

Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας & Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Η περίπτωση των Τοπικών Μονάδων Υγείας

Ρόμπολας Περικλής¹, Μασούρας Πανίκος², Αυγουστή Σωτήρης²

1. RN, BSc, MSc, MEd, PhD(c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

2. BSc, MSc, PhD, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο χώρος της υγείας σήμερα επηρεαζόμενος από τις τεχνολογικές εξελίξεις βρίσκεται σε ένα δυναμικό στάδιο συνολικής μετάβασης από το χειρόγραφο φάκελο στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας. Στην Ελλάδα ειδικά για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αν και οι προσπάθειες υπήρξαν διαχρονικές και κατά περίπτωση αποσπασματικές, από το 2017 η εισαγωγή του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας στις νεοιδρυθείσες Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) υπήρξε μια τεχνολογική καινοτομία. Παρά τις ελλείψεις αναφορικά με την εξειδίκευση των χρηστών, τη διασύνδεση της πληροφορίας με νοσοκομειακές μονάδες, καθώς και προβλήματα συμβατότητας λογισμικού, οι δυνατότητες που παρέχει αποτελούν το πλαίσιο για συνεχή και ποιοτική φροντίδα υγείας που θα στοιχειοθετείται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, αλλά θα διαχέεται και σε άλλα επίπεδα φροντίδας. Και είναι ένα γεγονός που δύναται να αποτελέσει το επίκεντρο παρόντων και μελλοντικών πολιτικών ηλεκτρονικής υγείας με κινητήρια δύναμη τους επαγγελματίες υγείας ως χρήστες του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα, Το.Μ.Υ.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Περικλής Ρόμπολας, Γαργαλιάνων 22-24, 12131, Περιστέρι, E-mail: ps.rompolas@edu.cut.ac.cy

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 21, Issue 2 (April - June 2022)

SPECIAL ARTICLE

Electronic Health Record & Primary Health Care in Greece: The Case of Local Health Units

Rompolas Periklis¹, Masouras Panicos², Avgousti Sotiris²

1. RN, BSc, MSc, MEd, PhD(c), Department of Nursing, Cyprus University of Technology

2. BSc, MSc, PhD, Assistant Professor, Department of Nursing, Cyprus University of Technology

ABSTRACT

The field of health today, influenced by technological developments, is in a dynamic stage of total transition from the handwritten file to the Electronic Health File. In Greece, especially for Primary Health Care, although the efforts have been timeless and in some cases fragmentary, since 2017 the introduction of the Electronic Health File in the newly established Local Health Units (TOMY) has been a technological innovation. Despite the shortcomings regarding the specialization of users, the interconnection of information with hospital units, as well as software compatibility problems, the capabilities it provides are the framework for continuous and quality health care that will be evidenced at the primary level, but will be disseminated to other levels of care. And it is an event that can be the focus of current and future e-health policies driven by health professionals as users of the Electronic Health Record.

Keywords: Electronic Health Record, Primary Care, TOMY.

Corresponding Author: Periklis Rompolas, Gargalianon 22-24, 12131, Peristeri, E-mail: ps.rompolas@edu.cut.ac.cy

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Σήμερα η υγεία βρίσκεται σε ένα δυναμικό στάδιο μετάβασης από τον χειρόγραφο φάκελο στον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας. Η υιοθέτηση της πληροφορικής επιστήμης στα ελληνικά νοσοκομεία έγινε αρχικά στο οικονομικό τμήμα των νοσοκομείων με ελάχιστο εξειδικευμένο προσωπικό ως χρήστες, σε σχέση με το σήμερα όπου το προσωπικό των νοσοκομείων είναι πλέον ειδικευμένο στην χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή. Αλλά και τα νοσηλευτικά ιδρύματα ανέπτυξαν τα τοπικά δίκτυα, με σκοπό τη διασύνδεση, επικοινωνία και την ανταλλαγή πληροφορίας μεταξύ υπολογιστών που βρίσκονται σε διάφορα τμήματα του νοσοκομείου. Παράλληλα, δημιουργούνται και ενδυναμώνονται βάσεις δεδομένων που πολλαπλασιάζουν την αξία της παραγόμενης πληροφορίας κυρίως σε διοικητικό επίπεδο.¹ Έτσι αναπτύσσονται βάσεις δεδομένων και λογισμικά που έχουν ως επίκεντρο τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας, κερδίζοντας συνεχώς έδαφος στον χώρο της υγείας.²

Η Πληροφορική της Υγείας αποτελεί το επιστημονικό πεδίο που άπτεται της συγκέντρωσης, αποθήκευσης και ανάλυσης κλινικών δεδομένων ποικίλων μορφών, καθώς και την διακίνηση αυτών μεταξύ των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος αποτελεί σύλληψη του Dr William Hammond II το 1969 αποτελώντας το χώρο αποθήκευσης όλων των πληροφοριών ενός

ατόμου, στη διάρκεια της ζωής του, παρέχοντας μια ολιστική αντίληψη του ιστορικού του ατόμου εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας.³

Από την πλευρά της η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Προτυποποίησης ορίζει ως Ιατρικό Φάκελο τις αποθηκευμένες πληροφορίες που στοιχειοθετούν το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς αποτελώντας τον ακρογωνιαίο λίθο της διάγνωσης, της θεραπείας, της επιδημιολογίας των νόσων, της διαχείρισης διοικητικών πληροφοριών, των οικονομικών ζητημάτων, της στατιστικής επεξεργασίας αλλά και του ποιοτικού ελέγχου.⁴

Στην Ευρώπη επικρατεί κυρίως ο όρος Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Η.Φ.Υ.), ενώ τα τελευταία χρόνια συναντάται ο όρος Ιατρικός Φάκελος Πολίτη. Εφόσον ο όρος «ασθενής» αντικαταστάθηκε από τον όρο «πολίτης», ουσιαστικά στοιχειοθετείται η στόχευση των πολιτικών υγείας που υλοποιούνται εντός των σύγχρονων συστημάτων υγείας με γνώμονα την πρόληψη αλλά και την αναζήτηση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα ο όρος «ηλεκτρονικός» υπονοεί το αυτονόητο της ηλεκτρονικής μορφή του ιατρικού φακέλου. Τον τελευταίο όρο υιοθετεί και η Ελλάδα υποδηλώνοντας το σύγχρονο όραμα του παγκόσμιου ενεργού πολίτη που αναζητά και απολαμβάνει σύγχρονες και ποιοτικές παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.⁵

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Με τη διακήρυξη της Alma - Ata (1978) προσδιορίστηκε το πλαίσιο λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.). Το πλαίσιο αυτό υπακούει αφενός στη στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) «Υγεία για Όλους», αφετέρου στη σύγχρονη πραγματικότητα ως προς την εξάλειψη ανισοτήτων στην υγεία ως παραγωγικό πόρο και συνάμα παράγοντα σταθεροποίησης για τα σύγχρονα κράτη. Υπό αυτή την έννοια ο ρόλος και η συμμετοχή των τοπικών κοινοτήτων γίνεται ιδιαίτερα σημαντικός, ως προς την οργάνωση και υλοποίηση δράσεων για την κάλυψη αναγκών υγείας σε επίπεδο πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.⁶

Η διακήρυξη της Astana έρχεται να επιβεβαιώσει και να ενισχύσει τη διακήρυξη της Alma - Ata με κύριο παράγοντα τη βιωσιμότητα στην επίλυση υγειονομικών προβλημάτων. Κύριος στόχος τίθεται η εφαρμογή τολμηρών πολιτικών στην Π.Φ.Υ. με ένα κατάλληλο πλαίσιο ανάπτυξης της με παράλληλη ενδυνάμωση των κοινοτήτων μέσω ενίσχυσης του ατόμου.⁷

Η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα ακολούθησε διαχρονικά την πορεία ανάπτυξης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με βασικό στοιχείο πριν τη σύστασή του να αποτελεί η έλλειψη εθνικής στρατηγικής για την υγεία. Με το νόμο

2952/1953 έγινε η πρώτη απόπειρα ανάπτυξης ενός περιφερειακού αποκεντρωμένου συστήματος υγείας με πρόβλεψη για διαίρεση της ελληνικής επικράτειας σε Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.ΠΕ.) και τη θεσμοθέτηση αγροτικών ιατρείων⁸. Το 1980 η πρόταση για τη σύσταση της Π.Φ.Υ. και των αγροτικών Κέντρων Υγείας αποτυπώνεται σε νομοσχέδιο του Δοξιάδη, ενώ μέχρι το 1983 δεν αναφέρεται ο όρος σε κάποιον νόμο, παρότι παρέχονταν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στην χώρα μέσω αγροτικών ιατρείων, κέντρων υγείας και υγειονομικών σταθμών και περιορισμένες αναφορές.⁹

Με το νόμο 1397/1983 περί σύστασης του Ε.Σ.Υ. τίθεται νομοθετικά ο θεμέλιος λίθος παροχής οργανωμένων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. με πρόβλεψη χρήσης ποιοτικών και ποσοτικών πόρων, με την σαφή αναφορά του όρου και τη διάκριση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης σε νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή. Παράλληλα προβλέπεται ο θεσμός του «Οικογενειακού Γιατρού» ως δικαίωμα ελεύθερης επιλογής των πολιτών. Επιπρόσθετα τα Κέντρα Υγείας αναδεικνύονται ως εξωνοσοκομειακοί χώροι προαγωγής και άσκησης της Κοινωνικής Νοσηλευτικής, της Σχολικής Υγιεινής, του Οικογενειακού Προγραμματισμού και της παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Παράλληλα θεσπίζονται τα περιφερειακά ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας.¹⁰



Παρά ταύτα δεν υπήρξε σημαντική ανακατανομή και μετακύλιση πόρων για τη στήριξη δράσεων της Π.Φ.Υ., ενώ απουσίασε η αξιολόγηση των δομών της. Έτσι τα Κέντρα Υγείας δεν ανέπτυξαν συνεργασίες με τα νοσοκομεία, ενώ το ασφαλιστικό πλαίσιο ευνόησε την παραοικονομία και τη διόγκωση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας.

Με το νόμο 2071/1992 υπήρξε σαφής στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας με παροχή δικαιωμάτων ίδρυσης δομών προνοσοκομειακής φροντίδας από ιδιώτες. Επίσης ο ρόλος της Π.Φ.Υ. διευρύνεται καθότι παρέχεται στους πολίτες το δικαίωμα υλοποίησης προληπτικών εξετάσεων υγείας εκτός νοσοκομείου, τα Κέντρα Υγείας έχουν σημείο αναφοράς τις τότε νομαρχίες κι όχι τα νοσοκομεία, ενώ ο ιδιώτης ιατρός συμμετέχει πια στην Π.Φ.Υ.¹¹

Αργότερα με το νόμο 2519/1997 γίνεται αναφορά στην ανάπτυξη δικτύων Π.Φ.Υ. και την επιστημονική και λειτουργική διασύνδεσή τους με τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. Προβλέπεται η στελέχωσή τους με ομάδες επαγγελματιών υγείας, ενώ επανέρχεται η έννοια του οικογενειακού γιατρού. Παράλληλα η προαγωγή της υγείας τίθεται στο επίκεντρο.¹² Σταθμό για την Π.Φ.Υ. αποτελεί ο νόμος 3235/2004 με τον οποίο επιχειρήθηκε η ενίσχυση και οργάνωση της Π.Φ.Υ., με εξορθολογισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών

υγείας και με έμφαση στην αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών.¹³

Στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα ο νόμος 3918/2011 με την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) καθιερώνει το εξωνοσοκομειακό σύστημα Π.Φ.Υ., με την ενοποίηση των τεσσάρων μεγαλύτερων κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.¹⁴ Με τον νόμο 4238/2014 ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προβλέπεται να λειτουργεί κι ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα συστήνεται το ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Στα πλαίσια αυτού ενισχύεται καθοριστικά ο ρόλος του Οικογενειακού Γιατρού και της Ομάδας Υγείας με τη συμμετοχή Νοσηλευτών και Επισκεπτών Υγείας σε τοπικό επίπεδο για την ανάπτυξη διεπιστημονικής και διεπαγγελματικής συνεργασίας. Το Π.Ε.Δ.Υ. αποτελεί μια καθολική προσέγγιση της Π.Φ.Υ. λόγω της παρακολούθησης μακροχρόνιων νοσημάτων και την αναφορά σε υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας.¹⁵

Οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες είναι προφανές ότι υπήρξαν αποσπασματικές με έλλειψη συνέχειας και για το λόγο αυτό ενισχύθηκαν οι ανισότητες αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Το γεγονός αυτό αναγνωρίστηκε και σε σχετική έκθεση του Υπουργείου Υγείας.¹⁶

Φτάνοντας στο σήμερα ο νόμος 4486/2017 οδηγεί στην ισχυροποίηση του θεσμού του

Οικογενειακού Γιατρού, θεσμοθετεί την διεπιστημονική Ομάδα Υγείας και οδηγεί στη δημιουργία των Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.).¹⁷

ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΤΟΠΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) συστήνονται με το νόμο 4486/2017 ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας με απόφαση του Υπουργού Υγείας ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Π.Ε. και στελεχώνονται από μία Ομάδα Υγείας. Οι Το.Μ.Υ. λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και έχουν σκοπό: α) την προαγωγή και αγωγή της υγείας του πληθυσμού που καλύπτουν, β) την ανάπτυξη παρεμβάσεων και δράσεων προαγωγής της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και γενικά σε όλο το φάσμα της κοινότητας σε συνεργασία με φορείς και δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης, γ) την πρόληψη, εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα σε ομάδες ή άτομα του πληθυσμού σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, δ) τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους, ε) την αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και την κατά προτεραιότητα την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και την παραπομπή

τους, εφόσον αυτό απαιτείται, στα Κέντρα Υγείας ή στα Νοσοκομεία, στ) την προγραμματισμένη φροντίδα ενηλίκων και παιδιών, ζ) τη συνδιαχείριση με τον θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στη μονάδα και κατ' οίκον, θ) την κατ' οίκον φροντίδα υγείας - κατ' οίκον νοσηλεία και κατ' οίκον αιμοληψία σε μη δυνάμενους να μεταβούν στις οικείες τους μονάδες Π.Φ.Υ., η) τη συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες, ι) την αναγνώριση και ανίχνευση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας και αντίστοιχα την αναγνώριση και ανίχνευση περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων, ια) την εκπαίδευση και καθοδήγηση ατόμων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους, ιβ) τη συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης, επιδημιολογικών στοιχείων και δεικτών υγείας και φροντίδας του πληθυσμού ευθύνης, σύμφωνα με το Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό σε συνεργασία με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, που συντελείται με ευθύνη του οικείου Περιφερειακού Συντονιστή¹⁷.

Το τακτικό ωράριο του ιατρικού προσωπικού των Το.Μ.Υ. είναι επτάωρο και πενθήμερο από Δευτέρα έως και Παρασκευή σε δύο βάρδιες ως εξής: από τις 8:00 έως τις 15:00 και από τις 14:00 έως τις 21:00. Το τακτικό ωράριο του



λοιπού προσωπικού είναι οκτάωρο και πενήνήμερο από Δευτέρα έως και Παρασκευή σε δύο βάρδιες ως εξής: από τις 7:00 ως τις 15:00 και από τις 14:00 ως τις 22:00.

Υπεύθυνος για το συντονισμό της λειτουργίας και της δράσης της Ομάδας Υγείας, ορίζεται, με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.ΠΕ., μέλος από το ιατρικό προσωπικό της Ομάδας Υγείας.¹⁷

Ο Οικογενειακός Ιατρός παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στο άτομο με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Ο ανώτατος πληθυσμός ευθύνης (εγγεγραμμένος) για τους Οικογενειακούς Ιατρούς είναι: α) Ιατροί ειδικότητας Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας, με αρμοδιότητα Οικογενειακού Γιατρού, σε αναλογία ένας (1) Ιατρός ανά δύο χιλιάδες διακόσιους πενήντα (2.250) εγγεγραμμένους ενήλικες, β) Παιδίατροι, με αρμοδιότητα Οικογενειακού Ιατρού, σε αναλογία ένας (1) Παιδίατρος ανά χίλια πεντακόσια (1.500) παιδιά.¹⁷

Οι Το.ΜΥ στελεχώνονται από μια διεπιστημονική ομάδα έως και 12 μελών που αποτελείται από τέσσερις (4) Γενικούς Ιατρούς ή Παθολόγους, έναν (1) Παιδίατρο, δύο (2) Νοσηλευτές, δύο (2) Επισκέπτες Υγείας, ένα (1) Κοινωνικό Λειτουργό και δύο (2) Διοικητικούς Υπαλλήλους. Το διοικητικό προσωπικό της Ομάδας Υγείας έχει ως κύριο έργο τη διοικητική υποστήριξη της λειτουργίας της Ομάδας Υγείας, την

υποστήριξη των ληπτών υπηρεσιών υγείας κατά τη διαδικασία εγγραφής τους, τη διαχείριση των προγραμματισμένων επισκέψεων και την παρακολούθηση του χρόνου αναμονής.¹⁸

Οι δράσεις Δημόσιας Υγείας που υλοποιεί η Ομάδα Υγείας σε συνεργασία με τις αρμόδιες κατά περίπτωση αρχές αφορούν ενδεικτικώς: α) εμβολιασμούς, β) προληπτικό, προσυμπτωματικό έλεγχο, γ) προγεννητική φροντίδα, δ) προαγωγή της υγείας και συμβολή στη βελτίωση του τρόπου ζωής, ε) διαχείριση των χρόνιων ασθενών. Η Ομάδα Υγείας συμμετέχει στην εκπαίδευση σπουδαστών και φοιτητών, επιστημών και επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο της βασικής τους εκπαίδευσης, όπως αρμοδίως ορίζεται και στη δια βίου εκπαίδευση.¹⁸

Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) αποτελούν μέρος των ευρύτερων προσπάθειών της κυβέρνησης για τη δημιουργία ενός νέου σχεδιασμένου συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης με σύγχρονες, πρωτοποριακές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.¹⁹

Οι Το.Μ.Υ. είναι μέρος του έργου ΕΣΠΑ με τίτλο «Διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση για την αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του δημόσιου τομέα».

Στην πιλοτική φάση του φάση το πρόγραμμα προέβλεπε την κατασκευή και λειτουργία 239 Το.Μ.Υ. με στόχο την κάλυψη έως και 20-25%

του πληθυσμού στην Ελλάδα, ενώ μέχρι το έτος 2018 ήδη 101 Το.Μ.Υ ήταν σε λειτουργία.^{20,21}

Κύρια αποστολή των Το.Μ.Υ. είναι να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό ευθύνης τους με φιλοσοφία του βασίζεται σε διατομεακή ομαδική εργασία που συνεργάζεται με στοιχεία Τεχνολογιών Πληροφορίας και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) για την παρακολούθηση των αναγκών υγείας, την πρόληψη ασθενειών, τη διάγνωση και την ολοκληρωμένη φροντίδα. Επιπλέον, οι Το.Μ.Υ. έχουν σχεδιαστεί για να λειτουργούν ως μηχανισμός παραπομπής περιστατικών με γνώμονα την επίτευξη καλύτερης συνεργασίας μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα υγείας.²⁰

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα είναι μια χώρα με πολύ διαφορετική υποδομή υγειονομικής περίθαλψης σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες.²² Το 2001, εισήχθη η μεταρρύθμιση του Ε.Σ.Υ.²³ με στόχο τη βελτίωση της απόδοσης και του ελέγχου της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.²⁴ Μια από τις κύριες αλλαγές που εισήχθη ήταν η διαίρεση της χώρας σε αυτόνομες περιφέρειες υγειονομικής περίθαλψης, όπου καθεμία από τις περιφερειακές αρχές υγειονομικής περίθαλψης ήταν υπεύθυνη για την εφαρμογή

της περιφερειακής στρατηγικής υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, οι πολιτικές υγείας εκφράζονται από έναν φάσμα εκπροσώπων, όπως το Υπουργείο Υγείας και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, πανεπιστήμια και ιατρικές σχολές, αλλά και πολίτες²².

Πρέπει να επισημανθεί ότι στην Ελλάδα από τη δεκαετία του 1970 έχουν γίνει αρκετές ανεπιτυχείς προσπάθειες για την υιοθέτηση ενός Η.Φ.Υ., παρότι στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ. διακινούνται διαφορετικά ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία. Επίσης η ανάπτυξη του Η.Φ.Υ. εξακολουθεί να είναι ένα θεωρητικό σχέδιο με μεμονωμένες αποσπασματικές πρωτοβουλίες που αλληλοεπιδρούν με την έλλειψη χρήσης Τ.Π.Ε. και εξειδικευμένων χρηστών.²³

Η αυξημένη κινητικότητα των ασθενών, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι διάφορα είδη υγειονομικής περίθαλψης προσφέρονται συχνά από διαφορετικές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, έχουν οδηγήσει στην ανάγκη καθολικής ανάπτυξης του Η.Φ.Υ.²⁵ Στην Ελλάδα, υπάρχουν Γενικά και Ειδικά Νοσοκομεία, Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και πλήθος Κέντρων Υγείας, με συνολικά 36.621 κρεβάτια και περισσότερους από 140.000 υπαλλήλους²⁶, όπου υπάρχουν αρκετές αλληλοσυνδεόμενες εφαρμογές που μοιράζονται κοινές κωδικοποιήσεις σε περιφερειακό επίπεδο. Για την Ελλάδα, είναι επιτακτική ανάγκη να τεθούν τα θεμέλια για τη δημιουργία του Η.Φ.Υ. του πολίτη. Οι καλές



πρακτικές που καλείται να υιοθετήσει η Ελλάδα από τα άλλα κράτη, προκειμένου να υιοθετηθεί επιτυχώς ο Η.Φ.Υ., είναι τα ακόλουθα: άμεση οικονομική υποστήριξη, κίνητρα ποιότητας φροντίδας και Τ.Π.Ε. που θα χρησιμοποιηθούν για βασικά διοικητικά καθήκοντα.^{27,28}

Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι ακόμη και σήμερα οι Έλληνες και ακόμη και οι Έλληνες πολιτικοί χρησιμοποιούν τους όρους «Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος» και «Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας», γεγονός που μπορεί να ιχνηλατήσει την σχετική μάλλον στρεβλή εμπειρία σε πολιτικές, διαδικασίες και υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας.²⁸

Σε αυτό το πλαίσιο σύμφωνα με το αρ. 51 παρ. 4 του ν. 4238/2014 καθιερώθηκε ο Ατομικός Η.Φ.Υ. (Α.Η.Φ.Υ.) για όλους τους Έλληνες πολίτες. Ο Α.Η.Φ.Υ. περιέχει το συνοπτικό ιστορικό υγείας κάθε πολίτη, ως μέρος του ιατρικού φακέλου, καθώς και τις πληροφορίες της περίπτωσης ιγ' του άρθρου 3 του ν. 4213/2013. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και μετά από πρόταση του Εθνικού Συμβουλίου Διακυβέρνησης Ηλεκτρονικής Υγείας (Ε.Σ.Δ.Η.Υ.), καθιερώθηκε ενιαίο εθνικό υπόδειγμα - πρότυπο Α.Η.Φ.Υ. σχετικά με το περιεχόμενο, τον τρόπο κατάρτισης, την ταυτοποίηση του ατόμου και την πρόσβαση στις ιατρικές πληροφορίες του φακέλου, σύμφωνα με το ν. 2472/1997 και το ν. 3471/2006 όπως ισχύουν.¹⁷

Το περιεχόμενο του Α.Η.Φ.Υ. ως προς το συνοπτικό ιστορικό υγείας, είναι ενιαίο και υποχρεωτικό σε εθνικό επίπεδο. Ο Α.Η.Φ.Υ. καταρτίζεται από τον Οικογενειακό Ιατρό ή από το ιατρικό προσωπικό της Μονάδας Υγείας, στην οποία παρακολουθείται ο ασθενής. Οι Οικογενειακοί και οι άλλοι Ιατροί υποχρεούνται να τηρούν και να ενημερώνουν τους Η.Φ.Υ. των ασθενών, με όλες τις ιατρικές πληροφορίες που είναι αναγκαίες για την παρακολούθηση, τη θεραπεία και την αποκατάστασή τους.

Τα δεδομένα του Α.Η.Φ.Υ. αποτελούν ιδιοκτησία του πολίτη και τηρούνται ασφαλώς, υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Πρόσβαση στις πληροφορίες του Α.Η.Φ.Υ. του έχει ο πολίτης, ο εκάστοτε Οικογενειακός Ιατρός του, καθώς και ο θεράπων Επαγγελματίας Υγείας, κατά τη νοσηλεία ή επίσκεψη του πολίτη σε δημόσια ή ιδιωτική μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας.¹⁷

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΤΟΠΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στις Το.Μ.Υ., ο Η.Φ.Υ. επικεντρώνεται στη συνολική υγεία του ατόμου, ξεπερνώντας τα τυπικά κλινικά δεδομένα που συλλέγονται στον πάροχο υπηρεσιών υγείας και περικλείει μια ευρύτερη εικόνα για τη φροντίδα του πολίτη. Ειδικότερα περιέχει πληροφορίες όπως: Κλινικά δεδομένα, διαγνώσεις,

δεδομένα νοσηλειών ή χειρουργικών επεμβάσεων, αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, ιατρικές συστάσεις, στοιχεία φαρμάκων, ιατρικές ενέργειες, περίληψη ιατρικού ιστορικού, παράγοντες κινδύνου, σύνολα δεδομένων έκτακτης ανάγκης, στοιχεία ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, μητρώο ασθενών.

Το προσωπικό των Το.Μ.Υ. έχει πρόσβαση στις εφαρμογές του Η.Φ.Υ., στον ηλεκτρονικό προγραμματισμό επισκέψεων, στην εγγραφή, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, και στις παραπομπές σε άλλες σχετικές διαδικτυακές εφαρμογές. Γενικότερα, χειρίζεται το λογισμικό που είναι διαθέσιμο για τη σωστή λειτουργία των Το.Μ.Υ., για τη βέλτιστη εξυπηρέτηση χρηστών και για διασύνδεση με νοσοκομεία, ενώ χειρίζεται και συμπληρώνει τυποποιημένα ηλεκτρονικά αρχεία. Ο Η.Φ.Υ. χρησιμοποιεί τη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας ICD-10 και Συστήματα Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων (DRGs) που χρησιμοποιούνται επίσης από Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας. Ωστόσο, άλλοι ιδιωτικοί ή μικρότεροι δημόσιοι οργανισμοί δεν ενδιαφέρονται για τέτοιου είδους κωδικοποιήσεις και ψηφιακές ομάδες. Αυτό αποτελεί πρόκληση για το ίδιο το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.^{20,29}

Με το αρ. 21 του ν. 4486/2017 η παρ. 4 του άρθρου 51 του ν. 4238/2014, αντικαταστάθηκε με την καθιέρωση του

Α.Η.Φ.Υ. για όλους τους κατόχους Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.) και Αριθμός Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Α.Υ.Π.Α.).¹⁷

Ο Α.Η.Φ.Υ. καταρτίζεται από τον οικογενειακό ιατρό ή από τους επαγγελματίες υγείας της Το.Μ.Υ. Οι οικογενειακοί, οι άλλοι Ιατροί, οι Οδοντίατροι και οι άλλοι Επαγγελματίες Υγείας που είναι πιστοποιημένοι χρήστες του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υποχρεούνται να καταχωρούν στον Α.Η.Φ.Υ. όλες τις πληροφορίες που προκύπτουν από εξέταση ή επίσκεψη και είναι αναγκαίες για την παρακολούθηση, τη θεραπεία, τη νοσηλεία και την αποκατάσταση του ατόμου. Τα δεδομένα του Α.Η.Φ.Υ. αποτελούν ιδιοκτησία του ατόμου και τηρούνται ασφαλώς, υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Πρόσβαση στις πληροφορίες του Α.Η.Φ.Υ. του έχει ο κάτοχος Α.Μ.Κ.Α. ή Α.Υ.Π.Α, ο εκάστοτε Οικογενειακός Ιατρός του, καθώς και ο θεράπων ιατρός, Οδοντίατρος ή άλλος Επαγγελματίας Υγείας, κατά τη νοσηλεία ή επίσκεψη σε δημόσια ή ιδιωτική μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, ύστερα από συναίνεση του ατόμου.¹⁷

Ο φορέας λειτουργίας του συστήματος του Α.Η.Φ.Υ. είναι υπεύθυνος για την τήρηση, διακίνηση, επεξεργασία, αποθήκευση και φύλαξη των πληροφοριών με ασφάλεια, σύμφωνα με το ν. 2472/1997. Ο λήπτης

υπηρεσιών υγείας κατά την εγγραφή του σε Οικογενειακό Ιατρό με τη γνωστοποίηση σε αυτόν του Α.Μ.Κ.Α. ή του Α.Υ.Π.Α. του, ενημερώνεται από εκείνον ότι ο Ιατρός θα έχει πρόσβαση και θα μπορεί να επεξεργάζεται τα προσωπικά και ιατρικά δεδομένα του στο σύστημά του Α.Η.Φ.Υ. Έχει δικαίωμα να ανακαλεί τη συναίνεσή του οποτεδήποτε και να αποκλείει την οποιαδήποτε χρήση των προσωπικών και ιατρικών του δεδομένων. Για την πρόσβαση και επεξεργασία προσωπικών και ιατρικών δεδομένων του Α.Η.Φ.Υ. από άλλον Ιατρό, εκτός του Οικογενειακού, Οδοντίατρο ή άλλο Επαγγελματία Υγείας απαιτείται προηγούμενη συναίνεση του λήπτη υπηρεσιών υγείας. Ο λήπτης υπηρεσιών υγείας έχει δικαίωμα να απαγορεύσει την πρόσβαση σε συγκεκριμένα ή και σε όλα τα δεδομένα του. Στην περίπτωση που ο λήπτης υπηρεσιών υγείας είναι ανήλικος, οι ανωτέρω ενέργειες πραγματοποιούνται από γονέα ή πρόσωπο που έχει την επιμέλειά του. Στην περίπτωση που ο λήπτης υπηρεσιών υγείας τελεί υπό δικαστική συμπαράσταση οι ανωτέρω ενέργειες πραγματοποιούνται από τον δικαστικό του συμπαράστατη.¹⁷

Η καταχώριση και αποθήκευση δεδομένων, που προκύπτουν κατόπιν επίσκεψης σε Επαγγελματία Υγείας, χωρίς την πρόσβαση στα ιατρικά δεδομένα του Α.Η.Φ.Υ., δεν απαιτούν συναίνεση. Κατά την πρόσβαση και καταχώριση στοιχείων σε Α.Η.Φ.Υ. καταγράφονται τα δεδομένα του χρήστη που

εισέρχεται στο σύστημα. Δεν επιτρέπεται η πρόσβαση τρίτων, εκτός των υπό του νόμου προβλεπόμενων περιπτώσεων, σύμφωνα με τον Κ.Ι.Δ. και τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 7 του ν. 2472/1997. Επιτρέπεται στο φορέα λειτουργίας του ηλεκτρονικού συστήματος του Α.Η.Φ.Υ. να παρέχει ανωνυμοποιημένα στοιχεία στο Υπουργείο Υγείας με σκοπό τη διενέργεια επιδημιολογικών, στατιστικών, οικονομικών, διοικητικών και διαχειριστικών αναλύσεων για τη βελτίωση των δεικτών υγείας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα ιατρικά αρχεία που τηρούνται σε μη ηλεκτρονική μορφή εξακολουθούν να φυλάσσονται, σύμφωνα με την παράγραφο 4 το άρθρου 14 του Κ.Ι.Δ. Επίσης καταρτίστηκε και τηρείται μητρώο χρηστών ηλεκτρονικών εφαρμογών Π.Φ.Υ., υπό τη μορφή ηλεκτρονικής βάσης, όπου εγγράφονται με αύξοντα αριθμό μητρώου οι επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν τα απαραίτητα προσόντα. Στο μητρώο διακρίνονται τέσσερις κατηγορίες χρηστών ανάλογα με την ιδιότητά τους, ως εξής: α) Ιατροί, β) λοιποί Επαγγελματίες Υγείας, γ) άλλοι πάροχοι υπηρεσιών υγείας και δ) διοικητικοί χρήστες.¹⁷

Για τα νομικά πρόσωπα που έχουν ως μέλος, εταίρο ή υπάλληλό τους χρήστη τηρείται ξεχωριστό μητρώο. Η μερίδα κάθε νομικού προσώπου ενημερώνεται ταυτόχρονα για κάθε μεταβολή που αφορά το φυσικό

πρόσωπο - χρήστη. Ο αριθμός μητρώου χρήστη εφαρμογών υγείας αναγράφεται υποχρεωτικά στα έγγραφα που δημιουργούνται από εφαρμογές υγείας. Κάθε χρήστης υποχρεούται να δηλώσει την επαγγελματική του έδρα και το νομικό πρόσωπο του οποίου είναι μέλος ή εταίρος ή υπάλληλος ή με το οποίο συνεργάζεται με οποιονδήποτε τρόπο. Σε περίπτωση μεταβολής των αρχικά δηλωθέντων στοιχείων φυσικού ή νομικού προσώπου, εγγεγραμμένου στο Μητρώο, αυτό υποχρεούται να δηλώσει τη μεταβολή στο φορέα διαχείρισης και λειτουργίας και την εποπτεύουσα διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας, εντός δέκα ημερών και να καταθέσει τα αντίστοιχα απαιτούμενα έγγραφα. Η τήρηση, ο έλεγχος και η διαχείριση του Μητρώου υπάγεται στην αρμοδιότητα της Γενικής Διεύθυνσης Ανθρώπινων Πόρων και Διοικητικής Υποστήριξης του Υπουργείου Υγείας και του φορέα διαχείρισης και λειτουργίας.

Ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) κάνει την εμφάνισή του, μαζί με την έναρξη λειτουργίας των πρώτων Το.Μ.Υ. και φαίνεται να αποτελεί τη ραχοκοκαλιά του Εθνικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας. Η παρουσία του εθνικού αυτού συστήματος έγινε τις προηγούμενες ημέρες σε όλες τις Υ.Π.Ε. της χώρας, παρουσία του προσωπικού που έχει προσληφθεί για τη λειτουργία των Το.Μ.Υ. Το σύστημα περιλαμβάνει και

υποστηρίζει όλη τη δομή της λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως αυτή διαμορφώθηκε με τη μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ. που έλαβε χώρα το πρώτο εξάμηνο του 2017 (δημιουργία Τομέων Π.Φ.Υ. και Το.Μ.Υ.). Η δομή ξεκινά από τον επαγγελματία υγείας και καταλήγει στους εποπτεύοντες φορείς.³⁰

Ως μοναδικός προσδιοριστής χρήστη χρησιμοποιείται ο Α.Μ.Κ.Α και η σύνδεση κάθε διαφορετικού χρήστη γίνεται με προσωπικούς κωδικούς. Ο ηλεκτρονικός φάκελος θα συνοδεύει τον πολίτη στη διαδρομή του στην Π.Φ.Υ. και περιέχει δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία, αναλυτικό ιστορικό υγείας, στοιχεία φαρμακευτικής αγωγής, εξετάσεις στις οποίες έχει υποβληθεί και τα αποτελέσματα αυτών, αλλά και τα εμβόλια στα οποία έχει υποβληθεί (κυρίως στην περίπτωση των παιδιών). Ότι δηλαδή απαιτείται προκειμένου ένας γιατρός να έχει άμεση και πλήρη εικόνα για τα θέματα υγείας που αντιμετωπίζει ο ασθενής, αλλά και για να αποφεύγονται «διπλές» εξετάσεις. Στο άμεσο μέλλον, ο ίδιος ο πολίτης θα έχει διαδικτυακή πρόσβαση στον φάκελό του με τη χρήση μοναδικού κωδικού. Οι ηλεκτρονικές καταχωρίσεις γίνονται από τον οικογενειακό γιατρό είτε των Το.Μ.Υ. είτε μελλοντικά από τον ιδιώτη – συμβεβλημένο οικογενειακό γιατρό. Εκτός από τον οικογενειακό γιατρό και φυσικά τον ίδιο τον πολίτη, πρόσβαση στον ηλεκτρονικό φάκελο θα μπορεί να έχουν και άλλοι γιατροί της Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας με τη χρήση των κωδικών που λαμβάνουν κατά την πιστοποίησή τους στο σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης. Προϋπόθεση για την πρόσβαση στον Η.Φ.Υ. άλλου πλην του Οικογενειακού Ιατρού είναι να δώσει ηλεκτρονικά τη συγκατάθεσή του ο πολίτης.³⁰ Ο Α.Η.Φ.Υ. αναπτύσσεται ως επέκταση του έργου της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης της ΗΔΙΚΑ (έργο με κάλυψη 98% σε εθνικό επίπεδο) και Ηλεκτρονικό Σύστημα Ραντεβού (καθημερινά κλείνονται 27.000 ηλεκτρονικά ραντεβού) και διασυνδέεται με μία σειρά άλλες εθνικής εμβέλειας εφαρμογές.³¹

Η Datamed έχει υλοποιήσει, για λογαριασμό της ΗΔΙΚΑ, στα πλαίσια του έργου της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, το Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Ραντεβού – eRDV, το οποίο παρέχει τη δυνατότητα προγραμματισμού ραντεβού σε όλες πλέον τις δομές Π.Φ.Υ. Πέραν της εφαρμογής των ηλεκτρονικών ραντεβού, η ομάδα της Datamed, μέσω της ίδιας συνεργασίας της συμμετείχε ουσιαστικά στην ανάπτυξη των εθνικών ηλεκτρονικών υπηρεσιών, για λογαριασμό της ΗΔΙΚΑ, όπως το Συνοπτικό Ιστορικό Υγείας, τον Εθνικό Α.Η.Φ.Υ. και τη Συγκατάθεση Ασθενή, εφαρμογές εθνικής εμβέλειας.^{30,31}

Μέσω της εφαρμογής ΗΔΙΚΑ³⁰ αποκτάται πρόσβαση στον Α.Η.Φ.Υ., ο οποίος εμπλουτίζεται από διάφορες πηγές, όπως: δεδομένα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης,

νοσηλείες σε μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης, επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς και Οικογενειακούς Ιατρούς.

Παρότι έχει καταγραφεί η έλλειψη ενδιαφέροντος των ιατρών ως κύριων χρηστών του Η.Φ.Υ. να απασχοληθούν στις Το.Μ.Υ, παρά ταύτα αυτοί αναγνωρίζουν τα οφέλη και υποστηρίζουν τον Η.Φ.Υ. με την προϋπόθεση ότι παρέχονται επαρκείς εγγυήσεις για την προστασία της ιδιωτικής ζωής και της ασφάλειας.^{20,32}

Επιπλέον, το λογισμικό που χρησιμοποιείται είναι ένα παλιό λογισμικό που δεν είναι προσαρμοσμένο στις πραγματικές ανάγκες του ελληνικού συστήματος υγείας. Η πλειονότητα των δημόσιων νοσοκομείων που το χρησιμοποιούν αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα συμβατότητας με άλλο λογισμικό, προβλήματα που σχετίζονται με την ταχύτητα και επισημαίνουν τις περιορισμένες επιλογές που προσφέρονται.²⁰

Τέλος, η πρόσβαση οποιουδήποτε επαγγελματία υγείας στον Η.Φ.Υ. κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή της επίσκεψης σε δημόσια ή ιδιωτική μονάδα υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί τη συγκατάθεση του ασθενούς. Η συγκατάθεση δίνεται ηλεκτρονικά και επιβεβαιώνεται από το σύστημα. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ανακαλέσει τη συγκατάθεσή του ανά πάσα στιγμή και να αποκλείσει οποιαδήποτε χρήση των προσωπικών και ιατρικών δεδομένων του. Αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει εμπόδιο

στη γενίκευση του Η.Φ.Υ. και στη χρησιμότητά του.³²

Εξάλλου οι Το.Μ.Υ. δεδομένου ότι είναι εγκατεστημένες σε δημόσιους χώρους ή σε ιδιωτικά κτίρια που ενοικιάζονται είτε δωρεάν ή με μικρό χρηματικό ποσό και σε συνδυασμό με την εύκολη πρόσβασή σε αυτές, αποτελούν κινητήριες δυνάμεις του συστήματος υγείας ειδικά σε περιόδους κρίσεων (πχ οικονομική κρίση, πανδημίες κλπ).²⁰

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Η.Φ.Υ. αποτελεί μια διαθέσιμη δυναμική για την Π.Φ.Υ. τόσο για τους Επαγγελματίες Υγείας ως χρήστες, αλλά και για τους πολίτες μέσω βελτίωσης της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας.

Υπό αυτή την έννοια η προστιθέμενη αξία των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ., εδραζόμενων στο πλαίσιο του σχεδιασμού κι υλοποίησης εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας είναι υψηλή. Γι' αυτό το λόγο οι Επαγγελματίες Υγείας ως χρήστες και ισότιμα μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας, δύνανται να αποτελέσουν φορείς και εκφραστές μιας σύγχρονης ολιστικής αντίληψης και προσέγγισης για τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

Το παράδειγμα των Το.Μ.Υ. μπορεί να αποτελέσει τη βάση για ένα καθολικό βήμα επίτευξης μιας στρατηγικής πλήρους ανάπτυξης ενός συστήματος Η.Φ.Υ. σε εθνική βάση με έμφαση στη λειτουργικότητα και διαλειτουργικότητα. Οι πολιτικές υγείας

πρέπει να εστιάσουν σε ζητήματα ασφάλειας δεδομένων υγείας βάσει προτύπων προκειμένου να πολλαπλασιαστούν τα οφέλη του Η.Φ.Υ. για τους πολίτες στο εγγύς μέλλον. Επίσης σε επίπεδο χρηστών πρέπει και οι άλλοι Επαγγελματίες Υγείας της διεπιστημονικής ομάδας πέραν των Ιατρών να μπορούν να έχουν πρόσβαση στη πληροφορία. Παράλληλα να έχουν τη δυνατότητα καταχώρησης και διαχείρισης δεδομένων υγείας με γνώμονα της ολιστική θεώρηση του ατόμου ως βιοψυχοκοινωνικής οντότητας σε αντιπαραβολή με την ιατροκεντρική προσέγγιση του συστήματος υγείας.

Υπό αυτό το πρίσμα η παροχή κινήτρων στους χρήστες του Η.Φ.Υ., μέσω προγραμμάτων επιμόρφωσης, αλλά και οι διορθωτικές παρεμβάσεις σε σχεδιαστικής ή λειτουργικής φύσης προβλήματα είναι επιβεβλημένη, εντασσόμενη σε ένα ευρύτερο πλαίσιο στοχευμένων πολιτικών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Tang P, and Hammond W. A Progress Report on Computer-Based Patient Records in the United States in the Computer-Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care. Institute of Medicine, 1997;12-14(8).
2. Hendrickson G, et al. The integrated academic information management system at Columbia-Presbyterian Medical Center. MD Comput. 1992;35-42(9).



3. Μούρτου Ε. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φακέλος στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Επιθεώρηση Υγείας 2006;1010(17):1-16.
4. Ευρωπαϊκή Επιτροπή Προτυποποίησης, 2005, <http://asclepieion.mpl.uoa.gr/>, Προσπελάστηκε: 12 Δεκεμβρίου 2020.
5. Μαντάς Ι, Μπλέτσα Β. Μία θεωρητική προσέγγιση του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική 2012;1(2):42-56.
6. WHO. (1978) Declaration of Alma-Ata, in International Conference on Primary Health Care. WHO 1978. Alma - Ata, Kazakhstan, 6-12 September 1978.
7. WHO. (2018) Astana Declaration: new global commitment to primary health care for all, in Global Conference on Primary Health Care. WHO 2018. Astana, Kazakhstan, 25 October 2018.
8. Νόμος 2952/1953 (ΦΕΚ 254/A/18-9-1953): Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως.
9. Βραχάτης Δ, Παπαδόπουλος Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. Νοσηλευτική 2012;51(1):10-17.
10. Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/A/7-10-1983): Εθνικό Σύστημα Υγείας.
11. Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123/A/15-7-1992): Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.
12. Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ165/A/21-8-1997): Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.
13. Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/A/18-2-2004): Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
14. Νόμος 3918/2011 (ΦΕΚ 31/A/2-3-2011): Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.
15. Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/A/17-2-2014): Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.
16. Ποτήρης Α, Σαράφης Π. Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα-Προτάσεις βελτίωσης. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2014;6(3):116-121.
17. Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115/A/7-8-2017): Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.
18. Νόμος 4461/2017 (ΦΕΚ 38/A/28-03-2017): Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις.

-
19. Υπουργείο Υγείας. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 2017, Διαθέσιμο στο: <https://www.knowledgebridges.gr/>, Προσπελάστηκε: 8 Νοεμβρίου 2020.
20. Zafeiropoulou M, Xenou M. Interoperability, digital liaison and electronic health record of newly established local health units (TO.M.Y) in Greece. 2018, Διαθέσιμο στο: <http://www.esifundsforhealth.eu/>, Προσπελάστηκε: 8 Δεκεμβρίου 2020.
21. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών Μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας; Έτη 2017 – 2018. 2019, Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/>, Προσπελάστηκε: 28 Νοεμβρίου 2020.
22. Orfanidis L, Bamidis P, Eaglestone B. Data Quality Issues in Electronic Health Records: An Adaptation Framework for the Greek Health System. *Health Informatics Journal* 2004;10(0):23-36.
23. Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001): Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις.
24. Vagelatos A, Sarivougioukas J. Regional Healthcare Authorities Delivering Application services to Primary Health Care Units. *MIE* 2003,1-6.
25. Gritzalis D, Lambrinoudakis C. A security architecture for interconnecting health information systems. *International Journal of Medical Informatics* 2004;73(0):305-309.
26. Υπουργείο Υγείας. Εθνικό πλαίσιο στρατηγικού σχεδιασμού 2007 – 2013. 2007, Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/>, Προσπελάστηκε: 19 Νοεμβρίου 2020.
27. Jha A, Doolan D, Grandt D, Scott T, Bates D. The use of health information technology in seven nations. *International Journal of Medical Informatics* 2008;77(0):848-854.
28. Fragidis L, Chatzoglou P. The use of Electronic Health Record in Greece: Current Status, in 11th IEEE International Conference on Computer and Information Technology. IEE Computer Society 2011. Paphos, Cyprus, 31 August – 2 September 2011.
29. Eberts M, Capurro D. Patient and Physician Perceptions of the Impact of Electronic Health Records on the Patient-Physician Relationship. *Applied clinical informatics* 2019;10(4):729– 734.
30. Datamed. Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας. 2020, Διαθέσιμο στο: <https://www.datamed.gr/ehr>, Προσπελάστηκε: 18 Δεκεμβρίου 2020.
31. ΗΔΙΚΑ. Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας. 2020, Διαθέσιμο στο: <https://www.idika.gr/pfy/ηλεκτρονικος-φακελος-υγειας-ηφυ.html>, Προσπελάστηκε: 6 Δεκεμβρίου 2020.
-



32. Entzeridou E, Markopoulou E, Mollaki V.
Public and physician's expectations and ethical concerns about electronic health record: Benefits outweigh risks except for information security. *International Journal of Medical Informatics* 2018;110(0):98-107.