



**Π.Μ.Σ.  
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ  
ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ»**

**Α.Ε.Ι. ΠΕΙΡΑΙΑ Τ.Τ.  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ &  
ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ**



---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ»**

**ΝΕΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΚΑΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ  
ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (2010-2016). ΜΕΛΕΤΗ  
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: «ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ»**

**Δήμου Ανθία**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής  
του Α.Ε.Ι. Πειραιά Τ.Τ. για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Δημόσια Οικονομική και Πολιτική.

Πειραιάς, 2017





**Π.Μ.Σ.  
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ  
ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ»**

**Α.Ε.Ι. ΠΕΙΡΑΙΑ Τ.Τ.  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ &  
ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ**



---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ»**

**ΝΕΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΚΑΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ  
ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (2010-2016). ΜΕΛΕΤΗ  
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: «ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ»**

**Δήμου Ανθία, Α.Μ.: 04013**

Επιβλέπων Καθηγητής: Στρόμπλος Νικόλαος

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής  
του Α.Ε.Ι. Πειραιά Τ.Τ. για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Δημόσια Οικονομική και Πολιτική.

Πειραιάς, 2017





**M.Sc. IN  
«PUBLIC ECONOMICS  
AND POLICY»**

**PIRAEUS UNIVERSITY OF  
APPLIED SCIENCES  
DEPARTMENT OF  
ACCOUNTING & FINANCE**



**M.Sc. in Public Economics and Policy**

**NEW PUBLIC MANAGEMENT AND REFORMS  
IN THE GREEK HEALTH SYSTEM (2010-2016)  
CASE STUDY: «ELECTRONIC PRESCRIPTION»**

**Dimou Anthia, RN: 04013**

Supervisor: Stroplos Nikolaos

Master Thesis submitted to the Department of Accounting & Finance of the Piraeus University of Applied Sciences (T.E.I. of Piraeus) in partial fulfillment of the requirements for the degree of M.Sc. in Public Economics and Policy

Piraeus, Greece, 2017



## *ΑΦΙΕΡΩΣΗ*

*Στους Πολυαγαπημένους μου γονείς,  
και στην οικογένεια μου.  
«Μην σταματάς στο τι ήθελες να ήσουν μόνο το τι είσαι τώρα μετρά.  
Σε ότι καλό έκανες αυτή την μέρα,  
Χαμογέλα.  
Κοίτα μπροστά.»*

*Αποστολία Δήμου*





## Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Νικόλαο Στρόμπλο, που με στήριξε και με ενθάρρυνε με διακριτικότητα και υπομονή, στην προσπάθεια μου να εκπονήσω την παρούσα διπλωματική εργασία.

Ευχαριστώ επίσης τον επιστημονικά υπεύθυνο, Καθηγητή μας κ. Θεόδωρο Παπαηλία, ο οποίος συνέβαλε καταλυτικά σε όλη την διάρκεια της φοίτησης μας, στάθηκε αρωγός στον καθένα από εμάς ξεχωριστά, και μας ενθάρρυνε συνεχώς με τις πολύτιμες συμβουλές του.

Θα ήθελα επίσης να εκφράσω τις πραγματικές ευχαριστίες και την αγάπη μου στην αδελφή μου Αναστασία Δήμου και στην φίλη μου και συνάδελφο μου Έφη Πουρνιά, που με την ηθική και ουσιαστική στήριξη τους, ολοκλήρωσα αυτόν τον κύκλο σπουδών.

Σε όλους όσους στάθηκαν δίπλα μου κατανόησαν, διευκόλυναν, και υποστήριξαν την προσπάθεια μου αυτή με την αγάπη, τον λόγο και τις πράξεις τους, οφείλω και δίνω μέσα από την καρδιά μου ένα μεγάλο ευχαριστώ, με πολύ σεβασμό και πολύ αγάπη.



# ΝΕΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΚΑΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (2010-2016). ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: «ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ»

**Σημαντικοί όροι:** Διοικητική μεταρρύθμιση, Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ, μεταρρυθμίσεις συστημάτων υγείας, διαλειτουργικότητα, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ηλεκτρονική υγεία.

## Περίληψη

Η διοικητική μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας στην Ελλάδα βασίζεται στην εφαρμογή των συστημάτων Τεχνολογιών της Πληροφορικής και στο σύγχρονο προσανατολισμό ενός «ψηφιακού κράτους» και κατ' επέκταση στη λειτουργία της σύγχρονης Ελληνικής «δικτυακής διοίκησης». Η επιστήμη της πληροφορικής έχει πραγματοποιήσει τα τελευταία χρόνια σημαντικά άλματα, η δε πρόοδος αυτή βρίσκει εφαρμογές σε πολλούς τομείς, ανάμεσα στους οποίους συγκαταλέγεται ο τομέας της υγείας.

Η διασφάλιση πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας περίθαλψη, η βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας και η ασφάλεια των ασθενών συντελούνται με την ορθολογικότερη επιλογή της θεραπευτικής και φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών με βάση τις εξατομικευμένες πληροφορίες που παρέχονται στους θεράποντες ιατρούς, μέσω του ολοκληρωμένου συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Η συγκεκριμένη έρευνα καταγράφει τη χρησιμότητα και αναγκαιότητα των μεταρρυθμίσεων που πηγάζουν από την εφαρμογή των προγραμμάτων και δράσεων του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ στον τομέα της υγείας, τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τα αναμενόμενα οφέλη σε χρόνο και χρήμα, την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων, την αποφυγή λαθών κατά τη συνταγογράφηση και τη βελτίωση στη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Το σχέδιο δράσης e-Europe, το οποίο εστιάζει στην προσπάθεια των φορέων των μελών κρατών να προβούν στην υλοποίηση κατάλληλης υποδομής τηλεματικής και να δημιουργηθούν άριστα δίκτυα τεχνολογιών, βρήκε σημαντικότερη έκφραση στον τομέα της υγείας, προσφέροντας τα κατάλληλα εργαλεία στο ιατρικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, στη χώρα μας αναπτύχθηκε η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης κατ' εφαρμογή της οδηγίας 2011/24/ΕΕ για τα δικαιώματα των ασθενών-πολιτών.

Η βελτίωση στην παροχή υπηρεσιών υγείας με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, παρατηρείται τόσο σε κοινωνικό επίπεδο όσο και σε οικονομικά μεγέθη. Σε οικονομικό επίπεδο μακροπρόθεσμα παρέχει οικονομική αποδοτικότητα με μείωση των δαπανών υγείας και αποτελεσματικότητα με πλεονεκτήματα και οφέλη τόσο στους ασθενείς όσο και στο ιατρικό προσωπικό.

Με δεδομένα τα θετικά αποτελέσματα από την ολοκληρωμένη εφαρμογή των ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας σε άλλες χώρες μέλη, καθώς και τη θετική αποτίμηση της μέχρι σήμερα εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα, βάσιμα σχηματίζεται η πεποίθηση ότι η θεσμική εφαρμογή και των υπόλοιπων ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας, όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, η ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς και η διαλειτουργικότητα όλων των συστημάτων υγείας, δύνανται να εφαρμοστούν με την ίδια επιτυχία και στην Ελλάδα, και να καταστήσουν μελλοντικά ακόμη υψηλότερο το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας .

# **NEW PUBLIC MANAGEMENT AND REFORMS IN THE GREEK HEALTH SYSTEM (2010-2016) CASE STUDY: ELECTRONIC PRESCRIPTION**

**Keywords:** Administrative reform, new Public Management, healthcare reforms, interoperability, electronic prescribing, e-Health.

## **Abstract**

The administrative reforms in the healthcare sector in Greece are based on the implementation of the systems of Information Technology systems and the modern orientation of a "digital state" and consequently on the operation of the modern Greek "web administration". Information Technology has made significant advances over the last years and this influenced a lot of fields, among them the healthcare sector.

Ensuring the access to high quality healthcare, improving the provision of healthcare services and the safety of the patients take place with a more rational selection of the treatment and medications given to the patients based on personalized information available to the doctors, through the complete system of electronic prescribing.

This specific study records the usefulness and necessity of the reforms that stem from the implementation of the programs and activities of the New Public Management in the healthcare sector, the use of electronic subscribing and the expected benefits in time and money, the safety of personal data, avoiding errors during prescribing and improving the quality of the provided healthcare services.

The action plan e-Europe, which focuses on the effort of the institutions of the member states to proceed with the implementation of the suitable telematics infrastructures and to create excellent technology networks, proved to be highly effective to the healthcare sector, providing the necessary tools for the medical staff. More specifically, in our country we developed the implementation of the electronic subscribing according to the Directive 2011/24/EC regarding the rights of the patients-citizens.

The improvement in the provision of healthcare services with the implementation of the electronic subscribing can be seen both on the social level and regarding the financial cost. On the financial level, it provides a long term financial effectiveness with a reduction of the healthcare expenses, with advantage and benefits both to the patients and the medical staff.

Given the positive results from the complete implementation of electronic healthcare services in other member states, as well as the so far positive evaluation of the electronic subscribing in Greece, it is reasonable to believe that the institutional implementation of all the other electronic healthcare services, such as the Electronic Medical Record, the electronic health card and the interoperability of all healthcare systems, can be as successful in Greece and to raise the level of the provided healthcare services in the future.

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	xi
Abstract .....	xiii
Περιεχόμενα.....	xv
Κατάλογος Πινάκων .....	xix
Κατάλογος Σχημάτων .....	xxi
Κατάλογος Συντομογραφιών .....	xxiii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	xxv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	1
ΝΕΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ & ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	1
1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Ιστορική εξέλιξη της Ελληνικής Δημόσιας Διοικητικής Μεταρρύθμισης από την ίδρυση του κράτους μέχρι και σήμερα. ....	2
1.3 Το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ προσαρμοσμένο στην σύγχρονη μεταρρυθμιστική Στρατηγική Διακυβέρνησης .....	8
1.4 Δράσεις που συνθέτουν το ΝΔΜ – Μελλοντικό όραμα μεταρρυθμίσεων στον τομέα της Υγείας .....	12
1.4.1 Δράσεις και μεταρρυθμιστικά προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης .....	13
1.4.2 Δράσεις και προγράμματα ΝΔΜ στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα.....	15
1.5 Ηλεκτρονικές Εφαρμογές του ΝΔΜ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας .....	18
1.6 Η πορεία της πολιτικής στο δημόσιο τομέα της Υγείας και η διοίκηση μέσω στόχων στη παροχή υπηρεσιών μέσω του Ν.Δ.Μ.....	20
1.7 Ανακεφαλαίωση.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	25
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ & ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	25
2.1 Εισαγωγή.....	25
2.2.Διαλειτουργικότητα .....	26
2.2.1 Ορισμός.....	26

2.2.2 Διαλειτουργικότητα ως διασυνοριακή υπηρεσία .....	27
2.2.3 Οργανωσιακή Διαλειτουργικότητα.....	28
2.3 Τηλεϊατρική .....	31
2.4 Ηλεκτρονικός φάκελος Υγείας .....	35
2.5 Ηλεκτρονική κάρτα Υγείας .....	39
2.6. Κινητή» υγεία ("mHealth").....	40
2.7 Ανακεφαλαίωση.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	45
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	45
3.1 Εισαγωγή.....	45
3.2 Ορισμός Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.....	46
3.3 Νομοθεσία σχετικά με την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση .....	46
3.4 Σημασία και δυνατότητες της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.....	49
3.5 Η Φαρμακευτική δαπάνη και αναγκαιότητα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης .....	52
3.6 Η Εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης στην Ελλάδα .....	56
3.6.1 Οφέλη της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης .....	58
3.6.2 Εμπόδια στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.....	60
3.7 Ανακεφαλαίωση.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	63
ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΧΩΡΟ.....	63
4.1.Εισαγωγή.....	63
4.2 Ε.Ε και Ηλεκτρονική Δικαιοσύνη.....	64
4.3 Εφαρμογή των e-health εργαλείων στην Ε.Ε.....	65
4.4 Σχέδιο Δράσης της e-health στον Ευρωπαϊκό χώρο .....	66
4.5 Διασυνοριακές Υπηρεσίες Υγειονομικής Περίθαλψης στην ΕΕ.....	69
4.6 Προκλήσεις και ευκαιρίες της ηλ-υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση .....	71
4.7 Ανακεφαλαίωση.....	73



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	75
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ.....	75
5.1. Εισαγωγή.....	75
5.2 Μεθοδολογία - Υλικό - Χαρακτηριστικά της Έρευνας .....	75
5.3 Στατιστική ανάλυση .....	78
5.4 Πίνακες Αποτελεσμάτων.....	79
5.4.1. Δημογραφικά στοιχεία.....	79
5.4.2 Χρήση του διαδικτύου .....	80
5.4.3 Χρήση e-health εργαλείων.....	81
5.4.4 Σημαντικότητα και λειτουργικότητα υπηρεσιών e-Health.....	82
5.4.5 Γενικά για την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση .....	83
5.4.6 Πιθανές δυνατότητες της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης .....	85
5.4.7 Ικανοποίηση απαιτήσεων από την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση .....	86
5.4.8 Αναγκαίες βελτιώσεις της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.....	87
5.4.9 Εφαρμογή Κ.Ε.Ν .....	88
5.4.10 Επίλυση τυχόν προβλημάτων των ΚΕΝ.....	89
5.4.11 Απόψεις για συμμετοχή στο ηλεκτρονικό σύστημα υγείας .....	90
5.4.12 Συσχέτιση χρήσης ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. ....	92
5.4.13 Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την ηλικία.....	92
5.4.14 Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με το βαθμό .....	94
5.4.15 Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την εκπαίδευση.....	95
5.5 Ανάλυση Αποτελεσμάτων της Έρευνας .....	96
5.6 Συζήτηση .....	100
5.7 Ανακεφαλαίωση.....	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α .....	105
Π.Α.1. Παρουσίαση Ερωτηματολογίου.....	105

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β .....	117
Π.Β.1 Χρήσης ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων .....	117
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ .....	119
Π.Γ.1 Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την ηλικία.....	119
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ .....	121
Π.Δ.1 Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με το βαθμό.....	121
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε .....	123
Π.Ε.1 Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την εκπαίδευση .....	123
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	127

## Κατάλογος Πινάκων

		Σελ.
5.4	Πίνακας Αποτελεσμάτων	79
5.4.1	Δημογραφικά στοιχεία	79
5.4.2	Χρήση Διαδικτύου	80
5.4.3	Χρήση e-health εργαλείων	81
5.4.4	Σημαντικότητα και λειτουργικότητα υπηρεσιών e-Health	82
5.4.5	Γενικά για την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση	83
5.4.6	Πιθανές δυνατότητες της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης .	85
5.4.7	Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση ικανοποιεί απαιτήσεις	86
5.4.8	Αναγκαίες βελτιώσεις της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης	87
5.4.9	Εφαρμογή ΚΕΝ	88
5.4.10	Επίλυση τυχόν προβλημάτων των ΚΕΝ	89
5.4.11	Απόψεις για συμμετοχή στο ηλεκτρονικό σύστημα υγείας	90
Π.Α.1	Παρουσίαση ερωτηματολογίου	105
5.4.12	Συσχέτιση χρήσης ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας με δημογραφικά	117
Π.Β.1	στοιχεία των συμμετεχόντων.	
5.4.13	Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την ηλικία	119
Π.Γ.1		
5.4.14	Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με το βαθμό	121
Π.Δ.1		
5.4.15	Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την εκπαίδευση	123
Π.Ε.1		



## Κατάλογος Σχημάτων

		Σελ.
1.1	Πορεία του ΑΕΠ στα χρόνια της κρίσης	10
5.4	Πίνακας Σχημάτων	81
5.4.3	Εξοικείωση με ηλεκτρονικά μέσα	81
5.4.4	Υπηρεσίες e-health	82
5.4.5	Διαγραμματική απεικόνιση των οφελών της ΗΣ σε πάροχο και ασθενή	84
5.4.6	Δυνατότητες της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης	85
5.4.7	Απαιτήσεις που ικανοποιεί το σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης	86
5.4.8	Βελτιώσεις του συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης	87
5.4.9	Λειτουργική εφαρμογή των ΚΕΝ γενικά	88
5.4.10	Βελτιώσεις ΚΕΝ κατά φθίνουσα σειρά	89
5.4.11	Μεταρρυθμίσεις στον τομέα της Υγείας	91
5.4.13	Λειτουργική εφαρμογή των ΚΕΝ ανάλογα με την ηλικία	93
5.4.14	Σημαντική η πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης	94
5.4.15	Συμμετοχή στο ηλεκτρονικό σύστημα των ιδιωτικών φορέων	95



## Κατάλογος Συντομογραφιών

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΣΕΠ	Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού
ΓΓΔΔ	Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης
ΓΓΚΑ	Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΔΔΥ	Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας
ΔμΣ	Διοίκηση μέσω Στόχων
ΕΔΔ	Ελληνική Δημόσια Διοίκηση
ΕΕΕΚ	Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης / επίσημο έντυπο όπου δημοσιεύεται η Νομοθεσία, καθώς και διοικητικές πράξεις, ανακοινώσεις, προκηρύξεις κλπ, που έχουν νομικές ή άλλες δεσμεύσεις για τα κράτη μέλη ή αυτούς που αφορούν.
ΕΕΚ	Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων
ΕΚΔΔΑ	Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης
ΕΟΚΕ	Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή
Ε.Ο.Π.ΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Ε.Π	Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΕΠ ΜΔΤ	Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Μεταρρύθμισης Τομέα
Ε.Σ.Δ.Δ.	Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης
ΕΣΠΑ	Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς
ΕΤΠΑ	Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης
ΕΥΔ Δ.Μ.	Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Διοικητική Μεταρρύθμιση»
ΗΔΙΚΑ	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης

ΗΣ	Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση
ΚΕΑΔ	Κεντρική Επιτροπή Απλούστευσης Διαδικασιών
ΚΕΠ	Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών
Κ.τ.Π Α.Ε.	Κοινωνία της Πληροφορίας Α.Ε.
Κ.Υ.Α	Κοινή Υπουργική Απόφαση
ΝΔΜ	Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ
ΟΑΣ-ΗΣ	Ομάδα Ανάπτυξης και Συντονισμού Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης
Ο.Ε.Ο.Σ	Οργανισμός Ευρωπαϊκής Οικονομικής Συνεργασίας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΣ	Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα
Π.Δ	Προεδρικό Διάταγμα
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕ.ΣΥΠ	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας
ΠΣ	Πληροφοριακό Σύστημα
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
PDA's	Personal Digital Assistants
Σ.Η.Σ	Συνταγών Ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.
ΤΠΕ	Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών
ΥΔΜΗΔ	Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης
ΥΠΕΔΥΦΚΑ	Υπηρεσίας Ελέγχου Δαπανών Φορέων Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΥΕΚΑ	Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης
Φ.Ε.Κ.	Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως
ΦΚΑ	Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης
WHO	World Health Organization



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ιστορική εξέλιξη της Ελληνικής δημόσιας διοίκησης και διοικητικής μεταρρύθμισης από τα πρώτα χρόνια της ίδρυσης του Ελληνικού κράτους μέχρι και σήμερα. Στη συνέχεια αναλύονται οι έννοιες και οι αρχές του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ (NAM), ως σύγχρονης μεταρρυθμιστικής δράσης στον τομέα της υγείας, οι δράσεις που το συνθέτουν και οι εφαρμογές των δομών του, η διοίκηση μέσω στόχων στην παροχή υπηρεσιών υγείας και η πορεία της πολιτικής υγείας για ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η χρησιμότητα των πληροφοριακών συστημάτων και η εφαρμογή τους με την υιοθέτηση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών του τομέα υγείας, όπως η διαλειτουργικότητα των συστημάτων υγείας, η τηλεϊατρική, ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, η ηλεκτρονική κάρτα υγείας, και το m-health ηλεκτρονικό σύστημα υγείας. Το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ στην Ελλάδα μέσω της στρατηγικής ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, επιχειρεί την υλοποίηση εφαρμογής των συγκεκριμένων συστημάτων καθώς θεωρούνται σημαντικά εργαλεία για τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις που προβλέπονται και έχουν ως στόχο την επίτευξη διαλειτουργικότητας μεταξύ των ιατρικών συστημάτων.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ως μελέτη περίπτωσης της παρούσας εργασίας, αναπτύσσεται στο τρίτο κεφάλαιο με την απόδοση του ορισμού της και την περιγραφή της νομοθεσίας με την οποία καθιερώνεται στην Ελλάδα. Στην συνέχεια περιγράφονται η σημασία και οι δυνατότητες της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΗΣ), οι περικοπές στις φαρμακευτικές δαπάνες, η εφαρμογή της στην Ελλάδα, τα οφέλη και ο περιορισμός των λαθών καθώς και τα εμπόδια που παρουσιάζονται από την εφαρμογής της.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής Υγείας στην Ε.Ε, η οποία συμβάλλει στην εναρμόνιση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας των χωρών-κρατών. Η πολιτική σύγκλισης υιοθετείται με τη Κοινοτική οδηγία 2011/24/ΕΕ και επιβεβαιώνει πόσο σημαντική είναι η συνεργασία μεταξύ των χωρών-κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη βελτίωση της ποιότητας υγείας, και την ασφαλή περίθαλψη των Ευρωπαίων πολιτών.

Στο πέμπτο κεφάλαιο τέλος, αναφέρεται η μεθοδολογία και τα χαρακτηριστικά της έρευνας, η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα στα οποία οδήγησε η έρευνα από τη επεξεργασία του ερωτηματολογίου.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΝΕΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ & ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό καταγράφονται τα κυριότερα στοιχεία της Ελληνικής δημόσιας διοίκησης από την ίδρυση του Ελληνικού κράτους μέχρι και σήμερα, τα οποία αποτέλεσαν σημαντικά σημεία για την εξέλιξη και την αναβάθμιση της. Ποιο συγκεκριμένα εξετάζεται η συμβολή των σύγχρονων διοικητικών μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα και ειδικότερα στο χώρο της Υγείας προκειμένου να συγκεντρωθούν, αξιολογηθούν και αναλυθούν στο μέγιστο οι πληροφορίες που αφορούν στην εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του λεγόμενου «Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ» (ΝΔΜ).

Στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, η διοικητική αυτή μεταρρύθμιση συνέβαλε θετικά τα τελευταία χρόνια με βάση τις αρχές που διέπουν το ΝΔΜ, την αναφορά του στις δράσεις που το συνθέτουν και τις εφαρμογές των δομών του. Η συμβολή του ΝΔΜ στην Ελλάδα κατά τα τελευταία χρόνια, αρχικά συντελείται στις μεταρρυθμίσεις της κεντρικής δημόσιας διοίκησης και στη συνέχεια γίνεται εστιασμένη προσπάθεια των μεταρρυθμίσεων στην διοίκηση του τομέα της υγείας. Μέσα από την ιστορική αναδρομή της δημόσιας πολιτικής στην Ελλάδα αποδίδεται ενδεικτικά ο βαθμός συμμετοχής του ΝΔΜ στη διακυβέρνηση της χώρας και τη σημασία του μέσα από τις διαφορετικές προσεγγίσεις του όρου από τους οικονομολόγους.

Θα αναφερθούν αναλυτικά η αξία της εφαρμογής των αρχών και των δράσεων που απορρέουν από την καινοτόμο διοικητική του ΝΔΜ ως μεταρρυθμιστική πρόταση και η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας του δημόσιου τομέα στον χώρο της υγείας σύμφωνα με την πολιτική υγείας και Διοίκησης μέσω Στόχων στη παροχή υπηρεσιών, τόσο σε κοινωνικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο. Ιδιαίτερος λόγος γίνεται στις μεταρρυθμίσεις που επιβλήθηκαν στον Ελλαδικό χώρο κατά τα τελευταία έξη χρόνια λόγω των μνημονιακών απαιτήσεων.

## **1.2 Ιστορική εξέλιξη της Ελληνικής Δημόσιας Διοικητικής Μεταρρύθμισης από την ίδρυση του κράτους μέχρι και σήμερα.**

Από την δημιουργία του το Νεοελληνικό κράτος μέχρι και σήμερα παρουσιάζει φανερά την έλλειψη δυνατότητας ώστε να δρα αποτελεσματικά και να διακρίνει τη διαφορά που υπάρχει μεταξύ λειτουργίας της διοίκησης και λειτουργίας της πολιτικής. Η αρχική στελέχωση στο δημόσιο βίο ενέργησε προς όφελος των αγωνιστών του Αγώνα ως ένδειξη αποκατάστασης τους για την προσφορά που επέδειξαν για την απελευθέρωση του Ελληνικού Έθνους.

Στην συνέχεια της, η Ελληνική διοίκηση εμφανώς, ανέπτυξε τις πελατειακές σχέσεις και τον κομματισμό, που συνέβαλαν δίχως άλλο στη σπατάλη των κρατικών εισοδημάτων και πόρων, τον γιγαντισμό του δημόσιου τομέα και την καταγραφή υπερτροφικής υπαλληλικής πρόσληψης, συνοδευόμενη από την έλλειψη ακεραιότητας και αντικειμενικότητας. Μετά την Επανάσταση του 1821, από το 1843 έως και την εγκαθίδρυση του καθεστώτος της Συνταγματικής μοναρχίας (1843-1862), η συμμετοχή των εκάστοτε κομμάτων στη διακυβέρνηση της χώρας έχει αποτελεσματική δράση πλέον και θεσμικά. Η δημόσια διοίκηση ενίοτε στελεχώνεται από τα ανερχόμενα στελέχη των κομμάτων που κερδίζουν την εξουσία μέσω των εκλογών. Οι πελατειακές σχέσεις είναι αυτές που εξασφαλίζουν την επανεκλογή τους.

Μετά την δεκαετία του 1870 το κλίμα στην πολιτική σκηνή αλλάζει με τη διαμόρφωση του δικομματικού συστήματος, και με την εμφάνιση, στο πολιτικό προσκήνιο, του Χαρίλαου Τρικούπη εκφράστηκε για πρώτη φορά η μεταρρυθμιστική μορφή που αφορούσε την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, ώστε ταυτόχρονα να λειτουργήσει υπέρ του περιορισμού του κρατικού μηχανισμού και της ελάφρυνσης των κοινωνικών βαρών που απέρρεαν από τον προγενέστερο ρόλο της διακυβέρνησης του κράτους. (Ακαλίδης, Μοσχόπουλος, 2008,σ.17,18).

Η προσπάθεια από τον Χαρίλαο Τρικούπη για ριζική μεταρρύθμιση, και τον εκσυγχρονισμό της χώρας με την εμφάνιση νέων μηχανισμών της δημόσιας διοίκησης βασισμένη στη δημιουργία ενός κράτους δικαίου, έπεσε στο κενό. Ο συνεχής αγώνας για την Εθνική ολοκλήρωση έγινε η αιτία έντονων πολιτικών συγκρούσεων, συνεχών εκλογικών εναλλαγών μεταξύ των δυο μεγάλων κομμάτων της εποχής και συνεχών

εναλλαγών των δημοσίων υπαλλήλων<sup>1</sup>, με συνέπεια να φέρουν τα οικονομικά της χώρας σε στάδιο χρεοκοπίας. Σύμφωνα με τους Ακαλίδη, Μοσχόπουλο(1984, σ.39-54), ο Τσουκαλάς, αναλύει στο βιβλίο του «Κράτος και Κοινωνία στην Ελλάδα του 19<sup>ου</sup> αιώνα, Όψεις της Ελληνικής Κοινωνίας του 19<sup>ου</sup> αιώνα», τα κυριότερα προβλήματα στην Ελληνική πολιτική κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Ένα από αυτά ήταν πως διαρθρώθηκε η ανακατανομή του εισοδήματος και αποτέλεσε αναγκαίο επακόλουθο στην κοινωνία του Ελληνικού κράτους σε όλη τη διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αιώνα, από την μεταβίβαση κρατικών πόρων, στην δημιουργία ιδιωτικών εισοδημάτων που επιβάρυναν τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η αύξηση των κρατικών δαπανών που αφορούσαν μισθοδοσίες και οι μεταβιβαστικές πληρωμές<sup>2</sup> προσδιόριζαν το βάρος του κρατικού προϋπολογισμού. Οι τελευταίες ουσιαστικά, αναλύει, κατείχαν και το μεγαλύτερο ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού σε σύγκριση με ότι συνέβαινε σε οποιαδήποτε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα. Η οποιαδήποτε προσπάθεια για ενδυνάμωση του κράτους κάτω από αυτές τις συνθήκες φαίνεται να είναι άκαρπες και αυτό απέδειξε η πορεία της Ελληνικής πολιτικής στο πέρασμα του χρόνου. Η ανάπτυξη ήταν στάσιμη, το κράτος δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να επενδύσει σε μεγάλα αναπτυξιακά έργα, δεν υπήρχε δηλαδή η δυνατότητα πρακτικά να δημιουργηθούν σύγχρονες μεταρρυθμίσεις στη δημόσια διοίκηση και στη δημόσια πολιτική (Ακαλίδης, Μοσχόπουλος, 2008,σ.19).

Κατά την πρώτη περίοδο της διακυβέρνησης (1910-1920) από τον Ελευθέριο Βενιζέλο, με την αναθεώρηση του συντάγματος (1911) καταγράφονται επίσης μια σειρά από μεταρρυθμιστικά μέτρα τα οποία περιελάμβαναν τη συνταγματική και κατ' επέκταση τη διοικητική μεταρρύθμιση της χώρας. Μέσω αυτής της πολιτικής εκτός άλλων, αναγνωρίστηκε η καθιέρωση στην μονιμότητα των δημοσίων υπαλλήλων και ως θεσμός πλέον είχε μεγάλη σημασία για την αδέσμευτη λειτουργία της δημόσιας

---

<sup>1</sup> Η Πλατεία Κλαυθμώνος, ονομάστηκε έτσι γιατί έκλαιγαν όσοι έχαναν τη θέση τους στο δημόσιο. Σε αυτή τη θέση βρισκόταν το Υπουργείο Εσωτερικών, εκεί όπου μαγειρεύονταν και μοιράζονταν οι θέσεις των δημοσίων υπαλλήλων της εκάστοτε Κυβέρνησης.

<sup>2</sup> Κύρια μορφή ατομικού εισοδήματος, είναι η αμοιβή από συμμετοχή σε μια παραγωγική διαδικασία. Τα ατομικά εισοδήματα που δεν συνδέονται με κάποια παραγωγική διαδικασία ονομάζονται μεταβιβαστικές πληρωμές. Το δημόσιο μέσα στα πλαίσια κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής, διεξάγει διάφορες μεταβιβαστικές πληρωμές, όπως είναι τα επιδόματα ανεργίας στους ανέργους, οι υποτροφίες στους σπουδαστές, τα επιδόματα πολυτέκνων, οι επιδοτήσεις στους αγρότες κ.α. Η κυριότερη μεταβιβαστική πληρωμή που κάνει το δημόσιο, είναι η πληρωμή των συντάξεων των δημοσίων υπαλλήλων.

Βλ. «διαδραστικά σχολικά βιβλία e-books.edu.gr», διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://ebooks.edu.gr/modules/ebook/show.php/DSGL-A114/547/3588.15298/> [ημερομηνία ανάκτησης 15/09/2016.]

διοίκησης με κυρίαρχο κριτήριο την αμεροληψία και ουδετερότητα στη δράση των δημόσιων λειτουργιών. (Ακαλίδης, Μοσχόπουλος, 2008,σ.19,20).

Στα χρόνια του μεσοπολέμου η δημόσια διοίκηση χρωματίζεται από πολιτικά φρονήματα που αναβιώνουν μέσα από την επικράτηση πολιτικών παρατάξεων. Σύμφωνα με τον Ακαλίδη, Μοσχόπουλο<sup>20</sup>, ο Μοσχόπουλος (1996, σ. 108) αναφέρει ότι «το κράτος της εποχής χαρακτηρίζεται από νέα παθολογικά φαινόμενα που γεννά η καινούρια λειτουργία του». Η αδράνεια των μηχανισμών και η ολιγωρία των δημοσίων υπαλλήλων αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα της Ελληνικής διοίκησης.

Τα χρόνια που ακολούθησαν μετά το τέλος του Β' παγκοσμίου πολέμου εντάσσονται σε ένα πρόγραμμα οικονομικής ανασυγκρότησης της χώρας και ρύθμισης των ζημιών, γίνονται εκ νέου προσπάθειες για την ανάπτυξη της οικονομίας και την λύση των προβλημάτων στη δημόσια διοίκηση. Η Εθνική πολιτική υγείας ως αναπόσπαστο μέρος της Ελληνικής κοινωνικής πολιτικής διαμορφώθηκε κάτω από τις υπάρχουσες πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές επιταγές της εποχής. Οι συνιστώσες που προσδιόρισαν τη πολιτική υγείας στη χώρα μας, ήταν συνυφασμένες με την πολιτική και την οικονομική δυσχέρεια που ακολούθησαν μεταπολεμικά. (Σακελλαρόπουλος, Θ., 2005 σ.302,303).

Οι προσπάθειες για την διοικητική αναδιοργάνωση της χώρας μετά τον Εμφύλιο Πόλεμο για μια ακόμη φορά αποτυγχάνουν με την εμφάνιση μιας νέας διοικητικής ελίτ, η οποία αντέστρεψε αντί να υποστηρίξει την ανόρθωση της δημόσιας διοίκησης. Εμφανής αδυναμία της Ελληνικής δημόσιας διοίκησης φάνηκε κατά την εφαρμογή του προγράμματος του σχεδίου Μάρσαλ με την αδυναμία της διοίκησης να απορροφήσει το ποσό που είχε δοθεί ως οικονομική ενίσχυση για τις χώρες της Ευρώπης.(1949).<sup>3</sup>

Η κατάσταση στη δημόσια διοίκηση μέσα από καταγραφές που έγιναν στην αρχή του 1950 κρίνεται προβληματική και για αυτό το λόγο συνεχίζονται οι προσπάθειες για τις απαραίτητες διοικητικές μεταρρυθμίσεις. Οι Ακαλίδης και Μοσχόπουλος σύμφωνα με την αναφορά των Μακρυδημήτρη και Μιχαλόπουλο (2000,σ.65-91), σε σχετική έκθεση του το 1952, ο καθηγητής Βαρβαρέσσος, έκανε ειδική αναφορά σχετικά με την ανεπάρκεια του διοικητικού μηχανισμού της Ελληνικής δημόσιας διοίκησης και την

---

<sup>3</sup> Η οικονομική βοήθεια που χορηγήθηκε για την οικονομική ενίσχυση των κρατών της Ευρώπης μετά τη λήξη του Β' παγκοσμίου Πολέμου, το ονομαζόμενο ως **σχέδιο Μάρσαλ**, αποτελούσε σχέδιο πρωτίστως της αμερικανικής εξωτερικής πολιτικής, για την αποφυγή της επιρροής που θα είχε η Σοβιετική Ένωση στα άλλα κράτη λόγω της ανέχειας που άφησε ο πόλεμος. Η Ευρώπη είχε ανάγκη να γιατρέψει τις πληγές της και το πρόγραμμα Μάρσαλ ήταν αυτό που θα της επέτρεπε την ανοικοδόμηση της εκ νέου.

αναγκαία αναδιαμόρφωση της, πέρα από κάθε διακομματική και κοινωνική συναίνεση, με συγκεκριμένες προτάσεις που αφορούσαν την κακή διαχείριση των χρηματικών πόρων του δημοσίου, την άμεση αντιμετώπιση στο υπάρχον πλεονάζον προσωπικό του δημόσιου τομέα, την ανάγκη για αποκέντρωση και την αποφυγή των πολιτικών παρεμβάσεων σε υποθέσεις που αφορούν διορισμό.

Τα δυσεπίλυτα προβλήματα που είχαν ξεκινήσει μεταπολεμικά γύρω στο 1951, εμφανίστηκαν στην αρχή του 1963 κατά την εφαρμογή έργων και προγραμμάτων, ως αναδιοργάνωσης των δημόσιων υπηρεσιών. Η κυβέρνηση προσκάλεσε τον Γάλλο καθηγητή Langrod (συμβούλου του ΟΟΣΑ), να βοηθήσει στην εξομάλυνση τους. Ο Langrod συνέταξε δύο εκθέσεις, το 1964 και το 1965. Ο ίδιος διαπιστώνει ότι «τα προβλήματα δεν είναι νέα» και τονίζει την ανάγκη άμεσης αναδιοργάνωσης των δημόσιων υπηρεσιών, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο «ανθρώπινο υλικό» προτείνει δηλαδή την επιμόρφωση και μετεκπαίδευση των υπαλλήλων για να επιτευχθεί, όπως ισχυρίζεται στην έκθεση του, γρήγορη εξέλιξη στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του κρατικού μηχανισμού. (Αθανασόπουλος, Χ., 1966 σ.,136, 137,139)

Όλες οι εκθέσεις που ακολούθησαν και τα επόμενα χρόνια, επαναλαμβάνουν τους ίδιους στόχους για την επίτευξη της αναδιοργάνωσης των δημόσιων υπηρεσιών. Τα προγράμματα που είχαν τεθεί προς υλοποίηση είτε δεν είχαν εφαρμοστεί είτε εφαρμόστηκαν μερικώς.

Στην δεκαετία του 1980 εμφανίστηκε η εκ νέου προσπάθεια των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), για τη δημιουργία μιας «Νέας Δημόσιας Διοίκησης» των χωρών (New Public Management). Η Νέα Δημόσια Διοίκηση (ΝΔΔ), εμπεριέχει προσαρμογές του δημόσιου τομέα στην υιοθέτηση του κλασσικού μοντέλου μανάτζμεντ. Η διαφορετική όμως προσέγγιση στην διοικητική και λογιστική αντιμετώπιση καθώς και οι διαφορετικές συνθήκες που επικρατούν στο δημόσιο τομέα έναντι του ιδιωτικού, δηλώνουν έμμεσα τις απαραίτητες προσαρμογές του παραδοσιακού μανάτζμεντ<sup>4</sup> (Σαρμανιώτης, 2005, σ.1,2 ),ώστε να ενταχθούν στο ξεχωριστό πλαίσιο της νέας δημόσιας διοίκησης.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Η Ιστορική αναφορά του μανάτζμεντ, ως επιστημονικός κλάδος της οικονομικής επιστήμης, κάνει την εμφάνιση του στο τέλος του 19ου αιώνα και με μεγαλύτερη ένταση στις αρχές του 20 αιώνα μέχρι και σήμερα. Οι πρώτοι υποστηρικτές Max Weber, Frederick Taylor, Henry Fayol κ. α ανήκουν στην κλασική σχολή. Στο διάστημα του μεσοπολέμου υπερίσχυσε η σχολή της ανθρώπινης συμπεριφοράς με επίκεντρο τον ανθρώπινο παράγοντα μέσα στον οργανισμό της επιχείρησης. Μετά τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο

Σύμφωνα με τους Ακαλίδη, Μοσχόπουλο σ.22, οι Μακρυδημήτρης, Μιχαλόπουλος<sup>6</sup> αναφέρουν ότι στην έκθεση επιτροπής Δεκλερή καταγράφονται τα μέχρι τότε αρνητικά στοιχεία της δημόσιας διοίκησης και ο μη εκσυγχρονισμός της με τρόπους δράσεις τέτοιους που απαιτούνται στις σύγχρονες τάσεις της ελληνικής διοίκησης. Προτείνεται η λήψη άμεσων μέτρων, για την επίλυση αυτών των δυσλειτουργιών και ενδεικτικά αναφέρονται στη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών, στην ανάπτυξη της πληροφορικής, στη βελτίωση της εκπαίδευσης των δημοσίων υπαλλήλων, στην κινητικότητα του προσωπικού (μετακινήσεις, μετατάξεις, αποσπάσεις) και στην ενίσχυση ελεγκτικών μηχανισμών .

Η ανάγκη για επιβολή των μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα επαναπροσδιορίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 2000 με βάση τις ανάγκες της «κοινωνίας των πολιτών», των αρχών του ΝΔΜ, του καθορισμού νέων στρατηγικών ρόλων για τους δημόσιους οργανισμούς, και της ψηφιακής διακυβέρνησης. Διαφοροποίηση του ΝΔΜ από τα παραδοσιακά μοντέλα διοίκησης, αποτελεί ο προσανατολισμός του στους πολίτες - πελάτες, θεωρώντας τους ως μετόχους των δημοσίων οργανισμών με την ενεργό συμμετοχή τους στον έλεγχο και στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Καρκατσούλης, 2004, σ. 40,50).

Οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις πλέον βασίζονται στην σύνδεση των αρχών του «Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ» και της ποιότητας της διακυβέρνησης γενικότερα. Για να αναγνωριστεί η Ελλάδα ως μια από τις επιτυχημένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα πρέπει σύμφωνα με τον Π. Καρκατσούλη, το κράτος να εφαρμόζει σύγχρονες μεθόδους μάνατζμεντ και αξιολόγησης καθώς επίσης να ενισχύσει την πολιτική της προσπάθεια με την συμμετοχή των πολιτών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Φυσικά στις χώρες της ΕΕ τα πλαίσια των γενικών μέτρων διαμορφώνονται από τους διεθνείς οργανισμούς και τις διακρατικές ενώσεις (ΟΟΣΑ, ΕΕ), τον τρόπο όμως εφαρμογής των μέτρων αποφασίζουν τα επιμέρους κράτη μέσα από το δικό τους σύστημα διακυβέρνησης

---

υποστηρίχτηκε η ποσοτική σχολή και η θεωρία των συστημάτων και στην συνέχεια υποστηρίχτηκαν και άλλες θεωρίες. Η σημερινή πρόοδος στην επιστήμη του μάνατζμεντ οφείλεται στην ανάπτυξη της τεχνολογίας και η εφαρμογή των αρχών του μάνατζμεντ αποτελεί θεμέλιο στην επιτυχία του κάθε οργανισμού.

<sup>5</sup> Από την δημοσίευση του Γιάννη Ν., Κωστάρα. Η «Νέα Δημόσια Διοίκηση» ένα Παγκόσμιο φαινόμενο, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://jkostaras.tripod.com/npm.html> [ημερομηνία ανάκτησης 15/09/2016.]

<sup>6</sup> Βλ. Σύμφωνα με τους Ακαλίδη, Μοσχόπουλο στο βιβλίο τους, «Εκθέσεις Εμπειρογνώμων για τη δημόσια διοίκηση», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 2000, σελ. 657-701)



ανάλογα με τις δυνατότητες, τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες στη κουλτούρα τους. (Καρκατσούλη, 2004 σ.22)

Το Ελληνικό σύστημα διακυβέρνησης λειτουργεί διαχρονικά με αντίληψη «χαμηλής συλλογικότητας», ατομικισμού και αίσθημα υπεροψίας των δημόσιων λειτουργών και σε συνδυασμό με την έλλειψη των ελεγκτικών μηχανισμών της διοίκησης, γίνεται η αφορμή εμφάνισης ενός περιβάλλοντος κακοδιαχείρισης του δημόσιου τομέα και ιδιαίτερα του τομέα της δημόσιας υγείας, που έχει ως αποτέλεσμα πλέον ορατό από όλους μας, την εμφάνιση υπέρογκων και ανεξέλεγκτων δαπανών σε όλο το φάσμα του δημόσιου τομέα. Μερικά στοιχεία που συνθέτουν αυτό το φαινόμενο σύμφωνα με τα παραπάνω είναι η κατάσταση της «οργανωμένης αναρχίας», διαπιστωμένα κρούσματα εμφανούς «διαφθοράς», «γενικευμένου λαθρεπιβατισμού», κυνισμού και άρνηση συνεργασίας. (Λαβή Νταλάκου, 2008, σ.52,53).

Συνεπώς βάσιμα θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η αποτυχία των μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα οφείλεται στην επικράτηση της κομματικοκρατικής δημοκρατίας. Ως άποψη υποστηρίζεται από το γεγονός, της τάσης των κομμάτων σε κάθε αλλαγή της κυβέρνησης να εισχωρούν σε όλες τις θεσμικές εκφάνσεις της κοινωνίας, με σκοπό να χρησιμοποιούνται οι καθορισμένοι στόχοι ως μέσα επιδίωξης των σκοπών τους, δηλαδή να κυριαρχούν μέσα από τις πολιτικές ανατροπές και να αντιτίθενται σε κάθε εξωκομματικό έλεγχο.

Συμπερασματικά, μπορούμε επίσης να εκτιμήσουμε ότι το φαινόμενο της κακοδιαχείρισης στο δημόσιο τομέα διαχρονικά έχει επηρεάσει τόσο τους λειτουργούς της δημόσιας υγείας, όσο και τα στελέχη σε όλες τις βαθμίδες της διοικητικής πυραμίδας, με αποτέλεσμα η συνεργασία μεταξύ των δημόσιων φορέων να φέρνει απρόβλεπτα και απογοητευτικά αποτελέσματα στη λειτουργία της διοίκησης.

Στα πλαίσια αυτά η προϋπόθεση επιτυχίας των μεταρρυθμίσεων, συνίσταται, στη διαμόρφωση νέων σχεδίων, βασισμένα σε κοινή και σταθερή υπερκομματική πολιτική βούληση και σε ενίσχυση του αισθήματος της «κοινωνίας των πολιτών» περί της αναγκαιότητας των μεταρρυθμίσεων αυτών. (Οικονόμου, 2005, σ. 320-322).

### **1.3 Το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ προσαρμοσμένο στην σύγχρονη μεταρρυθμιστική Στρατηγική Διακυβέρνησης.**

Οι βασικοί συντελεστές παραγωγής σύμφωνα με την Οικονομική επιστήμη είναι το έδαφος, η εργασία και το κεφάλαιο. Η αποτελεσματική δράση τους οφείλεται στην καθοδήγηση των ενεργειών δύο επιπλέον συντελεστών, της τεχνολογίας και του μάνατζμεντ. Βάση αυτών των δύο συντελεστών η δεκαετία του 1990 στην Ελλάδα χαρακτηρίστηκε από μια ιδιαίτερα έντονη μεταρρυθμιστική κινητικότητα του κράτους. Η μεταρρυθμιστική αυτή κατάσταση ονομάστηκε «Διοικητική μεταρρύθμιση», η οποία όπως αναφέραμε, είχε ήδη ξεκινήσει από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, γνωστή ως Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ (ΝΔΜ). (Καρκατσούλης, 2004, σ. 22)

Ως ΝΔΜ μπορούμε να ορίσουμε, ένα σύνολο πολιτικών των εκάστοτε κυβερνήσεων μεταξύ κράτους, αγοράς και «κοινωνίας πολιτών» που αποσκοπούν στον εκσυγχρονισμό της δημόσιας διοίκησης με σκοπό να μπορεί να ανταποκριθεί στις συνεχόμενες παγκόσμιες και τοπικές οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές εξελίξεις. Οι βασικές αρχές του είναι η ποιότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και οικονομικότητα και θεωρούνται συμπληρωματικές των αρχών της νομιμότητας και της ισότητας των ευκαιριών. (Καρκατσούλης, 2004, σ. 41-42).

Η ατζέντα του ΝΔΜ περιέχει και στοιχεία του κλασικού μάνατζμεντ, όπως ο προγραμματισμός, οργάνωση οικονομικών πόρων και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, όσο και προγράμματα εφαρμογών που διαμορφώθηκαν από επιμέρους κοινωνικές επιστήμες οι οποίες επανακαθόρισαν τον ορισμό του δημόσιου αγαθού. (Καρκατσούλης, 2004, σ. 43). Το μάνατζμεντ, ιδιαίτερα κατά τα τελευταία χρόνια δεν είναι πλεονέκτημα ούτε αποκλειστικό δικαίωμα των ιδιωτικών επιχειρήσεων. Οι κύριες αρχές του μάνατζμεντ, πλέον ονομαζόμενου ΝΔΜ, αποτελούν πεδία μελέτης, ανάπτυξης και εφαρμογής για τις μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιούνται στους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις του Δημόσιου διοίκησης (Κέφης, 2005, σ.41,42).

Σύμφωνα επίσης με τον Καρκατσούλη (2004, σ.44), ως κεφάλαια του ΝΔΜ καθορίζονται η διακυβέρνηση βάσει στόχων, ο σχεδιασμός των δημόσιων πολιτικών βάσει ανταγωνισμού, η κατάρτιση προϋπολογισμών και συστημάτων μισθοδοσίας με βάση τα αποτελέσματα και τις επιδόσεις, η αλλαγή των δύσκαμπτων κανονισμών και

κανόνων με πλαίσια συμπεριφοράς, και τέλος η μέτρηση της ικανοποίησης των πολιτών βάση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Το ΝΔΜ μπορεί να εκφραστεί σήμερα ως η πιο πλήρης θεωρητική και πρακτική μορφή του διοικητικού κατεστημένου. Οι δημόσιοι οργανισμοί που εφαρμόζουν το ΝΔΜ είναι προσανατολισμένοι στην αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και την οικονομικότητα των διοικητικών δράσεων. Η οικονομικότητα ως μια από τις θεμελιακές αρχές του ΝΔΜ, υποστηρίζεται μέσω του υπολογισμού του οικονομικού κόστους σε σχέση με το όφελος και εμφανίζεται κυρίως στη σύνταξη των δημόσιων προϋπολογισμών. Γενικότερα το ΝΔΜ είναι η νέα μορφή λήψης αποφάσεων, που έχουν ως επίκεντρο τις επιθυμίες των πολιτών, είτε είναι μέλη μιας τοπικής κοινωνίας, είτε ενός εθνικού κράτους είτε μιας πολυκρατικής κοινότητας και αποτελεί τη διοικητική απάντηση στη δυσπραγία της εκάστοτε διακυβέρνησης. (Καρκατσούλης, 2004, σ.15)

Σε κάθε χώρα βέβαια έχει αποδοθεί με διαφορετικό τρόπο η έννοια της μεταρρύθμισης και οι λόγοι που την κρίνουν αναγκαία ως δράση. Προσδιοριστικός παράγοντας για την πλήρη αποδοχή ή όχι μιας μεταρρύθμισης σε ένα κράτος, αποτελεί η πολιτική του δράση και η υφιστάμενη κουλτούρα του. Στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, οι μεταρρυθμιστικές δράσεις αποτελούν στρατηγική επιλογή της κυβέρνησης και του διοικητικού μηχανισμού της, ιδιαίτερα στους τομείς κοινωνικής πολιτικής και υγείας με στόχο την ανανέωση της χώρας και την ένταξη της στις νέες συνθήκες που επιβάλλει ο 21ος αιώνας. (Καρκατσούλης, 2004, σ.22).

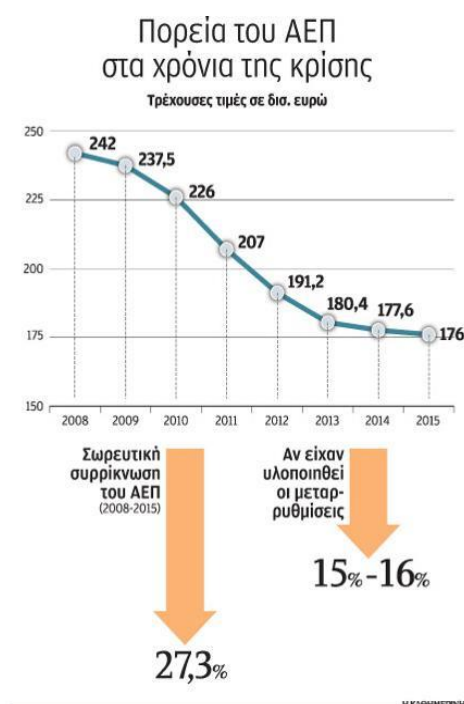
Ενώ στις χώρες της Ευρώπης η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας συντελέστηκε μεταπολεμικά, στην περίπτωση του ελληνικού κράτους πρόνοιας, εμφανίζει ελλείψεις και ιδιαιτερότητες όπως η ανεπάρκεια φιλελεύθερου πολιτικού σκηνικού μέχρι το 1974 και κατ'επέκταση της κοινωνικής συνοχής, με αποτέλεσμα οι μεταρρυθμίσεις στη χώρα μας στο χώρο της υγείας να ξεκινήσουν στα μέσα της δεκαετίας του 1970 και εντεύθεν. (Χαλκιά, Β., Βαρακλιώτη, Α., 2015, σ.548)

Η Παγκόσμια οικονομική ύφεση το 2008, είχε ως συνέπεια τις δημοσιονομικές πολιτικές λιτότητας με αρνητικό αντίκτυπο στο ελληνικό κοινωνικό κράτος. Το επίκεντρο της προσοχής εστίασε μέσα από μεταρρυθμιστικές στρατηγικές δράσεις της ΕΕ για προσπάθεια μείωσης των κοινωνικών δαπανών. (Χαλκιά, Β., Βαρακλιώτη, Α., 2015, σ.546)

Στην Ελλάδα όμως, η θέση του «πολίτη» δεν είναι πλήρως ενταγμένη στην στρατηγική μεταρρυθμιστική πολιτική. Η ελλιπής ενημέρωση στις πρακτικές εφαρμογές των μεταρρυθμίσεων, σχετικά με τις δεσμεύσεις που έχει αναλάβει η χώρα

ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε), λειτουργεί συχνά υπό την επίδραση πολιτικών σκοπιμοτήτων των εκάστοτε κυβερνήσεων. (Καρκατσούλης, 2004, σ. 22).

Σύμφωνα με δημοσίευση του άρθρου της Καθημερινής στην πολιτική της στήλη, στις 20/6/2016, διατυπώνεται η άποψη ότι η Ελλάδα θα είχε «εξοικονομήσει» το ποσό των 18 δις περίπου ευρώ από το συνολικό ποσό των 66 δις ευρώ που απώλεσε το ΑΕΠ το διάστημα 2008-2015, αν εφαρμόζε πιστά τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις πριν την έναρξη της κρίσης.



Πηγή: Εφημερίδα Καθημερινή<sup>7</sup>

### Σχήμα 1.1

#### Πορεία του ΑΕΠ στην Ελλάδα στα χρόνια της οικονομικής κρίσης

Τα στοιχεία προκύπτουν από δήλωση του κυρίου Νίκου Βέττα γενικού διευθυντή του IOBE και καθηγητή Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών στην "Καθημερινή", σε εκδήλωση των Stanford Club of Greece & London Business School Greek Alumni

<sup>7</sup> <http://www.kathimerini.gr/864223/article/epikairothta/politikh/me-grhgores-metarry8miseis-kerdizame-18-dis> [ημερομηνία ανάκτησης 19/9/2016]

Association. Σύμφωνα με όσα κατέθεσε ο κ. Βέττας, τα όσα ακολούθησαν μετά το 2009 στην Ελληνική οικονομία ήταν αναπόφευκτα. Οι στρεβλώσεις και η ανισορροπία της πολιτικής στρατηγικής στην Ελληνική οικονομία έγιναν η αιτία για τη συσσώρευση του χρέους και τα περίφημα δίδυμα ελλείμματα.<sup>8</sup>

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξέτασε της προκλήσεις που αντιμετώπιζε η Ελλάδα μετά από την παγκόσμια κρίση 2008-2009 και έγιναν εμφανή τα αδύνατα σημεία στα δημόσια οικονομικά της χώρας μας, με επακόλουθο την εφαρμογή του πρώτου προγράμματος οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα, το οποίο δημοσιεύτηκε στις 24 Μαΐου του 2010. Σύμφωνα με αυτό συμφωνήθηκε από κοινού από τη ζώνη του ευρώ και από το ΔΝΤ, ύστερα από αίτημα της Ελλάδας για διεθνή χρηματοδοτική συνδρομή, το ποσό των 110 δις Ευρώ (80 δις. από την ΕΕ ως διμερών δανείων μεταξύ της Ελλάδας και κρατών –μελών της Ευρωζώνης και 20 δις. Ευρώ από το ΔΝΤ), και από αυτά αξιοποιήθηκαν τα 73 δις. Ευρώ. (European Economy)<sup>9</sup>.

Το Μάρτιο του 2012 μπήκε σε εφαρμογή το δεύτερο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής για τη χώρα μας, ύψους 164,5 δις. Ευρώ από την Ευρωζώνη και 19,8 δις. Ευρώ από το ΔΝΤ. Σε αυτό προστέθηκε και το ποσό που δεν είχε αξιοποιηθεί από το πρώτο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής.<sup>10</sup>

Ιδιαίτερα από το 2013 για την Ελλάδα και σύμφωνα με αναφορά του ΟΟΣΑ, στην έκθεση με τίτλο: «Going for Growth 2015», ανάμεσα στους σημαντικότερους για την ανάπτυξη τομείς χώρας, αποτελεί η διατήρηση και αύξηση της αποτελεσματικότητας της Διοίκησης. Βασική προτεραιότητα δίνεται στην ενίσχυση και ανάπτυξη της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης για να εφαρμοστούν οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις. Είναι ανάγκη η Δημόσια Διοίκηση, τονίζει ο ΟΟΣΑ, να διαθέτει τα απαραίτητα και κατάλληλα προσόντα με απώτερο σκοπό την απόδοση της ποιότητας των υπηρεσιών που εξυπηρετεί το δημόσιο συμφέρον με το καταλληλότερο τρόπο. Αυτό σημαίνει την αναγκαία ύπαρξη ενός συστήματος αξιολόγησης που θα προσβλέπει στις ατομικές

---

<sup>8</sup> διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: [http://iobe.gr/docs/pub/ARTICLE\\_04092016\\_PUB\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/pub/ARTICLE_04092016_PUB_GR.pdf) [ημερομηνία ανάκτησης 19/9/2016]

<sup>9</sup> Βλ. στο δικτυακό τόπο [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/occasional\\_paper/2010/pdf/ocp61\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp61_el.pdf) [ημερομηνία ανάκτησης 19/9/2016]

<sup>10</sup> Βλ. European Commission διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/occasional\\_paper/2012/pdf/ocp94\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp94_en.pdf) [ημερομηνία ανάκτησης 19/9/2016]

επιδόσεις του προσωπικού της δημόσιας διοίκησης καθώς επίσης και την περαιτέρω ανάπτυξη της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης.

Η αξιολόγηση εφαρμόστηκε από το 2013 με την κινητικότητα των δημόσιων υπαλλήλων με σκοπό να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα κατανομής στελεχών στο δημόσιο τομέα και την αναδιοργάνωση των υπουργείων και των δημόσιων φορέων.(OECD, 2015)<sup>11</sup> Ειδικότερα στον τομέα της Υγείας στα πλαίσια του ΝΔΜ, αρμόδια για την καθοδήγηση των ενεργειών και την συμμετοχή στις δραστηριότητες και λειτουργίες όλων των οργανικών μονάδων που εντάσσονται στην δικαιοδοσία του, είναι η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και κοινωνικής Μέριμνας. Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας καλείται να εξασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία και την επίλυση τυχόν προβλημάτων σε καταστάσεις και συμπεριφορές που παρουσιάζονται και χρειάζονται βελτίωση εφόσον είναι υπό την αρμοδιότητα τους. (Μπαμπαλιούτας Π,Λ,2013, σ.329)

#### **1.4 Δράσεις που συνθέτουν το ΝΔΜ – Μελλοντικό όραμα μεταρρυθμίσεων στον τομέα της Υγείας**

Σημαντικό μεθοδολογικό βοήθημα για την αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων του ΝΔΜ στην υγεία, είναι η θέσπιση δράσεων και προγραμμάτων, με τελικό σκοπό τη ρύθμιση, τη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τον καλύτερο συντονισμό των παροχών υγείας και την αποτελεσματική διοίκηση. Το επιθυμητό αποτέλεσμα μπορεί να επιτευχθεί αφού προηγηθεί ακριβής εντοπισμός του προβλήματος που είναι αναγκαίο να επιλυθεί, και επιλεγεί η λύση, με το μικρότερο κόστος εφαρμογής στην οικονομία και στην αγορά. (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008, σ.71,72). Είναι επίσης αναγκαίο να επιδιωχθεί η μέγιστη διαφάνεια σε όλο το φάσμα υλοποίησης της δράσης καθώς και η αύξηση της συλλογικότητας του ανθρώπινου δυναμικού όλων των βαθμίδων του τομέα της υγείας, τόσο στις αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν όσο στην επεξεργασία και στην εφαρμογή των αποφάσεων. (Καρκατσούλης, 2004, σ. 137)

---

<sup>11</sup> OECD (2015), Economic Policy Reforms, 2015. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://www.oecd.org/eco/growth/going-for-growth-greece-2015.pdf> [ημερομηνία ανάκτησης 19/9/2016]

Ως δράσεις που συνθέτουν σε θεωρητικό επίπεδο τη θεματολογία του ΝΔΜ σύμφωνα με τον Καρκατσούλη (2004) θεωρούνται οι παρακάτω:

- ✓ Η αναμόρφωση των δομών με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους πολίτες.
- ✓ Η μέτρηση αποτελεσμάτων και επιδόσεων ομάδων και ατόμων βάσει δεικτών απόδοσης.
- ✓ Η άσκηση ελέγχου των δημοσίων δαπανών βάσει της αποτελεσματικότητας και την αποδοτικότητας.
- ✓ Η αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού με βάση τη γνώση.
- ✓ Η αξιοποίηση και χρήση των σύγχρονων τεχνολογιών και πληροφορικής στην εφαρμογή ηλεκτρονικής διοίκησης και ηλεκτρονικής διακυβέρνησης.
- ✓ Η διοίκηση αποτελεσμάτων μέσω δεικτών και στόχων.
- ✓ Η διαφάνεια ως κύριο μέσο για τη λήψη των αποφάσεων.

Οι παραπάνω δράσεις του ΝΔΜ ακολουθούνται από όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε, και γενικότερα από όλα τα ανεπτυγμένα κράτη του κόσμου μέσα από προγράμματα διοικητικής μεταρρύθμισης. Ο βαθμός ωριμότητας και η επιτυχία αυτών των προγραμμάτων διαφέρουν ανά χώρα, το σημαντικό όμως είναι ότι τα προγράμματα διοικητικών μεταρρυθμίσεων παγκόσμια περιέχουν αρκετές από τις παραπάνω δράσεις. (Καρκατσούλης, 2004, σ. 45).

#### **1.4.1 Δράσεις και μεταρρυθμιστικά προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης το πρώτο βήμα για την πραγματοποίηση της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης στην κοινότητα αρχικά υπήρξε το σχέδιο δράσης της e-Europe 2002<sup>12</sup> το οποίο εγκρίθηκε από το Ευρωπαϊκό συμβούλιο της Φέιρα, βάση του οποίου υποστήριξαν και προώθησαν συγκεκριμένες δράσεις στη συνέχεια. Η ανάπτυξη των ηλεκτρονικών υπηρεσιών ήταν ένας από τους βασικότερους στόχους του προγράμματος e-Europe 2002. Για την μελλοντική ανάπτυξη των ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας, το σχέδιο δράσης e-Europe 2002, εστίασε στην προσπάθεια των φορέων των μελών-κρατών, ώστε να μπορούν να προβούν στην υλοποίηση κατάλληλης υποδομής τηλεματικής μέχρι το τέλος του 2002, και να δημιουργηθούν άριστα δίκτυα τεχνολογιών. Το σχέδιο δράσης της e-Europe 2002 ήταν μέρος της στρατηγικής της

---

<sup>12</sup> Σχέδιο δράσης e-Europe διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv:l24226a> [ημερομηνία ανάκτησης 27/9/2016]

Λισαβόνας και εστίασε στη διασύνδεση της Ευρώπης μέσω διαδικτύου, με πρωταρχικό στόχο, την επέκταση και τη διάδοση της πληροφορίας. Ωστόσο πρωταρχικός σκοπός του προγράμματος ήταν η διασύνδεσή της πληροφορίας με την οικονομική δραστηριότητα του χώρου της υγείας.

Το e-Europe 2005<sup>13</sup>: «κοινωνία της πληροφορίας για όλους- Σχέδιο δράσης..», ένα σχέδιο δράσης το οποίο επικεντρώνεται σε όλους τους τομείς του δημόσιου τομέα και η δημόσια πολιτική καλείται με τη χρήση του να συνεισφέρει σε προστιθέμενη αξία<sup>14</sup>. Επίσης υποστηρίζει τις ψηφιακές τεχνολογίες ως αναγκαίες λειτουργίες στην αποτελεσματική διαχείριση της υγείας. Η αναγκαία εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας ως δράσης όπως εκφράζεται στην θέσπιση του κοινοτικού προγράμματος στο τομέα της δημόσιας υγείας 2003-2008 με αρ. 1786/2002/ΕΚ,<sup>15</sup> αποτελεί παραδοχή της εγκυρότητας αναγνώρισης προστιθέμενης αξίας στον τομέα της υγείας. Ένα σύγχρονο διαχειριστικό πληροφοριακό σύστημα στο χώρο της υγείας καλύπτει αρχικά τις ευρύτερες διοικητικές και οικονομικές ανάγκες του χώρου υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και πρόληψης από απόσταση. (Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων COM(2005) 356 τελικό, σ.7)

Οι στόχοι του σχεδίου αφορούν στη λειτουργία της εφαρμογής συγκεκριμένων δράσεων μέχρι το 2005, όπως η εισαγωγή όλων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις σύγχρονες δικτυακές δημόσιες υπηρεσίες, μέσα από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης της κάθε χώρας. Η κάθε χώρα προβαίνει στην καθιέρωση των απαραίτητων θεσμικών δομών, στην λειτουργία ηλεκτρονικών υπηρεσιών διοίκησης, την ασφαλή υποδομή πληροφοριών των υπηρεσιών υγείας, υπηρεσιών μάθησης, διαδραστικών εφαρμογών μέσα σε ένα δυναμικό περιβάλλον ηλεκτρονικού επιχειρείν.

---

<sup>13</sup> E-Europe 2005, *Κοινωνία της Πληροφορίας για όλους* διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX:52002DC0263> [ημερομηνία ανάκτησης 27/9/2016]

<sup>14</sup> Το άθροισμα της προστιθέμενης αξίας όλης της παραγωγής στην οικονομία αποτελεί το σύνολο που είναι ίσο με την αξία αγοράς όλων των τελικών αγαθών και υπηρεσιών. Το Α.Ε.Π είναι η συνολική προστιθέμενη αξία της παραγωγής όλων των οικονομικών και παραγωγικών μονάδων της οικονομίας. Βλέπε: διαδραστικά σχολικά βιβλία e-books.edu.gr διατίθεται στον δικτυακό τόπο <http://ebooks.edu.gr/modules/ebook/show.php/DSGL-C117/130/944,3462/> [ημερομηνία ανάκτησης 27/9/2016]

<sup>15</sup> Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων COM(2005)356 τελικό διατίθεται στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EL:PDF> [ημερομηνία ανάκτησης 28/09/2016]



#### 1.4.2 Δράσεις και προγράμματα ΝΔΜ στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η απορρόφηση των παραπάνω δράσεων της Ε.Ε θεσμοθετήθηκε βάση του άρθρου 5 παρ. 1γ του ν. 3614/2007 (Νόμος 3614/2007)<sup>16</sup>, μέσω της «Ειδικής γραμματείας ψηφιακού σχεδιασμού», όπου υπάγεται και η διαχείριση του επιχειρησιακού προγράμματος «Ψηφιακή Σύγκλιση» (ΨΣ). Σκοπός της Υπηρεσίας είναι η άσκηση αρμοδιοτήτων που ορίζονται σύμφωνα με το άρθρο 4 του Ν. 2860/2000<sup>17</sup> και την αρχή της χρηστής δημοσιονομικής διαχείρισης.

Με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης (ΣΣΑ), το κάθε κράτος-μέλος ξεχωριστά ακολούθησε τις αλλαγές που προτάθηκαν κατά την προσαρμογή τους στα εθνικά τους δεδομένα. Στόχος του Ελληνικού εθνικού προγράμματος είναι η ενίσχυση της απασχόλησης, της ανάπτυξης και της κοινωνικής συνοχής. Η ολοκλήρωση της εφαρμογής του προγράμματος Ψηφιακή Στρατηγική (ΨΣ) 2006-2013, συνέβαλλε στη διατήρηση της συνοχής στην ολοκλήρωση και αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών στην χώρα μας. Γίνεται επίμονη μεταρρυθμιστική προσπάθεια στην ενίσχυση των κοινωνικών δομών και πολλές ευκαιρίες με χαμηλό κόστος σε όλους τους τομείς της ελληνικής κοινωνίας.

Η συμβολή της αποτελεσματικής διαχείρισης του προγράμματος στην αξιοποίηση των ΤΠΕ αποδείχτηκε ότι μπορεί να κερδηθεί. Με τη διατύπωση ότι «έκλεισε» αυτοτελώς με όλη την απορρόφηση των πόρων του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης της Ε.Ε το επιχειρησιακό πρόγραμμα «Ψηφιακή Σύγκλιση», θεωρείται ότι ο στόχος του Ελληνικού εθνικού προγράμματος μεταρρυθμίσεων (ΨΣ) 2006-2013, ολοκληρώνει τη στρατηγική του εφαρμογή, και την αξιοποίηση των υλοποίησης των νέων τεχνολογιών. Το σύνολο των διαδοχικών αλλαγών του επιχειρηματικού προγράμματος από το 2007 έως και το 2015, είχε τελικά αίτια

---

<sup>16</sup> Ν. 3614/2007, Διαχείριση, έλεγχος και εφαρμογή αναπτυξιακών παρεμβάσεων για την προγραμματική περίοδο 2007-2013. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.esfhellas.gr/elibrary/100423\\_Nomos3614coded\\_Final.pdf](http://www.esfhellas.gr/elibrary/100423_Nomos3614coded_Final.pdf) [ημερομηνία ανάκτησης 28/9/2016]

<sup>17</sup> «Η διαχειριστική αρχή κάθε επιχειρησιακού προγράμματος είναι αρμόδια να εξασφαλίσει την αποτελεσματικότητα και την κανονικότητα της διαχείρισης και της εφαρμογής του». Νόμος 2860/2000(ΦΕΚ-251/Α/14-11-00 «Διαχείριση, παρακολούθηση και έλεγχος του Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και άλλες διατάξεις και οι τροποποιήσεις του» διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [http://www.hellaskps.gr/documents/Dimosiotita\\_2000-2006/PDF/TOMOS1/KEF10.pdf](http://www.hellaskps.gr/documents/Dimosiotita_2000-2006/PDF/TOMOS1/KEF10.pdf) [ημερομηνία ανάκτησης 28/09/2016]

κατάληξη σύμφωνα με ανακοίνωση του ΕΣΠΑ, ότι το πρόγραμμα είχε την αναμενόμενη επιτυχία με την ολοκληρωτική απορρόφηση του προϋπολογισμού, μέχρι το τέλος του 2015.<sup>18</sup>

Σε ότι αφορά στην ηλεκτρονική υγεία, το πρώτο σχέδιο δράσης εγκρίθηκε το 2004 και αποτελεί την απαρχή για την παρακολούθηση των χρονοδιαγραμμάτων που επιβάλλει η Επιτροπή σε εθνικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο των κρατών- μελών της Ε.Ε. Η ηλεκτρονική υγεία έχει πολύ μεγάλη σημασία για τους πολίτες της ΕΕ και αποτελεί μέρος της στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ηλεκτρονική Ευρώπη. Το έργο για την ηλ. υγεία είναι αποτέλεσμα της υλοποίησης του κοινοτικού προγράμματος για την υγεία. Το πρόγραμμα αρχικά εστιάζει στις βασικές αρχές της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και στη συνέχεια βελτιώνει τις προσφερόμενες υπηρεσίες σε επίπεδο πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας, οργανώνοντας μεταρρυθμιστικές αλλαγές με τη χρήση εφαρμογών ιατρικών συστημάτων που βασίζονται στο διαδίκτυο. Η συνύπαρξη των οργανωτικών μεταρρυθμίσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), με την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων και καινοτομιών στην ηλεκτρονική διακυβέρνηση των κρατών-μελών, συμβάλλουν στην επίτευξη βέλτιστων παροχών ιατρικής φροντίδας με τη μικρότερη δαπάνη και με επίκεντρο τους πολίτες- πελάτες. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή των Κοινοτήτων (ΕΕΚ), [COM(2005) 356 τελικό], σ.4,7,26, 27)<sup>19</sup>

Όσον αφορά στον τομέα της υγείας, ως εκτελεστικό όργανο για τις δράσεις που απαιτούνται, αποτελεί η οργανωτική δομή της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας. Η Διεύθυνση της Δημόσιας Υγείας σε ανθρωπιστικό επίπεδο, έχει ως αρμοδιότητα, την ευθύνη να διαφυλάξει και να βελτιώσει την υγεία και την ευεξία του πληθυσμού, που βρίσκεται εντός ή εκτός χώρας καθώς επίσης και αυτών των πολιτών που μετακινούνται, με τη μεσολάβηση συνεργασιών άλλων θεσμών ως συμμετοχή στο κοινό έργο που προσβλέπει στην προαγωγή της υγείας, δηλαδή ψυχικής και σωματικής υγείας του ατόμου. (Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας, 2016)

---

<sup>18</sup> Βλ. Ανακοίνωση του Προγράμματος ΕΣΠΑ, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.digitalplan.gov.gr/portal/resource/Apolyta-epityhhs-h-oloklhrwsh-toy-EP-PSHFIAKH-SYGKLISH> [ημερομηνία ανάκτησης 27/9/2016]

<sup>19</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή των Κοινοτήτων (ΕΕΚ), [COM(2005) 356 τελικό], διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EL:PDF> [ημερομηνία ανάκτησης 27/9/2016]

Σε επίπεδο επαγγελματικής προστασίας, έχει την υποχρέωση να βελτιώσει, εκσυγχρονίσει, ελέγξει και προστατεύσει τα επάγγελμα των υπηρεσιών υγείας, πάντα με γνώμονα την επίτευξη του στόχου, που σαφέστατα είναι η ποιότητα ζωής ασθενών-πελατών και πολιτών-πελατών, σύμφωνα πάντα με τις εκάστοτε ανάγκες του πληθυσμού ευάλωτου και μη. Η εξασφάλιση για φροντίδα, ασφάλεια και προστασία για την προαγωγή της υγείας, γίνεται από το τμήμα πρόληψης και προαγωγής υγείας που είναι αρμόδιο να βελτιώσει την ικανότητα ελέγχου των ατόμων σε θέματα υγείας τους, μέσω της εφαρμογής μεταρρυθμιστικών, αναπτυξιακών, προγραμμάτων σε επίπεδο προληπτικής ιατρικής, αγωγής και πρόληψης υγείας. (Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας, 2016)<sup>20</sup>

Το τμήμα προληπτικής ιατρικής και προαγωγής της υγείας συνεργάζεται με το αρμόδιο υπουργείο υγείας και με άλλους φορείς για την διαδικασία ολοκλήρωσης των προγραμμάτων δημόσιας υγείας. Αποτελεί σημαντικό μεθοδολογικό βοήθημα για την αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων του ΝΔΜ στην υγεία και τα αποτελέσματα των δράσεων από την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών, που τελικός σκοπός τους είναι η επιθυμητή λειτουργία τους, η βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο καλύτερος συντονισμός των παροχών υγείας, η ασφαλής και αποτελεσματική διοίκηση.<sup>21</sup> Ενδεικτικά αναφέρεται η δυνατότητα του κάθε πολίτη στη χρήση ηλεκτρονικής κάρτας υγειονομικής περίθαλψης που εξασφαλίζει ασφαλή και εμπιστευτική πρόσβαση στο διαδίκτυο σε προσωπικές πληροφορίες.

Η νέα στρατηγική για την υγεία όπως εκφράζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), είναι βασισμένη στις κατευθυντήριες γραμμές της διεθνούς κοινότητας και χρησιμοποιεί δημιουργικά όλες τις μεθόδους της σύγχρονης διεθνούς γνώσης. Σύμφωνα και με τα παραπάνω επιπλέον οι πολιτικές της υγείας κατά πρώτο λόγο είναι αναγκαίο να ικανοποιούν τις συγκεκριμένες κοινωνικές ανάγκες. (Κυριόπουλος, Ι., χ.χ. σ.27)

---

<sup>20</sup> Αρμοδιότητες της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας (ΓΔΔΥΚΜ), 2016. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.pde.gov.gr/gr/perifereia/organotiki-domi/genikes-diethunseis/gddykm/ddy.html> [ημερομηνία ανάκτησης 18/09/2016]

<sup>21</sup> Βλ. στο ίδιο

## 1.5 Ηλεκτρονικές Εφαρμογές του ΝΔΜ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Όλοι οι δημόσιοι λειτουργοί σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), πρέπει να γνωρίζουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους, να αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους και να είναι ξεκάθαροι στο λόγο και στις πράξεις τους. Σύμφωνα επίσης με την Ε.Ε είναι αναγκαίο να υπάρχει η ικανότητα κάθε κράτους μέσα από χρηστή διακυβέρνηση να μπορεί να εξυπηρετεί τους πολίτες του. Αυτό σημαίνει ότι το κράτος οφείλει μέσα από κανόνες, διαδικασίες, και συμπεριφορές, να εκφράζει τα συμφέροντα των πολιτών του, να διαχειρίζεται τους πόρους του, και έτσι να ασκεί εξουσία. (Βαβούρας, 2013, σ.229).

Ως πολιτική της υγείας, στα πλαίσια του σχεδίου δράσης e-Europe, οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές αποκτούν σημαντικότερες εφαρμογές στο έργο του ιατρικού προσωπικού. Η εξέλιξη της ψηφιακής τεχνολογίας και του ιατρικού εξοπλισμού (πχ Μαγνητική τομογραφία) με την εφαρμογή των υπολογιστών καθιστούν την διαγνωστική και προληπτική ιατρική σημαντικές στο τρόπο διαχείρισης της υγείας. Σε οικονομικό επίπεδο παρέχει τη δυνατότητα μείωσης των δαπανών μέσα από τις νέες εκφάνσεις διαδικτυακής πρόσβασης, όπως παροχή στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης από απόσταση, και την αποφυγή επανάληψης ιατρικών εξετάσεων. Σε κοινωνικό επίπεδο δίνει την ευκαιρία στην συμμετοχή των εργαζομένων υγείας να έχουν πρόσβαση στη κοινωνία της πληροφορίας και να αποκτούν δεξιότητες ικανές σύμφωνα με τις αυξημένες απαιτήσεις της γνώσης στον τομέα της υγείας.<sup>22</sup>

Η ολοκληρωμένη διαχείριση πληροφοριών υγείας, σύμφωνα με τη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας (ΓΔΔΥΚΜ), συντελείται με τη βελτίωση, τον εκσυγχρονισμό και τον έλεγχο που ασκεί η δημόσια διοίκηση για τη προστασία των επαγγελματιών και των υπηρεσιών υγείας.

Η παρακολούθηση της υγείας γίνεται μέσα από σύγχρονα δίκτυα και τεχνικές που έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες υγειονομικού και ιατροφαρμακευτικού χαρακτήρα, με αποτέλεσμα την επίτευξη βελτίωσης στην παροχή υπηρεσιών υγείας, και τη δυνατότητα

---

<sup>22</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, [COM(2002), 263 τελικό], διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/ALL/?uri=CELEX%3A52002DC0263> [ημερομηνία ανάκτησης 27/9/2016]

αύξησης αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών για όλους τους πολίτες.<sup>23</sup>

Η οικονομική δραστηριότητα της δημόσιας διοίκησης αποτελείται από τη λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών και των δημόσιων επιχειρήσεων και οργανισμών και αποτελούν στρατηγικής σημασίας κρατικών πόρων για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Ο κυριότερος σκοπός του δημόσιου τομέα αποτελεί την μεγιστοποίηση της συνάρτησης κοινωνικής ευημερίας. Η στρατηγική σημασία των δημόσιων υπηρεσιών, οργανισμών και δημόσιων επιχειρήσεων έχουν ως σκοπό την αποτελεσματική πολιτική, η οποία στηρίζεται στην εφαρμογή του σύγχρονου δημόσιου μανάτζμεντ. Η πολιτική αυτή είναι προσανατολισμένη στους στόχους που επιδιώκει η σύγχρονη Δημόσια Διοίκηση. Οι στόχοι αυτοί αποτελούν την «Νέα Αποστολή της Δημόσιας Διοίκησης» δηλαδή την προαγωγή του δημόσιου συμφέροντος προς όφελος των πολιτών, την ενίσχυση της ανάπτυξης της χώρας και της κοινωνικής δικαιοσύνης, με την εφαρμογή σύγχρονων πρακτικών που συμβάλλουν στις ιδιαιτερότητες και στις ανάγκες των δημόσιων οργανισμών. (Κέφης, 2005, σ.56,57)

Προκειμένου να διαπιστώσουμε το βαθμό συνεισφοράς του ΝΔΜ στη διακυβέρνηση στο χώρο της υγείας στη χώρα μας, θα αναφερθούμε στις ευκαιρίες και προοπτικές που δίνονται μέσα από τις θεσμικές εφαρμογές, καθώς και στα οφέλη που αποκομίζει η δημόσια διοίκηση στον τομέα της υγείας. Το επίκεντρο της ερευνητικής προσπάθειας είναι να καταδείξει αν και κατά πόσο οι εφαρμογές των δομών του ΝΔΜ, και οι μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν για τον εκσυγχρονισμό του τομέα της υγείας και των μηχανισμών ελέγχου (Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση), βάσει των προτύπων της Ε.Ε, διασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα στην ποιότητα των υπηρεσιών της υγείας στην Ελλάδα, καθώς και τη συγκράτηση των δαπανών και του κόστους μελλοντικά.

---

<sup>23</sup> e- Ευρώπη – Μια Κοινωνία των Πληροφοριών για όλους. [COM(1999) 687 τελικό], δεν έχει δημοσιευθεί στην Επίσημη Εφημερίδα, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=URISERV%3A124221> [ημερομηνία ανάκτησης 27/9/2016]

## **1.6 Η πορεία της πολιτικής στο δημόσιο τομέα της Υγείας και η διοίκηση μέσω στόχων στη παροχή υπηρεσιών μέσω του Ν.Δ.Μ**

Τον κυρίαρχο προωθητικό παράγοντα για τις μεταρρυθμιστικές δράσεις, αποτέλεσε η Ευρωπαϊκή Ένωση. Η αναπτυξιακή πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης που καθιερώθηκε κατά την τελευταία δεκαεπταετία, επικράτησε και επιβλήθηκε μέσω κατευθυντήριων οδηγιών στα κράτη μέλη, λόγω των σύγχρονων κοινωνικοοικονομικών αλλαγών. Στην σημασία της διοικητικής μεταρρύθμισης των χωρών τονίστηκε έντονα στη σύνοδο κορυφής της Λισσαβόνας η ανάγκη για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη των χωρών.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση όπως αναφέρει ο Βαβούρας στο βιβλίο του Οικονομική Πολιτική (2013, σ.229,230,233,240), κάθε κράτος-μέλος έχει την ικανότητα να ασκήσει εξουσία, μέσα από καλή και χρηστή διακυβέρνηση ώστε να πάρει τις σωστές αποφάσεις για τους πολίτες του, μέσα από τους κανόνες και τις διαδικασίες που απαιτούνται για τη χρηστή διαχείριση των κρατικών πόρων. Επίσης στο επίπεδο κάθε χώρας η διακυβέρνηση διακρίνεται σε τρεις διαστάσεις, την πολιτική, την οικονομική και τη θεσμική. Η καλή διακυβέρνηση υποστηρίζει ο Βαβούρας, είναι συνυφασμένη με τον οικονομικό και κοινωνικό μετασχηματισμό, αντιπροσωπεύοντας έναν καλό και αποτελεσματικό δημόσιο τομέα. Η ποιότητα της διακυβέρνησης, η ποιότητα του θεσμικού πλαισίου, το επίπεδο ανταγωνισμού και ο βαθμός οικονομικής ανάπτυξης, υποστηρίζει ότι είναι παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό της διαφθοράς σε μια χώρα, για αυτό το λόγο είναι ανάγκη να αναμορφωθεί και να εκσυγχρονιστεί η δημόσια διοίκηση.

Ο εκσυγχρονισμός, η αναδιοργάνωση και η προσαρμογή στα νέα Διεθνή και Ευρωπαϊκά πρότυπα σε τεχνικό και επιστημονικό επίπεδο ποιότητας (quality standards), καθώς και η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας αποτελούν για το Δημόσιο Μάνατζμεντ προτεραιότητα και στόχο για την καλύτερη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) με το χαμηλότερο κόστος. (Κέφης, 2005, σ. 56)

Στην Ελλάδα το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ είναι η εφαρμογή στην νέα πολιτική στρατηγική του κράτους, να εστιάσει στην ποιότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών. Καλείται πλέον η δημόσια διοίκηση να ξεπεράσει τις παλιές μεθόδους «διοίκησης» και να συμβάλλει μέσα από συγκεκριμένα προγράμματα και δράσεις στην επίτευξη των στόχων της διοικητικής μεταρρύθμισης. (Κέφης, 2014, σ. 89)

Η σύγχρονη διοίκηση όπως αναφέρει ο Κέφης (2014 σ.89), αποτελεί έκφραση του σύγχρονου ποιοτικού Δημόσιου Μάνατζμεντ που με την εφαρμογή του και τη συνεισφορά του σε όλους τους τομείς της δημόσιας διοίκησης, συμβάλλει στη λύση ενδεχόμενων προβλημάτων της κακοδιοίκησης. Ο προγραμματισμός του όμως ως εφαρμογή χρειάζεται μακροχρόνιο σχεδιασμό, αναφέρεται σε συγκεκριμένους μετρήσιμους στόχους, που μπορούν μελλοντικά να υλοποιηθούν και να εκτελεστούν. Η πολιτική εξουσία δίνει έμφαση στον ανθρώπινο παράγοντα, και παραχωρεί πολλές αρμοδιότητες στα στελέχη της δημόσιας διοίκησης που κινούνται σε μια ποιο ευέλικτη οργανωτική δομή από εκείνη του παρελθόντος.

Με τον Ν. 3230/2004 (σ.1), «Καθιέρωση ενός συστήματος διοίκησης με στόχους μέτρησης της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις», θεμελιώνεται το σύστημα Διοίκησης με Στόχους (ΔμΣ), (Management by Objectives-MBO) στον δημόσιο τομέα. Ο νόμος ορίζει την υιοθέτηση νέων τρόπων δράσεων και εφαρμογών στις μεθόδους διοίκησης όσον αφορά στο ανθρώπινο δυναμικό, με σκοπό την ουσιαστική συνεισφορά και απόδοση τους στις σύγχρονες ανάγκες των πολιτών.

Σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο κάθε υπηρεσία που ανήκει στον δημόσιο τομέα είναι υποχρεωμένη να πράττει τις αναγκαίες ενέργειες, ώστε να υλοποιούνται οι στρατηγικοί στόχοι που έχουν τεθεί σε συνεργασία τμημάτων και διευθύνσεων. Στο πλαίσιο αυτό αποσαφηνίζονται επακριβώς οι επιδόσεις και επιδιώξεις στα ανώτερα ιεραρχικά κλιμάκια, καθώς επίσης και η συμμόρφωση αυτών και στα κατώτερα ιεραρχικά επίπεδα. Όλοι οι φορείς και τα στελέχη είναι ενήμερα στην απόφαση στοχοθεσίας, στην επίτευξη δηλαδή των επιδιωκόμενων στόχων και το χρόνο υλοποίησής τους. Η τελική ευθύνη στην μη επίτευξη των στόχων αποκτά συλλογικότητα και ταυτόχρονα προσδίδει την μέτρηση της αποδοτικότητας με την πρόβλεψη θέσπισης δεικτών μέτρησης. (Ακαλίδης, Μοσχόπουλος, 2008, σ. 28)

Μέσα από την άσκηση της εξουσίας του κράτους όλες οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων πρέπει να είναι διαφανείς και ανοικτές σε δημόσιο έλεγχο. Ήδη στην Ελλάδα υπάρχει το Εθνικό σχέδιο «Διαφάνεια» το οποίο έχει ως σκοπό τη βελτίωση όλων των τομέων της διοίκησης υγείας, πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών και νομοθετικών με συγκεκριμένο συντονισμό δράσης την αποτροπή δυσλειτουργιών, την εκπαίδευση και την πρόληψη. Η στρατηγική της παραπάνω δράσης έχει ως σκοπό τη μείωση της διαφθοράς και ταυτόχρονα την διασφάλιση της αποδοτικότητας, διαφάνειας και υψηλών επιπέδων επίδοσης σε διάφορους τομείς της δημόσιας διοίκησης και

ιδιαίτερα στο τομέα της Υγείας. (Γενική Γραμματεία διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, Εθνικό Σχέδιο Διαφάνεια, 2013, σ.53-56)

Για να επιτευχθεί γενικά η αναστροφή αυτής της κατάστασης στη δημόσια διοίκηση, χρειάζεται σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ να τηρηθούν κάποιες κανόνες «διεθνούς δεοντολογίας», οι οποίοι θα πρέπει να εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τη χρηστή διοίκηση, οι δημόσιοι λειτουργοί να είναι σε θέση να προάγουν το ήθος, την ακεραιότητα, την εντιμότητα και την υπευθυνότητα στον τρόπο διαχείρισης των δημόσιων διαδικασιών και όλες οι ενέργειες να συνοδεύονται από νομικές κυρώσεις. (Γενική Γραμματεία διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, Εθνικό Σχέδιο Διαφάνεια, 2013, v.1.6. σ.50-51).

Η προφανής αδυναμία διαδοχικών ελληνικών κυβερνήσεων να εφαρμόσουν τα μέτρα που θεσπίστηκαν, δείχνουν το βαθμό έλλειψης συντονισμού της δημόσιας διοίκησης με σημαντικό κόστος για την ελληνική οικονομία και την κοινωνία γενικότερα. Οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, αποτελούν προτεραιότητα γιατί έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της εντιμότητας και της λογοδοσίας της δημόσιας διοίκησης, ώστε όλοι οι δημόσιοι λειτουργοί και ιδιαίτερα οι πολιτικοί να λειτουργούν σύμφωνα με τις πράξεις τους που είναι κατάλληλες για το σκοπό. (OECD, 2012.)<sup>24</sup>

Η Ελλάδα εφαρμόσε πολλές και σημαντικές μεταρρυθμίσεις σε όλους τους τομείς της διοίκησης, όμως η έλλειψη της διοικητικής ικανότητας, η ύφεση της οικονομίας, η έλλειψη της τραπεζικής χρηματοδότησης και άλλα διαρθρωτικά εμπόδια καθυστερούν τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας διοίκησης. (OECD, 2016, Economic Survey of Greece 2016, σ.1)

Σύμφωνα επίσης με την Ευρωπαϊκή Ένωση είναι αναγκαίο να υπάρχει η ικανότητα κάθε κράτους μέσα από χρηστή διακυβέρνηση, να μπορεί να εξυπηρετεί τους πολίτες του. Αυτό σημαίνει ότι η ποιότητα, τα μέτρα ανάπτυξης και τα χαρακτηριστικά της ανώτερης ηγεσίας της διακυβέρνησης, καθορίζουν απόλυτα τη σωστή λειτουργία της διακυβέρνησης και ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσης όπως αυτή που διανύουμε, η βελτίωση της ποιότητας του ανώτερου προσωπικού της διακυβέρνησης θεωρείται πρωτίστης σημασίας. (Βαβούρας, 2013, σ.239).

---

<sup>24</sup> OECD, 2012. Public Governance Reviews: Greece 2011. available at <http://www.oecd.org/greece/oecdpublicgovernancereviews-greecereviewofthecentraladministration.htm> [ημερομηνία ανάκτησης 25/11/2016]



## 1.7 Ανακεφαλαίωση

Οι μεταρρυθμίσεις που θεσπίστηκαν στη δημόσια διοίκηση βασίζονται στην σύνδεση των αρχών του ΝΑΜ και της ποιότητας της διακυβέρνησης γενικότερα. Για να αναγνωριστεί η Ελλάδα ως μια από τις επιτυχημένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα πρέπει σύμφωνα με τον Καρκατσούλη (2004, σ.15-17), το κράτος να εφαρμόζει σύγχρονες μεθόδους μανάτζμεντ και αξιολόγησης σε όλους τους τομείς της διοίκησης, καθώς επίσης να ενισχύσει την πολιτική της προσπάθεια με την συμμετοχή των πολιτών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Φυσικά, στις χώρες της ΕΕ, στα πλαίσια των γενικών μέτρων διαμορφώνονται από τους διεθνείς οργανισμούς και τις διακρατικές ενώσεις (ΟΟΣΑ, ΕΕ), τον τρόπο όμως εφαρμογής των μέτρων αποφασίζουν τα επιμέρους κράτη μέσα από το δικό τους σύστημα διακυβέρνησης ανάλογα με τις δυνατότητες, τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες στη κουλτούρα τους. (Καρκατσούλης, 2004, σ. 16 )

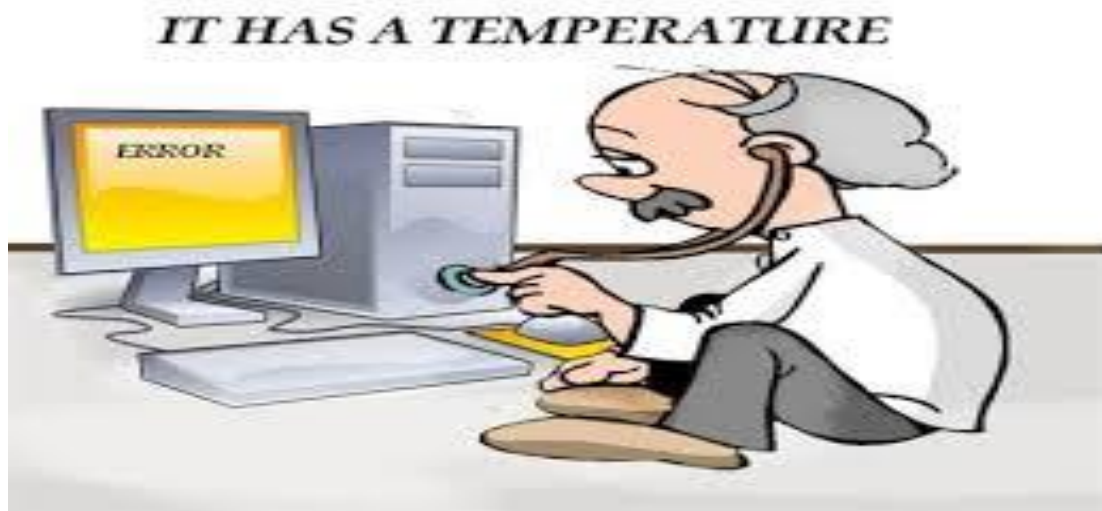
Οι κοινωνικές δομές της Ελληνικής πραγματικότητας διαμόρφωσαν με όμοιο τρόπο και το σύστημα υγείας της. Η μεταρρύθμιση του ΕΣΥ (1983) μια προσπάθεια της Ελληνικής κυβέρνησης να αντιγράψει το σύστημα Beveridge, επλήγη άμεσα από την κυβέρνηση των φιλελευθέρων το 1990, με τη θέσπιση και εφαρμογή του (Ν.1982/90) όπου επιτυγχάνεται άρση της απαγόρευσης ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών. Η εσφαλμένη ανάπτυξη στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα προκάλεσε τη διόγκωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Σε καμία χώρα στον κόσμο με κρατικό σύστημα υγείας και ασφάλισης δεν παρατηρούνται τόσο υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, όπως στην Ελλάδα. Επιπλέον, παρά τη συνύπαρξη υψηλών δημόσιων αλλά και ιδιωτικών δαπανών, δεν επήλθε όπως θα περίμενε κάποιος, άριστο επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών. (Παπαηλιάς, 2015, σ.217, 219, 220)

Οι μεταρρυθμιστικές τάσεις θέλουν τα συστήματα υγείας να ακολουθούν μια πιο επιχειρηματική νοοτροπία, όπως το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, εισάγοντας τον ανταγωνισμό, επιτυγχάνοντας τη μείωση του συνολικού κόστους και την αύξηση της ποιότητας υπηρεσιών. Οι νέες μέθοδοι και δράσεις στην Ελλάδα στον δημόσιο τομέα, χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ποιότητας, αποσκοπούν στην απλοποίηση των διαδικασιών, στη μείωση του κόστους και στην επιπλέον αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών. (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008, σ. 60)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ & ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



#### 2.1 Εισαγωγή

Αρμόδιο υπουργείο για την άσκηση κυβερνητικής πολιτικής που αφορά στη διοικητική μεταρρύθμιση και ηλεκτρονική διακυβέρνηση της δημόσιας διοίκησης για την αξιοποίηση και υλοποίηση έργων μέσω των τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) είναι το Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης (ΥΔΜΗΔ). Η διαχείριση των δύσκολων τρεχουσών συνθηκών που εμφανίζονται στην Ελληνική Δημόσια Διοίκηση (ΕΔΔ), ταυτόχρονα με τις απαιτήσεις του μνημονίου που έχει υπογραφεί από την Ελληνική κυβέρνηση για τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις στο δημόσιο τομέα, προσδίδουν την ανάγκη υλοποίησης των διεθνών δεσμεύσεων μέσα από ολοκληρωμένες πολιτικές στρατηγικές διακυβέρνησης.

Στον τομέα της υγείας η νέα στρατηγική του υπουργείου υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, δηλώνει την απαίτηση «Ενιαίου πληροφοριακού συστήματος για την υποστήριξη των επιχειρησιακών λειτουργιών μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ», με την καθιέρωση και την εφαρμογή πληροφοριακών συστημάτων υγείας που θα

ανταποκρίνονται δημιουργικά στο συνεχώς μεταβαλλόμενο ιατρικό περιβάλλον. (Επιτελική δομή ΕΣΠΑ) <sup>25</sup>

Τα συστήματα της πληροφορικής μέσω των υπολογιστών αποτελούν υψίστης σημασίας βοήθημα σε όλους τους χώρους και ιδιαίτερα στο χώρο της εντατικής θεραπείας αναβαθμίζοντας τις υπηρεσίες που προσφέρονται στους ασθενείς. Η αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσω της ηλεκτρονικής τεχνολογίας, απέφερε νέους εναλλακτικούς τρόπους με τη δυνατότητα εφαρμογής των νέων ηλεκτρονικών συστημάτων υγείας, με την επιδίωξη να ικανοποιούνται διαρκώς οι ανάγκες των πολιτών –ασθενών και ταυτόχρονα να διευκολύνεται το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στο εξαιρετικά σημαντικό έργο τους. (Λαζακίδου, Α.,σ.13,17)

## **2.2.Διαλειτουργικότητα**

### **2.2.1 Ορισμός**

Η εφαρμογή των δράσεων της Ηλεκτρονικής Διοίκησης έφερε στο προσκήνιο το ρόλο της διαλειτουργικότητας (interoperability). Διαλειτουργικότητα εννοείται η σύνδεση διαφορετικών εφαρμογών και συστημάτων πληροφορικής, όχι απαραίτητα του ίδιου Οργανισμού, που έχουν την ικανότητα να αλληλεπιδρούν να ανταλλάσσουν δεδομένα, να συλλέγουν, επεξεργάζονται, χρησιμοποιούν και να μοιράζονται το αποτέλεσμα της πληροφορίας με ενιαίο και αποτελεσματικό τρόπο. Το εθνικό πλαίσιο διαλειτουργικότητας αποτελεί σήμερα μεγάλης σημασίας επίτευγμα για πολλούς τομείς ιδιαίτερα στον χώρο της υγείας και εφαρμόζεται στην πράξη με σκοπό ανταλλαγής πληροφορίας και γνώσης μεταξύ των ιατρικών συστημάτων. (Αποστολάκης, Λουκής, Χάλαρης, 2008, σ.247,248)

---

<sup>25</sup> Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.digitalplan.gov.gr/portal/resource/Eniaio-Plhroforiako-Systhma-gia-thn-Yposthrich-twn-Epiheirhsiakwn-Leitoygiwn-Monadwn-Ygeias-toy-ESY-96a16795-c38e-4081-9704-d3d1d069cdf8> [ημερομηνία ανάκτησης 25/11/2016]

## 2.2.2 Διαλειτουργικότητα ως διασυνοριακή υπηρεσία

Σύμφωνα με την οδηγία 2011/24/ΕΕ, μέσα στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης και σύμφωνα με τα δικαιώματα των ασθενών, καθορίζονται κανόνες που διευκολύνουν την ασφαλή και ποιοτική διασυνοριακή πρόσβαση σε παροχές υγείας. Οι κανόνες που διέπουν την οδηγία είναι σαφείς και αναφέρονται στην σημαντικότητα διαλειτουργικότητας των Εθνικών συστημάτων ΤΠΕ, με τη συλλογή και αξιοποίηση της πληροφορίας. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή COM(2014) 367 final/2 .σ. 8)

Η σημαντική πρόοδος στον τομέα των ΤΠΕ, και η διακρατική παροχή στις υπηρεσίες υγείας που σημειώθηκε με την ολοκλήρωση της Ε.Ε, καθώς και η ανταγωνιστικότητα μεταξύ των χωρών μελών για προσφορά ποιοτικής υπηρεσίας υγείας, συνέβαλαν στην πρόοδο της διαλειτουργικότητας. Η Ευρωπαϊκή Ένωση τα τελευταία χρόνια επενδύει σε δράσεις που αφορούν προγράμματα ψηφιακής σύγκλισης στον τομέα της υγείας, τόσο σε εθνικό όσο και σε διακρατικό επίπεδο (αναφέρονται στο προηγούμενο κεφάλαιο). Στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας (e-Health), η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει ανακοινώνει επίσημα ότι η διαλειτουργικότητα είναι αναγκαίο να εντάξει και να επιτρέψει την αλληλοσύνδεση λειτουργιών διαφορετικών συστημάτων, με ασφαλή και γρήγορη πρόσβαση σε βάσεις δεδομένων της δημόσιας υγείας των εκάστοτε χωρών-μελών και την ενημέρωση των ασθενών που βρίσκονται σε διαφορετικά σημεία. (Επίσημη Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, Οδηγία 2011/24/ΕΕ, (10), L 88/46, σ. 2)

Η σύμφωνη γνώμη μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε στην υιοθέτηση κοινών προτύπων επεξεργασίας και αποθήκευσης της ιατρικής πληροφορίας, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, προκειμένου να παρέχεται αποτελεσματικότερα η ιατρική υπηρεσία από τα εθνικά συστήματα υγείας εφόσον, μέσα από τη συγκεκριμένη συνεργασία των κρατών μελών, υπάρχει αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης στο ιστορικό των ασθενών. Η διασύνδεση των ιατρικών συστημάτων σε διακρατικό επίπεδο αποτελεί μια διαδικασία νομικών περιορισμών, που αφορά στον ιδιαίτερα ευαίσθητο χαρακτήρα των προσωπικών ιατρικών δεδομένων των ασθενών. Σύμφωνα με το άρθρο 8 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης θεμελιώνεται το δικαίωμα προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Η αποτελεσματική παροχή και η διασφάλιση της διασυνοριακής περίθαλψης είναι συνάρτηση της σωστής

χρήσης των προσωπικών δεδομένων που αφορούν στην υγεία των ασθενών. (Επίσημη Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, Οδηγία 2011/24/ΕΕ, (25), L88/48, σ. 3)

Στην περίπτωση που η υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται σε κράτος μέλος που δεν είναι το κράτος μέλος ασφάλισης του ασθενή, σύμφωνα με την παραπάνω οδηγία, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα επιστροφής εξόδων, για το σύνολο των παροχών που χρειάστηκε να του παράσχουν, δηλαδή την συνταγογράφηση, τη χορήγηση και την προμήθεια απαιτούμενων φαρμάκων καθώς και αναγκαίων ιατρικών βοηθημάτων που απαιτήθηκαν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης παροχής υγείας του ασθενή. Προϋπόθεση επιστροφής των εξόδων περίθαλψης, είναι η υγειονομική περίθαλψη που έχει παραχθεί στο έτερον κράτος μέλος, να καθορίζεται νομοθετικά στις παροχές της ασφάλισης και του οικείου κράτους μέλους του ασθενή. (Επίσημη Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, Οδηγία 2011/24/ΕΕ, (25), L88/46, σ. 2)

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η διαφορετικότητα στο νομοθετικό πλαίσιο μεταξύ των χωρών και η μη ενιαία προσαρμογή τους στο ευρωπαϊκό περιβάλλον καθιστά μη επιτεύξιμο προς το παρόν το ολοκληρωμένο διαλειτουργικό σύστημα πληροφορικής και επικοινωνιών στο χώρο της υγείας. (Αποστολάκης, Λουκής, Χάλαρης, 2008, σ.248,).

### **2.2.3 Οργανωσιακή Διαλειτουργικότητα**

Βασικός στόχος της ελληνικής δημόσιας διοίκησης αποτελεί η επίτευξη της διαλειτουργικότητας μεταξύ των πληροφοριακών συστημάτων του δημόσιου φορέα της χώρας. Το γεγονός ότι τα υπάρχοντα ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα του δημόσιου τομέα στην Ελλάδα που βρίσκονται σε εξέλιξη έχουν αναπτυχθεί χωρίς να συνδέονται με κοινά τεχνολογικά πρότυπα και χωρίς να υπάρχει ένα κεντρικό πλαίσιο κανόνων που να διασφαλίζει τη διαλειτουργικότητα μεταξύ τους απαιτεί την άμεση προώθηση και υλοποίηση συγκεκριμένων δράσεων. (Αποστολάκης, Λουκής, Χάλαρης, 2008, σ.248, 270).

Η στρατηγική για την εφαρμογή της διαλειτουργικότητας των συστημάτων μεταξύ των φορέων της δημόσιας διοίκησης, καθορίζει την επανεξέταση των αυτοματοποιημένων δεδομένων με σκοπό την αντιμετώπιση των πιθανών προβλημάτων και δυσκολιών εξαιτίας της διαφορετικής σημασίας του ίδιου όρου με διαφορετικές παραστάσεις. Από τον έλεγχο που γίνεται προκειμένου η πληροφορία να γίνει αντιληπτή και από όλα τα συστήματα που εμπλέκονται, γίνεται η τροποποίηση της

ηλεκτρονικής αυθεντικοποίησης και εξουσιοδότησης προσανατολισμένη σε ένα ενιαίο σύστημα, το οποίο εφαρμόζει κατανοητά την ανταλλασσόμενη πληροφορία, ανοικτά και δημόσια, με την συνεχή αξιολόγηση και την επικαιροποίηση των αρχών και προτύπων για την ασφάλεια και προστασία της ιδιωτικής πρόσβασης. (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα, Ψηφιακή Σύγκλιση, 2007-2013, σ.104)

Η δυνατότητα εφαρμογής των Πληροφοριακών Συστημάτων (ΠΣ) στο χώρο της υγείας επιτελεί τον εκσυγχρονισμό του χώρου, προσφέροντας μια σειρά από πλεονεκτήματα όπως, ποιότητα παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης ασθενών, καθώς και λειτουργική ευχέρεια στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Ο χώρος της Υγείας ως ένας ιδιαίτερα ευαίσθητος τομέας έχει μέλημα του, την φροντίδα και την περίθαλψη των ασθενών σε όλα τα επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας. (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα, Ψηφιακή Σύγκλιση, 2007-2013)

Η υλοποίηση της στρατηγικής για την ηλεκτρονική διακυβέρνηση προσβλέπει σε έξι βασικούς πυλώνες διοικητικής μεταρρύθμισης οι οποίοι αποτελούν τη βάση για το νέο οικοδόμημα που θα ικανοποιεί τις ανάγκες των πολιτών με κατανοητό, αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο. Μέσα στο νέο θεσμικό πλαίσιο του προγράμματος Ψηφιακή Σύγκλιση και την αρχή της χρηστής δημοσιονομικής διαχείρισης, η Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Επιχειρησιακού Προγράμματος (ΕΥ.ΔΕ.Π), αναπτύσσει νέα στρατηγική, η οποία απαιτεί την εφαρμογή αυτοματοποιημένων πληροφοριακών μηχανισμών οργάνωσης στον τομέα της υγείας. Η διαλειτουργικότητα των συστημάτων έχει ως συνέπεια την καλύτερη διαχείριση των πόρων, και την άμεση και συνεχή επικοινωνία μεταξύ συστημάτων και φορέων, εξασφαλίζοντας ως βασικό παράγοντα επιτυχίας, ποιοτικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας στους πολίτες. (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα, Ψηφιακή Σύγκλιση, 2007-2013, σ.98)

Στα πλαίσια του επιχειρησιακού προγράμματος “Ψηφιακή Σύγκλιση, 2007-2013” στο προϋπολογισμό του προγράμματος (2011), επιδιώκεται νέα στρατηγική κίνηση που ονομάζεται άξονας προτεραιότητας 1, και αφορά στη βελτίωση της παραγωγικότητας με την αξιοποίηση των ΤΠΕ, και αναφέρεται σε ειδικό στόχο ονομαζόμενο 1.2 και αφορά στη “βελτίωση της παραγωγικότητας του Δημόσιου τομέα με την χρήση ΤΠΕ και η παροχή ψηφιακών υπηρεσιών προς τις επιχειρήσεις”.

Ο δεύτερος άξονας ονομαζόμενος άξονας προτεραιότητας 2, που αφορά στα ΤΠΕ και ποιότητα ζωής,<sup>26</sup> και αναφέρεται στον ειδικό στόχο 2.2, στοχεύει στην “Ανάπτυξη ψηφιακών υπηρεσιών Δημόσιας Διοίκησης για τον πολίτη”. Οι συγκεκριμένοι άξονες Προτεραιότητας συγχρηματοδοτούνται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης. (2η Αναθεώρηση Ε.Π. Ψ.Σ., εγκεκριμένη με την υπ’ αριθ. 152.623/ΨΣ5195-Α1/25-09-2012 Απόφαση ΕπΠα, σ. 98).

Το επιχειρησιακό πρόγραμμα «ψηφιακή Σύγκλιση»<sup>27</sup>, χρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης, και υποστηρίζει οικονομικά την ΗΔΙΚΑ ΑΕ,<sup>28</sup> που ιδρύθηκε από την κυβέρνηση ως υπεύθυνη αρχή για τις υπηρεσίες της κοινωνικής ασφάλισης, την παρακολούθηση και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας.

Επίσης στο πλαίσιο του προγράμματος «Κοινωνία της Πληροφορίας» (ΚτΠ), για την ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας του δημόσιου τομέα και μέσα από τη δημιουργία ενός «Πλαισίου Διαλειτουργικότητας Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης» έγινε μια σοβαρή προσπάθεια για την επίτευξη διαλειτουργικότητας μεταξύ των υπόλοιπων πληροφοριακών συστημάτων, όπως τηλεϊατρικής, ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς και ενοποιημένων δικτύων πληροφοριών υγείας που θα αναλυθούν στις επόμενες ενότητες του κεφαλαίου.

---

<sup>26</sup> Υπουργείο Διοικητικής Ανασυγκρότησης. Άξονας 1 Παιδεία και πολιτισμός, Άξονας 2 Εξυπηρέτηση του Πολίτη ( εδώ υπάγεται το μέτρο 2,6 που αφορά στις τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνίας στην Υγεία και πρόνοια (ΕΤΠΑ) και το μέτρο 2,7 που αφορά στη κατάρτιση και θεσμικά μέτρα στην υγεία και Πρόνοια (ΕΚΤ), Άξονας 3 Ανάπτυξη και Απασχόληση, Άξονας 4 Επικοινωνίες και Άξονας 5 Τεχνική βοήθεια. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.opengov.gr/minireform/?p=1387> [ημερομηνία ανάκτησης 25/11/2016]

<sup>27</sup> Το Πρόγραμμα «Ψηφιακή Σύγκλιση» είναι ένα από τα Επιχειρησιακά Προγράμματα του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς 2007-2013 από το ΕΣΠΑ, το οποίο ως Εθνικό όργανο συστήματος προγραμματισμού εξασφαλίζει ότι όλες οι ενέργειες που γίνονται μέσω αυτών των προγραμμάτων είναι σύμφωνες με τις στρατηγικές κατευθυντήριες οδηγίες της Κοινότητας που αφορούν στην κοινωνική και οικονομική συνοχή. διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.digitalplan.gov.gr/resource-api/dipla/contentObject/bdfd42a4-463a-475d-81eb-2ee73b30fc2e/content> [ημερομηνία ανάκτησης 25/10/2016]

<sup>28</sup> Η Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (Η.Δ.Ι.Κ.Α. Α.Ε), το 2016 έλαβε τιμητικό τίτλο χρυσής διάκρισης από την Healthcare Business Awards, για το έργο «Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης- Ολοκληρωμένη Πλατφόρμα για την Ηλεκτρονική Υποστήριξη Φροντίδας Υγείας Ασθενή», όπου επιβραβεύτηκαν οι βέλτιστες πρακτικές από το σύνολο του τομέα της Υγείας.



### 2.3 Τηλεϊατρική

Η έναρξη του προγράμματος e-Europe, μέσα από τη σταδιακή βελτίωση της εφαρμογής του, βελτίωσε σημαντικά την παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της ηλεκτρονικής επικοινωνίας. Όλα τα μέλη της Ε.Ε έχουν θεσπίσει σε εθνικό επίπεδο, πλήρη σχέδια εφαρμογής προγραμμάτων που αφορούν στη παροχή υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας.

Αποτελέσματα έρευνας του Ευρωβαρόμετρου<sup>29</sup> έδειξαν το ποσοστό των γενικών ιατρών που είναι συνδεδεμένοι με το διαδίκτυο να αυξάνονται σταθερά. Τα ευρήματα από την έρευνα δείχνουν ως ποσοστό, κατά μέσο όρο το 78% των γενικών ιατρών της Ε.Ε να είναι συνδεδεμένοι με το διαδίκτυο σε αντίθεση με το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Σκανδιναβικές χώρες που ήταν συνδεδεμένο σχεδόν κατά 100% των γενικών ιατρών. Στην ίδια έρευνα φαίνεται να αυξάνεται επίσης η χρήση του διαδικτύου για παροχή ιατρικής φροντίδας. Τα στοιχεία που παραθέτει η ίδια έρευνα είναι ότι το 48% των ιατρών χρησιμοποιούν ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία και 46% χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για να παραπέμψουν στοιχεία των ασθενών τους σε άλλο ιατρικό προσωπικό, σε περίπτωση συνέχειας ιατρικής φροντίδας τους<sup>30</sup>.

Η διαδικασία εξέλιξης της πληροφορίας μέσω της εμφάνισης της Κοινωνίας της Πληροφορίας (ΚτΠ), μεταβάλλει τα αρχικά δεδομένα, διαμορφώνοντας την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα από την ηλεκτρονική διασύνδεση των υγειονομικών μονάδων και την εξ αποστάσεως συμμετοχή του ιατρικού προσωπικού. Το γεγονός αυτό συνέβαλλε στην επίτευξη της εφαρμογής της Τηλεϊατρικής, δηλαδή της Ιατρικής εξ αποστάσεως. (Λαζακίδου,χ.χ.σ.74)

Σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο του υπ. αριθ. Ν.3984/2011(άρθρο 66, σ.3201,3202), «Οι υπηρεσίες Τηλεϊατρικής παρέχονται εφόσον υφίσταται η δυνατότητα και με ευθύνη του θεράποντος ιατρού που αντιμετωπίζει το εκάστοτε περιστατικό. Ο θεράπων ιατρός, για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων, είναι υπεύθυνος να ζητά από τον

---

<sup>29</sup> Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πραγματοποιεί έρευνα κοινής γνώμης που την διεξάγει δύο φορές το χρόνο. Αυτή η έρευνα αποκαλείται Ευρωβαρόμετρο. Στόχος του Ευρωβαρόμετρου είναι να καταγράψει τις απόψεις των πολιτών όλων των κρατών μελών της Ε.Ε , σε σχέση με τις πολιτικές της Ε.Ε και την επίδραση που έχουν στην καθημερινότητα τους. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.dianeosis.org/2016/02/eurobarometro-84/> [ημερομηνία ανάκτησης 19/11/2016]

<sup>30</sup>Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «e-Europe 2002», Τελική Έκθεση/COM/2003/0066 τελικό. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=celex:52003DC0066> [ημερομηνία ανάκτησης 19/11/2016]

ασθενή ή εφόσον αυτό δεν είναι δυνατόν από συγγενή α΄ βαθμού, την ενυπόγραφη έγκριση χρησιμοποίησης υπηρεσιών τηλεϊατρικής κατά την κρίση του. Οι οδηγίες των Νοσοκομείων και Μονάδων Υγείας που παρέχουν υπηρεσίες Τηλεϊατρικής είναι συμβουλευτικές και σε καμία περίπτωση υποχρεωτικές». Η πρώτη εφαρμογή του προγράμματος της Τηλεϊατρικής στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε στο Σισμανόγλειο νοσοκομείο με την πιλοτική εφαρμογή του από το 1989, σε συνεργασία με το Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το Σισμανόγλειο Γ.Π. Νοσοκομείο Αττικής, είναι το Νοσοκομείο υποστήριξης του δικτύου Τηλεϊατρικής του Εθνικού Συστήματος Υγείας από το 1991. Σήμερα η Μονάδα Τηλεϊατρικής του νοσοκομείου είναι συνδεδεμένη με δεκαεννέα περιφερικά σημεία με κέντρα υγείας και περιφερικά ιατρεία. (Τσαγκάρης και συν, Επιστημονικά Χρονικά Σισμανογλείου, 2000)

Η Τηλεϊατρική αποτελεί το αποτέλεσμα της σχέσης μεταξύ της Τεχνολογίας της Πληροφορικής και της Ιατρικής. Ως ορισμό της Τηλεϊατρικής, σύμφωνα με τον Σωτηρίου (2001), αναφέρει ο Σουσαμλής, (2010 σ.33), αποδίδει τη σημασία της ως: «η προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών από απόσταση». Η Τηλεϊατρική έγκειται στην παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω των ΤΠΕ σε περιπτώσεις όπου ο επαγγελματίας υγείας και ο ασθενής ή και δύο επαγγελματίες υγείας βρίσκονται σε διαφορετική γεωγραφική υπόσταση.

Η υπηρεσία της Τηλεϊατρικής είναι ένα υποσύστημα το οποίο συνδέεται με ένα πολύπλοκο σύστημα διαχείρισης και διάδοσης ιατρικών πληροφοριών, που μέσα από τις εφαρμογές του συστήματος, αναλύει την πληροφορία και την μετατρέπει σε διάγνωση, θεραπεία, και εκπαίδευση των ιατρών. Για την μετατροπή της ιατρικής πληροφορίας σε ηλεκτρονική μορφή, συμμετέχουν και τα τηλεπικοινωνιακά και πληροφορικά συστήματα με αποτέλεσμα να συντελούνται οι κατάλληλες παροχές και εφαρμογές υπηρεσιών ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες από τις ποιο διαδεδομένες: (European Commission, 2012,σ.3)

- ✚ Τηλε-συμβουλευτική: πρόκειται για τη χρήση του δικτύου της τηλεϊατρικής με την εξ αποστάσεως ανταλλαγή ιατρικών απόψεων και τηλε-δράσεων ιατρικών συμβουλίων με σκοπό την αντιμετώπιση, από γιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων, ποιο πολυσύνθετων καταστάσεων προς όφελος του ασθενή. Η χρήση γίνεται όταν ενδείκνυται να απαιτείται μια ποιο εξειδικευμένη γνώμη για γρήγορη και ασφαλέστερη διάγνωση.
- ✚ Τηλε-κπαίδευση: μια από τις ποιο σύγχρονες τηλεματικές εφαρμογές η οποία χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Πρόκειται για κάλυψη των

αναγκών εκπαίδευσης του προσωπικού, αύξηση των γνώσεων και δεξιοτήτων τους και συνεχής ενημέρωση σε διάφορους τομείς της ιατρικής. Η εκπαίδευση αφορά σε όλο το ενεργό ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των νοσηλευτικών υγειονομικών μονάδων είτε σε επιστημονικό είτε σε διοικητικό επίπεδο. Επιπλέον καθίσταται δυνατή και η εκπαίδευση στον υγιή πληθυσμό, με προγράμματα που αφορούν στην Αγωγή Υγείας με σκοπό να αλλάξουν τα υφιστάμενα πρότυπα συμπεριφορών σχετικά με την υγεία.

- ✚ Τηλεδιάγνωση: προσδιορίζεται ως η παροχή ειδικευμένης ιατρικής γνώσης με την υποστήριξη τηλεματικών εφαρμογών<sup>31</sup> και στοχεύει στη ζητούμενη διάγνωση ή τις απαιτούμενες συμβουλές. Καλύπτει την μελέτη που γίνεται από απόσταση για τα κλινικά στοιχεία δηλαδή ακτινογραφίες, υπερηχογραφήματα, τομογραφίες κ.α. και μεταδίδονται ψηφιακά μέσω δικτύου ΟΤΕ. Μετά από εξέταση των εξειδικευμένων ιατρών και ανάλυση μέσω υπολογιστή προχωρούν σε διάγνωση ή συμβουλή, και αποστέλλονται τα αποτελέσματα στον ερωτηθέντα ιατρό με επισύναψη σύνταξης σχετικών αναφορών.
- ✚ Τηλε-θεραπεία: αποτελεί την παροχή υπηρεσιών υγείας από το ιατρικό προσωπικό, που τελείται από απόσταση με τη χρησιμοποίηση των ΤΠΕ, όταν ο ασθενής επικαλείται την ποιο κοντινή προς τον τόπο κατοικίας του, ιατρική μονάδα και επιζητεί ιατρική φροντίδα, την θεραπεία ή την πρόληψη της νόσου του ή και άλλων συμβάντων σε σχέση με την υγεία του.

(Λαζακίδου, 2008, σ.73,74)

Τα οφέλη και τα πλεονεκτήματα από τη χρήση της Τηλεϋγείας<sup>32</sup> μέσω Τηλεϊατρικής στην Ελλάδα είναι πάρα πολλά και σημαντικά για την χώρα μας. Ιδιαίτερα λόγω της

---

<sup>31</sup> Τηλεματικές εφαρμογές είναι οι υπηρεσίες που μας παρέχει η σύγχρονη Τεχνολογία ώστε να μπορούμε να στείλουμε και να λάβουμε οποιαδήποτε πληροφορία έχουμε ανάγκη. Οι πληροφορίες είναι είτε ακουστικές είτε οπτικές, εικόνες ή κείμενο και μεταφέρονται στον αποδέκτη μέσω υπολογιστή, τηλεόραση ή κάποιο άλλο μέσο επικοινωνίας. Οι εφαρμογές της Τηλεματικής εκσυγχρόνισαν στη χώρα μας ριζικά τον τρόπο επικοινωνίας και πληροφοριών. Στην Ελλάδα ο ΟΤΕ είναι αυτός που έχει εγκαταστήσει ειδικά δίκτυα και υποστηρίζει όλες τις Τηλεματικές εφαρμογές. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: [http://conta.uom.gr/conta/ekpaideysh/seminaria/M\\_NetworkTech/%CE%A4%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82\\_2.pdf](http://conta.uom.gr/conta/ekpaideysh/seminaria/M_NetworkTech/%CE%A4%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82_2.pdf) [ημερομηνία ανάκτησης 25/10/2016]

<sup>32</sup> Βλ. Wikipedia: Με τον όρο Τηλεϋγεία αναφερόμαστε σε κλινικές υπηρεσίες και μη κλινικές υπηρεσίες οι οποίες εμπεριέχουν την εκπαίδευση τη διαχείριση και την έρευνα στην ιατρική επιστήμη.

γεωγραφικής της ιδιομορφίας, (απομακρυσμένες και απομονωμένες περιοχές, νησιά, αδυναμία πρόσβασης κλπ) υπάρχει η δυνατότητα άμεσης κάλυψης παροχής υπηρεσιών υγείας και υγειονομική φροντίδα του πληθυσμού των απομακρυσμένων αυτών περιοχών. Σύμφωνα με τον Σουσαμλή (2011 σ.39,40), τα κυριότερα πλεονεκτήματα και οφέλη από τη χρήση της Τηλεϊατρικής είναι τα ακόλουθα:

- γρήγορη και αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ Νοσοκομείων και ιατρών.
- άμεση επικοινωνία ιατρών ιδιαίτερα αυτών που βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές για την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών με ανταλλαγή απόψεων, ιδιαίτερα παροχή συμβουλών από ιατρούς του εξωτερικού και άμεση πρόσβαση σε πληροφορία και γνώση.
- Αποφυγή του συχνού προβλήματος επώδυνων εξετάσεων, ασυμφωνιών σε συνταγές και λαθών στη θεραπεία.
- Αποδοχή στη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας τηλεματικής από το ιατρικό προσωπικό.
- Αναβάθμιση του επιπέδου του ιατρικού προσωπικού στη χρήση της τεχνολογίας με συνεχής εκπαίδευση.
- Εξοικονόμηση δαπανών στο σύστημα υγείας μέσω μείωσης των εξόδων μετακίνησης, εξετάσεων και γενικά στη διαχείριση του συστήματος περίθαλψης υγείας.

Από την επιμελημένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προκύπτει το αποτέλεσμα ότι η ηλεκτρονική υγεία (e-health)<sup>33</sup> συσχετίζεται με τις έννοιες της τηλεϊατρικής και της τηλευγείας. Οι εφαρμογές για πολλές κλινικές δραστηριότητες τοποθετούνται πλέον σε υπηρεσίες μέσω διαδικτύου. Η ηλεκτρονική υγεία συγκαταλέγεται σε σύγχρονη συμπληρωματική εφαρμογή των προγενέστερων τηλεϊατρικής και τηλευγείας και

---

<sup>33</sup> Ως όρος η "ηλεκτρονική υγεία" εννοείται ο συντονισμός διαφορετικών εργαλείων που βασίζονται στις τεχνολογίες των πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) με στόχο την βέλτιστη πρόληψη, θεραπεία, παρακολούθηση και διαχείριση της υγείας. Στο χώρο της ηλεκτρονικής υγείας επίσης εντάσσονται και τα δίκτυα πληροφοριών για την υγεία, ηλεκτρονικά μητρώα υγείας, τα συστήματα για τον έλεγχο και τη στήριξη των ασθενών και οι υπηρεσίες της τηλεϊατρικής. Η Ευρωπαϊκή Ένωση υποστηρίζει την ιδέα της δημιουργίας ενός "ευρωπαϊκού χώρου ηλεκτρονικής υγείας" μέσω δράσεων και προγραμμάτων που συγκλίνουν στις πρακτικές της εφαρμογές μεταξύ των κρατών – μελών. Συγκεκριμένα η Ε.Ε στοχεύει στη δημιουργία ενός συστήματος ηλεκτρονικών μητρώων υγείας, τυποποίηση και ανταλλαγή πληροφοριών και εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Στο πλαίσιο της πολιτικής της η Ε.Ε βασίζεται στην ασθενοκεντρική ποιότητα, δηλαδή στη βέλτιστη παροχή ποιότητας των ασθενών (εξυπηρέτηση ασθενούς, διαφάνεια στην πρόσβαση όλων στις υπηρεσίες υγείας, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο . <http://blog.e-healthgr.com/electronic-health/> [ημερομηνία ανάκτησης 28/12/2016]

μπορεί να προσφέρει βελτιωμένες παροχές υγείας με τη χρήση του διαδικτύου σε τοπικό, εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο.

Τα αρχικά συστήματα σχεδιάστηκαν, αναφέρει η Ραυτοπούλου (2003 σ.46) σύμφωνα με τους (Lindberg 7 Humphreys, 1995..1998), να υποστηρίζουν τα συστήματα με τα δεδομένα των ασθενών που αφορούν την τιμολόγηση και την ασφάλεια. Στη συνέχεια αναβαθμίστηκαν σε ποιο προηγμένα συστήματα που μπορούν να υποστηρίζουν τις κλινικές περιπτώσεις. Σήμερα είναι σε θέση να υποστηρίζουν όλες τις εκφάνσεις του ιατρικού γεγονότος από την οικοδόμηση και διατήρηση βάσεων δεδομένων ιατρικών αρχείων, μέχρι και την επικοινωνία των ιατρών με τους ασθενείς τους μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Η χρησιμοποίηση των υπολογιστών για την πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες και οι εφαρμογές των συστημάτων Τηλεϊατρικής και Τηλεϋγείας έχουν συντελέσει σε πολύ μεγάλο βαθμό, ώστε να βελτιωθούν οι αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης, να αποτραπούν παραλείψεις που θέτουν σε κίνδυνο τους ασθενείς με αποτέλεσμα να αυξηθεί η πρόσβαση τη φροντίδα υγείας καθώς και να μειωθούν οι δαπάνες για τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας και τις ασφαλιστικές εταιρείες.

## **2.4 Ηλεκτρονικός φάκελος Υγείας**

Η Μεταρρύθμιση του Εθνικού συστήματος Υγείας με την εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης αποτέλεσε την έναρξη και ανάπτυξη της χρήσης της εργαλείων της ηλεκτρονικής υγείας. Σημαντικό εργαλείο υγείας θεωρείται και ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας ως εργαλείο καταγραφής, αποθήκευσης και διάχυσης της κλινικής πληροφορίας. Αποτελεί την ηλεκτρονική καταγραφή των δεδομένων του ασθενή. Η ανάπτυξη του ιατρικού φάκελου στην Ελλάδα δεν έχει την ίδια εφαρμογή όπως σε άλλες χώρες μέλη της Ε.Ε, παρά τα πλεονεκτήματα που έχουν παρουσιαστεί από την συστηματική χρήση του σε αυτές τις χώρες και την επιτακτική ανάγκη ανάπτυξης και εφαρμογής του. (Ν.3235/2004, άρθρο 9, σ.1087)

Η εφαρμογή σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο του ιστορικού στον ηλεκτρονικό φάκελο των ασθενών, σε άλλα κράτη μέλη έχει τεθεί σε λειτουργία και σε άλλα βρίσκεται σε στάδιο της εφαρμογής. Οι πρώτες ενδείξεις από την εφαρμογή του διαφέρουν από μια χώρα μέλους σε άλλη, που βρίσκονται σε πιλοτικό στάδιο. (Μούρτου, 2006 σ.3-4)

Συγκεκριμένα οι Κάτω Χώρες αναφορικά με τη θέση που κατέχουν στην ψηφιοποίηση των ιατρικών φακέλων, έρχονται πρώτες με ποσοστό (83,2%), σε αντίθεση με τη Δανία η οποία έρχεται στη δεύτερη θέση με ποσοστό (80,6%), και το Ηνωμένο Βασίλειο στη τρίτη θέση με ποσοστό (80,5%).

Από την άλλη πλευρά μόνο το 9% των νοσοκομείων στην Ευρώπη δίνουν δικτυακή πρόσβαση στον ιατρικό ηλεκτρονικό φάκελο των ασθενών και τα περισσότερα από αυτά έχουν περιορισμένη πρόσβαση.<sup>34</sup> (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, 2014, L281/34, σ.4)

Οι κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής είναι βοηθητικές, αλλά τα κράτη μέλη μεταξύ τους θα πρέπει να βρουν ρυθμίσεις στο μέλλον που θα υποστηρίζουν καλύτερα την υγειονομική περίθαλψη των ασθενών.

Η καταγραφή των στοιχείων στο λογισμικό του ιατρικού φακέλου αποτελείται από

✓ Δημογραφικά στοιχεία του ασθενή. Αυτά εμπεριέχουν γενικές πληροφορίες σχετικά με την ιδιότητα, ηλικία, τόπος διαμονής, κ.α

✓ Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό.

✓ Ιατρική περίθαλψη των πιο σημαντικών κλινικών δεδομένων

✓ Συμπτώματα, τρέχοντα προβλήματα υγείας, διαγνώσεις, κλινικές εξετάσεις

✓ Συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή, και μη.

Η νομική προστασία και βάση για τη χρήση των ηλεκτρονικών εργαλείων υγείας, στηρίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις της οδηγίας 95/46/EK η οποία αφορά στη προστασία των προσωπικών δεδομένων και την ελεύθερη κυκλοφορία αυτών των δεδομένων. Στο άρθρο 8 της οδηγίας αναφέρονται ρητά οι νομικές βάσεις και η ρητή συγκατάθεση για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων από τους επαγγελματίες υγείας. Στο ίδιο άρθρο αναφέρονται οι περιπτώσεις που επεμβαίνουν στο ιστορικό του ασθενή οι επαγγελματίες υγείας, 8(2) (α) για λόγους ζωτικής σημασίας συμφέροντος, 8(2) γ επείγουσας ιατρικής ανάγκης και 8(3) (β) για ανάγκες παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η διασυνοριακή περίθαλψη των ασθενών έχει ως

---

<sup>34</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014. «Η Ευρώπη αντιμετωπίζει κρίση στον τομέα της υγείας λόγω της γήρανσης του πληθυσμού της. Αξιοποιώντας όσο το δυνατόν περισσότερο την ψηφιακή τεχνολογία, μπορούμε να μειώσουμε το κόστος, να δώσουμε τη δυνατότητα στον ασθενή να αποκτήσει ξανά τον έλεγχο, να κάνουμε αποτελεσματικότερη την υγειονομική περίθαλψη και να βοηθήσουμε τους Ευρωπαίους πολίτες να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία για περισσότερα χρόνια. Πρέπει να παρακολουθούμε συνεχώς τον σφυγμό των εξελίξεων!» – Νέιλι Κρους. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-14-302\\_el.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-302_el.htm) [ημερομηνία ανάκτησης 15/11/2016]

στόχο βάση της οδηγίας να συμβάλλει στην ασφαλή και ποιοτική στήριξη της παροχής υγειονομικής ποιότητας.

Σε εθνικό επίπεδο χωρών-κρατών της ΕΕ σύμφωνα με το άρθρο 5 της οδηγίας προϋποθέτει την ύπαρξη ηλεκτρονικού φακέλου υγείας του ασθενή που θα αποτελείται από την ακριβή και συστηματική εικόνα του ιστορικού του. Η πρώτη νομοθετική παρέμβαση στην Ελλάδα έγινε το 2004 με τον Ν.3235/04 όπου στο άρθρο 9, ορίζεται η δημιουργία του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου. (Ν.3235/04,σ.1087)

Ακόμη και σήμερα στα περισσότερα νοσοκομεία οι ιατρικοί φάκελοι εξακολουθούν να τηρούνται χειρόγραφοι με αποτέλεσμα να καταλαμβάνουν πολύ μεγάλο χώρο αποθήκευσης, να μην βρίσκονται εύκολα, να χάνονται και συνήθως να καταστρέφονται καθώς αλλοιώνονται με την πάροδο του χρόνου. Όπως είναι φανερό κάτω από αυτές τις συνθήκες η προσπάθεια για την εύρεση του ιστορικού των ασθενών πολλές φορές είναι πολύ δύσκολη και αν αναφερθούμε και σε αναγκαίες στατιστικές αναλύσεις για εξαγωγή συμπερασμάτων μπορούμε να πούμε ότι είναι ανακριβή και πολυσύνθετα.

Σε όσα νοσοκομεία τηρούν ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο παρατηρείται το εξής φαινόμενο: τα περιεχόμενα των κλινικών δεδομένων των ασθενών δεν έχουν τη δυνατότητα να συνδεθούν για περαιτέρω ανάλυση και ενημέρωση από τους ενίοτε παρόχους υγείας, ούτε ακόμη και με το εσωτερικό του νοσοκομείου. Η κυριότερη αιτία αυτού του γεγονότος αποτελεί η μη διασύνδεση του ηλεκτρονικού φακέλου με το πληροφοριακό χειριστικό σύστημα του νοσοκομείου καθώς είναι ανύπαρκτη η αναγκαία διαλειτουργικότητα. (Πασχάλη, 2014, σ.7)

Στην Ελληνική επικράτεια σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ.3ε του Ν. 4238/2014 καθιερώνεται από τους οικογενειακούς ιατρούς η χρήση στο ιστορικού ασθενούς, που περιέχεται στον ατομικό φάκελο υγείας και έχει «την επιμέλεια της δημιουργίας και τήρησης του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλόγο του, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και την αποτελεσματικότητά της. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται οι λεπτομέρειες της εφαρμογής του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.»

Ο Γενικός Γραμματέας Δημόσιας Υγείας Ιωάννης Μπασκόζος, τονίζει στην ομιλία του για την ηλεκτρονική υγεία (e-health Forum 2015)<sup>35</sup>, ότι η εφαρμογή της λειτουργίας του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΗΦΥ) του πολίτη, στην πράξη δεν υποστηρίχθηκε με τον κατάλληλο σχεδιασμό και προς όφελος του πολίτη τα προηγούμενα χρόνια. Η εφαρμογή αυτή ενσωματώθηκε στο σύνολο της διαχειρισθείσας ιατρικής πληροφορίας με αποτέλεσμα και λόγω του πιεσμένου ήδη εργασιακά ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων, να απαξιωθεί είτε μερικά είτε ολικά στη χρήση του. Επίσης αναφέρει στην ομιλία του, ότι ένας λόγος που επηρέασε αρνητικά την υποστήριξη των πολυπόθητων αυτών εργαλείων αποτέλεσε το γεγονός ότι δεν υποστηρίχθηκαν επαρκώς οι δημόσιες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τα σημερινά (ΠΕΔΥ), που είναι ο διάδοχος της πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), από ανάλογα Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα (ΟΠΣ), σε όλες τις βαθμίδες των υπηρεσιών. Άρα καταλήγει, ότι η λύση μπορεί να αποδοθεί με την μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και με την υποστήριξη κυρίως της ηλεκτρονικής υγείας. (Υπουργείου Υγείας, 2015)

Μέσα από την ολοκληρωμένη διαχείριση πληροφοριών υγείας ολοκληρώνεται και ο στόχος των μεταρρυθμιστικών κινήσεων της Κυβέρνησης, για μείωση κόστους και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς επίσης παρέχεται ευκολότερη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες της Υγείας-Πρόνοιας (e-Health). Η προοδευτική αύξηση στην ζήτηση αποδοτικότερων και αποτελεσματικότερων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης τοποθετεί σε νέες βάσεις την πολιτική ηλεκτρονικής διακυβέρνησης πληροφοριακών συστημάτων και εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας. Η εφαρμογή του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου αποτελεί μια από τις σπουδαιότερες εφαρμογές της ηλεκτρονικής ιατρικής τεχνολογίας. με την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση στον ασθενή, με πρόσβαση σε ακριβείς ιατρικές πληροφορίες, εύκολα προσβάσιμες από τους συμμετέχοντες στην ιατρική και υγειονομική φροντίδα. (Λαζακίδου, Α., χ.χ σ.137)



## 2.5 Ηλεκτρονική κάρτα Υγείας

Η ψηφιακή σύγκλιση της χώρας μας με την ΕΕ όπως αναφέραμε πραγματοποιείται μέσα από την Κοινωνία της Πληροφορίας (ΚτΠ) αξιοποιώντας τις τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ). Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα υλοποίησης για την ψηφιακή σύγκλιση της Ελλάδας την προγραμματική περίοδο 2007-2013 στόχευσε στην στρατηγική ανάπτυξης μέσω της αξιοποίησης των ΤΠΕ και στις 13 Περιφέρειες της χώρας, με σκοπό να καλύψει τις ανάγκες που ανέκυπταν βάσει της ανάλυσης της υφιστάμενης κατάστασης σε όλους τους τομείς. (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα, 2007-2013)<sup>36</sup> Ιδιαίτερα ευαίσθητος τομέας της δημόσιας διοίκησης είναι ο τομέας της υγείας και αποτελεί την επιτακτική παρέμβαση της Κοινωνίας της Πληροφορίας.

Το πρόγραμμα της σύγκλισης έρχεται να συμπληρώσει με νέες υπηρεσίες υγείας, και να ενεργήσει προς όφελος των πολιτών στην πράξη με την πρόβλεψη, διάγνωση και θεραπεία, μέσα από προγράμματα που επιταχύνουν την αναζήτηση δεδομένων στο ιστορικό παθήσεων των ασθενών. Μια από τις νέες εφαρμογές διάγνωσης και παρακολούθησης με τα νέα τεχνολογικά μέσα που υποστηρίζονται από την Κοινωνία της Πληροφορίας είναι και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας. (Ν.3235/2004)

Με την υλοποίηση των έργων και μετά την ηλεκτρονική διασύνδεση όλων των μονάδων υγείας όπως προβλέπεται, θα ακολουθήσει η πλήρη εφαρμογή της ηλεκτρονικής κάρτας του ασθενούς, σύμφωνα με την προτεραιότητα της στρατηγικής του άξονα (2) εξυπηρέτηση του Πολίτη, ή αλλιώς των ειδικών στόχων του Επιχειρησιακού Προγράμματος (Ε.Π) της ψηφιακής σύγκλισης και την υλοποίηση του με τα μέτρα του άξονα 2.6 και 2.7 που αφορούν την ΤΠΕ στην Υγεία και πρόνοια, (ΕΤΠΑ), (ΦΕΚ 1261/1999)<sup>37</sup> καθώς και την κατάρτιση και τα θεσμικά μέτρα στην

---

<sup>36</sup> Επιχειρησιακό Πρόγραμμα, «Ψηφιακή Σύγκλιση», 2007-2013, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.digitalplan.gov.gr/resource-api/dipla/contentObject/de9cd3ff-2efc-449e-b551-1763a8650977/content> [ημερομηνία ανάκτησης 25/10/2016] σ.76

<sup>37</sup> Ο κανονισμός ΕΚ, αριθ. 1261/1999 του Συμβουλίου της 21.6.1999 για τα Διαρθρωτικά Ταμεία ορίζει στο άρθρο 2 παρ.2 ότι κύρια αποστολή του ΕΤΠΑ είναι «η στήριξη των στόχων», στα άρθρα 20 και 21 στον ίδιο κανονισμό ορίζουν ότι το ΕΤΠΑ «συμβάλλει στη χρηματοδότηση της διασυνοριακής, διακρατικής και διαπεριφερειακής συνεργασίας» καθώς επίσης τα άρθρα του ίδιου κανονισμού ορίζουν ότι το ΕΤΠΑ στηρίζει τις καινοτόμες δράσεις σε κοινοτικό επίπεδο, καθώς και μέτρα τεχνικής βοήθειας» διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:31999R1261&from=EL> [ημερομηνία ανάκτησης 25/11/2016]

Υγεία και Πρόνοια (ΕΚΤ). Οι ψηφιακές υπηρεσίες στην Υγεία με την υποστήριξη της Κοινωνίας και Πληροφορίας Α.Ε έχουν ως σκοπό να επιφέρουν την ανταλλαγή και διεκπεραίωση της πληροφορίας μεταξύ των διαφορετικών μονάδων παροχής φροντίδας υγείας ιδιωτικού και δημόσιου, ιδιαίτερα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσω του ασφαλούς δικτύου από το ΣΥΖΕΥΞΙΣ .

Η αντιληπτή διαφορά μεταξύ του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας του ασθενή, σύμφωνα με την Thoreya Swage αναφέρει ο Κατσιλιέρης, (2007 σ.30), εντοπίζεται στον χρονικό καθορισμό όπου αναφέρονται τα γεγονότα των συγκεκριμένων αρχείων. Τα στοιχεία του ασθενή στον ηλεκτρονικό φάκελο αφορούν στην λεπτομερή καταγραφή της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης του σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, σε αντίθεση με την ηλεκτρονική κάρτα του ίδιου ασθενή η οποία περιέχει την συνολική εικόνα της κατάστασης της υγείας του ασθενή από τη στιγμή της υπάρξεως του έως και τη στιγμή της αποβίωσης του. Η αξιοποίηση των ψηφιακών αρχείων του ηλεκτρονικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας είναι πολύ σημαντικές υπηρεσίες της ηλεκτρονικής υγείας και χρησιμοποιούνται από το ιατρικό προσωπικό, ως αντικείμενα μελέτης για να εξασφαλίζουν ακριβή ιατρική γνωμάτευση καθώς και τη βέλτιστη και ολοκληρωμένη ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή.

## **2.6. Κινητή» υγεία ("mHealth")**

Εκτός από τη σύνδεση των παραπάνω εφαρμογών οι οποίες έχουν τεθεί σε ισχύ και στο δημόσιο τομέα, θα ήταν απαραίτητο σε αυτό το σημείο να αναφερθούμε και σε μια άλλη εφαρμογή παροχή υγείας η οποία δεν είναι ακόμη διαθέσιμη σε επίπεδο δημόσιου χαρακτήρα στην Ελλάδα αλλά είναι πολύ σημαντική για να την αναφέρουμε ως μελλοντική πρακτική που θα μπορεί ανατρέψει την εικόνα της δημόσιας υγείας και όχι μόνο. Η αναφορά γίνεται για την υπηρεσία της εφαρμογής m-Health..

Η Πράσινη Βίβλος (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014, COM 219 final), άρχισε δημόσια διαβούλευση για την υπηρεσία m-Health, η οποία είχε ανακοινωθεί στο σχέδιο δράσης 2012-2020 για την ηλ-υγεία. Η m-Health ή αλλιώς «κινητή υγεία», αποτελεί ένα συστατικό της ηλεκτρονικής υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (ΠΟΥ) για την ηλεκτρονική υγεία, στην Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, C458/55, στο περιεχόμενο της Πράσινης βίβλου ορίζει την m-Health, ως την «πρακτική ιατρική και δημόσια υγεία που υποστηρίζεται από φορητές συσκευές, όπως κινητά τηλέφωνα, συσκευές παρακολούθησης ασθενών, προσωπικών ψηφιακών βοηθών Personal Digital Assistans (PDAs) και άλλες ασύρματες συσκευές. Με τη χρήση υπηρεσιών σύντομων μηνυμάτων και υπηρεσιών τηλεϊατρικής η m-health υπηρεσία, περιλαμβάνει εφαρμογές (apps) βέλτιστου τρόπου ζωής και ευζωίας των ανθρώπων που είναι συνδεδεμένες με ιατρικές συσκευές ή αισθητήρες πχ (βραχιόλια ή ρολόγια) και λειτουργούν ως εντολές πληροφοριών για την υγεία, με μεγάλες δυνατότητες όπως π.χ την υπενθύμιση φαρμακοληψίας. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, SWD (2014) 135 final 10/4/2014. σ. 3)

Η υπηρεσία m-Health ως μια σύγχρονη και αναπτυσσόμενη στο άμεσο μέλλον εφαρμογή στο πεδίο της ιατρικής, ενδέχεται να αλλάξει τη δομή της υγείας και να βελτιώσει την ποιότητα και αποτελεσματικότητα της. Η διαθεσιμότητα τεχνολογιών πλοήγησης μέσω δορυφόρων σε κινητές συσκευές παρέχει τη δυνατότητα στους ασθενείς να χρησιμοποιούν με ασφάλεια και αυτονομία τις παροχές μιας εφαρμογής m-Health. Η στήριξη των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης από τις υπηρεσίες των m-Health εργαλείων είναι πολύ σημαντική ώστε να μπορούν να περιθάλπουν αποτελεσματικότερα τους ασθενείς, να τους ενθαρρύνουν σε έναν ποιο υγιή τρόπο ζωής και σε μια εξατομικευμένη φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία. Με αυτόν τον τρόπο η υπηρεσία της m-Health έχει τη δυνατότητα να ενισχύσει και να στηρίξει την προσφορά στην υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας και να προσδιορίζει με απόλυτη βεβαιότητα και σαφήνεια την διάγνωση και θεραπεία. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, SWD (2014) 135 final 10/4/2014. σ.6)

Λόγω της τεράστιας αύξησης χρηστών κινητών συσκευών, (ανέρχονται σε 6 δις άτομα παγκοσμίως), το δυναμικό της αγοράς της κινητής υγείας είναι πολύ μεγάλο και εκτιμάται σε 23 δις δολάρια ΗΠΑ για το 2017. Σε επίπεδο ΕΕ η δυνατότητα εξοικονόμησης δαπανών στα συστήματα υγείας εκτιμάται ότι θα φτάσει τα 99 δις ευρώ το 2017. Όσον αφορά στην εξοικονόμηση των δαπανών παρόλο που η ΕΕ διαδραματίζει καίριο ρόλο συντονισμού και στήριξης, η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή (ΕΟΚΕ) υπενθυμίζει ότι την ευθύνη για την διαχείριση των συστημάτων υγείας είναι αποκλειστική αρμοδιότητα των κρατών μελών, πολλά από τα οποία αντιμετωπίζουν σημαντικές δημοσιονομικές περικοπές. (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2014, C 458/55 σ.57)

Σύμφωνα με τις κοινές αξίες της ΕΕ, η Επιτροπή θα πρέπει να συμβάλλει στη λήψη πολιτικών δράσεων ώστε να προωθήσει την ισότιμη πρόσβαση στην κινητή υγεία και να ενισχύσει τα κράτη μέλη να καταρτίσουν εθνικές στρατηγικές για τις υπηρεσίες τηλεϊατρικής. Ήδη σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες η πρόσβαση στην κινητή υγεία παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο χάρη στην ύπαρξη των κινητών τηλεφώνων και ιδιαίτερα στην υπηρεσία των σύντομων μηνυμάτων. Είναι γεγονός όμως ότι ως νέα καινοτομία στα συστήματα υγείας χρειάζονται περαιτέρω αποδείξεις για τα οικονομικά οφέλη που θα αποφέρουν ώστε οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι δυνητικοί πληρωτές να αποφασίσουν την αξιοποίησή τους. (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, C458/58,σ.5).

Το σημαντικότερο εμπόδιο στην δράση της καινοτομίας είναι η έλλειψη προτύπων για την αναπαραγωγή αυτών των λύσεων σε άλλη κλίμακα. Η πρόσβαση στην κινητή υγεία θα πρέπει στο άμεσο μέλλον να αποτελέσει αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας, στο οποίο θα έχει τη δυνατότητα πρόσβασης το σύνολο του πληθυσμού και όχι εκείνοι που διαθέτουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ή εισοδημάτων.

Το κόστος της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας στην Ευρώπη θα αυξηθεί σημαντικά στα επόμενα χρόνια και αυτό οφείλεται στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής των Ευρωπαίων. Υπολογίζεται ότι μέχρι το 2050 το προσδόκιμο ζωής θα αυξηθεί περίπου 9% του ΑΕΠ της ΕΕ. Η αποτελεσματική δράση των ΤΠΕ συμμετέχει στην επίτευξη διατήρησης του κόστους και της αποτελεσματικής και υψηλής ποιότητας υγείας και κοινωνικής φροντίδας, επιτρέποντας στο σύνολο των ανθρώπων κάθε ηλικίας και σε οποιοδήποτε μέρος να είναι σε θέση να διαχειριστούν καλύτερα την υγεία τους και τη ποιότητα ζωής τους.

## **2.7 Ανακεφαλαίωση**

Τα αποτελέσματα της έρευνας σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ για την κεντρική διοίκηση 2011 (2012, σ.104), δείχνουν ότι το πρόβλημα στην ανεπάρκεια των συστημάτων ΤΠΕ οφείλεται στον περιορισμό των εφαρμογών των ήδη επενδυτικών ολοκληρωμένων συστημάτων και όχι στην έλλειψη επενδυτικού εξοπλισμού των προηγούμενων ετών. Υπάρχει βάσιμη ένδειξη αναφέρεται στην έκθεση, ότι το βαθύτερο αίτιο του προβλήματος για την ανάπτυξη των υποδομών ΤΠΕ του δημόσιου τομέα αποτελεί η έλλειψη διαλειτουργικότητας μεταξύ των συστημάτων των

υπουργείων καθώς και ανυπαρξία κοινού οράματος ανταλλαγής γνώσεων μέσα στην Κυβέρνηση.

Ιδιαίτερα στο τομέα της υγείας αναφέρεται ότι μεγάλος αριθμός νοσοκομείων της χώρας παρουσιάζει είτε ανεπάρκεια είτε πλήρη στέρηση μηχανογράφηση τους. Η μηχανογράφηση σε ένα νοσοκομείο για να είναι ολοκληρωμένη απαιτεί τη διασύνδεση της με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου, με σκοπό την ανταλλαγή πληροφοριών καταρχήν σε επιστημονικό επίπεδο παρακολούθησης των ασθενών και κατά δεύτερον σε επίπεδο διοικητικών και οικονομικών αναγκών του νοσοκομείου. (Λαζακίδου, σ. 43)

Η αδυναμία της επικοινωνίας μεταξύ των ήδη υπαρχόντων πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων, λειτουργεί αναποτελεσματικά στην “έγκαιρη, ισότιμη και αξιόπιστη παροχή υπηρεσιών υγείας”. Η στρατηγική ηλεκτρονική διακυβέρνηση της χώρας, στο πλαίσιο υλοποίησης του προγράμματος εθνικής ψηφιακής στρατηγικής, προκειμένου να πραγματοποιήσει τις αναγκαίες διοικητικές δράσεις που απαιτούνται, χρησιμοποιεί ένα μεγάλο αριθμό κάθετων τομεακών πολιτικών που υποστηρίζουν την υλοποίηση συγκεκριμένων προγραμμάτων. (Υπουργείο διοικητικής μεταρρύθμισης και ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, σ.17) <sup>38</sup>

Η διαλειτουργικότητα των συστημάτων με την υλοποίηση δράσεων για την ενιαία μηχανογράφηση των νοσοκομείων που θα στηρίζονται σε ένα ενιαίο και δεσμευτικό πρότυπο επικοινωνίας, θα συμβάλλει σημαντικά στην επίτευξη μακροπρόθεσμων στόχων στη δημόσια ιατρική περίθαλψη, ώστε να ωφεληθούν πρωταρχικά οι ασθενείς και κατά δεύτερον να παρέχει μελλοντική δυνατότητα ορθολογικής ανάλυσης στατιστικών και οικονομικών στοιχείων, που θα βελτιώσουν την παροχή ιατρικής φροντίδας, τη μείωση σπατάλης και θα αποδώσουν οικονομίες κλίμακας. (Υπουργείο διοικητικής μεταρρύθμισης και ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, σ.18)

---

<sup>38</sup> Βλ. Υπουργείο διοικητικής μεταρρύθμισης και ηλεκτρονικής διακυβέρνησης. Κάθετοι τομείς Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης. διατίθεται στο δικτυακό τόπο <http://www.opengov.gr/minreform/?p=1380> [ημερομηνία ανάκτησης 21/12/2016]



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 3.1 Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον δείκτη ψηφιακής Οικονομίας και Κοινωνίας (DESI) του έτους 2016 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής,<sup>39</sup> η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των ψηφιακών δημόσιων υπηρεσιών στην Ελλάδα, την κατατάσσουν στην 26<sup>η</sup> θέση μεταξύ των 28 κρατών μελών της ΕΕ, λίγο πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016, σ.1) Ωστόσο τα τελευταία πέντε χρόνια στην Ελλάδα, έγιναν σημαντικές αλλαγές στη Δημόσια Διοίκηση (Δ.Δ), και ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας, οι οποίες βασίστηκαν στην εθνική στρατηγική πολιτική υγείας, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε).

Η ηλεκτρονική διακυβέρνηση στην Ελλάδα, στο πλαίσιο των αξόνων προτεραιότητας προγράμματος «Διοικητική Μεταρρύθμιση» (Δ.Μ), στοχεύει σε δομικές μεταβολές για την αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών στον τομέα της υγείας. Οι προτεινόμενες θεσμικές, οργανωτικές και διοικητικές παρεμβάσεις, αναμένεται ότι θα αποτελέσουν τη βάση για τον εκσυγχρονισμό στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. (Κοινωνία της Πληροφορίας, 2010, σ.10)

Η σημαντικότερη μεταρρυθμιστική κίνηση με σκοπό τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης στην χώρα μας, έχει χαρακτηριστεί η εφαρμογή και χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η καθιέρωση του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων, θεσμοθετήθηκε με το Νόμο 3892/2010, (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2010) και αποτελεί μια καινοτόμα διατομεακή λειτουργία, που έχει επηρεάσει θετικά τη Δημόσια Υγεία, την Κοινωνική Ασφάλιση και τα Δημόσια Οικονομικά. (ΕΚΔΔΑ, 2011, σ.15)

Αποτελέσματα του Παρατηρητηρίου τιμών φαρμάκων το Σεπτέμβριο 2010 πριν την πιλοτική εφαρμογή του νόμου για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση έδειξαν ότι η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ήταν διπλάσια από τον μέσο όρο της ΕΕ. Μετά την

---

<sup>39</sup> Ο (DESI) είναι ένας σύνθετος δείκτης, με τον οποίο η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αξιολογεί την πρόοδο των Ευρωπαϊκών χωρών, όσον αφορά στη ψηφιακή οικονομία και κοινωνία. Ο δείκτης αυτός συνυπολογίζει μια σειρά σχετικών δεικτών που συσχετίζουν 5 παραμέτρους: Συνδεσιμότητα, χρήση διαδικτύου, ανθρώπινο κεφάλαιο, ενσωμάτωση της ψηφιακής τεχνολογίας και ψηφιακές δημόσιες υπηρεσίες. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/digital-agenda-scoreboard>

εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες και οι διαδικασίες διαχείρισης πόρων του ΕΣΥ, βελτιώθηκαν σε πολύ μεγάλο ποσοστό. (ΕΚΔΔΑ, 2011, σ.16)

### **3.2 Ορισμός Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης**

Η συνταγή που εκδίδεται για λήψη φαρμάκων ή θεραπειών στους ασθενείς και ξεκίνησε πιλοτικά το 2010 στην Ελλάδα, παρέχεται σε ηλεκτρονική μορφή και αποτελείται από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την ηλεκτρονική διανομή τους. Ως ηλεκτρονική συνταγογράφηση (e-Prescribing), ορίζεται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση των φαρμάκων και των ιατρικών εξετάσεων που παρέχονται στους ασθενείς, από νόμιμα εξουσιοδοτημένα άτομα, τους επαγγελματίες υγείας. Η ηλεκτρονική εκτέλεση των συνταγών γίνεται άμεσα από τους ιατρούς με τη χρήση συγκεκριμένου λογισμικού και οι εκάστοτε συνταγές φαρμάκων, ολοκληρώνονται με τη συνεργασία των φαρμακείων στα οποία μπορούν να χορηγηθούν σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2010)

Η ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής συνταγής ως υπηρεσία αποτελείται από δύο μέρη την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την ηλεκτρονική διανομή (e-Dispensing). Ως ηλεκτρονική διανομή ορίζεται η ηλεκτρονική ανάκτηση της ηλεκτρονικής συνταγής και η παράδοση των φαρμάκων στους ασθενείς όπως αυτά παρουσιάζονται στην αντίστοιχη έκδοση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Μετά την διανομή των φαρμάκων, γίνεται από τον διανομέα (φαρμακοποιό) η ηλεκτρονική διαγραφή της διεκπεραιωμένης πλέον ιατροφαρμακευτικής συνταγής από το πεδίο του λογισμικού. (Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα, Epsos - Ευρωπαϊκό έργο για την Ηλεκτρονική Υγεία, e-Health, 2008)

### **3.3 Νομοθεσία σχετικά με την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση**

Η άμεση υιοθέτηση και εφαρμογή της Η.Σ υλοποιείται με τον Ν. 3892/2010 από δημόσιους αλλά και από ιδιωτικούς φορείς. Η εφαρμογή του νόμου στο άρθρο 1 παρ. ιβ', ορίζει ότι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα που αποτελείται από συγκεκριμένο εξοπλισμό, χρήση ενός υπολογιστή και περιφερικών εφαρμογών και διαδικασιών λογισμικού.



Στο συγκεκριμένο λογισμικό γίνεται η εισαγωγή, καταγραφή, επιθεώρηση και εξαγωγή Συνταγών Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (Σ.Η.Σ) καθώς και των παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων. Το πρόγραμμα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης όπως ορίζεται στο άρθρο 1 παρ.ζ', πραγματοποιείται με τη χρήση τεχνολογίας των ηλεκτρονικών υπολογιστών και τηλεπικοινωνιών, και λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζει την εγκυρότητα, την αξιοπιστία, την διαφάνεια και την ασφάλεια των πληροφοριών, που μεταφέρονται στο σύστημα. (Ν. 3892/2010,σ.1)

Η ασφάλεια και η λειτουργική διαχείριση των δεδομένων, γίνεται μέσα από διαδικασίες που υποστηρίζουν την σωστή επεξεργασία τους και σύμφωνα με την εξαίρεση που αναφέρεται στο άρθρο 7 του νόμου 2472/1997, για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, παρ.2 στοιχ. (δ), «επιτρέπεται η συλλογή και η επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων. Επίσης επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία σχετικού αρχείου, ύστερα από άδεια της Αρχής», όταν συντρέχουν οι προϋποθέσεις εκείνες βάσει των οποίων η επεξεργασία αφορά σε θέματα υγείας.

Η σχετική πράξη εκτελείται από παρόχους επαγγελματίες υγείας, όταν υπάρχει αναγκαιότητα ιατρικής πρόληψης, διάγνωσης, περίθαλψης ή διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον στην παρ.2 στοιχ. ε' (γγ) αναφέρεται ότι η επεξεργασία των στοιχείων εκτελείται από δημόσια αρχή, και θεωρείται ως αναγκαιότητα όταν προτάσσονται λόγοι που αφορούν στη προστασία της δημόσιας υγείας. Το στοιχείο ε' της παραγράφου 2 του άρθρου 7 του Ν.2472/1997, αντικαταστάθηκε με την παρ.2 ε' (γγ) του άρθρου 34 του Ν. 2915/2001 (ΦΕΚ Α 109), και προστέθηκε σε αυτό «για λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας ή για την άσκηση δημόσιου ελέγχου κοινωνικών παροχών».<sup>40</sup>

Η άσκηση στο δημόσιο έλεγχο των κοινωνικών παροχών μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, έχει τεράστια σημασία σε μελλοντικά οφέλη τόσο σε θέματα βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών όσο και στην εξοικονόμηση χρόνου και χρήματος. Κατά τη διάρκεια της μεταρρυθμιστικής αναβάθμισης του συστήματος, με

---

<sup>40</sup> Το τμήμα της Αρχής προστασίας δεδομένων Προσωπικού χαρακτήρα μετά από εξέταση προέβηκε σε τήρηση αρχείου/επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΓΓΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης, και συμπεριλαμβανομένων των διατάξεων για την εισαγωγή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του Ν.3892/2010 και των κείμενων διατάξεων που αφορούν σε αρμοδιότητες της ΓΓΚΑ, της Υπηρεσίας Ελέγχου Δαπανών Φορέων Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΠΕΔΥΦΚΑ) και της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης Κοινωνικής Ασφάλισης ΗΔΙΚΑ Α.Ε, αποφάνθηκε τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας αρχείου με προσωπικά δεδομένα (α/α Μητρώου Αδειών : 1039,αριθ.πρωτ. ΓΝ/ΕΞ/350/31-03-2011)

σκοπό την αποτελεσματική εφαρμογή και χρήση της Η.Σ, κάθε διάταξη μέχρι το 2014, προηγούμενων υπουργικών αποφάσεων καταργείται και στη θέση τους υπερισχύει η υπουργική απόφαση (Υ.Α) 2243-18/8/2014.

Η ως άνω Υπουργική απόφαση θεσπίζει εκ νέου τα όρια και τον έλεγχο συνταγογραφούμενων εξετάσεων, όπως αναφέρονται ρητά στο άρθρο 3 τεύχος Β' αριθμός φύλλου 2243-18/8/2014, σ.27995, όπου στα πλαίσια της αναγκαιότητας έκδοσης διαγνωστικών πράξεων των ασθενών και έως την ολοκλήρωση των διαγνωστικών πρωτοκόλλων, επιβάλλει μέτρα με κατευθυντήριες οδηγίες, στους θεράποντες ιατρούς.

Η παράβαση των ορίων των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών, αποτελεί για τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ), ένδειξη διαδικασίας στοχευόμενου ελέγχου και αφορά στον ιατρό που συνταγογράφησε τις διαγνωστικές πράξεις. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ), ενημερώνεται άμεσα από την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ), η οποία μεταφέρει τα στοιχεία με την αιτιολογημένη πράξη από τον ιατρό ο οποίος, αποφαινεται στην αναγκαιότητα της πράξης, σε σχέση με το ICD-10. (Υπουργική Απόφαση 2243-18.8.2014,σ.27995).

Σε μια προσπάθεια βελτίωσης της λειτουργίας του συστήματος αλλάζουν οι προϋποθέσεις ελέγχου κατά την εκτέλεση των διαγνωστικών εξετάσεων που σύμφωνα με το τεύχος Β' της εφημερίδας της κυβερνήσεως, αριθ. φύλλου 2221 /18/07/2016 σ. 24029-24030, εφαρμόζονται νέοι κανόνες διαγνωστικών εξετάσεων, οι οποίοι θεσπίζονται με την πλήρη εφαρμογή τους από 7/11/2016. Συγκεκριμένα εφαρμόζονται οι κανόνες ελέγχου εξετάσεων ανά ICD-10 διαγνώσεων, το μέσο παραπεμπτικό, και η δημιουργία πακέτων εξετάσεων στους τύπους μαγνητικών και αξονικών τομογραφιών. Για κάθε ICD-10 διάγνωση, γίνεται έλεγχος στην ταύτιση της ειδικότητας του ιατρού για την διάγνωση αυτή. Σε περίπτωση που δεν αναγνωρίζεται από τον κανόνα, απαιτείται η αιτιολογία της υπέρβασης από τον ιατρό. Το ίδιο συμβαίνει αν ο ιατρός συσχετίσει ICD-10 διάγνωση, με εξέταση του ιατρού που δεν συμπεριλαμβάνεται σε αυτήν.

Σε κάθε περίπτωση ο ιατρός υποχρεώνεται να επιλέγει αν κάνει διάγνωση ή παρακολούθηση. Αν ο ιατρός επιλέξει παρακολούθηση και δεν υπάρχει στην ανάλογη ICD-10 διάγνωση, τότε αποδέχεται την υπέρβαση με ταυτόχρονη υπέρβαση της επιλογής του. Κατά τον έλεγχο που πραγματοποιείται μετά την καταχώρηση των παραπεμπτικών από τον ιατρό, γίνεται χρονική αντιστοίχιση στον προηγούμενο μήνα

της ίδιας ICD-10 διάγνωσης (για διάγνωση ένας μήνας) και για παρακολούθηση το αντίστοιχο που καθορίζεται στο παράρτημα Α της ως άνω υπουργικής απόφασης, και συνοδεύεται επίσης από αιτιολογημένη επιλογή του ιατρού για την υπέρβαση αυτή.<sup>41</sup>

### **3.4 Σημασία και δυνατότητες της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης**

Η αναγκαιότητα του εξορθολογισμού των φαρμακευτικών δαπανών και διαγνωστικών εξετάσεων, υλοποιείται σε πρώτη φάση με την εφαρμογή του νόμου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η αναδιοργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η διατήρηση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών, ο επαναπρογραμματισμός των δομών της δημόσιας διοίκησης, δίνουν την δυνατότητα στη χώρα μας, μιας καινοτόμου και αποτελεσματικής ανάπτυξης. Η ηλεκτρονική παρακολούθηση των συνταγών, αποτελεί την σημαντικότερη εφαρμογή που τέθηκε σε ισχύ μέχρι σήμερα, η οποία μπορεί να δώσει τα πλέον μετρήσιμα αποτελέσματα στις συνταγογραφήσεις και τις διαγνωστικές εξετάσεις και να επιφέρει διαρθρωτικές αλλαγές σε όλο το φάσμα της υγείας. (ΗΔΙΚΑ, 2011,σ.4)

Η διόγκωση των δημοσίων δαπανών κατά την άσκηση των πολιτικών υγείας από τις εκάστοτε κυβερνήσεις των τελευταίων χρόνων, οδήγησαν τη χώρα σε διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις. Η πρώτη φάση υλοποίησης μεταρρυθμιστικών πολιτικών της κυβέρνησης στον τομέα της υγείας, ως απαίτηση της πρώτης δανειακής σύμβασης (μνημόνιο), ξεκίνησε από τις 14-7-2010, με την προετοιμασία και παρακολούθηση του έργου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, και την πλήρη θεσμική εφαρμογή της μέχρι το τέλος του 2012.

Ο έλεγχος και η εκκαθάριση δαπανών των φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης από το 2010 και εφεξής, επιτελείται πλέον με την χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η οποία συντελείται μέσα από αξιόπιστες και αποτελεσματικές εφαρμογές της τεχνολογίας και των τηλεπικοινωνιών. Απώτερος σκοπός αυτής της μεταρρυθμιστικής

---

<sup>41</sup> Ο μοναδικός ελεγκτικός μηχανισμός του ΕΟΠΥΥ συντονίζεται από την Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α). Η υπηρεσία ενεργεί με γνώμονα το Δημόσιο συμφέρον με διαφανή και αποτελεσματικό τρόπο διενεργώντας τακτικούς και έκτακτους ελέγχους μετά από καταγγελίες ασφαλισμένων. Το συνολικό προσωπικό της υπηρεσίας αποτελείται από προσωπικό υγειονομικού χαρακτήρα με υψηλές αποδόσεις. (Ανακοίνωση ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α 1/11/2016) σ.1

κίνησης εκτός από την δημιουργία, την εκτέλεση, τον έλεγχο και την παρακολούθηση των ιατρικών πράξεων, αποτελεί ο εκσυγχρονισμός και η διαφάνεια των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών σε όλους τους τομείς των εμπλεκόμενων φορέων. (ΕΚΔΔΑ, 2011, σ.15)

Η βελτίωση στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και στην περίθαλψη ασθενών με τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, επιτυγχάνεται με την μείωση των φαρμακευτικών δαπανών, οι οποίες επιτελείται κυρίως από τον περιορισμό των προγενέστερων ιατρικών λαθών. Η υφιστάμενη νομοθεσία καθορίζει πλήρως όλες τις διαδικασίες, από την αρχική εγγραφή και εκτέλεση της συνταγής μέχρι και την αποπληρωμή των προμηθευτών υγείας. (Βεντούρης, 2012, σ.7)

Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από την έναρξη υλοποίησής του, πέρασε από διάφορα μεταβατικά στάδια με σκοπό την πλήρη αποδοτικότητα των ιατρικών παροχών στους ασθενείς. Οι δυσκολίες που συνάντησαν αρχικά οι κλινικοί ιατροί και το προσωπικό, λειτούργησε αποτρεπτικά για την πλήρη αποδοχή της ωφελιμότητας της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, σε μεγάλο αριθμό εμπλεκόμενων. Ωστόσο κατά τη διάρκεια της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, εντοπίστηκαν τα πιθανά προβλήματα και αξιολογήθηκαν έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν, με την βέλτιστη σχεδίαση των συστημάτων αυτών. (Λαζακίδου, χχ, σ. 127)

Τα οφέλη που αποκομίζουν ήδη οι ασθενείς με την έως τώρα εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε σχέση με τον χειρόγραφο τρόπο συνταγογράφησης, είναι ιδιαίτερα αυξημένα, καθόσον έχουν μειωθεί σε μεγάλο βαθμό οι δυσκολίες στην έκδοση των ιατρικών συνταγών. Επίσης η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στο ιστορικό του ασθενή κατά τη διαδικασία έκδοσης συνταγών διευκολύνουν πάρα πολύ το έργο των ιατρών προσφέροντας στους ασθενείς ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Η σημαντικότητα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης διαφαίνεται και από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, με ποσοστό 100 % των ιατρών, να θεωρούν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αποτελεί την σημαντικότερη εφαρμογή στις υπηρεσίες της ηλεκτρονικής υγείας μέχρι σήμερα. Επιπλέον, οι ιατροί πιστεύουν ότι για να συμβάλει η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αποτελεσματικότερα στο λειτουργικό σύστημα της δημόσιας υγείας, απαιτούνται επιπλέον βελτιώσεις.

Οι βελτιώσεις και τα οφέλη που θα διαμορφωθούν, θα συμβάλλουν αποδοτικότερα και αποτελεσματικότερα στην υγειονομική περίθαλψη, παρέχοντας κατά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, βέλτιστες πρακτικές συγκριτικά με τον σύστημα

της χειρόγραφης συνταγογράφησης. Στην προσπάθεια βέλτιστης σχεδίασης των συστημάτων είναι απόλυτα αναγκαίο να δημιουργηθούν νέα κοινά πρότυπα και φόρμες για την ομαλή και εύχρηστη λειτουργία, την ανάπτυξη της διαλειτουργικότητας τους, καθώς και με την διατομεακή επικοινωνία των συστημάτων και την ανταλλαγή πληροφοριών. (Λαζακίδου, χ.χ, σ.127)

Η ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των συστημάτων των διαγνωστικών μέσων, με αποτέλεσμα την βελτίωση του προσδόκιμου και της ποιότητας ζωής, αλλά και την ταυτόχρονη αύξηση των δαπανών της υγείας. Ο καθορισμός μεταξύ κλινικής ωφελιμότητας και κόστους οδήγησε διεθνώς στην «τεκμηριωμένη ιατρική». (Evidence Based Medicine) Αυτό σημαίνει ότι γίνεται εφαρμογή των διαγνωστικών πρωτοκόλλων που προαναφέραμε στην ενότητα 3.3, βάσει των οποίων αποτελεί συνάρτηση της κλινικής ωφελιμότητας τους και της δαπάνης που απαιτούν. Με την εφαρμογή των αρχών της «τεκμηριωμένης ιατρικής», το σύστημα υγείας προστατεύεται από φαινόμενα προκλητής ζήτησης, ωστόσο στην Ελλάδα, παρατηρείται έλλειψη σωστής πολιτικής στην υγεία με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών υγείας και την μη ωφελιμότητα του ασθενούς. (ΥΑ, ΦΕΚ Β΄, 2243-18/8/2014, σ.28000)

Με τη βοήθεια όμως του συστήματος της ηλεκτρονικής παρακολούθησης (ΗΣ), από πολύ νωρίς ανιχνεύθηκαν υπερβάσεις στις δαπάνες των συνταγογραφήσεων και των διαγνωστικών εξετάσεων. Μετά από εξονυχιστικό έλεγχο του υπουργείου υγείας που διεξάχθηκε το μήνα Απρίλιο 2013, αναφέρει η εφημερίδα «Καθημερινή», έφερε στο φως συνταγογραφήσεις γιατρών σε 9,5 εκατομμύρια εξετάσεις, όσο και το σύνολο των ασφαλισμένων. Οι αυξημένες συνταγογραφήσεις υπολογίστηκαν ότι αν συνεχίζονταν με τον ίδιο ρυθμό θα έφταναν τα 600 εκατομμύρια και θα ξεπερνούσαν τον προϋπολογισμό ο οποίος είχε οριστεί στα 380 εκατομμύρια ευρώ μέχρι και το τέλος του 2013. (Καθημερινή, 2013)

Επίσης όπως αναφέρεται σε άρθρο του ιατρικού συλλόγου Πατρών, τα αποτελέσματα που δόθηκαν στη δημοσιότητα στις αρχές του Φεβρουαρίου του 2013, δείχνουν τη σημαντικότητα και τις δυνατότητες κατά την εφαρμογή της ΗΣ. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία τον Δεκέμβριο του 2012, το μέσο κόστος ανά συνταγή παρουσίασε 20% μείωση συγκριτικά με τον Ιούλιο του 2012. Σε αυτό τονίζεται ότι συνεισέφεραν και οι μειώσεις που έγιναν στις τιμές των φαρμάκων με την εισαγωγή της δραστικής ουσίας. Η πολιτική ηγεσία αναφέρει το άρθρο, θα μπορεί να αντλεί σε εβδομαδιαία βάση στοιχεία που αφορούν στον όγκο της συνταγογράφησης, την

συμμετοχή των ασφαλισμένων, τον αριθμό των ασφαλισμένων καθώς και τις δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων σε εβδομαδιαία βάση.

### **3.5 Η Φαρμακευτική δαπάνη και αναγκαιότητα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης**

Η επαναλαμβανόμενη και διαρκής οικονομική και χρηματοπιστωτική κρίση στην ΕΕ μετά το 2010, επέφερε σημαντικές και ριζικές αλλαγές στον εκσυγχρονισμό των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα, η καταλληλότητα, και η βιωσιμότητα τους.

Με την έκδοση του επιχειρησιακού Προγράμματος 2014GR05M2OP001, από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στην αναφορά της για την υγεία, καταγράφεται ότι σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στη χώρα μας μειώθηκαν κατά 30% στο διάστημα 2009 και 2013. Η συγκεκριμένη μείωση των δαπανών, οφείλεται πρωτίστως στις συνέπειες που επήλθαν από την χρηματοοικονομική κρίση καθώς και στην εκλογίκευση κάποιων υπερκοστολογήσεων. Ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι μεταρρυθμιστικές αλλαγές μέσα στο πλαίσιο του εθνικού προγράμματος μεταρρυθμίσεων δημόσιου τομέα και στο χώρο της υγείας, με τις παρακάτω δράσεις:

- Από τον Ιανουάριο του 2013 ο ΕΟΠΠΥ (σήμερα ΠΕΔΥ) είναι ο ενδιάμεσος αγοραστής για τις υπηρεσίες των νοσοκομείων που υπόκεινται σε Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια καθώς και για τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (KEN-DRGs)
- Εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε όλα τα νοσοκομεία, κέντρα υγείας και ιατρεία.
- Επανεξέταση μειωμένων τιμών των φαρμάκων σύμφωνα με τις 3 χώρες της ΕΕ που παρουσιάζουν τις χαμηλότερες τιμές.
- Η χρήση γενοσήμων από τα δημόσια νοσοκομεία ανέρχονται περίπου στο 50% του συνόλου των φαρμάκων, με αρκετά μειωμένες τιμές σε σχέση με τα πρωτότυπα φάρμακα.
- Προσπάθεια ανάπτυξης στην εφαρμογή του φακέλου ασθενούς (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014, 2014GR05M2OP001, σ. 15-16).

Σύμφωνα με την ετήσια επισκόπηση ανάπτυξης του 2013, «στο πλαίσιο των δημογραφικών προκλήσεων και της πίεσης που ασκείται στις δαπάνες, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να εφαρμοστούν για να βελτιωθούν η σχέση κόστους/αποτελεσματικότητας και η βιωσιμότητα». Η αξιολόγηση για τις επιδόσεις αυτών των συστημάτων γίνεται με γνώμονα τον διττό στόχο, δηλαδή της αποδοτικότερης χρήσης των δημόσιων πόρων και της πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, [COM(2014) 215 final], σ.18)

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στις 20 Φεβρουαρίου 2013 εξέδωσε μέτρα σύμφωνα με τα οποία τονίζει ότι ο τομέας της υγείας είναι ένα σημαντικό τμήμα της στρατηγικής του προγράμματος «Ευρώπη 2020». Ο βασικός στρατηγικός στόχος του τομέα υγείας, στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος Μεταρρύθμισης Δημόσιου Τομέα 2014-2020 (ΕΠ ΜΔΤ), στον τομέα της υγείας, είναι η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του συστήματος υγείας και η αναβάθμιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

Λόγω της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού έχασε την ασφαλιστική του κάλυψη στην υγεία. Βάση του Ν. 4368/2016, όπως αναφέρεται στο άρθρο 33, επιτρέπεται η υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων ομάδων. Δικαιωματικά οι ανωτέρω ομάδες του πληθυσμού, έχουν πρόσβαση σε συνταγογραφούμενα φάρμακα και σε υπηρεσίες υγείας, που θεωρούνται άμεσες και έκτακτες ανάγκες. Οι δαπάνες της συγκεκριμένης περίπτωσης καλύπτονται από τον ΕΟΠΠΥ. (Ν. 4368/2016)

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές στα συστήματα υγείας επιδιώκουν την επίτευξη δύο στόχων: πρόσβαση ιατροφαρμακευτικής και υγειονομικής περίθαλψης υψίστης ποιότητας και αποδοτικότερη χρήση των δημόσιων πόρων. Στην Ελλάδα ο προσδιορισμός της ποσότητας στη φαρμακευτική δαπάνη είναι προσαρμοσμένος σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής Εθνικών Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ. Σύμφωνα με αυτά τα πρότυπα φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα τα οποία παρέχονται σε ασθενείς μόνο μέσω φαρμακείων.

Οι διαθρωτικές ενέργειες της κυβέρνησης βασίστηκαν στη βοήθεια των μέσων παρακολούθησης πριν και μετά τη θεσμική λειτουργία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, τα οποία και χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στον τομέα της υγείας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω είναι ζήτημα ζωτικής σημασίας για τη χώρα μας να βελτιωθεί ριζικά με νέα αναμόρφωση ο τομέας της υγείας, για να επιτευχθεί σταδιακά η εξοικονόμηση πόρων. Σε εθνικό επίπεδο η μεταρρύθμιση στην αναμόρφωση του τομέα της υγείας φαίνεται επιτακτική με την έναρξη της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και αφορά στην επίτευξη του εξορθολογισμού των προηγούμενων προγραμματισμένων πολιτικών και των κανόνων και ενεργειών της κυβέρνησης. (Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων 2011-2014,σ.17)

Η Ελληνική Κυβέρνηση οποία εφαρμόζει από το 2010, τις απαιτούμενες μεταρρυθμιστικές αλλαγές του συστήματος υγείας, είχε ως στόχο τη διατήρηση των δημοσίων δαπανών στο 6% ή και κάτω από το 6% του ΑΕΠ, καθώς επίσης να επιτύχει οικονομίες κλίμακας περίπου 1 δισ. ευρώ κατά το 2012 σε σχέση με το 2011, με την αγορά εξωνοσοκομειακών φαρμάκων. Η επίτευξη του σκοπού αυτού ήταν να φτάσει η μέση δημόσια δαπάνη για εξωνοσοκομειακά φάρμακα, περίπου το 1% του ΑΕΠ μέχρι το 2014 και να συμβαδίζει με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Εθνικό θεσμικό πλαίσιο Μνημόνιο 2. σ.12)

Σύμφωνα με ανασκόπηση του ΟΟΣΑ (Ιανουάριος, 2016, σ.1), κατά τη διάρκεια μεταξύ 2009 και 2013 οι δημόσιες συνολικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, εκτιμάται ότι μειώθηκαν κατά 5,2 δις. ευρώ. Σε πραγματικούς όρους αυτές οι τιμές ισοδυναμούν σε ποσοστό 32%. Στόχος είναι να μην υπερβούν οι δαπάνες τον προϋπολογισμό μέχρι το τέλος του 2013 και οι χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες να είναι υπό πλήρη έλεγχο. Η μείωση αυτή καταλήγει στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για μια αποτελεσματική μέθοδο περιορισμού των δαπανών, εξαλείφονται ουσιαστικά οι δυσμορφίες του συστήματος σε σημαντικό μικρό διάστημα, μέσα από τεράστιες ελλείψεις της δημόσιας διοίκησης, όπως η ακατάλληλη συνταγογράφηση, η μειωμένη ικανότητα και προσφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα, καθώς και διαφορές στην συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Η ανακοίνωση της επιτροπής προς το Συμβούλιο, απευθύνεται στη χώρα μας, περί «παρακολούθησης της εφαρμογής της απόφασης 2011/734/ΕΕ της 12<sup>ης</sup> Ιουλίου 2011,η οποία απευθύνεται στην Ελλάδα με σκοπό την ενίσχυση και εμβάθυνση της δημοσιονομικής εποπτείας και μέσω της οποίας ειδοποιείται η Ελλάδα να λάβει τα μέτρα μείωσης του ελλείμματος που κρίνονται αναγκαία για την αντιμετώπιση της κατάστασης υπερβολικού ελλείμματος». Στην παρούσα ανακοίνωση κρίνεται αν και πόσο εφάρμοσε η Ελλάδα τα μέτρα συμμόρφωσης βάση της απόφασης 2011/734/ΕΕ



του Συμβουλίου όπως τροποποιήθηκε με την απόφαση 2012/211/ΕΕ. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012, σ.1,2 COM/2012/739 final)

Τα μέτρα εκτός άλλων, αφορούν στη μείωση του κόστους και στη βελτίωση του τομέα της υγείας, εντάσσοντας στο παραπάνω κόστος και τις φαρμακευτικές δαπάνες. Οι φαρμακευτικές δαπάνες αντιπροσωπεύουν τα 2/3 των μειώσεων που απαιτούνται στην υγειονομική περίθαλψη με αποτέλεσμα η εξοικονόμηση από τις φαρμακευτικές δαπάνες να ανέρχεται περίπου 1,0 δις. Ευρώ (0,6% του ΑΕΠ) την χρονική περίοδο 2013-2014. Η μεγάλη αυτή εξοικονόμηση οφείλεται στην υποχρεωτική χρήση γενόσημων φαρμάκων, τα οποία είναι πολύ πιο φθηνά από τα πρωτότυπα, σε επανεξέταση της δομής συμμετοχής των φαρμάκων. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012, σ.9 COM/2012/739 final)

Οι διαρθρωτικές αλλαγές που συνέβησαν στην χώρα όλο αυτό το διάστημα είχαν ως αποτέλεσμα την αναδιάρθρωση όλου του συστήματος υγείας. Το 2013 το κατά κεφαλήν ποσοστό στο σύνολο των κρατικών δαπανών στην Ελλάδα για την υγεία, μειώθηκε κατά 3% σε πραγματικούς όρους, στο ίδιο χρονικό διάστημα. Η κυβέρνηση εξαγγέλλει νομοσχέδιο με νέα μέτρα για τα φαρμακευτικά προϊόντα, με επακόλουθο στην διάρκεια από 2009 έως 2013 να αποφέρει μείωση δαπανών φαρμακευτικών προϊόντων κατά 1,8 δισεκατομμύρια. Οι μειώσεις αυτές προήλθαν από τη μείωση των τιμών που καταβάλλονται για τα ναρκωτικά και την υποστήριξη και προώθηση των γενόσημων φαρμάκων. (OECD, 2016, p.1)

Παρά τις ενδείξεις των περικοπών στις φαρμακευτικές δαπάνες του δημόσιου τομέα της υγείας στην Ελλάδα για το 2013, οι φαρμακευτικές δαπάνες αντιστοιχούν στο 1,9% του ΑΕΠ, ένα ποσοστό πολύ υψηλότερο μεταξύ των χωρών της Ε.Ε αναφέρει ο ΟΟΣΑ. Τα στοιχεία συγκριτικά με την Ισπανία και την Πορτογαλία είναι φανερά υψηλότερα. Σε σύγκριση με το 2008 και 2009 σε ένα επίπεδο του 1,3% μειώθηκαν οι φαρμακευτικές δαπάνες των παραπάνω χωρών κάτω από το 1% του ΑΕΠ μέχρι το 2013. Το γεγονός αυτό σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, σηματοδοτεί την ανάγκη βελτίωσης της αποτελεσματικότητας στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα σε σχέση με τα άλλα κράτη της Ε.Ε, με προσπάθεια καλύτερων πρακτικών στην συνταγογράφηση. (OECD, 2016, p1)

Η χάραξη της πολιτικής υγείας για την παρακολούθηση στη χρήση των φαρμάκων, μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φάνηκε στη διάρκεια της ικανό και κατάλληλο μέτρο μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών. Η αξιοποίηση των τεχνολογιών υγείας στηρίχτηκε σε ορθολογική βάση, έτσι ώστε να διευκολύνονται οι

αποφάσεις των ιατρών στη συνταγογράφηση φαρμάκων, βελτιώνοντας σταδιακά την αποτελεσματικότητα του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

### **3.6 Η Εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης στην Ελλάδα**

Τις τελευταίες δεκαετίες και ιδιαίτερα στη δεκαετία του '70 η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης απέκτησε σημαντική ανάπτυξη έχοντας δημιουργήσει ένα κλίμα επισφάλειας και αισιοδοξίας παραγκωνίζοντας όμως φανερά τις προσπάθειες για την ποιότητα και αποδοτικότητα στην υγεία. Η υπόθεση της υγειονομικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα εμφανίστηκε μέσα από μια σειρά πολιτικών που οδήγησαν στις πρώτες συντεταγμένες κινήσεις και πρωτοβουλίες που αποσκοπούσαν σε αναγκαίες και επιθυμητές αλλαγές για την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας. (Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 1999, σ.15)

Το επιθυμητό αποτέλεσμα μπορεί να επιδιωχτεί με τον ακριβή εντοπισμό του προβλήματος που είναι αναγκαίο να επιλυθεί με το μικρότερο κόστος που δημιουργείται από την εφαρμογή του στην οικονομία και την αγορά. Την επιδίωξη μεγίστης διαφάνειας σε όλο το φάσμα της υλοποίησης του. Την αύξηση της συλλογικότητας του ανθρώπινου δυναμικού όλων των βαθμίδων του τομέα της υγείας, τόσο στις αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν όσο στην επεξεργασία και στην εφαρμογή των αποφάσεων. (Καρκατσούλης, 2004,σελ.137)

Ένα αίσθημα δυσαρέσκειας για τη σωστή λειτουργία του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, φέρνουν στο προσκήνιο δύο κατηγορίες προβλημάτων: κατά πρώτον οι αυξημένες προσδοκίες και οι περιορισμοί στην αποτελεσματικότητα της φροντίδας της υγείας των ασθενών, γίνεται αφορμή για την χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών και κατ' επέκταση τη δυσαρέσκεια όλου του πληθυσμού. Κατά δεύτερον η χαμηλή ποιότητα συνεπάγεται αύξηση του κόστους είτε λόγω μειωμένης ικανότητας στη πρόσβαση είτε λόγω έλλειψης ποιοτικού ελέγχου και διασφάλισης ποιότητας. (Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 1999, σ.15,16,23) Σήμερα πλέον είναι γνωστό ότι η παροχή χαμηλής ποιότητας στην υγεία, συνεπάγεται υψηλό κόστος. (Κριμπογιάννη, 2007, όπως αναφέρεται στο Τσουνής, Σαράφης, 2012, σελ.92,93)

Με την καθιέρωση της εφαρμογής του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μακροπρόθεσμα υλοποιείται, από τη πλευρά των ιατρών, η αλλαγή στην νοοτροπία συνταγογράφησης με την επιλογή θεραπειών χαμηλότερου κόστους, και κατά συνέπεια

την επίτευξη μείωσης της συνολικής δαπάνης. Από την άλλη πλευρά η δυνατότητα του συστήματος να ειδοποιεί για τυχόν αλληλεπιδράσεις και παρενέργειες με άλλα φάρμακα και να καθοδηγεί για τη δοσολογία των φαρμακευτικών σκευασμάτων, βελτιώνει ουσιαστικά την ασφάλεια των ασθενών.

Ο ρόλος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΗΣ), συνίσταται από μια σειρά θεσμοθετημένων ενεργειών, που αποσκοπεί στην «διακίνηση και έλεγχο των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων, με τη χρήση της τεχνολογίας ηλεκτρονικών υπολογιστών και τηλεπικοινωνιών (ΗΥκΤ). Η εφαρμογή της ως ο ποιο σύγχρονος τρόπος ελέγχου των συνταγογραφήσεων, λειτουργεί καταλυτικά στην απόδοση της σημαντικότητας και αναγκαιότητας των δομικών μεταβλητών. Ο έλεγχος αυτός διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια, και τη διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών» τον εκσυγχρονισμό, τη διαφάνεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2010).

Η καινοτομική και διατομεακή εφαρμογή και λειτουργία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, όπως αναφέρθηκε παραπάνω είναι πολύ σημαντική και αποτελεί ύψιστη ανάγκη να αξιολογηθεί η προσφορά της στο άμεσο μέλλον, σε ποιο βαθμό αυτή η λειτουργία, θα επηρεάσει τη δημόσια υγεία, την κοινωνική ασφάλιση και τα δημόσια οικονομικά. (ΕΚΔΔΑ, 2011, σ.15)

Αναφορικά με το ύψος εξοικονόμησης από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, σύμφωνα με τον Βεντούρη (2012, σ. 7), τα στοιχεία υπολογίζονται από 700εκ. ευρώ μέχρι και 1 δις. ετησίως χωρίς να είναι αναγκαία άλλη επιπλέον επένδυση από πλευράς δημοσίου.

Ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι μεταρρυθμιστικές αλλαγές που επήλθαν από την εφαρμογή του συστήματος της ΗΣ, αναφέρει στην 58<sup>η</sup> έκδοση του και το περιοδικό «Panorama», (2016, σ.48), που επιμελείται η Γενική Δ/ση Περιφερειακής & Αστικής Πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα εκφράζεται ως άποψη ότι το αποτέλεσμα από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, προσαρμόζει στις σύγχρονες απαιτήσεις το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), αντικαθιστώντας το απαρχαιωμένο σύστημα συνταγογράφησης με την νέα ψηφιοποιημένη πλατφόρμα. Σύμφωνα με την αναφορά του περιοδικού η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μέχρι και το τέλος του 2015, δικαίωσε τις προσπάθειες της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης και λειτουργίας στον τομέα της υγείας.

### 3.6.1 Οφέλη της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας με την έναρξη της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (2010), ως νέα διαδικασία στο χώρο της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης, σημείωσε σημαντικές βελτιώσεις στην πρόσβαση και στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Η ισχύουσα ως τότε πρακτική της χειρόγραφης συνταγογράφησης εκσυγχρονίζεται και εξελίσσεται στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, γνωστή μας σήμερα ως «ψηφιοποιημένη λειτουργική πλατφόρμα».

Σύμφωνα με τη διεθνή και Ευρωπαϊκή εμπειρία, τα αναμενόμενα οικονομικά οφέλη για την υγειονομική περίθαλψη από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, εξασφαλίζονται μακροπρόθεσμα. Σύμφωνα επίσης με τις απόψεις των εισηγητών κ.κ Jensen από την Δανία και τον κ.κ Larson από τη Σουηδία απαιτούνται τουλάχιστον πέντε χρόνια, ώστε να αποδώσει η σχετική επένδυση και ο βαθμός διαλειτουργικότητας με τις σχετικές δομές του συστήματος.

Στην πράξη η ολοκλήρωση του έργου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, στην Ελλάδα, υλοποιείται κατά το τέλος του 2015, πέντε χρόνια μετά τη πιλοτική της εφαρμογή. Οι αναγκαίοι πόροι εξασφαλίζονται με χρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης, υπό τη διαχείριση της Η.Δ.Ι.Κ.Α Α.Ε και το επιχειρησιακό πρόγραμμα «Ψηφιακή Σύγκλιση», που εστιάζει στην παροχή της ασφάλειας των ασθενών και στη ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης.

Βασικός στόχος του προγράμματος «Ψηφιακής Σύγκλισης», είναι η προστασία της υγείας ως το ύψιστο δικαίωμα των πολιτών-ασθενών και ο περιορισμός ή ακόμη καλύτερα μακροπρόθεσμα, το οριστικό τέλος στην ταλαιπωρία των ασφαλιζομένων. Ο εξορθολογισμός των διαδικασιών της Η.Σ και των παραπεμπτικών εξετάσεων, υπολογίζεται ότι μελλοντικά θα παρέχει καλύτερη χρήση των πόρων με επακόλουθο και την μείωση των δαπανών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (Panorama, 2016, σ.48)

Όσον αφορά στους ασθενείς, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έρχεται να αποκαταστήσει τα άσχημα του παρελθόντος με τις δυσανάγνωστες χειρόγραφες ιατρικές συνταγές. Τα οφέλη που διακρίνονται σε αυτή τη περίπτωση είναι η ελαχιστοποίηση των κινδύνων που συνεπάγεται από την εσφαλμένη ανάγνωση των χειρόγραφων ιατρικών οδηγιών. Επιπλέον οφέλη παρέχονται με τη μείωση των εξόδων από πιθανές εισαγωγές στο νοσοκομείο, οι οποίες γίνονται εξαιτίας εσφαλμένων διαγνώσεων. Η ελαχιστοποίηση των κινδύνων διαφαίνεται από την ασφαλή λειτουργική διαδικασία του νέου συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με την οποία

επιτυγχάνεται η διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων και η ασφαλής ενημέρωση των φακέλων των ασθενών. (Λαζακίδου, Α., χ.χ σ.133-134) Το πόσο σημαντική, λειτουργική και εύχρηστη, θεωρείται σήμερα από τους ιατρούς η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αποτυπώνεται στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Όσον αφορά στους παρόχους υγείας, η εφαρμογή του συστήματος της Η.Σ έχει τη δυνατότητα να παρέχει πληροφορίες και ταυτόχρονα να διεξάγει διασταυρώσεις και επεξεργασία στα στοιχεία και στις ιατρικές πληροφορίες των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να επιτευχθεί σαφέστερη εικόνα του ασθενή σε φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις. Κατά αυτόν τον τρόπο η νέα εφαρμογή, συμβάλλει ώστε να διευκολύνει το ιατρικό προσωπικό σε μεγάλο βαθμό στη σωστή κλινική απόφαση των εκάστοτε περιπτώσεων και ταυτόχρονα να μειώνει τις πιθανότητες λαθών. (Λαζακίδου, Α., χ.χ σ.134)

Από την πρόληψη λαθών προκύπτει μείωση κόστους στην υγειονομική περίθαλψη, με την προϋπόθεση ότι ο ιατρός, σύμφωνα με τον Ν. 4052/01.03.2012 ΦΕΚ Α'41, θα επιλέξει από τη λίστα των γενοσήμων φαρμάκων που είναι κατάλληλα και ποιοτικά για τον ασθενή του. Ο νόμος ορίζει ότι επιστρέφονται μόνο οι δαπάνες για το φθηνότερο φάρμακο, δηλαδή η τιμή των γενοσήμων φαρμάκων, αποτελεί την τιμή στην οποία αναλογεί η αποζημίωση. Σε περίπτωση χορήγησης άλλων φαρμάκων, ο ασθενής πληρώνει τη διαφορά.

Με αυτόν τον τρόπο από την μια πλευρά, παρακολουθείται και υποστηρίζεται από το σύστημα διαχρονικά η χορήγηση των φαρμάκων για κάθε ασθενή, καθώς λαμβάνονται υπόψη πληροφορίες για τυχόν εναλλακτική χορήγηση καταλληλότερων φαρμάκων και καλύτερη προσαρμογή του στην φαρμακευτική αγωγή, και από την άλλη πλευρά γίνεται έλεγχος για τυχόν καταχρήσεις, σε περιπτώσεις υπερσυνταγογραφήσεων. (Λαζακίδου, Α., χ.χ σ.132,134)

Η συνεχής αύξηση των θεραπευτικών σκευασμάτων για την αντιμετώπιση των ασθενειών αποτελεί την αφορμή για διαρκή εκπαίδευση αλλά και παροχή αναβαθμισμένης επιστημονικής υποστήριξης στους επαγγελματίες υγείας. Η αναφορά σε νέα φαρμακολογικά δεδομένα, η γνώση για τα πλεονεκτήματα, τα οφέλη αλλά και οι κίνδυνοι που προκύπτουν από τα νέα φάρμακα σχετικά με τις αντίστοιχες θεραπείες, αλλά και το κόστος τους, απαιτούν την υποστήριξη του συστήματος. (Τερζή, Γ., 1999, σ.129)

### 3.6.2 Εμπόδια στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Το αυξανόμενο κόστος των φαρμακευτικών δαπανών διαμορφώνει νέα πολιτική στο χώρο της υγείας η οποία προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα και παίρνει νέα διάσταση στην κοινωνική πολιτική. Σύμφωνα με όσα αναφέρονται στο επιχειρησιακό πρόγραμμα 2014GR05M2OP001 στην αναφορά για την «Υγεία», ο τομέας της υγείας αντιμετωπίζει συνεχώς αυξανόμενες δημοσιονομικές και παρεπόμενες κοινωνικές επιπτώσεις στο διάστημα της εξαετούς οικονομικής ύφεσης σε μεγάλο ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού. Η εκτίμηση των δυνατοτήτων για τη βιωσιμότητα του μοντέλου του συστήματος παροχής υπηρεσιών στην Ελλάδα είναι πολύ αρνητική και τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων φέρνουν την ιεράρχηση των στόχων όσον αφορά στις σχέσεις κόστους-αποτελέσματος του συστήματος υγείας. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, COM(2012),739 final, σ.16)

Είναι αναγκαία, τονίζει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η ανάπτυξη ανοικτού συστήματος με ενσωμάτωση των διεθνών βέλτιστων προτύπων και πρακτικών, και η παροχή σε τρίτους δυνατότητας ανάπτυξης καινοτόμων υπηρεσιών που σχετίζονται με το κύκλωμα παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ως νέα εφαρμογή στην Ελλάδα το σύστημα της ΗΣ, χρειάζεται βελτιώσεις και για τον λόγο αυτό, έχει προταθεί και υποστηρίζεται από τους ιατρικούς συλλόγους της χώρας ως απαραίτητη, η εφαρμογή διαγνωστικών πρωτοκόλλων που απαιτείται για την «στάθμιση κλινικής ωφελιμότητας και κόστους» η οποία και αναφέρεται διεθνώς, ως τεκμηριωμένη ιατρική. (Evidence-based-medicine)

Ο ΕΟΠΠΥ συνέλεξε και κατέγραψε διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες με την επιδίωξη εφαρμογής τους και από τους Έλληνες παρόχους υγείας. Η εφαρμογή των πρωτοκόλλων πρέπει να προτείνεται από τους ιατρούς σε κάθε πάθηση ή συμπτωματολογία και για εξετάσεις που έχει τεκμηριωθεί η κλινική ωφελιμότητα τους, σε σχέση αλληλεξάρτησης πάντα, με την δαπάνη που απαιτείται. Το σύστημα υγείας δείχνει να προστατεύεται από καταστάσεις «προκλητής ζήτησης» από την εφαρμογή των αρχών της «τεκμηριωμένης ιατρικής».

Η έλλειψη όμως συντονισμένης πολιτικής στην υγεία και καθοδήγηση των ιατρών παρόχων υγείας, έχει ως αποτέλεσμα την ραγδαία αύξηση σε φαινόμενα προκλητής ζήτησης διαγνωστικών εξετάσεων, και ταυτόχρονη αύξηση της δαπάνης υγείας χωρίς ευεργετική ωφέλεια για τον ασθενή. Το γεγονός των αυξημένων διαγνωστικών μέσων

στην σύγχρονη εποχή εγγυάται ως ένα βαθμό στη βελτίωση του προσδόκιμου και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού, υπάρχει ταυτόχρονα όμως, ο φόβος αύξησης των δαπανών για την υγεία. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Τεύχος Β' αρ. φύλλου 2243 18/8/2014 σ. 28000)

### **3.7 Ανακεφαλαίωση**

Οι νέοι τρόποι διακυβέρνησης στον τομέα της υγείας επιδιώκουν προηγμένες καινοτόμες πρακτικές με πρώτη την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Οι πρακτικές αυτές λόγω της θεσμικής τους κατοχύρωσης ανταποκρίνονται στις νόμιμες προσδοκίες του ελληνικού πληθυσμού, διέπονται από διαφάνεια, και ανταποκρίνονται πλήρως στις εκτιμήσεις των πολιτικών και των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, δίνοντας άμεση πρόσβαση στις παροχές υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους πολίτες της Ελληνικής επικράτειας.

Στην Ελλάδα η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ως ένας νέος θεσμός, χρειάζεται χρόνο για να δώσει τα θετικά αποτελέσματα στα οποία, έχουν φτάσει άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην τελευταία εξαετία πιλοτικής και ουσιαστικής εφαρμογής αποτέλεσε ένα δραστικό εργαλείο για την περιστολή υπερβολικών δαπανών στο τομέα της υγείας. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση δεν αποτελεί από μόνη της τη λύση για τα προβλήματα του χώρου της υγείας. Για την εφαρμογή της ΗΣ, είναι απαραίτητη η συνεργασία των ειδικοτήτων της Ιατρικής και της Πληροφορικής. Τα εργαλεία των Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων (ΟΠΣ), συντελούν στην ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών και στην αποδοτική λειτουργία των ηλεκτρονικών συστημάτων και τη διασύνδεση τους και με τον ιδιωτικό τομέα.

Η ένταξη των εφαρμογών της πληροφορικής στον τομέα της υγείας καλύπτει τη λειτουργικότητα των πολύπλοκων διαδικασιών, βοηθάει στη διάδραση των πληροφοριών μεταξύ των οργανισμών της δημόσιας υγείας και διευκολύνει την πρόσβαση των χρηστών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Ο ανθρώπινος παράγοντας εμπλέκεται πρωτίστως στην προηγμένη πρακτική του συστήματος, δηλαδή στις νέες μεταρρυθμιστικές προκλήσεις του συστήματος υγείας. Στην προσπάθεια αναδιαμόρφωσης του συστήματος υγείας, η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση διοικητικού και νοσηλευτικού δυναμικού δημιουργεί ταυτόχρονα, μια νέα διοικητική και οργανωτική κουλτούρα που εξυπηρετεί πραγματικά το δημόσιο συμφέρον.





## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ**

### **ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΧΩΡΟ**

#### **4.1.Εισαγωγή**

Η υγεία σύμφωνα με τον ορισμό που αποδόθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) <sup>42</sup> είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Αυτό σημαίνει ότι η υγεία δεν αφορά μόνο στην ιατρική αντιμετώπιση αλλά και σε άλλες αιτίες όπως το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ. α

Σε παγκόσμιο επίπεδο καθώς και σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, η αντιμετώπιση των παραπάνω καταστάσεων υποστηρίζεται με την έγκριση αποτελεσματικών στρατηγικών πολιτικών και δράσεων των χωρών, ώστε τα κράτη-μέλη να ανταποκριθούν στην ανάληψη υποχρέωσης τους για άρτια υγειονομική περίθαλψη, τόσο μεταξύ των χωρών-κρατών όσο και των πολιτών που βρίσκονται εντός των συνόρων μιας χώρας.

Στην Ευρωπαϊκή κοινότητα τα κράτη-μέλη έχουν την αποκλειστική ευθύνη για την πολιτική υγείας στη χώρα τους και το πώς θα παρέχεται η υγειονομική περίθαλψη στους Ευρωπαίους πολίτες. Η απαραίτητη συνεργασία μεταξύ των χωρών σε διασυνοριακό και διεθνή αντίκτυπο επιβάλλεται καθώς παρουσιάζονται πιθανές απειλές για την υγεία, με το φόβο και την απειλή μιας πανδημίας, ή και βιοτρομοκρατίας, λόγω της ελεύθερης κυκλοφορίας των ανθρώπων, εμπορευμάτων και υπηρεσιών. (Commission of The European Communities, 2007, 630 final, p.2)

Το νέο άρθρο 152 (πρώην άρθρο 129), που αφορούσε στην έναρξη ισχύος της συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση, εμφανίζεται με μεγαλύτερη αποτελεσματική δράση από ότι στο παρελθόν καθώς, εκτός από την αναφορά του στην αντιμετώπιση

---

<sup>42</sup> Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization WHO) είναι ένας αυτόνομος διεθνής διακρατικός οργανισμός και διοικείται από ειδικά εκπαιδευμένη υπηρεσία του ΟΗΕ που ασχολείται με τον τομέα της υγείας. Απώτερος σκοπός του είναι να καθοδηγεί παγκοσμίως στον τομέα της υγείας, με στόχο να επιτευχθεί το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας σε όλη την ανθρωπότητα. Σε συνεργασία με όλες τις Κυβερνήσεις σχεδιάζει, ενισχύει, αξιολογεί και διαχειρίζεται όλα τα εθνικά προγράμματα υγείας, μεταφέροντας συγχρόνως την κατάλληλη πληροφόρηση μέσω της τεχνολογίας, καθώς και τα πρότυπα υγείας.

των ασθενειών και των επιδημιών, εστιάζεται και στα ποιο γενικότερα αίτια κινδύνου για την υγεία και το γενικότερο στόχο που είναι η βελτίωση της υγείας. (Νόμος Ευρωπαϊκής Ένωσης, [EUR-Lex-a16000-EN]. *Δημόσια υγεία.*)

#### **4.2 Ε.Ε και Ηλεκτρονική Δικαιοσύνη**

Η Ευρωπαϊκή στρατηγική και δράση όσον αφορά στην εφαρμογή των e-health εργαλείων από την έναρξη της συνθήκης του Άμστερνταμ και εφεξής, στηρίζεται σε σειρά νομοθετικών πράξεων που αφορούν σε θέματα ηλεκτρονικής δικαιοσύνης. (e-justice) Η απόδοση της δικαιοσύνης με την εισαγωγή των τεχνολογιών της πληροφορίας και της επικοινωνίας (ΤΠΕ), παρέχεται αποτελεσματικά μέσα από μια σειρά δυνατοτήτων, διευθέτησης και αποκατάστασης προβλημάτων, προσφέροντας λύσεις και βελτιώσεις στη λειτουργία της δικαιοσύνης, με σκοπό την επίτευξη εξορθολογισμού στο σύνολο των ενεργειών που απαιτούνται και ταυτόχρονα την επίτευξη μείωσης του κόστους.

Η πρόταση της παραπάνω ανακοίνωσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, υποστηρίζει την εφαρμογή μιας σφαιρικής στρατηγικής, που έχει ως στόχο τον συντονισμό μεταξύ της Ευρωπαϊκής διάστασης και των κρατών μελών, ρυθμίζοντας ταυτόχρονα και τις ενέργειες που τελούνται σε εθνικό επίπεδο, προσδοκώντας την επίτευξη οικονομίας κλίμακας ως προστιθέμενης αξίας.<sup>43</sup> (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Χρηματοδότηση από το 3<sup>ο</sup> πρόγραμμα για την υγεία 2014-2020)

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε) οφείλει βάσει του νομοθεσίας και σύμφωνα με το άρθρο 168 της συνθήκης (πρώην άρθρο 152 της ΣΕΚ), να φροντίζει για την ασφάλεια και την κατάσταση της καλής υγείας των Ευρωπαίων πολιτών στο σύνολο των δραστηριοτήτων και των πολιτικών των κρατών μελών της. Η πολιτική της Ε.Ε έχει ως στόχο, να παρέχει τη δυνατότητα στα κράτη-μέλη της να συνεργάζονται μεταξύ τους, και να συζητούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στον τομέα της δημόσιας υγείας. Η δράση της Ε.Ε είναι συμμετοχική σε θέματα υγείας και συμβάλλει καταλυτικά στη

---

<sup>43</sup> Ως Ευρωπαϊκή προστιθέμενη αξία, θεωρείται η αξία που υπερβαίνει την αξία που προκύπτει από δράσεις που υλοποιούνται από μεμονωμένα κράτη-μέλη. Οι παράγοντες οι οποίοι δρουν για την δημιουργία αυτής της αξίας είναι διάφοροι, όπως η παρουσία νομικής σαφήνειας, η δημιουργία συντονιστικών οφελών, καθώς και η επίτευξη μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας. Μέσα από αυτήν την αξία εκφράζεται ένας εκτεταμένος βαθμός σπουδαιότητας ευρωπαϊκής εμβέλειας, ο οποίος μπορεί να λειτουργήσει μέσα από συγκεκριμένες δράσεις, που μπορούν να εφαρμοστούν εκτός από τοπικό και εθνικό επίπεδο και σε ολόκληρη την Ε.Ε.

βελτίωση της υγείας των κρατών-μελών, χωρίς να επιβάλλει θεσμική πολιτική υγείας, στην οργάνωση παροχής υγείας και υγειονομικής περίθαλψης. Σε εθνικό επίπεδο, το κάθε κράτος-μέλος είναι αυτό που ευθύνεται ξεχωριστά για την διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης. (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2012, σ.76).

### **4.3 Εφαρμογή των e-health εργαλείων στην Ε.Ε**

Το προσδόκιμο ζωής μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ έχει αυξηθεί κατά περισσότερο από έξι χρόνια από το 1990. Η αύξηση αυτή κυμάνθηκε από 74,2 χρόνια το 1990 σε 80,9 χρόνια το 2014. Ωστόσο οι ανισότητες στον τομέα της υγείας μεταξύ των χωρών της ΕΕ εξακολουθούν να υπάρχουν. Η πολιτική της Ευρώπης τα τελευταία χρόνια για την επίλυση αυτών των ανισοτήτων, όπως είναι οι διαφορές στη πρόσβαση υψηλής ποιότητας φροντίδας, μεταξύ των χωρών και εντός των χωρών, εφαρμόζει καινοτόμες πρακτικές εφαρμογές υπηρεσιών υγείας, για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση για την επίτευξη αποτελεσματικότερης πρόληψης και ποιότητα φροντίδας. (OECD/European Union 2016, σ.13)

Οι τεχνολογίες των πληροφοριών και των επικοινωνιών (ΤΠΕ), υποστηρίζουν τις πρακτικές του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, καθώς και τα υπόλοιπα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Σημαντική προϋπόθεση είναι να λειτουργούν και να χρησιμοποιούνται ως δείκτες της ποιότητας φροντίδας υγείας. σε συνδυασμό και των άλλων συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας, και μέσα από τη διαλειτουργικότητα τους, να αυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους, να βελτιώσουν τη ποιότητα φροντίδας υγείας και να εκμεταλλευτούν τις καινοτόμες πρακτικές στην εφαρμογή νέων και πρωτοποριακών συστημάτων στις αγορές υγείας. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή COM(2012) 736 final, σ. 4)

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο συστάθηκε σύσκεψη όλων των κρατών-μελών για την αξιολόγηση του πρωτεύοντα ρόλου των τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας, η οποία πραγματοποιήθηκε στις 10 Μαΐου του 2011 στη Βουδαπέστη. Η προώθηση της ηλεκτρονικής υγείας αποτελεί ύψιστο στόχο του ψηφιακού θεματολογίου στην Ευρώπη, υποστηρίζουν οι συμμετέχοντες. Η συμβουλευτική ομάδα η οποία παρευρέθη στη συνεδρίαση, προτείνει τρόπους για την επιτάχυνση της καινοτομίας των ΤΠΕ στον

τομέα της υγείας. Υπάρχει τεράστια δυνατότητα τονίζουν, στην ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας η οποία μπορεί να συμβάλλει στην ενδυνάμωση των ασθενών και στην επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης της ΕΕ. Η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση χρόνιων παθήσεων, η έλλειψη επαγγελματιών υγείας και οι περιορισμοί του προϋπολογισμού, μπορούν να αντιμετωπισθούν με την υποστήριξη των συστημάτων τηλευγείας στο μέλλον, όπως η απομακρυσμένη διάγνωση και θεραπεία και η ασφαλή ανταλλαγή των φακέλων των ασθενών. Η ανάπτυξη των τεχνολογιών της ηλεκτρονικής υγείας στην Ευρώπη, αποτελεί τον βασικότερο στόχο της ΕΕ, που έχει ως σκοπό τη μείωση των δαπανών και τη βέλτιστη ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης. Οι ιατρικές δαπάνες αναμένεται να φτάσουν το 16% του ΑΕΠ των χωρών της ΕΕ μέχρι το 2020. (European Commission, 2011, Digital Agenda, IP/11/551, Μάιος)

#### **4.4 Σχέδιο Δράσης της e-health στον Ευρωπαϊκό χώρο**

Η υγεία αποτελεί το πρώτο και κυριότερο μέλημα των κυβερνήσεων και για αυτό το λόγο πρέπει να υποστηρίζεται από αποτελεσματικές πολιτικές και δράσεις τόσο σε Παγκόσμιο, Εθνικό, και Ευρωπαϊκό επίπεδο με τα κράτη-μέλη να δρουν από κοινού για αποτελεσματική συνεργασία καθώς οι απειλές για την υγεία με διασυνοριακό ή διεθνή αντίκτυπο βρίσκονται στο προσκήνιο.

Σύμφωνα με την Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η υγεία με μια ματιά: Ευρώπη (2016), γίνεται αναφορά στη προσπάθεια παρουσίασης και ενημέρωσης των τελευταίων εξελίξεων στην υγεία και τα συστήματα υγείας που αφορούν στα 28 κράτη –μέλη της ΕΕ, στις 5 υποψήφιας χώρες προς ένταξη και σε 3 χώρες της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών. Η αποτελεσματική συνεργασία του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής έχει ως στόχο τη βελτίωση της πληροφόρησης στον τομέα της υγείας, σε εθνικό επίπεδο και σε επίπεδο ΕΕ μέσα στο νέο πλαίσιο ενεργειών για την «Κατάσταση της υγείας στην ΕΕ».

Η διαδικασία υλοποίησης του πρώτου σχεδίου δράσης για την ηλ-υγεία, εγκρίθηκε το 2004. Από τότε, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις με συνεχείς πρωτοβουλίες πολιτικής, ώστε να προωθήσει την εφαρμογή της ηλ-υγείας σε όλη την επικράτεια της ΕΕ. Οι δράσεις που παρέχονται αφορούν στη δυνατότητα της ΕΕ να βελτιώσει σταδιακά αλλά ολοκληρωμένα το δυναμικό των συστημάτων και υπηρεσιών ηλ-υγείας στον Ευρωπαϊκό χώρο της ηλ-υγείας.

Το σχέδιο δράσης eEurope 2005 (Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, COM 2005, 356, τελικό), αποτελεί σημείο αναφοράς των πολιτικών της ΕΕ για δεσμεύσεις που συνδέονται με την προώθηση της Κοινωνίας της Πληροφορίας (ΚτΠ) και ιδιαίτερα με την προώθηση της ηλ-υγείας σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Στόχος του σχετικού προγράμματος ήταν η αντιμετώπιση των προκλήσεων και ένταξη σωστού πλαισίου υποστήριξης της ηλ-υγείας. Έως το τέλος του 2005 έπρεπε να καταρτιστούν από τα κράτη μέλη, εθνικά ή περιφερειακά χρονοδιαγράμματα για την ηλ-υγεία. Εισαγωγή και εγκατάσταση συστημάτων ηλ-υγείας, επίτευξη διαλειτουργικότητας διαφορετικών συστημάτων και υπηρεσιών, και χρήση ηλεκτρονικού φακέλου, καθώς και προσπάθεια επίλυσης για επιστροφή των δαπανών για υπηρεσίες ηλ-υγείας με ταυτοποίηση των ασθενών.

Οι πιλοτικές δράσεις έως το τέλος του 2006 έπρεπε να παρέχουν στα κράτη-μέλη με τη συνεργασία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, κοινό καθορισμό σχεδίου σχετικά με την ταυτοποίηση των ασθενών. Στην χρονική διάρκεια 2004-2008 πιλοτικά, τα κράτη-μέλη έπρεπε να έχουν την δυνατότητα να υποστηρίξουν την εγκατάσταση ενοποιημένων δικτύων πληροφοριών υγείας στα πεδία υπηρεσιών ηλ-υγείας, που ήδη είχαν βασιστεί σε σταθερές, ασύρματες και κινητές ευρωζωνικές υποδομές και τεχνολογίες πλέγματος. (Grid). Η μεθοδολογία αυτή προκύπτει ως λογικό συμπέρασμα ότι θα λειτουργήσει μελλοντικά προς όφελος για τις καλύτερες πρακτικές σε πεδία όπως, με την ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης υγείας και τη διαχείριση ταυτότητας για τους Ευρωπαίους πολίτες.

Έως το τέλος του 2008, η πλειοψηφία των περιφερειών υγείας, (νομοί, κοινότητες, περιφέρειες) καθίστανται ως δημόσιοι φορείς να είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες όπως ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τηλεπίσκεψη (δεύτερη ιατρική άποψη), τηλεπαρακολούθηση, ηλεκτρονικά παραπεμπτικά, και τηλεπερίθαλψη. Αποφαινεται επίσης έως το 2008 η υλοποίηση στη χρήση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας και η προώθηση της στον τομέα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2004, COM (2005) 356 τελικό,σ,4,19-25)

Η δήλωση του προέδρου της Εσθονίας Toomas Hendrik Ilves (2012), ως εκπροσώπου της ανεξάρτητης ομάδας υψηλού επιπέδου για την ηλ-υγεία δείχνει τον μεγάλο βαθμό ελλείψεων της υγειονομικής περίθαλψης στα κράτη-μέλη της Ευρώπης: «Γνωρίζουμε είτε, ότι στην υγειονομική περίθαλψη είμαστε τουλάχιστον 10 χρόνια πίσω, σε σχέση με κάθε άλλο πεδίο στην εφαρμογή λύσεων τεχνολογιών της πληροφορίας (ΤΠ). Επίσης γνωρίζουμε από ευρύ φάσμα άλλων υπηρεσιών, ότι οι εφαρμογές τεχνολογιών των πληροφοριών μπορούν να φέρουν επανάσταση και να

βελτιώσουν τον τρόπο με τον οποίο ενεργούμε». (Ευρωπαϊκή Επιτροπή COM(2012) 736 final, σ. 4)

Υπάρχουν ορισμένοι τομείς όπου η μεμονωμένη δράση των κρατών-μελών δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική και εκεί είναι αναγκαία η συνεργασία σε κοινοτικό επίπεδο. Οι αυξανόμενες προκλήσεις για την υγεία του πληθυσμού, απαιτούν μια νέα προσέγγιση στρατηγικής. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινοτήτων στη Λευκή Βίβλο: μαζί για την υγεία (2008-2013) όσον αφορά στα θέματα της υγείας, αποσκοπεί ενδεικτικά στις εξής προσεγγίσεις: Πρώτον στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, δεύτερον στην αντιμετώπιση απειλών για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο (πανδημίες, βιοτρομοκρατία) και τρίτον στην εξέλιξη των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης λόγω της ταχείας ανάπτυξης των νέων τεχνολογιών. Όλα τα παραπάνω συνδέονται με ένα ολοκληρωμένο στόχο νέας στρατηγικής σε Ευρωπαϊκό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινοτήτων, COM (2007),630 τελικό, σ.2-5)

Σημαντικό ρόλο της Ευρωπαϊκής Κοινότητας στον τομέα της πολιτικής για την υγεία, αποτελεί και η διαδικασία ανανέωσης των δράσεων στα κράτη-μέλη όταν παρουσιάζεται ανάγκη. Στη λευκή Βίβλο 2008-2013, «μαζί για την υγεία» (COM 2007,630 τελικό, σ.1-2), γίνεται αναφορά «Για ποιο λόγο είναι απαραίτητη μια νέα στρατηγική για την υγεία». Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα, έχει στόχο να θέσει σε εφαρμογή την πρώτη στρατηγική της ΕΚ για την υγεία, ώστε να καθοριστούν οι ενέργειες που θα ακολουθήσει η κοινότητα στον τομέα αυτόν.

Το σχέδιο δράσης για την ηλεκτρονική υγεία 2012-2020, ανακοινώνεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και επικαιροποιεί το προηγούμενο σχέδιο δράσης του 2004. Η επικαιροποίηση ψηφίζεται 14 Ιανουαρίου 2014, (2013/2061(INI)), από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, έχοντας υπ' όψιν του την ανακοίνωση της Επιτροπής της 6 Δεκεμβρίου του 2012, με τίτλο «Σχέδιο δράσης 2012-2020 για την ηλ-υγεία-καινοτομική υγειονομική περίθαλψη για τον 21<sup>ο</sup> αιώνα». (Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινοτήτων, COM(2012), 736) σ.1,8)

Σε ανακοίνωση στην επίσημη εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2016, C482/21, άρθρο 66, σ.29), γίνεται αναφορά σε όλες τις προηγούμενες ανακοινώσεις της Επιτροπής και προσφέρει έναν χάρτη πορείας για την ηλ-υγεία με περαιτέρω δράσεις. Ιδιαίτερα προσβλέπει στην ενίσχυση και ενδυνάμωση των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού με την βελτίωση στη πρόσβαση υπηρεσιών υγείας, στη μείωση των δαπανών υγείας, στην επίτευξη μεγαλύτερης ισότητας μεταξύ των

ευρωπαϊών πολιτών, καθώς και στη δυνατότητα σύνδεσης συσκευών και τεχνολογιών, καινοτομίας και έρευνας, και γενικότερα στην υιοθέτηση της διαλειτουργικότητας της ηλεκτρονικής υγείας στην ΕΕ.

Η Επιτροπή καλείται να δημοσιεύει ανά δύο έτη, ανασκόπηση της προόδου στην εφαρμογή του σχεδίου δράσης ηλ-υγείας και ανάλογα, να διασφαλίζονται και να καταγράφονται οι δείκτες επιτυχίας και απήχησης των δράσεων, σε εθνικό και ενωσιακό επίπεδο, παρατηρώντας με ιδιαίτερη προσοχή, αν τυχόν υπάρξουν διακρίσεις και ανισότητες πρόσβασης που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τους ασθενείς. (Επίσημη Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Επιτροπής, 2016, 482/21, άρθρο 67, σ.29)

Στα πλαίσια του νέου επιχειρησιακού προγράμματος μεταρρυθμίσεων Δημόσιου Τομέα (ΕΠΜΔΤ) 2014-2020, αποτυπώνεται ο βασικός στρατηγικός στόχος της ΕΕ, ο οποίος εκτιμάται ότι με την υποστήριξη νέων και καινοτόμων μέσων, θα παρέχει κατά τη διάρκεια του προγράμματος στους πολίτες των κρατών-μελών της, αποτελεσματικά συστήματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας.

#### **4.5 Διασυνοριακές Υπηρεσίες Υγειονομικής Περίθαλψης στην ΕΕ**

Η εναρμόνιση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας από την έναρξη της κοινοτικής δράσης αποτελούσε το ύψιστο σημείο αναφοράς και όλες οι κατευθύνσεις των δραστηριοτήτων της κοινωνικής πολιτικής της Κοινότητας σύγκλιναν στο στόχο αυτό. Με την συνεχή προσχώρηση νέων χωρών-μελών στην Ευρωπαϊκή Ένωση η διαφορετική δομή κοινωνικής ασφάλισης, ή ακόμη και των συστημάτων υγείας των εισερχόμενων κρατών, μειώνουν τη μελλοντική εξέλιξη για εναρμόνιση. (Κυριόπουλος Γ, Γείτονα Μ, σ.79-80 )

Η δυσκολία εναρμόνισης πολιτικών κοινωνικής προστασίας, ξεπεράστηκε με την Κοινοτική οδηγία ενοποίησης 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9<sup>ης</sup> Μαρτίου 2011, (με καταληκτική ημερομηνία μεταφοράς στο Εθνικό Δίκαιο των ΚΜ την 25η Οκτωβρίου 2013), η οποία αναφέρεται στην «εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης», υιοθετώντας έτσι την πολιτική σύγκλισης.

Σε Εθνικό επίπεδο η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη ορίζεται σύμφωνα με τον υπ' άρ.Ν.4213/2013 ΦΕΚ τεύχος Α' αρ. Φύλλου 261, είναι η υγειονομική περίθαλψη που «παρέχεται ή συνταγογραφείται σε κράτος-μέλος διαφορετικό από το κράτος-μέλος

ασφάλισης». Στο Κεφάλαιο 2 άρθρο 4 παρ.1 του ανωτέρω νόμου, αναφέρεται ότι η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη παρέχεται με «την ισχύουσα εθνική νομοθεσία, τα εθνικά πρότυπα, τις κατευθυντήριες γραμμές ποιότητας και ασφάλειας και τη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα πρότυπα ασφάλειας».

Η διεθνοποίηση της Ευρωπαϊκής αγοράς είναι πλέον γεγονός. Οι νέες πολιτικές που εφαρμόζονται για την υγεία και τα συστήματα υγείας καθιστούν την Ε.Ε όλο και πιο διασυνδεδεμένη. Οι ασθενείς έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε όλη την επικράτεια της ΕΕ, δηλαδή όλοι οι πολίτες των χωρών-κρατών έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη.

Η ενσωμάτωση και η επέκταση σε νέες πολιτικές υγείας εκτός από την ενίσχυση της διασυνοριακής περίθαλψης, συμβάλλει στη δημιουργία διασυνοριακών δεσμών μεταξύ των προσκείμενων χωρών, των ασφαλιστικών φορέων και των μονάδων, στις οποίες προσφέρεται η προηγμένη τεχνολογία. Η ορθολογική κατανομή και διάχυση της προηγμένης τεχνολογίας θεωρείται ένα μεγάλο επίτευγμα, όσον αφορά στην διευκόλυνση για την ενσωμάτωση της ανωτέρω οδηγίας, και την ανάπτυξη και εφαρμογή των e-health σε όλες τις χώρες της Ε.Ε ισομερώς. (Κυριόπουλος Γ, Γείτονα, Μ, 1995,σ.79-80 )

Το ιατρικό σώμα έχει τον κυριότερο ρόλο στην εισαγωγή και μεταφορά της σύγχρονης τεχνογνωσίας. Σύμφωνα με την πληροφόρηση που έχουν οι επαγγελματίες υγείας μέσω της προηγμένης τεχνολογίας, οι οποίοι εργάζονται στις εκάστοτε χώρες της ΕΕ, κατευθύνουν και την προσφορά υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, η συνεισφορά του ιατρικού δυναμικού αποτελεί το κυριότερο ρόλο στη προσφορά και τη ζήτηση. Οι υψηλότερες προσδοκίες για υγειονομική περίθαλψη είναι και οι πιο σημαντικοί παράγοντες που συνδέουν απόλυτα τη ζήτηση για διασυνοριακή νοσηλεία. Ένα σύγχρονο και εξοπλισμένο με τελευταία τεχνολογία νοσοκομείο συντελεί και μεγαλύτερη ζήτηση για διασυνοριακή νοσηλεία. (Κυριόπουλος, Γείτονα, 1995, σ.84-86)

Στην περίπτωση ανάγκης για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει τους κανόνες που ισχύουν στο κράτος μέλος της νοσηλείας τους. Οι εφαρμοστέοι κανόνες για τη διασυνοριακή υγειονομική τους περίθαλψη, είναι οι κανόνες του κράτους νοσηλείας τους, όπου σύμφωνα με το άρθρο 168 (πρώην άρθρο της ΣΕΚ παρ.7, «η οργάνωση και η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και ιατρικής περίθαλψης είναι ευθύνη των κρατών-μελών». Επίσης στις ευθύνες των κρατών-μελών υπάγεται και η διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης,



καθώς και η κατανομή των πόρων που διατίθενται για τις υπηρεσίες αυτές. (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Δημόσια Υγεία, άρθρο 168 ΣΕΚ, σ. 77,78).

Η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη πρέπει να παρέχεται στους ασθενείς με βάση των αρχών της ποιότητας, ασφάλειας και συνέχειας στην περίθαλψη. Στην περίπτωση επιστροφής εξόδων περίθαλψης, η παρούσα οδηγία 2011/24/ΕΕ ορίζει ότι για λόγους συνέχειας θα πρέπει να καλύπτεται και η θεραπεία που έχει ληφθεί σε άλλο κράτος μέλος δηλαδή η συνταγογράφηση, η παροχή φαρμάκων και ιατροτεχνολογικών βοηθημάτων.

Τα κράτη-μέλη δεν εμποδίζονται από το να προσθέσουν στοιχεία στις συνταγογραφήσεις τους, αν αυτά δεν εμποδίζουν την αναγνώριση συνταγογραφήσεων από άλλα κράτη-μέλη οι οποίες περιέχονται σε κοινό κατάλογο στοιχείων. Επίσης η αναγνώριση των συνταγογραφήσεων ισχύει και για ιατροτεχνολογικά βοηθήματα που βρίσκονται νόμιμα στην αγορά του κράτους μέλους χορήγησης τους. Οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία σε άλλο κράτος-μέλος έχουν το δικαίωμα να έχουν το αρχείο θεραπείας τους και η συνταγογράφηση που έχει εκδοθεί στο άλλο κράτος- μέλος να αναγνωρίζεται στα έξοδα, με βάση την εφαρμοστική Οδηγία 2012/52/ΕΕ η οποία καθορίζει, «σχετικά τη θέσπιση μέτρων που διευκολύνουν την αναγνώριση των ιατρικών συνταγών οι οποίες εκδίδονται σε άλλο κράτος μέλος».

#### **4.6 Προκλήσεις και ευκαιρίες της ηλ-υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση**

Τα Ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν προκλήσεις στις αλλαγές που σήμερα είναι ιδιαίτερα αισθητές, λόγω συνεχόμενων και αυξανόμενων πιέσεων στους δημόσιους προϋπολογισμούς, από την φανερή έλλειψη προσωπικού υγείας, καθώς και στην απαίτηση των πολιτών για βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών και κοινωνικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της Eurostat αναφέρεται στην ανακοίνωση, οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη για τα 27 κράτη-μέλη της ΕΕ, το 1990 ανήλθαν σε ποσοστό κατά μέσο όρο 5,9% του ΑΕΠ, στο 7,2% του ΑΕΠ το 2010 και σύμφωνα με τις προβλέψεις εκτιμάται ότι θα φτάσουν το 8,5% του ΑΕΠ το 2060, εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού και άλλων κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών αλλαγών. (Ευρωπαϊκή επιτροπή, 2012-2020, 736, final,σ.5)

Στη διάρκεια οι προκλήσεις που εμφανίστηκαν με την οικονομική κρίση, η διάσπαση της αγοράς, και πολλά άλλα εμπόδια μειώνουν τα αναμενόμενα οφέλη, που είχε η Επιτροπή, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της για το 2007. Παρά τις επερχόμενες δυσκολίες όλες οι χώρες της ΕΕ ενόψει των ευρωπαϊκών προκλήσεων, καλούνται να τις αντιμετωπίσουν με βαθιές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις για να επιτευχτεί η διαφύλαξη της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας και η εξασφάλιση ποιοτικής πρόσβασης στην υγεία σε όλους τους ευρωπαίους πολίτες.

Ο εκ νέου σχεδιασμός της παροχής περίθαλψης αποτελεί βασική επισημάνση σύμφωνα με την επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (C74 E/33), λόγω της διαπίστωσης ότι υφίστανται διακρίσεις κατά των ηλικιωμένων ασθενών στην ιατρική μεταχείριση, με λιγότερες πιθανότητες στην παροχή της απαραίτητης φροντίδας, έναντι των νεότερων ασθενών.

Είναι αναγκαίο τα κράτη-μέλη να προβούν στις απαραίτητες ενέργειες όπως ανάπτυξη βιώσιμων μηχανισμών χρηματοδότησης παροχής υγειονομικής περίθαλψης, έτσι ώστε να αποφευχθούν δυσάρεστες επιπτώσεις στην έκβαση της υγείας των ηλικιωμένων ασθενών. Για να γίνει αυτό απολύτως κατανοητό τονίζεται ότι όλοι οι άνθρωποι ανεξάρτητα από το εισόδημα τους, την ηλικία τους, τη κοινωνική τους θέση και τον βαθμό δυσκολίας στο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν, έχουν το ύψιστο δικαίωμα να τους χορηγείται ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα μέσα από τη προτεινόμενη νομοθεσία της ΕΕ κατά των διακρίσεων, και γενικότερα την πρόσβαση στη παροχή υπηρεσιών για την υγεία.

Υπάρχει η παραδοχή ότι τα κράτη μέλη έχουν δώσει παροχές για τη φροντίδα των ηλικιωμένων αλλά εκτιμάται ότι μπορεί να επιτευχθούν περισσότερες παροχές από τα κράτη μέλη, με την καθιέρωση ποιοτικών κριτηρίων, την τήρηση τους και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών μέριμνας. Προτείνεται για αυτό το λόγο η ίδρυση ενός εθνικού δικτύου βάση του οποίου, θα ήταν εφικτό τόσο σε εθνικό όσο και σε επίπεδο ΕΕ, να υπάρχει πρόσβαση στη πληροφορία που αφορά τις υπηρεσίες παροχής μέριμνας και το ποιοτικό τους επίπεδο, και ταυτόχρονα να μπορούν να υποβληθούν τυχόν παράπονα αν παρατηρηθεί πρόβλημα στην ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας.

#### 4.7 Ανακεφαλαίωση

Οι τεχνολογικές εξελίξεις στη διασυνοριακή παροχή υγειονομικής περίθαλψης μέσω των ΤΠΕ, είναι τεράστιες καθώς σε ολόκληρη την Ένωση χρησιμοποιούνται απόλυτα διαφορετικοί τύποι και πρότυπα για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης με χρήση των ΤΠΕ. Η οδηγία 2011/24/ΕΕ, προνοεί για την διασυνοριακή συνεργασία μεταξύ των συστημάτων υγείας, για την αποφυγή εμποδίων και κινδύνων και την προστασία της υγείας και επικαλείται τον σεβασμό των εθνικών ρυθμίσεων για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα προσφέρει πρόσθετα μέτρα ως εργαλεία στη διάθεση των κρατών-μελών για να διευκολύνουν την ευρύτερη διαλειτουργικότητα.

Οι πρόνοιες της οδηγίας για τα εθνικά δίκτυα αναφοράς έχουν ως στόχο την ύπαρξη επικοινωνίας με εξειδικευμένα κέντρα σε όλη την Ευρώπη, διευκολύνοντας τους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να υπάρχει αποτελεσματικότερη διάδοση πληροφοριών και να λαμβάνονται οι σωστές αποφάσεις για τις επενδύσεις και τις δαπάνες στον τομέα της υγείας.

Η ηλεκτρονική υγεία, αποτελεί το μεγαλύτερο βήμα για τη διαλειτουργικότητα των τεχνολογιών πληροφοριών επικοινωνίας στον τομέα της υγείας σε Ευρωπαϊκό επίπεδο και είναι αυτή που μπορεί να διασφαλίσει την ασφάλεια, την ποιότητα και τη συνέχεια στη θεραπεία και στην έρευνα με τον τρόπο που απαιτείται από την οδηγία της ΕΕ. (Επίσημη Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, L88/53)



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ**

#### **5.1. Εισαγωγή**

Η Μελέτη περίπτωση της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, αποσκοπεί στην λεπτομερή και διεξοδική παρουσίαση των αποτελεσμάτων και των βελτιώσεων που έχουν προκύψει την τελευταία πενταετία (2010-2016), από την έναρξη εφαρμογής και υλοποίησης της ως εργαλείου περιορισμού των αντίστοιχων φαρμακευτικών δαπανών υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας εκτιμάται ότι τεκμηριώνουν ενδεικτικά τις δυνατότητες βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας στον Ελλαδικό χώρο, με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και την περαιτέρω ηλεκτρονική διασύνδεση της με τα άλλα e-health εργαλεία, καθώς και τη διάχυση της πληροφόρησης με τις υπάρχουσες πληροφοριακές δομές. Στην παρούσα έρευνα καταγράφονται τα πιθανά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ιατροί του δημόσιου νοσοκομείου ΝΙΜΤΣ από την εφαρμογή της Η.Σ.

Τα ερωτήματα που τίθενται αφορούν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Ελλάδα, σε συνδυασμό και με τις άλλες παροχές ηλεκτρονικής υγείας, και πώς μέσα από τη θεσμική κατοχύρωση, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση από το 2010 έως και σήμερα (2016), έχει αναδειχθεί ως μέσον καλυτέρευσης των διοικητικών δομών στον τομέα της υγείας στη σύγχρονη οικονομική συγκυρία, με σκοπό την αριστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας, καθώς και τη συγκράτηση του κόστους των δαπανών μελλοντικά.

#### **5.2 Μεθοδολογία - Υλικό - Χαρακτηριστικά της Έρευνας**

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί καταρχήν περιγραφική βιβλιογραφική ανασκόπηση, μέσα από την οποία διαμορφώθηκε η θεωρητική βάση πάνω στην οποία στηρίζεται η αναζήτηση της ερευνητικής προσπάθειας. Τα συμπεράσματα της έρευνας είναι αποτέλεσμα καταγραφής και συνδυαστικής ανάλυσης, η οποία βασίστηκε στη ερμηνεία των αποτελεσμάτων που

συγκεντρώθηκαν από έρευνες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, στην ανασκόπηση βιβλιογραφικών πηγών, στην συστηματική ανασκόπηση έντυπων και δικτυακών πηγών, κοινοτικών οδηγιών, νόμων, διατάξεων, υπουργικών αποφάσεων και δελτίων τύπου. Η μελέτη περίπτωσης της έρευνας βασίστηκε στην πρωτογενή ποιοτική και ποσοτική ερευνητική προσπάθεια μέσω συνέντευξης ερωτηματολογίου, στην οποία συμμετείχαν οι ιατροί του δημόσιου νοσοκομείου NIMΤΣ.

Η μελέτη των πρωτογενών αλλά και δευτερογενών πηγών, σε συνδυασμό με την επεξεργασία των πρωτογενών στοιχείων της μελέτης περίπτωσης και την αξιολόγηση τους, είναι ιδιαίτερα σημαντική έτσι ώστε να εξαχθούν τεκμηριωμένα συμπεράσματα και να δοθούν ασφαλείς εκτιμήσεις, για τις μεταρρυθμίσεις που έχουν συντελεστεί στο δημόσιο τομέα και ιδιαίτερα στο τομέα της υγείας, μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα και την περαιτέρω συνδυαστική της αλληλουχία με τα άλλα συστήματα ηλεκτρονικής υγείας.

Με επιλογή των συλλεγομένων πληροφοριών και την αξιολόγηση τους γίνεται προσπάθεια να αποτυπωθούν οι ρυθμοί προόδου των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, που έχουν επιβληθεί στη σύγχρονη οικονομική συγκυρία και κατά πόσο έχουν συμβάλει στην αριστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας και την συγκράτηση του κόστους των δαπανών υγείας. Όσον αφορά στη μελέτη περίπτωσης ερευνάται μέσω ερωτηματολογίου σε ποιο βαθμό έχει βελτιωθεί η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από το 2010 έως και το 2016, ως αποκλειστικό μέσο μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών, βέλτιστης ποιότητας παροχής υπηρεσιών και αναβάθμισης των διοικητικών δομών του τομέα της υγείας.

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της έρευνας στηρίχτηκε σε πρωτογενή στοιχεία που προέκυψαν με προσωπική συνέντευξη, ύστερα από την ελεύθερη κατάθεση απόψεων των συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο συστάθηκε από την ερευνήτρια για τη συγκεκριμένη έρευνα, με σκοπό να αναδειχθεί η προσφορά της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα, ως μεταρρυθμιστικής δράσης από τη έναρξη της υλοποίησης της μέχρι και σήμερα. Επιπλέον πόσο έχει επηρεάσει την αναβάθμιση του τομέα της υγείας και σε ποιο βαθμό η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει επηρεάσει τη δημόσια υγεία αλλά και τα δημόσια οικονομικά

Τα ερωτήματα που τίθενται αφορούν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Ελλάδα, σε συνδυασμό και με τις άλλες παροχές ηλεκτρονικής υγείας.

Στην επιστημονική κοινότητα των Κοινωνικών επιστημών επικρατεί η αντίληψη ότι οι συνεντεύξεις προσφέρουν υψηλότερης ποιότητας πληροφορίες και με ελάχιστο

βαθμό στατιστικής μεροληψίας, ανάλογα με άλλες μεθόδους έρευνας. (Howard & Sharp, 2001, σ.216).

Ως δειγματοληπτική μέθοδος για τη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε η προσωπική συνέντευξη μέσω ερωτηματολογίου. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε τυχαίο δείγμα στον δημόσιο χώρο του Νοσηλευτικού Ιδρύματος Μετοχικού Ταμείου Στρατού (NIMΤΣ). Σε αυτό το σημείο είναι απαραίτητο να τονίσουμε ότι υλοποιήθηκε για πρώτη φορά έρευνα, η οποία αναφέρεται στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση με την συμμετοχή ιατρών δημόσιου νοσοκομείου, μέσω προσωπικής συνέντευξης, το οποίο εντάσσει στο χώρο του ιατρούς του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας και ιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας. (ΕΣΥ)

Το σύνολο του ιατρικού στρατιωτικού και πολιτικού προσωπικού που υπηρετεί στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού (NIMΤΣ) ανέρχεται στις 223 ενεργεία θέσεις. Το μέγεθος του πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα ανήλθε σε 65 γιατρούς του NIMΤΣ, κατόπιν σχετικής άδειας του Διοικητή του Νοσοκομείου και απόφαση του Επιστημονικού Ιατρικού Συμβουλίου.

Κατά το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου έγινε συστηματική προσπάθεια μέσα στα πλαίσια των βασικών αρχών του σχεδιασμού, να αποτυπωθούν με τη μεγαλύτερη δυνατή σαφήνεια τα ζητούμενα στοιχεία και να αποδοθούν όσο το δυνατό πιο αξιόπιστα αποτελέσματα στα ερωτήματα της επιστημονικής μελέτης. Αρχικά εξετάστηκε η πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου, με την συμπλήρωσή του από τυχαίο δείγμα πέντε ιατρών, με κύριο σκοπό τη διαπίστωση της αποτελεσματικότητας στην εφαρμογή του. Το στάδιο αυτό ήταν απολύτως αναγκαίο, στην περίπτωση που ενδεχομένως διαπιστωθούν τυχόν δυσκολίες ως προς το βαθμό παράλειψης, αποδοχής, ή και ερμηνείας του ερωτηματολογίου.

Το τελικό ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 27 ερωτήματα τα οποία κατατάσσονται σε 3 θεματικές ενότητες. Στην πρώτη θεματική ενότητα οι ερωτήσεις αφορούν στα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων όπως φύλο, ηλικία, και επαγγελματική θέση. Η δεύτερη ενότητα αναφέρεται στη γνώση και χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή. Στην τρίτη θεματική ενότητα ζητείται από τους ερωτηθέντες να καταθέσουν τις απόψεις τους σχετικά με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, την αναγκαιότητα και την σημαντικότητα της, τη διαλειτουργικότητα με άλλους φορείς και τα προβλήματα που ανακύπτουν από την καθημερινή πρακτική, όπως διάφοροι περιορισμοί στη συνταγογράφηση. Ζητείται επίσης η προσωπική τους πρόταση - άποψη

για την βελτίωση της λειτουργίας του συστήματος, τόσο στην καθημερινή του εφαρμογή όσο και στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων του στο μέλλον.

Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις και των 65 ιατρών οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα. Η συμμετοχή των ατόμων στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν εθελοντική. Επίσης επισημάνθηκε στο ένθετο οδηγιών ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για την εκπόνηση της συγκεκριμένης έρευνας. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την προσωπική παρουσία της ερευνήτριας στη συνέντευξη. Με επιμέλεια η ερευνήτρια ενημέρωσε τους συμμετέχοντες πριν την έναρξη της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία, ως κύρια αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων. Η προσωπική επικοινωνία με τους συμμετέχοντες στην έρευνα ιατρούς, έγινε μετά από συνεννόηση και ραντεβού σε συγκεκριμένη ώρα και ημέρα.

### **5.3 Στατιστική ανάλυση**

Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's  $\chi^2$  test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Στην υλοποίηση της έρευνας, ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα ανάλυσης δεδομένων SPSS 19.0. (Statistical Package for Social Sciences), ένα από τα πιο εξειδικευμένα προγράμματα ανάλυσης δεδομένων το οποίο δίνει στον ερευνητή στοχευόμενα αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα έχουν αποτυπωθεί με μορφή πινάκων και σχημάτων, παραμέτρων και ποσοστών.



## 5.4 Πίνακες Αποτελεσμάτων

### 5.4.1. Δημογραφικά στοιχεία

Πίνακας: 5.4.1

<b>Δημογραφικά στοιχεία</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	45	69,2
	Γυναίκα	20	30,8
<b>Ηλικία</b>	25-35	26	40,0
	35-45	19	29,2
	45-55	13	20,0
	55+	7	10,8
<b>Βαθμός</b>	Διευθυντής	9	13,8
	Επιμελητής Α	16	24,6
	Επιμελητής Β	3	4,6
	Ειδικευόμενος	37	56,9
<b>Εκπαίδευση</b>	Πτυχιούχος ιατρικής	27	41,5
	Ειδικότητα	13	20,0
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	8	12,3
	Κάτοχος διδακτορικού	17	26,2

Από το σύνολο των συμμετεχόντων το 69,2% ήταν άντρες. Επίσης, η πλειοψηφία των εργαζομένων ήταν 25-35 ετών με το ποσοστό να φτάνει το 40,0%. Σε ποσοστό 56,9% των συμμετεχόντων ήταν ειδικευόμενοι και το 41,5% ήταν πτυχιούχοι ιατρικής.

#### 5.4.2 Χρήση του διαδικτύου

Το 81,5% των συμμετεχόντων χρησιμοποιούσε το διαδίκτυο περισσότερα από 10 έτη. Επίσης, το 33,8% των συμμετεχόντων το χρησιμοποιούσε 10-20 ώρες την εβδομάδα και το 26,2% πάνω από 20 ώρες την εβδομάδα. Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες (49,2%) χρησιμοποιούσαν κάθε μέρα το mail τους.

**Πίνακας: 5.4.2**

<b>Χρήση διαδικτύου</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Έτη χρήσης διαδικτύου</b>	10+	53	81,5
	4-10	10	15,4
	<4	1	1,5
	Ελάχιστα	1	1,5
<b>Εβδομαδιαία χρήση internet</b>	>20	17	26,2
	10-20	22	33,8
	6-10	11	16,9
	1-5	13	20,0
	<1	2	3,1
<b>Συχνότητα χρήσης e-mail</b>	Κάθε μέρα	32	49,2
	Μέρα παρά μέρα	14	21,5
	Μία φορά την εβδομάδα	8	12,3
	Μία - δύο φορές το μήνα	6	9,2
	Δεν το χρησιμοποιώ	5	7,7

### 5.4.3 Χρήση e-health εργαλείων

Πίνακας: 5.4.3

Χρήση e-Health εργαλείων			
		N	%
Ενσωμάτωση e-health	Όχι	50	76,9
	Ναι	15	23,1
Πόση πιστεύετε ότι είναι η ενσωμάτωση e-health	Καθόλου	4	6,2
	Ελάχιστα	23	35,4
	Σε μικρό βαθμό	31	47,7
	Σε μεγάλο βαθμό	7	10,8
Πόση εξοικείωση με ηλεκτρονικά μέσα	Καθόλου	0	0,0
	Ελάχιστες γνώσεις	3	4,6
	Μέτρια	16	24,6
	Πολύ καλή	28	43,1
	Πάρα πολύ	18	27,7

Το 23,1% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι το ΕΣΥ έχει ενσωματώσει, τη χρήση των e-Health εργαλείων. Το 47,7% πιστεύει ότι τα έχει ενσωματώσει σε μικρό βαθμό και το 35,4% ελάχιστα.



Σχήμα 5.4.3

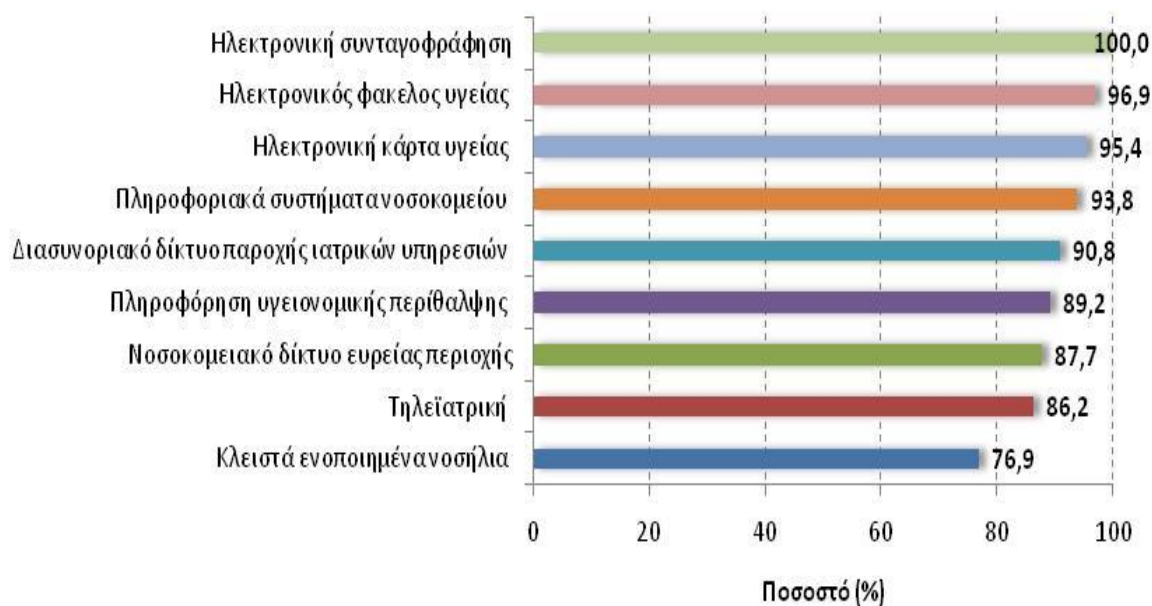
#### Απεικόνιση εξοικείωσης με ηλεκτρονικά μέσα

Στο σχήμα 5.4.3 απεικονίζεται το επίπεδο εξοικείωσης των συμμετεχόντων με τα ηλεκτρονικά μέσα. Από το σχήμα αυτό φαίνεται ότι το 43,1% των συμμετεχόντων, έχει πολύ καλή εξοικείωση με τα ηλεκτρονικά μέσα και το 27,7% παρά πολύ καλή.

#### 5.4.4 Σημαντικότητα και λειτουργικότητα υπηρεσιών e-Health

Πίνακας: 5.4.4

Υπηρεσίες e-health					
	Σημαντική	Λειτουργική και εύχρηστη			
		Όχι	Ναι	Μερικώς	Δε γνωρίζω
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση	65 (100)	12 (18,5)	26 (40)	26 (40)	1 (1,5)
Ηλεκτρονικός φάκελος	63 (96,9)	29 (44,6)	12 (18,5)	10 (15,4)	14 (21,5)
Ηλεκτρονική κάρτα υγείας	62 (95,4)	29 (44,6)	11 (16,9)	9 (13,8)	16 (24,6)
Διασυνورياκό δίκτυο παροχής ιατρικών υπηρεσιών	59 (90,8)	26 (40)	10 (15,4)	4 (6,2)	25 (38,5)
Πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείου	61 (93,8)	18 (27,7)	19 (29,2)	19 (29,2)	9 (13,8)
Πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης	58 (89,2)	18 (27,7)	15 (23,1)	9 (13,8)	23 (35,4)
Νοσοκομειακό δίκτυο ευρείας περιοχής	57 (87,7)	25 (38,5)	12 (18,5)	7 (10,8)	21 (32,3)
Τηλεϊατρική	56 (86,2)	27 (41,5)	9 (13,8)	6 (9,2)	23 (35,4)
Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια	50 (76,9)	27 (41,5)	16 (24,6)	14 (21,5)	8 (12,3)



Σχήμα: 5.4.4

Υπηρεσίες e-health

Σημαντικότητα και λειτουργία των υπηρεσιών e-health κατά φθίνουσα σειρά.

Στο Σχήμα 5.4.4 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων, που θεωρούν σημαντικές και λειτουργικές τις διάφορες υπηρεσίες e-Health, με φθίνουσα σειρά. Όλοι οι συμμετέχοντες θεωρούσαν σημαντική την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ενώ το ίδιο ποσοστό εργαζομένων (40,0%), μερικώς ή γενικά λειτουργική και εύχρηστη. Επίσης, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (96,9%) των συμμετεχόντων, θεωρούσε σημαντικό τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, επίσης το (95,4%) την ηλεκτρονική κάρτα υγείας και το (93,8%) τα πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείου.

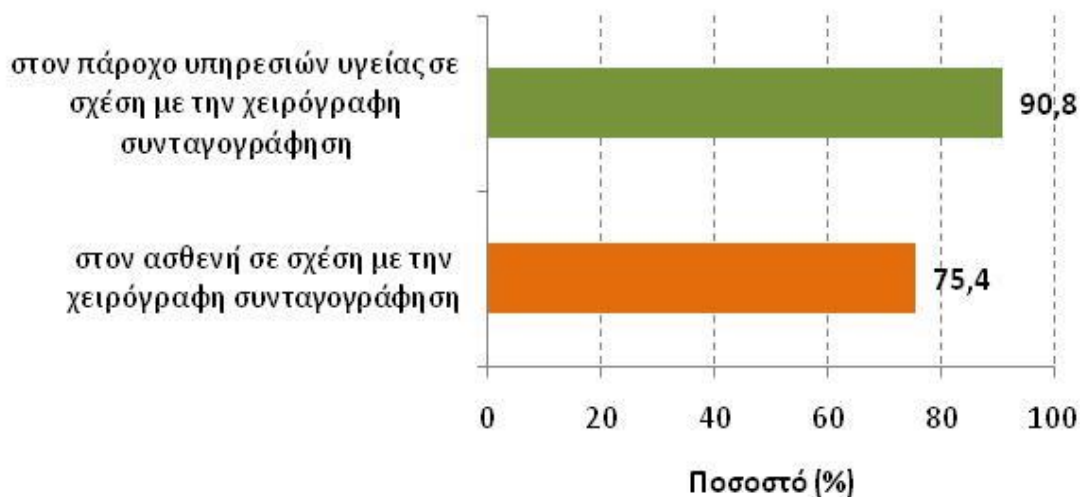
#### 5.4.5 Γενικά για την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

**Πίνακας: 5.4.5**

<b>Δυνητικά οφέλη και ελλείψεις της Η.Σ</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Χρήστης e- συνταγογράφησης</b>	Όχι	1	1,5
	Ναι	64	98,5
<b>Αν ναι, τη θεωρείτε</b>	Αναγκαία	63	98,4
	Εύχρηστη	43	67,2
	Ελλιπή	56	87,5
	δύσκολη στη χρήση και στην εκμάθηση	9	14,1
<b>Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον πάροχο υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση;</b>	Όχι	6	9,2
	Ναι	59	90,8
<b>Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον ασθενή σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση;</b>	Όχι	16	24,6
	Ναι	49	75,4

Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (98,5%). Το 98,4% τη θεωρεί αναγκαία το 67,2% Εύχρηστη και το 87,5% ελλιπή.

### Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη:



Σχήμα: 5.4.5

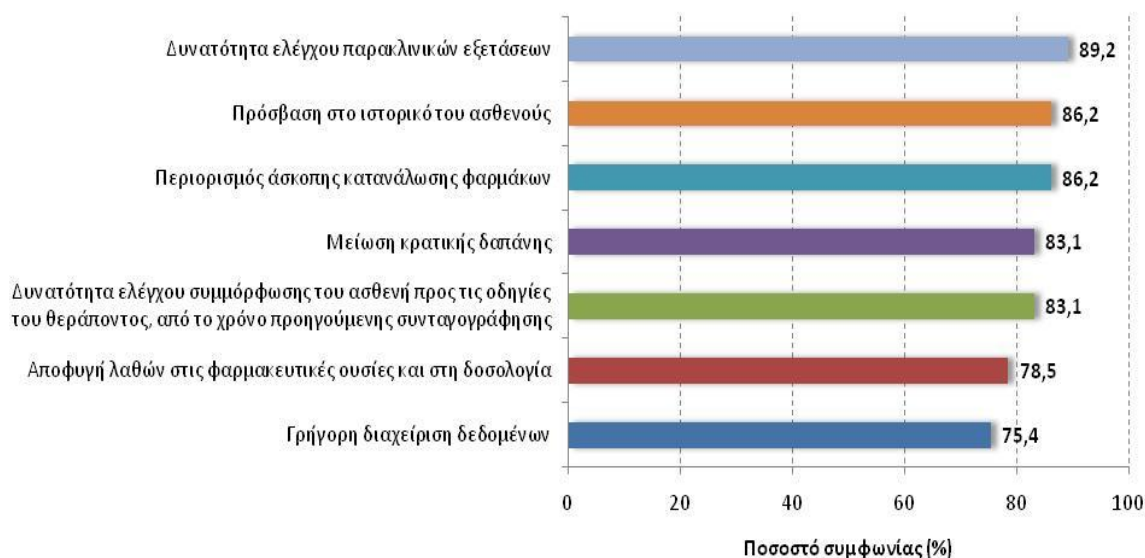
#### Διαγραμματική απεικόνιση των οφελών της ΗΣ σε πάροχο και ασθενή

Στο Σχήμα 5.4.5 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων, που πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον πάροχο υπηρεσιών υγείας, συγκριτικά με την χειρόγραφη συνταγογράφηση και στον ασθενή επίσης συγκριτικά με την χειρόγραφη συνταγογράφηση. Το 90,8% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον πάροχο υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση και το 75,4% ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον ασθενή σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση.

#### 5.4.6 Πιθανές δυνατότητες της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης .

**Πίνακας: 5.4.6**  
**Δυνατότητες της Η.Σ**

	Δε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ μερικώς
	N (%)	N (%)	N (%)
Αποφυγή λαθών στις φαρμακευτικές ουσίες και στη δοσολογία	14 (21,5)	31 (47,7)	20 (30,8)
Περιορισμός άσκοπης κατανάλωσης φαρμάκων	9 (13,8)	46 (70,8)	10 (15,4)
Δυνατότητα ελέγχου συμμόρφωσης του ασθενή προς τις οδηγίες του θεράποντος, από το χρόνο προηγούμενης συνταγογράφησης	11 (16,9)	39 (60,0)	15 (23,1)
Δυνατότητα ελέγχου παρακλινικών εξετάσεων	7 (10,8)	39 (60,0)	19 (29,2)
Μείωση κρατικής δαπάνης	11 (16,9)	37 (56,9)	17 (26,2)
Γρήγορη διαχείριση δεδομένων	16 (24,6)	32 (49,2)	17 (26,2)
Πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενούς	9 (13,8)	43 (66,2)	13 (20)



**Σχήμα: 5.4.6**  
**Δυνατότητες της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**

Το 86,2% των συμμετεχόντων συμφωνούσε/συμφωνούσε μερικώς, ότι η ΗΣ προσφέρει περιορισμό άσκοπης κατανάλωσης φαρμάκων και το 83,1% ότι υπάρχει δυνατότητα ελέγχου συμμόρφωσης του ασθενή προς τις οδηγίες του θεράποντος, από το χρόνο προηγούμενης ΗΣ. Επιπλέον, το 89,2% των συμμετεχόντων συμφωνούσε/συμφωνούσε

μερικώς ότι η ΗΣ προσφέρει δυνατότητα ελέγχου παρακλινικών εξετάσεων και το 86,2% ότι προσφέρει πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενούς.

#### 5.4.7 Ικανοποίηση απαιτήσεων από την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

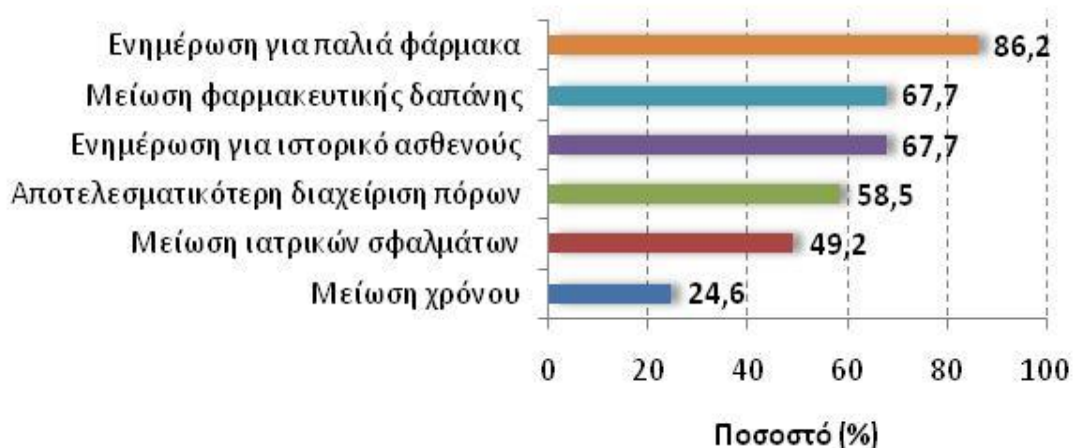
Το 86,2% των συμμετεχόντων πίστευε, ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ικανοποιεί την απαίτηση για την ενημέρωση για παλιά φάρμακα και το 67,7% για την ενημέρωση για το ιστορικό του ασθενούς και την μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Πίνακας: 5.4.7

#### Ικανοποίηση απαιτήσεων από την Η.Σ

Πιστεύετε ότι το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ικανοποιεί τις απαιτήσεις για:	N	%
Μείωση ιατρικών σφαλμάτων	32	49,2
Ενημέρωση για το ιστορικό ασθενούς	44	67,7
Ενημέρωση για παλιά φάρμακα	56	86,2
Αποτελεσματικότερη διαχείριση πόρων	38	58,5
Μείωση χρόνου	16	24,6
Μείωση φαρμακευτικής δαπάνης	44	67,7

#### Πιστεύετε ότι το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ικανοποιεί τις απαιτήσεις για:



#### Ικανοποίηση απαιτήσεων από την ΗΣ

Σχήμα: 5.4.7

Στο Σχήμα 5.4.7 δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το τι απαιτήσεις ικανοποιεί η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, με φθίνουσα σειρά.



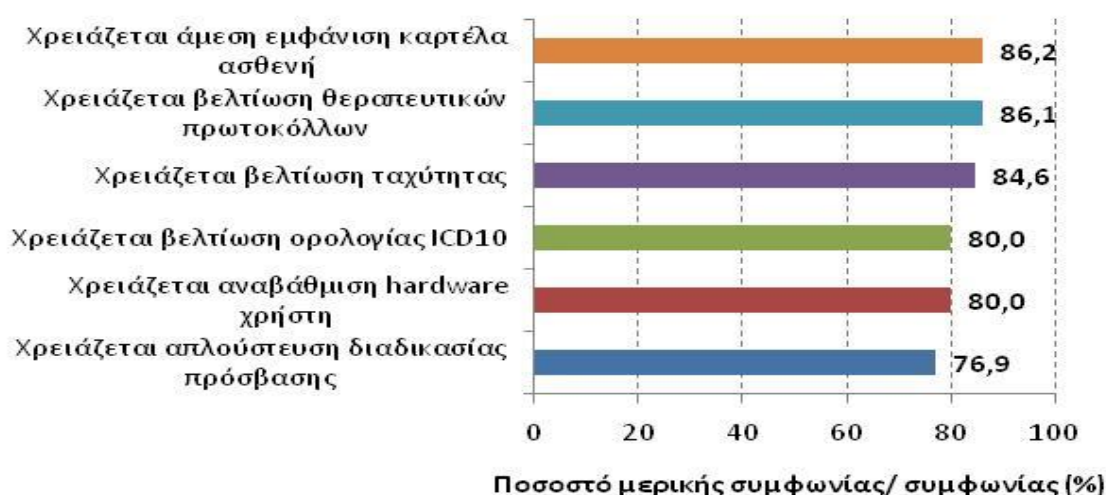
#### 5.4.8 Αναγκαίες βελτιώσεις της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης

Πίνακας: 5.4.8

#### Αναγκαίες βελτιώσεις της Η.Σ

	Συμφωνώ	Συμφωνώ μερικώς	Δε συμφωνώ	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Χρειάζεται βελτίωση ταχύτητας	49 (75,4)	6 (9,2)	2 (3,1)	8 (12,3)
Χρειάζεται αναβάθμιση hardware χρήστη	45 (69,2)	7 (10,8)	4 (6,2)	9 (13,8)
Χρειάζεται απλούστευση διαδικασίας πρόσβασης	40 (61,5)	10 (15,4)	8 (12,3)	7 (10,8)
Χρειάζεται βελτίωση ορολογίας ICD10	39 (60,0)	13 (20)	3 (4,6)	10 (15,4)
Χρειάζεται βελτίωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων	40 (61,5)	16 (24,6)	2 (3,1)	7 (10,8)
Χρειάζεται άμεση εμφάνιση καρτέλα ασθενή	49 (75,4)	7 (10,8)	2 (3,1)	7 (10,8)

Το 86,2% των συμμετεχόντων συμφωνούσε/συμφωνούσε μερικώς, ότι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης χρειάζεται βελτίωση ως προς την άμεση εμφάνιση της καρτέλας του ασθενούς. Επίσης, το 86,1% των συμμετεχόντων συμφωνούσε/συμφωνούσε μερικώς, ότι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης χρειάζεται βελτίωση ως τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και το 84,6% ως προς την ταχύτητα.



Σχήμα: 5.4.8

#### Αναγκαίες βελτιώσεις της ΗΣ

Στο σχήμα 5.4.8 καταγράφονται οι απόψεις των συμμετεχόντων για τις αναγκαίες βελτιώσεις της Η.Σ με φθίνουσα σειρά.

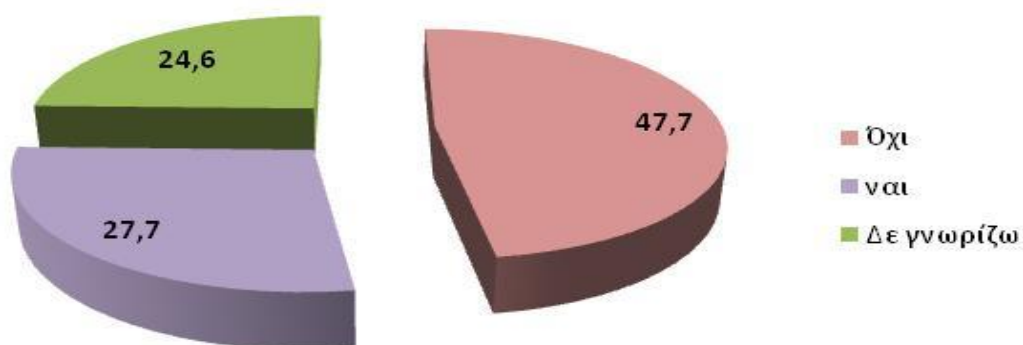
#### 5.4.9 Εφαρμογή Κ.Ε.Ν

Πίνακας: 5.4.9

Εφαρμογή των ΚΕΝ			
		N	%
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική;	Όχι	31	47,7
	Ναι	18	27,7
	Δε γνωρίζω	16	24,6
Πιστεύετε ότι υπάρχουν προβλήματα στην εφαρμογή των ΚΕΝ που θα πρέπει να επανεξεταστούν και να επιλυθούν;	Όχι	3	4,6
	Ναι	62	95,4

Το 47,7% πιστεύει ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης, δεν είναι πλέον λειτουργική, ενώ το 95,4% πιστεύει ότι υπάρχουν προβλήματα στην εφαρμογή των ΚΕΝ που θα πρέπει να επανεξεταστούν και να επιλυθούν.

Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική;



Λειτουργική εφαρμογή των ΚΕΝ

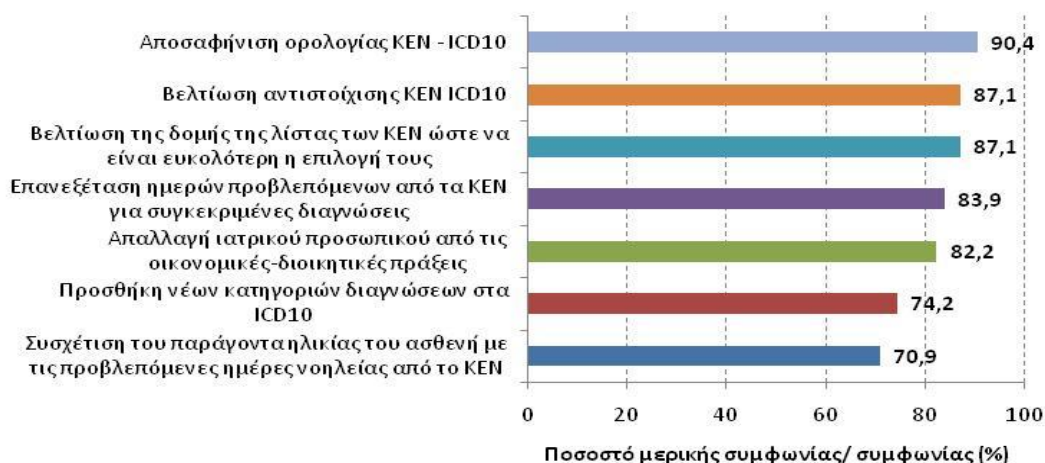
Σχήμα: 5.4.9

Στο Σχήμα 5.4.9 απεικονίζονται οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική.

#### 5.4.10 Επίλυση τυχόν προβλημάτων των ΚΕΝ

**Πίνακας: 5.4.10**  
**Βελτιώσεις ΚΕΝ**

	Δε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ μερικώς	Δεν ξέρω / Δεν απαντ ώ
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Βελτίωση της δομής της λίστας των ΚΕΝ ώστε να είναι ευκολότερη η επιλογή τους	1 (1,6)	51 (82,3)	3 (4,8)	7 (11,3)
Αποσαφήνιση ορολογίας ΚΕΝ - ICD10	1 (1,6)	52 (83,9)	4 (6,5)	5 (8,1)
Βελτίωση αντιστοίχισης ΚΕΝ ICD10	1 (1,6)	49 (79)	5 (8,1)	7 (11,3)
Επανεξέταση ημερών προβλεπόμενων από τα ΚΕΝ για συγκεκριμένες διαγνώσεις	3 (4,8)	48 (77,4)	4 (6,5)	7 (11,3)
Απαλλαγή ιατρικού προσωπικού από τις οικονομικές-διοικητικές πράξεις	5 (8,1)	41 (66,1)	10 (16,1)	6 (9,7)
Συσχέτιση του παράγοντα ηλικίας του ασθενή με τις προβλεπόμενες ημέρες νοσηλείας από το ΚΕΝ	9 (14,5)	25 (40,3)	19 (30,6)	9 (14,5)
Προσθήκη νέων κατηγοριών διαγνώσεων στα ICD10	8 (12,9)	37 (59,7)	9 (14,5)	8 (12,9)



**Σχήμα: 5.4.10**  
**Βελτιώσεις ΚΕΝ κατά φθίνουσα σειρά**

Στο Σχήμα 5.4.10 δίνονται τα προβλήματα στην εφαρμογή των ΚΕΝ που είχαν παρατηρήσει οι συμμετέχοντες για επανεξέταση και να επίλυση. Το 90,4% των συμμετεχόντων συμφωνούσε/ συμφωνούσε μερικώς με το ότι η αποσαφήνιση της ορολογίας ΚΕΝ-ICD10, αποτελεί πρόβλημα στην εφαρμογή των ΚΕΝ. Το 87,1% των συμμετεχόντων συμφωνούσε/ συμφωνούσε μερικώς, με το ότι χρειάζεται βελτίωση της

δομής της λίστας των KEN, ώστε να είναι ευκολότερη η επιλογή τους και βελτίωση της αντιστοίχισης KEN ICD10.

#### 5.4.11 Απόψεις για συμμετοχή στο ηλεκτρονικό σύστημα υγείας

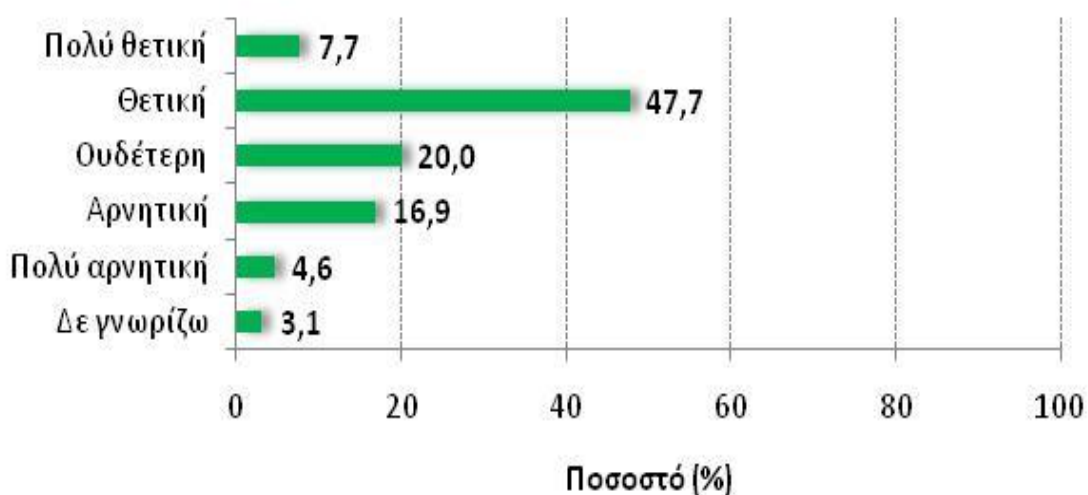
Πίνακας: 5.4.11

<b>Ηλεκτρονικό Σύστημα Υγείας και μεταρρυθμίσεις</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Πιστεύετε ότι θα ήταν χρήσιμη η ύπαρξη ενιαίας ηλεκτρονικής πλατφόρμας και διασύνδεσης όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην παροχή υπηρεσιών υγείας του δημοσίου τομέα;</b>	Όχι	7	10,8
	Ναι	57	87,7
	Δεν γνωρίζω	1	1,5
<b>Αν ναι, πιστεύετε ότι σε αυτό το ηλεκτρονικό σύστημα θα έπρεπε να συμμετέχουν και οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υγείας;</b>	Όχι	8	14,0
	Ναι	49	86,0
	Δεν γνωρίζω	0	,0
<b>Ποια είναι η γνώμη σας για τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που έχουν συντελεστεί από το 2010 έως και σήμερα;</b>	Θετική	31	47,7
	Πολύ θετική	5	7,7
	Αρνητική	11	16,9
	Πολύ αρνητική	3	4,6
	Ουδέτερη	13	20,0
	Δεν γνωρίζω	2	3,1
<b>Υπάρχουν περιορισμοί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων με την εφαρμογή του συστήματος;</b>	Όχι	5	7,7
	Ναι	60	92,3
<b>Αν ναι, οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση πιστεύετε ότι μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα</b>	Όχι	3	5,0
	Ναι	31	51,7
	Δεν γνωρίζω	26	43,3

Στον πίνακα 5.4.11 δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων για τη συμμετοχή του ηλεκτρονικού συστήματος στο τομέα υγείας. Το 87,7% των συμμετεχόντων, πίστευε ότι θα ήταν χρήσιμη η ύπαρξη ενιαίας ηλεκτρονικής πλατφόρμας και διασύνδεσης όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην παροχή υπηρεσιών υγείας του δημοσίου τομέα και το 86,0% αυτών πιστεύει ότι θα έπρεπε να συμμετέχουν και οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υγείας σε αυτό το ηλεκτρονικό σύστημα. Επιπλέον, το 55,4% των συμμετεχόντων είχε θετική/πολύ θετική άποψη για τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, που έχουν συντελεστεί από το 2010 έως και σήμερα. Τέλος, το 92,3% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι υπάρχουν περιορισμοί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων με την εφαρμογή του συστήματος και το 51,7% από αυτούς, πιστεύει ότι οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα.

Στο Σχήμα 5.4.11 δίνεται η άποψη των συμμετεχόντων για τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που έχουν συντελεστεί από το 2010 έως και σήμερα.

### Ποια είναι η γνώμη σας για τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που έχουν συντελεστεί από το 2010 έως και σήμερα;



Σχήμα:5.4.11

#### Μεταρρυθμίσεις στον τομέα της Υγείας

Το 57,4% των συμμετεχόντων έχει γενικότερα πολύ θετική και έως θετική άποψη για τις μεταρρυθμίσεις που έχουν συντελεστεί από το 2010 έως και σήμερα. Ένα ποσοστό αρκετά ικανοποιητικό για τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν τα τελευταία έξι χρόνια στον τομέα της υγείας. Στο υπόλοιπο 42,6% αποτυπώνεται η αναγκαιότητα βελτίωσης των δομών του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, συνδυαστικά με τη χρήση και των άλλων e-health εργαλείων. Μόνο το 23,1% των ιατρών επαγγελματιών υγείας πιστεύουν ότι το ΕΣΥ έχει ενσωματώσει τη χρήση τους ελάχιστα.

#### **5.4.12 Συσχέτιση χρήσης ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.**

Στον πίνακα 5.4.12 δίνονται στοιχεία που αφορούν στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας από τους συμμετέχοντες ανάλογα με το φύλο τους. Ο πίνακας, παρατίθεται στο τέλος της εργασίας στο Παράρτημα Β, ως Π.Β.1. Δεν βρέθηκαν να διαφέρουν σημαντικά τα στοιχεία που αφορούν στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας από τους συμμετέχοντες ανάλογα με το φύλο τους. Ανάλυση των αποτελεσμάτων του πίνακα 5.4.12 αναφέρεται στην ενότητα 5.5, όπου αναφέρονται τα αποτελέσματα της έρευνας.

#### **5.4.13 Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την ηλικία**

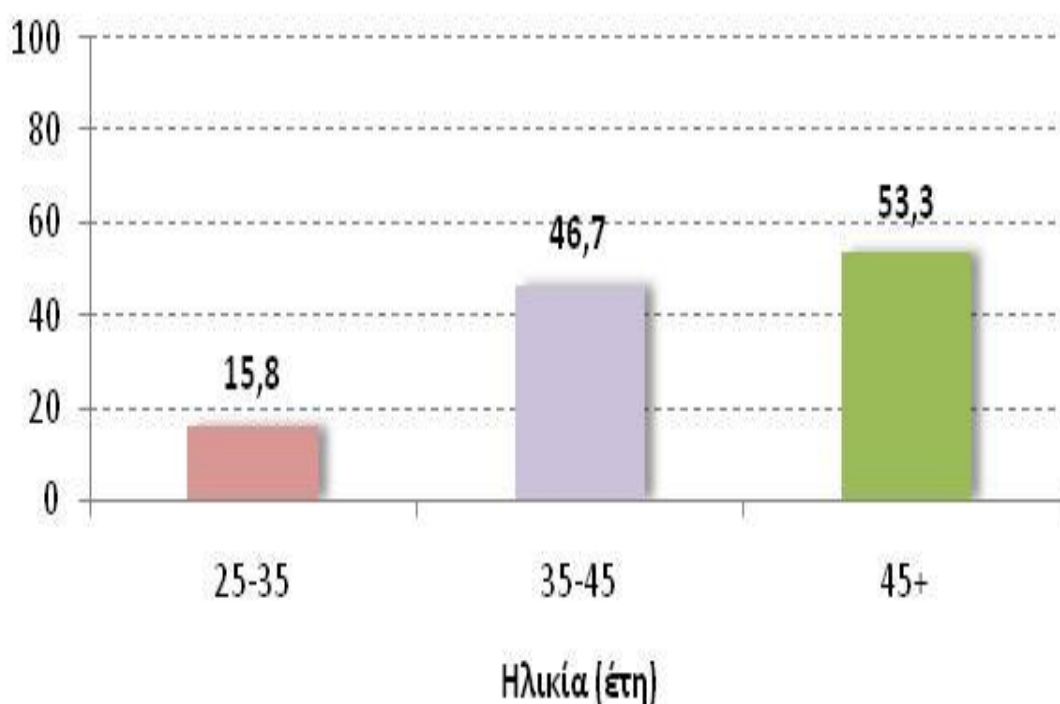
Στον πίνακα 5.4.13 δίνονται στοιχεία που αφορούν στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας από τους συμμετέχοντες ανάλογα με την ηλικία τους. Ο πίνακας παρατίθεται στο τέλος της εργασίας στο Παράρτημα Γ ως Π.Γ.1.

Υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά συμφωνίας με τις προτάσεις «Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης, είναι πλέον λειτουργική;» και «Αν ναι, οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση πιστεύετε ότι μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα», ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι εργαζόμενοι τόσο μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό εκείνων που πίστευαν ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική.

Επίσης, το ποσοστό των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα, ήταν σημαντικά χαμηλότερο σε εκείνους που ήταν 25-35 ετών σε σύγκριση με εκείνους που ήταν μεγαλύτερης ηλικίας. Ανάλυση των αποτελεσμάτων του πίνακα 5.4.13 αναφέρεται στην ενότητα 5.5, όπου αναφέρονται τα συνολικά αποτελέσματα της έρευνας.

Στο σχήμα 5.4.13 απεικονίζεται η σημαντική διαφορά των απόψεων για την λειτουργική εφαρμογή των ΚΕΝ σύμφωνα με το παλιό τρόπο τιμολόγησης.

### Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική;



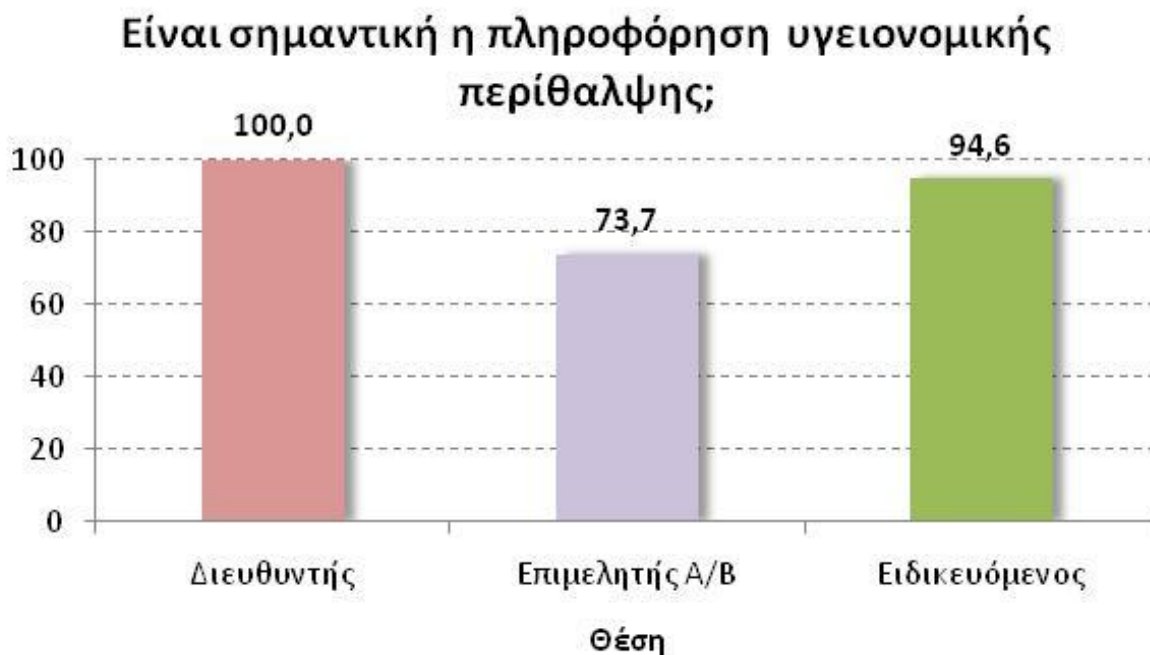
**Σχήμα: 5.4.13**

#### **Λειτουργική Εφαρμογή ΚΕΝ/ ηλικία**

Παρατηρείται, ότι οι ηλικιακά μεγαλύτεροι εργαζόμενοι ιατροί και συγκεκριμένα οι ιατροί άνω των 45 ετών, υποστηρίζουν σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό 53,3%, ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική. Οι ιατροί ηλικίας 35-45 ετών, υποστηρίζουν ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική σε ποσοστό 46,7% και μόλις το 15,8% των νεότερων ιατρών από 25-35 ετών, υποστηρίζουν ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική

#### 5.4.14 Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με το βαθμό

Στον πίνακα 5.4.14 δίνονται στοιχεία που αφορούν στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας από τους συμμετέχοντες ανάλογα με το βαθμό τους. Ο πίνακας 5.4.14 παρατίθεται στο τέλος της εργασίας στο Παράρτημα Δ, ως Π.Δ.1.



Σχήμα: 5.4.14

#### Σημαντική πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης

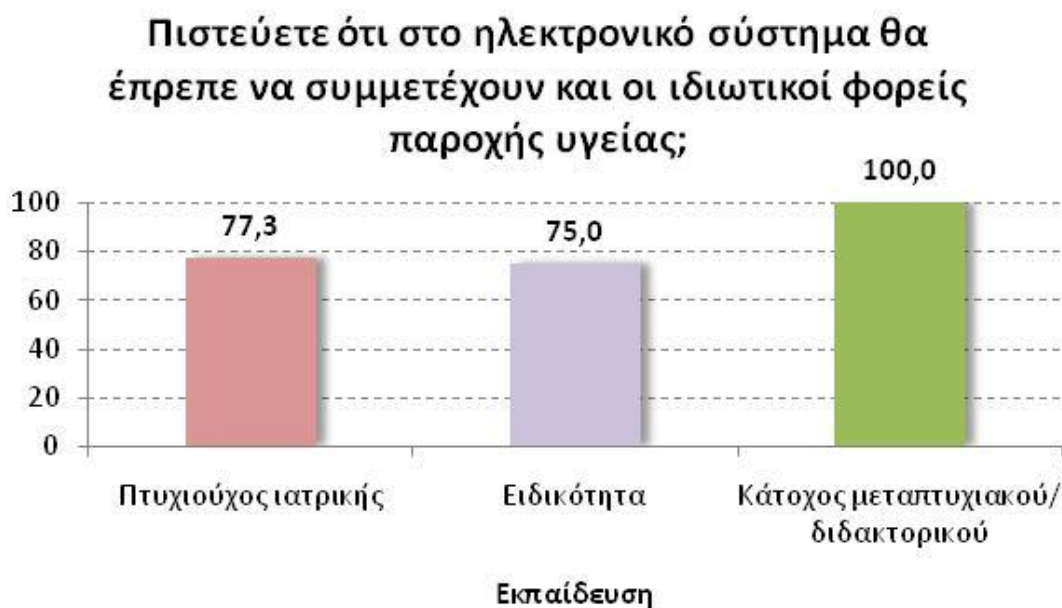
Στο Σχήμα 5.4.14 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που θεωρούσαν σημαντική την πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης ανάλογα με τη θέση τους. Υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά των συμμετεχόντων που θεωρούσαν σημαντική την πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης ανάλογα με τη θέση τους. Υπάρχει αισθητή διαφορά στις απαντήσεις που έδωσαν οι επιμελητές Α/Β, ότι θεωρούσαν λιγότερο σημαντική την πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης σε σύγκριση με τους διευθυντές και τους ειδικευόμενους.



#### 5.4.15 Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την εκπαίδευση.

Στον πίνακα 5.4.15 δίνονται στοιχεία που αφορούν στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας από τους συμμετέχοντες ανάλογα με την εκπαίδευση τους. Ο πίνακας παρατίθεται στο τέλος της εργασίας στο Παράρτημα Ε, ως Π.Ε.1.

Ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό συναίνεσης λαμβάνει και η άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με την χρησιμότητα ενιαίας ηλεκτρονικής πλατφόρμας και συμμετοχής σε αυτήν και των ιδιωτικών φορέων παροχών υγείας. Σε όλο το φάσμα των ερωτηθέντων, το ποσοστό είναι ιδιαίτερα υψηλό και κυμαίνεται από 84,4% έως 88,2%, το οποίο φανερώνει την ανάγκη διασύνδεσης όλων των μονάδων υγείας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για μια βέλτιστη και ολοκληρωμένη παροχή ιατρικών υπηρεσιών.



Σχήμα 4.5.15

#### Συμμετοχή ιδιωτικών φορέων στο ηλεκτρονικό σύστημα παροχής υγείας.

Στο Σχήμα 4.5.15 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που θεωρούσαν σημαντική την συμμετοχή των ιδιωτικών φορέων ανάλογα με την εκπαίδευση τους. Υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι στο ηλεκτρονικό σύστημα, θα έπρεπε να συμμετέχουν και οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υγείας ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Συγκεκριμένα, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού, το πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ιατρικής καθώς και με εκείνους που είχαν ειδικότητα.

## 5.5 Ανάλυση Αποτελεσμάτων της Έρευνας

Οι εργαζόμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ιατροί επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου ΝΙΜΤΣ και επιλέχθηκαν ως οι αποκλειστικοί χρήστες της εφαρμογής της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (ΗΣ). Από τη συλλογή και επεξεργασία των στοιχείων παρατηρείται ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς το (12,3%) των ερωτηθέντων ιατρών κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και πάνω από το ¼ είναι διδάκτορες, παρόλο που το Νοσοκομείο δεν διαθέτει πανεπιστημιακή κλινική.

Η καλή χρήση των εργαλείων διαδικτύου, η οποία αποτελεί προαπαιτούμενο για την ορθή αξιολόγηση των υφιστάμενων δομών και τεχνολογικών ιατρικών εργαλείων που προσφέρονται από τις υπάρχουσες διαθέσιμες υπηρεσίες, φτάνει στο υψηλό ποσοστό της τάξης του (81,5%), το οποίο κάνει χρήση πάνω από 10 έτη. Επίσης σε ποσοστό (33,8%), ένας στους τρεις συμμετέχοντες, κάνει χρήση διαδικτύου για 10-20 ώρες την εβδομάδα, και περίπου οι μισοί σε ποσοστό (49,2%), χρησιμοποιούν ηλεκτρονικό ταχυδρομείο. Η διαχρονική εμπειριστατωμένη και περιεκτική γνώση του δείγματος, διασφαλίζει επαρκώς τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, τα στοιχεία που αφορούν στην χρήση των e-health εργαλείων από τους συμμετέχοντες ιατρούς και ο βαθμός εξοικείωσης τους με αυτά, δείχνει ότι παρόλο που το (70,8%), ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό, δηλώνει ότι έχει συνολικά πολύ καλή και παρά πολύ καλή εξοικείωση με τα ηλεκτρονικά μέσα, μόνο το (23,1%), κάτω από το 1/3 των συμμετεχόντων, πιστεύει ότι το Ε.Σ.Υ έχει ενσωματώσει τη χρήση των e-health εργαλείων. Το (47,7%) των ερωτηθέντων, πιστεύει ότι η χρήση των e-health εργαλείων έχει ενσωματωθεί σε μικρό βαθμό, ενώ το (35,4%) ελάχιστα. Όλοι οι συμμετέχοντες θεωρούσαν σημαντική την ηλεκτρονική συνταγογράφηση ενώ το (40%) των εργαζομένων την θεωρούν μερικώς ή γενικά λειτουργική και εύχρηστη, εκφράζοντας πιθανόν με αυτόν τον τρόπο μια μικρή δυσαρέσκεια για το λειτουργικό σύστημα υποστήριξης.

Όσον αφορά τις υπόλοιπες ηλεκτρονικές εφαρμογές των e-health εργαλείων παρότι, όλοι οι ερωτηθέντες τις κατατάσσουν σε υψηλό ποσοστό σημαντικότητας από (76,9% έως 96,9%), ωστόσο η εκτίμηση τους σε σχέση με την λειτουργικότητα και εύχρηστη ή μη εφαρμογή τους, κυμαίνεται σε χαμηλότερα επίπεδα από (13,8% έως 29,2%). Στον ίδιο βαθμό σημαντικότητας βρίσκονται ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας που θεωρείται σημαντικός, με ποσοστό (96,9%) των ερωτηθέντων. Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας,

θεωρείται σημαντική σε ποσοστό (95,4%) και τα πληροφοριακά συστήματα του νοσοκομείου θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικά με το ποσοστό να ανέρχεται σε (93,8%).

Σχεδόν όλοι οι γιατροί χρησιμοποιούν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (98,5%), το ίδιο ποσοστό των ερωτηθέντων που κάνουν χρήση της ΗΣ, την θεωρεί και αναγκαία ενώ το (87,5%) την θεωρεί ελλιπή. Ειδικότερα τα αποτελέσματα από τις εκτιμήσεις για την ωφελιμότητα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων που ανέρχεται σε ποσοστό (90,8%), πιστεύει ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση, προσφέρει περισσότερα οφέλη στον πάροχο υγείας. Το γεγονός ότι στην ερώτηση αν η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον ασθενή σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση, έχουν απαντήσει με ποσοστό αρκετά μεγάλο (75,4%), πιθανόν συνεκτιμώνται και τα οικονομικά οφέλη και όχι μόνο τα λειτουργικά. Το παραπάνω ενισχύεται και με το αρκετά υψηλό ποσοστό που λαμβάνει η σύμφωνη γνώμη των ερωτηθέντων (70,8%) σχετικά με την προσφορά της e- συνταγογράφησης και την άσκοπη κατανάλωση φαρμάκων.

Επίσης η υπεροχή του ποσοστού των ερωτηθέντων σε ποσοτικά οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως εμφανίζεται με τις ερωτήσεις για τη μείωση της κρατικής δαπάνης (56,9%) και τη δυνατότητα ελέγχου παρακλινικών εξετάσεων (60%), αν συνδυαστούν και με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η γρήγορη διαχείριση δεδομένων (75,40%), και η αντιμετώπιση αποφυγής ιατρικών λαθών (78,5%), αποδεικνύει ότι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, λειτουργεί τόσο ως εργαλείο οικονομικού ελέγχου, όσο και ως γνώμονας εκτίμησης ιατρικών πρακτικών και ποιοτικών εφαρμογών τους.

Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η σύμπνοια των ερωτηθέντων σχετικά με την ανάγκη βελτίωσης κάποιων παραμέτρων της e-συνταγογράφησης σε σχέση με το hardware, την ταχύτητα, την ορολογία ICD-10 και την απλούστευση διαδικασία πρόσβασης. Το ποσοστό που κυμαίνεται από (76% έως 86%), αναδεικνύει πιθανές αδυναμίες σε δομικό και λειτουργικό επίπεδο από ότι σε επιχειρησιακό, ενώ φαίνεται να απαιτεί επαναπρογραμματισμό, η διαδικασία οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΕΝ (Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια), βάσει του υψηλού ποσοστού της άποψης των ερωτηθέντων (95,4%), για την ύπαρξη προβλημάτων κατά την εφαρμογή τους. Η δυσαρέσκεια για την εφαρμογή των ΚΕΝ παρατηρείται από τις απαντήσεις των σχετικών ερωτήσεων για την λειτουργία και εφαρμογή τους σε επίπεδο ορολογίας, αντιστοίχισης, δομής της λίστας ΚΕΝ, προβλεπόμενων ημερών νοσηλείας και απαλλαγή του ιατρικού

προσωπικού από διοικητικές πράξεις. Σύμφωνα με τα παραπάνω οι ερωτηθέντες καταθέτουν την άποψη τους για επανεξέταση και επίλυση προβληματικού σχεδιασμού σε αρκετά υψηλό ποσοστό από (70,9% έως 90,4%)

Ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό συναίνεσης, λαμβάνει και η άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με την χρησιμότητα ενιαίας ηλεκτρονικής πλατφόρμας και συμμετοχής σε αυτήν και των ιδιωτικών φορέων παροχών υγείας. Σε όλο το φάσμα των ερωτηθέντων το ποσοστό είναι ιδιαίτερα υψηλό και κυμαίνεται από (84,4% έως 88,2%), το οποίο φανερώνει την ανάγκη διασύνδεσης όλων των μονάδων υγείας, δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, για μια βέλτιστη και ολοκληρωμένη παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

Στην ερώτηση για την ύπαρξη περιορισμών στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων εκφράζονται φόβοι για την μακροπρόθεσμη αρνητική επίπτωση στη δημόσια υγεία, καθώς οι μισοί από τους ερωτηθέντες σε ποσοστό των ανδρών (51,2%) και (52,9%) των γυναικών, απαντούν ότι οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα.

Ένα μέρος της έρευνας προχώρησε σε συσχετίσεις που αφορούν σε τέσσερα διαφορετικά πακέτα. Στο πρώτο πακέτο που αφορούσε στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, στο δεύτερο πακέτο που αφορούσε στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας ανάλογα με την ηλικία τους, στο τρίτο πακέτο που αφορούσε στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας ανάλογα με τη θέση τους και στο τελευταίο πακέτο που αφορούσε στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας ανάλογα με την εκπαίδευση τους.

Στην πρώτη περίπτωση στον πίνακα 5.4.12 από την ανάλυση των στοιχείων που δίνονται και αφορούν στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας, δεν προκύπτει καμία συσχέτιση που να είναι στατιστικά σημαντική από τους συμμετέχοντες, ανάλογα με το φύλο τους. Στην ερώτηση αν έχει γίνει ενσωμάτωση των e-health εργαλείων το (80%) των γυναικών και το (75,6%) των ανδρών, έχουν απαντήσει αρνητικά και αυτό δείχνει την ανάγκη επανεξέτασης σε επίπεδο ενσωμάτωσης και λειτουργικότητας. Σύμφωνα με τον Κέφη (2014), σ.118-119) η νέα τεχνολογία δεν δημιουργεί από μόνη της θετικά αποτελέσματα. Βασική προϋπόθεση, είναι να ενσωματωθεί η καινοτομία που προκύπτει μέσω της τεχνολογίας ομαλά και ολοκληρωτικά στην πράξη και ύστερα να γίνει αποδεκτή από το ανθρώπινο δυναμικό.

Στη συνέχεια της ανάλυσης της συσχέτισης του πίνακα 5.4.13 όσον αφορά στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την ηλικία τους προκύπτουν δύο

συσχετίσεις,, που είναι στατιστικά σημαντικές και έχουν διαφορά σε ποσοστά συμφωνίας με τις προτάσεις: «Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική;» και «Αν ναι, οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση πιστεύετε ότι μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα». Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι εργαζόμενοι ιατροί, τόσο μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό εκείνων που πίστευαν ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης, είναι πλέον λειτουργική. Επίσης, το ποσοστό των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι οι περιορισμοί, που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα, ήταν σημαντικά χαμηλότερο στους ιατρούς που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 25-35, σε σύγκριση με τους ιατρούς μεγαλύτερης ηλικίας.

Στον τρίτο πίνακα συσχέτισης 4.5.14 στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών από τους ιατρούς ανάλογα με το βαθμό τους, υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά των συμμετεχόντων που θεωρούσαν σημαντική την πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης ανάλογα με τη θέση τους. Συγκεκριμένα οι επιμελητές Α-Β θεωρούσαν σημαντική την πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης, σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους διευθυντές και τους ειδικευόμενους.

Στον πίνακα συσχέτισης 4.5.15 στη χρήση των ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την εκπαίδευση των ιατρών, υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά των συμμετεχόντων που πιστεύει ότι στο ηλεκτρονικό σύστημα θα έπρεπε να συμμετέχουν και οι ιδιωτικοί φορείς παροχής. Συγκεκριμένα οι κάτοχοι μεταπτυχιακών – διδακτορικών το πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό, σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ιατρικής καθώς και με εκείνους που είχαν ειδικότητα.

## 5.6 Συζήτηση

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της έρευνας διασφαλίζεται από το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και το επίπεδο εξειδίκευσης καθώς το (12,3%) των συμμετεχόντων κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και το (26,2%), πάνω από το ¼ των ιατρών, κατέχει διδακτορικό τίτλο σπουδών. Οι ερωτηθέντες εφαρμόζουν την αποκλειστική και ουσιαστική εφαρμογή των e-health εργαλείων, με κυριότερη την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Η ικανοποίηση των αναγκών του προσωπικού ενός οργανισμού σύμφωνα με τον Κέρη (2014, σ.41,42), αποτελεί ένα πολύ σημαντικό δείκτη βελτίωσης ποιότητας και μπορεί να θεωρηθεί στοιχείο αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Γεγονός που παρατηρείται στη μελέτη περίπτωσης, καθώς η αποδοχή της σημαντικότητας στην εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (ΗΣ) σε ποσοστό (100%) των ερωτηθέντων ιατρών, δείχνει την ικανοποίηση που προσφέρει στον ιατρό πάροχο υγείας σε σχέση με τον παλιό τρόπο χειρόγραφης συνταγογράφησης.

Ωστόσο, καταγράφονται και υψηλά ποσοστά των ερωτώμενων (87,5%), που θεωρούν ελλιπή την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Οι ελλείψεις που διαπιστώνονται, εκτιμάται ότι μπορεί να περιορίσουν την ποιότητα παροχής υπηρεσιών και να σταθούν εμπόδιο στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας και κατ' επέκταση στην απόδοση του έργου του ιατρικού προσωπικού, αν δεν γίνει προσπάθεια αντιμετώπισης τους.

Το κυριότερο πρόβλημα για την αναγκαστική εφαρμογή της ΗΣ στη χώρα μας, εντοπίζεται αποκλειστικά στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Χαρακτηριστικά, σε ποσοστό (67,7%) των ερωτηθέντων, απαντούν ότι η ΗΣ ικανοποιεί τις απαιτήσεις για μείωση των φαρμακευτικών δαπανών στον τομέα της υγείας. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνεται από τα στοιχεία που αναφέρει ο εθνικός ασφαλιστικός φορέας περίθαλψης ΕΟΠΠΥ, όπου η χώρα μας στα προηγούμενα πέντε χρόνια έχει καταγράψει σημαντικές μειώσεις στη συνολική δημόσια δαπάνη υγείας και τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη υγείας της τάξεως του 41% και 50% αντίστοιχα. (Απολογισμός ΕΟΠΠΥ Ιούλιος 2013- Οκτώβριος 2015).

Σχετικά με το ζήτημα της μείωσης ιατρικών σφαλμάτων με το σύστημα της ΗΣ, παρατηρείται ότι το (49,2%), δεν ικανοποιείται απόλυτα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα της χρήσης του, δεδομένου ότι με την ελαχιστοποίηση των λαθών λαμβάνεται και βέλτιστη ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Μια λάθος εκτίμηση στην

συνταγογράφηση μπορεί να προκαλέσει τόσο κοινωνικό κόστος στον ασθενή που θα ταλαιπωρηθεί, όσο και οικονομικό κόστος στην περίπτωση που χρειαστεί ως εκ τούτου να νοσηλευτεί σε δημόσιο νοσοκομείο και έτσι να επιβαρυνθεί ο ασφαλιστικός του φορέας με τα έξοδα της περίθαλψης του. Σε αυτό το σημείο διαφαίνεται, ως πιθανό αίτιο η έλλειψη της ηλεκτρονικής διασύνδεσης όλων των εμπλεκόμενων φορέων παροχής υγείας καθώς και οι περιορισμοί που έχουν τεθεί .

Ως νέα εφαρμογή στην Ελλάδα το σύστημα της ΗΣ, χρειάζεται περαιτέρω βελτιώσεις και για τον λόγο αυτό ήδη έχει προταθεί και υποστηρίζεται από τους ιατρικούς συλλόγους της χώρας, η υποχρεωτική εφαρμογή των διαγνωστικών πρωτοκόλλων που απαιτείται, για την «στάθμιση κλινικής ωφελιμότητας και κόστους» και αναφέρεται διεθνώς ως τεκμηριωμένη ιατρική. (Evidence-based-medicine)

Ο ΕΟΠΠΥ συνέλεξε και κατέγραψε διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες με την επιδίωξη εφαρμογής τους και από τους Έλληνες παρόχους υγείας. Η εφαρμογή των πρωτοκόλλων πρέπει να προτείνεται από τους ιατρούς, σε κάθε πάθηση ή συμπτωματολογία και για εξετάσεις που έχει τεκμηριωθεί η κλινική ωφελιμότητα τους, σε σχέση αλληλεξάρτησης πάντα με την δαπάνη που απαιτείται. Το σύστημα υγείας, δείχνει να προστατεύεται από καταστάσεις «προκλητής ζήτησης», με την εφαρμογή των αρχών της «τεκμηριωμένης ιατρικής».

Η έλλειψη όμως, σε επίπεδο υγείας, συντονισμένης πολιτικής καθοδήγησης των ιατρών, έχει ως αποτέλεσμα την ραγδαία αύξηση σε φαινόμενα προκλητής ζήτησης διαγνωστικών εξετάσεων, και ταυτόχρονη αύξηση της δαπάνης υγείας, χωρίς ευεργετική ωφέλεια για τον ασθενή. Ουσιαστικά, το γεγονός των αυξημένων διαγνωστικών μέσων στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, έχει ως συνέπεια, στη βελτίωση του προσδόκιμου και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού, με ταυτόχρονη όμως αύξηση των δαπανών για την υγεία. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Τεύχος Β΄ αριθ. φύλλου 2243 18/8/2014 σ. 28000).

Επιπρόσθετα, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώνεται σημαντική εξοικείωση των ιατρών με τα ηλεκτρονικά μέσα, της τάξεως του ποσοστού (70,8%), αλλά μόλις το (23,1%), πιστεύει ότι το ΕΣΥ έχει ενσωματώσει την χρήση των e-health εργαλείων. Ως πρώτη υπηρεσία e-health θεωρούν την ΗΣ, ακολουθεί ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας.

Ωστόσο από τα αποτελέσματα της έρευνας που προέκυψαν από τα τέσσερα διαφορετικά πακέτα συσχετίσεων, ως προς τη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας,

ανάλογα: (α) με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, (β) με την ηλικία τους, (γ) με τη θέση τους και (δ) με την εκπαίδευση τους, έχουμε:

Στο πρώτο πακέτο συσχέτισης (βλέπε πίνακα 5.4.12), δεν προκύπτει καμία συσχέτιση στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας, που να είναι στατιστικά σημαντική από τους συμμετέχοντες ανάλογα με το φύλο τους. Στην ερώτηση αν έχει γίνει ενσωμάτωση των e-health εργαλείων το (80%) των γυναικών και το (75,6%) των ανδρών, έχουν απαντήσει αρνητικά και αυτό δείχνει την ανάγκη επανεξέτασης σε επίπεδο ενσωμάτωσης. Σύμφωνα με τον Κέφης (2014, σ.118-119) η νέα τεχνολογία δεν δημιουργεί από μόνη της θετικά αποτελέσματα. Η βασική προϋπόθεση πρωτίστως είναι να ενσωματωθεί ομαλά και ολοκληρωτικά στην πράξη, η καινοτομία που προκύπτει μέσω της τεχνολογίας και ύστερα να γίνει αποδεκτή από το ανθρώπινο δυναμικό.

Στη συνέχεια, στο δεύτερο πακέτο συσχέτισης (βλέπε πίνακα 5.4.13), προέκυψαν δύο συσχετίσεις που είναι στατιστικά σημαντικές, όσον αφορά στη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την ηλικία τους και έχουν διαφορά σε ποσοστά συμφωνίας με τις προτάσεις: «Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική;» και «Αν ναι, οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση πιστεύετε ότι μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα». Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι εργαζόμενοι τόσο μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό εκείνων που πίστευαν ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ, σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική.

Επίσης, το ποσοστό των συμμετεχόντων που πίστευαν ότι οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα ήταν σημαντικά χαμηλότερο σε εκείνους που ήταν 25-35 ετών σε σύγκριση με εκείνων που ήταν μεγαλύτερης ηλικίας.

Στο τρίτο πακέτο συσχέτισης (βλέπε πίνακα 4.5.14), σχετικά με τη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών των παρόχων υγείας ανάλογα με το βαθμό τους, υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά των συμμετεχόντων, που θεωρούσαν σημαντική την πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης, ανάλογα με τη θέση τους. Συγκεκριμένα οι επιμελητές Α-Β θεωρούσαν σημαντική την πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό, σε σύγκριση με τους διευθυντές και τους ειδικευόμενους.

Στο τέταρτο πακέτο συσχέτισης (βλέπε πίνακα 4.5.15), σχετικά με τη χρήση των ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την εκπαίδευση των ιατρών, υπήρξε σημαντική



διαφορά στα ποσοστά των συμμετεχόντων που θεωρούσε ότι στο ηλεκτρονικό σύστημα είναι αναγκαίο να συμμετέχουν και οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών. Χαρακτηριστικά, οι κάτοχοι μεταπτυχιακών –διδακτορικών υποστήριξαν την παραπάνω άποψη, σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό, σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ιατρικής καθώς και με εκείνους που είχαν ειδικότητα.

Γενικότερα, σύμφωνα και με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας η εφαρμογή της ΗΣ στο Νοσηλευτικό ίδρυμα NIMΤΣ, δείχνει να έχει αποφέρει πολλά οφέλη, βελτιώνοντας σταδιακά την ποιότητα των υπηρεσιών. Καθώς, ο περιορισμός της άσκοπης κατανάλωσης των φαρμάκων (86,2%), η συμμόρφωση των ασθενών σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού τους από το χρόνο της προηγούμενης συνταγογράφησης (83,1%), η δυνατότητα ελέγχου παρακλινικών εξετάσεων (89,2%) και η πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενή (86,2%) δυνητικά μπορεί να αποφέρουν αποτελεσματικότητα, οικονομική αποδοτικότητα και πιθανόν μείωση κόστους.

## 5.7 Ανακεφαλαίωση

Η διεξαγωγή της έρευνας προσπάθησε να απαντήσει στα ακόλουθα ερωτήματα:

- ✓ Ποιο είναι το υφιστάμενο θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.
- ✓ Πόσο συνεισέφερε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, στη βελτίωση των δαπανών υγείας.
- ✓ Η εισαγωγή των εφαρμογών της πληροφορικής στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αν και πόσο αύξησε την προσβασιμότητα των οργανισμών της δημόσιας υγείας στη συνολική πληροφόρηση, και πόσο διευκόλυνε το ιατρικό προσωπικό στην άσκηση των καθηκόντων του.
- ✓ Πως αξιολογείται ο τρόπος υλοποίησης και η υφιστάμενη δομή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τους γιατρούς χειριστές του NIMΤΣ.
- ✓ Ποια είναι τα αποτελέσματα και οι συνέπειες στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Επετεύχθη περιστολή δαπανών, και αν ναι η περιστολή αυτή είναι σε βάρος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;

Το έργο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι η πρώτη ψηφιακή προσπάθεια που εφαρμόστηκε σε εθνικό επίπεδο σύμφωνα με τον Ν.3892/2010. Μέσα από τις ερευνητικές υποθέσεις και την επεξεργασία των δεδομένων, παρατηρούμε ότι οι αλλαγές που έχουν επιτευχθεί από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, είναι εξαιρετικά επωφελείς για την Ελληνική κοινωνία.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, όπως διατυπώνεται από τις απαντήσεις των ιατρών θεωρείται, ότι είναι η σημαντικότερη εφαρμογή ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας μέχρι σήμερα, με απόλυτα θετικό αντίκτυπο στα συστήματα της δημόσιας υγείας και στα δημόσια οικονομικά. Ωστόσο σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, περίπου το (87%) των ιατρών, πιστεύουν ότι απαιτούνται βελτιώσεις στην εφαρμογή του συστήματος, για να μπορεί να υποστηρίξει τη σύνδεση και τη διαλειτουργικότητα που απαιτείται για την παρακολούθηση και τον έλεγχο της συνταγογράφησης των φαρμάκων.

Κατά τη χρήση των συστημάτων της ηλεκτρονικής υγείας, οι ιατροί παρόλο που θεωρούν σημαντικές όλες τις ηλεκτρονικές εφαρμογές εξίσου με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, πιστεύουν σε ποσοστό από (70% - 84,2%), ότι τα εμπόδια, οι δυσκολίες και τα μειονεκτήματα που παρουσιάζονται στην πράξη, οφείλονται στην έλλειψη ενσωμάτωσης των ηλεκτρονικών εφαρμογών στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα.

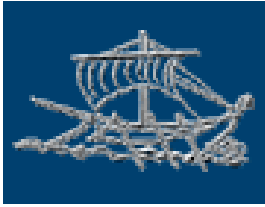
Από τη μελέτη και καταγραφή της παρούσας βιβλιογραφίας, αποτυπώνονται οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που γίνονται στον τομέα της υγείας τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα. Οι παρεμβάσεις αυτές, στηρίζονται σε μεταρρυθμιστικά προγράμματα, τα οποία ακολουθεί η πολιτική υγείας στην Ελλάδα, στο πλαίσιο των αξόνων προτεραιότητας του Ε.Π Διοικητικής Μεταρρύθμισης και στοχεύει στην διαρθρωτική αντιμετώπιση των δυσκολιών που εμφανίζονται κατά την άσκηση στρατηγικής υγείας επιλεγμένων θεσμικών, οργανωτικών και διοικητικών αλλαγών.

Η πρώτη θεσμική ηλεκτρονική εφαρμογή στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αποτελεί την σημαντικότερη μορφή εφαρμογής στις ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας βελτιώνοντας την παροχή υπηρεσιών υγείας και με την πεποίθηση ότι μακροπρόθεσμα θα αποδώσει οικονομικά και αποτελεσματικά πλεονεκτήματα και οφέλη τόσο στους ασθενείς όσο και στο ιατρικό προσωπικό.

Οι υφιστάμενες στρατηγικές προτεραιότητες ανάπτυξης της Χώρα μας στο τομέα της υγείας, συντελούνται βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών της ΕΕ, σε μια προσπάθεια αναβάθμισης του συστήματος υγείας μεταξύ των χωρών-κρατών της ΕΕ, και των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε ένα παγκόσμιο περιβάλλον δημοσιονομικών περιορισμών και ιδιαίτερα αυξημένων κοινωνικών αναγκών.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α**

### **Π.Α.1. Παρουσίαση Ερωτηματολογίου**



**Α.Ε.Ι. ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ  
& ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΗΜΟΣΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ»**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ**

**Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας**

**«Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ και Μεταρρυθμίσεις στο Ελληνικό σύστημα Υγείας  
(2010-2016). Μελέτη περίπτωσης: Ηλεκτρονική συνταγογράφηση».**

Αγαπητέ κύριε / κυρία

Ονομάζομαι Δήμου Ανθία και η συγκεκριμένη έρευνα διεξάγεται για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος του Α.Ε.Ι Πειραιά Τ.Τ με τίτλο «Δημόσια Οικονομική και Πολιτική», σε συνεργασία με τον επιβλέποντα καθηγητή, τον οικονομολόγο κ. Στρόμπλο Νικόλαο.

Η ερευνητική προσπάθεια γίνεται στο χώρο του Νοσηλευτικού Ιδρύματος Μετοχικού Ταμείου Στρατού (ΝΙΜΤΣ) με προσωπική συνέντευξη ιατρών και έχει ως σκοπό, να αναδείξει την αναγκαιότητα του εκσυγχρονισμού της δημόσιας διοίκησης μέσω των αρχών του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ (ΝΔΜ) στο χώρο της υγείας και επιπλέον να αναδείξει τα αποτελέσματα που έχουν επιφέρει οι μεταρρυθμίσεις αυτές, και ιδιαίτερα η εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών στους πολίτες.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας έχει δοθεί άδεια από τον Γενικό Διευθυντή του νοσοκομείου. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και έχετε το δικαίωμα να μην απαντήσετε σε κάποια ερώτηση ή και να αποσυρθείτε τελείως από την ερευνητική

προσπάθεια. Θα ήθελα να σας πληροφορήσω ότι όπως επιβάλλει η προστασία των προσωπικών δεδομένων η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη και δεν καταγράφεται σε αυτό οποιοδήποτε στοιχείο της ιδιότητας ή της ταυτότητας σας. Επίσης κατά την επεξεργασία της ανάλυσης των ερωτηματολογίων θα διατηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια και εμπιστευτικότητα, όπως επιβάλλουν οι διατάξεις του Νόμου περί «Προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα».

Η συμμετοχή σας στη συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια είναι ιδιαίτερα σημαντική και η κατάθεση των απόψεων σας, θεωρείται καθοριστική για τα αποτελέσματα που θα ληφθούν από την ερευνητική προσπάθεια. Η μέγιστη χρονική επικοινωνία μας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου υπολογίζεται σε 10 με 15 λεπτά.

Με ιδιαίτερη εκτίμηση,

Δήμου Ανθία

Ερευνήτρια μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας

***Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη συνεργασία σας!***

ΕΝΟΤΗΤΑ Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (Παρακαλώ εκφράστε την άποψη σας σημειώνοντας με ✓ ή X στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο του ερωτηματολογίου.

1. Φύλο

Άνδρας	
Γυναίκα	

2. Ηλικία

25-35	
35-45	
45-55	
55 +	

3. Ποια είναι η θέση σας / βαθμός στην ιεραρχία;

Διευθυντής	
Επιμελητής Α	
Επιμελητής Β	
Ειδικευόμενος	

4. Παρακαλώ, δηλώστε το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει

Πτυχιούχος Ιατρικής	
Ειδικότητα	
Κάτοχος μεταπτυχιακού	
Κάτοχος διδακτορικού	

ΕΝΟΤΗΤΑ Β. ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ (Παρακαλώ εκφράστε την άποψη σας σημειώνοντας με ✓ ή X στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο του ερωτηματολογίου)

5. Πόσα χρόνια είστε χρήστης του διαδικτύου;

Πάνω από 10 χρόνια	
4 - 10 χρόνια	
Λιγότερο από 4 χρόνια	
Ελάχιστη εμπειρία	

6. Ποια είναι η διάρκεια πλοήγησης σας στο διαδίκτυο μέσα σε μια εβδομάδα ;

Πάνω από 20 ώρες	
10 - 20 ώρες	
6 – 10 ώρες	
1 – 5 ώρες	
Λιγότερο από 1 ώρα	

7. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ηλεκτρονικό ταχυδρομείο για επαγγελματική χρήση κατά προσέγγιση;

Κάθε μέρα	
Μέρα παρά μέρα	
Μια φορά την εβδομάδα	
Μια με δυο φορές τον μήνα	
Δεν το χρησιμοποιώ	

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ. ΧΡΗΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Παρακαλώ εκφράστε την άποψη σας σημειώνοντας με ✓ ή X στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο του ερωτηματολογίου)

8. «Ως “ηλεκτρονική υγεία” (e- Health ) νοείται η χρήση εργαλείων βασισμένων στις τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών που στοχεύουν στην καλύτερη πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, παρακολούθηση και διαχείριση της υγείας και του τρόπου ζωής. Ενδεικτικά περιλαμβάνει τη συνεργασία μεταξύ ασθενών και φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, την ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ διαφόρων ιδρυμάτων και την επικοινωνία μεταξύ ασθενών ή απασχολουμένων στον τομέα της υγείας, περιλαμβάνει επίσης δίκτυα πληροφοριών για την υγεία, ηλεκτρονικά μητρώα υγείας, υπηρεσίες τηλεϊατρικής»

8.1 Πιστεύετε ότι το Ελληνικό σύστημα υγείας έχει ενσωματώσει, τη χρήση αυτών των e-Health εργαλείων ;.

Ναι	
Όχι	

8.2. Σε ποιο βαθμό εκτιμάτε ότι έχει ενσωματώσει, τη χρήση αυτών των e- Health εργαλείων;

Σε μεγάλο βαθμό	
Σε μικρό βαθμό	
Ελάχιστα	
Καθόλου	

9. Πόσο εξοικειωμένος είστε στη χρήση ηλεκτρονικών μέσων για την παροχή υπηρεσιών υγείας;

Πάρα πολύ , ενημερώνομαι συνέχεια	
Πολύ καλή, ενδιαφέρομαι να μαθαίνω	
Μέτρια	
Ελάχιστες γνώσεις	
Καθόλου	

10. Ποιες κατά τη γνώμη σας από τις παρακάτω τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών (e- health), είναι σημαντικές και ποιές από αυτές είναι λειτουργικές και εύχρηστες σήμερα;

Υπηρεσία e-health	Σημαντική		Λειτουργική και Εύχρηστη			
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Μερικώς	Δε γνωρίζω
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση						
Ηλεκτρονικός φάκελος υγείας						
Ηλεκτρονική κάρτα υγείας						
Διασυνοριακό δίκτυο παροχής ιατρικών υπηρεσιών						
Πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείου						
Πληροφορίες υγειονομικής περίθαλψης						
Νοσοκομειακό δίκτυο ευρείας περιοχής						
Τηλεϊατρική						
Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια						



11. Είστε χρήστης ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;

Ναι	
Όχι	

12. Αν ναι, θεωρείτε το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης :

(Παρακαλώ επιλέξτε από τα παρακάτω όσα θεωρείται κατά την άποψη σας σωστά.)

Αναγκαίο	
Μη αναγκαίο	
Εύχρηστο	
Ελλιπές	
Δύσκολο στην χρήση και στην εκμάθηση	
Άλλο	

13. Παρακαλώ συμπληρώστε ποιο πληροφοριακό σύστημα χρησιμοποιείτε;

--

14. Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον πάροχο υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση;

Ναι	
Όχι	

15. Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον ασθενή σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση;

Ναι	
Όχι	

16. Με ποιες από τις παρακάτω προτάσεις συμφωνείτε;

Η ηλεκτρονική Συνταγογράφηση προσφέρει:

	Συμφωνώ	Δεν συμφωνώ	Συμφωνώ μερικώς
Αποφυγή λαθών στις φαρμακευτικές ουσίες και στη δοσολογία			
Περιορισμός άσκοπης κατανάλωσης φαρμάκων			
Δυνατότητα ελέγχου συμμόρφωσης του ασθενή προς τις οδηγίες του θεράποντος, από το χρόνο προηγούμενης συνταγογράφησης			
Δυνατότητα ελέγχου παρακλινικών εξετάσεων			
Μείωση κρατικής δαπάνης			
Γρήγορη διαχείριση δεδομένων			
Πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενούς			
Άλλο περιγράψτε			

17. Πιστεύετε ότι το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ικανοποιεί τις απαιτήσεις για:

Απαίτηση	Αποτελεσματικότητα	
	Ναι	Όχι
Μείωση ιατρικών σφαλμάτων		
Ενημέρωση μέσω συστήματος για το ιστορικό του ασθενούς		
Άμεση ενημέρωση για φαρμακευτική αγωγή που έχει χορηγηθεί σε προγενέστερο χρόνο		
Αποτελεσματικότερη διαχείριση πόρων		
Μείωση του χρόνου εκτέλεσης εργασίας		
Μείωση φαρμακευτικής δαπάνης		

18. Θεωρείτε ότι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης χρειάζεται βελτιώσεις;

Ναι	
Όχι	

19. Ποιες από τις παρακάτω βελτιώσεις πιστεύετε ότι θα βοηθούσαν;

	Συμφωνώ	Δεν συμφωνώ	Συμφωνώ μερικώς
Βελτίωση της ταχύτητας πρόσβασης στο σύστημα			
Αναβάθμιση του hard ware του υπολογιστή του χρήστη			
Απλούστευση της διαδικασίας πρόσβασης στο σύστημα			
Βελτίωση ονοματοδοσίας (ICD-10)			
Βελτίωση χρήσης θεραπευτικών πρωτοκόλλων			
Άμεση πληροφόρηση και εμφάνιση καρτέλας ασθενή (ιστορικό, φαρμακευτική αγωγή) με την εισαγωγή του ΑΜΚΑ			
Άλλο περιγράψτε			

20. Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική;

Ναι	
Όχι	
Δεν γνωρίζω	

21. Πιστεύετε ότι υπάρχουν προβλήματα στην εφαρμογή των ΚΕΝ που θα πρέπει να επανεξεταστούν και να επιλυθούν;

Ναι	
Όχι	

22. Ποια από τα παρακάτω προβλήματα στην εφαρμογή των ΚΕΝ και icd-10 έχετε εντοπίσει και κατά τη γνώμη σας θα πρέπει να επανεξεταστούν και να επιλυθούν;

	Συμφωνώ	Δεν συμφωνώ	Συμφωνώ μερικώς
Βελτίωση της δομής της λίστας των ΚΕΝ ώστε να είναι ευκολότερη η επιλογή τους			
Αποσαφήνιση ορολογίας ΚΕΝ - icd-10 (σε σχέση με τη διάγνωση)			
Βελτίωση αντιστοίχισης ΚΕΝ- icd-10			
Επανεξέταση ημερών προβλεπόμενων από τα ΚΕΝ για συγκεκριμένες διαγνώσεις			
Απαλλαγή ιατρικού προσωπικού από τις οικονομικές- διοικητικές πράξεις (αντιστοίχιση διάγνωσης με ΚΕΝ)			
Συσχέτιση του παράγοντα ηλικίας του ασθενή με τις προβλεπόμενες ημέρες νοσηλείας από το ΚΕΝ			
Προσθήκη νέων κατηγοριών διαγνώσεων στα icd-10			
Άλλο περιγράψτε			

23. Πιστεύετε ότι θα ήταν χρήσιμη η ύπαρξη ενιαίας ηλεκτρονικής πλατφόρμας και διασύνδεσης όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην παροχή υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα;

Ναι	
Όχι	

24. Αν ναι πιστεύετε ότι σε αυτό το ηλεκτρονικό σύστημα θα έπρεπε να συμμετέχουν και οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υγείας;

Ναι	
Όχι	

25. Ποια είναι η γνώμη σας για τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που έχουν συντελεστεί από το 2010 έως και σήμερα;

Θετική	
Πολύ θετική	
Αρνητική	
Πολύ αρνητική	
Ουδέτερη	
Δεν ξέρω	

26. Υπάρχουν περιορισμοί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων με την εφαρμογή του συστήματος;

Ναι	
Όχι	

27. Αν ναι, οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση πιστεύετε ότι μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα;

Ναι	
Όχι	
Δεν ξέρω	



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

### Π.Β.1 Χρήσης ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

Πίνακας 5.4.12

		Φύλο				P Fisher's exact test
		Ανδρας		Γυναίκα		
		N	%	N	%	
Ενσωμάτωση e-health	Όχι	34	75,6	16	80,0	0,761
	Ναι	11	24,4	4	20,0	
Πόση εξοικείωση με ηλεκτρονικά μέσα	Ελάχιστες γνώσεις/ μέτρια	12	26,7	7	35,0	0,312*
	Πολύ καλή	18	40,0	10	50,0	
	Πάρα πολύ	15	33,3	3	15,0	
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση (σημαντικότητα)	Όχι	0	0,0	0	0,0	-**
	Ναι	45	100,0	20	100,0	
Ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (σημαντικότητα)	Όχι	2	4,4	0	0,0	1,000
	Ναι	43	95,6	20	100,0	
Ηλεκτρονική κάρτα υγείας (σημαντικότητα)	Όχι	3	6,7	0	0,0	0,547
	Ναι	42	93,3	20	100,0	
Διασυνοριακό δίκτυο παροχής ιατρικών υπηρεσιών (σημαντικότητα)	Όχι	6	13,3	0	0,0	0,166
	Ναι	39	86,7	20	100,0	
Πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείου (σημαντικότητα)	Όχι	4	8,9	0	0,0	0,303
	Ναι	41	91,1	20	100,0	
Πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης (σημαντικότητα)	Όχι	7	15,6	0	0,0	0,090
	Ναι	38	84,4	20	100,0	
Νοσοκομειακό δίκτυο ευρείας περιοχής (σημαντικότητα)	Όχι	7	15,6	1	5,0	0,417
	Ναι	38	84,4	19	95,0	
Τηλεϊατρική (σημαντικότητα)	Όχι	7	15,6	2	10,0	0,710
	Ναι	38	84,4	18	90,0	
Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (σημαντικότητα)	Όχι	13	28,9	2	10,0	0,125
	Ναι	32	71,1	18	90,0	
Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον πάροχο υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση;	Όχι	3	6,7	3	15,0	0,361
	Ναι	42	93,3	17	85,0	
Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον ασθενή σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση;	Όχι	9	20,0	7	35,0	0,223
	Ναι	36	80,0	13	65,0	

θεωρείτε ότι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης χρειάζεται βελτίωση?	Όχι	0	0,0	0	0,0	***
	Ναι	45	100,0	20	100,0	
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική;	Όχι	24	64,9	7	58,3	0,738
	Ναι	13	35,1	5	41,7	
Πιστεύετε ότι υπάρχουν προβλήματα στην εφαρμογή των ΚΕΝ που θα πρέπει να επανεξεταστούν και να επιλυθούν;	Όχι	2	4,4	1	5,0	1,000
	Ναι	43	95,6	19	95,0	
Πιστεύετε ότι θα ήταν χρήσιμη η ύπαρξη ενιαίας ηλεκτρονικής πλατφόρμας και διασύνδεσης όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην παροχή υπηρεσιών υγείας του δημοσίου τομέα;	Όχι	5	11,4	2	10,0	1,000
	Ναι	39	88,6	18	90,0	
Αν ναι, πιστεύετε ότι σε αυτό το ηλεκτρονικό σύστημα θα έπρεπε να συμμετέχουν και οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υγείας;	Όχι	7	17,9	1	5,6	0,414
	Ναι	32	82,1	17	94,4	
Ποια είναι η γνώμη σας για τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που έχουν συντελεστεί από το 2010 έως και σήμερα;	Αρνητική/ πολύ αρνητική	10	22,7	4	21,1	1,000
	Ουδέτερη	9	20,5	4	21,1	
	Θετική/ Πολύ θετική	25	56,8	11	57,9	
Υπάρχουν περιορισμοί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων με την εφαρμογή του συστήματος;	Όχι	2	4,4	3	15,0	0,165
	Ναι	43	95,6	17	85,0	
Αν ναι, οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση πιστεύετε ότι μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα;	Όχι	1	2,3	2	11,8	0,269
	Ναι	22	51,2	9	52,9	
	Δεν γνωρίζω	20	46,5	6	35,3	

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

### Π.Γ.1 Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την ηλικία

Πίνακας: 5.4.13

		Ηλικία						P Fisher's exact test
		25-35		35-45		45+		
		N	%	N	%	N	%	
Ενσωμάτωση e-health	Όχι	20	76,9	16	84,2	14	70,0	0,617
	Ναι	6	23,1	3	15,8	6	30,0	
Πόση εξοικείωση με ηλεκτρονικά μέσα;	Ελάχιστες γνώσεις/ μέτρια	9	34,6	4	21,1	6	30,0	0,157*
	Πολύ καλή	14	53,8	6	31,6	8	40,0	
	Πάρα πολύ	3	11,5	9	47,4	6	30,0	
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση (σημαντικότητα)	Όχι	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-**
	Ναι	26	100,0	19	100,0	20	100,0	
Ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (σημαντικότητα)	Όχι	1	3,8	0	0,0	1	5,0	1,000
	Ναι	25	96,2	19	100,0	19	95,0	
Ηλεκτρονική κάρτα υγείας (σημαντικότητα)	Όχι	1	3,8	1	5,3	1	5,0	1,000
	Ναι	25	96,2	18	94,7	19	95,0	
Διασυνοριακό δίκτυο παροχής ιατρικών υπηρεσιών (σημαντικότητα)	Όχι	2	7,7	2	10,5	2	10,0	1,000
	Ναι	24	92,3	17	89,5	18	90,0	
Πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείου (σημαντικότητα)	Όχι	3	11,5	0	0,0	1	5,0	0,374
	Ναι	23	88,5	19	100,0	19	95,0	
Πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης (σημαντικότητα)	Όχι	2	7,7	2	10,5	3	15,0	0,879
	Ναι	24	92,3	17	89,5	17	85,0	
Νοσοκομειακό δίκτυο ευρείας περιοχής (σημαντικότητα)	Όχι	4	15,4	2	10,5	2	10,0	0,900
	Ναι	22	84,6	17	89,5	18	90,0	
Τηλεϊατρική (σημαντικότητα)	Όχι	5	19,2	2	10,5	2	10,0	0,665
	Ναι	21	80,8	17	89,5	18	90,0	
Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (σημαντικότητα)	Όχι	6	23,1	4	21,1	5	25,0	1,000
	Ναι	20	76,9	15	78,9	15	75,0	
Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον πάροχο υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση;	Όχι	3	11,5	2	10,5	1	5,0	0,759
	Ναι	23	88,5	17	89,5	19	95,0	
Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον ασθενή σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση;	Όχι	8	30,8	3	15,8	5	25,0	0,546
	Ναι	18	69,2	16	84,2	15	75,0	
Θεωρείτε ότι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης χρειάζεται βελτίωση;	Όχι	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-**
	Ναι	26	100,0	19	100,0	20	100,0	

Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική;	Όχι	16	84,2	8	53,3	7	46,7	<b>0,050*</b>
	Ναι	3	15,8	7	46,7	8	53,3	
Πιστεύετε ότι υπάρχουν προβλήματα στην εφαρμογή των ΚΕΝ που θα πρέπει να επανεξεταστούν και να επιλυθούν;	Όχι	1	3,8	0	0,0	2	10,0	0,484
	Ναι	25	96,2	19	100,0	18	90,0	
Πιστεύετε ότι θα ήταν χρήσιμη η ύπαρξη ενιαίας ηλεκτρονικής πλατφόρμας και διασύνδεσης όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην παροχή υπηρεσιών υγείας του δημοσίου τομέα;	Όχι	4	15,4	0	0,0	3	15,8	0,184
	Ναι	22	84,6	19	100,0	16	84,2	
Αν ναι, πιστεύετε ότι σε αυτό το ηλεκτρονικό σύστημα θα έπρεπε να συμμετέχουν και οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υγείας;	Όχι	4	18,2	1	5,3	3	18,8	0,444
	Ναι	18	81,8	18	94,7	13	81,3	
Ποια είναι η γνώμη σας για τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που έχουν συντελεστεί από το 2010 έως και σήμερα;	Αρνητική/ Πολύ αρνητική	5	20,0	5	26,3	4	21,1	0,488
	Ουδέτερη	8	32,0	3	15,8	2	10,5	
	Θετική/ Πολύ Θετική	12	48,0	11	57,9	13	68,4	
Υπάρχουν περιορισμοί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων με την εφαρμογή του συστήματος;	Όχι	2	7,7	2	10,5	1	5,0	0,858
	Ναι	24	92,3	17	89,5	19	95,0	
Αν ναι, οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση πιστεύετε ότι μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα	Όχι	2	8,3	0	0,0	1	5,3	<b>0,027</b>
	Ναι	7	29,2	13	76,5	11	57,9	
	Δεν γνωρίζω	15	62,5	4	23,5	7	36,8	

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

### Π.Δ.1 Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με το βαθμό

Πίνακας: 5.4.14

		Βαθμός						P Fisher's exact test
		Διευθυντής		Επιμελητής Α/Β		Ειδικευόμενος		
		N	%	N	%	N	%	
Ενσωμάτωση e-health	Όχι	6	66,7	16	84,2	28	75,7	0,598
	Ναι	3	33,3	3	15,8	9	24,3	
Πόση εξοικείωση με ηλεκτρονικά μέσα	Ελάχιστες γνώσεις /μέτρια	2	22,2	4	21,1	13	35,1	0,218
	Πολύ καλή	3	33,3	7	36,8	18	48,6	
	Πάρα πολύ	4	44,4	8	42,1	6	16,2	
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση (σημαντικότητα)	Όχι	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-**
	Ναι	9	100,0	19	100,0	37	100,0	
Ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (σημαντικότητα)	Όχι	0	0,0	1	5,3	1	2,7	1,000
	Ναι	9	100,0	18	94,7	36	97,3	
Ηλεκτρονική κάρτα υγείας (σημαντικότητα)	Όχι	0	0,0	2	10,5	1	2,7	0,532
	Ναι	9	100,0	17	89,5	36	97,3	
Διασυνورياκό δίκτυο παροχής ιατρικών υπηρεσιών (σημαντικότητα)	Όχι	0	0,0	4	21,1	2	5,4	0,159
	Ναι	9	100,0	15	78,9	35	94,6	
Πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείου (σημαντικότητα)	Όχι	0	0,0	1	5,3	3	8,1	1,000
	Ναι	9	100,0	18	94,7	34	91,9	
Πληροφόρηση υγειονομικής περίθαλψης (σημαντικότητα)	Όχι	0	0,0	5	26,3	2	5,4	<b>0,045</b>
	Ναι	9	100,0	14	73,7	35	94,6	
Νοσοκομειακό δίκτυο ευρείας περιοχής (σημαντικότητα)	Όχι	0	0,0	4	21,1	4	10,8	0,265
	Ναι	9	100,0	15	78,9	33	89,2	
Τηλεϊατρική (σημαντικότητα)	Όχι	0	0,0	4	21,1	5	13,5	0,360
	Ναι	9	100,0	15	78,9	32	86,5	
Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (σημαντικότητα)	Όχι	3	33,3	5	26,3	7	18,9	0,549
	Ναι	6	66,7	14	73,7	30	81,1	
Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον πάροχο υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση;	Όχι	0	0,0	1	5,3	5	13,5	0,582
	Ναι	9	100,0	18	94,7	32	86,5	
Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον ασθενή σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση;	Όχι	1	11,1	6	31,6	9	24,3	0,610
	Ναι	8	88,9	13	68,4	28	75,7	
Θεωρείτε ότι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης χρειάζεται βελτίωση;	Όχι	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-**
	Ναι	9	100,0	19	100,0	37	100,0	

Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική;	Όχι	5	62,5	6	46,2	20	71,4	0,308
	Ναι	3	37,5	7	53,8	8	28,6	
Πιστεύετε ότι υπάρχουν προβλήματα στην εφαρμογή των ΚΕΝ που θα πρέπει να επανεξεταστούν και να επιλυθούν;	Όχι	1	11,1	1	5,3	1	2,7	0,532
	Ναι	8	88,9	18	94,7	36	97,3	
Πιστεύετε ότι θα ήταν χρήσιμη η ύπαρξη ενιαίας ηλεκτρονικής πλατφόρμας και διασύνδεσης όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην παροχή υπηρεσιών υγείας του δημοσίου τομέα;	Όχι	1	11,1	2	10,5	4	11,1	1,000
	Ναι	8	88,9	17	89,5	32	88,9	
Αν ναι, πιστεύετε ότι σε αυτό το ηλεκτρονικό σύστημα θα έπρεπε να συμμετέχουν και οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υγείας;	Όχι	1	12,5	2	11,8	5	15,6	1,000
	Ναι	7	87,5	15	88,2	27	84,4	
Ποια είναι η γνώμη σας για τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που έχουν συντελεστεί από το 2010 έως και σήμερα;	Αρνητική/ Πολύ αρνητική	2	22,2	3	15,8	9	25,7	0,483
	Ουδέτερη	0	0,0	5	26,3	8	22,9	
	Θετική/ Πολύ θετική	7	77,8	11	57,9	18	51,4	
Υπάρχουν περιορισμοί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων με την εφαρμογή του συστήματος;	Όχι	0	0,0	3	15,8	2	5,4	0,402
	Ναι	9	100,0	16	84,2	35	94,6	
Αν ναι, οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση πιστεύετε ότι μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα	Όχι	1	11,1	0	0,0	2	5,7	0,419
	Ναι	4	44,4	11	68,8	16	45,7	
	Δεν γνωρίζω	4	44,4	5	31,3	17	48,6	

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

### Π.Ε.1 Χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών ανάλογα με την εκπαίδευση

Πίνακας: 5.4.15

		Εκπαίδευση						P Fisher's exact test
		Πτυχιούχος ιατρικής		Ειδικότητα		Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδασκτορικού		
		N	%	N	%	N	%	
Ενσωμάτωση e-health	Όχι	22	81,5	7	53,8	21	84,0	0,085*
	Ναι	5	18,5	6	46,2	4	16,0	
Πόση εξοικείωση με ηλεκτρονικά μέσα	Ελάχιστες γνώσεις/ μέτρια	9	33,3	3	23,1	7	28,0	0,326
	Πολύ καλή	14	51,9	6	46,2	8	32,0	
	Πάρα πολύ	4	14,8	4	30,8	10	40,0	
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση (σημαντικότητα)	Όχι	0	0,0	0	0,0	0	0,0	_**
	Ναι	27	100,0	13	100,0	25	100,0	
Ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (σημαντικότητα)	Όχι	1	3,7	1	7,7	0	0,0	0,675
	Ναι	26	96,3	12	92,3	25	100,0	
Ηλεκτρονική κάρτα υγείας (σημαντικότητα)	Όχι	2	7,4	1	7,7	0	0,0	0,413
	Ναι	25	92,6	12	92,3	25	100,0	
Διασυνورياκό δίκτυο παροχής ιατρικών υπηρεσιών (σημαντικότητα)	Όχι	2	7,4	2	15,4	2	8,0	0,735
	Ναι	25	92,6	11	84,6	23	92,0	
Πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείου (σημαντικότητα)	Όχι	3	11,1	1	7,7	0	0,0	0,243
	Ναι	24	88,9	12	92,3	25	100,0	
Πληροφόρηση υγειονομικής περιθαλψης (σημαντικότητα)	Όχι	2	7,4	3	23,1	2	8,0	0,344
	Ναι	25	92,6	10	76,9	23	92,0	
Νοσοκομειακό δίκτυο ευρείας περιοχής (σημαντικότητα)	Όχι	3	11,1	2	15,4	3	12,0	1,000
	Ναι	24	88,9	11	84,6	22	88,0	
Τηλεϊατρική (σημαντικότητα)	Όχι	5	18,5	2	15,4	2	8,0	0,522
	Ναι	22	81,5	11	84,6	23	92,0	

Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (σημαντικότητα)	Όχι	7	25,9	4	30,8	4	16,0	0,532*
	Ναι	20	74,1	9	69,2	21	84,0	
Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον πάροχο υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση;	Όχι	4	14,8	0	0,0	2	8,0	0,416
	Ναι	23	85,2	13	100,0	23	92,0	
Πιστεύετε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει περισσότερα οφέλη στον ασθενή σε σχέση με την χειρόγραφη συνταγογράφηση;	Όχι	8	29,6	5	38,5	3	12,0	0,146*
	Ναι	19	70,4	8	61,5	22	88,0	
θεωρείτε ότι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης χρειάζεται βελτίωση?	Όχι	0	0,0	0	0,0	0	0,0	_**
	Ναι	27	100,0	13	100,0	25	100,0	
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ σε σχέση με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης είναι πλέον λειτουργική;	Όχι	16	76,2	4	57,1	11	52,4	0,261
	Ναι	5	23,8	3	42,9	10	47,6	
Πιστεύετε ότι υπάρχουν προβλήματα στην εφαρμογή των ΚΕΝ που θα πρέπει να επανεξεταστούν και να επιλυθούν;	Όχι	1	3,7	1	7,7	1	4,0	1,000
	Ναι	26	96,3	12	92,3	24	96,0	
Πιστεύετε ότι θα ήταν χρήσιμη η ύπαρξη ενιαίας ηλεκτρονικής πλατφόρμας και διασύνδεσης όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην παροχή υπηρεσιών υγείας του δημοσίου τομέα;	Όχι	4	15,4	1	7,7	2	8,0	0,777
	Ναι	22	84,6	12	92,3	23	92,0	
Αν ναι, πιστεύετε ότι σε αυτό το ηλεκτρονικό σύστημα θα έπρεπε να συμμετέχουν και οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υγείας;	Όχι	5	22,7	3	25,0	0	0,0	<b>0,028</b>
	Ναι	17	77,3	9	75,0	23	100,0	
Ποια είναι η γνώμη σας για τις μεταρρυθμίσεις	Αρνητική/Πολύ Αρνητική	6	24,0	4	30,8	4	16,0	0,837
	Ουδέτερη	6	24,0	2	15,4	5	20,0	

στον τομέα της υγείας που έχουν συντελεστεί από το 2010 έως και σήμερα;	Θετική/ Πολύ Θετική	13	52,0	7	53,8	16	64,0	
Υπάρχουν περιορισμοί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση εξετάσεων και φαρμάκων με την εφαρμογή του συστήματος;	Όχι	2	7,4	0	0,0	3	12,0	0,613
	Ναι	25	92,6	13	100,0	22	88,0	
Αν ναι, οι περιορισμοί που έχουν τεθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση πιστεύετε ότι μπορεί να είναι σε βάρος της δημόσιας υγείας μακροπρόθεσμα	Όχι	1	4,0	1	7,7	1	4,5	0,073
	Ναι	9	36,0	10	76,9	12	54,5	
	Δε γνωρίζω	15	60,0	2	15,4	9	40,9	

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής





## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασόπουλος, Ν., 1966. *Από την κίνηση Ιδεών. Η αναδιοργάνωση των δημόσιων Υπηρεσιών*. (Κριτική αξιολόγηση της Εκθέσεως Langrod). SPOUDAI, Journal of Economics and business, University of Piraeus, σελ.136,137,139, διαθέσιμο <http://spoudai.unipi.gr/index.php/spoudai/article/view/2075/2149> ημερομηνία ανάκτησης 22/7/2015

Ακαλίδης, Σ. και Μοσχόπουλος Δ., 2008. *Δημόσια Διοίκηση και Πολιτική Τομ. Β': Η Ελληνική Δημόσια Διοίκηση*. Πάτρα: Β' Εκδόσεις Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Αποστολάκης, Ι., Λουκής, Ε. και Χάλαρης, Ι., 2008. *Ηλεκτρονική Δημόσια Διοίκηση. Οργάνωση, Τεχνολογία και Εφαρμογές*. Σειρά: Κοινωνία & Πληροφορική. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

*Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, 2012. Ετήσια Έκθεση 2011*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.dpa.gr/pls/portal/docs/PAGE/APDPX/ANNUALREPORTS/AR2011/ARX\\_H\\_PROSTASIAS\\_2011.PDF](http://www.dpa.gr/pls/portal/docs/PAGE/APDPX/ANNUALREPORTS/AR2011/ARX_H_PROSTASIAS_2011.PDF) ημερομηνία ανάκτησης 10/11/2016

Βαβούρας, Ι., 2013. *Οικονομική Πολιτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Βεντούρης, Ν., 2012: *Δημόσιος τομέας & νέες τεχνολογίες*. Κείμενο Πολιτικής ΔΔ-Ε #02/2012. Αθήνα: IOBE, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.tovima.gr/files/1/2012/12/10/PP.pdf> ημερομηνία ανάκτησης 22/7/2015

Γενική Δ/ση Περιφερειακής & Αστικής Πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2016. *Greek Health System Goes Digital*. Προβολή του έργου της Ηλ. Συνταγογράφησης στο περιοδικό της ΕΕ Panorama, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.idika.gr/files/48\\_pdfsam\\_mag58\\_en.pdf](http://www.idika.gr/files/48_pdfsam_mag58_en.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 18/09/2016

Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας, 2016. *Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας*. Δημοσιευμένο στην κατηγορία Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.pde.gov.gr/gr/perifereia/organotiki-domi/genikes-dieuthunseis/gddykm/ddy.html> ημερομηνία ανάκτησης 18/09/2016

Γενική Γραμματεία Δημοσίων Επενδύσεων Ε.Σ.Π.Α, 2016. *Επιτελική Δομή Ε.Σ.Π.Α. Απόλυτα επιτυχής η ολοκλήρωση του Ε.Π «ΨΗΦΙΑΚΗ ΣΥΓΚΛΙΣΗ»* ημερομηνία δημοσίευσης 12/1/2016, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.digitalplan.gov.gr/portal/resource/Apolyta-epityhhs-h-oloklhrwsh-toy-EP-PSHFIAKH-SYGKLISH> ημερομηνία ανάκτησης 21/1/2016

Γενική Γραμματεία διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, 2013. *Διαφάνεια*. Στο: Στυλιανός Γαλούκας, επιμέλεια σύνταξης, *Διαφάνεια Εθνικό σχέδιο κατά της διαφθοράς*. Αθήνα: Ιανουάριος 2013, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.ministryofjustice.gr/site/LinkClick.aspx?fileticket=Q\\_C4Fw\\_rxLk%3D&tabid=64](http://www.ministryofjustice.gr/site/LinkClick.aspx?fileticket=Q_C4Fw_rxLk%3D&tabid=64) ημερομηνία ανάκτησης 18/09/2016

Commission of The European Communities, 2007, [COM (2007) 630 final]. *White Paper Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. Brussels: European Commission, available at [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 1/10/2016

ΕΚΔΔΑ, 2011. *Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση: Ευρωπαϊκές καλές πρακτικές, εμπειρίες και σχέδιο εφαρμογής για την Ελλάδα, Έκθεση Πολιτικής*. Αθήνα: Ιούλιος 2011, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.ekdd.gr/ekdda/images/ektheseis\\_politikis/Policy\\_Paper\\_Electronic\\_Prescription\\_System.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/images/ektheseis_politikis/Policy_Paper_Electronic_Prescription_System.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 21/11/2016

ΕΟΠΥΥ, *Ανακοίνωση ΥΠΕΔΥΦΚΑ, ημερομηνία δημοσίευσης 1/11/2016*. Αθήνα: δημοσιευμένο από οργανισμό ΕΟΠΥΥ, σελ.1, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.eopyy.gov.gr/Article/DisplayArticle?id=5678c363-cc14-4b49-9342-9492c21d3171> ημερομηνία ανάκτησης 11/11/2016

Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, L 281/34 της 23/11/1995. Οδηγία 95/46/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 24.10.1995 *σχετικά με το για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (30), L281/34, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:31995L0046&from=EL> ημερομηνία ανάκτησης 21/11/2016

Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, L 161/43 της 26.6.1999. Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 1261/1999 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 21<sup>ης</sup> Ιουνίου 1999, *σχετικά με το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:31999R1261&from=EL> ημερομηνία ανάκτησης 12/11/2016 σελ.1

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, L88/45 της 04.04.2011. Οδηγία 2011/24/ΕΕ του ευρωπαϊκού κοινοβουλίου και του συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 *περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης* σελ.76,78. Στρασβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:el:PDF> ημερομηνία ανάκτησης 22/11/2016

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, C 326/47 της 26.10.2012. *Ενοποιημένη απόδοση της συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, σελ.76,78. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012E/TXT&from=EL> ημερομηνία ανάκτησης 22/11/2016

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, L 356/68 της 22.12.2012. Εκτελεστική Οδηγία αριθ. 2012/52/ΕΕ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής της 20<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου 2012, σχετικά με την Θέσπιση μέτρων που διευκολύνουν την αναγνώριση των ιατρικών συνταγών οι οποίες εκδίδονται σε άλλα κράτη μέλη, Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012L0052&from=EL> ημερομηνία ανάκτησης 12/11/2016

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2014/C 458/10. Γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής με θέμα «Πράσινη Βίβλος για την “κινητή” υγεία (“mHealth”)» [COM(2014) 219 final], Εισηγήτρια: η κ. Isabel Caño Aguilar Λουξεμβούργο 10 Σεπτεμβρίου 2014: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014AE2960&qid=1484476857437&from=EL> ημερομηνία ανάκτησης 22/11/2016

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2016/C 482/21. Ανακοίνωση: Σχέδιο Δράσης για την Ηλ-Υγεία 2012-2020. Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 14ης Ιανουαρίου 2014 σχετικά με το σχέδιο δράσης για την ηλ-υγεία 2012-2020:καινοτομική υγειονομική περίθαλψη για τον 21ο αιώνα (2013/2061(INI)), Λουξεμβούργο: 23.12.2016. Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2016:482:FULL&from=EN> ημερομηνία ανάκτησης 21/12/2016

Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ, 2016. Απόλυτα επιτυχής η ολοκλήρωση του Ε.Π «Ψηφιακή Σύγκλιση», ημερομηνία δημοσίευσης 12 Ιανουαρίου 2016, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.digitalplan.gov.gr/portal/resource/Epolyta-epityhhs-h-oloklhrwsh-toy-EP-PSHFIAKH-SYGKLISH> ημερομηνία ανάκτησης 27/09/2016

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 1999. [COM(1999) 687 τελικό]. Ανακοίνωση της Επιτροπής της 8ης Δεκεμβρίου 1999, για το έκτακτο ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισσαβόνας στις 23 και 24 Μαρτίου 2000: e-Ευρώπη - Η κοινωνία των πληροφοριών για όλους. Δεν έχει δημοσιευθεί στην Επίσημη Εφημερίδα διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:l24221&from=EL> ημερομηνία ανάκτησης 21/09/2016

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2002. [COM(2002) 263 τελικό]. Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών. e-Europe 2005: Κοινωνία της πληροφορίας για όλους. Σχέδιο δράσης που υποβάλλεται ενόψει του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της Σεβίλλης, 21/22 Ιουνίου 2002, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52002DC0263&from=EL> ημερομηνία ανάκτησης 21/09/2016

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2003. [COM(2003) 66 τελικό]. Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών. eEurope 2002 Τελική Έκθεση. Βρυξέλλες: 11 Φεβρουαρίου 2003, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52003DC0066&from=EL> ημερομηνία ανάκτησης 21/09/2016

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2005. [COM(2005) 356 τελικό]. *Ηλ-υγεία (ηλεκτρονική υγεία)-Βελτίωση των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τους πολίτες της Ευρώπης: Σχέδιο δράσης για έναν Ευρωπαϊκό χώρο ηλ-υγείας*. Βρυξέλλες: 30 Απριλίου 2004, σελ.4-9, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EL:PDF> ημερομηνία ανάκτησης 30/9/2016

Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2007. [COM(2007) 630 τελικό]. Λευκή Βίβλος *Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013*. Βρυξέλλες:23 Οκτωβρίου 2007, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_overview/documents/strategy\\_wp\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/strategy_wp_el.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 21/12/2016

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2008. [COM(2008) 329 τελικό]. Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και την Ευρωπαϊκή οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή. *Προς μια ευρωπαϊκή στρατηγική σε θέματα ηλεκτρονικής δικαιοσύνης (e-Justice) SEC(2008)1947SEC(2008)19441*. Βρυξέλλες:30 Μαΐου 2008, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004\\_2009/documents/com/com\\_com\(2008\)0329\\_/COM\\_COM\(2008\)0329\\_el.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/com/com_com(2008)0329_/COM_COM(2008)0329_el.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 19/11/2016

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα, 2012. *Ψηφιακή Σύγκλιση, 2007-2013 (2<sup>η</sup> Αναθεώρηση)*. Ε.Π.ΨΣ., εγκεκριμένη με την υπ' αριθ.152.623152.623/ΨΣ5195-A1/25-09-2012 απόφαση ΕπΠα. Αθήνα: Σεπτέμβριος 2012, σελ.76, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.digitalplan.gov.gr/resource-api/dipla/contentObject/de9cd3ff-2efc-449e-b551-1763a8650977/conten> ημερομηνία ανάκτησης 12/11/2016

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011. Ψηφιακό θεματολόγιο: Μια ομάδα εργασίας της ΕΕ θα προβεί σε συστάσεις για την προώθηση της υγείας σε απευθείας σύνδεση για να ωφελήσει τους ασθενείς και τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη. Βρυξέλλες: 10 Μαΐου 2011, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-11-551\\_el.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-11-551_el.htm) ημερομηνία ανάκτησης 21/11/2016

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012. [COM(2012) 736 final]. *Σχέδιο Δράσης 2012-2020 για την Ηλ-υγεία-καινοτομική υγειονομική περίθαλψη για τον 21<sup>ο</sup> αιώνα*, σελ.4, Βρυξέλλες: 6 Δεκεμβρίου 2012, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com\\_2012\\_736\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_el.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 30/9/2016

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012. Χρηματοδότηση από το 3<sup>ο</sup> πρόγραμμα για την υγεία 2014-2020. *Η Ευρωπαϊκή προστιθέμενη αξία*, σ.1. Βρυξέλλες: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hp-factsheets/added-value/factsheets-hp-av\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hp-factsheets/added-value/factsheets-hp-av_el.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 20/11/2016

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012. [COM(2012) 739 final]. Παρακολούθηση της εφαρμογής της απόφασης 2011/734/ΕΕ του Συμβουλίου της 12ης Ιουλίου 2011, η οποία απευθύνεται προς την Ελλάδα με σκοπό την ενίσχυση και εμβάθυνση της δημοσιονομικής εποπτείας και διά της οποίας ειδοποιείται η Ελλάδα να λάβει τα μέτρα μείωσης του ελλείμματος που κρίνονται αναγκαία για την αντιμετώπιση της κατάστασης υπερβολικού ελλείμματος. Βρυξέλλες: 30 Νοεμβρίου 2012, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2012/EL/1-2012-739-EL-F1-1.Pdf> ημερομηνία ανάκτησης 20/11/2016

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014. Δελτίο τύπου: *Η Ηλεκτρονική Υγεία στην ΕΕ: ποια είναι η διάγνωση*; Βρυξέλλες: 24 Μαρτίου 2014, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-14-302\\_el.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-302_el.htm) ημερομηνία ανάκτησης 21/11/2016

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014. [COM(2014) 215 final]. Ανακοίνωση της επιτροπής, «για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας Βρυξέλλες: 4 Απριλίου 2014, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/com\\_2014\\_215\\_final\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com_2014_215_final_el.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 21/11/2016

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014. [COM(2014) 219 final]. Πράσινη βίβλος: «για την "κινητή" υγεία (e-Health). Βρυξέλλες: 10 Απριλίου 2014, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, σελ.3, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/EL/1-2014-219-EL-F1-1.Pdf> ημερομηνία ανάκτησης 21/11/2016

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014. [COM(2014) 367 final/2]. Πρόταση, απόφαση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τη θέσπιση προγράμματος σχετικά με λύσεις διαλειτουργικότητας για τις ευρωπαϊκές δημόσιες διοικήσεις, τις επιχειρήσεις και τους πολίτες (ISA2 ) *Η διαλειτουργικότητα ως μέσο εκσυγχρονισμού του δημόσιου τομέα*. Βρυξέλλες: 28 Ιουλίου 2014, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/EL/1-2014-367-EL-F2-1.PDF> ημερομηνία ανάκτησης 21/11/2016

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014. *Χρηματοδότηση από το 3<sup>ο</sup> πρόγραμμα για την υγεία 2014-2020. Η Ευρωπαϊκή προστιθέμενη αξία*, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hp-factsheets/added-value/factsheets-hp-av\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hp-factsheets/added-value/factsheets-hp-av_el.pdf) ημερομηνία πρόσβασης 18/12/2016

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016. *Το Αστικό Θεματολόγιο για την ΕΕ. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας γίνεται ψηφιακό*. Φθινόπωρο 2016/ Αριθ. 58:1-52 σ.48, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/panorama/pdf/mag58/mag58\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/panorama/pdf/mag58/mag58_el.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 1/10/2016



Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016. Έκθεση Προόδου του Ψηφιακού Θεματολογίου για την Ευρώπη (EDPR). Έκθεση για την συμπλήρωση του δείκτη ψηφιακής οικονομίας και κοινωνίας (DESI) όσον αφορά το προφίλ χώρας ΕΛΛΑΔΑ, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/scoreboard/greece> ημερομηνία ανάκτησης 13/07/2017σ.1

Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα, EpSOS Europe, 2008. Ένα Ευρωπαϊκό έργο για την ηλεκτρονική υγεία (e-health), διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.epsos.eu/gr/what-is-epsos.html> ημερομηνία ανάκτησης 20/11/2016

European Commission, 2009. Seventh Framework, Programme. *Greek Interoperability Center Deliverable D6.1 Interoperability Guide*, 3<sup>rd</sup> issue, 31/7/2009 pp.12, available at [http://www.egovrtd2020.org/navigation/wwork\\_packages/wp4\\_roadmapping](http://www.egovrtd2020.org/navigation/wwork_packages/wp4_roadmapping) ημερομηνία ανάκτησης 28/9/2016

European Commission, 2011. *Digital Agenda: Kroes and Dalli welcome Council Presidency eHealth Declaration on delivering better health care*, Memo/11/287, Brussels, 11 May, 2011, European Commission, available at [http://europa.eu/rapid/press-release MEMO-11-287\\_en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-11-287_en.htm) ημερομηνία ανάκτησης 28/9/2016

European Commission, 2012. [SWD (2012) 414 final]. Commission Staff Working Document: *e-Health action Plan 2012-2020- Innovative healthcare for the 21<sup>st</sup> century* pp.3.Brussels:6 December 2012, European Commission, available at <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012SC0414&from=en> ημερομηνία ανάκτησης 20/11/2016

European Economy, 2010. *Το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα*. Occasional papers 61 June 2010. European Commission, available at [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/occasional\\_paper/2010/pdf/ocp61\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp61_el.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 19/9/2016

European Economy, 2012. *The Second Economic Adjustment Programme For Greece*. Occasional papers 94 March 2012. European Commission, available at [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/occasional\\_paper/2012/pdf/ocp94\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp94_en.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 19/9/2016

EUR-Lex-a16000-EN-EUR-Lex, *Public Health*, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:a16000&from=EN> ημερομηνία ανάκτησης 21/12/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 1997. Νόμος υπ' αριθ. 2472 *Προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, με ενσωματωμένες τις τροποποιήσεις* (ΦΕΚ τεύχος Α'50/10/04/1997). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/search-laws> ημερομηνία ανάκτησης 10/11/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 1999. Νόμος υπ' αριθ. 1261 *Προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, με ενσωματωμένες τις τροποποιήσεις* (ΦΕΚ τεύχος Α' 50/10/04/1997). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/search-laws> ημερομηνία ανάκτησης 10/11/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2000. Νόμος υπ' αριθ. 2860 *Διαχείριση, παρακολούθηση και έλεγχος του κοινοτικού πλαισίου στήριξης και άλλες διατάξεις* (ΦΕΚ τεύχος Α' 251/14.11.2000). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.mou.gr/elibrary/N2860\\_141100\\_fek251.pdf](http://www.mou.gr/elibrary/N2860_141100_fek251.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 02/09/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2001. Νόμος υπ' αριθ. 2915 *Επιτάχυνση της τακτικής διαδικασίας ενώπιον των πολιτικών δικαστηρίων και λοιπές δικονομικές και συναφείς ρυθμίσεις* (ΦΕΚ τεύχος Α' 109/29.05.2001). σ.1917. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/2013-01-29-08-13-13> ημερομηνία ανάκτησης 30/09/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2004. Νόμος υπ' αριθ. 3230 *Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις* (ΦΕΚ τεύχος Α' 44/11/02/2004). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/2013-01-29-08-13-13> ημερομηνία ανάκτησης 30/09/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2004. Νόμος υπ' αριθ. 3235 *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* (ΦΕΚ τεύχος Α' 53/18/02/2004). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/2013-01-29-08-13-13> ημερομηνία ανάκτησης 30/09/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2007. Νόμος υπ' αριθ. 3614 *Διαχείριση, έλεγχος και εφαρμογή αναπτυξιακών παρεμβάσεων για την προγραμματική περίοδο 2007-2013* (ΦΕΚ τεύχος Α' 267/03.12.2007). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.esfhellas.gr/elibrary/100423\\_Nomos3614coded\\_Final.pdf](http://www.esfhellas.gr/elibrary/100423_Nomos3614coded_Final.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 21/09/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2010. Νόμος υπ' αριθ. 3892 *Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων* (ΦΕΚ τεύχος Α' 189/4.11.2010). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, σελ.1, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <https://nomoi.info/%CE%A6%CE%95%CE%9A-%CE%91-189-2010-%CF%83%CE%B5%CE%BB-1.html> ημερομηνία ανάκτησης 10/11/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2011. Νόμος υπ. αριθ. 3984 *Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις* (ΦΕΚ τεύχος Α' 150/27.06.2011). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/search-laws> ημερομηνία ανάκτησης 23/09/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2012. Νόμος υπ. αριθ. 4052. *Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεων* (ΦΕΚ τεύχος Α'41/01.03.2012. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <https://www.taxheaven.gr/laws/law/index/law/418> ημερομηνία ανάκτησης 23/09/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2013. Νόμος υπ' αριθ. 4213 Προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης (L 88/45/ 4.4.2011) και άλλες διατάξεις. (ΦΕΚ τεύχος Α'261/09.12.2013. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <https://www.taxheaven.gr/laws/law/index/law/565> ημερομηνία ανάκτησης 16/11/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2014. Νόμος υπ' αριθ. 4238 *Πρωτοβάθμιο εθνικό δίκτυο υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις* (ΦΕΚ τεύχος Α' 38/17.02.2014). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/search-laws> ημερομηνία ανάκτησης 26/09/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2014.Υπουργική Απόφαση υπ. αριθ. 2243 *Ρύθμιση επιστροφών rebate* (ΦΕΚ τεύχος Β' 2243/18.08.2014) Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.dikaiomastinygeia.gr/ckfinder/userfiles/files/%CE%A6%CE%95%CE%9A%202243%CE%9218-8-14.pdf> ημερομηνία ανάκτησης 11/11/2016 σ.27995,28000.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2016. Υπουργική Απόφαση υπ. αριθ. 2221 *Κανόνες παραπομπής διαγνωστικών εξετάσεων όρια και έλεγχοι συνταγογραφούμενων εξετάσεων* (ΦΕΚ τεύχος Β' αριθ. 2221/18.07.2016) Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [https://www.e-prescription.gr/wp-content/themes/e-syntagografisi/files/FEK\\_20160718\\_2221B.pdf](https://www.e-prescription.gr/wp-content/themes/e-syntagografisi/files/FEK_20160718_2221B.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 16/10/2016

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2016. Νόμος υπ. αριθ. 4368 *Μέτρα για την επιτάχυνση του Κυβερνητικού έργου και λοιπές διατάξεις* (ΦΕΚ τεύχος Α' 21.02.2016). Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο ημερομηνία ανάκτησης 16/10/2016 <https://www.taxheaven.gr/laws/law/index/law/736> ημερομηνία ανάκτησης 16/10/2016

Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης, ΗΔΙΚΑ, 2016. Δελτίο τύπου, σχετικά με την ολοκληρωμένη πλατφόρμα για την ηλεκτρονική Υποστήριξη Φροντίδας Υγείας του ασθενή, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.idika.gr/files/deltio\\_typou\\_.pdf](http://www.idika.gr/files/deltio_typou_.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 16/10/2016

Howard, K., & Sharp, J.,2001. *Επιστημονική Μελέτη*. Αθήνα: Gutenberg Βιβλία για το Βιβλίο.



Ιακωβίδης, Δ. 2014. *Μεταρρύθμιση Δημόσιου Τομέα 2014-2020*, 16 Δεκεμβρίου, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, επιχειρησιακό πρόγραμμα (ΕΣΠΑ) 2014GR05M2OP001, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [https://www.espa.gr/elibrary/Metarrythmisi\\_Dimosiou\\_2014GR05M2OP001\\_1\\_2\\_el.pdf](https://www.espa.gr/elibrary/Metarrythmisi_Dimosiou_2014GR05M2OP001_1_2_el.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 16/10/2016

Ιατρικός Σύλλογος Πατρών, 2013. *4 εκατομμύρια συνταγές κάθε μήνα στο e-syntagografisi*, Γενικά, Ηλεκτρονικός τύπος, 1 Φεβρουαρίου, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.ispatras.gr/> ημερομηνία ανάκτησης 23/09/2016

Καραστεργίου, Χ., *χ.χ. Εφαρμογές της Τηλεϊατρικής στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδοτικός οίκος Vnapharm, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.scientific-journal-articles.org/greek/free-online-journals/medical/medical-articles/karastergiouX/med-05-karastergioux.htm> ημερομηνία ανάκτησης 23/09/2016

Καρκατσούλης, Π., 2004. *Το κράτος σε μετάβαση. από τη «Διοικητική Μεταρρύθμιση» και το «Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ» στη «Διακυβέρνηση»*. Αθήνα: Εκδόσεις Ι. Σιδέρης.

Κατσιλιέρης Β., 2007. *Επιχειρησιακές στρατηγικές και επιχειρησιακή οργάνωση στον τομέα της υγείας: προβλήματα και προοπτικές* [Διδακτορική Διατριβή]. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, (ΕΚΠΑ), σελ. 30, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/18361#page/38/mode/2up> ημερομηνία ανάκτησης 20/11/2016

Κέφης, Β., 2005. *Ολοκληρωμένο Μάνατζμεντ. Βασικές αρχές για σύγχρονες οικονομικές μονάδες*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική ΑΕ.

Κέφης, Β., 2014. *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Έκδοση 2η*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική ΑΕ.

Κοινωνία της Πληροφορίας, Ε. Π. Ψηφιακή σύγκλιση. *Ψηφιακές υπηρεσίες, χαρακτηριστικά έργα στην Υγεία*. Αθήνα: Ψηφιακή Ελλάδα (2007-2013), διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.infosoc.gr/infosoc/el-GR/epktp/piousendiaferei/idiotes/pshfiakes/health.htm> ημερομηνία ανάκτησης 12/11/2016

Κυριόπουλος, Γ. και Μπεαζόγλου, Τ., 1999. Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία: Μια απόπειρα για τη συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Στο: Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ., Μπεαζόγλου, Τ., επιμ. *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*. Αθήνα: Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, σελ. 15-34.

Κυριόπουλος, Γ., 1995. Κράτος ή Αγορά; Η κρίσιμη Επιλογή στον Υγειονομικό τομέα. Στο: Κυριόπουλος, Γ., επιμ. *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*. Β' έκδοση. Αθήνα: Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, σελ. 15-37.

Κυριόπουλος, Γ. και Γείτονα, Μ., 1995. *Η διασυνοριακή ροή ασθενών στην Ελλάδα και την Ευρώπη*. Αθήνα: Εξάντας/ Πολιτικές υγείας.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ. και Χατζοπούλου, Μ., 2008. *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπασωτηρίου.

Κωστάρας, Ν. Γιάννης, 1999. *Η «Νέα Δημόσια Διοίκηση ένα παγκόσμιο φαινόμενο»*. Δημοσίευση. Τελευταία τροποποίηση 7 Ιανουαρίου 1999, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://jkostaras.tripod.com/npm.html> ημερομηνία ανάκτησης 15/09/2016.

Λαδή, Σ., Νταλάκου Β., 2008. *Δημόσια Διοίκηση και Πολιτική Τομ. Α΄: Εισαγωγή στη Δημόσια Διοίκηση και Δημόσια Πολιτική*. Β΄ Έκδοση. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Λαζακίδου, Α., χ.χ. *Πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείων & ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

*Μνημόνιο Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής*, 2012. Δεύτερο μνημόνιο οικονομικής προσαρμογής. Αθήνα: 9 Φεβρουαρίου 2012, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.fa3.gr/nomothesia\\_2/nomoth\\_gen/mnimonio/mnimonio-2.pdf](http://www.fa3.gr/nomothesia_2/nomoth_gen/mnimonio/mnimonio-2.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 15/10/2016

Μούρτου, Ε., 2006. *Ο Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία*. Επιθεώρηση υγείας, 17(101), σ.3, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.agandreashosp.gr/depts/Hlektronikos\\_Fakelos.pdf](http://www.agandreashosp.gr/depts/Hlektronikos_Fakelos.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 25/10/2016

Μπαμπαλιούτας, Λ., 2013. *Το Σύγχρονο Θεσμικό πλαίσιο της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης Τομ. Α΄*. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα.

Μπουλούτζα, Π. 2013. Κυρώσεις σε γιατρούς για υπέρβαση δαπανών ΕΟΠΠΥ. *ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ*, 20 Αυγούστου, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.kathimerini.gr/496324/article/epikairothta/ellada/kyrwiseis-se-giatroys-gia-ypervash-dapanwn-eopyy> ημερομηνία ανάκτησης 21/11/2016

Μωραΐτης Ε., 2015. *Οδηγίες-Συμβουλές για την εκπόνηση επιστημονικών εργασιών ή πως πρέπει να γράφεται μια επιστημονική εργασία*. Σημειώσεις στα πλαίσια του μαθήματος σεμινάριο διπλωματικής εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος «Δημόσια Οικονομική και Πολιτική». Πειραιάς: ΑΕΙ Τ.Τ Πειραιά.

Οικονόμου, Χ., 2005. *Υγεία και πολιτική στην Ελλάδα κατά τη μεταπολεμική περίοδο 1950-1983*. Στο: Σακελλαρόπουλος, Θ., επιμ. *Οικονομία και πολιτική στη σύγχρονη Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος. σελ. 320-322

ΟΟΣΑ, 2015. Δικτυακός τόπος Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και την Ανάπτυξη (OECD), 2015. *Η Υγεία με μια Ματιά*. Δείκτες ΟΟΣΑ, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en) DOI:10.1787/health\_glance-2015-en ημερομηνία ανάκτησης 21/11/2016 σ.1

OECD, 2011, Greece: Review of the Central Administration, OECD. Public Governance Reviews, OECD Publishing Service. available at <http://dx.doi.org/10.1787/9789264102880-en> ημερομηνία ανάκτησης 21/11/2016 pp. 102

OECD (2012,) Greece: Review of the central Administration (Greece version): OECD Public Governance reviews, OECD Publishing, executive summary, available at <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179158-el> ημερομηνία ανάκτησης 25/11/2016

OECD, 2015. *How does Health spending in GREECE compare?* OECD Publications Service, available at <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-GREECE-OECD-Health-Statistics-2015.pdf> ημερομηνία ανάκτησης 25/11/2016 pp.1

OECD, 2015. Economic Policy Reforms, 2015. *Going for Growth (Summary in Greece)*. OECD Publications Service, available at <https://www.oecd.org/eco/growth/going-for-growth-greece-2015.pdf> ημερομηνία ανάκτησης 15/10/2016

OECD, 2015. Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing. Doi: 10.1787/health\_glance-2015-en. available at <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/6b6ff47e-el/index.html?itemId=/content/summary/6b6ff47e-el&mimeType=text/html> ημερομηνία ανάκτησης 25/11/2016

OECD, 2016. *Economic Survey of Greece 2016*, OECD 2016 Organisation for economic, σ.1, available at <http://www.oecd.org/eco/surveys/GRC%20flyer-%20GRC.pdf> ημερομηνία ανάκτησης 25/11/2016

OECD, 2016. *Health policy in Greece*. OECD Publications Service, available at <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Greece-January-2016.pdf> ημερομηνία ανάκτησης 15/10/2016 pp.1

OECD /EU, 2016. Health at a Glance: Europe 2016. *State of Health in The EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, available at <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en> ημερομηνία ανάκτησης 15/10/2016

Official Journal of the European Union, 4 April 2011. L88/45, Directive 2011/24/EE of European Parliament and of the Council of 09 March 2011, on the application of patients' rights in cross-border healthcare, available at <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj> ημερομηνία πρόσβασης 12/11/2016

Πάγκαλος, Γ., 2011. *Ηλεκτρονική συνταγογράφηση*. Παρουσίαση Προέδρου ΗΔΙΚΑ ΑΕ, 27 Ιουλίου 2011, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [www.ictplus.gr/files/1\\_TELECOM\\_STRATEGIES/PANGALOS\\_GIORGOS\\_HDIKA\\_270711.pdf](http://www.ictplus.gr/files/1_TELECOM_STRATEGIES/PANGALOS_GIORGOS_HDIKA_270711.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 11/11/2016

Παπαηλίας, Θ., 2015. *Οικονομία και κοινωνία - Οι εξελίξεις στην Ελληνική οικονομία μεταπολεμικά*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Πασχάλη Κ., 2014. *Προηγμένος Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας που Υποστηρίζεται με τη Συμβολή του Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού τη Διάγνωση, Αντιμετώπιση και Πρόγνωση του Καρκίνου του Θυρεοειδούς* [Διδακτορική Διατριβή]. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/handle/10889/8889> ημερομηνία ανάκτησης 16/10/2016 σ.7

Ραυτοπούλου, Σ., 2003. *Ηλεκτρονική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. [Τελική Εργασία]. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, σελ.46, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/14/12/555.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/14/12/555.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 25/9/2016

Σακελλαρόπουλος, Θ., 2005. *Οικονομία και πολιτική στη σύγχρονη Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.

Σαρμανιώτης, Χ., 2005. *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Εκδόσεις Β., Γκιούρδας

Σουσαμλής Μ., 2010. *Η Αποδοχή της Τηλεϊατρικής από τους Ιατρούς των Μονάδων Υγείας των Νησιών του Αιγαίου και της Κρήτης και η Συμβολή της στην Ανάπτυξη των Υπηρεσιών Υγείας*. [Διδακτορική Διατριβή], Μυτιλήνη: Πανεπιστήμιο Αιγαίου, σελ.33-36, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/28776> ημερομηνία ανάκτησης 23/09/2016

Τερζή, Γ., 1999. Κατανάλωση φαρμάκων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στο: Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ., Μπεαζόγλου, Τ., επιμ. *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*. Αθήνα: Θεμέλιο, σ. 121-132.

Τόκη Ε., 2015. *Πληροφορική Υγείας*. Ενότητα 8: *Τηλε-υγεία και Τηλεκπαίδευση στον Τομέα Υγείας*. Άρτα: ΤΕΙ Ηπείρου; σ. 5-7, 25, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://docplayer.gr/11453862-Pliroforiki-ygeias-enotita-8-tileygeia-kai-tilekpaideysi-ston-tomea-ygeias-eygenia-toki.html> ημερομηνία ανάκτησης 23/09/2016

Τσαγκάρης, Μ., Χατζηπανταζή, Π., Τσαρούχη, Α. και Τσαντούλας, Δ., 2000. *Τηλεϊατρική : Η εμπειρία του Σισμανόγλειου Νοσοκομείου*. Ασκληπειακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Επίκαιρα Θέματα, Επιστημονικά Χρονικά Σισμανογλείου 2000, 1(1);41-5, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pubaspis/%CE%A5%CE%A4%CE%A3%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%B1%CE%BD%CF%8C%CE%B3%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CE%BF%CE%BD.htm> ημερομηνία ανάκτησης 23/09/2016

Τσουνής, Α. και Σαράφης, Π., 2012. *Η Ποιοτική ηλεκτρονική διαχείριση των πληροφοριών στις υπηρεσίες υγείας ως εργαλείο διασφάλισης της ολικής ποιότητας*. διεπιστημονική φροντίδα υγείας, 4 (3), σ.91-97.

Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, Γενική Γραμματεία Διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, 2013. *Διαφάνεια. Εθνικό σχέδιο κατά της διαφθοράς, Ιανουάριος 2013*, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.ministryofjustice.gr/site/LinkClick.aspx?fileticket=Q\\_C4Fw\\_rxLk%3D&tabid=64](http://www.ministryofjustice.gr/site/LinkClick.aspx?fileticket=Q_C4Fw_rxLk%3D&tabid=64) ημερομηνία ανάκτησης 11/11/2016

Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2014. *Στρατηγική για την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση 2014-2020*, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.opengov.gr/minreform/wp-content/uploads/downloads/2014/02/stratigiki-ilektron.-diakyv.-teliko-pdf1.pdf> ημερομηνία ανάκτησης 09/10/2016

Υπουργείο Διοικητικής Ανασυγκρότησης, 2014. Δικτυακός τόπος Διαβουλεύσεων. *Οι ΤΠΕ και η ηλεκτρονική διακυβέρνηση*, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.opengov.gr/minreform/?p=1388> ημερομηνία ανάκτησης 09/10/2016

Υπουργείο Οικονομίας & Οικονομικών Ειδική Γραμματεία Ψηφιακού, Σχεδιασμού, 2009. *Η ψηφιακή Ελλάδα γίνεται πραγματικότητα: Τα μετρήσιμα θετικά αποτελέσματα στόχοι και δράσεις για τους επόμενους μήνες*, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.infosoc.gr/infosoc/el-GR/grafeiotypou/informational/press\\_releases/](http://www.infosoc.gr/infosoc/el-GR/grafeiotypou/informational/press_releases/) ημερομηνία ανάκτησης 18/09/2016

Υπουργείο Οικονομικών, 2011. *Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων 2011-2014 Ελλάδα*. Αθήνα: Απρίλιος 2011, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [https://www.espa.gr/elibrary/E9niko\\_Programma\\_Metarru9misewn\\_2011\\_14.pdf](https://www.espa.gr/elibrary/E9niko_Programma_Metarru9misewn_2011_14.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 20/11/2016

Υπουργείο Υγείας, 2015. *eHealth- Ηλ. Υγεία.eHealth Forum 2015:Ομιλία Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας Ιωάννου Μπασκόζου*, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/ehealth-forum-2015/3608-omilia-genikoy-grammatea-dhmosias-ygeias-iwannh-mpaskozoy> ημερομηνία ανάκτησης 16/10/2016

Υπουργείο Υγείας, 2016. *Πρόσβαση των ανασφάλιστων στο δημόσιο σύστημα υγείας. Στο: site του υπουργείου Υγεία*, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.moh.gov.gr/articles/health/anapytksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias> ημερομηνία ανάκτησης 20/11/2016

Υπουργείο Υποδομών Μεταφορών και Δικτύων, 2013. Ειδική υπηρεσία διαχείρισης Ε.Π «Ψηφιακή Σύγκλιση», οδηγός πληροφόρησης και δημοσιότητας, σελ.6 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.digitalplan.gov.gr/resource-api/dipla/contentObject/bdfd42a4-463a-475d-81eb-2ee73b30fc2e/content> ημερομηνία ανάκτησης 16/10/2016

Χαλκιά, Β. και Βαρακλιώτη, Α., 2015. Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32 (5), σ.549-555, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.mednet.gr/archives/2015-5/pdf/546.pdf> ημερομηνία ανάκτησης 13/10/2016

Χαρακίδα, Λ., 2012. *Ανάλυση μελέτη και δημιουργία ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης φαρμάκων*. Διατριβή επιπέδου master, Πανεπιστήμιο Πειραιά, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/5056> ημερομηνία ανάκτησης 13/9/2016

Ψηφιακό Σχολείο, Διαδραστικά σχολικά βιβλία, Αρχές Οικονομίας (Α΄ Γενικού Λυκείου), βιβλίο μαθητή. Κεφάλαιο: 7.3 Οι Μεταβιβαστικές πληρωμές, διαθέσιμο στο <http://ebooks.edu.gr/modules/ebook/show.php/DSGL-A114/547/3588,15298/> ημερομηνία ανάκτησης 15/9/2016

World Health Organization, (WHO), 2011. *«m-Health-New horizons for health through mobile technologies, Global Observatory for eHealth series-Volume 3»*. Geneva:WHO, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44607/1/9789241564250\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44607/1/9789241564250_eng.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 21/11/2016