

Interreg

Greece-Bulgaria

RemoteCARE

European Regional Development Fund



Deliverable D 3.1.3

Business Plan on the provision of primary Healthcare services

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 3.1.3 Business Plan on the provision of the primary healthcare services includes a detailed overview of the RemoteCARE Business Plan, a precise description of the methodology, as well as the interior and exterior factors that could affect the venture. SWOT Analysis that highlight the strengths and weaknesses of this initiative as well as the opportunities or threats is included.

ΔΡΑΣΗ 3.1.3 – Επιχειρηματικό σχέδιο για τη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας (Business Plan on the provision of the primary healthcare services)

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

Interreg
Greece-Bulgaria
RemoteCARE
European Regional Development Fund



Δήμος
Ωραιοκάστρου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Abstract.....	5
Εισαγωγή	6
Περίληψη.....	6
1. Εισαγωγή.....	9
1.1. Το Διασυνοριακό Πρόγραμμα Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας «Ελλάδα - Βουλγαρία 2014 -2020»	9
1.2. Το έργο «RemoteCARE»	23
1.3. Εταίροι του έργου «RemoteCARE»	28
1.4 m-HEALTH – Υγεία εν κινήσει.....	32
1.5 Πλεονεκτήματα και οφέλη από τη χρήση του mHealth	33
1.6 Η παγκόσμια διάσταση του m - Health	35
1.7 Το mHealth στην Ευρώπη	38
1.8 Μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη του επιχειρηματικού σχεδίου	43
2. Εσωτερική Ανάλυση του οχήματος μετακίνησης.....	52
2.1 Οργάνωση του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.....	52
2.2 Νομική Βάση για τη λειτουργία του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού	53
2.3 Όραμα και Αποστολή	54
2.4 Προσφερόμενες Υπηρεσίες	58
2.5 Ωφελούμενοι Προγράμματος	59
2.6 Διασφάλιση Ποιότητας	60
2.7 Εγκαταστάσεις και εξοπλισμός	62
3. Εξωτερική Ανάλυση	94

3.1 Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.....	97
3.2 Οι κατ’οικον υπηρεσίες νοσηλείας	104
3.3 Παράγοντες Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας	107
3.4 Δημογραφικοί παράγοντες ζήτησης υπηρεσιών υγείας	109
3.5 Ψυχολογικοί παράγοντες ζήτησης υπηρεσιών υγείας.....	110
3.6 Κοινωνικοί παράγοντες.....	111
3.7 Θρησκευτικοί παράγοντες.....	112
3.8 Επιδημιολογικό προφίλ των Ελλήνων.....	114
4. Υλοποίηση στρατηγικής	116
4.1 Τμήματα και Θέσεις εργασίας	116
4.2 Δημοσιότητα του έργου «REMOTECARE» με σκοπό την προώθηση των δράσεων του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού	116
5. Οικονομική & Κοινωνική Ανάλυση	120
5.1 Οικονομική Ανάλυση	120
5.1.1 Προβλεπόμενα έξοδα Κινητής Μονάδας Υγείας.....	120
5.1.2 Διαχείριση Αποθεμάτων.....	129
5.1.3 SWOT Analysis.....	131
5.2 Κοινωνική Ανάλυση	131
5.2.1 Η σημασία της υγείας στην ζωή των ανθρώπων.....	131
5.2.2 Το Δικαίωμα στην υγεία	131
5.2.3 Δημόσια Υγεία	133
5.2.4 Οφέλη της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	135
5.2.5 Αξιολόγηση ποιότητας στην παροχή φροντίδων υγείας	136
5.2.6 Ανισότητες στον χώρο της Υγείας.....	138
5.2.7 Οι συνέπειες της ανισότητας στην υγεία	140
5.2.8 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.....	141

5.2.9 Ρόλος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	142
5.2.10 Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και τα προβλήματά της.....	145
5.2.11 Σκοπιμότητα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	148
5.2.12 Νομοθετικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	149
5.2.13 Η μακροχρόνια περίθαλψη στην Ελλάδα	156
5.2.14 Οι δημόσιες δομές παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ)	159
6. Ανάλυση Κινδύνων	162
7. Επίλογος - Συμπεράσματα.....	164

Abstract

Populations of modern societies are characterized by increased expectations for health care, which ensure a better quality of life.

Contemporary ideas today converge on the notion that the health system as the primary institution of society should not only aim at improving health but also at improving the social well-being of the population.

Primary Health Care (PHC) is the cornerstone of an integrated health care system in a modern state and the first point of contact of the citizen with the health care system.

Primary Health Care is essentially the first level of care or the point of entry into the healthcare system for consumers.

The importance of Primary Health Care is particularly important as its implementation results in better health for all and at a lower cost. For this reason, all developed countries have set up functional Primary Health Care networks, which are central structures in their health systems.

In our country, despite decades of legislation, the public sector has failed to establish and maintain an effective and adequate Primary Care Network. As a result, demand for primary health services is as high as access inequalities, while the private sector is committed to remedying many of the system's weaknesses.

This study, accepting the above as a business opportunity, looks forward to developing a well-established business plan - a tool for the operation of a mobile health unit. The “REMOTECARE” mobile health unit will be a high standard, standard mobile health unit designed to provide health services, medicines, screening tests to all residents of the Municipality of Oraiokastros and surrounding areas.

Εισαγωγή

Στις ενότητες που ακολουθούν αναπτύσσεται το επιχειρηματικό σχέδιο για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας στο πλαίσιο του 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. Ειδικότερα γίνεται η περιγραφή και δίνονται πληροφορίες για το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και πιο συγκεκριμένα γίνεται η εσωτερική ανάλυσή του (Όραμα, αποστολή και αξίες, περιγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών, οργανωτική δομή, διαθέσιμοι πόροι και ικανότητες της κινητής μονάδας υγείας).

Παράλληλα γίνεται εξωτερική ανάλυση και ειδικότερα για το πώς αναμένεται αλλαγές σε εξωτερικούς παράγοντες να επηρεάσουν τη λειτουργία της κινητής μονάδας υγείας μέσα στα επόμενα 3-5 χρόνια, και πιο συγκεκριμένα αναλύεται η βιωσιμότητα της εν λόγω δράσης και μετά την επίσημη ημερομηνία λήξης του έργου που μέχρι τότε θα συγχρηματοδοτείται από αυτό.

Επιπροσθέτως, το επιχειρηματικό σχέδιο επικεντρώνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την κατάσταση αυτής στην Ελλάδα καθώς και της σημασίας της υγείας στη ζωή των ανθρώπων ενώ ακολουθεί η μεθοδολογία σύνταξης και η οικονομική ανάλυση στην οποία περιγράφονται τα αναμενόμενα κόστη για την λειτουργία της κινητής μονάδας υγείας. Τέλος, έμφαση δίνεται στην ανάλυση των κινδύνων και ευκαιριών και ειδικότερα ποιοι οι βασικοί κίνδυνοι, πως θα επηρεάσουν τη λειτουργία της κινητής μονάδας υγείας και πως μπορούν να αντιμετωπισθούν. Στο κλείσιμο του εν λόγω επιχειρηματικού σχεδίου παρατίθενται τα συμπεράσματα, με την παρουσίαση των κυριότερων σημείων του επιχειρηματικού σχεδίου.

Περίληψη

Οι πληθυσμοί των σύγχρονων κοινωνιών χαρακτηρίζονται από αυξημένες προσδοκίες για ιατρική περίθαλψη, οι οποίες εξασφαλίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Οι σύγχρονες αντιλήψεις σήμερα συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι το σύστημα υγείας ως πρωταρχικός θεσμός του κράτους – πρόνοιας δεν πρέπει να στοχεύει μόνο στην περίθαλψη αλλά και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και στην αναβάθμιση της κοινωνικής ευημερίας του.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί θεμέλιο λίθο ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας σε ένα σύγχρονο κράτος και συνιστά το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θεωρείται, ουσιαστικά το πρώτο επίπεδο περίθαλψης ή το σημείο εισόδου στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για τους καταναλωτές - ασθενείς.

Η σημασία της ΠΦΥ είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού η εφαρμογή της έχει σαν αποτέλεσμα καλύτερα επίπεδα υγείας, για όλους και με χαμηλότερο κόστος. Για το λόγο αυτό, όλα τα ανεπτυγμένα κράτη, έχουν δημιουργήσει λειτουργικά δίκτυα ΠΦΥ και τα οποία αποτελούν κεντρικής σημασίας δομές στα συστήματα υγείας τους.

Στη χώρα μας, παρά τις νομοθετικές ρυθμίσεις δεκαετιών, ο κρατικός τομέας δεν έχει καταφέρει να δημιουργήσει και να διατηρήσει ένα αποτελεσματικό και επαρκές δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Σαν αποτέλεσμα, η ζήτηση για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας είναι μεγάλη όπως και οι ανισότητες πρόσβασης σε αυτές, ενώ ο ιδιωτικός τομέας αναλαμβάνει να αποκαταστήσει μεγάλο μέρος των αδυναμιών του συστήματος.

Η συγκεκριμένη μελέτη, δεχόμενη τα παραπάνω ως επιχειρηματική ευκαιρία, προσδοκάει να συντάξει ένα καλά στημένο επιχειρηματικό σχέδιο - εργαλείο για τη λειτουργία της κινητής μονάδας υγείας και ειδικότερα του οχήματος μεταφοράς ιατροφαρμακευτικού εξοπλισμού και μετακίνησης ιατρικού και νοσηλευτικού κλιμακίου, η προμήθεια του οποίου θα γίνει στο πλαίσιο του έργου «REMOTECARE». Ειδικότερα, το όχημα μεταφοράς ιατροφαρμακευτικού εξοπλισμού και μετακίνησης ιατρικού και νοσηλευτικού κλιμακίου θα αποτελεί μία

υψηλών προδιαγραφών, πρότυπη κινητή μονάδα υγείας που σαν σκοπό έχει να προσφέρει υπηρεσίες υγείας, φάρμακα, εξετάσεις προληπτικού ελέγχου σε όσους κατοίκους που διαμένουν σε απομακρυσμένες περιοχές του Δήμου Ωραιοκάστρου, το έχουν ανάγκη.

1. Εισαγωγή

1.1. 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 παραμένει 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 (ΕΕ28). 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 (ΕΕ28), 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 Plovdiv με το Τεχνικό Κολέγιο του και το Ελεύθερο Πανεπιστήμιο της Βάρνας «Τσερνοέτσετς Χράμπαρ».

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 Blagoevgrad 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 υγράτοποι 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 υγροτόπους, 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 Ε2020 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	6c - Διατήρηση, προστασία και προώθηση της φυσικής και πολιτιστικής κληρονομιάς	4 - Αξιοποίηση της φυσικής και πολιτιστικής κληρονομιάς της διασυνοριακής περιοχής στο πλαίσιο του τουρισμού

	αποτελεσματικής χρήσης πόρων	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 αποβλήτων, στον τομέα του νερού και του εδάφους και για τη μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης	6 - Ενίσχυση της διαχείρισης υδάτων
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
--	--	---	--

1.2. Το έργο «RemoteCARE»

Υπόβαθρο του έργου

Η διασυνοριακή 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 εταίρος 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 συνείφερε 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 διασυνοριακή 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 εταίρων στην υλοποίηση διασυνοριακών προγραμμάτων εξασφάλισε ικανοποιητικές συνθήκες συνεργασίας που οδήγησαν στην υποβολή της πρότασης. Το έργο διαμορφώθηκε και μοιράστηκαν οι αρμοδιότητες στους εταίρους με βάση τις ανάγκες της κάθε περιοχής και την εμπειρία και τις ικανότητες κάθε εταίρου. Καθώς και οι δύο εταίροι έχουν λιγοστή 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, Peppol.

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 διασυνοριακής 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.

1.3. 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 ιατρικών 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" – Εταίρος 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 "Rokfeler" που συμμετείχε στην υλοποίηση του έργου ΒΕΗΕΑΛΤΗ (που εφαρμόστηκε με επιτυχία κατά την προηγούμενη περίοδο προγραμματισμού του προγράμματος Ελλάδα-Βουλγαρία).

1.4 m-HEALTH – Υγεία εν κινήσει

Η ταχεία ανάπτυξη και εξάπλωση της φορητής πληροφορίας και των τεχνολογιών επικοινωνίας στον Ιατρικό κλάδο, έχει δημιουργήσει ένα μεγάλο εύρος ευκαιριών για την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς αλλά και προς τους ίδιους τους παρόχους. Το εύρος αυτό είναι τόσο εκτενές και ποικιλόμορφο, ώστε οδήγησε στην ανάπτυξη του mHealth, επιμέρους κομμάτι του eHealth, το οποίο προωθεί με τη σειρά του τη χρήση της τεχνολογίας γενικότερα (υπολογιστές, ενσύρματα και ασύρματα δίκτυα, τερματικά κλπ.) ως μέσο υποστήριξης των κλάδων της Υγείας και της Ιατρικής (ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, WHO).

Το mHealth βρίσκει εφαρμογή στην παρακολούθηση ασθενών, στη διάγνωση από απόσταση, στη επισκόπηση και ανάλυση δεδομένων σε περιπτώσεις επιδημιών, στην Ιατρική εκπαίδευση και πολλές ακόμη. Προσφέρει οφέλη τόσο στους

επαγγελματίες (γιατροί, νοσοκόμοι) όσο και σε άτομα κυρίως που είναι υπόλογοι για τη φροντίδα τρίτων (συγγενών ή ηλικιωμένων ατόμων).

Παρά τα πλεονεκτήματα του mHealth, υπάρχουν δυστυχώς ακόμα διάφορα εμπόδια που δυσκολεύουν την εξάπλωση και διείσδυσή του παγκοσμίως. Πολλά από αυτά έχουν να κάνουν με τον – κάποιες φορές δικαιολογημένο- συντηρητισμό των επαγγελματιών Υγείας, οι οποίοι διστάζουν να επιτρέψουν σε καινοτόμες ιδέες να αλλάξουν τις υπάρχουσες καθιερωμένες δομές και διαδικασίες, λόγω της έλλειψης επαρκών δοκιμών είτε επαρκών Ιατρικών γνώσεων. Άλλο ένα πρακτικό εμπόδιο είναι το κόστος υλοποίησης πολλών εφαρμογών του mHealth, το οποίο ορισμένες φορές τις καθιστά απαγορευτικές, ιδιαίτερα στις ασθενέστερα οικονομικά χώρες.

Η υπάρχουσα αγορά του mHealth επιδέχεται διάφορες εκτιμήσεις. Το μόνο σίγουρο είναι πως η συγκεκριμένη αγορά έχει πολλαπλασιαστεί ραγδαία τα τελευταία χρόνια και αναμένεται να αναπτυχθεί με γρηγορότερο ρυθμό καθώς η ανάπτυξη της ίδιας της τεχνολογίας αυξάνεται γεωμετρικά. Ένα παράδοξο στην ανάπτυξη του mHealth παγκοσμίως, είναι πως ένας από τους κυριότερους σκοπούς της ύπαρξης και της εξέλιξής του είναι να βοηθήσει τις υποανάπτυκτες και αναπτυσσόμενες χώρες να παρέχουν φροντίδα χωρίς την ανάγκη πολυέξοδων εξοπλισμών και εγκαταστάσεων.

1.5 Πλεονεκτήματα και οφέλη από τη χρήση του mHealth

Δε θα επικεντρωθούμε στα πλεονεκτήματα της χρήσης πληροφοριακών συστημάτων στον τομέα της Υγείας. Γενικά αυτή θεωρείται ολικά αποδεκτή. Θα επικεντρωθούμε στα πλεονεκτήματα που προσφέρει η φορητή (ασύρματη) τεχνολογία έναντι των παραδοσιακότερων μεθόδων:

- Η φορητότητα είναι μόνιμη, προσωπική και πάντα ενεργοποιημένη: Το κινητό τηλέφωνο βρίσκεται πάντα δίπλα στο χρήστη του και (σχεδόν) πάντα ανοιχτό, οπότε και μπορεί αν τον ειδοποιεί και να τον ενημερώνει ανά πάσα στιγμή για την κατάσταση της υγείας είτε του ιδίου (αν είναι ο ασθενής) , είτε του ατόμου για του οποίου την υγεία είναι υπεύθυνος.

- Πρέπει να έχουμε πάντα στο μυαλό μας πως ακόμα και σε κλάδους με “κοινωνικό ” χαρακτήρα, όπως είναι αυτός της Υγείας, η συντριπτική πλειοψηφία των εφαρμογών είναι εμπορικές, με συνέπεια το κόστος και το κέρδος να παίζουν το σημαντικότερο ίσως ρόλο στην υλοποίηση και ανάπτυξή τους. Η φορητή τεχνολογία κατορθώνει να μειώσει δραματικά τα έξοδα νοσηλείας, κυρίως όσον αφορά στον ιατρικό εξοπλισμό, βοηθώντας έτσι το ιατρικό προσωπικό περιοχών στις οποίες δεν είναι διαθέσιμα όλα τα εργαλεία που θα χρειαζόνταν. Με τα προηγμένα τεχνολογικά χαρακτηριστικά των περισσότερων κινητών τηλεφώνων όπως είναι η ενσωμάτωση πομποδέκτη GPS, είναι πολύ ευκολότερη και ακριβέστερη η λήψη και ανάλυση δεδομένων για χρήση σε περιπτώσεις που απαιτείται διασταύρωση ιατρικών και γεωγραφικών δεδομένων, όπως π.χ. στην περίπτωση μιας επιδημίας.
- Η τηλεϊατρική περνάει σε διαφορετικό επίπεδο, μιας και πλέον δεν απαιτείται ολόκληρο σύστημα υπολογιστή / σύνδεσης στο διαδίκτυο / web κάμερας για την υλοποίησή της, αλλά αρκεί ένα κινητό τηλέφωνο με ενσωματωμένη κάμερα για μια σύνδεση κινητής τηλεφωνίας με κάποιο πρόγραμμα δεδομένων.
- Κάθε μορφή ενημέρωσης είναι πλέον άμεση: είτε του ιατρικού επισκέπτη, που μπορεί ανά πάσα στιγμή να ελέγξει τις εφημερίες των φαρμακείων που πρέπει να επισκεφτεί, είτε του γιατρού που κατά τις επισκέψεις του στους θαλάμους μπορεί αν έχει πρόσβαση στα ιατρικά δεδομένα των ασθενών του, είτε και του απλού πολίτη.
- Σύμφωνα με τα στοιχεία του International Telecommunication Union (2010), στις αναπτυγμένες χώρες η γεωγραφική κάλυψη είναι πρακτικά καθολική ενώ ακόμα και στις αναπτυσσόμενες χώρες η διείσδυση των δικτύων κινητής τηλεφωνίας ξεπερνάει πολλές φορές αυτή των σταθερών γραμμών, ιδιαίτερα σε απομακρυσμένες περιοχές. Παράλληλα, οι δυνατότητες των δικτύων κινητής τηλεφωνίας αυξάνονται συνεχώς στις περισσότερες χώρες, μεγαλώνοντας το φάσμα των εφαρμογών που μπορούν

να υποστηρίξουν, κάνοντας εκτενέστερη χρήση πολυμέσων όπως βίντεο ή φωτογραφίες υψηλής ανάλυσης, τα οποία απαιτούνται για εφαρμογές όπως η απομακρυσμένη διάγνωση ή για αποθήκευση μεγάλου όγκου δεδομένων.

- Με τη χρήση εξειδικευμένων φορητών συσκευών, εξαλείφεται το πιθανό ανθρώπινο λάθος. Υπάρχει ήδη ένας τεράστιος όγκος ιατρικών εφαρμογών λογισμικού, κατά κύριο λόγο για smartphones, τα οποία εύκολα και άμεσα προσβάσιμα στον καθένα, είναι και στην πλειοψηφία τους δωρεάν (στοιχεία από το App Store της Apple και το Android Market).
- Η του mHealth εξαλείφει τις αποστάσεις, μειώνοντας τη γεωγραφική και φυσική απομόνωση ασθενών (κυρίως των ηλικιωμένων, ατόμων με αναπηρίες ή κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών).
- Υπάρχει μείωση του κόστους των φορητών συσκευών τα τελευταία χρόνια και η τάση δείχνει πως θα συνεχίζει να μειώνεται μελλοντικά, οπότε και η τεχνολογία είναι προσβάσιμη από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

1.6 Η παγκόσμια διάσταση του m - Health

Οι κατηγορίες των εφαρμογών m – health ποικίλουν και είναι εντελώς διαφορετικές μεταξύ τους, προσφέροντας η κάθε μία διαφορετικές διευκολύνσεις, με σκοπό να καλύπτουν το μεγαλύτερο εύρος των αναγκών που προκύπτουν. Στα πλαίσια μιας έρευνας, μελετήθηκαν 80 ακαδημαϊκά άρθρα τα οποία πραγματεύονται περισσότερες από 100 εφαρμογές της κινητής υγείας κατά τη χρονική περίοδο 2004 – 2014. Στην έρευνα αυτή, οι εφαρμογές κινητής υγείας ταξινομήθηκαν σε εννέα κατηγορίες, οι οποίες είναι:

1. Διάφορες εφαρμογές
2. Εφαρμογές διάγνωσης
3. Τήρηση φαρμακευτικής αγωγής
4. Διαχείριση χρόνιων παθήσεων

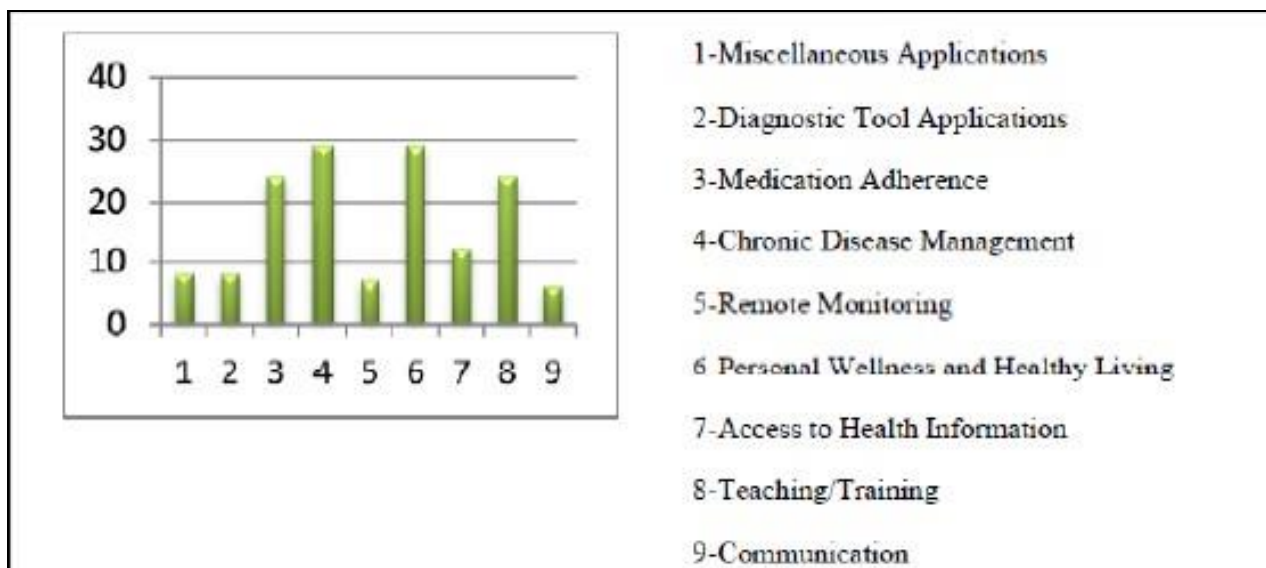
5. Απομακρυσμένη παρακολούθηση
6. Ευεξία και υγιεινή ζωή
7. Πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες
8. Εκπαίδευση
9. Επικοινωνία

Αναλυτικότερα, η πρώτη κατηγορία αφορά διάφορες εφαρμογές (Miscellaneous Applications), οι οποίες σχετίζονται περισσότερο με την υπενθύμιση του ραντεβού για την επίσκεψη στο γιατρό. Η δεύτερη κατά σειρά κατηγορία, οι εφαρμογές διάγνωσης (Diagnostic Tool Applications) παρέχουν τη δυνατότητα στο χρήστη να συνδέει το έξυπνο κινητό του τηλέφωνο με ιατρικές συσκευές, όπως αισθητήρες, μετρητές γλυκόζης, μετρητές καρδιακών παλμών κ.ά., με σκοπό την ανάλυση των δεδομένων και την περαιτέρω επεξεργασία.

Στη συνέχεια, η κατηγορία των εφαρμογών των σχετικών με την φαρμακευτική αγωγή (Medication Adherence), παρέχει πληροφορίες και εκπαίδευση στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας και υπενθυμίζουν το χρονοδιάγραμμα λήψης των απαιτούμενων φαρμάκων. Η κατηγορία των εφαρμογών για τη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων (Chronic Disease Management) περιλαμβάνει εφαρμογές οι οποίες βοηθούν σε μεγάλο βαθμό τον ασθενή να παρακολουθεί την κατάσταση της υγείας του, χωρίς να απαιτείται η μετακίνησή του στο θεράποντα ιατρό του ή στο νοσοκομείο (Λιανός, 2015).

Ακόμα, η κατηγορία των εφαρμογών που σχετίζονται με την απομακρυσμένη παρακολούθηση (Remote Monitoring) περιλαμβάνει εφαρμογές οι οποίες διασφαλίζουν τις συνθήκες ασφαλούς διαβίωσης και προστασίας των ατόμων με αναπηρίες ή ηλικιωμένων, καθώς παρέχεται η δυνατότητα να παρακολουθούνται από απόσταση είτε από το οικείο περιβάλλον, είτε από τους ειδικούς επαγγελματίες υγείας. Σχετικά με την κατηγορία της ευεξία και της υγιεινής ζωής (Personal Wellness and Healthy Living), εντάσσονται εφαρμογές οι οποίες παρέχουν πληροφορίες σχετικές με τις ειδήσεις του κλάδου της υγείας και γενικά πληροφοριακό υλικό σχετικό με την υγεία (Λιανός, 2015).

Η επόμενη κατηγορία περιλαμβάνει εφαρμογές σχετικά με την πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες (Access to Health Information) μέσω των οποίων οι ασθενείς παρακολουθούν τις ιατρικές υπηρεσίες που χρησιμοποιούν και τους δίνεται η δυνατότητα να επιλέγουν αν θα γνωστοποιούν τις πληροφορίες αυτές με το οικογενειακό τους περιβάλλον και τους θεράποντες ιατρούς τους. Οι δύο τελευταίες κατηγορίες αφορούν την εκπαίδευση (Teaching / Training) και την επικοινωνία (Communication). Στη μεν πρώτη κατηγορία εντάσσονται εφαρμογές οι οποίες παρέχουν πληροφορίες και εκπαιδευτικό υλικό με σκοπό οι χρήστες να γνωρίζουν καλύτερα τα θέματα για τα οποία ενδιαφέρονται. Η τελευταία κατηγορία της επικοινωνίας, περιλαμβάνει εφαρμογές οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα για ανταλλαγή οπτικοακουστικού υλικού μεταξύ του ασθενούς και του θεράποντος ιατρού ή του νοσοκομείου. Παράλληλα, παρέχεται η επιλογή για επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και των φίλων αυτού κατά τη διάρκεια κάποιας θεραπείας. Στο σχήμα που ακολουθεί απεικονίζονται οι παραπάνω κατηγορίες των εφαρμογών κινητής υγείας και η αποδοχή τους μεταξύ των χρηστών.



ΓΡΑΦΗΜΑ : Κατηγορίες των εφαρμογών κινητής υγείας και η αποδοχή τους στους χρήστες

Από τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής προκύπτει ότι οι εφαρμογές που σχετίζονται με την ευεξία και την υγιεινή ζωή καταλαμβάνουν το 30% της αποδοχής και της προτίμησης των χρηστών. Ίδιο ποσοστό αποδοχής και προτίμησης (30%) καταλαμβάνουν και οι εφαρμογές οι οποίες παρέχουν τη δυνατότητα για διαχείριση των χρόνιων παθήσεων. Μικρότερο ποσοστό των χρηστών, το 25%, αποδέχεται και προτιμά τις εφαρμογές που σχετίζονται με την εκπαίδευση και την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Μικρά ποσοστά της τάξης μέχρι 10% εντοπίζονται στις κατηγορίες των εφαρμογών όπως επικοινωνία, απομακρυσμένη παρακολούθηση, διάγνωση και υπενθύμιση των ιατρικών ραντεβού.

Σχετικά με τις κατηγορίες των εφαρμογών της κινητής υγείας, σύμφωνα με μία άλλη έρευνα του Διεθνούς Οργανισμού Υγείας που διεξήχθη το 2009, οι κατηγοριοποιήσεις των εφαρμογών m – health διαμορφώνεται όπως απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα.

1.7 Το mHealth στην Ευρώπη

Η υγειονομική περίθαλψη είναι μια πρόκληση για τις χώρες όλου του κόσμου και η αναζήτηση νέων αποδοτικότερων μεθόδων παροχής υπηρεσιών, πραγματοποιείται με αμείωτους ρυθμούς.

Οι δαπάνες υγείας αυξάνονται συνεχώς, γεγονός που οφείλεται σε δύο βασικούς λόγους. Πρώτον η φαρμακευτική βιομηχανία εξελίσσει τις διαδικασίες έρευνας και ανάπτυξης με αποτέλεσμα να παράγει φάρμακα νέας τεχνολογίας, με υψηλότερο κόστος, τα οποία αντικαθιστούν τα παλιότερα. Δεύτερον ο μέσος όρος ηλικίας της γης αυξάνεται, ο αριθμός των ασθενών με χρόνια προβλήματα μεγαλώνει ενώ η περίθαλψή τους γίνεται πιο δαπανηρή, καθώς οι θεραπευτικές αγωγές συμπεριλαμβάνουν νέες μεθόδους με τη χρήση νέων μηχανημάτων, τα οποία κοστίζουν.

Βλέπουμε ότι, παρά τις προόδους στην ιατρική τεχνολογία και τα προγράμματα κοινωνικής αλληλεγγύης για την κάλυψη των βασικών αναγκών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, η προσβασιμότητα στην περίθαλψη παραμένει

σε χαμηλά επίπεδα για το σύνολο του πληθυσμού ενώ στην Ελλάδα αρχίζει να λαμβάνει ανησυχητικές διαστάσεις. Παρ’ όλα αυτά, τα νέα από την έκθεση που δημοσίευσαν οι εταιρίες PricewaterhouseCoopers (PWC) και GSM Association για τις mobile υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαιτέρως ευχάριστα. Σύμφωνα με μια νέα έκθεση το 2017 η παγκόσμια αγορά mHealth θα αυξηθεί σε Ευρώπη και Ασία, δημιουργώντας ευκαιρίες για έσοδα ύψους 23 δις.

Η ταχύτατη διείσδυση των αναδυόμενων αγορών στη χρήση της κινητής τηλεφωνίας, η αυξανόμενη υιοθέτηση των 3G και 4G υπηρεσιών σε ολόκληρο τον κόσμο και η κατασκευή, χαμηλού κόστους, smartphones και άλλων συνδεδεμένων συσκευών, είναι οι βασικότεροι παράγοντες που συντελούν στην άνοδο των mobile υπηρεσιών υγείας. Η PWC πιστεύει ότι τα κινητά εργαλεία (έξυπνα κινητά και ταμπλέτες) και η δυνατότητα επικοινωνίας θα διαδραματίζουν ολοένα και σημαντικότερο ρόλο στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η αγορά τους mHealth περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών και εφαρμογών που αξιοποιούν τη χρήση των κινητών συσκευών επικοινωνίας παρέχοντας υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για την επίτευξη των στόχων που είναι η παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών και η επίβλεψη του ασθενή καθ’ όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, καθώς και η γενικότερη ενίσχυση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

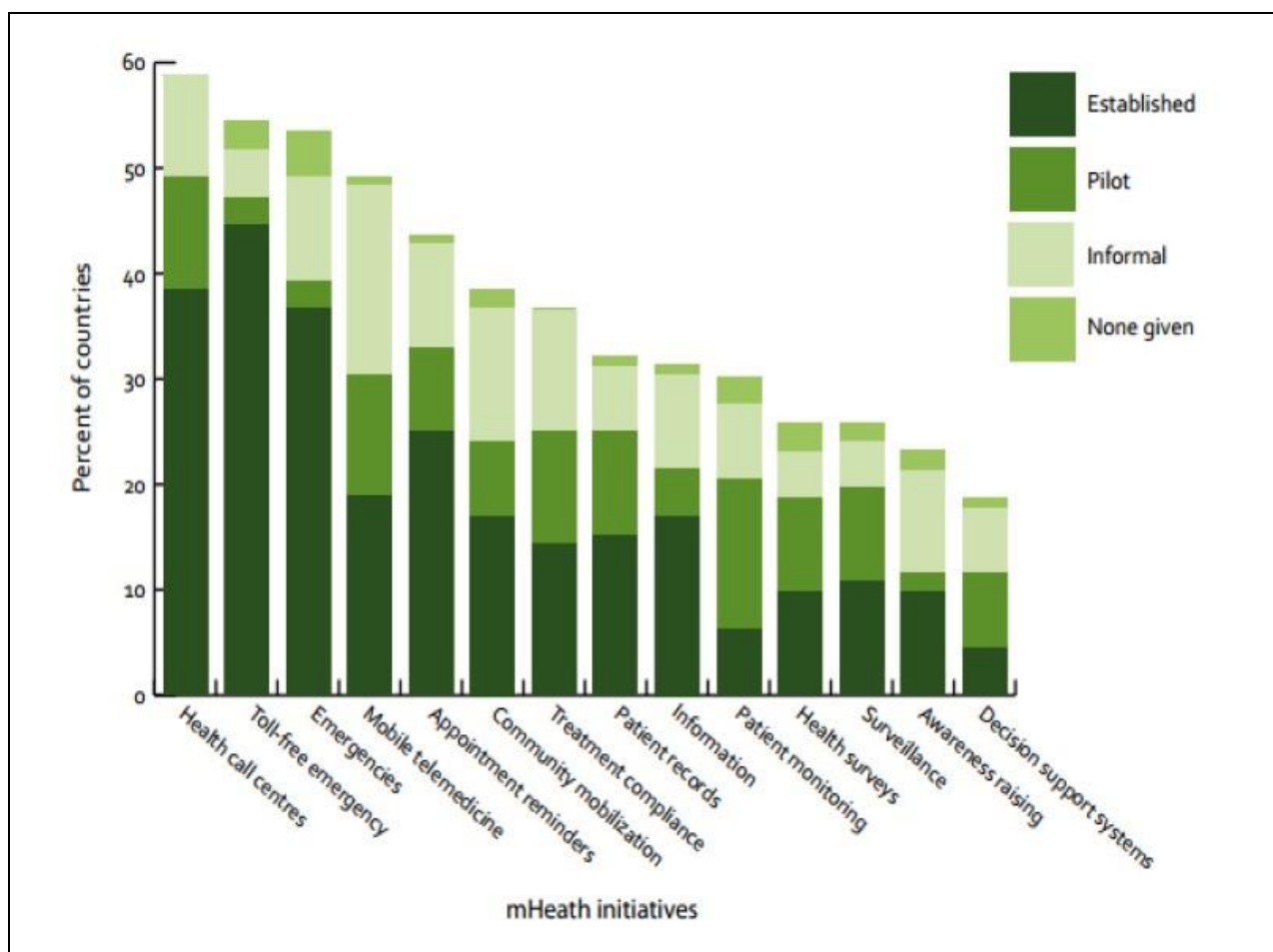
Με την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης χρόνιων ασθενειών, τη γήρανση του πληθυσμού και την ικανότητα των ασθενών να πληρώσουν για τις υπηρεσίες υγείας (σε σχέση με τις άλλες ηπείρους), η Ευρώπη αναμένεται τα επόμενα χρόνια να είναι η κύρια αγορά για τις κινητές υπηρεσίες υγείας. Όπως φαίνεται από την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας, η Ευρώπη θα σημειώσει τη μεγαλύτερη ανάπτυξη στην αγορά του mHealth που αναμένεται να κορυφωθεί το 2017.

Για να κατανοήσουμε το μέγεθος των εσόδων, οι ευκαιρίες που αναδύονται στην Ευρώπη από την έξαρση των υπηρεσιών και των εφαρμογών (applications) mHealth, μεταφράζονται σε 6,9 δις δολάρια.

Οι κατηγορίες υπηρεσιών mHealth που θα ξεχωρίσουν, είναι: Οι υπηρεσίες παρακολούθησης, οι υπηρεσίες θεραπευτικής αγωγής και άλλες όπως οι υπηρεσίες

διάγνωσης και πρόληψης. Οι υπηρεσίες mHealth αναμένεται να είναι ένα από τα σημαντικότερα συστατικά της υγειονομικής περιθαλψης στο μέλλον.

Ωστόσο, το μόνο σίγουρο είναι ότι η καθολική χρήση και υιοθέτησή τους από το σύνολο των ασθενών, δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν χωρίς μια συντονισμένη προσπάθεια από κυβερνήσεις, τις εταιρείες κινητής τηλεφωνίας, τις εταιρείες κατασκευής τηλεφώνων και κατ’ επέκταση την ιατρική κοινότητα και την φαρμακευτική βιομηχανία.



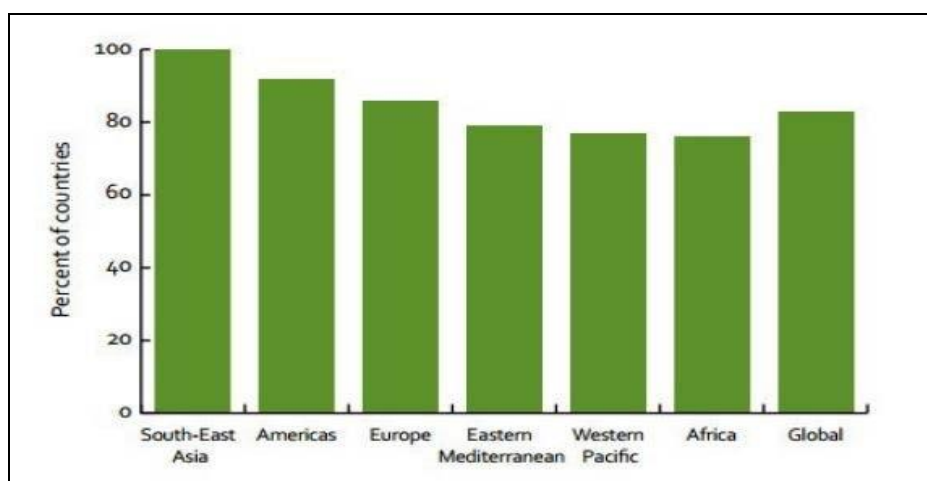
ΓΡΑΦΗΜΑ : Υιοθέτηση των εφαρμογών m - Health και οι φάσεις αυτών

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης, οι εφαρμογές που χρησιμοποιούνται πιο συχνά και συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό, το οποίο

είναι της τάξης του 59%, είναι τα τηλεφωνικά κέντρα υγείας και οι γραμμές βοήθειας (Health call centers), δηλαδή οι γραμμές στήριξης ατόμων με εθισμό σε εξαρτησιογόνες ουσίες ή ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Στη συνέχεια, οι χωρίς χρέωση τηλεφωνικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (Toll Free Emergency) καταλαμβάνουν το 55% και ακολουθούν τα έκτακτα περιστατικά (Emergencies) όπως οι ενημερώσεις για τις πανδημίες με ποσοστό 54% και η τηλεϊατρική (Mobile Telemedicine) με ποσοστό 49%.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι λιγότερο αναπτυγμένες και εγκατεστημένες εφαρμογές της κινητής υγείας σχετίζονται με τις έρευνες σχετικές με την υγεία (Health Surveys), την επιτήρηση της υγείας (Surveillance), την ευαισθητοποίηση σε ζητήματα υγείας (Awareness raising) και στα συστήματα υποστήριξης των αποφάσεων (Decision Support Systems).

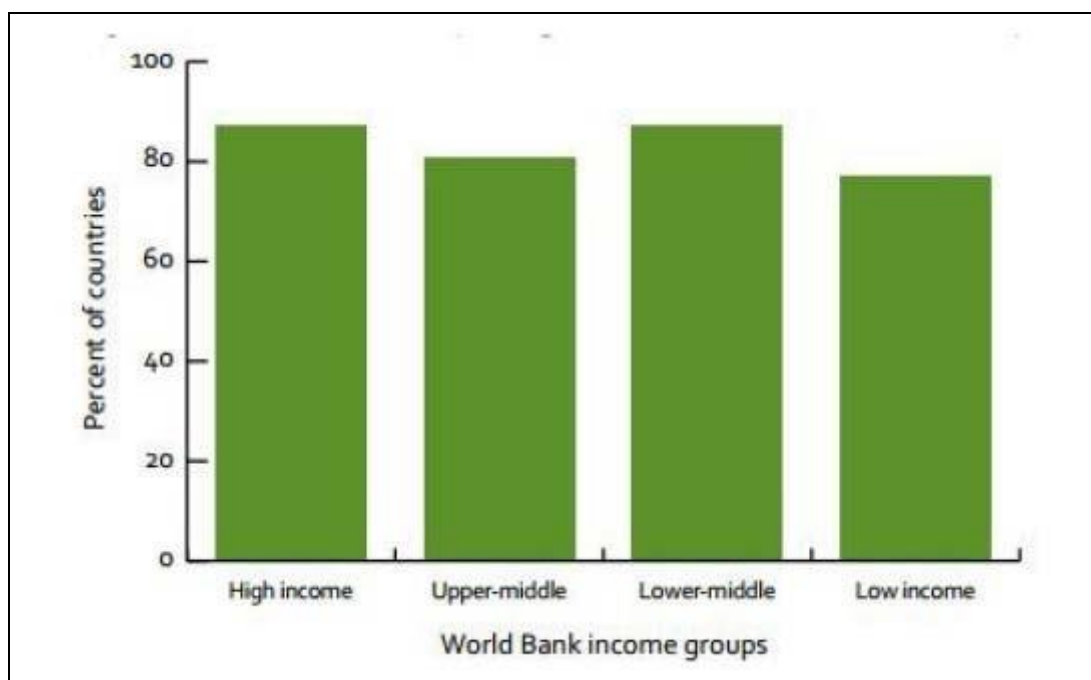
Σύμφωνα με μια ακόμα μελέτη που διενεργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στην οποία συμμετείχαν 112 χώρες του κόσμου, διαπιστώθηκε ότι στο 83% υλοποιούνται πρωτοβουλίες που σχετίζονται με την κινητή υγεία. Σημαντικό είναι το ποσοστό των κρατών, το οποίο αγγίζει τα $3/4$ των συμμετεχόντων, στα οποία υλοποιούνται τέσσερις ή και περισσότερες δράσεις σχετικές με την κινητή υγεία (WHO, 2011). Αντίθετα, παρατηρήθηκαν 19 μόλις χώρες στις οποίες δεν υλοποιείται καμία δράση σχετική με την κινητή υγεία. Στο σχήμα που ακολουθεί, το οποίο προκύπτει από τη σχετική μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, παρατηρείται ότι το 75% των χωρών που διερευνώνται εφαρμόζει τουλάχιστον μία



δράση κινητής υγείας. Μικρά ποσοστά εντοπίζονται σε χώρες της Αφρικανικής Ηπείρου, ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά δράσεων σχετικών με την κινητή υγεία παρατηρούνται στις χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας.

ΓΡΑΦΗΜΑ : Έρευνα Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας - Χώρες ανά Ήπειρο που παρατηρείται τουλάχιστον μία εφαρμογή m - Health (Γεωγραφική προσέγγιση)

Μία άλλη σχετική έρευνα σε παγκόσμιο επίπεδο υλοποιήθηκε από την World Bank, σύμφωνα με την οποία οι χώρες με τα χαμηλότερα εισοδήματα χρησιμοποιούν λιγότερο εφαρμογές σχετικές με το m – health συγκριτικά με τις χώρες που παρουσιάζουν υψηλό εισόδημα. Πιο συγκεκριμένα, το 77% των εξεταζόμενων χωρών με χαμηλό εισόδημα χρησιμοποιούν τουλάχιστον μία εφαρμογή m – health, ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται κατά 10 ποσοστιαίες μονάδες και διαμορφώνεται στο 87% των χωρών με υψηλό εισόδημα, οι οποίες χρησιμοποιούν τουλάχιστον μία εφαρμογή m – health.



ΓΡΑΦΗΜΑ : Έρευνα World Bank - Χώρες σύμφωνα με το εισόδημα που παρατηρείται τουλάχιστον μία εφαρμογή m - Health (Οικονομική Προσέγγιση)

Από τις τελευταίες δύο μελέτες που παρουσιάζονται, προκύπτει το συμπέρασμα ότι ανεξαρτήτως γεωγραφικής τοποθεσίας και οικονομικής κατάστασης, η κινητή υγεία, βρίσκει εφαρμογή σε παγκόσμιο επίπεδο.

1.8 Μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη του επιχειρηματικού σχεδίου

Βάσει των πληροφοριών που μας έχουν ήδη δώσει όσοι σχετίζονται με την ιδέα του έργου “REMOTECARE” μετά τον πρώτο πιλοτικό χρόνο λειτουργίας του, θα λειτουργεί ως μία επιπλέον υπηρεσία του Δήμου Ωραιοκάστρου, συμπληρωματικά με την υπηρεσία «Βοήθεια Στο Σπίτι». Η πληροφορία αυτή είναι χρήσιμη ώστε να γνωρίζουμε τις υπηρεσίες και το ανθρώπινο προσωπικό που απαρτίζει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και θα επικουρεί την Κινητή Μονάδα Υγείας.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για να αναπτυχθεί το επιχειρηματικό σχέδιο για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας 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”, αποσκοπεί στην ελαχιστοποίηση των παραμέτρων που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά το χρόνο εκπόνησης και την ποιότητα του έργου.

Για την σύνταξη του παρόντος επιχειρηματικού σχεδίου και την ανάπτυξη των παραμέτρων λειτουργίας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για την υποστήριξη υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας σε απομακρυσμένες μονάδες υγείας που εδρεύει και εξυπηρετεί το Δήμο Ωραιοκάστρου, συλλέχθηκαν πληροφορίες από τους ίδιους τους συμμετέχοντες στην πρωτοβουλία.

Για την ολοκληρωμένη συμπλήρωση και δημιουργία ενός άρτιου επιχειρηματικού σχεδίου που θα επιτρέπει την ομαλή και λειτουργική συνέχειά του, χρειάστηκαν οι

γνώσεις και η άποψη των άμεσα εμπλεκόμενων. Στους άμεσα εμπλεκόμενους νοούνται οι ιθύνοντες του έργου, το ιατρικό προσωπικό που απαρτίζει την ομάδα λειτουργίας καθώς και ο βασικός εταίρος του έργου, ο Δήμος Ωραιοκάστρου.

Περιέγραψαν λοιπόν αναλυτικά το πλάνο λειτουργίας τους, το όραμα και την αποστολή του έργου τους καθώς και τους στρατηγικούς στόχους που επιδιώκουν να αναπτύξουν σε ένα βάθος πενταετίας.

Για το σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκαν διαδοχικές συναντήσεις με όσους αναφέρθηκαν παραπάνω προκειμένου να αντληθούν οι απαιτούμενες πληροφορίες για το σχέδιο δράσης και υλοποίησης του έργου.

Ταυτόχρονα, πραγματοποιήθηκαν και επισκέψεις στις απομακρυσμένες περιοχές που θα επισκέπτεται το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και καταγραφή των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων οι οποίες θα δέχονται την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προκειμένου να συσταθεί ένα ολοκληρωμένο επιχειρηματικό σχέδιο που τελικά θα επιτρέψει τη συνέχεια της λειτουργίας και την ανάπτυξη της Κινητής Μονάδας Υγείας, ως αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία.

Η μεθοδολογία σκοπεύει στην επίτευξη τουλάχιστον των παρακάτω κύριων σκοπών:

- Σαφή καθορισμό των καθηκόντων και αρμοδιοτήτων έκαστου μέλους της ομάδας έργου και λοιπού προσωπικού, ώστε να μην υπάρχουν αφενός επικαλύψεις αρμοδιοτήτων και αφετέρου να μην παρουσιαστούν επιμέρους αρμοδιότητες ή τομείς όπου δεν υπάρχει σαφής καθορισμός υπευθύνου.
- Χρήση σύγχρονων και συμβατών συστημάτων υπολογιστών και δικτύων, καθώς και λογισμικού που συνεργάζεται μεταξύ του, ώστε η επικοινωνία και ανταλλαγή δεδομένων να είναι ταχεία και απρόσκοπτη.
- Προσδιορισμό της εσωτερικής οργάνωσης και λειτουργίας της ομάδας έργου, με σκοπό την επιτάχυνση όλων των διαδικασιών.

- Προσδιορισμό της μεθόδου επικοινωνίας μεταξύ της ομάδας έργου, της Αναθέτουσας Αρχής και όλων των πιθανώς εμπλεκόμενων φορέων, με τρόπο ώστε να επιταχύνεται η λήψη των ζητούμενων από τις Υπηρεσίες στοιχείων και να τηρούνται σχολαστικά οι προβλεπόμενες από το Νόμο γραφειοκρατικές διαδικασίες
- Αυστηρή τήρηση των χρονοδιαγραμμάτων που έχουν τεθεί για την ολοκλήρωση οποιουδήποτε σταδίου, αλλά και του συνόλου του έργου και θέσπιση εναλλακτικών ή / και παραλλήλων διαδικασιών σε περιπτώσεις κωλυσιεργίας λόγω ανωτέρας βίας
- Θέσπιση συστήματος συνεχούς παρακολούθησης της προόδου του έργου και προσαρμογής της στα εκάστοτε δεδομένα.

Είναι προφανές ότι τα παραπάνω θα επιτευχθούν με αυστηρή τήρηση των προδιαγραφών που αναφέρονται στην παρούσα έκθεση, γεγονός που διευκολύνει και την επίτευξη των δευτερευόντων στόχων οι σημαντικότεροι των οποίων είναι:

- α) η αγαστή συνεργασία μεταξύ της ομάδας έργου και της Αναθέτουσας Αρχής,
- β) η αρμονική συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας έργου και
- γ) η θέσπιση κανόνων ορθής λειτουργίας και συγκεκριμενοποίησης καθηκόντων για τα μέλη της ομάδας έργου, ώστε να επιτυγχάνεται διαχρονικά «τυποποίηση» διαδικασιών παραγωγής ορθών παραδοτέων.

Τέλος, εξασφαλίζεται η συμβατότητα της μεθοδολογίας και των χρησιμοποιούμενων μέσων, λογισμικού κ.λπ. της ομάδας εκπόνησης έργου με τις δυνατότητες της Αναθέτουσας Αρχής σε τομείς όπως εξοπλισμός, ειδικές απαιτήσεις, πρόσθετες ανάγκες (υποστήριξη κ.λπ.).

Ειδικότερα:

Συλλογή Στοιχείων

Η συλλογή στοιχείων αποτελεί το “κλειδί” τόσο για την περαιτέρω αξιόπιστη και τεκμηριωμένη ανάλυση των δεδομένων του έργου όσο και για την τεκμηρίωση των προτεινόμενων λύσεων. Τα στοιχεία αυτά αφορούν: σε στοιχεία, τα οποία συνήθως

βρίσκονται διάσπαρτα σε πολλές υπηρεσίες και φορείς, σε στοιχεία και πληροφορίες τα οποία συλλέγονται κατά την διάρκεια των αυτοψιών στην περιοχή.

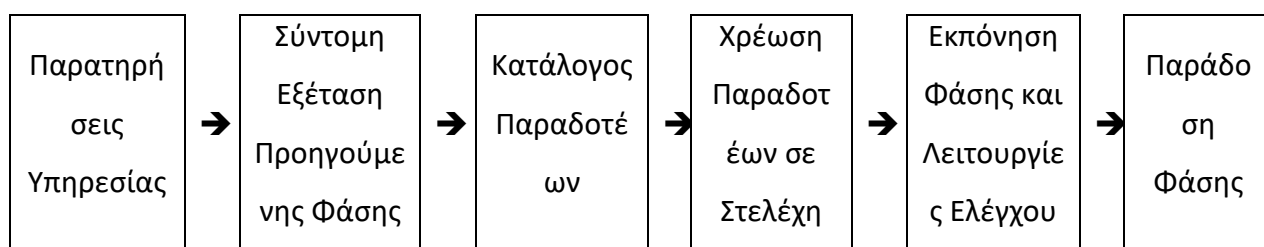
Ο Ανάδοχος, από την πολύχρονη εμπλοκή του στα θέματα αυτά, γνωρίζει καλά ότι η επιτυχής υλοποίηση του έργου αυτής απαιτεί: πολύ καλή γνώση των κεντρικών πηγών άντλησης της απαιτούμενης πληροφορίας σε επίπεδο υπουργείων και τοπικών φορέων, γνώση των ιδιαιτεροτήτων κάθε περιοχής, σημαντική εμπειρία της ομάδας έργου και επιτυχής συντονισμός των εργασιών. Επισημαίνεται ότι η ομάδα έργου προβλέπεται να συνεργασθεί με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς με επιτυχία και αποτελεσματικότητα όσον αφορά την υλοποίηση του έργου.

Εσωτερικές Διαδικασίες Υλοποίησης έργου

Ο συντονιστής της ομάδας (Υπεύθυνος Έργου) είχε την ευθύνη για:

- την παραλαβή των εντολών της Αναθέτουσας Αρχής, τη γενική οργάνωση και το συντονισμό
- τις συνεννοήσεις με την Αναθέτουσα Αρχή για όλα τα θέματα που προκύπτουν
- τις συνεννοήσεις με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας
- την παρακολούθηση της αλληλογραφίας με τον εργοδότη
- την οργάνωση, το χρονικό προγραμματισμό και την επίβλεψη της ομάδας έργου
- τον έλεγχο του τελικού προϊόντος
- τον εντοπισμό παραλείψεων, την εύρεση λύσεων και τη λήψη αποφάσεων επί γενικών θεμάτων και ειδικών τεχνικών ζητημάτων, κατόπιν συνεννοήσεων με τον εργοδότη.

Για την εκπόνηση κάθε φάσης του έργου εξετάζονται τα συμπεράσματα της προηγούμενης φάσης μαζί με τις σχετικές παρατηρήσεις της Αναθέτουσας Αρχής, συντάσσεται ο κατάλογος παραδοτέων της φάσης με ταυτόχρονη χρέωση των παραδοτέων σε στελέχη της ομάδας και αρχίζει η κυρίως εκπόνηση με τις παράλληλες λειτουργίες ελέγχου που καταλήγει στην παράδοση της φάσης, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα.



Επισημαίνεται ότι η εκπόνηση του έργου πραγματοποιείται βάσει εσωτερικού συστήματος ελέγχου ποιότητας. Παρακάτω παρουσιάζονται οι διεργασίες που θα τηρηθούν για την εκπόνηση των παραδοτέων.

Έλεγχος Εκπνοούμενων Παραδοτέων

Συντάχθηκε στην προκειμένη περίπτωση, όπως και για κάθε παραδοτέο, «Εσωτερικό Πρόγραμμα Ποιότητας Έργου» με τεκμηριωμένες διαδικασίες για τους απαιτούμενους ελέγχους του μελετητικού έργου. Σε όλα τα τμήματα υπάρχουν οι αντίστοιχες προδιαγραφές ποιότητας, που περιέχουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες εκπόνησης του έργου.

Μετά το πέρας της ολοκλήρωσης κάθε σταδίου σχεδιασμού εφαρμόζεται ανασκόπηση και έλεγχος των «δεδομένων». Οι επιλεγείς ή οι επιλεχθέντες με ευθύνη του Υπευθύνου Έργου «ελεγκτές» αξιολογούν τα αποτελέσματα του σχεδιασμού και α) επιβεβαιώνουν την ορθότητα ή β) προβαίνουν σε παρατηρήσεις / επισημάνσεις. Σε κάθε περίπτωση ανάγκης λήψης «επανορθωτικής ενέργειας» σαν αποτέλεσμα του ελέγχου, αυτό σημαίνεται κατάλληλα. Μετά την εκτέλεση της «επανορθωτικής ενέργειας» από τον αρμόδιο ακολουθεί επανέλεγχος και τελική έγκριση από τον «ελεγκτή» με σχετική σήμανση.

Σύστημα Εσωτερικής Επικοινωνίας

Το σύστημα εσωτερικής επικοινωνίας που προτείνεται για την εκπόνηση του έργου στοχεύει στη σύνδεση των διαδικασιών του έργου (οργάνωση, σχεδιασμός, υλοποίηση, έλεγχος, τεκμηρίωση - αρχειοθέτηση), και των μονάδων του οργανωτικού σχήματος (ΥΕ, Ομάδα Έργου, κτλ.)

Ο μηχανισμός που χρησιμοποιήθηκε περιλαμβάνει τη διακίνηση του υλικού με υπεύθυνο και τις διάφορες τακτικές συναντήσεις. Συγκεκριμένα, οι παρακάτω προγραμματισμένες συναντήσεις:

- ❖ Εβδομαδιαία Σύσκεψη Εργασίας: Συγκαλείται από τον Υ.Ε. και σ’ αυτή συμμετέχουν, εκτός αυτού, τα μέλη της Ομάδας Διοίκησης Έργου και, κατά περίπτωση/ ανάλογα με το θέμα. Τα θέματα που εξετάζονται αναφέρονται σε:
 - θέματα που προκύπτουν κατά τη διαδικασία υποστήριξης της εκπόνησης,
 - αναθεωρήσεις και κατανομή καθηκόντων στο πλαίσιο της οργάνωσης της Ομάδας Έργου
 - διαμόρφωση και προετοιμασία παραδοτέων
- ❖ Μηνιαία Σύσκεψη Εργασίας: Συγκαλείται με πρωτοβουλία του Υ.Ε. και συμμετέχει όλη η Ομάδα Έργου. Τα θέματα που εξετάζονται αναφέρονται:
 - στον προγραμματισμό της εκπόνησης των παραδοτέων
 - τις πιθανές αναθεωρήσεις του προγραμματισμού
 - την επίλυση των εμφανιζόμενων προβλημάτων
- ❖ Έκτακτες Συναντήσεις: Συγκαλούνται εφόσον κρίνεται απαραίτητο με πρωτοβουλία του Υ.Ε. Η σύνθεσή τους και το αντικείμενό τους προσαρμόζονται ανάλογα με τις απαιτήσεις.

Σύστημα Επικοινωνίας Αναδόχου με την Αναθέτουσα Αρχή

Όσον αφορά, στον τρόπο επικοινωνίας των οργάνων διοίκησης της Αναθέτουσας Αρχής με τα αντίστοιχα όργανα του Προσφέροντα και της Ομάδας έργου, αυτός θα καθοριστεί μετά από εισήγηση του πρώτου. Η αρχική πάντως πρόταση του Προσφέροντα, η οποία σε κάθε περίπτωση θα επαναπροσδιοριστεί κατά την έναρξη των εργασιών εκπόνησης του έργου, περιλαμβάνει:

Μηνιαία Σύσκεψη Εργασίας: Συγκαλείται από τον Υ.Ε και σ’ αυτή συμμετέχουν, εκτός του ιδίου και ο Υπεύθυνος από την πλευρά της Αναθέτουσας Αρχής και όποιο

άλλο Στέλεχος επιθυμεί η Αναθέτουσα Αρχή. Τα θέματα που εξετάζονται αναφέρονται:

- σε θέματα που προκύπτουν κατά τη διαδικασία εκπόνησης του έργου
- τον προγραμματισμό του έργου και τυχόν αναθεωρήσεις αυτού

Έκτακτες Συναντήσεις: Συγκαλούνται εφόσον κρίνεται απαραίτητο με πρωτοβουλία του Εργοδότη. Η σύνθεσή τους και το αντικείμενό τους προσαρμόζονται ανάλογα με τις απαιτήσεις.

Εσωτερικές Επιθεωρήσεις

Εσωτερικές επιθεωρήσεις διενεργούνται προγραμματισμένα με συστηματικό και ανεξάρτητο τρόπο με σκοπό την επαλήθευση της αποτελεσματικότητας και της ικανοποιητικής εφαρμογής του Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας. Ο στόχος των ελέγχων αυτών είναι να διαμορφώσουν τη βάση για την βελτίωση της απόδοσης στην επιχείρηση και την αποτελεσματικότερη λειτουργία της.

Εισάγονται δύο είδη επιθεωρήσεων για τον πλήρη έλεγχο του Συστήματος:

1. η «κάθετη» Επιθεώρηση (Επιθεώρηση Υλοποίησης Έργου)
2. η «οριζόντια» Επιθεώρηση (Επιθεώρηση των διαδικασιών του Συστήματος που καλύπτει όλα τα επίπεδα της επιχείρησης).

Οι επιθεωρήσεις προγραμματίζονται σύμφωνα με τη σημασία και τη σπουδαιότητα της κάθε δραστηριότητας. Τα αποτελέσματα των επιθεωρήσεων καταγράφονται, τεκμηριώνονται και γνωστοποιούνται στον υπεύθυνο του τμήματος ο οποίος και ευθύνεται για τις διορθωτικές ενέργειες στην περίπτωση διαπίστωσης μη συμμορφώσεων. Οι εκθέσεις επιθεωρήσεων διατηρούνται σε σχετικό αρχείο.

Διαχείριση Εγγράφων και Πληροφοριών

Στα γραφεία του προσφέροντος όλη η επικοινωνία για οποιοδήποτε θέμα αφορά στην σύμβαση με την Αναθέτουσα Αρχή πραγματοποιείται εγγράφως, και είναι οργανωμένη ανά έργο, με σαφώς καθορισμένη κωδικοποίηση. Όλα τα έγγραφα επιθεωρούνται ως προς την επάρκειά τους πριν εκδοθούν από τον υπεύθυνο

έγκρισής τους. Υπάρχει Κατάλογος Κύριων Εγγράφων που δείχνει την τρέχουσα κατάσταση αναθεωρήσεων των εγγράφων. Σε κάθε έργο ετοιμάζονται Κατάλογοι Εγγράφων, Σχεδίων και Προδιαγραφών, που είναι διαθέσιμοι στους υπεύθυνους για το εκάστοτε έργο. Τηρούνται έντυπα ποιότητας και διαδικασιών που καθορίζουν τους υπεύθυνους χειριστές εγγράφων έτσι ώστε να εξασφαλίζεται ότι τα έγγραφα ποιότητας είναι διαθέσιμα στο σημείο χρήσης τους. Οι προηγούμενες ή οι μη ισχύουσες εκδόσεις επισημαίνονται και τηρούνται για λόγους νομικούς ή και ιστορικούς. Οι αλλαγές επιθεωρούνται και εγκρίνονται από το ίδιο άτομο που πραγματοποίησε την αρχική επιθεώρηση και έγκριση. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, ορίζεται νέο άτομο, με επαρκή εμπειρία στο θέμα. Όπου είναι δυνατό, η φύση των αλλαγών αναγνωρίζεται στα έγγραφα.

Έλεγχος Εξοπλισμού Ελέγχων, Μετρήσεων και Δοκιμών

Στα γραφεία του προσφέροντα υπάρχει διαδικασία για την διασφάλιση του απαιτούμενου εξοπλισμού. Ελέγχεται ότι είναι σε άρτια κατάσταση και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της εκάστοτε σύμβασης και τις συναφείς προδιαγραφές.

Διαχείριση Αρχείων

Τα έντυπα / έγγραφα που αποτελούν απόδειξη της επίτευξης ποιότητας και ικανοποίησης των συμβατικών απαιτήσεων, καθώς και τα έντυπα / έγγραφα που είναι χρήσιμα για τη διαρκή βελτίωση του Συστήματος τηρούνται στα γραφεία του προσφέροντα σαν αρχεία. Στην αρχή κάθε σταδίου, καθορίζονται τα απαιτούμενα αρχεία σύμφωνα με τη σύμβαση του έργου και τις απαιτήσεις του Συστήματος. Ο τρόπος αναγνωρισιμότητας, συλλογής, αρχειοθέτησης, αποθήκευσης και διατήρησης των αρχείων, καθώς και ο χρόνος τήρησης τους τεκμηριώνεται.

Πολιτική ποιότητας

Η πολιτική που θα εφαρμοσθεί για το έργο και την εκπόνηση των παραδοτέων είναι η εκπόνησή τους σύμφωνα με:

- τη Σύμβαση

- το Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας
- το εγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα του έργου

Ο προσφέρων δεσμεύεται στην οργάνωση και διεξαγωγή του έργου, σύμφωνα με τα συμβατικά στοιχεία της Αναθέτουσας Αρχής και δηλώνει ότι θα τηρούνται όλα τα αναγκαία μέτρα οργάνωσης και υλοποίησης και οι προδιαγραφές ώστε να επιτευχθεί άρτιο από τεχνική επιστημονική άποψη αποτέλεσμα. Ο προσφέρων δεσμεύεται, επίσης, στη συνεχή και συνεπή ανταπόκριση στις απαιτήσεις της Αναθέτουσας Αρχής καθώς και στη διαρκή εφαρμογή του Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας και συστηματικού ελέγχου της αποτελεσματικότητάς του.

2. Εσωτερική Ανάλυση του οχήματος μετακίνησης

2.1 Οργάνωση του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναπτυχθεί η οργάνωση του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια του οχήματος θα γίνει στο πλαίσιο του έργου “REMOTECARE” μίας πρότυπης κινητής μονάδας που παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας.

Θα μελετηθεί το όχημα μέσα στο οποίο ουσιαστικά θα λειτουργεί η παρούσα μονάδα, ο εξοπλισμός ο οποίος διατίθεται, καθώς και η ομάδα λειτουργίας που απαρτίζει αυτό το εγχείρημα. Ο πρώτος χρόνος λειτουργίας του προγράμματος θα είναι πιλοτικός και το όραμα των ιθύνοντων είναι να επεκταθεί αυτή η ιδέα σε ένα βάθος 5ετίας παρέχοντας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας.

Εκτός αυτού, θα γίνει εκτενής αναφορά στους τρόπους που προτείνονται προκειμένου αυτή η πρωτοβουλία να χαιρεί δημοσιότητας και ο στόχος και το έργο της να κριθούν αποτελεσματικά. Με άλλα λόγια, προκειμένου η ομάδα λειτουργίας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια του οχήματος θα γίνει στο πλαίσιο του έργου “REMOTECARE”, να προσεγγίσει μεγαλύτερο εύρος ανθρώπων θα ακολουθήσουν διαδικασίες και πρακτικές προώθησης της ιδέας αυτής. Στις πρακτικές αυτές θα γίνει γνωστό ποιες είναι τελικά αυτές οι υπηρεσίες που προσφέρει, πώς λειτουργεί και γιατί είναι μεγάλης αξίας για τους ασθενείς.

2.2 Νομική Βάση για τη λειτουργία του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού

Το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια του οχήματος θα γίνει στο πλαίσιο του έργου “REMOTECARE”, θα λειτουργήσει ως υπηρεσία του Δήμου Ωραιοκάστρου με εποπτεύουσα αρχή το Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας, Πολιτισμού και Αθλητισμού και ειδικότερα το Γραφείο Προστασίας και Προαγωγής της Δημόσιας Υγείας. Ως υπηρεσία ενταγμένη στο Δήμο θα συνεργάζεται με την άλλη αντίστοιχη υπηρεσία παροχής φροντίδας «Βοήθεια στο Σπίτι», τόσο σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό όσο και σε ανθρώπινο δυναμικό. Όπως έχει ήδη αναφερθεί συνοπτικά, το Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» και το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια του οχήματος θα γίνει στο πλαίσιο του έργου “REMOTECARE”, καλούνται να προσφέρουν λύσεις για την υποστήριξη ηλικιωμένων και ατόμων με μακροχρόνιες ανάγκες, καθώς και ατόμων με οικονομικές δυσκολίες, ώστε να αποκτήσουν ποιοτικά μια καλύτερη ζωή. Οι αρμοδιότητες του τμήματος Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας, Πολιτισμού και Αθλητισμού συνοψίζονται στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής, των πολιτικών ισότητας των φύλων, των δράσεων κοινωνικής προστασίας, την προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγείας. Για την εξυπηρέτηση αυτών των σκοπών που θέτει το παρόν τμήμα του Δήμου, έχει υιοθετήσει και εντάξει στο προγραμματικό του σχέδιο υπηρεσίες που θα συμβάλλουν στην πιο αποτελεσματική εξυπηρέτηση των πολιτών σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγείας.

Η μονάδα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια του οχήματος θα γίνει στο πλαίσιο του έργου “REMOTECARE” η οποία λογίζεται ως κομμάτι του Δήμου Ωραιοκάστρου το αντιμετωπίζουμε ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

και ως εκ τούτου οι ανάγκες του θα εξυπηρετούνται άμεσα από το Δήμο. Το προσωπικό το οποίο θα απασχολείται κατά τη λειτουργία του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια του οχήματος θα γίνει στο πλαίσιο του έργου “REMOTECARE”, θα είναι εργαζόμενοι που εργάζονται ήδη για το Δήμο ή θα γίνει πρόσληψη μέσω προκήρυξης ακολουθώντας την ανάλογη προβλεπόμενη διαδικασία.

Τα λειτουργικά έξοδα και οι μισθοδοσίες των εργαζομένων του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια του οχήματος θα γίνει στο πλαίσιο του έργου “REMOTECARE”, θα καλύπτονται αρχικά από την ευρωπαϊκή χρηματοδότηση στα πλαίσια του Προγράμματος Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας INTERREG V-A Ελλάδα – Βουλγαρία 2014-2020. Εν συνεχεία και κατά τη διάρκεια λειτουργίας της μονάδας κατά τα επόμενα έτη τα έξοδα αυτά θα καλύπτονται συμπληρωματικά τόσο από την ευρωπαϊκή χρηματοδότηση όσο και από τον προϋπολογισμό του Δήμου.

2.3 Όραμα και Αποστολή

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 1070 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 “REMOTECARE”, 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, νοσηλεύτες, 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 “REMOTECARE” 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 «REMOTE CARE» είναι ιδέα και υλοποίηση του Δήμου Ωραιοκάστρου, η μισθοδοσία των εργαζομένων που θα στελεχώνουν τις προαναφερθείσες δομές, θα καλύπτονται από τη μισθοδοσία του Δήμου, εφόσον νοούνται ως εργαζόμενοι στο δυναμικό του.

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 νοείται ως εργαζόμενος του Δήμου Ωραιοκάστρου και ως εκ τούτου η μισθοδοσία του θα καλύπτεται από τον προϋπολογισμό του Δήμου.

2.4 Προσφερόμενες Υπηρεσίες

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.

2.5 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.

2.6 Διασφάλιση Ποιότητας

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Από διοικητική σκοπιά, σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών σημαίνει δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο. Μία σύντομη με άλλα λόγια περιγραφή της ιδέας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και του τρόπου με τον οποίο θα λειτουργεί.

Οι προδιαγραφές και τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν:

- Αξιοπιστία: η ικανότητα επίτευξης της υπηρεσίας με ακρίβεια και εγκυρότητα
- Επαγγελματισμός: γνώση, τεχνική κατάρτιση, βαθμός εκπαίδευσης και εμπειρίας του προσωπικού, η ευγένεια που επιδεικνύει το προσωπικό και η ικανότητά του να εμπνεύσει εμπιστοσύνη στον ασθενή.
- Κατανόηση: παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στον ασθενή από το προσωπικό και αναγνώριση των ιδιαιτεροτήτων κάθε ασθενούς

Βάσει του αντικειμένου εργασίας με το οποίο καταπιάνονται οι εργαζόμενοι στο κομμάτι της υγείας, διαφαίνεται και η σημαντικότητα της διασφάλισης της ποιότητας τόσο των υπηρεσιών όσο και των συμμετεχόντων σε αυτήν. Η Διασφάλιση Ποιότητας μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σημαντικό μέσον για τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν τις ελλείψεις τους και ως εκ τούτου, τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες.

Μια εξίσου σημαντική κοινωνική κίνηση για την Διασφάλιση Ποιότητας είναι να εξασφαλίσει την ασφάλεια του κοινού και να το προστατέψει από φροντίδα που είναι απρεπής ή βλαβερή.

Τέλος, μια σειρά πρακτικών κινήτρων, που σχετίζονται με τον πολλαπλασιασμό των πληροφοριών και με την πιθανότητα οι ασθενείς είτε να μην λαμβάνουν διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας είτε να βλάπτονται από υπερβολικές ή ακατάλληλες υπηρεσίες.

Οι στόχοι που θέτει η βιβλιογραφία για τη Διασφάλιση της Ποιότητας και κατ'επέκταση, η ομάδα λειτουργίας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια του οποίου θα γίνει στο πλαίσιο του έργου “REMOTE CARE” είναι εξαιρετικά σημαντικοί και η υλοποίησή τους, μόνο βελτιώσεις θα προσφέρει για τη συνολική απόδοση του έργου.

Όμως για την ορθότερη και αποτελεσματικότερη επίτευξη αυτών, μερικοί παράγοντες θεωρούνται αρκετά σημαντικοί:

- Δέσμευση στο στόχο. Εκφράζεται με ενεργό συμμετοχή.
- Επικέντρωση στους ασθενείς, στους χρήστες των υπηρεσιών και στους προμηθευτές. Καθώς ο λόγος ύπαρξης του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, είναι οι ασθενείς του χρειάζεται προσεκτική ανάγνωση των αναγκών και των προσδοκιών τους, ώστε να ανευρεθούν τρόποι να ικανοποιηθούν.
- Διαρκείς βελτιώσεις των διαδικασιών, με στόχο καλύτερα αποτελέσματα. Τα επιθυμητά αποτελέσματα που κινητοποιούν τους μηχανισμούς ποιότητας θα επιλεγθούν σύμφωνα με τις προτεραιότητες και θα εναρμονιστούν με τα διεθνώς αποδεκτά επιστημονικά πρότυπα. Με την ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης, επιτυγχάνονται οι στόχοι.
- Πολυσυλλεκτική, ομαδική εργασία. Παρέχει το πλεονέκτημα της συνέργειας των ατόμων, ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι πολύ περισσότερο από το απλό άθροισμα των επί μέρους στοιχείων.

2.7 Εγκαταστάσεις και εξοπλισμός

Οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός που απαιτείται δηλώνουν τα άψυχα στοιχεία που αποτελούν το περιβάλλον της εργασίας. Οι υποδομές και ο εξοπλισμός θα πρέπει να ακολουθούν τους κανόνες που υποδεικνύονται από την πολιτεία μέσω του “Ινστιτούτο Ελέγχου και Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Π.Υ.Υ.)”, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του ν. 2519/1997.

Το όχημα της Κινητής Μονάδας Υγείας θα έχει διαστάσεις 4.690 μέτρα x 2.070 μέτρα x 2.100 μέτρα και θα αποτελείται από δύο τμήματα. Το ένα θα περιλαμβάνει το χώρο της γραμματείας και το άλλο το χώρο της εξέτασης.

Ο χώρος της γραμματείας θα αποτελείται από ένα γραφείο σχήματος L εξοπλισμένο με ένα συρτάρι. Έχει υπολογιστεί χώρος στο γραφείο για την τοποθέτηση υπολογιστή και εκτυπωτή.

Για αποθηκευτικό χώρο έχει προβλεφθεί ένα ντουλάπι με δύο συρόμενες πόρτες, δύο ράφια, μία ντουλάπα, ένα ντουλάπι αποθήκευσης για τις μάσκες και ένα συρτάρι αποθήκευσης για διάφορα αρχεία. Αυτό το σύνολο επίπλων τελικά θα αποτελεί έναν πάγκο.

Επίσης θα περιέχει ένα διάγραμμα ματιών και τον καθρέφτη ανάγνωσής του. Προβλέπονται ακόμα μία καρέκλα για τη γραμματεία και άλλη μία για τους ασθενείς ενώ θα υπάρχει και κρεμάστρα για την τοποθέτηση των πανωφοριών. Ο φωτισμός του χώρου θα γίνεται με δύο λάμπες απευθείας διάχυσης φωτός.

Ο χώρος της εξέτασης θα αποτελείται επίσης από ένα γραφείο σχήματος L εξοπλισμένο με ένα συρτάρι συμπεριλαμβανομένου χώρου για την τοποθέτηση υπολογιστή και εκτυπωτή.

Για αποθηκευτικό χώρο έχει προβλεφθεί ένα ντουλάπι με δύο συρόμενες πόρτες και ένα ράφι. Προβλέπονται ακόμα μία καρέκλα για τη γραμματεία και άλλη μία για τους ασθενείς ενώ θα υπάρχει και κρεμάστρα για την τοποθέτηση των πανωφοριών.

Ο καναπές εξέτασης θα έχει δίπλα του ένα ρολό χαρτί και στο κάτω μέρος έπιπλο αποθήκευσης που θα αποτελείται από δύο ντουλάπια. Το ένα θα αξιοποιείται για τα ρολά χαρτιού και το άλλο θα αποτελείται από τέσσερα συρτάρια για την αποθήκευση αρχείων και ένα ράφι.

Επιπλέον θα υπάρχει ένας πάγκος με ντουλάπι αποθήκευσης και ένας ακόμα εργαστηριακός πάγκος εξοπλισμένος με νεροχύτη και τρεχούμενο νερό ρυθμιζόμενης θερμοκρασίας. Το καθαρό νερό οφείλεται στην παρουσία ενός καθαριστή νερού χωρητικότητας 12 λίτρων και μιας δεξαμενής 22 λίτρων που χρησιμοποιείται για την αποθήκευση των λυμάτων και τοποθετούνται κάτω από το νεροχύτη.

Για την διατήρηση της καλής υγιεινής θα υπάρχει διαθέσιμο σαπούνι και χαρτοπετσέτες. Στον ίδιο χώρο θα βρίσκεται και ένας καθρέφτης. Ο εξοπλισμός του χώρου εξέτασης ολοκληρώνεται με τη δημιουργία ενός αποδυτηρίου το οποίο θα απομονώνεται από τον υπόλοιπο χώρο χάριν της παρουσίας κουρτίνας.

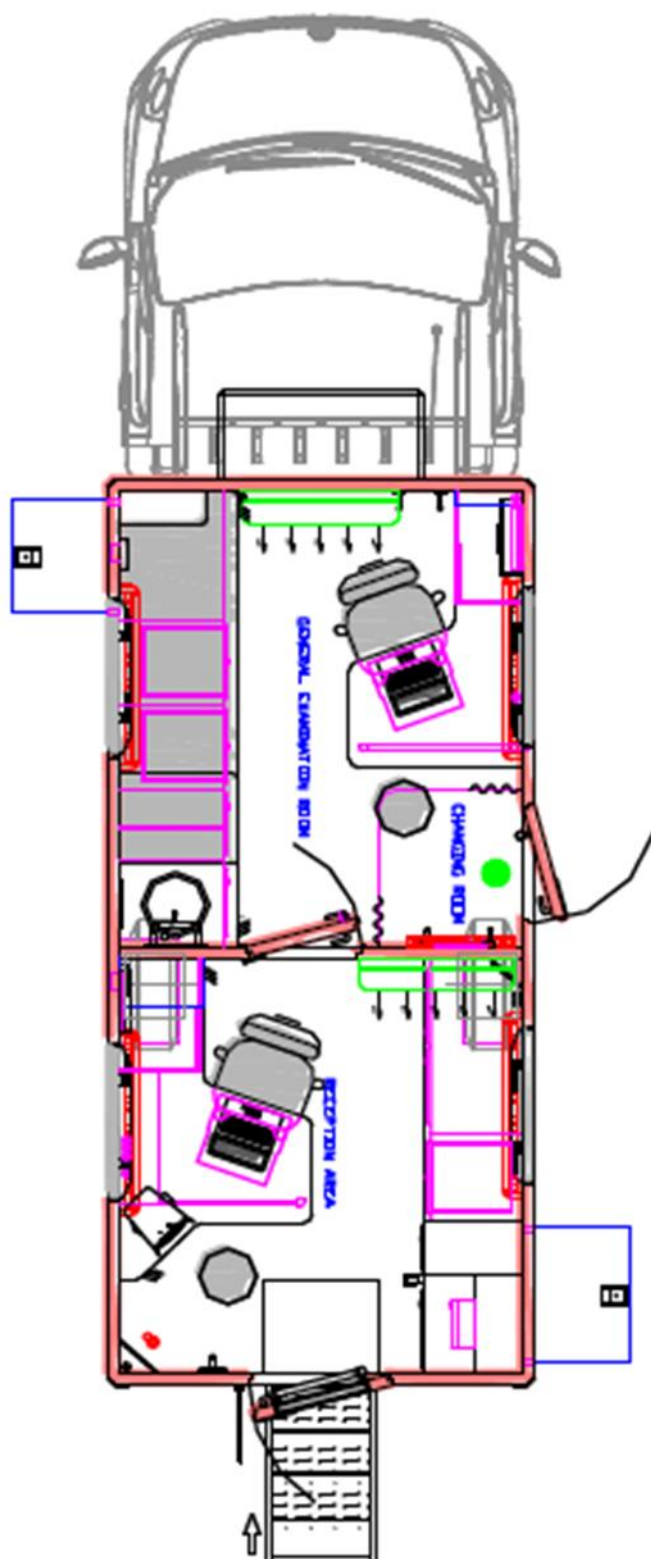
Επιπλέον θα τοποθετηθεί εντός του αποδυτηρίου καθρέφτης. Ο εξοπλισμός του χώρου αυτού περιλαμβάνει επίσης ένα διάγραμμα ματιών, ένα μηχάνημα θέρμανσης

και μία ράβδος μέτρησης η οποία θα στηρίζεται στον τοίχο. Ο χώρος θα φωτίζεται από τρεις λάμπες απευθείας διάχυσης φωτός.

Ο διαχωρισμός μεταξύ των δωματίων θα γίνεται με μία πόρτα. Η πόρτα εισόδου και εξόδου βρίσκεται στο χώρο της γραμματείας ο οποίος έχει επίσης και ένα παράθυρο εξοπλισμένο με κουρτίνα. Υπάρχει επίσης έξοδος κινδύνου η οποία βρίσκεται στο χώρο της εξέτασης.

Η μονάδα είναι εξοπλισμένη με αναστρέψιμο σύστημα κλιματισμού, σύστημα αερισμού και ανανέωσης αέρα. Ο εξοπλισμός ασφαλείας αποτελείται από ανιχνευτή καπνού, πυροσβεστήρες και φωτισμό έκτακτης ανάγκης. Υπάρχει ηλεκτρική παροχή από την ηλεκτρική τροφοδοσία της μονάδας είναι στα 230 volts/ 50Hz. Η κεντρική ηλεκτρική πλακέτα εγκαθίσταται στις ρυθμίσεις της μονάδας. Συγκεντρώνει τους διάφορους διακόπτες και προστασίες του εξοπλισμού που απαιτούνται για την παροχή ρεύματος.

Όλα τα δωμάτια είναι εξοπλισμένα με πρίζες 230 volt. Μια τυπική πρίζα σύνδεσης επιτρέπει τη σύνδεση της μονάδας με το δίκτυο το οποίο είναι εγκατεστημένο στο ηλεκτρικό κουτί. Επιπλέον, μια χειροκίνητη μπαλαντέζα καλωδίων και η επέκταση καλωδίου 50 μέτρων επιτρέπουν τη σύνδεση της μονάδας σε κάθε τυπική πρίζα. Τα φώτα των δωματίων συνδέονται με τον κεντρικό ηλεκτρικό πίνακα.



Ο σχεδιασμός του οχήματος συμπεριλαμβανομένων της περιοχής της γραμματείας και του δωματίου εξέτασης

Ιατρικός εξοπλισμός

1	<p>ΨΗΦΙΑΚΗ ΖΥΓΑΡΙΑ ΑΣΥΡΜΑΤΗ Να διαθέτει κατ’ελάχιστο Συνδεσιμότητα: Bluetooth Smart Ready Διαστάσεις: 380 x 380 x h 30.5 mm Βάρος: 2600 g Μπαταρίες: 4 AAA batteries 1.5V (να περιλαμβάνονται) Εύρος ζύγισης: 5-180 kg Ακρίβεια: ±1 % (50-180 kg) Συνθήκες λειτουργίας: Θερμοκρασία 5οC έως 40οC , Υγρασία 20-85% RH Συνθήκες μεταφοράς και φύλαξης: Θερμοκρασία -20οC έως 55οC , Υγρασία <90% RH Εγγύηση 2 ετων</p>
2	<p>ΨΗΦΙΑΚΟ ΠΙΕΣΟΜΕΤΡΟ ΑΣΥΡΜΑΤΟ Να διαθέτει κατ’ελάχιστο Συνδεσιμότητα: Bluetooth 4.0 Διαστάσεις: 98 mm x 98 mm x 46 mm Περιφέρεια περιβραχιόνου: 22-42εκ Βάρος: 438g (να συμπεριλαμβάνεται περιβραχιόνιο + μπαταρίες) Μέθοδος μέτρησης: παλμική μέθοδος με χρήση πληθωρισμού και αυτόματη μέτρηση Ισχύς: 4x1.5V AAA Χρόνος ζωής AAA: 250 χρήσεις Εύρος μέτρησης: Sys: 60-260mmHg / Dia: 40-199mmHg Παλμός: 40-180bts / λεπτό Συνθήκες χρήσης: Θερμοκρασία: 5 ° C ~ 40 ° C, υγρασία: <85% RH Συνθήκες μεταφοράς και αποθήκευσης: -Θερμοκρασία: -20 ° C ~ 55 ° C, -υγρασία <85% RH Εγγύηση 2 ετων</p>
3	<p>ΨΗΦΙΑΚΟ ΟΞΥΜΕΤΡΟ SPO2 ΑΣΥΡΜΑΤΟ Να διαθέτει κατ’ελάχιστο Ασύρματη επικοινωνία: Bluetooth 4.0 BLE Σύστημα οθόνης: LED Μέγεθος μηχανής: 62mm x 33mm x 28mm Μπαταρία, 3.7V li-ion, 300 mAh Εύρος μέτρησης SpO2: 70-99% Ακρίβεια SpO2: 70-99%, ± 2%, <70%, Εύρος μέτρησης ρυθμού παλμού: 30-250brpm Ακρίβεια ρυθμού παλμού: ± 2brpm Αυτόματη απενεργοποίηση κατόπιν 8 δευτερολέπτων Θερμοκρασία λειτουργίας: 5 ° C έως 40 ° C</p>

	<p>Υγρασία λειτουργίας: <80% Θερμοκρασία αποθήκευσης και μεταφοράς: -20 ° C έως 55 ° C Υγρασία αποθήκευσης και μεταφοράς: <95% Εγγύηση 2 ετων</p>
4	<p>ΜΕΤΡΗΤΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΑΣΥΡΜΑΤΟΣ Να διαθέτει κατ’ ελάχιστο Ασύρματη επικοινωνία: Bluetooth Μέθοδος μέτρησης: Αμπερομετρική τεχνολογία με χρήση οξειδάσης γλυκόζης Χρήση ενός ασθενούς μόνο για αυτοέλεγχο Το πακέτο να περιλαμβάνει μετρητή, βελόνες, συσκευή εκκένωσης και θήκη ταξιδιού Μέγεθος μηχανής: 3,8 " × 1,35 " × 0,75 " (90mm × 34,5mm × 19mm) Ισχύς: DDC 3.6V Εύρος αποτελέσματος: 20 mg / dL ~ 600 mg / dL (1,1 mmol / L ~ 33,3 mmol / L) Πηγή αίματος: Φρέσκο τριχοειδές ολικό αίμα Όγκος αίματος: Ελάχιστος 0,7 μικρολίτρα Θερμοκρασία λειτουργίας: 50 ° -104 ° F (10 ° C έως 40 ° C) Συνθήκες αποθήκευσης: (Μετρητές και ταινίες δοκιμής): 39 ° F έως 86 ° F (4 ° C έως 30 ° C), Υγρασία <80% RH Συνθήκες αποθήκευσης (Μετρητής): -4 ° F - 131 ° F (-20 ° C ~ 55 ° C), Υγρασία <80% RH Εγγύηση 2 ετων</p>
5	<p>ΤΑΙΝΙΕΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΥΡΜΑΤΟ ΜΕΤΡΗΤΗ ΣΑΚΧΑΡΟΥ (50TEM) Να διαθέτει κατ’ελάχιστο Συμβατό με τη συσκευή μέτρησης σακχάρου του διαγωνισμού με AA4 Εύρος αποτελέσματος: 20 mg / dL ~ 600 mg / dL (1,1 mmol / L ~ 33,3 mmol / L) Πηγή αίματος: Φρέσκο τριχοειδές ολικό αίμα Όγκος αίματος: Ελάχιστος 0,7 μικρολίτρα Φυλάσσετε το φιαλίδιο της ταινίας δοκιμής μεταξύ 4 ° C έως 30 ° C και 10% έως 85% σχετική υγρασία. Συνθήκες λειτουργίας: 50 ° F - 95 ° F (10 ° C - 35 ° C) Οι δοκιμαστικές ταινίες γλυκόζης αίματος να λήγουν 90 ημέρες μετά το άνοιγμα 2 φιαλίδια ταινιών μέτρησης της γλυκόζης στο αίμα, το καθένα περιέχει 25 δοκιμαστικές ταινίες 50 ταινίες μέτρησης γλυκόζης αίματος Εγγύηση 2 ετων</p>
6	<p>ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΟ ΑΣΥΡΜΑΤΟ SET Να διαθέτει κατ’ελάχιστο Παροχή ρεύματος: 2 μπαταρίες AAA 1.5 V συμπεριλαμβανόμενες Συνδεσιμότητα: Χαμηλή ενέργεια Bluetooth® 4.0 Μέγεθος - βάρος: 49 x 109 x 21 mm - 61 g (συμπεριλαμβάνονται μπαταρίες) Ψ 30 mm</p>

<p>Ατμοσφαιρική πίεση: 860 hPa έως 1060 hPa Θερμοκρασία: -10 °C σε 60 °C Υγρασία: 0-95% RH, χωρίς συμπύκνωση Ατμοσφαιρική πίεση: 860 hPa έως 1060 hPa</p>	
Εφαρμόσιμοι Κανονισμοί και Νόμοι	ASTM 1965/EN12470-5/GB/T 19146-2010
Μονάδα θερμοκρασίας	°C / °F, ρυθμιζόμενο
Σειρά μέτρησης	Λειτουργία θερμοκρασίας μετώπου και αυτιού: 32,0 - 43 °C / °F 89,6 έως 109,4 °F
Ακρίβεια	±0.2°C / ±0.4°F
Ανάλυση οθόνης	0.1°C/ 0.1°F
Μείωση Χρόνου	1 δευτερόλεπτο
Απεικόνιση μη φυσιολογικής κατάστασης	Απεικόνιση LCD "L °C" όταν η μετρούμενη θερμοκρασία είναι κάτω από το ελάχιστο εύρος μέτρησης. Απεικόνιση LCD "H °C" όταν η μετρούμενη θερμοκρασία είναι πάνω από το ανώτερο εύρος μέτρησης. Απεικόνιση LCD "Er1", όταν το κύκλωμα μέτρησης της θερμοκρασίας είναι μη φυσιολογικό (σφάλμα στον αισθητήρα ή στο Κύκλωμα μέτρησης της θερμοκρασίας), ή το κύκλωμα της ατμοσφαιρικής θερμοκρασίας υπερβαίνει το 10 °C -40 °C (50 °F -104 °F). Θα υπάρχει "ErC" όταν η διαδικασία βαθμονόμησης δεν έχει ολοκληρωθεί ή το EEPROM είναι μη φυσιολογικό.
Ηχος	όγκος \geq 50 db (η κάθετη απόσταση από την db Ο όγκος του αισθητήρα με θερμόμετρο είναι 10 cm)
Αυτόματη λειτουργία απενεργοποίησης	60s
Λειτουργία εμφάνισης χαμηλής τάσης	Το προϊόν θα φέρει σήμα χαμηλής τάσης, αν η τάση είναι κάτω από 2.5V
Λειτουργία μνήμης	Απομνημονεύει 20 ομάδες αποτελεσμάτων μετρήσεων θερμοκρασίας
Τωρινή κατανάλωση	I Stand-by <2mA; Λειτουργία <1 mA; IBuzzer στο <2mA;I Οπίσθιος φωτισμός <15mA
Συνθήκες λειτουργίας	ASTM 10 °C -40 °C (50 °F -104 °F) / 15-95% RH
Τύπος μέτρησης	Εφαρμόσιμη θερμοκρασία του μετώπου και

		του αυτιού	
	Μπαταρία	Ευμετάβλητη για δύο 1.5V τριπλή μπαταρίες AAA	
	Διάρκεια ζωής μπαταρίας	Περισσότερο από 3.000 φορές	
9	<p>ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΟΣ ΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΟΣ Να διαθέτει κατ’ελάχιστο Τρικάναλος καρδιογράφος σύγχρονης τεχνολογίας με μεγάλη ευανάγνωστη οθόνη 7”, όπου απεικονίζονται και τα δώδεκα κανάλια. Εύκολος στην μεταφορά και στην χρήση, οικονομικός, αξιόπιστος. Λειτουργεί με ρεύμα και μπαταρία. Αποθηκεύει τα ΗΚΓ στην μνήμη και τα εκτυπώνει αργότερα, ή τα μεταφέρει στον υπολογιστή. ΤΕΧΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ (Να διαθέτει): οθόνη TFT-LCD έως 7” για απεικόνιση και των 12 απαγωγών του ΗΚΓ και αξιολόγηση της ποιότητας του σήματος πριν από την εκτύπωση μονάδα ηλεκτρονικού επεξεργαστή 12 bit με δειγματοληψία 1.000 samples/sec. καλώδιο ασθενή 10 απαγωγών αυτόματη ηλεκτροκαρδιογραφική ανάλυση με βάση ενσωματωμένο αλγόριθμο (πρόγραμμα “ανάλυσης”). απεικόνιση των παραμέτρων: HR, PR, QRS, QT/QTc, P/QRS/T. ρυθμίσεις ευαισθησίας 2.5, 5, 10, 20 mm/mV φίλτρα αποκοπής θορύβου δικτύου και μυϊκού τρόμου ενσωματωμένο εκτυπωτή με εξαιρετική ποιότητα καταγραφής σε χαρτί πλάτους 58mm ή 63mm και ταχύτητες 6.5-12.5-25-50 mm/sec ενδείξεις στην καταγραφή του ΗΚΓ, ημερομηνίας, ώρας, ταχύτητας χαρτιού, ευαισθησίας, ονομασίας παρακολουθούμενων απαγωγών καθώς και οπτικές και ηχητικές ενδείξεις (alarms) για τη μη καλή επαφή ηλεκτροδίων. παρέχει αντίγραφα του αποθηκευμένου ΗΚΓ. πληκτρολόγιο μεμβράνης για την επιλογή και προγραμματισμό της λειτουργίας του αυτόματη ή χειροκίνητη επιλογή καταγραφής λειτουργεί με ρεύμα ή επαναφορτιζόμενες μπαταρίες που παρέχουν αυτονομία λειτουργίας τουλάχιστον 5 ωρών. σειριακή θύρα για σύνδεση με υπολογιστή είναι κατασκευασμένος σύμφωνα με τις προδιαγραφές ασφαλείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και φέρει πιστοποιητικό CE. Να έχει ΧΡΟΝΟ ΕΓΓΥΗΣΗΣ τα 2 έτη (και 6 μήνες καλώδια, μπαταρία, κάρτες μνήμης κλπ.)</p>		
10	<p>ΦΟΡΗΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΟΣ ΑΣΥΡΜΑΤΟΣ Να διαθέτει κατ’ελάχιστο -Ασύρματος ενισχυτής ΗΚΓφήματος για λήψη έως και 12 καναλιών με τα εξής χαρακτηριστικά: -Ενσωματωμένη οθόνη για την απεικόνιση του ΗΚΓφήματος -Δειγματοληψία: 8000 Hz, 12 bit -Συχνότητα απόκρισης: 0 – 150 Hz</p>		

	<p>-Καλώδιο ΗΚΓΦήματος -Αντάπτορας επικοινωνίας ΒΤ. -Φορτιστής μπαταριών & 4 επαναφορτιζόμενες μπαταρίες. Συσκευή: -Διαστάσεις: 90 x 58 x 20 mm -Βάρος: 115 g συμπεριλ -Ηλεκτρόδια: 10 -Σταθμοί ΗΚΓ: 12 -Συχνότητα δειγματοληψίας: 8000 Hz -Απόρριψη κοινής λειτουργίας:> 110 db -Προστασία απινίδωσης: Ναι -Ανίχνευση και καταστολή του βηματοδότη: Ναι -Εύρος ζώνης: 0,05 - 150 Hz -Μπαταρία: 2x μπαταρίες AA (μπαταρία ή συσσωρευτής) -Αυτόματη δοκιμή καλωδίων: σύνθετη αντίσταση -Καλώδιο ασθενούς: μπορεί να αντικατασταθεί -Οθόνη: Οριζόντια καμπύλη συχνοτήτων OLED για γρήγορη αξιολόγηση ποιότητας -Χρόνος λειτουργίας για συνεχή λειτουργία: 36 ώρες Bluetooth: -Μεταφορά δεδομένων: Bluetooth 2.0 και 2.1 + EDR -Ασφάλεια: αντιστοίχιση για να διασφαλιστεί η μεταφορά δεδομένων στον σωστό παραλήπτη -Η έξυπνη αντιστοίχιση να υποστηρίζεται. Εγγύηση 2 ετων</p>
11	<p>ΑΣΥΡΜΑΤΗ ΣΥΣΚΕΥΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΓΕΙΑΣ (κάρτα-σένσορας) Να διαθέτει κατ’ελάχιστο Να Βασίζεται στην τεχνολογία Bluetooth 2.1/4.0 Μέτρηση επίπεδων ΗΚΓ μονοκάναλου, καρδιακής λειτουργίας και επιπέδου στρες Μέγιστες Διαστάσεις: 10cm x 4cm x 1 cm Μέγιστο βάρος: 20gr Μπαταρία: Lithium-Polymer 3.7VDC, 48mAh Χρόνος Φόρτισης μπαταρίας: έως 10 λεπτά Χρόνος εγγύησης: 2 έτη</p>
12	<p>ΣΤΗΘΟΣΚΟΠΙΟ ΑΣΥΡΜΑΤΟ Να διαθέτει κατ’ελάχιστο Καταγραφή και αποθήκευση έως και δώδεκα ηχογραφήσεις ασθενών 30 δευτερολέπτων Μετάδοση ήχων μέσω τεχνολογίας Bluetooth® (προσαρμογέας Bluetooth® - μη συμβατό με συσκευές Apple) Εξάλειψη του 85% (κατά μέσο όρο) θορύβου περιβάλλοντος Ενίσχυση των ήχων έως και 24 φορές</p>

	<p>Πρόσθετα οφέλη</p> <ul style="list-style-type: none">-Λειτουργία κουδουνιού και διαφράγματος-ακουστικά με μαλακή σφραγίδα-Κάλυμμα διαφράγματος μη ψύξης-Η σωλήνωση επόμενης γενιάς να μην κατασκευάζεται με λάτεξ από φυσικό καουτσούκ και να μην περιέχει πλαστικοποιητές φθαλικού εστέρα.-Ποικιλία χρωμάτων σωλήνων-2ετής εγγύηση-Εφαρμογές Καρδιολογία / Υψηλή απόδοση Μικρή κατασκευή-Μέγεθος κερατοειδούς 2 ίντσες / 5,1 εκ-Τεχνολογία κεφαλής Ενιαία όψη-Βάρος κεφαλής (μετρικό) 98 g-Διάμετρος διαφράγματος 2 ίντσες-Υλικό διαφράγματος Σιλικόνη πολυουρεθάνης-Τύπος Eartip Μαλακή σφράγιση-Ακουστικό υλικό Αλουμίνιο ευρείας διάστασης αεροδιαστημικής / ανοδιωμένο αλουμίνιο-Μήκος 27 ιντσών-Μήκος (Μετρικό) 69 εκ-Καθαρό βάρος (μετρικό) 185 g
13	<p>SET ΩΤΟΣΚΟΠΙΟ & ΟΦΘΑΛΜΟΣΚΟΠΙΟ Να διαθέτει κατ'ελάχιστο</p> <p>A. Μετασχηματιστής-βάση Να αποτελείται από ενιαία μονάδα δύο λαβών. Να λειτουργεί με ενσωματωμένους μαγνητικούς διακόπτες έτσι ώστε να καθαρίζει εύκολα και δεν διαθέτει σημεία εγκλωβισμού της βρωμιάς όπως οι μηχανικοί διακόπτες. Οι λαβές να διαθέτουν ρεοστάτη για τη ρύθμιση της έντασης του φωτός. Οι λαβές να δέχονται μεγάλο εύρος διαγνωστικών κεφαλών. Οι λαβές να έχουν τη δυνατότητα ταυτόχρονης χρήσης. Οι διαγνωστικές κεφαλές να «κουμπώνουν» στις λαβές με ασφάλεια και όχι βιδωτά. Να υπάρχει δυνατότητα «κλειδώματος» των διαγνωστικών κεφαλών στις λαβές για την αποφυγή της απώλειας αυτών. Η παροχή τάσης στις λαβές να ενεργοποιείται αυτόματα με την απομάκρυνση της λαβής από τη βάση της, και απενεργοποιείται με την επανατοποθέτησή της. Οι λαβές να διαθέτουν σπирάλ καλώδιο ικανού μήκους. Οι διαγνωστικές κεφαλές να λειτουργού με τάση τουλάχιστον 3.5V.Να διαθέτει θύρα USB για σύνδεση εξωτερικών οργάνων. Οφθαλμοσκόπιο Οφθαλμοσκόπιο υψηλής ποιότητας. Ο διαχωρισμός του φωτισμού και της παρατηρούμενης ακτίνας φωτός μέσω ασφαιρικού οπτικού συστήματος επιτρέπει την αποφυγή της αντανάκλασης του φωτός από τον κερατοειδή χιτώνα και την ίριδα (αρχή</p>

του Gullstrand). Το οφθαλμοσκόπιο να επιτρέπει την παρατήρηση όλης της φωτισμένης περιοχής του αμφιβληστροειδούς ακόμα και όταν η κόρη του ματιού είναι μικρή.

Μοναδικό οπτικό σύστημα	Να ελαχιστοποιείται η αντανάκλαση στον κερατοειδή χιτώνα και στην ίριδα. Να εξασφαλίζει πλήρη παρατήρηση της φωτιζόμενης περιοχής.
Διαθέτει λαμπτήρα αλογόνου HEINE	Να δίνει έντονο και λευκό φως
Κοίλο, πολλαπλώς επικαλυμμένο παράθυρο παρατήρησης	Να διευκολύνει στην αποφυγή του φωτός διασποράς
Κατασκευή ειδική για την αποφυγή της σκόνης	Να μην χρειάζεται συντήρηση
Εργονομικό σχήμα	το οφθαλμοσκόπιο να ταιριάζει στην κόγχη του οφθαλμού του εξεταστή με άνεση και σε κάθε θέση
Το τμήμα στο οποίο ακουμπά η κόγχη του οφθαλμού του εξεταστή είναι από μαλακό πλαστικό υλικό	Να προστατεύει τα γυαλιά του εξεταστή και παράλληλα δίνει μεγάλη σταθερότητα στο οφθαλμοσκόπιο
Διαθέτει πέντε επιλογές διαφραγμάτων (σχισμή, αστέρι διόρθωσης (fixation star), πράσινο φίλτρο κοβαλτίου, μεγάλος κύκλος, μικρός κύκλος)	Να είναι κατάλληλο για μεγάλες και μικρές κόρες οφθαλμών. Μπορεί να συνδυάσει τις πέντε επιλογές διαφραγμάτων με το φίλτρο κατακράτησης του κόκκινου για καλύτερο κοντράστ.
Διοπτρίες: -35 ως +20 D	Να δίνει καλά αποτελέσματα ακόμα και με μεγάλα διαθλαστικά σφάλματα

Να Μπορεί να λειτουργήσει με λαμπτήρα 2,5V εάν η λαβή είναι με απλές αλκαλικές μπαταρίες ή με λαμπτήρα 3,5V εφόσον η λαβή είναι επαναφορτιζόμενη με φορτιζόμενες μπαταρίες και εάν τοποθετηθεί σε επιτοίχια μονάδα.

Ωτοσκόπιο υψηλής ποιότητας με φωτισμό που γίνεται μέσω οπτικής ίνας. Μεγάλης διαμέτρου παράθυρο παρατήρησης. Δυνατότητα πνευματοσκόπησης. Το παράθυρο παρατήρησης περιστρέφεται και κλείνει αεροστεγώς.

Ο φωτισμός μέσω οπτικής ίνας από λάμπα αλογόνου να δίνει έντονο φως χωρίς αντανάκλασεις και σκιές. Η οπτική ίνα να είναι προστατευμένη και να εγγυάται τον μέγιστο φωτισμό σε όλη τη διάρκεια ζωής του ωτοσκοπίου.

Το παράθυρο του ωτοσκοπίου να είναι φτιαγμένο από ειδικό γυαλί για να μην

	<p>χαράσσεται, να έχει μεγάλη διάμετρο και μεγέθυνση 3X δίνει μεγάλη και καθαρή εικόνα Το αεροστεγές κλείσιμο του παραθύρου να δίνει αξιόπιστα αποτελέσματα στην εξέταση ευκινησίας του τύμπανου. Κάθε ωτοσκόπιο να δοκιμάζεται σε πίεση 3 bars έτσι ώστε να εγγυάται τέλειο κλείσιμο κατά την διάρκεια της πνευματοσκόπησης. Το ωτοσκόπιο να διαθέτει ειδικό, ανθεκτικό, πλαστικό προστατευτικό κάλυμμα. Να Διαθέτει ειδικό λαμπτήρα XENON για ισχυρό λαμπρό φωτισμό.</p>
14	<p>ΣΥΣΚΕΥΗ-ΜΕΤΡΗΤΗΣ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ Να διαθέτει κατ’ελάχιστο το μετρητή, 10 τεμάχια μέτρησης λιπιδαιμικού προφίλ, 2 πιπέτες και τη θήκη μεταφοράς Να μετράει τις παρακάτω παραμέτρους μέσω ενός ενιαίου τσιμπήματος για λήψη αίματος από τριχοειδείς αγγεία: Ολική χοληστερόλη, HDL, LDL, Τριγλυκερίδια, Ολική χοληστερόλη / HDL, και LDL / HDL</p> <p>Γενικά Χαρακτηριστικά Μπαταρία: 3 μπαταρίες αλκαλικού μαγγανίου AAA 1.5V AAV Αριθμός μετρήσεων: περισσότερες από 500 μετρήσεις (λιπίδια: 500, GLU / Hb: 1.000) (με νέες μπαταρίες) Μέθοδος μέτρησης: Λιπίδιο και αιμοσφαιρίνη: ανακλαστική μέθοδος, Οθόνη: LCD (οπίσθιος φωτισμός LED) Κουμπιά: 3 κουμπιά: διακόπτης τροφοδοσίας (κουμπί ON / OFF), κουμπί επάνω και κάτω Μνήμη: 1.000 μετρήσεις τουλάχιστον Λειτουργία: Μέσος όρος των μετρήσεων της γλυκόζης (1 ~ 90 ημέρες)</p>
15	<p>ΤΑΙΝΙΕΣ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΣΚΕΥΗ-ΜΕΤΡΗΤΗΣ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ</p> <p>Να διαθέτει κατ’ελάχιστο</p> <p>Εύρος μέτρησης: ολική χοληστερόλη: 100 ~ 400 mg / dL, τριγλυκερίδια: 50 ~ 600 mg / dL, HDL: 20 έως 80 mg / dL HLDL υπολογισμός Αναλογία LDL / HDL Αναλογία CHOL/HDL Δείγμα: Νωπό τριχοειδές αίμα για αυτοέλεγχο και επαγγελματική χρήση</p>

	<p>Όγκος δείγματος: 15 μλ (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL για κάθε δοκιμή) Χρόνος μέτρησης: Λιπίδια: εντός 3 λεπτών Θερμοκρασία αποθήκευσης: 8-30 ° C Αιματοκρίτης: Ολική χοληστερόλη, Τριγλυκερίδια 30-50%, HDL 35-50% Θερμοκρασία μέτρησης: 10-40 ° C</p>
16	<p>ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΣΑΝΤΑ Να διαθέτει κατ’ελάχιστο Διαστάσεις 520x230x210 mm Υλικό Νάιλον Βάρος 730 g λουρί ώμου Ανακλαστικά ένθετα για αύξηση της ορατότητας λογική και διατεταγμένη αποθήκευση του περιεχομένου χάρη στα ημιάκαμπτα διαμερίσματα 2 πλευρικές τσέπες με κλείσιμο με φερμουάρ Ενισχυμένη βάση να χωράει φιάλη μισού λίτρου οξυγόνο ποδαράκια προστατευτικά</p>
17	<p>ΦΟΡΕΙΟ ΣΠΑΣΤΟ Να διαθέτει κατ’ελάχιστο Σκελετό (ΑΛΟΥΜΙΝΕΝΙΟ) ΑΝΑΔΙΠΛΟΥΜΕΝΟ ΚΑΤΑ ΠΛΑΤΟΣ Ελαφρύ και ανθεκτικό με πορτοκαλί πλαστικό υλικό κατάκλισης. Οι μηχανισμοί των ανωτέρω φορείων να είναι σιδερένιοι. Μήκος 200εκ. Πλάτος κλειστό 11εκ. Πλάτος ανοιχτό 51εκ. Υψος 11εκ. Βάρος 8Kg. Μέγιστο φορτίο 140-150 Kg.</p>
18	<p>ΨΥΓΕΙΟ ΣΠΛΑΧΝΩΝ Να διαθέτει κατ’ελάχιστο Εύρος θερμοκρασίας +10 / -10 ° C Εξωτερικές Διαστάσεις (Π x Β x Υ) cm 51 X 35 X 39 Πόρτα Nr 1 τυφλή πόρτα Εσωτερικός εξοπλισμός Αριθμός ανοιχτού καλαθιού συρμάτινου μεγέθους ασημί 28 x 25 x 25 (Π x Β x Υ) Συναγερμοί Ακουστικές και οπτικές για αποκλίσεις θερμοκρασίας Χειροκίνητη απόψυξη Χωρητικότητα 26 lt (0,92 cu ft) Δομή και μόνωση Τοξικό πλαστικό υλικό int./est., Πάχος 40 mm Κλείδωμα κλειδιού Ψηφιακός ηλεκτρονικός θερμοστάτης ελεγκτή Τύπος ψύξης Στατικό</p>

19	<p>ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΑΝΑΛΥΤΗΣ – ΦΩΤΟΜΕΤΡΟ Να διαθέτει κατ’ελάχιστο Κύτταρο ροής 18 μL Τυπικός όγκος εργασίας 500 L Ελάχιστος όγκος εργασίας 350 μL Μεταφέρετε λιγότερο από 1% Περιστασιακή αντλία εισαγωγής με ρυθμιζόμενη ένταση εισαγωγής και ρύθμιση κενού αέρα Λειτουργικοί τρόποι απορρόφησης, τελικός, σταθερός, κινητικός, πολλαπλών και διαφορικός Φασματική περιοχή 320-690 nm Μήκος κύματος φίλτρου 340-405-492-505-546-578-630 nm · 1 κενή θέση Μονόχρωμη ανάγνωση, Διχρωματική Αποθήκευση κενών αντιδραστηρίων Συμπεριλαμβάνεται Εύρος μέτρησης από -0.200 έως 3.000 O.D. Φωτομετρική ακρίβεια \pm 1% από 0 έως 2.500 O.D. Φωτομετρική γραμμικότητα \pm 1% από 0 έως 2.500 O.D. Αναπαραγωγιμότητα CV <1% από 0 έως 2.000 O.D. Αποτέλεσμα μνήμης 400 αποτελέσματα δοκιμών Επιλογή δείγματος αναγνωριστικού Πρόγραμμα QC 30 τελευταία αποτελέσματα, 2 επίπεδα για 30 επιλέξιμες δοκιμές με το σχέδιο Levey-Jennings Τοποθεσίες 10 μονάδων επώασης \pm 0,2 ° C Θερμοκρασία του επωαστήρα επιλέξιμη από 20 ° C έως 40 ° C Εμφάνιση γραφικών 240x128 εικονοστοιχείων Γλώσσα Αγγλικά, Ιταλικά, 2 άλλες γλώσσες κατόπιν αιτήματος Πλήκτρο πληκτρολογίου 8 πληκτρολογίων πολλαπλών λειτουργιών ή εξωτερική σύνδεση για πληκτρολόγιο PS-2 Εκτυπωτής γραφικού ενσωματωμένο στον εκτυπωτή με 24 στήλες Τροφοδοσία αυτόματης εστίασης (80-260 V) Εξωτερική θύρα Serial RS232</p>																				
20	<p>ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΑ ΓΙΑ τον ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΑΝΑΛΥΤΗ (ΣΕΤ)</p> <table border="1" data-bbox="201 1648 1461 2031"> <thead> <tr> <th data-bbox="201 1648 536 1776">ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ</th> <th data-bbox="536 1648 1134 1776">ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ</th> <th data-bbox="1134 1648 1273 1776">ΜΟΝΑ ΔΑ</th> <th data-bbox="1273 1648 1461 1776">ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="201 1776 536 1865">UREA LIQUICOLOR UREA liquiUV</td> <td data-bbox="536 1776 1134 1865"></td> <td data-bbox="1134 1776 1273 1865"></td> <td data-bbox="1273 1776 1461 1865"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="201 1865 536 1955">9 x 3 mL</td> <td data-bbox="536 1865 1134 1955">Photometric colorimetric test, modified Berthelot method (578</td> <td data-bbox="1134 1865 1273 1955">Kit</td> <td data-bbox="1273 1865 1461 1955">54</td> </tr> <tr> <td data-bbox="201 1955 536 2000"></td> <td data-bbox="536 1955 1134 2000">nm), Standard</td> <td data-bbox="1134 1955 1273 2000"></td> <td data-bbox="1273 1955 1461 2000"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="201 2000 536 2031">POTASSIUM</td> <td data-bbox="536 2000 1134 2031"></td> <td data-bbox="1134 2000 1273 2031"></td> <td data-bbox="1273 2000 1461 2031"></td> </tr> </tbody> </table>	ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΜΟΝΑ ΔΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ	UREA LIQUICOLOR UREA liquiUV				9 x 3 mL	Photometric colorimetric test, modified Berthelot method (578	Kit	54		nm), Standard			POTASSIUM			
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΜΟΝΑ ΔΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ																		
UREA LIQUICOLOR UREA liquiUV																					
9 x 3 mL	Photometric colorimetric test, modified Berthelot method (578	Kit	54																		
	nm), Standard																				
POTASSIUM																					

	LIQUIRAPID			
	1 x 100 mL	Photometric turbidimetric test, tetraphenylboron method (578 nm), Complete kit	Kit	200
	IRON liquicolor			
	2 x 30 mL	Photometric colorimetric test, monoreagent with lcf, chromazurol B method (623 nm), Complete kit	Kit	120
	HAEMOGLOBINE liquicolor			
	10 x 500 mL	Photometric colorimetric test, cyanmethemoglobin method (520 - 550 nm), Reagent concentrates A and B	Kit	10.000
	GOT (ASAT)			
	10 x 10 mL	Humazym liquiUV-test, modified IFCC method (334 nm, 340 nm, 365 nm), Complete kit	Kit	200
	GOT (ASAT) IFCC mode LiquiUV			
	8 x 50 mL	Humazym liquiUV-test, modified IFCC method (334 nm, 340 nm, 365 nm), Complete kit	Kit	800
	GPT (ALAT)			
	10 x 10 mL	Humazym liquiUV-test, modified IFCC method (334 nm, 340 nm, 365 nm), Complete kit	Kit	200
	GPT (ALAT) IFCC mode LiquiUV			
	16 x 5 mL	Humazym liquiUV-test, modified IFCC method (334 nm, 340 nm, 365 nm), Complete kit	Kit	160
21	<p>ΦΥΓΟΚΕΝΤΡΟΣ MINI Να διαθέτει κατ'ελάχιστο Ισχύς εισόδου: 85 ~ 250V / 50HZ Μέγιστη ταχύτητα: 7200rpm Μέγιστη φυγόκεντρη δύναμη: 2350g Ροτόρ: 6 χ 1,5 / 2,0 ml, σωλήνας 0,5 / 0,2 ml, 2 X 8 X 0,2 ml, 6 * 5 ml Βάρος: 1,5 κιλά</p>			
22	<p>ΑΝΑΣΤΗΜΟΜΕΤΡΟ ΤΟΙΧΟΥ Να διαθέτει κατ'ελάχιστο:</p>			

	<p>Αναστημόμετρο για τοποθέτηση σε τοίχο Να μην υπάρχουν μέρη φθοράς και δεν χρειάζονται συντήρηση Να είναι μικρό και εύχρηστο Εύρος μέτρησης 0 - 220 cm Υπο-Διαίρεση 1 mm Διαστάσεις 150 x 30 x 140 mm</p>	
23	<p>ΠΛΑΓΙΟΣ ΦΩΤΙΣΜΟΣ Να διαθέτει κατ'ελάχιστο Τροχήλατη λάμπα μαύρη αλογόνου μακρύ και εύκαμπτο σωλήνα στήριξης λάμπα ψυχρού φωτισμού</p>	
24	<p>ΣΚΑΛΟΠΑΤΙ ΔΙΠΛΟ Να διαθέτει κατ'ελάχιστο: μεταλλικό σκελετό χρωμιωμένο αντιολισθητικό υλικό σε κάθε πάτημα Διαστάσεις: 40* ύψος 45</p>	
25	<p>ΑΝΑΓΗΡΙΚΟ ΑΜΑΞΙΔΙΟ Να διαθέτει κατ'ελάχιστο Πλαίσιο από χάλυβα επιχρισμένο με σκόνη, Υποβραχιόνιο. Πλάτος καθίσματος: 46 εκ Τροχοί: 24 "στερεός ελαστικός πίσω τροχός και 8" μπροστινός τροχός. Υλικό σωλήνα: Χάλυβας υψηλής αντοχής Διαστάσεις σωληνώσεων: Διάμετρος = 22,2 mm, Πάχος = 1,2 mm (25,4 * 1,6 mm για Cross Bar) Μέγιστο βάρος χρήστη: 110 kg Καθαρό βάρος / μεικτό βάρος: ± 17 kg / ± 20 kg</p>	
26	ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	
	Περιγραφή	τμχ
	ΓΑΝΤΙΑ LATEX ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΕΩΣ ΜΕ ΠΟΥΔΡΑ 1,5 AQL ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΤΩΝ 100 ΤΕΜΑΧΙΩΝ MEDIUM	200
	ΓΑΝΤΙΑ LATEX ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΕΩΣ ΜΕ ΠΟΥΔΡΑ 1,5 AQL ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΤΩΝ 100 ΤΕΜΑΧΙΩΝ LARGE	200
	ΥΓΡΟΜΑΝΤΗΛΑ - ΠΕΤΣΕΤΑ ΧΩΡΙΣ ΑΛΚΟΟΛ ΜΕ ALOE VERA ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΤΩΝ 64 ΤΜΧ	4
	Συσκευές ενδοφλέβιας έγχυσης ορού ΜΙΚΡΟΣΤΑΓΟΝΩΝ ΜΕ ΑΕΡΟΘΑΛΑΜΟ 1,5M	25
ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΕΣ ΣΥΣΚΕΥΑΣΜΕΝΕΣ ΑΝΑ ΜΙΑ ΜΕ ΑΠΟΣΠΩΜΕΝΗ	100	

ΒΕΛΟΝΑ 10CC,		
ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΕΣ ΣΥΣΚΕΥΑΣΜΕΝΕΣ ΑΝΑ ΜΙΑ ΜΕ ΑΠΟΣΠΩΜΕΝΗ ΒΕΛΟΝΑ 20CC	50	
ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΕΣ ΣΥΣΚΕΥΑΣΜΕΝΕΣ ΑΝΑ ΜΙΑ ΜΕ ΑΠΟΣΠΩΜΕΝΗ ΒΕΛΟΝΑ 1cc	100	
ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΓΑΖΑΣ ΜΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΟ ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΤΩΝ 100 ΤΕΜΑΧΙΩΝ 5X5	1 ΠΑΚΕΤΟ	
ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΓΑΖΑΣ ΜΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΟ ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΤΩΝ 100 ΤΕΜΑΧΙΩΝ 10X10	1 ΠΑΚΕΤΟ	
ΓΑΖΕΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΕΣ ΑΝΑ ΜΙΑ. 36X40 ΣΕ ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΤΩΝ 10 ΤΕΜΑΧΙΩΝ	1 ΠΑΚΕΤΟ	
ΓΑΖΕΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΕΣ ΑΝΑ ΜΙΑ 15X15 ΣΕ ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΤΩΝ 10 ΤΕΜΑΧΙΩΝ	1 ΠΑΚΕΤΟ	
ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΑ 8X15 (50 τεμ)	1 ΠΑΚΕΤΟ	
ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΑ 10X15 (50 τεμ)	1 ΠΑΚΕΤΟ	
ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΑ 10X20 (25 τεμ)	1 ΠΑΚΕΤΟ	
ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΑ 10X25 (25 τεμ)	1 ΠΑΚΕΤΟ	
ΕΠΙΔΕΣΜΙΚΕΣ ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΑΞΩΤΕΣ ΣΕ ΡΟΛΟ ΜΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΕΣ ΓΙΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΑ & ΕΡΕΘΙΣΜΕΝΑ ΔΕΡΜΑΤΑ 2,5cm x5m	12	
ΕΠΙΔΕΣΜΙΚΕΣ ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΑΞΩΤΕΣ ΣΕ ΡΟΛΟ ΜΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΕΣ ΓΙΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΑ & ΕΡΕΘΙΣΜΕΝΑ ΔΕΡΜΑΤΑ 2,5cmx9,14m	12	
ΕΠΙΔΕΣΜΙΚΕΣ ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΑΞΩΤΕΣ ΣΕ ΡΟΛΟ ΜΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΕΣ ΓΙΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΑ & ΕΡΕΘΙΣΜΕΝΑ ΔΕΡΜΑΤΑ 5cmx5m	6	
1000g Υδρόφιλο βαμβάκι κατηγορίας "GOLD", τυλιγμένο σε σφραγισμένες σακούλες, για υγειονομική χρήση, μη αποστειρωμένο.	1	
ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΛΕΠΤΑ NON WOVEN ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ 30 ΤΕΜΑΧΙΩΝ ΜΕ ΜΙΚΤΑ ΜΕΓΕΘΗ	1	
ΟΞΥΖΕΝΕ 250 ML	1	
ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΟΣ ΛΟΣΙΟΝ 95ο 410ml	1	
ΒΑΜΜΑ ΙΩΔΙΟΥ 1X65ML	1	
ΣΤΙΓΜΙΑΙΟΣ ΠΑΓΟΣ ΣΕ NON WOVEN ΣΑΚΟΥΛΑΚΙ ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ: 14CMX18C, ΓΙΑ ΘΛΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ	10	
SPRAY ICE 200ml	1	
STRIPS ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ ΣΤΡΟΓΓΥΛΑ ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΤΩΝ 100τεμ.	1	
ΙΜΑΝΤΑΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ ΜΕ ΚΛΙΠΣ	1	
ΦΙΛΙ ΖΩΗΣ VENTOAIRWAYS polybag	1	
ΦΛΕΒΟΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΔΙΠΛΗ ΡΟΗΣ ΜΕ ΒΑΛΒΙΔΑ ΜΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΤΕΡΥΓΙΑ 20 G	100	
ΦΛΕΒΟΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΔΙΠΛΗ ΡΟΗΣ ΜΕ ΒΑΛΒΙΔΑ ΜΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΤΕΡΥΓΙΑ 22 G	100	
ΠΕΤΑΛΟΥΔΕΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ ΜΕ ΜΕΓΕΘΟΣ ΒΕΛΟΝΑΣ 27G	100	

Προστατευτικές χειρουργικές μάσκες προσώπου με λάστιχο σε επιθυμητή συσκευασία των 50 τεμαχίων	10	
ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΕΣ 2LT ΜΕ ΒΑΛΒΙΔΑ & ΚΑΝΟΥΛΑ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΟΥΣ	10	
ΣΥΣΚΕΥΗ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΟΥ ΚΑΙ ΔΑΓΚΩΜΑΤΑ (ΝΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ: 1. Κυτίο 105x93x30mm (1) 2. Αντλία αναρρόφησης D26mm 125x58mm (1) 3. Στόμιο αναρρόφησης στρογγυλό D26mm, H23mm, στρογγυλό καπάκι D21mm, H23mm, οβάλ καπάκι D21x18mm, H23mm (3) 4. Ελαστικός ιμάντας 480x25mm (1) 5. Ιωδιούχο μαντηλάκι– 10% ιωδιούχο μαντηλάκι (2) 6. Μαντηλάκι οιοπνεύματος (2)	1	
Φάκελος ανάρτησης από βαμβακερό ύφασμα και ιμάντα με ρυθμιζόμενο ύψος	1	
ΚΟΛΛΑΡΟ PHILADELPHIA ΡΥΘΜΙΖΟΜΕΝΟ	1	
ΚΟΛΛΑΡΟ ΑΥΧΕΝΟΣ MEDIUM	1	
Αυτοκόλλητες ταινίες σύγκλισης τραύματος, 6x100mm	50	
Αυτοκόλλητες ταινίες σύγκλισης τραύματος, 12x100mm	50	
ΨΑΛΙΔΙ ΧΕΙΡ/ΚΟ 14cm & 16 ΚΥΡΤΟ S-S	2	
ΜΑΧΑΙΡΙΔΙΑ Νο21 & 22	20	
Γλωσσοπίεστρα Αποστειρωμένα, μίας χρήσης, ατομικά, σε επιθυμητή συσκευασία των 100 τμχ	100	
ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΛΑΝΣΕΤΕΣ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (ΧΡΗΣΗ ΧΩΡΙΣ ΣΤΥΛΟ)	6000	

Εξοπλισμός ICT	
1	ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗΣ (SERVER)- Rack Mounted
1.1	Γενικές Προδιαγραφές Εξοπλισμού
1.1.1	Τα τμήματα που συνθέτουν τον εξοπλισμό πρέπει να ικανοποιούν τουλάχιστον τα ISO, CE κλπ. standards ποιότητας που απαιτούνται από τον καταναλωτή (όπου σχετικές πιστοποιήσεις ισχύουν)
1.1.2	Οι εξυπηρετητές θα πρέπει να rack mount
1.2	Εξυπηρετητής - Server
1.2.1	Να αναφερθούν: Τύπος, Κατασκευαστής, Σειρά, Μοντέλο και χρόνος ανακοίνωσης του
1.2.2	Ο εξυπηρετητής να είναι καινούργιος και αμεταχείριστος. Να προσκομιστεί έγγραφη τεχνική δήλωση του κατασκευαστή.
1.2.3	Ο εξυπηρετητής θα πρέπει είναι $\leq 1U$
1.2.4	Αριθμός προσφερόμενων εξυπηρετητών
1.2.5	Αριθμός υποστηριζόμενων επεξεργαστών
1.2.6	Να προσφερθεί επεξεργαστής που να διαθέτει τουλάχιστον 8 πυρήνες (cores) ανά επεξεργαστή με συχνότητα στα 2.1 GHz
1.2.7	Προσφερόμενοι Επεξεργαστές
1.2.8	Μητρική με υποστήριξη μέχρι 3 TB DDR-4 μνήμης
1.2.9	Προσφερόμενη μνήμη 64 GB .
1.2.10	Η προσφερόμενη μνήμη θα πρέπει να μπορεί να ελεγχθεί από τον εξυπηρετητή ότι έχει περάσει τα τεστ αυθεντικότητας και αξιοπιστίας του κατασκευαστή του εξυπηρετητή.
1.2.11	Να προσφερθούν 4 Ethernet θύρες 1Gbps έκαστη
1.2.12	Μια (1) VGA θύρα
1.2.13	Να μπορεί να δεχτεί ένα (1) MicroSD slot αλλά αν μην προσφέρεται.
1.2.14	Μέχρι πέντε (5) USB 3.0 θύρες
1.2.15	Να υποστηρίζει μέχρι δυο (2) εσωτερικές θύρες επέκτασης τεχνολογίας PCIe 3.0.
1.2.16	Δυνατότητα για TPM (trusted platform module)
1.2.17	PCIe 12 Gbps SAS Raid Controller με υποστήριξη RAID 0/1/1+0/5/5+0 και RAID 1 ADM (Advanced Data Mirroring) & raid 10 ADM με 2 GB Flash backed write cache (onboard ή σε PCI Express slot).
1.2.19	Ο Controller θα πρέπει να υποστηρίζει caching των πιο συχνά προσβάσιμων δεδομένων σε δίσκους SSD υψηλών επιδόσεων και με χαμηλότερο latency για να επιταχύνει δυναμικά τον φόρτο εργασίας των εφαρμογών.
1.2.20	Υποστήριξη τουλάχιστον 8 θέσεων δίσκων SFF τεχνολογίας Hot Plug.
1.2.21	Οι δίσκοι θα πρέπει να διαθέτουν μηχανισμό προειδοποίησης με ενδεικτική λυχνία για μη αφαίρεση του λάθος δίσκου σε περίπτωση βλάβης.
1.2.22	Να προσφερθούν 4 δίσκοι τεχνολογίας SAS Hot Plug χωρητικότητας 1.2 TB

	έκαστος στις 10000 στροφές.
1.2.23	Να προσφερθούν 2 δίσκοι τεχνολογίας SATA Hot Plug χωρητικότητας 480 GB έκαστος
1.2.24	Δύο τροφοδοτικά εγκατεστημένα για redundancy
1.2.25	Ο εξυπηρετητής θα πρέπει να υποστηρίζει τις παρακάτω τεχνολογίες ασφαλείας UEFI TPM 1.2
1.2.26	Ο εξυπηρετητής θα πρέπει να συμμορφώνεται με τα εξής Βιομηχανικά πρότυπα ACPI 6.1 Compliant PCIe 3.0 Compliant Energy Star SMBIOS 3.1 UEFI 2.6 Redfish API IPMI 2.0
1.2.27	Ο εξυπηρετητής να διαθέτει ενσωματωμένο μηχανισμό διαχείρισης και προειδοποίησης ο οποίος να είναι agentless και να λειτουργεί με την άμεση σύνδεση του εξυπηρετητή στο δίκτυο και στην τροφοδοσία.
1.2.28	Ο μηχανισμός διαχείρισης θα πρέπει να είναι τύπου out-of-band για αυξημένη ασφάλεια και σταθερότητα.
1.2.29	Εγγύηση κατασκευαστή 5 ετών με απόκριση την επόμενη ημέρα.
2.	Άδεια(licence) windows server. WinSvrSTDCore 2019 OLP
3.	WinSvrCAL Gov UsrCAL
4.	Switch
4.1	I/O ports and slots 24 RJ45 auto-negotiating 10/100/1000 ports (IEEE 802.3 Type 10BASE-T, IEEE 802.3u Type 100BASE-TX, IEEE 802.3ab Type 1000BASE-T) 2 SFP+ fixed 1000/10000 SFP+ ports 2 RJ45 1/10GBASE-T ports
4.2	Additional ports and slots 1 RJ45 console port to access limited CLI
4.3	Memory and processor ≥ 128 MB flash ≥ packet buffer size: 1.5 MB, ≥ 1 GB SDRAM
4.4	
4.4.1	100 Mb Latency < 5 μs
4.4.2	1000 Mb Latency < 5 μs
4.4.3	10 Gbps Latency < 1.5 μs
4.4.4	Throughput Up to 95.2 Mpps (64-byte packets)
4.4.5	Routing/Switching capacity ≥ 128 Gbps

4.4.6	Routing table size \geq 32 entries (IPv4), 32 entries (IPv6)
4.4.7	MAC address table size \geq 16384 entries
4.5	Αξιοπιστία MTBF (years) \geq 87.2
4.6	Environment 0°C to 45°C
4.7	Διαχείριση IMC—Intelligent Management Center; Limited command-line interface; Web browser; SNMP manager; HTTPS; RMON1; FTP; Supported by HPE IMC and generic SNMP management platforms. Refer to documentation for MIB support details.
4.8	Dimensions (1U height)
4.9	Εγγύηση 5 χρόνια
4.10	Να αναφερθεί Κατασκευαστής / Μοντέλο
5.	firewall (hardware -software) 5 Year 24x7
5.1.	Κατασκευαστής / Μοντέλο προσφερόμενης συσκευής
5.2.	ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ
5.2.1	Το προτεινόμενο σύστημα πρέπει να είναι κατασκευαστή διεθνούς εμβέλειας, σύγχρονης τεχνολογίας, με λειτουργία μη βασισμένη σε ευρέως διαδεδομένες γενικής χρήσης πλατφόρμες λειτουργικών συστημάτων (εξειδικευμένη συσκευή). Η προτεινόμενη λύση πρέπει να είναι φυσική συσκευή (όχι λογισμικό που να εγκαθίσταται σε εικονικό εξυπηρετητή).
5.2.2	Το σύνολο του συστήματος να καλύπτεται από την εγγύηση του κατασκευαστή, διάρκειας τουλάχιστον πέντε (5) ετών.
5.2.3	Να συνοδεύεται από όλες τις κατάλληλες άδειες χρηστών/υπηρεσιών (services/userlicenses) για διάστημα τουλάχιστον πέντε (5) ετών. Να περιλαμβάνονται συνεχείς ενημερώσεις όλων των βάσεων και του λειτουργικού (OS/firmware updates, Signatures κ.λπ) για τουλάχιστον πέντε (5) έτη.
5.2.4	Εγχειρίδια χρήσης σε έντυπη ή/και ηλεκτρονική μορφή (PDF)
5.2.5	Ο προτεινόμενος κατασκευαστής θα πρέπει να είναι στους Leader του Magic Quadrant for Enterprise Network Firewalls 2018 της Gartner
5.3.	ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ
5.3.1	Να έχει τη δυνατότητα logging και reporting. Να αναφερθούν αναλυτικά οι παρεχόμενες δυνατότητες.
5.3.2	Να υποστηρίζει εγκατάσταση σε διάταξη υψηλής διαθεσιμότητας Active-Active, Active-Passive, Clustering.
5.3.3	Υποστηριζόμενα πρότυπα κρυπτογράφησης: AES 128-bit, 192-bit, 256-bit, DES, 3DES. Να αναφερθούν επιπλέον.
5.3.4	Συνολική ρυθμαπόδοση (Firewall Throughput)
5.3.5	Ρυθμαπόδοση (Throughput) IPS (HTTP / Enterprise Mix)
5.3.6	Αριθμός ταυτόχρονων συνδέσεων
5.3.7	Αριθμός νέων συνδέσεων ανά δευτερόλεπτο

5.3.8	Καθυστέρηση firewall (64 byte, UDP)
5.3.9	FirewallThroughput (Packet/second)
5.3.10	Να διασφαλίζει NGFWThroughput
5.3.11	Ναδιασφαλίζει Application Control Throughput
5.3.12	Να διασφαλίζει SSL Inspection Throughput
5.3.13	Να διασφαλίζει Threat Protection Throughput
5.3.14	Να διασφαλίζει CAPWAP Throughput
5.3.15	Αριθμός υποστηριζόμενων Gateway-to-GatewayIPsec VPN Tunnels
5.3.16	Αριθμός υποστηριζόμενων Client-to-Gateway IPsecVPN Tunnels
5.3.17	Αριθμός ταυτόχρονων SSLVPN χρηστών.
5.3.18	Να διασφαλίζει IPsecVPNThroughput
5.3.19	Να διασφαλίζει SSLVPNThroughput
5.3.20	Να διαθέτει εσωτερικό δίσκο SSD NAI, \geq
5.3.21	Χωρητικότητα κάθε σκληρού δίσκου
5.3.22	Υποστήριξη εικονικών interfaces (VLANs)
5.3.23	Υποστήριξη στατικής και δυναμικής δρομολόγησης (static&dynamicrouting) και δρομολόγησης με βάση πολιτικές (Policy Routing).Να αναφερθούν οι υποστηριζόμενες δυνατότητες.
5.3.24	Το προτεινόμενο σύστημα θα πρέπει να είναι σε θέση να υποστηρίξει διαφορετικές μεθόδους ελέγχου ταυτότητας χρήστη ταυτόχρονα, συμπεριλαμβανομένων: <ul style="list-style-type: none"> • Καταχωρήσεις τοπικής βάσης δεδομένων. • LDAP • RADIUS • TACACS • Native Windows AD (Single sign on)
5.3.25	Υποστήριξη DHCP, DNS Server, and DNS proxy
5.3.26	Υποστήριξη NAT-PAT
5.3.27	Υποστήριξη Network Time Protocol (NTP) για ακριβή και συνεπή χρονισμό.
5.3.28	Το σύστημα θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχει δυνατότητες εξισορρόπησης εξερχομένου/εισερχομένου φορτίου. Να δίνεται η δυνατότητα δημιουργίας κανόνων προτεραιότητας.
5.3.29	Ενσωμάτωση τεχνικών bandwidthmanagement/QoS, traffic shaping. Να αναφερθούν οι υποστηριζόμενες δυνατότητες.
5.3.30	Το προτεινόμενο σύστημα θα πρέπει να υποστηρίζει λειτουργίες TrafficShaping συμπεριλαμβανομένων των ακόλουθων χαρακτηριστικών: <ul style="list-style-type: none"> • Δυνατότητα ρύθμισης guarantee bandwidth για κάθε πολιτική ασφαλείας. • Δυνατότητα ρύθμισης maximum bandwidth

	<p>που διατίθεται για κάθε πολιτική ασφαλείας.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δυνατότητα ρύθμισης το ελάχιστον 3επιπέδων προτεραιοτήτων. • Δυνατότητα υποστήριξης Διαμορφωτών κίνησης (TrafficShaper) βασιζομένων στα ακόλουθα: <ul style="list-style-type: none"> - Source - Destination - Service - Application - Application Category - URLCategory
5.3.31	Δυνατότητα διαχωρισμού του συστήματος ασφαλείας σε πολλαπλές εικονικές συσκευές (τουλάχιστον δέκα (10)), καθεμία από τις οποίες είναι λειτουργικά ανεξάρτητη από τις υπόλοιπες, παρέχοντας αυτόνομες υπηρεσίες ασφάλειας, με πλήρη διαχωρισμό της δικτυακής κίνησης μεταξύ των εικονικών συσκευών
5.3.32	Δυνατότητα διασύνδεσης μεταξύ των εικονικών συσκευών χωρίς την χρήση φυσικών θυρών.
5.3.33	Το προτεινόμενο σύστημα πρέπει να είναι σε θέση να λειτουργήσει είτε σε Transparent mode (bridge) για να ελαχιστοποιηθεί η διακοπή στην υπάρχουσα υποδομή του δικτύου ή σε NAT /Routemode. Και οι δύο λειτουργίες θα μπορούν επίσης να είναι διαθέσιμες ταυτόχρονα με τη χρήση εικονικών συστημάτων.
5.3.34	Το προτεινόμενο σύστημα πρέπει να παρέχει τη δυνατότητα στο διαχειριστή ρύθμισης του καθενός φυσικού interface σε διαφορετική διασύνδεση.
5.3.35	Δυνατότητα κεντρικής διαχείρισης μέσω γραφικού περιβάλλοντος (GUI) και μέσω γραμμής εντολών(CLI)
5.3.36	Ο έλεγχος ταυτότητας του διαχειριστή θα πρέπει να γίνεται μέσω τοπικής βάσης δεδομένων, PKI&απομακρυσμένων υπηρεσιών όπως Radius, LDAPκαι TACACS, με την επιλογή internal ή external two-factor authentication.
5.3.37	Το σύστημα θα πρέπει να υποστηρίζει προφίλ διαχειριστή τα οποίο θα περιορίζεται μόνο στη διαχείριση συγκεκριμένου εικονικού συστήματος.
5.3.38	Το προτεινόμενο σύστημα πρέπει να είναι σε θέση να περιορίσει την πρόσβαση και διαχείριση εξαποστάσεως από ορισμένα αξιόπιστα δίκτυα ή υπολογιστές με αντίστοιχο λογαριασμό διαχειριστή.
5.3.39	Το προτεινόμενο σύστημα πρέπει να έχει τη δυνατότητα λεπτομερούς καταγραφής των Δραστηριοτήτων των διαχειριστών (eventlog -Management access) και των αλλαγών παραμετροποίησης του (configurationchanges).
5.3.40	Παροχή μηχανισμών προστασίας από ιούς και κακόβουλο λογισμικό (Antivirus - Antimalware) και αυτόματων ενημερώσεων, ενσωματωμένων ή σε συνεργασία με εξωτερικά εργαλεία. Να προσφερθεί και να καλύπτει ενημερώσεις διάρκειας ≥ 5 ετών.
5.3.41	Παροχή μηχανισμών προστασίας ηλεκτρονικού ταχυδρομείου από ιούς και

	ηλεκτρονική αλληλογραφία τύπου spam, phishingκλπ, ενσωματωμένων ή σε συνεργασία με εξωτερικά εργαλεία. Να προσφερθεί και να καλύπτει ενημερώσεις διάρκειας ≥ 5 ετών.
5.3.42	Υποστήριξη μηχανισμών ελέγχου πρόσβασης σε ιστοσελίδες (WebAccessControl/URL&contentfiltering). Η προσφερόμενη συσκευή να υποστηρίζει την αυτόματη ενημέρωση των φίλτρων URL και κατηγοριών ιστοτόπων. Να καλύπτει ενημερώσεις διάρκειας ≥ 5 ετών.
5.3.43	Υποστήριξη πολλαπλών προφίλAntivirus, AntiSpam, IntrusionProtection, WebFilter, ApplicationControl, DataLeakPrevention, DNSFilter, WAF, CloudAccessSecurityInspection για χρήση σε διαφορετικές πολιτικές ασφάλειας.
5.3.44	Δυνατότητα χαρτογράφησης αιτήσεων με βάση τη γεωγραφική τους θέση, με δυνατότητα απόρριψης αιτήσεων από /προς συγκεκριμένες χώρες
5.3.45	Δυνατότητα ανίχνευσης, χαρτογράφησης και κατηγοριοποιήσεις κινδύνου των συνδεδεμένων συσκευών του δικτύου.
5.3.46	Να έχει τη δυνατότητα χρησιμοποιώντας μηχανισμούς, αισθητήρες ασφαλείας και εργαλεία να συλλέξει, συντονίσει και απαντήσει σε κακόβουλες συμπεριφορές, όπου αυτές εμφανιστούν στο δίκτυο.
5.3.47	Να διαθέτει τη δυνατότητα απεικόνισης της τοπολογίας του δικτύου και των συνδεδεμένων σε αυτό συσκευών για τον αποτελεσματικότερο έλεγχό τους.
5.3.48	Οι πολιτικές ασφαλείας θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να περιλαμβάνουν: <ul style="list-style-type: none"> • Address Object(s) – IP • IP range • Subnet • FQDN • Geographical networks • Service Object(s) • Schedule Object(s) • Comments
5.3.49	Το σύστημα θα πρέπει να επιτρέπει την δημιουργία πολιτικών ασφαλείας σε διαδικασία εκμάθησης.
5.3.50	Οι πίνακες πολιτικών ασφαλείας θα πρέπει να Υποστηρίζουν την παραμετροποίηση IPV4 και IPV6μέσω γραφικού περιβάλλοντος.
5.3.51	Υποστήριξη δυνατοτήτων αποτροπής διαρροής δεδομένων (Data LeakPrevention). Το προτεινόμενο σύστημα πρέπει να επιτρέπει στο διαχειριστή την πρόληψη διαρροής των ευαίσθητων δεδομένων από το δίκτυο. Ο διαχειριστής θα πρέπει να είναι σε θέση να καθορίσει τα πρότυπα των ευαίσθητων δεδομένων, και τα δεδομένα τα οποία αντιστοιχούν σε αυτά τα πρότυπα θα πρέπει να αποκλειστούν και / ή να καταγραφούν κατά τη διέλευση τους από το σύστημα. Δυνατότητα αποκλεισμού της IP διεύθυνσης. Η δυνατότητα DLP θα πρέπει να υποστηρίζει τουλάχιστον τις ακόλουθες

	<p>δραστηριότητες, πρωτόκολλα και ενέργειες:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AIM, ICQ, MSN, Yahoo! • HTTP/HTTPS POST, HTTP/HTTPS GET • FTP • SMTP, IMAP, POP3, SMTPS, IMAPS, POP3S • NNTP
5.3.52	Να υποστηρίζει ενσωματωμένο μηχανισμό παραγωγής αναφορών
5.3.53	Υποστήριξη καταγραφής συμβάντων (logging) με δυνατότητα τοπικού φιλτραρίσματος των αρχείων συμβάντων (logs)
5.3.54	Δυνατότητα εμφάνισης σε πραγματικό χρόνο των δεικτών απόδοσης και διαθεσιμότητας του συστήματος.
5.3.55	Υποστήριξη του πρωτοκόλλου SNMP v1, 2c, 3.
5.3.56	Δυνατότητα αντιγράφων ασφαλείας και την επαναφορά τους μέσω γραφικού περιβάλλοντος(GUI) και μέσω γραμμής εντολών (CLI) προς / από τον τοπικό υπολογιστή, απομακρυσμένη κεντρική διαχείριση ή δίσκο USB. Δυνατότητα επιλογής λήψης κρυπτογραφημένου αρχείου αντιγράφου ασφαλείας.
5.3.57	Δυνατότητα πλήρους ή μερικής (ανά εικονική συσκευή) λήψης αντιγράφων ασφαλείας και επαναφορά τους.
5.3.58	Να διαθέτει θύρες τύπου GigaBitEthernet
5.3.59	Να διαθέτει θύρες τύπου SFP
5.3.60	Να διαθέτει σειριακή θύρα διαχείρισης (console port).
5.3.61	Να διαθέτει USB θύρες
5.3.62	Θερμοκρασία λειτουργίας (Κάτω - Άνω Όρια)
6.	Πολυμηχάνημα
6.1	Να αναφερθεί Κατασκευαστής/ Μοντέλο
6.2	Ασύρματη Σύνδεση
6.3	ePrint / Email Print
6.4	Μέγεθος εγγράφου
6.5	Fax
6.6	Τεχνολογία Εκτύπωσης
6.7	Ταχύτητα εκτύπωσης (ασπρόμαυρη)
6.8	Ταχύτητα εκτύπωσης (έγχρωμη)
6.9	Ανάλυση σάρωσης
6.10	Βάθος χρώματος
6.11	Ταχύτητα αντιγραφής (ασπρόμαυρη)
6.12	Μνήμη
6.13	Μηνιαίος κύκλος λειτουργίας
6.14	ADF
6.15	DADF
6.16	Wi-Fi

6.17	Εγγύηση
7	Tablet
7.1	Να αναφερθεί Κατασκευαστής / Μοντέλο
7.2	Μέγεθος Οθόνης σε ΄ιντσες
7.3	Πλήθος Πυρήνων
7.4	Χωρητικότητα Σκληρός Δίσκος
7.5	3G/4G
7.6	Μνήμη (Ram)
7.7	Camera 2MP Front, 8MP Back
7.8	Wi-Fi, Bluetooth
7.9	Λειτουργικό
8	laptop
8.1	Οθόνη
8.1.1	Μέγεθος
8.1.2	Ανάλυση
8.2	Πλήθος πυρήνων
8.3	Μνήμη RAM
8.4	Σκληρός Δίσκος
8.5	Κάρτα Γραφικών
8.6	Πολύμεσα WebCam, Card ReaderSD, Speakers
8.7	Δίκτυο: WiFi/LANa/b/g/n, Bluetooth Bluetooth 4.0, Ethernet 10/100 Mbps
8.8	Συνδέσεις: USB 3.0xUSB 3.0 USB 2.0xUSB 2.0 HDMI
8.9	Λειτουργικό Σύστημα Windows 10 Pro
8.10	Να αναφερθεί Κατασκευαστής / Μοντέλο
9.1	LOCAL SERVER
9.1.1	Να αναφερθεί κατασκευαστής και Τύπος
9.1.2	Μέγεθος Κουτιού
9.1.3	Λειτουργικό Σύστημα
9.1.4	Εγγύηση
9.1.5	Αριθμός Πυρήνων
9.1.6	Ταχύτητα Επεξεργαστή
9.1.7	Μνήμη Cache
9.1.8	Μέγεθος Μνήμης
9.1.9	Τύπος Μνήμης
9.1.10	Ταχύτητα Μνήμης
9.1.11	Τύπος Σκληρού Δίσκου
9.1.12	Συνολική Χωρητικότητα
9.1.13	Μοντέλο Κάρτας Γραφικών
9.1.14	Μνήμη Κάρτας Γραφικών
9.1.15	Ενσύρματη Δικτύωση
9.1.16	Έξοδος HDMI

9.1.17.	Έξοδος VGA
9.1.18	Είσοδοι USB 2.0
9.1.19	Είσοδοι USB 3.0
9.1.20	Πληκτρολόγιο
9.1.21	Ποντίκι
9.2	Ασύρματη Δικτύωση LOCAL SERVER
9.2.1	Να αναφερθεί κατασκευαστής και Τύπος
9.2.2	Wireless protocol
9.2.3	Wireless Speed
9.2.4	Σύνδεση
9.2.5	Συχνότητα λειτουργίας
9.2.6	Εγγύηση
10.	Οθόνη
10.1	Να αναφερθεί Κατασκευαστής / Μοντέλο
10.2	Οθόνη
10.3	Ανάλυση Οθόνης
10.4	Φωτεινότητα
10.5	Τύπος Panel
10.6	Χρόνος Απόκρισης
10.7	Aspect Ratio
10.8	Αντίθεση
10.9	Γωνία Θέασης
10.10	Θύρα VGA
10.11	Εγγύηση
11.	UPS
11.1	Να αναφερθεί Κατασκευαστής / Μοντέλο
11.2	Τύπος UPS
11.3	Ισχύς (VA)
11.4	Είδος
11.5	Συνδεσιμότητα
11.6	Λογισμικό
11.7	Ποσότητα πριζών
11.8	Τύπος πρίζας
11.9	Αυτονομία
11.10	Rack size
11.11	Ισχύς
11.12	Εγγύηση
12.	Wireless Router
12.1	Να αναφερθεί Κατασκευαστής / Μοντέλο
12.2	Wireless protocol
12.3	Σύνδεση 3G/4G

12.4	Wireless security
12.5	Wireless Speed
12.6	Συχνότητα λειτουργίας
12.7	Εγγύηση
13.1	Εκτυπωτής Καρτών Dual Sided USB & Ethernet
13.1.1	Να αναφερθεί Μοντέλο και Μάρκα εκτυπωτή
13. 1.2	Ανάλυση εκτύπωσης
13. 1.3	Εσωτερική μνήμη
13. 1.4	Μέγεθος εικόνας
13. 1.5	Συνδεσιμότητα
13. 1.6	Χωρητικότητα Καρτών εσωτερική
13. 1.7	Χωρητικότητα Καρτών χειροκίνητης τροφοδοσίας
13. 1.8	Έγχρωμη οθόνη ενδείξεων
13. 1.9	Αναφορά κατάστασης εκτυπωτή 3 χρωμάτων
13. 1.10	Κλειδαριά ασφαλείας
13. 1.11	Κρυπτογράφηση δεδομένων
13. 1.12	εγγύηση εκτυπωτή και κεφαλής.
13. 1.13	Ταχύτητα εκτύπωσης: Μια πλευρά - μονόχρωμη
13. 1.14	Ταχύτητα εκτύπωσης: Μια πλευρά - ΥΜCΚΟ
13. 1.15	Ταχύτητα εκτύπωσης: Δυο πλευρές - ΥΜCΚΟ
13. 1.16	Ταχύτητα εκτύπωσης: Δυο πλευρές - μονόχρωμη
13. 1.17	Συμβατότητα καρτών: Πάχος κάρτας
13. 1.18	Συμβατότητα καρτών: Υλικό κάρτας
13.2	software εκτύπωσης
13.2.1	Ο εκτυπωτής καρτών να συνοδεύεται από αντίστοιχο λογισμικό συμβατό με windows
	Δυνατότητα δημιουργίας, διαχείρισης και επεξεργασίας καρτών
13.3	software εκτύπωσης καρτών Essential, Purchased within 30 days of Device, 5 Years, Comprehensive
13.3.1	Να παρέχεται πλήρη υποστήριξη και κάλυψη
13.3.2	On-line υποστήριξη
13.3.3	Ανταπόκριση
14	CARD , 30 Mil (πλαστικές)

14.1	Οι προσφερόμενες κάρτες να είναι πλήρως συμβατές με τον εκτυπωτή καρτών
14.2	Υλικό κάρτας
14.3	Πάχος κάρτας
15.1	Backup hardware
15.1.1	Να αναφερθεί Μοντέλο και Μάρκα εκτυπωτή
15.1.2	Μοντέλο επεξεργαστή
15.1.3	Συχνότητα επεξεργαστή
15.1.4	Μηχανή κρυπτογράφησης υλικού
15.1.5	Μνήμη συστήματος
15.1.6	Μονάδες δίσκων
15.1.7	Συμβατοί τύποι δίσκων
15.1.8	Μέγιστη εσωτερική χωρητικότητα RAW
15.1.9	Hot Swappable Drive
15.1.10	Εξωτερικές θύρες
15.1.11	Wake on LAN/WAN
15.1.12	Εγγύηση
15.2	Backup software Essentials Standard - Public Sector
15.2.1	Να αναφερθεί το Backup Software και η έκδοση του.
15.2.2	Να δοθεί η τελευταία έκδοση.
15.2.3	Να μπορεί να ανακτήσει μια ολόκληρη εικονική μηχανή (VM) στον αρχικό κεντρικό υπολογιστή ή σε διαφορετικό κεντρικό υπολογιστή. Να Περιλαμβάνει τη λειτουργία γρήγορης επαναφοράς για να επαναφέρει μόνο τα αλλαγμένα τμήματα.
15.2.4	Να διαθέτει γρήγορη αποκατάσταση της εξυπηρέτησης των χρηστών ξεκινώντας απευθείας το VM από ένα αρχείο backup που βρίσκετε στο Backup Storage.
15.2.5	Να μπορεί να ανάκτη μεμονωμένα αρχεία VM (όπως VMX) και εικονικούς δίσκους.
15.2.6	Να μπορεί να επαναφέρει ή να μεταεγκαταστεί σε εγκαταστάσεις, με βάση τα Windows ή Linux VM, φυσικούς διακομιστές και τελικά σημεία απευθείας στο Microsoft Azure.
15.2.7	Να διαθέτει ανάκτηση αρχείων από 19 κοινά συστήματα αρχείων που χρησιμοποιούνται από τα Windows, Linux, BSD, Mac OS, Novell, Solaris και Unix.3
15.2.8	Να διαθέτει επαναφορά μεμονωμένων VM, guest Files και αντικείμενα εφαρμογών από snapshots από τα παρακάτω storages EMC VNX, VNX2 and VNXe, Hewlett Packard Enterprise (HPE) 3PAR StoreServ, StoreVirtual and StoreVirtual VSA, Nimble CS-series and AF-series και NetApp FAS, FlexArray, Data ONTAP Edge.
15.2.9	Να διαθέτει αναζήτηση και επαναφορά για όλους τους τύπους αντικειμένων του Active Directory (AD), όπως χρήστες, ομάδες, λογαριασμοί υπολογιστών και επαφές, συμπεριλαμβανομένου του χρήστη και την ανάκτηση κωδικού πρόσβασης υπολογιστή μέσω εξαγωγής LDIFDE αρχείου.
15.2.10	Να διαθέτει Επαναφορά μεμονωμένων βάσεων δεδομένων SQL χωρίς να χρειάζεται εκτεταμένο υπόβαθρο SQL ή να αναζητήται βάση δεδομένων και τα αρχεία καταγραφής συναλλαγών.
15.2.11	Να μπορεί να δημιουργεί Applicationaware, imagebased backups.
15.2.12	Να μπορεί να δημιουργεί Ad-hoc αντίγραφα των VM για λόγους archival.

15.2.13	Να μπορεί να εκτελεί γρήγορα incremental backups των επιμέρους VM με την υπάρχουσα εργασία δημιουργίας αντιγράφων ασφαλείας.
15.2.14	Να μπορεί να εκτελεί Synthetic full Backup.
15.2.15	Να διαθέτει απαλοιφή διπλοτύπων , συμπίεση και swap exclusion.
15.2.16	ΝΑ μπορεί να αναλύει τον κύριο πίνακα αρχείων NTFS (MFT) για τον εντοπισμό μπλοκ που ανήκουν σε διαγραμμένα αρχεία και να παρακάμπτει αυτά τα μπλοκ από την επεξεργασία, για να μειωθούν τα μεγέθη αρχείων αντιγράφων ασφαλείας και η κατανάλωση εύρους ζώνης.
15.2.17	Να μπορεί να αντιγράψει όλα ή τα επιλεγμένα αντίγραφα ασφαλείας VM στη θέση αποθήκευσης DR της επιλογής μας αυτόματα, συμπεριλαμβανομένης της επικύρωσης και της αποκατάστασης για τη διασφάλιση ότι τα αντίγραφα είναι διαθέσιμα και αξιόπιστα.
15.2.18	Να έχει την δυνατότητα αποστολής των αντιγράφων ασφαλείας εκτός χώρου με πλήρως ενσωματωμένο, γρήγορο και ασφαλές δημιουργία αντιγράφων ασφαλείας και επαναφορά από το σύννεφο μέσω παρόχου υπηρεσιών της επιλογής μας.
15.2.19	Να υποστηρίζει κρυπτογράφηση AES 256 bit κατά την μεταφορά και στην αποθήκευση των αρχείων.
15.2.20	Να διαθέτει δημιουργία αντιγράφων ασφαλείας και αρχειοθέτηση αρχείων και αντιγράφων ασφαλείας VM σε standalone tapes, tape libraries and virtual tape libraries συνδεδεμένες σε οποιαδήποτε διακομιστή Microsoft Windows στο περιβάλλον μας.
15.2.21	Να διαθέτει την δυνατότητα αντιγραφής VM στο site για υψηλή διαθεσιμότητα, ή off site για DR.
15.2.22	Να διαθέτει Assisted failover and failback.
15.2.23	Να διαθέτει την δυνατότητα να δημιουργεί αντίγραφα απευθείας από τα αρχεία αντιγράφων ασφαλείας των VM χωρίς να επηρεάζει την ομαλή λειτουργία.
15.2.24	Να διευκολύνει τις μετακινήσεις των κέντρων δεδομένων με μηδενική απώλεια δεδομένων.
15.2.25	Να υποστηρίζει γVMware vSphere 4.1 ή νεότερη έκδοση και Microsoft Hyper-V 2008 R2 SP1 ή νεότερη έκδοση. Να διαθέτει την δυνατότητα για την διαχείριση και των δύο hypervisors από μια ενιαία κονσόλα.
15.2.26	Να διαθέτει vSphere Web Client Plug-in
15.2.27	Να διαθέτει αυτόνομη κονσόλα διαχείρισης.
15.2.28	Να διαθέτει κεντρική κονσόλα διαχείρισης με web-UI.
15.2.29	Να διαθέτει Guest file system indexing.
15.2.30	Να διαθέτει vCloud Director support.
15.2.31	Να μπορεί να δημιουργεί αντίγραφα ασφαλείας και αναπαραγωγή απευθείας από τα SAN και NFS storages, μέσω της στοίβας I / O hypervisor ή μέσω LAN
15.2.32	Να διαθέτει την δυνατότητα Changed block Tracking.
15.2.33	Να διαθέτει File Manager.
15.2.34	Να διαθέτει Quick migration.
15.2.35	Να διαθέτει Task automation.
15.3	HD 2TB SATA3
16	Barcode Scanner

16.1	Να αναφερθεί Μοντέλο και Μάρκα
16.2	Είδος συσκευής
16.3	τεχνολογίας σάρωσης 1D υψηλής ευκρίνειας
16.4	κατάλληλος για ανάγνωση ετικετών φαρμάκων
16.5	Συνδεσιμότητα
16.6	Χρήση
16.7	Interface
16.8	Εγγύηση
17.	SFTP 2m Cat6 Κίτρινο
18.	υπηρεσίες εγκατάστασης-παραμετροποίησης
18.1	Ο εξοπλισμός θα παραδοθεί με εγκατεστημένα και παραμετροποιημένα τα λειτουργικά συστήματα-λογισμικά
18.2	Η εγκατάσταση του εξοπλισμού περιλαμβάνει και τη συνδεσιμότητά τους στο σύνολο και τη πλήρη λειτουργικότητά τους
18.3	Το σύνολο των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν θα υλοποιηθεί με τη καθοδήγηση-συνεργασία των αρμόδιων υπαλλήλων του γραφείου Τ.Π.Ε.
18.4	Το σημείο εγκατάστασης θα υποδειχθεί από τον υπεύθυνο του Έργου

Το υλικό αυτό ανά τακτά χρονικά διαστήματα και ανάλογα τη χρήση του θα πρέπει να ανανεώνεται και να υπάρχει υπεύθυνος ελέγχου για την αναπλήρωση και διατήρησή του. Τα νούμερα είναι ενδεικτικά καθώς μπορεί να προκύψουν πρόσθετες ανάγκες για κάποιο υλικό ή προσθήκη κάποιου που δεν έχει προβλεφθεί.

3. Εξωτερική Ανάλυση

Το ευρύτερο μακροπεριβάλλον επηρεάζει σε υψηλό βαθμό τις λειτουργίες της επιχείρησης, και το οποίο μπορούμε να υποδιαιρέσουμε σε τέσσερις κατηγορίες:

- Το πολιτικοοικονομικό
- Το οικονομικό
- Το κοινωνικοπολιτιστικό
- Το τεχνολογικό



Πολιτικοοικονομικό

Το πολιτικό περιβάλλον σε συνδυασμό με το νομικό καθορίζουν τους νόμους και τους κανονισμούς που διέπουν την κοινωνία. Οι αποφάσεις της εκάστοτε κυβέρνησης επηρεάζουν τις δράσεις της κάθε επιχείρησης και ορίζουν το πλαίσιο γύρω από το οποίο αυτές ενεργούν. Επομένως, η πολιτική αστάθεια μπορεί να αποτελέσει έναν από τους κινδύνους της επιχείρησης καθώς οι στάσεις των εκάστοτε εκλεγμένων κυβερνήσεων αλλάζουν έναντι των επιχειρήσεων. Κάθε παράταξη που είναι στην εξουσία έχει διαφορετικό όραμα για το μέλλον της χώρας και συνεπώς στρέφει το ενδιαφέρον της σε διαφορετικούς αναπτυξιακούς παράγοντες. Υπάρχουν διαστήματα που οι επιχειρηματικές δράσεις στηρίζονται από την κυβέρνηση σε μεγάλο βαθμό και άλλα όπου η στήριξη είναι ελλιπής. Άλλος ένας αρνητικός παράγοντας είναι και η γραφειοκρατία που χαρακτηρίζει την ελληνική πραγματικότητα δυσχεραίνοντας την υλοποίηση των διαδικασιών ταχύτερα.

Οικονομικό

Η **οικονομία** ακολουθεί την πολιτική διάσταση και έτσι και σε αυτόν τον τομέα παρατηρείται ότι η κατάσταση της χώρας δεν είναι σταθερή. Ο πληθωρισμός και η ανεργία αυξάνονται και η αγοραστική δύναμη των καταναλωτών μειώνεται κάτι το οποίο μπορεί να επηρεάσει και την επιχείρησή μας. Επιπλέον, η υψηλή φορολογία και η απουσία στήριξης, χρηματοδότησης και επιδότησης των επιχειρήσεων αποτελούν αρνητικούς παράγοντες. Παρόλα αυτά τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι η συνολική συμβολή των μετακινήσεων και του τουρισμού στο ΑΕΠ, στην Ελλάδα, από το 2012 έως το 2028 * (σε δισεκατομμύρια ευρώ) αγγίζει το ύψος των 24,3 δις. Ευρώ. Συνεπώς το μέγεθος της αγοράς μας θα διευρύνεται με το πέρασμα των χρόνων.

Κοινωνικοπολιτιστικό

Ο τρόπος ζωής των πολιτών, οι συνήθειες, οι ανάγκες και τα χαρακτηριστικά τους καθορίζουν και επηρεάζουν τη λειτουργία των επιχειρήσεων, οι οποίες πρέπει να προσαρμόζουν τις πρακτικές τους σύμφωνα με τις μεταβαλλόμενες προσδοκίες του κοινωνικού συνόλου. Η πλούσια πολιτιστική κληρονομιά της Ελευσίνας σε συνδυασμό με τη σημαντική κτιριακή βιομηχανική υποδομή που διαθέτει, χαρακτηριστικό της σύγχρονης ιστορίας της Ελευσίνας, μπορεί να αποτελέσει πόλο έλξης για τους τουρίστες αλλά και για τους ντόπιους. Η υλοποίηση της ιδέας μας ανάμεσα σε άλλα έχει ως στόχο να δημιουργήσει νέες θέσεις εργασίας τόσο όσον αφορά τα μέλη που θα εργάζονται στην ίδια την επιχείρηση όσο τα νέα μέλη που θα χρειαστούν οι όμιλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες για την κατασκευή του βιομηχανικού μας πάρκου.

Τεχνολογικό

Οι τεχνολογικοί παράγοντες αναφέρονται στις δραστηριότητες εκείνες που έχουν να κάνουν με τη δημιουργία νέας γνώσης και τη μεταφορά της γνώσης αυτής σε νέα προϊόντα, διαδικασίες ή υλικά. Οι επιχειρήσεις οφείλουν να παρακολουθούν τις ταχύτερες αλλαγές της τεχνολογίας. Παρότι την τεχνολογική έκρηξη της εποχής, η επιχείρηση δεν απειλείται άμεσα από κάποια νέα τεχνολογία. Επιπλέον μέσα στα

κτήρια θα μπορούσαν μελλοντικά να τοποθετηθούν barcodes τα οποία με ένα απλό σκανάρισμα του κινητού θα αποκαλύπτουν την κατάσταση αυτών πριν την εγκατάλειψή τους και θα περιγράφουν την ιστορία τους.

Όπως αναφέρθηκε και στους πολιτικούς παράγοντες το νομικό πλαίσιο της Ελλάδας αλλάζει διαρκώς. Για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητο να υπάρχει σε βάθος ενημέρωση όσον αφορά σε θέματα που σχετίζονται με τα δικαιώματα των καταναλωτών (πρόσφατα πραγματοποιήθηκε αλλαγή στους όρους διαχείρισης προσωπικών δεδομένων-GDPR), τους όρους της διαφήμισης, την ποιότητα των δραστηριοτήτων κ.λ.π Τέλος ,θα πρέπει να σημειωθεί ότι κανένα από τα παραπάνω περιβάλλοντα δεν θα πρέπει να θεωρείται σημαντικότερο έναντι του άλλου, καθώς όλα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην λειτουργία μίας επιχείρησης.

Μακροπρόθεσμα, το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού επιδιώκει να συνεισφέρει καθοριστικά στην βελτίωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πόσο δε μάλλον όταν σήμερα είναι εξαιρετικής σημασίας η υψηλής ποιότητας υπηρεσία πρωτοβάθμιας υγείας.

Αν και τα τελευταία χρόνια, το σύστημα υγείας νοσεί, επειδή η υψηλή συγκέντρωση στα νοσοκομεία ακόμη και όταν δεν υπάρχει σοβαρός λόγος, η δουλειά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται ακόμη πιο δύσκολη. Η προσπάθεια, λοιπόν, που προωθείται στη δεδομένη περίπτωση αφορά και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων η οποία θα επιφέρει σημαντικές θετικές επιπτώσεις στην εξέλιξη της κοινωνίας και της οικονομίας γενικότερα.

Κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος, θα γίνεται προσπάθεια καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού, της φτώχειας και των διακρίσεων, αφού όλοι οι πολίτες θα μπορούν να κάνουν τις πρωτοβάθμιες βασικές εξετάσεις τους, ανεξαρτήτου καταγωγής, φύλου, εθνικότητας ή οικονομικής κατάστασης.

Κατά τη διάρκεια λειτουργίας του, το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού θα προχωρήσει σε αρκετές ενέργειες προώθησης και διαφήμισης της εν

λόγω ιδέας με στόχο να προσελκύσει Δήμους ή άλλες γειτονικές κοινότητες ώστε να προχωρήσουν σε μία Διαδημοτική Συνεργασία. Εφόσον πρόκειται για μία καινοτόμα και πρωτότυπη ιδέα παροχής υπηρεσιών υγείας, η ομάδα του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού καθώς και ο Δήμος Ωραιοκάστρου έχει το πλεονέκτημα να συνεργαστεί με άλλους οργανισμούς ώστε να τους δείξει τον τρόπο και να τους προσφέρει την γνώση.

Τα επόμενα χρόνια ανάλογα με το πώς θα κυμανθούν οι τομείς του μακροπεριβάλλοντος, ανάλογα θα επηρεαστεί και η λειτουργία της κινητής μονάδας υγείας.

3.1 Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Οι βασικοί τρόποι χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι δύο. Ο πρώτος βασίζεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας από τα νοσηλευτικά ιδρύματα στους πολίτες όταν εκείνοι την έχουν ανάγκη και έπειτα από λήξη της νοσηλείας τα νοσηλευτικά ιδρύματα αποζημιώνονται και ο δεύτερος τρόπος συνδέεται με μία προκαταβολική αποζημίωση των νοσοκομείων για τις υπηρεσίες υγείας που θα παράσχουν μελλοντικά. Κύριοι στόχοι της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι οι ακόλουθοι

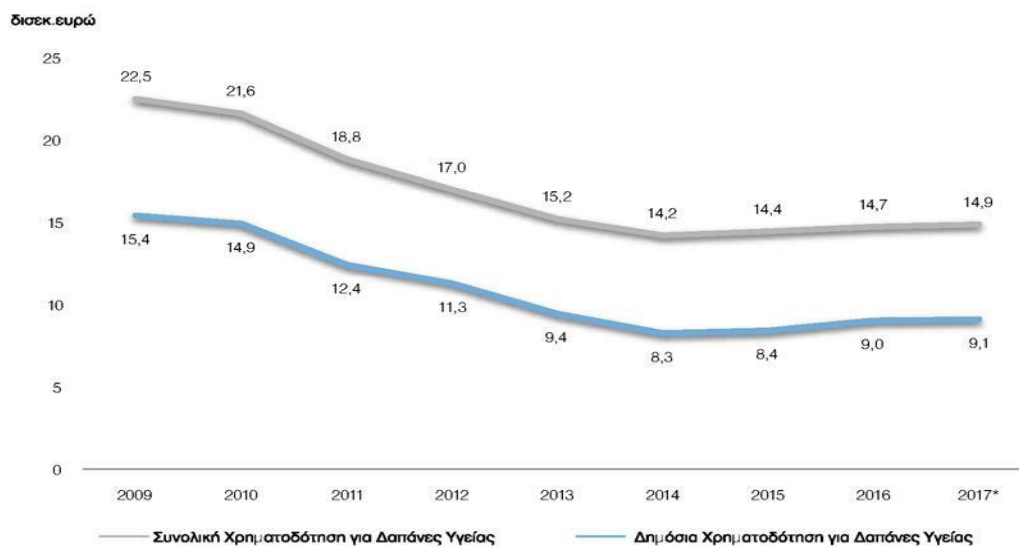
- Η κάλυψη των οικονομικών κινδύνων
- Η αποτελεσματική και απρόσκοπτη λειτουργία του συστήματος υγείας
- Η κατανομή με δίκαιο τρόπο των αναγκαίων πόρων
- Η προώθηση της διαφάνειας και της λογοδοσίας
- Η επίτευξη υψηλής αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας

Τα ελληνικά νοσοκομειακά ιδρύματα χρηματοδοτούνται από τους ασφαλιστικούς φορείς και τον κρατικό προϋπολογισμό. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων στην Ελλάδα υλοποιείται με αναδρομικό τρόπο και στηρίζεται στο ημερήσιο νοσήλιο. Η πληρωμή των νοσηλίων υλοποιείται από τους ασφαλιστικούς φορείς, είτε από τους

ιδιους τους ασθενής. Σύμφωνα με επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες, ο εν λόγω τρόπος χρηματοδότησης ενισχύει την αύξηση της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών, με αποτέλεσμα να οδηγεί σε αύξηση του πληθωρισμού, ενώ ταυτόχρονα δεν παρέχει κανένα κίνητρο στους επαγγελματίες υγείας, ώστε να μειώνεται η διάρκεια νοσηλείας και ως εκ τούτου το κόστος νοσηλείας. Επιπλέον η αναδρομική αποζημίωση των νοσοκομειακών δομών όταν δεν ελέγχεται από έναν αποτελεσματικό μηχανισμό και με συνδυαστεί με το χαμηλό επίπεδο της παρεχόμενης από τα νοσηλευτικά ιδρύματα φροντίδας, τότε προκαλείται η εμφάνιση των άτυπων πληρωμών, της παραοικονομίας και η προκλητή ζήτηση.

Η εφαρμογή των μέτρων λιτότητας στον τομέα τη υγείας στην Ελλάδα, έθεσε ως πρωταρχικό στόχο τη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας στο 6% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Με τον τρόπο αυτό η χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας μειώθηκε από 16 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 σε 8,7 δισεκατομμύρια ευρώ το 2016, ενώ την ίδια περίοδο η συνολική χρηματοδότηση του χώρου της υγείας μειώθηκε από 23 δισεκατομμύρια ευρώ σε 14,4 δισεκατομμύρια ευρώ. Το 2009 η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα εκφρασμένη σε ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 9,5%, ενώ το 2017 ήταν 8,4% (IOBE, 2018). Στο διάγραμμα (1) παρουσιάζεται η εξέλιξη της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας και της δημόσιας χρηματοδότησης αυτών την περίοδο 2009 – 2017.

Η εξέλιξη της συνολικής χρηματοδότησης και της δημόσιας χρηματοδότησης των δαπανών υγείας την περίοδο 2009-2017



Πηγή: (IOBE, 2018)

Εκτός από αυτό, την πρώτη περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης οι κοινωνικές δαπάνες για τον τομέα της υγείας μειώθηκαν σε ποσοστό 6,6%, αυξάνοντας ουσιαστικά τα οικονομικά βάρη των νοικοκυριών για δαπάνες που αφορούσαν τόσο τη νοσοκομειακή, όσο και τη φαρμακευτική περίθαλψη (OECD, 2017). Η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2010-2015 εκφρασμένη σε εκατομμύρια ευρώ και χωρισμένη σε κατηγορίες πηγών χρηματοδότησης παρουσιάζεται στον πίνακα (13).

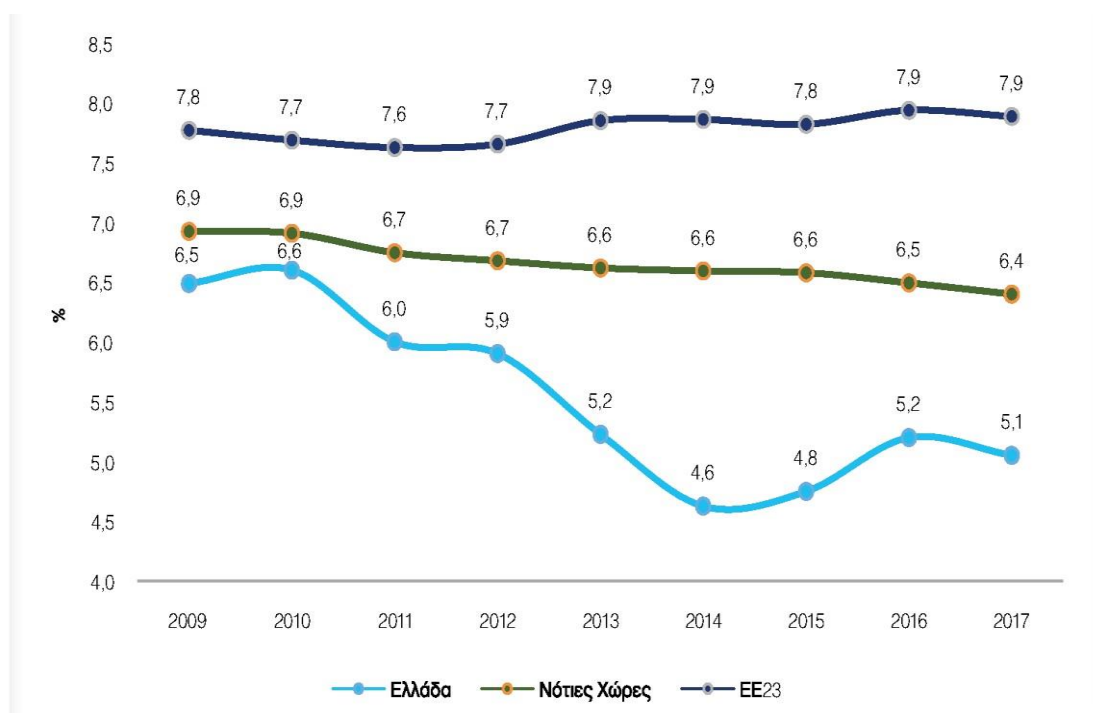
Η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. Γενική κυβέρνηση						
6.475,40	4.202,20	5.046,40	4.603,10	4.176,5	4.459,5	
(πλην ΟΚΑ)						
2. ΟΚΑ	8.445,40	8.223,10	6.036,30	4.699,80	4.018,2	4.245,0
Συνολική δημόσια						
χρηματοδότηση	14.920,8	15.426,3	11.082,7	9.302,90	8.194,7	8.704,5
(1)+(2)						
3. Ιδιωτική ασφάλιση	536,6	534,2	525,7	495,1	534,9	541,3
4. Ιδιωτικές πληρωμές	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1
Συνολική ιδιωτική						
χρηματοδότηση	6.614,6	6.358,0	5.644,6	5.616,3	5.737,80	5.765,4
(3)+(4)						
5. Λοιπές δαπάνες (μη κερδοσκοπικοί και άλλοι φορείς)	73,3	52,4	53,6	139,3	198,4 2	262
Συνολική						
χρηματοδότηση	21.608,7	18.835,7	16.780,9	15.058,5	14.130,	14.73
(1)+(2)+(3)+(4)+(5)						

Πηγή: (Μπελετσιώτη, Παπαδόπουλος και Νιάκας, 2018).

Συγκεκριμένα, το 2017 η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στη χώρα ήταν 14,9 δισεκατομμύρια ευρώ. Από το ποσό αυτό, τα 9,1 δισεκατομμύρια χρηματοδοτήθηκαν από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα υπόλοιπα χρήματα επιβάρυναν τους προϋπολογισμούς των νοικοκυριών (IOBE, 2018). Σύμφωνα με στοιχεία του Ιδρύματος Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) η συνολική κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη στην Ελλάδα την περίοδο μετά την κρίση κυμαίνονταν σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα, σε σύγκριση με τον αντίστοιχο μέσο όρο των υπολοίπων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε ποσοστό 52,1% (Σουλιώτης κ.α., 2018). Στο διάγραμμα (2) παρουσιάζεται η εξέλιξη της δημόσιας χρηματοδότησης στις δαπάνες στον χώρο της υγείας εκφρασμένης ως ποσοστό του ΑΕΠ. Το 2017 στην Ελλάδα η δημόσια χρηματοδότηση των δαπανών υγείας εκφρασμένη ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 5,1%, ενώ στις χώρες της Νότιας Ευρώπης στις οποίες εφαρμόζονταν εξίσου προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής 6,6%, ενώ στα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ το ποσοστό ήταν 7,9% (IOBE, 2018).

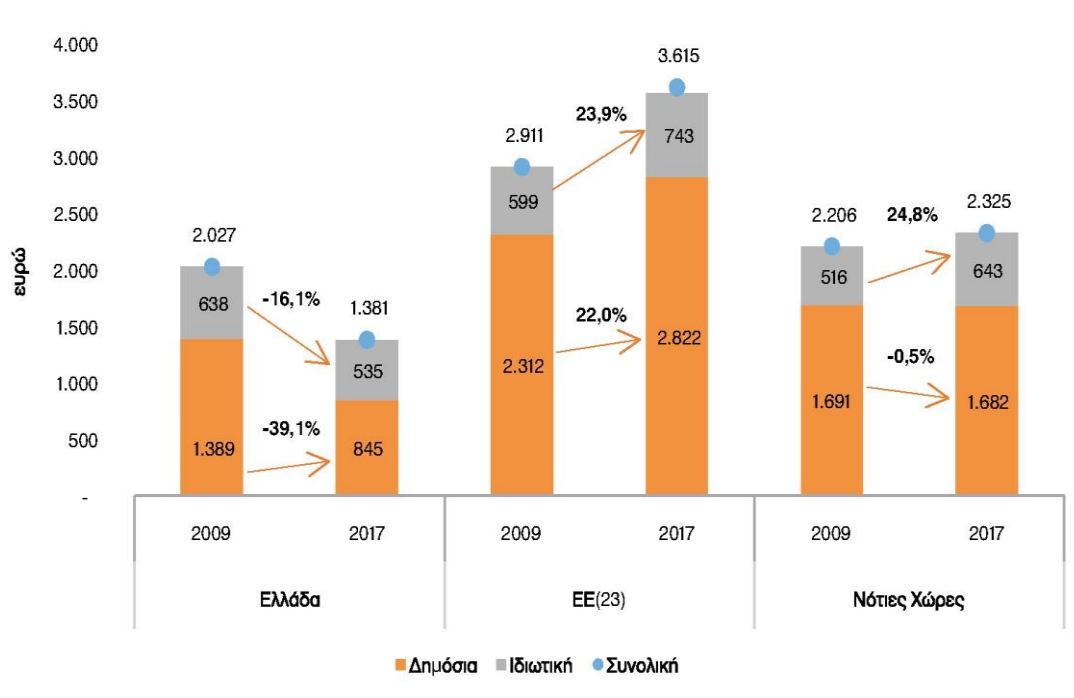
Η εξέλιξη της δημόσιας χρηματοδότησης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και τα κράτη της Νότιας Ευρώπης και της ΕΕ ως ποσοστό του ΑΕΠ



Πηγή: (IOBE, 2018)

Συγχρόνως την περίοδο 2009-2017 η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη στην Ελλάδα μειώθηκε σε ποσοστό περίπου 39,1%. Το 2009 η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη στην Ελλάδα ήταν 2027 ευρώ, ενώ το 2017 μειώθηκε και ανήλθε σε 1381 ευρώ. Το ίδιο έτος η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας των χωρών της νότιας Ευρώπης διαμορφώθηκε στα 2325 ευρώ. Την περίοδο 2009-2017 η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα σημείωσε πτώση κατά 39,1%, στις χώρες της νότιας Ευρώπης η πτώση ήταν 0,5%, ενώ στα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ σημειώθηκε αύξηση 22% μεσοσταθμικά (IOBE, 2018). Στο διάγραμμα (3) παρουσιάζεται η εξέλιξη της συνολικής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, στις χώρες της νοτίου Ευρώπης και στα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ.

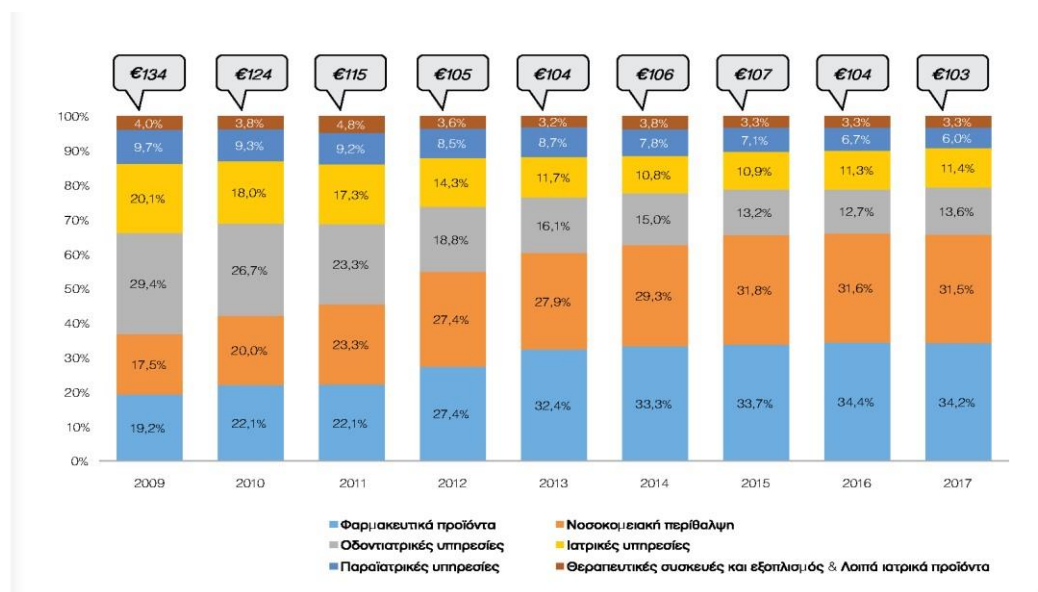
Η εξέλιξη της συνολικής κατά κεφαλήν δαπάνης στην Ελλάδα, τις χώρες της Νότιας Ευρώπης και την ΕΕ



Πηγή: (IOBE, 2018)

Οι δαπάνες των νοικοκυριών για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών το 2009 διαμορφώθηκαν στο 6,5% του συνόλου των δαπανών τους, ενώ το 2017 οι συγκεκριμένες δαπάνες αυξήθηκαν και συγκεκριμένα αποτελούσαν το 7,3% των συνολικών δαπανών των ελληνικών νοικοκυριών. Όμως, στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι οι μηνιαίες μεσοσταθμικά δαπάνες υγείας των νοικοκυριών την περίοδο αυτή μειώθηκαν κατά 23%. Συγκεκριμένα ενώ το 2009 η μέση μηνιαία δαπάνη υγείας των νοικοκυριών ήταν 134,3 ευρώ, το 2017 μειώθηκε σε 103,3 ευρώ. Παρόλα αυτά το συγκεκριμένο ποσοστό το 2009 είναι σημαντικά πιο υψηλό, γεγονός που αποτυπώνει την πτώση της αγοραστικής δύναμης των ελλήνων πολιτών και των ελληνικών νοικοκυριών, τη μεγαλύτερη συμμετοχή τους στις δαπάνες που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας και τα ανελαστικά χαρακτηριστικά των δαπανών υγείας. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών αφορούσαν κυρίως την ικανοποίηση των φαρμακευτικών τους αναγκών και των αναγκών για την ικανοποίηση της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ειδικότερα, από τα 103 ευρώ που ήταν οι μηνιαίες τους δαπάνες υγείας το 2017, η ποσοστιαία δαπάνη για την φαρμακευτική και νοσοκομειακή τους περίθαλψη ήταν 34,2% και 31,5% αντίστοιχα. Στην τρίτη θέση βρίσκονταν οι δαπάνες για προβλήματα υγείας οδοντιατρικής φύσεως και το 11,4% για την κάλυψη οποιονδήποτε άλλων αναγκών ιατρικής φύσεως (IOBE, 2018). Στο διάγραμμα (4) παρουσιάζεται η εξέλιξη των δαπανών υγείας των ελληνικών νοικοκυριών την περίοδο 2009-2017, ανά κατηγορία.

Η εξέλιξη των δαπανών υγείας των ελληνικών νοικοκυριών ανά κατηγορία την περίοδο 2009-2017



Πηγή: (IOBE, 2018)

3.2 Οι κατ’οικον υπηρεσίες νοσηλείας

Οι υπηρεσίες κατ’οικον φροντίδας έχουν στόχο την κατοχύρωση συνθηκών αυτόνομης διαβίωσης σε όσους αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα προβλήματα υγείας ή αναπηρίας. Η νοσηλεία στο σπίτι είναι ευρύτατα διαδεδομένη στις χώρες του εξωτερικού και τα πλεονεκτήματά της πολλά και το θεραπευτικό όφελος μεγάλο. Στη σημερινή εποχή οι υπηρεσίες της οικιακής φροντίδας (περίθαλψης κατ’οικον) είναι μια επιλογή διακριτικής και άνετης νοσηλείας που συνεχώς επεκτείνονται για τους ακόλουθους λόγους:

- ο Οι ασθενείς επιθυμούν την παραμονή τους στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

- ο Η εμφάνιση του φαινομένου της γήρανσης του πληθυσμού, σε συνδυασμό με μεταβολή του επιδημιολογικού προφίλ του πληθυσμού (αύξηση των χρόνιων παθήσεων και της πολυνοσηρότητας).

ο Η κυβέρνηση κάθε χώρας επιδιώκει τη συγκράτηση των δαπανών. Η περίθαλψη στο σπίτι συμβάλλει στη συγκράτηση του κόστους, που επιτυγχάνεται με τη μείωση του αριθμού των αλληπάλληλων εισαγωγών των χρόνιων ασθενών στο Νοσοκομείο ή έστω μείωση των ενδονοσοκομειακών ημερών νοσηλείας.

Η νοσηλεία στο σπίτι έχει στόχο τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας. Αποτελεί βασικό στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας και παρέχεται κυρίως από νοσηλευτές. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες κατ’οίκον νοσηλείας περιλαμβάνει:

ο Παραπομπή από Κέντρο Υγείας. Ο ασθενής απευθύνεται σε μια μονάδα Π.Φ.Υ. και εφόσον δεν χρήζει νοσοκομειακής περίθαλψης μπορεί η νοσηλευτική του φροντίδα να συνεχιστεί στο σπίτι, από την αρμόδια υπηρεσία.

ο Παραπομπή από νοσοκομείο. Ο ασθενής νοσηλεύεται για ένα πρόβλημα υγείας και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο συνεχίζεται η νοσηλευτική υπηρεσία. Η ύπαρξη διαδικασίας διασύνδεσης νοσοκομείου και υπηρεσίας κατ’οίκον νοσηλείας είναι απαραίτητη.

ο Παραπομπή από τον οικογενειακό ιατρό. Ο ασθενής παραπέμπεται στην υπηρεσία κατ’οίκον νοσηλείας από τον οικογενειακό ιατρό, όταν διαπιστώνεται τέτοια ανάγκη.

Στη Δανία έχει θεσπιστεί νόμος που εφαρμόζεται από το 1998 και υποχρεώνει τις δημοτικές αρχές να πραγματοποιούνται 2 φορές τον χρόνο επισκέψεις στα σπίτια όλων των πολιτών που υπερβαίνουν το 75ο έτος ηλικίας από επαγγελματίες υγείας. Η εφαρμογή του συγκεκριμένου μέτρου είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των εισαγωγών κατά 19% στα νοσοκομεία και περίπου στο 31% στους χώρους μακροχρόνιας περίθαλψης.

Οι αναφορές για την κατ’οίκον νοσηλεία επικεντρώνονται κυρίως στους ηλικιωμένους και στους ασθενείς που χρήζουν μακροπρόθεσμη θεραπεία. Το 'Νοσοκομείο στο Σπίτι' είναι ένα νέο μοντέλο φροντίδας, που είναι ανεπτυγμένο σε

διαφορετικό βαθμό και με διαφορετικό τρόπο σε χώρες όπως η Ιταλία, η Αγγλία, ο Καναδάς, η Νέα Ζηλανδία, η Αυστραλία, το Ισραήλ, η Γαλλία και οι Η.Π.Α. Στις περισσότερες χώρες ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την άμεση παροχή φροντίδας, ενώ ο ρόλος του ιατρού είναι η εποπτεία και η διενέργεια επισκέψεων σε τακτική βάση. Οι φυσικοθεραπευτές και οι εργοθεραπευτές είναι οι ειδικότητες που συνεργάζονται συχνότερα με την υπηρεσία. Οι υπηρεσίες θεραπείας και φροντίδας υγείας παρέχονται σε 24ωρη βάση. Με το νέο μοντέλο φροντίδας επιδιώκεται μια οικονομικότερη εναλλακτική επιλογή από αυτής της ενδονοσοκομειακής φροντίδας.

Η ανάπτυξη προηγμένων πληροφοριακών συστημάτων παρέχει τη δυνατότητα παρακολούθησης και αξιολόγησης των ασθενών από οποιαδήποτε απόσταση. Υπάρχει η δυνατότητα μετάδοσης μιας μεγάλης ποικιλίας βιοσημάτων από το σπίτι του ασθενούς, όπως ηλεκτροκαρδιογράφημα, σπιρομέτρηση, αρτηριακή πίεση, γλυκόζη αίματος, οξύμετρηση, θερμομέτρηση και βάρος σώματος. Διαγνωστικές συσκευές συλλέγουν και μεταδίδουν τα προκαθορισμένα βιοσήματα των ασθενών στα κέντρα παρακολούθησης μέσω ασύρματων συνδέσεων. Συνεπώς η παρακολούθηση των ασθενών μπορεί να γίνει σε 24ωρη βάση και κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. διαπιστώθηκε ότι η εφαρμογή της μετάδοσης βιοσημάτων των ασθενών από το σπίτι είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση κατά 19% του αριθμού των εισαγωγών στο νοσοκομείο, τη μείωση κατά 25% του αριθμού των ημερών παραμονής στο νοσοκομείο, ενώ εμφανίστηκε ικανοποιημένο το 86% του συνόλου των ασθενών που συμμετείχαν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Το κόστος συμμετοχής στο συγκεκριμένο πρόγραμμα ανερχόταν στο ποσό των \$ 1.600 ανά ασθενή ετησίως και συνεπώς σημαντικά μικρότερο από τη νοσηλευτική κατ’οίκον φροντίδα.

3.3 Παράγοντες Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας

Το μοντέλο των τριών σταδίων

Το μοντέλο των τριών σταδίων προτάθηκε για πρώτη φορά από τους Safer et al (1979), σε μελέτη που πραγματοποίησαν, προκειμένου να εντοπίσουν τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών να προσέλθουν σε κλινική για να αναζητήσουν ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η συνολική καθυστέρηση μπορεί να διαιρεθεί σε τρία στάδια:

- Το πρώτο στάδιο ορίζεται ως «χρόνος αξιολόγησης» και αναφέρεται στο διάστημα που μεσολαβεί από την αρχική εμφάνιση των συμπτωμάτων, μέχρι τη στιγμή που ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι αποτελούν ένδειξη προβλήματος υγείας. Ο κυριότερος προσδιοριστικός παράγοντας στο στάδιο αξιολόγησης, είναι η φύση του συμπτώματος, όπως η παρουσία πόνου κι ο εντοπισμός του, ο υψηλός πυρετός και η ύπαρξη αιμορραγίας.
- Το δεύτερο στάδιο ονομάζεται «καθυστέρηση στην αντιμετώπιση της ασθένειας» και ορίζεται ως ο χρόνος που μεσολαβεί από τη στιγμή που ένα άτομο αντιλαμβάνεται ότι νοσεί, μέχρι να λάβει την απόφαση να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Η καθυστέρηση σε αυτό το στάδιο, σχετίζεται με την αντίληψη που έχει ένα άτομο για τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του, εάν αυτά είναι παλιά ή νέα, την πιθανή υποτίμηση αυτών, τα αναμενόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα, τον αρνητισμό απέναντι στη θεραπεία. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η εφαρμογή πρακτικών θεραπειών επιτείνει το φαινόμενο της καθυστέρησης.
- Η «καθυστέρηση στη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών» αποτελεί το τρίτο στάδιο. Αφορά στο χρόνο που μεσολαβεί ανάμεσα στην απόφαση για λήψη ιατρικής φροντίδας και στην υλοποίησή της. Φραγμοί σχετιζόμενοι με το οικονομικό κόστος της θεραπείας ή γεωγραφικά εμπόδια, αποτελούν σχετικούς παράγοντες καθυστέρησης. Επιπρόσθετο παράγοντα, συνιστά η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων του ατόμου και ιδιαίτερα τα γεγονότα που αποσπούν την προσοχή του.

Το μοντέλο των πέντε σταδίων

Οι Andersen et al (1995), επέκτειναν το μοντέλο των Safer et al (1979), προτείνοντας ένα εμπλουτισμένο μοντέλο πέντε σταδίων για την περιγραφή της ολικής καθυστέρησης στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Αντικατέστησαν το τρίτο στάδιο της καθυστέρησης χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών με: α) το στάδιο της καθυστέρησης “ανταπόκρισης”, για να περιγράψουν το διάστημα που μεσολαβεί από την απόφαση του άτομο ότι νοσεί, μέχρι την απόφαση του να δράσει, β) το στάδιο της καθυστέρησης που αφορά στο διάστημα από τη λήψη της απόφασης του ατόμου να δράσει ως τον προγραμματισμό της πρώτης επίσκεψης σε επαγγελματία υγείας και γ) το στάδιο της καθυστέρησης της «θεραπείας», που αφορά στο διάστημα από την πρώτη επίσκεψη σε επαγγελματία υγείας, ως την έναρξη της θεραπείας. Επίσης, οι ερευνητές επεσήμαναν ότι η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο δεν είναι μονόδρομη, αλλά συνιστά μια παλίνδρομη διεργασία, επηρεαζόμενη από διάφορα γεγονότα που προκύπτουν κατά την πορεία της νόσου ή από παράγοντες όπως η ψυχοσύνθεση του ατόμου και οι οικογενειακές συνθήκες. Για παράδειγμα, ένας πόνος που υποχωρεί, μπορεί να οδηγήσει στην αναθεώρηση της απόφασης του ατόμου να αναζητήσει βοήθεια.

Παράγοντες για την παρακίνηση αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας

Στη διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρεται ένα πλήθος παραγόντων που παρακινούν τα άτομα για την αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Σε αυτούς, συγκαταλέγονται δημογραφικοί (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία), ψυχολογικοί (οι στάσεις του ατόμου απέναντι στην ασθένεια, οι προηγούμενες εμπειρίες του, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του και η ψυχική του διάθεση), κοινωνικοί (κοινωνικά δίκτυα-δίκτυο μη ειδημόνων) και θρησκευτικοί παράγοντες. Ας τονιστεί επίσης ότι, οι παράγοντες αυτοί δεν επιδρούν μεμονωμένα, αλλά ο συνδυασμός τους είναι αυτός που τελικά καθορίζει την έγκαιρη ή μη, απόφαση των ατόμων για την αναζήτηση βοήθειας. Αναλυτικότερα:

3.4 Δημογραφικοί παράγοντες ζήτησης υπηρεσιών υγείας

Το φύλο αποτελεί έναν από τους κυριότερους δημογραφικούς παράγοντες, η επίδραση του οποίου έχει μελετηθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία. Αρχικά, αξίζει να γίνει αναφορά στον τρόπο με τον οποίο δομούνται τα στερεότυπα σχετικά με το ρόλο και τα χαρακτηριστικά των δύο φύλων. Σε κάθε κοινωνία, οι άνθρωποι ενθαρρύνονται να συμμορφώνονται και να υιοθετούν στερεότυπες αντιλήψεις και συμπεριφορές, οι οποίες διαμορφώνονται ανάλογα με τις κοινωνικές νόρμες που επικρατούν σχετικά με τον ανδρισμό και τη θηλυκότητα. Οι άντρες, ήδη από νεαρή ηλικία, δέχονται μεγαλύτερη κοινωνική πίεση συγκριτικά με τις γυναίκες, να υιοθετήσουν τις κοινωνικές αυτές επιταγές. Η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου αποτελεί έναν πρόσθετο δημογραφικό παράγοντα που επηρεάζει την αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Συχνά τα μέλη της οικογένειας είναι αυτά που αναγνωρίζουν τα συμπτώματα και παροτρύνουν το άτομο να επισκεφτεί έναν ειδικό ή ακόμα ο/η σύζυγος αναλαμβάνει να φέρει σε επαφή τον/την ασθενή με το γιατρό. Ωστόσο, τα μέλη της οικογένειας είναι δυνατό να καθυστερήσουν την απόφαση του ατόμου για αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Έχει βρεθεί ότι η παρουσία ενός άλλου προσώπου κατά την εμφάνιση συμπτωμάτων ενδεικτικών οξέων καρδιακών νοσημάτων, ελαττώνει το χρόνο αναζήτησης βοήθειας σε σχέση με την περίπτωση που το άτομο είναι μόνο του στο σπίτι. Το παραπάνω, όμως, δεν ισχύει στην περίπτωση που το άλλο παρευρισκόμενο άτομο είναι μέλος της οικογένειας, γιατί τα μέλη της οικογένειας έχουν την τάση να αποδίδουν τα συμπτώματα σε μη καρδιακά αίτια, καθυστερώντας την απόφαση για λήψη ιατρικής συμβουλής. Επίσης, η κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου μπορεί να επηρεάσει την απόφαση του να αναζητήσει ή όχι ιατρονοσηλευτική βοήθεια. Αν και τα ευρήματα σχετικά με την επίδραση του συγκεκριμένου παράγοντα είναι μάλλον αντικρουόμενα, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ενδεχόμενη οικονομική επιβάρυνση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Το παραπάνω επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Niederdeppe & Levy (2007), οι οποίοι διαπίστωσαν την ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ της μοιρολατρικής/παθητικής στάσης απέναντι στην ασθένεια και της αδυναμίας ανταπόκρισης στο κόστος θεραπείας. Επιπρόσθετα, οι μεγαλύτερης ηλικίας

ασθενείς τείνουν να καθυστερούν περισσότερο την απόφαση για λήψη ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Οι Moser et al (2005) διαπίστωσαν ότι οι νεότερες γυναίκες απευθύνονταν γρηγορότερα σε ειδικό, όταν εμφάνιζαν θωρακικό άλγος σε σχέση με τις πιο ηλικιωμένες. Σύμφωνα με τους Grunfeld et al (2003), το παραπάνω εξηγείται από το γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς είναι λιγότερο ενημερωμένοι σχετικά με τη φύση των ασθενειών με αποτέλεσμα να θεωρούν ότι η επιστήμη δεν μπορεί να τους βοηθήσει ή ακόμα ότι οι προτεινόμενες θεραπείες είναι επώδυνες και αναποτελεσματικές. Εξάλλου, οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με την παρουσία συμπτωμάτων έτσι, ώστε να μη θορυβούνται από την εμφάνιση τους και να καθυστερούν να απευθυνθούν σε ειδικό.

3.5 Ψυχολογικοί παράγοντες ζήτησης υπηρεσιών υγείας

Η αντίληψη του ατόμου σχετικά με το πόσο δεκτικό είναι στη νόσο, συμβάλλει στην επίσπευση της αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Η αντίληψη αυτή επηρεάζεται σημαντικά από την υποκειμενική σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα θεωρούνται σοβαρά όταν επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, έχουν την τάση να επιδεινώνονται, εμφανίζονται νέα συμπτώματα, συνοδεύονται από πόνο και ξεπερνούν τον ουδό αντοχής του ατόμου. Επιπλέον, η παρεμπόδιση των καθημερινών δραστηριοτήτων και ιδιαίτερα η παρεμπόδιση της ικανότητας για εργασία έχει ως αποτέλεσμα την άμεση αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Επίσης, συμπτώματα που είναι εμφανή, και συνήθως πρόκειται για σωματικά συμπτώματα, δύσκολα παραβλέπονται. Επιπρόσθετα, η προηγούμενη εμπειρία έχει σημαντική επίδραση στην απόφαση ενός ατόμου να αναζητήσει ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Οι άνθρωποι δεν επιθυμούν να βιώνουν πόνο και έτσι τείνουν να αποφεύγουν τις δυνητικά επώδυνες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες. Σύμφωνα με μελέτη του Αυστραλιανού Ερευνητικού Κέντρου για τη Στοματική Υγεία του Πληθυσμού (A.R.C.P.O.H. 2012), τα δύο τρίτα των Αυστραλών καθυστερούσαν ή ανέβαλλαν την επίσκεψη τους στον οδοντίατρο εξαιτίας του φόβου τους ότι θα βιώσουν πόνο κατά την θεραπεία. Επιπλέον, οι ασθενείς καθυστερούν να

προσέλθουν στο ιατρείο όταν τα συμπτώματα είναι οικεία, όπως στις περιπτώσεις ηλικιωμένων ή ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Ωστόσο, η παρατεταμένη διάρκεια ή η αυξημένη βαρύτητα των συμπτωμάτων ή ακόμα η εμφάνιση πρωτόγνωρων συμπτωμάτων επισπεύδει τη διαδικασία αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Η ψυχική κατάσταση του ατόμου αποτελεί έναν επιπρόσθετο παράγοντα. Ο νευρωτισμός, αυξάνει την ευαισθησία σε υποκείμενα συμπτώματα και οδηγεί σε αυξημένη αναζήτηση υπηρεσιών υγείας. Παρόμοια συμπεριφορά επιδεικνύουν και τα υποχονδριακά άτομα, καθώς δίνουν υπέρμετρη σημασία σε πληροφορίες σχετικές με την υγεία και επικεντρώνονται υπερβολικά στα σωματικά συμπτώματα. Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνες, η παρουσία στρες μειώνει το χρόνο αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, εφόσον συμβάλλει στην έστω και προσωρινή εκτόνωση της ψυχικής έντασης και τη μετατόπιση του ενδιαφέροντος σε άλλο πρόβλημα. Γενικότερα, τα ευσυνειδητά άτομα υποκινούνται από την αίσθηση ευθύνης τους απέναντι στους άλλους και απευθύνονται ταχύτερα στους επαγγελματίες υγείας.

3.6 Κοινωνικοί παράγοντες

Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα δεν προσέρχονται στο γιατρό τους, αλλά αναζητούν μία αρχική εκτίμηση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων τους από τον οικογενειακό και φιλικό τους περίγυρο. Ενδεικτικά της μεγάλης σημασίας του δικτύου των μη ειδημόνων, αποτελούν τα ευρήματα της έρευνας της Arslanian-Engoren (2007), σύμφωνα με την οποία, οι περισσότερες από τις γυναίκες που συμμετείχαν, απάντησαν ότι αρχικά θα αναζητούσαν τη συμβουλή των μελών της οικογένειάς τους, εάν εμφάνιζαν συμπτώματα ενδεικτικά ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι όταν τα άτομα δεν αποκαλύπτουν τα συμπτώματά τους σε κάποιο άλλο πρόσωπο, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες για καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας. Η αποκάλυψη των συμπτωμάτων σχετίζεται με την άμεση αναζήτηση βοήθειας, εφόσον έτσι, εξασφαλίζεται η επικύρωση τους και η προτροπή για επίσκεψη σε ειδικό από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Αντίθετα, η παραγνώρισή τους συνδέεται με

αύξηση του χρόνου αναζήτησης ιατρικής συμβουλής. Εξάλλου, όταν ο/η ασθενής συζητά με το κοινωνικό περιβάλλον του για ένα σύμπτωμα, η συνηθέστερη αντίδραση τους είναι να προτείνουν την αναζήτηση βοήθειας, όχι πάντα λόγω της ορθής ερμηνείας των συμπτωμάτων, αλλά χάριν της ροής της συζήτησης. Σε κάθε περίπτωση, το είδος της σχέσης παίζει σημαντικό ρόλο στην τελική απόφαση για αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής βοήθειας: όσο στενότερη είναι η σχέση τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να επηρεασθεί η απόφαση του ατόμου να συμβουλευτεί ένα γιατρό. Ειδικότερα στην περίπτωση των ανδρών, το κοινωνικό δίκτυο επηρεάζει σημαντικά την απόφασή τους να αναζητήσουν βοήθεια. Συχνά οι άντρες, αναβάλλουν την επίσκεψή τους στο γιατρό, επειδή φοβούνται μήπως τα συμπτώματά τους αποδειχθούν τελικά ασήμαντα. Επομένως, η παρουσία της οικογένειας και των φίλων που παροτρύνουν τους άνδρες να δεχθούν ιατρική συμβουλή ουσιαστικά αποτελεί έρεισμα ότι τα συμπτώματά τους είναι σημαντικά και νομιμοποιεί την απόφασή τους για αναζήτηση βοήθειας, παρακάμπτοντας το φόβο τους ότι μπορεί να ντροπιαστούν. Επιπλέον, ας τονιστεί ότι δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στη χρήση του δικτύου των μη ειδημόνων από τα δύο φύλα. Γενικά, οι άνδρες αναπτύσσουν ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα, ενώ οι γυναίκες διατηρούν μικρότερα, αλλά πιο έμπιστα. Ακόμη, οι άνδρες λαμβάνουν τις περισσότερες πρακτικές πληροφορίες από το κοντινότερο πρόσωπο που συνήθως είναι η σύζυγος, ενώ οι γυναίκες είναι πιο δεκτικές σε συμβουλές προερχόμενες από το γενικότερο οικείο περιβάλλον. Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι το κοινωνικό στίγμα που περιβάλλει ορισμένες ασθένειες, όπως το AIDS και οι ψυχικές διαταραχές, απομονώνει τα άτομα. Το αποτέλεσμα είναι να αποφεύγουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

3.7 Θρησκευτικοί παράγοντες

Οι Θρησκευτικές πεποιθήσεις, ως μέσο κοινωνικής εκδήλωσης και αλληλοϋποστήριξης, έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία, όταν συνδυάζονται με την αποδοχή και τη χρήση της ιατρικής επιστήμης. Ωστόσο, έχουν συσχετισθεί και με την υιοθέτηση παθητικής στάσης απέναντι στην αντιμετώπιση των ασθενειών. Ειδικότερα, όταν η πεποίθηση αυτή συνοδεύεται από την πίστη ότι καταφεύγοντας

στην προσευχή ή σε θρησκευτικές πρακτικές επιτυγχάνεται θεραπεία, τότε παρατηρείται καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Το επίπεδο γνώσεων ως παράγοντας αναζήτησης φροντίδας και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας

Το επίπεδο των γνώσεων του ατόμου σχετικά με μία νόσο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Όσες περισσότερες πληροφορίες διαθέτει το άτομο, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να αναγνωρίσει τα συμπτώματα μίας σοβαρής ασθένειας και να επισκεφτεί άμεσα το γιατρό του. Σύμφωνα με έρευνα των Meischke et al (1999), οι οποίοι διεξήγαγαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε δείγμα 862 γυναικών ηλικίας άνω των 50 ετών, διαπιστώθηκε ότι η μη αναγνώριση των συμπτωμάτων του εμφράγματος του μυοκαρδίου, είχε ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη προσέλευση στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών. Ωστόσο, συχνά δημιουργείται σύγχυση εξαιτίας της στερεότυπης αντίληψης που διαμορφώνουν οι άνθρωποι σχετικά με τα νοσήματα. Έτσι, όταν δεν παρατηρούνται τα τυπικά συμπτώματα που συνοδεύουν μία νόσο, τότε το άτομο καθυστερεί σημαντικά την αναζήτηση βοήθειας. Οι Ramirez et al (1999), διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του μαστού και δεν παρουσίαζαν κάποιο ψηλαφητό όγκο, καθυστερούσαν σημαντικά περισσότερο την επίσκεψη στο γιατρό σε σχέση με εκείνες που εμφάνιζαν έναν τέτοιο όγκο. Ομοίως, οι Perry et al (2001), διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς που είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου καθυστερούσαν σημαντικά περισσότερο την προσέλευση τους στο νοσοκομείο, όταν εμφάνιζαν άτυπα συμπτώματα. Πάντως, η απλή αναγνώριση των συμπτωμάτων δεν επαρκεί, ώστε να παρακινήσει τον ασθενή να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Συχνά, ο φόβος του ατόμου ότι μπορεί να πάσχει από μία σοβαρή ασθένεια, οι επώδυνες θεραπείες που τη συνοδεύουν καθώς και ο φόβος του θανάτου αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες. Σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι Bish et al (2005), συμπέραναν ότι τόσο η αρχική στάση των γυναικών που έπασχαν από καρκίνο του μαστού, όσο και ο φόβος τους για τη θεραπεία, καθυστερούσαν σημαντικά την απόφασή τους για αναζήτηση βοήθειας. Επιπλέον, η απειλή μίας σοβαρής νόσου, έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα να

ενεργοποιούν μηχανισμούς άρνησης της πραγματικότητας, παραβλέποντας τα συμπτώματα, ώστε τελικά να καθυστερούν την αναζήτηση ιατρικής συμβουλής. Θεωρούν ότι σύντομα θα περάσουν από μόνα τους και αναζητούν εναλλακτικές ερμηνείες, πιστεύοντας ότι είναι νέοι και δυνατοί και ότι είναι απίθανο να τους συμβαίνει κάτι σοβαρό. Ειδικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η στάση των επαγγελματιών υγείας ως προς το χρόνο αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Οι επαγγελματίες υγείας ως μία ιδιαίτερη ομάδα, απόλυτα σχετιζόμενη με τις γνώσεις για την υγεία, θα αναμένονταν ότι θα έδιναν ιδιαίτερη προσοχή σε συμπτώματα που τους αφορούν. Αντίθετα πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι πολλοί παραμελούν την υγεία τους και καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας, λόγω των επαγγελματικών τους υποχρεώσεων, της δυσκολίας τους να υποδυθούν το ρόλο του ασθενή, της άρνησης τρωτότητας ως μέρος της επαγγελματικής τους κουλτούρας, της τάσης να αυτοθεραπεύονται και της ντροπής να απευθυνθούν σε συνάδελφό τους.

3.8 Επιδημιολογικό προφίλ των Ελλήνων

Το επιδημιολογικό προφίλ ενός πληθυσμού επηρεάζει την ένταση χρήσης των υπηρεσιών σε μεγάλο βαθμό. Η πληθυσμιακή γήρανση του πληθυσμού συνεπάγεται περισσότερες ανάγκες υγείας και μεγαλύτερη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών που τις καλύπτουν. Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί σημαντικά τα νοσήματα που σχετίζονται με τον νέο αστικό τρόπο ζωής. Τα αυξημένα επίπεδα άγχους και η κακή διατροφή είναι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και αναμένεται αυξημένη ζήτηση στις σχετικές υπηρεσίες.

Η ελληνική κοινωνία χαρακτηρίζεται από χαμηλή γεννητικότητα, αύξηση του προσδόκιμου ζωής και καθυστερημένη θνησιμότητα με αποτέλεσμα τη γήρανση του πληθυσμού. Επιπλέον, υπάρχει μια επιδημιολογική μετάβαση από οξείες ασθένειες σε χρόνιες ασθένειες, η οποία έχει οδηγήσει σε αυξημένη ζήτηση των ανωτέρω υπηρεσιών και ανάγκη μακροχρόνιας υγειονομικής περίθαλψης.

Ο δείκτης γονιμότητας στην Ελλάδα είναι κατά μέσο όρο 1,5 παιδιά ανά γυναίκα και είναι κατώτερο του επιπέδου αντικατάστασης των γενεών. Επιπλέον, υπάρχει μια επιδημιολογική μετάβαση από οξείες ασθένειες σε χρόνια ασθένειες, η οποία έχει οδηγήσει σε αυξημένη ζήτηση και ανάγκη μακροχρόνιας υγειονομικής περίθαλψης. Το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα που αυξάνουν την ανάγκη για ιατρική περίθαλψη και επομένως την συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων.

Μολονότι τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει καλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα υγείας, το ποσοστό των επιβλαβών συνηθειών (κάπνισμα, παχυσαρκία, αλκοολισμός και άλλες εξαρτήσεις) έχει αυξηθεί. Είναι χαρακτηριστικό, πως η Ελλάδα κατέχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών μεταξύ των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.. Επιπλέον, ενώ το ποσοστό των καπνιστών παρουσιάζει σημαντική μείωση στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα που παρουσιάζει σχετική αύξηση από το 2000. Ο καπνός αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για τουλάχιστον δύο από τις κύριες αιτίες πρόωρης θνησιμότητας: των καρδιαγγειακών παθήσεων και του καρκίνου.

Όσον αφορά τα ποσοστά παχυσαρκίας ενηλίκων στην Ελλάδα, αυτά κυμαίνονται στο μέσο όρο του Ο.Ο.Σ.Α.. Από την άλλη, μελέτες καταδεικνύουν αυξανόμενο ποσοστό παιδιών και εφήβων με υπερβάλλον σωματικό βάρος (υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά) που κατατάσσει τη χώρα μας στις πρώτες θέσεις στην παιδική παχυσαρκία τόσο στην Ευρώπη όσο και παγκοσμίως¹⁰⁷. Η αυξανόμενη εμφάνιση παχυσαρκίας προκαλεί περισσότερα προβλήματα υγείας (όπως ο διαβήτης και οι καρδιαγγειακές παθήσεις) και συνεπάγεται, περαιτέρω, υψηλότερο κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στο μέλλον.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας οι πιο συχνές και δαπανηρές ασθένειες είναι οι ακόλουθες: οι καρδιακές παθήσεις, ο καρκίνος, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρθρίτιδα, η οστεοπόρωση και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

4. Υλοποίηση στρατηγικής

4.1 Τμήματα και Θέσεις εργασίας

Η φιλοσοφία της λειτουργίας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού 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 «τρέχουν» αυτό το εγχείρημα θα είναι:

1. Ένας ιατρός γενικών καθηκόντων,
2. Νοσηλεύτης,
3. Κοινωνικός Λειτουργός,
4. Οδηγός και
5. Χειριστής Ηλεκτρονικών Υπολογιστών

Το οχήμα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού 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. Μετά το πέρας του πρώτου χρόνου λειτουργίας οι εργαζόμενοι θα περιοριστούν στους δύο οι οποίοι είναι ο ιατρός και ο οδηγός, ειδικότητες που κρίνονται αναγκαίες για την συνέχεια του εγχειρήματος.

4.2 Δημοσιότητα του έργου «REMOTECARE» με σκοπό την προώθηση των δράσεων του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού

Η διάχυση των δράσεων του έργου και η αποτελεσματική ενημέρωση του κοινού αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την επιτυχία του έργου «REMOTECARE»

στο σύνολό του. Η ανάγκη αυτή θα εξυπηρετηθεί αρχικά με την οργάνωση δημοσίων εκδηλώσεων κατά τη διάρκεια του έργου. Οι δράσεις επικοινωνίας θα περιλαμβάνουν τόσο συμβατικά μέσα, όπως δελτία τύπου σε εφημερίδες και ανακοινώσεις στο ραδιόφωνο, τα οποία στοχεύουν στην πλειοψηφία του πληθυσμού στη διασυνοριακή περιοχή και κυρίως σε πληθυσμό που δεν είναι εξοικειωμένος με την τεχνολογία. Από την άλλη, ψηφιακά μέσα θα χρησιμοποιηθούν για να προωθηθεί το έργο στους νέους αυτά περιλαμβάνουν: α) ανάπτυξη ιστοσελίδας του έργου η οποία θα είναι κατάλληλα διαμορφωμένη σύμφωνα με τις απαιτήσεις του προτύπου WCAG 2.0 για ΑμΕΑ, β) καμπάνια στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (social media) όπως Facebook, Twitter, linkedin κλπ, και γ) ψηφιακά banners σε σχετικές ιστοσελίδες.

Για περαιτέρω επικοινωνία του έργου “REMOTECARE” έχει προταθεί η δημιουργία λογοτύπου το οποίο θα είναι εύκολα αναγνωρίσιμο και θα αποτελεί την οπτική ταυτότητα αυτού. Συμπληρωματικό ρόλο στην επικοινωνία του έργου θα έχει η δημιουργία υλικού διάχυσης όπως ενημερωτικά φυλλάδια, στυλό και φάκελοι που θα φέρουν το λογότυπο και θα μοιράζονται στις δημόσιες εκδηλώσεις. Προγραμματισμένη είναι επίσης και η πραγματοποίηση εκδήλωσης κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου λειτουργίας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού στο Δήμο Ωραιοκάστρου όπου θα απαρτίζεται από μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων με στόχο την ενημέρωση του κοινού για τις δράσεις και τα αποτελέσματα του έργου «REMOTECARE» στη διασυνοριακή περιοχή.

Σημαντικό εγχείρημα αποτελεί, επίσης και η δημιουργία ιστοσελίδας η οποία θα είναι εύκολα επισκέψιμη από τους πολίτες και θα τους παρέχει ενημέρωση και πληροφορίες για τη λειτουργία της μονάδας αλλά και για οτιδήποτε άλλο χρειαστούν.

Προς συμπλήρωση όλων όσων έχουν ήδη προγραμματιστεί να υλοποιηθούν, για την καλύτερη επικοινωνία του έργου της κινητής μονάδας, προτείνεται η συνέχεια λειτουργίας της ιστοσελίδας μετά το πέρας της πιλοτικής λειτουργίας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού με σκοπό την συνέχεια της

ενημέρωσης των πολιτών σχετικά με αυτή. Μετά το πέρας του ενός χρόνου λειτουργίας, το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού θα λειτουργεί συνδυαστικά με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Αυτό μπορεί να προσφέρει πολλά οφέλη ακόμα και στον επικοινωνιακό τομέα του έργου. Σε συνδυασμό με το πρόγραμμα, το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού μπορεί να λειτουργεί την ιστοσελίδα που ήδη θα έχει δημιουργηθεί ώστε οι πολίτες να συνεχίσουν να ενημερώνονται και να θέτουν πιθανές ερωτήσεις. Προτείνεται η διατήρησή του καθώς οι πολίτες ήδη θα έχουν γνωρίσει το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού μέσω αυτής και ο συντονισμός των δράσεων θα είναι πιο εύκολος μέσω ενός γνώριμου μέσου.

Επιπλέον, ως αποτέλεσμα της συνεργασίας με το «Βοήθεια στο Σπίτι» προτείνεται η οργάνωση περαιτέρω δημοσίων εκδηλώσεων για την εξοικείωση των πολιτών με το έργο του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Οι εκδηλώσεις αυτές θα είναι φιλικές και για τον πληθυσμό όπου δεν έχει πρόσβαση στο ίντερνετ είτε λόγω αμάθειας είτε λόγω οικονομικών προβλημάτων όπως π.χ. ηλικιωμένοι, Ρομά, μετανάστες, πρόσφυγες. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται ο αποκλεισμός τους από την ενημέρωση και ενισχύεται η ευαισθητοποίησή τους σχετικά με την πρωτοβάθμια υγεία.

Για τα άτομα με αναπηρία τα οποία μπορεί να βρίσκουν δυσκολία στη μετακίνηση θα ήταν χρήσιμο οι ίδιες πληροφορίες να μεταδοθούν μέσω ραδιοφώνου ή κάποιου δελτίου τύπου τοπικής εφημερίδας. Η ίδια η κοινωφελής επιχείρηση θα μπορούσε να οδηγηθεί στη δημιουργία δικής της εφημερίδας η οποία θα φροντίζει να ενημερώνει τους πολίτες για όλες τις δράσεις της.

Η συνέχεια της επικοινωνίας του έργου, μετά το πέρας του πιλοτικού του χρόνου είναι ζωτικής σημασίας για τη σωστή υλοποίησή του. Η διαρκής ενημέρωση θα ευαισθητοποιεί όλο και περισσότερους κατοίκους και θα εμπνεύσει ένα κλίμα

εμπιστοσύνης μεταξύ των εργαζομένων της κινητής μονάδας και των κατοίκων, παράγοντας πολύ σημαντικός για τη μεταξύ τους συνεργασία.

Η σημασία της επικοινωνίας έγκειται επίσης στο γεγονός της αλλαγής του προσωπικού της κινητής μονάδας υγείας μετά τη λειτουργία του ενός χρόνου καθώς από τους πέντε προβλεπόμενους εργαζομένους θα παραμείνει ένας και η μονάδα θα λειτουργεί συνδυαστικά με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Αυτό μπορεί να επιφέρει σύγχυση και άγχος στους κατοίκους των περιοχών που επισκέπτεται η κινητή μονάδα αφού το προσωπικό που τους εξυπηρετεί θα αλλάξει ολοσχερώς. Η σύντομη αλλαγή του ιατρικού προσωπικού μπορεί να προκαλέσει ανησυχία στους κατοίκους και να δημιουργηθεί φόβος για την παραμέλησή τους. Η πιθανότητα αυτή θα περιοριστεί σε μεγάλο βαθμό μέσω της επικοινωνίας αφού θα βλέπουν έμπρακτα τη συνέχεια του εγχειρήματος της Κινητής Μονάδας Υγείας.

5. Οικονομική & Κοινωνική Ανάλυση

5.1 Οικονομική Ανάλυση

5.1.1 Προβλεπόμενα έξοδα Κινητής Μονάδας Υγείας

Η λειτουργία της κινητής μονάδας υγείας κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους θα στηρίζεται οικονομικά στα πλαίσια του Διασυνοριακού Προγράμματος INTERREG V-A “Ελλάδα - Βουλγαρία” 2014-2020.

Από το δεύτερο έτος και μετά η λειτουργία του θα “επιβαρύνει” οικονομικά το Δήμο ο οποίος θα αναλάβει την πλήρη χρηματοδότησή του. Οι εργαζόμενοι, κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας, θα λαμβάνουν μισθοδοσία σύμβασης έργου.

Στη συνέχεια, η σύμβαση αυτή θα αφορά μόνο την ειδικότητα του ιατρού ο οποίος θα συνεχίζει να προσφέρει τις υπηρεσίες του στην Κινητή Μονάδα Υγείας μέχρι το πέρας της πενταετίας.

Οι λοιπές ειδικότητες θα καλύπτονται όπως έχει ήδη αναφερθεί από το προσωπικό που απασχολείται στο «Βοήθεια Στο Σπίτι». Υπάρχει η διευκόλυνση εξάλλου, μερικές ημέρες την εβδομάδα οι εμπλεκόμενοι στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» να χρησιμοποιούν ως όχημα την Κινητή Μονάδα Υγείας και τελικά να παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες και σίγουρα πιο αποτελεσματικές.

Τα δρομολόγια των περιοχών που θα επισκέπτεται το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, έχουν καθοριστεί για τρεις ημέρες την εβδομάδα: Δευτέρα, Τετάρτη και Παρασκευή και αφορούν το πρώτο χρόνο λειτουργίας της. Εν συνεχεία, σίγουρα θα υπάρχουν τροποποιήσεις αφενός για να εξυπηρετούνται περισσότερες περιοχές και αφετέρου για να συνδυάζονται τα δρομολόγια του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια του οποίου θα γίνει στο πλαίσιο του έργου “REMOTECARE”.

Στον πίνακα που ακολουθεί γίνεται μία προσπάθεια εκτίμησης των συνολικών εξόδων της κινητής μονάδας υγείας, τόσο για τον πρώτο χρόνο όσο και για τα επόμενα έτη.

Προσβλέποντας στην 5ετή λειτουργία του προγράμματος εφόσον θα κριθεί με θετικό πρόσημο για την αρτιότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει, οι ιθύνοντες επιδιώκουν τον ολοκληρωμένο σχεδιασμό του από άποψη προϋπολογισμού.

ΜΙΣΘΟΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΟΧΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΚΛΙΜΑΚΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ		
Πρώτος Πιλοτικός Χρόνος Λειτουργίας		Σύνολο
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΥΨΟΣ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ/ ΜΗΝΑ (ΣΕ €)	
Οδηγός	1.400	16.800,00 €
Κοινωνικός Λειτουργός (part time)	720	8.640,00 €
Γενικός Ιατρός	1.900	22.800,00 €
Νοσηλεύτης	1.100	13.200,00 €
It Specialist (part time)	715	8.580,00 €
ΣΥΝΟΛΟ		70.020,00 €

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται αναλυτικά τα προτεινόμενα εβδομαδιαία δρομολόγια, μετρώντας και τις χιλιομετρικές αποστάσεις που θα διανύει το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, τις ημέρες της εβδομάδας που θα λειτουργεί.

Από το σύνολο των εβδομαδιαίων χιλιομέτρων προκύπτει πώς το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, θα καλύπτει τουλάχιστον 237,80 χιλιόμετρα ανά τρεις εβδομάδες.

Το κοστολόγιο για τα καύσιμα που καλείται να πληρώνει ανα τρεις εβδομάδες ανέρχεται στο ποσό των 44,00 €, δεδομένου πώς το όχημα έχει κατανάλωση 12-14lt στα 100χλμ και η μέση τιμή του πετρελαίου κίνησης είναι 1,30€.

ΠΡΩΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

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 - Ωραιόκαστρο 14,8χλμ	
Σύνολο Χλμ	29,6

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

ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

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

ΤΡΙΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

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

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

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

ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ:

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

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΟΧΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΑΠΑΝΩΝ	ΥΨΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΣΕ ΕΥΡΩ
ΤΕΛΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ	1.000,00
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΟΧΗΜΑΤΟΣ	300
ΓΕΝΙΚΟ SERVICE (συμπεριλαμβάνονται οι δαπάνες για αλλαγή λαδιών)	1500
ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΤΕΟ	50
ΚΑΡΤΑ ΚΑΥΣΑΕΡΙΩΝ	50
ΣΥΝΟΛΟ	2.900,00

Ο παραπάνω πίνακας αφορά επίσης τα ενδεικτικά έξοδα που απαιτούνται σε ετήσια βάση προκειμένου να συντηρηθεί και να διατηρηθεί το όχημα. Το ποσό για την ασφάλεια του οχήματος στηρίχθηκε σε αντίστοιχα παραδείγματα ασφάλισης δημόσιων οχημάτων, μέσω της διαδικασίας της προκήρυξης διαγωνισμού. Σε κάθε περίπτωση το ποσό αυτό είναι ενδεικτικό και μπορεί να μεταβληθεί βάσει των δεδομένων στο Δήμο Ωραιοκάστρου.

Τα τέλη κυκλοφορίας υπολογίσθηκαν βάσει των σημερινών δεδομένων που αφορούν επαγγελματικό όχημα 2,5lt. Ωστόσο δεν έχει υπολογισθεί η εκπομπή CO² οπότε υπάρχει η πιθανότητα διαφοροποίησης της τιμής.

Η τιμή που αφορά το γενικό service του οχήματος υπολογίσθηκε βάσει ενός πρότυπου συμβατικού service το οποίο πραγματοποιείται μία φορά το χρόνο. Στο ετήσιο service περιλαμβάνονται:

- Αλλαγή λαδιών
- Αλλαγή φίλτρου αέρος,
- Αλλαγή φίλτρου βενζίνης
- Αλλαγή φίλτρου λαδιού και καμπίνας,
- Αλλαγή μπουζί και

- Τοποθέτηση καθαριστικού παρμπρίζ.
- Έλεγχο του συστήματος φόρτισης (μπαταρία, δυναμό), του συστήματος διεύθυνσης (μπόσικα του τιμονιού και των αξόνων αυτού), έλεγχο του συστήματος πέδησης (τακάκια φρένων και καθαρισμό των σιαγόνων αυτών εάν χρειάζεται), έλεγχο των φώτων και τέλος έλεγχο και γρασάρισμα των θυρών εάν χρίζεται απαραίτητο.

Στη συνέχεια παρατίθεται το κόστος ανά έτος για τα επόμενα έτη λειτουργίας του οχήματος που θα λειτουργεί συμπληρωματικά με το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», και θα επικεντρώνεται στα χωριά του Δήμου Ωραιοκάστρου, όπου οι κάτοικοι δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ειδικότερα κάθε έτος τα έξοδα επιμερίζονται ως εξής:

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΕΤΗΣΙΑ ΒΑΣΗ	
ΣΤΑΘΕΡΑ ΕΞΟΔΑ	
ΜΙΣΘΟΙ (Οδηγός & Οδηγός)	39600
ΜΕΤΑΒΛΗΤΑ ΕΞΟΔΑ	
ΚΑΥΣΙΜΑ	800
ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΟΧΗΜΑΤΟΣ	2900
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	870,6
ΕΚΤΑΚΤΑ ΕΞΟΔΑ	530,4
ΣΥΝΟΛΟ	44701

Ο παραπάνω πίνακας απεικονίζει ενδεικτικά τα ετήσια έξοδα κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Τα ποσά που παρουσιάζονται στο παρόν επιχειρηματικό σχέδιο μπορούν να μεταβληθούν για ποικίλους λόγους και αφορμές. Μπορεί να αυξηθεί ή να μειωθεί το κόστος του πετρελαίου κίνησης, ή να προκύψουν έξοδα όπως ένα έκτακτο σέρβις από μία απρογραμμάτιστη βλάβη.

Έχει υπολογισθεί η ετήσια προμήθεια αναλώσιμων υλικών, κάτι το οποίο κατά τη λειτουργία της μονάδας να αλλάξει. Για παράδειγμα, η χρήση μερικών αναλώσιμων να μην είναι τόσο τακτική όσο άλλα, επομένως η ανανέωση τους να μην απαιτείται κάθε χρόνο ή και το αντίστροφο.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ		
Περιγραφή	Τεμάχια	Ενδεικτικό Κόστος
Γάντια Latex medium	200 Τεμάχια	26,00 €
Γάντια Latex medium	200 Τεμάχια	26,00 €
Υγρομόντηλα aloe vera	6 Τεμάχια	2,00 €
Συσκευές ορών 1,5μ Luer	25 Τεμάχια	30,00 €
ΣΥΡΙΓΓΕΣ με βελόνα 10cc21g	100 Τεμάχια	20,00 €
ΣΥΡΙΓΓΕΣ με βελόνα 20cc21g	50 Τεμάχια	11,00 €
ΣΥΡΙΓΓΕΣ με βελόνα 1ml 27g	100 Τεμάχια	8,00 €
ΕΠΙΘΕΜΑ ΓΑΖΑΣ ΑΠΛΟ 5x5 8PLY	1 Τεμάχιο	2,00 €
ΕΠΙΘΕΜΑ ΓΑΖΑΣ ΑΠΛΟ 10x10 8PLY	1 Τεμάχιο	6,00 €
ΓΑΖΑ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΗ 36x40cm	10 Τεμάχια	2,00 €
ΓΑΖΑ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΗ 15x15cm	12 Τεμάχια	0,50 €
Επίθεμα αυτ/το αποστειρωμένo 8x15cm	50 Τεμάχια	6,00 €
Επίθεμα αυτ/το αποστειρωμένo 10x15cm	50 Τεμάχια	15,00 €
Επίθεμα αυτ/το αποστειρωμένo . 10x20cm	25 Τεμάχια	10,00 €
Επίθεμα αυτ/το αποστειρωμένo . 10x25cm	25 Τεμάχια	8,00 €
ΤΑΙΝΙΑ BIOSILK 2,5cmx5m μεταξωτό	12 Τεμάχια	25,00 €
ΤΑΙΝΙΑ BIOSILK 2,5cmx9,14m μεταξωτό	12 Τεμάχια	17,00 €
ΤΑΙΝΙΑ BIOSILK 5cmx5m μεταξωτό	6 Τεμάχια	14,00 €
Βαμβάκι ρολο 1kg	1 Τεμάχιο	8,00 €
ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ STRIPS	30 Τεμάχια/ 1 κουτί	2,00 €
ΟΞΥΖΕΝΕ 250ml	1 Τεμάχιο	1,50 €
Δοκιμαστικά φιαλίδια με κόκκους 10ml	2.000 Τεμάχια	500,00 €
ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΟΣ ΛΟΣΙΟΝ 95o 410ml	1 Τεμάχιο	4,00 €
Στιγμασιός πάγος non-woven	10 Τεμάχια	13,00 €
Ψυκτικό σπρέυ 200ml	1 Τεμάχιο	3,00 €
STRIPS ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ	100 Τεμάχια/ 1 κουτί	1,20 €
Ιμάντας αιμοληψίας fast κοκ.	1 Τεμάχιο	7,00 €
ΦΙΛΙ ΖΩΗΣ σε polybag	1 Τεμάχιο	3,00 €
Φλεβοκαθετηρες 20g διπλ.ροη	100 Τεμάχια	20,00 €
Φλεβοκαθετηρες 22g διπλ.ροη	100 Τεμάχια	20,00 €
Φλεβοκαθετηρες 27g	100 Τεμάχια	0,30 €
Μάσκα 3ply χειρ/κη με λάστιχα	50 Τεμάχια	2,10 €
Ουρ/τες 2lt βαλβ-κανουλα αποστ	10 Τεμάχια	5,00 €
Συσκευή αν αρρόφησης δηλητηρίου	1 Τεμάχιο	10,00 €
Φάκελος ανάρτησης	1 Τεμάχιο	9,00 €
Κολλαρο Φιλαδέλφεια ρυθμιζομενο	1 Τεμάχιο	20,00 €
Κολλαρο αυχενος medium	1 Τεμάχιο	4,00 €
ΡΑΜΜΑ αυτοκόλλητο 6x100mm	50 Τεμάχια	1,00 €
ΡΑΜΜΑ αυτοκόλλητο 12x100mm	50 Τεμάχια	1,00 €
ΨΑΛΙΔΙ χειρουργικό 14cm ΚΥΡΤΟ S-S	1 Τεμάχιο	7,00 €
ΣΥΝΟΛΟ		870,60 €

5.1.2 Διαχείριση Αποθεμάτων

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται ενδεικτικά τα αναλώσιμα υλικά, οι ποσότητες και οι τιμές τους, τα οποία θα χρειάζεται η μονάδα υγείας κατά τη διάρκεια της 5ετούς λειτουργίας του. Οι ποσότητες αναφέρονται σε αυτές που ήδη έχει σχεδιάσει και προμηθευτεί η μονάδα, επομένως το παρόν επιχειρηματικό σχέδιο εστιάζει στην ανανέωση ή εμπλουτισμό των ποσοτήτων αυτών. Πέραν της πρόβλεψης και της διαχείρισης των αποθεμάτων σημαντική είναι και η ορθή χρήση αυτών, χωρίς σπατάλες αλλά με φειδώ και συνέπεια.

Με τον όρο «Διαχείριση Αποθεμάτων», ορίζονται οι τομείς δράσης που αφορούν τον εντοπισμό, την αξιολόγηση, τη διαπραγμάτευση, τη διασύνδεση και συναλλαγή με προμηθεύτριες εταιρείες υλικών και προϊόντων. Τα προμηθευόμενα είδη μπορεί να είναι άμεσα, δηλαδή προϊόντα και υλικά που εμπλέκονται στην παραγωγική διαδικασία, ή έμμεσα, που δεν εντάσσονται στην παραγωγή, όπως για παράδειγμα γραφική ύλη ή λοιπά υλικά για τη λειτουργία ενός γραφείου.

Συνεπώς, η σωστή και ολοκληρωμένη διαχείριση των προμηθειών ενός Οργανισμού αποτελεί αντικειμενικό στόχο εξέχουσας σημασίας για τη λειτουργία του. Στο πλαίσιο αυτό, επίτευξης του στόχου των σωστών προμηθειών, κρίνεται αναγκαία η επιφόρτιση ενός ατόμου ή και περισσότερων με το ρόλο του υπεύθυνου προμηθειών. Σε όποιο άτομο από την ομάδα λειτουργίας του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού ανατεθούν τα καθήκοντα των προμηθειών και logistics, γίνεται σαφές πώς οι παραγγελίες αναλώσιμων υλικών όπως γάζες, σύριγγες, ή αυτοκόλλητων επιθεμάτων θα πρέπει να γίνεται ύστερα από αρκετή αναζήτηση για την πιο οικονομική προσφορά.

Την ίδια στιγμή, χρειάζονται σαφείς οδηγίες χρήσης για το υλικό αυτό, ώστε να μην σπαταλάται άσκοπα, εφόσον δεν υπάρχουν οι πόροι για τη διαρκή ανανέωση του.

Επί της ουσίας η σωστή διαχείριση προμηθειών:

- παρακολουθεί και διαχειρίζεται τους εν δυνάμει προμηθευτές

- παρακολουθεί τις προσφορές εναλλακτικών προμηθευτών για τα είδη ή τις υπηρεσίες
- διαχειρίζεται τις εντολές προμήθειας από τη δημιουργία τους μέχρι την έγκρισή τους αλλά και την εισαγωγή τους στην αποθήκη
- διαθέτει ιστορικό για όλες τις προμήθειες των ειδών ή υπηρεσιών που έχει προμηθευτεί η Κινητή Μονάδα Υγείας

Κατά συνέπεια:

- μια αποτελεσματική διαχείριση προμηθειών προνοεί και λειτουργεί προληπτικά για τα όλα τα δυνητικά προβλήματα με μηχανισμούς έγκαιρης προειδοποίησης των στελεχών και με επαρκή μέτρα αποκατάστασης των τυχόν συνεπειών
- αναδεικνύεται σε ένα σημαντικό εργαλείο άσκησης διοίκησης, το οποίο δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως μια διαδικασία αγοράς και ως εκ τούτου ως αναγκαίο κακό

5.1.3 SWOT Analysis

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ – STRENGTHS	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ - WEAKNESSES
Βελτίωση της πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες	Απουσία Προσωπικού
Ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Αδυναμία της Μονάδας να λειτουργεί αυτόνομα
Καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, της φτώχειας και των διακρίσεων	Περιορισμένες Λειτουργίες / Αρμοδιότητες

ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ – OPPORTUNITIES	ΑΠΕΙΛΕΣ - THREATS
Δυνατότητα Διαδημοτικής Συνεργασίας	Ύπαρξη Ανταγωνισμού
	Κίνδυνος στη μετακίνηση και στάθμευση του οχήματος
	Κίνδυνος βλάβης υλικοτεχνικού εξοπλισμού
	Κίνδυνος Ατυχήματος
	Ελλιπής Χρηματοδότηση

5.2 Κοινωνική Ανάλυση

5.2.1 Η σημασία της υγείας στην ζωή των ανθρώπων

«Η υγεία δεν θα πρέπει να αποτελεί μόνο μια ευχή αλλά ένα ανθρώπινο δικαίωμα, το οποίο θα πρέπει να επιδιώκουμε να το κατακτήσουμε»

Kofi Annan, Γενικός Γραμματέας ΟΗΕ

5.2.2 Το Δικαίωμα στην υγεία

Η υγεία αποτελεί 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, και οι σύγχρονες πολιτικές υγείας θα πρέπει να παρέχουν τις συνθήκες που θα επιτρέψουν την άσκηση αυτού του δικαιώματος.

Η μέριμνα του κράτους για τη λήψη μέτρων προστασίας της υγείας των πολιτών περιλήφθηκε ως κοινωνικό δικαίωμα στο άρθρο 21 παρ 3. του Συντάγματος, το οποίο ορίζει ότι: «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών».

Το δικαίωμα για την προστασία της υγείας προβάλλεται επίσης στις διεθνείς συμβάσεις και διακηρύξεις:

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 Ν. 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».

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ (άρθρο 129) αναγνώρισε ότι: «Η κοινότητα συμβάλλει στην εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης ζωής, ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών και, εάν είναι απαραίτητο, ενισχύοντας τη δράση τους. Η δράση της Κοινότητας αφορά στην πρόληψη των ασθενειών, κυρίως αυτών που θεωρούνται μεγάλη μάστιγα, συμπεριλαμβανομένης και της τοξικομανίας, ευνοώντας την έρευνα σχετικά με τα αίτια και τη μετάδοσή τους, καθώς και την ενημέρωση και την εκπαίδευση στον τομέα της υγείας. Οι απαιτήσεις στον τομέα της προστασίας της υγείας αποτελούν συνισταμένη των άλλων πολιτικών της Κοινότητας».

Το ενδιαφέρον της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία των πολιτών της καταδεικνύεται επίσης από τη διακριτή και λεπτομερή αναφορά, στη Δημόσια Υγεία, της Συνθήκης του Άμστερνταμ. Η αναφορά στη Δημόσια Υγεία γίνεται σε διάφορα άρθρα της συνθήκης, κυρίως όμως στα άρθρα 3 και 152. Ιδιαίτερα, στο άρθρο 152 ορίζεται ότι: «κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της Κοινότητας, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της Δημόσιας Υγείας, καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας.

Η Κοινότητα συμπληρώνει τη δράση των κρατών-μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της πρόληψης.

5.2.3 Δημόσια Υγεία

Σύμφωνα με τον Ν.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. Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσιας Υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία. Στην ευρύτερη έννοια της Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Σε γενικές γραμμές, η Δημόσια Υγεία αναφέρεται στην «υγεία του πληθυσμού», και η εφαρμογή της είναι θέμα κυρίως «πολιτικής επιλογής» (Κρεμαστινού, 2007). Διαχρονικά έχουν καταγραφεί πολλοί ορισμοί για τη Δημόσια Υγεία. Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι το αντικείμενο της Δημόσιας Υγείας συνίσταται στην ολιστική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Αποτελεί ένα σύνολο γνώσεων και πρακτικών, που τοποθετείται ανάμεσα στο διοικητικό μηχανισμό και την άσκηση των επαγγελματιών υγείας. Το αντικείμενό της αφορά επίσης στην κατάκτηση της γνώσης μέσω της έρευνας. Η Δημόσια Υγεία στηρίζεται σε διάφορες επιστήμες και τεχνικές όπως η ιατρική, η επιδημιολογία και η βιο-στατιστική, η δημογραφία και οι κοινωνικές επιστήμες, οι οποίες συντελούν στο να διερευνηθεί το επίπεδο υγείας και νοσηρότητας του πληθυσμού και να παραχθούν και να αξιολογηθούν μέτρα που προτείνονται από τους ειδικούς, με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας συνίστανται ιδίως:

- Στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.
- Στην προστασία και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη ασθενειών.
- Στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.
- Στην προάσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.
- Στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων, και στην αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών.

Τέλος, οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας επικεντρώνονται:

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

5.2.4 Οφέλη της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Αναζητώντας 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. Θα πρέπει επίσης να τονιστεί το γεγονός ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε βαθμό που ικανοποιεί όλους όσους εμπλέκονται σε αυτή, είναι αντικρουόμενη αφού συχνά οι ανάγκες και οι προσδοκίες τους είναι διαφορετικές. 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. Τα οφέλη για όλους του επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνουν την Αποτελεσματικότητα του προσφερόμενου έργου τους, τη Νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους, την Ηθική ικανοποίηση από την εργασία τους, το Σεβασμό και την εμπιστοσύνη από μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους, την Απαλλαγή από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και

άγχος και τέλος την Κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη που παρουσιάζονται. Ομοίως για τις υγειονομικές υπηρεσίες τα οφέλη είναι εξίσου σημαντικά όπως: Οικονομικά οφέλη δηλαδή τη μείωση του λειτουργικού κόστους που επιτυγχάνεται από την έγκαιρη και αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς, Λειτουργικά οφέλη με τον εξορθολογισμό της χρήσης των δομών της μονάδας, και παράλληλα Αναγνώριση, καθώς η ποιοτικά καλή χρήση των υπηρεσιών υγείας αυξάνει το κύρος τους. Εξίσου σημαντικά είναι τα οφέλη των ασφαλιστικών ταμείων, καθότι περιλαμβάνουν Υγειονομικά οφέλη, που επιτυγχάνονται με την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασφαλισμένων ασθενών, Οικονομικά οφέλη, όπου η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας οδηγεί σε περιορισμό του κόστους των δαπανών και περιορισμό των καταβαλλόμενων στους ασφαλισμένους ασθενείς επιδομάτων ασθενείας, Κοινωνικά οφέλη στους ασφαλισμένους καθώς παρέχεται μεγαλύτερη ικανοποίηση με την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και τέλος την Αίσθηση εκπλήρωσης του κοινωνικού τους ρόλου. Σημαντικά οφέλη προκύπτουν βεβαίως για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο, όπως Οικονομικά οφέλη από την περιστολή των δαπανών και την μείωση του χρόνου παραμονής τους στο νοσοκομείο και της χρονικής διάρκειας αποχής τους από την εργασία τους. Υγειονομικά οφέλη, όπου με την αύξηση της αποδοτικότητας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και τη μείωση του χρόνου αναμονής επίλυσης του υγειονομικού προβλήματος προάγεται η παραγωγικότητα. Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας, και τέλος ανάδειξη του κοινωνικού κράτους της χώρας μας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

5.2.5 Αξιολόγηση ποιότητας στην παροχή φροντίδων υγείας

Όσον αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας στην παροχή φροντίδων υγείας αυτή πρέπει να περιλαμβάνει σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο μια διαδικασία, όπου τα εμπλεκόμενα μέρη θα πρέπει να αξιολογούνται με βάση τις αιτιολογικές σχέσεις τους. Τα δυο βασικά εργαλεία που ευρέως χρησιμοποιούνται στη διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας είναι τα διαγράμματα ροής και τα διαγράμματα αιτιότητας. Τα μεν εκφράζουν την χρονική εξέλιξη μιας διαδικασίας, ενώ τα δε αποτυπώνουν την αιτιολογική σχέση μεταξύ μεταβλητών προκειμένου να διερευνηθούν την εμφάνιση προβλημάτων. Αναλυτικότερα λοιπόν, με τον όρο «αξιολόγηση» νοείται η εκτίμηση με συστηματικό τρόπο του βαθμού

επίτευξης των προκαθορισμένων σκοπών και στόχων, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Λαμβάνεται υπόψη η Αποδοτικότητα, η Αποτελεσματικότητα, η Επιστημονική και τεχνολογική ποιότητα, η Επάρκεια, η Επίδραση, η Επίπτωση και τέλος δεν πρέπει να παραγνωρίζεται και η Οικονομική διάσταση. Οι συνήθεις χρησιμοποιούμενοι τύποι αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η Ανάλυση Κόστους – Ωφέλειας, η Ανάλυση Κόστους - Αποτελεσματικότητας, η Ανάλυση Κόστους - Χρησιμότητας, η Ανάλυση Ελαχιστοποίησης Κόστους, η Ανάλυση Κόστους – Ασθένειας και η Ανάλυση της Ποιότητας Ζωής. Κύρια εργαλεία που χρησιμοποιούνται στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και την ανάλυση στοιχείων, καθώς και για την εξαγωγή συμπερασμάτων είναι οι Δείκτες Αξιολόγησης (ΔΑ). Οι βασικοί (ΔΑ) ταξινομούνται σε πέντε κατηγορίες με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ):

- Δείκτες υγειονομικής πολιτικής.
- Κοινωνικοοικονομική δείκτες.
- Δείκτες επιπέδου υγείας πληθυσμού.
- Δείκτες παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Δείκτες κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, γίνεται φανερό η πολυπλοκότητα της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου και μοντέλου αξιολόγησης, μιας προσδιορισμένης μεθοδολογίας καθώς και η κατάλληλη επιλογή δεικτών. Μέσα από την αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών διευκολύνεται ο οικονομικός έλεγχος, συντελώντας έτσι στην ορθότερη εκτίμηση των εφαρμοζόμενων πολιτικών, στον εντοπισμό αδυναμιών και στην εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών, ενώ παράλληλα επιτυγχάνεται καταλληλότερη κατανομή πόρων και σχεδιασμός μελλοντικών πολιτικών και καθορισμός νέων στόχων. Η διασφάλιση της ποιότητας αναφέρεται σε εκείνες τις ενέργειες που αποσκοπούν στη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας. Εμπλέκονται πολλοί παράγοντες, όπως οικονομικοί, κοινωνικοί και πολιτικοί καθώς και επαγγελματικοί. Η έννοια της διασφάλισης της ποιότητας περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων, τον καθορισμό των προτύπων και τον έλεγχο, χρησιμοποιώντας δείκτες αξιολόγησης. Πιο συγκεκριμένα,

αναφέρονται στις συστηματικές και οργανωμένες ενέργειες που απαιτούνται προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι ικανή να ανταποκριθεί σε ποιοτικές απαιτήσεις. Για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών της διασφάλισης ποιότητας, λαμβάνονται υπόψη οι εξής παράμετροι, η Επαγγελματική απόδοση, η Ορθή Χρησιμοποίηση πόρων, η Διαχείριση κινδύνων που συνδέεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και η Ικανοποίηση των ασθενών. Με βάση τα παραπάνω, μπορεί κανείς να προσδιορίσει τους αντικειμενικούς σκοπούς της ποιοτικής διασφάλισης: α) τη βεβαιότητα ότι κάθε ασθενής λαμβάνει τις απαραίτητες και καταλληλότερες παρεμβάσεις, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, β) την επίτευξη του αποτελέσματος αυτού με την ελάχιστη σπατάλη πόρων, γ) τον ελαχιστοποιημένο κίνδυνο για επιπρόσθετο τραυματισμό ή ανικανότητα ως αρνητική έκβαση του σχεδίου θεραπείας και δ) την ικανοποίηση του ασθενούς από την πορεία της φροντίδας υγείας του. Δεν απαιτεί προϋπόθεση μια μεμονωμένη δραστηριότητα διασφάλισης της ποιότητας να πληροί και τα τέσσερα κριτήρια. Τέλος, όσον αφορά τις στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στοχεύοντας στη διασφάλιση της ποιότητας είναι, η διαχείριση ολικής ποιότητας, οι πρωτοβουλίες για την ποιότητα, η οριοθέτηση σημείων αναφοράς, οι διαδικασίες διαπίστευσης και η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας.

5.2.6 Ανισότητες στον χώρο της Υγείας

Η εννοιολογική προσέγγιση των ανισοτήτων, αποτελεί ένα ζήτημα που άλλοτε έχει σαν πεδίο αναφοράς το επίπεδο και την υγειονομική κατάσταση των πληθυσμών και άλλοτε, τον τρόπο παροχής και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα.

Η παρουσία μάλιστα του φαινομένου, οδήγησε τη διεθνή κοινότητα στην υιοθέτηση μίας παγκόσμιας στρατηγικής με σκοπό τη μείωση των ανισοτήτων είτε μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων είτε μεταξύ διαφορετικών χωρών.

Το θέμα των ανισοτήτων στην υγεία έχει πολυπαραγοντικό χαρακτήρα. Οι ανισότητες δεν εξαρτώνται μόνο από βιολογικούς παράγοντες αλλά και από επιλογές των ίδιων των ατόμων, από τις συνθήκες διαβίωσης, εργασίας, κοινωνικής ένταξης, το οικολογικό και πολιτιστικό περιβάλλον και ακόμη από τη δομή της κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης.

Το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα Closing The Gap: Strategies For Action To Tackle Health Inequalities (www.health-inequalities.eu/) το οποίο εκπροσωπείται στη χώρα μας από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών τονίζει ότι η ευαισθητοποίηση και η αντιμετώπιση του θέματος των ανισοτήτων στην υγεία σε εθνικό επίπεδο μπορούν να διευκολυνθούν με τις παρακάτω δράσεις:

- Αυξημένη γνωστοποίηση του θέματος: Οι ανισότητες στην υγεία μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο αν υπάρχει μια ισχυρή κοινωνική βάση που θα γεννήσει την επιθυμία για ενημέρωση και τεκμηριωμένη δράση από τους αρμόδιους.
- Συλλογή έγκυρων δεδομένων και πληροφοριών: Η δημοσιότητα του θέματος μπορεί να επιτευχθεί μόνο αν υπάρχουν ισχυρά στοιχεία και τεκμήρια που θα τονίζουν την σημαντικότητα του. Υπάρχει επείγουσα ανάγκη για την βελτίωση των πληροφοριακών συστημάτων για την υγεία. Απαιτούνται περισσότερες προσπάθειες για να δοθεί και στο κοινωνικό υπόβαθρο η ίδια αξία με αυτή του φύλου και της ηλικίας στις περιγραφικές αναλύσεις των ερευνών.
- Ανάπτυξη μιας καλύτερης κατανόησης του πως οι κοινωνικοοικονομικοί καθοριστικοί παράγοντες επηρεάζουν την υγεία και οδηγούν στις ανισότητες στην υγεία: Η ερευνητική ομάδα του Π.Ο.Υ. για τις ανισότητες στην υγεία προτείνει ως κύρια προτεραιότητα την έρευνα που εστιάζει στη σχέση ανάμεσα στους παράγοντες που βελτιώνουν ή διατηρούν την πιθανότητα για καλή υγεία σε ατομικό ή κοινωνικό επίπεδο.
- Εγκαθίδρυση στόχων ισοτιμίας στην υγεία: Αν και οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν γενικές πολιτικές υγείας που αναφέρουν ότι η ανισοτιμία στην υγεία θα πρέπει να μειωθεί, υπάρχουν πολύ λίγα παραδείγματα ποσοτικοποιημένων στόχων για ισοτιμία που υποστηρίζονται από συγκεκριμένες στρατηγικές και οικονομικούς πόρους.
- Εμπλοκή άλλων φορέων: Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία δεν μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω της επιστράτευσης του τομέα υγείας, αν και ο τομέας της υγείας έχει να διαδραματίσει έναν πολύ σημαντικό ηγετικό ρόλο όσον αφορά στην κινητοποίηση και εμπλοκή των άλλων τομέων της πολιτικής. Η

ευαισθητοποίηση και η εφαρμογή μιας προσέγγισης ‘πολιτικής υγείας για όλους’ με στόχο την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία απαιτεί επίμονες επενδύσεις στην ανάπτυξη του οργανωσιακού και επαγγελματικού δυναμικού. Η υποστήριξη που παρέχεται από τα οικονομικά τμήματα είναι ιδιαίτερης σημαντικότητας προκειμένου να διασφαλιστεί ότι είναι διαθέσιμοι επαρκείς πόροι. Όλα τα επιστημονικά τεκμήρια που αφορούν στα οφέλη μιας μεγαλύτερης επένδυσης στην υγεία, όπως επίσης και οι καλύτερες επικοινωνιακές δεξιότητες πρέπει να τεθούν σε εφαρμογή προκειμένου να πείσουν καν να εμπλέξουν τους οικονομικούς φορείς.

5.2.7 Οι συνέπειες της ανισότητας στην υγεία

Η κοινωνική αδικία - ανισότητα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ζήτημα ζωής και θανάτου. 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.

Δεδομένων των όσων αναφέρθηκαν αναφορικά με την σημαντικότητα του κλάδου της υγείας, κρίνεται αναγκαία η υλοποίηση του έργου «RemoteCARE», καθώς θα συμβάλλει στην βελτίωση του σε διασυνοριακό επίπεδο.

5.2.8 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Οι Υπηρεσίες Υγείας αποτελούν οργανωμένα σύνολα επιμέρους υπηρεσιών, με διαρκώς εξελισσόμενη μορφή, που συνεργάζονται προκειμένου να διασφαλιστεί η συνολική υγεία του πληθυσμού. Στα πλαίσια αυτά, η επιστημονική ιατρική πράξη μετασχηματίζεται σε «Φροντίδα Υγείας» και ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο ασκείται, ταξινομείται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως ορίστηκε στην παγκόσμια διάσκεψη της ‘Alma Ata’, αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης.

Οι υπηρεσίες που παρέχει στους πολίτες έχουν ως σκοπό τους την προαγωγή, πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας με επιστημονικές τεχνολογίες και μεθόδους και δραστηριοποιείται στους τομείς που αφορούν τη δημόσια υγεία, τη διατροφή καθώς και την παροχή κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής.

Η ΠΦΥ προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας.

Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται.

Με τον τρόπο αυτό συνιστά το πρώτο στάδιο μιας αλληλουχίας υπηρεσιών υγείας (Alma-Ata.health for all, 1978). Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, περιλαμβάνουν δράσεις και παρεμβάσεις που αναφέρονται στο νοσοκομειακό χώρο. Τα

τρία επίπεδα Φροντίδας Υγείας συνδέονται λειτουργικά μεταξύ τους και από την επιτυχή ή μη διασύνδεσή τους εξαρτάται η αποτελεσματικότητα των Συστημάτων Υγείας.

Η παραπάνω αντίληψη για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διαφοροποιείται σαφώς από τη στενότερη έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη (Primary Medical Care) αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά τα συμπτώματα της νόσου.

Αντίθετα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Primary Health Care) εκφράζει μια ευρύτερη έννοια, που αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα είτε στο σύνολο του πληθυσμού είτε στο επίπεδο της κοινότητας. Η έννοια της φροντίδας εμπεριέχει την έννοια της περίθαλψης χωρίς να ταυτίζεται με αυτήν.

5.2.9 Ρόλος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η διακήρυξη της ‘Alma-Ata’ το 1978 αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του συστήματος υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η ανάδειξη της σημασίας της Πρόληψης και της Αγωγής Υγείας σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη για την αντιμετώπιση της ασθένειας και τη βελτίωση ή διατήρηση της υγείας του μέσα από συντονισμένη διατομεακή δράση, αναδείχθηκαν και αποτέλεσαν στη συνέχεια την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών.

Η λειτουργία της ομάδας υγείας στα πλαίσια της κοινότητας, δηλαδή σε μια σαφώς προσδιορισμένη περιοχή ευθύνης, αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα για την επίτευξη των στόχων που θέτει η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς ο ρόλος της είναι καθοριστικός στην εκτίμηση και παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του τοπικού πληθυσμού και στον προσδιορισμό των προβλημάτων υγείας που αυτός αντιμετωπίζει.

Επιπλέον, αποτελεί μία πηγή συστηματικής καταγραφής σε τοπικό επίπεδο των δημογραφικών και επιδημιολογικών δεδομένων του πληθυσμού στοιχειοθετώντας μια αξιόπιστη βάση δεδομένων που μπορεί με μεγαλύτερη ευκολία να ενημερώνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Με αυτόν τον τρόπο ο ρόλος της επεκτείνεται και στη συμμετοχή της

στον προσδιορισμό τοπικών πολιτικών υγείας εφόσον είναι σε θέση να εκτιμήσει τις πραγματικές υγειονομικές ανάγκες της κοινότητας.

Κύριο στοιχείο της ομάδας υγείας είναι ο διεπιστημονικός χαρακτήρας της, όπου η συνεργασία των μελών στηρίζεται στη σαφή κατανομή των ρόλων και των αρμοδιοτήτων έτσι ώστε κάθε επαγγελματίας να συνεισφέρει ανάλογα με τις γνώσεις και τις δεξιότητες του.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής του ασθενούς, με τα οποία έχει την πρώτη του επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιο επαγγελματία υγείας όπως ιατρό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, μαία, κοινωνικό λειτουργό.

Ο τόπος και τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και παροχής των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να είναι το ιατρείο, το κέντρο υγείας, η πολυκλινική ή το πολυϊατρείο, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται μπορεί να κυμαίνεται από 500 έως 5.000 άτομα.

Σήμερα, η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει την αναγκαιότητα της ΠΦΥ ως επίκεντρο του όλου συστήματος υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας.

Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση-επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια).

Ο ρόλος τους είναι να αποτελούν ένα είδος «φίλτρου» (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέχονται πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ’ επέκταση τον περιορισμό των δαπανών.

Η ΠΦΥ ασχολείται με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας βασιζόμενη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η έννοιά της υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των

υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής.

Συγκεκριμένα, στην ΠΦΥ λαμβάνουν χώρα ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες που έχουν σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των προβλημάτων χωρίς να απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Το τελευταίο λαμβάνει ένα τελείως διαφορετικό ρόλο, να αποτελεί συμπλήρωμα της ΠΦΥ για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων περιπτώσεων και όταν η βαρύτητα της νόσου δεν επιτρέπει τη νοσηλεία στο σπίτι ή σε μονάδες ΠΦΥ.

Οι προληπτικές δραστηριότητες μέσα από την ΠΦΥ διακρίνονται σε αυτές που σχετίζονται με μέτρα για το περιβάλλον και σκοπό έχουν τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και κατ’ επέκταση τη μείωση της νοσηρότητας, και σε ατομικά μέτρα που έχουν σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Την αύξηση του επιπέδου συνειδητότητας του πληθυσμού, την ετοιμότητα και αποφασιστικότητα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, έρχεται να καλύψει η έννοια της Αγωγής Υγείας, που σχετίζεται στενά με την ΠΦΥ, με την προσδοκία της επίλυσης σημαντικών προβλημάτων υγείας.

Ο σημαντικός ρόλος της ΠΦΥ στην αποκατάσταση του ατόμου μετά την ύφεση της οξείας νόσου έγκειται σε παρεμβάσεις που έχουν σκοπό να καλύψουν όλες τις ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες ανάγκες του μέχρι την ένταξή του ως ενεργό μέλος στο κοινωνικό σύνολο.

Αυτές οι διαστάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι που διαφοροποιούν ριζικά από την παροχή υπηρεσιών από τις υπόλοιπες βαθμίδες του συστήματος υγείας. Η ΠΦΥ απαντά άμεσα στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Από τις βασικότερες αρχές λειτουργίας ενός σύγχρονου πρωτοβάθμιου συστήματος είναι η εξασφάλιση της συνέχειας στην φροντίδα, της ανεμπόδιστης προσπέλασης όλων των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες με δυνατότητα χρήσης τους όλο το 24ώρο, καθ’ όλη τη διάρκεια του έτους, 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.

5.2.10 Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και τα προβλήματά της

Η παρουσίαση του οργανωτικού και διοικητικού πλαισίου της ΠΦΥ στην Ελλάδα, που λειτουργεί υπό το ανωτέρω νομοθετικό πλαίσιο, καταδεικνύει, στην ουσία, τα προβλήματα του τομέα.

Συγκεκριμένα:

1. Μια πλειάδα οργανωτικών σχηματισμών και φορέων διαθέτει σήμερα η Ελλάδα για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Κάθε ένας συνιστά ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας, με δικό του οργανωτικό-διοικητικό πρότυπο, με διαφορετικές συνθήκες εργασίας, ξεχωριστό εποπτεύοντα φορέα (υπουργείο), διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης και ανισότητες σε επίπεδο εισφορών και παροχών.

Συγκεκριμένα, ΠΦΥ παρέχεται από: (α) το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μέσω των 201 Κέντρων Υγείας, των 1478 Περιφερειακών τους Ιατρείων και των πρωινών και απογευματινών Εξωτερικών Ιατρείων 132 νοσοκομείων.

Στις υπηρεσίες αυτές έχουν πρόσβαση όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες καθώς και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών, (β) τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ).

Πρόκειται, για ένα πολυκερματισμένο και άναρχα αναπτυσσόμενο τομέα παροχής υπηρεσιών. Άμεση συνέπεια της πολυδιάσπασης και κατάτμησής του είναι η παντελής απουσία κεντρικού επιτελικού σχεδιασμού και η έλλειψη συντονισμού στην ανάπτυξη, την παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών. Ανάλογες δυσκολίες υπάρχουν και στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ενιαίας πολιτικής στην ΠΦΥ.

2. Εξετάζοντας τις συνολικές δαπάνες και την κατά κεφαλήν δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων για την πρωτοβάθμια περίθαλψη διαπιστώνουμε σημαντικές ανισότητες μεταξύ των ταμείων (που χαρακτηρίζει κάποια ως «ευγενή»). Μελέτη αναφέρει ότι ασφαλιστικά ταμεία με μεγάλο αριθμό συνταξιούχων (π.χ. ΟΠΑΔ) παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό δαπανών σε σύγκριση με ταμεία που δεν έχουν συνταξιούχους (π.χ. ΟΑΕΕ). Επίσης, ταμεία με μεγάλο αριθμό συμβεβλημένων ιατρών σε σχέση με τις ανάγκες και η ελευθερία επιλογής των ασφαλισμένων τους (όπως ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου) παρουσιάζουν αυξημένες

κατά κεφαλή δαπάνες στην πρωτοβάθμια και φαρμακευτική περίθαλψη σε σύγκριση με τις δαπάνες του ΙΚΑ που διαθέτει δικά του πολυϊατρεία και μισθωτούς ιατρούς.

3. Η γεωγραφική ανισοκατανομή ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία αποδεικνύεται με την ελλιπή στελέχωση των δομών στην περιφέρεια σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές, παρακωλύει το βασικό στόχο της προσφοράς φροντίδας στο χώρο διαμονής και εργασίας των πολιτών. Η κάλυψη των θέσεων των ΚΥ σε ιατρικό προσωπικό για το 2000 δεν ξεπερνούσε το 47% κατά μέσο όρο στο σύνολο της χώρας. Η κάλυψη στην Αττική ήταν 74%, ενώ η κάλυψη των θέσεων στα νησιά δεν ξεπερνούσε το 31%. Ανάλογα ήταν τα ποσοστά και στις άλλες κατηγορίες προσωπικού. Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του ελληνικού συστήματος υγείας διαφαίνεται και από το γεγονός ότι αυτός απορροφά το 49,2% του ιατρικού προσωπικού και το 90% του νοσηλευτικού για το έτος 2000. Αναφέρεται ότι το 2003 οι γενικοί ιατροί στη χώρα μας ήταν 1100–1200, ενώ οι ανάγκες ξεπερνούσαν τις 7000. Η αναλογία νοσηλευτών σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα είναι 4/1000 κατοίκους στα αστικά κέντρα και 2,15–3/1000 στην περιφέρεια, ενώ τα ποσοστά στην ΕΕ είναι 8,2/1000 κατοίκους.

4. Οι σοβαρές ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής και η αδυναμία ανταπόκρισης του δημόσιου τομέα στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης παρά τη μεγάλη τεχνολογική πρόοδο, έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών σε βασικές υπηρεσίες ή τον έμμεσο προσανατολισμό των χρηστών στον ιδιωτικό τομέα.

5. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, προάγει την αναγκαστική προσφυγή στα εξωτερικά ιατρεία του εφημερεύοντος νοσοκομείου ή σε ιδιώτες ιατρούς.

6. Η έντονη δυσαρέσκεια των χρηστών επικεντρώνεται αφενός στη χαμηλή ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες λόγω δυσκολιών πρόσβασης, χαμηλής ποιότητας, μεγάλο χρόνο αναμονής και αφετέρου στην καταβολή πρόσθετων δαπανών από ίδιες πηγές τη στιγμή της συναλλαγής, καθώς το σύνολο των ίδιων δαπανών και παραπληρωμών

7. Το όλο σύστημα χαρακτηρίζεται από χαμηλή αξιοπιστία, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναζητούν τη «δεύτερη γνώμη» σε άλλο ιατρό του συστήματος ή σε ιδιώτη, γεγονός που δημιουργεί επιπρόσθετες δαπάνες και υπερφόρτωση του συστήματος ή/και ακυρώνει το χαρακτήρα της δωρεάν περίθαλψης. Μελέτη αναφέρει ότι ποσοστό 40% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ προσέφυγαν σε ιδιώτη ιατρό λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης και 20% για την αναζήτηση δεύτερης γνώμης. Η χώρα μας διαθέτει ένα δείκτη επισκέψεων κατά έτος, που είναι από τους υψηλότερους διεθνώς.

Οι πολλαπλοί φορείς παροχής υπηρεσιών συνθέτουν ένα πολυδιάστατο «μωσαϊκό» στο οποίο συνυπάρχουν όλες οι μορφές οργάνωσης, διανομής, χρηματοδότησης, οδηγώντας την πρωτοβάθμια φροντίδα στον πολυκερματισμό που ενισχύεται από την απουσία πλαισίου κανόνων και σαφώς διακρινόμενων πεδίων υπευθυνότητας. Έτσι έχουν αποδυναμωθεί ουσιαστικά οι δυνατότητες ανάπτυξης μηχανισμών αποτελεσματικού συντονισμού και ελέγχου και μέσα από την αδυναμία συνολικής διαχείρισης του συστήματος η ΠΦΥ παραμένει αναποτελεσματική στην κάλυψη αναγκών και στην αποδοτική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

Την εικόνα αυτή του «Μη συστήματος» συμπληρώνουν: η έλλειψη διασύνδεσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών με τα υπόλοιπα επίπεδα παροχής φροντίδας εξαιτίας, μεταξύ άλλων, της απουσίας του θεσμού του οικογενειακού γιατρού κι ενός μηχανισμού ορθολογικής διαχείρισης της ροής των ασθενών στο σύστημα, η διάσπαση της οργανικής συνέχειας της φροντίδας και οι στρεβλώσεις που προκαλούνται από τις εμπλοκές στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες.

Όλα τα παραπάνω καταδεικνύουν πώς η Πρωτοβάθμια Φροντίδα στην Ελλάδα δεν ανταποκρίνεται πλήρως στο σκοπό δημιουργίας της και λειτουργούν ως κινητήρια δύναμη και ευκαιρία για πρόοδο και εξέλιξη για την Κινητή Μονάδα Υγείας που λειτουργεί στο Δήμο Ωραιοκάστρου.

Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η ομάδα λειτουργίας της Κινητής Μονάδας Υγείας, λαμβάνει υπόψη όλες τις παραμέτρους που «ευθύνονται» για την ανεπαρκή λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, προκειμένου να βελτιώνει το πρόγραμμα επισκέψεων, τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό που διαθέτει καθώς και τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Στόχος

της Κινητής Μονάδας, πέραν της παροχής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σε απομακρυσμένες περιοχές, είναι η αύξηση των ανθρώπων που τελικά συμμετέχουν και δέχονται υπηρεσίες υγείας.

5.2.11 Σκοπιμότητα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

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. Γεγονός που αποκτά άλλες διαστάσεις αν εξεταστεί υπό το πρίσμα του σύγχρονου οργανωτικού πλαισίου των συστημάτων υγείας, όπου οι μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην τόνωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας, κατέχουν θέση υψηλής προτεραιότητας στη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας και των προγραμμάτων ανασυγκρότησης του υγειονομικού τομέα.

Η σχηματική παρουσίαση της λειτουργικής αποστολής του δικτύου των μονάδων και υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καταδεικνύει με τον πιο εναργή τρόπο, το πώς η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας 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.

Είναι προφανές ότι η εδραίωση ενός πλέγματος υπηρεσιών με αυτά τα χαρακτηριστικά που αποτελούν ένα μόνο μέρος του ολοκληρωμένου λειτουργικού προτύπου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει πολλαπλές θετικές συνέπειες στην οργάνωση συνολικά του υγειονομικού συστήματος.

Το λειτουργικό περιεχόμενο των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που στηρίζεται και προωθείται μέσα από το οργανωτικό σχήμα του Κέντρου Υγείας αλλά και το σώμα των οικογενειακών γιατρών συνοψίζεται ως εξής:

- Διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματικών νοσημάτων και της νοσηλείας στο σπίτι, κυρίως από το σώμα των γιατρών γενικής ιατρικής μέσα στα πλαίσια όμως της «ομάδας υγείας» στην οποία αναλαμβάνουν συντονιστικό ρόλο.

- Παραπομπή των ασθενών σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, όταν κρίνεται αναγκαίο, καταρχήν στην πρώτη βαθμίδα παραπομπών, δηλαδή σε πολυϊατρεία, τοπικά νοσοκομεία, αν το πρόβλημα υγείας που έχει προκύψει μπορεί να λυθεί στο τοπικό επίπεδο.
- Βραχεία νοσηλεία για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς λόγους από ιατρεία, τμήματα και μονάδες που δεν εντάσσονται στην κλασική νοσοκομειακή δομή.
- Αποθεραπεία των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο με στόχο την αποκατάστασή της σωματικής υγείας και την πλήρη επαναφορά στην πρότερη βιολογική ισορροπία.

Είναι προφανές ότι η εδραίωση ενός πλέγματος υπηρεσιών με αυτά τα χαρακτηριστικά που αποτελούν ένα μόνο μέρος του ολοκληρωμένου λειτουργικού προτύπου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει πολλαπλές θετικές συνέπειες στην οργάνωση συνολικά του υγειονομικού συστήματος.

5.2.12 Νομοθετικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Σε μια προσπάθεια συνοπτικής περιγραφής της ιστορικής εξέλιξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις χρονικές περιόδους: από την Εθνική Ανεξαρτησία έως το 1980, από το 1980 έως το 1990, από το 1990 έως το 2000 και από το 2000 έως σήμερα. Η διάκριση αυτών των τεσσάρων περιόδων συνοδεύεται και από το νομοθετικό πλαίσιο που ίσχυε εκείνη την εποχή.

Την πρώτη προσπάθεια αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών υγείας και συγκρότησης ενός ενιαίου συστήματος φροντίδας υγείας αποτελεί το Νομοθετικό Διάταγμα 2592 του 1953 «Περί Οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως».

Το διάταγμα αυτό έχει χαρακτηριστεί ως μία αναξιοποίητη ευκαιρία για την υγειονομική οργάνωση της χώρας, καθώς εμπεριέχει διατάξεις που μπορούν να χαρακτηριστούν πρωτοποριακές για την εποχή τους, προέβλεπε, μεταξύ άλλων: τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, τη σύσταση υγειονομικών συμβουλίων, τη διοικητική και

οικονομική αποκέντρωση των υπηρεσιών, τη συγκέντρωση των πόρων και των οικονομικών δραστηριοτήτων κάτω από τον έλεγχο και το συντονισμό του τότε Υπουργείου – που μπορεί να θεωρηθεί ως το πρώτο βήμα στη δημιουργία «ενιαίου ταμείου υγείας» - και την οργάνωση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην περιφέρεια.

Περίοδος 1830 - 1980

Μετά την Εθνική Ανεξαρτησία το 1830 και την προσπάθεια επανασύστασης του ελληνικού κράτους, η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα πρωτοεμφανίζεται ως θεσμός με το διάταγμα της 15ης Δεκεμβρίου 1836. Με το συγκεκριμένο διάταγμα συστήθηκε και το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (NAT), που όμως άρχισε να λειτουργεί από το 1861.

Η νομοθετική κατοχύρωση του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης εξασφαλίστηκε το 1922 με την ψήφιση του **ν. 2868/1922** «Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων». Ο νόμος αυτός αποτέλεσε τη βάση για την ίδρυση κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου κλαδικών ασφαλιστικών ταμείων (καπνεργατών, αρτοποιών, τυπογράφων, νομικών, κλπ) και καθιέρωσε την αρχή της ίσης εισφοράς εργοδοτών και εργαζομένων.

Το 1934 ψηφίστηκε ο βασικός **νόμος 6298/1934** «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων», όπου γίνεται και η πρώτη αναφορά για την δημιουργία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ).

Την ίδια περίοδο προωθήθηκαν επίσης νομοθετικά μέτρα για την ίδρυση φορέων κύριας ασφάλισης, όπως του Ταμείου Ασφαλίσεως Εμπόρων (ΤΑΕ) και του Ταμείου Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (ΤΕΒΕ), που άρχισαν να λειτουργούν το 1940.

Το 1935 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο ΙΚΑ, που αποτέλεσε το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης των μισθωτών. Αν και η λειτουργία του ΙΚΑ άρχισε ουσιαστικά το 1937, η χορήγηση των παροχών ρυθμίστηκε το 1951 με τον Αναγκαστικό Νόμο 1846/1951, ο οποίος με τις διαδοχικές του τροποποιήσεις συνθέτει και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο του φορέα.

Η επέκταση της ασφαλιστικής προστασίας του πληθυσμού εξασφαλίστηκε το 1961 με το **νόμο 4169/1961** «Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων» και την ίδρυση του

Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο οποίος κάλυψε σχεδόν το σύνολο του αγροτικού πληθυσμού.

Έως το τέλος της δεκαετίας του '70 δε φαίνεται να υπάρχει στην Ελλάδα ένα ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Κατά την περίοδο αυτή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρείχαν τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα ιδιωτικά ιατρεία.

Περίοδος 1980 -1990

Η σοσιαλιστική παράταξη που ήρθε στην εξουσία το 1981 είχε προεκλογικά δεσμευτεί ότι θα εφαρμόσει ένα εθνικό σύστημα υγείας. Η δέσμευση αυτή που εκπορευόταν από πραγματικές και ιδεολογικές προθέσεις, ικανοποιούσε συγχρόνως και την ανάγκη και απαίτηση της συντριπτικής πλειοψηφίας του πληθυσμού, αλλά και σημαντικής μερίδας των επαγγελματιών της υγείας, αφού η κατάσταση στο χώρο της υγείας πήγαινε από το κακό στο χειρότερο, προκαλώντας αυξημένη λαϊκή δυσαρέσκεια.

Ο νόμος 1397 που ψηφίστηκε από τη Βουλή το Σεπτέμβριο του 1983, αποτελεί τη μεγαλύτερη και ουσιαστικότερη νομοθετική μεταρρύθμιση στην εξέλιξη του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας μεταπολεμικά.

Ουσιαστικά, έμπαιναν για πρώτη φορά τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, μια προσπάθεια που σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες είχε ήδη ξεκινήσει πολλά χρόνια πριν.

Οι στόχοι του **ν. 1397/1983** ήταν η βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, η περιφερειακή αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η καθιέρωση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών του ΕΣΥ.

Με άλλα λόγια, ο νόμος στόχευε για πρώτη φορά στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και ενιαίου συστήματος ΠΦΥ, με έμφαση στην αγωγή και προαγωγή της υγείας.

Ο κεντρικός θεσμός για την υλοποίηση των στόχων της ΠΦΥ αποτέλεσαν τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ). Τα Κέντρα Υγείας θα λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων με νοσηλευτική, επιστημονική, χρηματοδοτική

και λειτουργική διασύνδεση με αυτά. Το πρόγραμμα ανάπτυξης της ΠΦΥ προέβλεπε τη δημιουργία 400 κέντρων υγείας και μεγάλο αριθμό περιφερειακών ιατρείων, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές για την κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών.

Τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία θα έπρεπε να στελεχωθούν κυρίως με γιατρούς γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, μικροβιολογίας, ακτινολογίας και οδοντιάτρους.

Βέβαια αν και έγιναν σημαντικά βήματα, η όλη προσπάθεια έμεινε ημιτελής. Δημιουργήθηκαν σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και λειτουργούν έως και σήμερα 201 κέντρα υγείας, που καλύπτουν τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού.

Όμως, οι προβλέψεις του νόμου για τις αστικές περιοχές δεν υλοποιήθηκαν, τουλάχιστον όσον αφορά τη δημιουργία κέντρων υγείας αστικού τύπου, με αποτέλεσμα η κατάσταση να παραμένει ως είχε, δηλαδή κατακερματισμός των υπηρεσιών σε επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας με πληθώρα φορέων, διαφοροποιήσεις στον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των φροντίδων και σημαντικές ανισότητες στο εύρος και την ποιότητα αυτών.

Περίοδος 1990 -2000

Από το 1992 έως το 2000 με μια σειρά νομοθετημάτων επιχειρήθηκαν οργανωτικές και διαχειριστικές παρεμβάσεις στα ΚΥ, αλλά και γενικότερα στο σύστημα ΠΦΥ. Παρά ταύτα ουσιαστικά αποτελέσματα δεν προέκυψαν και η ΠΦΥ στο ΕΣΥ δεν απέκτησε πρακτικά τον ουσιαστικό ρόλο που οι θεσμοθετημένες ρυθμίσεις προέβλεπαν και που η σύγχρονη πολιτική υγείας επιβάλλει.

Με το **νόμο 2071/1992** για τον «Εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του συστήματος υγείας» επιχειρήθηκε αλλαγή της φιλοσοφίας του συστήματος με την εμφάνιση δειγμάτων νεοφιλελεύθερης ιδεολογίας.

Δηλαδή, περιορίστηκε η ευθύνη του κράτους στο χώρο της υγείας, διευρύνθηκε η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προωθήθηκαν ρυθμίσεις ίδρυσης ιδιωτικών ιατρείων, κινητών μονάδων, διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων, και εισαγωγής του θεσμού της νοσηλείας στο σπίτι. Επίσης, μεταφέρθηκε η ευθύνη λειτουργίας των ΚΥ στις διευθύνσεις υγιεινής των νομαρχιών και η εργασιακή σχέση των ιατρών του ΕΣΥ μετατράπηκε σε μερική απασχόληση με δικαίωμα άσκησης και ιδιωτικού έργου.

Αμέσως μετά όμως με την επάνοδο της σοσιαλιστικής παράταξης και την ψήφιση του **νόμου 2194/1994** για την «Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις» έγινε προσπάθεια για την αποκατάσταση του κοινωνικού χαρακτήρα του ΕΣΥ και καταργήθηκαν μια σειρά διατάξεων του ν. 20171/1992 και επανήλθαν σε ισχύ οι αρχές και οι στόχοι του ν. 1397/1983, όπως η υπαγωγή των κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων διοικητικά και οικονομικά στα νοσοκομεία, χωρίς να έχουν την δυνατότητα αυτοδύναμου προϋπολογισμού.

Παρ’ όλες τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που είχαν γίνει ως τότε, το ΕΣΥ και η ΠΦΥ αδυνατούσαν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά και έτσι το 1994 εκπονήθηκε μια μελέτη για την πρωτοβάθμια περίθαλψη από μια Διεθνή Επιτροπή Εμπειρογνομόνων, γνωστή και ως η «Επιτροπή των 7 σοφών».

Η επιτροπή αυτή αποτελείτο από κορυφαίους στον τομέα τους καθηγητές των μεγαλύτερων πανεπιστημίων της Αγγλίας, της Σουηδίας, του Καναδά, της Γερμανίας και της Ολλανδίας, με επικεφαλής τον Πρύτανη του London School of Economics, τον κ. Abel Smith. Η πρόταση παραδόθηκε στον τότε Υπουργό Υγείας κ. Δημήτρη Κρεμαστινό, έγινε σχέδιο νόμου, αλλά δεν ψηφίστηκε ποτέ γιατί η κυβέρνηση παραιτήθηκε λόγω της ασθένειας του τότε Πρωθυπουργού Α. Παπανδρέου.

Έπειτα, με το **νόμο 2519/1997** για την «Ανάπτυξη και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» προωθήθηκαν μέτρα για την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τη δημιουργία των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΔΠΦΥ). Δηλαδή, τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Πολυϊατρεία των Ασφαλιστικών Οργανισμών θα λειτουργούσαν υπό ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, για πρώτη φορά θεσμοθετήθηκε ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και η επιτροπή σχεδιασμού αγωγής υγείας. Δυστυχώς ο νόμος δεν εφαρμόστηκε ποτέ και έτσι οι δομικές και λειτουργικές αδυναμίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα συνέχισαν να αναπαράγονται και στις αρχές της νέας χιλιετίας τέθηκε εκ νέου το ζήτημα της μεταρρύθμισής της.

Περίοδος 2000 έως σήμερα

Ο **νόμος 2889/2001** για τη «Βελτίωση και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις» έδωσε νέες δυνατότητες στο σύστημα υγείας και σε ένα βαθμό στην ΠΦΥ, στο ΕΣΥ και κατ’ επέκταση στα κέντρα υγείας.

Η υποστήριξη της περιφερειακής συγκρότησης και αποκέντρωσης του συστήματος υγείας και πρόνοιας από ένα ισχυρό θεσμό όπως αυτό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) που οργανώθηκαν σε δεκαεπτά (17) περιφέρειες με τη μορφή ΝΠΔΔ και η υποστήριξη των κέντρων υγείας από τα ΠεΣΥΠ ταυτόχρονα με την επιβολή στα νοσοκομεία διαδικασιών διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού και των οικονομικών τους αποτέλεσαν μια νέα προοπτική για την ορθολογικοποίηση της λειτουργίας των δομών ΠΦΥ σε σύγχρονη και ορθή κατεύθυνση.

Έπειτα, επί υπουργίας του καθηγητή κ. Κωνσταντίνου Στεφανή ψηφίστηκε ο **νόμος 3235/2004** για την «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», ο οποίος εισήγαγε τη λειτουργία Κέντρων Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, την τομεοποίηση του συστήματος ΠΦΥ με το θεσμό του οικογενειακού γιατρού και του προσωπικού νοσηλευτή και την εφαρμογή του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου του ασθενή. Επίσης, ο νόμος προέβλεπε την ίδρυση νέων υπηρεσιών κατ’ οίκον φροντίδας, μετανοσοκομειακής φροντίδας και υπηρεσιών αποκατάστασης.

Ο νόμος αυτός δεν εφαρμόστηκε ποτέ, γιατί αμέσως μετά την ψήφισή του διαλύθηκε η Βουλή για τις εκλογές του 2004. Όμως, θεωρητικά τουλάχιστον ο νόμος 3235/2004 κάλυπτε επαρκώς το σκοπό, την έννοια και το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας:

1. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
2. Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του.

3. Το Κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

4. Η ΠΦΥ περιλαμβάνει:
 - τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
 - την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας,
 - τον οικογενειακό προγραμματισμό,
 - τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού,
 - την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική,
 - τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης,
 - την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο,
 - τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Το 2004 η αλλαγή στην κυβέρνηση είχε ως αποτέλεσμα την κατάργηση του νόμου 2889/2001 και την ψήφιση του **νόμου 3329/2005** για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».

Τα ΠεΣΥΠ μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) και το 2007, με το **νόμο 3527/2007** για την «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», ο αριθμός τους από δεκαεπτά (17) μειώθηκε σε επτά (7).

Αποτελούν ΝΠΔΔ και οι αρμοδιότητές τους παρέμειναν οι ίδιες με αυτές των ΠεΣΥΠ, δηλαδή η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού τους, ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας, η οργάνωση, λειτουργία και διαχείριση των προμηθευτών υγείας εντός της περιοχής ευθύνης τους και η υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής

Αλληλεγγύης εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της περιφέρειάς τους.

Τέλος, με το **νόμο 3918/2011** για τις «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» αναμφισβήτητα έγινε ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα για την αναβάθμιση της ΠΦΥ, ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Στον Οργανισμό αυτό μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ- ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), του Οίκου Ναύτου (ΟΝ), του Ταμείου Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕΚΩ) και του Ενιαίου Ταμείου Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ). Ο σκοπός της σύστασης του παραπάνω οργανισμού είναι η εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης των άμεσα ασφαλισμένων των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου, ΤΑΥΤΕΚΩ και ΕΤΑΑ, καθώς και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, με στόχο την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας τους.

5.2.13 Η μακροχρόνια περίθαλψη στην Ελλάδα

Η Ελλάδα δεν έχει ενιαία πολιτική στην μακροχρόνια περίθαλψη παρά μόνο αποσπασματικά προγράμματα που απευθύνονται σε εξωιδρυματική κυρίως περίθαλψη.

Η πιο γνωστή και διαδεδομένη δράση είναι τα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). Ωφελούμενοι των Κ.Α.Π.Η. είναι κατά κύριο λόγο ηλικιωμένοι και άτομα με αναπηρία. Βασικός στόχος των Κ.Α.Π.Η. είναι να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να μείνουν εκτός ιδρύματος και να παραμείνουν ενεργά και συμμετοχικά μέλη της κοινωνίας, γι’ αυτό και δεν περιλαμβάνουν μόνο υπηρεσίες υγείας αλλά και πολιτισμού, ευαισθητοποίησης και κοινωνικοποίησης με τις υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες.

Στο τομέα της ιδρυματικής φροντίδας υπάρχουν οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) οι οποίες είτε είναι ιδιωτικές εταιρείες, είτε ελέγχονται από την Εκκλησία της Ελλάδος και τις κατά τόπους Μητροπόλεις. Υπολογίζεται ότι μόνο το 1,5 με 2% των ατόμων άνω των 65 φιλοξενούνται σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων. Η φιλοξενία σε μια Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων τις περισσότερες φορές θεωρείται τόσο από τον ηλικιωμένο όσο και από την οικογένεια του ως ύστατη λύση και συνήθως αφορά άτομα που πλέον δυσκολεύονται να αυτοεξυπηρετηθούν στην καθημερινότητά τους.

Με τη συνθήκη της Λισσαβόνας προβλέφθηκε η δημιουργία θέσεων εργασίας στην παροχή υπηρεσιών κατ’ οίκον σε ηλικιωμένους, με διπλό στόχο από την μια να παρέχονται υπηρεσίες υγείας, πρόνοιας και εξυπηρέτησης σε ηλικιωμένους και από την άλλη να ωφεληθούν οι άμεσοι φροντιστές των ηλικιωμένων που κυρίως είναι γυναίκες του συγγενικού περιβάλλοντός τους ώστε να βρουν εργασία απαλλαγμένες από την ανάγκη φροντίδας του ηλικιωμένου συγγενή τους. Σε προτεραιότητα ήταν ηλικιωμένα άτομα χωρίς υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, με χαμηλά οικονομικά κριτήρια τα οποία και θα αδυνατούσαν υπό άλλες συνθήκες να προσλάβουν ή να βρουν φροντιστή. Οι δυσκολίες του προγράμματος είναι ότι κατά κύριο λόγο το έργο υποχρηματοδοτείται με το προσωπικό που απασχολήθηκε να παραμένει απλήρωτο για μεγάλο χρονικό διάστημα δημιουργώντας πρόβλημα τόσο στις παρεχόμενες υπηρεσίες, στην αποδοχή του από τους ωφελούμενους και την τοπική κοινότητα όσο και στην πιθανότητα επέκτασής του.

Η επιβάρυνση που βιώνουν οι φροντιστές ηλικιωμένων ή ατόμων με αναπηρία είναι μεγάλη. Ευρήματα από την Εθνική Έρευνα Eurofamcare έδειξαν ξεκάθαρα ότι οι φροντιστές κατά κύριο λόγο αντιμετωπίζονται ως απαραίτητοι από τους εξυπηρετούμενους σε συστηματική και συνεχή βάση, χωρίς να γίνεται καμία αναφορά στις δικές τους ανάγκες και στην δική τους επιβάρυνση.

Αναφορικά με το οικονομικό κομμάτι γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι οι συγγενείς φροντιστές των ηλικιωμένων δεν έχουν κανένα οικονομικό όφελος. Αντίθετα συνεισφέρουν στις ανάγκες του ηλικιωμένου ή του ατόμου με αναπηρία. Το νομοθετικό πλαίσιο μπορεί υπό προϋποθέσεις να περιλαμβάνει συνταξιοδοτική ή φαρμακευτική κάλυψη για τον ηλικιωμένο ή το Α.με.Α αλλά δεν υπάρχει πρόβλεψη για τους φροντιστές. Μόνο κάποιες κατηγορίες φροντιστών Α.με.Α παίρνουν κάποια μικρά επιδόματα που αφορούν κυρίως τη

συνοδεία και όχι την φροντίδα. Σχετικά δε με την υποστήριξη και εκπαίδευση των οικογενειακών φροντιστών δεν υπάρχει κάτι συγκεκριμένο. Στην Αθήνα και σε άλλες μεγάλες πόλεις, μη κυβερνητικές οργανώσεις παρέχουν πληροφορίες και στήριξη σε φροντιστές αλλά δεν είναι σε συστηματική βάση και συνήθως επικεντρώνονται πάνω στο πρόβλημα για το οποίο έχει συσταθεί η Μ.Κ.Ο. όπως π.χ. εκπαίδευση σε φροντιστές που βοηθούν άτομα με Αλτσχάιμερ.

Παρόλη την απουσία οποιασδήποτε δημόσιας υποστήριξης για τους ανεπίσημους φροντιστές το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για την Κοινωνική Προστασία 2008 - 2010 ανέφερε την υλοποίηση μιας σειράς από ολοκληρωμένα μέτρα πρόσβασης στο σύστημα υγείας και στην μακροχρόνια περίθαλψη, συμπεριλαμβάνοντας μέσα σε αυτή και μέτρα υποστήριξης για τις οικογένειες που παρέχουν υπηρεσίες ίδιες με αυτές του συστήματος υγείας ανεπίσημα (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2007:103).

Η απουσία ολοκληρωμένων, προσιτών και ποιοτικά προσβάσιμων υπηρεσιών για ηλικιωμένα άτομα και η έλλειψη υποστήριξης των ανεπίσημων φροντιστών έχει υποχρεώσει τις οικογένειες να αναζητήσουν δικές τους λύσεις κυρίως μέσω της αναζήτησης μεταναστών φροντιστών (η πλειοψηφία των οποίων δεν έχει άδεια εργασίας). Η Ελληνική κυβέρνηση, αντίθετα από το Ιταλικό παράδειγμα, διστάζει να αναλάβει δράση και να ρυθμίσει το θέμα των αδήλωτων μεταναστών φροντιστών.

Το κύριο θέμα στη μακροχρόνια περίθαλψη που θα αντιμετωπίσει η νέα κυβέρνηση είναι η δημιουργία μιας φόρμουλας και η υλοποίηση μιας πολιτικής που θα επιτρέπει στους ηλικιωμένους και στις οικογένειες τους να έχουν πολλαπλές επιλογές και πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες προνοιακού και υγειονομικού χαρακτήρα συμπεριλαμβανομένου και του ανεπίσημου τομέα. Επιπλέον μια πιο σημαντική ερώτηση είναι τι πρωτοβουλίες και δράσεις μπορούν να πιέσουν την κυβέρνηση ώστε να αναλάβει πρωτοβουλίες σε αυτή τη δύσκολη οικονομική συγκυρία στην οποία ζούμε, ώστε να δημιουργήσει ολοκληρωμένες πολιτικές παρέμβασης στη περίθαλψη και να σταματήσει να βασίζεται αποκλειστικά και μόνο στην οικογενειακή αλληλοϋποστήριξη και στην κάλυψη από την οικογένεια όλων των υποχρεώσεων.

Η ανάγκη για περίθαλψη τόσο των ηλικιωμένων όσο και των ατόμων με αναπηρία δεν πρόκειται ποτέ να σταματήσει. Πάντα θα υπάρχουν ανάγκες, ενώ το συγκριτικό

πλεονέκτημα της Ελλάδας πέρα από τη φυσική ομορφιά της χώρας και το υγιεινό κλίμα της, είναι ο διαδεδομένος τομέας παροχής υπηρεσιών. Αυτό μπορεί να μετατραπεί σε πλεονέκτημα καθώς υπάρχει ζήτηση ειδικά από το εξωτερικό για υπηρεσίες προσβάσιμες σε ηλικιωμένα άτομα ή άτομα με αναπηρία. Η καλά δομημένη περίθαλψη που είναι και ο βασικός στόχος, χτισμένη πάνω στις τοπικές και περιφερειακές συνθήκες και δομές, μπορεί να αξιοποιηθεί τόσο με την σημερινή αποκτηθείσα τεχνογνωσία όσο και από παγκόσμιες πρακτικές μεθοδολογίας και τεχνολογίας και να οδηγήσει σε εξαιρετικές συνθήκες για ιατρικό τουρισμό. Η χρήση των υπηρεσιών αυτών μπορεί να ενισχύσει την τοπική οικονομία (μέσω τουρισμού, απασχόλησης και παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών τόσο για την ομάδα στόχου όσο και για φροντιστές) και να εκμεταλλευτεί τις τοπικές ιδιαιτερότητες.

5.2.14 Οι δημόσιες δομές παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) ουσιαστικά αποτελεί την κύρια είσοδο του χρήστη στο Σύστημα Υπηρεσιών Υγείας. Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περιλαμβάνει και έννοιες που σχετίζονται με τη δημόσια πολιτική υγείας και την έννοια της πρόληψης .

Το θεσμικό πλαίσιο που αφορά στη Π.Φ.Υ. είχε τη βάση του στον Ν.1397/1983 με τον οποίο καθορίστηκε η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. μέσω των Κέντρων Υγείας. Στο πλαίσιο του παραπάνω νόμου, που είναι γνωστός και ως ο νόμος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), υπήρχε πρόβλεψη για τη δημιουργία αστικών και μη αστικών κέντρων υγείας καθώς και περιφερειακών ιατρείων, τα οποία ως αποκεντρωμένες μονάδες των οικείων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., θα αναλάμβαναν την εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας.

Ακολούθησε ο Ν.2071/1992, με τον οποίο η δυνατότητα για παροχή Π.Φ.Υ. επεκτάθηκε στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και σε ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Στη συνέχεια με τον Ν.2519/1997 καθορίστηκε η αναβάθμιση της Π.Φ.Υ. στις αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές και επιπλέον, με το άρθρο 32, τίθεται σε εφαρμογή ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Διάφορες διοικητικές δυσχέρειες καθώς και πολιτικές ενστάσεις δεν επέτρεψαν την εφαρμογή των ρυθμίσεων. Ο Ν.3235/2004 στόχευσε στην οργάνωση και στο συντονισμό της Π.Φ.Υ.. Ειδικότερα, εντάσσεται η εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, η πιστοποίηση των Κέντρων Υγείας, η

μετατροπή των πρωτοβάθμιων δομών υγείας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης σε αντίστοιχα Κέντρα Υγείας και ο ενιαίος έλεγχος των μονάδων ΠΦΥ.

Η επόμενη θεσμική αλλαγή σε ότι αφορά στη Π.Φ.Υ. έγινε με τον Ν.3582/2010, γνωστό και ως «Καλλικράτης». Το πρόγραμμα «Καλλικράτης», προβλέπει ότι μια σειρά αρμοδιοτήτων των Διοικήσεων των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.) και των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας τίθεται υπό την ευθύνη των Δήμων. Βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας, οι αρμοδιότητες αυτές αποτελούν επί της ουσίας ένα σημαντικό τμήμα της διαδικασίας για τη διαμόρφωση και την εφαρμογή πολιτικών Π.Φ.Υ. Για την εφαρμογή του νόμου προβλεπόταν η έκδοση προεδρικών διαταγμάτων έως το 2012, κάτι που δεν έχει υλοποιηθεί μέχρι σήμερα.

Με τον Ν.3918/20114, η Π.Φ.Υ. τίθεται ξανά στο προσκήνιο των μεταρρυθμίσεων στην Υγεία. Βασική μεταβολή από το προϋπάρχον καθεστώς, αποτέλεσε η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Υπό τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., εντάσσονται οι κλάδοι υγείας των μεγαλύτερων Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.) της χώρας με δυνατότητα για ένταξη και των κλάδων υγείας και των υπολοίπων Ο.Κ.Α.. Με το νόμο αυτό δημιουργείται ένα δίκτυο παροχών Π.Φ.Υ., το οποίο συντονίζεται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και στο οποίο συμμετέχουν οι αντίστοιχες μονάδες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., του Ε.Σ.Υ. (Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία), των Ο.Τ.Α, οι μονάδες Ν.Π.Δ.Δ./Ν.Π.Ι.Δ., οι μονάδες υγείας των Ο.Τ.Α. και οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιώτες ιατροί, ενώ δεν προβλέπεται να συμμετέχουν τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Η τελευταία μεταβολή σε θεσμικό επίπεδο επήλθε με τον Ν.4238/2014 . Οι κυριότερες αλλαγές είναι οι ακόλουθες:

- ❖ Τα κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ. και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους, ανήκουν διοικητικά στις Δ.Υ.ΠΕ.
- ❖ Οι μονάδες Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., εντάσσονται στις Δ.Υ.ΠΕ.
- ❖ Οι οικογενειακοί ιατροί του δικτύου Π.Φ.Υ., παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα Κέντρα Υγείας, στα ιδιωτικά τους ιατρεία και κατ’ οίκον. Οι σχετικές ειδικότητες είναι οι παιδίατροι, οι παθολόγοι και οι γενικοί ιατροί. Ο βασικός ρόλος των οικογενειακών ιατρών είναι ο έλεγχος στην πρόσβαση των πολιτών στην δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχοντας παράλληλα υπηρεσίες ποιότητας με αποτελεσματικότητα, έχοντας δηλαδή στόχο την βελτίωση

της υγείας των ασθενών με αποδοτικότητα, διασφαλίζοντας δηλαδή την βέλτιστη σχέση κόστους και αποτελέσματος.

Κάθε δημόσιο Κέντρο Υγείας έχει έναν πληθυσμό αναφοράς που κυμαίνεται από 50.000 – 100.000 κατοίκους, ενώ κάθε οικογενειακό ιατρείο και η ομάδα του, έχει την ευθύνη παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σε έναν πληθυσμό αναφοράς που κυμαίνεται από 5.000 ως 10.000 ασθενείς. Στο δίκτυο Π.Φ.Υ., παρέχουν τις υπηρεσίες τους και άλλοι επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας στο πλαίσιο λειτουργίας της πολυκλαδικής ομάδας. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής, μεταξύ των οικογενειακών ιατρών της περιοχής ευθύνης του Κ.Υ. που ανήκουν αλλά δεν μπορούν να αλλάξουν οικογενειακό ιατρό πάνω από μια φορά ετησίως από την εγγραφή τους σε αυτό.

Καθιερώνεται ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς στην Π.Φ.Υ. ο οποίος σε βάθος χρόνου θα διασυνδεθεί λειτουργικά με τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας στα νοσοκομεία και θα σχηματίσει το ενιαίο ηλεκτρονικό φάκελο υγείας του ασθενούς. Οι υπηρεσίες του δικτύου Π.Φ.Υ είναι οι ακόλουθες: η ύπαρξη Οικογενειακού Ιατρού, Εθνικό Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου, Υπηρεσίες για το Παιδί, Υπηρεσίες για τη Μητέρα/Γυναίκα, Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού, Κατ’ οίκον Φροντίδα, Πρώτες Βοήθειες, Οδοντιατρική Φροντίδα, Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες για τη Ψυχική Υγεία, Ειδικά Ιατρεία (πχ. Διαβητολογικό, Διακοπής Καπνίσματος) και υπηρεσίες Φυσικοθεραπείας.

Εκτός των θεσμοθετημένων και δημόσιων υπηρεσιών παροχής υγείας υπάρχει πληθώρα ανεπίσημων και εθελοντικών οργανώσεων που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας στο κοινωνικό σύνολο. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι τα δημοτικά ιατρεία που παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας σε χαμηλοσυνταξιούχους και άτομα με χαμηλά εισοδήματα, τα κοινωνικά ιατρεία που αφορούν πολίτες που δεν τους καλύπτει το επίσημο δίκτυο υγείας, κοινωνικά φαρμακεία, εθελοντικές ομάδες παροχής βοήθειας, μη κυβερνητικές οργανώσεις που ασχολούνται κυρίως με πρόσφυγες και την Εκκλησία της Ελλάδος που σε αρκετές περιπτώσεις καλύπτει το ιατροφαρμακευτικό κόστος σε πολίτες που αδυνατούν.

6. Ανάλυση Κινδύνων

Η πρόσβαση σε ένα σαφώς βελτιωμένο σύστημα υγείας πρόκειται να είναι από τα θετικά στοιχεία που θα προκύψουν από τη λειτουργία του οχήματος μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, εφόσον η μονάδα είναι εξοπλισμένη με τελευταίας τεχνολογίας συστήματα και ιατρικό εξοπλισμό και στελεχωμένη από ένα άρτια καταρτισμένο ιατρικό προσωπικό.

Όμως, η παράλληλη και συμπληρωματική λειτουργία της μονάδας με το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι», μπορεί να επιφέρει προβλήματα «ανταγωνισμού». Το ιατρικό προσωπικό που θα απασχολείται στο όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η προμήθεια του οποίου θα γίνει στο πλαίσιο του έργου “REMOTECARE” δεν έχει το δικαίωμα να συνταγογραφεί φάρμακα, γεγονός που δε συμβαίνει με τους γιατρούς του «Βοήθεια στο Σπίτι». Το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού υστερεί σε λειτουργίες και αρμοδιότητες, μία πραγματικότητα η οποία μπορεί να δυσαρεστήσει τους δημότες και να τους προκαλέσει έλλειψη εμπιστοσύνης προς το ίδιο το πρόγραμμα και την ομάδα λειτουργίας του.

Ο κίνδυνος και η δυσκολία της μετακίνησης και της στάθμευσης του οχήματος θα υπάρχει και στα επόμενα χρόνια λειτουργίας της μονάδας. Πρόκειται για ένα όχημα αρκετά μεγάλο το οποίο θα φέρει και έναν βαρύ τεχνολογικό και ιατρικό εξοπλισμό, επομένως υπάρχει πάντα η πιθανότητα βλάβης τόσο του οχήματος όσο και του εξοπλισμού.

Σημαντικός επίσης είναι ο κίνδυνος πρόκλησης αυτοκινητιστικού ατυχήματος κάτι το οποίο δεν μπορεί να προβλεφθεί με ασφάλεια εκ των προτέρων. Για την αποφυγή τέτοιων περιστατικών απαραίτητη είναι η γνώση των κανόνων ασφαλείας και σωστής οδήγησης καθώς και η γνώση του μηχανικού συστήματος του οχήματος. Η εμπειρία των οδηγών που θα αναλάβουν τα καθήκοντα είναι αναγκαία και απαραίτητη. Όμως, αν τελικά το ατύχημα συμβεί, το μέσο και το «όπλο» για την αντιμετώπισή του είναι η ασφάλεια που θα έχει συναφθεί. Η ασφάλεια, λοιπόν, πρέπει να καλύπτει μικρής ή μεγαλύτερης εμβέλειας

ατυχήματα, τόσο σε επίπεδο μηχανικού εξοπλισμού, όσο και σε επίπεδο ανθρώπινης ανάγκης.

Για την πρόληψη αυτού του κινδύνου, η ομάδα λειτουργίας και οργάνωσης της μονάδας χρειάζεται να φτιάξει ένα πρόγραμμα διαδρομών και επισκέψεων από σχετικά εύκολους και προσβάσιμους δρόμους. Η στάθμευση του οχήματος είναι εξίσου ένα σημαντικό ζήτημα για το οποίο χρειάζεται να υλοποιηθεί ένα ολοκληρωμένο σχέδιο. Η θέση στάθμευσης θα πρέπει να είναι αφενός ευρύχωρη ώστε να χωράει το όχημα της κινητής μονάδας και όσο το δυνατόν ισόπεδη. Ο οδηγός που θα αναλάβει το όχημα μετά το πέρας του πρώτου χρόνου απαιτείται να είναι έμπειρος και γνώστης του Κ.Ο.Κ.

Το όχημα τις μέρες που δε θα επισκέπτεται τις κοινότητες και τα χωριά του Δήμου, κινδυνεύει από τα καιρικά φαινόμενα, που μπορεί να επηρεάσουν άμεσα τόσο την εύρυθμη λειτουργία του μηχανολογικού μέρους του αυτοκινήτου, αλλά και τα πληροφοριακά συστήματα που διαθέτει.

Μετά την ολοκλήρωση των επισκέψεων, ο Δήμος πρέπει να διαθέτει για το όχημα της κινητής μονάδας έναν προστατευμένο χώρο στάθμευσης, που δε θα αφήνει εκτεθειμένο το όχημα στα καιρικά φαινόμενα ή σε άλλα οχήματα που μπορούν από αμέλεια να τρακάρουν με αυτό.

7. Επίλογος - Συμπεράσματα

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.

Η ποιότητα της υγείας διαφαίνεται και στον τρόπο ζωής και συνηθειών του συνόλου του πληθυσμού, γι’ αυτό και κρίνεται απαραίτητη τελικά η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες αυτής.

Η πρωτοβουλία της κινητής μονάδας Υγείας μέσω του διασυνοριακού προγράμματος που εστιάζει στις απομακρυσμένες και δύσβατες περιοχές, έχει απώτερο σκοπό να συμβάλλει στη φροντίδα και στην βελτίωση της υγείας των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων που κατοικούν και εργάζονται στις περιοχές αυτές.

Το όχημα μετακίνησης κλιμακίων ιατρών & επαγγελματιών υγείας και μεταφοράς τηλεπικοινωνιακού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού 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.

Μετά το πέρας του πρώτου χρόνου πιλοτικής λειτουργίας, το πρόγραμμα θα το αναλάβει εξ’ ολοκλήρου ο Δήμος, θέλοντας και επιδιώκοντας να ενισχύσει ακόμη περισσότερο τις υπάρχουσες υποδομές φροντίδας που διαθέτει. Ουσιαστικά ο Δήμος συστήνει ένα καινοτόμο μοντέλο κοινωνικής φροντίδας για να διευκολύνει την καθημερινότητα των δημοτών και όσων έχουν ανάγκη.

Στόχος των προσπαθειών αυτών είναι η παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες και καταρτισμένα στελέχη, όπως Κοινωνικούς Λειτουργούς, Νοσηλευτές, Οικογενειακούς Βοηθούς και Ιατρούς 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.

Αποσκοπεί επίσης στην παραμονή των ατόμων στο φυσικό τους περιβάλλον, την αποφυγή ιδρυματικής περίθαλψης και κοινωνικού αποκλεισμού και εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής των πολιτών. Αυτό θα συμβάλλει αποτελεσματικά στην πρόληψη και αντιμετώπιση κινδύνων που αφορούν στην υγεία ειδικών ομάδων του πληθυσμού αυξάνοντας παράλληλα το αίσθημα ασφαλείας και στη μείωση του αισθήματος αποκλεισμού και εγκατάλειψης των ομάδων αυτών.