

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Απόψεις ιατρών σχετικά με τις διοικητικές και τις οικονομικές επιπτώσεις των θεραπευτικών πρωτοκόλλων στην πρωτοβάθμια υγεία

ΣΚΟΠΟΣ Η παρούσα επιστημονική έρευνα αποσκοπούσε στη διερεύνηση των απόψεων των ιατρών σχετικά με το εύρος και την ανάδειξη του μεγέθους των διοικητικών και των οικονομικών επιπτώσεων των θεραπευτικών πρωτοκόλλων (ΘΠ) στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Για την επίτευξη του σκοπού και τη συλλογή δεδομένων εφαρμόστηκε η ποιοτική μέθοδος των ημιδομημένων συνεντεύξεων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 15 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων 4 κέντρων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του νομού Αιτωλοακαρνανίας. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν τις θετικές επιπτώσεις των ΘΠ στο σύνολο των λειτουργιών της διοίκησης, ιδιαίτερα του ελέγχου, ενώ η λήψη των αποφάσεων της διοίκησης του ΕΣΥ δεν επηρεάζεται από τα ΘΠ σύμφωνα με τους ιατρούς. Τα ΘΠ συμβάλλουν στην προαγωγή της ποιότητας ενισχύοντας αρκετές από τις διαστάσεις της, ενώ η βελτίωση των οικονομικών της υγείας αποτυπώνεται στη μείωση των δαπανών της υγείας και τον περιορισμό των φαινομένων της υπερσυνταγογράφησης και της πολυφαρμακίας. Θετική ήταν η στάση των ιατρών του δείγματος στο ενδεχόμενο καθολικής εφαρμογής των ΘΠ, χωρίς ωστόσο να απουσιάζει ορισμένος βαθμός ανησυχίας ως προς τη μείωση της αυτονομίας τους και την απουσία του ασθενοκεντρικού χαρακτήρα των ΘΠ. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η έρευνα συνδέεται με τη σχετική διεθνή βιβλιογραφία, καθώς παρόμοια αποτελέσματα έχουν προκύψει και σε άλλες χώρες εφαρμογής των ΘΠ, αναδεικνύοντας την προέκταση του πολυσήμαντου ρόλου τους στη συνολικά αποτελεσματικότερη θεραπευτική, διοικητική και οικονομική διαχείριση στην υγεία.

Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα (ΘΠ) είναι αυστηρές συστάσεις και οδηγίες με μικρά ή και καθόλου περιθώρια ευελιξίας και διαφοροποίησης. Ένα πρωτόκολλο καθορίζει την ακριβή αλληλουχία δραστηριοτήτων που πρέπει να τηρούνται κατά τη διαχείριση μιας συγκεκριμένης κλινικής κατάστασης, ενώ το σύνολο των εκτελουμένων ενεργειών και δραστηριοτήτων χαρακτηρίζεται από μια λογική αλληλουχία και ακρίβεια.¹ Συχνά, ταυτίζονται με παρεμφερείς έννοιες, όπως είναι οι οδηγίες κλινικής πρακτικής (clinical practice guidelines) και οι ιατρικές οδηγίες (medical guidelines), προκαλώντας διχογνωμία στην επιστημονική κοινότητα, με το κύριο σημείο της διαμάχης να είναι η αυστηρότητα επιβολής τους. Παρ' όλα αυτά, όμως, δεν παύουν να παρέχουν το ρυθμιστικό πλαίσιο και τα κατάλληλα τεχνικά εργαλεία τα οποία ενισχύουν την ικανότητα των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης να αναβαθμίζουν το είδος της φροντίδας που σχετίζεται με μια ασθένεια βελτιώνοντας

την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και πολλές άλλες διαστάσεις ή παραμέτρους ενός υγειονομικού συστήματος.²

Ο τρόπος με τον οποίο δομούνται τα ΘΠ και τα ευρήματα που απορρέουν από τη χρήση τους επηρεάζουν συγκεκριμένες λειτουργίες της διοίκησης ενός οργανισμού υγείας, όπως είναι ο προγραμματικός σχεδιασμός, η οργάνωση, η ηγεσία και ο έλεγχος. Έρευνες έδειξαν ότι η αύξηση του επιπολασμού χρόνιων παθήσεων και λοιμωδών νοσημάτων συνεπάγονται πρόσθετες ενέργειες προγραμματικού σχεδιασμού από μέρους των οργανισμών υγείας και των ασφαλιστικών ταμείων για την αντιμετώπισή τους, οι οποίες διεκπεραιώνονται καλύτερα μέσα από τη χρήση ΘΠ.³⁻⁵ Αντίστοιχα, η αξιοποίηση των ευρημάτων της ανατροφοδότησης και η χρήση πληροφοριακών συστημάτων, εφόσον συμπίπτουν με την εναρμόνιση της ροής των εργασιών σε έναν οργανισμό υγείας με βάση την κατηγοριοποίηση των

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2016, 33(5):630-638
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2016, 33(5):630-638

**Ι. Βαρεμένος,
Σ. Βαρεμένος**

Διεθνές Τηλεματικό Πανεπιστήμιο
Uninettuno, Ρώμη, Ιταλία

The opinions of physicians of
the administrative and economic
impact of therapeutic protocols
in Primary Health Care

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Απόψεις ιατρών
ΕΣΥ
Θεραπευτικά πρωτόκολλα
Λειτουργίες διοίκησης
Ποιότητα υγείας

Υποβλήθηκε 9.10.2015
Εγκρίθηκε 11.1.2016

ΘΠ, θα παρουσιάσουν μεγαλύτερη κλινική αποτελεσματικότητα με ταυτόχρονη μείωση του κόστους.^{6,7}

Βασικό πλεονέκτημα των ΘΠ είναι η λειτουργία τους ως σημείο αναφοράς επιδόσεων, προσδίδοντας τη δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ μονάδων του ίδιου υγειονομικού συστήματος ως προς την παραγωγικότητά τους ή τα κλινικά αποτελέσματα.^{8,9} Ταυτόχρονα, μπορούν να λειτουργούν ως παρατηρητήριο μετρήσεων διαφόρων υγειονομικών και οικονομικών δεικτών σε πραγματικό χρόνο, ελέγχοντας και μειώνοντας συν τοις άλλοις φαινόμενα, όπως η λανθασμένη συνταγογράφηση ή η υπερσυνταγογράφηση.^{10,11} Η υιοθέτηση των ΘΠ προσδίδει την απαραίτητη διαφάνεια και συνέπεια που πρέπει να συνοδεύει τη λήψη των αποφάσεων κάθε ηγεσίας ενός οργανισμού υγείας.¹²

Τα ΘΠ εκ φύσεως δεν εμπλέκονται άμεσα στο σύνολο των οικονομικών δραστηριοτήτων ενός συστήματος υγείας. Παρ' όλα αυτά, μπορούν να επηρεάσουν τη διαχείριση των πόρων του μέσα από τη συμπερίληψη οικονομικών και κοινωνικοοικονομικών αναλύσεων κατά την ανάπτυξη και την εφαρμογή τους. Η εξισορρόπηση των κλινικά και οικονομικά αντίρροπων τάσεων που επέρχεται, ενισχύει το υπόβαθρο τεκμηρίωσης των ΘΠ μειώνοντας παράλληλα και το κοινωνικό κόστος,^{13,14} ενώ ταυτόχρονα ενισχύεται και η χάραξη πολιτικής με αποδοτικότερη κατανομή και αξιοποίηση των περιορισμένων πόρων.^{15,16} Έρευνες έχουν δείξει ότι ο μεγάλος αριθμός διαφοροποίησης θεραπευτικών σχημάτων, σε συνδυασμό με τυχόν αδικαιολόγητες αυθαιρέσιες των επαγγελματιών υγείας, τείνουν να περιορίζονται σημαντικά στην έκτασή τους μέσα από τη χρήση ΘΠ, καθώς και το γεγονός ότι επέρχεται μια ρύθμιση στην προκλητή ζήτηση των υπηρεσιών υγείας μέσα από τον σαφή καθορισμό της χρηστικότητας των υπηρεσιών και των προϊόντων υγείας.¹⁷⁻¹⁹

Οι επιπτώσεις των ΘΠ επεκτείνονται και στην αποτίμηση του συνολικού κόστους μιας ασθένειας (πίν. 1), κυρίως όμως επικεντρώνονται στο άμεσο κόστος, όπως η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, η χρήση ιατρικών μηχανημάτων, οι επιπλοκές, ο αριθμός των ασθενών που εισάγονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα, καθώς και το συνολικό κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας ανά ασθένεια.²⁰⁻²³ Επίσης, θετική αναδεικνύεται και η επίδραση των ΘΠ στην αύξηση της παραγωγικότητας και στην καλύτερη διαχείριση του ψυχικού και του σωματικού πόνου²⁴⁻²⁷ (πίν. 2).

Ενώ οι περισσότερες επιστημονικές έρευνες εστιάζουν στην αποτίμηση του θεραπευτικού αντίκτυπου που έχουν τα ΘΠ στο επίπεδο υγείας των πολιτών, η παρούσα εργασία αποσκοπούσε στη διερεύνηση των απόψεων των ιατρών σχετικά με το εύρος και την ανάδειξη του μεγέθους των διοικητικών και των οικονομικών επιπτώσεων των ΘΠ στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).

Πίνακας 1. Άμεσο κόστος.²⁰

Άμεσο κόστος	
Άμεσο ιατρικό κόστος	Κόστος υγειονομικής περίθαλψης στο νοσοκομείο, κόστος εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα κατ' οίκον, φυσικοθεραπεία, βοηθητικές υπηρεσίες, εθελοντές
Κόστος τεχνολογίας	Μεταβλητό κόστος χρησιμοποίησης της τεχνολογικής υποδομής, σταθερό κόστος τεχνολογίας, αποσβέσεις τεχνολογικού εξοπλισμού, αποθήκευση
Άλλες υπηρεσίες	Σταθερά και μεταβλητά διοικητικά έξοδα, σταθερά και μεταβλητά έξοδα λοιπών υπηρεσιών, λειτουργικά έξοδα νοσοκομείου ή κέντρου υγείας, φωτισμός, τηλέφωνα κ.λπ.
Φάρμακα με συνταγή και χωρίς συνταγή	Κόστος των φαρμάκων, θεραπεία ανεπιθύμητων ενεργειών ή τοξικότητας των φαρμάκων, προφύλαξη από ανεπιθύμητες ενέργειες, παραγωγή και καταγραφή, παραγωγή των φαρμάκων, εκπαίδευση σε νέες διαδικασίες, διανομή και εφαρμογές, φάρμακα, προμήθειες, συσκευές που παρέχει το νοικοκυριό
Έρευνα και ανάπτυξη	Δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης, εκπαίδευσης και κατάρτισης, υπηρεσίες βιβλιοθήκης
Άμεσο, μη ιατρικό κόστος	Φροντίδα που παρέχεται από οικογένεια και φίλους, μεταφορά προς και από τις ιατρικές υπηρεσίες, φροντίδα των παιδιών, φροντίδα του σπιτιού, διαρρύθμιση του σπιτιού για να φιλοξενηθεί ο ασθενής, κοινωνικές υπηρεσίες, εκτίμηση του προγράμματος

Πίνακας 2. Έμμεσο και κρυφό κόστος.²⁰

Έμμεσο κόστος	
Χρόνος και παραγωγικότητα	Μεταβολή της παραγωγικότητας ως αποτέλεσμα της μεταβολής της κατάστασης της υγείας: Νοσηρότητα, θνητότητα, αποφυγή ασθένειας
	Χαμένη παραγωγικότητα λόγω ασθένειας: Εισόδημα που απωλέστηκε από μέλη της οικογένειας, χαμένος ελεύθερος χρόνος, χρόνος που σπαταλήθηκε από τον ασθενή
Κρυφό κόστος	
Μεγέθη κρυφού κόστους	Ψυχοκοινωνικό κόστος, φόβος, αγωνία, θλίψη και απώλεια της ευεξίας λόγω ασθένειας, σωματική παραμόρφωση, αναπηρία, οικονομική και φυσική εξάρτηση, απώλεια εργασίας, απώλεια ευκαιρίας για προαγωγή και εκπαίδευση, κοινωνική απομόνωση, σύγκρουση με οικογένεια, πόνος, αλλαγές στην κοινωνική λειτουργικότητα και στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ακολουθήθηκε ο ποιοτικός τρόπος διερεύνησης των ατομικών στάσεων και των αντιλήψεων των ιατρών του ΕΣΥ, ο οποίος έχει ερμηνευτικό χαρακτήρα καθώς επιχειρεί να καταγράψει και να ερμηνεύσει τις απόψεις των ιατρών σχετικά με τη διοικητική

και την οικονομική υπόσταση των ΘΠ στο ΕΣΥ. Η έρευνα διεξήχθη στα μέσα του 2015 και σε αυτή έλαβαν μέρος 15 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων που υπηρετούσαν την ίδια περίοδο σε κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης του νομού Αιτωλοακαρνανίας. Διενεργήθηκαν ατομικές ημιδομημένες συνεντεύξεις, καθώς το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο έχει το πλεονέκτημα ότι επιτρέπει στον ερευνητή να υιοθετήσει μια σειρά ερωτημάτων ως γενικών κατευθυντήριων, με την ελευθερία να αλλάξει τη σειρά των ερωτημάτων ή να προσθέσει ερωτήματα.²⁹

Για την ανάλυση των δεδομένων ακολουθήθηκε η διαδικασία της απομαγνητοφώνησης των συνεντεύξεων και στη συνέχεια η κωδικοποίηση των δεδομένων και ο σχηματισμός ατομικών πινάκων των δεδομένων για κάθε ιατρό, με κατηγοριοποίηση των κωδικών ανά θεματική ενότητα.³⁰ Από την ανάλυση προέκυψαν 17 κωδικοί, οι οποίοι εντάχθηκαν σε 8 κατηγορίες και στη συνέχεια ομαδοποιήθηκαν σε θεματικούς άξονες σύμφωνα με τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που αφορούσαν στον βαθμό επιρροής της εφαρμογής των ΘΠ στη διοίκηση του ΕΣΥ, καθώς και τον αντίκτυπο της στα οικονομικά του ΕΣΥ σύμφωνα με τις απόψεις και τις πεποιθήσεις των ιατρών.

Οι 15 συμμετέχοντες ιατροί του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) προέρχονται στο σύνολό τους από 3 κέντρα υγείας και 1 πολυιατρείο του ΠΕΔΥ. Για τη διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκε η ειδικότητα των ιατρών λόγω του γεγονότος ότι αυτοί έχουν τον πρώτο λόγο στην εφαρμογή των ΘΠ από πλευράς ΕΣΥ, καθώς επίσης παρουσιάζουν καλύτερες ικανότητες διοίκησης σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.^{31,32}

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 11 άνδρες και 4 γυναίκες ιατροί, 15 στο σύνολό τους, από τους οποίους 9 ιατροί Γενικής Ιατρικής, 1 παθολόγος, 2 πνευμονολόγοι, 1 γαστρεντερολόγος, 1 νευρολόγος και 1 καρδιολόγος (πίν. 3), ενώ με βάση τα έτη άσκησης του επαγγέλματός τους, 5 ιατροί είχαν προϋπηρεσία 5–15 έτη, 2 ιατροί 16–25 έτη και 8 ιατροί 26–35 έτη (πίν. 4).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δεδομένα από τις συνεντεύξεις απομαγνητοφωνή-

Πίνακας 3. Ειδικότητα, μονάδα ΠΕΔΥ και αριθμός συμμετεχόντων ιατρών.

Ειδικότητα	Μονάδα ΠΕΔΥ	Αριθμός ιατρών δείγματος
Γενικός ιατρός	ΚΥ Θέρμου	4
Γενικός ιατρός	ΚΥ Αιτωλικού	3
Γενικός ιατρός	ΚΥ Αμφιλοχίας	2
Παθολόγος	ΠΕΔΥ Αγρινίου	1
Γαστρεντερολόγος	ΠΕΔΥ Αγρινίου	1
Πνευμονολόγος	ΠΕΔΥ Αγρινίου	2
Καρδιολόγος	ΠΕΔΥ Αγρινίου	1
Νευρολόγος	ΠΕΔΥ Αγρινίου	1
Σύνολο		15

ΠΕΔΥ: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας, ΚΥ: Κέντρο Υγείας

Πίνακας 4. Έτη άσκησης επαγγέλματος συμμετεχόντων ιατρών.

Έτη άσκησης του επαγγέλματος	Αριθμός ιατρών
5–15	5
16–25	2
26–35	8
Σύνολο	15

θηκαν και αναλύθηκαν ποιοτικά. Εντοπίστηκαν χαρακτηριστικές λέξεις, φράσεις και προτάσεις και δημιουργήθηκαν οι κατάλληλοι «κωδικοί», οι οποίοι αποδίδουν λειτουργικούς ορισμούς και στη συνέχεια ομαδοποιήθηκαν σε κατηγορίες που εντάσσονται στις ευρύτερες θεματικές ενότητες.

Λειτουργίες της διοίκησης

Σ' ό,τι αφορά στις επιπτώσεις των ΘΠ στον προγραμματισμό, το σύνολο των συμμετεχόντων ιατρών ανέφεραν ότι πράγματι τα ΘΠ επηρεάζουν τον προγραμματισμό (8 αναφορές, πίν. 5) και μάλιστα θετικά. Η συμβολή τους έγκειται στο γεγονός ότι, όπως λειτουργούν ως κατευθυντήριες γραμμές στη διαχείριση των ασθενειών, κατά παρόμοιο αλλά έμμεσο τρόπο λειτουργούν και στον προγραμματικό σχεδιασμό του ΕΣΥ (4 αναφορές). Ορισμένοι ιατροί ανέφεραν ότι η επίδραση των ΘΠ στον προγραμματισμό σχετίζεται μόνο με το οικονομοτεχνικό τμήμα αυτού (2 αναφορές), ενώ κάποιοι άλλοι περιόρισαν τη συμβολή τους αμιγώς στον επιδημιολογικό προγραμματισμό (2 αναφορές).

Οι ιατροί που θεώρησαν ότι ο προγραμματισμός δεν επηρεάζεται από τη χρήση των ΘΠ (5 αναφορές) δήλωσαν ότι δεν υπάρχει κάποια διοικητική διασύνδεση και σχέση αυτών των δύο εννοιών και ότι η χρήση των ΘΠ αφορά αποκλειστικά σε θεραπευτικές οδούς και όχι σε διοικητικές λειτουργίες (4 αναφορές).

Ως προς τη λειτουργία της οργάνωσης του ΕΣΥ, μερίδα ιατρών πίστευε στη θετική επίδραση των ΘΠ (5 αναφορές, πίν. 5), καθώς ανάλογα με τη δομή τους συμβάλλουν στην καλύτερη οργάνωση του ΠΕΔΥ και υποδεικνύουν την ειδικότητα και το μέγεθος του ανθρώπινου δυναμικού που είναι απαραίτητο για τη στελέχωση των δομών του ΠΕΔΥ (3 αναφορές), όπως ανέφερε και ένας από αυτούς: «*Ναι, η οργάνωση επηρεάζεται γιατί αναλόγως με το ποια είναι η δομή του πρωτοκόλλου, ανάλογα με τη νόσο και τον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου χρειαζόμαστε και τις ανάλογες ειδικότητες*» (ιατρός 5). Ιδιαίτερα χρήσιμο, τόνισε ένας ιατρός, θα ήταν στην περιφέρεια όπου υπάρχει σταθερότητα των σχέσεων ιατρών-ασθενών και ως εκ τούτου καλύτερη παρακολούθηση.

Αντίθετοι με την εν λόγω άποψη εμφανίστηκαν κάποιοι

Πίνακας 5. Κατηγορίες, κωδικοί και σύνολο αναφορών σχετικά με τις λειτουργίες της διοίκησης.

Θεματικές – Κατηγορίες	Κωδικοί: Λειτουργικοί ορισμοί	Σύνολο αναφορών
<i>A. Λειτουργίες διοίκησης</i>		
Προγραμματισμός	Τα ΘΠ επηρεάζουν τον προγραμματισμό = ΘΠΕΠΠΡΟΓΡ	8
	Τα ΘΠ δεν επηρεάζουν τον προγραμματισμό = ΘΠΔΕΕΠΠΡΟΓΡ	5
Οργάνωση	Τα ΘΠ επηρεάζουν θετικά την οργάνωση = ΘΠΕΠΘΕΤΟΡΓ	5
	Τα ΘΠ επηρεάζουν αρνητικά την οργάνωση = ΘΠΕΠΘΕΤΟΡΓ	2
	Τα ΘΠ δεν επηρεάζουν την οργάνωση = ΘΠΔΕΕΠΟΡΓ	4
Ηγεσία	Τα ΘΠ επηρεάζουν την ηγεσία = ΘΠΕΠΗΓ	4
	Τα ΘΠ δεν επηρεάζουν την ηγεσία = ΘΠΔΕΕΠΗΓ	9
Έλεγχος	Τα ΘΠ επηρεάζουν τον έλεγχο = ΘΠΕΠΕΛΕΓ	13
	Τα ΘΠ δεν επηρεάζουν τον έλεγχο = ΘΠΔΕΕΠΕΛΕΓ	3

ΘΠ: Θεραπευτικά πρωτόκολλα

συμμετέχοντες, οι οποίοι θεώρησαν ότι τα ΘΠ έχουν αρνητική επίδραση στην οργάνωση του ΕΣΥ (2 αναφορές), γεγονός που απέδωσαν στις μεγάλες καθυστερήσεις στη συνταγογράφηση και στις ουρές αναμονής, στην αύξηση της γραφειοκρατίας και του φόρτου εργασίας. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι έκριναν ότι η οργάνωση του ΕΣΥ δεν επηρεάζεται από τα ΘΠ (4 αναφορές) καθ' όσον τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή τα ΘΠ δεν ήταν ορθά δομημένα, παρουσιάζοντας πολλά κενά (2 αναφορές).

Αναφορικά με την ηγεσία, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ιατρών δεν θεώρησε ότι επηρεάζεται από τη χρήση των ΘΠ (9 αναφορές), σε αντίθεση με τους ιατρούς που έκριναν ότι την επηρεάζουν. Η αντίληψη ότι τα ΘΠ δεν επηρεάζουν την ηγεσία στηρίζεται στο γεγονός ότι η χρήση τους δεν έχει κάποια σχέση με τη διοικητική αυτή λειτουργία (4 αναφορές) και αφορά στην ιατρική θεραπευτική αντιμετώπιση και μόνο, ενώ ίδιος αριθμός συμμετεχόντων πίστευε ότι η λήψη των αποφάσεων της διοίκησης είναι προκαθορισμένη και η τροποποίησή τους οφείλεται σε άλλους παράγοντες, κυρίως οικονομικών συμφερόντων. Σε δήλωσή του ένας ιατρός σχετικά με την επιρροή των ΘΠ στην ηγεσία ανέφερε: «Θα έλεγα λίγο δύσκολα, γιατί αυτοί οι άνθρωποι έχουν κάποιες συγκεκριμένες αποφάσεις που πρέπει να υλοποιήσουν» (ιατρός 3).

Τέλος, σχετικά με τη λειτουργία του ελέγχου, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ιατρών ερμήνευσε ως θετική την επίδραση των ΘΠ σε αυτή (13 αναφορές, πίν. 5), καθώς συμβάλλουν στη μείωση φαινομένων πολυφαρμακίας, υπερσυνταγογράφησης και αναίτιων υπέρογκων φαρμακευτικών δαπανών (5 αναφορές), καθώς και φαινομένων τα οποία είναι αλληλένδετα με αυτά όπως η ιδιοτελής συνταγογράφηση, ενώ συμβάλλουν και στη μείωση των ιατρικών αυθαιρεσιών. Όπως ανέφερε ένας ιατρός χαρακτηριστικά: «Βοηθούν τον έλεγχο, ναι! Περιορίζεται η πολυφαρμακία, να

μη γράφουμε φάρμακα που δεν χρειάζονται» (ιατρός 6). Ο έλεγχος θα λειτουργήσει ακόμη καλύτερα όταν ενταχθούν όλες οι ειδικότητες των ιατρών στη χρήση ΘΠ και επισήμανε ένας ιατρός, «Θα μπορούν πλέον να ελεγχθούν σχεδόν τα πάντα» (ιατρός 3).

Αντίθετη άποψη υιοθέτησαν ορισμένοι συνάδελφοί τους, που θεωρούσαν ότι από τη στιγμή που δεν υπάρχει αιτιολόγηση της ακολουθούμενης θεραπείας ή συνοδεία των ΘΠ με εργαστηριακές εξετάσεις δεν υφίσταται ουσιαστικός έλεγχος. Επίσης, ένας ακόμη ιατρός θεώρησε ότι ο έλεγχος των τιμών και των αριθμών δεν αποτελεί πραγματικό έλεγχο αφού υπάρχουν πολλοί τρόποι παράκαμψης των ΘΠ, περιλαμβανομένου του γεγονότος ότι δεν ελέγχουν το κλινικό αποτέλεσμα. Ο ιατρός αυτός είπε χαρακτηριστικά: «Με βάση ένα νούμερο σου επιτρέπει και γράφεις στατίνη... δεν είναι το νούμερο ο ασθενής, ο ασθενής είναι το κλινικό έργο» (ιατρός 14).

Οικονομικά της υγείας

Ως προς το ερώτημα της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης εξ αιτίας της χρήσης των ΘΠ, το ευρύτερο σύνολο των ιατρών απάντησε καταφατικά (9 αναφορές, πίν. 6), ενώ κάποιοι δήλωσαν ότι ο συγκεκριμένος στόχος δεν επιτεύχθηκε (4 αναφορές). Η μείωση της συνταγογράφησης (2 αναφορές), ο περιορισμός της δοσολογίας των χορηγούμενων φαρμάκων και η έναρξη θεραπείας από τη φθινότερη δραστική ουσία (2 αναφορές) σε συνδυασμό με την αποφυγή περιττών θεραπευτικών βημάτων ανά ασθένεια λόγω της κατευθυντήριας χρηστικότητας των ΘΠ (2 αναφορές) περιόρισαν τα ποσά των δαπανών του ΕΣΥ.

Από τους ιατρούς που έκριναν ότι δεν μειώθηκαν οι δαπάνες, ένας θεώρησε ότι αυτό δεν επιτεύχθηκε επειδή τα ΘΠ είναι απλά θεραπευτικές προτάσεις δίχως υποχρεωτικό

Πίνακας 6. Κατηγορίες, κωδικοί και σύνολο αναφορών σχετικά με τα οικονομικά της υγείας.

Θεματικές – Κατηγορίες	Κωδικοί: Λειτουργικοί ορισμοί	Σύνολο αναφορών
<i>B. Οικονομικά της υγείας</i>		
Μείωση δαπανών υγείας	Τα ΘΠ μειώνουν τις δαπάνες = ΘΠΜΕΙΔΑΠ	9
	Τα ΘΠ δεν μειώνουν τις δαπάνες = ΘΠΔΕΜΕΙΔΑΠ	4
Συνολικό κόστος	Τα ΘΠ επηρεάζουν το άμεσο κόστος = ΘΠΕΠΑΜΚΟΣ	6
	Τα ΘΠ επηρεάζουν το έμμεσο κόστος = ΘΠΕΠΕΜΚΟΣ	3
Διαχείριση και κατανομή πόρων	Τα ΘΠ συμβάλλουν στη διαχείριση και κατανομή πόρων = ΘΠΣΥΜΔΙΑΧΚΑΤΠΟ	11
Διαχρονικά προβλήματα του ΕΣΥ	Τα ΘΠ μειώνουν τις θεραπευτικές αποκλίσεις = ΘΠΜΕΙΘΕΡΑΠΟΚ	9
	Τα ΘΠ μειώνουν τις ιατρικές αυθαιρεσίες = ΘΠΜΕΙΙΑΤΡΑΥΘ	9
	Τα ΘΠ μειώνουν την προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας = ΘΠΜΕΙΠΡΟΚΖΗΥΠΥΓ	3

ΘΠ: Θεραπευτικά πρωτόκολλα, ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

χαρακτήρα, ότι βοηθούν σε στοχευμένες θεραπείες και δεν έχουν οικονομικό αντίκτυπο (1 αναφορά), ακόμη και ότι αύξησαν τον αριθμό των παρακλινικών εξετάσεων και κατ' επέκταση των δαπανών του ΕΣΥ (1 αναφορά).

Σχετικά με την επίπτωση των ΘΠ στο άμεσο κόστος, κάποιοι ιατροί θεώρησαν ότι συνέβαλαν στη μείωσή του (5 αναφορές), ενώ ορισμένοι από αυτούς ανέφεραν ότι αυτό ισχύει όχι απόλυτα ή όσο θα έπρεπε (2 αναφορές). Ένας από τους συμμετέχοντες έκρινε ότι ο λόγος για τον οποίο εφαρμόστηκαν τα ΘΠ ήταν αυτός ακριβώς της μείωσης του άμεσου κόστους, ενώ ένας ακόμη υποστήριξε ότι η φειδώ που επιβάλλουν κατά κάποιον τρόπο τα ΘΠ μείωσαν το εν λόγω κόστος: «Αυτό θα έχει σίγουρα αποτέλεσμα στην εξοικονόμηση χρημάτων τόσο από τη θεραπεία του ασθενούς όσο και από τις επιπλοκές της νόσου, την απώλεια ωρών εργασίας κ.ά.» (ιατρός 2). Αντίθετα με τους υπόλοιπους συναδέλφους του, ένας ιατρός θεώρησε ότι τα ΘΠ αύξησαν το άμεσο κόστος, επειδή πολλές φορές οι ασθενείς, προκειμένου να αποφύγουν τη γραφειοκρατία, προτιμούν να προμηθεύονται τα φάρμακα πληρώνοντας από την τσέπη τους.

Σχετικά με το έμμεσο κόστος, μόνο ένας μικρός αριθμός ιατρών τοποθετήθηκε θετικά για την επιρροή των ΘΠ επ' αυτού (3 αναφορές). Πιο συγκεκριμένα, οι ιατροί αυτοί ανέφεραν ότι ελαττώθηκε η απώλεια ωρών εργασίας και ο αριθμός των αδειών, η μείωση όμως δεν ήταν η αναμενόμενη. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν είχε άποψη, ή αν είχε αυτή ήταν λανθασμένη αναφορικά με την εννοιολογική σημασία του κρυφού κόστους των ασθενειών.

Επί του ερωτήματος της καλύτερης διαχείρισης και κατανομής των πόρων εξ αιτίας της χρήσης των ΘΠ, η πλειονότητα των συμμετεχόντων έκρινε ότι πράγματι αυτή επιτυγχάνεται (11 αναφορές). Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ο έμμεσος σκοπός των ΘΠ ήταν αυτός της εξοικονόμησης και της καλύτερης διαχείρισης των πόρων

(2 αναφορές), μέσα από τη μείωση της πολυφαρμακίας (2 αναφορές) και τη μείωση της γενικότερης σπατάλης στον χώρο της υγείας. Ο μακροοικονομικός έλεγχος που επιτυγχάνεται μέσα από την υιοθέτηση των ΘΠ συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση των πόρων (1 αναφορά), η οποία ενισχύεται όταν επιτελείται στοχευμένα βάσει συχνότητας ασθενειών (1 αναφορά). Εκτός των άλλων, ορισμένοι ιατροί επισήμαναν ότι η επίτευξη αυτού του στόχου θα ήταν ακόμη αποτελεσματικότερη αν τα ΘΠ συνοδεύονταν από περιορισμό των εργαστηριακών εξετάσεων (2 αναφορές).

Αναφορικά με την ελάττωση των διαχρονικών και οικονομικά ζημιωγόνων προβλημάτων του ΕΣΥ, θετικές ήταν οι περισσότερες τοποθετήσεις ως προς τη μείωση των θεραπευτικών αποκλίσεων (9 αναφορές) και τον περιορισμό των ιατρικών αυθαιρεσιών (9 αναφορές), ενώ το δείγμα φάνηκε πιο συγκρατημένο σχετικά με τη μείωση της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας (3 αναφορές, πίν. 6). Πιο αναλυτικά, αναφέρθηκε ότι τα ΘΠ αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο χειρισμού και αντιμετώπισης ασθενειών, μειώνοντας τις διακυμάνσεις στην ακολουθούμενη θεραπεία (1 αναφορά), λειτουργώντας ως κατευθυντήρια γραμμή (1 αναφορά) και περιορίζοντας θεραπευτικές αποκλίσεις, παρά τα κενά που υπάρχουν στη δομή τους (2 αναφορές). Ένας ιατρός θεώρησε ότι η μείωση των αποκλίσεων επήλθε καθ' ότι ήταν πλέον αναγκασμένος αυτός και οι συνάδελφοί του να τηρούν τα ΘΠ, ενώ ένας ακόμη αιτιολόγησε το γεγονός ως εξής: «Εκεί που θα μπορούσε να χρησιμεύσει το ΘΠ είναι ότι θα έπρεπε να αποκλείσει τις πλεονάζουσες ή τις άχρηστες θεραπείες σε κάποια νοσήματα, οι οποίες σήμερα αναγράφονται επειδή δεν υπάρχει ΘΠ» (ιατρός 12). Από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, ένας πίστευε ότι πράγματι επιτυγχάνεται μείωση των θεραπευτικών αποκλίσεων αρκεί ο ιατρός να είναι τυπικός και συνεπής, ενώ ένας ακόμη διευκρίνισε ότι η μείωση αφορά μόνο στα εν λειτουργία ΘΠ. Τέλος, ένας ιατρός ανέφερε ότι μέσα από τη χρήση των ΘΠ επιτυγχά-

νεται μια σύγκλιση των θεραπευτικών αντιμετώπισεων ανεξάρτητα από σχολή, τάσεις, εταιρείες (ιατρός 13).

Στο θέμα των ιατρικών αυθαιρεσιών, 2 ιατροί δήλωσαν ότι μειώνονται επειδή ο ιατρός αναγκάζεται να τηρήσει τα ΘΠ, ενώ 2 ιατροί υποστήριξαν ότι, εφόσον γίνεται ορθή συμπλήρωση των στοιχείων, πράγματι μειώνονται οι αυθαιρεσίες. Ακόμη, διατυπώθηκε η άποψη ότι η ορθή συνταγογράφηση και η ακριβολογία στη δοσολογία, στοιχεία τα οποία απαιτούν τα ΘΠ, μειώνουν το σχετικό φαινόμενο (1 αναφορά), όπως επίσης και ο ελεγκτικός μηχανισμός που διαθέτουν αυτά (1 αναφορά). Επί πλέον, ορισμένοι ιατροί υποστήριξαν ότι η μείωση του φαινομένου αφορά μόνο στα υπάρχοντα ΘΠ (2 αναφορές), ενώ ένας ακόμη δήλωσε ότι οι αυθαιρεσίες μειώθηκαν γιατί πλέον ο ιατρός ελέγχεται από τα ΘΠ και δεν μπορεί να υποκύπτει στις απαιτήσεις του ασθενούς.

Στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας, οι ιατροί δήλωσαν ότι αυτή μειώθηκε γιατί τίθεται ένας προγραμματισμός στις επισκέψεις συνταγογράφησης φαρμάκων και εξετάσεων, με έναν μόνο ιατρό να επισημαίνει ότι η μείωση του φαινομένου αφορά μόνο στον δημόσιο τομέα με αντίστοιχη αύξηση του ιδιωτικού, καθώς εκεί κατά κάποιον τρόπο οι επιθυμίες των ασθενών εξυπηρετούνται πάση θυσία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι πρόδρομες μορφές των ΘΠ ήταν διαδεδομένες στην Ελλάδα κυρίως στον ιατρικό χώρο υπό τη μορφή διάχυτων κατευθυντήριων οδηγιών που περιέγραφαν την ακολουθία των βημάτων της καλύτερης διαχείρισης ή της θεραπείας μιας ασθένειας. Η σύνταξή τους γινόταν από ανεξάρτητες επιστημονικές ομάδες, ωστόσο η χρήση τους ήταν περιορισμένη. Με τον νόμο 3697/2008 εισήχθησαν επίσημα για πρώτη φορά στην Ελλάδα και ο στόχος τους ήταν ο συνδυαστικός εξορθολογισμός του ύψους της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης και του αριθμού των θεραπευτικών επιλογών ανά ασθένεια.³³ Η βελτιστοποιημένη θεραπευτική διαχείριση που παρέχουν τα ΘΠ ως προέκταση της τεκμηριωμένης Ιατρικής συνέβαλε στην περαιτέρω διερεύνηση των διοικητικών επιπτώσεων των ΘΠ στο σύστημα υγείας, επιβεβαιώνοντας το μεγάλο εύρος της χρησιμότητας που μπορούν να προσφέρουν τόσο ως θεραπευτικό όσο και ως διοικητικό εργαλείο με σημαίνουσα μακροπρόθεσμη δυναμική στην εξέλιξη και την επιτυχία του ΕΣΥ.

Τα ευρήματα της έρευνας έρχονται σε συμφωνία με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και απεικονίζουν το θετικό πρόσημο που πιστώνονται τα ΘΠ στον καλύτερο προγραμματισμό και υγειονομικό σχεδιασμό κάθε οργανισμού υγείας

βάσει της συχνότητας εμφάνισης κάθε νόσου, καθώς και στην αύξηση της αποδοτικότητας μέσα από την καλύτερη οργάνωση και τον καταμερισμό εργασίας,^{3,4,33} ενισχύοντας τις τάσεις ενός μακροπρόθεσμου στρατηγικού σχεδιασμού του ΕΣΥ με δομές προσαρμοσμένες στο κλινικό προφίλ των Ελλήνων.

Σε ορισμένους ιατρούς παρατηρήθηκε αδυναμία αμφίδρομης σύνδεσης του προγραμματισμού με τα ΘΠ, ενώ η παρούσα οικονομική κατάσταση της χώρας και η σχετικά πρόσφατη δόμηση των ΘΠ με την ύπαρξη λειτουργικών και ελεγκτικών κενών ήταν οι βασικοί παράγοντες που συνέβαλαν στην τήρηση επιφυλακτικής στάσης σχετικά με τη χρησιμότητα και τον ενισχυτικό χαρακτήρα των ΘΠ στο ΕΣΥ. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η αντιδιαστολή των απόψεων η οποία παρατηρήθηκε ανάμεσα στη θετική επίδραση των ΘΠ στη λειτουργία της ηγεσίας που παρουσιάζεται ως πεποίθηση των ιατρών σε διεθνές επίπεδο,⁸ σε σύγκριση με τους ιατρούς του νομού οι οποίοι αντιλαμβάνονται την ηγεσία ως ένα κέντρο λήψης αποφάσεων που λειτουργεί ως εντολοδόχος των πολιτικών κυβερνήσεων της χώρας, δίχως να επηρεάζεται σε κάποιο βαθμό από τη χρήση και τα ευρήματα της χρήσης των ΘΠ.

Η λειτουργία του ελέγχου, από την άλλη πλευρά, συγκέντρωσε την ευρύτερη πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού ως προς τη συσχέτισή της με τα ΘΠ, η οποία θεωρεί ότι τα ΘΠ συνέβαλαν καθοριστικά στη μείωση οικονομικά επιζήμιων φαινομένων που επικρατούσαν στο ΕΣΥ, όπως η πολυφαρμακία, η υπερσυνταγογράφηση και η λανθασμένη συνταγογράφηση, γεγονός το οποίο επισημαίνεται και από διεθνείς έρευνες.^{11,12} Η επίτευξη ενός ορθού και αποτελεσματικού ελέγχου θέτει τις βάσεις για οποιαδήποτε περαιτέρω εξέλιξη του ΕΣΥ, καθ' όσον μπορεί να δράσει αθροιστικά αποδίδοντας οφέλη που εκτείνονται από το σύνολο των λειτουργιών της διοίκησης, την ποιότητα αλλά και τα οικονομικά της υγείας.

Στον τομέα των οικονομικών, σύμφωνα με τους ιατρούς, η επίτευξη καλύτερης οικονομικής προσαρμογής και διαχείρισης των πόρων του ΕΣΥ συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με το εύρος της αποτελεσματικότερης λειτουργίας του ελέγχου. Οι ιατρικές αυθαιρεσίες και οι θεραπευτικές αποκλίσεις περιορίζονται, καθώς και το συνολικό κόστος ανά ασθένεια και οι δαπάνες υγείας. Παρατηρείται λοιπόν ότι όσο πιο ολοκληρωμένος ο έλεγχος, τόσο μικρότερες θα είναι οι ζημιές και το κόστος τους στον οργανισμό, και συνεπώς το αποτέλεσμα της εξοικονόμησης υλικοτεχνικών και ανθρωπίνων πόρων θα επιτρέψει και τη συνολική καλύτερη διαχείρισή τους. Την ίδια στάση τήρησαν και συνάδελφοί τους που υποστήριξαν τη μακροπρόθεσμη επίδραση των ΘΠ στην καλύτερη διαχείριση των ασθενών και τη μείωση του κόστους στην υγεία,³⁴ ενώ σε μια δεύτερη έρευνα οι

ιατροί φάνηκε να επικροτούν τη θετική συμβολή των ΘΠ στη συνολική διαχείριση των πόρων του συστήματος υγείας και στην αύξηση της αξιοπιστίας του.³⁵

Στο γενικότερο πλαίσιο των παρατηρήσεων της έρευνας, οι ιατροί με >15 ετών προϋπηρεσία στο ΕΣΥ παρουσίασαν καλύτερες γνώσεις σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας, στον ίδιο βαθμό με συναδέλφους τους σε χώρες του εξωτερικού,³⁶ και έδειξαν να έχουν πιο ολοκληρωμένη εικόνα αναφορικά με την ορθή διοίκηση και τα οικονομικά ενός συστήματος υγείας σε σχέση με τους ιατρούς με λιγότερα έτη άσκησης του επαγγέλματος. Το γεγονός αυτό καθιστά τους ιατρούς της εν λόγω κατηγορίας ένα αξιόπιστο εν δυνάμει διοικητικό κεφάλαιο για την πλήρωση των ανώτατων θέσεων της ηγεσίας του συστήματος υγείας.

Δεδομένης της χρονικής απόστασης από την πρώτη αναφορά περί χρήσης των ΘΠ το 2008 έως την πρώτη τους εφαρμογή το 2013 μέχρι σήμερα, η μακροχρόνια αυτή καθυστέρηση στην εφαρμογή μόλις 5 ΘΠ από τα 160 που είχαν προγραμματιστεί αρχικά δεν επιτρέπει την πλήρη ανάδειξη του εύρους της σημασίας των ΘΠ στο ΕΣΥ. Βάσει των οικονομικών συνθηκών, συνιστάται καλύτερη ροή πληροφοριών και ενημέρωση των ιατρών σχετικά με την πρόοδο ή την απόκλιση που σημειώνουν όχι μόνο τα ΘΠ αλλά και οι γενικότεροι οικονομικοί και ποιοτικοί δείκτες του συστήματος υγείας. Η ενεργός συμμετοχή του ιατρι-

κού προσωπικού στις εξελίξεις και την πορεία του ΕΣΥ θα συνέβαλε στην ευαισθητοποίησή του και στην αύξηση της προθυμίας του για προώθηση των ΘΠ. Ακόμη καλύτερα θα ήταν τα αποτελέσματα αν η επιμόρφωση σχετικά με τα ΘΠ άρχιζε από τα ακαδημαϊκά έτη και αφορούσε όχι μόνο σε ιατρούς αλλά και σε κάθε επαγγελματία υγείας που διαδραματίζει ρόλο σε αυτά, περισσότερο ή λιγότερο επικουρικό σε εκείνο των ιατρών. Επίσης, η επέκταση της χρήσης ΘΠ, όχι μόνο από το ιατρικό αλλά και από το νοσηλευτικό προσωπικό, σε έναν οργανισμό υγείας μπορεί να συνεισφέρει ουσιαστικά στην αύξηση της αποδοτικότητας μέσα από τον καλύτερο καταμερισμό εργασίας και την επιμόρφωση του προσωπικού του, προάγοντας τη βελτιστοποίηση της παροχής υπηρεσιών.³⁷ Ταυτόχρονα, θα μειωνόταν η αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει τον χώρο της υγείας στη λήψη αποφάσεων ενώ συγχρόνως θα περιορίζονταν οι δαπάνες λόγω της αμυντικογενούς Ιατρικής, καλύπτοντας έτσι το εμπειρικό, το γνωστικό και το νομικό κενό που απαντάται στο ιατρικό προσωπικό.³⁸

Η περαιτέρω διερεύνηση των απόψεων της Ιατρικής κοινότητας ανά την ελληνική επικράτεια για όλες τις βαθμίδες υγείας στο απώτερο μέλλον, εφόσον έχουν τεθεί σε εφαρμογή περισσότερα θεραπευτικά πρωτόκολλα, σε συνδυασμό με αντιπαραβολές οικονομικών δεδομένων και υγειονομικών δεικτών θα αποτελούσαν ένα γόνιμο πεδίο έρευνας με αξιοποιήσιμα συμπεράσματα για την αναβάθμιση του ΕΣΥ.

ABSTRACT

The opinions of physicians of the administrative and economic impact of therapeutic protocols in Primary Health Care

I. VAREMENOS, S. VAREMENOS

Università Telematica Internazionale Uninettuno, Roma, Italy

Archives of Hellenic Medicine 2016, 33(5):630–638

OBJECTIVE This is a study of the views of physicians in primary health care about the administrative and economic impact of therapeutic protocols (TPs) in the National Health System (NHS). **METHOD** The qualitative method of semi-structured interviews was employed to collect data on the views of 15 physicians of various specialties working in four primary health care centers in the region of Aitolokarnania. **RESULTS** The findings illustrate the positive impact of TPs on all administrative functions of the health centers, particularly control. The physicians reported, however that the management decisions of the NHS are not affected by the TPs. TPs are perceived to contribute to promoting quality in various dimensions. In addition, TPs affect the financial state of health care through reduction of health costs and elimination of the phenomena of over-prescribing and polypharmacy. The views of the participants concerning the possibility of universal application of TPs were positive, but they expressed their concern about reduction of autonomy and the absence of a patient-oriented nature associated with TPs. **CONCLUSIONS** The study findings were in agreement with those in the relevant literature, as similar outcomes have resulted in the implementation of TPs in other countries where they play a dominant role in the overall more effective therapeutic, administrative and economic management in primary health care services.

Key words: Health quality, Management functions, National Health System, Physicians' opinions, Therapeutic protocols

Βιβλιογραφία

1. JOUGHIN C. Clinical guidelines and protocols. Luton and Dunstable Hospital NHS Trust, UK, 1997. In: Rahimi YA (ed) *Guidance for guideline development in Afghanistan: Conceptual framework*. Ministry of Public Health, General Directorate of Curative Medicine, Islamic Republic of Afghanistan, 2012, 3–4
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. HIV/AIDS treatment and care: Clinical protocols for the WHO European region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007
3. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2015. *Diabetes Care* 2015, 38(Suppl 1):1–8
4. RESNIKOFF S, KOCUR I, ETYAALE DE, UKETY TO. Vision 2020 – the right to sight. *Ann Trop Med Parasitol* 2008, 102(Suppl 1):3–5
5. MACIOSEK MV, COFFIELD AB, FLOTTEMESCH TJ, EDWARDS NM, SOLBERG LI. Greater use of preventive services in US health care could save lives at little or no cost. *Health Aff (Millwood)* 2010, 29:1656–1660
6. KUMAR A, SMITH B, PISANELLI DM, GANGEMI A, STEFANELLI M. Clinical guidelines as plans – an ontological theory. *Methods Inf Med* 2006, 45:204–210
7. GILBODY S, WHITTY P, GRIMSHAW J, THOMAS R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: A systematic review. *JAMA* 2003, 289:3145–3151
8. JAMTVEDT G, YOUNG JM, KRISTOFFERSEN DT, O'BRIEN MA, OXMAN AO. Audit and feedback: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD000259
9. INTERCOLLEGIATE STROKE WORKING PARTY. *National clinical guideline for stroke*. 4th ed. Royal College of Physicians, London, 2012:1–11
10. THE HEALTH FOUNDATION. *Evidence scan: Reducing prescribing errors*. 1st ed. The Health Foundation, London, 2008. Available at: <http://www.health.org.uk/sites/default/files/ReducingPrescribingErrors.pdf>
11. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. *Nurse practitioners in primary care. Policy monograph*. 1st ed. ACP, Philadelphia, 2009:7–15
12. EICHLER HG, KONG SX, GERTH WC, MAVROS P, JÖNSSON B. Use of cost-effectiveness analysis in health-care resource allocation decision-making: How are cost-effectiveness thresholds expected to emerge? *Value Health* 2004, 7:518–528
13. NIESSEN L, GRIJSEELS E, KOOPMANSCHAP M, RUTTEN F; DUTCH MINISTRY OF HEALTH. Economic analysis for clinical practice – the case of 31 national consensus guidelines in the Netherlands. *J Eval Clin Pract* 2007, 13:68–78
14. FAUL M, WALD MM, RUTLAND-BROWN W, SULLIVENT EE, SATTIN RW. Using a cost-benefit analysis to estimate outcomes of a clinical treatment guideline: Testing the Brain Trauma Foundation guidelines for the treatment of severe traumatic brain injury. *J Trauma* 2007, 63:1271–1278
15. GIBSON JL, MARTIN DK, SINGER PA. Evidence, economics and ethics: Resource allocation in health services organizations. *Healthc Q* 2005, 8:50–59
16. ENIU A, CARLSON RW, AZIZ Z, BINES J, HORTOBÁGYI GN, BESE NS ET AL. Breast cancer in limited-resource countries: Treatment and allocation of resources. *Breast J* 2006, 12(Suppl 1):S38–S53
17. HINKLE AJ, ZHOU Q, GAYRON M. Implementation of criteria sets to reduce inappropriate utilization of hysterectomy in a health plan. *J Clin Outcomes Manage* 2009, 16:551–554
18. LOVE T, EHRENBURG N, SAPERE RESEARCH GROUP. *Addressing unwarranted variation: Literature review on methods for influencing practice*. Health Quality & Safety Commission, New Zealand, 2014:11–16
19. PATHY V. *Harmonizing supply and demand for health care services: An exploration of demand-based strategies to encourage the active engagement of consumers*. Center for Improving Value in Health Care, Colorado, 2012:3–7
20. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. *Τα οικονομικά της υγείας*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα, 2006:593–634
21. LIPSKY BA, BERENDT AR, CORNIA PB, PILE JC, PETERS EJ, ARMSTRONG DG ET AL. 2012 infectious diseases society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *J Am Podiatr Med Assoc* 2013, 103:2–7
22. SOKOL MC, MCGUIGAN KA, VERBRUGGE RR, EPSTEIN RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care* 2005, 43:521–530
23. LLOYD-JONES D, ADAMS RJ, BROWNTM, CARNETHON M, DAI S, DE SIMONE G ET AL. Executive summary: Heart disease and stroke statistics – 2010 update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2010, 121:948–954
24. KOSIMBEI G, HANSON K, ENGLISH M. Do clinical guidelines reduce clinician dependent costs? *Health Res Policy Syst* 2011, 9:24
25. BOUSQUET J, BOUSQUET PJ, GODARD P, DAURES JP. The public health implications of asthma. *Bull World Health Organ* 2005, 83:548–554
26. DELITTO A, GEORGE SZ, VAN DILLEN LR, WHITMAN JM, SOWA G, SHEKELLE P ET AL. Low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 2012, 42:A1–A57
27. TADDIO A, APPLETON M, BORTOLUSSI R, CHAMBERS C, DUBEY V, HALPERIN S ET AL. Reducing the pain of childhood vaccination: An evidence-based clinical practice guideline. *CMAJ* 2010, 182:E843–E855
28. ROEBUCK MC, LIBERMAN JN, GEMMILL-TOYAMA M, BRENNAN TA. Medication adherence leads to lower health care use and costs despite increased drug spending. *Health Aff (Willwood)* 2011, 30:91–99
29. *Social research methods*. 3rd ed. Oxford University Press, Oxford, 2008:112–136
30. MILES BM, HUBERMAN MA. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. 2nd ed. Sage Publications Inc, Thousand Oaks, 1994:207–286
31. BOHMER R. *The instrumental value of medical leadership: Engaging doctors in improving services*. 1st ed. The King's Fund, London, 2012:24–27
32. DICKINSON H, HAM C. Engaging doctors in leadership: Review of the literature. NHS Institute for Innovation and Improvement, Health Services Management Centre, University of Birmingham, Birmingham, 2008:16–35
33. Ν. 3697/2008. Ενίσχυση της διαφάνειας του κρατικού προϋπολογισμού, έλεγχος των δημοσίων δαπανών, μέτρα φορολογικής δικαιοσύνης και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ Α' 194/25.9.2008

34. FULLEN BM, BAXTER GD, O'DONOVAN BG, DOODY C, DALY L, HURLEY DA. Doctors' attitudes and beliefs regarding acute low back pain management: A systematic review. *Pain* 2008, 136:388–396
35. FORJUOH SN, BOLIN JN, VUONG AM, HELDUSER JW, McMAUGHAN DK, ORY MG. Primary care physicians' perceptions of diabetes treatment protocols. *Tex Med* 2014, 110:e1
36. MALIK M, HASSALI MA, SHAFFIE AA, HUSSAIN A. Knowledge and perceptions of prescribers regarding adherence to standard treatment guidelines for malaria: A comparative cross-sectional study from Pakistan. *East Mediterr Health J* 2014, 20:221–228
37. HIGUCHI M, OKUMURA J, AOYAMA A, SURYAWATI S, PORTER J. Use of medicines and adherence to standard treatment guidelines in rural community health centers, Timor-Leste. *Asia Pac J Public Health* 2015, 27:NP2498–NP2511
38. EMANUEL EJ, SPIROT, CALSYN M. Reducing the cost of defensive Medicine. 1st ed. Center for American Progress, Washington, 2013. Available at: <http://www.scribd.com/doc/146976951/Reducing-the-Cost-of-Defensive-Medicine> (accessed 12.7.2015)

Corresponding author:

I. Vareménos, Kalavryton & Augouli street, GR-301 00 Agrinio, Greece
e-mail: john-v85@hotmail.com

.....