

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙ-
ΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Η αναγκαιότητα του φακέλου ασθενούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Αικατερίνη Μανδραβέλη
Αρ. Μητρώου: 21049

Επιβλέπων Διπλωματικής Εργασίας

Καθηγητής

Πιερράκος Γεώργιος

Αθήνα, Απρίλιος 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Postgraduate Thesis

The necessity of the patient file in Primary Health Care.

Aikaterini Mandraveli

Registration Number: 21049

Thesis Supervisor

Professor

George Pierrakos

Athens, April 2023

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η αναγκαιότητα του φακέλου ασθενούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι
Εξεταστική Επιτροπή:

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής/ Επιβλέπων	
2	Ασπασία Γούλα	Καθηγήτρια/ Μέλος	
3	Αναστάσιος Σεπετής	Επίκουρος Καθηγητής/ Μέλος	

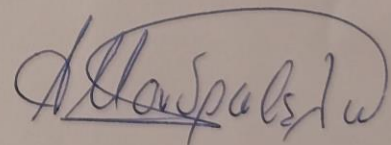
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αικατερίνη Μανδραβέλη του Μιχαήλ, με αριθμό μητρώου 21049 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο/Η Δηλών/ούσα



(Υπογραφή)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αποτελεί μία ευρεία έννοια η οποία προάγει μία νέα νοοτροπία και άποψη σχετικά με την προσέγγιση και αντιμετώπιση της ασθένειας. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. δύναται να βελτιωθούν σημαντικά μέσω της ηλεκτρονικής υγείας, η οποία μπορεί να συνδράμει με ουσιαστικό τρόπο στην αντιμετώπιση βασικών λειτουργικών ζητημάτων. Προς αυτή την κατεύθυνση βοηθά η υιοθέτηση και εδραίωση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η ανάδειξη της αναγκαιότητας του Φακέλου Υγείας Ασθενούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της διαθέσιμης διεθνούς βιβλιογραφίας, με παράλληλη διενέργεια κριτικής και συγκριτικής ανάλυσης. Χρησιμοποιήθηκαν οι μηχανές αναζήτησης Scholar και PubMed.

Συμπεράσματα: Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς, συνοδεύεται από αντικειμενικά οφέλη για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας εύκολη πρόσβαση για όλους και παράλληλα βελτιώνοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το γεγονός αυτό έχει προεκτάσεις και οφέλη και στον οικονομικό τομέα, καθώς αποτρέπεται η διενέργεια επαναλαμβανόμενων διαδικασιών. Στην περίπτωση της χώρα μας η δημιουργία ενός λειτουργικού συστήματος διασύνδεσης και παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. κρίνεται ως ζωτικής σημασίας και διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εξυγίανση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Υγεία, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Φάκελος Υγείας Ασθενούς, Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς, Ηλεκτρονική Υγεία.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care is a broad concept that promotes a new mindset and point of view regarding the approach and treatment of disease. The services provided by Primary Health Care can be significantly improved through eHealth, which can help in a meaningful way to address key operational issues. The adoption and consolidation of the Electronic Patient Health Record helps in this direction.

Purpose: The purpose of this work was to highlight the necessity of the Patient Health File in Primary Health Care.

Methodology: A systematic review of the available international literature was carried out, with a parallel critical and comparative analysis. Scholar and PubMed search engines were used.

Conclusions: The Electronic Patient Health Record is accompanied by objective benefits for the users of health services, ensuring easy access for everyone and at the same time improving the quality of the services provided. This fact has ramifications and benefits in the financial sector as well, as repetitive procedures are prevented. In the case of our country, the creation of an operational system of interconnection and provision of Primary Health Care services, it is considered vital and plays a decisive role in the consolidation of the National Health System.

Keywords: Health, Primary Health Care, Patient Health Record, Electronic Patient Health Record, Electronic Health.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία με θέμα «Η αναγκαιότητα του φακέλου ασθενούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας», του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτική Αττικής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας Καθηγητή κο Πιερράκο Γεώργιο, ο οποίος κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας στάθηκε αρωγός για την επιτυχή ολοκλήρωσή της. Παράλληλα, κατά τη διεξαγωγή των μαθημάτων, έθεσε τις επιστημονικές βάσεις μεταξύ των άλλων και σε θέματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τον κο Νάτση Χρυσόστομο Μέλος Ειδικού Διδακτικού Προσωπικού, για την ουσιαστική συμβολή του καθόλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών, τόσο σε θέματα επιστημονικής καθοδήγησης, όσο και για την υποστήριξη σε οποιοδήποτε ζήτημα αναφορικά με τη διπλωματική εργασία.

Είμαι ιδιαίτερα ευτυχής που παρακολούθησα το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών διότι επετεύχθη ο απώτερος σκοπός μου, δηλαδή η αποκόμιση σημαντικών γνώσεων σε θέματα διοίκησης. Αποτελεί ένα πρόγραμμα που σίγουρα θα πρότεινα, όχι μόνο για το επιστημονικό του υπόβαθρο αλλά για το σύνολο του εκπαιδευτικού προσωπικού, το οποίο κατά γενική ομολογία ήταν εξαιρετικό σε όλα τα επίπεδα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11-12
-----------------------	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

1.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)-Ιστορική Αναδρομή.....	13-14
1.2 Εννοιολογική Προσέγγιση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).....	14-16
1.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	16-22
1.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.....	23-25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Φάκελος Υγείας Ασθενούς (ΦΥΑ)

2.1 Φάκελος Υγείας Ασθενούς-Ιστορική Αναδρομή.....	26-27
2.2 Η έννοια του Φακέλου Υγείας Ασθενούς.....	27
2.3 Μειονεκτήματα χειρόγραφου Φακέλου Υγείας Ασθενούς.....	27-29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς (ΗΦΥΑ)

3.1 Ηλεκτρονική Υγεία- eHealth.....	30-31
3.2 Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς-Ιστορική Αναδρομή.....	32
3.3. Η έννοια του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς.....	33-34
3.4 Πλεονεκτήματα Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς.....	34-36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Η σπουδαιότητα του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

4.1 Η συμβολή της Ηλεκτρονικής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα.....	37-39
4.2 Η εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς σε άλλες χώρες- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	39-45
4.3 Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς στην Ελλάδα-Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.).....	45-48

4.4. Το περιεχόμενο του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς στην Ελλάδα και η δυνατότητα διασύνδεσης με άλλους φορείς υγείας.....	49-51
4.5 Η αξία από τη χρήση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς.....	52
4.6 Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς (Η.Φ.Υ.Α.) και η ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων στην Ελλάδα.....	53
4.7 Προσδοκίες και προκλήσεις στον Τομέα της Υγείας-Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος της Ηλεκτρονικής Υγείας (e-Health, Η.Φ.Υ.Α.).....	54-56
4.8 Φάκελος Υγείας (Νοσηλείας) Ασθενούς-Νεότερες εξελίξεις στην Ελλάδα...	56-58

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	59
--------------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία.....	60-65
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	66-70

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αποτελεί μία ευρεία έννοια η οποία προάγει μία νέα νοοτροπία και άποψη σχετικά με την προσέγγιση και αντιμετώπιση της ασθένειας. Συγχρόνως μέσω της Π.Φ.Υ. προωθείται μία διαφορετική φιλοσοφία και κουλτούρα υγείας, η οποία βασίζεται *«στην ολιστική προσέγγιση της υγείας, στην ισότητα, στην αλληλεγγύη και στην κοινωνική δικαιοσύνη»*. (Μωραΐτης, et al., 1995).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί ισχυρό θεμέλιο του υγειονομικού συστήματος μίας χώρας και παράλληλα αντικατοπτρίζει την εικόνα του κοινωνικού και οικονομικού οικοδομήματος εν γένει. Η Π.Φ.Υ. συνιστά το σημείο αναφοράς για την αρχική επαφή των πολιτών με το σύστημα υγείας, ώστε να ακολουθήσει η ορθή διαχείριση και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους. Παράλληλα η Π.Φ.Υ. λειτουργεί και δρα σε επίπεδο πρόληψης και αγωγής υγείας μέσα από τις υπηρεσίες που προσφέρει, οι οποίες αφορούν το σύνολο της κοινότητας. (WHO, 1978).

Παράλληλα είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. δύναται να βελτιωθούν σημαντικά μέσω της ηλεκτρονικής υγείας, η οποία μπορεί να συνδράμει με ουσιαστικό τρόπο στην αντιμετώπιση βασικών λειτουργικών ζητημάτων. Η υιοθέτηση και εδραίωση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς, συνοδεύεται από αντικειμενικά οφέλη για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας εύκολη πρόσβαση για όλους και παράλληλα βελτιώνοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Βουτσινού Σ., et. al., 2019)

Επομένως η εισαγωγή και εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς (Η.Φ.Υ.Α.), ο οποίος χρησιμοποιείται τόσο στην Πρωτοβάθμια όσο και στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην καλύτερη προσέγγιση και αντιμετώπιση των ασθενών, καθώς και στη βέλτιστη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων (υλικών και ανθρώπινων). Ωστόσο για τη σωστή λειτουργία του Η.Φ.Υ.Α. προϋπόθεση αποτελεί η κατάλληλη εκπαίδευση και ενημέρωση του ανθρώπινου δυναμικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού, διοικητικού, γραμματειακού), ώστε να εξασφαλιστεί η σωστή ροή και αξιοποίηση των διαθέσιμων πληροφοριών. (Λιούτα, 2021).

Ταυτόχρονα, μέσω του Η.Φ.Υ.Α. αποφεύγεται το φαινόμενο της διενέργειας επαναλαμβανόμενων διαγνωστικών εξετάσεων από τους επαγγελματίες υγείας των διάφορων φορέων, διότι εξασφαλίζεται η δυνατότητα επικοινωνίας, άμεσης

ενημέρωσης και συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, αυξάνεται σε σημαντικό βαθμό η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων από πλευράς ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, χωρίς να μεσολαβεί σπατάλη χρόνου και ενέργειας για την πραγματοποίηση περιττών και άσκοπων επαναλήψεων. (Βουτσινού Σ., et. al., 2019). Επομένως βελτιώνεται και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, κάτι το οποίο έχει προεκτάσεις και οφέλη στον οικονομικό τομέα, καθώς αποτρέπεται η διενέργεια επαναλαμβανόμενων διαδικασιών. (Καρασούλος Χ., 2014, Κουκουφιλίππου Ι., et. al., 2017).

Στην περίπτωση της χώρα μας η δημιουργία ενός λειτουργικού συστήματος διασύνδεσης και παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. κρίνεται ως ζωτικής σημασίας και διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εξυγίανση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. (Καραγιάννη Μ., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Φ.Υ.)

1.1 Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)-Ιστορική Αναδρομή

Η έννοια της φροντίδας σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο έχει την αφετηρία της πολύ παλιά, στην αρχαία εποχή, κατά την οποία ο χώρος της οικίας ήταν το μοναδικό μέρος όπου παρέχονταν φροντίδα στους ασθενείς. Αργότερα βέβαια και για την εξυπηρέτηση αυτού του σκοπού, προστέθηκαν τα μοναστήρια και αμέσως μετά τα νοσηλευτικά ιδρύματα (Πιερράκος, 2008).

Το πρώτο σοβαρό εγχείρημα για την παροχή κατ' οίκον φροντίδας διενεργήθηκε από τη Χριστιανική Εκκλησία. Ειδικότερα, υπήρχε ομάδα αποτελούμενη από Διακόνισσες, οι οποίες είχαν αναλάβει καθορισμένες αρμοδιότητες ως προς την παροχή φροντίδας σε ανθρώπους ανήμπορους και φτωχούς, που αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας. Στην πορεία των χρόνων, κατά τη μεσαιωνική εποχή, είχαν δημιουργηθεί ομάδες από ανθρώπους που ήταν ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι απέναντι στο συνάνθρωπο και προσέφεραν τις υπηρεσίες τους σε θέματα υγείας και φροντίδας, χωρίς αμοιβή. Αξίζει να αναφερθεί ότι η Florence Nightgale λειτούργησε καθοριστικά για την έναρξη και εδραίωση της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας με έναν τρόπο άρτιο, ολοκληρωμένο, αποτελεσματικό και κυρίως με επιστημονικό υπόβαθρο (Πιερράκος, 2008).

Κατά τον 19^ο και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα στη Σμύρνη, έκαναν την εμφάνισή τους τα φαρμακεία, τα οποία διαδραμάτισαν καίριο ρόλο για την παροχή πρώτων βοηθειών. Μάλιστα οι ιατροί της Σμύρνης δεν διέθεταν τα προσωπικά τους ιατρεία, αλλά είχαν ως έδρα τους τα φαρμακεία τα οποία ήταν διαμορφωμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να υπάρχει επιπλέον δωμάτιο το οποίο ήταν εξοπλισμένο με εξεταστικό κρεβάτι. Σε αυτούς τους χώρους προσέφεραν τις ιατρικές τους υπηρεσίες, είτε λαμβάνοντας κάποια μικρή αμοιβή είτε ακόμα άνευ αμοιβής, όταν ο ασθενής δεν είχε χρήματα να διαθέσει. Αρκετά αργότερα δημιουργήθηκαν τα ιδιωτικά ιατρεία, τα οποία σε ορισμένες περιπτώσεις ήταν εξοπλισμένα με εξειδικευμένα εργαλεία. Συνήθως ο ασθενής αναζητούσε τον ιατρό που έδρευε στο φαρμακείο ή άφηνε κάποιου είδους ειδοποιητήριο, ώστε να τον επισκεφθεί στην οικία του με την πρώτη ευκαιρία. Επομένως τα έσοδα των ιατρών προέρχονταν από τις κατ' οίκον επισκέψεις και μάλιστα οι αμοιβές τους δεν ήταν σταθερές, διότι καθορίζονταν από τις οικονομικές δυνατότητες των εξεταζόμενων ασθενών (Πιερράκος, 2008).

Στις αρχές της δεκαετίας του '70 σημειώθηκε στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρώπης οικονομική κρίση, η οποία είχε ως άμεση απόρροια την πρόκληση οικονομικής ύφεσης, γεγονός που με τη σειρά του επηρέασε και τη χρηματοδότηση που προοριζόταν για τις υπηρεσίες υγείας. Η διαρκής αύξηση των δαπανών για την υγεία, με σκοπό μεταξύ των άλλων και την ενίσχυση των μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων, δημιούργησε ένα μεγάλο πλήγμα στα Συστήματα Υγείας. Μάλιστα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, λειτούργησε ως το μέσο για την εξασφάλιση πόρων, με σκοπό την ενίσχυση της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. (Πιερράκος, 2008)

Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα και η ανάπτυξη από τον Π.Ο.Υ. της «Παγκόσμιας Στρατηγικής για την Υγεία για Όλους μέχρι το έτος 2000», θεωρείται κομβικό σημείο όσον αφορά την αλλαγή των απόψεων και πεποιθήσεων. Ειδικότερα, το Σεπτέμβριο του 1978 στην Άλμα-Άτα, χαραχτηκε η νέα στρατηγική για τη διαχείριση και διευθέτηση των ζητημάτων που σχετίζονται με την υγεία. Έτσι πραγματοποιήθηκε η μεταπήδηση από το κλασικό μοντέλο «γιατρός-ασθένεια-ασθενής», προς στην καθολική και ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας. Επιπλέον η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας κάνει την παρθενική της εμφάνιση, σε μία προσπάθεια διαχείρισης και ταξινόμησης των υγειονομικών αναγκών σύμφωνα με τις ακόλουθες διαστάσεις: α) η Υγειονομική διάσταση, β) η Κοινωνική διάσταση γ) η Κοινοτική διάσταση και η δ) η Οικονομική διάσταση. (Πιερράκος, 2008).

1.2. Εννοιολογική Προσέγγιση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)

Ως πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα ορίζεται *«η ιατρική παρέμβαση που στοχεύει στη διάγνωση και στη θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, για την αντιμετώπιση των οποίων δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή και η παραμονή στο νοσοκομείο και παρέχεται στον ασθενή χωρίς αυτός να πρέπει να απομακρυνθεί από τον τόπο κατοικίας ή εργασίας του»*. (Υπουργείο Υγείας, 1995)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) ορίζεται ως *«η ουσιαστική φροντίδα που παρέχεται με βάση μεθόδους κοινωνικά και επιστημονικά αποδεκτές και προσβάσιμες σε όλους τους πολίτες»* (Μπένος, 1995).

Το Σεπτέμβριο του 1978 πραγματοποιήθηκε η Διεθνής Συνδιάσκεψη στην Άλμα Άτα του Καζακστάν, μετά από πρωτοβουλία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, κατά την οποία διενεργήθηκε ο εννοιολογικός προσδιορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επιπλέον στα πλαίσια της εν λόγω Διάσκεψης ορίστηκε με σαφήνεια ο σκοπός της Π.Φ.Υ., ο οποίος επικεντρώνεται στην παροχή «Υγείας για όλους». (WHO, 1978) Σύμφωνα λοιπόν με τη Διακήρυξη της ΑΛΜΑ-ΑΤΑ ως Π.Φ.Υ. ορίζεται «η βασική φροντίδα της υγείας η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες, προσιτές από όλα τα άτομα της κοινότητας μέσω της ενεργού συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές από το κράτος ή την κοινότητα μεθόδους και τεχνολογίες». Η Π.Φ.Υ. διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στο εκάστοτε υγειονομικό σύστημα και παράλληλα επηρεάζει την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της κοινότητας. Επιπρόσθετα, αποτελεί τη δίοδο για την εισαγωγή της παροχής φροντίδας υγείας στην οικία των πολιτών και αντιπροσωπεύει το αρχικό στάδιο της επαφής των ασθενών με την υγειονομική περίθαλψη. Ως προς τα οικονομικά, τα κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά μιας χώρας, καθώς και των κοινοτήτων που την απαρτίζουν, η Π.Φ.Υ. αποτελεί αποτύπωση αυτών παραγόντων και των μεταβολών τους (Πιερράκος, 2008).

Επομένως η ΠΦΥ χαρακτηρίζεται από κοινούς στόχους με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και επικεντρώνεται στην πλήρη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού ανεξαιρέτως. Οι περιπτώσεις των ασθενών που αντιμετωπίζει σχετίζονται με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, καθώς και τη διάγνωση, τη θεραπεία και την περίθαλψη επειγουσών περιπτώσεων ασθενών (Σιγάλας, 1999). Στόχος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας είναι η αντιμετώπιση του ασθενή κατά τρόπο, ώστε να αποφευχθεί η παραπομπή του για νοσηλεία σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα. (Αλεξανδρή, 2021).

Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο στάδιο επαφής του εκάστοτε πολίτη με το σύστημα υγείας, καθώς και με τους επαγγελματίες που το στελεχώνουν. Παράλληλα συνδράμει σε μεγάλο βαθμό στην καλύτερη διαχείριση και αντιμετώπιση των προσερχόμενων προς εξέταση ασθενών, αποφεύγοντας σε αρκετές περιπτώσεις την παραπομπή τους στο νοσοκομείο. Με τον τρόπο αυτό συμβάλλει στην αποφυγή της άσκοπης χρήσης της υψηλού κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και της απασχόλησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των δευτεροβάθμιων και

τριτοβάθμιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, σε περιπτώσεις αρρώστων χαμηλής βαρύτητας. (Βουτσίδου et.al, 2019).

Ταυτόχρονα τονίζεται ότι η ΠΦΥ είναι πολυδιάστατη και το αντικείμενό της διαθέτει αρκετές προεκτάσεις, οι οποίες εντοπίζονται τόσο σε θέματα του κοινωνικού τομέα, όσο και σε θέματα που αφορούν την καλλιέργεια και διαμόρφωση μιας διαφορετικής αντίληψης, προσέγγισης και κουλτούρας, αναφορικά με την υγεία και κατά επέκταση με την ασθένεια και την αντιμετώπισή της. Σκοπός της ΠΦΥ είναι να καταστήσει σαφές, ότι η πρόληψη αποτελεί ισχυρό όπλο για την προαγωγή και διαφύλαξη της υγείας των πολιτών, ενθαρρύνοντας την ενεργό συμμετοχή και την προσπάθεια όλων προς αυτή την κατεύθυνση. Επίσης μέσα από την ΠΦΥ ενισχύεται η αντίληψη υπέρ της αλληλεγγύης, της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης για το σύνολο των πολιτών. (Πιερράκος et. al., 2013, Βραχνέλη, 2017, Μωραΐτης et al., 1995).

1.3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Στη Μεγάλη Βρετανία η ΠΦΥ στοχεύει στην προληπτική ιατρική, ώστε να αποφεύγεται η συσσώρευση των ασθενών στα νοσοκομεία. Επίσης ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού βασίζεται στην ίδια φιλοσοφία, δεδομένου ότι δρα συμβουλευτικά και παράλληλα διαχειρίζεται απλές περιπτώσεις ασθενών, ενώ ταυτόχρονα πραγματοποιεί διαλογή των αρρώστων και κατά επέκταση παραπομπή τους στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές (Boyle, 2011). Επιπλέον εκτός από τον οικογενειακό γιατρό, στο προσωπικό της ΠΦΥ για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σπίτι, περιλαμβάνονται νοσηλευτές και φυσιοθεραπευτές. Βέβαια τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο, οι ασθενείς να προσέχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών χωρίς προηγουμένως να έχουν λάβει παραπομπή από γενικό γιατρό (Coleman, Irons and Nicholl, 2001).

Το σύστημα ΠΦΥ της Ολλανδίας εναρμονίζεται πλήρως με τον οικογενειακό γιατρό και μάλιστα χωρίς παραπεμπτικό του, δεν μπορεί να συνεχιστεί η περαιτέρω παρακολούθηση του ασθενούς. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο πολίτης έχει τη δυνατότητα να επιλέξει τον οικογενειακό γιατρό, στον οποίο θα έχει πολύ γρήγορη πρόσβαση, της τάξεως των δεκαπέντε λεπτών. Επιπρόσθετα κατά τις νυχτερινές ώρες

υπάρχει διαθέσιμος οικογενειακό γιατρός από τα κέντρα. Αξιοσημείωτο είναι ότι κατά το έτος 2000, αρκετές από τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα των οικογενειακών γιατρών, τα ανέλαβαν νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές, συμβάλλοντας σε σημαντικό βαθμό στο κομμάτι της πρόληψης και της συνταγογράφησης (Schäffer et al, 2010).

Στο σύστημα υγείας της Νορβηγίας, ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί κεντρικό πυλώνα. Οι τοπικές κοινότητες είναι υπεύθυνες τόσο για την εύρυθμη λειτουργία των δομών της ΠΦΥ, όσο και για τη σωστή κατανομή τους. Επιπλέον είναι αρμόδιες για την πραγματοποίηση των απαραίτητων ενεργειών, προκειμένου να προσληφθούν οικογενειακοί γιατροί ή να δημιουργηθούν συμβάσεις με ιδιώτες. Ο ρόλος των οικογενειακών γιατρών επικεντρώνεται στην παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία, καθώς και στην εξυπηρέτηση των επειγόντων περιστατικών (Ringard et al.,2013).

Στη Δανία η ΠΦΥ στηρίζεται επίσης στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Μάλιστα η κυβέρνηση προβαίνει σε νομοθετικές μεταρρυθμίσεις, προκειμένου να δημιουργεί κίνητρα ώστε να λειτουργούν οι οικογενειακοί γιατροί σε ομάδες. Επισημαίνεται ότι τόσο οι οικογενειακοί γιατροί, όσο και οι λοιπές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την ΠΦΥ ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα (Olejaz et al., 2012).

Σε αντίθεση με τις προαναφερόμενες ευρωπαϊκές χώρες , στη Γερμανία το σύστημα της ΠΦΥ στηρίζεται στην πρόληψη και στην παρακολούθηση της πορείας και έκβασης των ασθενειών και όχι τόσο στον οικογενειακό γιατρό. Επίσης οι γενικοί γιατροί καλύπτουν τις έκτακτες περιπτώσεις ασθενών και λειτουργούν μέσω τηλεφωνικών κέντρων (Busse and Blumel, 2014). Ταυτόχρονα παρέχεται η δυνατότητα επιλογής «γιατρού του πολίτη», προκειμένου να πραγματοποιείται η συστηματική παρακολούθηση των ασθενών.

Το σύστημα ΠΦΥ στην Ισπανία στηρίζεται, όπως και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, στον οικογενειακό γιατρό αλλά παράλληλα και στις πολιτικές ελέγχου, καταγραφής και πρόληψης νοσημάτων. Το εν λόγω σύστημα βασίζεται σε δύο κύριους άξονες. Ο ένας αφορά την επιμόρφωση των διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού, ανάλογα με τις ανάγκες και τους κινδύνους που αναπτύσσουν. Ο δεύτερος άξονας αφορά την παρέμβαση στον τρόπο ζωής, ώστε να περιοριστεί η επίδραση των παραγόντων κινδύνου που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση των

ασθενειών. Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί ότι διενεργούνται νομοθετικές παρεμβάσεις σε μία προσπάθεια εναρμόνισης των δομών ΠΦΥ με τους στόχους του Π.Ο.Υ. (Armesto et al., 2010).

Το καθεστώς στη Γαλλία, παρουσιάζει μία ιδιαιτερότητα αναφορικά με την ΠΦΥ. Ειδικότερα, ο οικογενειακός γιατρός είναι μεν υπεύθυνος για την κατανομή των ασθενών στα νοσοκομεία, όμως ταυτόχρονα ο ασθενής έχει τη δυνατότητα πραγματοποίησης επίσκεψης σε κάποια ιατρική ειδικότητα, χωρίς προηγουμένως να έχει λάβει παραπεμπτικό και με την προϋπόθεση ότι θα καλύψει μέρος των εξόδων (Chevreul et al., 2010).

Στην Ιταλία η ΠΦΥ αποτελεί ευθύνη των υγειονομικών περιφερειών. Στα πλαίσια αναβάθμισης και εκσυγχρονισμού του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, διενεργήθηκαν προσπάθειες δημιουργίας ενός συστήματος διασύνδεσης των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον το συγκεκριμένο σύστημα, παρέχει στους πολίτες τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στον οικογενειακό γιατρό, ενώ παράλληλα τους εξασφαλίζει το δικαίωμα να τον παρακάμψουν σε περίπτωση που το επιθυμούν, με μία οικονομική επιβάρυνση. Βέβαια ένα μείζον θέμα αποτελεί το πρόβλημα κάλυψης που δημιουργείται λόγω της γεωγραφικής, οικονομικής και κοινωνικής ανισότητας μεταξύ της Βόρειας και Νότιας Ιταλίας (Ferre et al., 2014).

Στη Μάλτα ο σύστημα ΠΦΥ αφορά σε σημαντικό βαθμό τον ιδιωτικό τομέα και μάλιστα σε ένα ποσοστό της τάξεως του 70%. Εκτός όμως από τον ιδιωτικό τομέα, στη χώρα υπάρχουν και οχτώ δημόσια κέντρα ΠΦΥ, τα οποία διαχειρίζονται την πρόληψη, την καταγραφή και την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Επίσης είναι γεγονός ότι πραγματοποιείται μία σημαντική προσπάθεια για σωστή κατανομή των διαθέσιμων πόρων, ανάλογα με τις ανάγκες των πολιτών. Σημειώνεται ότι επικεφαλής του συστήματος ΠΦΥ και ειδικότερα της κατανομής των πολιτών, είναι ο οικογενειακός γιατρός (Azzopardi et al., 2017).

Στην Κύπρο το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης υστερεί στο γεγονός ότι δεν υπάρχει σύνδεση μεταξύ των δομών που την παρέχουν (WHO,2017). Επιπρόσθετα, στο σύστημα συνυπάρχει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας. Όμως παρά το γεγονός ότι υφίσταται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, δεν υπάρχει διασύνδεση ανάμεσα στις δομές και στο σύστημα παραπομπής και κατανομής των ασθενών.

Στο Βέλγιο ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού είναι συνδεδεμένος με τον ιδιωτικό τομέα και όχι με το δημόσιο. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται ότι ο οικογενειακός γιατρός δεν επιλαμβάνεται την κατανομή των ασθενών στα νοσοκομεία ή σε άλλες ιατρικές ειδικότητες. Ως επακόλουθο αυτού προκύπτει η συσσώρευση των ασθενών στα δευτεροβάθμια νοσοκομεία, ακόμα και αν πρόκειται για χρόνιες παθήσεις (WHO, 2017).

Η ΠΦΥ δεν βασίζεται σε κάποιο πλαίσιο σαφώς καθορισμένο, αφήνοντας το περιθώριο στους πολίτες να απευθύνονται κατευθείαν σε ιατρικές ειδικότητες, χωρίς προηγουμένως να έχουν επισκεφθεί και παραπεμφθεί από οικογενειακό γιατρό, ακόμα και αν πρόκειται για προβλήματα που άπτονται της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αξίζει βέβαια να αναφερθεί ότι προσφάτως πραγματοποιήθηκε μεταρρύθμιση, η οποία προβλέπει την επέκταση της ημερήσιας λειτουργίας των οικογενειακών γιατρών, με ταυτόχρονη καταγραφή από το κράτος της άποψης των πολιτών (Gerckens and Merkur, 2010).

Αξιοσημείωτο είναι ότι από το 2006 στην Πορτογαλία, όσον αφορά την ΠΦΥ, υφίστανται κρατικά προγράμματα τα οποία επικεντρώνονται στην ενημέρωση των πολιτών, αλλά και στην προαγωγή της πρόληψης. Επίσης υπάρχει η ειδικότητα της δημόσιας υγείας τετραετούς διάρκειας, στα πλαίσια της οποίας πραγματοποιείται καταγραφή των περιστατικών που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία και με την επιδημιολογία. Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί ότι λειτουργούν δύο κρατικές ηλεκτρονικές σελίδες, μέσα από τις οποίες παρέχεται ασφαλής και έγκυρη ενημέρωση σε κάθε πολίτη.

Παράλληλα υπάρχουν και ενημερωτικά εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με την ΠΦΥ, διότι από έρευνες που διεξήχθησαν φάνηκε χαμηλό επίπεδο γνώσης γύρω από την πρόληψη. Επιπρόσθετα, ο οικογενειακός γιατρός από την πλευρά του, είναι αρμόδιος για τη σωστή κατανομή των ασθενών μέσα σε ένα δίκτυο υγειονομικών δομών που περιλαμβάνουν κέντρα υγείας, αγροτικά και περιφερειακά ιατρεία (Simoes et al., 2017).

Στην Αυστρία δεν υφίσταται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και οι πολίτες έχουν το δικαίωμα απεριόριστης πρόσβασης στις δομές του εθνικού συστήματος υγείας. Αυτό όμως έχει ως αποτέλεσμα να γίνεται υπερβολική χρήση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και παροχών (WHO, 2017).

Υπογραμμίζεται ότι ένα μείζον πρόβλημα της χώρας, αποτελεί το μεγάλο ποσοστό αποχής του πληθυσμού από τον εμβολιασμό. Για την αντιμετώπιση και επίλυση του εν λόγω ζητήματος, το υπουργείο υγείας της χώρας προχώρησε αρχικά σε εφαρμογή προγραμμάτων παρακολούθησης των λοιμώξεων, της ανθεκτικότητας των αντιβιοτικών και της χρήσης εμβολίων. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε επιμόρφωση των πολιτών αναφορικά με τα οφέλη του εμβολιασμού, καθώς και τον κίνδυνο που προέρχεται από τις λοιμώξεις (Hofmarcher, 2013).

Στη Βουλγαρία, ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί τον βασικό πάροχο ΠΦΥ και είναι αρμόδιος για την κατανομή των ασθενών στις υπόλοιπες δομές παροχής φροντίδας υγείας. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αφορά το σύστημα ΠΦΥ, αποτελεί η άνιση γεωγραφική κατανομή των οικογενειακών γιατρών, καθώς και η δυσκολία την παροχή κατ' οίκον νοσηλείας (Dimova et al., 2012). Ωστόσο, παρά τις δυσλειτουργίες του συστήματος οι πολίτες της Βουλγαρίας αξιολογούν θετικά για τις υπηρεσίες της ΠΦΥ (Dimova et al., 2007).

Στην Κροατία η ΠΦΥ περιλαμβάνει επίσης το θεσμό του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος είναι επιφορτισμένος με την κατανομή των ασθενών στις υπόλοιπες δομές. Πολλές φορές όμως παρακάμπτεται η διαδικασία από τους ασθενείς (Džakula et al., 2014).

Η ΠΦΥ στην Τσεχία βασίζεται στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού, όμως η διαφοροποίηση σε σχέση με συστήματα άλλων χωρών είναι ότι οι ασθενείς μπορούν να επιλέγουν κατά βούληση οποιαδήποτε δομή και ειδικότητα. Επίσης οι περισσότερες παροχές της ΠΦΥ είναι ιδιωτικού δικαίου (Alexa et al., 2015).

Στη Λετονία στα πλαίσια της ΠΦΥ, ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού περιλαμβάνει εξειδικευμένες ιατρικές ειδικότητες, που πραγματοποιούν κατανομή των ασθενών στις υπόλοιπες δομές του συστήματος υγείας. Επιπλέον διενεργείται έλεγχος και συνεχής αποτύπωση δεδομένων ως προς τις λοιμώξεις, αλλά και ως προς τις επιδημίες που εκδηλώνονται σε τοπικό επίπεδο. Παράλληλα υπάρχει νοσηλευτικό προσωπικό με την ανάλογη εξειδίκευση, το οποίο στελεχώνει τα αγροτικά ιατρεία. Επιπρόσθετα είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι από το 2000 και μετά, υφίσταται αξιολόγηση και έλεγχος της ποιότητας του συστήματος υγείας (Mitenbergs, 2012).

Στην Ουγγαρία η πρωτοβάθμια περίθαλψη βρίσκεται σε πολύ καλά επίπεδα. Μάλιστα δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα και έμφαση στην εκπαίδευση των πολιτών σε

θέματα προαγωγής της πρόληψης. Ωστόσο η διαχείριση των χρόνιων παθήσεων δεν παρουσιάζει ίδιου επιπέδου αποτελεσματικότητα (Gaál et al., 2011).

Το σύστημα ΠΦΥ στη Σλοβενία, δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην τοπική κοινότητα. Η ΠΦΥ στελεχώνεται από διάφορες ειδικότητας επαγγελματιών υγείας στους οποίους περιλαμβάνονται οικογενειακοί ιατροί, γυναικολόγοι, παιδίατροι, φυσιοθεραπευτές και νοσηλευτικό προσωπικό. Το 43% των επαγγελματιών υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ανήκει στις δομές που εδρεύουν στις τοπικές κοινότητες. Στις εν λόγω δομές συγκαταλέγονται τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τα αγροτικά ιατρεία. Επίσης στα πλαίσια της ΠΦΥ αντιμετωπίζονται τα χρόνια νοσήματα και ταυτόχρονα υφίσταται σύστημα πρόληψης και καταγραφής μεταδοτικών ασθενειών (Albreht et al., 2016).

Στη Σλοβακία, στο σύστημα ΠΦΥ συνυπάρχει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας. Ειδικότερα, οι δομές πρόληψης, υγιεινής και καταγραφής νοσημάτων ανήκουν στο δημόσιο τομέα, ενώ οι δομές παροχής ΠΦΥ ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα. Ο οικογενειακός γιατρός είναι συμβεβλημένος με κάποια ασφαλιστική εταιρεία και είναι αρμόδιος για τη σωστή καθοδήγηση και κατεύθυνση του ασθενή

έχει την ευθύνη για την κατανομή ασθενή στο σύστημα υγείας. Όμως σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχει αδυναμία πρόσβασης στις δομές ΠΦΥ, με αποτέλεσμα ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών της τάξεως του 74%, να προσφεύγει στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (Smatana et al., 2016).

Στο Λουξεμβούργο η ΠΦΥ στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην πρόληψη. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι ο εμβολιασμός είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος στους πολίτες. Επιπλέον πραγματοποιήθηκαν μεταρρυθμίσεις με στόχο την ενίσχυση της ενημέρωσης σε σχέση με τη διαχείριση και αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων. Επίσης υπάρχει και ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, του οποίου οι αρμοδιότητες επεκτείνονται και πέρα από την παραπομπή των αρρώστων σε άλλες δομές υγειονομικής περίθαλψης (Berthet, 2015).

Στη Φιλανδία δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης, καθώς και στην καταγραφή των περιστατικών που σχετίζονται με θέματα πρόληψης. Οι τοπικές αρχές είναι υπεύθυνες για την προσαρμογή και εξειδίκευση των εν λόγω ζητημάτων στον τοπικό πληθυσμό. Στις αρμοδιότητες της κεντρικής αρχής συγκαταλέγεται η παρακολούθηση της εμφάνισης και πορείας των λοιμώξεων,

το εμβολιαστικό πλάνο του πληθυσμού και η εφαρμογή των μέτρων υγιεινής. Οι τοπικές κοινότητες έχουν την ευθύνη για την εφαρμογή των προγραμμάτων εμβολιασμού, για τον οικογενειακό προγραμματισμό και για την τήρηση των μέτρων υγιεινής.

Η χρέωση των ασθενών στις τοπικές κοινότητες πραγματοποιείται από τα κέντρα υγείας και όχι από τους γιατρούς, επομένως δεν υφίσταται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Τα κέντρα υγείας εξυπηρετούν διενεργώντας μικροβιολογικό και ακτινοδιαγνωστικό έλεγχο, διαθέτουν πλήρη εργαστηριακό εξοπλισμό και στελεχώνονται από γενικούς ιατρούς, παιδιάτρους, γυναικολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς (Vuorenkoski, 2008).

Το σύστημα ΠΦΥ στην Πολωνία βασίζεται στην πολιτική της υγιεινής και στην προαγωγή της πρόληψης. Κύριος στόχος αποτελεί η προώθηση και εφαρμογή του εμβολιασμού, γεγονός το οποίο συμβάλλει και στον περιορισμό και έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού συμβάλλει στην κατανομή των ασθενών στο σύστημα υγείας (Panteli, 2011).

Στην Εσθονία το ισχύον υγειονομικό σύστημα είναι μεικτό, με εμπλοκή τόσο δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα και επιχειρείται να δοθεί ιδιαίτερη βάση στην Π.Φ.Υ. Προηγουμένως ήταν αποκλειστικά δημοσίου δικαίου και δινόταν βαρύτητα στη δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Και σε αυτό το σύστημα ΠΦΥ δίνεται έμφαση στο κομμάτι της πρόληψης και στα μέτρα υγιεινής. Επιπλέον νομοθετήθηκε ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και της οικογενειακής νοσηλεύτριας, οι οποίοι εργάζονται ανεξάρτητα σε επίπεδο ιδιωτών και διαθέτουν ως ένα βαθμό μόνο δυνατότητα κατανομής στο σύστημα υγείας (Lai et al., 2013).

Στη Λιθουανία το σύστημα ΠΦΥ διαθέτει δύο επίπεδα. Το κεντρικό επίπεδο, το οποίο περιλαμβάνει τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία και το αποκεντρωμένο επίπεδο, το οποίο λειτουργεί με ιδιώτες και οικογενειακούς γιατρούς. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού είναι επιφορτισμένος με την αρμοδιότητα της κατανομής των ασθενών στο σύστημα υγείας (Murauskiene et al., 2013).

Στη Ρουμανία οι οικογενειακοί γιατροί διαθέτουν κεντρικό ρόλο στο σύστημα ΠΦΥ και κατανέμουν τους ασθενείς σε δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές υγείας (Vladescu et al., 2016). Ταυτόχρονα γίνεται μία προσπάθεια οι δείκτες της χώρας να συμβαδίσουν με αυτούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως είναι ο ρυθμός των εμβολιασμών, οποίος στη Ρουμανία εντοπίζεται περιορισμένος (WHO, 2017).

1.4. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Η πρώτη σοβαρή προσπάθεια στην Ελλάδα υπέρ της ανάπτυξης της ΠΦΥ, πραγματοποιήθηκε με το Νόμο 1397/1983, μέσω του οποίου ιδρύθηκε και το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Επιπλέον δημιουργήθηκαν και τέθηκαν σε λειτουργία κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία, 172 σε αριθμό, με σκοπό την προαγωγή υγείας και την παροχή φροντίδας εκτός του χώρου του νοσοκομείου (Νόμος 4238/2014). Κατά το έτος 2014 ιδρύθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (νόμος 4238) και οι μονάδες υγείας του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, καθώς και τα κέντρα υγείας εντάχθηκαν στις αντίστοιχες Υγειονομικές Περιφέρειες και μετονομάστηκαν ως «Π.Ε.Δ.Υ.» (Νόμος 4486/2017).

Στη συνέχεια με το Νόμο 4486 σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, οι συγκεκριμένες μονάδες μετονομάστηκαν και πάλι ως «Κέντρα Υγείας» και καθορίστηκε το πλαίσιο λειτουργίας τους. Παρέχεται λοιπόν η επιλογή στους πολίτες να απευθύνονται και να καταφθάνουν στα Κέντρα Υγείας, είτε ως τακτικά είτε ως επείγοντα περιστατικά, όπου και υπάρχει η δυνατότητα διενέργειας κλινικού ελέγχου και εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, τόσο σε επίπεδο διάγνωσης όσο και σε επίπεδο προληπτικού ελέγχου. Ταυτόχρονα παρέχεται κάλυψη από διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας στις οποίες περιλαμβάνονται οι κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, λογοθεραπευτές, κ.α. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα επαρχιακά Κέντρα Υγεία καλύπτουν όλο το εικοσιτετράωρο, σε αντίθεση με τα πιο κεντρικά τα οποία δεν λειτουργούν κατά τη νυχτερινή βάρδια και είναι κλειστά το Σαββατοκύριακο (Νόμος 4486/2017).

Επί του παρόντος ο αριθμός των Κέντρων Υγείας που βρίσκονται σε λειτουργία αντιστοιχεί σε 222 και μάλιστα ο αριθμός διαφοροποιείται ανάλογα με την Υγειονομική Περιφέρεια. Μάλιστα τα πιο πολλά εντοπίζονται στην 6^η Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) και ανέρχονται στα 91, αμέσως μετά ακολουθεί η 2^η Υγειονομική Περιφέρεια με 49 Κέντρα Υγείας και στη συνέχεια έρχονται 4^η ΥΠΕ με 46, η 5^η ΥΠΕ με 42, η 1^η ΥΠΕ με 30 και η 3^η ΥΠΕ με 29 Κέντρα Υγείας (1^η ΥΠΕ, 2^η ΥΠΕ, 3^η ΥΠΕ, 4^η ΥΠΕ, 5^η ΥΠΕ, 6^η ΥΠΕ, 7^η ΥΠΕ, 2020).

Εν συνεχεία με το Νόμο 2071/1992, επεκτάθηκε η δυνατότητα παροχής Π.Φ.Υ. στα τμήματα τακτικών εξωτερικών ιατρείων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Ε.Σ.Υ., καθώς και στον ιδιωτικό τομέα. Ακολούθησαν άλλοι δύο Νόμοι και

συγκεκριμένα, ο Νόμος 3172/2003 σχετικά με την «οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας» και ο Νόμος 3235/2004 που περιελάμβανε τις «Διατάξεις για την Πρωτοβάθμια Υγεία» (Πιερράκος, 2008, Βραχάτης και Παπαδόπουλος, 2012, Λιαρόπουλος, 2007).

Στην Ελλάδα η Π.Φ.Υ. παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα περιφερειακά ιατρεία, τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) οι οποίες περιλαμβάνουν τα ιατρεία του ΕΟΠΥΥ, τους ιδιώτες γιατρούς και τα πρώην ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων. Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) δημιουργήθηκαν ούτως ώστε να προσφέρουν κατ' οίκον νοσηλεία και συστηματική παρακολούθηση των ασθενών. Οι ΤΟΜΥ λειτουργούν από τη Δευτέρα έως και την Παρασκευή και δεν καλύπτουν τη νυχτερινή βάρδια. Επίσης είναι επανδρωμένες με διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας. Μάλιστα σύμφωνα με το νόμο 4486/2017, το ελάχιστο προσωπικό που μπορεί να διαθέτει περιλαμβάνει έναν ιατρό παθολογίας ή γενικής ιατρικής, έναν νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο. Στην παρούσα φάση λειτουργούν 127 ΤΟΜΥ. Οι περισσότερες εντοπίζονται στην 6^η ΥΠΕ και ανέρχονται σε 28, ενώ τις λιγότερες διαθέτει η 1^η ΥΠΕ και η 7^η ΥΠΕ και αριθμητικά αντιστοιχούν σε 12 (1^η ΥΠΕ, 2^η ΥΠΕ, 3^η ΥΠΕ, 4^η ΥΠΕ, 5^η ΥΠΕ, 6^η ΥΠΕ, 7^η ΥΠΕ, 2020).

Είναι γεγονός ότι από την αρχική διαμόρφωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας καταβλήθηκαν αρκετές προσπάθειες από τις εκάστοτε κυβερνήσεις, προκειμένου να καθιερωθεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Η πρώτη αναφορά πραγματοποιήθηκε κατά το έτος 1997 (Νόμος 2519/1997), η αμέσως επόμενη μέσω του Νόμου 3235/2004 και η τελευταία με το Νόμο 4238/2014. Δυστυχώς όμως δεν επιτεύχθηκε η επιτυχής εφαρμογή του εν λόγω θεσμού. Λίγα χρόνια αργότερα και φτάνοντας πιο πρόσφατα στο έτος 2017, έγινε προσπάθεια εισαγωγής του οικογενειακού γιατρού με το Νόμο 4486, στοχεύοντας μεταξύ των άλλων και στην ενίσχυση και προαγωγή της προληπτικής διαδικασίας. Επίσης προβλέπεται η υποχρεωτικότητα ως προς την καταχώρηση των πολιτών σε οικογενειακό γιατρό, χωρίς όμως να υπερβαίνεται ένας συγκεκριμένος αριθμός πολιτών ανά γιατρό (Νόμος 4486/2017). Η πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας είναι ο οικογενειακός γιατρός, ο οποίος κατευθύνει τον ασθενή ώστε να προβεί σε ενέργειες εάν αυτό κρίνεται απαραίτητο (Λιαρόπουλος, 2007). Επιπλέον ισχύει η διαθεσιμότητα του

οικογενειακού ιατρού όλες τις ώρες και παράλληλα υπηρεσίες υγείας και κατ'οικον επίσκεψη για να εξυπηρετήσει τον ασθενή (Boerma, 2006)

Είναι γεγονός, ότι στην Ελλάδα έχουν θεσμοθετηθεί διαδοχικοί Νόμοι σε μία προσπάθεια εφαρμογής της Π.Φ.Υ., όμως για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος χρειάζεται και περαιτέρω προσπάθεια. Απόρροια αυτού αποτελεί το γεγονός, ότι έχει αναλάβει ενεργό δράση ο ιδιωτικός τομέας, αυξάνοντας μοιραία το κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία και για το δημόσιο εν γένει. (Υφαντόπουλος, 2005). Επιπλέον, τόσο λόγω της έλλειψης ελέγχου αναφορικά με τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, όσο και λόγω της απουσίας πρόληψης και σωστού προγραμματισμού, τα νοσοκομεία υφίστανται σοβαρή επιβάρυνση η οποία συνοδεύεται από υψηλό κόστος. (Πιερράκος et. al., 2015, Fortney et al, 2005).

Επομένως είναι μείζονος σημασίας να τεθεί σε ευρεία και ενεργό λειτουργία η ΠΦΥ και παράλληλα να εξασφαλιστεί η άμεση διασύνδεσή της με τα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσηλευτικά ιδρύματα. Απαιτείται επίσης εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, με την καθολική συμμετοχή της κοινότητας προς αυτή την κατεύθυνση και για την επίτευξη του σκοπού αυτού. (WHO, 1978).

Αναμφισβήτητα, μέσα από την ορθή λειτουργία της ΠΦΥ, καλύπτονται άμεσα οι ανάγκες υγείας των πολιτών και συγχρόνως αποφεύγονται οι άνευ λόγου εισαγωγές στα νοσοκομεία. Με τον τρόπο αυτό περιορίζεται σημαντικά το κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων και αξιοποιούνται καλύτερα οι διαθέσιμοι πόροι. (Μωραΐτης et al., 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΦΑΚΕΛΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

2.1. Φάκελος Υγείας Ασθενούς-Ιστορική Αναδρομή

Η αφετηρία της ιστορίας του Φακέλου Υγείας Ασθενούς τοποθετείται πολύ παλιά, περί τον 5^ο π.Χ. αιώνα. Μάλιστα οι ιατρικές εκθέσεις είχαν έντονες επιρροές από τον Ιπποκράτη, σύμφωνα με τον οποίο ο Ιατρικός Φάκελος πρέπει να αντικατοπτρίζει με ακρίβεια την πορεία της ασθένειας και να υποδεικνύει τις πιθανές αιτίες της νόσου (Τσιάλα, 2008).

Επιπλέον είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι ο Ιπποκράτης περιέγραφε και κατέγραφε τα γεγονότα και τις παρατηρήσεις τόσο του ίδιου, όσο και του ασθενή και των συγγενών του, με αυστηρή χρονολογική σειρά. Το γεγονός αυτό ήταν πολύ σημαντικό για τον καθορισμό της προγνωστικής αξίας των ευρημάτων. Άλλωστε το σπουδαιότερο έργο των επαγγελματιών υγείας ήταν και είναι η ανακούφιση των ασθενών από τον πόνο, χωρίς όμως να προβαίνουν σε περιττές παρεμβάσεις (Σημαιοπούλος, 2017).

Μέχρι το τέλος του 18^{ου} αιώνα, οι ιατροί βασιζόνταν σε οτιδήποτε άκουγαν και έβλεπαν, ώστε στη συνέχεια να μπορέσουν να στηρίξουν τις παρατηρήσεις και τα συμπεράσματά τους. Εκείνη την περίοδο άρχισαν να εφευρίσκονται κάποια διαγνωστικά όργανα και σταδιακά ξεκίνησε να αναπτύσσεται η νέα ορολογία, η οποία περιέγραφε τα διάφορα ευρήματα που προέκυπταν από τη χρήση αυτών των διαγνωστικών οργάνων.

Με την πάροδο των χρόνων και την ανάπτυξη της τεχνολογίας, το ιστορικό του ασθενούς άρχισε να επεκτείνεται και πέρα από τις διηγήσεις και περιγραφές των αρρώστων και των συγγενών τους. Έτσι στο ιστορικό των ασθενών περιλαμβάνονταν αποτελέσματα εξετάσεων, σκέψεις, θεραπευτικά πλάνα και ευρήματα, τα οποία όμως εσωκλείονταν στο φάκελο ως άναρχες σημειώσεις. Επομένως σε περιπτώσεις ασθενών που παρακολουθούνταν για περισσότερα από ένα συμπτώματα ή παθήσεις, το εν λόγω ιστορικό δεν ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο (Σημαιοπούλος, 2017).

Το 1960 ο Weed βελτίωσε την οργάνωση του ιστορικού των ασθενών. Ειδικότερα καταγράφονταν σημειώσεις ξεχωριστά για κάθε πρόβλημα υγείας, σύμφωνα με τη δομή SOAP, δηλαδή Υποκείμενο (Subjective), Αντικείμενο (Objective), Αξιολόγηση (Assessment) και Θεραπεία (Plan). Βασικός στόχος του

συγκεκριμένου μοντέλου ήταν να αναπαραστήσει καλύτερα τη γραμμή κρίσης και λήψης αποφάσεων του θεράποντος. Ωστόσο παρατηρήθηκε, ότι τα δεδομένα που σχετίζονταν με περισσότερα από ένα προβλήματα, έπρεπε να καταγράφονται επανειλημμένα (Σημαιοπούλος, 2017).

2.2. Η έννοια του Φακέλου Υγείας Ασθενούς (ΦΥΑ)

Ο Φάκελος Υγείας Ασθενούς ή Ιατρικός Φάκελος, αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα αρχεία ιατρικών πληροφοριών που αφορούν τον εκάστοτε ασθενή. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Προτυποποίησης, ο ΦΥΑ είναι «η αποθήκη όλων των πληροφοριών που αφορούν στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, έτσι ώστε να αποτελεί τη βάση της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς αλλά και τη βάση επιδημιολογικών ερευνών. Επιπλέον, παρέχει πληροφορίες διοικητικής, οικονομικής και στατιστικής φύσεως, καθώς και ποιοτικού ελέγχου». (Καννής-Ρεμπούλης, 2020).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο ΦΥΑ, οφείλει να είναι πλήρης και να περιλαμβάνει οτιδήποτε σχετίζεται με την υγεία του ασθενούς, τόσο αναφορικά με προβλήματα του παρελθόντος, όσο και με υγειονομικά ζητήματα του παρόντος. Θα πρέπει να εσωκλείονται δεδομένα που αφορούν την κλινική εξέταση, εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις, ιστορικό νοσηλείας, ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, υποκείμενα νοσήματα, αλλεργίες, λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης στις περισσότερες των περιπτώσεων ο ΦΥΑ, αποτελείται από έγγραφα σε έντυπη μορφή, ακτινογραφικά φιλμ, δημιουργώντας έναν μεγάλο όγκο ιατρικού φακέλου. Επομένως η πιθανότητα απώλειας πληροφοριών και δεδομένων είναι αρκετά αυξημένη. (Καννής-Ρεμπούλης, 2020).

2.3. Μειονεκτήματα χειρόγραφου ΦΥΑ (Paper-Based Ιατρικού Φακέλου)

Αναμφισβήτητα επί σειρά ετών, ο Paper-based Ιατρικός Φάκελος αποτέλεσε μονόδρομο. Μάλιστα λειτούργησε με σχετική επιτυχία, καθώς χρησιμοποιεί ως βάση το χαρτί, ένα υλικό με το οποίο η πλειονότητα των ανθρώπων είναι εξοικειωμένη.

Παράλληλα ο Paper-based Ιατρικός Φάκελος, παρείχε τη δυνατότητα της εύκολης μεταφοράς του, διότι χαρακτηριζόταν από αυτονομία χωρίς να χρειάζεται κάποια πρίζα με ρεύμα ή υπολογιστής για την ανάκτηση του περιεχομένου του (Coiera E., et al., 2003)

Ωστόσο το χαρτί ως υλικό συνοδεύεται από κάποια σοβαρά μειονεκτήματα όπως αυτά που αναφέρονται ακολούθως:

1. Είναι ιδιαίτερα αυξημένη η πιθανότητα καταστροφής του, λόγω της εύκολης φθοράς του υλικού και η διαδικασία της δημιουργίας αντιγράφων ασφαλείας είναι χρονοβόρα και δύσκολη.
2. Με την πάροδο του χρόνου, καθώς και με τη συνεχή χρήση, προκαλείται μη αναστρέψιμη φθορά. Επομένως χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένη και πολλές φορές μικρή διάρκεια ζωής.
3. Σε δεδομένη χρονική στιγμή, είναι διαθέσιμο μόνο σε ένα συγκεκριμένο σημείο.

Όμως υπογραμμίζεται, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των προβλημάτων που προκύπτουν από τη χρήση του Paper-based Ιατρικού Φακέλου, δεν αφορούν τόσο το υλικό κατασκευής του, δηλαδή το χαρτί, αλλά τον τρόπο χρήσης του φακέλου. Συγκεκριμένα ο ιατρός έχει τη δυνατότητα να γράψει οτιδήποτε επάνω στο χαρτί, χωρίς αυτό να σημαίνει απαραίτητα ότι οι εν λόγω πληροφορίες θα είναι χρήσιμες για τον επόμενο επαγγελματία υγείας, που θα παραλάβει και θα διαβάσει το φάκελο του ασθενούς (Μπότση, 2016).

Επιπλέον ο γραφικός χαρακτήρας ποικίλει από άνθρωπο σε άνθρωπο και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι δυσδιάκριτος, με αποτέλεσμα να μην είναι εφικτή η ανάγνωση των πληροφοριών που αναγράφονται. Επίσης ενδέχεται ο συγγραφέας να έχει παραλείψει να καταγράψει στοιχεία που για τον ίδιο θεωρούνται επουσιώδη, όμως ταυτόχρονα θα μπορούσαν να είναι καίριας σημασίας για κάποιον επόμενο που θα αναγνώσει τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς.

Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι η συνέχεια και η συνοχή των πληροφοριών που εσωκλείονται εντός του ιατρικού φακέλου, εξαρτώνται σε σημαντικό ποσοστό από την ικανότητα του διαχειριστή-επαγγελματία υγείας, να καταγράψει και να αποδώσει σωστά τα δεδομένα που πρέπει να καταχωρηθούν. Επομένως το πρόβλημα δεν έγκειται στην προσέγγιση του Paper-based Ιατρικού Φακέλου, αλλά στη νοοτροπία και την τακτική όσων τον χειρίζονται και τον χρησιμοποιούν (Μπότση, 2016).

Αξίζει επίσης να αναφερθεί, ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό των παραδοσιακών Ιατρικών Φακέλων, το περιεχόμενό τους είναι διασκορπισμένο σε διαφορετικά σημεία, όπως τα γραφεία ιατρών, σε διαφορετικά νοσοκομεία, σε διαγνωστικά κέντρα, κ.α. Ταυτόχρονα ένα ακόμα μειονέκτημα του Paper-based Ιατρικού Φακέλου, αποτελεί το γεγονός ότι στους μεγάλους οργανισμούς είναι αρκετά μεγάλος ο όγκος των φακέλων αριθμητικά, κάτι το οποίο δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην αναζήτηση, τη χρήση και την επαναχρησιμοποίησή τους. Έχει αποδειχθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν συστηματικά δυσκολίες στην ανεύρεση πληροφοριών από τον Paper-based Ιατρικό Φάκελο, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς (Tang et al, 1997).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει μία μελέτη 168 περιπτώσεων αρρώστων, όπου σε ποσοστό 81% δεν βρέθηκαν πληροφορίες. Επίσης σε ποσοστό 95% των περιπτώσεων δεν υπήρχε διαθεσιμότητα του Ιατρικού Φακέλου κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Ειδικότερα, για κάθε ξεχωριστή κατηγορία πληροφορίας τα ποσοστά αντιστοιχούσαν σε 36% για πληροφορίες που σχετίζονταν με εργαστηριακές εξετάσεις, 23% για στοιχεία αναφορικά με τη χορήγηση φαρμάκων αλλά και κάθε είδους θεραπευτική αγωγή, 31% για ιατρικό ιστορικό και 10% για άλλου τύπου πληροφορίες (Tang et al, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Η.Φ.Υ.Α.)

3.1 Ηλεκτρονική Υγεία – e-Health

Η ηλεκτρονική υγεία αποτελεί μία έννοια, οποία χρησιμοποιείται ευρέως τα τελευταία χρόνια και μάλιστα η αφητηρία της τοποθετείται περίπου στο έτος 1999. Η ηλεκτρονική υγεία, μέσω της χρήσης ηλεκτρονικών διαδικασιών στοχεύει, στην υποστήριξη της υγειονομικής περίθαλψης (Ηλεκτρονική Υγεία, 2015).

«Η e-Health αναφέρεται στη χρήση μοντέρνων τεχνολογιών, πληροφοριών και επικοινωνίας (ΤΠΕ), ώστε να ικανοποιήσει τις ανάγκες των πολιτών, ασθενών, επαγγελματιών υγείας καθώς και δημιουργών πολιτικών» (Iakovidis I., et al, 2004). Ειδικότερα και σε μία προσπάθεια να δοθεί μία πιο εκτενής περιγραφή σχετικά με την ηλεκτρονική υγεία, προκύπτουν τα κάτωθι (Μπότση, 2016):

Η ηλεκτρονική υγεία αφορά τα εργαλεία και τις υπηρεσίες που βασίζονται σε τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ), που μπορούν να βελτιώσουν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την παρακολούθηση και τη διαχείριση των ασθενών. Επιπλέον έχει πλεονεκτήματα για το σύνολο των πολιτών, δεδομένου ότι διευκολύνει την προσβασιμότητα και παράλληλα βελτιώνει την ποιότητα της περίθαλψης. Ταυτόχρονα ενισχύει την αποτελεσματικότητα του τομέα της υγείας.

Η ηλεκτρονική υγεία υποστηρίζει και προωθεί σε μεγάλο βαθμό τη διακίνηση δεδομένων και στοιχείων, τόσο μεταξύ πολιτών και επαγγελματιών υγείας, όσο και μεταξύ των διάφορων φορέων υγειονομικής περίθαλψης (νοσοκομείων, επαγγελματιών υγείας, δικτύων πληροφοριών υγείας, ηλεκτρονικών μητρώων υγείας, υπηρεσιών τηλεϊατρικής, φορητών συσκευών παρακολούθησης ασθενών, λογισμικού προγραμματισμού χειρουργείων, ρομποτικής χειρουργικής και βασικής έρευνας για εικονική ανθρώπινη φυσιολογία).

Σύμφωνα με τους Norman και Skinner (Norman, 2006) η e-Health ορίζεται *«ως η δυνατότητα του να ψάχνεις, να βρίσκεις, να κατανοείς και να εκτιμάς ιατρικές πληροφορίες από ηλεκτρονικές πηγές και να εφαρμόζεις αυτήν τη γνώση στην επίλυση ενός προβλήματος υγείας»*. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ηλεκτρονική υγεία, είναι ένα νέο μοντέλο περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή και βρίσκει εκτενή εφαρμογή σε ορισμένα ευρωπαϊκά κράτη. Παράλληλα σημειώνονται και κάποιες

ελπιδοφόρες προσπάθειες και στον ελλαδικό χώρο. Επί της ουσίας πρόκειται για εξέλιξη και αναβάθμιση των παλαιότερων υγειονομικών συστημάτων, τα οποία επηρεαζόμενα από τις νέες τεχνολογίες και τις δυνατότητες της πληροφορικής, έχουν κατορθώσει να ενισχύσουν την αποδοτικότητά τους και να εξασφαλίσουν σημαντικές διευκολύνσεις προς εξυπηρέτηση της δημόσιας υγείας. Επίσης μέσω της ηλεκτρονικής υγείας εξασφαλίζονται σημαντικά πλεονεκτήματα σε επίπεδο πρόσβασης για όλους, σημειώνεται βελτίωση της ποιότητας και παρέχεται η δυνατότητα στον ασθενή να λαμβάνει ενεργό μέρος στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την υγεία του (Hinchliff M, 2008).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προσδιόρισε την ηλεκτρονική υγεία ως *«τη συνδυασμένη χρήση της Πληροφορίας και των Τεχνολογιών της Επικοινωνίας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών στον τομέα της υγείας»* (Αποστολοπούλου Μ, 2019). Μάλιστα στα πλαίσια της Παγκόσμιας Συνέλευσης για την Υγεία κατά το έτος 2005, τονίστηκε ο καθοριστικός ρόλος που διαδραματίζει η Ηλεκτρονική Υγεία, στην ενίσχυση και στήριξη των υγειονομικών συστημάτων. Παράλληλα αναγνωρίστηκε η συμβολή της στην βελτίωση της ποιότητας, καθώς και της προσβασιμότητας των πολιτών στην υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον πραγματοποιήθηκε εκτενής ενημέρωση, με σκοπό την παρότρυνση των χωρών να προβούν σε ενέργειες για την ανάπτυξη, ενσωμάτωση και υιοθέτηση της ηλεκτρονικής υγείας, στα δικά τους συστήματα περίθαλψης (58^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας 2005, Ελβετία).

Μερικά χρόνια αργότερα, η Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία του έτους 2013, επικεντρώθηκε στη διαδικασία τυποποίησης πληροφοριών και δεδομένων που αφορούν την υγεία και ταυτόχρονα τόνισε τη σπουδαιότητα της εισαγωγής και χρήσης αυτών των τυποποιήσεων στα εκάστοτε υγειονομικά συστήματα (66^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, 2013, Γενεύη, Ελβετία) (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2013). Επιπρόσθετα κατά την 71^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, η οποία διεξήχθη στη Γενεύη, έγινε κατά γενική ομολογία αποδεκτή η αναγκαιότητα των ηλεκτρονικών συστημάτων και ψηφιακών τεχνολογιών για την αναβάθμιση της λειτουργίας των υγειονομικών συστημάτων, καθώς τη βελτίωση της υγείας των πολιτών (W.H.O., 2018).

3.2 Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς-Ιστορική Αναδρομή

Η ιδέα του Ηλεκτρονικού Φακέλου έχει την αφετηρία της στο έτος 1969. Ξεκίνησε από τον Dr. William Edward Hammond II, «ως ένας χώρος στον οποίο αποθηκεύονται για πάντα όλες οι πληροφορίες για έναν ασθενή, παρέχοντας στο ιατρικό σώμα τη γνώση κάθε λεπτομέρειας του ιστορικού του ασθενή και συνεπώς τη συνολική αντίληψη των προβλημάτων υγείας» (Hammond, 1994, Μπενέττου Ξ., 2008).

Ειδικότερα, ο συγκεκριμένος χώρος εντοπίζεται στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, σε αντικατάσταση των παραδοσιακών χειρόγραφων φακέλων, οι οποίοι στην πλειονότητά τους ήταν χάρτινοι. Η εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου αποτελεί σημαντική μεταστροφή στο χώρο της περίθαλψης, δεδομένου ότι εξασφαλίζεται η παρουσίαση της κατάστασης της υγείας του ασθενή και των περιστατικών που τη συνοδεύουν, σε απόλυτη χρονολογική σειρά. Μάλιστα δίνεται η δυνατότητα πρόσβασης στα εν λόγω δεδομένα ανά πάσα στιγμή (Μούρτου Ε., 2007)

Από το έτος 1973, τόσο η καταχώρηση των προγραμματισμένων ραντεβού, όσο και η εξόφληση των χρεώσεων που προέκυπταν από τους εξωτερικούς ασθενείς, βασιζόνταν στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο στην αρχική του μορφή (Hammond, 1991). Το σημείο καμπής αναφορικά με την έναρξη της αναβάθμισης και εξέλιξης της Ιατρικής Πληροφορικής αλλά και του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου, τοποθετείται χρονικά στα μέσα της δεκαετίας του 80', όπου κατέστη εφικτή η αύξηση της ταχύτητας μεταφοράς πληροφοριών και μάλιστα με έναν τρόπο ασφαλή και αξιόπιστο (Μπενέττου, Ξ., 2005, Μούρτου Χ., 2007, Μπενέττου, Ξ., 2008).

Είναι γεγονός, ότι προοδευτικά και με το πέρασμα των χρόνων τα πληροφοριακά συστήματα που εφαρμόστηκαν στα νοσηλευτικά ιδρύματα άλλαξαν πολλές μορφές. Αρχικά η δημιουργία τους στόχευσε στην εξυπηρέτηση εσωτερικών διαδικασιών μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών του Νοσοκομείου (ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής υπηρεσίας), χωρίς να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στον Ηλεκτρονικό Ιατρικό Φάκελο (Η.Ι.Φ.). Στην πορεία όμως, με την εξέλιξη της τεχνολογίας, καθώς και την ανάπτυξη και εφαρμογή προηγμένων και υψηλού επιπέδου ηλεκτρονικών συστημάτων, αναβαθμίστηκε μοιραία και το κομμάτι του Η.Ι.Φ. για να φτάσει εν τέλει στη μορφή, με την οποία χρησιμοποιείται στα περισσότερα οργανωμένα υγειονομικά συστήματα σε διεθνές επίπεδο (American Health Information Management Association, 2005, Χριστοδουλάκη Α. & Ε., 2013).

3.3. Η έννοια του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς

Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Η.Φ.Υ.) είναι ένας όρος για τον οποίο δεν υπάρχει σαφής ορισμός και μάλιστα πρόκειται για μία έννοια που διαρκώς μεταβάλλεται και εξελίσσεται (Μπενέτου Ξ., 2005) Ειδικότερα, στον Η.Φ.Υ. συγκεντρώνονται πληροφορίες αναφορικά με την κατάσταση της υγείας των πολιτών, οι οποίες διατηρούνται και είναι διαθέσιμες σε ηλεκτρονική μορφή (Gunter T.D., Terry N.P., 2005). Επί της ουσίας πρόκειται για έναν ηλεκτρονικό φάκελο, ο οποίος μπορεί να διανεμηθεί τόσο μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων των επαγγελματιών υγείας, όσο και μεταξύ διαφορετικών φορέων υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης η ποικιλία των δεδομένων που εσωκλείονται στον Η.Φ.Υ. είναι μεγάλη. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει πληθώρα στοιχείων δημογραφικών, ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών, μέσα από τα οποία διαμορφώνεται μία σαφής και λεπτομερής εικόνα για το πλήρες ιστορικό και την κατάσταση της υγείας του εκάστοτε ασθενούς (Χριστολουλάκης Α. & Ε., 2013).

Επιπλέον συμβαίνει συχνά οι όροι Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος, Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς και Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, να χρησιμοποιούνται ο ένας αντί του άλλου, δεδομένου ότι είναι παρεμφερείς δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός (Habib J.L., 2010, Kierkegaard P., 2011). Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς, εμπλουτίζεται διαρκώς με νέα δεδομένα, έτσι ώστε να υπάρχει ανά πάσα στιγμή η δυνατότητα ενημέρωσης των υγειονομικών μονάδων, όπως Νοσοκομεία, Κλινικές Νοσηλείας, Δημόσια και Ιδιωτικά Ιατρεία, αλλά και του ίδιου του πολίτη σχετικά με την κατάσταση της υγείας του. Συγχρόνως τα τελευταία χρόνια υπάρχει στο προσκήνιο η ιδέα της δημιουργίας του Προσωπικού Φακέλου Υγείας, στον οποίο θα μπορεί ο ίδιος ο ασθενής να παρεμβαίνει ηλεκτρονικά και να τον ενημερώνει (Χριστολουλάκης Α. & Ε., 2013).

Παράλληλα, το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ δίνει έναν ορισμό σχετικά με τον Ηλεκτρονικό Ιατρικό Φάκελο, σύμφωνα με τον οποίο *«ο Η.Ι.Φ. είναι το σύστημα που είναι σχεδιασμένο έτσι ώστε να υποστηρίζει την απόλυτη διαθεσιμότητα και ακρίβεια ιατρικών ή άλλων πληροφοριών, με στόχο την παροχή ιατρικής περίθαλψης»* (Detmer D, 1997, Tang, P. and Hammond, 1997). Επιπρόσθετα και κατά το Wikipedia, *«ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος του ασθενούς είναι ένας ψηφιακά*

αποθηκευμένος φάκελος, με σκοπό να υποστηριχτεί η φροντίδα υγείας του ατόμου εφ' όρου ζωής, προωθεί την έρευνα και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και βοηθά στην πρόσβαση και στο διαμοιρασμό πληροφοριών στους επαγγελματίες υγείας με φιλικό τρόπο, καθώς ελέγχεται και η ασφάλεια των δεδομένων» (Μούρτου Χ., 2007).

Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς, πρέπει να περιλαμβάνει δεδομένα σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς, με το ιστορικό τη υγείας και το ιστορικό νοσηλειών του ασθενή, με τη διάγνωση τη νόσου και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, με τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή, ακόμα και διοικητικά ή στατιστικά δεδομένα. Επιπλέον είναι εξαιρετικής σημασίας να υπάρχει άμεση πρόσβαση στον Η.Φ.Υ. ανά πάσα ώρα και στιγμή, είτε από τον ίδιο τον ασθενή, είτε από οποιαδήποτε υγειονομική μονάδα (Αποστολάκης Ι., 2002).

Σύμφωνα με οργανισμό HIMMS, ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά, ορισμένα από τα οποία αναφέρθηκαν και παραπάνω:

- *«Ο Η.Φ.Υ. είναι μια διαχρονική ηλεκτρονική καταγραφή πληροφοριών για την υγεία του ασθενή που συλλέγονται κατά μία ή περισσότερες επαφές με φορείς παροχής φροντίδας.*
- *Οι πληροφορίες που συλλέγονται συμπεριλαμβάνουν δημογραφικά στοιχεία, ενημερωτικά σημειώματα, διαγνώσεις, φαρμακευτικές αγωγές, ζωτικές παραμέτρους, ιατρικό ιστορικό, εμβολιασμούς, εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις.*
- *Ο ΗΦΥ αυτοματοποιεί και απλοποιεί τη ροή εργασίας του κλινικού ιατρού. Περιέχει πλήρες αρχείο των κλινικών επαφών του ασθενή, και υποστηρίζει δραστηριότητες που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την παροχής φροντίδας» (Detmer D, 1997, Αποστολάκης Ι., 2002, Μούρτου Χ., 2007, MRI, 2016).*

3.4. Πλεονεκτήματα Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς

Είναι γεγονός ότι με την διαρκή εξέλιξη και πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, έχει δημιουργηθεί ταυτόχρονα και η ανάγκη για εξασφάλιση όσο το δυνατόν περισσότερων δεδομένων και πληροφοριών σχετικά την κατάσταση της υγείας του εκάστοτε αρρώστου, προκειμένου να επιτευχθεί η άμεση και αποτελεσματική

αντιμετώπισή του. Για την εξυπηρέτηση του σκοπού αυτού, είναι απαραίτητη η άμεση και εύκολη πρόσβαση των επαγγελματιών υγείας, στο σύνολο όλων αυτών των στοιχείων που αφορούν την υγεία του ασθενούς (Αποστολάκης Ι., 2002). Επομένως η πληροφόρηση η οποία παρέχεται μέσω του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου, προσφέρει έναν δίαυλο επικοινωνίας, τόσο μεταξύ των ιατρών όσο και μεταξύ άλλων επαγγελματιών υγείας του ίδιου νοσοκομείου ή ακόμα και μεταξύ διαφορετικών μονάδων υγείας. Βασικός σκοπός είναι η διεξαγωγή έγκαιρης διάγνωσης και κατά επέκταση η ταχεία έναρξη την κατάλληλης θεραπείας (Αποστολάκης Ι., 2002, Αποστολάκης Ι., Βαρλάμης Η., 2016).

Μεταξύ των άλλων, σημαντικό πλεονέκτημα του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς, είναι η δυνατότητα που παρέχει για άμεση πρόσβαση στα δεδομένα υγείας του κάθε ασθενούς, είτε από κάποιο χώρο υγειονομικής μονάδας είτε από ιδιωτικό χώρο. Αναμφισβήτητα, ο Η.Φ.Υ. είναι απαραίτητο εφόδιο που θα οδηγήσει σε σωστή διάγνωση και ταυτόχρονα αποτελεί βασικότατο αρχείο για μια ενδεχόμενη μελλοντική νοσηλεία, προσφέροντας μία πλήρη εικόνα αναφορικά με το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς (Μπότση Σ., 2016)

Επιπλέον είναι αντιληπτό, ότι οι εν λόγω ιατρικές πληροφορίες αποτελούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα του εκάστοτε ασθενούς. Επομένως η διαχείριση και η ανάλυσή τους, πρέπει να πραγματοποιείται με μεγάλη προσοχή. Αναλογιζόμενος κανείς τους χειρόγραφους φακέλους ασθενών που επί σειρά ετών βρίσκονταν συσσωρευμένοι σε κάποιο χώρο νοσοκομείου, καταλαβαίνουμε ότι η πιθανότητα διαρροής πληροφοριών ή πρόσβασης σε αυτές από τον οποιονδήποτε, ήταν αρκετά αυξημένη. Άρα λοιπόν η εξασφάλιση της ασφάλειας των δεδομένων αποτελεί ένα θέμα μείζονος σημασίας, για το οποίο η εξέλιξη της τεχνολογίας και ειδικότερα ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς έχει προσφέρει ουσιαστικές λύσεις. Στον Η.Φ.Υ. δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στη διαφύλαξη και προστασία των προσωπικών δεδομένων, φροντίζοντας παράλληλα να δεδομένα να παραμένουν αναλλοίωτα και ασφαλή (Μούρτου Χ., 2007, Μπενέττου Ξ., 2008)

Ένα άλλο πολύ σημαντικό όφελος του Η.Φ.Υ., αποτελεί το γεγονός ότι υποστηρίζει τη διαδικασία της εκπαίδευσης και προάγει την επιστημονική έρευνα. Επιπλέον ενισχύει την επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας και συμβάλλει στην εργασιακή ικανοποίηση. Παράλληλα ο Η.Φ.Υ. συνοδεύεται και από οικονομικό όφελος για το τομέα της υγείας, δεδομένου ότι προωθείται σε μεγάλο

βαθμό η πρόληψη και ταυτόχρονα αποφεύγονται οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις (εργαστηριακές, απεικονιστικές, κ.α.). άρθρο 24. Ως εκ τούτου ένα ουσιαστικό και σημαντικό όφελος για το άρρωστο, είναι ο περιορισμός του χρόνου αναμονής για τη διενέργεια των εξετάσεων και τη νοσηλεία (Αποστολάκης, Ι., Βαρλάμης, Η., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ **ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

4.1 Η συμβολή της Ηλεκτρονικής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Είναι γεγονός ότι το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργίες οι οποίες εντοπίζονται σε διάφορα επίπεδα, όπως ο εξοπλισμός βιοϊατρικής τεχνολογίας, ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός, η κατάσταση των κτιριακών εγκαταστάσεων, ο ανεπαρκής αριθμός ανθρώπινου δυναμικού, η εξοικονόμηση επαρκών πόρων, η σωστή και αποτελεσματική οργάνωση. Επομένως η ηλεκτρονική υγεία δεν θα μπορούσε να αποτελέσει «τον από μηχανής Θεό», ως προς την επίλυση όλων αυτών των προβλημάτων, όμως μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στη διευθέτηση αρκετών εξ αυτών, υποστηρίζοντας και αναβαθμίζοντας τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Βουτσίδου Σ et al, 2019).

Ειδικότερα, μέσα από την ηλεκτρονική υγεία παρέχεται η δυνατότητα για άμεση διαθεσιμότητα των ιατρικών δεδομένων που αφορούν τον εκάστοτε ασθενή. Επιπλέον το ηλεκτρονικό σύστημα εξασφαλίζει αξιοπιστία και εγκυρότητα πληροφοριών. Μάλιστα στα βασικά πλεονεκτήματα συγκαταλέγεται, η προαγωγή της πρόληψης, η διεξαγωγή γρήγορης και σωστής διάγνωσης μέσα από τη μελέτη των καταχωρημένων ιατρικών οδηγιών, η δυνατότητα για υποστήριξη των πολιτών και των αρρώστων ακόμα και από απόσταση, παρέχοντας ανά πάσα στιγμή ιατρικές οδηγίες για τα τρέχοντα ζητήματα υγείας. Συνεπαγωγικά ένα ακόμα σημαντικό όφελος από τη χρήση της ηλεκτρονικής υγείας στην Π.Φ.Υ. αποτελεί η δυνατότητα κάλυψης, από πλευράς παροχής ιατρικής γνωμάτευσης και φροντίδας, των πολιτών που διαμένουν σε περιοχές που εντοπίζονται μακριά από τα μεγάλα αστικά κέντρα, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα και την παρακολούθηση αυτών με συστηματικό τρόπο. Επομένως διασφαλίζεται εξατομικευμένη προσέγγιση των ασθενών, τόσο ως προς την διάγνωση της πάθησής τους, όσο και ως προς την αντιμετώπιση και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (European Commission, 2012-2020).

Είναι εξαιρετικά σημαντικό να αναφερθεί, ότι μέσα από την ηλεκτρονική υγεία επεκτείνεται κατά πολύ το εύρος των γεωγραφικών και των χρονικών ορίων, αναφορικά με την προσβασιμότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Δημιουργείται δηλαδή ένα σύστημα εύχρηστο, ευέλικτο, άμεσα διαθέσιμο, οικονομικό και σε

ετοιμότητα να εξυπηρετήσει επαγγελματίες υγείας και πολίτες (Παπαδάκης Μ., 2006, Αποστολάκης Ι. και Θάνου Ε., 2004). Ταυτόχρονα, μοιραία πραγματοποιείται μία αμφίδρομη κυκλοφορία πληροφοριών και στοιχείων, η οποία προκειμένου να καταλήξει σε αξιόπιστα αποτελέσματα, θα πρέπει απαραίτητως να βασίζεται σε μία σωστή, έμπιστη και διαφανή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών (Τζικόπουλος Α και Αποστολάκης Ι., 2005).

Αναμφισβήτητα η ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας και η ολοένα και μεγαλύτερη υιοθέτησή της από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έχει άμεσο αντίκτυπο στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και στη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Άλλωστε η φιλοσοφία της ηλεκτρονικής υγείας είναι εστιασμένη «στον άνθρωπο» και την κάλυψη των αναγκών του, όμως με έναν τρόπο που να ευνοεί και να διευκολύνει το υγειονομικό σύστημα, χρησιμοποιώντας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τον τεχνολογικό εξοπλισμό, το ανθρώπινο δυναμικό, τους διαθέσιμους πόρους (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 2001, Σουλιώτης ΚΝ., 2007).

Επίσης με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας, περιορίζεται σημαντικά η διενέργεια κατ' επανάληψη μεγάλου αριθμού διαφόρων διαγνωστικών εξετάσεων (αιματολογικών, απεικονιστικών, κ.α.). Δεδομένης της άμεσης διαθεσιμότητας των αποτελεσμάτων των διενεργούμενων εξετάσεων στην ηλεκτρονική πλατφόρμα, περιορίζεται η άσκοπη οικονομική σπατάλη από την συνεχή πραγματοποίηση κύκλου εξετάσεων. Οι ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας, έχουν τη δυνατότητα να ελέγχουν και αξιολογούν τα εν λόγω ιατρικά αποτελέσματα και να προβαίνουν στις απαραίτητες ενέργειες για τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών τους. Είναι λοιπόν σαφές, ότι μέσα από την ηλεκτρονική υγεία εξασφαλίζεται μία συνεχής διασύνδεση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που χειρίζονται τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες, από όποιον φορέα υγείας ή υγειονομική μονάδα κι αν προέρχονται. Επομένως εδραιώνεται με αυτό τον τρόπο μία αδιάκοπη και ταχεία επικοινωνία ανάμεσα στο υγειονομικό προσωπικό, κάτι το οποίο δεν υπήρχε κατά το παρελθόν υπό αυτή τη μορφή και σίγουρα όχι με την ίδια αμεσότητα. Απόρροια των ανωτέρω αποτελεί η επίτευξη υψηλού συντονισμού μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών και δομών παροχής φροντίδας υγείας (Βουτσίδου Σ et al, 2019).

Μεταξύ των άλλων οι επιδράσεις της ηλεκτρονικής υγείας έχουν θετικό αντίκτυπο όχι μόνο σε ό,τι αφορά τις υπηρεσίες υγείας, των οποίων βελτιώνει σε

μεγάλο βαθμό την απόδοση και την ποιότητα, αλλά παράλληλα επηρεάζει και τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας σε διάφορα επίπεδα. Αρχικά περιορίζει τις πολύωρες και μακρόχρονες αναμονές, προκειμένου να διενεργηθούν οι απαραίτητες εξετάσεις ή ο απαιτούμενος κλινικός έλεγχος. Επομένως συμβάλλει στην εξοικονόμηση χρόνου από πλευράς ασθενών, κάτι το οποίο έχει θετική επίδραση και στην ψυχολογία τους, δεδομένου ότι περιορίζεται η αγωνία της προσμονής τόσο για την πραγματοποίηση των εξετάσεων, όσο και για την ενημέρωσή τους σχετικά με τα αποτελέσματα. Η εξασφάλιση ταχύτερης πληροφόρησης σχετικά με τη νόσο τους και η έγκαιρη διευθέτηση του προβλήματος υγείας τους βοηθά, στη ψυχολογική εξομάλυνση των ασθενών (Καρασούλος Χ., 2014, Κουκουφιλίππου Ι. et al, 2017)

Η ηλεκτρονική υγεία αποφορτίζει ουσιαστικά τις διάφορες δομές παροχής φροντίδας και υγειονομικής περίθαλψης, μειώνοντας τις δαπάνες που δημιουργούνται λόγω χορήγησης φαρμάκων, πραγματοποίησης διαγνωστικών εξετάσεων, διενέργειας ιατρικού ελέγχου, κ.α. Επίσης λόγω της δυνατότητας εξυπηρέτησης από απόσταση, αυξάνεται κατά πολύ ο όγκος των πολιτών που μπορούν να ωφεληθούν και βρουν τις λύσεις που αναζητούν, πιο εύκολα, πιο γρήγορα και πιο αποτελεσματικά και κυρίως ισότιμα για όλους. Αναμφισβήτητα όλα τα προαναφερόμενα οδηγούν σε αναβάθμιση του συστήματος υγείας και βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα (Βουτσίδου Σ. et al, 2019).

Ωστόσο για την επίτευξη αποτελεσματικής ηλεκτρονικής υγείας, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση η συμμόρφωση των ηγετικών φορέων και των στελεχών διοίκησης υπέρ της εκτενούς εφαρμογής της. Ταυτόχρονα είναι ιδιαίτερος σημαντική η ολοκληρωμένη πληροφόρηση των πολιτών σχετικά με τις δυνατότητες που παρέχονται μέσω της ηλεκτρονικής υγείας, ώστε να εμπιστευθούν αυτή την όψη του συστήματος υγείας, κατανοώντας παράλληλα και τα οφέλη που απορρέουν από τη χρήση του, για τους ίδιους και την υγεία τους (Βουτσίδου Σ. et al, 2019).

4.2 Η εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Φάκελου Υγείας Ασθενούς σε άλλες χώρες- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Για την εξασφάλιση ενός αποδοτικού Συστήματος Υγείας, ικανού να παρέχει ολιστική φροντίδα στους ασθενείς με αξιοπιστία και ασφάλεια, αποτελεί απαραίτητη

προϋπόθεση να είναι εστιασμένο πρώτα από όλα στον ίδιο τον ασθενή. Για την εξυπηρέτηση αυτού του σκοπού είναι πρωταρχικής σημασίας να υφίσταται ένα σύστημα υγειονομικών πληροφοριών, οι οποίες θα διατηρούν μία σαφή χρονολογική σειρά και θα να είναι διαθέσιμες άμεσα όταν αυτό καταστεί απαραίτητο. Αυτή ακριβώς η «δεξαμενή» πληροφοριών αντικατοπτρίζεται στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας Ασθενούς. Το συγκεκριμένο ηλεκτρονικό αρχείο (Η.Φ.Υ.Α) λειτουργεί ως βασικό εργαλείο για την παροχή φροντίδας στα διάφορα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ξεκινώντας πρώτα από όλα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ακολούθως εξυπηρετώντας τα επόμενα επίπεδα περίθαλψης (δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια). Στον Η.Φ.Υ.Α. εσωκλείονται δεδομένα αναφορικά με το ιατρικό ιστορικό των πολιτών, τα οποία είναι προσβάσιμα από επαγγελματίες υγείας τόσο για τις ανάγκες της αποτελεσματικής αντιμετώπισης του αρρώστου, όσο για την διαχείριση αυτών των πληροφοριών για λόγους διενέργειας μελετών και τη διεξαγωγή ερευνητικών αποτελεσμάτων (OECD, 2018).

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, έκαναν την παρθενική τους εμφάνιση οι πρώτες ψηφιακές εφαρμογές, προκειμένου να καταχωρούνται πληροφορίες υγείας ασθενούς. Οι συγκεκριμένες εφαρμογές ξεκίνησαν από τον ιδιωτικό τομέα, καθώς και από ορισμένα νοσηλευτικά ιδρύματα. Δεκαπέντε χρόνια αργότερα περίπου φτιάχτηκε μία υπηρεσία εν ονόματι “*The office of the national coordinator for health information technology*”, η οποία στόχευε στην ενεργό και δυναμική εισαγωγή και εγκατάσταση των ψηφιακών συστημάτων πληροφοριών, για την καλύτερη εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών σε ποικίλα επίπεδα, τόσο από την πλευρά των χρηστών όσο και από την πλευρά των διαχειριστών.

Όμως παρά τις εντατικές προσπάθειες, σχετικά πρόσφατα κατά το έτος 2008, μόνο ένα μικρό ποσοστό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της τάξεως του 9%, κατόρθωσαν να θέσουν σε εφαρμογή το ηλεκτρονικό σύστημα, το οποίο και πάλι δεν πληρούσε όλες τις προδιαγραφές. Θα μπορούσε να πει κανείς ότι στο έτος 2009 τοποθετείται η πιο σοβαρή προσπάθεια για ολοκληρωμένη ένταξη των ηλεκτρικών αρχείων στο υγειονομικό σύστημα. Ειδικότερα, μετά από εκτενείς συζητήσεις μεταξύ επιστημόνων, ιατρών, ασφαλιστών και άλλων αρμόδιων επαγγελματιών, αποφασίστηκε ότι για την αποτελεσματική λειτουργία αυτών των αρχείων, απαιτείται η καταχώρηση συγκεκριμένου αριθμού στοιχείων για τον εκάστοτε ασθενή. Την

αρμοδιότητα αυτή κατείχε ο θεράπων ιατρός. Δυστυχώς και παρά το γεγονός ότι καταβλήθηκε μια αρκετά οργανωμένη και λεπτομερής προσπάθεια ως προς τη σωστή τήρηση της διαδικασίας για την καταχώρηση των στοιχείων ηλεκτρονικά, οι ενέργειες που διενεργήθηκαν δεν ευοδώθηκαν. Υπεύθυνες για αυτό, ήταν οι δυσλειτουργίες που παρουσιάστηκαν ως προς τη διασύνδεση μεταξύ των φορέων υγείας, δεδομένου ότι δεν χρησιμοποιούσαν όλοι το ίδιο σύστημα καταχώρησης στοιχείων. Ως εκ τούτου προέκυψε ένα ενιαίο ηλεκτρονικό σύστημα ιατρικών δεδομένων, κοινό για την πλειονότητα των φορέων υγείας. Απόρροια αυτού ήταν, το 2017 πια, η επιτυχής πρόσβαση του Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α. στο μεγαλύτερο μέρος των ιατρικών αρχείων ασθενών, προερχόμενων είτε από τα νοσοκομεία είτε από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα σε ποσοστό που αντιστοιχούσε στο 96% και στο 86% αντίστοιχα. Παράλληλα και προκειμένου να εξασφαλιστεί εξοικονόμηση χρόνου από πλευράς των ιατρών, σχετικά με το χρόνο που απαιτούνταν για την επιτυχή και ολοκληρωμένη καταχώρηση των πληροφοριών στην ηλεκτρονική πλατφόρμα, εγκαταστάθηκε η δυνατότητα αναγνώρισης ομιλίας, μέσα από την οποία οι πληροφορίες καταχωρούνταν αυτόματα σε συγκεκριμένη ηλεκτρονική εφαρμογή (Hecht J., 2019).

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέση της «*Στρατηγικής Ψηφιακής Ενιαίας Αγοράς της Ευρωπαϊκής Επιτροπής*» (*European Commission's Digital Single Market Strategy*) διαμορφώθηκαν τρεις άξονες προς εξυπηρέτηση της εύρυθμης λειτουργίας το συστήματος υγείας. Ειδικότερα, στα πλαίσια του πρώτου άξονα θεσμοθετήθηκε και εγκαταστάθηκε η δυνατότητα ηλεκτρονικής διασύνδεσης μεταξύ των χωρών, με τη χρήση ενιαίου ηλεκτρονικού συστήματος. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν πρόσβαση στο πλήρες ιατρικό ιστορικό των πολιτών και μπορούν να αποστέλλονται πληροφορίες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας διαφορετικών χωρών. Με τον τρόπο αυτό εκμηδενίζονται οι αποστάσεις και επιτυγχάνεται ταχύτατη, άμεση και ολοκληρωμένη προσέγγιση και αντιμετώπιση του ασθενούς, χωρίς να αποτελούν εμπόδιο τα διαφορετικά σύνορα (OECD, 2018).

Σύμφωνα με τον δεύτερο άξονα, όλα τα στοιχεία και οι πληροφορίες που μπορεί να αντλήσει κανείς από το ηλεκτρονικό σύστημα, μπορούν να αξιοποιηθούν για τη διεξαγωγή ερευνητικών αποτελεσμάτων, με σκοπό την εξέλιξη και ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης. Ο τρίτος άξονας υποστηρίζει την αντίληψη ότι μέσα από σωστή και εμπειριστατωμένη ενημέρωση και καθοδήγηση, οι ασθενείς μπορούν να

εξοικειωθούν με τεχνικές αυτοφροντίδας, χρησιμοποιώντας με τον ορθό τρόπο τις διαθέσιμες ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας (OECD, 2018).

Αξίζει να αναφερθεί ότι του 2016 δεκαπέντε Ευρωπαϊκές Χώρες έθεσαν σε εφαρμογή τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας Ασθενούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Μάλιστα η χρήση του Η.Φ.Υ.Α., εδραιώθηκε στην Π.Φ.Υ. σε ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 80%. Ειδικότερα και σύμφωνα με τον «*Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.)*», οι χώρες που υιοθέτησαν πλήρως τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Ασθενούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, είναι η Δανία, η Σουηδία, η Φινλανδία, η Ελλάδα, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Είναι επιτακτικό να τονιστεί ότι στις εν λόγω χώρες, σε ένα χρονικό βάθος διάρκειας τεσσάρων ετών (2012-2016), πραγματοποιήθηκε όχι μόνο δυναμική εισαγωγή του Η.Φ.Υ.Α. στην Π.Φ.Υ., αλλά παράλληλα το ποσοστό χρησιμοποίησης του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου έφτασε στο διπλάσιο (OECD, 2018). Ταυτόχρονα οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να βλέπουν, να ελέγχουν και ενημερώνονται σχετικά με τα στοιχεία που περιέχονται μέσα στον προσωπικό Ηλεκτρονικό τους Φάκελο. Εξαιρέση αποτελούν από τα ανωτέρω αποτελούν η Κροατία, η Τσεχία και η Ιρλανδία. Επίσης αποτελεί πρωτοπορία το γεγονός, ότι σε αρκετές χώρες προβλέπεται η δυνατότητα τροποποίησης των καταχωρημένων πληροφοριών από τους ίδιους τους ασθενείς ή ακόμα και προσθήκη νέων δεδομένων (Δανία, Λετονία, Ελλάδα, Λουξεμβούργο, Γαλλία, Ισπανία, Εσθονία και Σουηδία) (OECD, 2018).

Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες αναφορικά με τη θέση που κατέχει ο Η.Φ.Υ.Α. στον τομέα της υγείας, καθώς και τη χρησιμότητά του σε διάφορα επίπεδα. Στη μελέτη των Wass S. και Vimarlund V., η οποία πραγματοποιήθηκε σε πληθυσμό της Σουηδίας, εξετάστηκε η σημασία και η θέση του Η.Φ.Υ.Α. αναφορικά με τη δυνατότητα των ασθενών να έχουν ενεργό ρόλο, σε ζητήματα που σχετίζονται με τα υγειονομικά τους προβλήματα. Για τις ανάγκες διεξαγωγής της συγκεκριμένης μελέτης διενεργήθηκαν συνεντεύξεις, προκειμένου να διαπιστωθεί η εμπειρία των ασθενών σε σχέση με τη χρήση του Η.Φ.Υ.Α. Αξίζει επίσης να αναφερθεί, ότι η μελέτη διανεμήθηκε σε φορέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και σε κάποιες Κλινικές και χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις με διαβάθμιση των απαντήσεων σε πέντε επίπεδα, τα οποία αφορούσαν «τη χρήση του Η.Φ.Υ.Α., την

πρόσβαση σε αυτόν, την εμπλοκή των ασθενών σε θέματα που αφορούν την υγείας τους και την επικοινωνία μεταξύ ιατρού-ασθενή».

Μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι Η.Φ.Υ.Α. επιτρέπουν σε σημαντικό βαθμό την προαναφερόμενη ανάμειξη των ασθενών. Μάλιστα αυτό συμβαίνει, διότι με τον Η.Φ.Υ.Α., επιτυγχάνεται η διαμόρφωση και διασφάλιση μιας ισορροπημένης αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας μεταξύ του πολίτη και του επαγγελματία υγείας. Επιπλέον μέσω του Η.Φ.Υ.Α. παρέχεται πιο εκτενής πρόσβαση σε δεδομένα και στοιχεία που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

Μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τον Η.Φ.Υ.Α., είναι εκείνη των Hassol A. et al, η οποία στόχευε στη διερεύνηση της στάσης και των απόψεων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, μέσα από τη συναναστροφή τους με τους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, χρησιμοποιώντας ως μέσο επικοινωνίας τον Η.Φ.Υ.Α. Η εν λόγω μελέτη διεξήχθη το έτος 2004 με τη χρήση ενός εκτεταμένου δικτύου δομών υγειονομικής περίθαλψης. Αξίζει να αναφερθεί ότι το συγκεκριμένο υγειονομικό δίκτυο διαχειριζόταν κατά προσέγγιση ενάμιση εκατομμύριο ασθενείς ανά έτος. Για τις ανάγκες της μελέτης συμμετείχαν 1.421 πολίτες, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν μία ηλεκτρονική πλατφόρμα, μέσα από την οποία είχαν τη δυνατότητα να συνομιλούν με τους θεράποντες ιατρούς τους. Επιπρόσθετα είχαν πρόσβαση σε ένα κομμάτι του Η.Φ.Υ.Α. Οι συμμετέχοντες απάντησαν ηλεκτρονικά στα ερωτηματολόγια της έρευνας, τα οποία περιείχαν στοιχεία σχετικά με τη διευκόλυνση της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, την αξιοπιστία και την αντικειμενικότητα των δεδομένων που λάμβαναν, την ευχαρίστηση και την ικανοποίηση αναφορικά με τη χρήση της πλατφόρμας. Προκειμένου να διεξαχθούν τα αποτελέσματα, χρησιμοποιήθηκε μία διαβαθμισμένη κλίμακα με βαθμολογία από το ένα έως το εκατό, όπου το ένα αντιστοιχούσε στο «*δύσκολο στη χρήση ή διαφωνώ απόλυτα*» και το εκατό «*στο εύκολο στη χρήση ή συμφωνώ απόλυτα*».

Τα ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο μέρος των πολιτών χαρακτήρισαν το σύστημα εύχρηστο και ότι ο διαθέσιμος όγκος δεδομένων ήταν λεπτομερής, αξιόπιστος και αντικειμενικός. Ωστόσο υπήρχε και μία μικρή μερίδα πολιτών που αμφισβητούσε την τήρηση της εχεμύθειας ως προς τις ληφθέντα στοιχεία. Παράλληλα διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των ασθενών εκδηλώθηκε υπέρ της διατήρησης ηλεκτρονικής επικοινωνίας, συγκριτικά με τον γραπτό τρόπο ή δια

του τηλεφώνου. Βέβαια οι επαγγελματίες υγείας υποστήριξαν την αντίθετη προσέγγιση, δηλώνοντας την προτίμησή τους στους παραδοσιακούς τρόπους επικοινωνίας, οι οποίοι περιλαμβάνουν την έγγραφη ή τηλεφωνική επικοινωνία. Σε γενικές γραμμές, μέσα από τη συγκεκριμένη μελέτη φάνηκε η θετική προσέγγιση του Η.Φ.Υ.Α από πλευράς πολιτών (Hassol A. et al, 2004).

Στα πλαίσια της μελέτης της Αποστολοπούλου Μ., η οποία πραγματοποιήθηκε στον ελλαδικό χώρο, διαπιστώθηκε ότι ένα σεβαστό μέρος των πολιτών δεν είχαν καμία πληροφόρηση αναφορικά με την εφαρμογή του Η.Φ.Υ.Α. Παράλληλα όσοι πολίτες γνώριζαν κάποια πράγματα για τον Η.Φ.Υ.Α., φάνηκαν λίγο διστακτικοί και επιφυλακτικοί ως προς την εμπιστευτικότητα και την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων. Έπειτα από τη διεξαγωγή της εν λόγω έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίου, διαπιστώθηκε ότι μεταξύ των πολιτών ένα ποσοστό της τάξεως του 75% θεωρούσε ότι η καθιέρωση και εφαρμογή του Η.Φ.Υ.Α., θα συνδράμει με ουσιαστικό τρόπο στην διευκόλυνση και αναβάθμιση της επικοινωνίας ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας. Επίσης ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό, που αντιστοιχεί στο 60%, πιστεύει ότι με τη χρήση του Η.Φ.Υ.Α. θα περιοριστεί η χρονική διάρκεια εν αναμονή της παροχής φροντίδας υγείας. Υπάρχει και άλλο ένα μέρος των συμμετεχόντων (30%), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι μέσω ο Η.Φ.Υ.Α. μπορούν να περιοριστούν τα έξοδα για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένου ότι μέσω του φακέλου αποφεύγεται η διενέργεια των άνευ λόγου επαναλαμβανόμενων κλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων. Ταυτόχρονα η έρευνα κατέληξε και σε άλλα πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Ειδικότερα περίπου το 70% των συμμετεχόντων υποστηρίζει ότι ο Η.Φ.Υ.Α. θα συμβάλλει στην αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και περίπου οι μισοί συμμετέχοντες ότι διαμορφώσει ένα πιο δομημένο υγειονομικό σύστημα (Αποστολοπούλου Μ., 2019).

Ωστόσο σε σχέση με τα ελληνικά δεδομένα, φαίνεται ότι στη χώρα μας υφίσταται εκτενής χρήση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα, στο επίπεδο όμως της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Σε ό,τι αφορά τις υπόλοιπες πτυχές του Η.Φ.Υ.Α., εντοπίζονται σε πολύ αρχάριο επίπεδο στην Ελλάδα (Φωτιάδου Ε., 2019).

Υπάρχουν βέβαια και άλλες χώρες ανά τον κόσμο, όπου εφαρμόζεται κάποιου είδους Η.Φ.Υ.Α. Συγκεκριμένα στην Κορέα σε έντεκα νοσηλευτικά ιδρύματα βρίσκεται εφαρμογή ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος. Επίσης στην Μαλαισία

χρησιμοποιείται το ηλεκτρονικό σύστημα υγείας σε δύο θεραπευτήρια και στην Ινδονησία εφαρμόζεται ο Η.Φ.Υ.Α. σε αρκετά νοσοκομεία. Επιπρόσθετα στην Κίνα πραγματοποιείται μία εκτενής προσπάθεια, προκειμένου να δημιουργηθεί και να καθιερωθεί ένα ενιαίο ηλεκτρονικό σύστημα για τη υγεία. Όμως επί του παρόντος, αντιμετωπίζονται ζητήματα διαλειτουργικότητας και συμβατότητας, μεταξύ των υπάρχοντων ηλεκτρονικών συστημάτων (World Health Organization, 2006).

Η Αυστραλία με τη σειρά της έχει δημιουργήσει το «*Health Connect*», μία ενιαία ηλεκτρονική πλατφόρμα υγείας, η οποία λειτουργεί ως πηγή άντλησης πληροφοριών και δεδομένων της υγείας των πολιτών σε εθνικό επίπεδο. Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι η εν λόγω πλατφόρμα είναι απόλυτα ασφαλής και προστατεύει από την έκθεση των προσωπικών δεδομένων σε τρίτους, που δεν έχουν καμία αρμοδιότητα πρόσβασης σε αυτά. Επιπλέον μέσα στα κράτη που καταβάλλουν αξιόλογες προσπάθειες για τη δημιουργία και χρήση Ηλεκτρονικών Φακέλων Υγείας Ασθενών, είναι η Σιγκαπούρη, η Ταϊβάν, το Χονγκ Χόνγκ και η Ταϊλάνδη (World Health Organization, 2006).

4.3 Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς στην Ελλάδα - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)

Είναι γεγονός ότι στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, τα πληροφοριακά συστήματα έχουν κάνει δυναμική εμφάνιση σε διάφορους τομείς, μεταξύ των οποίων και σε αυτόν της υγείας (Χαλκιαδάκης Ε., 2016). Στη χώρα μας η πρώτη αναφορά σε σχέση με τη χρήση του Η.Φ.Υ.Α., πραγματοποιήθηκε με το Νόμο 3235/2004 και απευθυνόταν στα Κέντρα Υγείας, καθώς και δομές υγειονομικής περίθαλψης του ιδιωτικού τομέα (Κουτσοκούγλου Α., 2019).

Στη συνέχεια νομοθετήθηκε η έννοια του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς (Health Daily, 2019), σε πρώτη φάση μέσω του *Νόμου 4238/2014 άρθρο 51 παρ.4 επικαιριοποιώντας τις διατάξεις των νόμων 2472/1997 και 3471/2006* (Ποτήρης Α. και Σαράφης Π., 2014).

Μέσα από την προαναφερόμενη νομοθεσία γίνεται για πρώτη φορά λόγος αναφορικά με την επιτακτική εφαρμογή του Η.Φ.Υ.Α. σε όλα επίπεδα παροχής φροντίδας υγείας. Ταυτόχρονα ορίζεται η υποχρέωση, τόσο του οικογενειακού ιατρού

όσο και των υπόλοιπων ειδικοτήτων των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με τη διαρκή και λεπτομερή καταγραφή των δεδομένων που αφορούν τον Η.Φ.Υ.Α. (ΦΕΚ Α'53, Ν.4238/2014).

Σε συνέχεια λοιπόν του ανωτέρω Νόμου, ο Η.Φ.Υ.Α. αποτελεί επιτακτική προϋπόθεση για την ορθή λειτουργία και την αποτελεσματική εφαρμογή της Π.Φ.Υ. Επισημαίνεται ότι ο Η.Φ.Υ.Α. βασίζεται σε μία ηλεκτρονική πλατφόρμα, η οποία είναι κοινή σε εθνικό επίπεδο και εμπεριέχει δεδομένα για το πλήρες ιατρικό ιστορικό των πολιτών. Επιπλέον με βάση το συγκεκριμένο Νόμο, ορίζεται και η υποχρεωτικότητα του Η.Φ.Υ.Α. για όλους (Φωτιάδου Ε., 2019). Στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αρμόδιος για τη διαχείριση του Η.Φ.Υ.Α. ορίζεται ο οικογενειακός ιατρός, ο οποίος είναι επιφορτισμένος με την ευθύνη της σωστής συμπλήρωσης του Ηλεκτρονικού Φακέλου και πάντα σε συνεννόηση με τις λοιπές ιατρικές ειδικότητες ή επαγγελματίες υγείας, που ενδεχομένως να εμπλέκονται στη θεραπευτική αντιμετώπιση του εκάστοτε ασθενή (Νόμος 4238/2014).

Επιπλέον καθορίζονται και τα κριτήρια πρόσβασης στον Η.Φ.Υ.Α., δίνοντας η νομοθεσία αυτή τη δυνατότητα στον ίδιο ασθενή και στον οικογενειακό ιατρό που είναι υπεύθυνος για τον συγκεκριμένο πολίτη. Σημειώνεται δε, ότι ο εκάστοτε πολίτης έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την πρόσβαση σε συγκεκριμένες πληροφορίες του ατομικού του φακέλου υγείας. Όμως και οι επαγγελματίες υγείας που έχουν υπό την ευθύνη τους τον συγκεκριμένο ασθενή, μπορούν να αρνηθούν την πρόσβαση στον Η.Φ.Υ.Α. στο σύνολό του, σε άλλους φορείς. Παράλληλα επισημαίνεται, ότι μπορεί να δοθεί πρόσβαση για λόγους διεξαγωγής έρευνας, αφού προηγηθεί η συγκατάθεση του πολίτη ή ακόμα και χωρίς τη συναίνεσή του, με την προϋπόθεση ότι θα διατηρηθεί κρυφό το ονοματεπώνυμό του (Μήτρου Λ., 2018).

Ακολούθως, ο Νόμος 4486/2017 προσδίδει μία νέα συνιστώσα στον Η.Φ.Υ.Α., ο οποίος *«καταρτίζεται από τον οικογενειακό ιατρό ή από τους επαγγελματίες υγείας της ΤΟΜΥ και υποχρεώνει στην τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε κάτοχο ΑΜΚΑ (Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης) και ΑΥΠΙΑ (Αριθμός Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού)»* (Ν.4486/2017, άρθρο 21). Ο Η.Φ.Υ.Α. αποτελεί απαραίτητο εφόδιο για τη διαμόρφωση του κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου και ταυτόχρονα λειτουργεί ως σημαντική βάση στην Π.Φ.Υ., για τη σωστή αρχική διαχείριση του ασθενή και εν συνεχεία την ορθή παραπομπή του σε κάποια άλλη δομή παροχής φροντίδας υγείας (Κουτσούκογλου Ά., 2019).

Επιπλέον με την αυτή τροποποίηση της προηγούμενης νομοθεσίας και συγκεκριμένα με το άρθρο 21 του Νόμου 4486, ορίζεται ως απαραίτητη προϋπόθεση η ενυπόγραφη συναίνεση του πολίτη, προκειμένου ο οικογενειακός ιατρός να προβεί στις δέουσες ενέργειες για την ενεργοποίηση του Η.Φ.Υ.Α., αλλά και την περαιτέρω διαχείριση και ηλεκτρονική ενημέρωση του φακέλου. Επιπλέον καθορίζονται και όροι και προϋποθέσεις σε σχέση με την πρόσβαση στον Η.Φ.Υ.Α. (Νόμος 4486/2017).

Αναμφισβήτητα ο Η.Φ.Υ.Α. αποτελεί εργαλείο υψίστης σημασίας, για τον έλεγχο και την παρακολούθηση της δημόσιας υγείας. Μεταξύ των άλλων, οφείλει να είναι εύχρηστος και να διαφυλάττει τα δεδομένα που περιέχει, ώστε να αποφεύγονται οι διαρροές πληροφοριών προς κατευθύνσεις ή αποδέκτες μη επιτρεπτούς. Για την προστασία των προσωπικών δεδομένων, η πρόσβαση στον Η.Φ.Υ.Α. είναι επιτρεπτή μόνο από συγκεκριμένο ΑΜΚΑ, από τον θεράποντα οικογενειακό ιατρό, από τον εμπλεκόμενο στην περίπτωση επαγγελματία υγείας. Οι υγειονομικοί είναι επιφορτισμένοι με την ευθύνη της λεπτομερούς και συστηματικής καταχώρησης όλων των πληροφοριών, που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Το Υπουργείο Υγείας με τη σειρά του, επιλαμβάνεται την διαφύλαξη της ασφάλειας αυτών των πληροφοριών (Μήτρου, Λ., 2018).

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, ένα πολύ σημαντικό σημείο του Νόμου 4486/2017, είναι η κατοχύρωση του δικαιώματος του ασθενούς να αποσύρει τη συγκατάθεσή του, οποτεδήποτε το αποφασίσει και να μπλοκάρει τη δυνατότητα πρόσβασης τρίτων, στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας του. Επιπλέον είναι απόλυτα σαφές, ότι προκειμένου να δει ή να διαχειριστεί ή να τροποποιήσει το περιεχόμενο του Η.Φ.Υ.Α. ένας οποιοσδήποτε άλλος ιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας, εκτός του οικογενειακού ιατρού στον οποίο είναι εγγεγραμμένος ο πολίτης, απαιτείται προηγουμένως η χορήγηση της έγγραφης σύμφωνης γνώμης του ίδιου του ασθενούς. Επιπρόσθετα και βάσει του προαναφερόμενου Νόμου, σε περίπτωση διενέργειας κλινικού ελέγχου ενός ασθενούς από επαγγελματία υγείας, η προσθήκη των νέων πληροφοριών στον Η.Φ.Υ.Α. μπορεί να πραγματοποιηθεί και χωρίς την έγκριση του εξεταζόμενου, δεδομένου ότι ο επαγγελματίας υγείας δεν θα έχει πρόσβαση στα προϋπάρχοντα δεδομένα (Μήτρου, Λ., 2018).

Η πιο πρόσφατη αναθεώρηση διενεργήθηκε το έτος 2019 (Νόμος 4600, ΦΕΚ 43/Α/9-3-2019), σύμφωνα με την οποία καταργούνται πλέον τα παραδοσιακά

βιβλιάρια υγείας, διότι υποκαθίστανται πια από τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας Ασθενούς. Παράλληλα ορίζονται αυστηρές διατάξεις ως προς τη «*διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016*» (Νόμος 4600/2019).

Συγκεκριμένα με το άρθρο 84 του Νόμου 4600/2019, θεσμοθετήθηκε ο Η.Φ.Υ.Α. για όλους τους πολίτες που διαθέτουν ΑΜΚΑ. Βασικός στόχος του Η.Φ.Υ.Α. είναι η δίκαιη, αντικειμενική και βασισμένη στην ισότητα, χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, καθώς και η εξασφάλιση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών περίθαλψης για το σύνολο των πολιτών ανεξαιρέτως. Συγχρόνως μέσα από τον Η.Φ.Υ.Α. εξασφαλίζεται η δυνατότητα διενέργειας ελέγχου από τους αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες, ως προς τις δαπάνες υγείας που πραγματοποιούνται καθώς και τους πόρους που καταναλώνονται. Το γεγονός αυτό έχει διάφορες προεκτάσεις στις οποίες περιλαμβάνεται πρώτα από όλα η διενέργεια των απαραίτητων ελέγχων, μέσω εποπτικών μηχανισμών, στους διάφορους φορείς υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την πραγματοποίηση των αναγκαίων ενεργειών και διαδικασιών, προκειμένου να υπάρχει διαρκής διαθεσιμότητα των κατάλληλων πόρων για τη σωστή και αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας. (Κουτσούκογλου Α., 2019).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι μετά τη δημιουργία του Η.Φ.Υ.Α. από τον αρμόδιο οικογενειακό ιατρό, η διάρκειά του επεκτείνεται εφόρου ζωής (Κουτσούκογλου Α., 2019).

4.4 Το περιεχόμενο του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς στην Ελλάδα και η δυνατότητα διασύνδεσης με άλλους φορείς υγείας.

Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Ασθενούς, παρά το γεγονός ότι δεν έχει λάβει ακόμα την τελική του μορφή ως προς τη λειτουργία του, αποτελεί αναμφίβολα απόλυτη καινοτομία στον τομέα της υγείας και κατέχει κυρίαρχο ρόλο στο κομμάτι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.


Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, στον Η.Φ.Υ.Α. καταχωρούνται πάσης φύσεως πληροφορίες και δεδομένα που σχετίζονται και την κατάσταση της υγείας

του ασθενή, τόσο στο παρόν όσο και κατά το παρελθόν. Στόχος είναι να εξασφαλιστεί ανά πάσα στιγμή λεπτομερής εικόνα για το ιστορικό του αρρώστου, με απώτερο σκοπό την καλύτερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση και αντιμετώπισή του (Φωτιάδου Ε., 2019). Τα καταχωρημένα στοιχεία διατηρούνται στον Η.Φ.Υ.Α. μόνιμα και η διαδικασία της συνεχούς ενημέρωσης του φακέλου με τα νεότερα δεδομένα είναι υποχρεωτική (Νόμος 4600/2019). Αρμόδιος για την τήρηση της προβλεπόμενης διαδικασίας είναι ο οικογενειακός γιατρός, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την επικαιροποίηση του φακέλου των ασθενών που παρακολουθεί (Χαλκιαδάκης Ε., 2016).

Ουσιαστικά, η σημαντικότερη προσπάθεια ως προς την καθιέρωση της υποχρεωτικότητας του Η.Φ.Υ.Α. πραγματοποιήθηκε με το άρθρο 21 του Νόμου 4486/2017 Φ.Ε.Κ. 115 Α΄ 07-08-2017. Μέσα από τον συγκεκριμένο νόμο ορίζεται η σύσταση του φακέλου για το σύνολο των πολιτών, ο τρόπος με τον οποίο θα χρησιμοποιείται και θα εφαρμόζεται, καθώς και η ευθύνη του εκάστοτε οικογενειακού ιατρού ως προς την παρακολούθηση και τη συμπλήρωσή του (Νόμος 4238/2014).

Δύο χρόνια αργότερα με το Νόμο 4600 Φ.Ε.Κ. 43 Α΄ 09-03-2019, εφαρμόζεται για πρώτη φορά η κατάργηση των παραδοσιακών βιβλιαρίων και η διαδοχή τους από τον Η.Φ.Υ.Α. (Νόμος 4600/2019). Επιπλέον αρχίζει για πρώτη φορά επίσης, η λειτουργία της Ανώνυμης Εταιρείας Η.ΔΙ.Κ.Α (*«Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης»*), μία ηλεκτρονική πλατφόρμα κοινή για όλους, με το σκεπτικό να εφαρμοστεί σταδιακά σε εθνικό επίπεδο. Η συγκεκριμένη εφαρμογή, μεταξύ των άλλων αποτελεί τον Η.Φ.Υ.Α. (εικόνα:1) και παρέχει τη δυνατότητα στο θεράποντα ιατρό, από όλους τους υγειονομικούς φορείς, να έχει πρόσβαση στο φάκελο του ασθενούς, προκειμένου να ενημερωθεί για το ιστορικό του πριν από τη διενέργεια της κλινικής εξέτασης. Επιπλέον ο ιατρός μπορεί να παρεμβαίνει στον Η.Φ.Υ.Α. ώστε να συμπληρώνει απαραίτητες πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, οι οποίες θα είναι χρήσιμες τόσο για την παρακολούθηση της τρέχουσας κατάστασης, όσο και για μελλοντικές καταστάσεις, δεδομένου ότι θα είναι άμεσα εφικτή η συνεκτίμηση του πλήρους ιστορικού του ασθενούς (E-nomothesia.gr, 2019). Σημειώνεται δε ότι μέσω του Νόμου 4603/2019 ΦΕΚ Α΄48/14-3-2019 και την καθιέρωση του Α.Η.Φ.Υ., τίθεται σε εφαρμογή *«η οριστική πια κατάργηση των έντυπων βιβλιαρίων ασθενείας»* (Νόμος 4603/2019).

Εικόνα: 1



Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τον Πολίτη

• Τι είναι το Σύστημα ΠΦΥ;	<h4>Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΗΦΥ)</h4> <p>Μέσω της εφαρμογής αποκτάτε πρόσβαση στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας σας (ΑΗΦΥ), ο οποίος εμπλουτίζεται από διάφορες πηγές, όπως:</p> <ul style="list-style-type: none">+ δεδομένα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης+ νοσηλείες σε Μονάδες δευτεροβάθμιας περιθαλψής+ επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς+ προσωπικός ιατρός <p>Πρόσβαση στο Σύστημα ΠΦΥ</p>
• Προσωπικός Ιατρός	
• Ηλεκτρονικά Ραντεβού	
• Συγκριτική	
• Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΗΦΥ)	
• PIN	



ΠΗΓΗ:

<https://www.idika.gr/pfy/%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%BA%CF%84%CF%81%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%82-%CF%86%CE%B1%CE%BA%CE%B5%CE%BB%CE%BF%CF%82-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%82-%CE%B7%CF%86%CF%85.html>

Βέβαια στην παρούσα φάση ο Η.Φ.Υ.Α. δεν είναι ιδιαίτερα εξελιγμένος και μάλιστα θα τον χαρακτήριζε κανείς αρκετά «φτωχό» ως προς τα δεδομένα που εσωκλείονται σε αυτόν. Τη δεδομένη χρονική στιγμή βρίσκονται καταχωρημένες πληροφορίες σχετικά με τα προσωπικά στοιχεία του ατόμου, τα προσωπικά στοιχεία του οικογενειακού ιατρού που είναι υπεύθυνος για το συγκεκριμένο άτομο, στοιχεία αναφορικά με την πρώτη εξέταση που διενεργήθηκε από τον θεράποντα οικογενειακό ιατρό, πληροφορίες σε σχέση με τις επόμενες επισκέψεις που πραγματοποιούνται. Ταυτόχρονα αναφέρονται στοιχεία από το ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό, καθώς και κάθε νέα πληροφορία που προκύπτει στη συνέχεια. Ο οικογενειακός ιατρός οφείλει να προσθέτει στον Η.Φ.Υ.Α. οτιδήποτε θεωρείται χρήσιμο και απαραίτητο, τόσο για την αντιμετώπιση της τρέχουσας κατάστασης της υγείας του ασθενή, όσο για τη σωστή προσέγγιση οποιουδήποτε μελλοντικού υγειονομικού προβλήματος. Σίγουρα περιλαμβάνονται και πληροφορίες σε σχέση τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, την πραγματοποίηση εμβολιασμών, την εμπλοκή άλλων ιατρικών ειδικοτήτων στην αντιμετώπιση του ασθενούς (Φωτιάδου Ε., 2019).

Από το έτος 2004 με την εφαρμογή του Η.Φ.Υ.Α., καταβλήθηκε προσπάθεια ώστε να φτιαχτεί μία ενιαία ηλεκτρονική πλατφόρμα που θα χρησιμοποιείται από όλες τις δομές και από όλους τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης. Βέβαια επί του παρόντος, οι μοναδικές πληροφοριακές εφαρμογές που προωθούν την αυτόματη ανάκτηση δεδομένων, είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση (e-prescription) και το ηλεκτρονικό ραντεβού (e-rantevou). Μέσα στους μελλοντικούς στόχους εντάσσεται και η προσπάθεια για πλήρη διασύνδεση της πλατφόρμας με όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα, προκειμένου να εξασφαλιστεί η άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών που σχετίζονται με τις νοσηλείες, με τις διενεργούμενες εξετάσεις και τα αποτελέσματά τους, τις επισκέψεις για ιατρική εξέταση (Φωτιάδου Ε., 2019).

Αξίζει να αναφερθεί ότι βάσει επίσημης ανακοίνωσης της Η.ΔΙ.Κ.Α., ακόμα και μετά το τελικό στήσιμο της ηλεκτρονικής πλατφόρμας, θα υπάρχει σίγουρα η δυνατότητα εξέλιξης και αναβάθμισης, δεδομένου ότι ο τομέας της πληροφορικής προχωρά με αλματώδεις ρυθμούς. Επομένως τα περιθώρια επέκτασης και εμπλουτισμού θα βρίσκονται διαρκώς ανοιχτά, ούτως ώστε να αναπτυχθούν προς την κατεύθυνση που θα εξυπηρετεί τον ασθενή, τον επαγγελματία υγείας, αλλά και το σύστημα υγείας εν γένει (Φωτιάδου Ε., 2019).

Συνοψίζοντας λοιπόν, αποτελεί κύριο στόχο να υπάρξει άμεση μελλοντική διασύνδεση του Η.Φ.Υ.Α. και με άλλους φορείς και δομές υγείας, πέρα από την Π.Φ.Υ., όπως είναι τα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσηλευτικά ιδρύματα, τα διάφορα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια νοσοκομείων. Σκοπός είναι η διακίνηση των υγειονομικών πληροφοριών μεταξύ των διαφορετικών δομών περίθαλψης, ώστε να εξασφαλίζεται γρήγορα η λεπτομερής ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, ούτως ώστε να προκύψει έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση και κατά επέκταση να δρομολογηθεί η αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενή, χωρίς άσκοπες καθυστερήσεις. Ταυτόχρονα αποφεύγονται οι επιπλέον υγειονομικές δαπάνες από την πραγματοποίηση επαναλαμβανόμενων διαγνωστικών εξετάσεων. Φυσικά θα πρέπει να βασιστούν στα πρότυπα που ακολουθούν τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προκειμένου να συμμετέχει και η χώρα μας στη διασυνοριακή πληροφόρηση αναφορικά με την υγεία (Φωτιάδου Ε., 2019).

4.5 Η αξία από τη χρήση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς

Η σημαντικότητα του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας ασθενούς έγκειται στην συνεχή και λεπτομερή καταγραφή του πλήρους ιστορικού του εκάστοτε ασθενούς (ατομικό, οικογενειακό). Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται μία αντικειμενική και ουσιαστική αποτύπωση της κατάστασης της υγείας του αρρώστου, η οποία είναι διαθέσιμη ανά πάσα στιγμή. Το γεγονός αυτό συμβάλλει καθοριστικά στη διαχείριση και αντιμετώπιση του ασθενούς σε ολιστικό επίπεδο, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παράγοντες, τόσο από το παρελθόν όσο και από το παρόν. Επίσης, όλη αυτή η διαδικασία έχει άμεσο αντίκτυπο στα ποσοστά θνησιμότητας τα οποία και περιορίζει σημαντικά, δεδομένου ότι μέσα από τον Η.Φ.Υ.Α. παρέχεται η δυνατότητα διενέργειας ενός ουσιαστικότερου προσυμπτωματικού ελέγχου, αναφορικά με παθήσεις στις οποίες η κληρονομικότητα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο για την εμφάνιση και την ανάπτυξή τους (Ποτήρης Α. και Σαράφης Π., 2014).

Ταυτόχρονα από τα δεδομένα υγείας που βρίσκονται καταχωρημένα στον Η.Φ.Υ.Α., μπορούν να προκύψουν πιο αποδοτικοί τρόποι αντιμετώπισης των διαφόρων υγειονομικών προβλημάτων. Επιπλέον μπορούν να αντληθούν πολύ σημαντικές πληροφορίες αναφορικά με τα επιδημιολογικά δεδομένα των πολιτών, τόσο σε σχέση με ολόκληρη τη χώρα, όσο σε σχέση με κάποια συγκεκριμένη περιοχή (Βελονάκη Β. Σ. και Αδαμακίδου Θ., 2015).

Αναμφισβήτητα, ο Η.Φ.Υ.Α. αποτελεί τη δίοδο μέσα από την οποία προάγεται η πρόληψη και η υγεία των πολιτών. Ταυτόχρονα λειτουργεί ως πολύτιμο εργαλείο, για την υποστήριξη και την καθιέρωση διαδικασιών και πρωτοκόλλων, που στοχεύουν στη διαφύλαξη και την ενίσχυση της δημόσιας υγείας (Βελονάκη Β. Σ. και Αδαμακίδου Θ., 2015). Επιπλέον είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο Η.Φ.Υ.Α. παρέχει τη δυνατότητα σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως τόπου διαμονής τους και της γενικότερης κατάστασής τους, να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη του Ε.Σ.Υ. Επιπρόσθετα, ο Η.Φ.Υ.Α. προσφέρει άμεση «εικόνα» στις αρμόδιες υπηρεσίες, ως προς τις δαπάνες υγείας και παράλληλα εξασφαλίζει δυνατότητες εύκολου ελέγχου αυτών των δαπανών. Με τον τρόπο αυτό προστατεύονται οι διαθέσιμοι πόροι, με αποτέλεσμα την καλύτερη και ουσιαστικότερη αξιοποίηση και εκμετάλλευσή τους (Βελονάκη Β. Σ. και Αδαμακίδου Θ., 2015).

4.6 Ο Η.Φ.Υ.Α και η ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων στην Ελλάδα.

Όπως προαναφέρθηκε αρκετές φορές, ο Η.Φ.Υ.Α. περιλαμβάνει το σύνολο των δεδομένων που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας των πολιτών και προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα οικονομικής φύσεως, σε σχέση με τις ασφάλειες υγείας και τις βιομηχανίες φαρμάκων. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια να αποτελεί ο Η.Φ.Υ.Α. δυνητικό ηλεκτρονικό στόχο, σε βάρος των στοιχείων που εσωκλείονται σε αυτόν (Ποτήρης Α., Σαράφης Π., 2014).

Προκειμένου να περιοριστούν τέτοιου είδους φαινόμενα, το Υπουργείο Υγείας μέσω του Νόμου 4600/2019, ανέθεσε στην ΗΔΙΚΑ Α.Ε. την ευθύνη «για τη διασφάλιση της προστασίας των ευαίσθητων ιατρικών προσωπικών δεδομένων των πολιτών από τρίτους όπως ασφαλιστικούς οργανισμούς, εργοδότες, τράπεζες κτλ.». Ταυτόχρονα ο συγκεκριμένος νόμος καθορίζει τις ποινικές επιπτώσεις, σε κάθε προσπάθεια παραβίασης των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων που βρίσκονται καταχωρημένα εντός του Η.Φ.Υ.Α. (Νόμος 4600/2019).

Ωστόσο υπήρξαν και ορισμένα διαδικαστικά εμπόδια ως προς την εφαρμογή του νόμου, τα οποία εντοπίζονταν κυρίως στη μεταβίβαση των πληροφοριών του Η.Φ.Υ.Α. από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στην ΗΔΙΚΑ. Το συγκεκριμένο κώλυμα αποτελεί απόρροια του γεγονότος, ότι όπως και στα υπόλοιπα κράτη της Ευρώπης, τα προσωπικά δεδομένα πρέπει να τα διαχειρίζεται ένα μόνο φορέας. Τονίζεται δε, ότι σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες υφίσταται η Ευρωπαϊκή Αρχή με την επωνυμία ENISA, η οποία προσφέρει αυστηρές κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων, από πρόσωπα που δεν έχουν καμία αρμοδιότητα ή δικαίωμα πρόσβασης σε αυτά (Καραγιώργος Δ., 2019).

Ωστόσο είναι επιτακτικό να τονιστεί ότι η ΗΔΙΚΑ Α.Ε, έλαβε παγκοσμίως τα εύσημα για τη διαμόρφωση και καθιέρωση του Η.Φ.Υ.Α. Ειδικότερα, η επιτυχία επισφραγίστηκε στα πλαίσια της «τελετής απονομής των βραβείων του Παγκόσμιου Συνδέσμου Πληροφορικής και Υπηρεσιών στο Ερεβάν της Αρμενίας τον Οκτώβριο του 2019», λαμβάνοντας μία παγκόσμια διάκριση (Health Pharma, 2018).

4.7 Προσδοκίες και προκλήσεις στον Τομέα της Υγείας-Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος της Ηλεκτρονικής Υγείας (e-Health, Η.Φ.Υ.Α.).

Σύμφωνα με την Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η δυνατότητα πρόσβασης από όλους τους πολίτες στις ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας αποτελεί βασική πρόκληση για την e-Health, στην οποία εντάσσεται και ο Η.Φ.Υ.Α. Εκτιμάται ότι έως και τα επόμενα τριάντα με σαράντα χρόνια, ένα σημαντικό ποσοστό του ευρωπαϊκού πληθυσμού (της τάξεως του 40%), θα κυμαίνεται σε ηλικίες περί τα 60-65 έτη. Σε αντίθεση με τους πολίτες νεότερης ηλικίας, οι οποίοι είναι πολύ περισσότερο εξοικειωμένοι με τη χρήση των νέων ηλεκτρονικών τεχνολογιών, η προαναφερόμενη ηλικιακή κατηγορία χρήζει απαραίτητης εκπαίδευσης και ενημέρωσης, προκειμένου να είναι σε θέση να χρησιμοποιεί έγκαιρα και αποτελεσματικά τις δυνατότητες που προσφέρει η e-Health. Κατά συνέπεια θεωρείται, ότι για ορισμένα ακόμα χρόνια θα είναι αναγκαία η χρήση και άλλων μέσω επικοινωνίας με τις υπηρεσίες υγείας πέραν της e-Health, όπως είναι για παράδειγμα το τηλέφωνο, έως ότου εδραιωθεί ολοκληρωτικά η ηλεκτρονική υγεία και με την προϋπόθεση της δυνατότητας εύκολης πρόσβασης για όλους (Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2005).

Ένα άλλο ζήτημα που τίθεται, είναι ότι μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της ίδιας χώρας είναι πολύ πιθανό να υφίσταται «*χάσμα ψηφιακής τεχνογνωσίας*», όπως επίσης και σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με τις γνώσεις και την εκπαίδευση, τόσο μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας, όσο και μεταξύ των ίδιων των κατοίκων των περιοχών. Επομένως πρόκειται για ένα ζήτημα που η επίλυσή του αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την εκτενή και αποτελεσματική χρήση της e-Health (Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2005).

Επίσης κρίνεται απαραίτητη η «*εξέλιξη ευρυζωνικών δικτύων στις τηλεπικοινωνίες*», δεδομένου ότι δεν υποστηρίζονται όλες οι περιοχές με τον ίδιο τρόπο. Επομένως η δρομολόγηση του εν λόγω ζητήματος είναι καθοριστικής σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στις συγκεκριμένες περιοχές, αλλά και για την αποτελεσματική παροχή πρώτων βοηθειών στους κατοίκους αυτών των περιοχών. Επιπρόσθετα με την ανεπαρκή ύπαρξη τεχνολογικής υποδομής, δεν είναι εφικτή η διακίνηση των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων. Η αποκατάσταση και ανάπτυξη του

δικτύου σε περιοχές με δύσκολη πρόσβαση, θα αποφέρει σημαντικά οφέλη διότι θα εκμηδενιστούν οι αποστάσεις, δεδομένου ότι συνήθως οι δυσπρόσιτες περιοχές απέχουν αρκετά από τις πρώτες διαθέσιμες υγειονομικές μονάδες (Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2005).

Συνεπαγωγικά, οι δυνατότητες που παρέχονται μέσω της Ηλεκτρονικής Υγείας και του Η.Φ.Υ.Α. σε αυτή την κατηγορία πολιτών, είναι ζωτικής σημασίας για την εξασφάλιση αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας. Άρα απαιτείται οικονομική ενίσχυση και επένδυση, προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες ενέργειες τόσο σε σχέση με την κατασκευή κατάλληλων υποδομών, όσο και σχέση με την εξασφάλιση του αναγκαίου εξοπλισμού. Στόχος είναι η αξιοποίηση των διευκολύνσεων που παρέχει η e-Health από το σύνολο των πολιτών (Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2005).

Παράλληλα, στα πλαίσια της e-Health και κατά επέκταση του Η.Φ.Υ.Α., έγινε μία πρόταση για εφαρμογή του «οδικού χάρτη» του *Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ)*. Δεδομένου ότι αναφορικά με την υγεία των ασθενών, αποτελεί συνήθη ενέργεια η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, η εν λόγω πρόταση στοχεύει στη «δημιουργία αντίστοιχης τράπεζας δεδομένων που θα καλύπτει όλα τα φάρμακα για τα οποία έχει δοθεί άδεια κυκλοφορίας σε ένα κράτος μέλος Ευρωπαϊκής Ένωσης με βάση την κοινή διαδικασία». Η Ευρωπαϊκή Ένωση υποστηρίζει την αναγκαιότητα άμεσης εφαρμογής της συγκεκριμένης ενέργειας, ώστε να είναι ηλεκτρονικά διαθέσιμη μία πηγή πληροφόρησης, αναφορικά με τα φάρμακα, που θα έχει επιστημονικό υπόβαθρο και θα περιλαμβάνει αξιόπιστο και αιτιολογημένο περιεχόμενο (Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2005).

Επίσης είναι σημαντικό να τονιστεί ότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελεί επιτακτική ανάγκη η τήρηση των φαρμακευτικών αγωγών μακράς διάρκειας, είτε αρκετών ετών είτε δια βίου. Σε αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται αρκετά ζητήματα, τόσο σε επίπεδο μη αποτελεσματικής αντιμετώπισης και διαχείρισης των χρόνιων παθήσεων, όσο και σε επίπεδο οικονομικό, δεδομένου ότι η μη τήρηση της αγωγής οδηγεί σε πτωχεύματα της υγείας ή ακόμα και σε ενδεχόμενη επιδείνωση της κατάστασης και μοιραία το σύστημα οδηγείται σε οικονομική επιβάρυνση και σπατάλη πόρων (Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2005).

Σύμφωνα με μελέτη των Barber N. et al (2004), υπάρχει μία μερίδα ασθενών, που από επιλογή τους διακόπτουν την αγωγή τους. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται σε ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες που συνοδεύουν τη λήψη κάποιων φαρμάκων. Στο σημείο αυτό ο ρόλος της e-Health είναι εξαιρετικά σημαντικός, διότι μπορεί να λειτουργήσει ως αξιόπιστη και εμπειριστατωμένη πηγή πληροφόρησης για οποιοδήποτε φαρμακευτικό σκεύασμα, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα μη τήρησης της ενδεικνυόμενης φαρμακευτικής αγωγής. Μάλιστα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επιμένει ιδιαίτερα στην ενίσχυση της άποψης περί πιστής εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής και αναθέτει αυτή την αρμοδιότητα στην ευθύνη της e-Health.

Επιπλέον τονίζονται τα οφέλη που προκύπτουν στην ποιότητα, τη λειτουργικότητα και την αποτελεσματικότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσα από τη δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών σε ένα πλήρη Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας Ασθενούς. Μεταξύ των άλλων, είναι εξαιρετικής σημασίας να διασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα των δεδομένων που περιλαμβάνονται μέσα στον Η.Φ.Υ.Α., ώστε να περιοριστεί να ανασφάλεια των πολιτών ως προς το εν λόγω ζήτημα, ειδικά όταν πρόκειται για ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ διαφορετικών χωρών. Η Ευρωπαϊκή Ένωση θεωρεί ότι πρέπει να δρομολογηθεί άμεσα διεξαγωγή μελέτης, για την αποτελεσματική διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων μέσα από τη χρήση της e-Health (Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2005).

Ταυτόχρονα εκδόθηκε ανακοίνωση περί «υποστήριξης των αρμοδίων για την υγεία αρχών και των διοικητικών στελεχών του κλάδου», αφήνοντας υπαινιγμούς για επέκταση των υγειονομικών οφελών σε πολίτες δύσβατων ή μακρινών περιοχών, όπου οι δυνατότητες παροχής υπηρεσιών υγείας δεν είναι τόσο εκτενείς. Όμως προαπαιτούμενο για την υλοποίηση αυτής της ανακοίνωσης είναι η χρηματοδότηση και πραγματοποίηση έργων τεχνολογικής φύσεως, ώστε να μπορούν να υποστηριχθούν αυτές οι υπηρεσίες υγείας. Επίσης σημαντική είναι και η άρτια εκπαίδευση των κατοίκων (Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2005).

4.8 Φάκελος Υγείας (Νοσηλείας) Ασθενούς-Νεότερες εξελίξεις στην Ελλάδα

Πρόσφατα και συγκεκριμένα σύμφωνα με την υπ' αριθμ. πρωτ. Γ2α,γ/οικ.14741/11-03-2022 απόφαση της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας κας

Γκάγκα, δόθηκε εντολή στους Διοικητές των Νοσοκομείων της χώρας, για πιστή εφαρμογή και τήρηση Ατομικού Φακέλου Νοσηλείας Ασθενή.

Ειδικότερα, «ο Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.) έχει προχωρήσει σε επικαιροποίηση των Εντύπων Ενιαίας Λειτουργίας των Νοσοκομείων βάσει των Διεθνών Προτύπων» (Γ2α,γ/οικ.14741/11-03-2022 Υπουργική Απόφαση). «Ο Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.), τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και λειτουργεί ως αρωγός του Υπουργείου Υγείας και όλων των παρόχων υπηρεσιών υγείας της χώρας, στην προσπάθειά τους για βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας, επάρκειας και καθολικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με βάση τα διεθνή πρότυπα». (<https://odipy.gov.gr/organismos/odipy/>)

Τα επικαιροποιημένα έντυπα του Ο.ΔΙ.Π.Υ. έχουν αποσταλεί και εφαρμόζονται ήδη στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και είναι τα κάτωθι:

1. «Βασική αξιολόγηση ασθενούς, με κωδ.N001 (σε αντικατάσταση του Ν1-501)
2. Νοσηλευτική Παρακολούθηση ασθενούς με κωδ.N002 (σε αντικατάσταση του Ν1-502)
3. Χορήγηση φαρμάκων με κωδ.N003 (σε αντικατάσταση του Ν1-504)
4. Ισοζύγιο υγρών με κωδ.N004 (σε αντικατάσταση του Ν1-506)
5. Νοσηλευτικό έντυπο παρακολούθησης μετάγγισης αίματος και παραγώγων με κωδ.N005 (νέο έντυπο)
6. Έντυπο ανεπιθύμητων αντιδράσεων από την μετάγγιση αίματος και παραγώγων με κωδ.N006 (σε αντικατάσταση του Α1-805)
7. Βασική αξιολόγηση ασθενούς για έλκος πίεσης με την κλίμακα Norton με κωδ.N007 (σε αντικατάσταση του Ν1-512)
8. Καταγραφή ελκών πίεσης με κωδ.N008 (σε αντικατάσταση του Ν1-511)
9. Εκτίμηση κινδύνου πτώσης ασθενούς (Morse Fall Scale) με κωδ.N009 (νέο έντυπο)
10. Διακομιδή ασθενούς από ΜΕΘ στο Νοσηλευτικό Τμήμα με κωδ.N010 (σε αντικατάσταση του Ν3-543)
11. Πρωτόκολλο παραλαβής τιμαλφών και χρημάτων ασθενών με κωδ.N011 (σε αντικατάσταση του Δ2-112)
12. Ανάθεση νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών ΜΕΘ με κωδ.N012 (σε αντικατάσταση του Ν4-594)

13. Διάγραμμα Ζωτικών Σημείων με κωδ.Ν013 (σε αντικατάσταση του Ν1-505)
14. Ημερήσιο φύλλο νοσηλείας ΜΕΘ με κωδ.Ν014 (σε αντικατάσταση του Ν3-541)
15. Έντυπο συμβάντος πτώσης με κωδ.Q001 (νέο έντυπο)
16. Ιατρικές οδηγίες με κωδ.Μ001 (σε αντικατάσταση του Ν1-503)».

Γ2α,γ/οικ.14741/11-03-2022 Υπουργική Απόφαση)

Η καθιέρωση των συγκεκριμένων εντύπων αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς τη δημιουργία ενός πιο ολοκληρωμένου Φακέλου Υγείας-Νοσηλείας Ασθενούς. Όμως επί του παρόντος η συμπλήρωση των εν λόγω εντύπων γίνεται μόνο σε εκτυπωμένη μορφή, χωρίς να υφίσταται μία ηλεκτρονική πλατφόρμα καταχώρησης των ζητούμενων πληροφοριών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επανάληψη της διαδικασίας συμπλήρωσης των εγγράφων, κάθε φορά που ασθενής μετακινείται μεταξύ των διαφορετικών Νοσηλευτικών Τμημάτων εντός του ίδιου Νοσοκομείου ή ακόμα και μεταξύ διαφορετικών Νοσοκομείων.

Σε περίπτωση που θα υπήρχε η δυνατότητα ηλεκτρονικής καταχώρησης των στοιχείων και μάλιστα μέσω ενός ενιαίου ηλεκτρονικού συστήματος, προσβάσιμου από όλους τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης, θα εξυπηρετούσε τα μέγιστα τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου Η.Φ.Υ.Α. Το γεγονός αυτό θα εξασφάλιζε μία ανεκτίμητη πηγή υγειονομικών πληροφοριών, εξειδικευμένων για τον εκάστοτε ασθενή και παράλληλα ιδιαίτερα χρήσιμη για τη σωστή και αποτελεσματική λειτουργία τόσο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όσο και των υπόλοιπων βαθμίδων υγειονομικής περίθαλψης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην σύγχρονη εποχή γίνεται σαφές, ότι επικρατεί η τάση επικέντρωσης του υγειονομικού συστήματος στον «άνθρωπο» και μάλιστα καταβάλλονται πολλές προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση. Με βάση τα διεθνή δεδομένα, η καθιέρωση και εκτενής χρήση Η.Φ.Υ.Α. έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, δεδομένου όμως ότι θα βασίζεται σε μία ενιαία ηλεκτρονική πλατφόρμα και θα ακολουθούνται πιστά οι κατευθυντήριες οδηγίες (Lluch, 2011).

Επομένως είναι σημαντικό το Εθνικό Σύστημα Υγείας να βασιστεί στα διεθνή δεδομένα, για την εξασφάλιση της επιτυχούς εφαρμογής του Η.Φ.Υ.Α. στους διάφορους φορείς υγειονομικής περίθαλψης. Ταυτόχρονα είναι αναγκαίο να οριστούν συγκεκριμένα κριτήρια, προκειμένου να καθιερωθεί εκείνο το σύστημα που θα εξυπηρετεί και θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ελληνικού συστήματος υγείας, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Αλουγδέλη Μ., 2016).

Η αξία του Η.Φ.Υ.Α. αφορά τη δυνατότητα παροχής ανά πάσα στιγμή μίας σαφούς και λεπτομερούς εικόνας του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, ανεξαρτήτως τοποθεσίας και χρονικής στιγμής. Επομένως ο Η.Φ.Υ.Α. λειτουργεί ως ένα εφόδιο καθοριστικής σημασίας για την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς, καθώς και την ποιοτική και αποτελεσματική αντιμετώπισή του. Επιπλέον συμβάλλει στον περιορισμό αλλά και τον έλεγχο των διενεργούμενων δαπανών που πραγματοποιούνται από την εκάστοτε δομή ή υπηρεσία υγείας. Ταυτόχρονα, αποτελέσματα μελετών έχουν δείξει ότι ο Η.Φ.Υ.Α. αυξάνει την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, καθώς μειώνει σημαντικά τις καθυστερήσεις ως προς τη εξυπηρέτηση και διαχείριση των ασθενών.

Αποτελεί λοιπόν επιτακτική ανάγκη να διενεργηθεί ο κατάλληλος σχεδιασμός για την καθολική υιοθέτηση του Η.Φ.Υ.Α. σε όλες τις βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης, ξεκινώντας από τα θεμέλια των υπηρεσιών υγείας, που είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αλεξανδρή Κ., (2021). Η σύνδεση της Δημόσιας Υγείας με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία. Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.
2. Αλουγδέλη Μ. (2016). Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Μακεδονία.
3. Αποστολάκης Ι. (2002). Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα; 2002.
4. Αποστολάκης Ι., Θάνου Ε. (2004). Μονάδα υγείας στην κοινωνία της πληροφορίας: Μια πρώτη προσέγγιση. Στο: Νιάκας Δ (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας, μανάτζμεντ και τεχνολογία. Επιλεγμένα κείμενα εργασιών του 5ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας. Εκδόσεις MediForce, Αθήνα 2004:227–240.
5. Αποστολάκης, Ι., Βαρλάμης, Η. (2016), Πληροφοριακά συστήματα υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση.
6. Αποστολοπούλου Μ., (2019). Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος: Η στάση των πολιτών απέναντι στην εφαρμογή του στην Ελλάδα. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο «Μακεδονία».
7. Βελονάκη Β. Σ., Αδαμακίδου Θ., (2015). Νομοθετικό πλαίσιο της ομάδας υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και στο διεθνές περιβάλλον, κεφάλαιο 14, σελ.: 178-185.
8. Βουτσίδου Σ., et. al. (2019). Εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας (e-Health) στην πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα-Πλεονεκτήματα και προσδοκίες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2019, 36(3):412-418.
9. Βραχάτης, Δ. και Παπαδόπουλος, Α. (2012). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελ-λάδα: Δεδομένα και προοπτικές, Νοσηλευτική, 51,1.
10. Βραχνέλη, Α. (2017). Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και Σύστημα Υγείας: Μεταρρυθμιστικές Προσπάθειες, Προβλήματα και Προοπτικές. Διπλωματική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης.

11. E-nomothesia.gr, (2019). επικαιροποιείται το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΑΗΦΥ) με το νόμο 4600/2019.
12. Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, (2005). Γνωμοδότηση της Επιτροπής των Περιφερειών για την Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών: eHealth-βελτίωση της υγειονομικής προστασίας που προσφέρεται στους ευρωπαίους πολίτες: πρόγραμμα δράσης για την δημιουργία Ευρωπαϊκού χώρου e-Health. (2005/C 71/08).
13. Ηλεκτρονική υγεία: το μέλλον στην ιατρική περίθαλψη . Available at: <http://pacific.jour.auto.gr/emesis/?p=485> (Accessed: 14 October 2015).
14. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001). Συστήματα υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001:147–150.
15. Καννής-Ρεμπούλης Ιάκωβος (2020). Σχεδιασμός/Ανάλυση έξυπνων πρωτοκόλλων για την αξιοποίηση εφαρμογών προσωπικού φακέλου υγείας στη διαχείριση μη-μεταδιδόμενων νόσων. Διπλωματική εργασία. Σχολή ηλεκτρολόγων μηχανικών και μηχανικών υπολογιστών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.
16. Καραγιάννη Μ., Σηφάκη –Πιστόλλα Δ. (2016) Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα.
17. Καραγιώργος Δ., (2019). Ερωτήματα για τη διαχείριση προσωπικών δεδομένων από τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας, Ιατροnet, (2020).
18. Καρασούλος Χ. (2014). Σύγχρονη προσέγγιση της λειτουργίας ενός νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού.
19. Κουκουφιλίππου Ι, Μπόμπος Γ, Μπόγρη Δ, Βασιλακοπούλου Β, Κοϊνης Α., (2017). Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο. Αρχ. Ελλ. Ιατρ.
20. Κουτσούκογλου Άγγελος, (2019). Προσωπικά δεδομένα στο χώρο της υγείας και ηλεκτρονικές εφαρμογές υγείας. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο «Μακεδονία».
21. Λιαρόπουλος, Λ. (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα.

22. Λιούτα Αναστασία (2021). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του Οικογενειακού Ιατρού. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιά.
23. Μήτρου, Λ., (2018). Ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας και ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων, Αθήνα, Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Ινστιτούτο Επιστημονικών Ερευνών.
24. Μούρτου Ε. Χ., (2006). Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία. Επιθεώρηση Υγείας, Vol:17,No 101.
25. Μούρτου Χ. (2007). Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος στα Ελληνικά Νοσοκομεία. 2007 ; 17 (101) .Available at: http://www.agandreashosp.gr/depts/Hlekttronikos_Fakelos.pdf. (Accessed: 27 February 2016).
26. Μούρτου Ευστρατία, (2007). Η τεχνολογική καινοτομία στην διαχείριση των ενδονοσοκομειακών διαδικασιών και η εφαρμογή της στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων.
27. Μπελλάλη Θ., (2009). Αποτελεσματική ηγεσία και διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας. 6η έκδοση. Εκδόσεις Μ. Γκιούρδας, Αθήνα.
28. Μπενέττου, Ξ. και Τάγαρης, Τ. Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος – Τεχνολογίες για την υλοποίησή του; 2005 Available at: <http://mpl.med.uoa.gr/wpcontent/uploads/2011/03/ilektronikos-iatrikos-fakelos.pdf>
29. Μπενέττου Ξ. Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος – Τεχνολογίες για την υλοποίησή του. [place unknown: publisher unknown]; 2008 (Accessed: 27 February 2016).
30. Μπένος Α. (1995), Ανταγωνισμός ή αλληλεγγύη: η πρόταση της πρωτοβάθμιας υγείας, Εκδόσεις «Θεμέλιο», Αθήνα.
31. Μπότση Σ., (2016). Διαδικασιοστρεφές Σύστημα Ηλεκτρονικής Μάθησης για εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Ασθενή. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. ΠΜΣ: Διδακτική της Τεχνολογίας και Ψηφιακά Συστήματα-Ηλεκτρονική Μάθηση. Πανεπιστήμιο Πειραιά, 2016.
32. Μωραΐτης, Ε., et. al, (1995). *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής*, Αθήνα: ΥΥΠΚΑ.

33. Μωραΐτης, Ε., (1996). Μια ρεαλιστική πρόταση για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα.
34. Νόμος 2519/1997. Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 125/21-08-1997, άρθρο 31.
35. Νόμος 3235/2004. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ΦΕΚ 53/18-02-2004, άρθρο 7,9.
36. Νόμος 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 38/17-02-2014, άρθρο 3,4,5,8.
37. Νόμος 4238/2014, άρθρο 51, παρ. 4.
38. Νόμος 4486/2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017, άρθρο 4,5.
39. Νόμος 4486/2017, άρθρο 21.
40. Νόμος 4600/2019. Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 43/Α/9-3-2019.
41. Νόμος 4603/2019. Επιτροπή επαγγελματικού αθλητισμού και άλλες διατάξεις, Φ.Ε.Κ. Α'48/14-3-2019.
42. Παπαδάκης Μ. (2006). Εφαρμογές Πληροφορικής στις υπηρεσίες υγείας. Στο: Σουλιώτης ΚΝ (Επιμ.) Πολιτική και οικονομία της υγείας. Στρατηγικός σχεδιασμός, οργάνωση και διοίκηση, οικονομική λειτουργία, τομεακές πολιτικές. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2006:223–284.
43. Πιερράκος Γ. (2008). Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας & Τοπική Κοινωνία. Αθήνα: Παπαζήση.
44. Πιερράκος Γ. , Σαρρής Μ., Σούλης Σ, Γούλα Α., Λατσού Δ., Πατέρας Ι., Βουρλιώτου Κ., Γιαννουλάτος Π. (2013). Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.
45. Πιερράκος Γ., Λατσού Δ., Γούλα Α., Σταμούλη Μ., Δημάκου Σ., Υφαντόπουλος Ι. (2015). Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής. Ενδεχόμενη μελέτη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.

46. Ποτήρης Α., Σαράφης Π., (2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(3): σελ. 116-121.
47. Σιγάλας Ι.(1999), *Οργανισμοί και υπηρεσίες Υγείας*, εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα.
48. Σημαιοπούλος Β., (2017). Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενή. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιά, 2017.
49. Σουλιώτης ΚΝ (2007). Οικονομικές ανισότητες και πολιτική υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2007:60–61.
50. Τζικόπουλος Α, Αποστολάκης Ι. (2005). Ασφάλεια πληροφοριακών συστημάτων υγείας και ασφάλεια προσωπικών δεδομένων στις μονάδες υγείας. Στο: Αποστολάκης Ι (Επιμ.) Θέματα διοίκησης πληροφοριακών υποδομών στις μονάδες υγείας. Επιλεγμένα κείμενα ειδικής θεματολογίας του 6ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας. Εκδόσεις MediForce, Αθήνα, 2005:57–65.
51. Τσιάλα Ε., (2008). Διπλωματική Εργασία: Ιδιωτικότητα στα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας και Ηλεκτρονικό Φάκελο Ασθενή.
52. 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής. Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, (2020). http://www.1dype.gov.gr/?page_id=15
53. 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, (2020). <https://www.2dype.gr/pedy/perifereiaka-iatreia/4>
54. 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας. Φορείς Υγείας, (2020). http://www.3dype.gr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=93&Itemid=554&lang=en
55. 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας & Θράκης. Στοιχεία επικοινωνίας Κέντρων Υγείας – ΤΟΜΥ, (2020). <https://www.4dype.gr/index.php/pfy/contact-pedy>
56. 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας, (2020). <https://www.dypethessaly.gr/primarycare>
57. 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιόνιων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδος, (2020). <http://www.dypede.gr/%cf%83%cf%84%ce%bf%ce%b9%cf%87%ce%b5%ce%af%ce%b1->

- %ce%b5%cf%80%ce%b9%ce%ba%ce%bf%ce%b9%ce%bd%cf%89%ce%bd
%ce%af%ce%b1%cf%82-%ce%b4%ce%bf%ce%bc%cf%8e%ce%bd-
%cf%80%cf%81%cf%89%cf%84%ce%bf%ce%b2%ce%ac/
58. 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, Κέντρα Υγείας, (2020).
<https://www.hccrete.gr/MonadesYgeias/home/ky?nomos=%CE%97%CF%81%CE%B1%CE%BA%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%BF%CF%85>
59. Υπουργική Απόφαση (2022)-Γ2α,γ/οικ.14741/11-03-2022. Τήρηση Ατομικού Φακέλου Νοσηλείας Ασθενή.
60. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1995). Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας. Αθήνα.
61. Υφαντόπουλος Γ. (2005). Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική. Εκδόσεις «τυπωθήτω», Αθήνα.
62. ΦΕΚ Α΄53/18-02-2004, άρθρο 10.
63. Φωτιάδου Ε., (2019). Ο Α.Η.Φ.Υ. μετά την αναδιαμόρφωσή του, (2019)
http://www.boussiasconferences.gr/files/_boussias_conferences_content/presentations/health_it/2019/day2/elpida_fotiadou_healthit_19.pdf
64. Φωτιάδου Ε., (2019). Ηλεκτρονική Υγεία – Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας(Α.Η.Φ.Υ.).
https://static.livemedia.gr/services/hcs/userfiles/usid0_20190223192439_fotiadoudenyparxeiseira192439.pdf
65. Χαλκιαδάκης Ε., (2016). Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενή και ζητήματα προστασίας ευαίσθητων Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, Pro Justitia, (2).
66. Χριστολουλάκης Αλέξανδρος, Χριστοδουλάκης Εμμανουήλ, (2013). Σχεδιασμός και Υλοποίηση Ολοκληρωμένου Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας Ασθενούς για κατανεμημένα Ιατρικά Πληροφοριακά Συστήματα Νοσοκομείων βασισμένου σε Τεχνολογίες WEB. Διπλωματική Εργασία. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Σχολή Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, Τομέας Τεχνολογίας Πληροφορικής και Υπολογιστών.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Albrecht T., Brinovec R., Jošar D., Kostnapfel M., Zaletel M., Panteli D., Maresso A. (2016). Health Systems in Transition: Slovenia, WHO 2016.
2. Alexa J., Recka L., Votápková J., Ginneken E., Spranger A., Wittenbecher F. (2015). Health Systems in Transition: Czech Republic, WHO 2015.
3. American Health Information Management Association, “The Role of the Personal Health Record in the EHR”, July 25, 2005.
4. Armesto R., Abadia M, Duran A., Hernandez C., Bernal C. (2010). Health Systems in transition, WHO 2010.
5. Azzopardi N., Buttigieg M., Calleja N., Merkur S. (2016). Health Systems in Transition: Malta, WHO 2016.
6. Barber N, Parsons J, Clifford S, Darracott R, Horne R, (2004). Patients' problems with new medication for chronic diseases. Quality and Safety in Healthcare.
7. Berthet F., Health Systems in Transition: Luxemburg, WHO 2015.
8. Boerma (2006). W.G.W., Coordination and integration in European primary care, εκδ. Open University Press, UK.
9. Boyle, S. (2011). United Kingdom (England). Health System Review. Health Systems in Transition, Vol 13, (1). Brussels: WHO - European Observatory on Health Systems and Policies. Διαθέσιμο στο https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf
10. Busse R., Blumel M. (2014), Germany Health Report, European Observatory on health systems and policies.
11. Chevreul K., Berg K., Durand I., Hernandez C. (2010). Health Systems in Transition: France, WHO 2010.
12. Coiera E, Magrabi F., (2003). Guide to medical informatics, the internet, and telemedicine. London: Chapman & Hall; 2003
13. Coleman P., Irons R., Nicholl J. (2001), Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emergency Medicine Journal.

14. Detmer D, .Medicine I. of and Committee on Improving the Patient Record. Thecomputer-based patient record: An essential technology for health care, revised edition.2nd edn. Washington: National Academies Press; 1997.
15. Dimova A., Robova M., Moutafova E., Atanasova E., Koeva S., Panteli D., Ginneken E.(2012). Health Systems in Transition: Bulgaria, WHO 2012.
16. Dimova A., Popov M., Robova M. (2007). The health care reform in Bulgaria: analysis, Sofia, Open Society Institute.
17. Džakula A., Sagan A., Pavic K., Loncarek K, Kauzlaric S. (2014). Health Systems in Transition: Croatia, WHO 2014.
18. European Commission. eHealth action plan 2012–2020: Innovative healthcare for the 21st century. EC, Brussels, 2012. Available at: <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/ehealthaction-plan-2012-2020-innovative-healthcare-21st-century>
19. Ferre F., De Belvis A., Valerio L., Longhi S., Lazare A., Fatore G., Ricardi W., Maresso A. (1014). Health in transition: Italy, Who 2014.
20. Fortney, J.C., Steć D.E., Burgess Jr J.F., Maciejewski, M.L., Petersen, L. A. (2005). Are Primar Care Services a Substitute or Complement for Specialty and Inpatient Services. *Health Services Research* 40, 2005.
21. Gaal P., Szigeti S., Csere M., Gaskins M., Panteli D. (2011). Health Systems in Transition:Hungary, WHO 2011.
22. Gerkems S., Merkur S. (2010). Health Systems in Transition: Belgium, WHO, 2010.
23. Gunter T.D., Terry N.P. "The Emergence of National Electronic Health Record Architectures in the United States and Australia: Models, Costs, and Questions". *J Med Internet Res* 7: 1, (2005).
24. Habib JL. EHRs, “Meaningful use, and a model EMR”, *Drug Benefit Trends*, vol 22, No. 4, pp. 99-101, May 2010.
25. Hammond, W.E., Health Level 7: An application standard for electronic medical data exchange. *Topics in Health Record Management*, 1991, 11, 59-66.
26. Hammond, W.E. , Hospital information system: a review in perspective, 1994, *Yearbook Med.Inf.* 95/102.

27. Hassol A., Walker J., Kidder D., Rokita K., Young D., Pierdon S., Deitz D., Kuck S., Ortiz E., (2004). Patient experiences and attitudes about access to a patient electronic health care record and linked web messaging, *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(6): 505-513.
28. Häyrinen, K., Saranto, K., & Nykänen, P. (2008). Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *International journal of medical informatics*, 77(5), 291-304.
29. Health Daily, (2019). Η «ακτινογραφία» του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας, Τα προβλήματα και τα επόμενα βήματα υλοποίησης. https://www.ygeianet.gr/images/site/1501/61839_large/18_x2.pdf
30. Health Pharma, (2018). ΗΔΙΚΑ: Έτοιμος ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας για κάθε πολίτη. <https://www.healthpharma.gr/operators/idika-fakelos-ygeias-politi/>
31. Hecht J., (2019). The future of electronic health records. The digitisation of medical records in the United States has brought benefits, but not everyone is content with how they have been implemented, *Nature outlook: Digital health*, 573 (114-116).
32. Hinchliff M , *Nursing practice and health care: A foundation text*. 5th edn. London: Oxford University Press; 2008.
33. Hofmarcher M. (2013). *Health systems in transition: Austria*, WHO 2013.
34. <https://odipy.gov.gr/organismos/odipy/>
35. Iakovidis I., Wilson, P. and Healy, J.C. *E-health: Current situation and examples of implemented and beneficial*; 2004.
36. Kalra D., (2006). *Electronic Health Record Standards*. *Yearb Med Inform*, 2006; 15(01): pp. 136-144.
37. Kierkegaard Patrick, “Electronic health record: Wiring Europe's healthcare” , *Computer Law & Security Review*, Volume 27, Issue 5, pp. 503-515, September 2011.
38. Lai T., Habicht T., Kahur K., Reinap M., Kiivet R., van Ginneken M. (2013). *Health Systems in Transition: Estonia*, WHO 2013.
39. Lluch M., (2011). *Healthcare Professionals' Organisational Barriers to Health Information Technologies-A literature review*. *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 80, No. 12, 849-862.

40. Mitenbergs U., Taube M., Misins J., Mikitis E., Martinsons A., Rurane A., Quentin A. (2012). Health Systems in Transition: Latvia, WHO 2012.
41. Medical records institute (MRI) (no date) Available at:<http://www.healthgamesresearch.org/organizations/medical-records-institute-mri> (Accessed : 27 February 2016).
42. Murauskiene L., Janoniene M., Veniute M., van Ginneken E., Karanikolos M. (2013). Health Systems in Transition: Lithuania, WHO 2013.
43. Norman CD. Journal of Medical Internet Research. [place unknown]: Journal of Medical Internet Research. EHealth literacy: Essential skills for consumer health in a Networked world; 2006. Available at: <http://www.jmir.org/2006/2/e9/> (Accessed: 28 February 2016).
44. OECD, (2018). Health at a glance: Europe 2018 – State of health in the Eu cycle.
https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1575975346&id=id&accname=guest&checksum=8245149FCBC553E2DCDE098F4C7C716F
45. Olejaz M., Nielen A., Rudkjøbing A., Birk H., Krasnik A., Hernández C. (2012). Health Systems in Transition:Denmark, WHO 2012.
46. Panteli D., Sagan A., Busse R. (2011). Health Systems in Transition: Poland, WHO 2011.
47. Ringard A., Sagan A., Saunes I., Lindahl A (2013)., Health systems in transition: Norway, WHO 2013.
48. Schäffer W., Kroneman M., Boerma W., Westert G., Ginneken W. (2010), Netherlands Report, European Observatory on health systems and policies.
49. Simoes J., Augusto G., Fronteira I., Hernandez C. (2017). Health Systems in Transition: Portugal, WHO 2017.
50. Smatana M., Pažitný P., Kandilaki D., Laktišová M., Sedláková D., Palušková M., Spranger A. (2016). Health Systems in Transition: Slovakia, WHO 2016.
51. Tang et al (1997).Guide to Medical Informatics, The Internet and Telemedicine by ENRICO COIERA, 1997.
52. 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, Washington, D.C.: National Academy Press*, 1997, pp. 12-14.
53. Van der Loo RP, Van Gennip EM, Bakker AR, Hasman A., Rutten FF. (1995), Evaluation of automated information systems in health care: an approach to classifying evaluative studies, *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, Vol. 48, pp. 45-52.
 54. Vladescu C., Scîntee G., Olsavszky V., Hernández-Quevedo C., Sagan A. (2016). *Health Systems in Transition: Romania*, WHO 2016.
 55. Vuorenkoski L., *Health systems in transition: Finland*, WHO 2008.
 56. Wass S., Vimarlund V., (2018). The role of PAEHRs in Patient Involvement, *Journal of Medical Systems*, 42(210): p. 1-6.
 57. WHO, (1978). *who.int*. [Ηλεκτρονικό] Available at: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
 58. W.H.O. (2018). Health. Use of appropriate digital technologies for public health: report by Director-General. 71st World Health Assembly provisional agenda item 12.4 A71/2. Retrieved 10 January 2019, 2019, from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_20-en.pdf.
 59. WHO, *Country Health Profile: Austria*, WHO 2017.
 60. WHO, *Country Health Profile: Romania*, WHO 2017.
 61. World Health Organization (2006). *Electronic Health Records – Manual for developing countries*.

