



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ : ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Αλεξάνδρα Μουστάκα
Πολιτικός Επιστήμονας

Επιβλέπων: Χ. Λιονής, Αναπληρωτής Καθηγητής,
Διευθυντής Κλινικής Κοινωνικής και
Οικογενειακής Ιατρικής, Τομέα Κοινωνικής
Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο
Κρήτης

Συνεπιβλέπων: Κ. Σουλιώτης, Λέκτορας Πολιτικής Υγείας,
Σχολής Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστημίου
Πελοποννήσου

Ηράκλειο, Νοέμβριος 2008



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΕΑΕΚ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ



Η ΠΑΙΔΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΡΥΦΗ
Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Εκπαίδευσης και Αρχικής
Επαγγελματικής Κατάρτισης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου και επιβλέποντα της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τομέα Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, του Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Λιονή Χρήστο για την πολύτιμη στήριξη που μου προσέφερε κα για τις χρήσιμες συμβουλές και τις απαραίτητες υποδείξεις του οι οποίες συνέβαλαν σημαντικά στην ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας .

Επίσης θέλω να ευχαριστήσω τον κ. Σουλιώτη Κυριάκο, Λέκτορα Πολιτικής Υγείας στη σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου συνεπιβλέποντα σε αυτή την εργασία, για την καθοδήγηση του και τις πολύτιμες συμβουλές του.

Ακόμη, θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τους συνάδελφους μου, τους φίλους μου, τον σύντροφο μου και την οικογένεια μου για την ηθική στήριξη και για την ανιδιοτελή βοήθεια τους όλο αυτό το διάστημα.

ANTI ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Quality is not an act, it is a habit

Aristotle

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
1ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
1.1 Θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας	
1.1.2 Η ποιότητα γενικά	8
1.1.3 Ιστορική εξέλιξη της έννοιας της ποιότητας	9
1.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	
1.2.2 Γενική θεώρηση	12
1.2.3 Η προσέγγιση του <i>Avendis Donabedian</i>	13
1.2.4 Η προσέγγιση του <i>Parasuraman</i>	15
1.2.5 Προβληματισμοί για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας	16
1.3 Η αξιολόγηση της ποιότητας	
1.3.2 Η αξιολόγηση γενικά	17
1.3.3 Τα απαραίτητα βήματα για την Αξιολόγηση της Ποιότητας	18
1.3.4 Η συμβολή της αξιολόγησης της ποιότητας στην Υγεία	20
1.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	21
1.5 Η ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα	23
1.6 Οι δείκτες ποιότητας	
1.6.2 Ερμηνευτική προσέγγιση	26
1.6.3 Ποιοτικά χαρακτηριστικά των δεικτών	29
1.7 Αναγκαιότητα της έρευνας	30
1.8 Σκοπός της ερευνητικής εργασίας – ερευνητικά ερωτήματα	31

2.ΜΕΘΟΔΟΣ	
2.2 Στρατηγική αναζήτησης	32
2.3 Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού των άρθρων	33
3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
3.1 Αποτελέσματα της συστηματικής αναζήτησης	34
3.2 Επιλογή σχετικών άρθρων	39
3.3 Διαμόρφωση δεικτών ποιότητας	43
3.4 Η διαδικασία ομοφωνίας για τη σύνταξη του καταλόγου	45
3.5 Σύνταξη καταλόγου εκτίμησης της ποιότητας για χρήση στη Π.Φ.Υ.	46
4.ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	
4.1 Συζήτηση	51
4.2. Συμπεράσματα	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	54

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αξιολόγηση της ποιότητας έχει εξελιχθεί σε κεντρικό ζήτημα στα περισσότερα συστήματα υγείας. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους είναι σημαντική η πρόοδος της ποιότητας της φροντίδας υγείας, συμπεριλαμβανομένου της δυνατότητας που δίνει στους επαγγελματίες υγείας να εξασφαλίσουν αποδοτικότερες υπηρεσίες, να ελαχιστοποιήσουν τα ιατρικά λάθη παράλληλα με την μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότερης φροντίδας και της βελτίωσης των αποτελεσμάτων, και να κατευθύνουν την φροντίδα υγείας από τις «ανάγκες» των ασθενών στις «προτιμήσεις» των ασθενών. Ειδικότερα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που αποτελεί την κορωνίδα κάθε Εθνικού Συστήματος Υγείας σταδιακά αναπτύσσονται όλο και περισσότερα εργαλεία αποτίμησης της ποιότητας των οποίων τα αποτελέσματα συμβάλουν στη θέσπιση προτεραιοτήτων και στην ορθολογική λήψη αποφάσεων.

Σκοπός της μεταπτυχιακής αυτής εργασίας είναι ο εντοπισμός και η ανάδειξη μέσα από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία δεικτών ποιότητας. Οι δείκτες αυτοί μπορούν να αποτελέσουν ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε μια συστηματική αναζήτηση σε 5 βάσεις δεδομένων άρθρων σχετικών με τη δημιουργία και την αξιολόγηση δεικτών ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Τα αποτελέσματα της συστηματικής αναζήτησης περιελάμβαναν 73 άρθρα από τα οποία μόνο τα 5 πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής που είχαμε θέσει. Μέσα από αυτά συλλέχτηκαν 76 δείκτες ποιότητας οι οποίοι μεταφράστηκαν στα ελληνικά, διαμορφώθηκαν σε μια λίστα σημείων ελέγχου (check list) και διαχωρίστηκαν σε 5 κύριες θεματικές οι οποίες αφορούν: Δομές και υποδομές, Οργάνωση και διοίκηση, Πρόληψη και προαγωγή υγείας, Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και Προσωπικό. Οι δείκτες αυτοί θα χρησιμοποιηθούν από ένα ερευνητικό πρόγραμμα για να αναδείξουν επιμέρους ζητήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και να

εντοπίσουν τα σημεία στα οποία χρειάζεται να γίνουν αλλαγές για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας.

Γενικά οι δείκτες ποιότητας φαίνεται να αποτελούν ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο που τηρώντας τις κατάλληλες προϋποθέσεις δύναται να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και να δώσει κατευθύνσεις για την βελτίωση της ποιότητας . Στόχος της πρωτοβουλίας είναι η εξαγωγή τεκμηριωμένων πορισμάτων, τα οποία θα μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για το σχεδιασμό πολιτικών υγείας στη χώρα μας.

Λέξεις κλειδιά: δείκτες ποιότητας, αξιολόγηση της ποιότητας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

ABSTRACT

The evaluation of quality has become a central issue in most health systems. There are many reasons why progress in quality of health care is important, including the opportunity that gives to health professionals to ensure effective services, to minimize medical errors while maximizing efficiency and better outcomes, and to direct health care towards the needs and preferences of patients. Particularly for primary health care, comprising the cornerstone of a country's national health system, a number of research tools are gradually being developed to assess quality of outcomes, contributing to priority setting and rational decision making.

The purpose of this Thesis is the identification and promotion of quality indicators in both Greek and international literature. These indicators may be a convenient and reliable tool for assessing the quality of primary health care services.

The results of a systematic literature search included 73 articles of which only 5 met the criteria set. From these five articles, 76 quality indicators were identified and were translated into Greek.

Next, quality indicators were organized into a check list and were separated into 5 main themes as follows: 1) Structures and infrastructures, 2) organization and administration, 3) prevention and health promotion, 4) management of chronic diseases and 5) human resource management. These indicators will be used in a subsequent research program to highlight particular issues concerning primary health care in Greece, as well as to identify areas where changes should be made to improve quality of service in Health Centers.

Overall, quality indicators appear to be a reliable and easy to use tool that, given the right conditions, can be used to assess quality of services in primary health care and to provide guidelines for improving quality. The initiative aim is to export factual findings, which may form the basis for planning health policies in our country.

Key words: quality indicators, assessment, Primary Health Care

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1.Θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας

1.1.2Η ποιότητα γενικά

Πολλοί θεωρούν ότι η έννοια της ποιότητας δεν επιδέχεται σαφή προσδιορισμό για το λόγο αυτό κατά καιρούς έχουν υπάρξει πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις . Ο Διεθνής οργανισμός Τυποποίησης (ISO) ορίζει την ποιότητα *ως το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας(ενός ατόμου, μιας επιχείρησης, μιας κοινωνίας), τα οποία της δίνουν την δυνατότητα να ικανοποιεί καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες* (ISO, 1987).

Στα περισσότερα λεξικά η λέξη ποιότητα ενός αντικειμένου ή υπηρεσίας περιγράφεται ως το σύνολο των ιδιαίτερων ιδιοτήτων ή χαρακτηριστικών που κάνουν το προϊόν ανταγωνιστικό. Κάποιοι άλλοι προσδίδουν στην ποιότητα έναν ευρύτερο ορισμό που έχει σχέση με την ικανοποίηση του καταναλωτή. Όταν το άτομο είναι πλήρως ικανοποιημένο από μια υπηρεσία , που έχει λάβει , τότε η υπηρεσία αυτή καλείται ποιοτική. Η ποιότητα όμως δεν πρέπει να είναι απλά αυτοσκοπός , αλλά να οδηγεί στην καλυτέρευση της ζωής των ανθρώπων. Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Γ. Μπαμπινιώτης η ποιότητα *είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός πράγματος, ότι το χαρακτηρίζει, ή ότι το διαφοροποιεί από τα όμοιά του, καθώς και το σύνολο των θετικών ιδιοτήτων του* (Μπαμπινιώτης, 1998) .

Η σύγχρονη φιλοσοφία της ποιότητας εστιάζει σε τρεις επιμέρους απόψεις. Σύμφωνα με την πρώτη η ποιότητα είναι ένας εξελιγμένος τρόπος διοίκησης όπου οι εργαζόμενοι συμμετέχουν ενεργά στην λήψη αποφάσεων και προσπαθούν για τη συνεχή βελτίωση των παραγομένων προϊόντων και παρεχομένων υπηρεσιών μέσω της αρμονικής συνεργασίας με τα ηγετικά στελέχη. Ακόμα για την επίτευξη της ποιότητας η διοίκηση θα πρέπει να διαμορφώνει τα προϊόντα και τις υπηρεσίες ανάλογα με τις απαιτήσεις που έχουν οι αποδέκτες αυτών. Τέλος η παρεχόμενη ποιότητα θα πρέπει να ελέγχεται, να βελτιώνεται και να προγραμματίζεται συνεχώς.

1.1.3 Ιστορική εξέλιξη της έννοιας της ποιότητας

Έχουν υπάρξει αρκετές προσεγγίσεις για την ποιότητα εκ των οποίων από τις πιο σημαντικές είναι αυτή του Deming ο οποίος ανέπτυξε μια θεωρία για τον τρόπο διοίκησης και την επίτευξη της ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα αναφέρθηκε στο ότι από την ηγεσία θα πρέπει να δοθεί έμφαση, στην συνεχή εκπαίδευση και ανάπτυξη των ικανοτήτων των εργαζομένων αντί στον έλεγχο και στους ποσοτικούς στόχους παραγωγής οι οποίοι συχνά αποβαίνουν σε βάρος της ποιότητας. Για τον Deming, η διοίκηση μιας εταιρείας πρέπει να εστιάζεται σε μακροχρόνια προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας και όχι στην αύξηση του κέρδους βραχυπρόθεσμα. Ακόμη έκανε λόγο για τη διασφάλιση της ποιότητας η οποία θα πρέπει να βασίζεται στην αρχική σχεδίαση και τη διαδικασία παραγωγής του προϊόντος και όχι στον έλεγχο μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας παραγωγής.

Σημαντικό κομμάτι στην θεωρία του κατέχει και η στατιστική ανάλυση όπως και η αξιοποίηση των μεθόδων στατιστικού ποιοτικού έλεγχου για τον περιορισμό στις διακύμανσης (μεταβλητότητας) στα βασικά χαρακτηριστικά της ποιότητας και κατά συνέπεια την αύξηση της ικανοποίησης του πελάτη. Τέλος ο Deming μίλησε για την ενθάρρυνση και δραστηριοποίηση ομάδων σε διαφορετικά τμήματα μέσω συστηματικής και διαρκούς εκπαίδευσης η οποία εφοδιάζει τους εργαζόμενους με τις γνώσεις και τις μεθόδους για να βελτιώσουν την ποιότητα και να αισθανθούν υπερήφανοι για την εργασία τους (Deming 1993).

Ακόμα ένας μεγάλος θεωρητικός στις ποιότητες ήταν ο J. Juran σύμφωνα με τον οποίο ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίον δεδομένο προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη» (Juran , 1988). Το κύριο σημείο της θεωρίας του είναι η τριλογία της ποιότητας «The Quality Trilogy» που περιλαμβάνει τον σχεδιασμό τον έλεγχο και την βελτίωση της ποιότητας. Οι τρεις αυτές λειτουργίες αποτελούν τον κατάλληλο μηχανισμό για την ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη, η οποία αποτελεί και τον βασικό στρατηγικό στόχο κάθε εταιρείας.

Ο Juran θεωρεί ως βασικό δείκτη για την αξιολόγηση του επιπέδου ποιότητας μιας εταιρείας το κόστος ποιότητας και όπως και ο Deming θεωρεί απαραίτητη προϋπόθεση την δέσμευση και ενεργό συμμετοχή της ηγεσίας. Αξίζει να παρατηρήσουμε ότι ο Juran χρησιμοποιεί συχνά ορολογία από τον χώρο της υγείας και της ιατρικής: το «διαγνωστικό ταξίδι», η «θεραπευτική δράση», οι «θεραπείες ποιότητας» κλπ.

Ακόμα σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε στην εξέλιξη της θεωρίας της ποιότητας και η συμβολή του P.Crosby σύμφωνα με τον οποίο η ποιότητα είναι η συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη (Crosby, 1989). Η προσέγγιση του Crosby είναι ευρύτερα γνωστή με την αρχή:«Κάνε τα πράγματα σωστά από την πρώτη φορά» και «μηδέν λάθη». Η φιλοσοφία του συνοψίζεται επιγραμματικά στις λεγόμενες τέσσερις «Απόλυτες Θέσεις» (four absolutes) οι οποίες αναφέρονται στο πλαίσιο 1.

Πλαίσιο 1 «Οι τέσσερις Απόλυτες Θέσεις του Crosby»

1. Ποιότητα σημαίνει συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι πόσο καλό είναι κάτι.
2. Η ποιότητα επιτυγχάνεται με την πρόληψη και όχι με τον έλεγχο και την αξιολόγηση αφού έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία παραγωγής.
3. Το πρότυπο απόδοσης θα πρέπει να είναι τα μηδέν ελαττώματα και όχι κάποια αποδεκτά επίπεδα ποιότητας.
4. Το μέτρο της ποιότητας είναι το κόστος της μη συμμόρφωσης στις απαιτήσεις των πελατών και όχι οι διάφοροι δείκτες.

Πηγή: (Crosby, 1989).

Ο Crosby χρησιμοποιεί ορολογία από τον χώρο στις υγείας, όπως «η διάγνωση του προβλήματος χαμηλής ποιότητας» και «το εμβόλιο ποιότητας».

Μια κριτική θεώρηση της σχετικής βιβλιογραφίας και των περιπτώσεων μας επιτρέπει να πούμε ότι υπάρχουν:

- ⊗ διαφορετικές ποιότητες για διαφορετικούς σκοπούς (ποιότητα του παραγωγού, ικανοποίηση πελάτη, νομιμότητα),
- ⊗ διαφορετικές μετρήσεις και δείκτες για διαφορετικούς τύπους υπηρεσιών
- ⊗ διαφορετικές στρατηγικές βελτίωσης της ποιότητας για διαφορετικούς σκοπούς, υπηρεσίες και συνθήκες.

Αυτό το πλαίσιο ευνοεί τρεις ευδιάκριτες στρατηγικές ανάπτυξης

☞ από μια παραδοσιακή γραφειοκρατία προσανατολισμένη στον παραγωγό, στη συμπαραγωγή μαζί με τους πελάτες βασισμένη στις εθελοντές,

☞ από μια κλειστή γραφειοκρατία προσανατολισμένη στον παραγωγό σε μια ανοικτή, προσανατολισμένη στον πολίτη, αλλά ακόμα γραφειοκρατική παραγωγή, που ενημερώνεται από μελέτες και έρευνες καταναλωτών, και τέλος

☞ από μια παραδοσιακή γραφειοκρατία βασισμένη στον παραγωγό σε μια παραγωγή βασισμένη στον πολίτη ως πελάτη, όπου η ποιότητα των δημοσίων υπηρεσιών καθορίζεται από την ένταση στις εμπλοκές των πολιτών (Pollitt, and Bouckaert,.1995).

1.2.Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

1.2.2.Γενική θεώρηση

Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών αποτελεί μια συνεχώς αναπτυσσόμενη φιλοσοφία η οποία εξαρτάται από τη συνεχή αξιολόγηση αντικειμενικών και αξιοπιστων δεικτών. Ως υπηρεσία μπορεί να οριστεί η κοινωνική αλληλεπίδραση που προϋποθέτει την άμεση επαφή μεταξύ πελάτη και παροχέα της υπηρεσίας, κατά την οποία ο δεύτερος προσφέρει στον πρώτο άυλα προϊόντα (πληροφορίες, γνώσεις, συμβουλές, μελέτες κ.ά.) τα οποία ο τελευταίος τα έχει ανάγκη (Οικονομοπούλου, 2007). Για τις περισσότερες υπηρεσίες η ποιότητα εκτιμάται με βάση την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών σε αυτήν, την καταλληλότητα της, την αξιοπιστία της, τη φιλικότητα στην παροχή της και την επαρκή υποστήριξη μετά την διάθεση της. Όλα αυτά εξ ορισμού ισχύουν και για τις υπηρεσίες υγείας , δεν αρκούν όμως μόνο αυτά.

Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, οι έννοιες που αναφέρονται στην έγκαιρη και σωστή διάγνωση, στην άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, στην επιτυχημένη εμπειρία, στην υψηλή τεχνολογία, στη λογική και ψύχραιμη αντιμετώπιση κρίσιμων εντυπώσεων, στον άμεπτο επαγγελματισμό, στο αίσθημα και στην αξιοπρέπεια, αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελούν ουσιαστική αναγκαιότητα και έχουν προτεραιότητα.

1.2.3. Η προσέγγιση του Avedis Donabedian

Οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν δοθεί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι πολλοί. Ο Avedis Donabedian ο οποίος καθιέρωσε στον ακαδημαϊκό χώρο την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως ξεχωριστό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης, θεωρεί ότι ο διαφορετικός ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι δυνατός και δικαιολογημένος και εξαρτάται, τόσο από την σχέση που έχει αυτός που τον διατυπώνει με το σύστημα υγειονομικής φροντίδας όσο και από το είδος και την έκταση των ευθυνών του. Είναι φανερό ότι η ποιότητα μπορεί να οριστεί διαφορετικά από τον ασθενή, διαφορετικά από τον ιατρό, διαφορετικά από την διοίκηση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, από το κράτος ή τον ερευνητή επιστήμονα.

Είναι ευνόητο όμως ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να προσδιορισθεί μόνο με βάση τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του ασθενή. Σύμφωνα με τον Avedis Donabedian ποιότητα της φροντίδας στην υγεία είναι το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας σε όλα τα επιμέρους σημεία. Η ποιότητα για τον Donabedian είναι συνυφασμένη με το όφελος για τον συνάνθρωπό μας (τον ασθενή) το οποίο σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι μεγαλύτερο από τις πιθανές αρνητικές συνέπειες (Donabedian 1980)

Για να καταστεί αυτό δυνατό χρειάζεται συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού, με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των “ασθενών” ή “χρηστών” αλλά και των άλλων πελατών”. Καινοτόμος υπήρξε και ο όρος που χρησιμοποίησε ως ήθος ποιότητας (Quality Ethos) «το να πράττει ο καθένας το καλύτερο όντας πριν από όλους ο ίδιος κριτής των πράξεών του και προσπαθώντας διαρκώς να γίνει καλύτερος είναι οι βασικές αρχές του επαγγελματισμού και η ποιότητα βασίζεται κατά κύριο λόγο σε ηθικές αξίες που έχουν να κάνουν με την παραδοχή της υπευθυνότητάς μας απέναντι στους άλλους και τη διαρκή διάθεση για ουσιαστική προσφορά».

Μέσα στα πλαίσια της θεωρίας του έκανε λόγο και για τους «Επτά πυλώνες της ποιότητας» οι οποίοι παρουσιάζονται στο πλαίσιο 2.

Πλαίσιο 2 «Οι επτά πυλώνες του Donabedian»

Αποτελεσματικότητα (Efficacy): Η βελτίωση του επιπέδου υγείας και ευεξίας του ασθενή, ως αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας
Αποδοτικότητα (Efficiency): Η επίτευξη του μεγαλύτερου δυνατού οφέλους με το μικρότερο κόστος.
Βελτιστοποίηση (Optimality): Η εξισορρόπηση ανάμεσα στο κόστος για την παροχή κάποιας φροντίδας και στο όφελος που θα προκύψει.
Αποδοχή (Acceptability): Ο σεβασμός στις ανάγκες, προσδοκίες και επιθυμίες του ασθενή.
Νομιμότητα (Legitimacy): Η παροχή φροντίδων οι οποίες να είναι αποδεκτές από το κοινωνικό σύνολο.
Ισότητα (Equity): Ισότιμη διανομή των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας.
Κόστος (Cost): Διαρκής προσπάθεια για την ορθή αξιοποίηση των πόρων ώστε να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση του λόγου κόστος/όφελος.

Πηγή: (Donabedian 1990).

1.2.4 Η προσέγγιση του Parasuraman

Ο Parasuraman διακρίνει έντεκα προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας οι οποίες περιγράφονται στο πλαίσιο 3.

Πλαίσιο 3 «Προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας»

1. Αξιοπιστία (Reliability): Αναφέρεται στην ικανότητα παροχής της υπηρεσίας με έγκαιρο τρόπο, ακριβή και αξιόπιστο.
2. Ανταπόκριση (Responsiveness): αναφέρεται στην ικανότητα επίλυσης των παραπόνων με αποτελεσματικό τρόπο, στην πρόθεση της υπηρεσίας να παρέχει στήριξη στους πελάτες και στην ταχεία απάντηση στα αιτήματά τους.
3. Εξυπηρέτηση των πελατών (Customization): αναφέρεται στην πρόθεση και ικανότητα της υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών, ακόμη και όταν είναι εξεζητημένες.
4. Εμπιστευτικότητα (Credibility): περιλαμβάνει τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμπιστευτικότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας και οι οποίοι είναι η φήμη του προμηθευτή και τα ατομικά χαρακτηριστικά του προσωπικού.
5. Επαγγελματική επάρκεια (Competence): αναφέρεται στην ικανότητα του προσωπικού να χρησιμοποιεί τις απαραίτητες δεξιότητες, την γνώση και την πληροφόρηση για την αποτελεσματική παροχή μιας υπηρεσίας.
6. Προσβασιμότητα (Access): αφορά την εύκολη προσέγγιση και επικοινωνία με την υπηρεσία.
7. Αβρότητα (Courtesy): αφορά την ευγένεια, τον σεβασμό και την φιλικότητα που εκδηλώνεται στους πελάτες από το προσωπικό με το οποίο έρχονται σε επαφή.
8. Επικοινωνία (Communication): αφορά την διατήρηση ενημερωμένων πελατών σε σχέση με την παρεχόμενη υπηρεσία, σε γλώσσα κατανοητή και προσιτή.
9. Ασφάλεια (Security): αναφέρεται στην απουσία κινδύνων και αμφιβολιών. Η ασφάλεια που παρέχει η υπηρεσία αναφέρεται στην φυσική και οικονομική ασφάλεια.
10. Ορατά χαρακτηριστικά (Tangibles): περιλαμβάνει τις συνθήκες παροχής της υπηρεσίας, την κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, την εμφάνιση του προσωπικού και την κατάσταση του εξοπλισμού. Τα χαρακτηριστικά αυτά διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις υπηρεσίες που παρέχουν άμεσες υπηρεσίες.
11. Κατανόηση και γνώση του πελάτη (Understanding / knowing the customer): περιλαμβάνει την κατανόηση των αναγκών των πελατών, των απαιτήσεών τους και την παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών.

Πηγή: (Parasuraman et al.1985)

1.2.5 Προβληματισμοί για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Είναι φανερό ότι ο προσδιορισμός της έννοιας ποιότητα για τις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει μεγαλύτερες δυσκολίες που οφείλονται κυρίως στην ιδιομορφία των υπηρεσιών αυτών. Από μερικούς υποστηρίζεται ότι η ποιότητα στην περίπτωση των φροντίδων υγείας δύσκολα γίνεται αντιληπτή και γι αυτό δεν μπορεί να εκτιμηθεί. Άλλοι πάλι θεωρούν ότι μπορεί μεν να καταμετρηθεί από ορισμένες πλευρές είναι όμως απροσδιόριστη από άλλες. Δεύτερον, παρατηρήθηκε συχνά, μια έλλειψη συνοχής της συγκεκριμένης πρωτοβουλίας ποιότητας στο σύνολο των αξιών, πολιτικών και άλλων συστημάτων διαχείρισης σε μια οργάνωση. Έχουμε παραδείγματα πρωτοβουλιών και στρατηγικών ποιότητας οι οποίες απέτυχαν επειδή ακριβώς αποσυνδέθηκαν μεταξύ τους, ή από άλλες μεταρρυθμίσεις διαχείρισης, και έτσι στερήθηκαν συνοχής.

Η εισαγωγή, παραδείγματος χάρι, συστημάτων διαχείρισης ποιότητας γίνεται συνήθως ξεχωριστά από το τμήμα προσωπικού. Ως αποτέλεσμα, λίγη προσοχή δίνεται στην εκπαίδευση του προσωπικού. Το μάθημα είναι ότι η ποιότητα δεν είναι κάτι που λαμβάνει χώρα ξεχωριστά από τα υπόλοιπα ζητήματα διαχείρισης αλλά πρέπει να είναι μια διάσταση όλων των μεταρρυθμίσεων, ακόμα και εκείνων που φαίνεται να είναι ασύνδετες, όπως οι λογιστικές μέθοδοι, οι διαδικασίες στελέχωσης ή εγκατάσταση τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνιών.

1.3 Η αξιολόγηση της ποιότητας

1.3.2. Η αξιολόγηση γενικά

Η αξιολόγηση της ποιότητας έχει εξελιχθεί σε κεντρικό ζήτημα και υποχρεωτική διαδικασία στα περισσότερα συστήματα υγείας. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους είναι σημαντική η πρόοδος της ποιότητας της φροντίδας υγείας, συμπεριλαμβανομένου της δυνατότητας που δίνει τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους διοικητικούς υπαλλήλους του τομέα της υγείας να εξασφαλίσουν αποδοτικότερες υπηρεσίες, να ελαχιστοποιήσουν τα ιατρικά λάθη παράλληλα με την μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότερης φροντίδας και της βελτίωσης των αποτελεσμάτων, και να κατευθύνουν την φροντίδα υγείας από τις «ανάγκες» των ασθενών στις «προτιμήσεις» των ασθενών.

Η ποιότητα μπορεί να εξελιχθεί και χωρίς να μετρηθεί, παραδείγματος χάρη με ειδικευμένα υψηλών απαιτήσεων εκπαιδευτικά προγράμματα. Ακόμα υπάρχουν τρόποι να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με εύκολες και γρήγορες μεθόδους όπως είναι οι συνεντεύξεις ασθενών. Η αξιολόγηση παρόλα αυτά παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόοδο και βοηθά στην προαγωγή των αλλαγών για αυτό τον λόγο έχει γίνει μεγάλη προσπάθεια στην ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων μέτρησης της ποιότητας τις τελευταίες δεκαετίες (Campbell et al 2003).

Ο Donabedian για την αξιολόγηση της ποιότητας σε μία νοσηλευτική μονάδα βασίστηκε:

1. Στη μέτρηση των συντελεστών παραγωγής, δηλαδή αξιολόγηση των προϊόντων μετρώντας την ποιότητα των συντελεστών που χρησιμοποιούνται για την παραγωγική διαδικασία.
2. Στην εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος, δηλαδή η αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας μέσω ορισμένων παραμέτρων αυτής.
3. Στη μέθοδο της διαδικασίας, δηλαδή η χρήση συγκεκριμένων διαδικασιών «ρουτίνας» σε περιπτώσεις διάγνωσης ή και θεραπείας.

1.3.3 Τα απαραίτητα βήματα για την αξιολόγηση της ποιότητας

Οι ανησυχίες ανάμεσα στους ασθενείς και τους σχεδιαστές πολιτικής για την ποιότητα της φροντίδας υγείας οδήγησαν στη προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας. Από τα πιο βασικά πράγματα για να καταφέρουμε να διαχειριστούμε την ποιότητα της φροντίδας υγείας είναι οι πληροφορίες.. Πολλά βήματα πρέπει να γίνουν για να μετρηθεί και να αξιολογηθεί η ποιότητα της φροντίδας της υγείας. Αρχικά πρέπει να αποσαφηνιστεί ο όρος ποιότητα. Έπειτα ειδικοί και μετρήσιμοι δείκτες ποιότητας σχετικοί με αυτό που επιθυμούμαι να αξιολογήσουμε πρέπει να επιλεγούν.

Μετά την επιλογή των δεικτών , χρειάζεται να συλλεχθούν τα δεδομένα τα οποία πρέπει να είναι προσβάσιμα, έγκυρα, ολοκληρωμένα και συναφή. Αυτό δεν είναι τόσο εύκολο να συμβεί (Reerink and Sauerborn 1995) .

Για την σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι απαραίτητη η χρήση αξιόπιστων στοιχείων τα οποία θα πρέπει να συγκεντρώνονται με ομοιόμορφο τρόπο και σε εθνικό επίπεδο έτσι ώστε να παρέχουν τη δυνατότητα σύγκρισης. Αυτό που χρειάζεται δηλαδή είναι ένα σύστημα υψηλής τεχνολογίας σε εθνικό επίπεδο για τη συλλογή αποθήκευση και επεξεργασία στοιχείων και πληροφοριών για να υποστηρίξει τη σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αρκετά χρήσιμα είναι και τα στοιχεία από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών με την προϋπόθεση ότι είναι πλήρως και σωστά ενημερωμένοι και τα ερωτηματολόγια και οι συνεντεύξεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας δηλαδή αυτών που συμμετέχουν στην διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας και τους αποδέκτες αυτών των υπηρεσιών.

Σήμερα στον κλάδο της ποιότητας στην υγεία κυριαρχεί η έννοια της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας (continuous quality improvement), η οποία ξεπερνά την απλή μέτρηση και την προσπάθεια συμμόρφωσης σε κάποια προκαθορισμένα πρότυπα. Η Βελτίωση της ποιότητας είναι δυναμική προσέγγιση στην διασφάλιση της ποιότητας σε έναν πολύπλοκο οργανισμό, όπως είναι τα νοσοκομεία. Η βελτίωση ποιότητας υποστηρίζει τόσο την προσπάθεια του συνόλου, όσο τονίζει και την σημαντικότητα της ατομικής ευθύνης στον οργανισμό.

Ο Royer (1999) αναφέρει σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας «Αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, απλά μην το κάνεις». Με την παραπάνω φράση, τονίζεται η ανάγκη για μετρήσεις κατά την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας. Οι οργανισμοί που έχουν σωστή πληροφόρηση και τεκμηριωμένες μετρήσεις πιθανόν να διαχειριστούν πολύ καλύτερα τους διαθέσιμους πόρους τους από εκείνους που δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες απαντήσεις.

Απαραίτητο εργαλείο σε κάθε προσπάθεια αξιολόγησης αποτελούν τα κριτήρια, τα οποία τίθενται εκ των προτέρων από αρμόδιο φορέα σε συνεργασία πάντα με το ιατρικό σώμα (Θεοδώρου , 1992).

Τα κριτήρια ανάλογα με τους στόχους της αξιολόγησης μπορεί να είναι

- ☞ κριτήρια δομικά τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της δομής της υγειονομικής φροντίδας
- ☞ κριτήρια διαδικασιών, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των διαδικασιών παραγωγής και παροχής της υγειονομικής φροντίδας και
- ☞ κριτήρια αποτελεσμάτων τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της υγειονομικής φροντίδας.

Επιπλέον, ο Betka (1993) συμπληρώνει ότι οι managers των κλινικών που θέλουν να διευθύνουν την ποιότητα πρέπει να εγκαταστήσουν συστήματα και διαδικασίες που μετρούν την ποιότητα, αντί να βασίζονται τις αποφάσεις τους στην διαίσθηση. Η ύπαρξη δεικτών αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας για τις διαδικασίες του οργανισμού θα βοηθήσει ουσιαστικά στην πορεία προς την ποιότητα.

Από τις εργασίες εισαγωγής ενός ασθενή, την μεθοδολογία νοσηλείας του μέχρι και την φροντίδα μετά την έξοδο του από την κλινική πρέπει να υπάρχουν δείκτες μέτρησης. Οι δείκτες αυτοί θα χρησιμοποιούνται σε όλα τα στάδια εφαρμογής αφού θα αποτελούν τους πιλότους ανεύρεσης των προβληματικών διαδικασιών. Ο επανασχεδιασμός προβληματικών διαδικασιών αλλά και οριοθέτηση των στόχων του οργανισμού απαιτούν την ύπαρξη πληροφορίες για την λειτουργία του οργανισμού.

1.3.4 Η συμβολή της αξιολόγησης της ποιότητας στην Υγεία

Τα τελευταία χρόνια δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με γνώμονα την επίλυση των μεγάλων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν διεθνώς τα Συστήματα Υγείας και την κρίση αποτελεσματικότητας που διέρχονται. Αυτό έγινε ορατό και το 1980 με τον στόχο 31 της πολιτικής «Υγεία για Όλους το 2000» που υιοθέτησε η παγκόσμια οργάνωση υγείας, σύμφωνα με τον οποίο όλα τα κράτη μέλη θα έπρεπε στα πλαίσια των υγειονομικών τους συστημάτων να είχαν εγκαταστήσει μέχρι το 1990 αποτελεσματικούς μηχανισμούς για την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων υγείας (WHO 1980).

Σε πολλές χώρες έχουν δημιουργηθεί εθνικά προγράμματα δράσης για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ενώ άλλες χώρες έχουν συμπεριλάβει και σχετικές διατάξεις στην νομοθεσία τους.

1.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Αν και έχουν περάσει δυο χιλιάδες χρόνια από τον Ιπποκράτη, οι στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αντικατοπτρίζουν τις απόψεις του, ο οποίος υποστήριζε «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν». Η υγεία είναι ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ένας παγκόσμιος κοινωνικός στόχος. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τη θεμέλια βάση της. Αυτή αφορά στην εξωνοσοκομειακή παροχή υπηρεσιών υγείας στο μεμονωμένο άτομο, στο κοινωνικό σύνολο και στην κοινότητα γενικότερα. Η παροχή των υπηρεσιών αυτών εστιάζεται πρωταρχικά στον άρρωστο και περιλαμβάνει τη διάγνωση και την αντιμετώπιση οξέων και χρόνιων νοσημάτων, φροντίδες διακομιδής του βαρέως πάσχοντος καθώς και του ασθενή με δυσκολία στη διάγνωση νόσο στην κατάλληλη μονάδα. Παράλληλα, οι στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:

- πρόληψη
- κατ' οίκον νοσηλεία
- αποκατάσταση του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης
- προστασία και προαγωγή της υγείας
- αγωγή υγείας
- δημόσια υγεία και
- συμβολή στην προστασία του περιβάλλοντος.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τα τελευταία χρόνια το κύριο θέμα συζήτησης και προβληματισμού των κυβερνήσεων όλου του κόσμου αλλά και αντικείμενο μελέτης και πειραματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε χώρας, με πρωταγωνιστή τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ).

Το 1978 έγινε το Ιστορικό Διεθνές Συνέδριο του ΠΟΥ (Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας) και της UNICEF, στην πρωτεύουσα του Καζακστάν Alma-Ata, το οποίο παρακολούθησαν εκπρόσωποι 134 κρατών και 67 οργανώσεων. Το συμπέρασμα του συνεδρίου αυτού ήταν ότι το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού του ΠΟΥ «Υγεία για όλους το 2000», θα είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata, οι υπηρεσίες ΠΦΥ έχουν πέντε κύρια χαρακτηριστικά που αναφέρονται στον πλαίσιο 4.

Πλαίσιο 4 « Κύρια χαρακτηριστικά της Π.Φ.Υ.»

1. Είναι προσιτές σε όλους, όλα τα άτομα της κοινότητας έχουν πρόσβαση σε αυτές
2. Είναι απαραίτητο να υπάρχει η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας
3. Η έμφαση τοποθετείται περισσότερο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας παρά στη θεραπεία
4. Χρησιμοποιείται η ανάλογη σύγχρονη τεχνολογία. Μέθοδοι, νοσηλείες, τεχνικές και μέσα πρέπει να έχουν επιστημονική βάση και να προσαρμόζονται στις τοπικές ανάγκες των ατόμων της κάθε κοινότητας. Όλα αυτά πρέπει να είναι αποδεκτά τόσο από τους επιστήμονες που θα τα χρησιμοποιήσουν στην άσκηση του έργου τους όσο και από τα άτομα που θα είναι αποδέκτες της φροντίδας
5. Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν τμήμα της όλης προσπάθειας για προαγωγή αυτής σε συνεργασία με άλλους τομείς όπως η εκπαίδευση, η δημόσια διοίκηση, οι δημοτικές υπηρεσίες κ.λπ. που είναι επίσης απαραίτητοι για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του κοινού

Πηγή:(Π.Ο.Υ. 1978).

1.5 Η ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Τα συστήματα που προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διαφέρουν από χώρα σε χώρα . Ανάλογα με την χώρα διαφοροποιείται και ο τρόπος οργάνωσης των δομών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μετά από χρόνια εγκατάλειψης οι κυβερνήσεις σε πολλές χώρες άρχισαν να ενδιαφέρονται για την δυνατότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να επιβραδύνει την αμείλικτη αύξηση της δαπάνης στην φροντίδα υγείας. Αλλά για να γίνει αυτή η δυνατότητα πραγματικότητα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να αναπτυχθεί. Πάνω σε αυτή τη βάση οι κυβερνήσεις διαφόρων χωρών έχουν λάβει δράσεις και έχουν χαράξει πολιτικές προς την κατεύθυνση αυτή . Καθώς τα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας γίνονται όλο και πιο σύνθετα νέες φόρμες διοίκησης γίνονται όλο και πιο απαραίτητες.

Στην Ελλάδα το θέμα της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν έχει ουσιαστικά ενταχθεί στις μείζονες προτεραιότητες του εθνικού συστήματος υγείας . Δειλά βήματα έχουν γίνει μέχρι τώρα και οι πρωτοβουλίες που έχουν παρθεί προς αυτή την κατεύθυνση συνήθως μένουν ανεκπλήρωτες.

Το 1983 με τον νόμο 1397/1983 η χώρα για πρώτη φορά αποκτά Εθνικό Σύστημα Υγείας στο οποίο όλοι οι Έλληνες πολίτες αποκτούν ίση πρόσβαση, χωρίς διακρίσεις και εντελώς δωρεάν. Μια από τις καινοτομίες του νόμου αυτού αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη όπου θεσπίζεται ένα οργανωμένο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας δια μέσου των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Υπηρεσιών.

Το 1992 με τον νόμο 2071/1992 επήλθαν κάποιες αλλαγές κυρίως με την καθιέρωση της ιδιωτικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που είχαν ως αποτέλεσμα την αλλαγή του χαρακτήρα και της φιλοσοφίας του δημοσίου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το 2001 έλαβε χώρα μια νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια στον τομέα της υγείας με τον νόμο 2889/2001 για την «Βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας». Κυρίως στόχος της μεταρρύθμισης αυτής ήταν η καθιέρωση της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, ο ποιοτικός έλεγχος των μονάδων παροχής υπηρεσιών, η ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση ανθρωπίνων και υλικών πόρων και την συνεχή βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Αυτό που άλλαξε ήταν η υπαγωγή της διοίκησης των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα Π.Ε.Σ.Υ.Π. της χώρας.

Το 2003 ακολούθησε μια νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια με τον νόμο 3172/2003 για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας με την οποία συστάθηκαν κάποια όργανα ελέγχου και συλλογής στοιχείων που παράλληλα γνωμοδοτούν και προτείνουν λύσεις σε θέματα αξιολόγησης της δημόσιας υγείας.

Το 2004 η μεταρρύθμιση 3245/2004 για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στόχευε στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε ένα σύστημα ολοκληρωμένης, επαρκούς και ποιοτικής φροντίδας υγείας, μέσω της παραπομπής και παρακολούθησης της διακίνησης τους από τον οικογενειακό γιατρό του συστήματος υγείας. Με αυτή την μεταρρύθμιση εισάγεται και ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού όπως και η σύσταση φορέα πιστοποίησης των Κέντρων Υγείας.

Δυστυχώς όμως ανεξάρτητα από τις εξαγγελίες η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα συνεχίζει να λειτουργεί με ένα νομοθετικό καθεστώς του οποίου οι διατάξεις κατά τα δύο τρίτα παραμένουν ανεφάρμοστες και οι μονάδες που την επιτελούν κατακερματισμένες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την συνεχή απαξίωση του συστήματος και σίγουρα δεν βοηθά να εξασφαλιστούν οι κατάλληλες συνθήκες για να μπορέσει η χώρα να ακολουθήσει τα ευρωπαϊκά προτάγματα.

Βασική θέση των ερευνητών και επιστημόνων που ασχολούνται με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που αυτή προσφέρει έτσι ώστε να καταστεί εφικτή η βελτίωση της ποιότητας με στοχευμένες αυτή τη φορά δράσεις. Είναι γεγονός ότι στην Ελλάδα -σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες απουσιάζουν συστηματικές προσπάθειες αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας υγείας, οι οποίες θα συνέβαλαν καθοριστικά στη θέσπιση προτεραιοτήτων και στην ορθολογική λήψη αποφάσεων (Υφαντόπουλος και Γείτονα 2004).

Σύμφωνα με ένα σχέδιο δράσης για την λειτουργική ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα κρίνεται αναγκαία(Σουλιώτης και Λιονής 2003):

:

- ⊗ Η ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας
- ⊗ Διασφάλιση της τροφοδότησης του συστήματος με τις απαιτούμενες πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού
- ⊗ Διασφάλιση της παροχής ενιαίας και επαρκούς δέσμης φροντίδων υγείας στους πολίτες
- ⊗ Σχεδιασμός του νέου οργανωτικού και λειτουργικού μοντέλου των φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1.6 Οι δείκτες ποιότητας

1.6.2 Ερμηνευτική προσέγγιση

Συγκεκριμένα για την αξιολόγηση της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας την τελευταία δεκαετία χρησιμοποιούνται οι δείκτες ποιότητας. Οι περισσότεροι δείκτες έχουν αναπτυχθεί για να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας στα νοσοκομεία αλλά σταδιακά αναπτύσσονται και εργαλεία αποτίμησης της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλη την Ευρώπη. Οι δείκτες είναι ένα εύχρηστο εργαλείο που έχει την δυνατότητα να δίνει μια ένδειξη της ποιότητας της φροντίδας που προσφέρεται στους ασθενείς.

Οι δείκτες ποιότητας είναι ρητά καθορισμένα και μετρήσιμα στοιχεία που προσφέρονται για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Στην ουσία είναι μια δήλωση που αφορά τις δομές, την διαδικασία (διαπροσωπική ή κλινική), ή τα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας και χρησιμοποιούνται για να παράγουν επακόλουθα κριτήρια ανασκόπησης και πρότυπα που βοηθούν στην εφαρμογή των δεικτών ποιότητας. (Wollerheim et al, 2007)

Πρέπει να εναρμονίζονται με υψηλής ποιότητας πρότυπα και να δημιουργούνται με προσεκτικό και μεθοδικό τρόπο. Οι δείκτες πρέπει να είναι σχετικοί με τις σημαντικές πτυχές της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Ασφαλώς πρέπει να υπάρχει ενδελεχής έρευνα που να αποδεικνύει ότι η υπόδειξη από την οποία προέρχονται σχετίζεται με την κλινική αποτελεσματικότητα την ασφάλεια και την αποδοτικότητα.

Οι δείκτες πρέπει να μετρούν την ποιότητα με έναν έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο με μικρή απόκλιση μεταξύ των ερευνητών, έτσι ώστε να προσφέρονται για σύγκριση μεταξύ επαγγελματιών υγείας, ιατρικών και οργανισμών. Οι δείκτες επιλέγονται από ερευνητικά δεδομένα με επικέντρωση στην καλύτερη φροντίδα των ασθενών (προτιμότερα από κατευθυντήριες οδηγίες βασισμένες σε αποδείξεις) σε συνάρτηση με την άποψη των ειδικών (Campbell et al, 2002).

Στην διαδικασία επιλογής η εφαρμοσιμότητα και η μετρησιμότητα τους είναι σημαντική μαζί με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Ένας δείκτης θα πρέπει να διασαφηνίζεται με ακρίβεια και να εκφράζεται ως πηλίκο. Έπειτα από μια δοκιμή πρέπει να ακολουθήσουν οι μετρήσεις και ο απολογισμός. Ο απολογισμός εμπεριέχει μια σε βάθος ανάλυση των παραγόντων που σχετίζονται με τα αποτελέσματα των μετρήσεων. Οι δείκτες οφείλουν να είναι μέρος μιας στρατηγικής βελτίωσης, για την οποία μια συγκριτική ανατροφοδότηση συχνά χρησιμοποιείται.

Από την σκοπιά της μέτρησης υπάρχουν τρεις τύποι δεικτών:

1. δείκτες αποτελεσμάτων
2. δείκτες διαδικασιών
3. δείκτες δομών

Η ανάπτυξη και η χρήση των δεικτών ποιότητας είναι σημαντικά βήματα στην προσπάθεια βελτίωσης της φροντίδας υγείας των ασθενών. Για να συνεχίσει σε αυτή τη πορεία επιτυχώς στο απώτερο μέλλον πρέπει να γίνει πρόοδος στις έρευνες για βελτίωση των δεικτών έτσι ώστε να μεγιστοποιηθεί η εφαρμοσιμότητα τους. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την διαπίστευση αυτών των δεικτών και την ένταξη τους σε μια επίσημη φόρμα που θα χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας (Marshall et al, 2003).

Οι δείκτες διαφέρουν από τις κατευθυντήριες οδηγίες, τα κριτήρια ανασκόπησης και τα πρότυπα. Πιο συγκεκριμένα :

☉ Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι συστηματικά αναπτυγμένες δηλώσεις που επιχειρούν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να αποφασίσουν για συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις, με άλλα λόγια είναι προδιαγραφές κλινικής πρακτικής που προσδιορίζουν το τι πρέπει να κάνουν οι επαγγελματίες υγείας για τους ασθενείς και τι να περιμένουν ως αποτέλεσμα καθώς και πώς πρέπει να εφαρμόζονται τα πρότυπα

☉ Οι δείκτες είναι μετρήσιμα στοιχεία για τα οποία υπάρχουν αποδείξεις ή ομοφωνία ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αξιολογήσουν την ποιότητα και να αναδείξουν τις διαφοροποιήσεις στην ποιότητα της υγείας που προάγεται.. Οι δείκτες σχετίζονται με την φροντίδα ή τις υπηρεσίες που προσφέρονται στους ασθενείς .

☉ Τα κριτήρια ανασκόπησης είναι συστηματικά αναπτυγμένες δηλώσεις που σχετίζονται με μεμονωμένες πράξεις ιατρικής φροντίδας που είναι πλήρως καθορισμένο το αν βοήθησε στην ίαση ή όχι εστί ώστε να αξιολογηθεί η καταλληλότητα συγκεκριμένων κλινικών αποφάσεων, υπηρεσιών ή αποτελεσμάτων και να επιτευχθεί η σύγκριση τους. Τα κριτήρια ανασκόπησης αναδρομικά αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας που προάγεται σε μια βάση περίπτωσης σε ατομικό ή πληθυσμιακό επίπεδο,

☉ Τα πρότυπα είναι προσυμφωνημένα επίπεδα εκτέλεσης κλινικού έργου, για συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία ασθενών. Τα πρότυπα έχουν μεγάλη ακρίβεια όμως δυστυχώς στην υγεία σπάνια συναντάμε τόσο απόλυτα πρότυπα και σε γενικές γραμμές τα πρότυπα πρέπει να είναι ρεαλιστικά και να καθορίζονται σύμφωνα με τα τοπικές διαφοροποιήσεις και τις συγκεκριμένες συνθήκες στις οποίες βρίσκετε ο ασθενής. Ακόμα τα πρότυπα αναφέρονται στα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας

Οι δείκτες δεν προσφέρουν οριστικές απαντήσεις αλλά καταδεικνύουν δυνητικά προβλήματα τα οποία χρειάζονται επίλυση, συνήθως γίνονται έκδηλα από στατιστικά ακραίες τιμές ή από μια διακριτή μη αποδεκτή απόκλιση στην υγεία.

1.6.3 Ποιοτικά χαρακτηριστικά των δεικτών

Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των δεικτών είναι πολλοί σημαντικά και πρέπει να διέπουν κάθε δείκτη ποιότητας. Αυτά τα χαρακτηριστικά περιγράφονται συνοπτικά στο πλαίσιο 5

Πλαίσιο 5 « Ποιοτικά χαρακτηριστικά των δεικτών»

1. η συνάφεια (relevancy), ο δείκτης δηλαδή θα πρέπει να είναι συναφής με σημαντικές διαστάσεις (αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και αποδοτικότητα) και σκοπιές της ποιότητας της φροντίδας
2. η εγκυρότητα (validity) ένας δείκτης πρέπει να είναι έγκυρος στην βάση επιστημονικής τεκμηρίωσης και εμπειρίας. Εγκυρότητα προσώπου (face validity): η επισήμανση από στοιχεία, εγκυρότητα περιεχομένου (content validity): ομοφωνία και εγκυρότητα πρόβλεψης (predictive validity): ο δείκτης πρέπει να έχει την δυνατότητα να προβλέψει τα αποτελέσματα της ποιότητας της φροντίδας υγείας
3. Η αξιοπιστία (reliability): ο δείκτης πρέπει να χρησιμοποιεί διαθέσιμες και αξιόπιστες πηγές, τα αποτελέσματα πρέπει να είναι στατιστικά σημαντικά, να υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης (comparability), επανάληψης των ευρημάτων (inter-rater reliability) και να είναι δυνατή η συλλογή των στοιχείων που χρειάζονται
4. Η εφικτότητα (feasibility): ο δείκτης πρέπει να έχει την δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί, να είναι εύκολα διαθέσιμος και να χρησιμοποιείται με ευκολία
5. η ευαισθησία στην αλλαγή (sensitivity to change): ο δείκτης πρέπει να έχει την δυνατότητα να εντοπίζει τις αλλαγές όταν αυτές συμβαίνουν στην ποιότητα της φροντίδας υγείας
6. Αποδεκτότητα (acceptability): ο δείκτης πρέπει να είναι αποδεκτός τόσο από αυτούς που αξιολογούνται όσο και από αυτούς που αξιολογούν
7. επαναληψιμότητα (reproducibility): η δυνατότητα να δημιουργείται ο ίδιος δείκτης κάθε φορά που χρησιμοποιείται η ίδια μέθοδος δημιουργίας

Πηγή: (Campbell et al 2003).

1.7 Αναγκαιότητα της έρευνας

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα έχουν εξελιχθεί μέσα στο χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την καθιέρωση τους . Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την δημιουργία ανάγκης αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών έτσι ώστε να γίνουν στοχευμένες αλλαγές για την βελτίωση της ποιότητας. Μέχρι σήμερα δεν έχουν υπάρξει προσπάθειες από την πολιτεία για την ανάπτυξη εργαλείων και μεθόδων που θα αξιολογούν την ποιότητα. Αντίθετα από τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη η Ελλάδα επιμένει να μην ασχολείται σοβαρά με το θέμα της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στον χώρο της υγείας στις οποίες η έννοια της αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών κατέχει εξέχουσα θέση αλλά οι περισσότερες διατάξεις δυστυχώς παραμένουν ανεφάρμοστες.

Η διαδικασία της αξιολόγησης της ποιότητας είναι απαραίτητη γιατί χωρίς αυτή δεν μπορούν να ιεραρχηθούν προτεραιότητες . Ακόμα σημαντική είναι και η συμβολή της στην διαδικασία λήψης ορθολογικών αποφάσεων. Για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας υπάρχει πληθώρα μέσων και εργαλείων . Η επιλογή τους εξαρτάται κάθε φορά από την διάσταση της ποιότητας την οποία θέλουμε να μετρήσουμε. Οι δείκτες ποιότητας είναι ένα εργαλείο αποτίμησης της ποιότητας που χρησιμοποιήθηκε αρχικά στα νοσοκομεία όμως αργότερα καθιερώθηκε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε πολλές χώρες της Ευρώπης. Λόγω της κατάστασης που επικρατεί στο Ελληνικό σύστημα και την παντελή απουσία μηχανισμών αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας, γίνεται φανερό η ανάγκη που έχει δημιουργηθεί για την ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης.

Η δημιουργία ενός τέτοιου εργαλείου ειδικά σχεδιασμένου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να προσφέρει σημαντική πληροφορία για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στα πλαίσια αυτής στην Ελλάδα

1.8 Σκοπός της ερευνητικής εργασίας – ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της μεταπτυχιακής αυτής εργασίας είναι ο εντοπισμός και η ανάδειξη μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνής βιβλιογραφία δεικτών ποιότητας κατάλληλους για χρήση στη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Οι δείκτες αυτοί μπορούν να αποτελέσουν ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, η αναζήτηση επικεντρώθηκε σε δείκτες ποιότητας που αξιολογούν δομές και αποτελέσματα έτσι ώστε να αποτιμηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν τα Κέντρα Υγείας .

Τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν είναι τα εξής:

Υπάρχουν στην διεθνή βιβλιογραφία δείκτες ποιότητας που να αξιολογούν την ποιότητα των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας;

Υπάρχει η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν οι δείκτες ποιότητας που βρέθηκαν από τη συστηματική ανασκόπηση για να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα;

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.2 Στρατηγική αναζήτησης

Η μεθοδολογία αναζήτησης της βιβλιογραφίας αφορούσε στον εντοπισμό άρθρων και γενικά δημοσιεύσεων σχετικών με τη δημιουργία και την αξιολόγηση δεικτών ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής:

- ∞ PubMed(<http://www.pubmed.com/>),
- ∞ EMBASE(<http://www.embase.com/>),
- ∞ Cinahl (<http://cinahl.com/>),
- ∞ MednetHELLAS (<http://www.mednet.gr/>)
- ∞ Google (<http://www.google.com/>)

Στην στρατηγική αναζήτησης χρησιμοποιήθηκαν όροι του MeSH όπως :("Primary Health Care"[Mesh] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR "Family Practice"[Mesh]) AND "Quality Indicators, Health Care"[Majr] AND ("last 10 years"[EDat] AND "last 10 years"[PDat] AND (English[lang]))

2.3 Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού των άρθρων

Κριτήρια επιλογής:

Η αναζήτηση στους παραπάνω δικτυακούς τόπους πραγματοποιήθηκε το διάστημα από το Σεπτέμβριο μέχρι τον Δεκέμβριο του 2007. Αναζητήθηκαν άρθρα στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα. Η αναζήτηση αφορούσε το διάστημα από τον Δεκέμβρη του 1987 μέχρι τον Δεκέμβρη του 2007. Το κριτήριο επιλογής των εργαλείων που συμπεριέλαβε η ανασκόπηση ήταν οι δείκτες να αναφέρονται συγκεκριμένα στην αξιολόγηση των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Κριτήρια αποκλεισμού:

Για τον περιορισμό της έρευνας ορίστηκαν κάποια κριτήρια αποκλεισμού των άρθρων. Πιο συγκεκριμένα η έρευνα δεν συμπεριέλαβε άρθρα με δείκτες που επικεντρώνονται σε ένα συγκεκριμένο νόσημα όπως για παράδειγμα ο διαβήτης. Ακόμα από την έρευνα αποκλείστηκαν άρθρα τα οποία αφορούσαν μία συγκεκριμένη ηλικιακή ή άλλη ομάδα ασθενών όπως για παράδειγμα οι ηλικιωμένοι ασθενείς. Τέλος δεν συμπεριλήφθηκαν άρθρα που αφορούσαν δείκτες ποιότητας που ασχολούνται με οικονομικά μεγέθη διότι στο Ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οι εργαζόμενοι δεν διαχειρίζονται οικονομικούς πόρους.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Αποτελέσματα της συστηματικής αναζήτησης

Μέσα από την αναζήτηση εντοπίστηκαν συνολικά 73 άρθρα τα οποία αφορούσαν δείκτες ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι τίτλοι από τα άρθρα αυτά μαζί με την πηγή δημοσίευσης παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

A/A	Τίτλος εργασίας	Συγγραφείς	Περιοδικό	Έτος
1	Quality indicators and variation in primary care: modeling CP referral patterns	Love T, Dowell AC, Salmond C, Crampton P.	Family Practice	2004
2	Are NHS primary care performance indicator scores acceptable as markers of general practitioner quality?	Houghton G, Rouse A.	British Journal of General Practice	2004
3	Can health care quality indicators be transferred between countries?	Marshall M, Shekelle P G, McGlynn E A Campbell S, Brook R H, Roland M O	Quality and Safety in Health Care	2003
4	Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK,	Seddon M E, Marshall M, Campbell S, Roland M O	Quality in Health Care	2001
5	Identifying performance indicators for family practice Assessing levels of consensus. Canadian	Barnsley J, Berta W, Cockerill R, MacPhail J, Vayda E	Family Physician	2005
6	Quality indicators for general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they?	Campbell S.M Roland M. O, Quayle J.A, Buetow S.A, Shekelle P.G	Journal of Public Health Medicine	1998
7	Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care.	Campbell S M, Braspenning J , Hutchinson A and Marhall M N	British Medical Journal	2003
8	Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998- 2003 : Longitudinal observational study.	Campbell S.M , Roland M. O, Middleton E and Reeves D	British Medical Journal	2005
9	Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe.	Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M	Family Practice	2005
10	Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices	Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M	Family Practice	2006
11	OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion	Marshall M, Klazinca N, Leatherman S, Hardy C, Bergmann E, Pisco L, Mattke S, Mainz J.	International Journal for Quality in Health Care	2006

12	Quality of Primary Health Care in Developing Countries: Recent Experiences and Future Directions.	Reerink I. H. Sauerborn R	International Journal for Quality in Health Care	1996
13	Clinical indicators: development and applications.	Wollersheim H, Hermes R, Hulsher M, Braspenning J, Ouwens M, Shouten J, Marres H, Dijkstra R, Grol R	The Netherlands Journal of Medicine	2007
14	Assessing the quality of care of multiple conditions in general practice: practical and methodological problems	Kirk S A Campbell S, Kennell-Webb S Reeves D Roland M. Marshall M,	Quality and Safety in Health Care	2003
15	Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom	Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M.	The New England Journal of Medicine	2006
16	Measuring Performance in Primary Care: What Patient Outcome Indicators Do Physicians Value?	Dassow P L	Journal of the American Board of Family Medicine	2007
17	Clinical governance in primary care groups: the feasibility of deriving evidence-based performance indicators	McColl A Roderick P Wilkinson E Gabbay J Smith H Moore M Exworthy M	Quality in Health Care	2000
18	Indicators of the appropriateness of long-term prescribing in general practice in the United Kingdom: consensus development, face and content validity, feasibility and reliability	Cantrill JA Sibbald B Bueton S	Quality in Health Care	1998
19	Performance concerns in primary care: a Delphi consensus on risk and investigation	Essex B Ashworth M Crichton N	Quality in Primary Care	2007
20	Managing quality in primary health care: the need for valid information about performance	Baker R.	Quality in Health Care	2000
21	The role of performance indicators in changing the autonomy of the general practice profession in the UK.	Exworthy M, Wilkinson EK, McColl A, Moore M, Roderick P, Smith H, Gabbay J.	Social Science and Medicine	2003
22	Quality indicators for mental health in primary care: how far have we got?	Sharp DJ.	Quality and Safety in Health Care	2003

23	Quality of diabetes care in the UK: comparison of published quality-of-care reports with results of the Quality and Outcomes Framework for Diabetes.	Khunti K, Gadsby R, Millett C, Majeed A, Davies M.	Diabetic Medicine	2007
24	Accessibility, clinical effectiveness, and practice costs of providing a telephone option for routine asthma reviews: phase IV controlled implementation study.	Pinnock H, Adlem L, Gaskin S, Harris J, Snellgrove C, Sheikh A.	British Journal of General Practice	2007
25	Quality of clinical primary care and targeted incentive payments: an observational study.	Steel N, Maisey S, Clark A, Fleetcroft R, Howe A.	British Journal of General Practice	2007
26	The relationship between social deprivation and the quality of primary care: a national survey using indicators from the UK Quality and Outcomes Framework.	Ashworth M, Seed P, Armstrong D, Durbaba S, Jones R.	British Journal of General Practice	2007
27	Combining multiple indicators of clinical quality: an evaluation of different analytic approaches.	Reeves D, Campbell SM, Adams J, Shekelle PG, Kontopantelis E, Roland MO.	Medical Care	2007
28	Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study.	Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H.	Family Practice	2007
29	Aggregation of qualitative studies--From theory to practice: Patient priorities and family medicine/general practice evaluations.	Reis S, Hermoni D, Van-Raalte R, Dahan R, Borkan JM.	Patient Education and Counseling	2006
30	The effects of a team-based continuous quality improvement intervention on the management of primary care: a randomised controlled trial.	Engels Y, van den Hombergh P, Mekkink H, van den Hoogen H, van den Bosch W, Grol R.	British Journal of General Practice	2006
31	The relationship between prescribing expenditure and quality in primary care: an observational study.	Fleetcroft R, Cookson R.	British Journal of General Practice	2006
32	Improving the quality of care with performance indicators.	Majeed A, Lester H, Bindman AB	British Medical Journal	2007
33	Continuity of care for older patients in family practice: how important is it?	Worrall G, Knight J.	Canadian Family Physician	2006
34	The impact of patient-specific quality-of-care report cards on guideline adherence in heart failure	Matthews JC, Johnson ML, Koelling T M	American Heart Journal	2007
35	Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders	Wenger N S Young R T	Journal of the American Geriatrics Society	2007
36	The relationship between social deprivation and the quality of primary care: a national survey using indicators from the UK Quality and Outcomes Framework	Ashworth M, Armstrong D, Durbaba S, Jones R	British Journal of General Practice	2007
37	Feedback of patients evaluations of general practice care: a randomised trial	Vingerhoets E, Wensing M, Grol R	Quality in Health Care	2001

38	Measuring healthcare outcomes to improve quality of care across post--acute care provider settings.	Bryant LL, Floersch N, Richard AA, Schlenker RE	Journal of Nursing Care Quality	2004
39	Organisational change theory and the use of indicators in general practice.	Rhydderch M, Elwyn G, Marshall M, Grol R.	Quality and Safety in Health Care	2004
40	Development of performance indicators for the primary care management of pediatric epilepsy: expert consensus recommendations based on the available evidence.	Caplin DA, Rao JK, Filloux F, Bale JF, Van Orman C.	Epilepsia.	2006
41	Is general practice effective? A systematic literature review.	Engström S, Foldevi M, Borgquist L.	Scandinavian Journal of Primary Health Care.	2001
42	Standards of access and quality in primary care.	Murfin D.	Journal of the Royal Society of Medicine	2001
43	Implementing and using quality measures for children's health care: perspectives on the state of the practice.	Shaller D.	Pediatrics.	2004
44	Access to primary health care for Australian young people: service provider perspectives.	Kang M, Bernard D, Booth M, Quine S, Alperstein G, Usherwood T, Bennett D.	British Journal of General Practice	2003
45	Performance indicators for general practice.	Majeed F, Voss S.	British Medical Journal	1996
46	The role of clinical governance as a strategy for quality	Campbell SM, Sweeney GM	British Journal of General Practice	2002
47	Systematic review of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand	Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO	Quality in Health Care	2001
48	The development of review criteria for assessing the quality of management of stable angina, adult asthma and non insulin dependent diabetes mellitus in general practice.	Campbell SM, Roland MO, Shekelle PG, Cantrill JA, Buetow SA, Cragg DK.	Quality in Health Care	1999
49	Quality assessment for three common conditions in primary care: validity and reliability of review criteria developed by expert panels for angina, asthma and type 2 diabetes	Campbell SM, Hann M, Hacker J, Roland MO	Quality Safety in Health Care	2002
50	Will changes in primary care improve health outcomes? Modelling the impact of financial incentives introduced to improve quality of care in the UK.	McElduff P, Lyratzopoulos G, Edwards R, Heller RF, Shekelle P, Roland M.	Quality Safety in Health Care	2004
51	Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change	Ferlie EB, Shortell SM	Millbank Q	2001
52	General practitioner reaccreditation: use of performance indicators.	Houghton G.	British Journal of General Practice	1995
53	Performance indicators for general practice.	Majeed FA, Voss S	British Medical Journal	2001
54	Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach	McCull A, Roderick P, Gabbay J,	British Medical Journal	1998
55	Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes.	Giuffrida A, Gravelle H, Roland M	British Medical Journal	1999

56	Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study	Campbell S, Hann M, Hacker J	British Medical Journal	2001
57	Health promotion in primary health care nursing: the development of quality indicators	Jill Macleod Clark	Health Education Journal	1999
58	Developing quality indicators for older adults: transfer from the USA to the UK is feasible	N Steel ¹ , D Melzer ² , P G Shekelle ³ , N S Wenger ⁴ , D Forsyth ⁵ , B C McWilliams ²	Quality and Safety in Health Care	2004
59	Panning for gold: an evidence-based tool for assessment of performance indicators in primary health care.	Perera R, Dowell T, Crampton P, Kearns R.	Health Policy.	2007
60	Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter.	Guthrie B, Wyke S	Family Practice	2006
61	Socioeconomic deprivation, coronary heart disease prevalence and quality of care: a practice-level analysis in Rotherham using data from the new UK general practitioner Quality and Outcomes Framework.	Strong M, Maheswaran R, Radford J.	Journal of Public Health	2006
62	Control, compare and communicate: designing control charts to summarise efficiently data from multiple quality indicators.	Guthrie B, Love T, Fahey T, Morris A, Sullivan F.	Quality Safety in Health Care	2005
63	Inter-rater reliability of explicit indicators of prescribing appropriateness.	Tully MP, Cantrill JA.	Pharm World Sci.	2005
64	Creative use of existing clinical and health outcomes data to assess NHS performance in England: Part 1--performance indicators closely linked to clinical care.	Lakhani A, Coles J, Eayres D, Spence C, Ratchet B.	British Medical Journal	2005
65	Quality indicators for primary care mental health services.	Shield T, Campbell S, Rogers A, Worrall A, Chew-Graham C, Gask L.	Quality and Safety in Health Care	2003
66	Out-of-hours primary care: development of indicators for prescribing and referring.	Giesen P, Willekens M, Mokkink H, Braspenning J, Van Den Bosch W, Grol R	International Journal for Quality in Health Care	2007
67	Quality of care and performance indicators.	Vetter N.	Journal of Public Health	2004
68	Association of deprivation, ethnicity, and sex with quality indicators for diabetes: population based survey of 53,000 patients in primary care.	Hippisley-Cox J, O'Hanlon S, Coupland C.	British Medical Journal	2004
69	Performance indicators: primary health, secondary care, and diabetes.	Beaven DW, Dear M, Thomson S.	The New Zealand Medical Journal	2004
70	Developing quality indicators for older adults: transfer from the USA to the UK is feasible.	Steel N, Melzer D, Shekelle PG, Wenger NS, Forsyth D, McWilliams BC.	Quality and Safety in Health Care	2004
71	Physician performance assessment: nonequivalence of primary care measures.	Parkerton PH, Smith DG, Belin TR, Feldbau GA	Medical Care	2003
72	Preventing drug-related morbidity--the development of quality indicators.	Morris CJ, Cantrill JA.	Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics	2003
73	Labelling and patient knowledge of dispensed drugs as quality indicators in primary care in Botswana.	Boonstra E, Lindbaek M, Ngome E, Tshukudu K, Fugelli P.	Quality and Safety in Health Care	2003

3.2 Επιλογή σχετικών άρθρων

Οι τίτλοι και οι περιλήψεις όλων των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν και απορρίφθηκαν τα άρθρα εκείνα που δεν ικανοποιούσαν τα πρότυπα που είχαν τεθεί σύμφωνα με τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού. Έπειτα ελέγχθηκαν τα άρθρα βάση ολόκληρου του κειμένου σύμφωνα με τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού. Μέσα από αυτή την τελευταία αξιολόγηση 5 άρθρα βρέθηκαν να πληρούν όλα τα κριτήρια και αφορούσαν δείκτες που αξιολογούσαν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε όλες τις παραμέτρους. Μια συνοπτική ανασκόπηση των άρθρων που επιλέχθηκαν

Το άρθρο των Y. Engels et al (Engels et al 2005) αφορά την δημιουργία ενός εργαλείου αξιολόγησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με δείκτες ποιότητας κοινά αποδεκτούς για τα 6 ευρωπαϊκά κράτη που έλαβαν μέρος στην έρευνα (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο). Οι δείκτες επικεντρώθηκαν σε 5 πεδία : δομές, προσωπικό, πληροφόρηση, οικονομικά, ασφάλεια. Μέσα από μία συνάντηση ομοφωνίας ειδικών (expert consensus panel) της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από όλες τις συμμετέχοντες στην έρευνα χώρες 62 δείκτες αξιολογήθηκαν ως σημαντικοί .

Το άρθρο των Y. Engels et al (Engels et al 2006) αναφέρεται στην πρόοδο και αξιολόγηση του εργαλείου δεικτών ποιότητας που έχει διαμορφωθεί σε 9 χώρες αυτή τη φορά (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο, Αυστρία, Ισραήλ, Σλοβενία) ως προς την εγκυρότητα, την αξιοπιστία, την εφικτότητα και την διακριτότητα των δεικτών στις χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα, 57 δείκτες βρέθηκαν να πληρούν τα παραπάνω κριτήρια και μπορούν να προσφερθούν για σύγκριση σε τοπικό- εθνικό ή διακρατικό επίπεδο.

Στο άρθρο των J. Barnsley et al (Barnsley et al 2005) σκοπός είναι ο καθορισμός δεικτών ποιότητας για την αξιολόγηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με εστίαση σε οργανωτικές δομές, στην διαχείριση των νοσημάτων και στα αποτελέσματα των παρεμβάσεων. Μέσα από την συστηματική ανασκόπηση που διενεργήθηκε βρέθηκαν 131 δείκτες. Έπειτα οργανώθηκε μια συνάντηση ομοφωνίας ειδικών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην οποία κάθε μέλος βαθμολόγησε τον κάθε δείκτη σε μια κλίμακα Likert (Likert scale) από το 1 έως το 9. Μέσα από αυτή τη διαδικασία 51 δείκτες πέτυχαν υψηλή ομοφωνία 19 μέτρια και 38 χαμηλή).

Στο άρθρο των Campbell et al (Campbell et al 1998) έγινε αξιολόγηση του κύρους των 240 δεικτών ποιότητας που συλλέχτηκαν και αναφέρονταν σε 6 πεδία πρόσβαση, οργάνωση, πρόληψη, διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, συνταγογράφηση και διαλογή περιστατικών. Στην διαδικασία αξιολόγησης συμμετείχαν 57 γενικοί ιατροί και 47 διοικητικοί υπάλληλοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μέσα από την αξιολόγηση 36 δείκτες πέτυχαν υψηλή ομοφωνία με βαθμό από 8 έως 9 τόσο για το ιατρικό όσο και για το διοικητικό προσωπικό .

Τέλος στο άρθρο των M. Marshall et al (Marshall et al 2006) έγινε απόπειρα για την δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συνόλου κοινά αποδεκτών δεικτών ποιότητας από τον ΟΟΣΑ που θα αφορούν τους βασικούς τομείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και θα μπορούν να χρησιμεύουν για την αξιολόγηση και την σύγκριση των συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας διακρατικά. Αφού συλλέχτηκαν οι σχετικοί με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δείκτες αξιολογήθηκαν σύμφωνα με τα κριτήρια που έχει θέσει το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α. (US Institute of Medicine). Όσοι δείκτες πληρούσαν τα κριτήρια αξιολογήθηκαν από μια συνάντηση ομοφωνίας ειδικών (expert consensus panel) μέσα από την οποία 27 δείκτες αξιολογήθηκαν σημαντικοί, οι δείκτες αυτοί αφορούσαν πλευρές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που σχετίζονται με την δημόσια υγεία και συγκεκριμένα την πρόληψη και προαγωγή υγείας. Πινάκας 2 «Παρουσίαση των επιλεγμένων άρθρων»

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΡΘΡΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ

Έτος δημοσίευσης και Συγγραφείς: 2005 Υ. Engels et al.
Χώρα μελέτης: Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο.
Στόχοι μελέτης: Η ανάπτυξη ενός εργαλείου για αξιολόγηση της ΠΦΥ με δείκτες ποιότητας κοινά αποδεκτούς και για τα 6 ευρωπαϊκά κράτη.
Μεθοδολογία: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας , καθορισμός των δεικτών ποιότητας και διεξαγωγή συναντήσεις ομοφωνίας ειδικών με10 μέλη από κάθε χώρα (expert consensus panel)
Μέτρηση αποτελεσμάτων: Δείκτες ποιότητας
Κύρια ευρήματα: Καθορίστηκαν 5 πεδία που αφορούσαν δομές , προσωπικό, πληροφόρηση, οικονομικά και ποιότητα και ασφάλεια. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο 62 δείκτες ποιότητας αξιολογήθηκαν σημαντικοί από τις συναντήσεις ομοφωνίας ειδικών.

Έτος δημοσίευσης και Συγγραφείς: 2006 Υ. Engels et al.
Χώρα μελέτης: Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο, Αυστρία, Ισραήλ, Σλοβενία
Στόχοι μελέτης: Πρόοδος και αξιολόγηση του εργαλείου δεικτών ποιότητας που έχει διαμορφωθεί σε 9 χώρες
Μεθοδολογία:Επιλέχθηκαν 273κέντρα παροχής ΠΦΥ σε 9 χώρες για να αξιολογηθεί η εγκυρότητα και εφικτότητα εφαρμογής των 62 δεικτών με συναντήσεις ομοφωνίας ειδικών (expert consensus panel)

Μέτρηση αποτελεσμάτων: Δείκτες ποιότητας
Κύρια ευρήματα: 57 δείκτες φάνηκαν να είναι έγκυροι, εφικτοί, αξιόπιστοι και διακριτοί σε όλες τις συμμετέχοντες χώρες.

Έτος δημοσίευσης και Συγγραφείς: 2005 J. Barnsley et al
Χώρα μελέτης: Καναδάς
Στόχοι μελέτης: Ο καθορισμός δεικτών ποιότητας για την αξιολόγηση της ΠΦΥ με εστίαση σε οργανωτικές δομές και στην διαχείριση των νοσημάτων
Μεθοδολογία: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντοπισμός δεικτών από διεθνείς συμφωνίες και συνάντηση ομοφωνίας ειδικών για την αξιολόγηση των δεικτών
Μέτρηση αποτελεσμάτων: Δείκτες ποιότητας
Κύρια ευρήματα: 131 δείκτες αξιολογήθηκαν με την κλίμακα Likert στην συνάντηση ομοφωνίας ειδικών 51 δείκτες πέτυχαν υψηλή ομοφωνία, 19 μέτρια και 38 χαμηλή.

Έτος δημοσίευσης και Συγγραφείς: 1998 S.M. Campell et al
Χώρα μελέτης: Ηνωμένο Βασίλειο
Στόχοι μελέτης: Η αξιολόγηση του κύρους των δεικτών ποιότητας που προτείνονται
Μεθοδολογία: Συλλογή 240 δεικτών που κάλυπταν τις θεματικές πρόσβαση, οργάνωση, πρόληψη, διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, συνταγογράφηση και διαλογή περιστατικών και αξιολόγηση τους από γενικούς γιατρούς και διοικητικούς της ΠΦΥ με την μέθοδο ‘two-stage Delphi’
Μέτρηση αποτελεσμάτων: Δείκτες ποιότητας
Κύρια ευρήματα: 36 δείκτες έλαβαν από 8 ως 9 εκ των οποίων το 83% αξιολογήθηκε έτσι τόσο από τους γιατρούς όσο και από τους διοικητικούς.

Έτος δημοσίευσης και Συγγραφείς: 2006 M. Marshall et al
Χώρα μελέτης: 23 χώρες του ΟΟΣΑ
Στόχοι μελέτης: η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συνόλου δεικτών ποιότητας που θα αφορούν τους βασικούς τομείς της ΠΦΥ θα μπορούν να χρησιμεύουν για την αξιολόγηση των συστημάτων ΠΦΥ
Μεθοδολογία: Μέσα από ανασκόπηση συλλέχτηκαν και οργανώθηκαν οι δείκτες ποιότητας που υπάρχουν διεθνώς και κρίθηκαν σύμφωνα με τα κριτήρια αξιολόγησης του US Institute of Medicine έπειτα αξιολογήθηκαν σε μια συνάντηση ομοφωνίας ειδικών με την μέθοδο ‘Delphi’
Μέτρηση αποτελεσμάτων: δείκτες ποιότητας
Κύρια ευρήματα: Ένα σύνολο 27 δεικτών με ιδιαίτερη έμφαση σε αυτούς που σχετίζονται με την δημόσια υγεία

Διαμόρφωση δεικτών ποιότητας

Από αυτά τα 5 άρθρα συγκεντρώθηκαν 120 δείκτες ποιότητας οι οποίοι μεταφράστηκαν στα ελληνικά και διαχωρίστηκαν σε 5 κύριες κατηγορίες με υποκατηγορίες.

Δομές και υποδομές

Προσπελασιμότητα-υποδοχή

Ασφάλεια και υγιεινή

Υποδομές ως προϋποθέσεις ποιοτικής λειτουργίας

Οργάνωση και διοίκηση

Ιατρικός φάκελος

Ραντεβού

Συνταγογράφηση, παραπομπή και σχετική πληροφόρηση

Εσωτερικό περιβάλλον ιατρείου: ζητήματα οργάνωσης και λειτουργίας

Πρόληψη και προαγωγή υγείας

Προαγωγή και πρόληψη στις γυναίκες

Ηλικιωμένοι

Παιδιά

Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων

Υπέρταση

Άσθμα

Διαβήτης

Προσωπικό

Εκπαίδευση και επιμόρφωση

Προσόντα, καθήκοντα και ευθύνες

Ατμόσφαιρα και πλαίσιο συνεργασίας

Η διαδικασία ομοφωνίας για τη σύνταξη του καταλόγου

Οι 120 δείκτες που συλλέχθηκαν έπρεπε να προσαρμοστούν έτσι ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν στις δομές της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα δηλαδή στα Κέντρα Υγείας. Γι' αυτό το λόγο οι δείκτες αυτοί αξιολογήθηκαν σε μια συνάντηση ομοφωνίας ειδικών (expert consensus panel) μέσα στο πλαίσιο ενός ερευνητικού προγράμματος της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του πανεπιστημίου Κρήτης, το οποίο στοχεύει στην αξιολόγηση της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα. Η αξιολόγηση των δεικτών έγινε από τους συμμετέχοντες ερευνητές στο πρόγραμμα.

Οι δείκτες κρίθηκαν ως προς:

- ☒ την συνάφεια τους με την ελληνική νομοθεσία (relevancy) και
- ☒ την δυνατότητα εφαρμογής τους σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (feasibility)

Μέσα από αυτή τη διαδικασία 76 δείκτες από τους 120 φάνηκαν να πληρούν τα κριτήρια της συνάφειας και της εφικτότητας. Έτσι οι 76 δείκτες που τελικά επιλέχθηκαν διαμορφώθηκαν σε μια λίστα σημείων ελέγχου η οποία αποτελεί ένα από τα εργαλεία αξιολόγησης που θα χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια του ερευνητικού προγράμματος.

3.5 Σύνταξη καταλόγου εκτίμησης της ποιότητας για χρήση στη Π.Φ.Υ.

Η λίστα σημείων ελέγχου (check list) με τους δείκτες ποιότητας που επιλέχθηκαν μέσα από την συνάντηση ομοφωνίας ειδικών (expert consensus panel) έτσι όπως θα χρησιμοποιηθεί από το ερευνητικό πρόγραμμα παρουσιάζεται παρακάτω:

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ				
Γενικά στοιχεία (εισαγωγικές σημειώσεις)	Επιμελητές	Διοικητικό προσωπικό	Λοιπό προσωπικό ανά κατηγορία	Μ.Ο. παραπομπών- ασθενών Ανά μέρα/ μήνα
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ				

I. ΔΟΜΕΣ & ΥΠΟΔΟΜΕΣ
<i>ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ- ΥΠΟΔΟΧΗ</i>
1. Η αίθουσα αναμονής έχει αρκετό χώρο για την εξυπηρέτηση του πληθυσμού που απευθύνεται το ιατρείο
2. Είναι δυνατή η πρόσβαση από άτομα με αναπηρία
<i>Ι2. ΑΣΦΑΛΕΙΑ & ΥΓΙΕΙΝΗ</i>
3. Σε κάθε δωμάτιο του ιατρείου βρίσκονται εγκαταστάσεις για το πλύσιμο των χεριών
4. Οι ασθενείς βρίσκουν το ιατρείο καθαρό και καλά συντηρημένο
5. Όλοι οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές είναι προστατευμένοι από μη αποδεκτή πρόσβαση (κωδικοί, τείχος προστασίας, προστασία από ιούς).
6. Στο ιατρείο όλα τα φάρμακα φυλάσσονται σε ασφαλές μέρος
7. Στα φαρμακευτικά σκεύασματα που βρίσκονται στην τσάντας του ιατρού έχει ελεγχθεί η ημερομηνία λήξεως
8. Στο ιατρείο υπάρχει σύστημα πυρόσβεσης
9. Υπάρχουν διαδικασίες που εξασφαλίζουν την ασφαλή διάθεση των βιοιατρικών λημμάτων
10. Το ιατρείο διαθέτει συσκευή αποστείρωσης ή αυτόματο κλίβανο
11. Το ιατρείο διαθέτει ένα στεγανό δοχείο για μολυσματικά ή επικίνδυνα απορρίμματα

12. Το ιατρείο έχει επάρκεια σε προστατευτικό εξοπλισμό (γάντια, ποδιά, μάσκες)
<i>13 ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΩΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ</i>
13. Το ιατρείο έχει ένα επαρκές τηλεφωνικό κέντρο.
14. Το ιατρείο έχει μια ανανεωμένη και καταγεγραμμένη λίστα που περιλαμβάνει τι πρέπει να υπάρχει στην τσάντα του ιατρού σε κάθε περίπτωση
15. Το ιατρείο έχει τουλάχιστον έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή με πρόσβαση στο διαδίκτυο για το προσωπικό
16. Υπάρχει εξοπλισμός που διασφαλίζει την σωστή συντήρηση των φαρμάκων
17. Ο εξοπλισμός και τα φάρμακα για επείγουσες καταστάσεις είναι άμεσα διαθέσιμα προς χρήση.
II. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ
<i>III. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ</i>
18. Κάθε ιατρικός φάκελος περιέχει ημερομηνία της κάθε επίσκεψης , λόγο της κάθε επίσκεψης, αποτελέσματα όλων των εξετάσεων και ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί σε κάθε επίσκεψη, καταγραφή όλων των αποφάσεων συνταγογράφησης κάθε επίσκεψης, αθροιστική και ενημερωμένη λίστα των προβλημάτων και αθροιστική και ενημερωμένη λίστα των φαρμάκων.
19. Το ιατρείο διαθέτει ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο .
20. Κάθε ιατρικός φάκελος περιέχει δημογραφικά στοιχεία του ασθενή και πληροφορία για το ιστορικό του
21. Ο ιατρικός φάκελος εμπεριέχει εργαστηριακά αποτελέσματα
22. Το σύστημα καταγραφής των ιατρικών φακέλων επιτρέπει την εύκολη ανάκτηση της ιατρικής πληροφορίας
23. Το ιατρείο ελέγχει τους φακέλους για να διασφαλίσει ότι είναι ενημερωμένοι και ευανάγνωστοι
24. Η ενημέρωση του ιατρικού φακέλου είναι λεπτομερής και γίνεται με προσοχή
<i>II2. ΡΑΝΤΕΒΟΥ</i>
25. Το ιατρείο έχει σύστημα για ραντεβού.
26. Οι ασθενείς που προσεγγίζουν το ιατρείο εκτός των προκαθορισμένων ραντεβού έχουν γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες.
27. Τα ραντεβού ρουτίνας κλείνονται τουλάχιστον με διάστημα μεταξύ τους δέκα λεπτών
28. Το προσωπικό του ιατρείου εκτελεί κατ'οίκον επισκέψεις για τους ασθενείς που δεν έχουν την δυνατότητα πρόσβασης στο ιατρείο

29.Οι ασθενείς θεωρούν ότι μπορούν να επικοινωνήσουν εύκολα με το ιατρείο τηλεφωνικά.
<i>Π4. ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ- ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ & ΣΧΕΤΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ</i>
30.Αντίγραφα των παραπεμπτικών σημειωμάτων κρατούνται στο ιατρικό φάκελο.
31.Τα παραπεμπτικά σημειώματα περιέχουν επαρκείς πληροφορίες για τον ασθενή καθώς και τον λόγο της παραπομπής
32.Το ιατρείο έχει διαδικασίες που διασφαλίζουν ότι οι εισερχόμενες πληροφορίες (γράμματα, αποτελέσματα εξετάσεων) πηγαίνουν στον σωστό ιατρικό φάκελο
<i>Π5. ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΙΑΤΡΕΙΟΥ: ΖΗΤΗΜΑΤΑ</i>
33.Η ταμπέλα του ιατρείου αναγράφει τα στοιχεία των γενικών ιατρών που εργάζονται στο ιατρείο καθώς και την διαθεσιμότητα τους
34.Ο ασθενής μπορεί να πάρει πληροφορίες ή συμβουλές από το τηλέφωνο όταν αυτό κριθεί αναγκαίο ή εφικτό
35.Οι ιατρικοί φάκελοι και άλλοι φάκελοι που περιέχουν πληροφορίες για τον ασθενή φυλάσσονται με ασφάλεια
36.Διασφαλίζεται το απόρρητο της επαφής ασθενή-ιατρού
37.Το ιατρείο προάγει τον οικογενειακό προγραμματισμό
38.Όλοι οι ασθενείς που λαμβάνουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή επαναξιολογούνται τουλάχιστον σε ετήσια βάση από τον γενικό ιατρό
39.Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής χρησιμοποιείται για την ιατρική καταγραφή των ασθενών και για παραπεμπτικά σημειώματα
40.Το κάπνισμα απαγορεύεται στο ιατρείο.
41.Το προσωπικό της υποδοχής είναι εκπαιδευμένο έτσι ώστε να αναγνωρίζει και να ανταποκρίνεται σωστά σε επείγοντα ιατρικά περιστατικά
42.Ο γιατρός περιγράφει τα προβλήματα υγείας και την θεραπευτική αγωγή σε γλώσσα που ο ασθενής μπορεί να κατανοήσει
43.Ο ιατρός επεξηγεί τα διαγνωστικά τεστ και τα αποτελέσματα των εξετάσεων στους ασθενείς
44.Ο ιατρός είναι ευγενικός με τους ασθενείς
45.Οι ασθενείς εμπυχώνονται να κάνουν ερωτήσεις για την ασθένειά τους και την θεραπεία της
46.Το διοικητικό προσωπικό συμπεριφέρεται με ευγενικό τρόπο στους ασθενείς.

III. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ
<i>III1. ΠΡΟ-ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ</i>
47.Καταγράφεται η συνήθεια καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης
48.Πραγματοποιούνται συναντήσεις για διακοπή καπνίσματος στις έγκυες καπνίστριες
49.Καταγραφή ότι προωθούνται συναντήσεις ενημέρωσης για τον θηλασμό
50.Για τις γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές, και ασθενείς του ιατρείου για τουλάχιστον 2 χρόνια, τουλάχιστον ένα τεστ παπ έχει καταγραφεί
51.Καταγραφή ότι οι γυναίκες άνω των 50 ετών παραπέμπονται ή συμβουλευονται να κάνουν μια μαστογραφία κάθε 2 χρόνια
<i>III2. ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ</i>
52.Καταγραφή ότι οι ασθενείς άνω των 65 ετών έχουν προσκληθεί να λάβουν ή έχουν λάβει εμβόλιο κατά της γρίπης μέσα στους περασμένους 12 μήνες
<i>III3. ΠΑΙΔΙΑ</i>
53.Οι επισκέψεις των υγιών παιδιών στα πρώτα 2 χρόνια της ζωής τους, συνήθως περιλαμβάνουν μέτρηση της ευθυγράμμισης των ματιών
54.Ο ι επισκέψεις των υγιών παιδιών στα πρώτα 2 χρόνια της ζωής τους συνήθως περιλαμβάνει μέτρηση της ευαισθησίας στα ακουστικά ερεθίσματα
IV. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
<i>IV1. ΥΠΕΡΤΑΣΗ</i>
55.Καταγραφή της παρακολούθησης για οριακές ή υψηλές μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης με συχνές μετρήσεις
56.Καταγραφή των μετρήσεων της αρτηριακής πίεσης στους υπερτασικούς ασθενείς τουλάχιστον μία φορά κάθε 6 μήνες.
57.Άμεση θεραπεία των υπερτασικών ασθενών με πίεση από 160/100 Hg και πάνω με φαρμακευτική αγωγή
58.Η διαχείριση της υπέρτασης στηρίζεται σε έγκυρες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες
<i>IV2. ΑΣΘΜΑ</i>
59.Καταγραφή των δεδομένων που σχετίζονται με τη διαχείριση του άσθματος πραγματοποιείται σε κάθε επίσκεψη
60.Η διαχείριση του άσθματος στηρίζεται σε έγκυρες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες

<i>IV3. ΔΙΑΒΗΤΗΣ</i>
61. Καταγραφή των τιμών της γλυκολιζιομένης αιμοσφαιρίνης σε τακτική βάση
62. Καταγραφή της μέτρησης της αρτηριακής πίεσης τουλάχιστον μία φορά κάθε 6 μήνες για τους διαβητικούς ασθενείς.
63. Καταγραφή της εξέτασης ματιών για διαβητικούς ασθενείς τουλάχιστον μια φορά ετησίως.
64. Καταγραφή εξετάσεων των ποδιών συμπεριλαμβανομένου των περιφερικών σφίξεων στους διαβητικούς ασθενείς τουλάχιστον μια φορά ετησίως
65. Η διαχείριση του διαβήτη στηρίζεται σε έγκυρες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες
V. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
<i>V1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ & ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ</i>
66. Συμμετοχή των ιατρών σε δραστηριότητες συνεχούς ιατρικής εκπαίδευσης καταγράφεται κατά την διάρκεια των προηγούμενων 18 μηνών
67. Παρέχονται ευκαιρίες επιμόρφωσης και εκπαίδευσης στο προσωπικό
68. Παρέχονται δυνατότητες έρευνας στο προσωπικό
<i>V2. ΠΡΟΣΩΝΤΑ, ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ & ΕΥΘΥΝΕΣ</i>
69. Όλο το προσωπικό που εμπλέκεται στην κλινική πρακτική έχει τα απαραίτητα προσόντα
70. Οι ευθύνες και οι ρόλοι του προσωπικού είναι σαφώς καθορισμένοι
<i>V3. ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑ & ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ</i>
71. Όλο το προσωπικό προσκαλείται να συμμετέχει σε ομαδικές συναντήσεις
72. Το προσωπικό απολαμβάνει θετική ατμόσφαιρα στην εργασία του.
73. Το ιατρείο δίνει τη δυνατότητα στο προσωπικό να κάνει προτάσεις για την βελτίωση της λειτουργίας σε διοικητικά θέματα
74. Όλο το προσωπικό εμπλέκεται στην διαδικασία της βελτίωσης της ποιότητας.
75. Η επικοινωνία με τη Διεύθυνση είναι τακτική και σε καλό κλίμα
76. Υπάρχει ταύτιση απόψεων γενικότερα μεταξύ των μελών των διαφορετικών κατηγοριών προσωπικού

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 Συζήτηση

Αυτή η λίστα σημείων ελέγχου (check list) που δημιουργήθηκε εντάσσεται σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του πανεπιστημίου Κρήτης, το οποίο στοχεύει στην αξιολόγηση της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα.

Με αυτούς τους 76 δείκτες ποιότητας θα αξιολογηθούν τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα και αναμένεται να αποτελέσουν σημαντική πηγή πληροφορίας που παράλληλα δίνει και την δυνατότητα σύγκρισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα Κέντρα Υγείας.

Μέσα από αυτή τη διαδικασία οι δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν θα αναδείξουν επιμέρους ζητήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και θα εντοπίσουν τα σημεία στα οποία χρειάζεται να γίνουν αλλαγές για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας.

Έτσι με την βοήθεια του εργαλείου αυτού που αναδείχθηκε μέσα από την συγκεκριμένη εργασία θα μπορούν να γίνουν προτάσεις για αλλαγές στο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα βασισμένες σε αποδείξεις .

4.2 Συμπεράσματα

Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας έχει εξελιχθεί σε ζήτημα μείζονος σημασίας για όλα συστήματα υγείας. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζεται στην προσπάθεια που γίνεται τον τελευταίο καιρό να αναπτυχθούν μέθοδοι και εργαλεία προς την κατεύθυνση αυτή. Θα πρέπει να τονιστεί ότι αυτή η εξάπλωση της ατζέντας ποιότητας τη φέρνει πιο κοντά σε μια άλλη ατζέντα, σε εκείνη της επέκτασης και της εμβάθυνσης των δημοκρατικών διασυνδέσεων μεταξύ του κράτους και της κοινωνίας πολιτών.

Στην Ελλάδα τα βήματα που έχουν γίνει μέχρι τώρα δεν έχουν φέρει σημαντικές μεταβολές και η προσπάθεια ένταξης προγραμμάτων αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην εθνική πολιτική έχει μείνει μετέωρη. Παρά τις εκκλήσεις της ελληνικής επιστημονικής και ερευνητικής κοινότητας η πολιτική υγείας στην Ελλάδα δεν έχει ακόμα ασχοληθεί σοβαρά με το θέμα της αξιολόγησης της ποιότητας.

Αποτελεί κοινό τόπο η διαπίστωση, ότι το σύστημα υγείας στη χώρα μας, κατά την τελευταία εικοσαετία, αντιμετωπίζει μια παρατεταμένη κρίση. Η κρίση αυτή αποτυπώνεται στο χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, αλλά και στη αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας από τον ιδιωτικό τομέα, γεγονός που οφείλεται στην ανεπάρκεια του δημόσιου τομέα να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες.

Η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός του υποσυστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι όσο ποτέ άλλοτε αναγκαία. Η εξασφάλιση των προϋποθέσεων για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και αποδοτικού συστήματος θα πρέπει να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα στο πλαίσιο ανασυγκρότησης του Ε.Σ.Υ. (Πολύζος, 2000).

Οι ρυθμίσεις και τα μέτρα που θα πρέπει να υιοθετηθούν, θα πρέπει να στοχεύουν στη διαμόρφωση μιας στρατηγικής υγείας που θα έχει ως κύριο στόχο την πρόληψη της αρρώστιας, την προαγωγή του επιπέδου υγείας καθώς και την δημιουργία των κατάλληλων υποδομών και την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών και υποδομών παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Για να συμβεί αυτό είναι αναγκαίο να υιοθετήσουμε μεθόδους αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας βασιζόμενοι και στην ευρωπαϊκή εμπειρία. Μέσα από την συγκεκριμένη μεταπτυχιακή εργασία επιλέξαμε να αναδείξουμε μια τέτοια μέθοδο που αποτελείται από δείκτες ποιότητας.

Εύκολα συμπεραίνουμε ότι οι δείκτες ποιότητας αποτελούν ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο που τηρώντας τις κατάλληλες προϋποθέσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και να δώσει κατευθύνσεις για την βελτίωση της ποιότητας . Έτσι Οι επιχειρηματίες πολιτικής (policy entrepreneurs)¹ και οι σχεδιαστές πολιτικής (policy makers) θα μπορούν να βασιστούν στα αποτελέσματα ώστε να σχεδιάσουν στοχευμένες πολιτικές για την βελτίωση της ποιότητας βασισμένες στις αποδείξεις (evidence based policy)

Οι μεταρρυθμιστές χρειάζονται τρία στοιχεία: χρόνο, εμπιστοσύνη και επιμονή.

Η διαδικασία αυτή, με στόχο την αναζήτηση της ενεργού σύγκλισης και της ομοφωνίας , αν και δεν είναι συχνή στη χώρα μας , είναι εξαιρετικά αναγκαία για την σύζευξη της επιστημονικής γνώσης και της πολιτικής παρέμβασης, ώστε η εθνική υγειονομική πολιτική να υπηρετεί τα κριτήρια της (κοινωνικής) ισότητας, της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας και της (οικονομικής) αποδοτικότητας.

¹ Τα άτομα (αλλά και τα συλλογικά υποκείμενα) που με συστηματικό τρόπο, επιμονή έμπνευση αφιερώνουν χρόνο και ενέργεια για να εισάγουν στις νέες συνθήκες, να κάνουν δημοφιλή, να εξειδικεύσουν και να εμπλακούν στην υλοποίηση μιας καινοτόμου εναλλακτικής στο πεδίο της δημόσιας πολιτικής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Θεοδώρου Μ. (1992). Ο ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας. Ιατρική επιθεώρηση ΙΚΑ Αθήνα 3:41-47

ISO 9004-2: Οδηγός για Υπηρεσίες. Αναθεώρηση 1993,1η εκδοση, (1987)

Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (2003)
Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Πολύζος Ν., Σισσούρας Α. (2000). Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, εκδόσεις Θεμέλιο.

Λιονής Χ. (2002). Κάνοντας την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεσματική στη καθ'ήμερα πράξη: Ένα εγχειρίδιο για χρήση από τους υγειονομικούς των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων.

Οικονομοπούλου Χ.Β., Αναγνώστου – Κακκαρά Ε., Λιαρόπουλος Λ. (1999). Ορίζοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Θεωρητικές Προσεγγίσεις και λειτουργικοί ορισμοί . Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, 44:61-69

Παπανικολάου Β. (2007) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, αρχές, μέθοδοι και εφαρμογές εκδόσεις Παπαζήση

Σουλιώτης Κ, Λιονής Χ.(2003). Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 20(5):466-476

Τούντας Γ. (2003) Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20:532-546

Αγγλική

Barnsley J., Berta W., Cockerill R., MacPhail J., Vayda E. (2005) Identifying performance indicators for family practice Assessing levels of consensus. *Canadian Family Physician*, 51:700-701

Campbell S.M , Roland M.O., Quayle J.A., Buetow S.A., Shekelle P.G. (1998) Quality indicators for general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they? *Journal of Public Health Medicine*20:414-421

Campbell S M, Braspenning J , Hutchinson A, Marhall M N (2003). Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *British Medical Journal*, 326.7393.816

Campbell S.M , Roland M. O, Middleton E., Reeves D (2005). Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998- 2003 : Longitudinal observational study. *British Medical Journal*,331,1121

Donabedian A.,(1980) “The definition of quality and approaches to its assessment”, Anne Arbor,Health Administration Press, Michigan I. 27:79-85

Donabedian A. “Quality improvement through monitoring health care”, Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care , Seoul, 29 March, 1996.

Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M et al.(2005) Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Family Practice*, 22:215-222

Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S et al. (2006) Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Family Practice*, 23:137-147.

Houghton G, Rouse A.(2004) Are NHS primary care performance indicator score acceptable as markers of general practitioner quality? *British Journal of General Practice*, 54:341-344.

Love T, Dowell A. C, Salmond C , Crampton P.(2004) Quality indicators and variation in primary care: modelling GP referral patterns. *Family Practice*, 21:160-165.

Marshall M. N, Shekelle P.G. , McGlynn E.A., Campell S., Brook R.H., Roland M.O. (2003) Can health care quality indicators be transferred between countries? *Quality and Safety in Health Care*,12:8-12

Marshall M., Klazinca N., Leatherman S., Hardy C., Bergmann E., Pisco L., Mattke S., Mainz J.(2006). OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. *International Journal for Quality in Health Care*, pp. 21-25

Parasuraman A, Zeithaml B, Berry L.(1985).A conceptual model of service quality and its implementation for future reasearch. *Journal of Marketing* , 49:41-50

Reerink I. H. and Sauerborn R. (1996). Quality of Primary Health Care in Developing Countries: Recent Experiences and Future Directions. *International Journal for Quality in Health Care*, 2: 131-139

Seddon M. E., Marshall M.N., Campbell S.M. and Roland M.O., (2001).Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Quality in Health Care*, 10:152-158

WHO Alma Ata, 1978
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

Wollersheim H., Hermes R., Hulsher M., Braspenning J, Ouwens M., Shouten J., Marres H., Dijkstra R., Grol R., (2007) Clinical indicators: development and applications. *The Netherlands Journal of Medicine*

