

Interreg

Greece-Bulgaria

RemoteCARE

European Regional Development Fund



Deliverable D 3.1.2

Mobile Health Unit Operation Plan

Responsible Beneficiary: PB1
PB1 – Municipality of Oreokastro



In the framework of the project
“REMOTE HEALTH CARE SERVICE PROVISION”
with the acronym “REMOTECARE”

<https://remotecare2020.eu/>

The Project is co-funded by the European Regional Development Fund (ERDF) and by national funds of the countries participating in the Interreg V-A “Greece-Bulgaria 2014-2020” Cooperation Programme

The contents of this <Study> are sole responsibility of <Municipality of Oreokastro> and can in no way be taken to reflect the views of the European Union, the participating countries the Managing Authority and the Joint Secretariat

Interreg Greece-Bulgaria RemoteCARE



European Regional Development Fund

Abstract

The Deliverable D.3.1.2 Mobile Health Unit Operation Plan includes a detailed overview of the RemoteCARE Mobile Unit, a precise description of the vehicle that will serve its purpose, the itineraries are planned to be carried out in all areas of the Municipality of Oraikastro and all services that will be provided are analyzed. The present study concludes with a SWOT Analysis that highlights the strengths and weaknesses of this initiative as well as the opportunities or threats it may face.

ΔΡΑΣΗ 3.1.2 - Σχέδιο λειτουργίας της κινητής μονάδας υγείας (Mobile Health Unit Operation Plan)

Στο πλαίσιο του έργου με τίτλο: “Remote Healthcare Service Provision” και ακρωνύμιο
“RemoteCARE” στα πλαίσια του Προγράμματος Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας
INTERREG V-A Ελλάδα - Βουλγαρία 2014-2020

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	4
Abstract	5
Κεφάλαιο 1 ^ο	6
Το Διασυνοριακό Πρόγραμμα Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας «Ελλάδα - Βουλγαρία 2014 -2020»	6
Το έργο «RemoteCARE».....	18
Εταίροι του έργου «RemoteCARE»	22
1.1 Ηλεκτρονική Υγεία	26
Ορισμός ηλεκτρονικής υγείας	26
Κεφάλαιο 2 ^ο	54
Αναγνώριση των αναγκών που χαρακτηρίζουν την περιοχή εφαρμογής	54
Κεφάλαιο 3 ^ο	58
Καταγραφή των περιοχών επίσκεψης της κινητής μονάδας υγείας.....	58
Κεφάλαιο 4 ^ο	61
Καταγραφή των υφιστάμενων υποδομών υγείας	61
Κεφάλαιο 5ο	70
Ανάπτυξη πρωτοκόλλου συνεργασίας με τις υπάρχουσες υποδομές υγείας στην επιλέξιμη περιοχή	70
Κεφάλαιο 6ο	95
Ανάπτυξη πρωτοκόλλου υγείας που βασίζεται σε ολιστική φροντίδα.....	95
Κεφάλαιο 7ο	98
Καταγραφή των χαρακτηριστικών των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων	98
Κεφάλαιο 8ο	100
Συχνότητα επισκέψεων σε εβδομαδιαία βάση – Αποτύπωση δρομολογίων.....	100
Κεφάλαιο 9ο	107
Χώρος στον οποίο θα σταθμεύει η κινητή μονάδα υγείας σε κάθε περιοχή	107
Κεφάλαιο 10ο.....	108
Διαμόρφωση διαδικασιών που θα ακολουθούνται κατά την πρώτη και δεύτερη επίσκεψη κάθε ασθενούς.....	108
Κεφάλαιο 11ο.....	110
Καθορισμός πρωτοκόλλου σε περιπτώσεις διαχείρισης έκτακτων περιστατικών	110

Κεφάλαιο 12ο.....	112
Καθορισμός διαδικασιών διασφάλισης προσωπικών ευαίσθητων δεδομένων των ασθενών.....	112
Κεφάλαιο 13ο.....	151
Καθορισμός κριτηρίων ομάδας λειτουργίας για την κινητή μονάδα υγείας.....	151
Κεφάλαιο 14ο.....	153
Καλές πρακτικές	153
ΜΕΡΟΣ Β'.....	157
Κεφάλαιο 15ο.....	157
SWOT Analysis (Ανάλυση δυνατών και αδύνατων σημείων, ευκαιριών και απειλών στη λειτουργία της κινητής μονάδας υγείας).....	157
Κεφάλαιο 16ο.....	160
Περιγραφή στρατηγικών στόχων	160
Κεφάλαιο 17ο.....	162
Στρατηγικές Επιλογές.....	162
Κεφάλαιο 18ο.....	170
Στρατηγική επίτευξης ανταγωνισμού πλεονεκτήματος σε σχέση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες του κλάδου της υγείας	170
Κεφάλαιο 19ο.....	172
Λειτουργικές στρατηγικές	172
Κεφάλαιο 20ο.....	173
Επιλογή στρατηγικής.....	173
Συμπεράσματα.....	175

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να αναπτύξει και να αναλύσει τους παράγοντες, που θα συμβάλλουν στην εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία της Κινητής Μονάδας Υγείας που πρόκειται να αναπτυχθεί στο Δήμο Ωραιοκάστρου στο πλαίσιο του διασυνοριακού προγράμματος «INTERREG V-A Ελλάδα - Βουλγαρία 2014-2020».

Ένας από τους άξονες της μελέτης που διαρθρώνεται αποτελεί ένας σαφής ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όσον αφορά τον τρόπο διάρθρωσής της στην ελληνική πραγματικότητα, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι υπηρετούντες την υγεία καθώς και οι ασθενείς.

Ταυτόχρονα, σκιαγραφείται και το νομοθετικό πλαίσιο μέσα στο οποίο δημιουργείται και εξελίσσεται τελικά το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Όλα τα παραπάνω έχουν στόχο να καταδείξουν εναργώς την αξία και τη σημαντικότητα εφαρμογής του «RemoteCare».

Εν συνεχεία, λοιπόν, παρουσιάζεται αναλυτικά ο τρόπος λειτουργίας της Κινητής Μονάδας «RemoteCare», δίνεται μία ακριβής περιγραφή του οχήματος που θα εξυπηρετεί αυτόν τον σκοπό, σχεδιάζονται τα δρομολόγια τα οποία θα πραγματοποιούνται σε όλες τις περιοχές του Δήμου Ωραιοκάστρου και τέλος αναλύονται όλες οι υπηρεσίες που θα παρέχονται.

Η παρούσα μελέτη ολοκληρώνεται με μία SWOT Analysis η οποία θα καταδεικνύει τα δυνατά και αδύνατα σημεία αυτής της πρωτοβουλίας καθώς και τις ευκαιρίες ή απειλές με τις οποίες μπορεί να έρθει αντιμέτωπη.

Abstract

The present study seeks to develop and analyze the factors that will contribute to the proper and effective function of the Mobile Health Unit to be developed in the Municipality of Oraikastro in the framework of the INTERREG V-A Greece- Bulgaria 2014-2020.

One of the pillars of the structured study is a clear definition of Primary Health Care, how it is structured in Greek reality, the problems faced by health care providers and patients.

At the same time, the legislative framework within the system of Primary Health Care is ultimately created and developed is outlined. All of the above are intended to demonstrate actively the value and importance of implementing RemoteCARE.

Then, the detailed operation of the RemoteCARE Mobile Unit is presented in detail, a precise description of the vehicle that will serve this purpose is provided, the itineraries are planned to be carried out in all areas of the Municipality of Oraikastro and of course all services that will be provided, are analyzed.

The present study concludes with a SWOT Analysis that will highlight the strengths and weaknesses of this initiative as well as the opportunities or threats it may face.



Κεφάλαιο 1^ο

Το Διασυνοριακό Πρόγραμμα Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας «Ελλάδα - Βουλγαρία 2014 -2020»

Η Ελλάδα και η Βουλγαρία, δύο γειτονικές χώρες με πλούσιο παρελθόν, από το τέλος της δεκαετίας του 1990 έχουν μπει σε μια εποχή στενότερης συνεργασίας, χάρη στο Διασυνοριακό Πρόγραμμα INTERREG “Ελλάδα-Βουλγαρία”.

Η βασική ιδέα πίσω από το “INTERREG” είναι ότι οι χώρες αντιμετωπίζουν διάφορα θέματα τα οποία μπορούν να επιλυθούν καλύτερα αν εργαστούν μαζί με τους γείτονες τους παρά αν παραμείνει ο καθένας περιορισμένος στα σύνορα του. Γι’ αυτόν τον λόγο, το Πρόγραμμά προωθεί δραστηριότητες που φέρνουν τους λαούς μας πιο κοντά.

Η επιλέξιμη περιοχή διασυνοριακής συνεργασίας Ελλάδας - Βουλγαρίας για την προγραμματική περίοδο 2014-2020 είναι πανομοιότυπη με το ισχύον πρόγραμμα Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας. Εκτείνεται σε 40.202 km² και έχει συνολικό πληθυσμό 2.7 εκατομμυρίων κατοίκων. Καλύπτει τέσσερις εδαφικές μονάδες σε επίπεδο NUTS II (Περιφέρειες) και 11 εδαφικές μονάδες σε επίπεδο NUTS III (Περιφέρειες). Η επιλέξιμη περιοχή εκτείνεται κατά μήκος των ελληνοβουλγαρικών συνόρων και γειτνιάζει με την Τουρκία (ανατολικά) και την ΠΓΔΜ (δυτικά), δύο χώρες που επιθυμούν να έχουν πρόσβαση στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Είναι μέρος της πλέον νοτιοανατολικής μη νησιωτικής περιοχής της ΕΕ και βρίσκεται ανάμεσα σε τρεις θάλασσες: τη Μαύρη Θάλασσα, τη Μεσόγειο Θάλασσα και την Ιόνιο-Αδριατική Θάλασσα. Τέλος, βρίσκεται στο σταυροδρόμι των στρατηγικών αγωγών ορυκτών καυσίμων που τροφοδοτούν την αγορά της ΕΕ και τους άξονες διευρωπαϊκών δικτύων μεταφορών (ΔΕΔ).

Η επιλέξιμη περιοχή του Διασυνοριακού Προγράμματος INTERREG “Ελλάδα-Βουλγαρία 2014 - 2020” καλύπτει τις ακόλουθες περιοχές:

- ◆ BG413 - Μπλαγκόεβγκραντ (Blagoevgrad)
- ◆ BG422 - Χάσκοβο (Haskovo)
- ◆ BG424 - Σμόλιαν (Smolyan)
- ◆ BG425 - Κάρντζαλη (Kardzhali)
- ◆ EL111 - Έβρος
- ◆ EL112 - Ξάνθη
- ◆ EL113 - Ροδόπη

- ♦ EL114 - Δράμα
- ♦ EL115 - Καβάλα
- ♦ EL122 - Θεσσαλονίκη
- ♦ EL126 - Σέρρες



Εικόνα 1 - Η επιλέξιμη περιοχή του Διασυνοριακού Προγράμματος INTERREG “Ελλάδα-Βουλγαρία 2014 - 2020”

Η συνοικιστική δομή της περιοχής χαρακτηρίζεται από την παρουσία 10 μεσαίων και μεγάλων πόλεων (>50.000 κατοίκους) που συγκεντρώνουν 38,2% του συνολικού πληθυσμού και 25 μικρές πόλεις (10.000-50.000 κάτοικοι). Παρά τα σχετικά μικρά κονδύλια που διατίθενται, υπάρχει μακρά ιστορία συνεργασίας στην επιλέξιμη περιοχή, η οποία άρχισε με την κοινοτική πρωτοβουλία INTERREG I (1989-1993).

Διαγνωστική Ανάλυση της περιοχής του Προγράμματος

Γενικό επίπεδο ανάπτυξης

Η επιλέξιμη περιοχή του προγράμματος «Ελλάδα - Βουλγαρία» είναι μία από τις φτωχότερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς το κατά κεφαλήν ΑΕΠ είναι κάτω

από το 50% του μέσου όρου της Ευρώπης των 28 (EE28). Αυτό δεν έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία 10 χρόνια, παρόλο που παρατηρήθηκαν βραχυπρόθεσμες βελτιώσεις κατά την περίοδο 2002-2004 και στη συνέχεια και πάλι το 2006-2009. Η διασυνοριακή περιοχή χαρακτηρίζεται επίσης από μεγάλες εσωτερικές ανισότητες, ιδιαίτερα όσον αφορά τη διχοτόμηση μεταξύ βουλγαρικών και ελληνικών εδαφών. Οι βουλγαρικές συνοικίες παρουσιάζουν πολύ χαμηλότερο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης (κάτω από το ¼) από τους αντίστοιχους Έλληνες, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι η Βουλγαρία είναι από καιρό οικονομία μετάβασης.

Η περίοδος 2006-2009 χαρακτηρίστηκε από οικονομική ανάπτυξη και από τις δύο πλευρές των συνόρων, όπως και η γενική τάση σε ολόκληρη την Ευρώπη. Μετά το 2009, οι επιπτώσεις της παγκόσμιας ύφεσης οδήγησαν σε επιβράδυνση των ρυθμών ανάπτυξης στο βουλγαρικό τμήμα (0,25% ετησίως) και σε αρνητικούς ρυθμούς ανάπτυξης στο ελληνικό τμήμα (-9% ετησίως).

Οικονομία

Παρά το γεγονός ότι η διασυνοριακή περιοχή μετασχηματίζεται σταδιακά από μια γεωργική/ βιομηχανική οικονομία σε μια οικονομία βιομηχανίας/ υπηρεσιών, αυτή η μετατροπή ήταν μάλλον αργή. Σε σύγκριση με την Ευρώπη των 28 (EE28), η οικονομία παραμένει σημαντικά πιο γεωργική, λιγότερο βιομηχανική και εξαρτώμενη περισσότερο από τις υπηρεσίες. Ωστόσο, αυτό δεν είναι καθόλου ομοιογενής. Η ελληνική διασυνοριακή περιοχή είναι σημαντικά λιγότερο γεωργική και βιομηχανική από το αντίστοιχο τμήμα της Βουλγαρίας, και περισσότερο προσανατολισμένη στις υπηρεσίες. Αυτή η ετερογένεια είναι ακόμη πιο έντονη σε επίπεδο επαρχιών. Μπορούμε να διακρίνουμε 2 τύπους περιοχών στο τμήμα της Βουλγαρίας και 3 τύπους περιοχών στο τμήμα της Ελλάδας:

- Μπλαγκόεβγκραντ / Χάσκοβο: κυριαρχεί η βιομηχανία και το εμπόριο
- Σμόλιαν / Καρντάλι: κυριαρχεί η βιομηχανία και η γεωργία
- Έβρος / Δράμα / Θεσσαλονίκη: κυριαρχεί η δημόσια διοίκηση και η βιομηχανία
- Ξάνθη / Ροδόπη: κυριαρχεί η δημόσια διοίκηση και η γεωργία,
- Καβάλα / Σέρρες: κυριαρχεί η βιομηχανία και η δημόσια διοίκηση

Περισσότερο από το ήμισυ της Ακαθάριστης Προστιθέμενης Αξίας (ΑΠΑ) που παράγεται στη διασυνοριακή περιοχή (59%) παράγεται στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Όλες οι άλλες περιοχές παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά. Ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά παρατηρούνται στις βουλγαρικές περιοχές Χάσκοβο, Σμόλιαν και Καρδάλια (1-2%).

Ορισμένες από τις αξιοσημείωτες διαπεριφερειακές διαρθρωτικές εξελίξεις που πραγματοποιήθηκαν πρόσφατα περιλαμβάνουν:

- Σταδιακή μετατροπή μεταξύ των δύο μερών όσον αφορά το μέρος της ΑΠΑ που αποδίδεται στον πρωτογενή τομέα. Παρόλα αυτά, παραμένει μεγάλη διαφορά μεταξύ των δύο πλευρών, με τη βουλγάρικη περιοχή να είναι πιο έντονα γεωργική από την ελληνική διασυνοριακή περιοχή και ακόμη πιο έντονα γεωργική από τα αντίστοιχα εθνικά ποσοστά της Βουλγαρίας.
- Σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο μερών του δευτερογενούς τομέα, που οφείλεται κυρίως στις σημαντικές απώλειες βιομηχανικής δραστηριότητας που σημειώθηκαν στο ελληνικό τμήμα μετά το 2006 (κυρίως λόγω μετεγκαταστάσεων βιομηχανιών έντασης εργασίας στις φθηνότερες γειτονικές χώρες).

Η συνολική παραγωγικότητα της εργασίας στη διασυνοριακή περιοχή είναι σημαντικά χαμηλότερη από την Ευρώπη των 28 (περίπου 1/5) και παρουσιάζει μεγάλες διαφορές μεταξύ της ελληνικής (32.800,00€/ εργαζόμενο) και της βουλγάρικης (5.800,00€/ εργαζόμενο) πλευράς. Η παραγωγικότητα της διασυνοριακής περιοχής είναι επίσης χαμηλότερη από τους αντίστοιχους εθνικούς μέσους όρους και για τα δύο μέρη:

- για το τμήμα της Βουλγαρίας: κυμαίνεται από 60% έως 78% του εθνικού μέσου όρου, και
- για το ελληνικό μέρος: κυμαίνεται από 60% έως 84% του εθνικού μέσου

Ο τουρισμός και ιδιαίτερα ο οικολογικός τουρισμός, εδώ και πολλά χρόνια έχει αναδειχθεί ως "αναπτυξιακή βιομηχανία" της διασυνοριακής περιοχής, καθώς περιλαμβάνει ένα σημαντικό αριθμό παρθένων περιοχών υψηλής οικολογικής αξίας. Παρ' όλα αυτά, έχει έναν σχετικά μικρό αριθμό καταλυμάτων σε σύγκριση με τον πληθυσμό της (43 εγκαταστάσεις/ 100.000 κάτοικοι, όταν ο μέσος όρος της ΕΕ28 είναι 111), τα οποία κατανέμονται άνισα. Οι μεγαλύτερες συγκεντρώσεις καταλυμάτων και κλινών βρίσκονται στις επαρχίες Καβάλας, Θεσσαλονίκης και Σμόλιαν.

Καινοτομία

Τόσο η Ελλάδα όσο και η Βουλγαρία έχουν σκιαγραφήσει εθνικές ή περιφερειακές στρατηγικές καινοτομίας στο πλαίσιο της "έξυπνης εξειδίκευσης". Ωστόσο, η Βουλγαρία καθυστερεί πολύ περισσότερο από τις άλλες χώρες της ΕΕ και αναφέρεται ως «μέτρια καινοτόμος» στον πίνακα αποτελεσμάτων καινοτομίας της Ένωσης για το 2014, ενώ η Ελλάδα, αν και σε μια κάπως καλύτερη θέση, πέφτει κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ και παρατίθεται ως

"μέτρια καινοτομία".

Ωστόσο, η διασυνοριακή περιοχή διαθέτει σημαντικές ερευνητικές εγκαταστάσεις που επί του παρόντος δεν συνεργάζονται μεταξύ τους ή με την επιχειρηματική κοινότητα. Διαθέτει επίσης παρόμοια παραγωγικά συστήματα, παρουσιάζοντας έτσι σημαντικές ευκαιρίες για τη σύζευξη πρωτοβουλιών επιχειρηματικότητας με την καινοτομία. Η κρίσιμη μάζα ερευνητικών κέντρων και άλλων ακαδημαϊκών ιδρυμάτων βρίσκεται στη Θεσσαλονίκη με τους ακόλουθους τομείς αριστείας: βιοτεχνολογία, προηγμένα συστήματα παραγωγής για χημικές διεργασίες, ενεργειακές και περιβαλλοντικές τεχνολογίες, επεξεργασία πληροφοριών, εικονική πραγματικότητα, υπηρεσίες ασφαλείας, κ.λπ. Οι δράσεις έρευνας και καινοτομίας στη Μακεδονία και στη Θράκη συγκεντρώνονται στον δημόσιο τομέα και ιδιαίτερα στο Πανεπιστήμιο Θράκης (με το μοναδικό Τμήμα Γενετικής) και σε μικρότερο βαθμό στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΤΕΙ) της Καβάλας.

Στο βουλγαρικό τμήμα, η σημαντικότερη ερευνητική υποδομή βρίσκεται εκτός της διασυνοριακής περιοχής (κυρίως στη Σόφια και το Πλόβντιβ) και μόνο το Μπλαγκόεβγκραντ φαίνεται να έχει σημαντικές ερευνητικές δομές. Το Νοτιοδυτικό Πανεπιστήμιο "Neofit Rilski" - με εννέα σχολές προσφέρει προγράμματα διδακτορικών διατριβών σε πολλούς τομείς της φιλελεύθερης τέχνης (Εκπαίδευση και Παιδαγωγική, Λογοτεχνία και Γλωσσολογία, Ιστορία και Αρχαιολογία, Κοινωνικές Επιστήμες, ειδικότητες χορογραφίας και κινηματογράφου). Ιδιαίτερη σημασία για τη διασυνοριακή περιοχή είναι τα προγράμματα στα Οικονομικά (με εξειδίκευση στον Τουρισμό), Γεωγραφία και Περιβαλλοντικές Επιστήμες και τεχνολογίες πληροφορικής. Επίσης, στο Σμόλιαν υπάρχουν παραρτήματα του Πανεπιστημίου «Paisii Hilendarski» του Πλοβνίν με το Τεχνικό Κολέγιο του και το Ελεύθερο Πανεπιστήμιο της Βάρνας «Τσερνοέτσετς Χράμππαρ».

Κλιματική αλλαγή

Σύμφωνα με το πρόγραμμα ESPON-CLIMATE, η περιοχή του προγράμματος είναι σημαντικά πιο ευάλωτη στην αλλαγή του κλίματος, τόσο σε σύγκριση με την ΕΕ 28 όσο και με τα εθνικά επίπεδα της Ελλάδας και της Βουλγαρίας. Οι πιο ευάλωτες είναι η Θεσσαλονίκη, οι Σέρρες, το Κάρντζαλι και το Χάσκοβο.

Οι κλιματικές αλλαγές θα έχουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στη διασυνοριακή περιοχή. Εκτιμάται ότι θα επηρεάσει την πλειοψηφία των αστικών κέντρων, αυξάνοντας τον αριθμό των ημερών θερμικού κύματος σε πάνω από 50 κατά την περίοδο 2071-2100. Οι φυσικοί κίνδυνοι στην περιοχή περιλαμβάνουν περιοχές κινδύνου πλημμύρας (κυρίως κοντά στους ποταμούς Νέστος και Έβρος), περιοχές κινδύνου πυρκαγιάς (κυρίως στις οροσειρές) και περιοχές κινδύνου διάβρωσης (ειδικά στις ακτές). Οι πλημμύρες και οι

πυρκαγιές μπορούν να διαδοθούν γρήγορα διασυνοριακά και για τον λόγο αυτό η αποτελεσματική διαχείριση τους είναι διασυνοριακής σημασίας. Τέλος, οι περιοχές με τον υψηλότερο κίνδυνο κατολισθήσεων βρίσκονται στη λεκάνη του Ανατολικού Έβρου και στην περιοχή ανάπτυξης άνθρακα στη νοτιοδυτική περιοχή. Η μεγαλύτερη μελετημένη κατολίσθηση βρίσκεται στην περιοχή Σμόλιαν στην τοποθεσία "Λίμνες του Σμόλιαν".

Επιπλέον, η συνδυασμένη προσαρμοστική ικανότητα της διασυνοριακής περιοχής στην κλιματική αλλαγή είναι παρόμοια με τα εθνικά επίπεδα και τα χαμηλότερα στην Ευρώπη. Από την ελληνική πλευρά, η περιοχή της Θεσσαλονίκης και από τη βουλγαρική πλευρά η περιοχή του Blagoengrad παρουσιάζουν μάλλον υψηλή προσαρμοστική ικανότητα σε σχέση με τις εθνικές τιμές, αλλά εξακολουθούν να είναι χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ28.

Περιβάλλον

Η διασυνοριακή περιοχή χαρακτηρίζεται από πολλούς και σημαντικούς φυσικούς πόρους, συμπεριλαμβανομένου ενός μεγάλου αριθμού προστατευόμενων φυσικών περιοχών (86 περιοχές Natura 2000, 5 υγρά τοπία Ramsar κ.λπ.), πολλές από τις οποίες είναι παρθένες. Το τοπίο της διασυνοριακής περιοχής αποτελείται από πυκνά δασωμένα βουνά, στενά ποταμών, κοιλάδες, πεδιάδες, λίμνες, παράκτιους υδροτόπους, παράλιες και δέλτα ποταμών. Η περιοχή περιλαμβάνει τις οροσειρές Ρίλα, Πιρίν και Ροδόπη, με εξαιρετικά δάση, τα διασυνοριακά ποτάμια Στρυμόνα, Νέστο, Αρδά και Έβρο και περισσότερα από 400 χιλιόμετρα ακτογραμμής. Αυτοί οι σημαντικοί φυσικοί πόροι δεν έχουν αξιοποιηθεί επαρκώς για αναπτυξιακούς σκοπούς στο παρελθόν.

Όσον αφορά την κατάσταση του περιβάλλοντος, η βιομηχανία είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες ρύπανσης και στα δύο μέρη των συνόρων και τα κύρια σημεία ρύπανσης συγκεντρώνονται στη νοτιοδυτική Βουλγαρία και κοντά στην αστική περιοχή της Καβάλας. Και οι δύο διασυνοριακοί ποταμοί - Νέστος και Έβρος - μολύνονται με αστικά και βιομηχανικά απόβλητα. Τα κύρια προβλήματα στη διαχείριση των αστικών λυμάτων οφείλονται στην έλλειψη υποδομής επεξεργασίας λυμάτων σε οικισμούς μεταξύ 2.000 - 10.000 κατοίκων. Το πρόβλημα είναι πιο έντονο στο βουλγαρικό τμήμα της διασυνοριακής περιοχής. Στη Βουλγαρία, μόνο το 46% του πληθυσμού καλύπτεται από συστήματα επεξεργασίας λυμάτων και το μεγαλύτερο μέρος της ικανότητας επεξεργασίας (71%) βρίσκεται στις λεκάνες απορροής του Δούναβη και του Εύξεινου Πόντου (που βρίσκονται εκτός της διασυνοριακής περιοχής). Στο ελληνικό τμήμα το 88% του πληθυσμού καλύπτεται από συστήματα επεξεργασίας λυμάτων.

Προσβασιμότητα

Από την ελληνική πλευρά η περιοχή διαθέτει σημαντικές υποδομές μεταφορών και εξυπηρετείται από τρεις λιμένες εθνικής / διεθνούς σημασίας (το λιμάνι της Θεσσαλονίκης, το λιμάνι της Καβάλας και το λιμάνι της Αλεξανδρούπολης) και τρία κύρια αεροδρόμια (το Διεθνές Αεροδρόμιο "Μακεδονία" στη Θεσσαλονίκη, το αεροδρόμιο "Μεγάλος Αλέξανδρος" στην Καβάλα και το αεροδρόμιο "Δημόκριτος" στην Αλεξανδρούπολη).

Η σημαντικότερη υποδομή μεταφορών είναι το οδικό δίκτυο και η συνολική συνδεσιμότητα βελτιώθηκε σημαντικά στο παρελθόν:

- με την κατασκευή του αυτοκινητοδρόμου Εγνατία και πολλούς κατακόρυφους άξονες που συνδέουν την Ελλάδα με τη Βουλγαρία και
- με την κατασκευή μεγάλων τμημάτων αυτοκινητοδρόμων Α3 και Α4 στη Βουλγαρία

Ωστόσο, οι δρόμοι χαμηλότερου επιπέδου βρίσκονται σε διάφορα στάδια καταστροφής (ιδίως στο βουλγαρικό τμήμα), καθιστώντας τις διασυνδέσεις δύσκολες και μειώνοντας την κινητικότητα, ιδίως στις οροσειρές. Ταυτόχρονα, αρκετοί κάθετοι άξονες της Εγνατίας όπως συμφωνήθηκαν στη Διακρατική Συμφωνία μεταξύ Ελλάδας και Βουλγαρίας το 1998, λείπουν ή βρίσκονται υπό κατασκευή (όπως η σύνδεση ΙΙ-86 με το ελληνικό σύστημα μεταφορών) και οι αυτοκινητόδρομοι στο βουλγαρικό τμήμα είναι ελλιπείς.

Η περιοχή διαθέτει ανεπαρκή σιδηροδρομική και πολυτροπική υποδομή, παρά την ύπαρξη σημαντικών λιμένων και αερολιμένων. Τόσο η Ελλάδα όσο και η Βουλγαρία επένδυσαν πρόσφατα στο σιδηροδρομικό δίκτυο της διασυνοριακής περιοχής αλλά απαιτούνται σημαντικές επενδύσεις που δεν εμπίπτουν στις οικονομικές δυνατότητες του προγράμματος «Ελλάδα - Βουλγαρία». Αυτή η έντονη εξάρτηση από τις οδικές μεταφορές αυξάνει επίσης σημαντικά το περιβαλλοντικό αποτύπωμα των μεταφορικών δραστηριοτήτων στην περιοχή, ιδίως στα σημεία διέλευσης των συνόρων (π.χ. μεγάλες γραμμές φορτηγών) και ειδικά κατά τη διάρκεια της τουριστικής περιόδου. Τέλος, η περιοχή δεν διαθέτει προσβάσιμες δημόσιες συγκοινωνίες για άτομα με αναπηρία και υπηρεσίες δημόσιων διασυνοριακών συγκοινωνιών.

Αγορά εργασίας, φτώχεια και κοινωνική ένταξη

Ενώ το 2007 τα ποσοστά ανεργίας για τις περιφέρειες της διασυνοριακής περιοχής ήταν κατά μέσο όρο κοντά ή κάτω από τις εθνικές τιμές και κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ27, η ανεργία άρχισε να αυξάνεται ραγδαία - ειδικά στην Ελλάδα - αμέσως μετά την οικονομική κρίση το 2008, φθάνοντας σε επίπεδα ρεκόρ το 2013. Οι βουλγαρικές επαρχίες κατάφεραν να διατηρήσουν τα ποσοστά ανεργίας κοντά ή χαμηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ27. Επί του

παρόντος, οι μεγάλες ανισότητες μεταξύ των περιφερειών της διασυνοριακής περιοχής δεν έχουν διαλυθεί. Τα τελευταία στοιχεία παρουσιάζουν τα ακόλουθα υψηλά ποσοστά ανεργίας (2013): Ξάνθη 37,5%, Δράμα 36,8%, Θεσσαλονίκη 32,1%, Σέρρες 22,9%, Καβάλα 22,8%, Έβρος 22%, Σμόλιαν 20, 3% και Ροδόπη 16,8%.

Επιπλέον, τα ποσοστά μακροχρόνιας ανεργίας αυξήθηκαν έντονα - ειδικά για τις ελληνικές περιφέρειες - μετά το 2009, γεγονός που υποδηλώνει κίνδυνο μεγάλης διαρθρωτικής ανεργίας που με τη σειρά της συνεπάγεται την ύπαρξη αναποτελεσματικών αγορών εργασίας και αναντιστοιχία μεταξύ της ζήτησης στην αγορά εργασίας και των διαθέσιμων δεξιοτήτων και τοποθεσιών των εργαζομένων που αναζητούν εργασία. Σύμφωνα με το σχέδιο ESPON DEMIFER, η διασυνοριακή περιοχή εμφανίζει σημαντικά υψηλότερες τιμές των μακροχρόνια ανέργων σε σύγκριση με την ΕΕ28. Τα ποσοστά ανεργίας των νέων εμφανίζουν παρόμοιες τάσεις και οφείλονται στην άσχημη οικονομική ανάπτυξη, στην άκαμπτη αγορά εργασίας και στην αναντιστοιχία μεταξύ δυνητικών δεξιοτήτων των εργαζομένων και των αναγκών των εργοδοτών στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία.

Επιπλέον, η διασυνοριακή περιοχή παρουσιάζει σημαντικά υψηλότερα ποσοστά πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (3-4 φορές υψηλότερα) από την ΕΕ28. Ο κύριος λόγος για τη μεγάλη απόκλιση είναι τα σχετικά υψηλότερα ποσοστά μακροχρόνιας ανεργίας και το υψηλότερο ποσοστό των ατόμων που ζουν σε περιοχές με χαμηλή ένταση εργασίας και χαμηλά επίπεδα εισοδήματος. Όσον αφορά το τελευταίο, το μερίδιο των ατόμων που ζουν σε περιοχές με χαμηλή ένταση εργασίας αυξάνεται από το 2010 και στα βουλγαρικά και στα ελληνικά εδάφη.

Ο μεγάλος αριθμός ατόμων που βιώνουν φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό στη διασυνοριακή περιοχή οφείλεται επίσης στην παρουσία διαφόρων ευάλωτων ομάδων όπως οι μειονότητες, οι εσωτερικοί μετανάστες, οι αιτούντες άσυλο και οι αλλοδαποί που τυγχάνουν επικουρικής προστασίας. Ο υψηλότερος κίνδυνος φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού μεταξύ αυτών των ομάδων συνδέεται κυρίως με τη μακροχρόνια ανεργία και την οικονομική αεργία.

Η αυξανόμενη επίπτωση της φτώχειας έχει πολλές κοινωνικές συνέπειες, μία από τις οποίες είναι οι επιδεινούμενες συνθήκες δημόσιας υγείας. Παρόλο που η διασυνοριακή περιοχή απολαμβάνει τη διαθεσιμότητα βασικών πόρων υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. νοσοκομεία και γιατρούς) σε επίπεδα κοντά ή ακόμα καλύτερα σε αρκετές περιπτώσεις από τον μέσο όρο της ΕΕ28, το μέσο προσδόκιμο ζωής είναι χαμηλότερο από τα επίπεδα της ΕΕ28 και οι επιδημιολογικοί δείκτες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά. Συνολικά, οι ελληνικές περιφέρειες παρουσίασαν στο παρελθόν υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης

από ό, τι οι βουλγαρικές περιοχές, αλλά από τη στιγμή που η φτώχεια αναγκάζει περισσότερους ανθρώπους να προσφεύγουν σε νοσοκομειακή περίθαλψη (πάνω από 20% αύξηση έχει τεκμηριωθεί στην Ελλάδα μετά το 2010), φαίνεται ότι στις ελληνικές περιφέρειες πιθανότατα θα επιδεινωθούν οι συνθήκες υγειονομικής περίθαλψης στο εγγύς μέλλον, μειώνοντας έτσι τα συνολικά επίπεδα δημόσιας υγείας στη διασυνοριακή περιοχή.

Διάρθρωση Προγράμματος

Το πρόγραμμα «Ελλάδα - Βουλγαρία 2014-2020» έχει σχεδιαστεί για να αντιμετωπίσει τις κύριες προκλήσεις που εντοπίζονται στη διασυνοριακή περιοχή όπου η συνεργασία είναι είτε αναγκαία είτε αναμένεται να παράγει σημαντική προστιθέμενη αξία είτε κεφαλαιοποιώντας προηγούμενα αποτελέσματα είτε με το είναι συμπληρωματικό ως προς το πρόγραμμα "έξυπνης εξειδίκευσης" είτε αξιοποιώντας τις υφιστάμενες θεσμικές ικανότητες ή / και την εκφρασμένη ζήτηση. Συμβάλλει στη στρατηγική E2020 ως εξής:

Όσον αφορά τον στόχο "έξυπνης ανάπτυξης":

- Ενισχύει τον επιχειρηματικό ιστό της διασυνοριακής περιοχής και ιδίως προωθεί τη βελτίωση της παραγωγικότητας, τον εξαγωγικό προσανατολισμό και την εισαγωγή νέων προϊόντων με ιδιαίτερη έμφαση στους τομείς που προσδιορίζονται από τις στρατηγικές "έξυπνης εξειδίκευσης"
- προωθεί την καινοτομία σε όλα τα επίπεδα,
- προωθεί την αποτελεσματικότητα των πόρων,
- αξιοποιεί τα συγκριτικά πλεονεκτήματα που προσφέρουν τους πλούσιους φυσικούς και πολιτιστικούς πόρους για την προώθηση της οικονομικής ανάπτυξης (τουρισμός), και
- υποστηρίζει την ολοκλήρωση και την αποτελεσματική χρήση των συστημάτων μεταφοράς στη διασυνοριακή περιοχή

Όσον αφορά τον στόχο της "βιώσιμης ανάπτυξης":

- Αυξάνει την ικανότητα προσαρμογής της διασυνοριακής περιοχής στην αλλαγή του κλίματος,
- μειώνει τους φυσικούς και ανθρωπογενείς κινδύνους και ενισχύει την ικανότητα ανταπόκρισης των τοπικών φορέων,
- διατηρεί την πολιτιστική και φυσική κληρονομιά,
- προστατεύει και αποκαθιστά την βιοποικιλότητα και την υγεία των

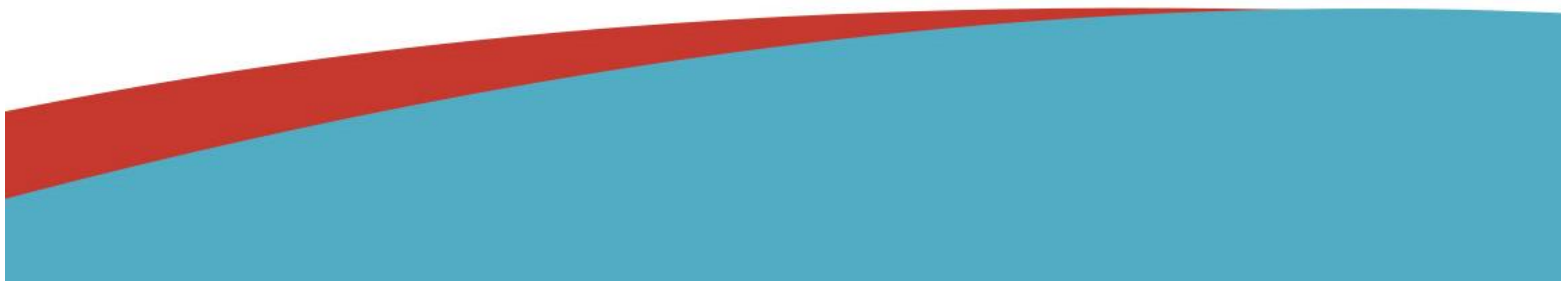
οικοσυστημάτων, και

- μειώνει το περιβαλλοντικό αποτύπωμα των μεταφορικών δραστηριοτήτων στη διασυνοριακή περιοχή

Όσον αφορά τον στόχο "ανάπτυξη χωρίς αποκλεισμούς":

- ενισχύει τη συνδεσιμότητα και τη κινητικότητα της διασυνοριακής περιοχής
- προωθεί την «πρόσβαση για όλους» στην υγειονομική περίθαλψη,
- στηρίζει την απασχολησιμότητα, ιδίως για τις πιο ευάλωτες ομάδες, και
- ενισχύει την ανάπτυξη της κοινωνικής επιχειρηματικότητας.

Οι ως άνω στόχοι διαρθρώνονται στους ακόλουθους άξονες προτεραιότητας, θεματικούς στόχους, επενδυτικές προτεραιότητες και ειδικούς στόχους:



ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ	ΘΕΜΑΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ	ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
1 - Ανταγωνιστική και Καινοτόμος Διασυνοριακή Περιοχή	3 - Ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των ΜΜΕ, του αγροτικού τομέα κτλ	3a - Προώθηση της επιχειρηματικότητας με τη διευκόλυνση της οικονομικής εκμετάλλευσης των νέων ιδεών και την ενίσχυση της δημιουργίας νέων επιχειρήσεων, ιδίως μέσω «εκκολαπτόμενων» επιχειρήσεων	1 - Βελτίωση των συστημάτων υποστήριξης των ΜΜΕ για την επιχειρηματικότητα
		3d - Υποστήριξη των ΜΜΕ για ανάπτυξη σε περιφερειακές, εθνικές και διεθνείς αγορές και συμμετοχή τους σε καινοτόμες διαδικασίες	2 - Βελτίωση της ικανότητας των ΜΜΕ να επεκταθούν πέρα από τις τοπικές αγορές
2 - Βιώσιμη Διασυνοριακή Περιοχή	5 - Προσαρμογή στις κλιματικές αλλαγές και διαχείριση κινδύνων	5b - Προώθηση Επενδύσεων για την αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών	3 - Βελτίωση της διασυνοριακής συνεργασίας στα σχέδια διαχείρισης κινδύνου πλημμυρών σε επίπεδο ποταμού
	6 - Διατήρηση και προστασία του περιβάλλοντος και προώθηση της αποτελεσματικής χρήσης πόρων	6c - Διατήρηση, προστασία και προώθηση της φυσικής και πολιτιστικής κληρονομιάς	4 - Αξιοποίηση της φυσικής και πολιτιστικής κληρονομιάς της διασυνοριακής περιοχής στο πλαίσιο του τουρισμού
	6d - Προστασία και αποκατάσταση της βιοποικιλότητας και του εδάφους, και προώθηση των οικοσυστημάτων	5 - Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των δράσεων προστασίας της βιοποικιλότητας	
	6f - Προώθηση καινοτόμων τεχνολογιών για τη βελτίωση της προστασίας του περιβάλλοντος και αποδοτικότητας των πόρων στον τομέα των	6 - Ενίσχυση της διαχείρισης υδάτων	

		αποβλήτων, στον τομέα του νερού και του εδάφους και για τη μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης	
3 - Διασύνδεση διασυνοριακής περιοχής	7 - Προώθηση των βιώσιμων μεταφορών και απομάκρυνση εμποδίων στις κύριες υποδομές σύνδεσης	7b - Ενίσχυση της περιφερειακής κινητικότητας συνδέοντας δευτερεύοντες και τριτεύοντες κόμβους του TEN-T	7 - Βελτίωση της προσβασιμότητας στη διασυνοριακή περιοχή
4 - Μια διασυνοριακή περιοχή χωρίς κοινωνικούς αποκλεισμούς	9 - Προώθηση της κοινωνικής συνοχής, καταπολέμηση της φτώχειας και των διακρίσεων	9a - Επένδυση στην υγεία και στις κοινωνικές υποδομές που συνεισφέρουν στην εθνική, περιφερειακή και τοπική ανάπτυξη, μειώνουν τις ανισότητες σε θέματα υγείας, προωθούν την κοινωνική συνοχή μέσω βελτιωμένης πρόσβασης σε κοινωνικές υπηρεσίες	8 - Βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια υγεία και στα επείγοντα (σε απομονωμένες και υποβαθμισμένες κοινότητες) στη διασυνοριακή περιοχή
		9c - Παροχή υποστήριξης για τις κοινωνικές επιχειρήσεις	9 - Ανάπτυξη της κοινωνικής επιχειρηματικότητας στη διασυνοριακή περιοχή

Το έργο «RemoteCARE»

Υπόβαθρο του έργου

Η διασυννοριακή περιοχή έχει παρόμοιες γεωγραφικές συνθήκες με απότομα βουνά και μικρά χωριά απομακρυσμένα από αστικά κέντρα και παράλληλα αποκομμένα από υγειονομικές υπηρεσίες. Ο Δήμος Ωραιοκάστρου περιλαμβάνει τέτοιες περιοχές με δύσκολη πρόσβαση στην πόλη, όπως είναι ενδεικτικά τα χωριά Πετρωτό, Μεσαίο, Φιλαδέλφεια, Νεοχωρούδα, Πεντάλοφος. Τα χωριά αυτά κατοικούνται κυρίως από ηλικιωμένους και μετανάστες με χαμηλά εισοδήματα. Οι Αρχές του Ωραιοκάστρου γνωρίζουν το πρόβλημα και πάντα ήθελαν να παρέχουν στους κατοίκους αυτών των αγροτικών περιοχών τέτοιου τύπου ιατρικές υπηρεσίες. Με την ανακοίνωση του προγράμματος Ελλάδας-Βουλγαρίας, ο επικεφαλής εταιρος συνειδητοποίησε ότι οι στόχοι του έργου ανταποκρίνονται ακριβώς στις ανάγκες τις περιοχής και θα ήταν μία καλή ευκαιρία να συνεργαστεί με τη Βουλγαρία για την επίλυση του κοινού αυτού προβλήματος. Μία τέτοια συνεργασία θα συνείσφερε σημαντικά στη διάχυση του έργου σε άλλες περιοχές ή χώρες με παρόμοια χαρακτηριστικά. Η περιοχή του δήμου του Petrich εξυπηρετείται από το Γενικό Νοσοκομείο του Petrich, και περιλαμβάνει και αυτή πολλά απομονωμένα χωριά, όπως το Gega, Dolna Krushitsa, Skrat, Klyuch κα., με ηλικιωμένους και με χαμηλά εισοδήματα κατοίκους.

Η μεθοδολογία που θα ακολουθήσουν οι δύο περιοχές προς επίλυση του κοινού τους προβλήματος θα περιλαμβάνει την ανάπτυξη κινητών ιατρικών μονάδων που θα φέρουν ένα γενικό γιατρό, μία νοσοκόμα και μία κοινωνική λειτουργό, οι οποίοι θα επισκέπτονται τους πληθυσμούς στόχους σε τακτικά χρονικά διαστήματα. Οι κινητές μονάδες θα είναι εξοπλισμένες με ΤΠΕ εργαλεία για την καταγραφή του ιστορικού και των δεδομένων των ασθενών.

Ο πληθυσμός - στόχος του έργου είναι οι άνθρωποι αγροτικών περιοχών που δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες μεγάλων πόλεων, κυρίως ηλικιωμένοι, άνεργοι, άτομα με ειδικές ανάγκες και άτομα με χαμηλό εισόδημα. Το έργο συμβάλλει άμεσα στον ειδικό στόχο 8 «βελτίωση της πρόσβασης σε βασική και επείγουσα ιατρική περίθαλψη των απομακρυσμένων περιοχών στη διασυννοριακή περιοχή» αφού παρέχει στους πληθυσμούς αυτούς τακτικά βασικές ιατρικές υπηρεσίες.

Το παρόν έργο έχει πολλαπλά αποτελέσματα: αναβάθμιση της υγείας των κατοίκων, μείωση της εισόδου στα νοσοκομεία και παροχή βασικών ιατρικών υπηρεσιών σε τακτική βάση. Ο παράγοντας που καθόρισε το έργο ήταν ο κοινός

σχεδιασμός. Η προηγούμενη εμπειρία των εταιρών στην υλοποίηση διασυνοριακών προγραμμάτων εξασφάλισε ικανοποιητικές συνθήκες συνεργασίας που οδήγησαν στην υποβολή της πρότασης. Το έργο διαμορφώθηκε και μοιράστηκαν οι αρμοδιότητες στους εταιρούς με βάση τις ανάγκες της κάθε περιοχής και την εμπειρία και τις ικανότητες κάθε εταιρού. Καθώς και οι δύο εταιροι έχουν λιγιστή εμπειρία αλλά έντονη επιθυμία να εκμεταλλευτούν τα πλεονεκτήματα των ψηφιακών συσκευών ΤΠΕ, ζήτησαν την υποστήριξη του ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΥ ο οποίος με τη σειρά του δέχτηκε να συμβάλει με την τεχνογνωσία του παρέχοντας ένα ψηφιακό σύστημα καταγραφής και ελέγχου της κατάστασης των ασθενών.

Για να αποδείξουν την πρόθεσή τους για συνεργασία στο μέλλον, προτάθηκε σε μία κοινή επιτροπή από τις δύο χώρες να δουλεύει από κοινή οπτική γωνία, βρίσκοντας κοινές κατευθυντήριες γραμμές για το σύγχρονο τρόπο οργάνωσης ιατρικών υπηρεσιών σε συνδυασμό με τα πλεονεκτήματα των σύγχρονων ψηφιακών ΤΠΕ. Στο σημείο αυτό να σημειωθεί ότι θα χρησιμοποιηθούν γνωστά ιατρικά πρωτόκολλα καταγραφής δεδομένα ασθενών, όπως είναι τα HL7, Perrol standards, τα οποία θα προσαρμοστούν στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της διασυνοριακής περιοχής.

Στόχοι του έργου

Το παρόν έργο έχει σκοπό να βελτιώσει την προσβασιμότητα των αγροτικών περιοχών της διασυνοριακής περιοχής σε βασικές ιατρικές υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, και στις δύο περιοχές θα αγοραστεί μία κινητή ιατρική μονάδα, κάθε μία από τις οποίες θα εξοπλιστεί με ιατροφαρμακευτικό και ΤΠΕ εξοπλισμό. Κάθε μονάδα θα φέρει εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, πχ γιατρό και νοσοκόμα, καθώς επίσης θα αναπτυχθεί και ένα πληροφοριακό σύστημα για να καταγράφεται το ιστορικό των ασθενών και οι εξετάσεις τους. Το σύστημα θα χρησιμοποιεί γνωστά πρωτόκολλα συγκέντρωσης δεδομένα ασθενών όπως τα πρότυπα HL7, Perrol.

Οι κινητές ιατρικές μονάδες θα λειτουργούν βάση καθορισμένου σχεδίου (πρωτοκόλλου, υπό την επίβλεψη ορισμένης κοινής επιτροπής και στις δύο περιοχές), με υπεύθυνους ειδικούς που θα εστιάζουν στην έγκαιρη διάγνωση και την πρόληψη (πχ όχι μόνο εμβολιασμό αλλά και υπόδειξη στοιχειώδους ατομικής τεχνικής να διατήρηση της υγείας) και χρησιμοποιώντας σύγχρονες Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνιών. Στα πλαίσια μία κοινής στρατηγικής, κάθε περιοχή θα συντάξει το δικό της επιχειρηματικό σχέδιο για την υπηρεσία κινητής μονάδας περιλαμβάνοντας τις απαραίτητες υλικές και άυλες απαιτήσεις της μονάδας.

Σύμφωνα με το σχέδιο αυτό, μία πρωτοπόρα εφαρμογή κινητών ιατρικών μονάδων θα δημιουργηθεί με σκοπό την κατασκευή ενός δικτύου με άλλους οργανισμούς παροχής βασικών ιατρικών υπηρεσιών.

Το έργο προάγει την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, της φτώχειας και των διακρίσεων καθώς παρέχει ιατρική περίθαλψη σε ανθρώπους απομονωμένων περιοχών που δεν μπορούν εύκολα να επισκεφθούν ιατρικές μονάδες σε μεγάλα αστικά κέντρα. Ωστόσο, η σημαντικότερη συνεισφορά του "RemoteCARE" στο πρόγραμμα είναι η βελτίωση της πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες σε απομακρυσμένες περιοχές της διασυννοριακής περιοχής, μειώνοντας έτσι την ανισότητα σε θέματα υγείας.

Αναμενόμενα αποτελέσματα

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα το έργου είναι απτά και μετρήσιμα, όσον αφορά τις δράσεις και τους στόχους του. Σύμφωνα με τα πακέτα εργασίας και τις δράσεις που περιλαμβάνει το έργο, τα προσδοκώμενα αποτελέσματα είναι τα εξής:

- 1) Μείωση των εισόδων στα νοσοκομεία με αποτέλεσμα τη μείωση των δευτερογενών και τριτογενών δαπανών
- 2) Προστασία των ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων από μολύνσεις στα νοσοκομεία και υπόδειξης τεχνικών για να διατηρούνται μόνοι τους υγιείς
- 3) Βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης των ευπαθών ομάδων
- 4) Βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων αγροτικών περιοχών
- 5) Προώθηση της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης
- 6) Μείωση των δαπανών υγείας
- 7) Εκμάθηση των νοσηλευτών και ειδικών ιατρών να υιοθετούν μία υπεύθυνη επαγγελματική στάση και πώς να χρησιμοποιούν ΤΠΕ έξυπνες συσκευές
- 8) Συλλογή και παραγωγή μία διαδικασίας αρχειοθέτησης του ιατρικού ιστορικού των ασθενών και των θεραπειών που έλαβαν από την κινητή μονάδα
- 9) Πραγματοποίηση μίας έκθεσης σκοπιμότητας πάνω στις κινητές ιατρικές μονάδες
- 10) Διαπεριφερειακό μνημόνιο συμφωνίας θέτοντας τα θεμέλια για περισσότερες κοινές δράσεις.

Να σημειωθεί πως κύριος στόχος του έργου είναι η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε απομονωμένες περιοχές. Ένας από τους πυλώνες διαμόρφωσης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών από τους δήμους. Έτσι, το έργο, μεταξύ άλλων, δίνει την ευκαιρία να εξεταστεί αυτή η μορφή παρέμβασης. Επιπλέον, η διασυνοριακή προσέγγιση θα δώσει τη δυνατότητα στο εταιρικό σχήμα να αξιολογήσει και να συγκρίνει την παροχή βασικών ιατρικών υπηρεσιών από μία τοπική αρχή και ένα νοσοκομείο, και να καταλήξει στη συνέχεια σε χρήσιμα συμπεράσματα για το μέλλον.

Αναμενόμενες εκροές

Η προστιθέμενη αξία του έργου απορρέει από τις παρόμοιες συνθήκες επιβίωσης (πολλά απομακρυσμένα χωριά που κατοικούνται κυρίως από ηλικιωμένους και απόρους) στη διασυνοριακή περιοχή. Οι εταίροι θα μοιραστούν ανθρωπιστικές και οικονομικές πηγές, ικανότητες και τεχνογνωσία, εμπειρίες και καλές πρακτικές ώστε να επιτύχουν τα βέλτιστα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, η προσέγγιση που θα ακολουθηθεί με αυτό το έργο είναι η πρωτογενής και ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη, μία καινοτόμος ιδέα που εφαρμόζεται με επιτυχία σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο, η Ελλάδα και η Βουλγαρία δεν έχουν εφαρμόσει ακόμα τέτοια προσέγγιση.

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα του προγράμματος περιγράφονται ως εξής: Βελτίωση της συνεργασίας με σκοπό την επίλυση κοινών προβλημάτων σχετικά με θέματα κοινωνικής συνοχής, ανταλλαγή καλών πρακτικών, δημιουργία δικτύων και κοινών κοινωνικών πρωτοκόλλων και υγείας, βελτίωση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και ελαχιστοποίηση των συνθηκών που αποκλείουν ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, με την εισαγωγή των οχημάτων μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για τις ευπαθείς αυτές κοινωνικές ομάδες που δεν έχουν πρόσβαση στα κοντινότερα υγειονομικά κέντρα. Τα αποτελέσματα του προγράμματος εστιάζουν κυρίως στις ίσες ευκαιρίες και την αντιμετώπιση των διακρίσεων, αφού το πρόγραμμα έχει σαν στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών και των συνθηκών που ζουν οι ευπαθείς ομάδες.

Ειδικότερα, το έργο θα οδηγήσει:

- a. στην αναδιοργάνωση δύο ιατρικών ιδρυμάτων: του νοσοκομείου του Σαντάνσκι και της ιατρικής μονάδας του Δήμου Ωραιοκάστρου,
- b. στην ανάπτυξη δύο ιατρικών συστημάτων ΤΠΕ, ένα για την Ελλάδα και ένα

για τη Βουλγαρία,

- c. στην παροχή βασικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε αγροτικούς πληθυσμούς, 24.686 Βούλγαρους και 16.584 Έλληνες πολίτες, συνολικά 41.270 κατοίκους αγροτικών περιοχών της διασυνοριακής περιοχής.

Τέλος, το έργο θα εφαρμόσει μία καινοτόμο προσέγγιση παροχής υγειονομικών υπηρεσιών από μία δημόσια αρχή και ένα νοσοκομείο στη διασυνοριακή περιοχή. Κατά συνέπεια θα προκύψουν χρήσιμα αποτελέσματα τα οποία θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον.

Εταίροι του έργου «RemoteCARE»

Στην υλοποίηση του έργου «**RemoteCARE**» συμμετέχει το εξής εταιρικό σχήμα:

- Επικεφαλής Εταίρος – Δήμος Ωραιοκάστρου
- Εταίρος 2 – Ινστιτούτο Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών - ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΦΥΣΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ "ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ"
- Εταίρος 3 – ΜΡΗΑΤ "SOUTHWEST HOSPITAL"

Δήμος Ωραιοκάστρου - Επικεφαλής Εταίρος (LB)

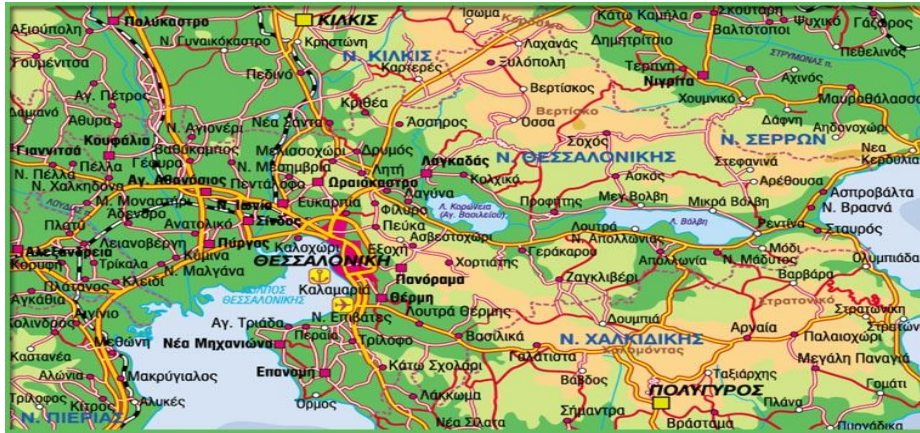
Ο Δήμος Ωραιοκάστρου είναι δήμος της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας που συστάθηκε με το Πρόγραμμα Καλλικράτης. Προέκυψε από την συνένωση των προϋπαρχόντων δήμων Ωραιοκάστρου, Μυγδονίας και Καλλιθέας. Η έκταση του νέου Δήμου είναι 217,78 τ.χλμ και ο πληθυσμός του 38.317 κάτοικοι σύμφωνα με την απογραφή του 2011 (25.183 κάτοικοι σύμφωνα με την απογραφή του 2001). Έδρα του είναι το Ωραιόκαστρο που βρίσκεται 11 χλμ. βόρεια της Θεσσαλονίκης.

Σε μία αμφιθεατρική θέση με μέσο υψόμετρο 250μ. και σε απόσταση 12 χιλιομέτρων από το κέντρο της Θεσσαλονίκης, ο Δήμος Ωραιοκάστρου περιλαμβάνει στα διοικητικά του όρια τους συνοικισμούς του Ωραιοκάστρου, του Παλαιοκάστρου, της Γαλήνης, της Ασπρόβρυσης, των Πεύκων, του Παράδεισου, της Φιλοθέης και της Αμφιθέας. Η έδρα του Δήμου βρίσκεται στο συνοικισμό του Ωραιοκάστρου όπου είναι και ο μεγαλύτερος.

Το Ωραιόκαστρο αποτελεί έναν Δήμο με ραγδαία πληθυσμιακή και οικιστική ανάπτυξη, η οποία με τη μέριμνα της οικείας Δημοτικής Αρχής συντελείται με όρους ποιότητας και απόλυτου σεβασμού απέναντι στον άνθρωπο και στο περιβάλλον. Είναι ενδεικτικό ότι σε μόλις μία δεκαετία ο πληθυσμός του

Ωραιοκάστρου υπερδιπλασιάστηκε και από τους 5.500 κατοίκους που αριθμούσε ο δήμος, στην απογραφή του 2001 έφθασε να αριθμεί 12.000 κατοίκους. Σε κάθε περίπτωση ο πραγματικός πληθυσμός του Ωραιοκάστρου υπολογίζεται ότι ξεπερνά σήμερα τους 30.000 κατοίκους. Εκτός από τον πληθυσμό, εξ' άλλου υπερδιπλασιάζεται και η έκταση του Ωραιοκάστρου, καθώς με το νέο Γενικό Πολεοδομικό Σχέδιο, το οποίο αποτελεί ακόμη μία κατάκτηση της Δημοτικής Αρχής που εγγυάται την τοπική ανάπτυξη, εντάχθηκε στο σχέδιο πόλης μία έκταση 4.217 στρεμμάτων.

Έχοντας διανύσει μία πορεία προόδου, το Ωραιόκαστρο αποτελεί σήμερα μία σύγχρονη και δυναμική πόλη, η οποία παρέχει σχεδόν το σύνολο των εξυπηρετήσεων στους μόνιμους κατοίκους και στους επισκέπτες της. Πέραν των άρτια οργανωμένων βασικών υποδομών, το Ωραιόκαστρο διαθέτει υποδομές: διοίκησης (Δημαρχείο, ΚΕΠ, Δημόσιες Υπηρεσίες), εκπαίδευσης, αθλητισμού (προγράμματα μαζικού αθλητισμού, πρόγραμμα «παιδί και θάλασσα», πρόγραμμα «μπάνια στην Τρίτη ηλικία», Κλειστό Δημοτικό Γυμναστήριο «Κονταξοπούλειο», Δημοτικό Κολυμβητήριο Ολυμπιακών διαστάσεων, Δημοτικό Στάδιο Ποδοσφαίρου, Γήπεδα Αντισφαίρισης, Γήπεδα 5Χ5, ανοιχτά Γήπεδα Μπάσκετ), κοινωνικής πολιτικής (Δημοτική Τράπεζα Αίματος, Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας, Κ.Α.Π.Η., Γραφείο Ευρέσεως Εργασίας, Σχολή Γονέων, πρόγραμμα στήριξης στους νέους γονείς, μαθήματα παροχής Πρώτων Βοηθειών, Πολυιατρείο του Ι.Κ.Α.), πολιτισμού (ενεργό Πολιτιστικό Οργανισμό, ομάδες εικαστικών, ομάδα θεάτρου, φιλαρμονική ορχήστρα, Λαογραφικό Μουσείο – υπό δημιουργία, πολυδύναμο πολιτιστικό και αθλητικό κέντρο – υπό δημιουργία), καθώς επίσης πλήθος ιατρείων και πιστωτικών ιδρυμάτων αλλά και ξενοδοχειακές ομάδες. (Δημοτικοί Παιδικοί Σταθμοί, οργανωμένες και διαρκώς ανανεωμένες σχολικές μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, Σχολές Επαγγελματικής Κατάρτισης και Μαθητείας, Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων, Δημοτική Βιβλιοθήκη, Σχολές χορού και Μουσικής).



Ινστιτούτο Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών - ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΦΥΣΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ "ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ" – Εταιρος 2 (PB2)

Το Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών (Ε.Κ.Ε.Φ.Ε.) «Δημόκριτος» είναι το μεγαλύτερο, διεπιστημονικό ερευνητικό κέντρο της χώρας, με πάνω από 50 χρόνια προσφοράς στην επιστήμη και στον άνθρωπο. Εποπτεύεται από τη Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων διατηρώντας τη διοικητική και οικονομική του αυτονομία. Το Ε.Κ.Ε.Φ.Ε «ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ» βρίσκεται στην Αγία Παρασκευή Αττικής, σε μια έκταση 600.000 τ.μ. με κτηριακή επιφάνεια 40,000 τ.μ.

Ο αρχικός στόχος του νεοσυσταθέντος Κέντρου ήταν η προώθηση της πυρηνικής έρευνας και τεχνολογίας για ειρηνικούς σκοπούς. Στο πλαίσιο αυτό, δόθηκε η ευκαιρία για επαναπατρισμό πολλών Ελλήνων επιστημόνων, που συνέβαλαν και συμβάλλουν στην ανάπτυξη των υποδομών και την οργάνωση της επιστημονικής έρευνας και να τεθούν οι βάσεις για τις μεταπτυχιακές εκπαιδευτικές δραστηριότητες του Κέντρου.

Αποστολή του Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. «Δημόκριτος» είναι:

- Η διεξαγωγή υψηλής στάθμης βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας
- Η ανάπτυξη ανταγωνιστικής τεχνογνωσίας με στόχο την προαγωγή της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της χώρας
- Η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υψηλής τεχνολογίας σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς με στόχο την εξυπηρέτηση του πολίτη
- Η εκπαίδευση νέων επιστημόνων σε νέες ερευνητικές περιοχές και προηγμένες τεχνολογίες

- Η αξιοποίηση και διάχυση της καινοτομίας στη χώρα
- Η συνεργασία με ελληνικά και διεθνή Πανεπιστήμια και Ερευνητικά Κέντρα με στόχο την ανταλλαγή τεχνογνωσίας και την ανάπτυξη ερευνητικών συνεργειών.

Στα Ινστιτούτα του Κέντρου διεξάγεται βασική και εφαρμοσμένη έρευνα και συντονίζονται σημαντικές επιστημονικές, τεχνολογικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες στους τομείς Υγείας, Βιολογίας & Βιοτεχνολογίας, Νέων Υλικών, Μικροηλεκτρονικής και Νανοτεχνολογίας, Περιβάλλοντος – Ενέργειας & Βιώσιμης Ανάπτυξης, Πληροφορικής & Τηλεπικοινωνιών, Πυρηνικής Φυσικής & Φυσικής Στοιχειωδών Σωματιδίων, Πυρηνικής Τεχνολογίας & Ακτινοπροστασίας, ενώ αναπτύσσονται τεχνολογίες για τη μελέτη της πολιτιστικής κληρονομιάς.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. «Δημόκριτος» συμμετέχει σε δίκτυα αριστείας, ανταγωνιστικά ευρωπαϊκά προγράμματα έρευνας και πλατφόρμες τεχνολογίας. Δείγμα της διεθνούς εμβέλειας του Κέντρου είναι και η επιτυχία σε προγράμματα Έρευνας & Ανάπτυξης, χρηματοδοτούμενα κατόπιν αξιολόγησης.

Σε εθνικό επίπεδο, η τεχνογνωσία και οι ερευνητικές υποδομές του Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. «Δημόκριτος» αποτελούν συγκριτικά πλεονεκτήματα και το καθιστούν μοχλό ανάπτυξης καινοτόμων τεχνολογιών, μεταφοράς τεχνογνωσίας και τεχνολογίας καθώς και φορέα ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού. Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθούν τα διπλώματα ευρεσιτεχνίας, η δημιουργία τεχνοβλαστών από επιστήμονες του Κέντρου και οι δημοσιεύσεις σε κορυφαία περιοδικά με κριτές.

Το Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. «Δημόκριτος» έχει συμβάλει αποφασιστικά:

- στην προαγωγή και αναγνώριση της ελληνικής ερευνητικής κοινότητας
- στην ανάπτυξη, διάχυση και μεταφορά τεχνογνωσίας σε ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς
- στον επαναπατρισμό επιστημόνων και στην αποτροπή διαρροής σημαντικού «επιστημονικού κεφαλαίου» στο εξωτερικό
- στη στελέχωση της ελληνικής ακαδημαϊκής κοινότητας και παραγωγικών φορέων με ερευνητικό προσωπικό υψηλού επιπέδου.

Στο πλαίσιο των δράσεων εξωστρέφειας, που τα τελευταία χρόνια έχουν φέρει τον «Δημόκριτο» δυναμικά στο προσκήνιο, συγκαταλέγονται οι εξής δράσεις:

- Hellenic Forum for Science, Technology and Innovation, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Εξωτερικών, το οποίο έχει καθιερωθεί ως σημείο συνάντησης των Ελλήνων επιστημόνων της Διασποράς και του εσωτερικού και έχει αναπτύξει

ένα ισχυρό δίκτυο αμφίδρομων συνεργασιών ακολουθώντας διεθνή πρότυπα.

- Έκθεση καινοτομίας, η οποία αποτελεί μία μόνιμη έκθεση με δυναμικό χαρακτήρα, όπου παρουσιάζονται πάνω από 100 πρωτοπόρα ερευνητικά αποτελέσματα, τα οποία ανανεώνονται με βάση την επιτευχθείσα πρόοδο.
- Συνεδριακό Κέντρο του Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. «Δ», το οποίο αποτελεί ένα σύμπλεγμα αιθουσών, εντευκτηρίων και αμφιθεάτρων με σύγχρονα οπτικοακουστικά μέσα, για την υποστήριξη και φιλοξενία συνεδρίων.
- Τεχνολογικό και Επιστημονικό Πάρκο Αττικής» (Τ.Ε.Π.Α.) "Λεύκιππος", που λειτουργεί αφενός μεν ως «θερμοκοιτίδα» για νεοφυείς επιχειρήσεις και αφετέρου ως «επιταχυντής» για τις υπάρχουσες τεχνολογίες και δράσεις, στηρίζει την επιχειρηματικότητα, συμβάλλοντας έτσι στη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού της Χώρας, με στόχο τη στήριξη της οικονομίας.
- Θεσμοθετημένες εκπαιδευτικές δράσεις: Θερινό Σχολείο, Βραδιά Ερευνητή, στοχευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για μαθητές δημοτικού και γυμνασίου, επισκέψεις λυκείων σε μοναδικά εθνικής εμβέλειας εργαστήρια και υποδομές.

ΜΡΗΑΤ "SOUTHWEST HOSPITAL" – Εταίρος 3 (PB3)

Το ΜΡΗΑΤ "SOUTHWEST HOSPITAL" είναι φορέας της εμπειρίας που αποκτήθηκε από τον προηγούμενο Εταίρο - ΜΒΑΛ "Rokfeleer" που συμμετείχε στην υλοποίηση του έργου ΒΕΗΕΑΛΗ (που εφαρμόστηκε με επιτυχία κατά την προηγούμενη περίοδο προγραμματισμού του προγράμματος Ελλάδα-Βουλγαρία).

1.1 Ηλεκτρονική Υγεία

Ορισμός ηλεκτρονικής υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ηλεκτρονική υγεία ορίζεται «*η συνδυασμένη χρήση τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνίας στον τομέα της υγείας*», όπως επίσης και «*η χρήση, στον τομέα της υγείας, ψηφιακών δεδομένων (τα οποία μεταδίδονται, αποθηκεύονται και ανακτούνται ηλεκτρονικά) για κλινικούς, εκπαιδευτικούς και διαχειριστικούς σκοπούς, τόσο σε τοπικό επίπεδο όσο και από απόσταση*».

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει «*τη χρήση σύγχρονων τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών για την κάλυψη των*

αναγκών των πολιτών, των ασθενών, των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και των υπευθύνων χάραξης πολιτικής»

Επίσης σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή η ηλεκτρονική υγεία :

- «Αφορά τα εργαλεία και τις υπηρεσίες που **βασίζονται σε τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ)** και μπορούν να βελτιώσουν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την παρακολούθηση και τη διαχείριση
- Μπορεί να έχει οφέλη για ολόκληρη την κοινωνία χάρη **στη βελτίωση της προσβασιμότητας και της ποιότητας της περίθαλψης** και στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας του τομέα της υγείας
- Περιλαμβάνει την ανταλλαγή πληροφοριών και δεδομένων μεταξύ ασθενών και παρόχων υπηρεσιών υγείας, νοσοκομείων, επαγγελματιών του τομέα της υγείας και δικτύων πληροφοριών υγείας, ηλεκτρονικών μητρώων υγείας, υπηρεσιών τηλεϊατρικής, φορητών συσκευών παρακολούθησης ασθενών, λογισμικού προγραμματισμού χειρουργείων, ρομποτικής χειρουργικής και βασικής έρευνας για εικονική ανθρώπινη φυσιολογία».

Οι ακόλουθες κατηγορίες στοιχειοθετούν και περιγράφουν την Ηλεκτρονική Υγεία σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή:

- Κλινικά πληροφοριακά Συστήματα: Ραδιολογίας, Ιατρικής απεικόνισης, διάγνωσης με υπολογιστική υποστήριξη, νοσηλευτικής, εκπαίδευσης στη χειρουργική, συστήματα οργάνωσης
- Τηλεϊατρική και συστήματα κατ' οίκον φροντίδας: διαχείριση ασθενειών, τηλεσυμβουλευτική, εξατομικευμένη ιατρική περίθαλψη και εξ αποστάσεως παρακολούθηση ασθενών
- Ολοκληρωμένα τοπικά, εθνικά πληροφοριακά δίκτυα υγείας: συστήματα Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας, e-συνταγές, e-παραπεμπτικά
- Δευτερογενή μη κλινικά συστήματα:
 - Συστήματα εκπαίδευσης για θέματα υγείας και προαγωγής της υγείας ο

Συστήματα έρευνας και ανάλυσης δεδομένων δημόσιας υγείας

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει διάφορα λειτουργικά υποσύνολα, όπως η m-health, η τηλεϊατρική και το ηλεκτρονικό αρχείο υγείας.

Η ηλεκτρονική υγεία είναι το αποτέλεσμα της συνάντησης και της συνεργασίας της συνεχώς, ραγδαίως εξελισσόμενης ιατρικής πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών, με σκοπό την ικανοποίηση της σύγχρονης ανάγκης για νέα και εξελιγμένα ασθενοκεντρικά συστήματα υγείας.

Κύρια χαρακτηριστικά και Μορφές ηλεκτρονικής υγείας

Τα κύρια χαρακτηριστικά της ηλεκτρονικής υγείας είναι:

- **Αποδοτικότητα:** ένας κύριος στόχος της ηλεκτρονικής υγείας είναι με την εφαρμογή της να αυξηθεί η απόδοση από τη μια και να μειωθεί το κόστος από την άλλη.
- **Βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης:** είναι απαραίτητο στοιχείο που πρέπει να καθορίζει την ηλεκτρονική υγεία και πρέπει να συμβαδίζει με το χαμηλό κόστος της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης.
- **Επιστημονική τεκμηρίωση:** η αποδοτικότητα της ηλεκτρονικής υγείας θα πρέπει να τεκμηριώνεται επαρκώς με επιστημονικές μεθόδους.
- **Ενδυνάμωση πολιτών και ασθενών:** μέσω του προσωπικού ιατρικού ηλεκτρονικού φακέλου, ενδυναμώνεται η θέση και ο ρόλος των πολιτών και των ασθενών, μέσα στο σύγχρονο ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας που σήμερα δημιουργείται.
- **Ενίσχυση της αλληλεπίδρασης:** μέσω της χρήσης της ηλεκτρονικής υγείας αλλά και της μελέτης των προσωπικών δεδομένων του ασθενούς όπως επίσης και της διαφάνειας των πράξεων του ιατρικού προσωπικού, ενισχύεται σημαντικά η αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενούς και ιατρού.
- **Συνεχής εκπαίδευση:** δίνεται η δυνατότητα της συνεχούς

ενημέρωσης και εκπαίδευσης τόσο του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, όσο και των ίδιων των ασθενών.

- **Διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφορίας:** η διαλειτουργικότητα ενισχύεται μέσα από την ταχεία και σε μεγάλη κλίμακα ανταλλαγή ιατρικής πληροφορίας.
- **Επέκταση της εμβέλειας της ιατρικής περίθαλψης:** οι πολίτες πλέον απολαμβάνουν ιατρικές υπηρεσίες πέραν του στενού τους περιβάλλοντος είτε αυτός ορίζει γεωγραφικό προσδιορισμό, είτε γενικότερο περιορισμό ιατρικής πληροφορίας. Αυτό ισχύει όχι μόνο για τις παροχές ιατρικής συμβουλευτικής ή θεραπευτικής αλλά και μέσω του e-φαρμακείου να προμηθεύεται φαρμακευτικά προϊόντα από παντού στον κόσμο.
- **Ασφάλεια:** απαραίτητη είναι η αυστηρή τήρηση του ιατρικού απορρήτου στη ηλεκτρονική υγεία και η λήψη μέτρων για την ασφαλή διακίνηση της ιατρικής πληροφορίας και των ιατρικών δεδομένων.
- **Ισότητα:** η ηλεκτρονική υγεία θα πρέπει να εξασφαλίζει την ισότητα μεταξύ των υπηρεσιών της με τους πολίτες.

Για να είναι βιώσιμη η Ηλεκτρονική Υγεία θα πρέπει να υπάρχει έγκαιρη πρόσβαση στην ιατρική πληροφορία κι αυτή να είναι αξιόπιστη, να ενισχυθεί ο ρόλος του ασθενούς στη διαχείριση της υγείας του και τέλος να διαμορφωθεί ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών.

Ηλεκτρονική Υγεία και Τηλεϊατρική

Η «τηλεϊατρική», η οποία περιλαμβάνεται ως εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας, σύμφωνα με την μορφολογική ανάλυση της σύγχρονης μορφής των λέξεων έχει ελληνική ρίζα, όπου «τηλε» σημαίνει «από απόσταση». Δηλαδή, η τηλεϊατρική είναι η παροχή υπηρεσιών παρακολούθησης, καταγραφής δεδομένων και περίθαλψης από απόσταση, μέσα από τη χρήση των ποικίλων συστημάτων τηλεπικοινωνιών. Η τηλεϊατρική δημιουργήθηκε κατά τη διάρκεια του έντονου ανταγωνισμού μεταξύ των ΗΠΑ και ΕΣΣΔ, για την απόκτηση της κυριαρχίας στη διαστημική επιστήμη. Τότε χρηματοδοτήθηκαν για πρώτη φορά η έρευνα και οι εφαρμογές στον τομέα της τηλεϊατρικής, από τη Διοίκηση Διαστήματος (NASA), την κυβέρνηση των ΗΠΑ, την

Εθνική Αεροναυτική και τη στρατιωτική δύναμη των Ηνωμένων Πολιτειών. Οι διαστημικές αποστολές της NASA, απαιτούσαν πλέον τη συνεχή παρακολούθηση της υγείας, αλλά και γενικότερα τη διαχείριση της, των Αμερικανών αστροναυτών που βρίσκονταν στο διάστημα.

Σήμερα η τηλεϊατρική έχει ως στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές, αλλά και την αλληλεπικοινωνία μεταξύ των ιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των ειδικών ιατρών της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, όπως επίσης και την επικοινωνία μεταξύ τους δηλαδή των ιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τους ιατρούς της δευτεροβάθμιας περίθαλψης κι ακόμη με τους ιατρούς της τριτοβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι βρίσκονται μακριά από την περιοχή του ασθενούς. Η τηλεϊατρική χρησιμοποιεί την σύγχρονη τεχνολογία της πληροφορίας και των τηλεπικοινωνιών, τους διάφορους ειδών ανιχνευτών που συλλέγουν τις απαιτούμενες πληροφορίες, τις συσκευές καταγραφής και μετάδοσης ήχου, εικόνας και /ή βίντεο, τους υπολογιστές και την τηλεμετρία και άλλα .

Με μία υπηρεσία για παράδειγμα όπως είναι η υπηρεσία μηνυμάτων και αποστολής αυτών μέσω διαφορετικών φορέων συμπεριλαμβανομένου και τις δυνατότητες για βιντεοδιαλέξεις .

Τα πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείου συνεισφέρουν στην τηλεϊατρική με τα συγκεκριμένα ηλεκτρονικά τους συστήματα όπως :

- το σύστημα διαχείρισης ασθενών
- το σύστημα διαχείρισης φαρμάκων και αναλώσιμων υλικών του νοσοκομείου
- τα πληροφοριακά συστήματα εργαστηρίου ραδιολογίας
- τα πληροφοριακά συστήματα εργαστηρίου μικροβιολογικών εξετάσεων
- το κλινικό αρχείο ασθενών
- το χρονοδιάγραμμα του χειρουργείου
- το χρονοδιάγραμμα της μονάδας εντατικής θεραπείας
- το σύστημα διαχείρισης ωραρίου των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού
- Την άμεση σύνδεση με τις μονάδες ΕΚΑΒ

Η τηλεϊατρική, μέσω της ανεπτυγμένης αυτής χρήσης της τεχνολογίας των πληροφοριών και των επικοινωνιών, συμβάλλει στη άμεση αποστολή και λήψη ιατρικών πληροφοριών από απόσταση, και παρέχει ιδιαίτερη υποστήριξη στη διάγνωση, τη θεραπεία, αλλά και στην ιατρική εκπαίδευση. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την εξυπηρέτηση διοικητικών, κλινικών και εκπαιδευτικών αναγκών.

Η πρακτική της τηλεϊατρικής εφαρμόζεται πλέον στην εξ αποστάσεως συμβουλευτική, την εξ-αποστάσεως εκπαίδευση, την τηλεπαρακολούθηση και πιο πρόσφατα την τηλεχειρουργική. Είναι πλέον δεδομένα οι χειρουργικές επεμβάσεις από απόσταση ανάμεσα στα μεγαλύτερα νοσοκομεία του κόσμου, επεμβάσεις που γίνονται κατ' αυτόν τον τρόπο είτε από έλλειψη εξειδικευμένων ιατρών, είτε από ελλείψεις όσων αφορά τα πλέον προηγμένα χειρουργικά μηχανήματα και εργαλεία.

Στην Ελλάδα και στο ΕΣΥ, από το 2016 άρχισε να εφαρμόζεται το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ), το οποίο βασίζεται και υποστηρίζεται από το δημόσιο δίκτυο δεδομένων ΣΥΖΕΥΞΙΣ του ΟΤΕ. Είναι στελεχωμένο με 43 μονάδες τηλεϊατρικής, 12 νοσοκομεία και 30 σε κέντρα υγείας νησιών του Αιγαίου. Μια μονάδα τηλεϊατρικής βρίσκεται και στο κέντρο επιχειρήσεων του Υπουργείου Υγείας με ρόλο να παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες σε θέματα πληροφορικής για τον καθορισμό της στρατηγικής για την Ηλεκτρονική Υγεία (e-Υγεία) και την τηλεϊατρική. Η συγκεκριμένη μονάδα πληροφορικής προγραμματίζει, διαχειρίζεται και συντηρεί εφαρμογές Τεχνολογίας, Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) που έχουν σαν στόχο τον εκσυγχρονισμό της λειτουργίας των Υπηρεσιών Υγείας με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς, την αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας, τη μείωση στα κόστη λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας και τέλος την εξοικονόμηση πόρων και χρόνου.

Επίσης η Μονάδα Πληροφορικής του Υπουργείου Υγείας:

- Παρέχει τεχνική υποστήριξη λογισμικών, υλισμικού, επικοινωνιών και δικτύου σε όλες τις Υπηρεσίες, Τμήματα, Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας του Υπουργείου Υγείας.
- Αναπτύσσει νέα συστήματα και έργα.
- Ετοιμάζει User Requirements/Προδιαγραφές.
- Παρέχει λειτουργική υποστήριξη συστημάτων πληροφορικής.
- Ετοιμάζει έγγραφα προσφορών που αφορούν συστήματα πληροφορικής.

- Ετοιμάζει Εκθέσεις Προόδου Έργων.
- Βοηθά και εκπαιδεύει χρήστες.
- Παρέχει Κέντρο Υποστήριξης Χρηστών.

Πλέον, η κάθε ξεχωριστή μονάδα τηλεϊατρικής που παρέχει το Υπουργείο Υγείας στους χρήστες είναι εφοδιασμένα από ένα υπολογιστή, μια οθόνη, μια κάμερα, μικρόφωνο, ηχεία και επίσης από μια σειρά απαραίτητων και κατάλληλων ιατρικών οργάνων, με τα οποία γίνεται η αναμετάδοση των αναγκαίων πληροφοριών ανάμεσα στα απομακρυσμένα κέντρα / νησιά και τα πιο κατάλληλα εξοπλισμένα νοσοκομεία της Αθήνας και του Πειραιά.

Τα οφέλη της τηλεϊατρικής είναι

- Η διευκόλυνση της πρόσβασης στο σύστημα υγείας ασθενών από απομακρυσμένες περιοχές
- Η αύξηση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας
- Η εξοικονόμηση χρημάτων από την ψηφιοποιημένη υγειονομική περίθαλψη
- Η καλύτερη επικοινωνία και η αυξημένη παραγωγικότητα του υγειονομικού προσωπικού
- Η παροχή μεγαλύτερης ακρίβειας και ταχύτητας στη διάγνωση και θεραπεία
- Ο περιορισμός των ιατρικών λαθών
- Η βελτιωμένη ιατρική εκπαίδευση

Η τηλεϊατρική είναι εν τέλη μια αναγκαιότητα της σύγχρονης κοινωνίας και του ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας, όπως αυτό διαμορφώνεται σήμερα. Ακόμη η ανάπτυξή της εξαρτάται από τα νέα δεδομένα είτε αυτά είναι κοινωνικά είτε αυτά είναι οικονομικά, πολιτικά.

Η απαίτηση για καλύτερη διαχείριση των οικονομικών της υγείας και η μείωση του κόστους των εφαρμογών της, είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες, οι οποίοι ώθησαν αποτελεσματικά την ανάπτυξη της τηλεϊατρικής.

Η συνεχώς αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού, επίσης, μαζί με την αυξανόμενη αναγκαιότητα της σύγχρονης κοινωνίας για την αναβαθμισμένη παροχή φροντίδας υγείας στους ηλικιωμένους οι οποίοι διαβιούν σε απόμακρες, ακριτικές

και δυσπρόσιτες περιοχές, αύξησαν την πίεση για γρηγορότερη εξέλιξη και εφαρμογή της τηλεϊατρικής στη σύγχρονη πραγματικότητα.

Απαραίτητη βεβαίως για τη γρήγορη ανάπτυξη και εφαρμογή της τηλεϊατρικής, είναι οι κυβερνητικές πρωτοβουλίες που λαμβάνονται και μέσω αυτών παίρνονται οι απαραίτητες αποφάσεις για την οικονομική στήριξη αλλά και για την συγκροτημένη και εξειδικευμένη εκπαίδευση του συνόλου των συμμετεχόντων σε όλη αυτή τη διαδικασία.

Η τηλεϊατρική είναι πια τόσο απαραίτητη, που χωρίς αυτή η παροχή υπηρεσιών υγείας καταλήγει να είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα, σήμερα κιάλας που οι χρόνιες παθήσεις αυξάνονται, αλλά και με το σύγχρονο τρόπο ζωής ο θεσμός και οι δεσμοί της οικογένειας χαλαρώνουν αισθητά, αφήνοντας πλέον τους γηραιότερους μόνους στο σπίτι και με τους νέους να αναζητούν εργασία ακόμη και εκτός συνόρων της χώρας τους, ως παγκόσμιοι πια εργάτες.

Είναι βεβαίως αποδεκτό από όλους πως η συνεχής εξέλιξη του ηλεκτρονικού και ψηφιακού υλικού στο χώρο των τηλεπικοινωνιών και της μικροηλεκτρονικής, οδήγησε στην παραγωγή νέων αισθητήρων και φορητών συσκευών, αλλά και νέων προγραμμάτων μέσω των οποίων η τεχνολογία διευκόλυνε κατά πολύ την εφαρμογή της τηλεϊατρικής όπως και τη χρήση της φορητής τεχνολογίας για τους ασθενείς. Οι μεγάλοι σε διαστάσεις αισθητήρες και τα ογκώδη ηλεκτρονικά συστήματα του παρελθόντος, έκανε πιο δυσχερή τη χρήση των συστημάτων της ψηφιακής υγείας. Η αντικατάσταση των παλιών κυκλωμάτων τους από μικροσκοπικά κυκλώματα, από λειτουργίες μικροελεγκτών, έδωσε τη δυνατότητα στους αισθητήρες να φορεθούν πιο εύκολα και οι ασθενείς να μετακινούνται και να εργάζονται, ανεξάρτητα αν τους φορούν χωρίς αυτοί να γίνονται ενοχλητικοί. Οι αισθητήρες πλέον βρίσκονται σε πολύ μικρά μεγέθη, είναι ασύρματοι φοριούνται κατά διάφορους τρόπους, είτε ως ρολόγια, είτε ως αισθητήρες προσκολλημένοι στο δέρμα, είτε σε γυαλιά και αλλού.

Η ραγδαία ανάπτυξη του διαδικτύου και η αύξηση των ταχυτήτων του, διευκόλυνε κατά πολύ την ευρεία, ογκώδη και ταχύτατη μεταφορά ψηφιακών δεδομένων, ενώ σύγχρονοι και πολύπλοκοι υπολογιστές με περίπλοκα συστήματα ανάλυσης δεδομένων, οδήγησαν στην επιτυχή εφαρμογή της τηλεϊατρικής και στην πιο εύκολη λειτουργία της σε πολύ δυσπρόσιτες περιοχές.

Μεγάλη βοήθεια στην εφαρμογή της τηλεϊατρικής, ήταν και η διεύρυνση της χρήσης των έξυπνων τηλεφώνων, smartphones. Τα έξυπνα τηλέφωνα φέρουν πολλαπλούς αισθητήρες υγείας, οι οποίοι βοηθούν σημαντικά στη συλλογή πολλών και διαφορετικών δεδομένων, αλλά και συνεισφέρουν μέσω της σύνδεσής τους στο δίκτυο του διαδικτύου μέσω του οποίου και κάνουν μεταφορά των

συλλεγμένων ιατρικών δεδομένων στο απομακρυσμένο κέντρο συλλογής και ανάλυσης. Οι αισθητήρες αυτοί, συνεισφέρουν σημαντικά στην συνεχή και σε πραγματικό χρόνο της υγείας και της ευεξίας του ασθενούς, ειδικά σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως για παράδειγμα ο Σακχαρώδης Διαβήτης, όπου μέσω των αισθητήρων μπορούμε να παρακολουθούμε την ρύθμιση του σακχάρου, στη συγκεκριμένη περίπτωση,, και αν χρειασθεί επεμβαίνουμε άμεσα.

Βεβαίως η συλλογή δεδομένων μέσω των αισθητήρων, βοηθάει πραγματικά το έργο του ιατρού, όσον αφορά την βελτίωση της θεραπευτικής του παρέμβασης, ιδιαίτερα κατά την έξαφνα εμφάνιση επιπλοκών και δυσάρεστων συμπτωμάτων εκ μέρους του ασθενούς, αλλά και συνεισφέρει και στην εκπαιδευτική του διαδικασία και στην προσωπική του επαγγελματική και ιατρική βελτίωση.

Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος

Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος υγείας περιέχει όλα τα ιατρικά δεδομένα του ασθενούς και είναι προσπελάσιμος σε όλα τα διασυνδεδεμένα και πιστοποιημένα ιδρύματα και ιατρούς. Περιλαμβάνει το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, τις φαρμακευτικές του αγωγές, τις εισαγωγές του στα νοσηλευτικά ιδρύματα, τις εργαστηριακές και όχι μόνο, εξετάσεις του, άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, οξεία συμβάματα, καθώς και χρεώσεις των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Η όλο και πιο εκτεταμένη χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου συνεισφέρει στη μείωση των ιατρικών λαθών, μέσα από την άμεση διερεύνηση και πρόσβαση του ατομικού ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, καθώς επίσης και μέσω της εξοικονόμησης χρόνου, μιας και η πληροφόρηση του ιατρικού προσωπικού είναι ταχύτερη και μειώνονται οι περιττές επαναλήψεις εξετάσεων και η θεραπεία εφαρμόζεται πιο γρήγορα.

Η ανάπτυξη όμως του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, συναντά και δυσκολίες, ιδιαίτερα στο ξεκίνημά του, όπως είναι η αρκετά υψηλή χρηματοδότηση που απαιτείται τόσο για την εκκίνηση της λειτουργίας του, όσο και για την συντήρησή του.

Το λογισμικό που απαιτείται πρέπει να είναι γρήγορο, εύχρηστο και εύκολα προσπελάσιμο αλλά και απλά εφαρμόσιμο από το ιατρικό προσωπικό.

Ένα σημαντικό πρόβλημα για την κατάρτιση και τη συνεχή ενημέρωση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, είναι η δυσπιστία των ιατρών απέναντι στην ηλεκτρονική εφαρμογή της υγείας, η έλλειψη χρόνου για τη απαραίτητη ενασχόλησή τους με την καταχώριση δεδομένων στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς, όπως και η ελλιπής τους εκπαίδευση όσον αφορά τις ηλεκτρονικές

υπηρεσίες και τις εφαρμογές τους.

Γι' αυτό και ιδιαίτερα σημαντική είναι η παροχή διαφόρων ειδών κινήτρων, όπως είναι τα οικονομικά κίνητρα, τα κίνητρα εξέλιξης του ιατρού, η απλοποίηση της λειτουργίας των ηλεκτρονικών συστημάτων και άλλα κίνητρα τα οποία οι κυβερνήσεις οφείλουν να παρέχουν.

Εφαρμογές έξυπνων καρτών (ηλεκτρονική κάρτα υγείας)

Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας είναι μια έξυπνη κάρτα ψηφιακών δεδομένων, η οποία εμπεριέχει όλα τα δεδομένα του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς, μέσω της οποίας ο ασθενής αλλά και το σύστημα υγείας έχει πρόσβαση από οπουδήποτε και σε οποιαδήποτε χώρα είναι συνδεδεμένη.

Η έξυπνη κάρτα μοιάζει με οποιαδήποτε άλλη κάρτα, όπως οι πιστωτικές κάρτες, έχει το ίδιο μέγεθος σχήμα και περιέχει στην επιφάνειά της ένα ολοκληρωμένο κύκλωμα το οποίο μπορεί να αποθηκεύσει ψηφιακά δεδομένα, όπως είναι στη συγκεκριμένη περίπτωση τα ιατρικά αρχεία του ασθενούς, προσωπικές πληροφορίες, ακόμη και ένα χρηματικό ποσό που πιθανόν να είναι αναγκαίο για τις ανάγκες του ασθενούς – κατόχου.

Επίσης διαθέτουν ένα ιδιαίτερα ασφαλές τσιπ μικροεπεξεργαστή πυριτίου, το οποίο μπορεί να επεξεργαστεί δεδομένα αλλά και να αλληλεπιδράσει με άλλους υπολογιστές ή με άλλα αυτοματοποιημένα συστήματα.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι έξυπνων καρτών που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας και πιο συχνά στο εξωτερικό. Κάθε κάρτα φέρει ιδιαιτερότητες τόσο όσον αφορά τις προσωπικές πληροφορίες του κατόχου καθώς και τα διάφορα λειτουργικά προγράμματα που αφορούν την υγεία του.

Παραδείγματα έξυπνων καρτών που χρησιμοποιούνται στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας, είναι οι Insurance Cards (περιέχει πληροφορίες με την ασφαλιστική ταυτότητα του ασφαλισμένου), οι Emergency Medical Cards (οι οποίες περιέχουν σημαντικές ιατρικές πληροφορίες και που αφορούν επείγοντα περιστατικά και απευθύνονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών). Οι Hospital Admission Cards (οι οποίες περιέχουν στοιχεία του ασφαλιστικού φορέα του ασθενούς και διάφορα δημογραφικά στοιχεία), οι Follow up Cards (όπου συγκεντρώνονται πληροφορίες για χρόνιες παθήσεις, όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, Νεφρική Ανεπάρκεια και Αιμοκάθαρση, Φαρμακευτικό και Εργαστηριακό Παρακλινικό ιστορικό), οι Universal Health Cards και οι Health Passport Cards.

Μέσω των έξυπνων καρτών εξασφαλίζεται ακόμη περισσότερο το απόρρητο των

δεδομένων και των προσωπικών πληροφοριών των ασθενών, και επιβεβαιώνεται η ταυτότητά τους. Επίσης είναι πια προσβάσιμες οι πληροφορίες για το ιατρικό ιστορικό τους ασθενούς από οποιονδήποτε υπολογιστή, αρκεί να έχει το απαιτούμενο λογισμικό, ακόμη κι αν δεν υπάρχει κάλυψη από το δίκτυο επικοινωνίας. Μπορεί να ελεγχθεί η ασφαλιστική κάλυψη και ενημερότητα και πραγματοποιείται άμεσα η πληρωμή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες από τον ασφαλιστικό του φορέα.

Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

Ηλεκτρονική συνταγογράφηση ορίζεται σύμφωνα με την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης Α.Ε. (ΗΔΙΚΑ), « η παραγωγή, διακίνηση και ο έλεγχος των ιατρικών συνταγών και των παραπεμπτικών για ιατρικές πράξεις, με την χρήση τεχνολογίας Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Τηλεπικοινωνιών, με τρόπο που διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια, τη διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών».

Η διασφάλιση της υγείας των πολιτών, η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ο εξορθολογισμός των διαδικασιών συνταγογράφησης και παραπομπής εξετάσεων, όπως και της εκτέλεσής τους και του ελέγχου τους, η εξοικονόμηση χρημάτων, αλλά και η ανάπτυξη ενός ανοικτού συστήματος, το οποίο θα περιλαμβάνει όλες τις διεθνείς πρακτικές και πρότυπα, ενώ θα μπορεί να παρέχει και σε τρίτους τη δυνατότητα ανάπτυξης υπηρεσιών, απαριστούν μερικούς σημαντικούς στόχους οι οποίοι τέθηκαν με την εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.

Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση παρέχει αρκετά οφέλη στον ασθενή. Κατά πρώτο η ηλεκτρονική συνταγή είναι σωστή και ασφαλής. Ο ασθενής γνωρίζει μέσα από το ιστορικό του τους ιατρούς τους οποίους επισκέφθηκε. Η εύκολη και συγκροτημένη πρόσβαση στο ιστορικό του από το γιατρό μειώνει την πιθανότητα ιατρικού λάθους και λανθασμένης διάγνωσης. Τέλος είναι σημαντική και η ασφάλεια των προσωπικών του δεδομένων, μιας και το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, απαιτεί την εισαγωγή κωδικών για τη χρήση του, οι οποίοι μετά την τρίτη λανθασμένη καταχώριση, το σύστημα κλειδώνεται.

Αλλά και στον χρήστη ιατρό τα οφέλη είναι πάρα πολλά. Είναι σημαντικό που ο γιατρός έχει πλήρη εικόνα για τον ασθενή, γεγονός που μειώνει την πιθανότητα λάθους, μιας και ο ιατρός βλέπει αναλυτικά όλο το ιστορικό του, είτε αυτό αφορά τη φαρμακευτική του αγωγή, είτε τον εργαστηριακό του και παρακλινικό του έλεγχο μαζί με όλες του τις νοσηλείες και τις παθήσεις από τις οποίες πάσχει.

Ο φαρμακοποιός επίσης είναι πλέον σίγουρος για την ορθή συγγραφή και εκτέλεση της συνταγής, αλλά και η επικοινωνία του με τον ασθενή γίνεται πιο άμεση και σίγουρη.

Μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης επιτυγχάνεται καλύτερη διαχείριση όσον αφορά τα οικονομικά των ασφαλιστικών ταμείων, ενώ ταυτόχρονα δίνεται η δυνατότητα της επιλογής των οικονομικότερων φαρμάκων. Σημαντική είναι η επιπλέον εξοικονόμηση έντυπου υλικού, όπως και η μείωση των εργατοωρών που απαιτούνται και βεβαίως της πολυδαίδαλης γραφειοκρατίας.

Με τη συνεχή και απαραίτητη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών για την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, οι ιατροί εξοικειώνονται με την ψηφιακή τεχνολογία και αυτό θα είναι χρήσιμο για αυτούς, μιας και η συνεχής αναβάθμιση και ψηφιοποίηση της υγείας γενικότερα είναι πλέον γεγονός.

Εν κατακλείδι δεν πρέπει να παραβλέψουμε τα κοινωνικά και επιστημονικά οφέλη από τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Είναι σημαντική η ποιοτικότερη και καλύτερη υγεία του κοινωνικού συνόλου γενικότερα μέσω της προσφοράς της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Μέσω της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που συσσωρεύονται κατά τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, οι γνώσεις των ιατρών, αλλά και της επιστήμης γενικότερα, εμπλουτίζονται, ενώ μέσα από τη συνεργασία και το διαμερισμό της γνώσης μεταξύ των χωρών και των κοινωνιών τα παγκόσμια κοινωνικά οφέλη πολλαπλασιάζονται.

Ένα σημαντικό μειονέκτημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι ο «Κίνδυνος Απόδοσης της Επένδυσης». Τα έξοδα αγοράς εξοπλισμού αλλά και η εφαρμογή και η συντήρηση ενός τέτοιου εγχειρήματος, είναι σημαντικά και πολλές μονάδες υγείας δεν είναι σε θέση να στηρίξουν οικονομικά αυτό το πρόγραμμα. Επίσης το ιατρικό προσωπικό χρειάζεται ένα περιθώριο χρόνου έτσι ώστε να προσαρμοστεί και να εκπαιδευτεί για τη σωστή εκτέλεση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Επίσης μερικά ακόμη μειονεκτήματα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι η δυσκολία στην ανάπτυξη της διαπροσωπικής σχέσης γιατρού – ασθενή, αλλά και της επικοινωνίας με τον ίδιο τον γιατρό αλλά και με τον φαρμακοποιό. Επίσης ως μειονεκτήματα θεωρείται η αίσθηση που έχει ο ασθενής για τον μειωμένο έλεγχο που μπορεί να ασκήσει επί της συνταγής του. Στο παρελθόν, με τις γραπτές συνταγές, οι ασθενείς μπορούσαν να αναζητήσουν οι ίδιοι πληροφορίες για κάποιο φάρμακο μιας και το βλέπαν γραμμένο στη συνταγή τους, ενώ στην ηλεκτρονική συνταγή αναφέρεται σε πολλές περιπτώσεις μόνο η δραστική ουσία του συνταγογραφούμενου φαρμάκου.

Βέβαια στην Ελλάδα ήταν γρήγορη η εφαρμογή του προγράμματος της

ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, το ιατρικό προσωπικό εκπαιδεύτηκε γρήγορα από ένα ενημερωτικό έγγραφο pdf το οποίο το υπουργείο ανάρτησε στο διαδίκτυο και την υπόλοιπη εκπαίδευση την ανέλαβαν οι ίδιοι οι ιατροί από ακούσματα κι από ερωτήσεις σε άλλους συναδέλφους.

Ιδιαίτερη προσοχή κατά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, πρέπει να δίνεται στο ζήτημα της ασφάλειας των δεδομένων. Είναι λογικό να υπάρχει η ανησυχία για τυχόν παραβίαση της ασφάλειας της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, γιατί άλλωστε είναι μια εφαρμογή που κινείται στους χώρους του διαδικτύου και υποβάλλεται στους κινδύνους αυτού.

Ηλεκτρονική αποπληρωμή υπηρεσιών υγείας

Η ηλεκτρονική βιομηχανία προσπάθησε να κάνει νέα επιχειρηματικά βήματα και στράφηκε στην επιχειρηματική εκμετάλλευση των νέων τεχνολογιών όπως είναι και στον τομέα της υγείας έτσι με τον όρο τιμολόγηση εννοούμε όλες οι επιχειρηματικές διαδικασίες οι οποίες καθορίζουν την τιμή πώλησης μιας υπηρεσίας υγείας στη συγκεκριμένη περίπτωση ή ενός αγαθού σε αντιδιαστολή με τη διατίμηση που επιβάλλει ο κρατικός φορέας shuttle 2012 σε γενικές γραμμές βεβαίως το τιμολόγιο το ηλεκτρονικό θα πρέπει να εμπεριέχει και το μέσο κόστος παραγωγής αλλά και το επιπλέον κέρδος του επιχειρηματία

Η ηλεκτρονική τιμολόγηση ορίζεται από την Ευρωπαϊκή επιτροπή σύμφωνα με την οδηγία 2001/115/EK20/12/2001 σύμφωνα με την οποία περιλαμβάνεται η λήψη η αρχειοθέτηση αλλά και γενικοί κανόνες για την ηλεκτρονική αποστολή. Ο σκοπός της είναι η απλούστευση η εναρμόνιση των όρων που περιλαμβάνονται στην τιμολόγηση με την φορολογική νομοθεσία και ο εκσυγχρονισμός σύμφωνα με την οδηγία 2001/29 της ευρωπαϊκής επιτροπής.

Προϋποθέσεις αποδεκτής και ικανοποιητικής ηλεκτρονικής συναλλαγής

Όλα τα τιμολόγια τα ηλεκτρονικά είναι έγκυρα και αποδεκτά όταν πληρούνται οι κάτωθι προϋποθέσεις:

- Απαραίτητη είναι η συναίνεση του παραλήπτη του τιμολογίου και του αποστολέα όπως ο παραλήπτης αποδέχεται την συγκεκριμένη μέθοδο της ηλεκτρονικής αποστολής του τιμολογίου.
- Απαιτείται το ασφαλές δικτυακό περιβάλλον μέσα στο οποίο θα διενεργείται

η αποστολή και λήψη των ηλεκτρονικών τιμολογίων.

Η πραγματοποίηση της ηλεκτρονικής τιμολόγησης περιλαμβάνει:

- Την ηλεκτρονική παράσταση και πληρωμή λογαριασμών
- Την ηλεκτρονική ανταλλαγή δεδομένων
- Την παράσταση και πληρωμή ηλεκτρονικού τιμολογίου
- Τη διαχείριση επιχειρησιακών πόρων

Τα οφέλη της ηλεκτρονικής συναλλαγής

Τα οφέλη τα οποία προκύπτουν από την ηλεκτρονική συναλλαγή στην οποία συμμετέχει μια μονάδα υγεία είναι:

- **Καταρχήν το μειωμένο κόστος**

Η εξοικονόμηση που γίνεται σε χαρτί σε αντιστοιχία με το ηλεκτρονικό τιμολόγιο μειώνει κατά πολύ το κόστος της επεξεργασίας και η εξοικονόμηση χρημάτων είναι και για τους δύο επωφελής και για τον αποστολέα και για τον παραλήπτη επίσης.

- **Αυξημένη αποδοτικότητα**

Καταρχήν η επικοινωνία με τα ασφαλιστικά ταμεία είναι πλέον καλύτερη, μιας και η αυξημένη ασφάλεια που παρέχεται μέσω της ηλεκτρονικής επικοινωνίας και της ανταλλαγής των ηλεκτρονικών τιμολογίων είναι σίγουρα μεγαλύτερη.

Υπάρχει μεγάλη εξοικονόμηση χώρου κατά την αρχειοθέτηση των τιμολογίων. Βεβαίως όχι μόνο ο χώρος ο οποίος καλύπτεται από την αρχειοθέτηση σε ηλεκτρονική μορφή είναι μικρότερος, αλλά υπάρχει και καλύτερη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στη διαχείριση των ηλεκτρονικών προμηθειών.

Σημαντική, επίσης, είναι η εξοικονόμηση χρόνου μιας και τα δεδομένα τα οποία εισάγονται ηλεκτρονικά δεν χρειάζεται να εισάγονται κάθε φορά εκ νέου αλλά επαναλαμβάνονται αυτόματα.

Η ασφάλεια κατά την αποστολή και την παραλαβή των

ηλεκτρονικών παραστατικών είναι ιδιαίτερα αυξημένη και αυτό δείχνει ότι είναι εγγυημένη και ασφαλή διαδικασία της ηλεκτρονικής τιμολόγησης.

Η μειωμένη κατανάλωση χαρτιού είναι και η φιλική προς το περιβάλλον συμπεριφορά της κοινωνίας και σίγουρα μέσω της ηλεκτρονικής τιμολόγησης αλλά και της συναλλαγής των ηλεκτρονικών τιμολογίων μεταξύ των συναλλασσόμενων μερών είναι σημαντικά μειωμένη.

Ηλεκτρονικές προμήθειες

Με τον όρο ηλεκτρονική προμήθεια περιγράφεται κάθε τεχνολογία σύμφωνα με την οποία σχεδιάστηκε η απόκτηση των αγαθών από κυβερνητικούς οι μη κυβερνητικούς εμπορικούς οργανισμούς μέσω του ηλεκτρονικού διαδικτύου. Τα στάδια εξέλιξης των ηλεκτρονικών προμηθειών είναι τα κάτωθι:

Στάδιο 1.

Αναφέρεται στην πρόσβαση σε διακηρύξεις που δημοσιεύονται μόνο μέσω του διαδικτύου

Στάδιο 2.

Ηλεκτρονικά μπορούν να σταλούν στους προμηθευτές τα σχετικά έγγραφα που απαιτούνται για τη συναλλαγή είτε μέσω της ιστοσελίδας είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και οι προμηθευτές μπορούν να τα αποθηκεύουν στο δικό τους ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Στάδιο 3.

Στο στάδιο 3 η αγοραπωλησία ολοκληρώνεται ηλεκτρονικά και οι προμηθευτές μπορούν να αποστείλουν τις προτάσεις τους για τις αγορές ηλεκτρονικά. Βασικός παράγοντας για την ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής προμήθειας είναι το περιβάλλον ασφάλειας και εγκυρότητας το οποίο εξασφαλίζεται με την καθιέρωση της ηλεκτρονικής υπογραφής.

Θα πρέπει σίγουρα να λάβουμε υπόψη μας ότι στον τομέα της υγείας υπάρχει μία λεπτή ισορροπία όσον αφορά την πολυπλοκότητα της προμήθειας. Και αυτό διότι τα αποθέματα ,

όσον αφορά το υγειονομικό υλικό θα πρέπει να είναι και επαρκή αλλά και σε συγκεκριμένη ποσότητα έτσι ώστε να μην οδηγείται σε απαξίωση του αποθέματος σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Το κόστος και η πολυπλοκότητα, η υψηλή όσον αφορά στα προϊόντα υγείας και ειδικά στα βιοϊατρικά είναι παράγοντες οι οποίοι απαιτούν σημαντικό χρόνο για την αξιολόγηση των προσφορών. Η ισορροπία μεταξύ του ικανοποιητικού αποθέματος προμήθειας με το μειωμένο ποσοστό καταστροφής, είναι μία αρκετά δύσκολη υπόθεση και οι αποφάσεις για την υλοποίηση της θα πρέπει να είναι ταχείες και αποτελεσματικές. Σίγουρα η πολυπλοκότητα η οποία χαρακτηρίζει τον τομέα της υγείας εμποδίζει σημαντικά στο να προβλεφθεί σωστά η αναγκαία ποσότητα υλικού, που θα πρέπει να βρίσκεται σε ικανό απόθεμα για πιθανές μελλοντικές ανάγκες.

Ένα σημαντικό πρόγραμμα το οποίο έχει αναπτυχθεί και χρησιμοποιήθηκε για να ρυθμίσει τις ηλεκτρονικές προμήθειες είναι το Medical Order Center. Το πρόγραμμα αυτό εφαρμόστηκε στη μονάδα εντατικής θεραπείας στο νοσοκομείο San Francisco Munster στη Γερμανία το 2005.

Οι προμήθειες είχαν τυποποιηθεί με barcode και αυτό βοήθησε κατά πολύ στην ηλεκτρονική αποθήκευσή τους και στην ηλεκτρονική επεξεργασία τους. Το πρόγραμμα αναλύει συνεχώς την κατανάλωση αλλά και τη ζήτηση. Η ζήτηση αναλύεται συνεχώς και τα αποθέματα ρυθμίζονται ανάλογα με την ζήτηση και την κατανάλωση που υπάρχει κατά τη δεδομένη εκείνη στιγμή. Το όφελος είναι σημαντικό μιας και το απόθεμα μειώνεται σημαντικά αλλά και η έλλειψη σε φάρμακα ή άλλα υλικά υγειονομικού τύπου είναι περιορισμένη ακόμη και μέχρι 75% σε σχέση με την μη ηλεκτρονική καταχώρηση που γινόταν μέχρι πρότινος.

Η εξοικονόμηση του χρόνου επίσης για τη διεκπεραίωση των ηλεκτρονικών προμηθειών είναι πολύ σημαντική γιατί έτσι περισσεύει αρκετός χρόνος για να αφιερωθεί στους ασθενείς είτε αυτό αφορά τους γιατρούς είτε αυτό αφορά τους νοσηλευτές.

Πολλά άλλα προγράμματα και εφαρμογές χρησιμοποιούνται σήμερα για τη βελτίωση της διαδικασίας της διεκπεραίωσης των ηλεκτρονικών προμηθειών αλλά και για την εκπλήρωση των συνταγών οι οποίες εκδίδονται σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς ενώ το φαρμακείο ταυτόχρονα του νοσοκομείου

παρακολουθεί τη συνταγογράφηση και αναλόγως ρυθμίζει τα αποθέματα του σε φάρμακα αυτή είναι η ηλεκτρονική προμήθεια (e-procurement).

Κινητή Υγεία (m-health)

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας η κινητή υγεία (m-health), είναι η άσκηση της ιατρικής και δημόσιας υγείας που υποστηρίζεται από κινητές συσκευές όπως τα κινητά τηλέφωνα, συσκευές παρακολούθησης των ασθενών, προσωπικοί ψηφιακοί βοηθοί και άλλες ασύρματες συσκευές. που είναι άμεσα συνδεδεμένα με τον ασθενή – χώρο ασθενούς, τους ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, άλλους παρόχους υγείας και ασφαλιστικών τομέων.

Η ποιότητα και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αυξάνεται σημαντικά μέσα από την κινητή υγεία και τις εφαρμογές της (τουλάχιστον όσον αφορά την παρακολούθηση της πορείας υγείας του ασθενή).

Ο ρόλος της κινητής υγείας στο σύγχρονο σύστημα υγείας είναι πολύ σημαντικός καθώς ο πληθυσμός γηράσκει συνεχώς. Αποτέλεσμα αυτού του φαινομένου είναι ότι αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, αυξάνει συνεχώς το κόστος νοσηλείας, τη συχνότητα νοσηλείας, τη συνεχή αυξανόμενη απαιτούμενη περίθαλψη. Είναι αξιοσημείωτος ο ρόλος της κινητής υγείας διότι μπορεί πολύ εύκολα να καλύψει αυτές τις νέες εμφανιζόμενες ανάγκες, τις ελλείψεις σε χώρους και επαγγελματίες υγείας, καθώς και να συνεισφέρει στην παροχή υγείας σε ασθενείς που ζουν σε δυσπρόσιτες περιοχές όπως επίσης και σε άτομα με αναπηρία που δεν έχουν ακόμα σε πολλές περιπτώσεις εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Οι αισθητήρες

Οι αισθητήρες είναι ο πυρήνας κάθε φορητής συσκευής και χωρίζονται σε δύο είδη: βιοϊατρικοί και περιφερειακοί

Οι βιοϊατρικοί αισθητήρες περιλαμβάνουν :

- τα επιφανειακά ηλεκτρόδια δέρματος
- τους αισθητήρες της θερμοκρασίας
- τους πιεζοηλεκτρικούς αισθητήρες

Τα επιφανειακά ηλεκτρόδια δέρματος παρακολουθούν σήματα όπως είναι το

ηλεκτροκαρδιογράφημα, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και το ηλεκτρομυογράφημα. Οι αισθητήρες θερμοκρασίας ανιχνεύουν τη θερμοκρασία του δέρματος ενώ οι πιεζοηλεκτρικοί αισθητήρες παρακολουθούν τον καρδιακό ρυθμό και την αναπνευστική προσπάθεια.

Οι περιφερειακές αισθητήρες παίρνουν πληροφορίες από το εξωτερικό περιβάλλον όπου στεγάζεται ο ασθενής, όπως είναι οι κάμερες παρακολούθησης, οι περιβαλλοντικοί αισθητήρες, το GPS, οι αισθητήρες επαφής και άλλα.

Υπάρχουν πολλοί είδη αισθητήρων. Οι αισθητήρες της φορητής συσκευής που χρησιμοποιούνται στην προκειμένη περίπτωση είναι δυο ειδών: αυτοί οι οποίοι ενσωματώνονται σε ενδύματα του ασθενή και αυτοί οι οποίοι τοποθετούνται απευθείας στο σώμα του ασθενή. Οι αισθητήρες που είναι σε απευθείας επαφή με το σώμα εφαρμόζονται για βραχυπρόθεσμες εφαρμογές μερικών ημερών, ενώ οι άλλοι αισθητήρες μπορούν να συνδεθούν ασύρματα μέσω διαφόρων τεχνολογιών όπως το zigbee.

Μέσω των αισθητήρων που αναφέρονται πιο πάνω υπάρχει δυνατότητα να καταγράφονται :

- ο καρδιακός ρυθμός με τη βοήθεια του οξύμετρου που είναι ενσωματωμένος σε δαχτυλίδι που προσαρμόζεται στο χέρι του ασθενή
- η παρακολούθηση των επιπέδων νοητικής συγκέντρωσης του ασθενή σε καθορισμένη χρονική στιγμή
- η φυσική δραστηριότητα και η ποιότητα του ύπνου
- η μέτρηση επιπέδου άγχους σε διαφορετικές καταστάσεις
- καθώς και η μυϊκή δραστηριότητα με ηλεκτρομυογραφικό αισθητήρα στο ρουχισμό .

Με του ίδιου τύπου αισθητήρα μπορεί να προσδιορίζεται επίσης την περίοδο αυξημένης γονιμότητας μιας γυναίκας μέσω της παρακολούθησης της θερμοκρασίας του σώματος κατά τη διάρκεια μερικών ημερών .

Πρόσφατα άρχισε η διάθεση ενός ηλεκτρονικού αισθητήρα, που καταργεί τις ταινίες μέτρησης και παρακολουθεί τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα με έναν αισθητήρα που τοποθετείται στο μπράτσο του ασθενή και μεταδίδει συνεχώς τις διακυμάνσεις του σακχάρου σε μια απομακρυσμένη μονάδα .

Υπάρχουν επίσης έρευνες για αξιολόγηση της αρτηριακής πίεσης μέσω της «διαθερμικής οπτικής παρακολούθησης». Αυτή η μέθοδος προβλέπει τις μετρήσεις

της αρτηριακής πίεσης ενός ατόμου εκτιμώντας τον τρόπο με τον οποίο το φως του περιβάλλοντος διεισδύει και αντανακλάται από το εξωτερικό στρώμα του δέρματος. Οι έρευνες επικεντρώνονται στην τεχνολογία απεικόνισης για να αναδεικνύονται ακριβέστερες προβλέψεις της πίεσης του αίματος και των παλμών σε μοτίβα ροής αίματος στο πρόσωπο.

Εφαρμογή σε υγιή άτομα

Οι ηλεκτρονικές συσκευές υγείας δεν χρησιμοποιούνται μόνο στους ασθενείς, αλλά και σε υγιή άτομα για την παρακολούθηση της δραστηριότητας τους και τη βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης μέσω της εκγύμνασης.

Εφαρμογές σε άτομα που πάσχουν από συγκεκριμένη ασθένεια

Σήμερα διατίθενται στην ελληνική αγορά εφαρμογές οι οποίες αφορούν συνήθως την αντιμετώπιση της καθιστικής ζωής και της παχυσαρκίας μέσα από εφαρμογές λογισμικού οι οποίες μετρούν τα βήματα και την άσκηση

Η παρακολούθηση από απόσταση των ασθενών με χρόνιες παθήσεις όπως είναι η αρτηριακή υπέρταση, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης, οι πνευμονικές καταστάσεις και ασθένειες κι άλλα.

Τα Smartphones στην υπηρεσία της ηλεκτρονικής υγείας

Είναι γεγονός ότι καθημερινά αυξάνεται ο αριθμός των smartphones στην αγορά καθώς και οι πολίτες οι οποίοι τα χρησιμοποιούν. Συχνά είναι μία σημαντική ευκαιρία να χρησιμοποιηθούν τα λογισμικά των smartphones ως αισθητήρες για την παρακολούθηση χρόνιων παθήσεων και για την εφαρμογή της m health

Σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι λαμβάνονται υπόψιν για την επιλογή των smartphones και την χρήση τους ως αισθητήρες στην my health είναι η ευρεία κάλυψη, η μεγάλη επεξεργαστική τους δύναμη, η υψηλή ανάλυση τους σε εικόνες και βίντεο, καθώς και η δυνατότητα να ενσωματώνουν διάφορους αισθητήρες διαφορετικής ανάλυσης και χρήσης. Η πλειοψηφία των λογισμικών των οποίων χρησιμοποιούνται στα smartphones είναι για τους χρήστες ασθενείς και λιγότερα είναι για τους γιατρούς.

Τήρηση της Φαρμακευτικής Αγωγής

Η σωστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, είναι πολύ σημαντική για την σωστή αποθεραπεία αλλά και τη σωστή ρύθμιση των χρόνιων ασθενειών, όπως είναι η Αρτηριακή Υπέρταση, ο Σακχαρώδης Διαβήτης. Η παράλειψη των χορηγούμενων δόσεων των φαρμάκων, αλλά και γενικότερα η μη σωστή τήρηση της δοσολογίας τους, όχι μόνο επιδεινώνει την υγεία του ασθενούς, αλλά και επιβαρύνει σημαντικά και την ίδια την οικογένειά του και την κοινωνία γενικότερα, με την εμφάνιση των παρενεργειών οι οποίες είναι σοβαρές πολλές φορές, όπως και επιβαρύνει ταυτόχρονα και την οικονομία, μιας και αυξάνει σημαντικά το κόστος διαχείρισης της ασθένειας και των επιπλοκών της. Διάφορα λογισμικά έχουν προταθεί ή και χρησιμοποιούνται ακόμα, ειδικά μέσω των smartphones, όπως είναι το SMS for LIFE, το οποίο βασίζεται στην αποστολή σύντομων μηνυμάτων στον ασθενή, με σκοπό την υπενθύμιση της λήψης του φαρμάκου, ή ακόμη και της αγοράς του επόμενου σκευάσματος, μέσω της επανάληψης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το λογισμικό SMS for LIFE εξελίσσεται προσφέροντας πλέον στους ασθενείς ενημερώσεις για διάφορα θέματα δημόσιας υγείας ή και επείγουσες ανακοινώσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος.

Η αγορά της Ηλεκτρονικής Υγείας

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, η Ηλεκτρονική υγεία απαιτεί για τη σωστή της λειτουργία, ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας, όπου ο ασθενής θα είναι ενεργό στοιχείο και θα ελέγχει ο ίδιος και θα παρακολουθεί την υγεία του.

Ευρώπη

Η Ευρώπη αντιλαμβάνεται πολύ γρήγορα τη μελλοντική ζήτηση και τις αυξημένες εφαρμογές που θα δημιουργηθούν και δημιουργούνται ήδη στο χώρο της Ηλεκτρονικής Υγείας. Η άμεση πρόσβαση στην πληροφορία είναι πλέον απαραίτητη για την προώθηση της υγείας, για την προσωποποιημένη και συνεχή φροντίδα, για την αναβάθμιση της κατ' οίκον φροντίδας γενικότερα.

Επιπλέον, αυξάνεται η ταχύτητα της αντιμετώπισης των επειγόντων περιστατικών, αξιολογούνται οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και η επίδρασή τους στην υγεία του ασθενούς, του οποίου ενισχύεται πλέον ο ρόλος όσον αφορά τη συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων.

Γενικότερα στην Ευρώπη η αγορά των Health Information Systems and Technology αναπτύσσεται ραγδαίως.

Ελλάδα

Παρατηρείται ότι οι εμπορικές εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας στην Ελλάδα είναι περιορισμένες και συνήθως είναι μη διαλειτουργικές. Αγνοείται στις περισσότερες περιπτώσεις ο βασικός ρόλος του ιατρού, του ασθενούς και του ενδιάμεσο προσωπικού διαχείρισης των ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας (περιλαμβανόμενο και του εξοπλισμού) και η επεξεργασία όλων των πληροφοριών αυτών των συστημάτων. Επίσης, η συντήρηση και η διατήρηση αρχείων όλων αυτών των προσωπικών πληροφοριών δεν έχει ξεκάθαρες προδιαγραφές.

Ωστόσο ενθαρρύνεται η ερευνητική δραστηριότητα από διάφορους φορείς και σε ποικίλα επίπεδα: σχολεία, πανεπιστήμια, ιδιωτικές και μη εταιρίες. Παρόλα αυτά, οι περισσότερες δράσεις της ηλεκτρονικής υγείας στην Ελλάδα είναι σε υποδομές επικοινωνιών και δικτύων. Ο απαιτούμενος εξοπλισμός πληροφορικής στα νοσοκομεία, στα κέντρα υγεία και στα αγροτικά περιφερικά ιατρεία δεν είναι αναλογικά ιδίως μεταξύ τους ή είναι εντελώς ανύπαρκτος.

Στα περισσότερα νοσοκομεία τα τμήματα πληροφορικής και οργάνωσης, τα οποία είναι και η βασική μονάδα για την προώθηση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών του νοσοκομείου, δεν εφίστανται ή δεν είναι στελεχωμένα ή απλώς δεν λειτουργούν για διάφορους λόγους. Ωστόσο, τα μεγαλύτερα νοσοκομεία ενισχύονται σημαντικά σε αυτόν τον τομέα με πλήρη εξοπλισμό και εξειδικευμένο προσωπικό, μπορώντας κατ' αυτόν τον τρόπο να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις ενός όχι και τόσο παγκοσμίως καινοτόμου συστήματος. Εξαιρεση αποτελούν τα μικρά νοσοκομεία με λιγότερες από 100 κλίνες και στα οποία λόγω των παραπάνω αναφερόμενων λόγων δεν υφίσταται ουσιαστικά οργανωμένο τμήμα πληροφορικής και οργάνωσης.

Το πρόβλημα στην Ελλάδα, όσον αφορά ένα κομμάτι του τι είναι ηλεκτρονική υγεία, είναι επίσης η μη σωστή επικοινωνία και συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών, η πρόσβαση όλων των ιατρών σε αυτές στις υπηρεσίες και πληροφοριών και ιδιαίτερα σημαντικό και μη παραβλέψιμο, η μη σωστή επικοινωνία μεταξύ των ίδιων των ιατρών. Ο ρυθμός με τον οποίο οι νέες τεχνολογίες εισχωρούν στην Ελλάδα είναι ικανοποιητικός, όμως είναι ιδιαίτερα βραδύς όσον αφορά τα πληροφοριακά συστήματα γενικώς και ιδιαίτερα σε αυτόν τον τόσο ευαίσθητο τομέα όπως είναι τον τομέα υγείας.

Οργανισμοί

Οργανισμός HL7

Η ανάγκη για γρήγορη ανάπτυξη των λειτουργικών συστημάτων, οδήγησε το 1987 στις Η.Π.Α. τη δημιουργία του οργανισμού HL7, ο οποίος έχει ως στόχο την

ανάπτυξη της ηλεκτρονικής ανταλλαγής δεδομένων και την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ διαφορετικών συστημάτων, αυτοματοποιημένα. Αυτά τα αυτοματοποιημένα ηλεκτρονικά πρότυπα θα χρησιμοποιηθούν στην Υγεία, στην πρόνοια και στην Κοινωνική Ασφάλιση.

Σημαντική είναι για τον οργανισμό η εξέλιξη και η όλο και καλύτερη εφαρμογή της Διαλειτουργικότητας των πληροφοριακών προϊόντων στον τομέα της υγείας, της πρόνοιας και της Κοινωνικής Ασφάλισης, όπως επίσης και η ανταλλαγή πληροφοριών από τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς.

Το παράρτημα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του διεθνούς οργανισμού healthseven IMC στην Ελλάδα με την επωνυμία h17 hellas ιδρύθηκε και λειτουργεί από το 2003.

Μέσα στα ιδρυτικά μέλη του παραρτήματος απαριθμούνται το εργαστήριο βιοϊατρικής τεχνολογίας του Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου, το Ινστιτούτο Πληροφορικής του ιδρύματος Τεχνολογίας και Έρευνας, το Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, το εργαστήριο Πληροφορικής της Υγείας, το τμήμα νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το ινστιτούτο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας του Πανεπιστημίου Πατρών, η εταιρεία Ινστιτούτο Ερευνών και Μελετών Τηλεπικοινωνιών και Πληροφορικής νοτιοανατολικής Ευρώπης, Τμήμα Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας Ηράκλειο-Κρήτης, η Εταιρία Computer Control Systems AE , Ανώνυμη Εταιρία Κοινωνία της Πληροφορίας AE Αθήνα, Datamed Healthcare Integrator - Ολοκληρωμένα Συστήματα Πληροφορικής στην Υγεία και Πρόνοια AE, η «ΑΡΟΛΛΟ Προηγμένες Τεχνολογίες Υγείας Εμπορική και Ηλεκτρονική Εφαρμογών Ανώνυμη Εταιρία », και άλλα.

Το μέλλον της ηλεκτρονικής υγείας

Εδραίωση της ηλεκτρονικής υγείας και η αλληλεπίδραση ιατρού - ασθενούς

Με τη συνεχή ανάπτυξη της τεχνολογίας στον τομέα της πληροφορικής παρατηρούμε και στον τομέα της υγείας την σταδιακή παραγκώνιση του παραδοσιακού συστήματος ιατρικής περίθαλψης.

Το παραδοσιακό σύστημα ιατρικής περίθαλψης χαρακτηρίζονταν από επίσκεψη του ασθενή στον κλινικό γιατρό . Ο γιατρός ρωτά τον ασθενή για το πρόβλημα που τον ώθησε να απευθυνθεί στον ίδιο , για το πρόσφατο παρελθόν του και το ιστορικό του, εξετάζει πλήρως τον ασθενή και ταυτόχρονα λαμβάνει τις θεραπευτικές αποφάσεις για την υγεία του και ορίζει μία παρακολούθηση της

αποθεραπείας του ή της ρύθμισης τις χρόνιες νόσους του. Μεταξύ των επισκέψεων ανάμεσα στον ασθενή και στο γιατρό που ανέλαβε το περιστατικό δεν υπάρχει επικοινωνία, ακόμα περισσότερο εάν η θεραπεία γίνεται κατ' οίκον.

Επίσης, οι επαφές με την ομάδα της κλινικής στην οποία ο ασθενής περιθάλπεται, σε περίπτωση νοσηλείας, είναι ελάχιστες. Με αυτόν τον τρόπο ο ιατρός δεν έχει πρόσβαση στους καθημερινούς παραμέτρους που ορίζουν την πορεία της θεραπείας του ασθενή.

Τα μελλοντικά μοντέλα ολοκληρωμένης περίθαλψης και ειδικά των εξωτερικών ασθενών δείχνουν μεγαλύτερη έμφαση:

- στην αυτοδιαχείριση, το πώς δηλαδή οι ασθενείς θα αποφασίζουν για την ανάγκη που έχουν για ιατρική περίθαλψη και για το πώς θα καταναλώνουν τα φάρμακα που τους έχουν συνταγογραφηθεί.
- στην επιτυχία της απομακρυσμένης ηλεκτρονικής παρακολούθησης των συμπτωμάτων, βεβαίως με τη συμβολή των βοηθητικών συστημάτων πλοήγησης και καταγραφής, προγραμμάτων προειδοποίησης όπως και αλγορίθμων.
- στην έγκυρη ενημέρωση της ομάδας της κλινικής περίθαλψης για τη βέλτιστη αντιμετώπιση και παρακολούθηση του ασθενούς.
- στην άμεση ενημέρωση και επέμβαση των υπόλοιπων ομάδων επεμβάσεων για την μεταφορά του ασθενή σε περίπτωση εκτάκτου περιστατικού.

Το πρόβλημα με το παραδοσιακό σύστημα κλινικής εξέτασης και αξιολόγησης ήταν ότι οι ασθενείς ξόδευαν μεγάλα χρηματικά ποσά για πρόληψη και παρακολούθηση της υγείας τους. Υπήρχε δηλαδή σπατάλη πόρων όταν η ασθενής ήταν καλά, με περιττές επισκέψεις εξωτερικών ασθενών στα ιατρεία, ενώ ταυτόχρονα υπό χρησιμοποιούσε πόρους όταν χρειαζόταν να παρακολουθείται μεταξύ των κλινικών επισκέψεων.

Σύμφωνα με τα καινούργια μοντέλα ηλεκτρονικής παρακολούθησης και περίθαλψης, ο ασθενής θα έρχεται σε επαφή με ιατρό ή με κλινική – νοσοκομείο μόνο όταν θα υπάρχει πραγματική ανάγκη και εφόσον δεν μπορεί να περιθάλπεται κατ' οίκον.

Αυτοδιαχείριση

Ως αυτοδιαχείριση ορίζεται η ικανότητα ενός ατόμου να ανιχνεύει και να

διαχειρίζεται τα συμπτώματα, τη θεραπεία, τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής που είναι συνδεδεμένες με μία χρόνια πάθηση. Για να είναι η αυτοδιαχείριση επιτυχημένη θα πρέπει να υπάρχει ολοκληρωμένος συντονισμός στη σχέση μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς αλλά και να ορίζεται συγκεκριμένο σχέδιο περίθαλψης.

Το στρατηγικό σχέδιο ομοσπονδιακής τεχνολογίας για την υγεία από το 2015 έως το 2020 έχει ως στόχο καταρχήν την προσωρινή και αυτοδιαχειριζόμενη υγεία μέσω της ενδυνάμωσης της διαχείρισης της υγείας του ατόμου, τις οικογένειες και του φροντιστή. Οικογενειακή φροντίδα ορίζεται ο συντονισμός της φροντίδας μεταξύ των πολλαπλών κλινικών. Μέσω της οικογενειακής φροντίδας του ασθενή, αυξάνεται η αυτοεκτίμηση και η ποιότητα ζωής του ασθενούς και τους οικείους του, ενθαρρύνει μαζί με τους φροντιστές, κάνοντας με αυτόν τον τρόπο πιο γρήγορη και αποτελεσματική την αποθεραπεία.

Αποδοχή νέων τεχνολογιών

Η αποδοχή της τεχνολογίας των πληροφοριών από όλες τις εμπλεκόμενες ομάδες, εξετάζεται μέσα από το προσδόκιμο απόδοσης, την προσδοκώμενη προσπάθεια, τις κοινωνικές επιρροές, τα βελτιωμένα ηλεκτρονικά συστήματα, την ενσωμάτωση των στοιχείων και των δεδομένων των ασθενών στην υγειονομική περίθαλψη.

Οι γιατροί όπως και οι ασθενείς αρχικά αντιμετώπιζαν την ηλεκτρονική υγεία με δισταγμό. Από τη μια οι γιατροί διότι φοβούνταν ότι το πρόγραμμά τους θα υπερφορτωθεί μέσω της πρόσθετης αυτής εργασίας, είτε είναι η ανάγνωση των ηλεκτρονικών μηνυμάτων είτε είναι η καταχώριση των ηλεκτρονικών δεδομένων και της ηλεκτρονικής λεπτομερούς παρουσίασης του περιστατικού κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, πράγμα που μπορεί να επηρεάσει τη σχέση ασθενούς Ιατρού. Ο Ιατρός αφιερώνει πάρα πολύ χρόνο από την επίσκεψη και την παρατήρηση του ασθενούς στο να καταχωρεί δεδομένα ηλεκτρονικά και εικονικά στοιχεία από το ιστορικό του ασθενούς μειώνοντας εν τέλει τη διάρκεια και την πρέπεισασα προσοχή της κλινικής εξέτασης. Από την άλλη, οι ασθενείς αισθανόταν αβεβαιότητα όσον αφορά την αποτελεσματικότητα στην πρόληψη ή και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας όταν δεν υπάρχει ουσιαστική επαφή με τους Ιατρούς και τις νοσοκομειακές μονάδες.

Απομακρυσμένη παρακολούθηση

Η παρακολούθηση του ασθενούς από απόσταση και η συλλογή πληροφοριών

όταν ο ασθενής δεν βρίσκεται στο ιατρείο, μπορεί να χρειάζεται να είναι συνεχής και πιο ενοχλητική, για παράδειγμα για τους ασθενείς με καρδιακό βηματοδότη. Βεβαίως ενδέχεται η παρακολούθηση να απαιτείται να είναι πιο έντονη ή και διακεκομμένη όπως είναι όταν ζητούνται ημερήσια καταγραφή και τηλεφωνική αναφορά συμπτωμάτων, βάρους και άλλων ευρημάτων, παράδειγμα μέτρηση σακχάρου ή οξυγόνου, όπως επίσης και συμπλήρωσης αναφορών από τους φροντιστές όσον αφορά τη φροντίδα και την κλινική εικόνα του ασθενούς στην περίπτωση της κατ' οίκον περίθαλψης.

Ειδοποιήσεις

Το ιστορικό της νόσου του ασθενούς είναι μία συνέχεια πολλαπλών και απρόβλεπτων βημάτων κατά μήκος μιας τροχιάς εξέλιξης. Σε κάθε στάδιο η μετακίνηση από μία θέση σε μία άλλη θέση, από μία αγωγή σε μία άλλη αγωγή και η μεταβολή της αντιμετώπισης και της εξισορρόπησης της θεραπείας του ασθενούς μπορεί να αλλάζει συνεχώς. Σε αυτή την περίπτωση ο κλινικός γιατρός πρέπει να είναι σε θέση να λαμβάνει τις απαραίτητες ηλεκτρονικές ειδοποιήσεις που θα οδηγήσουν στην απόφαση της μεταφοράς σε επόμενο στάδιο, αλλά και οι ηλεκτρονικές ειδοποιήσεις να αξιολογούνται αλγοριθμικά έτσι ώστε να μειώνεται η πιθανότητα λάθους της θεραπευτικής επιλογής. Αυτό μπορεί να εφαρμοστεί κάλλιστα σε ασθένειες που μπορεί να έχουν συχνές και επεισοδιακές διαταραχές όπως είναι η επιληψία, το άσθμα, ο διαβήτης, αλλά ακόμα και στην οξεία νεφρική ανεπάρκεια, η δυσλειτουργία και τον καρκίνο.

Σίγουρα στο μέλλον η αυξημένη αυτοδιαχείριση (μέσω της εκπαίδευσης των ευαίσθητων – απομακρυσμένων ομάδων πληθυσμού και ιδιαίτερα των ασθενών στο να αποδέχονται και να διαχειρίζονται την τεχνολογία της πληροφορικής), η εμπιστοσύνη στα ηλεκτρονικά αναφερόμενα και καταγεγραμμένα αποτελέσματα ασθενών, η απομακρυσμένη παρακολούθηση των επικοινωνιών, καθώς και των συστημάτων που προειδοποιούν τους παρόχους ιατρικής περίθαλψης κατά την επέμβαση έχουν σημαντικές προοπτικές.

Ο εικονικός γιατρός

Η τεχνητή νοημοσύνη η οποία αρχίζει και χρησιμοποιείται στην ηλεκτρονική υγεία θα δώσει νέα προώθηση στις εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας και θα ανοίξει νέο δρόμο στην ιατρική και στην αντιμετώπιση και παρακολούθηση του ασθενούς σε ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα περίθαλψης. Η δυσκολία σήμερα έγκειται στο ότι τα διαθέσιμα συστήματα τεχνητής νοημοσύνης δεν αλληλοεπιδρούν με τον

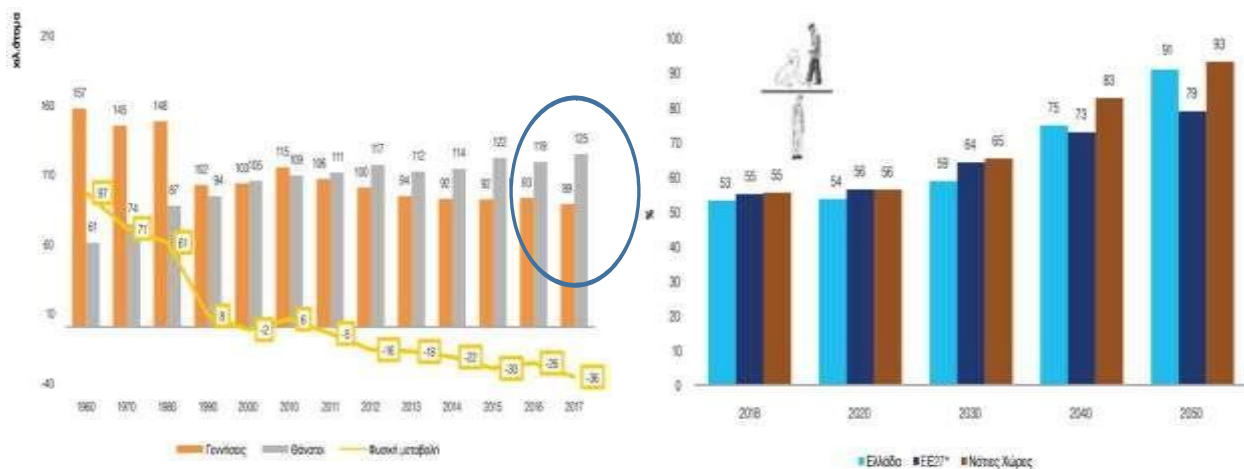
ασθενή και έτσι χρησιμοποιούνται μόνο από το γιατρό για να κάνει πρόβλεψη στη διάγνωση και στην πρόγνωση αλλά και να εκτιμήσει τα δεδομένα για να επιβάλλει κάποια θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σήμερα γίνονται κάποιες προσπάθειες ανάπτυξη της τεχνητής νοημοσύνης δημιουργώντας αλγόριθμους τέτοιους, έτσι ώστε να είναι σε θέση ο εικονικός γιατρός μέσω ενός συστήματος αναγνώρισης της ομιλίας αλλά και τις συνθέσεις της ομιλίας να μπορεί να επικοινωνεί με τον ασθενή αυτόνομα. Αυτό είναι πολύ σημαντικό για περιοχές όπου είναι δυσπρόσιτες όπως είναι οι αγροτικές περιοχές ή όπου είναι χαμηλή η πυκνότητα του πληθυσμού και η διάθεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι δύσκολη.

Στη χώρα μας είναι περισσότερο αναγκαίο παρά ποτέ να εντατικοποιηθούν οι επενδύσεις σε νέες ηλεκτρονικές υπηρεσίες για να συνεχίσει αφενός η ανθρωποκεντρική φροντίδα των πολιτών αλλά και να μειωθεί το κόστος παροχής υπηρεσιών από τις υπηρεσίες περίθαλψης υγείας.

Το αυξημένο και συνεχώς εξελισσόμενο δημογραφικό πρόβλημα της χώρας, μας οδηγεί ραγδαία σε μια γηράσκουσα κοινωνία, στην οποία θα αυξηθούν οι χρόνιες παθήσεις αλλά και οι δαπάνες για την ρύθμιση και την αντιμετώπισή τους.

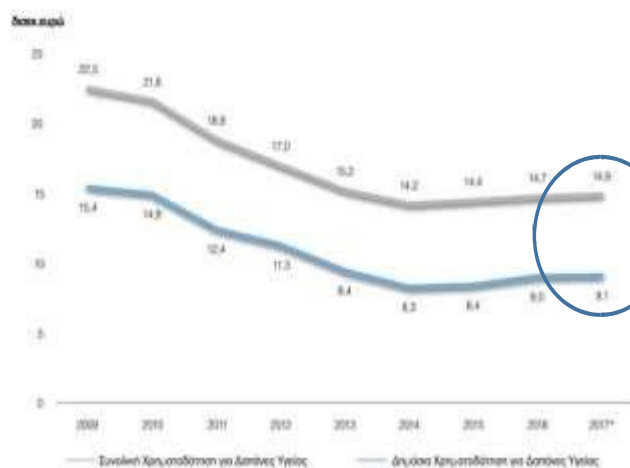
Στο κάτωθι διάγραμμα φαίνεται η συνεχής γήρανση του πληθυσμού με την ταυτόχρονη μείωση των γεννήσεων.



Επίσης στα επόμενα διαγράμματα φαίνεται πως η χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας μειώθηκε τόσο από το δημόσιο όσο κι από τον ιδιωτικό τομέα.

Ειδικά στην Ελλάδα η οικονομική κρίση και ο αυστηρός δημοσιονομικός έλεγχος, οδήγησαν σε έντονο περιορισμό τις δαπάνες υγείας, σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Αυτό οδήγησε και στην καθυστέρηση της ανάπτυξης της ηλεκτρονικής υγείας τόσο σε τεχνολογικό και λειτουργικό εξοπλισμό, όσο και στην συρρίκνωση της εκπαιδευτικής δραστηριότητας και της ερευνητικής διαδικασίας.

Διάγραμμα Α'



Διάγραμμα Β'



Στο διάγραμμα που ακολουθεί φαίνεται η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών της υγείας και η ανάλυσή στον καταμερισμό της στη δημόσια και στην ιδιωτική δαπάνη.



Οι σύγχρονοι πάροχοι υπηρεσιών ψηφιακής υγείας στην Ελλάδα είναι η ΗΔΙΚΑ, ο ΕΟΠΥΥ, το Υπουργείο Υγείας, τα Νοσοκομεία (δημόσια και ιδιωτικά), οι ιδιώτες ιατροί και οι Υγειονομικές περιφέρειες οι οποίες συνεισφέρουν μέσω των έργων τηλεματικής και άλλων πρωτοβουλιών.

Σήμερα στην Ελλάδα δαπανάται το 0,15% του συνόλου των δαπανών για την υγεία στην ψηφιακή υγεία. Σίγουρα η δαπάνη είναι πολύ μικρή σε σχέση με τα άλλα Ευρωπαϊκά κράτη, κι αυτό αποτελεί μια τροχοπέδη για την ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας, αλλά και της υγιούς επιχειρηματικότητας.

Οι καινοτόμες υπηρεσίες υγείας μέσα στα πλαίσια της νέας ψηφιακής πραγματικότητας στην υγεία, θα βοηθήσει σημαντικά στη μείωση των δαπανών, στη μείωση των εξετάσεων στα νοσοκομεία κατά 20%, τις ημέρες νοσηλείας κατά 5% και τα λάθη στη φαρμακευτική αγωγή κατά 90%.

Κεφάλαιο 2^ο

Αναγνώριση των αναγκών που χαρακτηρίζουν την περιοχή εφαρμογής

Το παρόν παραδοτέο αποτελεί ένα σχέδιο που θα αφορά λειτουργικά θέματα της κινητής μονάδας υγείας και τα οποία θα καθοριστούν με βάση τις ανάγκες της ελληνικής περιοχής του έργου. Επιπροσθέτως, στο πλαίσιο υλοποίησης της εν λόγω δράσης θα γίνει ο προσδιορισμός, η αξιολόγηση και η επιλογή της στρατηγικής που θα ακολουθηθεί κατά τη λειτουργία της κινητής μονάδας υγείας. Η «κατάστρωση» της κατάλληλης στρατηγικής θα συμβάλλει στο να εντοπιστούν που μπορεί να αναπτύξει πλεονεκτήματα η κινητή μονάδα υγείας και πως μπορεί να αναπτυχθούν υπηρεσίες που τη διακρίνουν.

Ο Δήμος Ωραιοκάστρου έχει αποδείξει εμπράκτως το ενδιαφέρον του για τους κατοίκους της περιοχής του που αντιμετωπίζουν οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα. Μέσα σε χαλεπούς καιρούς έχει καταφέρει να δημιουργήσει ένα δίκτυο κοινωνικής προστασίας για τους δημότες του, και ειδικότερα διαθέτει δομές κοινωνικής πρόνοιας και προστασίας οι οποίες εξυπηρετούν 1.070 άτομα, συγκεκριμένα λειτουργούν: 1 τράπεζα τροφίμων και το επισιτιστικό πρόγραμμα ΤΕΒΑ που καλύπτει τις ανάγκες 901 ατόμων, δράσεις του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας μέσω των οποίων ωφελούνται 120 άτομα και 57 ακόμη άτομα από το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» της Ελληνικής Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης ΕΕΤΑΑ. Επιπροσθέτως, στο Δήμο Ωραιοκάστρου λειτουργούν 9 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η) στα οποία απασχολείται κοινωνική λειτουργός, και τα οποία διαθέτουν 1.500 ενεργά μέλη (ηλικιωμένα άτομα). Σε εβδομαδιαία βάση 1 ιατρός με ειδικότητα γενικού παθολόγου, επισκέπτεται τα Κ.Α.Π.Η. προκειμένου να εξετάσει τα ηλικιωμένα άτομα και να συνταγογραφήσει την φαρμακευτική αγωγή τους.

Ο καλύτερος γνώστης των τοπικών αναγκών είναι η τοπική αυτοδιοίκηση καθώς λόγω της αμεσότητας των επαφών με την τοπική κοινωνία μπορεί εύκολα να δει τις ανάγκες και τα προβλήματα που υπάρχουν. Έχοντας στενή επαφή με την τοπική κοινωνία βλέπουν ανάγκες και προβλήματα που η κεντρική διοίκηση θα χρειαστεί πολύ περισσότερο χρόνο για να αντιμετωπίσει.

Ειδικότερα στην περίπτωση του Δήμου Ωραιοκάστρου δεν έχει μείνει μόνο στην ανεπίσημη καταγραφή των προβλημάτων αλλά έχει προχωρήσει και σε συλλογή στοιχείων των ιδιαίτερων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι κάτοικοι της περιοχής, δημιουργώντας έτσι έναν παραπάνω λόγο που είναι πρόθυμος να συμμετέχει στο πρόγραμμα.

Ο σχεδιασμός του συγκεκριμένου προγράμματος έχει ως στόχο να προσφέρει καινοτόμες υπηρεσίες υγείας στους κατοίκους που ζουν σε απομακρυσμένες

περιοχές του Δήμου Ωραιοκάστρου, να ενισχύσει τις τοπικές και κοινωνικές σχέσεις των κατοίκων, να οδηγήσει σε προληπτικές δράσεις υγείας, σε ενθάρρυνση του εθελοντισμού και στη δημιουργία θέσεων εργασίας. Στη διάρκεια της υλοποίησης του προγράμματος, στόχος είναι να γίνει πάντρεμα των καλύτερων πρακτικών της τεχνολογίας με τις ανθρώπινες ανάγκες και την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Μετά το πέρας του ενός έτους κατά το οποίο το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια του οχήματος θα γίνει στο πλαίσιο του έργου "REMOTE CARE", θα λειτουργεί πιλοτικά, στη λειτουργία του κατά τα επόμενα 4 έτη θα συνεργάζεται με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», το οποίο λειτουργεί όπως προαναφέρθηκε στο Δήμο. Η συνεργασία μεταξύ των δυο παρεχόμενων υπηρεσιών θα είναι τόσο σε επίπεδο εξοπλισμού όσο και σε επίπεδο ιατρικού προσωπικού.

Ειδικότερα, όσον αφορά στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», η εν λόγω πρωτοβουλία «τρέχει» στο Δήμο Ωραιοκάστρου εδώ και μερικά χρόνια. Το νέο αυτό μοντέλο προσφέρει λύσεις για την υποστήριξη ηλικιωμένων και ατόμων με μακροχρόνιες ανάγκες ώστε να αποκτήσουν ποιοτικά μια καλύτερη ζωή.

Σε ανθρώπους που μένουν μόνοι, που χρειάζονται μια βοήθεια στις ανάγκες του σπιτιού τους, στην διαβίωσή τους και στη φροντίδα της υγείας τους, ο Δήμος Ωραιοκάστρου παρέχει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» χωρίς κόστος.

Ήδη σε αυτό το πρόγραμμα του Δήμου απασχολούνται κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, οικογενειακοί βοηθοί και φυσιοθεραπευτές οι οποίοι επισκέπτονται τον εξυπηρετούμενο στο σπίτι του αντί να τους επισκεφθεί ο εξυπηρετούμενος.

Νέα προηγμένα συστήματα τηλεϊατρικής παρέχουν τα μέσα ώστε να παρακολουθούνται ζωτικά σημεία και συμπτώματα στο σπίτι, υποστηρίζοντας έτσι την παροχή αποτελεσματικής κοινωνικής φροντίδας στο Δήμο Ωραιοκάστρου.

Η παροχή αυτή του Δήμου, θα λειτουργεί συνδυαστικά και συμπληρωματικά με το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια του οχήματος θα γίνει στο πλαίσιο του έργου "REMOTE CARE" ώστε να είναι και οι δυο περισσότερο αποτελεσματικές.

Μετά το πέρας του ενός (1) έτους οι εργαζόμενοι του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, θα μειωθούν εφόσον όπως είδαμε θα υπάρχει ταυτόχρονη λειτουργία και αλληλοβοήθεια από τα προγράμματα του Δήμου.

Προτείνεται, ο εργαζόμενος που θα απασχολείται με σύμβαση έργου στο όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού να είναι ο γιατρός. Όμως οι

ανάγκες που θα πρέπει να καλύπτει η μονάδα θα παραμείνουν ίδιες και ενδεχομένως να αυξηθούν μετά τον επιτυχημένο πρώτο χρόνο λειτουργίας.

Το έργο και ο στόχος της παροχής δωρεάν πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλους τους κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών του Δήμου Ωραιοκάστρου δε θα αλλάξει, αντίθετα θα ενισχυθεί.

Επομένως, για την κάλυψη αυτών των αναγκών η ομάδα λειτουργίας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, θα αξιοποιεί το ήδη καταρτισμένο προσωπικό τόσο του Δήμου, όσο και του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι». Η ύπαρξη καταρτισμένων και επαγγελματιών ιατρών στο δυναμικό του έργου ενισχύει ακόμη περισσότερο τη συνέπεια και τη σημαντικότητα της λειτουργίας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Να επισημανθεί πως στόχος του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» είναι η παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, όπως ηλικιωμένα άτομα ή άτομα με αναπηρίες, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία.

Οι στόχοι των δύο προγραμμάτων (Βοήθεια στο σπίτι & δράσεις του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού) αλληλοσυμπληρώνονται αφού το όχημα θα συνεχίσει να παρέχει τις πρωτοβάθμιες εξετάσεις όσων χρειάζονται ιατρική υποστήριξη.

Παράλληλα, επιδιώκει την ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε συνολικό επίπεδο εφόσον η εφαρμογή της συνεισφέρει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των κατοίκων μίας περιοχής, στη μείωση των δαπανών στον τομέα της υγείας και τελικά στην πρόοδο και εξέλιξη της κοινωνίας.

Το ιατρικό προσωπικό το οποίο θα αποτελείται πλέον από περισσότερους νοσηλευτές και οικογενειακούς βοηθούς θα εξυπηρετούν και τα δύο προγράμματα.

Πιο συγκεκριμένα θα πρέπει να αναφερθεί πως εφόσον το έργο «REMOTECARE» είναι ιδέα και υλοποίηση του Δήμου Ωραιοκάστρου, η μισθοδοσία των εργαζομένων που θα στελεχώνουν τις προαναφερθείσες δομές, για τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του οχήματος θα καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του έργου, εφόσον νοούνται ως εργαζόμενοι στο έργο.

Οι εργαζόμενοι που θα απασχολούνται στο όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του θα έχουν συμβάσεις έργου

και η μισθοδοσία τους θα καλύπτεται από την χρηματοδότηση του Προγράμματος INTERREG Ελλάδα – Βουλγαρία 2014 - 2020. Στα επόμενα χρόνια λειτουργίας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, ο ιατρός που θα είναι ο βασικός εργαζόμενος της, θα θεωρείται εργαζόμενος του Δήμου Ωραιοκάστρου και ως εκ τούτου η μισθοδοσία του θα καλύπτεται από τον προϋπολογισμό του Δήμου.

Κεφάλαιο 3^ο

Καταγραφή των περιοχών επίσκεψης της κινητής μονάδας υγείας

Ο Δήμος Ωραιοκάστρου είναι Δήμος της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, ο οποίος συστάθηκε με το Ν. 3852/2010 (Νόμος 3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης» - ΦΕΚ Α87/7-6-2010) από τη συνένωση των τριών πρώην Δήμων Ωραιοκάστρου, Καλλιθέας και Μυγδονίας στο βορειοδυτικό τμήμα του Νομού Θεσσαλονίκης και έδρα του είναι το Ωραιοκάστρο. Ο συνολικός μόνιμος πληθυσμός του Δήμου Ωραιοκάστρου, ανέρχεται, σύμφωνα με τα προσωρινά αποτελέσματα της Απογραφής του 2011 (πηγή ΕΣΥΕ), σε 38.330 κατοίκους (19.500 άνδρες και 18.830 γυναίκες). Επίσης, σύμφωνα με τα προσωρινά αποτελέσματα της Απογραφής του 2011 (πηγή ΕΣΥΕ), η πυκνότητα μόνιμου πληθυσμού ανά τετρ. Χιλιόμετρο ανέρχεται σε 175,94%. Αντίστοιχα σύμφωνα με την απογραφή του 2001, ο μόνιμος πληθυσμός ανέρχονταν σε 24.962 κατοίκους. Κατά τη δεκαετία 2001-2011, στο Δήμο Ωραιοκάστρου παρατηρείται μια διαχρονική αύξηση του πληθυσμού. Πράγματι, ο μόνιμος πληθυσμός κατά την τελευταία απογραφή του 2011 αυξήθηκε από 24.962 σε 38.317 κατοίκους όπως φαίνεται στο παρακάτω πίνακα :

ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ 6.110
Τοπική Κοινότητα Μεσαίου 1.192
Μεσαίο 533
Μονόλοφος 370
Πετρωτό 289
Τοπική Κοινότητα Νέας Φιλαδέλφειας 923
Νέα Φιλαδέλφεια 923
Τοπική Κοινότητα Νεοχωρούδας 1.973
Αλέξανδρος Υψηλάντης 270
Νεοχωρούδα 1.703
Τοπική Κοινότητα Πενταλόφου 2.022
Πεντάλοφος 2.022
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΥΓΔΟΝΙΑΣ 10.491

Δημοτική Κοινότητα Δρυμού 3.659
Δρυμός 3.659
Δημοτική Κοινότητα Λητής 3.523
Ανθούπολη 221
Λητή 3.302
Τοπική Κοινότητα Μελισσοχωρίου 3.309
Άγιος Δημήτριος 22
Μελισσοχώρι 3.287
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΩΡΑΙΟΚΑΣΤΡΟΥ 21.716
Δημοτική Κοινότητα Ωραιοκάστρου 21.716
Άγιος Γεώργιος 329
Εγνατία 103
Νεόκαστρο 432
Ωραιόκαστρο 20.852
ΔΗΜΟΣ ΩΡΑΙΟΚΑΣΤΡΟΥ (Έδρα: Ωραιόκαστρο) 38.317

Οι υπάρχουσες ιατρικές υποδομές δεν μπορούν να εξυπηρετήσουν σημαντικό αριθμό κατοίκων καθώς η μοναδική ιατρική δημόσια υποδομή είναι το αγροτικό ιατρείο της ΔΕ Μυγδονίας. Έτσι, η λειτουργία της Κινητής Μονάδας Υγείας θα λειτουργήσει για να ενισχύσει τα απομακρυσμένα χωριά του Δήμου Ωραιοκάστρου καθώς και τους κατοίκους που δεν έχουν την δυνατότητα να μεταβούν σε ιατρείο ή νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Ένας βασικός στόχος του προγράμματος είναι και η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, προκειμένου οι ασθενείς να απευθύνονται στη δευτεροβάθμια υγεία μόνο όταν πρόκειται για ουσιαστικό λόγο.

Η πρωτοβουλία «RemoteCare» θα συμβάλλει καθοριστικά σε αυτόν τον στόχο και θα λειτουργεί συμπληρωματικά με το «Βοήθεια στο σπίτι» του Δήμου Ωραιοκάστρου. Εν συντομία να αναφέρουμε πώς η ιατρική φροντίδα που θα προσφέρει θα επικεντρώνεται και θα περιορίζεται συνάμα, σε κάποιες βασικές εξετάσεις αίματος, στη μέτρηση σακχάρου καθώς και στη μέτρηση πίεσης.

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που θα απασχολείται στη "RemoteCare"

δε θα έχει το δικαίωμα να συνταγογραφεί.

Το ενδιαφέρον αυτής της πρωτοβουλίας είναι πώς απευθύνεται σε όλους τους κατοίκους όλων των δυσπρόσιτων περιοχών του Δήμου, είτε είναι ασφαλισμένοι είτε όχι. Αυτό μπορεί εύκολα να γίνει κατανοητό αφού στοχεύει κυρίως σε πληθυσμούς που δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε νοσοκομειακή φροντίδα, είτε λόγω οικονομικής δυσμένειας, είτε λόγω έλλειψης μεταφορικού μέσου, είτε λόγω ανασφάλειας.

Παρατηρώντας την πυραμίδα ηλικιών παρατηρούμε ότι σε γενικές γραμμές η βάση της (νεαρές ηλικίες) είναι καλά αναπτυγμένη, ενώ οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων είναι περιορισμένες.

Διαπιστώνεται ότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό ατόμων νεαρής και μέσης ηλικίας, δηλαδή καθαρά ηλικίες που αποτελούν εργατικό δυναμικό, το οποίο έχει τη δυνατότητα να αναλάβει αναπτυξιακές δράσεις. Οι συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες έχουν αυξήσει τον αριθμό τους την τελευταία δεκαετία. Σε κάθε περιοχή την οποία θα επισκέπτεται η Κινητή Μονάδα Υγείας, θα έχει οριστεί εξ αρχής ένας χώρος στον οποίο θα μπορεί να σταθμεύει και αντίστοιχα να υποδέχεται και να εξετάζει τους κατοίκους. Σίγουρα αυτός ο χώρος οφείλει να είναι μεγάλος για να εξυπηρετεί τη στάθμευση του οχήματος και δεύτερον να είναι εύκολα προσβάσιμος στους κατοίκους.

Αυτός ο χώρος μπορεί να είναι κάποιο ήδη υπάρχον ανεκμετάλλευτο οικόπεδο το οποίο θα έχει επαρκή χώρο ώστε να συγκεντρωθεί ένας ικανός αριθμός κατοίκων, μπορεί επίσης να είναι κάποιο τοπικό «γήπεδο» ή τελικά αυτός ο χώρος να είναι έξω από το χωριό ή την κοινότητα κοντά στην έξοδο του χωριού, σε κάποιον πλατύ δρόμο, πάνω στον οποίο αν σταθμεύσει η Κινητή Μονάδα δε θα εμποδίζει την κυκλοφορία λοιπών οχημάτων.

Βάσει του προγράμματος που έχει ορίσει η ομάδα λειτουργίας του «RemoteCARE», οι επισκέψεις θα πραγματοποιούνται σε εβδομαδιαία βάση και πιο συγκεκριμένα 3 φορές την εβδομάδα. Σε αυτές τις ημέρες, θα επισκέπτονται διαδοχικά όλες τις περιοχές στις οποίες είτε δεν υπάρχει κέντρο υγείας ή αγροτικό ιατρείο, είτε δε λειτουργεί, είτε είναι μακριά για τους κατοίκους ώστε να το προσεγγίσουν.

Ο παρακάτω χάρτης παρουσιάζει αναλυτικά τις ημέρες, τις ώρες καθώς και τις περιοχές στις οποίες θα πραγματοποιούνται τα δρομολόγια της Κινητής Μονάδας Υγείας. Μοναδικό κριτήριο που έλαβαν υπόψη οι ιθύνοντες αυτής της πρωτοβουλίας είναι οι χιλιομετρικές αποστάσεις και πως θα τις συνδυάσουν ώστε να μπορέσουν να εξυπηρετήσουν όσο το δυνατόν περισσότερους κατοίκους.

Κεφάλαιο 4^ο

Καταγραφή των υφιστάμενων υποδομών υγείας

Το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού θα λειτουργεί όπως προαναφέρθηκε συμπληρωματικά και παράλληλα με προγράμματα και πρωτοβουλίες του Δήμου Ωραιοκάστρου, όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι».

Αυτό σημαίνει πώς οι ειδικότητες που θα απαρτίζουν το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού ίσως τροποποιηθούν ελαφρώς, κάτι το οποίο σημαίνει την προσθήκη ενός ακόμη νοσηλευτή και ενός κοινωνικού βοηθού/οικογενειακού φροντιστή.

Βασικό στοιχείο της λειτουργίας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού είναι η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας χωρίς τη δικαιοδοσία της συνταγογράφησης είτε απλών φαρμάκων, είτε εξειδικευμένης φαρμακευτικής αγωγής. Σε αυτό το σημείο, λοιπόν, έρχεται η πολύ κομβική σημασία του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» το οποίο έχει τη δικαιοδοσία για συνταγογράφηση και προμήθεια φαρμάκων. Σε αυτό το σημείο η συμπληρωματική λειτουργία αυτών των δύο κρίνεται εξαιρετική.

Εν συντομία να αναφέρουμε τις προσφερόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες τις οποίες θα μπορούν να απολαμβάνουν οι ασθενείς και όσοι χρίζουν βοήθειας.

Νοσηλευτική φροντίδα (λήψη ζωτικών σημείων, μέτρηση χοληστερίνης και σακχάρου, συνταγογράφηση και προμήθεια φαρμάκων, ενεσοθεραπεία)

Ατομική καθημερινή φροντίδα

Εκπαίδευση του φροντιστή της οικογένειας

Κοινωνική στήριξη της οικογένειας και διαμεσολάβηση με υπηρεσίες υγείας και υγειονομικές επιτροπές

Με την ταυτόχρονη λειτουργία των δύο προγραμμάτων, οι προσφερόμενες υπηρεσίες του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού θα

εκσυγχρονιστούν και θα λειτουργεί εντατικά η ατομική κοινωνική στήριξη του ασθενούς καθώς και η κοινωνική στήριξη της οικογένειάς του.

Επιπλέον, αυτή η ταυτόχρονη λειτουργία επιτρέπει και την εξυπηρέτηση περισσότερων ανθρώπων που έχουν ανάγκη και δεν μπορούν να προσεγγίσουν οι ίδιοι κάποιο περιφερειακό ιατρείο, ή κάποιο φαρμακείο για την λήψη συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής.

Επιγραμματικά κάποιες από τις υπηρεσίες που θα παρέχονται μέσα από τη λειτουργία του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού είναι:

- 1) Εξετάσεις αίματος, σακχάρου, πίεσης, χοληστερίνης,
- 2) καρδιογράφημα,
- 3) λιπομέτρηση.

Η πρωτοβουλία του Δήμου Ωραιοκάστρου με τον Βούλγαρο εταίρο αναφορικά με την Κινητή Μονάδα Υγείας έρχεται να ενισχύσει και να βελτιώσει τις ελλείψεις που παρατηρούνται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η Κινητή Μονάδα Υγείας θα συντονίζει σε συνεργασία με τις υπάρχουσες υποδομές Υγείας την παραπομπή ασθενών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας για περαιτέρω αξιολόγηση, εξέταση και τυχόν θεραπείες.

Θα είναι επανδρωμένη με τελευταίας τεχνολογίας μηχανήματα, όπως υπολογιστής και ιατρικός εξοπλισμός.

Πιο συγκεκριμένα, στο πλαίσιο υλοποίησης των δράσεων για την «Ανάθεση Υπηρεσιών Υποστήριξης και την Προμήθεια Εξοπλισμού στο πλαίσιο του έργου «RemoteCARE», η Κινητή Μονάδα Υγείας θα διαθέτει τις παρακάτω παροχές.

Ψηφιακή Ασύρματη Ζυγαριά / Λιπομετρητής η οποία θα διαθέτει κατ' ελάχιστο α) συνδεσιμότητα, τεχνολογία Wi-Fi 802.11 b/g/n (2.4Ghz), με προσωπική ασφάλεια WEP, WPA και WPA2 β) Ταξινόμηση: Εσωτερικά τροφοδοτούμενη συσκευή, εξάρτημα εφαρμογής τύπου BF (τέσσερα ηλεκτρόδια) γ) Ισχύς: 4 μπαταρίες AAA x 1,5 V. Διάρκεια ζωής μπαταριών: Περίπου 3 μήνες καθημερινής χρήσης δ) Εύρος μετρήσεων: Σωματικό βάρος: 5 kg-180 kg, Σωματικό λίπος: 5,0%-65,0%, Θερμοκρασία: 5°C - 40°C , Υγρασία: 20 - 85%RH, Ανάλυση ζυγαριάς: 0,1kg

Ψηφιακό Ασύρματο Πιεσόμετρο το οποίο θα διαθέτει ενδεικτικά συνδεσιμότητα μέσω Bluetooth, Πιστοποίηση European Society of Hypertension, ένδειξη αρρυθμίας κ.λπ.

Ψηφιακό Οξύμετρο SPO2 Ασύρματο

Βιοχημικός Αναλυτής – Φωτόμετρο

Φυγόκεντρος ο οποίος ενδεικτικά θα διαθέτει ισχυρή πλαστική θήκη από πλαστικό, θα έχει διακόπτη ασφαλείας, μεγάλη ταχύτητα για μικρούς κύκλους φυγοκέντρωσης και η χωρητικότητα του περιστροφέα θα είναι 20mlx12

Συσκευή Μέτρησης Χοληστερίνης, Τριγλυκεριδίων και Γλυκόζης του αίματος η οποία χρειάζεται απαραίτητως θα διαθέτει το εξής εύρος μέτρησης: 10-600 mg/dL (0.6-33.3 mmol/L) σάκχαρο, 130-400 mg/dL (3.3-10.2 mmol/L) χοληστερόλη, 0-500 mg/dL (0.56-5.6 mmol/L) Τριγλυκερίδια

Ταινίες σακχάρου

Ταινίες Τριγλυκεριδίων

Ταινίες χοληστερόλης

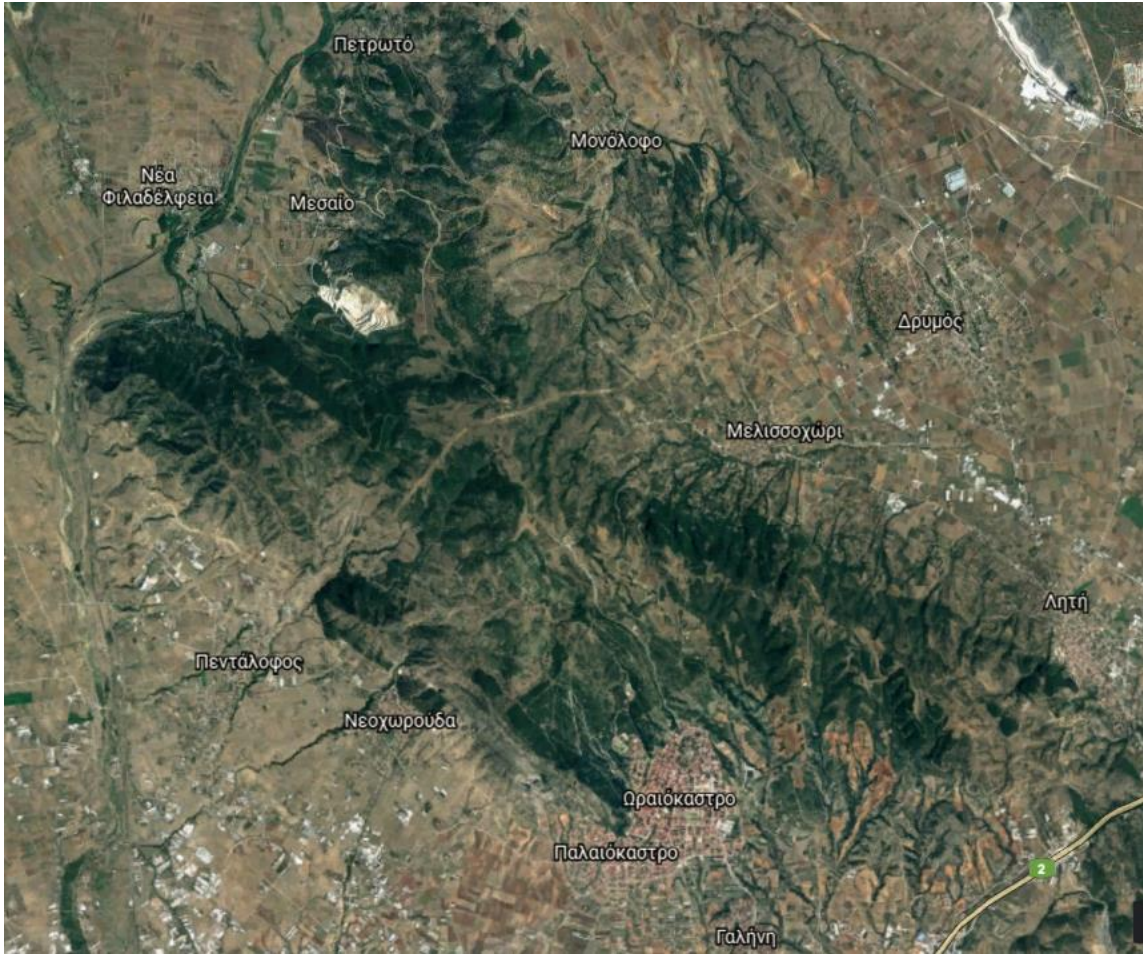
Καρδιογράφος Bluetooth

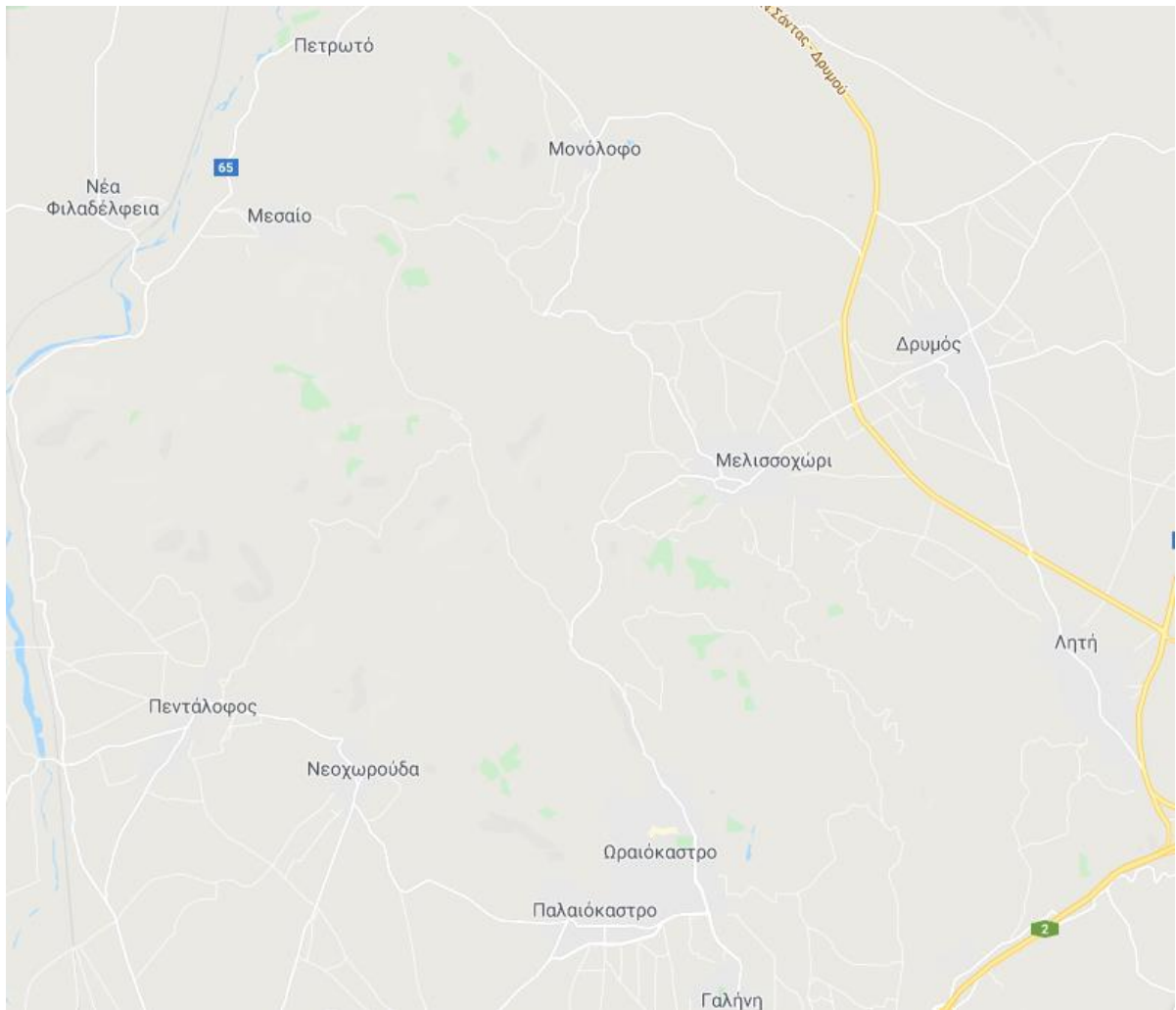
Καρδιογράφος Κάρτα Bluetooth

Λογισμικό Διεπαφής προγραμματισμού για τον καρδιογράφο κάρτα.

Στην ελληνική επικράτεια που μελετάμε στο παρόν σχέδιο λειτουργίας, πρόκειται να εξυπηρετηθούν χωριά και κοινότητες του Δήμου Ωραιοκάστρου τα οποία είναι απομακρυσμένα και με δύσκολη πρόσβαση καθώς επίσης και τα πιο κοντινά στο κέντρο του Δήμου. Οι κάτοικοι επίσης δεν δύνανται να έχουν άμεση πρόσβαση κατά γενική ομολογία των περιοχών αυτών είναι ηλικιωμένοι, μετανάστες και άνθρωποι με χαμηλό εισόδημα. Κατά συνέπεια η πρόσβαση στο κοντινότερο νοσοκομείο είναι δύσκολη τόσο από οικονομική όσο και από άποψη μεταφορικού μέσου. Για την επίτευξη του στόχου που έχει τεθεί, δηλαδή η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις απομακρυσμένες περιοχές, η ομάδα λειτουργίας του έργου, έχει οργανώσει με μεθοδικότητα ένα εβδομαδιαίο πρόγραμμα επισκέψεων στις περιοχές που χρήζουν ιατρικής φροντίδας.

Ο χάρτης που ακολουθεί παρουσιάζει ενδεικτικά τα χωριά από τα οποία αποτελείται ο Δήμος Ωραιοκάστρου. (φωτογραφία από Google Earth)





(φωτογραφία από Google maps)

Υφιστάμενες Υποδομές Υγείας

Στην περιοχή που μελετάμε, ήτοι στο Δήμο Ωραιοκάστρου, δεν υπάρχουν αρκετές υποδομές υγείας οι οποίες να είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν ως ένα βαθμό τους κατοίκους των περιοχών αυτών. Ο Δήμος Ωραιοκάστρου καθώς συνορεύει με τον Δήμο Θεσσαλονίκης, η πρόσβαση σε νοσοκομεία της περιοχής είναι εύκολη για ένα μέρος όμως του πληθυσμού. Ωστόσο, ο Δήμος Ωραιοκάστρου αποτελείται από πολλά χωριά και κοινότητες τα οποία είναι απομονωμένα και η πρόσβαση σε κεντρικό νοσοκομείο του Νομού δεν είναι εύκολη.

Ο Δήμος Ωραιοκάστρου δυστυχώς δεν έχει κανένα κέντρο υγείας και δεν μπορεί να παρέχει κανένα είδος οργανωμένης πρωτοβάθμιας υγείας. Η μοναδική οργανωμένη δομή υγείας στον Δήμο είναι ένα αγροτικό ιατρείο στην ΔΕ Μυγδονίας, στο οποίο μπορεί κάποιος να απευθυνθεί αν θέλει να κάνει μία πρωτόλεια εξέταση ή να του χορηγηθούν φάρμακα. Το αγροτικό ιατρείο λειτουργεί ως το προηγούμενο στάδιο από το κέντρο υγείας.

Το Κέντρο Υγείας είναι νοσηλευτική μονάδα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στις κυριότερες πόλεις (Έδρες Δήμων) των Νομών της Ελλάδας.

Η κατασκευή των υποδομών υγείας ξεκίνησε επί υπουργίας Γεννηματά την δεκαετία 1981-90 (στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας) και έπαιξε σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης στην περιφέρεια και στην εν μέρει αποσυμφόρηση των νοσοκομείων των πόλεων. Αυτό προέκυψε ως αποτέλεσμα της εύρυθμης λειτουργίας τους που αφορά τόσο την 24ωρη παροχή υπηρεσιών, όσο και την εξειδίκευση του προσωπικού, αλλά και την παροχή ιατρικών ασθενοφόρων για μεταφορά ασθενών και παροχή νοσηλείας σε διαμορφωμένους θαλάμους.

Η κινητή μονάδα υγείας «RemoteCARE» θα λειτουργήσει συμπληρωματικά με τις ήδη υφιστάμενες υποδομές, προκειμένου να συμβάλλει στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε όσους δεν έχουν ασφάλεια ή τη δυνατότητα μετακίνησης.

Ωφελούμενοι Προγράμματος

Οι ομάδες πληθυσμού στις οποίες απευθύνεται το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αφορά κυρίως τις παραμελημένες κοινωνικά ομάδες που κατοικούν κι εργάζονται σε απομακρυσμένες περιοχές του Δήμου Ωραιοκάστρου με στόχο την ενίσχυση αυτών.

Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα στα οποία απευθύνεται μπορεί να είναι ηλικιωμένοι, άνεργοι, μετανάστες ή πρόσφυγες, οι οποίοι δεν είναι δικαιούχοι ασφάλισης, αλλά

και άτομα που πάσχουν από βαριές μορφές αναπηρίας ή ασθένειας και δεν δύνανται να μετακινηθούν εύκολα ώστε και να λάβουν την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη.

Γενικότερα, απευθύνεται σε όλους τους κατοίκους όλων των δυσπρόσιτων περιοχών του Δήμου ανεξαρτήτως δυνατότητας ασφάλισης, οικονομικής κατάστασης, ηλικίας, φύλου, εθνικότητας προκειμένου να μπορέσουν όλοι να λάβουν από τη μονάδα υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Ηλικιωμένοι, Ρομά αλλά και άτομα με αναπηρία είναι οι πρώτοι στόχοι εξυπηρέτησης του προσωπικού της κινητής μονάδας υγείας χωρίς να αποκλείονται υγιή άτομα ή άτομα που δεν ανήκουν σε κάποια από τις παραπάνω ομάδες αλλά χρήζουν εξέτασης ή ιατρικού ελέγχου.

Το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού θα εξυπηρετεί δύναται να εξυπηρετεί και πληθυσμιακές ομάδες που μέχρι στιγμής κάλυπταν την όποια ανάγκη προέκυπτε μέσω του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι». Όμως, υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό κατοίκων του Δήμου που δεν κατάφερε τελικά να πάρει αυτό το βοήθημα. Αυτό όμως δε σημαίνει πώς δε θα εξυπηρετηθούν ή δε θα μπορούν να κάνουν τις εξετάσεις που χρειάζεται.

Αναλώσιμο Υγειονομικό Υλικό

Περιγραφή	Τεμάχια
Γάντια Latex medium	200
Γάντια Latex large	200
Υγρομάντηλα aloe vera 64τεμ	6
Συσκευές ορών 1,5μ Luer	25
ΣΥΡΙΓΓΕΣ με βελόνα 10cc21g	100
ΣΥΡΙΓΓΕΣ με βελόνα 20cc21g	50
ΣΥΡΙΓΓΕΣ με βελόνα 1ml 27g	100
ΕΠΙΘΕΜΑ ΓΑΖΑΣ ΑΠΛΟ 5x5 8PLY 100τ	1

ΕΠΙΘΕΜΑ ΓΑΖΑΣ ΑΠΛΟ 10x10 8PLY 100τ	1
ΓΑΖΑ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΗ 36x40cm 10ΤΕΜ.	1
ΓΑΖΑ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΗ 15x15cm 12ΤΕΜ.	1
Επίθεμα αυτ/το αποστειρωμένο 8x15cm	50
Επίθεμα αυτ/το αποστειρωμένο 10x15cm	50
Επίθεμα αυτ/το αποστειρωμένο . 10x20cm	25
Επίθεμα αυτ/το αποστειρωμένο . 10x25cm	25
ΤΑΙΝΙΑ BIOSILK 2,5cmx5m μεταξωτό	12
ΤΑΙΝΙΑ BIOSILK 2,5cmx9,14m μεταξωτό	12
ΤΑΙΝΙΑ BIOSILK 5cmx5m μεταξωτό	6
Βαμβάκι ρολο 1kg	1
ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ STRIPS 30τεμ.	1
ΟΞΥΖΕΝΕ 250ml	1
Δοκιμαστικά φιαλίδια με κόκκους 10ml	2.000
ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΟΣ ΛΟΣΙΟΝ 95ο 410ml	1

Στιγμαίος πάγος non-wooven	10
Ψυκτικό σπρέυ 200ml	1
STRIPS ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ 100τεμ.	1
Ιμαντας αιμοληψιας fast κοκ.	1
ΦΙΛΙ ΖΩΗΣ σε polybag	1
Φλεβοκαθετήρες 20g διπλ.ροή	100
Φλεβοκαθετήρες 22g διπλ.ροή	100
Πεταλούδες 27g	100
Μάσκα 3ply χειρ/κη με λάστιχα	50
Ουρ/τες 2lt βαλβ-κανουλα αποστ	10
Συσκευή αναρρόφησης δηλητηρίου	1
Φάκελος ανάρτησης	1
Κολλάρο Φιλαδέλφεια ρυθμιζόμενο	1
Κολλάρο αυχένος medium	1
ΡΑΜΜΑ αυτοκόλλητο 6x100mm	50
ΡΑΜΜΑ αυτοκόλλητο 12x100mm	50
ΨΑΛΙΔΙ χειρουργικό 14cm ΚΥΡΤΟ S-S	1

Κεφάλαιο 5ο

Ανάπτυξη πρωτοκόλλου συνεργασίας με τις υπάρχουσες υποδομές υγείας στην επιλέξιμη περιοχή

Το έργο RemoteCARE έχει σκοπό να αναβαθμίσει τις ιατρικές υποδομές υγείας που παρέχει ο Δήμος Ωραιοκάστρου στους πολίτες θέλοντας να τονίσει την σημαντικότητα της Πρωτοβάθμιας Υγείας. Ο Επικεφαλής Εταίρος στο πλαίσιο του έργου υλοποιεί δράσεις οι οποίες αφορούν στην προμήθεια και λειτουργία της Κινητής Μονάδας Υγείας. Μεταξύ άλλων, ο Επικεφαλής Εταίρος θα υλοποιήσει την δράση «6.1.3 – Πρωτόκολλο Συνεργασίας», στην οποία θα αναλάβει την σύνταξη του μνημονίου συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συμμετέχουν στο εταιρικό σχήμα με σκοπό τη δέσμευσή τους για συνεργασία και μετά τη λήξη του έργου.

Ειδικότερα, το πρωτόκολλο συνεργασίας θα περιλαμβάνει:

- Το κοινό πλαίσιο δράσης των εταίρων μετά τη λήξη του έργου μέσα από το οποίο θα δεσμεύονται για την συνέχιση της λειτουργίας των οχημάτων μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και για την βιωσιμότητα όλων των παραδοτέων
- Ανάπτυξη ιδεών για την συνέχιση των δράσεων του έργου «REMOTE CARE» στο πλαίσιο νέων συγχρηματοδοτούμενων έργων
- Ανάλυση των αναγκών της περιοχής μετά την υλοποίηση του έργου, οι οποίες θα μπορούσαν να καλυφθούν στο πλαίσιο συνεργασίας των δύο διασυνοριακών περιοχών.

Ο σκοπός για την ανάπτυξη και υπογραφή του συγκεκριμένου πρωτοκόλλου συνεργασίας είναι για να διασφαλιστεί η συνέχιση του έργου καθώς η πρωτοβάθμια υγεία και φροντίδα θεωρείται σημαντικότερο αγαθό για τους πολίτες του Δήμου Ωραιοκάστρου.

Η Σημασία της Πρωτοβάθμιας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είχε κατά καιρούς διαφορετικό περιεχόμενο ανάλογα με τις επικρατούσες κοινωνικές αρχές και αξίες, και το δημογραφικό και επιδημιολογικό πρότυπο που καθόριζε τις υγειονομικές ανάγκες. Σήμερα ορίζεται στο άρθρο 6 της Διακήρυξης ως «βασική φροντίδα που βασίζεται σε τεκμηριωμένες ιατρικά και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και αξιοποιεί κατάλληλα τη σύγχρονη τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα

υγείας και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο ανάπτυξής της. Η ΠΦΥ αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η ΠΦΥ φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους όπου οι πολίτες ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτή απευθύνεται στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης» (WHO, 1978).

Η ΠΦΥ έχει αναδειχθεί, τις τελευταίες δεκαετίες, σε έννοια - κλειδί για τα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών, καθώς θεωρείται ο κορμός, στον οποίο πρέπει να στηρίζεται κάθε αποτελεσματικό σύστημα υγείας.

Η ΠΦΥ απαντά άμεσα στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Μερικές από τις βασικότερες αρχές λειτουργίας της είναι η εξασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα, της ανεμπόδιστης προσπέλασης όλων των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες με δυνατότητα χρήσης τους όλο το 24ωρο καθ' όλη τη διάρκεια του έτους χωρίς οικονομική επιβάρυνση, της διάθεσης όλων των αναγκαίων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων ώστε να είναι δυνατή η αντιμετώπιση κάθε κοινού προβλήματος υγείας στο τοπικό επίπεδο, αποφεύγοντας έτσι τη μη αναγκαία προσφυγή σε νοσοκομειακή μονάδα.

Η αποφυγή των άσκοπων εισαγωγών στα νοσοκομεία έχει βαρύνουσα σημασία καθώς συμβάλλει καθοριστικά τόσο στη συγκράτηση των δαπανών και τη μείωση του λειτουργικού κόστους του νοσοκομειακού τομέα, όσο και στην ορθολογικότερη κατανομή και στην αποδοτικότερη αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

Το υποσύστημα της ΠΦΥ, ως θεμελιώδης συνιστώσα ανάπτυξης και λειτουργίας του υγειονομικού τομέα, στηρίζεται στη συνεχή και ολοκληρωμένη σύνδεση με τα άλλα 20 επίπεδα φροντίδας (δευτεροβάθμιο - τριτοβάθμιο), στην ενεργό παρέμβαση του πληθυσμού - στόχου, μέσω της συμμετοχής της κοινότητας, στην καθιέρωση και εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας, στο εκπαιδευτικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας που προσφέρουν υπηρεσίες εντός του υποσυστήματος της ΠΦΥ και στην ορθή αξιοποίηση των τοπικών, εθνικών και άλλων διαθέσιμων πόρων.

Το περιεχόμενο και η λειτουργική αποστολή της ΠΦΥ, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ είναι σε θέση να αποτελέσει ρυθμιστικό μηχανισμό και μοχλό ανασυγκρότησης για το σύνολο του

υγειονομικού τομέα, ενισχύοντας την ικανότητα του να εξασφαλίζει την κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Εφαρμογή στρατηγικής για την ολοκληρωμένη και εστιασμένη στο άτομο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Στην ελληνική πραγματικότητα, η εφαρμογή στρατηγικής για την ΠΦΥ πρέπει να βασιστεί στη μελέτη και ανάλυση διαθέσιμων στοιχείων αναφορικά με τη διάρθρωση και λειτουργία του συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας, λαμβάνοντας υπόψη το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, καθώς και την ιστορική εξέλιξή του, τις οργανωτικές και λειτουργικές δομές παροχής υπηρεσιών υγείας στους πολίτες και τις διαθέσιμες μεθόδους χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών ΠΦΥ. Μερικά εμπόδια στον σχεδιασμό και τη λειτουργία της ομάδας ΠΦΥ είναι τα ακόλουθα:

- Ο θεσμικός ρόλος της ομάδας της ΠΦΥ γενικά παραμένει ασαφής παρά το ότι σχετικές νομοθετικές πρωτοβουλίες έχουν προβλέψει τη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στην κοινότητα.
- Τα υφιστάμενα συστήματα διαχείρισης της πληροφορίας απαιτούν ολοκλήρωση και δράσεις συντονισμού.
- Παρατηρείται σημαντική χρονική υστέρηση στην παροχή κάποιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις ανάγκες των ατόμων στην κοινότητα.
- Η επιβάρυνση των ατομικών εισοδημάτων σε σχέση με τις ανάγκες που καλύπτονται μέσω της ΠΦΥ αλλά και τις οικονομικές δυνατότητες των νοικοκυριών είναι δυσανάλογη.
- Η ολοκλήρωση απουσιάζει από την ΠΦΥ.
- Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ είναι πτωχά διασυνδεδεμένες, χωρίς να αποτελούν συνήθως το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας, με βασικές λειτουργίες την περίθαλψη και τη συνταγογράφηση.
- Οι ανάγκες υγείας του ασθενούς δεν λαμβάνονται υπόψη στον σχεδιασμό των υπηρεσιών ΠΦΥ και απουσιάζει ο έλεγχος της ασφάλειάς τους και η αξιολόγηση της ποιότητάς τους.
- Ο ασθενής δεν συμμετέχει ενεργά στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας της ΠΦΥ.

Η ομάδα της ΠΦΥ αποτελεί εγγύηση για τον καθορισμό των βασικών προτεραιοτήτων και στόχων της εθνικής πολιτικής για την ΠΦΥ, καθώς και για τον εντοπισμό των κατάλληλων δράσεων που μπορούν να συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων αυτών για τους κάτωθι λόγους:

- ο A. Η οργανωτική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού που εργάζεται στην ΠΦΥ, τη δικτύωση των φορέων και τη χρηματοδότηση του συστήματος, συνεπώς η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο της ΠΦΥ αποτελεί βασικό εργαλείο για την ολοκληρωμένη φροντίδα στην κοινότητα. Έχει τονιστεί από πολλούς ερευνητές η ανάγκη εξασφάλισης συνέχειας τόσο στην καταγραφή των αναγκών, όσο και στη φροντίδα στην κοινότητα. Το πρόβλημα της υποστελέχωσης των μονάδων της ΠΦΥ με εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας έχει ως συνέπεια τη μη ανταπόκριση στις απαιτήσεις και τους στόχους του συστήματος της ΠΦΥ. Επιπλέον, αποτελεί αναγκαιότητα, ιδιαίτερα σε αυτήν τη δύσκολη οικονομική συγκυρία, η διαμόρφωση μιας κοινής, ενιαίας δέσμης υπηρεσιών από την ομάδα ΠΦΥ στον ελλαδικό χώρο, προκειμένου να ανταποκριθεί το σύστημα των υπηρεσιών φροντίδας και υγείας στις ανάγκες της ελληνική κοινότητας. Η έμφαση στον ρόλο του κάθε επαγγελματία υγείας στο πλαίσιο της ομάδας της ΠΦΥ θα αυξήσει την ικανοποίηση της χρήσης των υπηρεσιών, θα μειώσει την αναιμία πολλές φορές ζήτηση δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα βελτιώσει την εμπειρία της χρήσης υπηρεσιών φροντίδας και υγείας, θα εξασφαλίσει τη συνέχεια της φροντίδας και την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και θα μειώσει τη δαπάνη μέσω του συντονισμού των δράσεων της ομάδας της ΠΦΥ. Η ορθολογική κατανομή των δαπανών και η αναδιάρθρωση του συστήματος χρηματοδότησης σχετίζονται άμεσα με την αξιοποίηση των επαγγελματιών υγείας στα πλαίσια της ομάδας της ΠΦΥ.
- ο B. Η λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ σχετίζεται άμεσα με την ανάλυση και μελέτη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, την ποιοτική, επιστημονικά τεκμηριωμένη φροντίδα στην κοινότητα, την αποτελεσματική διαχείριση της πληροφορίας για το άτομο στην κοινότητα μέσω πληροφοριακών υποδομών και την αναβάθμιση της επικοινωνίας στο πλαίσιο της κοινότητας. Μετά από χρόνια αιτήματα, η δημιουργία του Υγειονομικού Χάρτη (επιδημιολογική βάση δεδομένων) στην Ελλάδα βοηθά ώστε να διασαφηνιστούν οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού και να βελτιωθεί η ανταποκρισιμότητα του συστήματος της ΠΦΥ. Η ομάδα της ΠΦΥ, στα πλαίσια της κοινότητας, εξασφαλίζει την ισότητα στην πρόσβαση και την ποιοτική φροντίδα υγείας κοντά στο σπίτι του ατόμου, στο χωροπλαίσιο της κοινότητας. Για να επιτευχθεί η λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ, θα πρέπει η ομάδα της ΠΦΥ να υποστηρίζεται από ένα αποτελεσματικό διοικητικό πλαίσιο, το οποίο θα

διασφαλίζει συνθήκες για τις καθημερινές συναλλαγές των πολιτών με τις μονάδες ΠΦΥ. Η διοικητική διεκπεραίωση των διαδικασιών των μονάδων της ΠΦΥ θα πρέπει να επιφορτίζει όσο το δυνατόν λιγότερο τους επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα της ΠΦΥ. Για τη διασφάλιση της επιτυχούς εφαρμογής της στρατηγικής θα πρέπει να προβλέπεται η οργάνωση ενός ενιαίου συστήματος συντονισμού, διοίκησης και εποπτείας της υλοποίησης του διοικητικού έργου στα πλαίσια της ΠΦΥ. Τέλος, θα πρέπει να προβλέπεται η διασφάλιση της ποιότητας μέσω κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, η τεκμηριωμένη κλινική πράξη και η εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού, και ιδιαίτερα των μελών της ομάδας της ΠΦΥ στην ομαδική εργασία, με στόχο να χτιστεί στο μέλλον μία δυνατή ομάδα ΠΦΥ και μία αποτελεσματική επικοινωνία με την κοινότητα. Συνεπώς, ο ρόλος της ομάδας της ΠΦΥ είναι πρωταρχικός και καταλυτικός τόσο για τη λειτουργική, όσο και για την οργανωτική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Σημαντικός είναι ακόμη ο ρόλος της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ στην ανάπτυξη από μέρους του ατόμου της αυτοφροντίδας και της αυτοδιαχείρισης. Αυτοφροντίδα σημαίνει η φροντίδα του εαυτού για να παραμείνει κάποιος υγιής. Η ίδια έννοια στα πλαίσια της χρόνιας νόσου γίνεται πιο περίπλοκη. Η αυτοφροντίδα απαιτείται για την επιτυχή διαχείριση και τον έλεγχο της χρόνιας νόσου. Είναι έννοια σφαιρική και διαπολιτισμική, και έχουν διατυπωθεί πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί ανάλογα με την προσέγγιση. Η αυτοφροντίδα ορίζεται ως η ικανότητα της διεξαγωγής δραστηριοτήτων και ικανοποίησης των προσωπικών αναγκών με σκοπό τη διατήρηση της υγείας και της ευεξίας (σωματικής, πνευματικής και ψυχικής). Η αυτοφροντίδα είναι μια συμπεριφορά που μαθαίνεται από το άτομο και επηρεάζεται από το περιβάλλον, την υγεία και τη νοσηλευτική φροντίδα, και τα συστατικά της είναι: οι γενικές ανάγκες αυτοφροντίδας (universal self care needs), οι αναπτυξιακές ανάγκες αυτοφροντίδας (developmental self care needs) και οι ανάγκες λόγω παρέκκλισης από την υγεία (health deviation). Το έλλειμμα αυτοφροντίδας (self care deficit) υπάρχει όταν το άτομο είναι ανίκανο να ικανοποιήσει τις ανάγκες του (ζήτηση αυτοφροντίδας) λόγω περιορισμών στις γνώσεις, τις δεξιότητες, την υποκίνησή του και των βασικών προσδιοριστικών παραγόντων (basic conditioning factors). Η αυτοδιαχείριση (self management) αφορά την ικανότητα του ασθενούς να διαχειρίζεται τη χρόνια νόσο, τα συμπτώματα, τη θεραπεία, τις σωματικές και κοινωνικές συνέπειες, τις αλλαγές στον τρόπο ζωής του. Η υποστήριξη στην αυτοδιαχείριση (self management support) αναφέρεται στις πολυεπίπεδες αλλαγές στο σύστημα υγείας και στην κοινότητα προκειμένου να

διευκολυνθεί η αυτοδιαχείριση της νόσου από τους ασθενείς. Η εκπαίδευση του ασθενούς (patient education) αναφέρεται στην παροχή γνώσεων και πληροφοριών στον ασθενή για τη νόσο του με σκοπό την τροποποίηση της συμπεριφοράς του, έτσι ώστε να προάγεται η κλινική έκβασή του. Η εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση (self management education) αναφέρεται στην ενίσχυση της προσωπικής δύναμης, της αυτοπεποίθησης του ασθενούς στις ικανότητές του να περατώσει συγκεκριμένες συμπεριφορές ή να μειώσει τα συμπτώματα, έτσι ώστε να βελτιώσει την κλινική του. Πώς όμως οι παραπάνω στρατηγικές και προσεγγίσεις μπορούν να υλοποιηθούν στη χώρα μας σε μια περίοδο που η ολοκληρωμένη ΠΦΥ αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τη διατήρηση ενός στοιχειώδους αποδεκτού επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού; Σε ποιο βαθμό οι θεμελιώδεις αρχές της ολοκληρωμένης (απαρτιωμένης) και εστιασμένης στον άνθρωπο φροντίδας, που αναφέρθηκαν στην παραπάνω ενότητα, μπορούν να ακολουθηθούν στη χώρα μας; Σε ποιο βαθμό οι δραστηριότητες περίθαλψης μπορούν να συναντηθούν ταυτόχρονα με αυτές της πρόληψης και της προαγωγής υγείας; Σε ποιο βαθμό ο κύριος στόχος της ΠΦΥ για την αλλαγή της συμπεριφοράς μπορεί να γίνει πράξη; Πώς νοείται η εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα, και πώς μπορούν όλες οι συλλεχθείσες από διάφορες πηγές πληροφορίες για την υγεία του να γίνουν αποφάσεις υγείας με τη δική του συμμετοχή; Ποιος θα εγγυηθεί την ασφάλεια του ανθρώπου και αποδέκτη των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που του προσφέρονται; Θεμελιώδη τα ως άνω ερωτήματα, που χρήζουν απαντήσεων πριν από κάθε απόπειρα σχεδιασμού υπηρεσιών ΠΦΥ. Η απάντηση είναι στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ και στη διεπιστημονική και διεπαγγελματική συνεργασία που διέπει τα μέλη της. Και αυτό διότι μόνο η ομάδα των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ διασφαλίζει τη δυνατότητα άμεσης και εύκολης πρόσβασης σε μία προσδιορισμένη ποιοτικά και ποσοτικά φροντίδα υγείας, με οριοθετημένες διαδικασίες, οι οποίες μπορούν να σχεδιαστούν, να εφαρμοστούν και να αξιολογηθούν στο πλαίσιο της κοινότητας, δηλαδή όσο πιο κοντά στο σπίτι του πολίτη.

Τα Προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Υγείας

Τα κύρια αστικά κέντρα είναι εξοπλισμένα με επαρκή υποδομή υγείας, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των σανατορίων. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις αγροτικές περιοχές είναι βασική αλλά ανεπαρκής. Μηχανισμοί έκτακτης ανάγκης, αναζήτησης και διάσωσης υπάρχουν, αλλά παρατηρούνται ελλείμματα στον εξοπλισμό και την οργάνωση. Στον κατακερματισμό αυτό έρχεται να προστεθεί η έλλειψη

συντονισμού και μια σειρά λειτουργικών προβλημάτων, κατά την ανάπτυξη της ΠΦΥ που σχετίζονται τόσο με τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού όσο και με την υλικοτεχνική υποστήριξη. Συνέπεια ήταν η αναποτελεσματικότητα και η αποτυχία στην ουσιαστική ενσωμάτωση και λειτουργική διασύνδεση με το ευρύτερο σύστημα υγείας.

Το πρόβλημα της ασυνέχειας στη φροντίδα υγείας εντείνεται και από τη μη τήρηση με συστηματικό τρόπο ατομικών ιατρικών ιστορικών για ενιαία χρήση από τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας, ενώ επιπλέον δεν υπάρχει σύστημα διακίνησης ιατρικών πληροφοριών για τους ασθενείς, τόσο μεταξύ των μονάδων υγείας, όσο και εντός της αυτής μονάδας, μεταξύ δύο διαδοχικών επισκέψεων. Η ανταλλαγή των πληροφοριών κρίνεται δύσκολη έως μηδαμινή με συνέπεια η έλλειψη συντονισμού να εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία των ασθενών καθώς δεν υπάρχει η δυνατότητα έγκυρης διάγνωσης.

Τέλος, επισημαίνεται ότι ο όλος προσανατολισμός του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ιατροκεντρικός και νοσοκομειοκεντρικός και στοχεύει στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και όχι στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, θέτοντας έτσι σε δεύτερη μοίρα την ανάπτυξη της ΠΦΥ. Η μη ύπαρξη ξεκάθਾਰου πλαισίου λειτουργίας της ΠΦΥ με την υπολειτουργία των ιατρών του ΕΟΠΥΥ, των κέντρων υγείας και των βασικών δομών ΠΦΥ, οδηγεί στην αντιμετώπιση πληθώρας περιστατικών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Έτσι στην ΠΦΥ απομένει η συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων. Αυτό σε συνδυασμό με τον ιατρικό πληθωρισμό αυξάνει τα έξοδα του συστήματος.

Λόγω των παραπάνω παθογενειών, το σύστημα της ΠΦΥ χαρακτηρίζεται από χαμηλή παραγωγικότητα και αναποτελεσματικότητα, με υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας και μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση. Οι ασθενείς από την άλλη πλευρά αντιμετωπίζουν το σύστημα υγείας με μεγάλη δυσπιστία και δυσαρέσκεια. Επομένως, καθορίζεται πρωταρχικής σημασίας ο επανασχεδιασμός της ΠΦΥ με βάση πληθυσμιακά και γεωγραφικά κριτήρια, με συστηματικό έλεγχο και λειτουργία βάσει διεθνών οδηγιών στην αντιμετώπιση των ασθενειών. Ένας σχεδιασμός που θα πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών με την υιοθέτηση και εφαρμογή κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Δεδομένων των συνθηκών, κρίνεται αναγκαία η υλοποίηση του έργου «RemoteCARE», καθώς θα συμβάλλει στην βελτίωση του τομέα της πρωτοβάθμιας υγείας σε διασυνοριακό επίπεδο και στην καταπολέμηση σοβαρών λειτουργικών προβλημάτων στον τομέα της υγείας.

Το πρόβλημα της προσβασιμότητας σε μονάδες υγείας

Σε αρκετές χώρες παρατηρείται συγκέντρωση των υπηρεσιών και δομών υγείας στις αστικές περιοχές και έτσι εγείρεται το ζήτημα της προσβασιμότητας των 'αγροτικών' πληθυσμών σε υπηρεσίες υγείας. Παρατηρούνται προβλήματα στην πρόσβαση ειδικά στις κοινωνικές ομάδες με περιορισμένους πόρους. Η ύπαρξη κοινωνικών και γεωγραφικών ανισοτήτων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας σε πολλά κράτη. Ανισότητες στην πρόσβαση παρατηρούνται όταν πόροι και εγκαταστάσεις είναι άνισα καταμερισμένα σε μια χώρα. Η μεταφορά με σκοπό την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαίτερος σημαντική καθώς πολλά άτομα εξαρτώνται από τα μέσα μαζικής μεταφοράς για την μετακίνηση τους.

Πολλές έρευνες συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι όσο αυξάνεται η απόσταση που διανύουν οι ασθενείς για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, τόσο χειρότερα είναι τα αποτελέσματα υγείας που εμφανίζουν.

Σε πολλές χώρες, χορηγείται οικονομική βοήθεια στους ιατρούς που εγκαθίστανται σε μια περιοχή με ανεπαρκή ιατρική κάλυψη. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι το Εθνικό Ινστιτούτο Ασθένειας και Ασφάλισης Αναπηρίας στο Βέλγιο διαθέτει ένα πρόγραμμα παροχής κινήτρων (Impulseo I) και χορηγεί 20.000 ευρώ σε ιατρούς που εγκαθίστανται σε περιοχές με λιγότερους από 90 ιατρούς/100.000 κατοίκους ή σε περιοχές με λιγότερους από 120 ιατρούς/100.000 κατοίκους και χαμηλότερο επίπεδο πυκνότητας πληθυσμού από 125 κάτοικους ανά τετραγωνικό μίλι.

Τα κέντρα Π.Φ.Υ. στην Ισπανία απασχολούν γενικούς ιατρούς, παιδίατρος, νοσοκόμες, κοινωνικό λειτουργό και διοικητικό προσωπικό και εξασφαλίζουν πρόσβαση εντός 15 λεπτών από οποιοδήποτε σημείο της επικράτειας. Παρέχεται ένα ολοκληρωμένο πακέτο φροντίδας, καλύπτοντας και μικροεπεμβάσεις, μαιευτική φροντίδα, κατ' οίκον επισκέψεις, υγειονομική περίθαλψη σε ψυχικά ασθενείς καθώς και αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ολόκληρο το 24ωρο.

Ανάμεσα στα βασικά χαρακτηριστικά ενός αποτελεσματικού συστήματος Π.Φ.Υ. είναι και οι σύντομοι χρόνοι αναμονής για την εξυπηρέτηση των ασθενών. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής προκαλούν δυσαρέσκεια των ασθενών, επιμέρους χειρότερα αποτελέσματα υγείας και αυξημένη κίνηση στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων.

Στα υψηλής ποιότητας συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, οι άνθρωποι θα έπρεπε να μπορούν να επισκεφτούν έγκαιρα τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης όταν αρρωστήσουν, ακόμα και την ίδια ημέρα. Η εφαρμογή της προηγμένης πρόσβασης (advanced access) στην Π.Φ.Υ. αποτελεί μεγάλη

πρόκληση, αν και συχνά δεν οδηγεί σε πρόσβαση στην ίδια μέρα. Πρέπει να συλλέγονται και να αναλύονται προσεκτικά τα δεδομένα για να εξισορροπηθεί η ζήτηση (μέση συχνότητα επισκέψεων και μέση διάρκεια επισκέψεων) και η προσφορά (διαθέσιμος χρόνος για τους ασθενείς) των υπηρεσιών υγείας. Η εφαρμογή της προηγμένης πρόσβασης απαιτεί διαρθρωτικές αλλαγές όπως τη μείωση του αριθμού των εγγεγραμμένων μελών ανά ιατρό, την αύξηση των ημερών εργασίας και την ενίσχυση του ρόλου του παραϊατρικού προσωπικού. Οι συγκεκριμένες αλλαγές μπορούν να έχουν σημαντικές επιπτώσεις τόσο στο εισόδημα των ιατρών όσο και στην εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία διαπιστώθηκε ότι οι νεότεροι ασθενείς προσέδωσαν μεγαλύτερη σημασία στο κλείσιμο ραντεβού σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή, ενώ οι ηλικιωμένοι ασθενείς θεωρούν σημαντικότερο να δουν ένα συγκεκριμένο ιατρό παρά να κλείσουν ραντεβού σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή με οποιοδήποτε ιατρό ή μια νοσοκόμα.

Η ποιότητα των υπηρεσιών και των παρεχόμενων φροντίδων υγείας

Η ποιότητα των φροντίδων υγείας αποτελεί ιδιαίτερα αμφιλεγόμενο όρο και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για να την περιγράψει, αφού έχει δυναμικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα μια και εμπεριέχει μεγάλο αριθμό εμπειριών του παρελθόντος και του παρόντος. Και τούτο διότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ιδιάζουσα περίπτωση υπηρεσιών, στις οποίες η αποτύπωση της ποιότητας δεν συνδέεται με τη συχνότητα αγοράς ενός προϊόντος ή επιστροφής του σε ένα οργανισμό, αλλά εμπερικλείουν πολλά δεδομένα, τα οποία έχουν ως στόχο, τη μοναδική εμπειρία της παροχής φροντίδας υγείας που βιώνεται από τον ασθενή. Έτσι, οι διαφορετικές απόψεις και οι διαφορετικοί ορισμοί για την ποιότητα της φροντίδας υγείας οδηγούν και σε διαφορετικές προσεγγίσεις της αξιολόγησης και της βελτίωσης της.

Ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, υπήρξε από τους πρωτοπόρους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας και με μεγάλο αριθμό μελετών και ερευνών καθιέρωσε στον ακαδημαϊκό χώρο τη διασφάλιση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας ως ξεχωριστό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης και διατύπωσε το 1966 για πρώτη φορά τον ορισμό της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας ως τη «...σύγκλιση της πραγματικής φροντίδας που δέχονται οι ασθενείς και των προκαθορισμένων κριτηρίων». Αργότερα, ο ίδιος αμφισβήτησε την ορθότητα του ορισμού της έννοιας της ποιότητας, δεδομένου ότι δεν διασαφηνίζεται κατά πόσο πρόκειται για μια ιδιότητα, ή ομάδα συνδεδεμένων λειτουργικών ιδιοτήτων, μια

διοικητική απόφαση ή μια προσωπική άποψη και διευκρίνισε ότι ο διαφορετικός ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι δικαιολογημένος, καθώς εξαρτάται τόσο από την σχέση που έχει αυτός που τον διατυπώνει με το σύστημα υγειονομικής φροντίδας, όσο και από το είδος και την έκταση των ευθυνών του.

Προχώρησε μάλιστα σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας στην υγεία και κατέγραψε μία σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της και αφορούν στο τεχνικό και διαπροσωπικό μέρος αλλά και στο περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες υγείας. Με βάση αυτή την προσέγγιση διατύπωσε τον κλασικό ορισμό της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας ως «αυτό το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία».

Αντίστοιχα η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ορίζεται από το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών (Institute of Medicine Committee) το 1990 ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για την υγεία, και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση, από το βρετανικό υπουργείο υγείας (Department of Health) το είναι να κάνεις τα σωστά πράγματα στους σωστούς ανθρώπους στην κατάλληλη στιγμή και να κάνεις τα πράγματα σωστά την πρώτη φορά, και από το Συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe) το 1998 ορίζει ως ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη θεραπεία αυξάνει τις πιθανότητες του ασθενούς για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων και περιορίζει τις πιθανότητες των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων, λαμβάνοντας υπόψη την τρέχουσα κατάσταση της γνώσης.

Διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών υγείας

	Donabedian (1988)	Department of Health(UK) (1997)	Council of Europe (1998)	Institute of Medicine (2001)
Αποτελεσματικότητα (Effectiveness)	X	X	X	X
Αποδοτικότητα (Efficiency)	X	X	X	X
Πρόσβαση (Access)	X	X	X	
Ασφάλεια (Safety)	X		X	X
Δικαιοσύνη (Equity)	X	(X)		X
Καταλληλότητα (Appropriateness)	X		X	
Επικαιρότητα (Timeliness)		X		X
Αποδοχή (Acceptability)			X	
Ικανοποίηση (Satisfaction)		(X)	X	
Βελτίωση υγείας (Health improvement)	X	X		
Συνέχεια (Continuity)				X

Πηγή: Legido-Quigley, 2008 (p. 8, τροποποιημένο)

Οι επιμέρους προσεγγίσεις ερευνητών που προέρχονται από χώρες με διαφορετικά υγειονομικά συστήματα, και αναπτύχθηκαν σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα, αποδεικνύει ότι:

- Υπάρχει μία σειρά παραμέτρων, οι οποίες προσδιορίζουν τον καθένα από αυτούς τους ορισμούς.
- Ο κάθε ορισμός τοποθετείται - και μ' αυτή την έννοια είναι «ορθός»- στα πλαίσια συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος.
- Ο κάθε ορισμός, με βάση τις παραμέτρους που τον προσδιορίζουν, αντανακλά τις αξίες και τους προβληματισμούς του υγειονομικού συστήματος στα πλαίσια του οποίου διαμορφώνεται.
- Όλοι οι ορισμοί επικεντρώνονται στο όφελος το οποίο προκύπτει για τον ασθενή και το οποίο σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι μεγαλύτερο από την πιθανή βλάβη.
- Το συνολικό όφελος για το κοινωνικό σύνολο και η αποτελεσματική χρήση των διατιθεμένων πόρων υπεισέρχονται στους περισσότερους από τους ορισμούς της ποιότητας.

Η προσέγγιση της έννοιας ποιότητα υγείας, όπως προσδιορίζεται από τους διάφορους ερευνητές και οργανισμούς βασίζεται σε ένα σύνολο διαστάσεων /κριτηρίων οι οποίες, κατά φθίνουσα σειρά συχνότητας, είναι η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η πρόσβαση, η ασφάλεια, η δικαιοσύνη, η καταλληλότητα, η επικαιρότητα, η αποδοχή, η ανταπόκριση του ασθενούς, η ικανοποίηση, η βελτίωση της υγείας και η συνέχεια της φροντίδας. Οι διαστάσεις της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας περιλαμβάνονται σε όλους τους

ορισμούς της ποιότητας της φροντίδας. Η πρόσβαση επίσης θεωρείται σημαντική διάσταση σε όλους, εκτός αυτού του Ινστιτούτου Ιατρικής, όπως και η ασφάλεια, εκτός αυτού του βρετανικού υπουργείου υγείας. Ας σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι ως αποδοτικότητα ορίζεται η δυνατότητα του συστήματος υγείας να διαχειρίζεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους διαθέσιμους πόρους για να επιτευχθούν τα βέλτιστα επιθυμητά αποτελέσματα ή οφέλη. Επίσης, η διάσταση της αποτελεσματικότητας ορίζεται ως ο βαθμός επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις επιστημονικά τεκμηριωμένες παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε αυτούς που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από.

Η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας άρχισε να υιοθετήσει μεθόδους διασφάλισης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ως πρώτη έμμεση αναφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας θα μπορούσαν να θεωρηθούν τα άρθρα 23, 27, 31 και 41 του νόμου 1397/1983, ιδρυτικού νόμου του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το άρθρο 23 προβλέπει τη συγκρότηση στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ.) Επιτροπής Βιοϊατρικής Έρευνας και το άρθρο 31 τη σύσταση Επιτροπής εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης γιατρών. Οι διατάξεις της παρ. 11 του άρθρου 27 αναφέρονται στη διαδικασία κρίσης και αξιολόγησης «όλων των γιατρών που υπηρετούν στο νοσοκομείο και το κέντρο υγείας» ως προς το «ιατρικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο και τη γενικότερη υπηρεσιακή επίδοση και απόδοσή τους», η οποία «για τους βοηθούς και επιμελητές Β και Α γίνεται κάθε τρία χρόνια και για τους διευθυντές κάθε πέντε χρόνια». Οι διατάξεις του άρθρου 41 προβλέπουν ότι «για την άσκηση του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος απαιτείται και η συμπλήρωση κάθε πέντε (5) χρόνια ογδόντα (80) ωρών παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών μαθημάτων, που το πρόγραμμα τους καθορίζεται από την επιτροπή εκπαίδευσης-μετεκπαίδευσης του άρθρου 31 του νόμου αυτού καθώς και η συμπλήρωση είκοσι (20) ωρών παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων επιλογής του γιατρού ή οδοντογιατρού». Και επίσης προβλέπεται (παρ. 2) ανάκληση της άδειας άσκησης του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος, από το γιατρό ή οδοντογιατρό που «δεν προσκομίζει μέσα σε δύο (2) μήνες από τη συμπλήρωση κάθε πενταετίας, επίσημη βεβαίωση για την παρακολούθηση αυτών των μετεκπαιδευτικών μαθημάτων» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 1983)

Με τις διατάξεις του άρθρου 9 του νόμου 1579/1985 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» συστάθηκε το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 1985) και με αυτές

του άρθρου 9 του νόμου 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» συστάθηκε ως αυτοτελής οργανική μονάδα του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.). Σκοπός του Ινστιτούτου, όπως αναφέρεται στο άρθρο, είναι η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, η στατιστική ανάλυση και η οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών υγείας, ο έλεγχος διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και η χορήγηση πιστοποιητικών και βεβαιώσεων διασφάλισης της ποιότητας για τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τα εργαστήρια, τις κλινικές, τα ιατρεία και κάθε μορφής υπηρεσίες υγείας. Και ακόμη η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα στον τομέα επιστημών υγείας και η σύνταξη και υποβολή εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες, αυτεπάγγελτα ή κατόπιν εντολής του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 1997).

Το 2001 στα πλαίσια της μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη» και την προσπάθεια εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας επιχειρείται η ενεργοποίηση των διαδικασιών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 3 του νόμου 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» συνιστάται στη Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας της Γενικής Διεύθυνσης των Πε.Σ.Υ. Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας, με σκοπό την καθιέρωση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων, από τις μονάδες του Πε.Σ.Υ., υπηρεσιών υγείας και τον έλεγχο της εφαρμογής τους, σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.) και τις συναρμόδιες ελεγκτικές αρχές. Παράλληλα με τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 6 του ίδιου Νόμου παρέχεται η δυνατότητα σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών να συνιστούν αυτοτελές τμήμα Ελέγχου Ποιότητας (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2001α). Και με τις διατάξεις του νόμου 2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π) και άλλες διατάξεις» δίνεται η δυνατότητα στους επιθεωρητές υγείας να διενεργούν «συστηματικές επιθεωρήσεις, ελέγχους και έρευνες σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς που υπάγονται στην αρμοδιότητα ή την εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων», με σκοπό «τη βελτίωση της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας αυτών, την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, την εξάλειψη της κακοδιοίκησης και την προστασία της υγείας και της περιουσίας των πολιτών από την παροχή

υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας με καταχρηστικό τρόπο» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2001β).

Η προσπάθεια για τη δημιουργία μηχανισμών ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας του ΕΣΥ, είναι εμφανής σε όλα τα νομοθετήματα που ακολουθούν. Με τις διατάξεις του άρθρου 5 του νόμου 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» στο Υπουργείο Υγείας και πρόνοιας συνιστάται και λειτουργεί Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, στο οποίο παρέχεται μεταξύ των άλλων αρμοδιοτήτων (παρ. 3 του άρθρου 6) και η αρμοδιότητα να γνωμοδοτεί (εδάφιο δ) «για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2003).

Οι αρμοδιότητες αυτές διατηρήθηκαν και διευρύνθηκαν με τις διατάξεις της παραγράφου στ. του άρθρου 18 του νόμου 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις», με τον οποίο καταργήθηκαν οι διατάξεις του νόμου 3172/2003. Ειδικότερα προβλέπεται ότι το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας «καθορίζει σε συνεργασία με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, τα στοιχεία και τους δείκτες που συλλέγονται από το Χάρτη Υγείας, ο οποίος προβλέπεται στο άρθρο 18 του ν. 3172/2003, σχετικά με την υγεία των πολιτών και τη χρήση και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα, ελέγχει και διασφαλίζει την ποιότητά τους» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2005β).

Με τον νόμο 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» καθορίζονται διαδικασίες πιστοποίησης της α. ιατρικής υποδομής και εξοπλισμού, της β. ξενοδοχειακής υποδομής και εξοπλισμού, της γ. υποδομής μηχανογράφησης, της δ. στελέχωσης τόσο όσον αφορά τον αριθμό του προσωπικού όσο και τα απαιτούμενα ειδικότερα προσόντα και την εξειδίκευση του, της ε. τήρησης των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των εργαζομένων και των ασθενών, των στ. διαδικασιών πρόσβασης, της ζ. ποιότητας έργου και εξυπηρέτησης του κοινού, της η. διασύνδεσης των φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τόσο μεταξύ τους όσο και με φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης, και της θ. ποιότητας τήρησης διαδικασιών. Και προβλέπονται στο άρθρο 14 (Συνέπειες πιστοποίησης) διαδικασίες ελέγχου της τήρησης των κριτηρίων του άρθρου 12, και παρέχεται εξουσιοδότηση στο φορέα διοικητικής υπαγωγής του Κέντρου Υγείας, σε περίπτωση μη συμμόρφωσης του με αυτά, να υποδείξει άλλον τρόπο για την κάλυψη των αναγκών υγείας των κατοίκων της περιοχής, μέχρις ότου το Κέντρο Υγείας εναρμονιστεί με τους όρους της πιστοποίησης. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2004).

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι όλες οι προαναφερθείσες διατάξεις των νόμων

1397/1983, 1579/1985, 2519/1997, 2889/2001 και 3172/2003 ουδέποτε εφαρμόστηκαν, ο δε νόμος 3235/2004 τέθηκε συνολικά σε αχρηστία (δεν εφαρμόστηκε μέχρι σήμερα ούτε ένα από τα άρθρα του). Και χωρίς βεβαίως τα παραπάνω να αποτελούν τη μοναδική περίπτωση μη υλοποίησης ψηφισθέντων νόμων, επιβεβαιώνεται για μια ακόμη φορά η γνωστή φράση του Εμμανουήλ Ροΐδη (1836/1904) «Εν Ελλάδι ενός μόνον νόμου έχομεν χρείαν, του περί εφαρμογής των νόμων».

Το 2005 το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έδωσε σε δημόσια διαβούλευση το Σχέδιο Νόμου για την «Ποιότητα και Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας», το οποίο όμως δεν κατατέθηκε στη Βουλή προκειμένου να ψηφιστεί και να αποτελέσει νόμο, προκαλώντας αρνητικά σχόλια και από ερευνητές. Ο Ν.2889/2001 αναφερόταν στην δημιουργία τμημάτων ποιοτικού ελέγχου στα Νοσοκομεία, στις ΔΥ.ΠΕ. και στις υπηρεσίες υγείας γενικότερα. Επίσης έχει εξαγγελθεί προ ετών η ψήφιση σχεδίου νόμου για την ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών, το οποίο ωστόσο δεν έχει ακόμα κατατεθεί στη Βουλή. Επισημαίνεται ότι η Ελλάδα είναι η πληθυσμιακά μεγαλύτερη χώρα της Ευρώπης χωρίς επίσημο πρόγραμμα πιστοποίησης των νοσοκομείων. Κατ' αποτέλεσμα, στο πεδίο της ποιότητας υφίστανται πολλές και σοβαρές υστερήσεις, μεταξύ των οποίων, και οι εξής: «Ανυπαρξία Αξιολόγησης της Ποιότητας των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών Υγείας και των Λειτουργιών Υγείας» (Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος, 2009, σ. 16). Και προτείνει (σ. 26) μέτρα διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, όπως:

α. Ενεργοποίηση ανεξάρτητου φορέα έρευνας και ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και αξιολόγησης των λειτουργιών υγείας (συναφής πρόβλεψη Ν. 2519/97) και θέσπιση κριτηρίων και προτύπων.

β. Τακτική αξιολόγηση όλων των δημοσίων και ιδιωτικών υγειονομικών δομών και κατηγοριοποίησή τους ανάλογα με τα αποτελέσματα, χορήγηση πιστοποίησης.

γ. Τακτική αξιολόγηση του ιατρικού κλπ. υγειονομικού προσωπικού, με ενιαία πανελλαδική διαδικασία, με πρόβλεψη υποχρεωτικής μετεκπαίδευσης όσων αποτυγχάνουν.

δ. Δημιουργία και ενεργοποίηση μηχανισμών αξιοποίησης της γνώμης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, με στόχο τη βελτίωση των τελευταίων και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών.».

Τον Ιανουάριο 2006, με στόχο την τυποποίηση στον τομέα Υγείας υπεγράφη από τον Πρόεδρο της Εκτελεστικής Επιτροπής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)

και τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Ελληνικού Οργανισμού Τυποποίησης (ΕΛΟΤ) και τους εποπτευόμενους το ΚΕΣΥ και τον ΕΛΟΤ υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Νικήτα Κακλαμάνη και υπουργό Ανάπτυξης Δημήτρη Σιούφα πρωτόκολλο συνεργασίας, με το οποίο «εξασφαλίζεται η δραστική βελτίωση του όλου συστήματος εκπόνησης Ελληνικών Εθνικών Προτύπων και Εθνικών Προδιαγραφών, σε πλήρη συντονισμό με την Ευρωπαϊκή Τυποποίηση, και με σαφή στόχο την εξυπηρέτηση του τεχνικού ορθολογισμού του συστήματος της υγείας στη χώρα». (Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 2006)

Η αναφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας εξακολουθεί να απασχολεί, σε επίπεδο σχεδιασμού το Υπουργείο. Το 2008 στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012 διατυπώνεται η αναγκαιότητα για την ποιότητα «Η παροχή των υπηρεσιών του τομέα υγείας υπόκειται σε τυποποίηση διαδικασιών, σύμφωνα με τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις και στο βαθμό που η τυποποίηση αυτή απαιτείται για τη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας μεταξύ των μονάδων υγείας και των λοιπών φορέων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τη διασφάλιση μιας διαρκούς και συνεχιζόμενης ποιοτικής φροντίδας και αποκατάστασης» και προτείνεται ξεχωριστή (Δράση 11. Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας) με στόχο τη «σύσταση Κέντρου Πιστοποίησης Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο αναλαμβάνει τη συνολική ευθύνη της εκπόνησης του εθνικού σχεδιασμού για την ποιότητα, της προώθησης πρακτικών διοίκησης ποιότητας και της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών του τομέα υγείας» και ορίζεται και το χρονοδιάγραμμα των ενεργειών, σύμφωνα με το οποίο το διάστημα 2008- 2009 θα υλοποιηθεί η νομοθετική ρύθμιση, το 2009-2010 η μελέτη στρατηγικού σχεδιασμού και το 2010-2012 οι υποδομές και η στελέχωση.

Η μέχρι τότε αδυναμία της πολιτείας για υλοποίηση των διατάξεων που αφορούσαν στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, οδήγησε το 2010 σε μια νέα προσπάθεια προκειμένου να δοθεί η σημασία που οφείλεται στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 8 του Νόμου 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» προστέθηκε παράγραφος στο τέλος της παραγράφου 4 του άρθρου 7 του Ν. 3329/2005 Διοίκηση Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α. Σύμφωνα με αυτήν «στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με δυναμικότητα τετρακοσίων (400) κλινών και άνω συνιστάται άμισθη Επιτροπή Ποιότητας (υπό την Προεδρία του Διοικητή ή του Αναπληρωτή Διοικητή, με τη συμμετοχή των Διευθυντών των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου) στις αρμοδιότητες της οποίας περιλαμβάνονται ο συντονισμός των αυτοτελών τμημάτων Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης η καθιέρωση και γνωστοποίηση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, η δημιουργία διαδικασιών πιστοποίησης και διαπίστευσης, καθώς και

ο έλεγχος της εφαρμογής τους, σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες του Νοσοκομείου» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2010α.).

Η ψήφιση και δημοσίευση του νόμου αποτέλεσε την αφετηρία μιας νέας σειράς μέτρων και δράσεων για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας των μονάδων υγείας του ΕΣΥ, με στόχο τη δημιουργία ενός Ολοκληρωμένου Σχεδίου Δράσης για την Ποιότητα. Είχαν προηγηθεί:

- Η ανασύσταση της Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Η συγκρότηση Ομάδας Εργασίας για τις Διαδικασίες Ποιότητας του Υπουργείου (Απόφαση ΔΥ1δ/οικ.76251/22-6-2010)
- Η συγκρότηση Ομάδας Εργασίας για τις Διαδικασίες Ποιότητας Νοσοκομείων ΕΣΥ (Απόφαση ΔΥ1δ/οικ.76254/22-6-2010) με προτεραιότητα στους τομείς:
 - Ικανοποίησης ασθενών,
 - Ασφάλειας ασθενών,
 - Προώθησης πιστοποίησης και διαπίστευσης στα νοσοκομεία,
 - Ανάπτυξης και χρήσης προτύπων,
 - Εφαρμογής κλινικών πρωτοκόλλων,
- Οργάνωσης συστημάτων ελέγχου και αξιολόγησης (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012, σ. 142).
- Η διενέργεια στην Αθήνα (17 Ιουλίου 2010) του 1^{ου} εκπαιδευτικού σεμιναρίου για την ποιότητα, με θέμα «Ποιότητα & Διαπίστευση Μονάδων Υγείας»

Στα πλαίσια αυτά εντάχθηκε και η εντολή του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου προς τα νοσοκομεία για τη συγκρότηση και λειτουργία των Επιτροπών Ποιότητας (Εγκύκλιος Αρ. Γ.Π. οικ. 123566/ 6-10-2010) καθώς και της διεξαγωγής ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων (Εσωτερικών) και Εξωτερικών Ασθενών, με τη χρήση Ερωτηματολογίων τα οποία είχαν διαμορφωθεί από την Ομάδα Εργασίας για τις Διαδικασίες Ποιότητας Νοσοκομείων ΕΣΥ. (Εγκύκλιος Αρ. Γ.Π. οικ. 53809/ 13 -5-2011).

Παρά τις επανειλημμένες όμως συστάσεις του Υπουργείου, η ανταπόκριση των νοσοκομείων δεν ήταν η αναμενόμενη. Το ποσοστό ανταπόκρισης των νοσοκομείων στην αποστολή δεδομένων ικανοποίησης εσωτερικών ασθενών ήταν απογοητευτικό. Σε σύνολο 131 νοσοκομείων θετικά απάντησαν μόνο τα 42

(32%) και αρνητικά (δεν έστειλαν) τα 89 (68%). Το ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά ΥΠΕ κυμάνθηκε από 0% έως 53%. Αντίστοιχα απογοητευτικό ήταν και το ποσοστό ανταπόκρισης των νοσοκομείων στην αποστολή δεδομένων ικανοποίησης εξωτερικών ασθενών. Σε σύνολο 131 νοσοκομείων θετικά απάντησαν μόνο τα 39 (30%) και αρνητικά (δεν έστειλαν) τα 92 (70%). Το ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά ΥΠΕ κυμάνθηκε από 7% έως 24% (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012, σ. 144). Σύμφωνα και με δήλωση του Γ. Γραμματέα Υγείας κ. Πολύζου «σε σύνολο 132 νοσοκομείων ανταποκριθήκαν στην έρευνα μόνον τα 44, στην πλειονότητά τους τα πιο μεγάλα, με αριθμό κλινών άνω των 400 απόμων» (Φυντανίδου, 2012), γεγονός που επιβεβαιώνει και παλαιότερες έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες το 91,7% των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα δεν έχουν θέσει την ποιότητα των υπηρεσιών ούτε ως ξεχωριστό στόχο, ούτε ως χρηματοδοτικό σκοπό. Μόνο το 16,6% εφαρμόζει εργαλεία διαχείρισης της ποιότητας και 41,6% επαφίεται στην εμπειρική προσέγγιση (Τούντας, 2003).

Με τις διατάξεις του άρθρου 17 του νόμου 3918 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» συστήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, στον οποίο μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του και οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ). Σκοπός του οργανισμού, όπως ορίζεται στην παρ. 1 του άρθρου 18 είναι η αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους, καθώς και για τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερθέντων φορέων, ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η οργάνωση της λειτουργίας τους καθώς και η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2011β). Στο εδάφιο β της παρ. 1 του άρθρου 8 του νόμου 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», που αφορά στο νέο σκοπό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., προβλέπεται και η «θέσπιση κανόνων σχεδιασμού, ποιότητας, ανάπτυξης, αξιολόγησης, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2014).

Το 2011 το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ ΑΕ), μετονομάστηκε σε Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία ΕΚΑΠΤΥ ΑΕ (Τεύχος Ανωρύμων Εταιριών –Εταιρειών Περιορισμένης Ευθύνης και Γενικού Εμπορικού Μητρώου, ΦΕΚ 11054/17.10.2011). Στους σκοπούς του, όπως αναφέρονται στο άρθρο 2, περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων: Ο ποιοτικός, κλινικός και κάθε έλεγχος ιατροτεχνολογικών προϊόντων, η προτυποποίηση νοσοκομειακών διαδικασιών και των διαδικασιών κάθε άλλου φορέα που εποπτεύει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και η πιστοποίηση συστημάτων ποιότητας, η πιστοποίηση συστημάτων διαχείρισης, η πιστοποίηση ιατροτεχνολογικών προϊόντων, όπως και η πιστοποίηση συστημάτων διαχείρισης προσωπικού καθώς και η πιστοποίηση κάθε άλλου συστήματος ενεργειών, διαχειρίσεων και διαδικασιών φορέων εποπτείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασική συνιστώσα των προτάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Δεκάδες εκδόσεις (άρθρα, βιβλία, μονογραφίες, τεχνικά κείμενα, κλπ.) του ΠΟΥ αναφέρονται στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα μετά το 1980, περίοδο που σηματοδοτεί την έναρξη της νέας στρατηγικής αναπροσανατολισμού των στόχων των συστημάτων υγείας, με στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο ΠΟΥ θέτει ως στόχο την εγκατάσταση μηχανισμών εξασφάλισης ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας μέχρι το 1990 από όλα τα κράτη - μέλη ως απάντηση στην περίοδο αναποτελεσματικότητας και τη διαρκή αύξηση του κόστους.

Μετά την ομόφωνη έγκριση από την Παγκόσμια Συνέλευση του ΠΟΥ το 1979 της Διακήρυξης της Alma-Ata, και της υιοθέτησης της Παγκόσμιας Στρατηγικής «Υγεία για όλους ως το έτος 2000» («Health For All by the year 2000 - HFA 2000-») το Περιφερειακό Συμβούλιο Ευρώπης του Π.Ο.Υ στη συνάντησή του στο Fez του Μαρόκου (1980) ομόφωνα αποδέχτηκε την πρόταση για την περιφερειακή στρατηγική υγείας και ενέκρινε τους 38 στόχους για «Υγεία για όλους μέχρι το 2000» για τις ευρωπαϊκές χώρες. Ο στόχος 31 εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών (της ενότητας 6 κατάλληλη φροντίδα) και ο στόχος 38 αξιολόγηση της τεχνολογίας στην υγεία (της ενότητας 8 υποστήριξη για ανάπτυξη της υγείας) αναφέρονται στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η υλοποίηση του στόχου 31 απαιτεί από όλα τα κράτη-μέλη να έχουν εγκαταστήσει ως το 1990 «αποτελεσματικούς μηχανισμούς που εξασφαλίζουν την ποιότητα των

παρεχομένων φροντίδων στα πλαίσια των ιδιαίτερων συστημάτων τους». Η υλοποίηση του στόχου 38 απαιτεί επίσης από όλα τα κράτη-μέλη να έχουν θεσπίσει πριν από το 1990 «έναν επίσημο μηχανισμό συστηματικής αξιολόγησης της καταλληλότητας χρησιμοποίησης των τεχνολογιών στην υγεία, καθώς και της αποτελεσματικότητας, ικανότητας και αποδοχής τους και των ανταποκρίσεων τους στις εθνικές πολιτικές υγείας και τους οικονομικούς περιορισμούς, σύμφωνα με όσα προδιαγράφουν σε εθνικό επίπεδο οι πολιτικές υγείας και οι οικονομικοί περιορισμοί». Η τεχνολογία υγείας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί κατάλληλα αν οι κυβερνήσεις υιοθετούσαν μια σαφή πολιτική για τη συστηματική και ουσιαστική αξιολόγηση όλων των τεχνολογιών (φάρμακα, συσκευές, πρακτικές και συστήματα) και η χρησιμοποίησή τους στο πεδίο της υγείας διεξαγόταν με ένα τρόπο βασισμένο στις ιδιαιτερότητες των χωρών και υπήρχε ένα διεθνές σύστημα ανταλλαγής πληροφόρησης επ' αυτού του αντικειμένου.

Αντίστοιχη αναφορά στην ποιότητα γίνεται και στην αναθεωρημένη προσέγγιση των στόχων για υγεία για όλους τον 21^ο αιώνα («Υγεία 21») του Γραφείου Ευρώπης. Ο στόχος 16 (Managing for quality of care) απαιτεί από τα κράτη μέλη να διασφαλίσουν ως το 2010 ότι «η διοίκηση (management) του τομέα της υγείας από τα βασισμένα στον πληθυσμό προγράμματα υγείας έως την προσφορά περίθαλψης σε κλινικό επίπεδο θα είναι προσανατολισμένη προς τα αποτελέσματα υγείας. Όλες οι χώρες θα πρέπει να έχουν ένα εθνικό μηχανισμό για τη συνεχή παρακολούθηση και την ανάπτυξη της ποιότητας της φροντίδας για τουλάχιστον δέκα μεγάλες συνθήκες για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της μέτρησης των επιπτώσεων στην υγεία, το κόστος αποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση των ασθενών»

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει την ποιότητα υγείας ως την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία δεν περιορίζεται μόνο στο ιατρικό έργο αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων και αφορά στη

λειτουργία επιμέρους μονάδων και υπηρεσιών υγείας αλλά και συνολικά των συστημάτων υγείας. Η μέτρηση του βαθμού της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα οικονομικό «εργαλείο» έρευνας αγοράς στον υγειονομικό τομέα. Οι έρευνες ικανοποίησης συχνά λειτουργούν ως μηχανισμοί επισήμανσης προβλημάτων ποιότητας και μπορεί να αξιοποιηθούν για την αύξηση της αποδοτικότητας των παραγωγών στον ιδιωτικό και για την χάραξη, ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικής υγείας στο δημόσιο τομέα της.

Σήμερα ο ποιοτικός έλεγχος της ιατρικής και νοσηλευτικής πράξης και η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αποτελεί καθοριστική συνιστώσα της καθημερινής λειτουργίας των μονάδων υγείας και στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, από τις αρχές της δεκαετίας του '80, τα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας έχουν γίνει υποχρεωτικά στα Νοσοκομεία. Και τούτο διότι η ποιότητα των φροντίδων όχι μόνο μειώνει το κόστος των υπηρεσιών υγείας, αλλά δημιουργεί και τις προϋποθέσεις για την καλύτερη έκβαση και τη συντομότερη αποκατάσταση των ασθενών, γεγονός που συμβάλλει άμεσα στην ατομική ικανοποίηση των ασθενών και έμμεσα στην ικανοποίηση του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

Σε όλους τους ορισμούς για την ποιότητα της υγείας η ποιότητα στην υγεία, ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών. Η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες αποτελεί ένα από τα πλέον σημαντικά εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων. Και τούτο επειδή ο ασθενής/χρήστης των υπηρεσιών θεωρείται ο κατ' εξοχήν αρμόδιος κριτής τους, δεδομένου ότι η ποιότητα προσδιορίζεται και αποτιμάται σύμφωνα με την άποψη των τελικών αποδεκτών των υπηρεσιών. Ο Donabedian ήταν ο πρώτος που υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενή, αποτελεί ίσως τον δυναμικότερο και λειτουργικότερο δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς ακολουθούν τη θεραπευτική αγωγή, επιστρέφουν για επανεκτίμηση και διατηρούν μια σχέση επικοινωνίας με τον γιατρό τους. Έχει δε μάλιστα υποστηρίξει ότι η ποιότητα της φροντίδας είναι στην πραγματικότητα χειρότερη από αυτό που δείχνουν οι έρευνες για την ικανοποίηση επειδή οι ασθενείς φαίνονται ανεκτικοί στις ελλείψεις ιδιαίτερα στο δημόσιο τομέα της υγείας.

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι, τόσο η έννοια της ικανοποίησης, όσο και η έννοια της ποιότητας χρησιμοποιούνται πολλές φορές εναλλακτικά σύμφωνα με την αντίληψη των ασθενών, παρόλο που διαφοροποιούνται εννοιολογικά μεταξύ τους. Σημείο αναφοράς αποτελούν οι πρώτες έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών, στις οποίες ο ορισμός της βασίστηκε από τις αντιλαμβανόμενες εκ μέρους των ασθενών παραλείψεις, που προέκυψαν από την φροντίδα τους. Ενώ

οι σχετικές έρευνες πληθαίνουν, εμφανίζεται όλο και περισσότερη δυσκολία στον εννοιολογικό προσδιορισμό της ικανοποίησης ασθενών. Η άποψη αυτή ενισχύεται από την αναφορά των Wriglesworth και Williams (1975), οι οποίοι διατυπώνουν ότι ο όρος «ικανοποίηση» έχει διαφορετικό νόημα για κάθε άτομο ξεχωριστά, όπως η ευχαρίστηση, η εμπιστοσύνη, η ευτυχία, με αποτέλεσμα κάθε αξιολόγηση της να είναι υποκειμενική.

Έρευνες μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών

Οι πρώτες έρευνες για τη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, έγιναν το 1956, στην Αμερική, στο χώρο της νοσηλευτικής. Σήμερα αποτελούν την πλέον συνήθη πρακτική άντλησης πληροφοριών για το σωστό σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι ποσοστό μεγαλύτερο του 95% των μονάδων/υπηρεσιών υγείας διερευνούν το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες τους ενώ υπάρχει πληθώρα δημοσιευμένων μελετών σε έντυπες και ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Όπως αναφέρει ο Pascoe (1983) ο Parson ορίζει την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας ως «τη συναισθηματική αντίδραση των ασθενών σε καταστάσεις και διαδικασίες και αποτέλεσμα των εμπειριών τους». Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά τους. Διαπιστώνεται δε ότι αποτελεί μια δυναμική διαδικασία, αφού οι ασθενείς μπορούν να μεταβάλλουν τις αντιδράσεις τους όσο αποκτούν περισσότερες εμπειρίες (ερεθίσματα) και υπάρχουν αλλαγές στην υγεία τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ικανοποίηση είναι μια θετική συμπεριφορά που συνδέεται με πολιτισμικά πρότυπα, προσδοκίες, αντιλήψεις, αξίες, αλλά και με την κοινωνική θέση των ατόμων.

Έρευνες Διερεύνησης βαθμού ικανοποίησης ασθενών στην Ελλάδα (Ενδεικτικά)

Χώρος έρευνας	Ερευνητές / δημοσίευση
Νοσοκομεία	<ul style="list-style-type: none"> - Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε. και Γεννηματά, Α., 1994. - Σουλιώτης, Κ., Δόλγερας, Α., Κόντος, Δ., και Οικονόμου, Χ., 2002. - Πολύζος, Ν. Μπαρτσώκας, Δ. Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι. και Υφαντόπουλος, Ι., 2005. - Παπαγιαννοπούλου, Β. Πιερράκος, Γ. Σαρρής, Μ. και Υφαντόπουλος, Γ., 2008. - Νικολάου, Ε., 2011.
Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων	<ul style="list-style-type: none"> - Κουμανδράκη Α., Θεοδώρου Μ., και Καϊτελίδου Δ., 2004. - Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ. και Νιάκας, Δ., 2007. - Πίνη Α., Σαράφης, Π., Μπαμίδης, Π. και Νιάκας, Δ., 2010.
Πολυϊατρεία ΙΚΑ	<ul style="list-style-type: none"> - Γεωργούση, Ε., Γεννηματά, Α., Δρίζη, Λ., και Κυριόπουλος, Γ., 1994 - Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., και Κυριόπουλος Γ., 2003 - Τούντας, Γ., Λοπατατζίδης, Θ. και Χουλιάρα, Λ., 2003
Κέντρα Υγείας	<ul style="list-style-type: none"> - Καμπάνταη, Μ. και Νιάκας, Δ., 2004. - Πολύζος, Ν., Σινογεώργου, Θ. και Μαριάτου, Δ., 2007. - Λέντζας, Ι., Θεοδωροπούλου Α., Σιουρούνη, Ε., Ανδρουτσουπούλου, Χ., Μαντζουράνης, Γ., και Μητρόπουλος, Ι., 2010. - Σεμερτζιάδη, Μ. Γαλάνης, Π. και Σίσκου, Ο., 2012.

Πηγή: Ίδιος (βασισμένος σε δεδομένα από Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008, σ.327- 334)

Οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών είχαν μέχρι πρόσφατα περιοριστεί στο νοσοκομειακό χώρο λόγω του υψηλού κόστους των παρεχόμενων φροντίδων αλλά και της δυνατότητας άμεσης πρόσβασης στα απαραίτητα δεδομένα και πληροφορίες από τα στοιχεία που διατηρούνται. Η κατανόηση της σημασίας της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, όχι μόνο ως διαδικασίας προαγωγής και βελτίωσης της υγείας αλλά και ως μηχανισμού ελέγχου των δαπανών υγείας

έστρεψε την προσοχή των ερευνητών και προς το χώρο αυτό.

Στη χώρα μας από τη δεκαετία του '90 δημοσιεύτηκαν αρκετές έρευνες διερεύνησης του βαθμού ικανοποίησης από τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, αλλά και από υπηρεσίες παροχής πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, πολυϊατρεία του ΙΚΑ και Κέντρα Υγείας μη αστικού τύπου.

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται και επηρεάζεται από σειρά παραγόντων που αναφέρονται κυρίως στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των χρηστών, αλλά και στις ποιοτικές και ποσοτικές παραμέτρους των παρεχόμενων υπηρεσιών που βιώνουν όταν επισκέπτονται μονάδες πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου. Σε μεγάλο αριθμό ερευνών έχει διαπιστωθεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή κατάσταση την ασφαλιστική κάλυψη καθώς και το επίπεδο υγείας των χρηστών. Παράλληλα, επισημαίνεται ότι ο επαγγελματισμός του προσωπικού (κυρίως του ιατρικού) και οι διαπροσωπικές του σχέσεις με τους ασθενείς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών, από τις υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων. Και ακόμη ότι η εμπιστευτικότητα και ο σεβασμός προς την ατομικότητα και την αξιοπρέπεια των ασθενών, επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης.

Σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών διαδραματίζει και η επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και ασθενών, με κύρια σημεία αναφοράς την πληροφόρηση, τη συζήτηση του προβλήματος και την εκπαίδευση του ασθενούς από τον ιατρό. Επιπρόσθετα, ο χρόνος (διάρκεια) της εξέτασης από το γιατρό, η επαγγελματική κατάρτιση και οι τεχνικές δεξιότητες του προσωπικού (ιατρικού και νοσηλευτικού κυρίως) αποτελούν σημαντικές παραμέτρους επηρεασμού του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης είναι η ανταπόκριση των υπηρεσιών στις απαιτήσεις των χρηστών όπως ο απαιτούμενος χρόνος για διεκπεραίωση των διαδικασιών, οι λίστες αναμονής για την ημέρα του ραντεβού και οι τυχόν καθυστερήσεις στην ώρα των ραντεβού. Και ακόμη η υποδομή, οι εγκαταστάσεις, οι χώροι και οι συνθήκες των Εξωτερικών Ιατρείων επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση των ασθενών.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι χρήστες των Εξωτερικών Ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούν τον πλέον αδύναμο κρίκο του συστήματος, χωρίς συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και στον καθορισμό προτεραιοτήτων, έχουν διαφορετικές προσδοκίες και δίνουν σημασία σε

διαφορετικά χαρακτηριστικά σε σύγκριση με τα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας

Η υιοθέτηση της Διακήρυξης της Alma-Ata (1978) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από όλα τα κράτη-μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (στην Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 1979) οδήγησε στον αναπροσανατολισμό των στόχων των συστημάτων υγείας με την αποδοχή ότι το υποσύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί πλέον τον ακρογωνιαίο λίθο κάθε ολοκληρωμένου συστήματος υγείας. Η έμφαση που δόθηκε στη νέα στρατηγική για την υγεία που εστιάζεται στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, αλλά και στην αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων υγείας και κυρίως στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, έχει αναβαθμίσει το ρόλο των γενικών γιατρών. Είναι πλέον αποδεκτό σε διεθνές επίπεδο ότι οι γενικοί γιατροί αποτελούν σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ τον κορμό ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και άρα και των συστημάτων υγείας και το «κλειδί» της επιτυχίας κάθε μεταρρυθμιστικής προσπάθειας για τη δημιουργία ολοκληρωμένου συστήματος υγείας.

Βασική προϋπόθεση επιτυχούς πορείας κάθε μεταρρυθμιστικής προσπάθειας είναι η ενσωμάτωση και στην πρωτοβάθμια φροντίδα των αρχών της διαχείρισης (management) και της αξιολόγησης που μέχρι πρόσφατα χρησιμοποιούνταν μόνο για τη νοσοκομειακή λειτουργία, λόγω και του υψηλού κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών της αλλά και της δυνατότητας συλλογής των απαραίτητων στοιχείων. Στα πλαίσια αυτά εκτιμήθηκε ότι η συστηματική μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας θα αυξήσει την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, θα ελέγξει τις δαπάνες υγείας και θα βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων. Και τούτο διότι οι γνώμες και οι απόψεις των ασθενών παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες στους υπεύθυνους για το σχεδιασμό της πολιτικής υγείας, για την επίλυση υπάρχοντων προβλημάτων, κυρίως λειτουργικού χαρακτήρα και δίνουν τη δυνατότητα παρεμβάσεων βελτίωσης με τη λήψη συγκεκριμένων διορθωτικών μέτρων. Από τα μέσα περίπου της δεκαετίας του '90 εκατοντάδες έρευνες ικανοποίησης ασθενών από τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας δημοσιεύονται κάθε χρόνο σε έντυπα και ηλεκτρονικά επιστημονικά περιοδικά.

Κεφάλαιο 6ο

Ανάπτυξη πρωτοκόλλου υγείας που βασίζεται σε ολιστική φροντίδα

Η υγεία εξ ορισμού της θεωρείται ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους κι ευτυχισμένης ζωής. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι είναι μια έννοια απόλυτα συνυφασμένη με την ίδια την ανθρώπινη ύπαρξη. Στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας, η έννοια της υγείας θεωρούνταν από τους περισσότερους πολιτισμούς ολιστικά, σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του.

Σήμερα γνωρίζουμε πως η κατάσταση και το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού αντανακλάται όχι μόνο στους κλασικούς δείκτες αρνητικής υγείας, δηλαδή της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, αλλά περιλαμβάνει και τους θετικούς δείκτες αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας από τα ίδια τα άτομα ανάγοντας την σε ένα από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα.

Κάθε κράτος θα πρέπει να εξασφαλίζει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας, καθώς και οι σύγχρονες πολιτικές υγείας θα πρέπει να παρέχουν τις συνθήκες που θα επιτρέψουν την άσκηση αυτού του δικαιώματος. Είναι σαφές πως οι κυριότερες αιτίες ασθενειών προκύπτουν από το συνδυασμό παραγόντων, όπως περιβαλλοντικών, συνθηκών ζωής, παράγοντες σχετιζόμενους με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας και έχουν άμεση σχέση με τις εκάστοτε κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες οι οποίες επικρατούν σε ένα κράτος.

Το άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948) επισημαίνει ότι: *«όλοι έχουν δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο, το οποίο να επαρκεί για την υγεία και ευημερία των ίδιων, όπως και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένων της διατροφής, της ένδυσης, της στέγασης, της ιατρικής περίθαλψης και των αναγκαίων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και το δικαίωμα ασφάλειας σε περίπτωση ανεργίας, ασθένειας, ανικανότητας, χηρείας, γήρατος, ή έλλειψης πόρων διαβίωσης εξαιτίας καταστάσεων πέρα από τις δυνατότητές τους...».*

Ο Καταστατικός Χάρτης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αναφέρει: *«η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπου άσχετα από τη φυλή, τη θρησκεία, τις πολιτικές πεποιθήσεις και την οικονομική ή κοινωνική κατάσταση».*

Ο Ευρωπαϊκός Καταστατικός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης, ο οποίος κυρώθηκε με τον **N. 1426/1984 στο άρθρο 11** και υπό τον τίτλο «Δικαίωμα για προστασία της υγείας» ορίζει ότι: «για την εξασφάλιση της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος για προστασία της υγείας, τα συμβαλλόμενα μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να λαμβάνουν είτε απευθείας, είτε με τη συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών οργανώσεων, κατάλληλα μέτρα που θα αποσκοπούν ιδίως:

1. Να εξαφανίζουν κατά το δυνατό τα αίτια μη ικανοποιητικής υγείας.
2. Να προβλέπουν συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες διαφώτισης σε ότι αφορά τη βελτίωση της υγείας και την ανάπτυξη της συναισθηματικής και ατομικής ευθύνης στον τομέα της υγείας.
3. Να προλαβαίνουν, κατά το δυνατό, τις επιδημικές και άλλες ασθένειες».

Σύμφωνα με τον N.3370/2005 άρθρο 1 και 2 «*Η Δημόσια Υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας*».

Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.:

1. Στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον από δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής,
2. Στους κοινωνικούς περιβαλλοντικούς και οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας,
3. Στις ανάγκες των ευπαθών πληθυσμών και στους τρόπους ζωής και τις συνθήκες που τις επηρεάζουν,
4. Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγόντων ή έκτακτων καταστάσεων και γεγονότων,
5. Στη διαμόρφωση πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα και
6. Στη διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της

χώρας.

Ζωτικής σημασίας αναδεικνύεται η ανάγκη για ισότητα στην υγεία. Η κοινωνική αδικία - ανισότητα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ζουν, την πιθανότητα να αρρωστήσουν, καθώς και τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου.

Παρατηρούμε το προσδόκιμο επιβίωσης να συνεχίζει να αυξάνεται σε κάποια μέρη του κόσμου ενώ αποτυγχάνει να αυξηθεί ή και μειώνεται σε άλλα. Αλλά και μέσα στις ίδιες τις χώρες οι διαφορές στην υγεία είναι τεράστιες και συνδέονται άρρηκτα με το βαθμό της κοινωνικής αδικίας-ανισότητας που επικρατεί.

Ο θάνατος και η κακή υγεία δεν κατανέμονται τυχαία στον κόσμο. Το ότι αυτή η παρατήρηση δεν οφείλεται στην τύχη αλλά ότι οι ίδιες οι συνθήκες, που οι άνθρωποι ζουν, παράγουν τις ανισότητες στην υγεία, οδήγησε στην έννοια των κοινωνικών καθοριστών της υγείας.

Αυτές οι ανισότητες στην υγεία, είναι αναστρέψιμες και μπορούν να αποφευχθούν ακριβώς επειδή προκύπτουν από τις συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι μεγαλώνουν, ζουν, δουλεύουν και γερνάνε, καθώς και τα συστήματα που οργανώνονται ώστε να διαχειριστούν την ασθένειά τους. Οι συνθήκες αυτές επηρεάζονται από τις πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές δυνάμεις, που με τη σειρά τους επηρεάζουν και τις πολιτικές υγείας, που επηρεάζουν τα συστήματα υγείας και πώς αυτά οργανώνονται ώστε να διαχειριστούν την ασθένεια.

Ολοένα και περισσότερο η φύση των προβλημάτων υγείας που έχουν να επιλύσουν οι χώρες συγκλίνουν σε φτωχές και πλούσιες χώρες. Η ανάπτυξη μιας κοινωνίας μπορεί να κριθεί από την ποιότητα της υγείας του πληθυσμού της, από το πόσο δίκαια κατανέμεται μέσα στο κοινωνικό φάσμα και το βαθμό της προστασίας από τη μειονεκτική θέση που προκύπτει από την κακή υγεία.

Κεφάλαιο 7ο

Καταγραφή των χαρακτηριστικών των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων

Σύνθεση πληθυσμού (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση)

Ο μόνιμος πληθυσμός του Δήμου Ωραιοκάστρου, σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής της ΕΣΥΕ για το 2011, εμφανίζει ισόρροπη κατανομή ανάμεσα στα δύο φύλα, με μικρή υπεροχή των ανδρών (50,9% άνδρες και 49,1% γυναίκες).

Σε επίπεδο Δημοτικών Ενοτήτων, η εικόνα είναι ανάλογη με τους άνδρες να υπερτερούν αριθμητικά σε δύο (Δ.Ε. Καλλιθέας και Δ.Ε. Μυγδονίας) από τις συνολικά τρεις Δημοτικές Ενότητες και μόνο στη Δημοτική Ενότητα Ωραιοκάστρου ο γυναικείος πληθυσμός υπερτερεί του ανδρικού.

Μόνιμος πληθυσμός κατά φύλο σε επίπεδο Δημοτικών Ενοτήτων στο Δήμο Ωραιοκάστρου (καταγραφή 2011)

Δημοτικές Ενότητες	Άρρενες	Θήλεις	Αμφοτέρων
Ωραιοκάστρου	10.760	10.956	21.716
Καλλιθέας	3.106	3.004	6.110
Μυγδονίας	5.626	4.865	10.491
Σύνολο	19.492	18.825	38.317

Η μελέτη της ηλικιακής δομής του πληθυσμού είναι ιδιαίτερα χρήσιμη καθώς επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τις δημογραφικές προοπτικές. Επίσης, συμβάλει στην εκτίμηση του επιπέδου της κοινωνικής ανάπτυξης με τη σύνθεση και το μέγεθος του γεροντικού πληθυσμού και παρέχει πληροφορίες για τις προοπτικές της οικονομικής ανάπτυξης και τα αναγκαία μέτρα κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής, δίδοντας ενδείξεις για το εργατικό δυναμικό (μέγεθος, σύνθεση κ.λ.π.), την έκταση και τη σύνθεση της αγοράς εργασίας κλπ.

Ανά ηλικιακή ομάδα παρατηρούνται ενδιαφέρουσες διαφορές. Οι γυναίκες υπερτερούν των ανδρών στις ηλικίες 30 έως 49 ετών, 60 έως 69 ετών καθώς και στις ηλικίες 80 ετών και άνω. Αντιθέτως ο ανδρικός πληθυσμός υπερτερεί αριθμητικά στις ηλικίες έως 29 ετών, 50 έως 59 ετών καθώς και στις ηλικίες 70 έως 79 ετών.

Ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού του Δήμου Ωραιοκάστρου ανά φύλο (καταγραφή 2011)

Ηλικία	Άρρενες	Θήλειες
0 – 9 ετών	2.723	2.530
10 – 19 ετών	2.493	2.177
20 – 29 ετών	2.682	1.992
30 – 39 ετών	2.969	3.300
40 – 49 ετών	3.116	3.254
50 – 59 ετών	2.368	2.236
60 – 69 ετών	1.515	1.535

Ο παιδικός και νεανικός πληθυσμός ηλικίας έως 24 ετών αποτελεί το 31,8% του συνολικού πληθυσμού του Δήμου. Ιδιαίτερα σημαντικό κρίνεται το γεγονός ότι ο ενεργός πληθυσμός (25-64 ετών) αποτελεί το 55,8% του πληθυσμού του Δήμου Ωραιοκάστρου. Το υπόλοιπο 12,5% του συνολικού πληθυσμού του Δήμου ανήκει στην κατηγορία των μεγάλων ηλικιών (65 ετών και άνω).

Προκειμένου να συμπληρωθεί το δημογραφικό προφίλ του Δήμου υπολογίζονται τρεις δημογραφικοί δείκτες (Γήρανσης, Νεανικότητας και Εξάρτησης) οι τιμές των οποίων εμφανίζονται στον Πίνακα που ακολουθεί.

Δημογραφικοί Δείκτες του Δήμου Ωραιοκάστρου

Δημογραφικοί δείκτες	
Δείκτης Γήρανσης	0,62
Δείκτης Εξάρτησης	0,48
Δείκτης Αντικατάστασης	1,45
Μέση ηλικία	36,9

Βάσει των στοιχείων της απογραφής της ΕΣΥΕ του 2011, το μεγαλύτερο ποσοστό (20,7%) του πληθυσμού του Δήμου διαθέτουν απολυτήριο Λυκείου ενώ το ποσοστό αυτών που εγκατέλειψαν το δημοτικό αλλά γνωρίζουν ανάγνωση και γραφή ανέρχεται σε 2,3%. Το ποσοστό του πληθυσμού που συνεχίζει σπουδές μετά το λύκειο είναι συνολικά 25,6%, με τους κατόχους πτυχίων ΑΕΙ, Μεταπτυχιακού και Διδακτορικού τίτλου να ανέρχονται στο 14% του συνολικού πληθυσμού του Δήμου. Το 1,2% του πληθυσμού των δημοτών δεν γνωρίζει γραφή και ανάγνωση.

Κεφάλαιο 8ο

Συχνότητα επισκέψεων σε εβδομαδιαία βάση – Αποτύπωση δρομολογίων

Τα παραπάνω κεφάλαια περιγράφουν με ακρίβεια και λεπτομέρεια τόσο την περιοχή στην οποία θα διεξαχθεί το έργο, τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες στις οποίες θα στοχεύσει, καθώς και οι σαφής στόχοι που έχουν θέσει όσοι δουλεύουν πάνω σε αυτό το εγχείρημα. Στο παρόν κεφάλαιο, γίνεται η περιγραφή των δρομολογίων που θα ακολουθεί η Κινητή Μονάδα Υγείας, του οχήματος δηλαδή που θα προμηθευτεί ο Δήμος Ωραιοκάστρου στο πλαίσιο του έργου RemoteCARE.

Μέσω της προμήθειας του οχήματος και του εξοπλισμού, το έργο θα συμβάλλει στη βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη απομακρυσμένων περιοχών, καλύπτοντας έτσι τις ανάγκες του πληθυσμού. Με τον τρόπο αυτό θα συμβάλλει στη μείωση του αριθμού των επισκέψεων στα νοσοκομεία της περιοχής του έργου συμβάλλοντας έτσι στην εξοικονόμηση πόρων στον κλάδο της υγείας.

Το όχημα θα λειτουργήσει πιλοτικά και θα εξοπλιστεί με τον κατάλληλο ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό καθώς επίσης και προσωπικό αποτελούμενο από οδηγό, γενικό γιατρό, νοσηλεύτη, IT Expert, και κοινωνικό λειτουργό. Παράλληλα θα γίνει η διοργάνωση εκδηλώσεων, σεμιναρίων και εργαστηρίων για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού, με σκοπό να αναπτυχθεί ένα κοινό πρότυπο για τη λειτουργία των οχημάτων και τον ψηφιακό φάκελο του ασθενούς στη διασυνοριακή περιοχή.

Σαφώς, η υπάρχουσα ιατρική υποδομή μπορεί να εξυπηρετήσουν ένα μικρό αριθμό κατοίκων, έτσι η λειτουργία της Κινητής Μονάδας Υγείας θα λειτουργήσει συμπληρωματικά και θα ενισχύσει τις ιατρικές υπηρεσίες του Δήμου. Ένας βασικός στόχος του προγράμματος είναι και η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, προκειμένου οι ασθενείς να απευθύνονται στη δευτεροβάθμια υγεία μόνο όταν πρόκειται για ουσιαστικό λόγο.

Οι επισκέψεις με την Κινητή Μονάδα Υγείας στα χωριά του Δήμου θα πραγματοποιούνται σε εβδομαδιαία βάση και πιο συγκεκριμένα 3 φορές την εβδομάδα. Σε αυτές τις ημέρες, θα επισκέπτονται διαδοχικά όλες τις περιοχές στις οποίες είτε δεν υπάρχει αγροτικό ιατρείο και είναι μακριά για τους κατοίκους ώστε να το προσεγγίσουν.

Οι παρακάτω πίνακες παρουσιάζουν αναλυτικά τις ημέρες, τις ώρες καθώς και τις περιοχές στις οποίες θα πραγματοποιούνται τα δρομολόγια της Κινητής Μονάδας Υγείας. Μοναδικό κριτήριο που έλαβαν υπόψη οι ιθύνοντες αυτής της πρωτοβουλίας είναι οι χιλιομετρικές αποστάσεις και πως θα τις συνδυάσουν ώστε να μπορέσουν να εξυπηρετήσουν όσο το δυνατόν περισσότερους κατοίκους.

Τα προτεινόμενα δρομολόγια που έχουν σχεδιάσει οι ιθύνοντες του RemoteCARE είναι κατά κύριο λόγο 3 φορές την εβδομάδα σε διαφορετικές τοπικές κοινότητες του Δήμου. Στους παρακάτω πίνακες φαίνονται λεπτομερώς οι περιοχές επίσκεψης, τα χιλιόμετρα που θα διανύει καθημερινά το όχημα καθώς και οι μέρες επίσκεψης. Στη συνέχεια για καλύτερη αναπαράσταση και κατανόηση των διαδρομών αυτών έχουν δημιουργηθεί χάρτες απεικόνισης των περιοχών καθώς και των δρομολογίων που θα πραγματοποιηθούν.

1η Δευτέρα / 1η βδομάδα	
Ωραιόκαστρο - Γαλήνη 2,5 χλμ	
Γαλήνη - Ωραιόκαστρο 2,5 χλμ	
Σύνολο Χλμ	5

1η Τετάρτη/ 1η βδομάδα	
Ωραιόκαστρο - Μελισσοχώρι 14,8χλμ	
Μελισσοχώρι - Ωραιοκάστρου 14,8χλμ	
Σύνολο Χλμ	29,6

1η Παρασκευή/ 1η βδομάδα	
Ωραιόκαστρο - Μονόλοφο 11,5 χλμ	
Μονόλοφο - Ωραιόκαστρο 11,5 χλμ	
Σύνολο Χλμ	23

Σύνολο Εβδομάδας Χλμ	57,6
-----------------------------	-------------

2η Δευτέρα / 2η βδομάδα	

Ωραιόκαστρο - Δρυμός 9,7χλμ	
Δρυμός - Ωραιόκαστρο 9,7 χλμ	
Σύνολο Χλμ	19,4

2η Τετάρτη/ 2η βδομάδα	
Ωραιόκαστρο - Πεντάλοφος 13,1 χλμ	
Πεντάλοφος - Ωραιόκαστρο 13,1 χλμ	
Σύνολο Χλμ	26,2

2η Παρασκευή/ 2η βδομάδα	
Ωραιόκαστρο - Λητή 5,9 χλμ	
Λητή - Ωραιόκαστρο 5,9 χλμ	
Σύνολο Χλμ	11,8

Σύνολο Εβδομάδας Χλμ		57,4
-----------------------------	--	-------------

3η Δευτέρα / 3η βδομάδα	
Ωραιόκαστρο - Μεσαίο 14 χλμ	
Μεσαίο - Ωραιόκαστρο 14 χλμ	
Σύνολο Χλμ	28

3η Τετάρτη/ 3η βδομάδα	
Ωραιόκαστρο - Νέα Φιλαδέλφεια 5,7χλμ	
Νέα Φιλαδέλφεια - Ωραιόκαστρο 5,7χλμ	
Σύνολο Χλμ	11,4

3η Παρασκευή/ 3η βδομάδα	
Ωραιόκαστρο - Παλαιόκαστρο 2,4 χλμ	
Παλαιόκαστρο - Ωραιόκαστρο 2,4χλμ	
Σύνολο Χλμ	4,8

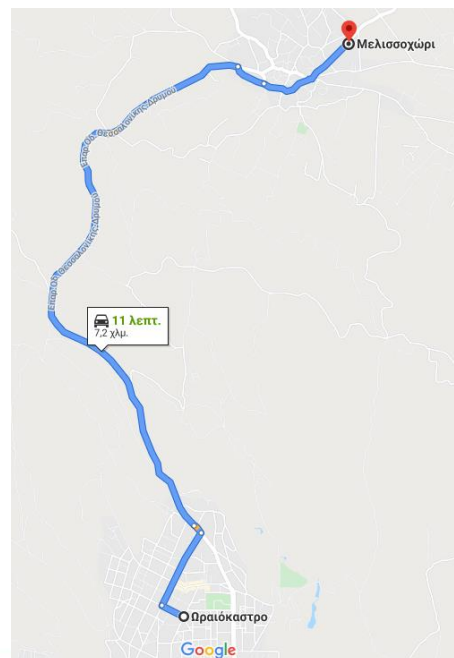
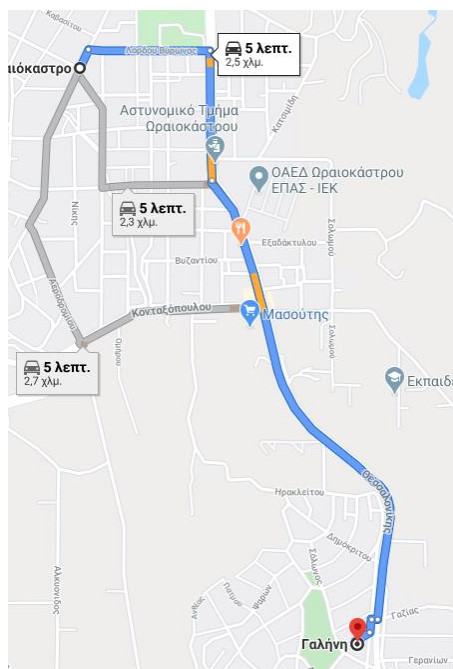
Σύνολο Εβδομάδας Χλμ	44,2
-----------------------------	-------------

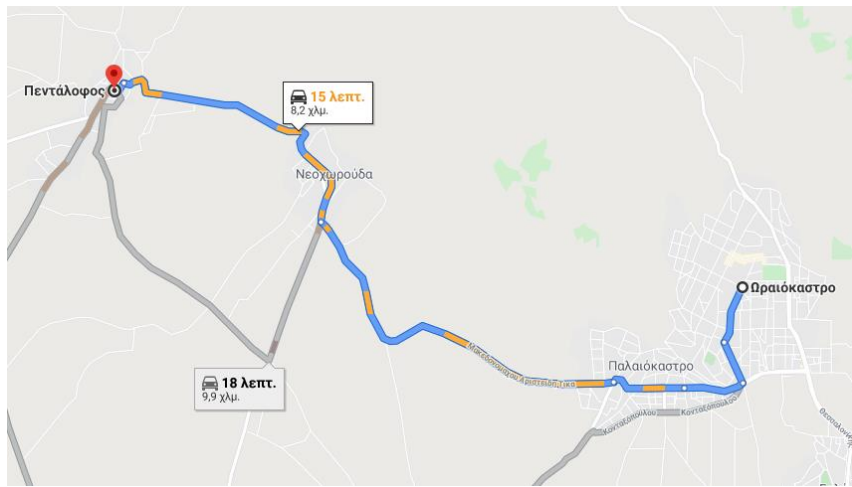
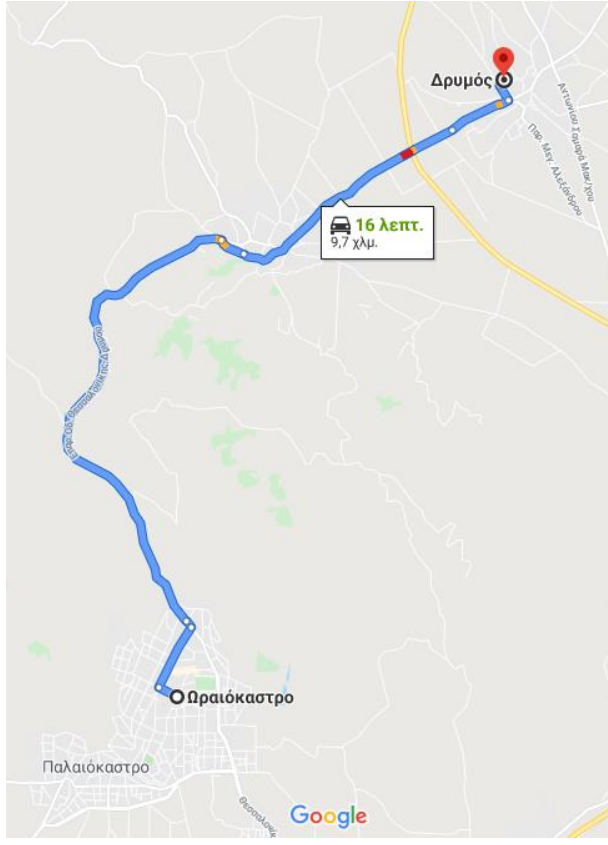
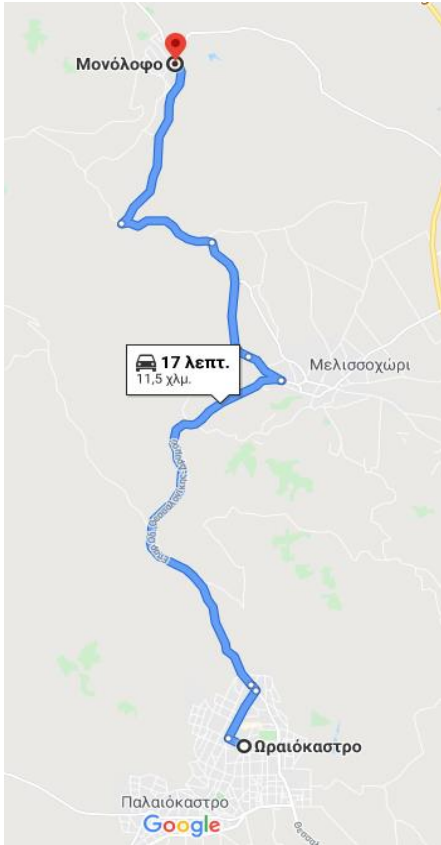
4η Δευτέρα / 4η βδομάδα	
Ωραιόκαστρο - Πετρωτό 15,8 χλμ	
Πετρωτό - Ωραιόκαστρο 15,8 χλμ	
Σύνολο Χλμ	31,6

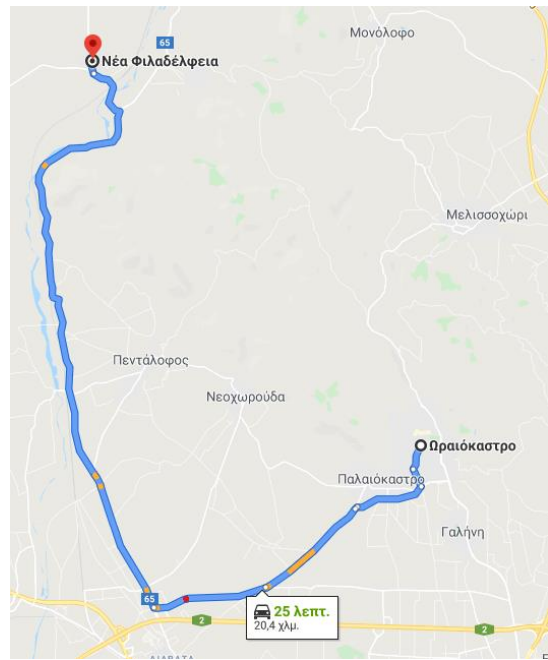
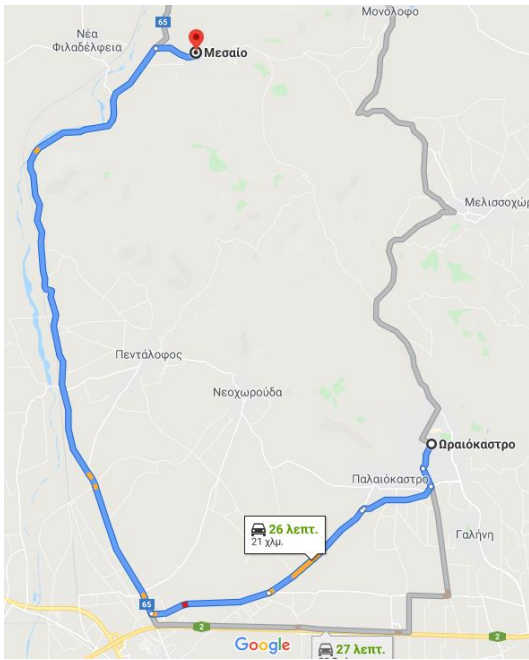
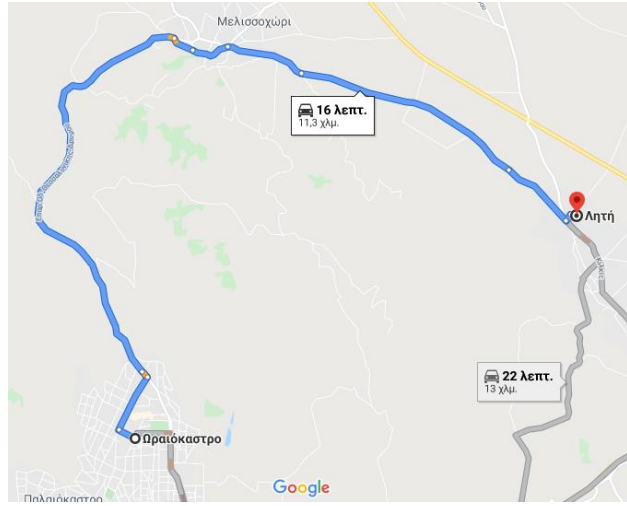
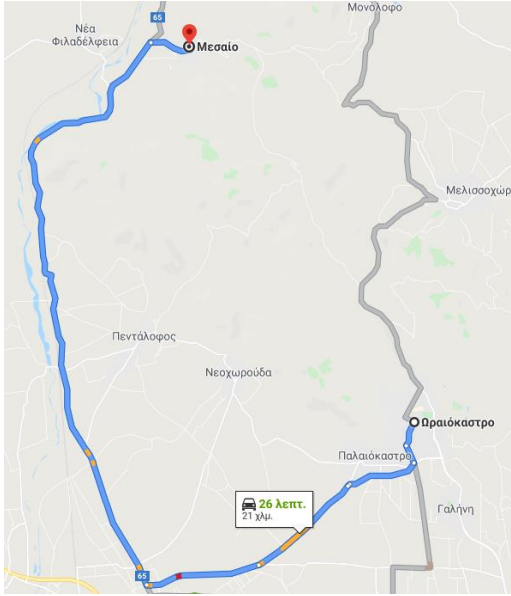
4η Τετάρτη/ 4η βδομάδα	
Ωραιόκαστρο - Νεοχωρούδα 5,9 χλμ	
Νεοχωρούδα - Ωραιόκαστρο 5,9 χλμ	
Σύνολο Χλμ	11,8

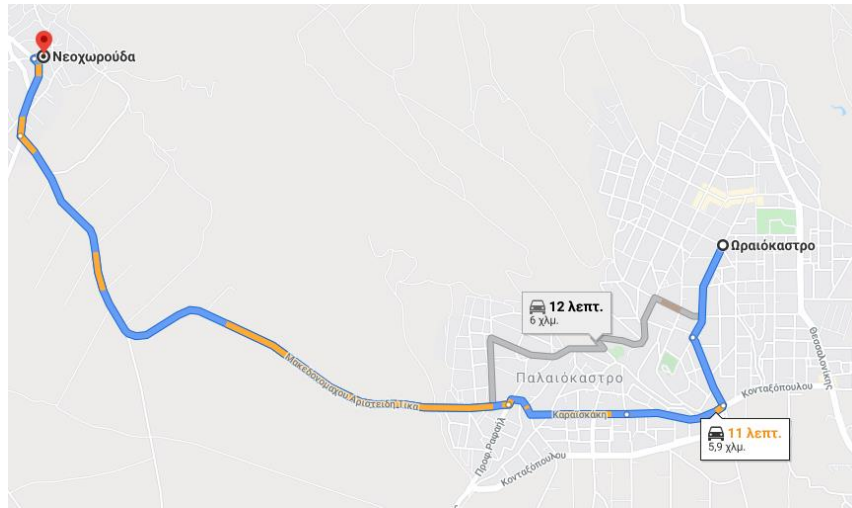
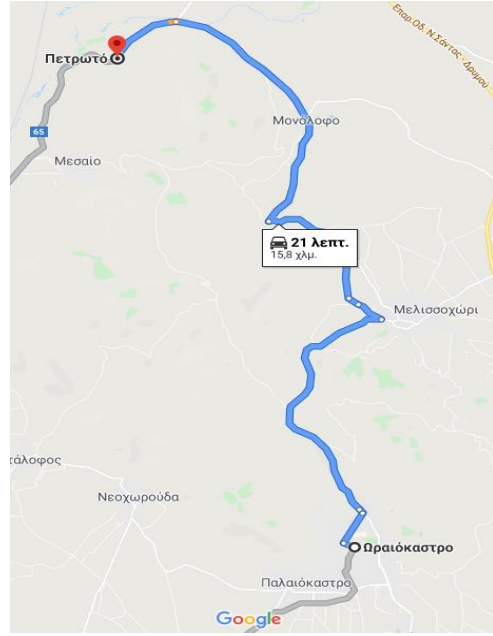
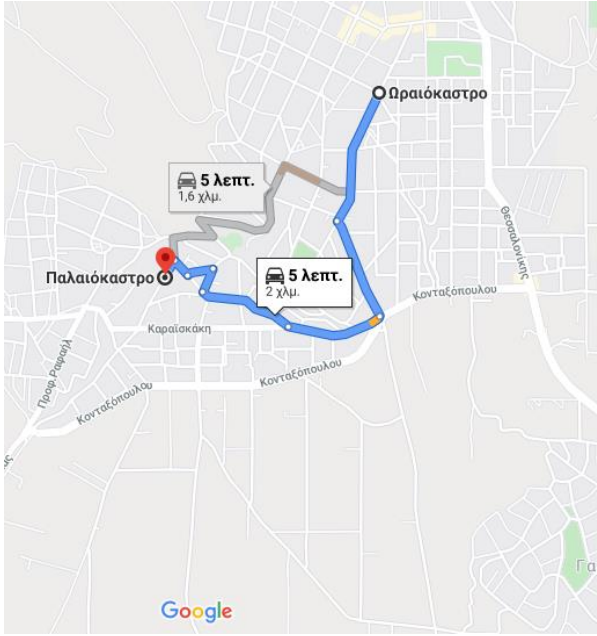
4η Παρασκευή/ 4η βδομάδα	
Ωραιόκαστρο - Μελισσοχώρι 14,8 χλμ	
Μελισσοχώρι - Ωραιόκαστρο 14,8 χλμ	
Σύνολο Χλμ	29,2

Σύνολο Εβδομάδας Χλμ	72,6
-----------------------------	-------------









Κεφάλαιο 9ο

Χώρος στον οποίο θα σταθμεύει η κινητή μονάδα υγείας σε κάθε περιοχή

Σε κάθε περιοχή την οποία θα επισκέπτεται η Κινητή Μονάδα Υγείας, θα έχει οριστεί εξαρχής ένας χώρος στον οποίο θα μπορεί να σταθμεύει και αντίστοιχα να υποδέχεται και να εξετάζει τους κατοίκους. Σίγουρα αυτός ο χώρος οφείλει να είναι μεγάλος για να εξυπηρετεί τη στάθμευση του οχήματος και δεύτερον να είναι εύκολα προσβάσιμος στους κατοίκους.

Αυτός ο χώρος μπορεί να είναι κάποιο ήδη υπάρχον ανεκμετάλλευτο οικόπεδο το οποίο θα έχει επαρκή χώρο ώστε να συγκεντρωθεί ένας ικανός αριθμός κατοίκων, μπορεί επίσης να είναι κάποιο τοπικό «γήπεδο» ή τελικά αυτός ο χώρος να είναι έξω από το χωριό ή την κοινότητα κοντά στην έξοδο του χωριού, σε κάποιον πλατύ δρόμο, πάνω στον οποίο αν σταθμεύσει η Κινητή Μονάδα δε θα εμποδίζει την κυκλοφορία λοιπών οχημάτων.

Καθώς, στον Δήμο Ωραιοκάστρου δεν υπάρχουν υφιστάμενες ιατρικές υποδομές οι οποίες να μπορούν να εξυπηρετήσουν τους κατοίκους, η Κινητή Μονάδα Υγείας θα παρέχει στους κατοίκους ιατρικές υπηρεσίες. Ωστόσο, λόγω αλλαγής του νομοθετικού πλαισίου στην Ελλάδα, δεν επιτρέπεται η εξέταση των ασθενών να γίνεται εντός του οχήματος. Έτσι, θεωρείται επιτακτική ανάγκη το όχημα σε κάθε χωριό που σταθμεύει να έχει ένα χώρο ο οποίος να χρησιμοποιείται για την εξέταση των ασθενών.

Ο χώρος που θα φιλοξενεί τις ιατρικές υπηρεσίες θα πρέπει να είναι ένας χώρος προσβάσιμος σε όλους, ο οποίος ανήκει στο Δήμο και οι εργαζόμενοι της Κινητής Μονάδας θα μπορούν να μεταφέρουν τον εξοπλισμό για τις εξετάσεις των δημοτών. Επιπλέον, οι χώροι που θα μετατρέπονται σε ιατρεία είναι απαραίτητο να έχουν χώρο στάθμευσης έξω ακριβώς ώστε η μεταφορά του εξοπλισμού να είναι εύκολη χωρίς να διακινδυνεύει από φθορές ή τυχόν ζημιές.

Κεφάλαιο 10ο

Διαμόρφωση διαδικασιών που θα ακολουθούνται κατά την πρώτη και δεύτερη επίσκεψη κάθε ασθενούς

Αφού λοιπόν έγινε σαφές το ποιες υπηρεσίες θα προσφέρονται από το RemoteCARE είναι καθοριστικής σημασίας να τονισθεί το εξής. Υπάρχει η πρόβλεψη μετά την πραγματοποίηση της πρώτης επίσκεψης, να χρειαστεί και δεύτερη επίσκεψη για τους ασθενείς που τους έχει χορηγηθεί κάποια φαρμακευτική αγωγή ή χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης.

Κατά την πρώτη επίσκεψη θα πραγματοποιείται η εξέταση είτε προληπτικά, είτε επιβεβαιωτικά για κάποιο νόσημα, ή πάθηση και εν συνεχεία θα προγραμματίζεται μία επανεξέταση, αν και εφόσον χρειαστεί. Αν κάποιος ασθενής νοσήσει και υποβληθεί σε φαρμακευτική αγωγή, τότε κρίνεται απαραίτητη και αναπόφευκτη, θα λέγαμε, μία δεύτερη εξέταση προκειμένου να διαπιστωθεί η πρόοδος της υγείας του.

Η πρώτη επίσκεψη σε οποιονδήποτε ιατρό είναι πολύ σημαντική, τόσο για τον ασθενή και τους συνοδούς του όσο και για τον ιατρό. Για τον ασθενή είναι εύκολα κατανοητό πως το μεγαλύτερο βάρος της σημασίας αυτής της επίσκεψης έγκειται στο γεγονός της διάγνωσης του προβλήματος υγείας που τον απασχολεί. Διότι για να επισκέπτεται έναν ιατρό σημαίνει ότι θέλει να εξετάσει κάποιο θέμα υγείας, είτε λόγω συμπτωμάτων, είτε λόγω παθολογικών εξετάσεων, είτε τέλος λόγω επιθυμίας ενημέρωσης και πρόληψης.

Όποιος, όμως, κι αν είναι ο λόγος της επίσκεψης το σίγουρο είναι ότι για τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς η καλή υγεία είναι ίσως ένα από τα σημαντικότερα αγαθά και η ανησυχία και μόνο ότι αυτή απειλείται μπορεί να επηρεάσει άμεσα τη ζωή, τις επιλογές, τα σχέδια, τα όνειρα αυτού/ής, αλλά και όλης της οικογένειάς του/της.

Από την άλλη μεριά, και για τον ιατρό είναι βαρύνουσα η πρώτη επαφή με έναν ασθενή. Είναι η στιγμή που χρησιμοποιεί για πρώτη φορά με το συγκεκριμένο ασθενή την ιδιότητά του ως γιατρός για τη σύναψη μίας άγραφης συμφωνίας μαζί του, που λέει ότι ο ασθενής συναινεί στην καταστρατήγηση θεμελιωδών δικαιωμάτων του, όπως το δικαίωμα στην ιδιωτικότητά του (λήψη ιατρικού ιστορικού) και στην αυτοδιάθεσή του (φυσική εξέταση), με στόχο τη βελτιστοποίηση των συμφερόντων του ασθενούς.

Κατά την πρώτη επίσκεψη της κινητής Μονάδας Υγείας στο εκάστοτε χωριό του

Δήμου Ωραιοκάστρου, δεν μπορούμε να καθορίσουμε εκ των προτέρων τη διάρκεια αυτής. Στην πράξη αυτό σημαίνει ότι θα διαρκέσει όσην ώρα χρειάζεται προκειμένου να ολοκληρωθεί πλήρως η κλινική εξέταση (λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση, κ.λπ.). Σε αυτό λοιπόν το πλάνο έρχεται να προστεθεί και η δεύτερη επίσκεψη, καθώς ενίοτε μπορεί να χρειαστεί και όχι πάντα. Η επόμενη συνάντηση του ασθενούς με το ιατρικό προσωπικό του RemoteCARE ορίζεται σε κοντινή χρονική απόσταση προκειμένου να έχει χρόνο ο ασθενής να κατανοήσει πλήρως τις επιλογές που του δίνονται, να διατυπώσει και να λύσει τις όποιες νέες απορίες έχουν προκύψει, να διενεργηθούν όπως προ είπαμε παρακλινικές εξετάσεις, να ληφθεί η εκάστοτε αγωγή κ.ο.κ.

Κεφάλαιο 11ο

Καθορισμός πρωτοκόλλου σε περιπτώσεις διαχείρισης έκτακτων περιστατικών

Το πρωταρχικό θέμα που απασχολεί όσους έχουν να αντιμετωπίσουν ένα έκτακτο ή επείγον περιστατικό υγείας είναι η άμεση αντιμετώπισή του. Η αμεσότητα είναι συνισταμένη πολλών παραγόντων όπως η γρήγορη πρόσβαση σε κάποιο νοσοκομείο, η δυνατότητα άμεσης διακομιδής με ασθενοφόρο, η μικρή χρονική αναμονή σε εξωτερικά ιατρεία, η ύπαρξη κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής και υποστήριξης, η διαθεσιμότητα σε κλίνες ή η δυνατότητα νοσηλείας σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

Ανάλογα με το περιστατικό και τη σπουδαιότητα του προβλήματος υγείας που παρουσιάζεται διαφέρουν και οι ανάγκες.

Η ιδέα του RemoteCARE όμως δεν προβλέπει την αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών καθώς το όχημα που θα αγοραστεί για αυτή την πρωτοβουλία, δε διαθέτει τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό που απαιτείται όπως για παράδειγμα τα μέσα που διαθέτει ένα ασθενοφόρο.

Όπως είδαμε και αναλύσαμε, οι ενέργειες του RemoteCARE θα είναι περιορισμένες χωρίς αυτό να σημαίνει πως δε θα είναι καθοριστικής σημασίας.

Στην περίπτωση όμως που προκύψει κάποιο έκτακτο περιστατικό κατά τη διάρκεια της εξέτασης ενός/μιας ασθενούς το ιατρικό προσωπικό που απαρτίζει την ομάδα του RemoteCARE μπορεί να παράσχει τις πρώτες βοήθειες έως ότου φθάσει το ΕΚΑΒ να παραλάβει τον/την ασθενή ώστε να διακομιστεί με ασφάλεια στο κοντινότερο νοσοκομείο της περιοχής.

Άλλωστε βασικός σκοπός του ΕΚΑΒ είναι η παροχή άμεσης βοήθειας. Κατά κάποιον τρόπο το ΕΚΑΒ αποτελεί μία κινητή ιατρική μονάδα, μία δηλαδή προ-νοσοκομειακή ιατρική, απώτερος στόχος της οποίας είναι η άμεση παροχή επιτόπιας εξειδικευμένης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σε κάθε έκτακτη περίπτωση οπουδήποτε και οποτεδήποτε συμβεί. Οι κινητές ιατρικές μονάδες στελεχώνονται από εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό και εκπαιδευμένα πληρώματα – διασώστες.

Ο επιπλέον εξειδικευμένος εξοπλισμός ο οποίος δεν θα περιλαμβάνεται στην Κινητή Μονάδα Υγείας «RemoteCARE» αλλά είναι απαραίτητο να διατίθεται στα ασθενοφόρα που έχει στη διάθεσή του ο Δήμος Ωραιοκάστρου αποτελείται από

τα εξής ιατρικά εργαλεία:

- ♣ Ηλεκτροκαρδιογράφος – Απινιδωτής
- ♣ Φορείο – Φαράσι
- ♣ Στρώμα Πολυτραυματία
- ♣ Κηδεμόνας Κεφαλής
- ♣ Συσκευή Αναρρόφησης
- ♣ Ισοθερμική κουβέρτα
- ♣ Αερονάρθηκες
- ♣ Γιλέκο Απεγκλωβισμού

Με την ύπαρξη του παραπάνω εξειδικευμένου εξοπλισμού οι κινητές ιατρικές μονάδες αποτελούν ουσιαστικά μια μικρογραφία κινούμενης Μ Ε Θ. Οι ενέργειες δε και η παροχή εξειδικευμένης προ νοσοκομειακής φροντίδας σε τραυματίες και ασθενείς που βρίσκονται σε απειλητική για την ζωή τους κατάσταση, είναι ουσιαστικές και άμεσες από το ιατρικό προσωπικό.

Αυτές οι ενέργειες είναι οι εξής:

- ♣ Υποστήριξη αεραγωγού με ακινητοποίηση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.
- ♣ Διατήρηση και υποστήριξη αναπνοής με χορήγηση οξυγόνου, διασωλήνωση, κρικοθυροειδοτομή, χρήση αναπνευστικών συσκευών.
- ♣ Αξιολόγηση και ακινητοποίηση ανοικτών και κλειστών κακώσεων και καταγμάτων άκρων και σπονδυλικής στήλης με χρήση των συσκευών ακινητοποίησης
- ♣ Αντιμετώπιση θερμικών και χημικών εγκαυμάτων
- ♣ Αντιμετώπιση δηλητηριάσεων, χρήσης ναρκωτικών και άλλων ουσιών
- ♣ Διάγνωση και αντιμετώπιση επιληπτικών κρίσεων, υπογλυκαιμίας, οξέος πνευμονικού οιδήματος, οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου και πολλών άλλων απειλητικών για την ζωή καταστάσεων

Κεφάλαιο 12ο

Καθορισμός διαδικασιών διασφάλισης προσωπικών ευαίσθητων δεδομένων των ασθενών

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα είναι πληροφορίες που αφορούν ένα ταυτοποιημένο ή ταυτοποιήσιμο εν ζωή άτομο. Διαφορετικές πληροφορίες οι οποίες αν συγκεντρωθούν όλες μαζί μπορούν να ταυτοποιήσουν ένα άτομο και να επιβεβαιώσουν τη μοναδικότητά του, καθώς μόνο ένα πρόσωπο θα έχει τα συγκεκριμένα στοιχεία, αποτελούν και αυτές οι πληροφορίες δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα.

Η έννοια των προσωπικών δεδομένων

- Όνομα- επώνυμο
- Διεύθυνση Κατοικίας
- Ηλεκτρονική Διεύθυνση (email)
- Δεδομένα που φυλάσσονται από νοσοκομείο ή ιατρό που θα μπορούσαν να είναι ένα σύμβολο που προσδιορίζει αποκλειστικά ένα άτομο

Με κριτήριο τη βασική διάκριση των προσωπικών δεδομένων σε απλά και ευαίσθητα, οι πληροφορίες που συνδέονται με την υγεία ενός ατόμου συνιστούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

Ως δεδομένα υγείας νοείται κάθε πληροφορία που ανάγεται τόσο στη βιολογική όσο και στην ψυχική κατάσταση υγείας του ανθρώπου (π.χ. ανικανότητα, αναπηρία).

Σε αυτά τα δεδομένα επομένως, συμπεριλαμβάνονται δεδομένα όπως γενετικές πληροφορίες, στοιχεία σχετικά με την υγεία ή την προδιάθεση για ασθένεια. Στοιχεία όπως βιομετρικά τα οποία όταν αποκαλύπτουν την ύπαρξη ή την προδιάθεση κάποιας ασθένειας ή αποκαλύπτουν τη γενική ταυτότητα ενός προσώπου, εμπίπτουν επίσης στα ευαίσθητα δεδομένα υγείας.

Τέλος, τα δεδομένα που τηρούνται στα αρχεία των δωρητών και των ληπτών των ανθρωπίνων ιστών και οργάνων εμπίπτουν και αυτά στα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

Η έννοια των δεδομένων Υγείας

Η συλλογή προσωπικών πληροφοριών για την υγεία είναι απαραίτητη, προκειμένου να δημιουργηθούν διαχρονικά ιατρικά αρχεία, καθώς και να

αναπτυχθεί η αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, εάν τα προσωπικά δεδομένα υγείας δεν τηρούνται με απόρρητο τρόπο και με ασφάλεια οι ασθενείς θα αντιμετωπίζουν προβληματισμούς σχετικά με την υιοθέτηση προληπτικών ή θεραπευτικών υπηρεσιών υγείας λόγω φόβου για στιγματισμό ή διάκριση. Από τα παραπάνω, καθίσταται σαφές, γιατί το ιατρικό απόρρητο προϋπήρξε της εισαγωγής της νομοθεσίας για τα προσωπικά δεδομένα.

Τα προσωπικά δεδομένα υγείας περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την φυσική, ψυχική ή πνευματική κατάσταση του ατόμου, την χρήση φαρμάκων ή ναρκωτικών ή την ψυχική υγεία. Στην εν λόγω κατηγορία των δεδομένων υγείας, σύμφωνα με την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, ανήκουν τα γενετικά και βιομετρικά δεδομένα όταν παρουσιάζουν κάποια ασθένεια ή προδιάθεση αυτής, πληροφορίες σχετικά με την υγεία του υποκειμένου καθώς και την γενετική ταυτότητα ενός υποκειμένου. Τα δεδομένα υγείας συχνά αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας από επαγγελματίες εκτός του ιατρικού τομέα, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, διοικητικοί υπάλληλοι υγειονομικών μονάδων κ.α., που έχουν, ωστόσο, άμεση επαφή-συνάφεια με τον τομέα υγείας.

Ο ΓΚΠΔ ήρθε να δώσει νέα διάσταση στα δεδομένα υγείας εντάσσοντας τα σε ειδική κατηγορία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, με αποτέλεσμα να υπάγονται σε ένα αυστηρότερο νομικό πλαίσιο επεξεργασίας. Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 4 αριθ. 15 ΓΚΠΔ ως «δεδομένα που αφορούν την υγεία» ορίζονται: «δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία σχετίζονται με τη σωματική ή ψυχική υγεία ενός φυσικού προσώπου, περιλαμβανομένης της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, και τα οποία αποκαλύπτουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του».

Στο παραπάνω πλαίσιο, σύμφωνα με την αιτιολογική σκέψη 35 του ΓΚΠΔ: «Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σχετικά με την υγεία θα πρέπει να περιλαμβάνουν όλα τα δεδομένα που αφορούν την κατάσταση της υγείας του υποκειμένου των δεδομένων και τα οποία αποκαλύπτουν πληροφορίες για την παρελθούσα, τρέχουσα ή μελλοντική κατάσταση της σωματικής ή ψυχικής υγείας του υποκειμένου των δεδομένων. Τούτο περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με το φυσικό πρόσωπο που συλλέγονται κατά την εγγραφή για υπηρεσίες υγείας και κατά την παροχή αυτών όπως αναφέρεται στην οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου προς το εν λόγω φυσικό πρόσωπο, έναν αριθμό, ένα σύμβολο ή ένα χαρακτηριστικό ταυτότητας που αποδίδεται σε φυσικό πρόσωπο με σκοπό την πλήρη ταυτοποίηση του φυσικού προσώπου για σκοπούς υγείας, πληροφορίες που προκύπτουν από εξετάσεις ή

αναλύσεις σε μέρος ή ουσία του σώματος, μεταξύ άλλων από γενετικά δεδομένα και βιολογικά δείγματα και κάθε πληροφορία, παραδείγματος χάριν, σχετικά με ασθένεια, αναπηρία, κίνδυνο ασθένειας, ιατρικό ιστορικό, κλινική θεραπεία ή τη φυσιολογική ή βιοϊατρική κατάσταση του υποκειμένου των δεδομένων, ανεξαρτήτως πηγής, παραδείγματος χάριν, από ιατρό ή άλλο επαγγελματία του τομέα της υγείας, νοσοκομείο, ιατρική συσκευή ή διαγνωστική δοκιμή in vitro». Με βάση τα παραπάνω, υποστηρίζεται πλέον από το Υπουργείο Υγείας ότι «ο ΑΜΚΑ, ο οποίος κατά το παρελθόν έχει χαρακτηριστεί από την ΑΠΔΠΧ (Βλ. Απόφαση 56/2010) ως καταρχήν απλό δεδομένο προσωπικού χαρακτήρα, συνιστά ευαίσθητο δεδομένο του υποκειμένου του, οσάκις αποσκοπεί στην ή επιφέρει ως αποτέλεσμα την πλήρη ταυτοποίηση του συγκεκριμένου φυσικού προσώπου για σκοπούς παροχής υπηρεσιών υγείας».

Εξάλλου, σύμφωνα με το άρθρο 9 ΓΚΠΔ, τα δεδομένα που αφορούν την υγεία ανήκουν ρητά στην κατηγορία των ευαίσθητων δεδομένων (ειδική κατηγορία δεδομένων). Υπογραμμίζεται ότι στην παρ. 4 του άρθρου 9 ορίζεται ότι: «4. Τα κράτη μέλη μπορούν να διατηρούν ή να θεσπίζουν περαιτέρω όρους, μεταξύ άλλων και περιορισμούς, όσον αφορά την επεξεργασία γενετικών δεδομένων, βιομετρικών δεδομένων ή δεδομένων που αφορούν την υγεία». Ο Έλληνας νομοθέτης δεν φαίνεται να έκανε χρήση της ως άνω δυνατότητας. Επιπλέον, στην κατηγορία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων ανήκει και κάθε είδους πληροφορία σχετικά με τα αρχεία και τα μητρώα δωρητών και ληπτών ανθρωπίνων ιστών και οργάνων σύμφωνα με το άρθρο 34 παρ. 1 ν. 3984/2011.

Ακόμη, σύμφωνα με άρθρο 5 ν. 3518/2005, στην κατηγορία των δεδομένων υγείας ανήκει κάθε υπηρεσιακό έγγραφο, που εμπεριέχει ιατρικά δεδομένα του ατόμου. Τέτοια έγγραφα αποτελούν οι ιατρικές βεβαιώσεις, οι οποίες προσκομίζονται για χορήγηση και εμπεριέχουν προσωπικά στοιχεία σχετικά με την νοσηλεία και την υγεία του ατόμου, έχοντας ως αποτέλεσμα την άντληση πληροφοριών οδηγώντας στην ταυτοποίηση του ατόμου. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι υπάλληλοι χορήγησης ανάλογων πιστοποιητικών δεν υποχρεούνται από την τήρηση του ιατρικού απορρήτου με αποτέλεσμα να καθίσταται ευέλικτη την άντληση ευαίσθητων δεδομένων.

Ακόμη, στον ΓΚΠΔ δίνεται έμφαση στην επεξεργασία γενετικών δεδομένων, βιομετρικών δεδομένων με σκοπό την αδιαμφισβήτητη ταυτοποίηση προσώπου, η οποία πλέον ρητά αποτελεί, κατά το άρθρο 9 ΓΚΠΔ, επεξεργασία ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Ως γενετικά δεδομένα ορίζονται

τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν τα γενετικά χαρακτηριστικά φυσικού προσώπου που κληρονομήθηκαν ή αποκτήθηκαν, όπως προκύπτουν, ιδίως, από ανάλυση βιολογικού δείγματος του εν λόγω φυσικού προσώπου και τα οποία παρέχουν μοναδικές πληροφορίες σχετικά με την φυσιολογία ή την υγεία του εν λόγω φυσικού προσώπου.

Σε ό,τι αφορά, τα βιομετρικά δεδομένα, αυτά ορίζονται ως τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που προκύπτουν από την ειδική τεχνική επεξεργασία, η οποία συνδέεται με φυσικά, βιολογικά ή συμπεριφορικά χαρακτηριστικά φυσικού προσώπου, επιτρέποντας και διαβεβαιώνοντας την αδιαμφισβήτητη ταυτοποίηση του εν λόγω φυσικού προσώπου όπως εικόνες προσώπου ή δακτυλοσκοπικά δεδομένα.

Επεξεργασία Ευαίσθητων Προσωπικών Δεδομένων

Αναφέρθηκε ανωτέρω, ότι λόγω της ιδιαιτερότητας των δεδομένων που αφορούν θέματα υγείας, η προστασία αυτών αποτελεί καίριο ζήτημα για τον ΓΚΠΔ, που απαγορεύει ρητά την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα όπως ορίζεται στο άρθρο 9. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις σε ότι αφορά την επεξεργασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων όταν αυτή προβλέπεται από την εθνική νομοθεσία και προβλέπονται ανάλογες εγγυήσεις για την προστασία των δεδομένων αυτών.

Οι συνέπειες της επεξεργασίας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων μπορεί να καταστούν καταστροφικές για την σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου αλλά και την εξέλιξη του, και για τον λόγο αυτό ο ΓΚΠΔ ορίζει τις περιστάσεις ειδικών βάσεων επεξεργασίας και τις ανάλογες προϋποθέσεις προκειμένου η επεξεργασία να καθίσταται νόμιμη:

- ❖ το υποκείμενο των δεδομένων έχει παράσχει ρητή συγκατάθεση για την επεξεργασία αυτών των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για έναν ή περισσότερους σκοπούς, εκτός εάν το δίκαιο της Ένωσης ή του κράτους μέλους προβλέπει ότι η απαγόρευση που αναφέρθηκε παραπάνω δεν μπορεί να αρθεί από το υποκείμενο των δεδομένων.
- ❖ η επεξεργασία είναι απαραίτητη για την εκτέλεση των υποχρεώσεων και την άσκηση συγκεκριμένων δικαιωμάτων του υπεύθυνου επεξεργασίας ή του υποκειμένου των δεδομένων στον τομέα στον τομέα του εργατικού

δικαίου και του δικαίου κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας, εφόσον επιτρέπεται από το δίκαιο της Ένωσης ή κράτους μέλους ή από συλλογική συμφωνία σύμφωνα με το εθνικό δίκαιο παρέχοντας κατάλληλες εγγυήσεις για τα θεμελιώδη δικαιώματα και τα συμφέροντα του υποκειμένου δεδομένων.

❖ η επεξεργασία είναι απαραίτητη για την προστασία των ζωτικών συμφερόντων του υποκειμένου των δεδομένων ή άλλου φυσικού προσώπου, εάν το υποκείμενο των δεδομένων είναι σωματικά ή νομικά ανίκανο να συγκατατεθεί.

❖ η επεξεργασία διενεργείται, με κατάλληλες εγγυήσεις, στο πλαίσιο των νόμιμων δραστηριοτήτων ιδρύματος, οργάνωσης ή άλλου κερδοσκοπικού φορέα με πολιτικό, φιλοσοφικό, θρησκευτικό ή συνδικαλιστικό στόχο και υπό την προϋπόθεση ότι η επεξεργασία αφορά αποκλειστικά τα μέλη ή τα πρώην μέλη του φορέα ή τα πρόσωπα τα οποία έχουν τακτική επικοινωνία μαζί του σε σχέση με τους σκοπούς του και ότι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα δεν κοινοποιούνται εκτός του συγκεκριμένου φορέα χωρίς τη συγκατάθεση των υποκειμένων των δεδομένων.

❖ η επεξεργασία αφορά δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία έχουν προδήλως δημοσιοποιηθεί από το υποκείμενο των δεδομένων.

❖ η επεξεργασία είναι απαραίτητη για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη νομικών αξιώσεων ή όταν τα δικαστήρια ενεργούν υπό τη δικαιοδοτική τους ιδιότητα.

❖ η επεξεργασία είναι απαραίτητη για λόγους ουσιαστικού δημοσίου συμφέροντος, βάσει του δικαίου της Ένωσης ή κράτους μέλους, το οποίο είναι ανάλογο προς τον επιδιωκόμενο στόχο, σέβεται την ουσία του δικαιώματος στην προστασία των δεδομένων και προβλέπει κατάλληλα και συγκεκριμένα μέτρα για τη διασφάλιση των θεμελιωδών δικαιωμάτων και των συμφερόντων του υποκειμένου των δεδομένων.

❖ η επεξεργασία είναι απαραίτητη για σκοπούς προληπτικής ή επαγγελματικής ιατρικής, εκτίμησης της ικανότητας προς εργασία του εργαζόμενου, ιατρικής διάγνωσης, παροχής υγειονομικής ή κοινωνικής

περίθαλψης ή θεραπείας ή διαχείρισης υγειονομικών και κοινωνικών συστημάτων και υπηρεσιών βάσει του ενωσιακού δικαίου ή του δικαίου κράτους μέλους ή δυνάμει σύμβασης με επαγγελματία του τομέα της υγείας.

❖ η επεξεργασία είναι απαραίτητη για λόγους δημοσίου συμφέροντος στον τομέα της δημόσιας υγείας, όπως η προστασία έναντι σοβαρών διασυννοριακών απειλών κατά της υγείας ή η διασφάλιση υψηλών προτύπων ποιότητας και ασφάλειας της υγειονομικής περίθαλψης και των φαρμάκων ή των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, βάσει του δικαίου της Ένωσης ή του δικαίου κράτους μέλους, το οποίο προβλέπει κατάλληλα και συγκεκριμένα μέτρα για την προστασία των δικαιωμάτων και ελευθεριών του υποκειμένου των δεδομένων, ειδικότερα του επαγγελματικού απορρήτου.

❖ η επεξεργασία είναι απαραίτητη για σκοπούς αρχειοθέτησης προς το δημόσιο συμφέρον, για σκοπούς επιστημονικής ή ιστορικής έρευνας ή για στατιστικούς σκοπούς.

Υποστηρίζεται πειστικά ότι οι πλέον ενδεδειγμένες νομικές βάσεις για την επεξεργασία δεδομένων που αφορούν την υγεία είναι: "(α) η παροχή ιατρικών υπηρεσιών κατά το άρθρο 9 παρ. 2 στοιχ. (η') του ΓΚΠΔ, είτε η εν λόγω παροχή ιατρικών υπηρεσιών στηρίζεται ειδικότερα σε νομικές ρυθμίσεις για την παροχή υπηρεσιών υγείας από φορείς του Δημοσίου τομέα είτε σε σύμβαση παροχής ιατρικών υπηρεσιών από φορέα του ιδιωτικού τομέα, (β) η εκπλήρωση δημοσίου συμφέροντος στον τομέα της δημόσιας υγείας κατά το άρθρο 9 παρ. 2 στοιχ. (θ') του ΓΚΠΔ, (γ) η ανάγκη εκτέλεσης των υποχρεώσεων και άσκησης συγκεκριμένων δικαιωμάτων του υπευθύνου επεξεργασίας ή του υποκειμένου των δεδομένων στον τομέα του εργατικού δικαίου και του δικαίου κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας, (δ) η θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη νομικών αξιώσεων ή όταν τα δικαστήρια ενεργούν υπό τη δικαιοδοτική τους ιδιότητα κατά το άρθρο 9 παρ. 2 στοιχ. (στ') του ΓΚΠΔ, (ε) η ανάγκη εκπλήρωσης σκοπών αρχειοθέτησης προς το δημόσιο συμφέρον, σκοπών επιστημονικής ή ιστορικής έρευνας ή στατιστικών σκοπών σύμφωνα με το άρθρο 89 παρ.1 του ΓΚΠΔ βάσει του δικαίου της Ένωσης ή κράτους μέλους, οι οποίοι είναι ανάλογοι προς τον επιδιωκόμενο στόχο, σέβονται την ουσία του δικαιώματος στην προστασία των δεδομένων και προβλέπουν κατάλληλα και συγκεκριμένα μέτρα για τη διασφάλιση των θεμελιωδών δικαιωμάτων και των συμφερόντων του υποκειμένου των δεδομένων". Η επεξεργασία των δεδομένων που αφορούν την υγεία

πραγματοποιείται συνήθως υπό την ευθύνη του επαγγελματία υγείας, ενώ ο ίδιος υποχρεούται στην τήρηση ιατρικού απορρήτου ή από άλλο συναφή επαγγελματία, ο οποίος ομοίως υπέχει αντίστοιχη υποχρέωση βάσει του εθνικού δικαίου. Ειδικότερα, στο άρθρο 9 παρ. 3 του ΓΚΠΔ διευκρινίζεται ότι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αναφέρονται στην παρ. 1 – δηλαδή το σύνολο των ειδικών κατηγοριών (ευαίσθητων) δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, πλην αυτών που αφορούν ποινικές καταδίκες ή αδικήματα (για αυτά ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 10 του ΓΚΠΔ) – μπορεί να τύχουν επεξεργασίας για τους σκοπούς που προβλέπονται στην παράγραφο 2 στοιχείο (η'), δηλαδή για σκοπούς παροχής ιατρικών υπηρεσιών, όταν τα δεδομένα αυτά υποβάλλονται σε επεξεργασία από ή υπό την ευθύνη επαγγελματία, ο οποίος υπόκειται στην υποχρέωση τήρησης του επαγγελματικού απορρήτου βάσει του δικαίου της ΕΕ ή κράτους μέλους ή βάσει κανόνων που θεσπίζονται από αρμόδιους εθνικούς φορείς, ή από άλλο πρόσωπο, το οποίο υπέχει επίσης υποχρέωση τήρησης του απορρήτου βάσει του δικαίου της ΕΕ ή κράτους μέλους ή βάσει κανόνων που θεσπίζονται από αρμόδιους εθνικούς φορείς. Συνεπώς, το σύνολο των ειδικών κατηγοριών (ευαίσθητων) δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που αναφέρονται στην παρ. 1 του άρθρου 9, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων που αφορούν την υγεία ή τα γενετικά δεδομένα, μπορούν να τύχουν επεξεργασίας για σκοπούς παροχής ιατρικών υπηρεσιών του άρθρου 9 παρ. 2 στοιχ. (η') του ΓΚΠΔ από ή υπό την ευθύνη επαγγελματία, ο οποίος υπόκειται στην υποχρέωση τήρησης του επαγγελματικού απορρήτου ή από άλλο πρόσωπο, το οποίο υπέχει επίσης υποχρέωση τήρησης του απορρήτου κατά τα προαναφερόμενα (πχ. ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγοι, κλπ.).

Δικαιώματα του Υποκειμένου Δεδομένων

Ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας των Προσωπικών Δεδομένων κατοχυρώνει ένα διευρυμένο πλαίσιο προστασίας των δεδομένων υγείας και μέσω αυτού ανάγεται η εξέλιξη των δικαιωμάτων του υποκειμένου σχετικά με την επεξεργασία και την διαρροή των προσωπικών δεδομένων τους.

Το *δικαίωμα της ενημέρωσης* του υποκειμένου αποτελεί ένα από αυτά τα δικαιώματα. Σύμφωνα με το προοίμιο του ΓΚΠΔ απαιτείται οποιαδήποτε ενημέρωση που απευθύνεται στο υποκείμενο των δεδομένων σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων του, ενώ η ενημέρωση πρέπει να είναι συνοπτική, εύκολα προσβάσιμη, ευκολονόητη, και να χρησιμοποιείται σαφής και απλή διατύπωση, ενώ κατά περίπτωση προβλέπεται και η απεικόνιση. Αντιστοίχως, προβλέπεται η ενημέρωση και η ανακοίνωση σε παιδιά η οποία θα πρέπει να

διατυπώνεται με τρόπο σαφή, απλό και κατανοητό δεδομένου ότι κάθε ανήλικο υποκείμενο χρήζει ειδικής προστασίας.

Στο άρθρο 12 ΓΚΠΔ δίνονται ακριβείς λεπτομέρειες σχετικά με το δικαίωμα της ενημέρωσης. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται η δυνατότητα προφορικής, γραπτής και ηλεκτρονικής ενημέρωσης του υποκειμένου. Λαμβανομένων υπόψη των επιταγών της αρχής της λογοδοσίας (ιδίως, ο υπεύθυνος επεξεργασίας πρέπει να είναι και σε θέση να αποδείξει ότι έχει εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του έναντι του υποκειμένου) και του γεγονότος ότι ο τομέας της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι κατεξοχήν τομέας όπου τυγχάνουν επεξεργασίας ευαίσθητα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, η ενημέρωση των υποκειμένων για την επεξεργασία των δεδομένων τους προσωπικού χαρακτήρα κατά τη γνώμη μας πρέπει να διενεργείται εγγράφως.

Ακόμη, σε περίπτωση παραβίασης του δικαιώματος ενημέρωσης, το υποκείμενο ενημερώνεται από τον υπεύθυνο επεξεργασίας για τους λόγους που δεν ενήργησε, καθώς και για το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας σε εποπτική αρχή και την άσκηση δικαστικής προσφυγής. κατά την ενημέρωση του υποκειμένου, θα πρέπει να τηρούνται οι προθεσμίες του άρθρου 12 παρ.3 και 4 ΓΚΠΔ.

Σύμφωνα με το άρθρο 13 του ΓΚΠΔ, το υποκείμενο των δεδομένων οφείλει να ενημερωθεί από τον υπεύθυνο επεξεργασίας κατά την λήψη των προσωπικών δεδομένων όταν αυτά που αφορούν το υποκείμενο των δεδομένων συλλέγονται απευθείας από το υποκείμενο των δεδομένων για τα ακόλουθα στοιχεία : την ταυτότητα και τα στοιχεία επικοινωνίας του υπεύθυνου επεξεργασίας, τους σκοπούς επεξεργασίας, τους αποδέκτες των δεδομένων και την πρόθεση του υπεύθυνου επεξεργασίας να διαβιβάσει τα δεδομένα σε τρίτη χώρα ή οργανισμό, το πλαίσιο κανόνων, εγγυήσεων και δικαιωμάτων καθώς και τους κινδύνους που επέχουν από την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων. Ακόμη, σε ότι αφορά την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων θα πρέπει να δηλώνεται επακριβώς ο σκοπός αυτής, να πληρεί τις νόμιμες προϋποθέσεις και να δηλώνεται ο ακριβής χρόνος επεξεργασίας διατήρησης, ενώ θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση του υποκειμένου για οποιαδήποτε μεταβολή από τα παραπάνω όπως ορίζει ο ΓΚΠΔ.

Το *δικαίωμα πρόσβασης* ορίζεται ως ένα από τα σημαντικότερα δικαιώματα του υποκειμένου των δεδομένων κατά το οποίο το άτομο έχει το δικαίωμα να λαμβάνει από τον υπεύθυνο επεξεργασίας επιβεβαίωση για το κατά πόσο ή όχι τα δεδομένα που το αφορούν υφίστανται επεξεργασία, και στην περίπτωση που αυτό ισχύει το

δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, σύμφωνα με το άρθρο 15 του ΓΚΠΔ.

Στο ίδιο άρθρο αναφέρονται επιπλέον πληροφορίες για τις οποίες το υποκείμενο των δεδομένων έχει δικαίωμα να ενημερωθεί και να έχει πρόσβαση σε περίπτωση που υπάρχει επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων του. Πιο αναλυτικά, οι πληροφορίες αυτές αφορούν: τους σκοπούς της επεξεργασίας των δεδομένων, τις σχετικές κατηγορίες των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, τους αποδέκτες στους οποίους κοινοποιήθηκαν ή πρόκειται να κοινοποιηθούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, το χρονικό διάστημα για το οποίο θα αποθηκευτούν τα δεδομένα, σχετικά με την ύπαρξη δικαιώματος υποβολής αιτήματος στον υπεύθυνο επεξεργασίας για διόρθωση ή διαγραφή ή περιορισμό της επεξεργασίας ή δικαιώματος αντιτάξεως της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα όπου αφορούν το υποκείμενο των δεδομένων, το δικαίωμα καταγγελίας σε εποπτική αρχή, κάθε πληροφορία σχετική με την προέλευση των δεδομένων όταν δεν συλλέγονται από το υποκείμενο των δεδομένων, την ύπαρξη αυτοματοποιημένης λήψης αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ καθώς και τις προβλεπόμενες συνέπειες της εν λόγω επεξεργασίας για το υποκείμενο δεδομένων και το δικαίωμα αντιγράφου των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που υποβάλλονται σε επεξεργασία από τον υπεύθυνο επεξεργασίας.

Στο πλαίσιο της άσκησης του δικαιώματος πρόσβασης από το υποκείμενο των δεδομένων, η χορήγηση αντιγράφων των δεδομένων του δύναται να διενεργηθεί σε έγχαρτη ή ηλεκτρονική μορφή (ανάλογα με τη δυνατότητα του υπευθύνου επεξεργασίας). Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να αποδεικνύεται ότι ικανοποιήθηκε το δικαίωμά του με τη λήψη των σχετικών αντιγράφων. Σύμφωνα με την παρ. 3 του εν λόγω άρθρου, σε περίπτωση που το υποκείμενο των δεδομένων αιτηθεί επιπλέον αντίγραφα ο υπεύθυνος επεξεργασίας έχει το δικαίωμα να επιβάλλει την καταβολή εύλογου τέλους για διοικητικά έξοδα, ενώ υπάρχει και η περίπτωση παροχής της ενημέρωσης σε ηλεκτρονική μορφή εάν το αιτηθεί το υποκείμενο των δεδομένων.

Σε ότι αφορά τα δεδομένα υγείας και το δικαίωμα πρόσβασης σε αυτά, το προοίμιο του ΓΚΠΔ αναφέρεται στο δικαίωμα πρόσβασης των υποκειμένων στα δεδομένα υγείας όπως τα δεδομένα ιατρικών αρχείων που περιέχουν διαγνώσεις, αποτελέσματα εξετάσεων, αξιολογήσεις από θεράποντες ιατρούς και κάθε παρασχεθείσα θεραπεία ή επέμβαση. Για την εκπλήρωση του εν λόγω δικαιώματος δεν είναι απόλυτα σαφές ποιος είναι το αρμόδιο όργανο, ωστόσο, σύμφωνα με τον ν. 3418/2005 το δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα υγείας έχει ο

ασθενής, και μετά τον θάνατο αυτού οι συγγενείς του έως τετάρτου βαθμού. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα άρθρο 14 παρ.8 του 3418/2005, ο ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία, αλλά και λήψης αντιγράφων του φακέλου του, δεδομένου ότι το ιατρικό απόρρητο αντιτάσσεται σε τρίτους και όχι στο υποκείμενο προκειμένου να διασφαλιστεί η ιδιωτική ζωή, ενώ έχει δικαίωμα πρόσβασης και σε διεθνή ή εθνικά αρχεία, που περιλαμβάνονται προσωπικά του δεδομένα.

Εξάλλου, από την παρ. 4 του άρθρου 15 του ΓΚΠΔ συνάγεται ότι το υποκείμενο των δεδομένων έχει δικαίωμα πρόσβασης μόνο στα δικά του δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα. Για την πρόσβαση σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα (και) τρίτων προσώπων οφείλει να επικαλεστεί και να αποδείξει ότι συντρέχει στο πρόσωπό του μία από τις νομικές βάσεις του άρθρου 6 (για τα απλά δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα) ή του άρθρου 9 παρ. 2 (για τα ευαίσθητα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα) του ΓΚΠΔ.

Η πρόσβαση τρίτων στα δεδομένα υγείας του υποκειμένου απαγορεύεται ρητά, αφού σύμφωνα με τα άρθρα 4 και 9 ΓΚΠΔ επεξεργασία ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και, συνεπώς, για την νομιμότητα αυτής απαιτείται η ύπαρξη ενός νομικού σκοπού, καθορισμένου και σαφούς, η συνδρομή μιας τουλάχιστον από τις νομικές βάσεις που αναφέρονται στο άρθρο 9 παρ.2 ΓΚΠΔ και η διασφάλιση της τήρησης όλων των θεμελιωδών αρχών, που διέπουν κάθε επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ενώ ο φορέας απαιτείται να ενημερώσει εκ των προτέρων το υποκείμενο για την σκοπούμενη διαβίβαση.

Κατ' εξαίρεση θα πρέπει να επιτρέπεται η πρόσβαση στις δικαστικές και εισαγγελικές αρχές κατά την άσκηση των καθηκόντων τους αυτεπάγγελα ή μετά από αίτηση τρίτου που επικαλείται έννομο συμφέρον και σύμφωνα με τις νόμιμες διαδικασίες, σε όργανα της Ελληνικής Πολιτείας που με βάση τις καταστατικές τους διατάξεις έχουν τέτοιο δικαίωμα και αρμοδιότητα, όπως οι Ελεγκτές της Αρχής, οι Επιστήμονες του Συνηγόρου του Πολίτη, το Σώμα επιθεωρητών υπηρεσιών υγείας του δημοσίου κ.α.

Σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 2 του 2472/1997 η πρόσβαση τρίτων στα δεδομένα υγείας ήταν εφικτή: α) όταν το υποκείμενο έχει δώσει έγγραφη συγκατάθεση, εκτός αν αυτή έχει αποσπαστεί με τρόπο που αντίκειται στο νόμο ή τα χρηστά ήθη, καθώς και όταν ο νόμος ορίζει ότι η συγκατάθεση δεν αίρει την απαγόρευση, β)

όταν η ανακοίνωση - πρόσβαση είναι αναγκαία για την διαφύλαξη ζωτικού συμφέροντος του ασθενούς ή προβλεπόμενου από το νόμο συμφέροντος τρίτου, και ο ασθενής τελεί σε φυσική ή νομική αδυναμία να δώσει την συγκατάθεση του, γ) όταν η ανακοίνωση είναι αναγκαία για την αναγνώριση, άσκηση ή υπεράσπιση δικαιώματος ενώπιον δικαστηρίου ή πειθαρχικού οργάνου, δ) όταν η ανακοίνωση είναι απαραίτητη για την ιατρική πρόληψη, διάγνωση και περίθαλψη ή την διαχείριση υπηρεσιών υγείας, ε) όταν η ανακοίνωση γίνεται για ερευνητικούς σκοπούς και υπό τον όρο ότι τηρείται η ανωνυμία, ενώ λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία των δικαιωμάτων των προσώπων.

Το δικαίωμα διόρθωσης - διαγραφής αποτελεί άλλο ένα από τα εργαλεία του ατόμου κατά το οποίο το υποκείμενο των δεδομένων έχει το δικαίωμα να απαιτήσει από τον υπεύθυνο επεξεργασίας τη διόρθωση ανακριβών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση. Επιπλέον, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις της επεξεργασίας το υποκείμενο των δεδομένων μπορεί να διεκδικήσει την συμπλήρωση ελλিপών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα μέσω συμπληρωματικής δήλωσης. Αντίστοιχα, το δικαίωμα διόρθωσης ισχύει και για τα δεδομένα υγείας, όπου το υποκείμενο των δεδομένων έχει το δικαίωμα να διορθώσει κάποια μεταγενέστερα στοιχεία του που προκύπτουν, καθιστώντας τα αρχικά ως ανακριβή. Η διόρθωση ανακριβών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα του υποκειμένου θα πρέπει διενεργείται από τον υπεύθυνο επεξεργασίας χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση.

Το επόμενο δικαίωμα συνδέεται άμεσα με αυτό της διόρθωσης κατά το οποίο το υποκείμενο των δεδομένων έχει το δικαίωμα να ζητήσει αντίστοιχα τη διαγραφή των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση ενώ ο υπεύθυνος επεξεργασίας υποχρεούται να προβεί σε αυτή την ενέργεια χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση. Το εν λόγω δικαίωμα έχει επικρατήσει ως το δικαίωμα στη λήθη - δικαίωμα διαγραφής σύμφωνα με το άρθρο 17 ΓΚΠΔ. Προκειμένου, το υποκείμενο των δεδομένων να κάνει χρήση του εν λόγω δικαιώματος πρέπει να συντρέχει κάποιος από τους παρακάτω λόγους: α) τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα δεν είναι απαραίτητα για τους σκοπούς όπου συλλέχθηκαν ή υποβλήθηκαν κατά άλλο τρόπο σε επεξεργασία, β) το υποκείμενο των δεδομένων ανακαλεί την συγκατάθεση επί της οποίας βασίζεται η επεξεργασία, γ) το υποκείμενο των δεδομένων αντιτίθεται στην επεξεργασία, δ) τα προσωπικά δεδομένα υποβλήθηκαν σε επεξεργασία παρανόμως.

Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι λόγοι για τους οποίους δεν εφαρμόζεται το δικαίωμα διαγραφής των προσωπικών δεδομένων: όταν πρόκειται για την άσκηση του

δικαιώματος ελευθερίας της έκφρασης και του δικαιώματος στην ενημέρωση, για την τήρηση νομικής υποχρέωσης που επιβάλλει την επεξεργασία ή για την εκπλήρωση καθήκοντος που εκτελείται προς το δημόσιο συμφέρον ή κατά την άσκηση δημόσιας εξουσίας που έχει ανατεθεί στον υπεύθυνο επεξεργασίας, για λόγους δημοσίου συμφέροντος και κυρίως της δημόσιας υγείας, για σκοπούς αρχειοθέτησης προς το δημόσιο συμφέρον, για σκοπούς επιστημονικής ή ιστορικής έρευνας ή για στατιστικούς σκοπούς και για την θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη νομικών αξιώσεων. Κατά την Εγκύκλιο GDPR του Υπουργείου Υγείας, το δικαίωμα διαγραφής ουσιαστικά δεν εφαρμόζεται στην επεξεργασία δεδομένων στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, λαμβανομένων υπόψη των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 17 ΓΚΠΔ. Τέλος, σε ότι αφορά τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας του ασθενή, ο ν. 3418/2005 υποχρεώνει τους φορείς υγείας να διατηρούν τα αρχεία σε διάστημα 20 ετών από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή.

Ακόμα, δικαίωμα του υποκειμένου αποτελεί ο περιορισμός της επεξεργασίας όπου εξασφαλίζεται από τον υπεύθυνο επεξεργασίας όταν η ακρίβεια των προσωπικών δεδομένων αμφισβητείται και δεν μπορεί να διαπιστωθεί το κατά πόσον αυτά είναι ακριβή ή ανακριβή και στην περίπτωση αυτή ο υπεύθυνος επεξεργασίας ενημερώνει το υποκείμενο των δεδομένων πριν από την άρση του περιορισμού, όταν η επεξεργασία είναι παράνομη, όταν ο υπεύθυνος επεξεργασίας δεν χρειάζεται τα δεδομένα για τους σκοπούς της επεξεργασίας αλλά τα προσωπικά δεδομένα είναι απαραίτητα για να θεμελιωθούν ή να υποστηριχθούν οι νομικές αξιώσεις του υποκειμένου, όταν το υποκείμενο έχει προβληματισμούς και αντιρρήσεις για την επεξεργασία αναμένοντας επαλήθευση σχετικά με τους νόμιμους λόγους του υπεύθυνου επεξεργασίας έναντι των λόγων αυτού.

Εφαρμογές Ηλεκτρονικής Υγείας & Προσωπικά Δεδομένα

Οι συσκευές και τα προγράμματα που χρησιμοποιούν τεχνολογικές παρεμβάσεις για να προωθήσουν ή να υποστηρίξουν την υιοθέτηση νέων ενεργειών κυριαρχούν και στο χώρο της υγείας, υιοθετούνται στη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών, στην αυτοδιαχείριση χρόνιων ασθενειών και στην πρωτογενή πρόληψη. Οι εφαρμογές για κινητά τηλέφωνα, τα μηνύματα sms, οι αισθητήρες που μπορούν να φορεθούν και οι αισθητήρες περιβάλλοντος, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και οι διαδραστικοί ιστότοποι μπορούν να βελτιώσουν την υγεία, υποστηρίζοντας συμπεριφορές που εμπλέκονται στην πρόληψη των ασθενειών, την αυτοδιαχείριση των μακροπρόθεσμων συνθηκών και την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Τέτοιες παρεμβάσεις έχουν επίσης την δυνατότητα να βλάψουν, εάν παρέχουν ακατάλληλες συμβουλές, περιλαμβάνουν αλληλεπιδράσεις που υπονομεύουν τις επιθυμητές συμπεριφορές, μοιράζονται ακατάλληλα δεδομένα ή χρησιμοποιούνται ενάντια σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Πολλές από αυτές τις ψηφιακές παρεμβάσεις επιδιώκουν να προωθήσουν ή να υποστηρίξουν την ανταλλαγή πρακτικών από τους επαγγελματίες της υγείας, τους ασθενείς και το ευρύ τους κοινό.

Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί μια καινοτομία στον χώρο της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης. Ορίζεται ως *κοινωνική υπηρεσία, η οποία αναπτύχθηκε με την αξιοποίηση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών για τον εκσυγχρονισμό του εθνικού συστήματος υγείας, στο πλαίσιο εφαρμογής της εθνικής στρατηγικής για την ηλεκτρονική υγεία και του ψηφιακού θεματολογίου για την Ευρώπη.*

Ακόμη, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, είναι η παραγωγή, διακίνηση και έλεγχος των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων, με την χρήση της τεχνολογίας ηλεκτρονικών υπολογιστών και τηλεπικοινωνιών, με τρόπο που διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια και την διαφάνεια διακινούμενων πληροφοριών.

Η μετάβαση από το χειρόγραφο στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης συμβάλλει αφενός στην εξάλειψη της γεωγραφικής διασποράς των σημείων δημιουργίας και εκτέλεσης συνταγών και αφετέρου στην ανάπτυξη ενός σταθερού ηλεκτρονικού συστήματος το οποίο προσφέρει ποιότητα και ασφάλεια στην περίθαλψη, ιδίως με την εξάλειψη των σφαλμάτων και των αβεβαιοτήτων που συνδεόταν με το χειρόγραφο σύστημα, σαφή εικόνα του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, διασφάλιση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων και δυνατότητα εγγραφής. Ακόμη πλεονεκτήματα του συστήματος αποτελούν η άμεση εκτέλεση των συνταγών, η διαφάνεια της περίθαλψης, ο έλεγχος της συνταγογράφησης και των δαπανών καθώς και η εξασφάλιση αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων για την λειτουργία του συστήματος φαρμακευτικής και ιατρικής περίθαλψης σε ένα σύγχρονο ψηφιακό και διαλειτουργικό περιβάλλον.

Ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα του έργου είναι η ενοποίηση όλων των εθνικών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης μέσω μιας πλήρως ολοκληρωμένης ηλεκτρονικής πλατφόρμας συνταγογράφησης που υποστηρίζει τη διαχείριση και

την παρακολούθηση, καθώς και τον έλεγχο του κύκλου ζωής της συνταγογράφησης, ξεκινώντας με την συνταγή φαρμάκων έως την εκκαθάριση των συναλλαγών όλων των εθνικών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, των ιατρικών επισκέψεων και την ηλεκτρονική έκδοση παραπεμπτικών.

Επιπλέον, η συμβολή του έργου συνίσταται στον αποτελεσματικό έλεγχο και εξορθολογισμό των δαπανών και την επακόλουθη μείωση κόστους στους τομείς της ιατρικής και της φαρμακευτικής περίθαλψης, στον συντονισμό μεγάλου αριθμού φορέων και ενδιαφερόμενων με διαφορετικά συμφέροντα στην επιστημονική υποστήριξη των παροχών υγειονομικής περίθαλψης καθώς και στη δημιουργία ενός σταθερού συστήματος συνταγογράφησης, προσβάσιμο μόνο στο εξουσιοδοτημένο ιατρικό και φαρμακευτικό προσωπικό της χώρας.

Υπεύθυνη για την λειτουργία του συστήματος είναι η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, η οποία δημιουργεί και λειτουργεί με την Εποπτεία Υπηρεσίας Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, και της Διεύθυνσης Μηχανογραφικών Εφαρμογών που υπάγονται στην Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στη βάση δεδομένων του συστήματος καταχωρίζεται κάθε συνταγή και παραπεμπτικό τα οποία ταξινομούνται κατά φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης. Ακόμη, καταχωρούνται οι τιμές των φαρμάκων και παροχή υπηρεσιών, στοιχεία χρηστών με τα οποία μπορούν να έχουν πρόσβαση στο σύστημα, στοιχεία φορέων κοινωνικής ασφάλισης, μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και άλλων δεδομένων που διαχειρίζεται το σύστημα.

Σε ότι αφορά την υπονόμηση, την διάδοση, καταστροφή και την παραβίαση των πληροφοριακών συστημάτων και των δεδομένων υπεύθυνη είναι η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων και η Η.Δ.Ι.ΚΑ (Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης), η οποία συντηρεί το εν λόγω σύστημα για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας και επομένως είναι η εκτελούσα την επεξεργασία. Η ταυτοποίηση των δεδομένων των ασφαλισμένων χρηστών γίνεται μέσω του Ενιαίου Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Μητρώο Α.Μ.Κ.Α).

Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, σύμφωνα με τον ν.3892/2010, παρέχει πολλά οφέλη στο επίπεδο ασθενή-εξυπηρετούμενο, ιατρού, φαρμακοποιού και κάθε είδους Υγειονομικών Αρχών:

- Ως προς τον ασθενή-εξυπηρετούμενο αρχικά, ένα από τα οφέλη του είναι η ασφάλεια που λαμβάνει σχετικά με την σωστή χορήγηση ιατρικής

συνταγής καθώς έχει καταχωρηθεί από τον αρμόδιο γιατρό ο οποίος έχει την δυνατότητα μέσω του συστήματος να έχει πλήρη εικόνα του ιστορικού του ασθενή από την ημέρα γέννησης του, αλλά και την παροντική κατάσταση της υγείας του. Ακόμη, καταγράφεται όλη η πορεία του ασθενούς και κάθε παρελθοντική φαρμακευτική αγωγή που έλαβε με κάθε λεπτομέρεια όπως η διάρκεια αυτής, το είδος κ.α.

Ακόμη, διασφαλίζεται η καταγραφή αρχείου για τον ασθενή αλλά και του εκάστοτε ιατρού μέσω μιας βάσης δεδομένων, στην οποία καταγράφεται κάθε στοιχείο του ασθενή, του ιατρού και της ιατρικής- φαρμακευτικής αγωγής, προκειμένου να αποφευχθεί κάποια λανθασμένη διαχείριση κάτι που μέχρι πρότινος ο ασθενής έπρεπε να διαχειρίζεται μόνος του κρατώντας χειρόγραφο αρχείο. Επιπρόσθετα, μέσω του συστήματος εξασφαλίζεται η προστασία των προσωπικών δεδομένων του εξυπηρετούμενου, καθώς η πρόσβαση σε αυτό γίνεται αποκλειστικά μέσω του Α.Μ.Κ.Α και του αποκλειστικού κωδικού πρόσβασης, κάτι που δεν συνέβαινε με τον παραδοσιακό χειρόγραφο τρόπο συνταγογράφησης, που δεν προστάτευε επαρκώς τα προσωπικά δεδομένα του ασθενή.

- Ως προς τον ιατρό, το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης παρέχει πλήρη ιατρική εικόνα του ασθενούς, όπως προαναφέρθηκε, σε περίπτωση που ο ίδιος αδυνατεί να πληροφορήσει για την κατάσταση της υγείας του. Ακόμη, με αυτόν τον τρόπο ο ιατρός έχει την δυνατότητα ελέγχου της προηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής του ασθενή αποφεύγοντας έτσι την πρόκληση αρνητικών συνεπειών για την υγεία αυτού, με γνώμονα την αποτελεσματικότερη ίαση του.

Σημαντικό όφελος για τον ίδιο αποτελεί η εξασφάλιση της διαφάνειας και της προστασίας των προσωπικών του δεδομένων ιδίως της προσωπικής του υπογραφής. Πιο συγκεκριμένα, μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος ο ιατρός εξασφαλίζει την προστασία των εν λόγω στοιχείων, αφού εισέρχεται με προσωπικό κωδικό περιορίζοντας τον κίνδυνο. Επιπλέον, η καταγραφή των αποτελεσμάτων μπορεί να αξιοποιηθεί σε επιστημονική έρευνα, συμβάλλοντας ενεργά στον τομέα της ιατρικής. Επισημαίνεται ότι η συγκατάθεση του υποκειμένου είναι απαραίτητη νομική βάση για τη σύννομη επεξεργασία δεδομένων του προσωπικού χαρακτήρα στον τομέα της υγείας μόνο όταν αυτή απαιτείται ρητά από διάταξη νόμου, πχ. για τη συμμετοχή σε δραστηριότητες επιστημονικής έρευνας στο πλαίσιο κλινικών

δοκιμών.

- Ως προς τον φαρμακοποιό, αρχικά, με το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης περιορίζεται ο κίνδυνος παραεμπορίου και παράνομης κερδοφορίας. Με τον παραδοσιακό χειρόγραφο τρόπο συνταγογράφησης ο φαρμακοποιός είχε την δυνατότητα προσθήκης επιπλέον φαρμάκων από αυτά του εξυπηρετούμενου ζημιώνοντας έτσι τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή. Έτσι, με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση εξασφαλίζεται η διαφάνεια, αφού εκτελείται μόνο απευθείας χορηγούμενη από τον γιατρό. Επιπρόσθετα, με αυτόν τον τρόπο αποφεύγοντας λάθη από την εσφαλμένη ανάγνωση των χειρόγραφων συνταγών, ενώ παράλληλα απλοποιείται η διαδικασία αποζημίωσης των φαρμάκων.
- Σε ότι αφορά τις υγειονομικές αρχές με το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης περιορίζεται η γραφειοκρατία, μέσω της μείωσης χρόνου σε γραφειοκρατικές διαδικασίες, της μείωσης κόστους φαρμάκων με την υποστήριξη συνταγογράφησης γεννοσήμων και την άμεση παροχή πληροφοριών αναφορικά με το ιστορικό συνταγογράφησης των γιατρών και την κατάσταση υγείας των πολιτών.

Σχετικά με την πρόσβαση στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης δικαιούχοι είναι οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης και οι ασφαλισμένοι. Η πρώτη κατηγορία αποκτά πρόσβαση για τον έλεγχο συνταγών και παραπεμπτικών, την παρακολούθηση της συνταγογράφησης και της συγκέντρωσης, διασταύρωσης και στατικής αξιολόγησης στοιχείων σχετικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, και για τον έλεγχο παραβάσεων της συνταγογράφησης και της εφαρμογής της φαρμακευτικής και λοιπής περί υγειονομικής περίθαλψης νομοθεσίας, καθώς και της επιβολής των προβλεπόμενων προς τούτο κυρώσεων.

Η πρόσβαση περιορίζεται στα στοιχεία της βάσης δεδομένων που αφορά τον εκάστοτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης. Η πρόσβαση στη βάση γίνεται από πρόσωπα που ασχολούνται κατ' επάγγελμα με την παροχή υπηρεσιών υγείας και δεσμεύονται από ιατρικό απόρρητο ή άλλο απόρρητο που προβλέπει ο νόμος ή ο κώδικας δεοντολογίας ή τα πρόσωπα που είναι ειδικά προς τούτο εξουσιοδοτημένα και υπόκεινται σε καθήκον εχεμύθειας. Τα πρόσωπα αυτά υποχρεούνται στη σύνταξη αιτιολογημένων εκθέσεων ως προς τις διαπιστώσεις

και συμπεράσματα που προκύπτουν από τον έλεγχο που διενεργείται.

Η κατηγορία των ασφαλισμένων αποκτά πρόσβαση στα οικεία προσωπικά δεδομένα, τα οποία έχουν υποστεί επεξεργασία και είναι καταχωρημένα στη βάση του συστήματος μέσω αίτησης στον εκάστοτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης. Η πρόσβαση ασκείται με την συνδρομή ιατρού.

Στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση αναφέρεται και ο ν. 4261/2014 με ρυθμίσεις σε σχέση με την υποστήριξη της επιστημονικής έρευνας και τη διασφάλιση της διαφάνειας της διαδικασίας του rebate και του clawback, κατά τις οποίες μπορούν να δημοσιεύονται ή να χορηγούνται, έναντι συνδρομής, στατιστικά στοιχεία από την λειτουργία της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υπό την προϋπόθεση ότι δεν περιλαμβάνεται σε αυτά κανενός είδους προσωπικά δεδομένα.

Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

Ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία της ηλεκτρονικής υγείας αποτελεί ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας. Αν και δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός, για τις ανάγκες της ερευνητικής διαδικασίας, έχουν τυποποιηθεί κάποιοι ορισμοί, όπως αυτός της ομάδας εργασίας του άρθρου 29, σύμφωνα με την οποία ως «*Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας*» νοείται ένα ενιαίο ιατρικό μητρώο ή αντίστοιχο αρχείο που αφορά το παρελθόν και παρόν της φυσικής και διανοητικής κατάστασης της υγείας ενός ατόμου, σε ηλεκτρονική μορφή, και το οποίο παρέχει άμεση πρόσβαση στα δεδομένα αυτά για ιατρική περίθαλψη και άλλους συναφείς στόχους.

Εξάλλου, σύμφωνα με το Αμερικανικό Ινστιτούτο ορίζεται ως ένα σύστημα που έχει σχεδιαστεί και υλοποιηθεί με τρόπο που να αποθηκεύει, να διαμοιράζει και να μεταδίδει ιατρικές πληροφορίες. Εν γένει αποτελεί μια ψηφιακή και οργανωμένη συλλογή δεδομένων υγείας με δυνατότητες αποθήκευσης, διαμοιρασμού και μετάδοσης ηλεκτρονικών δεδομένων υγείας ανάμεσα στα εμπλεκόμενα μέρη υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, παρέχει πληροφορίες σχετικά με την διάγνωση και την θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς.

Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας διακρίνεται σε «κλασικό», ο οποίος περιέχει κλινικές πληροφορίες (επίσκεψη ασθενή, ιστορικό, διάγνωση, νοσηλεία, συνταγογράφηση και προσωπικά στοιχεία του ασθενή όπως ονοματεπώνυμο, ΑΦΜ, ασφαλιστικό φορέα κ.α) και «μοντέρνο», που περιέχει περισσότερες

τεχνολογικές δυνατότητες (ηχογραφήσεις, video, ιατρικές απεικονίσεις, παραγωγή μηνυμάτων και διασύνδεση με άλλες μονάδες υγειονομικής περίθαλψης).

Οποιαδήποτε μορφή έχει ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, θα πρέπει να διαθέτει όλα εκείνα τα στοιχεία που παρουσιάζουν την ακριβή εικόνα του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να περιέχει το πλήρες ιστορικό του ασθενή, το οποίο θα περιλαμβάνει κλινικές εξετάσεις (εργαστηριακές, παρακλητικές), εξετάσεις απεικόνισης (ακτινογραφίες, αξονικές, μαγνητικές, υπέρηχοι, καρδιογραφήματα), εξετάσεις ενδοσκόπησης (γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση), καθώς και τις ιατρικές διαγνώσεις αυτών προκειμένου να οδηγηθεί ο ιατρός στη θεραπεία του ασθενή. Όφελος για τον ασθενή αποτελεί και η μείωση χρόνου αναμονής για τις εξετάσεις και τη νοσηλεία.

Ένας ηλεκτρονικός φάκελος υγείας θα πρέπει να περιέχει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προκειμένου να είναι έγκυρος και λειτουργικός, όπως ευνότητα ιατρικά δεδομένα κατά τη μορφή και το περιεχόμενο, άμεση και εύκολη πρόσβαση από εξουσιοδοτημένους χρήστες ανεξάρτητα από την γεωγραφική τοποθεσία, διαλειτουργικότητα μεταξύ συστημάτων ηλεκτρονικών φακέλων υγείας, ασφάλεια δεδομένων υγείας και διαθεσιμότητα πληροφοριών σχετικά με τον τόπο και τον χρόνο παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Τα οφέλη και οι χρήσεις του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας είναι πολλά και αφορούν όλα τα εμπλεκόμενα μέρη στον χώρο της υγείας. Από την ιατρική οπτική, ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας θεωρείται εργαλείο επικοινωνίας και ανταλλαγής ιατρικών δεδομένων μεταξύ του ίδιου και του νοσηλευτικού προσωπικού. Με αυτό τον τρόπο ο θεράπων ιατρός αποκτά μια εικόνα για την κατάσταση υγείας του ασθενή, μέσω διαγνώσεων και των εξετάσεων που έχουν προκύψει από την μεταβίβαση του φακέλου σε διάφορα ιατρικά τμήματα. Συνακόλουθα, ο γιατρός μπορεί να καταλήξει ευκολότερα και με περισσότερη σιγουριά στην θεραπεία του ασθενή αφού έχει μελετήσει όλο το ιστορικό του. Επιπλέον, ο ιατρικός φάκελος αποτελεί απόδειξη για την θεραπεία που χορηγήθηκε στον ασθενή σε περίπτωση κάποιου λάθους.

Από την πλευρά του ασθενή, ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας παρέχει την δυνατότητα άμεσης πρόσβασης, αποκατάστασης και φροντίδας, ακόμη σημαντική είναι η υποστήριξη στην διαδικασία φροντίδας του ασθενή αλλά και ο έλεγχος και η διαχείριση της πορείας του από τον ίδιο.

Επιπρόσθετα, όφελος από τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο παρουσιάζεται στην εκπαίδευση, την υποστήριξη επιστημονικής έρευνας και την υιοθέτηση νέων προγραμμάτων στην υγειονομική περίθαλψη. Σε γενικό πλαίσιο ,ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος προωθεί την επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών και την γενικότερη εργασιακή ικανοποίηση του προσωπικού. Ακόμη, συνιστά οικονομικό όφελος για τον ασθενή αλλά και για τις μονάδες υγείας και μεριμνά για την προώθηση υπηρεσιών πρόληψης προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα των ασθενών.

Σε ότι αφορά την υιοθέτηση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας στο ελληνικό σύστημα υγείας, αρχική αναφορά έγινε με τον ν.3235/2004 ο οποίος έκανε λόγο για την τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου υγείας σε κάθε Κέντρο Υγείας αλλά και σε ιδιωτικές μονάδες υγείας. Μετέπειτα θεσμοθετήθηκε με τον ν. 3235/2004, ο οποίος ενισχύει την πρωταρχική αναφορά περί υποχρεωτικής τήρησης ηλεκτρονικού φακέλου υγείας σε δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες υγείας και συμπληρώνει την υποχρέωση του προσωπικού/οικογενειακού ιατρού περί συνεχούς ενημέρωσης και τήρησης του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή.

Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο πρόσβαση στον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας πέρα από τον ίδιο τον ασθενή έχει ο προσωπικός/οικογενειακός γιατρός εκτός από τις πληροφορίες στις οποίες αρνείται την πρόσβαση ο πολίτης, οι καθ' ύλην αρμόδιοι επαγγελματίες υγείας στο σύνολο των πληροφοριών του πολίτη, στο οποίο παρέχει υπηρεσίες. Ακόμη, η πρόσβαση επιτρέπεται για ερευνητικούς σκοπούς, μετά από συναίνεση ή και χωρίς αυτή, εφόσον δεν δημοσιοποιείται η ταυτότητα του.

Ακολουθεί η καθιέρωση του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας (ΑΗΦΥ) για κάθε Έλληνα πολίτη σύμφωνα με τον ν.4238/2014, ο οποίος αναφέρει πως ο φάκελος ο οποίος θα καταρτίζεται από τον οικογενειακό ιατρό, ή από το προσωπικό της μονάδας υγείας, στην οποία παρακολουθείται ο ασθενής, θα περιλαμβάνει το συνοπτικό ιστορικό υγείας του ασθενή ως μέλος του φακέλου. Πρόσβαση σε αυτόν, σύμφωνα με τον ίδιο νόμο, έχει ο ασθενής-πολίτης, ο οικογενειακός ιατρός και ο θεράπων επαγγελματίας υγείας κατά την διάρκεια νοσηλείας του ασθενή σε δημόσια ή ιδιωτική μονάδα υγείας. Επιπλέον, οι οικογενειακοί και οι άλλοι ιατροί υποχρεούνται να τηρούν και να ενημερώνουν τους ηλεκτρονικούς φακέλους των ασθενών, με όλες τις ιατρικές πληροφορίες που είναι αναγκαίες για την παρακολούθηση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών. Τα δεδομένα του ΑΗΦΥ αποτελούν ιδιοκτησία του πολίτη και τηρούνται ασφαλώς, υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με

την ισχύουσα νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Νέα διάσταση στον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας δίνεται με τον ν. 4486/2017, ο οποίος καταρτίζεται από τον οικογενειακό ιατρό ή από τους επαγγελματίες υγείας της Τ.ο.ΜΥ και υποχρεώνει στην τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε κάτοχο ΑΜΚΑ (Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης) και ΑΥΠΑ (Αριθμός Υγειονομικής Περιθάλψης Αλλοδαπού).

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του ως άνω νόμου, σκοπός του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας είναι η δημιουργία, διατήρηση και ενημέρωση του φακέλου. Πιο συγκεκριμένα, αποτελεί αναγκαίο ηλεκτρονικό εργαλείο, το οποίο θα διασφαλίσει την συνέχεια στη φροντίδα και προαπαιτούμενο της ορθής και αποτελεσματικής εφαρμογής της παραπομπής. Επιπρόσθετα, η προσδοκώμενη παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης υλοποιείται μόνο με τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας, ο οποίος οφείλει να αποτελεί ένα φιλικό στο χρήστη, ασφαλές και σύγχρονο διαδραστικό και διασυνδεδεμένο περιβάλλον.

Πρόσβαση στον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας έχει ο κάτοχος Α.Μ.Κ.Α ή του Α.Υ.Π.Α, ο εκάστοτε οικογενειακός ιατρός καθώς και ο θεράπων ιατρός, και κάθε άλλος επαγγελματίας υγείας ως πιστοποιημένος χρήστης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Οι επαγγελματίες υγείας και ο εκάστοτε γιατρός υποχρεούνται να καταχωρούν στον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας όλες τις πληροφορίες που προκύπτουν από εξέταση ή επίσκεψη και είναι αναγκαίες για την παρακολούθηση, τη θεραπεία, τη νοσηλεία και την αποκατάσταση του ατόμου, ενώ υπεύθυνος για την ασφάλεια των δεδομένων του ασθενή είναι το Υπουργείο Υγείας. Στον ίδιο νόμο γίνεται αναφορά στην απαγόρευση πρόσβασης τρίτων εκτός των υπό του νόμου προβλεπόμενων περιπτώσεων, σύμφωνα με τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας και τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 7 του ν.2472/1997.

Ο ασθενής πέρα από την δυνατότητα που έχει σε ότι αφορά την πρόσβαση του στον προσωπικό του ηλεκτρονικό φάκελο υγείας έχει και το δικαίωμα περί ανάκλησης της συναίνεσης του αλλά και να απαγορεύει την χρήση των προσωπικών δεδομένων του για οποιοδήποτε λόγο σύμφωνα με τον ν.4486/2017. Ακόμη ο ασθενής ενημερώνεται κατά την εγγραφή του σε οικογενειακό γιατρό σχετικά με την πρόσβαση του γιατρού στα προσωπικά του δεδομένα, καθώς και την επεξεργασία αυτών στο σύστημα Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας. Για την πρόσβαση και την επεξεργασία των προσωπικών και ιατρικών δεδομένων του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας από άλλο γιατρό, εκτός του οικογενειακού

ή άλλου επαγγελματία υγείας απαιτείται προηγούμενη συναίνεση του λήπτη υπηρεσιών υγείας. Ο λήπτης υπηρεσιών υγείας με την σειρά του έχει το δικαίωμα να απαγορεύσει την πρόσβαση σε συγκεκριμένα ή και σε όλα τα δεδομένα του σε ιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Ακόμη, σύμφωνα με το ίδιο νομοθέτημα, η καταχώριση και αποθήκευση δεδομένων, που προκύπτουν κατόπιν επίσκεψης σε επαγγελματία υγείας χωρίς την πρόσβαση στα ιατρικά δεδομένα του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας δεν απαιτούν συναίνεση.

Ο κατά τα πάνω νομοθετικός «οργανισμός» περί τον ΑΗΦΥ δεν σταμάτησε. Αξίζει να σημειωθεί ότι την 9.3.2019 ψηφίστηκε ο ν. 4600/2019, που αφορά στον «Εκσυγχρονισμό και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις». Στο άρθρο 84 του νόμου αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι καθιερώνεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας για όλους τους κατόχους ΑΜΚΑ και ΑΥΠΑ. Ο ΑΗΦΥ αποσκοπεί στην προάσπιση, την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω του προγραμματισμού και της υλοποίησης πολιτικών δημόσιας υγείας, στη διασφάλιση της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης στην παροχή ποιοτικά και ποσοτικά επαρκών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, στη διασφάλιση των πόρων που διατίθενται για την υγειονομική περίθαλψη, τον έλεγχο των δαπανών και την αποτελεσματική χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς επίσης και στη ρύθμιση της λειτουργίας και στην άσκηση εποπτείας στους φορείς υγειονομικής φροντίδας του ιδιωτικού τομέα. Ο ΑΗΦΥ, με υπεύθυνο επεξεργασίας το Υπουργείο Υγείας, περιέχει το ατομικό ιστορικό υγείας του λήπτη υπηρεσιών υγείας, καθώς και δεδομένα, εκτιμήσεις και πληροφορίες κάθε είδους σχετικά με την κατάσταση και την κλινική εξέλιξη του προσώπου αυτού, ως ασθενούς, καθ' όλη τη διαδικασία περίθαλψής του. Το περιεχόμενο του ΑΗΦΥ τηρείται ισοβίως, επομένως στο σημείο αυτό καθορίζεται ο χρόνος διατήρησης των προσωπικών δεδομένων υγείας, που περιλαμβάνει ο ΑΗΦΥ, και είναι ενιαίο και υποχρεωτικό σε εθνικό επίπεδο.

Η ενεργοποίηση του ΑΗΦΥ γίνεται από τον οικογενειακό γιατρό, στον οποίο είναι εγγεγραμμένος ο λήπτης υπηρεσιών υγείας, διαφορετικά από οποιονδήποτε άλλο γιατρό, ειδικότητας γενικής ιατρικής, παθολογίας ή παιδιατρικής, πιστοποιημένο και εξουσιοδοτημένο από το σύστημα αρχειοθέτησης του ΑΗΦΥ. Κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο τηρεί ή επεξεργάζεται νομίμως ατομικό φάκελο ή μητρώο ασθενών υποχρεωτικά καταχωρεί στον ΑΗΦΥ κάθε δεδομένο υγείας που σχετίζεται με τον ασθενή.

Τέλος, με το ως άνω άρθρο του ν. 4600/2019, ποινικοποιείται η παράνομη επέμβαση στον ΑΗΦΥ ή η παράνομη επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων που περιλαμβάνει αυτός. Συγκεκριμένα προβλέπεται ότι: «Όποιος, χωρίς δικαίωμα, επεμβαίνει με οποιονδήποτε τρόπο στα συστήματα αρχειοθέτησης του Α.Η.Φ.Υ., του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (Σ.Η.Σ.) και του ηλεκτρονικού φακέλου δαπάνης ασφάλισης υγείας δικαιούχου, που δημιουργήθηκε και τηρείται στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ή λαμβάνει γνώση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, που τηρούνται στα Μητρώα αυτά, ή τα αφαιρεί, αλλοιώνει, βλάπτει, καταστρέφει, επεξεργάζεται, μεταδίδει, ανακοινώνει, τα καθιστά προσιτά σε μη δικαιούμενα πρόσωπα ή επιτρέπει στα πρόσωπα αυτά να λάβουν γνώση των εν λόγω δεδομένων ή τα εκμεταλλεύεται με οποιονδήποτε τρόπο τιμωρείται με φυλάκιση και χρηματική ποινή και, αν πρόκειται για ευαίσθητα δεδομένα, με φυλάκιση ενός (1) έτους και χρηματική ποινή τουλάχιστον είκοσι χιλιάδων (20.000) ευρώ, αν η πράξη δεν τιμωρείται βαρύτερα από άλλες διατάξεις. Αν ο υπαίτιος των πράξεων της προηγούμενης παραγράφου είχε σκοπό να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον παράνομο περιουσιακό όφελος, ή να βλάψει τρίτον, επιβάλλεται κάθειρξη έως δέκα (10) έτη και χρηματική ποινή τουλάχιστον πενήντα χιλιάδων (50.000) ευρώ».

Μεταξύ άλλων, με το άρθρο 82 του ν. 4600/2019 προβλέπεται η σύσταση αυτοτελούς γραφείου Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων (ΥΠΔ), το οποίο υπάγεται απευθείας στον Υπουργό Υγείας. Το αυτοτελές γραφείο ΥΠΔ στελεχώνεται από τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (ΥΠΔ / Data Protection Officer - DPO) του Υπουργείου και τον αναπληρωτή του, ενώ για τις ανάγκες υποστήριξης του ΥΠΔ, στο γραφείο αυτό επιπλέον του ανωτέρω Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων και του αναπληρωτή του, συνιστώνται πέντε (5) οργανικές θέσεις υπαλλήλων που μπορεί να καλύπτονται από προσωπικό απασχολούμενο με σύμβαση ΙΔΑΧ.

Ο ΥΠΔ του Υπουργείου Υγείας και ο αναπληρωτής του επιλέγονται με βάση σχετική προκήρυξη και με κριτήριο τα προσόντα τους και, ιδίως, την αποδεδειγμένη γνώση και εμπειρία που διαθέτουν, στον τομέα του δικαίου και των πρακτικών για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ιδίως στον τομέα της υγείας, καθώς και την ικανότητα εκπλήρωσης των καθηκόντων που αναφέρονται στο άρθρο 39 ΓΚΠΔ. Ο ΥΠΔ και ο αναπληρωτής του ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και πάντοτε για θητεία πέντε (5) ετών, ασκώντας όλα τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες, που του απονέμονται από τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων. Τα υποκείμενα των δεδομένων μπορούν να επικοινωνούν με τον ΥΠΔ για κάθε θέμα σχετικό με την επεξεργασία

των δεδομένων τους προσωπικού χαρακτήρα και με την άσκηση των δικαιωμάτων τους δυνάμει του ΓΚΠΔ, ενώ ο ΥΠΔ δεσμεύεται από την τήρηση του απορρήτου ή της εμπιστευτικότητας σχετικά με την εκτέλεση των καθηκόντων του, σύμφωνα με το ενωσιακό δίκαιο ή τις οικείες εθνικές ρυθμίσεις.

Συμπερασματικά, η ένταξη του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας στο πλαίσιο του εκσυγχρονισμού της υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζει πληθώρα πλεονεκτημάτων. Ωστόσο, πέρα από την κατά τα παραπάνω προφανή υπερίθμηση, εκκρεμεί η καθολική υιοθέτηση αυτού ενώ απαραίτητη είναι η τήρηση απορρήτου σε ότι αφορά τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα του ασθενή, προκειμένου να θεωρείται ένα αξιόπιστο, έγκυρο και ασφαλές αυτοματοποιημένο σύστημα.

Big data (Δεδομένα μεγάλης κλίμακας)

Η κοινωνία της πληροφορίας μετέρχεται ως «καύσιμο» τη διαχείριση μεγάλης ποσότητας δεδομένων, ήτοι την συλλογή, την αποθήκευση, την επεξεργασία και την ανάλυση αυτών. Αντίθετα με την τεχνολογική ανάπτυξη, η οικονομική δυσχέρεια που αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό της σημερινής κοινωνίας, περιορίζει στο ελάχιστο την ανάπτυξη της υγειονομικής περίθαλψης. Στο σημείο αυτό, οι εφαρμογές των δεδομένων μεγάλης κλίμακας - big data προσφέρουν προηγμένες δυνατότητες και προνόμια στον τομέα υγείας τόσο στο ατομικό επίπεδο όσο και σε ολόκληρη την κοινωνία, προάγοντας την καινοτομία και την παραγωγικότητα.

Ως «big data» θεωρείται ένας τεράστιος όγκος δεδομένων που είναι σχεδόν αδύνατον να τύχει επεξεργασίας με τις παραδοσιακές μεθόδους. Τα big data προσδιορίζονται από πέντε βασικά χαρακτηριστικά: 1) ο όγκος, ο οποίος αυξάνεται με μεγάλους ρυθμούς καθορίζει αν θα χαρακτηριστούν ως “μεγάλα” τα δεδομένα, 2) η ποικιλία η οποία κατηγοριοποιεί τα δεδομένα σε δομημένα, μη δομημένα και ημιδομημένα. Ως δομημένα χαρακτηρίζονται τα δεδομένα που δύναται να επεξεργαστούν από κάποιο υπολογιστικό σύστημα ακόμη και όταν δεν είναι αναγνώσιμα από τον άνθρωπο. Ως ημιδομημένα θεωρούνται τα δεδομένα τα οποία διαφέρουν με την επίσημη δομή των μοντέλων διαχείρισης δεδομένων που περιγράφουν οι σχεσιακές βάσεις δεδομένων αλλά διαθέτουν ετικέτες προκειμένου να υπάρχει ένα είδος ιεραρχίας και σημασιολογικής διάκρισης των στοιχείων τους. Τα μη δομημένα είναι τα δεδομένα που δεν εμπίπτουν στις προηγούμενες κατηγορίες και δεν είναι οργανωμένα βάση κάποιας συγκεκριμένης δομής, 3) η ταχύτητα με την οποία παράγονται, αποθηκεύονται και επεξεργάζονται

προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της εξελισσόμενης κοινωνίας, 4) η εγκυρότητα την οποία αποδέχονται τα παραδοσιακά συστήματα διαχείρισης δεδομένων καθώς τα μεγάλα δεδομένα δεν έχουν νόημα αν δεν είναι ακριβή τα στοιχεία, και 5) η αξία η οποία προέρχεται από την χρήση των big data και μετράται με στατιστικές αναλύσεις ή με την χρήση δεικτών.

Πέρα από τα γενικά χαρακτηριστικά των big data συναντάμε, κυρίως στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία, τα ειδικά χαρακτηριστικά των δεδομένων μεγάλης κλίμακας στον χώρο της υγείας. Τα εν λόγω χαρακτηριστικά ταυτίζονται εν πολλοίς με αυτά που αναλύθηκαν παραπάνω και έχουν ως εξής:

- Ο όγκος ο οποίος αυξάνεται συνεχώς αφού τίθενται προς ψηφιοποίηση τόσο τα αρχειοθετημένα δεδομένα αλλά προστίθενται και τα νέα. Τα δεδομένα αυτά αποτελούνται από ιατρικά αρχεία, εικόνες ραδιολογίας και ακτινολογίας, κλινικές δοκιμές, έρευνες, δημογραφικά στοιχεία, ανθρώπινα γονιδιώματα κτλ αλλά και νέες τεχνολογίες όπως 3D εικόνες και δεδομένα γονιδιωμάτων και βιομετρικών αισθητήρων.
- Η ποικιλία η οποία τα προηγμένα χρόνια ήταν περιορισμένη καθώς τα δεδομένα υγείας χαρακτηρίζονταν αποκλειστικά ως μη δομημένα όπως ιατρικές καταγραφές, χειρόγραφες σημειώσεις ιατρικού προσωπικού κτλ. Ωστόσο, η αύξηση των δομημένων δεδομένων είναι εμφανής τα τελευταία χρόνια, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ποσοτικά δεδομένα μετρήσεων οργάνων και εξετάσεων κ.α.
- Η ταχύτητα η οποία διαφέρει σε κάθε εφαρμογή καθώς υπάρχουν δεδομένα που η προέλευση τους είναι από στατικές πηγές όπως ακτινογραφίες, ιατρικά έγγραφα, δελτία ασθενών, ατομικά βιβλιάρια υγείας κ.α, αλλά και εφαρμογές όπου πραγματοποιούνται σε πραγματικό χρόνο και τα δεδομένα αυτών κρίνονται αναγκαία προς επεξεργασία όπως η αρτηριακή πίεση κ.α. Άλλες πάλι εφαρμογές χρειάζονται πιο αργούς ρυθμούς όπως ο προσδιορισμός των επιπέδων γλυκόζης σε καθημερινή βάση. Τέλος, η ταχύτητα επηρεάζει και τα δεδομένα των ασθενειών καθώς σε μια τυπική ασθένεια αναπτύσσονται με μικρότερο ρυθμό σε αντίθεση με μια επιδημία που κρίνεται ως άμεσης παρέμβασης όπου τα δεδομένα αναπτύσσονται με ταχύτερους ρυθμούς για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

- Η αξία (κόστος) της υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται ως μη βιώσιμη για πολλά κράτη μέλη λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, περισσότερων χρόνιων παθήσεων, του κόστους της ιατρικής τεχνολογίας, ιατρικών λαθών, μη οργανωμένων μονάδων υγείας (έλλειψη προσωπικού) αλλά και ζητήματα διαφθοράς και απάτης.

Η εφαρμογή των big data στον χώρο της υγείας έχει προσφέρει πολλαπλά πλεονεκτήματα στην εξέλιξη της υγειονομικής φροντίδας. Μερικά από αυτά τα οφέλη αφορούν στην δυνατότητα παροχής υπηρεσιών φροντίδας ειδικά σχεδιασμένων για τον εκάστοτε ασθενή, στον αποτελεσματικότερο και ταχύτερο σχεδιασμό νέων φαρμάκων και κλινικών δοκιμών, στην καλύτερη πρόληψη στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, στην άμεση πρόσβαση στη γνώση από ασθενείς και επαγγελματίες υγείας. Ακόμη, εφόδια για την υγειονομική περίθαλψη αποτελούν ο συνδυασμός δεδομένων ετερογενών πηγών για ενιαία αποτελέσματα, η μείωση κόστους μέσω εντοπισμού των μεθόδων που απαιτούν τις υψηλότερες δαπάνες, ο έλεγχος των πόρων που καταναλώνονται, η άμεση σύγκριση αποτελεσμάτων των διαφορετικών μεθόδων πρόληψης καθώς και η σύγκριση αποτελεσματικότητας επαγγελματιών, και φορέων υγείας αλλά και η καλύτερη κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού.

Επιπλέον, οφέλη από την χρήση μεγάλων δεδομένων για την υγειονομική περίθαλψη αποτελούν η βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των στρατηγικών πρόβλεψης και πρόληψης ή ιατρικών επεμβάσεων, των υπηρεσιών υγείας και των πολιτικών για την υγεία. Ακόμη, όφελος για πολλές καταστάσεις αποτελεί η πρόσβαση σε καλά δομημένα και υψηλής ποιότητας δεδομένα σχετικά με την υγεία. Στην κλινική πρακτική, τα δεδομένα αυτά θα βελτιώσουν τα αποτελέσματα για τους μεμονωμένους ασθενείς μέσω της εξατομίκευσης των προβλέψεων, της έγκαιρης διάγνωσης, των καλύτερων θεραπειών και της βελτιωμένης υποστήριξης λήψης αποφάσεων για κλινικούς ιατρούς σε κυκλικές διαδικασίες, δηλαδή την επιλογή της καλύτερης εναλλακτικής λύσης και την επακόλουθη εφαρμογή και επικύρωση αυτής της επιλογής. Η ολοκλήρωση της ανατροφοδότησης από την συνεχή αξιολόγηση της διαδικασίας ολοκληρώνει αυτόν τον κύκλο οδηγώντας σε μείωση κόστους για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Ομοίως, η ενσωμάτωση τέτοιου είδους πληροφοριακών συστημάτων στον τομέα της υγείας θα επιτρέψει την ανακάλυψη σχετικών ιατρικών συσχετίσεων οδηγώντας σε καλύτερη διαχείριση των ασθενών και βελτιωμένη ποιότητα και ασφάλεια της περίθαλψης. Επιπλέον, η καλύτερη διαχείριση μεγάλων δεδομένων

θα επέτρεπε τον πιο συστηματικό εντοπισμό των σημάτων ασφαλείας των ναρκωτικών, εφαρμόζοντας συγχρόνως την εξατομικευμένη ανάλυση φαρμάκων μέσω κατάλληλων μεθοδολογιών διαστρωμάτωσης ασθενών έχοντας ως αποτέλεσμα την βελτίωση θεραπευτικών παρεμβάσεων αποτρέποντας έτσι την απόρριψη ισχυρών φαρμάκων και συσκευών.

Τα μεγάλα δεδομένα παρουσιάζουν επίσης πολλά πιθανά οφέλη για την επιστημονική έρευνα στην υγεία και την ευημερία. Τα σύνολα των δεδομένων επιτυγχάνουν την βελτίωση των μοντέλων κοινών ασθενειών προκειμένου να γίνει κατανοητή η εξέλιξη των σπάνιων ασθενειών, και την ανίχνευση επιπτώσεων όπως οι εκτός στόχου και οι δυσμενείς επιπτώσεις των φαρμάκων ή η εμφάνιση συννοσηρότητας.

Οι βιολογικοί δείκτες αποτελούν βασικό δομικό στοιχείο της ιατρικής ακρίβειας και χρησιμοποιούνται ευρέως στην κλινική διάγνωση. Πληροφορίες από το ιστορικό ζωής του ασθενούς όσο και από τις σύγχρονες πηγές βιβλιογραφίας και τις σχετικές βάσεις δεδομένων δίνουν υψηλή προγνωστική εκτίμηση. Υπάρχει επίσης η δυνατότητα έρευνας σχετικά με τον αντίκτυπο των παρεμβάσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και την παρακολούθηση των τάσεων των λοιμωδών νοσημάτων για την ενημέρωση των πολιτικών για την δημόσια υγεία.

Ευκαιρία για την ανάπτυξη της επιστημονικής έρευνας αποτελεί η συνεργασία με τον ασθενή, ώστε να εισαχθούν δεδομένα από κινητές εφαρμογές υγείας ή συνδεδεμένες συσκευές. Η αλληλεπίδραση με τον ασθενή οδηγεί στην συλλογή λεπτομερέστερων κλινικών, περιβαλλοντικών τρόπων ζωής, όπως η καρδιακή συχνότητα και η θερμοκρασία του σώματος, η σωματική δραστηριότητα και διατροφικές συνήθειες, η διαχείριση του ύπνου και του στρες που θα αποτρέψουν την έκθεση σε κίνδυνο και την έναρξη της νόσου. Η προσωπική παρακολούθηση με την πάροδο του χρόνου θα βοηθήσει στην έγκαιρη ανίχνευση των αποκλίσεων από την υγιή κατάσταση, επιτρέποντας στα άτομα να διατηρούν την κατάσταση της υγείας τους.

Λύση στα προβλήματα των big data, όπως αυτά της υπολογιστικής ισχύος και του αποθηκευτικού χώρου δίνει το cloud computing, προσφέροντας αυξημένες δυνατότητες και πόρους και επιτρέποντας την κατανομή του φόρτου εργασίας που απαιτούνται για τα μεγάλα δεδομένα με τρόπο, ώστε να είναι δυνατή σε πραγματικό χρόνο η επεξεργασία των τεράστιων όγκων των δεδομένων.

Cloud computing (Υπολογιστική νέφος)

Ένας ακόμη τεχνολογικός κλάδος ο οποίος επιδρά στον χώρο της υγείας είναι αυτός του cloud computing ή υπολογιστικής νέφους, με τον οποίο γίνεται δυνατή η απόκτηση και η λειτουργία υποδομών μέσω του διαδικτύου. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Τυποποιήσεων και Τεχνολογίας των ΗΠΑ το cloud computing ορίζεται ως ένα μοντέλο που επιτρέπει την αδιάκοπη, ευέλικτη on-demand διαδικτυακή πρόσβαση σε ένα κοινόχρηστο σύνολο παραμετροποιήσεων υπολογιστικών πόρων το οποίο μπορεί να τροφοδοτηθεί γρήγορα και να διαθέτει με ελάχιστη προσπάθεια διαχείρισης ή αλληλεπίδραση με τον πάροχο της υπηρεσίας.

Χαρακτηριστικά του υπολογιστικού νέφους αποτελούν η ευρεία πρόσβαση στο διαδίκτυο, μέσω της οποίας παρέχεται ικανότητα κάλυψης δικτύου και η πρόσβαση μέσω τυποποιημένων μηχανισμών. Άλλο ένα χαρακτηριστικό αποτελεί η αυτοεξυπηρέτηση κατά απαίτηση, όπου οι καταναλωτές μπορούν να εφοδιάζονται ή να απορρίπτουν την παροχή υπηρεσιών χωρίς ανθρώπινη διαμεσολάβηση με τον πάροχο υπηρεσιών. Η κοινή διάθεση πόρων κατά την οποία οι πόροι του παρόχου που χρησιμοποιούνται για υπολογιστικές διαδικασίες διατίθενται για να εξυπηρετήσουν πολλαπλούς χρήστες. Η τάχιστη ελαστικότητα μέσω της οποίας οι υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται γρήγορα και ελαστικά και η μετρήσιμη παροχή υπηρεσιών όπου τα συστήματα του νέφους οργανώνουν και βελτιστοποιούν αυτόματα την διάθεση των πόρων παρέχοντας δυνατότητα μέτρησης των χρησιμοποιούμενων υπηρεσιών ανάλογα με το είδος.

Έτσι, το cloud computing παρέχει στο άτομο αποθηκευτικούς χώρους και το απαλλάσσει από την αγορά τεχνολογικού εξοπλισμού ή λογισμικού, αντικαθιστώντας τον προηγούμενο παλαιότερης γενιάς ο οποίος δεν θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες αυτές. Ακόμη, θετικό στοιχείο για το άτομο αποτελεί η κλιμάκωση υποδομών όταν αυξάνονται οι ανάγκες του χωρίς να διαθέτει εξειδικευμένες πληροφοριακές γνώσεις, γεγονός που συνεισφέρει στην οικονομία του ατόμου.

Υπάρχουν τέσσερις τύποι υπολογιστικού νέφους το δημόσιο, το ιδιωτικό, το υβριδικό και το κοινοτικό νέφος.

1. Δημόσιο: οι εγκαταστάσεις υποδομής του και οι υπηρεσίες τους παρέχονται από τους παρόχους του σύμφωνα με τον διακανονισμό που έχει γίνει μεταξύ παρόχου - πελάτη. Χαρακτηρίζεται από μειωμένα κόστη

εργασίας. Το βασικό μειονέκτημα του είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ παρόχων και καταναλωτών που πηγάζει κυρίως από θέματα ασφάλειας.

2. **Ιδιωτικό:** είναι ένα κέντρο δεδομένων που ανήκει σ έναν πάροχο υπηρεσιών ο οποίος είναι υπεύθυνος για την υποδομή και την λειτουργία της πλατφόρμας του υπολογιστικού νέφους. Προσφέρει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και ευελιξία. Μειονέκτημα του είναι το αυξημένο κόστος από άποψη απαιτούμενων πόρων.

3. **Υβριδικό:** η παράλληλη χρήση των δύο αυτών μοντέλων απαιτεί διαλειτουργικότητα και δυνατότητα μεταφοράς τόσο δεδομένων όσο και ολόκληρων εφαρμογών μεταξύ των μοντέλων ώστε να επιτρέπεται η άμεση επικοινωνία τους. Βρίσκεται ανάμεσα στο δημόσιο και στο ιδιωτικό και το κόστος αυτού είναι λιγότερο δαπανηρό από αυτό του ιδιωτικού νέφους.

4. **Κοινοτικό:** σε αυτόν τον τύπο υπάρχουν πολλές ομοιότητες με τα εξωτερικά δίκτυα. Έχει δυνατότητες ανάλογα με την ζήτηση των χρηστών και στοχεύει στην μείωση ελλείψεων των μεμονωμένων τεχνολογιών υποδομής και στην μείωση του κόστους διοίκησης. Στηρίζεται κυρίως στις σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών και το καθιστά περισσότερο έμπιστο. Η βασικότερη δυσκολία του είναι η συμμόρφωση όλων των χρηστών με τους κανονισμούς.

Το cloud computing παρέχεται με διάφορους τρόπους προσφέροντας στον πελάτη τα ανάλογα οφέλη, υπηρεσίες αλλά και κόστη δαπανών. Τα μοντέλα υπηρεσίας του υπολογιστικού νέφους είναι τρία και ορίζονται ως εξής:

→ **Λογισμικό ως Υπηρεσία - Software - as-a- Service (SaaS):** ο πελάτης και ο τελικός χρήστης έχει πρόσβαση και μπορεί να χρησιμοποιήσει κάποια εφαρμογή παροχής λογισμικού, η οποία φιλοξενείται, αναπτύσσεται και διαχειρίζεται από τον πάροχο. Οι χρήστες έχουν περιορισμένο έλεγχο της SaaS, περιορίζονται ως προς το πως μπορούν να χρησιμοποιήσουν και να αλληλεπιδράσουν με την εφαρμογή. Η πρόσβαση γίνεται μέσω κάποιου browser ενώ υπηρεσίες SaaS αποτελούν οι υπηρεσίες ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, το apple icloud, το dropbox κ.α.

→ **Υπηρεσία ως Πλατφόρμα - Platform- as - a -Service (PaaS):** ο χρήστης της υπηρεσίας ο οποίος είναι ένας SaaS πάροχος, ή ένας

προγραμματιστής νέφους έχει την δυνατότητα να καθορίσει ή να αναπτύξει ή να διαχειριστεί και να παρακολουθήσει τις εφαρμογές του νέφους. Αυτό σημαίνει ότι οι χρήστες δημιουργούν εφαρμογές στο νέφος επωφελομένοι την δυνατότητα του να παρέχει αυτόματα πρόσθετους πόρους υπολογιστικούς αλλά και πόρους αποθήκευσης. Από την άλλη μεριά δεν επιτρέπεται ο έλεγχος της υποδομής του νέφους από τον χρήστη. Παραδείγματα υπηρεσίας PaaS είναι το google app engine, mozilla, microsoft windows azure.

→ Υπηρεσία ως Υποδομή - Infrastructure - as-a- Service (IaaS): επιτρέπει στους χρήστες υπηρεσιών που συνήθως είναι PaaS να εκμισθώνουν δυνατότητες βάση της ζήτησης. Στόχος είναι να καταργηθεί η ανάγκη των πελατών να έχουν τα δικά τους κέντρα δεδομένων. Έτσι, οι IaaS πάροχοι εκμισθώνουν στους πελάτες αποθηκευτικό διαδικτυακό χώρο. Παράδειγμα IaaS υπηρεσίας είναι το Amazon.

Η χρήση υπολογιστικού νέφους παρουσιάζει πληθώρα προτερημάτων όπως η άμεση αντιμετώπιση βλαβών του υλικού, η εύκολη επεξεργασία, απεριόριστη χωρητικότητα για αποθήκευση δεδομένων, εξασφάλιση αντιγράφων ασφαλείας, μειωμένο κόστος, εύκολη πρόσβαση στα δεδομένα κ.α. Από την άλλη πλευρά μερικά από τα μειονεκτήματα αυτού αποτελούν οι κίνδυνοι στην ιδιωτικότητα και ασφάλεια, προβλήματα μεταφοράς δεδομένων μεταξύ παροχών σηματοδοτώντας επιπλέον χρεώσεις και προβλήματα διαθεσιμότητας και αξιοπιστίας.

Σχετικά με όλες τις ανάγκες που προαναφέρθηκαν άλλες και αυτές των μεγάλων δεδομένων στον χώρο της υγείας, η τεχνολογία της νεφοϋπολογιστικής συμβάλλει στην διαχείριση αυτών και αποτελεί μια πολυεπίπεδη λύση για την υγειονομική περίθαλψη. Το cloud στον χώρο της υγείας χρησιμοποιείται προκειμένου να αποθηκευτούν κάθε είδους ιατρικά δεδομένα αλλά και να υπάρξει σύνδεση μεταξύ των ασθενών, ιατρών και μονάδων υγείας ώστε να έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες κάθε επιπέδου ανεξάρτητα από που προέρχονται, ώστε να παραχθούν οι ανάλογες υπηρεσίες.

Τα προνόμια από την λειτουργία του νεφοϋπολογιστικού νέφους στον τομέα της υγείας είναι ποικίλα, όπως η αποθήκευση μεγάλου όγκου δεδομένων χωρίς μεγάλο κόστος. Το ζήτημα της αποθήκευσης μεγάλου όγκου δεδομένων απασχολεί κάθε μονάδα υγείας, καθώς αναγκάζονται να προβούν σε αγορά

επιπλέον συστήματος αποθήκευσης προκειμένου να κρατήσουν ασφαλή τα δεδομένα τους. Η λύση του cloud computing φέρεται να είναι η πιο οικονομική αφού το κόστος είναι δέκα φορές μικρότερο από την αγορά ενός τέτοιου συστήματος. Επιπρόσθετα, η εξοικονόμηση ανθρώπινου δυναμικού είναι ακόμη ένα όφελος του υπολογιστικού νέφους αφού οι ανάγκες του περιορίζονται μόνο στη συντήρηση και υποστήριξη του συστήματος. Επίσης, η άμεση πρόσβαση στα δεδομένα αποτελεί επιπλέον όφελος, αφού ο ασθενής μπορεί να έχει πρόσβαση στα δεδομένα του ανά πάσα στιγμή και από οποιοδήποτε χώρο αφού τα δεδομένα είναι αποθηκευμένα στο σύννεφο δίνοντας ακόμη την δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν για κλινική έρευνα.

Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, ελλοχεύουν σημαντικοί κίνδυνοι από την υιοθέτηση της νεφροϋπολογιστικής τεχνολογίας με σημαντικότερους από αυτούς την ασφάλεια και την ακεραιότητα των δεδομένων και την τήρηση του ιατρικού απορρήτου. Συμπληρωματικά, με την γνώμη της ομάδας εργασίας του άρθρου 29, ανάγεται ο κίνδυνος της έλλειψης διαφάνειας εφόσον δεν υπάρχουν πληροφορίες για την επεξεργασία των δεδομένων, αλλά και η έλλειψη προστασίας και ελέγχου.

Internet of Things (Διαδίκτυο των Πραγμάτων)

Το Διαδίκτυο των Πραγμάτων αποτελεί άλλη μια εξέλιξη στον τομέα της υγείας συμβάλλοντας στην άμβλυση ορισμένων προβλημάτων και δυσκολιών, την έλλειψη προσωπικού και ταυτόχρονα προωθώντας την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών.

Σε ότι αφορά τον ορισμό του διαδικτύου των πραγμάτων αν και δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός, προσπάθεια έγινε από την Διεθνή Ένωση Τηλεπικοινωνιών ορίζοντας το Internet of Things (IOT) ως μια παγκόσμια υποδομή για την κοινωνία της πληροφορίας, η οποία επιτρέπει προηγμένες υπηρεσίες μέσω διασύνδεσης (φυσικών και εικονικών) αντικειμένων που βασίζονται σε υπάρχουσες και εξελισσόμενες διαλειτουργικές τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών.

Χαρακτηριστικά του εν λόγω πληροφοριακού συστήματος αποτελούν η επικοινωνία, ο έλεγχος, οι αυτοματισμοί και η εξοικονόμηση κόστους. Σε ότι αφορά το πρώτο χαρακτηριστικό το IOT επικοινωνεί με τους ανθρώπους και τα

συστήματα, για την κατάσταση του εξοπλισμού και τα δεδομένα από αισθητήρες που μπορούν να παρακολουθήσουν τα ζωτικά σήματα ενός ατόμου. Ο έλεγχος και οι αυτοματισμοί περιλαμβάνουν την παρακολούθηση της κατάστασης στην οποία βρίσκεται μια συσκευή ακόμα και από απόσταση αλλά και προγραμματισμό λειτουργιών για την εκπλήρωση σκοπών. Επόμενο γνώρισμα του ΙΟΤ αφορά την εξοικονόμηση κόστους καθώς η αποτυχία του εξοπλισμού ελαχιστοποιείται ενώ ενισχύεται ο προγραμματισμός της συντήρησης. Επιπλέον, οι αισθητήρες βοηθούν στην μείωση δαπανών, καυσίμων, αναλώσιμων, ενέργειας κ.α.

Το λειτουργικό κομμάτι του Διαδικτύου των Πραγμάτων συνδέεται άμεσα με τα μοντέλα επικοινωνίας:

- **Device - to - Device:** περιλαμβάνει δύο ή περισσότερες συσκευές που συνδέονται μεταξύ τους απευθείας. Χρησιμοποιείται για να μεταφέρει μικρά πακέτα δεδομένων μεταξύ των συσκευών με χαμηλό ρυθμό δεδομένων σε συστήματα αυτοματοποίησης.
- **Device - to - Cloud:** αντιπροσωπεύει μια ΙΟΤ συσκευή που συνδέεται απευθείας σε μια internet cloud υπηρεσία για την ανταλλαγή δεδομένων και τον έλεγχο κυκλοφορίας των μηνυμάτων επιτρέποντας έτσι τον απομακρυσμένο έλεγχο.
- **Device - to - Gateway:** αναφέρεται στην σύνδεση μεταξύ ΙΟΤ συσκευών και ενδιάμεσων συσκευών ώστε να υπάρξει η πρόσβαση σε cloud υπηρεσία, ακόμη περιλαμβάνει το λογισμικό της εφαρμογής που τρέχει σε μια τοπική πύλη-συσκευή, που ενεργεί σαν ένας μεσάζων μεταξύ της ΙΟΤ συσκευής και της cloud υπηρεσίας.
- **Back - and - data - Sharing:** συνδέεται άμεσα με το μοντέλο Device - to Cloud και το προωθεί ώστε οι ΙΟΤ συσκευές να μπορούν να προσπελαύνονται από εξουσιοδοτημένα τρίτα μέρη. Οι χρήστες μπορούν να εξαγάγουν και να αναλύσουν δεδομένα έξυπνων αντικειμένων από μια cloud υπηρεσία σε συνδυασμό με τα δεδομένα άλλων πηγών

Σε ό,τι αφορά τον τομέα της υγείας το Διαδίκτυο των Αντικειμένων ήρθε για να εξελίξει και να προσφέρει προνόμια για την υγειονομική περίθαλψη. Πιο συγκεκριμένα, η εισχώρηση του ΙΟΤ στο χώρο της υγείας έχει ως αποτέλεσμα

πολλές από τις λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης αλλά και ιατρικοί έλεγχοι και γνωματεύσεις να πραγματοποιούνται από απόσταση, με αποτέλεσμα την άμεση φροντίδα του ασθενή ακόμη και σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Επίσης, οι μονάδες υγείας μπορούν να μειώσουν τις δαπάνες τους με την πραγματοποίηση των υπηρεσιών από απόσταση, αλλά και οι εξυπηρετούμενοι να αποφύγουν το νοσηλευτικό κόστος κατά την επίσκεψη τους σε κάποια μονάδα υγείας.

Η χρήση του διαδικτύου στον τομέα της υγείας ξεκίνησε ως Internet of Medical Things παρέχοντας στους ασθενείς και τους γιατρούς υπηρεσίες όπως η παρακολούθηση, η υποστήριξη κ.α. μέσω προσαρμοσμένων βιοαισθητήρων που παρέχουν φυσιολογικές παραμέτρους των ασθενών. Σήμερα τα συστήματα υγείας ορίζονται ως ένα δίκτυο συσκευών που συνδέονται άμεσα μεταξύ τους για τον διαμοιρασμό δεδομένων ζωτικής σημασίας μέσω ενός ασφαλούς στρώματος υπηρεσιών που συνδέεται με ένα κεντρικό διακομιστή εντολών και ελέγχου στο νέφος. Η εν λόγω σύνδεση είναι σημαντική καθώς μέσω της τεχνολογικής προόδου στην συνδεσιμότητα γίνεται εφικτή η συλλογή, καταγραφή και η ανάλυση δεδομένων από τις συσκευές, οι οποίες μπορεί να είναι έξυπνες wearable συσκευές, ιατρικές συσκευές οικιακής χρήσης, συσκευές περίθαλψης και smartphone εφαρμογές υγειονομικής περίθαλψης, ενισχύοντας την προληπτική φροντίδα και την άμεση διάγνωση οξέων επιπλοκών.

Ακόμη, είναι σημαντική λόγω της δυνατότητας περί συλλογής δεδομένων από τις συσκευές καταργώντας έτσι τον περιορισμό των δεδομένων που εισάγονται από τον άνθρωπο, αυξάνοντας την αποδοτικότητα και μειώνοντας το κόστος αφού η εισαγωγή των δεδομένων γίνεται αυτόματα και σε πραγματικό χρόνο.

Άλλο ένα επίτευγμα που προσπαθεί να φέρει εις πέρας ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι η αμεσότερη πρόσβαση σε ιατρική παρακολούθηση από ανθρώπους με προβλήματα υγείας ακόμη και σε προχωρημένη ηλικία. Προτεραιότητα για την υλοποίηση αυτού αποτελούν οι ασύρματες συνδέσεις με ΙΟΤ, δίνοντας την δυνατότητα για παρακολούθηση κάθε ασθενή από οποιοδήποτε σημείο του κόσμου.

Αυτό μπορεί να γίνει εφικτό με την χρήση αισθητήρων, σύνθετων αλγορίθμων για την ανάλυση δεδομένων και την γνωστοποίηση τους μέσω σύνδεσης στους ιθύνοντες της υγείας προς αξιοποίηση.

Συνοψίζοντας, στα βασικά πλεονεκτήματα του Διαδικτύου των Αντικειμένων

συγκαταλέγονται: α) η μείωση του κόστους περίθαλψης λόγω της αποφυγής άσκοπων επισκέψεων σε νοσηλευτικά ιδρύματα, β) τα βελτιωμένα αποτελέσματα ασθενών καθώς τα δεδομένα δίνονται σε πραγματικό χρόνο με αποτέλεσμα την αντιμετώπιση προβλημάτων ακόμη και σε πρώιμο στάδιο, γ) η διαχείριση της νόσου σε πραγματικό χρόνο μειώνοντας το κόστος περίθαλψης, δίνοντας έμφαση στην ευεξία αλλά και την δυνατότητα στο άτομο να ζει σε οποιοδήποτε σημείο του κόσμου και να παρακολουθείται η πορεία της υγείας του και δ) η βελτιωμένη εμπειρία του χρήστη (ασθενών- ιατρικού προσωπικού) καθώς απαιτείται ελάχιστη ανθρώπινη παρέμβαση για την έγκυρη και ακριβή συλλογή των δεδομένων έχοντας ως αποτέλεσμα τα εμπλεκόμενα μέλη να έχουν άμεση ενημέρωση και πρόσβαση στην κατάσταση, την πρόοδο και τα αποτελέσματα της θεραπείας του εξυπηρετούμενου.

Ωστόσο, παραμένουν στην επιφάνεια κάποιοι κίνδυνοι προς αντιμετώπιση οι οποίοι αφορούν την διαχείριση ταυτότητας και πρόσβασης, τα αιτήματα για ανταλλαγή δεδομένων με εξουσιοδοτημένα τρίτα μέρη, το άγνωστο κόστος χειρισμού και αποθήκευσης αυξανόμενων όγκων δεδομένων του δικτύου των συσκευών καθώς και ο μεγαλύτερος κίνδυνος αυτός της ασφάλειας.

Τηλεϊατρική και Κινητή Υγεία (m-health)

Άλλη μια εφαρμογή τεχνολογίας στο χώρο της υγείας αποτελεί η Τηλεϊατρική η οποία σύμφωνα με τις έρευνες δεν έχει αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό κάτι που προβλέπεται να συμβεί τα επόμενα χρόνια. Ο ορισμός αυτής σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανάγεται ως εξής: *Η Τηλεϊατρική συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών (ΤΠΕ), σε περιπτώσεις όπου ο επαγγελματίας του κλάδου και ο ασθενής (ή δύο επαγγελματίες του κλάδου) δεν βρίσκονται στο ίδιο μέρος. Συνίσταται δε στην ασφαλή μετάδοση ιατρικών δεδομένων και πληροφοριών μέσω κειμένου, ήχου εικόνων και άλλων μορφών απαραίτητων για την πρόληψη, τη διάγνωση, την θεραπεία και μετέπειτα παρακολούθηση των ασθενών.*

Η τηλεϊατρική παρέχει στους ασθενείς άμεση πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη, χωρίς να υπάρχει το κόστος και η απόσταση της μετακίνησης, αλλά και χρήση περιορισμένων υπηρεσιών των εμπειρογνομόνων εξετάζοντας τους ασθενείς από όπου βρίσκονται. Ακόμη, στόχος της τηλεϊατρικής είναι η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης αλλά και άμεσες και ασφαλείς παρεμβάσεις για θεραπεία μέσω της μεταφοράς

ιατρικών εικόνων αλλά και της εύκολης πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο.

Επιπρόσθετα, η προσφορά της Τηλεϊατρικής αφορά και μη κλινικές εφαρμογές τέτοιες είναι: η εξ αποστάσεως επιμόρφωση σε ιατρικό προσωπικό και εξυπηρετούμενους, οι διαχειριστικές διαδικασίες που αφορούν κατανεμημένους σχηματισμούς υγείας, η έρευνα η οποία διεξάγεται από ομάδες εξ αποστάσεως και η άμεση διαδικτυακή διαχείριση δεδομένων τοπικών σταθμών υγείας από κεντρικές υπηρεσίες. Ωστόσο, η κλινική πλευρά της τηλεϊατρικής παρουσιάζει μεγαλύτερες ανάγκες προσφέροντας σημαντικά οφέλη και αντιμετωπίζοντας δυσπρόσιτες περιπτώσεις.

Κάποια από τα μειονεκτήματα της εν λόγω τεχνολογίας είναι η απρόσωπη σχέση μεταξύ του εξυπηρετούμενου και του ιατρού έχοντας ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να εκτιμηθεί πλήρως η κατάσταση του ασθενή. Επίσης, η ανειδίκευτη χρήση της Τηλεϊατρικής μπορεί να προκαλέσει αρνητικά στοιχεία στον ασθενή εμποδίζοντας την ίαση αυτού.

Η Κινητή Υγεία ή αλλιώς m-health είναι άλλη μια εφαρμογή της Ηλεκτρονικής υγείας και συνδέεται άμεσα με την Τηλεϊατρική. Αν και δεν υπάρχει κάποιος τυποποιημένος ορισμός ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως κινητή υγεία μια πρακτική ιατρικής και δημόσιας υγείας που υποστηρίζεται από κινητές συσκευές, όπως κινητά τηλέφωνα, συσκευές παρακολούθησης ασθενών, προσωπικοί ψηφιακοί βοηθοί (PDA) και άλλες ασύρματες συσκευές.

Από την χρήση ασύρματων συσκευών εξασφαλίζεται η μετάδοση φωνητικών εντολών, μηνύματα sms, πακέτο μεταφοράς δεδομένων με υψηλούς ρυθμούς μετάδοσης με ραδιοσυχνότητες (GPRS), κινητές τηλεπικοινωνίες τρίτης και τέταρτης γενιάς (3G & 4G), το παγκόσμιο σύστημα εντοπισμού θέσης (GPS) και η τεχνολογία bluetooth όπου διαχειρίζονται τα δεδομένα του συστήματος.

Οι εφαρμογές Κινητής Υγείας συμβάλλουν στην συλλογή δεδομένων υγείας, στην παρακολούθηση της πορείας του εξυπηρετούμενου σε παροντικό χρονικό διάστημα καθώς και την διάγνωση αυτού ή την παροχή συμβουλών από οποιοδήποτε σημείο, στην επεξεργασία δεδομένων υγείας μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών, στην έρευνα ιατρικών πληροφοριών αλλά και στην επιμέρους ιατρική εκπαίδευση.

Όπως στην Τηλεϊατρική έτσι και στην τεχνολογία mhealth η εφαρμογή υπηρεσιών

γίνεται μέσω συσκευών προηγμένης τεχνολογικής εξέλιξης όπως είναι τα έξυπνα ρολόγια (smartwatches), συσκευές μέτρησης βιοσημάτων στο ανθρώπινο σώμα καθώς και προηγμένα κινητά τηλέφωνα και ταμπλέτες έχοντας ως αποτέλεσμα την άμεση και συνεχή επαφή μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών (ασθενής-ιατρός).

Οι στόχοι της κινητής υγείας ταυτίζονται με αυτούς της τεχνολογίας της Τηλεϊατρικής. Πιο συγκεκριμένα, πρωταρχικός στόχος είναι η ανάπτυξη ενός ενιαίου, ποιοτικού και άμεσα προσβάσιμου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμη, στοχεύει στην πρόληψη ασθενειών και την προώθηση της δημόσιας υγείας μέσω της κοινωνικής δικτύωσης, της έρευνας και της ενημέρωσης. Η επεξεργασία δεδομένων υγείας σε πραγματικό χρόνο με την χρήση των συσκευών προοδευμένης τεχνολογίας όπου προαναφέρθηκαν αποτελεί άλλο ένα στοιχείο. Τέλος, από τους βασικότερους στόχους της mhealth αποτελεί η μείωση του κόστους ιατρικής περίθαλψης αλλά και των κρατικών εξόδων.

Ωστόσο, παρόλο την ευρεία ανάπτυξη της mhealth υπάρχουν κάποιες δυσκολίες που εμποδίζουν την περαιτέρω ανάπτυξη αυτής. Το κυριότερο από αυτά είναι το κόστος των συσκευών και υπηρεσιών το οποίο είναι αρκετά υψηλό ώστε να καλύψει το πλήθος των αναγκών που υπάρχει. Η ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων αποτελεί άλλο ένα καιρίο ζήτημα το οποίο θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από κάθε μονάδα υγειονομικής περίθαλψης ώστε να υπάρχει ασφάλεια και διαφάνεια. Σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων τα δεδομένα τα οποία τίθενται προς επεξεργασία θα πρέπει να είναι αληθή και ακριβή, ενώ τα υποκείμενα αυτών θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με τους σκοπούς της επεξεργασίας αλλά και τα νόμιμα δικαιώματά τους. Ακόμη, μέσω του ΓΚΠΔ προσφέρονται δικλείδες ασφαλείας της επεξεργασίας δεδομένων ακόμη και σε διασυννοριακό επίπεδο, παρέχοντας στο υποκείμενο τον πλήρη έλεγχο του φακέλου υγείας του. Τέλος, ο συντηρητισμός, και η συνεχή και εξειδικευμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί άλλο ένα εμπόδιο για την αύξηση της εφαρμογής της κινητής υγείας.

Προσωπικά Δεδομένα - RemoteCARE

Το ιατρικό προσωπικό του RemoteCARE, λόγω της ιδιότητας τους, θα διαχειρίζονται και θα επεξεργάζονται αρκετά μεγάλες ποσότητες δεδομένων των κατοίκων του Δήμου Ωραιοκάστρου. Τα δεδομένα αυτά είτε θα είναι απλά όπως το ονοματεπώνυμο, ο τόπος κατοικίας, η ύπαρξη ή όχι ασφάλισης, είτε ευαίσθητα

τα οποία θα περιλαμβάνουν το ιατρικό ιστορικό των κατοίκων. Στους φακέλους υγείας που θα συγκεντρώνουν πέραν των εξετάσεων ή των φαρμακευτικών αγωγών που θα περιέχονται, πιθανόν να περιλαμβάνονται και δεδομένα που αφορούν την ψυχική υγεία των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο ιατρός έχει την υποχρέωση να τηρεί ιατρικό αρχείο, σε ηλεκτρονική ή χειρόγραφη μορφή. Το ιατρικό αρχείο περιέχει δημογραφικά στοιχεία και το ιατρικό ιστορικό (ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, φύλο, ηλικία, επάγγελμα, διεύθυνση ασθενούς, ημερομηνία επίσκεψης, καθώς και δεδομένα που συνδέονται με την ασθένεια, την υγεία του, τη διάγνωση, τα αποτελέσματα εξετάσεων και τη θεραπεία).

Ο τρόπος λοιπόν διαχείρισης – επεξεργασίας και φύλαξης τελικά των δεδομένων θα πρέπει να είναι αρκετά προσεκτικός και σύμφωνος με τις επιταγές που έχει θέσει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Με τον ΓΚΠΔ ενισχύονται σημαντικά τα δικαιώματα των ασθενών σχετικά με τα προσωπικά τους δεδομένα. «Είναι προφανές ότι αυξάνονται οι υποχρεώσεις των ιατρών ως υπευθύνων επεξεργασίας, οι οποίοι επιφορτίζονται με την αρχή της λογοδοσίας (άρθρο 5). Η αρχή της λογοδοσίας αναλύεται σε επιμέρους ενέργειες που πρέπει να πραγματοποιεί ο γιατρός, ο οποίος, ως υπεύθυνος επεξεργασίας, φέρει την ευθύνη και πρέπει να είναι σε θέση να αποδείξει τη συμμόρφωσή του με τις γενικές αρχές που προβλέπει ο ΓΚΠΔ»

Οι υπηρετούντες την πρωτοβουλία του RemoteCARE οφείλουν να είναι ιδιαίτερα συνειδητοποιημένοι με το βάρος του λειτουργήματος τους και τα δεδομένα που καλούνται να επεξεργάζονται. Για την επίτευξη αυτού, είναι απαραίτητη η όσον το δυνατό μικρότερη συλλογή προσωπικών δεδομένων των ασθενών, η αποθήκευση δηλαδή όσων στοιχείων είναι απαραίτητα για τις ιατρικές γνωματεύσεις, εξετάσεις και τήρηση του ιατρικού φακέλου και μόνο.

Έμφαση πρέπει να δοθεί και στον τρόπο αποθήκευσης αλλά και αποστολής των προσωπικών δεδομένων των ασθενών. Η φύλαξη των ιατρικών φακέλων αλλά και άλλων προσωπικών στοιχείων των ασθενών εάν είναι σε έντυπη μορφή πρέπει να γίνεται σε φωριαμούς ή ντουλάπια τα οποία θα κλειδώνουν και πρόσβαση σε αυτά θα έχουν μόνο οι αρμόδιοι εργαζόμενοι για κάθε δραστηριότητα επεξεργασίας. Εάν είναι σε ηλεκτρονική μορφή θα πρέπει να εξασφαλίζεται ότι η πρόσβαση στα αρχεία αυτά δε θα μπορεί να πραγματοποιηθεί από τρίτους που δε συμπεριλαμβάνονται στην ομάδα της κινητής μονάδας υγείας και θα αποθηκεύονται με ασφάλεια τηρώντας τα απαραίτητα τεχνικά μέτρα ασφαλείας. Επιπλέον η επεξεργασία των στοιχείων αυτών συνίσταται να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και να προβλεφθεί η δυνατότητα επανάκτησής τους σε μία πιθανή

καταστροφή.

Την ίδια στιγμή, ο τρόπος διαβίβασης των προσωπικών δεδομένων των ασθενών, όταν αυτή κρίνεται απαραίτητη, θα πρέπει να διασφαλίζει την τήρηση της αρχής ακεραιότητας και εμπιστευτικότητας των δεδομένων.

Εφόσον η διαβίβαση γίνεται ηλεκτρονικά θα πρέπει να διενεργείται στη βάση ψευδωνυμοποίησης και κρυπτογράφησης. Εάν η διαβίβαση γίνεται μέσω εταιρειών - παροχών υπηρεσιών αποστολής (courier), θα πρέπει και πάλι να διασφαλίζονται τα προαναφερόμενα, με την πρόσθετη επισήμανση ότι οι εν λόγω εταιρείες, σε κάθε περίπτωση, δε θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στα δεδομένα των ασθενών.

Σε συνέχεια των παραπάνω, είναι σημαντικό να αναφέρουμε μερικές συνηθισμένες ερωτήσεις ή πιθανές απορίες που μπορεί να συναντήσει το προσωπικό της Κινητής Μονάδας Υγείας, ώστε να κατατοπίσουν τους πολίτες κατάλληλα.

Η ερώτηση με την οποία πιθανόν να έρθει αντιμέτωπος ο ιατρός είναι σχετική με το αν δικαιούται ένας ασθενής να λάβει αντιγραφο του ιατρικού φακέλου που έχει «καταθέσει» στην κινητή μονάδα υγείας. Βάσει λοιπόν των οδηγιών που δίνει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και η Αρχή Δεοντολογίας των Ιατρών ισχύει το εξής: *«Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα να λαμβάνει γνώση του ιατρικού του φακέλου και να ζητεί τη χορήγηση αντιγράφων του. Το δικαίωμα αυτό συνιστά άσκηση του δικαιώματος πρόσβασης του υποκειμένου, σύμφωνα με το άρθρο 12 του ν.2472/1997. Επιπλέον το δικαίωμα αυτό προβλέπεται ρητά και στο ν.3418/2005 (άρθρο 14 παρ. 8). Για την άσκηση του δικαιώματος αυτού ο ασθενής καταθέτει αίτηση στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Σε περίπτωση που δεν ικανοποιηθεί το δικαίωμα αυτό, ο ασθενής μπορεί να προσφύγει στην Αρχή και να ζητήσει την ικανοποίηση του δικαιώματος πρόσβασης.»*

Μία δεύτερη ερώτηση που υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να αντιμετωπίσουν οι εργαζόμενοι του «RemoteCARE» είναι αν θα έχουν το δικαίωμα να δώσουν το φάκελο ενός ασθενούς σε συγγενικό του πρόσωπο, σε περίπτωση που δεν δύναται ο ίδιος να παραστεί ώστε να τον παραλάβει ο ίδιος. Βάσει, λοιπόν του γενικού κανονισμού δίνεται η εξής απάντηση: *«Δικαίωμα πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο έχει μόνο ο ίδιος ο ασθενής, στον οποίο αφορούν τα δεδομένα, ο νόμιμος αντιπρόσωπός του (γονέας, δικαστικός συμπαραστάτης ή προσωρινός δικαστικός συμπαραστάτης) ή νομίμως εξουσιοδοτούμενο από τον ασθενή πρόσωπο (πληρεξούσιος δικηγόρος). Πέραν των προσώπων αυτών μπορεί ένας τρίτος να ζητήσει από το νοσηλευτικό ίδρυμα να του χορηγηθούν στοιχεία του ιατρικού φακέλου του ασθενούς. Στη σχετική αίτησή του προς το νοσηλευτικό ίδρυμα ο αιτών-τρίτος θα πρέπει να επικαλείται, μεταξύ άλλων, το σκοπό για τον οποίο ζητεί τη χορήγηση των δεδομένων.»*

Το νοσηλευτικό ίδρυμα πρέπει να διαβιβάσει τη σχετική αίτηση στην Αρχή και να ζητήσει την έκδοση σχετικής άδειας (άρθρο 7 του ν.2472/1997)».

Μία τρίτη περίπτωση η οποία μπορεί να παρουσιαστεί κατά το έργο της κινητής μονάδας υγείας είναι το αίτημα ενός ασθενή διαγραφής του ιατρικού του φακέλου. Βάσει του κανονισμού ισχύει το εξής: «Η υποχρέωση διατήρησης των ιατρικών αρχείων ισχύει: α) στα ιδιωτικά ιατρεία και τις λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ιδιωτικού τομέα, για μια δεκαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή και β) σε κάθε άλλη περίπτωση, για μία εικοσαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή (άρθρο 14 παρ.4 του Ν.3418/2005)». Ακολουθώντας, όπως προαναφέρθηκε, το δικαίωμα του υποκειμένου «λησμονηθεί» και το δικαίωμα διαγραφής των δεδομένων του, όπως κατοχυρώνεται στις διατάξεις του άρθρου 17 του ΓΚΠΔ, δεν εφαρμόζεται στην επεξεργασία δεδομένων στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, λαμβανομένων υπόψη των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου αυτού.

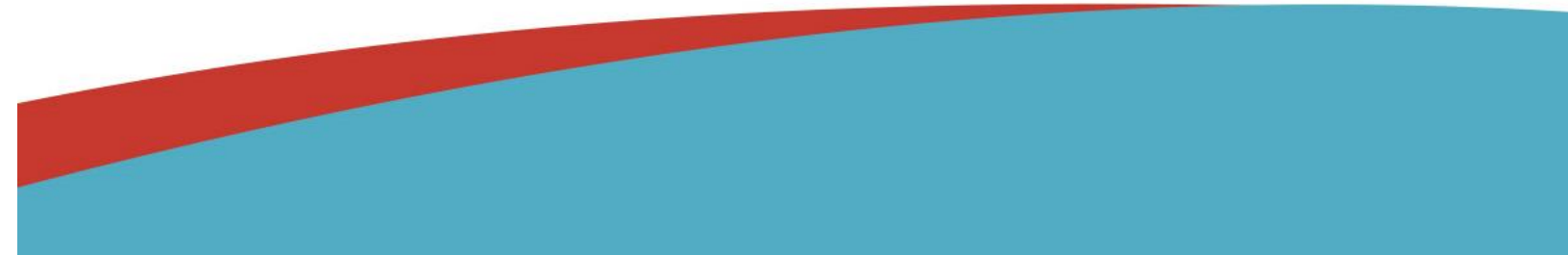
Εν ολίγοις και συνοψίζοντας, η Κινητή Μονάδα Υγείας θα δημιουργήσει διαδικασίες μέσω των οποίων θα εξασφαλίζεται η προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα των ασθενών είτε ευαίσθητων, είτε απλών. Απαιτείται λοιπόν η δημιουργία επαρκών χώρων αποθήκευσης, οι οποίοι αφενός θα κλειδώνουν και αφετέρου δε θα επιτρέπουν την ύπαρξη μη εξουσιοδοτημένου προσωπικού.

Ενδεικτικά απαιτείται:

- ♣ Η διατήρηση επαρκών χώρων αποθήκευσης οι οποίοι αφενός θα κλειδώνουν και αφετέρου δεν θα επιτρέπουν την ύπαρξη μη εξουσιοδοτημένου προσωπικού,
- ♣ Η δημιουργία ισχυρών κωδικών πρόσβασης για τα ηλεκτρονικά αρχεία που αποθηκεύονται σε υπολογιστή που χειρίζεται η Κινητή Μονάδα Υγείας, καθώς και ο ορισμός ενός αρμόδιου σχετικά,
- ♣ Η διατήρηση αντιγράφων ασφαλείας για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα το οποίο θα οριστεί από την ομάδα λειτουργίας του RemoteCARE, προκειμένου να υπάρχει η ανάκτηση σημαντικών ιατρικών εγγράφων σε περίπτωση που παραστεί ανάγκη,
- ♣ Να καταρτιστεί και να εφαρμοστεί από το προσωπικό του RemoteCARE πολιτική προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα ώστε να εξασφαλίζεται η υπηρεσία πώς έχει εναρμονιστεί με τον ΓΚΔΠΧ,
- ♣ Να καταρτιστεί εσωτερικός κανονισμός σχετικά με τους όρους χρήσης των

πληροφοριακών συστημάτων, για την εύρυθμη λειτουργία τους και την πλήρη ασφάλεια των δεδομένων που διακινούνται μέσω των συστημάτων.

Με τον όρο “επεξεργασία δεδομένων” εννοείται κάθε πράξη που πραγματοποιείται (ηλεκτρονικά ή χειρόγραφα) σε προσωπικά και ευαίσθητα δεδομένα. Η συλλογή, η οργάνωση, η χρήση, η αποθήκευση, ακόμα και η διαγραφή προσωπικών δεδομένων ασθενών από οποιοδήποτε επαγγελματία υγείας θεωρείται επεξεργασία δεδομένων.



Κεφάλαιο 13ο

Καθορισμός κριτηρίων ομάδας λειτουργίας για την κινητή μονάδα υγείας

Η φιλοσοφία της λειτουργίας της Κινητής Μονάδας Υγείας «RemoteCARE», στηρίζεται στην παροχή ιατρικής φροντίδας σε πρωτοβάθμια κλίμακα, όπως μία πρώτη διάγνωση, χωρίς όμως τη δυνατότητα συνταγογράφησης ή εξέτασης εις βάθος.

Ο πρώτος χρόνος λειτουργίας αυτής της δράσης θα είναι πιλοτικός και θα λειτουργεί συμπληρωματικά με τις υφιστάμενες υποδομές υγείας της περιοχής. Οι εργαζόμενοι που θα απαρτίζουν και θα «πρέχουν» αυτό το εγχείρημα θα είναι : 1. Ένας ιατρός γενικών καθηκόντων, 2. Νοσηλεύτης, 3. Κοινωνικός Λειτουργός, 4. Οδηγός, και 5. Χειριστής Ηλεκτρονικών Υπολογιστών. Η Κινητή Μονάδα Υγείας θα απασχολεί με άλλα λόγια έναν εργαζόμενο από κάθε ειδικότητα που θα συμβάλλει με τις γνώσεις και τις υπηρεσίες του στην ομαλή λειτουργία της Μονάδας.

Το «RemoteCARE» θα λειτουργεί συμπληρωματικά, λοιπόν, με το αγροτικό ιατρείο και το Κέντρο Υγείας όποτε χρειάζεται. Κατά κύριο λόγο, ο γενικός ιατρός σε συνδυασμό με το νοσηλεύτη, θα πραγματοποιούν βασικές εξετάσεις. Ο ιατρικός και τεχνολογικός εξοπλισμός που θα διαθέτουν θα τους επιτρέπουν να μετρήσουν την πίεση των ασθενών, να τους πάρουν αίμα, να τους μετρήσουν το σάκχαρο και τη χοληστερίνη και επιπλέον το όχημα θα διαθέτει και καρδιογράφο.

Το ιατρικό προσωπικό αφού λάβει τα αποτελέσματα των ασθενών, θα μπορεί να τους παραπέμψει στο πιο κοντινό αγροτικό ιατρείο, προκειμένου να προμηθευτούν φάρμακα ή την κατάλληλη αγωγή. Σε περίπτωση που δε δύνανται οι ασθενείς να προσέλθουν στο ιατρείο, η ομάδα του RemoteCARE μπορεί να βρίσκεται σε άμεση επικοινωνία με τον ιατρό που επιβλέπει τον πάσχοντα και να λειτουργήσει ως μεσάζων.

Το όχημα που θα στεγάζει η μονάδα υγείας, δε θα διαθέτει μέσα φάρμακα, όπως επισημαίνεται και στον διατιθέμενο εξοπλισμό. Με άλλα λόγια, ενώ θα περιλαμβάνει όλα τα σχετικά εργαλεία που αφορούν τις πρώιμες – βασικές εξετάσεις και το κουτί πρώτων βοηθειών, δε θα υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς ή χορήγησης φαρμάκων.

Εκτός από τον γενικό ιατρό και την ειδικότητα του νοσηλεύτη που θα πλαισιώνουν το εγχείρημα της Κινητής Μονάδας Υγείας, θα υπάρχει και ένας κοινωνικός

λειτουργός.

Το μέγεθος της σημασίας υποστήριξης του έργου από μια τέτοια ειδικότητα είναι μεγάλο διότι πέραν της σωματικής υγείας κύριο ρόλο στην εξέλιξη της ανθρώπινης υπόστασης παίζει η ψυχική υγεία. Ίσως είναι και σημαντικότερο κριτήριο ώστε τελικά να είναι ικανός να προοδεύει, να εξελίσσεται, να μαθαίνει, να θέτει στόχους ακόμη και να απογοητεύεται. Ο Δήμος Ωραιοκάστρου επιδιώκει με άλλα λόγια την ουσιαστική θεραπεία των κατοίκων του σε όλα τα επίπεδα και τελικά τη δημιουργία ενός υγιούς συνόλου του πληθυσμού στις περιοχές που θα εξυπηρετεί.

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει η σημαντικότητα του έργου του κοινωνικού λειτουργού εφόσον βασικός στόχος της κοινωνικής εργασίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η προαγωγή της υγείας, η θεραπεία και αποκατάσταση μέσα από προγράμματα και υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις βασικές αρχές υγείας του πληθυσμού και δίνουν ειδική προσοχή στα υψηλού κινδύνου, ευπαθή και μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα.

Η κοινωνική εργασία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας επιδιώκει την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και την προώθηση του αυτοπροσδιορισμού μέσα από την καθοδήγηση, την ενδυνάμωση και την ενίσχυση της αυτοφροντίδας στην τοπική κοινότητα. Εστιάζει δηλαδή στην αλληλεπίδραση ανάμεσα στα άτομα και το περιβάλλον τους, αναγνωρίζοντας την επίδραση των κοινωνικών, πολιτισμικών, οικονομικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, πολιτικών, νομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία και στη γενικότερη ποιότητα ζωής.

Ολοκληρώνοντας, να συνοψίσουμε πώς το ιατρικό προσωπικό της Κινητής Μονάδας Υγείας (ο γενικός ιατρός και ο νοσηλεύτης) θα έχουν στη διάθεσή τους τους φακέλους των ασθενών, οι οποίοι θα περιλαμβάνουν ένα πλήρες ιστορικό της υγείας τους. Οι φάκελοι αυτοί που θα εμπεριέχουν προηγούμενες εξετάσεις, τυχόν φαρμακευτικές αγωγές ή επεμβάσεις στις οποίες έχουν υποβληθεί οι ασθενείς, θεωρούνται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Αναγκαία σε αυτό το σημείο θα πρέπει να κριθεί η εκπαίδευση της ομάδας του RemoteCARE στην προστασία και διαχείριση των δεδομένων που συλλέγουν από τους ασθενείς.

Κεφάλαιο 14ο

Καλές πρακτικές

Βάσει του άρθρου 5στ του Γενικού Κανονισμού της ΕΕ 679/2016 (GDPR), είναι καθήκον μας να διασφαλίζουμε ότι η επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (ΔΠΧ) γίνεται με τρόπο που εγγυάται την ενδεδειγμένη ασφάλειά τους.

Το συγκεκριμένο έγγραφο παρουσιάζει τις πρακτικές και το σύστημα αξιών τα οποία θα πρέπει να διέπουν τη συμπεριφορά των εργαζομένων προκειμένου να διασφαλίζεται η εφαρμογή του Κανονισμού GDPR και η ενδεδειγμένη ασφάλεια των πληροφοριών.

Οι παρακάτω κανόνες δεν είναι οριστικοί ούτε εξαντλητικοί και μπορούν να αλλάξουν με βάση τις τεχνολογικές εξελίξεις αλλά και τις ανάγκες του προγράμματος.

Στο πλαίσιο των εργασιακών του υποχρεώσεων, όποιος/α εργαζόμενος/η έχει πρόσβαση σε πληροφορίες οι οποίες αφορούν άμεσα ή έμμεσα σε ΔΠΧ εργαζομένων ή/και συνεργατών ή/και ασθενών ή/και άλλων φυσικών προσώπων, οφείλει να συμμορφώνεται με τις διατάξεις της εκάστοτε ισχύουσας ευρωπαϊκής και εθνικής νομοθεσίας για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και να επικουρεί στη συμμόρφωσή του οργανισμού προς τις ανωτέρω διατάξεις. Ενδεικτικά, και όχι περιοριστικά, ισχύουν για όλους τους εργαζομένους οι κατωτέρω κανόνες:

1. Σεβασμός και τήρηση των πολιτικών και διαδικασιών που έχει υιοθετήσει ο οργανισμός και έχουν γνωστοποιηθεί με οιονδήποτε τρόπο στον εργαζόμενο σχετικά με την προστασία των ΔΠΧ.
2. Σεβασμός και τήρηση των συμβατικών όρων περί εμπιστευτικότητας και προστασίας προσωπικών δεδομένων, τους οποίους έχει δεσμευτεί να τηρεί ο οργανισμός έναντι τρίτων αντισυμβαλλόμενων με αυτήν μερών, καθώς τυχόν παράβαση των εν λόγω συμβατικών διατάξεων δύναται να επιφέρει επιπτώσεις (πειθαρχικές –διοικητικές ή ποινικές).
3. Συμβολή στη διατήρηση της ακεραιότητας, εμπιστευτικότητας των ΔΠΧ που επεξεργάζεται ο οργανισμός, είτε ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας είτε ως Εκτελών την Επεξεργασία, και αποδοχή λήψης επαρκούς εκπαίδευσης αναφορικά με τις εφαρμοστέες διατάξεις και κανονισμούς για την προστασία και εμπιστευτικότητα των ΔΠΧ.
4. Συνδρομή στην υποχρέωση του οργανισμού να ενημερώνει την αρμόδια αρχή και, εφόσον απαιτείται, το υποκείμενο των ΔΠΧ, σε περίπτωση

παραβίασης των ΔΠΧ, εντός 72 ωρών το αργότερο.

5. Μη κοινοποίηση πληροφοριών προσωπικών δεδομένων σε τρίτο χωρίς την έγγραφη εξουσιοδότηση από το Υποκείμενο των προσωπικών δεδομένων ή δικαστική απόφαση από την οποία προκύπτει το έννομο συμφέρον του τρίτου, καθώς και ασφαλής αποθήκευση διαβαθμισμένου έντυπου υλικού και καταστροφή με σωστό τρόπο όταν δεν χρειάζεται πλέον.
6. Εξασφάλιση μη παρακολούθησης από μη εξουσιοδοτημένα άτομα κατά την εργασία, μέριμνα για τη μη παραμονή του ηλεκτρονικού υπολογιστή χωρίς επίβλεψη και λήψη των κατάλληλων μέτρων κατά την εκτύπωση διαβαθμισμένων πληροφοριών, προκειμένου αυτές να μην περιέλθουν στην κατοχή μη εξουσιοδοτημένων ατόμων.
7. Τήρηση των οδηγιών οι οποίες έχουν δοθεί για την προστασία του ηλεκτρονικού υπολογιστή και των πληροφοριακών συστημάτων.
8. Λήψη μέτρων για την προστασία όλων των υπολογιστικών συσκευών.
9. Μη χρήση διαπιστευτηρίων άλλου χρήστη για την πρόσβαση στα πληροφοριακά συστήματα του οργανισμού.
10. Αποχή από προσπάθεια πρόσβασης σε υπολογιστικά συστήματα για τα οποία αυτή είναι απαγορευμένη.
11. Μη αποθήκευση προσωπικών πληροφοριών των εργαζομένων (προσωπικά έγγραφα, φωτογραφίες, αυτόματη συμπλήρωση προσωπικών κωδικών σε ιστοσελίδες κ.λπ) στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές του οργανισμού.
12. Μη αποστολή ευαίσθητων δεδομένων μέσω του Διαδικτύου, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή άλλων μεθόδων, εκτός αν έχουν χρησιμοποιηθεί κατάλληλες μέθοδοι (πχ. κρυπτογράφηση) για την προστασία από μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση.
13. Δεν συστήνεται η χρήση εξοπλισμού USB. Σε περίπτωση χρήσης, ο χρήστης πρέπει να ελέγχει, να χρησιμοποιεί και να αφαιρεί τις συσκευές με ασφάλεια.
14. Μη εγκατάσταση και απεγκατάσταση λογισμικών, εφαρμογών και προγραμμάτων παρά μόνο από τον(τους) αρμόδιο(ους) εργαζόμενο(ους). Οι απλοί χρήστες δεν επιτρέπεται να ασκούν δικαιώματα διαχειριστή.
15. Άμεση ενημέρωση οργανισμού σε περίπτωση είτε διαπίστωσης πιθανής παραβίασης της ασφάλειας ή των ΔΠΧ, είτε παρατήρησης οιασδήποτε ύποπτων αδυναμιών ασφάλειας ή ενδεχόμενων παραβιάσεων των

Πληροφοριακών Συστημάτων, και αίτηση για περαιτέρω οδηγίες σε περίπτωση αποριών σχετικά με τη διασφάλιση της ασφάλειας των δεδομένων και πληροφοριών από τις υπάρχουσες διαδικασίες.

16. Τήρηση πλήρους εχεμύθειας και μη γνωστοποίησης σε τρίτους κάθε πληροφορίας που περιέχεται στην αντίληψη του/της εργαζομένου/ης κατά την εκτέλεση της σύμβασης εργασίας. Ειδικότερα, ο κανόνας αυτός αναφέρεται στα στοιχεία, δεδομένα, έγγραφα ή πληροφορίες που ενδεικτικά και όχι περιοριστικά αναφέρεται ότι αφορούν τον οργανισμό, τις εγκαταστάσεις του, τις εργασίες, τις διοικητικές και οικονομικές μεθόδους, τα πλάνα, τις στρατηγικές και πρακτικές του, τα οικονομικά στοιχεία, τις πολιτικές, τις υποθέσεις και συναλλαγές του, ή οποιουδήποτε εργαζομένου ή συνεργάτη, τα προσωπικά δεδομένα φυσικών προσώπων, κ.λπ., τα οποία δεν είναι γνωστά σε τρίτους.

ΜΕΡΟΣ Β΄

Κεφάλαιο 15°

SWOT Analysis (Ανάλυση δυνατών και αδύνατων σημείων, ευκαιριών και απειλών στη λειτουργία της κινητής μονάδας υγείας)

Η Ανάλυση SWOT είναι ένα εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού και εξετάζει τα **Ισχυρά (Strengths)** και **Αδύναμα σημεία (Weaknesses)** μιας επιχείρησης, τις **Ευκαιρίες (Opportunities)** και **Απειλές (Threats)** από το περιβάλλον που δραστηριοποιείται. Χρησιμοποιείται από πολλές επιχειρήσεις προκειμένου να αξιολογήσουν την κατάσταση που βρίσκονται σήμερα με σκοπό να πάρουν αποφάσεις και να διαμορφώσουν έτσι την μελλοντική στρατηγική τους.

Η Ανάλυση SWOT χωρίζεται σε δύο βασικά μέρη. Στην ανάλυση του εσωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης που είναι τα Δυνατά (Strengths) και Αδύναμα (Weaknesses) σημεία, και στην ανάλυση του εξωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης που είναι οι Ευκαιρίες (Opportunities) και οι απειλές (Threats).

	Βοηθητικά για την επίτευξη των στόχων της επιχείρησης	Επιβλαβή προς την επίτευξη των στόχων της επιχείρησης
Εσωτερικό Περιβάλλον	Strengths (Δυνάμεις) Εσωτερικές ικανότητές που μπορούν να βοηθήσουν την επιχείρηση να επιτευχθούν οι στόχοι της	Weaknesses (Αδυναμίες) Εσωτερικά στοιχεία που μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα της εταιρείας να επιτύχει τους στόχους της
Εξωτερικό Περιβάλλον	Opportunities (Ευκαιρίες) Πιθανά πεδία ενδιαφέροντος στα οποία η επιχείρηση μπορεί να επιτύχει κερδοφορία	Threats (Απειλές) Προκλήσεις που τίθενται από δυσμενείς τάσεις ή εξελίξεις και μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση των πωλήσεων και των κερδών

Στόχος της Ανάλυσης SWOT είναι η ολοκλήρωση στα πλαίσια ενός παρεμβατικού προγράμματος των ενδογενών χαρακτηριστικών της περιοχής προς μελέτη και των καθοριστικών παραγόντων του περιβάλλοντος στο οποίο εκτελείται ή πρόκειται να εκτελεστεί.

Η ανάλυση SWOT περιλαμβάνει τα ακόλουθα έξι διακριτά βήματα:

- A) Ανάλυση του περιβάλλοντος του προγράμματος – έργου
- B) Διαμόρφωση – κατάρτιση πιθανών δράσεων
- Γ) Εξωτερική ανάλυση των ευκαιριών και κινδύνων – απειλών
- Δ) Εσωτερική ανάλυση των δυνατών και αδύνατων σημείων
- Ε) Κατηγοριοποίηση των πιθανών δράσεων – Προσανατολισμός παρεμβάσεων
- Ζ) Αξιολόγηση συνολικής στρατηγικής

Η μέθοδος αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά ως διαχειριστικό εργαλείο για την αξιολόγηση της συνάφειας και καταλληλότητας μιας στρατηγικής κατά τις φάσεις τόσο του σχεδιασμού όσο και εφαρμογής ενός διαρθρωτικού προγράμματος ή μιας δέσμης παρεμβάσεων.

SWOT Analysis RemoteCARE

<u>Πλεονεκτήματα - Strengths</u>	<u>Αδυναμίες - Weaknesses</u>
Πρωτοποριακή ιδέα παροχής Πρωτοβάθμιας Υγείας	Περιορισμένες δυνατότητες ιατρικής φροντίδας
Παροχή Υπηρεσιών σε όλους τους κατοίκους του Δήμου Ωραιοκάστρου	Απουσία προσωπικού
Κάλυψη των αναγκών όλων – ακόμη και των ανασφάλιστων	
Χρήση Γνωστών Πρωτοκόλλων Συγκέντρωσης Δεδομένων, όπως το HL7, Peppol	
Καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, της φτώχειας και των διακρίσεων	
Βελτίωση της πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες	

Ευκαιρίες - Opportunities

Απειλές – Threads

Ευκαιρία να εξυπηρετεί η μονάδα RemoteCARE κι άλλους Δήμους πέραν του Δήμου Ωραιοκάστρου	Υπαρξη ανταγωνισμού – όπως ένα περιφερειακό ιατρείο
	Κίνδυνος – Δυσκολία στη μετακίνηση και στη στάθμευση
	Κίνδυνος- Εξαιτίας φυσικών φαινομένων

Κεφάλαιο 16ο

Περιγραφή στρατηγικών στόχων

Οι χρήστες της Κινητής Μονάδας Υγείας «RemoteCARE» είναι οι κάτοικοι του Δήμου Ωραιοκάστρου και με αυτό νοούνται όλες οι δημοτικές ενότητες τόσο οι προσβάσιμες όσο και οι πιο δυσπρόσιτες περιοχές. Ένα πλεονέκτημα λοιπόν της παρούσας δράσης είναι πώς θα εξυπηρετούνται και θα δέχονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας οι κάτοικοι στο σύνολό τους.

Δε θα χρειάζεται να μετακινηθούν προς το πλησιέστερο περιφερειακό ιατρείο ή περιφερειακό νοσοκομείο ειδικά αν δεν έχουν τα μέσα (οικονομικά, μετακίνησης). Οι πρώτες βασικές εξετάσεις των ασθενών ή όσων θεωρούν πώς έχουν ανάγκη θα γίνονται στο χώρο εξέτασης του οχήματος που θα εξυπηρετεί τις ανάγκες του RemoteCARE.

Επίσης, στα πλεονεκτήματα της πρωτοβουλίας του RemoteCARE θεωρούμε την πρωτοτυπία του έργου καθότι πρόκειται για μία προσπάθεια ανάπτυξης και βελτίωση του κλάδου της υγείας σε διασυνοριακό επίπεδο. Μία ιδέα που εξελίσσει και αναπτύσσει την πρωτοβάθμια υγεία στην ελληνική πραγματικότητα και αναδεικνύει τη σημαντικότητα αυτής. Με τον τρόπο αυτό θα συμβάλει στη μείωση του αριθμού των επισκέψεων στα νοσοκομεία της περιοχής του έργου συμβάλλοντας έτσι στην εξοικονόμηση πόρων στον κλάδο της υγείας.

Ωστόσο, η κινητή μονάδα υγείας RemoteCARE δεν είναι εξουσιοδοτημένη να παρέχει ένα εύρος υπηρεσιών υγείας, αλλά περιορίζεται σε βασικές εξετάσεις. Η συνταγογράφηση έστω και τυπικών φαρμάκων, η σύσταση για μία φαρμακευτική αγωγή δεν είναι στα καθήκοντα που επιτρέπεται να υπηρετεί. Σε αυτό το σημείο λοιπόν, υπάρχει μία τεχνική δυσκολία καθότι οι κάτοικοι που ανήκουν στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες θα δυσσαρεστηθούν καθώς θα πρέπει να επισκεφθούν έτσι κι αλλιώς κάποιο περιφερειακό ιατρείο ή κέντρο υγείας.

Εκτός αυτού, η κινητή μονάδα δε διαθέτει ιατρικό προσωπικό από όλες τις ειδικότητες. Αντιθέτως, οι ιατροί που απαρτίζουν την ομάδα λειτουργίας της είναι ένας ιατρός γενικών καθηκόντων, ένας νοσηλευτής κι ένας κοινωνικός λειτουργός. Αυτό επιβεβαιώνει όσα έχουν ήδη αναφερθεί, σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρονται. Η έλλειψη πιο εξειδικευμένων ιατρών όπως ο καρδιολόγος, ο οδοντίατρος ή ο γυναικολόγος μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργίες και δυσαρέσκεις.

Η πρωτοβουλία του Δήμου Ωραιοκάστρου από την ελληνική πλευρά και του ΜΡΗΑΤ "SOUTHWEST HOSPITAL" από την πλευρά της Βουλγαρίας με στόχο τη βελτίωση της προσβασιμότητας των αγροτικών περιοχών της διασυνοριακής περιοχής σε βασικές ιατρικές υπηρεσίες, ίσως αποτελέσει την έμπνευση για άλλους δήμους να υλοποιήσουν αντίστοιχα προγράμματα.

Η ύπαρξη ενός προγράμματος το οποίο έχει ήδη επιχειρηθεί και έχει ήδη φέρει τα πρώτα θετικά αποτελέσματα, δίνει το έναυσμα ώστε να υλοποιηθούν και σε άλλους Δήμους τόσο εντός όσο και εκτός συνόρων τέτοιες πρωτοβουλίες. Η απήχηση και τελικά η επιτυχία του προγράμματος διαφαίνεται και στην βελτίωση του Δήμου, τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό-πολιτικό επίπεδο.

Όμως, όπως η κάθε επιχειρηματική κίνηση έχει τα δυνατά και αδύνατα σημεία, τις ευκαιρίες και τις απειλές, στην ίδια λογική κινείται και η κινητή μονάδα υγείας RemoteCARE. Οι απειλές που μπορεί να προκληθούν κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος αφορούν αρχικά στην ύπαρξη ανταγωνισμού. Μία παρόμοια κινητή μονάδα υγείας που να διαθέτει περισσότερο υλικοτεχνικό εξοπλισμό, μεγαλύτερο εύρος υπηρεσιών και κυρίως μεγαλύτερη ποικιλία ιατρικού προσωπικού.

Ταυτόχρονα, ως απειλή για την κινητή μονάδα RemoteCARE μπορεί να θεωρηθεί η αδυναμία εύρεσης κατάλληλου χώρου στάθμευσης. Η απουσία επαρκούς χώρου στάθμευσης μπορεί να προκαλέσει ζημιές στο όχημα, το οποίο φέρει πάνω τόσο ιατρικό εξοπλισμό όσο και τον εξοπλισμό πληροφορικής.

Όμως η δυσκολία στάθμευσης μπορεί να επιφέρει και ακυρώσεις επισκέψεων ή τροποποιήσεις δρομολογίων σε κοινότητες του δήμου, άρα η κινητή μονάδα να αποδειχθεί ως ασυνεπής. Η μετακίνηση της κινητής μονάδας κρίνεται επίσης δύσκολη σε ορισμένες περιοχές όπου είναι δυσπρόσιτες λόγω του ανάγλυφου της περιοχής σε συνδυασμό με τον μεγάλο όγκο του οχήματος μετακίνησης.

Η μετακίνησή τους πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα ατυχήματος. Η πιθανότητα ατυχήματος είναι επίσης αυξημένη λόγω των καιρικών συνθηκών που θα επικρατούν κυρίως κατά τους χειμερινούς μήνες. Η συχνότητα των βροχών είναι αρκετά υψηλή κατά τη διάρκεια αυτών των μηνών και συχνά παρατηρείται χιονόπτωση.

Σε αυτές τις συνθήκες ο κίνδυνος της μετακίνησης μεγιστοποιείται και μπορεί να καταστήσει αδύνατη την εξυπηρέτηση κάποιων περιοχών για κάποιο χρονικό διάστημα οπότε να οδηγήσει και την ακύρωση ή την τροποποίηση των δρομολογίων της κινητής μονάδας.

Κεφάλαιο 17ο

Στρατηγικές Επιλογές

Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο όχι μόνο της παροχής υψηλού επιπέδου κοινωνικής προστασίας αλλά και της οικονομίας της αγοράς. Ο τομέας της υγείας αντιπροσωπεύει το 8% του συνολικού ευρωπαϊκού εργατικού δυναμικού και το 10% του ΑΕΠ της Ε.Ε.

Οι στρατηγικές προτεραιότητες ανάπτυξης της Ελλάδας για τον Τομέα της Υγείας ορίζονται λαμβάνοντας υπόψη τους τις αντίστοιχες κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και τις ιδιαίτερα σοβαρές συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής κρίσης που διέρχεται η χώρα με έμφαση στις προκλήσεις που τίθενται για ριζική αναβάθμιση της αποτελεσματικότητας του συστήματος και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσα σε ένα περιβάλλον αυξημένων κοινωνικών αναγκών αλλά και δημοσιονομικών περιορισμών.

Έχοντας ως όραμα την ανάπτυξη, είναι γεγονός ότι ελκυστικές για σύγχρονες επενδύσεις (εντάσεως γνώσεων) και διαμονή είναι οι Περιφέρειες που παρέχουν επαρκείς υπηρεσίες υγείας για τους Ευρωπαίους πολίτες. Αντίθετα, οι πολίτες, και οι θέσεις εργασίας κατά συνέπεια, αποχωρούν από τις περιοχές όπου η ασφάλεια τους σχετικά με την υγεία δεν έχει εξασφαλιστεί σε ότι αφορά τις επαρκείς κοινωνικές υπηρεσίες.

Η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας εξασφαλίζοντας παράλληλα τη βιωσιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας για τις επόμενες γενεές.

Συνακόλουθα τίθενται οι ακόλουθοι Πυλώνες και Στρατηγικοί Στόχοι

Πυλώνας 1: Βιωσιμότητα Συστήματος Υγείας

Η μεταρρύθμιση του Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα προϋποθέτει τη ριζική αναδιάρθρωση του υφιστάμενου εθνικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να βελτιωθεί ριζικά η σχέση κόστους – αποτελέσματος που χαρακτηρίζει το σημερινό σύστημα. Οι επενδύσεις που θα πραγματοποιηθούν στον Τομέα με τη μορφή συγχρηματοδοτούμενων έργων, ή με άλλες μορφές, θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από καινοτομία και έξυπνη εξειδίκευση, να διασφαλίζουν την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες, την ορθολογική λειτουργία και διαχείριση των υπηρεσιών του Υπουργείου και των εποπτευόμενων Φορέων, την ανάπτυξη συστημάτων λογοδοσίας (συστημικής και ατομικής) κατά την παροχή υπηρεσιών

υγείας στον πολίτη και τη συνεχή μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας (κόστος σε σχέση με τα αποτελέσματα). Επίσης θα πρέπει να εξισορροπούν τις περιφερειακές ανισότητες λαμβάνοντας υπ' όψη τις απομακρυσμένες περιοχές και την ιδιαίτερη νησιωτική κατανομή της χώρας.

Οι Στρατηγικοί Στόχοι στο πλαίσιο του συγκεκριμένου Πυλώνα έχουν ως εξής:

Διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας

Ο συγκεκριμένος Στρατηγικός Στόχος επιτυγχάνεται (ενδεικτική παράθεση) μέσω των:

- Ενίσχυση Συστημάτων Προγραμματισμού, Κατάρτισης Προϋπολογισμών και Παρακολούθησης της εκτέλεσής τους στην βάση του μοντέλου των κλειστών νοσηλίων (DRGs) από όλες τις Μονάδες Υγείας, Περιφερειακά και Κεντρικά: Πλήρης εφαρμογή διπλογραφικού συστήματος, Ηλεκτρονική κεντρική παρακολούθηση της εκτέλεσης των προϋπολογισμών.
- Ενίσχυση Συστημάτων και Διαδικασιών Εσωτερικού Ελέγχου: Ενίσχυση υφιστάμενων διαδικασιών, σοβαρή ισχυροποίηση της λειτουργίας εσωτερικού ελέγχου σε όλα τα διοικητικά επίπεδα.
- Εισαγωγή σύγχρονων Διαδικασιών Προμηθειών – Κεντροποίηση Προμηθειών: Ενδυνάμωση και τυποποίηση των διαδικασιών προμηθειών σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, περιφερειακή κεντροποίηση προμηθειών των νοσοκομείων, έλεγχος συμβατότητας προμηθειών με εγκεκριμένους προϋπολογισμούς, εισαγωγή συστημάτων ηλεκτρονικών προμηθειών και παρακολούθησης των τιμών, διαχείρισης αποθηκών (WMS) και εκσυγχρονισμός της εφοδιαστικής αλυσίδας (Logistics), ελέγχου αναλώσεων και αποθεμάτων.
- Εισαγωγή νέων βιώσιμων μεθόδων τιμολόγησης και αποζημίωσης των Φαρμάκων: Θεσμοθέτηση που θα οδηγεί στην πλήρη ενσωμάτωση σχετικών Ευρωπαϊκών Οδηγιών, αξιοποίηση κατευθύνσεων και συμπερασμάτων από Ευρωπαϊκές αξιολογήσεις τεχνολογιών υγείας (Health Technology Assessments). Προσδιορισμός σχετικών ευθυνών και αρμοδιοτήτων τιμολόγησης. Ενίσχυση του ανταγωνισμού κατά την προμήθεια φαρμάκων, επ' ωφελεία του Συστήματος. Εκσυγχρονισμός του τρόπου συγκρότησης και εφαρμογής της λίστας φαρμάκων (positive list), αναθεώρηση των επιπέδων συμμετοχής και του τρόπου εφαρμογής για εξειδικευμένα ακριβά φάρμακα. Εξορθολογισμός των περιθωρίων κέρδους των συμμετεχόντων στην αλυσίδα διανομής των φαρμάκων και επανεξέταση των πρακτικών συνεργασίας φαρμακευτικής βιομηχανίας και επαγγελματιών υγείας.
- Μέτρα Ελέγχου και Περιορισμού της Φαρμακευτικής Δαπάνης: Εισαγωγή

μέτρων περιορισμού της πολυφαρμακίας και ειδικότερα της αλόγιστης χρήσης αντιβιοτικών, εισαγωγή μηχανισμών τιμολόγησης που ευνοούν τη χρήση γενοσήμων φαρμάκων, διασφάλιση ορθής συνταγογράφησης, ενημέρωση των ασθενών, του προσωπικού και των φορέων ασφάλισης για την ορθολογική χρήση φαρμάκων κλπ.

Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του Συστήματος Υγείας και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

Ο συγκεκριμένος Στρατηγικός Στόχος επιτυγχάνεται (ενδεικτική παράθεση) μέσω των:

- Προσδιορισμός της Εθνικής Στρατηγικής για την Ασφάλιση Υγείας και Ενδυνάμωση του ΕΟΠΠΥ: Ανάπτυξη στρατηγικής πρότασης και προσδιορισμός του ρόλου του ΕΟΠΠΥ κατά τη διαμόρφωση ενός βιώσιμου συστήματος ασφάλισης υγείας. Προσδιορισμός του καλυπτόμενου πληθυσμού και των προσφερόμενων πακέτων κάλυψης, συμπεριλαμβανομένου και του τρόπου και επιπέδου κάλυψης των ανασφάλιστων. Διαμόρφωση σχέσεων με όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και του τρόπου χρηματοδότησης του ΕΟΠΠΥ. Εφαρμογή αποτελεσματικού μοντέλου λειτουργίας, οικονομικής διαχείρισης, οργάνωσης, ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού του ΕΟΠΠΥ καθώς και ανάπτυξη του απαιτούμενου για τη λειτουργία του Πληροφοριακού Συστήματος. Ιδιαίτερη έμφαση στις λειτουργίες διαχείρισης των καθυστερούμενων εισφορών καθώς και σύναψης και διαχείρισης συμβάσεων με νοσοκομεία, ιατρούς και λοιπούς παρόχους υγείας. Εισαγωγή Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας στον ΕΟΠΠΥ.
- Βελτίωση των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Υγείας με στόχο τον Περιορισμό της Προσφυγής σε εξειδικευμένες Νοσοκομειακές Υπηρεσίες: Βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια υγεία μέσω της αναδιάταξης των παρεχόμενων υπηρεσιών (τύποι υπηρεσιών και γεωγραφικά σημεία παροχής τους) σε αντιστοιχία με τη ζήτηση και με στόχο τη διασφάλιση καθολικής και δίκαιης πρόσβασης σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και την παροχή συνεχιζόμενης φροντίδας. Παροχή ολοκληρωμένων, αποτελεσματικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι. Εισαγωγή του θεσμού των Ιατρών Γενικής Ιατρικής (GPs) και συστήματος παραπομπών, προκειμένου να επιβαρύνονται λιγότερο τα Τμήματα Επειγόντων και οι Κλινικές των νοσοκομείων. Βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ πρωτοβάθμιων μονάδων, μονάδων φροντίδας στο σπίτι και δευτεροβάθμιων μονάδων.

- Βελτίωση της Νοσοκομειακής Περιθαλψης: Εισαγωγή σύγχρονων λειτουργικών μοντέλων (business models) στα νοσοκομεία, αξιολόγηση εφαρμοζόμενων διαδικασιών. Πιλοτικές συγχωνεύσεις εργαστηριακών και διοικητικών μονάδων γειτονικών νοσοκομείων. Αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων του ΕΣΥ βάσει στόχων.
- Εισαγωγή Μεθόδων Αποζημίωσης Μονάδων Υγείας βάσει Κόστους ή Παρεχόμενης Ποιότητας Υπηρεσιών: Εισαγωγή κοστολόγησης βάσει δραστηριοτήτων (Activity Based Costing) στις μονάδες Υγείας. Παράλληλα, επιλογή ενός σύγχρονου δυναμικού συστήματος DRGs με στόχο την αναμόρφωση των ΚΕΝ, πλήρης θεσμική κατοχύρωσή του συστήματος σε νομοθετικό επίπεδο και σε επίπεδο κανονισμών, αναλυτικός προσδιορισμός του τρόπου και των ρόλων ευθύνης εφαρμογής του. Κοστολόγηση του νέου συστήματος με ανάπτυξη και εφαρμογή κατάλληλης μεθοδολογίας. Υποστήριξη της εφαρμογής του από πληροφοριακά συστήματα και εφαρμογές. Εφαρμογή αποζημιώσεων με τρόπο που επιβραβεύει την εξοικονόμηση σπάνιων πόρων (π.χ. που ενθαρρύνει τη χρήση χειρουργείων ημέρας αντί της εισαγωγής ασθενών).
- Ανάπτυξη και εισαγωγή συστημάτων ποιότητας στα νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- Σχεδιασμός και εφαρμογή Συστήματος Μέτρησης και Αξιολόγησης της Αποτελεσματικότητας του Τομέα Υγείας.
- Ανάπτυξη συστημάτων Λογοδοσίας (συστημικής και ατομικής) κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη

Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας, Προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας

Ο συγκεκριμένος Στρατηγικός Στόχος επιτυγχάνεται (ενδεικτική παράθεση) μέσω των:

- Εισαγωγή συστημάτων και διαδικασιών “Ηλεκτρονικής Υγείας” (e- health): Αφορά στην Εισαγωγή Συστημάτων που υποστηρίζουν τον πλήρη κύκλο πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, παρακολούθησης και διαχείρισης σε ότι αφορά θέματα υγείας και ευρύτερα θέματα τρόπου ζωής. Περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων: α) Πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείων με διασφάλιση της απαιτούμενης διαλειτουργικότητας μεταξύ τους καθώς και με τα Π.Σ του υπόλοιπου Τομέα Υγείας. β) Βελτιωμένο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με διασφάλιση της χρηματοδότησής του, της αποτελεσματικής διοίκησής του, της ασφάλειάς του της δυνατότητας πρόσβασης σε αυτό, καθώς και με ενίσχυση των

διαδικασιών και ρόλων ελέγχου της λειτουργίας του και θεσμική κατοχύρωση των παραπάνω. γ) Συστήματα υποστήριξης της Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης, δ) Συστήματα τηλεϊατρικής, ε) δημιουργία ατομικού ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου στ) σύστημα πληροφόρησης χρηστών υπηρεσιών υγείας ζ) ατομικά ενδυτά και φορητά επικοινωνούντα συστήματα για την παρακολούθηση και τη στήριξη των ασθενών. και η) Συστήματα τηλεφροντίδας (εισαγωγή καινοτόμων πληροφοριακών συστημάτων για την συνεχή μετανοσοκομειακή τηλεφροντίδα αλλά και αποκατάσταση), θ) Εκσυγχρονισμός και δημιουργία μητρώων (ασθενών, ασφαλισμένων, ανασφάλιστων, διαγνωστικών εξετάσεων, πράξεων, ιατροτεχνολογικών προϊόντων κλπ.)

- Ανάπτυξη ηλεκτρονικών δημοπρασιών προϊόντων υγείας.

Αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων του Τομέα Υγείας

Ο συγκεκριμένος Στρατηγικός Στόχος επιτυγχάνεται (ενδεικτική παράθεση) μέσω των:

- Βελτίωση της ισόρροπης κατανομής του προσωπικού μεταξύ βασικών επαγγελματικών κλάδων και ειδικοτήτων καθώς και της περιφερειακής κατανομής.- σύνδεση με τον προγραμματισμό στα ΑΕΙ. Ενθάρρυνση της επαγγελματικής ανάπτυξης του προσωπικού, εισαγωγή μη οικονομικού χαρακτήρα κινήτρων (συνθήκες εργασίας, σχεδιασμός καριέρας). Αναλυτική αποτύπωση και παρακολούθηση όλων των κατηγοριών ανθρώπινων πόρων του Τομέα με αξιοποίηση Βάσης Δεδομένων, προκειμένου να υποστηριχθεί ο ετήσιος και μακροπρόθεσμος προγραμματισμός της απασχόλησής του, σε αντιστοιχία προς τις ανάγκες. Δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου προσωπικού ΕΣΥ με ψηφιοποίηση υφιστάμενου αρχείου. Συγκέντρωση των απαιτούμενων πληθυσμιακών, επιδημιολογικών και άλλων δεδομένων που θα υποστηρίξουν τον προγραμματισμό από την πλευρά της ζήτησης.
- Ανάπτυξη πολιτικών αξιολόγησης του Ιατρικού προσωπικού καθώς και μεθοδολογιών αξιολόγησης για όλο το προσωπικό του Τομέα.
- Σχεδιασμός και υλοποίηση στοχευμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού σε επιστημονικά αντικείμενα, στις νέες διαδικασίες και συστήματα λειτουργίας, στις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις κλπ καθώς και εξειδικευμένων προγραμμάτων εξατομικευμένης θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης.

Βελτίωση της περιβαλλοντικής επίδοσης του Τομέα υγείας

Ο συγκεκριμένος Στρατηγικός Στόχος επιτυγχάνεται (ενδεικτική παράθεση) μέσω των:

- Στήριξη της ενεργειακής απόδοσης και της χρήσης ανανεώσιμων πηγών ενέργειας στις Μονάδες Υγείας.
- Προώθηση της συμπαραγωγής ηλεκτρισμού και θερμότητας υψηλής απόδοσης στα νοσοκομεία.
- Αποτελεσματική διαχείριση μολυσματικών αποβλήτων.
- Αποτελεσματική διαχείριση ραδιενεργών ρύπων νοσοκομείων

Βελτίωση της εξωστρέφειας του Συστήματος Υγείας

Ο συγκεκριμένος Στρατηγικός Στόχος επιτυγχάνεται (ενδεικτική παράθεση) μέσω των:

- Διασυνοριακή συνεργασία
- Επιδημιολογική επιτήρηση
- Ανάπτυξη και εδραίωση του τουρισμού υγείας.

Πυλώνας 2: Μείωση των ανισοτήτων στον τομέα υγείας

Σήμερα, οι πληθυσμιακές ομάδες με χαμηλότερο εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και πολλές από όσες χαρακτηρίζονται ως «ευάλωτες ομάδες», έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και επίπεδα υγείας εξ' αιτίας κυρίως των δυσχερέστερων συνθηκών ζωής τους και των σοβαρών εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που συναντούν. Οι μεγάλες ανισότητες στην υγεία, εκτός του προφανούς ηθικού προβλήματος που θέτουν αποτελούν και μια πολύ μεγάλη αιτία μείωσης του ΑΕΠ που συντηρητικά κυμαίνεται μεταξύ 1,5% και 9,5% για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για όλους αυτούς τους λόγους η επένδυση για την άμβλυνση των ανισοτήτων απαιτείται να υποστηριχθεί με ειδικές παρεμβάσεις.

Οι Γενικοί Στρατηγικοί Στόχοι έχουν ως εξής:

Επενδύσεις σε υποδομές υγείας και άλλες κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα υγείας

Ο συγκεκριμένος Στρατηγικός Στόχος επιτυγχάνεται (ενδεικτική παράθεση) μέσω των:

- Ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών για τη διαχείριση του πόνου, μονάδων

- τεχνητού νεφρού, κέντρων αποκατάστασης και αποθεραπείας, Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας καθώς και λοιπών εξειδικευμένων δομών στις περιοχές που δεν υπάρχουν.
- Επέκταση και αναβάθμιση υφιστάμενων δομών και υποδομών

Αξιοποίηση καινοτόμων τεχνολογιών για την διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

Ο συγκεκριμένος Στρατηγικός Στόχος επιτυγχάνεται (ενδεικτική παράθεση) μέσω των:

- Περαιτέρω ανάπτυξη της τηλεϊατρικής
- Ολοκλήρωση και εφαρμογή συστημάτων Τηλεφροντίδας (εισαγωγή καινοτόμων Πληροφοριακών Συστημάτων για την συνεχή μετανοσοκομειακή τηλεφροντίδα αλλά και αποκατάσταση)

Ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών (service delivery model)

Ο συγκεκριμένος Στρατηγικός Στόχος επιτυγχάνεται (ενδεικτική παράθεση) μέσω των:

- Περαιτέρω ανάπτυξη και εξειδίκευση νέων μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας (π.χ. φροντίδα κατ' οίκον, κλπ) για την διευκόλυνση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας των οικονομικά ασθενέστερων αλλά και των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων καθώς και για την αντιμετώπιση γλωσσικών και πολιτισμικών ανισοτήτων, τα οποία μπορούν να στηρίζονται στο εθελοντικό κίνημα ή να αξιοποιούν και εναλλακτικούς τρόπους χρηματοδότησης
- Διαμόρφωση πακέτου κάλυψης ευπαθών κοινωνικών ομάδων από τον ΕΟΠΠΥ
- Ενίσχυση του ρόλου του ασθενούς στη διαχείριση της υγείας του και υιοθέτηση ασθενοκεντρικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας

Αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κοινωνικοοικονομικής κρίσης στην υγεία των Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων

Ο συγκεκριμένος Στρατηγικός Στόχος επιτυγχάνεται (ενδεικτική παράθεση) μέσω των:

- Διαμόρφωση παρεμβάσεων προληπτικής ιατρικής στην παιδική υγεία με

- ιδιαίτερη στόχευση τα παιδιά ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας, διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων, προσυμπτωματικού ελέγχου, εμβολιασμών, προγεννητικού ελέγχου κλπ σε επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού (ΕΚΟ) που αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο κοινωνικού-οικονομικού αποκλεισμού.
 - Ανάπτυξη δράσεων κοινωνικής ευαισθητοποίησης του προσωπικού του τομέα υγείας (ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού) με στόχο την εξάλειψη των διακρίσεων κατά την παροχή υπηρεσιών σε ΕΚΟ.

Κεφάλαιο 18ο

Στρατηγική επίτευξης ανταγωνισμού πλεονεκτήματος σε σχέση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες του κλάδου της υγείας

Από την ανάλυση της λειτουργίας της Κινητής Μονάδας Υγείας – RemoteCARE διαπιστώνουμε πώς προκύπτουν μερικές εκροές οι οποίες συμβάλλουν καθοριστικά τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και υγείας των κατοίκων στη διασυνοριακή περιοχή. Το κυριότερο θετικό συμπέρασμα όμως είναι πώς τελικά παρέχεται Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε όλους, και ειδικά στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες όπως οι Ρομά, οι ηλικιωμένοι κ.λπ.

Την ίδια στιγμή με αυτή την πρωτοβουλία, θα μειωθεί σημαντικά ο αριθμός των ασθενών που εισάγονται στα νοσοκομεία και ως εκ τούτου μειώνονται οι δευτερογενείς και τριτογενείς δαπάνες. Θέτονται οι βάσεις για να υλοποιηθούν και σε άλλους δήμους τέτοιες πρωτοβουλίες και τελικά μακροπρόθεσμα να μειωθούν οι συνολικές δαπάνες της υγείας.

Αυτή η μείωση των εισακτέων στα νοσοκομεία επιτρέπει και την καλύτερη φροντίδα αυτών που ήδη βρίσκονται μέσα, σε σοβαρή κατάσταση, ενώ ταυτόχρονα μειώνονται οι μολύνσεις και η έξαρσή μικροβίων.

Μέσω της παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, θα βελτιωθεί η ψυχολογική κατάσταση των ευπαθών ομάδων, αφού στην ιατρική ομάδα του RemoteCARE έχει ενταχθεί ένας καταρτισμένος κοινωνικός λειτουργός, για την πρόληψη και την αντιμετώπιση ψυχικών νοσημάτων.

Η βελτίωση εν γένει της ποιότητας ζωής των κατοίκων των αγροτικών περιοχών είναι από τα πιο βασικά αποτελέσματα που θα επιφέρει η ιδέα του RemoteCARE, κάτι το οποίο σημαίνει καλύτερη απόδοση, περισσότερη παραγωγικότητα και τελικά εξέλιξη ολόκληρης της κοινωνίας και τοπικής οικονομίας.

Οφέλη για τον ασθενή

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί πρωταρχικό μέλημα του εκάστοτε υγειονομικού οργανισμού και συστήματος υγείας. Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες των υπηρεσιών υγείας στρέφονται όλο ένα και περισσότερο στο ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της ποιότητας είναι η Καταλληλότητα: η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την

παρούσα γνώση.

- ✚ Η Διαθεσιμότητα: δηλαδή η κατάλληλη φροντίδα να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται.
- ✚ Η Συνέχεια: να διασφαλίζεται η φροντίδα του ασθενή ώστε να παραμένει συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους οργανισμούς διαχρονικά.
- ✚ Η Αποτελεσματικότητα: η φροντίδα οφείλει να παρέχεται με τον ενδεδειγμένο τρόπο, αξιοποιώντας την παρούσα γνώση, με στόχο την επίτευξη του βέλτιστου και επιθυμητού αποτελέσματος για τον ασθενή.
- ✚ Η Δραστικότητα: η φροντίδα στον ασθενή έγκειται στις βέλτιστες πρακτικές, ώστε να επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα.
- ✚ Η Αποδοτικότητα: Αναλογία των επιτυχών παρεμβάσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας.
- ✚ Ο Σεβασμός και η Φροντίδα: ο ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις για την φροντίδα του κι εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες την εφαρμόζουν με ευαισθησία και σεβασμό ως προς τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις ιδιαιτερότητες του.
- ✚ Η Ασφάλεια: η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη.

Τα οφέλη για τον ασθενή διαχωρίζονται ως προς:

- **Τα Υγειονομικά οφέλη** και αφορούν την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών, καθώς και αποτροπή πιθανών επιπλοκών.
- **Τα ψυχολογικά οφέλη**, που έχουν σχέση με το περιβάλλον όπου θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό πρόβλημα του ασθενούς. Η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς συμβάλλει στη θετική έκβαση της θεραπευτικής αγωγής.
- **Τα οικονομικά οφέλη**, καθώς η οικονομική επιβάρυνση που υπόκεινται ο ασθενής αλλά και η οικογένειά του κατά τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο είναι σημαντικά αλλά με τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας το υγειονομικό του πρόβλημα θα διαγνωσθεί και θα αντιμετωπιστεί εγκαίρως με αποτέλεσμα το μικρότερο κόστος.

Το έργο της RemoteCARE θα συμβάλλει αποτελεσματικά στην καταπολέμηση των ανισοτήτων σε θέματα υγείας δίνοντας έμφαση στις κοινωνικά και οικονομικά ευάλωτες ομάδες αλλά και στην ψυχική υγεία των ομάδων αυτών.

Ο στόχος αφορά τελικά την εύρυθμη λειτουργία του δήμου με την μείωση του ποσοστού επισκέψεων στα νοσοκομεία και τα αγροτικά ιατρεία αλλά παράλληλα την έγκαιρη και στοχευμένη διάγνωση και εξέταση ολόκληρου του πληθυσμού ανεξαρτήτου εθνικότητας, ασφάλισης και ηλικίας.

Το επιστημονικά καταρτισμένο προσωπικό θα βοηθήσει στην υλοποίηση αυτού του έργου καθώς θα έχει κατανοήσει πλήρως το μέγεθος της σημασίας του. Η υγεία αποτελεί την κινητήρι δύναμη στη ζωή όλων των ανθρώπων και βασική προϋπόθεση για μία ανεπτυγμένη κοινωνία. Το έργο αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί το πρώτο 'λιθαράκι' για την υλοποίηση ενός ανεπτυγμένου και σύγχρονου κόσμου υγείας.

Κεφάλαιο 19ο

Λειτουργικές στρατηγικές

Η ιεράρχηση της στρατηγικής ενός οργανισμού/φορέα έχει να κάνει με το μέγεθος και τους κλάδους στους οποίους ανταγωνίζεται. Ένα από τα τρία επίπεδα των στρατηγικών είναι η λειτουργική στρατηγική.

Λειτουργική Στρατηγική (Functional Strategy). Εντοπίζεται στο επίπεδο της κάθε ξεχωριστής Επιχειρηματικής Μονάδας (SBU) και αφορά τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας, την αποδοτικότερη εκμετάλλευση των πόρων της επιχείρησης και τον άριστο συντονισμό τους ώστε να εξυπηρετηθεί καλύτερα η Επιχειρηματική Στρατηγική. Αφορά στα ξεχωριστά υποστηρικτικά και παραγωγικά τμήματα που βρίσκονται εντός μιας συγκεκριμένης Επιχειρηματικής Μονάδας (SBU), όπως είναι το λογιστικό τμήμα, οι ανθρώπινοι πόροι, το χρηματοοικονομικό τμήμα κτλ.

Κεφάλαιο 20ο

Επιλογή στρατηγικής

1) Στρατηγική Ανάλυση

Η στρατηγική ανάλυση βοηθά στο να γίνει κατανοητή η στρατηγική θέση του φορέα. Είναι σημαντικό να αναλυθούν οι περιβαλλοντικές αλλαγές και να γίνει γνωστό πώς μπορούν να επηρεάσουν τους εργαζομένους. Η στρατηγική ανάλυση αποσκοπεί στο να δημιουργηθεί μία άποψη για τους βασικούς παράγοντες που έχουν επιπτώσεις στις παρούσες και στις μελλοντικές επιδόσεις. Αν η ανάλυση της στρατηγικής πραγματοποιείται με ορθό τρόπο, τότε κάτι τέτοιο θα βοηθήσει στη σωστή επιλογή στρατηγικής.

Ορισμένοι βασικοί, για τη στρατηγική ανάλυση, παράγοντες εξετάζονται συνοπτικά παρακάτω. Η κατανόηση τους μπορεί να βοηθήσουν να ξεπεραστούν οι δυσκολίες.

Το περιβάλλον:

Ο φορέας δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς να είναι σε θέση να αλληλεπιδρά σε ένα πολύπλοκο εμπορικό, οικονομικό, πολιτικό, τεχνολογικό, πολιτιστικό και κοινωνικό περιβάλλον. Ο φορέας βρίσκεται αντιμέτωπος με αλλαγές στο περιβάλλον και η σαφής κατανόηση των επιπτώσεών τους έχει μεγάλη σημασία για τη διαμόρφωση του στρατηγικού σχεδίου. Αυτές οι εξωτερικές επιπτώσεις ονομάζονται απειλές και αδυναμίες και αποτελούν μέρος της ανάλυσης SWOT που θα παρουσιαστεί σε επόμενη ενότητα.

Οι επιχειρησιακοί πόροι:

Πρόκειται για εσωτερικές επιρροές. Αυτή η στρατηγική ικανότητα του φορέα θεωρείται ως πλεονέκτημα και αδυναμία σας, και επίσης αποτελεί μέρος της ανάλυσης SWOT (που θα συζητηθεί στην ενότητα III).

Οι προσδοκίες των διαφόρων ενδιαφερομένων μερών:

Η ανάπτυξη του φορέα εξαρτάται και από τις προσδοκίες, καθώς οι πεποιθήσεις και οι αξιώσεις συνιστούν την κουλτούρα του. Για παράδειγμα, οι ιδέες δύο διευθυντών διαφορετικών τμημάτων, αν και αντιμετωπίζουν τις ίδιες συνθήκες, μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορετικά συμπεράσματα σχετικά με τη στρατηγική. Ως εκ τούτου, πολλές επιρροές προέρχονται από τους εργαζομένους και το μέγεθος του αντικτύπου τους στην στρατηγική εξαρτάται από τη δυναμική που η κάθε ομάδα διαθέτει (δηλαδή όσο μεγαλύτερη είναι η δύναμη των τμημάτων του

φορέα, τόσο ισχυρότερη είναι η επιρροή τους κατά τη στρατηγική ανάλυση).

Στο σημείο αυτό παρατίθεται ο εξής προβληματισμός σχετικά με τα παραπάνω βασικά στοιχεία: Το επιχειρησιακό περιβάλλον, οι πόροι, οι προσδοκίες και οι στόχοι του πολιτιστικού και πολιτικού πλαισίου του φορέα θα πρέπει να αποτελέσουν την αφετηρία για την εκτέλεση της στρατηγικής ανάλυσης.

2) Στρατηγική Επιλογή

Μετά τη στρατηγική ανάλυση υπάρχει η δυνατότητα να επιλεγεί η πιο κατάλληλη στρατηγική για τον φορέα. Ως στρατηγική επιλογή ορίζεται η επιλογή της καλύτερης δυνατής πορείας δράσης με βάση την αξιολόγηση των διαθέσιμων στρατηγικών επιλογών.

3) Εφαρμογή της στρατηγικής

Η εφαρμογή της στρατηγικής αποτελεί το τελευταίο βήμα και ορίζεται ως ο τρόπος με τον οποίο θα μετατραπεί η στρατηγική σε δράσεις. Η εφαρμογή της στρατηγικής απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό και την ορθή χρησιμοποίηση των επιχειρησιακών πόρων, την προσεκτική διαχείριση των πιθανών αλλαγών στην δομή του φορέα και την αποτελεσματική διαχείριση των αλλαγών. Η εφαρμογή της στρατηγικής μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορα στάδια.

Συμπεράσματα

Όπως έχει ήδη αναλυθεί εκτενώς σε όλο το μήκος της παρούσας μελέτης, βασικός και καίριος στόχος είναι η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε όλους τους ανθρώπους που ζουν και εργάζονται σε όλα τα χωριά και τις κοινότητες του Δήμου Ωραιοκάστρου. Επιδίωξη του εν λόγω προγράμματος «RemoteCARE» είναι η εξάλειψη της κοινωνικής αδικίας και ανισότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι υφιστάμενες αδικίες και ανισότητες υπάρχουν διάχυτες στην ελληνική πραγματικότητα στον τομέα της υγείας και επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ζουν την πιθανότητα να αρρωστήσουν, καθώς και τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου.

Παρατηρούμε το προσδόκιμο επιβίωσης να συνεχίζει να αυξάνεται σε κάποια μέρη του κόσμου ενώ αποτυγχάνει να αυξηθεί ή και μειώνεται σε άλλα. Αλλά και μέσα στις ίδιες τις χώρες οι διαφορές στην υγεία είναι τεράστιες και συνδέονται άρρηκτα με το βαθμό της κοινωνικής αδικίας-ανισότητας που επικρατεί.

Ο θάνατος και η κακή υγεία δεν κατανέμονται τυχαία στον κόσμο. Το ότι αυτή η παρατήρηση δεν οφείλεται στην τύχη αλλά ότι οι ίδιες οι συνθήκες, που οι άνθρωποι ζουν, παράγουν τις ανισότητες στην υγεία, οδήγησε στην έννοια των κοινωνικών καθοριστών της υγείας.

Αυτές οι ανισότητες στην υγεία, είναι αναστρέψιμες και μπορούν να αποφευχθούν ακριβώς επειδή προκύπτουν από τις συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι μεγαλώνουν, ζουν, δουλεύουν και γερνάνε, καθώς και τα συστήματα που οργανώνονται ώστε να διαχειριστούν την ασθένειά τους.

Οι συνθήκες αυτές επηρεάζονται από τις πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές δυνάμεις, που με τη σειρά τους επηρεάζουν και τις πολιτικές υγείας, που επηρεάζουν τα συστήματα υγείας και πως αυτά οργανώνονται ώστε να διαχειριστούν την ασθένεια.

Ολοένα και περισσότερο η φύση των προβλημάτων υγείας που έχουν να επιλύσουν οι χώρες συγκλίνουν σε φτωχές και πλούσιες χώρες. Η ανάπτυξη μιας κοινωνίας μπορεί να κριθεί από την ποιότητα της υγείας του πληθυσμού της, από το πόσο δίκαια κατανέμεται μέσα στο κοινωνικό φάσμα και το βαθμό της προστασίας από τη μειονεκτική θέση που προκύπτει από την κακή υγεία.

Στην κοινωνική και οικονομική ανισότητα που μαστίζει το τομέα της υγείας θα έρθουν να προστεθούν δύο ακόμα προβλήματα. Το πρώτο αφορά την εμφάνιση νέων κινδύνων στην υγεία που προκύπτουν από το νέο τρόπο ζωής και

συνηθειών που έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία εκατό χρόνια και το δεύτερο αφορά την αύξηση του ορίου ηλικίας θνησιμότητας που έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση ασθενειών που έχουν σχέση με την ηλικία.

Διαπιστώνουμε λοιπόν πως ο χώρος της υγείας είναι ένας κλάδος ο οποίος δε θα πρέπει να μένει σταθερός στις ίδιες πολιτικές αλλά θα πρέπει να εξελίσσεται λόγω του ότι οι ίδιες οι ασθένειες εξελίσσονται ταχέως και δημιουργούν νέες προκλήσεις που χρήζουν άμεση αντιμετώπιση.

Εξετάζοντας αυτό το ζήτημα από διαφορετική οπτική, παρατηρούμε πως τελικά τα οφέλη της ποιότητας υγείας είναι εξίσου πολλά. Αναζητώντας με άλλα λόγια τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας διαπιστώνεται ότι αυτά καθορίζονται διαφορετικά για τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών αλλά και για τις οικογένειές τους, για τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υγειονομική φροντίδα και τέλος για την ίδια την κοινωνία στο σύνολό της.