



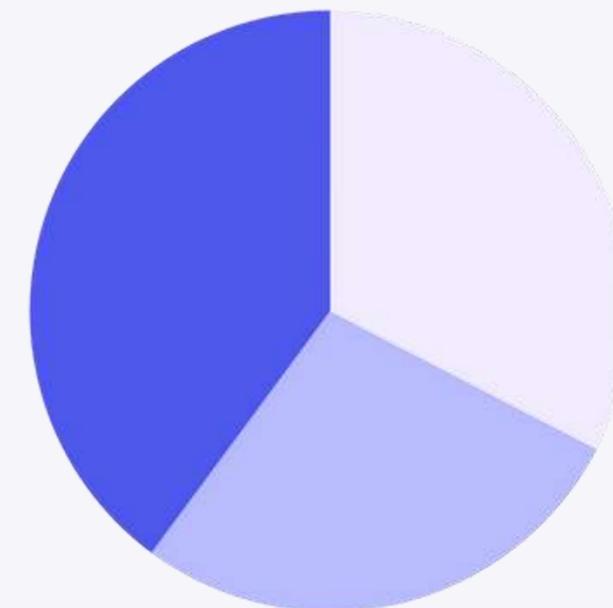
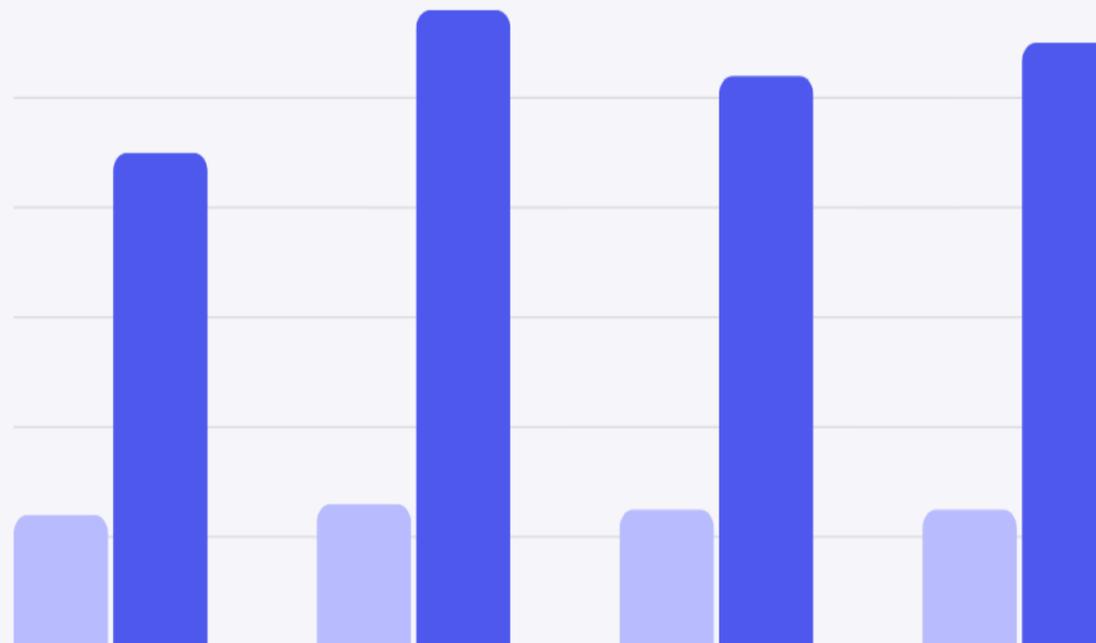
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ»

Ευρήματα της Μελέτης Πολιτικών Υγείας και Διατύπωση Πολιτικών για την Υγεία του Πληθυσμού στην ΠΙΝ

Για την πράξη «Εκπόνηση μελέτης για την υποστήριξη και ανάπτυξη πολιτικών υγείας στην περιφέρεια Ιονίων Νήσων» στο πλαίσιο της Πράξης με τίτλο «Αξιολόγηση, Μελέτες, Εμπειρογνωμοσύνες, Τεχνικοί Σύμβουλοι Προγράμματος «Ιόνια Νησιά» 2021-2027 - ΕΚΤ» με Κωδικό ΟΠΣ 6016539



Κέρκυρα, 18 Μαρτίου 2026



Χαρακτηριστικά της Μελέτης

Στόχος 1



Η αποτύπωση και η διερεύνηση της θνησιμότητας, της αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας, της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας του πληθυσμού της Περιφέρειας. Επιπλέον, η καταγραφή της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του Συστήματος, της χρήσης των υπηρεσιών, η αποτύπωση της λήψης προληπτικών υπηρεσιών και των ανεκπλήρωτων αναγκών των πολιτών.

ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ - 1

Στόχος 2



Η αποτύπωση των δομών και υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας και των υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας στο σύστημα υγείας και πρόνοιας στις Περιφερειακές Ενότητες της Περιφέρειας Ιονίων Νήσων καθώς και στο σύνολο της Περιφέρειας.

ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ - 2

Στόχος 3



Η αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης σχετικά με τα πληροφοριακά συστήματα των Μονάδων Υγείας και Προνοίας στην Περιφέρεια Ιονίων Νησιών και η αξιολόγηση της Ψηφιακής Ετοιμότητας.

ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ - 3

Στόχος 4



Η διατύπωση πολιτικών υγείας και Πρόνοιας για την Περιφέρεια Ιονίων Νήσων.

ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ - 4

Τα ευρήματα του Παραδοτέου 1



Γήρανση του πληθυσμού:

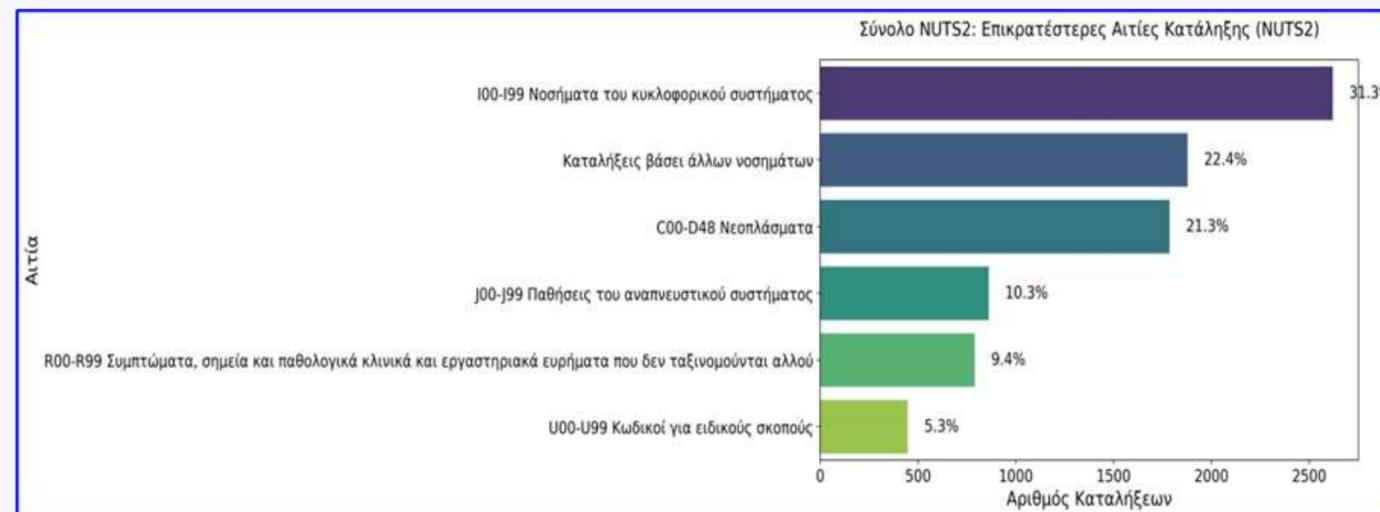
Ο πληθυσμός της Π.Ι.Ν. γερνάει σταδιακά, το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση αυξάνεται, ο ενεργός πληθυσμός μειώνεται και αυτό έχει ως αποτέλεσμα, πιέσεις στο σύστημα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας στην Περιφέρεια και στις επιμέρους Περιφερειακές Ενότητες

| ΕΤΗ | 2020 | 2024 | Μεταβολή % |
|--------------------|--------|--------|------------|
| Ιόνια Νησιά | 47,366 | 48,766 | 2.96 % |
| Ζάκυνθος | 8,083 | 8,394 | 3.85 % |
| Κέρκυρα | 24,183 | 24,703 | 2.15 % |
| Ιθάκη & Κεφαλληνία | 9,376 | 9,950 | 6.12 % |
| Λευκάδα | 5,724 | 5,719 | -0.09 % |



Κύριες αιτίες θανάτου του πληθυσμού:

Οι κύριες αιτίες θνησιμότητας στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων κατά την τριετία 2020 - 2022, είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, οι νεοπλασίες και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (σύμφωνα με την Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων - ICD, έκδοση 10). Δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών, ενώ σε επίπεδο ηλικιακών ομάδων και πάλι οι κύριες αιτίες θανάτου παραμένουν οι τρεις προαναφερόμενες, παρά το γεγονός ότι διαφοροποιείται η σειρά κατάταξης τους ανά ηλικιακή ομάδα, φύλλο ή περιφερειακή ενότητα



Στις περιφερειακές ενότητες (Ζάκυνθος, Κέρκυρα, Κεφαλληνία, Λευκάδα) στην ηλικιακή ομάδα 75+ αναδुकνείεται μια αρκετά συνεπή εικόνα ως προς τη δομή των νοσημάτων του κυκλοφορικού συστήματος. Και στις τέσσερις περιοχές, οι κατηγορίες I30–I52 (άλλες καρδιοπάθειες), I60–I69 (αγγειακά εγκεφαλικά νοσήματα) και I20–I25 (ισχαιμική καρδιοπάθεια) συγκεντρώνουν τη συντριπτική πλειονότητα των θανάτων. Η σχετική βαρύτητα αυτών των κατηγοριών διαφοροποιείται ελαφρά ανά περιοχή, αλλά συνολικά αποτελούν το «πυρήνα» της θνησιμότητας από κυκλοφορικά νοσήματα.

Τα ευρήματα του Παραδοτέου 1



Κύριες αιτίες θανάτου του πληθυσμού:

Καρδιαγγειακά νοσήματα στην ηλικιακή ομάδα 75+: Στη Ζάκυνθο, παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ φύλων: στους άνδρες κυριαρχεί η 120–125 (~33%), ενώ στις γυναίκες η 160–169 (~39%) έχει την υψηλότερη συμμετοχή. Αυτό υποδηλώνει πιθανή διαφοροποίηση στο προφίλ κινδύνου ή στη φυσική ιστορία της νόσου μεταξύ φύλων. Στην Κέρκυρα, η εικόνα είναι πιο ισορροπημένη, με τις κατηγορίες 130–152, 160–169 και 120–125 να κατανέμονται σχετικά κοντά μεταξύ τους, αν και στις γυναίκες η 130–152 φαίνεται πιο ενισχυμένη (~35%), ενώ στους άνδρες οι τρεις κατηγορίες έχουν πιο ομοιόμορφη κατανομή.

Στην Κεφαλληνία (μόνο άνδρες στο δείγμα), παρατηρείται σχεδόν ισοκατανομή μεταξύ των τριών βασικών κατηγοριών (160–169, 120–125, 130–152 ~27–30%), κάτι που υποδηλώνει απουσία σαφούς κυρίαρχου αιτίου. Αντίθετα, στη Λευκάδα εμφανίζεται πιο έντονη συγκέντρωση στην κατηγορία 130–152, ιδιαίτερα στις γυναίκες όπου φτάνει περίπου το 48%, υποδηλώνοντας ισχυρή επικράτηση αυτής της ομάδας αιτιών στη συγκεκριμένη υποομάδα πληθυσμού.

Συγκρίνοντας συνολικά άνδρες και γυναίκες στην ηλικία 75+, προκύπτει ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο: οι γυναίκες τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά είτε στην 130–152 είτε στην 160–169, ενώ οι άνδρες παρουσιάζουν πιο ισορροπημένη κατανομή ή ελαφρώς υψηλότερη συμμετοχή της 120–125. Ωστόσο, οι επικαλύψεις των διαστημάτων εμπιστοσύνης (ιδίως σε μικρότερα δείγματα όπως Ζάκυνθος και Λευκάδα) υποδεικνύουν ότι οι διαφορές αυτές πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Συνολικά, υπάρχει ουσιαστική ένδειξη διαφοροποίησης φύλου στο προφίλ θνησιμότητας, αλλά όχι πάντα με ισχυρή στατιστική τεκμηρίωση σε όλες τις περιφερειακές ενότητες.



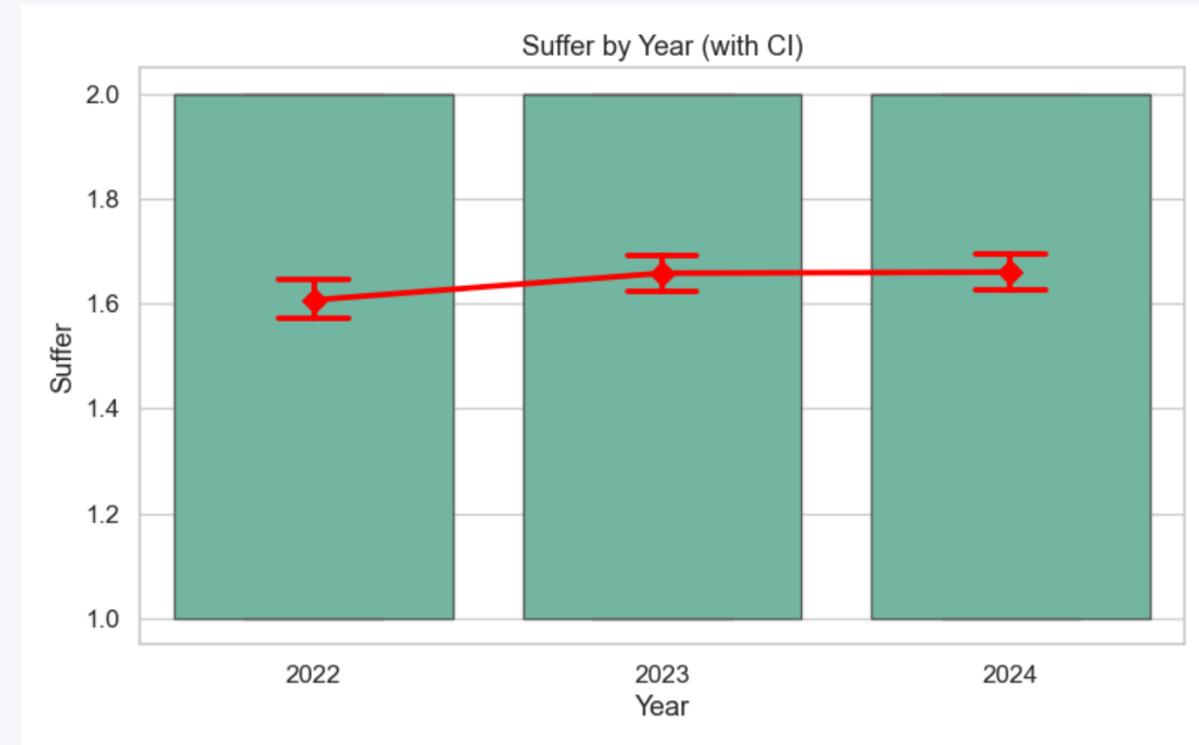
Τα ευρήματα του Παραδοτέου 1



Αυτοαναφερόμενα Χρόνια Νοσήματα:

Η αυτοαναφερόμενη ύπαρξη κάποιου (ή πολλαπλών) χρόνιου (μη μεταδοτικού) νοσήματος, δηλώνεται από υψηλό ποσοστό των ερωτούμενων την Π.Ι.Ν. και στις περιφερειακές ενότητες αυτής, με αυξομειώσεις στα έτη 2022 - 2024. Ειδικότερα, τα ποσοστά τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών, ηλικίας άνω των 60 ετών, που δηλώνουν με αυτοαναφορά την ύπαρξη κάποιου χρόνιου νοσήματος, είναι πολύ υψηλά και για τα τρία έτη αναφοράς, κάτι που είναι κατανοητό στο πλαίσιο της διαδικασίας της γήρανσης και της συσσώρευσης πολλαπλών χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων με την πάροδο των ετών, αλλά μη εύκολα διαχειρίσιμο στα πλαίσια λειτουργίας ενός συστήματος υγείας που θέλει να φροντίσει την ενεργό και υγιή γήρανση και την μακροχρόνια, ποιοτική φροντίδα.

Η αυτοαναφερόμενη ύπαρξη χρόνιου νοσήματος παρουσιάζει μια ελαφρά ανοδική μετατόπιση του μέσου όρου από ~1,60 σε ~1,67 κατά τη διάρκεια των ετών, ενώ το διατεταρτημοριακό εύρος παραμένει αμετάβλητο (1-2). Ο αυξανόμενος μέσος όρος υποδηλώνει μια ήπια τάση, αλλά τα επικαλυπτόμενα διαστήματα εμπιστοσύνης υποδεικνύουν ότι αυτή η αλλαγή δεν είναι στατιστικά διακριτή από την τυχαία διακύμανση.



Τα ευρήματα του Παραδοτέου 1



Αυτοαναφερόμενη Κατάσταση της Υγείας:

Αν και τα ποσοστά των ανδρών και των γυναικών στην Π.Ι.Ν. που δηλώνουν καλή και πολύ καλή κατάσταση της υγείας μέχρι την ηλικία των 74 ετών είναι αρκετά υψηλά, παρατηρείται μια αξιοπρόσεκτη επιδείνωση, στις ηλικίες άνω των 75 ετών, όπου τα ποσοστά μειώνονται σημαντικά σε σχέση με την ηλικιακή κατηγορία 60 - 74 ετών.

Η ανάλυση των δεδομένων, ιδιαίτερα αυτών που προέρχονται από την έρευνα της ALCO, αποτυπώνει ότι οι άνδρες του δείγματος της έρευνας, δηλώνουν καλύτερη κατάσταση υγείας από τις γυναίκες του δείγματος στην Π.Ι.Ν. (75% οι άνδρες πολύ καλή και καλή υγεία, έναντι 67% των γυναικών), ενώ όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο μειώνεται το ποσοστό των ερωτούμενων που δηλώνουν με αυτοαναφορά ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ καλή (47% στην ηλικιακή ομάδα 25 - 44 ετών, ενώ στην ηλικιακή ομάδα 45 - 64 ετών, το 30%, και στην ηλικιακή ομάδα 65 ετών και άνω, το 15%).

Επίσης, το ποσοστό των ερωτούμενων του δείγματος που δηλώνει ότι έχει κακή και πολύ κακή υγεία, αυξάνεται όσο αυξάνεται και η ηλικία (στην ηλικιακή ομάδα 25 - 44 ετών, το ποσοστό είναι 3%, ενώ στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών το ποσοστό είναι 14%).



Τα ευρήματα του Παραδοτέου 1



Περιορισμός Δραστηριοτήτων Καθημερινότητας:

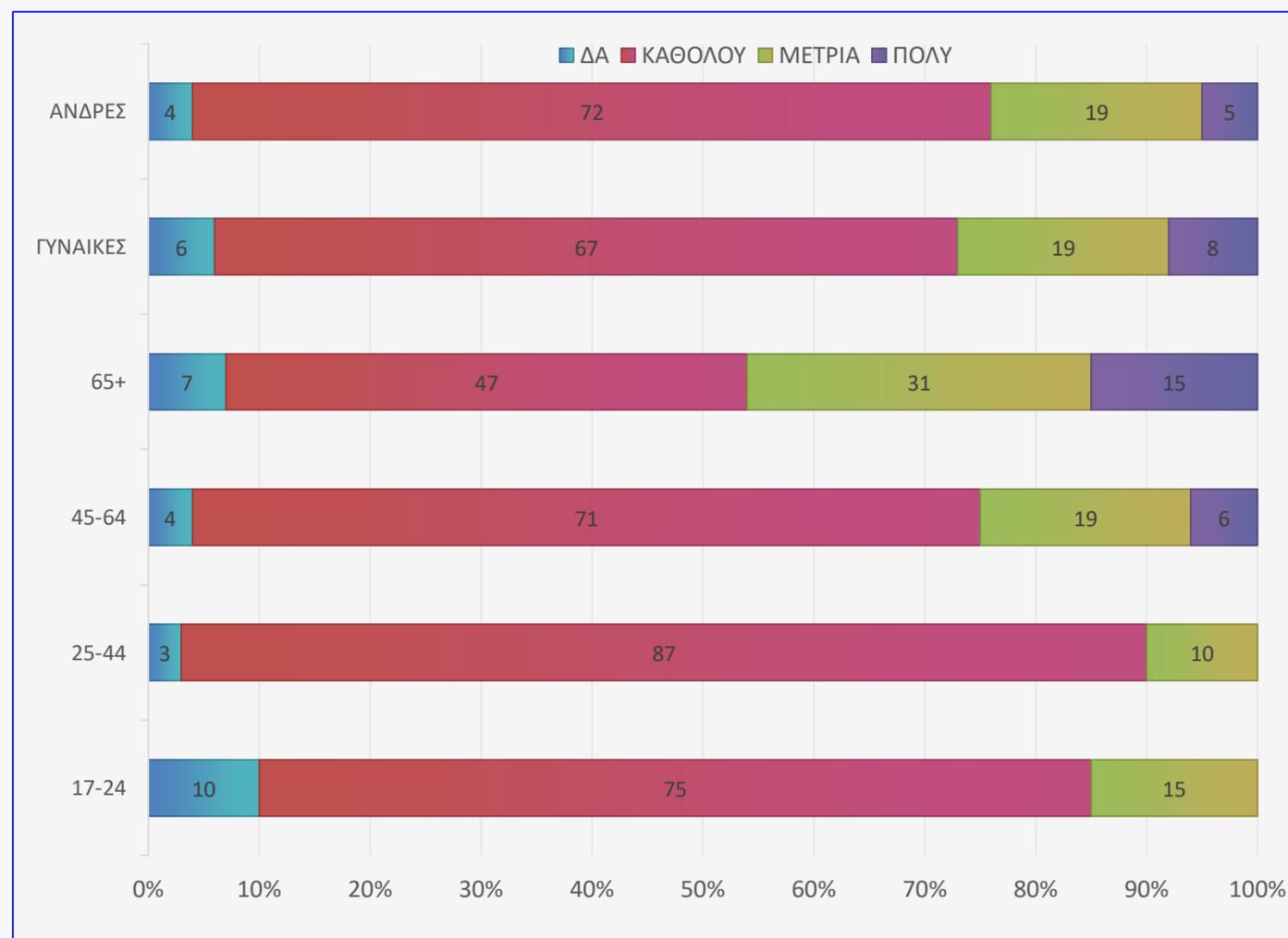
Σε ότι αφορά τον περιορισμό των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής λόγω κάποιου προβλήματος υγείας, διαπιστώνεται σταδιακή και σημαντική επιδείνωση στο ποσοστό των ερωτούμενων ανδρών και γυναικών στην Π.Ι.Ν. ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα 65 ετών και άνω.



Ανεκπλήρωτη Ιατρική Ανάγκη:

Διαπιστώνονται υψηλά ποσοστά αυτοαναφερόμενης, ανεκπλήρωτης ιατρικής ανάγκης στην Π.Ι.Ν. 20% των ερωτούμενων στην Π.Ι.Ν., δηλώνει ότι έχει ανεκπλήρωτη ανάγκη για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπεία τον τελευταίο χρόνο. Το ποσοστό αυτό είναι κάτω από το εθνικό ποσοστό για το 2024 (σύμφωνα με την έρευνα SILC της Ε.Ε.), το οποίο ανέρχεται σε 21.9% (και είναι το υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε.).

Παρόλα αυτά υπάρχουν διαφοροποιήσεις, σε ότι αφορά τα νησιά της Π.Ι.Ν. και τις ηλικιακές ομάδες που δηλώνουν την ανάγκη. Σε ποσοστό 80%, η μεγάλη απόσταση από την υπηρεσία υγείας και η απουσία τρόπου μεταφοράς, σε ποσοστό 51%, η μεγάλη λίστα αναμονής, και σε ποσοστό 30%, η αδυναμία κάλυψης τους κόστους της υπηρεσίας είναι οι κύριοι λόγοι της ανεκπλήρωτης ιατρικής ανάγκης στην Π.Ι.Ν., με διαφορές στην κατάταξη μεταξύ των νησιών της Π.Ι.Ν.



Τα ευρήματα του Παραδοτέου 1



Εμπειρία από Υπηρεσίες Υγείας:

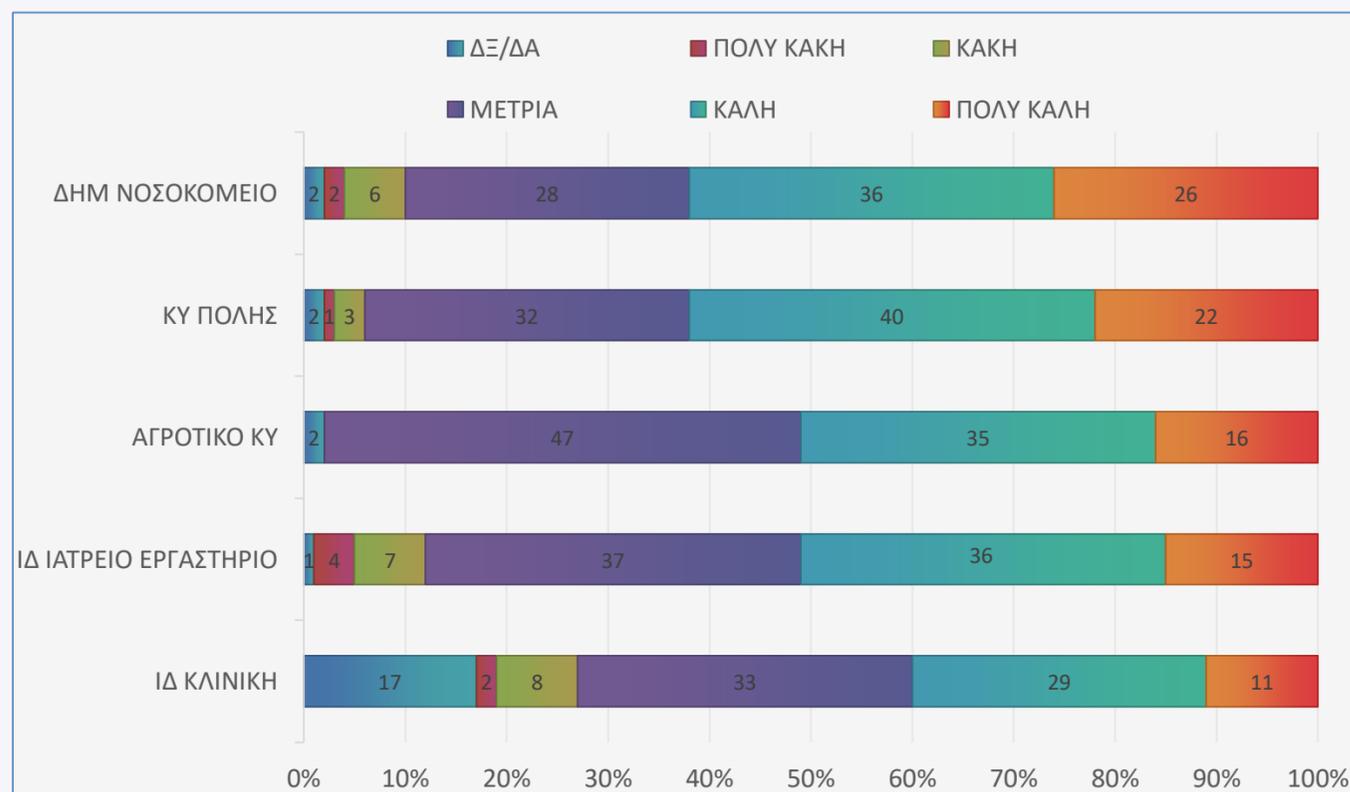
Οι πολίτες σε γενικές γραμμές, αποκομίζουν καλές και πολύ καλές εμπειρίες από το σύστημα υγείας στην Π.Ι.Ν. που είναι βελτιωμένες το 2025 σε σχέση με το παρελθόν. Πολύ καλή και καλή εμπειρία αποκομίζουν οι ασθενείς από την περιήγηση τους σε νοσοκομείο του Δημόσιου Τομέα στην Π.Ι.Ν. σε ποσοστό 62%. Το αντίστοιχο ποσοστό για το Κ.Υ. Πόλης, ανέρχεται σε 62% επίσης. Πολύ καλή και καλή εμπειρία από τις υπηρεσίες του Αγροτικού Ιατρείου, αποκομίζει το 51% των ερωτούμενων.



Χρήση Υπηρεσιών Υγείας:

Διαπιστώνεται στην Π.Ι.Ν. υψηλότερη επισκεψιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία, Κ.Υ. Πόλης και Αγροτικά Ιατρεία) και επαναληψιμότητα των επισκέψεων σε αντιπαραβολή με τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Οι κύριοι λόγοι επίσκεψης σε μονάδα του Ε.Σ.Υ., είναι η αντιμετώπιση κάποιου επείγοντος προβλήματος η αντιμετώπιση κάποιου χρόνιου προβλήματος και η διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων και συνταγογράφησης.

Η υψηλή επισκεψιμότητα σε Κ.Υ. Πόλης, ιδιαίτερα σε ότι αφορά λόγους αντιμετώπισης κάποιου χρόνιου προβλήματος, αναδεικνύει το γεγονός ότι οι υπηρεσίες του Κ.Υ. πόλης, έχουν αρχίσει να γίνονται γνωστές και να χρησιμοποιούνται από τους πολίτες

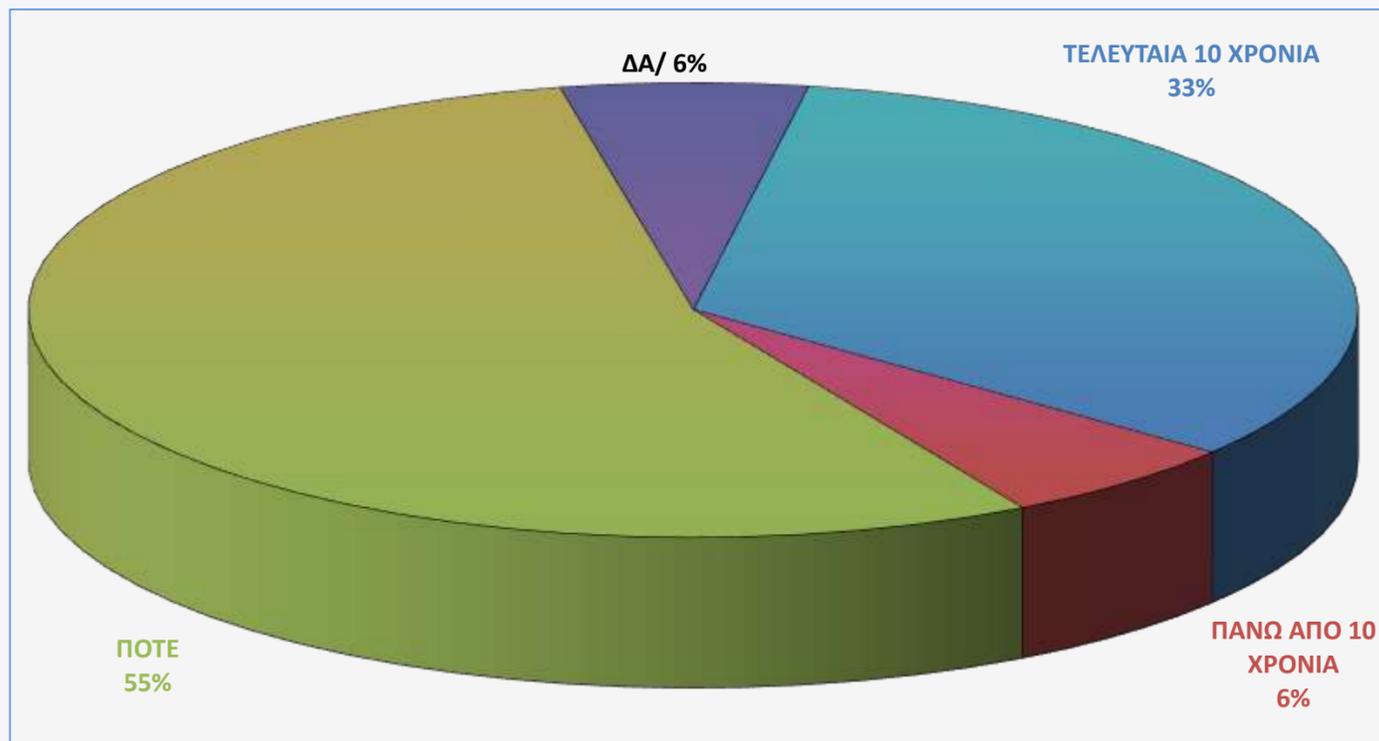


Τα ευρήματα του Παραδοτέου 1



Στάση των Πολιτών Απέναντι στην Πρόληψη :

Διαπιστώνεται προβληματική στάση των ερωτώμενων πολιτών σε σχέση με δράσεις προληπτικής ιατρικής και ιδιαίτερα έλεγχος για συγκεκριμένα χρόνια νοσήματα όπως τα νεόπλασμα του στήθους και του παχέος εντέρου. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η διενέργεια κολονοσκοπήσεων στον πληθυσμό άνω των 50 ετών, Δεν υπάρχουν στοιχεία που να διερευνούν περαιτέρω αυτή την στάση, αλλά τα αποτελέσματα της ανάλυσης είναι αποθαρρυντικά. Ένας συνηθισμένος λόγος στη βιβλιογραφία είναι ο αναλφαβητισμός υγείας σε σχέση με την αξία και τη σημασία των προληπτικών εξετάσεων.



Τα ευρήματα του Παραδοτέου 1



Περιορισμός Δραστηριοτήτων:

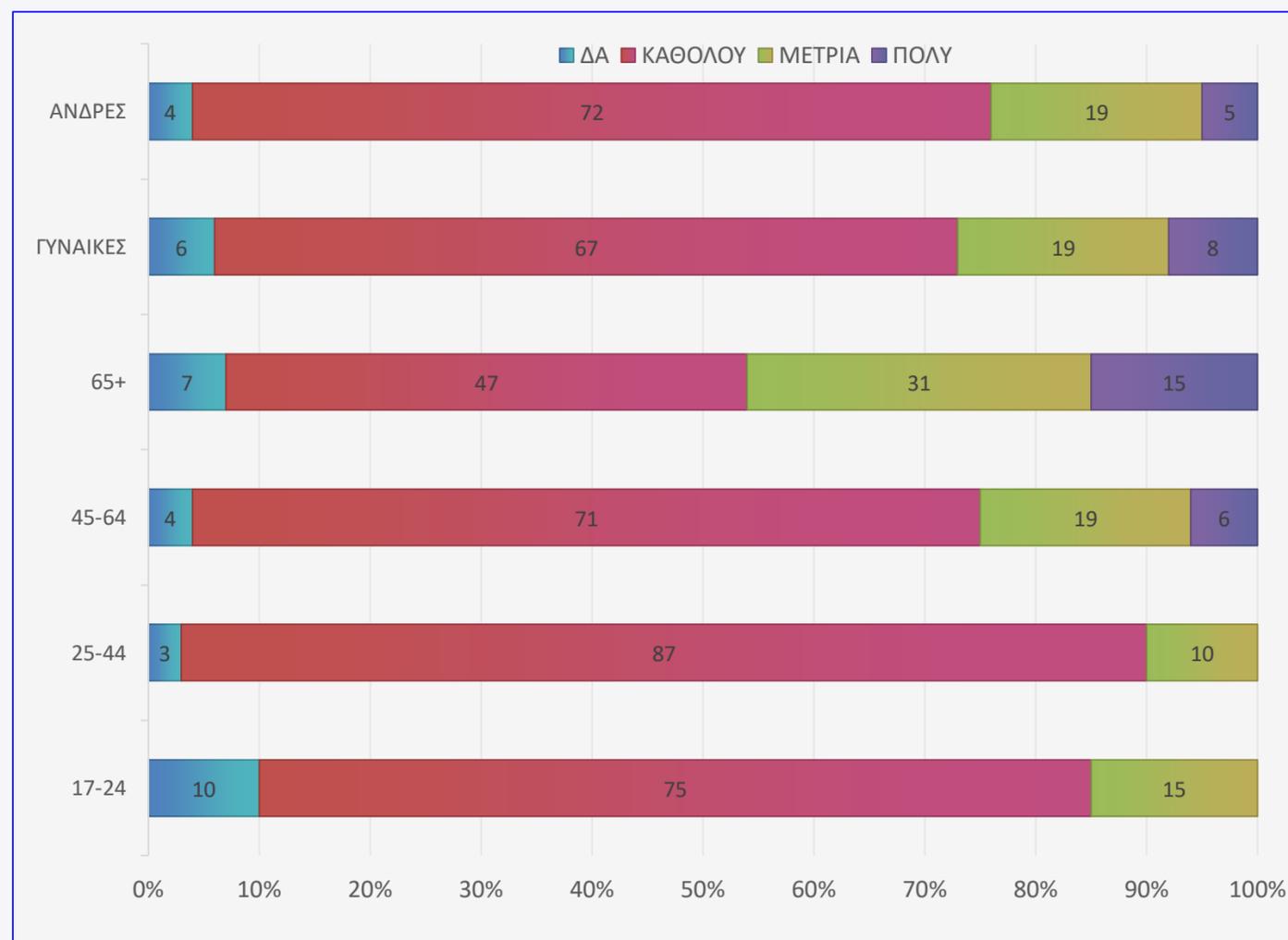
Σε ότι αφορά τον περιορισμό των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής λόγω κάποιου προβλήματος υγείας, διαπιστώνεται σταδιακή και σημαντική επιδείνωση στο ποσοστό των ερωτούμενων ανδρών και γυναικών στην Π.Ι.Ν. ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα 65 ετών και άνω.



Ανεκπλήρωτη Ιατρική Ανάγκη:

Διαπιστώνονται υψηλά ποσοστά αυτοαναφερόμενης, ανεκπλήρωτης ιατρικής ανάγκης στην Π.Ι.Ν. 20% των ερωτούμενων στην Π.Ι.Ν., δηλώνει ότι έχει ανεκπλήρωτη ανάγκη για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπεία τον τελευταίο χρόνο. Το ποσοστό αυτό είναι κάτω από το εθνικό ποσοστό για το 2024 (σύμφωνα με την έρευνα SILC της Ε.Ε.), το οποίο ανέρχεται σε 21.9% (και είναι το υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε.).

Παρόλα αυτά υπάρχουν διαφοροποιήσεις, σε ότι αφορά τα νησιά της Π.Ι.Ν. και τις ηλικιακές ομάδες που δηλώνουν την ανάγκη. Σε ποσοστό 80%, η μεγάλη απόσταση από την υπηρεσία υγείας και η απουσία τρόπου μεταφοράς, σε ποσοστό 51%, η μεγάλη λίστα αναμονής, και σε ποσοστό 30%, η αδυναμία κάλυψης τους κόστους της υπηρεσίας είναι οι κύριοι λόγοι της ανεκπλήρωτης ιατρικής ανάγκης στην Π.Ι.Ν., με διαφορές στην κατάταξη μεταξύ των νησιών της Π.Ι.Ν.



Τα ευρήματα του Παραδοτέου 2



Υποστελέχωση των Μονάδων Υγείας:

Παρατηρείται στον κρίσιμο τομέα της στελέχωσης της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας, σημαντική υποστελέχωση, που ενδεχομένως να έχει αντίκτυπο στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού της Π.Ι.Ν. και των περιφερειακών ενοτήτων της.



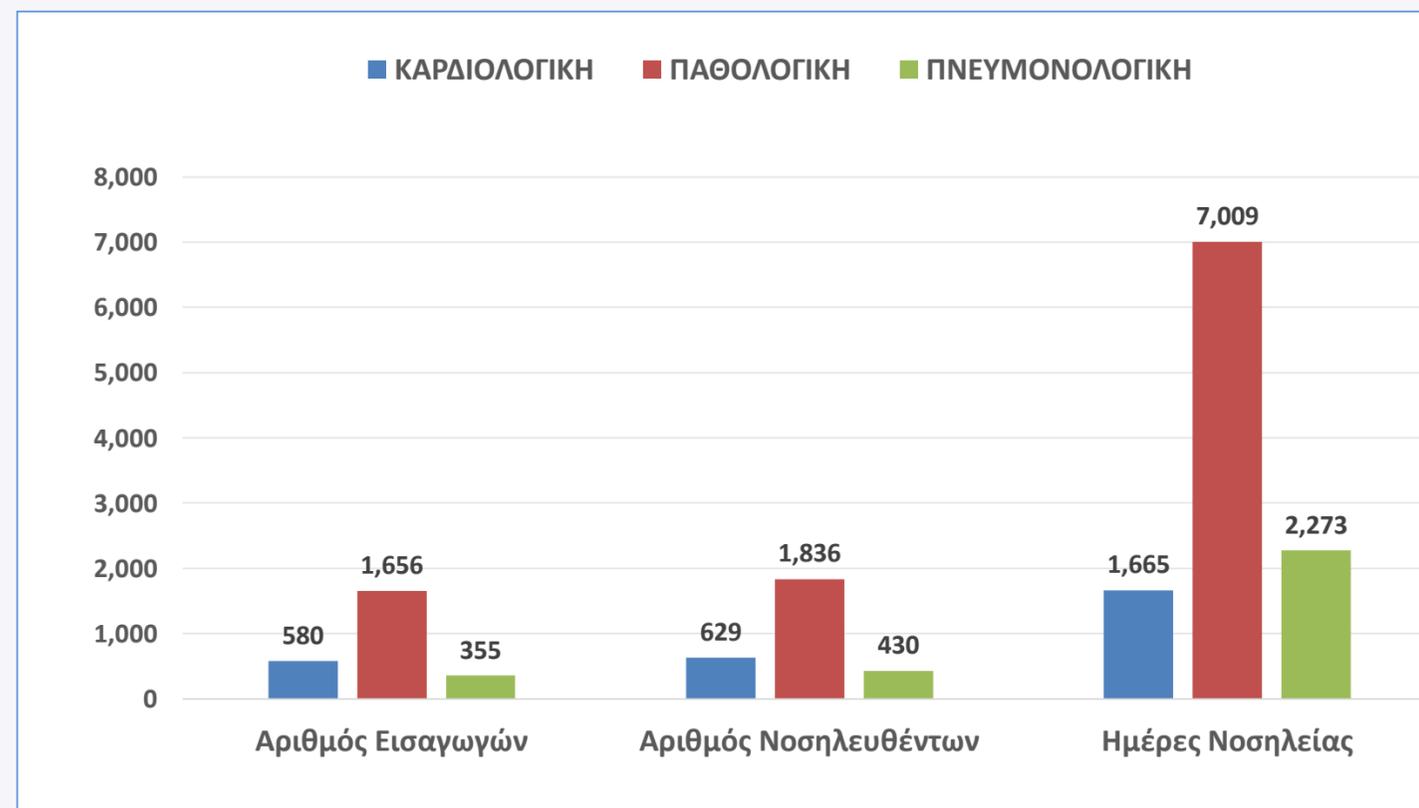
Στελέχωση και Διαφοροποίηση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας:

Οι μονάδες ψυχικής υγείας από τις αρχές του 2024 έχουν ενταχθεί στο Περιφερειακό Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας της 6^{ης} Υ.Π.Ε. Σύμφωνα με τα στοιχεία της 6^{ης} Δ.Υ.Π.Ε. όλες οι Οργανικές Θέσεις των Μονάδων είναι καλυμμένες μέσα στο 2025. Η πλειονότητα των υπηρεσιών είναι συγκεντρωμένη στην Π.Ε. Κέρκυρας. Στην Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων του Νοσοκομείου Ζακύνθου δεν υπάρχει στελέχωση από νοσηλευτές και άλλες παραϊατρικές ειδικότητες (μόνο ψυχίατρος και ψυχολόγος) ενώ στην Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων του Νοσοκομείου Κεφαλονιάς, υπηρετεί μόνο ένας ψυχίατρος. Στη Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων του Νοσοκομείου Κέρκυρας δεν υπηρετεί Ψυχίατρος κλάδου Ιατρών ΕΣΥ, παρά μόνο ένας ειδικευόμενος ψυχίατρος. Παρατηρείται επιπλέον γενικότερη απουσία παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών στην ΠΙΝ ενώ Παιδοψυχίατρος υπηρετεί μόνο στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ζακύνθου.

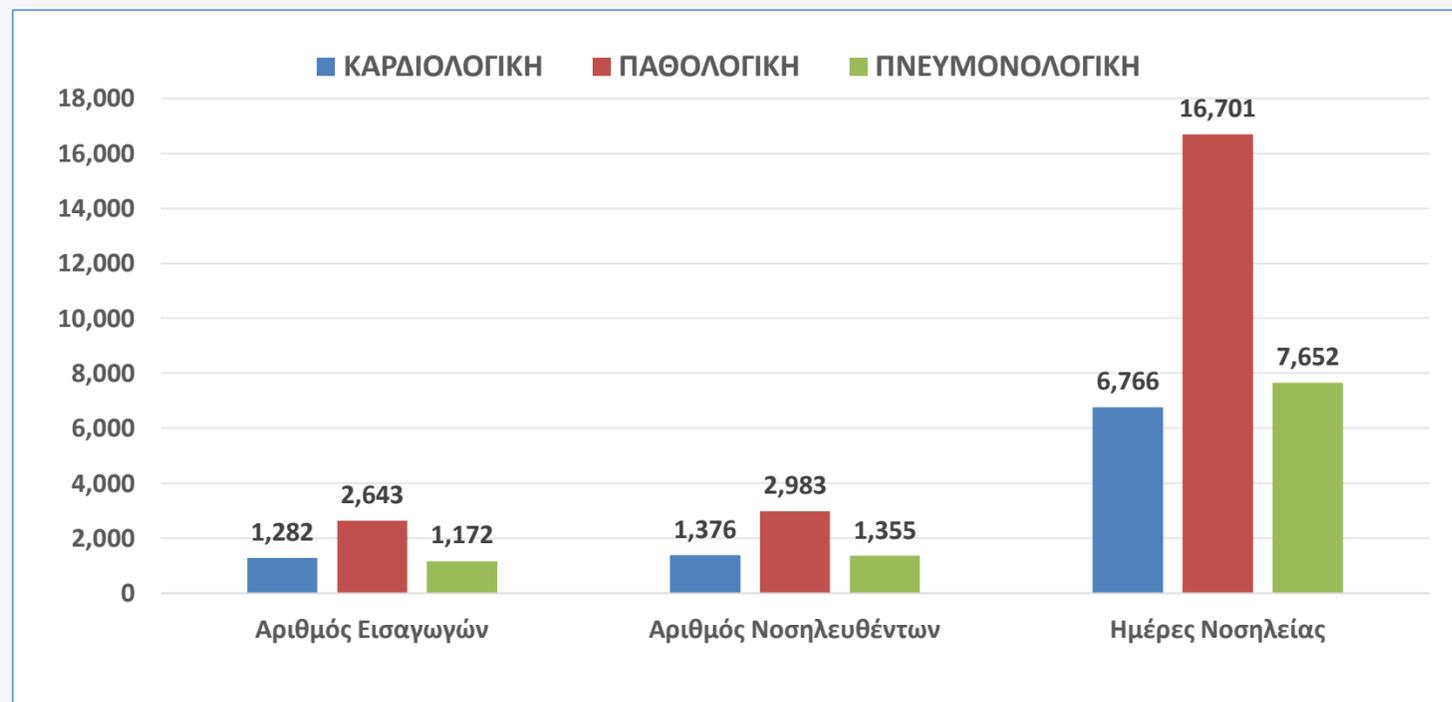


Δείκτες Νοσηλευτικής Κίνησης στα Νοσοκομεία της ΠΙΝ:

Σύμφωνα με τα στοιχεία θνησιμότητας της ΕΛΣΤΑΤ, κύριες αιτίες κατάληξης στην Π.Ι.Ν. και στις Περιφερειακές Ενώτητες είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα νεοπλάσματα και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος. Οι δείκτες νοσηλευτικής κίνησης ανά νοσοκομείο της Π.Ι.Ν. (για το 2024), επιβεβαιώνουν τα στοιχεία θνησιμότητας της ΕΛΣΤΑΤ στις Π.Ε. της Π.Ι.Ν. Ενδεικτικά παρουσιάζεται η εικόνα από τα Νοσοκομεία Ζακύνθου, Κέρκυρας και Κεφαλονιάς (στην επόμενη διαφάνεια με πρώτη την Κέρκυρα).



Τα ευρήματα του Παραδοτέου 2



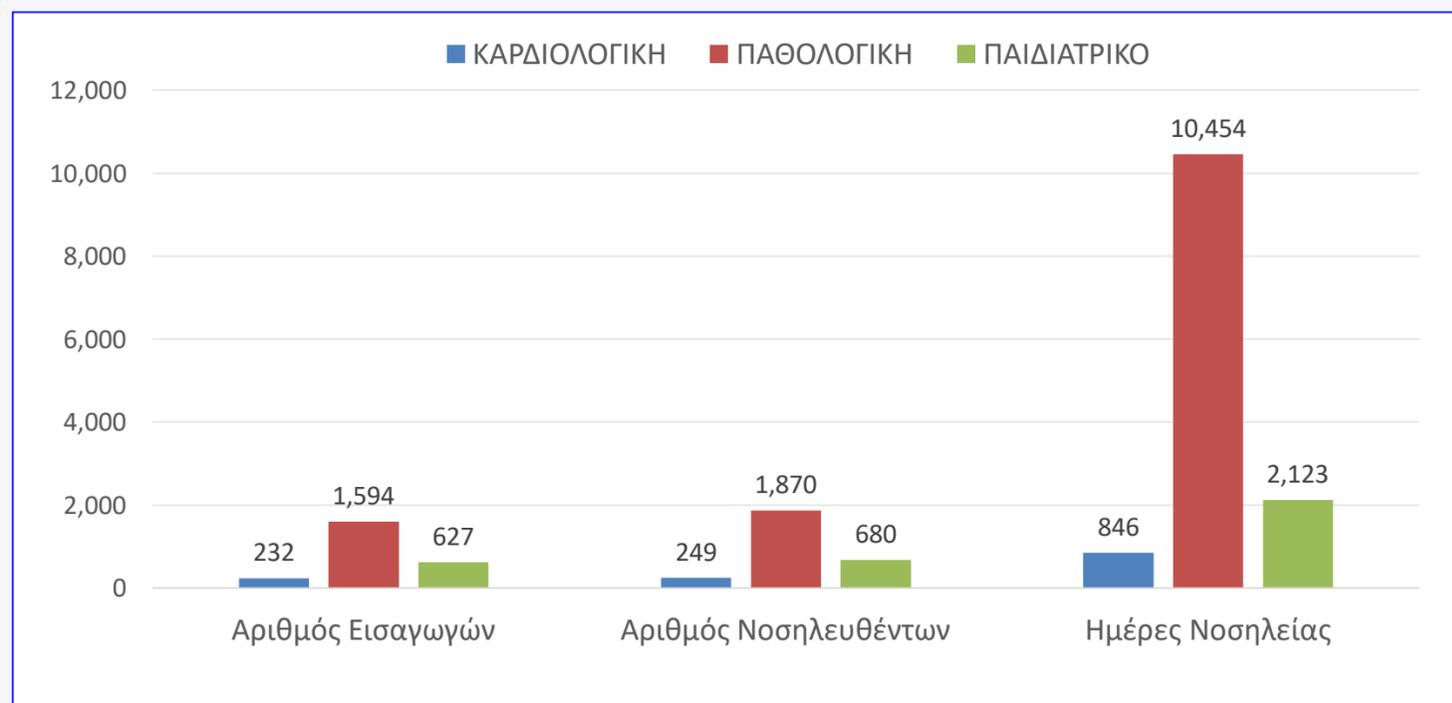
Μη αποτελεσματική χρήση των πόρων των Μονάδων Υγείας:

Ο μέσος όρος κάλυψης κλινών (ή ποσοστό πληρότητας) αποτελεί βασικό δείκτη αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων, ο οποίος δείχνει το ποσοστό των διαθέσιμων κλινών που χρησιμοποιούνται κατά μέσο όρο σε μια δεδομένη χρονική περίοδο. Σε αρκετές κλινικές των Μονάδων Υγείας, ο δείκτης είναι χαμηλός όπως στο Γ.Ν. Ζακύνθου στην καρδιολογική κλινική (28.41%). Ενώ σε κάποιες κλινικές, ο δείκτης υπερβαίνει το 100% (όπως το Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου της Κέρκυρας (130%). Θα πρέπει να διερευνηθεί παραπάνω ποιοι είναι οι λόγοι της χαμηλής αποδοτικότητας.



Έλλειψη Μονάδων Πρόνοιας – στοιχεία 2022:

Παρατηρούνται ελλείψεις σε σημαντικές υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, στο επίπεδο της Π.Ι.Ν. όσο και στο επίπεδο των Π.Ε. αυτής. Δεν καταγράφεται κάποια στεγαστική δομή αστέγων. Η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης που αφορούν στη φιλοξενία γυναικών θυμάτων βίας και θυμάτων πολλαπλών διακρίσεων στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων είναι μηδενική. Σε κανένα νησί δεν λειτουργεί Σ.Υ.Δ. – Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης για ΑΜΕΑ. Επίσης, καταγράφεται η απουσία δημόσιων Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας (ΚΑΑ) στην ΠΙΝ.



Τα ευρήματα του Παραδοτέου 3



Έγινε ανάλυση της ψηφιακής ετοιμότητας των Νοσοκομείων στην ΠΙΝ (του Δημοσίου) η οποία βασίζεται σε δομημένο ερωτηματολόγιο 135 ερωτήσεων κατανεμημένων σε 37 ενότητες (που επιλέχθηκαν από τους μελετητές από το σύνολο των 47), καλύπτοντας όλες τις πτυχές της ψηφιακής υποδομής και των πληροφοριακών συστημάτων υγείας αλλά και άλλων λειτουργιών των νοσοκομείων όπως η κυβερνοασφάλεια και η εκπαίδευση προσωπικού. Εκ πρώτης όψεως, τα πέντε νοσοκομεία παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλό βαθμό ψηφιακής ωριμότητας, με μέσο όρο 90%, υποδεικνύοντας ότι η συντριπτική πλειοψηφία των απαραίτητων ψηφιακών συστημάτων έχει ήδη υλοποιηθεί και βρίσκεται σε παραγωγική λειτουργία. Η διαφορά μεταξύ του υψηλότερου και του χαμηλότερου βαθμού είναι μόλις 10 ποσοστιαίες μονάδες, υποδεικνύοντας συντονισμένη προσπάθεια ψηφιακού μετασχηματισμού και κοινές βέλτιστες πρακτικές. Αν και ο μέσος όρος φαίνεται υψηλός, η λεπτομερής ανάλυση ανά νοσοκομείο αποκαλύπτει ένα σύστημα "πολλαπλών ταχυτήτων" με κρίσιμες λειτουργικές ασυμμετρίες



Γ.Ν. Κέρκυρας (0.95): Το Γ.Ν. Κέρκυρας αποτελεί τον σταθερό πυλώνα του ψηφιακού μετασχηματισμού στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας της ΠΙΝ, χωρίς όμως επί του παρόντος να καινοτομεί σε τεχνολογίες αιχμής (π.χ. τηλευγεία/τηλεϊατρική και συστήματα επιχειρησιακής ευφυΐας).

Γ.Ν. Λευκάδας (0.92): Το Γ.Ν. Λευκάδας είναι ο "Καινοτόμος" παίκτης στην ψηφιακή υγεία (Leader στην Τηλεϊατρική).

Γ.Ν. Κεφαλονιάς (0.90): Το Γ.Ν. της Κεφαλληνίας αποτελεί το νοσοκομείο των "εσωτερικών αντιφάσεων" (καλό LIS, ανύπαρκτο Wi-Fi για ασθενείς).

Γ.Ν. Ζακύνθου (0.88): Το Γ.Ν. Ζακύνθου, αποτελεί μια περίπτωση "Εικονικής Ετοιμότητας" όπου υπάρχουν λογισμικά εγκατεστημένα αλλά ανενεργά.

Γ.Ν. Ληξουρίου (0.85): Αποτελεί τον "Ψηφιακό Ασθενή" με δομικά προβλήματα υποδομών πληροφορικής.

Τα ευρήματα του Παραδοτέου 4



Παρουσιάζονται 20 ξεχωριστές πολιτικές υγείας μαζί με 6 διακριτές πολιτικές κοινωνικής προστασίας που θα μπορούσαν να ακολουθηθούν ή/και να συμπεριληφθούν σε σχετικές αναδυόμενες πολιτικές. Οι πολιτικές προκύπτουν από την ανάλυση δεδομένων και ευρημάτων/αποτελεσμάτων που παρουσιάστηκαν στα παραδοτέα 1 μέχρι 3.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

| | |
|---|---|
| 1 | Μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα για τις ευπαθείς ομάδες και την υποστήριξη των άτυπων φροντιστών |
| 2 | Ενίσχυση και γεωγραφική εξισορρόπηση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» |
| 3 | Ανάπτυξη στεγαστικών και υποστηρικτικών δομών για ευάλωτες ομάδες |
| 4 | Ενίσχυση δομών αποκατάστασης και ημερήσιας φροντίδας |
| 5 | Στρατηγική ενίσχυσης Κέντρων Κοινότητας και δομών καταπολέμησης φτώχειας |
| 6 | Στήριξη της Παιδικής και Νεανικής ηλικίας |

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

| | |
|----|--|
| 1 | Αναδιοργάνωση και ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με βάση τις πραγματικές ανάγκες στελέχωσης με νησιωτική στόχευση |
| 2 | Σχέδιο κάλυψης κρίσιμων ελλείψεων στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας |
| 3 | Ανάπτυξη ολοκληρωμένου προγράμματος διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων |
| 4 | Αλφαριθμητισμός Υγείας για την πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων |
| 5 | Ενίσχυση της πρόληψης και των <u>προσυμπτωματικών ελέγχων</u> |
| 6 | Πολιτικές υγιούς και ενεργού γήρανσης στην κοινότητα |
| 7 | Σύνδεση υγείας και κοινωνικής πολιτικής |
| 8 | Αναβάθμιση νοσοκομειακών υποδομών |
| 9 | Συνεχής αξιολόγηση και τεκμηριωμένος σχεδιασμός πολιτικών |
| 10 | Κίνητρα για προσέλκυση και παραμονή υγειονομικού προσωπικού |
| 11 | Ολοκληρωμένος μηχανισμός παρακολούθησης στελέχωσης και αποδοτικότητας στην 6 ^η Δ.Υ.ΠΕ |
| 12 | Περιφερειακή στρατηγική ψηφιακής υγείας που θα εναρμονίζεται με το Εθνικό Πλαίσιο Διαλειτουργικότητας και τους στόχους του ΕΣΠΑ και του ΕΠΑ |
| 13 | Πλήρη συμμόρφωση με διεθνή και εθνικά πρότυπα κωδικοποιήσεων ως προϋπόθεση για τη χρηματοδότηση των Μονάδων Υγείας, την διαφάνεια και τη λογοδοσία και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας |
| 14 | Διασύνδεση των απεικονιστικών συστημάτων (RIS/PACS) με το εθνικό αποθετήριο της ΗΔΙΚΑ και τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας |
| 15 | <u>Αξιοποίηση</u> αναλυτικών δεδομένων και συστημάτων επιχειρησιακής ευφυΐας |
| 16 | Ενσωμάτωση συστημάτων υποστήριξης κλινικών αποφάσεων (<u>Clinical Decision Support</u>) στα ΟΠΣ των Νοσοκομείων |
| 17 | Βελτίωση σε υποδομές δικτύου για την εξυπηρέτηση των ασθενών και των συνοδών τους |
| 18 | Ολοκληρωμένη στρατηγική ψυχικής υγείας |
| 19 | Προγράμματα αγωγής υγείας και αλλαγής συμπεριφορών |
| 20 | Ολοκληρωμένος σχεδιασμός υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πλαίσιο του <u>Πε Δ.Υ.Ψ.Υ.</u> με έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών |

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 1

Αναδιοργάνωση και ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με βάση τις πραγματικές ανάγκες στελέχωσης με νησιωτική στόχευση

- Η ενίσχυση της επισκεψιμότητας κατ' οίκον από κοινοτικούς νοσηλευτές μπορεί να μειώσει επιπλοκές χρόνιων παθήσεων και να αποτρέψει επείγουσες νοσηλείες ιδιαίτερα για τους πιο ηλικιωμένους και τα άτομα με κινητικούς περιορισμούς
- Η νησιωτικότητα απαιτεί ευέλικτα σχήματα λειτουργίας, με κινητές μονάδες που θα καλύπτουν περιοδικά μικρούς οικισμούς. Η διασύνδεση των νοσοκομείων που υλοποιούν δράσεις τηλεϊατρικής, με τις ΚΟΜΥ, τις ΤΟΜΥ και τα ΚΥ στο πλαίσιο του ΕΘΝΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ θα βελτιώσει την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας για τους πληθυσμούς που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές και θα αποσυμφορήσει το σύστημα σε περιόδους μεγάλης φόρτισης (π.χ. το καλοκαίρι, εξυπηρετώντας και τον τουριστικό πληθυσμό).

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 2

Αναδιοργάνωση και ενίσχυση της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας με βάση τις πραγματικές ανάγκες στελέχωσης με νησιωτική στόχευση

- Προτείνεται η εκπόνηση περιφερειακού σχεδίου ενίσχυσης των νοσοκομείων με ιεράρχηση αναγκών ανά Περιφερειακή Ενότητα και ανά κλινική. Η εφαρμογή του νέου θεσμικού πλαισίου (αναμόρφωση οργανισμών έως το 2026) προσφέρει ευκαιρία εξορθολογισμού της δομής των νοσοκομείων. Οι νέοι οργανισμοί θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τόσο τις δημογραφικές εξελίξεις όσο και την εποχική αύξηση πληθυσμού λόγω τουρισμού.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 3

Ανάπτυξη ολοκληρωμένου προγράμματος διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων

- Η υψηλή επιβάρυνση από καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλάσματα και αναπνευστικές παθήσεις στον πληθυσμό, καθιστά αναγκαία την υιοθέτηση ενός ολοκληρωμένου μοντέλου διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων με επίκεντρο τον πολίτη.
- Το μοντέλο αυτό πρέπει να περιλαμβάνει συστηματική καταγραφή περιστατικών, τακτική παρακολούθηση βιοδεικτών και άλλων παραμέτρων όπως οι εμπειρίες των ίδιων των ασθενών και των φροντιστών τους αλλά και των αποτελεσμάτων για κάθε νόσο, συνεχή υποστήριξη με απομακρυσμένη πρόσβαση μέσω τηλεϊατρικής και εξατομικευμένα σχέδια φροντίδας με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες διαχείρισης π.χ. του Σακχαρώδη Διαβήτη.
- Σημαντικό ρόλο πρέπει να παίξει η εκπαίδευση των ασθενών και των φροντιστών τους στην αυτό-διαχείριση των νοσημάτων αυτών δηλαδή πως μπορούν να συμβάλλουν και οι ίδιοι στην αλλαγή συμπεριφοράς για την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί από την θεραπευτική ομάδα π.χ. της TOMY.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 4

Ανεκπλήρωτες Ανάγκες Υγείας και Αλφαριθμητισμός Υγείας

- Διαπιστώνεται υψηλή συχνότητα μη εκπλήρωσης αναγκών για την κάλυψη της ιατρικής φροντίδας για διάφορους λόγους. Η ύπαρξη ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας, είτε λόγω κόστους είτε λόγω γεωγραφικών εμποδίων ή μεγάλων λιστών αναμονής, υποδεικνύει δομικά προβλήματα πρόσβασης. Απαιτείται συστηματική καταγραφή των αιτιών μη κάλυψης αναγκών ανά νησί και κοινωνική ομάδα, ώστε οι παρεμβάσεις να είναι στοχευμένες και αποτελεσματικές.
- Μέτρα όπως η επιδότηση, μέσω κουπονιών, μετακινήσεων για εξειδικευμένες εξετάσεις, η ανάπτυξη απογευματινών ιατρείων και η ενίσχυση των διαγνωστικών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο μπορούν να περιορίσουν σημαντικά το πρόβλημα.
- Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε άτομα χαμηλού εισοδήματος και σε ηλικιωμένους που δυσκολεύονται να μετακινηθούν.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 5

Ενίσχυση της πρόληψης και των προσυμπτωματικών ελέγχων

- Η χαμηλή συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις για νεοπλασίες και η αδυναμία τακτικής συμμετοχής σε επαναλαμβανόμενες προληπτικές εξετάσεις, όπως προβλέπουν τα διεθνή πρωτόκολλα, υποδεικνύει την ανάγκη για ενεργητικές πολιτικές προσέγγισης του πληθυσμού.
- Οι δράσεις πρόληψης των ΤΟΜΥ, Κέντρων Υγείας και ΚΟΜΥ, θα πρέπει να συνδυάζονται με στοχευμένες καμπάνιες ενημέρωσης, βασισμένες σε τοπικά δεδομένα νοσηρότητας. Η συνεργασία με σχολεία, συλλόγους γονέων, πολιτιστικούς φορείς και επαγγελματικές ενώσεις μπορεί να αυξήσει την αποδοχή και τη συμμετοχή.
- Επιπλέον, η ενσωμάτωση της πρόληψης στην καθημερινή πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με αυτοματοποιημένες υπενθυμίσεις για εμβολιασμούς και προληπτικούς ελέγχους, θα διασφαλίσει τη βιωσιμότητα των παρεμβάσεων σε βάθος χρόνου.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 6

Πολιτικές υγιούς και ενεργού γήρανσης στην κοινότητα

- Η ανάπτυξη υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, φυσικοθεραπείας, μείωση της κοινωνικής και συναισθηματικής απομόνωσης και κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να παρατείνει την αυτονομία των ηλικιωμένων.
- Η προώθηση της ενεργού γήρανσης μέσω προγραμμάτων άσκησης, πρόληψης πτώσεων και ψυχοκοινωνικής ενδυνάμωσης μπορεί να μειώσει το φορτίο αναπηρίας.
- Τα τοπικά ΚΑΠΗ και τα ΚΕΠ Υγείας μπορούν να μετασχηματιστούν σε κέντρα πρόληψης και υγιούς διαβίωσης, επομένως είναι απαραίτητη η συνεργασία του ΕΣΥ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 7

Σύνδεση υγείας και κοινωνικής πολιτικής

- Ο σχεδιασμός πολιτικών υγείας δεν μπορεί να είναι αποσπασματικός, αλλά πρέπει να εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο κοινωνικής συνοχής. Η σύσταση Περιφερειακού Παρατηρητηρίου Υγείας και Κοινωνικών Ανισοτήτων θα επιτρέψει τη συστηματική ανάλυση δεδομένων και τη διαμόρφωση στοχευμένων παρεμβάσεων για ευάλωτες ομάδες. Η αξιοποίηση στοιχείων από ΕΛΣΤΑΤ, SILC και τοπικές έρευνες υγείας και πρόνοιας, θα ενισχύσει τη τεκμηρίωση.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 8

Αναβάθμιση νοσοκομειακών υποδομών

- Η επιδημιολογική εικόνα της Περιφέρειας, με υψηλή επιβάρυνση από καρδιαγγειακά και νεοπλάσματα, επιβάλλει στοχευμένες επενδύσεις σε διαγνωστικό και θεραπευτικό εξοπλισμό. Η ενίσχυση καρδιολογικών, ογκολογικών και πνευμονολογικών υπηρεσιών μπορεί να μειώσει τη μετακίνηση ασθενών προς άλλες Περιφέρειες.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 9

Συνεχής αξιολόγηση και τεκμηριωμένος σχεδιασμός πολιτικών

- Η βιωσιμότητα των πολιτικών υγείας προϋποθέτει συνεχή παρακολούθηση δεικτών και αξιολόγηση αποτελεσμάτων. Η καθιέρωση ετήσιου Περιφερειακού Απολογισμού Πολιτικών Υγείας θα επιτρέψει την αποτύπωση προόδου και την έγκαιρη αναπροσαρμογή στρατηγικών.
- Η αξιοποίηση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων από επίσημες πηγές και πρωτογενείς έρευνες θα ενισχύσει τη διαφάνεια και τη λογοδοσία. Η συμμετοχή επιστημονικών φορέων και κοινωνικών εταίρων στη διαδικασία αξιολόγησης μπορεί να ενισχύσει την αξιοπιστία μέσω αξιολόγησης από πανεπιστήμια, επιστημονικού φορείς κλπ.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 10

Κίνητρα για προσέλκυση και παραμονή υγειονομικού προσωπικού

- Αν και το θέμα των κινήτρων αποτελεί κεντρικό σχεδιασμό του Υπουργείου Υγείας κυρίως, η δημιουργία δικτύων συνεργασίας με πανεπιστήμια και η δυνατότητα συμμετοχής σε ερευνητικά προγράμματα ακόμα και για το μόνιμο προσωπικό μπορεί να λειτουργήσει ως επιπλέον κίνητρο παραμονής.
- Η παροχή οικονομικών κινήτρων και άλλων κινήτρων για μόνιμη εγκατάσταση οικογενειών επαγγελματιών υγείας στα νησιά είναι επίσης κρίσιμη (π.χ. επίδομα στέγασης, κοινωνική κατοικία).
- Η υιοθέτηση κυκλικών τοποθετήσεων (rotation) μπορεί να ενισχύσει τη βιωσιμότητα της στελέχωσης σε μικρές δομές με προβλήματα στελέχωσης.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 11

Ολοκληρωμένος μηχανισμός παρακολούθησης στελέχωσης και αποδοτικότητας
στην 6η Δ.Υ.ΠΕ

- Η καταγραφή οργανικών και καλυμμένων θέσεων πρέπει να μετατραπεί σε δυναμικό εργαλείο σχεδιασμού. Προτείνεται η δημιουργία Περιφερειακού Πίνακα Ελέγχου (dashboard) με οπτικοποίηση και τακτική επικαιροποίηση δεδομένων.
- Η παρακολούθηση ποσοτών κάλυψης ανά Π.Ε. θα επιτρέπει έγκαιρη παρέμβαση όπου εντοπίζονται κρίσιμες ελλείψεις.
- Η σύνδεση σχεδιασμού κάλυψης ανθρώπινου δυναμικού με δημογραφικές και κοινωνικές προβολές θα ενισχύσει τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας στην ΠΙΝ.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 12

Περιφερειακή στρατηγική ψηφιακής υγείας που θα εναρμονίζεται με το Εθνικό Πλαίσιο Διαλειτουργικότητας και τους στόχους του ΕΣΠΑ και του ΕΠΑ

- Η υφιστάμενη εικόνα δείχνει ότι τα νοσοκομεία έχουν υιοθετήσει σε μεγάλο βαθμό βασικά πληροφοριακά υποσυστήματα (ERP, HIS, LIS, PACS), ωστόσο η λειτουργική τους ενοποίηση παραμένει ελλιπής.
- Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων οφείλει να συνδεθεί με μετρήσιμα αποτελέσματα ψηφιακής ωριμότητας. Η υιοθέτηση ενός περιφερειακού μηχανισμού παρακολούθησης από την 6^η Δ.Υ.Π.Ε με ετήσια δημοσιοποίηση δεικτών μπορεί να λειτουργήσει ως κίνητρο βελτίωσης και εργαλείο διαφάνειας.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 13

Πλήρη συμμόρφωση με διεθνή και εθνικά πρότυπα κωδικοποιήσεων

- Τα πληροφοριακά συστήματα, αν και εγκατεστημένα, δεν αξιοποιούν πλήρως κωδικοποιημένες δομές π.χ. για την καταγραφή και αναφορά των νοσημάτων στον ΕΟΠΥΥ, γεγονός που δημιουργεί σοβαρούς κινδύνους για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα των δεδομένων, αλλά και την ίδια την χρηματοδότηση των νοσοκομείων.
- Η πολιτική κατεύθυνση πρέπει να καταστήσει εφικτή την πλήρη συμμόρφωση με διεθνή πρότυπα.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 14

Διασύνδεση των απεικονιστικών συστημάτων (RIS/PACS) με το εθνικό αποθετήριο της ΗΔΙΚΑ και τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας

- Η μη προώθηση απεικονιστικών δεδομένων σε εθνικό επίπεδο ακυρώνει την έννοια της ολιστικής φροντίδας και δημιουργεί ανισότητες πρόσβασης.
- Σε ένα νησιωτικό περιβάλλον, όπου η γεωγραφική απόσταση αποτελεί αντικειμενικό εμπόδιο, η πλήρης ψηφιακή διασύνδεση είναι όρος ισότητας.
- Η πολιτική παρέμβαση οφείλει να διασφαλίσει ότι κάθε απεικονιστική εξέταση ενσωματώνεται αυτομάτως στον εθνικό φάκελο, με ασφαλή και κωδικοποιημένο τρόπο.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 15

Αξιοποίηση αναλυτικών δεδομένων και συστημάτων επιχειρησιακής ευφυΐας

- Παρά την ύπαρξη πλούσιου ψηφιακού αποθέματος στα Δημόσια Νοσοκομεία της ΠΙΝ, τα δεδομένα δεν μετατρέπονται σε στρατηγική γνώση. Η δημιουργία περιφερειακής πλατφόρμας επιχειρησιακής ευφυΐας, με ενιαίο αποθετήριο δεδομένων και δυνατότητες μοντέλων πρόβλεψης, θα μπορούσε να βελτιώσει δραστικά τη διαχείριση κλινών, αποθεμάτων, ροών ασθενών και κόστους.
- Παραδείγματα αποτελούν:
 - Πρόβλεψη και Πρόληψη Νόσων: Εντοπισμός ασθενών υψηλού κινδύνου για εμφάνιση σοβαρών παθήσεων (π.χ. σήψη, καρδιοπάθειες) πριν εκδηλωθούν.
 - Εξατομικευμένη Θεραπεία: Ανάλυση δεδομένων για τη δημιουργία προσαρμοσμένων θεραπευτικών πλάνων, τα οποία έχουν μειώσει τα ανεπιθύμητα συμβάντα κατά 35%.
 - Μείωση Επανεισαγωγών: Πρόβλεψη ποιες ομάδες ασθενών κινδυνεύουν να επανεισαχθούν στο νοσοκομείο, επιτρέποντας την έγκαιρη παρέμβαση.
 - Λειτουργική Βελτιστοποίηση: Πρόβλεψη της ροής των ασθενών, των αναγκών σε προσωπικό και της διαθεσιμότητας κλινών, μειώνοντας το κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 16

Ενσωμάτωση συστημάτων υποστήριξης κλινικών αποφάσεων στα Πληροφοριακά Συστήματα των Νοσοκομείων

- Η απουσία αυτοματοποιημένων μηχανισμών ειδοποίησης για φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις ή αποκλίσεις από θεραπευτικά πρωτόκολλα περιορίζει το επίπεδο ασφάλειας και ποιότητας.
- Η πολιτική κατεύθυνση πρέπει να ενθαρρύνει την ενσωμάτωση τέτοιων πληροφοριακών συστημάτων στο πληροφοριακό σύστημα, ενισχύοντας την τεκμηριωμένη ιατρική πρακτική.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 17

Βελτίωση σε υποδομές δικτύου για την εξυπηρέτηση των ασθενών και των συνοδών τους

- Η ύπαρξη διαφοροποιήσεων στη διαθεσιμότητα ευρυζωνικών δικτύων και Wi-Fi υποδομών στα νοσοκομεία, υποδηλώνει ότι η ψηφιακή ωριμότητα δεν είναι ομοιογενής.
- Η πολιτική πρέπει να αντιμετωπίσει το ζήτημα σε περιφερειακό επίπεδο, με επενδύσεις σε αξιόπιστα δίκτυα, σε συστήματα προστασίας δεδομένων και σε τακτικούς ελέγχους ασφάλειας.
- Η αυξανόμενη απειλή κυβερνοεπιθέσεων στον τομέα της υγείας καθιστά επιβεβλημένη τη θεσμοθέτηση ετήσιων ελέγχων ασφαλείας και την υιοθέτηση διεθνών προτύπων προστασίας πληροφοριών.
- Η διαθεσιμότητα σε ανοικτά δίκτυα Wi-Fi για ασθενείς και φροντιστές βελτιώνει την ποιότητα της παραμονής τους στη μονάδα υγείας.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 18

Ολοκληρωμένη στρατηγική ψυχική υγείας

- Η ψυχική υγεία πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα, ιδίως σε ένα περιβάλλον όπου η νησιωτικότητα μπορεί να εντείνει το αίσθημα απομόνωσης. Η ανάπτυξη κινητών μονάδων ψυχικής υγείας που θα επισκέπτονται τακτικά τα μικρότερα νησιά μπορεί να καλύψει κενά πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες.
- Επιπλέον, η ενίσχυση παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών και η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης σε σχολεία μπορούν να αντιμετωπίσουν έγκαιρα φαινόμενα άγχους, κατάθλιψης και εξαρτήσεων. Η έγκαιρη παρέμβαση μειώνει τον κίνδυνο χρονιότητας και κοινωνικού αποκλεισμού.
- Η διασύνδεση υπηρεσιών ψυχικής υγείας με κοινωνικές δομές, δομές απεξάρτησης και προγράμματα επανένταξης θα διασφαλίσει τη συνέχεια φροντίδας και την υποστήριξη των ωφελούμενων.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ - 19

Προγράμματα αγωγής υγείας και αλλαγής συμπεριφορών

- Η αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία και η καθιστική ζωή απαιτεί μακροπρόθεσμες παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινότητας.
- Εκστρατείες ενημέρωσης, προγράμματα σε σχολεία και τοπικές δράσεις φυσικής άσκησης μπορούν να μεταβάλλουν σταδιακά συμπεριφορές.
- Η εμπλοκή τοπικών φορέων, αθλητικών συλλόγων και επαγγελματικών ενώσεων μπορεί να αυξήσει τη συμμετοχή και να ενισχύσει την αποδοχή των παρεμβάσεων.
- Η πρόληψη πρέπει να ενσωματωθεί στην καθημερινή πρακτική των υπηρεσιών υγείας. Η συστηματική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων θα επιτρέψει τη βελτίωση και την αναπροσαρμογή τους με βάση τεκμηριωμένα αποτελέσματα.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ - 1

Μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα για τις ευπαθείς ομάδες και την υποστήριξη των άτυπων φροντιστών

- Με δεδομένο ότι στην ΠΙΝ δεν υφίστανται δομές: Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης, Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, Θεραπευτηρίων Χρόνιων Παθήσεων και ΝΠΙΔ παροχής υπηρεσιών κλειστής κοινωνικής φροντίδας, συνίσταται η ενδυνάμωση του συνολικού οικοσυστήματος Κοινωνικής Μέριμνας και Μακροχρόνιας Φροντίδας μέσω παρέμβασης που θα λειτουργήσει συνεργατικά/ συμπληρωματικά με υφιστάμενες Κοινωνικές Δομές και το Σχέδιο Περιφερειακής Στρατηγικής Κοινωνικής Ένταξης (ΠεΣΚΕ) της ΠΙΝ με κάλυψη των επιτόπου αναγκών με ειδικούς επιστήμονες.
- Ωφελούμενοι θα είναι, οι εξής γενικές ομάδες: α) ΑμεΑ, παιδιά, ηλικιωμένοι, χρονίως πάσχοντες, ψυχικά ασθενείς, άτομα με προβλήματα εξάρτησης και οι οικογένειές τους, β) Τυπικοί και άτυποι προσωπικοί βοηθοί, γ) Κοινωνικές Δομές και Φορείς.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ - 2

Ενίσχυση και γεωγραφική εξισορρόπηση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

- Το πρόγραμμα εμφανίζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ Π.Ε., με άνιση κατανομή ωφελούμενων και δομών. Προτείνεται η ανακατανομή πόρων με βάση τον αριθμό ηλικιωμένων ανά νησί και την απόσταση από υγειονομικές μονάδες.
- Η ενίσχυση του προγράμματος με εξειδικευμένο προσωπικό (νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς) θα συμβάλει στη μείωση εισαγωγών στα νοσοκομεία.
- Επιπλέον, η διασύνδεση «Βοήθεια στο Σπίτι» με Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Κέντρα Κοινότητας μπορεί να ενισχύσει την ολιστική παρακολούθηση των ωφελούμενων.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ - 3

Ανάπτυξη στεγαστικών και υποστηρικτικών δομών για ευάλωτες ομάδες

- Η πλήρης απουσία στεγαστικών δομών αστέγων, Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ) και ξενώνων για γυναίκες θύματα έμφυλης βίας συνιστά θεσμικό κενό. Ανεξαρτήτως αριθμού καταγεγραμμένων περιστατικών, η απουσία υποδομής δημιουργεί κίνδυνο αόρατου κοινωνικού αποκλεισμού.
- Προτείνεται η ίδρυση τουλάχιστον μίας ΣΥΔ ανά Περιφέρεια, με δυνατότητα εξυπηρέτησης διαπεριφερειακά, λαμβάνοντας υπόψη τη νησιωτικότητα.
- Παράλληλα, συνίσταται η δημιουργία ξενώνα βραχείας φιλοξενίας γυναικών θυμάτων έμφυλης βίας. Η ανάπτυξη αυτών των δομών μπορεί να χρηματοδοτηθεί από το ΕΚΤ+ στο πλαίσιο κοινωνικής ένταξης και αποϊδρυματοποίησης.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ - 4

Ενίσχυση δομών αποκατάστασης και ημερήσιας φροντίδας

- Η απουσία δημόσιων Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης (ΚΑΑ) στην Π.Ι.Ν. οδηγεί σε αναγκαστική μετακίνηση ασθενών σε άλλες Περιφέρειες.
- Προτείνεται η διερεύνηση σκοπιμότητας ίδρυσης διαπεριφερειακού ΚΑΑ με έδρα σε νησί με πληθυσμιακή επάρκεια.
- Παράλληλα, ο αριθμός των Κέντρων Διημέρευσης-Ημερήσιας Φροντίδας (Κ.Δ.-Η.Φ.) και Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) υπολείπεται σε σχέση με τις ανάγκες γήρανσης του πληθυσμού.
- Συνίσταται η επέκταση των υφιστάμενων δομών και ίδρυση νέων σε Περιφερειακές Ενότητες όπου καταγράφεται μηδενική κάλυψη που θα αποσυμφορήσει τις οικογένειες και θα μειώσει τη ζήτηση για κλειστή φροντίδα.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ - 5

Στρατηγική ενίσχυσης Κέντρων Κοινότητας και δομών καταπολέμησης φτώχειας

- Τα Κέντρα Κοινότητας αποτελούν βασικό πυλώνα κοινωνικής ένταξης, ωστόσο απαιτείται ενίσχυση στελέχωσης και εξειδίκευσης. Προτείνεται η ανάπτυξη κινητών μονάδων για απομακρυσμένες περιοχές.
- Οι δομές καταπολέμησης φτώχειας, παρότι λειτουργούν, καλύπτουν περίπου 1% του πληθυσμού. Απαιτείται καλύτερη χαρτογράφηση κοινωνικών αναγκών και διασύνδεση με υπηρεσίες απασχόλησης.

Περιγραφή Προτεινόμενων πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ - 6

Στήριξη της Παιδικής και Νεανικής ηλικίας

- Η διαχρονική μείωση των ηλικιακών ομάδων 0–14 και 20–29 ετών αποτελεί κρίσιμο δημογραφικό ζήτημα. Η ενίσχυση των υπηρεσιών παιδιατρικής φροντίδας και σχολικής υγείας μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των οικογενειών και να λειτουργήσει ως κίνητρο παραμονής νέων ζευγαριών στην Περιφέρεια.
- Προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε σχολεία, δράσεις πρόληψης εξαρτήσεων και προαγωγής υγιεινών συμπεριφορών θα συμβάλουν στη διαμόρφωση υγιών ενηλίκων.
- Παράλληλα, η διασύνδεση υγείας και απασχόλησης μπορεί να συγκρατήσει νέους επιστήμονες στην περιοχή. Η υιοθέτηση πολιτικών που διευκολύνουν τη συμφιλίωση επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής θα ενισχύσει τη δημογραφική βιωσιμότητα της Περιφέρειας.