυτός ο κάθετος τρόπος οργάνωσης των

ασφαλιστικών εταιριών προσέφερε σημαντικά πλεονεκτήματα σε ότι αφορά την εξειδίκευση της εργασίας και την παρακολούθηση των δραστηριοτήτων, τον καταμερισμό αρμοδιοτήτων και ευθυνών. Όμως, ταυτόχρονα διατηρεί τις δραστηριότητες διαχωρισμένες σε λειτουργικές δεξαμενές (functional silos). Παράδειγμα αποτελούν οι δραστηριότητες των ασφαλίσεων υγείας. Η διαχείριση των ασφαλίσεων υγείας, πραγματοποιείται μέσω της πληροφορίας, που γεννιέται συνεχώς μέσα από την καθημερινή δραστηριότητα σε πολλές λειτουργίες της ασφαλιστικής επιχείρησης. Έτσι, για να συνθέσει κάποιος μια ολοκληρωμένη εικόνα της επιχείρησης στο τομέα αυτό, πρέπει να συνθέσει τη μαγική εικόνα συλλέγοντας στοιχεία από τις επιμέρους λειτουργίες και Διευθύνσεις. Αυτό, πέρα από τον χρόνο και την προσπάθεια, προϋποθέτει την καταγραφή της πληροφορίας, την καταγραφή της σε μορφή που να είναι αξιοποιήσιμη και τη γνώση της ύπαρξης της πληροφορίας. Έτσι, διαπιστώνονται φαινόμενα, πολλαπλής τήρησης των δεδομένων, νησίδων αυτοματισμού, ανάγκης διασύνδεσης συστημάτων, έτσι που ο συντονισμός μιας υποδομής ετερόκλητων μηχανογραφικών συστημάτων, είναι συχνά μια διαρκής αναμέτρηση με το ακατόρθωτο.

Ένας διαφορετικός τρόπος οργάνωσης της λειτουργίας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, αποτελεί η οργάνωση γύρω από τις επιχειρηματικές της διαδικασίες. Μια επιχειρηματική διαδικασία, μπορεί να διατρέχει οριζόντια μια ή περισσότερες Διευθύνσεις μιας ασφαλιστικής εταιρίας. Μπορεί ακόμη να αποτελεί κομμάτι μιας μεγαλύτερης διαδικασίας (εσωτερική διαδικασία) ή και να περιέχει μια σειρά από υποδιαδικασίες. Έτσι, η επιχειρηματική διαδικασία *ασφάλιση υγείας*, η οποία αναλύεται και προτείνεται μέσα από την παρούσα εργασία, μπορεί να περικλείει όλες τις δραστηριότητες που σχετίζονται με το γεγονός, από την αίτηση ασφάλισης του ατόμου, μέχρι την καταβολή της αποζημίωσης στον ασφαλισμένο, για την χρήση κάποιας υπηρεσίας υγείας. Αυτό φυσικά προϋποθέτει, ότι οι εργαζόμενοι που συμμετέχουν-διεκπεραιώνουν τη διαδικασία των ασφαλίσεων υγείας, ενεργοποιούν μια ροή πληροφορίας, που πολύ δύσκολα μπορεί να γίνει πράξη, χωρίς πληροφοριακές εφαρμογές που υποστηρίζουν ολοκληρωμένα όλες τις επιμέρους λειτουργίες/δραστηριότητες.

5.4 Η Στρατηγική των ασφαλιστικών εταιριών στα Πληροφοριακά Συστήματα Διοίκησης – Κίνητρα υιοθέτησής τους

Ο όρος *Στρατηγική*, έχει την έννοια «του συνόλου των αποφάσεων, οι οποίες καθορίζουν τους στόχους, παράγουν τις κύριες πολιτικές και σχεδιασμούς και ορίζουν την έκταση των εργασιών μιας επιχείρησης ή οργανισμού» {Andrews 1980}. Γενικά, το θέμα της *Στρατηγικής* στις Ασφαλιστικές εταιρίες, συνδέεται με την *Επιχειρηματική Στρατηγική*, η οποία οδηγεί την επιχείρηση ως ολότητα. Από την *Επιχειρηματική Στρατηγική*, απορρέει η αντίληψη των λειτουργικών στρατηγικών, όπως *Στρατηγική Marketing*, *Οικονομική Στρατηγική*, *Στρατηγική Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων*, *Στρατηγική στις Ατομικές Ασφαλίσεις Ζωής*, *Στρατηγική στις Ασφαλίσεις Υγείας*, *Στρατηγική στις Ομαδικές Ασφαλίσεις* και *Στρατηγική στον τομέα της Πληροφορικής*.

Ειδικότερα, η *Επιχειρηματική Στρατηγική και η Στρατηγική στον τομέα της Πληροφορικής*, μπορεί και πρέπει να αλληλοσυνδέονται με πολλούς τρόπους. Παρόλα αυτά, τα ευρήματα σχετικής έρευνας στην Ολλανδία {Smits, Poel, et al. 1997} είναι ενδεικτικά της στρατηγικής των ασφαλιστικών εταιριών στον τομέα της ανάπτυξης Πληροφοριακών συστημάτων.

Μερικά από τα σημαντικότερα ευρήματα, πολλά από τα οποία επιβεβαιώθηκαν και στην παρούσα εργασία μας, συνοψίζονται στα παρακάτω :

1. Σε σχετικά μικρό αριθμό περιπτώσεων (47%) ο Διευθυντής Πληροφορικής, συμμετείχε στον προσδιορισμό των επιχειρηματικών στρατηγικών αποφάσεων.
2. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα, να αναφέρεται, ότι το 30% των στρατηγικών στον τομέα της πληροφορικής δεν συνδέεται με την επιχειρηματική στρατηγική ή τις επιμέρους στρατηγικές.
3. Παρατηρείται χαμηλό ποσοστό (22%) χρήσης πρότυπων μεθοδολογιών ανάπτυξης και διαχείρισης πληροφοριακών συστημάτων.
4. Μικρό μέρος της επιχειρηματικής στρατηγικής αφιερώνεται στην στρατηγική στον τομέα της πληροφορικής. Ενδεικτικό είναι, ότι σε επίπεδο Διοικητικού Συμβουλίου, αφιερώνεται κατά μέσο όρο μόνο μια συνεδρίαση το χρόνο για θέματα Πληροφορικής.
5. Σε ελάχιστες περιπτώσεις ακολουθείται πρόγραμμα παρακολούθησης και αξιολόγησης των πληροφοριακών συστημάτων που λειτουργούν.
6. Σε πολλές περιπτώσεις εισάγονται (υιοθετούνται) έτοιμα πληροφοριακά συστήματα, ειδικών εφαρμογών, τα οποία δεν εξυπηρετούν την επιχειρηματική στρατηγική, ούτε την στρατηγική στον τομέα της πληροφορικής, αλλά επείγουσες ανάγκες κάποιας επιμέρους στρατηγικής.

Από τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό, ότι ο σύνδεσμος μεταξύ της πληροφορικής και της επιχειρηματικής στρατηγικής, πρέπει να ενταχθεί σε ένα μοντέλο, όπου συμμετέχουν αυτόνομα, αλλά και αλληλο-επηρεαζόμενες, τέσσερις οντότητες : α) η επιχειρηματική στρατηγική, β) οι επιχειρηματικές διαδικασίες, γ) η στρατηγική στον τομέα της Πληροφορικής και δ) οι διαδικασίες του τομέα Πληροφορικής.

Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο, κάθε υλοποίηση έργου πληροφορικής στο περιβάλλον μιας ασφαλιστικής εταιρίας, πρέπει να εναρμονίζεται με (αλλά και να διαμορφώνει) την επιχειρηματική στρατηγική και την στρατηγική στον τομέα της Πληροφορικής, και συγχρόνως κάθε επιχειρηματική διαδικασία, πρέπει επίσης να εναρμονίζεται (και εντάσσεται) με την επιχειρηματική στρατηγική και την στρατηγική στον τομέα της Πληροφορικής.

Εξάλλου, τα κίνητρα εισαγωγής και ανάπτυξης ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων στις ασφαλιστικές εταιρίες, είναι πολλά.

Από τεχνολογικής άποψης, η ολοκλήρωση της πληροφορίας κάτω από μια τεχνολογική πλατφόρμα, της προσθέτουν αξία και την ενδυναμώνουν.

Από λειτουργικής άποψης, τα κίνητρα επικεντρώνονται στη βελτίωση της ποιότητας και των επιχειρηματικών διαδικασιών, στην ευέλικτη ανταπόκριση προς τους πελάτες και το περιβάλλον της ασφαλιστικής αγοράς.

Η επίδραση των ολοκληρωμένων ασφαλιστικών πληροφοριακών συστημάτων, επιδρά και στην οργανωτική δομή και κουλτούρα των ασφαλιστικών οργανισμών.

Έτσι, η ομογενοποίηση των διαδικασιών και των δεδομένων, μπορεί από κάποιους να θεωρηθεί ότι θα οδηγήσει σε ιεραρχικές δομές διοίκησης. Το πιο πιθανό είναι να οδηγήσει σε πιο ευέλικτες και δημοκρατικές μορφές λήψης αποφάσεων, με ταυτόχρονη σταδιακή κατάργηση των μεσαίων στελεχών και αποτελεσματικό συγκεντρωτικό έλεγχο από την ανώτερη διοίκηση, καθώς θα υπάρχει στο σύστημα η απαραίτητη πληροφόρηση {Smits, Poel, et al. 1997}.

Όσον αφορά την κουλτούρα, ένα ολοκληρωμένο ασφαλιστικό πληροφοριακό σύστημα, επιβάλλει κοινή κουλτούρα μέσα στην ασφαλιστική επιχείρηση, πράγμα που είναι ικανό κίνητρο από μόνο του, για την εισαγωγή ή ανάπτυξή του.

**«Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας:
Πρότυπο Σύστημα Διοίκησης των
Απαιτούμενων Διαδικασιών και
Διαχείρισης Ατομικών Συμβολαίων»**

ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 6

Έρευνα της Ελληνικής Ασφαλιστικής Αγοράς σχετικά με τη Διαχείριση των Προγραμμάτων Ασφάλισης Υγείας

6.1 Σκοπός και περιεχόμενο

Μετά από αρκετά έτη διψήφιου ποσοστού αύξησης του κόστους της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, οι ασφαλιστικές εταιρίες αναγκάστηκαν να υιοθετήσουν στρατηγικές και να αναζητήσουν μέσα στην προσπάθειά τους για :

1. να συγκρατήσουν την ραγδαία άνοδο του κόστους της ασφάλισης υγείας και συγχρόνως
2. να διατηρήσουν την ποιότητα των παροχών προς τους ασφαλισμένους

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, και στο αρχικό στάδιο της, πραγματοποιήσαμε συνεντεύξεις με ανώτερα και ανώτατα διοικητικά στελέχη έξι (-6-) εκ των μεγαλύτερων ασφαλιστικών εταιριών στην Ελλάδα. Σκοπός μας ήταν να ερευνήσουμε τη λειτουργία της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας μέσα στο σύγχρονο περιβάλλον, και ιδιαίτερα, εάν και με ποιο τρόπο οι ασφαλιστικές εταιρίες έχουν ανασχεδιάσει τις στρατηγικές τους στον τομέα αυτό, ώστε να αποκτήσουν έλεγχο του συνεχώς αυξανόμενου κόστους των.

Το ερέθισμα για την πραγματοποίηση της έρευνας, δόθηκε κυρίως από :

- δημοσιεύματα στον ημερήσιο , αλλά και ειδικό τύπο σχετικά με τα προβλήματα του κλάδου ασφαλίσεων υγείας των ασφαλιστικών εταιριών, στην Ελλάδα και στο εξωτερικό
- τα ευρήματα προηγούμενης έρευνάς μας {Βαΐκης Αθ. 1996}, σχετικά με την κατάσταση του κλάδου ασφαλίσεων υγείας μεγάλης πολυεθνικής ασφαλιστικής εταιρίας, που δραστηριοποιείται συνολικά με επιτυχία και στην Ελλάδα
- τον ευρύτερο κοινωνικό προβληματισμό που έχει εκφραστεί, για το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσουν μελλοντικά οι ασφαλιστικές εταιρίες στον τομέα αυτό στην Ελλάδα, σε σχέση με τη χάραξη της κυβερνητικής πολιτικής στον τομέα της ασφάλισης υγείας

Η κατανόηση των στρατηγικών και μέσων των ασφαλιστικών εταιριών, θα μας βοηθούσε, σε αυτό στάδιο, στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους, στην διαπίστωση και επισήμανση των δυσλειτουργιών και σε δεύτερο στάδιο, στην υποβολή προτάσεων για αντιμετώπισή τους.

6.2 Μεθοδολογία

Οι ασφαλιστικές εταιρίες, επελέγησαν με βασικό κριτήριο τον αριθμό των ασφαλισμένων που καλύπτουν με ασφάλιση υγείας, λαμβάνοντας συγχρόνως υπόψη μας το ύψος των ακαθαρίστων πωλήσεων των εταιριών, την γεωγραφική κάλυψη των εργασιών τους, τα είδη των ασφαλιστηρίων συμβολαίων που προσφέρουν και φυσικά την προθυμία τους να μας παρέχουν τις πληροφορίες που ζητήσαμε. Ο αριθμός των έξι (-6-) εταιριών, οι οποίες τελικά συμμετείχαν στην έρευνά μας, θεωρήθηκε ικανοποιητικός, με δεδομένο ότι ο συνολικός αριθμός των ασφαλισμένων που καλύπτουν με ιδιωτική ασφάλιση υγείας, υπερβαίνει το 70% του συνολικού ασφαλισμένου πληθυσμού με τέτοια ασφάλιση :

Πίνακας 6.1

Εταιρία	Ασφαλισμένοι	Συμβόλαια	Προγράμματα	Δραστηριότητα
A	>100.000	Ατομικά-ομαδικά	4	Σε όλη τη χώρα
B	>100.000	Ατομικά-ομαδικά	3	Σε όλη τη χώρα
Γ	>100.000	Ατομικά-ομαδικά	4	Σε όλη τη χώρα
Δ	>100.000	Ατομικά-ομαδικά	3	Σε όλη τη χώρα
E	>100.000	Ατομικά-ομαδικά	3	Σε όλη τη χώρα
ΣΤ	50.000-100.000	Ατομικά-ομαδικά	2	Σε όλη τη χώρα

Εδώ πρέπει να αναφερθεί, ότι το περιεχόμενο των συνεντεύξεων (με ταυτόχρονη αναφορά στην εταιρία) συμφωνήθηκε για ευνόητους λόγους να θεωρηθεί εμπιστευτικό, γι' αυτό το λόγο και δεν αναφέρονται οι επωνυμίες των ασφαλιστικών εταιριών.

Οι συνεντεύξεις με τα διοικητικά στελέχη των ασφαλιστικών εταιριών, που πραγματοποιήθηκαν το δεύτερο εξάμηνο του 1998, δεν περιελάμβαναν την συμπλήρωση ερωτηματολογίου, αλλά ακολουθήθηκε η τακτική της δομημένης συνέντευξης πάνω σε καθορισμένα θέματα, σχετικά με :

1. τα χαρακτηριστικά της στρατηγικής του σχεδιασμού, προώθησης και τιμοδότησης των προγραμμάτων ασφαλίσεων υγείας
2. την επίδραση των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας σε αυτή τη στρατηγική
3. τα μέσα ελέγχου του κόστους των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
4. τις προσπάθειες για διασφάλιση της ποιότητας των παροχών των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, ώστε να μη υποβαθμίζεται από την οποιαδήποτε ενέργεια περιορισμού του κόστους
5. τις μεθόδους ενθάρρυνσης των ασφαλισμένων σε λιγότερο ακριβές ή/και πιο αποτελεσματικές επιλογές σε θέματα χρήσης υπηρεσιών υγείας
6. την ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων, για την υποστήριξη του συστήματος ασφάλισης υγείας

Παρακάτω, παρατίθενται στοιχεία των έξι εταιριών, με τις οποίες πραγματοποιήθηκε συνάντηση, προκειμένου να συλλεχθούν στοιχεία για την έρευνά μας :

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΤΟΥΣ 2000 ΤΩΝ ΕΞΙ ΠΡΩΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

	ALICO AIG Life	ΕΘΝΙΚΗ	INTERAMERICAN	ALLIANZ	NAT-NED	ΑΣΠΙΣ- ΠΡΟΝΟΙΑ
I. ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ / ΚΕΦΑΛΑΙΑ						
ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ/ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ	213.069,50	299.834,07	425.953,80	66.942,30	195.111,50	116.420,86
ΣΥΝΟΛΟ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΥ ΑΠΟΘΕΜΑΤΟΣ	165.919,10	228.147,20	293.925,50	54.817,50	160.879,60	79.043,40
ΣΥΝΟΛΟ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	\$ 5.902,53	36.337,89	86.590,20	1.161,50	17.259,70	25.813,94
II. ΕΣΟΔΑ						
ΑΠΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ	42.472,60	72.152,60	102.045,60	24.966,00	65.726,70	39.120,50
ΑΠΟ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ (χωρίς κέρδη από ρευστοποίηση επενδύσεων)	12.528,10	11.809,50	17.692,50	1.492,70	12.801,50	3.483,00
ΑΠΟ ΚΕΡΔΗ ΑΠΟ ΡΕΥΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ	1.163,60	14.702,60	38.478,90	4.222,90	544,3	148,3
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	56.614,30	98.664,70	158.217,00	30.681,60	79.072,50	42.751,80
ΖΗΜΙΕΣ ΑΠΟ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ	-1.746,70	-22.990,80	-57.737,20	-3.801,90	-16.162,70	-10.699,00
III. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ						
ΑΠΟΘΕΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ	12.075,90	11.033,40	31.685,90	3.408,30	-6.130,30	-176
ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ	26.775,70	44.916,80	47.635,60	16.962,40	39.161,20	14.392,90
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ	38.851,60	55.950,20	79.321,50	20.370,70	33.030,90	14.216,90
ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΝΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ	3.348,90	11.136,05	24.141,90	3.610,30	10.746,60	7.291,37
ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	7.271,30	14.351,30	22.686,60	7.431,30	16.287,70	7.546,40
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ & ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ-ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	10.620,20	25.487,35	46.828,50	11.041,60	27.034,30	14.837,77
IV. ΚΕΡΔΗ (ΖΗΜΙΕΣ) ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	8.084,90	2.822,10	17.390,30	-3.367,30	5.792,20	2.638,31
V. ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ (Κέρδη/Ασφάλιστρα)						
VI. ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	AAA	BBBp1	;	;	;	;

VII. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΕΤΑΙΡΙΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ:

α. ΤΙΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ-%ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	1	4	3	2	5	6
β. ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ (Κέρδη/Ασφάλιστρα)	1	5	2	6	3	4
γ. ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ	1	3	6	2	4	5
δ. ΤΑ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	1	3	2	6	5	4
ε. ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ (Rating)	1	2	6	6	6	6

VIII. ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

1. Η κατάταξη των εταιριών στον πίνακα έγινε με βάση τα πέντε κριτήρια που καθορίζουν αποφασιστικά την ποιότητα μιας ασφαλιστικής εταιρίας: Παροχές υπέρ των ασφαλισμένων, Αποδοτικότητα, Παραγωγικότητα, Ίδια Κεφάλαια, Διεθνής Αξιολόγηση.

2. Για τις εταιρίες ΕΘΝΙΚΗ και ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ, τα ποσά που αναφέρονται στο Σύνολο Ενεργητικού στη κατηγορία Ι. ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ έχουν υπολογισθεί αναλογικά προς τα αποθέματα του κλάδου Ζωής σε σχέση με το σύνολο των αποθεμάτων. Το ίδιο έχει γίνει και για τον υπολογισμό των Ιδίων Κεφαλαίων. Για τον υπολογισμό των κερδών των δύο αυτών εταιριών έχει ληφθεί υπόψη η αναλογία των ασφαλιστρών Ζωής σε σχέση με το σύνολο των ασφαλιστρών.

3. Για την εταιρία ALICO AIG Life, που στην Ελλάδα λειτουργεί ως Υποκατάστημα, τα Ίδια Κεφάλαια εμφανίζονται σε εκατ. δολάρια και είναι αυτά τα οποία είχε η εταιρία στις 30/11/2000.

4. Στην κατηγορία ΙΙ. τα ασφάλιστρα είναι αυτά που εμφανίζονται στους Ισολογισμούς των Εταιριών και είναι τα ασφάλιστρα από πρωτασφαλίσεις και αντασφαλίσεις.

5. Στην κατηγορία ΖΗΜΙΕΣ ΑΠΟ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ συμπεριλαμβάνονται τα ποσά από τις Προβλέψεις Υποτίμησης Επενδύσεων, οι Ζημιές από ρευστοποίηση Επενδύσεων, και οι διαφορές αποτιμήςεως στην τρέχουσα αξία επενδύσεων ασφαλίσεων Ζωής που οι ασφαλισμένοι φέρουν σε επενδυτικό κίνδυνο

6. Στη κατηγορία ΙΙΙ. τα ποσά αναφέρονται σε σχέση με τα ασφάλιστρα, όπως αυτά εμφανίζονται στους Ισολογισμούς

7. Στη κατηγορία ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΝΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ περιλαμβάνονται τα έξοδα διοικητικής λειτουργίας, τα έξοδα λειτουργίας διαθέσεως και οι αμοιβές και τα έξοδα προσωπικού, διάφορα έξοδα, φόροι-τέλη, αποσβέσεις και λοιπές προβλέψεις, όπως αναφέρονται στους κλάδους εκμεταλλεύσεως. Για τις εταιρίες ΕΘΝΙΚΗ και ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ τα έξοδα διοικήσεως και λειτουργίας διαθέσεως έχουν υπολογιστεί αναλογικά προς τα ασφάλιστρα του κλάδου Ζωής σε σχέση με το σύνολο ασφαλιστρών.

8. Στην κατηγορία Π.Υ.Μ.Α./ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΑ ΚΕΡΔΗ το ερωτηματικό υποδηλώνει είτε ότι δεν έχει ανακοινωθεί από τις εταιρίες είτε ότι δεν είναι ευρέως γνωστό.

9. Στην κατηγορία ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ αναφέρονται οι αξιολογήσεις των εταιριών (για όποιες υπάρχουν) από τους διεθνείς οργανισμούς αξιολόγησης όπως είναι οι: Moody's, Standard & Poor's κλπ.

10. Τα ποσά που αναφέρονται στον πιο πάνω πίνακα είναι εκφρασμένα σε εκατομμύρια δρχ. με την εξαίρεση της σημείωσης 3 όπου είναι σε εκατομμύρια δολλάρια.

ΠΗΓΗ: Περιοδικό "ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ", Σεπτέμβριος 2001.

1.3 Σύντομη αναφορά στα ευρήματα

Πολλά και σημαντικά θέματα προέκυψαν από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε στις παραπάνω ασφαλιστικές εταιρίες σχετικά με τις στρατηγικές τους σε θέματα ασφαλίσεων υγείας :

1. διαπιστώθηκε η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού και αντικειμενικών στόχων, ειδικά για τον κλάδο των ασφαλίσεων υγείας. Οι όποιοι σχεδιασμοί υπήρχαν, είτε αφορούσαν τον συνολικό επιχειρηματικό σχεδιασμό των εταιριών, είτε περιελάμβαναν την ασφάλιση υγείας στον ευρύτερο κλάδο των ασφαλίσεων ζωής
2. συνέπεια των παραπάνω, είναι ότι καθώς δεν υπήρχε ένταξη των όποιων ειδικών δράσεων-ενεργειών του κλάδου των ασφαλίσεων υγείας σε ένα ευρύτερο σχεδιασμό, παρατηρείται η υλοποίηση περιορισμένων (κατά περίπτωση) και αποσπασματικών στόχων, αποκομμένων από τις υπόλοιπες λειτουργίες της επιχείρησης
3. εμφανέστερη ήταν η έλλειψη ένταξης και εναρμόνισης των στόχων του τομέα πληροφορικής της επιχείρησης, προς την κατεύθυνση της εξυπηρέτησης των επιχειρηματικών στόχων και ενεργειών του κλάδου της ασφάλισης υγείας
4. σε ότι αφορά τον σχεδιασμό, την προώθηση και τιμολόγηση των προγραμμάτων, παρατηρείται
 - έμφαση στην προσπάθεια για παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω του σχεδιασμού ολοκληρωμένων προγραμμάτων
 - εστίαση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται μέσω των προγραμμάτων
 - τάση για συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος, μέσω της ενημέρωσης τους και ανάληψης ευθυνών
 - μεγαλύτερη προσαρμογή στους όρους που διαμορφώνονται στην ελεύθερη αγορά
5. οι μεγάλες ασφαλιστικές εταιρίες χρησιμοποιούν, στις συνεργασίες τους με τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, το μέγεθός τους και τη δύναμη του ονόματός τους, ώστε να απαιτήσουν όρους που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους
6. η οργανωτική δομή που διευθύνει τα θέματα ασφάλισης υγείας δεν είναι ευέλικτη, με τρόπο ώστε, σε συνδυασμό με την επιλογή του κατάλληλου χρόνου, να έχει τη δυνατότητα υιοθέτησης ριζικών και ταχύτατων, αλλαγών, αλλά επιλέγει σταδιακές και χρονοβόρες μεταβάσεις
7. όλες οι ασφαλιστικές εταιρίες θεωρούν ότι τα δικά τους προγράμματα ασφάλισης υγείας, έχουν δίκαια και λογικά ασφάλιστρα, ικανοποιούν με το περιεχόμενο των όρων τους και ταυτόχρονα τους εξασφαλίζουν αύξηση της πελατειακής τους βάσης, χωρίς όμως να αιτιολογούν επαρκώς τις απόψεις αυτές (π.χ. καμία ασφαλιστική εταιρία δεν είχε τη δυνατότητα να μας προσδιορίσει το πραγματικό κόστος, κατά φορείς κόστους, των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας)

8. οι ασφαλιστικές εταιρίες εφαρμόζουν τις όποιες στρατηγικές τους σε θέματα ασφαλίσεων υγείας με διάφορα μέσα, που μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες :
 - κριτήρια αξιολόγησης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
 - στρατηγικές marketing για τον επηρεασμό των ατόμων στην επιλογή συγκεκριμένων προγραμμάτων και παροχών
 - μέθοδοι κατεύθυνσης της συμπεριφοράς του ασφαλισμένου
9. όλες οι ασφαλιστικές εταιρίες αναγνώρισαν την έλλειψη της κατάλληλης οργανωτικής υποδομής και των μέσων για τον ορθό προσδιορισμό του κόστους και την παρακολούθηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, τα οποία όμως και θεωρούν ιδιαίτερα σημαντικά
10. όλες οι ασφαλιστικές εταιρίες είναι πεπεισμένες, ότι η συμμετοχή του ασφαλισμένου είναι σημαντική στην προσπάθεια για την συνειδητοποίηση και τον περιορισμό του κόστους, είτε στην επιλογή, είτε στην χρήση των παροχών ενός ασφαλιστικού προγράμματος ασφάλισης υγείας
11. επίσης παραδέχονται, ότι τα προγράμματα ασφάλισης υγείας με απεριόριστα ή υψηλά ποσά παροχών υπηρεσιών υγείας, αποδείχτηκαν ανεπαρκές και ακριβό μέσο προσέλκυσης αυξημένου αριθμού καταναλωτών
12. καμία ασφαλιστική εταιρία δεν είχε σχεδιάσει, αναπτύξει ή προμηθευτεί πληροφοριακό σύστημα, το οποίο να έχει τη δυνατότητα ολοκληρωμένης εξυπηρέτησης των ενεργειών και διαδικασιών, που απαιτούνται για τη διαχείριση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
13. τέλος, όλες οι ασφαλιστικές εταιρίες αναγνώρισαν την έλλειψη παροχής πληροφόρησης σε πολλά επίπεδα από την εφαρμογή των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με αποτέλεσμα πιθανά λανθασμένο σχεδιασμό τους, ανεπαρκή αξιολόγησή τους και ελλιπή στρατηγική στον σημαντικό αυτό τομέα.

Κεφάλαιο 7

Περιγραμμά, Απολόγηση και Σκοπός της Έρευνας

7.1 Περιγραμμά της Έρευνας

Αντικείμενο της παρούσας έρευνας, αποτελεί η ανάπτυξη ενός Πληροφοριακού Συστήματος (*Manage Care*), του οποίου η λειτουργία θα εξυπηρετεί τη συλλογή, καταγραφή και επεξεργασία στοιχείων-δεδομένων κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, από τους ασφαλισμένους Ασφαλιστικών Εταιριών. Το προτεινόμενο Πληροφοριακό Σύστημα *Manage Care* έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε -είτε λειτουργώντας ανεξάρτητα, είτε εντασσόμενο σε ένα Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα μιας Ασφαλιστικής Εταιρίας- να έχει τη δυνατότητα υποστήριξης των διαδικασιών, που εφαρμόζονται σε σύγχρονα συστήματα διαχείρισης φροντίδας υγείας (*managed care*), αλλά και προσαρμογής-προτυποποίησης του τρόπου καταγραφής και παρακολούθησης των στοιχείων των ασφαλισμένων και, κυρίως, των δεδομένων της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από αυτούς.

Βασική προϋπόθεση, της δημιουργίας τέτοιων πληροφοριακών συστημάτων, είναι η προσαρμογή των εσωτερικών και εξωτερικών διαδικασιών, ώστε να εφαρμοστεί ένα σύγχρονο σύστημα διαχείρισης της φροντίδας που παρέχεται μέσω των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας.

Γι' αυτό το λόγο, η έρευνα μας στο αρχικό της στάδιο συνέλεξε δεδομένα από το εσωτερικό περιβάλλον των συνεργαζομένων ασφαλιστικών εταιριών, αλλά και το περιβάλλον της Ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς γενικότερα, προκειμένου να αναγνωρίσει και καταγράψει τις διαδικασίες που ακολουθούνται, τα πρόσωπα που εμπλέκονται, τους ρόλους και τις αρμοδιότητές τους, τις χρησιμοποιούμενες υποδομές και την πληροφόρηση που παρέχεται στα στελέχη και τη διοίκηση.

Σε επόμενο στάδιο, η έρευνα μας διαπίστωσε και κατέγραψε τις δυσλειτουργίες του υπάρχοντος συστήματος και διατύπωσε προτάσεις για την επίλυσή τους, μέσα στα πλαίσια του υπάρχοντος περιβάλλοντος λειτουργίας των ασφαλιστικών εταιριών, αλλά και των απαιτήσεων της διοίκησης τους. Οι προτάσεις αυτές αξιολογήθηκαν, τροποποιήθηκαν και συμφωνήθηκε, στην περίπτωση της μιας ασφαλιστικής εταιρίας, η υλοποίησή τους στα πλαίσια της παρούσας διατριβής.

Σε τρίτο στάδιο, ακολούθησε η διαδικασία ανάπτυξης του *Manage Care* και των αναγκαίων προσαρμογών στις ακολουθούμενες διαδικασίες.

Σε τέταρτο στάδιο, υλοποιήθηκε το *Manage Care*, και λειτούργησε με προσομοίωση διαδικασιών και δεδομένων σε δοκιμαστικό στάδιο, και κάτω από πραγματικές συνθήκες σε πιλοτικό στάδιο.

Τέλος, αντιμετωπίστηκαν τυχόν προβλήματα από τη λειτουργία του συστήματος και αποφασίστηκε η σταδιακή ένταξή του στο νέο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα της εταιρίας.

7.2 Αιτιολόγηση και Σκοπός της Έρευνας

Παρά τη σημαντική αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία κατά την τελευταία 20ετία, η συζήτηση γύρω από την αποτελεσματικότητα και το ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης έχει ενταθεί, η δε αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών της αμφισβητείται λόγω της δημοσιονομικής-διαχειριστικής κρίσης που πλήττει την κοινωνική ασφάλιση και λόγω του δημόσιου χαρακτήρα της.

Και αυτό γιατί, παρά το σημαντικό κοινωνικό έργο που κατά γενική ομολογία επιτελεί, είναι εμφανές ότι τα αδιέξοδα που παρατηρούνται στη χρηματοδότηση και λειτουργία της έχουν επιταθεί. Κατά συνέπεια, είναι αμφίβολο πλέον κατά πόσο η Κοινωνική Ασφάλιση μπορεί, από μόνη της, να καλύψει τις ανάγκες του σύγχρονου ανθρώπου και τις απαιτήσεις του για πραγματικά υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, ο πολίτης προβάλλει το δικαίωμα της απολαβής βελτιωμένων και αυξημένων υπηρεσιών υγείας, εφόσον το επιθυμεί και μπορεί να καταβάλλει το πρόσθετο κόστος. Έτσι, έχει ανοίξει ο δρόμος στις Ιδιωτικές και Δημόσιες Ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες δραστηριοποιούνται δυναμικά πλέον στο χώρο της δημιουργίας και προσφοράς προγραμμάτων ασφάλισης υγείας.

Όμως, πόσο έτοιμες παρουσιάζονται στην Ελλάδα οι Ασφαλιστικές εταιρίες, να υποδεχθούν και να διαχειριστούν την συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση τέτοιων ασφαλιστικών προϊόντων-προγραμμάτων και το κόστος τους; Πόσο έτοιμες παρουσιάζονται να προσφέρουν ασφαλιστικά προγράμματα, με προσιτά και δίκαια ασφάλιστρα, διασφαλίζοντας συγχρόνως την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών;

Η δημιουργία του προαναφερθέντος Πληροφοριακού Συστήματος *Manage Care*, υπαγορεύτηκε κυρίως από το γεγονός ότι, όπως διαπιστώθηκε και από την παρούσα έρευνα, στην Ελλάδα οι Ασφαλιστικές εταιρίες εμφανίζονται να μη έχουν καμία ουσιαστική παρέμβαση και ακόμη λιγότερο έλεγχο στο τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι, δεν έχουν τη δυνατότητα :

- α) να δημιουργούν νέα προγράμματα-προϊόντα ασφάλισης υγείας, προσαρμοσμένα στην Ελληνική πραγματικότητα
- β) να προσδιορίζουν τα κέντρα κόστους των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας και κατά συνέπεια να κοστολογούν και τιμολογούν με επιστημονικά κριτήρια και δίκαια τα προγράμματα ασφάλισης υγείας
- γ) να επεμβαίνουν στη διαδικασία διαμόρφωσης του κόστους των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, που κυρίως επηρεάζεται από τον όγκο και τη τιμή μονάδος των χρησιμοποιούμενων υπηρεσιών
- δ) να έχουν έλεγχο στην αναγκαιότητα και την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών, από τους φορείς υγείας
- ε) να χαράσσουν στρατηγικούς στόχους στον τομέα ασφάλισης υγείας

στ) να χαράσσουν και να εντάσσουν στρατηγικούς στόχους στον τομέα της Πληροφορικής, εναρμονιζόμενους και εντασσόμενους στους λοιπούς ειδικούς ή και συνολικούς επιχειρηματικούς στόχους

Η αδυναμία αυτή οφείλεται, κυρίως στη έλλειψη της συστηματικής ενημέρωσης και παρακολούθησης των πραγματικών δεδομένων των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας και τη θεώρησή τους ως παραγόντων που διαμορφώνουν την εξέλιξη των μεγεθών μέσα στην εταιρία.

Με άλλα λόγια, οι ασφαλιστικές εταιρίες δεν έχουν αναπτύξει σύγχρονα πληροφοριακά συστήματα διαχείρισης της φροντίδας υγείας, που παρέχουν μέσω των ασφαλιστικών προγραμμάτων τους, τα οποία να έχουν τη δυνατότητα να συγκεντρώνουν, να καταγράφουν, και να παρακολουθούν - ελέγχουν δεδομένα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας των ασφαλισμένων τους. Αυτά τα στοιχεία θα είχαν τη δυνατότητα να τα παρακολουθούν διαχρονικά, να τα επεξεργάζονται και να τα συσχετίζουν με άλλα στοιχεία, των ασφαλισμένων της εταιρίας ή άλλων πληθυσμών.

Κεφάλαιο 8

Μέθοδος Διαχείρισης της Έρευνας – Μεθοδολογία Ανάπτυξης του “Manage Care”

8.1 Η Μέθοδος Διαχείρισης έργων PRINCE2

8.1.1 Γενικά

Στην εποχή μας, οι περισσότεροι οργανισμοί βιώνουν πρωτοφανή επίπεδα αλλαγών. Η αλλαγή έχει καταστεί τρόπος ζωής για επιχειρήσεις και οργανισμούς, οι οποίοι έχουν την ανάγκη να παραμείνουν αποτελεσματικοί και ανταγωνιστικοί, με σκοπό την ανάπτυξή τους.

Η αποτελεσματική διοίκηση των έργων (projects), είναι σημαντικό κομμάτι της επιτυχημένης διαχείρισης της αλλαγής. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στις προσεγγίσεις της διοίκησης των έργων (project management) και των τεχνικών, από τις οποίες μπορεί κάποιος να διαλέξει. Ένα έργο (project), αποτελεί μια προσωρινή συμφωνία, η οποία επιστρατεύει παραγωγικές πηγές, ικανότητες, τεχνολογία και ιδέες, με σκοπό να δημιουργήσουν επιχειρηματικά οφέλη ή να επιτύχουν τους επιχειρηματικούς στόχους {CCTA 1999}. Η αποτελεσματική διοίκηση των έργων, βοηθά στο να εξασφαλιστεί ότι αυτά τα οφέλη ή οι στόχοι, θα επιτευχθούν μέσα στα καθορισμένα όρια προϋπολογισμού, χρονικής διάρκειας και επιθυμητής ποιότητας.

8.1.2 Τυποποιημένες μέθοδοι Διοίκησης Έργων

Τα έργα συχνά οδηγούνται σε αποτυχία. Μερικά ολοκληρώνουν τα βασικά σημεία τους, άλλα γρήγορα εγκαταλείπονται και ξεχνιούνται. Μερικοί συνήθεις παράγοντες αυτού του φαινομένου είναι :

- Έλλειψη συνεργασίας των παραγωγικών πηγών και των ενεργειών
- Έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των συνεργαζομένων ομάδων
- Εσφαλμένη εκτίμηση του χρόνου και του κόστους
- Ανεπαρκής σχεδιασμός του απαραίτητου δυναμικού, των ενεργειών και του προγραμματισμού
- Έλλειψη μηχανισμών ελέγχου της προόδου του έργου
- Έλλειψη μηχανισμών ελέγχου της ποιότητας των παραδοτέων

Οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί, θα πρέπει λοιπόν, να δίνουν τη δυνατότητα στο προσωπικό τους να αναπτύσσουν τις ικανότητες και τη γνώση τους,

ορίζοντας ένα περιβάλλον διοίκησης των έργων, που ελαχιστοποιεί τους κινδύνους αποτυχίας τους. Τέτοιο περιβάλλον προδιαγράφεται από τυποποιημένες μεθοδικές ελεγχόμενες διαδικασίες διοίκησης των έργων, σύμφωνα με τις οποίες :

- Τα έργα αποτελούν πεπερασμένες διαδικασίες, με αρχή και τέλος
- Τα έργα πάντα πρέπει να διοικούνται, προκειμένου να είναι επιτυχημένα
- Για να είναι ξεκάθαρη η αποστολή του έργου, πρέπει να είναι κατανοητό από όλους τους εμπλεκόμενους, η αναγκαιότητα του έργου, το αποτέλεσμα που θα επιτευχθεί, ο τρόπος και τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν, καθώς και οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες καθενός.

8.1.3 Η ακολουθούμενη μέθοδος Διαχείρισης της εργασίας (Μέθοδος PRINCE 2)

Υπό το πρίσμα της παραπάνω λογικής, η παρούσα έρευνα/εργασία, αποφασίστηκε να αντιμετωπιστεί σαν ένα μικρής εμβέλειας έργο, και όλες οι ενέργειες που πραγματοποιήθηκαν μέχρι την ολοκλήρωσή της, εντάχθηκαν στο ελεγχόμενο περιβάλλον της μεθόδου διοίκησης έργων **PRINCE 2**.

Η μέθοδος **PRINCE** (**PR**ojects **IN** **C**ontrolled **E**nvironments) αναπτύχθηκε το 1989 από την CCTA (Central Computer and Telecommunications Agency), κυβερνητικό οργανισμό της Μεγάλης Βρετανίας. Η μέθοδος αυτή, αποτελεί μια δομημένη μέθοδο για αποτελεσματική διοίκηση έργων, κάθε μεγέθους και τύπου. Αποτελεί την επίσημη μέθοδο που χρησιμοποιείται από τις κρατικές υπηρεσίες της Μεγάλης Βρετανίας, και χρησιμοποιείται πλέον ευρύτατα και από τον ιδιωτικό τομέα σε όλο τον κόσμο.

Η μέθοδος αυτή, χρησιμοποιήθηκε αρχικά (και σήμερα ευρύτατα) σε δημόσια έργα, που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας (NHS-ΕΣΥ της Μεγάλης Βρετανίας, μεγάλους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς που προσφέρουν προγράμματα ασφάλισης υγείας π.χ. BUPA, φορείς υπηρεσιών υγείας κ.ά.), κυρίως λόγω της πολυπλοκότητάς τους και της εμπλοκής πολλών και διαφορετικών φορέων. Αργότερα, η PRINCE 2 υιοθετήθηκε σαν η αναγνωρισμένη μέθοδος για κάθε είδους έργο (δημόσιο ή ιδιωτικό).

Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου για τη διαχείριση της παρούσας εργασίας, πέρα από τη συνάφεια του περιεχομένου της εργασίας με την καταγωγή της μεθόδου, βασίστηκε στα παρακάτω κριτήρια {CCTA 1998} :

- Παρέχει τα εργαλεία για τη διαχείριση των παραδοτέων, και εξασφαλίζει ότι παραδίδονται έγκαιρα και στην επιθυμητή ποιότητα
- Διαχωρίζει τη διαχείριση σε θέματα Οργανωτικής Δομής, Σχεδιασμού και Ελέγχου
- Διευκολύνει τον έλεγχο σε όλα τα επίπεδα
- Παρέχει πιο “διάφανη” εικόνα της πορείας της εργασίας
- Παρέχει τα μέσα επικοινωνίας όλης της ομάδας
- Εξασφαλίζει την πρόοδο της εργασίας με τη σωστή διαδοχή

- Εμπλέκει στη διαχείριση του έργου, προσωπικό πολλών διαφορετικών βαθμίδων
- Επιτρέπει στην εργασία να διακοπεί, και να επανεκκινήσει, αφού παρέμβει σε προβληματικά σημεία
- Υποβοηθεί τους εμπλεκόμενους σε κάθε βήμα, παρέχοντας συγχρόνως τα εργαλεία για την ολοκλήρωση της εργασίας

Σύμφωνα με τη βασική αρχή της μεθόδου PRINCE 2, η εργασία διαιρέθηκε σε στάδια (stages), τα οποία υλοποιούνται μέσα από κάποιες διαδικασίες (processes), οι οποίες με τη σειρά τους ορίζονται από προκαθορισμένες ομάδες προϊόντων (products) και ενεργειών (activities). Κάθε στάδιο, έχει συγκεκριμένη διάρκεια, συνοδεύεται από στοιχεία ελέγχου και έχει οργανωτική δομή. Τα παραδοτέα (deliverables) κάθε σταδίου σηματοδοτούν και την ολοκλήρωση κάθε σταδίου.

Τέλος, η διαχείριση της εργασίας πραγματοποιείται από την Ομάδα διαχείρισης, η οποία οργανώθηκε λαμβάνοντας υπόψη τη φύση και το μέγεθος της παρούσας εργασίας.

8.2 Μεθοδολογία Ανάπτυξης του Πληροφοριακού Συστήματος

Κατά τη διάρκεια των περασμένων ετών έχουν προταθεί πολλές μεθοδολογίες υλοποίησης Πληροφοριακών Συστημάτων. Για την ανάπτυξη του Πληροφοριακού Συστήματος της παρούσας εργασίας, ακολουθήθηκε μια παραλλαγή της μεθοδολογίας του **“Δομημένου Κύκλου Ζωής Ανάπτυξης Πληροφοριακών Συστημάτων (System Development Life Cycle Methodology- SDLC)”** {GAO 1999}, η οποία ονομάζεται περιγραφικά ως **“Κύκλος Ανάπτυξης σε Επικαλυπτόμενες Φάσεις”** {Datamed 1998}. Ο ορισμός αυτός προκύπτει από το γεγονός ότι οι διαδοχικές φάσεις του έργου δεν ξεκινούν η μία με τη λήξη της προηγούμενης, αλλά σε πολλά σημεία του χρονοδιαγράμματος του έργου πολλές φάσεις είναι ενεργές παράλληλα. Γίνεται έτσι εφικτή μια αναδρομική σχέση ανάμεσα στις φάσεις του έργου με αποτέλεσμα να βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα υλοποίησης, ενώ παράλληλά μμειώνεται ο χρόνος παραγωγής του.

Η ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων σύμφωνα με τη μεθοδολογία αυτή :

- προσφέρει δομημένη προσέγγιση, συνεπή με γενικά αποδεκτούς κανόνες και πρακτικές
- εμπλέκει ενεργά του χρήστες καθ’ όλη τη διαδικασία ανάπτυξης
- παρέχει ικανοποιητική τεκμηρίωση, ώστε να καθοδηγεί το προσωπικό, ανεξάρτητα από ικανότητες και εμπειρία
- παρέχει τα μέσα για τον έλεγχο των μεταβολών στις απαιτήσεις

Των φάσεων ανάπτυξης του Πληροφοριακού Συστήματος, προηγήθηκε το στάδιο Έναρξης της Έρευνας, το οποίο περιελάμβανε :

- Βιβλιογραφική έρευνα και
- Αναζήτηση-επιλογή ασφαλιστικής εταιρίας για ερευνητική συνεργασία

Ο Κύκλος Ανάπτυξης αποτελείται από επτά φάσεις οι οποίες παραθέτονται :

1. **Φάση Ανάλυσης** : Κατά τη διάρκεια αυτής φάσης :

- συλλέχθηκαν δεδομένα από το εσωτερικό περιβάλλον της ασφαλιστικής ερευνώμενης εταιρίας και το εξωτερικό περιβάλλον της ασφαλιστικής αγοράς στην Ελλάδα γενικότερα (Παραδοτέα : 1) Πρότυπο Σύστημα Διαχείρισης Ασφαλίσεων Υγείας: Περιγραφή της Υπάρχουσας Κατάστασης και 2) Συστήματα Διαχείρισης Ασφαλίσεων Υγείας: Έρευνα Ελληνικής Αγοράς)
- μελετήθηκε το πρόβλημα όπως το διαπίστωσε η έρευνα (Παραδοτέο : Πρότυπο Σύστημα Διαχείρισης Ασφαλίσεων Υγείας: Αξιολόγηση της Υπάρχουσας Κατάστασης), προσδιορίστηκε διεξοδικά τόσο ο τρόπος εργασίας όσο και νέες λειτουργίες που θέλει να υλοποιήσει η Ασφαλιστική Εταιρία, ενώ οργανώθηκε η διαχείριση της έρευνας. Τα βασικά έγγραφα που προέκυψαν από αυτή τη φάση είναι: το έγγραφο Σκοπιμότητας της έρευνας (Project Mandate), το έγγραφο συνοπτικής περιγραφής της έρευνας (Project Brief), το έγγραφο Αναλυτικής Περιγραφής της έρευνας (Project Plan) και τα παραδοτέα της έρευνας (Work Packages). Επίσης καθορίστηκαν οι απαιτήσεις σε ανθρώπινο δυναμικό και υλική υποδομή και κατασκευάστηκε ένα αρχικό (μη απόλυτα δεσμευτικό) χρονοδιάγραμμα εργασιών. Τέλος, συντάχθηκε από την ερευνώμενη ασφαλιστική εταιρία, το έγγραφο αποδοχής έναρξης της έρευνας (Initiation Report).

2. **Φάση Προδιαγραφών-Σχεδίασης** : Με τη σύμφωνη γνώμη λοιπόν της Ασφαλιστικής Εταιρίας, άρχισε ο σχεδιασμός με βάση τα έγγραφα της προηγούμενης φάσης. Ο σχεδιασμός του Συστήματος αποσκοπούσε σε μια επιστημονικά και οικονομικά αποδεκτή λύση του προβλήματος, με σκοπό τη βελτίωση των επιχειρηματικών λειτουργιών της εταιρίας. Σε αυτό το στάδιο προσφέρθηκαν πολλές εναλλακτικές λύσεις αλλά τελικά επιλέχθηκε εκείνη, οι προδιαγραφές της οποίας αποτυπώθηκαν στο έγγραφο Περιγραφής της έρευνας (Project Plan). Αναλυτικά, σε αυτή τη φάση :

- Καταγράφηκαν οι Λειτουργικές Προδιαγραφές του Συστήματος (Παραδοτέο : Λειτουργικές Προδιαγραφές Συστήματος)
- Προσδιορίστηκαν η μεθοδολογία και τα εργαλεία ανάπτυξης του λογισμικού (Παραδοτέο : Τεχνικές Προδιαγραφές Λογισμικού)
- Καταγράφηκαν οι Τεχνικές Προδιαγραφές του Λογισμικού και η δομή της Βάσης Δεδομένων (Παραδοτέο : Τεχνικές Προδιαγραφές Λογισμικού)

- Οριστικοποιήθηκε ο αναγκαίος απαιτούμενος εξοπλισμός και καταγράφηκαν οι Τεχνικές Προδιαγραφές του (Παραδοτέο : Τεχνικές Προδιαγραφές Υλικοτεχνικού Εξοπλισμού)
 - Έγινε επιλογή του τρόπου μετάβασης στο νέο σύστημα (Παραδοτέο : Σχεδιασμός Μετάβασης στο Νέο Σύστημα)
3. **Φάση Ανάπτυξης του Λογισμικού:** Το λογισμικό άρχισε να υλοποιείται με βάση τα έγγραφα των προηγούμενων φάσεων και με κύριο γνώμονα τη φιλικότητα στον χρήστη (User Friendliness). Εδώ πραγματοποιήθηκαν δοκιμές σε επίπεδο υποσυστημάτων του λογισμικού από τους προγραμματιστές της εταιρίας, εκτελώντας τις δοκιμές ολοκλήρωσης (Integration Tests) αυτών των υποσυστημάτων. Σε αυτή τη φάση οι προγραμματιστές εκδίδουν το έγγραφο των Τεχνικών Προδιαγραφών του Κώδικα (Code Technical Specifications), ενώ επίσης ετοιμάζεται η αρχική δομή και μορφή του Εγχειριδίου Χρήστη (User Manual).
 4. **Φάση Γενικής Δοκιμής του Συστήματος:** Σε αυτή την φάση δημιουργήθηκε ένα πρωτότυπο της εφαρμογής, το οποίο είχε ενσωματωμένες όλες τις βασικές λειτουργίες της και προσομοίωνε τις διαδικασίες εξυπηρέτησης του συστήματος “Manage Care”, όπως αυτές προδιαγράφηκαν στα στάδια της ανάλυσης. Το πρωτότυπο αυτό παρουσιάστηκε στους χρήστες, ούτως ώστε αυτοί να αντιληφθούν τον τρόπο με τον οποίο η εφαρμογή καλύπτει τις λειτουργικές απαιτήσεις και υλοποιεί τις αλλαγές στις διαδικασίες, οι οποίες προήλθαν και από τις δικές τους προτάσεις. Οι κρίσεις των χρηστών πάνω στον τρόπο λειτουργίας του πρωτοτύπου είχαν ιδιαίτερη σημασία, καθώς επισημάνθηκαν κρίσιμες αλλαγές και τροποποιήσεις, που θεωρήθηκαν απαραίτητες για καλύτερη κάλυψη των αναγκών τους. Οι κύριοι χρήστες της εφαρμογής επισήμαναν τον βαθμό ικανοποίησης από το πρωτότυπο και τις πιθανές τροποποιήσεις που θεωρούσαν αναγκαίες για την καλύτερη κάλυψη των λειτουργικών τους αναγκών.
 5. **Φάση Αποδοχής του Συστήματος:** Με την επιτυχή δοκιμή του πρωτοτύπου, το τελικό προϊόν δοκιμάστηκε εκ νέου παρουσία στελεχών της Ασφαλιστικής εταιρίας. Η αποδοχή του λογισμικού είναι συνέπεια της πλήρωσης των κριτηρίων αποδοχής, τα οποία η Ασφαλιστική Εταιρία είχε θέσει από τη φάση της ανάλυσης. Με την αποδοχή, για όσα υποσυστήματα σταδιακά πλέον εντάσσονται στο Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα, εκτελούνται επιπλέον δοκιμές σε πραγματικές συνθήκες, ενώ εκδίδονται τα τελικά Εγχειρίδια Χρήστη.
 6. **Φάση Μετάβασης στο Νέο Προϊόν:** Η εγκατάσταση και η μετάβαση στο νέο Σύστημα γίνεται με βάση το έγγραφο Προγραμματισμού Μεταβατικής Περιόδου (Migration Specifications). Το έγγραφο αυτό περιγράφει τη στρατηγική

μετάβασης, τις απαραίτητες μετατροπές λειτουργιών και δεδομένων καθώς και τα κριτήρια έναρξης λειτουργίας στο νέο σύστημα (Rollover).

7. **Λειτουργία και Υποστήριξη του Συστήματος:** Με την επιτυχή λειτουργία του Συστήματος, ανακύπτουν θέματα υποστήριξης του, όπως επιμέρους ρυθμίσεις για συγκεκριμένους χρήστες, παροχή βοήθειας στη χρήση του προγράμματος, καθώς και εγκατάσταση νέων εκδόσεων σύμφωνα με τις απαιτήσεις του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος. Κατά τη διάρκεια υλοποίησης του Συστήματος είναι πιθανό να προκύψουν θέματα αναθεωρήσεων και αλλαγών τόσο στις αρχικές απαιτήσεις όσο και στο σχεδιασμό του. Είναι πιθανόν να προκύψουν ακόμα αλλαγές και κατά την ανάπτυξη του Συστήματος. Σε κάθε περίπτωση τηρείται μια αυστηρή διαδικασία επίβλεψης και έγκρισης των τροποποιήσεων.

Οι παραπάνω φάσεις του κύκλου ζωής, λήφθηκαν υπόψη και στη διαμόρφωση των σταδίων της μεθόδου διαχείρισης της εργασίας, προσαρμοσμένες κατάλληλα, ώστε να απεικονίζουν ξεκάθαρα, τα στάδια ανάλυσης, ανάπτυξης και υλοποίησης του Πληροφοριακού συστήματος της παρούσας εργασίας.

8.3 Στάδια και διαδικασίες της έρευνας – Χρονοδιάγραμμα

Τα στάδια και οι διαδικασίες της έρευνας, συμφωνήθηκαν με τους υπεύθυνους της ασφαλιστικής εταιρίας. Προσδιορίστηκαν τα παραδοτέα της έρευνας και καθορίστηκε το χρονοδιάγραμμα υλοποίησης του πληροφοριακού συστήματος *Manage Care*. Ειδικότερα, για τον καθορισμό του χρονοδιαγράμματος, λήφθηκε υπόψη η απασχόληση του εμπλεκόμενου προσωπικού της ασφαλιστικής εταιρίας με τα συνήθη καθήκοντά του, αλλά και παράλληλα τυχόν επιβάρυνσή του με την εμπλοκή του στην υλοποίηση άλλων projects, τα οποία ευρίσκοντο σε εξέλιξη ή ανεμένετο η έναρξή τους. Γι' αυτό το λόγο και δόθηκε άνεση χρόνου στο προτεινόμενο χρονοδιάγραμμα, έτσι ώστε να απεικονίζει πιο ρεαλιστικά τον απαιτούμενο χρόνο υλοποίησης των διαφόρων σταδίων της έρευνας. Παρακάτω, εμφανίζεται σε διαγραμματική μορφή (Gantt Chart και Pert Chart)), το συμφωνηθέν χρονοδιάγραμμα ανάλυσης, ανάπτυξης και υλοποίησης του *Manage Care*:

ID	Task Name	Duration	Year 2					
			Quarter 1	Quarter 2	Quarter 3	Quarter 4	Quarter 5	Quarter 6
1	Βιβλιογραφική έρευνα	26 weeks	[Task bar]					
2	Επιλογή ασφαλιστικής εταιρίας για υλοποίηση Manage Care	4 weeks			[Task bar]			
3	Έναρξη εργασίας	28 weeks				[Summary bar 26/12]		
4	Αξιολόγηση πρότασης συνεργασίας	4 weeks			[Task bar]			
5	project mandate	2 weeks			[Task bar]			
6	project brief	2 weeks			[Task bar]			
7	project plan	6 weeks			[Task bar]			
8	work packages	6 weeks			[Task bar]			
9	καθορισμός απαιτήσεων σε ανθρώπινο δυναμικό και υλική υποδομή	2 weeks			[Task bar]			
10	κατασκευή χρονοδιαγράμματος εργασιών	4 weeks			[Task bar]			
11	initiation report	2 weeks			[Task bar]			
12	Ανάλυση	24 weeks					[Summary bar 10/7]	
13	συλλογή δεδομένων από το εσωτερικό περιβάλλον	16 weeks					[Task bar]	
14	συλλογή δεδομένων από το εξωτερικό περιβάλλον	16 weeks					[Task bar]	
15	ανάλυση - αξιολόγηση ευρημάτων	8 weeks					[Task bar]	
16	Σχεδιασμός	60 weeks						
17	λογικός σχεδιασμός	28 weeks						
18	μετασηματισμός των απαιτήσεων της ασφαλιστικής εταιρίας	28 weeks						
19	φυσικός σχεδιασμός	12 weeks						
20	αναγνώριση της ιεραρχίας των λογικών τμημάτων	4 weeks						
21	οριστικοποίηση εξοπλισμού	4 weeks						

Project: Διδακτορική Διατριβή Βοζίκη /
Date: 8 May 2002

Task



Summary



Rolled Up Progress



Split



Rolled Up Task



External Tasks



Progress



Rolled Up Split



Project Summary



Milestone

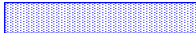












Rolled Up Milestone



ID	Task Name	Duration	Year 3					Year 4	
			Quarter 7	Quarter 8	Quarter 9	Quarter 10	Quarter 11	Quarter 12	
1	Βιβλιογραφική έρευνα	26 weeks							
2	Επιλογή ασφαλιστικής εταιρίας για υλοποίηση Manage Care	4 weeks							
3	Έναρξη εργασίας	28 weeks							
4	Αξιολόγηση πρότασης συνεργασίας	4 weeks							
5	project mandate	2 weeks							
6	project brief	2 weeks							
7	project plan	6 weeks							
8	work packages	6 weeks							
9	καθορισμός απαιτήσεων σε ανθρώπινο δυναμικό και υλική υποδομή	2 weeks							
10	κατασκευή χρονοδιαγράμματος εργασιών	4 weeks							
11	initiation report	2 weeks							
12	Ανάλυση	24 weeks							
13	συλλογή δεδομένων από το εσωτερικό περιβάλλον	16 weeks							
14	συλλογή δεδομένων από το εξωτερικό περιβάλλον	16 weeks							
15	ανάλυση - αξιολόγηση ευρημάτων	8 weeks							
16	Σχεδιασμός	60 weeks							
17	λογικός σχεδιασμός	28 weeks							
18	μετασηματισμός των απαιτήσεων της ασφαλιστικής εταιρίας	28 weeks							
19	φυσικός σχεδιασμός	12 weeks							
20	αναγνώριση της ιεραρχίας των λογικών τμημάτων	4 weeks							
21	οριστικοποίηση εξοπλισμού	4 weeks							

Project: Διδακτορική Διατριβή Βοζίκη /
Date: 8 May 2002

Task		Summary		Rolled Up Progress	
Split		Rolled Up Task		External Tasks	
Progress		Rolled Up Split		Project Summary	
Milestone		Rolled Up Milestone			

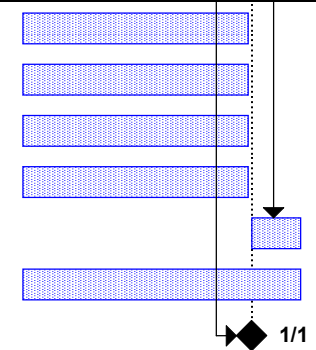
ID	Task Name	Duration	Year 3					Year 4	
			Quarter 7	Quarter 8	Quarter 9	Quarter 10	Quarter 11	Quarter 12	
22	προετοιμασία προγράμματος δοκιμών	4 weeks							
23	ανάπτυξη λογισμικού	20 weeks							
24	κωδικοποίηση των λογικών τμημάτων	8 weeks							
25	ολοκλήρωση των λογικών τμημάτων	2 weeks							
26	δοκιμές των λογικών τμημάτων	2 weeks							
27	προσαρμογή με το ήδη υπάρχον σύστημα	4 weeks							
28	μετατροπή - μετάπτωση δεδομένων	4 weeks							
29	Υλοποίηση	20 weeks							
30	εκπαίδευση χρηστών	4 weeks							
31	δοκιμή του συστήματος	2 weeks							
32	επαλήθευση	1 week							
33	έλεγχος της σωστής λειτουργίας	2 weeks							
34	πιστοποίηση	2 weeks							
35	καθορισμός μεθόδου μετάβασης	4 weeks							
36	έλεγχος αποδοχής χρηστών	1 week							
37	ανάπτυξη εγχειριδίων χρήσης	4 weeks							
38	Λειτουργία	33,2 weeks							
39	λειτουργία του συστήματος	12 weeks							
40	αξιολόγηση του συστήματος	17,2 weeks							
41	αξιολόγηση λειτουργικότητας	17,2 weeks							
42	αξιολόγηση χρηστικότητα	17,2 weeks							

Project: Διδακτορική Διατριβή Βοζίκη / Date: 8 May 2002	Task		Summary		Rolled Up Progress	
	Split		Rolled Up Task		External Tasks	
	Progress		Rolled Up Split		Project Summary	
	Milestone		Rolled Up Milestone			

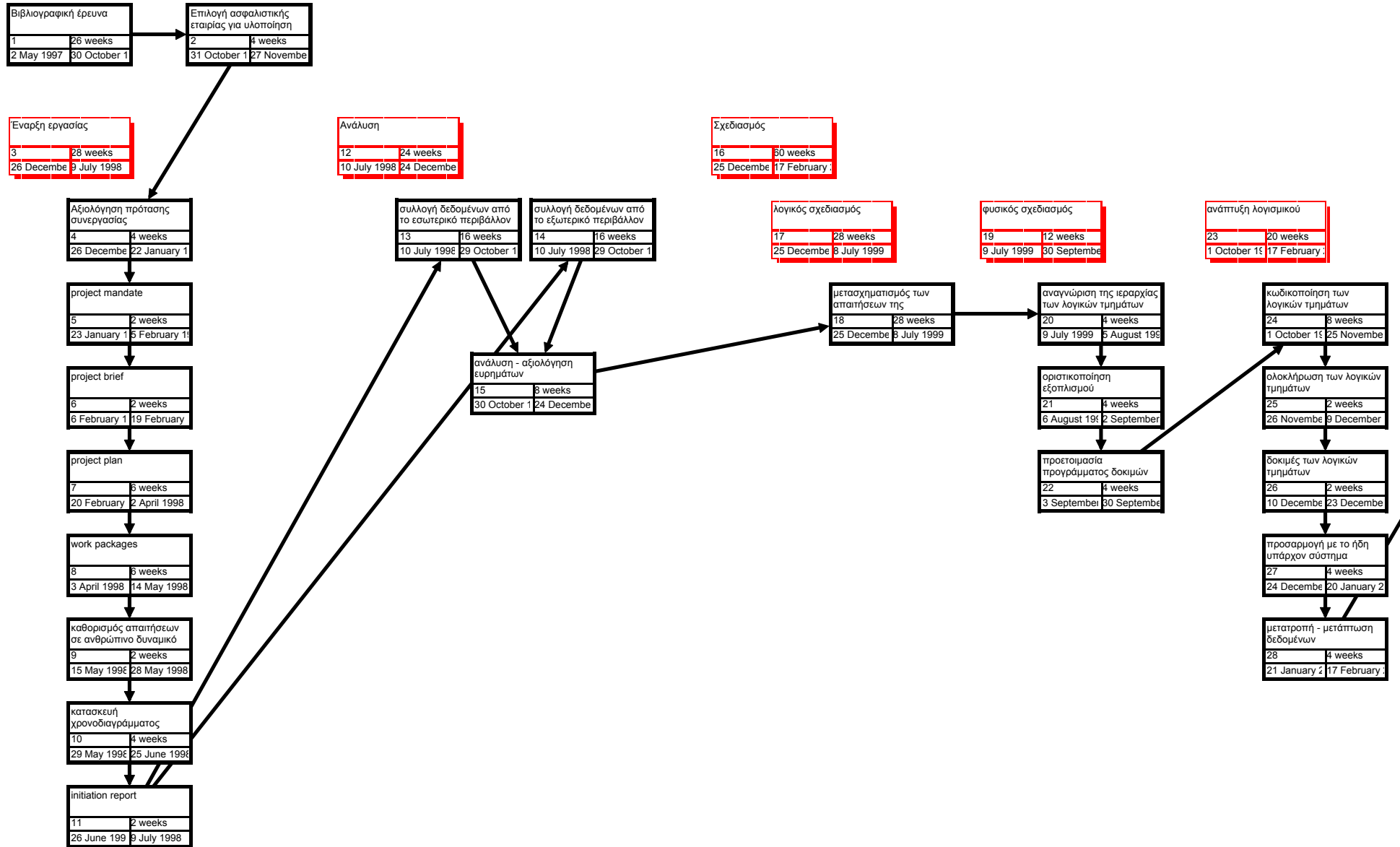
ID	Task Name	Duration	Year 5					
			Quarter 13	Quarter 14	Quarter 15	Quarter 16	Quarter 17	Quarter 18
22	προετοιμασία προγράμματος δοκιμών	4 weeks						
23	ανάπτυξη λογισμικού	20 weeks						
24	κωδικοποίηση των λογικών τμημάτων	8 weeks						
25	ολοκλήρωση των λογικών τμημάτων	2 weeks						
26	δοκιμές των λογικών τμημάτων	2 weeks						
27	προσαρμογή με το ήδη υπάρχον σύστημα	4 weeks						
28	μετατροπή - μετάπτωση δεδομένων	4 weeks						
29	Υλοποίηση	20 weeks						
30	εκπαίδευση χρηστών	4 weeks						
31	δοκιμή του συστήματος	2 weeks						
32	επαλήθευση	1 week						
33	έλεγχος της σωστής λειτουργίας	2 weeks						
34	πιστοποίηση	2 weeks						
35	καθορισμός μεθόδου μετάβασης	4 weeks						
36	έλεγχος αποδοχής χρηστών	1 week						
37	ανάπτυξη εγχειριδίων χρήσης	4 weeks						
38	Λειτουργία	33,2 weeks						
39	λειτουργία του συστήματος	12 weeks						
40	αξιολόγηση του συστήματος	17,2 weeks						
41	αξιολόγηση λειτουργικότητας	17,2 weeks						
42	αξιολόγηση χρηστικότητας	17,2 weeks						

Project: Διδακτορική Διατριβή Βοζίκη / Date: 8 May 2002	Task		Summary		Rolled Up Progress	
	Split		Rolled Up Task		External Tasks	
	Progress		Rolled Up Split		Project Summary	
	Milestone		Rolled Up Milestone			

ID	Task Name	Duration	Year 5						
			Quarter 13	Quarter 14	Quarter 15	Quarter 16	Quarter 17	Quarter 18	
43	αξιολόγηση φιλικότητας	17,2 weeks							
44	αξιολόγηση αποδοτικότητας	17,2 weeks							
45	αξιολόγηση σαφήνειας και διαύγειας του περιεχομένου της πληροφορίας	17,2 weeks							
46	αξιολόγηση συνέπειας περιεχομένου πληροφορίας	17,2 weeks							
47	επανατροφοδότηση	4 weeks							
48	συντήρηση	21,2 weeks							
49	τροποποίηση - επέκταση του συστήματος	8 weeks							

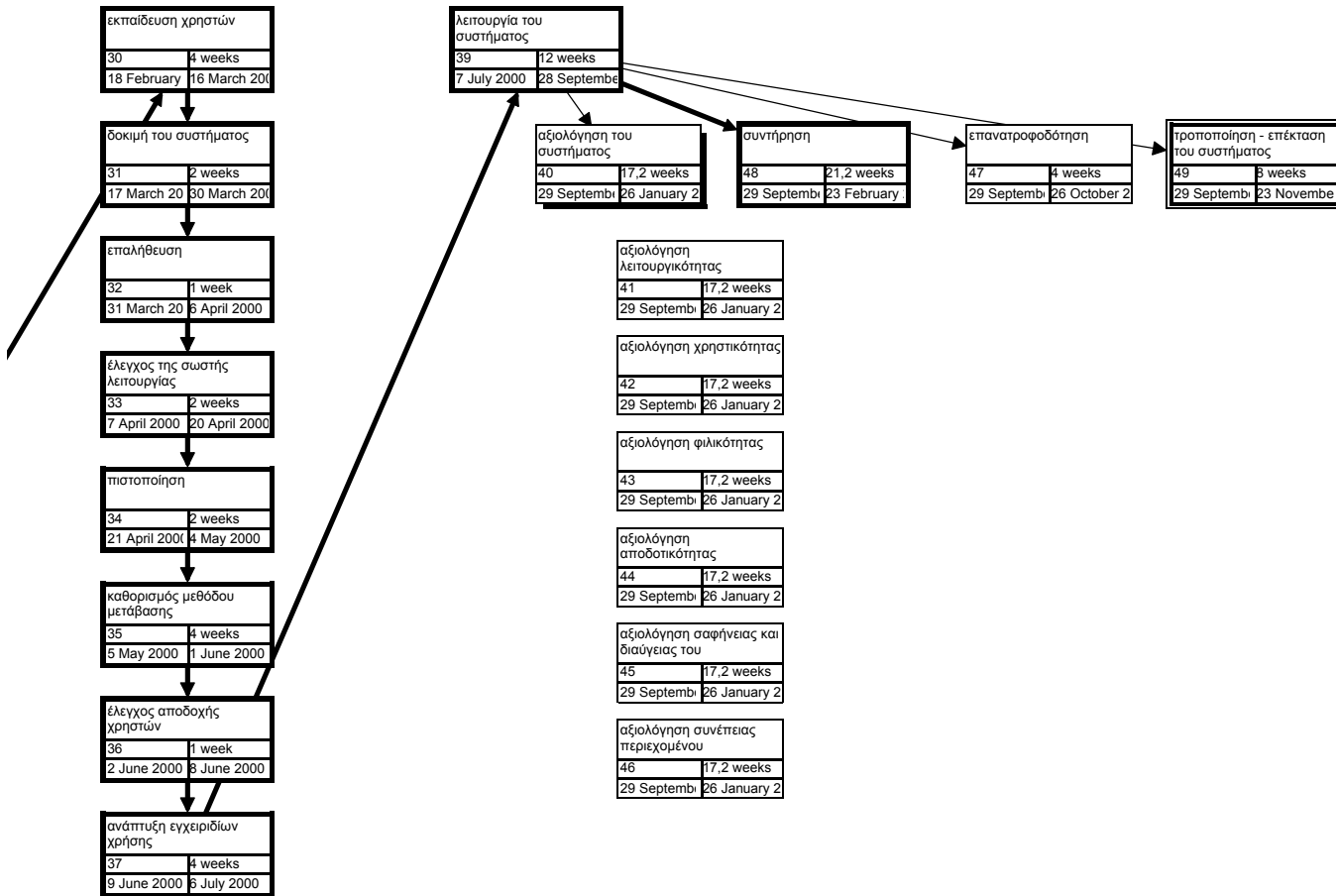


Project: Διδακτορική Διατριβή Βοζίκη / Date: 8 May 2002	Task		Summary		Rolled Up Progress	
	Split		Rolled Up Task		External Tasks	
	Progress		Rolled Up Split		Project Summary	
	Milestone		Rolled Up Milestone			



Υλοποίηση	
29	20 weeks
18 February	6 July 2000

Λειτουργία	
38	12 weeks
7 July 2000	28 September



Κεφάλαιο 9

Παρουσίαση της Συνεργαζόμενης Ασφαλιστικής Εταιρίας - Περιγραφή της Υπάρχουσας Κατάστασης

9.1 Παρουσίαση της ασφαλιστικής εταιρίας

9.1.1 Έναρξη της Συνεργασίας με Ασφαλιστική Εταιρία

Δύο από τις Ασφαλιστικές Εταιρίες, με τις οποίες ήρθαμε σε επαφή σε αυτό το αρχικό στάδιο, εκδήλωσαν ενδιαφέρον να παρέχουν υποστήριξη στη συνέχιση της έρευνας μας και προθυμοποιήθηκαν να αποτελέσουν το πεδίο της εφαρμογής ενός πληροφοριακού συστήματος, το οποίο θα αναπτυχθεί με την υποστήριξή τους, και του οποίου η λειτουργία θα διαχειρίζεται τη συλλογή, καταγραφή και επεξεργασία στοιχείων-δεδομένων κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους τους.

Πρέπει να σημειωθεί, ότι και οι δύο ασφαλιστικές εταιρίες, βρίσκονται ανάμεσα στις μεγαλύτερες ασφαλιστικές εταιρίες στον τομέα ασφάλισεων υγείας (η μια στο χώρο των ατομικών ασφάλισεων υγείας και η άλλη στο χώρο των ομαδικών συμβολαίων ασφάλισης υγείας), με κριτήρια τόσο των συνολικό αριθμό των ασφαλισμένων, όσο και τον κύκλο εργασιών που πραγματοποιούν.

Μετά από εξέταση των όρων που έθεσαν οι ασφαλιστικές εταιρίες, αποφασίστηκε η ερευνητική συνεργασία στον τομέα των ατομικών ασφάλισεων υγείας, με μια από αυτές. Βασικά κριτήρια για την επιλογή, αποτέλεσαν η έκταση και το βάθος της πληροφόρησης που θα μας παρείχαν, το προσωπικό που θα διέθεταν και η διαθέσιμη υλικοτεχνική υποδομή για την υποστήριξη της έρευνας. Σημαντικό ρόλο στην επιλογή μας, έπαιξε και το ότι η συνεργαζόμενη ασφαλιστική εταιρία, βρισκόταν στο αρχικό στάδιο ενός μακροχρόνιου προγράμματος εκσυγχρονισμού και αναδιάρθρωσης, με αποτέλεσμα να αποτελεί πρόκληση η συμμετοχή μας σε αυτή τη διαδικασία και η πιθανή υλοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας, με εφαρμογή σε πραγματικό περιβάλλον και όχι απλώς σαν μια θεωρητική κατασκευή.

9.1.2 Γενικά στοιχεία της ασφαλιστικής εταιρίας

Η ασφαλιστική εταιρία, η οποία υποστήριξε την έρευνά μας, καταλαμβάνει ηγετική θέση στο χώρο των ασφαλίσεων στην Ελλάδα, με μακρόχρονη επιχειρηματική παρουσία και κοινωνική προσφορά.

Εντάσσεται σε ισχυρότατο όμιλο εταιριών, με ηγετική και δυναμική παρουσία σε όλο το φάσμα των χρηματοοικονομικών (και όχι μόνο) εργασιών, με επέκταση τα τελευταία χρόνια των δραστηριοτήτων της και εκτός Ελλάδος και ισχυροποίηση της θέσης της, μέσα από συνεργασίες και εξαγορές.

Δραστηριοποιείται σε όλα τα είδη των ασφαλιστικών εργασιών, προσφέροντας προγράμματα ασφάλισης τόσο στον κλάδο των Γενικών ασφαλίσεων, όσο και στον κλάδο των ασφαλίσεων Ζωής-Υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι η πρώτη ελληνική ασφαλιστική εταιρία και ανάμεσα σε ελάχιστες ευρωπαϊκές που πιστοποιήθηκαν κατά το πρότυπο ISO. Ήδη έχουν πιστοποιηθεί από τον ΕΛΟΤ οι Κλάδοι Ομαδικών ασφαλίσεων, Μεταφορών σύμφωνα με το πρότυπο ISO 9002, ενώ συνεχίζεται η διαδικασία πιστοποίησης και για τους υπόλοιπους κλάδους. Παράλληλα γίνεται αναδιοργάνωση του χαρτοφυλακίου με νέα ανταγωνιστικά προϊόντα - ιδίως στους κλάδους Αυτοκινήτων, Ζωής και Υγείας-, ενώ από το 1997 συμμετέχει στην Audatex Ελλάς Α.Ε. για τον καλύτερο έλεγχο των υλικών ζημιών αυτοκινήτων.

Σταθερό στόχο αποτελεί και η αποδοτική διαχείριση της μεγάλης ακίνητης περιουσίας και του Χαρτοφυλακίου Κινητών Αξιών ώστε να μεγιστοποιηθούν οι αποδόσεις τόσο στα αποθέματα των ασφαλισμένων όσο και στα ίδια κεφάλαια της Εταιρίας. Επισημαίνεται ότι οι σημαντικές αποδόσεις των επενδύσεων το 1999, επέτρεψαν στην Εταιρία να ενισχύσει περαιτέρω τα αποθέματα του κλάδου Αυτοκινήτων, και του κλάδου Ζωής ούτως ώστε να ανταποκρίνονται στα ευρωπαϊκά πρότυπα.

Επιπλέον, εφαρμόζεται σε συνεργασία με την Τράπεζα του Ομίλου ο θεσμός του Bancassurance, που αποτελεί στρατηγική επιλογή με μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Το σημαντικότερο όμως γεγονός της περιόδου είναι η δημιουργία ενιαίου ασφαλιστικού φορέα με τη συγχώνευση των ασφαλιστικών εταιριών του Ομίλου. Οι διαδικασίες υλοποίησης της συγχώνευσης έδωσαν στη Διοίκηση της Εταιρίας την ευκαιρία να επανασχεδιάσει τον εκσυγχρονισμό των διοικητικών, οργανωτικών και λειτουργικών δομών της με στόχο τη συνολική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αύξηση της παραγωγικότητας και τη μείωση των λειτουργικών δαπανών. Έτσι, η ολοκλήρωση της συγχώνευσης βρίσκει την ασφαλιστική Εταιρία με:

- μερίδιο αγοράς πάνω από 20%
- ίδια κεφάλαια που ξεπερνούν τα 54 δις δρχ.
- μεγαλύτερη φερεγγυότητα για τους ασφαλισμένους
- πλήθος προϊόντων που καλύπτουν ευρύτατο φάσμα όλων των ασφαλιστικών δραστηριοτήτων
- τη συγκέντρωση μεγάλου αριθμού ικανών στελεχών
- το εκτενέστερο δίκτυο πρακτόρων και ασφαλιστών καθώς και
- το μεγαλύτερο δίκτυο της Τράπεζας του Ομίλου,
- νέο σύστημα οργάνωσης και διοίκησης και
- νέο Οργανισμό Εσωτερικής Υπηρεσίας

Επιπλέον, η Εταιρία προέβη στην εξαγορά μειοψηφικού πακέτου ασφαλιστικής εταιρίας, με στόχο τη δημιουργία ενός ευέλικτου και αποτελεσματικού σχήματος που θα λειτουργεί παράλληλα και συμπληρωματικά, στον τομέα των βιομηχανικών και εμπορικών κινδύνων.

Τέλος, υλοποιείται ο στρατηγικός στόχος της Εταιρίας για επέκταση των εργασιών της στα Βαλκάνια και την Ανατολική Μεσόγειο.

Η συνολική παραγωγή της εταιρίας για το έτος 2000, υπερέβη τα 150 δις δραχμές, ενώ ιδιαίτερα ικανοποιητική κρίνεται η αύξηση της παραγωγής και ιδιαίτερα της πρωτασφαλιστικής παραγωγής. Η οικονομική κατάσταση της εταιρίας είναι απολύτως υγιής, οι ρυθμοί αύξησης της πελατειακής της βάσης είναι ικανοποιητικοί, ενώ διαγράφονται αισιόδοξες οι προοπτικές για βελτίωση όλων των μεγεθών της και στα επόμενα χρόνια.

Η εταιρία διατηρεί ασφαλιστικά υποκαταστήματα σε όλη την Ελλάδα, απασχολεί πάνω από 1.500 υπαλλήλους, συνεργάζεται με μεγάλο αριθμό ασφαλιστικών πρακτόρων και συγχρόνως προωθεί ασφαλιστικά προϊόντα μέσω τραπεζικών υποκαταστημάτων του ομίλου.

Οι πιθανοί κίνδυνοι που η Εταιρία θα αντιμετωπίσει κατά την επόμενη τριετία είναι :

- α) Η καθυστέρηση της ανάκαμψης της Διεθνούς οικονομίας & ειδικότερα της Ευρωπαϊκής.
- β) Η συνέχιση του αρνητικού κλίματος στην εγχώρια χρηματιστηριακή αγορά.
- γ) Η δυσανάλογη αύξηση των ασφαλιστρών κάλυψης των τρομοκρατικών ενεργειών, και
- δ) Ο οξύς ανταγωνισμός των ασφαλιστικών επιχειρήσεων τόσο του εσωτερικού όσο και του εξωτερικού που μπορεί να εγκατασταθούν στην Ελλάδα.

9.1.3 Αναπτυξιακά Προγράμματα της Εταιρίας

Τα αναπτυξιακά προγράμματα της Εταιρίας ορίζονται, ώστε να καταστούν οι άξονες, στους οποίους θα στηριχθεί η προσπάθεια για αύξηση της συμμετοχής στο μερίδιο της Αγοράς. Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και η δημιουργία νέων και ανταγωνιστικών, ασφαλιστικών προϊόντων αποτελούν τους στόχους αυτών των προγραμμάτων.

Στο εσωτερικό τα προγράμματα αυτά αφορούν :

- Ανάπτυξη του δικτύου των γραφείων παραγωγής
- Αξιοποίηση του συστήματος Τραπεζοασφάλισης
- Σχεδιασμός για την κάλυψη των αναγκών που θα προκύψουν από τον τρίτο πυλώνα του νέου ασφαλιστικού συστήματος
- Βελτίωση των ασφαλιστηρίων Πυρός με προσθήκες που θα αναφέρονται στον άνθρωπο, όπως προσωπικό ατύχημα και Αστική Ευθύνη
- Νέους τρόπους προώθησης των προγραμμάτων ασφάλισης αυτοκινήτου
- Ανάπτυξη προγράμματος πωλήσεων μέσω INTERNET

Στο εξωτερικό με αντίστοιχα προγράμματα γίνεται προσπάθεια διεύρυνσης των ασφαλιστικών εργασιών, μέσω των οποίων επιδιώκεται η ενίσχυση της παρουσίας της, προσφέροντας ελκυστικά και ανταγωνιστικά ασφαλιστικά προϊόντα.

9.2 Περιγραφή και ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης

9.2.1 Οργάνωση των ατομικών ασφαλίσεων υγείας

Η εταιρία, έχει πλήρως αναπτυγμένο οργανόγραμμα (Διάγραμμα 9.1), οι δε ατομικές ασφαλίσεις υγείας υπάγονται στη Διεύθυνση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής. Στην όλη διαχείριση των ατομικών ασφαλίσεων υγείας, εμπλέκονται, σε διαφορετικό βαθμό, πολλές άλλες Διευθύνσεις της εταιρίας, όπως η Διεύθυνση Αντασφαλίσεων και Αναλογιστικής, η Διεύθυνση Οργάνωσης και Ποιότητας, η Διεύθυνση Πληροφορικής, η Διεύθυνση Marketing κ.ά. Στις επόμενες παραγράφους, θα αναλύσουμε το βαθμό εμπλοκής, τους ρόλους και τις αρμοδιότητες, όλων όσων εμπλέκονται στη διαχείριση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας.

Η εταιρία, έχει μια πελατειακή βάση, που υπερβαίνει τις 200.000 ασφαλισμένων με ατομική ασφάλιση υγείας, οι οποίοι είναι κατανομημένοι σε όλη την Ελληνική επικράτεια. Οι ασφαλισμένοι αυτοί, εξυπηρετούνται, μέσω ενεργών ασφαλιστηρίων συμβολαίων, τα οποία έχουν δημιουργηθεί και προσφερθεί κυρίως την τελευταία δεκαπενταετία, με μεγάλες όμως διαφοροποιήσεις μεταξύ τους, ώστε να μη είναι δυνατή η συγκριτική αξιολόγησή τους διαχρονικά.

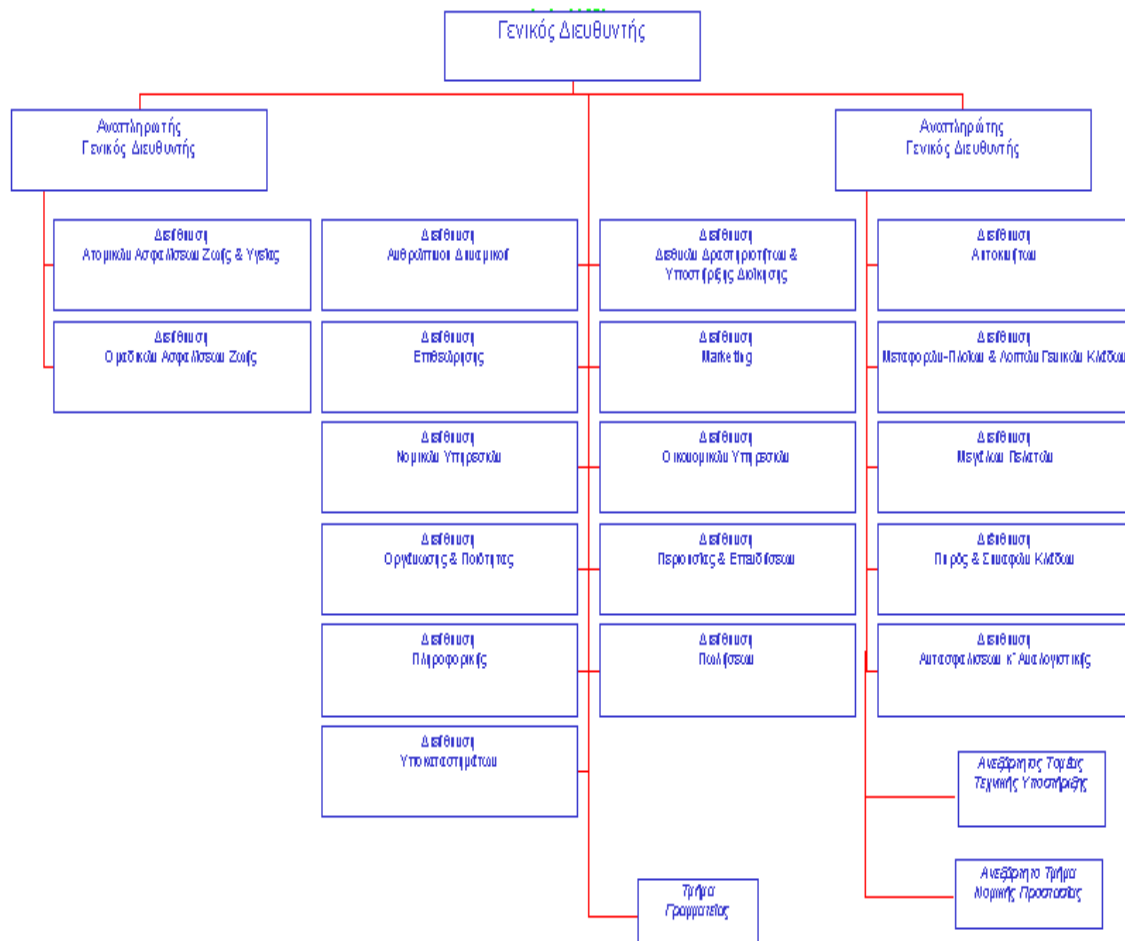
9.2.2 Συμβόλαια ασφάλισης υγείας

9.2.2.1 Γενικά

Η εταιρία προσφέρει προγράμματα ατομικής ασφάλισης υγείας, μέσω των προγραμμάτων ασφάλισης ζωής, ως προσαρτήματα των συμβολαίων αυτών, αλλά και ομαδικά (εταιρικά) προγράμματα ασφάλισης ζωής, με ταυτόχρονη κάλυψη φροντίδας υγείας.

Τα προγράμματα ασφάλισης υγείας, που προσέφερε και προσφέρει η εταιρία, διακρίνονται για το εύρος των καλύψεων που παρέχουν, την ποικιλία των επιλογών που διαθέτουν, την ευελιξία στον συνδυασμό των καλύψεων, ώστε να προσαρμόζονται στις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασφαλισμένων και με ασφάλιστρα που να ανταποκρίνονται στις οικονομικές δυνατότητές τους.

Διάγραμμα 9.1 Οργανόγραμμα Ασφαλιστικής Εταιρίας



Παρόλα αυτά η εταιρία (όπως άλλωστε και αρκετές από τις υπόλοιπες ασφαλιστικές εταιρίες), ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία, έχει δημιουργήσει και προσφέρει μια σειρά από προγράμματα ατομικής ασφάλισης υγείας, τα οποία λειτούργησαν κυρίως με τη λογική της προσέλκυσης του κοινού και της αύξησης της πελατειακής της βάσης. Έτσι, περιείχαν πολύ ικανοποιητικές καλύψεις, με σχετικά ιδιαίτερα χαμηλό ασφάλιστρο, με χαρακτηριστικά παραδείγματα της εποχής αυτής, τις κάρτες υγείας και τα απεριόριστα ποσά κάλυψης. Από την άλλη πλευρά, συνέχισαν να ισχύουν πεπαλαιωμένα προγράμματα, με χαμηλά ασφάλιστρα, τα οποία όμως δεν είχαν τη δυνατότητα να προσφέρουν ικανοποιητικό επίπεδο κάλυψης των εξόδων νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας των ασφαλισμένων.

9.2.2.2 Περιεχόμενο των Ασφαλιστηρίων Συμβολαίων Υγείας

Η εταιρία, τη στιγμή της έναρξης έρευνας, προσέφερε τέσσερα (-4-) διαφορετικά προγράμματα ατομικής ασφάλισης υγείας, με διαφοροποίηση στα όρια των παροχών και το είδος καλύψεων, και συγχρόνως με αρκετή ευελιξία στις επιλογές, ώστε να ικανοποιούν τις ανάγκες των ασφαλισμένων.

Παρακάτω, παρατίθενται σε πίνακα, οι σπουδαιότερες καλύψεις και παροχές, που περιλαμβάνονται σε προσφερόμενο πρόγραμμα, με τον μεγαλύτερο βαθμό κάλυψης :

Πίνακας 9.1 Πίνακας Παροχών - Καλύψεων

<i>Γενικοί όροι</i>	
Ασφαλιζόμενοι	Οι ασφαλιζόμενοι κάτω των 60 ετών, οι νόμιμοι σύζυγοί τους και τα εξαρτώμενα μέλη τους
Έναρξη κάλυψης	Εντός Ελλάδος : 30 ημέρες μετά την έναρξη ισχύος του συμβολαίου Εκτός Ελλάδος : 6 μήνες μετά την έναρξη ισχύος του συμβολαίου
Τερματισμός της κάλυψης	Με τη λήξη του ατομικού ασφαλιστηρίου Ζωής, με ανώτατο όριο την ηλικία των 65 ετών ή ισόβια
Όριο ευθύνης προς αποζημίωση Κεφάλαιο Ασφάλισης Ζωής	Απεριόριστο Το ελάχιστο 2.500.000 δρχ
<i>Νοσοκομειακές & Εξωνοσοκομειακές Παροχές-Καλύψεις</i>	
Εξετάσεις σε ιατρούς του δικτύου, όλων των ειδικοτήτων, κατ' έτος έως :	ΟΧΙ
Επισκέψεις στο σπίτι για κατ' οίκον περιστατικό	ΟΧΙ
Ιατρική εξέταση για «δεύτερη γνώμη χειρουργού»	ΟΧΙ
Διαγνωστικές εξετάσεις σε ιατρούς του δικτύου	ΟΧΙ
Διαγνωστικές εξετάσεις σε διαγνωστικά κέντρα του δικτύου ή συνεργαζόμενα	Μέχρι 200.000 δρχ ετησίως, μετά ένα τρίμηνο ισχύος του συμβολαίου, σε καθορισμένα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα, με παραπεμπτικό οποιουδήποτε ιατρού
Προληπτικός Εξατομικευμένος έλεγχος υγείας	ΟΧΙ
Παροχές μητρότητας	Επίδομα τοκετού (μετά τα δύο χρόνια ισχύος του συμβολαίου) 600.000 δρχ, με αύξηση κατά 10% του ποσού, εάν ο τοκετός συμβεί μετά το 3 ^ο έτος ισχύος του συμβολαίου
Νοσοκομειακή περίθαλψη	Απεριόριστα
Επιλογή Θέσης	Ελεύθερη επιλογή θέσης
Νοσηλεία σε ανώτερη θέση από τη θέση επιλογής	Ελεύθερη επιλογή θέσης
Δυνατότητα θεραπείας, χωρίς νοσηλεία	Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης, χημειοθεραπείας, θεραπείας με ακτινοβολίες, μαγνητική τομογραφία, χωρίς νοσηλεία στο

<p>Νοσηλεία σε Κρατικό Νοσοκομείο</p> <p>Νοσηλεία εκτός Ελλάδος</p> <p>Αμοιβή χειρουργού-αναισθησιολόγου</p> <p>Δικαίωμα αποκλειστικής νοσοκόμας</p> <p>Νοσηλεία χωρίς παραπεμπτικό</p> <p>Νοσηλεία σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού</p>	<p>νοσοκομείο, καταβάλλεται αποζημίωση, ίση με το ποσοστό συμμετοχής στο σύνολο των αναγνωρισμένων εξόδων</p> <p>α) Καλύπτεται η νοσηλεία κανονικά, όπως σε οποιοδήποτε άλλο νοσοκομείο, ή</p> <p>β) Επίδομα 20.000 δρχ την ημέρα, εάν δεν προσκομισθούν έξοδα στην εταιρία για 30 ημέρες, προσαυξανόμενο κατά 50% κατά νοσηλεία, εάν ο ασφαλιζόμενος υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση</p> <p>Μετά από 6 μήνες ισχύος του συμβολαίου, απεριόριστα</p> <p>Καλύπτεται μέσα στο όριο της νοσοκομειακής κάλυψης, χωρίς περιορισμό</p> <p>Καλύπτεται</p> <p>Δεν απαιτούνται παραπεμπτικά</p> <p>Καλύπτεται κανονικά</p>
<p>Άλλες παροχές Βοήθειας</p>	
<p>Μεταφορά παθόντος</p> <p>Επαναπατριsmός συνταξιευόντων μη παθόντων μελών οικογένειας</p> <p>Φροντίδα ανήλικων παιδιών</p> <p>Εισιτήριο σε στενό συγγενή</p> <p>Μεταφορά σωρού</p> <p>Αναπροσαρμογή ασφαλιστρων</p> <p>Υπηρεσίες Συντονιστικού Ιατρικού Κέντρου</p> <p>Κόστος-Ετήσια ασφάλιστρα (κατά προσέγγιση, καθαρό ποσό χωρίς επιβαρύνσεις)</p>	<p>Καλύπτεται εξ ολοκλήρου, με οποιοδήποτε μεταφορικό μέσο εντός Ελλάδος</p> <p>ΟΧΙ</p> <p>Σε περίπτωση νοσηλείας ανηλικού, καλύπτονται τα έξοδα συνοδού, με την προϋπόθεση, ότι δεν θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστική νοσοκόμα</p> <p>ΟΧΙ</p> <p>ΟΧΙ</p> <p>Μέχρι 8% ετησίως, ανάλογα με την εξέλιξη των οικονομικών παραμέτρων, που επηρεάζουν τις παροχές υγείας</p> <p>ΟΧΙ</p> <p>Άνδρας 36-45 ετών : 125.000 δρχ</p> <p>Γυναίκα 36-45 ετών : 148.000 δρχ</p>

Παρατήρηση : Κάποιες κατηγορίες καλύψεων του παραπάνω πίνακα αναφέρονται απλά και μόνο για λόγους σύγκρισης με ασφαλιστικά προγράμματα άλλων ασφαλιστικών εταιριών

9.2.3 Περιγραφή και ανάλυση των διαδικασιών διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας

9.2.3.1 Έναρξη της ασφάλισης υγείας

Για την έναρξη της ασφάλισης υγείας, απαιτείται η υποβολή αίτησης εκ μέρους του υποψήφιου ασφαλισμένου, προς την ασφαλιστική εταιρία. Η ασφάλιση υγείας, θεωρείται πρόσθετη ασφάλιση και οι καλύψεις της συμπεριλαμβάνονται ως παραρτήματα στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο ζωής, που υποχρεωτικά συνάπτει ο ασφαλισμένος. Το έντυπο της αίτησης «ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΖΩΗΣ» είναι προκαθορισμένο και σε αυτή απαιτείται η συμπλήρωση των παρακάτω πεδίων-στοιχείων:

- Αριθμός αίτησης
- Επώνυμο Ασφαλιζόμενου
- Όνομα Ασφαλιζόμενου
- Πατρώνυμο Ασφαλιζόμενου
- Ημερομηνία Γέννησης
- Φύλο Ασφαλιζόμενου
- Α.Φ.Μ.
- Δ.Ο.Υ.
- Αριθμός Ταυτότητας
- Διεύθυνση κατοικίας
- Τ.Κ.
- Τηλέφωνα
- Επάγγελμα
- Επώνυμο Συμβαλλόμενου
- Όνομα Συμβαλλόμενου
- Πατρώνυμο Συμβαλλόμενου
- Φύλο Συμβαλλόμενου
- Α.Φ.Μ. Συμβαλλόμενου
- Δ.Ο.Υ.
- Αριθμός Ταυτότητας
- Διεύθυνση επικοινωνίας
- Τ.Κ. επικοινωνίας
- Τηλέφωνα επικοινωνίας
- Ασφαλιζόμενο ποσό
- Σύνδεση με ECU
- Διάρκεια
- Τρόπος πληρωμής ασφαλίσεων
- Τρόπος διάθεσης μερισμάτων
- Συμπληρωματικές καλύψεις
- Δικαιούχοι
- Ημερομηνία
- Υπογραφή Ασφαλιζόμενου
- Υπογραφή Συμβαλλόμενου

Επιπλέον, στην αίτηση του ασφαλισμένου συμπληρώνονται από την ασφαλιστική εταιρία, κατά τη διαδικασία παραλαβής, ελέγχου και έγκρισης, τα παρακάτω πεδία :

- Ημερομηνία παραλαβής της αίτησης
- Status
- Αριθμός Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου
- Κωδικός Επαγγέλματος
- Ημερομηνία έναρξης ισχύος
- Τιμολόγηση
- Προκαταβολή
- Ημερομηνία κατάθεσης προκαταβολής
- Αριθμός παραστατικού
- Κωδικοί Συμπληρωματικών καλύψεων
- Σύντομη έκθεση του παραγωγού, σχετικά με τον ασφαλιζόμενο
- Κωδικός Υποκαταστήματος
- Κωδικός παραγωγού
- Κωδικός ομαδάρχη
- Έγκριση της αίτησης από το υποκατάστημα παραγωγής
- Απόφαση του κλάδου Ζωής

Η αίτηση, συνοδεύεται από έντυπο ερωτηματολόγιο «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΙΤΗΣΗΣ», το οποίο αποτελείται από πεδία, τα οποία συμπληρώνει ο υποψήφιος ασφαλισμένος και στο οποίο συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας του υποψήφιου ασφαλισμένου.

Ο ασφαλισμένος, εφόσον επιθυμεί την άμεση έναρξη της ασφάλισής του, συγχρόνως με την υποβολή της αίτησης, είναι υποχρεωμένος να καταβάλει κάποιο ελάχιστο ποσό ή το σύνολο των ασφαλίστρων, καθώς η απόδειξη προκαταβολής αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της αίτησης. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι «η ασφαλιστική κάλυψη δεν αρχίζει πριν την καταβολή του εφ' άπαξ ασφαλίστρου ή της πρώτης δόσης της τμηματικής καταβολής», όπως ορίζεται και από το άρθρο 6 παρ. 1 του Ν. 2496/97.

Η «ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΖΩΗΣ» μαζί με το «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΙΤΗΣΗΣ» προωθείται στο Τμήμα Underwriting (Εκτίμησης Κινδύνου), προκειμένου να ελεγχθούν τα περιεχόμενα της αίτησης και του ερωτηματολογίου, ώστε να εκτιμηθεί ο αναλαμβανόμενος κίνδυνος από την αιτούμενη ασφάλιση υγείας.

Ο Underwriter χρησιμοποιεί στοιχεία που σχετίζονται :

- Με το ιστορικό και τη σημερινή κατάσταση της υγείας του υπό ασφάλιση ατόμου (ιατρική εκτίμηση του κινδύνου)
- Με τυχόν προϋπάρχοντα ασφαλιστήρια του ίδιου ατόμου
- Με τις συνθήκες εργασίας και τυχόν εξωεπαγγελματικές συνήθειες
- Με οτιδήποτε άλλο θα μπορούσε να εκθέσει τον υποψήφιο προς ασφάλιση σε πρόσθετο κίνδυνο (αντεπιλογή κλπ)

Ο Underwriter, έχει το δικαίωμα, εφόσον το θεωρεί αναγκαίο, να παραπέμψει τον υποψήφιο για ασφάλιση, σε ιατρική εξέταση, προκειμένου να διαπιστώσει την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του.

Μετά την αξιολόγηση όλων των παραπάνω δεδομένων, ο Underwriter οδηγείται στην τελική του απόφαση με τις παρακάτω δυνατότητες :

- Η αποδοχή του κινδύνου ασφάλισης υγείας
- Η απόρριψή του
- Η πρόσθεση ειδικού όρου για την εξαίρεση ορισμένων παθήσεων και/ή των υποτροπών και επιπλοκών τους

Αυτές οι ειδικές εξαιρέσεις, μπορεί να ισχύουν για όλη τη διάρκεια της ασφάλισης ή για περιορισμένο χρονικό διάστημα (π.χ. για τα πρώτα 2 ή 5 χρόνια της ασφάλισης) ανάλογα με τη φύση της ασθένειας.

Στη συνέχεια, ο Underwriter, εφόσον αποδέχεται την ανάληψη του κινδύνου ασφάλισης υγείας, διαβιβάζει (μαζί με τις παρατηρήσεις του) την αίτηση στο τμήμα ασφαλίσεων υγείας, για την συμπλήρωση των όρων της πρόσθετης ασφάλισης υγείας, σαν παραρτήματος της ασφαλιστικής σύμβασης.

Τα στοιχεία του συμβολαίου καταχωρούνται στο υπάρχον μηχανογραφικό σύστημα και γίνεται η εκτύπωση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, το οποίο παραδίδεται υπογεγραμμένο από τον υπεύθυνο της εταιρίας στον ασφαλισμένο.

Στο μηχανογραφικό αρχείο των ασφαλίσεων ζωής της εταιρίας, καταχωρούνται τα παρακάτω στοιχεία-δεδομένα, σχετικά με τα συμβόλαια ασφαλίσεων υγείας (πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι αυτά τα στοιχεία εξυπηρετούν συγχρόνως και τις Υπόλοιπες Διευθύνσεις και Τμήματα της εταιρίας) :

Πίνακας 9.2
Περιεχόμενο αρχείου ασφαλισμένων

Πεδία	Μήκος	Τύπος
• ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	9	numeric
• ΗΜ. ΙΣΧΥΟΣ	10	Date
• ΠΡΑΚΤ. ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	6	numeric
• ΠΑΡΑΓΩΓΟΣ	6	numeric
• Α.Φ.Μ.	15	char
• ΚΩΔ. Α.Φ.Μ.	1	char
• Δ.Ο.Υ.	4	numeric
• ΤΗΛ.	8	char
• Τ.Τ.	5	numeric
• STATUS	2	char
• Α/Α ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	9	numeric
• ΕΠΩΝΥΜΟ	20	char
• ΟΝΟΜΑ	10	char
• ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	4	char
• ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	10	Date
• ΦΥΛΟ	1	char
• ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	15	char

• ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΣΧΕΣΗ ΣΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ)	3	char
• ΝΟΣ/ΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ	2	char
• ΝΟΣ/ΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	2	char
• ΝΟΣ/ΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΟΡΟΣ 1	4	char
• ΝΟΣ/ΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΟΡΟΣ 2	4	char
• ΝΟΣ/ΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ - ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ	2	char
• ΝΟΣ/ΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ – ΟΡΟΣ 1	4	char
• ΝΟΣ/ΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ – ΟΡΟΣ 2	4	char
• ΗΜ. ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ	10	Date
• ΕΝΔΕΙΞΗ ΦΑΚΕΛΛΟΥ	1	char

Οτιδήποτε άλλο στοιχείο συλλέγεται, παραμένει στον έντυπο “φάκελο” του ασφαλισμένου, χωρίς να καταχωρείται μηχανογραφικά σε κάποια βάση δεδομένων.

Σχηματικά, η διαδικασία έναρξης και αποδοχής της ασφάλισης υγείας, παρουσιάζεται στο διάγραμμα 9.2.

9.2.3.2 Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

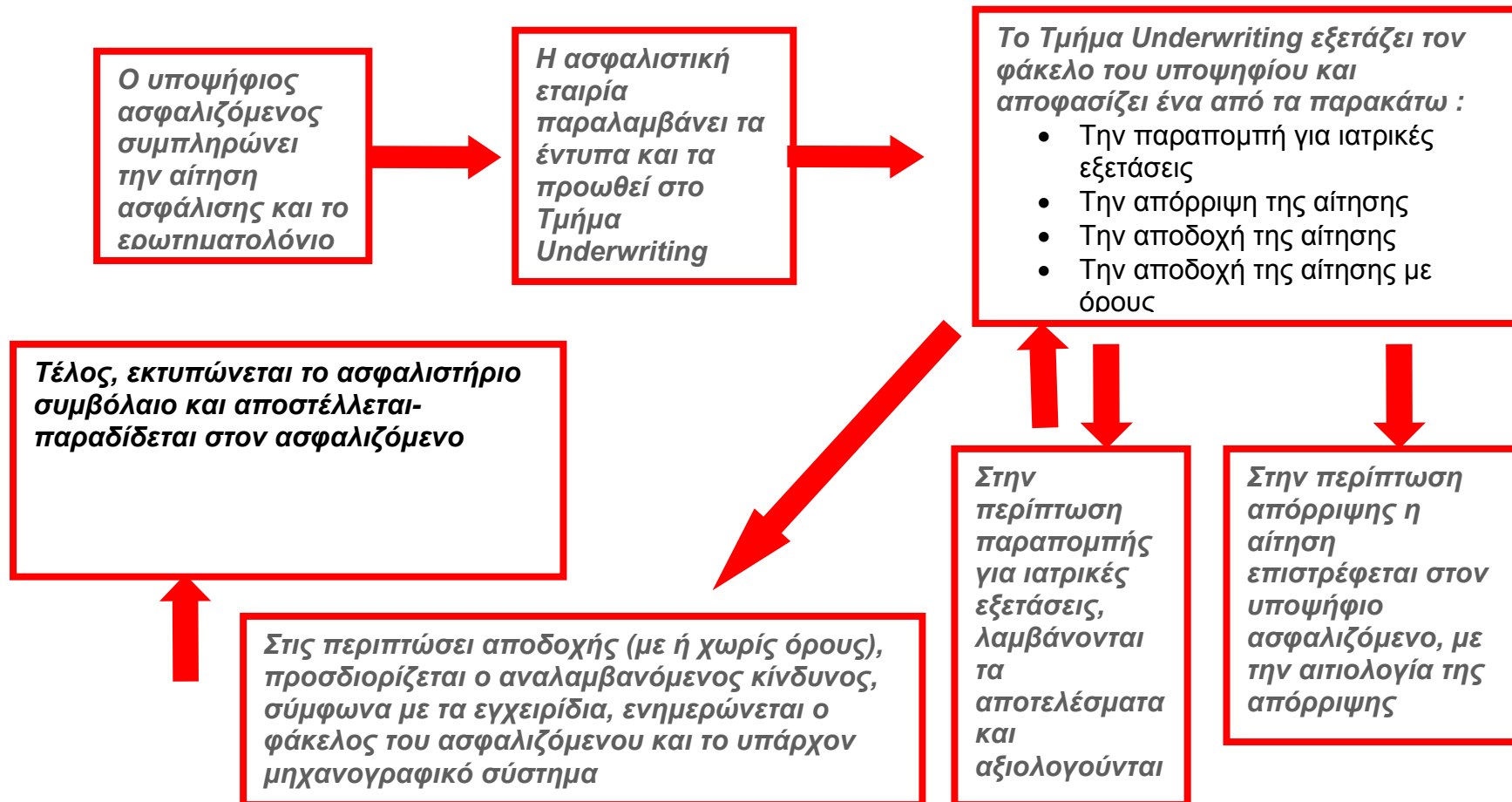
Οι ασφαλισμένοι με ασφάλιση υγείας, δεν είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν την ασφαλιστική εταιρία προκαταβολικά για την πρόθεσή τους να κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας, ούτε και κατά τη διάρκεια της λήψης τους από τους φορείς υγείας.

Ο χρόνος ενημέρωσης της ασφαλιστικής εταιρίας, για τη χρήση υπηρεσιών υγείας από κάποιον ασφαλισμένο τους, συνήθως συμπίπτει με την κατάθεση σε αυτή του τιμολογίου ή της απόδειξης του φορέα υγείας που συνοδεύει την αίτηση (απαίτηση) του ασφαλισμένου για αποζημίωση, πιο γνωστή στην ασφαλιστική πρακτική ως “Claim”.

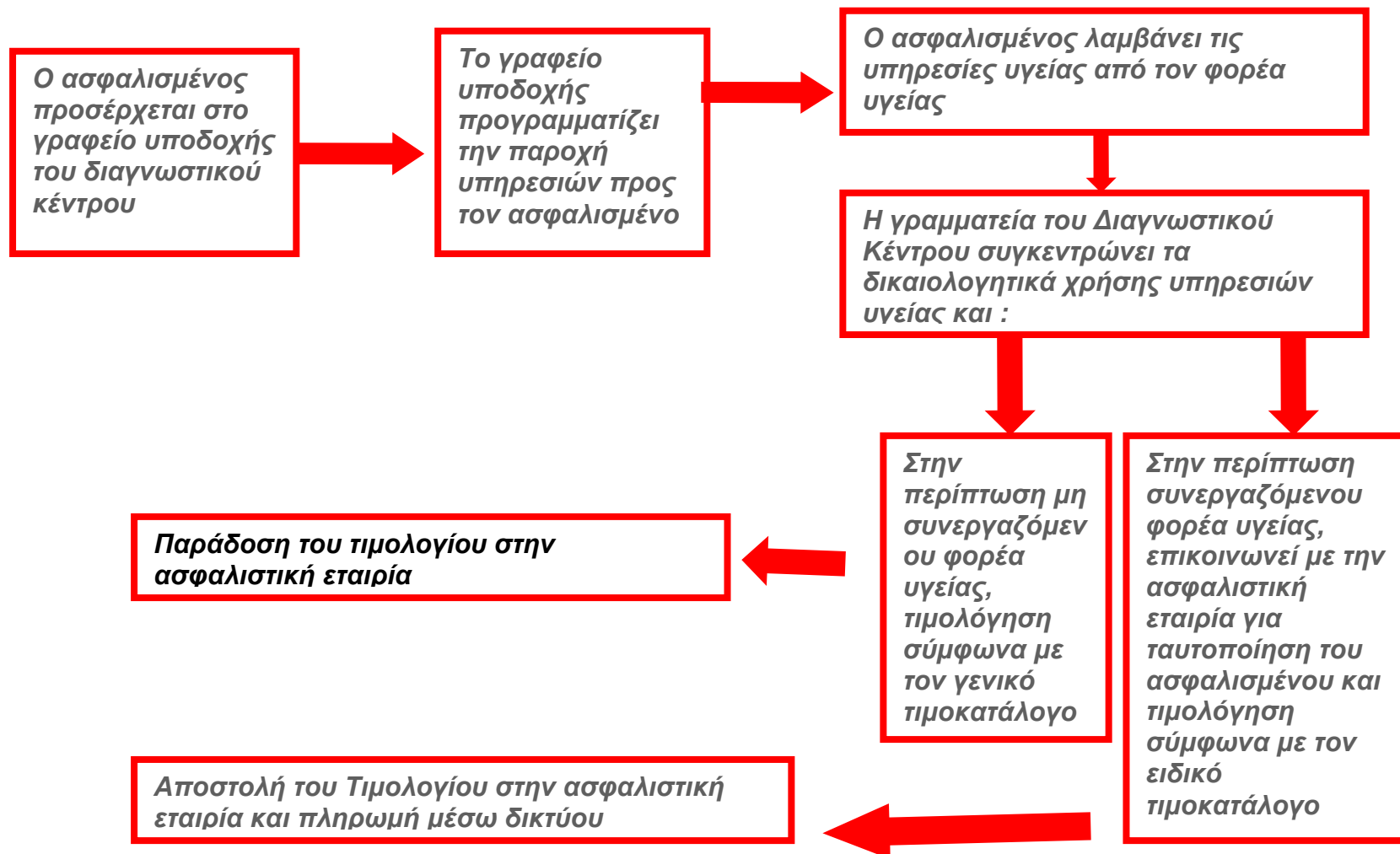
Συναντώνται περιπτώσεις ενημέρωσης της ασφαλιστικής εταιρίας σε προγενέστερο της τιμολόγησης χρόνο, όταν το κόστος των υπηρεσιών υγείας χρεώνεται απ’ ευθείας στην ασφαλιστική εταιρία, ή όταν ισχύει διαφορετικός τιμοκατάλογος για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν οι ασφαλισμένοι, μετά από συμφωνία της ασφαλιστικής εταιρίας με τους φορείς υγείας.

Σχηματικά, η διαδικασία χρήσης των υπηρεσιών υγείας, που λαμβάνουν οι ασφαλισμένοι, παρουσιάζεται στα διαγράμματα 9.3 και 9.4:

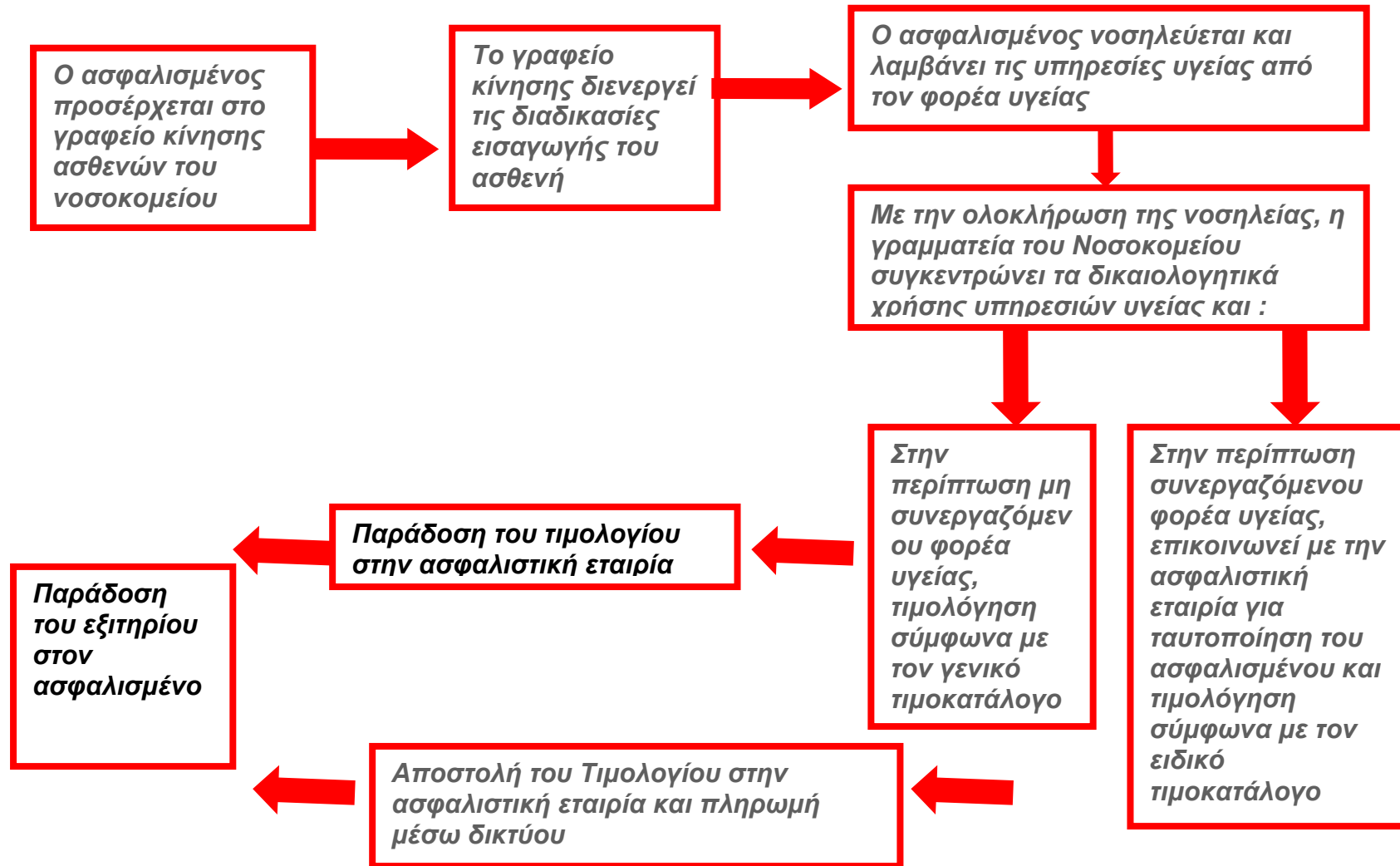
Διάγραμμα 9.2
Έναρξη/Αποδοχή Ασφάλισης



Διάγραμμα 9.3 Χρήση Εξωνοσοκομειακών Υπηρεσιών Υγείας



Διάγραμμα 9.4
Χρήση Νοσοκομειακών Υπηρεσιών Υγείας



Πρέπει να σημειωθεί εδώ, ότι κανένα (ιατρικής φύσεως) δεδομένο της χρήσης υπηρεσιών υγείας, δεν καταχωρείται στην υπάρχουσα βάση δεδομένων ή κρατείται σε μαγνητικό αποθηκευτικό μέσο, ιδιαίτερα όσον αφορά την Νοσοκομειακή περίθαλψη.

Εξαίρεση αποτελούσε η υποβολή από Δίκτυο Διαγνωστικών Κέντρων σε μαγνητικά μέσα-δισκέτες (υπό μορφή αρχείου του EXCEL) ανά τακτά χρονικά διαστήματα, δεδομένων που αφορούν τις εργαστηριακές εξετάσεις ασφαλισμένων της εταιρίας. Και αυτό, διότι προεβλέπετο από τη σύμβαση συνεργασίας του προηγούμενου φορέα των Διαγνωστικών Κέντρων με την Ασφαλιστική Εταιρία, και αποτελούσε προϋπόθεση για την εκκαθάριση του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών, με βάση τον τιμοκατάλογο, ο οποίος είχε συμφωνηθεί.

Παρόλα αυτά, το πλήθος, η μορφή και το βάθος ανάλυσης των δεδομένων που παραδίδονται, είναι προσανατολισμένα να εξυπηρετούν τη λογιστική αξιοποίησή τους περισσότερο και όχι την παράλληλη επεξεργασία τους για το μη οικονομικό περιεχόμενό τους.

Και αυτό γιατί, ενώ υπάρχει αναλυτική καταγραφή των υπηρεσιών (διαγνωστικών εξετάσεων, ιατρικών πράξεων), φαρμάκων και υλικών που παρασχέθηκαν και χρεώθηκαν στους ασφαλισμένους-ασθενείς, λείπουν κατά κανόνα η αιτιολόγηση της παροχής τους, καθώς και η περιγραφή του νοσήματος και η συμπτωματολογία. Αλλά, και στις περιπτώσεις που αυτά τα δεδομένα αναφέρονται, η περιγραφή τους είναι τόσο γενική, ώστε δεν προκύπτει στις περισσότερες περιπτώσεις, ιατρικά τουλάχιστον, αξιόπιστη πληροφόρηση.

Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί, ότι τα συγκεκριμένα στοιχεία, αποτελούν υποσύνολο των συνολικών αποζημιώσεων για εξωνοσοκομειακή χρήση υπηρεσιών υγείας, καθώς υπάρχει η δυνατότητα λήψης τους και από άλλα διαγνωστικά κέντρα ή εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών και νοσοκομείων.

9.2.3.3 Εκκαθάριση Τιμολογίων Χρήσης Υπηρεσιών Υγείας

Με την κατάθεση των δικαιολογητικών στην ασφαλιστική εταιρία (από τον ίδιο τον ασφαλισμένο, ή τον ασφαλιστικό σύμβουλο, ή το υποκατάστημα, ή τον φορέα υγείας) αυτά πρωτοκολλούνται, και διαβιβάζονται στο τμήμα αποζημιώσεων της Διεύθυνσης Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής, προκειμένου να συσχετιστούν με και καταλογιστούν σε συγκεκριμένο συμβόλαιο, να γίνει έλεγχος του τιμοκαταλόγου χρέωσης των υπηρεσιών και υλικών του φορέα υγείας (εάν υπάρχει σχετική συμφωνία) και των όρων (καλύψεις, παροχές, εξαιρέσεις, όρια) του συμβολαίου ασφάλισης υγείας του ασφαλισμένου, λαμβάνοντας συγχρόνως υπόψη και τα στοιχεία του φακέλου του. Μετά από τον έλεγχο αυτό, καθορίζεται το ακριβές ποσό της αποζημίωσης που δικαιούται ο ασφαλισμένος και ενημερώνεται η Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών και συγκεκριμένα το Λογιστήριο, για την εκκαθάριση των Τιμολογίων και την έκδοση επιταγής υπέρ του δικαιούχου ασφαλισμένου.

Σε περίπτωση που αποζημιώνεται απ' ευθείας ο φορέας υγείας, ακολουθείται η ίδια διαδικασία, με τη διαφορά, ότι το ποσό της χρέωσης, που αντιστοιχεί στο κόστος των υπηρεσιών υγείας που παρασχέθηκαν στον ασφαλισμένο, πιστώνεται στον λογαριασμό του φορέα υγείας και εκκαθαρίζεται σε προσυμφωνημένα τακτά χρονικά διαστήματα.

Στη συνέχεια, τα δικαιολογητικά της αποζημίωσης, αρχειοθετούνται στον έντυπο φάκελο του ασφαλισμένου.

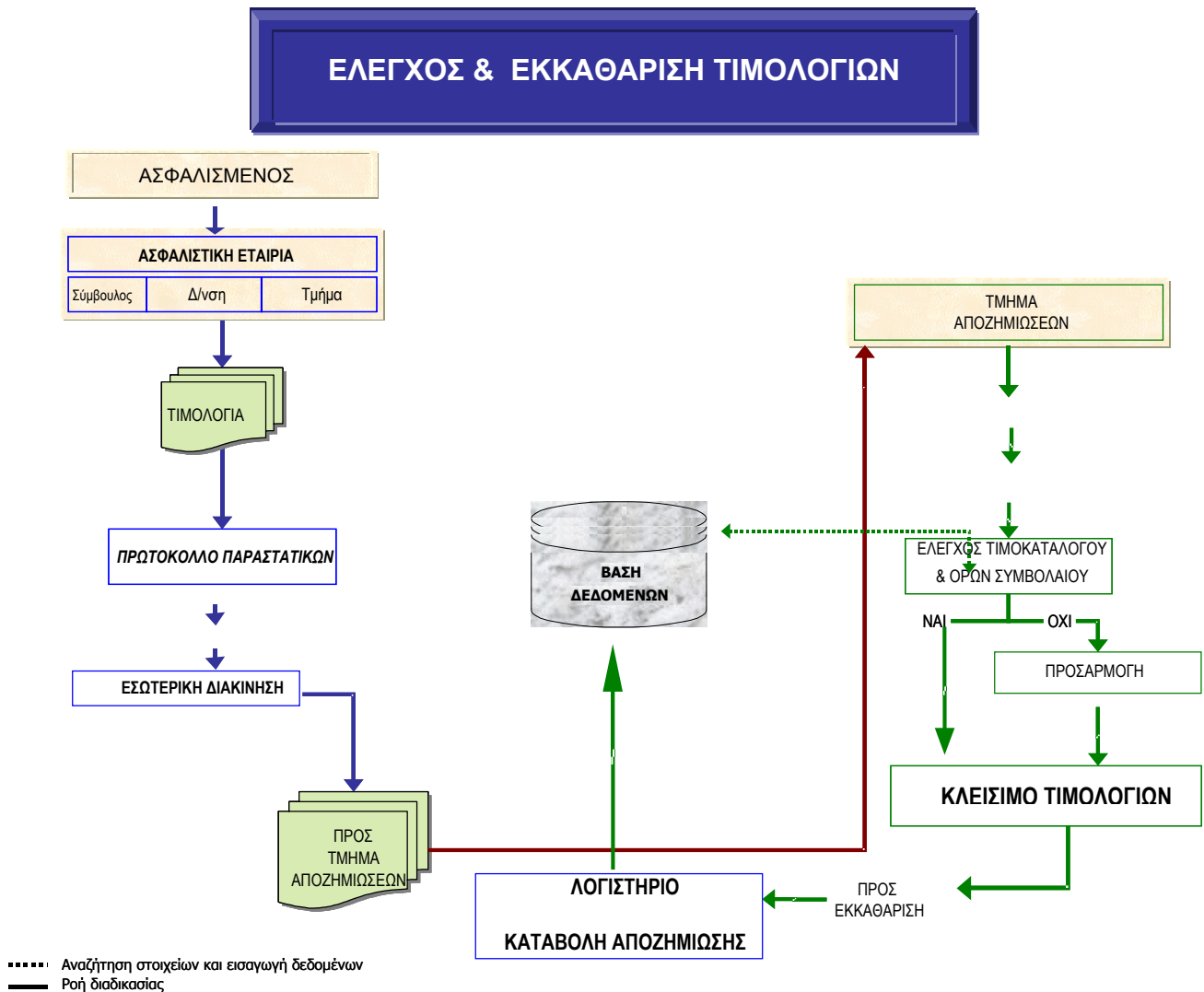
Δεν γίνεται εκ των προτέρων ενημέρωση του ασφαλισμένου και διακανονισμός για το ποσό της αποζημίωσης που δικαιούται, αλλά τυχόν ασυμφωνίες σχετικά με το ύψος του ποσού που μπορεί να προκύψουν, εξετάζονται απολογιστικά.

Στο υπάρχον μηχανογραφικό σύστημα, καταχωρούνται τα παρακάτω στοιχεία, που αφορούν την εκκαθάριση των τιμολογίων, χρήσης υπηρεσιών υγείας :

- Αριθμός Παραστατικού
- Είδος Παραστατικού
- Επωνυμία εκδότη
- Διεύθυνση Εκδότη
- Τ.Κ. Εκδότη
- Α.Φ.Μ. Εκδότη
- Δ.Ο.Υ. Εκδότη
- Ημερομηνία έκδοσης
- Ημερομηνία Υποβολής
- Αριθμός Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου
- Επώνυμο Ασφαλισμένου
- Όνομα Ασφαλισμένου
- Α.Φ.Μ. Ασφαλισμένου
- Δ.Ο.Υ. Ασφαλισμένου
- Σχέση Ασφαλισμένου
- Ποσό Παραστατικού
- Ποσό συμμετοχής
- Ποσό απόρριψης
- Ποσό έκπτωσης
- Ποσό αποζημίωσης
- ΝΟΣ/ΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
- ΝΟΣ/ΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ
- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
- Ποσό πληρωμής
- Αριθμός παραστατικού
- Αριθμός επιταγής
- Ημερομηνία πληρωμής
- Δίκτυο
- Κωδικός Εκκαθάρισης
- Κωδικός εκκαθαριστή
- Κωδικός ελεγκτή

Σχηματικά, η διαδικασία εκκαθάρισης των τιμολογίων χρήσης υπηρεσιών υγείας, παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα :

Διάγραμμα 9.5 Εκκαθάριση Τιμολογίων



9.3 Εμπλεκόμενοι – Ρόλοι και αρμοδιότητες

Στην διαδικασία που περιγράφηκε παραπάνω, εμπλέκονται διάφορες Διευθύνσεις, Τμήματα και υπάλληλοι ή συνεργάτες της ασφαλιστικής εταιρίας. Θεωρείται χρήσιμο, να γίνει μια καταγραφή των εμπλεκόμενων, των ρόλων τους και των αρμοδιοτήτων που τους έχουν ανατεθεί, ώστε να είναι ευχερέστερος στη συνέχεια ο εντοπισμός τυχόν προβλημάτων, όχι μόνο σε επίπεδο λειτουργιών αλλά και προσώπων που ενεργούν.

Πίνακας 9.3
Εμπλεκόμενοι-Ρόλοι και αρμοδιότητες

<i>Στάδιο</i>	<i>Εμπλεκόμενοι</i>	<i>Ρόλος</i>	<i>Αρμοδιότητα</i>
Έναρξη- Έγκριση Ασφάλισης	Ασφαλιζόμενος		Συμπλήρωση- Κατάθεση αίτησης και Ερωτηματολογίου
	Δ/νση Πωλήσεων	<ul style="list-style-type: none"> • Ασφαλιστικός Σύμβουλος 	Ενημέρωση Ασφαλισμένου, παραλαβή Αίτησης και Ερωτηματολογίου, αρχικός έλεγχος
	Δ/νση Υποκαταστημάτων	<ul style="list-style-type: none"> • Υποκατάστημα Παραγωγής • Ομαδάρχης 	Παραλαβή Αίτησης και Ερωτηματολογίου, έλεγχος
	Δ/νση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας 	Παραλαβή Αίτησης και Ερωτηματολογίου, έλεγχος, καταχώρηση δεδομένων συμβολαίου, δημιουργία φακέλου, αποστολή συμβολαίων
	Δ/νση Αντασφαλίσεων και Αναλογιστικής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα UNDEWRITING • Τμήμα Αναλογιστικής • Τμήμα Αντασφαλίσεων 	Παραλαβή Αίτησης και Ερωτηματολογίου, έλεγχος φακέλου, αποδοχή, όροι, απόρριψη, επασφάλιστρα, αποθεματικό, παρατηρήσεις
	Δ/νση Πληροφορικής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Διαχείρισης Βάσης Δεδομένων • Τμήμα Διαχείρισης Συστήματος 	Συντήρηση- εμπλουτισμός βάσης συμβολαίων, δημιουργία ερωτημάτων
	Δ/νση Οικονομικών Υπηρεσιών	<ul style="list-style-type: none"> • Λογιστήριο 	Υπολογισμός ασφαλίστρων και λοιπών επιβαρύνσεων, έκδοση αποδείξεων,

			είσπραξη ασφαλιστρών, παρακολούθηση οφειλών
Χρήση Υπηρεσιών Υγείας	Ασφαλισμένος		Λήψη υπηρεσιών υγείας
	Δ/νση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας 	Ενημέρωση φακέλου συμβολαίου, επικοινωνία με ασφαλισμένο, με φορείς υγείας και ιατρό ελεγκτή
	Δ/νση Πωλήσεων	<ul style="list-style-type: none"> • Ασφαλιστικός Σύμβουλος 	Επικοινωνία με ασφαλισμένο
Εκκαθάριση Τιμολογίων	Ασφαλισμένος		Κατάθεση παραστατικών φορέα υγείας και αίτησης αποζημίωσης
	Δ/νση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας • Τμήμα Αποζημιώσεων 	Παραλαβή παραστατικών, έλεγχος παραστατικών σε σχέση με παροχές και όρους συμβολαίου, υπολογισμός αποζημίωσης, ενημέρωση βάσης δεδομένων
	Δ/νση Οικονομικών Υπηρεσιών	<ul style="list-style-type: none"> • Λογιστήριο 	Έλεγχος παραστατικών, εκκαθάριση τιμολογίων, πληρωμή αποζημίωσης, ενημέρωση βάσης δεδομένων
	Δ/νση Νομικών Υπηρεσιών	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Νομικών Διαφορών 	Επίλυση διαφωνιών σε σχέση με τον υπολογισμό αποζημίωσης, νομική εκπροσώπηση και υποστήριξη σε δικαστική εμπλοκή

Δ/νση Πληροφορικής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Διαχείρισης Βάσης Δεδομένων • Τμήμα Διαχείρισης Συστήματος 	Εμπλουτισμός – συντήρηση βάσης δεδομένων, δημιουργία ερωτημάτων
Δ/νση Αντασφαλίσεων και Αναλογιστικής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Αντασφαλίσεων 	Υπολογισμός μεγεθών σε σχέση με τις ασφαλίσεις υγείας

9.4 Περιγραφή της μηχανογραφικής υποδομής και υποστήριξης του υπάρχοντος συστήματος

Τη διαχείριση των ασφαλίσεων υγείας, υποστηρίζει μηχανογραφικά η Διεύθυνση Πληροφορικής της εταιρίας.

Γενικά, η μηχανογραφική υποδομή της εταιρίας (κατά την περίοδο έναρξης της έρευνας) στηρίζεται στη λειτουργία ενός κεντρικού υπολογιστικού συστήματος της IBM, το οποίο λειτουργεί στην κεντρική υπηρεσία της εταιρίας και εξυπηρετεί, λειτουργώντας σε τοπικό δίκτυο (LAN) και ιδιωτικό δίκτυο ευρείας περιοχής (WAN), τις κεντρικές υπηρεσίες, αλλά και αποκεντρωμένες περιφερειακές Διευθύνσεις και υποκαταστήματα. Την λειτουργία του Μηχανογραφικού Συστήματος υποστηρίζουν Application, Network και Database Servers. Το Σύστημα Διαχείρισης της Βάσης Δεδομένων (RDBMS) είναι το DB2. Επίσης, τερματικά και Προσωπικοί Υπολογιστές, συνδεδεμένοι στο δίκτυο της εταιρίας, υπάρχουν εγκατεστημένοι στις Κεντρικές και Περιφερειακές Υπηρεσίες, με διαφορετικά δικαιώματα πρόσβασης στις εφαρμογές που λειτουργούν. Η λειτουργία του μηχανογραφικού κέντρου υποστηρίζεται από εξειδικευμένο προσωπικό διάφορων ειδικοτήτων της επιστήμης της πληροφορικής και αναπτύσσεται σε διάφορα τμήματα με καθορισμένες αρμοδιότητες.

Ειδικότερα, οι κυριότερες εφαρμογές του μηχανογραφικού συστήματος, οι οποίες υποστηρίζουν εργασίες των ασφαλίσεων υγείας, παρουσιάζονται παρακάτω :

Πίνακας 9.4
Εφαρμογές Λογισμικού

On-line Εφαρμογές	<ul style="list-style-type: none"> • Μητρώο Ασφαλισμένων
Τοπικές On-line Εφαρμογές	<ul style="list-style-type: none"> • Διαχείριση Αποζημιώσεων • Οικονομική Διαχείριση • Underwriting • Γραμματεία

Batch Εφαρμογές	<ul style="list-style-type: none"> • Αναφορές • Στατιστικά
Εφαρμογές σε Επίπεδο PC	<ul style="list-style-type: none"> • Επεξεργαστής Κειμένου • Λογιστικά Φύλλα • Βάση Δεδομένων • Παρουσίαση • Ειδικές Εφαρμογές

9.5 Αξιολόγηση του υπάρχοντος συστήματος

Σαν πρώτη γενική παρατήρηση, το υπάρχον σύστημα διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν “Συμβόλαιο-κεντρικό” (Contract-Oriented). Και αυτό, επειδή όλες οι λειτουργίες του συστήματος, περιγράφουν, εξυπηρετούν και παρακολουθούν σαν οντότητα, το συμβόλαιο μάλλον, παρά τους ασφαλισμένους. Αυτό γίνεται εύκολα κατανοητό, αν παρατηρήσει κάποιος, ότι π.χ. η ετήσια παραγωγή αναφέρεται σε αριθμό συμβολαίων, η αποδοτικότητα μετράται ανά συμβόλαιο, οι αποζημιώσεις και τα κόστη καταλογίζονται σε συμβόλαια, η ακύρωση μετράται σαν ποσοστό επί των συμβολαίων, κ.ο.κ. Με αυτή τη φιλοσοφία, χάνεται από την έναρξη αλλά κυρίως στη διαδρομή, το σημαντικότερο, ότι δηλαδή το αντικείμενο της εταιρίας, δεν είναι η εξυπηρέτηση του ασφαλιστικού συμβολαίου, αλλά κυρίως των ατόμων-ασφαλισμένων που καλύπτονται από αυτό.

Ειδικότερα, οι αδυναμίες και τα προβλήματα του υπάρχοντος συστήματος, μπορούν να εντοπιστούν στα παρακάτω :

9.5.1 Η απουσία Οράματος, Στόχων και Αρχών Λειτουργίας σχετικών με τις Ασφαλίσεις Υγείας

Εντοπίζεται ως βασική αδυναμία του υπάρχοντος συστήματος, η απουσία ειδικών, για τις Ασφαλίσεις Υγείας, Στόχων, Σκοπών, σύμφωνους με την διακήρυξη του Οράματος της εταιρίας πάνω στον τομέα αυτό. Οι στόχοι και οι ειδικότεροι αυτοί σκοποί, θα έπρεπε να τεθούν και να ενταχθούν στους και εναρμονιστούν με τους ευρύτερους στρατηγικούς στόχους και σκοπούς της εταιρίας, να εξυπηρετούν την αποστολή της εταιρίας και να τείνουν προς την εκπλήρωση του οράματος της. Η έλλειψη ειδικών σκοπών και στόχων, δυστυχώς εντάσσει τη στρατηγική για τις ασφαλίσεις υγείας, σε ευρύτερους σκοπούς, απομακρύνοντάς την από την κοινωνική αποστολή της και εγκλωβίζοντάς την σε οικονομικές-λογιστικές σκοπιμότητες.

9.5.2 Η μορφή της διαχείρισης των διαδικασιών

Η διαχείριση των διαδικασιών του συστήματος ασφαλίσεων υγείας εμφανίζεται να ακολουθεί την παραδοσιακή μορφή ασφάλισης υγείας (indemnity or fee-for-service insurance), δηλαδή έχει τη μορφή της καταβολής αποζημίωσης για τα έξοδα που πραγματοποίησαν οι ασφαλισμένοι για κάποια χρήση υπηρεσιών υγείας. Έτσι, εμφανίζεται μάλλον να δίνει ιδιαίτερο βάρος στη διαχείριση της οικονομικής-λογιστικής πλευράς της ασφάλισης υγείας, παρά στο ουσιαστικό περιεχόμενό της, δηλαδή την εξασφάλιση των προϋποθέσεων για την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας στους ασφαλισμένους της.

Με δεδομένη αυτή τη θεώρηση, όπως εμφανώς διαπιστώθηκε και από την ανάλυση του υπάρχοντος συστήματος, είναι ανύπαρκτος ένας κατάλληλος *arrangements* και *on-going* υποστηρικτικός και ελεγκτικός μηχανισμός της εταιρίας, όσον αφορά τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους της. Κάτω από αυτό το πλαίσιο κάλυψης, καταβάλλεται προσπάθεια το κόστος να ελέγχεται αναγκαστικά με αυστηρούς περιορισμούς ως προς τη χρήση υπηρεσιών, με υψηλά ποσοστά συμμετοχής και με χαμηλά όρια στα αθροιστικά ποσά της αποζημίωσης.

9.5.3 Ο συντονισμός των ενεργειών

Με δεδομένο, ότι η ασφάλιση υγείας αντιμετωπίζεται σαν συμπληρωματική κάλυψη ενός συμβολαίου ασφάλισης ζωής, αυτό την εντάσσει στις διαδικασίες διαχείρισης ενός ευρύτερου κλάδου ασφάλισης, που πραγματεύεται πολλά διαφορετικά αντικείμενα. Αυτό είναι εμφανές, από τον μεγάλο αριθμό Διευθύνσεων της εταιρίας, οι οποίες εμπλέκονται σε διαφορετικά στάδια της διαδικασίας των ασφαλίσεων υγείας, όπως παρουσιάστηκε και παραπάνω, με έντονη όμως την απουσία ενός κατάλληλου συντονιστικού μηχανισμού. Έτσι, μεγάλος αριθμός προσωπικού, από διαφορετικά τμήματα και με διαφορετική αρμοδιότητα, εμπλέκονται στη διαδικασία διαχείρισης, συχνά εντελώς αποσπασματικά, χωρίς ομαλή ροή και συνέπεια της πληροφόρησης. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, κάθε Διεύθυνση ή τμήμα να επιτελεί ένα κομμάτι της διαδικασίας των ασφαλίσεων υγείας, μερικές φορές ανεξάρτητα και με άγνοια συχνά του πλήρους ιστορικού κάθε περίπτωσης, που είναι προϋπόθεση της εξατομικευμένης προσέγγισης και ειδικής μεταχείρισης. Έτσι, παρατηρούνται φαινόμενα:

- μη ικανοποιητικής εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων
- ελλιπούς ενημέρωσης των ασφαλισμένων
- μη συλλογής και καταγραφής σημαντικών δεδομένων σε όλα τα στάδια της διαδικασίας
- μη τήρησης φακέλων των ασφαλισμένων σύμφωνα με τις απαιτήσεις
- μη έγκαιρη ενημέρωση των αρμοδίων τμημάτων
- επαναπληρωμές αποζημιώσεων ή υπερβολική καθυστέρηση στην εκκαθάρισή τους
- κλπ

9.5.4 Η συλλογή, καταγραφή και τυποποίηση των αναγκαίων δεδομένων

Από την περιγραφή του συστήματος, που παρουσιάστηκε παραπάνω, είναι εμφανές, ότι αδυνατεί να συλλέξει, καταγράψει και αξιοποιήσει τα αναγκαία δεδομένα, προκειμένου να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις ασφαλίσεις υγείας και να παρέχει έγκυρη, έγκαιρη και αποτελεσματική πληροφόρηση στη Διοίκηση.

Οι ακολουθούμενες διαδικασίες και τα υπάρχοντα έντυπα και μέσα, δεν έχουν τη δυνατότητα να συλλέξουν τα απαραίτητα δεδομένα, προκειμένου να σχηματιστεί μια πλήρης εικόνα των ασφαλίσεων υγείας. Επίσης, πολλά από τα δεδομένα που συλλέγονται, παραμένουν σε έντυπη μορφή, χωρίς την καταχώρησή τους σε μηχανογραφημένα συστήματα, με αποτέλεσμα τη μη περαιτέρω αξιοποίησή τους ή και την άγνοια ύπαρξής τους.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ολοσχερής απουσία δεδομένων χρήσης υπηρεσιών υγείας, όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη και η σημαντικά ελλιπής συλλογή δεδομένων, όσον αφορά την εξωνοσοκομειακή. Εμφανείς είναι και οι ελλείψεις στην καταγραφή σημαντικών στοιχείων του ασφαλισμένου, όπως τουλάχιστον εμφανίζονται στο μηχανογραφικό αρχείο.

Εντύπωση προκαλεί η μη υποχρέωση υποβολής των υποψήφιων ασφαλισμένων σε διαγνωστικές ιατρικές εξετάσεις, τουλάχιστον μέχρι και την ηλικία των 45 ετών, αλλά τον περιορισμό στην συμπλήρωση απλώς ενός μη ιατρικού (Non Medical) ερωτηματολογίου υγείας.

Τέλος, η μορφή των δεδομένων που συλλέγονται και καταγράφονται σε έντυπα, συχνά εμφανίζεται με μορφή που δεν μπορεί να αξιοποιηθεί στατιστικά. Πρέπει να τονιστεί η παντελής απουσία τυποποίησης στο σύνολο σχεδόν των δεδομένων που τηρούνται, με αποτέλεσμα την αδυναμία ομαδοποίησης των δεδομένων αυτών, επεξεργασίας τους και σύγκρισής τους με άλλα υπάρχοντα στοιχεία της εταιρίας ή άλλης εξωτερικής πηγής. Σαν χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η καταγραφή του επαγγέλματος των ασφαλισμένων με λεκτικό και κωδικό επαγγέλματος, που όμως δεν αναφέρεται σε κανένα από τα αναγνωρισμένα συστήματα εθνικής ή διεθνούς κωδικοποίησης επαγγελμάτων, με αποτέλεσμα την αδυναμία σύγκρισης των στοιχείων. Σε ερώτηση μας για την πηγή ανεύρεσης της ακολουθούμενης κωδικοποίησης, μας ανέφεραν ότι υιοθετήθηκε η κωδικοποίηση εγχειριδίου ξένης αντασφαλιστικής εταιρίας, χωρίς όμως να είναι σε θέση να μας δώσουν περισσότερες πληροφορίες.

9.5.5 Η καθοδήγηση και η ποιότητα στην εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων

Το υπάρχον σύστημα, δεν έχει τη δυνατότητα να πληροφορήσει και εξυπηρετήσει άμεσα τον ασφαλισμένο για θέματα καλύψεων, όρων, εξαιρέσεων κλπ παροχών υγείας που αναφέρονται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιό του.

Επίσης, δεν παρέχει τη δυνατότητα πληροφόρησης και υπεύθυνης καθοδήγησης των ασφαλισμένων σε θέματα που αναφέρονται στη χρήση

υπηρεσιών υγείας, όπως συνεργαζόμενοι φορείς υγείας, εφημερεύοντα νοσοκομεία, τμήματα που λειτουργούν και σε ποια νοσοκομεία κλπ. Τέλος, δεν παρέχει στους ασφαλισμένους την αίσθηση της υποστήριξης από πλευράς ασφαλιστικής εταιρίας, κατά την εκδήλωση κάποιου προβλήματος υγείας, κατά τη διάρκεια λήψης των υπηρεσιών ή ακόμα και για τις διαδικασίες αποζημίωσης των εξόδων νοσηλείας.

9.5.6 Υποστηρικτικά μέσα

Σε όλη τη διαδικασία διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, όπως αυτή παρουσιάστηκε παραπάνω, είναι εμφανής η απουσία εργαλείων και μέσων υποστήριξης των απαιτούμενων ενεργειών και λειτουργιών.

Έτσι, απουσιάζουν πολλές απαραίτητες πληροφορίες στους εμπλεκόμενους, σε όλες τις διαδικασίες εξυπηρέτησης των ασφαλίσεων υγείας. Ενδεικτικά, απουσιάζουν:

- Ένα μηχανισμός συντονισμού των εισερχομένων πληροφοριών, σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από ασφαλισμένους της εταιρίας
- Μέσα υποστήριξης του τμήματος Underwriting, στον υπολογισμό του αναλαμβανόμενου κινδύνου από τις ασφαλίσεις υγείας και κατ' επέκταση τον προσδιορισμό επιστημονικά ορθών και δίκαιων ασφαλίσεων
- Μέσα πληροφόρησης των ασφαλισμένων, σχετικά με τους διαθέσιμους, και κατά περίπτωση ενδεικνυόμενους, φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας
- Μέσα πληροφόρησης των ασφαλισμένων, σχετικά με τους όρους, τις παροχές, τα όρια και τις καλύψεις των συμβολαίων ασφάλισης υγείας
- Ένας μηχανισμός υποστήριξης των ασφαλισμένων σε περίπτωση ανάγκης για επείγουσα ιατρική πληροφόρηση ή ιατρική παρέμβαση
- Ένας μηχανισμός υποστήριξης των ασφαλισμένων κατά τη διαδικασία (προγραμματισμένης ή έκτακτης) χρήσης υπηρεσιών υγείας
- Ένας μηχανισμός συλλογής και καταγραφής όλων των πληροφοριών σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας (νοσοκομειακών ή εξωνοσοκομειακών) από τους ασφαλισμένους της
- Ένας μηχανισμός που θα διασφαλίζει την ασφαλή και ταχύτατη διεκπεραίωση των διαδικασιών εκκαθάρισης των περιστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας και αποζημίωσης των δικαιούχων
- Τα εργαλεία παροχής ολοκληρωμένης εικόνας της ιστορίας και συμπεριφοράς του ασφαλισμένου, σε όλους τους εμπλεκόμενους
- Ένας μηχανισμός παροχής έγκυρης και έγκαιρης πληροφόρησης στα στελέχη και στην Διοίκηση της εταιρίας, σχετικά με τις ασφαλίσεις υγείας
- Τα εργαλεία αξιοποίησης και εμπλουτισμού της υπάρχουσας πληροφόρησης
- Τα εργαλεία τυποποίησης των διαδικασιών και των δεδομένων σε όλη τη διαδρομή των ενεργειών που εξυπηρετούν τις ασφαλίσεις υγείας

9.5.7 Μηχανογραφική Υποστήριξη

Το υπάρχον μηχανογραφικό σύστημα, βασισμένο στη φιλοσοφία εξυπηρέτησης των λειτουργιών της ασφαλιστικής εταιρίας μάλλον (σύμφωνα με τα πρότυπα ανάπτυξης συστημάτων των περασμένων δεκαετιών), παρά στην υποστήριξη των διαδικασιών και της ροής των εργασιών της, αδυνατεί να καλύψει αποτελεσματικά τις ανάγκες εξυπηρέτησης των διαδικασιών και πληροφόρησης της εταιρίας στον τομέα των ασφαλίσεων υγείας. Η αλήθεια βέβαια είναι, ότι το πρόβλημα πέρα από τεχνικό (πεπταλαιωμένο των υπολογιστικών συστημάτων και του λογισμικού που χρησιμοποιείται) είναι κυρίως δομικό (λειτουργικό), δηλαδή αναφέρεται στην λειτουργία ενός ξεπερασμένου Συστήματος στο σύνολό του.

Έτσι, ενδεικτικά αναφέρουμε βασικές αδυναμίες του υπάρχοντος μηχανογραφικού συστήματος :

- Δεν έχει τη δυνατότητα να καταγράψει μεγάλο μέρος από την πληροφορία που διακινείται
- Δεν έχει τη δυνατότητα να υποστηρίξει μηχανογραφικά τις περισσότερες από τις διαδικασίες, που από τη ροή των εργασιών, απαιτούνται στις ασφαλίσεις υγείας
- Παρέχει αποσπασματική καταγραφή της πληροφορίας (π.χ. στοιχεία ασφαλισμένου και στοιχεία συμβολαίου, αλλά όχι στοιχεία χρήσης υπηρεσιών υγείας)
- Δεν παρέχει εφαρμογές, υποστηρικτικές του έργου που επιτελεί το προσωπικό της εταιρίας
- Δεν παρέχει περιβάλλον εφαρμογών φιλικών προς τον χρήστη
- Στηρίζεται σε εφαρμογές λογισμικού που δεν μπορούν να συνεργαστούν με εφαρμογές νέας γενιάς
- Χρησιμοποιούν παρωχημένη αρχιτεκτονική και δικτύωση συστημάτων
- Η διάχυση της αναγκαίας πληροφόρησης στο προσωπικό της επιχείρησης είναι περιορισμένη
- Παρέχει περιορισμένο αριθμό αναφορών και στατιστικής πληροφόρησης

9.5.8 Οικονομική Αξιολόγηση

Πέρα από τη λειτουργική αξιολόγηση, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναφορά οικονομικών και άλλων στατιστικών στοιχείων του υπάρχοντος συστήματος ατομικών ασφαλίσεων υγείας, με σκοπό την δημιουργία μιας ολοκληρωμένης εικόνας.

Στον παρακάτω Πίνακα παρουσιάζονται στοιχεία από τη λειτουργία του Συστήματος, για τμήμα της χρονικής περιόδου διεξαγωγής της έρευνας μας :

Πίνακας 9.5
Οικονομικά και Στατιστικά Στοιχεία 1995-1998

	1995	1997	1998
Ασφάλιστρα και λοιπά έσοδα Κλάδου Ζωής (δισ δρχ)		33,622	42,610
Ασφαλισμένοι με Ασφάλιση Υγείας		175.000	186.000
Αριθμός Ασφαλισμένων με αιτήσεις Αποζημίωσης για Νοσοκομειακή Περίθαλψη		15.000	22.000
Αναλογία Ασφαλισμένων που έκαναν χρήση Νοσοκομειακής Περίθαλψης (Utilization Ratio)		8.6%	11.83%
Σύνολο Αποζημιώσεων για Νοσοκομειακή Περίθαλψη (σε δισ δρχ)		6,7	9,3
Μέσο Κόστος Νοσηλείας (δρχ)		450.000	423.000
Αναλογία Ζημιών προς Έσοδα (Loss Ratio) - χωρίς τον υπολογισμό των εξωνοσοκομειακών ζημιών	120%	98%	82%

Από τα παραπάνω στοιχεία, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα :

1. Η εταιρία εμφανίζει μια εντυπωσιακή δυναμική στην αύξηση της πελατειακής βάσης, στον τομέα των ασφαλίσεων υγείας, η οποία οφείλεται και στην προσφορά ολοκληρωμένων προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
2. Παρατηρείται μια ανησυχητική αύξηση του ποσοστού των ασφαλισμένων, οι οποίοι κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας. Η αύξηση αυτή εκτιμάται, ότι οφείλεται και στους “γενναιόδωρους” όρους των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, που δημιουργήθηκαν τα τελευταία χρόνια, με στόχο την αύξηση της πελατειακής βάσης και την λειτουργία στο ανταγωνιστικό περιβάλλον, που δημιουργήθηκε. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι τα ποσοστά του πίνακα αναφέρονται μόνο στην χρήση Νοσοκομειακής Περίθαλψης. Σε περίπτωση, που συνυπολογιστεί και η χρήση εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, η αναλογία αυτή εμφανίζεται αυξημένη και πλησιάζει το 20% για το έτος 1998.
3. Ένα σημαντικό ποσοστό των αποζημιώσεων, καταβάλλεται ως Νοσοκομειακό επίδομα (δηλαδή ένα καθορισμένο ποσό αποζημίωσης για τη χρήση συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας, ανεξάρτητα από το ύψος της ζημιάς). Χαρακτηριστικό παράδειγμα το Επίδομα Τοκετού, το οποίο αντικατέστησε στα νεότερα ασφαλιστικά προγράμματα την κάλυψη των εξόδων τοκετού. Για το έτος 1998, το 20% περίπου των ασφαλισμένων αποζημιώθηκαν με Νοσοκομειακό Επίδομα.
4. Το Μέσο Κόστος Νοσηλείας και το Loss-Ratio εμφανίζεται μειούμενο διαχρονικά, παρά την αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και παρά τον υψηλό πληθωρισμό στις τιμές του ιδιωτικού φορέα υγείας. Η μείωση αυτή επιτεύχθηκε με :
 - τον περιορισμό στη χρήση υπηρεσιών υγείας (κυρίως των εξωνοσοκομειακών),
 - τη μείωση των αθροιστικών ορίων χρήσης υπηρεσιών υγείας

- την μερική κατάργηση της με χωρίς όριο χρήσης υπηρεσιών υγείας (απεριόριστο)
- την υπογραφή συμφωνιών της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών με επιλεγμένους ιδιωτικούς φορείς υγείας για συγκρατημένη αύξηση των τιμών των νοσηλίων και των ιατρικών πράξεων
- την σύναψη συμφωνιών για συνεργασία με επιλεγμένα διαγνωστικά κέντρα
- την αύξηση των ασφαλιστρων για συγκεκριμένες καλύψεις παροχών υγείας
- την αύξηση των ασφαλιστρων, με ταυτόχρονη προσφορά νέων παροχών
- την προσπάθεια αντικατάστασης-επέκτασης παλαιών, ζημιογόνων συμβολαίων, με νέα προγράμματα πιο αποδοτικά και προσαρμοσμένα στη σύγχρονη πραγματικότητα

Πρέπει να σημειωθεί, ότι σε παρόμοιες πρακτικές μείωσης του κόστους, προέβησαν και οι υπόλοιπες ασφαλιστικές εταιρίες, στο σύνολό τους. Παρόλα αυτά, το Loss-Ratio των ασφαλίσεων υγείας που εμφανίζουν είναι κατά κύριο λόγο υποτιμημένο δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, καθώς σπανίως ενσωματώνουν το συνολικό πραγματικό κόστος, λόγω αδυναμίας υπολογισμού του. Γι' αυτό το λόγο και συνήθως εμφανίζουν το Loss-Ratio συνολικά του Κόδου Ζωής, στις καταστάσεις και τα στοιχεία που δημοσιεύουν.

Συμπληρωματικά, θα πρέπει να αναφερθεί, ότι δεν υπήρχαν διαθέσιμα περισσότερα οικονομικά-στατιστικά στοιχεία από τη χρήση υπηρεσιών υγείας, για τους λόγους που αναφέρθηκαν και στις προηγούμενες παραγράφους, με συνέπεια να μην είναι δυνατή η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων παρέμβασης της εταιρίας. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι δεν εφαρμόστηκε καμία διαδικασία συσχετισμού του οικονομικού αποτελέσματος και της αξιολόγησης των προσφερόμενων υπηρεσιών και ελέγχου της ποιότητας του αποτελέσματος της χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους της εταιρίας.

Κεφάλαιο 10

Ο Νέος Στρατηγικός Σχεδιασμός του Τομέα Ασφαλίσεων Υγείας (Όραμα, Στρατηγικές, Στόχοι, Σκοποί και Αρχές Λειτουργίας)

10.1 Αποστολή και Όραμα

Πριν από οποιαδήποτε εργασία, θεωρήθηκε αναγκαία η εκπόνηση ενός νέου Στρατηγικού Σχεδιασμού της Εταιρίας στον τομέα των Ασφαλίσεων Υγείας. Αυτό, προκειμένου να προσδιοριστούν ξεκάθαρα οι νέοι στόχοι και οι σκοποί της εταιρίας στον τομέα αυτό και να συντονιστεί οποιαδήποτε μελλοντική ενέργεια, με τον υπάρχοντα Στρατηγικό Σχεδιασμό στον τομέα της Πληροφορικής και να εναρμονιστεί-ενταχθεί στον γενικότερο Στρατηγικό σχεδιασμό της εταιρίας.

Έτσι, αποφασίστηκε να διακηρυχθεί κατ' αρχή η **Αποστολή** και το **Όραμα** της εταιρίας. Με την **Αποστολή**, δηλώνεται μια ακριβής εικόνα του περιεχομένου εργασιών της εταιρίας σε σχέση με τις Ασφαλίσεις Υγείας. Με το **Όραμα**, απεικονίζεται τι φιλοδοξεί να επιτύχει στο μέλλον.

Αποστολή

“Παρέχουμε στους ασφαλισμένους μας το αίσθημα της ασφάλειας στη λήψη φροντίδας υγείας”

Λήψη φροντίδας υγείας σημαίνει :

- Πρόσβαση των ασφαλισμένων σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, οικονομικά ανεκτές από αυτούς
 - Προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ασφαλισμένων, και
 - Παροχή ευκρινούς και χρήσιμης πληροφόρησης στους ασφαλισμένους για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με τη χρήση υπηρεσιών υγείας.
-

Όραμα

“Με την υπευθυνότητα της διαχείρισης των προγραμμάτων Ασφάλισης Υγείας, να οδηγήσουμε το Σύστημα Ασφάλισης Υγείας στην παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών για όλους”

Το Όραμα δηλώνει τη δέσμευση ότι:

- Σε συνεργασία με Δημόσιους και Ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, θα αγωνιστούμε για την επιτυχήστερη έκβαση σε θέματα που αφορούν την υγεία των ασφαλισμένων μας
- Θα προσφέρουμε στους ασφαλισμένους μας καλύψεις παροχών υγείας υψηλής ποιότητας, στην καλύτερη δυνατή τιμή, και
- Θα χρησιμοποιήσουμε την ηγετική θέση μας στην Ασφαλιστική Αγορά, προκειμένου να προωθούμε τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας και της αξίας των προσφερομένων παροχών υγείας.

10.2 Πρωταρχικοί Στόχοι του “Manage Care”

Την καρδιά του Στρατηγικού Σχεδιασμού αποτελούν οι **Πρωταρχικοί Στόχοι** του σχεδιαζόμενου συστήματος, το οποίο βασίζεται στις αρχές του Managed Care, δηλαδή η αναφορά στους στόχους, στους οποίους θα δοθεί έμφαση τα αμέσως επόμενα έτη. Αυτοί οι στόχοι, αντιπροσωπεύουν όχι μόνο τις θεμελιώδεις υποχρεώσεις της εταιρίας σαν μέλος της Ασφαλιστικής αγοράς, αλλά και την ευρύτερη διάσταση των επιδιώξεων και μιας κατεύθυνσης, βασισμένων στις αξίες της ανθρώπινης κοινότητας γενικότερα :

- Να προστατεύσουμε και να βελτιώσουμε τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και την ικανοποίηση των ασφαλισμένων μας
- Να εξασφαλίσουμε την οικονομική βιωσιμότητα των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
- Να παρέχουμε την πιο αποδοτική φροντίδα υγείας στους ασφαλισμένους μας
- Να προάγουμε τους στόχους και τα προγράμματα ασφάλισης υγείας της εταιρίας μας, στους ασφαλισμένους και το κοινό
- Να καλλιεργούμε την υπεροχή μας στη σχεδίαση και στη διαχείριση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, και
- Να επιδιώκουμε την πρωτοκαθεδρία στο κοινό ενδιαφέρον για τη βελτίωση της υγείας των πολιτών

10.3 Αντικειμενικοί Σκοποί του “*Manage Care*” και Μέθοδοι για την υλοποίησή τους

10.3.1 Αντικειμενικοί Σκοποί και Λειτουργικές Περιοχές

Για να επιτύχει η εταιρία τους παραπάνω στόχους, αναπτύξαμε μια ομάδα πιο ειδικών σκοπών. Αυτοί οι σκοποί υποβοηθούν την επίτευξη των στόχων, είναι αλληλοεξαρτώμενοι, ώστε να υπηρετούν συγχρόνως πολλαπλούς στόχους. Με αυτό τον τρόπο, δεν έχουμε συνδέσει (συσχετίσει) άμεσα σκοπούς με στόχους. Έχουμε ομαδοποιήσει τους σκοπούς σε τρεις μεγάλες λειτουργικές περιοχές :

- Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων (ΕΑ)
- Ποιότητα υπηρεσιών (ΠΥ)
- Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων (ΔΑΠ)

10.3.1.1 Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων (ΕΑ)

ΕΑ-1 Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων, με την παροχή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, υπηρεσιών και παροχών φροντίδας υγείας

- Συλλογή, ανάλυση και επεξεργασία πληροφορίας, σε σχέση με τις ανάγκες των ασφαλισμένων, τη χρήση υπηρεσιών υγείας, τα παράπονά τους και την ικανοποίησή τους
 - Χρήση σύγχρονων μεθόδων και τεχνολογιών για την εξυπηρέτηση διαπιστωμένων αναγκών των ασφαλισμένων και για την παροχή πιο αποδοτικής φροντίδας υγείας
 - Ανάπτυξη και εφαρμογή δημιουργικών μεθόδων άμεσης εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων
 - Συνεργασία με Δημόσιους και Ιδιωτικούς φορείς υγείας, για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων
 - Τακτική ενημέρωση των ασφαλισμένων, ώστε να γίνουν συνεργάσιμα και ενεργά μέλη, στη διαδικασία λήψης υπηρεσιών υγείας
 - Επέκταση των επιλογών των ασφαλισμένων, μέσω της δημιουργίας ενός συστήματος, που εντάσσεται στη φιλοσοφία του *Managed Care*
-

EA-2 Εξασφάλιση της προστασίας που παρέχουν τα προγράμματα ασφάλισης υγείας

- Αύξηση της πληροφόρησης του ασφαλισμένου για τις επιλογές που του παρέχονται, ως προς τη λήψη υπηρεσιών υγείας
 - Ενέργειες, σε συνεργασία με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, για την προστασία της υγείας του ασφαλισμένου και την αύξηση της ποιότητας των προσφερομένων σε αυτών υπηρεσιών υγείας
 - Ανασκόπηση των φακέλων των ασφαλισμένων, με σκοπό την ανάπτυξη και επεξεργασία νέων προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
 - Σύναψη συμβολαίων με τους φορείς υγείας, για την υιοθέτηση προδιαγεγραμμένων ενεργειών εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων
-

EA-3 Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με τους ασφαλισμένους

- Βελτίωση των μεθόδων επικοινωνίας των δύο μερών, με τη δυνατότητα οι ασφαλισμένοι να έχουν πρόσβαση και να κατανοούν τις παροχές και τις ανάγκες τους
 - Ακριβής και χρήσιμη πληροφόρηση των ασφαλισμένων, έτσι ώστε να υποβοηθούνται στην επιλογή τους ανάμεσα σε προγράμματα ασφάλισης υγείας, συμπληρωματικές καλύψεις, φορείς υγείας, θεραπείες και υγιεινούς τρόπους ζωής
 - Χρήση μεθόδων έρευνας αγοράς και ομάδων ασφαλισμένων για τη συλλογή χρήσιμων πληροφοριών
 - Προώθηση της παρουσίας της εταιρίας στην κοινότητα, με στόχο την αναγνώριση αναγκών των πολιτών και την ανταπόκριση σε νέες πληροφοριακές ανάγκες
-

EA-4 **Αύξηση της χρησιμότητας, της επικοινωνίας με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, φορείς υγείας και συνεργάτες**

- βελτίωση της χρησιμότητας και της προσβασιμότητας της πληροφόρησης τρίτων, σχετικά με τα προγράμματα ασφάλισης υγείας και τον τρόπο λειτουργίας του Managed Care
 - Δημιουργία στρατηγικών επικοινωνίας, για την εξυπηρέτηση των αναγκών ασφάλισης υγείας του κοινού και αξιολόγηση αυτών των στρατηγικών
 - Υιοθέτηση τεχνολογικών καινοτομιών, στην δημιουργία μέσων επαφής με τρίτους
 - Διοργάνωση και συμμετοχή σε συνέδρια, δημόσιες συζητήσεις, παρεμβάσεις σε θέματα ασφαλίσεων υγείας
-

EA-5 **Εξασφάλιση ότι τα προγράμματα ασφάλισης υγείας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασφαλισμένων**

- Εκπαίδευση των ασφαλισμένων σε θέματα προληπτικής ιατρικής και υγιεινού τρόπου ζωής
 - Εκπαίδευση των ασφαλισμένων να ζητούν ποιοτική και αποδοτική φροντίδα υγείας
 - Ενθάρρυνση χρήσης δημόσιων φορέων υγείας και θεραπευτικών παρεμβάσεων μιας ημέρας
 - Καθιέρωση προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με ελαστικούς όρους παροχών, πληρωμής και επιλογής φορέων υγείας, για πληρέστερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων
 - Αναζήτηση νόμιμων μεθόδων για την ελκυστική και οικονομικά συμφέρουσα μεταβολή των όρων των συμβολαίων, όταν και όπου παρίσταται ανάγκη
-

10.3.1.2 Ποιότητα Υπηρεσιών (ΠΥ)

ΠΥ-1 Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της έκβασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων

- Συνεργασία με φορείς υγείας, οι οποίοι ακολουθούν σύγχρονες και αποτελεσματικές θεραπευτικές μεθόδους και διαδικασίες
 - Εκπαίδευση των ασφαλισμένων να ζητούν ποιοτική και αποδοτική φροντίδα υγείας
 - Ακριβής και χρήσιμη πληροφόρηση των ασφαλισμένων, έτσι ώστε να υποβοηθούνται στην επιλογή τους ανάμεσα σε προγράμματα ασφάλισης υγείας, συμπληρωματικές καλύψεις, φορείς υγείας, θεραπείες και υγιεινούς τρόπους ζωής
 - Επιλογή φορέων υγείας με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην θεραπεία συγκεκριμένων νοσημάτων
 - Επιβολή συγκεκριμένων προδιαγραφών σχετικά με τη διαδικασία διαχείρισης περιστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας
 - Ανάλυση των δεδομένων των περιστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας για την ανίχνευση μη αποτελεσματικών εκβάσεων σε σχέση με φορείς υγείας και είδος παρεμβάσεων
-

ΠΥ-2 Βελτίωση της πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας

- Ανάπτυξη διαγνωστικών μέσων, σχετικά με ομάδες ασφαλισμένων, οι οποίες δεν εξυπηρετούνται ικανοποιητικά από το υπάρχον ή συνεργαζόμενο δίκτυο φορέων υγείας
 - Εξεύρεση λύσεων για την βελτίωση της πρόσβασης στις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας
 - Εξεύρεση νέων μοντέλων ασφάλισης υγείας, με παροχές για άτομα με ειδικές ανάγκες ως προς τη λήψη υπηρεσιών υγείας
 - Συνεργασία με δημόσιους φορείς για την κάλυψη επειγόντων περιστατικών ή ειδικών παθήσεων, προκειμένου να αποφεύγεται οποιαδήποτε καθυστέρηση ή ταλαιπωρία του ασφαλισμένου
 - Αναγνώριση των τμημάτων εκείνων του πληθυσμού, τα οποία στερούνται της δυνατότητας πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και ένταξή τους με ειδικούς όρους στους ασφαλισμένους
 - Ανάλυση των δεδομένων των περιστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας για τη δυνατότητα εξεύρεσης λύσεων διαχείρισής των σε περιφερειακούς φορείς υγείας
-

ΠΥ-3 Προστασία των ασφαλισμένων από περιττές θεραπευτικές παρεμβάσεις

- Ανάπτυξη μοντέλων για την τυποποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας (DRG's) κατά ασθένεια
 - Απαίτηση για την υιοθέτηση και εφαρμογή από τους συνεργαζόμενους φορείς υγείας, αναγνωρισμένων ιατρικών πρωτοκόλλων
 - Συνεχής παρακολούθηση (follow-up), έλεγχος και ενημέρωση του ασφαλισμένου από τους ιατρούς ελεγκτές της εταιρίας, για την ακολουθούμενη θεραπευτική μέθοδο και την αναγκαιότητα των παρεμβάσεων
 - Καταγραφή και επεξεργασία των θεραπευτικών παρεμβάσεων, με σκοπό την σύνδεσή τους με πιθανές επιπλοκές και ανεπιθύμητες εκβάσεις
 - Συνεργασία με δημόσιους και άλλους φορείς στην προσπάθεια για περιορισμό και έλεγχο της θεραπευτικής και φαρμακευτικής αγωγής, προς αποφυγή κερδοσκοπικών τάσεων
 - Επιλογή φορέων υγείας με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην θεραπεία συγκεκριμένων νοσημάτων
 - Επιβολή συγκεκριμένων προδιαγραφών σχετικά με τη διαδικασία διαχείρισης περιστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας
 - Ανάλυση των δεδομένων των περιστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας για την ανίχνευση μη αποτελεσματικών εκβάσεων σε σχέση με φορείς υγείας και είδος παρεμβάσεων
-

10.3.1.3 Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων (ΔΑΠ)

ΔΑΠ-1 Πρόβλεψη και Εφαρμογή Πελατοκεντρικών Διαδικασιών

- Ο ασφαλισμένος καθίσταται το κέντρο όλων των διαδικασιών εξυπηρέτησης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
 - Η παρακολούθηση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας και ο εμπλουτισμός τους με δεδομένα-στοιχεία πραγματοποιείται με βάση το κάθε ένα ασφαλισμένο και όχι το ασφαλιστήριο συμβόλαιο
 - Ο συντονισμός των ενεργειών, ο σχεδιασμός των διαδικασιών και η παρακολούθηση των περιστατικών πραγματοποιείται με βάση τον ασφαλισμένο
 - Ο ασφαλισμένος αποτελεί όχι μόνο πηγή εσόδων για την ασφαλιστική εταιρία, αλλά και το ουσιαστικό κέντρο κόστους
 - Τα χαρακτηριστικά, οι επιλογές και το είδος των υπηρεσιών που χρησιμοποιεί ο κάθε ασφαλισμένος, αποτελούν σημαντική πηγή πληροφόρησης και παράγοντα που επηρεάζει τις αποφάσεις της εταιρίας
 - Όλα τα στοιχεία που αφορούν συγκεκριμένους ασφαλισμένους της εταιρίας, θεωρούνται προσωπικά δεδομένα, για την κατοχή και τη χρήση των οποίων ενημερώνεται προκαταβολικά ο ασφαλισμένος και χρησιμοποιούνται σύμφωνα με τις διατάξεις της υπάρχουσας νομοθεσίας
-

ΔΑΠ-2 Προσωπικό διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, με προσόντα υψηλής ποιότητας

- Διασφάλιση, ότι το προσωπικό της εταιρίας και οι συνεργάτες της , που διαχειρίζονται θέματα ασφάλισης υγείας, έχουν την υποδομή (εκπαίδευση, πρόσβαση σε πληροφορίες, μέσα κλπ) για την αποδοτικότερη λειτουργία τους σε ανταγωνιστικό περιβάλλον
 - Αποδοχή της φιλοσοφίας, ότι ο ασφαλισμένος ευρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος
 - Επιλογή του προσωπικού, το οποίο αντιλαμβάνεται, τις ανάγκες των ασφαλισμένων και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις τους
 - Δημιουργία ενός περιβάλλοντος, το οποίο εξασφαλίζει, προηγμένη τεχνολογία επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων αλλά και με τους ασφαλισμένους, υποδομή εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων, παρακολούθηση των εργασιών με απλό και αποτελεσματικό τρόπο, σύνοψη πληροφοριών, επισκοπήσεις φακέλων ασφαλισμένων κ.ά.
 - Αποδοχή από τους εργαζόμενους της χρήσης σύγχρονης τεχνολογίας, καθώς όχι μόνο απειλεί την εργασιακή κατάστασή τους, αλλά διευκολύνει την εργασία τους και αναβαθμίζει το ρόλο τους στο οργανόγραμμα της επιχείρησης
 - Συνεχή προγράμματα εκπαίδευσης του απασχολούμενου προσωπικού σε θέματα ασφαλίσεων υγείας
 - Παρουσίαση στο προσωπικό της ολοκληρωμένης εικόνας των διαδικασιών διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, αναγνώριση του ρόλου και των αρμοδιοτήτων καθενός, καθώς και της συνεισφοράς του στο τελικό αποτέλεσμα
-

ΔΑΠ-3 Ένταση των ελέγχων στις διαδικασίες και τις ενέργειες διαχείρισης, προστασίας του περιεχομένου και ασφάλειας των πληροφοριών των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας

- Λήψη κοινών ενεργειών, με σκοπό την ελαχιστοποίηση εσφαλμένων ενεργειών, λαθών και ηθελημένων ζημιών της εταιρίας, στα προγράμματα ασφάλισης υγείας
 - Βελτίωση των διαδικασιών πληρωμής των αιτήσεων αποζημίωσης (Claims), έτσι ώστε να ολοκληρώνεται η διαδικασία με ασφάλεια, από την πρώτη φορά
 - Ανάπτυξη διαδικασιών ελέγχου της παροχής υπηρεσιών από τους φορείς υγείας
 - Ανάπτυξη διαδικασιών αναγνώρισης των κινδύνων που εμφανίζονται στη διαχείριση των ασφαλίσεων υγείας
 - Διασφάλιση, ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας, ανταποκρίνεται στην ποσότητα και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και στον τιμοκατάλογο που έχει συμφωνηθεί
 - Καταλογισμός του ποσοστού συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος χρήσης υπηρεσιών υγείας
 - Αναγνώριση εκείνων των φορέων υγείας, οι οποίοι παραβιάζουν συμφωνίες, ή δεν συνεργάζονται γενικότερα για την αποτελεσματική διαχείριση των περιστατικών
 - Πραγματοποίηση συνεχούς ελέγχου στις διαδικασίες χρήσης υπηρεσιών υγείας, σε συνεργασία και με τις οικονομικές υπηρεσίες της εταιρίας
 - Ενημέρωση των ασφαλισμένων για περιστατικά, τα οποία εμπεριέχουν τη δυνατότητα πρόκλησης οικονομικής ζημιάς, από λάθος, απάτη ή κακοδιαχείριση, απ' όπου και αν αυτά προέρχονται
-

ΔΑΠ-4 Διατήρηση της εικόνας της εταιρίας, ως συνετού διαχειριστή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας

- Αξιολόγηση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με στόχο τη διασφάλιση της αποδοτικότητάς τους και της ικανοποίησης του ασφαλισμένου
 - Καθιέρωση, απτών προσδοκιών από τη λειτουργία των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
 - Χορηγία διαφόρων εκδηλώσεων, συνεδρίων, σεμιναρίων με ταυτόχρονη παρουσίαση των δραστηριοτήτων της εταιρίας στο χώρο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας
 - Ανάπτυξη, έλεγχο και εφαρμογή, νέων και ευέλικτων προσεγγίσεων, στις παροχές των συμβολαίων ασφάλισης
 - Εξασφάλιση της επιστημονικά και εμπορικά ορθής κοστολόγησης και τιμολόγησης των συμβολαίων ασφάλισης υγείας
 - Συνεργασία με Δημόσιους και Ιδιωτικούς φορείς και Ασφαλιστικές Ενώσεις, για τη εξεύρεση λύσεων σε θέματα και προβλήματα που άπτονται των ασφαλίσεων υγείας
-

ΔΑΠ-5 Διάχυση της ενημέρωσης στο κοινό, για το περιεχόμενο και τον τρόπο διαχείριση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας

- Αξιοποίηση όλων των πόρων της εταιρίας, για την βελτίωση της εικόνας της στο κοινό
 - Πραγματοποίηση ερευνών σχετικά με την ποιότητα, το κόστος και τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, και τη διάχυση των ευρημάτων στην επιστημονική και επαγγελματική κοινότητα, την πολιτική εξουσία και το κοινό, μέσα από κατάλληλους μηχανισμούς προώθησης
 - Παραγωγή και δημοσίευση τεκμηριωμένων απόψεων και εκτιμήσεων σχετικά με τη χρηματοδότηση και της δαπάνες των ασφαλίσεων υγείας
 - Προώθηση της ενημέρωσης σε ομάδες πληθυσμού, που αναγνωρίζονται ως ομάδες-στόχος
-

ΔΑΠ-6 Ανάπτυξη Πληροφοριακών Συστημάτων διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με ταυτόχρονη ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό της τεχνολογικής υποδομής της εταιρίας

- Περιγραφή και αξιολόγηση της υπάρχουσας κατάστασης στον τομέα των συστημάτων υποστήριξης των διαδικασιών ασφάλισης υγείας
 - Πραγματοποίηση μελέτης κόστους-ωφέλειας, για την επένδυση στην ανάπτυξη πληροφοριακού συστήματος υποστήριξης των διαδικασιών ασφάλισης υγείας
 - Διασφάλιση της συνέχισης της λειτουργίας του πληροφοριακού συστήματος για τα επόμενα χρόνια
 - Αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών, ως προς τη προσβασιμότητα, τη φιλικότητα και της ακρίβεια των εφαρμογών και των δεδομένων που διαχειρίζεται το πληροφοριακό σύστημα
 - Ανάπτυξη ενός πρωτοποριακού για την Ελληνική πραγματικότητα πληροφοριακού συστήματος, ως προς την σχεδίαση, ανάπτυξη και εφαρμογή του, αλλά κυρίως ως προς τη δυνατότητά του να ενσωματώνει και αξιοποιεί ομοιογενή και τυποποιημένα δεδομένα, των ασφαλισμένων και της χρήσης υπηρεσιών υγείας
 - Συνεργασία με την επιστημονική κοινότητα για την ανάπτυξη και εφαρμογή προτύπων στις διαδικασίες και τα δεδομένα που διαχειρίζεται το πληροφοριακό σύστημα
 - Ανάπτυξη αποδοτικών διαδικασιών για τη συλλογή, αποθήκευση, μετάδοση, διαχείριση και προστασία των δεδομένων του πληροφοριακού συστήματος
 - Δημιουργία της απαραίτητης υποδομής σε προσωπικό και υλικοτεχνικό εξοπλισμό, με σκοπό να αντιμετωπίσει με επιτυχία τις αυξημένες ανάγκες εξυπηρέτησης των διαδικασιών των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
-

10.4 Αρχές Λειτουργίας του “*Manage Care*”

10.4.1 Εστιάζοντας προς τον Ασφαλισμένο

Σαν συμπλήρωμα του Στρατηγικού Σχεδιασμού στον τομέα των Ασφαλίσεων Υγείας, αναπτύξαμε μια ομάδα **Αρχών Λειτουργίας** του συστήματος “*Manage Care*”, με σκοπό να διευκρινίσει η εταιρία, τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον της, με ποιο τρόπο πρέπει να λειτουργεί, ώστε να επιτύχει του στόχους και τους σκοπούς που περιγράψαμε παραπάνω. Με άλλα λόγια, οι στόχοι και οι σκοποί περιγράφουν τι θέλουμε να επιτύχει η εταιρία και οι αρχές λειτουργίας περιγράφουν με ποιο τρόπο θα φτάσει εκεί. Αυτές οι αρχές, επιβεβαιώνουν ότι η εταιρία κατευθύνεται από ένα πολιτισμό, ο οποίος συμβαδίζει με την αποστολή της :

- Η εταιρία ενεργεί με βάση τη γνώση, ότι οι ασφαλισμένοι είναι οι πρωταρχικοί πελάτες της, και ο μοναδικός λόγος ύπαρξής του τομέα ασφάλισης υγείας, είναι η κατανόηση και ανταπόκριση στις ανάγκες των ασφαλισμένων για καλύψεις παροχών υγείας, για παροχή σχετικών πληροφοριών και κατ’ επέκταση η συνεχής εξυπηρέτησή τους
- Η εταιρία θα χρησιμοποιήσει την θέση της στην ασφαλιστική αγορά, προκειμένου να παρέχει στους ασφαλισμένους της ελκυστικές παροχές ασφάλισης υγείας , προσαρμοσμένες στις απαιτήσεις και τις ανάγκες των ασφαλισμένων
- Η εταιρία θα εργαστεί στην κατεύθυνση της εφαρμογής των πιο αποτελεσματικών προτύπων εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων της
- Η εταιρία θα δρα συνεργαζόμενη με κατάλληλους φορείς, για την παροχή στους ασφαλισμένους της ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, χωρίς αποκλεισμούς και με ίσες ευκαιρίες

10.4.2 Η συνεργασία της εταιρίας με τρίτους

Η εταιρία, δηλώνει τις αρχές με τις οποίες θα λειτουργεί σε σχέση με τρίτους, στο ευρύτερο περιβάλλον του συστήματος ασφαλίσεων και υγείας :

- Η εταιρία θα μετεξελιχθεί, σε ένα ακριβοδίκαιο και αξιόπιστο σύνταίρο, προσφέροντας προγράμματα ασφαλίσεων υγείας, εντάσσοντας σε αυτά συνεργασίες με Ιδιωτικούς και Δημόσιους φορείς υγείας, το Δημόσιο εν γένει και άλλους συνεργαζόμενους φορείς
- Η εταιρία, θα συνεργαστεί με κεντρικούς και αποκεντρωμένους φορείς, προκειμένου να επιτύχει τους στόχους της
- Η εταιρία θα επιδιώξει ηγετική θέση στο κοινό ενδιαφέρον, συνεπή αναφορικά με την ηγετική θέση στο χώρο της Ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα, αναφορικά με την αποτελεσματική χρήση όλων των πόρων και της πληροφόρησης που διαθέτει, για την

αποτελεσματική εξυπηρέτηση και τη βελτίωση της υγείας των ασφαλισμένων της

- Η εταιρία θα αποτελέσει το παράδειγμα, επιτυχούς εφαρμογής ευέλικτων διαδικασιών και τεχνολογίας, στη διαχείριση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας

10.4.3 Η συνεργασία μεταξύ του προσωπικού

Η εταιρία, δηλώνει τις αρχές με τις οποίες θα λειτουργεί σε επίπεδο συνεργασίας του προσωπικού της :

- Τα άτομα της εταιρίας που διαχειρίζονται τα θέματα ασφαλίσεων υγείας, λειτουργούν σαν μέλη της ίδιας ομάδας, εναρμονιζόμενα με τις αρχές λειτουργίας του προσωπικού της εταιρίας εν γένει. Έχουν κοινή αποστολή και προσωπική συνεισφορά στην επίτευξη των στόχων
- Τα άτομα της εταιρίας είναι πρόθυμα στις συνεργασίες μεταξύ τους και με άλλους, εντός και εκτός της εταιρίας, συμμετέχοντας σε ομάδες εργασίας, ομάδες υποστήριξης προσωπικού ή στόχων
- Τα άτομα του προσωπικού θα εξοικειωθούν στη χρήση σύγχρονων τεχνολογιών και στη διαχείριση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων
- Το προσωπικό θα αξιολογείται, θα επιβραβεύεται και θα βελτιώνει την απόδοσή του διαχρονικά

10.4.4 Η αναγνώριση από τρίτους

Η εικόνα που η εταιρία θέλει να προβάλει προς τα έξω, δίνει και την επιθυμητή διάσταση της αναγνώρισης από τους ασφαλισμένους, τους συνεργάτες και το κοινό :

- Η εταιρία θέλει να αναγνωρίζεται από τους ασφαλισμένους της, ως κατέχουσα την ηγετική θέση στον χώρο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας
- Η εταιρία θέλει να αναγνωρίζεται από το κοινό, ως ένας αποτελεσματικός και αποδοτικός διαχειριστής των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας και των χρημάτων που τους εμπιστεύονται
- Η εταιρία θέλει να αναγνωρίζεται από την ασφαλιστική αγορά, ως κατέχουσα ηγετική θέση, στην προσπάθειά της για παροχή υπηρεσιών υγείας, υψηλής ποιότητας, εύκολης πρόσβασης και αποδοτικής, σε σχέση με το κόστος τους

10.5 Αντικειμενικοί Σκοποί της τεχνολογίας της Πληροφορικής, που εντάσσονται στο “Manage Care”

10.5.1 Το όραμα από τη σκοπιά της Τεχνολογίας της Πληροφορικής

Στην εταιρία, όπως και σε κάθε επιχείρηση, τα διοικητικά στελέχη αντιμετωπίζουν προβλήματα στην επίτευξη των στόχων τους. Και αυτό, επειδή η δημιουργία, ή αποθήκευση και η διάθεση επαρκούς πληροφόρησης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στο να παρέχουν απαντήσεις στα προβλήματα που τους θέτουν. Έτσι, τα ανώτατα διοικητικά στελέχη που εμπλέκονται στη διαχείριση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, και που αντιμετωπίζουν έλλειμμα ικανοποιητικής πληροφόρησης, έχουν επανειλημμένα εκφράσει τις ανάγκες τους, σε σχέση με την πληροφόρηση και την συνεισφορά της τεχνολογίας της Πληροφορικής σε αυτή:

- Πρόσβαση στα δεδομένα, τα οποία πρέπει να έχουν αξιοποιήσιμη μορφή και να είναι διαθέσιμα όπου και όποτε χρειαστούν, με την ταυτόχρονη δυνατότητα διανομής τους σε όλους τους ενδιαφερόμενους
- Ακριβής και αξιόπιστη πληροφόρηση
- Δυνατότητα να προσαρμόζεται γρήγορα σε μεταβαλλόμενες επιχειρηματικές αλλαγές
- Επίτευξη όλων των παραπάνω με ένα λογικό, ανεκτό κόστος

Εδώ πρέπει να σημειωθεί, ότι το Πληροφοριακό Σύστημα, που αναπτύχθηκε, ανταποκρίνεται σε αυτές τις ανάγκες και αποτελεί ένα πλαίσιο αναφοράς, για την ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων στην συγκεκριμένη ασφαλιστική εταιρία, αλλά και στο ασφαλιστικό χώρο ευρύτερα. Το πληροφοριακό σύστημα που αναπτύχθηκε, περιγράφει το περιβάλλον, μέσα στο οποίο υπάρχουν και νέα συστήματα μπορεί να συνεργαστούν αποτελεσματικά μοιραζόμενα την πληροφορία, και μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις για κάλυψη επιχειρηματικών αλλαγών.

Το πληροφοριακό σύστημα που αναπτύχθηκε, μπορεί να χαρακτηριστεί, σαν ένα πληροφοριακο-κεντρικό μοντέλο, στο οποίο :

- Η διαχείριση των δεδομένων αποτελεί κεντρικό σημείο και τα δεδομένα θεωρούνται περιουσιακό στοιχείο της εταιρίας
- Μεμονωμένες λειτουργίες των ασφαλίσεων υγείας, υποστηρίζονται από υποσυστήματα, τα οποία είναι προσβάσιμα και από άλλες εφαρμογές
- Οι διαχείριση των λειτουργιών των ασφαλίσεων υγείας, εξυπηρετείται με την πρόσβαση στις βάσεις δεδομένων, μέσω τυποποιημένων διεπαφών

10.5.2 Αντικειμενικοί σκοποί της Πληροφορικής, που εντάσσονται στο “Manage Care”

Για την επίτευξη των αντικειμενικών στόχων του *Manage Care*, πρέπει οι στόχοι του τομέα Πληροφορικής να υποστηρίζουν τις επιχειρηματικές διαδικασίες της εταιρίας. Η οποιαδήποτε επένδυση στην τεχνολογία της πληροφορικής, πρέπει να πραγματοποιείται και να αξιολογείται με κριτήριο το επιχειρηματικό όφελος της επένδυσης. Γι' αυτό το λόγο, και θέσαμε οκτώ (-8-) αντικειμενικούς σκοπούς της τεχνολογίας της πληροφορικής (IT), προς την κατεύθυνση της εξυπηρέτησης των επιχειρηματικών διαδικασιών, που προβλέπονται στο *Manage Care*. Παρακάτω, αναφέρονται οι αντικειμενικοί αυτοί σκοποί, με ιδιαίτερη αναφορά στην αιτιολόγηση της επιλογής τους, τις προϋποθέσεις για την επίτευξή τους, και συγχρόνως με ποιους αντικειμενικούς σκοπούς του *Manage Care* συνδέονται και εξυπηρετούν :

IT-1	Όλοι οι εμπλεκόμενοι (προσωπικό, ασφαλισμένοι και τρίτοι) στο σύστημα <i>Manage Care</i>, έχουν άμεση, αλλά ελεγχόμενη πρόσβαση σε σημαντική γι' αυτούς πληροφόρηση
Αιτιολόγηση	<p>Επιτυγχάνοντας αυτό το σκοπό, η εταιρία αποκτά την καίρια δυνατότητα να παρέχει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Άμεση πρόσβαση του προσωπικού, των ασφαλισμένων και των λοιπών εμπλεκομένων, σε σημαντική, κεντρικά ελεγχόμενη πληροφόρηση, για την λήψη αποφάσεων • Πρόσβαση σε πληροφόρηση, χρήσιμη για την υλοποίηση παράλληλων ή και συμπληρωματικών σκοπών των υπόλοιπων τομέων της επιχείρησης
Προϋποθέσεις	<p>Για να επιτύχει αυτό το σκοπό, η εταιρία θα πρέπει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να αυξήσει το εύρος και την ποιότητα των μηχανισμών παροχής πληροφόρησης • Να χρησιμοποιεί διάφορους τρόπους και μορφές παρουσίασης της πληροφόρησης, λόγω της ανομοιογένειας των εμπλεκομένων • Να χρησιμοποιεί σύγχρονη τεχνολογία πληροφορικής • Να απλοποιήσει την πρόσβαση και το γραφικό περιβάλλον λειτουργίας των χρηστών, όλων των επιπέδων • Να συγκεντρώσει και να ταξινομήσει την πληροφορία που διακινείται στο σύστημα <i>Manage Care</i> , σε διακεκριμένες διαδικασίες και ενέργειες, κατά περιεχόμενο • Να συμπεριλάβει εξωτερικούς συνεργάτες και τρίτους στους εμπλεκόμενους στις διαδικασίες • Να διασφαλίσει την απαραίτητη προστασία και ασφάλεια στην πρόσβαση, σε ευαίσθητα και προσωπικά δεδομένα • Να τυποποιήσει τα δεδομένα, τις διαδικασίες και την πληροφόρηση, σε όλο το εύρος της επιχειρηματικής δραστηριότητας
Σύνδεση με σκοπούς του <i>Manage Care</i>	<p>Συνδέεται με και υποστηρίζει, όλους του επιχειρηματικούς σκοπούς του <i>Manage Care</i></p>

IT-2	Η ασφάλεια των πληροφοριακών πόρων, που υποστηρίζουν τις διαδικασίες του <i>Manage Care</i>, είναι εξασφαλισμένη
Αιτιολόγηση	<p>Επιτυγχάνοντας αυτό το σκοπό, η εταιρία αποκτά την καίρια δυνατότητα να παρέχει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επαρκή διαθεσιμότητα και προστασία των ευαίσθητων και προσωπικών δεδομένων, ενάντια σε μη εξουσιοδοτημένη χρήση, απώλειες ή καταστροφή, και σύμφωνα με τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας • Επαρκή διαθεσιμότητα και προστασία των επιχειρηματικών πληροφοριακών πόρων, ενάντια σε καταστροφή ή μη εξουσιοδοτημένη χρήση
Προϋποθέσεις	<p>Για να επιτύχει αυτό το σκοπό, η εταιρία θα πρέπει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να ενισχύσει τις πολιτικές προστασίας, όπως απαιτεί η διαχείριση τέτοιου είδους πληροφοριών • Να χρησιμοποιήσει πρόσθετους πόρους για ασφάλεια • Να κατανοήσει τις αυξημένες ανάγκες ασφάλειας των δεδομένων, που δημιουργείται από τη χρήση σύγχρονης τεχνολογίας • Να αναγνωρίσει και ορίσει τα επίπεδα αρμοδιότητας όλων των εμπλεκομένων στη διαχείριση των δεδομένων • Να ορίσει επίπεδα ασφάλειας στην πρόσβαση των ευαίσθητων δεδομένων και πληροφοριών
Σύνδεση με σκοπούς του <i>Manage Care</i>	<p>Συνδέεται με και υποστηρίζει τη λειτουργική περιοχή Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων (ΔΑΠ) και συγκεκριμένα τους σκοπούς :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ΔΑΠ-3 • ΔΑΠ-6

IT-3	Τα συστατικά στοιχεία του Συστήματος <i>Manage Care</i> έχουν σχεδιαστεί προσεκτικά και έχουν αναπτυχθεί, με σκοπό να εξασφαλίσουν την συνέχιση της λειτουργίας του
Αξιολόγηση	<p>Επιτυγχάνοντας αυτό το σκοπό, η εταιρία αποκτά την καίρια δυνατότητα να παρέχει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Υπηρεσίες και υποδομή, οι οποίες ανταποκρίνονται και υπερκαλύπτουν τις απαιτήσεις των χρηστών • Περιορισμό του αναλαμβανομένου κινδύνου, μέσω συνετής διαχείρισης των προγραμμάτων
Προϋποθέσεις	<p>Για να επιτύχει αυτό το σκοπό, η εταιρία θα πρέπει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να προσδιορίσει ξεκάθαρα τις απαιτήσεις για τη λειτουργική συνέχιση, όλων των επιχειρηματικών διαδικασιών που προβλέπονται στο <i>Manage Care</i> • Να αναπτύξει και να υλοποιήσει λύσεις πληροφορικής με μεγάλη προσοχή, ώστε να υποστηρίζουν τις λειτουργίες του <i>Manage Care</i> • Να προβλέψει τις απαιτήσεις σε εξωτερικές συμβουλευτικές υπηρεσίες • Να ενσωματώσει κριτήρια αξιολόγησης του <i>Manage Care</i> • Να ενδυναμώσει μεθοδολογίες για την ανάπτυξη συστημάτων, οι οποίες στηρίζονται στις φάσεις του κύκλου ζωής των συστημάτων • Να ορίσει Bottom-up ή Up-down μεθοδολογίες ανάπτυξης συστημάτων
Σύνδεση με σκοπούς του <i>Manage Care</i>	<p>Συνδέεται με και υποστηρίζει τη Λειτουργική περιοχή Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων (ΔΑΠ) και συγκεκριμένα τους σκοπούς :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ΔΑΠ-3 • ΔΑΠ-6

IT-4	Η υποστήριξη των επιχειρηματικών διαδικασιών του <i>Manage Care</i> είναι αποτελεσματική (ως αποτελεσματικότητα νοείται ένα εσωτερικό κριτήριο του κόστους για την επίτευξη επιχειρηματικών σκοπών)
Αιτιολόγηση	<p>Επιτυγχάνοντας αυτό το σκοπό, η εταιρία αποκτά την καίρια δυνατότητα να παρέχει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Άριστη κατανομή και χρήση των πόρων • Μεγαλύτερη απόδοση της επένδυσης • Αύξηση στην παροχή ζωτικής πληροφόρησης
Προϋποθέσεις	<p>Για να επιτύχει αυτό το σκοπό, η εταιρία θα πρέπει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να υιοθετήσει πρότυπα και να αναπτύξει διαδικασίες για την χρήση της τεχνολογίας της πληροφορικής, τα οποία αυξάνουν τις διεργασίες και προωθούν την διανομή των πόρων και της πληροφόρησης • Να συνδυάσει κατάλληλα, την αποδοτικότητα με τη ενυπάρχουσα αξία του συστήματος
Σύνδεση με σκοπούς του <i>Manage Care</i>	<p>Συνδέεται με και υποστηρίζει τη Λειτουργική περιοχή Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων (ΕΑ) και συγκεκριμένα τους σκοπούς :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ΕΑ-1 • ΕΑ-5 <p>και τη Λειτουργική περιοχή Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων (ΔΑΠ) και συγκεκριμένα τους σκοπούς :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ΔΑΠ-1 • ΔΑΠ-3 • ΔΑΠ-6

IT-5	Η υποδομή του <i>Manage Care</i> είναι ευέλικτη και ευπροσάρμοστη
Αιτιολόγηση	<p>Επιτυγχάνοντας αυτό το σκοπό, η εταιρία αποκτά την καίρια δυνατότητα να παρέχει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Λύσεις με τη δυνατότητα γρήγορης προσαρμογής στις μεταβολές των επιχειρησιακών αλλαγών • Ευελιξία στην ανακατανομή των πόρων σε κρίσιμες διαδικασίες
Προϋποθέσεις	<p>Για να επιτύχει αυτό το σκοπό, η εταιρία θα πρέπει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να αναπτύξει ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο, με σκοπό την βελτίωση της αποδοτικότητας στο τομέα των ασφαλίσεων υγείας • Να αναπτύξει πληροφοριακά συστήματα, διηρημένα σε υποσυστήματα, ώστε να είναι πιο προσαρμόσιμα, σε απαιτήσεις μεταβολών τους • Να αναπτύξει συστήματα με πρότυπα διεπαφών για να γίνονται πιο εύκολα αποδεκτά από τους χρήστες • Να ομαδοποιήσει και ανασχεδιάσει την πληροφόρηση που διακινείται στο σύστημα, ώστε να επιτρέπει στους χρήστες την ευκολότερη διαχείρισή της • Να εφαρμόσει αναγνωρισμένες μεθόδους διαχείρισης του έργου ανάπτυξης και εφαρμογής του συστήματος <i>Manage Care</i> • Να χρησιμοποιήσει τεχνολογία υλικού και λογισμικού, που επιτρέπει τυποποιημένη πρόσβαση στις δυνατότητες του συστήματος • Να εφαρμόσει πολιτική στον τομέα της πληροφοριακής υποδομής, που είναι κοινή για όλη την επιχείρηση • Να εφαρμόσει ένα συμπαγές πρόγραμμα διαχείρισης των δεδομένων, που εξασφαλίζει την τυποποίηση και επικαιροποίηση της πληροφόρησης σε όλο των φάσμα των διαδικασιών του <i>Manage Care</i>, αλλά και της επιχείρησης γενικότερα
Σύνδεση με σκοπούς του <i>Manage Care</i>	Συνδέεται με και υποστηρίζει, όλους του επιχειρηματικούς σκοπούς του <i>Manage Care</i>

IT-6	Η υποστήριξη των επιχειρηματικών διαδικασιών του <i>Manage Care</i> είναι αποδοτική (ως αποδοτικότητα νοείται ο βαθμός συνεισφοράς της τεχνολογίας της πληροφορικής στην επίτευξη επιχειρηματικών σκοπών)
Αιτιολόγηση	<p>Επιτυγχάνοντας αυτό το σκοπό, η εταιρία αποκτά την καίρια δυνατότητα να παρέχει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγκαιρη, έγκυρη και πλήρη πληροφόρηση, η οποία υποστηρίζει αποδοτικά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και διευκολύνει την διαχείριση και αποτίμηση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας • Τους αναγκαίους πόρους, για την έγκαιρη ανάπτυξη των αρχικών σταδίων της διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας • Μέσα για την αξιοποίηση των δυνατοτήτων των χρηστών
Προϋποθέσεις	<p>Για να επιτύχει αυτό το σκοπό, η εταιρία θα πρέπει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να συντονίσει με επιτυχία το προσωπικό που εμπλέκεται στο <i>Manage Care</i> και το προσωπικό της Διεύθυνσης Πληροφορικής της εταιρίας • Να εφαρμόσει μια διαδικασία προσδιορισμού των απαιτήσεων, για όλα τα συστατικά στοιχεία του συστήματος • Να εφαρμόσει κριτήρια αξιολόγησης της λειτουργίας του συστήματος • Να προβαίνει σε συνεχή ανασχεδιασμό των διαδικασιών και λειτουργιών του συστήματος, ώστε να εναρμονίζεται με την εκάστοτε υπάρχουσα κατάσταση • Να παρέχει τη δυνατότητα ανακατανομής των πόρων, για καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων
Σύνδεση με σκοπούς του <i>Manage Care</i>	Συνδέεται με και υποστηρίζει, όλους του επιχειρηματικούς σκοπούς του <i>Manage Care</i>

IT-7	Υποστήριξη της οικονομικής ακεραιότητας των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
Αιτιολόγηση	<p>Επιτυγχάνοντας αυτό το σκοπό, η εταιρία αποκτά την καίρια δυνατότητα να παρέχει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τις αναλογούσες και ακριβείς πληρωμές των αιτήσεων αποζημίωσης των ασφαλισμένων • Τις κατάλληλες πληρωμές, στους κατάλληλους φορείς υγείας, στον κατάλληλο χρόνο • Διαδικασίες προληπτικής αναγνώρισης και παρέμβασης, σε φαινόμενα ανύπαρκτων ή μη αναγκαίων υπηρεσιών υγείας
Προϋποθέσεις	<p>Για να επιτύχει αυτό το σκοπό, η εταιρία θα πρέπει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρέχει τα κατάλληλα εργαλεία, τα οποία υποστηρίζουν ανάλυση δεδομένων, με σκοπό την προστασία της ακεραιότητας των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας • Να οργανώσει τα δεδομένα και την πληροφορία, με τρόπο ώστε να είναι διαθέσιμη σε όλα τα στάδια των περιστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας και να υποστηρίζει την ανάλυση των διαδικασιών που προβλέπονται, έως την ολοκλήρωσή τους • Να εξασφαλίζει την ορθή και μοναδική αποζημίωση των περιστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας
Σύνδεση με σκοπούς του <i>Manaae Care</i>	<p>Συνδέεται με και υποστηρίζει τη λειτουργική περιοχή Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων (ΔΑΠ) και συγκεκριμένα τους σκοπούς :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ΔΑΠ-3 • ΔΑΠ-4 • ΔΑΠ-6

IT-8	Αξιοποίηση και ενδυνάμωση του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος του εμπλεκόμενου προσωπικού στη γνώση σύγχρονων τεχνολογιών της πληροφορίας
Αξιολόγηση	<p>Επιτυγχάνοντας αυτό το σκοπό, η εταιρία αποκτά την καίρια δυνατότητα να παρέχει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Άριστη εκμετάλλευση της σύγχρονης τεχνολογίας, με σκοπό της εξυπηρέτηση αποδοτικών επιχειρηματικών λύσεων στον τομέα των ασφαλίσεων υγείας • Άριστη εκμετάλλευση του ανθρώπινου δυναμικού της εταιρίας και των εξωτερικών συνεργατών της
Προϋποθέσεις	<p>Για να επιτύχει αυτό το σκοπό, η εταιρία θα πρέπει :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να αναγνωρίζει τις καίριες ανάγκες σε έρευνα, τεχνολογία και ανάπτυξη, για την υποστήριξη των βραχυπρόθεσμων και στρατηγικών στόχων της εταιρίας • Να επικεντρώσει την εκπαίδευση του εμπλεκόμενου προσωπικού στην χρησιμοποιούμενη ανταγωνιστική τεχνολογική υποδομή • Να υιοθετήσει τακτικές αξιολόγησης της απόδοσης του προσωπικού
Σύνδεση με σκοπούς του Manage Care	<p>Συνδέεται με και υποστηρίζει τη Λειτουργική περιοχή Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων (ΕΑ) και συγκεκριμένα τους σκοπούς :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ΕΑ-3 • ΕΑ-4 <p>τη Λειτουργική περιοχή Ποιότητα Υπηρεσιών (ΠΥ) και συγκεκριμένα τους σκοπούς :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ΠΥ-1 • ΠΥ-2 • ΠΥ-3 <p>και τη Λειτουργική περιοχή Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων (ΔΑΠ) και συγκεκριμένα τους σκοπούς :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ΔΑΠ-2 • ΔΑΠ-4 • ΔΑΠ-6

Πίνακας 10.2

ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

		IT-1	IT-2	IT-3	IT-4	IT-5	IT-6	IT-7	IT-8
	Σκοποί Τεχνολογίας της Πληροφορικής	Όλοι οι εμπλεκόμενοι, έχουν άμεση, αλλά ελεγχόμενη πρόσβαση σε σημαντική πληροφορία	Η ασφάλεια των πληροφοριακών πόρων που υποστηρίζουν τις διαδικασίες του <i>Manage Care</i> , είναι εξασφαλισμένη	Τα συστατικά στοιχεία του <i>Manage Care</i> έχουν σχεδιαστεί προσεκτικά και έχουν αναπτυχθεί, με σκοπό να εξασφαλίσουν τη συνέχιση της λειτουργίας του	Η υποστήριξη των επιχειρηματικών διαδικασιών του <i>Manage Care</i> είναι αποτελεσματική	Η υποδομή του <i>Manage Care</i> είναι εύελικτη και ευπροσάρμοστη	Η υποστήριξη των επιχειρηματικών διαδικασιών του <i>Manage Care</i> είναι αποδοτική	Υποστήριξη της οικονομικής ακεραιότητας των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	Αξιοποίηση και ενδυνάμωση του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος του εμπλεκόμενου προσωπικού στη γνώση σύγχρονων τεχνολογιών της πληροφορίας
	Επιχειρηματικοί Σκοποί								
	Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων								
EA-1	Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων, με την παροχή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, υπηρεσιών και παροχών φροντίδας υγείας	X			X	X	X		
EA-2	Εξασφάλιση της προστασίας που παρέχουν τα προγράμματα ασφάλισης υγείας	X				X	X		
EA-3	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με τους ασφαλισμένους	X				X	X		X
EA-4	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, φορείς υγείας και συνεργάτες	X				X	X		X
EA-5	Εξασφάλιση, ότι τα προγράμματα ασφάλισης υγείας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασφαλισμένων	X			X	X	X		
	Ποιότητα Υπηρεσιών								
ΠΥ-1	Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων	X				X	X		X

Κεφάλαιο 11

Δεδομένα και Πηγές Δεδομένων της Έρευνας

11.1 Πηγές Δεδομένων της Έρευνας

11.1.1 Έννοια, περιεχόμενο και είδος των δεδομένων

Ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία δόμησης του προτεινόμενου πληροφοριακού συστήματος, είναι τα δεδομένα. Τα δεδομένα συγκεντρώνονται από πλήθος εσωτερικών και εξωτερικών πηγών, εισάγονται στο σύστημα, ελέγχονται, επεξεργάζονται, αποθηκεύονται και παρουσιάζονται με διάφορες μορφές στους τελικούς χρήστες για την εκτέλεση των εργασιών τους. Γενικά, τα δεδομένα είναι η σύνδεση μεταξύ των επιμέρους οργανωτικών δομών του ασφαλιστικού οργανισμού. Για το λόγο αυτό, ένα σημαντικό μέρος της διαδικασίας ανάπτυξης του παρόντος πληροφοριακού συστήματος, αφιερώθηκε στη μελέτη και την οργάνωση των δεδομένων. Συγκεκριμένα,

1. Μελετήθηκε η ροή των δεδομένων που απαιτούνται για τη σωστή λειτουργία των εργασιών ασφάλισης υγείας
2. Καθορίστηκαν εκείνα τα δεδομένα που χρειάζεται να καταγραφούν
3. Έγινε γνωστό, ποιος απαιτεί δεδομένα, ποια δεδομένα πρέπει να επεξεργαστούν για την παραγωγή πληροφοριών, πότε, από πού κ.τ.λ.

Τι είναι όμως δεδομένα και τι πληροφορία ; Γενικά, *δεδομένα* θεωρούνται τα χωρίς νόημα, αδόμητα και ακατέργαστα στοιχεία και γεγονότα. Ενώ με το όρο *πληροφορία*, εννοούνται εκείνα τα ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα που, μετά από επεξεργασία και οργάνωσή τους, έχουν κάποια έννοια ή χρησιμότητα για τον αποδέκτη τους, δηλαδή τα δεδομένα αποτελούν την «πρώτη ύλη» για την κατασκευή της πληροφορίας.

11.1.2 Πηγές δεδομένων

Το προτεινόμενο ΠΣ, σχεδιασμένο ώστε να ξεπεράσει τους περιορισμούς του υπάρχοντος συστήματος, αντλεί πληροφόρηση από τρεις βασικές πηγές δεδομένων:

- **Διοικητικά και άλλα έγγραφα, της ασφαλιστικής εταιρίας και του ασφαλισμένου** : δεδομένα που συλλέγονται ή και δημιουργούνται από την αλληλεπίδραση μεταξύ του ασφαλισμένου και της ασφαλιστικής εταιρίας ή από τη διακίνηση εγγράφων μεταξύ υπηρεσιών της ασφαλιστικής εταιρίας
- **Ιατρικής φύσεως δεδομένα** : δεδομένα που συλλέγονται από τους παροχείς υπηρεσιών υγείας και άλλα ιατρικά δεδομένα
- **Έρευνες, στατιστικές και άλλες πηγές** : δεδομένα που συλλέγονται από τακτικές απογραφές ή ειδικές έρευνες, στατιστικές και εγχειρίδια της ασφαλιστικής εταιρίας ή άλλων Οργανισμών, καθώς και δεδομένα που συλλέγονται από διάφορους δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς, από επιχειρήσεις και από περιοχές που παρουσιάζουν ενδιαφέρον

Μια άποψη της δυνητικής χρήσης των δεδομένων που θα εντάσσονται στο ΠΣ παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα, ο οποίος εμφανίζει τις αποδεκτές διαστάσεις των δεδομένων (πρόσβαση, κόστος απόκτησης και ποιότητα), σε σχέση με τις πηγές τους :

Πίνακας 11.1
Διαστάσεις Δεδομένων

Πηγές	Πρόσβαση	Κόστος	Ποιότητα
Διοικητικά έγγραφα	↑	↓	↑
Ιατρικής φύσεως δεδομένα	↓	↑	↓
Στατιστικά, έρευνες, και άλλες πηγές	?	↑	?

11.2 Δεδομένα της Έρευνας

11.2.1 Διοικητικά Δεδομένα

Αυτά δημιουργούνται ή και συλλέγονται από την ασφαλιστική εταιρία και τους ασφαλισμένους και την μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Πρωταρχική λειτουργία τους είναι να αναγνωρισθεί ο ασφαλισμένος, ο οποίος καλύπτεται ασφαλιστικά από ιδιωτική ασφάλεια υγείας και να δημιουργηθεί η πληροφοριακή υποδομή

για την καταγραφή και παρακολούθηση της ασφαλιστικής συμπεριφοράς και ιστορίας του.

Πηγές

Οι πηγές αυτής της κατηγορίας περιλαμβάνουν τα παρακάτω βασικά έγγραφα:

1. την αίτηση του ατόμου προς την ασφαλιστική εταιρία για κάλυψη ασφάλισης υγείας
2. τα συνοδευτικά έγγραφα, που προσκομίζει ο υποψήφιος ασφαλιζόμενος με την υποβολή της αίτησης, και που συνήθως ζητούνται από την ασφαλιστική εταιρία
3. το ασφαλιστήριο συμβόλαιο
4. τα έγγραφα που δημιουργούνται από την ασφαλιστική εταιρία και διακινούνται εσωτερικά
5. τα έγγραφα που δημιουργούνται από την ασφαλιστική εταιρία και διακινούνται προς τρίτους
6. τα έγγραφα τρίτων που λαμβάνονται από την ασφαλιστική εταιρία

Χρήση

Αυτά τα δεδομένα είναι απαραίτητα για να έχουμε απάντηση και στα πιο απλά ερωτήματα, σχετικά με τους ασφαλισμένους και τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας της εταιρίας. Οι ασφαλιστικές εταιρίες θεωρούν αυτά τα δεδομένα σημαντική πηγή δημογραφικής πληροφόρησης, πληροφόρησης σχετικά με τους ασφαλισμένους και τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας, ιδιαίτερα όταν συνδυάζονται με άλλα δεδομένα. Και αυτό, επειδή η διαδικασία πρόσβασης στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η νοσηρότητα, η χρήση των υπηρεσιών υγείας και η συμπεριφορά των ασφαλισμένων διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση κ.ά. παράγοντες {HERU 1987}. Γι' αυτό το λόγο η πληροφορία αυτού του είδους είναι καθοριστική για την κατανόηση των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας, την ποιότητα παροχής τους, τη συχνότητα χρήσης τους και τον επιμερισμό του κόστους σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμού. Για παράδειγμα, τα δεδομένα αυτού του είδους, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τον υπολογισμό δεικτών χρήσης υπηρεσιών υγείας κατά ομάδες ηλικιών. Η καταγραφή αυτών των δεδομένων, διευκολύνει τη σύγκριση ανάμεσα σε φύλο, ομάδες ηλικιών, περιοχές κατοικίας, κατηγορίες επαγγελματιών, οικογενειακή κατάσταση, ασφαλιστικά προγράμματα κ.ά., καθώς και την ανεύρεση τυχόν διαφοροποιήσεων των παραγόντων κινδύνου σε διαφορετικές ομάδες ασφαλισμένων και τον δίκαιο προσδιορισμό των ασφαλιστρών σε αυτές.

Στοιχειώδη δεδομένα αυτής της κατηγορίας

Μετά από εξαντλητική καταγραφή των αναγκών πληροφόρησης της ασφαλιστικής εταιρίας, από την ανάλυση που προηγήθηκε, αποφασίστηκε το πλήθος και η μορφή των δεδομένων αυτής της κατηγορίας. Μέρος των δεδομένων ήδη υπήρχαν καταχωρημένα στην βάση δεδομένων της ασφαλιστικής εταιρίας. Από αυτά, όσα είχαν την μορφή και το περιεχόμενο που τελικά συμφωνήθηκε, αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθούν και να αξιοποιηθούν και στο προτεινόμενο σύστημα. Τα δεδομένα αυτά, όπως απεικονίζονται στη δομή της βάσης δεδομένων, παρατίθενται ομαδοποιημένα, στο Κεφάλαιο της περιγραφής των Υποσυστημάτων του προτεινόμενου ΠΣ.

Περιορισμοί και προβλήματα χρήσης τους

Κύριο πρόβλημα των δεδομένων αυτής της κατηγορίας, αποτελεί ο μεγάλος αριθμός και η ανομοιομορφία των πηγών από τις οποίες συλλέγονται, καθώς και των ατόμων που τις καταγράφουν ή τις δημιουργούν.

Βασικό επίσης πρόβλημα, αποτελεί η ανάγκη της περιοδικής επικαιροποίησης μεγάλου αριθμού από αυτά τα δεδομένα. Συνήθως δεν αναφέρεται πουθενά, ούτε ποια δεδομένα πρέπει να ενημερώνονται, ούτε η συχνότητα και η διαδικασία ενημέρωσης τους, ούτε προσδιορίζεται αυτή σαν υποχρέωση του ασφαλισμένου.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα ως προς την πληρότητα, ακρίβεια, συνέπεια, επίπεδο ανάλυσης και σαφήνεια των δεδομένων που συλλέγονται. Αυτά τα ατελή δεδομένα, συνήθως δεν είναι δυνατόν να αξιοποιηθούν και να παράγουν πληροφόρηση.

Βελτίωση της ποιότητας τους στο προτεινόμενο ΠΣ

Πολλές ενέργειές μας είχαν ως κατεύθυνση την βελτίωση της ποιότητας των δεδομένων αυτής της κατηγορίας. Οι σημαντικότερες αλλαγές που προτάθηκαν και υλοποιήθηκαν περιελάμβαναν :

1. Μεγαλύτερη ομοιογένεια / τυποποίηση των δεδομένων που συλλέγονται ή δημιουργούνται, σε όλο το φάσμα των εργασιών της ασφαλιστικής εταιρίας. Αυτό επιτεύχθηκε π.χ. με την κωδικοποίηση των ασφαλισμένων με μοναδικούς κωδικούς και την τυποποίηση κατηγοριών δεδομένων σχετικών με δημογραφική πληροφόρηση (οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών, επάγγελμα κλπ).
2. αλλαγή της φιλοσοφίας καταγραφής, παρακολούθησης και επεξεργασίας των δεδομένων, από συμβολαιοκεντρικό, σε πελατοκεντρικό. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την μεταστροφή του συστήματος, από την απλή λογιστική παρακολούθηση των γεγονότων, στην διαχείριση της παροχής ασφαλιστικής κάλυψης στο τομέα της υγείας.
3. Επέκταση του πλήθους των δεδομένων που συλλέγονται, καταγράφονται και πραγματοποιείται επεξεργασία τους, προκειμένου να συντεθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η εικόνα και συμπεριφορά του ασφαλισμένου και του ασφαλιστικού προγράμματος.
4. Προσδιορισμός του επιπέδου ανάλυσης των δεδομένων κατά περίπτωση, προκειμένου να επιτυγχάνεται το επιθυμητό επίπεδο πληροφόρησης, σε σχέση με τον απαιτούμενο χρόνο καταγραφής του και το κόστος που προκαλεί η ανεύρεσή του.
5. Ετήσια επικαιροποίηση των δεδομένων, τα οποία χαρακτηρίζονται ως «δυναμικά» και συμμετέχουν δυνητικά στον προσδιορισμό του κόστους ανάληψης του κινδύνου ασφάλισης υγείας. Η ενημέρωση για τυχόν μεταβολή αυτών των δεδομένων, πραγματοποιείται υποχρεωτικά από τον ασφαλισμένο με την συμπλήρωση ειδικού εντύπου «μεταβολών

στοιχείων ασφαλισμένου», που του αποστέλλεται μια φορά το χρόνο, υποχρέωση η οποία θα αναφέρεται ρητά στους όρους του συμβολαίου. Τέτοια στοιχεία, χαρακτηρίζονται π.χ. ο ακριβής προσδιορισμός της εργασίας, η οικογενειακή κατάσταση κλπ.

11.2.2 Δεδομένα υγείας και Ιατρικά Δεδομένα

Ορισμός

Τα δεδομένα σχετικά με την υγεία του ασφαλισμένου δημιουργούνται σαν αποτέλεσμα της επαφής του ασφαλισμένου με τους παροχείς υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνουν νοσοκομειακές, εξωνοσοκομειακές και φαρμακευτικές υπηρεσίες.

Πηγές

Τα δεδομένα αυτής της κατηγορίας ανευρίσκονται σε τέσσερις κύριες πηγές :

1. Στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώνει ο υποψήφιος ασφαλισμένος, μαζί με την αίτηση ασφάλισης του
2. Στα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεων, στις οποίες μπορεί να παραπεμφθεί, κατά τη διαδικασία έγκρισης της αίτησης ασφάλισης του
3. Στα Τιμολόγια ή Αποδείξεις των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτά τα έγγραφα αποτελούν συνήθως και τα δικαιολογητικά της αποζημίωσης (claim) που ζητούν, είτε οι ασφαλισμένοι, είτε ο ίδιος ο παροχέας, ανάλογα με την περίπτωση. Η ασφαλιστική εταιρία, παραλαμβάνει, πρωτοκολλεί, ελέγχει, εκκαθαρίζει και καταβάλλει τα ποσά της αποζημίωσης, σύμφωνα με τους όρους της ασφαλιστικής σύμβασης ή της συμφωνίας με τον παροχέα υπηρεσιών υγείας.
4. Στους Ιατρικούς φακέλους ασθενών και άλλα σχετικά έγγραφα, στα οποία αποτυπώνεται το ιατρικό ιστορικό του ασφαλισμένου, τα συμπτώματα, τα αποτελέσματα φυσικών και εργαστηριακών εξετάσεων, οι κλινικές διαπιστώσεις και διαγνώσεις, οι ιατρικές πράξεις και η κλινική πορεία του ασφαλισμένου/ασθενή, καθώς και το αποτέλεσμα της παρέμβασης.

Χρήση

Αυτά τα δεδομένα, από τη φύση τους, θεωρούνται εμπιστευτικά και εξασφαλίζεται ειδική άδεια από τον ασφαλισμένο για την πρόσβαση σε αυτά. Η χρησιμοποίηση των στοιχείων αυτών περιορίζεται αποκλειστικά στον έλεγχο της ποιότητας των παρεχομένων προς τους ασφαλισμένους υπηρεσιών υγείας από τους φορείς τους και την επεξεργασία τους για την εξαγωγή στατιστικής πληροφόρησης. Η πληροφόρηση αυτή αφορά συνολικά τον ασφαλιζόμενο πληθυσμό της εταιρίας ή τμήματά του και όχι μεμονωμένα άτομα και επικεντρώνεται κυρίως σε θέματα που αφορούν το κόστος και τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας, την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και την αξιολόγηση του αποτελέσματος της ιατρικής παρέμβασης. Διάφορα επίπεδα πρόσβασης και ασφάλειας των δεδομένων αυτών (όπως αναλυτικά περιγράφονται σε επόμενα Κεφάλαια) έχουν

προβλεφθεί, για την προστασία και την σωστή μεταχείριση των ευαίσθητων αυτών δεδομένων, όπως και από την σχετική νομοθεσία επιβάλλεται.

Στοιχειώδη δεδομένα αυτής της κατηγορίας

Μετά από εξαντλητική καταγραφή των αναγκών πληροφόρησης της ασφαλιστικής εταιρίας, από την ανάλυση που προηγήθηκε, αποφασίστηκε το πλήθος και η μορφή των δεδομένων αυτής της κατηγορίας. Εδώ πρέπει να επισημάνουμε και πάλι, ότι πριν την πρόταση και υλοποίηση του νέου συστήματος, ελάχιστα από τα δεδομένα αυτής της κατηγορίας συλλέγονταν και καταχωρούνταν στο σύστημα, και για όσα συνέβαινε αυτό, αφορούσαν κυρίως δεδομένα οικονομικής φύσης. Από αυτά τα δεδομένα, όσα είχαν την μορφή και το περιεχόμενο που τελικά συμφωνήθηκε, αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθούν και να αξιοποιηθούν και στο προτεινόμενο σύστημα. Τα δεδομένα αυτά, όπως απεικονίζονται στη δομή της βάσης δεδομένων, παρατίθενται ομαδοποιημένα, στο Κεφάλαιο της περιγραφής των Υποσυστημάτων του προτεινόμενου ΠΣ.

Περιορισμοί και προβλήματα χρήσης τους

Είναι γεγονός, πως παρά την οργανωτική αναδιάρθρωση που προτάθηκε και εν μέρει υλοποιήθηκε, η ποιότητα και η πληρότητα των δεδομένων αυτών παραμένει σε σχετικά χαμηλό επίπεδο. Αυτό οφείλεται στο ότι το μεγαλύτερο μέρος των δεδομένων αυτών παρέχεται αποκλειστικά από τρίτους και μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας παροχής των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, σε συσχέτισμό με την έλλειψη εμπειρίας διαχείρισης τέτοιων δεδομένων, αφαιρεί από την ασφαλιστική εταιρία τη δυνατότητα αποτελεσματικής ενημέρωσης, παρακολούθησης και παρέμβασης στη διάρκεια που πραγματοποιείται η διαδικασία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα ως προς την πληρότητα, ακρίβεια, συνέπεια, επίπεδο ανάλυσης και σαφήνεια των δεδομένων που συλλέγονται.

Βελτίωση της ποιότητας τους στο προτεινόμενο ΠΣ

Στα πλαίσια των οργανωτικών παρεμβάσεων, αυτά τα προβλήματα, αναμένεται σταδιακά να επιλυθούν, με την κατάλληλη ενημέρωση και «εκπαίδευση», τόσο των ιδίων των ασφαλισμένων, όσο και των συνεργαζομένων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Συγκεκριμένα, προβλέπεται διαδικασία μέσω της οποίας η ασφαλιστική εταιρία θα ενημερώνεται εκ των προτέρων (εκτός των επειγόντων περιστατικών) για οποιαδήποτε χρήση υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους της, τουλάχιστον σε ότι αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Η ενημέρωση αυτή θα πραγματοποιείται είτε από τον ίδιο τον ασφαλισμένο, είτε από τον ασφαλιστικό σύμβουλό του, είτε από τον συνεργαζόμενο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, είτε τέλος από τον ελεγκτή ιατρό της ασφαλιστικής εταιρίας. Αποτέλεσμα της έγκαιρης αυτής ενημέρωσης, θα είναι ο προγραμματισμός των περιστατικών, ο έλεγχος της πορείας τους, ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, η ενημέρωση του ασφαλισμένου σχετικά με το τι καλύπτεται και τι όχι στα πλαίσια της νοσηλείας του κλπ.

11.2.3 Στατιστικά και άλλα δεδομένα

Ορισμός

Τα δεδομένα αυτά αφορούν στοιχεία που αναφέρονται στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, τις συνήθειές του, το κόστος και τη συχνότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας, καθώς και την ποιότητα των υπηρεσιών που του παρέχονται. Επίσης, συγκεντρώνονται στοιχεία από επιδημιολογικές μελέτες, κλινικές έρευνες, ανακοινώσεις σε ιατρικά συνέδρια. Συγχρόνως, αξιολογούνται πρακτικές που ακολουθούνται από ασφαλιστικούς οργανισμούς άλλων χωρών, εγχειρίδια αντασφαλιστικών οργανισμών, αναλογιστικοί πίνακες και εγχειρίδια, καθώς και μεθοδολογίες που εφαρμόζονται στην ασφαλιστική πρακτική. Παράλληλα, μελετούνται συστήματα, λογισμικό και διαδικασίες επιτυχημένων συστημάτων διαχείρισης ασφαλίσεων υγείας στο διεθνή χώρο. Τέλος, ενσωματώνονται διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας και οδηγίες της κοινότητας και των οργάνων των ασφαλιστικών εταιριών.

Πηγές

Τα δεδομένα αυτής της κατηγορίας ανευρίσκονται στις παρακάτω πηγές :

1. Στατιστικά στοιχεία, που δημιουργούνται από την ίδια την ασφαλιστική εταιρία ή δημοσιεύονται από την Ε.Σ.Υ.Ε., το Υπουργείο Υγείας, άλλους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, τη EUROSTAT, τον WHO και άλλους διεθνείς Οργανισμούς.
2. Στοιχεία από έρευνες που πραγματοποιούν, η ίδια η ασφαλιστική εταιρία, το Υπουργείο Υγείας ή άλλοι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί, Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και άλλα Ερευνητικά Ιδρύματα εγχώρια ή αλλοδαπά.
3. Ανακοινώσεις σε διεθνή ιατρικά συνέδρια και αποτελέσματα κλινικών μελετών από έγκριτα Νοσηλευτικά ιδρύματα ή Οργανισμούς.
4. Πίνακες νοσηρότητας ξένων αντασφαλιστικών Οργανισμών, καθώς και εγχειρίδια προσδιορισμού του αναλαμβανόμενου κινδύνου για κατηγορίες ασφαλισμένων.
5. Διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας, εγκύκλιοι του Υπουργείου Ανάπτυξης, κοινοτικές οδηγίες, συμφωνίες και αποφάσεις της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών.
6. Ασφαλιστικά προϊόντα καθώς και συστήματα και πρακτικές διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, που εμφανίζονται σε άλλες χώρες.
7. Προϊόντα λογισμικού, καθώς και υποστηρικτικά εργαλεία των διαδικασιών διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, που λειτουργούν και εφαρμόζονται με επιτυχία σε άλλες χώρες.

Χρήση

Αυτά τα δεδομένα χρησιμοποιούνται αφενός για την αναγνώριση της ομάδας στόχου του πληθυσμού και τη δημιουργία και προσφορά νέων προϊόντων ασφάλισης υγείας και αφετέρου για τον προσδιορισμό νέων παραγόντων κινδύνου για την υγεία των ασφαλισμένων, βελτίωση της ποιότητας των

προσφερομένων υπηρεσιών και δικαιότερη κοστολόγηση και τιμολόγηση των ασφαλιστικών προγραμμάτων.

Στοιχειώδη δεδομένα αυτής της κατηγορίας

Μετά από εξαντλητική καταγραφή των αναγκών πληροφόρησης της ασφαλιστικής εταιρίας, από την ανάλυση που προηγήθηκε, αποφασίστηκε το πλήθος και η μορφή των δεδομένων αυτής της κατηγορίας. Εδώ πρέπει να επισημάνουμε και πάλι, ότι πριν την πρόταση και υλοποίηση του νέου συστήματος, ελάχιστα από τα δεδομένα αυτής της κατηγορίας συλλέγονταν και καταχωρούνταν στο σύστημα, και για όσα συνέβαινε αυτό, αφορούσαν κυρίως δεδομένα οικονομικής φύσης. Από αυτά τα δεδομένα, όσα είχαν την μορφή και το περιεχόμενο που τελικά συμφωνήθηκε, αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθούν και να αξιοποιηθούν και στο προτεινόμενο σύστημα. Όσα από τα δεδομένα αυτά, απεικονίζονται στη δομή της βάσης δεδομένων, παρατίθενται ομαδοποιημένα, στο Κεφάλαιο της περιγραφής των Υποσυστημάτων του προτεινόμενου ΠΣ.

Περιορισμοί και προβλήματα χρήσης τους

Η χρησιμότητα της πληροφόρησης από τα δεδομένα αυτής της κατηγορίας, συνήθως είναι αμφίβολη. Και αυτό γιατί, για μεγάλο μέρος των στατιστικών δημοσιευμένων στοιχείων, η χρησιμότητά τους εξαντλείται στη χρονική στιγμή που πραγματοποιήθηκαν, με δεδομένη τη σύνθεση του πληθυσμού που επιλέχθηκε σαν δείγμα και συνήθως περιορισμένα στο αντικείμενο της έρευνας, χωρίς δυνατότητα περαιτέρω συσχέτισης των αποτελεσμάτων αυτών. Δεν είναι μάλιστα λίγες οι περιπτώσεις ερευνών με το ίδιο ακριβώς αντικείμενο, αλλά με εκ διαμέτρου αντίθετα αποτελέσματα. Επίσης δεν είναι δυνατή η με χωρίς εναρμόνιση και κριτική διάθεση, υιοθέτηση και μεταφορά, ασφαλιστικών προγραμμάτων, όρων συμβολαίων, διαδικασιών underwriting, δομής πληροφοριακών συστημάτων, πινάκων νοσηρότητας και διαδικασιών ελέγχου, από αντίστοιχα άλλων χωρών, επειδή διαφέρει το Σύστημα Υγείας και οι ανάγκες σε ασφαλιστικά προϊόντα, η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και η νοσηρότητα, αλλά και η δομή λειτουργίας των Ελληνικών Ασφαλιστικών εταιριών. Παρόλα αυτά, πρέπει να ληφθούν υπόψη σοβαρά, όλα τα στοιχεία που μπορεί να συλλεχθούν από τις παραπάνω πηγές, καθώς συχνά αναφέρονται σε προηγμένες ασφαλιστικές αγορές, με έντονο προβληματισμό και αναπτυσσόμενες υποδομές σε ανθρώπινο δυναμικό και τεχνολογία.

Βελτίωση της ποιότητας τους στο προτεινόμενο ΠΣ

Στα πλαίσια των οργανωτικών παρεμβάσεων, έχουν ανατεθεί σε συγκεκριμένα άτομα, ρόλοι και αρμοδιότητες, που εξασφαλίζουν την συλλογή των παραπάνω δεδομένων, τον επιμερισμό και διάθεση τους στις κατάλληλες διευθύνσεις για αξιολόγηση. Στη συνέχεια, αναλαμβάνεται η συγκέντρωση των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης και η υποβολή προτάσεων στη Διοίκηση για την πραγματοποίηση παρεμβάσεων ή την υλοποίηση εργασιών.

11.3 Τυποποίηση Δεδομένων

Οι δραματικές μεταβολές στην παγκόσμια ασφαλιστική βιομηχανία γενικότερα, και στις ασφαλίσεις υγείας ειδικότερα, έχει οδηγήσει σε μια επιτακτική ανάγκη για :

- την ανάπτυξη νέων μοντέλων παροχών κάλυψης των υπηρεσιών υγείας προς τους ασφαλισμένους
- ευρεία επιχειρησιακή αναδιοργάνωση και
- τον ανασχεδιασμό των συστημάτων διοίκησης των διαδικασιών και διαχείρισης των ασφαλιστηρίων συμβολαίων

Αυτές οι μεταβολές δημιουργούν συγχρόνως νέες απαιτήσεις για εισαγωγή της τεχνολογίας της πληροφορικής. Συγκεκριμένα, οι αρχιτεκτονικές των ανοικτών συστημάτων εξαπλώνονται σε όλο τον κόσμο, με τους χρήστες να απαιτούν να αναζητούν και να ανταλλάσσουν πληροφορίες μέσα από καταναμημένα, αξιόπιστα, διαδικτυωμένα και λειτουργικά πληροφοριακά συστήματα, συγχρόνως με την εφαρμογή πολιτικών αυξημένης ασφαλείας σε αυτά. Η ολοκλήρωση της διαχείρισης της πληροφορίας σε ένα τέτοιο περιβάλλον, επιβάλλει την υιοθέτηση κοινά αποδεκτών τύπων δεδομένων.

Κάτω από την ανάγκη αυτή, και με σκοπό :

- την αρτιότερη αξιοποίηση των δεδομένων που συλλέγει, καταγράφει και επεξεργάζεται το σύστημα “*Manage Care*”
- τον μετασχηματισμό των δεδομένων σε αξιόπιστη πληροφόρηση και
- την εξαγωγή γνώσης

υιοθέτησε και εφάρμοσε τους τύπους των δεδομένων που παρουσιάζονται στο Παράρτημα I, οι οποίοι ακολουθούν εθνικά, κοινοτικά ή διεθνή πρότυπα και επιπλέον δημιούργησε τύπους δεδομένων, οι οποίοι μελλοντικά θα ικανοποιούν την απαίτηση ένταξής τους σε πρότυπα που αναπτύσσονται ή θα αναπτυχθούν.

Κεφάλαιο 12

Περιγραφή του Συστήματος “Manage Care” - Λειτουργικές Προδιαγραφές

Το **Πληροφοριακό Σύστημα “Manage Care”** είναι ένα σύστημα διαχείρισης πληροφοριών, το οποίο καλύπτει τις διαδικασίες και τις προδιαγραφές που συνυπολογίζουν τις βασικές παραμέτρους του νέου μοντέλου λειτουργίας του Τμήματος Ασφαλίσεων Υγείας.

Το προτεινόμενο πληροφοριακό σύστημα διοίκησης των διαδικασιών ασφάλισης υγείας και διαχείρισης των ατομικών συμβολαίων, περιλαμβάνει και καλύπτει με αυτοματοποιημένο τρόπο τα παρακάτω εννέα (9) παρακάτω Υποσυστήματα (Υ/Σ) :

1. “**Ασφαλισμένος και Συμβόλαιο Ασφάλισης Υγείας**”
2. “**Κάρτα Υγείας**”
3. “**Τηλεφωνικό Κέντρο**”
4. “**Υγειονομικός Χάρτης**”
5. “**Περιστατικό**”
6. “**Πρωτόκολλο-Έλεγχος και Εκκαθάριση Περιστατικού**”
7. “**Ασφαλιστικός Ιατρικός Φάκελος**”
8. “**Στατιστικά-Αναφορές και Στήριξη Αποφάσεων**”
9. “**Διασύνδεση με το υπάρχον σύστημα**”

Τα παραπάνω Υ/Σ έχουν αναπτυχθεί ως τμήματα (modules) του ενιαίου Πληροφοριακού Συστήματος “Manage Care”, με στόχο να προσομοιώνουν και υποστηρίζουν λειτουργικά όλη τη ροή εργασιών που απαιτούνται από τις διαδικασίες των ασφαλίσεων υγείας. Παρόλα αυτά, μπορεί να λειτουργήσουν και ανεξάρτητα ως αυτόνομες εφαρμογές, με στόχο να εξυπηρετήσουν τη σταδιακή ένταξή τους στο “Manage Care” ή σε οποιοδήποτε άλλο σύστημα υλοποιεί η ασφαλιστική εταιρία.

Ειδικότερα, το “Manage Care”, προβλέπεται να αντιμετωπίζει συντονισμένα, μέσω ενός ολοκληρωμένου πλαισίου, το σύνολο των λειτουργιών του Τμήματος Ασφαλίσεων Υγείας και να αποτελείται από:

- Εξοπλισμό (hardware) που θα περιλαμβάνει κεντρικές υπολογιστικές μονάδες (servers), θέσεις εργασίας (workstations) και περιφερειακά (π.χ. εκτυπωτές), εγκατεστημένα στην Κεντρική Υπηρεσία και τα κατά τόπους Υποκαταστήματα και λοιπά σημεία υποστήριξης της λειτουργίας του συστήματος
- Δικτυακό εξοπλισμό, με τον οποίο τα προαναφερθέντα συστήματα θα διασυνδέονται μεταξύ τους σε τοπικά δίκτυα (LAN) στο εσωτερικό της

Κεντρικής Υπηρεσίας και σε ένα δίκτυο ευρείας περιοχής (WAN) που θα συνδέει όλα τα υπόλοιπα σημεία με το κέντρο και κατ' επέκταση μεταξύ τους.

- Λογισμικό συστήματος (system software) που θα παρέχει το βασικό περιβάλλον λειτουργίας των εφαρμογών.
- Εξειδικευμένες εφαρμογές, φιλικές στη χρήση, που θα εξυπηρετούν τους χρήστες, θα χρησιμοποιούν, ανταλλάσσουν και ενημερώνουν μεταξύ τους κοινά στοιχεία και θα καλύπτουν κατά ενιαίο, ασφαλή και ολοκληρωμένο τρόπο τις μηχανογραφικές ανάγκες του Τμήματος Ασφαλίσεων Υγείας

Η λειτουργική αρχιτεκτονική του “*Manage Care*”, όπως αυτή περιγράφεται αναλυτικά στις ενότητες που ακολουθούν, κτίζεται σε δύο επίπεδα τα οποία περιλαμβάνουν:

- υποσυστήματα (modules) και
- λειτουργικές περιοχές.

Από λειτουργική άποψη, τα παραπάνω, αποτελούν αλληλοεξαρτώμενα σύνολα λογισμικού, μέρη ενός ολοκληρωμένου περιβάλλοντος.

Οι λειτουργικές προδιαγραφές αποτυπώνουν με τυποποιημένο τρόπο τα υποσυστήματα, και τις λειτουργικές περιοχές του “*Manage Care*” και περιγράφουν τα βασικά τους χαρακτηριστικά, όπως αυτά προέκυψαν από την ανάλυση των απαιτήσεων Τμήματος Ασφαλίσεων Υγείας και τις επιλογές πολιτικής της εταιρίας.

Η κατάρτιση των λειτουργικών προδιαγραφών των εννέα Υποσυστημάτων του “*Manage Care*” περιλαμβάνει τα εξής βήματα:

- Σύντομη Περιγραφή κάθε Υποσυστήματος.
- Τους στόχους και τα αναμενόμενα οφέλη από την εφαρμογή των διαδικασιών κάθε Υ/Σ
- Την αναλυτική περιγραφή των λειτουργιών κάθε Υ/Σ
- Την διαγραμματική απεικόνιση της ροής των εργασιών, που προβλέπονται σε κάθε Υ/Σ
- Την περιγραφή των Πληροφοριακών Οντοτήτων που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία του συστήματος. Ως “Πληροφοριακή Οντότητα” ονομάζεται οποιοδήποτε «πράγμα» (αντικείμενο, έννοια, γεγονός) ενδιαφέρει τον οργανισμό και μπορεί να έχει αυτοτελή ύπαρξη και να προσδιορισθεί μοναδικά (π.χ. ασφαλισμένοι, συμβόλαια, φορέας Υγείας κλπ).
- Δημιουργία του Διαγράμματος Σχέσεων Οντοτήτων που έχει σαν σκοπό να παρουσιάσει τις βασικές πληροφοριακές οντότητες του πληροφοριακού συστήματος και κατόπιν τις σχέσεις με τις οποίες οι οντότητες αυτές με βάση τα χαρακτηριστικά τους συνδέονται μεταξύ

τους. Ένα διάγραμμα οντοτήτων σχέσεων θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό αφού είναι ένα χρήσιμο εργαλείο προκειμένου να σχεδιασθεί το σχήμα της βάσης δεδομένων, αν απαιτείται και να παρουσιασθούν οι σχέσεις μεταξύ των τμημάτων της πληροφορίας. Τα έντυπα, που χρησιμοποιούνται για την εξυπηρέτηση των λειτουργιών και διαδικασιών κάθε Υ/Σ

- Οι οθόνες που χρησιμοποιούνται για την καταγραφή των δεδομένων και την εξυπηρέτηση των λειτουργιών και διαδικασιών κάθε Υ/Σ
- Οι εμπλεκόμενοι, οι ρόλοι και οι αρμοδιότητές τους σε κάθε Υ/Σ
- Η παρουσίαση της διασύνδεσης των υποσυστημάτων με την υπάρχουσα βάση δεδομένων

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστούν τα ακόλουθα:

- Οι λειτουργικές προδιαγραφές του κάθε Υποσυστήματος βασίστηκε αποκλειστικά στις λειτουργικές απαιτήσεις και αποτελεί μόνο τον αρχικό εννοιολογικό του σχεδιασμό. Κατά την φάση της υλοποίησης του συστήματος με νέα αναλυτική μελέτη και σχεδιασμό των συστημάτων η διάρθρωση αυτή είναι δυνατόν να αλλάξει.
- Οι Πληροφοριακές Οντότητες που προσδιορίζονται στο στάδιο αυτό της ανάλυσης είναι πιθανόν να αναλυθούν σε περισσότερες από μία οντότητες κατά την αναλυτική μελέτη των επιμέρους συστημάτων.
- Οι Πληροφοριακές Οντότητες που περιγράφονται στη συνέχεια σε καμία περίπτωση δεν αντιστοιχούν σε αρχεία. Με βάση τις οντότητες αυτές αλλά και τις ιδιαίτερες τεχνικές απαιτήσεις που θα προκύψουν για κάθε Υποσύστημα θα προσδιοριστεί και ο αριθμός των αρχείων που απαιτούνται.

12.1 Υποσύστημα “Ασφαλισμένος και Συμβόλαιο Ασφάλισης Υγείας”

12.1.1 Σύντομη Περιγραφή του Υποσυστήματος

Το Υ/Σ αυτό, προσομοιώνει και παρακολουθεί όλη τη ροή των εργασιών, που πραγματοποιούνται, από την διαδικασία της επαφής του ασφαλιστικού συμβούλου με τον υποψήφιο για ασφάλιση υγείας και την υποβολή της αίτησης ασφάλισης, μέχρι και την έκδοση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Καταγράφει όλα τα δεδομένα που διακινούνται, παρέχει τα απαραίτητα έντυπα για την καταγραφή και διακίνηση των δεδομένων και τα υποστηρικτικά εργαλεία για την εκτίμηση του αναλαμβανόμενου κινδύνου και του κόστους της ασφάλισης, αποθηκεύει όλες τις πληροφορίες αυτές σε μια κεντρική βάση δεδομένων και εκδίδει το συμβόλαιο ασφάλισης υγείας.

12.1.2 Στόχοι και Αναμενόμενα Οφέλη

Το παρόν Υ/Σ, εξυπηρετεί την υλοποίηση των παρακάτω επιχειρηματικών σκοπών της ασφαλιστικής εταιρίας, σύμφωνα με τα όσα προδιαγράφηκαν στο Κεφάλαιο 10 της παρούσας έρευνας :

Πίνακας 12.1
Στόχοι του Υ/Σ “Ασφαλισμένος/Συμβόλαιο Ασφάλισης Υγείας”

		Υ/Σ
	<u>Στόχοι Υ/Σ “Manage Care”</u>	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
	<u>Επιχειρηματικοί Σκοποί</u>	
	Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων	
ΕΑ-1	Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων, με την παροχή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, υπηρεσιών και παροχών φροντίδας υγείας	X
ΕΑ-2	Εξασφάλιση της προστασίας που παρέχουν τα προγράμματα ασφάλισης υγείας	X
ΕΑ-3	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με τους ασφαλισμένους	X
ΕΑ-4	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, φορείς υγείας και συνεργάτες	
ΕΑ-5	Εξασφάλιση, ότι τα προγράμματα ασφάλισης υγείας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασφαλισμένων	X
	Ποιότητα Υπηρεσιών	
ΠΥ-1	Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της έκβασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων	

ΠΥ-2	Βελτίωση της πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας	
ΠΥ-3	Προστασία των ασφαλισμένων από περιττές θεραπευτικές παρεμβάσεις	
Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων		
ΔΑΠ-1	Πρόβλεψη και Εφαρμογή Πελατοκεντρικών Διαδικασιών	X
ΔΑΠ-2	Προσωπικό διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, με προσόντα υψηλής ποιότητας	X
ΔΑΠ-3	Ένταση των ελέγχων στις διαδικασίες και τις ενέργειες διαχείρισης, προστασίας του περιεχομένου και ασφάλειας των πληροφοριών των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-4	Διατήρηση της εικόνας της εταιρίας, ως συνετού διαχειριστή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-5	Διάχυση της ενημέρωσης στο κοινό, για το περιεχόμενο και τον τρόπο διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-6	Ανάπτυξη Πληροφοριακών Συστημάτων διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με ταυτόχρονη ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό της τεχνολογικής υποδομής της εταιρίας	X

Τα βασικά αναμενόμενα οφέλη από την εφαρμογή και επιτυχημένη λειτουργία του παρόντος Υ/Σ, επικεντρώνονται στα παρακάτω :

- Μεταστροφή του Συστήματος Ασφαλίσεων υγείας σε «Πελατοκεντρικό», με ταυτόχρονη παρακολούθηση της ροής των εργασιών και των διαδικασιών, που επιβάλλουν τα σύγχρονα συστήματα διοίκησης των ασφαλίσεων υγείας
- Δημιουργία Μητρώου Ασφαλισμένων
- Δημιουργία Μητρώου Ασφαλιστικών Προγραμμάτων
- Δημιουργία Μητρώου Φορέων Υγείας
- Ανάδειξη των ασφαλιστικών συμβούλων σε αρχικούς εκτιμητές του αναλαμβανόμενου κινδύνου
- Εμπλουτισμός της κεντρικής βάσης με δεδομένα που συλλέγονται, καταγράφονται και αποθηκεύονται κατά την διαδικασία έναρξης και ολοκλήρωσης της ασφάλισης
- Προσδιορισμός υποψηφίων ομάδων (target groups) του πληθυσμού, για αύξηση της πελατειακής βάσης, με βάση συγκεκριμένα χαρακτηριστικά
- Ορθότερη εκτίμηση του κόστους ανάληψης κινδύνου ασφαλίσεων υγείας
- Επιστημονικά ορθή κοστολόγηση και τιμολόγηση των συμβολαίων ασφάλισης υγείας
- Εξυπηρέτηση του ασφαλισμένου και υπεύθυνη ενημέρωσή του σχετικά με τις επιλογές ασφαλιστικών προγραμμάτων, με τους όρους καλύψεων και το κόστος τους, σε συνδυασμό με τα ειδικά δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του

12.1.3 Περιγραφή των Λειτουργιών του Υποσυστήματος

Ο Ασφαλιστικός Σύμβουλος, συνήθως εφοδιάζεται με το περιεχόμενο, τις παροχές και τους όρους κάλυψης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, που προσφέρει η ασφαλιστική εταιρία. Προτείνεται, συμπληρωματικά να εφοδιάζεται με στατιστικά στοιχεία σε σχέση με τη κατανομή των προγραμμάτων αυτών σε ομάδες του πληθυσμού και τη χρήση υπηρεσιών

υγείας από τους ασφαλισμένους της εταιρίας με βάση διάφορα χαρακτηριστικά. Στόχος, είναι η προώθηση του κατάλληλου, για κάθε ασφαλισμένο ξεχωριστά, ασφαλιστικού προγράμματος, καλύψεων, παροχών, μέσα στα πλαίσια εξυπηρέτησης των στόχων της εταιρίας. Επίσης, ο ασφαλιστικός πράκτορας είναι εφοδιασμένος, πέρα από τα απαραίτητα για τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης έγγραφα, με όλα εκείνα τα έντυπα, τα οποία θα τον πληροφορούν για το δίκτυο συνεργαζόμενων φορέων υγείας της ασφαλιστικής εταιρίας, τη διαδικασία εξυπηρέτησής του σε περίπτωση ανάγκης πληροφόρησης, ιατρικής συμβουλής και πρόθεσης χρήσης υπηρεσιών υγείας. Τέλος, θεωρείται απαραίτητο να ενημερώνεται ο υποψήφιος ασφαλισμένος για το είδος των προσωπικών δεδομένων του, που τηρούνται από την ασφαλιστική εταιρία και να λαμβάνει γνώση για τον σκοπό και τρόπο επεξεργασίας τους.

Στόχος της εταιρίας, είναι ο ασφαλισμένος να έχει την πληρέστερη δυνατή ενημέρωση, ώστε να γίνεται συμμετοχος των αποφάσεων που λαμβάνονται για θέματα που τον αφορούν.

Για την εκτίμηση του αναλαμβανόμενου κινδύνου, ο Underwriter της εταιρίας χρησιμοποιεί, πέρα από τα δεδομένα της αίτησης και του ερωτηματολογίου, συμπληρωματικά βοηθήματα και συγκεκριμένα :

- Πίνακες Θνησιμότητας/Επιβίωσης
- Εγχειρίδιο Ιατρικής Αξιολόγησης (Medical Rating Manual)
- Οδηγός Αξιολόγησης Επαγγελματιών (Occupational Rating Guide)
- Rating Manual of Sports
- Όρια εισόδου και εξόδου στην ασφάλιση
- Πίνακας απαιτούμενων ιατρικών εξετάσεων
- Ιστορικά στοιχεία αποζημιώσεων (της εταιρίας ή από άλλες πηγές)

κ.ά. σχετικά βοηθήματα.

Ο Underwriter της εταιρίας, επίσης έχει στη διάθεσή του και δικαιούται πρόσβασης σε συγκεντρωτικά στατιστικά στοιχεία του συνόλου των ασφαλισμένων, αλλά και σε ειδικότερα κάθε ασφαλισμένου από μια πλούσια βάση δεδομένων, ώστε να υπολογίσει επιστημονικά και με ακρίβεια τον αναλαμβανόμενο κίνδυνο και να προσδιορίσει το κατά περίπτωση ασφάλιστρο. Πρέπει να τονιστεί και πάλι ότι, όπως και στο Κεφάλαιο 9 αναφέρθηκε, το τμήμα Underwriting της εταιρίας δεν είχε στη διάθεσή του τέτοια στοιχεία, καθώς με το υπάρχον σύστημα, δεν συλλέγονταν και δεν καταγράφονταν πολλά χρήσιμα δεδομένα σχετικά με τις ασφαλίσσεις υγείας. Επίσης, ο Underwriter παραπέμπει τον υποψήφιο για ασφάλιση υγείας σε υποχρεωτικές ιατρικές εξετάσεις, σύμφωνα με τον νέο πίνακα απαιτούμενων εξετάσεων, ώστε να συγκεντρώσει και αξιολογήσει μαζί με τον ιατρό της εταιρίας, τα αποτελέσματα των εξετάσεων και να εκτιμήσει με ιατρικούς όρους τον αναλαμβανόμενο ασφαλιστικό κίνδυνο. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων, καταγράφονται σε ειδική φόρμα στη βάση δεδομένων του συστήματος και τυχόν στοιχεία που ενδιαφέρουν, κωδικοποιούνται, ποσοτικοποιούνται και λαμβάνονται υπόψη για την εκτίμηση του συνολικού αναλαμβανόμενου κινδύνου. Για το σκοπό αυτό αναπτύχθηκε και ενσωματώθηκε στο πληροφοριακό σύστημα, υποβοηθητικό εργαλείο εκτίμησης του κόστους του αναλαμβανόμενου κινδύνου. Ο υπολογισμός, βασίζεται στη συνάρτηση του καθαρού κόστους κινδύνου ασφάλισης υγείας (*Pure Risk Cost*), όπως

διεξοδικά αναλύθηκε στο Κεφάλαιο 4 και στηρίζεται στην *Ταξινόμηση των Κινδύνων (Risk Classification)*. Ο υπολογισμός του *καθαρού κόστους* πραγματοποιείται αρχικά για κάθε ομάδα κινδύνων (ασφαλισμένων), σύμφωνα με την απόφαση της εταιρίας για πόσα και ποια συστατικά στοιχεία κατηγοριοποίησής τους θα χρησιμοποιήσει, λαμβάνοντας υπόψη τους τον κατάλληλο συνδυασμό, σε σχέση με την ομοιογένεια των ομάδων και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Πρόσθετα, το σύστημα έχει εμπλουτιστεί με τη δυνατότητα συνυπολογισμού και ατομικών στοιχείων κινδύνου (προϋπάρχοντα νοσήματα, κληρονομική προδιάθεση, αναπηρίες, τρόπος ζωής, ιστορικό αποζημιώσεων, κ.ά), τα οποία ποσοτικοποιούνται, με τελικό στόχο τον υπολογισμό του *καθαρού ατομικού κόστους κινδύνου ασφάλισης υγείας*. Ο δείκτης αυτός μπορεί να ληφθεί υπόψη για τον προσδιορισμό εξατομικευμένων πλέον ασφαλιστρών, κάτι το οποίο ήταν αδύνατον με την υπάρχουσα κατάσταση, λόγω έλλειψης αυτών των στοιχείων. Ο δείκτης αυτός, εξάλλου, εκτιμά με μεγαλύτερη ακρίβεια σε ατομικό επίπεδο, το πραγματικό κόστος από τη χρήση υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με την εκτίμηση του κόστους της ομάδας, που ανήκει κάθε ασφαλισμένος. Θεωρείται αυτονόητο, ότι ανάλογα με την διαμόρφωση του ατομικού κόστους και τα όρια που εκάστοτε θέτει η εταιρία, της δίνεται η διακριτική ευχέρεια της αποδοχής του κινδύνου της ασφάλισης, της αποδοχής της με αυξημένο ασφάλιστρο (επασφάλιστρο), της αποδοχής της με εξαίρεση κάλυψης συγκεκριμένων κινδύνων ή της χρονικής υστέρησης στην κάλυψή τους και τέλος της απόρριψης κάλυψης.

Ο υπολογισμός του δείκτη είναι αυτόματος, πραγματοποιείται για πρώτη φορά κατά τη διαδικασία εισαγωγής των στοιχείων του ασφαλισμένου και αποτυπώνεται στην καρτέλλα του. Πρέπει να τονιστεί, ότι η εκτίμηση του ατομικού κινδύνου είναι μια διαδικασία δυναμική και επαναλαμβάνεται μια φορά κατ' έτος, και προηγείται της διαδικασίας ανανέωσης του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Έτσι, είναι προφανές, ότι ο ατομικός κίνδυνος μεταβάλλεται κατ' ανάγκη διαχρονικά (λόγω της μεταβολής της ηλικίας του ασφαλισμένου και της ένταξής του σε άλλη ομάδα ηλικιών) και κατά περίπτωση (λόγω μεταβολής των συστατικών στοιχείων του κινδύνου που χαρακτηρίζουν τον ασφαλισμένο, όπως επάγγελμα, τόπος διαμονής, χρήση υπηρεσιών υγείας, αλλαγή συνηθειών κ.ά).

Όλα τα στοιχεία του ασφαλισμένου καταγράφονται και ενημερώνεται η κεντρική βάση δεδομένων του συστήματος. Τα στοιχεία της καρτέλας του ασφαλισμένου, τα οποία συλλέγονται ή δημιουργούνται από τις διαδικασίες που περιγράφονται στο παρόν Υ/Σ, είναι διαθέσιμα στους χρήστες του συστήματος on-line real-time, έτσι ώστε να αξιοποιούνται άμεσα. Στη συνέχεια, γίνεται η εκτύπωση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, το οποίο υπογράφεται από την εταιρία και το οποίο παραδίδεται/αποστέλεται στον ασφαλισμένο.

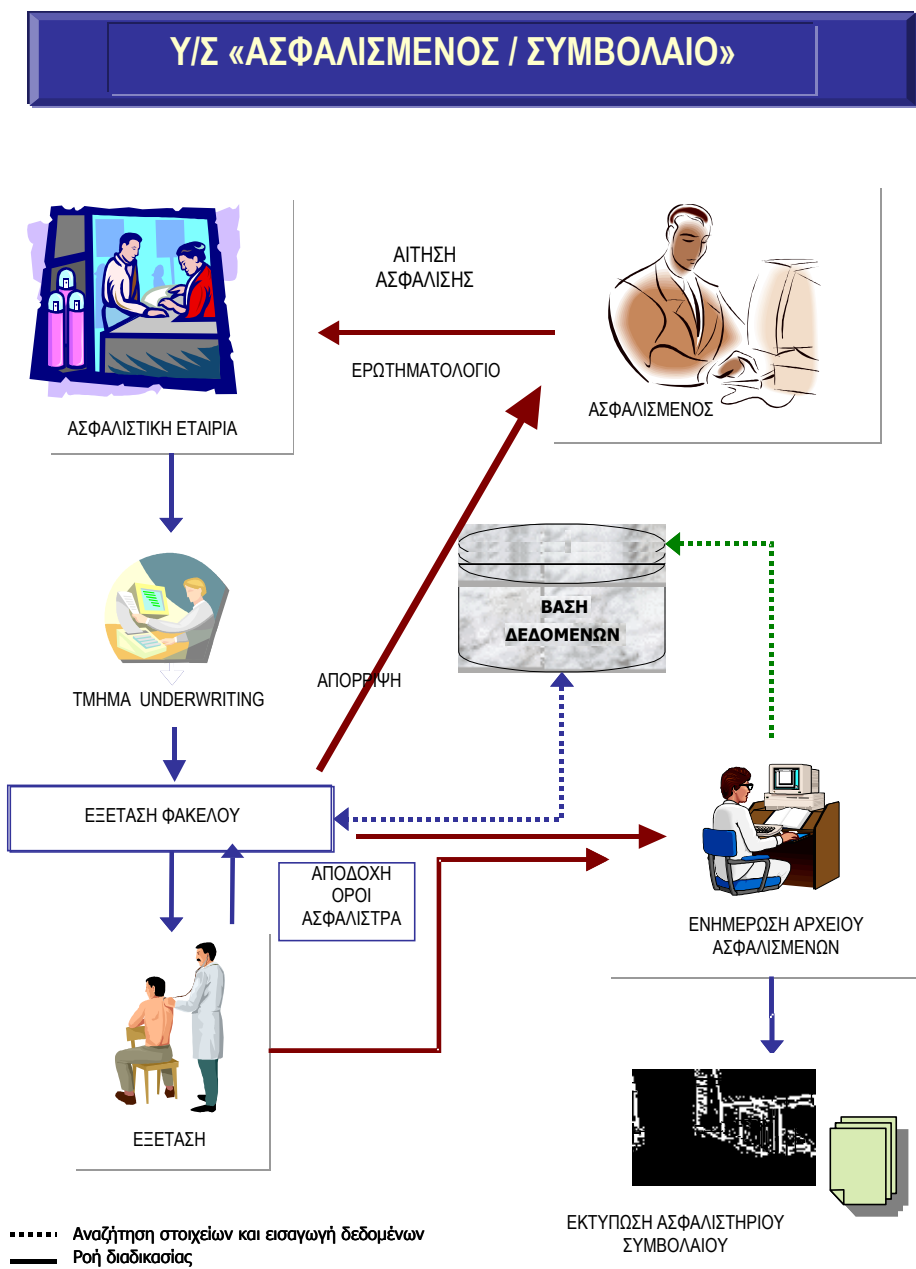
Στο Υ/Σ αυτό, εισάγονται νέες διαδικασίες, αλλά και οι υπάρχουσες διαμορφώνονται ώστε να ενταχθούν στις ανάγκες εξυπηρέτησης του συστήματος "Manage Care". Παράλληλα, δημιουργήθηκαν νέοι ρόλοι και νέα έντυπα για την συλλογή και καταγραφή των απαραίτητων για τη λειτουργία του συστήματος δεδομένων. Τέλος, αναπτύχθηκε το τμήμα εκείνο του λογισμικού και οι οντότητες της βάσης των δεδομένων, και προσδιορίστηκε η κατάλληλη τεχνολογική υποδομή, ώστε να υποστηρίζεται η λειτουργία του Υ/Σ ως τμήμα του ολοκληρωμένου συστήματος "Manage Care", αλλά και η

δυνατότητα αυτόνομης λειτουργίας του, στα πλαίσια τμηματικής μετάπτωσης (ένταξης) του προτεινόμενου συστήματος.

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται, ότι με το συγκεκριμένο Υ/Σ, υποστηρίζονται όλες οι αναγκαίες διαδικασίες και παρέχονται όλα εκείνα τα στοιχεία και μέσα στην ασφαλιστική εταιρία, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι που τέθηκαν κατά τον σχεδιασμό του και αναφέρονται στον παραπάνω Πίνακα 12.1.

12.1.4 Διάγραμμα Ροής Εργασιών (Work- flow)

Διάγραμμα 12.1



12.1.5 Εμπλεκόμενοι Ρόλοι και Αρμοδιότητες

Πίνακας 12.2
Εμπλεκόμενοι-Ρόλοι και αρμοδιότητες

Στάδιο	Εμπλεκόμενοι	Ρόλος	Αρμοδιότητα
Έναρξη- Έγκριση Ασφάλισης	Ασφαλιζόμενος		Συμπλήρωση- Κατάθεση αίτησης και Ερωτηματολογίου- Ιατρικές εξετάσεις
	Δ/ση Πωλήσεων	<ul style="list-style-type: none"> • Ασφαλιστικός Σύμβουλος 	Ενημέρωση Ασφαλισμένου, παραλαβή Αίτησης και Ερωτηματολογίου, αρχικός έλεγχος, έκθεση
	Δ/ση Υποκαταστημάτων	<ul style="list-style-type: none"> • Υποκατάστημα Παραγωγής • Ομαδάρχης 	Παραλαβή Αίτησης και Ερωτηματολογίου, έλεγχος, Έκθεση αξιολόγησης
	Δ/ση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας 	Παραλαβή Αίτησης και Ερωτηματολογίου, έλεγχος, καταχώρηση δεδομένων συμβολαίου, δημιουργία φακέλου, εκτύπωση και αποστολή συμβολαίων
	Δ/ση Αντασφαλίσεων και Αναλογιστικής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα UNDEWRITING • Τμήμα Αναλογιστικής • Τμήμα Αντασφαλίσεων 	Παραλαβή Αίτησης και Ερωτηματολογίου, έλεγχος φακέλου, εκτίμηση αναλαμβανόμενου κινδύνου, αποδοχή, όροι, απόρριψη, επασφάλιστρα, αποθεματικό, παρατηρήσεις
	Συνεργαζόμενοι φορείς υγείας		Πραγματοποίηση εξετάσεων

Ιατρός εταιρίας		ασφαλισμένου, αποστολή αποτελεσμάτων Παραλαβή αποτελεσμάτων εξετάσεων, αξιολόγηση, έκθεση
Δ/νση Πληροφορικής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Διαχείρισης Βάσης Δεδομένων • Τμήμα Διαχείρισης Συστήματος 	Δημιουργία Μητρώου Ασφαλισμένων, Μητρώου Ασφαλιστικών Προγραμμάτων, Συντήρηση-εμπλουτισμός βάσης, δημιουργία ερωτημάτων
Δ/νση Οικονομικών Υπηρεσιών	<ul style="list-style-type: none"> • Λογιστήριο 	Υπολογισμός ασφαλίστρων και λοιπών επιβαρύνσεων, έκδοση αποδείξεων, είσπραξη ασφαλίστρων, παρακολούθηση οφειλών

12.1.6 Βασικά Έντυπα

Για την εξυπηρέτηση των αναγκών του Υ/Σ και την αποτελεσματική λειτουργία όλου του συστήματος “*Manage Care*”, σχεδιάστηκαν νέα έντυπα και ανασχεδιάστηκαν υπάρχοντα. Προκειμένου να είναι δυνατή η υποστήριξη των αναγκαίων διαδικασιών, η συλλογή των απαραίτητων δεδομένων, αλλά και για να είναι ικανοποιητική η εξυπηρέτηση του ασφαλισμένου, προτάθηκε η χρήση των παρακάτω εντύπων – εγγράφων (πλήρη απεικόνισή τους εμφανίζεται στο Παράρτημα IV) :

- Αίτηση Ασφάλισης
- Ασφαλισμένος
- Ερωτηματολόγιο Υγείας
- Έκθεση Παραγωγού
- Ιατρική Έκθεση
- Απόρρητο Δεδομένων
- Συμβόλαιο Νοσοκομειακής Κάλυψης
- Συμβόλαιο Εξωνοσοκομειακής Κάλυψης

12.1.7 Οντότητες του Υποσυστήματος

Κατά τη διάρκεια της φάσης του σχεδιασμού της Βάσης Δεδομένων του συστήματος και σύμφωνα με την ανάλυση που προηγήθηκε, αποφασίστηκε η δημιουργία των παρακάτω οντοτήτων του πληροφοριακού συστήματος :

- Ασφαλισμένοι
- Συμβόλαιο
- Κωδικοί Παροχών
- Κωδικοί Ασφαλιστικών Προγραμμάτων
- Κωδ. Παραγωγού
- Κωδ. Υποκαταστήματος
- Περιφέρειες
- Νομοί
- Επαγγέλματα
- Φορέας Ασφάλισης
- Οικογενειακή Κατάσταση
- Ομάδα ηλικιών
- Ομάδα Δ.Μ.Σ.
- Αναπηρίες
- Προϋπάρχουσες Νόσοι
- Χρήστης

12.1.8 Οθόνες του Πληροφοριακού Συστήματος

Καταβλήθηκε προσπάθεια, ώστε οι οθόνες να προσομοιώνουν την διαδικασία έναρξης της ασφάλισης, μέχρι και την έκδοση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Επίσης, καταβλήθηκε προσπάθεια να ακολουθούν τα έντυπα-υποδείγματα, που μας προτάθηκαν, έτσι ώστε οι οθόνες και οι καταστάσεις των εφαρμογών που περιέχουν τον ίδιο τύπο/είδος πληροφοριών θα ακολουθούν τα ίδια πρότυπα παρουσίασης των δεδομένων. Οι οθόνες επεξεργασίας δεδομένων και οι εκτυπωτικές καταστάσεις που θα παράγουν οι εφαρμογές θα είναι σχεδιασμένες με βάση ένα κοινό μοντέλο παρουσίασης, εφόσον πρόκειται για ομοειδείς πληροφορίες. Θα εξασφαλίζεται έτσι η καλύτερη δυνατή προσέγγιση της πληροφοριακής μονάδας από τον χρήστη. Οι εντολές που θα απαιτούνται για την επίτευξη συγκεκριμένων ενεργειών στα πλαίσια της εργασίας κάθε χρήστη θα είναι οι ελάχιστες δυνατές, ώστε οι εφαρμογές να είναι εύκολα κατανοητές από νέους χρήστες.

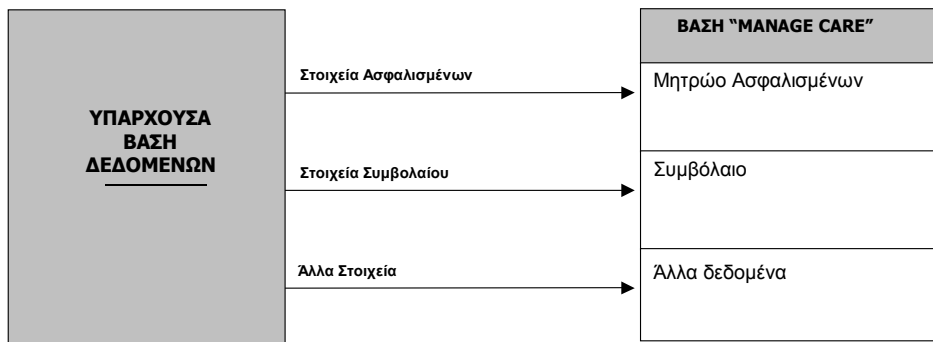
Οι οθόνες για το συγκεκριμένο Υ/Σ προβλέπονται να είναι οι εξής :

- Οθόνη Ασφαλισμένου
- Οθόνη Συμβολαίου
- Οθόνη Ερωτηματολογίου Υγείας
- Οθόνη Ιατρικής Εξέτασης

12.1.9 Διασύνδεση με Υπάρχον Σύστημα

Μέρος των στοιχείων του προτεινόμενου συστήματος, ήδη συλλέγονταν και υπήρχαν καταχωρημένα στην βάση δεδομένων της ασφαλιστικής εταιρίας, όπως αναλυτικά αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 9, κατά την περιγραφή της παρούσας κατάστασης. Από αυτά, όσα είχαν την μορφή και το περιεχόμενο που τελικά συμφωνήθηκε, αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθούν και να αξιοποιηθούν και στο προτεινόμενο σύστημα (δες Πίνακα 9.2).

Συγκεκριμένα, και σύμφωνα με την τεχνολογική λύση της διασύνδεσης της υπάρχουσας βάσης με τη βάση του προτεινόμενου πληροφοριακού συστήματος, αποφασίστηκε η χρησιμοποίηση των παρακάτω ομάδων δεδομένων :



12.2 Υποσύστημα “Κάρτα Υγείας”

12.2.1 Σύντομη Περιγραφή του Υποσυστήματος

Το υποσύστημα της Κάρτας Υγείας περιλαμβάνει τη δημιουργία και τη διαχείριση μιας προσωπικής μαγνητικής κάρτας (χωρίς να περιλαμβάνεται η δυνατότητα τροποποίησης των στοιχείων της) για κάθε ασφαλισμένο της εταιρίας. Η κάρτα αυτή περιλαμβάνει βασικά στοιχεία του ασφαλισμένου και το προσωπικό της εταιρίας, αλλά και κάθε εμπλεκόμενος φορέας παροχής υπηρεσιών θα έχει τη δυνατότητα πρόσβασης ανάλογα με το επιτρεπτό επίπεδο πρόσβασης και σε διαφορετικά επίπεδα πληροφόρησης σχετικά με τα στοιχεία του ασφαλισμένου. Παράλληλα, αποτελεί στοιχείο ταυτοπροσωπίας του ασφαλισμένου σε κάθε συναλλαγή του με τους συνεργαζόμενους φορείς υγείας.

12.2.2 Στόχοι και Αναμενόμενα Οφέλη

Οι στόχοι για το συγκεκριμένο υποσύστημα είναι οι ακόλουθοι:

- Παροχή καινοτόμων, ποιοτικών και πρωτοποριακών υπηρεσιών στους ασφαλισμένους
- Υποστήριξη μελλοντικά ολοκληρωμένων υπηρεσιών ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και τηλεϊατρικής
- Μείωση της γραφειοκρατίας και του χρόνου απόκρισης στην παροχή υπηρεσιών υγείας

Πιο συγκεκριμένα, το παρόν Υ/Σ, εξυπηρετεί την υλοποίηση των παρακάτω επιχειρηματικών σκοπών της ασφαλιστικής εταιρίας, σύμφωνα με τα όσα προδιαγράφηκαν στο Κεφάλαιο 10 της παρούσας έρευνας :

Πίνακας 12.3
Στόχοι του Υ/Σ “Κάρτα Υγείας”

		Υ/Σ
	<u>Στόχοι Υ/Σ “Manage Care”</u>	ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ
	<u>Επιχειρηματικοί Σκοποί</u>	
	Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων	
ΕΑ-1	Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων, με την παροχή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, υπηρεσιών και παροχών φροντίδας υγείας	
ΕΑ-2	Εξασφάλιση της προστασίας που παρέχουν τα προγράμματα ασφάλισης υγείας	
ΕΑ-3	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με τους ασφαλισμένους	X
ΕΑ-4	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, φορείς υγείας και συνεργάτες	X
ΕΑ-5	Εξασφάλιση, ότι τα προγράμματα ασφάλισης υγείας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασφαλισμένων	
	Ποιότητα Υπηρεσιών	
ΠΥ-1	Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της έκβασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων	
ΠΥ-2	Βελτίωση της πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας	
ΠΥ-3	Προστασία των ασφαλισμένων από περιττές θεραπευτικές παρεμβάσεις	
	Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων	
ΔΑΠ-1	Πρόβλεψη και Εφαρμογή Πελατοκεντρικών Διαδικασιών	X
ΔΑΠ-2	Προσωπικό διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, με προσόντα υψηλής ποιότητας	
ΔΑΠ-3	Ένταση των ελέγχων στις διαδικασίες και τις ενέργειες διαχείρισης, προστασίας του περιεχομένου και ασφάλειας των πληροφοριών των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-4	Διατήρηση της εικόνας της εταιρίας, ως συνετού διαχειριστή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	
ΔΑΠ-5	Διάχυση της ενημέρωσης στο κοινό, για το περιεχόμενο και τον τρόπο διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	
ΔΑΠ-6	Ανάπτυξη Πληροφοριακών Συστημάτων διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με ταυτόχρονη ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό της τεχνολογικής υποδομής της εταιρίας	X

Τα αναμενόμενα οφέλη του συγκεκριμένου υποσυστήματος είναι τα ακόλουθα:

- Μείωση της γραφειοκρατίας
- Άμεση και ευέλικτη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων

12.2.3 Περιγραφή των Λειτουργιών του Υποσυστήματος - Η συνεισφορά της έρευνας μας

Το Υποσύστημα της Μαγνητικής Κάρτας Υγείας είναι μια εντελώς νέα διαδικασία και περιλαμβάνει τις παρακάτω λειτουργικές περιοχές:

Λειτουργική Περιοχή Α: Δημιουργία και Διαχείριση Κάρτας Υγείας

Στη βασική διαχείριση περιλαμβάνονται οι παρακάτω λειτουργίες:

- δημιουργία νέων καρτών για τους ασφαλισμένους,
- ενημέρωση των στοιχείων τους,
- διαχείριση των κωδικών ανά χρήστη και επίπεδο κάρτας,
- ακύρωση της κάρτας μετά από συγκεκριμένη αιτιολόγηση,
- έλεγχο της ενημέρωσης των στοιχείων της κάρτας αφού δημιουργηθεί ο ασφαλισμένος (π.χ. δυνατότητα κλειδώματος σε σχέση με την αλλαγή στοιχείων χωρίς την παρουσία της κάρτας).

Με τη δημιουργία ενός ασφαλισμένου κρατείται το προφίλ του κεντρικά στο Μητρώο Ασφαλισμένου (σημείο έκδοσης της κάρτας). Με τη δημιουργία της κάρτας γίνεται η συμπλήρωση των απαραίτητων στοιχείων στο βασικό επίπεδο πρόσβασής της.

Λειτουργική Περιοχή Β: Ανάκτηση Στοιχείων μέσω της Μαγνητικής Κάρτας Υγείας

Η ροή ενεργειών αφορά την επίσκεψη του ασφαλισμένου σε συνεργαζόμενο φορέα υγείας (για εξετάσεις, νοσηλεία, συνταγογραφία κτλ), όπου η κάρτα υγείας θα χρησιμοποιείται για ταυτοποίηση του ασφαλισμένου.

Οργάνωση Πληροφοριών στη Μαγνητική Κάρτα Υγείας

Η πληροφορία πάνω στην κάρτα υγείας θα πρέπει να είναι αποτυπωμένη ως εξής:



Ελεύθερο Επίπεδο Πρόσβασης: Το ελεύθερο επίπεδο πρόσβασης, χωρίς ανάγκη εισαγωγής κωδικού χρήστη και πιστοποίηση του PIN, μπορεί περιέχει το σύνολο της πληροφορίας που θα είναι απαραίτητη σε επείγοντα, κυρίως, περιστατικά. Τα στοιχεία αυτά θα πρέπει κατ' ελάχιστον να είναι:

Προσωπικά Στοιχεία:

- Επώνυμο:
- Ονομα:
- Πατρώνυμο:
- Μητρώνυμο
- Κωδικός Ασφαλισμένου:
- ΑΜΚΑ:
- Ασφαλιστικός Φορέας που Υπάγεται:
- Ασφαλιστικό Πρόγραμμα και Αριθμός Συμβολαίου
- Ημερομηνία γέννησης:
- Τόπος γέννησης:
- Οικογενειακή κατάσταση:
- Όνομα συζύγου:
- Επάγγελμα:

- ΑΦΜ:
- Τόπος διαμονής:
- Υπηκοότητα:
- Τηλέφωνο:
- Φύλο (Άρρεν=1, Θήλυ=2):

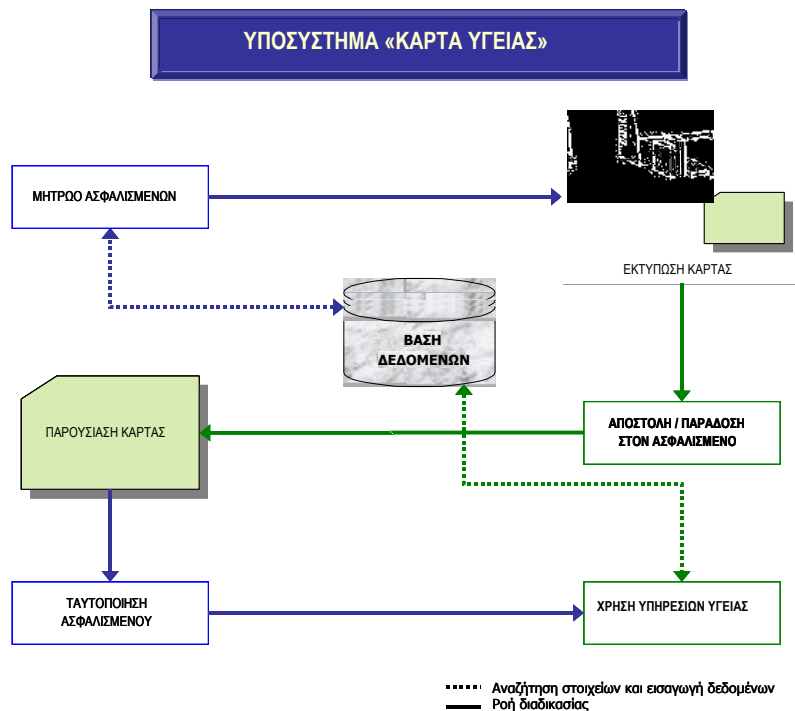
Κρίσιμα Στοιχεία:

- Ομάδα Αίματος:
- Αλλεργίες:
- Αιμορραγία:
- Αλληλεπιδράσεις Φαρμάκων:
- Άλλα:

Διάγραμμα Ροής Εργασιών (Work- flow)

Η διαδικασία έκδοσης και διαχείρισης της κάρτας υγείας, απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα :

Διάγραμμα 12.2



12.2.4 Εμπλεκόμενοι Ρόλοι και Αρμοδιότητες

Πίνακας 12.4
Εμπλεκόμενοι-Ρόλοι και αρμοδιότητες

Στάδιο	Εμπλεκόμενοι	Ρόλος	Αρμοδιότητα
Παροχή και Έλεγχος Ασφαλιστικής Ικανότητας	Ασφαλιζόμενος		Παραλαβή Κάρτας Υγείας, Παρουσίαση σε κάθε χρήση υπηρεσιών υγείας με συνεργαζόμενους φορείς
	Δ/ση Πωλήσεων	<ul style="list-style-type: none"> Ασφαλιστικός Σύμβουλος 	Παραλαβή-Παράδοση Κάρτας Υγείας
	Δ/ση Υποκαταστημάτων	<ul style="list-style-type: none"> Υποκατάστημα Παραγωγής Ομαδάρχης 	Παραλαβή-Παράδοση Κάρτας Υγείας
	Δ/ση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής	<ul style="list-style-type: none"> Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας 	Δημιουργία Μητρώου Κατόχων Κάρτας υγείας, ενημέρωση του Μητρώου, εκτύπωση καρτών, αποστολή καρτών
	Συνεργαζόμενοι φορείς υγείας		Ταυτοποίηση ασφαλισμένου, ενημέρωση Ασφαλιστικής εταιρίας
	Δ/ση Πληροφορικής	<ul style="list-style-type: none"> Τμήμα Διαχείρισης Βάσης Δεδομένων Τμήμα Διαχείρισης Συστήματος 	Συντήρηση-εμπλουτισμός βάσης, δημιουργία ερωτημάτων

12.2.5 Βασικά Έντυπα

Δεν προβλέπεται η χρησιμοποίηση κάποιων εντύπων – εγγράφων, για την εξυπηρέτηση των λειτουργιών του συγκεκριμένου συστήματος, πέραν των επιστολών, οι οποίες θα συνοδεύουν την αποστολή της Κάρτας Υγείας στους δικαιούχους ασφαλισμένους.

12.2.6 Οντότητες του Υποσυστήματος

Δεν δημιουργήθηκαν νέες οντότητες στη βάση δεδομένων του συστήματος, για την υποστήριξη της λειτουργίας του, καθώς όλα τα στοιχεία τα αντλεί από την υπάρχουσα δομή της.

12.2.7 Οθόνες του Πληροφοριακού Συστήματος

Δημιουργήθηκε οθόνη διαχείρισης των λειτουργιών και διαδικασιών του Υ/Σ.

12.2.8 Διασύνδεση με Υπάρχον Σύστημα

Δεν ανταλλάσσει στοιχεία με το υπάρχον σύστημα, αλλά όλη την αναγκαία πληροφόρηση για την εξυπηρέτηση των λειτουργιών του την αντλεί από τη βάση δεδομένων του “*Manage Care*”.

12.3 Υποσύστημα “Τηλεφωνικό Κέντρο”

12.3.1 Σύντομη Περιγραφή του Υποσυστήματος

Το υποσύστημα “Τηλεφωνικό Κέντρο”, το οποίο αποτελεί και την “εμπροσθοφυλακή” του “*Manage Care*”, είναι ένα σύστημα, μέσω του οποίου υλοποιείται η ενημέρωση έναρξης περιστατικού χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους της εταιρίας, η παροχή χρήσιμων ιατρικών συμβουλών σε περίπτωση ανάγκης και σωστής και υπεύθυνης ιατρικής καθοδήγησης στους ασφαλισμένους και η παροχή γενικών πληροφοριών σχετικά με το περιεχόμενο των συμβολαίων ασφάλισης υγείας, τις καλύψεις, τις διάφορες διαδικασίες νοσηλείας, τους συνεργαζόμενους φορείς υγείας, κλπ.

12.3.2 Στόχοι και Αναμενόμενα Οφέλη

Οι στόχοι για το συγκεκριμένο υποσύστημα είναι οι ακόλουθοι:

- Εύκολη και αποτελεσματική πρόσβαση των ασφαλισμένων στην παροχή ιατρικών συμβουλευτικών υπηρεσιών μέσω τηλεφώνου
- Ιατρική καθοδήγηση για την έγκαιρη αντιμετώπιση περιστατικών έκτακτης ανάγκης
- Σύντομη και αποτελεσματική διαχείριση της χρήσης υπηρεσιών υγείας (περιστατικών) των ασφαλισμένων
- Χρονοπρογραμματισμός νοσηλείας, ιατρικών επισκέψεων και εργαστηριακών εξετάσεων των ασφαλισμένων
- Παροχή χρήσιμων πληροφοριών όσον αφορά στοιχεία, δικαιώματα και υποχρεώσεις των ασφαλισμένων, παροχές των συμβολαίων, συνεργαζόμενους και άλλους φορείς υγείας, εφημερίες και ωράρια λειτουργίας, τοποθεσίες, τηλέφωνα επικοινωνίας κλπ.

Πιο συγκεκριμένα, το παρόν Υ/Σ, εξυπηρετεί την υλοποίηση των παρακάτω επιχειρηματικών σκοπών της ασφαλιστικής εταιρίας, σύμφωνα με τα όσα προδιαγράφηκαν στο Κεφάλαιο 10 της παρούσας έρευνας :

Πίνακας 12.5
Στόχοι του Υ/Σ “Τηλεφωνικό Κέντρο”

		Υ/Σ
	<u>Στόχοι Υ/Σ “Manage Care”</u>	ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
	<u>Επιχειρηματικοί Σκοποί</u>	
	Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων	
ΕΑ-1	Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων, με την παροχή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, υπηρεσιών και παροχών φροντίδας υγείας	X
ΕΑ-2	Εξασφάλιση της προστασίας που παρέχουν τα προγράμματα ασφάλισης υγείας	X
ΕΑ-3	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με τους ασφαλισμένους	X
ΕΑ-4	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, φορείς υγείας και συνεργάτες	X
ΕΑ-5	Εξασφάλιση, ότι τα προγράμματα ασφάλισης υγείας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασφαλισμένων	
	Ποιότητα Υπηρεσιών	
ΠΥ-1	Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της έκβασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων	
ΠΥ-2	Βελτίωση της πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας	X
ΠΥ-3	Προστασία των ασφαλισμένων από περιττές θεραπευτικές παρεμβάσεις	X
	Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων	
ΔΑΠ-1	Πρόβλεψη και Εφαρμογή Πελατοκεντρικών Διαδικασιών	X
ΔΑΠ-2	Προσωπικό διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, με προσόντα υψηλής ποιότητας	X
ΔΑΠ-3	Ένταση των ελέγχων στις διαδικασίες και τις ενέργειες διαχείρισης, προστασίας του περιεχομένου και ασφάλειας των πληροφοριών των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-4	Διατήρηση της εικόνας της εταιρίας, ως συνετού διαχειριστή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	
ΔΑΠ-5	Διάχυση της ενημέρωσης στο κοινό, για το περιεχόμενο και τον τρόπο διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-6	Ανάπτυξη Πληροφοριακών Συστημάτων διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με ταυτόχρονη ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό της τεχνολογικής υποδομής της εταιρίας	X

Τα αναμενόμενα οφέλη του συγκεκριμένου υποσυστήματος είναι τα ακόλουθα:

- Μείωση του χρόνου απόκρισης στα αιτήματα των ασφαλισμένων για προγραμματισμό νοσηλείας, εργαστηριακών εξετάσεων και ιατρικών επισκέψεων.

- Έγκαιρη αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών των ασφαλισμένων μέσω της τηλεφωνικής καθοδήγησης
- Αποτελεσματικότερη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων της εταιρίας μέσω της διαχείρισης των περιστατικών
- Εμπλοκή στη διαδικασία χρήσης υπηρεσιών υγείας, μέσω της a priori ενημέρωσης για τη χρήση τους
- Άμεση εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων

12.3.3 Περιγραφή των Λειτουργιών του Υποσυστήματος - Η συνεισφορά της έρευνας μας

Το υποσύστημα “Τηλεφωνικό Κέντρο”, όπως και παραπάνω αναφέρθηκε, αποτελεί την εμπροσθοφυλακή του συστήματος “*Manage Care*” και αποτελείται από τις εξής λειτουργικές περιοχές:

- Αναγγελία Περιστατικού
- Τηλεφωνική Συμβουλευτική Υπηρεσία - Ιατρική Βοήθεια
- Γενικές Πληροφορίες

Οι συγκεκριμένες λειτουργίες υλοποιούνται με εντελώς νέες διαδικασίες, το δε Τηλεφωνικό Κέντρο εντάσσεται και ανήκει λειτουργικά στο Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας.

Ο συντονιστής των κλήσεων του Τηλεφωνικού Κέντρου (τηλεφωνητής), λαμβάνει την κλήση, και από την οθόνη του τερματικού του αναζητά, ανευρίσκει και αναγνωρίζει τον ασφαλισμένο από τη βάση δεδομένων με την οποία είναι συνδεδεμένος, καταγράφει την κλήση και ανάλογα με το σκοπό της κλήσης του ασφαλισμένου, την προωθεί στο αντίστοιχο τμήμα, που είναι επιφορτισμένο με την διεκπεραίωση της εργασίας. Με την εμφάνιση των στοιχείων του ασφαλισμένου, γίνεται αρχικά έλεγχος του status του συμβολαίου του ασφαλισμένου, και πιστοποιείται η κάλυψη νοσοκομειακής ή εξωνοσοκομειακής παροχής. Κάθε κλήση υποχρεωτικά λαμβάνει αύξοντα αριθμό και καταγράφεται στη βάση η ημερομηνία και η ώρα πραγματοποίησης, η διάρκειά της, ο κωδικός του συντονιστή και η αιτιολογία της (μια από τις τρεις παραπάνω λειτουργικές περιοχές).

Αναγγελία Περιστατικού

Η λειτουργία του Υ/Σ επιτρέπει στην ασφαλιστική εταιρία να έχει έμεση ενημέρωση για την έναρξη περιστατικού χρήσης υπηρεσιών υγείας, με ενημέρωση από τον ασφαλισμένο, τον ασφαλιστικό σύμβουλο ή τον φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ενημέρωση πραγματοποιείται πάντοτε προκαταβολικά (σύμφωνα με την υποχρέωση που θα αναλαμβάνει πλέον ο ασφαλισμένος), αλλά και κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης ή και απολογιστικά σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού.

Ο διαχειριστής της αναγγελίας των περιστατικών του τηλεφωνικού κέντρου, υποδέχεται την κλήση μέσω μιας οθόνης, η οποία εμφανίζει τα στοιχεία του

ασφαλισμένου και στοιχεία του συμβολαίου του, καθώς και βασικά στοιχεία που αφορούν την πρόθεση χρήσης υπηρεσιών υγείας (φορέας υγείας, ημερομηνία και ώρα, νόσημα ή συμπτώματα κλπ). Κάθε περιστατικό αριθμείται αυτόματα και αναγνωρίζεται με αυτό τον αριθμό, καθ' όλη τη διάρκεια διαχείρισής του, μέχρι και την ολοκλήρωσή του. Ως **περιστατικό**, ορίζεται, το σύνολο των πληροφοριών που συλλέγονται και καταγράφονται, με το χαρακτηριστικό, ότι σχετίζονται με την ίδια νοσογόνο αιτία χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Περισσότερα για την έννοια του «Περιστατικού», και ιδιαίτερα, πως ορίζεται και χρησιμοποιείται στο προτεινόμενο σύστημα, γίνεται διεξοδική ανάλυση στο Υ/Σ “Πρωτόκολλο – Έλεγχος και Εκκαθάριση Περιστατικού”. Με την καταγραφή των στοιχείων της οθόνης της αναγγελίας του περιστατικού, ολοκληρώνεται η διαδικασία και τερματίζεται η κλήση. Σε περίπτωση πολλών κλήσεων ταυτόχρονα και αδυναμίας άμεσης εξυπηρέτησης από τους διαχειριστές των αναγγελιών περιστατικού, το πληροφοριακό σύστημα, δημιουργεί πίνακες αναμονής με εμφάνιση των κλήσεων σε χρονική σειρά, ώστε να εξυπηρετείται αυτόματα η πρώτη πραγματοποιηθείσα. Δίνεται, όμως από το σύστημα και η δυνατότητα επιλογής κλήσης, άλλης από την πρώτη, προκειμένου να εξυπηρετηθεί σε περίπτωση ανάγκης. Ο διαχειριστής των αναγγελιών περιστατικού, έχει επιπλέον τη δυνατότητα αναζήτησης από τη βάση του συστήματος, φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και επικοινωνίας μαζί τους, προκειμένου να διευκολύνει τη δυνατότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους.

Η διαχείριση των αναγγελιών περιστατικού, μπορεί να πραγματοποιηθεί και μετά από αναπομπή κλήσης, που αρχικά πραγματοποιήθηκε μέσω άλλης λειτουργίας του κέντρου, π.χ. για ιατρική συμβουλή.

Αναγγελία περιστατικού, μπορεί (και πρέπει) να καταγραφεί ακόμη και για περιστατικό χρήσης υπηρεσιών υγείας, το οποίο έχει ήδη πραγματοποιηθεί (ολοκληρωθεί). Αυτό συμβαίνει, καθώς για οποιαδήποτε διαχείριση και περαιτέρω επεξεργασία των στοιχείων χρήσης υπηρεσιών υγείας, όλες οι Διευθύνσεις και υπηρεσίες της ασφαλιστικής εταιρίας, θα πρέπει υποχρεωτικά να τα συνδέσουν με κάποιο υπαρκτό περιστατικό.

Μετά την καταχώρηση των πεδίων της οθόνης της αναγγελίας περιστατικού, τερματίζεται η κλήση και καταγράφεται ο χρήστης, η ημερομηνία και ώρα, καθώς και η διάρκειά της.

Με την καταγραφή της αναγγελίας περιστατικού κινητοποιείται ένας μηχανισμός εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων και των διαδικασιών διαχείρισης του περιστατικού. Έτσι, σύμφωνα με τις διαδικασίες που προβλέπονται από το σύστημα “*Manage Care*”, ειδοποιείται αμέσως ο αντιπρόσωπος της εταιρίας στον συνεργαζόμενο φορέα υγείας (ή ο ίδιος ο φορέας υγείας) προκειμένου να υποδεχθεί και να εξυπηρετήσει τον ασφαλισμένο, είτε στις διαδικασίες για την εισαγωγή του για νοσηλεία, είτε για τον προγραμματισμό εργαστηριακών ή ιατρικών εξετάσεων, καθώς και ο ιατρός ελεγκτής της εταιρίας.

Τηλεφωνική Συμβουλευτική Υπηρεσία - Ιατρική Βοήθεια

Η «Τηλεφωνική Συμβουλευτική Υπηρεσία – Ιατρική Βοήθεια» εντάσσεται μέσα στις γενικές λειτουργίες του υποσυστήματος «Τηλεφωνικό Κέντρο» μέσω του

οποίου θα υλοποιείται η παροχή χρήσιμων ιατρικών συμβουλών σε περίπτωση ανάγκης για τη σωστή και υπεύθυνη ιατρική καθοδήγηση των ασφαλισμένων.

Το Σύστημα Τηλεφωνικής Συμβουλευτικής Υπηρεσίας Πληροφοριών υποστηρίζεται από την υποδομή του Τηλεφωνικού Κέντρου.

Η παροχή υπηρεσιών θα γίνεται από ιατρούς της εταιρίας ή νοσηλευτικό προσωπικό με γενικές ιατρικές γνώσεις, οι οποίοι θα εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους, μόλις υποδέχονται την κλήση από τον συντονιστή του Τηλεφωνικού Κέντρου.. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν είναι δυνατή η παροχή αξιόπιστων ιατρικών συμβουλών, θα παραπέμπεται ο ασφαλισμένος στο σύστημα αναγγελίας περιστατικού για την εξυπηρέτησή του.

Το ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να παρέχει ιατρική βοήθεια στον ασφαλισμένο θα πρέπει να έχει πρόσβαση σε τμήμα του Ιατρικού Φακέλου του (Ιστορικό, επισκέψεις, κρίσιμα στοιχεία, ιατρικές πράξεις κλπ) ώστε να έχει άμεση πληροφόρηση όσον αφορά την υγεία του ασφαλισμένου.

Ενδεικτικές λειτουργίες που θα πρέπει να υποστηρίζει το σύστημα είναι οι εξής:

- Δυνατότητα χρησιμοποίησης ηλεκτρονικής βιβλιοθήκης (database) με «τυποποιημένες» κατευθυντήριες οδηγίες (πρωτόκολλα) για την πρώτη αντιμετώπιση συγκεκριμένων καταστάσεων/ παθήσεων
- Δυνατότητα παρουσίασης του μητρώου των νόσων και των ιατρικών πράξεων
- Δυνατότητα σύνδεσης με τη βάση του Υγειονομικού χάρτη
- Δυνατότητα σύνδεσης και παρουσίασης του ιατρικού φακέλου του ασφαλισμένου ο οποίος ζητά Ιατρικές συμβουλές
- Δυνατότητα καταγραφής των στοιχείων του δικαιούχου που έκανε χρήση των υπηρεσιών και των κατευθύνσεων που του δόθηκαν
- Δυνατότητα ανεύρεσης ιστορικού όσον αφορά τηλεφωνικές επαφές του ασφαλισμένου
- Δυνατότητα αυτόματης παραπομπής στη λίστα της αναγγελίας περιστατικού
- Δυνατότητα σύνδεσης με το τηλεφωνικό κέντρο του ΕΚΑΒ για επείγουσες περιπτώσεις
- Δυνατότητα τηλεφωνικής παραπομπής του ασφαλισμένου στον προσωπικό/ οικογενειακό του ιατρό
- Δυνατότητα για κατ' οίκον επίσκεψη, σε επείγουσες περιπτώσεις

Γενικές Πληροφορίες

Οι «Γενικές Πληροφορίες» είναι ένα “μηχανογραφικό σύστημα” που εντάσσεται μέσα στις γενικές λειτουργίες του υποσυστήματος «Τηλεφωνικό Κέντρο», και μέσω του οποίου παρέχονται, στον ασφαλισμένο της εταιρίας, υπηρεσίες και πληροφορίες για θέματα που άπτονται των ασφαλίσεων υγείας. Το Σύστημα Παροχής Γενικών Πληροφοριών θα υποστηρίζεται από την υποδομή του Τηλεφωνικού Κέντρου.

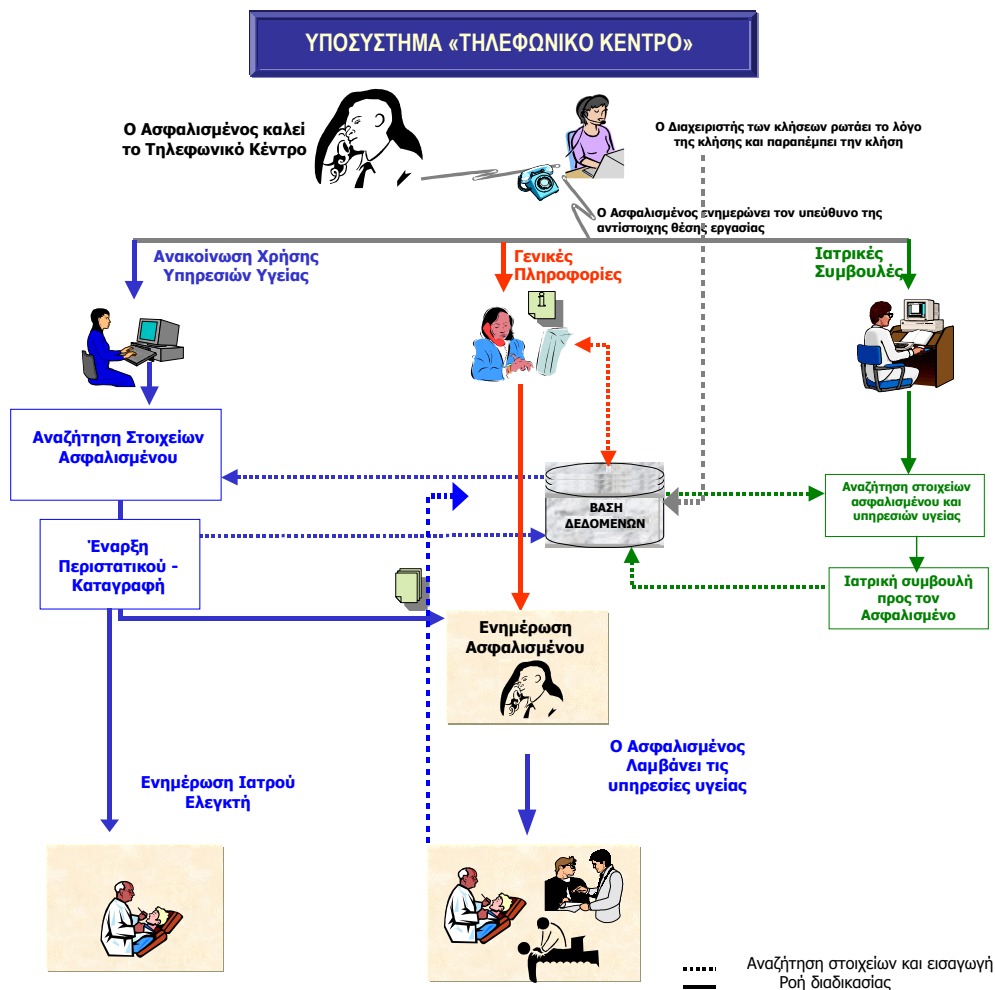
Η παροχή τέτοιου είδους υπηρεσιών θα γίνεται από προσωπικό κατάλληλα εκπαιδευμένο σε θέματα των ασφαλίσεων υγείας.

Ενδεικτικές λειτουργίες που θα πρέπει να υποστηρίζει το σύστημα είναι οι εξής:

- Δυνατότητα παροχής πληροφοριών σχετικά με θέματα ασφαλίσεων υγείας (νέα προγράμματα, επέκταση κάλυψης μελών οικογένειας κλπ)
- Δυνατότητα παροχής πληροφοριών που σχετίζονται με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του ασφαλισμένου με ασφάλιση υγείας (όροι συμβολαίου, παροχές, αποζημιώσεις, διαδικασίες, εξαιρέσεις, ασφάλιστρα κλπ)
- Δυνατότητα παροχής πληροφοριών σχετικά με υποβολές εγγράφων από τους ασφαλισμένους που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας (π.χ. δικαιολογητικά για αποζημίωση, ενημέρωση για πορεία διαδικασιών κ.α.)
- Δυνατότητα παροχής πληροφοριών που σχετίζονται με συνεργαζόμενους φορείς υγείας (π.χ. Διευθύνσεις, Τηλέφωνα, Fax, Ονόματα Υπευθύνων για επαφή, εφημερίες, τμήματα, ωράρια κ.α.).

12.3.4 Διάγραμμα Ροής Εργασιών (Work- flow)

Διάγραμμα 12.3



12.3.5 Εμπλεκόμενοι Ρόλοι και Αρμοδιότητες

Πίνακας 12.6
Εμπλεκόμενοι-Ρόλοι και αρμοδιότητες

Στάδιο	Εμπλεκόμενοι	Ρόλος	Αρμοδιότητα
Κλήση Τηλεφωνικού Κέντρου & Έναρξη Περιστατικού	Ασφαλιζόμενος		Ενημέρωση για την έναρξη περιστατικού, Λήψη Ιατρικών Συμβουλών και Γενικών Πληροφοριών
	Δ/ση Πωλήσεων	<ul style="list-style-type: none"> • Ασφαλιστικός Σύμβουλος 	Ενημέρωση για την έναρξη περιστατικού
	Δ/ση Υποκαταστημάτων	<ul style="list-style-type: none"> • Υποκατάστημα Παραγωγής • Ομαδάρχης 	Ενημέρωση για την έναρξη περιστατικού
	Δ/ση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής	<ul style="list-style-type: none"> • Υπεύθυνος Τηλεφωνικού Κέντρου • Συντονιστής (Τηλεφωνητής) Τηλεφωνικού Κέντρου • Υπεύθυνος Διαχείρισης Ανακοίνωσης Περιστατικού • Υπεύθυνος Διαχείρισης Γενικών Πληροφοριών • Ιατρός Υπεύθυνος Τηλεφωνικού Κέντρου • Γραμματεία Τηλεφωνικού Κέντρου 	Λήψη και διαχείριση των τηλεφωνικών κλήσεων, καταγραφή έναρξης περιστατικού, παροχή ιατρικών συμβουλών και γενικών πληροφοριών, διαχείριση των λειτουργιών του Υ/Σ
	Δ/ση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιπρόσωπος εταιρίας στον φορέα υγείας • Ιατρός ελεγκτής εταιρίας 	Ενημέρωση για έναρξη περιστατικού, υποδοχή ασφαλισμένου και εξυπηρέτηση του στη διαδικασία λήψης υπηρεσιών

Συνεργαζόμενοι φορείς υγείας	υγείας Ενημέρωση για έναρξη περιστατικού, υποδοχή ασφαλισμένου και εξυπηρέτηση του στη διαδικασία λήψης υπηρεσιών υγείας Συντήρηση-εμπλουτισμός βάσης, δημιουργία ερωτημάτων
Δ/ση Πληροφορικής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Διαχείρισης Βάσης Δεδομένων • Τμήμα Διαχείρισης Συστήματος

12.3.6 Βασικά Έντυπα

Δεν προβλέπεται η χρησιμοποίηση κάποιων εντύπων – εγγράφων, για την εξυπηρέτηση των λειτουργιών του συγκεκριμένου συστήματος, καθώς όλες οι λειτουργίες υποστηρίζονται μηχανογραφικά, η δε μετάβαση σε επόμενη διαδικασία πραγματοποιείται με την διαδοχή των κατάλληλων οθονών του συστήματος.

12.3.7 Οντότητες του Υποσυστήματος

Κατά τη διάρκεια της φάσης του σχεδιασμού της Βάσης Δεδομένων του συστήματος και σύμφωνα με την ανάλυση που προηγήθηκε, αποφασίστηκε η δημιουργία των παρακάτω οντοτήτων του πληροφοριακού συστήματος :

- Αιτία κλήσης
- Κατηγορίες Πληροφοριών
- Παρεχόμενες Συμβουλές
- Παρεχόμενες Πληροφορίες
- Γιατροί
- Ειδικότητες Γιατρών
- Γιατροί Ελεγκτές
- Status Αναγγελίας
- Κατηγορία περιστατικού
- Status ζημιάς
- Χρήστης

12.3.8 Οθόνες του Πληροφοριακού Συστήματος

Καταβλήθηκε προσπάθεια, ώστε οι οθόνες να προσομοιώνουν την διαδικασία λήψης και διαχείρισης των κλήσεων, καθώς και της καταγραφής των στοιχείων του περιστατικού, των παρεχομένων ιατρικών συμβουλών και γενικών πληροφοριών. Οι οθόνες επεξεργασίας δεδομένων και οι εκτυπωτικές καταστάσεις που θα παράγουν οι εφαρμογές θα είναι σχεδιασμένες με βάση ένα κοινό μοντέλο παρουσίασης, εφόσον πρόκειται για ομοειδείς πληροφορίες. Θα εξασφαλίζεται έτσι η καλύτερη δυνατή προσέγγιση της πληροφοριακής μονάδας από τον χρήστη. Οι εντολές που θα απαιτούνται για την επίτευξη συγκεκριμένων ενεργειών στα πλαίσια της εργασίας κάθε χρήστη θα είναι οι ελάχιστα δυνατές, ώστε οι εφαρμογές να είναι εύκολα κατανοητές από νέους χρήστες.

Οι οθόνες για το συγκεκριμένο Υ/Σ προβλέπονται να είναι οι εξής :

- Οθόνη Συντονιστή Τηλεφωνικού Κέντρου
- Οθόνη Έναρξης Περιστατικού
- Οθόνη Ιατρικών Συμβουλών
- Οθόνη Γενικών Πληροφοριών

12.3.9 Διασύνδεση με Υπάρχον Σύστημα

Δεν ανταλλάσσει στοιχεία με το υπάρχον σύστημα, αλλά όλη την αναγκαία πληροφόρηση για την εξυπηρέτηση των λειτουργιών του την αντλεί από τη βάση δεδομένων του “*Manage Care*”.

12.4 Υποσύστημα “Υγειονομικός Χάρτης”

12.4.1 Σύντομη Περιγραφή του Υποσυστήματος

Το συγκεκριμένο Υ/Σ, λειτουργεί ως μια βοηθητική μηχανογραφική εφαρμογή, η οποία, σε αρχικό στάδιο, θα αποτελέσει το Μητρώο Συνεργαζομένων (με την ασφαλιστική εταιρία) Φορέων Υγείας. Το Υ/Σ αυτό μπορεί να λειτουργεί και αυτόνομα, αλλά λόγω των σημαντικών πληροφοριών που καταγράφονται σε αυτό, αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα και συμβάλει σημαντικά στην επιτυχημένη λειτουργία όλου του συστήματος, μέσω της σύνδεσής του με άλλες οντότητες της βάσης δεδομένων του “*Manage Care*”.

12.4.2 Στόχοι και Αναμενόμενα Οφέλη

Οι στόχοι για το συγκεκριμένο υποσύστημα είναι οι ακόλουθοι:

- Εύκολη και αποτελεσματική πρόσβαση των ασφαλισμένων σε στοιχεία φορέων υγείας
- Καθοδήγηση για την έγκαιρη αντιμετώπιση περιστατικών έκτακτης ανάγκης
- Σύντομη και αποτελεσματική διαχείριση της χρήσης υπηρεσιών υγείας (περιστατικών) των ασφαλισμένων
- Παροχή χρήσιμων πληροφοριών όσον αφορά ωράρια, εφημερίες, λειτουργούντα τμήματα και κλινικές, τιμοκαταλόγους και άλλα χρήσιμα στοιχεία συνεργαζόμενων (και όχι μόνον) φορέων υγείας

Πιο συγκεκριμένα, το παρόν Υ/Σ, εξυπηρετεί την υλοποίηση των παρακάτω επιχειρηματικών σκοπών της ασφαλιστικής εταιρίας, σύμφωνα με τα όσα προδιαγράφηκαν στο Κεφάλαιο 10 της παρούσας έρευνας :

Πίνακας 12.7
Στόχοι του Υ/Σ “Υγειονομικός Χάρτης”

		Υ/Σ
	<u>Στόχοι Υ/Σ “Manage Care”</u>	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ
	<u>Επιχειρηματικοί Σκοποί</u>	
	Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων	
ΕΑ-1	Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων, με την παροχή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, υπηρεσιών και παροχών φροντίδας υγείας	
ΕΑ-2	Εξασφάλιση της προστασίας που παρέχουν τα προγράμματα ασφάλισης υγείας	
ΕΑ-3	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με τους ασφαλισμένους	X
ΕΑ-4	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, φορείς υγείας και συνεργάτες	X
ΕΑ-5	Εξασφάλιση, ότι τα προγράμματα ασφάλισης υγείας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασφαλισμένων	
	Ποιότητα Υπηρεσιών	
ΠΥ-1	Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της έκβασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων	
ΠΥ-2	Βελτίωση της πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας	X
ΠΥ-3	Προστασία των ασφαλισμένων από περιττές θεραπευτικές παρεμβάσεις	
	Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων	
ΔΑΠ-1	Πρόβλεψη και Εφαρμογή Πελατοκεντρικών Διαδικασιών	X
ΔΑΠ-2	Προσωπικό διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, με προσόντα υψηλής ποιότητας	
ΔΑΠ-3	Ένταση των ελέγχων στις διαδικασίες και τις ενέργειες διαχείρισης, προστασίας του περιεχομένου και ασφάλειας των πληροφοριών των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	
ΔΑΠ-4	Διατήρηση της εικόνας της εταιρίας, ως συνετού διαχειριστή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	
ΔΑΠ-5	Διάχυση της ενημέρωσης στο κοινό, για το περιεχόμενο και τον τρόπο διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-6	Ανάπτυξη Πληροφοριακών Συστημάτων διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με ταυτόχρονη ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό της τεχνολογικής υποδομής της εταιρίας	X

Τα αναμενόμενα οφέλη του συγκεκριμένου υποσυστήματος είναι τα ακόλουθα:

- Μείωση του χρόνου απόκρισης στα αιτήματα των ασφαλισμένων για προγραμματισμό της νοσηλείας τους, των εργαστηριακών εξετάσεων και ιατρικών επισκέψεων τους
- Έγκαιρη αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών των ασφαλισμένων μέσω της εύρεσης του κατάλληλου φορέα υγείας

- Αποτελεσματικότερη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων της εταιρίας στην επικοινωνία τους με τους φορείς υγείας
- Άμεση εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων
- Αποτελεσματικότερη διαχείριση των συνεργαζομένων φορέων υγείας

12.4.3 Περιγραφή των Λειτουργιών του Υποσυστήματος

Το σύστημα “*Manage Care*” και η σύγχρονη φιλοσοφία διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας που το διακρίνει, προϋποθέτει τη δημιουργία ενός δικτύου συνεργαζόμενων (με την ασφαλιστική εταιρία, αλλά πολλές φορές και μεταξύ τους) φορέων υγείας. Και αυτό προκειμένου να παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας.

Δημιουργείται λοιπόν η ανάγκη δημιουργίας ενός υγειονομικού χάρτη, προκειμένου η ασφαλιστική εταιρία να καταγράφει και διαχειρίζεται την πληθώρα αυτή των διαφορετικών αυτών συνεργαζόμενων φορέων υγείας. Σε πρώτο στάδιο, προτάθηκε η δημιουργία ενός Μητρώου Φορέων Υγείας, το οποίο θα περιλαμβάνει τους συνεργαζόμενους ιατρούς με την ασφαλιστική εταιρία, τους ελεγκτές ιατρούς της ασφαλιστικής εταιρίας, καθώς και τα διαγνωστικά κέντρα και τα νοσηλευτήρια με τα οποία έχει σύμβαση η ασφαλιστική εταιρία. Σε επόμενο στάδιο, θα συμπεριληφθούν όλα τα δημόσια νοσηλευτήρια, καθώς και τα στοιχεία, όλων των φορέων υγείας που παρείχαν υπηρεσίες σε ασφαλισμένους της εταιρίας. Σε τελικό στάδιο, το Μητρώο αυτό φιλοδοξεί να καταγράφει και απεικονίζει κάθε φορέα υγείας στην Ελλάδα, με τη μορφή ενός Υγειονομικού Χάρτη (αναλυτική παρουσίαση αυτής της μορφής επιχειρείται στο Κεφάλαιο 16 της παρούσας έρευνας.

Ο υγειονομικός χάρτης, θα περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν :

- Ονοματεπώνυμα, ειδικότητες, διευθύνσεις, τηλέφωνα των συνεργαζόμενων ιατρών, τα ωράρια και τους τιμοκαταλόγους των χρεώσεων των επισκέψεων, καθώς και νοσηλευτικά ιδρύματα με τα οποία τυχόν συνεργάζονται
- Στοιχεία των συνεργαζόμενων διαγνωστικών κέντρων (διευθύνσεις, τηλέφωνα, ωράρια κλπ), τμήματα που υποστηρίζουν, υπηρεσίες που παρέχουν, τιμοκαταλόγους και νοσηλευτικά ιδρύματα με τα οποία τυχόν συνεργάζονται
- Στοιχεία των συνεργαζόμενων νοσηλευτικών ιδρυμάτων (διευθύνσεις, τηλέφωνα κλπ), κλινικές και τμήματα που λειτουργούν, τμήματα εξωτερικών ιατρείων που υποστηρίζουν, εφημερίες και βασικούς τιμοκαταλόγους
- Στοιχεία των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ και των Μονάδων Υγείας του ΙΚΑ, καθώς και άλλων ασφαλιστικών Οργανισμών (διευθύνσεις, τηλέφωνα, ωράρια κλπ), τμήματα που υποστηρίζουν, υπηρεσίες που παρέχουν, τιμοκαταλόγους και νοσηλευτικά ιδρύματα με τα οποία τυχόν συνεργάζονται
- Στοιχεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ΕΣΥ, καθώς και άλλων ασφαλιστικών Οργανισμών (διευθύνσεις, τηλέφωνα κλπ), κλινικές και τμήματα που λειτουργούν, τμήματα εξωτερικών ιατρείων που υποστηρίζουν, εφημερίες και βασικούς τιμοκαταλόγους

- Τηλέφωνα και στοιχεία υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης (ΕΚΑΒ, Οικογενειακός ιατρός ασφαλισμένου, Εφημερεύοντα Νοσοκομεία και Φαρμακεία, Άμεση Δράση κλπ) για την εξυπηρέτηση έκτακτων και επειγόντων περιστατικών

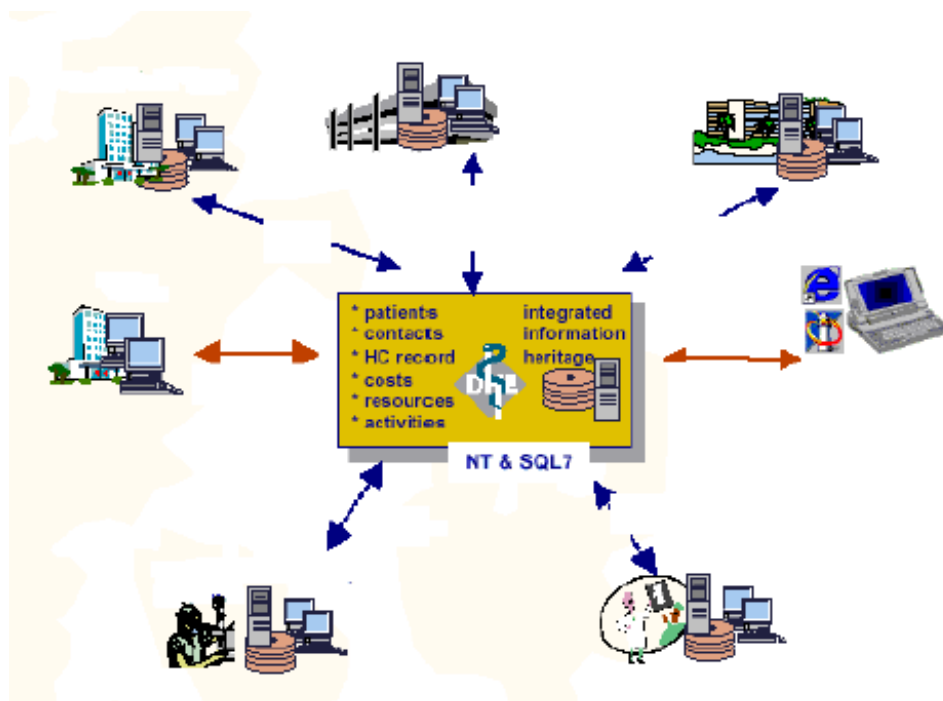
Όλη η παραπάνω πληροφόρηση αυτή θεωρείται αναγκαία για την χάραξη πολιτικών συνεργασίας της εταιρίας με φορείς υγείας, είτε σε χωροταξικό επίπεδο, είτε σε επίπεδο βαθμού περίθαλψης, είτε σε επίπεδο τιμολογιακής πολιτικής, αλλά και για την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση του ασφαλισμένου.

Μεγάλη σημασία για την αποτελεσματική λειτουργία του Υγειονομικού Χάρτη αποτελεί η διαδικασία άμεσης επικαιροποίησης του περιεχομένου του, με διαγραφές, προσθήκες και μεταβολές, που φυσιολογικά συμβαίνουν συχνότατα. Για το σκοπό αυτό, έχει προβλεφθεί η απασχόληση του κατάλληλου προσωπικού, το οποίο θα ασχολείται με την εργασία αυτή, παράλληλα με την επικαιροποίηση και άλλων στοιχείων της βάσης των δεδομένων.

Ο Υγειονομικός Χάρτης αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των λειτουργιών του Τηλεφωνικού Κέντρου, αλλά και των διαδικασιών διαχείρισης του περιστατικού και είναι μια εντελώς νέα διαδικασία, που προτείνεται ώστε να συμβάλλει σημαντικά στην οικοδόμηση του “*Manage Care*”.

12.4.4 Διάγραμμα Ροής Εργασιών (Work- flow)

Διάγραμμα 12.4



12.4.5 Εμπλεκόμενοι Ρόλοι και Αρμοδιότητες

Πίνακας 12.8
Εμπλεκόμενοι-Ρόλοι και αρμοδιότητες

Στάδιο	Εμπλεκόμενοι	Ρόλος	Αρμοδιότητα
	Δ/ση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής	<ul style="list-style-type: none"> Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας 	Δημιουργία Υγειονομικού Χάρτη, Συντήρηση του περιεχομένου
	Συνεργαζόμενοι φορείς υγείας		Ενημέρωση για στοιχεία που τους αφορούν
	Δ/ση Πληροφορικής	<ul style="list-style-type: none"> Τμήμα Διαχείρισης Βάσης Δεδομένων Τμήμα Διαχείρισης Συστήματος 	Συντήρηση-εμπλουτισμός βάσης, δημιουργία ερωτημάτων

12.4.6 Βασικά Έντυπα

Για την εξυπηρέτηση των αναγκών του Υ/Σ και την αποτελεσματική λειτουργία όλου του συστήματος “*Manage Care*”, σχεδιάστηκαν νέα έντυπα. Προκειμένου να είναι δυνατή η υποστήριξη των αναγκαίων διαδικασιών και η συλλογή των απαραίτητων δεδομένων, προτάθηκε η χρήση των παρακάτω εντύπων – εγγράφων (πλήρη απεικόνισή τους εμφανίζεται στο Παράρτημα IV) :

- Ιατροί
- Νοσοκομεία
- Διαγνωστικά Κέντρα (Κέντρα Υγείας)

12.4.7 Οντότητες του Υποσυστήματος

Κατά τη διάρκεια της φάσης του σχεδιασμού της Βάσης Δεδομένων του συστήματος και σύμφωνα με την ανάλυση που προηγήθηκε, αποφασίστηκε, για το συγκεκριμένο Υ/Σ, η δημιουργία των παρακάτω οντοτήτων του πληροφοριακού συστήματος :

- Θεραπευτήρια
 - Κρατικά Νοσοκομεία
 - Κέντρα Υγείας
 - Ιδιωτικά Θεραπευτήρια
 - Κλινικές
 - Διαγνωστικά Κέντρα
 - Φυσιοθεραπευτήρια

- Φαρμακεία
- Γιατροί
- Ειδικότητες Γιατρών
- Ιατρικές Πράξεις
- Τμήματα / Κλινικές
- Τακτικά Ιατρεία
- Εργαστήρια
- Γιατροί Ελεγκτές
- Χρήστης

12.4.8 Οθόνες του Πληροφοριακού Συστήματος

Καταβλήθηκε προσπάθεια, ώστε οι οθόνες να προσομοιώνουν την διαδικασία συλλογής και καταγραφής των στοιχείων των φορέων υγείας. Επίσης, καταβλήθηκε προσπάθεια να ακολουθούν τα έντυπα-υποδείγματα, που προτάθηκαν, έτσι ώστε οι οθόνες και οι καταστάσεις των εφαρμογών που περιέχουν τον ίδιο τύπο/είδος πληροφοριών θα ακολουθούν τα ίδια πρότυπα παρουσίασης των δεδομένων. Οι οθόνες επεξεργασίας δεδομένων και οι εκτυπωτικές καταστάσεις που θα παράγουν οι εφαρμογές θα είναι σχεδιασμένες με βάση ένα κοινό μοντέλο παρουσίασης, εφόσον πρόκειται για ομοειδείς πληροφορίες. Θα εξασφαλίζεται έτσι η καλύτερη δυνατή προσέγγιση της πληροφοριακής μονάδας από τον χρήστη. Οι εντολές που θα απαιτούνται για την επίτευξη συγκεκριμένων ενεργειών στα πλαίσια της εργασίας κάθε χρήστη θα είναι οι ελάχιστα δυνατές, ώστε οι εφαρμογές να είναι εύκολα κατανοητές από νέους χρήστες.

Οι οθόνες για το συγκεκριμένο Υ/Σ προβλέπονται να είναι οι εξής :

- Οθόνη Ιατρού
- Οθόνη Νοσοκομείων
- Οθόνη Διαγνωστικών Κέντρων (Κέντρων Υγείας)

12.4.9 Διασύνδεση με Υπάρχον Σύστημα

Σε ξεχωριστό αρχείο, όχι όμως και στην υπάρχουσα βάση δεδομένων της εταιρίας, υπήρχαν καταχωρημένα τα στοιχεία (Διεύθυνση, τηλέφωνα επικοινωνίας) των Υποκαταστημάτων φορέα Διαγνωστικών Κέντρων, με τον οποίο η εταιρία είχε συνάψει σύμβαση συνεργασίας, για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων της. Επίσης, σε άλλο αρχείο, υπήρχαν τα στοιχεία των ιατρών ελεγκτών της εταιρίας. Αποφασίστηκε, τα στοιχεία αυτά να αξιοποιηθούν για τον εμπλουτισμό του δημιουργούμενου Υγειονομικού Χάρτη. Άλλα στοιχεία, από την υπάρχουσα βάση δεν χρησιμοποιήθηκαν.

12.5 Υποσύστημα “Περιστατικό”

12.5.1 Σύντομη Περιγραφή του Υποσυστήματος

Το υποσύστημα αυτό αποτελεί τον πυρήνα του προτεινομένου συστήματος “*Manage Care*”, καθώς προβλέπει όλες εκείνες τις διαδικασίες και τα μέσα άσκησης ελέγχου (και μάλιστα προληπτικού) του κόστους, της αναγκαιότητας και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους της ασφαλιστικής εταιρίας.

12.5.2 Στόχοι και Αναμενόμενα Οφέλη

Οι στόχοι για το συγκεκριμένο υποσύστημα είναι οι ακόλουθοι:

- Εύκολη και αποτελεσματική πρόσβαση των ασφαλισμένων στην παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου
- Ενημέρωση των ασφαλισμένων, σχετικά με την αναγκαιότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με διεθνώς αναγνωρισμένα πρωτόκολλα και την ιατρική δεοντολογία
- Σύντομη και αποτελεσματική διαχείριση της χρήσης υπηρεσιών υγείας (περιστατικών) των ασφαλισμένων
- Έλεγχος του κόστους και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας
- Παροχή χρήσιμων πληροφοριών όσον αφορά δικαιώματα και υποχρεώσεις των ασφαλισμένων σε σχέση με τους όρους και τις καλύψεις των ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας
- Αξιολόγηση των παρεχομένων προς τους ασφαλισμένους υπηρεσιών υγείας

Πιο συγκεκριμένα, το παρόν Υ/Σ, εξυπηρετεί την υλοποίηση των παρακάτω επιχειρηματικών σκοπών της ασφαλιστικής εταιρίας, σύμφωνα με τα όσα προδιαγράφηκαν στο Κεφάλαιο 10 της παρούσας έρευνας :

Πίνακας 12.9
Στόχοι του Υ/Σ “Περιστατικό”

		Υ/Σ
	<u>Στόχοι Υ/Σ “Manage Care”</u>	
	<u>Επιχειρηματικοί Σκοποί</u>	ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ
	Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων	
ΕΑ-1	Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων, με την παροχή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, υπηρεσιών και παροχών φροντίδας υγείας	X
ΕΑ-2	Εξασφάλιση της προστασίας που παρέχουν τα προγράμματα ασφάλισης υγείας	X
ΕΑ-3	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με τους ασφαλισμένους	X
ΕΑ-4	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, φορείς υγείας και συνεργάτες	X
ΕΑ-5	Εξασφάλιση, ότι τα προγράμματα ασφάλισης υγείας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασφαλισμένων	X
	Ποιότητα Υπηρεσιών	
ΠΥ-1	Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της έκβασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων	X
ΠΥ-2	Βελτίωση της πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας	X
ΠΥ-3	Προστασία των ασφαλισμένων από περιττές θεραπευτικές παρεμβάσεις	X
	Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων	
ΔΑΠ-1	Πρόβλεψη και Εφαρμογή Πελατοκεντρικών Διαδικασιών	X
ΔΑΠ-2	Προσωπικό διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, με προσόντα υψηλής ποιότητας	X
ΔΑΠ-3	Ένταση των ελέγχων στις διαδικασίες και τις ενέργειες διαχείρισης, προστασίας του περιεχομένου και ασφάλειας των πληροφοριών των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-4	Διατήρηση της εικόνας της εταιρίας, ως συνετού διαχειριστή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	
ΔΑΠ-5	Διάχυση της ενημέρωσης στο κοινό, για το περιεχόμενο και τον τρόπο διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-6	Ανάπτυξη Πληροφοριακών Συστημάτων διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με ταυτόχρονη ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό της τεχνολογικής υποδομής της εταιρίας	X

Τα αναμενόμενα οφέλη του συγκεκριμένου υποσυστήματος είναι τα ακόλουθα:

- Μείωση του όγκου των μη αναγκαίων υπηρεσιών υγείας, που κάνουν χρήση οι ασφαλισμένοι της εταιρίας
- Μείωση του μέσου κόστους νοσηλείας
- Αποτελεσματικότερη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων της εταιρίας μέσω της διαχείρισης των περιστατικών

- Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας
- Ικανοποίηση των ασφαλισμένων
- Βελτίωση του κλίματος συνεργασίας με τους φορείς υγείας
- Δημιουργία βάσης δεδομένων με πολύτιμα στοιχεία σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας

12.5.3 Περιγραφή των Λειτουργιών του Υποσυστήματος

Ως **περιστατικό**, ορίζεται, το σύνολο των πληροφοριών που συλλέγονται και καταγράφονται, με το χαρακτηριστικό, ότι σχετίζονται με την ίδια νοσογόνο αιτία χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση (ανάλυση της οποίας ακολουθεί στο Υποσύστημα “ Πρωτόκολλο - Έλεγχος & Εκκαθάριση Περιστατικού”), με την αναγγελία έναρξης περιστατικού, κινητοποιείται η διαδικασία παρακολούθησης του περιστατικού και καταγραφής όλων των ενεργειών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια του και των πληροφοριών που διακινούνται, μέχρι τη στιγμή της ολοκλήρωσής του. Κατά το χρόνο εξέλιξης του περιστατικού, πραγματοποιούνται έλεγχοι και παρεμβάσεις και υπάρχει ενημέρωση του ασφαλισμένου και συμμετοχή του σε αποφάσεις που τον αφορούν.

Συγκεκριμένα, η υποδοχή του ασφαλισμένου στον φορέα υγείας και η αρχική εξυπηρέτησή του πραγματοποιείται, για μεν τα Διαγνωστικά Κέντρα από το Γραφείο Υποδοχής του Κέντρου, για δε τα Νοσηλευτήρια από τον αντιπρόσωπο-υπάλληλο της εταιρίας και το Γραφείο Κίνησης Ασθενών του Νοσηλευτηρίου. Με την υποδοχή του ασφαλισμένου στον φορέα υγείας πραγματοποιείται με την επίδειξη της Κάρτας Υγείας (ή άλλου στοιχείου αναγνώρισης) η ταυτοποίησή του. Από τα παραπάνω, είναι εμφανής η αλληλοσύνδεση του παρόντος Υ/Σ με τα Υ/Σ της Κάρτας Υγείας και ιδιαίτερα με του Τηλεφωνικού Κέντρου.

Στην περίπτωση της Εξωνοσοκομειακής χρήσης υπηρεσιών υγείας, το περιστατικό αναγνωρίζεται από το Γραφείο Υποδοχής (καθώς ήδη έχει ενημερωθεί το Διαγνωστικό Κέντρο ή/και έχει κλειστεί ραντεβού κατά τη διαδικασία αναγγελίας του περιστατικού), σε περίπτωση δε έκτακτου περιστατικού, το Γραφείο Υποδοχής ενημερώνει το Τηλεφωνικό Κέντρο και αναγγέλεται το περιστατικό. Ακολουθεί η παροχή των υπηρεσιών υγείας προς τον ασφαλισμένο της εταιρίας και μετά την ολοκλήρωσή τους συμπληρώνεται υποχρεωτικά το έντυπο πληροφοριών περιστατικού (το οποίο δημιουργήθηκε για τη συλλογή όλων των δεδομένων που αφορούν το περιστατικό). Το έντυπο αυτό, αποστέλλεται άμεσα με φάξ ή με e-mail στο Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας ή ταχυδρομικά σε καθημερινή βάση, για την καταχώρηση μηχανογραφικά των στοιχείων του περιστατικού στη βάση δεδομένων του συστήματος “*Manage Care*”. Η διαδικασία χρήσης των υπηρεσιών υγείας ολοκληρώνεται με την έκδοση και παράδοση του Τιμολογίου Παροχής Υπηρεσιών και Υλικών, προς τον Ασφαλισμένο ή την Ασφαλιστική εταιρία, ανάλογα την περίπτωση.

Στην περίπτωση της Νοσοκομειακής περίθαλψης, το περιστατικό αναγνωρίζεται από το Γραφείο Κίνησης ασθενών, πραγματοποιείται η

διαδικασία εισαγωγής του και εξυπηρετείται σε αυτή τη διαδικασία ο ασφαλισμένος από υπάλληλο της ασφαλιστικής εταιρίας. Στη συνέχεια, πραγματοποιείται η προνοσηλευτική εξέταση του ασφαλισμένου, τα αποτελέσματα της οποίας, μαζί με την αρχική διάγνωση, γνωστοποιούνται στον ασφαλισμένο και τον ιατρό ελεγκτή της εταιρίας, ο οποίος ευρίσκεται στο Νοσοκομείο. Ενημερώνεται ο ασφαλισμένος-ασθενής για τα ευρήματα των εξετάσεων, την θεραπευτική αγωγή και την ενδεικνυόμενη ιατρική παρέμβαση. Ο ιατρός ελεγκτής, παρακολουθεί την πορεία της νοσηλείας, καταγράφει κάθε ενέργεια που πραγματοποιείται και ενημερώνει τον ασφαλισμένο για την αναγκαιότητα πραγματοποίησης εξετάσεων, αγωγής ή παρεμβάσεων, σε σχέση με αναγνωρισμένες ιατρικές πρακτικές, τα ευρήματα των εξετάσεων, το ιατρικό ιστορικό και τη διάγνωση εισαγωγής. Επίσης, ο ασφαλισμένος ενημερώνεται από τον υπάλληλο της εταιρίας στο Νοσοκομείο, για θέματα που άπτονται όρων του συμβολαίου, όπως καλύψεις υπηρεσιών, εξαιρέσεις, όρια κλπ. Σε περίπτωση μη κάλυψης ιατρικών εξόδων, ο ασφαλισμένος ενημερώνεται εγγράφως και αιτιολογείται η άρνηση κάλυψης. Ο ασφαλισμένος με αυτό τον τρόπο ενημερώνεται υπεύθυνα και συναποφασίζει σε ορισμένα θέματα που τον αφορούν, όπως π.χ. εισαγωγή του ή όχι για νοσηλεία, επιλογή θέσης νοσηλείας, ημερήσια νοσηλεία, τρόπος ιατρικής επέμβασης κλπ. Γενικότερα, η παρουσία του αρμόδιου υπαλλήλου της ασφαλιστικής εταιρίας και του ιατρού-ελεγκτή, αποβλέπει στην παροχή των ενδεδειγμένων υπηρεσιών υγείας και υψηλής ποιότητας προς τον ασφαλισμένο. Κατά τη διάρκεια εξέλιξης του περιστατικού καθώς και με την ολοκλήρωση της νοσηλείας, συμπληρώνεται από τον ελεγκτή-ιατρό το έντυπο πληροφοριών περιστατικού, το οποίο αποστέλλεται άμεσα με φάξ ή με e-mail στο Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας ή ταχυδρομικά ή από υπάλληλο της εταιρίας σε καθημερινή βάση, για την καταχώρηση μηχανογραφικά των στοιχείων του περιστατικού στη βάση δεδομένων του συστήματος "Manage Care". Έτσι, υπάρχει μια συνεχής ροή πληροφοριών και ενημέρωση σχετικά με την εξέλιξη των περιστατικών και δυνατότητα ενημέρωσης, ελέγχου και παρέμβασης, όπου απαιτείται. Με την ολοκλήρωση της νοσηλείας, χορηγείται εξιτήριο και η διαδικασία χρήσης υπηρεσιών υγείας ολοκληρώνεται με την έκδοση και παράδοση του Τιμολογίου Παροχής Υπηρεσιών και Υλικών, προς τον Ασφαλισμένο ή την Ασφαλιστική εταιρία, ανάλογα την περίπτωση.

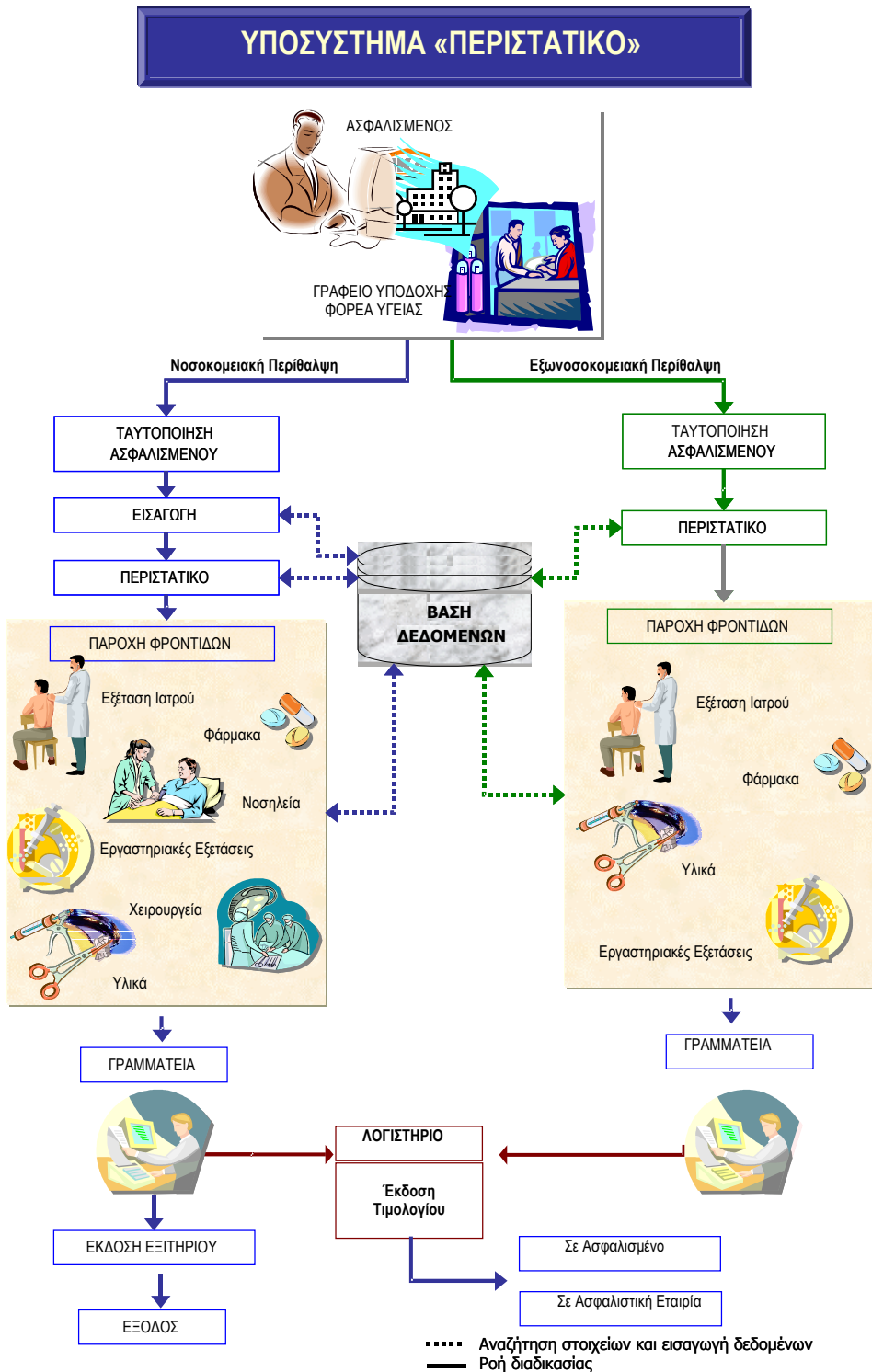
Σε περίπτωση επείγουσας εισαγωγής ασφαλισμένου για νοσηλεία, το περιστατικό αναγγέλλεται μόλις γνωστοποιηθεί η ιδιότητα του ασθενή ως ασφαλισμένου της εταιρίας από τον ίδιο ή κάποιον συγγενή ή συνοδό του και παρακολουθείται η εξέλιξή του από το σημείο αυτό με την ίδια διαδικασία που περιγράφηκε παραπάνω.

Σε περίπτωση επίσκεψης του ασφαλισμένου σε ιατρό συνεργάτη της εταιρίας ή σε εξωτερικά ιατρεία συνεργαζόμενου Νοσοκομείου, ακολουθείται η ίδια με τα Διαγνωστικά Κέντρα διαδικασία που περιγράφηκε παραπάνω, με αντίστοιχη προσαρμογή των ρόλων.

Η ολοκλήρωση της διαδικασίας χρήσης νοσοκομειακών ή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, δεν συμβαδίζει υποχρεωτικά με την ολοκλήρωση (κλείσιμο) και του περιστατικού. Περισσότερες διευκρινήσεις για αυτό το θέμα, δίνονται στο επόμενο Υ/Σ "Πρωτόκολλο - Έλεγχος & Εκκαθάριση Περιστατικού".

12.5.4 Διάγραμμα Ροής Εργασιών (Work-flow)

Διάγραμμα 12.5



12.5.5 Εμπλεκόμενοι Ρόλοι και Αρμοδιότητες

Πίνακας 12.10
Εμπλεκόμενοι-Ρόλοι και αρμοδιότητες

Στάδιο	Εμπλεκόμενοι	Ρόλος	Αρμοδιότητα
Περιστατικό	Ασφαλιζόμενος		Προσέλευση στον φορέα υγείας, επίδειξη Κάρτας Υγείας, συνεργασία με ιατρικό προσωπικό του φορέα υγείας και με υπάλληλο και ελεγκτή – ιατρό εταιρίας, συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων
	Δ/νση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας • Ιατρός Ελεγκτής • Αντιπρόσωπος σε Φορέα Υγείας 	Υποδοχή – Εξυπηρέτηση Ασφαλισμένου, ενημέρωση ασφαλισμένου για θέματα θεραπευτικής αγωγής και κάλυψης ιατρικών εξόδων, παρακολούθηση εξέλιξης περιστατικού, συνεργασία με φορέα υγείας, παρέμβαση για υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας, συμπλήρωση – αποστολή φύλλου πληροφοριών περιστατικού, συμπλήρωση μηχανογραφικά των στοιχείων του περιστατικού στη βάση δεδομένων

Συνεργαζόμενοι
φορείς υγείας

Δ/νση
Πληροφορικής

- Τμήμα Διαχείρισης Βάσης Δεδομένων
- Τμήμα Διαχείρισης Συστήματος

του συστήματος
“*Manage Care*”
Υποδοχή –
Εξυπηρέτηση
Ασφαλισμένου,
 ενημέρωση
ασφαλισμένου,
προνοσηλευτική
εξέταση, παροχή
κατάλληλων
υπηρεσιών υγείας
υψηλής
ποιότητας,
συνεργασία με
αντιπρόσωπο και
ιατρό – ελεγκτή
ασφαλιστικής
εταιρίας
Συντήρηση-
εμπλουτισμός
βάσης, δημιουργία
ερωτημάτων

12.5.6 Βασικά Έντυπα

Για την εξυπηρέτηση των αναγκών του Υ/Σ και την αποτελεσματική λειτουργία όλου του συστήματος “*Manage Care*”, σχεδιάστηκαν νέα έντυπα. Προκειμένου να είναι δυνατή η υποστήριξη των αναγκαίων διαδικασιών και η συλλογή όλων των απαραίτητων δεδομένων του περιστατικού, προτάθηκε η χρήση των παρακάτω εντύπων – εγγράφων (πλήρη απεικόνισή τους εμφανίζεται στο Παράρτημα IV) :

- Κλινική Εξέταση Ασθενή
- Ιατρική Έκθεση Προνοσηλευτικής Εξέτασης
- Πορεία Νόσου (Περιστατικό)
- Ειδοποίηση μη αποδοχής κάλυψης ιατρικών εξόδων
- Ειδοποίηση μη αποδοχής αποζημίωσης ιατρικών εξόδων

12.5.7 Οντότητες του Υποσυστήματος

Κατά τη διάρκεια της φάσης του σχεδιασμού της Βάσης Δεδομένων του συστήματος και σύμφωνα με την ανάλυση που προηγήθηκε, αποφασίστηκε, για το συγκεκριμένο Υ/Σ, η δημιουργία των παρακάτω οντοτήτων του πληροφοριακού συστήματος :

- Ιατρικές Πράξεις
- Νόσοι
- Διάγνωση Νοσηλείας
- Προνοσηλευτική έκθεση
- Υπηρεσίες Υγείας
- Τιμοκατάλογος Υπηρεσιών
- Status Περιστατικού
- Έκβαση Νοσηλείας
- Αποδοχή Ζημιάς
- Αιτία απόρριψης
- Χρήστης

12.5.8 Οθόνες του Πληροφοριακού Συστήματος

Καταβλήθηκε προσπάθεια, ώστε οι οθόνες να προσομοιώνουν την διαδικασία εξέλιξης, αλλά και συλλογής και καταγραφής των στοιχείων του περιστατικού. Επίσης, καταβλήθηκε προσπάθεια να ακολουθούν τα έντυπα-υποδείγματα, που προτάθηκαν, έτσι ώστε οι οθόνες και οι καταστάσεις των εφαρμογών που περιέχουν τον ίδιο τύπο/είδος πληροφοριών θα ακολουθούν τα ίδια πρότυπα παρουσίασης των δεδομένων. Οι οθόνες επεξεργασίας δεδομένων και οι εκτυπωτικές καταστάσεις που θα παράγουν οι εφαρμογές θα είναι σχεδιασμένες με βάση ένα κοινό μοντέλο παρουσίασης, εφόσον πρόκειται για ομοειδείς πληροφορίες. Θα εξασφαλίζεται έτσι η καλύτερη δυνατή προσέγγιση της πληροφοριακής μονάδας από τον χρήστη. Οι εντολές που θα απαιτούνται για την επίτευξη συγκεκριμένων ενεργειών στα πλαίσια της εργασίας κάθε χρήστη θα είναι οι ελάχιστα δυνατές, ώστε οι εφαρμογές να είναι εύκολα κατανοητές από νέους χρήστες.

Οι οθόνες για το συγκεκριμένο Υ/Σ προβλέπονται να είναι οι εξής :

- Οθόνη Ιατρικής Έκθεσης Προνοσηλευτικής Εξέτασης
- Οθόνη Κλινικής Εξέτασης Ασφαλισμένου
- Οθόνη Περιστατικού

12.5.9 Διασύνδεση με Υπάρχον Σύστημα

Δεν ανταλλάσσει στοιχεία με το υπάρχον σύστημα, αλλά όλη την αναγκαία πληροφόρηση για την εξυπηρέτηση των λειτουργιών του την αντλεί από τη βάση δεδομένων του “Manage Care”.

12.6 Υποσύστημα “Πρωτόκολλο - Έλεγχος & Εκκαθάριση Περιστατικού”

12.6.1 Σύντομη Περιγραφή του Υποσυστήματος

Με το Υ/Σ αυτό προβλέπονται και υποστηρίζονται όλες οι απαιτούμενες διαδικασίες και ενέργειες, για τον έλεγχο και την εκκαθάριση των περιστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας. Στην ουσία, πρόκειται για το χρονικά και διαδικαστικά τελευταίο τμήμα του συστήματος “*Manage Care*”, αλλά συμμετέχει σε πολύ σημαντικό βαθμό στην επιτυχημένη λειτουργία και ολοκλήρωση του.

12.6.2 Στόχοι και Αναμενόμενα Οφέλη

Οι στόχοι για το συγκεκριμένο υποσύστημα είναι οι ακόλουθοι:

- Σύντομη και αποτελεσματική διαχείριση των παραστατικών της χρήσης υπηρεσιών υγείας των ασφαλισμένων
- Έλεγχος του κόστους των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τους συμφωνηθέντες τιμοκαταλόγους
- Αποτελεσματική διαχείριση των διαδικασιών εκκαθάρισης περιστατικών

Πιο συγκεκριμένα, το παρόν Υ/Σ, εξυπηρετεί την υλοποίηση των παρακάτω επιχειρηματικών σκοπών της ασφαλιστικής εταιρίας, σύμφωνα με τα όσα προδιαγράφηκαν στο Κεφάλαιο 10 της παρούσας έρευνας :

Πίνακας 12.11
Στόχοι του Υ/Σ “ Πρωτόκολλο - Έλεγχος & Εκκαθάριση Περιστατικού ”

		Υ/Σ
	<u>Στόχοι Υ/Σ “Manage Care”</u>	ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ
	<u>Επιχειρηματικοί Σκοποί</u>	
	Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων	
ΕΑ-1	Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων, με την παροχή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, υπηρεσιών και παροχών φροντίδας υγείας	
ΕΑ-2	Εξασφάλιση της προστασίας που παρέχουν τα προγράμματα ασφάλισης υγείας	
ΕΑ-3	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με τους ασφαλισμένους	X
ΕΑ-4	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, φορείς υγείας και συνεργάτες	X
ΕΑ-5	Εξασφάλιση, ότι τα προγράμματα ασφάλισης υγείας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασφαλισμένων	
	Ποιότητα Υπηρεσιών	
ΠΥ-1	Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της έκβασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων	
ΠΥ-2	Βελτίωση της πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας	
ΠΥ-3	Προστασία των ασφαλισμένων από περιττές θεραπευτικές παρεμβάσεις	
	Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων	
ΔΑΠ-1	Πρόβλεψη και Εφαρμογή Πελατοκεντρικών Διαδικασιών	X
ΔΑΠ-2	Προσωπικό διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, με προσόντα υψηλής ποιότητας	X
ΔΑΠ-3	Ένταση των ελέγχων στις διαδικασίες και τις ενέργειες διαχείρισης, προστασίας του περιεχομένου και ασφάλειας των πληροφοριών των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-4	Διατήρηση της εικόνας της εταιρίας, ως συνετού διαχειριστή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-5	Διάχυση της ενημέρωσης στο κοινό, για το περιεχόμενο και τον τρόπο διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	
ΔΑΠ-6	Ανάπτυξη Πληροφοριακών Συστημάτων διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με ταυτόχρονη ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό της τεχνολογικής υποδομής της εταιρίας	X

Τα αναμενόμενα οφέλη του συγκεκριμένου υποσυστήματος είναι τα ακόλουθα:

- Μείωση του όγκου της εσωτερικής και εξωτερικής γραφειοκρατίας για τον έλεγχο και την εκκαθάριση των περιστατικών
- Μείωση του χρόνου εκκαθάρισης των περιστατικών
- Αποτελεσματικότερη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων της εταιρίας

- Αποφυγή λανθασμένου υπολογισμού αποζημιώσεων των ασφαλισμένων
- Ικανοποίηση των ασφαλισμένων
- Βελτίωση του κλίματος συνεργασίας με τους φορείς υγείας
- Δημιουργία βάσης δεδομένων με πολύτιμα στοιχεία σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας και το κόστος τους

12.6.3 Περιγραφή των Λειτουργιών του Υποσυστήματος

Πριν την οποιαδήποτε παραπέρα αναφορά στις διαδικασίες ελέγχου και εκκαθάρισης των εξόδων του περιστατικού, θεωρείται σκόπιμο να εξετάσουμε την έννοια της “αίτησης αποζημίωσης” (στην ασφαλιστική πρακτική “*Claim*”, και όπως θα αναφέρεται στην ενότητα αυτή). Ο κατάλληλος προσδιορισμός της έννοιας του *Claim*, έχει μεγάλη σημασία στην ασφαλιστική επιστήμη, καθώς σχετίζεται με κατηγοριοποιήσεις του κόστους χρήσης των υπηρεσιών υγείας, με τον διαχωρισμό των παρεχομένων υπηρεσιών σε συνεχείς ή διακριτές, με το χρόνο έναρξης και τερματισμού των περιστατικών, κλπ. Υπάρχουν πολλοί ορισμοί που αποδίδονται στην έννοια της αίτησης αποζημίωσης (*Claim*). Δεν υπάρχει “άριστος” ορισμός, αλλά όλα εξαρτώνται από τις επιχειρηματικές συνθήκες και το σύστημα διαχείρισης των *Claims*, που είναι διαθέσιμα στην ασφαλιστική εταιρία. Μια καταγραφή των διαφορετικών ορισμών και κατά συνέπεια των μεθόδων αντιμετώπισης των *Claims*, που χρησιμοποιούνται στην ασφαλιστική πρακτική διεθνώς, παρατίθενται παρακάτω:

- 1) Ως *Claim*, ορίζεται απλώς η αίτηση αποζημίωσης (συνοδευόμενη από το τιμολόγιο του φορέα υγείας), η οποία υποβάλλεται από τον ασφαλισμένο στην ασφαλιστική εταιρία, για πληρωμή.
- 2) Ως *Claim*, ορίζεται ένας φάκελος αποζημίωσης, ο οποίος περιέχει όλα τα στοιχεία, που σχετίζονται με την ίδια ιατρική κατάσταση του ασφαλισμένου. Εδώ, απαιτείται συνήθως η κριτική άποψη του αρμόδιου τμήματος, πότε ο φάκελος αυτός θα κλείσει και σε ποιες περιπτώσεις μπορεί να ανοίξει πάλι.
- 3) Σε ασφαλιστικές εταιρίες με μηχανογραφικά συστήματα, τα *Claims* της νοσοκομειακής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ή της κατ’ οίκον περίθαλψης, θεωρούνται ως συνεχής χρήση υπηρεσιών υγείας. Η ημερομηνία έναρξης της χρήσης των υπηρεσιών θεωρείται η ημερομηνία εισαγωγής στο νοσοκομείο ή το ξεκίνημα της κατ’ οίκον περίθαλψης. Η ημερομηνία εξαγωγής από το νοσοκομείο, ορίζεται και σαν η καταληκτική ημερομηνία της συνεχούς χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Όλες οι χρεώσεις για χρήση υπηρεσιών υγείας/υλικών/κλπ, που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, επιβαρύνουν ένα *Claim*. Επίσης, κάθε διακριτό εξωνοσοκομειακό συμβάν, μετριέται σαν ξεχωριστό *Claim*. Ως ημερομηνία πραγματοποίησης του, θεωρείται η ημερομηνία της επίσκεψης στο ιατρείο, της πραγματοποίησης εργαστηριακής εξέτασης ή της λήψης ιατρικής συμβουλής.

- 4) Τα ενδονοσοκομειακά *Claims*, κατηγοριοποιούνται όπως παραπάνω. Όμως, όλες οι εξωνοσοκομειακές δαπάνες, οι οποίες κατατίθενται συγχρόνως από τον ασφαλισμένο στην ασφαλιστική εταιρία για αποζημίωση, θεωρούνται ως ένα *Claim*. Έτσι, για παράδειγμα εάν ο ασφαλισμένος υποβάλει την ίδια χρονική στιγμή πέντε τιμολόγια εξωνοσοκομειακών φορέων υγείας, (π.χ. τρία για επισκέψεις σε διαφορετικούς ιατρούς και δύο για πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων), αυτά θα θεωρηθούν σαν ένα *Claim*, σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο. Αντίθετα, σύμφωνα με την προηγούμενη μέθοδο (3) αυτά θα θεωρούντο ως πέντε ξεχωριστά *Claims*.
- 5) Χαρακτηριστικό και των παραπάνω τεσσάρων μεθόδων θεώρησης και διαχείρισης των *Claims*, είναι ότι τα αντιμετωπίζουν ως μεμονωμένα μάλλον συμβάντα. Όμως, μια πέμπτη κατηγορία τα αντιμετωπίζει ως “περιστατικά” (*episodes*) και όχι ως “συμβάντα” (*events*) και τα διαχειρίζεται με αυτή τη λογική. Αυτή η αντιμετώπιση προϋποθέτει πλήρως αυτοματοποιημένη διαδικασία παρακολούθησης των περιστατικών. Η καταγραφή του περιστατικού, περιέχει στοιχεία και λεπτομέρειες για κάθε χρήση υπηρεσιών υγείας, αλλά και κάθε αποζημίωση συμβάντος που εντάσσεται στο συγκεκριμένο περιστατικό. Ως *περιστατικό*, ορίζεται, το σύνολο των πληροφοριών που συλλέγονται και καταγράφονται, με το χαρακτηριστικό, ότι σχετίζονται με την ίδια νοσογόνο αιτία χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, ένα περιστατικό μπορεί να ξεκινήσει με μια επίσκεψη στο ιατρείο για εξέταση, να συνεχιστεί με την πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων σε κάποιο διαγνωστικό κέντρο και την εισαγωγή στο νοσοκομείο και να ολοκληρωθεί με μετεγχειρητική αγωγή στο σπίτι. Επίσης, είναι δυνατό, ο ασθενής/ασφαλισμένος να εμφανίζει ανοικτά, περισσότερα από ένα περιστατικά συγχρόνως. Ως χρόνος έναρξης του περιστατικού, ορίζεται η ημερομηνία λήψης φροντίδας υγείας για το συγκεκριμένο περιστατικό. Εφόσον η αιτία έναρξης του επόμενου περιστατικού, παραπέμπει στην ίδια αιτία του προηγούμενου (ανοικτού) περιστατικού, τότε τα περιστατικά αυτά αντιμετωπίζονται ως ένα ενιαίο και διαχειρίζονται με αυτό τον τρόπο. Όταν όμως, η ημερομηνία έναρξης του επόμενου περιστατικού (που οφείλεται στην ίδια με το προηγούμενο γενεσιουργό αιτία) είναι μεταγενέστερη του κλεισίματος του προηγούμενου, τότε λαμβάνεται υπόψη η χρονική απόσταση μεταξύ των δύο περιστατικών. Αυτή η χρονική απόσταση, έχει δημιουργήσει (και συνεχίζει να δημιουργεί) μεγάλες διαφορές μεταξύ ασφαλισμένων και ασφαλιστικών εταιριών, με συχνή κατάληξη σε ένδικα μέσα. Συνηθίζεται, αυτό το χρονικό διάστημα, που πρέπει να μεσολαβεί για να χαρακτηριστούν δύο περιστατικά ως “ανεξάρτητα μεταξύ τους”, να αναφέρεται ρητά στο συμβόλαιο. Σύνηθες χρονικό διάστημα αναφέρεται “45 ημέρες”, αλλά συναντάται και περίπτωση αναφοράς διαστήματος “6 μήνες”. Στο παρόν σύστημα, τα *Claims*, αντιμετωπίζονται κάτω από αυτή τη θεώρηση και διαχειρίζονται και εκκαθαρίζονται με αυτή τη λογική.

Ένα άλλο πρόβλημα, που αντιμετωπίζουν οι ασφαλιστικές εταιρίες, σχετικά με την εκκαθάριση των *Claims*, είναι η λογιστική μεταχείριση των εκκρεμών (ανοικτών) *Claims* στο τέλος της χρήσης. Με δεδομένη την

υποχρέωση των ασφαλιστικών εταιριών να μεταχειρίζονται λογιστικά τις αποζημιώσεις τους για τον προσδιορισμό του αποτελέσματός τους σύμφωνα με την αρχή της αυτοτέλειας της χρήσης, και με αυτονόητη την ύπαρξη στο τέλος της διαχειριστικής χρήσης τους εκκρεμών (ανοικτών) *Claims*, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της εκκαθάρισης και αποζημίωσης των με την έννοια των περιστατικών, πριν αυτά ολοκληρωθούν. Σχετική θεωρείται και η αντίστοιχη υποχρέωση των ασφαλιστικών εταιριών για τον υπολογισμό των αποθεματικών σε ετήσια βάση, που επηρεάζονται από το ύψος των αποζημιώσεων κατά τη διάρκεια της διαχειριστικής χρήσης.

Η πρακτική που ακολουθείται για την επίλυση του προβλήματος στην διεθνή ασφαλιστική αγορά, περιλαμβάνει δύο παραμέτρους :

- 1) Όσον αφορά τον υπολογισμό των αποθεματικών φερεγγυότητας (*solvency reserve*), αλλά και την λογιστική/φορολογική πλευρά του ζητήματος, τα εκκρεμή περιστατικά εκκαθαρίζονται με την πραγματοποίηση μιας ενδεικτικής ανακεφαλαίωσης, λαμβάνοντας υπόψη μόνο τα κόστη που πραγματοποιήθηκαν μέχρι τη στιγμή της λήξης της διαχειριστικής περιόδου. Για τον υπολογισμό των αποθεματικών, δεν λαμβάνονται υπόψη πληρωμές, οι οποίες αναφέρονται σε παροχές φροντίδας υγείας, οι οποίες παρασχέθηκαν μετά τη ημερομηνία λήξης της διαχειριστικής περιόδου.
- 2) Για λόγους υπολογισμού του αποθεματικού ζημιών, προτείνεται το αποθεματικό των εκκρεμών περιστατικών, να συμπεριλαμβάνει το κόστος όλων των εκτιμώμενων μελλοντικών πληρωμών και μετά τη μέρα λήξης της διαχειριστικής περιόδου. Σύμφωνα με αυτή τη λογική, το συνολικό κόστος των εκκρεμών περιστατικών, θα επιβαρύνουν τη διαχειριστική χρήση που εκδηλώθηκαν, αλλά θα αποτελεί μια εκτίμηση του πραγματικού κόστους, το οποίο θα καθοριστεί, στην επόμενη διαχειριστική χρήση.

Η πρακτική που προτάθηκε και ακολουθείται, για το συγκεκριμένο σύστημα, είναι ακριβώς εκείνες που αναφέρονται παραπάνω, και οι οποίες επιβάλλονται και από τη σχετική ασφαλιστική νομοθεσία.

Τέλος, σε συνεχιζόμενες ή επαναλαμβανόμενες ιατρικές καταστάσεις, αλλά κυρίως σε βαριά ιατρικά περιστατικά παρατεταμένης νοσηλείας, οφειλόμενες στο ίδιο αίτιο, ένα περιστατικό, μπορεί να καλύψει και διαφορετικές χρονικές καλύψεις του συμβολαίου. Σε αυτές τις περιπτώσεις αντιμετωπίζεται το πρόβλημα, ποιο συμβόλαιο επιβαρύνει το κόστος νοσηλείας, αυτό που έληξε ή αυτό που ανανεώθηκε; Σχετικά, με αυτό το προβληματισμό, είναι και τα ερωτήματα που μπορεί να θέσει κάποιος, π.χ. εάν υπάρχει η δυνατότητα εξαιτίας αυτής της κατάστασης να απαιτήσει η ασφαλιστική εταιρία επασφάλιστρο κατά την ανανέωση του συμβολαίου, ή να αρνηθεί την ανανέωση του συμβολαίου, ή πως θα υπολογιστεί το *loss-ratio* των συμβολαίων αυτών κλπ. Βέβαια, στην Ελληνική πραγματικότητα, είναι σπάνιες οι περιπτώσεις, όπου οι ασφαλιστικές εταιρίες προβαίνουν ή έχουν τη δυνατότητα να προβούν σε τέτοιου είδους επιλογές. Η αντιμετώπιση του παραπάνω ζητήματος, επιλύεται συνήθως με τη λογική της ένταξης του κόστους στο συμβόλαιο που ίσχυε κατά την έναρξη του περιστατικού. Επειδή η διεύρυνση του φαινομένου αυτού, προβλημάτισε τις ασφαλιστικές εταιρίες στο εξωτερικό, υπάρχει μια αυξανόμενη τάση, για σύναψη ατομικών συμβολαίων ασφάλισης υγείας, με διάρκεια μικρότερη του έτους (π.χ.

μηνιαία), με ταυτόχρονα το δικαίωμα μεταβολής των όρων του προϋπάρχοντος συμβολαίου κατά την ανανέωση.

Η σειρά των ενεργειών, που προβλέπονται για την υποστήριξη των απαιτούμενων διαδικασιών ελέγχου και εκκαθάρισης των περιστατικών στο προτεινόμενο σύστημα “*Manage Care*”, καθώς και τα μέσα υλοποίησής των, έχουν ως εξής :

Όλα τα παραστατικά των φορέων υγείας (Τιμολόγια, αποδείξεις κλπ), που αφορούν χρήση υπηρεσιών υγείας των ασφαλισμένων της εταιρίας, παραδίδονται από τον ασφαλισμένο ή τον ίδιο τον φορέα υγείας στην ασφαλιστική εταιρία και καταχωρούνται μηχανογραφικά σε ειδική οθόνη «Πρωτόκολλο Παραστατικών» και συνδέονται με υπαρκτό περιστατικό. Η σύνδεση με το περιστατικό, πραγματοποιείται μέσω του αριθμού του περιστατικού, ο οποίος δόθηκε κατά την αναγγελία του, και ο οποίος αναφέρεται σε κάθε σχετικό με αυτό παραστατικό. Από το σύστημα, δίνεται επιπλέον η δυνατότητα σύνδεσης με το περιστατικό, μέσω αναζήτησης του ασφαλισμένου, του φορέα υγείας, της ιατρικής πράξης, της ημερομηνίας κ.ά. κριτηρίων. Έτσι, κάθε παραστατικό επιβαρύνει κάποιο περιστατικό, το οποίο είτε ολοκληρώθηκε, είτε βρίσκεται σε εξέλιξη, είτε (σπάνια) έχει κλείσει. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η σύνδεση με περιστατικό (π.χ. γιατί δεν έχει αναγγελθεί), το παραστατικό παραδίδεται στο Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας, για όλες τις απαραίτητες ενέργειες σύνδεσής του με παραστατικό.

Στη συνέχεια, το Τμήμα Αποζημιώσεων παραλαμβάνει τα παραστατικά που αναφέρονται στο συγκεκριμένο παραστατικό, ελέγχει την ποσότητα και το είδος των υπηρεσιών και υλικών που τιμολογήθηκαν, σε σχέση με τις υπηρεσίες και τα υλικά που πιστοποιήθηκε ότι παρασχέθηκαν στον ασφαλισμένο, σύμφωνα με το έντυπο πληροφοριών περιστατικού, που συμπληρώθηκε από τον ιατρό – ελεγκτή, πληροφορίες οι οποίες ήδη έχουν καταχωρηθεί στο “*Manage Care*” και ανευρίσκονται στην καρτέλα του συγκεκριμένου περιστατικού . Εφόσον υπάρξει αντιστοιχία, πραγματοποιείται έλεγχος της τιμολόγησης των υπηρεσιών και υλικών, σύμφωνα με τον τιμοκατάλογο που ισχύει από την σύμβαση με τον φορέα υγείας. Για οποιαδήποτε ασυμφωνία, πραγματοποιείται επικοινωνία με τον φορέα υγείας και τον ιατρό – ελεγκτή της εταιρίας για διευθέτηση του προβλήματος.

Το Τμήμα Αποζημιώσεων, πρέπει να γνωρίζει πότε “κλείνει” ένα περιστατικό, προκειμένου να προχωρήσει στη διαδικασία υπολογισμού της αποζημίωσης και εκκαθάρισής του. Η εντολή για το κλείσιμο του περιστατικού δίνεται από Ιατρό – Προϊστάμενο της εταιρίας, μετά από έλεγχο του φακέλου του ασφαλισμένου και ανταλλαγή απόψεων με τον ιατρό – ελεγκτή της εταιρίας και τον φορέα υγείας. Το περιστατικό συνήθως κλείνει, όταν η έκβαση της νοσηλείας είναι επιτυχής, χωρίς επιπλοκές και δεν απαιτείται συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή μετά την έξοδο του ασφαλισμένου από το Νοσοκομείο, ή όταν πρόκειται για μια αυτοτελή, ανεξάρτητη διαγνωστική ή ιατρική εξέταση, χωρίς ευρήματα ή παραπαιεμπτικό.

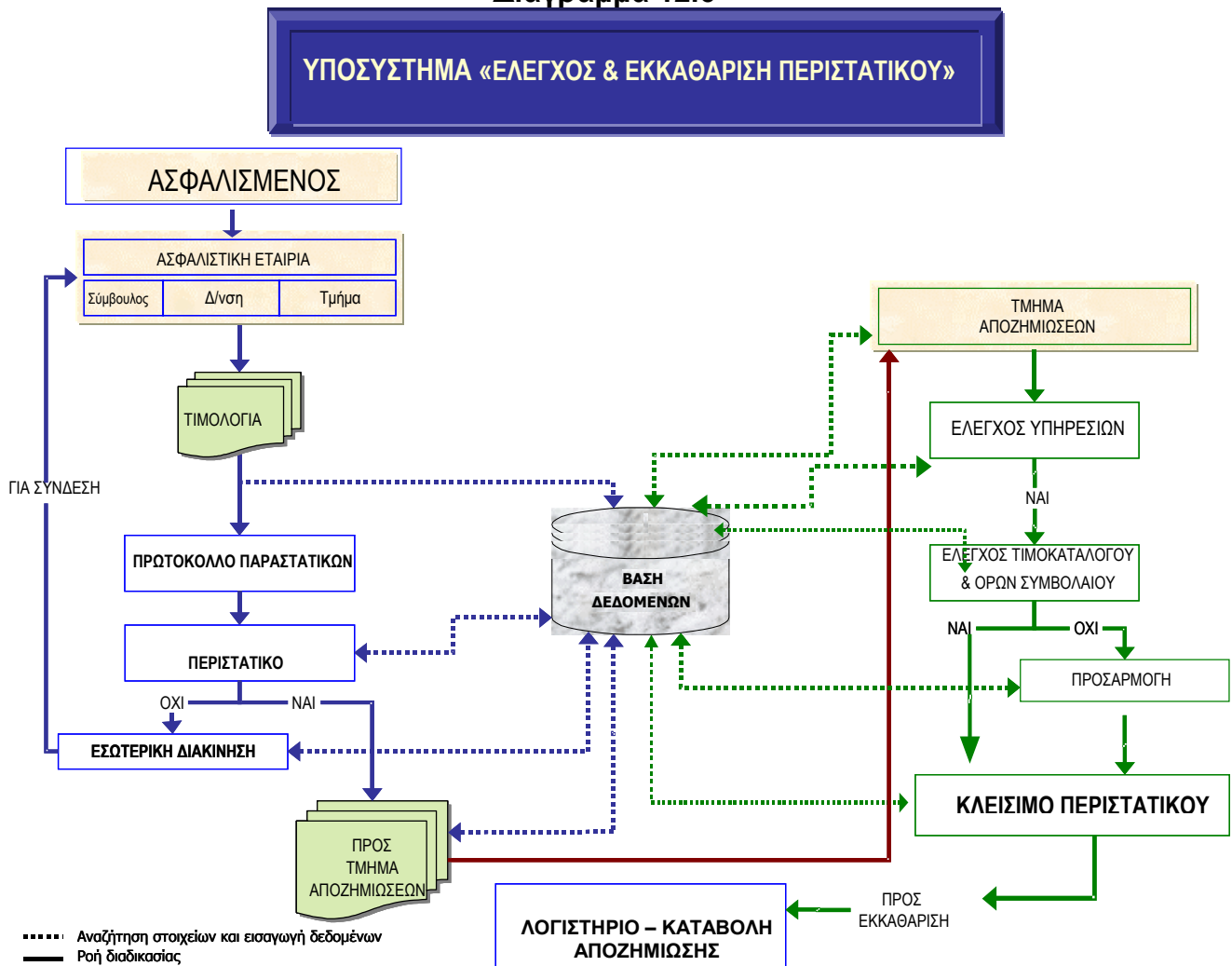
Στη συνέχεια, το Τμήμα Αποζημιώσεων ανατρέχει στην ηλεκτρονική καρτέλα του Ασφαλισμένου, εμφανίζει τους όρους του συμβολαίου και με βάση αυτούς προσδιορίζει το ποσό της αποζημίωσης προς τον ασφαλισμένο. Έτσι, μετά και από τον τελικό έλεγχο, εκκαθαρίζεται (“κλείνει”) το περιστατικό και αναλαμβάνει η Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών και συγκεκριμένα το Λογιστήριο, την έκδοση της επιταγής αποζημίωσης του ασφαλισμένου, ή του

φορέα υγείας, ανάλογα την περίπτωση. Για κάθε υπηρεσία ή υλικό ή επίδομα, για το οποίο η εταιρία αρνήθηκε την καταβολή αποζημίωσης, δίδεται η δυνατότητα στον ασφαλισμένο να πληροφορηθεί τους λόγους υποβάλλοντας την «Αίτηση Επανελέγχου Εκκαθάρισης Περιστατικού». Σε περίπτωση, που διαπιστώνεται ότι δικαίως ο ασφαλισμένος διεκδικεί αυξημένη αποζημίωση, το περιστατικό εκκαθαρίζεται από την αρχή και καταβάλλεται η αποζημίωση στον ασφαλισμένο.

Δεν αποκλείεται και η περίπτωση, παραστατικό να επιβαρύνει περιστατικό το οποίο έχει εκκαθαριστεί, επειδή η χρήση υπηρεσιών υγείας πραγματοποιήθηκε λόγω της ίδιας νοσογόνου αιτίας και σε χρονικό διάστημα μικρότερο από εκείνο που προβλέπεται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο για διακριτά περιστατικά. Σε αυτή την περίπτωση, το περιστατικό εκκαθαρίζεται συνολικά εξ αρχής, το δε τελευταίο παραστατικό συνυπολογίζεται για την τελική δικαιούμενη αποζημίωση μαζί με τα υπόλοιπα, αφού αφαιρεθεί το ποσό της καταβληθείσας αποζημίωσης.

12.6.4 Διάγραμμα Ροής Εργασιών (Work- flow)

Διάγραμμα 12.6



12.6.5 Εμπλεκόμενοι Ρόλοι και Αρμοδιότητες

Πίνακας 12.12
Εμπλεκόμενοι-Ρόλοι και αρμοδιότητες

Στάδιο	Εμπλεκόμενοι	Ρόλος	Αρμοδιότητα
Έλεγχος – Εκκαθάριση Περιστατικού	Ασφαλιζόμενος		Κατάθεση Παραστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας, αποδοχή ποσού αποζημίωσης, υποβολή αίτησης επανεξέτασης εκκαθάρισης περιστατικού, παραλαβή επιταγής Παραλαβή παραστατικών, σύνδεση με περιστατικό, έλεγχος υπηρεσιών, έλεγχος τιμοκατολόγου, έλεγχος όρων συμβολαίου, κλείσιμο περιστατικού, προσαρμογή – υπολογισμός ποσού αποζημίωσης, εκκαθάριση - επανεκκαθάριση περιστατικού, παραλαβή – παράδοση επιταγής
	Δ/ση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας • Τμήμα Αποζημιώσεων • Ιατρός Προϊστάμενος εταιρίας • Ιατρός Ελεγκτής 	Κατάθεση Παραστατικών, σύνδεση με περιστατικό, έλεγχος υπηρεσιών, έλεγχος τιμοκατολόγου, έλεγχος όρων συμβολαίου, κλείσιμο περιστατικού, προσαρμογή – υπολογισμός ποσού αποζημίωσης, εκκαθάριση - επανεκκαθάριση περιστατικού, παραλαβή – παράδοση επιταγής
	Δ/ση Οικονομικών Υπηρεσιών	<ul style="list-style-type: none"> • Λογιστήριο 	Κατάθεση Παραστατικών, σύνδεση με περιστατικό, έλεγχος υπηρεσιών, έλεγχος τιμοκατολόγου, έλεγχος όρων συμβολαίου, κλείσιμο περιστατικού, προσαρμογή – υπολογισμός ποσού αποζημίωσης, εκκαθάριση - επανεκκαθάριση περιστατικού, παραλαβή – παράδοση επιταγής
	Δ/ση Νομικών Υπηρεσιών	<ul style="list-style-type: none"> • Τμήμα Δικαστικό 	Κατάθεση Παραστατικών, σύνδεση με περιστατικό, έλεγχος υπηρεσιών, έλεγχος τιμοκατολόγου, έλεγχος όρων συμβολαίου, κλείσιμο περιστατικού, προσαρμογή – υπολογισμός ποσού αποζημίωσης, εκκαθάριση - επανεκκαθάριση περιστατικού, παραλαβή – παράδοση επιταγής

Συνεργαζόμενοι
φορείς υγείας

Δ/νση
Πληροφορικής

- Τμήμα Διαχείρισης Βάσης Δεδομένων
- Τμήμα Διαχείρισης Συστήματος

ερμηνείας όρων των ασφαλιστηρίων συμβολαίων, νομική εκπροσώπηση σε περιπτώσεις δικαστικής διαμάχης με ασφαλισμένους ή φορείς υγείας Αποστολή παραστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας, επίλυση διαφορών – ασυμφωνιών χρέωσης, αποστολή τιμοκαταλόγων Συντήρηση-εμπλουτισμός βάσης, δημιουργία ερωτημάτων

12.6.6 Βασικά Έντυπα

Για την εξυπηρέτηση των αναγκών του Υ/Σ και την αποτελεσματική λειτουργία όλου του συστήματος “*Manage Care*”, σχεδιάστηκαν νέα έντυπα. Προκειμένου να είναι δυνατή η υποστήριξη των αναγκαίων διαδικασιών και η συλλογή όλων των απαραίτητων δεδομένων της διαδικασίας εκκαθάρισης του περιστατικού, προτάθηκε η χρήση των παρακάτω εντύπων – εγγράφων (πλήρη απεικόνισή τους εμφανίζεται στο Παράρτημα IV) :

- Πρωτόκολλο Παραστατικών
- Επισκόπηση Περιστατικού
- Αίτηση Επανελέγχου Εκκαθάρισης Περιστατικού (Έξοδα Νοσηλείας)
- Αίτηση Επανελέγχου Εκκαθάρισης Περιστατικού (Επίδομα Νοσηλείας)

12.6.7 Οντότητες του Υποσυστήματος

Κατά τη διάρκεια της φάσης του σχεδιασμού της Βάσης Δεδομένων του συστήματος και σύμφωνα με την ανάλυση που προηγήθηκε, αποφασίστηκε, για το συγκεκριμένο Υ/Σ, η δημιουργία των παρακάτω οντοτήτων του πληροφοριακού συστήματος :

- Αιτηθείσα Αποζημίωση
- Εκκαθαρισθείσα Αποζημίωση
- Αποδοχή Ζημιάς
- Αιτία απόρριψης
- Χρήστης

12.6.8 Οθόνες του Πληροφοριακού Συστήματος

Καταβλήθηκε προσπάθεια, ώστε οι οθόνες να προσομοιώνουν την διαδικασία εξέλιξης, αλλά και συλλογής και καταγραφής των στοιχείων εκκαθάρισης του περιστατικού. Επίσης, καταβλήθηκε προσπάθεια να ακολουθούν τα έντυπα-υποδείγματα, που προτάθηκαν, έτσι ώστε οι οθόνες και οι καταστάσεις των εφαρμογών που περιέχουν τον ίδιο τύπο/είδος πληροφοριών θα ακολουθούν τα ίδια πρότυπα παρουσίασης των δεδομένων. Οι οθόνες επεξεργασίας δεδομένων και οι εκτυπωτικές καταστάσεις που θα παράγουν οι εφαρμογές θα είναι σχεδιασμένες με βάση ένα κοινό μοντέλο παρουσίασης, εφόσον πρόκειται για ομοειδείς πληροφορίες. Θα εξασφαλίζεται έτσι η καλύτερη δυνατή προσέγγιση της πληροφοριακής μονάδας από τον χρήστη. Οι εντολές που θα απαιτούνται για την επίτευξη συγκεκριμένων ενεργειών στα πλαίσια της εργασίας κάθε χρήστη θα είναι οι ελάχιστα δυνατές, ώστε οι εφαρμογές να είναι εύκολα κατανοητές από νέους χρήστες.

Οι οθόνες για το συγκεκριμένο Υ/Σ προβλέπονται να είναι οι εξής :

- Οθόνη Πρωτοκόλλου Παραστατικών
- Οθόνη Επισκόπησης Περιστατικού

12.6.9 Διασύνδεση με Υπάρχον Σύστημα

Δεν ανταλλάσσει στοιχεία με το υπάρχον σύστημα, αλλά όλη την αναγκαία πληροφόρηση για την εξυπηρέτηση των λειτουργιών του την αντλεί από τη βάση δεδομένων του “*Manage Care*”. Δίνεται η δυνατότητα από το σύστημα, εξαγωγής και σε αρχείο, της κατάστασης της εκκαθάρισης των περιστατικών, που είναι δυναμικά εκμεταλλεύσιμο από Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών.

12.7 Υποσύστημα “Ασφαλιστικός Ιατρικός Φάκελος”

12.7.1 Σύντομη Περιγραφή του Υποσυστήματος

Το υποσύστημα αυτό καλύπτει τη διαχείριση της πληροφορίας, η οποία δημιουργείται από την επαφή του ασφαλισμένου με τους φορείς υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, συγκεντρώνει και καταγράφει επιδημιολογικά και άλλα χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου, καθώς και στοιχεία ιατρικού ιστορικού. Σημειώνεται, ότι σε σχέση με τη διαχείριση των δεδομένων του ασφαλιστικού ιατρικού φακέλου έχουν προβλεφθεί τα απαραίτητα επίπεδα πρόσβασης.

12.7.2 Στόχοι και Αναμενόμενα Οφέλη

Οι στόχοι για το συγκεκριμένο υποσύστημα είναι οι ακόλουθοι:

- Τήρηση ηλεκτρονικών ιατρικών δεδομένων και δυνατότητα επικοινωνίας της πληροφορίας σε κάθε «επιχειρησιακό κόμβο» εντός της εταιρίας.
- Παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας
- Παρακολούθηση και έλεγχο της παροχής υπηρεσιών υγείας
- Έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας

Πιο συγκεκριμένα, το παρόν Υ/Σ, εξυπηρετεί την υλοποίηση των παρακάτω επιχειρηματικών σκοπών της ασφαλιστικής εταιρίας, σύμφωνα με τα όσα προδιαγράφηκαν στο Κεφάλαιο 10 της παρούσας έρευνας :

Πίνακας 12.13
Στόχοι του Υ/Σ “ Ασφαλιστικός Ιατρικός Φάκελος ”

		Υ/Σ
	<u>Στόχοι Υ/Σ “Manage Care”</u>	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ
	<u>Επιχειρηματικοί Σκοποί</u>	
	Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων	
ΕΑ-1	Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων, με την παροχή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, υπηρεσιών και παροχών φροντίδας υγείας	X
ΕΑ-2	Εξασφάλιση της προστασίας που παρέχουν τα προγράμματα ασφάλισης υγείας	X
ΕΑ-3	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με τους ασφαλισμένους	X
ΕΑ-4	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, φορείς υγείας και συνεργάτες	X
ΕΑ-5	Εξασφάλιση, ότι τα προγράμματα ασφάλισης υγείας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασφαλισμένων	X
	Ποιότητα Υπηρεσιών	
ΠΥ-1	Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της έκβασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων	X
ΠΥ-2	Βελτίωση της πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας	X
ΠΥ-3	Προστασία των ασφαλισμένων από περιττές θεραπευτικές παρεμβάσεις	X
	Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων	
ΔΑΠ-1	Πρόβλεψη και Εφαρμογή Πελατοκεντρικών Διαδικασιών	X
ΔΑΠ-2	Προσωπικό διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, με προσόντα υψηλής ποιότητας	X
ΔΑΠ-3	Ένταση των ελέγχων στις διαδικασίες και τις ενέργειες διαχείρισης, προστασίας του περιεχομένου και ασφάλειας των πληροφοριών των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-4	Διατήρηση της εικόνας της εταιρίας, ως συνετού διαχειριστή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-5	Διάχυση της ενημέρωσης στο κοινό, για το περιεχόμενο και τον τρόπο διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-6	Ανάπτυξη Πληροφοριακών Συστημάτων διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με ταυτόχρονη ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό της τεχνολογικής υποδομής της εταιρίας	X

Τα αναμενόμενα οφέλη του συγκεκριμένου υποσυστήματος είναι τα ακόλουθα:

- Αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Τήρηση ιατρικών στοιχείων του ασφαλισμένου
- Σύνδεση των περιστατικών με τον ασφαλισμένο και τον ασφαλιστικό ιατρικό του φάκελο
- Τήρηση επιδημιολογικών δεδομένων

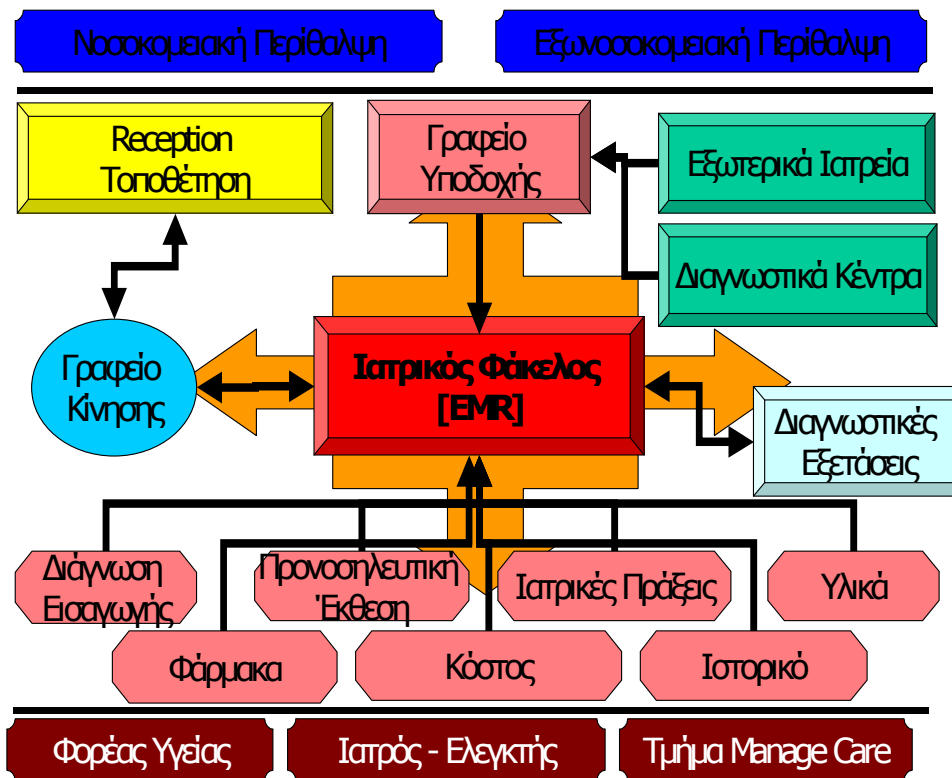
- Παρακολούθηση των υπηρεσιών που παρέχονται από συνεργαζόμενους και άλλους φορείς υγείας
- Έλεγχος των ιατρικών πράξεων
- Βελτίωση της παραγωγικότητας του ιατρικού προσωπικού της εταιρίας
- Μείωση του χρόνου νοσηλείας, δεδομένου ότι ο φορέας υγείας έχει στην διάθεσή του πληροφορίες για το ιστορικό του ασθενή, τις εξετάσεις που υλοποιήθηκαν τους τελευταίους μήνες, τα φάρμακα που λαμβάνει κλπ.
- Μείωση του αριθμού των μη αναγκαίων ιατρικών εξετάσεων και ιατρικών «σφαλμάτων»
- Άμεση και αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των ιατρών της εταιρίας και του φορέα υγείας

12.7.3 Περιγραφή των Λειτουργιών του Υποσυστήματος

Το Υ/Σ του Ασφαλιστικού Ιατρικού Φακέλου, παρόλο που μπορεί να λειτουργήσει και σαν ξεχωριστή μηχανογραφική εφαρμογή, προϋποθέτει την δυνατότητα ενημέρωσής του, με όλα εκείνα τα στοιχεία, τα οποία είναι απαραίτητα, προκειμένου να παρέχει την πληροφορία που απαιτείται από το σύστημα “*Manage Care*”. Αυτό σημαίνει, ότι λειτουργώντας στα πλαίσια του προτεινόμενου πληροφοριακού συστήματος, στο συγκεκριμένο Υ/Σ δεν καταχωρείται απευθείας καμία πληροφορία (αν και παρέχεται και η δυνατότητα αυτή), αλλά απλώς παρουσιάζεται από πολλές απόψεις, όλη η ιατρικής φύσεως πληροφορία που έχει συλλεχθεί και καταχωρηθεί μηχανογραφικά στο σύστημα, στα διάφορα στάδια λειτουργίας του “*Manage Care*”. Έτσι, όλη η πληροφόρηση, σχετικά με προσωπικά, επιδημιολογικά και άλλα στοιχεία που συλλέχθηκαν και καταχωρήθηκαν στο σύστημα κατά την διαδικασία έναρξης της ασφάλισης, στοιχεία από την αναγγελία έναρξης περιστατικού, στοιχεία από την παροχή ιατρικής βοήθειας, όλα τα δεδομένα που καταγράφηκαν κατά τη διάρκεια παρακολούθησης της εξέλιξης του περιστατικού, αλλά και στοιχεία οικονομικά της εκκαθάρισής του, εμφανίζονται στον ασφαλιστικό ιατρικό φάκελο. Η δομή του ασφαλιστικού ιατρικού φακέλου εμφανίζεται στο διάγραμμα 12.7.

Η σημαντική συμβολή του, έγκειται στο ότι δίνεται η δυνατότητα εμφάνισης του τεράστιου αυτού όγκου πληροφορίας, κάτω από διαφορετικές όψεις της. Έτσι, είναι δυνατή η παρουσίαση κατά χρονολογική σειρά των περιστατικών του ασφαλισμένου, ή κατά φορέα υγείας, ή κατά νόσο ή κατά θεραπευτική αγωγή, ή κατά κόστος υπηρεσιών κλπ. Επίσης, με αυτό τον τρόπο ελέγχεται η διαδοχή των περιστατικών, οι θεραπευτικές αγωγές και υποστηρίζεται σημαντικά το έργο των φορέων υγείας στη διάγνωση και τις ιατρικές πράξεις. Βέβαια, δεν εξασφαλίζεται η πλήρης καταγραφή του ιατρικού ιστορικού κάθε ασφαλισμένου, καθώς είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί χρήση υπηρεσιών υγείας, χωρίς την ενημέρωση της ασφαλιστικής εταιρίας και αίτηση αποζημίωσης για αυτή.

Διάγραμμα 12.7

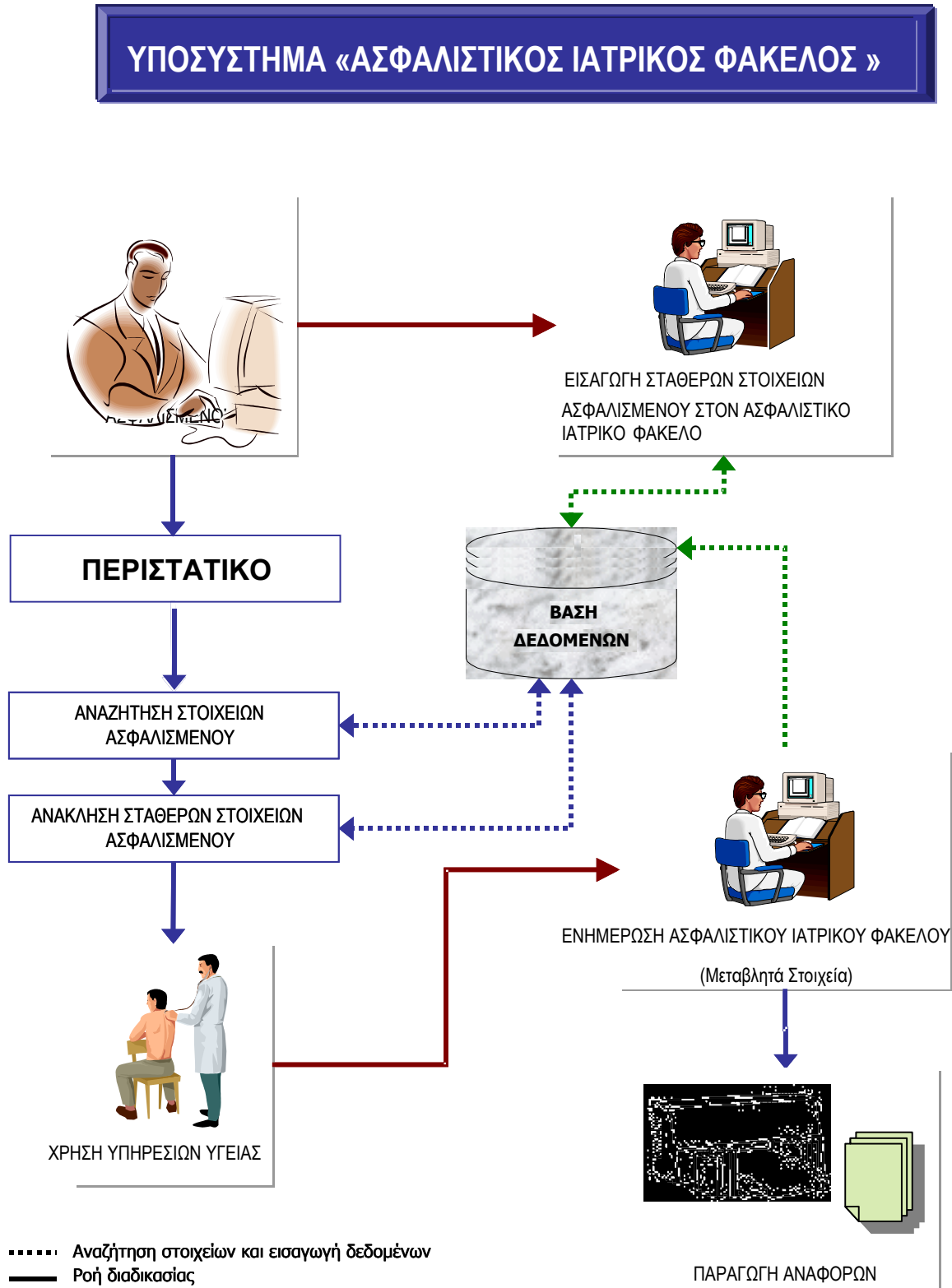


Παρόλα αυτά, υπάρχει η δυνατότητα από το σύστημα κάθε ασφαλισμένος να ενημερώνει την ασφαλιστική εταιρία οποιαδήποτε στιγμή για θέματα που αφορούν τον ιατρικό του φάκελο.

Ο ασφαλιστικός ιατρικός φάκελος αποτελεί ανεκτίμητο υποστηρικτικό εργαλείο του Τμήματος “*Manage Care*” και του Τμήματος Αποζημιώσεων. Ο ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα και το δικαίωμα ενημέρωσης για τα στοιχεία του ιατρικού φακέλου που τηρεί η εταιρία, καθώς και για τρόπο επεξεργασίας, αξιοποίησης και διαφύλαξης του απορρήτου των. Το σύστημα “*Manage Care*”, προβλέπει διαδικασίες ασφάλισης τόσο της ακεραιότητας, όσο και της προστασίας του απορρήτου του περιεχομένου, όπως αυτές περιγράφονται αναλυτικότερα στο Κεφάλαιο 14.

12.7.4 Διάγραμμα Ροής Εργασιών (Work-flow)

Διάγραμμα 12.8



12.7.5 Εμπλεκόμενοι Ρόλοι και Αρμοδιότητες

Όλες οι Διευθύνσεις και τα Τμήματα της εταιρίας, τα οποία έχουν συμμετέχει στη διαδικασία συλλογής και καταχώρησης των δεδομένων του ασφαλισμένου και του περιστατικού, όπως αυτά παρουσιάστηκαν στα προηγούμενα Υ/Σ, εμπλέκονται στην δημιουργία του ασφαλιστικού ιατρικού φακέλου. Οι χρήστες, που έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στα δεδομένα του Υ/Σ, είναι αυστηρά επιλεγμένα και εξουσιοδοτημένα γι' αυτό άτομα του προσωπικού της εταιρίας, με εξειδικευμένες γνώσεις και με διαφορετικά επίπεδα πρόσβασης στα περιεχόμενά του. Εννοείται, ότι εφόσον το επιθυμεί ο ασφαλισμένος με ρητή του εντολή και αποδοχή, πρόσβαση μπορεί να έχουν και τρίτα πρόσωπα ή και το ιατρικό προσωπικό φορέων υγείας.

12.7.6 Βασικά Έντυπα

Δεν προβλέπεται η χρησιμοποίηση κάποιων εντύπων – εγγράφων, για την εξυπηρέτηση των λειτουργιών του συγκεκριμένου συστήματος.

12.7.7 Οντότητες του Υποσυστήματος

Δεν δημιουργήθηκαν νέες οντότητες στη βάση δεδομένων του συστήματος, για την υποστήριξη της λειτουργίας του, καθώς όλα τα στοιχεία τα αντλεί από την υπάρχουσα δομή της.

12.7.8 Οθόνες του Πληροφοριακού Συστήματος

Καταβλήθηκε προσπάθεια, ώστε η οθόνη του ιατρικού φακέλου να προσομοιώνουν την διαδικασία εξέλιξης, αλλά και συλλογής και καταγραφής των στοιχείων του. Οι εντολές που θα απαιτούνται για την επίτευξη συγκεκριμένων ενεργειών στα πλαίσια της εργασίας κάθε χρήστη θα είναι οι ελάχιστα δυνατές, ώστε οι εφαρμογές να είναι εύκολα κατανοητές από νέους χρήστες.

Οι οθόνες για το συγκεκριμένο Υ/Σ προβλέπονται να είναι οι εξής :

- Οθόνη Ασφαλιστικού Ιατρικού Φακέλου

12.7.9 Διασύνδεση με Υπάρχον Σύστημα

Δεν ανταλλάσσει στοιχεία με το υπάρχον σύστημα, αλλά όλη την αναγκαία πληροφόρηση για την εξυπηρέτηση των λειτουργιών του την αντλεί από τη βάση δεδομένων του “*Manage Care*”.

12.8 Υποσύστημα “Στατιστικά - Αναφορές & Στήριξη Αποφάσεων”

12.8.1 Σύντομη Περιγραφή του Υποσυστήματος

Το υποσύστημα αυτό, παρέχει τη δυνατότητα εκμετάλλευσης των δεδομένων του συστήματος, όπως αυτά έχουν καταχωρηθεί μέσα από τα επτά παραπάνω Υ/Σ, για τη δημιουργία όλων των αναγκαίων αναφορών και τη λειτουργία και την υποστήριξη των διαδικασιών του συστήματος “*Manage Care*”, καθώς επίσης και τη δυνατότητα επεξεργασίας δεδομένων με τα κατάλληλα στατιστικά ή/ και μαθηματικά μοντέλα και δυνατότητα σύνθεσης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων, ώστε η παραγόμενη και παρεχόμενη πληροφορία να μπορεί να εξάγει γνώση.

12.8.2 Στόχοι και Αναμενόμενα Οφέλη

Οι στόχοι για το συγκεκριμένο υποσύστημα είναι οι ακόλουθοι:

- Τήρηση των δεδομένων σε ηλεκτρονική μορφή και δυνατότητα επικοινωνίας της πληροφορίας σε κάθε «επιχειρησιακό κόμβο» εντός της εταιρίας.
- Μετασχηματισμός των δεδομένων αρχικά σε πληροφορία και τελικά σε γνώση
- Υποστήριξη των λειτουργιών και διαδικασιών του συστήματος
- Έλεγχος και προσαρμογή της λειτουργίας του συστήματος “*Manage Care*”
- Εξασφάλιση της βιωσιμότητας των προγραμμάτων ασφαλίσεων υγείας
- Εξασφάλιση της οικονομικής σταθερότητας της εταιρίας

Πιο συγκεκριμένα, το παρόν Υ/Σ, εξυπηρετεί την υλοποίηση των παρακάτω επιχειρηματικών σκοπών της ασφαλιστικής εταιρίας, σύμφωνα με τα όσα προδιαγράφηκαν στο Κεφάλαιο 10 της παρούσας έρευνας :

Πίνακας 12.15
Στόχοι του Υ/Σ “ Στατιστικά - Αναφορές & Στήριξη Αποφάσεων ”

		Υ/Σ
	<u>Στόχοι Υ/Σ “Manage Care”</u>	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ – ΑΝΑΦΟΡΕΣ & ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
	<u>Επιχειρηματικοί Σκοποί</u>	
	Εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων	
ΕΑ-1	Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων, με την παροχή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, υπηρεσιών και παροχών φροντίδας υγείας	
ΕΑ-2	Εξασφάλιση της προστασίας που παρέχουν τα προγράμματα ασφάλισης υγείας	X
ΕΑ-3	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με τους ασφαλισμένους	
ΕΑ-4	Αύξηση της χρησιμότητας της επικοινωνίας με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, φορείς υγείας και συνεργάτες	
ΕΑ-5	Εξασφάλιση, ότι τα προγράμματα ασφάλισης υγείας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασφαλισμένων	
	Ποιότητα Υπηρεσιών	
ΠΥ-1	Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της έκβασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων	
ΠΥ-2	Βελτίωση της πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας	
ΠΥ-3	Προστασία των ασφαλισμένων από περιττές θεραπευτικές παρεμβάσεις	
	Διαχείριση Ασφαλιστικών Προγραμμάτων	
ΔΑΠ-1	Πρόβλεψη και Εφαρμογή Πελατοκεντρικών Διαδικασιών	X
ΔΑΠ-2	Προσωπικό διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας, με προσόντα υψηλής ποιότητας	X
ΔΑΠ-3	Ένταση των ελέγχων στις διαδικασίες και τις ενέργειες διαχείρισης, προστασίας του περιεχομένου και ασφάλειας των πληροφοριών των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-4	Διατήρηση της εικόνας της εταιρίας, ως συνετού διαχειριστή προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-5	Διάχυση της ενημέρωσης στο κοινό, για το περιεχόμενο και τον τρόπο διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας	X
ΔΑΠ-6	Ανάπτυξη Πληροφοριακών Συστημάτων διαχείρισης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με ταυτόχρονη ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό της τεχνολογικής υποδομής της εταιρίας	X

Ενδεικτικά, τα αναμενόμενα οφέλη του συγκεκριμένου υποσυστήματος είναι τα ακόλουθα:

- Μείωση του όγκου της εσωτερικής και εξωτερικής γραφειοκρατίας
- Άμεση πρόσβαση στην πληροφορία
- Αποτελεσματικότερη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων της εταιρίας
- Άμεση εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων
- Αποτελεσματικότερη διαχείριση του συστήματος

- Δημιουργία βελτιωμένων προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
- Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας

12.8.3 Περιγραφή των Λειτουργιών του Υποσυστήματος

Το Υ/Σ “ Στατιστικά - Αναφορές & Στήριξη Αποφάσεων ” θα υποστηρίζει γενικά τα εξής:

- Δυνατότητα δημιουργίας και συντήρησης αποθήκης δεδομένων (Data Warehouse)
- Δυνατότητα έκδοσης των απαιτούμενων εντύπων και αναφορών για την κάλυψη των ενεργειών και λειτουργιών όλων των Υ/Σ
- Δυνατότητα έκδοσης των απαιτούμενων από τη διοίκηση στατιστικών στοιχείων
- Δυνατότητα επεξεργασίας δεδομένων με τα κατάλληλα στατιστικά ή/ και μαθηματικά μοντέλα και δυνατότητα σύνθεσης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων ώστε η παραγόμενη και παρεχόμενη πληροφορία να μπορεί να εξάγει γνώση
- Δυνατότητα δημιουργίας και διαχείρισης αναφορών, οι οποίες θα εξετάζουν μεγέθη και χαρακτηριστικά, τα οποία θα ορίζονται από τους χρήστες. Οι αναφορές αυτές θα πρέπει να δίνουν τη κατάλληλη πληροφόρηση για την υποστήριξη στρατηγικών αποφάσεων
- Δυνατότητα καθορισμού δεικτών απόδοσης και συμπεριφοράς (πχ κόστος, Loss-ratio, Μέσος χρόνος νοσηλείας, κλπ) ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση και συσχέτιση με άλλους υπάρχοντες δείκτες ή και διαχρονικά.

Επιπλέον, το συγκεκριμένο υποστηρικτικό εργαλείο θα πρέπει να παρέχει τις παρακάτω δυνατότητες:

Ποιοτικός Έλεγχος

- Έλεγχος ορθότητας και πληρότητας των δεδομένων που εισάγονται στο σύστημα “*Manage Care*”
- Έλεγχος της εκκαθάρισης των περιστατικών

Έλεγχος Αποδοτικότητας

- Επεξεργασία και ανάλυση επιδημιολογικών δεδομένων των ασφαλισμένων
- Αποδοτικότητα Ασφαλιστικών Προγραμμάτων
- Αποδοτικότητα Συμβολαίων Ασφάλισης Υγείας
- Οικονομική Αποδοτικότητα (ενδεικτικά: κόστος ανά Περιστατικό, Παραγωγικότητα Υποκαταστημάτων, Ομαδαρχών και Ασφαλιστικών Συμβούλων)

- Διοικητική Αποδοτικότητα (ενδεικτικά: βαθμός απλούστευσης διαδικασιών, χρόνος ολοκλήρωσης τηλεφωνικής επικοινωνίας, χρόνος διεκπεραίωσης των αιτημάτων αποζημίωσης)

Στρατηγικός Προγραμματισμός

- Δυνατότητα ελέγχου των αναγκών σε επίπεδο Τμήματος, Υποκαταστήματος ή άλλης οργανωτικής μονάδας και προγραμματισμού των ανθρώπινων πόρων
- Δυνατότητα δημιουργίας νέων ασφαλιστικών προγραμμάτων, μέσω της ανάλυσης της συμπεριφοράς των υπαρχόντων
- Δυνατότητα εξατομίκευσης των ασφαλιστρών, μέσω της εκτίμησης του αναλαμβανόμενου κινδύνου σε ατομικό επίπεδο
- Δυνατότητα επεξεργασίας και ελέγχου της κατανομής των ασφαλισμένων, με βάση χωροταξικά και άλλα κριτήρια
- Δυνατότητα επεξεργασίας και ελέγχου της ορθολογικής κατανομής των συνεργαζόμενων φορέων υγείας
- Δυνατότητα προσαρμογής των όρων των συμβολαίων, σχετικά με παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (ενδεικτικά: παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα μιας ομάδας ασφαλισμένων ή περιφέρειας / περιοχής)

Σημειώνεται ότι για τις πληροφορίες που δημιουργούνται ή διακινούνται στο κάθε ένα από τα προαναφερθέντα επτά υποσυστήματα, θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα να ενοποποιούνται και να αποθηκεύονται σε μια ενιαία Βάση Δεδομένων με τέτοιο τρόπο (*Data Warehouse*) ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά και αξιόπιστα για τη λήψη κρίσιμων ή λιγότερο κρίσιμων, στρατηγικών αποφάσεων από την Διοίκηση.

Οι περισσότερες λειτουργίες του Υ/Σ, υποστηρίζουν την on-line πρόσβαση στη βάση του συστήματος “Manage Care” σε δεδομένα πραγματικού χρόνου (*real-time*). Αυτές οι λειτουργίες κυρίως αφορούν εκτύπωση εντύπων και αναφορών του συστήματος, τακτικές στατιστικές αναφορές ή κατά περίπτωση πρόσβαση στον ασφαλιστικό ή ιατρικό φάκελο ασφαλισμένου.

Οι εξειδικευμένες αναφορές, οι οποίες σε επόμενο στάδιο παράγονται από επεξεργασμένη ή τυποποιημένη πληροφορία, απευθύνονται σε ανώτερα στελέχη και στην Διοίκηση της εταιρίας, και αφορούν πληροφορίες στρατηγικής φύσεως.

Και στις δύο περιπτώσεις, έχουν προβλεφθεί διαφορετικά επίπεδα ασφαλείας και δικαιώματα πρόσβασης στην παραγόμενη πληροφόρηση.

Παρακάτω, αναφέρονται ενδεικτικά οι αναφορές και οι στατιστικές εκτυπώσεις του συστήματος. Νέες αναφορές είναι δυνατόν να δημιουργούνται από τον ίδιο τον χρήστη ή on demand από την Διεύθυνση Πληροφορικής της εταιρίας. Δείγματα μερικών εκτυπώσεων εμφανίζονται στο Παράρτημα V.

Εκτυπώσεις Στοιχείων Ασφαλισμένων

α) εκτυπώσεις αναλυτικών στοιχείων (πλήρη στοιχεία), με περιορισμούς και ομαδοποιήσεις/συγκεντρώσεις κατά :

- ημ/νία (από έναρξη ασφάλισης)
- ασφαλισμένο
- φύλο
- οικογενειακή κατάσταση
- ομάδα ηλικιών
- περιοχή κατοικίας
- κατηγορία επαγγέλματος
- περιοχή εργασίας
- κατηγορία μόρφωσης
- φορέα κύριας ασφάλισης
- ασφαλιστικό πρόγραμμα
- πρακτορείο παραγωγής
- παραγωγό
- κατηγορία BMI
- Καπνιστές (ναι/όχι)
- ΔΔΑΚ
- ΣΔΔΑΚ

β) εκτυπώσεις στατιστικών/συγκεντρωτικών στοιχείων (συνολικά στοιχεία απόλυτα και ποσοστιαία), με τους παραπάνω περιορισμούς και ομαδοποιήσεις/ συγκεντρώσεις.

Εκτυπώσεις Στοιχείων Περιστατικών

α) εκτυπώσεις αναλυτικών στοιχείων (πλήρη στοιχεία), με περιορισμούς και ομαδοποιήσεις/συγκεντρώσεις κατά :

- status
- νόσο (επίπεδα)
- θεραπευτήριο
- κατηγορίες θεραπευτηρίων
- περιοχές θεραπευτηρίων
- διαγνωστικό κέντρο
- ιατρείο
- τακτικά ιατρεία
- εργαστήρια
- νοσηλ. τμήματα
- ειδικές μονάδες
- θέσεις νοσοκομείων
- θεράποντα ιατρό
- ειδικότητα
- αιτία εισαγωγής
- ημ/νία εισαγωγής
- ημέρες νοσηλείας
- ιατρική πράξη
- υπηρεσίες
- αιτία απόρριψης

- κατηγορίες περιστατικών
- παραστατικά αποζημιώσεων
- κατάσταση παραστατικού

β) εκτυπώσεις συγκεντρωτικών στοιχείων (συνολικά στοιχεία απόλυτα και ποσοστιαία), με τους παραπάνω περιορισμούς και ομαδοποιήσεις/ συγκεντρώσεις

Εκτυπώσεις Στοιχείων Τηλεφωνικού Κέντρου

Εκτυπώσεις αναλυτικών στοιχείων (πλήρη στοιχεία) και εκτυπώσεις συγκεντρωτικών στοιχείων (συνολικά στοιχεία απόλυτα και ποσοστιαία), με περιορισμούς και ομαδοποιήσεις/συγκεντρώσεις κατά :

- κατηγορίες κλήσεων
- περιοχή προέλευσης
- διάρκεια κλήσεων
- ώρες κλήσεων
- δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασφαλισμένων, που έχουν επικοινωνήσει
- δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασφαλισμένων, που ανήγγειλαν περιστατικό

κλπ περιορισμούς και ομαδοποιήσεις/συγκεντρώσεις.

Εκτυπώσεις Στοιχείων Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Εκτυπώσεις αναλυτικών στοιχείων (πλήρη στοιχεία) και εκτυπώσεις συγκεντρωτικών στοιχείων (συνολικά στοιχεία απόλυτα και ποσοστιαία), με περιορισμούς και ομαδοποιήσεις/συγκεντρώσεις κατά :

- κατηγορίες θεραπευτηρίων
- περιοχές θεραπευτηρίων
- συνεργαζόμενο διαγνωστικό κέντρο
- συνεργαζόμενους ιατρούς
- τακτικά ιατρεία
- εργαστήρια
- νοσηλ. τμήματα
- ειδικές μονάδες
- θέσεις νοσοκομείων
- θεράποντες ιατρούς

κλπ περιορισμούς και ομαδοποιήσεις/συγκεντρώσεις.

Λοιπές (Στατιστικές) Εκτυπώσεις

α) κατάσταση μέσου χρόνου εμφάνισης 1ης αποζημίωσης, κατά :

- ασφαλισμένο
- φύλο
- οικογενειακή κατάσταση
- ομάδα ηλικιών
- περιοχή κατοικίας
- κατηγορία επαγγέλματος
- περιοχή εργασίας
- κατηγορία μόρφωσης
- φορέα κύριας ασφάλισης
- ασφαλιστικό πρόγραμμα
- πρακτορείο παραγωγής
- παραγωγό
- κατηγορία BMI
- Καπνιστές (ναι/όχι)
- ΔΔΑΚ
- ΣΔΔΑΚ
- νόσο
- κατηγορία παρεχόμενης υπηρεσίας
- αιτία εισαγωγής
- κατηγορίες περιστατικών
- θεραπευτήριο
- κλπ

β) ετήσια εξέλιξη των αποζημιώσεων (αριθμός, αιτούμενο, πληρωτέο), με περιορισμούς κατά :

- ασφαλισμένο
- φύλο
- οικογενειακή κατάσταση
- ομάδα ηλικιών
- περιοχή κατοικίας
- κατηγορία επαγγέλματος
- περιοχή εργασίας
- κατηγορία μόρφωσης
- φορέα κύριας ασφάλισης
- ασφαλιστικό πρόγραμμα
- πρακτορείο παραγωγής
- παραγωγό
- κατηγορία BMI
- Καπνιστές (ναι/όχι)
- ΔΔΑΚ
- ΣΔΔΑΚ
- νόσο

- κατηγορία παρεχόμενης υπηρεσίας
- αιτία εισαγωγής
- κατηγορίες περιστατικών
- θεραπευτήριο κλπ
- ιατρό
- ειδικότητα
- τμήματα
- κλπ

γ) μέσο κόστος νοσηλείας, κατά νόσο, ασφαλισμένο, φορέα υγείας, είδος περιστατικού και άλλα κριτήρια

δ) μέσος αριθμός ημερών νοσηλείας, κατά νόσο, ασφαλισμένο, φορέα υγείας, είδος περιστατικού και άλλα κριτήρια

ε) μέσο κόστος ημερήσιας νοσηλείας κατά νόσο, ασφαλισμένο, φορέα υγείας, είδος περιστατικού και άλλα κριτήρια

στ) υπολογισμός της αναλογίας των αποζημιωθέντων ασφαλισμένων προς το σύνολο των εκτεθέντων σε κίνδυνο και παρουσίαση της ετήσιας εξέλιξης της

δ) εκτύπωση του περιεχομένου όλων των λοιπών αρχείων με όλους τους δυνατούς περιορισμούς και ομαδοποιήσεις

ε) υπολογισμός και εκτύπωση του ΔΔΑΚ κατά κατηγορία κινδύνου (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ομάδα ηλικιών, περιοχή κατοικίας, κατηγορία επαγγέλματος, κατηγορία μόρφωσης, φορέα κύριας ασφάλισης, κατηγορία BMI, καπνιστής)

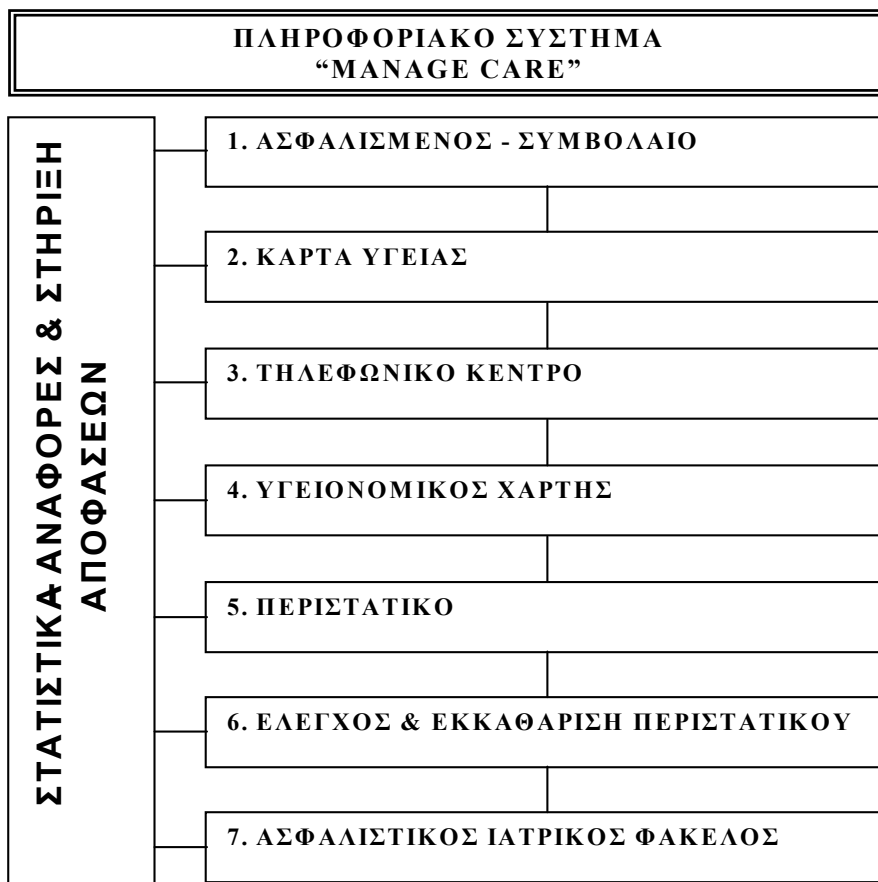
στ) πρόβλεψη εξέλιξης των αποζημιώσεων, αιτούμενου και πληρωτέου ποσού

ζ) Υπολογισμός του Loss-Ratio (σε ετήσια βάση) και διαχρονική παρουσίασή του

η) εκτύπωση του Ιατρικού Φακέλου του Ασφαλισμένου, με δυνατότητα εμφάνισης των περιεχομένων του, κάτω από διαφορετικές όψεις (χρονολογικά, κατά Νόσο, κατά φορέα υγείας, κατά θεράποντα ιατρό κλπ)

12.8.4 Διάγραμμα Ροής Εργασιών (Work- flow)

Διάγραμμα 12.16



12.8.5 Εμπλεκόμενοι Ρόλοι και Αρμοδιότητες

Όλες οι Διευθύνσεις και τα Τμήματα της εταιρίας, τα οποία έχουν συμμετέχει στη διαδικασία συλλογής και καταχώρησης των δεδομένων του ασφαλισμένου και του περιστατικού, όπως αυτά παρουσιάστηκαν στα προηγούμενα Υ/Σ, εμπλέκονται στην δημιουργία της βάσης δεδομένων του συστήματος “*Manage Care*”. Οι χρήστες, που έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στα δεδομένα του συστήματος, είναι επιλεγμένα και εξουσιοδοτημένα γι’ αυτό άτομα του προσωπικού της εταιρίας, με εξειδικευμένες γνώσεις και με διαφορετικά επίπεδα πρόσβασης στα περιεχόμενά του.

Το σημαντικότερο ρόλο στο σχεδιασμό του συγκεκριμένου Υ/Σ, ανέλαβε η Διεύθυνση Πληροφορικής, με στόχους, ενδεικτικά :

- Τη δημιουργία και συντήρηση της βάσης δεδομένων του συστήματος
- την συλλογή των αναγκών των χρηστών του συστήματος σε έντυπα και αναφορές

- τη σχεδίασή τους
- την δημιουργία πίνακα έτοιμων ερωτημάτων για τη λήψη απλών στατιστικών αναφορών
- τη δημιουργία σύνθετων στατιστικών αναφορών, με πολλαπλά κριτήρια, για ενημέρωση ανώτερων στελεχών και της Διοίκησης
- την ομαδοποίηση των χρηστών σε επίπεδα πρόσβασης και τις εξουσιοδοτήσεις διαχείρισης των δεδομένων του συστήματος
- την δημιουργία οθονών με δυνατότητα σύνθεσης ερωτημάτων και λήψης αναφορών, από τους ίδιους τους χρήστες
- την αυτόματη εκτύπωση τακτικών αναφορών
- Την δημιουργία αναφορών on demand

12.8.6 Βασικά Έντυπα

Δεν προβλέπεται η χρησιμοποίηση κάποιων εντύπων – εγγράφων, για την εξυπηρέτηση των λειτουργιών του συγκεκριμένου συστήματος.

12.8.7 Οντότητες του Υποσυστήματος

Δεν δημιουργήθηκαν νέες οντότητες στη βάση δεδομένων του συστήματος, για την υποστήριξη της λειτουργίας του, καθώς όλα τα στοιχεία τα αντλεί από την υπάρχουσα δομή της.

12.8.8 Οθόνες του Πληροφοριακού Συστήματος

Καταβλήθηκε προσπάθεια, ώστε οι οθόνες επιλογής των εντύπων και αναφορών να είναι απλές και οι εντολές που θα απαιτούνται για την επίτευξη συγκεκριμένων ενεργειών στα πλαίσια της εργασίας κάθε χρήστη θα είναι οι ελάχιστες δυνατές, ώστε να είναι εύκολα κατανοητές από τους χρήστες.

12.8.9 Διασύνδεση με Υπάρχον Σύστημα

Δεν ανταλλάσσει στοιχεία με το υπάρχον σύστημα, αλλά όλη την αναγκαία πληροφόρηση για την εξυπηρέτηση των λειτουργιών του την αντλεί από τη βάση δεδομένων του “*Manage Care*”.

12.9 Υποσύστημα “Διασύνδεση με το υπάρχον σύστημα”

12.9.1 Σύντομη Περιγραφή του Υποσυστήματος

Το Υ/Σ αυτό, αποτελείται από μια βοηθητική υποστηρικτική εφαρμογή, μέσω της οποίας, μεταφέρονται (αντιγράφονται) στη βάση του “*Manage Care*”, στοιχεία από την υπάρχουσα βάση.

12.9.2 Στόχοι και Αναμενόμενα Οφέλη

Οι στόχοι για το συγκεκριμένο υποσύστημα είναι οι ακόλουθοι:

- Εμπλουτισμός της βάσης του “*Manage Care*” με στοιχεία των ασφαλισμένων και των συμβολαίων ασφάλισης υγείας
- Συγχρονισμός των δεδομένων αυτών με την υπάρχουσα βάση

Ενδεικτικά, τα αναμενόμενα οφέλη του συγκεκριμένου υποσυστήματος είναι τα ακόλουθα:

- Μεταφορά τεράστιου όγκου πληροφοριών, χωρίς την ανάγκη επανεισαγωγής τους
- Άμεση ενημέρωση του Μητρώου Ασφαλισμένων και του Μητρώου Συμβολαίων
- Αξιοποίηση της υπάρχουσας πληροφορίας
- Άμεση λειτουργία του Υ/Σ «Ασφαλισμένος – Συμβόλαιο Ασφάλισης»
- Αποτελεσματικότερη και ασφαλέστερη διαχείριση των δεδομένων του συστήματος
- Επικαιροποίηση της βάσης του “*Manage Care*”, σε προκαθορισμένα τακτά διαστήματα
- Οικονομική και χωρίς σφάλματα δημιουργία Μητρώου Ασφαλισμένων

12.9.3 Περιγραφή των Λειτουργιών του Υποσυστήματος

Η λειτουργία του συγκεκριμένου Υ/Σ, προβλέπει την καθημερινή μεταφορά (αντιγραφή) δεδομένων από την υπάρχουσα βάση, στη βάση δεδομένων του συστήματος “*Manage Care*”.

Όπως έχουμε αναφέρει και στο Κεφάλαιο 9, στην υπάρχουσα βάση δεδομένων, καταχωρούνται πληροφοριακά στοιχεία, σχετικά με τους ασφαλισμένους και τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας. Τα στοιχεία αυτά αποθηκεύονται ηλεκτρονικά σε αρχείο, το οποίο ονομάζεται «Αρχείο Ασφαλισμένων». Από αυτά, όσα είχαν την μορφή και το περιεχόμενο που τελικά συμφωνήθηκε, αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθούν και να

αξιοποιηθούν και στο προτεινόμενο σύστημα. Συγκεκριμένα, αποφασίστηκε η μεταφορά των παρακάτω δεδομένων :

Πίνακας 12.16

Αντιγραφή Δεδομένων

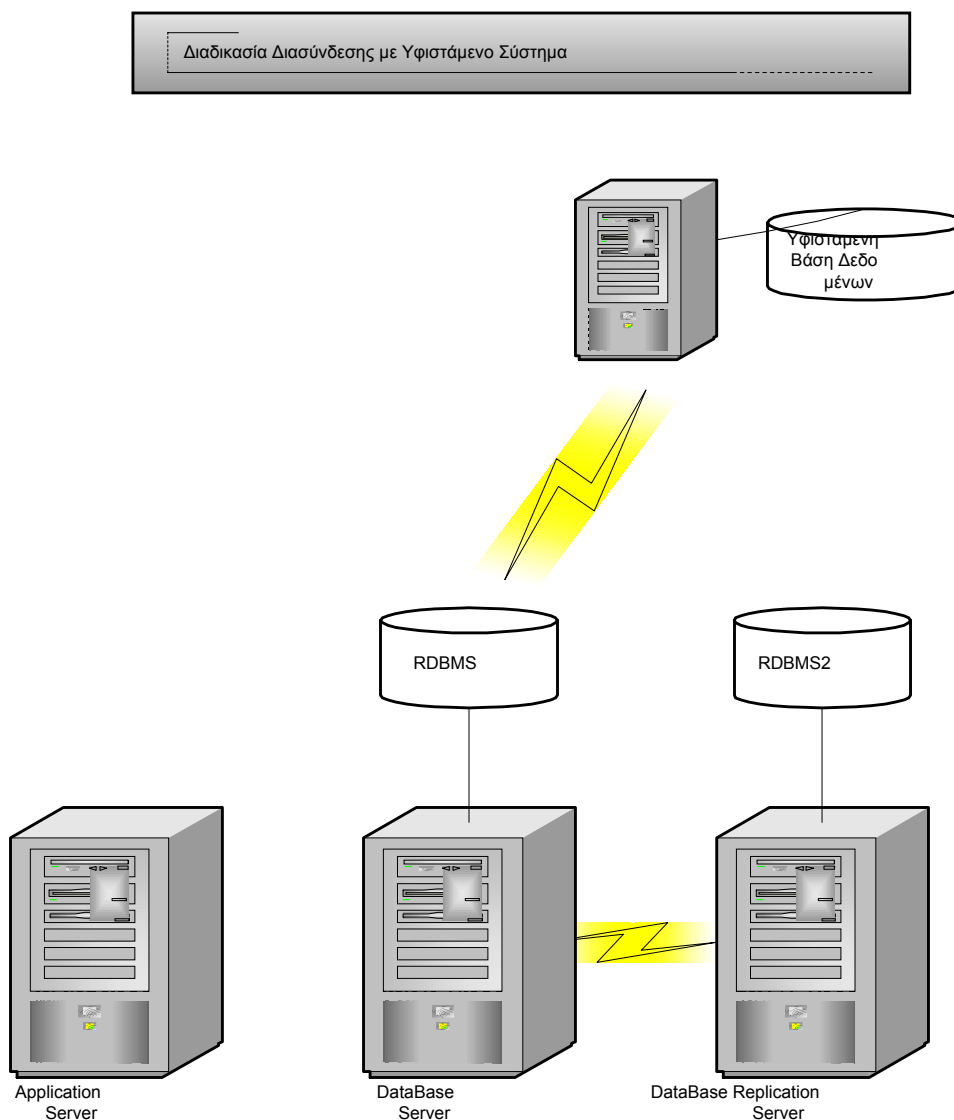
Πεδία	Μήκος	Τύπος
• ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	9	numeric
• ΗΜ. ΙΣΧΥΟΣ	10	Date
• ΠΡΑΚΤ. ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	6	numeric
• ΠΑΡΑΓΩΓΟΣ	6	numeric
• Α.Φ.Μ.	15	char
• ΚΩΔ. Α.Φ.Μ.	1	char
• Δ.Ο.Υ.	4	numeric
• ΤΗΛ.	8	char
• Τ.Τ.	5	numeric
• STATUS	2	char
• Α/Α ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	9	numeric
• ΕΠΩΝΥΜΟ	20	char
• ΟΝΟΜΑ	10	char
• ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	4	char
• ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	10	Date
• ΦΥΛΟ	1	char
• ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	15	char
• ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΣΧΕΣΗ ΣΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ)	3	char
• ΝΟΣ/ΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ	2	char
• ΝΟΣ/ΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	2	char
• ΝΟΣ/ΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΟΡΟΣ 1	4	char
• ΝΟΣ/ΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΟΡΟΣ 2	4	char
• ΝΟΣ/ΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ - ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ	2	char
• ΝΟΣ/ΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ – ΟΡΟΣ 1	4	char
• ΝΟΣ/ΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ – ΟΡΟΣ 2	4	char
• ΗΜ. ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ	10	Date
• ΕΝΔΕΙΞΗ ΦΑΚΕΛΛΟΥ	1	char

Τα δεδομένα αυτά, αποφασίστηκε να αντιγράφονται σε καθημερινή βάση, με batch διαδικασία, σε αντίστοιχα πεδία της βάσης του “*Manage Care*”. Η εφαρμογή θα διαβάζει από την υπάρχουσα βάση τα δεδομένα και θα μεταφέρει (αντιγράφει) στη βάση του πληροφοριακού συστήματος “*Manage Care*”, όλα τις προσθήκες ή μεταβολές της βάσης αναφοράς. Με αυτό τον τρόπο, η βάση δεδομένων του συστήματος “*Manage Care*” θα είναι πάντοτε ενημερωμένη, ως προς τις προσθήκες και μεταβολές σε επίπεδο αρχείου ασφαλισμένων και συμβολαίων και σε συγχρονισμό (σε ημερήσια βάση) με το υπάρχον αρχείο της εταιρίας. Με αυτή τη λύση, αποφεύγεται η επανεισαγωγή των στοιχείων των ασφαλισμένων με ασφάλιση υγείας, καθώς και στοιχείων

των συμβολαίων τους. Η εφαρμογή θα περιέχει ασφαλιστικές δικλείδες ολοκλήρωσης της διαδικασίας, ελέγχου ορθότητας μεταφοράς των δεδομένων, ελέγχου ακεραιότητας των δεδομένων και ελέγχου σύγκρισης των δεδομένων των στοιχείων των δύο βάσεων. Η διαδικασία θα εκτελείται αυτόματα σε προκαθορισμένο χρόνο καθημερινά (κατά προτίμηση τις μεταμεσονύκτιες ώρες), δεν θα επηρεάζει τη διαθεσιμότητα των στοιχείων της βάσης του συστήματος “*Manage Care*” και θα ολοκληρώνεται με έκδοση αναφοράς.

12.9.4 Διάγραμμα Ροής Εργασιών (Work- flow)

Διάγραμμα 12.18



12.9.5 Εμπλεκόμενοι Ρόλοι και Αρμοδιότητες

Πίνακας 12.17
Εμπλεκόμενοι-Ρόλοι και αρμοδιότητες

Στάδιο	Εμπλεκόμενοι	Ρόλος	Αρμοδιότητα
	Δ/νση Πληροφορικής	<ul style="list-style-type: none"> Τμήμα Διαχείρισης Βάσης Δεδομένων Τμήμα Διαχείρισης Συστήματος 	Δημιουργία εφαρμογής, έλεγχος – επίβλεψη λειτουργίας του, συντήρηση βάσης δεδομένων

12.9.6 Βασικά Έντυπα

Δεν προβλέπεται η χρησιμοποίηση κάποιων εντύπων – εγγράφων, για την εξυπηρέτηση των λειτουργιών του συγκεκριμένου συστήματος.

12.9.7 Οντότητες του Υποσυστήματος

Δεν δημιουργήθηκαν νέες οντότητες στη βάση δεδομένων του συστήματος, για την υποστήριξη της λειτουργίας του.

12.9.8 Οθόνες του Πληροφοριακού Συστήματος

Δημιουργήθηκε οθόνη διαχείρισης των λειτουργιών και διαδικασιών του Υ/Σ.

12.9.9 Διασύνδεση με Υπάρχον Σύστημα

Ανταλλάσσει με το υπάρχον σύστημα τα στοιχεία που αναφέρθηκαν παραπάνω και με την περιγραφόμενη διαδικασία.

Κεφάλαιο 13

Αρχιτεκτονική του Συστήματος και Τεχνικές Προδιαγραφές

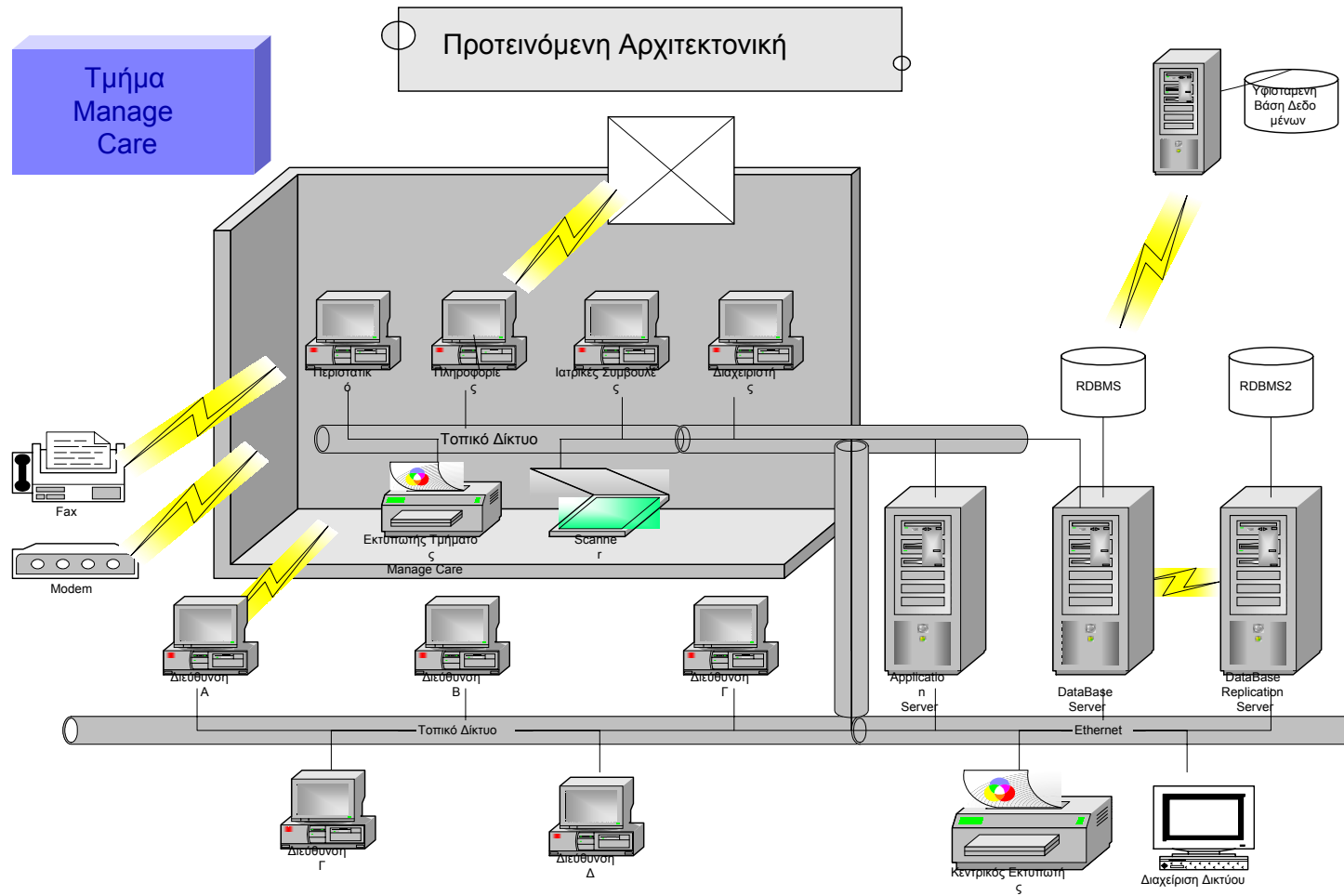
13.1 Αρχιτεκτονική του Συστήματος “*Manage Care*”

Το προτεινόμενο δίκτυο έχει χαρακτηριστικά, ώστε να μη καλύπτει μόνο τις σημερινές απαιτήσεις της εταιρίας, αλλά να είναι σε θέση να εξελιχθεί ομαλά και δομημένα για την κάλυψη των μελλοντικών αναγκών. Ταυτόχρονα, σε αυτή τουλάχιστον τη φάση του, ο σχεδιασμός έχει αποφύγει την άσκοπη υπερβολή, έτσι που να διατηρείται η σωστή αναλογία κόστους προς απόδοση. Οι προδιαγραφές που περιγράφονται, έλαβαν υπόψη τις ανάγκες της υπηρεσίας για υψηλή διαθεσιμότητα και την τυχόν αναβάθμιση των συστημάτων στο μέλλον.

Για την λειτουργία του πληροφοριακού συστήματος απαιτείται η ύπαρξη τοπικού δικτύου Windows NT v.4 ή νεότερη, με σταθμούς εργασίας με Windows NT v.4 ή νεότερη και Windows 95 ή νεότερη έκδοσή τους. Οι σταθμοί εργασίας δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες απαιτήσεις και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο υπάρχον εξοπλισμός, αρκεί να καλύπτει τις ελάχιστες απαιτήσεις που περιγράφονται στα προτεινόμενα τεχνικά χαρακτηριστικά των σταθμών εργασίας. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στον Server του δικτύου, μια που η αξιοπιστία του θα επηρεάσει την αξιοπιστία του όλου δικτύου. Το δίκτυο, έτσι όπως αρχικά προτείνεται αποτελείται από έναν server που θα εξυπηρετεί το δίκτυο, έναν Application Server και τον database Server. Ανάλογα με τις ανάγκες της υπηρεσίας και τα συμπεράσματα που θα προκύψουν από το αρχικό στάδιο λειτουργίας του συστήματος, θα πρέπει οπωσδήποτε να εξεταστεί η αναβάθμιση του δικτύου με την τοποθέτηση ενός δευτέρου database server που θα υποστηρίζει τον πρώτο για λόγους ασφαλείας. Για ακόμη μεγαλύτερη διαθεσιμότητα του συστήματος ενδεδειγμένη θεωρείται η αναβάθμιση σε τεχνολογία Cluster, δηλαδή δυο servers που συνεργάζονται μεταξύ τους, από ένα σημείο και πέρα δε αντιμετωπίζονται σαν ένας server. Σε περίπτωση βλάβης του ενός εκ των δύο, το δίκτυο, χωρίς διακοπή και χωρίς να επηρεάζεται ο τελικός χρήστης, εξυπηρετείται από τον άλλο. Η λύση αυτή αυξάνει την διαθεσιμότητα του συστήματος, καθόσον υπάρχει η προοπτική της 24ωρης λειτουργίας του όλου συστήματος.

Μια γραφική παράσταση της προτεινόμενης αρχιτεκτονικής του συστήματος “*Manage Care*” εμφανίζεται στο παρακάτω διάγραμμα 13.1. Πρέπει να σημειωθεί, ότι μια εναλλακτική σύγχρονη αρχιτεκτονική βασισμένη στην τεχνολογία INTERNET, παρουσιάζεται στο Κεφάλαιο 16 “Προτάσεις για Βελτιώσεις-Τροποποιήσεις-Επεκτάσεις”.

Διάγραμμα 13.1



13.2 Τεχνικές Προδιαγραφές Λογισμικού

Για την αναλυτική σχεδίαση του πληροφοριακού συστήματος και τον προσδιορισμό όλων των οντοτήτων της βάσης δεδομένων και των συσχετίσεών τους που θα χρησιμοποιούνται από τις εφαρμογές, χρησιμοποιήθηκε το CASE Tool Power Designer v.6.

Ο λογικός, ο φυσικός σχεδιασμός και η υλοποίηση θα είναι σύμφωνη με την Client Server αρχιτεκτονική. Για την ανάπτυξη του client τμήματος των εφαρμογών χρησιμοποιήθηκε ο Powerbuilder v.5.

Το RDBMS που χρησιμοποιήθηκε είναι ο Adaptive Server System 11.5 της Sybase.

Η εφαρμογή αναπτύχθηκε σε αρχιτεκτονική client – server. Η ανάπτυξη της εφαρμογής έγινε σε περιβάλλον PowerBuilder v.5 για λειτουργικό σύστημα Windows 95/98 και Windows NT v.3.51 ή νεώτερη. Για την σχεδίαση της εφαρμογής χρησιμοποιήθηκε το CASE Tool PowerDesigner v.6. Σαν RDBMS χρησιμοποιήθηκε ο Sybase Adaptive Server για περιβάλλον windows 95/NT και ο οποίος έπρεπε να αγοραστεί για αριθμό χρηστών που συμφωνήθηκε.

Οι εφαρμογές είναι εύχρηστες και φιλικές προς τους χρήστες και όλο το User Interface είναι στα Ελληνικά, απόλυτα φιλικό και ενιαίο στο παραθυρικό περιβάλλον των σταθμών εργασίας.

Οι εφαρμογές παρέχουν την δυνατότητα εκτέλεσης των εργασιών τους μέσα από ένα εύχρηστο, γραφικό (GUI), παραθυρικό περιβάλλον.

Οι λειτουργίες των εφαρμογών βασίζονται στους χρήστες (user-oriented application). Η λειτουργία των εφαρμογών, δεν θα απαιτεί υποστήριξη ή παρέμβαση από τη μηχανογράφηση, αλλά οι χρήστες έχουν τη δυνατότητα εκτέλεσης όλων των απαραίτητων λειτουργιών από τους σταθμούς εργασίας τους. Το γραφικό περιβάλλον των εφαρμογών θα βρίσκεται σε αρμονία με τα είδη γνωστά περιβάλλοντα των εφαρμογών των WINDOWS, όπως αυτά των επεξεργαστών κειμένων κ.λ.π.

Σε όλα τα υποσυστήματα των εφαρμογών, θα υπάρχει on-line βοήθεια για τις λειτουργίες που θα παρέχουν .

Η πληκτρολόγηση πληροφοριών από τους χρήστες είναι η ελάχιστη δυνατή, ώστε να εξασφαλίζεται η ευχρηστία, η εργονομία, η ταχύτητα στη χρήση των εφαρμογών και ο περιορισμός της πιθανότητας λάθους κατά την εισαγωγή στοιχείων. Για κάθε πεδίο πληροφορίας που ο χρήστης θα πρέπει να συμπληρώνει, όπου είναι δυνατόν, υπάρχει βοηθητικό επικαθήμενο παράθυρο (pop-up window) ή βοηθητικό αναδιπλούμενο παράθυρο (combo box, drop down data window, drop down list box) που περιλαμβάνει όλες τις δυνατές επιλογές από το οποίο ο χρήστης θα επιλέγει τη σχετική πληροφορία. Όπου οι επιλογές ήταν πολλές, ομαδοποιήθηκαν σε διαφορετικά επίπεδα βάσει ευρύτερων κριτηρίων. Οι βοηθητικοί αυτοί κατάλογοι είναι επεκτάσιμοι, η δε ενημέρωσή τους γίνεται μέσα από τις εφαρμογές.

Η αποθήκευση της κυρίως πληροφορίας πραγματοποιείται με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο, ώστε να επιτυγχάνεται οικονομία αποθηκευτικού χώρου αλλά και ταχύτητα στην αναζήτηση των πληροφοριών.

Θα είναι δυνατή η εξαγωγή αρχείων από την εφαρμογή και η διοχέτευσή τους σε άλλες εφαρμογές για περαιτέρω επεξεργασία τους.

Οι οθόνες και οι εκτυπώσεις της εφαρμογής, καθώς και οποιοδήποτε άλλο σχετικό υλικό (π.χ. εγχειρίδια χρηστών) είναι στα Ελληνικά. Η ορολογία που

χρησιμοποιήθηκε, καθορίστηκε σε συνεργασία με τα στελέχη και τους χρήστες.

Οι κύριες γενικές προδιαγραφές της εφαρμογής είναι οι παρακάτω:

- **Ιστορικότητα:** Απαραίτητο δομικό στοιχείο της εφαρμογής, θα πρέπει να είναι η δυνατότητα άντλησης πληροφοριών βάσει της διάστασης του χρόνου. Δηλαδή η δυνατότητα ο χρήστης να ανατρέξει σε ιστορικά στοιχεία προηγούμενων ετών που είναι αποθηκευμένα μέσα στο πληροφοριακό σύστημα. Τα ιστορικά αυτά στοιχεία θα πρέπει να είναι άμεσα ανακτήσιμα, χωρίς να απαιτούνται ενδιάμεσες εργασίες, όπως για παράδειγμα είναι η ανάκτηση ενός backup. Το υποσύστημα θα πρέπει να δίνει την δυνατότητα στους τελικούς χρήστες να κάνουν αναλύσεις με βάση τα ιστορικά δεδομένα. Επιπρόσθετα, το υποσύστημα θα πρέπει να τηρεί όλα τα ιστορικά στοιχεία, παρέχοντας την δυνατότητα να γίνουν συγκρίσεις και να καθορισθούν τάσεις (trends) μεταξύ των διαφόρων παραγόντων, που οι χρήστες κρίνουν πως επηρεάζουν σημαντικά μεγέθη της εταιρίας.
- **Φιλικότητα προς τον χρήστη:** Πιο συγκεκριμένα, να δίνει την δυνατότητα σύνθεσης πληροφοριών, χωρίς να απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις πληροφορικής ή εξειδικευμένες γνώσεις βάσεων δεδομένων ή άλλων συστημάτων που απαιτούν μεγάλο χρονικό ορίζοντα εκπαίδευσης.
- **Υποστήριξη Ενιαίου Μοντέλου Λειτουργίας:** Το σύστημα “*Manage Care*” δημιουργήθηκε βάσει ενός μοντέλου που προσομοιώνει τη διαδοχή των ενεργειών σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του, με τελικό σκοπό να αποτρέψει τη δημιουργία διαφορετικών μοντέλων επεξεργασίας των πληροφοριών από τα υποσυστήματα (π.χ διαφορετικά αρχεία, διαφορετικές καταστάσεις κ.λ.π.), τα οποία στην πορεία δεν μπορούν να συνεργασθούν και να συνδυασθούν. Με αυτό τον τρόπο το σύστημα θα πετύχει την αποτελεσματικότερη επικοινωνία και αποδοτικότερη συνεργασία μεταξύ των συνεργαζομένων ατόμων, φορέων κλπ.
- **Ευελιξία:** Η εφαρμογή θα πρέπει να διαθέτει μεγάλο συντελεστή παραμετρικότητας αλλά και πολύ καλή απόδοση από άποψη ταχύτητας. Η ταχύτητα στην παροχή πληροφοριών, συνδυαζόμενη με υψηλό βαθμό παραμετροποίησης και ευελιξίας, θα παράσχει τη δυνατότητα παραγωγής νέας πληροφορίας, που προκύπτει από συνδυασμό και σύνθεση υπαρχόντων ήδη πληροφοριών.
- **Επεκτασιμότητα:** Η αρχιτεκτονική της εφαρμογής θα πρέπει να δίνει την δυνατότητα άμεσης επέκτασής του, αποκρινόμενη στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες μέσω της αναγνώρισης νέων πηγών πληροφόρησης. Νέα ή βελτιωμένα πληροφοριακά συστήματα που πιθανόν να υπάρξουν στο περιβάλλον της εταιρίας, θα οδηγήσουν στην δημιουργία νέων πληροφοριακών πηγών, καθώς και στην ανάγκη

να ενσωματωθούν αυτές στην υπάρχουσα κεντρική αποθήκη δεδομένων. Επομένως, πρέπει οι λειτουργίες ενσωμάτωσης να είναι τέτοιες, που να επιτρέπουν την γρήγορη, άμεση και με μικρό λειτουργικό κόστος πραγματοποίησή τους.

- **Απλή και άμεση διαχείριση:** Η εφαρμογή θα πρέπει να παρέχει την δυνατότητα για μια ενοποιημένη εφαρμογή σε όλο το εύρος του συστήματος “*Manage Care*”, όπου κάθε χρήστης θα έχει συγκεκριμένα δικαιώματα και σαφώς καθορισμένους πόρους, ως προς τα δεδομένα στα οποία θα μπορεί να έχει πρόσβαση και τις λειτουργίες που θα μπορεί να επιτελέσει. Η διαχείριση μιας τέτοιας εφαρμογής προϋποθέτει έναν αρχικό σχεδιασμό, η διαχείριση του οποίου να δίνει τη δυνατότητα στον υπεύθυνο του συστήματος να προβαίνει σε αλλαγές ή διορθώσεις μέσα από ένα φιλικό προς τον χρήστη περιβάλλον.

13.2.1 Παρουσίαση του Λειτουργικού Σύστημα *Microsoft Windows NT*

13.2.1.1 Εισαγωγή

Το λειτουργικό σύστημα των Windows NT είναι το πλέον φιλικό, ευέλικτο και δυναμικό λειτουργικό σύστημα δικτύου που είναι σε θέση να καλύψει με τον αποτελεσματικότερο τρόπο τις παρούσες ανάγκες της μηχανογράφησης της υπηρεσίας σας αλλά και όποιες μελλοντικές επεκτάσεις χρειαστούν. Χαρακτηρίζεται από υψηλή απόδοση και ασφάλεια επιτυγχάνοντας έτσι υψηλή παραγωγικότητα. Η δομημένη αρχιτεκτονική του διασφαλίζει την εύκολη προσαρμογή του στις τεχνολογικές εξελίξεις.

13.2.1.2 Ευκολία στη Χρήση και Διαχείριση

Το λειτουργικό των Windows NT είναι το πλέον εύκολο στην εγκατάσταση του, στην διαχείριση του και στη χρήση του. Η ομοιότητα στην εμφάνιση του με το λειτουργικό σύστημα των Windows 95/98/Me διευκολύνει κατά πολύ την χρήση του μειώνοντας έτσι σημαντικά τον χρόνο προσαρμογής των χρηστών. Επιπλέον τα Windows NT προσφέρουν τα παρακάτω:

- Βοηθητικά προγράμματα για την εγκατάσταση και άλλων εργασιών διαχείρισης
- Εποπτεία δικτύου που επιτυγχάνεται με ένα ισχυρό διαγνωστικό εργαλείο το οποίο διευκολύνει την ανάλυση στην χρήση του δικτύου και επιλύει προβλήματα του
- Εργαλείο που βοηθά τον διαχειριστή του συστήματος στην σχεδίαση και διαμόρφωση του προφίλ των χρηστών
- Διαχειριστή των λειτουργιών που επιτρέπει την μεγιστοποίηση της αξιοπιστίας του συστήματος με την παρακολούθηση των

εφαρμογών, των επιμέρους λειτουργιών και χαρακτηριστικών μετρήσεων που αφορούν την απόδοση του συστήματος

- Αποδοτικότερη διαχείριση των εκτυπώσεων ώστε να μην υπάρχει χρόνος αναμονής των χρηστών
- Βελτιωμένα διαγνωστικά εργαλεία σε γραφικό περιβάλλον επιτρέπουν την παραστατική εξέταση του συστήματος

13.2.1.3 Ολοκληρωμένη πλατφόρμα διαχείρισης του Intranet

Το λειτουργικό των Windows NT είναι εφοδιασμένο με μία σειρά προϊόντων που διευκολύνουν το στήσιμο και την λειτουργία ενός Intranet. Συγκεκριμένα τα προϊόντα που παρέχονται δωρεάν είναι:

- Internet Information Server
- Index Information Server
- FrontPage
- WINS/DNS Integration

13.2.1.4 Επικοινωνίες

Το λειτουργικό των Windows NT προσφέρει τον καλύτερο συνδυασμό για την επικοινωνία δικτύου και τηλεφώνου. Οι υπηρεσίες του λειτουργικού προς αυτή την κατεύθυνση είναι:

- Remote Access Services (RAS)
- Point-to-Point Tunneling Protocol (PPTP)
- MultiProtocol Routing (MPR) και
- Telephony API (TAPI)

13.2.1.5 Αξιοπιστία

Το λειτουργικό σύστημα των Windows NT αντιμετωπίζει ομοίμορφα τις δυσλειτουργίες που δημιουργούνται σε επίπεδο υλικού και λογισμικού και συνδυασμό με την clustering αρχιτεκτονική παρέχει την μεγαλύτερη δυνατή διαθεσιμότητα του Server. Πιο συγκεκριμένα η προστασία αφορά:

Σφάλματα που δημιουργούνται από εφαρμογές του λογισμικού

Οι κυριότερες αιτίες προβλημάτων που προκαλούν μη διαθεσιμότητα του server, είναι βλάβες, είτε από εφαρμογές είτε από λειτουργίες (services) που εκτελούνται σ' αυτόν. Με σκοπό την προστασία του server από προβλήματα εφαρμογών, το Windows NT Server έχει μία νέα microkernel αρχιτεκτονική που διαθέτει:

- **preemptive multitasking**, έτσι ώστε ένα λάθος ή μία κλειδωμένη εφαρμογή να μπορεί να απομονωθεί, ή να διακοπεί, ώστε να μην διακόψει την διαθεσιμότητα του server, και
- **protected memory**, ώστε μία προβληματική εφαρμογή, να μην μπορεί να διαβάσει ή να χαλάσει την μνήμη άλλης ταυτόχρονα εκτελέσιμης εφαρμογής.

Το Windows NT διαθέτει επίσης πλήρη εργαλεία ελέγχου, με το “Performance Monitor” και το “Event Viewer”, ώστε εύκολα να παρακολουθούνται προβλήματα εφαρμογών, με την δυνατότητα ειδοποίησης όταν συμβεί κάποιο ή κάποια καθορισμένα λάθη.

Πιθανή απώλεια δεδομένων

Η προστασία των δεδομένων ενός συστήματος από απώλεια ή φθορά είναι δείκτης αξιοπιστίας του συστήματος. Η προστασία αυτή στα Windows NT παρέχεται από:

- Το Windows NT File System διαθέτει **journal, transaction-based** σύστημα αρχείων, που σημαίνει ότι γρήγορα επαναφέρει το file system, και την δομή των directories στην περίπτωση βλάβης του server.
- Το Windows NT Server έρχεται με **ενσωματωμένο πρόγραμμα tape backup** με επιπλέον ανοιχτό API για υλοποίηση λύσεων ειδικά για τον οργανισμό που εγκαθίσταται.
- Το Windows NT Server επίσης διαθέτει **προηγμένο fault-tolerant** στις δυνατότητες αποθήκευσης, περιλαμβάνοντας disk mirroring και RAID 5, ώστε να διασφαλίσει ότι τα δεδομένα θα ανακληθούν σε περίπτωση βλάβης δίσκων ή controllers.
- **“Data mirroring”** λειτουργίες, που συνεχώς αντιγράφουν τα πλέον ζωτικά δεδομένα σε δεύτερο server, ο οποίος εάν απαιτείται βρίσκεται σε χώρο προστατευμένο από περίπτωση ολικής καταστροφής (disaster). Disaster tolerant λύσεις είναι διαθέσιμες από προγράμματα τρίτων κατασκευαστών.

Παραβίαση της ασφάλειας του συστήματος

Η ασφάλεια του λειτουργικού δικτύου είναι σχεδιασμένη από την αρχή να ικανοποιεί τις **προδιαγραφές C2** της USA.

Προστασία από πτώση ισχύος

Το Windows NT Server περιλαμβάνει υποστήριξη για μονάδες αδιάλειπτης παροχής τάσης, ώστε να μπορεί ο server να επιλέξει αυτόματα εναλλακτική πηγή ενέργειας, ειδοποιώντας τους διαχειριστές των δικτύων.

Προστασία από απώλεια Server

Το Windows NT Server προσφέρει ενσωματωμένες και επιπρόσθετες λύσεις υψηλής διαθεσιμότητας, καθιστώντας διαθέσιμο το server στους χρήστες σε περίπτωση βλάβης. Οι βασικές λειτουργίες για αυτό είναι:

- Τα Windows NT Directory Services διαθέτουν αυτόματα αντίγραφα των directory partitions και επιπλέον υποστήριξη για Backup Directory Servers, ώστε οι χρήστες να συνεχίσουν να έχουν πρόσβαση στους πόρους του δικτύου ακόμα και σε περίπτωση που ο log-on server δεν είναι διαθέσιμος.
- Το Windows NT Enterprise Server διαθέτει λύσεις clustering.

13.2.1.6 Ασφάλεια του Windows NT Server

Το Windows NT Server προσφέρει την καλύτερη δυνατή ασφάλεια δικτύου και το NT file system είναι σχεδιασμένα εξ' αρχής να ικανοποιούν την κλάση ασφαλείας C2, της Αμερικανικής κυβέρνησης:

Η C2 προδιαγραφή ασφαλείας στον Windows NT Server.

Το Windows NT Server έχει πιστοποιηθεί, σαν το δικτυακό κομμάτι ενός συστήματος ασφαλείας, από τους αντίστοιχους οδηγούς του Κόκκινου βιβλίου (Red Book), με αποτέλεσμα την υλοποίηση C2 προδιαγραφής σαν βάση του λειτουργικού συστήματος.

Τα λειτουργικά Windows NT Server και Windows NT Workstation είναι δημοσιευμένα στον κατάλογο πιστοποιημένων προϊόντων του NCSC. Αυτό σημαίνει ότι η πιστοποίηση του Windows NT Server σαν αυτόνομο σύστημα κόμβου (node) είναι ολοκληρωμένη, και η πιστοποίηση των δικτυακών λειτουργιών.

Επιπρόσθετα, τόσο η βάση όσο και το δίκτυο των Windows NT είναι πιστοποιημένοι από την Ευρωπαϊκή Ένωση από την αντίστοιχη F-C2/E3 προδιαγραφή.

Υλοποίηση της C2 προδιαγραφής στον Windows NT Server

Η προδιαγραφή ασφαλείας C2, στο Windows NT Server υλοποιείται εξ' ολοκλήρου **μόνο με χρήση software**. Αυτό σημαίνει ότι δεν χρειάζεται να τοποθετηθεί κανένα επιπλέον hardware ούτε στους σταθμούς ούτε και στους servers.

Στην πράξη το Windows NT Server είναι τόσο ασφαλές που, σε κάποιες διαδικασίες συναντά την προδιαγραφή ασφαλείας B2, ένα επίπεδο ακόμα αυστηρότερο από το C2, (ταυτοποίηση-επιβεβαίωση, και διαχωρισμός χρήστη από τις λειτουργίες του).

Λύσεις προβλημάτων ασφαλείας

Από την άποψη της διαχείρισης, το Windows NT Server δίνει αποτελεσματικά εργαλεία για να βοηθήσει τους administrators να διατηρήσουν υψηλό επίπεδο ελέγχου στο περιβάλλον τους. Για παράδειγμα, ένας administrator μπορεί να ελέγξει ποιοι χρήστες έχουν δικαιώματα πρόσβασης και σε ποιους πόρους του δικτύου και μπορεί να τα αλλάξει από οποιοδήποτε απομακρυσμένο μέρος του δικτύου. Οι πόροι περιλαμβάνουν αρχεία, καταλόγους, servers, εκτυπωτές και εφαρμογές.

Ο administrator μπορεί να ορίσει μέλη ομάδων (groups), ώρες πρόσβασης, και ημερομηνίες που τα δικαιώματα λήγουν. Μπορεί επίσης να καταγράψει όλα τα γεγονότα ασφαλείας που εκτελεί ο υπολογιστής, όπως δικαιώματα πρόσβασης αρχείων και άλλων πόρων καθώς και τις προσπάθειες κάποιου για πρόσβαση στο δίκτυο. Το σύστημα μπορεί να απομονώσει κάποιο χρήστη, μετά από αριθμό αποτυχημένων προσπαθειών σύνδεσης. Είναι επίσης δυνατό ο administrator να καθορίσει περίπλοκο σύστημα password και ημερομηνιών λήξης τους, καθώς και να αναγκάσει τους χρήστες να ορίζουν password με συγκεκριμένο βαθμό δυσκολίας.

Από την πλευρά του χρήστη, το επίπεδο ασφαλείας είναι ολοκληρωμένο αλλά και εύκολο. Με μία μόνο διαδικασία πρόσβασης με password, ο χρήστης παίρνει τα σχετικά δικαιώματα για τους πόρους του δικτύου. Ο χρήστης δεν βλέπει, διαδικασίες, όπως η κωδικοποίηση ονομάτων, με αποτέλεσμα να προλαμβάνεται η ανεξέλεγκτη αποκάλυψη των passwords όταν αυτά περνάνε από τα καλώδια του δικτύου ή το τηλεφωνικό δίκτυο.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των δυνατοτήτων ασφαλείας του Windows NT Server είναι η ασφάλεια των δεδομένων, ακόμα και όταν αυτά είναι στην φυσική μνήμη της μηχανής. Το σύστημα επιτρέπει μόνο σε συγκεκριμένα προγράμματα να έχουν πρόσβαση σε δεδομένα. Όταν ένα τέτοιο πρόγραμμα χρησιμοποιεί δεδομένα, τα τοποθετεί στη φυσική μνήμη. Παρά το γεγονός ότι τα δεδομένα δεν βρίσκονται μόνο στον δίσκο, το Windows NT Server συνεχίζει να τα προστατεύει από άλλη χρήση. Κανένα πρόγραμμα, μη πιστοποιημένο από το αρχικό password δεν μπορεί να τα προσπελάσει. Γι' αυτό το λόγο είναι αδύνατο ένας ιός να εκμεταλλευτεί τη χρήση των δεδομένων από άλλη εφαρμογή.

13.2.1.7 Συνεργαζόμενα Λειτουργικά Συστήματα

Το λειτουργικό σύστημα των Windows NT υποστηρίζει όλους τους παρακάτω clients που μπορούν να συνεργάζονται άριστα μεταξύ τους:

- Windows NT Workstation
- Windows 95/98/Me
- Windows 3.x

- Macintosh
- UNIX
- OS/2
- MS-DOS

Σε επίπεδο λειτουργικών συστημάτων δικτύων χρησιμοποιεί όλα τα δημοφιλή πρωτόκολλα ώστε να μπορεί άνετα να συνεργάζεται με όποιο λειτουργικό σύστημα στηρίζεται σε κάποιο από αυτά. Τα πρωτόκολλα αυτά είναι:

- TCP/IP
- IPX/SPX
- NetBEUI
- SNA και
- AppleTalk-based networks.

Αναφορά στις βασικές τεχνικές προδιαγραφές του λογισμικού, εμφανίζεται και στο Παράρτημα II.

13.3 Τεχνικές Προδιαγραφές Υλικοτεχνικού Εξοπλισμού

Ο αναγκαίος υλικοτεχνικός εξοπλισμός, για την εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία του συστήματος “*Manage Care*”, εντάσσεται στις παρακάτω κατηγορίες :

Πίνακας 13.1
Κατηγορίες Υλικοτεχνικού Εξοπλισμού

α/α	Υλικό
1	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ (APPLICATION SERVER)
2	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣ ΔΙΚΤΥΟΥ (LAN SERVER)
3	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣ ΒΑΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (DATABASE SERVER) #1

α/α	Υλικό
4	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣ ΒΑΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (DATABASE SERVER) #2
5	ΣΤΑΘΜΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
6	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ
7	ΔΙΚΤΥΑΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
8	ΥΠΟΛΟΙΠΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
9	ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΤΗΛ/ΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ
10	ΛΟΓΙΣΜΙΚΟ (ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ)

Αναλυτική καταγραφή των προτεινόμενων τεχνικών προδιαγραφών του παραπάνω εξοπλισμού, εμφανίζεται στο Παράρτημα II. Οι αναφερόμενες προδιαγραφές, είναι προσαρμοσμένες στην σημερινή πραγματικότητα και διαφέρουν από τις προταθείσες κατά την αρχική σχεδίαση του συστήματος.

Κεφάλαιο 14

Υλοποίηση – Λειτουργία του Συστήματος

14.1 Προϋποθέσεις Υλοποίησης και περιβάλλον λειτουργίας του “*Manage Care*”

Η διαδικασία υλοποίησης και λειτουργίας του συστήματος *Manage Care*, συνιστά μια επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία. Και αυτό, επειδή απαιτείται η ολοκλήρωση εξοπλισμού, ανθρώπινου δυναμικού, διαδικασιών και άλλων υποστηρικτικών μέσων.

Βασικές προϋποθέσεις της υλοποίησης και αποδοτικής λειτουργίας του *Manage Care*, αποτελούν (κατά χρονολογική σειρά):

- Αλλαγή της φιλοσοφίας διοίκησης και διαχείρισης του συστήματος ασφαλίσεων υγείας, σύμφωνα με τον στρατηγικό σχεδιασμό και τους πρωταρχικούς στόχους που τέθηκαν και αναφέρονται στο Κεφάλαιο 10
- Δημιουργία ευρύτατου δικτύου συνεργαζόμενων φορέων υγείας
- Αλλαγή της οργανωτικής δομής της εταιρίας, με τη δημιουργία του Τμήματος (Υπηρεσίας) *Manage Care*, και την ανάθεση-ανάληψη νέων ρόλων και αρμοδιοτήτων στο προσωπικό της, όπως περιγράφονται στο Κεφάλαιο 12
- Ολοκλήρωση της εγκατάστασης της απαιτούμενης υλικοτεχνικής υποδομής, σύμφωνα με όσα αναφέρονται στο Κεφάλαιο 13
- Διαρκής εκπαίδευση των χρηστών του συστήματος, όλων των βαθμίδων και σε όλες τις ενέργειες και διαδικασίες, που επιβάλλουν οι νέες αρμοδιότητες και αναφέρονται στο Κεφάλαιο 12
- Επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου μετάβασης στο νέο σύστημα, χωρίς να διαταραχτεί η ομαλή λειτουργία της εταιρίας
- Δοκιμαστική λειτουργία του συστήματος, με σενάρια προσομοίωσης των ενεργειών και διαδικασιών, που προβλέπονται από το *Manage Care*
- Πιλοτική λειτουργία του συστήματος, σε περιορισμένη και ελεγχόμενη έκταση των λειτουργιών του
- Ανατροφοδότηση του συστήματος, με τον εντοπισμό προβλημάτων, σχετικών με την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του και επίλυση τους
- Μετάπτωση (σταδιακή ή απότομη) στο νέο σύστημα
- Συντήρηση – Υποστήριξη της λειτουργίας του συστήματος

Πρέπει να τονιστεί, ότι όλες οι παραπάνω διαδικασίες μετάβασης στο σύστημα *Manage Care*, θα πρέπει να πραγματοποιούνται με δεδομένη την μελλοντική σταδιακή ένταξη του στο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα της εταιρίας, η ανάπτυξη του οποίου ήδη υλοποιείται, στα πλαίσια

εκσυγχρονισμού και αναδιοργάνωσης του συνόλου των διαδικασιών της εταιρίας.

14.2 Μέθοδος Μετάπτωσης στο Νέο Σύστημα

Η στρατηγική μετάβασης από ένα παλιό σύστημα σε ένα καινούργιο έχει δύο επιλογές. Η μία ονομάζεται *Flash Cut* και υλοποιείται με την απότομη μετάβαση από το παλιό σύστημα στο νέο, ενώ η δεύτερη είναι μια σταδιακή μετάβαση στο νέο σύστημα. Η επιλογή του τρόπου μετάβασης έχει ορισμένες παραμέτρους οι οποίες και κρίνουν ποια είναι η καλύτερη:

- Το μέγεθος της αποδεκτής διαταραχής στην επιχειρηματική ζωή της εταιρίας
- Αν υπάρχουν χρονικοί περιορισμοί για την έναρξη λειτουργίας του συστήματος
- Πόσο αποδεκτό είναι το νέο σύστημα από τους χρήστες του
- Πόσο ασφαλής είναι η λειτουργία του συστήματος σε πραγματικές συνθήκες

Από τη διοίκηση της εταιρίας επιλέχθηκε η σταδιακή μετάβαση στο σύστημα *Manage Care*, ακολουθώντας τη σειρά των ενεργειών (προϋποθέσεων) που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο.

Η σταδιακή μετάβαση επιλέχθηκε, κυρίως λόγω της πολυπλοκότητας των διαδικασιών του *Manage Care*, αλλά και λόγω της αδυναμίας της εταιρίας να υλοποιήσει και υποστηρίξει (οργανωτικά) άμεσα το σύνολο των Υ/Σ, που το αποτελούν. Η υλοποίηση των επιμέρους Υ/Σ και η σταδιακή ένταξή τους στο νέο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα της εταιρίας, θεωρήθηκε η καταλληλότερη, ασφαλέστερη και αποδοτικότερη επιλογή, από τη διοίκηση της εταιρίας.

14.3 Μετατροπή – Μετάπτωση Δεδομένων

Ένα βασικό ζήτημα που ανακύπτει σε αυτή τη φάση, είναι η μετατροπή και η διαχείριση των δεδομένων του υπάρχοντος συστήματος. Κατά τη φάση αυτή αναζητούνται τρόποι μετατροπής αυτών των δεδομένων. Τα πιθανά θέματα που προκύπτουν είναι:

- διαφορετικές πηγές δεδομένων με διαφορετική δομή
- διαδικασία μετατροπής: τρόπος μετατροπής, θέματα ασφάλειας και ανάκτησης δεδομένων
- Κριτήρια πλήρους μετατροπής: σαφής ορισμός των κριτηρίων αυτών.

Το *Manage Care* έχει προβλέψει ένα Υ/Σ, το οποίο στόχο έχει την μεταφορά - αντιγραφή σε ημερήσια βάση των δεδομένων του υπάρχοντος συστήματος, τα οποία αξιολογήθηκαν ως αξιοποιήσιμα, στο νέο σύστημα (όπως

περιγράφηκε στο Κεφάλαιο 12). Επίσης, το *Manage Care* έχει συμπεριλάβει δεδομένα από υπάρχοντα ανεξάρτητα συστήματα της εταιρίας (όπως κατάλογο φορέων υγείας), τα οποία αξιοποίησε, αφού αξιολόγησε το περιεχόμενο τους και τη μορφή με την οποία ήταν αποθηκευμένα.

14.4 Εκπαίδευση Προσωπικού

Η εκπαίδευση χρηστών σχεδιάστηκε και υλοποιείται σταδιακά πριν την λειτουργία του συστήματος. Τα κύρια μέρη της εκπαίδευσης των χρηστών της εταιρίας καθορίστηκαν να είναι:

- Παρουσίαση του νέου στρατηγικού σχεδιασμού της εταιρίας στον τομέα των ασφαλίσεων υγείας
- Παρουσίαση των νέων ρόλων και αρμοδιοτήτων στα πλαίσια του *Manage Care*
- Εκπαίδευση στη χρήση του τηλεφωνικού κέντρου
- Εκμάθηση της χρήσης του νέου λογισμικού (σε επίπεδο απλών χρηστών του συστήματος)
- Εκμάθηση της χρήσης του νέου λογισμικού και των πληροφοριακών δυνατοτήτων του (σε επίπεδο στελεχών)
- Εκμάθηση των πληροφοριακών δυνατοτήτων του νέου λογισμικού (σε επίπεδο διοίκησης της εταιρίας)
- Εκμάθηση στη συντήρηση και τη τροποποίηση (customizing) του λογισμικού (σε επίπεδο προσωπικού ανάπτυξης και υποστήριξης της Διεύθυνσης Πληροφορικής)

Η εκπαίδευση προγραμματίστηκε να πραγματοποιηθεί με βάση συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα, με καταρτισμένους εισηγητές, οι οποίοι έχουν σχεδιάσει, αναπτύξει και συντηρούν το σύστημα. Μπορούν κατά περίπτωση να χρησιμοποιηθούν όλες οι υπάρχουσες μορφές εκπαίδευσης όπως:

- Παρακολούθηση σεμιναρίων σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους με υπολογιστές (Computer Laboratories)
- Σεμινάρια στους χώρους εργασίας
- Εκπαίδευση πάνω στη δουλειά (on the Job)
- Εκπαίδευση μέσω υπολογιστή εξ αποστάσεως

14.5 Δοκιμαστική Λειτουργία του Συστήματος

Για τη υποστήριξη της λειτουργίας του συστήματος, και τη διαχείρισή του στο αρχικό αυτό στάδιο, η διοίκηση της εταιρίας αποφάσισε την ανάπτυξη μιας υπηρεσίας (Υπηρεσία *Manage Care*), η οποία θα υπάγεται στο Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας, της Διεύθυνσης Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής (η Υπηρεσία αυτή, ανάλογα με τον βαθμό υλοποίησης του συστήματος και την ένταξή του στο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα της εταιρίας, θα αντικαταστήσει σταδιακά το Τμήμα Ασφαλίσεων Υγείας, το οποίο θα μετονομαστεί σε Τμήμα *Manage Care*, με αρμοδιότητα τη συνολική διαχείριση του συστήματος).

Το σύστημα, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα, θα λειτουργήσει δοκιμαστικά για διάστημα 3 μηνών, προκειμένου διαπιστωθούν και επιλυθούν τυχόν προβλήματα, να γίνει πιστοποίηση και έλεγχος της σωστής λειτουργίας του συστήματος και να επιλεγεί η οριστική μέθοδος μετάβασης στο *Manage Care*. Στη συνέχεια, σύμφωνα πάντα με το χρονοδιάγραμμα, έχει αποφασιστεί η πιλοτική λειτουργία του συστήματος για χρονικό διάστημα 3 μηνών ή για χρονικό διάστημα που θα καθοριστεί από την επιτυχημένη ή όχι λειτουργία του.

Προκειμένου να εξυπηρετηθεί η δοκιμαστική και πιλοτική λειτουργία του συστήματος, η εταιρία προέβη στις παρακάτω ενέργειες :

- Διέθεσε κατάλληλα διαμορφωμένο ανεξάρτητο χώρο, πλησίον των κεντρικών γραφείων της εταιρίας
- Εγκατέστησε όλη την αιτούμενη υλικοτεχνική υποδομή, που προβλέπεται για την λειτουργία του συστήματος (ηλεκτρικές εγκαταστάσεις, γραφεία, καρέκλες, καλωδιώσεις, δικτύωση, υπολογιστικά συστήματα, περιφερειακά, τηλεφωνικό κέντρο και τηλεφωνικές συσκευές, τηλεπικοινωνιακή σύνδεση, συστήματα ασφαλείας και ελέγχου πρόσβασης, σύνδεση στο διαδίκτυο κλπ εξοπλισμό)
- Εκπαίδευσε ικανό αριθμό προσωπικού υψηλού επιπέδου, προκειμένου να υποστηρίξει τη λειτουργία του συστήματος
- Διαμόρφωσε τις συνεργασίες του με τους φορείς υγείας, ώστε να προσανατολίζονται στην εξυπηρέτηση των στόχων του *Manage Care*
- Αποφάσισε άμεσα την λειτουργία του Υ/Σ του Τηλεφωνικού Κέντρου (με τη δυνατότητα κλήσης τετραψήφιου αριθμού) με την ενεργοποίηση, σε αυτό το στάδιο, μόνο της λειτουργίας της παροχής πληροφοριών
- Πραγματοποίησε ενημερωτική εξόρμηση προς τους ασφαλισμένους, για τις αρχές λειτουργίας και τα πλεονεκτήματα της χρήσης των νέων διαδικασιών του συστήματος

Η δοκιμή συστήματος εκτελείται με τη πιστή τήρηση του εγγράφου δοκιμής συστήματος, το οποίο περιγράφει τους στόχους της δοκιμής. Επίσης περιέχει ένα πίνακα κάλυψης των απαιτήσεων του χρήστη, οι οποίες ελέγχονται μία προς μία. Το έγγραφο περιέχει επίσης μια σειρά από προκαθορισμένα σενάρια (Test cases) χρήσης του προγράμματος, τα οποία θα διαλευκάνουν τόσο την εννοιολογική κάλυψη από πλευράς διαδικασιών του συστήματος, όσο την κατασκευαστική ακεραιότητα του κώδικα. Κάθε σενάριο αναλύεται σε τρία μέρη:

- **Το κείμενο (Script) του σεναρίου:** Αποτελείται από μια σειρά οδηγιών βήμα προς βήμα για την επιτυχή εκτέλεση του σεναρίου. Αναφέρει τις κινήσεις του χρήστη και τις ανάγκες του συστήματος σε υλικό.
- **Τα δοκιμαστικά δεδομένα (Test Data) του σεναρίου:** Αποτελούνται από μια σειρά δοκιμαστικών δεδομένων που εισάγονται στο σύστημα, ώστε το σενάριο να έχει σχέση με τη πραγματικότητα. Τα δεδομένα αυτά μπορούν να είναι στοιχεία πινάκων βάσεων δεδομένων, αριθμοί ή κείμενο που εισάγει ο χρήστης χειροκίνητα στο σύστημα ή στοιχεία αποθηκευμένα σε κάποιο αρχείο.
- **Τη λίστα ελέγχου του σεναρίου (Checklist):** Η λίστα αυτή είναι μια αναλυτική λίστα που αφορά τη συμπεριφορά του συστήματος για αυτό

το σενάριο. Αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων με μονολεκτική ή προκαθορισμένη απάντηση. Κάθε αρνητική απάντηση σε κάποια ερώτηση σημειώνεται ως ελάττωμα του συστήματος και διερευνάται στη συνέχεια.

Σε κάθε σενάριο ο ελεγκτής συμπληρώνει ένα έγγραφο αναφοράς δοκιμής με τα αποτελέσματα της δοκιμής, τη συμπεριφορά του λογισμικού, τις τυχόν ανάγκες τροποποίησης ή διορθώσεων και ότι άλλες παρατηρήσεις έχει. Συνήθως, ο ελεγκτής είναι άτομο, ο οποίος έχει πραγματοποιήσει την ανάλυση των απαιτήσεων και αντιλαμβάνεται το πρόβλημα. Τα έγγραφα αυτά αρχειοθετούνται με βάση τον μοναδικό αριθμό που αντιστοιχεί σε κάθε σενάριο.

Τα σενάρια, που δημιουργήθηκαν για την δοκιμαστική λειτουργία του *Manage Care*, στόχο είχαν την πιστοποίηση της λειτουργικής του αξιοπιστίας (δηλαδή τον βαθμό υποστήριξης των ενεργειών και διαδικασιών του νέου συστήματος), και της τεχνικής του αξιοπιστίας (δηλαδή τον βαθμό αξιόπιστης λειτουργίας του χρησιμοποιούμενου υλικοτεχνικού εξοπλισμού).

Έτσι, δημιουργήθηκαν σενάρια ολοκληρωμένης διαχείρισης των διαδικασιών ασφάλισης υγείας (έναρξη ασφάλισης, ολοκλήρωση διαδικασίας έκδοσης του συμβολαίου, κλήση σε τηλεφωνικό κέντρο, διαχείριση των κλήσεων, χρησιμοποίηση υγειονομικού χάρτη, αναγγελία έναρξης περιστατικού, follow-up περιστατικού, διαχείριση παραστατικών, έλεγχος και τιμολόγηση περιστατικού, εκτύπωση αναφορών και καταστάσεων, μεταφορά στοιχείων από υφιστάμενο σύστημα κλπ).

Κατά τη διαδικασία της δοκιμαστικής λειτουργίας του συστήματος, προγραμματίστηκαν επιπλέον μετρήσεις απόδοσης του συστήματος, όπως χρόνοι απόκρισης, όρια εξυπηρέτησης εισερχομένων κλήσεων, χρόνοι αναμονής εξυπηρέτησης, μέσοι χρόνοι ολοκλήρωσης των κλήσεων, μέγιστος αριθμός ταυτόχρονης εξυπηρέτησης χρηστών του συστήματος, χρόνοι εκτύπωσης καταστάσεων, χρόνοι ολοκλήρωσης διαδικασιών αποστολής στοιχείων, χρόνοι συμπλήρωσης στοιχείων οθονών, χρόνοι ολοκλήρωσης άλλων διαδικασιών ελέγχου, χρόνος ημερήσιας ενημέρωσης από υφιστάμενη βάση, χρόνος λήψης αντιγράφων ασφαλείας, κλπ).

Για τη διαδικασία πιλοτικής λειτουργίας του συστήματος, αποφασίστηκε η λειτουργία του συστήματος *Manage Care* (εκτός της λειτουργίας της ιατρικής βοήθειας), σε συσχετισμό με τα δεδομένα χρήσης υπηρεσιών από ένα συνεργαζόμενο φορέα υγείας και συγκεκριμένα το Θεραπευτήριο «Υγεία». Για το σκοπό αυτό, παραχωρήθηκε από τον φορέα υγείας χώρος στο θεραπευτήριο για την στέγαση του εξοπλισμού και του προσωπικού εξυπηρέτησης του συστήματος και συμφωνήθηκε η διαδικασία συνεργασίας του προσωπικού του θεραπευτηρίου με αυτό της ασφαλιστικής εταιρίας. Επίσης ενημερώθηκαν όλοι οι ασφαλισμένοι με ασφάλιση υγείας, για την πιλοτική έναρξη της λειτουργίας του συστήματος και των πλεονεκτημάτων που προσφέρει η ολοκληρωμένη διαχείριση των διαδικασιών χρήσης υπηρεσιών υγείας, μέσω του συστήματος *Manage Care*.

14.6 Συντήρηση - Υποστήριξη του Συστήματος

Οι διαδικασίες συντήρησης του συστήματος, περιλαμβάνουν τις παρακάτω διαστάσεις :

- Συντήρηση του υλικού εξοπλισμού του συστήματος, ώστε να διασφαλίζεται η αδιάκοπτη, αποδοτική και αξιόπιστη λειτουργία του συστήματος
- Συντήρηση του λογισμικού του συστήματος, ώστε να διασφαλίζεται η αδιάκοπτη, αποδοτική και αξιόπιστη λειτουργία του συστήματος
- Συντήρηση άλλων υποστηρικτικών λειτουργιών του συστήματος (επικαιροποίηση στοιχείων, ενημέρωση εμπλεκόμενων κλπ)

Οι διαδικασίες υποστήριξης της λειτουργίας του συστήματος περιλαμβάνουν τις παρακάτω διαστάσεις :

Υπηρεσίες Θέσης σε Παραγωγική Λειτουργία

Κανονισμός Λειτουργίας του Συστήματος

Σχεδιασμός Εισαγωγής Δεδομένων

Εισαγωγή Δεδομένων

Εγκαταστάσεις Εξοπλισμού και Λογισμικού

Μετάπτωση Δεδομένων από το υφιστάμενο σύστημα

Βελτιώσεις – Προσαρμογές Λογισμικού

Εγκατάσταση Βελτιώσεων Λογισμικού

Εκπαίδευση Προσωπικού

Υποστήριξη Πιλοτικής Λειτουργίας

Τελικές Ρυθμίσεις Συστήματος (αφορά το σύνολο του συστήματος)

Υπηρεσίες Υποστήριξης Παραγωγικής Λειτουργίας

Υποστήριξη Χρηστών 1^{ου} Επιπέδου (HELP DESK)

Υποστήριξη Χρηστών 2^{ου} Επιπέδου (ON SITE)

Υποστήριξη Συστημάτων (SYSTEM ADMINISTRATION)

Υποστήριξη Συστημάτων (OPERATIONS MANAGEMENT)

14.7 Ασφάλεια του Συστήματος

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην ασφάλεια του συστήματος *Manage Care*, σε συσχέτισμό με τις υπάρχουσες πολιτικές ασφάλειας της εταιρίας.

Η τεκμηρίωση της πολιτικής ασφάλειας είναι το πρώτο και πιο σημαντικό βήμα στο δρόμο προς τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, το οποίο διαχειρίζεται ευαίσθητα και προσωπικά δεδομένα, αλλά και σημαντικές πληροφορίες της λειτουργίας της εταιρίας. Έτσι, ενδεικτικά αναφέρονται τα σημαντικότερα στοιχεία της πολιτικής ασφάλειας, που προτάθηκε {Blacharski 1998 }, για την λειτουργία του συστήματος *Manage Care* :

Δικτυακά συνθηματικά.

- Προκαθορισμένα συνθηματικά. Αν ένα προϊόν λογισμικού έρχεται εγκατεστημένο με ένα προκαθορισμένο συνθηματικό, αυτό πρέπει οπωσδήποτε να αλλάξει.
- Επιλογή συνθηματικών. Δεν πρέπει να περιέχουν κανονικά ονόματα, ημερομηνίες γέννησης ή λέξεις που βρίσκονται από λεξικό. Πρέπει να έχουν μήκος τουλάχιστον έξι χαρακτήρες, με τουλάχιστον δύο από αυτούς να είναι αριθμητικοί.
- Αλλαγή συνθηματικών. Τα συνθηματικά πρέπει να αλλάζουν κάθε μήνα.
- Συνθηματικά επισκεπτών. Οι επισκέπτες, όπως εργολάβοι ή σύμβουλοι, πρέπει να ακολουθούν τους ισχύοντες κανόνες για τα συνθηματικά. Ο διαχειριστής δικτύου θα πρέπει να τερματίζει τη χρήση κάθε τέτοιου συνθηματικού, όταν πλέον δεν είναι απαραίτητο.
- Διαμοιρασμός συνθηματικών. Δεν πρέπει κάτι τέτοιο να επιτρέπεται κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες.
- Εμφανείς καταγραφές. Τα συνθηματικά δεν πρέπει να σημειώνονται σε σημεία που έλκουν την προσοχή, όπως σε χαρτιά πάνω στην οθόνη ή μέσα σε ένα συρτάρι γραφείου.

Επίπεδα πρόσβασης

- Ταξινόμηση δεδομένων. Όλα τα αρχεία πρέπει να σημειώνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε η πρόσβαση σε κάθε ένα από αυτά να επιτρέπεται ή να απαγορεύεται αυτόματα, ανάλογα με τη σχετική σημασία.
- Ταξινόμηση προσωπικού. Κάθε άτομο με πρόσβαση στο δίκτυο θα πρέπει να έχει κατάλληλο περιορισμό πρόσβασης σε αρχεία και προγράμματα. Αν, στα πλαίσια ενός συγκεκριμένου έργου, ένα άτομο ζητήσει δικαιώματα πρόσβασης πέρα από αυτά που του έχουν δοθεί, αυτό θα ισχύει μόνο κατά τη διάρκεια εκτέλεσης του έργου.

Φυσική ασφάλεια

- Δωμάτιο υπολογιστικών συστημάτων. Το κεντρικό δωμάτιο υπολογιστικών συστημάτων θα πρέπει να είναι κλειδωμένο και μόνο εξουσιοδοτημένο προσωπικό να έχει δικαίωμα εισόδου. Επιπλέον, δεν θα πρέπει να υπάρχει πινακίδα στην είσοδό του, που να περιγράφει το τι περιλαμβάνει.
- Κύρια περιοχή εργασίας. Πρέπει να είναι κλειδωμένη και η πρόσβαση να επιτρέπεται μόνο μέσω “smart cards”.

- Περιοχή υποδοχής. Πριν την είσοδο οποιοδήποτε τεχνικού συντήρησης θα πρέπει να επιδεικνύεται σχετική εντολή υπογεγραμμένη από υπάλληλο και ο ίδιος υπάλληλος θα πρέπει να καλείται πριν την έκδοση της σχετικής άδειας.
- Φορητά μηχανήματα. Θα πρέπει να είναι κλειδωμένα με παραδοσιακούς φυσικούς τρόπους για την παρεμπόδιση κλοπής τους και σε συνεργασία με το διαχειριστή συστημάτων θα πρέπει να γίνονται τακτικά backups στα δεδομένα που αυτά περιέχουν.
- Κατασκευή του κτιρίου. Η κατασκευή του κτιρίου πολύ συχνά αποτελεί την πρώτη γραμμή άμυνας για τους επίδοξους εισβολείς. Θα πρέπει το κτίριο να έχει την κατάλληλη κατασκευή, ώστε να αποτρέπει ή να εμποδίζει τους εισβολείς από το να εισέλθουν στο κτίριο.
- Εξωτερικές πόρτες και παράθυρα. Συχνά αποτελούν ένα από τα πλέον αδύνατα σημεία πρόσβασης, για αυτό θα πρέπει να είναι αρκετά ανθεκτικά σε πιθανές προσπάθειες παραβίασης.
- Φωτισμός ασφάλειας. Θα πρέπει να υπάρχει έτσι ώστε να επιτρέπει στους φύλακες να αναγνωρίσουν τους εισβολείς πριν οι τελευταίοι φτάσουν στο στόχο τους και να αποτρέπει τους εισβολείς να επιτύχουν το στόχο τους.
- Παρακολούθηση του χώρου. Ο χώρος θα πρέπει να βρίσκεται υπό συνεχή παρακολούθηση με τη βοήθεια κλειστού κυκλώματος και θα πρέπει να προστατεύεται από συναγερμό.
- Προστασία από πυρκαγιά ή πλημμύρα. Οι χώροι που φιλοξενούν το σύστημα θα πρέπει να προστατεύονται από το ενδεχόμενο πυρκαγιάς και πλημμύρας.
- Παροχή ηλεκτρικής ενέργειας. Οι εγκαταστάσεις παροχής ηλεκτρικού θα πρέπει να ακολουθούν όλους τους σχετικούς κανονισμούς. Το σύστημα θα πρέπει να τροφοδοτείται αδιάλειπτα. Πρέπει ακόμα να υπάρχουν συστήματα UPS για την προστασία των μηχανημάτων. Σε περίπτωση διακοπής θα πρέπει να διενεργούνται οι κατάλληλες διαδικασίες αντιμετώπισης τους.

Αντίδραση σε παραβιάσεις.

- Εσωτερικές καταπατήσεις ασφάλειας. Αν δεν είναι σκόπιμες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με οδηγίες σχετικά με τις κατάλληλες διαδικασίες που θα πρέπει να ακολουθούνται. Στην αντίθετη περίπτωση θα πρέπει να γίνονται αυστηρές επιπλήξεις, αλλαγή θέσης ή απόλυση, ανάλογα με τη σοβαρότητα και συχνότητα της παράβασης.
- Εξωτερικές καταπατήσεις ασφάλειας. Θα πρέπει να συγκροτείται ειδική ομάδα αντίδρασης, για να καθορίσει την πηγή της εισβολής και αν η σοβαρότητα του γεγονότος το απαιτεί, θα πρέπει να υπάρχει επαφή με τις αρμόδιες αρχές επιβολής του νόμου.

Διαδίκτυο

- Παρακολούθηση. Μία ομάδα παρακολούθησης είναι απαραίτητη για να επιβλέπει το χρόνο που οι υπάλληλοι περνούν σε ανάρμοστες ή και αντιπαραγωγικές δραστηριότητες, όπως πιθανές επισκέψεις σε δικτυακούς τόπους μη σχετικούς με τα καθήκοντά τους.

- Εξυπηρετητής web. Ο Webmaster πρέπει να είναι ο μόνος με τη σχετική εξουσιοδότηση να ενημερώνει τα κατάλληλα αρχεία, ενώ τα αντίστοιχα έγγραφα που θα φαίνονται με αυτό τον τρόπο δεν θα πρέπει να περιέχουν συνδέσμους προς εσωτερικά αρχεία. Για να φανεί προς τα έξω ένα έγγραφο θα πρέπει απλά να αντιγράφεται και να τοποθετείται εκεί ακολουθώντας την προβλεπόμενη διαδικασία.
- Firewall. Θα πρέπει να υλοποιείται με στόχο την ενίσχυση της ασφάλειας.

Ιοί

- Φυσική παρεμπόδιση. Κανείς υπάλληλος δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί λογισμικό πριν τον έλεγχο και την έγκρισή του από την ομάδα ασφάλειας.
- Παρεμπόδιση με λογισμικό. Ένα εμπορικό πρόγραμμα προστασίας από ιούς θα πρέπει να έχει τεθεί σε λειτουργία σε όλη την έκταση του δικτύου, δηλαδή σε επίπεδο σταθμών εργασίας, εξυπηρετητών και firewall. Η ενημέρωσή του θα πρέπει να γίνεται πάντοτε με τη συχνότητα που προτείνει ο κατασκευαστής.

Προσωπικό

- Απασχόληση στο σύστημα *Manage Care*. Οι αιτήσεις για απασχόληση προσωπικού που θα εκτελεί τις εργασίες που θα αφορούν την λειτουργία του συστήματος θα πρέπει να περάσουν από έλεγχο ασφάλειας πριν εγκριθούν και οι απαιτήσεις για την κάθε θέση θα πρέπει να είναι σαφώς ορισμένες.
- Συμφωνία εμπιστευτικότητας. Το προσωπικό του συστήματος θα πρέπει να υπογράφει συμφωνία εμπιστευτικότητας. Ακόμα θα πρέπει να οριστούν οι πειθαρχικές διαδικασίες αντιμετώπισης περιστατικών παραβίασης.
- Εκπαίδευση. Προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού θα πρέπει να καταρτίζονται, διαφορετικά για κάθε κατηγορία προσωπικού.
- Υποδομή. Για την υλοποίηση και τον έλεγχο της ασφάλειας του συστήματος θα πρέπει να δημιουργείται το κατάλληλο διοικητικό πλαίσιο.
- Απομάκρυνση. Αν κάποιος υπάλληλος απομακρυνθεί από τη θέση του στο σύστημα *Manage Care* ή από την εταιρία γενικότερα, η πρόσβασή του στο δίκτυο θα πρέπει να διακοπεί πριν γίνει η σχετική αναγγελία και η έξοδός του από τον φυλασσόμενο χώρο θα πρέπει να γίνει με κατάλληλη συνοδεία.

Κρυπτογράφηση

Τα ευαίσθητα έγγραφα θα πρέπει να κρυπτογραφούνται πριν τη μετάδοσή τους με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ή άλλο τρόπο.

Backup δεδομένων

Θα πρέπει να γίνεται περιοδικά, χωρίς όμως αυτό να είναι αρμοδιότητα του κάθε υπαλλήλου. Αντίθετα, κάτι τέτοιο θα πρέπει να γίνεται πάντοτε κεντρικά

από το διαχειριστή των συστημάτων και τα μέσα στα οποία γίνεται το backup θα πρέπει να φυλάσσονται σε άλλη φυσική τοποθεσία.

Καταστροφή μέσων

Αν κάποιο μέσο αποθήκευσης πρέπει για οποιοδήποτε λόγο να πάψει να χρησιμοποιείται, θα πρέπει πρώτα να καθοριστεί το πόσο ευαίσθητα είναι τα δεδομένα που περιέχει. Τα μη ευαίσθητα δεδομένα απλώς θα πρέπει να σβήνονται, αλλά μέσα τα οποία περιέχουν ευαίσθητα δεδομένα θα πρέπει να καταστρέφονται με διαδικασίες που λαμβάνουν υπόψη την παραμένουσα μαγνήτιση, ακολουθώντας τις σχετικές οδηγίες.

Διαδικασία μεγάλης καταστροφής

Θα πρέπει να περιλαμβάνει προδιαγραφές για τουλάχιστον 50 τοις εκατό αποκατάσταση λειτουργίας μέσα σε 24 ώρες. Με την πρόβλεψη replication server σε άλλη φυσική τοποθεσία, είναι δυνατή η συντομότερη αποκατάσταση του συστήματος σε πλήρη λειτουργία.

Κεφάλαιο 15

Αξιολόγηση του συστήματος - Συμπεράσματα

15.1 Πλαίσιο Αξιολόγησης του “*Manage Care*”

Αξιολόγηση της λειτουργίας του συστήματος “*Manage Care*” συνολικά, δεν είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί μέχρι αυτή τη χρονική στιγμή. Και αυτό, επειδή ούτε το σύνολο των Υ/Σ του έχουν ενταχθεί για παραγωγική λειτουργία στο νέο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα της εταιρίας, ούτε έχει παρέλθει χρονικό διάστημα ικανό να τροφοδοτήσει το σύστημα με πλήθος δεδομένων για την εξαγωγή αξιόπιστης πληροφόρησης και να διαφανούν τα οριστικά αποτελέσματα σε οργανωτικό και οικονομικό επίπεδο.

Σε αυτό το σημείο όμως, είναι δυνατή μια:

α) αξιολόγηση όλων των συστατικών στοιχείων, που απαρτίζουν το “*Manage Care*” (υλικός εξοπλισμός, λογισμικό, προσωπικό, διαδικασίες και άλλα μέσα) και συνέβαλαν στην υλοποίησή του

β) κατ’ αρχήν αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης και επίτευξης (με την υλοποίηση του “*Manage Care*”) των πρωταρχικών στόχων και αντικειμενικών σκοπών, οι οποίοι τέθηκαν με τον νέο στρατηγικό σχεδιασμό του Τομέα Ασφαλίσεων Υγείας

γ) αναφορά σε αναμενόμενα επιχειρησιακά και οικονομικά αποτελέσματα από την ολοκληρωμένη λειτουργία του “*Manage Care*”, σε σχέση και με την διεθνή εμπειρία που προέκυψε από την εφαρμογή παρόμοιων συστημάτων

Για την αξιολόγηση του “*Manage Care*”, χρησιμοποιήθηκε διεθνώς αναγνωρισμένη πρακτική αξιολόγησης της υλοποίησης πληροφοριακών συστημάτων και της χρησιμοποιούμενης τεχνολογίας της πληροφορικής και των επικοινωνιών, με εφαρμογή σε ασφαλιστικές εταιρίες {Serafeimidis & Smithson 1996}

15.2 Αξιολόγηση των συστατικών στοιχείων του “*Manage Care*”

Παρακάτω, και προκειμένου να διευκολυνθεί μια αιτιολογημένη συνολική αξιολόγηση, παρατίθεται συνοπτικά η αξιολόγηση των υλικών μέσων, ανθρώπινων πόρων, αποφάσεων, ενεργειών και διαδικασιών της διαδρομής για την ανάπτυξη, υλοποίηση και λειτουργία του “*Manage Care*” :

- διασφαλίστηκε, ότι ο νέος στρατηγικός σχεδιασμός στον τομέα ασφαλίσεων υγείας της εταιρίας, εντάσσεται και εναρμονίζεται με τον συνολικό επιχειρηματικό σχεδιασμό της εταιρίας. Με αυτό τον τρόπο, οι πρωταρχικοί στόχοι και οι αντικειμενικοί σκοποί του “*Manage Care*”, εξυπηρετούν την επίτευξη των στόχων του εκσυγχρονισμού και της αναδιοργάνωσης του συνόλου των διαδικασιών της εταιρίας
- δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή, ώστε οποιαδήποτε επένδυση στον τομέα της τεχνολογίας της πληροφορικής και των επικοινωνιών, να εναρμονίζεται με τον στρατηγικό σχεδιασμό του τομέα πληροφορικής της εταιρίας και τις προδιαγραφές του νέου ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματός της
- οι αρχές λειτουργίας του συστήματος, ήταν σύμφωνες με τις αρχές λειτουργίας της εταιρίας και δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην συμμετοχή του προσωπικού, στη διαδικασία υλοποίησης και λειτουργίας του συστήματος
- το σύστημα σχεδιάστηκε για να υποστηρίζει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες των ασφαλίσεων υγείας, προσομοιώνοντας την διαδρομή τους και διατρέχοντας οριζόντια τις λειτουργίες της εταιρίας
- το χρονοδιάγραμμα ανάπτυξης και υλοποίησης του συστήματος που τέθηκε στην αρχή, ακολουθήθηκε πιστά από όλους τους εμπλεκόμενους
- όλες οι εφαρμογές του συστήματος, που αρχικά είχε αποφασιστεί η ανάπτυξή τους, υλοποιήθηκαν
- η συνεργασία με τη διοίκηση και τα στελέχη της εταιρίας, χαρακτηρίζεται απόλυτα ικανοποιητική
- η εταιρία, κατά το χρόνο ανάλυσης και σχεδιασμού του “*Manage Care*”, δεν ήταν σε θέση (ή δεν επιθυμούσε) να μας παράσχει αριθμό ευαίσθητων πληροφοριών, οι οποίες θεωρήθηκαν σημαντικές (π.χ. πρόσβαση σε δεδομένα χρήσης υπηρεσιών υγείας ασφαλισμένων, στατιστικά στοιχεία οικονομικής φύσεως, λεπτομέρειες για το είδος της υφιστάμενης τεχνολογίας πληροφορικής και τεχνολογιών κ.ά.). Επίσης, η εταιρία μας παρείχε περιορισμένο μόνο αριθμό από πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα αναδιοργάνωσης και εκσυγχρονισμού της εταιρίας, του οποίου η υλοποίηση ευρίσκετο στα αρχικά στάδια, καθώς και για την ανάπτυξη του νέου ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος της εταιρίας, το οποίο ευρίσκετο στο στάδιο του σχεδιασμού. Η περιορισμένη αυτή πληροφόρηση, επηρέασε τον σχεδιασμό του συστήματος, ως προς την προτεινόμενη αρχιτεκτονική και τεχνολογική υποδομή του. Όμως, εναλλακτικές λύσεις και προτάσεις για τα θέματα αυτά διατυπώθηκαν και αναφέρονται στο επόμενο Κεφάλαιο 16
- η εταιρία, είτε μέσω της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, είτε ανεξάρτητα, στα πλαίσια της υλοποίησης του “*Manage Care*”, προχώρησε στη σύναψη συμβάσεων με θεραπευτήρια, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου. Παρόλα αυτά, το ολιγοπωλιακό καθεστώς των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, σε επίπεδο νοσοκομειακής περίθαλψης τουλάχιστον, δεν διασφαλίζει αυτή τη στιγμή, ούτε τον ορθολογικό προσδιορισμό της τιμής των προσφερομένων υπηρεσιών, ούτε την βιωσιμότητα των συμβάσεων σε μακροχρόνια βάση, ούτε ικανοποιητική γεωγραφική κάλυψη.

- η εταιρία, στα πλαίσια της υλοποίησης του “*Manage Care*”, διέκοψε την πολυετή σύμβαση με όμιλο διαγνωστικών κέντρων και συνήψε νέα σύμβαση, με άλλο γνωστό όμιλο, με ευνοϊκότερους όρους συνεργασίας και ευρύτερη γεωγραφική κατανομή των κέντρων, προκειμένου να εξυπηρετούνται οι ασφαλισμένοι
- η εταιρία, στα πλαίσια της υποστήριξης της πιλοτικής λειτουργίας του “*Manage Care*”, συνήψε συμβάσεις και με άλλους φορείς υγείας
- η εταιρία, μέχρι το σημείο σχεδιασμού και ανάπτυξης του συστήματος, δεν είχε τη δυνατότητα να υποστηρίξει, οργανωτικά κυρίως, την μετάβαση σε ανώτερο επίπεδο διοίκησης της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και εμπλοκής στη διαχείρισή της. Γι’ αυτό και το προτεινόμενο επίπεδο διαχείρισης, εμπλοκής και ελέγχου, που προτάθηκε, αναπτύχθηκε και υποστηρίζει το “*Manage Care*”, θεωρήθηκε ως υλοποιήσιμο και λειτουργικό. Προτάσεις για επέκταση του συστήματος και μετάβαση σε ανώτερο στάδιο διαχείρισης, εμπλοκής και ελέγχου, διατυπώνονται στο Κεφάλαιο 16
- ο προσανατολισμός του “*Manage Care*” είναι πρωταρχικά «πελατοκεντρικός». Έτσι για κάθε υποψήφιο ασφαλισμένο, ακολουθείται εξατομικευμένη προσέγγιση του ως προς τις ανάγκες ασφάλισης
- ο «πελατοκεντρικός» προσανατολισμός του “*Manage Care*” εμπλουτίζει σταδιακά τη γνώση της εταιρίας και έδωσε τη δυνατότητα στην εταιρία να συμπεριλάβει στα νέα προγράμματα ασφάλισης υγείας τους παρακάτω όρους, με τη δυνατότητα να υποστηρίξει όλες τις αναγκαίες ενέργειες, με διάφανο και νόμιμο τρόπο. Έτσι :
 - κάθε υποψήφιος ασφαλισμένος υποβάλλεται υποχρεωτικά σε ιατρικές εξετάσεις, το πλήθος και το είδος των οποίων καθορίζεται από ιατρό της εταιρίας
 - κάθε ασφαλισμένος είναι υποχρεωμένος να γνωστοποιεί ετησίως στην ασφαλιστική εταιρία, με την επιστροφή του ειδικού εντύπου μεταβολών που του αποστέλλεται, τυχόν μεταβολές της κατάστασης της υγείας του ή τυχόν επεμβάσεις που πραγματοποίησε ή αλλαγές στο είδος της εργασίας του και τον τρόπο ζωής του
 - για κάθε ασφαλισμένο υπάρχει η δυνατότητα προσδιορισμού διαφορετικών ασφαλίσεων, για τις ίδιες παροχές (εξατομικευμένα ασφάλιστρα), εφόσον διαπιστώνεται, ότι ο αναλαμβανόμενος κίνδυνος με την ασφάλιση υγείας, διαφέρει
 - η εταιρία, διατηρεί το δικαίωμα να μεταβάλλει διαχρονικά τα ασφάλιστρα των ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας, εφόσον αποδεικνύει, ότι έχουν μεταβληθεί σημαντικοί παράγοντες, που μεταβάλλουν τον αναλαμβανόμενο κίνδυνο. Η δυνατότητα αυτή παρέχεται και στους ασφαλισμένους, εφόσον διαχρονικά εκλείψουν νοσογόνες αιτίες ή παράγοντες κινδύνου.
- το “*Manage Care*” έχει σχεδιαστεί να συλλέγει ένα τεράστιο όγκο δεδομένων και στοιχείων, τα οποία επιτρέπουν με διάφανο τρόπο την ασφαλέστερη εκτίμηση του αναλαμβανόμενου κινδύνου από την εταιρία, τον ορθότερο και δικαιότερο υπολογισμό των ασφαλίσεων και κατ’ επέκταση την εξασφάλιση της βιωσιμότητας και ανάπτυξης του συστήματος ασφαλίσεων υγείας της εταιρίας

- το προσωπικό, που επιλέχθηκε ή/και προσλήφθηκε για να στελεχώσει και υποστηρίξει τη λειτουργία του “*Manage Care*”, είναι υψηλού επιπέδου, απόλυτα εξειδικευμένο και με συνείδηση της αποστολής που έχει να επιτελέσει
- το προσωπικό της Υπηρεσίας “*Manage Care*”, το προσωπικό άλλων Τμημάτων και Διευθύνσεων, που εμπλέκονται στη διαχείρισή του, αλλά και στελέχη της Διοίκησης της εταιρίας, ενημερώθηκαν διεξοδικά για το περιεχόμενο, τον τρόπο λειτουργίας και τους στόχους του συστήματος
- η εκπαίδευση του προσωπικού πραγματοποιήθηκε με βάση συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα και με καταρτισμένους εισηγητές
- ο «πελατοκεντρικός» σχεδιασμός του συστήματος επιτρέπει την συχνή αμφίδρομη επικοινωνία με τους ασφαλισμένους και την ενημέρωσή τους για νέα προϊόντα, νέες διαδικασίες, συνεργαζόμενους φορείς υγείας, δικαιώματα και υποχρεώσεις, όρους του συμβολαίου, αναγγελίες περιστατικών κλπ
- το τηλεφωνικό κέντρο, επιτρέπει στην εταιρία να κατευθύνει τα περιστατικά στον κατάλληλο φορέα υγείας, μειώνει την ταλαιπωρία των ασφαλισμένων, ο δε μηχανισμός διαχείρισης των περιστατικών ελέγχει την αναγκαιότητα και πιστοποιεί την παροχή των υπηρεσιών υγείας και διασφαλίζει την υψηλή ποιότητά τους
- σημαντικός αριθμός ασφαλισμένων επικοινωνήσε με το τηλεφωνικό κέντρο, κατά το αρχικό στάδιο της λειτουργίας του, κυρίως για να πληροφορηθεί για τις διαδικασίες εισαγωγής σε νοσηλεύτήριο, αν μπορεί να προγραμματίσει τη νοσηλεία του ή την πραγματοποίηση εξετάσεων και για καλύψεις του συμβολαίου του
- στο χρονικό διάστημα της πιλοτικής λειτουργίας του συστήματος, διαπιστώθηκε, ότι το 95% των ασφαλισμένων της εταιρίας, οι οποίοι προσήλθαν για νοσηλεία στο συγκεκριμένο θεραπευτήριο, αναγνωρίστηκαν από τον αντιπρόσωπο της εταιρίας και τον ιατρό ελεγκτή ως ασφαλισμένοι, είτε έχοντας αναγγείλει το περιστατικό, είτε κατά το χρόνο προσέλευσης, είτε μέσα στην πρώτη ημέρα νοσηλείας. Οι ασφαλισμένοι αυτοί εξυπηρετήθηκαν, εντάχθηκαν σε αντίστοιχα περιστατικά και πραγματοποιήθηκε παρακολούθησή τους, σύμφωνα με τις προβλεπόμενες διαδικασίες
- σύμφωνα με στοιχεία της εταιρίας, μετά από τηλεφωνική επικοινωνία, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 200 νοσηλευθέντων στο θεραπευτήριο «Υγεία» κατά το χρονικό διάστημα της πιλοτικής λειτουργίας του συστήματος, ζητήθηκε η γνώμη των ασφαλισμένων αυτών σχετικά με την γνώση των λειτουργιών του “*Manage Care*”, αν ανήγγειλαν το περιστατικό τους, αν εξυπηρετήθηκαν από το προσωπικό της εταιρίας και του φορέα υγείας και την ικανοποίησή τους από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους προσφέρθηκαν. Σύμφωνα με την εταιρία, το 82% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι αρκετά ή πολύ ικανοποιημένο από την εξυπηρέτηση του προσωπικού και ιατρού της εταιρίας, κατά το χρόνο αναγγελίας του περιστατικού, ή προσέλευσης στο θεραπευτήριο, ή νοσηλείας του.
- ο σχεδιασμός νέων εντύπων ή ο ανασχεδιασμός υπαρχόντων, πραγματοποιήθηκε με στόχο την εξυπηρέτηση των πληροφοριακών αναγκών του συστήματος με απλό και κατανοητό τρόπο

- η κωδικοποίηση των δεδομένων και η τυποποίησή τους σύμφωνα με ευρέως αποδεκτά συστήματα ταξινόμησης, καθιστά την καταγραφή των δεδομένων ακριβή, σύντομη και ασφαλή
- παρόλα αυτά, πολλά έντυπα εμφανίζονται να είναι συμπληρωμένα με λάθος στοιχεία, να είναι ελλιπή ή και ασυνεπή ως προς το περιεχόμενό τους. Αυτό κυρίως παρατηρήθηκε στα έντυπα παρακολούθησης του περιστατικού, τα οποία συμπληρώνονται από τον αντιπρόσωπο και ιατρό ελεγκτή της εταιρίας. Τέτοιου είδους προβλήματα επιβραδύνουν την καταχώρηση των στοιχείων στο σύστημα, και απαιτούν επικοινωνία, έλεγχο, επαναποστολή, κλπ ενέργειες. Μερικά από τα προβλήματα αυτά, αναμένεται να επιλυθούν, εφόσον υιοθετηθεί η προτεινόμενη εναλλακτική αρχιτεκτονική του συστήματος, η οποία εμφανίζεται στο Κεφάλαιο 16
- οι οθόνες του λογισμικού του συστήματος σχεδιάστηκαν με βάση τα νέα έντυπα, έτσι ώστε η πληροφορία να αναγνωρίζεται και να καταχωρείται σύντομα και ορθά
- η διακίνηση των εγγράφων μειώθηκε σημαντικά σε όλη τη διαδρομή της δοκιμαστικής λειτουργίας του συστήματος και η διαδοχή των ενεργειών μέσω της επιλογής των κατάλληλων οθονών του συστήματος, προσφέρει ευελιξία, άμεση ενημέρωση του συστήματος και δυνατότητα διαδικτυακής απασχόλησης
- η επικοινωνία μεταξύ του τηλεφωνικού κέντρου, της Γραμματείας της Υπηρεσίας *Manage Care*, του προσωπικού της εταιρίας στον φορέα υγείας και του ιατρού ελεγκτή κρίνεται απόλυτα ικανοποιητική. Οποιοδήποτε πρόβλημα επιλύεται άμεσα από τον Διαχειριστή του συστήματος
- οι χρόνοι ενημέρωσης μεταξύ του προσωπικού του συστήματος, οι χρόνοι συμπλήρωσης και αποστολής των εγγράφων, οι χρόνοι καταχώρησης των δεδομένων στο σύστημα κρίνονται ως απόλυτα αποδεκτοί
- ο έλεγχος και η εκκαθάριση των περιστατικών κατά τη δοκιμαστική λειτουργία, εμφανίζεται να γίνεται σε ελάχιστο χρονικό διάστημα, με ασφάλεια, χωρίς διπλοεγγραφές και απώλειες παραστατικών. Τα εκκρεμή περιστατικά συνεχώς παρακολουθούνται, ενημερώνονται και ελέγχονται και η απόφαση για το κλείσιμό τους λαμβάνεται άμεσα από τον προϊστάμενο ιατρό της εταιρίας, σε συνεργασία με τον ιατρό ελεγκτή
- η υλικοτεχνική υποδομή του συστήματος λειτουργεί χωρίς προβλήματα. Η εγκατάσταση, σύνδεση και λειτουργία των υπολογιστικών συστημάτων, η εγκατάσταση του λογισμικού (συστήματος, διαχείρισης βάσης δεδομένων, εφαρμογών, κλπ) ολοκληρώθηκε μέσα στα χρονοδιαγράμματα
- η επικοινωνία της υφιστάμενης βάσης δεδομένων, με τη βάση του “*Manage Care*” δοκιμάστηκε με επιτυχία και η διαδικασία ενημέρωσης-μεταφοράς των στοιχείων λειτουργεί ικανοποιητικά, αν και κάπως αργά.
- Το δίκτυο, στο οποίο είναι συνδεδεμένο και πάνω στο οποίο λειτουργεί το “*Manage Care*”, λειτουργεί υποδειγματικά και ταχύτατα

- το λογισμικό του “*Manage Care*”, κατά το στάδιο της δοκιμαστικής λειτουργίας του, αξιολογήθηκε ως μάλλον ικανοποιητικό. Σε επίπεδο λειτουργίας των Υ/Σ ανεξάρτητα, δεν παρουσίασε σημαντικά προβλήματα, τα οποία εντοπίστηκαν και επιλύθηκαν στο σύνολό τους. Σε επίπεδο ολοκληρωμένης λειτουργίας του συστήματος, εμφανίστηκαν αρκετά προβλήματα, κυρίως με τη συνεργασία των Υ/Σ του Τηλεφωνικού Κέντρου και της Εκκαθάρισης των Περιστατικών με τα άλλα Υ/Σ. Τα προβλήματα αυτά εντοπίστηκαν και επιλύθηκαν άμεσα. Για το πλαίσιο αξιολόγησης του λογισμικού εφαρμογής του “*Manage Care*”, ακολουθήθηκαν γενικά αποδεκτές πρακτικές {Fritz & Carter 1999}
- το σύστημα, στο πιλοτικό στάδιο της λειτουργίας του, έχει τη δυνατότητα δημιουργίας περιορισμένου αριθμού αναφορών, από αυτές που αναφέρθηκαν στο Κεφάλαιο 12. Έτσι, χωρίς ιστορικά στοιχεία και χωρίς την συνολική καταγραφή των δεδομένων των περιστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας, ένα μεγάλο μέρος της πληροφόρησης δεν είναι δυνατόν να παρουσιαστεί
- η εταιρία δεν έχει επιλύσει το πρόβλημα της επικαιροποίησης των περιεχομένων των πινάκων της βάσης δεδομένων του συστήματος, ούτε της συλλογής στοιχείων από διάφορες πηγές με σκοπό τη συντήρηση των δεδομένων του συστήματος. Σχετικό είναι και το πρόβλημα της αναζήτησης πληροφοριών και στατιστικών στοιχείων από πολλές και διαφορετικές πηγές, για την βελτίωση, ανάπτυξη, αξιολόγηση και σύγκριση των αποτελεσμάτων της λειτουργίας του συστήματος. Επειδή αυτό συνιστά μια σύνθετη και πολυδιάστατη διαδικασία, η οποία σε πλήρη ανάπτυξη μπορεί να αποτελέσει και το έργο ολόκληρου τμήματος, εξετάζεται το ενδεχόμενο, σε αρχικό στάδιο να ανατεθεί σε εξωτερικό συνεργάτη

Μετά το χρονικό διάστημα της πιλοτικής λειτουργίας του “*Manage Care*”, αξιολογήθηκε η λειτουργία ως απόλυτα επιτυχημένη και αποφασίστηκε η σταδιακή ένταξη του με τη μορφή Υ/Σ του στο νέο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα της εταιρίας. Το νέο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα της εταιρίας, σε πλήρη ανάπτυξη, θα καλύπτει το σύνολο των λειτουργιών της εταιρίας, συγκεντρώνοντας τα δεδομένα της εταιρίας και αντλώντας πληροφόρηση από μια κεντρική βάση δεδομένων. Δεν έχει αποφασιστεί ακόμα η ένταξη των λειτουργιών των ασφαλίσεων υγείας στο νέο πληροφοριακό σύστημα. Για το σκοπό αυτό αποφασίστηκε, σε αρχικό στάδιο, η σταδιακή ένταξη εκείνων των λειτουργιών του “*Manage Care*”, οι οποίες θα εξυπηρετούν ευρύτερες λειτουργίες και σκοπιμότητες.

Έτσι, αυτή τη στιγμή έχουν ενταχθεί σε παραγωγική λειτουργία στοιχεία από τα εξής Υ/Σ του “*Manage Care*” (κατά σειρά και βαθμό ένταξης) :

- **Ασφαλισμένος-Συμβόλαιο Ασφάλισης Υγείας** (το τμήμα που αφορά τα στοιχεία του ασφαλισμένου, το πλήθος, η μορφή και η τυποποίησή τους)
- **Τηλεφωνικό Κέντρο** (οι λειτουργίες του που αφορούν Πληροφορίες, την αναγγελία περιστατικού και μέρος των λειτουργιών Ιατρικών Συμβουλών και Βοήθειας)
- **Περιστατικό** (ο μηχανισμός και οι διαδικασίες καταγραφής, ελέγχου και παρακολούθησης του περιστατικού λειτουργούν, αλλά όχι

μηχανογραφικά και όχι με το πλήθος και το βάθος ανάλυσης των πληροφοριών που προδιαγράφηκε από το “*Manage Care*”)

- **Πρωτόκολλο-Έλεγχος και Εκκαθάριση Περιστατικού** (έχουν προβλεφθεί τροποποιημένες διαδικασίες ελέγχου και εκκαθάρισης των περιστατικών, χωρίς τις προδιαγραφές αυτόματου συσχετισμού των τιμολογίων με τα περιστατικά, χωρίς τον μηχανισμό αυτόματου ελέγχου και σύγκρισης του είδους, του αριθμού και της τιμής μονάδας των υπηρεσιών υγείας)
- **Στατιστικά-Αναφορές & Στήριξη Αποφάσεων** (έχει αναπτυχθεί ολοκληρωμένο σύστημα δημιουργίας και εκτύπωσης εντύπων, αναφορών και στατιστικών καταστάσεων, που υποστηρίζει το σύνολο των λειτουργιών, που έχουν ενταχθεί στο νέο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα)

15.3 Αξιολόγηση του “*Manage Care*” με βάση τους αντικειμενικούς σκοπούς του στρατηγικού σχεδιασμού

Από τη δοκιμαστική και πιλοτική λειτουργία του “*Manage Care*” ως ολοκλήρωση των Υ/Σ που το απαρτίζουν, διαφαίνεται η ικανότητα και δυνατότητα του συστήματος να επιτυγχάνει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό τους αντικειμενικούς σκοπούς που αρχικά τέθηκαν και να υποστηρίζει την επίτευξη των πρωταρχικών στόχων, της αποστολής και του οράματος της εταιρίας.

Ιδιαίτερα πρέπει να τονιστεί, ότι, ανεξάρτητα από την κατά Υ/Σ καταγραφή της συνεισφοράς στην επίτευξη των σκοπών του τομέα υγείας της εταιρίας, το “*Manage Care*” ως ολοκληρωμένο σύστημα προσφέρει προσθετική αξία, και με αυτή τη διάσταση πρέπει να αξιολογείται.

Έτσι λοιπόν και σύμφωνα με όσα προδιαγράφηκαν στο Κεφάλαιο 10, , το “*Manage Care*” εμφανίζεται να επιτυγχάνει όλους τους αντικειμενικούς σκοπούς που τέθηκαν, όπως καταγράφονται στον Πίνακα 15.1 :

15.4 Αναμενόμενα αποτελέσματα από τη λειτουργία του “*Manage Care*”

Η αναφορά σε αναμενόμενα αποτελέσματα από την μελλοντικά ολοκληρωμένη λειτουργία του “*Manage Care*” θεωρήθηκε απαραίτητη, προκειμένου να τεθούν μετρήσιμοι στόχοι και να είναι δυνατή η αξιολόγηση του συστήματος όχι μόνο με ποιοτικούς, αλλά και με ποσοτικούς όρους.

Η αναφορά πραγματοποιείται σε σχέση με την διεθνή εμπειρία, που προέκυψε από την εφαρμογή παρόμοιων συστημάτων, αλλά λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της Ελληνικής Ασφαλιστικής αγοράς και το τοπίο του Τομέα Υγείας (Ιδιωτικού και Δημόσιου) στη χώρα μας. Επίσης, ο σχεδιασμός και το περιεχόμενο του συστήματος, διαφέρει σημαντικά από αντίστοιχα Ευρωπαϊκά ή άλλα διεθνή παρόμοια συστήματα, καθώς ο βαθμός ετοιμότητας της Ελληνικής αγοράς για την υιοθέτηση τέτοιων συστημάτων και την αφομοίωση των συνεπειών τους, εμφανίζεται μειωμένος.

Σύμφωνα λοιπόν με τις παραπάνω δεσμεύσεις, παρατίθενται ορισμένα συμπεράσματα και διαπιστώσεις από τη λειτουργία συστημάτων *Managed Care* :

- Η προώθηση προϊόντων ασφάλισης υγείας, μέσω εναλλακτικών οδών (διαδίκτυο, τηλεφωνική επικοινωνία, κλπ) οι οποίες υποστηρίζονται από το “*Manage Care*” (δες και Κεφάλαιο 16), καλύπτει ελάχιστο ποσοστό από τις πολιτικές προώθησης των πωλήσεων και εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων στην Ελλάδα. Αυτό συμβαίνει, παρά το γεγονός του εξαιρετικά χαμηλού κόστους ανάπτυξης και συντήρησης του συστήματος, σε σχέση με το αντίστοιχο κόστος των παραδοσιακών μεθόδων. Η αιτία αποδίδεται στη σύγκρουση συμφερόντων, με υπάρχοντα δίκτυα πώλησης και διανομής των ασφαλιστικών εταιριών
- Το κόστος ανάπτυξης και ολοκληρωμένης λειτουργίας του “*Manage Care*”, εκφράζεται σε όρους 80:20, δηλαδή το 80% της λειτουργικότητάς του, μπορεί να επιτευχθεί με το 20% του συνολικού κόστους υλοποίησής του. Για να επιτευχθεί το υπόλοιπο 20% της λειτουργικότητάς του, απαιτείται το 80% του κόστους {Hord 2000}. Γι’ αυτό το λόγο πρέπει να αποφεύγεται η υπερβολική επένδυση σε τεχνολογική υποδομή, αλλά πρέπει να επιλέγεται συντηρητική πολιτική.
- Σημαντικό μέρος της διαδικασίας έναρξης και ολοκλήρωσης της διαδικασίας της ασφάλισης, πρέπει να είναι δυνατόν να πραγματοποιείται από τους ασφαλιστικούς συμβούλους και αντιπροσώπους της εταιρίας {Ruquet 2000}, διαδικασία που υποστηρίζεται σημαντικά από το “*Manage Care*”
- Το κόστος διαχείρισης των συμβολαίων ασφάλισης υγείας στην Βρετανική αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, εκτιμάται ότι ανέρχεται σε ποσοστό 20% επί του ασφαλιστρού {Ward 2000}. Το ποσοστό αυτό στην Ελλάδα υπολογίζεται χαμηλότερο, καθώς λίγες ασφαλιστικές εταιρίες χρησιμοποιούν ανεξάρτητους αντιπροσώπους.
- Η ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων, που παρακολουθούν τις διαδικασίες που ακολουθούνται σε μια ασφαλιστική εταιρία, μπορεί, να μειώσει το κόστος των διαδικασιών διαχείρισης και αποζημίωσης των

περιστατικών από 30-50% {Brunwin 1994}. Το “*Manage Care*”, έχει σχεδιαστεί και υλοποιηθεί, ώστε να παρακολουθεί όλη τη διαδρομή των ενεργειών και διαδικασιών διαχείρισης των περιστατικών.

- Συγχρόνως, τέτοια συστήματα έχει αποδειχτεί στην πράξη, ότι συντελούν {Brunwin 1994}.:
 - Στην μείωση του απασχολούμενου προσωπικού, μέχρι 60%
 - Στην μείωση του χρόνου ολοκλήρωσης των διαδικασιών ασφάλισης, μέχρι 50%
 - Στη μείωση του χρόνου ολοκλήρωσης των διαδικασιών ενημέρωσης και εκκαθάρισης του φακέλου των περιστατικών, μέχρι και 75%
- Η ασφαλιστική βιομηχανία ολοένα και συγκλίνει λειτουργικά με άλλους οικονομικούς οργανισμούς και εκτός των εθνικών ορίων. Έτσι, τράπεζες προσφέρουν και προωθούν ασφαλιστικά προϊόντα, ασφαλιστικές εταιρίες συμμετέχουν σε επενδύσεις σε βιομηχανία, υπηρεσίες και ακίνητα, με αποτέλεσμα να γίνονται δυσδιάκριτα πλέον τα όρια της ασφαλιστικής δραστηριότητας. Γι’ αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η επένδυση σε υποδομές πληροφορικής και επικοινωνιών, ώστε να ενδυναμώσουν την παρουσία τους στον χώρο και να έχουν τη δυνατότητα να εκμεταλλευτούν το πεδίο δραστηριότητάς τους, όπως διαμορφώνεται στο σύγχρονο κόσμο {Hockey 2000}.
- Οι ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες εισάγουν τη φιλοσοφία του *Managed Care* στις διαδικασίες διοίκησης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας που προσφέρουν, διαπιστώνουν μείωση των εξόδων στον τομέα αυτό κατά 30-40%, σε σχέση με το κόστος των παραδοσιακών προγραμμάτων ασφάλισης υγείας {Cutler, McCellan, et al. 1998} {Altman, Cutler, et al. 2000}
- Ειδικότερα, επισημαίνεται η συνεισφορά της φιλοσοφίας των προγραμμάτων *Managed Care* στα εξής {Glied 1999}:
 - Στη μείωση των περιπτώσεων εξετάσεων, κατά το χρόνο νοσηλείας
 - Στη μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας
 - Στη μείωση του μέσου κόστους νοσηλείας
 - Στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών
 - Στην προσφορά ολοκληρωμένης διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας προς τους ασφαλισμένους
 - Στην βελτίωση της υγείας των ασφαλισμένων
- Η εισαγωγή μεθόδων και τεχνολογίας παρακολούθησης των διαδικασιών (*work-flow technology*) στον τομέα των ασφαλίσεων υγείας, συνδέεται άμεσα με τη διαδικασία ανασυγκρότησης και εκσυγχρονισμού των διαδικασιών όλης της εταιρίας. Τα παρακάτω, εμφανίζουν τη σημαντικότερη ωφέλεια, που σχετίζεται την υλοποίηση συστημάτων με τη φιλοσοφία του “*Manage Care*” {Ziegler 1998}:
 - Μείωση του κόστους
 - Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων
 - Αυξημένη παραγωγικότητα
 - Βελτίωση του βαθμού διαχείρισης

Πρόσφατη έρευνα {Cameron 1995}, κατέγραψε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, από την λειτουργία συστημάτων παρόμοιου περιεχομένου, ως εξής :

- Αύξηση της απόδοσης : 55%
 - Μείωση του κόστους : 37%
 - Καλύτερη υποστήριξη αποφάσεων : 27%
 - Ανταγωνιστικό πλεονέκτημα : 27%
 - Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων : 18%
- Όλα τα παραπάνω, πρέπει να αξιολογηθούν και με τη διάσταση του εξαιρετικά επείγοντος του θέματος, όσον αφορά τον σχεδιασμό, ανάπτυξη, υλοποίηση και λειτουργία ολοκληρωμένων συστημάτων Managed Care βασισμένα σε σύγχρονη τεχνολογία της πληροφορικής και των επικοινωνιών. Και αυτό γιατί οι υψηλές αποζημιώσεις, που καταβάλλουν οι ασφαλιστικές εταιρίες για χρήση υπηρεσιών υγείας, επιμένουν ακόμη και σήμερα να προσεγγίζουν ή και να υπερβαίνουν αρκετά τις ετήσιες παραγωγές. Συγχρόνως, σύμφωνα με στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών, το ποσοστό των δαπανών για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μαιευτήρια ανέρχεται για το 2000 σε 55,5%, από 49,4% το 1997. Αυτό αποδεικνύει την αδυναμία παρέμβασης των ασφαλιστικών εταιριών στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και ελέγχου του κόστους και των παραγόντων διαμόρφωσής του.

15.5 Γενικό Συμπέρασμα από τη λειτουργία του “*Manage Care*”

Συμπερασματικά, όπως συνολικά αξιολογήθηκε, το *Manage Care* εμφανίζεται να είναι ένα πληροφοριακό σύστημα, το οποίο υποστηρίζει απολύτως ικανοποιητικά τη διαχείριση των συμβολαίων ασφάλισης υγείας και την διοίκηση των διαδικασιών ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω των συμβολαίων αυτών.

Κεφάλαιο 16

Προτάσεις για Βελτιώσεις – Τροποποιήσεις - Επεκτάσεις

16.1 Η ανάγκη διαρκούς εκσυγχρονισμού του “*Manage Care*”

Η εταιρία, μέχρι το σημείο σχεδιασμού και ανάπτυξης του “*Manage Care*”, δεν είχε τη δυνατότητα να υποστηρίξει, οργανωτικά κυρίως, την μετάβαση σε ανώτερο επίπεδο διοίκησης της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και εμπλοκής στη διαχείρισή της. Γι’ αυτό και το προτεινόμενο επίπεδο διαχείρισης, εμπλοκής και ελέγχου, που προτάθηκε, αναπτύχθηκε και υποστηρίζει το “*Manage Care*”, θεωρήθηκε ως υλοποιήσιμο και λειτουργικό.

Όμως,:

- οι αλλαγές στο επίπεδο της τεχνολογίας της Πληροφορικής και των επικοινωνιών,
- οι επερχόμενες μεταβολές στο τοπίο της ασφάλισης γενικότερα και στον χώρο των ασφαλίσεων υγείας ειδικότερα, καθώς και
- η συνεχιζόμενη αδυναμία παρέμβασης στις διαδικασίες και το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας

έχουν καταστήσει αναγκαία την υποβολή προτάσεων, που θα ενδυναμώσουν την δυνατότητα διοίκησης, εμπλοκής και ελέγχου των λειτουργιών του “*Manage Care*” και την προσαρμογή του στο διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον λειτουργίας του.

Ο εκσυγχρονισμός του συστήματος “*Manage Care*”, αποτελεί μια αναγκαία και δυναμική διαδικασία, η οποία πρέπει να συνοδοιπορεί με τις ενέργειες εξασφάλισης της αποδοτικής λειτουργίας του, έτσι ώστε να αποφευχθεί η απαξίωσή του διαχρονικά.

16.2 Μετάβαση σε ανώτερο επίπεδο (στάδιο) διοίκησης, εμπλοκής και ελέγχου των ασφαλίσεων υγείας

Στο Κεφάλαιο 4, όταν είχαμε αναφερθεί στο θεσμό του Managed Care σε χώρες του εξωτερικού, είχαμε παρατηρήσει, ότι τα διάφορα σχήματα αυτού

του θεσμού εμφανίζουν και διαφορετικό βαθμό εμπλοκής, στις διαδικασίες παροχής των υπηρεσιών υγείας προς τους ασφαλισμένους της.

Σύμφωνα λοιπόν με το βαθμό εμπλοκής, διαχείρισης και ελέγχου, που εμφανίζονται να έχουν αυτά τα σχήματα, έχουν δημιουργηθεί 5 επίπεδα (στάδια) του θεσμού του Managed Care, τα οποία καταγράφουν τα χαρακτηριστικά και εμφανίζουν το βαθμό εμπλοκής τους στην παροχή της φροντίδας υγείας προς τους ασφαλισμένους τους {Ziegler 1998} :

Πίνακας 16.1
Επίπεδα ανάπτυξης συστημάτων Managed Care

Στάδιο	Ονομασία σταδίου	Βασικά Χαρακτηριστικά
1	Αρχικό	<ul style="list-style-type: none"> • Διαχείριση εισαγωγής για νοσηλεία • Διαχείριση αιτήσεων αποζημίωσης • Οικονομική διαχείριση αποζημιώσεων
2	Ανάπτυξης	<ul style="list-style-type: none"> • Διαχείριση συμβολαίων ασφαλισμένων • Διαχείριση συστατικών στοιχείων του κόστους • Διαχείριση διαδικασιών χρήσης υπηρεσιών υγείας • Παραπεμπτικό εισαγωγής για νοσηλεία • Τυποποίηση δεδομένων • Διαχείριση/κατηγοριοποίηση περιστατικών
3	Κυριαρχία	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση κίνησης ασφαλισμένου • Διαχείριση Περιστατικών • Ανάπτυξη και διαχείριση κατηγοριών κινδύνου • Διαχείριση Περιστατικών υψηλού κινδύνου • Διαχείριση χρήσης υπηρεσιών υγείας, εκτός δικτύου • Ανάπτυξη Μητρώου Φορέων Υγείας, και πιστοποίησή τους
4	Ενοποίηση	<ul style="list-style-type: none"> • Διαχείριση περιστατικών, στον τόπο αντιμετώπισής τους • Διαχείριση παραπεμπτικών, πιστοποίηση και έλεγχός τους • Ανάλυση ομάδων κινδύνου • Ανάπτυξη και εφαρμογή

		κλινικών πρωτοκόλλων διαχείρισης περιστατικών <ul style="list-style-type: none"> • Αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας • Ανάλυση βαρύτητας/κρισιμότητας περιστατικών • Ανάλυση επειγόντων περιστατικών • Εξυπηρέτηση ασφαλισμένων • Πρωτόκολλα αναγκαιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας • Ανάλυση ανάληψης ατομικού κινδύνου ασφάλισης υγείας
5	Ολοκλήρωση	<ul style="list-style-type: none"> • Ενσωμάτωση επιχειρησιακής πολιτικής • Ενοποίηση κλινικών/οικονομικών δεδομένων • Ολοκλήρωση πληροφοριακών συστημάτων σε όλο το δίκτυο • Έλεγχος λειτουργίας του συστήματος • Ανατροφοδότηση ασφαλισμένου • Δείκτες αξιολόγησης • Διαχείριση ζήτησης υπηρεσιών • Μέτρηση λειτουργικότητας, ικανοποίησης, κατανάλωσης, ανθρώπινου δυναμικού • Συστήματα υποστήριξης αποφάσεων • Ηλεκτρονική διακίνηση ιατρικού φακέλου ασφαλισμένου • Διαχείριση ασθένειας • Προστιθέμενη αξία

Διευκρινίζεται, ότι τα όρια των παραπάνω επιπέδων δεν είναι απολύτως ευδιάκριτα, καθώς τα συστήματα Managed Care, αναπτύσσονται με βάση, όχι την ανάγκη κατηγοριοποίησής τους, αλλά την ανάγκη εξυπηρέτησης των επιχειρηματικών στόχων.

Έτσι, και στο προτεινόμενο σύστημα “*Manage Care*”, αναγνωρίζουμε στοιχεία από διάφορα επίπεδα και δεν είναι εύκολο να καταταχθεί σε κάποιο συγκεκριμένο επίπεδο, χωρίς προβληματισμό. Πάντως, παρά την ύπαρξη σημαντικών χαρακτηριστικών και από ανώτερα επίπεδα και την ενσωμάτωση προηγμένων διαδικασιών, δεν είναι δυνατόν να καταταχθεί σε επίπεδο ανώτερο της Ανάπτυξης του θεσμού. Και αυτό οφείλεται, πέρα από την

ανετοιμότητα σε επίπεδο οργανωτικό της εταιρίας, κυρίως σε εξωγενείς παράγοντες (φορείς υγείας), οι οποίοι αυτή τη στιγμή δεν εμφανίζονται διατεθειμένοι να συμμετέχουν στην ανάπτυξη δικτύων, με βαθμό ολοκλήρωσης και ελέγχου, όπως παρουσιάστηκε στον Πίνακα 16.1

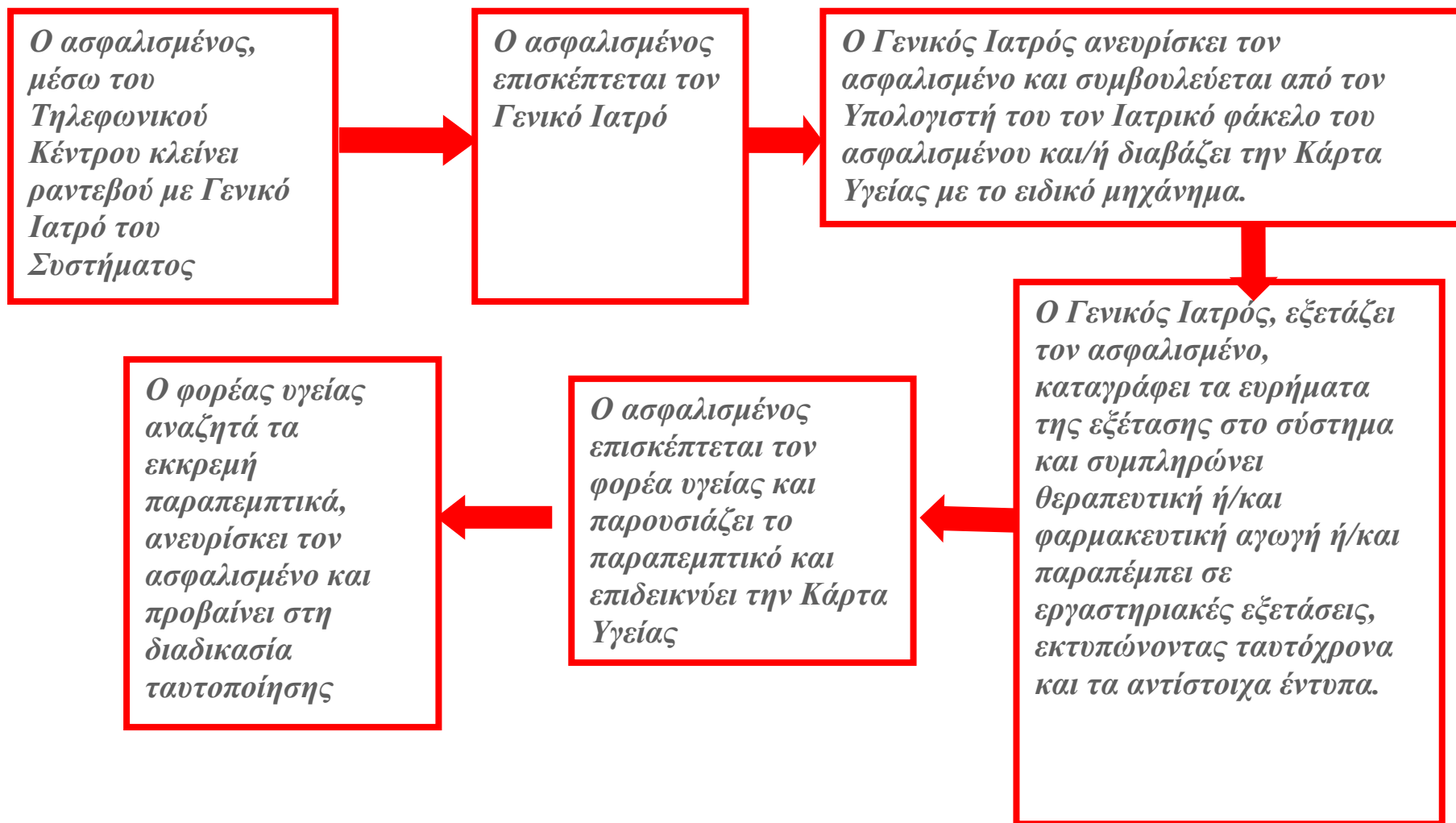
Καθοριστικό στοιχείο για την επιτυχημένη ολοκληρωμένη λειτουργία του συστήματος “*Manage Care*”, θεωρείται η δημιουργία ενός εκτεταμένου δικτύου συνεργαζομένων φορέων υγείας, οι οποίοι θα συνεργαστούν με βάση προσυμφωνημένα κριτήρια, ώστε να δίνεται στους ασφαλισμένους, η δυνατότητα πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Έτσι, σε σχέση με τον προηγούμενο σχεδιασμό, αποφασίστηκε η υποβολή της πρότασης για επέκταση του δικτύου φορέων υγείας, με τη σύναψη συμφωνιών για ένταξη στο δίκτυο Ιατρών Παθολόγων και Γενικής Ιατρικής και Παιδιάτρων, προκειμένου να εξυπηρετήσουν τη διαδικασία, μιας πρώτης εξέτασης κάθε ασφαλισμένου, ο οποίος αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας και επιθυμεί τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Το δίκτυο των ιατρών αυτών πρέπει να είναι χωροταξικά ιδιαίτερα εκτεταμένο και πυκνό, καθώς προορίζεται να καλύψει τις ανάγκες της εταιρίας, για εξυπηρέτηση όλων των ασφαλισμένων της με ασφάλιση υγείας. Ο Ιατρός αυτός, αφού εξετάσει τον ασφαλισμένο, έχει τη δυνατότητα να τον παραπέμψει για εξέταση σε ειδικό ιατρό, ή για την υποβολή σε εργαστηριακές εξετάσεις, για την εισαγωγή του για νοσηλεία, ή ακόμη και να συστήσει απλή θεραπευτική ή φαρμακευτική αγωγή.

Η νέα αυτή διαδικασία, προηγείται χρονικά της κλήσης του τηλεφωνικού κέντρου για την αναγγελία περιστατικού. Η αναγγελία περιστατικού στην ουσία ξεκινά από την επίσκεψη του ασφαλισμένου στον ιατρό αυτό, ο οποίος εμφανίζεται να έχει τον ρόλο του «προσωπικού/οικογενειακού» ιατρού, σύμφωνα με πρότυπα ξένων εθνικών συστημάτων υγείας. Η νέα αυτή διαδικασία, αναμένεται να παίξει του ρόλο του «κυματοθραύστη» στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους, καθώς καμία εξέταση από ειδικό ιατρό, εργαστηριακή εξέταση ή νοσηλεία, δεν θα καλύπτεται χωρίς το παραπεμπτικό του προσωπικού ιατρού. Εξάιρεση θα αποτελούν τα επείγοντα περιστατικά, για τα οποία θα προβλέπεται υποχρέωση αναγγελίας τους, μέσα σε 24 ώρες από την εισαγωγή για νοσηλεία, ή παροχή των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η νέα αυτή διαδικασία, η οποία θα καταγράφεται και παρακολουθείται μηχανογραφικά από το “*Manage Care*”, θα επιτρέπει τον καλύτερο έλεγχο της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και θα λειτουργεί αποτρεπτικά σε περιπτώσεις απλών περιστατικών. Πρέπει να τονιστεί, ότι ο «προσωπικός» ιατρός θα έχει τη δυνατότητα πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο του ασφαλισμένου, για καλύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών.

Στο παρακάτω Διάγραμμα 16.1, εμφανίζεται η ροή των εργασιών και ενεργειών, από την εισαγωγή και ενσωμάτωση στο “*Manage Care*”, του θεσμού του «προσωπικού» ιατρού :

Διάγραμμα 16.1
Διαδικασία «Προσωπικού» Ιατρού



16.3 Εναλλακτική Αρχιτεκτονική του “*Manage Care*”

Με την προοπτική εφαρμογής ενός πιο εκτεταμένου και αποκεντρωμένου μοντέλου του συστήματος “*Manage Care*”, συγχρόνως με την παροχή της δυνατότητας υποστήριξης των διαδικασιών αυτών από τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογία της Πληροφορικής και των Επικοινωνιών, αποφασίστηκε η υποβολή μιας εναλλακτικής πρότασης, όσον αφορά την αρχιτεκτονική του δικτύου του συστήματος.

Με το σχεδιασμό της νέας αρχιτεκτονικής, δίνεται η δυνατότητα της επικοινωνίας του προσωπικού της εταιρίας και των εξουσιοδοτημένων χρηστών/φορέων υγείας, αλλά και των ασφαλισμένων ή και τρίτων, με το σύστημα “*Manage Care*”, και της παροχής ή λήψης πληροφοριών. Έτσι η καταγραφή πολλών δεδομένων πραγματοποιείται στον τόπο δημιουργίας τους και ελαχιστοποιείται ο χρόνος ενημέρωσης του συστήματος και ο όγκος των διακινουμένων εγγράφων. Παράλληλα, το σύστημα, με αυτό τον τρόπο δημιουργεί ένα δικτυακό τόπο ενημέρωσης και επικοινωνίας των ασφαλισμένων με την ασφαλιστική εταιρία και προσφέρει εναλλακτικές λύσεις πελατοκεντρικής διαχείρισης των διαδικασιών {Ziegler 1998}.

Η νέα αρχιτεκτονική, η οποία εμφανίζεται στο Διάγραμμα 16.3, βασίζεται στην ύπαρξη – δημιουργία ενός τοπικού δικτύου (LAN – ETHERNET), έτσι ώστε να είναι δυνατός ο διαμοιρασμός πόρων αλλά και πληροφοριών εσωτερικά αλλά και μεταξύ των τμημάτων. Οι πόροι αυτοί θα μπορούσαν να είναι είτε περιφερειακά (εκτυπωτές) είτε κάποιοι εικονικοί σκληροί δίσκοι (virtual drives) ενώ η πληροφορία αποτελείται είτε από διαμοιρασμό απλών αρχείων είτε από αιτήσεις (requests) σε κάποιο Σύστημα Διαχείρισης Βάσεων Δεδομένων (RDBMS) – βλέπε και **ενότητα 1**.

16.3.1 Ενότητα 1 – Βάση Δεδομένων

Θεμελιώδες τμήμα του “*Manage Care*” είναι η δημιουργία μιας σχεσιακής Βάσης Δεδομένων. Η Βάση Δεδομένων, όπως αναφέρθηκε και στο Κεφάλαιο 13, θα έχει διττό στόχο:

- Ενοποίηση κοινών πληροφοριακών αναγκών διαφορετικών τμημάτων
- Υποστήριξη εξειδικευμένων πληροφοριακών αναγκών διαφορετικών τμημάτων

Η Βάση Δεδομένων θα είναι αποθηκευμένη σε κάποιον ισχυρό εξυπηρετητή (server). Για τη δημιουργία της Βάσης Δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί κάποιο Σύστημα Διαχείρισης, όπως ο Microsoft SQL Server 7.0, Oracle 9i Database Server, Sybase Adaptive Server 12.5 κλπ.

16.3.2 Ενότητα 2 – Εφαρμογή (application)

Η αξιοποίηση των δυνατοτήτων της Βάσης Δεδομένων απαιτεί το σχεδιασμό & την υλοποίηση ενός εύχρηστου & φιλικού συστήματος διεπαφής με το χρήστη (Graphical User Interface – GUI).

Το λογισμικό του συστήματος “*Manage Care*”, περιέχει φόρμες εισαγωγής/τροποποίησης δεδομένων, δυνατότητες εκτύπωσης αναφορών (Reports) καθώς και δυνατότητα export αρχείων στο Excel ή στο Word για περαιτέρω μορφοποίηση και επεξεργασία.

Το λογισμικό του συστήματος “*Manage Care*”, είναι τοπική εφαρμογή πελάτης (local client application) υλοποιημένη με τη χρήση πακέτου λογισμικού Power Builder 8.0, δημιουργώντας έτσι μια client – server (server = Βάση Δεδομένων) αρχιτεκτονική για το Πληροφοριακό Σύστημα της εταιρίας.

Εναλλακτικός τρόπος είναι η δημιουργία ενός web site με δυναμικές ιστοσελίδες (ASP, XML) που θα παρέχουν όλες τις παραπάνω δυνατότητες.

16.3.3 Ενότητα 3 – Αποθήκη Δεδομένων (Data Warehouse)

Η Βάση Δεδομένων, στην οποία αναφερθήκαμε στην **ενότητα 1**, θα χρησιμοποιηθεί για το χειρισμό μεγάλου όγκου λειτουργικών δεδομένων (operational data), τα οποία θα ανανεώνονται συνεχώς.

Οι ανάγκες τήρησης ιστορικών δεδομένων αλλά και backup καθιστούν απαραίτητη την ανάπτυξη μιας Αποθήκης Δεδομένων (Data Warehouse). Οι αποθήκες δεδομένων έχουν την δυνατότητα συλλογής συγκεντρωτικών δεδομένων (analytical data) από σχεσιακές βάσεις δεδομένων, «καθαρισμού» & ομογενοποίησής τους.

Εφ’όσον η συλλογή των δεδομένων θα γίνεται από μόνο μια βάση δεδομένων, η βασικότερη χρησιμότητά της θα είναι η παροχή προς τη διοίκηση εξειδικευμένων & πολύπλοκων αναφορών (Reports) με τη συνδρομή ενσωματωμένων OLAP (Online Analytical Processing) εργαλείων, έτσι ώστε τα διάφορα τμήματα να μπορούν να έχουν μια πιο λεπτομερή αλλά & πιο άμεση εικόνα της πορείας των ασφαλίσεων υγείας.

Είναι δυνατή και η παροχή πολύπλοκων στατιστικών στοιχείων βασισμένα στα αποθηκευμένα ιστορικά δεδομένα.

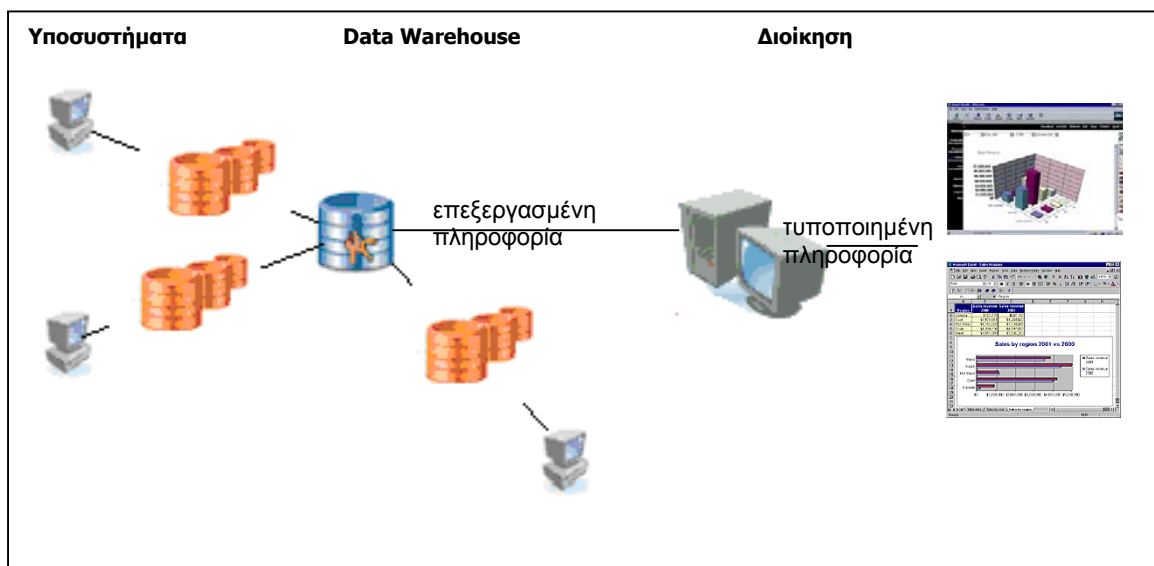
Όσον αφορά την μεθοδολογία αποθήκευσης και μετασχηματισμού της πληροφορίας, αυτή αποτελείται από πέντε επίπεδα, τα εξής:

- **1ο επίπεδο Πηγές δεδομένων (Data Sources)** δηλ. το πλήθος των δεδομένων από τα Υ/Σ του “*Manage Care*”
- **2ο επίπεδο: Population** το οποίο είναι υπεύθυνο για την επιλογή, συλλογή και μετασχηματισμό της παραγωγικής πληροφορίας (operational data).
- **3ο επίπεδο Επιχειρησιακό Data Warehouse** το οποίο περιέχει την επεξεργασμένη πληροφορία από το 2ο επίπεδο και αποτελεί την πηγή για την συνεχή ροή πολύτιμης διασταυρούμενης πληροφορίας (cross functional information)

- **4ο επίπεδο: Φίλτρα (Pipes)** τα οποία είναι υπεύθυνα για τον μετασχηματισμό των παραγωγικών δεδομένων (operational data) σε πληροφορία (information).
- **5ο επίπεδο: Business Information Warehouse (BIW)** που αποτελεί την καρδιά του DW, το λογικό μέρος όπου δημιουργούνται και φυλάσσονται τα Data Marts καθώς προσθέτονται προοδευτικά στο σύστημα.
- **6ο επίπεδο: Βάση για αποθήκευση πληροφοριών για τα δεδομένα (meta data repository)** το οποίο αποτελεί το λογικό επίπεδο όπου αποθηκεύονται πληροφορίες για όλες τις διαδικασίες, προγράμματα, μετασχηματισμούς και δεδομένα.

Απεικόνιση της ροής της επεξεργασίας της πληροφορίας, παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 16.2

Διάγραμμα 16.2
Ροή Πληροφορίας προς την Data Warehouse



16.3.4 Ενότητα 4 – Διαχείριση Δικτύου

Ο Διαχειριστής Δικτύου θα μπορεί να ορίζει τα δικαιώματα πρόσβασης των ομάδων χρηστών των διαφόρων τμημάτων, έτσι ώστε να μην δημιουργούνται προβλήματα μη εξουσιοδοτημένης πρόσβασης στα δεδομένα της εταιρίας.

Όταν υπάρχουν κοινές πληροφοριακές ανάγκες, ο διαχωρισμός των δικαιωμάτων γίνεται στο επίπεδο τροποποίησης ή ανάγνωσης δεδομένων (Write / Read access rights)

Όταν υπάρχει διαχωρισμός ρόλων, τα δεδομένα θα πρέπει να γίνονται προσπελάσιμα μόνο στα αντίστοιχα τμήματα.

Ο Διαχειριστής, μετά από υποδείξεις των τμημάτων, μπορεί να έχει την ευθύνη συντήρησης, τροποποίησης ή επέκτασης της Βάσης Δεδομένων αλλά και της Εφαρμογής.

16.3.5 Ενότητα 5 – Web Server

Ο Web Server λειτουργεί ως πύλη της εταιρίας για την ασφαλή έξοδο της στο Διαδίκτυο (Internet). Εκεί θα αποθηκευθούν οι ιστοσελίδες και οι εφαρμογές, που θα επισκέπτονται μέσω web browser οι εξωτερικοί χρήστες.

Οι ιστοσελίδες θα είναι δυναμικές (ASP, XML) και θα επιτρέπουν στους πιστοποιημένους εξωτερικούς χρήστες την πρόσβαση σε κάποιο τμήμα της Βάσης Δεδομένων του Οργανισμού. Με αυτό το τρόπο τα δεδομένα θα συλλέγονται με μεγαλύτερη ταχύτητα και αξιοπιστία.

16.3.6 Ενότητα 6 – Firewall

Προστασία από προσπάθειες τρίτων για ανάκτηση στοιχείων και δεδομένων από τους servers της εταιρίας.

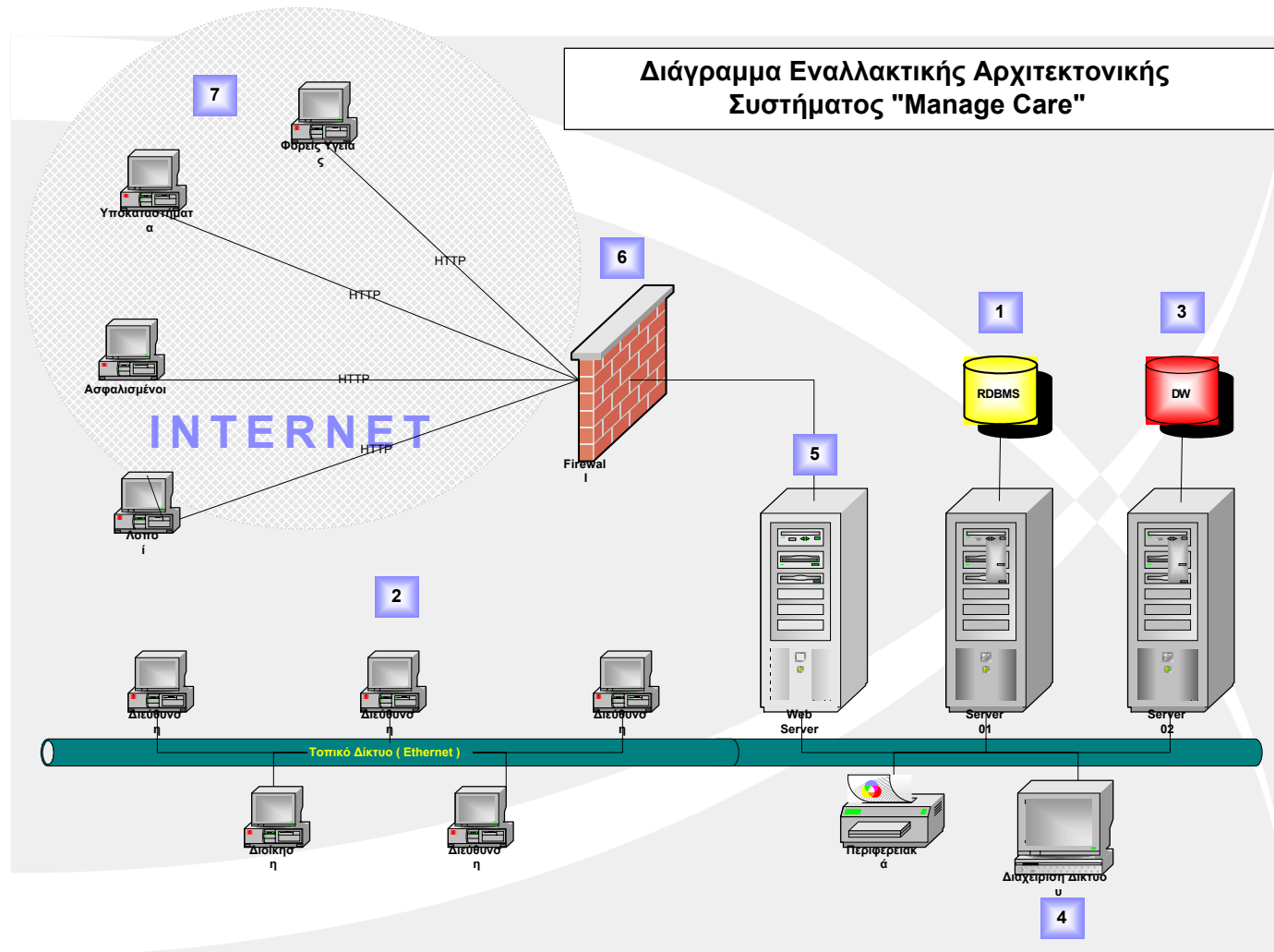
16.3.7 Ενότητα 7 – Επικοινωνία συστήματος “Manage Care” με χρήστες

Ο πιστοποιημένος χρήστης θα επισκέπτεται την ιστοσελίδα της εταιρίας, θα κάνει login, και θα ενεργοποιεί την εφαρμογή του συστήματος ή απλώς θα εισάγει δεδομένα στις κατάλληλες φόρμες. Επίσης, θα έχει τη δυνατότητα να δημιουργεί και τυπώνει αναφορές ή να εμφανίζει δεδομένα του ασφαλισμένου και των περιστατικών του.

Οι πιστοποιημένοι χρήστες, θα έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυστηρά επιλεγμένες λειτουργίες του συστήματος, για τις οποίες τους έχουν δοθεί αντίστοιχα δικαιώματα πρόσβασης.

Τα στοιχεία που καταχωρούν οι χρήστες, θα εισάγονται αυτόματα στην Βάση Δεδομένων του “Manage Care” με ασφάλεια (πρωτόκολλο SSL – κλειδί κρυπτογράφησης 128 bit).

Διάγραμμα 16.3



16.4 Αναβάθμιση των λειτουργιών του Τηλεφωνικού Κέντρου

Το Υ/Σ του Τηλεφωνικού Κέντρου, αξιολογείται ως ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο του «πελατοκεντρικού» σχεδιασμού του συστήματος “*Manage Care*”, γι’ αυτό το λόγο και ενσωματώθηκε από τα αρχικά στάδια υλοποίησης του, στο νέο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα της εταιρίας, για την εξυπηρέτηση ευρύτερων επιχειρησιακών αναγκών.

Τα συστήματα call centers, έχουν αναπτυχθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και χρησιμοποιούνται ευρέως σε επιχειρήσεις και Οργανισμούς, ιδιαίτερα στον τομέα παροχής υπηρεσιών.

Τα πλέον εξελιγμένα πληροφοριακά συστήματα τηλεφωνικών κέντρων παροχής πληροφοριών, βοήθειας ή υποστήριξης επιχειρησιακών διαδικασιών (όπως το προτεινόμενο Υ/Σ του “*Manage Care*”), βασίζονται στον συνδυασμό τηλεφώνου και Η/Υ, διαδικασία λειτουργίας της ενοποίησης τηλεφώνου και Η/Υ (CTI: Computer Telephony Integration) {Delgado 1999}. Η διαδικασία λειτουργίας αυτής της τεχνολογίας είναι παρόμοια με την διαδικασία λειτουργίας που παρουσιάστηκε για το Υ/Σ Τηλεφωνικό Κέντρο του “*Manage Care*” στο Κεφάλαιο 12.

Θα μπορούσαν να υιοθετηθούν και τεχνολογίες Συστημάτων Αυτόματης Απόκρισης (ARS: Automated Response Systems) για την δυνατότητα μερικής ή ολικής αυτόματης παροχής υπηρεσιών ή δρομολόγησης των κλήσεων των ασφαλισμένων.

Τα ARS αυτοματοποιούν τη διαδικασία λήψης και δρομολόγησης των κλήσεων των ασφαλισμένων, δίνοντας τη δυνατότητα αυτό-εξυπηρέτησης, με αποτέλεσμα {Cogan 1997} :

- Τη μείωση του συνολικού κόστους εξυπηρέτησης
- Τη μείωση του συνολικού χρόνου εξυπηρέτησης
- Την αποσυμφόρηση του τηλεφωνικού κέντρου από απλές επαναλαμβανόμενες κλήσεις
- Τη δυνατότητα μιας συνεχούς αμφίδρομης επικοινωνίας με τους ασφαλισμένους

Σαν μειονέκτημα των συστημάτων αυτόματης απόκρισης, αναφέρεται η απώλεια της προσωπικής επαφής κατά τη διαδικασία εξυπηρέτησής τους και στη δημιουργία του αισθήματος εγκατάλειψης από πλευράς της εταιρίας. Για το λόγο αυτό, τα συστήματα αυτόματης απόκρισης θα πρέπει να παρέχουν ταυτόχρονα τη δυνατότητα στους ασφαλισμένους να παρακάμπτουν τις αυτοματοποιημένες διαδικασίες και να επικοινωνούν προσωπικά με τους υπαλλήλους του συστήματος “*Manage Care*”.

16.5 Αναβάθμιση της Κάρτας Υγείας σε «έξυπνη κάρτα» (smart card)

Στο Κεφάλαιο 12, είχε περιγραφεί το Υ/Σ της Κάρτας Υγείας των ασφαλισμένων, με την παραδοχή της λειτουργίας της και των δυνατοτήτων της, ως μαγνητικής κάρτας, με τις προδιαγραφές που παρουσιάστηκαν στην ανάλυσή της.

Στην παράγραφο αυτή παρουσιάζεται και αναλύεται η πρόταση για χρησιμοποίηση των δυνατοτήτων της τεχνολογίας της «έξυπνης κάρτας».

16.5.1 Εισαγωγή – Περιγραφή της Έξυπνης Κάρτας Υγείας

Πρώτα περιγράφεται το δίκτυο διαχείρισης των προσωπικών και ιατρικών δεδομένων- δηλ. του ίδιου του ιατρικού φακέλου- των ασφαλισμένων της εταιρίας με τη χρήση έξυπνης κάρτας υγείας. Το παραπάνω δίκτυο θα πρέπει να υποστηρίζει την παροχή υπηρεσιών υγείας σε επιλεγμένες βαθμίδες με την άμεση και ασφαλή πρόσβαση στον ενημερωμένο ασφαλιστικό ιατρικό φάκελο του ασφαλισμένου.

Γενικά, το σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- προσωπική έξυπνη κάρτα υγείας ασφαλισμένου και
- σύνδεση, μέσω δικτύου, των βαθμίδων που θα έχουν πρόσβαση (π.χ. «προσωπικός» γιατρός, συνεργαζόμενοι φορείς υγείας, κτλ).

Η κάρτα υγείας θα πρέπει να είναι εφοδιασμένη με μικροεπεξεργαστή και μνήμη (περίπου 8MB) παρέχοντας την δυνατότητα ανάγνωσης, διαγραφής, ενημέρωσης και αποθήκευσης για ομάδες στοιχείων με διαφορετικά επίπεδα πρόσβασης (άμεσα προσπελάσιμη ιατρική πληροφορία, κυρίως για επείγοντα περιστατικά, προστατευόμενη ιατρική πληροφορία κτλ). Επιπλέον θα πρέπει:

- να επιτρέπει την προσπέλαση στην βάση δεδομένων του δικτύου με την χρήση διαφόρων προσωπικών κωδικών (PIN1, PIN2, κτλ),
- να εξασφαλίζει το ιατρικό απόρρητο,
- να διασφαλίζει σε κάθε περίπτωση την ταυτοπροσωπία του ασφαλισμένου της εταιρίας με αυτή του αιτούντος την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ο ασφαλισμένος και κάτοχος της κάρτας υγείας θα μπορεί να απευθυνθεί σε οποιονδήποτε από τους συνεργαζόμενους φορείς υγείας. Από την άλλη, ο φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας, θα μπορεί να χρησιμοποιεί την κάρτα υγείας έτσι ώστε:

- να συμβουλευτεί και να ενημερώσει- με την κατάλληλη εξουσιοδότηση- τον ιατρικό φάκελο του ασφαλισμένου,
- να καταγράψει τα στοιχεία νοσηλείας του ασφαλισμένου (ιατρικές υπηρεσίες, διαγνώσεις, φαρμακευτική αγωγή, κτλ), όταν πρόκειται για εισαγωγή και νοσηλεία σε συνεργαζόμενο νοσοκομείο,
- να συμπληρώσει τα αποτελέσματα των εξετάσεων του ασφαλισμένου, όταν πρόκειται για επίσκεψη σε διαγνωστικό κέντρο ή ιατρό συνεργάτη.

16.5.2 Αναμενόμενα Οφέλη από την χρήση της Έξυπνης Κάρτας Υγείας

Με την παροχή έξυπνης κάρτας υγείας το σύστημα “*Manage Care*” θα έχει την δυνατότητα:

- να παρέχει καινοτομικές και πρωτοποριακές υπηρεσίες στους ασφαλισμένους του,
- να υποστηρίξει μελλοντικά ολοκληρωμένες υπηρεσίες τηλεϊατρικής,
- να εξασφαλίσει στους ασφαλισμένους του ένα ενημερωμένο, ασφαλή και φορητό (κύρια για επείγοντα περιστατικά) ιατρικό φάκελο,
- να μειώσει σημαντικά την γραφειοκρατία και τον χρόνο απόκρισης στην παροχή υπηρεσιών υγείας,
- να αποκτήσει τη δυνατότητα τήρησης, παρακολούθησης και επεξεργασίας στατιστικών στοιχείων όσον αφορά τους ασφαλισμένους και τις παρεχόμενες σ’ αυτούς υπηρεσίες υγείας, τους ιατρούς και την παρεχόμενη συνταγογραφία, τους συμβεβλημένους φορείς (νοσοκομεία, κλινικές, εργαστήρια κτλ),
- να μειώσει τον χρόνο απασχόλησης και τα λειτουργικά έξοδα του απασχολούμενου προσωπικού και
- να αναβαθμίσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

16.5.3 Λειτουργικές Προδιαγραφές Υποσυστήματος

Το Υποσύστημα της Έξυπνης Κάρτας Υγείας περιλαμβάνει τις παρακάτω βασικές λειτουργικές περιοχές:

- **Λειτουργική Περιοχή Α: Δημιουργία και Διαχείριση Κάρτας Υγείας**
Στη βασική διαχείριση περιλαμβάνονται οι παρακάτω λειτουργίες:
 - δημιουργία νέων καρτών για ασφαλισμένους-χρήστες με ασφαλιστική ικανότητα,
 - ενημέρωση των στοιχείων τους,
 - διαχείριση των κωδικών ανά χρήστη και επίπεδο κάρτας,
 - ακύρωση της κάρτας μετά από συγκεκριμένη αιτιολόγηση,
 - έλεγχο της ενημέρωσης των στοιχείων της κάρτας αφού δημιουργηθεί ο ασφαλισμένος-χρήστης (π.χ. δυνατότητα κλειδώματος σε σχέση με την αλλαγή ιατρικών στοιχείων χωρίς την παρουσία της κάρτας).

Με τη δημιουργία ενός ασφαλισμένου κρατείται το προφίλ του κεντρικά στο Μητρώο Ασφαλισμένου (σημείο έκδοσης της κάρτας), καθώς και ένα αντίγραφο (mirror) των στοιχείων τα οποία θα διατηρούνται στη κάρτα υγείας του. Με τη δημιουργία της κάρτας γίνεται η συμπλήρωση των απαραίτητων στοιχείων και στα τρία βασικά επίπεδα πρόσβασης της:

Ελεύθερο Επίπεδο Πρόσβασης της Κάρτας Υγείας: Συμπλήρωση των προσωπικών στοιχείων και του βασικού ιατρικού φακέλου για κρίσιμα στοιχεία (emergency data set).

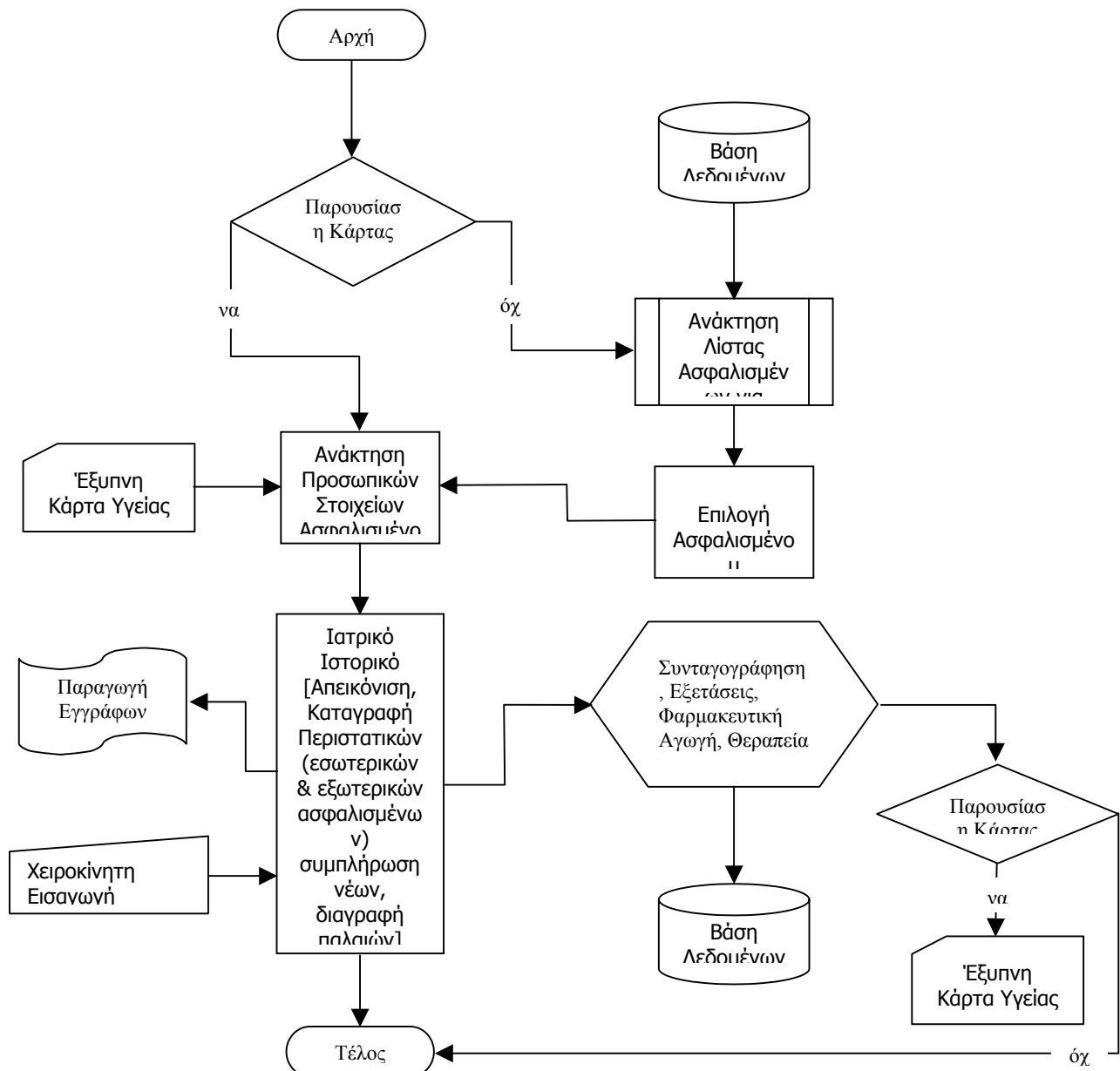
Πρώτο Επίπεδο Πρόσβασης (PIN1) της Κάρτας Υγείας: Συμπλήρωση του προσωπικού και οικογενειακού ιστορικού.

Δεύτερο Επίπεδο Πρόσβασης (PIN2) της Κάρτας Υγείας: Συμπλήρωση αυστηρά προστατευόμενης πληροφορίας καθώς και των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων (π.χ. σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες).

- **Λειτουργική Περιοχή Β: Τήρηση Στοιχείων Ασφαλιστικού Ιατρικού Φακέλου μέσω της Έξυπνης Κάρτας Υγείας**

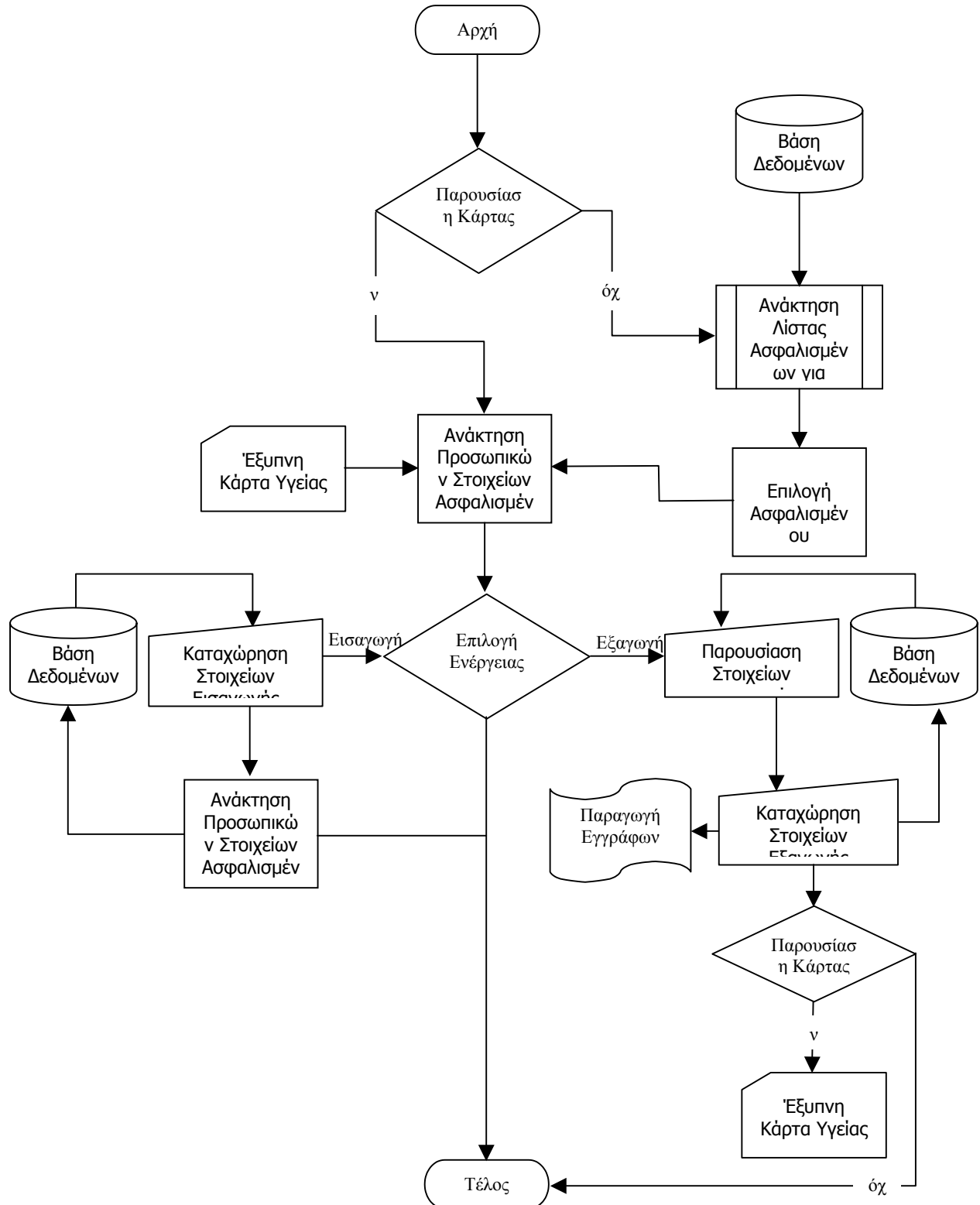
Η παρακάτω ροή ενεργειών αφορά τόσο την επίσκεψη του ασφαλισμένου σε εξωνοσοκομειακό φορέα υγείας (για εξετάσεις, συνταγογραφία κτλ) όπου θα υπάρχει πρόσβαση σε κεντρικά αποθηκευμένη πληροφορία του ιατρικού φακέλου, όσο και την νοσηλεία του σε νοσοκομείο όπου η κάρτα υγείας θα λειτουργεί ως ιατρικός φάκελος.

Διάγραμμα 16.4
Ροή Εργασιών Εξωνοσοκομειακής Περιθαλψής



- **Λειτουργική Περιοχή Γ: Διαχείριση Νοσηλείας**
Παρακάτω περιγράφεται η γενική ροή ενεργειών του υποσυστήματος.

Διάγραμμα 16.5
Ροή Εργασιών Νοσοκομειακής Περίθαλψης



Όπως φαίνεται και στα διαγράμματα 16.4 και 16.5, το υποσύστημα έχει τις παρακάτω ροές ενεργειών:

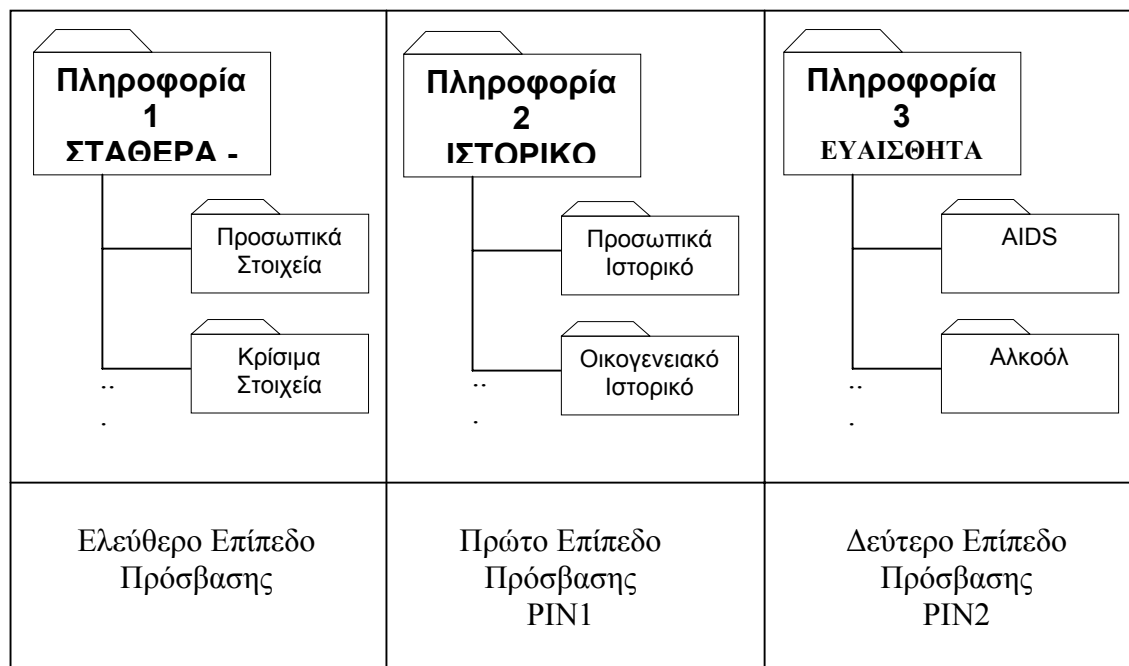
Υπάρχουν δύο σημεία ελέγχου: η εισαγωγή του ασφαλισμένου είτε σε μη νοσοκομειακό φορέα υγείας είτε στο νοσοκομείο και η εξαγωγή. Κατά την εισαγωγή, ελέγχεται η ταυτοποίηση του ασφαλισμένου με την κάρτα του αλλά και σε περίπτωση απουσίας της κάρτας του πρέπει να δίνεται η δυνατότητα εισαγωγής με αναζήτησή του από την λίστα της βάσης δεδομένων ή εισαγωγή των στοιχείων από τον χειριστή. Έπειτα από τα προσωπικά στοιχεία συμπληρώνεται και στις δύο περιπτώσεις η εισαγωγή του ασφαλισμένου με στοιχεία όπως συμπτώματα, γιατρός κτλ. Με αυτή την ενέργεια αρχίζει η εξέταση αν πρόκειται για διαγνωστικό κέντρο και ιατρό ή η νοσηλεία του αν πρόκειται για εισαγωγή σε νοσοκομείο. Κατά την διάρκεια της εξέτασης ή της νοσηλείας συμπληρώνονται τα στοιχεία του υποσυστήματος του ιατρικού φακέλου, ενημερώνοντας τον κεντρικά αποθηκευμένο ασφαλιστικό ιατρικό φάκελο

Κατά την εξαγωγή (ή εξιτήριο από το νοσοκομείο), με την ίδια διαδικασία, συμπληρώνονται τα στοιχεία της νοσηλείας, καθώς και ενδεχόμενα στοιχεία που πρέπει να συμπληρωθούν πάνω στην κάρτα (κρίσιμα στοιχεία – emergency data).

16.5.4 Οργάνωση Πληροφοριών στην Έξυπνη Κάρτα Υγείας

Η πληροφορία πάνω στην κάρτα θα πρέπει να έχει πολλά επίπεδα πρόσβασης. Παρακάτω περιγράφονται τρία βασικά επίπεδα πρόσβασης. Η ασφαλιστική εταιρία ενδέχεται να αποφασίσει για περισσότερα επίπεδα.

Διάγραμμα 16.6
Επίπεδα πρόσβασης έξυπνης κάρτας υγείας



Ελεύθερο Επίπεδο Πρόσβασης: Το ελεύθερο επίπεδο πρόσβασης, χωρίς ανάγκη εισαγωγής κωδικού χρήστη και πιστοποίηση του PIN, μπορεί περιέχει το σύνολο της πληροφορίας που θα είναι απαραίτητη σε επείγοντα, κυρίως, περιστατικά. Τα στοιχεία αυτά θα πρέπει κατ' ελάχιστον να είναι:

Προσωπικά Στοιχεία:

- Επώνυμο:
- Όνομα:
- Πατρώνυμο:
- Μητρώνυμο
- Αρ. Μητρώου:
- ΑΜΚΑ:
- Κωδικός Μ.Υ που Υπάγεται:
- Ασφαλιστική Ικανότητα & Τύπος Ασφάλισης:
- Ημερομηνία γέννησης:
- Τόπος γέννησης:
- Οικογενειακή κατάσταση:
- Όνομα συζύγου:
- Επάγγελμα:
- ΑΦΜ:
- Τόπος διαμονής:
- Υπηκοότητα:
- Τηλέφωνο:
- Ασφαλιστικός οργανισμός:
- Φύλο (Άρρεν=1, Θήλυ=2):
- Ημερομηνία α' επισκέψεως:
- Αλλαγή κατάστασης:

Κρίσιμα Στοιχεία:

- Ομάδα Αίματος:
- Αλλεργίες:
- Αιμορραγία:
- Αλληλεπιδράσεις Φαρμάκων:
- Άλλα:

Πρώτο Επίπεδο Πρόσβασης: Στο πρώτο επίπεδο πρόσβασης της κάρτας η πληροφορία που θα είναι καταχωρημένη θα έχει σχέση με τις τελευταίες επισκέψεις του ασφαλισμένου σε φορείς υγείας του δικτύου, για παράδειγμα μέσα στον τελευταίο χρόνο, με λεπτομερή στοιχεία αναφορικά με πλήρη τα στοιχεία του περιστατικού, όπως αυτά καταγράφονται στο σύστημα "Manage Care".

Δεύτερο Επίπεδο Πρόσβασης: Στο δεύτερο επίπεδο πρόσβασης της κάρτας θα υπάρχει καταχωρημένη πληροφορία σε σχέση με:

- AIDS
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες
- κτλ.

16.6 Χρήση Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (GIS)

Η χρησιμοποίηση των Υ/Σ του “*Manage Care*”, θα μπορούσαν να αποφέρουν προστιθέμενη αξία, αν υποστηριζόταν από τη λειτουργία ενός Γεωγραφικού Πληροφοριακού Συστήματος. Ιδιαίτερα, με την ύπαρξη ενός συστήματος Data Warehouse, εξασφαλίζονται οι προϋποθέσεις μιας αποδοτικής αξιοποίησης των δεδομένων του “*Manage Care*” από ένα τέτοιο σύστημα.

Σύμφωνα με τις δυνατότητες των συστημάτων αυτής της κατηγορίας, θα ήταν δυνατό να απεικονιστεί γεωγραφικά, και σε διάφορα επίπεδα ανάλυσης, η κατανομή των ασφαλισμένων, των Υποκαταστημάτων, των ασφαλιστικών συμβούλων, αλλά και των συνεργαζομένων φορέων υγείας. Η κατανομή αυτή θα μπορούσε να απεικονιστεί, με διαφορετικές ομαδοποιήσεις και κριτήρια.

Η απεικόνιση της κατανομής (διασποράς) θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντική πληροφορία, για τη στρατηγική Marketing της εταιρίας, την επέκταση των Υποκαταστημάτων σε άλλες γεωγραφικές περιοχές, την σύναψη συμφωνιών με φορείς υγείας για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων.

Σημαντική συνεισφορά στη λειτουργία του συστήματος “*Manage Care*”, θα μπορούσαν να προσφέρουν τα συστήματα αυτά, αν ο Υγειονομικός χάρτης απεικονιζέτο σε ένα τέτοιο σύστημα. Θα υπήρχε π.χ. η δυνατότητα, άμεσης εξυπηρέτησης από το Τηλεφωνικό Κέντρο ή τον Ιατρό της εταιρίας, επειγόντων περιστατικών με την παραπομπή τους στην πλησιέστερη υγειονομική μονάδα που διαθέτει το κατάλληλο τμήμα, η την εύρεση και ενημέρωση του ειδικού ιατρού αντιμετώπισης του περιστατικού, ή και την παρουσίαση στην οθόνη των εφημερευόντων νοσοκομείων κλπ. Επίσης, θα ήταν δυνατή η κατανομή χωροταξικά των συνεργαζόμενων φορέων υγείας, με στόχο την κάλυψη των αναγκών περίθαλψης των ασφαλισμένων. Το “*Manage Care*”, παρέχει τη δυνατότητα συνεργασίας με τέτοια συστήματα, καθώς καταγράφει πληροφορίες, που αφορούν φορείς υγείας, ασφαλισμένους κλπ, σε διαφορετικά επίπεδα χωροταξικής ανάλυσης. Είναι δυνατή μάλιστα, από τα Γεωγραφικά Πληροφοριακά Συστήματα, η απεικόνιση της πληροφορίας σε πολλά επίπεδα ανάλυσης, εκμεταλλευόμενα την κωδικοποίηση του Ταχυδρομικού Κώδικα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

A. Ξένες Αναφορές

- Altman,D., Cutler,D., & Zeckhauser,R. (2000) Enrollee Mix, Treatment Intensity and Cost in Competing Indemnity and HMO Plans. *NBER Working Papers Series No 7832*.
- American Academy of Actuaries (1980) Risk Classification: Statement of Principles.
- American Academy of Actuaries. (1999) Risk Classification in Individually Purchased Voluntary Medical Expense Insurance. *Issue Brief.*, Washington D.C.
- Andrews K.R. (1980) *The Concept of Corporate Strategy*. RD Irwin, Boston.
- Blacharski D. (1998) *Network Security in a Mixed Environment*. IDG Books Worldwide Inc..
- Brunwin,V. (1994) A Survivor's Guide to Workflow. *Management Development Review No 7*.
- Cameron, B. Quicksilver Core Apps. (1995) Cambridge, Forrester Research.
- CCTA. (1998) Project Management Industry Initiatives. CCTA, Norwich.
- CCTA (1999) *Managing Successful Projects with PRINCE2*. Key Skills Ltd, Norwich.
- Cutler,D., McCellan,M., & Newhouse,J. (1998) Prices and Productivity in Managed Care Insurance. *NBER Working Papers Series*.
- Datamed. (1998) Μεθοδολογία Σχεδίασης και Ανάπτυξης Λογισμικού : Συστήματα Πληροφορικής στην Υγεία και Πρόνοια.
- Delgado,B. (1999) What can Computer Telephony Integration do for you? *Customer Service Management 58-59*.
- Dickinson, G. (1993) Insurance in EEC, European Economy, Social Europe. No3.
- Edmunds Margaret & Frank Richard (1997) *Managing Managed Care: Quality Improvement in Behavioral Health*. National Academy Press, Washington D.C.
- Galliers,R.D. (1993) Success measures for information systems strategic planning. *Journal of Strategic Information Systems 2*, 335-350.
- GAO. (1999) Federal Information System Controls Audit Manual. GAO.

- Glied,S. (1999) Managed Care. *NBER Working Papers Series*.
- HERU (1987) Health Care Insurance. *HERU*.
- Hockey, J. Australia's Insurance Industry. (2000). Sydney, Australia, Australian Insurance Institute.
- Hord, Ian. The Future of the Insurance Industry. (2000). Hord Consulting.
- ICAP HELLAS A.E. Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας. (2001). ICAP HELLAS A.E.
- Munich Re (1997) *Occupational Rating Guide*. Munich Re, London.
- OECD. (1987) Financing and delivering health care. Paris, OECD.
- OECD. (1990) Health Care Systems in Transition : The search for Efficiency. Paris, OECD.
- OECD. (1992) The Reform of Health Care : A comparative Analysis of seven OECD Countries. Health Policy Studies No 2.
- Orros G. & Webber J. (1987) *Medical Expenses Insurance-An Actuarial Review*. Institute of Actuaries , Oxford.
- Propper, Carol and Eastwood, Alison. (1989) The reasons for non-corporate Private Health Insurance Purchase in thw U.K. : The results of a new Survey and an Econometric Analysis of the Determinants of Purchase. Centre for Health Economics, Health Economics Consortium Discussion Parer 52.
- Ruquet, M. Brokers Stumble with on line sales. (2000). National underwriter, Property and Casualty/Risk & Benefits Management.
- Sansom, R. (1987) In Sickness and in Health - AN Actuarial View. Dublin, Society of Actuaries.
- Schieber, G. J., Poullier, J. P., and Grrenwald, L. M. (1992) U.S. health expenditure performance: an international comparison and data update. *Health Care Financing Review* 3, 1-88.
- Smits,M.T., Poel,K.G., & Ribbers,P.M.A. (1997) Assessment of information strategies in insurance companies in the Netherlands. *Journal of Strategic Information Systems* 129-148.
- Swiss Re Life and Health (1995) *Life Underwriting-Rating Guidelines*. Swiss Re Life and Health, London.
- The Victory-Reinsurance Co.Ltd (1990) *Σημειώσεις Undewriting - Εκτίμηση Κινδύνων*. The Victory-Reinsurance Co.Ltd, London.

Walters A.Michael. (1981) Risk Classification Standards. (Vol. LXVIII, Part 1). Casualty Actuarial Society, Proceedings.

Ward,J. (2000) IT is not a panacea for the London Market. *National Underwriter*.

Ziegler R. (1998) *Information Systems for Managed Care*. American Hospital Publishing, Inc., Chicago.

B. Ελληνικές Αναφορές

Αθανασίου Λ. (2000) Το μέγεθος και ο ρόλος του δημόσιου τομέα στην Ελλάδα : Εξελίξεις και συγκρίσεις με άλλες χώρες. Νο 33.. Αθήνα, Κ.Ε.Π.Ε. Εκθέσεις.

Βασιλακόπουλος Γ. & Χρυσικόπουλος Β. (1990) *Πληροφοριακά Συστήματα Διοίκησης : Ανάλυση και Σχεδιασμός*. Εκδόσεις Α. Σταμούλης, Πειραιάς.

Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος (1995) Η Ελληνική ασφαλιστική αγορά την πενταετία 1995-1999. *Δελτίο Οικονομικό και Στατιστικό* Νο 5.

ΕΣΥΕ. (1993α) Ετήσια Έρευνα Δραστηριότητας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης - 1990. Αθήνα, ΕΣΥΕ.

ΕΣΥΕ. (1993β) Κοινωνικός Προϋπολογισμός έτους 1993. Αθήνα, ΕΣΥΕ.

ΕΣΥΕ. (1995) Στατιστική Ταξινόμηση των Επαγγελματιών (ΣΤΕΠ-92). Αθήνα, ΕΣΥΕ.

ΙΚΑ (1995) *Κανονισμός Εκτίμησης Βαθμού Αναπηρίας*. ΙΚΑ, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (2001) Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ. (1993) *Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας*. Εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ. (1995) Health services financing in Greece : a role for private health insurance. *Health Policy* 34, 53-62..

Λιαρόπουλος Λ. (1995) *Health Systems (Notes)*. Αθήνα, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ματσαγγάνης Μάνος and Μητράκος Θεόδωρος. (1998) Προσδιοριστικοί παράγοντες των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα. Ο αναδιανεμητικός ρόλος του Κράτους στην Ελλάδα. Αθήνα, Ινστιτούτο Μελετών Οικονομικής Πολιτικής.

Μπιτούνης Νίκος (1992) *Έρευνα : το περιβάλλον της ασφαλιστικής βιομηχανίας στην Ελλάδα*. FINANCIAL FORUM, Αθήνα.

Νεκτάριος Μ. (1998) *Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση*. Εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα.

Παπαθανασίου Ν.Δρ (1995) Πόσο εξυπηρετεί η μέχρι σήμερα καθιερωμένη μεθοδολογία ιατρικής εκτίμησης του ασφαλιστικού κινδύνου. *Ασφαλιστική Αγορά*.

Παπαθανασίου Ν.Δρ (1996) Βιοψία της κάρτας Νοσηλείας. *Ιδιωτική Ασφάλιση*.

Πριναράκης Μ. (1987) *Γενικές Αρχές Ιδιωτικής Ασφάλισης*. Αθήνα.

PANTA O.E. *Ιδιωτικά Ασφαλιστικά Προγράμματα Περιθαλψης*. 1984. Αθήνα.

Σκουλούδης Ζ. (1999) *Δίκαιο Ιδιωτικής Ασφάλισης*. Εκδόσεις Δίκαιο & Οικονομία - Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα.

Σκουτέλης Γ. (1990) *Κοινωνικές Ασφαλίσεις : Ανάπτυξη & Κρίση*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ. (2000) *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Υπουργείο Συντονισμού & Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών (1980) *Εγχειρίδιο Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων, Κακώσεων και Αιτιών Θανάτου*. Υπουργείο Συντονισμού; Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας (2001) *Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10)*. Υπουργείο Υγείας, Αθήνα.

Χρήσιμη Συμπληρωματική Βιβλιογραφία

A. Ξένα Βιβλιογραφία

American Academy of Actuaries (1993) Health Risk Assessment and Health Risk Adjustment-Crucial Elements in Effective Health Care Reform. *Monograph Series on Health Care Reform*.

American Academy of Actuaries (1994) Actuarial Issues Related to Pricing Health Plans Under Health Care Reform. *Monograph Series on Health Care Reform* July 1994.

American Academy of Actuaries (1994) Health Risk Assessment and Health Risk Adjustment-Current Initiatives. *Monograph Series on Health Care Reform* August 1994.

American Academy of Actuaries (1994) A Review of Premium Estimates in the Health Security Act. *Monograph Series on Health Care Reform* July 1994.

American Academy of Actuaries. (1995) Risk Classification: Statement of Principles.

American Academy of Actuaries (1997) Risk Classification in Voluntary Life Insurance. *Issue Brief*.

American Academy of Actuaries (1999) Patient Protection and Managed Care. *Issue Brief*. Washington D.C

American Academy of Actuaries (1999) Actuarial Review of the Health Status Risk Adjustor Methodology. *Risk Adjustor Work Group*.

Baldwin,A. (1999) Financial Risk Considerations for Successful Disease Management Programs. *Managed Care* 52-65.

Besley, T., Hall, J., and Preston, I. (1996) Private Health Insurance and the State of the NHS. Commentary No 52.. The Insitute for Fiscal Studies.

Biais, Bruno (1994) Adverse selection in an insurance pool. University of Toulouse.

Bowker,G. & Star,S. (1998) Building Information Infrastructures for Social Worlds-The role of Classifications and Standards. *Community Computing and Support Systems* 231-248.

Cogan,J. (1997) Technology and call centres. *Customer Service Management* 48-51.

Dearborn*R&R Newkirk (1994) *Life and Health Insurance-Principles and Practice*. Dearborn Financial Publishing, Inc., Chicago,Illinois.

E.EC, Directorate general for economic and financial affairs. Reports and Studies.

Fein R. (1986) *Medical Care, Medical Costs*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Feldman, R. & Dowd, B. (2000) Risk segmentation: goal or problem? *Journal of Health Economics* 499-512.

Feldstein Martin (1981) *Hospital Costs and Health Insurance*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Fennel Christopher (1990) *Ευρωπαϊμολόγηση (Μετάφραση)*. Περιοδικό Ασφαλιστική Αγορά, Αθήνα.

Ferrara, F. (1998) The standard "Healthcare Information Systems Architecture" and the DHE middleware. *International Journal of Medical Informatics* 39-51.

FitzHenry, F. & Shultz, E. (2000) Health-Risk-Assessment Tools used to predict costs in defined populations. *Journal of Healthcare Information Management* Vol. 14, 31-57.

Freeman H., Levine S., & Reeder L. (1979) *Handbook of Medical Sociology*. Prentice-Hall, Inc., Englewood, New Jersey.

Fritz K. & Carter B. (1999) *A Classification and Summary of Software Evaluation and Methodologies*.

GAO (1994) Improving Mission Performance Through Strategic Information Management and Technology. Washington, D.C., GAO.

GAO. (1997) Health Insurance: Management Strategies Used by Large Employers to Control Costs. 6-5-. Washington, D.C., GAO, U.S.A.

Gillia, William and Snader, Richard. (1992) Fundamentals of Individual Risk Rating. National Council on Compensation Insurance.

Gourieroux, C. (1999) The Econometrics of Risk Classification in Insurance. *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory* 119-137.

Gutierrez-Delgado, C. (1999) Initial Selection for Permanent Health Insurance. *Insurance Mathematics & Economics* 373-385.

Health Insurance Association of America (HIAA). (2000) Source Book of Health Insurance Data. Washington, D.C., HIAA.

Ireland, Robert and Warhaftig, Wanda. (1999) The front line of customer management: Customer service in life insurance: Central role of the call centre and solving the "legacy issue". London, Swiss Re Life and Health.

Jackson, T. (2001) Using computerised patient-level costing data for setting DRG weights: the Victorian (Australia) cost weight studies. *Health Policy* 149-163.

Koppikar, D. (1998) Affordable health insurance pricing for faithful persisters. *Actuarial Research Clearing House* Vol. 2.

Kovarova, M. (1999) Estimating per capita expenses in multiple state models of permanent health insurance. *ASTIN BULLETIN* Vol. 29, 351-359.

Leek, C. (1997) Information Systems Frameworks and Strategy. *Industrial Management & Data Systems* 97, 86-89.

Lemaire, J. (1998) Bonus-Malus Systems: The European and Asian Approach to Merit-Rating. *North American Actuarial Journal* Vol. 2, 26-47.

Manton K., Singer B., & Suzman R. (1993) *Forecasting the Health of Elderly Populations*. Springer-Verlag New York, Inc., New York.

McCleary, K., Asubonteng, P., & Munchus, G. (1995) The effects of advanced information technology on organizational design. *Health Manpower Management* Vol. 21, 20-23.

McGlynn E.A., Damberg C.L., Kerr E.A., & Brook R.H. (1998) *Health Information Systems (Design Issues and Analytic Applications)*. RAND HEALTH.

Medical and Dental Associates P.C. (1990) *Insurance Forms Preparation*. South-Western Publishing Co., Cincinnati, Ohio.

PAHO (1999) *Setting Up Health Care Services Information Systems (A Guide for Requirement Analysis, Application Specification, and Procurement)*. PAHO, WHO, Washington, D.C.

Pope, G., Ellis, R., et al. (2000) Diagnostic Cost Group Hierarchical Condition Category Models for Medicare Risk Adjustment. Health Care Financing Administration (HCFA).

Pyenson, B., Dubauskas, M., Yamamoto, D., Twiss, K., & Allen, G. (1999) The Actuary's Role In Managed Care. *North American Actuarial Journal* Vol. 2.

Rowell A.J. (1996) *Understanding Medical Insurance : A Step-By-Step Guide*. Delmar Publishers, Albany, New York.

- Serafeimidis,V. & Smithson,S. (1996) The management of change for information systems evaluation practice:Experience from a case study. *International Journal of Information Management* Vol. 16, 205-217.
- Snader,R. (1996) Pricing and Underwriting Stop-Loss Insurance. *Record of Society of Actuaries* Vol. 22.
- Society of Actuaries (1984) Underwriting of Individually-Issued Accident and Health Products. *Record of Society of Actuaries* Vol. 10, 1831-1861.
- Society of Actuaries (1986) Considerations in implementing a new medical claims processing system. *Record of Society of Actuaries* Vol. 12.
- Society of Actuaries (1991) Medical Claims Management-Keeping Up With Changes In Technology. *Record of Society of Actuaries* Vol. 17.
- Society of Actuaries (1996) Demographics in the Year 2000. *Record of Society of Actuaries* Vol. 22.
- Society of Actuaries (1998) Update on Risk Adjustment Methodologies. *Record of Society of Actuaries* Vol. 24.
- Society of Actuaries (2002) Tools to Help Senior Management "Manage" Risk. *Record of Society of Actuaries* Vol. 26.
- Swiss Re Life and Health (1995b) *Financial Underwriting*. Swiss Re Life and Health, London.
- Taylor,G. (1997) Setting Bonus-Malus Scale in the Presence of Other Rating Factors. *ASTIN BULLETIN* Vol. 27, 319-327.
- Tomassetti,A., Manna,A., & Pucci,S. (1995) Risk Theory:Exact calculations in the individual risk model;Some methods and practical tools. *Giornale dell'Instituto Italiano degli Attuari*.
- Trcek,D., Novak,R., & et al (2001) Slovene smart card and IP based health-care information system infrastructure. *International Journal of Medical Informatics* 33-43.
- Vallin J., D'Sousa S., & Palloni A. (1990) *Measurement and Analysis of Mortality: New Approaches*. Oxford University Press, Oxford.
- WHO (1978) *International Classification Of Procedures In Medicine*. WHO, Geneva.

B. Ελληνική Βιβλιογραφία

Βοζίκης Αθ. (1996) Ανάλυση Περιεχομένου και Δημιουργία Πρότυπου Ηλεκτρονικού Ασφαλιστικού Ιατρικού Φακέλλου, για Χρήση από Ασφαλιστικούς Φορείς . Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος (1998) *Το Ζην Επικινδύνως*. Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τραπέζης, Αθήνα.

Εμμανουήλ Δημήτριος (1998) *Underwriting Ασφαλειών Ζωής : Θεωρία & Εφαρμογή*. Αθήνα.

Ζερβού Φ. (2002) Social Insurance System of Greece: -A Comparison with British, American and Spanish Social Security Systems -An Econometric Model. 49.. Αθήνα, ΚΕΠΕ. Studies.

ΙΜΟΣΥ. (1994) Claims Management in the Financing and Delivery of Health Care in Greece. Αθήνα, ΙΜΟΣΥ.

ΙΜΟΣΥ. (1996) ALICO:Μελέτη Πρότυπου Κατανάλωσης και Δαπάνης Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα, ΙΜΟΣΥ.

ΚΕΠΕ. (1990) Κοινωνική Ασφάλιση. 10.. Αθήνα, ΚΕΠΕ. Εκθέσεις.

ΚΕΠΕ. (2000) Το "Μέγεθος" και ο Ρόλος του Δημόσιου Τομέα στην Ελλάδα: Εξελίξεις και Συγκρίσεις με Άλλες Χώρες. 33.. Αθήνα, ΚΕΠΕ. Εκθέσεις.

Κιουντούζης Ευαγ. (1991) *Διοικητικός Προγραμματισμός Έργων Πληροφορικής*. Εκδόσεις Α. Σταμούλης, Πειραιάς.

Κιόχος Πέτρος (1993) *Εισαγωγή στην Ασφαλιστική Επιστήμη*. INTERBOOKS, Αθήνα.

Κιόχος Πέτρος. (1994) Customer Service and Image: Ικανοποίηση των πελατών της εταιρίας ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ από τα υπάρχοντα ασφαλιστικά της προγράμματα και προτάσεις βελτίωσης.

Κιόχος Πέτρος. Αθήνα, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Κονδύλης Εμμ. (1995) *Στατιστικές Τεχνικές Διοίκησης Επιχειρήσεων*. ICAP INTERBOOKS, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1995) *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα : Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών*. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (2002) *Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Νεκτάριος Μ. (1986) *Accident Costs And Compensation Systems*. Ασφαλιστική Αγορά, Αθήνα.

Διευθύνσεις στο Διαδίκτυο

The United States General Accounting Office

<http://www.gao.gov/>,

Managed Care magazine

<http://www.managedcaremag.com/index.html>

American Academy of Actuaries

<http://www.actuary.org/>

Casualty Actuarial Society

<http://www.casact.org/>

Society of Actuaries

<http://www.actuariallibrary.org/>

Λεξικό Ιατρικών Όρων

<http://www.med.auth.gr/db/dictionary1/gr/>

OECD

<http://www.oecd.org/oecd/pages/home/displaygeneral/0,3380,EN-home-0-nodirectorate-no-no-no-0,FF.html>

prince 2 website

<http://www.ogc.gov.uk/prince/>

Faculty & Institute of Actuaries

<http://www.actuaries.org.uk/>

Health Insurance Portability and Accountability Act

<http://www.ucop.edu/audit/conference/Presentations/HS3/index.htm>

Integrated Health Information Systems

<http://www.hrsa.gov/investment.htm>

Information Infrastructure for Healthcare

http://www.atp.nist.gov/www/iihc/iihc_off.htm

NHS Risk Management – CAStandards

<http://tap.ccta.gov.uk/doh/rm5.nsf/AdminDocs/CAStandards?OpenDocument>

Health Insurance Consumer Guides

<http://www.healthinsuranceinfo.net/>

World Health Organization

<http://www.who.int/en/>

ICD-10

<http://www.who.int/whosis/icd10/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I

ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ — ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Κωδικός Ασφαλισμένου

Σε ένα πελατοκεντρικό σύστημα, όπως το “*Manage Care*”, απαιτείται η αναγνώριση κάθε ασφαλισμένου με ένα μοναδικό κωδικό. Λύσεις, οι οποίες είχαν υιοθετηθεί παλαιότερα, όπως η χρησιμοποίηση του ΑΦΜ, ή του Αριθμού Ταυτότητας, ή των αρχικών γραμμάτων του επωνύμου-ονόματος-πατρωνύμου-μητρωνύμου, ως κωδικού, αποδείχθηκαν ανεπαρκείς και ακατάλληλες. Γι’ αυτό το λόγο, στο σύστημα “*Manage Care*”, κάθε νέος ασφαλισμένος θα λαμβάνει αυτόματα από το σύστημα ένα μοναδικό κωδικό, ο οποίος και θα αποτελεί και μέσο προσδιορισμού και αναγνώρισής του, αλλά και ταχύτατο εναλλακτικό τρόπο αναζήτησής του από το σύστημα.

Είναι πεδίο unique, με 10 θέσεις και αποτελεί το primary key για τους συσχετισμούς με τα άλλα tables της βάσης δεδομένων. Επιλέχθηκε ο αριθμός των 10 θέσεων, προκειμένου να διευκολυνθεί η κωδικοποίηση των ατομικών, αλλά και των ομαδικών συμβολαίων ασφάλισης υγείας. Έτσι δίνεται η δυνατότητα να συμπεριληφθούν π.χ. κωδικός εργοστασίου ή υποκαταστήματος, κωδικός συγγένειας, κωδικός πόλης κ.ά.

Ονομαστικά στοιχεία Ασφαλισμένου

Ο βασικός προσδιορισμός του ασφαλισμένου, μετά τον μοναδικό κωδικό του, πραγματοποιείται από το ονοματεπώνυμο και το πατρώνυμό του. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται, κατά την εγγραφή του ασφαλισμένου, στις περιπτώσεις :

- στις παντρεμένες γυναίκες, όπου πρέπει να καταγράφεται το επώνυμό τους, όπως αναγράφεται στην αστυνομική τους ταυτότητα
- στους αλλοδαπούς, όπου στις περισσότερες των περιπτώσεων το μεσαίο όνομα (Middle Name) δεν αναφέρεται σε πατρώνυμο, αλλά σε δεύτερο επίθετο ή όνομά τους.

Αριθμός Φορολογικού Μητρώου

Σύμφωνα με απόφαση του Υπουργείου Οικονομικών (Ν. 2120/1993), οι ασφαλιστικές εταιρίες υποχρεούνται να αναγράφουν στα ασφαλιστήρια συμβόλαια και τις πρόσθετες πράξεις τον Α.Φ.Μ. του ασφαλιζόμενου ιδιώτη-πελάτη, κατά την έκδοση ή ανανέωση του συμβολαίου. Στο σύστημα “*Manage Care*”, έχει προβλεφθεί πεδίο εννέα (θέσεων), με την υποστήριξη ενσωματωμένης εφαρμογής επαλήθευσης της ορθότητας του.

Ηλικία Ασφαλισμένου

Η ηλικία του ασφαλισμένου, θεωρείται θεμελιώδες στοιχείο των εργασιών Underwriting στις ασφάλισης υγείας, διότι και απ’ αυτή καθορίζεται ο βαθμός του αναλαμβανόμενου κινδύνου. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται και στο άρθρο 29 παρ.1 του Ν. 2496/97, «η ηλικία του προσώπου, για το θάνατο ή την επιβίωση του οποίου συνάπτεται η ασφάλιση, αποτελεί ουσιώδες στοιχείο για την εκτίμηση του κινδύνου». Για τον καθορισμό της ηλικίας του ασφαλισμένου στο σύστημα

“*Manage Care*”, ακολουθήθηκε η μέθοδος των πλησιέστερων γενεθλίων. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, συγκρίνουμε το χρονικό διάστημα μεταξύ της ημερομηνίας έναρξης της ασφάλισης και των δύο γενεθλίων του ασφαλιζόμενου, δηλαδή των προηγούμενων και των επόμενων. Η ηλικία του ασφαλιζόμενου, καθορίζεται από την ηλικία εκείνων των γενεθλίων, που είναι πλησιέστερα στην ημερομηνία έναρξης της ασφάλισης. Η ηλικία συμπληρώνεται αυτόματα από το σύστημα, με τη συμπλήρωση της ημερομηνίας γέννησης του ασφαλισμένου.

Ομάδες Ηλικιών

Επειδή η ηλικία αποτελεί μια συνεχή μεταβλητή, αλλά κυρίως για θέματα που σχετίζονται με την στατιστική ανάλυση των δεδομένων και την δυνατότητα σύγκρισής τους, απαιτήθηκε η δημιουργία μια ταξινόμησης των ηλικιών σε ομάδες. Η τυποποίηση που υιοθετήθηκε, είναι εκείνη η οποία ακολουθείται και από τη ΕΣΥΕ για την απεικόνιση και κατά τη δημοσίευση των στατιστικών στοιχείων, σε θέματα που αφορούν τον τομέα της υγείας, με εξαίρεση την συγχώνευση των δύο πρώτων κατηγοριών της ΕΣΥΕ (μέχρι 29 ημερών και 1 έως και 11 μηνών):

Κωδικός	Ομάδα Ηλικιών
0	Δεν Δηλώθηκε
1	Έως 1 έτους
2	1 έως 4 ετών
3	5 ετών
4	6 έως 9 ετών
5	10 έως 14 ετών
6	15 έως 19 ετών
7	20 έως 29 ετών
8	30 έως 39 ετών
9	40 έως 49 ετών
10	50 έως 59 ετών
11	60 έως 64 ετών
11	65 έως 69 ετών
11	70 έως 79 ετών
11	80 έως 89 ετών
11	90+ ετών

Η ομάδα ηλικιών συμπληρώνεται και αυτή αυτόματα από το σύστημα, μετά τη συμπλήρωση της ημερομηνίας γέννησης του ασφαλισμένου.

Φύλο Ασφαλισμένου

Πεδίο επιλογής από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Φύλο
0	<i>Δεν Δηλώθηκε</i>
1	<i>Άρρεν</i>
2	<i>Θήλυ</i>

Οικογενειακή Κατάσταση

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές, οι οποίες υιοθετούνται και από την ΕΣΥΕ :

Κωδικός	Οικογενειακή Κατάσταση
0	<i>Δεν Δηλώθηκε</i>
1	<i>Άγαμοι</i>
2	<i>Έγγαμοι</i>
3	<i>Χήροι</i>
4	<i>Διαζευγμένοι</i>

Περιοχή Μόνιμης Διαμονής

Πεδίο επιλογής από πίνακα, της κατάλληλης περιοχής κατοικίας. Η περιοχή μόνιμης κατοικίας, θεωρείται ότι συμβάλλει στην διαφοροποίηση της νοσηρότητας του πληθυσμού και γι' αυτό το λόγο λαμβάνεται και ως παράγοντας κινδύνου, στα μοντέλα εκτίμησης του αναλαμβανόμενου κινδύνου ασφάλισης υγείας. Η επιλογή πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα ανάλυσης, πρώτα κατά Γεωγραφικό Διαμέρισμα και στη συνέχεια κατά Νομό, σύμφωνα με την ανάλυση που έχει υιοθετηθεί, για τον διαχωρισμό της Ελλάδας σε μείζονες γεωγραφικές περιοχές και Νομούς (ανάλυση που ακολουθείται και από τη Στατιστική Υπηρεσία). Επεξεργασία των δεδομένων των ασφαλισμένων σε μεγαλύτερη ανάλυση, ως προς τον τόπο διαμονής (π.χ. για την ενσωμάτωση στο “*Manage Care*” συστημάτων GIS), είναι δυνατή από την εκμετάλλευση του Ταχυδρομικού Κώδικα, ο οποίος καταγράφεται υποχρεωτικά στο σύστημα, μαζί με τα υπόλοιπα στοιχεία της διεύθυνσης μόνιμης διαμονής του ασφαλισμένου. Οι διαθέσιμες τιμές των Γεωγραφικών Διαμερισμάτων είναι :

Κωδικός	Γεωγραφικό Διαμέρισμα
0	<i>Δεν Δηλώθηκε</i>
1	<i>Περιφέρεια Πρωτεύουσας</i>
2	<i>Λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια</i>
3	<i>Πελοπόννησος</i>
4	<i>Ιόνια Νησιά</i>
5	<i>Ήπειρος</i>
6	<i>Θεσσαλία</i>
7	<i>Μακεδονία</i>
8	<i>Θράκη</i>

9	<i>Νησιά Αιγαίου</i>
10	<i>Κρήτη</i>
11	<i>Εξωτερικό (ΕΕ)</i>
12	<i>Εξωτερικό (εκτός ΕΕ)</i>

Ομάδα Επαγγέλματος

Η ακριβής περιγραφή και ο προσδιορισμός του επαγγέλματος των ασφαλισμένων, αποτελούσε σοβαρή αδυναμία του υπάρχοντος συστήματος. Και αυτό, καθώς ήταν συνηθισμένη η αναφορά σε επαγγέλματα, όπως *Δημόσιος Υπάλληλος, Ιδιωτικός Υπάλληλος, Οδηγός, Ελεύθερος Επαγγελματίας κ.ά.*, τα οποία δεν προσδιόριζαν το είδος της απασχόλησης, και τον βαθμό επικινδυνότητας του. Το επάγγελμα του ασφαλισμένου αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα του αναλαμβανόμενου κινδύνου στις ασφαλίσεις υγείας, γι' αυτό και ο «επαγγελματικός κίνδυνος» αξιολογείται από τον Underwriter με τη βοήθεια των κατάλληλων εγχειριδίων {Munich Re 1997}. Για την υποβοήθηση της επιλογής της κατάλληλης ομάδας επαγγελματιών και του έργου του Underwriter, στο “*Manage Care*” προβλέπεται η ακριβής περιγραφή του επαγγέλματος του ασφαλισμένου σε συμπληρωματικό πεδίο. Έτσι, αποφασίστηκε η υιοθέτηση στο σύστημα “*Manage Care*” της ΣΤΕΠ-92, δηλαδή της Στατιστικής Ταξινόμησης των Επαγγελμάτων, η οποία αποτελεί το αποδεκτό πρότυπο όχι μόνο σε εθνικό, αλλά και σε διεθνές επίπεδο {ΕΣΥΕ 1995}. Η επιλογή του επαγγέλματος πραγματοποιείται σε τρία επίπεδα ανάλυσης και μέχρι τον τριψήφιο κωδικό του επαγγέλματος, για λόγους πρακτικούς. Οι διαθέσιμες τιμές των επαγγελμάτων, σε πρώτο επίπεδο ανάλυσης είναι :

Κωδικός	Επάγγελμα
0	<i>Ένοπλες Δυνάμεις</i>
1	<i>Μέλη των βουλευομένων σωμάτων, ανώτερα διοικητικά και διευθυντικά στελέχη</i>
2	<i>Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά, καλλιτεχνικά και συναφή επαγγέλματα</i>
3	<i>Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα</i>
4	<i>Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα</i>
5	<i>Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές</i>
6	<i>Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς</i>
7	<i>Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή τεχνικά επαγγέλματα</i>
8	<i>Χειριστές σταθερών βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων και εξοπλισμού</i>
9	<i>Ανειδίκευτοι εργάτες, χειρώνεκτες και μικροεπαγγελματίες</i>
10	<i>Άτομα με απασχόληση εκτός αγοράς εργασίας</i>
11	<i>Άνεργοι – Νεοεισερχόμενοι στην αγορά εργασίας</i>
12	<i>Δεν Δήλωσαν – Δήλωσαν ασαφώς - Μη δυνάμενοι να καταταγούν</i>

Φορέας Ασφάλισης Υγείας

Πεδίο επιλογής από Πίνακα, όπου επιλέγεται ο φορέας κύριας (Κοινωνικής) Ασφάλισης του ασφαλισμένου. Το πεδίο αυτό (αν και δεν μπορεί να γίνει αναδρομική εκμετάλλευσή του, λόγω έλλειψης τέτοιων στοιχείων στο υπάρχον σύστημα), θεωρείται πολύ σημαντικό για μελλοντική αξιοποίηση του, με τις προδιαγραφόμενες σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της Κοινωνικής Ασφάλισης. Για την πλήρη αξιοποίηση της παρεχόμενης πληροφορίας, έγινε λεπτομερής έρευνα στον δαιδαλώδη κόσμο των Ασφαλιστικών Ταμείων, προκειμένου να βρεθούν μόνο εκείνα, που προσφέρουν και παροχές ασθένειας (σε είδος ή/και σε χρήμα). Σύμφωνα λοιπόν με τα υπάρχοντα στοιχεία {ΕΣΥΕ 1993α} & {ΕΣΥΕ 1993β}, οι διαθέσιμες τιμές, είναι :

Κωδικός	Φορέας Ασφάλισης Υγείας
0	Δεν Δηλώθηκε
1	ΙΚΑ
2	Ταμ. Ασφ. Προσ. Ασφ. Ετ. "ΕΘΝΙΚΗ"
3	Ταμ. Ασφ. Προσ. Τραπ. Ιονικής-Λαϊκής
4	Ταμ. Ασφ. Προσ. ΕΤΒΑ
5	Ταμείο Ασφ. Προσ. ΟΤΕ
6	ΤΕΒΕ
7	Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων
8	ΤΣΑΥ
9	ΤΣΜΕΔΕ
10	Ταμ. Συντ. Εφημεριδοπωλών Αθηνών
11	Ταμ. Ασφ. Τεχνικών Τύπου Αθηνών
12	ΟΓΑ
13	Δ/ση Ασφάλισης Προσ. ΔΕΗ
14	Ταμ. Προν. Και Επικ. Ασφ. Προσ. Ιπποδρομιών
15	Ταμ. Επικ. Ασφ. Συμβολαιογράφων
16	Ταμ. Προν. Προσ. Εθν. Θεάτρου
17	Ταμ. Προν. Δικηγόρων Αθηνών
18	Ταμ. Προν. Δικηγόρων Πειραιώς
19	Ταμ. Προν. Δικηγόρων Θεσ/κης
20	Ταμ. Ασφαλ. Ιδιοκτητών, Συντακτών και Υπαλ. Τύπου
21	Ταμ. Ασφ. Προσ. Θερ. "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"
22	Ταμ. Ασφ. Κληρικών Ελλάδος
23	Ταμ. ΥΓ. Προσωπ. Αγροτικής Τρ. Ελλάδος.
24	Αλληλοβ. Ταμ. Περιθ. Συλλογ. Υπαλλήλων Τραπέζης Ελλάδος
25	Ενιαίος Δημοσ. Οργαν. Επικ. Ασφ. και Περιθαλψης
26	Ταμ. Υγείας Προσωπ. Εθνικής Τρ. Ελλάδος
27	Ταμ. Πρόνοιας Ναυτικού
28	Κεφ. Ασθ. Και Ανεργίας Ναυτικών
29	Ταμ. Ασφ. Ασθ. Και Προν. Λιμενεργ. Πειρ.
30	Ταμείο Ασφαλ. Ξενοδοχουπαλλήλων
31	Ταμ. Αλληλ. Προσωπ. ΗΛΠΑΠ
32	Ταμ. Αλληλ. Προσωπ. ΗΣΑΠ
33	Ταμ. Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών
34	Κλάδος Υγείας Υπαλ. Αστυνομίας Πόλεων

35	Ταμ. Αλληλ. Προσωπ. Εθν. Τυπογραφ.
36	Ταμ. Ασφαλ. Ασθεν. Προσωπ. Τραπεζής Πίστewς, Γενικής, Αμερ. Εξπρές
37	Ταμ. Υγ. Δημοτ. & Κοινοτ. Υπαλληλ.
38	Ταμ. Ασφ. Προσωπ. Εμπορικής Τρ.
39	Ταμ. Αλληλ. Προσωπ. ΟΣΕ

Επίπεδο Εκπαίδευσης

Αν και έρευνες έχουν συνδέσει τη νοσηρότητα με το επίπεδο σπουδών του πληθυσμού, εν τούτοις είναι αμφίβολο πόσο αυτό είναι εφικτό στα πλαίσια των ασφαλισμένων ιδιωτικής ασφάλισης. Παρόλα αυτά το πεδίο αυτό και οι τιμές του πίνακα που αναφέρεται, αποτελεί σημαντικό στοιχείο στατιστικής ανάλυσης σε διάφορα επίπεδα (π.χ. σύνδεσης χρήσης με συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας) και πολύ χρήσιμη πληροφορία της Διεύθυνσης Marketing εταιρίας για τον προσδιορισμό target groups. Οι διαθέσιμες τιμές, χρήση των οποίων κάνει και η ΕΣΥΕ) είναι :

Κωδικός	Επίπεδο Εκπαίδευσης
0	Δεν Δηλώθηκε
1	Κάτοχοι Μεταπτυχιακού Τίτλου
2	Πτυχιούχοι ΑΕΙ
3	Πτυχιούχοι ΤΕΙ
4	Πτυχιούχοι Ανώτερων Σχολών
5	Φοιτητές
6	Απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης
7	Απόφοιτοι Γυμνασίου
8	Απόφοιτοι Δημοτικής Εκπαίδευσης
9	Δεν ολοκλήρωσαν την Δημοτική Εκπ/ση
10	Αγράμματοι

Βιοτικό Επίπεδο

Έρευνες έχουν αποδείξει τον συσχετισμό του βιοτικού επιπέδου με τη νοσηρότητα του πληθυσμού. Παρόλα αυτά, η αντικειμενική δυσκολία έγκειται στην επιλογή και στον καθορισμό των κριτηρίων της ανάλυσης των βιοτικών επιπέδων και την αιτιολόγησή τους. Επίσης, συναφές είναι και το πρόβλημα της μεταβλητότητας και της σχετικότητας των ορισθέντων επιπέδων, στη διάρκεια του χρόνου, αν αυτά προσδιορίζονται με βάση το ετήσιο εισόδημα. Στο προτεινόμενο σύστημα, επιχειρείται η ταξινόμηση του βιοτικού επιπέδου, με κριτήρια κοινώς αποδεκτά από τη διεθνή κοινότητα.

Κωδικός	Βιοτικό Επίπεδο
0	Δεν Δηλώθηκε – Δηλώθηκε ασαφώς
1	Χαμηλό

2	Μεσαίο
3	Υψηλό

Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)– Body Mass Index (BMI)

Η παχυσαρκία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), αλλά και πλήθος ιατρικών ερευνών, συνδέεται και αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση πολλών νοσημάτων. Μάλιστα, αν συνδυάζεται και με άλλους νοσογόνους παράγοντες, αποτελεί σοβαρό για την υγεία του ατόμου. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος, αποτελεί ένα κοινά αποδεκτό μέσο μέτρησης της παχυσαρκίας. Για τον υπολογισμό του, λαμβάνεται υπόψη το βάρος του ατόμου (σε κιλά) και του ύψους του (σε μέτρα). Ο τύπος υπολογισμού είναι :

$$\text{Δείκτης Μάζας Σώματος} = \text{Βάρος} / \text{ύψος}^2$$

Έτσι, για παράδειγμα ένα άτομο με ύψος 1,80 και βάρος 80 κιλά, έχει

$$\text{ΔΜΣ} = 80 / 1,80^2 = 24,69$$

Κατηγορία Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)

Η προσπάθεια ταξινόμησης των ατόμων, σύμφωνα με τις τιμές του ΔΜΣ, έχει οδηγήσει στην δημιουργία του παρακάτω Πίνακα :

ΔΜΣ	<18,5	18,5-25	25-27	27-30	>30
Κατάσταση	Λιποβαρής	Ιδανικό Βάρος	Υπέρβαρος ¹	Υπέρβαρος ²	Παχύσαρκος
Πιθανή Επίπτωση	Πιθανά προβλήματα Υγείας		Πιθανοί Κίνδυνοι	Αυξημένος κίνδυνος	Κίνδυνος για πλήθος νόσων

Η παραπάνω κατηγοριοποίηση, έχει ακολουθηθεί και στο σύστημα *Manage Care*.

Αιτία Κλήσης

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Αιτία Κλήσης
0	Πληροφορία
1	Αναγγελία Περιστατικού
2	Ιατρική Συμβουλή
3	Παράπονο
4	Άλλο

Κατηγορίες Πληροφοριών

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Κατηγορίες Πληροφοριών
0	Όροι – Παροχές Συμβολαίου
1	Υγειονομικό Χάρτη
2	Διαδικασίες εισαγωγής για νοσηλεία
3	Διαδικασίες χρήσης εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών
4	Άλλο

Κατηγορίες Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Κατηγορίες Φορέων Υγείας
0	Ιδιωτικά Θεραπευτήρια
1	Δημόσια Νοσοκομεία (ΕΣΥ)
2	Νοσοκομεία ΙΚΑ
3	Άλλα Θεραπευτήρια
4	Κέντρα Υγείας (ΕΣΥ)
5	Μονάδες Υγείας ΙΚΑ
6	Διαγνωστικά Κέντρα
7	Ιατροί
8	Φυσιοθεραπευτήρια
9	Φαρμακεία
10	Άλλοι Φορείς Υγείας

Ειδικότητες Ιατρών

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Ειδικότητες Ιατρών
0	Αγγειοχειρουργοί
1	Αιματολόγοι
2	Ακτινολόγοι
3	Ακτινοθεραπευτές – Ογκολόγοι
4	Αλλεργιολόγοι
5	Γαστρεντερολόγοι
6	Γενικοί Ιατροί
7	Γενικοί Χειρουργοί
8	Δερματολόγοι – Αφροδισιολόγοι
9	Ενδοκρινολόγοι
10	Θωρακοχειρουργοί
11	Καρδιολόγοι
12	Καρδιοχειρουργοί
13	Κυτταρολόγοι
14	Μαιευτήρες – Γυναικολόγοι
15	Μικροβιολόγοι

16	Νευρολόγοι
17	Νεφρολόγοι
18	Νευροχειρουργοί
19	Ορθοπαιδικοί
20	Ουρολόγοι
21	Οφθαλμίατροι
22	Παθολόγοι
23	Παθολογοανατόμοι
24	Παιδίατροι
25	Παιδοχειρουργοί
26	Πλαστικοί Χειρουργοί
27	Πυρηνικοί Ιατροί
28	Ρευματολόγοι
29	Πνευμονολόγοι
30	Φυσίατροι
31	Ωτορινολαρυγγολόγοι
32	Γναθοχειρουργοί
33	Άλλοι Ιατροί

Νοσηλευτικά Τμήματα – Κλινικές

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Νοσηλευτικά Τμήματα - Κλινικές
0	Αιματολογικό
1	Ακτινοθεραπευτικό – Ογκολογικό
2	Γαστρεντερολογικό
3	Δερματολογικό
4	Ενδοκρινολογικό
5	Καρδιολογικό
6	Νευρολογικό
7	Νεφρολογικό
8	Παθολογικό
9	Παιδιατρικό
10	Ρευματολογικό
11	Πνευμονολογικό
12	Φυσικής Ιατρικής
13	Αγγειοχειρουργικό
14	Θωρακοχειρουργικό
15	Καρδιοχειρουργικό
16	Μαιευτικό – Γυναικολογικό
17	Νευροχειρουργικό
18	Ορθοπαιδικό
19	Ουρολογικό
20	Οφθαλμολογικό
21	Παιδοχειρουργικό
22	Γενικής Χειρουργικής
23	Ωτορινολαρυγγολογικό

24 Άλλο Τμήμα – Κλινική

Εργαστήρια

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Εργαστήρια
0	Ανοσολογικό
1	Αιματολογικό
2	Αιμοδοσίας
3	Ακτινοδιαγνωστικό
4	Βιοχημικό
5	Κυτταρολογικό
6	Μικροβιολογικό
7	Παθολογοανατομικό
8	Άλλο

Ειδικές Μονάδες

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Ειδικές Μονάδες
0	Εντατικής Θεραπείας
1	AIDS
2	Εγκαυμάτων
3	Εμφραγμάτων
4	Νεογνών
5	Περιτοναϊκής Κάθαρσης
6	Τεχνικού Νεφρού
7	Αιμοδυναμικό Εργαστήριο
8	Άλλο

Τακτικά Ιατρεία

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Τακτικά Ιατρεία
0	Αιματολογικό
1	Ακτινοθεραπευτικό – Ογκολογικό
2	Γαστρεντερολογικό
3	Δερματολογικό
4	Ενδοκρινολογικό
5	Καρδιολογικό
6	Νευρολογικό
7	Νεφρολογικό

8	Παθολογικό
9	Παιδιατρικό
10	Ρευματολογικό
11	Πνευμονολογικό
12	Φυσικής Ιατρικής
13	Αγγειοχειρουργικό
14	Θωρακοχειρουργικό
15	Καρδιοχειρουργικό
16	Μαιευτικό – Γυναικολογικό
17	Νευροχειρουργικό
18	Ορθοπαιδικό
19	Ουρολογικό
20	Οφθαλμολογικό
21	Παιδοχειρουργικό
22	Γενικής Χειρουργικής
23	Ωτορινολαρυγγολογικό
24	Ηπατολογικό
25	Διαβητολογικό
26	Λιπιδαιμικό
27	Υπερτασικό
28	Ανδρολογικό
29	Μαστολογικό
30	Άλλο Τμήμα – Κλινική

Νόσοι – Αιτία Νοσηλείας

Για την καταγραφή των Νόσων – Αιτιών Νοσηλείας υιοθετήθηκε η «Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Νόσων, Κακώσεων και Αιτιών θανάτου – Ένατη Αναθεώρηση» {Υπουργείο Συντονισμού & Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών 1980}, η οποία βασίστηκε στην International Classification of Diseases – 9th Revision (ICD-9). Η ταξινόμηση των νοσημάτων μπορεί να οριστεί ως σύστημα κατηγοριών, στις οποίες οι παθολογικές οντότητες είναι καταχωρημένες σύμφωνα με καθορισμένα κριτήρια. Ο σκοπός της είναι να επιτρέψει τη συστηματική καταγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και σύγκριση των δεδομένων της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, που έχουν συγκεντρωθεί από διάφορες χώρες ή περιοχές και σε διαφορετικές εποχές. Η ICD χρησιμοποιείται για να μετατρέψει τη διάγνωση των νοσημάτων και των συναφών προβλημάτων υγείας από λέξεις σε αλφαριθμητικό κώδικα που να επιτρέπει εύκολη αποθήκευση, ανάκτηση και ανάλυση των δεδομένων.

Στην πράξη, η ICD έχει γίνει το διεθνές πρότυπο της ταξινόμησης των διαγνώσεων για όλους τους γενικούς επιδημιολογικούς σκοπούς και πολλές περιπτώσεις για την αντιμετώπιση προβλημάτων της υγείας. Αυτοί περιλαμβάνουν την ανάλυση της γενικής κατάστασης της υγείας ομάδων πληθυσμού και τη συνεχή παρακολούθηση της συχνότητας εμφάνισης και επικράτησης των νοσημάτων και των συναφών προβλημάτων υγείας συγκριτικά με άλλες παραμέτρους, όπως είναι τα χαρακτηριστικά και οι συνθήκες των προσβληθέντων ατόμων.

Μεγάλη προσοχή, πρέπει να δίνεται στον καθορισμό και την καταγραφή της «Κύριας Κατάστασης». Κύρια κατάσταση καθορίζεται ως η κατάσταση, που διαγνώστηκε στο τέλος του επεισοδίου της υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως

υπεύθυνης για την ανάγκη που είχε ο άρρωστος για θεραπεία ή έρευνα. Αν υπάρχουν περισσότερες της μιας παρόμοιες καταστάσεις, επιλέγεται αυτή που είναι κυρίως υπεύθυνη για τη μεγαλύτερη διάθεση πόρων. Αν δεν έγινε διάγνωση πρέπει να επιλέγεται το κύριο σύμπτωμα, παθολογικό εύρημα ή πρόβλημα ως η κύρια κατάσταση.

Πρόσφατα (2001), με φροντίδα του Υπουργείου Υγείας, ολοκληρώθηκαν οι εργασίες της σύνταξης της 10^{ης} Αναθεώρησης της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων (ICD – 10). Επειδή όμως η εφαρμογή της ευρίσκεται σε πιλοτικό στάδιο ακόμα στον Ελληνικό χώρο, και όλα τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία χρησιμοποιούν της ICD-9, αποφασίστηκε η υιοθέτηση της 9^{ης} Αναθεώρησης.

Ο Πίνακας επιλογής εμφανίζει διαθέσιμες ένα τεράστιο αριθμό νόσων, καθώς αποφασίστηκε η ανάλυση των Νόσων μέχρι του υποχρεωτικού τριψήφιου κωδικού. Δόθηκε επιπλέον η δυνατότητα εμφάνισης του περιεχομένου του Πίνακα και σε δενδροειδή μορφή, για πληρέστερη κατανόηση της επιλογής από τον χρήστη.

Στον Παρακάτω Πίνακα παρουσιάζονται μόνο οι δέκα επτά μείζονες κατηγορίες των Νόσων :

Κωδικός	Νόσοι – Αιτία Νοσηλείας
0	<i>Λοιμώδη και Παρασιτικά Νοσήματα</i>
1	<i>Νεοπλάσματα</i>
2	<i>Ενδοκρινικά κ' Μεταβολικά Νοσήματα, Διαταραχές της Θρέψης και Ανοσολογικές Διαταραχές</i>
3	<i>Νοσήματα του Αίματος και των Αιμοποιητικών Οργάνων</i>
4	<i>Ψυχικές Διαταραχές</i>
5	<i>Νοσήματα του Νευρικού Συστήματος και των Αισθητηρίων Οργάνων</i>
6	<i>Νοσήματα του Κυκλοφορικού Συστήματος</i>
7	<i>Νοσήματα του Αναπνευστικού Συστήματος</i>
8	<i>Νοσήματα του Πεπτικού Συστήματος</i>
9	<i>Νοσήματα του Ουροποιητικού Συστήματος</i>
10	<i>Επιπλοκές της Κυήσεως του Τοκετού και της Λοχείας</i>
11	<i>Νοσήματα του Δέρματος και του Υποδόριου Ιστού</i>
12	<i>Νοσήματα του Μυοσκελετικού Συστήματος και του Συνδετικού Ιστού</i>
13	<i>Συγγενείς Ανωμαλίες</i>
14	<i>Ορισμένες Καταστάσεις που προέρχονται από την Περιγεννητική Περίοδο</i>
15	<i>Συμπτώματα, Σημεία και Ασαφώς Καθορισμένες Καταστάσεις</i>
16	<i>Κακώσεις και Δηλητηριάσεις</i>
17	<i>Δεν Δηλώθηκε</i>

Διάγνωση Εισαγωγής

Πρόκειται για Πίνακα με περιεχόμενο την ταξινόμηση των νόσων, όπως εμφανίζεται και στον προηγούμενο Πίνακα. Ο Πίνακας επιλογής εμφανίζει διαθέσιμες ένα μεγάλο αριθμό κατηγοριών νόσων, καθώς αποφασίστηκε η ανάλυση των Νόσων μέχρι του υποχρεωτικού διψήφιου κωδικού, προκειμένου να

δίδεται η ευελιξία στην αρχική εκτίμηση του φορέα υγείας για την διάγνωση της νόσου.

Η χρησιμότητα της καταγραφής της πληροφορίας αυτής, έγκειται στη συσχέτιση της αρχικής διάγνωσης του νοσήματος του ασφαλισμένου, που διατυπώνεται από τον φορέα υγείας, με το είδος των υπηρεσιών υγείας που του παρέχονται, αλλά και με την τελική διάγνωση της νόσου η οποία καταγράφεται στον φάκελο του ασφαλισμένου.

Στον Παρακάτω Πίνακα παρουσιάζονται μόνο οι δέκα επτά μείζονες κατηγορίες των Νόσων :

Κωδικός	Διάγνωση Εισαγωγής
0	<i>Λοιμώδη και Παρασιτικά Νοσήματα</i>
1	<i>Νεοπλάσματα</i>
2	<i>Ενδοκρινικά κ' Μεταβολικά Νοσήματα, Διαταραχές της Θρέψης και Ανοσολογικές Διαταραχές</i>
3	<i>Νοσήματα του Αίματος και των Αιμοποιητικών Οργάνων</i>
4	<i>Ψυχικές Διαταραχές</i>
5	<i>Νοσήματα του Νευρικού Συστήματος και των Αισθητηρίων Οργάνων</i>
6	<i>Νοσήματα του Κυκλοφορικού Συστήματος</i>
7	<i>Νοσήματα του Αναπνευστικού Συστήματος</i>
8	<i>Νοσήματα του Πεπτικού Συστήματος</i>
9	<i>Νοσήματα του Ουροποιητικού Συστήματος</i>
10	<i>Επιπλοκές της Κυήσεως του Τοκετού και της Λοχείας</i>
11	<i>Νοσήματα του Δέρματος και του Υποδόριου Ιστού</i>
12	<i>Νοσήματα του Μυοσκελετικού Συστήματος και του Συνδετικού Ιστού</i>
13	<i>Συγγενείς Ανωμαλίες</i>
14	<i>Ορισμένες Καταστάσεις που προέρχονται από την Πειργεννητική Περίοδο</i>
15	<i>Συμπτώματα, Σημεία και Ασαφώς Καθορισμένες Καταστάσεις</i>
16	<i>Κακώσεις και Δηλητηριάσεις</i>
17	<i>Δεν Δηλώθηκε</i>

Status Αναγγελίας Περιστατικού

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Status Αναγγελίας
0	<i>Ανάθεση</i>

1	<i>Αναμένεται Εισηγητική Γνωμάτευση</i>
2	<i>Απαιτούνται Επιπλέον Πληροφορίες</i>
3	<i>Αναμένεται Απάντηση Τμ. Αποζημιώσεων</i>
4	<i>Ενημέρωση Νοσοκομείου/Ασφαλισμένου</i>
5	<i>Τιμολόγηση</i>
6	<i>Επισκόπηση</i>

Ιατρικές Πράξεις

Η ιατρική πράξη ή πράξεις, που πραγματοποιήθηκαν στον ασφαλισμένο, κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Δεν είναι εύκολο να καταγραφούν όλες οι δυνατές ιατρικές πράξεις, που μπορεί να παρασχεθούν. Η πιο επιστημονική προσέγγιση του θέματος, μας οδήγησε στη θεώρηση ότι έπρεπε να αναζητηθεί στη καταγραφή των ιατρικών πράξεων από το αρμόδιο Υπουργείο. Έτσι, καταλήξαμε ότι μία πλήρης καταγραφή των ιατρικών πράξεων μπορεί να βρεθεί στα Π.Δ. 157 (ΦΕΚ/Α'62/30-4-1991), Π.Δ 427 (ΦΕΚ/Α'156/11-10-1991) και Π.Δ. 98 (ΦΕΚ/Α'46/2-4-1993), όπου συγχρόνως γίνεται και κοστολόγηση τους. Πρόσφατα (2001), με φροντίδα του Υπουργείου Υγείας, ολοκληρώθηκαν οι εργασίες κωδικοποίησης 3.500 ιατρικών και εργαστηριακών πράξεων με δεδομένα που προήλθαν από την αντίστοιχη επιτροπή του ΚΕΣΥ. Οι πράξεις αυτές εμφανίζονται ταξινομημένες σε τριάντα επτά (37) μείζονες κατηγορίες και ακολουθεί ανάλυσή τους μέχρι 4^{ου} βαθμού ανάλυσης.

Στον παρακάτω Πίνακα εμφανίζονται οι 37 μείζονες κατηγορίες με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Ιατρικές Πράξεις
01	<i>Εσωτερική Παθολογία</i>
02	<i>Γενική Ιατρική</i>
03	<i>Καρδιολογία</i>
04	<i>Πνευμονολογία</i>
05	<i>Αλλεργιολογία</i>
06	<i>Γαστρεντερολογία</i>
07	<i>Νεφρολογία</i>
08	<i>Αιματολογία</i>
09	<i>Ενδοκρινολογία</i>
10	<i>Ρευματολογία</i>
11	<i>Δερματολογία - Αφροδισιολογία</i>
12	<i>Νευρολογία</i>
13	<i>Ψυχιατρική - Ψυχολογία</i>
14	<i>Παιδιατρική</i>
15	<i>Γενική Χειρουργική</i>
16	<i>Ουρολογία</i>
17	<i>Ορθοπαιδική</i>
18	<i>Φυσιατρική - Φυσικοθεραπεία</i>
19	<i>Οφθαλμολογία</i>
20	<i>Ωτορινολαρυγγολογία</i>
21	<i>Παιδοχειρουργική</i>
22	<i>Νευροχειρουργική</i>

23	Θωρακοχειρουργική
24	Αγγειοχειρουργική
25	Πλαστική Χειρουργική
26	Αναισθησιολογία
27	Μαιευτική - Γυναικολογία
28	Ακτινολογία
29	Πυρηνική Ιατρική
30	Ακτινοθεραπευτική - Ογκολογία
31	Μικροβιολογία
32	Παθολογική Ανατομική
33	Κυτταρολογία
34	Ιατροδικαστική - Τοξικολογία
35	Κοινωνική Ιατρική
36	Γενική Οδοντιατρική - Ορθοδοντική
37	Γναθοχειρουργική

Κατηγορίες Περιστατικών

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Κατηγορίες Περιστατικών
0	Επείγον – Ατύχημα
1	Επείγον – Ασθένεια
2	Ατύχημα
3	Παθολογικό – Ασθένεια
4	Χειρουργικό – Ασθένεια
5	Τοκετός
6	Άλλο

Status (Ζημιάς) Claim

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Status (Ζημιάς) Claim
0	Πληρωθείσα
1	Απορριφθείσα
2	Εκκρεμεί

Αιτία Απόρριψης Ζημιάς (Claim)

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Αιτία Απόρριψης Ζημιάς (Claim)
0	Προϋπάρχουσα Νόσος
1	Γενικές Εξαιρέσεις
2	Ειδική Εξαίρεση
3	Ψευδής Δήλωση
4	Δεν χρήζει νοσηλείας

Θέσεις Νοσηλείας

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Θέσεις Νοσηλείας
0	Suite
1	Lux
2	A
3	AB
4	BA
5	BB
6	Γ

Είδος Παραστατικού

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Είδος Παραστατικού
0	Τιμολόγιο Νοσοκομείου
1	ΑΠΥ Χειρουργού
2	ΑΠΥ Αναισθησιολόγου
3	ΑΠΥ Θεράποντος
4	ΑΠΥ Εξωνοσοκομειακών Υπηρεσιών
5	ΑΠΥ Μεταφοράς
6	Απόδειξη Φαρμακείου
7	Άλλο Παραστατικό

Σύνοψη Κατηγοριών Υπηρεσιών Υγείας

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Κατηγορίες Υπηρεσιών
1	Δαπάνες Νοσοκομείου

2	Αμοιβή Θεράποντος Ιατρού
3	Αμοιβή Χειρουργού
4	Αμοιβή Αναισθησιολόγου
5	Άλλες Δαπάνες

Κατηγορίες Υπηρεσιών Υγείας

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Κατηγορίες Υπηρεσιών
0	Δωμάτιο & Τροφή
1	Εργαστηριακές Εξετάσεις
2	Ιατρικές Πράξεις
3	Έξοδα Χειρουργείου
4	Υγειονομικό υλικό
5	Φάρμακα
6	Αμοιβή Θεράποντος
7	Αμοιβή Χειρουργού
8	Αμοιβή Αναισθησιολόγου
9	Αμοιβές Άλλων Ιατρών
10	Αμοιβή Αποκλειστικής Νοσοκόμας
11	Αμοιβή Εξωνοσοκομειακών Υπηρεσιών
12	Δαπάνες Μεταφοράς
13	Μη πληρωτέες δαπάνες
14	Άλλα έξοδα

Τρόποι Πληρωμής Ζημιάς (Claim)

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Τρόποι Πληρωμής Ζημιάς (Claim)
0	Σε Αφαλισμένο
1	Μέσω Δικτύου

Έκβαση Νοσηλείας

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τις παρακάτω τιμές :

Κωδικός	Έκβαση Νοσηλείας
0	Ίαση

1	Βελτίωση
2	Αμετάβλητη
3	Επιδείνωση
4	Θάνατος
5	Δεν δηλώθηκε

Προϋπάρχουσα Αναπηρία

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τιμές, όπως εμφανίζονται στον «Κανονισμό Εκτίμησης Βαθμού Αναπηρίας» {ΙΚΑ 1995} . Κάθε επιλογή αντιστοιχεί και σε (οριζόμενη από το σύστημα) τιμή, η οποία συνυπολογίζεται για την εκτίμηση του καθαρού ατομικού κόστους κινδύνου ασφάλισης υγείας (δες Κεφάλαιο 12).

Προϋπάρχουσες Διαταραχές – Καταστάσεις (Ιατρικό Ιστορικό)

Πεδίο επιλογής, από Πίνακα με διαθέσιμες τιμές, όπως εμφανίζονται στο «Σημειώσεις Underwriting – Εκτίμηση Κινδύνων» {The Victory-Reinsurance Co.Ltd 1990} και στο «Life Underwriting – Rating Guidelines» {Swiss Re Life and Health 1995} . Κάθε επιλογή αντιστοιχεί και σε (οριζόμενη από το σύστημα) τιμή, η οποία συνυπολογίζεται για την εκτίμηση του καθαρού ατομικού κόστους κινδύνου ασφάλισης υγείας (δες Κεφάλαιο 12).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΙΙ

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ

Οι τεχνικές προδιαγραφές αναλύονται σε :

- Γενικές Τεχνικές Προδιαγραφές και
- Τεχνικές Προδιαγραφές Υλικού Εξοπλισμού

A	ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ	
A1	Η προσφερόμενη λύση θα επιτρέπει:	
	Την παροχή του απαιτούμενου εξοπλισμού για την κάλυψη των αναγκών του συστήματος Manage Care	
	Την παροχή του απαιτούμενου εξοπλισμού για την αναβάθμιση του υπάρχοντος συστήματος, προκειμένου να υποστηρίξει αποτελεσματικά τη λειτουργία του συστήματος Manage Care	
	Την δημιουργία Κανονισμού Λειτουργίας του Συστήματος Manage Care	
	Την εγκατάσταση του λογισμικού σε όλα τα σημεία λειτουργίας του	
	Την πραγματοποίηση των απαραίτητων βελτιώσεων – προσαρμογών του υπάρχοντος λογισμικού, όπου αυτό κριθεί αναγκαίο	
	Την εγκατάσταση των βελτιώσεων του λογισμικού του Manage Care, εφόσον αυτές πραγματοποιηθούν, όπου το σύστημα βρίσκεται ήδη σε παραγωγική λειτουργία	
	Την εκπαίδευση του αναγκαίου προσωπικού, σε όλα τα επίπεδα, για την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του συστήματος	
	Η Διεύθυνση Πληροφορικής της εταιρίας υποχρεούται στην παροχή Υπηρεσιών Υποστήριξης Παραγωγικής Λειτουργίας και συγκεκριμένα:	
	·Υποστήριξης χρηστών 1ου επιπέδου (Help Desk)	
	·Υποστήριξης χρηστών 2ου επιπέδου (On Site)	
	·Υποστήριξης Διαχείρισης Συστήματος (System Administration)	
	·Υποστήριξης Διαχείρισης Διαδικασιών (Operations Management)	
	Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται για το χρονικό διάστημα της δοκιμαστικής και πιλοτικής λειτουργίας του συστήματος, ή/και για το χρονικό διάστημα μετά την οριστική εγκατάσταση του συστήματος	
	Η ολοκληρωμένη λύση client / server που θα προσφερθεί πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις υπολογιστικές ανάγκες της εφαρμογής και τον αριθμό των χρηστών αυτής.	
	Η υποδομή του πληροφοριακού συστήματος (servers, PC, δίκτυο, βάση (DBMS), λογισμικό υποδομής & βελτιώσεις του υπάρχοντος λογισμικού) πρέπει να είναι ικανή να υποστηρίξει την αδιάλειπτη και αποδοτική λειτουργία των εφαρμογών.	
	Η εταιρία υποχρεούται να προσφέρει όλα τα απαραίτητα μικροϋλικά (π.χ. καλώδια, connectors κλπ.) για τη θέση σε πλήρη λειτουργία του συστήματος.	
A2	Δημιουργία Αναφορών	
	Η προτεινόμενη λύση πρέπει να διαθέτει ένα φιλικό προς τον χρήστη, καθοριζόμενο από αυτόν και υψηλών προδιαγραφών εργαλείο δημιουργίας αναφορών. Μετά από εκπαίδευση το προσωπικό διαχείρισης της βάσης δεδομένων θα είναι ικανό να σχεδιάζει και να δημιουργεί τις δικές του αναφορές (reports)	
	Η προτεινόμενη λύση πρέπει να επιτρέπει σε όλα τα πεδία και τις πληροφορίες που τηρούνται στη βάση δεδομένων να εξετάζονται και να συμπεριλαμβάνονται στην αναφορά.	

A	ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ	
	Η προτεινόμενη λύση πρέπει να επιτρέπει τον ειδικό σχεδιασμό και διαμόρφωση των αναφορών από τους χρήστες.	
	Η προτεινόμενη λύση πρέπει να επιτρέπει την ενσωμάτωση των γενικώς αποδεκτών ορισμών, έτσι ώστε πιθανά διαφορετικές εφαρμογές να μπορούν να παράγουν συγκρίσιμες εκθέσεις.	
	Η προτεινόμενη λύση πρέπει να επιτρέπει την επιλεκτική πρόσβαση σε συγκεκριμένους χρήστες ή ομάδες αυτών, σε εκθέσεις και πληροφορίες.	
A3	Εξοπλισμός και Λογισμικό (Hardware and Software)	
	Η προτεινόμενη λύση πρέπει να περιλαμβάνει την παροχή του κατάλληλου εξοπλισμού και λειτουργικού συστήματος που θα ικανοποιεί τις βασικές προδιαγραφές που ορίζονται στις τεχνικές προδιαγραφές	
	Θα πρέπει να παρασχεθεί στη εταιρία διάγραμμα αρχιτεκτονικής και ακριβή περιγραφή του εξοπλισμού και του λογισμικού, συμπεριλαμβανομένης:	
	A) Μιας περιγραφής κάθε βασικού τμήματος και πως διασυνδέονται και ολοκληρώνονται αυτά μεταξύ τους, συμπεριλαμβανομένων των επεξεργαστών, δυνατότητα αποθήκευσης του δίσκου, λειτουργικό σύστημα λογισμικού, λογισμική προτεινόμενη λύση, πακέτα/πεδία, λογισμικό διαχείρισης αρχείου και βάσης δεδομένων.	
	B) Μια περιγραφή του εξοπλισμού και του λογισμικού επικοινωνίας/δικτύωσης, συμπεριλαμβανομένων των διασυνδέσεων με άλλα κέντρα δεδομένων, εάν αυτό είναι απαραίτητο.	
	Η προτεινόμενη λύση πρέπει να διαθέτει το πιο πρόσφατο σύστημα προστασίας έναντι ιών, το οποίο θα ανανεώνεται σε εβδομαδιαία βάση.	
	Η διεύθυνση Πληροφορικής θα πρέπει να περιγράψει τη δυνατότητα του συστήματος να λειτουργεί σε διαφορετικές αρχιτεκτονικές εξοπλισμού/λογισμικού.	
A4	Διατήρηση Δεδομένων (Data Retention)	
	Θα πρέπει να σχεδιαστεί με ακρίβεια ο σχεδιασμός της εισαγωγής των απαραίτητων δεδομένων	
	Θα πρέπει να προγραμματιστεί η εισαγωγή με ακρίβεια, όλων των υπαρχόντων υποστηρικτικών δεδομένων του Πληροφοριακού Συστήματος, με εξοπλισμό και προσωπικό της εταιρίας.	
	Τα ακόλουθα δεδομένα θα πρέπει να τηρούνται και να είναι προσβάσιμα on line:	
	A) Δεδομένα περιστατικού του ασφαλισμένου	
	B) Δημογραφικά δεδομένα του ασφαλισμένου	
	Γ) Ασφαλιστικά δεδομένα του ασφαλισμένου	
A5	Μεταφορά Δεδομένων (Transfer of Data)	
	Το σύστημα πρέπει να έχει δυνατότητα μεταφοράς των συλλεγόμενων δεδομένων από ένα σύστημα λήψης αποφάσεων σε άλλο	
A6	Επικοινωνίες Δεδομένων (Data Communications)	
	Θα πρέπει να οριστεί η απαιτούμενη αρχιτεκτονική του τοπικού δικτύου που θα υποστηρίζει την προτεινόμενη λύση.	

A	ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ	
	Αντίγραφα όλων των εξερχομένων / εισερχομένων συναλλαγών πρέπει να αρχειοθετούνται και να τηρούνται για επιθεώρηση αργότερα, έτσι ώστε να ικανοποιούνται οι απαιτήσεις σε νομικό ή άλλο έλεγχο.	
A7	Archives and Back-up	
	Η εταιρία πρέπει να τηρεί πλήρες αρχείο της βάσης δεδομένων για επαναποθήκευση του συστήματος. Η προτεινόμενη λύση πρέπει να επιτρέπει την επαναφόρτωση τουλάχιστον ενός τμήματος αρχείου (πλήρη δυνατότητα του μέσου χρησιμοποιούμενου χώρου αποθήκευσης) δεδομένων για αναζήτηση και επαναποθήκευση	
	Το σύστημα πρέπει να είναι έτσι διαμορφωμένο ώστε να διασφαλίζει ότι καμία απώλεια δεδομένων δεν θα υπάρχει ή ότι τυχόν απώλεια δεδομένων θα περιορίζεται στο ελάχιστο των συναλλαγών.	
	Θα πρέπει να οριστούν οι απαιτήσεις για αντίγραφα ασφαλείας (back up) εντός εύλογου χρονικού διαστήματος.	
	Το σύστημα πρέπει να βρίσκεται σε πλήρη λειτουργία κατά τη διαδικασία δημιουργίας αντιγράφων ασφαλείας (back up).	
A8	Ειδικές Απαιτήσεις - Συντήρηση & Τεχνική Υποστήριξη	
	Να συνταχθεί σχέδιο συντήρησης του λογισμικού και του εξοπλισμού καθώς και σχέδιο τεχνικής υποστήριξης	
	Το λογισμικό του Manage Care, θα πρέπει να είναι συντηρήσιμο το λιγότερο κατά τη διάρκεια πιλοτικής λειτουργίας του και θα πρέπει να ακολουθεί τα πρότυπα της τεχνολογικής βιομηχανίας για να αποφευχθεί η βαθμιαία απαξίωσή του.	
	Εφαρμοσμένη τεχνική υποστήριξη για το λογισμικό συστήματος και της προτεινόμενης λύσης πρέπει να παρέχονται σε συνεχόμενη βάση.	
	Οι διαδικασίες υποστήριξης πρέπει να οργανωθούν με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να αποφευχθούν πιθανές ανταγωνιστικές διαμάχες μεταξύ ξεχωριστών ομάδων οι οποίες θα είναι υπεύθυνες για φυσικά εξαρτήματα, λογισμικό συστημάτων και λογισμικό εφαρμογών.	
	Ο Ανάδοχος πρέπει να προσφέρει ένα σημείο αναφοράς (επικοινωνίας) για όλες τις ερωτήσεις ή απορίες τεχνικής υποστήριξης ή συντήρησης	
	Στο σημείο που τμήμα της εταιρίας είναι υπεύθυνο για τη συντήρηση και προμήθεια του εξοπλισμού, πρέπει να επιβεβαιώνεται ότι υπάρχει επάρκεια ανταλλακτικών υψηλής ποιότητας και ότι αυτά είναι εύκολα προσβάσιμα έτσι ώστε οι επισκευές να μη καθυστερούν.	
	Θα πρέπει να συνταχθεί σχέδιο, το οποίο να παρέχει λεπτομέρειες για το πώς θα γίνονται αναβαθμίσεις στον εξοπλισμό, στο σύστημα ή στο λογισμικό	
	Οποιαδήποτε λάθη του λογισμικού που παρουσιάζονται θα σημειώνονται ως κρίσιμα, μεγάλα ή αισθητικά.	
	A) Τα κρίσιμα και μεγάλα λάθη πρέπει να έχουν άμεση και συνεχή μηχανική υποστήριξη έτσι ώστε να επιλύονται αμέσως.	
	B) Η Διεύθυνση Πληροφορικής της εταιρίας πρέπει να παρέχει λεπτομέρειες για το πώς θα κατορθωθεί η άμεση επίλυση όλων των λαθών.	
	Η Διεύθυνση Πληροφορικής, κατά το χρόνο της δοκιμαστικής και	

A	ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ	
	πιλοτικής λειτουργίας του συστήματος πρέπει να εκδίδει συνεχώς λίστες με "bugs" τα οποία σχετίζονται με την ολοκληρωμένη λύση με προτεινόμενους τρόπους αντιμετώπισης και ένα πρόγραμμα επιδιόρθωσης.	
	Τα συστήματα πρέπει να είναι ανθεκτικά σε αποτυχιές λειτουργίας του εξοπλισμού και επίσης θα πρέπει να διατηρείται η ακεραιότητα των δεδομένων ανά πάσα στιγμή. Η Διεύθυνση Πληροφορικής πρέπει να περιγράψει τις προτεινόμενες λύσεις σε αυτές τις περιπτώσεις.	
	Η Διεύθυνση Πληροφορικής πρέπει να περιγράψει οποιεσδήποτε προβλέψεις ανάκτησης από καταστροφές και συγκεκριμένα για στήσιμο διακομιστών (servers) από την αρχή όπως επίσης και για εφαρμογές πελατών (clients).	
	Κατά το σχεδιασμό του συστήματος θα πρέπει να αναφερθούν οι υπολογιζόμενες απαιτήσεις σε πόρους για την προτεινόμενη λύση της ολοκληρωμένης λύσης, περιλαμβάνοντας νούμερα, επίπεδο προτεραιότητας και προσόντα προσωπικού όπως ακολουθεί:	
	Α) Οι πόροι που θα παρέχει η εταιρία κατά τη διάρκεια εκπαίδευσης, ανάπτυξης και τα στάδια διαχείρισης της ερευνητικής εργασίας	
	Β) Οι πόροι που απαιτούνται για τις υπόλοιπες υπηρεσίες που αφορούν την ερευνητική εργασία	
A9	ΜΕΤΑΠΤΩΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	
	Ο ερευνητής υποχρεούται να υποδείξει τον τρόπο μετάπτωσης δεδομένων στο προτεινόμενο σύστημα.	
	Η Διεύθυνση Πληροφορικής πρέπει να διαχειριστεί την μετάπτωση των υπαρχόντων βάσεων δεδομένων από ήδη υπάρχοντα συστήματα.	
A10	ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ (ACCEPTANCE TESTING)	
	Η Διοίκηση της εταιρίας πρέπει να επιβεβαιώσει την αποδοχή των παρακάτω αρχών-δοκιμασιών:	
	Α) Το Manage Care πρέπει να διασφαλίζει ότι η ολοκληρωμένη λύση μπορεί να λειτουργήσει από το προσωπικό της εταιρίας έτσι ώστε να υποστηριχτούν οι δραστηριότητες των υπηρεσιών. Ένα σημείο κλειδί για την διασφάλιση των υπηρεσιών θα είναι η εκτέλεση των ελέγχων αποδοχής χρηστών κατά τη διάρκεια της προτεινόμενης λύσης το οποίο θα ικανοποιήσει δύο αντικειμενικούς σκοπούς:	
	i. Την ευκαιρία να ελεγχθεί ότι το λογισμικό και οι ανάλογες υπηρεσίες, διαδικασίες και λειτουργίες δουλεύουν στα πλαίσια του συνολικού περιβάλλοντος εργασίας.	
	ii. Την επιβεβαίωση ότι οι υπηρεσίες συμφωνούν με τα συμφωνημένα αποτελέσματα των λεπτομερών παρουσιάσεων που έχουν γίνει περιλαμβάνοντας τις απαιτήσεις απόδοσης.	
	Β) Η διοίκηση της εταιρίας θα κρίνει ότι το σύστημα/υπηρεσία είναι έτοιμο για λειτουργία όταν ο έλεγχος αποδοχής χρηστών έχει τελειώσει, ότι ικανοποιητικοί τεχνικοί έλεγχοι έχουν γίνει για την επιβεβαίωση ότι το σύστημα/υπηρεσία ικανοποιεί τις απαιτήσεις απόδοσης.	
	Γ) Να περιγραφούν οι διαδικασίες και οι λειτουργίες αποδοχής χρηστών.	

A	ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ	
A11	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ	
	Πρέπει να προδιαγραφεί ένα προφίλ για τις πηγές και τους πόρους εκπαίδευσης. Αυτό πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομέρειες προσωπικού, εγκαταστάσεις, εξοπλισμό και υλικά.	
	Πρέπει να προδιαγραφεί ένα κατανοητό επίσημο πρόγραμμα εκπαίδευσης για τεχνικό και μη προσωπικό το οποίο θα καλύπτει τον τομέα λειτουργιών των υπολογιστών και τους τομείς λογισμικού όσον αφορά την εξοικείωση και λειτουργία των συστημάτων και των εφαρμογών.	
	Πρέπει να προδιαγραφεί ένα υψηλού επιπέδου εκπαιδευτικό πρόγραμμα, το οποίο θα δείχνει τι είδος εκπαίδευσης θα γίνεται για οποιοδήποτε μέρος του προσωπικού, το επίπεδο αυτής και σε ποια στάδια του έργου θα πραγματοποιείται.	
	Πρέπει να προδιαγραφεί πως θα ικανοποιούνται οι ανάγκες εκπαίδευσης για κάθε μία από τις παρακάτω ομάδες:	
	a. Διαχειριστές των συστημάτων και του έργου (System/Project Managers)	
	b. Προσωπικό συντήρησης Υπολογιστών	
	c. Τελικοί χρήστες	
	d. Διοίκηση	
	Πρέπει να προδιαγραφούν λεπτομέρειες για τα διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα που θα πραγματοποιηθούν. Επιπλέον οι ακόλουθες πληροφορίες θα πρέπει να περιλαμβάνονται:	
	a. Η διάρκεια του κάθε εκπαιδευτικού προγράμματος.	
	b. Οι κατηγορίες των χρηστών που πρέπει να παρακολουθήσουν κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα.	
	c. Ο προτεινόμενος αριθμός ατόμων από κάθε κατηγορία που πρέπει να παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα.	
	Πρέπει να προδιαγραφεί τη δυνατότητα διεξαγωγής εκπαιδευτικών σεμιναρίων στο χώρο παροχής της υπηρεσίας.	
	Πριν από την εκπαίδευση πρέπει να παρασχεθούν δειγματοληπτικές σελίδες εγχειριδίων από τα προγράμματα εκπαίδευσης και υλικό για την εκπαίδευση κάθε ομάδας όπως αναφέρεται παραπάνω και για κάθε επίπεδο εκπαίδευσης π.χ. αρχάριο, μέσο, προχωρημένο.	
	Πρέπει να υποδειχθεί το μέγεθος της απαιτούμενης εκπαίδευσης που θα χρειασθεί.	
	Πρέπει να προδιαγραφεί το υλικό το οποίο θα παρέχεται στους εκπαιδευτές. Παραδείγματα θα πρέπει να περιλαμβάνονται στις απαντήσεις αυτών.	
	Η Διεύθυνση Πληροφορικής θα πρέπει να εγκαταστήσει ένα σύστημα εκπαίδευσης στον κύριο επεξεργαστή το οποίο θα είναι προσβάσιμο από όλους τους σταθμούς εργασίας και μαζί με τα δεδομένα που θα περιέχει θα είναι εντελώς ξεχωριστό από το σύστημα σε λειτουργία.	

B	ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΥΛΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	
	ΥΛΙΚΟ	
B1	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣ ΔΙΚΤΥΟΥ (LAN SERVER)	
B1.1	ΓΕΝΙΚΑ	
	Ο Εξυπηρετητής Δικτύου είναι υπολογιστικό σύστημα στο οποίο στο οποίο εκτελούνται οι εφαρμογές διασύνδεσης και μεταφοράς πληροφοριών.	
B1.2	ΥΛΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
	Μοντέλο: <i>HP NetServer E800, PIII 933MHz Mod 1Base Model PFC</i> ή νεότερος	
	Κεντρικές Μονάδες Επεξεργασίας (CPU)	≥ 1

B	ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΥΛΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	
	ΥΛΙΚΟ	
	Μέγεθος προσφερόμενης κεντρικής μνήμης (Mb)	≥ 512
	Μονάδες δίσκων	≥ 2
	Χωρητικότητα δίσκων (Gbytes)	≥ 9.1
	Ταχύτητα Δίσκων (rpm)	10K
	Παράλληλη θύρα	
	Θύρα Fast Ethernet	
	Θύρα Gigabit Ethernet	
	Ενσωματωμένη μονάδα CD-ROM	
	Εσωτερική μονάδα 3 1/2" DS/HD, χωρητικότητας ≥ 1.44 MB	
	Εσωτερική μονάδα μαγνητικής αποθήκευσης (DAT 24Gb)	
	Εφεδρική μονάδα παροχής ισχύος	
	HP 55 Color Monitor 15"	
	HP Internal SCSI Cable Kit for E800, LH3000 and LH6000	
	Εγκατεστημένο Λογισμικό: <ul style="list-style-type: none"> - MS Windows NT Server full (περ. 5 client Licences) - F-Secure Antivirus for NT Server, με άδεια χρήσης 	

B2	ΔΙΚΤΥΑΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	
	ΥΛΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
	10/100 Ethernet Router w/2 WIC Slots & 1 Network Module Slot	
	Power Cord Europe (Περ. στον router)	
	Cisco 2600 Series IOS IP PLUS IPSEC 3DES	
	32-to-40 MB DRAM Factory Upgrade για τον Cisco 2600 Series	

	8-to-16 MB Flash Factory Upgrade για τον Cisco 2600 Series	
	2-Port Serial WAN Interface Card (dial and leased line)	
	X.21 Cable, DTE Male to Smart Serial, 10 Feet	
	24-port 10/100 Switch (Enterprise Edition)	

B3	ΣΤΑΘΜΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
B3.1	ΓΕΝΙΚΑ	
	Αριθμός μονάδων, όσες απαιτούνται για την έγκαιρη και έγκυρη υλοποίηση του έργου.	≥ 250
	Ο αριθμός μονάδων θα καλύπτει όλες τις θέσεις εργασίας της παραγωγικής λειτουργίας.	
	Μοντέλο	
	Ημερομηνία ανακοίνωσης εντός των τελευταίων οκτώ (8) μηνών.	
	Τα τμήματα που συνθέτουν τους σταθμούς εργασίας (πληκτρολόγιο, motherboard) να προέρχονται από την ίδια κατασκευάστρια εταιρεία, η ονομασία της οποίας πρέπει να αναγράφεται εμφανώς σε αυτά καθώς και στα κιβώτια της συσκευασίας.	
	Οι πλακέτες, οι σκληροί δίσκοι και οι οδηγοί δισκετών να είναι συναρμολογημένοι από το εργοστάσιο κατασκευής του συστήματος, εγκεκριμένες από αυτό και να υπάρχει ειδική βεβαίωση της κατασκευάστριας εταιρείας. Το σύστημα να συνοδεύεται από τα εγχειρίδια του κατασκευαστή που αφορούν στα ανωτέρω τμήματα.	
	Χαρακτηριστικά BIOS: - Κατασκευαστής - Έτος Έκδοσης - Power-on Password - Υποστήριξη Plug and Play - Υποστήριξη LBA - Απενεργοποίηση Δισκέτας - Αναβάθμιση με Flash EPROM	≥ 2001
	Διαγνωστικά προγράμματα	
	Να παρέχεται φιλικότητα προς το περιβάλλον, εξοικονόμηση ενέργειας και ασφάλεια. Να ακολουθούνται τα πρότυπα:	
	- ISO 9241/EN 29241	
	- EP Energy Star	

B3.2	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ	
	Τύπος CPU Pentium III ή ισχυρότερος με δυνατότητα αναβάθμισης	
B3.3	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΝΗΜΗ	
	• Μέγεθος (MB)	≥ 256
	• Μέγιστη υποστηριζόμενη μνήμη	≥ 512 Gb
B3.4	SYSTEM BUS	
	Εύρος (bits)	≥ 32
	PCI	
B3.5	ΘΥΡΕΣ/SLOTS:	
	Σειριακή [16550 AF]	≥ 2
	Παράλληλη	≥ 1
	Mouse	
	Ελεύθερες θύρες επέκτασης πέραν της υποχρεωτικής σύνθεσης. (PCI)	≥ 3
B3.6	ΠΛΑΙΣΙΟ	
	Τύπος πλαισίου.	
B3.7	ΤΡΟΦΟΔΟΤΙΚΟ	
	Ισχύς (W)	
	Τάση λειτουργίας (V)	200-240
B3.8	ΜΟΝΑΔΑ ΕΥΚΑΜΠΤΟΥ ΔΙΣΚΟΥ	
	Εσωτερική μονάδα 3 ½" DS/HD, χωρητικότητας ≥ 1.44 MB	
	Average Seek Time (ms)	≤ 130
	Track density (TPI)	135
	Data transfer rate (Kb/s)	≥ 50
	ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΔΙΣΚΩΝ	
	Πλήθος μονάδων (εσωτερική)	≥ 1
	Ωφέλιμη χωρητικότητα (GB)	≥ 20
	Average Seek Time (msec)	≤ 12
	Transfer Rate (MB/sec)	≥ 66
	Τύπος controller SCSI ή EIDE	
	Θέσεις επιπλέον Drives	≥ 1
	Ταχύτητα (rpm)	7200

B3.9	ΚΑΡΤΕΣ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ	
	ΚΑΡΤΑ ΔΙΚΤΥΟΥ :	
	- Ethernet Card 10BASE-T/100 BASE-T σε PCI	
	- Υποστήριξη TCP/IP	
	- Τύπος καλωδίου UTP 5	
	- Connector RJ4	
B3.10	ΟΘΟΝΗ	
	Μέγεθος διαγωνίου	≥ 17"
	Έγχρωμη	
	Κάλυμμα	
	Dot Pitch (mm)	≥ 0.28
	Refresh rate σ' όλες τις αναλύσεις (Hz)	≥ 75
	Εργονομική βάση στήριξης	
	Να ικανοποιεί τα παρακάτω standards:	
	• ISO 9241-3	
	• MPR-II	
	• TCO 99	
B3.11	ΕΝΣΩΜΑΤΩΜΕΝΗ ΜΟΝΑΔΑ CD-ROM	
	Αριθμός μονάδων	1
	Τουλάχιστον 48πλής (48X) ταχύτητας	
	Average access Time (msec)	≤ 150
	Τύπος controller SCSI ή EIDE	
	Υποστήριξη προτύπων Photo CD, CD-ROM XA, CD-Digital Audio, CD-I.	
B3.12	ΠΛΗΚΤΡΟΛΟΓΙΟ	
	Αριθμός πλήκτρων	≥ 101
	Κάλυμμα	
	Τύπος QWERTY με αποτύπωση των ελληνικών και λατινικών χαρακτήρων σε κάθε πλήκτρο. Κατάλληλο για ταχεία εισαγωγή δεδομένων.	
B3.13	MOUSE	
	Microsoft συμβατό	
	BUS ή PS/2 type	

B4	ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΥΠΑΡΧΟΝΤΩΝ ROUTER ΓΙΑ DIAL BACK UP	
	1- Port ISDN WAN Interface Card (dial & leased line)	
	Αριθμός Ψηφιακών Τηλεφωνικών Συσκευών ERICSSON DBC 212	≥ 50

B5	ΥΠΟΛΟΙΠΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	
	Oracle 8 Server Enterprise Edition full use, named users	
	Απαιτούμενος Αριθμός Αδειών Χρήσης για: - MS-OFFICE 2000 STANDARD ED. - NT-CLIENT	
	Απαιτούμενος Αριθμός Καλωδιώσεων (Ανά Θέση Εργασίας)	
	Καμπίνες για LAN SERVER	

B6	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ	
	Μοντέλο <i>HP LaserJet 2200DN</i> , Κατασκευαστής, Έτος ανακοίνωσης Μοντέλου	
	Αριθμός μονάδων:	
	Μέγιστη ταχύτητα εκτύπωσης σε σελίδες ανά λεπτό για εκτύπωση κειμένου (ppm)	≥ 19
	Ανάλυση εκτύπωσης (dpi)	1200 x 1200
	Φόρτος εργασίας (χιλιάδες σελίδες / μήνα)	≥ 40
	Υποστηριζόμενα interface: - IEEE 1250 parallel - USB - Fast Ethernet 10/100 BaseTX	
	Fonts για ΕΛΟΤ-928 Να δοθούν δείγματα εκτύπωσης και να περιγραφεί ο τρόπος φορτώματος και επιλογής των fonts.	
	Να περιγραφούν λοιπά τεχνικά χαρακτηριστικά	
	Πιστοποιητικό ISO9001	

B7	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ (APPLICATION SERVER)	
B7.1	ΓΕΝΙΚΑ	
	Ο Εξυπηρετητής Εφαρμογής είναι υπολογιστικό σύστημα στο οποίο στο οποίο εκτελούνται οι εφαρμογές του	

	συστήματος.	
B7.2	ΥΛΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
	Μοντέλο: <i>HP NetServer LC2000, PIII 933MHz Mod 1Base Model PFC</i> ή νεότερος	
	Κεντρικές Μονάδες Επεξεργασίας (CPU)	≥ 1
	Μέγεθος προσφερόμενης κεντρικής μνήμης (Mb)	≥ 512
	Μονάδες δίσκων	≥ 4
	Χωρητικότητα δίσκων (Gbytes)	≥ 9.1
	Ταχύτητα Δίσκων (rpm)	10K
	Παράλληλη θύρα	
	Θύρα Fast Ethernet	
	Θύρα Gigabit Ethernet	
	Ενσωματωμένη μονάδα CD-ROM	
	Εσωτερική μονάδα 3 ½" DS/HD, χωρητικότητας ≥ 1.44 MB	
	Εσωτερική μονάδα μαγνητικής αποθήκευσης (DAT 24Gb Τουλάχιστον)	
	Εφεδρική μονάδα παροχής ισχύος	
	HP 55 Color Monitor 15"	
	Εγκατεστημένο Λογισμικό: - MS Windows NT Server full (περ. 5 client Licences) - F-Secure Antivirus for NT Server, με άδεια χρήσης	
	Να δοθούν πλήρη τεχνικά χαρακτηριστικά.	

B8	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣ UNIX (UNIX SERVER)	
B8.1	ΓΕΝΙΚΑ	
	Ο Εξυπηρετητής UNIX είναι υπολογιστικό σύστημα στο οποίο λειτουργεί η Βάση Δεδομένων του συστήματος	
B8.2	ΥΛΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
	Μοντέλο: Sun Enterprise 3500 server ή νεώτερο.	
	Κεντρικές Μονάδες Επεξεργασίας (CPU)	≥ 2
	Μέγεθος προσφερόμενης κεντρικής μνήμης (Gb)	≥ 2
	Μονάδες δίσκων	≥ 4
	Χωρητικότητα δίσκων (Gbyte)	≥ 18.2

	Παράλληλη θύρα	
	Θύρα Fast Ethernet	
	Θύρα Gigabit Ethernet	
	Ενσωματωμένη μονάδα DVD-ROM	
	Εσωτερική μονάδα 3 ½" DS/HD, χωρητικότητας ≥ 1.44 MB	
	Εσωτερική μονάδα μαγνητικής αποθήκευσης (Tape Drive DDS4), χωρητικότητα.	≥ 20
	Εφεδρική μονάδα παροχής ισχύος	
	Localised Power Cord kit (περ. στον server)	
	Sbus Ultra Differential Fast/Wide SCSI-Host Adapter	
	72-inch StorEdge expansion rack	
	Power Cord for 72" expansion cabinet (περ. στο rack)	
	218Gb (12x18.2Gb 10K rpm disks) Sun StorEdge D1000 2 Power Supplies, 2 fantrays (4fans), 4 Differential UltraSCSI to host ports.	
	12 Meter Differential SCSI Cable	
	StorEdge L9 Autoloader 1 DLT 8000 drive 9 slots SCSI Cable	
	SOLARIS Server Media Kit	
	Workgroup Edition for Solaris	
	Solstice Backup Media Kit	
	Solstice Backup Documentation	
	Autochanger software module 1-9 slots	
	DLT COMPACT IV PACKAGE OF 10 TAPES	
	Wyse 55-ES ASCII console w/PC kbd	
	REFLECTION-X Windows NT	

B9	ΥΠΟΛΟΙΠΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	
	Oracle 8 Server Enterprise Edition full use, named users	
	Απαιτούμενος Αριθμός Αδειών Χρήσης για: - MS-OFFICE 2000 STANDARD ED. - NT-CLIENT	
	FAX Cannon Laser L250	

	HP LaserJet 2200DN	
	6 KVA UPS	
	Καλωδίωση (Θέση Εργασίας)	
	Ψηφιακό Τηλεφωνικό Κέντρο ERICSSON	
	Ψηφιακές Τηλεφωνικές Συσκευές ERICSSON DBC 213	

B10	ΔΙΚΤΥΑΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	
	7206VXR Bundle with NPE-300 & I/O Controller with FE	
	Cisco 7200 AC Power Supply Option (περ.στον router)	
	Cisco 7200 Dual AC Power Supply Option, 280 W	
	Power Cord Europe (περ.στον router)	
	Cisco 7200 Series IOS IP PLUS IPSEC 3DES	
	Cisco IOS 7200 Series WAN Packet Protocols / Netflow License	
	Cisco 7200 I/O PCMAIA Flash Disk , 48 MB Option (Default) (περ.στον router)	
	128 MB Memory for NPE-225/NPE-300/NSE-1 Default (περ.στον router)	
	8-Port Serial, X.21 Port Adapter	
	8-Port BRI Port Adapter, S/T Interface	
	8 Lead Octal Cable & Male X.21 DTE Connectors	
	Auxiliary / Console Port Canle kit	
	2-port Voice Interface Card – E&M	
	24-port 10/100 Switch w/ Two Module Slots (Enterprise Edition)	
	CiscoWorks LAN MGMT for NT, inck: CM 3, RME 3, CV 5, TD 5, CFM 1, +Doc	
	CiscoWorks Routed WAN Solution for NT. Includes CD & Docs	
	HP Vectra VL400 Minitower, PIII/866 MHz, 128MB RAM, 20 Gb HDD, 48x CD-ROM, FDD, Sound on Board, 3Com PCI 10/100 Network, Windows 2000.	
	HP71 17” Color Monitor	
	HP 256 MB Non ECC 133 MHz SDRAM	
	MS-Windows NT Server 4.0 License OLP	
	F-Secure Antivirus for NT Server (Άδεια Χρήσης)	

B11	ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΕΙΔΗ	
	Sys Mgmt svr 2.0 English CD 10 clients	
	SQL SVR 2000 std CD, 5 clients	
	64Mb DIMM 100 MHZ	
	Απαραίτητα υλικά καλωδίωσης & παροχής ρεύματος των συστημάτων	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΙΙΙ

ΟΘΟΝΕΣ

ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Καρτέλα Ασφαλισμένου

Manage Care - [Καρτέλα Ασφαλισμένου]

Αρχείο Επεξ/σία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

Κωδικός: 1 Ημ.εγγραφής: 31/12/1998 Α/Α εγγρ.: 1 Status: ΕΝΕΡΓΟΣ
 Επώνυμο: **ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ** Ονομα: **ΚΩΣΤΑΣ** Πατρ/μο: ΣΠΥΡ
 Α.Δ.Τ.: E 789654 Α.Φ.Μ.: 044444444 Δ.Ο.Υ.: 1234
 Φύλο: ΑΡΡΕΝ Οικογ.Κατάσταση: ΕΓΓΑΜΟΙ
 Ημ.Γέννησης: 23/3/1969 Ηλικία: 33 Ομάδα Ηλικίας: Β Τόπος: ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
 Διεύθυνση: ΣΑΡΑΝΤΑΠΟΡΟΥ 4 Τ.Κ.: Πόλη: ΧΑΛΑΝΔΡΙ
 Περ. κατοικ.: ΑΤΤΙΚΗΣ Τηλ. Επικ/σίας: 010-6789456
 Επάγγελμα: ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ Περιοχή εργασ.: ΑΤΤΙΚΗΣ Φορέας Ασφάλ.: 004
 Κατηγ.Επαγ/τος: ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΘ Εκπαίδ. επίπεδο: ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΤΕΙ
 Βάρος: 80 (Kg) Ύψος: 180 (cm) Body Mass Index: 25,0 Κατηγ.ΒΜΙ: ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ
 Δυν.Δείκτης Αναλ.Κινδύνου: ,8 Συν. Δυν.Δείκτης Αναλ.Κινδύνου: 1,45 ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ

Συμβόλαια **Προϋπάρχουσες Νόσοι**

Αρ.Συμβολαίου	Ασφαλιστικό Πρόγραμμα	Πρακτορείο Παραγωγής	Παραγωγός	Περιεχόμενο - Όροι συμβολαίου
▶ 101112	ΑΣΦΑΛ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1	ΠΡΑΚΤΟΡΑΣ 2	123456	ΑΝΕΠ, ΑΠΕΝΟΠ, ΑΕΔΟΠ

Κωδ.	Ημ. Πληρωμής	Ετήσιο Ασφάλιστρο	Σχόλια
10231	30/9/2000	150.000	ΑΝΕΠ, ΑΠΕΝΟΠ
10232	31/10/2000	120.000	ΑΕΔΟΠ

Ready

Οθόνη Τηλεφωνικό Κέντρο

Manage Care - [Τηλεφωνικό Κέντρο]

Αρχείο Επεξ/σία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

Επώνυμο: **ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ** Ονομα: **ΚΩΣΤΑΣ** Πατρ/μο: ΣΠΥΡ Status: ΕΝΕΡΓΟΣ
 Ημ.Γέννησης: 23/3/1969 Ηλικία: Φύλο: ΑΡΡΕΝ Κωδικός: 1
 Α.Φ.Μ.: 044444444 Κωδικός Α.Φ.Μ.: Δ.Ο.Υ.: 1234
 Διεύθυνση: ΣΑΡΑΝΤΑΠΟΡΟΥ 4 Τ.Κ.: Πόλη: ΧΑΛΑΝΔΡΙ
 Τηλέφωνο: Επάγγελμα: ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ Κωδ.Επαγέματος: ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗ
 Τηλ. Επικ/σίας: 010-6789456 Φορέας Ασφάλισης: 004

ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ

Αριθμός Συμβολαίου	Θέση	Status	Νοσ.	Ημ.Ισχύος	Νοσοκομειακή Περίθαλψη			Νοσοκομ. Επίδομα			Πρακτ.Παρ.	Παραγωγός	Ημ.Παράδ.	
					Συνδ.	Κατηγ.	Όρος 1	Όρος 2	Συνδ.	Όρος 1				Όρος 2
▶ 101112	A	ON	<input checked="" type="checkbox"/>	2/7/1999	N	A	N	N				2	123456	9/7/1999

ΚΛΗΣΕΙΣ

▶ Ημ/μία-ώρα Κλήσης: 23/8/2000 - 14:44 Status: Ολοκληρώθηκε Κωδικός: 123 Είδος: Κλήση Τ.Κ.
 Αιτία Κλήσης: ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ
 Σημείωση Τηλ. Κέντρου: ΠΑΡΑΠΕΜΠΕΤΑΙ ΣΕ ΙΑΤΡΟ ΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
 Ποιός Τηλεφών.: ΙΔΙΟΣ Χειριστής: 2

Ready

Οθόνη Τηλεφωνικό Κέντρο-Ιατρός

Manage Care - [Τηλεφωνικό Κέντρο - Ιατρός]

Αρχείο Επεξ/σία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

▶ Επώνυμο: **ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ** Ονομα: **ΚΩΣΤΑΣ** Πατρ/μο: **ΣΠΥΡ** Status: **ΕΝΕΡΓΟΣ**
 Ημ.Γέννησης: **23/3/1989** Ηλικία: Φύλο: **ΑΡΡΕΝ** Κωδικός: **1**
 Α.Φ.Μ.: **044444444** Κωδικός Α.Φ.Μ.: Δ.Ο.Υ.: **1234**
 Διεύθυνση: **ΣΑΡΑΝΤΑΠΟΡΟΥ 4** Τ.Κ.: Πόλη: **ΧΑΛΑΝΔΡΙ**
 Τηλέφωνο: Επάγγελμα: **ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ** Κωδ.Επαγγέλματος: **ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗ**
 Τηλ. Επικοινωνίας: **010-6789456** Φορέας Ασφάλισης: **004**

ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ

Αριθμός Συμβολαίου	Θέση	Status	Νοσ.	Ημ.Ισχύος	Νοσοκομειακή Περίθαλψη				Νοσοκ. Επίδομα			Πρακτ.Παρ.	Παραγωγός	Ημ.Παράδ.
					Συνδ.	Κατηγ.	Ορος 1	Ορος 2	Συνδ.	Ορος 1	Ορος 2			
▶ 101112	A	ON	<input checked="" type="checkbox"/>	2/7/1999	N	A	N	N				2	123456	9/7/1999

ΚΛΗΣΕΙΣ

▶ Ημ/μια-ώρα Κλήσης: **23/8/2000 - 14:44** Status: **Ολοκληρώθηκε** Κωδικός: **123** Κλήση: **Τ.Κ.**
 Αιτία κλήσης: **ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ** Παιός Τηλ.: **ΙΔΙΟΣ**
 Σημείωση Τηλ. Κέντρου: **ΠΑΡΑΠΕΜΠΕΤΑΙ ΣΕ ΙΑΤΡΟ ΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**
 Ενέργεια Ιατρού: **ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ** Χειριστής: **2** Ιατρός: **14**
 Σημείωση Ιατρού: **ΠΑΡΑΠΕΜΦΘΗΚΕ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΤΟ ΜΑΡΟΥΣΙ - ΠΙΘΑΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ 24/8/2000 ΚΑΙ ΩΡΑ 08.00**

Ready

Οθόνη Ελεγκτές Ιατροί

Manage Care - [Ελεγκτές Ιατροί]

Αρχείο Επεξ/σία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

▶ Κωδικός: **102** Κατάσταση: **Ενεργός**
 Επώνυμο: **ΜΑΥΡΟΚΕΦΑΛΟΣ** Ονομα: **ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ** Πατρ/μο: **ΚΩΣΤ**
 Ειδικότητα: **ΓΕΝΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ** Φύλο: **ΑΡΡΕΝ**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ
Οδός: ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ 32	ΤΡΙΚΑΛΩΝ 78
Τ.Κ.-Πόλη: 14477 ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ	15457 ΠΕΙΡΑΙΑΣ
Περιοχή: ΑΤΤΙΚΗ	ΠΕΙΡΑΙΑΣ
Τηλ. - Fax: 010-6685417 010-6258798	010-4177777

Α.Δ.Τ.: **Σ 456123** Α.Φ.Μ.: **088888888** Δ.Ο.Υ.: **Β' ΑΘΗΝΩΝ**
 Συμβεβ/μένος: **Ναι** Ημ.Εναρξης Σύμβασης: **13/2/1999**

Ω Ρ Α Ρ Ι Ο

Δευτέρα: 16.30-20.30	Παρασκευή: 16.30-20.30
Τρίτη: 16.30-20.30	Σάββατο: ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
Τετάρτη: 16.30-20.30	Κυριακή: ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
Πέμπτη: 16.30-20.30	Αργίες: ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Σχόλια: **ΣΥΝΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΤΙΣ ΩΡΕΣ 08.00-14.00 ΩΣ ΕΛΕΓΚΤΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑ**

Ready

Θόνη Νοσοκομεία

Manage Care - [Νοσοκομεία]

Αρχείο Επεξ/σία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

Κωδικός: 11 **ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ** ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Είδος: Δημόσιο Κατηγορία: ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (ΕΣΥ)

Εφημερίες: _____

Οδός - Τ.Κ.: ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ 45-47 10676

Πόλη: ΑΘΗΝΑ

Τηλ. Κέντρο: 010-7220101 Επείγοντα: 010-7220109

Fax: 010-7291808

Σχόλια: _____

Νοσ. Τμήματα
 Ειδ. Μονάδες
 Εργαστήρια
 Πρόσθ. Τακτ. Ιατρεία
 Κ. Υγ.
 Τιμή / Ι.Π.

Ειδική Μονάδα

- ▶ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
- ΜΟΝΑΔΑ AIDS
- ΜΟΝΑΔΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ
- ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

Ready

Θόνη Διαγνωστικά Κέντρα

Manage Care - [Διαγνωστικά Κέντρα]

Αρχείο Επεξ/σία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

Κωδικός: 61 **ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.** ΔΙΑΓΝ/ΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Είδος: Ιδιωτικό Κατηγορία: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

Οδός: ΒΑΣΙΛΙΣΣΗΣ ΣΟΦΙΑΣ 120 T.Κ.: 11527

Πόλη: ΑΘΗΝΑ

Τηλ. - Fax: 010-6488520 010-6488522

A.Φ.Μ.: 022222222 Δ.Ο.Υ.: Α' ΑΘΗΝΩΝ Συμβεβ/μένο: Ναι

Ωράριο Λειτουργίας	Δε.: 08.00-20.00	Πεμ.: 08.00-20.00	Σαβ.: 08.00-14.00
	Τρ.: 08.00-20.00	Παρ.: 08.00-20.00	Κυρ.: _____
	Τε.: 08.00-20.00	Αργίες: _____	

Σχόλια: _____

Τμήματα
 Εξετάσεις Ανά Τμήμα

Νοσηλευτικό Τμήμα

- ▶ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ

Ready

Οθόνη Κέντρα Υγείας

Manage Care - [Κέντρα Υγείας]

Αρχείο Επεξ/σία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

Κωδικός: 42 **ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ** ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ
 Είδος: Δημόσιο Κατηγορία: ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ)
 Οδός: ΤΡΟΠΤΟΛΕΜΟΥ 20 Τ.Κ.: 16744
 Πόλη: ΒΑΡΗ ΑΤΤΙΚΗΣ
 Τηλ. - Fax.: 010-8945632 010-8945222
 Ωράριο Λειτουργίας: Πρωί Νοσηλεύει Ασθενείς: Όχι
 Νοσοκομείο όπου Υπάγεται: ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ
 Σχόλια: ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ ΚΑΙ ΣΕ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΒΑΡΔΙΑ ΑΠΟ 1/1/2000

Περιφερειακά Ιατρεία **Ειδικότητες Ιατρών που υπηρετούν μόνιμα**

Ειδικότητα Ιατρού
 ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
 ▶ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ

Ready

Οθόνη Ιατροί

Manage Care - [Ιατροί]

Αρχείο Επεξ/σία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

Ονομα: ΚΟΤΣΙΡΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Φύλο: ΑΡΡΕΝ **Ιδιώτης** 1 1
 Ειδικότητα: ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΙΑΤΡΟΙ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ
 Οδός: ΤΑΝΤΑΛΟΥ 14-16 ΚΥΠΡΟΥ 47
 Τ.Κ.-Πόλη: 15124 ΜΑΡΟΥΣΙ 17123 ΝΕΑ ΣΜΥΡΝΗ
 Περιοχή: ΑΤΤΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ
 Τηλ. - Fax: 010-6818662 010-9333333

Α.Δ.Τ.: Α 111111 Α.Φ.Μ.: 033333333 Δ.Ο.Υ.: Α' ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ
 Συμβεβλημένος: ΝΑΙ Ημ.Εναρξης Σύμβασης: 10/1/1998

ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ
 Δευτέρα: 08.00-14.00 Παρασκευή: 08.00-14.00
 Τρίτη: 16.30-20.30 Σάββατο:
 Τετάρτη: 08.00-14.00 Κυριακή:
 Πέμπτη: 16.30-20.30 Αργίες:

Παρατηρήσεις: ΓΙΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙ ΕΠΙΣΚΕΦΕΙΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΟΛΟ ΤΟ 24ΩΡΟ

Αμοιβή ανά Ιατρική Πράξη

Ιατρική Πράξη	Αμοιβή
▶ ΑΜΟΙΒΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	15.000
ΑΜΟΙΒΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΝΥΧΤΑ	25.000

Ready

Οθόνη Αναγγελία Περιστατικού

Manage Care - [Αναγγελία Περιστατικού]

Αρχείο Επεξεύασία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

Κωδ.: 1 Ημ/νία Αναγγελίας: 23/8/2000 Status: ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ

Ασφαλισμένος: ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ ΚΩΣΤΑΣ ΣΠΥΡ Δ/νση-Τηλ: 010-6789456

Υγειον.Υπηρεσ.: ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ

Αιτία Εισαγ.: ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ Ημ. Περιστατικού: 24/8/2000

Ημ.Ωρα Συν/σης με Ελεγκτή: 24/8/2000 - 00:00 Παράσας Ελεγκτή: ΕΝΤΟΝΟΙ ΠΟΝΟΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΧΩΡΑ

Ιατρός Ελεγκτής: ΜΑΥΡΟΚΕΦΑΛΟΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΚΩΣΤ Δ/Α Περιστατικού: 123 Κατηγορία Περιστατικού: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ - ΑΣΘΕΝΕΙ

Αιτία Νοσηλείας: Άλλες τροφικές δηλητηριάσεις (μικροβιακές) Διάρκεια Νοσηλ.: 1 ημέρ. Εκβαση περιστατικού: ΙΑΣΗ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ

Α/Α	Κωδικός - Περιγραφή Υπηρεσίας
1	020001 - ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
2	060001 - ΑΜΟΙΒΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ
3	010002 - ΔΙΑΤΡΟΦΗ
4	010001 - ΔΩΜΑΤΙΟ

Πορεία Νόσου Κλινική Εξέταση Ασθενή Ιατρική Έκθεση προνοσηλευτικής εξέτασης

Ready

Οθόνη Πορεία Νόσου

Manage Care - [Πορεία Νόσου]

Αρχείο Επεξεύασία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

Αριθ. - Κατηγορία Περιστατικού: 1 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ - ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Αιτία Νοσηλείας: Άλλες τροφικές δηλητηριάσεις (μικροβιακές)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Κωδικός	Ημερομηνία	Εξέταση	Αποτέλεσμα	Κλινική Πορεία
1	24/8/2000	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ Ε	ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΓΩΓΕΣ

Κωδικός	Ημερομηνία	Θεραπευτική Αγωγή	Κλινική Πορεία
2	24/8/2000	ΔΩΜΑΤΙΟ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ
3	24/8/2000	ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ
6	24/8/2000	ΑΜΟΙΒΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ

Ready

Manage Care - [Πορεία Νόσου]

Οθόνη Κλινική Εξέταση Ασθενή

Manage Care - [Κλινική Εξέταση Ασθενή --]

Αρχείο Επεξεύαία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

Αριθ. - Κατηγορία Περιστατικού: 1 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ - ΑΣΘΕΝΕΙΑ
Αιτία Νοσηλείας: Άλλες τροφικές δηλητηριάσεις (μικροβιακές)

Κωδικός: 1

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

Επισκόπηση: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	Προβλήματα: <input type="text" value="ΟΧΙ"/>
Ψηλάφηση: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	Παρατηρήσεις: <input type="text"/>
Επίκρουση: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	
Ακρόαση: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ

Επισκόπηση: <input type="text"/>	Προβλήματα: <input type="text" value="ΟΧΙ"/>
Ψηλάφηση: <input type="text"/>	Παρατηρήσεις: <input type="text"/>
Επίκρουση: <input type="text"/>	
Ακρόαση: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	
Αρτηρ. πίεση: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	Περιφερ. Αγγεία: <input type="text"/>
Αρτηρ. Σφυγμός: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	Σφυγμός Φλεβ.: <input type="text"/>

ΠΕΠΤΙΚΟ

Επισκόπηση: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	Προβλήματα: <input type="text" value="ΕΝΤΟΝΟΙ ΠΟΝΟΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΜΙΑΚΗ ΧΩΡΑ"/>
Ψηλάφηση: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	Παρατηρήσεις: <input type="text" value="ΠΙΘΑΝΗ ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ"/>
Επίκρουση: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	
Ακρόαση: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	

ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ

Επισκόπηση: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	Προβλήματα: <input type="text" value="ΟΧΙ"/>
Ψηλάφηση: <input type="text" value="ΝΑΙ"/>	

Καταχώρηση



Οθόνη Ιατρική Έκθεση Προνοσηλευτικής Εξέτασης (α)

Manage Care - [Ιατρική Έκθεση Προνοσηλευτικής Εξέτασης]

Αρχείο Επεξ/σία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

Θεραπευτήριο: ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ Ημ/νία - Ωρα Εισόδου: 2/2/2000 - 48:48

1 Επάγγελμα: ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΩ Φορέας Ασφάλισης: 004

Αριθμ.-Ημ. Βιβλίου: 123456 15/9/1999

Στοιχεία Συμβολαίου: 101112

Τύπος Ασφαλισμένου: Κυρίως Ασφαλισμένος

Ατομικό Αναμνηστικό: ΚΑΝΕΝΑ

Παρούσα Νόσος: ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ

Χρόνος Εμφάνισης πρώτων συμπτωμάτων: 24/8/00

Φαρμ. Αγωγή και εργ. εξετ.πρό της εισαγωγής: ΚΑΜΜΙΑ

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ

Βάρος: 80 Υψος: 180 Οψη: ΚΛΩΜΗ

Σωματική Διάπλαση: ΚΑΝΟΝΙΚΗ

Ημ. Καταν. Οισοπευμ.:

Υπήρξατε καπνιστής: Ναι Από: 1990 έως: ΣΗΜΕΡΑ

Ημ. Κατανάλ. τσιγάρων: 20

Χρήση Ναρκ.Ηρεμ.κλπ: Όχι Ονομασία Ουσιών:

Ημ. Ποσότητα Ουσιών:

Λήψη Φαρμάκων ανευ σύσταση Ιατρού: Όχι Ονομασία Φαρμάκων:

Ready

Οθόνη Ιατρική Έκθεση Προνοσηλευτικής Εξέτασης (β)

Manage Care - [Ιατρική Έκθεση Προνοσηλευτικής Εξέτασης]

Αρχείο Επεξ/σία Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

Θεραπευτήριο: ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ Ημ/νία - Ωρα Εισόδου: 2/2/2000 - 48:48

Χρόνος Εμφάνισης πρώτων συμπτωμάτων: 24/8/00

Φαρμ. Αγωγή και εργ. εξετ.πρό της εισαγωγής: ΚΑΜΜΙΑ

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ

Βάρος: 80 Υψος: 180 Οψη: ΚΛΩΜΗ

Σωματική Διάπλαση: ΚΑΝΟΝΙΚΗ

Ημ. Καταν. Οισοπευμ.:

Υπήρξατε καπνιστής: Ναι Από: 1990 έως: ΣΗΜΕΡΑ

Ημ. Κατανάλ. τσιγάρων: 20

Χρήση Ναρκ.Ηρεμ.κλπ: Όχι Ονομασία Ουσιών:

Ημ. Ποσότητα Ουσιών:

Λήψη Φαρμάκων ανευ σύσταση Ιατρού: Όχι Ονομασία Φαρμάκων:

Αιτία Λήψης:

Ποσότητα:

ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ ΙΑΤΡΟΥ

Αναγκαία Εισαγωγή: Ναι Απαιτούνται Εργαστηρ/κές Εξ/σεις πριν εισαχθεί: Ναι

Όνομο Ιατρού Ελεγ.: ΜΑΥΡΟΚΕΦΑΛΟΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΚΩΣΤ Ημ-Ωρα: 25/8/2000 - 08:00

Ημ-Ωρα Λήψης: 25/8/2000 - 08:30 Κωδ. Operator: 2 Αρ.Περιστ.: 1

Ready

Οθόνη Πρωτόκολλο Εισερχομένων Παραστατικών

Οθόνη Τιμολόγιο

Οθόνη Εκκαθάριση Περιστατικού

Manage Care - [Αναγγελία Περιστατικού - Τιμολόγιο]

Αρχείο Επεξεύατα Εγγραφές Προβολές Κινήσεις Περιφ.Αρχεία Εργαλεία Παράθ. Βοήθεια

Κωδ.: 1 Ημ/νία Αναγγελίας: 23/8/2000 Status: ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ
 Ασφαλισμένος: ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ ΚΩΣΤΑΣ ΣΠΥΡ Δ/νση-Τηλ: 010-6789456

Υγειον.Υπηρεσία: ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ
 Αιτία Εισαγ.: ENTERΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ Ημ. Περιστατικού: 24/8/2000

Ημ.Ωρα Συν/σης με Ελεγκτή: 24/8/2000 - 00:00 Παράσεις Ελεγκτή: ΕΝΤΟΝΟΙ ΠΟΝΟΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΧΩΡΑ
 Ιατρός Ελεγκτής: ΜΑΥΡΟΚΕΦΑΛΟΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΚΩΣΤ Α/Α Περιστατικού: 123 Κατηγορία Περιστατικού: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ - ΑΣΘΕΝΕΙ
 Αιτία Νοσηλείας: Άλλες τροφικές δηλητηριάσεις (μικροβιακές) Διάρκεια Νοσηλ.: 1 ημέρ. Εκβαση περιστατικού: ΙΑΣΗ

Συμβδλ.που επιβάρυνε: 101112 Ημ. Εκκαθάρισης: 26/8/2000 Ιατρός ημελ: 123
 Θέση Νοσηλείας: Α ΘΕΣΗ
 Τρόπος Πληρωμής: 1 Τιμολογηθέν: 250.000 Πληρωτέα: 200.000
 Αρ.Περιστατικών: ΕΠ1123
 Σημείωση: ΟΡΟΣ 80% ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ

A/A	Κωδικός - Περιγραφή Υπηρεσίας	Τιμολογηθέν ποσό	Εγκριθέν ποσό	Είδος
1	020001 - ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	100.000	100.000	ΤΙΜΟ
2	060001 - ΑΜΟΙΒΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	80.000	80.000	
3	010002 - ΔΙΑΤΡΟΦΗ	30.000	30.000	
4	010001 - ΔΩΜΑΤΙΟ	40.000	40.000	

Ready

Οθόνη Ερωτήματα – Αναφορές

Manage Care - [Ερωτήματα]

Αρχείο Επεξεύατα Εμφάνιση Εισαγωγή Μορφή Εγγραφές Προβολές Εργαλεία Παράθυρα Βοήθεια

Ερωτήματα

Περιορισμοί

Ημερομηνία Claim από: 1/1/1999 Εως: 31/12/1999

Ασφαλισμένος:

Φύλο:

Ομάδα Ηλικιών:

Οικογενειακή Κατάσταση:

Περιοχή Κατοικίας:

Είδος Απασχόλησης:

Ασφαλιστικό Πρόγραμμα:

Νόσος:

Θεραπευτήριο:

Υπηρεσία Υγείας:

Ιατρική Πράξη:

Ειδικότητα Ιατρού:

Εκβαση Νοσηλείας:

Ημέρες Νοσηλείας από: έως:

Μόρφωση:

Διαγν.Εισαγωγής:

Ταξινόμηση / Συγκέντρωση Κατά

- Ημερομηνία
- Ασφαλισμένο
- Φύλο
- Ομάδα Ηλικιών
- Οικογενειακή Κατάσταση
- Περιοχή Κατοικίας
- Είδος Απασχόλησης
- Ασφαλιστικό Πρόγραμμα
- Νόσος
- Θεραπευτήριο
- Υπηρεσία Υγείας
- Ιατρική Πράξη
- Ειδικότητα Ιατρού
- Εκβαση Νοσηλείας
- Ημέρες Νοσηλείας
- Μόρφωση
- Διάγνωση Εισαγωγής

Προβολή φόρμας AP

Οθόνη Ασφαλιστικός Ιατρικός Φάκελος (Αποψη 1)

Manage Care - [Ασφαλιστικός Ιατρικός Φάκελος]

Αρχεία Επεξ/σία Εμφάνιση Εισαγωγή Μορφή Εγγραφές Προβολές Εργαλεία Παράθυρα Βοήθεια

Καρτέλα Ασφαλισμένου

Κωδικός: 10101010 Ημ/νία Εγγραφής: 16/3/1991 A/A Εγγρ.: 1 Φωτογραφία

Επώνυμο: Παπαδόπουλος Όνομα: Γιώργος

Φύλο: Άρρεν Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος

Ημ.Γέννησης: 20/7/1962 Τόπος Γέννησης: Αθήνα

Ηλικία: 33 Ομάδα Ηλικιών: 30-39 ετών

Διεύθυνση: Αλήνου 19 Τ.Κ.: 173 42 Πόλη: Αθήνα

Περιοχή Κατ.: Περιοχή Πρωτεύουσας Τηλέφωνα: 9345587

Επάγγελμα: Μηχ.Λογισμικού Χώρας Εργασίας: Αθήνα

Είδος Απασχ.: Υπάλληλοι γραφείου Τηλ.Εργασ.: 3225562

Μόρφωση: ΤΕΙ

Φαρέας Ασφαλί: ΙΚΑ Πρόγραμμα: Πρόγραμμα 2 Αρ.Συμβολαίου: 1000000000

Ημ. Εναρξης: 1/2/1996 Ημ.Λήξης: 31/1/2016 Ποσό Κάλυψης: 10.000.000 Ετήσια Ασφ.: 100.000

Παρατηρήσεις: Είναι καπνιστής.

A/A Claim	Ημ. Συμβάντος	Θεραπευτήριο	Νόσος	Εκβαση	Ημ. Πληρωμής	Αιτούμενο	Πληρωτέο
17	10/4/1996	Απολλώνειο Θερα	Ενδοκρινικά & Μετα	Αμετάβλητη	10/5/1992	520.000	310.000
19	8/8/1996	Απολλώνειο Θερα	Ενδοκρινικά & Μετα	Αμετάβλητη	9/9/1994	100.000	30.000
18	28/3/1997	Απολλώνειο Θερα	Ενδοκρινικά & Μετα	Βελτίωση	1/5/1993	140.000	105.000
Σύνολο:							

Οθόνη Ασφαλιστικός Ιατρικός Φάκελος (Αποψη 2)

Manage Care - [Claims]

Αρχεία Επεξ/σία Εμφάνιση Εισαγωγή Μορφή Εγγραφές Προβολές Εργαλεία Παράθυρα Βοήθεια

Claims

Ημ/νία Εγγραφής: 19/4/1997 A/A Claim: 17

Κωδ.Ασφαλισμένου: 10101010 Επώνυμο: Παπαδόπουλος Όνομα: Γιώργος

Αρ.Ασφ. Συμβολαίου: 1000000000 Ημ/νία Λήξης: 31/1/2016 Ποσό Κάλυψης: 10.000.000 Δρχ

Ημ/νία Συμβάντος: 10/4/1996 Ημ.Κατάθεσης Δικαιωθ.: 15/4/1996 Παρατηρήσεις

Νόσος: Ενδοκρινικά & Μεταβολικά Νοσή Θεραπευτήριο: Απολλώνειο Θεραπευτήριο

Ιατρική Πράξη: Εισαγωγή σε Θεραπευτήριο Ειδικότητα Ιατρού: Μικροβιολόγος

Διάγν. Εισαγωγής: Ενδοκρινικά & Μεταβολικά Νοσή Ημέρες Νοσηλ.: 3

Εκβαση Νοσηλείας: Αμετάβλητη Ημ/νία Πληρωμής: 10/5/1992 Παραστατικό: 124578

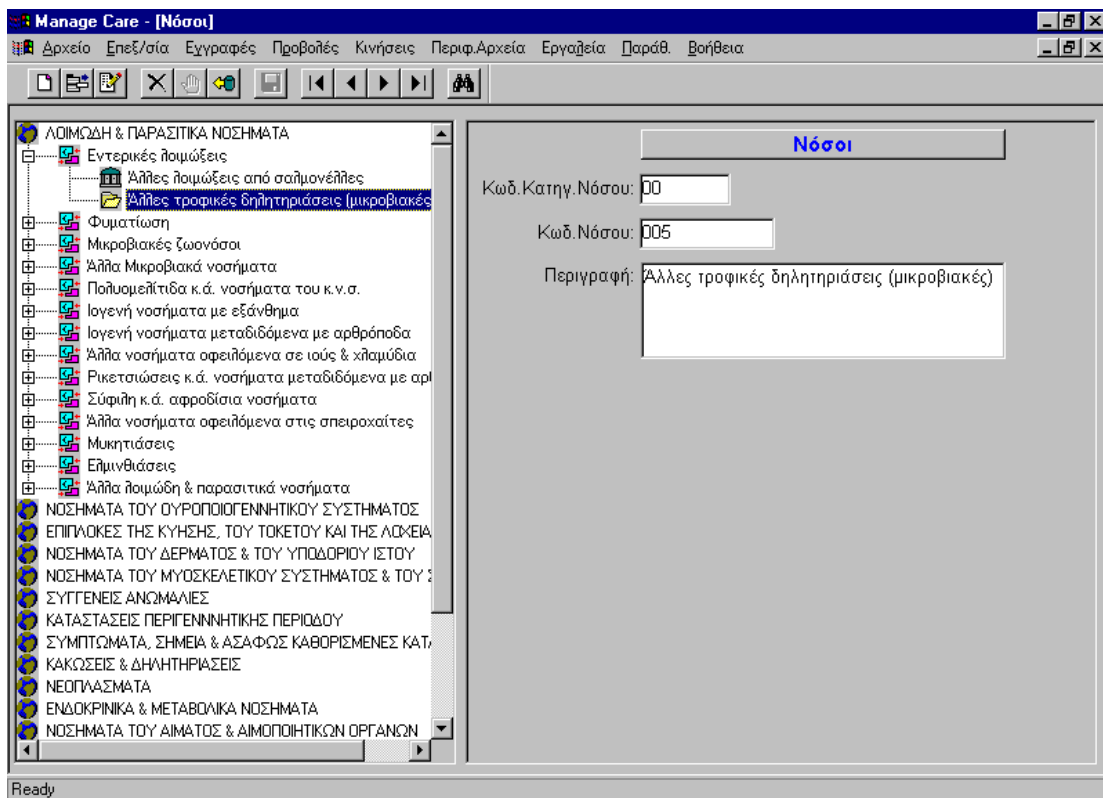
Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας

Παρεχόμενη Υπηρεσία	Αιτούμενη Αποζημίωση	Πληρωτέα Αποζημίωση	Παρατήρηση
Νοσοκομειακές υπηρεσίες	120.000	80.000	
Νοσοκομειακή περιθαλψη	80.000	60.000	
Εργαστηριακές εξετάσεις	220.000	120.000	
Σύνολο:	520.000	310.000	

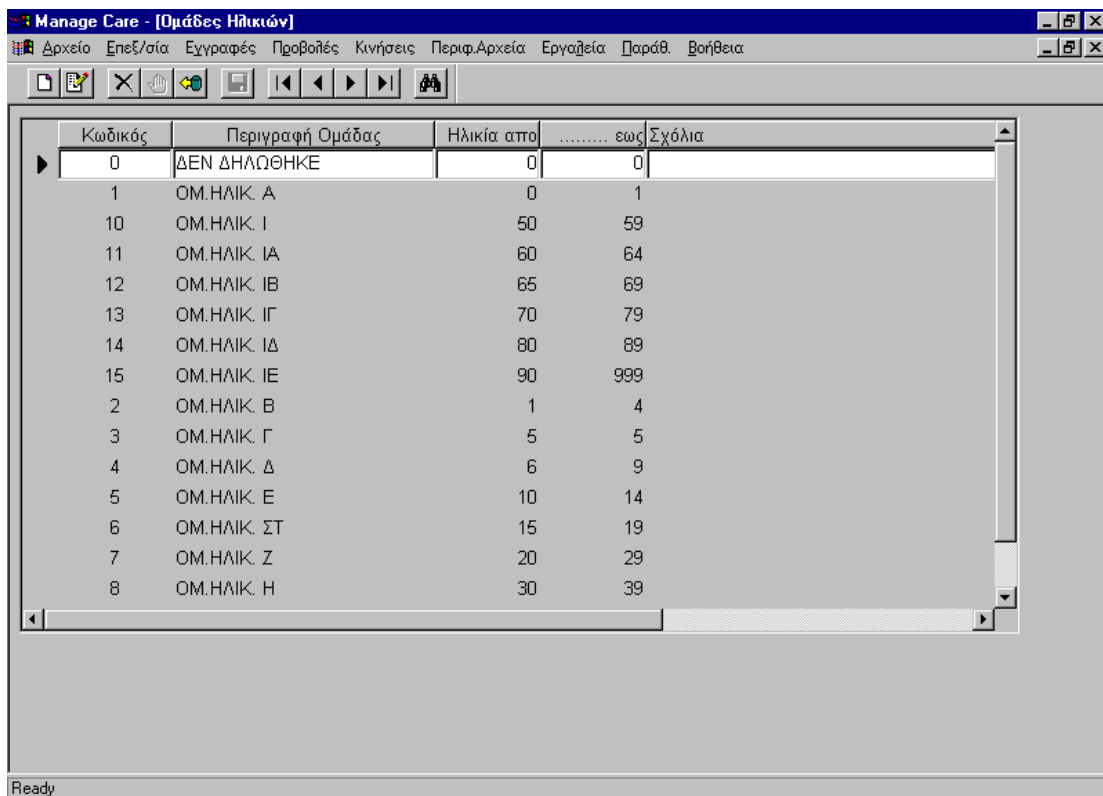
Εγγραφή: 1 από 5

Προβολή φόρμας

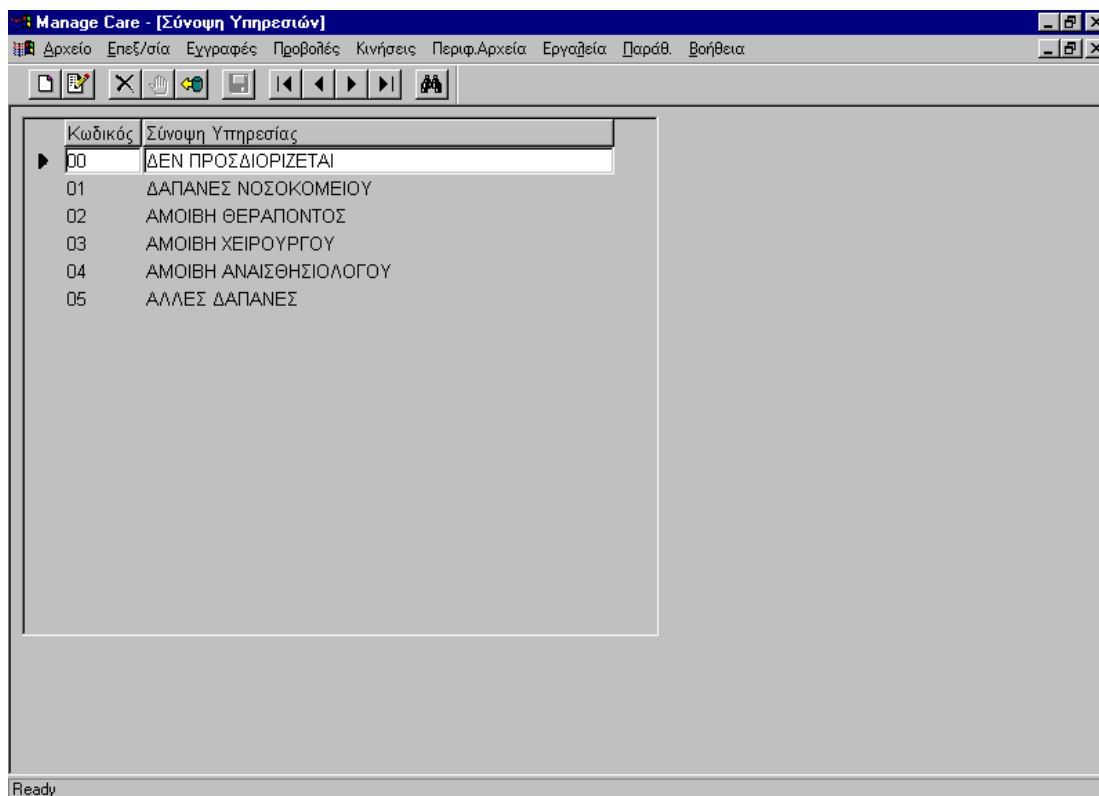
Οθόνη Αρχείο Νόσων (Δενδρική Απεικόνιση)



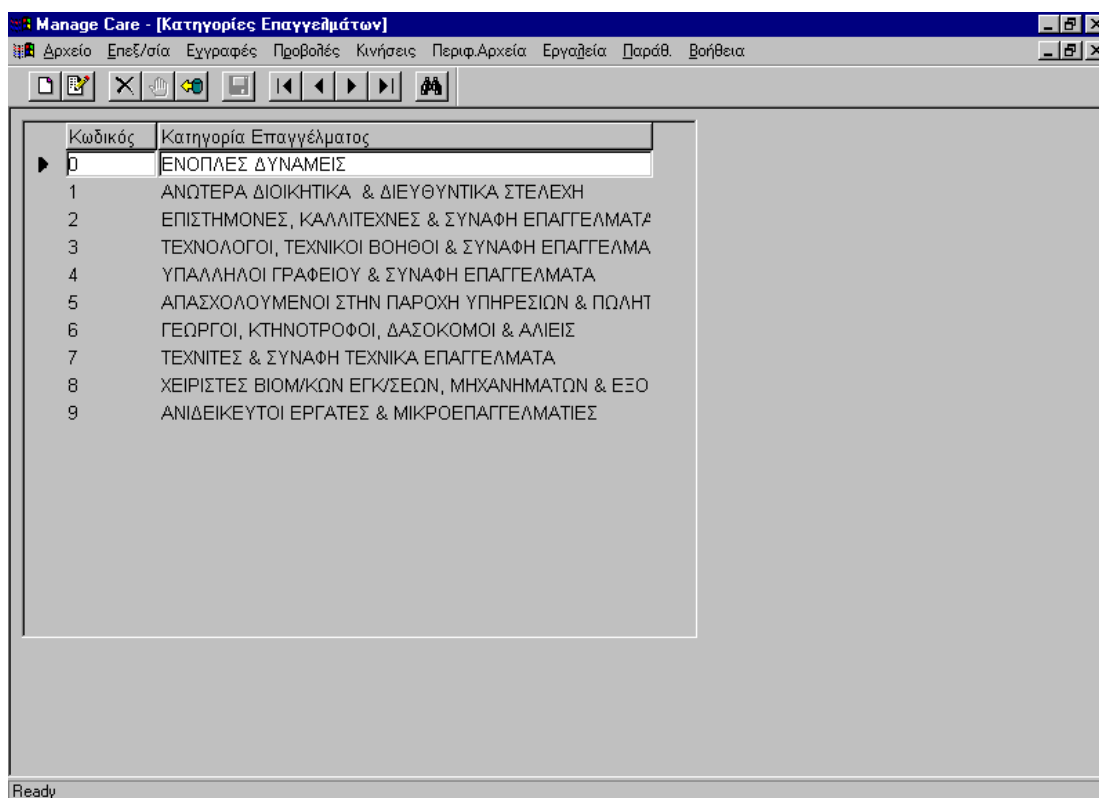
Οθόνη Αρχείο Ομάδων Ηλικιών



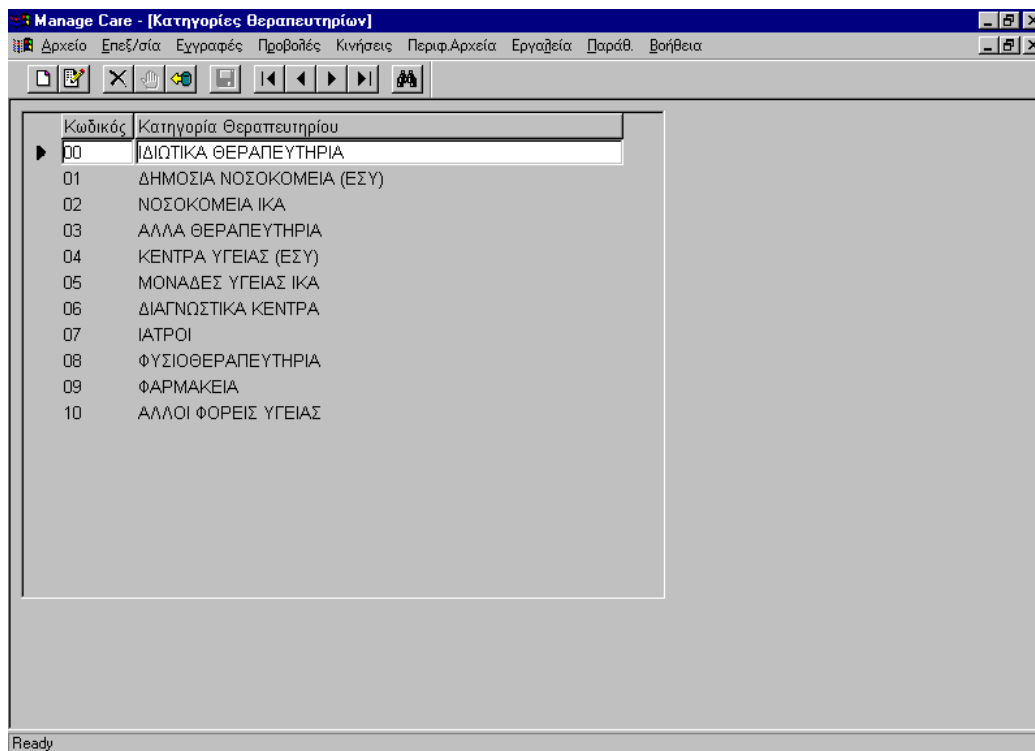
Οθόνη Σύνοψη Υπηρεσιών



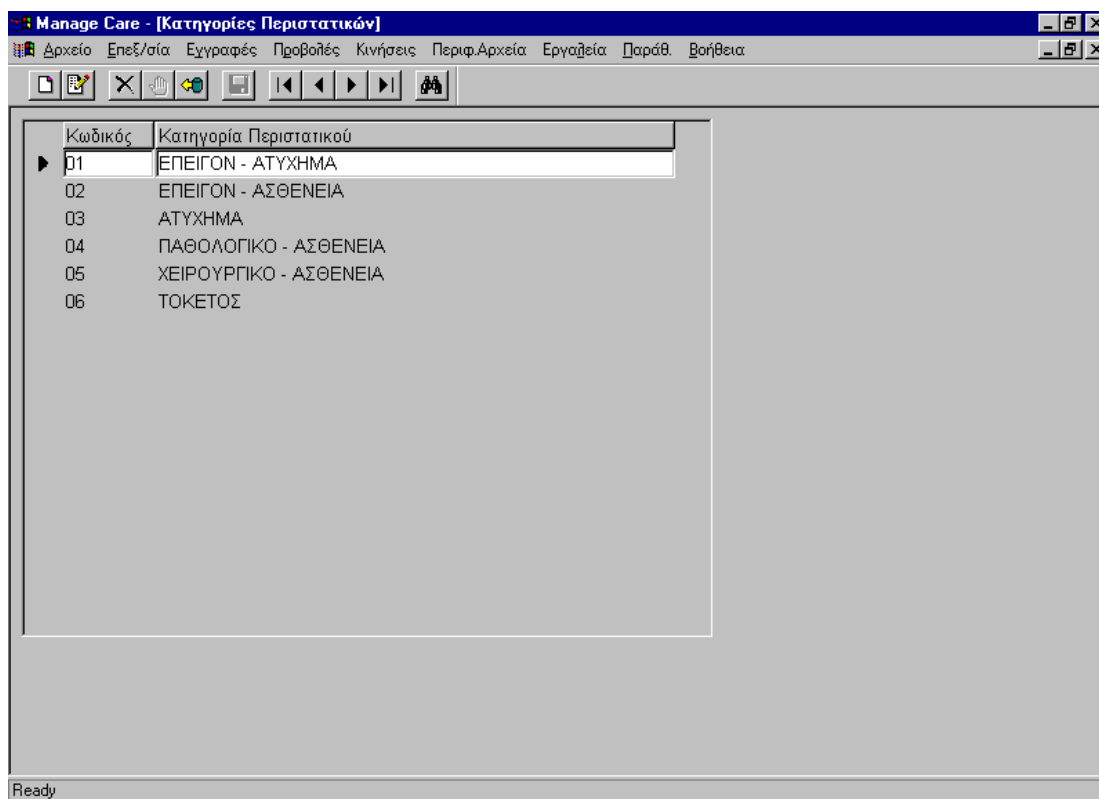
Οθόνη Κατηγορίες Επαγγελματών (Επίπεδο Ανάλυσης 1)



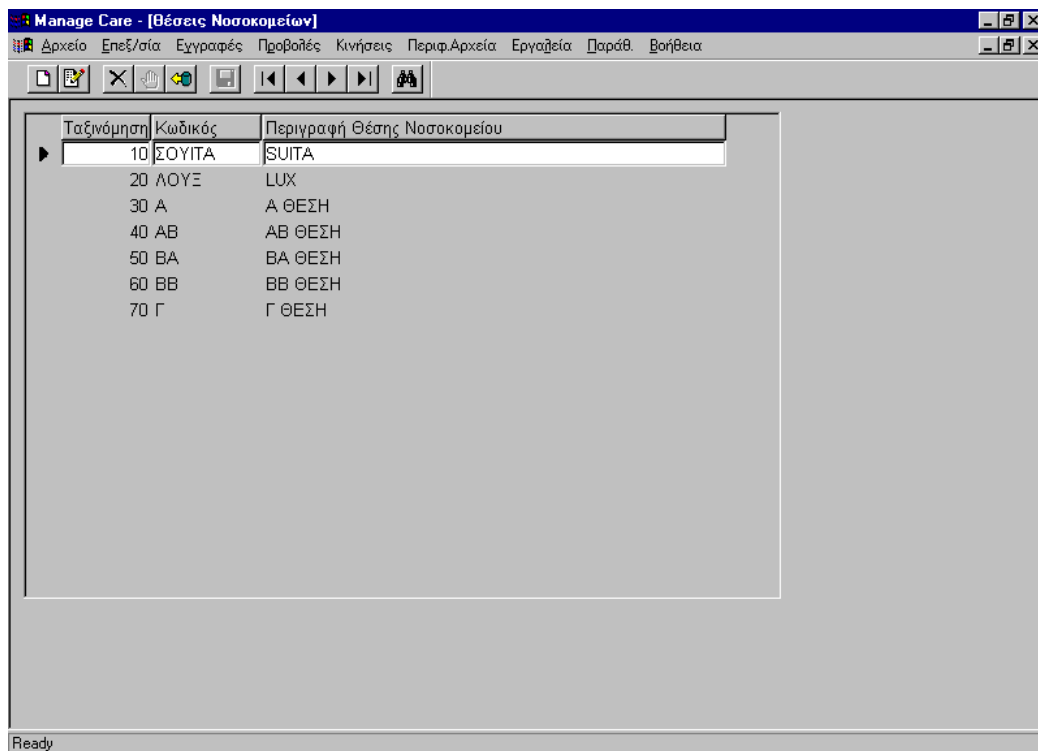
Οθόνη Κατηγορίες Φορέων Υγείας



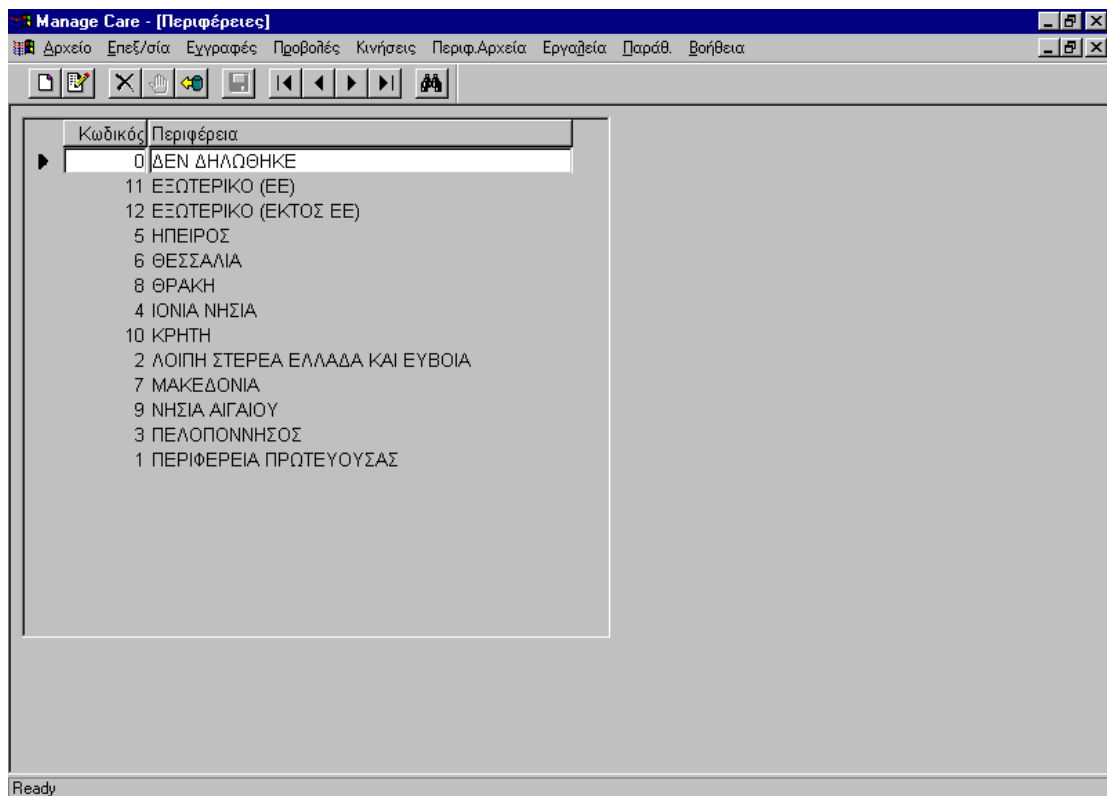
Οθόνη Κατηγορίες Περιστατικών



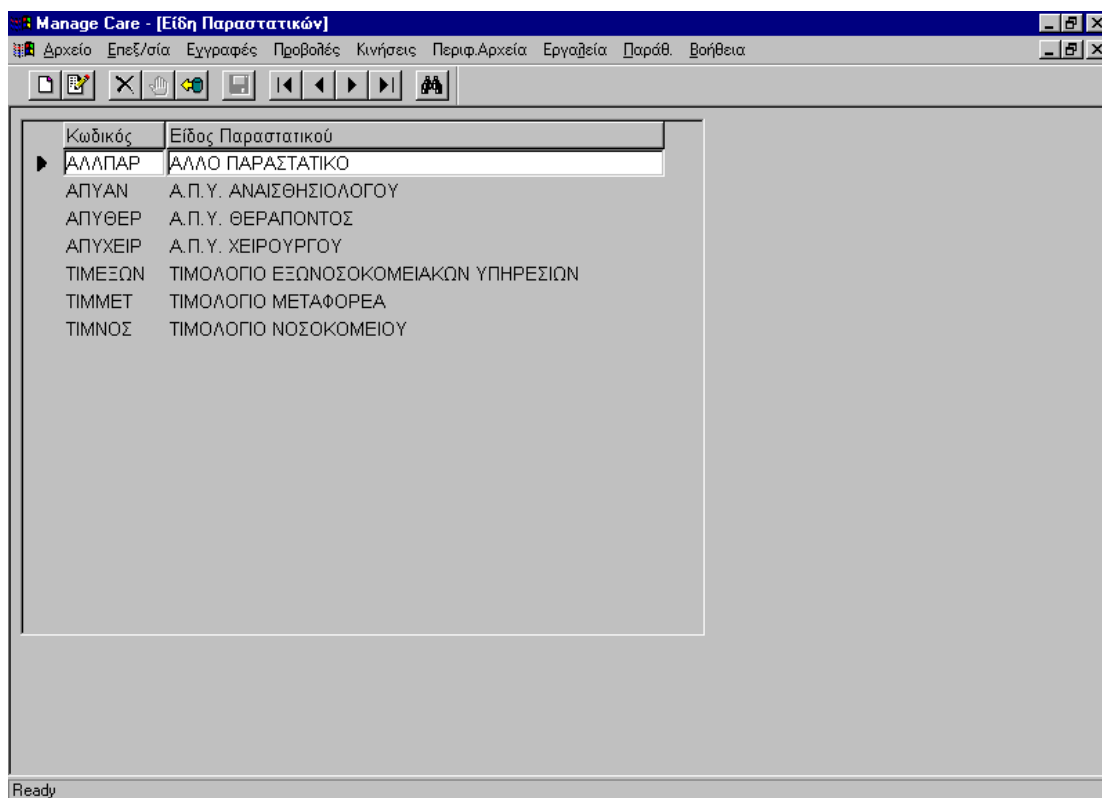
Οθόνη Θέσεις Νοσοκομείων



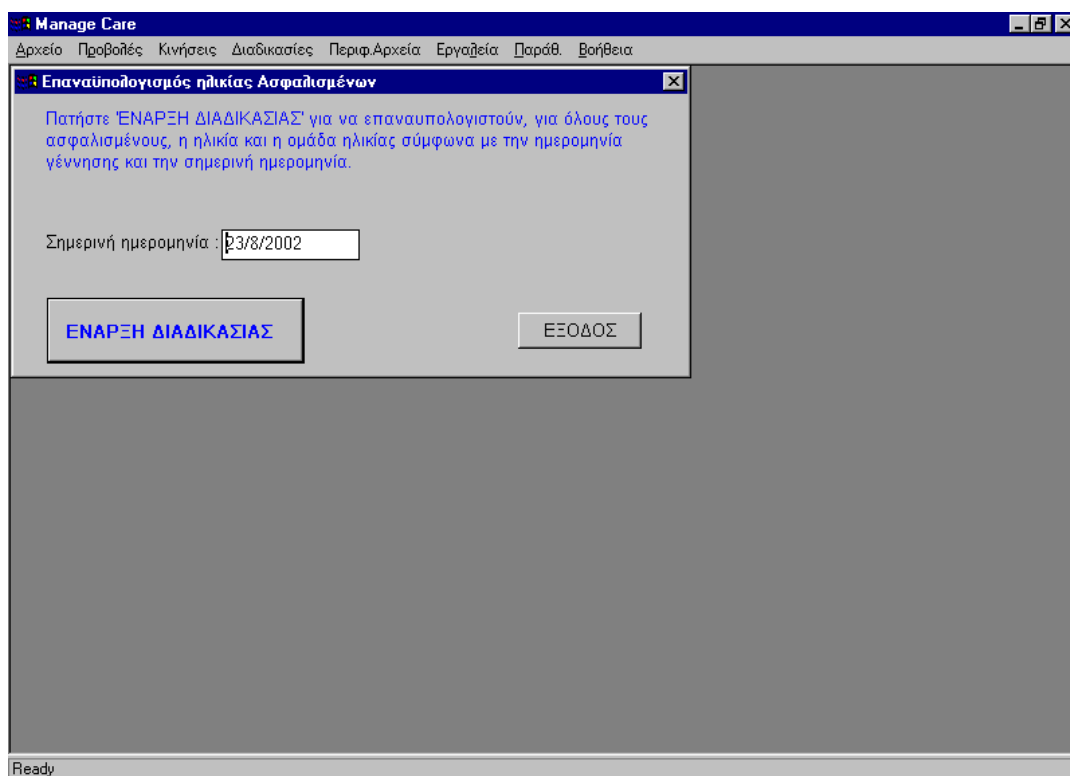
Οθόνη Γεωγραφικές Περιφέρειες



Οθόνη Είδη Παραστατικών



Οθόνη Επανυπολογισμού Ηλικίας Ασφαλισμένων



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

IV

ΕΝΤΥΠΑ

ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΖΩΗΣ

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ	STATUS	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:..... ΟΝΟΜΑ:.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:..... ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΦΥΛΟ.....
ή ΣΥΖΥΓΟΥ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ Α/Θ

Α.Φ.Μ.:..... Δ.Ο.Υ.:..... ΑΡ. ΤΑΥΤ.:.....

ΔΙΕΥΘ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....
ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΟΛΗ ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:..... ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΛΑΔΟ.....
ΛΕΠΤΟΜΕΡΗΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛ.....

Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛ-.....
ΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ: ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΟΛΗ ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:..... ΟΝΟΜΑ.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:..... ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΦΥΛΟ.....
ή ΣΥΖΥΓΟΥ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ Α/Θ

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....

Α.Φ.Μ.:..... Δ.Ο.Υ.:.....

ΣΧΕΣΗ ή ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ

ΟΔΟΣ:..... ΑΡΙΘΜΟΣ:..... ΠΟΛΗ:.....
ΤΑΧ/ΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ:..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ..... ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΛΑΔΟ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ Ν° **ECU** ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ Ν°
 ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ ΠΟΣΟ ΔΡΧ. ΝΑΙ ΟΧΙ
□ □ ΜΗΝΙΑΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΔΡΧ.
 ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑ

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ

ΚΑΘΕ ΕΞΑΜΗΝΟ

ΚΑΘΕ ΤΡΙΜΗΝΟ

□
1

□
2

□
4

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΜΕΡΙΣΜΑΤΩΝ

ΑΝΑΤΟΚΙΣΜΟΣ

ΜΕΤΡΗΤΑ

□
Α

□
Μ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΙΣΧΥΟΣ 	ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ	
ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗ ΔΡΧ.	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΠΡΟΚ/ΛΗΣ 	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΚΟΥ
	MED	ΑΝΤΙΚ.
ΕΤΕΡΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ		

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

	ΠΑΡ/ΜΑ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	ΠΑΡ/ΜΑ Η! (ΠΑ)	ΚΑΤΗΓ.
ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΠΟΣΟΥ	Δ! (ΑΘΑ) <input type="checkbox"/>	α) Θάνατος και Διαρκής Ανικανότητας		
ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	Β! (ΑΠΑ) <input type="checkbox"/>	Δρχ.		
ΔΙΑΡΚΗΣ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΣ	Ζ! (ΔΟΑ) <input type="checkbox"/>	διπλασιαζόμενο στο Τροχαίο Ατύχημα		
ΘΑΝΑΤΟΣ & Δ.Ο.Α ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ	Θ! (ΠΔΚ) <input type="checkbox"/>	β) Πρόσκαιρη ανικανότητας την ημέρα		
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΕΞΟΔΑ	Δ! (ΝΠ) <input type="checkbox"/>	Δρχ.		
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗ	Ε! (ΝΕ) <input type="checkbox"/>	γ) Ιατροφαρμακευτικά έξοδα		
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ	Κ! (ΟΛΕ) <input type="checkbox"/>	Δρχ.		
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ		Α.Ε. Συνδ:..... ΔΡΧ.....		
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ				

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΛΑΔΟ

ΕΙΔΙΚΟ ΑΙΤΗΜΑ:

ΕΚΘΕΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΟΥ

1. ΑΠΟ ΠΟΤΕ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ	
2. ΕΙΝΑΙ ΑΝΥΠΑΝΤΡΟΣ, ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ, ΧΗΡΟΣ, ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	
3. ΕΧΕΙ ΠΑΙΔΙΑ, ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΑ	
4. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΑΡΡΩΣΤΗΣΕ ΠΟΤΕ ΣΟΒΑΡΑ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΤΕ, ΚΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ ΑΡΡΩΣΤΕΙΑ	
5. ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΣΗΜΕΡΑ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΚΑΛΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	
6. ΣΕ ΤΙ ΠΟΣΟ ΥΠΟΛΟΓΙΖΕΤΕ ΠΕΡΙΠΟΥ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ ΤΟΥ	
7. ΣΕ ΤΙ ΠΟΣΟ ΥΠΟΛΟΓΙΖΕΤΕ ΠΕΡΙΠΟΥ ΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΤΟΥ	
8. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΕΧΕΙ ΑΠΟΡΡΙΦΤΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΤΟΥ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ή ΕΓΙΝΕ ΔΕΚΤΗ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥΣ	
9. ΠΡΟΤΕΙΝΕΤΕ ΑΝΕΠΙΦΥΛΑΚΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΤΟΥ	
10. ΦΡΟΝΤΙΣΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΑΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ	

1 ^{ος} ΠΑΡΑΓΩΓΟΣ	ΚΩΔΙΚΟΣ	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ	1 ^{ος}	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΔΥΟ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
2 ^{ος} ΠΑΡΑΓΩΓΟΣ	ΚΩΔΙΚΟΣ		2 ^{ος}		ΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟΥ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ					
ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟΥ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ					
ΟΜΑΔΑΡΧΗΣ	ΚΩΔΙΚΟΣ			ΚΩΔΙΚΟΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΖΩΗΣ	ΚΩΔΙΚΟΣ			ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΡ. ΖΩΗΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ Ε.Τ.Ε.					ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ
ΕΙΣΗΓΟΥΜΑΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΗΣ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ή ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟ ή ΓΡΑΦΕΙΟ ΖΩΗΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΑΠΟΦΑΣΗ ΚΛΑΔΟΥ ΖΩΗΣ

.....

.....

.....

.....

.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΟΥ: _____

Αφορά τον ασφαλιζόμενο ή τον ασφαλιζόμενο και τον συμβαλλόμενο όταν πρόκειται για ασφάλιση παιδιού

A.1. ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΖΩΗΣ, ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ή ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	ΝΑΙ - ΟΧΙ
2. ΟΔΗΓΕΙΤΕ ΔΙΚΥΚΛΟ ΤΡΙΚΥΚΛΟ ή ΓΕΩΡΓΙΚΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ	
3. ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΕ ΑΓΩΝΕΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΜΕ ΜΗΧΑΝΙΚΑ ΜΕΣΑ ή ΑΛΛΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΣΠΟΡ.....	
4. ΜΗΠΩΣ ΕΙΣΤΕ ΑΡΙΣΤΕΡΟΧΕΙΡΑΣ	
5. ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ή ΨΥΧΙΚΗ ΒΛΑΒΗ, ΠΑΡΑΛΥΣΗ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ ή ΦΥΣΙΚΟ ΕΛΑΤΤΩΜΑ.....	
6. ΠΑΘΑΤΕ ΠΟΤΕ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟ ή ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ.....	
7. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	
8. ΕΧΕΤΕ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	
B.1. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΥΨΟΣ ΣΑΣ	ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΣΑΣ.....
2. ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ. ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ.....	
Γ.1. ΜΗΠΩΣ ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ ή Τ' ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ ΠΑΣΧΕΙ ή ΕΠΑΣΧΕ ή ΠΕΘΑΝΕ ΑΠΟ ΖΑΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΝΕΦΡΑ, ΚΑΡΔΙΑ ή ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ.....	
2. ΜΗΠΩΣ ΑΠΑΛΛΑΧΤΗΚΑΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ή ΠΗΡΑΤΕ ΑΝΑΒΟΛΗ ή ΚΡΙΘΗΚΑΤΕ "ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΣ" ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	
3. ΠΑΘΑΤΕ ΠΟΤΕ ή ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ:	
α. ΤΑ ΜΑΤΙΑ, ΤΑ ΑΥΤΙΑ, ΤΗ ΜΥΤΗ, ΤΟ ΦΑΡΥΓΓΑ ή ΓΕΝΙΚΑ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	
β. ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ, ΠΛΕΥΡΙΤΙΔΑ, ΧΡΟΝΙΟ ΒΗΧΑ, ΒΡΟΧΙΤΙΔΑ, ΑΣΘΜΑ ή ΓΕΝΙΚΑ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
γ. ΕΜΦΡΑΓΜΑ, ΑΡΡΥΘΜΙΑ, ΔΥΣΠΝΟΙΑ, ΠΟΝΟΥΣ ΣΤΟ ΘΩΡΑΚΑ ή ΓΕΝΙΚΑ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (Π.Χ. ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ, ΚΙΡΣΟΙ, ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΕΣ ΚΛΠ).....	
δ. ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ή ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ, ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ, ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΗ ή ΓΕΝΙΚΑ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	
ε. ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ, ΛΙΘΟΥΣ ΣΤΑ ΝΕΦΡΑ ή ΤΗΝ ΟΥΡΟΔΟΧΟ ΚΥΣΤΗ, ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ ή ΓΕΝΙΚΑ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	
στ. ΡΕΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ, ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ, ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΜΥΩΝ, ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ή ΓΕΝΙΚΑ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	
ζ. ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣ, ΔΙΑΒΗΤΗ, ΙΚΤΕΡΟ ή ΓΕΝΙΚΑ ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ ή ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	
η. ΙΛΙΓΓΟΥΣ, ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΥΣ ή ΓΕΝΙΚΑ ΔΙΑΙΟΡΗΤΙΚΕΣ, ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΚΕΣ ή ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	
θ. ΖΑΧΑΡΟ, ΛΕΥΚΩΜΑ, ΑΙΜΑ, ΠΥΟΙ ή ΓΕΝΙΚΑ ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	
ι. ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΝΟΣΗΜΑ, ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ή ΤΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ, ΚΥΣΤΗ ΟΓΚΟ ή ΚΑΡΚΙΝΟ	
ια. ΑΛΛΕΡΓΙΑ, ΑΝΑΙΜΙΑ, ή ΑΛΛΗ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ	
4. ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΧΕΤΕ ΝΑ ΔΗΛΩΣΕΤΕ ΚΑΤΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ	
5. ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ή ΣΑΣ ΣΥΣΤΗΘΗΚΕ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΓΊΝΕ.....	
6. ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ	
ΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ	
1. ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ή ΕΙΧΑΤΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΠΑΘΗΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ ή ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	
2. ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΜΗΠΩΣ ΤΩΡΑ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΕΑΝ ΝΑΙ ΣΕ ΠΟΙΟ ΜΗΝΑ	

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΚΑΤΑΦΑΤΙΚΑ (ΝΑΙ)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	ΕΤΟΣ	ΟΝΟΜΑΤΑ & ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑΤΡΩΝ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ κ.ΛΠ.

ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΛΗΡΕΙΣ ΑΚΡΙΒΕΙΣ ΚΑΙ ΕΧΟΥΝ ΚΑΤΑΧΩΡΗΘΕΙ ΣΩΣΤΑ ΚΑΙ ΟΤΙ ΔΕΝ ΑΠΟΚΡΥΨΑ, ΑΠΟΣΙΩΠΗΣΑ Η ΠΑΡΑΛΕΙΨΑ ΟΥΣΙΩΔΕΣ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΑΠ' ΟΣΑ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ Η ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΑΚΡΙΒΗ|ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΠΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ ΝΑ ΖΗΤΗΣΕΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΥ ΑΠΟ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΓΙΑΤΡΟ Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. ΕΠΙΣΗΣ ΔΕΧΟΜΑΙ ΑΥΤΗ Η ΑΙΤΗΣΗ ΜΟΥ ΝΑ ΕΙΝΑΙ Η ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΠΟΥ ΘΑ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, Η ΠΛΗΡΗΣ ΙΣΧΥΣ ΤΟΥ Ο-ΠΟΙΟΥ ΘΑ ΑΡΧΙΖΕΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗ ΟΛΟΚΛΗΡΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ.

Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ :
 ΑΡΙΘ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ :
 ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ :
 ΟΝΟΜΑ ΓΙΑΤΡΟΥ :

I. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. 1. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΥΨΟΣ ΣΑΣ ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΣΑΣ.....	
2. ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ. ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	
Β. 1. ΜΗΠΩΣ ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ ή Τ' ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ή ΕΙΧΕ ΚΑΙ ΠΕΘΑΝΕ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ, ΖΑΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΝΕΦΡΑ, ΚΑΡΔΙΑ, ή ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ.	
2. ΜΗΠΩΣ ΑΠΑΛΛΑΧΤΗΚΑΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ή ΠΗΡΑΤΕ ΑΝΑΒΟΛΗ ή ΚΡΙΘΗΚΑΤΕ «ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΣ» ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ	
3. ΠΑΘΕΤΕ ΠΟΤΕ ή ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ: α. ΤΑ ΜΑΤΙΑ, ΤΑ ΑΥΤΙΑ, ΤΗ ΜΥΤΗ ή ΤΟ ΦΑΡΥΓΓΑ	
β. ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ, ΠΛΕΥΡΙΤΙΔΑ, ΧΡΟΝΙΟ ΒΗΧΑ, ΒΡΟΧΙΤΙΔΑ, ΑΣΘΜΑ	
γ. ΕΜΦΡΑΓΜΑ, ΑΡΡΥΘΜΙΑ, ΔΥΣΠΝΟΙΑ, ΠΟΝΟΥΣ ΣΤΟ ΘΩΡΑΚΑ	
δ. ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ή ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ, ΣΥΛΗΘΕΙΔΙΤΙΔΑ, ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΗ ή ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΜΑΧΟΕΝΤΕΡΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	
ε. ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ, ΛΙΘΟΥΣ ΣΤΑ ΝΕΦΡΑ ή ΣΤΗΝ ΟΥΡΟΔΟΧΟ ΚΥΣΤΗ, ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ	
στ. ΡΕΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ, ΙΣΧΥΑΛΓΙΑ, ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΜΥΩΝ ή ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	
ζ. ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΚΩΤΙΟΥ, ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣ, ΔΙΑΒΗΤΗ, ΙΚΤΕΡΟ	
η. ΙΛΙΓΓΟΥΣ, ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΥΣ, ή ΓΕΝΙΚΑ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ή ΝΕΥΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	
θ. ΖΑΧΑΡΟ, ΛΕΥΚΩΜΑ, ΑΙΜΑ ή ΠΥΟΝ ΣΤΑ ΟΥΡΑ	
ι. ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΝΟΣΗΜΑ, ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ή ΤΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ, ΚΥΣΤΗ, ΟΓΚΟ ή ΚΑΡΚΙΝΟ	
ια. ΑΛΛΕΡΓΙΑ, ΑΝΑΙΜΙΑ, ή ΑΛΛΗ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ	
ΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ιβ. ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ή ΕΙΧΑΤΕ ΣΑΦΗ ΕΝΔΕΙΞΗ ΓΙΑ ΠΑΘΗΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ ή ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	
ιγ. ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ. ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΟ ΜΗΝΑ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ	

4. ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ή ΣΑΣ ΣΥΣΤΗΘΗΚΕ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ	
5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ή ΚΛΙΝΙΚΗ ή ΑΛΛΟ ΠΑΡΟΜΟΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ.	

ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΛΗΡΕΙΣ ΑΚΡΙΒΕΙΣ ΚΑΙ ΕΧΟΥΝ ΚΑΤΑΧΩΡΗΘΕΙ ΣΩΣΤΑ ΚΑΙ ΟΤΙ ΔΕΝ ΑΠΟΚΡΥΨΑ, ΑΠΟΣΙΩΠΗΣΑ ή ΠΑΡΑΛΕΙΨΑ ΚΑΝΕΝΑ ΟΥΣΙΩΔΕΣ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΑΠ' ΟΣΑ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ Η ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΑΚΡΙΒΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΙ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ ΝΑ ΖΗΤΗΣΕΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΥ ΑΠΟ ΟΠΟΙΟΥ ΔΗΠΟΤΕ ΓΙΑΤΡΟ ή ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

Ο ΓΙΑΤΡΟΣ

II. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

A. ΓΕΝΙΚΑ

1. ΠΟΥ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΕΓΙΝΕ Η ΕΞΕΤΑΣΗ	
2. ΠΟΙΑ Η ΧΡΟΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (ΑΝΑΙΜΙΑ, ΙΚΤΕΡΟΣ κλπ.)	
3. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ (ΑΔΥΝΑΤΟΣ, ΜΕΣΟΣ, ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ)	
4. ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ή Άλλες ΔΥΣΜΟΡΦΙΕΣ ΣΚΕΛΕΤΟΥ	
5. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΑΤΕ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ (ΟΨΙΛΕΣ, ΕΛΚΗ, ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΑ, ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ)	
6. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΔΕΝΕΣ ΠΡΗΣΜΕΝΟΙ ΒΡΟΧΟΚΟΚΗΛΗ	

B. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ

1. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΑΤΕ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΝΟΙΑΣ	
2. ΟΙ ΚΟΡΕΣ ΤΩΝ ΜΑΤΙΩΝ ΕΙΝΑΙ ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΙΣΕΣ ΠΩΣ ΑΝΤΙΔΡΟΥΝ ΣΤΟ ΦΩΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ	
3. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΑΤΕ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ή ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΣΤΑ ΜΑΤΙΑ (ΕΞΩΦΘΑΛΜΟ ΣΤΡΑΒΙΣΜΟ, ΜΥΩΠΙΑ ή ΠΡΕΣΒΥΟΠΙΑ. ΦΟΡΑΕΙ ΓΥΑΛΙΑ, ΠΟΣΟΥΣ ΒΑΘΜΟΥΣ	
4. ΥΠΑΡΧΕΙ ΩΤΟΡΡΟΙΑ ή ΚΟΦΩΣΗ	
5. ΠΩΣ ΕΧΟΥΝ ΤΑ ΑΧΙΛΛΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΑΣ	

Γ. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

1. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ	
2. ΠΟΙΑ Η ΔΙΑΠΛΑΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΗΜΑ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΑ	

3. Η ΒΑΘΕΙΑ ΕΙΣΠΝΟΗ ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ ΧΩΡΙΣ ΒΗΧΑ	
4. ΠΩΣ ΕΧΕΙ Η ΑΝΑΠΝΟΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΥΘΜΟ	
5. ΠΟΙΟ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΣΤΙΣ ΚΟΡΥΦΕΣ	
6. Ο ΗΧΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΡΟΥΣΗΣ ΕΙΝΑΙ ΣΑΦΗΣ Σ' ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΑ. ΤΑ ΚΑΤΩ ΟΡΙΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΥΨΟΣ. ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΨΥΘΙΡΙΣΜΑ ΕΙΝΑΙ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΟ. ΑΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΝΩΜΑΛΙΑ ή ΑΚΟΥΣΑΤΕ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΤΗΝ ΕΚΠΝΟΗ, ΡΟΓΧΟΥΣ, ΚΡΙΓΜΟΥΣ, ΗΧΟ ΤΡΙΒΗΣ, ΚΑΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΕΜΦΥΣΜΑΤΟΣ, ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΛΕΠΤΟΜΕΡΟΣ.	

Δ. ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

1. ΣΦΥΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΛΕΠΤΟ: α. ΣΕ ΑΝΑΠΑΥΣΗ β. ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΙΝΗΣΕΙΣ	
2. ΜΕΤΑ ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙ ΤΟΠΟΥ ΤΡΟΧΑΔΗΝ 3 ΛΕΠΤΩΝ ΕΠΑΝΕΡΧΕΤΑΙ Ο ΣΦΥΓΜΟΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΛΗ ΤΟΥ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ.	
3. ΕΙΝΑΙ ΑΛΛΟΙΩΜΕΝΟΣ Ο ΣΦΥΓΜΟΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑ, ΤΟ ΡΥΘΜΟ, ΤΗΝ ΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟ	
4. ΝΑ ΟΡΙΣΤΕΙ Η ΠΙΕΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΦΟΥ ΛΗΦΤΕΙ 3 ΦΟΡΕΣ	
5. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΚΡΙΒΩΣ Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ	
6. ΠΟΙΟ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΨΗΛΑΦΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΡΟΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΚΡΟΑΣΗΣ	
7. ΒΡΗΚΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΟΙΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΣΗ ΤΩΝ ΤΟΝΩΝ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ, ΔΙΧΑΣΜΟ ΕΝΟΣ ΤΟΝΟΥ, ΦΥΣΗΜΑ, ΗΧΟ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΤΡΙΒΗΣ. ΑΝ ΝΑΙ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΦΥΣΗΜΑ ή ΚΑΠΟΙΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΗΧΟΣ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΔΡΑ ΤΟΥ	
8. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΗΜΕΙΑ ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ. ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΔΡΑ ΤΟΥΣ. (ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ)	
9. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΑΤΕ ΚΙΡΣΟΥΣ ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΟΥΣ. ΣΕ ΠΟΙΑ ΧΩΡΑ.	
10. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΑΤΕ ΟΙΔΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ.	

Ε. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΑΤΕ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ή ΤΟΝ ΦΑΡΥΓΓΑ (ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΕΣ, ΑΠΟ ΜΟΛΥΒΔΙΩΣΗ, ΟΥΛΕΣ, ΕΠΙΧΡΙΣΜΑ ΓΛΩΣΣΑΣ, ΔΟΝΤΙΑ)	
2. ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ, Η ΧΟΛΗ ΚΑΙ ΤΟ ΤΥΦΛΟ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΠΟΝΟ ΟΤΑΝ ΠΙΕΖΟΝΤΑΙ	
3. ΤΟ ΚΑΤΩ ΧΕΙΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΚΩΤΙΟΥ ΕΙΝΑΙ ΨΗΛΑΦΗΤΟ. ΑΝ ΝΑΙ, ΕΙΝΑΙ ΛΕΙΟ, ΣΚΛΗΡΟ, ΟΖΩΔΕΣ, ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΑΙ ΠΑΡΑΠΛΕΥΡΩΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ	
4. ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΤΟΥ ΣΠΛΗΝΑ	
5. ΔΙΑΚΡΙΝΑΤΕ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΝ ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΚΡΟΥΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (ΑΣΚΙΤΗΣ, ΟΓΚΟΙ κλπ.)	
6. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΟΖΟΙ ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΩΝ ή ΣΗΜΕΙΑ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ή ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ ή ΣΥΡΙΓΓΙΑ	
7. ΒΡΗΚΑΤΕ ΚΗΛΗ, ΠΟΙΟΥ ΕΙΔΟΥΣ, ΑΝΑΤΗΙΜΗ ΣΥΓΚΡΑΤΕΙΤΑΙ ΜΕ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΚΗΛΕΠΙΔΕΣΜΟ	

ΣΤ. ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΑΤΕ ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ, ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ, ΜΑΛΑΚΟ ή ΣΚΛΗΡΟ ΕΛΚΟΣ, ΟΡΧΙΤΙΣ, ΚΙΡΣΟΚΗΛΗ, ΟΓΚΟΣ ή ΟΥΛΕΣ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΥ. ΔΙΕΥΚΡΙΝΕΙΣΤΕ ΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ, ΣΥΦΙΛΙΔΑ ή ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.

Ζ. ΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ

1. Η ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ, ΟΓΚΩΝ ή ΚΑΠΟΙΑ ΠΑΘΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.

2. Η ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΟΓΚΙΔΙΩΝ

3. ΚΡΙΝΑΤΕ ΑΝΑΓΚΑΙΟ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.

Η. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1. ΒΡΙΣΚΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟ ΚΑΠΟΙΑ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ, ΤΟ ΡΕΥΜΑΤΙΣΜΟ, ΤΟΝ ΑΡΘΡΙΤΙΣΜΟ, ΤΗΝ ΑΠΟΠΛΗΞΙΑ, ΤΙΣ ΝΕΥΡΙΚΕΣ ή ΑΛΛΕΣ ΑΡΡΩΣΤΙΕΣ, ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΛΟΓΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΚΟΥΣ ή ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥΣ, ΕΙΤΕ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ, ΕΞΗΣ ή ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ.

2. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΚΑΠΟΙΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ.

Θ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ

1. ΟΥΗ :

2. ΧΡΟΙΑ :

3. ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ :

4. ΕΙΔΙΚΟ ΒΑΡΟΣ :

5. ΔΕΥΚΩΜΑ :

6. ΖΑΧΑΡΟ :

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΓΙΑΤΡΟΥ

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΠΟΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΠΟΥ ΚΑΝΑΤΕ ΚΡΙΝΕΤΕ ΟΤΙ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΠΡΟΤΕΙΝΕΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΣΑΤΕ:

α. ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΔΕΚΤΟ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΝΕΠΙΦΥΛΑΚΤΑ

β. ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΔΕΚΤΟ ΥΠΟ ΟΡΟΥΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΥΣ

γ. ΝΑ ΑΝΑΒΛΗΘΕΙ Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΜΕΧΡΙ ΠΟΤΕ

δ. ΝΑ ΑΠΟΡΡΙΦΤΕΙ Η ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΕΞΕΤΑΣΑ ΙΑΤΡΙΚΑ Τ ΚΑΙ ΕΚΘΕΣΑ ΤΟ ΠΟΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΜΟΥ. ΕΧΟΝΤΑΣ ΠΛΗΡΗ ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΕΓΙΝΕ Η ΕΞΕΤΑΣΗ.

ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΠΟΠΤΗ ΓΙΑΤΡΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΓΙΑΤΡΟΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	
ΟΔΟΣ	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΛΗ	ΑΡΙΘ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΙΤΗΣΗΣ	
1. 2. 3. 4. 5.	6. 7. 8. 9. 10.
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	

ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ	ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ
ανά συμβόλαιο	

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Εφόσον <input type="checkbox"/> ναι <input checked="" type="checkbox"/>	αναζήτηση	

ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ & ΕΥΑΙΣΘΗΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η Εταιρία δηλώνει, ότι τηρεί αρχείο (έντυπο και ηλεκτρονικό), με δεδομένα προσωπικά και σχετικά με την υγεία σας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. Ν. 2472 / 1997.

Ως ασφαλισμένος μας και άμεσα ενδιαφερόμενος, σας ενημερώνουμε, ότι έχετε το δικαίωμα να γνωρίζετε :

- α) το πλήθος και το είδος των δεδομένων που τηρούμε
- β) τον σκοπό της επεξεργασίας
- γ) τους αποδέκτες ή τις κατηγορίες αποδεκτών των δεδομένων
- δ) την ύπαρξη του δικαιώματος πρόσβασης

Έχετε το δικαίωμα να προβάλλετε οποτεδήποτε αντιρρήσεις για την επεξεργασία δεδομένων που σας αφορούν. Οι αντιρρήσεις απευθύνονται εγγράφως στην Εταιρία μας και πρέπει να περιέχουν αίτημα για συγκεκριμένη ενέργεια, όπως διόρθωση, προσωρινή μη χρησιμοποίηση, δέσμευση, μη διαβίβαση ή διαγραφή. Η εταιρία μας θα σας απαντήσει εγγράφως επί των αντιρρήσεων σας μέσα σε αποκλειστική προθεσμία δεκαπέντε (15) ημερών. Στην απάντησή μας οφείλουμε να σας ενημερώσουμε για τις ενέργειες στις οποίες προβήκαμε ή, ενδεχομένως, για τους λόγους που δεν ικανοποιήσαμε το αίτημά σας. Η απάντηση, σε περίπτωση απόρριψης των αντιρρήσεων σας, θα κοινοποιείται και στην αρμόδια Αρχή.

Συμπληρωματικά, σας γνωρίζουμε τα παρακάτω :

1. Τηρούμε αρχείο προσωπικών δεδομένων, προκειμένου
 - να επικοινωνούμε μαζί σας
 - να εξυπηρετούμε τις εργασίες, που απαιτούνται από τους όρους του συμβολαίου σας
 - να πραγματοποιούμε στατιστική επεξεργασία τους, για το σύνολο των ασφαλισμένων μας
2. Τηρούμε αρχείο ιατρικών δεδομένων, προκειμένου
 - να βελτιώσουμε την ποιότητα των υπηρεσιών, που σας παρέχουμε
 - να προσδιορίσουμε δίκαια τους όρους του συμβολαίου ασφάλισης
 - να υποστηρίξουμε την έρευνα, την αξιολόγηση, ή την επιδημιολογική ανάλυση τους, με σκοπό την πρόληψη ασθενειών και την αποκατάσταση της υγείας, καθώς και την προαγωγή προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας με τους αντίστοιχους φορείς

3. Η επεξεργασία των δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα είναι απόρρητη. Διεξάγεται αποκλειστικά και μόνο από πρόσωπα που τελούν υπό τον έλεγχο μας και μόνον κατ' εντολή μας. Για τη διεξαγωγή της επεξεργασίας επιλέγουμε πρόσωπα με αντίστοιχα επαγγελματικά προσόντα που παρέχουν επαρκείς εγγυήσεις από πλευράς τεχνικών γνώσεων και προσωπικής ακεραιότητας για την τήρηση του απορρήτου. Λαμβάνουμε τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα για την ασφάλεια των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση ή πρόσβαση και κάθε άλλη μορφή αθέμιτης επεξεργασίας. Αυτά τα μέτρα εξασφαλίζουν επίπεδο ασφαλείας ανάλογο προς τους κινδύνους που συνεπάγεται η επεξεργασία και η φύση των δεδομένων που είναι αντικείμενο της επεξεργασίας.
 4. Έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε να απαντήσετε σε ερωτήσεις μας. Εάν αρνηθείτε, θα συμπληρώσουμε την πληροφορία με τον προσφορότερο τρόπο. Δεν έχετε την υποχρέωση να απαντήσετε στις ερωτήσεις μας, προκειμένου να λάβετε τις υπηρεσίες που δικαιούστε.
-

Ημερομηνία _____

Έλαβα γνώση

Ο ασφαλισμένος

ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ
ΕΞΟΔΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (ΚΑΛΥΨΗ Ι)
ΕΞΟΔΩΝ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ (ΚΑΛΥΨΗ ΙΙ)
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ! ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΖΩΗΣ

ΚΑΛΥΨΗ ΙΙ : ΕΞΟΔΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ

Μ' αυτό το παράρτημα που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Ζωής, η Ανώνυμη Ελληνική Εταιρία Γενικών Ασφαλειών δηλώνει τα εξής :

Δέχεται την αίτηση του Συμβαλλομένου με το Ασφαλιστήριο Ζωής και καλύπτει τις δαπάνες εξωνοσοκομειακών διαγνωστικών εξετάσεων των ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ προσώπων με τις παροχές της Κάλυψης ΙΙ που περιγράφονται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ του παρόντος Παραρτήματος.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ

ΑΡΘΡΟ 1ο : ΟΡΙΣΜΟΙ

Στο παρόν Παράρτημα θεωρούνται:

"ΑΣΘΕΝΕΙΑ" κάθε αρρώστια καλυπτομένου προσώπου η οποία δεν υπήρχε, πριν γίνει η ασφάλιση και εκδηλώθηκε για πρώτη φορά αφού πέρασαν τουλάχιστον τριάντα (30) ημέρες από τότε που άρχισε να ισχύει ή επανήλθε σε ισχύ η ασφάλιση αυτού του προσώπου.

"ΑΤΥΧΗΜΑ" κάθε σωματική βλάβη καλυπτομένου προσώπου η οποία προκλήθηκε από αίτια εξωτερικά, βίαια, τυχαία και ανεξάρτητα από τη θέληση του παθόντα.

Ο παραπάνω ορισμός του ατυχήματος είναι περιοριστικός. Έτσι, αποφάσεις Φορέων ή/και ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης με τις οποίες κάποιο περιστατικό χαρακτηρίζεται ως ατύχημα δεν δεσμεύουν την Εταιρία.

"ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ" Κάθε Διαγνωστικό Κέντρο που λειτουργεί νόμιμα και διαθέτει τον απαραίτητο εξοπλισμό και επιτελείο για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων.

"ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ" Κάθε Διαγνωστικό Κέντρο με το οποίο η Εταιρία έχει συμφωνήσει ότι τούτο υποχρεούται στην εφαρμογή των περιγραφομένων στο άρθρο 2 του παρόντος Παραρτήματος.

Η Εταιρία θα ενημερώνει τον ασφαλισμένο για τα Διαγνωστικά Κέντρα με τα οποία συνεργάζεται καθώς και για κάθε νέα συνεργασία. Επίσης διατηρεί το δικαίωμα να αλλάξει τα Διαγνωστικά Κέντρα με τα οποία είναι συμβεβλημένη.

"ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ" Οι ιατρικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται αποκλειστικά και μόνον από τα Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα.

ΑΡΘΡΟ 2ο : ΠΑΡΟΧΕΣ

Α. Αν λόγω ασθένειας ή ατυχήματος καλυπτομένου προσώπου είναι αναγκαίο να υποβληθεί σε εξωνοσοκομειακές διαγνωστικές εξετάσεις η Εταιρία καλύπτει απ' ευθείας το κόστος των αναγνωρισμένων εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο και μέχρι του ανωτάτου ετησίου ποσού που αναγράφεται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ μετά την παρέλευση τριών (3) τουλάχιστον μηνών από την έναρξη ή την επαναφορά σε ισχύ του παρόντος Παραρτήματος.

Σε περίπτωση κατά την οποία το Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο δεν διαθέτει τον κατάλληλο εξοπλισμό για την πραγματοποίηση των απαιτούμενων διαγνωστικών εξετάσεων, ο ασφαλισμένος μπορεί να απευθύνεται σε έτερο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο σε οποιαδήποτε πόλη.

Β. Το κόστος των πραγματοποιημένων διαγνωστικών εξετάσεων καθορίζεται βάσει του συμφωνηθέντος ενιαίου τιμοκαταλόγου μεταξύ των Συμβεβλημένων Διαγνωστικών Κέντρων και της Α.Ε.Ε.Γ.Α.

Διευκρινίζεται ότι σε περίπτωση που τα έξοδα των εξωνοσοκομειακών διαγνωστικών εξετάσεων υπερβούν το ετήσιο ανώτατο όριο εξόδων που αναγράφεται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ, το υπερβάλλον ποσό των εξόδων θα βαρύνει το καλυπτόμενο πρόσωπο και η εξόφλησή του θα γίνεται από αυτό.

Η χρέωση των διαγνωστικών εξετάσεων θα γίνεται πάντοτε με βάση τον συμφωνηθέντα τιμοκατάλογο που ισχύει για την Α.Ε.Ε.Γ.Α.

ΑΡΘΡΟ 3ο : ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

Αποκλείονται από την Ασφάλιση αυτού του Παραρτήματος οι παρακάτω περιπτώσεις :

Α. Η ασθένεια ή η σωματική βλάβη που προξενήθηκε, άμεσα ή έμμεσα αποκλειστικά ή μερικά από :

1. Πόλεμο κηρυγμένο ή ακήρυχτο, εξωτερικό ή εμφύλιο, πόλεμο με συμβατικά ή πυρηνικά όπλα κ.λ.π.
2. Πυρηνική ενέργεια.
3. Απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμός, ανεξάρτητα από τη διανοητική κατάσταση του ατόχου.
4. Διάπραξη ή απόπειρα διάπραξης με δόλο ποινικού αδικήματος.

Β. Οι Διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται και έχουν σχέση με :

1. Κάθε πάθηση ή σωματική βλάβη ή επιπλοκές ή συμπτώματα αυτών που προϋπήρχαν και δεν δηλώθηκαν.
2. Κύηση, στειρότητα ή γονιμοποίηση.
3. Διανοητικές, νευροφυτικές διαταραχές, νευρώσεις και ψυχώσεις.
4. Χρήση ναρκωτικών και αλκοολισμό.
5. Γενικές ιατρικές εξετάσεις (check-up).
6. Δόντια, φατνία και ούλα.
7. Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) καθώς και οι επιπλοκές του.

Γ. Η μαγνητική τομογραφία (MRI).

Δ. Δεν καλύπτονται οι αμοιβές ιατρών για παραπομπή προς διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπείες.

Ε. Δεν καλύπτονται διαγνωστικές εξωνοσοκομειακές εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε μη Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα, ανεξάρτητα από το αν τα Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα δεν έχουν τις προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση ορισμένων διαγνωστικών εξετάσεων.

Το Διαγνωστικό Κέντρο καθώς και η Α.Ε.Ε.Γ.Α. καμία ευθύνη δεν φέρουν για την αλήθεια του περιεχομένου του παραπεμπτικού σημειώματος, ούτε για την αναγκαιότητα εκτέλεσης των διαγνωστικών εξετάσεων που έχουν υποδειχθεί από τον θεράποντα ιατρό του ασφαλισμένου.

ΑΡΘΡΟ 4ο : ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

1. **ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ** : Ασφαλισμένος ο οποίος επιθυμεί να υποβληθεί σε διαγνωστικές εξετάσεις σε Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο θα πρέπει προηγουμένως να επικοινωνήσει με αυτό προκειμένου να καθορισθεί η ημερομηνία πραγματοποίησης των εξετάσεων.

2. **ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ** : Κατά την προσέλευση του ασφαλισμένου προσώπου στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο θα πρέπει ο ασφαλισμένος να φέρει μαζί του απαραίτητα τα εξής :

α) Παραπεμπτικό του θεράποντος ιατρού στο οποίο υποχρεωτικά θα αναγράφονται :

το ονοματεπώνυμο του προς εξέταση ασφαλισμένου προσώπου, τα στοιχεία της ταυτότητας ή διαβατηρίου του. οι

ζητούμενες διαγνωστικές εξετάσεις αναλυτικά και ο λόγος για τον οποίο ζητούνται (συμπλωματολογία, ασθένεια κλπ).

Διευκρινίζεται ότι δεν αναγνωρίζεται η έκδοση παραπεμπικών από συνεργαζόμενους γιατρούς Συμβεβλημένων Διαγνωστικών Κέντρων.

β) Το Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή το Διαβατήριο ή το Βιβλιάριο Υγείας, αν πρόκειται για ασφαλισμένο παιδί, ή άλλο στοιχείο που να αποδεικνύει την ταυτοπροσωπία του εξεταζομένου.

Το Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο έχει το δικαίωμα ελέγχου της ταυτοπροσωπίας του εξεταζομένου.

γ) Τα στοιχεία της ασφάλισής του (αριθμός ασφαλιστήριου συμβολαίου κλπ).

ΑΡΘΡΟ 5ο : ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα αναπροσαρμογής των ασφαλιστρών όσον στην ετήσια ασφαλιστική επέτειο του Ασφαλιστήριου. Τέτοιες αναπροσαρμογές μπορούν να γίνουν μόνον για όλα τα ασφαλιστήρια της ίδιας κατηγορίας αυτής της Πρόσθετης Ασφάλισης και όχι για μεμονωμένα Ασφαλιστήρια.

ΑΡΘΡΟ 6ο: ΠΑΥΣΗ ΙΣΧΥΟΣ

Το παρόν Παράρτημα παύει να ισχύει στις παρακάτω περιπτώσεις:

-) Αν το Ασφαλιστήριο Ζωής, του οποίου το παρόν είναι Παράρτημα, λήξει ή ακυρωθεί λόγω μη πληρωμής των ασφαλιστρών ή εξαγορασθεί ή γίνει ελεύθερο από παραπέρα καταβολή ασφαλιστρών.
-) Αν η Εταιρία με απόφασή της, την οποία θα κοινοποιήσει σε όλους τους ασφαλισμένους, προβεί στη διακοπή λειτουργίας του Παραρτήματος. Στη περίπτωση αυτή το Παράρτημα θα παύει να ισχύει για τον κάθε ένα ασφαλισμένο ξεχωριστά, από την ημερομηνία της επόμενης ετήσιας επετείου του Ασφαλιστήριου.
-) Για τον ασφαλισμένο ή τον/την σύζυγο που καλύπτεται με το παρόν παράρτημα, με την συμπλήρωση του εξηκοστού πέμπτου (65) έτους της ηλικίας τους.

ε) Προκειμένου για παιδιά που ασφαλιζονται :

1) ως εξηρητημένα μέλη, το παρόν Παράρτημα παύει να ισχύει με την συμπλήρωση του δέκατου όγδοου (18) έτους της ηλικίας τους ή όταν παντρευτούν πριν από την ηλικία αυτή. Αν το παιδί σπουδάζει η ισχύς του Παραρτήματος μπορεί να παραταθεί μέχρι την ηλικία των 25 με ασφάλιστρο ενηλίκου.

2) σαν κυρίως ασφαλισμένοι (παιδικό) η ισχύς του παρόντος Παραρτήματος παρατείνεται και μετά τη συμπλήρωση των 18 τους χρόνων, με την προϋπόθεση της πληρωμής ασφαλιστρών ενηλίκου από την ηλικία αυτή.

Επίσης ασφάλιστρο ενηλίκου καταβάλλεται και στη περίπτωση που παντρευτεί πριν από τη συμπλήρωση των 18 του χρόνων.

στ) Αν για οποιοδήποτε λόγο παύσει ή ανασταλεί η ισχύς της Κάλυψης Ι του Παραρτήματος Δ.

Ασφάλιστρα που καταβλήθηκαν για το παράρτημα μετά τον για οποιοδήποτε λόγο τερματισμό της ισχύος του δεν δημιουργούν καμία υποχρέωση για την εταιρία, παρά μόνο για άτοκη επιστροφή τους.

ΑΡΘΡΟ 7ο : ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Οποιαδήποτε πληρωμή για έξοδα διαγνωστικών εξετάσεων, σε εφαρμογή των όρων του παρόντος Παραρτήματος της Κάλυψης II, δεν δεσμεύει την Εταιρία για καταβολή παροχής από οποιαδήποτε άλλη Πρόσθετη Ασφάλιση αν το περιστατικό υπάγεται στις εξαιρέσεις της ασφάλισης αυτής.

ΑΡΘΡΟ 8ο : ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Το παρόν Παράρτημα δεν δίνει δικαίωμα συμμετοχής στο προϊόν υπεραπόδοσης των αποθεμάτων.

ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ
ΕΞΟΔΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (ΚΑΛΥΨΗ Ι)
ΕΞΟΔΩΝ ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ (ΚΑΛΥΨΗ ΙΙ)
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ! ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΖΩΗΣ

ΚΑΛΥΨΗ Ι : ΕΞΟΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ :

ΠΡΟΑΓΓΡΑΦΕΣ

Μ' αυτό το Παράρτημα που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Ζωής, η Ανώνυμη Ελληνική Εταιρία Γενικών Ασφαλειών δηλώνει τα εξής :

Δέχεται την αίτηση του Συμβαλλομένου με το Ασφαλιστήριο Ζωής και καλύπτει τις Δαπάνες Νοσοκομειακής Περίθαλψης των ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ προσώπων με τις παροχές της κάλυψης Ι που περιγράφονται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ του παρόντος Παραρτήματος.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ

ΑΡΘΡΟ 1ο : ΟΡΙΣΜΟΙ

Στο παρόν Παράρτημα θεωρούνται:

"ΑΣΘΕΝΕΙΑ" κάθε αρρώστεια καλυπτομένου προσώπου η οποία δεν υπήρχε, πριν γίνει η ασφάλιση και εκδηλώθηκε για πρώτη φορά αφού πέρασαν τουλάχιστον τριάντα (30) ημέρες από τότε που άρχισε να ισχύει ή επανήλθε σε ισχύ η ασφάλιση αυτού του προσώπου.

"ΑΤΥΧΗΜΑ" κάθε σωματική βλάβη καλυπτομένου προσώπου η οποία προκλήθηκε από αίτια εξωτερικά, βίαια, τυχαία και ανεξάρτητα από τη θέληση του παθόντα. Ο παραπάνω ορισμός του ατυχήματος είναι περιοριστικός. Έτσι, αποφάσεις Φορέων ή/και ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης με τις οποίες κάποιο περιστατικό χαρακτηρίζεται ως ατύχημα δεν δεσμεύουν την Εταιρία.

"ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ" κάθε Νοσηλευτικό Ίδρυμα, δημόσιο ή ιδιωτικό, που λειτουργεί νόμιμα για την περίθαλψη και θεραπεία ασθενών και τραυματιών, παρέχει περίθαλψη κατά τη διάρκεια όλου του εικοσιτετραώρου και διαθέτει τον εξοπλισμό και τα μέσα για διάγνωση, θεραπεία και γενικά για χειρουργικές επεμβάσεις. Δεν θεωρούνται "νοσοκομεία", βάσει των όρων του παρόντος Παραρτήματος τα αναπαυτήρια, τα αναρρωτήρια, οι οικoi ευγηρίας, τα ιδρύματα για αλκοολικούς ή τοξικομανείς, καθώς και οι νευρολογικές και ψυχιατρικές κλινικές.

"ΝΟΣΗΛΕΙΑ" η αναγκαία εισαγωγή και παραμονή του ασφαλισμένου προσώπου για τουλάχιστον μία (1) διανυκτέρευση εντός του Νοσοκομείου για την αντιμετώπιση ασθένειας ή ατυχήματος που καλύπτονται βάσει των όρων του παρόντος Παραρτήματος.

"ΔΙΑΡΚΗΣ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ" θεωρείται η για ένα (1) τουλάχιστο χρόνο, από τότε που θα γνωστοποιηθεί εγγράφως στην Εταιρία, διαρκής και ολοκληρωτική ανικανότητα του ασφαλισμένου, είτε από ασθένεια είτε από ατύχημα να εκτελέσει την εργασία που έκανε πριν πάθει την ανικανότητα ή κάθε άλλη εργασία για την οποία έχει την απαιτούμενη μόρφωση, εκπαίδευση και πείρα.

Πάντως διαρκής ολική ανικανότητα θεωρείται οπωσδήποτε η αθεράπευτη απώλεια της χρήσης και των δύο χεριών ή και των δύο ποδιών ή ενός ποδιού και ενός χεριού καθώς και η αθεράπευτη απώλεια της όρασης και των δύο ματιών. Στις περιπτώσεις αυτές η Διαρκής Ολική Ανικανότητα αναγνωρίζεται αμέσως.

Στην περίπτωση κατά την οποία το ασφαλισμένο πρόσωπο δεν εργάζεται λόγω συνταξιοδότησής του, ως μόνιμη ολική ανικανότητα συνεπεία ασθένειας ή ατυχήματος θεωρείται η ιατρικώς βεβαιωμένη αδυναμία του να εκτελέσει τις καθημερινές λειτουργίες αυτοεξυπηρέτησής του για ένα (1) τουλάχιστο χρόνο από τότε που θα γνωστοποιηθεί στην Εταιρία.

ΑΡΘΡΟ 2ο: ΠΑΡΟΧΕΣ

A.Αν λόγω ασθένειας ή ατυχήματος γίνεται αναγκαία η νοσηλεία καλυπτομένου προσώπου σε νοσοκομείο, συμφωνείται ότι η Εταιρία θα καταβάλλει παροχή ίση με το 80% του συνόλου των αναγνωρισμένων εξόδων νοσηλείας που πραγματοποιήθηκαν

και μέχρι το ανώτατο ποσό που αναφέρεται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ του παρόντος Παραρτήματος.

Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος για την κάλυψη των πραγματοποιηθέντων εξόδων νοσηλείας του, έκανε χρήση του Φορέα Κύριας ή Επικουρικής ασφάλισης ή ασφάλισης Πρόνοιας ή Ιδιωτικής ασφάλισης και με την προϋπόθεση ότι εισέπραξε εξ αυτών μέρος των πραγματοποιηθέντων εξόδων νοσηλείας, η Εταιρία θα καταβάλλει παροχή ίση με το 100% του υπολοίπου των υποβληθέντων στον άλλο Φορέα εξόδων νοσηλείας και μέχρι το ανώτατο ποσόν που αναφέρεται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ του παρόντος Παραρτήματος.

Δεν θεωρείται ως άλλος φορέας ασφάλισης η ύπαρξη ετέρου ατομικού ή οικογενειακού ασφαλιστηρίου ζωής ή ασφαλιστηρίου προσωπικού ατυχήματος στην από την οποία καταβάλλεται μέρος της παροχής.

B.Ως αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης, που καλύπτονται με το Παράρτημα αυτό, νοούνται, περιοριστικά, τα ακόλουθα :

α.Οι πρωτότυπες αποδείξεις παροχής υπηρεσιών των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, των Ιατρών και των αποκλειστικών νοσοκόμων.

β.Οι πρωτότυπες βεβαιώσεις κάθε φορέα κύριας ή επικουρικής ασφάλισης ή ασφάλισης πρόνοιας ή ιδιωτικής ασφάλισης από τις οποίες εμφανίζεται ότι παρεκρατήθησαν από αυτόν (τον φορέα), οι πρωτότυπες αποδείξεις, βάσει των οποίων κατεβλήθη στον δικαιούχο, μέρος της δαπάνης των εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης.

γ.Οι πρωτότυπες αποδείξεις φαρμακείων, με επικολλημένα τα κουπόνια των φαρμάκων.

Και για τις τρεις ανωτέρω περιπτώσεις αποκλείονται οι επικυρωμένες αποδείξεις και βεβαιώσεις, έστω και αν η επικύρωση των πρωτοτύπων έχει γίνει από Δικηγόρο.

Σε καμία περίπτωση η Εταιρία δεν θα καταβάλλει έξοδα Νοσοκομειακής περίθαλψης, με την προσκόμιση επικυρωμένων αποδείξεων ή επικυρωμένων βεβαιώσεων.

Δεν θεωρείται πρωτότυπη απόδειξη πληρωμής εξόδων η βεβαίωση Φορέα Κύριας ή Επικουρικής ασφάλισης ή ασφάλισης Πρόνοιας βάσει της οποίας χορηγήθηκε επίδομα (βοήθημα τοκετού) και για το επίδομα αυτό δεν παρεκρατήθησαν αντίστοιχες πρωτότυπες αποδείξεις παροχής υπηρεσιών των Νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των ιατρών.

Γ. Για τον προσδιορισμό της παροχής που πρέπει να καταβληθεί, η Εταιρία αναγνωρίζει ως έξοδα νοσηλείας τα παρακάτω:

1.ΕΞΟΔΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Η Εταιρία θα καταβάλλει τα έξοδα νοσηλείας και ειδικότερα:
α.Τα χρεούμενα από το Νοσοκομείο έξοδα για κρεβάτι και τροφή, σε οποιαδήποτε θέση νοσηλείας (κατηγορία δωματίου), πλην σουίτας, εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις που έχουν σχέση με την απία για την οποία έγινε η νοσηλεία, φάρμακα που παρέχονται μέσα στο Νοσοκομείο, μεταγίσεις, έξοδα χειρουργείου, υλικά όπως νάρθηκες, γύψινοι επίδεσμοι, παροχή οξυγόνου, ασθενοφόρο.

β. Αμοιβές γιατρών, χειρουργών, αναισθησιολόγων για παροχή υπηρεσιών εντός του Νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

γ. Έξοδα νυκτερινής αποκλειστικής νοσοκόμου, μετά από έγκριση του θεράποντος γιατρού.

δ. Έξοδα συνοδών μόνον όταν πρόκειται για νοσηλεία ανηλίκου κα με την προϋπόθεση ότι η δεν θα επιβαρύνεται με έξοδα αποκλειστικής νυκτερινής νοσοκόμου βάσει του άρθρου 2 παράγραφος Γ1γ.

2. ΕΞΟΔΑ ΧΩΡΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

α. Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης χωρίς να χρειασθεί νοσηλεία Ασφαλισμένου προσώπου σε νοσοκομείο, η Εταιρία καλύπτει τα έξοδα της χειρουργικής επέμβασης, τα έξοδα χειρουργείου, την αμοιβή χειρουργού, την αμοιβή αναισθησιολόγου κατ' ανώτατο όριο έως το 30% του ανώτατου ποσού που αναφέρεται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ βάσει του άρθρου 2 παράγραφος Α.

β. Η Εταιρία καλύπτει τα έξοδα που πραγματοποιεί Ασφαλιζόμενο πρόσωπο για χημειοθεραπεία, θεραπεία με ακτινοβολίες καθώς και για μαγνητικές τομογραφίες κατ' ανώτατο όριο έως το 30% του ανώτατου ποσού που αναφέρεται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ βάσει του άρθρου 2 παράγραφος Α.

3. ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Σε περίπτωση σωματικής βλάβης συνεπεία ατυχήματος του Ασφαλισμένου η Εταιρία καλύπτει τα ιατρικά και φαρμακευτικά έξοδα κατ' ανώτατο όριο έως το 10% του ανώτατου ποσού που αναφέρεται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ βάσει του άρθρου 2 παράγραφος Α.

4. ΕΞΟΔΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ως "ΕΠΕΙΓΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ" ορίζεται:

Η απρόβλεπτη κα απότομη διαταραχή της υγείας του καλυπτομένου προσώπου οφειλόμενη σε ασθένεια ή ατύχημα η οποία απαιτεί άμεση νοσηλεία σε νοσοκομείο ως εσωτερικού ασθενούς.

Η Εταιρία καλύπτει βάσει του άρθρου 2 παράγραφος Α τα έξοδα επείγουσας προς νοσηλεία μεταφοράς καλυπτομένου με το παρόν Παράρτημα προσώπου με κάθε μεταφορικό μέσον αν συντρέχουν σωρευτικά οι παρακάτω προϋποθέσεις:

α. Το επειγόν περιστατικό συνέβη σε περιοχή στην οποία δεν υπάρχει η κατάλληλη ιατρική υποδομή για την αντιμετώπιση του περιστατικού.

β. Η μεταφορά γίνεται μέσα στην ίδια χώρα που συνέβη το περιστατικό.

γ. Το επειγόν της μεταφοράς βεβαιώνεται και αιτιολογείται με ιατρική γνωμάτευση

δ. Η μεταφορά γίνεται εντός είκοσι τεσσάρων (24) ωρών από την επέλευση του περιστατικού.

ε. Τα έξοδα της μεταφοράς βεβαιώνονται με τη προσκόμιση των πρωτοτύπων αποδείξεων του μεταφορέα.

5. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στην περίπτωση αναγνώρισης Διάρκουσς Ολικής Ανικανότητας Ασφαλισμένου προσώπου (άρθρο 1 του παρόντος Παραρτήματος), η Εταιρία θα καταβάλλει για ιατρικά, φαρμακευτικά και νοσηλευτικά έξοδα ετησίως ποσόν ίσο με το 30% του ανώτατου ποσού που αναφέρεται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ και επί 5 έτη με την προϋπόθεση ότι θα συνεχίζεται η Διάρκεια Ολική Ανικανότητά του.

Δ. ΤΟΚΕΤΟΣ (μόνο για καλυπτόμενες γυναίκες)

Σε περίπτωση τοκετού καλυπτομένης γυναίκας που θα λάβει χώρα μετά την πάροδο τουλάχιστον δύο (2) ετών (730 ημερών) από την έναρξη ισχύος ή την επαναφορά σε ισχύ του παρόντος Παραρτήματος, η Εταιρία θα καταβάλλει παροχή ίση με το 80% της προβλεπόμενης από το άρθρο 2 παράγραφος Α παροχής του παρόντος Παραρτήματος για : α) έξοδα Νοσοκομείου και β) αμοιβή μαιευτήρα, αναισθησιολόγου και μαίας.

Σε καμία περίπτωση τα έξοδα για την αμοιβή του Μαιευτήρα, Αναισθησιολόγου και Μαίας αθροιστικά, δεν θα υπερβαίνουν τα προβλεπόμενα από το παρόν άρθρο έξοδα νοσοκομείου.

Δεν καλύπτονται από την παροχή του τοκετού τα έξοδα αποκλειστικής νοσοκόμου και περιθαλψης νεογνού.

Ε. ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Αν λόγω ασθένειας ή ατυχήματος ή τοκετού γίνεται αναγκαία η νοσηλεία καλυπτομένου προσώπου σε Νοσοκομείο και η Εταιρία αν και υποχρεούτο με βάση το Παράρτημα αυτό, δεν καταβάλλει για τη νοσηλεία αυτή οποιοδήποτε ποσόν για τυχόν έξοδα νοσηλείας είτε επειδή αυτό καλύφθηκε εξ ολοκλήρου από

οποιοδήποτε Φορέα Κύριας ή Επικουρικής ασφάλισης ή ασφάλισης Πρόνοιας ή Ιδιωτικής ασφάλισης (άλλη Ασφαλιστική Εταιρία), είτε επειδή δεν προβλήθηκε στην Εταιρία αξίωση για καταβολή εξόδων νοσηλείας, η Εταιρία θα καταβάλλει το Ημερήσιο Επίδομα Νοσηλείας που αναγράφεται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ και μέχρι τριάντα (30) ημέρες το ανώτερο, κατά νοσηλεία.

Το Ημερήσιο Επίδομα Νοσηλείας καλυπτομένου προσώπου προσαυξάνεται κατά ποσοστό 50% :

α. σε περίπτωση χειρουργικής επεμβάσεως και

β. σε περίπτωση νοσηλείας σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης για τις ημέρες παραμονής του σ' αυτήν.

ΑΡΘΡΟ 3ο : ΔΙΑΔΟΧΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ

Δύο ή περισσότερες νοσηλείες σε νοσοκομείο, οι οποίες οφείλονται στην ίδια αιτία ή σε επιπλοκές που προήλθαν από αυτήν, θα θεωρούνται από την Εταιρία σαν μία νοσηλεία, εκτός αν απέχουν μεταξύ τους περισσότερο από σαράντα πέντε (45) ημέρες.

Στον καθορισμό των διαδοχικών νοσηλείων προσμετρώνται και οι παροχές του άρθρου 2 παράγραφος Γ2, Γ3, Γ4 και Ε.

ΑΡΘΡΟ 4ο : ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

Αποκλείονται από την Ασφάλιση αυτού του Παραρτήματος οι παρακάτω περιπτώσεις :

Α. Η ασθένεια ή η σωματική βλάβη που προξενήθηκε, άμεσα ή έμμεσα, αποκλειστικά ή μερικά από :

1. Πόλεμο κηρυγμένο ή ακήρυχτο, εξωτερικό ή εμφύλιο, πόλεμο με συμβατικά ή πυρηνικά όπλα κ.λ.π.

2. Πυρηνική ενέργεια.

3. Απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμός, ανεξάρτητα από τη διανοητική κατάσταση του ατόχου.

4. Διάπραξη ή απόπειρα διάπραξης με δόλο ποινικού αδικήματος.

Β. 1. Κάθε πάθηση ή σωματική βλάβη ή επιπλοκές ή συμπτώματα αυτών που προϋπήρχαν και δεν δηλώθηκαν.

2. Η διάγνωση, η θεραπεία και η χειρουργική επέμβαση α) για αποκατάσταση στειρότητας, β) για γονιμοποίηση.

3. Οι διανοητικές, νευροφυτικές διαταραχές, νευρώσεις και ψυχώσεις, χρήση ναρκωτικών, ο αλκοολισμός.

4. Οι γενικές ιατρικές εξετάσεις (check-up), η ανάρρωση, η ιατρική επίβλεψη, καθώς και η αισθητική ή πλαστική χειρουργική που γίνεται αποκλειστικά για σκοπούς καλλωπισμού, εκτός αν αυτή επιβάλλεται ύστερα από κάποιο ατύχημα και για το ή τα σημεία του σώματος που παραμορφώθηκαν εξαιτίας του ατυχήματος αυτού.

5. Η οδοντιατρική ή χειρουργική θεραπεία στα δόντια, φαντρία και ούλα εκτός εάν οφείλεται σε "ατύχημα" όπως ορίζεται στο άρθρο 1 "ΟΡΙΣΜΟΙ".

6. Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) καθώς και οι επιπλοκές του.

Γ. Δεν καλύπτονται από το παρόν Παράρτημα για τα δύο (2) πρώτα έτη της ασφάλισης ή μετά την επαναφορά του σε ισχύ :

1. Οι ρευματικές, εκφυλιστικές παθήσεις των οστών και των αρθρώσεων.

2. Η κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, η ρήξη ινώδους δακτυλίου και οι επιπλοκές τους ανεξάρτητα από το αν προέρχονται από ατύχημα.

3. Η κήση, η αποβολή, η απόξεση (εκτός από τη δοκιμαστική) και γενικά οι επιπλοκές τους και ανεξάρτητα από το αν προέρχονται από ατύχημα.

4. Η θεραπεία ή εγχείρηση για την διόρθωση οφθαλμικών διαθλαστικών ανωμαλιών

5. Αιμορροΐδες, ραγάδα δακτυλίου καθώς και το ρινικό διάφραγμα εκτός αν αποδεδειγμένα οφείλεται σε ατύχημα

Δ. Η θεραπεία ή η εγχείρηση των αμυγδαλών ή των αδενειδών εκβλασθήσεων, της κήλης, καθώς και των γεννητικών οργάνων της γυναίκας, εκτός αν το πρόσωπο που περιβάλλεται ή εγχειρίζεται καλύπτεται απ' αυτό το Παράρτημα χωρίς καμία διακοπή για χρονική περίοδο τουλάχιστον 90 ημερών.

Ε. Οποιαδήποτε νοσηλεία καλυπτομένου προσώπου συνεπεία ασθένειας ή ατυχήματος για την οποία καταβάλλεται παροχή από οποιοδήποτε Φορέα Κύριας ή Επικουρικής ασφάλισης ή ασφάλισης Πρόνοιας ή ιδιωτικής ασφάλισης, εκτός από την περίπτωση που δεν καταβάλλεται η παροχή εξ ολοκλήρου, τότε η Εταιρία θα καταβάλλει παροχή βάσει του άρθρου 2 παράγραφος Α κατ' ανώτατο όριο μέχρι του ποσού της διαφοράς.

ΑΡΘΡΟ 5ο: ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ο Ασφαλιζόμενος ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο που ενεργεί, κατ' εντολή και για λογαριασμό του, έχει την υποχρέωση να γνωστοποιεί εγγράφως στην Εταιρία κάθε εισαγωγή σε Νοσοκομείο προσώπου που καλύπτεται απ' αυτό το Παράρτημα και μάλιστα μέσα σε ανατρεπτική προθεσμία 5 ημερών απ' την εισαγωγή.

Η Εταιρία έχει απόλυτο δικαίωμα ελέγχου, δια των συνεργαζομένων με αυτήν ιατρών, τόσο του ασφαλισμένου προ και μετά την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο, όσο και του πλήρους ιατρικού του φακέλλου που διατηρείται στο Νοσοκομείο. Προς τούτο, ο ασφαλισμένος, με το παρόν Παράρτημα, εξουσιοδοτεί την Εταιρία να λαμβάνει γνώση κάθε ιατρικού εγγράφου που έχει σχέση με την υγεία του.

Η άρνηση ελέγχου, εκ μέρους του ασφαλισμένου, αποτελεί λόγο εκπύσεώς του από το ασφάλισμα.

Ο ασφαλισμένος έχει την υποχρέωση επίσης να προσκομίζει, με έξοδά του, ικανοποιητικά αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τη νοσηλεία οποιουδήποτε καλυπτομένου προσώπου, μέσα σε 30 ημέρες από την έξοδο από το Νοσοκομείο. Η Εταιρία έχει το δικαίωμα με έξοδά της και με ιατρό που ορίζει η ίδια, να εξετάζει κάθε καλυπτόμενο πρόσωπο στο χρονικό διάστημα που εκκρεμεί εναντίον της αξίωση από τη νοσηλεία του.

ΑΡΘΡΟ 6ο : ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

ταν συμβεί η Ανικανότητα, ο Ασφαλιζόμενος ή οποιοσδήποτε που ενεργεί κατ' εντολή του και για λογαριασμό του πρέπει να υποβάλλει στην Εταιρία με δικά του έξοδα τα απαιτούμενα πιστοποιητικά και κάθε άλλο αποδεικτικό στοιχείο. Η Εταιρία επιφυλάσσει στον εαυτό της το δικαίωμα της εξακριβώσης της Ανικανότητας, από γιατρούς της δικής της επιλογής με οποιοδήποτε τρόπο και σε οποιοδήποτε χρόνο. Σε περίπτωση δε άρνησης του Ασφαλιζόμενου να δεχτεί τις ζητούμενες από την Εταιρία ιατρικές εξετάσεις, εκπίπτει κάθε δικαιώματός του από την παρούσα πρόσθετη ασφάλιση και εφαρμόζονται οι Γενικοί Όροι της Βασικής Ασφάλισης Ζωής. Ο Ασφαλιζόμενος οφείλει επίσης, δύο (2) μήνες πριν από κάθε επέτειο της σύναψης της ασφάλισης, να παρέχει με δικά του έξοδα ιατρική έκθεση σχετική με την ανικανότητά του.

ΑΡΘΡΟ 7ο : ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Η Εταιρία καλύπτει τα Ασφαλιζόμενα πρόσωπα με το Παράρτημα αυτό για νοσηλεία στο Εξωτερικό μετά την παρέλευση τουλάχιστον έξι (6) μηνών από την έναρξη ισχύος ή την επαναφορά σε ισχύ του παρόντος Παραρτήματος.

Στην περίπτωση αυτή ο Ασφαλιζόμενος οφείλει :

- να επικυρώσει τα αποδεικτικά έγγραφα των εξόδων νοσηλείας του στη πλησιέστερη Ελληνική Προξενική Αρχή και
- να προσκομίσει επίσημη μετάφρασή τους.

Η Εταιρία θα καλύψει, βάσει των όρων του παρόντος Παραρτήματος, τα έξοδα νοσηλείας σε δραχμές που αντιστοιχούν στα ξένα νομίσματα, σύμφωνα με την ισοτιμία της Τράπεζας της Ελλάδας και με τη τιμή πώλησης, κατά την ημέρα πληρωμής των εξόδων νοσηλείας από τον Ασφαλιζόμενο στο Νοσοκομείο.

Δεν καλύπτεται η Παροχή του Αρθρου 2 παράγραφος Γ.3. (ιατροφαρμακευτικά έξοδα εκτός νοσοκομείου συνεπεία ατυχήματος).

ΑΡΘΡΟ 8ο : ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Αν, ενώ διαρκεί η παρούσα ασφάλιση, ο Ασφαλιζόμενος αλλάξει, έστω και προσωρινά, το επάγγελμά του ή τις συνθησμένες του ενασχολήσεις ή αν τις ασκεί με όρους διαφορετικούς από εκείνους που ίσχυαν όταν έκανε την ασφάλιση ή αν, από οποιοδήποτε λόγο, οι κίνδυνοι στους οποίους αυτός υπόκειται πραγματικά παύσουν ν' ανταποκρίνονται στις δηλώσεις που περιέχονται στην αίτηση της ασφάλισης, έχει την υποχρέωση να το ανακοινώσει στην Εταιρία με συστημένη επιστολή μέσα σε 48 ώρες. Μετά τη γνωστοποίηση, η Εταιρία βάσει της πρακτικής και των κανόνων που ακολουθεί και εφαρμόζει έχει το δικαίωμα είτε ν' ακυρώσει την ασφάλιση ή να τη συνεχίσει ή να τροποποιήσει τους όρους ασφάλισης, εκδίδοντας σχετική Πρόσθετη Πράξη.

ΑΡΘΡΟ 9ο : ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Αν ο Ασφαλιζόμενος υπηρετεί τη στρατιωτική του θητεία ως κληρωτός ή ως εβελοντής αναστέλλεται η ισχύς του παρόντος Παραρτήματος. Το παρόν Παράρτημα μπορεί να αποκτήσει ξανά την ισχύ του αν υποβληθεί στην Εταιρία έγγραφη αίτηση του

ασφαλιζόμενου προσώπου εντός τριάντα (30) ημερών από την απόλυσή του.

ΑΡΘΡΟ 10ο: ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΩΝ

Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα αναπροσαρμογής των ασφαλιστρών και των παροχών του παρόντος Παραρτήματος μόνον στην ετήσια ασφαλιστική επέτειο του Ασφαλιστηρίου. Τέτοιες αναπροσαρμογές μπορούν να γίνουν μόνον για όλα τα Ασφαλιστήρια της ίδιας κατηγορίας αυτής της Πρόσθετης Ασφάλισης και όχι για μεμονωμένα Ασφαλιστήρια.

Το ποσοστό αναπροσαρμογής θα καθορίζεται σύμφωνα με την εξέλιξη του μέσου κόστους νοσηλείας και την εμπειρία της Εταιρίας από ολόκληρο το χαρτοφυλάκιο της στην συγκεκριμένη κατηγορία αυτής της Πρόσθετης Ασφάλισης. Σε κάθε αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών θα αναπροσαρμόζονται αυτόματα και κατά το ίδιο ποσοστό όλες οι παροχές του Παρόντος Παραρτήματος.

ΑΡΘΡΟ 11ο: ΠΑΥΣΗ ΙΣΧΥΟΣ

Το παρόν Παράρτημα παύει να ισχύει στις παρακάτω περιπτώσεις:

α. Αν δεν καταβληθεί το ασφάλιστρο γι' αυτή τη πρόσθετη κάλυψη.

β. Αν το Ασφαλιστήριο Ζωής, του οποίου το παρόν είναι Παράρτημα, ακυρωθεί λόγω μη πληρωμής των Ασφαλιστρών ή εξαγορασθεί ή γίνει ελεύθερο από παραπέρα καταβολή Ασφαλιστρών ή αποβιώσει ο ασφαλιζόμενος και καταβληθεί το ασφάλισμα λόγω θανάτου, οπότε παύει το παράρτημα γι' αυτόν και μόνον. Επίσης προκειμένου περί συνταξιοδοτικού προγράμματος παύσει για οποιονδήποτε λόγο η καταβολή της μηνιαίας σύνταξης. Η ισχύς του παρόντος Παραρτήματος είναι δυνατόν να παραταθεί και μετά τη λήξη του Ασφαλιστηρίου Ζωής ισοβίως μετά από έγγραφη δήλωση του ασφαλισμένου πριν από τη λήξη της ασφάλισης.

Το δικαίωμα παράτασης παρέχεται μόνον στον κυρίως ασφαλιζόμενο και στον ή στην σύζυγο που καλύπτονται με το παρόν Παράρτημα.

γ. Αν η Εταιρία με απόφασή της, την οποία θα κοινοποιήσει σε όλους τους ασφαλισμένους, προβεί στη διακοπή λειτουργίας του Παραρτήματος. Στη περίπτωση αυτή το Παράρτημα θα παύει να ισχύει για τον κάθε ένα ασφαλισμένο ξεχωριστά, από την ημερομηνία της επόμενης ετήσιας επετείου του Ασφαλιστηρίου.

Η Εταιρία όμως μετά την παρέλευση δύο (2) ετών από την έναρξη ισχύος ή την επαναφορά σε ισχύ του Παραρτήματος για κανένα λόγο δεν μπορεί να προβεί στην διακοπή λειτουργίας του πλην των περιπτώσεων των αναφερομένων στο άρθρο 2 των γενικών όρων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ζωής.

δ. Προκειμένου για παιδιά που ασφαλιζονται :

1. ως εξηρημένα μέλη, το παρόν Παράρτημα παύει να ισχύει όταν αυτά συμπληρώσουν τα 18 τους χρόνια ή όταν παντρευτούν πριν από την ηλικία αυτή. Αν το παιδί σπουδάζει η ισχύς του Παραρτήματος μπορεί να παραταθεί μέχρι την ηλικία των 25 με ασφάλιστρο ενηλίκου.

2. ως κυρίως ασφαλισμένοι (παιδικό) η ισχύς του παρόντος Παραρτήματος παρατείνεται και μετά τη συμπλήρωση των 18 τους χρόνων μέχρι τη λήξη του Ασφαλιστηρίου Ζωής, με την προϋπόθεση της πληρωμής ασφαλιστρών ενηλίκου από την ηλικία αυτή.

Επίσης ασφάλιστρο ενηλίκου καταβάλλεται και στη περίπτωση που παντρευτεί πριν από τη συμπλήρωση των 18 του χρόνων.

Ασφάλιστρα που καταβλήθηκαν για το παράρτημα μετά την για οποιοδήποτε λόγο λήξη της ισχύος του, δεν δημιουργούν καμία υποχρέωση για την εταιρία, παρά μόνο για άτοκη επιστροφή τους.

ΑΡΘΡΟ 12ο : ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Το παρόν Παράρτημα δεν δίνει δικαίωμα συμμετοχής στο προϊόν υπεραπόδοσης των αποθεμάτων.

ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ
ΕΞΟΔΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (ΚΑΛΥΨΗ Ι)
ΕΞΟΔΩΝ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ (ΚΑΛΥΨΗ ΙΙ)
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ! ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΖΩΗΣ

ΚΑΛΥΨΗ Ι : ΕΞΟΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ :

ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ

Μ' αυτό το Παράρτημα που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Ζωής, η Ανώνυμη Ελληνική Εταιρία Γενικών Ασφαλειών δηλώνει τα εξής :

Δέχεται την αίτηση του Συμβαλλομένου με το Ασφαλιστήριο Ζωής και καλύπτει τις Δαπάνες Νοσοκομειακής Περιθαλψης των ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ προσώπων με τις παροχές της κάλυψης Ι που περιγράφονται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ του παρόντος Παραρτήματος.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ

ΑΡΘΡΟ 1ο : ΟΡΙΣΜΟΙ

Στο παρόν Παράρτημα θεωρούνται:

"ΑΣΘΕΝΕΙΑ" κάθε αρρώστια καλυπτομένου προσώπου η οποία δεν υπήρχε, πριν γίνει η ασφάλιση και εκδηλώθηκε για πρώτη φορά αφού πέρασαν τουλάχιστον τριάντα (30) ημέρες από τότε που άρχισε να ισχύει ή επανήλθε σε ισχύ η ασφάλιση αυτού του προσώπου.

"ΑΤΥΧΗΜΑ" κάθε σωματική βλάβη καλυπτομένου προσώπου η οποία προκλήθηκε από αίτια εξωτερικά, βίαια, τυχαία και ανεξάρτητα από τη θέληση του παθόντα.

Ο παραπάνω ορισμός του ατυχήματος είναι περιοριστικός. Έτσι, αποφάσεις Φορέων ή/και ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης με τις οποίες κάποιο περιστατικό χαρακτηρίζεται ως ατύχημα δεν δεσμεύουν την Εταιρία.

"ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ" κάθε Νοσηλευτικό Ίδρυμα, δημόσιο ή ιδιωτικό, που λειτουργεί νόμιμα για την περιθαλψη και θεραπεία ασθενών και τραυματιών, παρέχει περιθαλψη κατά τη διάρκεια όλου του εικοσιτετράωρου και διαθέτει τον εξοπλισμό και τα μέσα για διάγνωση, θεραπεία και γενικά για χειρουργικές επεμβάσεις.

Δεν θεωρούνται "νοσοκομεία", βάσει των όρων του παρόντος Παραρτήματος τα αναπαυτήρια, τα αναρρωτήρια, οι οικoi ευγηρίας, τα ιδρύματα για αλκοολικούς ή τοξικομανείς, καθώς και οι νευρολογικές και ψυχιατρικές κλινικές.

"ΝΟΣΗΛΕΙΑ" η αναγκαία εισαγωγή και παραμονή του ασφαλισμένου προσώπου για τουλάχιστον μία (1) διανυκτέρευση εντός του Νοσοκομείου για την αντιμετώπιση ασθένειας ή ατυχήματος που καλύπτονται βάσει των όρων του παρόντος Παραρτήματος

ΑΡΘΡΟ 2ο: ΠΑΡΟΧΕΣ

A.Αν λόγω ασθένειας ή ατυχήματος γίνεται αναγκαία η νοσηλεία καλυπτομένου προσώπου σε νοσοκομείο, συμφωνείται ότι η Εταιρία θα καταβάλλει παροχή ίση με το γινόμενο του αναγραφόμενου στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ του παρόντος Παραρτήματος ποσοστού συμμετοχής της Εταιρίας επί το σύνολον των αναγνωρισμένων, βάσει της παραγράφου Γ του άρθρου 2 του παρόντος Παραρτήματος, εξόδων νοσηλείας που πραγματοποιήθηκαν.

B.Ως αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τα έξοδα νοσοκομειακής περιθαλψης, που καλύπτονται με το Παράρτημα αυτό, νοούνται, περιοριστικά, τα ακόλουθα :

α.Οι πρωτότυπες αποδείξεις παροχής υπηρεσιών των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, των Ιατρών και των αποκλειστικών νοσοκόμων.

β.Οι πρωτότυπες βεβαιώσεις κάθε Φορέα Κύριας ή Επικουρικής ασφάλισης ή ασφάλισης Πρόνοιας ή Ιδιωτικής ασφάλισης από τις οποίες εμφανίζεται ότι παρεκρατήθησαν από αυτόν (τον φορέα), οι πρωτότυπες αποδείξεις, βάσει των οποίων κατεβλήθη στον δικαιούχο, μέρος της δαπάνης των εξόδων νοσοκομειακής περιθαλψης.

γ.Οι πρωτότυπες αποδείξεις φαρμακείων, με επικολλημένα τα κουπόνια των φαρμάκων.

Και για τις τρεις ανωτέρω περιπτώσεις αποκλείονται οι επικυρωμένες αποδείξεις και βεβαιώσεις, έστω και αν η επικύρωση των πρωτοτύπων έχει γίνει από Δικηγόρο.

Σε καμία περίπτωση η Εταιρία δεν θα καταβάλλει έξοδα Νοσοκομειακής περιθαλψης, με την προσκόμιση επικυρωμένων αποδείξεων ή επικυρωμένων βεβαιώσεων.

Δεν θεωρείται πρωτότυπη απόδειξη πληρωμής εξόδων η βεβαίωση Φορέα Κύριας ή Επικουρικής ασφάλισης ή ασφάλισης Πρόνοιας βάσει της οποίας χορηγήθηκε επίδομα (βοήθημα τοκετού) και για το επίδομα αυτό δεν παρεκρατήθησαν αντίστοιχες πρωτότυπες αποδείξεις παροχής υπηρεσιών των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και των Ιατρών.

Γ.Για τον προσδιορισμό της παροχής που πρέπει να καταβληθεί, η Εταιρία αναγνωρίζει ως έξοδα νοσηλείας τα παρακάτω:

1. ΕΞΟΔΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Η Εταιρία θα καταβάλλει τα έξοδα νοσηλείας και ειδικότερα:

α.Τα χρεούμενα από το Νοσοκομείο έξοδα για κρεβάτι και τροφή, σε οποιαδήποτε θέση νοσηλείας (κατηγορία δωματίου), πλην σουίτας, εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις που έχουν σχέση με την αιτία για την οποία έγινε η νοσηλεία, φάρμακα που παρέχονται μέσα στο Νοσοκομείο, μεταγγίσσεις, έξοδα χειρουργείου, υλικά όπως νάρθηκες, γύψοι επίδεσμοί, παροχή οξυγόνου, ασθενοφόρο.

β.Αμοιβές γιατρών, χειρουργών, αναισθησιολόγων για παροχή υπηρεσιών εντός του Νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

γ.Έξοδα νυκτερινής αποκλειστικής νοσοκόμου, μετά από έγκριση του θεράποντος γιατρού.

δ.Έξοδα συναδών μόνον όταν πρόκειται για νοσηλεία ανηλικού και με την προϋπόθεση ότι η νοσηλεία δεν θα επιβαρύνεται με έξοδα αποκλειστικής νυκτερινής νοσοκόμου βάσει του άρθρου 2 παράγραφος Γ1γ.

2. ΕΞΟΔΑ ΧΩΡΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

α.Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης χωρίς να χρειασθεί νοσηλεία του Ασφαλιζόμενου προσώπου σε νοσοκομείο, η Εταιρία καλύπτει τα έξοδα της χειρουργικής επέμβασης, τα έξοδα χειρουργείου, την αμοιβή χειρουργού, την αμοιβή αναισθησιολόγου σύμφωνα με το άρθρο 2 παράγραφος Α του παρόντος Παραρτήματος.

β.Η Εταιρία καλύπτει τα έξοδα που πραγματοποιεί Ασφαλιζόμενο πρόσωπο για χημειοθεραπεία, θεραπεία με ακτινοβολίες καθώς και για μαγνητικές τομογραφίες σύμφωνα με το άρθρο 2 παράγραφος Α του παρόντος Παραρτήματος.

3. ΕΞΟΔΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ως "ΕΠΕΙΓΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ" ορίζεται:

Η απόβλεπτη και απότομη διαταραχή της υγείας του καλυπτομένου προσώπου οφειλομένη σε ασθένεια ή ατύχημα η οποία απαιτεί άμεση νοσηλεία σε νοσοκομείο ως εσωτερικού ασθενούς.

Η Εταιρία καλύπτει, βάσει του άρθρου 2 παράγραφος Α, τα έξοδα επείγουσας προς νοσηλεία μεταφοράς καλυπτομένου με το παρόν Παράρτημα προσώπου με κάθε μεταφορικό μέσον αν συντρέχουν σωρευτικά οι παρακάτω προϋποθέσεις :

α.Το επείγον περιστατικό συνέβη σε περιοχή στην οποία δεν υπάρχει η κατάλληλη ιατρική υποδομή για την αντιμετώπιση του περιστατικού.

β.Η μεταφορά γίνεται μέσα στην ίδια χώρα που συνέβη το περιστατικό.

γ.το επείγον της μεταφοράς βεβαιώνεται και αιτιολογείται με ιατρική γνωμάτευση.

δ.Η μεταφορά γίνεται εντός είκοσι τεσσάρων (24) ωρών από την επέλευση του περιστατικού.

ε.τα έξοδα της μεταφοράς βεβαιώνονται με τη προσκόμιση των πρωτοτύπων αποδείξεων του μεταφορέα.

Δ.ΤΟΚΕΤΟΣ (μόνο για καλυπτόμενες γυναίκες)

Σε περίπτωση τοκετού καλυπτομένης γυναικός που θα λάβει χώρα μετά την πάροδο τουλάχιστον δύο (2) ετών (730 ημερών) από την έναρξη ισχύος ή την επαναφορά σε ισχύ του παρόντος Παραρτήματος, η Εταιρία θα καταβάλλει παροχή ίση με το 80% της προβλεπόμενης από το άρθρο 2 παράγραφος Α παροχής του παρόντος Παραρτήματος για : α) έξοδα Νοσοκομείου και β) αμοιβή μαιευτήρα, αναισθησιολόγου, και μαίας.

Σε καμία περίπτωση τα έξοδα για την αμοιβή του Μαιευτήρα, Αναισθησιολόγου και Μαίας αθροιστικά, δεν θα υπερβαίνουν τα προβλεπόμενα από το παρόν άρθρο έξοδα νοσοκομείου.

Δεν καλύπτονται από την παροχή του τοκετού τα έξοδα αποκλειστικής νοσοκόμου και περιθαλψης νεογνού.

Ε. ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Αν λόγω ασθένειας ή ατυχήματος ή τοκετού γίνεται αναγκαία η νοσηλεία καλυπτομένου προσώπου σε Νοσοκομείο και η Εταιρία αν και υποχρεούτο με βάση το Παράρτημα αυτό, δεν καταβάλλει για την νοσηλεία αυτή οποιοδήποτε ποσόν για τυχόν έξοδα νοσηλείας είτε επειδή αυτό καλύφθηκε εξ ολοκλήρου από οποιοδήποτε Φορέα Κύριας ή Επικουρικής ασφάλισης ή ασφάλισης Πρόνοιας ή Ιδιωτικής ασφάλισης (άλλη Ασφαλιστική Εταιρία), είτε επειδή δεν προβλήθηκε στην Εταιρία αξίωση για καταβολή εξόδων νοσηλείας, η Εταιρία θα καταβάλλει το Ημερήσιο Επίδομα Νοσηλείας που αναγράφεται στον ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ και μέχρι τριάντα (30) ημέρες το ανώτερο, κατά νοσηλεία.

Το Ημερήσιο Επίδομα Νοσηλείας καλυπτομένου προσώπου προσαυξάνεται κατά ποσοστό 50%:

α.σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης και

β.σε περίπτωση νοσηλείας σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης για τις ημέρες παραμονής του σ' αυτήν.

ΑΡΘΡΟ 3ο : ΔΙΑΔΟΧΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ

Δύο ή περισσότερες νοσηλείες σε νοσοκομείο, οι οποίες οφείλονται στην ίδια αιτία ή σε επιπλοκές που προήλθαν από αυτήν, θα θεωρούνται από την Εταιρία σαν μία νοσηλεία, εκτός αν απέχουν μεταξύ τους περισσότερο από σαράντα πέντε (45) ημέρες.

Το άρθρο αυτό αφορά μόνο τη παροχή "ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ" (άρθρο 2 παράγραφος Ε).

ΑΡΘΡΟ 4ο : ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

Αποκλείονται από την Ασφάλιση αυτού του Παραρτήματος οι παρακάτω περιπτώσεις :

Α.Η ασθένεια ή η σωματική βλάβη που προξενήθηκε, άμεσα ή έμμεσα, αποκλειστικά ή μερικά από :

1.Πόλεμο κληρονομία ή ακήρυχτο, εξωτερικό ή εμφύλιο, πόλεμο με συμβατικά ή πυρηνικά όπλα κ.λ.π.

2.Πυρηνική ενέργεια.

3.Απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμός, ανεξάρτητα από τη διανοητική κατάσταση του ατόχου.

4.Διάπραξη ή απόπειρα διάπραξης με δόλο ποινικού αδικήματος.

Β.1.Κάθε πάθηση ή σωματική βλάβη ή επιπλοκές ή συμπτώματα αυτών που προϋπήρχαν και δεν δηλώθηκαν.

2.Η διάγνωση, η θεραπεία και η χειρουργική επέμβαση

α) για αποκατάσταση στεριότητας,

β) για γονιμοποίηση.

3.Οι διανοητικές, νευροφυτικές διαταραχές, νευρώσεις και ψυχώσεις, χρήση ναρκωτικών, ο αλκοολισμός.

4.Οι γενικές ιατρικές εξετάσεις (check-up), η ανάρρωση, η ιατρική επίβλεψη, καθώς και η αισθητική ή πλαστική χειρουργική που γίνεται αποκλειστικά για σκοπούς καλλωπισμού, εκτός αν αυτή επιβάλλεται ύστερα από κάποιο ατύχημα και για το ή τα σημεία του σώματος που παραμορφώθηκαν εξαιτίας του ατυχήματος αυτού.

5.Η οδοντιατρική ή χειρουργική θεραπεία στα δόντια, φατνία και ούλα εκτός εάν οφείλεται σε "ατύχημα" όπως αυτό ορίζεται στο άρθρο 1 "ΟΡΙΣΜΟΙ".

6.Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) καθώς και οι επιπλοκές του.

Γ.Δεν καλύπτονται από το παρόν Παράρτημα για τα δύο (2) πρώτα έτη της ασφάλισης ή μετά την επαναφορά του σε ισχύ :

1.Οι ρευματικές, εκφυλιστικές παθήσεις των οστών και των αρθρώσεων.

2.Η κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, η ρήξη ινώδους δακτυλίου και οι επιπλοκές τους ανεξάρτητα από το αν προέρχονται από ατύχημα.

3.Η κύλιση, η αποβολή, η απόξεση (εκτός από τη δοκιμαστική) και γενικά οι επιπλοκές τους και ανεξάρτητα από το αν προέρχονται από ατύχημα.

4.Η θεραπεία ή εγχείρηση για την διόρθωση οφθαλμικών διαθλαστικών ανωμαλιών

5.Αιμορροΐδες, ραγάδα δακτυλίου καθώς και το ρινικό διάφραγμα εκτός αν αποδεδειγμένα οφείλεται σε ατύχημα.

Δ.Η θεραπεία ή η εγχείρηση των αμυγδαλών ή των αδενειδών εκβλαστήσεων, της κήλης, καθώς και των γεννητικών οργάνων της γυναίκας, εκτός αν το πρόσωπο που περιβάλλεται ή εγχειρίζεται καλύπτεται απ' αυτό το Παράρτημα χωρίς καμία διακοπή για χρονικό περίοδο τουλάχιστον 90 ημερών.

Ε.Οποιαδήποτε νοσηλεία καλυπτομένου προσώπου συνεπεία ασθένειας ή ατυχήματος για την οποία καταβάλλεται παροχή από οποιοδήποτε Φορέα Κύριας ή Επικουρικής ασφάλισης ή ασφάλισης Πρόνοιας ή ιδιωτικής ασφάλισης, εκτός από την περίπτωση που δεν καταβάλλεται η παροχή εξ ολοκλήρου, οπότε η Εταιρία θα καταβάλλει παροχή βάσει του άρθρου 2 παράγρ. Α κατ' ανώτατο όριο μέχρι του ποσού της διαφοράς.

ΑΡΘΡΟ 5ο: ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ο Ασφαλιζόμενος ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο που ενεργεί, κατ' εντολή και για λογαριασμό του, έχει την υποχρέωση να γνωστοποιεί εγγράφως στην Εταιρία κάθε εισαγωγή σε Νοσοκομείο προσώπου που καλύπτεται απ' αυτό το Παράρτημα και μάλιστα μέσα σε ανατρεπτική προθεσμία 5 ημερών απ' την εισαγωγή.

Η Εταιρία έχει απόλυτο δικαίωμα ελέγχου, δια των συνεργαζομένων με αυτήν ιατρών, τόσο του ασφαλισμένου προ και μετά την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο, όσο και του πλήρους ιατρικού του φακέλλου που διατηρείται στο Νοσοκομείο.

Προς τούτο, ο ασφαλισμένος, με το παρόν Παράρτημα, εξουσιοδοτεί την Εταιρία να λαμβάνει γνώση κάθε ιατρικού εγγράφου που έχει σχέση με την υγεία του.

Η άρνηση ελέγχου, εκ μέρους του ασφαλισμένου, αποτελεί λόγο εκπτώσεώς του από το ασφάλισμα.

Ο ασφαλισμένος έχει την υποχρέωση επίσης να προσκομίζει, με έξοδά του, ικανοποιητικά αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τη νοσηλεία οποιοδήποτε καλυπτομένου προσώπου, μέσα σε 30 ημέρες από την έξοδο από το Νοσοκομείο.

Η Εταιρία έχει το δικαίωμα με έξοδά της και με γιατρό που ορίζει η ίδια, να εξετάζει κάθε καλυπτόμενο πρόσωπο στο χρονικό διάστημα που εκκρεμεί εναντίον της αξίωση από τη νοσηλεία του.

ΑΡΘΡΟ 6ο : ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Η Εταιρία καλύπτει τα Ασφαλιζόμενα πρόσωπα με το Παράρτημα αυτό για νοσηλεία στο Εξωτερικό μετά την παρέλευση τουλάχιστον έξι (6) μηνών από την έναρξη ισχύος ή την επαναφορά σε ισχύ του παρόντος Παραρτήματος.

Στην περίπτωση αυτή ο Ασφαλιζόμενος οφείλει :

α.να επικυρώσει τα αποδεικτικά έγγραφα των εξόδων νοσηλείας του στη πλησιέστερη Ελληνική Προξενική Αρχή και

β.να προσκομίσει επίσημη μετάφρασή τους.

Η Εταιρία θα καλύψει, βάσει των όρων του παρόντος Παραρτήματος, τα έξοδα νοσηλείας σε δραχμές που αντιστοιχούν στα ξένα νομίσματα, σύμφωνα με την ισοπμία της Τράπεζας της Ελλάδας και με πμή πώλησης, κατά την ημέρα πληρωμής των εξόδων νοσηλείας από τον Ασφαλιζόμενο στο Νοσοκομείο.

ΑΡΘΡΟ 7ο : ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Αν, ενώ διαρκεί η παρούσα ασφάλιση, ο Ασφαλιζόμενος αλλάξει, έστω και προσωρινά, το επάγγελμά του ή τις συνηθισμένες του ενασχολήσεις ή αν τις ασκεί με όρους διαφορετικούς από εκείνους που ίσχυαν όταν έκανε την ασφάλιση ή αν, από οποιοδήποτε λόγο, οι κίνδυνοι στους οποίους αυτός υποκειται πραγματικά παύσουν ν' ανταποκρίνονται στις δηλώσεις που περιέχονται στην αίτηση της ασφάλισης, έχει την υποχρέωση να το ανακοινώσει στην Εταιρία με συστημένη επιστολή μέσα σε 48 ώρες. Μετά τη γνωστοποίηση, η Εταιρία βάσει της πρακτικής και των κανόνων που ακολουθεί και εφαρμόζει έχει το δικαίωμα είτε ν' ακυρώσει την ασφάλιση ή να τη συνεχίσει ή να τροποποιήσει τους όρους ασφάλισης, εκδίδοντας σχετική Πρόσθετη Πράξη.

ΑΡΘΡΟ 8ο : ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Αν ο Ασφαλισμένος υπηρετεί τη στρατιωτική του θητεία ως κληρωτός ή ως εθελοντής αναστέλλεται η ισχύς του παρόντος Παραρτήματος. Το παρόν Παράρτημα μπορεί να αποκτήσει ξανά την ισχύ του αν υποβληθεί στην Εταιρία έγγραφη αίτηση του ασφαλιζόμενου προσώπου εντός τριάντα (30) ημερών από την απόλυσή του.

ΑΡΘΡΟ 9ο: ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα αναπροσαρμογής των ασφαλιστρών μόνον στην ετήσια ασφαλιστική επέτειο του Ασφαλιστηρίου. Τέτοιες αναπροσαρμογές μπορούν να γίνουν μόνον για όλα τα Ασφαλιστήρια της ίδιας κατηγορίας αυτής της Πρόσθετης Ασφάλισης και όχι για μεμονωμένα Ασφαλιστήρια.

Το ποσοστό αναπροσαρμογής θα καθορίζεται σύμφωνα με την εξέλιξη του μέσου κόστους νοσηλείας και την εμπειρία της Εταιρίας από ολόκληρο το χαρτοφυλάκιο της στην συγκεκριμένη κατηγορία αυτής της Πρόσθετης Ασφάλισης. Σε κάθε αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών θα αναπροσαρμόζεται αυτόματα και κατά το ίδιο ποσοστό η παροχή του άρθρου 2 παράγραφος Ε. (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ) του παρόντος Παραρτήματος.

ΑΡΘΡΟ 10ο: ΠΑΥΣΗ ΙΣΧΥΟΣ

Το παρόν Παράρτημα παύει να ισχύει στις παρακάτω περιπτώσεις::

- α. Αν δεν καταβληθεί το ασφάλιστρο γι' αυτή τη πρόσθετη κάλυψη.
- β. Αν το Ασφαλιστήριο Ζωής, του οποίου το παρόν είναι Παράρτημα, ακυρωθεί λόγω μη πληρωμής των Ασφαλιστρών ή εξαγορασθεί ή γίνει ελεύθερο από παραπέρα καταβολή Ασφαλιστρών ή αν αποβιώσει ο ασφαλιζόμενος και καταβληθεί το ασφάλισμα λόγω θανάτου οπότε παύει το παράρτημα γι' αυτόν και μόνον. Επίσης προκειμένου περί συνταξιοδοτικού προγράμματος παύσει για οποιονδήποτε λόγο η καταβολή της μηνιαίας σύνταξης. Η ισχύς του παρόντος Παραρτήματος είναι δυνατόν να παραταθεί και μετά τη λήξη του Ασφαλιστηρίου Ζωής ισοβίως μετά από έγγραφη δήλωση του ασφαλιζόμενου πριν από τη λήξη της ασφάλισης.
Το δικαίωμα παράτασης παρέχεται μόνον στο κυρίως ασφαλιζόμενο και στον ή στην σύζυγο που καλύπτονται με το παρόν Παράρτημα.
- γ. Αν η Εταιρία με απόφασή της, την οποία θα κοινοποιήσει σε όλους τους ασφαλισμένους, προβεί στη διακοπή λειτουργίας του Παραρτήματος. Στη περίπτωση αυτή το Παράρτημα θα παύει να ισχύει για τον κάθε ένα ασφαλισμένο ξεχωριστά, από την ημερομηνία της επόμενης ετήσιας επετείου του Ασφαλιστηρίου.

Η Εταιρία όμως μετά την παρέλευση δύο (2) ετών από την έναρξη ισχύος ή την επαναφορά σε ισχύ του Παραρτήματος για κανένα λόγο δεν μπορεί να προβεί στην διακοπή λειτουργίας του πλιν των περιπτώσεων των αναφερομένων στο άρθρο 2 των γενικών όρων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ζωής.

δ. Αν διακοπεί η σύνδεση του Ασφαλιστηρίου Ζωής από την Ευρωπαϊκή Νομισματική Μονάδα (ΕCΥ)

ε. Προκειμένου για παιδιά που ασφαλιζονται :

1. ως εξηρημένα μέλη, το παρόν Παράρτημα παύει να ισχύει όταν αυτά συμπληρώσουν τα 18 τους χρόνια ή όταν παντρευτούν πριν από την ηλικία αυτή. Αν το παιδί σπουδάξει η ισχύς του Παραρτήματος μπορεί να παραταθεί μέχρι την ηλικία των 25 με ασφάλιστρο ενηλίκου.

2. ως κυρίως ασφαλισμένοι (παιδικό) η ισχύς του παρόντος Παραρτήματος παρατείνεται και μετά τη συμπλήρωση των 18 τους χρόνων μέχρι τη λήξη του Ασφαλιστηρίου Ζωής, με την προϋπόθεση της πληρωμής ασφαλιστρών ενηλίκου από την ηλικία αυτή.

Επίσης ασφάλιστρο ενηλίκου καταβάλλεται και στη περίπτωση που παντρευτεί πριν από τη συμπλήρωση των 18 του χρόνων.

Ασφάλιστρα που καταβλήθηκαν για το παράρτημα μετά την για οποιοδήποτε λόγο λήξη της ισχύος του, δεν δημιουργούν καμία υποχρέωση για την εταιρία, παρά μόνο για άτοκη επιστροφή τους.

ΑΡΘΡΟ 11ο : ΧΑΡΤΟΣΗΜΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ

Ειδικότερα, κατά παρέκβαση των διατάξεων του άρθρου 23 των Γενικών Όρων της Βασικής Ασφάλισης Ζωής, το χαρτόσημο που αναλογεί στα καταβαλλόμενα από την Εταιρία στους δικαιούχους έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης, σύμφωνα με τις καλύψεις του παρόντος Παραρτήματος, το επιβαρύνεται η Εταιρία.

Σημειώνεται ότι η επιβάρυνση αυτή της Εταιρίας, αφορά μόνο τις καλύψεις του Παραρτήματος αυτού, ενώ για τα άλλα Παραρτήματα, ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 23 των Γενικών Όρων.

ΑΡΘΡΟ 12ο : ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Το παρόν Παράρτημα δεν δίνει δικαίωμα συμμετοχής στο προϊόν υπεραπόδοσης των αποθεμάτων.

ΤΑΚΥ:

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ:			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ: FAX:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ:			
ΚΛΙΝΙΚΕΣ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ)	ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ
ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ			
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ :			

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

FAX :

ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΩΪ <input type="checkbox"/> ΑΠΟΓΕΥΜΑ <input type="checkbox"/> 24ΩΡΟ <input type="checkbox"/>	ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΕΙ ΑΘΕΝΕΙΣ: ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΥΠΑΓΕΤΑΙ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
--	---	---

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΥ ΥΠΑΓΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ :

1. ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΜΟΝΙΜΑ :

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :

ΙΑΤΡΟΙ

ΕΠΩΝΥΜΟ :			ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :			
ΟΝΟΜΑ :						
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:						
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ: ΟΔΟΣ ΠΟΛΗ..... ΤΚ						
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟΥ FAX						
ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ			ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ			
ΗΜΕΡΑ	ΑΠΟ	ΕΩΣ	Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:			
ΔΕΥΤΕΡΑ			Α.ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ:			
ΤΡΙΤΗ			Α.Φ.Μ.			
ΤΕΤΑΡΤΗ			Δ.Ο.Υ			
ΠΕΜΠΤΗ			ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ <input type="checkbox"/> ΜΗ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ <input type="checkbox"/>			
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ			ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ			
ΣΑΒΒΑΤΟ			ΙΣΧΥΟΣ ΣΥΜΒΑΣΕΩΣ			
ΚΥΡΙΑΚΗ						
ΑΡΓΙΕΣ						
ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ			ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ			
1.			1.			
2.			2.			
3.			3.			
4.			4.			
5.			5.			

<u>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:</u>

ΑΜΟΙΒΗ ΑΝΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ	
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ	ΑΜΟΙΒΗ

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Επαναλαμβάνεται στην οθόνη
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:
ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΛΥΨΕΩΝ:
ΠΑΡΟΧΕΣ:
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ (στο οποίο πρόκειται να νοσηλευθεί):
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΣΤΗΣΑΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΩΡΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΩΡΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ ΜΕ ΙΑΤΡΟ ΕΛΕΓΚΤΗ:
<u>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ</u>

ΙΑΤΡΟΣ-ΕΛΕΓΚΤΗΣ:	Status: ανάθεση	<input type="checkbox"/>
ΑΝΑΘΕΣΗ ΑΠΟ:	αναμένεται εισηγητική γνωμάτευση	<input type="checkbox"/>
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:	απαιτούνται επιπλέον πληροφορίες	<input type="checkbox"/>
ΩΡΑ:	αναμένεται απάντηση Τμ. Αποζημ.	<input type="checkbox"/>
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	Ενημέρωση Νοσοκ./ Ασφαλισμένου	<input type="checkbox"/>
	ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ	<input type="checkbox"/>
	ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	<input type="checkbox"/>
α/α ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:		

Αναζήτηση περιστατικών σύμφωνα με status για δεδομένη χρονική περίοδο.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΠΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ:	ΗΜΕΡΟΜ.ΕΙΣΟΔΟΥ:	ΩΡΑ:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ: ΕΠΩΝΥΜΟ..... ΟΝΟΜΑ..... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....		
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ..... ΑΡΙΘ..... ΠΟΛΗ..... ΤΗΛ.....		
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:..... ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....		
ΑΡΙΘΜΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ:		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ :.....		
ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ <input type="checkbox"/> ΣΥΖΥΓΟΣ <input type="checkbox"/> ΤΕΚΝΟ <input type="checkbox"/>		

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:
ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ:
ΧΡΟΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΡΩΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ & ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ		
ΒΑΡΟΣ:	ΥΨΟΣ:	ΟΨΗ:
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ:		
Αναφέρατε εάν υπάρχει φυσικό ελάττωμα ή δυσμορφία ή αναπηρία		
Ποια η ημερήσια κατανάλωση σας σε οινοπνευματώδη ποτά ;		
Υπήρξατε ποτέ καπνιστής: ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Από πότε..... έως πότε.....		
Ποια η ημερήσια κατανάλωση σας σε τσιγάρα ή καπνό ;		
Κάνετε ή κάνατε στο παρελθόν χρήση ναρκωτικών ουσιών, καταπραυντικών ή ηρεμιστικών φαρμάκων ; Εάν ναι ποια ; ημερήσια ποσότητα ;		
Συνηθίζετε να λαμβάνετε φάρμακα χωρίς την εντολή ή σύσταση ιατρών ;		
Εάν ναι ποια ; αιτία ποσότητα		

ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ ΩΡΑ:	ΩΡΑ ΛΗΨΗΣ : ΚΩΔΙΚΟΣ OPERATOR : ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ :
--	---

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ	ΥΠΟΦΕΡΑΤΕ ΠΟΤΕ ή ΥΠΟΦΕΡΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ :
ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΕΠΙΚΡΟΥΣΗ ΑΚΡΟΑΣΗ	άσθμα, βρογχίτις, επίμονο βήχα, πλευρίτιδα, φυματίωση, εμφύσημα, όγκους, δυσκολίες στην αναπνοή ή άλλες παθήσεις ή βρόγχων ;
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :	
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ	ΥΠΟΦΕΡΑΤΕ ΠΟΤΕ ή ΥΠΟΦΕΡΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ :
ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΕΠΙΚΡΟΥΣΗ ΑΚΡΟΑΣΗ	πόνος στο στήθος, οπισθοστερνικό άλγος, ανωμαλίες στη πίεση του αίματος, καρδιακά νοσήματα ή μη φυσιολογικό καρδιογράφημα, ρευματικό πυρετό, ημιπληγία, θρομβοφλεβίτιδα, περιφερειακές αγγειακές ασθένειες, οιδήματα, κίρσους, αναιμία, λευχαιμία, αιμορραγική διάθεση ;
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :	
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ:	ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑ:
ΣΦΥΓΜΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΣ:	ΣΦΥΓΜΟΣ ΦΛΕΒΙΚΟΣ:
ΠΕΠΤΙΚΟ	ΥΠΟΦΕΡΑΤΕ ΠΟΤΕ ή ΥΠΟΦΕΡΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ :
ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΕΠΙΚΡΟΥΣΗ ΑΚΡΟΑΣΗ	γαστρικά έλκη, έλκη δωδεκαδάκτυλου, γαστρίτιδα, γαστρεντερική αιμορραγία, διαρροϊκό σύνδρομο μακράς διάρκειας, ίκτερο, παθήσεις του ήπατος και της χοληδόχου κύστης, οισοφάγου, στομάχου, σπαστική κολίτιδα, έμετοι, κωλικοί εντέρου;
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :	
ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ	ΥΠΟΦΕΡΑΤΕ ΠΟΤΕ ή ΥΠΟΦΕΡΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ :
ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΕΠΙΚΡΟΥΣΗ ΑΚΡΟΑΣΗ	δύσκολη ή επώδυνη ούρηση, κωλικό νεφρού, άλλες ασθένειες νεφρών, όγκους, καρκίνο, κύστες ή προστάτη, αιμορροΐδες, περιεδρικό συρίγγιο, κύστη κόκκυγας ;
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :	

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ	ΥΠΟΦΕΡΑΤΕ ΠΟΤΕ ή ΥΠΟΦΕΡΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ :
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:	αρθρίτιδα, ρευματισμούς, οσφυοϊσχιαλγίες, αυχενικό σύνδρομο, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου ή άλλες παθήσεις οστών, αρθρώσεων, τενόντων και μυών ;
ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ	ΥΠΟΦΕΡΑΤΕ ΠΟΤΕ ή ΥΠΟΦΕΡΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ :
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:	διαβήτη, πάθηση θυρεοειδούς ή άλλων αδένων, αύξηση χοληστερόλης ή άλλων λιπιδίων του αίματος, ουρική αρθρίτιδα, παχυσαρκία ;
ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΛΕΜΦΙΚΩΝ ΑΔΕΝΩΝ & ΣΠΛΗΝΑΣ	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:	
ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΥΠΟΦΕΡΑΤΕ ΠΟΤΕ ή ΥΠΟΦΕΡΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ :
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:	κνησμούς, εκζέματα, όγκους, εξανθήματα, μελανώματα ή άλλες παθήσεις του δέρματος;
ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΟΦΘΑΛΜΩΝ, ΩΤΩΝ, ΡΙΝΟΣ, ΙΓΜΟΡΙΩΝ, ΛΑΙΜΟΥ	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:	
ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΠΟΤΕ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ ΜΕΤΑΓΤΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ;	
ΕΧΕΤΕ ΠΟΤΕ ΝΟΣΗΣΕΙ ΑΠΟ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΝΟΣΗΜΑ ;	
ΕΧΕΤΕ ΠΟΤΕ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΙΟΥ AIDS, ΗΠΑΤΗΤΗΔΑ Β ή ΆΛΛΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ;	
ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΦΕΡΕΙ ΠΟΤΕ Η ΥΠΟΦΕΡΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ :
ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΗΣΗ: ΕΝΑΡΞΗ ΕΤΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΤΩΝ ΕΞΕΛΙΞΗ:	παθήσεις μαστού, μήτρας, ωοθηκών, σαλπίγγων. Ορμονικές διαταραχές ή άλλες παθήσεις ; ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΖΕΤΑΙ ή ΕΧΕΤΕ ΑΝΑΒΑΛΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ, ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΥΠΟΔΕΙΞΕΙ ΙΑΤΡΟΣ ;	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΝΤΥΠΩΣΗ (ΙΑΤΡΟΥ)	

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΗ

ΝΕΥΡΙΚΟ	ΥΠΟΦΕΡΑΤΕ ΠΟΤΕ ή ΥΠΟΦΕΡΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ :
ΜΥΪΚΗ ΙΣΧΥΣ	συσπάσεις μυών, παράλυση, λιποθυμικές τάσεις ή κρίσεις, ιλίγγους, απώλεια αισθήσεων, επιληψίας, νευρώσεις, κατάθλιψη, λοιπές παθήσεις εγκεφάλου, λοιπές νευροφυτικές διαταραχές.
ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	
ΒΑΔΙΣΜΑ	
ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ	
ΚΡΑΝΙΑΚΑ ΝΕΥΡΑ	
ΒΥΘΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΥ	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :	

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

ΑΡΙΘ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:		
ΑΙΤΙΑ ΝΟΣΗΛΙΑΣ:				
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΗ	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ	ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗ N/O
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ		ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡ/ΚΟΥ	ΕΙΔΟΣ ΠΑΡ/ΚΟΥ	ΕΚΔΟΤΗΣ ΠΑΡ/ΚΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡ/ΚΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡ/ΚΟΥ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Θα γίνεται το συνοπτικό data-entry στο πρωτόκολλο και αυτόματα η πληροφορία θα μεταφέρεται στην οθόνη της τιμολόγησης, ώστε να μπορεί ο operator αργότερα να κάνει την καταχώρηση της ανάλυσης του παραστατικού.

ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΜΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου:

Κωδικός Ασφαλισμένου:

Κωδικός Περιστατικού :

Δεν έχουμε αποδεχθεί την κάλυψη των παρακάτω ιατρικών υπηρεσιών ή υλικών, τα οποία εσείς ή ο θεράπων ιατρός σας παρήγγειλε: _____

Δε αποδεχθήκαμε την κάλυψη επειδή: _____

Ελαβα γνώση :

Ο Ελεγκτής Ιατρός

Ο ασφαλισμένος



ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΜΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ

Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου:

Κωδικός Ασφαλισμένου:

Κωδικός Περιστατικού :

Την _____ λάβαμε τα παρακάτω δικαιολογητικά σας:

που εκδόθηκαν από _____ την _____.

Δεν αποδεχόμαστε την καταβολή αποζημίωσης για _____

επειδή: _____

Για την Εταιρία

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΥ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΞΟΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	2. ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ
3. ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	3. ΦΟΡΕΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5. Δεν συμφωνώ με τον υπολογισμό της αποζημίωσης, για το περιστατικό Νοσοκομειακής περίθαλψης, που αναφέρεται στο χρονικό διάστημα :

6. Οι λόγοι που επικαλούμαι είναι :

7. Περιέγραψε με σαφήνεια την ασθένεια ή τον τραυματισμό :

8. Έχω συμπληρωματικά έγγραφα να προσκομίσω (επισύναψε τα σχετικά δικαιολογητικά)
 Δεν έχω συμπληρωματικά δικαιολογητικά.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΖΗΤΟΥΝΤΑΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ. ΥΠΕΓΡΑΨΕ ΚΑΙ ΕΠΕΣΤΡΕΨΕ
ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ, ΜΑΖΙ ΜΕ ΟΠΟΙΑ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ.
ΕΑΝ ΧΡΕΙΣΤΕΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ, ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΕ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟ ΣΟΥ Ή ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ.
ΚΡΑΤΗΣΕ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΓΙΑ ΤΟ ΑΡΧΕΙΟ ΣΟΥ.

9. ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ Ή ΤΟΥ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ

Ασφαλισμένος	Αντιπρόσωπος		
Διεύθυνση	Διεύθυνση		
Τηλέφωνο	Ημερομηνία	Τηλέφωνο	

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΥ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	2. ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ
3. ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	3. ΦΟΡΕΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5. Δεν συμφωνώ με τον υπολογισμό του επιδόματος, για το περιστατικό Νοσοκομειακής περίθαλψης, που αναφέρεται στο χρονικό διάστημα :

6. Οι λόγοι που επικαλούμαι είναι :

7. Περιέγραψε με σαφήνεια την ασθένεια ή τον τραυματισμό :

8. Έχω συμπληρωματικά έγγραφα να προσκομίσω (επισύναψε τα σχετικά δικαιολογητικά)
 Δεν έχω συμπληρωματικά δικαιολογητικά.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΖΗΤΟΥΝΤΑΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ. ΥΠΕΓΡΑΨΕ ΚΑΙ ΕΠΕΣΤΡΕΨΕ
ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ, ΜΑΖΙ ΜΕ ΟΠΟΙΑ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ.
ΕΑΝ ΧΡΕΙΣΤΕΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ, ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΕ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟ ΣΟΥ Ή ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ.
ΚΡΑΤΗΣΕ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΓΙΑ ΤΟ ΑΡΧΕΙΟ ΣΟΥ.

9. ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ Ή ΤΟΥ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ

Ασφαλισμένος	Αντιπρόσωπος		
Διεύθυνση	Διεύθυνση		
Τηλέφωνο	Ημερομηνία	Τηλέφωνο	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

V

ΔΕΙΓΜΑΤΑ

ΕΚΤΥΠΩΣΕΩΝ & ΑΝΑΦΟΡΩΝ



Αναλυτικά Στοιχεία Κατά Ημερομηνία

Από 1/1/1996 Εως 31/12/1998

Περιορισμοί : Ασφαλισμένος: Ατμετζίδης

A/A Εγγραφής	Επώνυμο	Ημ/νία Γέννησης	Είδος Απασχόλησης	Ημ. Εναρξης Ασφ.	Ημ. Εγγραφής	Ιατρική Πράξη	Ημ/νία Πληρωμής
Κωδ. Ασφαλισμένου	Όνομα	Ηλικία	Φορέας Ασφάλισης	Ημ. Λήξης	Ημ. Συμβάντος	Ειδικότητα Ιατρ.	Παρεχ. Υπηρεσία
Εγγραφή	Φύλο	Ομάδα Ηλικιών	Αρ.Ασφ. Συμβολ.	Ποσό Κάλυψης	Νόσος	Εκβαση Νοσηλείας	Αιτούμενη Αποζημ.
Κατάθεση Δικαιολ.	Οικογ. Κατάσταση	Περιοχή Κατοικίας	Ασφ. Πρόγραμμα	A/A Claim	Θεραπευτήριο	Ημέρες Νοσηλείας	Πληρωτέα Αποζημ
9	Ατμετζίδης	29/5/1959	Δ/νοντες & Ανώτερα Δ Εταιρησιακό Σφάλισμα	1/1/1996	30/7/1996	Ακτινογραφία κλπ	30/7/1996
10203040	Ιωάννης	43	ΙΚΑ	31/12/2010	30/6/1996	Ορθοπεδικός	Εξωτερικά ιατρεία
30/7/1996	Αρρεν	40-49 ετών	2587458965	2.500.000 Δρχ	Νοσήματα του Μυοσκε λεταρικού Συστήματος	Βελτίωση	30.000 Δρχ
25/7/1996	Διαζευγμένος	Θεσσαλία	Πρόγραμμα 1	11	Υγεία ΑΕ	0	25.000 Δρχ
9	Ατμετζίδης	29/5/1959	Δ/νοντες & Ανώτερα Δ Εταιρησιακό Σφάλισμα	1/1/1996	15/4/1998	Εξέταση σε εξωτερικά ι ατρεία	13/4/1998
10203040	Ιωάννης	43	ΙΚΑ	31/12/2010	30/3/1998	Ορθοπεδικός	Εξωτερικά ιατρεία
30/7/1996	Αρρεν	40-49 ετών	2587458965	2.500.000 Δρχ	Νοσήματα του Μυοσκε λεταρικού Συστήματος	Αμετάβλητη	25.000 Δρχ
10/4/1998	Διαζευγμένος	Θεσσαλία	Πρόγραμμα 1	22	Ιατρικό Κέντρο Αθηνών ..	0	25.000 Δρχ

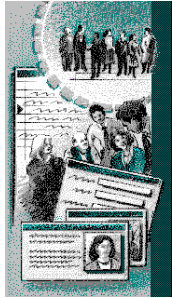


Αναλυτικά Στοιχεία Κατά Ημερομηνία

Από 1/1/1995 Εως 31/12/1998

Περιορισμοί : Θεραπευτήριο: Υγεία ΑΕ

A/A Εγγραφής	Επώνυμο	Ημ/νία Γέννησης	Είδος Απασχόλησης	Ημ. Εναρξης Ασφ.	Ημ. Εγγραφής	Ιατρική Πράξη	Ημ/νία Πληρωμής
Κωδ. Ασφαλισμένου	Όνομα	Ηλικία	Φορέας Ασφάλισης	Ημ. Λήξης	Ημ. Συμβάντος	Ειδικότητα Ιατρ.	Παρεχ. Υπηρεσία
Εγγραφή	Φύλο	Ομάδα Ηλικιών	Αρ.Ασφ. Συμβολ.	Ποσό Κάλυψης	Νόσος	Εκβαση Νοσηλείας	Αιτούμενη Αποζημ.
Κατάθεση Δικαιολ.	Οικογ. Κατάσταση	Περιοχή Κατοικίας	Ασφ. Πρόγραμμα	A/A Claim	Θεραπευτήριο	Ημέρες Νοσηλείας	Πληρωτέα Αποζημ
9	Ατμετζίδης	29/5/1959	Δ/νοντες & Ανώτερα Δ Επαγγελματίες	1/1/1996	30/7/1996	Ακτινογραφία κλπ	30/7/1996
10203040	Ιωάννης	43	ΙΚΑ	31/12/2010	30/6/1996	Ορθοπεδικός	Εξωτερικά ιατρεία
30/7/1996	Αρρεν	40-49 ετών	2587458965	2.500.000 Δρχ	Νοσήματα του Μυοσκε λεταλικού Συστήματος	Βελτίωση	30.000 Δρχ
25/7/1996	Διαξευγμένος	Θεσσαλία	Πρόγραμμα 1	11	Υγεία ΑΕ	0	25.000 Δρχ
8	Νικολάου	29/8/1962	Τεχνίτες, Εργάτες, Οδη καί κλπ	1/2/1996	21/2/1998	Ακτινογραφία κλπ	18/2/1998
14512548	Δημήτριος	40	ΙΚΑ	31/1/2011	10/2/1998	Ακτινολόγος	Νοσοκομειακή περίθαλ
30/7/1996	Αρρεν	40-49 ετών	4545124878	2.000.000 Δρχ	Κακώσεις & Δηλητηρι ήματα	Ύαση	150.000 Δρχ
20/2/1998	Εγγαμος	Περιοχή Πρωτεύουσας	Πρόγραμμα 4	21	Υγεία ΑΕ	3	120.000 Δρχ
8	Νικολάου	29/8/1962	Τεχνίτες, Εργάτες, Οδη καί κλπ	1/2/1996	21/2/1998	Ακτινογραφία κλπ	18/2/1998
14512548	Δημήτριος	40	ΙΚΑ	31/1/2011	10/2/1998	Ακτινολόγος	Νοσοκομειακές υπηρεσί
30/7/1996	Αρρεν	40-49 ετών	4545124878	2.000.000 Δρχ	Κακώσεις & Δηλητηρι ήματα	Ύαση	250.000 Δρχ
20/2/1998	Εγγαμος	Περιοχή Πρωτεύουσας	Πρόγραμμα 4	21	Υγεία ΑΕ	3	200.000 Δρχ
8	Νικολάου	29/8/1962	Τεχνίτες, Εργάτες, Οδη καί κλπ	1/2/1996	21/2/1998	Ακτινογραφία κλπ	18/2/1998
14512548	Δημήτριος	40	ΙΚΑ	31/1/2011	10/2/1998	Ακτινολόγος	Εργαστηριακές εξετάσει
30/7/1996	Αρρεν	40-49 ετών	4545124878	2.000.000 Δρχ	Κακώσεις & Δηλητηρι ήματα	Ύαση	10.000 Δρχ
20/2/1998	Εγγαμος	Περιοχή Πρωτεύουσας	Πρόγραμμα 4	21	Υγεία ΑΕ	3	10.000 Δρχ

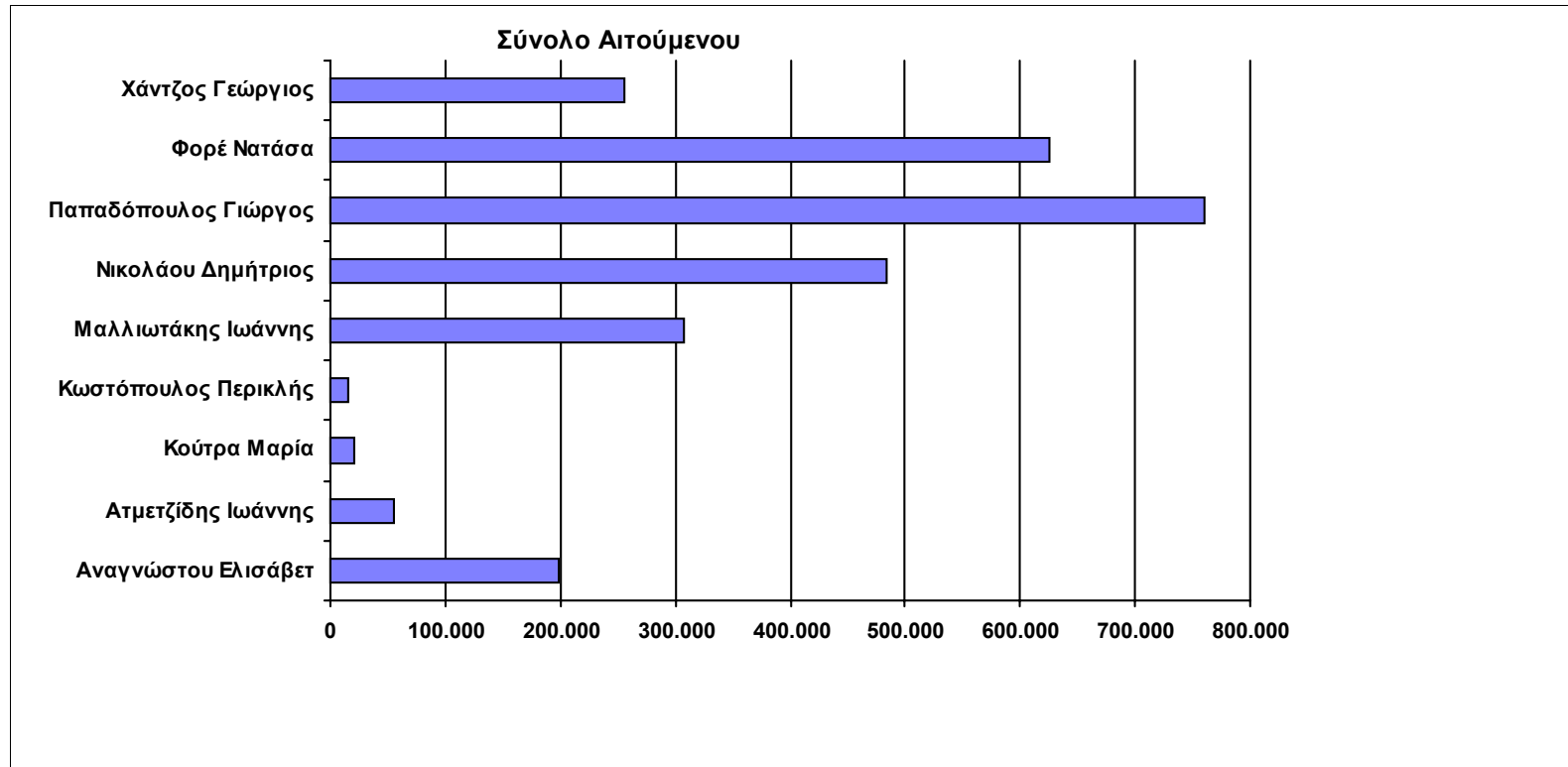


Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Ασφαλισμένο

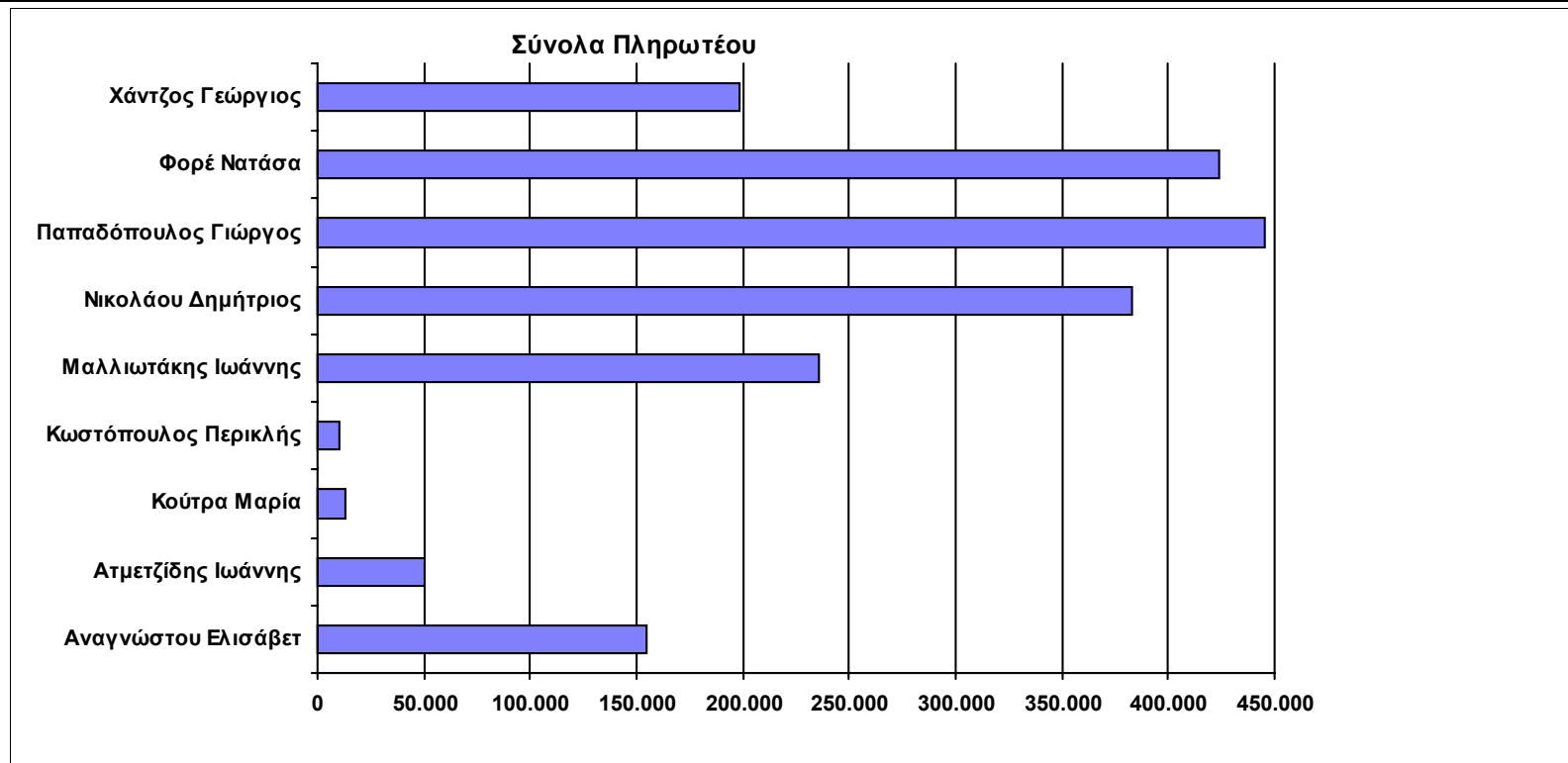
Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Επώνυμο	Κωδικός	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
Αναγνώστου Ελισάβετ	10203058	4 8,33 %	198.000 7,28 %	155.000 8,10 %	38.750
Ατμετζίδης Ιωάννης	10203040	2 4,17 %	55.000 2,02 %	50.000 2,61 %	25.000
Κούτρα Μαρία	10203056	2 4,17 %	20.000 0,74 %	13.000 0,68 %	6.500
Κωστόπουλος Περικλής	10205089	1 2,08 %	15.000 0,55 %	10.000 0,52 %	10.000
Μαλλιωτάκης Ιωάννης	10206089	10 20,83 %	308.000 11,32 %	236.000 12,33 %	23.600
Νικολάου Δημήτριος	14512548	6 12,50 %	484.000 17,79 %	383.000 20,01 %	63.833
Παπαδόπουλος Γιώργος	10101010	11 22,92 %	760.000 27,94 %	445.000 23,25 %	40.455
Φορέ Νατάσα	10000001	8 16,67 %	625.000 22,98 %	424.000 22,15 %	53.000
Χάντζος Γεώργιος	12458596	4 8,33 %	255.000 9,38 %	198.000 10,34 %	49.500
Σύνολα		48	2.720.000	1.914.000	39.875

Επώνυμο	Κωδικός	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
---------	---------	---------------	-------------------	------------------	------------------



Επώνυμο	Κωδικός	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
---------	---------	---------------	-------------------	------------------	------------------





Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Φύλο

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Φύλο	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
Αρρεν	34 70,83 %	1.877.000 69,01 %	1.322.000 69,07 %	38.882
Θήλυ	14 29,17 %	843.000 30,99 %	592.000 30,93 %	42.286
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Ομάδα Ηλικιών

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Ομάδα Ηλικιών	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
30-39 ετών	24 50,00 %	1.208.000 44,41 %	871.000 45,51 %	36.292
40-49 ετών	20 41,67 %	1.314.000 48,31 %	888.000 46,39 %	44.400
6-9 ετών	4 8,33 %	198.000 7,28 %	155.000 8,10 %	38.750
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Οικογενειακή Κατάσταση

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Οικογενειακή Κατάσταση	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
Εγγαμος	45 93,75 %	2.650.000 97,43 %	1.854.000 96,87 %	41.200
Αγαμος	1 2,08 %	15.000 0,55 %	10.000 0,52 %	10.000
Διαζευγμένος	2 4,17 %	55.000 2,02 %	50.000 2,61 %	25.000
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Περιοχή Κατοικίας

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Περιοχή Κατοικίας	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
Περιοχή Πρωτεύουσας	41 85,42 %	2.452.000 90,15 %	1.699.000 88,77 %	41.439
Θεσσαλία	2 4,17 %	55.000 2,02 %	50.000 2,61 %	25.000
Μακεδονία	4 8,33 %	198.000 7,28 %	155.000 8,10 %	38.750
Νησιά του Αιγαίου	1 2,08 %	15.000 0,55 %	10.000 0,52 %	10.000
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Είδος Απασχόλησης

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Είδος Απασχόλησης	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
Έμποροι, Ελευθ. Επαγ/τίες, Πωλητές κλπ	18 37,50 %	761.000 27,98 %	589.000 30,77 %	32.722
Δ/νοντες & Ανώτερα Διοικητικά Στελέχη	2 4,17 %	55.000 2,02 %	50.000 2,61 %	25.000
Υπάλληλοι γραφείου	11 22,92 %	760.000 27,94 %	445.000 23,25 %	40.455
Τεχνίτες, Εργάτες, Οδηγοί κλπ	6 12,50 %	484.000 17,79 %	383.000 20,01 %	63.833
Λοιποί	11 22,92 %	660.000 24,26 %	447.000 23,35 %	40.636
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Ασφαλιστικό Πρόγραμμα

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Ασφαλιστικό Πρόγραμμα	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
Πρόγραμμα 1	18 37,50 %	638.000 23,46 %	497.000 25,97 %	27.611
Πρόγραμμα 2	11 22,92 %	760.000 27,94 %	445.000 23,25 %	40.455
Πρόγραμμα 3	12 25,00 %	823.000 30,26 %	579.000 30,25 %	48.250
Πρόγραμμα 4	7 14,58 %	499.000 18,35 %	393.000 20,53 %	56.143
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Νόσο

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Νόσος	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
Ενδοκρινικά & Μεταβολικά Νοσήματα	15 31,25 %	905.000 33,27 %	531.000 27,74 %	35.400
Λοιμώδη & Παρασιτικά Νοσήματα	4 8,33 %	198.000 7,28 %	155.000 8,10 %	38.750
Νοσήματα του Κυκλοφορικού Συστήματος	1 2,08 %	15.000 0,55 %	10.000 0,52 %	10.000
Νοσήματα του Αναπνευστικού Συστήματος	14 29,17 %	563.000 20,70 %	434.000 22,68 %	31.000
Επιπλοκές της Κυήσεως, του Τοκετού & της Λοχείας	4 8,33 %	480.000 17,65 %	338.000 17,66 %	84.500
Νοσήματα του Δέρματος	3 6,25 %	74.000 2,72 %	53.000 2,77 %	17.667
Νοσήματα του Μυοσκελετικού Συστήματος	2 4,17 %	55.000 2,02 %	50.000 2,61 %	25.000
Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	2 4,17 %	20.000 0,74 %	13.000 0,68 %	6.500
Κακώσεις & Δηλητηριάσεις	3 6,25 %	410.000 15,07 %	330.000 17,24 %	110.000
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Υπηρεσία Υγείας

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Υπηρεσία Υγείας	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
Χειρουργείο	1 2,08 %	100.000 3,68 %	95.000 4,96 %	95.000
Νοσοκομειακή περίθαλψη	7 14,58 %	485.000 17,83 %	363.000 18,97 %	51.857
Νοσοκομειακές υπηρεσίες	9 18,75 %	730.000 26,84 %	555.000 29,00 %	61.667
Εξωνοσοκομειακές επισκέψεις	2 4,17 %	30.000 1,10 %	20.000 1,04 %	10.000
Φάρμακα	10 20,83 %	206.000 7,57 %	131.000 6,84 %	13.100
Εργαστηριακές εξετάσεις	12 25,00 %	964.000 35,44 %	625.000 32,65 %	52.083
Ειδικός ιατρός	1 2,08 %	40.000 1,47 %	0 0,00 %	0
Εξωτερικά ιατρεία	6 12,50 %	165.000 6,07 %	125.000 6,53 %	20.833
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Ιατρική Πράξη

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Ιατρική Πράξη	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
Εξέταση στο Ιατρείο	3 6,25 %	35.000 1,29 %	23.000 1,20 %	7.667
Εγχείριση	5 10,42 %	158.000 5,81 %	135.000 7,05 %	27.000
Ακτινογραφία κλπ	4 8,33 %	440.000 16,18 %	355.000 18,55 %	88.750
Εξέταση σε εξωτερικά ιατρεία	2 4,17 %	75.000 2,76 %	65.000 3,40 %	32.500
Εισαγωγή σε Θεραπευτήριο	16 33,33 %	1.025.000 37,68 %	685.000 35,79 %	42.813
Εργαστηριακές εξετάσεις	18 37,50 %	987.000 36,29 %	651.000 34,01 %	36.167
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Ειδικότητα Ιατρού

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Ειδικότητα Ιατρού	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
Μαιευτήρας-Γυναικολόγος	8 16,67 %	625.000 22,98 %	424.000 22,15 %	53.000
Παθολόγος	11 22,92 %	400.000 14,71 %	293.000 15,31 %	26.636
Ακτινολόγος	3 6,25 %	410.000 15,07 %	330.000 17,24 %	110.000
Ορθοπαιδικός	7 14,58 %	213.000 7,83 %	185.000 9,67 %	26.429
Μικροβιολόγος	12 25,00 %	800.000 29,41 %	474.000 24,76 %	39.500
Παιδίατρος	4 8,33 %	198.000 7,28 %	155.000 8,10 %	38.750
Δεν δηλώθηκε	3 6,25 %	74.000 2,72 %	53.000 2,77 %	17.667
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Εκβαση Νοσηλείας

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Εκβαση Νοσηλείας	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
Αμετάβλητη	19 39,58 %	955.000 35,11 %	562.000 29,36 %	29.579
Ίαση	20 41,67 %	1.501.000 55,18 %	1.156.000 60,40 %	57.800
Βελτίωση	6 12,50 %	190.000 6,99 %	143.000 7,47 %	23.833
Δεν δηλώθηκε	3 6,25 %	74.000 2,72 %	53.000 2,77 %	17.667
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Ημέρες Νοσηλείας

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Ημέρες Νοσηλείας	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
0	13 27,08 %	375.000 13,79 %	218.000 11,39 %	16.769
1	10 20,83 %	469.000 17,24 %	356.000 18,60 %	35.600
2	4 8,33 %	110.000 4,04 %	72.000 3,76 %	18.000
3	8 16,67 %	930.000 34,19 %	640.000 33,44 %	80.000
4	4 8,33 %	480.000 17,65 %	338.000 17,66 %	84.500
5	5 10,42 %	158.000 5,81 %	135.000 7,05 %	27.000
6	4 8,33 %	198.000 7,28 %	155.000 8,10 %	38.750
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Μόρφωση

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Μόρφωση	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
Πρωτοβάθμια Εκπ/ση	6 12,50 %	484.000 17,79 %	383.000 20,01 %	63.833
Δευτεροβάθμια Εκπ/ση	9 18,75 %	468.000 17,21 %	363.000 18,97 %	40.333
ΤΕΙ	21 43,75 %	1.068.000 39,26 %	681.000 35,58 %	32.429
ΑΕΙ	12 25,00 %	700.000 25,74 %	487.000 25,44 %	40.583
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875



Συγκεντρωτικά Στοιχεία Κατά Διάγνωση Εισαγωγής

Από 1/1/1995 Έως 31/12/1998

Διάγνωση Εισαγωγής	Πλήθος Claims	Σύνολο Αιτούμενου	Σύνολο Πληρωτέου	Κόστος ανά Claim
	22 45,83 %	1.065.000 39,15 %	798.000 41,69 %	36.273
Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	4 8,33 %	255.000 9,38 %	198.000 10,34 %	49.500
Δεν δηλώθηκε	6 12,50 %	195.000 7,17 %	76.000 3,97 %	12.667
Ενδοκρινικά & Μεταβολικά Νοσήματα	8 16,67 %	660.000 24,26 %	415.000 21,68 %	51.875
Κακώσεις & Δηλητηριάσεις	4 8,33 %	435.000 15,99 %	355.000 18,55 %	88.750
Καταστάσεις Περιγεννητικής Περιόδου	4 8,33 %	110.000 4,04 %	72.000 3,76 %	18.000
Σύνολα	48	2.720.000	1.914.000	39.875

Πλήθος Claims ανά νόσο και έτος

Νόσος	Έτος	Αρ.Claims
Ενδοκρινικά & Μεταβολικά Νοσήματα		
	1995	3
	1996	9
	1997	3
	1999	3
Λοιμώδη & Παρασιτικά Νοσήματα		
	1996	4
Νοσήματα του Κυκλοφορικού Συστήματος		
	1996	1
Νοσήματα του Αναπνευστικού Συστήματος		
	1996	4
	1997	10
Επιπλοκές της Κύησης, του Τοκετού & της Λοχείας		
	1996	4
Νοσήματα του Δέρματος		
	1996	3
Νοσήματα του Μυοσκελετικού Συστήματος		
	1996	1
	1998	1
Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις		
	1996	2
Κακώσεις & Δηλητηριάσεις		
	1998	3

Αιτούμενο Ποσό Claims ανά νόσο και έτος

Νόσος	Έτος	Αιτούμενο Ποσό
Ενδοκρινικά & Μεταβολικά Νοσήματα		
	1995	95.000
	1996	670.000
	1997	140.000
	1999	140.000
Λοιμώδη & Παρασιτικά Νοσήματα		
	1996	198.000
Νοσήματα του Κυκλοφορικού Συστήματος		
	1996	15.000
Νοσήματα του Αναπνευστικού Συστήματος		
	1996	110.000
	1997	453.000
Επιπλοκές της Κύησης, του Τοκετού & της Λοχείας		
	1996	480.000
Νοσήματα του Δέρματος		
	1996	74.000
Νοσήματα του Μυοσκελετικού Συστήματος		
	1996	30.000
	1998	25.000
Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις		
	1996	20.000
Κακώσεις & Δηλητηριάσεις		
	1998	410.000

Πληρωτέο Ποσό Claims ανά νόσο και έτος

Νόσος	Έτος	Πληρωτέο Ποσό
Ενδοκρινικά & Μεταβολικά Νοσήματα		
	1995	46.000
	1996	380.000
	1997	105.000
	1999	100.000
Λοιμώδη & Παρασιτικά Νοσήματα		
	1996	155.000
Νοσήματα του Κυκλοφορικού Συστήματος		
	1996	10.000
Νοσήματα του Αναπνευστικού Συστήματος		
	1996	72.000
	1997	362.000
Επιπλοκές της Κύησης, του Τοκετού & της Λοχείας		
	1996	338.000
Νοσήματα του Δέρματος		
	1996	53.000
Νοσήματα του Μυοσκελετικού Συστήματος		
	1996	25.000
	1998	25.000
Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις		
	1996	13.000
Κακώσεις & Δηλητηριάσεις		
	1998	330.000

Χρόνος που μεσολάβησε από την έναρξη της και του 1ου Claim για κάθε κατηγορία νόσου

Όνοματεπώνυμο: Αναγνώστου Ελισάβετ

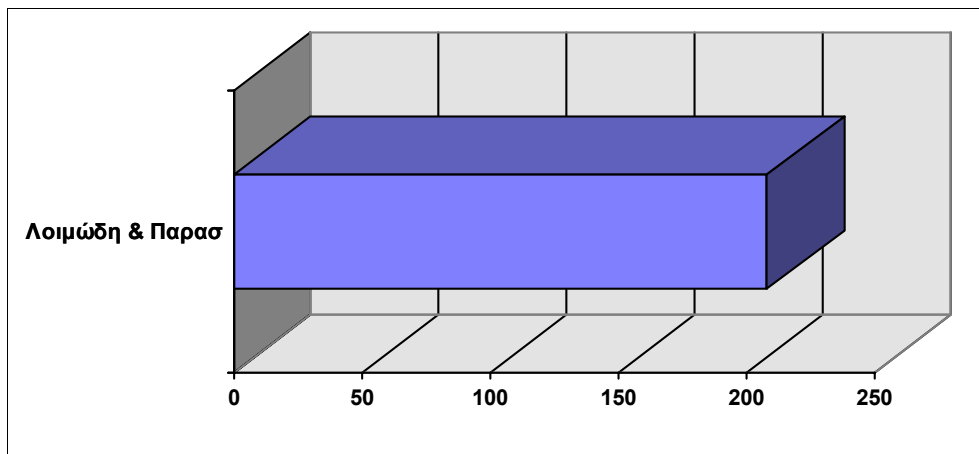
Κωδικός: 10203058

Ημ.Ασφάλισης:

30/12/1995

Νόσος	Ημ/νία Claim	Ημέρες από την Εναρξη
Λοιμώδη & Παρασιτικά Νοσήματα	25/7/1996	208

12



Όνοματεπώνυμο: Ατμετζίδης Ιωάννης

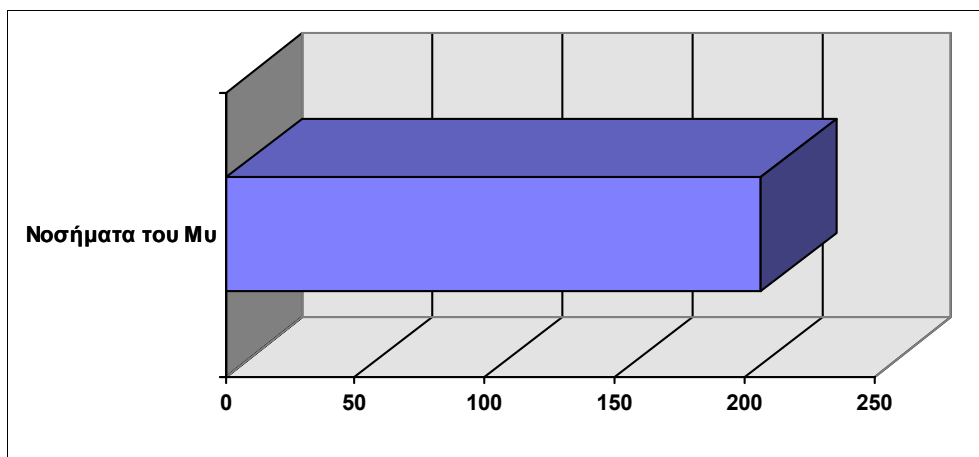
Κωδικός: 10203040

Ημ.Ασφάλισης:

1/1/1996

Νόσος	Ημ/νία Claim	Ημέρες από την Εναρξη
Νοσήματα του Μυοσκελετικού Συστήματος	25/7/1996	206

9



Όνοματεπώνυμο: Κούτρα Μαρία

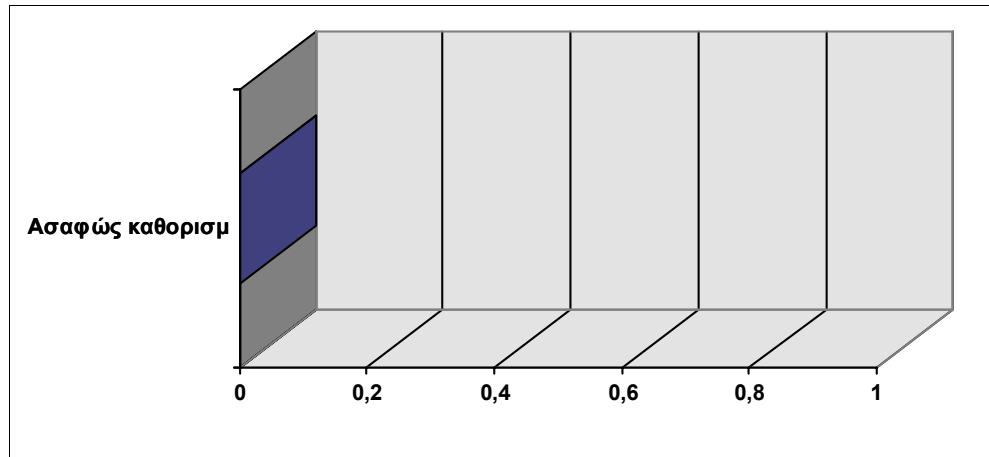
Κωδικός: 10203056

Ημ.Ασφάλισης:

20/7/1996

Νόσος	Ημ/ία Claim	Ήμερες από την Εναρξη
Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	20/7/1996	0

7



Όνοματεπώνυμο: Κωστόπουλος Περικλής

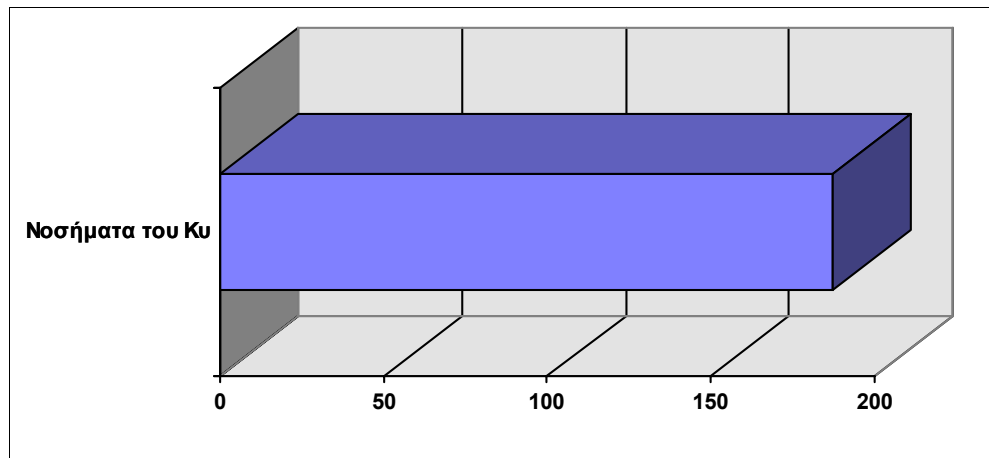
Κωδικός: 10205089

Ημ.Ασφάλισης:

20/1/1996

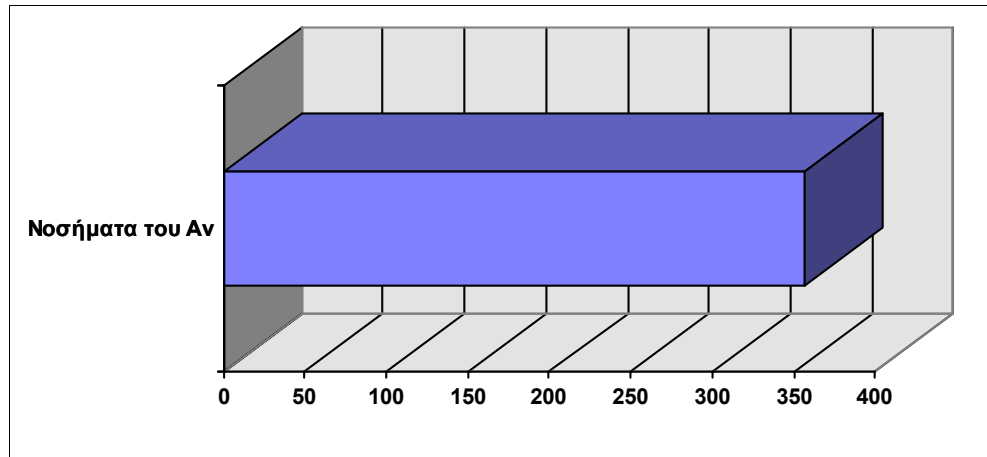
Νόσος	Ημ/ία Claim	Ήμερες από την Εναρξη
Νοσήματα του Κυκλοφορικού Συστήματος	25/7/1996	187

10



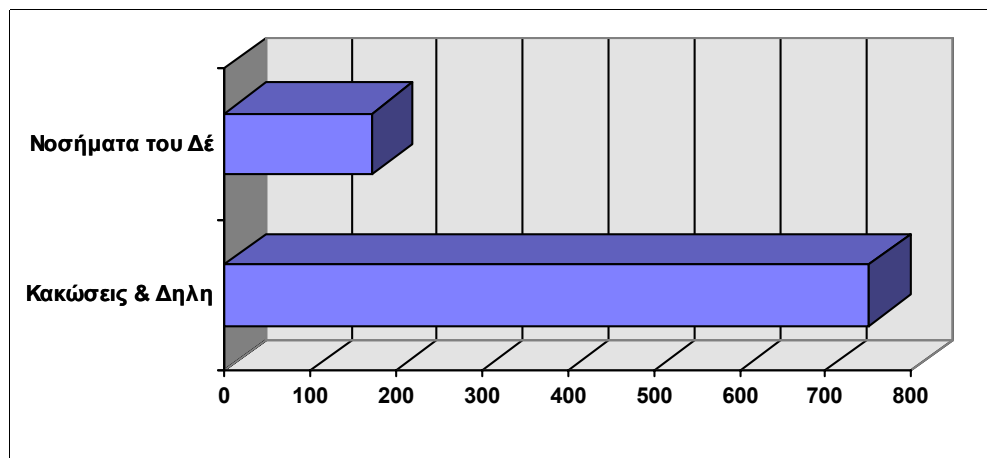
Νόσος	Ημ/νία Claim	Ήμέρες από την Εναρξη
Νοσήματα του Αναπνευστικού Συστήματος	15/12/1996	357

11



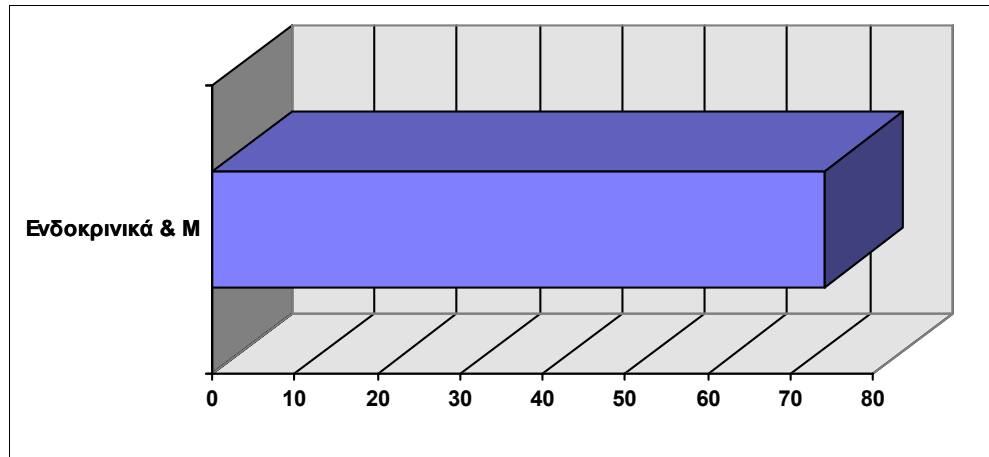
Νόσος	Ημ/νία Claim	Ήμέρες από την Εναρξη
Νοσήματα του Δέρματος	22/7/1996	172
Κακώσεις & Δηλητηριάσεις	20/2/1998	750

8



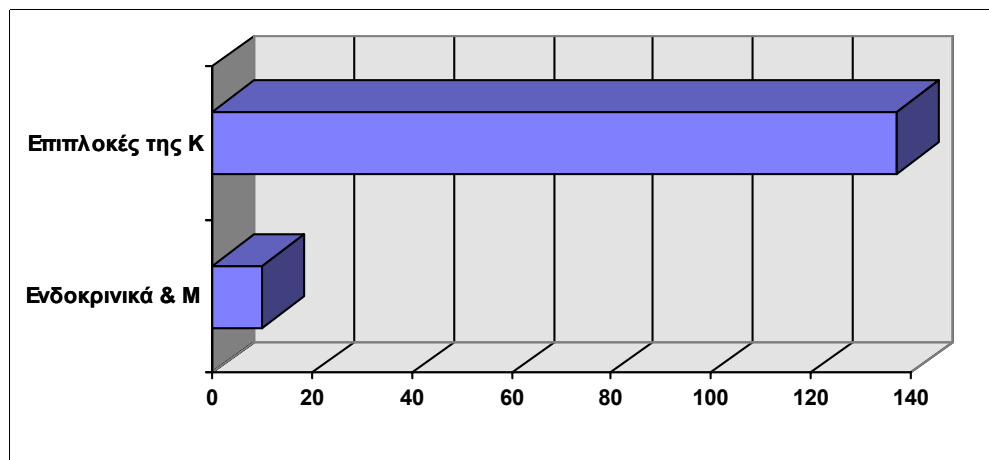
Νόσος	Ημ/ία Claim	Ήμέρες από την Εναρξη
Ενδοκρινικά & Μεταβολικά Νοσήματα	15/4/1996	74

1



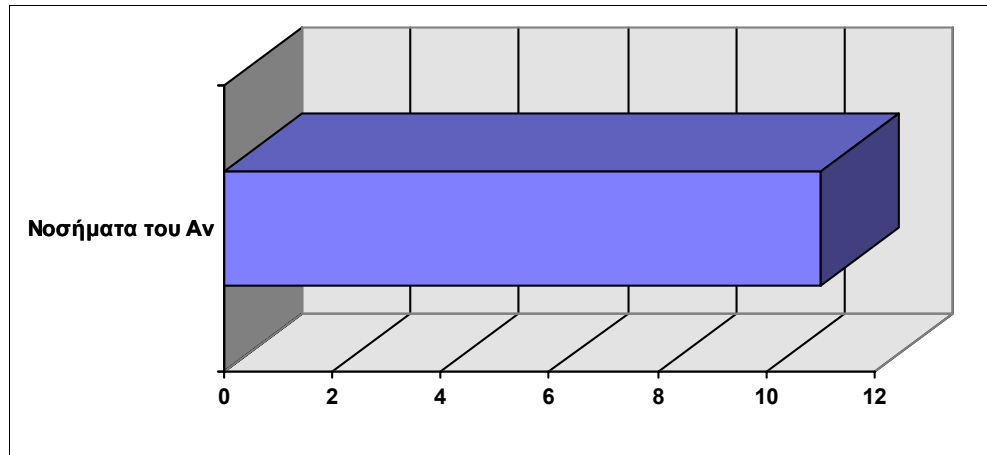
Νόσος	Ημ/ία Claim	Ήμέρες από την Εναρξη
Ενδοκρινικά & Μεταβολικά Νοσήματα	20/3/1996	10
Επιπλοκές της Κυήσεως, του Τοκετού & της Λοχείας	25/7/1996	137

5



Νόσος	Ημ/ία Claim	Ήμερες από την Εναρξη
Νοσήματα του Αναπνευστικού Συστήματος	12/4/1997	11

13



Μέσος Χρόνος που μεσολάβησε από την έναρξη της Ασφάλισης και του 1ου Claim για κάθε κατηγορία νόσου

Νόσος	Ιέσος Χρόνος (Ημέρες)
Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	0
Ενδοκρινικά & Μεταβολικά Νοσήματα	42
Επιπλοκές της Κυήσεως, του Τοκετού & της Λοχείας	137
Νοσήματα του Δέρματος	172
Νοσήματα του Αναπνευστικού Συστήματος	184
Νοσήματα του Κυκλοφορικού Συστήματος	187
Νοσήματα του Μυοσκελετικού Συστήματος	206
Λοιμώδη & Παρασιτικά Νοσήματα	208
Κακώσεις & Δηλητηριάσεις	750

