



Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου  
Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών  
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
« ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ »

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΔΙΤ: Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία στα Ολοκληρωμένα  
Πληροφοριακά Συστήματα στην Υγεία**

Ρουμπέκα Μαργαρίτα

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κυριάκος Σουλιώτης, Αν. Καθηγητής, επιβλέπων

Μαίρη Γείτονα, Καθηγήτρια, μέλος

Αγγελική Λιαριγκοβινού MSc, PhD, μέλος

Κόρινθος, Ιανουάριος 2020

*Αφιερώνεται στον εκλιπόντα πατέρα μου  
και στα παιδιά μου Μαρία, Ανδριάννα και Γιώργο*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	8
ABSTRACT.....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	12
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	14
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ -Γνωρίζοντας τις Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα .....	15
1.1 Τι είναι ΣΔΙΤ .....	15
1.2 Φιλοσοφία ΣΔΙΤ.....	16
1.3 Ο θεσμός των ΣΔΙΤ .....	17
1.4 Προσδιορισμός Κινδύνων .....	18
1.5 Βασικές Κατηγορίες ΣΔΙΤ .....	20
1.6 Μορφές ΣΔΙΤ.....	22
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ - Νομικό Πλαίσιο.....	24
2.1 Νόμος 3389/2005 .....	24
2.2 Αρμόδια όργανα .....	25
2.3 Σύγκριση ΣΔΙΤ με τις Συμβάσεις Παραχώρησης .....	27
2.4 Συμβάσεις ΣΔΙΤ σε αντίθεση με τις «καθιερωμένες» δημόσιες συμβάσεις παροχής υπηρεσιών ή υλοποίησης έργων.....	28
3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ - Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα των Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα .....	29
3.1 Πλεονεκτήματα .....	29
3.2 Μειονεκτήματα .....	30
4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ – Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα.....	30
4.1 Πληροφοριακά Συστήματα στην Υγεία .....	30
4.2 Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας.....	32
4.3 ΟΠΣΥ Νοσοκομείων στον 21 <sup>ο</sup> αιώνα.....	34
4.4 Ηλεκτρονική Υγεία (e-Health).....	35
5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ - ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας της Ευρώπης.....	37
5.1 Υφιστάμενη Κατάσταση των Ευρωπαϊκών Χωρών.....	37
5.2 Περίπτωση Δανίας: Ηλεκτρονική Πύλη Υγείας (sundhed.dk) .....	41
5.3 Περίπτωση Γερμανίας: «b IT 4Health» .....	43
6 ΚΕΦΑΛΑΙΟ - Αξιολόγηση των ΣΔΙΤ στον Ελλαδικό χώρο .....	45
6.1 Αναφορές έργων με την μέθοδο ΣΔΙΤ .....	45
6.2 Εξελίσσοντα τα ΟΠΣΥ της πρώην Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου .....	47
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	52
7 ΚΕΦΑΛΑΙΟ - Μελέτη για υλοποίηση έργου ΣΔΙΤ: Ηλεκτρονική κάρτα Υγείας ασθενών δύο νοσοκομείων, του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας (Ν.Μ Ναυπλίου) και του Γ.Ν Μεσσηνίας(Ν.Μ Καλαμάτας) .....	53
7.1 Περιγραφή του έργου ΣΔΙΤ, με γνώμονα τα στοιχεία των δύο νοσοκομείων .....	53
7.2 Σκοπός της έρευνας.....	54

7.3	Μεθοδολογία της έρευνας και δομή ερωτηματολογίου .....	55
7.4	Δεοντολογική Προσέγγιση.....	57
8	ΚΕΦΑΛΑΙΟ -Στατιστική Ανάλυση-Αποτελέσματα της έρευνας.....	57
8.1	Περιορισμοί έρευνας.....	57
8.2	Στατιστική Ανάλυση για την εκπαίδευση των Π.Σ.Υ.....	61
8.3	Στατιστική Ανάλυση για την χρήση των Π.Σ.Υ.....	64
8.4	Στατιστική ανάλυση για τις ΣΔΙΤ .....	67
8.5	Στατιστική Ανάλυση για την Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας Ασθενούς.....	69
8.6	Ερευνητικά Ερωτήματα .....	72
8.6.1	Ερευνητικά Ερωτήματα 1-2.....	72
8.6.2	Ερευνητικά Ερωτήματα 3-4-5 .....	75
8.6.3	Ερευνητικό Ερώτημα 6.....	82
9	ΚΕΦΑΛΑΙΟ -Συμπεράσματα-Προτάσεις .....	85
9.1	Συμπεράσματα Έρευνας.....	85
9.2	Προτάσεις.....	89
	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	92
	ΝΟΜΟΙ.....	94
	ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΆΡΘΡΑ .....	95
	ΞΕΝΑ ΆΡΘΡΑ.....	96
	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ .....	97
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτηματολόγιο .....	99
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Πίνακες Kolmogorov-Smirnov .....	105
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Στατιστικοί Πίνακες Έρευνας.....	107

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κα. Αγγελική Λιαριγκοβινού για την συνεργασία, την υποστήριξη, την υπομονή και την καθοδήγηση της κατά την διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μου, τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σουλιώτη Κυριάκο για την αμέριστη εμπιστοσύνη του καθώς και την κα Μαίρη Γείτονα για τις καθοριστικές και χρήσιμες διαλέξεις της καθ' όλη την διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό των επιλεγμένων νοσοκομείων της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ για την βοήθεια που μου προσέφεραν για την συλλογή των στοιχείων της παρούσας εργασίας. Συγκεκριμένα την κα Χελά Μαρία του Τμήματος Πληροφορικής του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας (Ν.Μ Καλαμάτας), την κα. Βασιλική Σαλεσιώτη, Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου της Ν.Μ Ναυπλίου του Γ.Ν. Αργολίδας και τον κ. Αναστάσιο Γκόφα του Τμήματος του Ανθρώπινου Δυναμικού αντίστοιχα.

Τέλος, έχω την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην οικογένεια μου και τους φίλους μου, οι οποίοι υπήρξαν με τον τρόπο τους ο καθένας ξεχωριστά αναπόσπαστο μέρος στην προσπάθεια αυτή.

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ

Συντόμευση	Πλήρες Όνομα
ΔΕΠΙΑΝΟΜ	Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων
ΔΕΣΔΙΤ	Διυπουργική Επιτροπή Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού Δικαίου
ΔΠΣΝ	Διαχειριστικό Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου
ΔΣΔ	Διοικητικό Σύστημα Διαχείρισης
ΔΥΠΕ	Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
ΕΓΣΔΙΤ	Εδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΕΣ	Εταιρεία Ειδικού Σκοπού
ΕΙ	Εξωτερικά Ιατρεία
ΕΟΚΕ	Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή
ΕΣΛ	Ευρωπαϊκή Συνθήκη Λωζάννης
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΔΙΚΑ Α.Ε	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Ηλεκτρονικής Ασφάλισης Α.Ε
ΙΒΕΑΑ	Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών
ΙΠΣΝ	Ιατρικό Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου
ΚΙΠΣ	Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης
ΚτΠ Α.Ε	Κοινωνία της Πληροφορίας Α.Ε
ΝΠΔΔ	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΣΥ	Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας
ΟΤΑ	Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΠΔΕ	Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων
ΠΣ	Πληροφοριακό Σύστημα
ΠΣΕ	Πληροφοριακό Σύστημα Εργαστηρίων
ΠΣΝ	Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου
ΠΣΥ	Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας
ΣΔΙΤ	Σύμπραξη δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας
e-Health	Ηλεκτρονική Υγεία

EPEC	European PPP Expertise Centre, Ευρωπαϊκό Κέντρο Τεχνογνωσίας για θέματα ΣΔΙΤ
EPR	Electronic Private Record
HMIS	Hospital Management Information System
IT	Information Technology
LIS	Laboratory Informatio System
MHIS	Managed Healthcare Information Services
PFI	Private Finance Initiative
PHR	Personal Health Record
REGI	Committee on Regional Development of the European Parliament
RIS	Radiology Information System

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι ευρέως γνωστό ότι τα τελευταία χρόνια ο τομέας της Υγείας κάνει μεγάλες προσπάθειες να εκσυγχρονιστεί και μέσω της τεχνολογίας να παρέχει ασφαλέστερες και ταχύτερες υπηρεσίες με στόχο πάντα την καλύτερη φροντίδα του ασθενούς.

Η ένταξη των Πληροφοριακών Συστημάτων στα Νοσοκομεία υπήρξε καθοριστικό έργο εκσυγχρονισμού, ωφέλιμο τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τους περιθάλποντες, όπως βελτίωση του τρόπου εργασίας, ασφαλέστερα αποτελέσματα, καλύτερη οργάνωση και αντιμετώπιση έκτακτων και μη περιστατικών, μείωση χρόνου αναμονής αποτελεσμάτων, καλύτερη οργάνωση και διαχείριση των οικονομικών πόρων των Νοσοκομείων, εν μέσο κρίσης. Για την περαιτέρω καλυτέρευση των εφαρμογών και την αναβάθμιση των υπαρχόντων ΠΣ των Νοσοκομείων και λόγω έλλειψης πόρων, αναζητούνται άλλοι τρόποι χρηματοδότησης προκειμένου να πραγματοποιηθούν αλλαγές, βελτιώσεις και προσθήκες στα υπάρχοντα ΠΣ.

Για τους ανωτέρω λόγους, παρατηρείται μια συνεχή επέκταση της χρήσης των ΣΔΙΤ σε διάφορους τομείς ακόμη και στον υγειονομικό, με νομοθετικές ρυθμίσεις υποστηρικτικές για τέτοιου είδους συμπράξεις.

Σύμφωνα με την Πράσινη Βίβλο, η οποία υιοθετήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2005, οι ΣΔΙΤ είναι μορφές συνεργασίας του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα, με σκοπό την χρηματοδότηση, την κατασκευή, την ανακαίνιση, τη διαχείριση ή την συντήρηση υποδομών ή την παροχή υπηρεσιών.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να κατατεθεί η Διεθνής και Ελληνική Εμπειρία για τα Πληροφοριακά Συστήματα και την εξέλιξή τους στο τομέα της Υγείας, μέσω των ΣΔΙΤ.

Στο γενικό μέρος της παρούσας εργασίας πέρα από θεωρητική προσέγγιση τόσο των Π.Σ.Υ όσο και των συμπράξεων, παρουσιάζονται επιτυχημένα παραδείγματα έργων ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας Ευρωπαϊκών χωρών, (Δανίας ,Γερμανίας). Στο ειδικό μέρος, αποτυπώνεται η έρευνα, η οποία υλοποιήθηκε σε δύο νοσοκομεία της 6<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας, του Γ.Ν. Μεσσηνίας (Ν.Μ Καλαμάτας) και του Γ.Ν. Αργολίδας (Ν.Μ Ναυπλίου) για την εξέλιξη των Πληροφοριακών



Συστημάτων τους με την δημιουργία της Ηλεκτρονικής κάρτας Υγείας του ασθενούς μέσω ΣΔΙΤ.

Η εμπειρία και οι πεποιθήσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού τόσο για το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα που χρησιμοποιούν, όσο και οι απόψεις τους για την δημιουργία Ηλεκτρονικής Κάρτα Υγείας ασθενούς μέσω των ΣΔΙΤ, αποτελεί το βασικό κορμό της εν λόγω εργασίας. Επιπρόσθετα, καταγράφηκαν τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα καθώς και το έλλειμμα εμπιστοσύνης στο θεσμό των ΣΔΙΤ, κάτι το οποίο υποδεικνύει μια από τις αιτίες για τις οποίες δεν έχει ακόμη εφαρμοστεί η μεταρρυθμιστική αυτή προσπάθεια στον τομέα της υγείας στην χώρας μας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν την αναγκαιότητα της εξέλιξης των ΟΠΣΥ, καθώς και της σωστής και εμπειριστατωμένης ενημέρωσης για τις ΣΔΙΤ, προκειμένου να αλλάξει η νοοτροπία και η κουλτούρα των εργαζομένων στα νοσοκομεία για τον ρόλο των ιδιωτών σε δημόσιες δομές.

Επίσης, η έρευνα τόνισε την σημαντικότητα της ύπαρξης στοχευόμενων ελεγκτικών μηχανισμών, προκειμένου να μην επαναληφθούν λάθη του παρελθόντος, ζημιογόνα τόσο σε οικονομικό επίπεδο όσο και σε ποιότητα παροχών και υπηρεσιών.

Τέλος, σημαντικό εύρημα της παρούσας εργασίας είναι το γεγονός ότι το 80,4% των συμμετεχόντων είναι πρόθυμοι να συμμετέχουν στην επιτυχία ενός έργου ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, με το 85% να γνωρίζει ότι ο ιδιωτικός τομέας θα συμβάλει θετικά στους κρατικούς στόχους, είτε με χρηματοδότηση είτε με τεχνογνωσία, αρκεί να έχει αυστηρά οριοθετηθεί ο ρόλος των ιδιωτών προς αποφυγή της συνειρμικής ταύτισης του θεσμού ΣΔΙΤ με την ιδιωτικοποίηση της Υγείας.

**Λέξεις Κλειδιά:** Πληροφοριακό Σύστημα (ΠΣ), ΟΠΣΥ, ΣΔΙΤ, Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας, Ευρωπαϊκή εμπειρία

## **ABSTRACT**

It is well known, that in recent years the health sector has made great efforts to modernize and with the use of technology to provide and deliver safer and faster services for better patient care.

The integration of Hospital Information Systems has been a crucial modernization project, beneficial to both employees and patients, such as the improvement of working conditions , safer results, better management techniques of how to deal with emergencies and incidents/cases, reduced waiting times (Hrs) and better management of results hospitals' financial resources in the midst of crisis. In order to improve the applications and upgrade the existing Hospital Information System (HIS) due to lack of resources, there is a need of finding other ways of financing in order to make changes, improvements and additional extras to the existing one.

Based on the above, there is a continuous expansion of PPP's use in various sectors, including healthcare, while legislation been supportive in such partnerships.

According to the Green Bible adopted by the European Commission in 2005, PPP's are forms of public-private partnership enable to deliver an efficient, cost-effective and measurable public services within modern facilities, including the management infrastructure, construction, or better services.

The purpose of this paper is to describe the International and Greek Situation by presenting the progress and the development with the use of Information Systems in Health care.

In addition to the theoretical approach of both Health Information System and partnerships, successful examples of PPP projects in the field of Health in European Countries (eg. Denmark, Germany) are presented at the introductory part of this paper.

At the body part of the thesis, a research was carried out in two hospitals of the 6th Health District, General Hospital of Messinias (Unit of Kalamata) and General Hospital of Argolida (Unit of Nafplio) and is presented. The survey is based on the progress and the development by using Information Systems including the use of the Electronic Patient Health Card through PPPs.

The experience and beliefs of the medical and nursing staff about their Integrated Information System and their views on the creation of a Patient Electronic Health Card through PPPs, are the main core of this work. In addition to, the advantages

and disadvantages including the lack of confidence at the institution of PPPs were recorded, which indicates one of the reasons why this health reform effort in our country, Greece, has not yet been implemented.

The results of the survey highlighted the need for the development of Integrated Information Systems, as well as the right and in-depth information on PPPs, in order to change the mentality and culture of hospital staff members for the existence of individuals parts in public organizations.

The research also highlighted the importance of having targeted control mechanisms in place, so as not to repeat mistakes from the past which cause harm on economy and had consequences in the provision of services quality.

Finally, an important outcome of the present work is the fact that a percentage of 80.4% of the participants, are willing to participate in the engagement of the success of a PPP project in the health sector, with an additional percentage of 85% of people knowing that the private sector will contribute positively to state objectives, either with funding or know-how techniques and methods, by emphasising that the role of private individuals is strictly avoided in order to bypass and confuse the associative identification of PPPs with the privatization of Health.

**Key words:** Information System, PPPs, Electronic Health Card, European experience

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τομέας της Υγείας απαιτεί συνεχώς βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και υποδομών με ταυτόχρονη μείωση του κόστους. Τα τελευταία χρόνια που χαρακτηρίζονται έντονα από οικονομικές δυσχέρειες παγκοσμίως, επιτάσσουν την ανάγκη εξεύρεσης νέων τρόπων χρηματοδότησης για υλοποίηση σημαντικών έργων στην δημόσια υγεία. Οι εμπλεκόμενοι φορείς του Δημοσίου ολοένα και περισσότερο δείχνουν ενδιαφέρον για συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα κατά την δημιουργία μιας υποδομής ή την παροχή μιας υπηρεσίας. Η συνεργασία αυτή αποτυπώνεται με τον όρο ΣΔΙΤ δηλ. Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα, η οποία είναι ευρέως διαδεδομένη στην Ευρώπη και Διεθνώς σε όλους τους τομείς με κυρίαρχο τον τομέα των μεταφορών , ενώ στον αντίστοιχο της Υγείας, τα έργα με τη μέθοδο ΣΔΙΤ, παρουσιάζουν μεγάλη ανάπτυξη Διεθνώς, κάτι το οποίο δεν μπορεί να υποστηριχθεί και για την χώρα μας. .

Ωστόσο, η εποχή της ψηφιοποίησης επιβάλλει τον εκσυγχρονισμό των υπάρχοντων συστημάτων στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας μας. Η μακρόχρονη οικονομική επιτήρηση και τα λιγοστά διαθέσιμα για επένδυση στο χώρο της τεχνολογίας, δυσχεραίνουν την εξέλιξη των Πληροφοριακών Συστημάτων Υγείας (ΠΣΥ). Ο θεσμός των ΣΔΙΤ αρχικά, θα καλύψει το κενό της έλλειψης των αναγκαίων πόρων προκειμένου να ανταποκριθούμε στις διεθνείς απαιτήσεις για υλοποίηση έργων στο πλαίσιο της Ηλεκτρονικής Υγείας. Έτσι, επενδύοντας στις σύγχρονες τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) θα απλοποιηθούν οι διαδικασίες διάγνωσης και θεραπείας, θα αυξηθεί η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης και θα βελτιωθεί η διαθεσιμότητα όλων των τυπικών δεδομένων και ιατρικών γνώσεων. Καθώς η επιστήμη της πληροφορικής εξελίσσεται, οι πιο σύγχρονες τεχνολογίες θα καταστήσουν τις υπηρεσίες δεδομένων και επικοινωνιών ακόμα πιο αποτελεσματικές.

Το αυξανόμενο ποσοστό έργων Πληροφορικής στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και το ενδιαφέρον των δημόσιων νοσοκομείων για τις νέες τεχνολογίες επιτάσσουν την συνέχιση της συνεργασίας της Πολιτικής Ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας με τις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών. Απαιτείται η εξασφάλιση των απαραίτητων προϋποθέσεων για την ψηφιοποίηση υγειονομικών δεδομένων και για την διασύνδεση των κατακερματισμένων ΠΣΥ, τουλάχιστον σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας, με τελικό στόχο την εκμετάλλευση των

ωφελειών της διαλειτουργικότητας των ΠΣΥ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας μας.

Την τελευταία δεκαετία, έγιναν σημαντικές προσπάθειες και υλοποιήθηκαν έργα για την εφαρμογή νέων Πληροφοριακών Συστημάτων και Τεχνολογιών Πληροφορικής στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας μας, ειδικά μέσα από τα έργα του 'Β και 'Γ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης. Ωστόσο, οι συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες της δημόσιας υγείας, υπαγορεύουν την βελτίωση των υπάρχοντων πληροφοριακών συστημάτων καθώς και την υιοθέτηση νέων έργων, περισσότερο αξιόπιστων και αποτελεσματικών. Στην Ελλάδα, οι προσπάθειες αυτές βρίσκουν πολλές δυσκολίες, όπως η δυσχερής οικονομική κατάσταση της χώρας, η μείωση των κοινοτικών πόρων και τα περιορισμένα διαθέσιμα ποσά στον τομέα της Πληροφορικής για την Υγεία, γι' αυτό δημιουργήθηκε η ανάγκη εξεύρεση λύσης για χρηματοδότηση έργων στον τομέα της τεχνολογίας της Υγείας. Μια σύγχρονη μέθοδος είναι οι Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ), παγκόσμιας αποδοχής με θετικά αποτελέσματα, αξιοποιώντας τα ιδιωτικά κονδύλια στην παροχή δημόσιων αγαθών και υπηρεσιών προς τους πολίτες.

Οι ΣΔΙΤ περιλαμβάνουν διάφορα σύνθετα μοντέλα συνεργασίας του δημοσίου με τους ιδιώτες με μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις, σκοπεύοντας την καλύτερευση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την "εκμετάλλευση" της τεχνογνωσίας και των μεθόδων του ιδιωτικού τομέα. Η ευρωπαϊκή και διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι οι συμπράξεις ΣΔΙΤ μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της οικονομίας και της κοινωνίας για τα επόμενα χρόνια.

Αν ξεπεραστούν οι φόβοι μας, για τυχόν προσβολή του δημόσιου χαρακτήρα των υγειονομικών υπηρεσιών, οι συμπράξεις του δημοσίου με ιδιώτες θα κατορθώσουν να εξελίξουν το υγειονομικό μας σύστημα και να προσφέρουν ισότιμα στους πολίτες, ποιοτικότερες και αποδοτικότερες υπηρεσίες.

Αυτό λοιπόν πραγματεύεται και η παρούσα εργασία, η οποία χωρίζεται σε δύο μέρη: το πρώτο μέρος περιλαμβάνει την θεωρητική προσέγγιση του θέματος, παρουσιάζοντας τις Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα, τα Πληροφοριακά Συστήματα Νοσοκομείων, τα Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας, την Ηλεκτρονική Υγεία και την Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας. Ενώ το δεύτερο μέρος πραγματεύεται την ερευνητική προσέγγιση του θέματος, συνδυάζοντας δύο ΠΣΝ διαφορετικών νομών της ίδιας Υγειονομικής Περιφέρειας, δημιουργώντας την Ηλεκτρονική κάρτα Υγείας Ασθενών μέσω ΣΔΙΤ.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ -Γνωρίζοντας τις Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα**

### **1.1 Τι είναι ΣΔΙΤ**

Με τον όρο Συμπράξεις Δημοσίου –Ιδιωτικού Τομέα εννοούμε την συνεργασία των δημόσιων αρχών με εταιρείες προκειμένου να εξασφαλιστεί η χρηματοδότηση, η κατασκευή , η ανακαίνιση ή η διαχείριση δημόσιων υποδομών αλλά και η παροχή υπηρεσιών σε διάφορους τομείς. (Κούτρας κα, 2005)

Παραδοσιακά, η κατασκευή των δημόσιων έργων μιας χώρας , ήταν ευθύνη του Δημόσιου τομέα, ως μέρος της γενικότερης κρατικής επενδυτικής πολιτικής, η οποία είναι αναγκαία στο πλαίσιο της διατήρησης της κοινωνικοοικονομικής αναπαραγωγής και των ρυθμών ανάπτυξης. (Σκαγιάννης, 1994).

Αναθεωρώντας τις απόψεις για την έκταση της δραστηριότητας του δημόσιου τομέα, τέθηκε το θέμα της εμπλοκής των ιδιωτών σε έργα δημοσίου, προκειμένου να συμπληρώσουν την ανεπάρκεια του δημόσιου και να επιτύχουν την καλύτερη διαχείριση του κεφαλαίου. Το γεγονός αυτό εδραιώθηκε, όταν πολλά κράτη προσπάθησαν να περιορίσουν τα ελλείμματα, με συνέπεια την μείωση των δημόσιων δαπανών που συχνά καταλήγουν σε μείωση των δημόσιων επενδύσεων. Έτσι η εκάστοτε κυβέρνηση, αρχικά επιμερίστηκε το βάρος της υλοποίησης των έργων με άλλους ευρύτερους φορείς και τελικά στράφηκε στην συνεργασία με τον ιδιωτικό φορέα μέσω συμβατικών ρυθμίσεων.

Αποτέλεσμα αυτού, είναι ο ρόλος του κράτους στον οικονομικό τομέα να αλλάξει και να γίνει περισσότερο οργανωτής και ρυθμιστής αναπτύσσοντας έργα ΣΔΙΤ.

Οι ΣΔΙΤ ορίζονται ως συμβατικές σχέσεις μακράς διάρκειας μεταξύ ενός Δημόσιου και ενός Ιδιωτικού φορέα για εκτέλεση έργων ή και παροχή υπηρεσιών. Με βάση την σύμβαση, ο ιδιώτης υποχρεούται να χρηματοδοτήσει την ενέργεια αλλά και να συμμετάσχει στον σχεδιασμό του έργου. Από την άλλη μεριά, ο δημόσιος φορέας καθορίζει τις απαιτήσεις βάση των λειτουργικών προδιαγραφών και αναγκών ενώ έχει την ευθύνη της τελικής έγκρισης για τον σχεδιασμό του έργου.

Επομένως, σε μια σύμπραξη οι ρόλοι τόσο του Δημόσιου Φορέα όσο και του Ιδιωτικού είναι σαφώς ορισμένοι όπως απεικονίζονται στην παρακάτω εικόνα, με την Αναθέτουσα Αρχή (Δημόσιο) να επικεντρώνεται στην παρακολούθηση και με εξωτερικό ανεξάρτητο φορέα να ασκείται ο έλεγχος της σωστής τήρησης των προδιαγραφών απόδοσης που έχουν οριοθετηθεί μέσω των συμβάσεων ΣΔΙΤ.

Ρόλος του Δημοσίου	Ρόλος των Ιδιωτών
1. Κατάρτιση Προδιαγραφών	1. Μελέτη
2. Αξιολόγηση	2. Χρηματοδότηση
3. Έγκριση	3. Κατασκευή
4. Υποστήριξη- Παρακολούθηση	4. Συντήρηση /ή και Λειτουργία

Πίνακας 1: Ρόλοι Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα σε μια ΣΔΙΤ,(Πηγή: Συνοπτικός Οδηγός ΣΔΙΤ,2006)

## 1.2 Φιλοσοφία ΣΔΙΤ

Η φιλοσοφία των συμβάσεων ΣΔΙΤ είναι η παροχή βελτιωμένων δημόσιων υπηρεσιών και έργων υποδομής στο ευρύ κοινό τόσο ποιοτικά όσο και οικονομικά αποδοτικά, συνδυάζοντας τις δεξιότητες και τις ικανότητες του Δημόσιου και Ιδιωτικού Φορέα. Με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται η κατασκευή των δημόσιων κτιρίων, υποδομών ή/και η παροχή υπηρεσιών με την συμβολή του Ιδιώτη, με απώτερο σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων.

Η βασική αρχή των ΣΔΙΤ είναι η οικονομική αποδοτικότητα (value for money). Για να αποδώσει μια συνεργασία ιδιωτικού-δημόσιου τομέα, θα πρέπει να είναι ωφέλιμη και για τα δύο μέρη (Βενιέρης, 2007). Αυτό βέβαια δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ο ιδιωτικός φορέας θα συγκεντρώσει πόρους πιο οικονομικά από ότι ο δημόσιος, οπότε για να συμμετάσχει σε ένα έργο ΣΔΙΤ θα πρέπει να επιφέρει και επιπλέον οφέλη.

Σύμφωνα με τις μεθόδους οικονομικής αξιολόγησης, σε μια τέτοιου είδους συνεργασία θα πρέπει να γίνει ανάλυση κόστους –οφέλους και μέτρηση της οικονομικής αποδοτικότητας της δαπάνης. Η ανάλυση αυτή είναι μια μέθοδος αξιολόγησης μέτρων δημόσιας πολιτικής και μετρά τους χρηματικούς πόρους τόσο τα κόστη όσο και το αποτέλεσμα κάθε εναλλακτικής λύσης. (Κυριόπουλος Γ, Γείτονα Μ, 2008). Η σύγκριση του πρόσθετου κόστους της ιδιωτικής χρηματοδότησης με τα πρόσθετα οφέλη που συνεισφέρει στο δημόσιο φορέα, συνήθως πραγματοποιείται με τον ισχυρισμό της εναλλακτικής υποθετικής χρηματοδότησης του έργου από το ίδιο το Δημόσιο φορέα. Συνεπώς, ο βασικός ρόλος του Δημοσίου είναι να επικεντρωθεί στην επίτευξη της μεγαλύτερης



οικονομικής αποδοτικότητας της Σύμπραξης, ελαχιστοποιώντας την συμμετοχή του στο έργο οικονομικά. Παράλληλα θα πρέπει κατά την αξιολόγηση της οικονομικής αποδοτικότητας, να συμπεριληφθεί και η αποδοχή και μεταβίβαση των κινδύνων στον ιδιώτη, όπως τις ευθύνες του ως προς τον χρόνο υλοποίησης του έργου και την εξοικονόμηση των πόρων .

Επιπλέον, η αρχή αυτή στηρίζεται στο γεγονός ότι τα έργα εξυπηρετούν ακριβώς το σκοπό τους, χωρίς να παρουσιάζεται η τάση να γίνονται υπερβολικές δαπάνες για νέα έργα με υπερβολικές απαιτήσεις και προσδοκίες, όπως συμβαίνει με την παραδοσιακή μέθοδο προκήρυξης των έργων. (Μουρμούρης,2006).

Είναι λοιπόν εμφανές ότι, η διασφάλιση της οικονομικής αποδοτικότητας ενός έργου μέσω ΣΔΙΤ επιτυγχάνεται με την ανταγωνιστική διαδικασία επιλογής εταίρου, την σωστή επιλογή εταίρου και τον τρόπο σύναψης των εμπορικών και συμβατικών υποχρεώσεων, με την κατάλληλη μεταβίβαση των κινδύνων.

Μέσω των ΣΔΙΤ είναι δυνατόν να γίνονται και να παραδίδονται περισσότερα έργα ή υπηρεσίες σε συντομότερο χρόνο. Αυτό συμβαίνει λόγω ότι μετατρέπουν το ογκώδες χρηματικό κεφάλαιο που απαιτείται για την χρηματοδότηση του έργου σε τακτικές πληρωμές υπηρεσιών είτε από τους χρήστες είτε από το Δημόσιο φορέα στη βάση μακροχρόνιων συμβάσεων. Με τον τρόπο αυτό, το Δημόσιο επιτυγχάνει να χρηματοδοτήσει έργα ή υπηρεσίες πέρα των διαθέσιμων πεπερασμένων πόρων του.

Ως αποτέλεσμα, οι ΣΔΙΤ ορίζονται ως επιχειρηματικά μοντέλα για συνδεδεμένες υποδομές και υπηρεσίες, με εξαίρεση, για παράδειγμα, τις ΣΔΙΤ για την έρευνα των ναρκωτικών, όπου οι συνεισφορές του ιδιωτικού τομέα είναι πιο φιλανθρωπικές. (Social Science & Medicine, vol 113, 2014, pag 110-119)

### **1.3 Ο θεσμός των ΣΔΙΤ**

Κατανοώντας τις ΣΔΙΤ θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι μια **θεσμική καινοτομία**. Και η καινοτομία αυτή έγκειται στο γεγονός ότι, «παντρεύονται» τα συμφέροντα των κρατικών και μη κρατικών φορέων σε μια νέα μορφή διακυβέρνησης. Στόχος αυτού, η παροχή κανονισμών και δημόσιων αγαθών από την βελτιωμένη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη και την προστασία του περιβάλλοντος έως την διασφάλιση της διαφάνειας και της προστασίας των δικαιωμάτων των εργαζομένων.

Συμπερασματικά, ο θεσμός των ΣΔΙΤ είναι ένας εναλλακτικός τρόπος χρηματοδότησης δημόσιων υπηρεσιών που έχει ενσωματωθεί στο νομοθετικό πλαίσιο πολλών χωρών παγκοσμίως, όπως Αγγλία, Γαλλία, Πορτογαλία, Δανία, ΗΠΑ, Βραζιλία, Μεξικό και τα τελευταία χρόνια και στην Ελλάδα με τον Νόμο 3389/2005.

Η χρηματοδότηση έργων με την Σύμπραξη Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα γίνεται με τις εξής μορφές:

1. Ιδιωτική χρηματοδότηση, όπου ο ιδιωτικός φορέας αναλαμβάνει να εξασφαλίσει την χρηματοδότηση του έργου.
2. Με χρήση και αξιοποίηση κοινοτικών πόρων, δηλ αξιοποίηση του ΕΣΠΑ, όπου κατά την έναρξη του έργου πραγματοποιείται μερική χρηματοδότηση και
3. Χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων, προσφέροντας μακροχρόνια δανειακή χρηματοδότηση χαμηλού κόστους, κυρίως σε έργα υποδομής.

Ειδικότερα στο χώρο της Υγείας, ο σκοπός είναι η μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους και η άρση των οικονομικών ανισοτήτων. Κανένα Υγειονομικό Σύστημα σε καμία χώρα δεν έχει αρκετούς πόρους για να εξασφαλίσει πλήρη κάλυψη των αυξανόμενων απαιτήσεων στο τομέα της Υγείας. Κάθε χώρα διαμορφώνει την πολιτική της για την Υγεία σε σχέση με το οικονομικό - πολιτιστικό της κεφάλαιο και τον ορθολογικό ή μη χαρακτήρα των επιλογών που προκρίνονται. (Φιλαλήθης Τ., 2003)

Γίνεται λοιπόν σαφές ότι αυτές οι «εταιρικές σχέσεις» εξασφαλίζουν καλύτερη ποιότητα υποδομών και υπηρεσιών με «βέλτιστο» κόστος και κατανομή κινδύνου (Kwak et al., 2009).

#### **1.4 Προσδιορισμός Κινδύνων**

Μια σύμπραξη περιλαμβάνει αρκετά στάδια με αρκετές διαδικασίες και κάλυψη πολλών εξόδων και δαπανών. Έχοντας δεδομένη την πολυπλοκότητα των έργων αυτών, το θέμα της κατανομής κινδύνων των εμπλεκόμενων μερών είναι σημαντικό, διότι μια σωστή μελέτη και κατανομή επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία της σύμβασης. Τα μέρη που καλούνται να αναλάβουν τους κινδύνους είναι ο επενδυτής, ο κατασκευαστής, οι μελετητές για την εκτελεσθείσα από αυτούς

εργασία, κάποιες φορές οι Τράπεζες που χρηματοδοτούν την επένδυση, ο Δημόσιος Τομέας και τέλος ορισμένες φορές και οι Ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες ασφαλίζουν τους κινδύνους που είναι πέρα της ευθύνης των εμπλεκόμενων φορέων.

Ο καταμερισμός των κινδύνων πρέπει να γίνεται με γνώμονα δύο παραμέτρους. Πρώτον, την καταλληλότητα του φορέα στη διαχείριση του κινδύνου και δεύτερον το κόστος της διαχείρισης αυτής, το οποίο πρέπει να υπολογίζεται εκ των προτέρων. (Αστερίου Ε, 2007).

Ειδικότερα, πιθανοί κίνδυνοι έργων ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας, χωρίς προηγούμενη εμπειρία, θα πρέπει να προσδιορίζονται όσο τον δυνατόν καλύτερα μειώνοντας το αίσθημα της αβεβαιότητας για αποτυχία του εγχειρήματος. Ομαδοποιώντας τους κινδύνους σε ένα τέτοιο έργο προκύπτουν οι εξής:

1. Κίνδυνος Σχεδίασης και Κατασκευής (υπερβάσεις χρόνου και κόστους, υποδομές να μην ανταποκρίνονται στις τεχνικές προδιαγραφές)
2. Κίνδυνος Λειτουργίας και Διεκπεραίωσης (παρεχόμενες υπηρεσίες μη αποδοτικές, ανεπαρκής συντήρηση υποδομών, κόστος συντήρησης μεγαλύτερο από το προβλεπόμενο)
3. Χρηματοοικονομικός Κίνδυνος (παρακολούθηση επιτοκίων και πληθωρισμού λόγω μακροχρόνιων συμβάσεων, αξία υποδομών μικρότερη από την επιθυμητή)
4. Νομοθετικός Κίνδυνος (αλλαγή νομοθεσία είναι πιθανόν να εκτεθεί η ΕΕΣ σε μεγάλο κίνδυνο) και
5. Κίνδυνος Τεχνολογικής Απαξίωσης (η ποιότητα των υπηρεσιών επηρεάζεται αρνητικά από την τεχνολογική απαξίωση των υποδομών, κόστος ανανέωσης μεγαλύτερο από το υπολογισθέν) (Αρκουμενάς Π, 2006)

Η πιθανότητα εμφάνισης κινδύνων καθιστά απαραίτητη την ύπαρξη της συμβατικής ρύθμισης της αντιμετώπισης και κάλυψης αυτών. Σε περίπτωση που σε μια ΣΔΙΤ δεν προβλέπεται η κάλυψη και κατανομή κινδύνων από τα εμπλεκόμενα μέρη, είναι σίγουρο ότι κατά την εκτέλεση του έργου θα προκύψουν προβλήματα και διαφωνίες μεταξύ των συμβαλλόμενων. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητο εκ των προτέρων να υπάρξει προληπτική ρύθμιση της ανάληψης και κατανομής κινδύνων,

έτσι ώστε στην σύμβαση σύμπραξης να προσδιορίζονται οι πιθανοί κίνδυνοι και η αντιμετώπισή τους.

## **1.5 Βασικές Κατηγορίες ΣΔΙΤ**

Ανάλογα με το αντικείμενο της Σύμπραξης, την εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα σε αυτή και των κινδύνων που αναλαμβάνουν τα δύο μέρη, διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

I. Ανταποδοτικά Έργα ΣΔΙΤ και

II. Μη Ανταποδοτικά Έργα ΣΔΙΤ

Ως Ανταποδοτικά έργα ΣΔΙΤ νοούνται εκείνα τα έργα ή υπηρεσίες, στις οποίες πέρα από την χρηματοδότηση, το σχεδιασμό, την κατασκευή και την συντήρησή τους, οι ιδιωτικοί φορείς αναλαμβάνουν και την εκμετάλλευσή τους.

Στην περίπτωση αυτή, οι ιδιωτικοί φορείς αναλαμβάνουν εκτός από τους κινδύνους της χρηματοδότησης και της κατασκευής και το κίνδυνο της ζήτησης – εάν είναι θετικοί οι πολίτες στη χρήση του έργου ή των υπηρεσιών, έτσι ώστε ο ιδιώτης να μπορέσει να εισπράξει τα προσδοκώμενα κέρδη από την σύμπραξη αυτή και ολοκληρώνοντας ο ιδιώτης τις συμβατικές του υποχρεώσεις, το έργο μεταβιβάζεται στο Δημόσιο.

Συνήθως, τα ανταποδοτικά έργα είναι τα συγκοινωνιακά έργα (αεροδρόμια, λιμάνια, σιδηρόδρομοι), περιβαλλοντικά έργα(ύδρευση, αποχέτευση, διαχείριση αποβλήτων), τα ενεργειακά και τα έργα τουριστικής υποδομής. Παρακάτω απεικονίζεται σχέδιο ενός ανταποδοτικού έργου όπως αυτό δίνεται από την ηλεκτρονική σελίδα της Ειδικής Γραμματείας Συμπράξεων Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα.



Εικόνα 1: Σχέδιο ενός ανταποδοτικού έργου (Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων)

Από την άλλη, ως μη Ανταποδοτικά έργα είναι τα έργα όπου δεν υπάρχει εκμετάλλευση από τους ιδιωτικούς φορείς. Συνήθως είναι έργα ή υπηρεσίες κοινωνικού χαρακτήρα τις οποίες λειτουργεί το κράτος και απολαμβάνουν δωρεάν οι πολίτες, όπως τα έργα υγειονομικού χαρακτήρα.

Στα έργα αυτά, οι ιδιώτες αναλαμβάνουν τους κινδύνους της χρηματοδότης και της κατασκευής του έργου ή των υπηρεσιών, όχι όμως και τον κίνδυνο της ζήτησης. Αναλαμβάνουν επίσης και τον κίνδυνο της διαθεσιμότητας, την διαχείριση και συντήρηση του έργου ή των υπηρεσιών μέχρι την ολοκλήρωση των συμβατικών του υποχρεώσεων. Οι ιδιώτες πληρώνονται με τμηματικές καταβολές του Δημοσίου ώστε να διασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία του έργου ή των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Αντίθετα, εάν το επίπεδο ποιότητας των υποδομών του έργου ή των υπηρεσιών είναι κατώτερο από τα οριζόμενα της σύμβασης σύμπραξης, τότε οι αποπληρωμές μειώνονται ανάλογα ή αναστέλλονται μέχρι την συμμόρφωση του ιδιώτη, σύμφωνα με τα συμφωνηθέντα. Μετά το πέρας της συμβατικής περιόδου λειτουργίας το έργο ή η παροχή υπηρεσιών «περνάει» στα χέρια του Δημοσίου.

Τα μη Ανταποδοτικά έργα ΣΔΙΤ είναι κοινωνικού χαρακτήρα όπως σχολεία, νοσοκομεία, δημόσια κτίρια, ενώ αντίστοιχα η παροχή υπηρεσιών είναι στον τομέα των τηλεπικοινωνιών και της μηχανογράφησης των δημόσιων φορέων. Ενδιαφέρον παρουσιάζεται και σε συγκοινωνιακά έργα χαμηλής ζήτησης ( επαρχιακοί δρόμοι

και συγκοινωνίες μικρών πόλεων). Στα πλαίσια αυτών των έργων εμπορικές ή άλλες χρήσεις γίνονται από την εκμετάλλευση μέρους της υποδομής ή της υπηρεσίας που θα υλοποιηθεί. Στην περίπτωση αυτή το Δημόσιο συμπληρώνει με ετήσιες πληρωμές διαθεσιμότητας τα έσοδα της ΕΕΣ από τη εκμετάλλευση λοιπών χρεώσεων, ώστε να αποπληρωθεί το έργο. Παρακάτω αποτυπώνεται ένα μη ανταποδοτικό έργο ΣΔΙΤ, (Πηγή, ΕΓΣΔΙΤ).



Εικόνα 2: Σχέδιο ενός μη ανταποδοτικού έργου (Πηγή, Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων)

## 1.6. Μορφές ΣΔΙΤ

Η Ε.Ε πρώτη κατατάσσει τις ΣΔΙΤ σε δύο βασικές κατηγορίες:

1. Στις καθαρά συμβατικού τύπου, στις οποίες η σύμπραξη μεταξύ δημόσιου ιδιωτικού τομέα βασίζεται σε αποκλειστικά συμβατικούς δεσμούς, και
2. Στις θεσμοθετημένου τύπου, στις οποίες η συνεργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα βασίζεται στο πλαίσιο της δημιουργίας ενός άλλου φορέα (Εταιρεία Ειδικού Σκοπού), ή με την είσοδο του ιδιώτη σε ένα υπάρχοντα φορέα.

Οι ΣΔΙΤ καθαρά συμβατικού τύπου είναι συμπράξεις που βασίζονται από τους συμβατικούς δεσμούς του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα. Καλύπτουν ρυθμίσεις με τις οποίες ανατίθενται ένα ή περισσότερα έργα στον Ιδιωτικό φορέα, στα οποία

περιλαμβάνονται ο σχεδιασμός, η χρηματοδότηση, η υλοποίηση, η ανακαίνιση η εκμετάλλευση ενός έργου ή μιας υπηρεσίας. Ένα από τα πιο γνωστά μοντέλα του τύπου αυτού είναι η «Σύμβαση Παραχώρησης», με την οποία παρέχει μια συγκεκριμένη υπηρεσία στο κοινό υπό τον έλεγχο του Δημόσιου τομέα ενώ ο τρόπος που αμείβεται, συνήθως είναι μέσω τελών στους χρήστες και συμπληρωματικά μέσω επιδοτήσεων εκ μέρους των Δημόσιων Αρχών.

Οι ΣΔΙΤ θεσμοθετημένου τύπου έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία ενός κοινού φορέα, ο οποίος μεριμνά για την εκτέλεση του έργου ή την παροχή μιας υπηρεσίας προς όφελος του κοινού.

Οι θεσμοθετημένες ΣΔΙΤ θεωρούνται πιο κατάλληλες για τη διατήρηση του δημόσιου ελέγχου, εξαιτίας της συμμετοχής του δημόσιου φορέα στη διαχείριση και διοίκηση των έργων.

Τα κράτη μέλη της Ε.Ε συνηθίζουν να προσφεύγουν σε δομές τέτοιου τύπου, ειδικά στη διαχείριση δημόσιων υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο. Η συμμετοχή του δημόσιου φορέα στο επιχειρηματικό σχήμα σ' αυτού του είδους τις συμπράξεις, πολλές φορές κρίνεται αναγκαία και για λόγους κοινωνικής αποδοχής.

Ωστόσο, οι επιλογές που έχουμε δεν τελειώνουν σε αυτά που προτείνει η ευρωπαϊκή ένωση. Συνεπώς, για να κατανοήσουμε τις μορφές ΣΔΙΤ, αρκεί να σχηματίσουμε Σχήμα 1 με όλες τις δυνατές συνθέσεις των παρακάτω όρων:

- Σχεδιασμός (Design),
- Χρηματοδότηση (Finance),
- Κατασκευή (Built),
- Λειτουργία (Operate),
- Ιδιοκτησία (Own),
- Μεταβίβαση-Μεταφορά (Transfer),
- Εγγύηση (Guarantee),
- Αγορά (Buy),
- Χρηματοδοτική μίσθωση (Leasing),
- Αποεπένδυση (Divestiture),
- Παραχώρηση εκμετάλλευσης (Concession),
- Παροχή υπηρεσιών (Service delivery) και
- Διαχείριση (Management) κ.ά,



Σχήμα 1: Διαφορετικές Μορφές ΣΔΙΤ στην Υγεία (Λιαριγκοβινού Α.,2008)

## 2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ - Νομικό Πλαίσιο

### 2.1 Νόμος 3389/2005

Το Υπουργείο Οικονομικών και Οικονομίας το 2005, δημιούργησε ένα ευέλικτο και πιο αποτελεσματικό νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο ορίζει το πεδίο εφαρμογής των Συμπράξεων ανταποκρινόμενο στις απαιτήσεις και τις ανάγκες της κοινωνίας και της εποχής.

Ο νόμος ενσωματώνει όλη την ευρωπαϊκή και διεθνή εμπειρία προκειμένου να συμμετάσχει ο ιδιωτικός τομέας σε δράσεις που τα προηγούμενα χρόνια ήταν μονοπώλιο του Δημοσίου. Έτσι τον Σεπτέμβριο 2005 ψηφίστηκε στην Ελληνική Βουλή ο νόμος 3389/2005, διατάξεις του οποίου είχαν μελετηθεί και συζητηθεί με φορείς που θα μπορούσαν να εμπλακούν έμμεσα ή άμεσα στην υλοποίηση έργων με αυτού του είδους τις συμβάσεις. Με τον νόμο αυτό, οριοθετείται και καθορίζεται το περιεχόμενο των ΣΔΙΤ και το πλαίσιο εφαρμογής τους στην Ελλάδα, προσδιορίζοντας τις διαδικασίες προκειμένου ένα έργο να επιλεγθεί και ενταχθεί στις διατάξεις του νόμου αυτού.

Τα κύρια σημεία του νόμου αυτού για τις ΣΔΙΤ είναι:

1. Το πεδίο εφαρμογής τους:



- Να έχουν ως αντικείμενο την εκτέλεση έργου ή την παροχή υπηρεσιών που ανήκουν στους δημόσιους φορείς

- Οι ιδιωτικοί φορείς αναλαμβάνουν μέρος των κινδύνων που αφορούν την χρηματοδότηση, την κατασκευή, την διαθεσιμότητα ή και τη ζήτηση του αντικειμένου των ΣΔΙΤ, έναντι ανταλλάγματος και

- Να είναι σαφές ότι, η χρηματοδότηση των έργων γίνεται εξ' ολοκλήρου ή μερικώς από τον ιδιωτικό φορέα που θα συνάψει μια τέτοιου είδους σύμβαση.

Ο προσδιορισμός των φορέων:

- Ως Δημόσιοι φορείς ορίζονται το δημόσιο, οι ΟΤΑ, τα ΝΠΔΔ, οι ανώνυμες εταιρίες που το σύνολο του μετοχικού κεφαλαίου τους ανήκει σε κάποιον από τους παραπάνω φορείς.

- Ως ιδιωτικοί φορείς συμμετέχουν στις συμπράξεις μέσω μιας νέας μορφής της «ανώνυμης εταιρίας ειδικού σκοπού» (ΕΕΣ) οι οποίες είτε με ίδια μέσα είτε με εργολαβίες, αναλαμβάνουν την ολοκλήρωση των μελετών, την κατασκευή του έργου ή την παροχή υπηρεσιών, και είτε την λειτουργία και την εκμετάλλευση του, είτε τη συντήρηση σύμφωνα με τους όρους του διαγωνισμού. Η ΕΕΣ κατά την διάρκεια του έργου πληρώνετε τμηματικά από το Δημόσιο ή τους χρήστες, αποπληρώνει σταδιακά τα δάνεια των τραπεζών και έχοντας σιγά –σιγά κέρδη αποδίδει στους μετόχους αναμένοντας μια εύλογη απόδοση στα ίδια κεφάλαια που έχει επενδύσει. (Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων, 2006)

## **2.2 Αρμόδια όργανα**

Σύμφωνα με τον νόμο δημιουργούνται δύο όργανα:

A. Διυπουργική Επιτροπή Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα (ΔΕΣΔΙΤ) και

B. Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα (ΕΓΣΔΙΤ)

Η ΔΕΣΔΙΤ είναι το όργανο που προωθεί την κυβερνητική πολιτική για εκτέλεση έργων και παροχή υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ. Τα τακτικά μέλη είναι ο Υπουργός Οικονομικών και Οικονομίας, ο υπουργός Ανάπτυξης και ο υπουργός Χωροταξίας και Περιβάλλοντος. Αντίστοιχα ως έκτακτα μέλη είναι ο υπουργός ή υπουργοί που εποπτεύουν καθένα από τους Δημόσιους φορείς και οι οποίοι αναμένεται να συμμετέχουν στην Σύμπραξη. Ο υπουργός Οικονομίας και

Οικονομικών προεδρεύει στη ΔΕΣΔΙΤ και είναι ο υπεύθυνος για το έργο της και υποβάλλει σχετικές εισηγήσεις προς αυτή.

Οι αρμοδιότητες της ΔΕΣΔΙΤ είναι :

- Η έγκριση της υπαγωγής των συμπράξεων στο νόμο 3389/2005
- Η ανάκληση τέτοιων εγκρίσεων σε περιπτώσεις που οι Δημόσιοι φορείς δεν τηρούν τις υποχρεώσεις τους
- Η ένταξη στο Πρόγραμμα των Δημόσιων Επενδύσεων με σκοπό την καταβολή ανταλλάγματος στους ιδιωτικούς φορείς
- Η ένταξη ή μη του δημόσιου φορέα στην χρηματοδότηση για την κατασκευή του έργου ή την παροχή υπηρεσιών που αποτελούν αντικείμενο της Σύμβασης και
- Είναι υπεύθυνη για κάθε άλλη συναφή απόφαση αναφορικά με το έργο υλοποίησης.

Η ΕΓΣΔΙΤ είναι το συντονιστικό όργανο που δημιουργήθηκε από το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών με σκοπό την προώθηση του θεσμού των Συμπράξεων μέσω της υποστήριξης τόσο των Δημόσιων όσο και των Ιδιωτικών Φορέων που συμμετέχουν στις ΣΔΙΤ. Λειτουργεί επικουρικά με την ΔΕΣΔΙΤ και τα κύρια μέρη του έργου της είναι :

- Ο εντοπισμός έργων ή υπηρεσιών που μπορούν να υλοποιηθούν μέσω ΣΔΙΤ και να ενταχθούν στο νόμο 3389/2005
- Η προώθηση της εκτέλεσης έργων ή της παροχής υπηρεσιών μέσω των ΣΔΙΤ, καθώς και η διευκόλυνση και υποστήριξη των Δημόσιων Φορέων στο πλαίσιο διαδικασιών Ανάθεσης, για την επιλογή των Ιδιωτικών Φορέων που θα αναλάβουν το έργο ή την παροχή υπηρεσιών
- Η παρακολούθηση των Συμβάσεων Σύμπραξης ενημερώνοντας τακτικά την ΔΕΣΔΙΤ και υποβάλλοντας προτάσεις για την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων και
- Η σύνταξη ετήσιας έκθεσης με τα έργα μέσω ΣΔΙΤ και η παρουσίαση της στην αρμόδια επιτροπή της Βουλής.

Η λειτουργία των αρμόδιων οργάνων σε σχέση με την αναθέτουσα αρχή δίνεται παραστατικά στο ακόλουθο σχεδιάγραμμα.



Πηγή: Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα, 2006  
 Εικόνα 3: Λειτουργία αρμόδιων οργάνων ΣΔΙΤ

### 2.3 Σύγκριση ΣΔΙΤ με τις Συμβάσεις Παραχώρησης

Οι συμβάσεις παραχώρησης αποτελούν υποσύνολο του θεσμού των συμπράξεων Ιδιωτικού – Δημόσιου τομέα. Έτσι με τον Ν3389/2005 δημιουργείται ένα νομικό καθεστώς που αφενός ορίζει τις διατάξεις που μέχρι σήμερα αποτελούσαν τη βάση για τις συμβάσεις παραχώρησης εκμετάλλευσης, αφετέρου εισάγει και νέες διατάξεις για να καλύψει και άλλες μορφές συμβάσεων εκτός της παραχώρησης. (Ι. Κίτσος, 2014)

Οι διαφορές τους έγκειται κυρίως σε διαδικαστικά θέματα όπως :

- ο Στην αποπληρωμή του ιδιωτικού φορέα, όπου σε μια σύμβαση παραχώρησης ο ιδιώτης αποπληρώνεται από το χρήστη του δημόσιου έργου ή της υπηρεσίας ή αμείβεται συμπληρωματικά από το Δημόσιο.
- ο Στην ανάληψη κινδύνων, όπου και σε αυτήν την περίπτωση της σύμβασης παραχώρησης εκμετάλλευσης, ο ιδιώτης αναλαμβάνει ένα μέρος των κινδύνων αλλά όχι με τον τρόπο που αποτυπώνεται στο Ν3389/2005 περί ΣΔΙΤ
- ο Στο εφαρμοστέο Δίκαιο. Οι ΣΔΙΤ διέπονται από το δίκαιο των Ιδιωτικών Συμβάσεων ενώ οι συμβάσεις παραχώρησης θεωρούνται Διοικητικές Πράξεις και οποιαδήποτε διαφορά επιλύεται στα Διοικητικά Δικαστήρια. Στις ΣΔΙΤ οποιαδήποτε διαφορά επιλύεται με διαιτησία, σύμφωνα με το Νόμο, όπου ορίζονται οι διαιτητές, η διαδικασία της διαιτησίας, η έδρα του Διαιτητικού Δικαστηρίου, οι αμοιβές των διαιτητών και η γλώσσα που θα διεξαχθεί. Το αποτέλεσμα δεν είναι δεσμευτικό και για τα δύο μέρη.

- ο Στην επαφή Ιδιώτη-Δημοσίου. Στις συμβάσεις παραχώρησης ο ιδιώτης έχει άμεση επαφή με τον δημόσιο φορέα ενώ στις Συμπράξεις, παρότι οι ιδιωτικοί φορείς συνεργάζονται με τους δημοσίους για την υλοποίηση κάποιου έργου ή την παροχή υπηρεσιών, εντούτοις η επαφή τους γίνεται μέσω Εταιρειών Ειδικού Σκοπού και τέλος
- ο Σε χρηματοοικονομικό επίπεδο. Δεν δύναται να διατεθούν περιουσιακά στοιχεία της Εταιρείας Ειδικού Σκοπού σε περίπτωση πτώχευσης, με σκοπό την προστασία των δανειστών που συμμετέχουν στην διαδικασία της Σύμπραξης (άρθρο 26 Ν3389/2005).

#### **2.4 Συμβάσεις ΣΔΙΤ σε αντίθεση με τις «καθιερωμένες» δημόσιες συμβάσεις παροχής υπηρεσιών ή υλοποίησης έργων**

Μέχρι σήμερα, η σχέση του δημοσίου με τον ιδιώτη για την προμήθεια έργων, υπηρεσιών ή αγαθών, ήταν μια σχέση πελάτη-προμηθευτή. Ο ιδιώτης/προμηθευτής αναλάμβανε το έργο, το οποίο είχε υποχρέωση να ολοκληρώσει εντός του χρονοδιαγράμματος και των προδιαγραφών που είχε ορίσει ο δημόσιος φορέας /πελάτης. Ο ιδιώτης αναλάμβανε τους κινδύνους που αναλογούσαν, όπως σε κάθε προμηθευτή, ενώ το δημόσιο είχε την ευθύνη της εποπτείας και ολοκλήρωσης του έργου εντός των χρονικών ορίων που είχαν συμφωνηθεί, καθώς και την πληρωμή του ιδιώτη έως ότου ολοκληρωθεί το εν λόγω έργο ή η υπηρεσία. Ήταν σύνηθες δε, να υπάρχουν καθυστερήσεις κατά την εκτέλεση του χρονοδιαγράμματος, οι οποίες επέφεραν υπερβάσεις κόστους των συμβάσεων, υπερβάσεις που επωμιζόταν για την πληρωμή τους το Δημόσιο.

Αντίθετα, οι ΣΔΙΤ είναι συμβάσεις όπου τα έργα ή υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από ιδιωτικά κεφάλαια μέσω των Εταιρειών Ειδικού Σκοπού. Με αυτού του είδους τις συμπράξεις, το δημόσιο αποβλέπει στο τελικό αποτέλεσμα και συνεπώς οι προδιαγραφές του έργου είναι προδιαγραφές απόδοσης ή και λειτουργίας. Ο ιδιώτης θα πληρωθεί από το δημόσιο φορέα είτε από τους τελικούς χρήστες με την λειτουργία του έργου ή της υπηρεσίας και η πληρωμή γίνεται τμηματικά, έτσι ο ιδιώτης έχει κάθε λόγο να ολοκληρώσει με επιτυχία το έργο στον προκαθορισμένο χρόνο της σύμβασης.

Επιπρόσθετα, ο Δημόσιος τομέας προσπαθεί να εκμεταλλευτεί την τεχνογνωσία και την ευελιξία του ιδιωτικού τομέα, αποβλέποντας στην καλύτερευση των

παρεχόμενων υπηρεσιών καθ' όλη την διάρκεια της διαχείρισης των έργων από τους ιδιώτες. Η αναθέτουσα αρχή (Δημόσιο) παρακολουθεί την πορεία της σύμβασης και δεν κάνει τμηματικές παραλαβές, αφού το ενδιαφέρον της εστιάζεται στην τελική όψη του έργου και στις προδιαγραφές απόδοσης (ΕΓΔΕΣΔΙΤ, 2006).

### **3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ - Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα των Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα**

#### **3.1 Πλεονεκτήματα**

Οι συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα μπορούν να συνδυάσουν τα πλεονεκτήματα του ιδιωτικού τομέα όπως η καινοτομία, οι τεχνικές γνώσεις και οι δεξιότητες, η αποτελεσματικότητα της διοίκησης και το επιχειρηματικό πνεύμα, καθώς και του δημόσιου τομέα, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής ευθύνης και της κοινωνικής δικαιοσύνης, για να δημιουργήσουν ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την παροχή υψηλής ποιότητας υποδομών και υπηρεσιών, και ειδικότερα στο χώρο της Υγείας, το οποίο είναι και το αντικείμενο της μελέτης μας (Social Science & Medicine, vol 113, 2014, pag 110-119).

Μερικά από τα πλεονεκτήματα των ΣΔΙΤ είναι τα ακόλουθα:

- ✓ Δημιουργούν οικονομική ανάπτυξη, εργασία και ευκαιρίες επενδύσεων
- ✓ Καλύτερη εκμετάλλευση των κρατικών επενδύσεων
- ✓ Η έγκαιρη ολοκλήρωση των απαιτούμενων έργων με συγκράτηση του κόστους τους
- ✓ Μείωση του χρόνου ολοκλήρωσης ενός έργου
- ✓ Καλύτερη και αποτελεσματικότερη εποπτεία της εκτέλεσης των έργων ή της παροχής των υπηρεσιών, καταγράφοντας τυχόν προβλήματα για την άμεση αντιμετώπισή τους.
- ✓ Δίνονται ευκαιρίες για νέες πηγές εσόδων
- ✓ Γίνεται χρηματοδότηση από ιδιωτικούς πόρους έναντι των περιορισμένων δημόσιων πόρων
- ✓ Η μεταβίβαση στους ιδιωτικούς φορείς ενός μεγάλου μέρους των κινδύνων (επιχειρηματικού, χρηματοδοτικού, κατασκευαστικού, κ.λπ.)
- ✓ Βελτίωση της ποιότητας προϊόντων και υπηρεσιών
- ✓ Βελτίωση των υφιστάμενων δημόσιων εγκαταστάσεων-κτιρίων

- ✓ Επιτυγχάνουν καλύτερη κατανομή κινδύνων
- ✓ Αξιοποίηση της ικανότητας, της εμπειρίας, της καινοτομίας των ιδιωτών για την καλύτερες παραδιδόμενες δημόσιες υπηρεσίες
- ✓ Εξαπλώνουν την δημόσια επένδυση κεφαλαίου σε ολόκληρη τη ζωή ενός έργου
- ✓ Επιτυγχάνουν τμηματική καταβολή του έργου ή των υπηρεσιών και, ως εκ τούτου, η δυνατότητα εκτέλεσης περισσότερων έργων ταυτόχρονα και τέλος
- ✓ Η αξιοποίηση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων των δημοσίων φορέων. (Ιατρικό Βήμα, 2007)

### **3.2 Μειονεκτήματα**

Προβλήματα που μπορεί να προκύψουν από μια τέτοια σύμπραξη είναι τα εξής:

- ✓ Απώλεια δημόσιου ελέγχου
- ✓ Μη αναμενόμενες παρεχόμενες υπηρεσίες
- ✓ Δυσκολία απομάκρυνσης ενός μη κατάλληλου αναδόχου
- ✓ Υψηλότερο κόστος λόγω αποτυχίας του έργου μέσω ΣΔΙΤ
- ✓ Αποφύγει ευθυνών από τον ιδιωτικό τομέα μέσω κανόνων των εταιρειών ειδικού σκοπού
- ✓ Η δυνατότητα του ιδιώτη να αυξάνει την τιμή της προσφερόμενης υπηρεσίας ή του προϊόντος, κατά βούληση και
- ✓ Η χαμηλότερη ποιότητα υπηρεσίας ή προϊόντος. Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου ο ιδιώτης προσπαθεί να μειώσει το κόστος λειτουργίας ενός έργου ή προϊόντος, οδηγώντας σε υποβάθμιση της παρεχόμενης ποιότητας (Κομνημός κα, 2007)

## **4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ – Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα**

### **4.1 Πληροφοριακά Συστήματα στην Υγεία**

Με τον όρο Πληροφοριακά συστήματα αναφερόμαστε σε συστήματα που έχουν σχέση με τους υπολογιστές και την επικοινωνία με έμφαση στον τεχνολογικό τομέα, αποτελούμενα από διαδικασίες, ανθρώπους και μηχανήματα όπου αλληλεπιδρούν και συνεργάζονται μεταξύ τους για την παροχή πληροφοριών στους τελικούς χρήστες. Αναπόφευκτα, λοιπόν ένα τέτοιο σύστημα χρησιμοποιεί μια

επιχείρηση για να παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες στους υπεύθυνους, διευθυντές ή managers, προκειμένου να παίρνουν αποφάσεις βασιζόμενοι σε στοιχεία και όχι κατά τύχη (Shortliffe Ed. & al,2000).

Όλοι οι τομείς έχουν όλο και περισσότερο ανάγκη την ύπαρξη ενός καλού πληροφοριακού συστήματος, γιατί όχι και ο τομέας της Υγείας. Ο κορεσμός των υπαρχόντων διαδικασιών, δυσχεραίνει κατά πολύ την συλλογή και αποθήκευση δεδομένων ενώ η εξειδίκευση και οι σύνθετες διεργασίες για την αποκωδικοποίηση των πληροφοριών, καθυστερούν την πρόοδο της ιατρικής και μειώνουν την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας.

Συνεπώς, η Πληροφορική είναι ένας συνεχώς αναπτυσσόμενος τομέας στο χώρο της υγείας, που στόχος της είναι η χρησιμοποίηση τεχνολογίας για την συλλογή, αποθήκευση και επεξεργασία πληροφοριών στον υγειονομικό τομέα. Οι δομές Υγειονομικού χαρακτήρα προσανατολίζονται ολοένα και περισσότερο στην εκμετάλλευση των νέων τεχνολογιών (χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών, φορητών συσκευών, δημιουργία ηλεκτρονικών αρχείων, μηχανοργάνωση, κα.) για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την εξυγίανση του συστήματος υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών,.

Η εισαγωγή μεθόδων και τεχνικών των Π.Σ.Υ ομαδοποιούνται σε τρεις άξονες και συγκεκριμένα :

1. Στη διοίκηση-διαχείριση μονάδων Υγείας, αναπτύσσοντας εφαρμογές για διοικητικές και οικονομικές υπηρεσίες, διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, οικονομικών πόρων, εφαρμογές ελέγχου και αξιολόγησης
2. Στον σχεδιασμό των συστημάτων Υγείας, αναπτύσσοντας εφαρμογές για στατιστική ανάλυση και τεχνικές, με στόχο την διευκόλυνση στη λήψη αποφάσεων και στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων για μια μονάδα υγείας και
3. Στην αξιολόγηση και των έλεγχου αυτών, εκτιμώντας τα αποτελέσματα του υγειονομικού τομέα (διαγνωστικές-θεραπευτικές διαδικασίες, δείκτες υγείας) και στην παρακολούθηση της οικονομικής λειτουργίας όπως νοσοκομειακή λογιστική και δαπάνες περίθαλψης (Μπόζιος κα,1994).

Όμως πρέπει να γίνει κατανοητό ότι, ένα Π.Σ.Υ δεν μπορεί να είναι πετυχημένο και βιώσιμο εάν οι εκάστοτε διοικήσεις είναι ανεπαρκείς, ενώ παράλληλα πολλές αποφάσεις μιας διοίκησης ενός οργανισμού μπορεί να είναι λανθασμένες ή

αβέβαιες αποτελεσμάτων λόγω έλλειψης ενός Π.Σ ή αδυναμίας ορθής επεξεργασίας και αξιολόγησης συλλογής δεδομένων (Αποστολάκης, 2002).

Σύμφωνα με ένα πιο ειδικό ορισμό, Πληροφορικό Σύστημα Νοσοκομείου (Π.Σ.Ν) θεωρείται η συλλογή στοιχείων με προκαθορισμένα κριτήρια και έπειτα από μια ολοκληρωμένη ανάλυση, μετατρέπει τις λειτουργίες των υπηρεσιών υγείας, σε δεδομένα για τη λήψη αποφάσεων σε διοικητικοοικονομικά και ιατρονοσηλευτικά θέματα (Δελημπάσης κα,2000).

Η επιτυχία ενός Π.Σ.Υ.Ν έγκειται σε πολλούς παράγοντες, με τους σημαντικότερους να είναι οι:

- Ασφάλεια και Αξιοπιστία.

Πιο συγκεκριμένα, η βάση δεδομένων μέσα στην οποία αποθηκεύονται προσωπικά στοιχεία ασθενών πρέπει να είναι ασφαλής, ώστε να μην υπάρχει πιθανότητα υποκλοπής ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Παράλληλα και η μετάδοση των πληροφοριών από τον ασθενή στον ιατρό, από τον ιατρό στον ασθενή ή και σε άλλους φορείς θα πρέπει να είναι θωρακισμένη με αυστηρές τεχνικές ασφαλείας, κρυπτογράφησης και πιστοποίησης, περισσότερο δε αν η μετάδοση γίνεται με ασύρματο τρόπο ή μέσω του internet, όπου οι υποκλοπές είναι πιο εύκολες, σε σχέση με την ενσύρματη τεχνολογία και

- Διαλειτουργικότητα

Με τον όρο αυτό εννοούμε τη δυνατότητα μεταφοράς, ανταλλαγής, και χρήσης δεδομένων με ενιαίο και αποτελεσματικό τρόπο από διαφορετικά πληροφοριακά συστήματα μέσω ίδιων προτύπων. Χωρίς τη χρήση σωστών διαδικασιών και ενιαίων προτύπων, ελλοχεύει ο κίνδυνος της αποτυχίας ενός σύγχρονου πληροφοριακού συστήματος υγείας. Για το λόγο αυτό, η Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Κοινωνία της Πληροφορίας», στο πλαίσιο του 'Γ ΚΠΣ έχει προωθήσει πολλά έργα για χρήση της Πληροφορικής και των Τηλεματικών Υπηρεσιών στο Δημόσιο Τομέα. Ανάμεσα στα έργα αυτά είναι και η ένταξη Π.Σ.Υ στα Νοσοκομεία της χώρας.

## **4.2 Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας**

Ένα Πληροφορικό Σύστημα Νοσοκομείου για να λέγεται Ολοκληρωμένο θα πρέπει να αποτελείται από μια σειρά υποσυστημάτων τα οποία επικοινωνούν μεταξύ τους για την καλύτερη λειτουργία του νοσοκομείου και συγκεκριμένα από:



### 1. Οικονομικό Υποσύστημα

Το υποσύστημα οικονομικού χαρακτήρα περιλαμβάνει γενική και αναλυτική λογιστική, ταμείο νοσοκομείου, προϋπολογισμός, λογιστήριο ασθενών, εισπράξεις και πληρωμές, νοσήλια και εκκαθάριση των ασφαλιστικών ταμείων, διαχείριση παγίων και μισθοδοσία προσωπικού.

### 2. Διαχειριστικό Υποσύστημα

Το ΔΠΣΝ/HMIS περιλαμβάνει την διαχείριση ασθενών, νοσηλευόμενων (Γραφείο Κίνησης), εξωτερικών ασθενών (Γραμματεία Εξωτερικών Ασθενών), Τμήμα Επειγόντων, Περιστατικών (ΤΕΠ), προσωπικού, υλικών, εγκαταστάσεων και τιμολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών

### 3. Ιατρικό Υποσύστημα

Το ΠΠΣΝ/MHIS επιμερίζεται σε εφαρμογές ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Αναλυτικότερα, στην εφαρμογή που διαχειρίζεται το ιατρικό προσωπικό του Νοσοκομείου περιλαμβάνεται η διαχείριση του ασθενούς (είσοδος, έξοδος, μεταφορά), η καταγραφή και δημιουργία ιστορικού του, η παρακολούθηση της πορείας του και η διαχείριση ιατρικών εντολών με παράλληλη παρακολούθηση αποτελεσμάτων. Αντίστοιχα, η εφαρμογή του νοσηλευτικού προσωπικού περιλαμβάνει τοποθέτηση ασθενών στα δωμάτια κλινικών, καταγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς υπό τις εντολές του ιατρικού προσωπικού και καταγραφή κλινικής εικόνας του ασθενούς κατά την νοσηλείας του, καθώς και αποτύπωση επιπλοκών λόγω επιδείνωσης της υγείας του ή φαρμακευτικής αγωγής.

### 4. Εργαστηριακό Υποσύστημα

Το ΠΣΕ/LIS είναι εξειδικευμένα συστήματα διασύνδεσης των σύγχρονων συσκευών ανάλυσης με το διαχειριστικό σύστημα του εργαστηρίου, μειώνοντας τα συστηματικά λάθη, δίνοντας αξιόπιστα αποτελέσματα και αυξάνοντας την παραγωγικότητα του εργαστηρίου. Παράλληλα, επιτυγχάνεται η λήψη και αποστολή των εργαστηριακών αποτελεσμάτων ηλεκτρονικά από τις κλινικές, τα Ε.Ι και τα ΤΕΠ του νοσοκομείου.

Αντίστοιχα, για τα απεικονιστικά εργαστήρια έχουν αναπτυχθεί ανάλογα συστήματα τα οποία συνδέουν τα μηχανήματα απεικόνισης με το διαχειριστικό υποσύστημα εργαστηρίου/RIS και

### 5. Διοικητικό Υποσύστημα

Το ΔΣΔ/MIS δίνει την δυνατότητα συλλογής στοιχείων από όλα τα υποσυστήματα μιας νοσοκομειακής μονάδας, προκειμένου να γίνει η κατάλληλη επεξεργασία και

ανάλυση και τα αποτελέσματα να βοηθήσουν τις διοικήσεις των νοσοκομείων στην καλύτερη και ορθότερη λήψη αποφάσεων. Με λίγα λόγια αποτελεί βασικό εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού και Διοίκησης ενός νοσηλευτικού ιδρύματος εφόσον ένα σύστημα διοίκησης ενδιαφέρεται για κοστολογικά δεδομένα, για τις ελλείψεις προσωπικού και την μισθολογική τους δαπάνη καθώς και για τις ιατρικές και διαγνωστικές πράξεις των ασθενών. (01-Πληροφορική Α.Ε,1998)

### **4.3 ΟΠΣΥ Νοσοκομείων στον 21<sup>ο</sup> αιώνα**

Παρότι η ένταξη της Πληροφορικής στον τομέα της Υγείας ξεκίνησε από το 1985, ελάχιστα ήταν τα Νοσοκομεία της χώρας που το εκμεταλλεύτηκαν. Η αρχή έγινε στις δύο μεγάλες πόλεις της χώρας, Αθήνα –Θεσσαλονίκη, το Γενικό Νοσοκομείο Γεννηματάς και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ ,όπου μόλις το 2001 εγκαταστάθηκαν τα πρώτα πληροφοριακά συστήματα, με ωστόσο περιορισμένη ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ τους. Το κράτος συνέχισε την προσπάθεια με το Α ΚΠΣ , το οποίο επικεντρώθηκε στην εγκατάσταση του λογισμικού των εφαρμογών ενώ με το Β ΚΠΣ δόθηκε έμφαση στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στα συστήματα πληροφορικής. Η εξέλιξη στον τομέα αυτό υπήρξε αργή, γι' αυτό το λόγο και με το Γ ΚΠΣ, το Υπουργείο Υγείας και η Κοινωνία της Πληροφορίας υλοποίησε το έργο οριζόντιας δράσης «Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας» (ΟΠΣΥ) ανά Πε.ΣΥΠ του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) υπό την επίβλεψη της Κοινωνίας της Πληροφορίας Α.Ε στα πλαίσια του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Κοινωνία της Πληροφορίας» με σκοπό την ένταξη και λειτουργία Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων σε όλα τα Νοσοκομεία της χώρας.

Σήμερα, όλα τα νοσοκομειακά κέντρα της χώρας διαθέτουν και λειτουργούν ολοκληρωμένα συστήματα πληροφορικής ή τουλάχιστον ορισμένα υποσυστήματα ενός ΟΠΣΥ. Το ειδικό βάρος στην λειτουργία των υποσυστημάτων ενός ΟΠΣΥ δόθηκε στη λογιστική διαχείριση και στην επικοινωνία ιατρικού, νοσηλευτικού και εργαστηριακού υποσυστήματος, με απώτερο στόχο την παροχή αξιόπιστων και ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας και την καλύτερη τήρηση αρχείων.

Ωστόσο, ενώ εντός των νοσοκομείων υπάρχει μια στοιχειώδης διαλειτουργικότητα, κάτι τέτοιο δεν υφίσταται μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων, με συνέπεια η συλλογή στοιχείων και η επεξεργασία τους να περιορίζεται στα στενά πλαίσια ενός

νοσηλευτικού ιδρύματος. Άρα, ένα ΟΠΣΥ ενός νοσοκομείου δεν αξιοποιείται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, δεν εξελίσσεται, και ως αποτέλεσμα περνώντας τα χρόνια να καθίσταται απαρχαιωμένο. Γίνεται λοιπόν κατανοητό, ότι η μηχανογράφηση των οργανισμών υγείας είναι αναγκαία για την διασύνδεση ανομοιογενών υποσυστημάτων για την καλυτέρευση των διαθέσιμων υπηρεσιών και κυρίως την διαχείριση των ιατρικών δεδομένων, και αυτό μπορεί να επιτευχθεί στα πλαίσια της Ηλεκτρονικής Υγείας (e-Health).

#### **4.4 Ηλεκτρονική Υγεία (e-Health)**

Στην εποχή μας, είναι πλέον επιβεβλημένο να προχωρήσουμε περαιτέρω και να εντάξουμε στον υγειονομικό χάρτη της χώρας μας τον θεσμό της Ηλεκτρονικής Υγείας. Με τον όρο αυτό αξιοποιούμε εργαλεία και δυνατότητες της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνιών, έτσι ώστε να προσφέρουμε περισσότερα από τη μια μεριά στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και γενικά στην διαχείριση της υγείας και από την άλλη να κατορθώσουμε να ελέγξουμε τις οικονομικές δαπάνες της δημόσιας υγείας.

Στα πλαίσια της Ηλεκτρονικής Υγείας, ο τομέας της Πληροφορικής Υγείας αναπτύσσεται ραγδαία , με σκοπό να ερευνά και να αναπτύσσει καινοτόμους τρόπους και μεθόδους για την εκμετάλλευση της πληροφορίας και της γνώσης με στόχο την προώθηση της υγείας και τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης. Κύρια συστατικά του τομέα αυτού είναι η Ιατρική και Νοσηλευτική Πληροφορική. Η Ιατρική Πληροφορική αντιπροσωπεύει την συνεργασία της επιστήμης των υπολογιστών, των πληροφοριών και της υγειονομικής περίθαλψης με στόχο την βελτιστοποίηση του ιατρικού έργου και συστήματος. Η Ιατρική Πληροφορική επιτρέπει στους επαγγελματίες της υγείας να έχουν, μεταξύ άλλων, ευκολότερη πρόσβαση και ανάλυση των πληροφοριών ενός ασθενούς, δημιουργώντας το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, με τέτοιο τρόπο που να είναι εύκολα προσβάσιμο και άμεσα επεξεργάσιμο και συγκρίσιμο. Αντίστοιχα, η Νοσηλευτική Πληροφορική συνδυάζει την Νοσηλευτική και την Πληροφορική επιστήμη, με στόχο την επεξεργασία των νοσηλευτικών δεδομένων σε συνεργασία με τις ιατρικές κατευθυντήριες οδηγίες για την υποστήριξη της νοσηλευτικής πρακτικής και της νοσηλευτικής φροντίδας.

Είναι λοιπόν, κοινός αποδεκτό ότι περισσότερο από κάθε άλλη στιγμή, θα πρέπει να γίνουν όλες οι απαραίτητες ενέργειες προκειμένου η επιστήμη της Πληροφορικής, της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής να συνεργαστούν, για την προαγωγή της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών αλλά και για την παραγωγή κοστολογικών δεδομένων για τον εξορθολογισμό των δαπανών των υγειονομικών υπηρεσιών.

Στην κατεύθυνση αυτή είναι άλλωστε και η Ε.Ε., όπου η προσπάθειά της είναι η δημιουργία ενός «ευρωπαϊκού χώρου ηλεκτρονικής υγείας» προωθώντας συνεργασίες κοινών πολιτικών και φορέων για την δημιουργία βέλτιστων πρακτικών και λύσεων μεταξύ των χωρών στον κλάδο της υγείας. (<https://ec.europa.eu/health/>)

Βασικοί στόχοι του προγράμματος E-Health είναι οι εξής :

- Δημιουργία ενός ηλεκτρονικού μητρώου υγείας για ανταλλαγή πληροφοριών
- Εξέλιξη των υπάρχοντων πληροφοριακών συστημάτων στον τομέα της υγείας, έτσι ώστε οι εμπλεκόμενοι φορείς να μπορούν να συντονιστούν καλύτερα μπροστά στο κίνδυνο για την δημόσια υγεία
- Δημιουργία δικτύου για προσφορά πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε θέματα όπως η υγιεινή ζωή και η πρόληψη ασθενειών και
- Δημιουργία συστημάτων τηλεσυμβουλευτικής , τηλειατρικής, ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ηλεκτρονικής παραπομπής και ηλεκτρονικής επιστροφής ιατρικών εξόδων.

Πρέπει να σημειωθεί, ότι κάποιοι στόχοι όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση πανελλαδικά ή η τηλεϊατρική σε κάποιες απομακρυσμένες περιοχές του Ελλαδικού χώρου, (κυρίως της νησιωτικής περιοχής) έχουν ήδη υλοποιηθεί. Ωστόσο, αναπτύχθηκαν ως ανεξάρτητα υποσυστήματα, αδυνατώντας με αυτό τον τρόπο να αξιοποιηθούν οι πλήρης δυνατότητές τους . Παράδειγμα, γνώριμο πλέον στους ασφαλισμένους, είναι η χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, συμβάλλοντας στην ανταλλαγή πληροφοριών (μεταξύ των ιατρών που συνταγογραφούν, του ασφαλιστικού φορέα που ελέγχει, εγκρίνει και αποζημιώνει την φαρμακευτική δαπάνη και των φαρμακείων), και μειώνοντας τις γραφειοκρατικές διαδικασίες. Το έργο αυτό ξεκίνησε το 2010 από την ΗΔΙΚΑ Α.Ε και λειτούργησε ως ανεξάρτητο ηλεκτρονικό σύστημα, τα αποτελέσματα του οποίου όμως δεν αξιοποιούνται κατάλληλα.

Αντίστοιχα, δημιουργήθηκε το Εθνικό Δίκτυο Τηλειατρικής, ένα έργο με στόχο την παροχή ιατρικών υπηρεσιών των κατοίκων των νησιών του Αιγαίου ανάλογο των μεγάλων αστικών κέντρων της χώρας. Το έργο αυτό ήταν πρωτοβουλία της 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου στα πλαίσια του Ε.Π «ΨΗΦΙΑΚΗ ΣΥΓΚΛΙΣΗ, 2007-2013» και το οποίο επεκτείνεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας στις φυλακές Γρεβενών, Μαλανδρινού, Τρικάλων και Χίου, υποστηρίζοντας τους ιατρούς των φυλακών σε εξειδικευμένες περιπτώσεις, με στόχο την αποφυγή καθυστερήσεων, δαπανηρών ή και επικίνδυνων μεταγωγών. Ενώ κατά το τρέχον έτος, το ΕΔΙΤ συνεργάζεται με Γενική Περιφερειακή Αστυνομική Διεύθυνση Νοτίου Αιγαίου, για χρήση των υπηρεσιών του δικτύου από την Ελληνική Αστυνομία. Αξίζει να σημειωθεί ότι και αυτή η προσπάθεια δεν υποστηρίζεται πανελλαδικά αλλά εντός περιορισμένων γεωγραφικών ορίων. (Καραστεργίου Χ, 2011)

Αξιοποιώντας λοιπόν τις δυνατότητες της πληροφορικής, είναι αναγκαίο να στοχεύσουμε στην εξέλιξη των πληροφοριακών συστημάτων της υγείας και ειδικότερα των νοσοκομειακών πληροφοριακών συστημάτων, πηγαίνοντας ένα βήμα παρακάτω και δημιουργώντας την ηλεκτρονική κάρτα υγείας του ασθενούς.

## **5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ - ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας της Ευρώπης**

### **5.1 Υφιστάμενη Κατάσταση των Ευρωπαϊκών Χωρών**

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) ορίζει την Σύμπραξη Ιδιωτικού-Δημόσιου Τομέα (ΣΔΙΤ) ως μια μακροχρόνια συμβατική σχέση μεταξύ της κυβέρνησης και ενός εταίρου του Ιδιωτικού τομέα, όπου ο ιδιώτης παρέχει και χρηματοδοτεί δημόσιες υπηρεσίες με τη χρήση ενός πάγιου περιουσιακού στοιχείου, με επιμερισμό των συναφών κινδύνων (ΟΟΣΑ, 2012). Οι ΣΔΙΤ δραστηριοποιούνται σε διάφορους τομείς όπως τις μεταφορές, την κοινωνική στέγαση και την υγειονομική περίθαλψη.

Οι κυβερνήσεις σε όλο τον κόσμο, αλλά κυρίως στην Ευρώπη, χρησιμοποίησαν όλο και περισσότερο τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα για την ανάπτυξη, τη χρηματοδότηση, την κατασκευή υποδομών δημόσιας υγείας και την παροχή υπηρεσιών μέσω εταιρικών σχέσεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ). Οι λόγοι αυτής της ενέργειας ποικίλλουν από την αύξηση των δαπανών για την ανακαίνιση, τη διατήρηση και τη λειτουργία των δημόσιων περιουσιακών στοιχείων και την άμβλυνση των περιορισμών στους κρατικούς προϋπολογισμούς, την επιδίωξη της

καινοτομίας μέσω του ιδιωτικού τομέα και την καλύτερη διαχείριση του κινδύνου. (Mahoney et al., 2009, Anderson, 2012).

Αξίζει να σημειωθεί η περίπτωση της Μεγάλης Βρετανίας, η οποία εφαρμόζει το πρόγραμμα PFI( Private Finance Initiative), δηλαδή υλοποιεί έργα με πρωτοβουλία ιδιωτικής χρηματοδότησης για κατασκευή δημόσιων έργων και παροχή υπηρεσιών από την δεκαετία του 90. Από το 2000, έχοντας εμπειρία ετών, θεσμοθετεί τις ΣΔΙΤ εντάσσοντας εκτός των συμφωνιών με PFI, τις Συμβάσεις παραχώρησης και τις κοινοπραξίες. Ενώ από το 2010 πλέον υπάρχει ξεχωριστή μονάδα, η οποία ανήκει στο Υπουργείο Οικονομικών της Μεγάλης Βρετανίας και εποπτεύει παράλληλα με τον ιδιωτικό τομέα, έργα υποδομών και υπηρεσιών με συμβάσεις τέτοιου είδους.

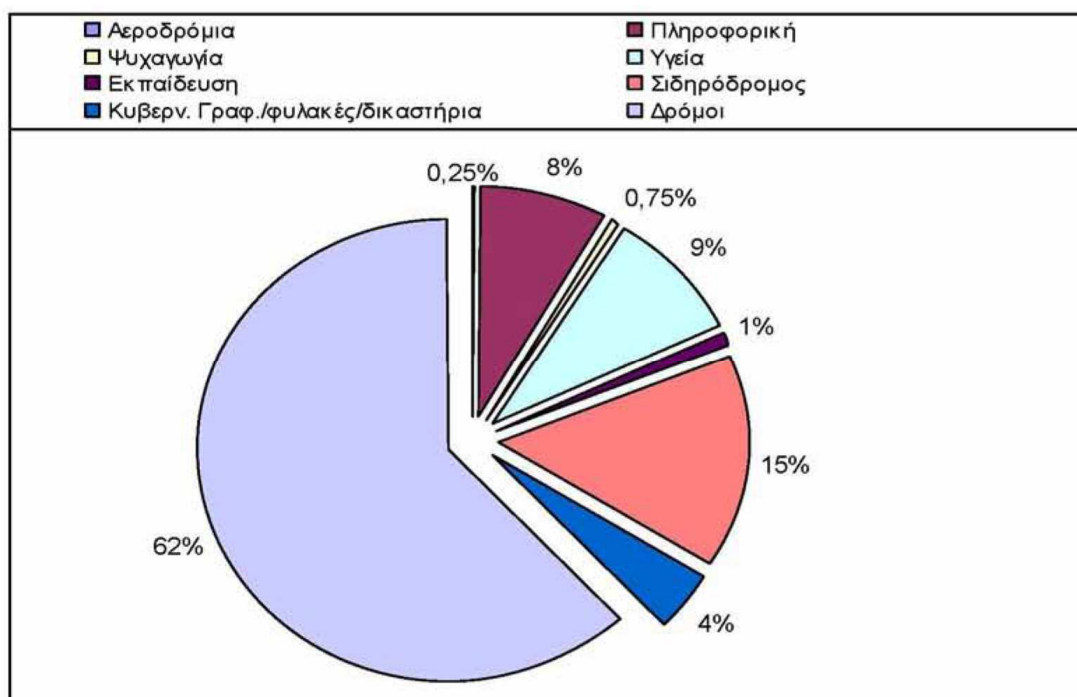
Λόγω περικοπών στις δημόσιες δαπάνες, οι χώρες του Νότου της Ευρώπης, μέσω αυτών των συμβάσεων, κατάφεραν να διατηρήσουν ένα αξιοπρεπές επίπεδο στις δημόσιες παροχές υγείας χωρίς να χάσουν την ιδιοκτησία των δομών και αξιοποιώντας τους ιδιώτες που εισήλθαν στο σύστημα. Οι ιδιωτικοί φορείς αναπροσάρμοσαν κρατικές δομές προσφέροντας οικονομίες κλίμακας (π.χ. στις προμήθειες), τεχνογνωσία και χαμηλό κόστος σε συνδυασμό με την σημαντική αναβάθμιση σε επίπεδο τεχνολογίας. (Κ.Τσαούσης, Α. Παπαστάθης,2017)

Η Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω των θεσμοθετημένων οργάνων, προσπαθεί να προωθήσει τη συνεργασία μεταξύ δημοσίων αρχών και επιχειρήσεων, επιτυγχάνοντας δημόσια οφέλη με καλύτερη χρησιμοποίηση του δημοσίου χρήματος. Τελικός στόχος της είναι ο εκσυγχρονισμός της δημόσιας διοίκησης με την αξιοποίηση της τεχνογνωσίας και των κονδυλίων που διαθέτει ο ιδιωτικός τομέας. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και η Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων προσπαθούν να συγκεντρώσουν τη γνώση και την εμπειρία τους σε τέτοιου είδους συμπράξεις και να την διαδώσουν ειδικά σε εκείνα τα κράτη μέλη, των οποίων οι δημόσιες αρχές δεν είναι εξοικειωμένες με τις ΣΔΙΤ (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2006).

Στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. παρατηρείται ότι οι συμβάσεις τύπου ΣΔΙΤ επικεντρώνονται αρχικά στον τομέα των μεταφορών. Στη συνέχεια προχωρούν σταδιακά σε άλλους τομείς, όπως η εκπαίδευση, η υγεία, η ενέργεια, το νερό και η επεξεργασία αποβλήτων στους οποίους οι μέθοδοι της σύναψης συμβάσεων τύπου ΣΔΙΤ θεωρούνται επίσης ως καλή λύση .

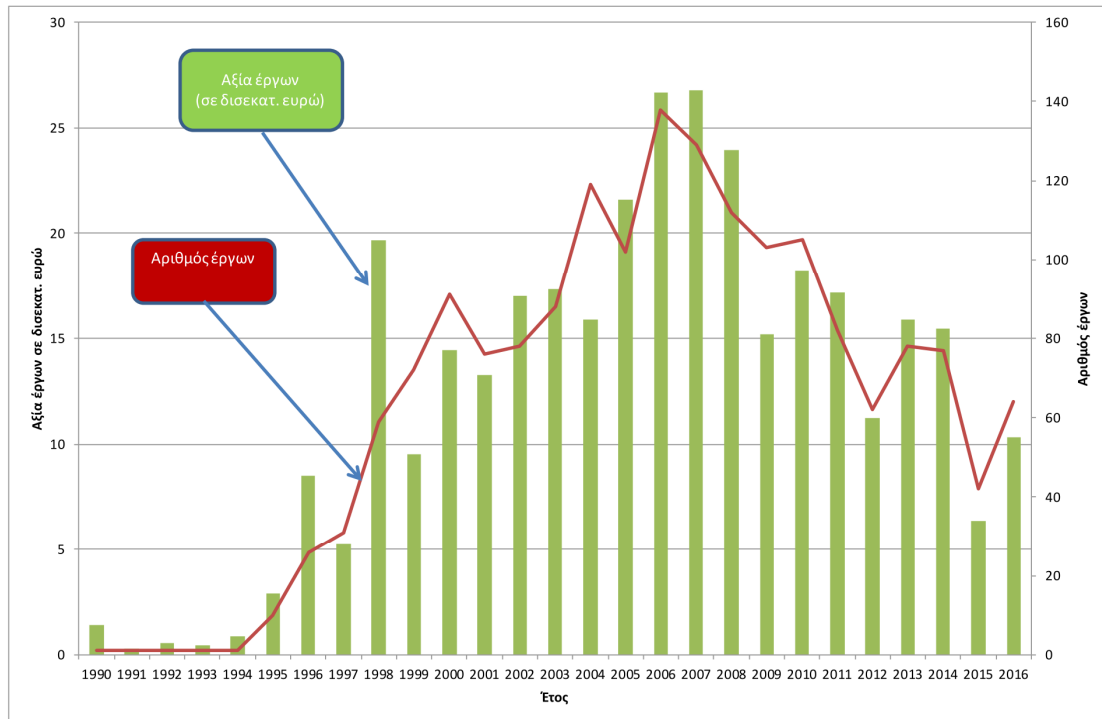
Η συντριπτική πλειοψηφία των ΣΔΙΤ στον Ευρωπαϊκό χώρο αφορούν στην κατασκευή οδικών αξόνων, ενώ μόλις το 8% της συνολικής τους αξίας αφορά σε

έργα και υποδομές πληροφορικής. Το ποσοστό αυτό παρότι χαμηλό, είναι σημαντικό, διότι παρατηρώντας το παρακάτω διάγραμμα, απεικονίζεται ότι ο τομέας Πληροφορικής είναι τέταρτος, με αντίστοιχο ποσοστό για την Υγεία στο 9%, το οποίο αναφέρεται κυρίως σε νοσοκομειακές υποδομές.



Γράφημα 1: Συμβάσεις ΣΔΙΤ ανά τομέα (Πηγή, DLA Piper Rudnick Gray Cary,2005)

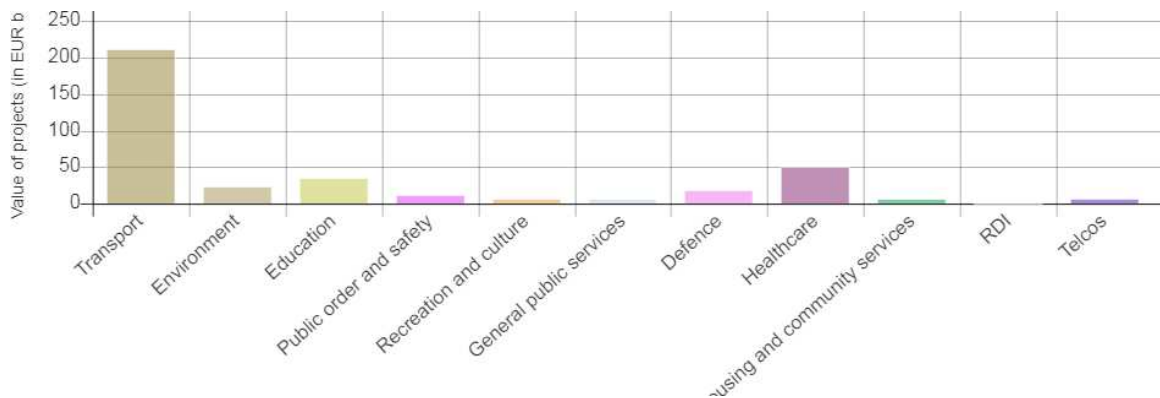
Επίσης, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Τεχνογνωσίας σε θέματα ΣΔΙΤ (EPEC), πριν από την χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση, η υλοποίηση έργων μέσω ΣΔΙΤ είχαν ραγδαία αύξηση, όμως από το 2008 ο αριθμός των νέων έργων ΣΔΙΤ μειώθηκε σημαντικά. Τα περισσότερα εξ αυτών αφορούσαν τον τομέα των μεταφορών, όπου το 2016 αντιπροσώπευε το 1/3 των συνολικών επενδύσεων ΣΔΙΤ και μετά ακολουθούν οι τομείς της υγειονομικής περίθαλψης και της εκπαίδευσης.



Πηγή: Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο βάσει πληροφοριών που παρασχέθηκαν από το EPEC.

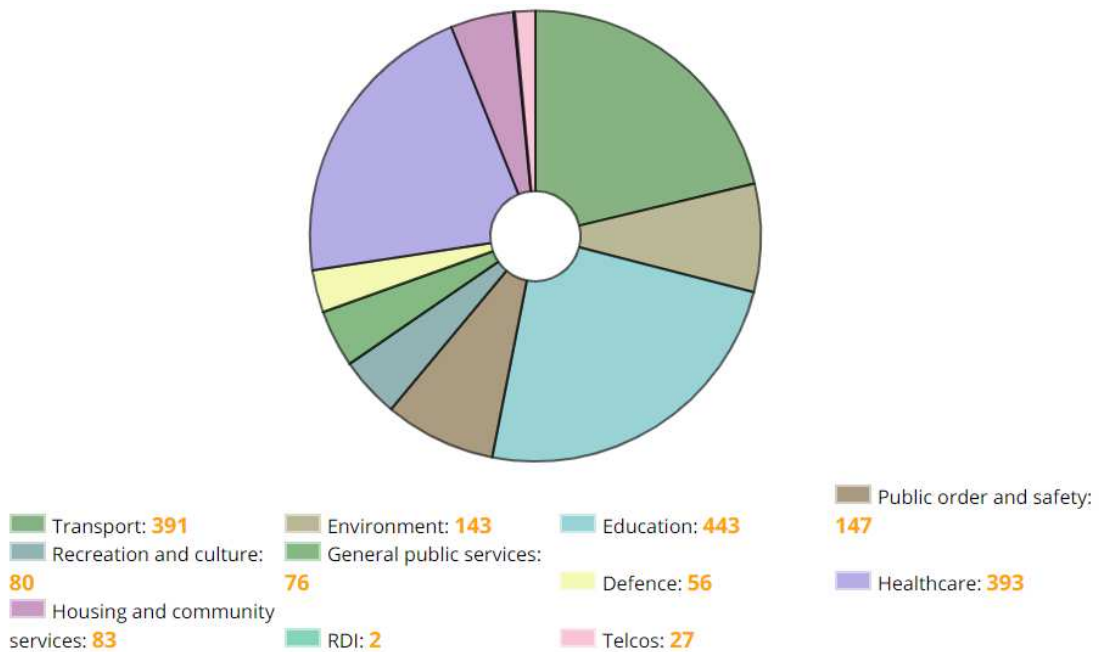
Γράφημα 2: Απεικόνιση αριθμό έργων ΣΔΙΤ σε αξία

Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και με τα παρακάτω διαγράμματα, τα οποία αποτυπώνουν την συνολική αξία των Ευρωπαϊκών Συμπράξεων PPPs και των αριθμό των Συμπράξεων ΣΔΙΤ ανά τομέα κατά το έτος 2018.



Γράφημα 3: Αξία Ευρωπαϊκών ΣΔΙΤ ανά τομέα (Πηγή: EPEC,2018)





Γράφημα 4: Αριθμός Ευρωπαϊκών Συμπράξεων ΣΔΙΤ ανά τομέα (Πηγή:EPEC,2018)

Τέλος, κίνητρο για συμμετοχή του Δημοσίου σε ΣΔΙΤ υπό προϋποθέσεις, δίνεται και από το λογιστικό πλαίσιο της ΕΕ (ΕΣΛ 2010), ως στοιχείο εκτός ισολογισμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να ενισχυθεί η συμμόρφωση προς τα κριτήρια σύγκλισης του ευρώ, τα κριτήρια του Μάαστριχτ. (Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο, 2018).

Αναφορικά με το αντικείμενο της παρούσας μελέτης, αξίζει να παρουσιαστεί η εμπειρία της Δανίας και της Γερμανίας αντίστοιχα στις ΣΔΙΤ στον τομέα της Πληροφορικής της Υγείας .

## 5.2 Περίπτωση Δανίας: Ηλεκτρονική Πύλη Υγείας (sundhed.dk)

Οι δαπάνες του Δανέζικου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης καλύπτονται κατά 85% από φόρους, το υγειονομικό σύστημα είναι ομοιογενές και παρέχει δωρεάν υπηρεσίες στους Δανούς πολίτες. Από το 2003 μέσω των ΣΔΙΤ, οι περιφέρειες μαζί με την κυβέρνηση υλοποίησαν μια εθνική δικτυακή πύλη για την Ηλεκτρονική Υγεία, μια δημόσια διαδικτυακή πύλη που διανέμει πληροφορίες για την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των πολιτών και των επαγγελματιών της

υγειονομικής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο (sundhed.dk). Ο ανάδοχος του έργου ήταν κοινοπραξία ιδιωτών, (MedCom και IBM).

Οι στόχοι του έργου επικεντρώνονται:

1. Ενεργοποίηση πρόσβασης στο ηλεκτρονικό αρχείο ασθενών (ERP) μέσω κεντρικών εγγράφων σε δεδομένα που φυλάσσονται σε επιμέρους νοσοκομεία και σε γραφεία γενικών ιατρών
2. Ηλεκτρονική επικοινωνία μεταξύ πολιτών και επαγγελματιών υγείας, όπως e-παραπομπές και ηλεκτρονικές συνταγές
3. Δίνεται η δυνατότητα στους ασθενείς, στις οικογένειες τους και στους εμπλεκόμενους στο χώρο της Υγείας να έχουν πρόσβαση σε ενημερωμένες πληροφορίες και
4. Επικοινωνία μεταξύ των ασθενών για την αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών

Τα αποτελέσματα είναι εστιασμένα στη μείωση του κόστους και συγκεκριμένα:

1. Μέση εξοικονόμηση 2,30€ανά ιατρική/ασφαλιστική επικοινωνία
2. 66% μείωση των τηλεφωνικών κλήσεων στα νοσοκομεία
3. 100% των συνταγών αποστέλλονται ηλεκτρονικά στα φαρμακεία και
4. 97% των εργαστηριακών αποτελεσμάτων μεταφέρονται ηλεκτρονικά

(Irina A.Nikolic & al, 2006)

Παράλληλα, μελέτες απέδειξαν ότι

1. Κατά 24% βελτιώθηκε η πορεία μιας θεραπείας
2. Κατά 41% έγινε καλύτερη κατανόηση της υγείας του ατόμου και
3. Κατά 36% πέτυχαν πρόσθετα πλεονεκτήματα, ειδικά στις χρόνιες παθήσεις.

(Morten Elbeak Petersen, 2017)

Αξιολογώντας τα οφέλη, προκύπτει ότι μέσω αυτής της ηλεκτρονικής πύλης, η Δανία συγκεντρώνει μια μοναδική συλλογή πληροφοριών βάση στοιχείων και προσωπικά κλινικά δεδομένα, ταυτόχρονα δημιουργεί ένα ιατρικό εγχειρίδιο τόσο για τους ιατρούς όσο και για τους ασθενείς, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη διαχείριση χρόνιων ασθενειών( διαβήτης, καρκίνος, οστεοπόρωση) και σε προγράμματα υγείας (διακοπή καπνίσματος, παχυσαρκία, εγκυμοσύνη κα).

Μεγάλο βαθμό στην επιτυχία του έργου συντέλεσε η αποδοχή από το κοινό και από τους επαγγελματίες υγείας, ενώ η Διεθνής αναγνώριση και η προθυμία των ιδιωτών να επενδύσουν περαιτέρω, δίνει κίνητρα για την ύπαρξη συνέχειας και εξέλιξης.

Η Δανική εθνική πύλη ηλεκτρονικής υγείας (sundhed.dk) είναι η μεγαλύτερη ηλεκτρονική πύλη ασθενών στην Ευρώπη με σχεδόν 1,8 εκατομμύρια Δανών να επισκέπτονται την πύλη κάθε μήνα. Προσέλκυσε την διεθνή προσοχή και παρουσιάστηκε στους οικονομικούς ηγέτες του κόσμου, στη Σύνοδο Κορυφής του G20 2017 στο Αμβούργο της Γερμανίας.

Ο σκοπός είναι να παρουσιαστεί ένα μοναδικό παράδειγμα για το πώς οι πολίτες μπορούν να έχουν εύκολη πρόσβαση στο διαδίκτυο στα δικά τους δεδομένα υγείας, γεγονός που βελτιώνει ταυτόχρονα τις ροές εργασίας και μειώνει το λειτουργικό κόστος. (<https://www.healthcaredenmark.dk>)

### **5.3 Περίπτωση Γερμανίας: «b IT 4Health»**

Το «b IT 4 Health» (better IT for better Health) είναι μια εταιρική σχέση με στόχο την καθιέρωση σε εθνικό επίπεδο της Ηλεκτρονικής κάρτας Υγείας, του Ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης και άλλων τηλεματικών εργαλείων για την υγεία. Πρωτοβουλία για την σύμπραξη αυτή υπήρξε από την μεριά του δημοσίου, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων της Γερμανίας και από την μεριά των ιδιωτών, μια κοινοπραξία ιδιωτικών συνεργατών υπό την καθοδήγηση της IBM. Το έργο ξεκίνησε το 2004, παράλληλα με την ψήφιση του σχετικού Νόμου για ανάπτυξη των ηλεκτρονικών υποδομών υγείας στο πλαίσιο του εκσυγχρονισμού του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης με 5ετές χρονοδιάγραμμα υλοποίησης.

Στόχος του έργου ήταν η αύξηση της ποιότητας και της αποδοτικότητας στον υγειονομικό τομέα καθώς και η παροχή πρωτοβουλίας και ευθύνης των ασθενών για χρήση των υπηρεσιών αυτών και ενημέρωση των ηλεκτρονικών τους φακέλων με πληροφορίες σχετικές με την κατάσταση της υγείας τους. Η συμφωνία αυτή επέφερε μια μακροχρόνια σχέση στους τομείς της πληροφορικής και της υγείας, ξεκινώντας από την ηλεκτρονική κάρτα υγείας και μετέπειτα την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ηλεκτρονική παραπομπή και το ηλεκτρονικό αρχείο ασθενών.

Η ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς καλύπτει περίπου 80 εκατομμύρια ασφαλισμένους, 270.000 παρόχους, 77.000 οδοντιάτρους, 22.000 φαρμακεία και περισσότερα από 2.000 νοσοκομεία. Τα οφέλη που προκύπτουν είναι:

- ✓ Καλύτερη και αποτελεσματικότερη ανταλλαγή πληροφοριών
- ✓ Σωστότερος έλεγχος για την ορθότητα των στοιχείων του ασθενή
- ✓ Καλύτερη ποιότητα φροντίδας όπως αποφυγή λαθών και ταχύτερη αντιμετώπιση της πάθησης με εξασφάλιση ορθών φαρμάκων
- ✓ Μείωση στην κατανάλωση χαρτιού
- ✓ Καλύτερη επεξεργασία αποτελεσμάτων, συγκρίνοντας τα με προηγούμενα από το ηλεκτρονικό αρχείο του ασφαλισμένου και
- ✓ Μείωση του φαινομένου της εξαπάτησης ή της κατάχρησης του υγειονομικού συστήματος με φαινόμενα «προκλητής ζήτησης».

Ταυτόχρονα μελέτη ανέδειξε ότι η ηλεκτρονικές συνταγές συγκέντρωσαν οφέλη ύψους 516 εκατ. ευρώ ετησίως, με το επενδυτικό κόστος να ανέρχεται σε 1.190 εκατ. ευρώ και το κόστος λειτουργίας στα 134 εκατ. ευρώ από το πρώτο έτος. (Irina A.Nikolic & al, 2006)

Δίνοντας συνέχεια στο έργο «καλύτερη πληροφορική για καλύτερη υγεία», μόλις το 2015 η γερμανική κυβέρνηση ψηφίζει νόμο για την ηλεκτρονική υγεία, σκιαγραφώντας έναν οδικό χάρτη για ηλεκτρονική υποδομή σε εθνικό επίπεδο, αναγνωρίζοντας την σημαντικότητα για πρόσβαση σε πληροφορίες για την υγεία και εισάγει νέες εφαρμογές.

Στόχος του Υπουργείου Υγείας είναι η τηλεματική υποδομή να αποτελέσει το μεγαλύτερο έργο παγκοσμίως, συνδέοντας πάνω 2, 5 εκατ. επαγγελματίες στον τομέα της υγείας και περίπου 70-80 εκατ. πολιτών, επιτυγχάνοντας το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να αποθηκεύει δεδομένα ασθενών, σε ασφαλή υποδομή, υπό τη μορφή της ηλεκτρονικής καταγραφής ασθενών (EPR), κατά το τρέχον έτος.

Παράλληλα, η μεγαλύτερη γερμανική κρατική ασφάλεια συμμετέχει και αυτή στην προσπάθεια του E-health, μέσω μιας πιο φιλικής για τον ασθενή πρόσβαση στο EPR, την προσωπική καταγραφή της υγείας (PHR), με στόχο την αύξηση ποσοστού συμμετεχόντων στο PHR, του 80% του πληθυσμού της χώρας. Η εφαρμογή αυτή, υποκατηγορία του EPR, περιλαμβάνει στοιχεία υγείας που συλλέγονται από τον ίδιο τον ασθενή, με μεγαλύτερη προσβασιμότητα μέσω κινητών τηλεφώνων. (Remy Denzler, member of Health Advances European Practice, 2018)

Τέλος, σήμερα η γενική κατεύθυνση της γερμανικής κυβέρνησης είναι η ψηφιακή μετατροπή του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης, αξιοποιώντας τις μεθόδους για την αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας, τόσο για τους ασθενείς όσο και για την κλινική έρευνα, ενώ παράλληλα δίνει την ευκαιρία σε επενδυτές που ενδιαφέρονται να έχουν πρόσβαση στη γερμανική αγορά υγειονομικής περίθαλψης με καινοτόμες ψηφιακές εφαρμογές υγείας. (International Trade Administration, 2016).

## **6 ΚΕΦΑΛΑΙΟ - Αξιολόγηση των ΣΔΙΤ στον Ελλαδικό χώρο**

### **6.1 Αναφορές έργων με την μέθοδο ΣΔΙΤ**

Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία δεν αποτελούν πανάκεια, αλλά θα μπορούσαν χρησιμοποιούν συμπληρωματικά, βελτιώνοντας τις υποδομές και τις υπηρεσίες του υγειονομικού μας συστήματος, με στόχο την ικανοποίηση του ασθενή.

Σε μια εποχή παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης και δημοσιονομικής στενότητας, η ΣΔΙΤ αποτελεί το αναγκαίο - αλλά συμπληρωματικό - εργαλείο για την ενίσχυση του συστήματος υγείας σε ρεαλιστική βάση, με την εξεύρεση και διάθεση πόρων από τον ιδιωτικό τομέα για τη βελτίωση των υποδομών και των εν γένει υπηρεσιών. Με το νόμο Ν. 3389/2005, όχι μόνο δεν θίγεται η συνταγματική επιταγή του άρθρου 21, αφού οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες θα αναβαθμιστούν και θα συνεχίσουν να παρέχονται από το δημόσιο.

Έτσι λοιπόν, οι συμπράξεις δεν απειλούν το δημόσιο χαρακτήρα της Υγείας, αλλά αντίθετα τον βελτιώνουν και τον εκσυγχρονίζουν. Το ΕΣΥ ενισχύεται οικονομικά από τον ιδιωτικό τομέα, μέσω μακροχρόνιου δανεισμού, με στόχο οι πολίτες να απολαμβάνουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε ένα σύγχρονο περιβάλλον. (Απόστολος Ι. Χατζητόλιος & κα, 2007)

Ωστόσο, στην Ελλάδα οι συμπράξεις αυτού του είδους, μέχρι σήμερα, δεν έχουν χρησιμοποιηθεί στο χώρο της Υγείας. Τα τελευταία χρόνια υλοποιήθηκαν και είναι σε λειτουργία κυρίως κτιριακά, συγκοινωνιακά και τηλεπικοινωνιακά έργα, έργα κοινωνικών υποδομών, που είναι το βασικότερο πεδίο εφαρμογής έργων ΣΔΙΤ τόσο στην Ελλάδα όσο και στην υπόλοιπη Ευρώπη.

Σύμφωνα με τα δημοσιευμένα στοιχεία της ΕΓΣΔΙΤ, τα έργα επικεντρώνονται στην συγκομιδή απορριμμάτων, στην ανέγερση σχολικών μονάδων, κολυμβητηρίων, γυμναστηρίων, πυροσβεστικών σταθμών, στην συντήρηση και εκμετάλλευση τουριστικού λιμένα , στη βελτίωση και ανάπλαση οδικών αξόνων καθώς και στην δημιουργία ευρυζωνικού δικτύου. Μόλις το 2017 εγκρίθηκε έργο ΣΔΙΤ στο τομέα της Υγείας με την κατασκευή, χρηματοδότηση, λειτουργία και προμήθεια εξοπλισμού για την ανέγερση κτιρίου παροχής υπηρεσιών εξατομικευμένης ιατρικής του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ). Το έργο βρίσκεται στην Α φάση και είναι μια συνεργασία ακαδημαϊκών και επιχειρησιακών φορέων για νέες εφαρμογές εξατομικευμένης ιατρικής.

Παλαιότερα, κατά το έτος 2008 προκηρύχθηκε διαγωνισμός για την υλοποίηση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης , Τεχνική Διαχείριση αυτού και συναφές υπηρεσίες με αναθέτουσα αρχή την Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων Α.Ε (ΔΕΠΑΝΟΜ). Στόχος του έργου δημιουργία σύγχρονων νοσοκομειακών μονάδων μέσω συμπράξεων δημοσίου-ιδιωτικού τομέα. Δυστυχώς, το έργο αυτό παραμένει στο στάδιο υλοποίησης.

Είναι λοιπόν αναπόφευκτο, ο κλάδος Υγείας, ο οποίος έχει υποστεί τις μεγαλύτερες περικοπές στους κρατικούς προϋπολογισμούς, να στραφεί στις συμπράξεις ΣΔΙΤ.. Τα περιορισμένα οικονομικά διαθέσιμα των κρατών και ειδικότερα της Ελλάδας δεν επαρκούν να καλύψουν τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των πληθυσμών, με τον κίνδυνο να προκύψουν προβλήματα και ανισότητες πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες και κάποιες φορές να παρουσιαστούν φαινόμενα αποκλεισμού. Ένα βιώσιμο σύστημα υγείας θα πρέπει να παρέχει καθολική πρόσβαση και ποιοτική περίθαλψη στους πολίτες και όταν οι πόροι δεν επαρκούν, τα κράτη, συμπεριλαμβανομένης και της χώρας μας θα πρέπει να αναζητήσουν νέες μορφές χρηματοδότησης για την ενίσχυση της Δημόσιας Υγείας.

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση της Παγκόσμιας Τράπεζας (World Bank), μεταξύ 135 χωρών, η Ελλάδα καταλαμβάνει την 3<sup>η</sup> θέση στον τομέα «Βέλτιστων Διαγωνιστικών Διαδικασιών σε έργα ΣΔΙΤ», παρόλο που στο στάδιο προετοιμασίας και διαχείρισης συμβάσεων υστερούμε συγκριτικά με άλλες χώρες. Βέβαια η έκθεση αυτή αναφέρεται στον τομέα των υποδομών, ο οποίος παίζει βασικό ρόλο στην προώθηση της οικονομικής ανάπτυξης. Οι στόχοι για την Αειφόρο Ανάπτυξη (SDGs) επικεντρώνονται στην ανάπτυξη ποιοτικών, αξιόπιστων και βιώσιμων υποδομών για την υποστήριξη της οικονομικής ευημερίας του ανθρώπου.

Ειδικότερα, στον τομέα της Υγείας δίνεται μεγάλη έμφαση στη διασφάλιση υγιών συνθηκών διαβίωσης και στην προσιτή και δίκαιη πρόσβαση υπηρεσιών υγείας για όλους. (Augusto Lopez Claros & al, 2017).

Παράλληλα, σε μια ακόμη μελέτη για την επιτροπή REGI του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, το 2017, η χώρα μας αναγνωρίζεται ως καινοτόμος στην χρηματοδότηση έργων ΣΔΙΤ, με μίξη των πόρων του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης και του Ταμείου Συνοχής σε έργα ΣΔΙΤ, όπως η επιτυχής υλοποίηση του έργου του Διεθνούς Αερολιμένα Αθηνών.

Τέλος, στην ειδική έκθεση επί του πλαισίου των έργων ΣΔΙΤ (2018), στο Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο, διατυπώθηκε θετική αξιολόγηση για το νομικό πλαίσιο του Ν3389/2005, με επισήμανση ότι μόνο η Ελλάδα και η Ιρλανδία δεν δεσμεύουν υπερβολικά ποσά μελλοντικών προϋπολογισμών για την υλοποίηση έργων ΣΔΙΤ.

Έχοντας όλα τα παραπάνω ως οδηγό, είναι εφικτό υπό προϋποθέσεις να υλοποιηθούν έργα ΣΔΙΤ στην Υγεία, χωρίς να πλήττεται ο δημόσιος χαρακτήρας της. Συνεπώς, η αναγκαιότητα για εξέλιξη των ΠΣ στα νοσηλευτικά ιδρύματα και η αδυναμία επαρκούς κρατικής χρηματοδότησης για επενδύσεις τέτοιου είδους, μας οδηγούν στο δρόμο των ΣΔΙΤ, γνωρίζοντας ότι μια τέτοια σύμπραξη θα είναι μη αποδοτικού χαρακτήρα.

## **6.2 Εξελίσσοντας τα ΟΠΣΥ της πρώην Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου**

Στην Ελλάδα, στο πλαίσιο της περιφερειακής οργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, έχουν γίνει πολλές αλλαγές, με τελευταία βάση του Ν3527/2007, όπου η επικράτεια χωρίζεται από δεκαεπτά (17) σε επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες έχουν την ευθύνη των Νοσοκομείων, των Κέντρων Υγείας και των Δομών Ψυχικής Υγείας, με βάση τον γεωγραφικό χάρτη.

## ΔΙΟΙΚΗΣΕΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ



Εικόνα 4:Χάρτης της Ελλάδας ανά Υ.ΠΕ (Πηγή, Ιστοσελίδα 1<sup>η</sup> ΥΠΕ Αττικής)

Σύμφωνα με την παλαιότερη κατανομή των ΥΠΕ, όπως έχουμε αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, υλοποιήθηκε το έργο της ένταξης Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων στα Νοσοκομεία της χώρας ανά Υγειονομική Περιφέρεια. Συνεπώς, τα περισσότερα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της πρώην Δ.Υ.ΠΕ Πελοποννήσου έχουν τον ίδιο προμηθευτή και το ίδιο ΠΣ. Από το έργο αυτό, εξαιρέθηκε το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, λόγω ότι είχε ήδη Πληροφοριακό Σύστημα μέσω συμβάσεως με ιδιώτη σε παραγωγική λειτουργία. Ωστόσο, μετά την οριστική παραλαβή του έργου, 2012, τα Νοσοκομεία λειτουργούν και συντηρούν τις υπάρχουσες πληροφοριακές δομές, χωρίς κάποια αξιολογή εξέλιξη των συστημάτων αυτών.

Οι περικοπές στις δαπάνες των νοσοκομείων από το Υπουργείο Υγείας, οι συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του χώρου της υγείας σε υλικά και φάρμακα και παράλληλα, τα λιγοστά ποσά που δεσμεύονται για τον τομέα της Πληροφορικής Υγείας στους ετήσιους προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων, δεν αφήνουν περιθώρια άλλα από το



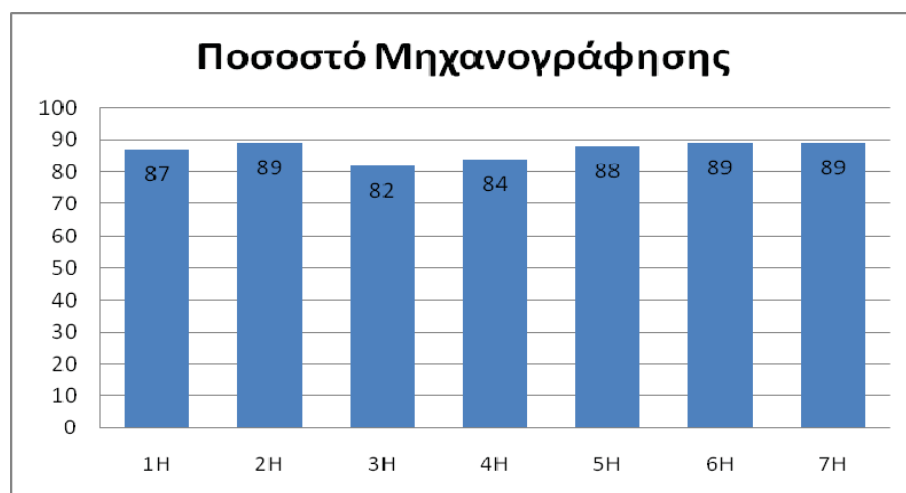
να στραφούμε στον θεσμό των ΣΔΙΤ προκειμένου να ολοκληρωθούν, να αναβαθμιστούν και να εξελιχθούν τα υπάρχοντα ΠΣΝ.

Η κατάσταση των βασικών Πληροφοριακών Υποσυστημάτων των Νοσοκομείων της χώρας μας όπως αποτυπώθηκε το 2011 από την Γενική Γραμματεία του Υπουργείου Υγείας είναι η ακόλουθη:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	ΠΛΗΡΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	ΜΕΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
Διαχείριση Φαρμακείου	131	0
Διαχείριση Υλικών - Αποθήκες	130	1
Διαχείριση Λογ. Ασθενών - ΚΕΝ	131	0
Διαχείριση Γραφείου Κίνησης	130	1
Διαχείριση ΤΕΙ	108	11
Διαχ. Γεν. Λογιστηρίου	129	2
Διαχείριση Προσωπικού	69	15
Διαχ.Κλινικών	100	12
Διαχ. Εργαστηρίων (LIS)	81	20
Ιατρονοσηλευτικός Φάκελος	30	43

Πίνακας 2:Λειτουργία Βασικών Πληροφοριακών Υποσυστημάτων των Νοσοκομείων(Πηγή: Γενική Γραμματεία ΥΥΚΑ)

Αντίστοιχα το ποσοστό μηχανογράφησης στα Νοσοκομεία της κάθε ΥΠΕ, σε σχέση με τα βασικά ανωτέρω υποσυστήματα διαμορφώνεται ως εξής:



Γράφημα 5 : Ποσοστό Μηχανογράφησης Νοσοκομείων ανά ΥΠΕ (Πηγή, Γενική Γραμματεία ΥΥΚΑ)

Ειδικότερα, θα εστιάσουμε στα ΟΠΣΥ του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας (Ν.Μ Ναυπλίου) και του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας(Ν.Μ Καλαμάτας) της 6<sup>ης</sup>

ΥΠΕ, αξιοποιώντας την επιστήμη της τεχνολογίας και των επικοινωνιών, με την συνδρομή των ΣΔΙΤ.

Σκοπός του εν λόγω εγχειρήματος είναι :

- Να διερευνηθούν διαδικασίες αυτοματοποιημένης ενημέρωσης ιατρικών και νοσηλευτικών δεδομένων μεταξύ ξεχωριστών συστημάτων και φορέων, ειδικά δια-περιφερειακών.
- Πληροφόρηση ιατρικού φακέλου ασθενούς με ιατρικά δεδομένα από διαφορετικούς φορείς του συστήματος υγείας
- Δημιουργία και λειτουργία δομής(ηλεκτρονική κάρτα υγείας ) για την εξέλιξη προτύπων στην Ηλεκτρονική Υγεία με επισήμανση στην διαλειτουργικότητα
- Αποτίμηση των ιατρικών συστημάτων και ενίσχυση της χρήσης του Ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς εντός όχι μόνο της μονάδας που ανήκει αλλά και σε επίπεδο Περιφέρειας και
- Επισήμανση των ωφελειών από την χρήση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας ασθενών

Αξίζει να σημειωθεί ότι, κατά εφαρμογή Ευρωπαϊκών Αποφάσεων, όπως η 52004DC0356 ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, στην ΕΟΚΕ και στην Επιτροπή Περιφερειών για την Ηλεκτρονική Υγεία και την προώθηση δύο τύπων καρτών: κάρτες υγείας και κάρτες ασφάλειας υγείας, ψηφίστηκε στην χώρα μας ο νόμος 3235/2004, όπου στην παρ 4 του άρθρου 9 αναφέρει: «εισάγεται η ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη, για την διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και την άμεση εξασφάλιση παροχής αναγκαίων πληροφοριών και δεδομένων σχετικά με την υγεία, που αφορούν τον κάτοχο της κάρτας. Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας μπορεί να περιέχει και άλλες πληροφορίες που διευκολύνουν την πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας». Ακολουθώντας τα Ευρωπαϊκά δεδομένα η ηλεκτρονική κάρτα Υγείας μπορεί να περιλαμβάνει ιατρικά δεδομένα (ομάδα αίματος, παθολογικό ιστορικό, θεραπείες), ή ιατρικό φάκελο ή να παρέχουν πρόσβαση στα δεδομένα αυτά μέσω ασφαλούς δικτύου.

Σύμφωνα με τους θεσμούς αλλά και την συνεχιζόμενη αύξηση των δαπανών στην Υγεία σε Ελλάδα, Ευρώπη και διεθνώς, κρίνεται αναγκαίο μέτρο η χρήση της ηλεκτρονικής κάρτα υγείας για κάθε ασθενή, αποσκοπώντας στην καλύτερη

παροχή υπηρεσιών και στην περαιτέρω μείωση των δαπανών. Η προετοιμασία του έργου ξεκίνησε από την ΗΔΙΚΑ Α.Ε, υπηρεσία του Δημοσίου που διαχειρίζεται και την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση με πολύ όμως αργούς ρυθμούς και με την επιφύλαξη για την συνέχιση και ολοκλήρωση του.

Συνεπώς ακόμη και σήμερα, το σύνηθες φαινόμενο είναι, οι ίδιοι οι ασθενείς να διατηρούν τον ιατρικό τους φάκελο, συλλέγοντας συνεχώς αντίγραφα εξετάσεων, ιατρικά σημειώματα και εκθέσεις νοσηλείας από κάθε Νοσηλευτική Μονάδα της χώρας μας, έτσι ώστε ο ιατρός που θα τους εξετάσει, είτε ιδιώτης είτε ιατρός σε διαφορετικό Νοσοκομείο, να έχει μια πιο σφαιρική εικόνα της κατάστασης της υγείας του, ειδικά για τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Έτσι από την μια μεριά οι ασθενείς και κυρίως οι συνοδοί των αρρώστων υφίστανται μια τεράστια ταλαιπωρία για την συλλογή των πληροφοριών σχετικά με την νοσηλεία, τη θεραπεία και τα αποτελέσματα αυτής, και από την άλλη γίνεται σπατάλη τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό του Νοσοκομείου όσο και σε οικονομικό επίπεδο.

Όπως επίσης, στα πλαίσια επανεξέτασης του ασθενή από ιατρό των Εξωτερικών Ιατρείων του ίδιου Νοσοκομείου, ο ασθενής είναι υποχρεωμένος τις περισσότερες φορές να παραλάβει από το Γραφείο Κίνησης Ασθενών του Νοσοκομείου, τον Ατομικό του φάκελο που εμπεριέχει τα αποτελέσματα και όλες τις λεπτομέρειες της νοσηλείας του.

Η παρούσα εργασία δεν θα δώσει μια συνολική λύση για την ανομοιομορφία του πληροφοριακού συστήματος υγείας στην Ελλάδα, αλλά θα επιχειρήσει να βάλει ένα λιθαράκι στην προσπάθεια εκσυγχρονισμού του. Συνεπώς, θα παρουσιαστεί και θα ερευνηθεί η δημιουργία της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας μέσω των Συμπράξεων Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα, τα οφέλη της και οι επιπτώσεις της, ακολουθώντας τις απαιτήσεις της σύγχρονης εποχής.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## 7 ΚΕΦΑΛΑΙΟ - Μελέτη για υλοποίηση έργου ΣΔΙΤ: Ηλεκτρονική κάρτα Υγείας ασθενών δύο νοσοκομείων, του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας (Ν.Μ Ναυπλίου) και του Γ.Ν Μεσσηνίας(Ν.Μ Καλαμάτας)

### 7.1 Περιγραφή του έργου ΣΔΙΤ, με γνώμονα τα στοιχεία των δύο νοσοκομείων

Η έρευνα της παρούσας εργασίας βασίζεται στο έργο της δημιουργίας της Ηλεκτρονικής κάρτας Υγείας των ασθενών που επισκέπτονται το Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας (Ν.Μ Καλαμάτας) και το Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας (Ν.Μ Ναυπλίου) μέσω των Συμπράξεων Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα. Συγκεκριμένα, θα τοποθετηθεί ένας κεντρικός Η/Υ(server) στα γραφεία της Υγειονομικής Περιφέρειας, όπου μέσω του διαδικτύου, θα αποθηκεύονται τα δεδομένα των ΠΣ των Νοσοκομείων που αφορούν το Ιατρικό-Νοσηλευτικό και Εργαστηριακό Υποσύστημα των ΟΠΣΥ. Στον ασθενή κατά την είσοδό του σε ένα από τα δύο Νοσοκομεία για πρώτη φορά, θα δίνεται μια ηλεκτρονική κάρτα (τύπου τραπεζική κάρτα), ενώ τα Νοσοκομεία θα διαθέτουν τερματικά ανάγνωσης των καρτών αυτών. Η εικόνα του έργου θα είναι :



Εικόνα 5: Σχηματική απεικόνιση του έργου

Δεν θα γίνει αναφορά των τεχνικών χαρακτηριστικών, όπως πρωτόκολλα διασύνδεσης και ασφάλειας αλλά θα εστιάσουμε στον τρόπο υλοποίησης του έργου υπό την μορφή των ΣΔΙΤ.

Επομένως, από την μεριά του Δημοσίου θα εμπλακεί η 6<sup>η</sup> ΥΠΕ και η ΚτΠ Α.Ε, εποπτευόμενοι από το Υπουργείο Υγείας και από την μεριά των Ιδιωτών, οι εταιρείες που υποστηρίζουν τα εν λόγω υποσυστήματα του ΟΠΣΥ. Ίσως να χρειαστεί και μια εταιρεία Συμβούλων, εξειδικευμένους επιστήμονες οι οποίοι θα δώσουν κατευθυντήριες οδηγίες για την διαλειτουργικότητα των δύο ΠΣΥ. Άλλωστε, κοινό χαρακτηριστικό των ΠΣ των Νοσοκομείων είναι ότι πρόκειται για ασθενοκεντρικά πληροφοριακά συστήματα, όπου κατά την είσοδό του ο ασθενής εσωτερικός ή εξωτερικός, καταγράφεται ως μοναδικό περιστατικό και εμπεριέχεται στον Ηλεκτρονικό του φάκελο. Ο τρόπος αυτός δίνει την δυνατότητα να διατηρούνται όλα τα στοιχεία των ασθενών, ιατρικών και οικονομικών είτε αφορά εσωτερικό (περιπτώσεις νοσηλείας) είτε εξωτερικό ασθενή στα εξωτερικά ή απογευματινά ιατρεία. Είναι λοιπόν σαφές, ότι η επιτυχής υλοποίηση ενός τέτοιου πιλοτικού εγχειρήματος, θα δώσει το έναυσμα για περαιτέρω εξέλιξη του έργου, σύμφωνα και με την ευρωπαϊκή και διεθνή εμπειρία.

Ένα τέτοιο έργο ΣΔΙΤ στην Υγεία μη ανταποδοτικού χαρακτήρα όπου η πληρωμή των ιδιωτών θα γίνει εξ' ολοκλήρου από το δημόσιο τομέα, με την μορφή των πληρωμών διαθεσιμότητας με την ολοκλήρωση του έργου, σημαίνει ότι οι ανάδοχοι του έργου θα αναλάβουν εκτός από την μελέτη ,την χρηματοδότηση και την κατασκευή του, αλλά και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες για την υποστήριξη και την λειτουργία των ηλεκτρονικών καρτών καθ' όλη την διάρκεια της σύμβασης. Επιπλέον ο ηλεκτρονικός εξοπλισμός που θα χρειαστεί, θα πρέπει να συμφωνηθεί, για το ποιο από τα δυο συλλαμβανόμενα μέρη (δημόσιο-ανάδοχος ) θα τα παρέχει, βρίσκοντας τον πιο αποτελεσματικό και πρόσφορο τρόπο.

## **7.2 Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσουμε την εξέλιξη των Πληροφοριακών Συστημάτων των Νοσοκομείων, δημιουργώντας την ηλεκτρονική κάρτα υγείας των ασθενών που επισκέπτονται το Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας (Ν.Μ Ναυπλίου) και το Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας (Ν.Μ Καλαμάτας)ς μέσω των ΣΔΙΤ.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

- Η παρουσία του θεσμού των ΣΔΙΤ στο επιστημονικό προσωπικό των Νοσοκομείων και οι απόψεις τους για την υλοποίηση έργων μέσω αυτών των ειδών των συμπράξεων-φόβοι και ανασφάλειες
- Η σύγκριση των απόψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για την κάρτα υγείας ασθενή στις δυο δομές διαφορετικών νομών της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ
- Η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν στην δυσκολία εξέλιξης των ΠΣΝ, σύμφωνα με τις απαντήσεις του υπηρετούντος προσωπικού των δύο δομών
- Η καταγραφή της διάθεσης των εργαζομένων για το έργο της ψηφιοποίησης των ιατρικών και νοσηλευτικών δεδομένων εκτός των στενών ορίων ενός νοσηλευτικού ιδρύματος.

Επομένως, τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία θα αναζητήσουμε απαντήσεις είναι:

1. Ο βαθμός ικανοποίησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού από το ΟΠΣΥ της Υγείας στο Νοσοκομείο τους.
2. Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης τους ;
3. Ποιες οι γνώσεις και οι πεποιθήσεις τους για την συνεργασία Ιδιωτικού – Δημόσιου Τομέα για την υλοποίηση έργων του Δημοσίου.
4. Ποια η διάθεση τους για συμμετοχή στην προσπάθεια αυτή.
5. Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα της Ηλεκτρονικής Κάρτας Υγείας ως εργαλείο χρήσης σε ένα Νοσοκομείο.
6. Ιδεολογικές αντιλήψεις , προσδοκίες και φόβοι από την δημιουργία ηλεκτρονικών εφαρμογών Υγείας μέσω ΣΔΙΤ.

### **7.3 Μεθοδολογία της έρευνας και δομή ερωτηματολογίου**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας (Ν.Μ Ναυπλίου) και στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας (Ν.Μ.Καλαμάτας) από 1/7/2019-30/9/2019. Το μεθοδολογικό εργαλείο της έρευνας μας, ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε εξ αρχής με την καθοδήγηση της κας Λιαριγκοβινού Αγγελικής, Επιστημονικής Συνεργάτης της ΕΣΔΥ και εξωτερικός συνεργάτης του Πανεπιστημίου μας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται κατά βάση από ερωτήσεις κλειστού τύπου, διανεμημένες σε έξι ενότητες, σε ερωτήσεις με προτεινόμενες απαντήσεις και σε ερωτήσεις διττής κλίμακας, «ΝΑΙ/ΟΧΙ» και κλίμακας τύπου Likert, με τους ερωτηθέντες να είναι το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το τμήμα των μαιών των δύο Νοσοκομείων.

Ειδικότερα, η πρώτη ενότητα αναφέρεται στα Γενικά-Δημογραφικά και Επαγγελματικά στοιχεία των ερωτηθέντων (6 ερωτήσεις κλειστού τύπου). Στην δεύτερη ενότητα εξετάζονται τα Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα, οι δυσκολίες κατά την εφαρμογή τους και η συμβολή τους κατά την χρήση τους (12 ερωτήσεις διττής κλίμακας, «ΝΑΙ/ΟΧΙ» και κλίμακας τύπου Likert). Η τρίτη ενότητα αναφέρεται στις Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα με σκοπό το επίπεδο γνώσης και οι απόψεις του επιστημονικού προσωπικού σε τέτοιου είδους Συμπράξεις (8 ερωτήσεις κλειστού τύπου κλίμακας τύπου Likert). Ακόμη, η τέταρτη, πέμπτη και έκτη ενότητα αναφέρεται στην Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας μέσω ΣΔΙΤ, η σπουδαιότητα υλοποίησης ενός τέτοιου έργου, οι αμφιβολίες και οι φόβοι των ερωτηθέντων στη συμβολή των Ιδιωτών σε έργα και δομές του Δημοσίου (25 ερωτήσεις διττής κλίμακας, «ΝΑΙ/ΟΧΙ» και κλίμακας τύπου Likert). Στο τέλος του ερωτηματολογίου δίνεται και η δυνατότητα οι ερωτώμενοι να καταγράψουν παρατηρήσεις –σχόλια και προτάσεις σχετικά με το θέμα της εργασίας.

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το εργαλείο SPSS v23.0.0.0. και τα γραφήματα έγιναν και με την βοήθεια του Microsoft Excel 2007. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση δεδομένων με πίνακες συχνότητας και διαγράμματα.

Κατά την συσχέτιση των παραγόντων που επηρεάζουν την εφαρμογή των Πληροφοριακών Συστημάτων και την υλοποίηση του έργου της Ηλεκτρονικής κάρτας Υγείας μέσω ΣΔΙΤ χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό στατιστικό τεστ Mann-Whitney (στατιστικό σημαντικό  $p=5\%$ ).

Ο μη παραμετρικός έλεγχος της ισότητας δύο μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων, τα οποία όμως δεν ακολουθούν κανονική κατανομή, όπως στην εργασία μας, όπου το Asymp. Sig. (2-tailed)  $=,000^c$  στο σύνολο των ερωτήσεων. (Παράρτημα Β), (Boutsikas M.V., 2004)

Το κριτήριο Mann-Whitney είναι ένας βαθμολογικός έλεγχος που εξετάζει αν η κατανομή των παρατηρήσεων της μιας ομάδας είναι σχεδόν ίδια με την κατανομή της άλλης και ότι οι παρατηρήσεις εμφανίζονται με τυχαίο τρόπο τόσο στη μια όσο



και στην άλλη ομάδα. Συνεπώς, η διαφοροποίηση λόγω της κατηγορικής μεταβλητής δεν σχετίζεται με τη συνεχή μεταβλητή. (Κουτσοχέρας, Γ. ,2010)

Τέλος, για τις συγκρίσεις στις ίδιες κατηγορίες προσωπικού των δύο νοσοκομειακών μονάδων, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες διπλής εισόδου και ραβδογράμματα σε ομαδοποιημένα χαρακτηριστικά, αντλώντας σημαντικά αποτελέσματα για την ερευνά μας.

#### **7.4 Δεοντολογική Προσέγγιση**

Στα πλαίσια της ερευνητικής διαδικασίας, εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των ερωτηθέντων και το απόρρητο των απαντήσεών τους. Οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς σκοπούς στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας. Ασφαλώς , τονίσαμε ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική χωρίς κανένα περιορισμό.

### **8 ΚΕΦΑΛΑΙΟ -Στατιστική Ανάλυση-Αποτελέσματα της έρευνας**

#### **8.1 Περιορισμοί έρευνας**

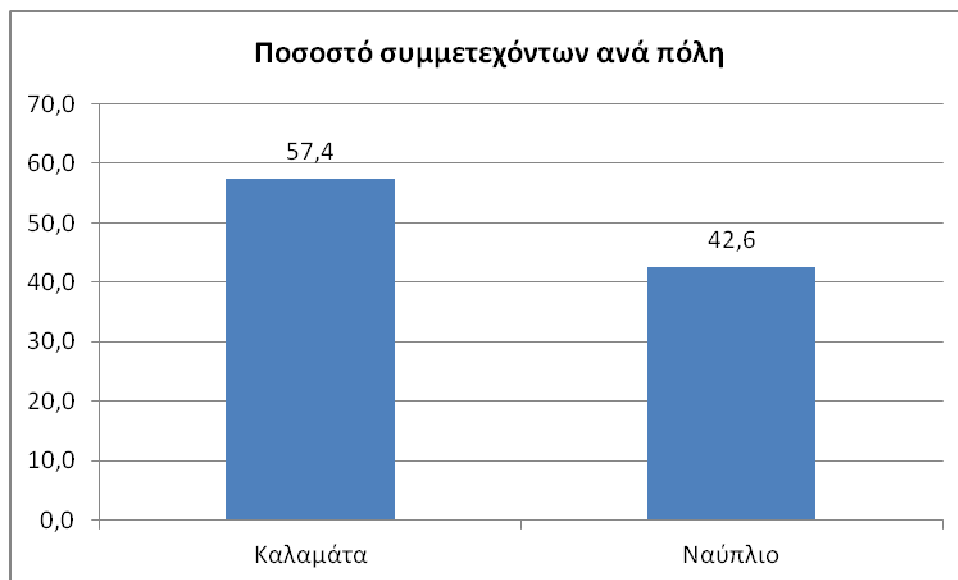
Ο περιορισμός της έρευνας έγκειται στο προσωπικό που μοιράστηκε το ερωτηματολόγιο στα δύο Νοσοκομεία, το οποίο αποτελείται από τους Ιατρούς, τους Νοσηλευτές και τις Μαίες, με περιορισμό στη χρήση του Ιατρικονοσηλευτικού Υποσυστήματος με σκοπό την πραγματοποίηση έρευνας για αξιοποίηση των συμπράξεων ΣΔΙΤ για την δημιουργία της Ηλεκτρονικής Κάρτας Υγείας Ασθενή και την ανταλλαγή πληροφοριών των ασθενών των δύο αυτών Νοσοκομείων. Παρατηρήθηκε η έλλειψη κουλτούρας στην συμπλήρωση ερευνητικών ερωτηματολογίων, ιδιαίτερα από τους παλαιότερους υπαλλήλους. Κατά την συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αντιληπτό και μας επιβεβαιώθηκε ότι δεν κάνουν όλοι χρήση των ΠΣ, λόγω είτε ελλείψεων βασικών δεξιοτήτων στην χρήση των Η/Υ, είτε λόγω ορισμού υπευθύνων για την χρήση των εφαρμογών του ΟΠΣΥ.

Συνολικά μοιράστηκαν 250 ερωτηματολόγια και λάβαμε 197 συμπληρωμένα, με βαθμό ανταπόκρισης 78,8%.

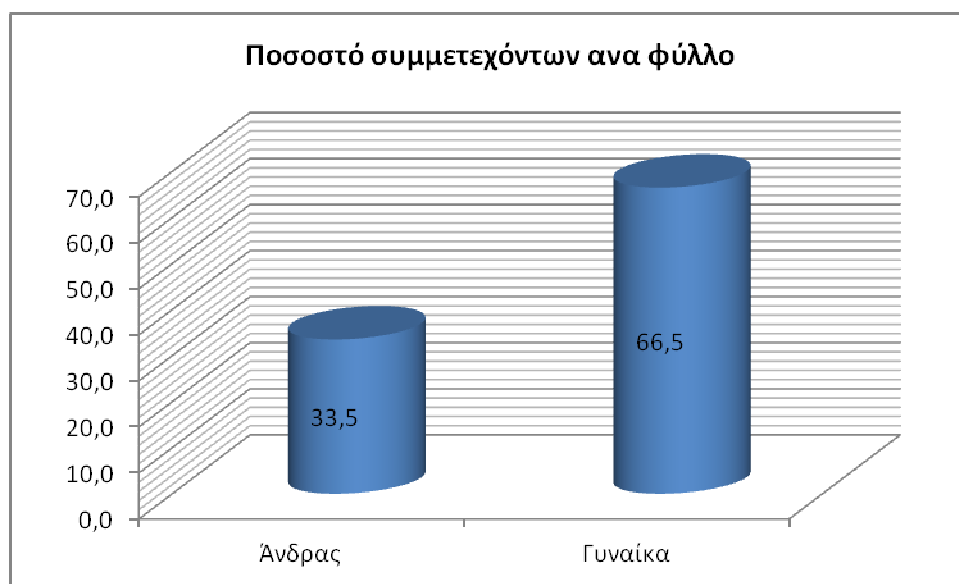
Στο σύνολο των απαντήσεων, η εικόνα των ερωτηθέντων παρουσιάζεται ως εξής:

Το δείγμα της έρευνά μας και για τις δυο νοσηλευτικές μονάδες αποτελείται από 197 άτομα, τα 113 (57,4%) από την Ν.Μ. Καλαμάτας και τα υπόλοιπα 84 (42,6%)

από την Ν.Μ. Ναυπλίου, με το 66,5% είναι γυναίκες και το 33,5% άντρες.(Παράρτημα Β, πίνακες 3,4)

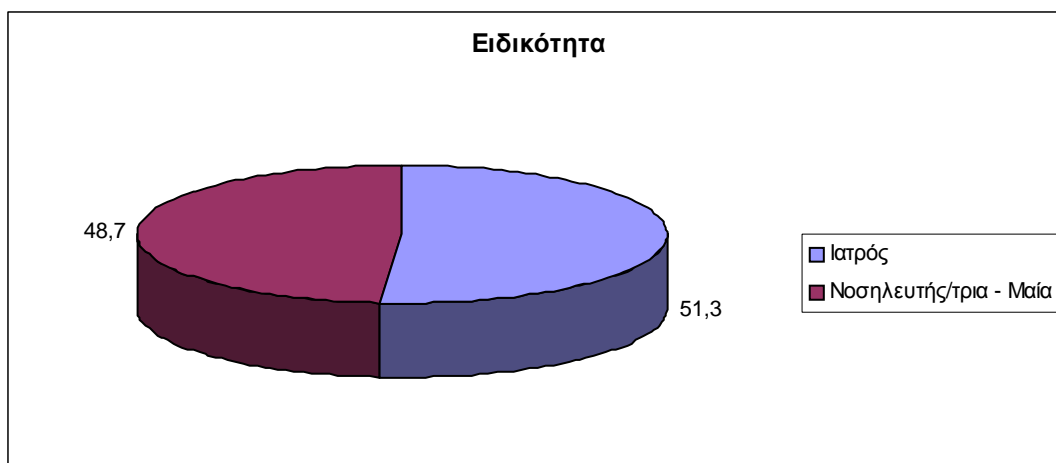


Γράφημα 6: Συμμετέχοντες ανά Ν.Μ

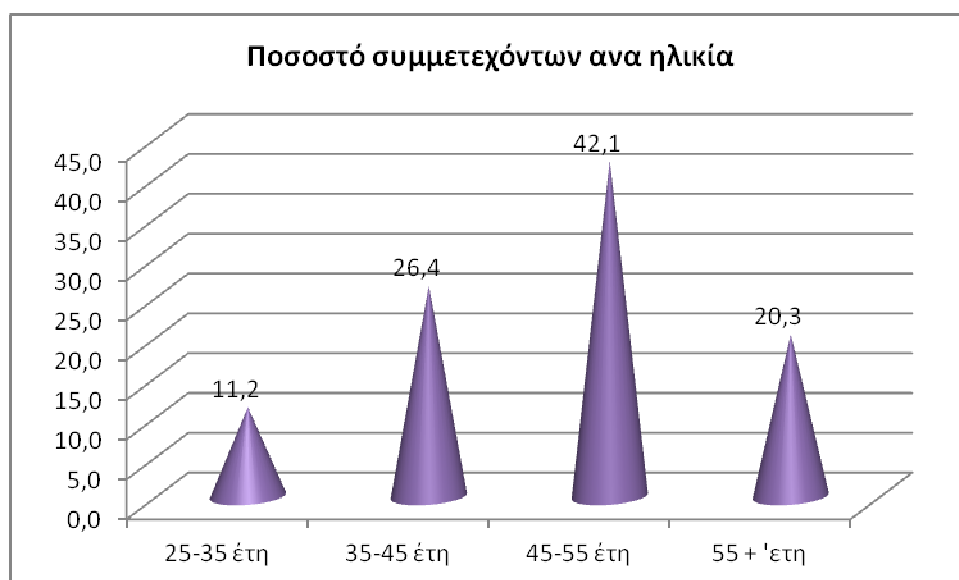


Γράφημα 7 : Συμμετέχοντες ανά φύλλο

Αναφορικά με την ειδικότητα, το 51,3% ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό, συμπεριλαμβάνοντας και τις μαίες και το 48,7% στο ιατρικό προσωπικό.

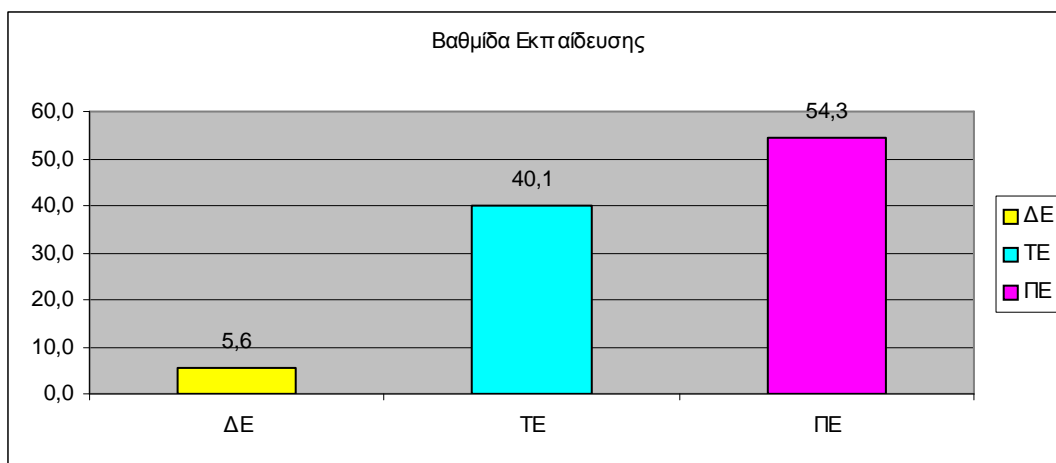


Γράφημα 8: Ειδικότητα Συμμετεχόντων

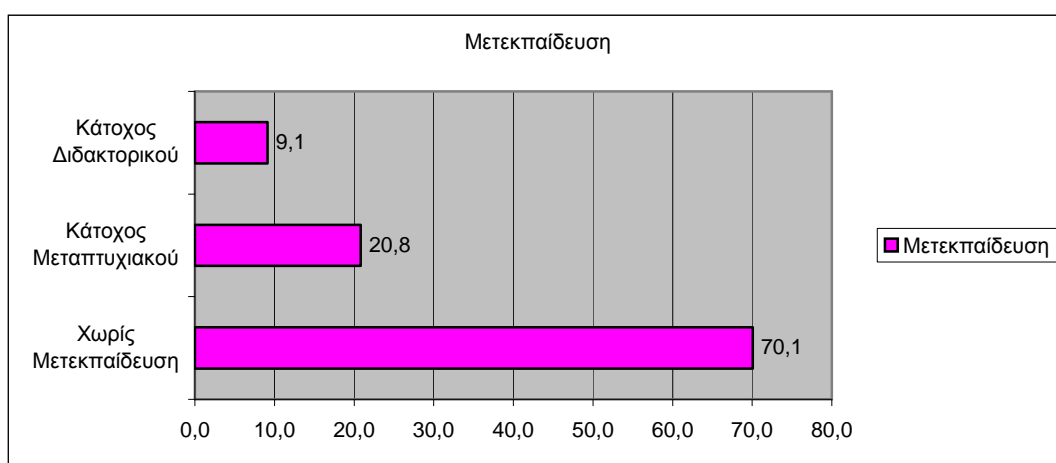


Γράφημα 9: Συμμετέχοντες ανά Ηλικία

Αναφορικά με την ηλικία, 83 συμμετέχοντες (42,1%) ανήκει στην ομάδα 45-55 ετών, 52 (26,4%) στην ομάδα 35-45 ετών, 40 άτομα (20,3%) είναι άνω των 55 ετών και μόλις 22 συμμετέχοντες (11,2%) είναι μεταξύ 25-35 ετών.



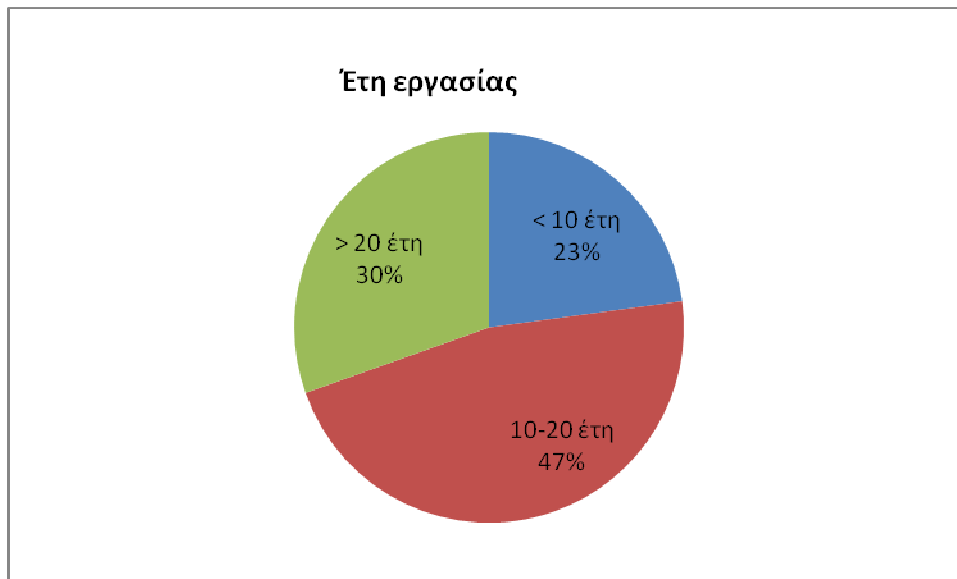
Γράφημα 10: Εκπαίδευση Συμμετεχόντων



Γράφημα 11: Μετεκπαίδευση Συμμετεχόντων

Αναφορικά με την εκπαίδευσή τους, παρατηρούμε ότι το 54,3% είναι Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και το 40,1% Τεχνολογικής, ενώ παράλληλα 41 συμμετέχοντες (20,8%) είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος, 18(9,1%) κάτοχοι Διδακτορικού και οι υπόλοιποι με ποσοστό 70,1% κατέχουν μόνο το βασικό τίτλο σπουδών.

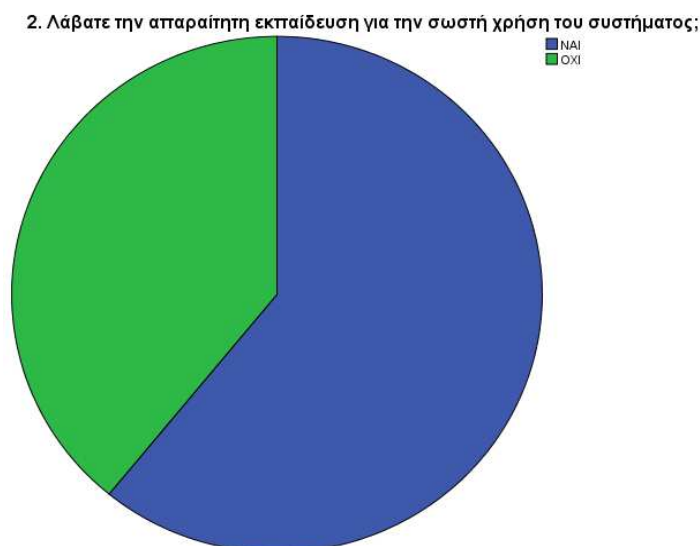
Αναφορικά με τα χρόνια εργασίας, η εικόνα διαμορφώνεται με τους 92 συμμετέχοντες (46,7%) να έχουν 10-20 έτη, οι επόμενοι 60, με ποσοστό 30,5% να έχουν εργαστεί άνω των 20 ετών και μόλις 45 ερωτηθέντες με ποσοστό 22,8% να έχουν λιγότερα από 10 χρόνια εργασίας. (Παράρτημα Β, πίνακας 8)



Γράφημα 12: Συμμετέχοντες ανά Εργασιακή Εμπειρία

## 8.2 Στατιστική Ανάλυση για την εκπαίδευση των Π.Σ.Υ

Με βάση την χρήση των ΟΠΣΥ την τελευταία τουλάχιστον δεκαετία, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν αν έλαβαν την απαραίτητη εκπαίδευση για τη σωστή χρήση του συστήματος, οι οποίοι με ποσοστό 60,9% απάντησαν θετικά και 39,1% αρνητικά. (Παράρτημα Β, πίνακας 9)



Γράφημα 13: Εκπαίδευση για την σωστή χρήση του ΟΠΣΥ

Έπειτα, οι συμμετέχοντες που έλαβαν εκπαίδευση για τη σωστή χρήση του συστήματος, κλήθηκαν να απαντήσουν ποιες δυσκολίες αντιμετώπισαν. Η ανάλυση

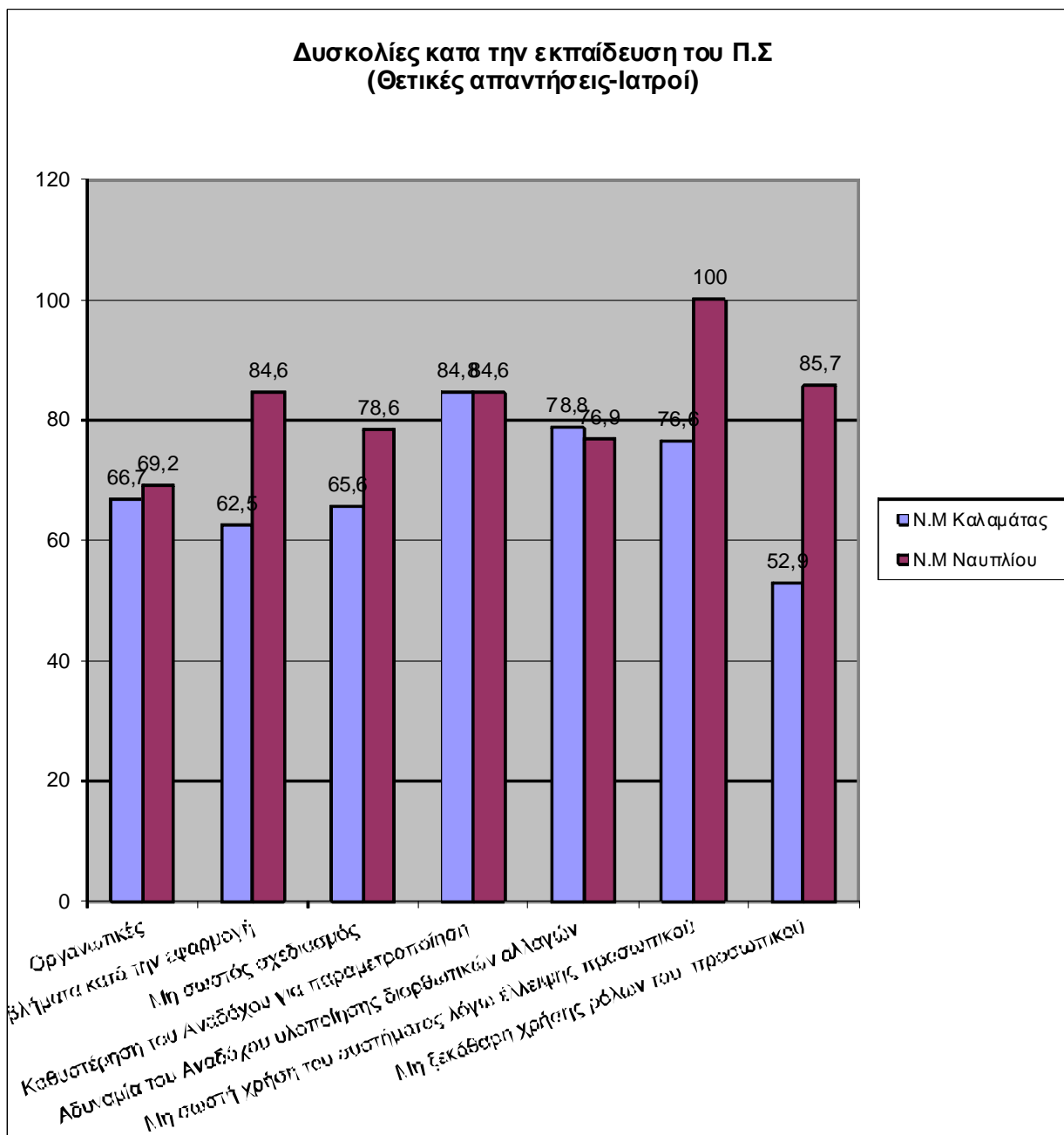
αυτού του ερωτήματος έγινε συγκρίνοντας τις απαντήσεις ανά ειδικότητα και ανά νοσηλευτική μονάδα.

Στην στατιστική ανάλυση των παραγόντων που σχετίζονται με τις δυσκολίες που προέκυψαν κατά την εκπαίδευση του Π.Σ, όπως δείχνει το Γράφημα 13, προκύπτει ότι το ιατρικό προσωπικό της Ν.Μ Ναυπλίου, με ποσοστό 100% δήλωσε ότι, η μη σωστή χρήση του συστήματος λόγω έλλειψης προσωπικού είναι η μεγαλύτερη δυσκολία που συνάντησαν, ενώ αντίστοιχα το ιατρικό προσωπικό της Ν.Μ Καλαμάτας με ποσοστό 84,6% ανέφεραν την καθυστέρηση του Αναδόχου για παραμετροποίηση. Πρέπει ακόμη να καταγραφεί ότι στο Ναύπλιο, το ιατρικό προσωπικό συγκέντρωσε μεγάλα ποσοστά θετικών απαντήσεων στις εξής δυσκολίες:

α) Προβλήματα κατά την καταγραφή των περιστατικών στο σύστημα (84,6%),

β) Καθυστέρηση του Αναδόχου για παραμετροποίηση του συστήματος (84,6%) και

γ) Μη ξεκάθαρη χρήση ρόλων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Ιδρύματος (85,7%).

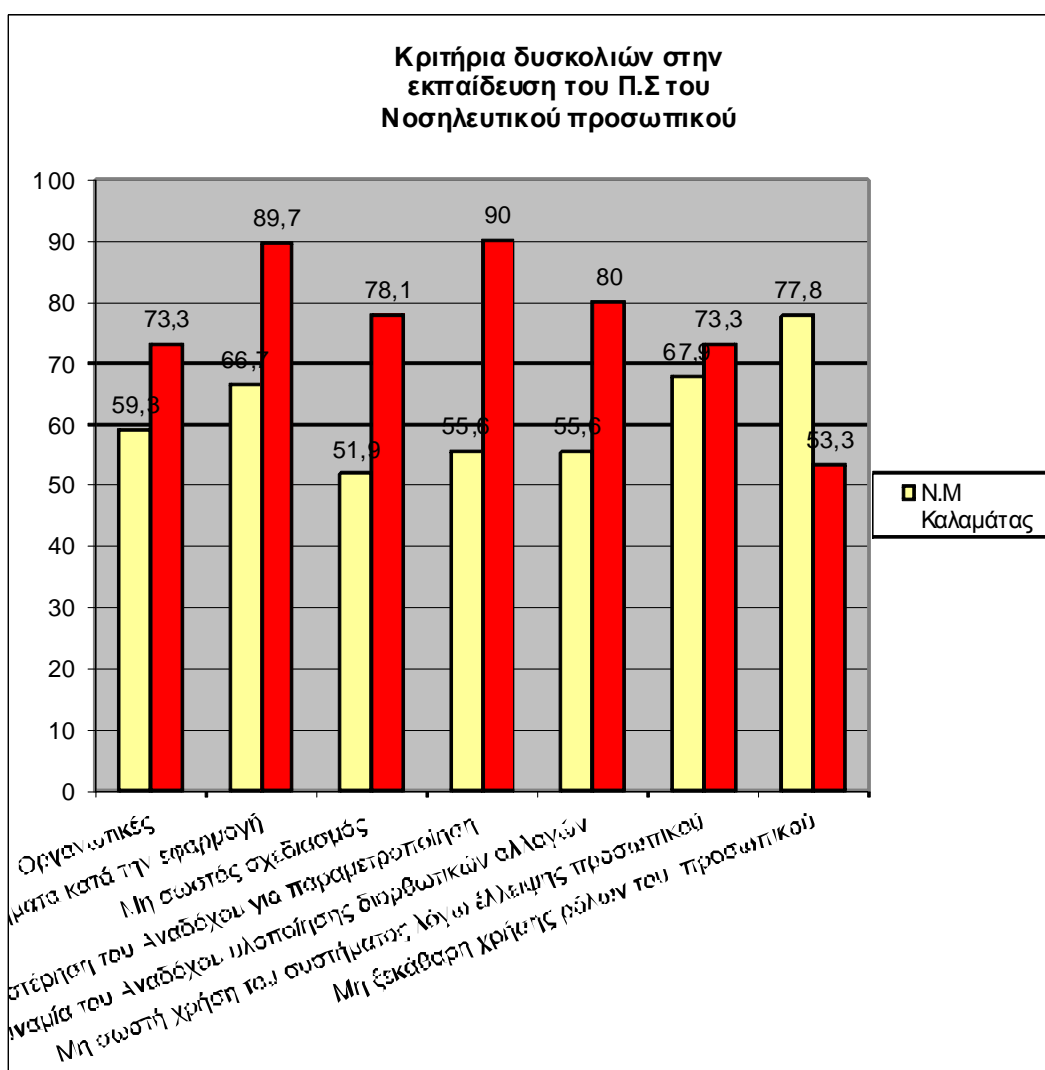


Γράφημα 14: Δυσκολίες του ιατρικού προσωπικού κατά την εκπαίδευση του Π.Σ

Ακολουθεί η σύγκριση αποτελεσμάτων του νοσηλευτικού προσωπικού των δύο Νοσοκομείων στο ανωτέρω ερώτημα, χρησιμοποιώντας πίνακες διπλής εισόδου, σε ένα ερώτημα που ο κάθε συμμετέχοντας μπορούσε να δώσει πολλαπλές απαντήσεις, τα οποία αποτυπώνονται στο Γράφημα 14. Έτσι το 77,8% του νοσηλευτικού προσωπικού της N.M Καλαμάτας δηλώνει ως μεγαλύτερη δυσκολία, την μη ξεκάθαρη χρήση ρόλων του συστήματος ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές, ενώ το αντίστοιχο προσωπικό στην N.M Ναυπλίου ανέδειξε με ποσοστό 90%,ότι η μεγαλύτερη δυσκολία ήταν η καθυστέρηση του Αναδόχου για

παραμετροποίηση του συστήματος. Μείζον ζήτημα κατά την ένταξη των Π.Σ στα νοσοκομεία ήταν ο μη διακριτός ρόλος του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Απόρροια αυτού ήταν οι συχνές συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων, το οποίο έφερνε καθημερινά προβλήματα επικοινωνίας και δυσκολίες στην ολοκλήρωση των καθηκόντων τους.

Αντίστροφα, το 48,1% των συμμετεχόντων νοσηλευτών της Ν.Μ Καλαμάτας δεν δυσκολεύτηκαν κατά την εκπαίδευσή τους με δομή των εφαρμογών, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό της Ν.Μ Ναυπλίου με ποσοστό 32,1%, η έλλειψη προσωπικού δεν αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα στην εκπαίδευσή τους στο Π.Σ.

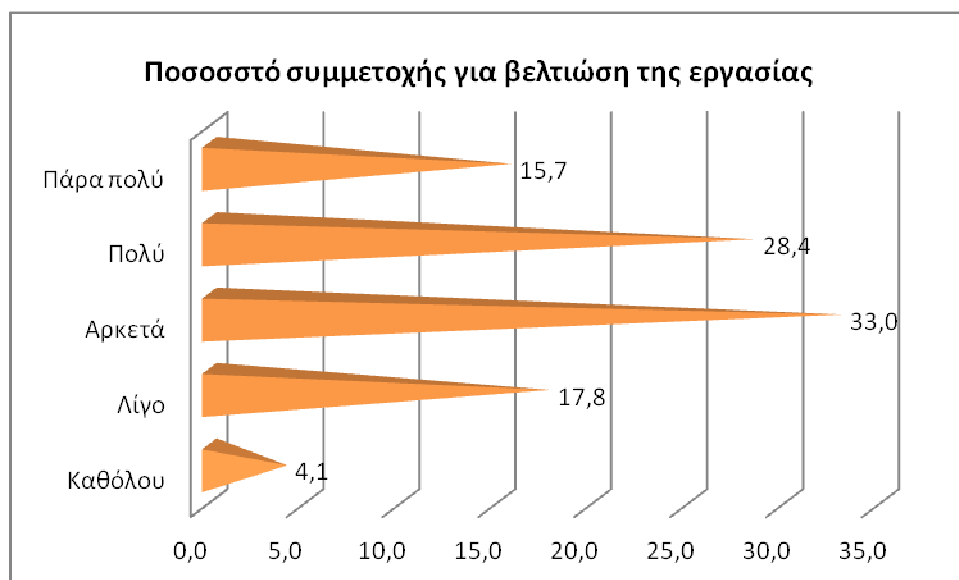


Γράφημα 15: Δυσκολίες Νοσηλευτικού προσωπικού κατά την εκπαίδευση του Π.Σ

### 8.3 Στατιστική Ανάλυση για την χρήση των Π.Σ.Υ



Αναφορικά με την εργασία των συμμετεχόντων μέσω των ΟΠΣΥ, το 77,9% δηλώνουν ότι βελτιώθηκε η εργασία τους (το 33,3% δηλώνει ότι βελτιώθηκε αρκετά, το 28,7% πολύ και το 15,9% πάρα πολύ) ενώ μόλις το 4,1% απάντησε ότι η εργασία τους δεν βελτιώθηκε καθόλου. (Παράρτημα Β, πίνακας 9)

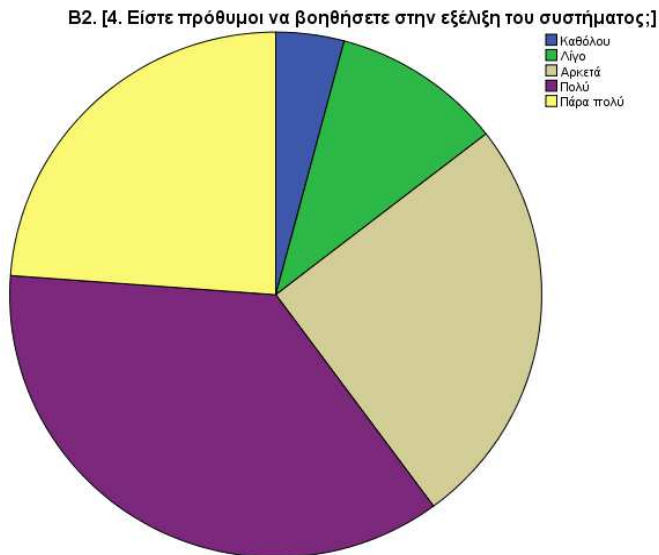


Γράφημα 16: Βελτίωση της εργασίας με τη χρήση του ΟΠΣΥ

Αναφορικά με το χρόνο που απαιτείται για την ολοκλήρωση της εργασίας τους, απάντησαν 194 άτομα με ποσοστό 33,5% να χρειάζεται πολύ περισσότερο χρόνο, το 27,3% πάρα πολύ και μόλις 2,6% να μην επιβαρύνεται με τη χρήση του ΟΠΣΥ. (Παράρτημα Β, πίνακας 11)

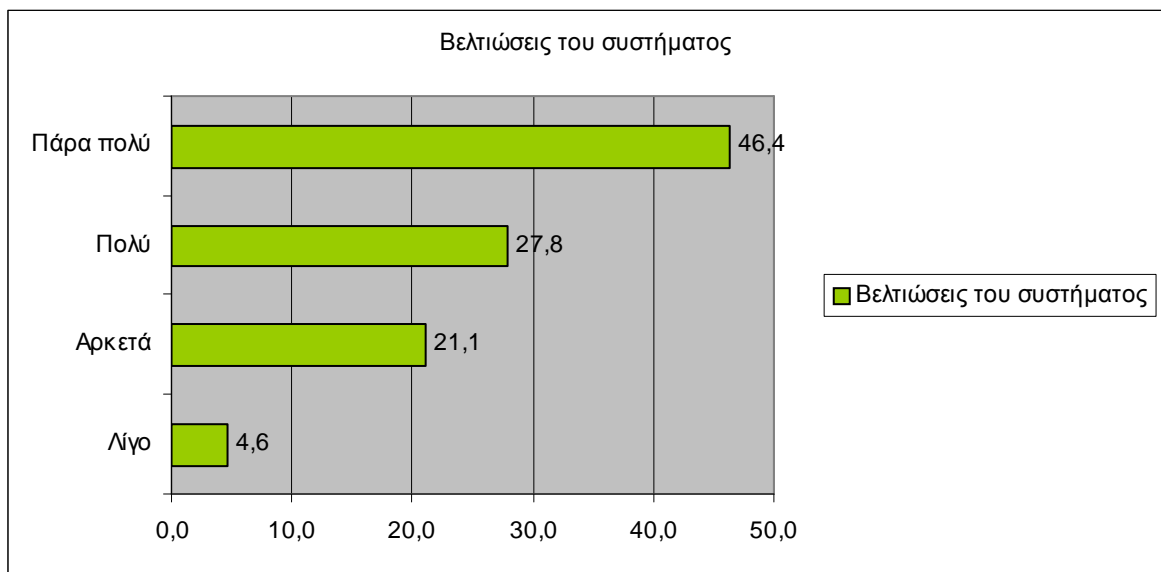
Αναφορικά με την ασφάλεια που νιώθουν κάνοντας χρήση του Πληροφοριακού Συστήματος καταγραφής λάβαμε 191 απαντήσεις και από τις οποίες προκύπτει ότι το 35,1% νιώθει μεγάλη ασφάλεια με το Π.Σ.Υ, το 30,4% αρκετή και 22,5% πάρα πολύ, με μόλις το 2,6% να μην το εμπιστεύεται.

Αναφορικά με την πρόθεσή τους να συμμετέχουν στην εξέλιξη του συστήματος, απάντησαν 193 άτομα, με ποσοστό 36,3% να επιθυμούν πολύ την συμμετοχή τους, το 25,4% αρκετά και μόλις το 4,1% να είναι αρνητικοί. (Παράρτημα Β, πίνακας 12)



Γράφημα 17: Συμμετοχή του δείγματος για βοήθεια στην εξέλιξη του Π.Σ

Ωστόσο, πιστεύουν ότι το σύστημα είναι περίπλοκο και δυσκολεύονται να το τηρήσουν σε ποσοστό 37,8% πάρα πολύ , 23,3% πολύ και 21,8% αρκετά. (Παράρτημα Β, πίνακας 13)



Γράφημα 18: Ποσοστό συμμετεχόντων για βελτίωση του Π.Σ

Οι 194 συμμετέχοντες θεωρούν ότι είναι απαραίτητες οι βελτιώσεις και αλλαγές του ΟΠΣΥ, με το 46,4% οι ερωτηθέντες να θέλουν πάρα πολύ αλλαγές βελτίωσης και καλυτέρευσης του Π.Σ, το 27,8% πολύ, το 21,1% αρκετά και μόλις το 4,6% απάντησε ότι δεν απαιτούνται πολλές αλλαγές. (Παράρτημα Β, πίνακας 14)

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, όλων των ειδικοτήτων και στα δύο νοσοκομεία ζητά την βελτίωση του Πληροφοριακού συστήματος και αν συσχετιστεί η απάντηση αυτή με τις προηγούμενες, γίνεται κατανοητό ότι οι αλλαγές χρειάζονται

για να νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια και να μειωθεί ο χρόνος ολοκλήρωσης της εργασίας τους, λόγω σημαντικών ελλείψεων προσωπικού.

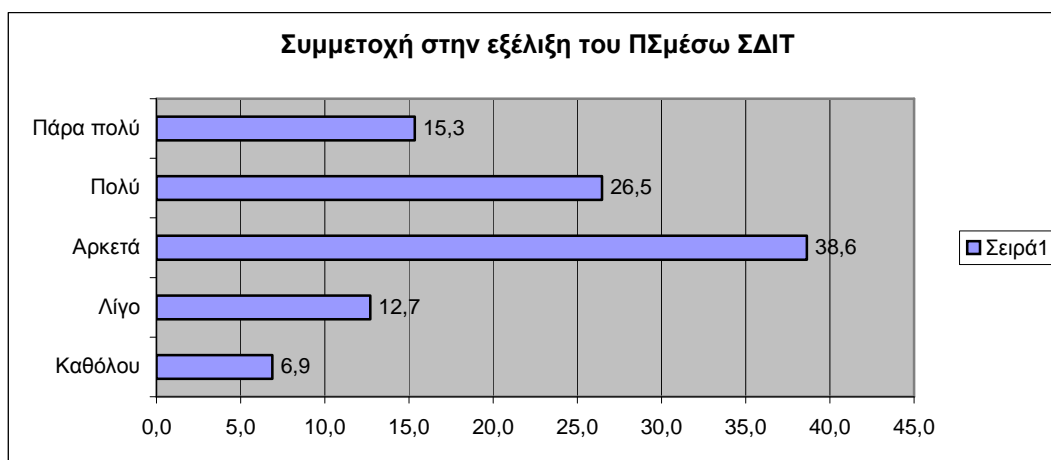
#### 8.4 Στατιστική ανάλυση για τις ΣΔΙΤ

Αναφορικά με την γνώση τους για έργα ΣΔΙΤ στην Υγεία απάντησαν 183 άτομα, με ποσοστό 27,9% να γνωρίζουν αρκετά έργα ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας, 23% γνωρίζουν λίγα ενώ το 20,2% δεν γνωρίζει καθόλου. Επίσης, 10 άτομα δεν έδωσαν απάντηση και 4 απάντησαν «Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ». (Παράρτημα Β, πίνακας 15)

Αναφορικά με τα πιστεύω τους για τις ΣΔΙΤ, συμμετείχαν 191 άτομα με ποσοστό 31,4% να πιστεύει αρκετά, το 25,7% πολύ, το 18,3% πάρα πολύ ενώ παρουσιάστηκαν και 19 συμμετέχοντες με ποσοστό 9,9% να μην πιστεύει σε τέτοιου είδους συμπράξεις. Επίσης, 3 άτομα δεν απάντησαν καθόλου και τρεις απάντησαν ΔΓ/ΔΑ. (Παράρτημα Β, πίνακας 16)

Αναφορικά με υλοποίηση ηλεκτρονικών εφαρμογών μέσω ΣΔΙΤ, με ποσοστό 30,1% πιστεύουν αρκετά, με 29,5% πολύ και το 17,5% πάρα πολύ, ελπίζοντας πολύ στην καλυτέρευση των εφαρμογών με ποσοστό 36,8% και αρκετά με ποσοστό 32,6%. (Παράρτημα Β, πίνακες 17,18)

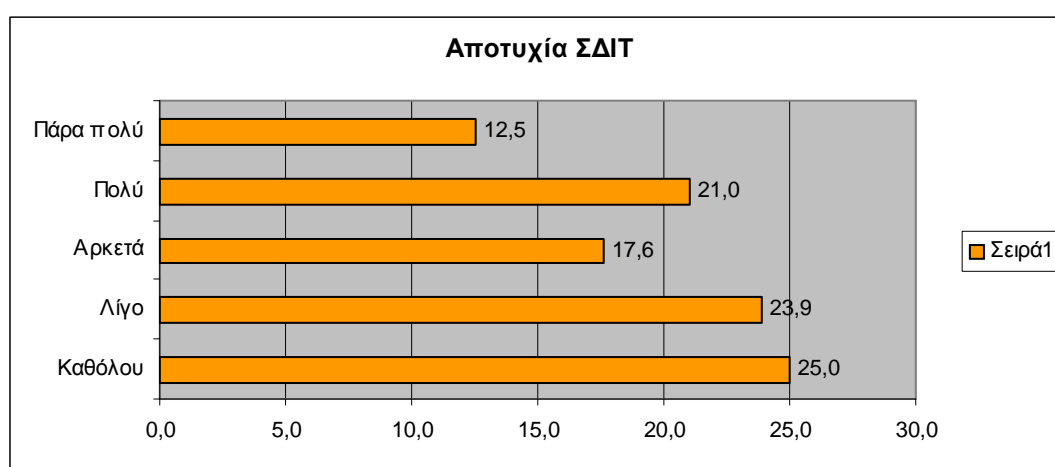
Για την ενεργή συμμετοχή στην προσπάθεια βελτίωσης του Π.Σ μέσω ΣΔΙΤ, απάντησαν 189 άτομα, όπου 73 συμμετέχοντες (38,6%) είναι θετικοί αρκετά, 50 συμμετέχοντες (26,5%) είναι πολύ θετικοί και μόλις 13 συμμετέχοντες (6,9%) δεν είναι καθόλου θετικοί. (Παράρτημα Β, πίνακας 19)



Γράφημα 19: Ποσοστό συμμετεχόντων στην εξέλιξη του Π.Σ μέσω ΣΔΙΤ

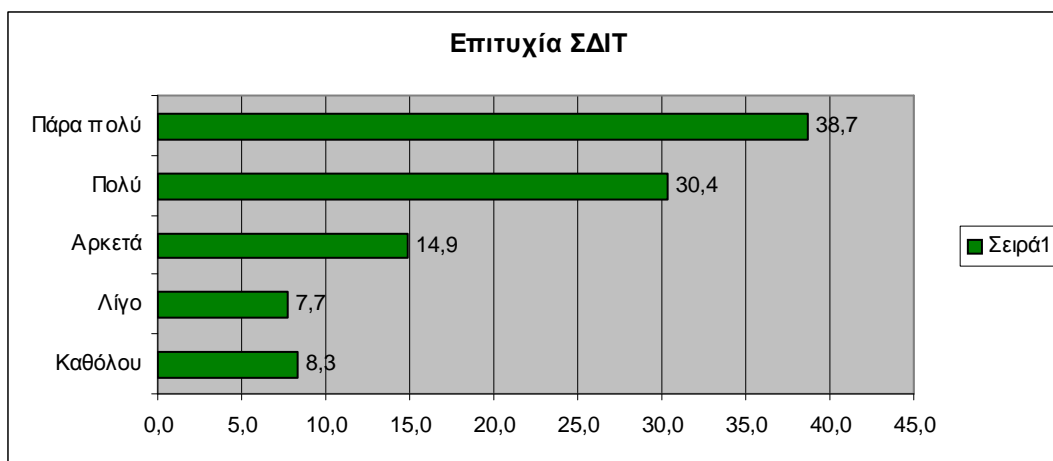
Από τους 190 συμμετέχοντες οι 72(37,9%) πιστεύουν πολύ ότι οι ιδιώτες μπορούν να συμβάλουν θετικά στους στόχους του Δημοσίου, οι 53(27,9%) πιστεύουν αρκετά και μόλις 4 συμμετέχοντες (4,7%) δεν πιστεύουν καθόλου στην θετική συμμετοχή των ιδιωτών στο Δημόσιο.

Αναφορικά με την εργασία τους και με το ενδεχόμενο αποτυχίας ενός έργου ΣΔΙΤ απάντησαν 176 άτομα, με 13 να μην δίνουν καμία απάντηση και με ποσοστό 25% να απαντούν ότι η αποτυχία δεν θα επηρεάσει καθόλου την εκτέλεση των καθηκόντων τους , το 23,9% ότι θα επηρεαστεί λίγο, το 17,6% αρκετά ενώ με ποσοστό 21% ότι θα τους επηρεάσει πολύ και με ποσοστό 12,5% πάρα πολύ.



Γράφημα 20: Ποσοστό συμμετοχής επιβάρυνσης της εργασίας από μια αποτυχημένη ΣΔΙΤ

Αντίστοιχα, στην επιτυχία της σύμπραξης απάντησαν 181 άτομα, όπου 70 συμμετέχοντες (38,7%) θεωρούν ότι η επιτυχία θα συμβάλει πάρα πολύ θετικά στην εκτέλεση των καθηκόντων τους , 55 συμμετέχοντες (30,4%) πολύ θετικά και 14,9% αρκετά. Ενώ 7,7% των συμμετεχόντων πιστεύει πως λίγο η επιτυχία ενός έργου ΣΔΙΤ θα φέρει θετικές εξελίξεις στην εργασία τους και το 8,3% του δείγματος δεν πιστεύει ότι μια επιτυχημένη ΣΔΙΤ θα φέρει θετικά αποτελέσματα στην εκτέλεση των καθηκόντων τους.



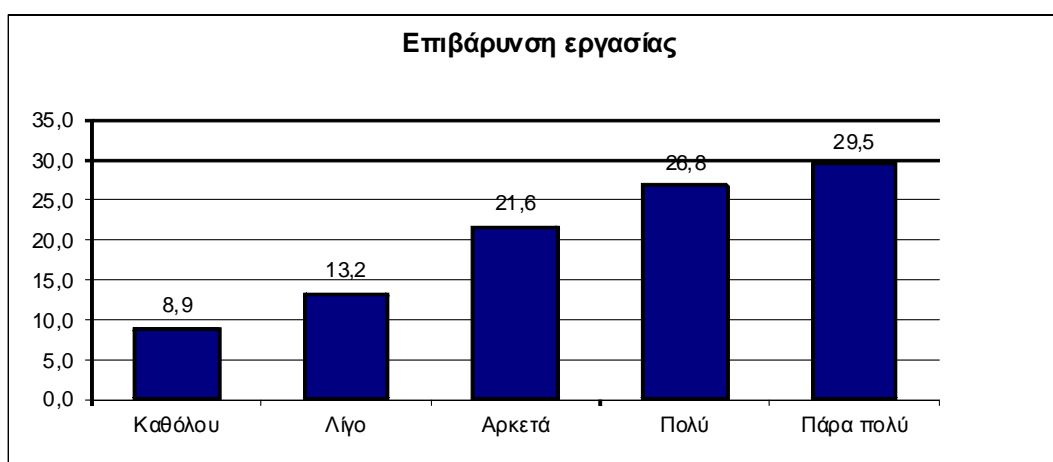
Γράφημα 21: Ποσοστό συμμετοχής επιτάχυνσης της εργασίας από μια επιτυχημένη ΣΔΙΤ.

### 8.5 Στατιστική Ανάλυση για την Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας Ασθενούς

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προέκυψε ότι το 29,4% γνωρίζει πολύ/πάρα πολύ την κάρτα υγείας, με το 42% να την θεωρεί πάρα πολύ σημαντική για τον ασθενή και το 34,2% πολύ σημαντική. (Παράρτημα Β, πίνακες 20, 21)

Αναφορικά με την υλοποίηση της κάρτας υγείας στο Νοσοκομείο τους, απάντησαν 193 άτομα, οι 58(30,1%) απάντησαν «αρκετά», οι 57(29,5%) «πάρα πολύ» και 40(20,7%) απάντησαν «πολύ».

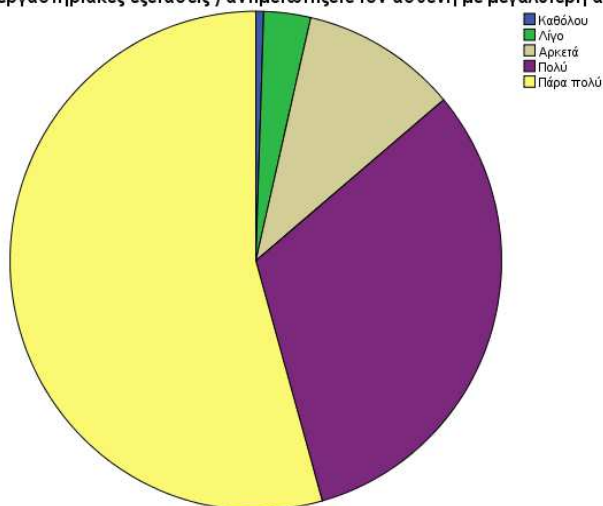
Ωστόσο, το 77,6% πιστεύει ότι η εφαρμογή της θα επιφέρει μεγαλύτερο φόρτο εργασίας (Παράρτημα Β, πίνακας 23, Γράφημα 22) και το 78,2% ότι, η ηλεκτρονική καταγραφή των περιστατικών θα καθυστερεί την ολοκλήρωση των υποχρεώσεών τους.



Γράφημα 22: Επιβάρυνση εργασίας λόγω της κάρτας υγείας

Αναφορικά με την ασφάλεια των εργαζομένων στην αντιμετώπιση του ασθενούς, απάντησαν σχεδόν το σύνολο των ερωτηθέντων (195 άτομα) και 96,5% (188 συμμετέχοντες) νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια, όπου 54,4% απάντησε «πάρα πολύ», το 31,8% «πολύ» και το 10,3% απάντησε «αρκετά» (Παράρτημα Β, πίνακας 13, Γράφημα 25).

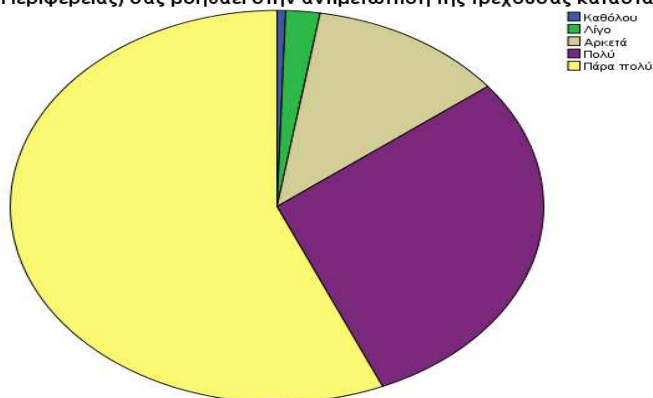
Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [6. Έχοντας ηλεκτρονικά την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (διάγνωση, φαρμακευτική αγωγή, επιπλοκές, εργαστηριακές εξετάσεις) αντιμετωπίζετε τον ασθενή με μεγαλύτερη ασφάλεια;]



Γράφημα 23: Ασφάλεια Συμμετεχόντων κατά την εργασία τους με την κάρτα υγείας

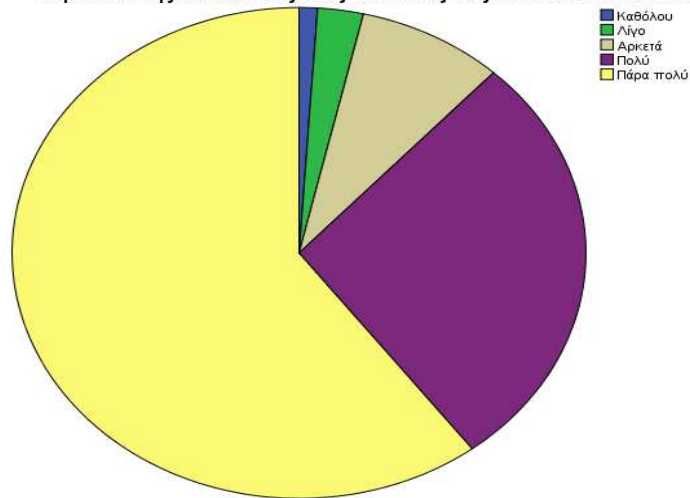
Επιπλέον, οι 109 ερωτηθέντες από τους 193 που έδωσαν απαντήσεις, θεωρούν πάρα πολύ μεγάλη βοήθεια την ηλεκτρονική κάρτα, η οποία θα δίνει πληροφορίες για τον ασθενή και από άλλο Νοσοκομείο της περιφέρειάς τους. (Γράφημα 24) και παράλληλα οι 117 (60,3%) θεωρούν πάρα πολύ σημαντική την γνώση της θεραπευτικής διαδικασίας ενός άλλου νοσοκομείου για τον ίδιο ασθενή (Γράφημα 25).

Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [7. Με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας, (έχοντας στοιχεία του ασθενή που έχει περάσει και από άλλο Νοσοκομείο της Περιφέρειάς) σας βοηθάει στην αντιμετώπιση της τρέχουσας κατάστασής του;]



Γράφημα 24: Αντιμετώπιση της τρέχουσας κατάστασης του ασθενή

Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [8. Πόσο σημαντική είναι η γνώση της θεραπευτικής διαδικασίας ενός ασθενούς σας σε ένα άλλο Νοσοκομείο;]



Γράφημα 25: Ποσοστό σημαντικότητας της γνώσης της θεραπείας ενός ασθενή σε άλλο νοσοκομείο

Έπειτα, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν αν η ηλεκτρονική κάρτα θα βοηθήσει την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα αντίστοιχα.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, απάντησαν 184 άτομα, όπου τα 78(42,4%) να θεωρούν ότι η ηλεκτρονική κάρτα υγείας θα την βοηθήσει πάρα πολύ, τα 51(27,7%) αρκετά και τέλος 44 άτομα (23,9%) απάντησαν ότι θα βοηθήσει πολύ στην αποτελεσματικότητα. (Παράρτημα Β, πίνακας 29)

Αντίστοιχα στην ερώτηση που αφορά την παραγωγικότητα, απάντησαν 181 άτομα, τα 76(42%) πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική κάρτα θα βοηθήσει πάρα πολύ την παραγωγικότητα, ενώ 7 άτομα δεν έδωσαν απάντηση και 9 απάντησαν «ΔΓ/ΔΑ».

Επίσης, καταγράφηκε σε ποσοστό 50,8% ότι η ηλεκτρονική κάρτα υγείας είναι μια ενδιαφέρουσα προοπτική για την εξέλιξη του ΟΠΣΥ. (Παράρτημα Β, πίνακας 30)

Αναφορικά με τους περιορισμούς του γενικού κανονισμού GDPR περί προσωπικών δεδομένων απάντησαν μόλις 170 συμμετέχοντες από τους οποίους οι 50(29,4%) φοβούνται αρκετά, ότι ο περιορισμός λόγω προσωπικών δεδομένων μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά για το έργο. (Παράρτημα Β, πίνακας 32)

Αναφορικά με την επέκταση του έργου της ηλεκτρονικής κάρτας πανελλαδικά απάντησαν 188 άτομα και με ποσοστό 49,5% να την θεωρούν απαραίτητη και επίσης οι 101 συμμετέχοντες του δείγματος είναι πάρα πολύ θετικοί στην διασύνδεση του ιατρικονοσηλευτικού υποσυστήματος του ΟΠΣΥ πανελλαδικά.

Τέλος, αναφορικά με τη συνεργασία των νοσοκομείων τους με ξένα νοσηλευτικά ιδρύματα, απάντησαν συνολικά 187 άτομα, από τους οποίους οι 89 (47,6%) βρίσκουν άκρως θετική την συνεργασία αυτή.

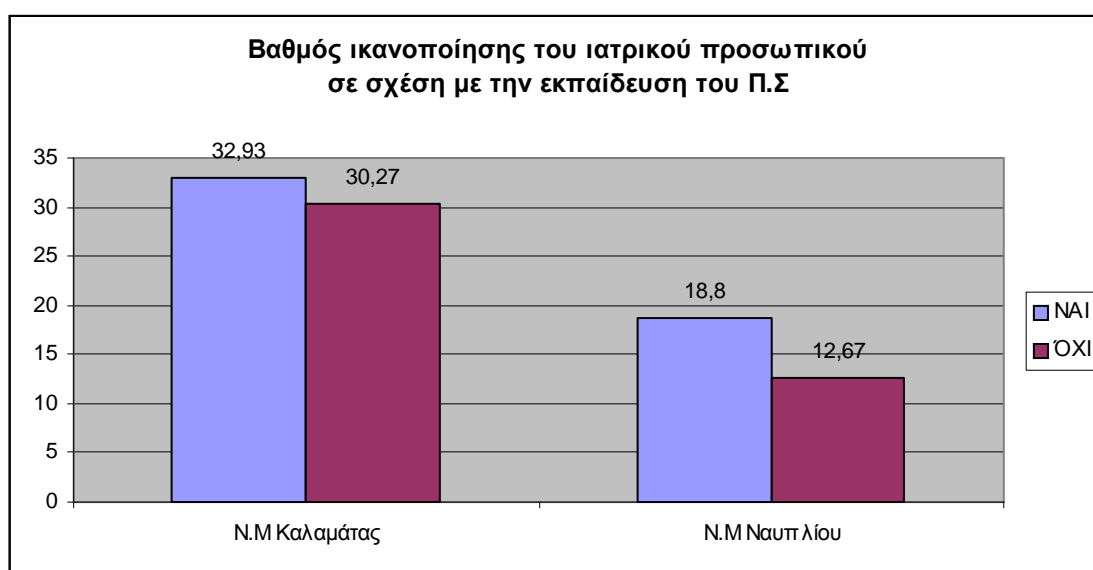
## 8.6 Ερευνητικά Ερωτήματα

### 8.6.1 Ερευνητικά Ερωτήματα 1-2

Ο βαθμός ικανοποίησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού από το ΟΠΣΥ της Υγείας στο Νοσοκομείο τους.

Εξετάζοντας τον βαθμό ικανοποίησης του προσωπικού σε σχέση με την απαραίτητη εκπαίδευση για το ΟΠΣΥ της μονάδας τους, με το μεθοδολογικό εργαλείο Mann Whitney, έδειξε ότι δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα της μικρής διαφοράς στη μέση βαθμολογία (mean rank) μεταξύ των απαντήσεων ΝΑΙ/ΟΧΙ: **ιατρικό προσωπικό N.M Καλαμάτας** (mean rank= 32.93, p=0.576), με τους ιατρούς που έλαβαν εκπαίδευση να δηλώνουν στατιστικά λίγο υψηλότερη ικανοποίηση από τη χρήση του Π.Σ σε σχέση με τους με εκείνους που δεν έλαβαν. (Παράρτημα Β, πίνακας 36)

Ενώ στο αντίστοιχο **προσωπικό της N.M Ναυπλίου** (mean rank=18.8, p=0.076), με τους έχοντες εκπαιδευτεί για την σωστή χρήση του ΠΣ να δηλώνουν στατιστικά αρκετά υψηλότερη ικανοποίηση από τη χρήση του Π.Σ σε σχέση με τους ιατρούς – συναδέλφους τους που δεν έλαβαν εκπαίδευση. (Παράρτημα Β, πίνακας 37)

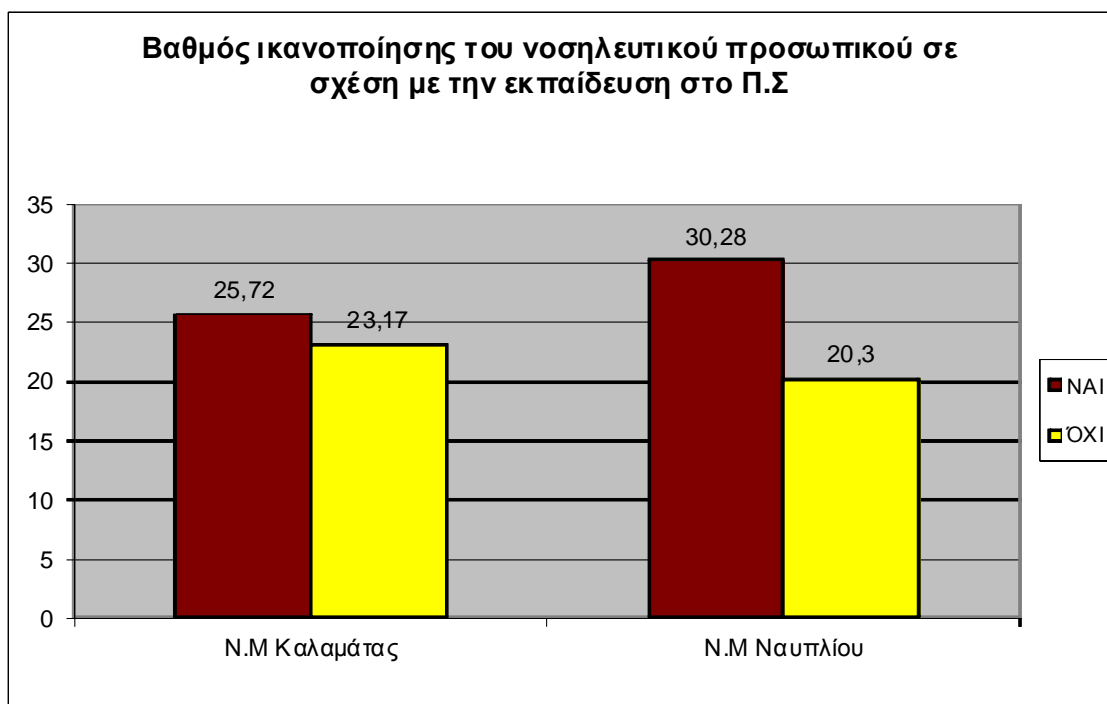


Γράφημα 26: Βαθμός ικανοποίησης ιατρικού προσωπικού με βάση την εκπαίδευση του Π.Σ



Η αντίστοιχη σύγκριση για το νοσηλευτικό προσωπικό των δύο Μονάδων, ανέδειξε τους **νοσηλευτές της Καλαμάτας** που έλαβαν εκπαίδευση (mean rank=25.72,  $p=0.524$ ), να δηλώνουν στατιστικά λίγο υψηλότερη ικανοποίηση από τη χρήση του Π.Σ σε σχέση με τους με εκείνους που δεν έλαβαν (Παράρτημα Β, πίνακας 38).

Ενώ στο **νοσηλευτικό προσωπικό της Ν.Μ Ναυπλίου** (mean rank=30.28,  $p=0.018$ ), με τους έχοντες εκπαιδευτεί για την σωστή χρήση του ΠΣ να δηλώνουν στατιστικά αρκετά υψηλότερη ικανοποίηση από τη χρήση του Π.Σ σε σχέση με τους νοσηλευτές –συναδέλφους τους που δεν έλαβαν εκπαίδευση (Παράρτημα Β, πίνακας 39).



Γράφημα 27: Βαθμός ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού με βάση την εκπαίδευση του Π.Σ

Στην επόμενη φάση, επιχειρείται η διερεύνηση σχέσεων μεταξύ: ικανοποίησης των χρηστών από τη χρήση του Π.Σ. με τον απαιτούμενο χρόνο για την εκτέλεση και ολοκλήρωση της εργασίας τους, την ασφάλεια της Ηλεκτρονικής Καταγραφής και την προθυμία για βελτίωση του Π.Σ.

Για την διερεύνηση αυτών των σχέσεων, μεθοδολογικά χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης *Spearman* μέσω του εργαλείου SPSS v23.0.0.0.

Έτσι λοιπόν, για το ιατρικό προσωπικό του Γ.Ν Μεσσηνίας (Ν.Μ Καλαμάτας) τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής:

- Ισχυρή αρνητική συσχέτιση, η οποία ήταν στατιστικά σημαντική ( $r_s=-0.608$ ,  $p<0.001$ ) και επομένως όσο αυξάνεται ο απαιτούμενος χρόνος για την εκτέλεση και ολοκλήρωση της εργασίας τους, τόσο μειώνεται ο βαθμός ικανοποίησης από τη χρήση του Π.Σ.
- Ισχυρή θετική συσχέτιση, η οποία ήταν στατιστικά σημαντική ( $r_s=0.652$ ,  $p<0.001$ ) με αποτέλεσμα όσο αυξάνει και το αίσθημα ασφάλεια που νιώθουν για το Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Καταγραφής, τόσο περισσότερο εμφανίζονται πιο πρόθυμοι να βοηθήσουν στην εξέλιξη του συστήματος.

Με το ίδιο μεθοδολογικό εργαλείο, τον συντελεστή συσχέτισης *Spearman* αποδόθηκαν σχεδόν ανάλογα αποτελέσματα για το ιατρικό προσωπικό του Γ.Ν Αργολίδας (Ν.Μ Ναυπλίου), και συγκεκριμένα:

- Μέτρια αρνητική συσχέτιση, η οποία ήταν στατιστικά σημαντική ( $r_s=-0.561$ ,  $p<0.001$ ) ανάμεσα στον απαιτούμενο χρόνο ολοκλήρωσης της εργασίας τους και στο βαθμό ικανοποίησης για τη χρήση του Π.Σ και
- Ισχυρή θετική συσχέτιση, η οποία ήταν στατιστικά σημαντική ( $r_s=0.636$ ,  $p<0.001$ ) και επομένως όσο αυξάνει το αίσθημα ασφάλειας που νιώθουν για το Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Καταγραφής, τόσο περισσότερο πρόθυμοι εμφανίζονται στο να βοηθήσουν στην εξέλιξη του συστήματος.

Αντίστοιχα, για το νοσηλευτικό προσωπικό των δύο νοσοκομειακών μονάδων στις ανωτέρω συσχετίσεις προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

- Για το νοσηλευτικό προσωπικό της Καλαμάτας, μέτρια αρνητική συσχέτιση οποία ήταν στατιστικά σημαντική ( $r_s=-0.546$ ,  $p<0.001$ ) ανάμεσα στον απαιτούμενο χρόνο ολοκλήρωσης της εργασίας τους και στο βαθμό ικανοποίησης για τη χρήση του Π.Σ, ακόμη η έρευνα έδειξε μέτρια θετική συσχέτιση, η οποία ήταν στατιστικά σημαντική ( $r_s=0.537$ ,  $p<0.001$ ) ανάμεσα στο αίσθημα ασφάλειας του Π.Σ και στο απαιτούμενο χρόνο ολοκλήρωσης της εργασίας τους και ισχυρή θετική συσχέτιση, η οποία ήταν στατιστικά σημαντική ( $r_s=0.617$ ,  $p<0.001$ ) και επομένως όσο περισσότερο ασφαλείς νιώθουν με την Ηλεκτρονική καταγραφή, τόσο περισσότερο θετικοί και πρόθυμοι είναι στο να βοηθήσουν για την εξέλιξη του Π.Σ.

- Ενώ το προσωπικό αντίστοιχης ειδικότητας του Ναυπλίου, ανέδειξε μόνο μια μέτρια θετική συσχέτιση, η οποία ήταν στατιστικά σημαντική ( $r_s=0.563$ ,  $p<0.001$ ) ανάμεσα στην πρόθεση τους για ενεργή συμμετοχή στην εξέλιξη του συστήματος και στο αίσθημα ασφάλειας που νιώθουν για το Π.Σ.

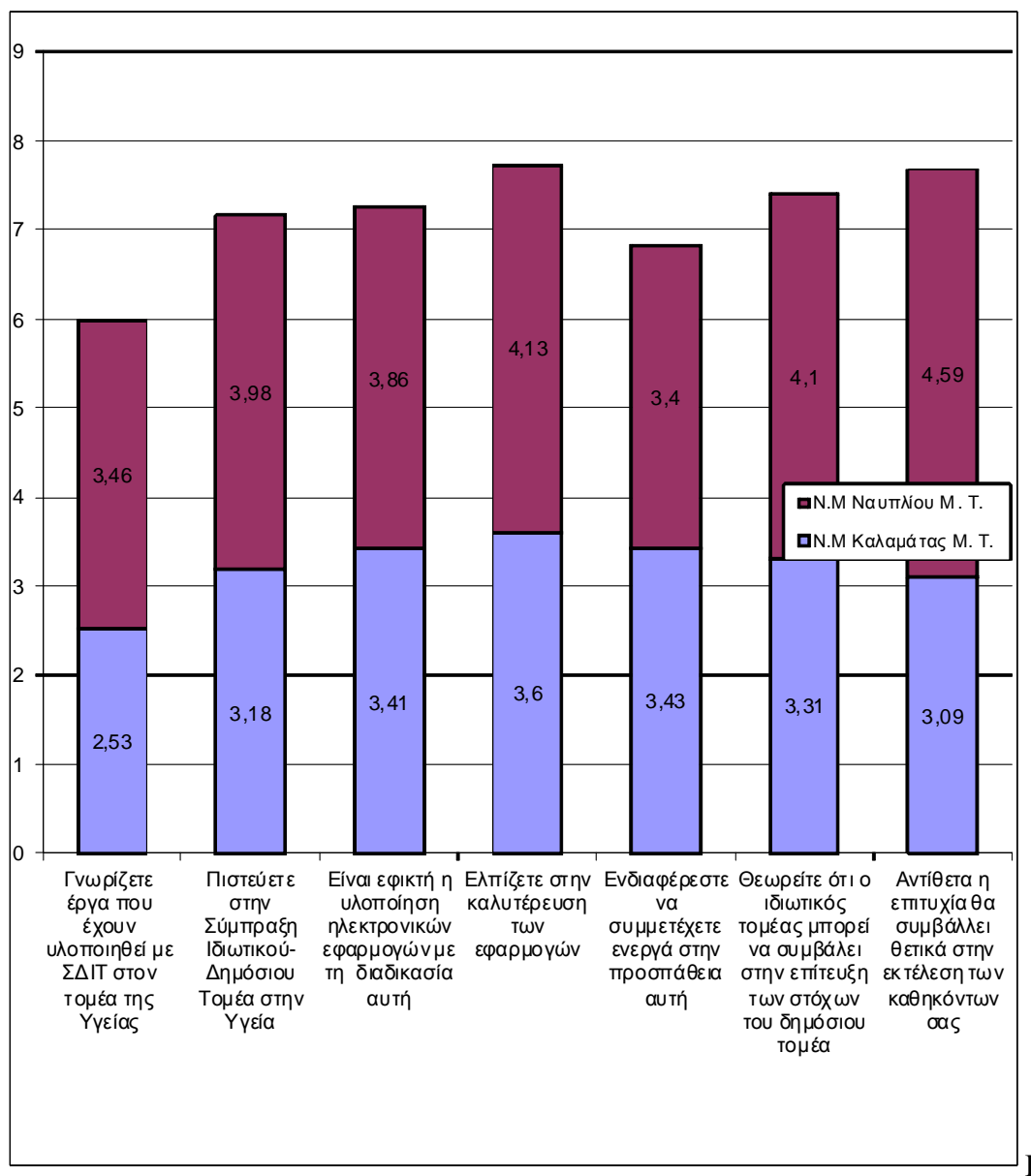
## 8.6.2 Ερευνητικά Ερωτήματα 3-4-5

Αναζητώντας το επίπεδο των γνώσεων των συμμετεχόντων για τις ΣΔΙΤ και τις προθέσεις τους στο ενδεχόμενο υλοποίησης ενός έργου μέσω ΣΔΙΤ, μέσω του μεθοδολογικού εργαλείου Mann Whitney U, έγινε σύγκριση της διαφοράς στη μέση τιμή (mean)<sup>1</sup> των απαντήσεων των ερωτημάτων για τα έργα ΣΔΙΤ μεταξύ της ίδιας κατηγορίας προσωπικού των μονάδων, ξεκινώντας από του νοσηλευτικού προσωπικού. Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα, στατιστική σημαντικότητα προκύπτει όταν το p είναι μικρότερο του 5%.

Νοσηλευτικό Προσωπικό		Γνωρίζετε έργα που έχουν υλοποιηθεί με ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας	Πιστεύετε στην Σύμπραξη Ιδιωτικού-Δημόσιου Τομέα στην Υγεία	Είναι εφικτή η υλοποίηση ηλεκτρονικών εφαρμογών με τη διαδικασία αυτή	Ελπίζετε στην καλύτερη εφαρμογή των εφαρμογών	Ενδιαφέρεστε να συμμετέχετε ενεργά στην προσπάθεια αυτή	Θεωρείτε ότι ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη των στόχων του δημόσιου τομέα	Αντίθετα η επιτυχία θα συμβάλει θετικά στην εκτέλεση των καθηκόντων σας
N.M Καλαμάτας	M. T.	2,53	3,18	3,41	3,60	3,43	3,31	3,09
	N	47	49	46	48	47	49	44
	T. Α.	1,300	1,253	1,127	,917	1,175	1,140	1,428
N.M Ναυπλίου	M. T.	3,46	3,98	3,86	4,13	3,40	4,10	4,59
	N	52	52	50	52	52	52	51
	T. Α.	1,146	,960	1,030	,841	1,034	,913	,572
Σύνολο	M.	3,02	3,59	3,65	3,88	3,41	3,71	3,89
	N	99	101	96	100	99	101	95
	T.	1,301	1,176	1,095	,913	1,097	1,099	1,292
U		730,500	802,000	892,000	830,500	1175,500	768,000	451,500
p < 0,05		.000	.001	,049	.002	,735	.000	.000

Πίνακας 3: Σύγκριση Μέσης τιμής του νοσηλευτικού προσωπικού για τις ΣΔΙΤ

<sup>1</sup> Η μέση τιμή (mean) παίρνει ως ελάχιστη τιμή 0 και έως μέγιστη 5.



Γράφημα 28: Γνώσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τα έργα μέσω ΣΔΙΤ.

Αποτέλεσμα του ανωτέρου πίνακα, το οποίο αποτυπώνεται στο Γράφημα 28, είναι ότι οι νοσηλευτές στο Ναύπλιο γνωρίζουν περισσότερα έργα ΣΔΙΤ ( $\text{mean}^2=3,46$ ,  $p=0,000$ ), είναι πιο θετικοί στο θεσμό ΣΔΙΤ για τον τομέα της υγείας ( $\text{mean}=3,98$ ,  $p=0,001$ ), ελπίζουν ότι μέσω των ΣΔΙΤ θα βελτιωθούν οι εφαρμογές του ΟΠΣΥ ( $\text{mean}=4,13$ ,  $p=0,002$ ), θεωρούν ότι ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη των στόχων του Δημοσίου ( $\text{mean}=4,10$ ,  $p=0,000$ ) και υποστηρίζουν

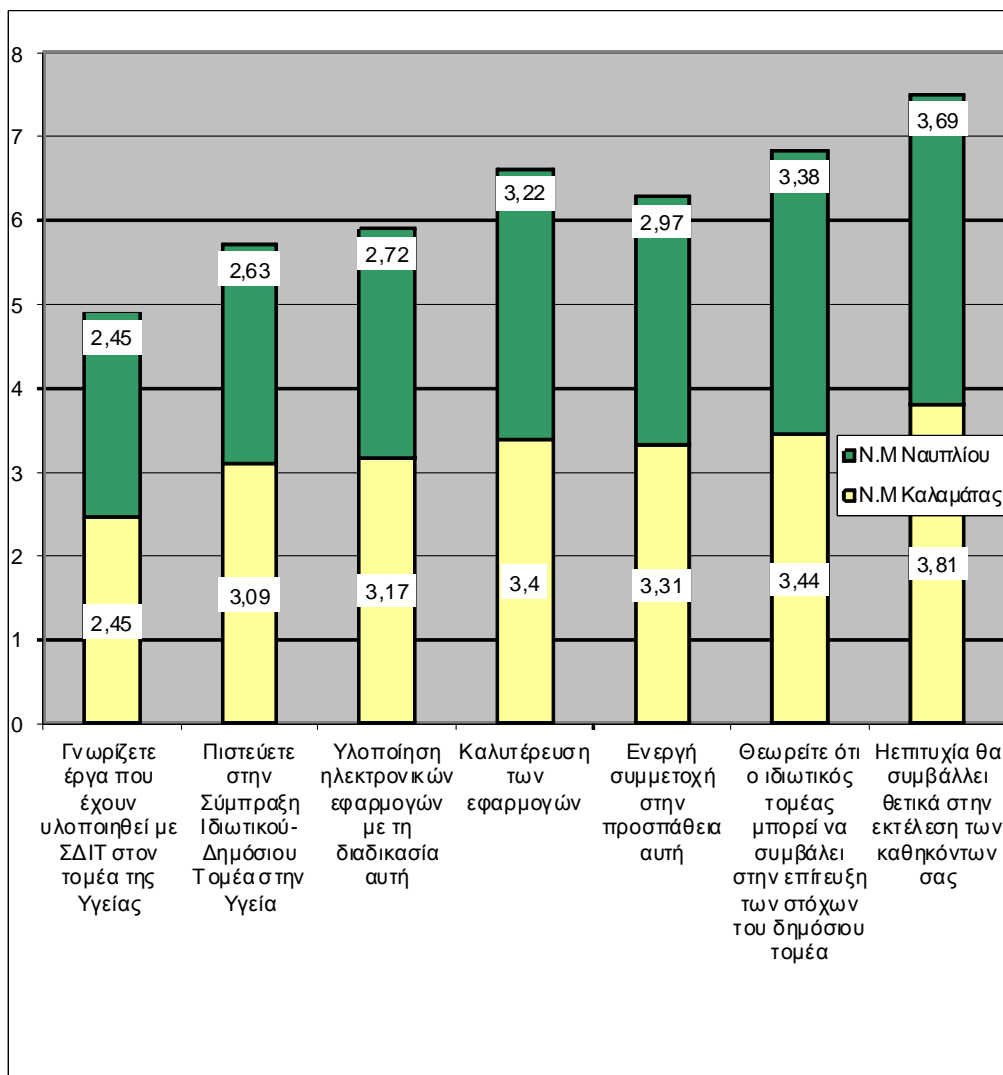
<sup>2</sup> Mean: τιμή από 0 έως 5

σθεναρά ότι η επιτυχία ενός έργου ΣΔΙΤ θα συμβάλλει θετικά στην εκτέλεση των καθηκόντων τους (mean=4,59, p= 0,000).

Αντίστοιχα για το ιατρικό προσωπικό των δύο Νοσοκομείων δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, γεγονός που το αποδεικνύει και ο πίνακας 4, στον οποίο αποτυπώνεται η μέση τιμή των απαντήσεων που αφορούν τις γνώσεις και την διάθεσή τους για τα έργα ΣΔΙΤ. Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει, ότι σε κανένα ερώτημα ο βαθμός σημαντικότητας (p) δεν είναι μικρότερος του 5%. Η ανωτέρω διαπίστωση εξηγείται ως μια ταύτιση απόψεων των ιατρών των νοσηλευτικών μονάδων. (Γράφημα 29)

		Γνωρίζετε έργα που έχουν υλοποιηθεί με ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας	Πιστεύετε στην Σύμπραξη Ιδιωτικού-Δημόσιου Τομέα στην Υγεία	Είναι εφικτή η υλοποίηση ηλεκτρονικών εφαρμογών με τη διαδικασία αυτή	Ελπίζετε στην καλύτερευση των εφαρμογών	Ενδιαφέρεστε να συμμετέχετε ενεργά στην προσπάθεια αυτή	Θεωρείτε ότι ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη των στόχων του δημόσιου τομέα	Αντίθετα η επιτυχία θα συμβάλλει θετικά στην εκτέλεση των καθηκόντων σας
<b>Ιατρικό Προσωπικό</b>	M. T.	2,45	3,09	3,17	3,40	3,31	3,44	3,81
	N	53	58	58	58	59	57	54
	T. A.	1,218	1,174	1,126	1,042	1,071	1,000	1,290
N.M Ναυπλίου	M. T.	2,45	2,63	2,72	3,22	2,97	3,38	3,69
	N	31	32	29	32	31	32	32
	T. A.	1,028	1,070	1,032	,832	1,080	1,008	1,091
Σύνολο	M. T.	2,45	2,92	3,02	3,33	3,19	3,42	3,77
	N	84	90	87	90	90	89	86
	T. A.	1,145	1,154	1,110	,972	1,080	,998	1,214
U		801,000	716,000	645,000	821,500	780,500	907,000	768,000
p <0,05		,844	,065	,068	,343	,232	,964	,370

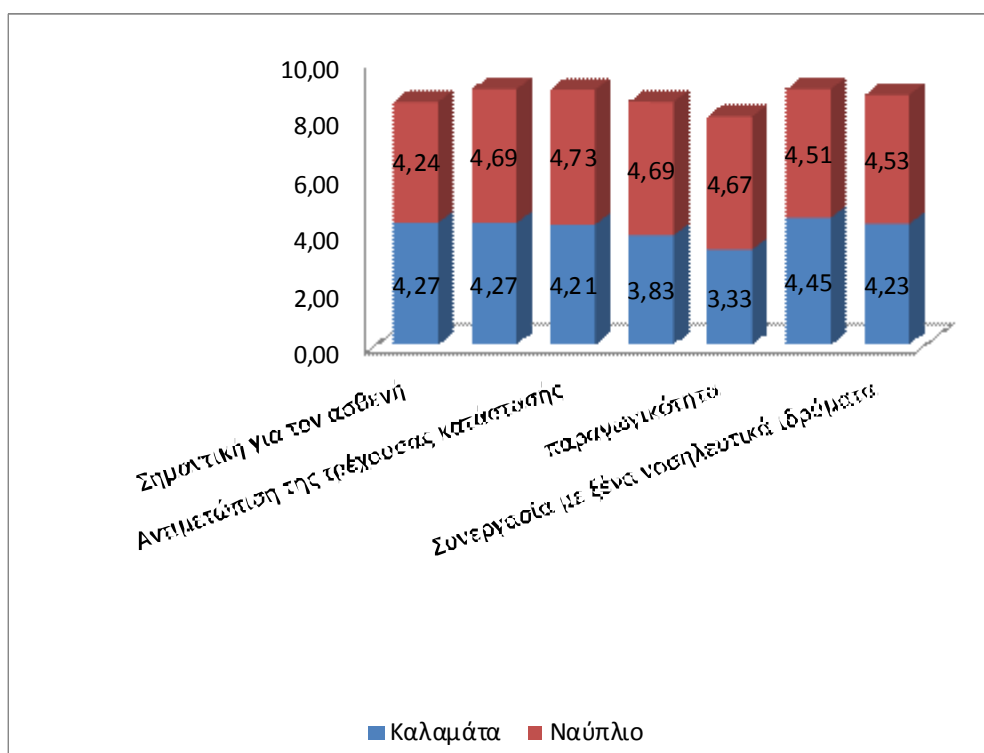
Πίνακας 4: Σύγκριση Μέσης τιμής των απόψεων του ιατρικού προσωπικού για τις ΣΔΙΤ



Γράφημα 29: Γνώσεις και αντιλήψεις του ιατρικού προσωπικού για τα έργα μέσω ΣΔΙΤ.

Στη συνέχεια έγινε σύγκριση της Μ.Τ των απαντήσεων των ιατρών των δύο μονάδων, αναφορικά με τα πλεονεκτήματα της ηλεκτρονικής κάρτα υγείας ασθενούς και διαπιστώθηκε στατιστική σημαντική διαφορά, η οποία αποτυπώνεται στο παρακάτω γράφημα, με τους ιατρούς στην Ν.Μ Ναυπλίου να νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας, να πιστεύουν ότι μέσω αυτής, μπορούν καλύτερα να αντιμετωπίσουν την τρέχουσα κατάσταση του ασθενούς και να θεωρούν ότι θα ενισχυθεί περισσότερο τόσο η αποτελεσματικότητα όσο και η παραγωγικότητα. Παρατηρώντας το Γράφημα 30, φαίνεται ότι οι τιμές της Μ.Τ των ερωτήσεων του ιατρικού προσωπικού της Ν.Μ Ναυπλίου είναι αρκετά υψηλές, (Μ.Τ.>4, max 5) και αυτό ερμηνεύεται ότι οι

ιατροί είναι ιδιαίτερος θετικοί για την εφαρμογή της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας σε σχέση με τους ιατρούς της Ν.Μ Καλαμάτας.



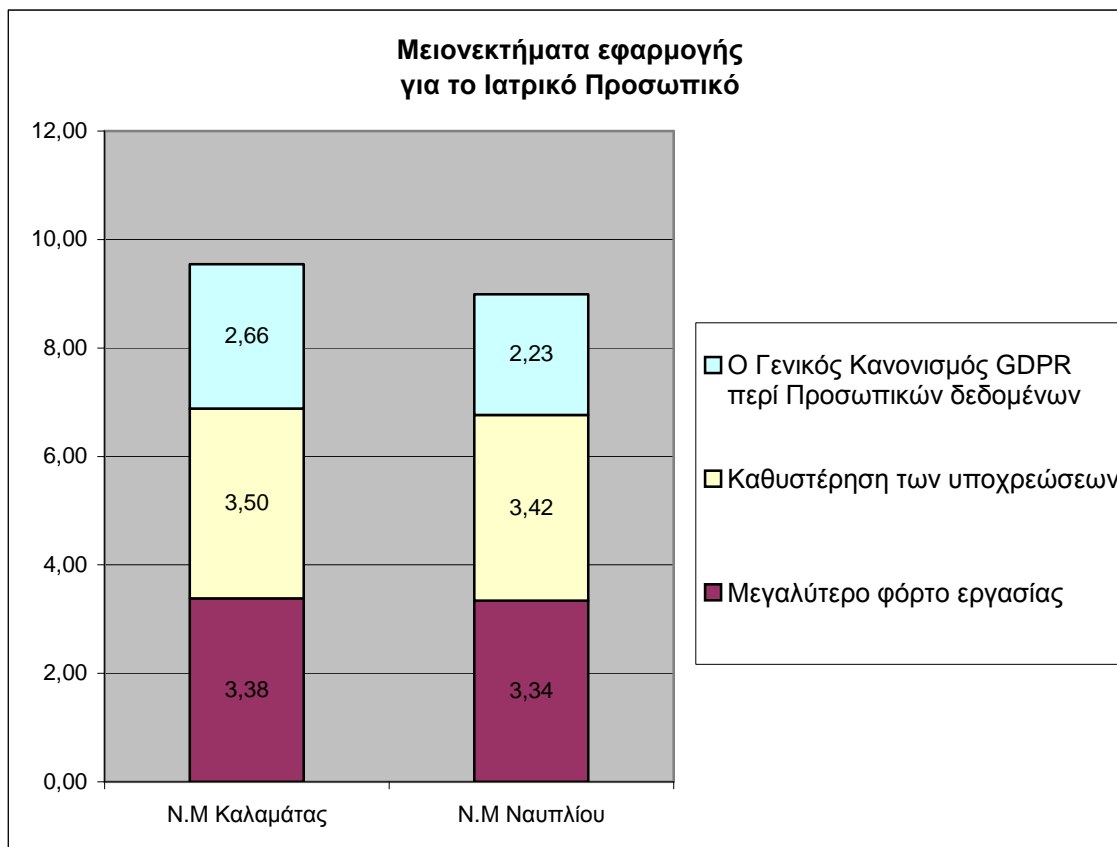
Γράφημα 30:Πλεονεκτήματα εφαρμογής για το ιατρικό προσωπικό

Συγκρίνοντας τις απαντήσεις του ιατρικού προσωπικού για τα μειονεκτήματα της ηλεκτρονικής κάρτα υγείας, με το μεθοδολογικό εργαλείο Mann Whitney U, δεν προέκυψε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά, όπως απεικονίζεται και στον παρακάτω πίνακα:

Ιατρικό Προσωπικό/Μειονεκτήματα εφαρμογής		Η εφαρμογή της θα επιφέρει μεγαλύτερο φόρτο εργασίας ;	Η ηλεκτρονική καταγραφή των διαγνώσεων-θεραπείας θα καθυστερεί την ολοκλήρωση των υποχρεώσεων σας;	Ο Γενικός Κανονισμός GDPR περί Προσωπικών δεδομένων σε εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα στην επιτυχία ενός τέτοιου έργου;
Ν.Μ Καλαμάτας	M.T	3,38	3,50	2,66
	N	47	48	44
	T.A	1,407	1,255	1,462
Ν.Μ Ναυπλίου	M.T	3,34	3,42	2,23
	N	50	52	48
	T.A	1,287	1,289	,994
Σύνολο	M.T	3,36	3,46	2,43
	N	97	100	92

	T.A	1,340	1,267	1,252
U		1132,000	1205,000	903,500
p < 0,05		,750	,760	,218

Πίνακας 5: Σύγκριση Μέσης τιμής των απόψεων του ιατρικού προσωπικού ως προς τα μειονεκτήματα της εφαρμογής

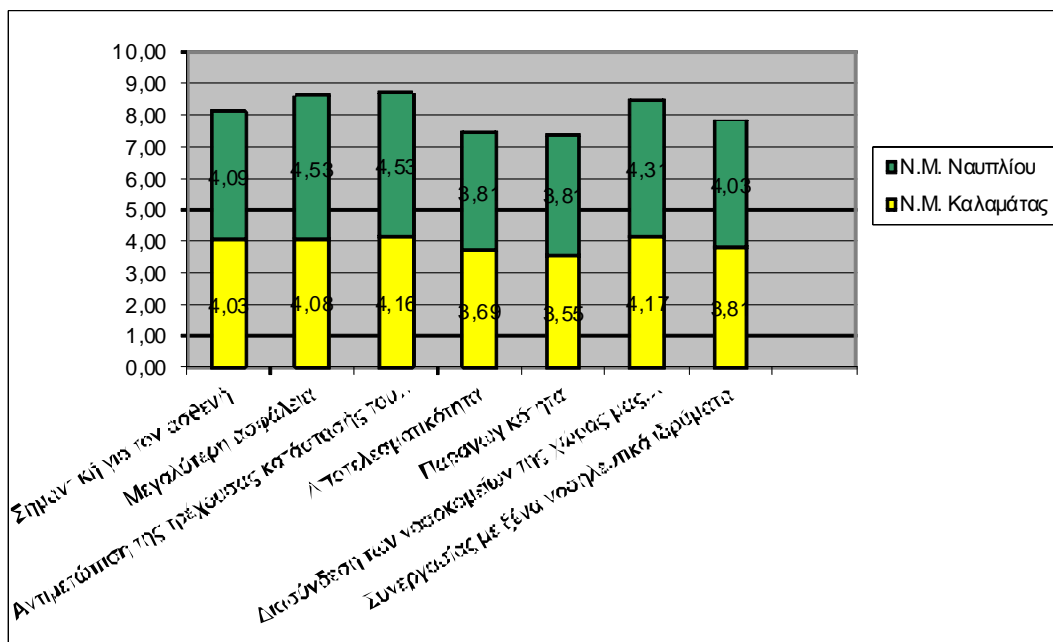


Γράφημα 31: Μειονεκτήματα εφαρμογής για το ιατρικό προσωπικό

Αντίστοιχα οι απαντήσεις των νοσηλευτών των επιλεγμένων νοσοκομείων της έρευνας, για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της εφαρμογής της ηλεκτρονικής κάρτας, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά.

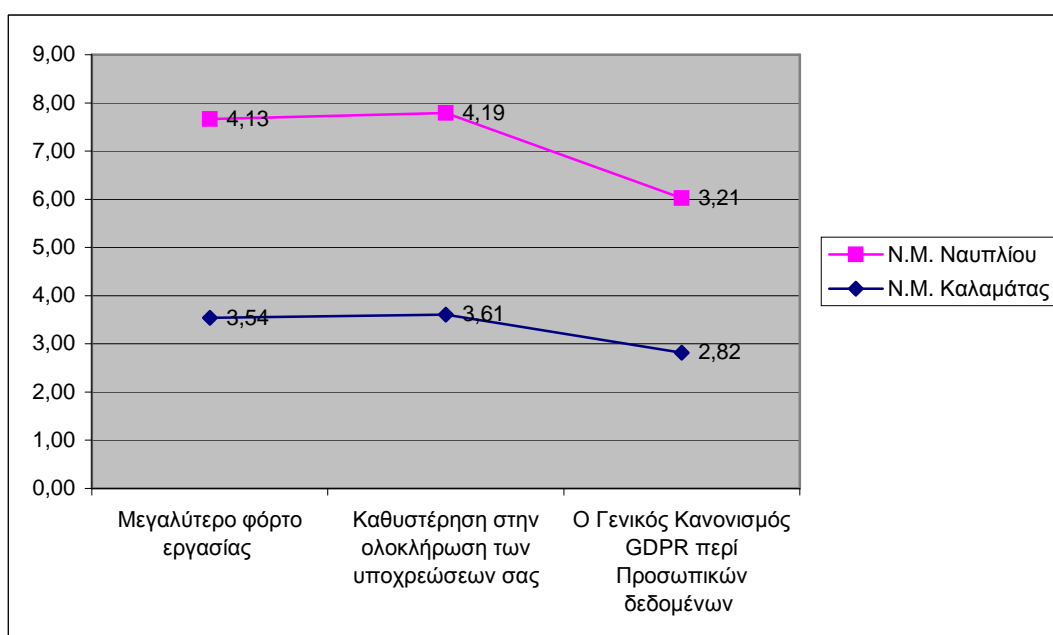
Παρόλα αυτά, στο Γράφημα 32 συνηγορούν ότι η χρήση της ηλεκτρονική κάρτας υγείας είναι σημαντική για τον ασθενή, νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια, αντιμετωπίζουν καλύτερα την τρέχουσα κατάσταση του ασθενούς, πιστεύουν στην αύξηση της αποτελεσματικότητας, της παραγωγικότητας και της διασύνδεσης των νοσοκομείων εντός και εκτός ελλαδικού χώρου.





Γράφημα 32:Πλεονεκτήματα εφαρμογής για το νοσηλευτικό προσωπικό

Ταυτόχρονα, κάθε αλλαγή εκτός από τα πλεονεκτήματα εμφανίζει και μειονεκτήματα, στα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό των δύο μονάδων δεν διαφοροποιήθηκε. Ωστόσο, από τις απαντήσεις του δείγματος τονίστηκε ότι θα επιβαρυνθούν με αποτέλεσμα την καθυστέρηση ολοκλήρωσης των υποχρεώσεων. Παράλληλα, θεωρούν ότι ο κανονισμός περί προσωπικών δεδομένων ενδέχεται να αποτελέσει εμπόδιο στην εφαρμογή και υλοποίηση ενός τέτοιου έργου.



Γράφημα 33:Μειονεκτήματα εφαρμογής για το νοσηλευτικό προσωπικό

### 8.6.3 Ερευνητικό Ερώτημα 6

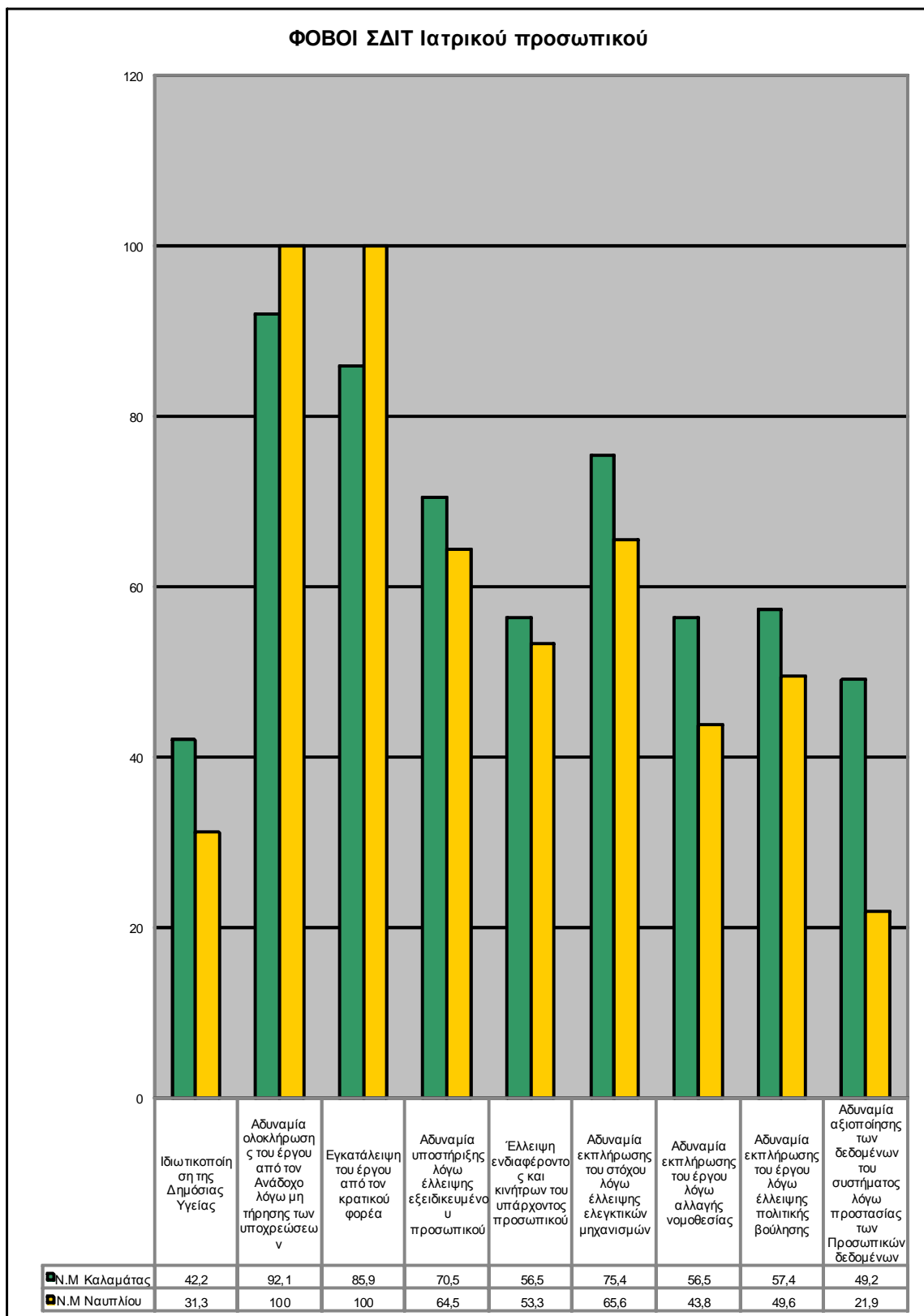
Ιδεολογικές Αντιλήψεις , προσδοκίες και φόβοι από την δημιουργία ηλεκτρονικών εφαρμογών Υγείας μέσω ΣΔΙΤ.

Αναφορικά με τις προσδοκίες και αντιλήψεις των ερωτηθέντων για τις ηλεκτρονικές εφαρμογές μέσω ΣΔΙΤ, και συγκεκριμένα της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας ασθενών προκύπτει ότι για τους νοσηλευτές της Ν.Μ Ναυπλίου ως στατιστικά σημαντική διαφορά, σε σχέση με την αντίστοιχη ειδικότητα της Ν.Μ Καλαμάτας είναι , η καλύτερη ποιότητα φροντίδας, όπως αποφυγή λαθών και ταχύτερη αντιμετώπιση της πάθησης με εξασφάλιση ορθών φαρμάκων (mean=3,56, p= 0,002). (Παράρτημα Β, πίνακας 44)

Ενώ αντίστοιχα, για το ιατρικό προσωπικό της Ν.Μ Καλαμάτας αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντικό, την μείωση της κατανάλωσης χαρτιού (mean=3,46, p= 0,001). (Παράρτημα Β, πίνακας 45).

Τέλος, η μη ενεργοποίηση του νομοθετικού πλαισίου για τις ΣΔΙΤ, η έλλειψη σωστής ενημέρωσης των εμπλεκόμενων φορέων για τον θεσμό και η δυσκολία αλλαγής κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας στο χώρο των νοσοκομείων, έδωσαν το ερέθισμα για την καταγραφή των φόβων των συμμετεχόντων για τα έργα ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας, παραθέτοντας πρώτα για το ιατρικό προσωπικό των δύο μονάδων και έπειτα για το νοσηλευτικό.

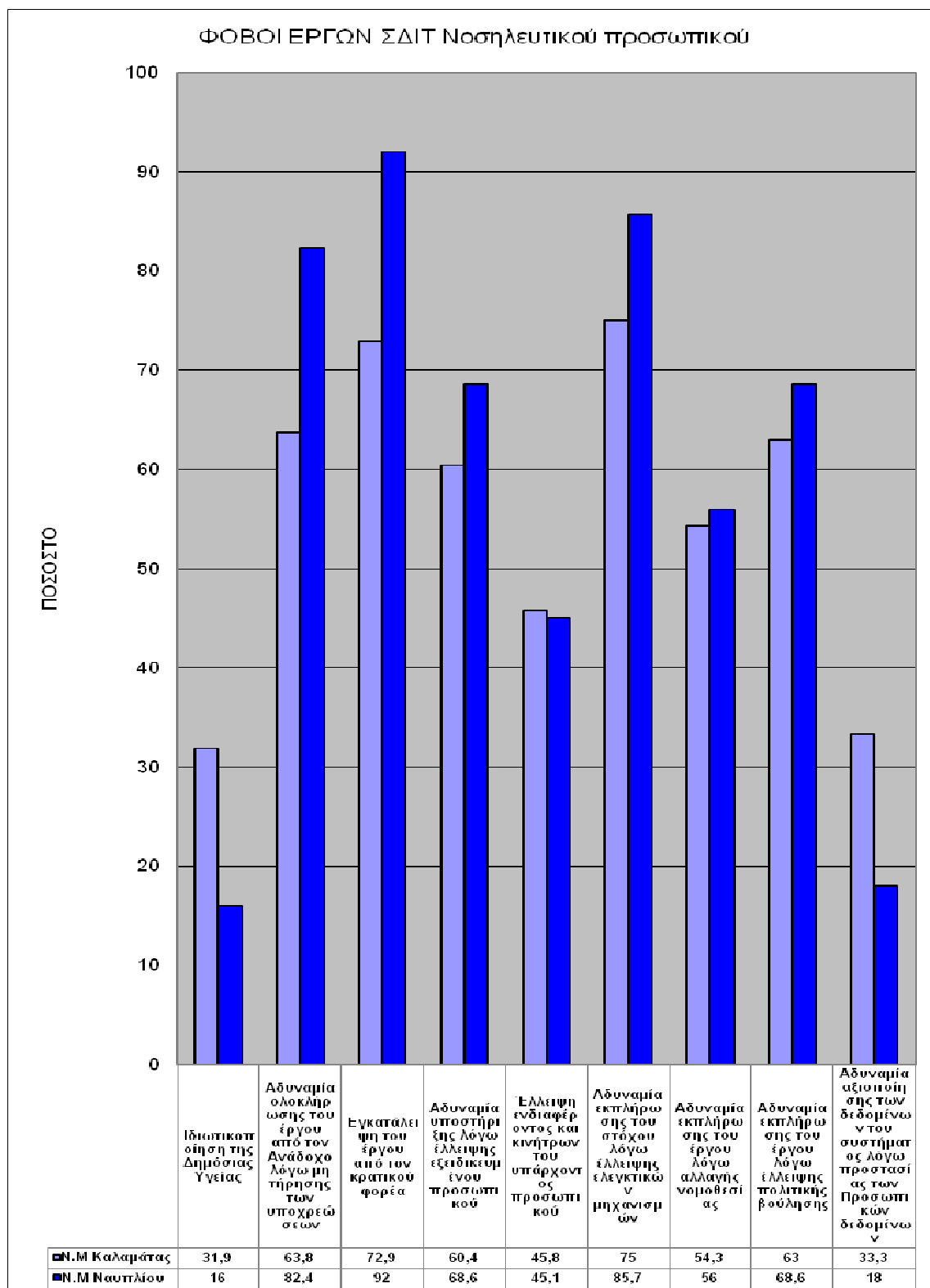
Έτσι ολοκληρώνοντας την έρευνά μας, αξίζει να σημειωθεί ότι στη Ν.Μ. Ναυπλίου, οι ιατροί καθολικά και με ποσοστό 100% πιστεύουν ότι το έργο είτε θα εγκαταλείψει ο κρατικός φορέας, είτε δεν θα ολοκληρωθεί από τον Ανάδοχο λόγω μη τήρησης των υποχρεώσεων. Στην κατεύθυνση αυτή, δείχνει να συμφωνούν με ποσοστό 92,1% και οι ιατροί της Ν.Μ Καλαμάτας, ότι δηλαδή το έργο δεν θα ολοκληρωθεί με υπαιτιότητα του Αναδόχου. (Γράφημα 34)



Γράφημα 34:Φόβοι ιατρικού προσωπικού για έργα ΣΔΙΤ στην Υγεία

Ενώ αντίστοιχα, οι νοσηλευτές της Ν.Μ Καλαμάτας με ποσοστό 75% πιστεύουν ότι δεν θα ολοκληρωθούν οι στόχοι του έργου, λόγω απουσίας ελεγκτικών μηχανισμών και παράλληλα με ποσοστό 72,9%, ότι το έργο θα εγκαταλειφθεί από

τον κρατικό φορέα. Όσο για τους νοσηλευτές της Ν.Μ Ναυπλίου, το 92% συνηγορεί ότι δεν θα ολοκληρωθεί το έργο λόγω εγκατάλειψης από τους φορείς του δημοσίου (Γράφημα 35).



Γράφημα 35:Φόβοι νοσηλευτικού προσωπικού για έργα ΣΔΙΤ στην Υγεία

## 9 ΚΕΦΑΛΑΙΟ -Συμπεράσματα-Προτάσεις

### 9.1 Συμπεράσματα Έρευνας

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας επικεντρώθηκαν στην καταγραφή των απόψεων των ερωτηθέντων για το ΟΠΣΥ της νοσοκομειακής μονάδας που εργάζονται, το επίπεδο γνώσης τους για τις ΣΔΙΤ, την υλοποίηση έργων μέσω αυτών των συμφωνιών, όπως η Ηλεκτρονική κάρτα υγείας του ασθενούς και τέλος καταγράφηκε η διάθεσή τους και οι φόβοι τους για την υλοποίησή της στις δύο νοσοκομειακές μονάδες της έρευνάς μας.

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία, η πλειοψηφία είναι γυναίκες (με ποσοστό 66,5%), οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό (51,3%), στην ηλικιακή ομάδα 45-55(42,1%) και κατέχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση (με ποσοστό 54,3%) με την πλειοψηφία να εργάζονται από 10 έως και 20 χρόνια (με ποσοστό 46,7%).

Αναφορικά με την εκπαίδευση του ΠΣ, το 60,9% του συνόλου των ερωτηθέντων εκπαιδεύτηκε για τη σωστή χρήση του ΟΠΣΥ της μονάδας του, με το 79,3% να δυσκολεύτηκε κατά την εκπαίδευση, λόγω καθυστέρησης του Αναδόχου για την παραμετροποίηση των υποσυστημάτων του ΟΠΣΥ.

Ωστόσο, κατά την σύγκριση των απαντήσεων ανά ειδικότητα και νοσοκομείο, προέκυψε ότι το 77,8% του νοσηλευτικού προσωπικού της Ν.Μ Καλαμάτας δήλωσε ως μεγαλύτερη δυσκολία κατά την εκπαίδευση του νέου ΟΠΣΥ, την μη ξεκάθαρη χρήση ρόλων του συστήματος ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές.

Το νοσηλευτικό προσωπικό της Ν.Μ Ναυπλίου με ποσοστό 90% ταυτίστηκε με την μεγαλύτερη δυσκολία του συνόλου των ερωτηθέντων, δηλ. την καθυστέρηση του Αναδόχου για παραμετροποίηση του συστήματος.

Αντίστοιχα, το 84,6% του ιατρικού προσωπικού της Ν.Μ Καλαμάτας ανέφερε ως μεγαλύτερη δυσκολία την καθυστέρηση του Αναδόχου για παραμετροποίηση, ενώ οι ιατροί της Ν.Μ Ναυπλίου (με ποσοστό 100%) δυσκολεύτηκαν λόγω έλλειψης προσωπικού.

Αναφορικά με την λειτουργία του ΟΠΣΥ από την έρευνά μας προκύπτουν τα εξής:

- το 77,9% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι βελτιώθηκε η εργασία τους
- το 90,7% χρειάζεται περισσότερο χρόνο για την εκτέλεση και ολοκλήρωσή της.

- Το 88% νιώθουν ασφαλείς με το Π.Σ ηλεκτρονικής καταγραφής.
- Το 85,5% είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν στην εξέλιξη του συστήματος και
- Το 95,3% ( με το 46,4% πάρα πολύ) αναφέρουν ότι είναι απαραίτητες αλλαγές και βελτιώσεις του συστήματος

Κατά την σύγκριση των αποτελεσμάτων του βαθμού ικανοποίησης των ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευση του ΟΠΣΥ για την σωστή χρήση του, προέκυψε τόσο για το νοσηλευτικό όσο και για το ιατρικό προσωπικό των δύο Νοσοκομείων ότι οι χρήστες που έλαβαν εκπαίδευση είναι πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους υπολοίπους.

Κατά τις συσχετίσεις του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από το Π.Σ, την ασφάλεια του συστήματος και την διάθεσή τους για συμμετοχή στην προσπάθεια εκσυγχρονισμού καταγράφηκε για το σύνολο του προσωπικού των δύο νοσοκομείων ότι:

- Όσο αυξάνεται ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση της εργασίας τους, τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι νιώθουν με την χρήση του Π.Σ και
- Όσο αυξάνεται το αίσθημα ασφάλειας για τς ηλεκτρονικές εφαρμογές τόσο αυξάνεται και η πρόθεσή τους για ενεργή συμμετοχή στην εξέλιξη του Π.Σ και

Αναφορικά με τα έργα ΣΔΙΤ, η έρευνά μας έδειξε ότι:

- Το 56,9% των συμμετεχόντων γνωρίζει έργα ΣΔΙΤ στην υγεία
- Το 75,4% πιστεύει τις ΣΔΙΤ
- Το 88,9% ελπίζει στην καλύτερευση των εφαρμογών
- Το 80,4% ενδιαφέρεται να συμμετέχει στην προσπάθεια επιτυχίας ενός έργου ΣΔΙΤ και
- Το 85,3% θεωρεί ότι ο ιδιωτικός τομέας θα συμβάλει στην κατάκτηση των στόχων του Δημοσίου

Ενώ κατά την σύγκριση ανά ειδικότητα και νοσοκομειακή μονάδα προκύπτει ότι, το νοσηλευτικό προσωπικό της Ν.Μ Ναυπλίου σε σχέση με το αντίστοιχο της Ν.Μ Καλαμάτας :

- Πιστεύει πολύ περισσότερο ότι η επιτυχία ενός έργου ΣΔΙΤ θα συμβάλει θετικά στην εκτέλεση των καθηκόντων τους.(mean=4.59)
- Ελπίζει στη καλύτερευση των εφαρμογών(mean=4.13) και

- Πιστεύει ότι ο ιδιωτικός τομέας θα συμβάλει στην επίτευξη των στόχων του Δημοσίου (mean=4.1)

Για το ιατρικό προσωπικό των δύο νοσοκομείων δεν υπήρξε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, συνεπώς οι απόψεις των ιατρών των δυο αυτών νοσηλευτικών ιδρυμάτων σχεδόν ταυτίζονται αναφορικά με τον ρόλο των ΣΔΙΤ στον εκσυγχρονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών του τομέα της Υγείας.

Αναφορικά με την Ηλεκτρονική κάρτα Υγείας Ασθενούς, η έρευνα έδειξε ότι:

- ✓ Το 84,6% γνωρίζει την Ηλεκτρονική κάρτα Υγείας
- ✓ Το 98% την θεωρεί σημαντική για τον ασθενή
- ✓ Το 77,9% πιστεύει ότι θα φέρει μεγαλύτερο φόρτο εργασίας
- ✓ Το 54,4% ταυτίζεται με την άποψη ότι θα αντιμετωπίζεται ο ασθενής με μεγαλύτερη ασφάλεια
- ✓ Το 60,3% θεωρεί ότι είναι άκρως σημαντική η θεραπευτική διαδικασία ενός ασθενούς σε άλλο νοσοκομείο
- ✓ Το 47% πιστεύει ότι ο κανονισμός προσωπικών δεδομένων δεν θα επηρεάσει την επιτυχία του έργου
- ✓ Το 49,5% απαιτεί την επέκταση του έργου πανελλαδικά
- ✓ Το 94% πιστεύει ότι θα βοηθήσει την αποτελεσματικότητα και το 84% την παραγωγικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ολοκληρώνοντας την έρευνά μας , αποτυπώνονται τα οφέλη αλλά και οι φόβοι ενός τέτοιου έργου αντίστοιχα. Οι νοσηλευτές του Ναυπλίου υποδεικνύουν ως μεγαλύτερο όφελος, την καλύτερη ποιότητα φροντίδας, όπως η αποφυγή λαθών καθώς και την ταχύτερη αντιμετώπιση της πάθησης με εξασφάλιση ορθών φαρμάκων, ειδικά για τους ασθενείς με χρόνια προβλήματα.

Ενώ οι ιατροί της Ν.Μ Καλαμάτας κατονομάζουν ως μεγαλύτερο όφελος, τη μείωση κατανάλωσης χαρτιού.

Εν κατακλείδι, αναλύοντας τους φόβους ενός έργου ΣΔΙΤ για την εξέλιξη των ηλεκτρονικών εφαρμογών των Νοσοκομείων, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προέκυψε ότι υπάρχει μεγάλη ανασφάλεια τόσο για τους κρατικούς φορείς όσο και για τους ιδιώτες, λόγω μη τήρηση των υποχρεώσεών τους και συγκεκριμένα:

#### N.M Ναυπλίου

1. Το 92% του νοσηλευτικού προσωπικού πιστεύει ότι το έργο θα εγκαταλειφθεί από τον κρατικό φορέα

2. Το 100% του ιατρικού προσωπικού πιστεύει ότι το έργο θα εγκαταλειφθεί είτε από τον Ανάδοχο λόγω μη τήρησης των υποχρεώσεων του, είτε από το κράτος.

#### N.M Καλαμάτας

1. Το 75% του νοσηλευτικού προσωπικού πιστεύει ότι δεν θα ολοκληρωθεί το έργο λόγω έλλειψης ελεγκτικών μηχανισμών και το 72,9% ότι θα εγκαταλειφθεί από τον κρατικό φορέα.
2. Το 92,1% του ιατρικού προσωπικού πιστεύει ότι τα έργο δεν θα ολοκληρωθεί λόγω αναδόχου.

Το γενικό συμπέρασμα της παρούσας εργασίας είναι ότι οι λειτουργοί των νοσηλευτικών ιδρυμάτων έχουν ανάγκη την εξέλιξη των Π.Σ της Υγείας, των πλεονεκτημάτων που πηγάζουν από την αναβάθμιση των Π.Σ καθώς και από τη νέα μορφή συμφωνιών για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών. Ωστόσο, υπάρχει μεγάλη αμφισβήτηση τόσο της αξιοπιστίας των ιδιωτών όσο και του κρατικού φορέα, λόγω αποτυχημένων προσπαθειών κατά τα παρελθόντα έτη με τις παραδοσιακές μεθόδους διαγωνισμών για την υλοποίηση έργων του Δημοσίου.

Το Π.Σ με το οποίο ο χρήστης μπορεί εύκολα να εργαστεί ,να νιώθει ασφαλής , να έχει γρήγορη πρόσβαση και χρήση πληροφοριών και να βελτιώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, γίνεται αποδεκτό. Ωστόσο, η εμπειρία προηγούμενων ετών, δημιουργεί δυσπιστία και έλλειψη εμπιστοσύνης για κάθε αλλαγή, ενώ τα προβλήματα ψηφιοποίησης και αλλαγών του συστήματος επιβραδύνουν ακόμα περισσότερο κάθε τι καινούριο και πρωτοποριακό.

Ο κρατικός φορέας με ένα ανίσχυρο θεσμικό πλαίσιο , μη έχοντας εξειδικευμένα στελέχη για τη σύναψη τέτοιων συμφωνιών, καθώς και απουσία ανεξάρτητων ελεγκτικών μηχανισμών αδυνατεί να πραγματοποιήσει διαρθρωτικές αλλαγές μέσω ΣΔΙΤ. Από την άλλη και στο πλαίσιο της έρευνά μας, τονίστηκε ότι οι εργαζόμενοι των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ελπίζουν στην καλύτερευση των εφαρμογών, συνηγορούν για την σύμπραξη του δημοσίου με τον ιδιώτη, ωστόσο νιώθουν αβεβαιότητα για την ολοκλήρωση του έργου ενώ φοβούνται ότι θα επιβαρυνθούν αρκετά στην εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Η ανωτέρω διαπίστωση ως παράγοντας μεταρρυθμίσεων, «φωτογραφίζεται» και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως στην Γερμανία με το «bIT4health» (καλύτερη πληροφορική για καλύτερη υγεία). Το έργο ξεκίνησε το 2004 με πενταετές χρονοδιάγραμμα αλλά μόλις το 2015 ψηφίστηκε ο νόμος για την Ηλεκτρονική



Υγεία, αναγνωρίζοντας την σημαντικότητα των πληροφοριών υγείας και με στόχο την έναρξη της ηλεκτρονικής καταγραφής ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας κατά το τρέχον έτος.

Στην έρευνά μας προκύπτει ότι οι εργαζόμενοι και των δύο νοσηλευτικών μονάδων επιθυμούν να συμμετέχουν στην βελτίωση των ηλεκτρονικών εφαρμογών, κρίνουν απαραίτητες τις βελτιώσεις του συστήματος και προσδοκούν τον εκσυγχρονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω ενός επιτυχημένου έργου ΣΔΙΤ, ακολουθώντας τις πρακτικές και τα πρότυπα άλλων πετυχημένων συμφωνιών ΣΔΙΤ, όπως στον τομέα των μεταφορών και υποδομών.

Επιπλέον, η αξιολόγηση για τα οφέλη και τα αποτελέσματα της Ηλεκτρονικής κάρτας Υγείας, που απορρέουν για τις μονάδες τους, ερμηνεύονται διαφορετικά ανά ειδικότητα κάθε μονάδας. Συνεπώς, οι νοσηλευτές της Ν.Μ Ναυπλίου υποδεικνύουν ως μεγαλύτερο πλεονέκτημα την καλύτερη ποιότητα φροντίδας με ελαχιστοποίηση του κινδύνου για λάθη και παραβλέψεις και μεγιστοποίηση της ταχύτητας αντιμετώπισης της πάθησης.

Ενώ οι ιατροί της Ν.Μ Καλαμάτας αναφέρουν ότι με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας του ασθενούς θα επιτευχθεί μείωση της κατανάλωσης χαρτιού, εφόσον όλες οι διεργασίες θα γίνονται ηλεκτρονικά και το σύνολο των πληροφοριών για τον ασθενή θα είναι καταχωρημένο στην ηλεκτρονική του κάρτα για περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων και των επιπλοκών της ασθένειάς του.

Ένα στοιχείο που επιδρά θετικά στην υλοποίηση της Ηλεκτρονικής κάρτας Υγείας μέσω ΣΔΙΤ στα δύο νοσοκομεία είναι ότι ανήκουν στην ίδια Υγειονομική Περιφέρεια, η οποία θα παίζει καθοριστικό ρόλο στην συλλογή όλων των απαραίτητων στοιχείων που θα εμπεριέχονται σ' αυτήν μέσω διαδικτύου. Άρα, η φάση προετοιμασίας του σχεδιασμού του έργου πρέπει να προηγηθεί της σύναψης της συμφωνίας γιατί η δημιουργία της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας για τον ασθενή, εσωτερικό ή εξωτερικό, αποτελεί μια ριζική αναδιάρθρωση του ιατρονοσηλευτικού υποσυστήματος των ΟΠΣΥ με λειτουργικές προεκτάσεις και αλλαγές.

## **9.2 Προτάσεις**

Τα περισσότερα ΟΠΣΥ των Νοσοκομείων της χώρας μας είναι είτε ημιτελή, είτε το προσωπικό δεν χρησιμοποιεί το μέγιστο των δυνατοτήτων του .

Η οικονομική κρίση, ο περιορισμός των προϋπολογισμών των Νοσοκομείων, η ασυνέπεια των ιδιωτών μέχρι σήμερα μέσω των παραδοσιακών διαγωνισμών ή αναθέσεων και η έλλειψη πολιτικής πρωτοβουλίας, έχουν συνδράμει αρνητικά στην περαιτέρω εξέλιξη των ΠΣΥ, κυρίως στην διασύνδεση των επιμέρους υποσυστημάτων.

Τα επιτυχημένα έργα ΣΔΙΤ σε άλλους τομείς πρέπει να λειτουργήσουν ως σημείο αναφοράς για την υλοποίηση έργων υποδομής ή αναβάθμισης των Π.Σ.Ν από τους ιδιώτες. Ωστόσο θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη στον σχεδιασμό μας την ιδιαιτερότητα του τομέα της Υγείας, αφού οι παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας αποτελούν δημόσιο αγαθό, παρέχοντας δωρεάν πρόσβαση στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας μας.

Έτσι λοιπόν, αντλώντας συμπεράσματα από την έρευνα αλλά και την διεθνή εμπειρία, τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν προς την κατεύθυνση των πετυχημένων μοντέλων ΣΔΙΤ είναι:

1. Ύπαρξη εξειδικευμένου προσωπικού προκειμένου να εμπλακεί στον σχεδιασμό και την υλοποίηση μιας τέτοιας σύμπραξης του ιδιώτη με το κρατικό φορέα.
2. Ισχυρό νομοθετικό πλαίσιο εναρμονισμένο με την ευρωπαϊκή νομοθεσία περί ΣΔΙΤ, με όλες τις απαραίτητες προϋποθέσεις και αλλαγές που απαιτούνται για τέτοιου είδους συμφωνίες στον τομέα της Υγείας.
3. Κατανόηση των βασικών αρχών των ΣΔΙΤ. Οι εμπλεκόμενοι φορείς του υγειονομικού χάρτη θα πρέπει να κατανοήσουν ότι η επιτυχία ενός έργου ΣΔΙΤ έγκειται: α) στην εξασφάλιση της αποδοτικότητας των οικονομικών πόρων του Δημόσιου φορέα και β) στην κατανομή του επιχειρηματικού κινδύνου της παρεχόμενης υπηρεσίας από το Δημόσιο στον Ιδιωτικό Τομέα. Αυτό επιτυγχάνεται μελετώντας επιτυχημένες ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας σε Ευρώπη και διεθνώς.
4. Επικοινωνία και συνεχής ενημέρωση των επαγγελματιών Υγείας. Να υπάρχει συστηματική εκπαίδευση των εργαζομένων για τις επερχόμενες αλλαγές. Η διοίκηση οφείλει να επικοινωνεί και να υποστηρίζει τους υπαλλήλους της διασφαλίζοντας ότι κατανοείται η αναγκαιότητα της χρήσης των ΣΔΙΤ στην αναβάθμιση των Π.Σ.Υ, αφουγκράζοντας ταυτόχρονα τις τυχόν δυσκολίες που ενδέχεται να παρουσιαστούν κατά την διάρκεια ενός τέτοιου έργου και

5. Κατανόηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της αναγκαιότητας της διασύνδεσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων μέσω της Ηλεκτρονικής Κάρτας Υγείας, καταγράφοντας το ιατρικό ιστορικό των ασθενών, τα φάρμακα που χορηγήθηκαν, λεπτομέρειες νοσηλείας και διαγνωστικές εξετάσεις. Παρότι τα τελευταία χρόνια, τα Νοσοκομεία της χώρας μας έχουν σημαντικές ελλείψεις προσωπικού, αυτό δεν πρέπει να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και την εξέλιξη των Π.Σ. Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, ειδικά για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, δίνει την δυνατότητα να συγκεντρωθούν όλες οι πληροφορίες υγείας που αφορούν τον ασθενή και επιπλέον να καθίστανται δυνατός ο έλεγχος της χρήσης υπηρεσιών υγείας.

Όλα τα παραπάνω συνηγορούν ότι βρισκόμαστε προ των πυλών της ψηφιοποίησης του συνόλου των νοσηλευτικών και ιατρικών δεδομένων του ασθενούς ακολουθώντας τις ανάγκες της εποχής. Οι ΣΔΙΤ στο χώρο της Υγείας έχουν την δυνατότητα να βελτιώσουν και να ενδυναμώσουν τις υπηρεσίες υγείας, αλλάζοντας την δημόσια εικόνα των νοσηλευτικών μονάδων.

Από την έρευνα στις ευρωπαϊκές χώρες, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία τάση συνεργασίας του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα πολλές φορές με ιδανικό τρόπο. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις αποσκοπούν στο να ανακαλυφθούν νέοι τρόποι οργάνωσης που θα ενισχύουν την διατήρηση του δημόσιου χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας με παράλληλη ανάπτυξη επιχειρηματικών δράσεων. Απαραίτητη προϋπόθεση, η κινητοποίηση όλων των εμπλεκόμενων φορέων καθώς και η συναίνεση και πίστη στην υλοποίηση της μεταρρύθμισης. (Liarigovinou, 2005).

Ολοκληρώνοντας την εργασία, είναι σκόπιμο να αναφέρω ότι σήμερα περισσότερο από κάθε άλλη φορά, η πολιτική ηγεσία της χώρας μας στοχεύει στην υλοποίηση έργων στον τομέα της υγείας μέσω των ΣΔΙΤ κατά το τρέχον έτος. Για το λόγο αυτό, το Υπουργείο Υγείας προετοιμάζει νομοσχέδια που θα εντάξουν τις πρώτες ΣΔΙΤ στα δημόσια νοσοκομεία. Στην αρχική φάση της εφαρμογής τους, οι συμπράξεις θα περιοριστούν μόνο στον τομέα ενοικιάσεις ακτινοδιαγνωστικών μηχανημάτων.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αποστολάκης, Ιωάννης Α.Βαρλάμης, Ηρακλής, (2016), Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας, Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Υγείας, 3<sup>η</sup> βελτιωμένη έκδοση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Αρκουμενάς Π(2005), Οι Συμπράξεις Δημοσίου –Ιδιωτικού Τομέα και οι χρήσεις τους στον Τομέα της Υγείας , Ινστιτούτο Δημοκρατίας Κων/νος Καραμανλής

Αστερίου Ε(2007) Η εφαρμογή του κοινοτικού δικαίου των δημοσίων συμβάσεων και των συμβάσεων παραχώρησης στις ΣΔΙΤ, Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Δικαίου Τεχνολογίας και Κατασκευών, Συμπράξεις δημοσίου –ιδιωτικού τομέα-ο νέος νόμος 3389/2005 για τις συμπράξεις και η διεθνής εμπειρία, (Ημερίδα 19.1.2006),εκδόσεις Σακκούλα

Βενιέρης Ι(2007), ΣΔΙΤ-Συμβάσεις δημοσίου & Ιδιωτικού Δικαίου, Το Συμβατικό πλαίσιο, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα

Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2012), Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011, εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα

Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα (2006), Εγχειρίδιο για την Υλοποίηση Έργων και Υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ, Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα, Υπουργείο Οικονομικών & Οικονομίας, Αθήνα.

Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα (2006), Συμπράξεις Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα: Συνοπτικός Οδηγός, Ειδική Γραμματεία Συμπράξεων Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα, Υπουργείο Οικονομικών & Οικονομίας, Αθήνα.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2004), Πράσινη Βίβλος: Σχετικά με τις Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα και το Κοινοτικό Δίκαιο των Δημόσιων Συμβάσεων και των Συμβάσεων Παραχώρησης, Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Βρυξέλλες

Καραστεργίου Χ,(2011), Εφαρμογές Τηλεϊατρικής στην Ελλάδα, ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

Κίτσος Ι, (2014), Συμπράξεις Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα και Συμβάσεις Παραχώρησης, Εκδόσεις Σακκούλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη

Κομνηνός Δ, Θ. Προκόπος, Γ. Φαράντος, Γ. Παπαντωνίου και Α. Κανελλοπούλου (2007), Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα: Από την Ελλάδα των Περιορισμένων Ευκαιριών στην Ελλάδα των Αυξημένων Δυνατοτήτων και Ευκαιριών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Οργάνωση και Διοίκηση Δημόσιων Υπηρεσιών, Δημόσιων Οργανισμών και Επιχειρήσεων», Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Κούτρας, Δ., Σκουρής, Π. και Τροβά, Ε. (2005), Οι Συμβάσεις Παραχώρησης και Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Κουτσοχέρας, Γ. (2010). Μέτρα συνάφειας και μέτρα ασυμμετρίας για πίνακες συνάφειας. Μεταπτυχιακή εργασία, τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Κυριόπουλος Γιάννης, Γείτονα Μαίρη(2008), Τα Οικονομικά της Υγείας, Μέθοδοι και Εφαρμογές της Οικονομικής Αξιολόγησης, Παπαζήσης, Αθήνα

Μουρμούρης, Ι. (2006) Οικονομική των Μεταφορών: Ανάπτυξη, Επένδυση, Διοίκηση & Εφαρμογές, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα

«01-Πληροφορική Α.Ε.» (1998), Ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείων. Μελέτη που εκπονήθηκε για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και

Πρόνοιας

Πανεπιστήμιο Πελ/νησου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, (2006), Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Στρατηγικός Σχεδιασμός –Οργάνωση και Διοίκηση— Οικονομική Λειτουργία-Τομεακές Πολιτικές, Επιστημονική Επιμέλεια: Κυριάκος Σουλιώτης, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Σκαγιάννης Π.(1994) Πολιτική Προγραμματισμού των Υποδομών, εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα-Πειραιά

Φιλαλήθης Τ. (2003)Τα Συστήματα Υγείας στο Μεταίχμιο: Σκέψεις για τη Διοίκηση και την ανάπτυξη των Υπηρεσιών Υγείας στο ξεκίνημα του 21ου αιώνα. Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα

Χατζηπουλίδης Γ, Καλφακάκου Γλ (2008), Συμπράξεις Δημοσίου & Ιδιωτικού Δικαίου, η εφαρμογή τους στον τομέα της Υγείας, Τεχνικά Χρονικά, Μάιος – Ιούνιος 2008

Boutsikas M.V. (2004), Σημειώσεις μαθήματος «Στατιστικά Προγράμματα» Τμήμα Στατ. & Ασφ. Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Datamed. Οριστική παραλαβή του Έργου του πρώην ΠΕΣΥΠ Πελ/νησου, 2012

## **NOMOI**

ΦΕΚ Α 232: Ν. 3389/2005, Σύμπραξη Δημοσίου –Ιδιωτικού Τομέα, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα

ΦΕΚ Α 53: Ν. 3235/2004, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας , Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο, Κανονισμός (ΕΕ) αριθ. 549/2013 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 21ης Μαΐου 2013 για το

ευρωπαϊκό σύστημα εθνικών και περιφερειακών λογαριασμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης

## **ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ**

Απόστολος Ι. Χατζητόλιος , Παναγιώτης ΣΤ. Ζαμπίτης , Αθανάσιος Α. Σανιδάς , Αθανάσιος Η. Ζαφειρόπουλος , Ιωάννης Γ. Ασλανίδης, (2007), Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας, Ιατρικό Βήμα

Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, στην Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και στην Επιτροπή Περιφερειών - ηλ-υγεία (ηλεκτρονική υγεία) – βελτίωση των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τους πολίτες της Ευρώπης: Σχέδιο δράσης για έναν Ευρωπαϊκό Χώρο ηλ-Υγείας {SEC(2004)539} /\* COM/2004/0356 τελικό \*/ , (2004), Βρυξέλες

Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο, (2018), Ειδική Έκθεση: Δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στην ΕΕ: Πολλαπλές αδυναμίες κα περιορισμένα οφέλη

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2006, Public-private partnerships and Community law on public procurement and concessions (<https://oeil.secure.europarl.europa.eu>)

Λιαριγκοβινού Α., (2008) “Οι ΣΔΙΤ στην Υγεία: Ποιος κερδίζει και ποιος χάνει από τις αλλαγές στις σχέσεις του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας;”, Ομιλία στο 3<sup>ο</sup> Διεθνές Συνέδριο, διοργάνωση ΕΕΚΠ, Αθήνα, 17-18 Οκτωβρίου 2008

Τμήμα Κοινοβουλευτικού Ελέγχου,(2012), ΑρΠ ΤΚΕ/Φ2/6495/15.3.2012 «Απάντηση σε ερώτηση Βουλευτή κ. Κουκοδήμο-«Υγεία-Κοινωνική Ασφάλιση – Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση»», Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης

Κ.Τσαούσης, Α. Παπαστάθης,2017, Δημόσια Νοσοκομεία Ιδιωτικής Διαχείρισης, ([www.newmoney.gr](http://www.newmoney.gr))

## **ΞΕΝΑ ΑΡΘΡΑ**

Anderson, (2012), Public, private, neither, both? Publicness theory and the analysis of healthcare organisations ,*Social Science & Medicine*, vol 74, p. 313-322

Jens K. Roehrich, Michael A. Lewis, Gerard George,(2014), *Social Science & Medicine*, vol 113, pag 110-119

Morten Elbeak Petersen, (2017), The Danish National e-Health Portal sundhed.dk, 7<sup>th</sup> e-Health Forum in Freiburg

Y.H. Kwak, Y. Chih, C.W. Ibbs,(2009), Towards a comprehensive understanding of public private partnerships for infrastructure development, reaserch article, *California Management Review*

Irina A.Nikolic, Harald Maikisch,( 2006), *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector, An Overview with Case Studies from Recent European Experience*, World Bank, Washington, USA

Liarigovinou, A., 2005. The new role of the private health sector in the welfare state in Greece. *2<sup>nd</sup> LSE PhD symposium on Modern Greece*. London

Augusto Lopez Claros, Laurence W. Carter, (2017), *Benchmarking Public-Private Partnerships Procurement 2017* ,World Bank Group, Washington, USA

D.R. Masys, P.F. Brennan, J.G. Ozbolt, M. Corn, E.H. Shortliffe, (2000),“Are medical informatics and nursing informatics distinct disciplines?”, *J Am Med Inform Assoc.*, vol. 7, no. 3, pp. 304-312

OECD Health Policy Studies, (2010),*Improving Health Sector Efficiency. The Role of Information and Communication Technologies*, OECD Publishing



ΟΟΣΑ, (2012), Principles of Public Governance of Public-Private Partnerships

European Parliament, 2017, Research for REGI Committee Public-Private Partnerships and Cohesion Policy

DLA Piper Rudnick Gray Cary, (2005), European PPP Report

International Trade Administration, 2016, Top Markets Report Health IT Country Case Study Germany, U.S Department of Commerce

Remy Denzler, member of Health Advances European Practice, 2018, E-Health in Germany: Rapid Progression of Digitalisation?,

Widdus, R., 2001. Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions, *Bulletin of the World Health Organization*, 79(8).

## **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ**

<http://www.europarl.europa.eu/committees/el/regi/reports.html>

[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/602010/IPOL\\_STU\(2017\)602010\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/602010/IPOL_STU(2017)602010_EN.pdf)

<https://www.healthcaredenmark.dk>

<https://healthadvances.com/>

<http://edit.gov.gr/>

<https://www.2dype.gr/tileiatriki>

<http://www.idika.gr/etaireia/erga/hlektronikh syntagografhsh>

<http://www.1dype.gov.gr>

<http://www.moh.gov.gr/>

<http://www.statistics.gr/esa-2010>

<http://data.eib.org/epec/;jsessionid=688477D8127C2966FEB3F1641F5FA50C>

<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0356:EL:HTML>

<https://oeil.secure.europarl.europa.eu>

<https://www.emediteka.org>

<https://www.datamed.gr>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτηματολόγιο

### Ε Ρ Ω Τ Η Μ Α Τ Ο Λ Ο Γ Ι Ο

Ονομάζομαι Ρουμπέκα Μαργαρίτα, μόνιμη υπάλληλος του κλάδου ΤΕ Πληροφορικής του Γ.Ν Αργολίδας (Ν.Μ. Ναυπλίου), αποσπασμένη στον ΕΟΠΥΥ Κορίνθου λόγω συνυπηρέτησης και μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Παν/μιου Πελοποννήσου.

Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώνεται από το ιατρικό και νοσηλευτικό κλάδο του Νοσοκομείου. Οι απαντήσεις θα κρατηθούν ανώνυμες και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς σκοπούς στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα: «ΣΔΙΤ: Διεθνής και Ελληνική Εμπειρία στα Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα στην Υγεία».

Σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι, να συγκεντρώσει τις απόψεις και τις πεποιθήσεις των ιατρών, νοσηλευτών και των μαιών που αφορούν τη διαχείριση των πληροφοριακών συστημάτων της Υγείας και η επέκταση αυτών δημιουργώντας την **Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας** μέσω των ΣΔΙΤ.

Με τον όρο Συμπράξεις Δημόσιου-Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) εννοούμε μακροχρόνιες συμβάσεις μεταξύ του Δημοσίου και του Ιδιωτικού Τομέα με σκοπό την εκτέλεση έργων ή των παροχή υπηρεσιών, εξασφαλίζοντας ο μιν ιδιώτης πόρους χρηματοδότησης του έργου με επιμερισμό των κινδύνων με το Δημόσιο, ο δε κρατικός φορέας έχοντας ισχυρό ρυθμιστικό και εποπτικό ρόλο, δίνει την ευκαιρία να υλοποιούνται έργα και σε περιόδους οικονομικής δυσχέρειας.

Το εν λόγω εγχείρημα έχει υλοποιηθεί σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες ,όπως η Γερμανία και η Δανία.

#### Α. Γενικά Στοιχεία

1. Φύλλο: Άνδρας  Γυναίκα
2. Ηλικία : 25-35  35-45  45-55  55+
3. Εκπαίδευση: ΔΕ  ΤΕ  ΠΕ
4. Μετεκπαίδευση: Κάτοχος Μεταπτυχιακού  Διδακτορικού
5. Ειδικότητα: Ιατρός  Νοσηλευτής /τρια  Μαία
6. Χρόνος Εργασίας : < 10 έτη  10-20 έτη  >20

#### Β. Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας (ΟΠΣΥ)

##### Β1.

1. Πόσα χρόνια λειτουργεί το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα στο Νοσοκομείο σας;.....
2. Λάβατε την απαραίτητη εκπαίδευση για την σωστή χρήση του συστήματος ; ΝΑΙ    
ΟΧΙ

3. Αν Ναι, ποιες ήταν οι δυσκολίες που συναντήσατε κατά την εφαρμογή του Πληροφοριακού Συστήματος;

Σ' αυτήν την ερώτηση η κλίμακα αξιολόγησης είναι διττή : ΝΑΙ/ΟΧΙ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α) Οργανωτικές		
β) Προβλήματα κατά την καταγραφή των περιστατικών στο σύστημα		
γ) Μη ορθός σχεδιασμός των εφαρμογών		
δ) Καθυστέρηση του Αναδόχου για παραμετροποίηση του συστήματος		
ε) Αδυναμία του Αναδόχου υλοποίησης διορθωτικών αλλαγών του συστήματος για την μέγιστη δυνατή ανταπόκριση στην καταγραφή των περιστατικών σας		
στ) Μη σωστή χρήση του συστήματος λόγω έλλειψης προσωπικού		
ζ) Μη ξεκάθαρη χρήση ρόλων του συστήματος μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού		

## B2.

	ΔΓ / ΔΑ	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
1. Βελτιώθηκε η εργασία σας;						
2. Απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση και την ολοκλήρωσή της;						
3. Νιώθετε ασφάλεια με το Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Καταγραφής ;						
4. Είστε πρόθυμοι να βοηθήσετε στην εξέλιξη του συστήματος;						
5. Πιστεύετε ότι είναι περίπλοκο το σύστημα και δυσκολεύεστε να το τηρήσετε;						
6. Θεωρείτε ότι απαιτούνται αλλαγές ή βελτιώσεις στο σύστημα;						

## Γ. Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία

	ΔΓ / ΔΑ	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
1. Γνωρίζετε έργα που έχουν υλοποιηθεί με ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας;						
2. Πιστεύετε στην Σύμπραξη Ιδιωτικού-Δημόσιου Τομέα στην Υγεία;						
3. Είναι εφικτή η υλοποίηση ηλεκτρονικών εφαρμογών με τη διαδικασία αυτή;						
4. Ελπίζετε στην καλύτερευση των εφαρμογών;						
5. Ενδιαφέρεστε να συμμετέχετε ενεργά στην προσπάθεια αυτή;						
6. Θεωρείτε ότι ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη των στόχων του δημόσιου τομέα;						
7. Η αποτυχία του εγχειρήματος θα επιφέρει προβλήματα στην εργασία σας;						
8. Αντίθετα η επιτυχία θα συμβάλλει θετικά στην εκτέλεση των καθηκόντων σας;						

#### Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας :

##### Δ1.

	ΔΓ / ΔΑ	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
1. Γνωρίζεται τι είναι η Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας;						
2. Η Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας είναι σημαντική για τον ασθενή;						
3. Πιστεύετε ότι μπορεί να υλοποιηθεί στο Νοσοκομείο σας;						
4. Η εφαρμογή της θα επιφέρει μεγαλύτερο φόρτο εργασίας ;						
5. Η ηλεκτρονική καταγραφή των διαγνώσεων-θεραπείας θα καθυστερεί την ολοκλήρωση των υποχρεώσεων σας;						
6. Έχοντας ηλεκτρονικά την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (διάγνωση, φαρμακευτική αγωγή, επιπλοκές , εργαστηριακές εξετάσεις ) αντιμετωπίζετε τον ασθενή με μεγαλύτερη ασφάλεια;						
7. Με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας, (έχοντας στοιχεία του ασθενή που έχει περάσει και από άλλο Νοσοκομείο της Περιφέρειας) σας βοηθάει στην αντιμετώπιση της τρέχουσας κατάστασής του;						
8. Πόσο σημαντική είναι η γνώση της θεραπευτικής διαδικασίας ενός ασθενούς σας σε ένα άλλο Νοσοκομείο;						
9. Θα βοηθήσει στην αποτελεσματικότητα;						

<b>10.</b> Θα βελτιώσει την παραγωγικότητα;						
<b>11.</b> Η υλοποίηση της κάρτας με ΣΔΙΤ είναι μια ενδιαφέρουσα προοπτική στην εξέλιξη των ΟΠΣΥ της Υγείας;						
<b>12.</b> Ο Γενικός Κανονισμός GDPR περί Προσωπικών δεδομένων σε εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα στην επιτυχία ενός τέτοιου έργου;						
<b>13.</b> Κρίνετε απαραίτητη την επέκταση του έργου πανελλαδικά;						
<b>14.</b> Η Ηλεκτρονική κάρτα υγείας μπορεί να δώσει το έναυσμα για διασύνδεση των νοσοκομείων της χώρας μας, τουλάχιστον στο ιατρονοσηλευτικό υποσύστημα των ΟΠΣΥ;						
<b>15.</b> Η υλοποίηση του έργου αυτού μπορεί να δώσει την δυνατότητα συνεργασίας με ξένα νοσηλευτικά ιδρύματα;						

**Ε. Ιεραρχήστε την σπουδαιότητα υλοποίησης ενός τέτοιου έργου δηλ. της Ηλεκτρονικής κάρτας υγείας ασθενών**

1=ΚΑΘΟΛΟΥ 2=ΛΙΓΟ 3=ΑΡΚΕΤΑ 4=ΠΟΛΥ 5= ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

<b>1.</b> Καλύτερη και αποτελεσματικότερη ανταλλαγή πληροφοριών	
<b>2.</b> Μείωση στην κατανάλωση χαρτιού	
<b>3.</b> Σωστότερος έλεγχος για την ορθότητα των στοιχείων του ασθενή	
<b>4.</b> Καλύτερη ποιότητα φροντίδας, όπως αποφυγή λαθών και ταχύτερη αντιμετώπιση της πάθησης με εξασφάλιση ορθών φαρμάκων	
<b>5.</b> Λιγότερα ιατρικά λάθη και βελτίωση του χρόνου ολοκλήρωσης της διάγνωσης με αποτέλεσμα την βελτίωση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών	
<b>6.</b> Μείωση του φαινομένου της εξαπάτησης ή της κατάχρησης του υγειονομικού συστήματος με φαινόμενα «προκλητής ζήτησης».	

**ΣΤ. Ποιοι είναι οι φόβοι σας σ' αυτήν την προσπάθεια ;**

Σ' αυτήν την ερώτηση η κλίμακα αξιολόγησης είναι διττή : ΝΑΙ/ΟΧΙ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
<b>1.</b> Ιδιωτικοποίηση της Δημόσιας Υγείας		
<b>2.</b> Αδυναμία ολοκλήρωσης του έργου από τον Ανάδοχο λόγω μη τήρησης των υποχρεώσεων		
<b>3.</b> Εγκατάλειψη του έργου από τον κρατικού φορέα		
<b>4.</b> Αδυναμία υποστήριξης λόγω έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού		
<b>5.</b> Έλλειψη ενδιαφέροντος και κινήτρων του υπάρχοντος προσωπικού		
<b>6.</b> Αδυναμία εκπλήρωσης του στόχου λόγω έλλειψης ελεγκτικών μηχανισμών		
<b>7.</b> Αδυναμία εκπλήρωσης του έργου λόγω αλλαγής νομοθεσίας		

8. Αδυναμία εκπλήρωσης του έργου λόγω έλλειψης πολιτικής βούλησης		
9. Αδυναμία αξιοποίησης των δεδομένων του συστήματος λόγω προστασίας των Προσωπικών δεδομένων		

**Παρατηρήσεις – Σχόλια – Προτάσεις σχετικά με το θέμα της έρευνας**

**Ευχαριστώ για την συμμετοχή σας.**





## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Πίνακες Kolmogorov-Smirnov

		B2. [1. Βελτιώθηκε η εργασία σας;]	B2. [2. Απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση και την ολοκλήρωσή της;]	B2. [3. Νιώθετε ασφάλεια με το Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Καταγραφής;]	B2. [4. Είστε πρόθυμοι να βοηθήσετε στην εξέλιξη του συστήματος;]	B2. [5. Πιστεύετε ότι είναι περίπλοκο το σύστημα και δυσκολεύεστε να το τηρήσετε;]	B2. [6. Θεωρείτε ότι απαιτούνται αλλαγές ή βελτιώσεις στο σύστημα;]	Γ. Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία [1. Γνωρίζετε έργα που έχουν υλοποιηθεί με ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας;]	Γ. Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία [2. Πιστεύετε στην Σύμπραξη Ιδιωτικού-Δημόσιου Τομέα στην Υγεία;]	Γ. Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία [3. Είναι εφικτή η υλοποίηση ηλεκτρονικών εφαρμογών με τη διαδικασία αυτή;]	Γ. Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία [4. Ελπίζετε στην καλύτερευση των εφαρμογών;]	Γ. Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία [5. Ενδιαφέρεστε να συμμετέχετε ενεργά στην προσπάθεια αυτή;]	Γ. Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία [6. Θεωρείτε ότι ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη των στόχων του δημόσιου τομέα;]	Γ. Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία [7. Η αποτυχία του εγχειρήματος θα επιφέρει προβλήματα στην εργασία σας;]	Γ. Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία [8. Αντίθετα η επιτυχία θα συμβάλει θετικά στην εκτέλεση των καθηκόντων σας;]
N		195	194	191	193	193	194	183	191	183	190	189	190	176	181
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	3,34	3,76	3,65	3,65	3,75	4,16	2,76	3,28	3,35	3,62	3,31	3,57	2,72	3,83
	Std. Deviation	1,074	1,011	1,014	1,079	1,259	,916	1,261	1,210	1,143	,978	1,092	1,060	1,372	1,254
Most Extreme Differences	Absolute	,179	,201	,209	,227	,219	,284	,158	,165	,185	,214	,194	,230	,189	,243
	Positive	,179	,167	,165	,136	,160	,180	,158	,151	,150	,174	,193	,149	,189	,176
	Negative	-,176	-,201	-,209	-,227	-,219	-,284	-,144	-,165	-,185	-,214	-,194	-,230	-,160	-,243
Test Statistic		,179	,201	,209	,227	,219	,284	,158	,165	,185	,214	,194	,230	,189	,243
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

Πίνακας : One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test (B & Γ ενότητα του ερωτηματολογίου)

	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [1. Γνωρίζεται τι είναι η Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [2. Η Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας είναι σημαντική για τον ασθενή;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [3. Πιστεύετε ότι μπορεί να υλοποιηθεί στο Νοσοκομείο σας;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [4. Η εφαρμογή της θα επιφέρει μεγαλύτερο φόρτο εργασίας;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [5. Η ηλεκτρονική καταγραφή των διαγνώσεων-θεραπειών θα καθυστερεί την ολοκλήρωση των υποχρεώσεων σας;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [6. Έχοντας ηλεκτρονικά την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (διάγνωση, φαρμακευτική αγωγή, εργαστηριακές εξετάσεις) αντιμετωπίζετε τον ασθενή με μεγαλύτερη ασφάλεια;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [7. Με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας, (έχοντας στοιχεία του ασθενή που έχει περάσει και από άλλο Νοσοκομείο της Περιφέρειας) βοηθάει στην αντιμετώπιση της τρέχουσας κατάστασής του;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [8. Πόσο σημαντική είναι η γνώση της θεραπευτικής διαδικασίας ενός ασθενούς σε ένα άλλο Νοσοκομείο;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [9. Θα βοηθήσει στην αποτελεσματικότητα;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [10. Θα βελτιώσει την παραγωγικότητα;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [11. Η υλοποίηση της κάρτας με ΣΔΙΤ είναι μια ενδιαφέρουσα προοπτική των ΟΠΣΥ της Υγείας;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [12. Ο Γενικός Κανονισμός GDPR περί Προσωπικών δεδομένων σε εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 μπορεί να αποτελέσει παράγοντα στην επιτυχία ενός τέτοιου έργου;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [13. Κρίνετε απαραίτητη την επέκταση του έργου πανελλαδικά;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [14. Η Ηλεκτρονική κάρτα υγείας μπορεί να δώσει το έναυσμα για διασύνδεση των νοσοκομείων της χώρας μας, τουλάχιστον στο ιατρονοσηλευτικό υποσύστημα των ΟΠΣΥ;]	Δ. Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας : [15. Η υλοποίηση του έργου αυτού μπορεί να δώσει την δυνατότητα συνεργασίας με ξένα νοσηλευτικά ιδρύματα;]	
N	194	193	193	190	193	195	193	194	184	181	183	170	188	192	187	
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	3,70	4,16	3,55	3,55	3,63	4,36	4,39	4,44	4,02	3,85	4,23	2,68	4,30	4,35	4,15
	Std. Deviation	1,103	,852	1,194	1,283	1,231	,828	,816	,832	,986	1,204	,990	1,200	,851	,831	1,005
Most Extreme Differences	Absolute	,194	,259	,182	,201	,199	,322	,338	,353	,263	,250	,290	,184	,290	,307	,277
	Positive	,150	,161	,176	,129	,132	,221	,227	,250	,187	,170	,218	,184	,205	,219	,199
	Negative	-,194	-,259	-,182	-,201	-,199	-,322	-,338	-,353	-,263	-,250	-,290	-,136	-,290	-,307	-,277
Test Statistic		,194	,259	,182	,201	,199	,322	,338	,353	,263	,250	,290	,184	,290	,307	,277
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

Πίνακας : One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test (Δ ενότητα του ερωτηματολογίου)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Στατιστικοί Πίνακες Έρευνας

### Πόλη

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καλαμάτα	113	57,4	57,4	57,4
	Ναύπλιο	84	42,6	42,6	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

Πίνακας 3: Συμμετέχοντες ανά Ν.Μ

### Φύλλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	66	33,5	33,5	33,5
	Γυναίκα	131	66,5	66,5	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

Πίνακας 4: Συμμετέχοντες ανά φύλλο

### Ηλικία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25-35 έτη	22	11,2	11,2	11,2
	35-45 έτη	52	26,4	26,4	37,6
	45-55 έτη	83	42,1	42,1	79,7
	55 + 'ετη	40	20,3	20,3	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

Πίνακας 5: Συμμετέχοντες ανά ηλικία

### Ειδικότητα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Νοσηλεύτ(η)ς - Μαία	101	51,3	51,3	51,3
	Ιατρός	96	48,7	48,7	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

Πίνακας 6: Συμμετέχοντες ανά Ειδικότητα

### Εκπαίδευση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕ	11	5,6	5,6	5,6
	ΤΕ	79	40,1	40,1	45,7
	ΠΕ	107	54,3	54,3	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

#### Μετεκπαίδευση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χωρίς Μετεκπαίδευση	138	70,1	70,1	70,1
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	41	20,8	20,8	90,9
	Κάτοχος Διδακτορικού	18	9,1	9,1	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

Πίνακας 7: Εκπαιδευτική Βαθμίδα

#### Χρόνος εργασίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 10 έτη	45	22,8	22,8	22,8
	10-20 έτη	92	46,7	46,7	69,5
	> 20 έτη	60	30,5	30,5	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

Πίνακας 8: Συμμετέχοντες ανά Εργασιακή Εμπειρία

#### Λάβατε την απαραίτητη εκπαίδευση για την σωστή χρήση του συστήματος;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	120	60,9	60,9	60,9
	ΟΧΙ	77	39,1	39,1	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

Πίνακας 9: Εκπαίδευση του ΟΠΣΥ για την σωστή χρήση του

#### Βελτιώθηκε η εργασία σας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	8	4,1	4,1	4,1
	Λίγο	35	17,8	17,9	22,1
	Αρκετά	65	33,0	33,3	55,4
	Πολύ	56	28,4	28,7	84,1
	Πάρα πολύ	31	15,7	15,9	100,0
	Total	195	99,0	100,0	

Missing	Χωρίς απάντηση	1	,5		
	ΔΓ/ΔΑ	1	,5		
	Total	2	1,0		
Total		197	100,0		

Πίνακας 10: Βελτίωση εργασίας μέσω ΟΠΣΥ

**Απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση και την ολοκλήρωσή της;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	5	2,5	2,6	2,6
	Λίγο	13	6,6	6,7	9,3
	Αρκετά	58	29,4	29,9	39,2
	Πολύ	65	33,0	33,5	72,7
	Πάρα πολύ	53	26,9	27,3	100,0
	Total	194	98,5	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	1	,5		
	ΔΓ/ΔΑ	2	1,0		
	Total	3	1,5		
Total		197	100,0		

Πίνακας 11: Χρόνος εκτέλεσης εργασίας μέσω ΟΠΣΥ

**Είστε πρόθυμοι να βοηθήσετε στην εξέλιξη του συστήματος;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	8	4,1	4,1	4,1
	Λίγο	20	10,2	10,4	14,5
	Αρκετά	49	24,9	25,4	39,9
	Πολύ	70	35,5	36,3	76,2
	Πάρα πολύ	46	23,4	23,8	100,0
	Total	193	98,0	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	1	,5		
	ΔΓ/ΔΑ	3	1,5		
	Total	4	2,0		
Total		197	100,0		

Πίνακας 12: Συμμετοχή στην εξέλιξη του συστήματος

**Πιστεύετε ότι είναι περίπλοκο το σύστημα και δυσκολεύεστε να το τηρήσετε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	14	7,1	7,3	7,3
	Λίγο	19	9,6	9,8	17,1
	Αρκετά	42	21,3	21,8	38,9
	Πολύ	45	22,8	23,3	62,2
	Πάρα πολύ	73	37,1	37,8	100,0

Total		193	98,0	100,0
Missing	Χωρίς απάντηση	1	,5	
	ΔΓ/ΔΑ	3	1,5	
	Total	4	2,0	
Total		197	100,0	

Πίνακας 13: Περιπλοκότητα του συστήματος

**Θεωρείτε ότι απαιτούνται αλλαγές ή βελτιώσεις στο σύστημα;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λίγο	9	4,6	4,6	4,6
	Αρκετά	41	20,8	21,1	25,8
	Πολύ	54	27,4	27,8	53,6
	Πάρα πολύ	90	45,7	46,4	100,0
	Total	194	98,5	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	1	,5		
	ΔΓ/ΔΑ	2	1,0		
	Total	3	1,5		
Total		197	100,0		

Πίνακας 14: Βελτιώσεις του συστήματος

**Γνωρίζετε έργα που έχουν υλοποιηθεί με ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	37	18,8	20,2	20,2
	Λίγο	42	21,3	23,0	43,2
	Αρκετά	51	25,9	27,9	71,0
	Πολύ	34	17,3	18,6	89,6
	Πάρα πολύ	19	9,6	10,4	100,0
	Total	183	92,9	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	10	5,1		
	ΔΓ/ΔΑ	4	2,0		
	Total	14	7,1		

Πίνακας 15: Γνώση έργων ΣΔΙΤ στον τομέα της Υγείας

**Πιστεύετε στην Σύμπραξη Ιδιωτικού-Δημόσιου Τομέα στην Υγεία;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	19	9,6	9,9	9,9
	Λίγο	28	14,2	14,7	24,6
	Αρκετά	60	30,5	31,4	56,0
	Πολύ	49	24,9	25,7	81,7
	Πάρα πολύ	35	17,8	18,3	100,0
	Total	191	97,0	100,0	

Missing	Χωρίς απάντηση	3	1,5	
	ΔΓ/ΔΑ	3	1,5	
	Total	6	3,0	
Total		197	100,0	

Πίνακας 16: Απόψεις συμμετεχόντων για τις ΣΔΙΤ

**Είναι εφικτή η υλοποίηση ηλεκτρονικών εφαρμογών με τη διαδικασία αυτή;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	12	6,1	6,6	6,6
	Λίγο	30	15,2	16,4	23,0
	Αρκετά	55	27,9	30,1	53,0
	Πολύ	54	27,4	29,5	82,5
	Πάρα πολύ	32	16,2	17,5	100,0
	Total	183	92,9	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	9	4,6		
	ΔΓ/ΔΑ	5	2,5		
	Total	14	7,1		
Total		197	100,0		

Πίνακας 17: Απόψεις συμμετεχόντων για την υλοποίηση εφαρμογών μέσω ΣΔΙΤ

**Ελπίζετε στην καλύτερευση των εφαρμογών;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	5	2,5	2,6	2,6
	Λίγο	16	8,1	8,4	11,1
	Αρκετά	62	31,5	32,6	43,7
	Πολύ	70	35,5	36,8	80,5
	Πάρα πολύ	37	18,8	19,5	100,0
	Total	190	96,4	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	2	1,0		
	ΔΓ/ΔΑ	5	2,5		
	Total	7	3,6		
Total		197	100,0		

Πίνακας 18: Προσδοκίες συμμετεχόντων μέσω ΣΔΙΤ

**Ενδιαφέρεστε να συμμετέχετε ενεργά στην προσπάθεια αυτή;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	13	6,6	6,9	6,9
	Λίγο	24	12,2	12,7	19,6
	Αρκετά	73	37,1	38,6	58,2

	Πολύ	50	25,4	26,5	84,7
	Πάρα πολύ	29	14,7	15,3	100,0
	Total	189	95,9	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	3	1,5		
	ΔΓ/ΔΑ	5	2,5		
	Total	8	4,1		
Total		197	100,0		

Πίνακας 19: Συμμετοχή συμμετεχόντων για υλοποίηση έργων ΣΔΙΤ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	5	2,5	2,6	2,6
	Λίγο	25	12,7	12,9	15,5
	Αρκετά	50	25,4	25,8	41,2
	Πολύ	57	28,9	29,4	70,6
	Πάρα πολύ	57	28,9	29,4	100,0
	Total	194	98,5	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	3	1,5		
Total		197	100,0		

Πίνακας 20: Γνωρίζεται τι είναι η Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας;

**Η Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας είναι σημαντική για τον ασθενή;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	1	,5	,5	,5
	Λίγο	3	1,5	1,6	2,1
	Αρκετά	42	21,3	21,8	23,8
	Πολύ	66	33,5	34,2	58,0
	Πάρα πολύ	81	41,1	42,0	100,0
	Total	193	98,0	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	2	1,0		
	ΔΓ/ΔΑ	2	1,0		
	Total	4	2,0		
Total		197	100,0		

Πίνακας 21: Αξία της Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας για τον ασθενή

**Πιστεύετε ότι μπορεί να υλοποιηθεί στο Νοσοκομείο σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	9	4,6	4,7	4,7
	Λίγο	29	14,7	15,0	19,7
	Αρκετά	58	29,4	30,1	49,7



	Πολύ	40	20,3	20,7	70,5
	Πάρα πολύ	57	28,9	29,5	100,0
	Total	193	98,0	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	4	2,0		
Total		197	100,0		

Πίνακας 22: Υλοποίηση Ηλεκτρονικής Κάρτας Υγείας στα νοσοκομεία των συμμετεχόντων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	17	8,6	8,9	8,9
	Λίγο	25	12,7	13,2	22,1
	Αρκετά	41	20,8	21,6	43,7
	Πολύ	51	25,9	26,8	70,5
	Πάρα πολύ	56	28,4	29,5	100,0
	Total	190	96,4	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	4	2,0		
	ΔΓ/ΔΑ	3	1,5		
	Total	7	3,6		
Total		197	100,0		

Πίνακας 23: Ηλεκτρονικής κάρτας υγείας και φόρτο εργασίας

**Η ηλεκτρονική καταγραφή των διαγνώσεων-θεραπείας θα καθυστερεί την ολοκλήρωση των υποχρεώσεων σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	10	5,1	5,2	5,2
	Λίγο	32	16,2	16,6	21,8
	Αρκετά	39	19,8	20,2	42,0
	Πολύ	51	25,9	26,4	68,4
	Πάρα πολύ	61	31,0	31,6	100,0
	Total	193	98,0	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	2	1,0		
	ΔΓ/ΔΑ	2	1,0		
	Total	4	2,0		
Total		197	100,0		

Πίνακας 24: Ηλεκτρονικής κάρτας υγείας και ολοκλήρωση καθηκόντων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	1	,5	,5	,5
	Λίγο	6	3,0	3,1	3,6
	Αρκετά	20	10,2	10,3	13,8
	Πολύ	62	31,5	31,8	45,6
	Πάρα πολύ	106	53,8	54,4	100,0
	Total	195	99,0	100,0	
Missing	ΔΓ/ΔΑ	2	1,0		
Total		197	100,0		

Πίνακας 25: Ασφάλεια ηλεκτρονικής καταγραφής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	1	,5	,5	,5
	Λίγο	4	2,0	2,1	2,6
	Αρκετά	23	11,7	11,9	14,5
	Πολύ	56	28,4	29,0	43,5
	Πάρα πολύ	109	55,3	56,5	100,0
	Total	193	98,0	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	1	,5		
	ΔΓ/ΔΑ	3	1,5		
	Total	4	2,0		
Total		197	100,0		

Πίνακας 26: Αντιμετώπιση ασθενούς μέσω της ηλεκτρονικής κάρτας

**Με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας, (έχοντας στοιχεία του ασθενή που έχει περάσει και από άλλο Νοσοκομείο της Περιφέρειας) σας βοηθάει στην αντιμετώπιση της τρέχουσας κατάστασής του;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	1	,5	,5	,5
	Λίγο	4	2,0	2,1	2,6
	Αρκετά	23	11,7	11,9	14,5
	Πολύ	56	28,4	29,0	43,5
	Πάρα πολύ	109	55,3	56,5	100,0
	Total	193	98,0	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	1	,5		

ΔΓ/ΔΑ	3	1,5	
Total	4	2,0	
Total	197	100,0	

Πίνακας 27: Αντιμετώπιση της τρέχουσας κατάστασης του ασθενή μέσω της ηλεκτρονικής κάρτας

**Πόσο σημαντική είναι η γνώση της θεραπευτικής διαδικασίας ενός ασθενούς σας σε ένα άλλο Νοσοκομείο;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	2	1,0	1,0	1,0
Λίγο	5	2,5	2,6	3,6
Αρκετά	16	8,1	8,2	11,9
Πολύ	54	27,4	27,8	39,7
Πάρα πολύ	117	59,4	60,3	100,0
Total	194	98,5	100,0	
Missing ΔΓ/ΔΑ	3	1,5		
Total	197	100,0		

Πίνακας 28: Σημαντικότητα της θεραπείας του ασθενή σε άλλο νοσοκομείο

**Θα βοηθήσει στην αποτελεσματικότητα;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	1	,5	,5	,5
Λίγο	10	5,1	5,4	6,0
Αρκετά	51	25,9	27,7	33,7
Πολύ	44	22,3	23,9	57,6
Πάρα πολύ	78	39,6	42,4	100,0
Total	184	93,4	100,0	
Missing Χωρίς απάντηση	5	2,5		
ΔΓ/ΔΑ	8	4,1		
Total	13	6,6		
Total	197	100,0		

Πίνακας 29: Αποτελεσματικότητα μέσω ΣΔΙΤ

**Θα βελτιώσει την παραγωγικότητα;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	7	3,6	3,9	3,9
Λίγο	22	11,2	12,2	16,0
Αρκετά	38	19,3	21,0	37,0
Πολύ	38	19,3	21,0	58,0
Πάρα πολύ	76	38,6	42,0	100,0
Total	181	91,9	100,0	
Missing Χωρίς απάντηση	7	3,6		
ΔΓ/ΔΑ	9	4,6		

Total	16	8,1	
Total	197	100,0	

Πίνακας 30: Παραγωγικότητα μέσω ΣΔΙΤ

**Η υλοποίηση της κάρτας με ΣΔΙΤ είναι μια ενδιαφέρουσα προοπτική στην εξέλιξη των ΟΠΣΥ της Υγείας;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	6	3,0	3,3	3,3
Λίγο	4	2,0	2,2	5,5
Αρκετά	25	12,7	13,7	19,1
Πολύ	55	27,9	30,1	49,2
Πάρα πολύ	93	47,2	50,8	100,0
Total	183	92,9	100,0	
Missing Χωρίς απάντηση	8	4,1		
ΔΓ/ΔΑ	6	3,0		
Total	14	7,1		
Total	197	100,0		

Πίνακας 31: Ηλεκτρονική κάρτα ως μορφή εξέλιξης του ΟΠΣΥ

**Ο Γενικός Κανονισμός GDPR περί Προσωπικών δεδομένων σε εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα στην επιτυχία ενός τέτοιου έργου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	31	15,7	18,2	18,2
Λίγο	49	24,9	28,8	47,1
Αρκετά	50	25,4	29,4	76,5
Πολύ	24	12,2	14,1	90,6
Πάρα πολύ	16	8,1	9,4	100,0
Total	170	86,3	100,0	
Missing Χωρίς απάντηση	22	11,2		
ΔΓ/ΔΑ	5	2,5		
Total	27	13,7		
Total	197	100,0		

Πίνακας 32: Κανονισμός Προσωπικών Δεδομένων ως ανασταλτικός παράγοντας επιτυχίας του έργου

**Κρίνετε απαραίτητη την επέκταση του έργου πανελλαδικά;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	2	1,0	1,1	1,1
Λίγο	5	2,5	2,7	3,7
Αρκετά	21	10,7	11,2	14,9

	Πολύ	67	34,0	35,6	50,5
	Πάρα πολύ	93	47,2	49,5	100,0
	Total	188	95,4	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	7	3,6		
	ΔΓ/ΔΑ	2	1,0		
	Total	9	4,6		
Total		197	100,0		

Πίνακας 33: Επέκταση έργου πανελλαδικά

**Η Ηλεκτρονική κάρτα υγείας μπορεί να δώσει το έναυσμα για διασύνδεση των νοσοκομείων της χώρας μας, τουλάχιστον στο ιατρονοσηλευτικό υποσύστημα των ΟΠΣΥ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	3	1,5	1,6	1,6
	Λίγο	2	1,0	1,0	2,6
	Αρκετά	20	10,2	10,4	13,0
	Πολύ	66	33,5	34,4	47,4
	Πάρα πολύ	101	51,3	52,6	100,0
	Total	192	97,5	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	3	1,5		
	ΔΓ/ΔΑ	2	1,0		
	Total	5	2,5		
Total		197	100,0		

Πίνακας 34: Διασύνδεση νοσοκομειακών μονάδων με αφορμή την ηλεκτρονική κάρτα υγείας

**Η υλοποίηση του έργου αυτού μπορεί να δώσει την δυνατότητα συνεργασίας με ξένα νοσηλευτικά ιδρύματα;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	3	1,5	1,6	1,6
	Λίγο	12	6,1	6,4	8,0
	Αρκετά	28	14,2	15,0	23,0
	Πολύ	55	27,9	29,4	52,4
	Πάρα πολύ	89	45,2	47,6	100,0
	Total	187	94,9	100,0	
Missing	Χωρίς απάντηση	7	3,6		
	ΔΓ/ΔΑ	3	1,5		
	Total	10	5,1		
Total		197	100,0		

Πίνακας 35: Ηλεκτρονική κάρτα υγείας και συνεργασία με ξένα νοσηλευτικά ιδρύματα

2. Λάβατε την απαραίτητη εκπαίδευση για την σωστή χρήση του συστήματος;	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Βαθμός_Ικανοποίησης NAI	41	32,93	1350,00
OXI	22	30,27	666,00
Total	63		

Πίνακας 36:Διερεύνηση της διαφοράς του βαθμού ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό της Ν.Μ Καλαμάτας

2. Λάβατε την απαραίτητη εκπαίδευση για την σωστή χρήση του συστήματος;	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Βαθμός_Ικανοποίησης NAI	20	18,80	376,00
OXI	12	12,67	152,00
Total	32		

Πίνακας 37:Διερεύνηση της διαφοράς του βαθμού ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό της Ν.Μ Ναυπλίου

2. Λάβατε την απαραίτητη εκπαίδευση για την χρήση του συστήματος;	Αριθμός	Μέση βαθμολογία
Βαθμός_Ικανοποίησης NAI	25	25,72
OXI	23	23,17
Total	48	

Πίνακας 38:Διερεύνηση της διαφοράς του βαθμού ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό της Ν.Μ Καλαμάτας

2. Λάβατε την απαραίτητη εκπαίδευση για την σωστή χρήση του συστήματος;	Αριθμός	Μέση βαθμολογία
Βαθμός_Ικανοποίησης NAI	32	30,38
OXI	20	20,30
Total	52	

Πίνακας 39:Διερεύνηση της διαφοράς του βαθμού ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό της Ν.Μ Ναυπλίου

			Απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση και την ολοκλήρωσή της;	Νιώθετε ασφάλεια με το Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Καταγραφής;	Είστε πρόθυμοι να βοηθήσετε στην εξέλιξη του συστήματος;	
Spearman's rho	Βαθμός_Ικανοποίησης	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000  48	-,608**  48	-,124  47	,230  47
	Απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση και την ολοκλήρωσή της;	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,608**  48	1,000  48	-,453**  47	,048  47
	Νιώθετε ασφάλεια με το Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Καταγραφής;	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,124  47	-,453**  47	1,000  47	-,652**  46
	Είστε πρόθυμοι να βοηθήσετε στην εξέλιξη του συστήματος;	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,230  47	,048  47	-,652**  46	1,000  47

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 40: Συντελεστής συσχέτισης Spearman για τη διερεύνηση συσχετίσεων από το Ιατρικό προσωπικό Καλαμάτας

#### Correlations

			Απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση και την ολοκλήρωσή της;	Νιώθετε ασφάλεια με το Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Καταγραφής;	Είστε πρόθυμοι να βοηθήσετε στην εξέλιξη του συστήματος;	
Spearman's rho	Βαθμός_Ικανοποίησης	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000  32	-,561**  32	-,128  32	,118  32
	Απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση και την ολοκλήρωσή της;	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,561**  32	1,000  32	-,456**  32	,131  32

και την ολοκλήρωσή της; Sig. (2-tailed)	,001		,009	,475
N	32	32	32	32
Νιώθετε ασφάλεια με το Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Καταγραφής; Correlation Coefficient	,128	,456**	1,000	,636**
Sig. (2-tailed)	,485	,009		,000
N	32	32	32	32
Είστε πρόθυμοι να βοηθήσετε στην εξέλιξη του συστήματος; Correlation Coefficient	,118	,131	,636*	1,000
Sig. (2-tailed)	,520	,475	,000	
N	32	32	32	32

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 41: Συντελεστής συσχέτισης Spearman για τη διερεύνηση συσχετίσεων από το Ιατρικό προσωπικό Ναυπλίου

#### Correlations

		Απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση και την ολοκλήρωσή της;	Νιώθετε ασφάλεια με το Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Καταγραφής;	Είστε πρόθυμοι να βοηθήσετε στην εξέλιξη του συστήματος;
Spearman's rho	Βαθμός_Ικανοποίησης	1,000	-,546**	-,309*
Correlation Coefficient			,000	,016
Sig. (2-tailed)				,016
N		63	62	60
Απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση και την ολοκλήρωσή της; Correlation Coefficient		,546**	1,000	,537**
Sig. (2-tailed)		,000		,000
N		62	62	60
Νιώθετε ασφάλεια με το Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Καταγραφής; Correlation Coefficient		-,309*	,537**	1,000
Sig. (2-tailed)		,016	,000	
N		60	60	60
Είστε πρόθυμοι να βοηθήσετε στην εξέλιξη του συστήματος; Correlation Coefficient		-,028	,278*	,617**
Sig. (2-tailed)		,829	,029	,000
N		62	62	60

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 42 : Συντελεστής συσχέτισης Spearman για τη διερεύνηση συσχετίσεων από το νοσηλευτικό προσωπικό Καλαμάτας



## Correlations

			Απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση και την ολοκλήρωσή της;	Νιώθετε ασφάλεια με το Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Καταγραφής;	Είστε πρόθυμοι να βοηθήσετε στην εξέλιξη του συστήματος;	
Spearman's rho	Βαθμός_Ικανοποίησης	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000  52	-,277*  52	,159  52	-,027  52
	Απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση και την ολοκλήρωσή της;	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,277*  52	1,000  52	,400**  52	,224  52
	Νιώθετε ασφάλεια με το Πληροφοριακό Σύστημα Ηλεκτρονικής Καταγραφής;	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,159  52	,400**  52	1,000  52	,563**  52
	Είστε πρόθυμοι να βοηθήσετε στην εξέλιξη του συστήματος;	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,027  52	,224  52	,563**  52	1,000  52

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 43: Συντελεστής συσχέτισης Spearman για τη διερεύνηση συσχετίσεων από το νοσηλευτικό προσωπικό Ναυπλίου

Νοσηλευτικό Προσωπικό		Καλύτερη και αποτελεσματικότερη ανταλλαγή πληροφοριών	Μείωση στην κατανάλωση χαρτιού	Σωστότερος έλεγχος για την ορθότητα των στοιχείων του ασθενή	Καλύτερη ποιότητα φροντίδας, όπως αποφυγή λαθών και ταχύτερη αντιμετώπιση της πάθησης με εξασφάλιση ορθών φαρμάκων	Λιγότερα ιατρικά λάθη και βελτίωση του χρόνου ολοκλήρωσης της διάγνωσης με αποτέλεσμα την βελτίωση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών	Μείωση του φαινομένου της εξαπάτησης ή της κατάχρησης του υγειονομικού συστήματος με φαινόμενα «προκλητής ζήτησης»
N.M Καλαμάτας	M. T.	4,12	3,63	2,96	2,70	2,29	3,11
	N	60	64	24	43	31	56
	T. A.	,993	1,162	,999	,989	,973	1,534
N.M Ναυπλίου	M. T.	4,00	3,03	3,33	3,56	3,11	3,33
	N	23	32	15	25	19	18
	T. A.	1,044	1,402	,976	1,003	1,243	1,455

Σύνολο	M. T.	4,08	3,43	3,10	3,01	2,60	3,16
	N	83	96	39	68	50	74
	T. A.	1,002	1,271	,995	1,072	1,143	1,508
U		646,500	778,000	145,000	301,500	188,000	451,500
p <0,05		,636	,047	,279	<b>,002</b>	,023	,494

Πίνακας 44: Σύγκριση Μέσης τιμής του νοσηλευτικού προσωπικού για τα οφέλη του έργου

<b>Ιατρικό Προσωπικό</b>		Καλύτερη και αποτελεσματικότερη ανταλλαγή πληροφοριών	Μείωση στην κατανάλωση χαρτιού	Σωστότερος έλεγχος για την ορθότητα των στοιχείων του ασθενή	Καλύτερη ποιότητα φροντίδας, όπως αποφυγή λαθών και ταχύτερη αντιμετώπιση της πάθησης με εξασφάλιση ορθών φαρμάκων	Λιγότερα ιατρικά λάθη και βελτίωση του χρόνου ολοκλήρωσης της διάγνωσης με αποτέλεσμα την βελτίωση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών	Μείωση του φαινομένου της εξαπάτησης ή της κατάχρησης του υγειονομικού συστήματος με φαινόμενα «προκλητή ζήτησης»
N.M Καλαμάτας	M. T.	4,13	<b>3,46</b>	2,89	3,38	2,80	3,50
	N	24	28	18	26	15	30
	T. A.	1,035	1,105	1,023	1,061	1,521	1,358
N.M Νασιπίου	M. T.	4,07	<b>2,45</b>	2,94	3,48	3,55	3,50
	N	29	51	34	42	33	40
	T. A.	1,252	1,361	,776	1,018	,971	1,585
Σύνολο	M. T.	4,09	2,81	2,92	3,44	3,31	3,50
	N	53	79	52	68	48	70
	T. A.	1,148	1,359	,860	1,028	1,206	1,482
U		343,000	407,500	301,000	522,000	176,000	585,000
p <0,05			<b>,001</b>	,918	,747	,094	,852

Πίνακας 45: Σύγκριση Μέσης τιμής του ιατρικού προσωπικού για τα οφέλη του έργου