

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Υπό

Αθανασίου Βοζίκη

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Abstract

SYSTEMS OF INTEGRATED HEALTH INSURANCE PROCESSES MANAGEMENT: ANALYSIS AND APPLICATION IN GREECE

In this paper we describe the development of an Information System (*Manage Care*), that utilizes advanced Information Systems and Communications technology and its operation serves the collection, recording and processing of health care services consumption data, under Private health insurance plans. *Manage Care* was designed in such a manner, in order to –either functioning as an independent system, or included in an integrated information system of an Insurance Company- support all processes, applied in modern systems of managed care organisations, but also to standardise the way of recording and follow-up of insurance and health care services consumption data. The development of *Manage Care* was mainly dictated by the fact that, as it was also realised by the present research, the Insurance companies in Greece, still do not have any essential intervention and control over health care services cost. The integration of *Manage Care* was also accompanied by proposals, that materialise its evolution also as supporting managerial tool, with the use of state-of the -art technology and its successfully adaptation in managed care organizations and health insurance companies. (JEL: I10, I19).

Keywords: Health Insurance, MCO's, Health Economics.

Εισαγωγή

Παρά τη σημαντική αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία κατά την τελευταία 20ετία, η συζήτηση γύρω από την αποτελεσματικότητα και το ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης έχει ενταθεί, η δε αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών της αμφισβητείται λόγω της δημοσιονομικής -

διαχειριστικής κρίσης που πλήττει την κοινωνική ασφάλιση και λόγω του δημόσιου χαρακτήρα της.

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

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

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

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

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

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

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

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

ε) να χαράσσουν στρατηγικούς στόχους στον τομέα ασφάλισης υγείας

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

Η αδυναμία αυτή οφείλεται κυρίως στην έλλειψη της συστηματικής ενημέρωσης και παρακολούθησης των πραγματικών δεδομένων των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας και τη θέωρησή τους ως παραγόντων που διαμορφώνουν την εξέλιξη των μεγεθών μέσα στην εταιρία (Lee 2000).

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

1. Συστήματα Διαχείρισης Ασφαλίσεων Υγείας (Managed Care)

1.1 Παραδοσιακή μορφή ασφαλίσεων υγείας

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

1. στους φορείς υγείας, για να παρέχουν περισσότερες και ακριβότερες υπηρεσίες

2. στους ασφαλισμένους, για να ζητούν περισσότερες υπηρεσίες υγείας, αφού αυτές πληρώνονται από τρίτους

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

1.2 Σύγχρονα συστήματα διαχείρισης ασφαλίσεων υγείας

Η παραδοσιακή μορφή που προαναφέραμε, δεν εξαντλεί τα όρια του ρόλου, που μπορεί να παίξει η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Μάλιστα, υπάρχουν αρκετές ενδείξεις, ότι η κλασική αυτή έννοια της ασφάλισης, ουσιαστικά ως μέσου αντιμετώπισης οικονομικών κινδύνων ή εξασφάλισης μεγαλύτερων ανέσεων στις συνθήκες νοσηλείας, είναι παρωχημένη (Clewley & Perkins 1998).

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

Τα συστήματα Διαχείρισης της Ασφάλισης Παροχών Υγείας (Managed Care), πρωτοδημιουργήθηκαν σαν συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας, σε μια προϋπολογισμένη και προπληρωμένη βάση, συμπεριλαμβάνοντας υπηρεσίες πρόληψης και διαχείρισης ασθένειας. Όμως, τα βασικά χαρακτηριστικά τους και η δομή τους χρησιμοποιήθηκαν από τις ασφαλιστικές εταιρίες σαν μέσο για τη συγκράτηση του, δραματικά αυξανόμενου, κόστους των ασφαλίσεων υγείας. Με αυτό τον τρόπο, τα συστήματα Managed Care θέτουν περιορισμούς στη χρήση υπηρεσιών υγείας, με το να προσδιορίζουν ποιες και πόσες υπηρεσίες καλύπτονται και ποιοι φορείς συνεργάζονται για να τις προσφέρουν. Τα συστήματα Managed Care εμφανίζονται με πολλές μορφές, και καινούργιες δομές τους συνεχίζουν να αναπτύσσονται, καθιστώντας τις γενικεύσεις δύσκολο έργο. Συνήθως, τα συστήματα αυτά συγκεντρώνουν τα παρακάτω κοινά χαρακτηριστικά

1. πραγματοποιούν συμφωνίες με επιλεγμένους παροχείς υπηρεσιών υγείας, ώστε να προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα από υπηρεσίες υγείας προς τους ασφαλισμένους τους

2. χρησιμοποιούν σαφή κριτήρια και standards για την επιλογή των παροχών υπηρεσιών υγείας

3. εφαρμόζουν τυποποιημένα προγράμματα εξασφάλισης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και έλεγχο της χρησιμοποίησής τους

4. προσφέρουν κίνητρα προς τους ασφαλισμένους για τη χρησιμοποίηση των φορέων και διαδικασιών, που καλύπτουν τα ασφαλιστικά προγράμματά τους

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

1. Στο πρώτο στάδιο, εστίασαν την προσοχή τους στη διαχείριση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, κυρίως χρησιμοποιώντας απολογιστικούς ελέγχους χρήσης των υπηρεσιών και διοικητικά προσκόμματα, όπως απαιτούμενη άδεια για εισαγωγή σε νοσοκομείο

2. Στο δεύτερο στάδιο, εστίασαν την προσοχή τους στη διαχείριση των επιδομάτων και, σε συσχετισμό με απολογιστικούς ελέγχους χρήσης των υπηρεσιών, πρόσθεσαν δίκτυα παροχής υπηρεσιών υγείας με αποζημίωση του κόστους χρήσης τους, επιλεκτική σύναψη συμβολαίων και σχεδιασμό της θεραπείας

3. Στο τρίτο στάδιο, η προσοχή στρέφεται στην διαχείριση του περιστατικού, με στροφή, από τον απολογιστικό έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών στην ενεργό διαχείριση κατά τη διάρκειά τους, και δίνεται έμφαση στον έλεγχο της αναγκαιότητας και καταλληλότητας της παρεχόμενης θεραπείας ή παρέμβασης προς τον ασφαλισμένο-ασθενή

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

Σήμερα, τα πιο γνωστά σχήματα (μορφές) Διαχείρισης της Ασφάλισης Παροχών Υγείας (Managed Care), όπως αυτά εμφανίζονται σε διάφορες χώρες, αποτελούν οι Η.Μ.Ο. (Health Maintenance Organizations), Ρ.Ρ.Ο. (Preferred Provider Organization) και Ρ.Ο.Σ. (Point-of-Service) plans.

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

ΠΙΝΑΚΑΣ

Σχήματα Οργανισμών Managed Care

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

2. Πληροφοριακά Συστήματα Ασφαλιστικών Εταιριών

Σε μια σύγχρονη ασφαλιστική επιχείρηση διακινείται καθημερινά τεράστιος όγκος από πληροφορίες, που παράγονται από διαφορετικές πηγές και κατανέμονται σε διαφορετικά τμήματα της επιχείρησης, ίσως και σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και διαφορετικά συστήματα.

Τα Ασφαλιστικά Πληροφοριακά Συστήματα (*Insurance Information Systems*) είναι ουσιαστικά Πληροφοριακά Συστήματα με προσανατολισμό τις διαδικασίες, αλλά και Πληροφοριακά Συστήματα Διαχείρισης Κινδύνων και συγχρόνως Πληροφοριακά Συστήματα Διοίκησης (*MIS – Management Information Systems*), με προσανατολισμό τη διαχείριση ειδικών ασφαλιστικών εργασιών και λειτουργιών. Ασφαλιστικές εργασίες και λειτουργίες, οι οποίες είναι πολλές σε αριθμόν και ποικιλία, πολύπλοκες και ιδιόμορφες. Οι

εργασίες αυτές επηρεάζονται από το γενικότερο επιχειρησιακό και θεσμικό περιβάλλον που επικρατεί στη χώρα μας, σε συσχετισμό με την κατάσταση στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Γι' αυτό τον λόγο, το πληροφοριακό σύστημα μιας ασφαλιστικής εταιρίας πρέπει να είναι δυναμικό, ευέλικτο, ακριβές, προσιτό, και ασφαλές (Galliers, 1993).

Από πρόσφατη σχετική έρευνα (Βοζίκης, 2003) διαπιστώθηκε ότι η ανάπτυξη και υλοποίηση *Ολοκληρωμένων Ασφαλιστικών Πληροφοριακών Συστημάτων*, είναι μια δυσχερής και επίπονη διαδικασία, η οποία τουλάχιστον στην Ελλάδα δεν έχει βρει εφαρμογή. Η πολιτική των ασφαλιστικών εταιριών στην εισαγωγή πληροφοριακών συστημάτων, εστιάστηκε στην υιοθέτηση μεμονωμένων μηχανογραφικών λύσεων, οι οποίες υλοποιήθηκαν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, με διαφορετική τεχνολογία, και οι οποίες έδιναν λύση σε επείγουσες ανάγκες. Οι εφαρμογές αυτές ήταν προσανατολισμένες κυρίως στην εξυπηρέτηση των λειτουργιών, γύρω από τις οποίες ήταν οργανωμένες οι ασφαλιστικές εταιρίες (Οικονομική Διεύθυνση, Διεύθυνση Ασφαλειών Ζωής, Διεύθυνση Αποζημιώσεων κ.ά.). Αυτός ο κάθετος τρόπος οργάνωσης των ασφαλιστικών εταιριών προσέφερε σημαντικά πλεονεκτήματα σε ότι αφορά την εξειδίκευση της εργασίας και την παρακολούθηση ξεχωριστών δραστηριοτήτων, τον καταμερισμό αρμοδιοτήτων και ευθυνών. Όμως, ταυτόχρονα διατηρεί τις δραστηριότητες διαχωρισμένες σε λειτουργικές δεξαμενές (functional silos).

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

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

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

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

Από λειτουργικής άποψης, τα κίνητρα επικεντρώνονται στη βελτίωση της ποιότητας και των επιχειρηματικών διαδικασιών, στην ευέλικτη ανταπόκριση προς τους πελάτες και το περιβάλλον της ασφαλιστικής αγοράς (Austin & Boxerman 2003).

3. Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα

3.1 Γενική περιγραφή της Ελληνικής Αγοράς

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

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

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

Το κύριο χαρακτηριστικό της αγοράς της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα είναι η ολιγοπωλιακή δομή της (Dickinson, 1993).

Παρά την έλλειψη επίσημων και αξιόπιστων στατιστικών, υπολογίζεται ότι πάνω από 10% του πληθυσμού έχουν κάποιας μορφής ιδιωτική ασφάλιση

υγείας και ότι οι συνολικές διανομές ήδη φτάνουν το 10% του συνόλου των διανομών της Κοινωνικής Ασφάλισης (Λιαρόπουλος Λ., 1993).

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

Κατά κύριον λόγο, συναντάμε χαρακτηριστικά της προσπάθειας να περιορίσουν το κόστος της ασφάλισης υγείας, είτε μέσω της αποκλειστικής συνεργασίας με νοσοκομεία για τη συγκράτηση των τιμών των παρεχομένων υπηρεσιών (δες συμβάσεις της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών με Νοσοκομεία), είτε μέσω της συνεργασίας με διαγνωστικά κέντρα (δες συνεργασία INTERAMERICAN ή ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ με τα διαγνωστικά κέντρα EUROMEDICA, ή της ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ με την ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ), χωρίς όμως να είναι διατεθειμένες να εμπλακούν οι ίδιες στη διαχείριση και τον έλεγχο της ποιότητας, της ποσότητας και της αναγκαιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, μέσω της ανάπτυξης κατάλληλων διαδικασιών και μηχανισμών. Βέβαια, δεν έχουν λείψει και προσπάθειες για την εισαγωγή στην Ελλάδα και σχημάτων στο μοντέλο των Η.Μ.Ο. (όπως της INTERAMERICAN με το MEDISYSTEM το 1999 και πιο πρόσφατα με την δημιουργία-εξαγορά της ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ, ή της ασφαλιστικής εταιρίας LA VIE για την αποκλειστική συνεργασία με τον όμιλο του ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ).

3.2 Στρατηγική των Ασφαλιστικών Εταιριών σε θέματα ασφαλίσων υγείας

Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε έξι από τις μεγαλύτερες ασφαλιστικές εταιρίες (Βοζίκης Α. 2003) σχετικά με τις στρατηγικές τους σε θέματα ασφαλίσων υγείας, προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα

1. διαπιστώθηκε η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού και αντικειμενικών στόχων, ειδικά για τον κλάδο των ασφαλίσων υγείας. Οι όποιοι σχεδιασμοί υπήρχαν, είτε αφορούσαν τον συνολικό επιχειρηματικό σχεδιασμό των εταιριών, είτε περιελάμβαναν την ασφάλιση υγείας στον ευρύτερο κλάδο των ασφαλίσων ζωής

2. συνέπεια των παραπάνω, είναι ότι καθώς δεν υπήρχε ένταξη των όποιων ειδικών δράσεων-ενεργειών του κλάδου των ασφαλίσων υγείας σε έναν ευρύτερο σχεδιασμό, παρατηρείται η υλοποίηση περιορισμένων (κατά περίπτωση) και αποσπασματικών στόχων, αποκομμένων από τις υπόλοιπες λειτουργίες της επιχείρησης

3. εμφανέστερη ήταν η έλλειψη ένταξης και εναρμόνισης των στόχων του τομέα πληροφορικής της επιχείρησης, προς την κατεύθυνση της εξυπηρέτησης των επιχειρηματικών στόχων και ενεργειών του κλάδου της ασφάλισης υγείας

4. σε ότι αφορά τον σχεδιασμό, την προώθηση και τιμολόγηση των προγραμμάτων, παρατηρείται

- έμφαση στην προσπάθεια για παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω του σχεδιασμού ολοκληρωμένων προγραμμάτων
- εστίαση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται μέσω των προγραμμάτων
- τάση για συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος, μέσω της ενημέρωσής τους και ανάληψης ευθυνών
- μεγαλύτερη προσαρμογή στους όρους που διαμορφώνονται στην ελεύθερη αγορά

5. οι μεγάλες ασφαλιστικές εταιρίες χρησιμοποιούν, στις συνεργασίες τους με τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, το μέγεθός τους και τη δύναμη του ονόματός τους, ώστε να απαιτήσουν όρους που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους

6. η οργανωτική δομή που διευθύνει τα θέματα ασφάλισης υγείας δεν είναι ευέλικτη, με τρόπον ώστε, σε συνδυασμό με την επιλογή του κατάλληλου χρόνου, να έχει τη δυνατότητα υιοθέτησης ριζικών και ταχύτατων, αλλαγών, αλλά επιλέγει σταδιακές και χρονοβόρες μεταβάσεις

7. όλες οι ασφαλιστικές εταιρίες θεωρούν ότι τα δικά τους προγράμματα ασφάλισης υγείας, έχουν δίκαια και λογικά ασφαλιστρα, ικανοποιούν με το περιεχόμενο των όρων τους και ταυτόχρονα τους εξασφαλίζουν αύξηση της πελατειακής τους βάσης, χωρίς όμως να αιτιολογούν επαρκώς τις απόψεις αυτές (π.χ. καμία ασφαλιστική εταιρία δεν είχε τη δυνατότητα να μας προσδιορίσει το πραγματικό κόστος, κατά φορείς κόστους, των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας)

8. οι ασφαλιστικές εταιρίες εφαρμόζουν τις όποιες στρατηγικές τους σε θέματα ασφαλίσεων υγείας με διάφορα μέσα, που μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες:

- κριτήρια αξιολόγησης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας

- στρατηγικές marketing για τον επηρεασμό των ατόμων στην επιλογή συγκεκριμένων προγραμμάτων και παροχών
- μέθοδοι κατεύθυνσης της συμπεριφοράς του ασφαλισμένου

9. όλες οι ασφαλιστικές εταιρίες αναγνώρισαν την έλλειψη της κατάλληλης οργανωτικής υποδομής και των μέσων για τον ορθό προσδιορισμό του κόστους και την παρακολούθηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, τα οποία όμως και θεωρούν ιδιαίτερα σημαντικά

10. όλες οι ασφαλιστικές εταιρίες είναι πεπεισμένες, ότι η συμμετοχή του ασφαλισμένου είναι σημαντική στην προσπάθεια για την συνειδητοποίηση και τον περιορισμό του κόστους, είτε στην επιλογή, είτε στην χρήση των παροχών ενός ασφαλιστικού προγράμματος ασφάλισης υγείας

11. επίσης παραδέχονται, ότι τα προγράμματα ασφάλισης υγείας με απεριόριστα ή υψηλά ποσά παροχών υπηρεσιών υγείας, αποδείχτηκαν ανεπαρκές και ακριβό μέσο προσέλκυσης αυξημένου αριθμού καταναλωτών

12. καμία ασφαλιστική εταιρία δεν είχε σχεδιάσει, αναπτύξει ή προμηθευτεί πληροφοριακό σύστημα, το οποίο να έχει τη δυνατότητα ολοκληρωμένης εξυπηρέτησης των ενεργειών και διαδικασιών, που απαιτούνται για τη διαχείριση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας

13. τέλος, όλες οι ασφαλιστικές εταιρίες αναγνώρισαν την έλλειψη παροχής πληροφόρησης σε πολλά επίπεδα από την εφαρμογή των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, με αποτέλεσμα πιθανώς λανθασμένο σχεδιασμό τους, ανεπαρκή αξιολόγησή τους και ελλιπή στρατηγική στον σημαντικό αυτό τομέα.

4. Περιγραφή και Ανάλυση της Προγενέστερης Κατάστασης

4.1 Οργάνωση των ατομικών ασφαλίσεων υγείας

Η συνεργαζόμενη ασφαλιστική εταιρία, είχε πλήρως αναπτυγμένο οργανόγραμμα, οι δε ατομικές ασφαλίσεις υγείας υπάγονται στη Διεύθυνση Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής. Στην όλη διαχείριση των ατομικών ασφαλίσεων υγείας, εμπλέκονται, σε διαφορετικό βαθμό, πολλές άλλες Διευθύνσεις της εταιρίας, όπως η Διεύθυνση Αντασφαλίσεων και Αναλογιστικής, η Διεύθυνση Οργάνωσης και Ποιότητας, η Διεύθυνση Πληροφορικής, η Διεύθυνση Marketing κ.ά.

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

4.2 Περιγραφή και ανάλυση των προηγούμενων διαδικασιών διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας

4.2.1 Έναρξη της Ασφάλισης Υγείας

Για την έναρξη της ασφάλισης υγείας, απαιτείται η υποβολή της αίτησης “ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΖΩΗΣ” εκ μέρους του υποψήφιου ασφαλισμένου, προς την ασφαλιστική εταιρία, καθώς και η συμπλήρωση ενός έντυπου ερωτηματολογίου “ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΙΤΗΣΗΣ”, το οποίο αποτελείτο από πεδία, τα οποία συμπλήρωνε ο υποψήφιος ασφαλισμένος και στο οποίο συμπεριλαμβάνονταν ερωτήσεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας του υποψήφιου ασφαλισμένου.

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

Τέλος, τα στοιχεία κατεχωρούντο στο υπάρχον μηχανογραφικό σύστημα και εγίνετο η εκτύπωση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, το οποίο παραδίδετο υπογεγραμμένο από τον υπεύθυνο της εταιρίας στον ασφαλισμένο. Στο μηχανογραφικό αρχείο των ασφαλίσεων ζωής της εταιρίας, κατεχωρούντο σχετικά ελάχιστα από τα παραπάνω στοιχεία-δεδομένα, σχετικά με τα συμβόλαια ασφαλίσεων υγείας (πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι αυτά τα στοιχεία εξυπηρετούν συγχρόνως και τις Υπόλοιπες Διευθύνσεις και Τμήματα της εταιρίας). Οτιδήποτε άλλο στοιχείο συλλεγόταν, παρέμενε στον έντυπο “φάκελο” του ασφαλισμένου, χωρίς να καταχωρείται μηχανογραφικά σε κάποια βάση δεδομένων.

4.2.2 Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Οι ασφαλισμένοι με ασφάλιση υγείας, δεν ήταν υποχρεωμένοι να ενημερώνουν την ασφαλιστική εταιρία προκαταβολικά για την πρόθεσή τους να

κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας, ούτε και κατά τη διάρκεια της λήψης τους από τους φορείς υγείας.

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

Κανένα (ιατρικής φύσεως) δεδομένο της χρήσης υπηρεσιών υγείας, δεν κατεχωρείτο στην υπάρχουσα βάση δεδομένων, ούτε κρατείτο σε μαγνητικό αποθηκευτικό μέσο, ιδιαίτερα όσον αφορά την Νοσοκομειακή περίθαλψη.

4.2.3 Εκκαθάριση Τιμολογίων Χρήσης Υπηρεσιών Υγείας

Με την κατάθεση των δικαιολογητικών στην ασφαλιστική εταιρία (από τον ίδιο τον ασφαλισμένο, ή τον ασφαλιστικό σύμβουλο, ή το υποκατάστημα, ή τον φορέα υγείας) αυτά πρωτοκολλούνται, και διεπιβάλλονται στο τμήμα αποζημιώσεων της Διεύθυνσης Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής, προκειμένου να συσχετιστούν με και καταλογιστούν σε συγκεκριμένο συμβόλαιο, να γίνει έλεγχος του τιμοκαταλόγου χρέωσης των υπηρεσιών και υλικών του φορέα υγείας (εάν υπήρχε σχετική συμφωνία) και των όρων (καλύψεις, παροχές, εξαιρέσεις, όρια) του συμβολαίου ασφάλισης υγείας του ασφαλισμένου, λαμβάνοντας συγχρόνως υπόψη και τα στοιχεία του φακέλου του.

5. Περίγραμμα και Μεθοδολογία της Έρευνας

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

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

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

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

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

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

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

6. Λειτουργικές Προδιαγραφές του “Manage Care”

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

Το προτεινόμενο πληροφοριακό σύστημα διοίκησης των διαδικασιών ασφάλισης υγείας και διαχείρισης των ατομικών συμβολαίων, περιλαμβάνει

και καλύπτει με αυτοματοποιημένο τρόπον τα εννέα (9) παρακάτω Υποσυστήματα (Υ/Σ)

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

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

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

α) Εξοπλισμό (hardware) που θα περιλαμβάνει κεντρικές υπολογιστικές μονάδες (servers), θέσεις εργασίας (workstations) και περιφερειακά (π.χ. εκτυπωτές), εγκατεστημένα στην Κεντρική Υπηρεσία και τα κατά τόπους Υποκαταστήματα και λοιπά σημεία υποστήριξης της λειτουργίας του συστήματος

β) Δικτυακό εξοπλισμό, με τον οποίο τα προαναφερθέντα συστήματα θα διασυνδέονται μεταξύ τους σε τοπικά δίκτυα (LAN) στο εσωτερικό της Κεντρικής Υπηρεσίας και σε ένα δίκτυο ευρείας περιοχής (WAN) που θα συνδέει όλα τα υπόλοιπα σημεία με το κέντρο και κατ’ επέκταση μεταξύ τους.

γ) Λογισμικό συστήματος (system software) που θα παρέχει το βασικό περιβάλλον λειτουργίας των εφαρμογών.

δ) Εξειδικευμένες εφαρμογές, φιλικές στη χρήση, που θα εξυπηρετούν τους χρήστες, θα χρησιμοποιούν, ανταλλάσσουν και ενημερώνουν μεταξύ τους κοινά στοιχεία και θα καλύπτουν κατά ενιαίο, ασφαλή και ολοκληρωμένο τρόπο τις μηχανογραφικές ανάγκες του Τμήματος Ασφαλίσεων Υγείας.

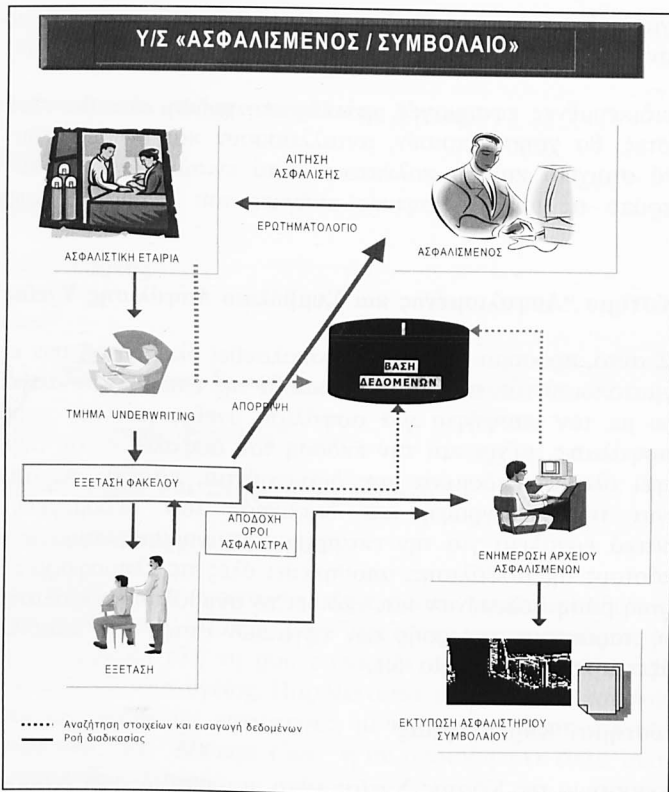
6.1 Υποσύστημα “Ασφαλισμένος και Συμβόλαιο Ασφάλισης Υγείας”

Το Υ/Σ αυτό, προσομοιώνει και παρακολουθεί όλη τη ροή των εργασιών, που πραγματοποιούνται, από την διαδικασία της επαφής του ασφαλιστικού συμβούλου με τον υποψήφιο για ασφάλιση υγείας και την υποβολή της αίτησης ασφάλισης, μέχρι και την έκδοση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Καταγράφει όλα τα δεδομένα που διακινούνται, παρέχει τα απαραίτητα έντυπα για την καταγραφή και διακίνηση των δεδομένων και τα υποστηρικτικά εργαλεία για την εκτίμηση του αναλαμβανόμενου κινδύνου και του κόστους της ασφάλισης, αποθηκεύει όλες τις πληροφορίες αυτές σε μια κεντρική βάση δεδομένων και εκδίδει το συμβόλαιο ασφάλισης υγείας. Σχηματική παράσταση της ροής των εργασιών αυτού του υποσυστήματος, παρουσιάζεται στο διάγραμμα 6.1.

6.2 Υποσύστημα “Κάρτα Υγείας”

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

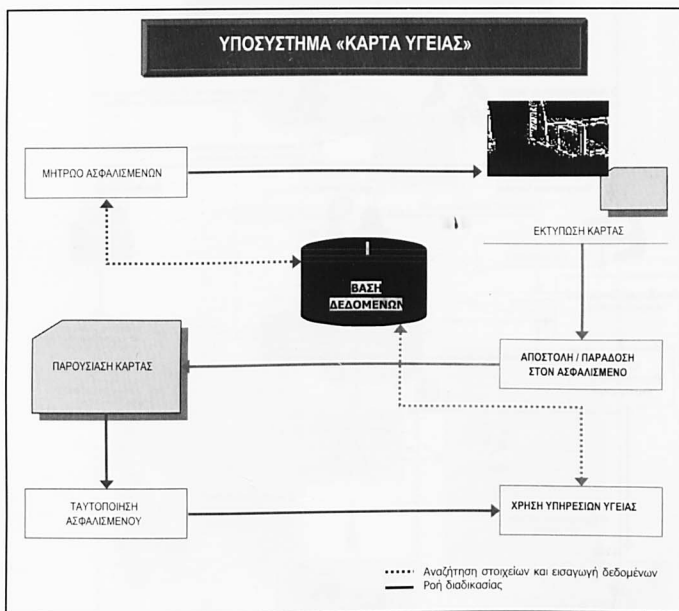
Η διαδικασία έκδοσης και διαχείρισης της κάρτας υγείας, απεικονίζεται στο διάγραμμα 6.2.



Διάγραμμα 6.1

6.3 Υποσύστημα “Τηλεφωνικό Κέντρο”

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



Διάγραμμα 6.2

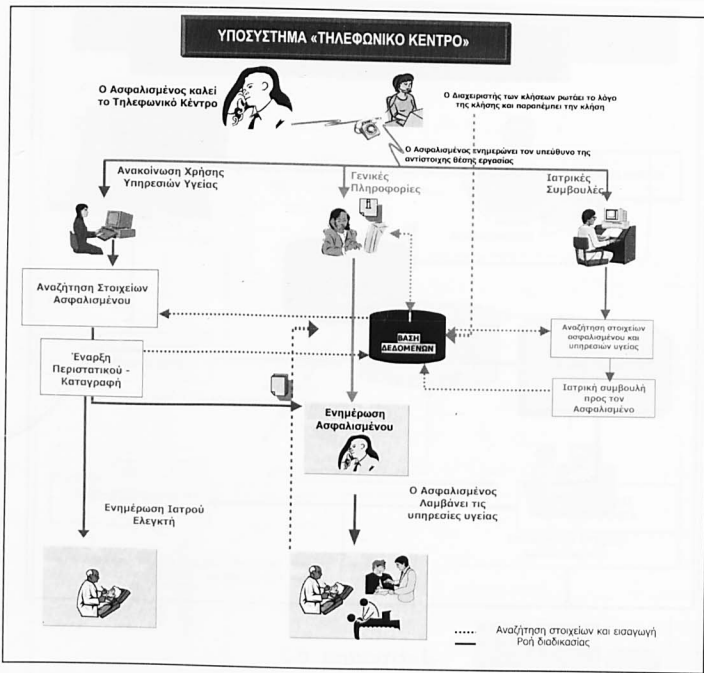
Σχηματική παράσταση της ροής των εργασιών αυτού του υποσυστήματος, παρουσιάζεται στο διάγραμμα 6.3.

6.4 Υποσύστημα “Υγειονομικός Χάρτης”

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

6.5 Υποσύστημα “Περιστατικό”

Το υποσύστημα αυτό αποτελεί τον πυρήνα του προτεινομένου συστήματος “*Manage Care*”, καθώς προβλέπει όλες εκείνες τις διαδικασίες και τα μέσα

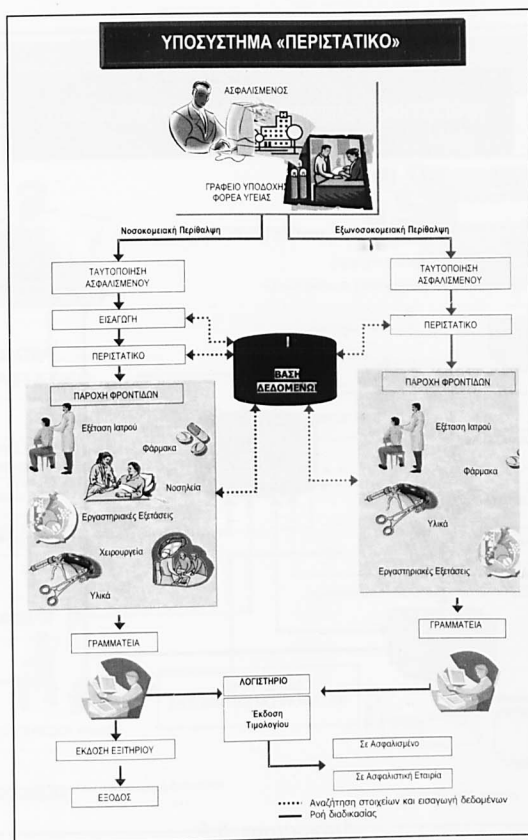


άσκησης ελέγχου (και μάλιστα προληπτικού) του κόστους, της αναγκαιότητας και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους της ασφαλιστικής εταιρίας.

Σχηματική παράσταση της ροής των εργασιών αυτού του υποσυστήματος, παρουσιάζεται στο επόμενο διάγραμμα 6.4.

6.6 Υποσύστημα “Πρωτόκολλο - Έλεγχος & Εκκαθάριση Περιστατικού”

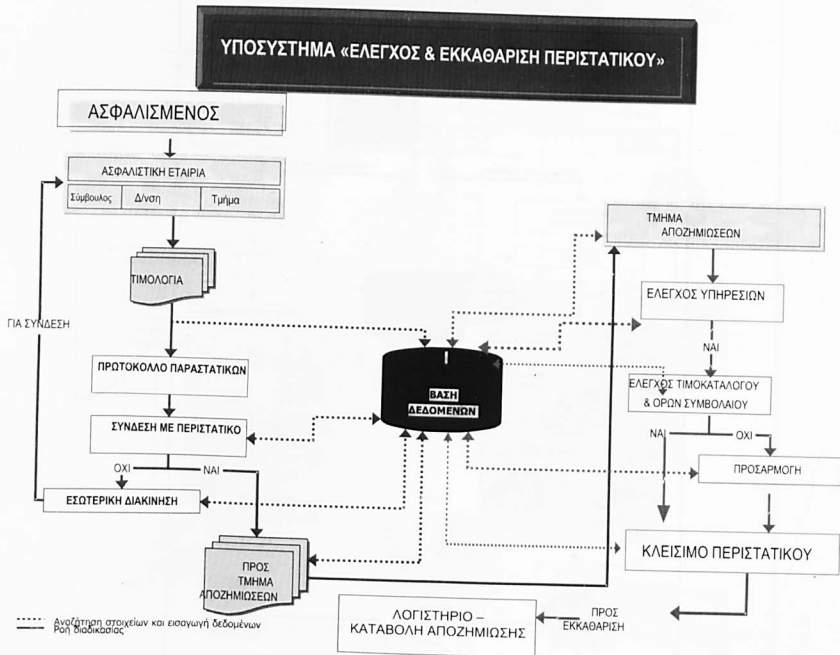
Με το Υ/Σ αυτό προβλέπονται και υποστηρίζονται όλες οι απαιτούμενες διαδικασίες και ενέργειες, για τον έλεγχο και την εκκαθάριση των περιστατικών χρήσης υπηρεσιών υγείας. Στην ουσία, πρόκειται για το χρονικά και διαδικαστικά τελευταίο τμήμα του συστήματος “Manage Care”, αλλά συμμετέχει σε πολύ σημαντικό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



Διάγραμμα 6.4

6.7 Υποσύστημα “Ασφαλιστικός Ιατρικός Φάκελος”

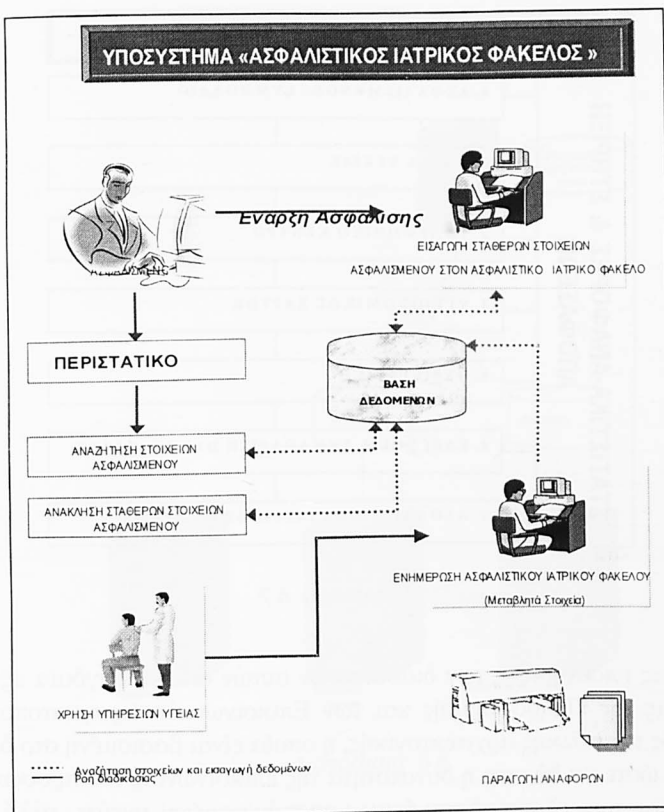
Το υποσύστημα αυτό καλύπτει την διαχείριση της πληροφορίας, η οποία δημιουργείται από την επαφή του ασφαλισμένου με τους φορείς υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, συγκεντρώνει και καταγράφει επιδημιολογικά και άλλα χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου, καθώς και στοιχεία ιατρικού ιστορικού. Σημειώνεται, ότι σε σχέση με τη διαχείριση των δεδομένων του ασφαλιστικού ιατρικού φακέλου έχουν προβλεφθεί τα απαραίτητα επίπεδα πρόσβασης. Η ροή εργασιών στο υποσύστημα αυτό, εμφανίζεται στο διάγραμμα 6.6.



Διάγραμμα 6.5

6.8 Υποσύστημα “Στατιστικά - Αναφορές & Στήριξη Αποφάσεων”

Το υποσύστημα αυτό, παρέχει την δυνατότητα εκμετάλλευσης των δεδομένων του συστήματος, όπως αυτά έχουν καταχωρηθεί μέσα από τα επτά παραπάνω Υ/Σ, για την δημιουργία όλων των αναγκαίων αναφορών και την λειτουργία και την υποστήριξη των διαδικασιών του συστήματος “*Manage Care*”, καθώς επίσης και την δυνατότητα επεξεργασίας δεδομένων με τα κατάλληλα στατιστικά ή/ και μαθηματικά μοντέλα και δυνατότητα σύνθεσης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων, ώστε η παραγόμενη και παρεχόμενη πληροφορία να μπορεί να εξάγει γνώση. Ο τρόπος λειτουργίας του υποσυστήματος εμφανίζεται στο διάγραμμα 6.7.



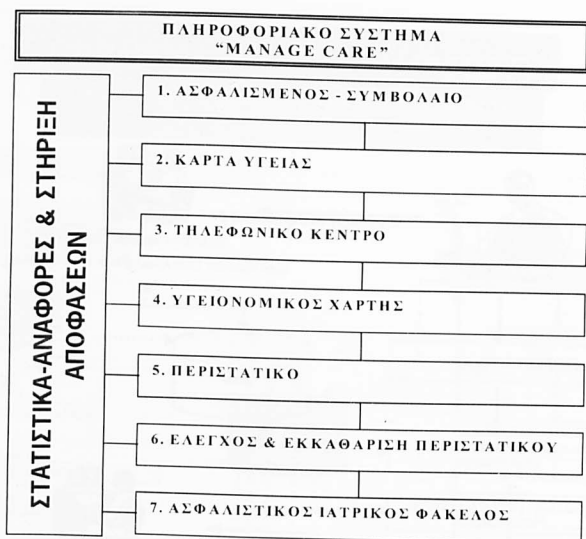
Διάγραμμα 6.6

6.9 Υποσύστημα “Διασύνδεση με το υπάρχον σύστημα”

Το Υ/Σ αυτό, αποτελείται από μια βοηθητική υποστηρικτική εφαρμογή, μέσω της οποίας μεταφέρονται (αντιγράφονται) στη βάση του “Manage Care”, στοιχεία από την υπάρχουσα βάση. Ο τρόπος διασύνδεσης, εμφανίζεται στο διάγραμμα 6.8.

7. Αρχιτεκτονική του Συστήματος “Manage Care”

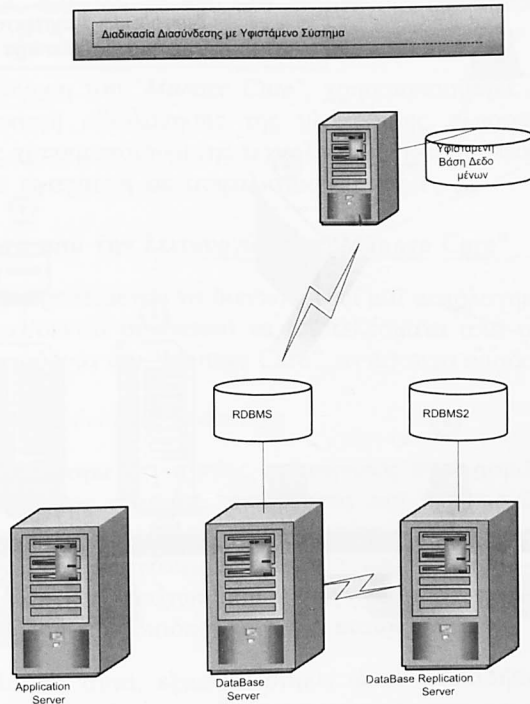
Με την προοπτική εφαρμογής ενός πιο εκτεταμένου και αποκεντρωμένου μοντέλου του συστήματος “Manage Care”, συγχρόνως με την παροχή της



Διάγραμμα 6.7

δυνατότητας υποστήριξης των διαδικασιών αυτών από τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας της Πληροφορικής και των Επικοινωνιών, πραγματοποιήθηκε ο σχεδιασμός της τελικής αρχιτεκτονικής, η οποία είναι βασισμένη στο διαδίκτυο, με τρόπον ώστε να δίνεται η δυνατότητα της επικοινωνίας του προσωπικού της εταιρίας και των εξουσιοδοτημένων χρηστών/φορέων υγείας, αλλά και των ασφαλισμένων ή και τρίτων, με το σύστημα “Manage Care”, και της παροχής ή λήψης πληροφοριών. Έτσι η καταγραφή πολλών δεδομένων πραγματοποιείται στον τόπο δημιουργίας τους και ελαχιστοποιείται ο χρόνος ενημέρωσης του συστήματος και ο όγκος των διακινουμένων εγγράφων. Παράλληλα, το σύστημα, με αυτό τον τρόπο δημιουργεί έναν δικτυακό τόπο ενημέρωσης και επικοινωνίας των ασφαλισμένων με την ασφαλιστική εταιρία και προσφέρει εναλλακτικές λύσεις πελατοκεντρικής διαχείρισης των διαδικασιών.

Η αρχιτεκτονική αυτή, επιπλέον βασίζεται στην ύπαρξη-δημιουργία ενός τοπικού δικτύου (INTRANET), έτσι ώστε να είναι δυνατός ο διαμοιρασμός πόρων αλλά και πληροφοριών εσωτερικά αλλά και μεταξύ των τμημάτων. Οι πόροι αυτοί θα μπορούσαν να είναι είτε περιφερειακά (εκτυπωτές) είτε κάποιοι εικονικοί σκληροί δίσκοι (virtual drives), ενώ η πληροφορία απο-



Διάγραμμα 6.8

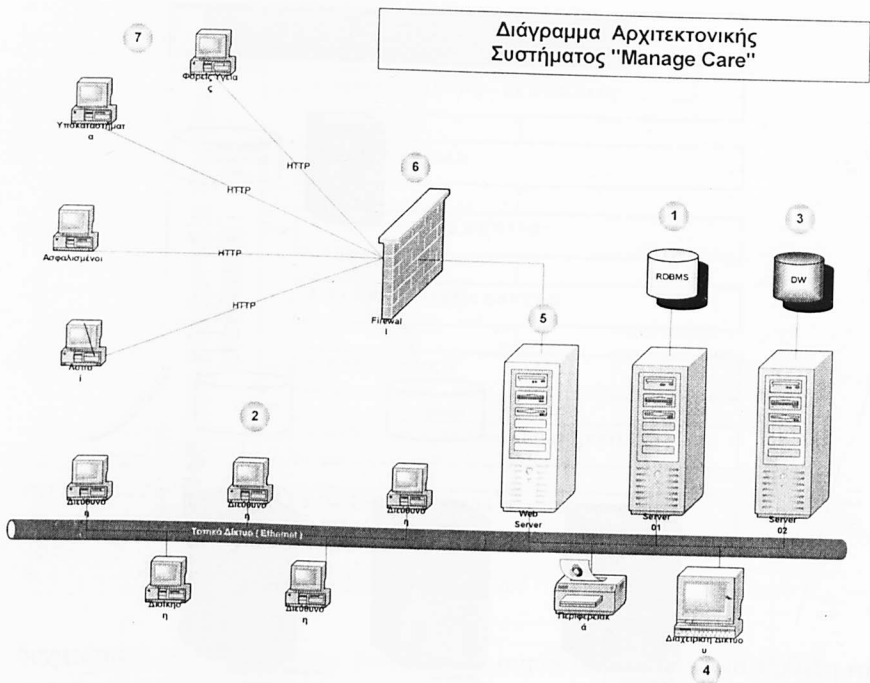
τελείται είτε από διαμοιρασμό απλών αρχείων είτε από αιτήσεις (requests) σε κάποιο Σύστημα Διαχείρισης Βάσεων Δεδομένων (RDBMS).

Μια γραφική παράσταση εναλλακτικής αρχιτεκτονικής για την παραγωγική λειτουργία του συστήματος “Manage Care” εμφανίζεται στο διάγραμμα 7.1.

8. Αποτελέσματα από την Υλοποίηση και Λειτουργία του Συστήματος – Αξιολόγηση του “Manage Care”

8.1 Πλαίσιο Αξιολόγησης του “Manage Care”

Ολοκληρωμένη και συνολική αξιολόγηση της λειτουργίας του συστήματος “Manage Care” συνολικά, δεν είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί μέχρις αυτή



Διάγραμμα 7.1.

τη χρονική στιγμή. Και αυτό, επειδή ούτε το σύνολο των Υ/Σ του έχουν ενταχθεί για παραγωγική λειτουργία στο νέο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα της εταιρίας, ούτε έχει παρέλθει χρονικό διάστημα ικανό να τροφοδοτήσει το σύστημα με πλήθος δεδομένων για την εξαγωγή αξιόπιστης πληροφόρησης και να διαφανούν τα οριστικά αποτελέσματα σε οργανωτικό και οικονομικό επίπεδο.

Σε αυτό το χρονικό σημείο όμως, ήταν δυνατόν να πραγματοποιηθεί

α) αξιολόγηση όλων των συστατικών στοιχείων, που απαρτίζουν το "Manage Care" (υλικός εξοπλισμός, λογισμικό, προσωπικό, διαδικασίες και άλλα μέσα) και συνέβαλαν στην υλοποίησή του

β) κατ' αρχήν αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης και επίτευξης (με την υλοποίηση του "Manage Care") των πρωταρχικών στόχων και αντικειμενικών

σκοπών, οι οποίοι τέθηκαν με τον νέο στρατηγικό σχεδιασμό του Τομέα Ασφαλίσεων Υγείας

Για την αξιολόγηση του “*Manage Care*”, χρησιμοποιήθηκε διεθνώς αναγνωρισμένη πρακτική αξιολόγησης της υλοποίησης πληροφοριακών συστημάτων και της χρησιμοποιούμενης τεχνολογίας της πληροφορικής και των επικοινωνιών, με εφαρμογή σε ασφαλιστικές εταιρίες

8.2 Αποτελέσματα από την λειτουργία του “*Manage Care*”

Παρακάτω, και προκειμένου να διευκολυνθεί μια αιτιολογημένη συνολική αξιολόγηση, παρατίθενται συνοπτικά τα αποτελέσματα από την ανάπτυξη, υλοποίηση και λειτουργία του “*Manage Care*”, αντίστοιχα ομαδοποιημένα:

8.2.1 Αξιολόγηση της διαδικασίας ανάπτυξης

Αρχικά, διασφαλίστηκε ότι ο νέος στρατηγικός σχεδιασμός στον τομέα ασφαλίσεων υγείας της εταιρίας, εντάσσεται και εναρμονίζεται με τον συνολικό επιχειρηματικό σχεδιασμό της εταιρίας. Με αυτό τον τρόπο, οι πρωταρχικοί στόχοι και οι αντικειμενικοί σκοποί του “*Manage Care*”, εξυπηρετούν την επίτευξη των στόχων του εκσυγχρονισμού και της αναδιοργάνωσης του συνόλου των διαδικασιών της εταιρίας.

Μέσα στα πλαίσια αυτά, εξασφαλίστηκε, ώστε οποιαδήποτε επένδυση στον τομέα της τεχνολογίας της πληροφορικής και των επικοινωνιών, να εναρμονίζεται με τον στρατηγικό σχεδιασμό του τομέα πληροφορικής της εταιρίας και τις προδιαγραφές του νέου ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματός της. Έτσι, οι αρχές λειτουργίας του συστήματος, ήταν σύμφωνες με τις αρχές λειτουργίας της εταιρίας και δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην συμμετοχή του προσωπικού, στη διαδικασία υλοποίησης και λειτουργίας του συστήματος.

Το σύστημα σχεδιάστηκε για να υποστηρίξει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες των ασφαλίσεων υγείας, προσομοιώνοντας την διαδρομή τους και διατρέχοντας οριζόντια τις λειτουργίες της εταιρίας. Το χρονοδιάγραμμα ανάπτυξης και υλοποίησης του συστήματος που τέθηκε στην αρχή, ακολούθηθηκε πιστά από όλους τους εμπλεκόμενους και όλες οι εφαρμογές του συστήματος, που αρχικά είχε αποφασιστεί η ανάπτυξή τους, υλοποιήθηκαν.

Η συνεργασία με τη διοίκηση και τα στελέχη της εταιρίας, χαρακτηρίζεται απόλυτα ικανοποιητική, όμως η εταιρία, κατά τον χρόνο ανάλυσης και σχεδιασμού του “*Manage Care*”, δεν ήταν σε θέση (ή δεν επιθυμούσε) να μας

παράσχει αριθμόν ευαίσθητων πληροφοριών, οι οποίες θεωρήθηκαν σημαντικές (π.χ. πρόσβαση σε δεδομένα χρήσης υπηρεσιών υγείας ασφαλισμένων, στατιστικά στοιχεία οικονομικής φύσεως, λεπτομέρειες για το είδος της υφιστάμενης τεχνολογίας πληροφορικής και τεχνολογιών κ.ά.). Επίσης, η εταιρία μας παρέσχε περιορισμένο μόνον αριθμό από πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα αναδιοργάνωσης και εκσυγχρονισμού της εταιρίας, του οποίου η υλοποίηση ευρίσκετο στα αρχικά στάδια, καθώς και για την ανάπτυξη του νέου ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος της εταιρίας, το οποίο ευρίσκετο στο στάδιο του σχεδιασμού. Η περιορισμένη αυτή πληροφόρηση, επηρέασε τον σχεδιασμό του συστήματος, ως προς την προτεινόμενη αρχιτεκτονική και τεχνολογική υποδομή του.

Τέλος, η εταιρία, μέχρι το σημείο σχεδιασμού και ανάπτυξης του συστήματος, δεν είχε τη δυνατότητα να υποστηρίξει, οργανωτικά κυρίως, την μετάβαση σε ανώτερο επίπεδο διοίκησης της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και εμπλοκής στη διαχείρισή της. Γι' αυτό και το προτεινόμενο επίπεδο διαχείρισης, εμπλοκής και ελέγχου, που προτάθηκε, αναπτύχθηκε και υποστηρίζει το *"Manage Care"*, θεωρήθηκε ως υλοποιήσιμο και λειτουργικό.

8.2.2 Αξιολόγηση της διαδικασίας υλοποίησης

Ο προσανατολισμός του *"Manage Care"* είναι πρωταρχικά "πελατοκεντρικός". Έτσι για κάθε υποψήφιο ασφαλισμένο, ακολουθείται εξατομικευμένη προσέγγισή του ως προς τις ανάγκες ασφάλισης. Ο "πελατοκεντρικός" προσανατολισμός του *"Manage Care"* εμπλουτίζει σταδιακά τη γνώση της εταιρίας και έδωσε τη δυνατότητα στην εταιρία να συμπεριλάβει σε νέα προγράμματα ασφάλισης υγείας νέους όρους, με τη δυνατότητα να υποστηρίξει όλες τις αναγκαίες ενέργειες, με διάφανο και νόμιμο τρόπο.

Το *"Manage Care"* έχει σχεδιαστεί να συλλέγει έναν τεράστιο όγκο δεδομένων και στοιχείων, τα οποία επέτρεψαν με διάφανο τρόπο την ασφαλέστερη εκτίμηση του αναλαμβανόμενου κινδύνου από την εταιρία, τον ορθότερο και δικαιότερο υπολογισμό των ασφαλίσεων και κατ' επέκταση την εξασφάλιση της βιωσιμότητας και ανάπτυξης του συστήματος ασφάλισεων υγείας της εταιρίας.

Το προσωπικό, που επιλέχθηκε ή/και προσλήφθηκε για να στελεχώσει και υποστηρίξει την λειτουργία του *"Manage Care"*, είναι υψηλού επιπέδου, απόλυτα εξειδικευμένο και με συνείδηση της αποστολής που έχει να επιτελέσει. Συγχρόνως το προσωπικό της Υπηρεσίας *"Manage Care"*, το προσωπικό άλλων Τμημάτων και Διευθύνσεων, που εμπλέκονται στη δια-

χείρισή του, αλλά και στελέχη της Διοίκησης της εταιρίας, ενημερώθηκαν διεξοδικά για το περιεχόμενο, τον τρόπο λειτουργίας και τους στόχους του συστήματος, η δε η εκπαίδευση του προσωπικού πραγματοποιήθηκε με βάση συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα και με καταρτισμένους εισηγητές.

8.2.3 Αξιολόγηση της λειτουργίας

Ο “πελατοκεντρικός” σχεδιασμός του συστήματος επιτρέπει την συχνή αμφίδρομη επικοινωνία με τους ασφαλισμένους και την ενημέρωσή τους για νέα προϊόντα, νέες διαδικασίες, συνεργαζόμενους φορείς υγείας, δικαιώματα και υποχρεώσεις, όρους του συμβολαίου, αναγγελίες περιστατικών κ.λπ.

Παράλληλα, το τηλεφωνικό κέντρο, επέτρεψε στην εταιρία να κατευθύνει τα περιστατικά στον κατάλληλο φορέα υγείας, μείωσε την ταλαιπωρία των ασφαλισμένων, ο δε μηχανισμός διαχείρισης των περιστατικών ελέγχει την αναγκαιότητα και πιστοποιεί την παροχή των υπηρεσιών υγείας και διασφαλίζει την υψηλή ποιότητά τους. Κατά το αρχικό στάδιο της λειτουργίας του, σημαντικός αριθμός ασφαλισμένων επικοινωνήσε με το τηλεφωνικό κέντρο, κυρίως για να πληροφορηθεί για τις διαδικασίες εισαγωγής σε νοσηλεύτήριο, αν μπορεί να προγραμματίσει τη νοσηλεία του ή την πραγματοποίηση εξετάσεων και για καλύψεις του συμβολαίου του.

Στο χρονικό διάστημα της πιλοτικής λειτουργίας του συστήματος, διαπιστώθηκε ότι το 95% των ασφαλισμένων της εταιρίας, οι οποίοι προσήλθαν για νοσηλεία στο συγκεκριμένο θεραπευτήριο, αναγνωρίστηκαν από τον αντιπρόσωπο της εταιρίας και τον ιατρό ελεγκτή ως ασφαλισμένοι, είτε έχοντας προαναγγείλει το περιστατικό, είτε κατά τον χρόνο προσέλευσης, είτε μέσα στην πρώτη ημέρα νοσηλείας. Οι ασφαλισμένοι αυτοί εξυπηρετήθηκαν, εντάχθηκαν σε αντίστοιχα περιστατικά και πραγματοποιήθηκε παρακολούθησή τους, σύμφωνα με τις προβλεπόμενες διαδικασίες.

Κατά το χρονικό διάστημα της πιλοτικής λειτουργίας του συστήματος, και σύμφωνα με στοιχεία της εταιρίας, μετά από τηλεφωνική επικοινωνία η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 200 νοσηλευθέντων στο θεραπευτήριο “Υγεία”, ζητήθηκε η γνώμη των ασφαλισμένων αυτών σχετικά με την γνώση των λειτουργιών του “*Manage Care*” και ειδικότερα, αν ανήγγειλαν το περιστατικό τους, αν εξυπηρετήθηκαν από το προσωπικό της εταιρίας και του φορέα υγείας και την ικανοποίησή τους από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους προσφέρθηκαν. Σύμφωνα με την εταιρία, το 82% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι αρκετά ή πολύ ικανοποιημένο από την εξυπηρέτηση του

προσωπικού και ιατρού της εταιρίας, κατά τον χρόνο αναγγελίας του περιστατικού, ή προσέλευσής στο θεραπευτήριο, ή νοσηλείας του.

Ο σχεδιασμός των νέων εντύπων ή ο ανασχεδιασμός των υπαρχόντων, πραγματοποιήθηκε με στόχο την εξυπηρέτηση των πληροφοριακών αναγκών του συστήματος με απλό και κατανοητό τρόπο. Η κωδικοποίηση των δεδομένων και η τυποποίησή τους σύμφωνα με ευρέως αποδεκτά συστήματα ταξινόμησης, καθιστά την καταγραφή των δεδομένων ακριβή, σύντομη και ασφαλή. Παρόλα αυτά, πολλά έντυπα εμφανίστηκαν να είναι συμπληρωμένα με λάθος στοιχεία, να είναι ελλιπή ή και ασυνεπή ως προς το περιεχόμενό τους. Αυτό κυρίως παρατηρήθηκε στα έντυπα παρακολούθησης του περιστατικού, τα οποία συμπληρώνονται από τον αντιπρόσωπο και ιατρό ελεγκτή της εταιρίας. Τέτοιου είδους προβλήματα επιβραδύνουν την καταχώρηση των στοιχείων στο σύστημα, και απαιτούν επικοινωνία, έλεγχο, επαναποστολή, κ.λπ. ενέργειες.

Επίσης, οι θόνες του λογισμικού του συστήματος σχεδιάστηκαν με βάση τα νέα έντυπα, έτσι ώστε η πληροφορία να αναγνωρίζεται και να καταχωρείται σύντομα και ορθά. Με τον τρόπο αυτό, η διακίνηση των εγγράφων μειώθηκε σημαντικά σε όλη τη διαδρομή της δοκιμαστικής λειτουργίας του συστήματος και η διαδοχή των ενεργειών μέσω της επιλογής των κατάλληλων οθονών του συστήματος, προσφέρει ευελιξία, άμεση ενημέρωση του συστήματος και δυνατότητα διαδίκτυακής απασχόλησης.

Η επικοινωνία μεταξύ του τηλεφωνικού κέντρου, της Γραμματείας της Υπηρεσίας *Manage Care*, του προσωπικού της εταιρίας στον φορέα υγείας και του ιατρού ελεγκτή κρίνεται απόλυτα ικανοποιητική. Οποιοδήποτε πρόβλημα επιλύεται άμεσα από τον Διαχειριστή του συστήματος.

Ειδικότερα, οι χρόνοι ενημέρωσης μεταξύ του προσωπικού του συστήματος, οι χρόνοι συμπλήρωσης και αποστολής των εγγράφων, καθώς και οι χρόνοι καταχώρησης των δεδομένων στο σύστημα κρίνονται ως απόλυτα αποδεκτοί. Επίσης, ο έλεγχος και η εκκαθάριση των περιστατικών κατά τη δοκιμαστική λειτουργία, εμφανίζεται να γίνεται σε ελάχιστο χρονικό διάστημα, με ασφάλεια, χωρίς διπλοεγγραφές και απώλειες παραστατικών. Τα εκκρεμή περιστατικά συνεχώς παρακολουθούνται, ενημερώνονται και ελέγχονται και η απόφαση για το κλείσιμό τους λαμβάνεται άμεσα από τον προϊστάμενο ιατρό της εταιρίας, σε συνεργασία με τον ιατρό ελεγκτή.

Όσον αφορά την υλικοτεχνική υποδομή του συστήματος, αυτή λειτουργεί χωρίς προβλήματα. Η εγκατάσταση, σύνδεση και λειτουργία των υπολογι-

στικών συστημάτων, η εγκατάσταση του λογισμικού (συστήματος διαχείρισης βάσης δεδομένων, εφαρμογών, κ.λπ.) ολοκληρώθηκε μέσα στα χρονο-διαγράμματα. Η επικοινωνία της υφιστάμενης βάσης δεδομένων, με τη βάση του “*Manage Care*” δοκιμάστηκε με επιτυχία και η διαδικασία ενημέρωσης - μεταφοράς των στοιχείων λειτουργεί ικανοποιητικά, αν και κάπως αργά, ενώ το δίκτυο, στο οποίο είναι συνδεδεμένο και πάνω στο οποίο λειτουργεί το “*Manage Care*”, λειτουργεί υποδειγματικά και ταχύτατα.

Τέλος, το λογισμικό του “*Manage Care*”, κατά το στάδιο της δοκιμαστικής λειτουργίας του, αξιολογήθηκε ως μάλλον ικανοποιητικό. Σε επίπεδο λειτουργίας των Υ/Σ ανεξάρτητα, δεν παρουσίασε σημαντικά προβλήματα, τα οποία εντοπίστηκαν και επιλύθηκαν στο σύνολό τους. Σε επίπεδο ολοκληρωμένης λειτουργίας του συστήματος, εμφανίστηκαν αρκετά προβλήματα, κυρίως με την συνεργασία των Υ/Σ του Τηλεφωνικού Κέντρου και της Εκκαθάρισης των Περιστατικών με τα άλλα Υ/Σ. Τα προβλήματα αυτά εντοπίστηκαν και επιλύθηκαν άμεσα. Για το πλαίσιο αξιολόγησης του λογισμικού εφαρμογής του “*Manage Care*”, ακολουθήθηκαν γενικά αποδεκτές πρακτικές.

9. Συμπεράσματα - Προτάσεις

9.1 Συμπεράσματα

Η αναφορά σε αναμενόμενα αποτελέσματα από την μελλοντικά ολοκληρωμένη λειτουργία του “*Manage Care*” θεωρήθηκε απαραίτητη, προκειμένου να τεθούν μετρήσιμοι στόχοι και να είναι δυνατή η αξιολόγηση του συστήματος όχι μόνο με ποιοτικούς, αλλά και με ποσοτικούς όρους.

Η αναφορά πραγματοποιείται σε σχέση με την διεθνή εμπειρία, που προέκυψε από την εφαρμογή παρόμοιων συστημάτων, λαμβάνοντας συγχρόνως υπόψη τις ιδιαιτερότητες της Ελληνικής Ασφαλιστικής αγοράς και το τοπίο του Τομέα Υγείας (Ιδιωτικού και Δημόσιου) στη χώρα μας. Επίσης, ο σχεδιασμός και το περιεχόμενο του συστήματος, διαφέρει σημαντικά από αντίστοιχα Ευρωπαϊκά ή άλλα διεθνή παρόμοια συστήματα, καθώς ο βαθμός ετοιμότητας της Ελληνικής αγοράς για την υιοθέτηση τέτοιων συστημάτων και την αφομοίωση των συνεπειών τους, εμφανίζεται μειωμένος.

Σύμφωνα λοιπόν με τις παραπάνω δεσμεύσεις, παρατίθενται τα ακόλουθα συμπεράσματα και διαπιστώσεις από τη λειτουργία του “*Manage Care*”:

9.1.1 Το κόστος ανάπτυξης και ολοκληρωμένης λειτουργίας του “*Manage Care*”, εκφράζεται σε όρους 80:20, δηλαδή το 80% της λειτουργικότητάς του,

μπορεί να επιτευχθεί με το 20% του συνολικού κόστους υλοποίησής του. Για να επιτευχθεί το υπόλοιπο 20% της λειτουργικότητάς του, απαιτείται το 80% του κόστους (Hord, 2000). Γι' αυτόν τον λόγο αποφεύχθηκε η υπερβολική επένδυση σε τεχνολογική υποδομή, αλλά επιλέχθηκε συντηρητική πολιτική.

9.1.2 Σημαντικό μέρος της διαδικασίας έναρξης και ολοκλήρωσης της διαδικασίας της ασφάλισης, πρέπει να είναι δυνατόν να πραγματοποιείται από τους ασφαλιστικούς συμβούλους και αντιπροσώπους της εταιρίας, διαδικασία που υποστηρίζεται σημαντικά από το “*Manage Care*”

9.1.3 Το κόστος διαχείρισης των συμβολαίων ασφάλισης υγείας στην Βρετανική αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, εκτιμάται ότι ανέρχεται σε ποσοστό 20% επί του ασφαλιστρού. Το ποσοστό αυτό στην Ελλάδα υπολογίζεται χαμηλότερο, καθώς λίγες ασφαλιστικές εταιρίες χρησιμοποιούν ανεξάρτητους αντιπροσώπους.

9.1.4 Η ανάπτυξη του “*Manage Care*”, αναμένεται να μειώσει το κόστος των διαδικασιών διαχείρισης και αποζημίωσης των περιστατικών από 30-50% (Brunwin, 1994). Το “*Manage Care*”, έχει σχεδιαστεί και υλοποιηθεί, ώστε να παρακολουθεί όλη τη διαδρομή των ενεργειών και διαδικασιών διαχείρισης των περιστατικών.

9.1.5 Συγχρόνως, η ένταξη όλων των υποσυστημάτων του “*Manage Care*” στο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα της ασφαλιστικής εταιρίας αναμένεται στην πράξη να συντελέσει ((Brunwin, 1994)

- Στην μείωση του απασχολούμενου προσωπικού, μέχρι 60%
- Στην μείωση του χρόνου ολοκλήρωσης των διαδικασιών ασφάλισης, μέχρι 50%
- Στην μείωση του χρόνου ολοκλήρωσης των διαδικασιών ενημέρωσης και εκκαθάρισης του φακέλου των περιστατικών, μέχρι και 75%

9.1.6 Η ασφαλιστική βιομηχανία ολοένα και συγκλίνει λειτουργικά με άλλους οικονομικούς οργανισμούς και εκτός των εθνικών ορίων. Έτσι, τράπεζες προσφέρουν και προωθούν ασφαλιστικά προϊόντα, ασφαλιστικές εταιρίες συμμετέχουν σε επενδύσεις σε βιομηχανία, υπηρεσίες και ακίνητα, με αποτέλεσμα να γίνονται δυσδιάκριτα πλέον τα όρια της ασφαλιστικής δραστηριότητας. Γι' αυτόν τον λόγο είναι απαραίτητη η επένδυση σε υποδομές πληροφορικής και επικοινωνιών, ώστε να ενδυναμώσουν την παρουσία τους στον χώρο και να έχουν την δυνατότητα να εκμεταλλευτούν το

πεδίο δραστηριότητάς τους, όπως διαμορφώνεται στον σύγχρονο κόσμο (Hockey, 2000).

9.1.7 Οι ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες εισάγουν τη φιλοσοφία του *Managed Care* στις διαδικασίες διοίκησης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας που προσφέρουν, διαπιστώνουν μείωση των εξόδων στον τομέα αυτό κατά 30-40%, σε σχέση με το κόστος των παραδοσιακών προγραμμάτων ασφάλισης υγείας (Cutler, McCellan, et al., 1998), (Altman, Cutler, et al., 2000).

9.1.8 Ειδικότερα, επισημαίνεται η συνεισφορά του “*Manage Care*” στα εξής (Glied, 1999)

- Στη μείωση των περιττών εξετάσεων, κατά τον χρόνο νοσηλείας
- Στη μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας
- Στη μείωση του μέσου κόστους νοσηλείας
- Στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών
- Στην προσφορά ολοκληρωμένης διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας προς τους ασφαλισμένους
- Στην βελτίωση της υγείας των ασφαλισμένων

9.1.9 Η εισαγωγή μεθόδων και τεχνολογίας παρακολούθησης των διαδικασιών (work-flow technology) στον τομέα των ασφαλίσεων υγείας, συνδέεται άμεσα με τη διαδικασία ανασυγκρότησης και εκσυγχρονισμού των διαδικασιών όλης της εταιρίας. Τα παρακάτω, εμφανίζουν τη σημαντικότερη ωφέλεια, που σχετίζεται με την υλοποίηση συστημάτων με τη φιλοσοφία του “*Manage Care*” (Ziegler, 1998)

- Μείωση του κόστους
- Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων
- Αυξημένη παραγωγικότητα
- Βελτίωση του βαθμού διαχείρισης

Σε άλλη σχετική έρευνα (Cameron, 1995), καταγράφηκαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, από την λειτουργία συστημάτων παρόμοιου περιεχομένου, ως εξής

- Αύξηση της απόδοσης: 55%

- Μείωση του κόστους: 37%
- Καλύτερη υποστήριξη αποφάσεων: 27%
- Ανταγωνιστικό πλεονέκτημα: 27%
- Βελτίωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων: 18%

9.2 Προτάσεις

Οι αλλαγές στο επίπεδο της τεχνολογίας της Πληροφορικής και των επικοινωνιών, οι επερχόμενες μεταβολές στο τοπίο της ασφάλισης γενικότερα και στον χώρο των ασφαλίσεων υγείας ειδικότερα, καθώς και η συνεχιζόμενη αδυναμία παρέμβασης στις διαδικασίες και το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν καταστήσει αναγκαία την υποβολή προτάσεων, που θα ενδυναμώσουν την δυνατότητα διοίκησης, εμπλοκής και ελέγχου των λειτουργιών του “*Manage Care*” και την προσαρμογή του στο διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον λειτουργίας του.

Ο εκσυγχρονισμός του συστήματος “*Manage Care*”, αποτελεί μια αναγκαία και δυναμική διαδικασία, η οποία πρέπει να συνοδοιπορεί με τις ενέργειες εξασφάλισης της αποδοτικής λειτουργίας του, έτσι ώστε να αποφευχθεί η απαξίωσή του διαχρονικά.

Πεδία παρέμβασης για τον διαρκή εκσυγχρονισμό του “*Manage Care*” αποτελούν

⇒ Η μετάβαση σε ανώτερο επίπεδο (στάδιο) διοίκησης, εμπλοκής και ελέγχου των ασφαλίσεων υγείας.

⇒ Η αναβάθμιση των λειτουργιών του Τηλεφωνικού Κέντρου

⇒ Η Αναβάθμιση της κάρτας υγείας σε “έξυπνη κάρτα” - smart card

⇒ Η χρησιμοποίηση Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (G.I.S.)

⇒ Η αναβάθμιση της ιστοσελίδας της εταιρίας, για την υποστήριξη ανάπτυξης διαδικτυακών επιχειρηματικών λειτουργιών-διαδικασιών και Extranet.

Το *Manage Care*, σε πλήρη ανάπτυξη της παραγωγικής του λειτουργίας, έχει τη δυνατότητα να εφοδιάζει τα στελέχη και τη Διοίκηση Ασφαλιστικών Οργανισμών, με έγκυρη, έγκαιρη και ολοκληρωμένη πληροφόρηση στον

τομέα των ασφαλίσεων υγείας, παρέχοντας τη δυνατότητα για τη λήψη αποφάσεων και τη χάραξη στρατηγικής στον τομέα αυτό.

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

Βιβλιογραφία

- Altman, D., Cutler, D., & Zeckhauser, R. (2000) Enrollee Mix, Treatment Intensity and Cost in Competing Indemnity and HMO Plans. *NBER Working Papers Series* No 7832.
- Austin C., Boxerman S. (2003) *Information Systems for Healthcare Managers*. AUPHA - American Hospital Publishing, Inc, Chicago.
- Brunwin, V. (1994) A Survivor's Guide to Workflow. *Management Development Review* No 7.
- Cameron, B. Quicksilver Core Apps. (1995) Cambridge, Forrester Research.
- Clewer A., Perkins D. (1998) *Economics for Health Care Management*. Pearson Education Ltd. England.
- Cogan, J. (1997) Technology and call centres. *Customer Service Management* 48-51.
- Cutler, D., McCellan, M., & Newhouse, J. (1998) Prices and Productivity in Managed Care Insurance. *NBER Working Papers Series*.
- Delgado, B. (1999) What can Computer Telephony Integration do for you? *Customer Service Management* 58-59.
- Dickinson, G. (1993) Insurance in EEC, European Economy, Social Europe. No 3.
- Edmunds Margaret & Frank Richard (1997) *Managing Managed Care: Quality Improvement in Behavioral Health*. National Academy Press, Washington D.C.
- Fritz K. & Carter B. (1999) *A Classification and Summary of Software Evaluation and Methodologies*.
- Galliers, R.D. (1993) Success measures for information systems strategic planning. *Journal of Strategic Information Systems* 2, 335-350.
- Glied, S. (1999) Managed Care. *NBER Working Papers Series*.
- Hockey, J. (2000) Australia's Insurance Industry. Sydney, Australia, Australian Insurance Institute.
- Hord, Ian (2000) The Future of the Insurance Industry.. Hord Consulting.
- Lee R, (2000) *Economics for Healthcare Managers*. AUPHA - American Hospital Publishing, Inc, Chicago.
- OECD. (1987) Financing and delivering health care. Paris, OECD.

- Ruquet, M. (2000) Brokers Stumble with on line Sales. *National underwriter*. Property and Casualty/Risk & Benefits Management.
- Serafeimidis, V. & Smithson, S. (1996) The management of change for information systems evaluation practice: Experience from a case study. *International Journal of Information Management* Vol. 16, 205-217.
- Ward, J. (2000) It is not a panacea for the London Market. *National Underwriter*.
- Ziegler R. (1998) *Information Systems for Managed Care*. American Hospital Publishing, Inc., Chicago.
- Βοζίκη Αθανάσιος (2003) *Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Πρότυπο Σύστημα Διοίκησης των Απαιτούμενων Διαδικασιών και Διαχείρισης Ατομικών Συμβολαίων*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Λιαρόπουλος Α. (1993) *Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας*. Εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα.
- Πριναράκης Μ. (1987) *Γενικές Αρχές Ιδιωτικής Ασφάλισης*. Αθήνα.