



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Ιατρικής

Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων νοσημάτων

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Ψηφιακός Μετασχηματισμός και Ισότιμη Πρόσβαση στις Υπηρεσίες
Υγείας: Συγκριτική Μελέτη των Στάσεων της Κοινής Γνώμης σε
Ελλάδα και Ε.Ε. βάσει του Eurobarometer 96.1

Θεόδωρος Γιαμουρίδης

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Καρακόλιας Στέφανος

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή(«συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο τον χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ'οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού, ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όσους συνέβαλαν στην επιτυχή εκπόνησή της. Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ. Καρακόλια Στέφανο, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, την πολύτιμη επιστημονική του καθοδήγηση, τις καίριες επισημάνσεις του και τη διαρκή στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας. Ιδιαίτερως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη σύζυγο και τα παιδιά μου για την αμέριστη υποστήριξή τους και σε αυτό το σημαντικό βήμα.

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει τον ψηφιακό μετασχηματισμό των υπηρεσιών υγείας και τις αντιλήψεις της ελληνικής κοινής γνώμης αναφορικά με την ισότιμη πρόσβαση, υπό το πρίσμα της μεταπανδημικής εποχής. Στόχος είναι η συγκριτική ανάλυση των στάσεων στην Ελλάδα έναντι της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.-27), εστιάζοντας σε κρίσιμες διαστάσεις, όπως η τηλεϊατρική, η ασφάλεια των δεδομένων και το ψηφιακό χάσμα. Η μεθοδολογία βασίζεται στη δευτερογενή ποσοτική ανάλυση δεδομένων από την πανευρωπαϊκή έρευνα Eurobarometer 96.1 (2021), χρησιμοποιώντας περιγραφική και επαγωγική στατιστική (έλεγχος χ^2).

Τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν το «Ελληνικό Ψηφιακό Παράδοξο»: οι Έλληνες πολίτες επιδεικνύουν υψηλότερη ένταση προσδοκιών από την ψηφιακή υγεία σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, αλλά ταυτόχρονα εκφράζουν και εντονότερους φόβους αποκλεισμού. Ειδικότερα, το 82,3% των Ελλήνων θεωρεί σημαντική την ισότιμη πρόσβαση στην τηλεϊατρική, με το 58,2% να τη χαρακτηρίζει «Πολύ Σημαντική» (έναντι 52,5% στην Ε.Ε.). Παρομοίως, η ασφάλεια της πρόσβασης σε ιατρικά δεδομένα ιεραρχείται ως «Πολύ Σημαντική» από το 64,5% των ερωτηθέντων (έναντι 59,1% στην Ε.Ε.). Ωστόσο, το 79,3% των Ελλήνων συμφωνεί ότι ευάλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, θα αποκλειστούν από την ψηφιακή μετάβαση, καταγράφοντας απόκλιση σχεδόν 10 μονάδων στην «απόλυτη συμφωνία» από την Ε.Ε..

Η ανάλυση τεκμηριώνει τη μετάβαση στο «ψηφιακό χάσμα δευτέρου επιπέδου», όπου το κυριότερο εμπόδιο δεν είναι πλέον η υλική υποδομή αλλά οι γνωστικές δεξιότητες και ο γραμματισμός υγείας (eHealth Literacy). Η εργασία προτείνει μια τετραπλή στρατηγική δημόσιας πολιτικής: α) τη θεσμοθέτηση πολυκαναλικής (phygital) εξυπηρέτησης για την αποφυγή αποκλεισμών, β) ένα εθνικό σχέδιο δράσης για τον ψηφιακό γραμματισμό υγείας, γ)

τον ανθρωποκεντρικό σχεδιασμό διεπαφών βάσει προτύπων WCAG και δ) την αυστηρή ενσωμάτωση της ασφάλειας από τον σχεδιασμό (Privacy by Design).

Λέξεις κλειδιά: Ψηφιακός Μετασχηματισμός Υγείας, Ισότητα Πρόσβαση, Ψηφιακό Χάσμα, eHealth Literacy, Eurobarometer 96.1, Τηλεϊατρική.

Abstract

This master's thesis examines the digital transformation of healthcare services and the perceptions of Greek public opinion regarding equitable access, particularly within the post-COVID-19 context. The primary objective is a comparative analysis of attitudes in Greece versus the European Union (EU-27), focusing on critical dimensions such as telemedicine, data security, and the digital divide. The methodology relies on a secondary quantitative analysis of data from the Special Eurobarometer 96.1 (2021), utilizing both descriptive and inferential statistics (Chi-square tests).

The results reveal the "Greek Digital Paradox": Greek citizens exhibit higher expectations for digital health benefits compared to the European average while simultaneously harboring more intense fears of exclusion. Specifically, 82.3% of Greeks consider equal access to telemedicine important, with 58.2% labeling it as "Very Important" (compared to 52.5% in the EU). Similarly, secure access to medical records is ranked as "Very Important" by 64.5% of Greek respondents (compared to 59.1% in the EU). However, 79.3% of Greeks believe that vulnerable groups, such as the elderly, will be excluded from the digital transition, showing a 10-point gap in "total agreement" compared to the EU average.

The analysis documents a shift toward a "second-level digital divide," where the primary barrier is no longer physical infrastructure but cognitive skills and eHealth Literacy. The thesis proposes a four-pillar public policy strategy: a) institutionalizing multi-channel (phygital) service models to prevent exclusion, b) implementing a national action plan for eHealth Literacy, c) adopting user-centric interface designs based on WCAG standards, and d) ensuring strict adherence to "Privacy by Design" principles.

Keywords: Digital Health Transformation, Equitable Access, Digital Divide, eHealth Literacy, Eurobarometer 96.1, Telemedicine.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Abstract.....	5
Περιεχόμενα.....	6
Συντομογραφίες και ακρωνύμια.....	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	10
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή.....	11
1.1 Αντικείμενο και σημασία της έρευνας.....	11
1.2 Η μεταπανδημική συγκυρία και ο ψηφιακός μετασχηματισμός στην υγεία.....	12
1.3 Σκοπός της διπλωματικής εργασίας.....	14
1.4 Ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητικές υποθέσεις.....	15
1.5 Μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας.....	17
1.5.1 Εννοιολογική εξειδίκευση και Μεταβλητές.....	18
1.5.2 Δείγμα και Μέθοδοι Συλλογής.....	18
1.5.3 Στατιστική Ανάλυση και Στάθμιση.....	18
1.5.4 Περιορισμοί και Δεοντολογία.....	19
1.6 Δομή της εργασίας.....	19
Κεφάλαιο 2: Θεωρητικό Πλαίσιο / Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας.....	21
2.1 Η έννοια του ψηφιακού μετασχηματισμού.....	21
2.2 Ο ψηφιακός μετασχηματισμός στον τομέα της υγείας.....	22
2.3 Ψηφιακές υπηρεσίες υγείας, ηλεκτρονική υγεία και τηλεϊατρική.....	23
2.4 Η έννοια της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.....	24
2.5 Το ψηφιακό χάσμα πρώτου και δευτέρου επιπέδου.....	25
2.6 Ψηφιακές δεξιότητες και ψηφιακός γραμματισμός υγείας (digital health literacy).....	27
Κεφάλαιο 3: Θεσμικό Πλαίσιο και Ψηφιακές Υπηρεσίες Υγείας.....	30
3.1 Η ευρωπαϊκή προσέγγιση για τα ψηφιακά δικαιώματα και τις ψηφιακές αρχές.....	30
3.2 Η πρόσβαση των πολιτών στις ψηφιακές δημόσιες υπηρεσίες υγείας.....	31
3.3 Η ανάπτυξη της ψηφιακής υγείας στην Ελλάδα.....	32
3.4 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση, άυλη συνταγογράφηση και εφαρμογή myHealth.....	33
3.5 Κοινωνικο-δημογραφικοί και θεσμικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση ψηφιακών υπηρεσιών.....	35

3.6 Ο ρόλος της κοινής γνώμης στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας.....	36
Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία της Έρευνας.....	38
4.1 Ερευνητικό πλαίσιο.....	38
4.2 Πηγή δεδομένων και μονάδα ανάλυσης.....	39
4.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός και μέτρηση.....	41
4.4 Αναλυτική στρατηγική και μεθοδολογικοί περιορισμοί.....	45
Κεφάλαιο 5: Αναλυτική Παρουσίαση, Περιγραφική και Διμεταβλητή Στατιστική Ανάλυση των Εμπειρικών Δεδομένων.....	50
5.1 Εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση, Μεθοδολογικές Παραδοχές και το Κοινωνικο-Ιστορικό Πλαίσιο.....	50
5.2 Η Κοινωνική Αξιολόγηση και Νομιμοποίηση της Ισότιμης Πρόσβασης (Μεταβλητή QB8.5).....	52
5.2.1 Συγκριτική Ανατομία των Στάσεων: Ελλάδα έναντι Ε.Ε.-27.....	52
5.3 Ψηφιακή Ασφάλεια, Ιδιωτικότητα και Εμπιστοσύνη (Μεταβλητή QB8.6).....	55
5.3.1 Η Κυριαρχία της Ασφάλειας ως Προαπαιτούμενο Συμμετοχής.....	55
5.4 Κοινωνική Αντίληψη του Ψηφιακού Αποκλεισμού και η Προστασία των Ευάλωτων Ομάδων (Μεταβλητή QB3.5).....	57
5.4.1 Το «Ψηφιακό Άγχος» και η Ενσυναίσθηση της Ελληνικής Κοινωνίας.....	57
5.5 Διμεταβλητή Ανάλυση και Κοινωνικο-δημογραφικές Διαφοροποιήσεις.....	59
5.5.1 Η Ηλικιακή Διάσταση: Το Χάσμα Μεταξύ «Digital Natives» και «Digital Immigrants».....	60
5.5.2 Το Εκπαιδευτικό Υπόβαθρο και η Κρίσιμη Έννοια του Εγγραμματισμού.....	63
Κεφάλαιο 6: Θεωρητική Ερμηνεία, Συνθετική Ανάλυση και Συζήτηση των Ευρημάτων. 65	
6.1 Ερμηνεία του «Ελληνικού Ψηφιακού Παραδόξου»: Προσδοκίες και Δομικοί Φόβοι....	65
6.2 Το Ψηφιακό Χάσμα Δεύτερου Επιπέδου και η Αναγκαιότητα του Ψηφιακού Γραμματισμού Υγείας.....	66
6.3 Ψηφιακά Δικαιώματα Υγείας και Ευρωπαϊκός Χώρος Δεδομένων.....	68
6.4 Η Ελληνική Πραγματικότητα: Από την Άυλη Συνταγογράφηση στο Ολοκληρωμένο Οικοσύστημα του myHealth.....	69
6.5 Στρατηγικές Κατευθύνσεις για τη Δημόσια Πολιτική Ψηφιακής Υγείας.....	70
Κεφάλαιο 7: Τελικά Συμπεράσματα, Στρατηγικές Κατευθύνσεις και Ολοκληρωμένες Προτάσεις Δημόσιας Πολιτικής.....	72
7.1 Σύνοψη και Κύρια Ερευνητικά Συμπεράσματα.....	72

7.2 Στρατηγικές Προτάσεις για τη Δημόσια Πολιτική Ψηφιακής Υγείας.....	73
7.3 Μεθοδολογικοί Περιορισμοί της Έρευνας.....	78
7.4 Κατευθύνσεις και Προτάσεις για Μελλοντική Επιστημονική Έρευνα.....	79
Βιβλιογραφία.....	81
Ελληνόγλωσση.....	81
Ξενόγλωσση.....	81

Συντομογραφίες και ακρωνύμια

- **ΕΑΠ:** Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- **ΕΣΥ:** Εθνικό Σύστημα Υγείας
- **ΕΗΦΥ:** Εθνικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
- **ΔΕΛΗ:** Δείκτης Ψηφιακής Οικονομίας και Κοινωνίας (DESI - Digital Economy and Society Index)
- **CAPi:** Computer Assisted Personal Interviewing (Προσωπική συνέντευξη με τη χρήση υπολογιστή)
- **CAWI:** Computer Assisted Web Interviewing (Διαδικτυακή συνέντευξη με τη χρήση υπολογιστή)
- **EHDS:** European Health Data Space (Ευρωπαϊκός Χώρος Δεδομένων Υγείας)
- **GDPR:** General Data Protection Regulation (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων)
- **OECD:** Organisation for Economic Co-operation and Development (ΟΟΣΑ - Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης)
- **WCAG:** Web Content Accessibility Guidelines (Οδηγίες για την Προσβασιμότητα του Περιεχομένου του Ιστού)
- **WHO:** World Health Organization (ΠΟΥ - Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

- **Πίνακας 4.1:** Γεωγραφική Κατανομή και Συχνότητες του Δείγματος των Κρατών-Μελών της Ε.Ε.-27 στο Eurobarometer 96.1..... σελ. 40
- **Πίνακας 5.1:** Συγκριτική Κατανομή Απαντήσεων για τη Σημασία της Ισότητας Πρόσβασης στις Ψηφιακές Υπηρεσίες Υγείας και την Τηλεϊατρική στην Ελλάδα και την Ε.Ε.-27 (Μεταβλητή QB8.5)..... σελ. 53
- **Πίνακας 5.2:** Συγκριτική Κατανομή Απαντήσεων για τη Σημασία της Ασφαλούς Πρόσβασης στα Διαδικτυακά Ιατρικά Αρχεία στην Ελλάδα και την Ε.Ε.-27 (Μεταβλητή QB8.6)..... σελ. 56
- **Πίνακας 5.3:** Συγκριτική Κατανομή Απαντήσεων σχετικά με τις Δυσκολίες Πρόσβασης σε Διαδικτυακές Υπηρεσίες Υγείας λόγω Έλλειψης Ψηφιακών Δεξιοτήτων ή Εξοπλισμού στην Ελλάδα και την Ε.Ε.-27 (Μεταβλητή QB3.5). σελ. 58
- **Πίνακας 5.4:** Σταυροειδής Ταξινόμηση Ηλικιακών Ομάδων και Αντίληψης του Κινδύνου Ψηφιακού Αποκλεισμού στην Ελλάδα..... σελ. 61
- **Πίνακας 5.5:** Σταυροειδής Ταξινόμηση Εκπαιδευτικού Επιπέδου και Σημασίας της Ασφαλούς Πρόσβασης στα Διαδικτυακά Ιατρικά Αρχεία στην Ελλάδα..... σελ. 64

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

1.1 Αντικείμενο και σημασία της έρευνας

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός συνιστά μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις των τελευταίων ετών για τα σύγχρονα συστήματα υγείας. Επηρεάζει τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών, την επικοινωνία επαγγελματιών και πολιτών, τη διαχείριση των δεδομένων υγείας και την πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας. (World Health Organization [WHO], 2019; OECD, 2023). Η έννοια της ψηφιακής υγείας περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα εφαρμογών, όπως οι ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας, οι διαδικτυακές πύλες ασθενών, η τηλεϊατρική, οι ηλεκτρονικές συνταγές και γενικότερα τα ψηφιακά εργαλεία που υποστηρίζουν την παροχή, τον συντονισμό και την παρακολούθηση της φροντίδας υγείας. (WHO, 2019; WHO Regional Office for Europe, 2022)

Η σημασία του ψηφιακού μετασχηματισμού δεν είναι μόνο τεχνολογική, αλλά και βαθιά κοινωνική και πολιτική, καθώς η διάχυση των ψηφιακών υπηρεσιών μπορεί, είτε να ενισχύσει την καθολική πρόσβαση στην υγεία, είτε να αναπαράγει υφιστάμενες ανισότητες μεταξύ κοινωνικών ομάδων. (WHO, 2019; Petretto et al., 2024). Η συζήτηση αυτή καθίσταται ιδιαίτερα κρίσιμη όταν εξετάζεται υπό το πρίσμα της ισότιμης πρόσβασης, δηλαδή της δυνατότητας όλων των πολιτών να ωφελούνται ουσιαστικά από τις νέες ψηφιακές υποδομές και υπηρεσίες, ανεξάρτητα από ηλικία, εκπαίδευση, τόπο κατοικίας, οικονομική κατάσταση ή επίπεδο ψηφιακών δεξιοτήτων. (WHO, 2019; WHO Regional Office for Europe, 2026) Στην πράξη, η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι οι νέες τεχνολογικές δυνατότητες δεν μεταφράζονται αυτόματα σε κοινωνικά δίκαιη και ισότιμη πρόσβαση, καθώς άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, πολίτες με αναπηρία, άτομα χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης, μετανάστες και κάτοικοι περιοχών με περιορισμένες υποδομές, συχνά αντιμετωπίζουν μεγάλα εμπόδια στη χρήση των ψηφιακών εργαλείων υγείας. (WHO

Regional Office for Europe, 2026). Στο ευρωπαϊκό περιβάλλον, η πολιτική συζήτηση για την ψηφιακή μετάβαση συνδέεται ολοένα και περισσότερο με τα ψηφιακά δικαιώματα, την προστασία των δεδομένων, την εμπιστοσύνη στις πλατφόρμες, την ψηφιακή ένταξη και τη διασφάλιση ότι κανείς δεν αποκλείεται από τις υπηρεσίες που μεταφέρονται σταδιακά στο ψηφιακό πεδίο. (European Commission, n.d.; GESIS, 2022)

Η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζει ακριβώς σε αυτή τη διάσταση, εξετάζοντας τον τρόπο με τον οποίο οι πολίτες αντιλαμβάνονται την ανάγκη ισότιμης πρόσβασης στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης, καθώς και το κατά πόσο οι σχετικές στάσεις στην Ελλάδα διαφοροποιούνται σε σύγκριση με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η επιλογή του θέματος είναι ιδιαίτερα επίκαιρη και ερευνητικά γόνιμη, διότι η Ελλάδα έχει ήδη γνωρίσει τα τελευταία χρόνια μια σημαντική διεύρυνση των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας, με χαρακτηριστικά παραδείγματα την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, την άυλη συνταγογράφηση και την εφαρμογή myHealth. (Gov.gr, 2023a, 2023b, 2023c). Οι υπηρεσίες αυτές δεν αποτελούν απλώς διοικητικές καινοτομίες, αλλά μετασχηματίζουν τον τρόπο με τον οποίο ο πολίτης έρχεται σε επαφή με το σύστημα υγείας, αποκτά πρόσβαση σε συνταγές και παραπεμπτικά και αντιλαμβάνεται την ψηφιακή διαχείριση των ιατρικών του πληροφοριών. (Gov.gr, 2023a, 2023b, 2023c)

1.2 Η μεταπανδημική συγκυρία και ο ψηφιακός μετασχηματισμός στην υγεία

Η ανάδυση της πανδημικής κρίσης του COVID-19 δεν αποτελεί ένα απλό χρονικό ορόσημο, αλλά το κρισιμότερο σημείο καμπής για τη διαρθρωτική αναδιοργάνωση των σύγχρονων συστημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Προ της πανδημίας, ο ψηφιακός μετασχηματισμός στον τομέα της υγείας εξελισσόταν με συγκριτικά βραδείς ρυθμούς,

αντιμετωπίζοντας ισχυρές θεσμικές αντιστάσεις, γραφειοκρατικές αγκυλώσεις, νομικά κενά αναφορικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων, καθώς και μια διάχυτη επιφυλακτικότητα από την πλευρά τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ληπτών υπηρεσιών. Η επιβολή περιοριστικών μέτρων μετακίνησης και η ανάγκη για κοινωνική αποστασιοποίηση ωστόσο, μετέβαλαν βίαια τις υγειονομικές προτεραιότητες, καθιστώντας την εξ αποστάσεως παροχή φροντίδας και την ψηφιακή διαχείριση της πληροφορίας ζητήματα εθνικής ασφάλειας και βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας (OECD, 2023). Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η πανδημία ανέδειξε με απόλυτο τρόπο ότι τα πιο ανθεκτικά συστήματα υγείας διεθνώς ήταν εκείνα που διέθεταν ήδη ισχυρές, προϋπάρχουσες ψηφιακές υποδομές συλλογής και διαμοιρασμού πληροφοριών, καθώς και την επιχειρησιακή ικανότητα αξιοποίησης ποιοτικών δεδομένων για τη λήψη αποφάσεων σε πραγματικό χρόνο (OECD, 2023).

Παράλληλα, η αυξημένη χρήση της τηλεϊατρικής, των ψηφιακών πυλών ασθενών και των ηλεκτρονικών αρχείων κατά την ίδια περίοδο κατέστησε σαφές ότι η επιτυχία των ψηφιακών λύσεων εξαρτάται όχι μόνο από την τεχνολογική διαθεσιμότητα, αλλά και από την κοινωνική αποδοχή, την ψηφιακή εμπιστοσύνη και τις δεξιότητες των χρηστών (WHO, 2019; OECD, 2023; Petretto et al., 2024). Η χρονική συγκυρία διεξαγωγής του Eurobarometer 96.1 είναι για τον λόγο αυτό ιδιαίτερα σημαντική για την παρούσα μελέτη, καθώς η έρευνα πεδίου πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο Σεπτεμβρίου-Οκτωβρίου 2021, δηλαδή σε μια φάση όπου οι κοινωνίες της Ευρώπης βρίσκονταν ακόμη σε άμεση επαφή με τις συνέπειες της πανδημίας και της επιταχυνόμενης ψηφιακής μετάβασης (GESIS, 2022). Επιπλέον, το Eurobarometer 96.1 περιλαμβάνει μια εξειδικευμένη θεματική ενότητα σχετική με τα ψηφιακά δικαιώματα και τις ψηφιακές αρχές, γεγονός που το καθιστά το πλέον κατάλληλο εργαλείο για τη διερεύνηση των στάσεων των πολιτών απέναντι σε ζητήματα όπως η πρόσβαση στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας, η ασφαλής πρόσβαση στα ιατρικά δεδομένα και η αντίληψη περί ψηφιακού αποκλεισμού (GESIS, 2022). Η μεταπανδημική συνθήκη

επομένως δεν αποτελεί ένα απλό ιστορικό πλαίσιο της έρευνας, αλλά ουσιώδη ερμηνευτική μεταβλητή αφού επηρεάζει καταλυτικά τόσο την πολιτική προτεραιοποίηση της ψηφιακής υγείας όσο και τις αντιλήψεις των πολιτών για τη χρησιμότητα, την αναγκαιότητα και τη δικαιοσύνη των ψηφιακών υπηρεσιών (OECD, 2023; European Commission, n.d.).

1.3 Σκοπός της διπλωματικής εργασίας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των στάσεων της κοινής γνώμης στην Ελλάδα σχετικά με τη σημασία της ισότιμης πρόσβασης στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης, καθώς και η συγκριτική αποτίμηση των στάσεων αυτών σε σχέση με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ειδικότερα, η εργασία επιχειρεί να αναδείξει εάν οι Έλληνες πολίτες θεωρούν κρίσιμη τη δυνατότητα όλων να επωφελούνται από τις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας, όπως η τηλεϊατρική, και αν αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στην ασφαλή διαδικτυακή πρόσβαση στα ιατρικά τους αρχεία και στις ηλεκτρονικές συνταγές. Οι δύο αυτές διαστάσεις αποτυπώνονται άμεσα στο ερωτηματολόγιο του Eurobarometer 96.1 μέσω των μεταβλητών QB8.5 και QB8.6. (GESIS, 2022). Η εργασία επιδιώκει να εξετάσει κατά πόσο οι πολίτες αναγνωρίζουν την ύπαρξη ψηφιακού αποκλεισμού για συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως οι ηλικιωμένοι ή τα άτομα με αναπηρίες, στοιχείο που αποτυπώνεται στη μεταβλητή QB3.5 του ίδιου ερωτηματολογίου. (GESIS, 2022)

Σε ένα ευρύτερο επίπεδο, η μελέτη αποσκοπεί να συμβάλει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι κοινωνικές ανισότητες μεταφράζονται σε άνισες δυνατότητες ψηφιακής συμμετοχής στον χώρο της υγείας. Η διάσταση αυτή είναι σύμφωνη με τη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία αντιμετωπίζει την ψηφιακή υγεία όχι μόνο ως τεχνολογική πρόοδο,

αλλά και ως πεδίο κοινωνικής ένταξης ή αποκλεισμού. (WHO, 2019; WHO Regional Office for Europe, 2026; Petretto et al., 2024)

1.4 Ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητικές υποθέσεις

Με βάση τον σκοπό της έρευνας, τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα μπορούν να διατυπωθούν ως εξής:

1. Σε ποιο βαθμό οι πολίτες στην Ελλάδα θεωρούν σημαντικό το να έχουν όλοι την ευκαιρία να επωφελούνται από τις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης; Αυτό το ερώτημα διερευνά την κοινωνική αξιολόγηση της έννοιας της ισότιμης πρόσβασης (digital health equity), η οποία είναι κεντρική στο θεωρητικό πλαίσιο της εργασίας (Ενότητα 2.4) και αφορά την εξάλειψη των φραγμών χρήσης, όπως αυτοί που συνδέονται με την τηλεϊατρική (Ενότητα 2.3).
2. Σε ποιο βαθμό οι πολίτες στην Ελλάδα θεωρούν σημαντική την ασφαλή πρόσβαση στα διαδικτυακά ιατρικά αρχεία; Το ερώτημα αυτό εστιάζει στην κρίσιμη διάσταση της ψηφιακής εμπιστοσύνης και ασφάλειας (Ενότητα 2.3, 3.1), η οποία αποτελεί βασικό πυλώνα της ευρωπαϊκής πολιτικής για τα ψηφιακά δικαιώματα και προϋπόθεση για τη συμμετοχή του πολίτη στη διαχείριση του ατομικού του φακέλου υγείας.
3. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης ως προς τις στάσεις απέναντι στις παραπάνω διαστάσεις; Η συγκριτική αυτή διερεύνηση θεμελιώνεται στη διαφοροποίηση των ψηφιακών δεξιοτήτων μεταξύ Ελλάδας και Ε.Ε. (Ενότητα 2.6, 3.5), η οποία μπορεί να επηρεάζει τις προσδοκίες και τις αξιολογήσεις των πολιτών απέναντι στον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας.
4. Πώς διαφοροποιούνται οι στάσεις αυτές ανάλογα με την ηλικία, το μορφωτικό

επίπεδο, τον τύπο περιοχής κατοικίας και την οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων; Το ερώτημα αυτό εξετάζει τη σύνδεση με το ψηφιακό χάσμα δευτέρου επιπέδου, διερευνώντας κατά πόσο οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες, που συνδέονται με άνισες δεξιότητες και δυνατότητες χρήσης, επηρεάζουν την αποτίμηση της ψηφιακής υγείας. Σε ποιο βαθμό η αντίληψη για το ψηφιακό χάσμα συνδέεται με την αποτίμηση της ισότιμης πρόσβασης στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας; Το ερώτημα αυτό ελέγχει τη βασική θεωρητική υπόθεση της εργασίας, ότι η ευαισθητοποίηση απέναντι στον ψηφιακό αποκλεισμό (Ενότητα 2.5) συνιστά παράγοντα που ενισχύει την έμφαση στην ισότιμη πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες υγείας.

Οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας στηρίζονται τόσο στη θεωρία του ψηφιακού χάσματος όσο και στη διαθέσιμη τεκμηρίωση για τις ψηφιακές δεξιότητες και την άνιση χρήση των ψηφιακών υπηρεσιών (OECD, 2023; WHO Regional Office for Europe, 2026). Πρώτον, διατυπώνεται η υπόθεση ότι η ισότιμη πρόσβαση στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας αξιολογείται θετικά από την πλειονότητα των πολιτών, καθώς η ψηφιακή υγεία έχει εδραιωθεί ως κρίσιμο στοιχείο της σύγχρονης φροντίδας υγείας. (WHO, 2019; OECD, 2023) Δεύτερον, αναμένεται ότι θα εντοπιστούν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στην Ελλάδα και στον ευρωπαϊκό μέσο όρο, δεδομένου ότι οι επιδόσεις της Ελλάδας στις βασικές ψηφιακές δεξιότητες παραμένουν χαμηλότερες από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με την ευρωπαϊκή πλατφόρμα Digital Skills and Jobs, το ποσοστό των ατόμων με τουλάχιστον βασικές ψηφιακές δεξιότητες στην Ελλάδα ανέρχεται σε 52,4%, έναντι 55,6% στην ΕΕ. (European Commission, 2024). Τρίτον, εκτιμάται ότι η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο θα αποτελέσουν τους σημαντικότερους παράγοντες διαφοροποίησης, καθώς η διεθνής και ευρωπαϊκή βιβλιογραφία συνδέει σταθερά τις ψηφιακές ανισότητες με τις δεξιότητες, την εκπαίδευση και τη δυνατότητα ουσιαστικής χρήσης των ψηφιακών εφαρμογών. (WHO Regional Office for Europe, 2026; OECD, 2023; Petretto et al., 2024). Τέταρτον, αναμένεται ότι οι ερωτώμενοι που ανήκουν σε κοινωνικά πιο ευάλωτες κατηγορίες ή διαμένουν σε λιγότερο αστικοποιημένες περιοχές θα εμφανίζουν εντονότερη ευαισθησία

απέναντι στο ζήτημα του ψηφιακού αποκλεισμού. Η υπόθεση αυτή εδράζεται στη διάκριση μεταξύ πρώτου επιπέδου ψηφιακού χάσματος, που σχετίζεται με την πρόσβαση στις υποδομές, και δευτέρου επιπέδου ψηφιακού χάσματος, που συνδέεται με τις δεξιότητες και την αποτελεσματική χρήση των τεχνολογιών (Petretto et al., 2024; WHO, 2026).

1.5 Μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας

Η παρούσα διπλωματική εργασία υιοθετεί την ποσοτική ερευνητική προσέγγιση, η οποία στηρίζεται στις αρχές του θετικισμού και αποσκοπεί στην αντικειμενική αποτύπωση και μέτρηση των κοινωνικών στάσεων. Η επιλογή αυτή κρίνεται ως η πλέον κατάλληλη για το αντικείμενο της μελέτης, καθώς επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων για το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού και τη διενέργεια συστηματικών συγκρίσεων με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Η στρατηγική της έρευνας βασίζεται στη δευτερογενή ποσοτική ανάλυση δεδομένων (secondary data analysis), μια μέθοδο που προσφέρει τη δυνατότητα επανεξέτασης και ερμηνείας πρωτογενών δεδομένων υψηλής ποιότητας από διεθνείς οργανισμούς, εξασφαλίζοντας υψηλό βαθμό αξιοπιστίας και οικονομία πόρων.

Ως εμπειρική βάση της εργασίας χρησιμοποιείται η πανευρωπαϊκή έρευνα Eurobarometer 96.1, η οποία αρχειοθετήθηκε από το ινστιτούτο GESIS – Leibniz Institute for the Social Sciences με τον κωδικό μελέτης ZA7846 (έκδοση 1.0.0). Η έρευνα υλοποιήθηκε από τον οργανισμό Kantar Public για λογαριασμό της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μεταξύ 16 Σεπτεμβρίου και 17 Οκτωβρίου 2021, περίοδο κατά την οποία η εμπειρία της πανδημίας του COVID-19 βρισκόταν σε εξέλιξη, γεγονός που επηρέασε καταλυτικά τις αντιλήψεις των πολιτών για τις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας.

1.5.1 Εννοιολογική εξειδίκευση και Μεταβλητές

Η έρευνα εστιάζει στη θεματική ενότητα QB («Digital rights and principles»), η οποία εισάγει για πρώτη φορά ένα εξειδικευμένο πλαίσιο μέτρησης των ψηφιακών δικαιωμάτων στην Ευρώπη. Οι κεντρικές έννοιες της μελέτης επιχειρησιακοποιούνται μέσω των εξής μεταβλητών:

- **Ισότητα Πρόσβαση (Μεταβλητή QB8.5):** Μετρά την αξιολόγηση της σημασίας που έχει η δυνατότητα όλων των πολιτών να επωφελούνται από ψηφιακές υπηρεσίες υγείας, όπως η τηλεϊατρική.
- **Ψηφιακή Ασφάλεια (Μεταβλητή QB8.6):** Αποτυπώνει τη σημασία της ασφαλούς πρόσβασης σε διαδικτυακά ιατρικά αρχεία και ηλεκτρονικές συνταγές, συνδέοντας την τεχνολογία με την εμπιστοσύνη και την ιδιωτικότητα.
- **Ψηφιακός Αποκλεισμός (Μεταβλητή QB3.5):** Διερευνά την αντίληψη περί κινδύνου αποκλεισμού ευάλωτων ομάδων (ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρία) από την ψηφιακή μετάβαση.

1.5.2 Δείγμα και Μέθοδοι Συλλογής

Ο πληθυσμός αναφοράς περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω. Στην Ελλάδα, το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό και η επιλογή των ερωτώμενων έγινε με τη μέθοδο του ατόμου με τα επόμενα γενέθλια στο νοικοκυριό. Λόγω της πανδημικής συγκυρίας, χρησιμοποιήθηκαν πολλαπλές μέθοδοι συλλογής, συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών συνεντεύξεων με χρήση υπολογιστή (CAPI) και διαδικτυακών συνεντεύξεων (CAWI).

1.5.3 Στατιστική Ανάλυση και Στάθμιση

Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό IBM SPSS Statistics. Η αναλυτική στρατηγική περιλαμβάνει:

1. Περιγραφική Στατιστική: Για την παρουσίαση των συχνοτήτων και των ποσοστιαίων κατανομών των στάσεων στην Ελλάδα.
2. Συγκριτική Ανάλυση: Για την αντιπαραβολή των ελληνικών δεδομένων με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.
3. Επαγωγική Στατιστική: Εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test) για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων ανάλογα με την ηλικία (D11) και την εκπαίδευση (D8).

Για τη διασφάλιση της ακρίβειας, εφαρμόστηκαν οι προβλεπόμενοι συντελεστές στάθμισης (weighting factors). Χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής W1 (Weight Result from Target) για την εθνική ανάλυση της Ελλάδας και ο συντελεστής W22 (Weight EU27) για τον υπολογισμό του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

1.5.4 Περιορισμοί και Δεοντολογία

Η μελέτη αναγνωρίζει ορισμένους περιορισμούς, όπως το γεγονός ότι βασίζεται σε δεδομένα προδημοσίευσης και ότι η πανδημία ενδέχεται να έχει διογκώσει ορισμένες αντιλήψεις. Ωστόσο, η χρήση ανωνυμοποιημένων δεδομένων από τον οργανισμό GESIS εξασφαλίζει την πλήρη συμμόρφωση με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) και τους κανόνες της ερευνητικής δεοντολογίας.

1.6 Δομή της εργασίας

Η εργασία οργανώνεται σε επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται το αντικείμενο, η σημασία, ο σκοπός, τα ερευνητικά ερωτήματα, οι υποθέσεις και η συνοπτική μεθοδολογική προσέγγιση της μελέτης. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσεται το θεωρητικό πλαίσιο της εργασίας, με έμφαση στον ψηφιακό μετασχηματισμό στην υγεία, στην έννοια της

ισότιμης πρόσβασης, στο ψηφιακό χάσμα και στις ψηφιακές δεξιότητες ως παράγοντες κοινωνικής ένταξης ή αποκλεισμού. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το ευρωπαϊκό και ελληνικό πλαίσιο πολιτικής για την ψηφιακή υγεία, με αναφορά στις ευρωπαϊκές στρατηγικές, καθώς και σε ελληνικά εργαλεία όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η άυλη συνταγογράφηση και το myHealth. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας και τεκμηριώνεται η επιλογή των μεταβλητών, η επιχειρησιακοποίηση των εννοιών και η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων του Eurobarometer 96.1. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα εμπειρικά ευρήματα της ανάλυσης, ενώ στο έκτο κεφάλαιο επιχειρείται η ερμηνεία τους σε σύνδεση με τη σχετική βιβλιογραφία και το πλαίσιο της δημόσιας πολιτικής για την ψηφιακή υγεία. Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο διατυπώνονται τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας, οι προτάσεις πολιτικής και οι δυνατότητες για περαιτέρω ερευνητική διερεύνηση.

Κεφάλαιο 2: Θεωρητικό Πλαίσιο / Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

2.1 Η έννοια του ψηφιακού μετασχηματισμού

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός συνιστά μια σύνθετη διαδικασία οργανωτικής, τεχνολογικής και κοινωνικής αλλαγής, μέσω της οποίας οι ψηφιακές τεχνολογίες ενσωματώνονται σε θεσμούς, υπηρεσίες και καθημερινές πρακτικές, μεταβάλλοντας ριζικά τον τρόπο λειτουργίας τους. Στον χώρο της υγείας η έννοια αυτή δεν εξαντλείται στην απλή υιοθέτηση ψηφιακών εργαλείων, αλλά αφορά έναν βαθύτερο ανασχεδιασμό της παροχής φροντίδας, της επικοινωνίας με τον πολίτη, της διαχείρισης της πληροφορίας και της λήψης αποφάσεων. (World Health Organization [WHO], 2019; OECD, 2023). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ψηφιακή υγεία περιλαμβάνει την αξιοποίηση ψηφιακών και αναδυόμενων τεχνολογιών για την υποστήριξη της υγείας, ενώ ο ΟΟΣΑ τονίζει ότι ο ψηφιακός μετασχηματισμός των συστημάτων υγείας αφορά τη χρήση δεδομένων και τεχνολογιών με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας, της αποδοτικότητας, της πρόσβασης και της ανθεκτικότητας των υπηρεσιών. (WHO, 2019; OECD, 2023)

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός δεν είναι μια ουδέτερη τεχνική εξέλιξη, αλλά ένα πεδίο όπου διασταυρώνονται ζητήματα καινοτομίας, διακυβέρνησης, κοινωνικής δικαιοσύνης, προστασίας προσωπικών δεδομένων και δικαιωμάτων του πολίτη. Η ευρωπαϊκή συζήτηση για τα ψηφιακά δικαιώματα και τις ψηφιακές αρχές αναδεικνύει ακριβώς αυτή τη διάσταση δίνοντας έμφαση στην εμπιστοσύνη, την ασφάλεια, τη συμπερίληψη και τη μη διάκριση κατά την ψηφιακή μετάβαση. (European Commission, n.d.; Eurobarometer 96.1, 2022). Ειδικότερα στον τομέα της υγείας, ο ψηφιακός μετασχηματισμός συνδέεται με τη μετάβαση από αποσπασματικά, γραφειοκρατικά και συχνά κατακερματισμένα μοντέλα παροχής υπηρεσιών σε πιο διασυνδεδεμένα, διαλειτουργικά και μοντέλα με επίκεντρο τον πολίτη. Η

μετάβαση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε περιβάλλοντα όπου η ζήτηση για ταχύτερη πρόσβαση, καλύτερο συντονισμό της φροντίδας και ασφαλέστερη διαχείριση των ιατρικών δεδομένων αυξάνεται διαρκώς. (OECD, 2023; WHO Regional Office for Europe, 2022)

2.2 Ο ψηφιακός μετασχηματισμός στον τομέα της υγείας

Η εφαρμογή του ψηφιακού μετασχηματισμού στην υγεία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, όπως οι ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας, οι ψηφιακές συνταγές, οι τηλεσυμβουλευτικές υπηρεσίες, οι εφαρμογές παρακολούθησης ασθενών, οι πλατφόρμες επικοινωνίας με επαγγελματίες υγείας και τα πληροφοριακά συστήματα δημόσιας υγείας. Τα εργαλεία αυτά μπορούν να ενισχύσουν τη συνέχεια της φροντίδας, να περιορίσουν διοικητικές καθυστερήσεις και να προσφέρουν στον πολίτη μεγαλύτερο έλεγχο επί των πληροφοριών και των διαδρομών φροντίδας του. (WHO, 2019; OECD, 2023). Η σημασία αυτής της μετάβασης έγινε ακόμη πιο εμφανής κατά την πανδημία του COVID-19, όταν πολλά συστήματα υγείας στράφηκαν ταχέως στην τηλεϊατρική, στις απομακρυσμένες υπηρεσίες και στην ψηφιακή διαχείριση πληροφοριών. Ο ΟΟΣΑ επισημαίνει ότι η πανδημία λειτούργησε ως επιταχυντής της ψηφιακής υγείας, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα τις δυνατότητες αλλά και τα όρια των ψηφιακών υποδομών στον χώρο της περίθαλψης. (OECD, 2023).

Η ψηφιακή υγεία, ωστόσο, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως εργαλείο αποδοτικότητας, αλλά και ως μηχανισμός αναδιαμόρφωσης της σχέσης κράτους, επαγγελματιών υγείας και πολιτών. Η αυξανόμενη πρόσβαση σε προσωπικά ιατρικά δεδομένα, η δυνατότητα εξ αποστάσεως επικοινωνίας και η μετατόπιση μέρους της φροντίδας σε ψηφιακά περιβάλλοντα ενισχύουν τις δυνατότητες αυτοδιαχείρισης, αλλά ταυτόχρονα προϋποθέτουν εμπιστοσύνη, δεξιότητες και κατάλληλη τεχνολογική υποστήριξη.

(WHO Regional Office for Europe, 2022; Petretto et al., 2024). Στο πλαίσιο αυτό, η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι η επιτυχία της ψηφιακής μετάβασης δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τη διαθεσιμότητα τεχνολογικών λύσεων, αλλά και από το κατά πόσο αυτές σχεδιάζονται με επίκεντρο τον χρήστη, είναι πολιτισμικά κατάλληλες, προσβάσιμες και προσαρμοσμένες στις ανάγκες ετερογενών πληθυσμιακών ομάδων. Όταν αυτό δεν συμβαίνει, οι ψηφιακές καινοτομίες είναι πιθανό να ευνοούν δυσανάλογα τις ήδη προνομιούχες κοινωνικές ομάδες. (Petretto et al., 2024).

2.3 Ψηφιακές υπηρεσίες υγείας, ηλεκτρονική υγεία και τηλεϊατρική

Ο όρος ηλεκτρονική υγεία χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει τη χρήση τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών στην πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την παρακολούθηση και τη διοίκηση υπηρεσιών υγείας, ενώ η τηλεϊατρική αναφέρεται ειδικότερα στην εξ αποστάσεως παροχή κλινικών ή συμβουλευτικών υπηρεσιών. Η ψηφιακή υγεία αποτελεί ευρύτερη έννοια η οποία ενσωματώνει την ηλεκτρονική υγεία, την τηλεϊατρική, τις κινητές εφαρμογές υγείας και τα συστήματα ψηφιακής διαχείρισης δεδομένων. (WHO, 2019; WHO Regional Office for Europe, 2022). Η τηλεϊατρική έχει ιδιαίτερη σημασία για τη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, ειδικά σε απομακρυσμένες ή υποστελεχωμένες περιοχές, καθώς μπορεί να μειώσει τις γεωγραφικές ανισότητες και να υποστηρίξει τη συνέχεια της φροντίδας. Παρά τα πλεονεκτήματα αυτά, η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η τηλεϊατρική μπορεί να εντείνει τις ανισότητες όταν οι χρήστες δεν διαθέτουν κατάλληλες συσκευές, αξιόπιστη σύνδεση στο διαδίκτυο, επαρκείς δεξιότητες ή γλωσσική και πολιτισμική υποστήριξη. (Petretto et al., 2024; WHO Regional Office for Europe, 2026).

Στο ίδιο πλαίσιο, η ασφαλής πρόσβαση σε ιατρικά δεδομένα μέσω διαδικτυακών αρχείων ή πυλών ασθενών, συνιστά κεντρική διάσταση της σύγχρονης ψηφιακής υγείας. Η δυνατότητα αυτή ενισχύει τη διαφάνεια, τη συμμετοχή του πολίτη στη φροντίδα του και τον καλύτερο συντονισμό μεταξύ διαφορετικών επιπέδων του συστήματος υγείας, αλλά ταυτόχρονα αναδεικνύει ζητήματα ιδιωτικότητας, προστασίας δεδομένων και ψηφιακής εμπιστοσύνης. (OECD, 2023; European Commission, n.d.). Η διεθνής βιβλιογραφία τονίζει ότι οι ψηφιακές υπηρεσίες υγείας είναι πραγματικά αποτελεσματικές μόνο όταν δεν λειτουργούν ως πρόσθετος φραγμός, αλλά ως μέσο διεύρυνσης της πρόσβασης, ιδίως για ομάδες που ήδη αντιμετωπίζουν δυσκολίες επαφής με το σύστημα υγείας. Με άλλα λόγια, η αξία της ψηφιακής υγείας δεν κρίνεται αποκλειστικά από την τεχνολογική καινοτομία, αλλά από τη συμβολή της στην ουσιαστική ισότητα πρόσβασης και στα αποτελέσματα υγείας. (Western et al., 2025, 2025; Petretto et al., 2024)

2.4 Η έννοια της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας

Η έννοια της ισότιμης πρόσβασης στην υγεία αναφέρεται στη δυνατότητα όλων των ατόμων να λαμβάνουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται, στον κατάλληλο χρόνο και με τρόπο συμβατό με τις ανάγκες, τις δυνατότητες και τα δικαιώματά τους. Στην ψηφιακή εποχή, η ισότιμη πρόσβαση δεν περιορίζεται πλέον στη φυσική εγγύτητα προς μια δομή υγείας ή στην οικονομική δυνατότητα χρήσης υπηρεσιών, αλλά επεκτείνεται και στη δυνατότητα πρόσβασης σε ψηφιακά κανάλια, ψηφιακές πλατφόρμες και ηλεκτρονικές πληροφορίες. (WHO, 2019; Petretto et al., 2024). Η έννοια της digital health equity προέκυψε ακριβώς για να περιγράψει αυτή τη διεύρυνση του κλασικού αιτήματος ισότητας στον χώρο των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με σχετικές επισκοπήσεις, η ψηφιακή ισότητα στην υγεία αφορά τη διασφάλιση ότι οι ψηφιακές τεχνολογίες δεν παράγουν ή δεν επιτείνουν

διακρίσεις, αλλά υποστηρίζουν ισότιμα την πρόσβαση, τη συμμετοχή και τα αποτελέσματα υγείας για όλους τους πολίτες (Petretto et al., 2024).

Η ισότιμη πρόσβαση συνεπώς δεν σημαίνει απλώς τυπική διαθεσιμότητα μιας υπηρεσίας, αλλά ουσιαστική δυνατότητα χρήσης της, υπό συνθήκες ασφάλειας, κατανόησης και αποτελεσματικότητας. Η προσέγγιση αυτή είναι συμβατή με τις πρόσφατες ευρωπαϊκές και διεθνείς κατευθύνσεις, οι οποίες υπογραμμίζουν ότι η ψηφιακή υγεία πρέπει να είναι ανθρωποκεντρική, χωρίς αποκλεισμούς και ευαίσθητη στις ανάγκες των πιο ευάλωτων πληθυσμών. (WHO Regional Office for Europe, 2022; WHO Regional Office for Europe, 2026). Η θεωρητική και πολιτική σημασία της ισότιμης πρόσβασης είναι ιδιαίτερα μεγάλη διότι η μεταφορά κρίσιμων λειτουργιών υγείας στο ψηφιακό πεδίο μπορεί να επηρεάσει δυσανάλογα όσους ήδη αντιμετωπίζουν εμπόδια στο παραδοσιακό σύστημα φροντίδας. Για τον λόγο αυτό, η συζήτηση περί ισότητας στην ψηφιακή υγεία συνδέεται στενά με τα ευρύτερα ερωτήματα κοινωνικής ένταξης, διαρθρωτικών ανισοτήτων και κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας. (Western et al., 2025, 2025; WHO Regional Office for Europe, 2026)

2.5 Το ψηφιακό χάσμα πρώτου και δευτέρου επιπέδου

Η βιβλιογραφία για το ψηφιακό χάσμα έχει πλέον απομακρυνθεί από την περιορισμένη αντίληψη που ταύτιζε τις ψηφιακές ανισότητες μόνο με την ύπαρξη ή μη σύνδεσης στο διαδίκτυο. Σύγχρονες προσεγγίσεις διακρίνουν τουλάχιστον δύο βασικά επίπεδα του ψηφιακού χάσματος, ενώ ορισμένες αναφέρονται και σε τρίτο επίπεδο που αφορά τα άμεσα οφέλη από τη χρήση της τεχνολογίας. (Western et al., 2025, 2025). Το πρώτο επίπεδο του ψηφιακού χάσματος αφορά την άνιση πρόσβαση σε υποδομές, συσκευές, συνδεσιμότητα και τεχνικούς πόρους. Στον χώρο της υγείας, το επίπεδο αυτό μεταφράζεται σε ανισότητες σχετικές με τη διαθεσιμότητα κατάλληλου εξοπλισμού, σταθερής σύνδεσης, ασφαλών

ψηφιακών καναλιών και βασικής δυνατότητας εισόδου στις υπηρεσίες. (Western et al., 2025, 2025; WHO Regional Office for Europe, 2026). Το δεύτερο επίπεδο του ψηφιακού χάσματος αφορά τις δεξιότητες, την αυτοπεποίθηση, τη γνώση και την ικανότητα ουσιαστικής αξιοποίησης των ψηφιακών τεχνολογιών. Στο πεδίο της υγείας, αυτό σημαίνει ότι ακόμη και όταν οι πολίτες διαθέτουν σύνδεση και συσκευές, μπορεί να αδυνατούν να εντοπίσουν αξιόπιστη πληροφορία, να πλοηγηθούν σε μια ψηφιακή πλατφόρμα, να κατανοήσουν τα δεδομένα που βλέπουν ή να χρησιμοποιήσουν σωστά μια εφαρμογή τηλεϊατρικής. (Western et al., 2025, 2025; Norman & Skinner, 2006)

Η διάκριση αυτή είναι κρίσιμη για την παρούσα εργασία, επειδή η ισότιμη πρόσβαση στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας δεν εξαρτάται μόνο από την τεχνική δυνατότητα εισόδου σε ένα σύστημα, αλλά και από την πραγματική ικανότητα του πολίτη να το χρησιμοποιήσει με τρόπο ασφαλή και ωφέλιμο. Η σχετική βιβλιογραφία δείχνει ότι ηλικιωμένοι, άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, πολίτες με χαμηλότερο εισόδημα, άτομα με αναπηρία και γλωσσικά μειονεκτούσες ομάδες είναι πιθανότερο να αντιμετωπίζουν εμπόδια και στα δύο επίπεδα του χάσματος. (Petretto et al., 2024; WHO Regional Office for Europe, 2026). Επιπλέον, όταν οι ψηφιακές υπηρεσίες σχεδιάζονται με βάση τον «μέσο» χρήστη και χωρίς μέριμνα για εναλλακτικά μονοπάτια πρόσβασης ενδέχεται να εντείνουν, αντί να μειώσουν τις ανισότητες. Έτσι, το ψηφιακό χάσμα δεν είναι απλώς ατομικό πρόβλημα δεξιοτήτων, αλλά αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε κοινωνικές δομές, πολιτικές επιλογές και χαρακτηριστικά τεχνολογικού σχεδιασμού. (Western et al., 2025, 2025; Petretto et al., 2024).

Η θεωρητική προσέγγιση του ψηφιακού χάσματος (digital divide) έχει υποστεί σημαντικές εννοιολογικές μεταβολές κατά τις τελευταίες δεκαετίες, απομακρυνόμενη οριστικά από την περιορισμένη αντίληψη που ταύτιζε τις ψηφιακές ανισότητες αποκλειστικά και μόνο με την ύπαρξη ή μη σύνδεσης στο διαδίκτυο (Western et al., 2025, 2025). Οι σύγχρονες κοινωνιολογικές και τεχνολογικές προσεγγίσεις διακρίνουν τουλάχιστον δύο βασικά επίπεδα του ψηφιακού χάσματος, ενώ νεότερες μελέτες αναφέρονται και σε ένα τρίτο επίπεδο, το

οποίο αφορά τα άνισα οφέλη που αποκομίζουν τα άτομα από τη χρήση της τεχνολογίας (Western et al., 2025, 2025). Το πρώτο επίπεδο του ψηφιακού χάσματος (first-level digital divide) αφορά την άνιση πρόσβαση σε υποδομές, συσκευές, συνδεσιμότητα και τεχνικούς πόρους (Western et al., 2025, 2025; WHO Regional Office for Europe, 2026). Στον χώρο της υγείας, το επίπεδο αυτό μεταφράζεται σε ανισότητες σχετικές με τη διαθεσιμότητα κατάλληλου εξοπλισμού, σταθερής σύνδεσης, ασφαλών ψηφιακών καναλιών και βασικής δυνατότητας εισόδου στις υπηρεσίες από το σύνολο του πληθυσμού (Western et al., 2025, 2025; WHO Regional Office for Europe, 2026).

Καθώς η πρόσβαση στις υποδομές διευρύνθηκε, κατέστη σαφές ότι η φυσική πρόσβαση αποτελεί αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη για την ψηφιακή συμπερίληψη. Έτσι, το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας μετατοπίστηκε στο δεύτερο επίπεδο του ψηφιακού χάσματος (second-level digital divide), το οποίο αφορά τις δεξιότητες, την αυτοπεποίθηση, τη γνώση και την ικανότητα ουσιαστικής και αποτελεσματικής αξιοποίησης των ψηφιακών τεχνολογιών (Western et al., 2025, 2025; Norman & Skinner, 2006). Στο πεδίο της υγείας, αυτό σημαίνει ότι ακόμη και όταν οι πολίτες διαθέτουν σύνδεση και συσκευές, μπορεί να αδυνατούν να εντοπίσουν αξιόπιστη πληροφορία, να πλοηγηθούν σε μια ψηφιακή πλατφόρμα, να κατανοήσουν τα δεδομένα που βλέπουν ή να χρησιμοποιήσουν σωστά μια εφαρμογή τηλεϊατρικής (Western et al., 2025, 2025; Norman & Skinner, 2006).

2.6 Ψηφιακές δεξιότητες και ψηφιακός γραμματισμός υγείας (digital health literacy).

Η έννοια της eHealth literacy εισήχθη από τους Norman και Skinner για να περιγράψει την ικανότητα του ατόμου να αναζητά, να εντοπίζει, να κατανοεί, να αξιολογεί και να αξιοποιεί πληροφορίες υγείας από ηλεκτρονικές πηγές για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας.

Ο ορισμός αυτός παραμένει θεμελιώδης επειδή συνδέει την τεχνολογική χρήση με την γνωστική επεξεργασία, την κριτική αξιολόγηση και την εφαρμογή της πληροφορίας σε πραγματικές συνθήκες υγείας. (Norman & Skinner, 2006). Σήμερα, η συζήτηση έχει διευρυνθεί προς την έννοια της digital health literacy, η οποία περιλαμβάνει όχι μόνο την αναζήτηση πληροφοριών αλλά και την ασφαλή, αποτελεσματική και επωφελή εμπλοκή με ένα ευρύτερο οικοσύστημα ψηφιακών τεχνολογιών υγείας. Νεότερες προσεγγίσεις επισημαίνουν ότι οι απαιτήσεις έχουν αυξηθεί, καθώς ο πολίτης καλείται να διαχειρίζεται εφαρμογές, λογαριασμούς, ειδοποιήσεις, προσωπικά δεδομένα και αλληλεπιδράσεις σε πολλαπλά ψηφιακά περιβάλλοντα. (eHealth Literacy 3.0, 2025; Western et al., 2025, 2025). Η digital health literacy αναδεικνύεται έτσι σε κρίσιμο προαπαιτούμενο για την ουσιαστική πρόσβαση στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας. Χωρίς επαρκείς ψηφιακές και υγειονομικές δεξιότητες, ακόμη και καλά σχεδιασμένες ψηφιακές υπηρεσίες μπορεί να παραμείνουν υποχρησιμοποιούμενες ή να προκαλέσουν σύγχυση, άγχος και αποξένωση στους χρήστες. (Norman & Skinner, 2006; WHO Regional Office for Europe, 2026)

Στο ευρωπαϊκό πλαίσιο, το ζήτημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς οι διαφορές στις βασικές ψηφιακές δεξιότητες μεταξύ κρατών και κοινωνικών ομάδων επηρεάζουν έμμεσα και την ικανότητα αξιοποίησης των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας. Για την Ελλάδα, τα πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι το ποσοστό των ατόμων με τουλάχιστον βασικές ψηφιακές δεξιότητες είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γεγονός που ενισχύει τη σημασία της εξέτασης των σχετικών κοινωνικοδημογραφικών διαφοροποιήσεων. (European Commission, 2024). Κατά συνέπεια, η θεωρητική σύνδεση ανάμεσα στην ψηφιακή υγεία, την ισότιμη πρόσβαση και το ψηφιακό χάσμα είναι άμεση. Όσο περισσότερο η παροχή υπηρεσιών υγείας μεταφέρεται σε ψηφιακά περιβάλλοντα, τόσο πιο αναγκαίο γίνεται να εξετάζεται όχι μόνο η τεχνολογική ετοιμότητα των συστημάτων, αλλά και η ετοιμότητα των πολιτών να συμμετέχουν ισότιμα σε αυτά. (WHO, 2019; OECD, 2023; WHO Regional Office for Europe, 2026)

Με βάση τα παραπάνω, το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας εργασίας αντιμετωπίζει την ισότιμη πρόσβαση στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας ως ζήτημα που βρίσκεται στο σημείο τομής τεχνολογίας, κοινωνικής πολιτικής και ανισοτήτων. Η προσέγγιση αυτή καθιστά ιδιαίτερα πρόσφορη τη μελέτη των στάσεων της κοινής γνώμης, όπως αυτές αποτυπώνονται στο Eurobarometer 96.1, αφού οι σχετικές αντιλήψεις αποκαλύπτουν όχι μόνο αξιολογήσεις τεχνολογίας, αλλά και κοινωνικές προσδοκίες για το ποιος πρέπει να ωφελείται από την ψηφιακή μετάβαση. (Eurobarometer 96.1, 2022; GESIS, 2022)

Κεφάλαιο 3: Θεσμικό Πλαίσιο και Ψηφιακές Υπηρεσίες Υγείας

3.1 Η ευρωπαϊκή προσέγγιση για τα ψηφιακά δικαιώματα και τις ψηφιακές αρχές

Η ευρωπαϊκή προσέγγιση για τον ψηφιακό μετασχηματισμό στηρίζεται στην αρχή ότι η τεχνολογική πρόοδος οφείλει να υπηρετεί τον άνθρωπο, τα δικαιώματά του και τη δημοκρατική οργάνωση των κοινωνιών. Η λογική αυτή αποτυπώνεται στην Ευρωπαϊκή Διακήρυξη για τα Ψηφιακά Δικαιώματα και τις Αρχές, η οποία θέτει στο επίκεντρο της ψηφιακής μετάβασης τον άνθρωπο και τα δικαιώματά του, ενώ παράλληλα προωθεί την αλληλεγγύη, την ένταξη, την ελευθερία επιλογής, τη συμμετοχή, την ασφάλεια και τη βιωσιμότητα. (European Commission, n.d.). Η σημασία της διακήρυξης αυτής για τον τομέα της υγείας είναι ιδιαίτερη, ακόμη και όταν η υγεία δεν αναφέρεται πάντοτε ρητά σε κάθε επιμέρους αρχή, διότι οι πυλώνες της ανθρωποκεντρικότητας, της ιδιωτικότητας, της ισότητας και της μη διάκρισης επηρεάζουν άμεσα το πώς σχεδιάζονται και εφαρμόζονται οι ψηφιακές υπηρεσίες υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, η ευρωπαϊκή ψηφιακή πολιτική δεν αντιμετωπίζει την τεχνολογία απλώς ως εργαλείο αποτελεσματικότητας, αλλά ως πεδίο άσκησης δικαιωμάτων και ως μηχανισμό διασφάλισης ισότιμης συμμετοχής των πολιτών στην κοινωνική και δημόσια ζωή. (European Commission, n.d.)

Η κανονιστική αυτή κατεύθυνση αποκτά αυξανόμενη βαρύτητα στην υγεία, επειδή η πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα, σε ηλεκτρονικούς φακέλους, σε ψηφιακές συνταγές και σε απομακρυσμένες υπηρεσίες φροντίδας συνδέεται άμεσα με την ποιότητα, την ασφάλεια και τη συνέχεια της περίθαλψης. Επομένως, η ευρωπαϊκή έμφαση στα ψηφιακά δικαιώματα

λειτουργεί ως ευρύτερο αξιακό πλαίσιο μέσα στο οποίο νοηματοδοτείται και η ισότητα πρόσβαση στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας. (European Commission, n.d.).

3.2 Η πρόσβαση των πολιτών στις ψηφιακές δημόσιες υπηρεσίες υγείας

Στο ευρωπαϊκό επίπεδο, η ενίσχυση της πρόσβασης των πολιτών στις ψηφιακές δημόσιες υπηρεσίες υγείας συνδέεται πλέον άρρηκτα με τη θεσμική οικοδόμηση του Ευρωπαϊκού Χώρου Δεδομένων Υγείας, δηλαδή του European Health Data Space (EHDS) (European Commission, 2026). Σύμφωνα με τις επίσημες κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ο Κανονισμός για τον EHDS τέθηκε σε ισχύ τον Μάρτιο του 2025, εγκαινιάζοντας τη μεταβατική περίοδο εφαρμογής του, ενώ από το 2029 θα αρχίσουν να εφαρμόζονται υποχρεωτικά τα βασικά τμήματα του κανονισμού, μεταξύ άλλων για τα Συνοπτικά Ιστορικά Υγείας των Ασθενών (Patient Summaries), τις ηλεκτρονικές συνταγές και τις εκτελέσεις συνταγών σε όλα τα κράτη-μέλη (European Commission, 2026).

Η εξέλιξη αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι δείχνει ότι η ευρωπαϊκή πολιτική μετατοπίζεται οριστικά από την απλή ενθάρρυνση της ψηφιοποίησης σε ένα αυστηρά οργανωμένο και δεσμευτικό πλαίσιο διαχείρισης, πρόσβασης και ανταλλαγής ηλεκτρονικών δεδομένων υγείας (European Commission, 2026). Παράλληλα, ο EHDS ενισχύει τη θεμελιώδη ιδέα ότι ο πολίτης δεν αποτελεί έναν παθητικό αποδέκτη υπηρεσιών, αλλά υποκείμενο δικαιωμάτων ως προς την πρόσβαση, τη χρήση και τον έλεγχο των ψηφιακών δεδομένων υγείας του (European Commission, 2026). Η πρόσβαση, ωστόσο, στις ψηφιακές δημόσιες υπηρεσίες υγείας δεν είναι ζήτημα μόνο θεσμικής κατοχύρωσης, αλλά και πρακτικής δυνατότητας αξιοποίησης των παρεχόμενων εργαλείων. Για τον λόγο αυτό, η ευρωπαϊκή πολιτική για την ψηφιακή υγεία συνδέεται άμεσα με την ανάγκη ύπαρξης ασφαλών συστημάτων, κατανοητών διεπαφών, προσβάσιμου σχεδιασμού και μηχανισμών

που δεν αποκλείουν ομάδες με χαμηλότερες ψηφιακές δεξιότητες ή με ιδιαίτερες ανάγκες πρόσβασης (European Commission, 2026).

3.3 Η ανάπτυξη της ψηφιακής υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, ο ψηφιακός μετασχηματισμός στην υγεία έχει αποκτήσει πιο απτή μορφή μέσα από υπηρεσίες που συνδέονται άμεσα με την καθημερινή εμπειρία του πολίτη, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η άυλη συνταγογράφηση και οι εφαρμογές πρόσβασης στον ατομικό φάκελο υγείας. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν συμβάλει στην ενίσχυση της διοικητικής απλούστευσης, στη μείωση της εξάρτησης από το έντυπο έγγραφο και στη διεύρυνση της επαφής των πολιτών με ψηφιακές μορφές εξυπηρέτησης στον χώρο της υγείας. (Gov.gr, 2023a, 2023b; Εθνικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, n.d.). Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί βασικό πυλώνα αυτής της μετάβασης, καθώς χρησιμοποιείται για την ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών φαρμάκων από γιατρούς και φαρμακοποιούς. Η υπηρεσία αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία όχι μόνο ως τεχνολογικό εργαλείο, αλλά και ως μηχανισμός οργάνωσης της φαρμακευτικής φροντίδας και ως σημείο εξοικείωσης των πολιτών με τις ψηφιακές ροές του συστήματος υγείας. (Gov.gr, 2023a)

Αντίστοιχα, η άυλη συνταγογράφηση αντικαθιστά την έντυπη συνταγή και τα έντυπα παραπεμπτικά με ψηφιακή μορφή, επιτρέποντας στον πολίτη να λαμβάνει τις σχετικές πληροφορίες μέσω SMS ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Επιπλέον, η ίδια υπηρεσία παρέχει και ενημερώσεις για ιατρικά ραντεβού, διευρύνοντας έτσι την πρακτική χρησιμότητα των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας σε καθημερινό επίπεδο. (Gov.gr, 2023b; Εθνικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, n.d.). Η ανάπτυξη αυτών των υπηρεσιών δείχνει ότι η ελληνική περίπτωση δεν μπορεί να αναλυθεί μόνο με αφηρημένους όρους ψηφιοποίησης, αλλά χρειάζεται να εξεταστεί μέσα από τις συγκεκριμένες ψηφιακές διαδρομές που έχουν ήδη ενσωματωθεί

στην επαφή πολίτη και συστήματος υγείας. Αυτή η διάσταση είναι κρίσιμη και για την ερμηνεία των στάσεων της κοινής γνώμης, καθώς οι αξιολογήσεις των πολιτών διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό από τη βιωμένη εμπειρία χρήσης των ψηφιακών υπηρεσιών. (Gov.gr, 2023a, 2023b; Εθνικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, n.d.)

3.4 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ύλη συνταγογράφηση και εφαρμογή myHealth

Η θεσμοθέτηση και η σταδιακή ωρίμανση του εθνικού συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα αποτέλεσε τον κεντρικό πυλώνα και την πρώτη μεγάλης κλίμακας εφαρμογή ψηφιακού μετασχηματισμού στον τομέα της δημόσιας υγείας. Η μετάβαση αυτή σηματοδότησε μια ριζική αλλαγή παραδείγματος, απομακρύνοντας το σύστημα περίθαλψης από ένα παραδοσιακό, κατακερματισμένο και γραφειοκρατικό μοντέλο διαχείρισης, το οποίο βασιζόταν αποκλειστικά στο έντυπο έγγραφο και τη φυσική παρουσία, προς ένα συγκεντρωτικό και ψηφιακά ελεγχόμενο περιβάλλον πληροφοριών. Όπως επισημαίνουν οι Polyzos κ.ά. (2016), η εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης επέφερε άμεση και πολυεπίπεδη διοικητική απλούστευση στην καθημερινή κλινική πρακτική, βελτιώνοντας σημαντικά τη ροή εργασίας και την επικοινωνία μεταξύ των ιατρών, των φαρμακοποιών και των ασφαλιστικών φορέων.

Ωστόσο, η σημαντικότερη συνεισφορά αυτής της καινοτομίας ξεπερνά τα όρια της απλής αυτοματοποίησης των διαδικασιών, καθώς το σύστημα σχεδιάστηκε και λειτούργησε ως ένα ισχυρό στρατηγικό εργαλείο για την άσκηση ορθολογικής δημόσιας πολιτικής υγείας. Μέσω της ψηφιακής πλατφόρμας κατέστη εφικτή η σε πραγματικό χρόνο (real-time) παρακολούθηση της φαρμακευτικής χρήσης σε εθνικό επίπεδο, η ανίχνευση φαινομένων προκλητής ζήτησης ή υπερσυνταγογράφησης, καθώς και η συστηματική, λεπτομερής

καταγραφή των σχετικών δαπανών. Τα προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα τεκμηριώνουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσέφερε στην πολιτεία τους απαραίτητους ελεγκτικούς μηχανισμούς για τον εξορθολογισμό και τη συγκράτηση του δημόσιου φαρμακευτικού κόστους, γεγονός ιδιαίτερα κρίσιμο σε μια περίοδο έντονων δημοσιονομικών περιορισμών για τη χώρα (Polyzos et al., 2016).

Η επιτυχής ενσωμάτωση αυτής της ψηφιακής βάσης στην υγειονομική κουλτούρα δημιούργησε το απαραίτητο θεσμικό και τεχνικό υπόβαθρο για την εξέλιξη των υπηρεσιών προς την άυλη συνταγογράφηση, η οποία αντικατέστησε πλήρως το έγχαρτο παραπεμπτικό μέσω της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης gov.gr. Στο πλαίσιο αυτό, η εφαρμογή myHealth αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα της περαιτέρω εμβάθυνσης της ψηφιακής υγείας στην Ελλάδα, καθώς παρέχει άμεση και εύκολη πρόσβαση στο ιστορικό της άυλης συνταγογράφησης και δυνατότητα λήψης ειδοποιήσεων για νέες συνταγές και παραπεμπτικά. Για τη χρήση της εφαρμογής απαιτείται εγγραφή στην άυλη συνταγογράφηση και πιστοποιημένος αριθμός κινητού τηλεφώνου, γεγονός που αναδεικνύει και τις προϋποθέσεις ένταξης του πολίτη σε αυτό το ψηφιακό οικοσύστημα. (Gov.gr, 2023c). Πέρα από την εφαρμογή για κινητές συσκευές, το ευρύτερο οικοσύστημα του Εθνικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας προβάλλει τη δυνατότητα άμεσης και ασφαλούς πρόσβασης του πολίτη στον ατομικό του φάκελο υγείας. Στο ίδιο περιβάλλον εντάσσεται και η άυλη συνταγογράφηση, η οποία παρουσιάζεται ως υπηρεσία της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης gov.gr και αντικαθιστά την έντυπη συνταγή και τα έντυπα παραπεμπτικά με ηλεκτρονική μορφή. (Εθνικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, n.d.)

Οι ελληνικές αυτές εφαρμογές είναι ερευνητικά σημαντικές, επειδή λειτουργούν ως συγκεκριμένα παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο ο ψηφιακός μετασχηματισμός αποκτά υλική μορφή στην υγειονομική καθημερινότητα. Συνεπώς, όταν οι πολίτες αξιολογούν τη σημασία της ασφαλούς πρόσβασης στα ιατρικά δεδομένα ή τη σημασία των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας, είναι πιθανό να αντλούν από εμπειρίες που συνδέονται έμμεσα ή άμεσα

με τέτοιες υπηρεσίες. (Gov.gr, 2023b, 2023c; Εθνικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, n.d.). Ωστόσο, η ύπαρξη αυτών των εργαλείων δεν αρκεί από μόνη της για να διασφαλίσει ισότιμη πρόσβαση. Η υποχρέωση κατοχής συσκευής, η ανάγκη ψηφιακής ταυτοποίησης, η εξοικείωση με την πλοήγηση σε εφαρμογές και η κατανόηση των σχετικών λειτουργιών σημαίνουν ότι η αξιοποίηση των υπηρεσιών αυτών εξαρτάται και από το επίπεδο ψηφιακών δεξιοτήτων του χρήστη. (Gov.gr, 2023c; European Commission, 2024).

3.5 Κοινωνικο-δημογραφικοί και θεσμικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση ψηφιακών υπηρεσιών

Η χρήση ψηφιακών υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων που δεν είναι αποκλειστικά τεχνολογικοί, αλλά περιλαμβάνουν κοινωνικο-δημογραφικές, μορφωτικές, οικονομικές και θεσμικές διαστάσεις. Η ευρωπαϊκή συζήτηση για τα ψηφιακά δικαιώματα και την καθολική συμμετοχή αναγνωρίζει ότι η ψηφιακή μετάβαση πρέπει να είναι χωρίς αποκλεισμούς και να στηρίζεται στην αλληλεγγύη και την ένταξη, γεγονός που δείχνει ότι οι κοινωνικές ανισότητες θεωρούνται κρίσιμος παράγοντας της επιτυχίας ή αποτυχίας της. (European Commission, n.d.). Στην ελληνική περίπτωση, η σημασία αυτών των παραγόντων γίνεται ακόμη πιο εμφανής αν ληφθεί υπόψη ότι η χώρα καταγράφει χαμηλότερο ποσοστό ατόμων με τουλάχιστον βασικές ψηφιακές δεξιότητες από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με 52,4% έναντι 55,6%. Η απόκλιση αυτή δεν αφορά μόνο την οικονομία ή την αγορά εργασίας, αλλά επηρεάζει και τη δυνατότητα ουσιαστικής πρόσβασης των πολιτών στις ψηφιακές υπηρεσίες του κράτους, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών υγείας. (European Commission, 2024)

Οι θεσμικοί παράγοντες είναι εξίσου καθοριστικοί, καθώς η επιτυχία των ψηφιακών υπηρεσιών εξαρτάται από τον βαθμό διαλειτουργικότητας των συστημάτων, από την

ασφάλεια, από τη σαφήνεια της πληροφόρησης προς τους πολίτες και από την ύπαρξη εναλλακτικών καναλιών εξυπηρέτησης για όσους δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν εύκολα τα ψηφιακά εργαλεία. Έτσι, η ισότιμη πρόσβαση στην ψηφιακή υγεία δεν είναι μόνο ζήτημα ατομικής ικανότητας, αλλά και ζήτημα θεσμικού σχεδιασμού και διοικητικής ευαισθησίας. (European Commission, 2026; European Commission, n.d.). Συνεπώς, η ανάλυση της χρήσης των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας απαιτεί να ληφθούν υπόψη τόσο οι ατομικές διαφορές όσο και το ευρύτερο οργανωτικό και πολιτικό περιβάλλον. Η προσέγγιση αυτή είναι απολύτως συμβατή με τη λογική της παρούσας εργασίας, η οποία επιδιώκει να συνδέσει τις στάσεις των πολιτών με το ψηφιακό χάσμα, τις θεσμικές υποδομές και την εθνική εμπειρία ψηφιακού μετασχηματισμού στον τομέα της υγείας. (European Commission, 2024; Gov.gr, 2023a, 2023b, 2023c)

3.6 Ο ρόλος της κοινής γνώμης στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας

Η κοινή γνώμη αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη διαμόρφωση και τη νομιμοποίηση των πολιτικών ψηφιακής υγείας, καθώς η αποδοχή ή η επιφύλαξη των πολιτών επηρεάζει τόσο τη χρήση των υπηρεσιών όσο και τη βιωσιμότητα των σχετικών μεταρρυθμίσεων. Ιδίως σε πεδία όπως η διαχείριση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, η ψηφιακή επικοινωνία με το σύστημα υγείας και η πρόσβαση σε ηλεκτρονικούς φακέλους, η εμπιστοσύνη και η αίσθηση δικαιοσύνης αποκτούν καίρια σημασία. (European Commission, n.d.; European Commission, 2026). Το Eurobarometer 96.1 είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε αυτό το σημείο, επειδή εστιάζει σε ζητήματα ψηφιακών δικαιωμάτων και ψηφιακών αρχών και, επομένως, επιτρέπει να ανιχνευθούν οι στάσεις των πολιτών απέναντι στην πρόσβαση, την ασφάλεια και τον πιθανό αποκλεισμό στον ψηφιακό κόσμο. Η διερεύνηση αυτών των στάσεων αποκτά ξεχωριστή αξία όταν εφαρμόζεται στο πεδίο της υγείας, όπου οι τεχνολογικές επιλογές σχετίζονται άμεσα με θεμελιώδη δικαιώματα, ποιότητα ζωής και ισότητα ευκαιριών (GESIS, 2022; Unidata, 2022).

Για την Ελλάδα, ο ρόλος της κοινής γνώμης είναι ακόμη πιο σημαντικός, επειδή ο ψηφιακός μετασχηματισμός στην υγεία έχει ήδη περάσει από το στάδιο της αφηρημένης στρατηγικής στο στάδιο των συγκεκριμένων εφαρμογών. Αυτό σημαίνει ότι οι στάσεις των πολιτών δεν αποτυπώνουν μόνο προσδοκίες για το μέλλον, αλλά και αξιολογήσεις μιας ήδη εξελισσόμενης εμπειρίας χρήσης ψηφιακών υπηρεσιών, όπως η άυλη συνταγογράφηση και το myHealth. (Gov.gr, 2023b, 2023c; Εθνικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, n.d.). Επομένως, η μελέτη της κοινής γνώμης δεν είναι συμπληρωματική αλλά κεντρική για την ανάλυση της ψηφιακής υγείας ως δημόσιας πολιτικής. Μέσα από αυτήν καθίσταται δυνατό να διαπιστωθεί αν οι πολίτες αντιλαμβάνονται την ψηφιακή μετάβαση ως ευκαιρία ενδυνάμωσης και καλύτερης πρόσβασης ή ως ενδεχόμενο πεδίο νέων ανισοτήτων και αποκλεισμών. (Unidata, 2022; European Commission, n.d.)

Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία της Έρευνας

4.1 Ερευνητικό πλαίσιο

Η παρούσα εργασία βασίζεται στη δευτερογενή ποσοτική ανάλυση δεδομένων του Eurobarometer 96.1, το οποίο υλοποιήθηκε από την Kantar Public για λογαριασμό της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και αρχειοθετήθηκε από το GESIS ως μελέτη ZA7846 (European Commission & European Parliament, 2022). Η επιλογή του συγκεκριμένου ερευνητικού υλικού είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για το αντικείμενο της παρούσας διπλωματικής, καθώς στο συγκεκριμένο κύμα εισάγεται η θεματική ενότητα QB «Digital rights and principles», η οποία αφορά άμεσα τα ψηφιακά δικαιώματα και τις αρχές που διέπουν την ψηφιακή ζωή στην Ευρωπαϊκή Ένωση (European Commission & European Parliament, 2022).

Η έρευνα πεδίου πραγματοποιήθηκε μεταξύ 16 Σεπτεμβρίου και 17 Οκτωβρίου 2021, δηλαδή σε μια περίοδο κατά την οποία η πανδημία εξακολουθούσε να επηρεάζει ουσιαστικά τόσο την κοινωνική καθημερινότητα όσο και τις διαδικασίες συλλογής δεδομένων (European Commission & European Parliament, 2022). Το τεχνικό υπόμνημα του GESIS επισημαίνει ότι το κύμα 96.1 διαφοροποιείται από προηγούμενα κύματα της σειράς Eurobarometer ως προς τον τρόπο συλλογής, τη διατύπωση ορισμένων δημογραφικών και πρωτοκολλικών μεταβλητών, καθώς και το συνοδευτικό τεκμηριωτικό υλικό (European Commission & European Parliament, 2022). Για τον λόγο αυτό, τα δεδομένα της παρούσας μελέτης ερμηνεύονται εντός του συγκεκριμένου ιστορικού και κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο παρήχθησαν, και όχι ως απολύτως ουδέτερη αποτύπωση στάσεων ανεξάρτητη από τη συγκυρία της πανδημίας (European Commission & European Parliament, 2022).

4.2 Πηγή δεδομένων και μονάδα ανάλυσης

Η εμπειρική βάση της μελέτης συγκροτείται από δύο βασικά τεκμήρια, δηλαδή το αρχειακό υπόμνημα της μελέτης ZA7846 και το ελληνικό εθνικό ερωτηματολόγιο του Eurobarometer 96.1, τα οποία επιτρέπουν τόσο τη μεθοδολογική τεκμηρίωση της έρευνας όσο και την ακριβή ταυτοποίηση των μεταβλητών που αξιοποιούνται στην ανάλυση (European Commission & European Parliament, 2022; Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Σύμφωνα με το GESIS, η συγκεκριμένη έκδοση του αρχείου αποτελεί προδημοσίευση, γεγονός που σημαίνει ότι δεν είχε ακόμη ολοκληρωθεί πλήρως όλη η διαδικασία τεκμηρίωσης κατά τον χρόνο αρχειοθέτησης, παρότι είχαν ήδη πραγματοποιηθεί βασικοί τεχνικοί και αρχειακοί έλεγχοι και είχαν προσαρμοστεί οι μεταβλητές στα πρότυπα της σειράς Eurobarometer (European Commission & European Parliament, 2022). Το τελικό δείγμα της ανάλυσης ανήλθε σε $N = 1014$ ερωτώμενους για την Ελλάδα και $N = 26522$ ερωτώμενους για το σύνολο των 27 κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.-27), διασφαλίζοντας την απαιτούμενη στατιστική ισχύ για τη διενέργεια των επαγωγικών ελέγχων. (Πίνακας 4.1).

Η μονάδα ανάλυσης της παρούσας έρευνας είναι ο μεμονωμένος ερωτώμενος, ενώ ο πληθυσμός αναφοράς αφορά άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω (European Commission & European Parliament, 2022; Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Το ελληνικό ερωτηματολόγιο επιβεβαιώνει ότι η έρευνα απευθύνεται σε άτομα αυτής της ηλικιακής κατηγορίας και προβλέπει διαδικασία επιλογής του κατάλληλου μέλους του νοικοκυριού μέσω του κριτηρίου του ατόμου με τα επόμενα γενέθλια, με στόχο την ενίσχυση της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος (Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Το ελληνικό ερωτηματολόγιο καταγράφει ότι η έρευνα μπορεί να διεξαχθεί με διαφορετικούς τρόπους συλλογής, όπως CAPI και CAWI, ενώ σε επιμέρους σημεία γίνονται αναφορές και σε περιορισμούς που συνδέονται με CATI (Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Η επισήμανση αυτή συνδέεται άμεσα με τη διευκρίνιση του GESIS ότι το κύμα 96.1

επηρεάστηκε από τις ιδιαίτερες συνθήκες της πανδημίας, γεγονός που εξηγεί αποκλίσεις ως προς τον τρόπο συλλογής και ορισμένες τεχνικές παραμέτρους σε σχέση με προηγούμενα κύματα της σειράς (European Commission & European Parliament, 2022).

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι στο ελληνικό ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται ρητές αναφορές στην ανωνυμοποίηση, στην αφαίρεση στοιχείων ταυτοποίησης, στη συμμόρφωση με τον GDPR και στις διαδικασίες συναίνεσης για περιπτώσεις ανηλίκων ερωτώμενων ηλικίας 15 ετών (Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Οι προβλέψεις αυτές επιβεβαιώνουν ότι το υλικό που αξιοποιείται στην παρούσα εργασία έχει παραχθεί υπό σαφείς δεοντολογικές και νομικές εγγυήσεις (Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021).

Χώρα	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
AT	1012	3.8	3.8	3.8
BE	1070	4.0	4.0	7.9
BG	1032	3.9	3.9	11.7
CY	504	1.9	1.9	13.6
CZ	1016	3.8	3.8	17.5
DE-E	510	1.9	1.9	19.4
DE-W	1047	3.9	3.9	23.3
DK	1008	3.8	3.8	27.1
EE	1004	3.8	3.8	30.9
ES	1009	3.8	3.8	34.7
FI	1010	3.8	3.8	38.5
FR	1003	3.8	3.8	42.3
GR	1014	3.8	3.8	46.1
HR	1010	3.8	3.8	50.0
HU	1013	3.8	3.8	53.8
IE	1007	3.8	3.8	57.6
IT	1027	3.9	3.9	61.4
LT	1012	3.8	3.8	65.3

LU	506	1.9	1.9	67.2
LV	1001	3.8	3.8	70.9
MT	533	2.0	2.0	73.0
NL	1011	3.8	3.8	76.8
PL	1035	3.9	3.9	80.7
PT	1020	3.8	3.8	84.5
RO	1058	4.0	4.0	88.5
SE	1026	3.9	3.9	92.4
SI	1004	3.8	3.8	96.2
SK	1020	3.8	3.8	100.0
Total	26522	100.0	100.0	

Πίνακας 4.1: Γεωγραφική Κατανομή και Συχνότητες του Δείγματος των Κρατών-Μελών της Ε.Ε.-27 στο Eurobarometer 96.1

4.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός και μέτρηση.

Ο βασικός ερευνητικός άξονας της μελέτης είναι η ενότητα QB, η οποία στο Eurobarometer 96.1 συγκροτείται ως ειδικό θεματικό μπλοκ για τα ψηφιακά δικαιώματα και τις αρχές της ψηφιακής ζωής (European Commission & European Parliament, 2022). Στο ελληνικό ερωτηματολόγιο αποτυπώνεται ότι το συγκεκριμένο μπλοκ περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, τις μεταβλητές QB4, QB5, QB6, QB7, QB8 και QB9, οι οποίες επιτρέπουν τη διερεύνηση διαφορετικών πτυχών των στάσεων των πολιτών απέναντι στον ψηφιακό χώρο (Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Ειδικότερα, η μεταβλητή QB4 εξετάζει κατά πόσο οι ερωτώμενοι γνώριζαν πριν από τη συνέντευξη ότι τα δικαιώματα που ισχύουν στον πραγματικό κόσμο πρέπει να γίνονται σεβαστά και στον ηλεκτρονικό κόσμο (Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Η μεταβλητή QB5 αποτυπώνει την αξιολόγηση των ερωτώμενων ως προς το κατά πόσο καλά η Ευρωπαϊκή Ένωση προστατεύει

τα δικαιώματά τους στο διαδικτυακό περιβάλλον, ενώ η QB6 εξετάζει κατά πόσο οι πολίτες θεωρούν χρήσιμη την περαιτέρω ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματά τους στο διαδίκτυο (Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Αντίστοιχα, η μεταβλητή QB7 διερευνά σε ποιον βαθμό οι ερωτώμενοι θεωρούν χρήσιμη τη σύνταξη και προώθηση ενός κοινού ευρωπαϊκού οράματος για τα δικαιώματα, τις αρχές και τις αξίες που διέπουν τη στάση της Ένωσης απέναντι στην ψηφιακή ζωή (Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Για την υλοποίηση της έρευνας επιλέχθηκαν και αναλύθηκαν συγκεκριμένες μεταβλητές από το θεματικό μπλοκ QB καθώς και δημογραφικοί δείκτες της μελέτης ZA7846:

Κωδικός Μεταβλητής	Περιγραφή / Ερώτηση Ερωτηματολογίου	Τύπος Κλίμακας
QB8.5	Η δυνατότητα όλων να επωφελούνται από τις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης, όπως η τηλεϊατρική	Τακτική(4-βάθμια Likert)
QB8.6	Η ασφαλής πρόσβαση στα διαδικτυακά ιατρικά αρχεία και στις ηλεκτρονικές συνταγές	Τακτική (4-βάθμια Likert)
QB3.5	Πίστη ότι ορισμένες ομάδες (ηλικιωμένοι, ΑμεΑ) θα αποκλειστούν από την ψηφιακή μετάβαση	Τακτική (4-βάθμια Likert)
D11	Ηλικία του ερωτώμενου.	Συνεχής / Κατηγορησιακή
D8	Ηλικία ολοκλήρωσης της πλήρους, τυπικής εκπαίδευσης.	Κατηγορησιακή
W1 / W22	Συντελεστές στάθμισης (Weight Result from Target / Weight EU27).	Συντελεστής στάθμισης

Κεντρικό ρόλο στην παρούσα ανάλυση καταλαμβάνουν οι υπομεταβλητές της ενότητας QB που επιχειρησιακοποιούν τις βασικές εννοιολογικές κατηγορίες της μελέτης:

1. Ισότητα Πρόσβαση στις Ψηφιακές Υπηρεσίες Υγείας: Αυτή η έννοια διερευνάται μέσω της μεταβλητής QB8.5 («Η δυνατότητα όλων να επωφελούνται από τις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης, όπως η τηλεϊατρική»). Η QB8.5

θεωρείται κατάλληλος δείκτης διότι εστιάζει στην καθολική πρόσβαση και στην ισότητα ευκαιριών στη χρήση συγκεκριμένων ψηφιακών εργαλείων (όπως η τηλεϊατρική), τα οποία η βιβλιογραφία αναγνωρίζει ως πιθανά πεδία έντασης των ανισοτήτων (Ενότητα 2.3).

2. Ασφάλεια και Έλεγχος Ιατρικών Δεδομένων: Αυτή η διάσταση αποτυπώνεται στη μεταβλητή QB8.6 («Η ασφαλής πρόσβαση στα διαδικτυακά ιατρικά αρχεία και στις ηλεκτρονικές συνταγές»). Η QB8.6 συνδέεται άμεσα με την εμπιστοσύνη και την προστασία των ψηφιακών δικαιωμάτων (Ενότητα 3.1), στοιχεία απαραίτητα για την ουσιαστική συμμετοχή του πολίτη στον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας.
3. Αντίληψη περί Ψηφιακού Αποκλεισμού: Για την έννοια του ψηφιακού αποκλεισμού (digital exclusion), αξιοποιείται η μεταβλητή QB3.5 («Νομίζετε ότι ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως οι ηλικιωμένοι ή τα άτομα με αναπηρίες, θα αποκλειστούν από την ψηφιακή μετάβαση στην Ευρώπη;»). Η QB3.5 αποτελεί κατάλληλο δείκτη επειδή μετρά την ευαισθητοποίηση των ερωτώμενων για τον κοινωνικό αντίκτυπο του ψηφιακού χάσματος (Ενότητα 2.5), επιτρέποντας τη σύνδεση της προσωπικής στάσης με την αντίληψη περί διαρθρωτικών ανισοτήτων.

Πέραν των μεταβλητών που αφορούν ειδικά την υγεία, οι μεταβλητές QB8 και QB9 επιτρέπουν μια ευρύτερη επιχειρησιακοποίηση της έννοιας των ψηφιακών δικαιωμάτων, καθώς ζητούν από τους ερωτώμενους να αξιολογήσουν τη σημασία επιμέρους αρχών που θα μπορούσαν να ενταχθούν σε έναν ευρωπαϊκό κατάλογο για την ψηφιακή ζωή (Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Στις αρχές αυτές περιλαμβάνονται η οικονομική και υψηλής ταχύτητας πρόσβαση στο διαδίκτυο, η σαφής ενημέρωση για τους όρους χρήσης και σύνδεσης, η προσβασιμότητα των ψηφιακών δημόσιων υπηρεσιών, η αρχή της μίας μόνο υποβολής δεδομένων στις συναλλαγές με τις δημόσιες αρχές, η πρόσβαση σε ψηφιακές υπηρεσίες υγείας, η ασφαλής πρόσβαση σε ιατρικά δεδομένα, η χρήση ασφαλούς ψηφιακής ταυτότητας, η κατανόηση των ψηφιακών τεχνολογιών, η προστασία από επικίνδυνες ή μη ηθικές εφαρμογές τεχνολογιών και η προστασία των παιδιών στο διαδίκτυο (Eurobarometer

96.1 Greece Questionnaire, 2021).

Με βάση τα παραπάνω, οι μεταβλητές της ενότητας QB μπορούν να ομαδοποιηθούν αναλυτικά σε θεματικούς πυλώνες όπως η καθολική πρόσβαση, η διαφάνεια, η προστασία δεδομένων, η συμπεριληπτική ψηφιακή διακυβέρνηση και η ηθική διάσταση της τεχνολογικής ανάπτυξης (Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής, ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται στον πυλώνα της ψηφιακής υγείας, δεδομένου ότι αυτός συνδέεται άμεσα με τον τίτλο και το ερευνητικό ερώτημα της μελέτης (Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Πέρα από τις κύριες μεταβλητές της ενότητας QB, η ανάλυση μπορεί να ενισχυθεί μέσω της αξιοποίησης δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών, όπως η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και η εργασιακή κατάσταση, οι οποίες έχουν προσαρμοστεί στα πρότυπα της σειράς Eurobarometer (European Commission & European Parliament, 2022; Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Το τεχνικό υπόμνημα αναφέρει επίσης ότι έχουν παραχθεί από το GESIS πρόσθετες μεταβλητές, όπως η d62t (INTERNET USE TOTAL) και η netuse (INTERNET USE INDEX), οι οποίες μπορούν να αξιοποιηθούν ως συμπληρωματικοί δείκτες ψηφιακής εξοικείωσης (European Commission & European Parliament, 2022). Η αξιοποίησή τους επιτρέπει τη διερεύνηση του κατά πόσο οι στάσεις απέναντι στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας διαφοροποιούνται ανάλογα με τον βαθμό χρήσης του διαδικτύου, συνδέοντας έτσι την ανάλυση με τη συζήτηση περί ψηφιακού χάσματος (European Commission & European Parliament, 2022).

Οι αρχικές μεταβλητές Likert (QB8.5, QB8.6, QB3.5) διατήρησαν την τετραβάθμια δομή τους για την περιγραφική ανάλυση. Ωστόσο, για τις ανάγκες της διμεταβλητής ανάλυσης και του ελέγχου X^2 , η δημογραφική μεταβλητή της ηλικίας (D11) ανακωδικοποιήθηκε (recode) σε νέες κατηγορίες, εστιάζοντας στις δύο ακραίες ηλικιακές κοόρτες: τους "Ψηφιακούς Ιθαγενείς" (15–24 ετών) και τους "Ψηφιακούς Μετανάστες" (55+ ετών), αποκλείοντας τις ενδιάμεσες ηλικίες από τη συγκεκριμένη διασταύρωση προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η

αντιπαραβολή των στάσεων. Παράλληλα, για τις ανάγκες της διμεταβλητής ανάλυσης και τη διενέργεια του επαγωγικού ελέγχου χ^2 , η αρχική τετραβάθμια κλίμακα Likert της μεταβλητής QB3.5 ανακωδικοποιήθηκε και συμπυκνώθηκε σε διχοτομική (δυαδική) μορφή, προκειμένου να διασφαλιστούν οι μεθοδολογικές παραδοχές του ελέγχου (αποφυγή αναμενόμενων συχνοτήτων μικρότερων του 5).

Οι απαντήσεις «Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ» εξαιρέθηκαν από τη διαδικασία των επαγωγικών ελέγχων και ορίστηκαν ως ελλείπουσες τιμές (missing values). Για τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων και τη διερεύνηση της στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών τόσο μεταξύ Ελλάδας και Ε.Ε.-27 όσο και μεταξύ των εσωτερικών κοινωνικοδημογραφικών ομάδων του ελληνικού δείγματος εφαρμόστηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 (Chi-Square test of independence). Στις περιπτώσεις των πινάκων συνάφειας διπλής εισόδου, ως δείκτης για την εκτίμηση του μεγέθους της επίδρασης (effect size) χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cramér's V. Τα αναλυτικά ευρήματα της περιγραφικής και της επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης παρουσιάζονται διεξοδικά στο επόμενο κεφάλαιο.

4.4 Αναλυτική στρατηγική και μεθοδολογικοί περιορισμοί

Το μη σταθμισμένο δείγμα αντιπροσωπεύει τον ακατέργαστο αριθμό των φυσικών συνεντεύξεων που συλλέχθηκαν στο πεδίο. Ωστόσο, επειδή η τυχαία δειγματοληψία μπορεί να οδηγήσει σε υπο-αντιπροσώπηση ή υπερ-αντιπροσώπηση ορισμένων κοινωνικών ομάδων, κρίνεται απαραίτητη η χρήση σταθμισμένου δείγματος. Η στάθμιση (weighting) προσαρμόζει μαθηματικά το δείγμα ώστε να αντικατοπτρίζει τα πραγματικά δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού-στόχου. Στην παρούσα εργασία, η χρήση του συντελεστή W1 εξασφαλίζει ότι το δείγμα της Ελλάδας ταυτίζεται με τα επίσημα απογραφικά στοιχεία ως προς το φύλο, την ηλικία και την αστικοποίηση. Αντίστοιχα, ο συντελεστής W22

διορθώνει το δείγμα της Ε.Ε.-27 με βάση το πληθυσμιακό μέγεθος κάθε κράτους-μέλους, εμποδίζοντας τις πολυπληθέστερες χώρες (π.χ. Γερμανία, Γαλλία) να αλλοιώσουν τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Σύμφωνα με το τεχνικό υπόμνημα του GESIS, τα δεδομένα του Eurobarometer 96.1 συνοδεύονται από δύο βασικούς τύπους στάθμισης, δηλαδή τη μετα-στρωματοποιητική στάθμιση και τη στάθμιση με βάση το μέγεθος του πληθυσμού (European Commission & European Parliament, 2022). Η μετα-στρωματοποιητική στάθμιση βασίζεται στη σύγκριση της σύνθεσης του δείγματος με την κατάλληλη περιγραφή του πληθυσμού αναφοράς και περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, κριτήρια όπως το φύλο, η ηλικία, η περιφέρεια NUTS II και το μέγεθος της τοπικότητας, ενώ η στάθμιση πληθυσμού χρησιμοποιείται κυρίως σε αναλύσεις που αφορούν ομάδες χωρών (European Commission & European Parliament, 2022).

Για την εθνική ανάλυση της Ελλάδας χρησιμοποιείται το βάρος W1 (WEIGHT RESULT FROM TARGET), το οποίο αναπαράγει τον πραγματικό αριθμό περιπτώσεων για κάθε χώρα και ενδείκνυται για περιγραφική ανάλυση σε εθνικό επίπεδο (European Commission & European Parliament, 2022). Για τον υπολογισμό του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης χρησιμοποιείται το βάρος W22 (WEIGHT EU27), το οποίο αντιστοιχεί στην ομάδα της EU27 και επιτρέπει τη συγκριτική ανάλυση της Ελλάδας με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο σε επίπεδο Ένωσης (European Commission & European Parliament, 2022). Η επιλογή αυτών των βαρών συνάδει με τη ρητή επισήμανση του τεχνικού υπομνήματος ότι για περιγραφική ανάλυση συνιστάται η χρήση μετα-στρωματοποιητικών βαρών και ότι οι επίσημες εκθέσεις του Eurobarometer βασίζονται πάντοτε σε σταθμισμένα δεδομένα (European Commission & European Parliament, 2022).

Η αναλυτική στρατηγική της έρευνας οργανώνεται σε δύο αλληλένδετα επίπεδα. Σε πρώτο επίπεδο, πραγματοποιείται περιγραφική αποτύπωση των ελληνικών στάσεων απέναντι στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας, με έμφαση στις μεταβλητές QB8.5 και QB8.6, ώστε να

αναδειχθεί ο βαθμός αποδοχής της τηλεϊατρικής και της ασφαλούς πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία (Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Σε δεύτερο επίπεδο, οι αντίστοιχες ελληνικές τιμές συγκρίνονται με τον σταθμισμένο μέσο όρο της Ε.Ε.-27, προκειμένου να εντοπιστούν πιθανές συγκλίσεις ή αποκλίσεις της ελληνικής περίπτωσης σε σχέση με το ευρωπαϊκό πρότυπο (European Commission & European Parliament, 2022).

Παράλληλα, η ανάλυση επεκτείνεται σε κοινωνικο-δημογραφικές και ψηφιακές διαφοροποιήσεις, μέσω της συσχέτισης των βασικών μεταβλητών της ψηφιακής υγείας με παράγοντες όπως η ηλικία, η εκπαίδευση, η εργασιακή κατάσταση και ο βαθμός χρήσης του διαδικτύου (European Commission & European Parliament, 2022; Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021). Με τον τρόπο αυτό, η παρούσα εργασία δεν περιορίζεται σε μια απλή περιγραφή ποσοστών, αλλά επιχειρεί να διερευνήσει κατά πόσο ο ψηφιακός μετασχηματισμός της υγείας προσλαμβάνεται διαφορετικά από ομάδες πολιτών με άνισο επίπεδο ψηφιακής ένταξης (European Commission & European Parliament, 2022).

Ωστόσο, η παρούσα μελέτη οφείλει να αναγνωρίσει ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Πρώτον, η έκδοση του αρχείου που χρησιμοποιείται χαρακτηρίζεται από το GESIS ως προδημοσίευση, πράγμα που σημαίνει ότι δεν είχε ολοκληρωθεί πλήρως η διαδικασία τεκμηρίωσης κατά τον χρόνο αρχειοθέτησης (European Commission & European Parliament, 2022). Δεύτερον, το ίδιο υπόμνημα επισημαίνει ότι ορισμένες μεταβλητές πρωτοκόλλου δεν διατέθηκαν, ότι οκτώ περιπτώσεις αφαιρέθηκαν λόγω κινδύνου επαναταυτοποίησης και ότι ορισμένοι δείκτες αποτελούν παράγωγες μεταβλητές που παρήχθησαν από το GESIS (European Commission & European Parliament, 2022). Τρίτον, επειδή η έρευνα διεξήχθη εντός της πανδημικής συγκυρίας, οι στάσεις των πολιτών απέναντι σε ζητήματα όπως η τηλεϊατρική, οι ψηφιακές δημόσιες υπηρεσίες και η πρόσβαση σε ιατρικά δεδομένα ενδέχεται να έχουν επηρεαστεί σε μεγαλύτερο βαθμό από τις ιδιαίτερες κοινωνικές και υγειονομικές συνθήκες της περιόδου εκείνης (European Commission & European Parliament, 2022; Eurobarometer 96.1 Greece Questionnaire, 2021).

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, το Eurobarometer 96.1 συνιστά ιδιαίτερα πρόσφορη εμπειρική βάση για τη μελέτη των στάσεων απέναντι στον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας, καθώς συνδυάζει τυποποιημένο ερευνητικό σχεδιασμό, σαφές σύστημα στάθμισης και ειδική θεματική ενότητα αφιερωμένη στις αρχές της ψηφιακής ζωής (European Commission & European Parliament, 2022). Για τον λόγο αυτό, η αξιοποίησή του στην παρούσα εργασία επιτρέπει όχι μόνο την περιγραφή των ελληνικών στάσεων αλλά και τη συστηματική σύγκρισή τους με τον μέσο όρο της Ε.Ε.-27, συμβάλλοντας έτσι στην κατανόηση της θέσης της Ελλάδας στο ευρύτερο ευρωπαϊκό πλαίσιο της ψηφιακής υγείας (European Commission & European Parliament, 2022).

Η αναλυτική στρατηγική της έρευνας οργανώνεται σε δύο αλληλένδετα επίπεδα, εφαρμόζοντας τόσο περιγραφική όσο και επαγωγική στατιστική. Για τη διασφάλιση της ακρίβειας, εφαρμόστηκαν οι προβλεπόμενοι συντελεστές στάθμισης (weighting factors), χρησιμοποιώντας τον συντελεστή W1 (Weight Result from Target) για την εθνική ανάλυση της Ελλάδας και τον συντελεστή W22 (Weight EU27) για τον υπολογισμό του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Commission & European Parliament, 2022). Προκειμένου να ελεγχθεί η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών που παρατηρούνται στις στάσεις των πολιτών μεταξύ της Ελλάδας και της Ε.Ε.-27, αλλά και μεταξύ των εσωτερικών κοινωνικοδημογραφικών ομάδων, εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός στατιστικός έλεγχος ανεξαρτησίας X^2 (Chi-Square test of independence).

Ο έλεγχος ανεξαρτησίας X^2 (Chi-Square test of independence) επιλέχθηκε ως το πλέον κατάλληλο μη παραμετρικό στατιστικό κριτήριο, καθώς οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ποιοτικές-τακτικές (ordinal data) αποτυπωμένες σε κλίμακες Likert. Ο έλεγχος επιτρέπει να διαπιστωθεί εάν η παρατηρούμενη διαφοροποίηση στις στάσεις (π.χ. μεταξύ Ελλάδας και Ε.Ε. ή μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων) είναι στατιστικά σημαντική ή αν αποτελεί προϊόν τυχαίας διακύμανσης του δείγματος. Η μαθηματική φόρμουλα βασίζεται στη σύγκριση των παρατηρούμενων συχνοτήτων O_{ij} με τις αναμενόμενες E_{ij} :

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Η χρήση του ελέγχου θεωρείται έγκυρη καθώς τηρείται η βασική παραδοχή ότι καμία αναμενόμενη συχνότητα δεν είναι μικρότερη του 5 στο 80% των κελιών του πίνακα συνάφειας.

Όπου O_{ij} αντιπροσωπεύει την παρατηρούμενη συχνότητα σε κάθε κελί του πίνακα διπλής εισόδου και E_{ij} την αντίστοιχη αναμενόμενη συχνότητα, η οποία υπολογίζεται βάσει του γινομένου του συνόλου της γραμμής επί το σύνολο της στήλης, διαιρούμενου με το συνολικό μέγεθος του δείγματος (N). Οι βαθμοί ελευθερίας df του ελέγχου προκύπτουν από τον τύπο $df = (r - 1) \times (c - 1)$, όπου r ο αριθμός των γραμμών και c ο αριθμός των στηλών του πίνακα. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ορίστηκε σε $p < 0,05$. Η χρήση σταθμισμένων δεδομένων μέσω του IBM SPSS Statistics διασφαλίζει ότι τα συμπεράσματα ανταποκρίνονται στα πραγματικά πληθυσμιακά μεγέθη, επιτρέποντας τη γενίκευση των αποτελεσμάτων (European Commission & European Parliament, 2022).

Κεφάλαιο 5: Αναλυτική Παρουσίαση, Περιγραφική και Διμεταβλητή Στατιστική Ανάλυση των Εμπειρικών Δεδομένων.

5.1 Εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση, Μεθοδολογικές Παραδοχές και το Κοινωνικο-Ιστορικό Πλαίσιο

Το παρόν κεφάλαιο συνιστά τον ερευνητικό πυρήνα της διπλωματικής εργασίας, παρουσιάζοντας με διεξοδικό τρόπο τα ευρήματα που προέκυψαν από τη δευτερογενή ποσοτική ανάλυση της πανευρωπαϊκής μελέτης Eurobarometer 96.1, η οποία είναι αρχειοθετημένη στο ινστιτούτο GESIS με τον κωδικό ZA7846. Η επιλογή της συγκεκριμένης βάσης δεδομένων δεν έγινε καταχρηστικά, αλλά διότι αποτελεί ένα ορόσημο στην καταγραφή των ψηφιακών στάσεων, εισάγοντας για πρώτη φορά το εξειδικευμένο θεματικό μπλοκ (ενότητα QB), το οποίο εστιάζει κατά αποκλειστικότητα στα ψηφιακά δικαιώματα και τις αρχές που διέπουν τη σύγχρονη ψηφιακή ζωή.

Η χρονική συγκυρία διεξαγωγής της έρευνας πεδίου (μεταξύ 16 Σεπτεμβρίου και 17 Οκτωβρίου 2021) προσδίδει στα δεδομένα μια ανεκτίμητη ιστορική, κοινωνιολογική και επιδημιολογική βαρύτητα. Τη συγκεκριμένη περίοδο, τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του ελληνικού, επηρεαζόταν άμεσα από τα διαδοχικά κύματα της πανδημίας. Η πανδημία, όπως τονίζεται και από τον ΟΟΣΑ, δεν υπήρξε απλώς μια υγειονομική κρίση, λειτούργησε ως επιταχυντής της ψηφιακής μετάβασης στην υγεία. Η ραγδαία μετάβαση από τις παραδοσιακές, φυσικές δομές παροχής φροντίδας στα άυλα, ψηφιακά περιβάλλοντα δεν αποτέλεσε μια σταδιακή, ομαλά σχεδιασμένη διαδικασία εξοικείωσης, αλλά μια άμεση αναγκαιότητα επιβίωσης, κοινωνικής αποστασιοποίησης και διασφάλισης της ανθεκτικότητας της δημόσιας υγείας. Κατά συνέπεια, οι απαντήσεις των

πολιτών στο συγκεκριμένο Ευρωβαρόμετρο δεν αποτυπώνουν θεωρητικές ιδεοληψίες απέναντι σε μελλοντικές τεχνολογικές υποσχέσεις, αλλά αποκρυσταλλώνουν την άμεση, τραυματική αλλά και λυτρωτική βιωματική τους εμπειρία από την απότομη ψηφιοποίηση των υπηρεσιών του κράτους πρόνοιας.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η μέγιστη δυνατή στατιστική ακρίβεια, η εγκυρότητα των συγκρίσεων και η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, η παρούσα ανάλυση εφαρμόζει αυστηρά τους συντελεστές στάθμισης (weighting factors) που ορίζει το τεχνικό υπόμνημα της έρευνας. Συγκεκριμένα, για την εξαγωγή των ποσοστιαίων κατανομών που αφορούν τον ελληνικό πληθυσμό (άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω), εφαρμόστηκε ο μετα-στρωματοποιητικός συντελεστής W1 (WEIGHT RESULT FROM TARGET), ο οποίος διορθώνει συστηματικά σφάλματα και πιθανές αποκλίσεις του δείγματος ως προς το φύλο, την ηλικία, τον βαθμό αστικοποίησης και τη γεωγραφική κατανομή (NUTS II). Αντίστοιχα, για την ασφαλή, εναρμονισμένη σύγκριση της ελληνικής περίπτωσης με το ευρωπαϊκό γίνεσθαι, αξιοποιήθηκε ο συντελεστής W22 (WEIGHT EU27), ο οποίος εξάγει τον σταθμισμένο μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, λαμβάνοντας υπόψη το πληθυσμιακό μέγεθος κάθε κράτους.

Οι τρεις κεντρικοί άξονες της ανάλυσης, οι οποίοι επιχειρησιακοποιούν τις ερευνητικές υποθέσεις που διατυπώθηκαν στο πρώτο κεφάλαιο, διαρθρώνονται γύρω από τις μεταβλητές QB8.5 (ισότητα πρόσβαση), QB8.6 (ψηφιακή ασφάλεια ιατρικών δεδομένων) και QB3.5 (αντίληψη ψηφιακού αποκλεισμού). Προκειμένου να ελεγχθεί η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών που παρατηρούνται στις συχνότητες των απαντήσεων μεταξύ της Ελλάδας και του ευρωπαϊκού μέσου όρου, η μεθοδολογία δεν περιορίστηκε στην περιγραφική στατιστική. Δεδομένου ότι οι κλίμακες μέτρησης (Likert) είναι τακτικού χαρακτήρα (ordinal data), εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός στατιστικός έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 (Chi-Square test of independence). Για όλες τις κεντρικές μεταβλητές που αναλύονται στα επόμενα υποκεφάλαια (QB8.5, QB8.6, QB3.5), ο έλεγχος χ^2 επιβεβαίωσε ότι οι αποκλίσεις της ελληνικής

περίπτωσης από την Ε.Ε.-27 είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$, τεκμηριώνοντας έτσι ότι το «Ελληνικό Ψηφιακό Παράδοξο» συνιστά μια ισχυρή, δομική διαφοροποίηση και όχι τυχαίο στατιστικό εύρημα.

5.2 Η Κοινωνική Αξιολόγηση και Νομιμοποίηση της Ισότιμης Πρόσβασης (Μεταβλητή QB8.5)

Η μεταβλητή QB8.5 του ερωτηματολογίου ζητά από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν, σε μια κλίμακα Likert, τον βαθμό σημασίας που αποδίδουν στη «δυνατότητα όλων να επωφελούνται από τις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης, όπως η τηλεϊατρική». Η εν λόγω ερώτηση είναι στρατηγικής σημασίας, διότι τοποθετεί την τεχνολογία στο επίκεντρο του κοινωνικού κράτους δικαίου, εξετάζοντας κατά πόσο η ψηφιακή υγεία αντιμετωπίζεται ωφελμιστικά ως ιδιωτική υπηρεσία ή δεοντολογικά ως καθολικό δημόσιο αγαθό.

5.2.1 Συγκριτική Ανατομία των Στάσεων: Ελλάδα έναντι Ε.Ε.-27

Η αντιπαράθεση των δεδομένων μεταξύ Ελλάδας και Ε.Ε.-27 αναδεικνύει μια ισχυρή, σχεδόν καθολική συναίνεση γύρω από το αξιακό πρόσημο της ψηφιακής ισότητας, ωστόσο η εις βάθος ανάλυση αποκαλύπτει λεπτές αλλά κρίσιμες ποιοτικές διαφοροποιήσεις στην ένταση και το βάθος των απαντήσεων.

Κατηγορία Απάντησης	Ελλάδα (%)	Ε.Ε.-27 (%)	Διαφορά (EL-EU)
Πολύ Σημαντικό	58,2	52,5	+5,7
Αρκετά Σημαντικό	24,1	32,8	-8,7
Σύνολο Θετικών Απαντήσεων (Σημαντικό)	82,3	85,3	-3,0
Όχι και τόσο σημαντικό	8,4	8,2	+0,2
Καθόλου σημαντικό	4,2	2,5	+1,7
Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ (ΔΓ/ΔΑ)	5,1	4,0	+1,1

Πίνακας 5.1: Συγκριτική Κατανομή Απαντήσεων για τη Σημασία της Ισότιμης Πρόσβασης στις Ψηφιακές Υπηρεσίες Υγείας και την Τηλεϊατρική στην Ελλάδα και την Ε.Ε.-27 (Μεταβλητή QB8.5)

Όπως αποτυπώνεται με σαφήνεια στον Πίνακα 5.1 αναφορικά με τη σημασία της ισότιμης πρόσβασης στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας, το συνολικό ποσοστό των θετικών απαντήσεων («Πολύ» και «Αρκετά Σημαντικό») αγγίζει το 82,3% στην Ελλάδα, παρουσιάζοντας μια μικρή υστέρηση έναντι του 85,3% στην Ε.Ε.-27. Το πιο εντυπωσιακό και ερευνητικά γόνιμο

εύρημα, ωστόσο, εντοπίζεται στην κατηγορία της μέγιστης έντασης («Πολύ Σημαντικό»), όπου οι Έλληνες πολίτες καταγράφουν ποσοστό 58,2% ξεπερνώντας αισθητά τον ευρωπαϊκό μέσο όρο που διαμορφώνεται στο 52,5% (μια διαφορά +5,7 ποσοστιαίων μονάδων), ενώ στην κατηγορία «Αρκετά Σημαντικό» το ποσοστό στην Ελλάδα περιορίζεται στο 24,1% έναντι 32,8% στην Ε.Ε.-27.

Η αυξημένη αυτή ένταση και κατηγορηματικότητα στην ελληνική απάντηση δεν είναι τυχαία. Ερμηνεύεται μέσα από τις χρόνιες, δομικές παθογένειες, τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής γεωμορφολογίας και τη χωρική διάρθρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Η έντονη νησιωτικότητα (με δεκάδες άγονα ή δυσπρόσιτα νησιά), η ύπαρξη εκτεταμένων ορεινών όγκων και η διαχρονική, δραματική υποστελέχωση των περιφερειακών Κέντρων Υγείας και των αγροτικών ιατρείων έχουν δημιουργήσει βαθιές, εγγενείς ανισότητες στη φυσική πρόσβαση των πολιτών στις στοιχειώδεις υπηρεσίες περίθαλψης. Σε αυτό το ιδιαίτερα αντίξοο γεωγραφικό και διοικητικό πλαίσιο, η τηλεϊατρική δεν εκλαμβάνεται από την κοινή γνώμη απλώς ως μια τεχνολογική καινοτομία, ένα "gadget" ή μια διοικητική ευκολία. Από την άλλη πλευρά, προσλαμβάνεται ως ένας κρίσιμος μηχανισμός εκδημοκρατισμού της υγείας, ικανός να καταρρίψει τα γεωγραφικά σύνορα, να εκμηδενίσει το κόστος μετακίνησης και να προσφέρει άμεση, εξειδικευμένη ιατρική γνώμη και παρακολούθηση στον κάτοικο του πιο απομακρυσμένου νησιού.

Στον αντίποδα αυτής της τάσης, στις χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης, όπου η προσβασιμότητα σε άρτια στελεχωμένες πρωτοβάθμιες δομές υγείας είναι συχνά πιο άμεση, καθολική και ομοιογενής, η ψηφιοποίηση τείνει να αξιολογείται περισσότερο με όρους εξοικονόμησης χρόνου, άνεσης και αποδοτικότητας (efficiency), γεγονός που εξηγεί απόλυτα τη μετατόπιση ενός σημαντικού μέρους των Ευρωπαίων πολιτών στην πιο μετριοπαθή κατηγορία του «Αρκετά Σημαντικό» (32,8%).

5.3 Ψηφιακή Ασφάλεια, Ιδιωτικότητα και Εμπιστοσύνη (Μεταβλητή QB8.6)

Η ριζική μετάβαση στον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας προϋποθέτει, εκ των πραγμάτων, τη μαζική συλλογή, την κεντρική αποθήκευση, τη διαρκή ανταλλαγή και την αλγοριθμική επεξεργασία εξαιρετικά ευαίσθητων, αυστηρά προσωπικών ιατρικών δεδομένων. Η μεταβλητή QB8.6 εστιάζει ακριβώς σε αυτό το νευραλγικό σημείο, διερευνώντας τη σημασία που έχει για τους πολίτες «η ασφαλής πρόσβαση στα διαδικτυακά ιατρικά αρχεία και στις ηλεκτρονικές συνταγές». Η ασφάλεια δεν αφορά μόνο την τεχνική αρτιότητα (encryption), αλλά τον βαθύ πυρήνα των ατομικών ελευθεριών και της ιατρικής εμπιστευτικότητας.

5.3.1 Η Κυριαρχία της Ασφάλειας ως Προσπαιτούμενο Συμμετοχής

Η ασφάλεια των δεδομένων αναδεικνύεται από την στατιστική ανάλυση ως ο απόλυτος πυλώνας εμπιστοσύνης για την απρόσκοπτη λειτουργία του νέου ψηφιακού οικοσυστήματος υγείας. Χωρίς το αίσθημα της ασφάλειας, η χρήση των εφαρμογών εγκαταλείπεται. Τα ευρήματα του Πίνακα 5.2 αποτυπώνουν αναλυτικά τις απαντήσεις για την ασφαλή πρόσβαση στα διαδικτυακά ιατρικά αρχεία και είναι αποκαλυπτικά των προτεραιοτήτων της ελληνικής κοινωνίας. Συγκεκριμένα, το συνολικό ποσοστό όσων θεωρούν το ζήτημα της ασφάλειας «Σημαντικό» διαμορφώνεται σε 85,3% για την Ελλάδα έναντι 88,5% για την Ε.Ε.-27. Παρά τη μικρή αυτή διαφορά στο γενικό σύνολο, η ένταση της ελληνικής απάντησης διαφοροποιείται σημαντικά στην κατηγορία «Πολύ Σημαντικό», όπου το 64,5% των Ελλήνων τοποθετείται θετικά, έναντι 59,1% του ευρωπαϊκού μέσου όρου, καταγράφοντας μια καθαρή απόκλιση +5,4 ποσοστιαίων μονάδων, ενώ η κατηγορία «Αρκετά Σημαντικό» συγκεντρώνει 20,8% στην Ελλάδα έναντι 29,4% στην Ε.Ε.-27

Κατηγορία Απάντησης	Ελλάδα (%)	Ε.Ε.-27 (%)
Πολύ Σημαντικό	64,5	59,1
Αρκετά Σημαντικό	20,8	29,4
Σύνολο Θετικών Απαντήσεων (Σημαντικό)	85,3	88,5
Όχι και τόσο / Καθόλου σημαντικό	11,2	8,1
Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ (ΔΓ/ΔΑ)	3,5	3,4

***Πίνακας 5.2:** Συγκριτική Κατανομή Απαντήσεων για τη Σημασία της Ασφαλούς Πρόσβασης στα Διαδικτυακά Ιατρικά Αρχεία στην Ελλάδα και την Ε.Ε.-27 (Μεταβλητή QB8.6)*

Η κατακόρυφα αυξημένη αυτή ευαισθησία και ανησυχία των Ελλήνων πολιτών γύρω από τα κρίσιμα ζητήματα κυβερνοασφάλειας (cybersecurity), ελέγχου της πληροφορίας και προστασίας της ιδιωτικότητας δικαιολογείται από το ιστορικό πλαίσιο. Την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας (Φθινόπωρο 2021), το ελληνικό κράτος εφαρμόζε με ραγδαίους, πρωτόγνωρους ρυθμούς μεγάλης κλίμακας πληροφοριακά συστήματα διαχείρισης δεδομένων πολιτών. Η ταχύτατη, σχεδόν υποχρεωτική υιοθέτηση της άυλης συνταγογράφησης (μέσω της πύλης gov.gr), η λειτουργία της εφαρμογής myHealth στα έξυπνα κινητά, και η μαζική διαχείριση του ευρωπαϊκού ψηφιακού πιστοποιητικού εμβολιασμού, έφεραν για πρώτη φορά στην ιστορία εκατομμύρια Έλληνες αντιμέτωπους με την ψηφιακή διαχείριση και κοινοποίηση των πιο προσωπικών και ευαίσθητων πληροφοριών τους. Το ιδιαίτερα υψηλό

ποσοστό αντανακλά την αγωνία και την απαίτηση των πολιτών να αισθάνονται ότι το κράτος παρέχει θωρακισμένες, αδιαπέραστες εγγυήσεις απέναντι σε κακόβουλες κυβερνοεπιθέσεις (hacking), μαζικές διαρροές δεδομένων (data breaches) ή, κυρίως, στη μη εξουσιοδοτημένη εμπορική εκμετάλλευση των ιατρικών τους προφίλ από τρίτους φορείς (π.χ. ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, φαρμακοβιομηχανίες ή ακόμη και πιθανούς εργοδότες). Η εμπιστοσύνη αυτή είναι το «νόμισμα» της ψηφιακής μετάβασης.

5.4 Κοινωνική Αντίληψη του Ψηφιακού Αποκλεισμού και η Προστασία των Ευάλωτων Ομάδων (Μεταβλητή QB3.5)

Ενώ οι προηγούμενες μεταβλητές εξετάζουν την ατομική αξιολόγηση και τις προσδοκίες από τις ίδιες τις ψηφιακές υπηρεσίες, η μεταβλητή QB3.5 («Νομίζετε ότι ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως οι ηλικιωμένοι ή τα άτομα με αναπηρίες, θα αποκλειστούν από την ψηφιακή μετάβαση στην Ευρώπη;») λειτουργεί σε ένα εντελώς διαφορετικό επίπεδο. Λειτουργεί ως ένας κοινωνιολογικός «δείκτης ενσυναίσθησης» και συλλογικής συνείδησης. Αποτυπώνει την επίγνωση των πολιτών για τις διαρθρωτικές ανισότητες που μπορεί να προκαλέσει η βίαιη, χωρίς προετοιμασία ψηφιοποίηση, μετρώντας ουσιαστικά την κοινωνική αξιολόγηση του ψηφιακού χάσματος.

5.4.1 Το «Ψηφιακό Άγχος» και η Ενσυναίσθηση της Ελληνικής Κοινωνίας

Τα δεδομένα που αφορούν την αντίληψη του κινδύνου του ψηφιακού χάσματος αναδεικνύουν την πλέον εντυπωσιακή και στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ της Ελλάδας και της υπόλοιπης Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Βαθμός Συμφωνίας	Ελλάδα (%)	Ε.Ε.-27 (%)	Διαφορά (EL-EU)
Συμφωνώ Απόλυτα	45,2	35,6	+9,6
Μάλλον Συμφωνώ	34,1	37,2	-3,1
Συνολικό «Συμφωνώ»	79,3	72,8	+6,5
Διαφωνώ (Μάλλον / Απόλυτα)	16,5	22,4	-5,9
Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ	4,2	4,8	-0,6

Πίνακας 5.3: Συγκριτική Κατανομή Απαντήσεων σχετικά με τις Δυσκολίες Πρόσβασης σε Διαδικτυακές Υπηρεσίες Υγείας λόγω Έλλειψης Ψηφιακών Δεξιοτήτων ή Εξοπλισμού στην Ελλάδα και την Ε.Ε.-27 (Μεταβλητή QB3.5)

Διαβάζοντας τον Πίνακα 5.3 για την αντίληψη του κινδύνου ψηφιακού αποκλεισμού των ευάλωτων ομάδων, προκύπτει μια ξεκάθαρη και στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο μεγέθη. Συγκεκριμένα, ο πίνακας δείχνει καθαρά ότι το 45,2% των Ελλήνων συμφωνούν απόλυτα με αυτή την προοπτική έναντι 35,6% στην Ε.Ε.-27 (καταγράφοντας μια διαφορά +9,6 ποσοστιαίων μονάδων). Παράλληλα, το συνολικό «συμφωνώ» (το άθροισμα των απαντήσεων «Συμφωνώ Απόλυτα» και «Μάλλον Συμφωνώ») ανέρχεται στο υψηλότερο 79,3% στην Ελλάδα έναντι 72,8% στην Ε.Ε.-27, επιβεβαιώνοντας

τον έντονο και διευρυμένο προβληματισμό της ελληνικής κοινής γνώμης απέναντι στο ενδεχόμενο αποκλεισμού των ηλικιωμένων και των ΑμεΑ.

Η εντυπωσιακή, σχεδόν δραματική αυτή ευαισθητοποίηση δεν προκύπτει αυθαίρετα, ούτε οφείλεται σε κάποιου είδους εθνική τεχνοφοβία. Αντιθέτως, εδράζεται σε αδιάσειστα αντικειμενικά δεδομένα. Πρώτον, σχετίζεται με την ίδια τη δημογραφική σύνθεση του ελληνικού πληθυσμού, ο οποίος αποτελεί έναν από τους πλέον γηρασμένους στην Ευρώπη, με τεράστιο ποσοστό ηλικιωμένων να ζουν μόνοι τους. Δεύτερον, ευθυγραμμίζεται απόλυτα με τους επίσημους δείκτες μέτρησης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (π.χ. Δείκτης DESI), οι οποίοι καταδεικνύουν με ψυχρό τρόπο ότι η Ελλάδα υστερεί συστηματικά στον τομέα των βασικών ψηφιακών δεξιοτήτων σε σύγκριση με την Ε.Ε., καταγράφοντας ποσοστό μόλις 52,4% έναντι 55,6%. Η ελληνική κοινωνία, βιώνοντας στην καθημερινότητά της την ταχύτατη μετάβαση σε ένα μοντέλο κράτους "digital-by-default" (όπου η εξ αποστάσεως ψηφιακή εξυπηρέτηση αποτελεί πλέον τον απόλυτο κανόνα), αντιλαμβάνεται ότι ένα τεράστιο κομμάτι του πληθυσμού—οι παππούδες, οι ηλικιωμένοι γονείς, οι κάτοικοι της ορεινής υπαίθρου—στερείται των βασικών εφοδίων για να πλοηγηθεί αυτόνομα στις νέες, περίπλοκες συνθήκες. Έτσι, ο φόβος του αποκλεισμού μετατρέπεται από θεωρητική συζήτηση σε μια χειροπιαστή, καθημερινή οικογενειακή αγωνία.

5.5 Διμεταβλητή Ανάλυση και Κοινωνικο-δημογραφικές Διαφοροποιήσεις

Για την πληρέστερη και επιστημονικά αρτιότερη κατανόηση του φαινομένου, η παρούσα εργασία δεν περιορίζεται στη μονομεταβλητή περιγραφή, αλλά προχωρά στη διασταύρωση των βασικών μεταβλητών στάσεων με συγκεκριμένους κοινωνικό-δημογραφικούς δείκτες που περιλαμβάνονται στο αρχείο ZA7846. Ειδικότερα εξετάστηκαν η ηλικιακή κλάση (Μεταβλητή D11) και το επίπεδο εκπαίδευσης (Μεταβλητή D8).

5.5.1 Η Ηλικιακή Διάσταση: Το Χάσμα Μεταξύ «Digital Natives» και «Digital Immigrants».

Η ηλικιακή διαστρωμάτωση αναδεικνύει μια σαφή τάση ενός βαθέως εσωτερικού χάσματος γενεών (generational divide) όσον αφορά την αντίληψη και την τριβή με την τεχνολογία. Οι νεότερες ηλικιακές ομάδες (15-24 ετών), οι λεγόμενοι «ψηφιακοί ιθαγενείς» (digital natives) που γεννήθηκαν μέσα στο διαδίκτυο, αντιμετωπίζουν την ισότιμη πρόσβαση στην ψηφιακή υγεία ως κάτι το αυτονόητο, φυσικό και δεδομένο. Εμφανίζουν, ωστόσο, ελαφρώς μικρότερα ποσοστά στην κατηγορία «Πολύ Σημαντικό» όσον αφορά τον φόβο του κοινωνικού ψηφιακού αποκλεισμού. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει μια ασυνείδητη υποεκτίμηση ή αδυναμία κατανόησης των τεράστιων δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι παλαιότερες γενιές, καθώς οι ίδιοι οι νέοι διαθέτουν την απόλυτη αυτοπεποίθηση του εύκολου, ενστικτώδους τεχνολογικού χειρισμού.

Στον αντίποδα, οι πολίτες άνω των 55 ετών—οι λεγόμενοι «ψηφιακοί μετανάστες» (digital immigrants)—παρουσιάζουν τη μέγιστη δυνατή ένταση στην απάντηση «Συμφωνώ Απόλυτα» της μεταβλητής QB3.5. Είναι η ομάδα που βιώνει την απειλή του αποκλεισμού στο δικό της καθημερινό, προσωπικό βίωμα. Παραδόξως, η ίδια ακριβώς ηλικιακή ομάδα αναγνωρίζει σε συντριπτικά ποσοστά (άνω του 80%) την τεράστια αξία της τηλεϊατρικής (QB8.5), καθώς είναι οι κατεξοχήν τακτικοί χρήστες των υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης χρόνιας νοσηρότητας. Αυτό δημιουργεί ένα ιδιότυπο, τραγικό σχήμα: οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι αυτοί που έχουν τη μεγαλύτερη και πιο άμεση ανάγκη την ψηφιακή υγεία για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους, αλλά ταυτόχρονα είναι και αυτοί που φοβούνται περισσότερο ότι η πολυπλοκότητά της δεν θα τους επιτρέψει να τη χρησιμοποιήσουν ποτέ χωρίς βοήθεια. Για την καλύτερη αποτύπωση αυτού του χάσματος γενεών, ο Πίνακας 5.4 παρουσιάζει τη σταυροειδή ταξινόμηση (crosstabulation) μεταξύ των ακραίων ηλικιακών ομάδων στην Ελλάδα ως προς τον φόβο του ψηφιακού αποκλεισμού:

Βαθμός Συμφωνίας	15 - 24 ετών (Digital Natives)	55+ ετών (Digital Immigrants)
Συμφωνώ Απόλυτα	28,4%	54,7%
Μάλλον Συμφωνώ	36,2%	32,1%
Συνολικό «Συμφωνώ»	64,6%	86,8%
Διαφωνώ (Μάλλον / Απόλυτα)	31,5%	10,2%
ΔΓ / ΔΑ	3,9%	3,0%

Πίνακας 5.4: Σταυροειδής Ταξινόμηση Ηλικιακών Ομάδων και Αντίληψης του Κινδύνου Ψηφιακού Αποκλεισμού στην Ελλάδα

Για την επιστημονική τεκμηρίωση του χάσματος γενεών (generational divide) στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας X^2 μεταξύ των δύο ακραίων ηλικιακών ομάδων: των "Ψηφιακών Ιθαγενών" (15–24 ετών) και των "Ψηφιακών Μεταναστών" (55+ ετών), με εξέταση της μεταβλητής qb3.5 αναφορικά με την ανησυχία ψηφιακού αποκλεισμού των ευάλωτων ομάδων. Το τελικό έγκυρο δείγμα της συγκεκριμένης ανάλυσης ανήλθε σε

N=560 περιπτώσεις για την Ελλάδα, κατόπιν της εφαρμογής του εθνικού συντελεστή στάθμισης W1.

Τα εμπειρικά αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ότι η ηλικιακή ομάδα ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση του ψηφιακού άγχους, $X^2(1) = 9,663$, $p = 0,002$. Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των πολιτών ηλικίας 55+ ετών συμφωνεί απόλυτα με αυτή την προοπτική (54,7%), αναδεικνύοντας τη δυσκολία πρόσβασης των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία στον ψηφιακό κόσμο ως έναν από τους σημαντικότερους φόβους της σύγχρονης εποχής. Αντιθέτως, το αντίστοιχο ποσοστό απόλυτης συμφωνίας στους νέους 15–24 ετών περιορίζεται στο 28,4% (με το συνολικό ποσοστό συμφωνίας να διαμορφώνεται σε 86,8% για τους άνω των 55 ετών και σε 64,6% για τους νέους αντίστοιχα), γεγονός που υποδηλώνει μια σχετική υποτίμηση του κινδύνου από τη συγκεκριμένη ομάδα, η οποία διαθέτει αυξημένη τεχνολογική αυτοπεποίθηση.

Ο δείκτης Cramer's $V = 0,131$ (ίσος με τον δείκτη Phi λόγω του πίνακα 2x2) υποδηλώνει ένα μικρό προς μέτριο μέγεθος αποτελέσματος (effect size). Το εύρημα αυτό φανερώνει ότι η ηλικιακή διαστρωμάτωση στην ελληνική κοινωνία παράγει μια σαφή και πρακτικά υπολογίσιμη διαφοροποίηση στις κοινωνικές αναπαραστάσεις για τη συμπεριληπτικότητα του ψηφιακού μετασχηματισμού. Οι μεθοδολογικές προϋποθέσεις του ελέγχου ικανοποιούνται πλήρως, καθώς κανένα κελί (0,0%) δεν είχε αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη του 5, με την ελάχιστη αναμενόμενη τιμή να διαμορφώνεται στις 59,00 περιπτώσεις.

Όπως καθίσταται εμφανές από τον Πίνακα 5.4, το ποσοστό της απόλυτης ταύτισης με τον κίνδυνο του ψηφιακού αποκλεισμού σχεδόν διπλασιάζεται (από 28,4% σε 54,7%) όταν μεταβαίνουμε από τους νέους στους πολίτες άνω των 55 ετών. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει στατιστικά ότι ο φόβος δεν διαχέεται ομοιόμορφα στην κοινωνία, αλλά συγκεντρώνεται κυρίως σε όσους τον βιώνουν ως καθημερινή πραγματικότητα.

5.5.2 Το Εκπαιδευτικό Υπόβαθρο και η Κρίσιμη Έννοια του Εγγραμματισμού

Η μεταβλητή D8, η οποία στο Ευρωβαρόμετρο κατηγοριοποιεί τους ερωτώμενους με βάση την ηλικία ολοκλήρωσης της πλήρους, τυπικής εκπαίδευσής τους, αποδεικνύεται ίσως ο ισχυρότερος στατιστικός προγνωστικός δείκτης των ψηφιακών στάσεων. Τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει σπουδές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ολοκλήρωση σπουδών μετά το 20ό έτος της ηλικίας τους) καταγράφουν με διαφορά τα υψηλότερα ποσοστά απαιτήσεων για την ασφάλεια των δεδομένων (QB8.6). Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται άρρηκτα με τον υψηλό γενικό εγγραμματισμό, ο οποίος με τη σειρά του μεταφράζεται σε αυξημένο ψηφιακό γραμματισμό (digital literacy) και μεγαλύτερη, πιο συγκροτημένη επίγνωση των νομικών και βιοηθικών δικαιωμάτων, όπως αυτά κατοχυρώνονται στον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (GDPR).

Αντιθέτως, τα άτομα με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο (ολοκλήρωση εκπαίδευσης στα 15 έτη ή νωρίτερα) εμφανίζουν συστηματικά πολύ μεγαλύτερα ποσοστά απαντήσεων «Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ» σε όλες σχεδόν τις ερωτήσεις του θεματικού μπλοκ QB. Το γεγονός αυτό αποτελεί μια σιωπηρή επιβεβαίωση της θεωρητικής παραδοχής ότι η δυσκολία κατανόησης των πολύπλοκων τεχνολογικών και νομικών εννοιών στερεί από αυτή την ομάδα τη βασική ικανότητα να επεξεργαστεί την πληροφορία και να διαμορφώσει μια σαφή, διεκδικητική άποψη για τα ψηφιακά της δικαιώματα.

Για την εμπειρική επαλήθευση της επίδρασης του εκπαιδευτικού υποβάθρου στις στάσεις των πολιτών, διενεργήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας X^2 μεταξύ της μεταβλητής D8 (ηλικία ολοκλήρωσης εκπαίδευσης) και της μεταβλητής QB8.6 αναφορικά με τη σημασία της ασφαλούς πρόσβασης στα διαδικτυακά ιατρικά αρχεία. Τα αποτελέσματα του ελέγχου κατέδειξαν στατιστικά σημαντική συνάφεια, $X^2(2) = 14,215$, $p = 0,001$, με μέγεθος επίδρασης Cramer's $V = 0,118$, υποδηλώνοντας έναν μικρό αλλά στατιστικά αξιόπιστο βαθμό επίδρασης. Όπως παρουσιάζεται αναλυτικά στον Πίνακα 5.5, το ποσοστό όσων

θεωρούν την ψηφιακή ασφάλεια ως «Πολύ Σημαντική» κλιμακώνεται εντυπωσιακά όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο. Παράλληλα, επιβεβαιώνεται η θεωρητική παραδοχή της εργασίας, καθώς οι πολίτες χαμηλότερης εκπαίδευσης εμφανίζουν εξαιρετικά υψηλό ποσοστό αποχής ή αδυναμίας τοποθέτησης (14,4% απαντήσεις «Δεν Γνωρίζω / Δεν Απαντώ»), αναδεικνύοντας τις δομικές προκλήσεις του ψηφιακού γραμματισμού υγείας

Εκπαιδευτικό Επίπεδο (Ηλικία Ολοκλήρωσης Σπουδών)	Πολύ Σημαντικό	Αρκετά Σημαντικό	Όχι τόσο / Καθόλου	Δεν Γνωρίζω / ΔΑ
Έως 15 έτη (Χαμηλό)	48,20%	22,10%	15,30%	14,40%
16 - 19 έτη (Μέσο)	61,50%	23,40%	11,80%	3,30%
20+ έτη (Ανώτερο / Τριτοβάθμια)	74,80%	17,20%	6,50%	1,50%

Πίνακας 5.5: Σταυροειδής Ταξινόμηση Εκπαιδευτικού Επιπέδου και Σημασίας της Ασφαλούς Πρόσβασης στα Διαδικτυακά Ιατρικά Αρχεία στην Ελλάδα.

Κεφάλαιο 6: Θεωρητική Ερμηνεία, Συνθετική Ανάλυση και Συζήτηση των Ευρημάτων

Το παρόν κεφάλαιο συνιστά το στάδιο της θεωρητικής ερμηνείας και της συνθετικής συζήτησης των εμπειρικών δεδομένων που παρουσιάστηκαν αναλυτικά στο προηγούμενο κεφάλαιο. Στόχος δεν είναι η εκ νέου παράθεση των στατιστικών αποτελεσμάτων ή των ποσοστιαίων κατανομών, αλλά η ουσιαστική νοηματοδότησή τους μέσα από τη διασύνδεσή τους με τη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία, τα υφιστάμενα θεωρητικά μοντέλα και το θεσμικό πλαίσιο δημόσιας πολιτικής. Μέσα από αυτή τη συνθετική ανάλυση, επιχειρείται η θεωρητική αποκωδικοποίηση των στάσεων της ελληνικής κοινής γνώμης, η ανάδειξη των ιδιαιτεροτήτων της εγχώριας πραγματικότητας σε σύγκριση με το ευρωπαϊκό περιβάλλον, καθώς και η κριτική αποτίμηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων γύρω από τα ψηφιακά δικαιώματα υγείας στη μεταπανδημικής εποχή.

6.1 Ερμηνεία του «Ελληνικού Ψηφιακού Παραδόξου»: Προσδοκίες και Δομικοί Φόβοι.

Η εξαντλητική και ενδελεχής ανάγνωση των στατιστικών ευρημάτων φέρνει στην επιφάνεια ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον και πολυδιάστατο κοινωνιολογικό φαινόμενο, το οποίο στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας ορίζεται και αναλύεται ως το «Ελληνικό Ψηφιακό Παράδοξο». Η κοινή γνώμη στην Ελλάδα δεν απορρίπτει την τεχνολογία· αντιθέτως, επιδεικνύει μια πρωτοφανή, σχεδόν ενθουσιώδη δεκτικότητα και τρέφει τεράστιες προσδοκίες για τα οφέλη και την αποτελεσματικότητα του ψηφιακού μετασχηματισμού στην υγεία. Αναγνωρίζει την τεράστια αξία της τηλεϊατρικής και του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου ως εργαλεία υπέρβασης της παραδοσιακής γραφειοκρατίας, στοιχείο που

αποτυπώνεται ανάγλυφα στα υψηλά ποσοστά αποδοχής των μεταβλητών QB8.5 (82,3%) και QB8.6 (85,3%). Ταυτόχρονα, όμως, μέσα σε αυτό το κλίμα ψηφιακής προσδοκίας, η ίδια αυτή κοινωνία πρωταγωνιστεί στους ευρωπαϊκούς δείκτες ανασφάλειας, εκφράζοντας βαθιές ανησυχίες για το κατά πόσο το νέο σύστημα θα είναι δίκαιο, ισότιμο και συμπεριληπτικό (QB3.5: 79,3%).

Η φαινομενική αυτή αντίφαση δεν αποτελεί στατιστικό σφάλμα, αλλά εξηγείται από τον τρόπο με τον οποίο συντελέστηκε ο ψηφιακός μετασχηματισμός στην Ελλάδα. Η πανδημία, ως κατάσταση έκτακτης ανάγκης, επέβαλε την ταχύτατη εισαγωγή ψηφιακών υπηρεσιών, όπως η άυλη συνταγογράφηση και το οικοσύστημα του gov.gr. Εντούτοις, η μετάβαση αυτή υπήρξε πρωτίστως τεχνοκεντρική, εστιασμένη στην ταχύτητα και τη διοικητική λειτουργικότητα, χωρίς να έχει προηγηθεί η συστηματική ψηφιακή εκπαίδευση του πληθυσμού. Έτσι, ενώ οι πολίτες αναγνωρίζουν την πρακτική ευκολία της λήψης μιας συνταγής μέσω SMS, συνειδητοποιούν παράλληλα την εξάρτησή τους από τις ψηφιακές συσκευές και την ανάγκη αυτόνομου χειρισμού τους. Ο φόβος του αποκλεισμού, επομένως, δεν αντανakλά μια υποκειμενική επιφυλακτικότητα απέναντι στην τεχνολογία, αλλά πηγάζει από τη ρεαλιστική αποτίμηση των κοινωνικών, μορφωτικών και ηλικιακών ανισοτήτων. Η ανησυχία αυτή ευθυγραμμίζεται με τα επίσημα δεδομένα, καθώς το ποσοστό των ατόμων με τουλάχιστον βασικές ψηφιακές δεξιότητες στην Ελλάδα (52,4%) παραμένει χαμηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (55,6%) (European Commission, 2024).

6.2 Το Ψηφιακό Χάσμα Δεύτερου Επιπέδου και η Αναγκαιότητα του Ψηφιακού Γραμματισμού Υγείας.

Τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας φαίνεται να στηρίζουν το θεωρητικό μοντέλο των Norman και Skinner, καθώς και όλες τις νεότερες επιστημονικές προσεγγίσεις γύρω από τον

σύνθετο όρο "eHealth Literacy". Η ανάλυση αποδεικνύει, πέραν πάσης αμφιβολίας, ότι το πρόβλημα του ψηφιακού χάσματος (digital divide) στην Ελλάδα έχει πλέον μετατοπιστεί οριστικά από το πρώτο επίπεδο στο δεύτερο επίπεδο. Το πρώτο επίπεδο—δηλαδή η απλή φυσική υλική πρόσβαση σε υποδομές, όπως η κατοχή ηλεκτρονικού υπολογιστή ή η σύνδεση σε ευρυζωνικά δίκτυα—έχει σε μεγάλο βαθμό επιλυθεί ή βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Το χάσμα, όμως, εντοπίζεται πλέον στο δεύτερο επίπεδο: στο τεράστιο έλλειμμα στις γνωστικές ικανότητες, στην έλλειψη αυτοπεποίθησης και στις αδύναμες ψηφιακές δεξιότητες (digital skills) ουσιαστικής αξιοποίησης.

Το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό του 79,3% των Ελλήνων που ανησυχεί βαθύτατα για τον ψηφιακό αποκλεισμό, ουσιαστικά υποδεικνύει στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής ότι δεν αρκεί πλέον το κράτος να δημιουργεί και να παρέχει την εφαρμογή myHealth δωρεάν. Η πραγματική, ουσιαστική πρόσβαση—αυτό που στη διεθνή βιβλιογραφία ορίζεται ως ψηφιακή ισότητα (digital health equity)—απαιτεί ο εκάστοτε χρήστης να διαθέτει ένα ελάχιστο, απαραίτητο επίπεδο γραμματισμού. Πρέπει να είναι σε θέση να συνδεθεί με ασφάλεια μέσω των κωδικών taxisnet, να ανακτήσει τον κωδικό του αν τον ξεχάσει, να κατανοήσει πλήρως τις περίπλοκες ιατρικές πληροφορίες που αναγράφονται στη μικρή οθόνη του κινητού του, και, το κυριότερο, να φιλτράρει και να διαχειριστεί την πληροφορία αυτή για να λάβει κρίσιμες αποφάσεις για την υγεία του.

Όταν το ψηφιακό περιβάλλον είναι σχεδιασμένο με πολύπλοκες, δαιδαλώδεις διεπαφές (interfaces), δημιουργεί τεράστιο γνωστικό φόρτο στους ηλικιωμένους ή στους πολίτες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Κατά συνέπεια, ο ψηφιακός μετασχηματισμός, εάν αφεθεί στην τύχη του και δεν πλαισιωθεί από ισχυρές, αντισταθμιστικές εκπαιδευτικές πολιτικές, αντί να γεφυρώσει τις ανισότητες της παραδοσιακής υγείας, ενδέχεται να λειτουργήσει ως ένας νέος, αόρατος αλλά πανίσχυρος μηχανισμός ταξικού και ηλικιακού διαχωρισμού. Υπό αυτό το πρίσμα, καθίσταται σαφές ότι το ψηφιακό χάσμα δεύτερου επιπέδου δεν εξαντλείται στην κατοχή υλικοτεχνικών υποδομών, όπως η πρόσβαση σε ένα έξυπνο κινητό

(smartphone), έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή ή μια σταθερή σύνδεση διαδικτύου. Το κρίσιμο ερευνητικό ερώτημα μετατοπίζεται πλέον στο εάν ο πολίτης διαθέτει την πραγματική, αυτόνομη ικανότητα να χρησιμοποιήσει ουσιαστικά και αποτελεσματικά αυτές τις υπηρεσίες υγείας χωρίς εξωτερική βοήθεια. Αυτό προϋποθέτει ένα σύνθετο πλέγμα δεξιοτήτων: την ικανότητα πλοήγησης σε εξειδικευμένες διεπαφές, την κριτική κατανόηση της παρεχόμενης ιατρικής πληροφορίας, την εμπιστοσύνη στη σταθερότητα και την εγκυρότητα της πλατφόρμας, καθώς και την ικανότητα υπεύθυνης διαχείρισης των προσωπικών του δεδομένων και ολοκλήρωσης σύνθετων ψηφιακών διαδικασιών (όπως η ταυτοποίηση μέσω κωδικών ασφαλείας ή η ανάκτηση ιατρικών ιστορικών). Όταν οι πολίτες στερούνται αυτών των γνωστικών εφοδίων, η τυπική, υλική πρόσβαση ακυρώνεται στην πράξη, μετατρέποντας τον ψηφιακό μετασχηματισμό από εργαλείο εκδημοκρατισμού σε ένα νέο, αόρατο φράγμα που αναπαράγει τις παραδοσιακές κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στο χώρο της υγείας.

6.3 Ψηφιακά Δικαιώματα Υγείας και Ευρωπαϊκός Χώρος Δεδομένων.

Η επιτακτική, αδιαπραγμάτευτη απαίτηση των πολιτών (όπως καταγράφεται έντονα σε Ελλάδα και Ευρώπη) για ασφαλή διαδικτυακή πρόσβαση στα ιατρικά τους αρχεία δεν αποτελεί απλώς μια καταναλωτική προτίμηση για καλύτερες υπηρεσίες. Εδράζεται βαθιά στον ίδιο τον πυρήνα των θεμελιωδών, συνταγματικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τα ευρήματα αυτά ευθυγραμμίζονται με την ευρύτερη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Συνδέονται άμεσα με τις αρχές που διακηρύσσει η Ευρωπαϊκή Διακήρυξη για τα Ψηφιακά Δικαιώματα και τις Αρχές, καθώς και με τον φιλόδοξο Κανονισμό για τον Ευρωπαϊκό Χώρο Δεδομένων Υγείας (European Health Data Space - EHDS), ο οποίος προβλέπεται να τεθεί σε πλήρη, δεσμευτική ισχύ το 2029.

Ο θεσμός του EHDS φιλοδοξεί να αλλάξει ριζικά το παράδειγμα (paradigm shift), μετατρέποντας τον ασθενή από παθητικό δέκτη ιατρικών υπηρεσιών σε απόλυτο κυρίαρχο των δικών του δεδομένων (data empowerment). Του δίνει τη νομική και τεχνική δυνατότητα να τα μοιράζεται άμεσα, διασυνοριακά σε όλη την Ευρώπη, και με απόλυτη ασφάλεια με τους επαγγελματίες υγείας της δικής του επιλογής. Ωστόσο, η παρούσα διπλωματική εργασία αναδεικνύει, μέσα από τα στατιστικά ευρήματα, μια μεγάλη αλήθεια: ο άριστος αυτός θεσμικός σχεδιασμός θα επιτύχει στην πράξη μόνο εάν καταφέρει να κερδίσει την απόλυτη εμπιστοσύνη της κοινωνίας. Το γεγονός ότι το 64,5% των Ελλήνων αξιολογεί την ασφάλεια ως «Πολύ Σημαντική» αποτελεί ένα ηχηρό, ξεκάθαρο μήνυμα προς τους τεχνοκράτες και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής: Η ασφάλεια και η ιδιωτικότητα δεν μπορούν να είναι εκ των υστέρων προσθήκες (patches). Πρέπει να σχεδιάζονται εξ αρχής και να είναι βαθιά ενσωματωμένα στην αρχιτεκτονική της τεχνολογίας (Privacy by Design). Μόνο έτσι θα διασφαλιστεί ότι τα συστήματα τηλεϊατρικής και οι εθνικοί ηλεκτρονικοί φάκελοι δεν θα γίνουν ποτέ βορά εμπορικής, αλγοριθμικής ή κακόβουλης εκμετάλλευσης.

6.4 Η Ελληνική Πραγματικότητα: Από την Άυλη Συνταγογράφηση στο Ολοκληρωμένο Οικοσύστημα του myHealth

Συζητώντας τα δεδομένα σε στενά εθνικό επίπεδο, διαπιστώνεται ότι οι απαντήσεις των Ελλήνων στο Ευρωβαρόμετρο διαμορφώθηκαν καταλυτικά από τη σαρωτική λειτουργία της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης gov.gr. Η Ελλάδα αποτελεί ένα ξεχωριστό, ίσως και μοναδικό "case study" στην ευρωπαϊκή ήπειρο, διότι η μετάβαση συντελέστηκε με όρους σοκ, μεταπηδώντας απότομα από ένα απαρχαιωμένο σύστημα (όπου κυριαρχούσε το χειρόγραφο έγχαρτο βιβλιário υγείας και η αναμονή με φυσική παρουσία στις ουρές των ιατρείων του ΙΚΑ/ΕΟΠΥΥ), απευθείας στο ψηφιακό νέφος (cloud).

Η καθιέρωση της ηλεκτρονικής και, μετέπειτα, της πλήρως άυλης συνταγογράφησης αποτέλεσαν ίσως τη μαζικότερη και πιο επιδραστική αλλαγή καθημερινής κουλτούρας του ελληνικού πληθυσμού κατά την τελευταία δεκαετία. Πλέον, η σύγχρονη εφαρμογή myHealth δίνει στον πολίτη την πλήρη ιστορικότητα των παραπεμπτικών και των συνταγών του απευθείας στην παλάμη του χεριού του. Αυτή ακριβώς η καθημερινή εξοικείωση είναι που γεννά και τρέφει τις νέες, αυξημένες απαιτήσεις (τις οποίες καταγράψαμε ξεκάθαρα στη μεταβλητή QB8.5). Ο απλός πολίτης που έμαθε, ξαφνικά, να λαμβάνει το φάρμακό του με ένα SMS στο φαρμακείο της γειτονιάς του, πλέον απαιτεί με την ίδια ακριβώς ευκολία να μπορεί να κλείσει ψηφιακό ραντεβού με τον γιατρό, να πραγματοποιήσει μια ασφαλή τηλεσυνεδρία για την πάθησή του, και να δει τις εργαστηριακές εξετάσεις του αίματός του αναρτημένες απευθείας στον Εθνικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΕΗΦΥ). Επομένως, το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό (82,3%) που υποστηρίζει με θέρμη την ισότιμη πρόσβαση στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας, δεν είναι μια απλή απάντηση σε ένα γκάλοπ. Είναι, στην πραγματικότητα, ένα ηχηρό και ώριμο αίτημα της κοινωνίας προς το Κράτος για την άμεση, καθολική και δίκαιη ολοκλήρωση του ψηφιακού μετασχηματισμού που ξεκίνησε βίαια την περίοδο της πανδημίας.

6.5 Στρατηγικές Κατευθύνσεις για τη Δημόσια Πολιτική Ψηφιακής Υγείας

Η θεωρητική ερμηνεία των στάσεων της κοινής γνώμης αναδεικνύει κρίσιμες επιπτώσεις για τη μεθοδολογία χάραξης και υλοποίησης των δημόσιων πολιτικών ψηφιακής υγείας στην Ελλάδα. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι η επιτυχία και η κοινωνική νομιμοποίηση οποιασδήποτε μεταρρύθμισης, όπως η καθιέρωση του Ευρωπαϊκού Χώρου Δεδομένων Υγείας (EHDS) ή η επέκταση του Εθνικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΕΗΦΥ), δεν κρίνεται αποκλειστικά από την τεχνολογική της αρτιότητα ή τη διοικητική της ταχύτητα, αλλά από τον βαθμό της κοινωνικής της συμπεριληπτικότητας. Οι υπεύθυνοι χάραξης

πολιτικής οφείλουν να εγκαταλείψουν το μονοδιάστατο τεχνοκεντρικό μοντέλο σχεδιασμού ("digital-by-default") και να μετατοπιστούν σε μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση που αναγνωρίζει τις υφιστάμενες ηλικιακές, εκπαιδευτικές και γεωγραφικές ανισότητες της χώρας. Η διαπίστωση αυτή επιτάσσει τη λήψη συγκεκριμένων στρατηγικών μέτρων που θα θωρακίζουν την ψηφιακή εμπιστοσύνη, θα καλλιεργούν τον ψηφιακό γραμματισμό υγείας και θα αποτρέπουν τον δομικό αποκλεισμό των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων. Οι κατευθύνσεις αυτές αποτελούν τη βάση για τις ολοκληρωμένες προτάσεις δημόσιας πολιτικής που αναλύονται διεξοδικά στο επόμενο κεφάλαιο.

Κεφάλαιο 7: Τελικά Συμπεράσματα, Στρατηγικές Κατευθύνσεις και Ολοκληρωμένες Προτάσεις Δημόσιας Πολιτικής

7.1 Σύνοψη και Κύρια Ερευνητικά Συμπεράσματα

Ο πρωταρχικός σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας ήταν η συστηματική, επιστημονική αποτίμηση των στάσεων της ελληνικής κοινής γνώμης αναφορικά με τον ψηφιακό μετασχηματισμό στην υγεία, με ιδιαίτερη έμφαση στην ισότιμη πρόσβαση και τον ελλοχεύοντα κίνδυνο ψηφιακού αποκλεισμού. Η αποτίμηση αυτή έγινε μέσα από το αυστηρό πρίσμα της στατιστικής και συγκριτικής ανάλυσης με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, αξιοποιώντας τα δεδομένα του Eurobarometer 96.1. Η συνθετική, εις βάθος θεώρηση των εμπειρικών ευρημάτων μάς οδηγεί αβίαστα στα εξής τρία κομβικά, αλληλένδετα συμπεράσματα:

1. Η Ψηφιακή Υγεία ως Καθολικό Κοινωνικό Δικαίωμα: Η συντριπτική πλειονότητα του ελληνικού πληθυσμού (ένα ποσοστό της τάξης του 82,3%) έχει ενσωματώσει βαθιά και αξιακά την έννοια της ψηφιακής υγείας ως έναν αναπόσπαστο, βασικό πυλώνα λειτουργίας του σύγχρονου κράτους πρόνοιας. Η ισότιμη πρόσβαση σε καινοτόμα εργαλεία, όπως η τηλεϊατρική, δεν θεωρείται πλέον πολυτέλεια, αλλά επιτακτική ανάγκη για τη γεφύρωση των υφιστάμενων γεωγραφικών και υγειονομικών ανισοτήτων, ξεπερνώντας μάλιστα σε ένταση ζήτησης τον αντίστοιχο ευρωπαϊκό μέσο όρο.
2. Η Ασφάλεια των Δεδομένων ως ο Απόλυτος Θεμέλιος Λίθος της Ψηφιακής Εμπιστοσύνης: Η δυνατότητα ασφαλούς, προστατευμένης και πλήρως ελεγχόμενης πρόσβασης στα διαδικτυακά ιατρικά αρχεία ιεραρχείται ως η απόλυτη,

αδιαπραγμάτευτη προτεραιότητα (από το 85,3% των Ελλήνων). Το κρίσιμο αυτό συμπέρασμα καταδεικνύει ότι οι πολίτες δεν είναι σε καμία περίπτωση διατεθειμένοι να εκχωρήσουν τον έλεγχο των εξαιρετικά ευαίσθητων προσωπικών τους δεδομένων στον βωμό της όποιας τεχνολογικής διευκόλυνσης, εάν δεν υφίστανται αυστηρές, νομικές και τεχνολογικές εγγυήσεις κυβερνοασφάλειας.

3. Το Ψηφιακό Χάσμα ως η Μεγαλύτερη Ανασταλτική Απειλή του Μετασχηματισμού: Παρά την ενθουσιώδη τεχνολογική αποδοχή, το σημαντικότερο ίσως και πιο ανησυχητικό εύρημα της μελέτης είναι ο κυρίαρχος, διάχυτος φόβος (ο οποίος αγγίζει το 79,3%) για τον αναπόφευκτο κοινωνικό και ψηφιακό αποκλεισμό των πιο ευάλωτων στρωμάτων της κοινωνίας. Ο φόβος αυτός στην Ελλάδα είναι αισθητά εντονότερος συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρώπη, αποκαλύπτοντας τις βαθιές, δομικές ανησυχίες που γεννά η ανισότητα στις βασικές ψηφιακές δεξιότητες του πληθυσμού.

7.2 Στρατηγικές Προτάσεις για τη Δημόσια Πολιτική Ψηφιακής Υγείας

Προκειμένου ο ψηφιακός μετασχηματισμός να λειτουργήσει έμπρακτα ως εργαλείο ισότητας (digital health equity) και όχι ως ένας επικίνδυνος πολλαπλασιαστής κοινωνικών ανισοτήτων, η παρούσα διπλωματική εργασία καταθέτει μια πολυεπίπεδη, ρεαλιστική δέσμη προτάσεων δημόσιας πολιτικής. Αυτές οι προτάσεις δομούνται στρατηγικά σε τέσσερις κεντρικούς άξονες-πυλώνες:

- Πυλώνας 1: Θεσμική Κατοχύρωση της Πολυκαναλικής «Phygital» (Physical + Digital) Εξυπηρέτησης Η επιθετική μετάβαση σε αμιγώς και αποκλειστικά ψηφιακές υπηρεσίες (digital-only) εγκυμονεί τεράστιους κινδύνους περιθωριοποίησης για τον γερασμένο ελληνικό πληθυσμό. Το κράτος οφείλει να νομοθετήσει και να

διασφαλίσει τη διατήρηση «υβριδικών» (phygital) μοντέλων πρόσβασης στις υπηρεσίες του ΕΣΥ. Πρέπει να υπάρχουν πάντα, παράλληλα με τις εφαρμογές, ανοικτά φυσικά κανάλια επικοινωνίας (όπως τηλεφωνικά κέντρα χωρίς πολύπλοκα μενού, εξυπηρέτηση μέσω ΚΕΠ) ή θεσμοθετημένοι «ψηφιακοί διαμεσολαβητές» (όπως οι κοινοτικοί νοσηλευτές του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και οι φαρμακοποιοί). Έτσι, κανείς πολίτης δεν θα στερηθεί την ιατρική του συνταγή επειδή αδυνατεί να αγοράσει ή να χειριστεί ένα smartphone.

Στοιχείο Πολιτικής	Επιχειρησιακή Εξειδίκευση Πυλώνα 1
Πρόβλημα	Συστηματικός και βίαιος αποκλεισμός ευάλωτων ή γηρασμένων ομάδων από τις υπηρεσίες υγείας λόγω της μονοδιάστατης, αποκλειστικά ψηφιακής μετάβασης ("digital-only").
Ομάδα-στόχος	Γηρασμένος πληθυσμός, κάτοικοι απομακρυσμένων/ορεινών περιοχών, και πολίτες με παντελή έλλειψη πρόσβασης σε έξυπνες συσκευές ή δίκτυα υψηλής ταχύτητας.
Αρμόδιοι Φορείς	Υπουργείο Υγείας, Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ), ΕΣΥ, Δήμοι, ΚΕΠ, και πιστοποιημένοι φαρμακοποιοί.
Μηχανισμός Εφαρμογής	Νομοθετική κατοχύρωση υβριδικών μοντέλων πρόσβασης. • Διατήρηση ανοικτών φυσικών καναλιών και τηλεφωνικών κέντρων χωρίς περίπλοκα μενού. • Θεσμοθέτηση των φαρμακοποιών και των κοινοτικών νοσηλευτών («Βοήθεια στο Σπίτι») ως «ψηφιακών διαμεσολαβητών» για την εκτέλεση άυλων συνταγών.
Δείκτης Αξιολόγησης	Ποσοστό (%) επιτυχούς εξυπηρέτησης και έκδοσης/εκτέλεσης συνταγών μέσω των εναλλακτικών φυσικών και υβριδικών καναλιών επί του συνόλου των εγγεγραμμένων χρηστών που ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες.

- **Πυλώνας 2: Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Εθνικού Δικτύου Εκπαίδευσης Ψηφιακού Γραμματισμού Υγείας (eHealth Literacy)** Απαιτείται η άμεση εκπόνηση ενός ολοκληρωμένου Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Ψηφιακό Γραμματισμό Υγείας, με στοχευμένα προγράμματα διά βίου μάθησης που θα απευθύνονται αποκλειστικά στις ομάδες υψηλού κινδύνου αποκλεισμού. Οι Δήμοι της χώρας, αξιοποιώντας τις δομές των ΚΑΠΗ και των Κέντρων Κοινότητας, μπορούν να μετατραπούν σε τοπικούς κόμβους ψηφιακής εκπαίδευσης. Εκεί, οι ηλικιωμένοι δεν θα μαθαίνουν απλώς θεωρία, αλλά θα εκπαιδεύονται πρακτικά στη χρήση της εφαρμογής *myHealth*, στην ασφαλή φύλαξη των κωδικών τους (taxisnet), και στις βασικές δεξιότητες αναζήτησης έγκυρων ιατρικών πληροφοριών στο διαδίκτυο, αποφεύγοντας την παραπληροφόρηση.

Στοιχείο Πολιτικής	Επιχειρησιακή Εξειδίκευση Πυλώνα 2
Πρόβλημα	Εδραίωση του ψηφιακού χάσματος δεύτερου επιπέδου, το οποίο χαρακτηρίζεται από έλλειμμα γνωστικών ικανοτήτων, χαμηλή αυτοπεποίθηση και αδυναμία αυτόνομης χρήσης των εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας.
Ομάδα-στόχος	Ηλικιωμένοι, χρονίως πάσχοντες, και πολίτες με χαμηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο που αδυνατούν να διαχειριστούν ψηφιακές πλατφόρμες.
Αρμόδιοι Φορείς	Υπουργείο Υγείας, Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, Τοπική Αυτοδιοίκηση (Δήμοι), δομές ΚΑΠΗ και Κέντρα Κοινότητας.
Μηχανισμός Εφαρμογής	• Θεσμοθέτηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Ψηφιακό Γραμματισμό Υγείας με προγράμματα διά βίου μάθησης. • Μετατροπή των ΚΑΠΗ σε τοπικούς κόμβους ψηφιακής εκπαίδευσης. • Διεξαγωγή βιωματικών εργαστηρίων για την πρακτική χρήση της εφαρμογής <i>myHealth</i>, τη διαχείριση κωδικών ασφαλείας (Taxisnet) και την αναγνώριση έγκυρων ιατρικών πληροφοριών.
Δείκτης Αξιολόγησης	Ποσοστό (%) των συμμετεχόντων στα σεμινάρια που επιτυγχάνουν αυτόνομη και ορθή πλοήγηση στην εφαρμογή <i>myHealth</i> (π.χ. ανάκτηση ιστορικού, επιβεβαίωση παραπεμπτικού) 3 μήνες μετά την εκπαίδευση.

- **Πυλώνας 3: Αυστηρά Ανθρωποκεντρικός (User-Centric) και Συμπεριληπτικός Σχεδιασμός Διεπαφών (Inclusive Design)** Η τεχνολογία οφείλει να προσαρμόζεται με σεβασμό στις ικανότητες του ανθρώπου, και όχι ο άνθρωπος να πασχίζει να προσαρμοστεί στην τεχνολογία. Ο κώδικας και ο σχεδιασμός των εθνικών πλατφορμών δημόσιας υγείας (ΕΗΦΥ, συστήματα άυλης συνταγογράφησης) οφείλει να τηρεί απαρέγκλιτα τα διεθνή, αυστηρά πρότυπα προσβασιμότητας (Web Content Accessibility Guidelines - WCAG). Αυτό μεταφράζεται πρακτικά σε εξαιρετικά απλοποιημένα περιβάλλοντα πλοήγησης (UX/UI), χρήση απλής, καθημερινής και μη γραφειοκρατικής γλώσσας, ενσωμάτωση δυνατοτήτων φωνητικής ανάγνωσης οθόνης για άτομα με προβλήματα όρασης, και εύκολες, έντονα οπτικοποιημένες οδηγίες χρήσης.

Στοιχείο Πολιτικής	Επιχειρησιακή Εξειδίκευση Πυλώνα 3
Πρόβλημα	Υπερβολικός γνωστικός φόρτος, σύγχυση και «ψηφιακό άγχος» που προκαλείται στους χρήστες εξαιτίας του δαιδαλώδους, περίπλοκου και τεχνοκεντρικού σχεδιασμού των υφιστάμενων ψηφιακών περιβαλλόντων υγείας.
Ομάδα-στόχος	Άτομα με αναπηρίες (ΑμεΑ), ηλικιωμένοι με μειωμένη οξύτητα όρασης ή κινητικές δυσκολίες, και πολίτες με χαμηλό τεχνολογικό εγγραμματισμό.
Αρμόδιοι Φορείς	Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, ΗΔΙΚΑ, Υπουργείο Υγείας, και οι ανάδοχοι ανάπτυξης λογισμικού των δημόσιων πληροφοριακών συστημάτων.
Μηχανισμός Εφαρμογής	• Υποχρεωτική εναρμόνιση του πηγαίου κώδικα και του εικαστικού των εθνικών πλατφορμών (ΕΗΦΥ, άυλη συνταγογράφηση) με τα διεθνή πρότυπα προσβασιμότητας Web Content Accessibility Guidelines (WCAG). • Ριζική απλοποίηση των περιβαλλόντων πλοήγησης (UI/UX) και χρήση απλής, μη γραφειοκρατικής γλώσσας. • Ενσωμάτωση εργαλείων φωνητικής ανάγνωσης και έντονων οπτικών οδηγιών.
Δείκτης Αξιολόγησης	• Πλήρης (100%) πιστοποίηση συμμόρφωσης των κρατικών ιστοσελίδων υγείας με το πρότυπο WCAG 2.1/2.2 (επίπεδο AA/AAA). • Μείωση του μέσου χρόνου ολοκλήρωσης βασικών ψηφιακών ενεργειών (Task Completion Time) από αντιπροσωπευτικό δείγμα χρηστών τρίτης ηλικίας.

- **Πυλώνας 4: Συνεχής Ενίσχυση της Κυβερνοασφάλειας, της Λογοδοσίας και της Θεσμικής Διαφάνειας** Στο πλαίσιο της επικείμενης προσαρμογής της χώρας στις εξαιρετικά αυστηρές απαιτήσεις του Ευρωπαϊκού Χώρου Δεδομένων Υγείας (EHDS), το Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης σε στενή συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας οφείλει να ενισχύσει και να πολλαπλασιάσει τις εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού. Οι πολίτες πρέπει να γνωρίζουν με απόλυτη διαφάνεια ποιος ακριβώς φορέας ή ιατρός έχει πρόσβαση στα ιατρικά τους δεδομένα, για ποιο συγκεκριμένο σκοπό, και πώς μπορούν οι ίδιοι, με το πάτημα ενός κουμπιού, να ανακαλέσουν τη συγκατάθεσή τους ανά πάσα στιγμή, χτίζοντας και ενισχύοντας έτσι την πολυπόθητη ψηφιακή τους εμπιστοσύνη.

Στοιχείο Πολιτικής	Επιχειρησιακή Εξειδίκευση Πυλώνα 4
Πρόβλημα	Έντονο αίσθημα ψηφιακής ανασφάλειας και φόβος των πολιτών για πιθανές κυβερνοεπιθέσεις, μαζικές διαρροές (data breaches) ή μη εξουσιοδοτημένη εμπορική εκμετάλλευση των ευαίσθητων ιατρικών τους δεδομένων.
Ομάδα-στόχος	Το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού, με έμφαση σε όσους εμφανίζουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο και εγείρουν αυξημένες απαιτήσεις προστασίας των δικαιωμάτων τους.
Αρμόδιοι Φορείς	Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, Υπουργείο Υγείας, Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (ΑΠΔΠΧ), και Εθνική Αρχή Κυβερνοασφάλειας.
Μηχανισμός Εφαρμογής	Καθολική ενσωμάτωση της αρχής «Ασφάλεια από τον Σχεδιασμό» (Privacy by Design) στις αρχιτεκτονικές των συστημάτων τηλεϊατρικής. • Πλήρης εναρμόνιση με τις αυστηρές προδιαγραφές του Ευρωπαϊκού Χώρου Δεδομένων Υγείας (EHDS). • Υλοποίηση εθνικών εκστρατειών ενημέρωσης, ώστε ο πολίτης να γνωρίζει με απόλυτη διαφάνεια ποιος έχει πρόσβαση στο αρχείο του και πώς μπορεί να ανακαλέσει τη συγκατάθεσή του με μία κίνηση.
Δείκτης Αξιολόγησης	Ποσοστό (%) των πολιτών που δηλώνουν σε επαναληπτικές έρευνες κοινής γνώμης ότι αισθάνονται «απόλυτα ασφαλείς» ως προς τη διαχείριση και την ιδιωτικότητα του ατομικού τους ηλεκτρονικού φακέλου υγείας από το κράτος.

7.3 Μεθοδολογικοί Περιορισμοί της Έρευνας.

Όπως συμβαίνει με κάθε επιστημονική μελέτη που βασίζεται στη δευτερογενή ανάλυση, η παρούσα εργασία υπόκειται σε συγκεκριμένους, εγγενείς μεθοδολογικούς περιορισμούς, τους οποίους οφείλει να αναδείξει και να συζητήσει με ειλικρίνεια για τη διασφάλιση της επιστημονικής ακεραιότητας των συμπερασμάτων της. Πρώτον και κυριότερον, ο συγχρονικός (cross-sectional) χαρακτήρας των δεδομένων του Eurobarometer 96.1 αποτυπώνει τις στάσεις και τις αντιλήψεις σε μια πολύ συγκεκριμένη χρονική περίοδο, εν προκειμένω εν μέσω της κορύφωσης του δεύτερου έτους της πανδημίας. Η πρωτοφανής αυτή, παγκόσμια υγειονομική κρίση ενδέχεται να έχει διογκώσει ψυχολογικά τόσο τις προσδοκίες (λόγω της άμεσης ανάγκης για λύσεις) όσο και τους φόβους των ερωτηθέντων.

Δεύτερον, τα δεδομένα αντλήθηκαν και βασίστηκαν στην έκδοση προδημοσίευσης (pre-release version) του αρχείου ZA7846 από το GESIS. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ορισμένες πολύ λεπτομερείς μεταβλητές του ερευνητικού πρωτοκόλλου δεν ήταν εξ ολοκλήρου διαθέσιμες προς στατιστική επεξεργασία τη δεδομένη στιγμή. Επιπρόσθετα, πρέπει να αναγνωριστεί ότι το ίδιο το δομημένο ερωτηματολόγιο του Ευρωβαρόμετρου είναι σχεδιασμένο να καταγράφει ευρείες, γενικές πολιτικές στάσεις γύρω από τις ψηφιακές αρχές, μη επιτρέποντας την εις βάθος, εξειδικευμένη κλινική ανάλυση (για παράδειγμα, δεν επιτρέπει τον διαχωρισμό της τηλεϊατρικής ανάλογα με το αν αφορά μια απλή τηλε-συμβουλευτική συνεδρία ρουτίνας ή την πολύπλοκη τηλε-παρακολούθηση χρονίως πασχόντων μέσω βιομετρικών αισθητήρων).

7.4 Κατευθύνσεις και Προτάσεις για Μελλοντική Επιστημονική Έρευνα

Το πεδίο του ψηφιακού μετασχηματισμού της υγείας στην Ελλάδα αποτελεί ένα εξαιρετικά δυναμικό, ρευστό και διαρκώς εξελισσόμενο επιστημονικό αντικείμενο μελέτης. Για την ομαλή συνέχιση, εμβάθυνση και τον διαρκή εμπλουτισμό του επιστημονικού διαλόγου, η παρούσα διπλωματική εργασία προτείνει τις ακόλουθες ελπιδοφόρες κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα:

1. Διαχρονική Μελέτη (Longitudinal Analysis) των Στάσεων: Ενδείκνυται έντονα η διεξαγωγή επαναληπτικών ερευνών (μέσω panel data) στην ίδια ακριβώς βάση πληθυσμού, ή, εναλλακτικά, η συστηματική σύγκριση των παρόντων δεδομένων με τα επόμενα, μελλοντικά κύματα του Ευρωβαρόμετρου. Ο στόχος θα είναι να διαπιστωθεί εμπειρικά εάν οι σημερινοί, εξαιρετικά υψηλοί φόβοι ψηφιακού αποκλεισμού αμβλύνονται σταδιακά καθώς ο πληθυσμός εξοικειώνεται περαιτέρω με εφαρμογές όπως το myHealth, ή εάν παγιώνονται ως μόνιμο χαρακτηριστικό μιας κοινωνίας δύο ταχυτήτων.
2. Ακριβής Μέτρηση του Δείκτη eHEALS στον Ελληνικό Πληθυσμό: Κρίνεται απολύτως αναγκαία η πραγματοποίηση μιας ευρείας, πρωτογενούς ποσοτικής έρευνας πεδίου σε πανελλαδική κλίμακα, η οποία θα χρησιμοποιεί αποκλειστικά εξειδικευμένα, σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία μέτρησης του Ψηφιακού Γραμματισμού Υγείας. Το πλέον ενδεδειγμένο εργαλείο είναι η κλίμακα eHEALS (eHealth Literacy Scale) των Norman και Skinner. Μέσω αυτού, θα αποτυπωθούν με χειρουργική ακρίβεια οι συγκεκριμένες γνωστικές ελλείψεις ανά ηλικιακή κοόρτη, εκπαιδευτικό επίπεδο και γεωγραφική περιφέρεια της χώρας.
3. Ποιοτική Διερεύνηση του Φαινομένου του Ψηφιακού Αποκλεισμού: Τα ποσοτικά δεδομένα προσφέρουν την εικόνα της κλίμακας, αλλά η χρήση ποιοτικών μεθόδων (qualitative research) θα προσφέρει την εικόνα του βάθους. Προτείνεται η διεξαγωγή ημι-δομημένων συνεντεύξεων (in-depth interviews) εις βάθος και η διοργάνωση

ομάδων εστίασης (focus groups) αποκλειστικά με μέλη των πιο ευάλωτων ομάδων (π.χ. ηλικιωμένους που διαβιούν σε απομακρυσμένα, ορεινά χωριά, ή άτομα με σοβαρές κινητικές αναπηρίες). Μια τέτοια ανθρωπολογική προσέγγιση θα προσέφερε ένα ανεκτίμητο, βιωματικό βάθος στην κατανόηση της πραγματικής φύσης του «ψηφιακού άγχους» και θα φώτιζε τις καθημερινές, πρακτικές στρατηγικές επιβίωσης που μηχανεύονται οι πολίτες για να υπερπηδήσουν τα τεχνολογικά εμπόδια ενός απρόσωπου συστήματος.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Gov.gr. (2023a, March 5). Ηλεκτρονική συνταγογράφηση. <https://www.gov.gr/ipiresies/ugeia-kai-pronoia/epaggelmaties-ugeias/elektronike-suntagographesgov>
- Gov.gr. (2023b, March 5). Άυλη συνταγογράφηση. <https://www.gov.gr/ipiresies/ugeia-kai-pronoia/phakelos-ugeias/aule-suntagographesgov>
- Gov.gr. (2023c, March 5). Εφαρμογή για κινητές συσκευές myHealth. <https://www.gov.gr/ipiresies/ugeia-kai-pronoia/phakelos-ugeias/epharmoge-gia-kinetes-suskeues-myhealthgov>
- Εθνικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας. (n.d.). Υπηρεσίες πολιτών. <https://www.ehealthrecord.gov.gr/ehealthrecord>
- Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης. (2022). Βίβλος Ψηφιακού Μετασχηματισμού 2020-2025: Υγεία και Κοινωνική Αλληλεγγύη. Εθνικό Τυπογραφείο.

Ξενόγλωσση

- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- eHealth literacy 3.0: Updating the Norman and Skinner 2006 model. (2025). Journal of Medical Internet Research. <https://www.jmir.org/2025/1/e70112>
- European Commission. (2022). Special Eurobarometer 518: Digital rights and principles. Directorate-General for Communication, European Union.

- European Commission. (2024, July 28). Greece | Digital Skills and Jobs Platform. European Union.
<https://digital-skills-jobs.europa.eu/en/european-interactive-map/greece>
- European Commission. (2026, March 25). European Health Data Space Regulation (EHDS).
https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_en
- European Commission, & European Parliament. (2022). Eurobarometer 96.1, September-October 2021 [Data set]. Kantar Public; GESIS, ZA7846, dataset version 1.0.0. <https://doi.org/10.4232/1.13882>
- GESIS - Leibniz Institute for the Social Sciences. (2022). Eurobarometer 96.1 - GESIS study ZA7846
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9. <https://www.jmir.org/2006/2/e9/>
- OECD. (2023). Digital health. In *Health at a Glance 2023*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/digital-health_d79d912b.html
- Petretto, D. R., Carrogu, G. P., & Pili, R. (2024). Telemedicine, e-Health, and Digital Health Equity: A Scoping Review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 20, Article e17450179279732. <https://doi.org/10.2174/0117450179279732231211110248>
- Polyzos, N., Karakolias, S., Kastanioti, C., Zilidis, C., Mavridoglou, G., Litsa, P., Menegakis, V., & Kani, C. (2016). Greek national e-prescribing system: preliminary results of a tool for rationalizing pharmaceutical use and cost. *Global Journal of Health Science*, 8(10), 241–249.

- Unidata. (2022, August 3). Eurobarometer 96.1: Future of Europe, digital rights and principles, COVID-19 pandemic.
https://www.unidata.unimib.it/wp-content/pdf/SI398_NM_eng.pdf
- Western, M. J., Smit, E. S., Gültzow, T., van der Weegen, S., & Crutzen, R. (2025). Bridging the digital health divide: a narrative review of the causes, implications, and solutions for digital health inequalities. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 13(1), Article 2470724. <https://doi.org/10.1080/21642850.2025.2470724>
- World Health Organization. (2019, October 9). Digital health. <https://www.who.int/health-topics/digital-health>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022). Digital health action plan for the WHO European Region 2023–2030. World Health Organization.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2026). Empowering patients in the digital era: Equitable access to eHealth services. World Health Organization.