

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

## **Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**Πρότυπα διαπίστευσης πρωτοβάθμιας και χρόνιας φροντίδας υγείας**

**Πουρνάρα Αθανασία**

**22037**

**Επιβλέπων:**

**Πιερράκος Γεώργιος**

Αθήνα, Ιούνιος 2024

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT  
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION  
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE  
MANAGEMENT

---

## **Diploma Thesis**

**Accreditation standards for primary and chronic health care**

**Pournara Athanasia**

**22037**

**Supervisor:**

**Pierrakos George**

**Athens, June 2024**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

## Πρότυπα διαπίστευσης πρωτοβάθμιας και χρόνιας φροντίδας υγείας

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

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

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
2	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΚΑΘΗΓΗΤΤΡΙΑ	
3	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΣΕΠΕΤΗΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αθανασία Πουρνάρατου Αποστόλου, με αριθμό μητρώου 22037 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

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

Η Δηλούσα



Αθανασία Πουρνάρα

Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η διαπίστευση έχει καθιερωθεί ως σημαντικός μηχανισμός για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της φροντίδας υγείας, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα υγείας. Παρά την αναγνώριση της σημασίας της, η εφαρμογή και η αποτελεσματικότητά της παρουσιάζουν σημαντικές προκλήσεις. Αυτές περιλαμβάνουν την ποικιλομορφία των προτύπων διαπίστευσης σε διαφορετικές χώρες, τις δυσκολίες προσαρμογής σε διάφορα υγειονομικά συστήματα και τις προκλήσεις στην αξιολόγηση του αντίκτυπου των διαπιστευτικών διαδικασιών στην ποιότητα της φροντίδας.

**Σκοπός:** Ο κύριος σκοπός αυτής της διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει και να αναλύσει τα πρότυπα διαπίστευσης που εφαρμόζονται στην πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα υγείας διεθνώς. Η εργασία στοχεύει να αναγνωρίσει και να κατηγοριοποιήσει τα διάφορα πρότυπα διαπίστευσης, να εξετάσει τις προκλήσεις και τα εμπόδια που εμποδίζουν την εφαρμογή τους και να διερευνήσει τον αντίκτυπο της διαδικασίας διαπίστευσης στην οργανωτική απόδοση και διοικητική αποτελεσματικότητα.

**Μεθοδολογία:** Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, ακολουθήθηκε η μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης βάσει του PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Η αναζήτηση των μελετών πραγματοποιήθηκε σε πολλαπλές βάσεις δεδομένων, όπως Web of Science, Scopus, Science Direct, Springer, PubMed και ProQuest. Χρησιμοποιήθηκαν συνδυασμοί λέξεων-κλειδιών, όπως “Primary Care”, “Primary Health Care”, “Chronic Health Care”, “Accreditation”, “Model”, “Program” και “Standard”, για την επικέντρωση στην αναζήτηση σχετικών μελετών. Οι μελέτες περιορίστηκαν χρονικά από τον Ιανουάριο του 1995 έως τον Δεκέμβριο του 2022 και επιλέχθηκαν μόνο επιστημονικά άρθρα που είχαν αξιολογηθεί και δημοσιευτεί στην αγγλική γλώσσα. Συνολικά, συμπεριλήφθηκαν 45 άρθρα από διάφορες χώρες, όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Αυστραλία, ευρωπαϊκές χώρες και αναπτυσσόμενες χώρες.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης ανέδειξαν ότι η διαπίστευση έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας σε διεθνές επίπεδο,

αλλά η επιτυχία της εξαρτάται από την προσαρμογή των προτύπων στις τοπικές ανάγκες, την επαρκή εκπαίδευση και υποστήριξη του προσωπικού και την παροχή επαρκών πόρων. Σε χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Αυστραλία, η διαπίστευση προωθεί την ασφάλεια και τη συνεχή βελτίωση μέσω της συμμόρφωσης με κανονισμούς και της ενίσχυσης των πολιτισμών ασφάλειας. Στον Καναδά, η διαπίστευση ενίσχυσε την επαγγελματική ανάπτυξη και τις πρακτικές διαχείρισης ποιότητας, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι προκλήσεις περιλαμβάνουν την προσαρμογή των προτύπων στις τοπικές συνθήκες και την ανάγκη για πρόσθετους πόρους και υποδομές.

**Συμπεράσματα:** Η ανασκόπηση καταδεικνύει ότι η διαπίστευση αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Ωστόσο, για να είναι αποτελεσματική, πρέπει να ενσωματωθεί στις καθημερινές πρακτικές των υπηρεσιών υγείας και να προσαρμοστεί στις τοπικές ανάγκες. Η εμπειρία από την μελέτη των ερευνών δείχνει ότι η συστηματική διαπίστευση μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις, αλλά απαιτείται η παροχή επαρκών πόρων, η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού και η υποστήριξη από την ηγεσία των οργανισμών υγείας. Η εφαρμογή συστηματικών προγραμμάτων διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα είναι επιτακτική για την αντιμετώπιση των προκλήσεων και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

**Λέξεις κλειδιά:** Διαπίστευση, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Χρόνια Φροντίδα Υγείας, Ποιότητα Φροντίδας, Ασφάλεια Ασθενών, Πρότυπα Διαπίστευσης

## Abstract

**Introduction:** Accreditation has been established as a critical mechanism for improving the quality and safety of healthcare, particularly in primary and chronic care. Despite its recognized importance, the implementation and effectiveness of accreditation present significant challenges. These include the diversity of accreditation standards across different countries, difficulties in adapting them to various healthcare systems, and challenges in evaluating the impact of accreditation processes on the quality of care.

**Purpose:** The primary purpose of this thesis is to investigate and critically analyze the accreditation standards applied in primary and chronic healthcare internationally. The study aims to identify and categorize various accreditation standards, examine the challenges and barriers to their implementation, and explore the impact of the accreditation process on organizational performance and administrative efficiency.

**Methodology:** To achieve these objectives, a systematic review methodology based on the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) framework was followed. The search for studies was conducted across multiple databases, including Web of Science, Scopus, Science Direct, Springer, PubMed, and ProQuest. Keywords such as “Primary Care,” “Primary Health Care,” “Chronic Health Care,” “Accreditation,” “Model,” “Program,” and “Standard” were used to focus the search on relevant studies. The studies were limited to those published between January 1995 and December 2022 and included only peer-reviewed articles published in English. In total, 45 articles from various countries, including the USA, Canada, Australia, European countries, and developing nations, were included.

**Results:** The review results highlighted that accreditation has the potential to improve care quality internationally, but its success depends on adapting standards to local needs, adequate training and support for staff, and sufficient resource provision. In countries such as the USA and Australia, accreditation promotes safety and continuous improvement through regulatory compliance and the enhancement of safety cultures. In Canada, accreditation has strengthened professional development and quality management practices, while in developing countries, challenges include

adapting standards to local conditions and the need for additional resources and infrastructure.

**Conclusions:** The review demonstrates that accreditation is a critical tool for improving healthcare quality. However, to be effective, it must be integrated into the daily practices of healthcare services and adapted to local needs. The experience from the study of the research indicates that systematic accreditation can lead to significant improvements, but it requires the provision of adequate resources, continuous training of staff, and support from the leadership of healthcare organizations. The implementation of systematic accreditation programs in primary and chronic healthcare in Greece is imperative for addressing challenges and improving the quality of provided healthcare services.

Keywords: Accreditation, Primary Care, Chronic Health Care, Quality of Care, Patient Safety, Accreditation Standards



## Ευχαριστίες

Η παρούσα Διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των μεταπτυχιακών μου σπουδών στο τμήμα “Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας”. Η ολοκλήρωση της εργασίας μου είναι αποτέλεσμα μελέτης αλλά και καθοδήγησης και υποστήριξης συγκεκριμένων ανθρώπων.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω, τον επιβλέποντα καθηγητή της εργασίας μου Καθηγητή κ. Γεώργιο Πιερράκο για την εξαιρετική συνεργασία, την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές του σε όλα τα στάδια της διπλωματικής μου. Ευχαριστίες οφείλω σε όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού για τις γνώσεις που έλαβα κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Χαράλαμπο Πλατή για τις χρήσιμες συμβουλές του από την πρώτη στιγμή της φοίτησής μου στο μεταπτυχιακό.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένεια μου για την υπομονή, την ηθική συμπαράσταση και την κατανόηση κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

## Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη .....	4
Abstract .....	7
Ευχαριστίες .....	9
Πίνακας Περιεχομένων .....	10
Κατάλογος Πινάκων .....	12
Κατάλογος Γραφικών Παραστάσεων .....	13
Κατάλογος Εικόνων .....	14
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> – Εισαγωγικές παρατηρήσεις .....	15
1.1 Παρουσίαση της προβληματικής και του σκοπού της εργασίας.....	15
1.2 Καθορισμός της σημασίας της διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα υγείας.....	18
1.3 Διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος.....	22
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> – Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	23
2.1 Θεωρητικό Πλαίσιο Πρωτοβάθμιας και Χρόνιας Φροντίδας Υγείας.....	23
2.1.1 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η σημασία της για το υγειονομικό σύστημα.....	23
2.1.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διεθνώς .....	27
2.1.3 Ορισμός Χρόνιας Φροντίδας Υγείας και η σημασία της για το υγειονομικό σύστημα.....	36
2.1.4 Η Πρωτοβάθμια και Χρόνια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.....	39
2.2 Πολιτικές και διαδικασίες διαπίστευσης.....	50
2.2.1 Περιγραφή των πολιτικών και διαδικασιών διαπίστευσης.....	50

2.2.2 Η σημασία της διαπίστευσης στο σύστημα υγείας.....	53
2.3 Πρότυπα διαπίστευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	58
2.4 Πρότυπα Διαπίστευσης στη Χρόνια Φροντίδα Υγείας.....	65
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> – Μεθοδολογία συστηματικής ανασκόπησης.....	68
3.1 Περιγραφή της μεθοδολογίας PRISMA.....	68
3.2 Κριτήρια επιλογής μελετών .....	70
3.3 Διαδικασία αναζήτησης και επιλογής της βιβλιογραφίας .....	71
3.4 Αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών .....	72
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> – Αποτελέσματα .....	74
4.1 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων βάσει PRISMA.....	74
4.2 Συνοπτικός πίνακας των αποτελεσμάτων των μελετών.....	75
Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> – Συζήτηση .....	112
5.1 Ανάλυση των ευρημάτων .....	112
5.2 Συζήτηση για τη σημασία των ευρημάτων για την πολιτική και την πρακτική στην υγεία.....	129
5.3 Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	135
Κεφάλαιο 6 <sup>ο</sup> – Συμπεράσματα.....	136
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	140
Ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές.....	140
Ελληνόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές.....	160

## **Κατάλογος Πινάκων**

Πίνακας 1. Συνοπτική παρουσίαση μελετών της συστηματικής ανασκόπησης ..... 75

## **Κατάλογος Γραφικών Παραστάσεων**

Γράφημα 1. Σχηματική αποτύπωση του PRISMA .....	74
Γράφημα 2. Συχνότητα μελετών για την κάθε χώρα που περιλαμβάνει η συστηματική ανασκόπηση .....	112

## Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1. Διάμεσος αριθμός ασθενών που επισκέπτονται ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά τη διάρκεια μιας τυπικής εργάσιμης εβδομάδας σε επιλεγμένες χώρες παγκοσμίως το 2019 (Statista, 2019) .....	28
Εικόνα 2. Συχνότητα χρήσης των ιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης βάσει των απαντήσεων των Βρετανών (Statista, 2018).....	30
Εικόνα 3. Σχηματική αναπαράσταση της ΠΦΥ κατά ΠΟΥ (WHO, 2020).....	36
Εικόνα 4. Η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας κατά το μοντέλο του «ελληνικού λαβύρινθου» (Φιλαλήθης, 2021) .....	46
Εικόνα 5. Στοιχεία πλαισίου Triple Aim και σχετικές διαστάσεις (Ryan et al., 2016), ίδια επεξεργασία .....	64

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> – Εισαγωγικές παρατηρήσεις

### 1.1 Παρουσίαση της προβληματικής και του σκοπού της εργασίας

Στην εποχή μας, η ανάγκη για αξιόπιστη και ποιοτική φροντίδα υγείας είναι πιο επιτακτική από ποτέ. Δυνάμει της αυξημένης πολυπλοκότητας των υγειονομικών προκλήσεων και των εξελισσόμενων απαιτήσεων για βελτιωμένη φροντίδα, τα συστήματα υγείας παγκοσμίως αντιμετωπίζουν την πρόκληση της εγγύησης της ποιότητας στην πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα, αλλά και σε όλους τους τομείς παροχής υγειονομικής φροντίδας. Σε αυτό το πλαίσιο, η διαπίστευση αποτελεί ένα κρίσιμο εργαλείο που επιδιώκει να εξασφαλίσει τη συμμόρφωση με τα καθορισμένα πρότυπα ποιότητας.

Τα πρότυπα διαπίστευσης για την πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα υγείας θεωρούνται ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η διαπίστευση είναι μια διαδικασία αξιολόγησης στην οποία ένας οργανισμός αξιολογείται βάσει συγκεκριμένων προτύπων και κατευθυντηρίων οδηγιών για να διαπιστωθεί αν πληροί τα κριτήρια ποιότητας (Pierrakos *et al.*, 2017). Στην πρωτοβάθμια φροντίδα, τα πρότυπα συχνά περιλαμβάνουν την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, την προσβασιμότητα των υπηρεσιών, την επάρκεια και την καταλληλότητα των θεραπειών, την ασφάλεια των ασθενών, και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας (Souliotis *et al.*, 2019). Αυτά τα πρότυπα μπορούν να καθοριστούν από εθνικές υγειονομικές αρχές ή από ανεξάρτητους οργανισμούς διαπίστευσης.

Για τη χρόνια φροντίδα, τα πρότυπα συνήθως εστιάζουν στην παροχή συνεπούς, μακροχρόνιας φροντίδας που ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των ατόμων. Αυτό περιλαμβάνει την κατάλληλη διαχείριση του πόνου, την υποστήριξη για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, και την ενθάρρυνση της αυτονομίας του ασθενούς. Η συμμόρφωση με τα πρότυπα αυτά ενθαρρύνει τη διαφάνεια και την εμπιστοσύνη μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας και των ασθενών, βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας και μειώνει τον κίνδυνο λαθών στην παροχή υγειονομικής φροντίδας (Anderson Rothman, Wagner and Showstack, 2003).

Η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζει στην κριτική ανάλυση των προτύπων διαπίστευσης που εφαρμόζονται στην πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα υγείας. Αν και η διαπίστευση έχει αναγνωριστεί ως βασικός μηχανισμός για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας, παρουσιάζονται σημαντικές προκλήσεις και εμπόδια που επηρεάζουν την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητά της. Αυτά περιλαμβάνουν την ποικιλομορφία των προτύπων και των κριτηρίων διαπίστευσης σε διαφορετικές χώρες, τις δυσκολίες στην προσαρμογή και εφαρμογή τους σε διάφορα υγειονομικά συστήματα και τις προκλήσεις στην αξιολόγηση του αντίκτυπου των διαπιστευτικών διαδικασιών στην ποιότητα της φροντίδας.

Η κατανόηση και ανάλυση των προτύπων διαπίστευσης και της εφαρμογής τους είναι σημαντική για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Με τη συγκέντρωση και ανάλυση δεδομένων από διεθνείς μελέτες, η εργασία στοχεύει να προσφέρει πληροφορίες και προτάσεις για τη βελτίωση των πρακτικών διαπίστευσης, ενισχύοντας έτσι την ποιότητα της φροντίδας υγείας.

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει τα πρότυπα διαπίστευσης που εφαρμόζονται στην πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα υγείας αλλά και σε όλους τους τομείς παροχής υγειονομικής φροντίδας σε διεθνές πλαίσιο. Η διαπίστευση έχει αναγνωριστεί ως κρίσιμο εργαλείο για την εξασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας της φροντίδας υγείας, και η ερευνητική αυτή προσπάθεια στοχεύει στην κατανόηση των διαφόρων διαστάσεων αυτής της διαδικασίας.

Για την επίτευξη του ερευνητικού σκοπού, η μελέτη επικεντρώνεται στους ακόλουθους στόχους:

- Στόχος 1: Αναγνώριση και κατηγοριοποίηση των διαφόρων προτύπων διαπίστευσης που εφαρμόζονται διεθνώς στην πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα υγείας.
- Στόχος 2: Αναλυτική εξέταση των προκλήσεων και των εμποδίων που ενδέχεται να εμποδίζουν την εφαρμογή των προτύπων διαπίστευσης.
- Στόχος 3: Διερεύνηση του αντίκτυπου της διαδικασίας διαπίστευσης στην οργανωτική απόδοση και τη διοικητική αποτελεσματικότητα.



Μεθοδολογικά θα ακολουθηθεί η συστηματική ανασκόπηση βάσει του PRISMA. Η κατάρτιση ενός αναλυτικού πρωτοκόλλου ανασκόπησης αποτελεί ένα θεμελιώδες βήμα στη διαδικασία της συστηματικής ανασκόπησης, εξασφαλίζοντας τη διαφάνεια και τη συνέπεια της μεθοδολογίας. Τα κριτήρια επιλογής των μελετών καθορίζονται σαφώς, περιλαμβάνοντας κριτήρια για την επιλογή και τον αποκλεισμό των μελετών, γεγονός που συντελεί στη διασφάλιση της αντικειμενικότητας και της ακρίβειας της ανασκόπησης. Η μεθοδολογία της ανασκόπησης περιγράφει αναλυτικά τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή και την αξιολόγηση των δεδομένων, όπως την αναφορά των βάσεων δεδομένων και άλλων πηγών που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση των μελετών, καθώς και της στρατηγικής αναζήτησης. Επιπλέον, καθορίζεται η διαδικασία εξαγωγής και συγκέντρωσης δεδομένων από τις επιλεγμένες μελέτες, καθώς και οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της ποιότητας και του κινδύνου προκατάληψης των μελετών. Η συνεχιζόμενη ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας της πρωτοβάθμιας και χρόνιας φροντίδας υγείας καθιστά την κατανόηση και βελτίωση των προτύπων διαπίστευσης επιτακτική.

## 1.2 Καθορισμός της σημασίας της διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα υγείας.

Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978 αναγνώρισε την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Primary Health Care) ως κεντρικό πυλώνα αποτελεσματικών υγειονομικών συστημάτων με τελικό στόχο την παροχή ολοκληρωμένης και δίκαιης φροντίδας, εστιασμένης στον ασθενή και την κοινότητα, υπό το πρίσμα της ισότητας, ήτοι για όλους (Bentsen, 1993). Αναγνωρίζοντας τον πιθανό ρόλο της ΠΦΥ στα συστήματα υγείας, πολλές χώρες άρχισαν την ανάπτυξη αυτού του τομέα ως ουσιαστικό συστατικό για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη των κοινοτήτων (Lawn *et al.*, 2008). Επιπλέον, δόθηκε μεγάλη προσοχή στην βελτιστοποίηση της ποιότητας της παροχής υπηρεσιών εντός αυτού του τομέα της υγείας (Pelone *et al.*, 2013; Boerebach *et al.*, 2014; Scholte *et al.*, 2014; Winters van der Meer *et al.*, 2014).

Κατανοητό είναι ότι τα πρώτα στάδια ενίσχυσης του τομέα της ΠΦΥ σε πολλές χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα (LMICs), συμπεριλαμβανομένων χωρών στην Ανατολική Μεσογειακή Περιοχή (EMR), εστιάστηκαν σε υποδομικά στοιχεία. Ένα στοιχείο της ΠΦΥ που δεν έλαβε την απαιτούμενη προσοχή σε τέτοιες χώρες είναι η ποιότητα της φροντίδας (Saleh, Alameddine and Natafqi, 2014). Ωστόσο, πρόσφατα, αυτό το στοιχείο έχει καταλάβει κεντρική θέση στην προσοχή πολλών πολιτικών και επαγγελματιών της υγείας. Η αυξημένη προσοχή επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από μια υψηλότερη ζήτηση για «καλή» φροντίδα.

Παράλληλα, οι ενδιαφερόμενοι για την υγεία αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο το γεγονός ότι η ικανοποίηση και η απόδοση των συστημάτων παροχής φροντίδας υπερβαίνουν τη διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα, ενισχύοντας την ποιότητα της φροντίδας. Το ενδιαφέρον για την ποιότητα της φροντίδας μεταφράζεται σε πρωτοβουλίες που υλοποιούνται σε διάφορες χώρες και σε διάφορα επίπεδα, από το θεσμικό μέχρι το εθνικό επίπεδο (Campbell, Roland and Wilkin, 2001; Campbell *et al.*, 2003; Rygh and Hjortdahl, 2007; Hutchison *et al.*, 2011). Ενώ σε πολλές χώρες η ΠΦΥ χαρακτηρίζεται από επιτυχή ενσωμάτωση στο υγειονομικό σύστημα, δυστυχώς αυτό δεν είναι καθολικό για όλες τις χώρες (Saleh, Alameddine and Natafqi, 2014).

Η ανάγκη για υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας είναι παγκόσμια και διαρκής. Στη σύγχρονη εποχή, οι υγειονομικές υπηρεσίες αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στο πλαίσιο της παροχής πρωτοβάθμιας και χρόνιας φροντίδας (McGlynn *et al.*,

2003). Με το βάρος των χρόνιων παθήσεων να αυξάνεται και τις προσδοκίες για ποιοτική φροντίδα να ενισχύονται, οι οργανισμοί υγείας αναζητούν στρατηγικές για την εξασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Μία τέτοια στρατηγική είναι η διαπίστευση, η οποία αποτελεί έναν μηχανισμό αξιολόγησης και αναγνώρισης της συμμόρφωσης των οργανισμών υγείας σε καθορισμένα πρότυπα (El-Jardali *et al.*, 2013).

Η διαπίστευση παρέχει ένα πλαίσιο για την ανάπτυξη, την εφαρμογή και την αξιολόγηση πολιτικών, διαδικασιών και προτύπων με στόχο την επίτευξη ορισμένων επιπέδων ποιότητας (Lionis *et al.*, 2009). Αυτή η διαδικασία όχι μόνο αναδεικνύει την αφοσίωση στην ποιότητα αλλά επίσης ενθαρρύνει τη συνεχή βελτίωση και τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τους ασθενείς και το προσωπικό (Seddon *et al.*, 2001). Σε μια εποχή όπου η ανάγκη για διαφάνεια και λογοδοσία από τους υγειονομικούς φορείς είναι αυξημένη, αναδεικνύεται ως ένας κρίσιμος παράγοντας για την ενίσχυση της εμπιστοσύνης και της εγκυρότητας των υγειονομικών συστημάτων (El-Jardali *et al.*, 2014).

Στις σύγχρονες κοινωνίες, οι προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης έχουν καταστεί κεντρικό αντικείμενο προσοχής της δημόσιας υγείας και της διοίκησης υγειονομικών συστημάτων (Starfield, 2001). Η διαπίστευση έχει αναπτυχθεί ως ένας σημαντικός μηχανισμός εξωτερικού ελέγχου, προσαρμοσμένος για να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες που αφορούν τη δημόσια λογοδοσία, την κλινική αποτελεσματικότητα, καθώς και τη βελτιωμένη ποιότητα και ασφάλεια της περίθαλψης (WHO, 2003b; Shaw, 2004; Greenfield and Braithwaite, 2008). Μέσω αυτής της διαδικασίας, αναγνωρίζεται η επίτευξη προκαθορισμένων και εξαιρετικών προτύπων στην υγειονομική φροντίδα, η οποία θα πρέπει να διενεργείται μέσω εξωτερικής αξιολόγησης από άτομα συναφούς επαγγέλματος (TABRIZI, GHARIBI and Pirahary, 2013).

Η διαδικασία αυτή ενσωματώνει ένα ευρύ φάσμα μετρήσεων ποιότητας συνδυάζοντας διάφορες δραστηριότητες βελτίωσης, όπως ο έλεγχος, η ανατροφοδότηση και επισκέψεις εκπαιδευτικού περιεχομένου (Szecsenyi *et al.*, 2011). Η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας αποτελεί μια πολύπλοκη έννοια, η οποία απαιτεί την καθιέρωση μοναδικών, αντικειμενικών και βέλτιστων προτύπων για τη μέτρηση και την βελτίωσή της (Greenhalgh and Heath, 2010). Η διαπίστευση

επισημαίνεται ως ένα χρήσιμο εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των νοσοκομειακών και πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών (Pomey *et al.*, 2004; Szecsenyi *et al.*, 2011).

Στο διάστημα των τελευταίων δεκαετιών, τα πρότυπα διαπίστευσης έχουν εφαρμοστεί ευρέως με στόχο τη βελτίωση της ασφάλειας στην υγειονομική φροντίδα παγκοσμίως (Pomey *et al.*, 2010). Τα συστήματα διαπίστευσης χρησιμοποιούνται για διάστημα περισσότερο της δεκαετίας από 70 και πλέον χώρες (Greenfield *et al.*, 2009) και παρατηρούνται σημαντικές προσπάθειες σε διάφορες χώρες για την ανάπτυξη προγραμμάτων, με ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα (WHO, 2003b). Η πρόκληση της παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών στο πλαίσιο της ΠΦΥ και η κάλυψη των αναγκών της υγείας του πληθυσμού με βελτιωμένο τρόπο παραμένει επιτακτική (WHO, 2004). Η διαπίστευση αποτελεί το πρώτο σημαντικό βήμα προς αυτή την κατεύθυνση (Tabrizi and Gharibi, 2011; El-Jardali *et al.*, 2014). Η συγκεκριμένη διαδικασία περιλαμβάνει τη διαγνωστική αξιολόγηση του οργανισμού καθώς και ασκήσεις αυτοανασκόπησης για την αναθεώρηση όλων των λειτουργικών κανόνων και διαδικασιών. Στη διαδικασία ανασκόπησης, οι υπηρεσίες αξιολογούνται για να καθοριστεί το επίπεδο της εξαιρετικότητας τους στη βελτίωση του σχεδιασμού (Paccioni, Sicotte and Champagne, 2008). Η υψηλή ποιότητα ΠΦΥ αυξάνει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος, μειώνει τα ποσοστά νοσηλείας και τις ανισότητες στην υγεία. Ωστόσο, υπάρχουν ανησυχίες ότι οι προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας της ΠΦΥ δεν πραγματοποιούνται επαρκώς, παρά την εισαγωγή της διαπίστευσης για την προώθηση της υψηλής ποιότητας ΠΦΥ (WHO, 2004; Paccioni, Sicotte and Champagne, 2008; Pomey *et al.*, 2010).

Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκάλυψε ότι πολλές χώρες δεν διαθέτουν πρόγραμμα διαπίστευσης στο πλαίσιο της ΠΦΥ (Tabrizi *et al.*, 2013). Οι O'Beirne και συν (2013) διαπίστωσαν ότι υπάρχει μικρή ενσωμάτωση της έρευνας σχετικά με τη διαπίστευση στα συστήματα ΠΦΥ και στους τρόπους που η διαδικασία αυτή μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα της υγείας, τη βελτίωση της ποιότητας, τις αντιλήψεις, την χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και το κόστος. Πρότειναν περαιτέρω έρευνα για τη φύση και την αποδοχή της στην πρωτοβάθμια φροντίδα (O'Beirne *et al.*, 2013).

Λαμβάνοντας υπόψη τη σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η παρούσα εργασία είναι σημαντική καθώς στοχεύει στην κατανόηση και αξιολόγηση του ρόλου της διαπίστευσης στην ενίσχυση της ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ανταποκρινόμενη στην αυξημένη ζήτηση για «καλή» φροντίδα, η εργασία αυτή επιχειρεί να παράσχει πληροφορίες που θα υποστηρίξουν την ανάπτυξη και εφαρμογή αποτελεσματικών και βιώσιμων διαπιστευτικών προγραμμάτων στην ΠΦΥ, συμβάλλοντας έτσι στην ενίσχυση της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης των κοινοτήτων.

Ως εκ τούτου, η διαπίστευση συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας μέσω της συστηματικής αξιολόγησης και της διαρκούς βελτίωσης. Με την τήρηση αυστηρών προτύπων, οι οργανισμοί υγείας είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και να μειώνουν τον κίνδυνο λαθών ή παραλείψεων. Η σύγκριση διαφορετικών διεθνών προτύπων αναδεικνύει την ποικιλομορφία των πρακτικών και τις ευκαιρίες για βελτίωση. Αναγνωρίζοντας τις καλύτερες πρακτικές από διάφορα συστήματα υγείας, η διαδικασία αυτή μπορεί να συμβάλλει στην ενοποίηση και την προώθηση υψηλότερων προτύπων ποιότητας παγκοσμίως.

### 1.3 Διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος

Στην προσπάθεια να κατανοηθούν βαθύτερα οι διαδικασίες και τα αποτελέσματα της διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα υγείας, η παρούσα μεταπτυχιακή μελέτη επικεντρώνεται σε τρία κύρια ερευνητικά ερωτήματα:

- i. **Κύρια Πρότυπα Διαπίστευσης:** Ποια είναι τα κύρια πρότυπα που εφαρμόζονται στην πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα υγείας σε διεθνές επίπεδο; Αυτό το ερώτημα αποσκοπεί στην αναγνώριση και την ανάλυση των διαφόρων προτύπων που εφαρμόζονται παγκοσμίως, καθώς και στην κατανόηση της δομής και των στόχων τους.
- ii. **Προκλήσεις στην Εφαρμογή των Προτύπων:** Ποιες είναι οι προκλήσεις και τα εμπόδια για την εφαρμογή των προτύπων διαπίστευσης στις υπηρεσίες υγείας; Το ερώτημα αυτό αφορά στις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί υγείας κατά τη διαδικασία αυτή.
- iii. **Διαπίστευση και Οργανωσιακή Απόδοση:** Πώς η διαδικασία επηρεάζει την οργανωσιακή απόδοση και τη διοικητική αποτελεσματικότητα στις υπηρεσίες υγείας; Στόχος είναι η ανάλυση του ρόλου της διαπίστευσης στην ενίσχυση της λειτουργικότητας και της απόδοσης των οργανισμών υγείας.

Η εξέταση αυτών των ερωτημάτων βασίζεται σε μια συνεκτική και συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, σύμφωνα με τη μεθοδολογία PRISMA, προκειμένου να εξασφαλιστεί η υψηλότερη δυνατή ποιότητα και αξιοπιστία στα ευρήματα. Η συστηματική ανάλυση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των πηγών, την κριτική αξιολόγηση της σχετικής βιβλιογραφίας και τη σύνθεση των δεδομένων από τις επιλεγμένες μελέτες.

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> – Βιβλιογραφική ανασκόπηση

### 2.1 Θεωρητικό Πλαίσιο Πρωτοβάθμιας και Χρόνιας Φροντίδας Υγείας

#### 2.1.1 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η σημασία της για το υγειονομικό σύστημα

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) αναδεικνύεται ως ένας θεμελιώδης πυλώνας για την οικοδόμηση και την ενίσχυση των υγειονομικών συστημάτων σε παγκόσμιο επίπεδο. Η ΠΦΥ, ενσαρκώνοντας την αρχή της παροχής ολοκληρωμένης, προσιτής και συνεχούς φροντίδας, είναι καθοριστική για την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των νοσημάτων και τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει αποτελέσει έναν τομέα προηγμένης προσέγγισης στην Ευρώπη. Με την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Ένωσης Γενικών Ιατρών (UEMO) το 1967 από έξι ιδρυτικές χώρες, ακολούθησε το 1972 η δημιουργία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Οικογενειακών Ιατρών (WONCA) από μέλη σε 18 διαφορετικές χώρες. Αυτές οι οργανώσεις μετεξελίχθηκαν σε διεθνή επαγγελματικά δίκτυα και επιστημονικές οργανώσεις με σημαντική επιρροή στον τομέα της υγείας. Εντός αυτού του πλαισίου, άλλες επαγγελματικές οργανώσεις και δίκτυα έλαβαν μορφή, όπως το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Έρευνας Γενικής Πρακτικής (EGPRN) και το Ευρωπαϊκό Φόρουμ για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα (EFPC) (Semánová *et al.*, 2019).

Το 1978, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) έλαβε την πρωτοβουλία να αναθεωρήσει τον ορισμό και την έκταση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά τη διάρκεια μιας Διεθνούς Διάσκεψης που διοργανώθηκε στην τότε Σοβιετική Ένωση. Η ιστορική Διακήρυξη της Alma-Ata, που επικυρώθηκε στη συνάντηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τον Μάιο του 1979, απέκτησε μεγάλη διεθνή επίδραση και συνετέλεσε για τη μετέπειτα εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (Bhutta *et al.*, 2018). Η διακήρυξη αυτή έθεσε τις βάσεις για μια πιο δίκαιη και ολοκληρωμένη προσέγγιση στην υγεία, επισημαίνοντας την ανάγκη για παγκόσμια υγειονομική κάλυψη (Bhutta *et al.*, 2018; Semánová *et al.*, 2019).

Κατά τον Χάρτη της Οτάβα για την Ενίσχυση της Υγείας το 1986, ο οποίος αποκρυσταλλώθηκε μέσω της πρωτοποριακής διεθνούς συνδιάσκεψης για την

πρακτική της προαγωγής υγείας (Health Promotion Practice, HPP), διατυπώθηκε η προσανατολισμένη προσέγγιση της υγειονομικής φροντίδας προς την ενίσχυση της «καλής» υγείας. Στο πλαίσιο αυτής της διάσκεψης, διατυπώθηκε ο στόχος ότι οι προσπάθειες αυτές για την προαγωγή της υγείας θα πρέπει να επιδιώκουν τη διασφάλιση ισότιμων ευκαιριών και πόρων για όλα τα άτομα, ώστε να επιτευχθεί ένα υψηλό επίπεδο υγείας. Ως προς την επίτευξη αυτού του στόχου, προσδιορίστηκαν διάφορες αναγκαιότητες, συμπεριλαμβανομένου της δημιουργίας ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, της παροχής πρόσβασης σε πληροφορίες, της ανάπτυξης γνώσης και της προώθησης ευκαιριών για υγιεινές επιλογές (Brobeck *et al.*, 2011).

Η ΠΦΥ ορίζεται ως η βασική φροντίδα υγείας που είναι προσιτή, προσβάσιμη και αποδεκτή για όλους τους ανθρώπους. Επικεντρώνεται σε πρακτικές και επιστημονικά θεμελιωμένες μεθόδους, που είναι παράλληλα οικονομικά προσιτές για την κοινότητα και το κράτος. Αυτός ο ορισμός αναγνωρίζει την ΠΦΥ ως ένα θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου και όχι ως ένα προνόμιο. Συχνά, τα κέντρα υγείας της τοπικής κοινότητας αναλαμβάνουν την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, επιδιώκοντας να προσφέρουν προσιτές και αποδοτικές λύσεις φροντίδας. Παρ' όλα αυτά, αρκετές φορές παρατηρείται ότι ασθενείς επιλέγουν να λάβουν ιατρική φροντίδα σε μεγαλύτερα νοσοκομειακά ιδρύματα, τα οποία βρίσκονται σε μεγαλύτερη απόσταση από τον τόπο διαμονής τους, ακόμη και για ιατρικές καταστάσεις που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε τοπικό επίπεδο. Αυτή η πρακτική, γνωστή ως «παράκαμψη», είναι λιγότερο συχνή σε χώρες όπου οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας ενεργούν ως συντονιστές της πρόσβασης στο ευρύτερο υγειονομικό σύστημα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η πρακτική της παράκαμψης δεν αποτελεί συχνά αιτία ανησυχίας για τη λειτουργία και την αποδοτικότητα των υγειονομικών συστημάτων (Nong and Chen, 2020).

Η προσβασιμότητα και η οικονομική προσιτότητα αποτελούν δύο βασικούς πυλώνες της ΠΦΥ. Προσβασιμότητα σημαίνει ότι οι υπηρεσίες πρέπει να είναι διαθέσιμες για όλους, ανεξάρτητα από τη γεωγραφική τοποθεσία, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση ή άλλους παράγοντες διάκρισης. Η οικονομική προσιτότητα επικεντρώνεται στο να καταστήσει την υγειονομική φροντίδα προσβάσιμη χωρίς οικονομική καταπόνηση για τα άτομα (Phelan, 2013).



Η εξασφάλιση μιας βιώσιμης ανάπτυξης των ιατρικών δαπανών αποτελεί έναν σημαντικό προκλητικό παράγοντα για τις μεταρρυθμίσεις των υγειονομικών συστημάτων παγκοσμίως, λόγω της ταχύτερης επέκτασης του τομέα υγείας σε σχέση με την οικονομική ανάπτυξη (Lu *et al.*, 2010). Από το 2000 έως το 2017, η παγκόσμια δαπάνη υγείας κατέγραψε ετήσια αύξηση κατά 3.9% σε πραγματικούς όρους, σε αντίθεση με την οικονομική ανάπτυξη που είχε ετήσιο ρυθμό 3.0%. Το φαινόμενο αυτό ήταν ακόμα πιο έντονο στις χώρες μεσαίου εισοδήματος, όπου οι δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στο 6.3% έναντι του ΑΕΠ που ανήλθε στο 5.9% (World Health Organization (WHO), 2021).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναδεικνύεται ως ένας από τους πλέον αποτελεσματικούς τομείς επένδυσης για την αντιμετώπιση της ανοδικής τάσης των ιατρικών εξόδων, όπως καταδεικνύεται από μελέτες (Ayanian and Hamel, 2016; WHO, 2018; World Health Organization, 2018). Με την ιστορική Διακήρυξη της Alma-Ata το 1978, την Παγκόσμια Έκθεση Υγείας του 2008, και την πιο πρόσφατη Διακήρυξη του Αστάνα το 2018, η ΠΦΥ καθιερώνεται ως θεμέλιος λίθος για την αποτελεσματικότητα των υγειονομικών συστημάτων, με την έμφαση να δίνεται στην ενίσχυση της σε όλες τις χώρες για την αντιμετώπιση των νέων προκλήσεων (Robertson, 1978; WHO, 2008; Friedrich, 2018). Η ΠΦΥ εκλαμβάνεται ως στρατηγική που ενισχύει την παγκόσμια κάλυψη υγείας, υποστηρίζει τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης που συνδέονται με την υγεία και βελτιώνει τα αποτελέσματα υγείας μέσω της προώθησης της πρόληψης ασθενειών και της προαγωγής της υγείας, διασφαλίζοντας ίση πρόσβαση στις βασικότερες υγειονομικές παρεμβάσεις (World Health Organization and United Nations Children's Fund, 2018; Basu *et al.*, 2019). Διεθνείς έρευνες υπογραμμίζουν τον ζωτικό ρόλο της ΠΦΥ στον έλεγχο των ιατρικών δαπανών, επιβεβαιώνοντας την αποδοτικότητα και τη βιωσιμότητα των σχετικών προγραμμάτων (Fairall *et al.*, 2015). Υγειονομικά συστήματα με κεντρικό άξονα την ΠΦΥ ή με ενισχυμένη δομή ΠΦΥ επιτυγχάνουν μείωση των δαπανών υγείας χωρίς να επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας (Starfield, Shi and Macinko, 2005; Kruk *et al.*, 2010; Staff Writer, 2020).

Η καθολική εφαρμογή της ΠΦΥ κατευθύνει τους ασθενείς προς την ορθολογική ικανοποίηση των αναγκών τους, μειώνοντας τη σπατάλη πόρων. Επιπλέον, αντιμετωπίζει τις προκλήσεις που σχετίζονται με τη δυσκολία και το υψηλό κόστος πρόσβασης στα νοσοκομεία (Li *et al.*, 2017). Υπάρχει διεθνής συναίνεση ότι όλες οι

χώρες οφείλουν να ενισχύσουν την ΠΦΥ για τον περιορισμό των αυξανόμενων ιατρικών δαπανών (Macinko, Starfield and Shi, 2003).

Η ΠΦΥ, ως εκ τούτου, υιοθετεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που εστιάζει όχι μόνο στην άμεση θεραπεία ασθενειών αλλά και στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Αυτό περιλαμβάνει την εκπαίδευση για υγιείς τρόπους ζωής, την ενθάρρυνση της αυτοφροντίδας και την προσέγγιση της υγείας σε ένα ευρύτερο κοινωνικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο (Zhou *et al.*, 2020).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί ένα κρίσιμο συστατικό κάθε αποδοτικού και ανθεκτικού υγειονομικού συστήματος, καθώς είναι η πρώτη γραμμή επαφής για τα άτομα με το σύστημα υγείας. Αναγνωρίζεται παγκοσμίως ότι ένα ισχυρό σύστημα ΠΦΥ συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση των υγειονομικών επιδόσεων μιας χώρας, περιλαμβάνοντας την αύξηση της πρόσβασης στην περίθαλψη, τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας, καθώς και τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία (Binagwaho and Ghebreyesus, 2019).

Η ΠΦΥ εξασφαλίζει ότι η φροντίδα υγείας είναι οικονομικά προσιτή και προσβάσιμη σε όλους, ανεξάρτητα από την τοποθεσία ή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω. Στο πλαίσιο αυτό, η ΠΦΥ αποτελεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, που στοχεύει όχι μόνο στην άμεση θεραπεία ασθενειών αλλά και στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Η εκπαίδευση για υγιείς τρόπους ζωής, η ενθάρρυνση της αυτοφροντίδας και η προσέγγιση της υγείας σε ένα ευρύτερο κοινωνικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο αποτελούν βασικά στοιχεία της. Ερευνητικά δεδομένα έχουν επισημάνει ότι τα υγειονομικά συστήματα τα οποία εστιάζουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα αποδεικνύονται πιο αποδοτικά σε σχέση με εκείνα τα οποία επικεντρώνονται στη νοσοκομειακή υγειονομική φροντίδα (Macinko, Starfield and Shi, 2003). Ο ρόλος των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας στη διαχείριση της ροής των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας για την αποδοτική διαχείριση ασθενειών και τη μείωση των επιπλέον κόστων που συνδέονται με την πρόσβαση σε εξειδικευμένες υγειονομικές υπηρεσίες (Kenkel, 2000). Αναλυτικές μελέτες τονίζουν την αποτελεσματικότητα της υιοθέτησης της προσέγγισης των «πυλώνων εισόδου» από τους ιατρούς, με απτά αποτελέσματα στη μείωση των αδυναμιών του συστήματος και στην εξοικονόμηση κόστους (Bhat, 2005; Bolin *et al.*, 2009).

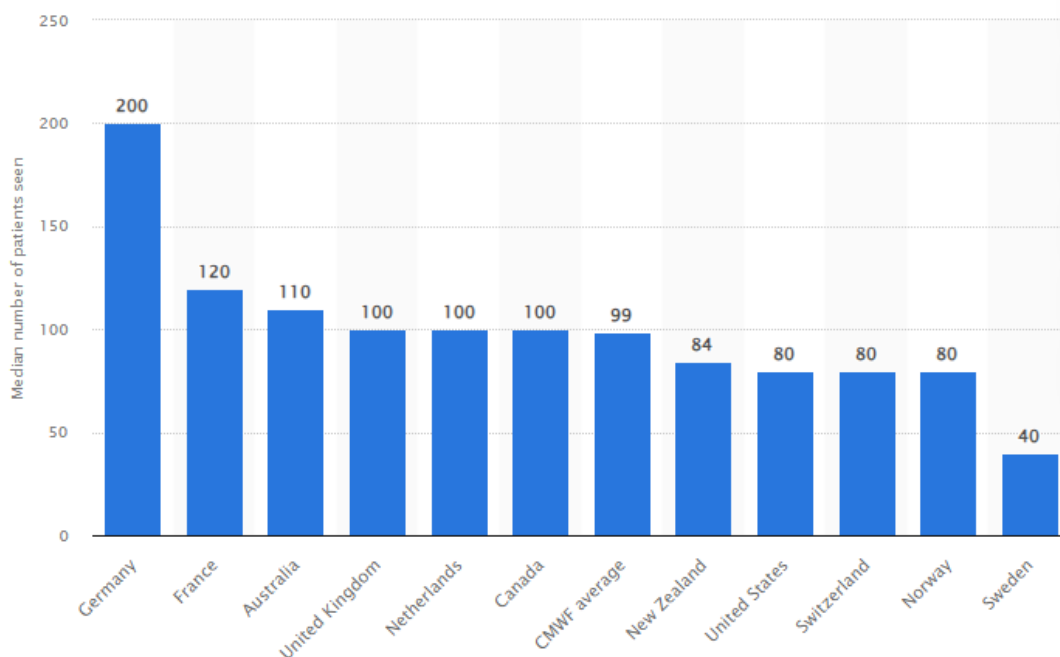
Επιπλέον, η ΠΦΥ προωθεί τη συμμετοχή της κοινότητας στην υγειονομική πολιτική και διαχείριση, ενθαρρύνοντας την ενεργή συμμετοχή των πολιτών στη διαχείριση της υγείας τους και στην ανάπτυξη των τοπικών υγειονομικών υπηρεσιών. Αυτή η προσέγγιση βοηθά στην ενδυνάμωση των ατόμων και των κοινοτήτων, καθιστώντας τους ενεργούς συμμετέχοντες στη βελτίωση της υγείας τους (Tierney *et al.*, 2019).

Ωστόσο, παρά την κρισιμότητα της ΠΦΥ σε ότι αφορά τη λειτουργία της, αντιμετωπίζονται πολλές προκλήσεις, όπως η ανάγκη για επαρκή χρηματοδότηση, η ανάπτυξη αποτελεσματικών μοντέλων παροχής υπηρεσιών, και η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία. Η επιδίωξη για μια περισσότερο ολοκληρωμένη και προσβάσιμη ΠΦΥ αποτελεί ένα συνεχές και διαρκές εγχείρημα, καθοριστικό για την ανάπτυξη και την ενίσχυση των υγειονομικών συστημάτων παγκοσμίως (Lord, 2003; Khakh, Fast and Shahid, 2019). Η ενίσχυση της ΠΦΥ είναι απαραίτητη για την προαγωγή της υγείας, τη μείωση των ανισοτήτων και την εξασφάλιση μιας περισσότερο δίκαιης και βιώσιμης υγειονομικής προσέγγισης για όλους (Shaheena Mukhi, Barnsley and Deber, 2014).

### 2.1.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διεθνώς

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το πρώτο και πλέον κρίσιμο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας, καθώς επιχειρεί να παρέχει προσβάσιμη, οικονομικά βιώσιμη και ολιστική φροντίδα. Αποτελεί το στρατηγικό θεμέλιο για την οικοδόμηση μιας υγιούς κοινωνίας, όπου κάθε άτομο διαθέτει τη δυνατότητα να λάβει την αναγκαία φροντίδα χωρίς οικονομική δυσχέρεια. Η διαφορετική κατανομή των ασθενών που εξυπηρετεί καθημερινά ένας ιατρός ΠΦΥ, όπως φαίνεται στο γράφημα, μαρτυρά την ποικιλία στις πρακτικές και τις προκλήσεις στον κλάδο της υγείας διεθνώς. Από τη Γερμανία, με τον εντυπωσιακά υψηλό αριθμό ασθενών ανά ιατρό, έως τη Σουηδία με τον σημαντικά χαμηλότερο αριθμό, το γράφημα αποκαλύπτει την ανάγκη για προσαρμοσμένες πολιτικές ΠΦΥ που ανταποκρίνονται στις μοναδικές ανάγκες κάθε πληθυσμού. Η συγκριτική ανάλυση αυτή προσδίδει ένα πλαίσιο για την κατανόηση του πώς διάφορες χώρες αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της ΠΦΥ και προσφέρει μια βάση για τη διερεύνηση

των επιτυχιών και των εμποδίων στην παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες παγκοσμίως (Statista, 2019).



Εικόνα 1. Διάμεσος αριθμός ασθενών που επισκέπτονται ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά τη διάρκεια μιας τυπικής εργάσιμης εβδομάδας σε επιλεγμένες χώρες παγκοσμίως το 2019 (Statista, 2019)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στις **ΗΠΑ** κατέχει έναν σημαντικό ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις. Οι βασικοί πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας περιλαμβάνουν τους οικογενειακούς ιατρούς, τους παιδίατρος, τους γυναικολόγους, τους ιατρούς γενικής ιατρικής, τους ιατρούς των υπηρεσιών επειγόντων περιστατικών και τους νοσηλευτές-ιατρούς (Nurse Practitioners). Η οργανωτική δομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις ΗΠΑ περιλαμβάνει διάφορα μοντέλα παροχής υπηρεσιών, όπως τα ανεξάρτητα ιατρεία, και τα ιατρικά κέντρα κοινότητας (Community Health Centers). Τα ανεξάρτητα ιατρεία ανήκουν και λειτουργούν από μεμονωμένους ιατρούς ή μικρές ομάδες ιατρών. Τα ιατρικά κέντρα κοινότητας, που χρηματοδοτούνται κυρίως από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, παρέχουν υπηρεσίες σε πληθυσμούς με χαμηλό εισόδημα και ανασφάλιστους ασθενείς. Στο επίκεντρο του συστήματος βρίσκονται οι αρχές της ισότιμης πρόσβασης και της μη κερδοσκοπικής διοίκησης, προσπαθώντας να εξασφαλίσουν ποικιλία υπηρεσιών μέσω δημόσιας χρηματοδότησης. Παρά την

υψηλή δαπάνη της υγειονομικής φροντίδας στις ΗΠΑ, η οποία είναι η πλέον κοστοβόρα παγκοσμίως, η επένδυση στην ΠΦΥ δεν φαίνεται να είναι στο επίπεδο που απαιτείται για να εξασφαλιστεί η βέλτιστη φροντίδα για όλους (Davis, Squires and Schoen, 2014).

Η προσφορά ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει μειωθεί σημαντικά, με αναμενόμενη έλλειψη περίπου 50.000 ιατρών μέχρι το 2030. Η εστίαση στην ΠΦΥ είναι κρίσιμη για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, καθώς μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των επισκέψεων σε νοσοκομεία και επακόλουθες νοσηλείες. Ωστόσο, οι δαπάνες για την ΠΦΥ στις ΗΠΑ αντιπροσωπεύουν ένα μικρό ποσοστό των συνολικών δαπανών για υγειονομική περίθαλψη σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες, υποδηλώνοντας ένα σημαντικό πεδίο για βελτίωση (Sandy *et al.*, 2009).

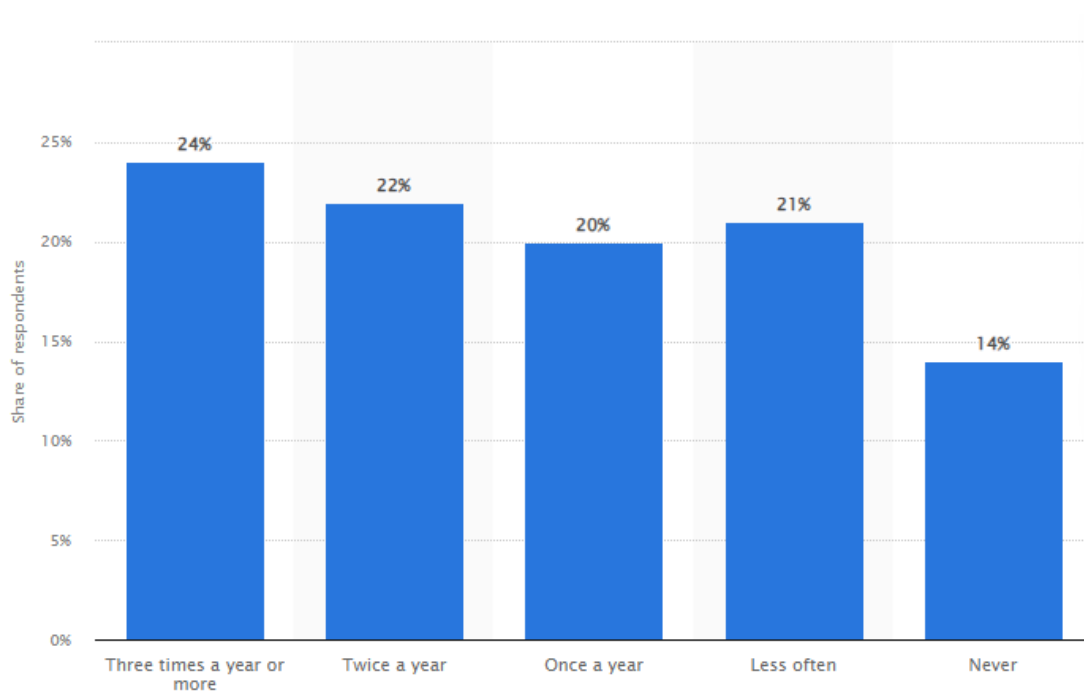
Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Primary Health Care - PHC) αποτελεί την πρώτη γραμμή της υγειονομικής παρέμβασης, προσφέροντας εύκολη πρόσβαση, καθολικότητα και συνέχεια φροντίδας, ενώ διασφαλίζει την ολιστική προσέγγιση της υγείας των ατόμων και των κοινοτήτων. Το βρετανικό μοντέλο ΠΦΥ, ακολουθώντας το πρότυπο Beveridge, χρηματοδοτείται και οργανώνεται από το κράτος, με την αρχή της κρατικής παρέμβασης να διασφαλίζει την ομοιομορφία και ισότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Υφαντόπουλος, 1984; Υφαντόπουλος και συν, 2005).

Η αρχιτεκτονική της ΠΦΥ στο Ηνωμένο Βασίλειο επικεντρώνεται στην κατανομή των υγειονομικών πόρων και την παροχή υπηρεσιών μέσω των General Practitioners (GPs), οι οποίοι λειτουργούν ως πρώτο σημείο επαφής με το υγειονομικό σύστημα. Οι GPs επιτελούν τον ρόλο του «gatekeeper», διασφαλίζοντας ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την πλέον κατάλληλη φροντίδα στην πλέον κατάλληλη βαθμίδα του συστήματος υγείας. Η διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας είναι ένα ακόμα στοιχείο που τονίζει την αξία της ΠΦΥ στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι ασθενείς συνοδεύονται από τον ηλεκτρονικό τους φάκελο, εξασφαλίζοντας έτσι την ολοκληρωμένη παρακολούθηση και την προσωποποιημένη φροντίδα. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των παροχών ΠΦΥ και των δευτεροβάθμιων ιατρικών υπηρεσιών διευκολύνεται μέσω της διαδικτυακής και γραπτής επικοινωνίας, ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα του συστήματος παραπομπών και τη

συντονιστική διαχείριση των ασθενών (Exworthy, 2001; Grosios, Gahan and Burbidge, 2010).

Εντούτοις, οι προκλήσεις είναι παρούσες και πολύπλοκες, καθώς το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου αντιμετωπίζει την ανάγκη διαχείρισης δημογραφικών αλλαγών και αυξημένων προσδοκιών για πρόσβαση στην φαρμακευτική περίθαλψη. Αναγνωρίζεται η ανάγκη για βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ των διάφορων φορέων της Δημόσιας Υγείας και της Κοινωνικής Φροντίδας, ιδιαίτερα σε επίπεδο πρόληψης και διαχείρισης χρόνιων νόσων. Η επιδίωξη για περαιτέρω ολοκληρωμένες υπηρεσίες και η ανάγκη για αποτελεσματικότερη ενσωμάτωση της Κοινωνικής Φροντίδας στο σύστημα υγείας αποτελούν σημαντικούς στόχους για την αναβάθμιση της ποιότητας της ΠΦΥ στο μέλλον (Exworthy, 2001).

Στην Εικόνα 3 που παρουσιάζεται στη συνέχεια, τα αποτελέσματα μιας έρευνας που διερεύνησε τη συχνότητα επίσκεψης των Βρετανών στους ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης από το 2018 αναφέρει ότι το 24% των Βρετανών συμβουλευόταν τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης τρεις φορές ή περισσότερες το χρόνο, ενώ το 14% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν βλέπουν ποτέ τον ιατρό τους (Statista, 2018).



Εικόνα 2. Συχνότητα χρήσης των ιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης βάσει των απαντήσεων των Βρετανών (Statista, 2018)

Το **γερμανικό σύστημα υγείας**, ως χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismarck, ενσαρκώνει το πρωταρχικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη, και εμφανίζει σημαντικές ιδιαιτερότητες στη δομή και τη λειτουργία του. Η αρχιτεκτονική του συστήματος βασίζεται σε μια αποκεντρωμένη διάρθρωση που εκτείνεται σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, με αυτοδιοικήτες οντότητες που επιτελούν καίριες λειτουργίες στην παροχή υγειονομικής φροντίδας (Klein, Hofreuter-Gätgens and Von Dem Knesebeck, 2014).

Οι επαγγελματίες υγείας στη Γερμανία απολαμβάνουν ελευθερία στην άσκηση της ιατρικής πράξης, ενώ οι ασφαλισμένοι διαθέτουν τη δυνατότητα επιλογής παρόχων υγειονομικής φροντίδας με μεγάλη ευελιξία. Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κυρίως από τις κοινωνικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, ενώ ο ρόλος του κράτους επικεντρώνεται στη διασφάλιση της λειτουργικότητας του συστήματος. Στο επίκεντρο της ΠΦΥ της Γερμανίας βρίσκεται ο Οικογενειακός Ιατρός, ο οποίος ενώ δεν ορίζεται από το νομικό πλαίσιο με συγκεκριμένη ιατρική ειδικότητα, εντούτοις αναλαμβάνει έναν κεντρικό ρόλο στην παροχή της φροντίδας. Η απουσία ενός αυστηρού συστήματος παραπομπών επιτρέπει στον ασθενή μεγαλύτερη ευελιξία στην επιλογή των παρόχων υγειονομικής φροντίδας, καθώς οι ασθενείς διατηρούν το δικαίωμα να επισκέπτονται απευθείας τους ειδικούς ιατρούς ή τα ανοικτά τμήματα φροντίδας των νοσοκομείων, χωρίς προηγούμενη παραπομπή από τον οικογενειακό ιατρό. Αυτή η πρακτική ενισχύει την αυτονομία του ασθενούς και τονώνει τη δυναμική της αγοράς υγείας, αλλά ενδέχεται να αυξάνει τον κίνδυνο για μη βέλτιστη χρήση των υπηρεσιών περίθαλψης (Wörz and Busse, 2005).

Η ελευθερία επιλογής που παρέχεται στους Γερμανούς πολίτες αποτελεί επίσης κρίσιμο στοιχείο της προσωποποιημένης φροντίδας, επιτρέποντάς τους να επιλέγουν τον οικογενειακό ιατρό που προτιμούν και να αλλάζουν τον θεράποντα ιατρό όποτε το κρίνουν αναγκαίο, χωρίς να υπάρχουν περιορισμοί σε αυτή την επιλογή. Ταυτόχρονα, η διαδικασία αυτή παρέχει στον ασθενή την δυνατότητα να εντοπίσει τον ιατρό που ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες και στις προτιμήσεις του για φροντίδα (Blümel Miriam and Busse Reinhard, 2020).

Ωστόσο, η αναγκαιότητα για μια περισσότερο ισορροπημένη κατανομή των Γενικών Ιατρών στην επικράτεια και η αντιμετώπιση του αυξανόμενου φορτίου εργασίας

αναδεικνύουν τις προκλήσεις που συναντά η ΠΦΥ στη Γερμανία. Το διαρθρωτικό ζήτημα της έλλειψης ειδικευμένου ιατρικού προσωπικού παραμένει καθοριστικό για την πρόσβαση στην ποιοτική φροντίδα, καθώς οι ανισότητες στην κατανομή των πόρων μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά το επίπεδο υγείας σε ορισμένες περιφέρειες. Η Γερμανία, αντιμετωπίζοντας αυτή την πρόκληση, στοχεύει στην ενίσχυση της διαθεσιμότητας και της προσβασιμότητας των Γενικών Ιατρών μέσω διαφόρων προγραμμάτων και πολιτικών. Εξάλλου, η οικονομική διάσταση της Γερμανικής ΠΦΥ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιρροή της ποιότητας των υπηρεσιών. Οι Γενικοί Ιατροί, που λειτουργούν κατά κύριο λόγο ως αυτοαπασχολούμενοι, βασίζονται στο εισόδημά τους στον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών και στη συχνότητα των επισκέψεων, ενισχύοντας την ανάγκη για ένα αποδοτικό και δίκαιο σύστημα χρηματοδότησης που θα εξασφαλίζει την ομαλή λειτουργία τους. Παρά τις προκλήσεις, η Γερμανία διατηρεί ένα υψηλού επιπέδου σύστημα ΠΦΥ, με την ιατρική φροντίδα να είναι προσβάσιμη και οικονομικά βιώσιμη για τον πληθυσμό. Ωστόσο, οι διαρθρωτικές αδυναμίες και η διαφορετικότητα στην πρόσβαση της ΠΦΥ ανά περιοχές απαιτούν συνεχή προσοχή και βελτιστοποίηση, προκειμένου να διατηρηθεί η ισότητα και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Wörz and Busse, 2005; Göppfarth and Henke, 2013).

**Η Γαλλική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)** αποτυπώνει έναν πολυσύνθετο μηχανισμό παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, που στηρίζεται στο μοντέλο Bismark. Η δομή της ΠΦΥ χαρακτηρίζεται από την ενσωμάτωση και τη συνύπαρξη δημόσιων και ιδιωτικών οργανισμών στην παροχή υγειονομικής φροντίδας. Βασικός χρηματοδοτικός πυλώνας είναι οι υποχρεωτικές εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, με τη συμβολή των εργοδοτών να χαρακτηρίζεται για την υψηλότερη προσφορά της στο ευρωπαϊκό πλαίσιο. Στο πλαίσιο της γαλλικής ΠΦΥ, οι ιδιώτες ιατροί διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο και επιτρέπεται στον ασθενή η ελεύθερη επιλογή του θεράποντα ιατρού. Η αμοιβή των ιατρικών υπηρεσιών διέπεται από μια διαδικασία άμεσης πληρωμής από τον ασθενή και επακόλουθης αποζημίωσης από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, με την ύπαρξη ιατρικών πρωτοκόλλων που αποσκοπούν στην προστασία των ασθενών (Chevreul *et al.*, 2015).

Η γαλλική κυβέρνηση, αντιμέτωπη με την ανάγκη ελέγχου των υγειονομικών δαπανών, έχει εφαρμόσει μια σειρά από ρυθμιστικά μέτρα για την εξυγίανση του συστήματος, ενώ η αναβάθμιση του ρόλου του Γενικού Ιατρού έχει κριθεί ως ένα από



τα σημαντικότερα βήματα στη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η προσέγγιση αυτή ενισχύει τον συντονιστικό ρόλο του Γενικού Ιατρού στην παροχή υγειονομικής φροντίδας, επιδιώκοντας να βελτιώσει την ποιότητα και τη συνέχεια της φροντίδας. Στο πλαίσιο αυτό, οι Γενικοί Ιατροί αναλαμβάνουν έναν πιο ενεργό ρόλο στη διαχείριση της υγείας των ασθενών, εργαζόμενοι ως πρώτο σημείο επαφής και παρέχοντας περιεκτική φροντίδα, συχνά σε συνεργασία με άλλους ειδικούς υγείας (Nay *et al.*, 2016).

Επιπλέον, η γαλλική ΠΦΥ προάγει την ελεύθερη επιλογή του ιατρού από τους ασθενείς, γεγονός που υποδηλώνει μια προσέγγιση που επικεντρώνεται στον ασθενή, με ταυτόχρονη εξασφάλιση της δυνατότητας αποζημίωσης από την κοινωνική ασφάλιση. Η αρχή της «πρόληψης από την πληρωμή» (*tiers payant*) διευκολύνει τους ασθενείς να λαμβάνουν υγειονομική φροντίδα χωρίς την άμεση οικονομική επιβάρυνση. Τέλος, αν και η Γαλλία προσφέρει εκτεταμένες και ποιοτικές υπηρεσίες ΠΦΥ, αντιμετωπίζει την πρόκληση της διασφάλισης ομοιόμορφης πρόσβασης στις υπηρεσίες ανά το εθνικό έδαφος. Η ενίσχυση του ρόλου των Κέντρων Υγείας και η επιχορήγηση από τα Ταμεία Ασφάλισης Υγείας αντικατοπτρίζουν τη δέσμευση για κάλυψη των υγειονομικών αναγκών σε πληθυσμούς προτεραιότητας, συμβάλλοντας στη μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων. Η εφαρμογή του συστήματος «*tiers payant*» παρέχει επιπρόσθετα μια σημαντική διευκόλυνση στους ασφαλισμένους, μειώνοντας το οικονομικό βάρος από την άμεση πληρωμή υπηρεσιών. Ωστόσο, η χρηματοοικονομική προσβασιμότητα και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών παραμένουν κρίσιμα ζητήματα που απαιτούν συνεχή παρακολούθηση και προσαρμογή των πολιτικών υγείας (Gay, 2013).

Στη **Φινλανδία**, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) εκπροσωπεί έναν οργανωτικό και λειτουργικό πυλώνα του υγειονομικού συστήματος, που αντικατοπτρίζει τις αρχές και τους στόχους που έχουν καθοριστεί από τη Διακήρυξη της Alma-Ata και τη στρατηγική «Υγεία για Όλους». Η χρηματοδότηση της ΠΦΥ στηρίζεται στη φορολογία, με τους Δήμους να φέρουν την ευθύνη της οργάνωσης και της παροχής υπηρεσιών υγείας, διασφαλίζοντας την πρόσβαση των πολιτών στην ιατρική φροντίδα. Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν τη βασική μονάδα παροχής της ΠΦΥ στη Φινλανδία, λειτουργώντας με ένα σύστημα ραντεβού και παρέχοντας ευρύ φάσμα υπηρεσιών από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας. Οι ειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας προσφέρουν φροντίδα που καλύπτει τις ανάγκες διαφόρων

ομάδων του πληθυσμού, όπως η τρίτη ηλικία, οι χρονίως πάσχοντες, και οι οικογένειες, ενισχύοντας την προληπτική φροντίδα και τη διαχείριση της υγείας στην κοινότητα (Tynkkynen *et al.*, 2016).

Παράλληλα, η Φινλανδία δίνει έμφαση στην εξατομικευμένη φροντίδα και στην ανάπτυξη της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, στοχεύοντας στην παροχή ολοκληρωμένων και ποιοτικών υπηρεσιών. Η δέσμευση για την προαγωγή της υγείας και πρόληψης περιλαμβάνει ενέργειες όπως εμβολιασμούς και προγράμματα ευαισθητοποίησης, με ιδιαίτερη έμφαση στην υποστήριξη των ευάλωτων ομάδων. Η ανάπτυξη και η βελτίωση της ΠΦΥ στη Φινλανδία αντικατοπτρίζουν την προσπάθεια για κοινωνική συνοχή και μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα ενισχύεται η αυτονομία των Δήμων στην οργάνωση και τη διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών. Το σύστημα υγείας της Φινλανδίας, με την έμφαση στην προληπτική φροντίδα και την ενδυνάμωση των κοινοτήτων, αποτελεί ένα πρότυπο για την παροχή αποτελεσματικής και προσβάσιμης ΠΦΥ (Aalto *et al.*, 2018; Keskimaki *et al.*, 2019).

Στη **Σουηδία**, το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια έντονη δέσμευση προς την προαγωγή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την παροχή υψηλού επιπέδου υγειονομικής φροντίδας για όλους τους πολίτες. Το σουηδικό μοντέλο υγείας, βασιζόμενο στην φορολογία, εγγυάται την πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα (ΠΦΥ) (Westerlund and Marklund, 2020). Η διαχείριση της ΠΦΥ στη Σουηδία αποτελεί υπόδειγμα αποκεντρωμένης προσέγγισης, με τις τοπικές και περιφερειακές αρχές να αναλαμβάνουν σημαντικό ρόλο στην παροχή και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Κέντρα Υγείας, εξοπλισμένα με πολυδιάστατες ομάδες επαγγελματιών υγείας, παρέχουν φροντίδα ανταποκρινόμενη στις ανάγκες διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων ηλικιωμένων, χρονίως πασχόντων, και οικογενειών (Πετρέλης & Δομάγιερ, 2016).

Στόχος της ΠΦΥ στη Σουηδία είναι η αποτελεσματική διαχείριση των υγειονομικών περιστατικών, η προώθηση της υγείας και η πρόληψη των νοσημάτων. Το σύστημα ενθαρρύνει την οικονομική ελαφρότητα για τους πολίτες με συγκεκριμένες χρεώσεις για τις υπηρεσίες που παρέχονται, ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζει την πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας φροντίδα (Anell A, Glenngard AH and Merkur SM, 2012). Η ΠΦΥ

στη Σουηδία χαρακτηρίζεται από την πολυεπίπεδη προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών, από την προληπτική φροντίδα στα Κέντρα Υγείας έως την εξειδικευμένη φροντίδα στα νοσοκομεία. Παρά την αποκεντρωμένη δομή, η Σουηδία διασφαλίζει την συνέπεια και την ποιότητα των υπηρεσιών μέσω της ενίσχυσης της συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών επιπέδων φροντίδας και της εφαρμογής καλών πρακτικών (Irwin, 2019; Westerlund and Marklund, 2020).

Στην Ευρώπη, η δομή και η οργάνωση της ΠΦΥ παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις ανά χώρα, επηρεασμένες από τις τοπικές ανάγκες, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες. Ανεξαρτήτως της δομής, η σημασία της ΠΦΥ είναι αναγνωρισμένη σε όλες τις χώρες για την προώθηση της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ΠΦΥ καλύπτει την πλειονότητα των υγειονομικών αναγκών ενός ατόμου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, από τη γέννηση μέχρι το τέλος της ζωής. Περιλαμβάνει υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας στην ΠΦΥ καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική για την επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας και την προώθηση υγιών κοινοτήτων. Η παρακάτω εικόνα από τον ΠΟΥ απεικονίζει σχηματικά την ΠΦΥ, δείχνοντας πώς καλύπτει όλες τις πτυχές της φροντίδας υγείας από την προαγωγή και την πρόληψη μέχρι τη θεραπεία και την αποκατάσταση, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ολοκληρωμένης προσέγγισης στην παροχή υπηρεσιών υγείας.



Εικόνα 3. Σχηματική αναπαράσταση της ΠΦΥ κατά ΠΟΥ (WHO, 2020)

### 2.1.3 Ορισμός Χρόνιας Φροντίδας Υγείας και η σημασία της για το υγειονομικό σύστημα

Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο επιπολασμός των χρόνιων νόσων σε παγκόσμιο επίπεδο αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα. Οι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτή την εξάπλωση περιλαμβάνουν τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής των ατόμων, καθώς και την αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού (Parkinson and Parker, 2013). Η χρόνια φροντίδα υγείας αναφέρεται στην παροχή φροντίδας για άτομα με χρόνιες ασθένειες ή καταστάσεις που απαιτούν μακροχρόνια διαχείριση και φροντίδα. Στον πυρήνα της χρόνιας φροντίδας βρίσκεται η ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση, διαχείριση συμπτωμάτων, πρόληψη επιπλοκών και διατήρηση της υψηλότερης δυνατής ποιότητας ζωής για τον ασθενή (Πιερράκος, 2013).

Η χρόνια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει μια ποικιλία ιατρικών, ψυχιατρικών και οργανωσιακών υπηρεσιών που ενσωματώνονται σε ένα ενοποιημένο και συνεχές

πλαίσιο παροχής φροντίδας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη διαχείριση φαρμάκων, την τακτική επαφή με παρόχους υγείας, εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας για τη διαχείριση της νόσου, καθώς και την παροχή ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης. Η υγειονομική φροντίδα στις αναπτυγμένες χώρες έχει βιώσει μια μετατόπιση στο επίκεντρο της προσοχής από τις μεταδοτικές σε χρόνιες μη μεταδοτικές νόσους (Beaglehole and Yach, 2003). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) έχει αναπτύξει συστάσεις για την πρόληψη και διαχείριση χρόνιων νόσων που περιλαμβάνουν την παχυσαρκία, τον διαβήτη τύπου 2, τις καρδιαγγειακές νόσους, τον καρκίνο, τις οδοντικές νόσους και την οστεοπόρωση (WHO, 2003a). Οι συστάσεις τονίζουν τη σημασία των υγιεινών συμπεριφορών διατροφής, περιλαμβάνοντας υγιεινή διατροφική πρόσληψη, τακτική σωματική δραστηριότητα, διατήρηση του βέλτιστου σωματικού βάρους, αποφυγή του καπνίσματος και περιορισμό της κατανάλωσης αλκοόλ (WHO, 2003a). Η διευκόλυνση των υγιεινών συμπεριφορών διατροφής αποτελεί συνεπώς μια παγκόσμια προτεραιότητα για τα υγειονομικά συστήματα (WHO, 2013).

Περίπου το 90% των υγειονομικών υπηρεσιών παρέχεται σε περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας φροντίδας, περιλαμβανομένων των κλινικών γενικής ιατρικής και τμημάτων επείγουσας εξωτερικής περίθαλψης (Smith, Holder and Edwards, 2013; Rao and Pilot, 2014). Η σημασία της χρόνιας φροντίδας στο υγειονομικό σύστημα καθίσταται θεμελιώδης, δεδομένου ότι οι χρόνιες παθήσεις, όπως ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις και ο καρκίνος, αποτελούν κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο (Madlabana and Petersen, 2020). Η επαρκής διαχείριση αυτών των καταστάσεων μέσω της χρόνιας φροντίδας υγείας μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των ιατρικών επιπλοκών, να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών και να μειώσει το συνολικό κόστος της φροντίδας για το υγειονομικό σύστημα.

Η διαχείριση των χρόνιων παθήσεων απαιτεί μια περισσότερο ολοκληρωμένη προσέγγιση, καθώς αυτές οι παθήσεις είναι συχνά πολυπαραγοντικές και απαιτούν συνεργασία μεταξύ διάφορων ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας. Οι ασθενοκεντρικές προσεγγίσεις, που επικεντρώνονται στις ανάγκες, τις αξίες και τις προτιμήσεις του ασθενούς, έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν την ποιότητα της φροντίδας και τα αποτελέσματα υγείας (Stange *et al.*, 2010).

Επιπρόσθετα, η χρόνια φροντίδα υγείας είναι σημαντική για την προαγωγή της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας των ασθενών. Μέσω της εκπαίδευσης και της υποστήριξης, οι ασθενείς ενδυναμώνονται να διαχειρίζονται την καθημερινή φροντίδα της υγείας τους, βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής τους και μειώνοντας την εξάρτηση από το σύστημα υγείας. Τέλος, η χρόνια φροντίδα υγείας είναι κρίσιμη για την ανταπόκριση στις μεταβαλλόμενες δημογραφικές τάσεις, όπως ο γηράσκων πληθυσμός, και τις αυξανόμενες προκλήσεις στην υγεία που προκύπτουν από τον μοντέρνο τρόπο ζωής (Leonardsen *et al.*, 2018). Η ικανότητα των υγειονομικών συστημάτων να προσφέρουν αποτελεσματική χρόνια φροντίδα θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την ικανότητά τους να ανταπεξέλθουν στις αυξανόμενες υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

Η ενσωμάτωση της διαχείρισης χρόνιων παθήσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί έναν σημαντικό τομέα στρατηγικής βελτίωσης των υγειονομικών συστημάτων. Η πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να παρέχει μια πιο άμεση και συνεχή φροντίδα, που είναι ουσιαστική για την αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων παθήσεων, μειώνοντας έτσι την ανάγκη για πιο δαπανηρές επεμβάσεις ή θεραπείες σε εξειδικευμένα ιατρικά κέντρα (Chauhan *et al.*, 2017).

Το μοντέλο μακροχρόνιας φροντίδας που αναπτύχθηκε από τον H.E. Wagner αποτελεί μία προσέγγιση οργανωμένης διαχείρισης της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών για ασθενείς με μακροχρόνιες παθήσεις. Πρόκειται για έναν στοχευμένο σχεδιασμό που επιδιώκει την ενδυνάμωση της αυτοφροντίδας του ασθενούς και την βελτίωση της συνολικής ποιότητας της φροντίδας, μέσω μιας προσεγγίσεως που συνδυάζει πολλαπλά επίπεδα επέμβασης. Το μοντέλο Wagner υιοθετεί μια ολιστική οπτική στη διαχείριση των μακροχρόνιων νοσημάτων, αναγνωρίζοντας την ανάγκη για μια καλά οργανωμένη δομή φροντίδας, υποστηριζόμενη από αποδοτικά κοινοτικά δίκτυα και πολιτικές, καθώς και από συστήματα που παρέχουν ακριβή κλινικά δεδομένα. Προτείνει επίσης την οικονομική αποτελεσματικότητα και την ποιότητα ως κεντρικούς πυλώνες της φροντίδας (Holmes, Chan and Westbrook, 2020).

Αυτό το μοντέλο τονίζει τρία βασικά επίπεδα επέμβασης (Garland-Baird and Fraser, 2018):

- i. Μικρο-επίπεδο: Επικεντρώνεται στο άτομο και την οικογένεια, αναγνωρίζοντας την κρισιμότητα της ενδυνάμωσης των ατόμων να διαχειρίζονται την υγεία τους μέσω της εκπαίδευσης και της αυτοφροντίδας.
- ii. Μεσαίο-επίπεδο: Αφορά τον σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας από τις υγειονομικές υπηρεσίες και την κοινότητα και περιλαμβάνει την δημιουργία και την εφαρμογή ενός συνεκτικού σχεδίου φροντίδας, το οποίο συντονίζει τη διαχείριση της υγείας μέσα από διάφορους φορείς και επαγγελματίες, με τη συνεχή επικοινωνία και την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών να είναι θεμελιώδης για την προσφορά ποιοτικής φροντίδας.
- iii. Μακρο-επίπεδο: Αφορά την πολιτική και το συνολικό πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος υγείας. Εδώ, η προσοχή εστιάζεται στην δημιουργία και εφαρμογή πολιτικών και πρακτικών που προάγουν τη διαχείριση των χρόνιων νόσων, την καλή διοίκηση των υπηρεσιών υγείας και την ορθολογική χρήση των πόρων.

Η συνολική διάρθρωση του Μοντέλου Wagner προβάλλει την ανάγκη για έναν συνδυασμό τοπικών δράσεων, ενσωματωμένης φροντίδας και στρατηγικής υγείας σε εθνικό επίπεδο για να αντιμετωπιστούν με επιτυχία οι προκλήσεις των χρόνιων παθήσεων. Αναδεικνύει επίσης την σημασία της συμμετοχής του ασθενούς και της κοινότητας στη διαδικασία φροντίδας, καθώς και την ανάγκη για μετρήσιμα κριτήρια ποιότητας και αποδοτικότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Suter *et al.*, 2008).

#### 2.1.4 Η Πρωτοβάθμια και Χρόνια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Η Πρωτοβάθμια και Χρόνια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα αποτελούν δύο θεμελιώδη συστατικά του εθνικού υγειονομικού συστήματος, με καθένα από αυτά να διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο στην παροχή φροντίδας και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Bhat, 2005). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα στοχεύει στην παροχή προσβάσιμης, αποτελεσματικής και ολοκληρωμένης φροντίδας. Αυτή η παροχή περιλαμβάνει την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία διαφόρων καταστάσεων, καθώς και την παρακολούθηση χρόνιων παθήσεων. Η ΠΦΥ συνήθως πραγματοποιείται σε κέντρα υγείας, και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής για τους πολίτες με το υγειονομικό σύστημα (Groenewegen and Jurgutis, 2013).

Η ΠΦΥ αποτελείται από ένα δίκτυο διαφόρων μονάδων και υπηρεσιών που έχουν σχεδιαστεί για να καλύπτουν τις ανάγκες υγειονομικής φροντίδας του πληθυσμού σε επίπεδο πρώτης γραμμής. Στις βασικές δομές που συνθέτουν το σύστημα της ΠΦΥ περιλαμβάνονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα ολοήμερα ιατρεία και τα διαγνωστικά εργαστήρια αυτών, τα οποία προσφέρουν διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες σε εξωτερικούς ασθενείς καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. Επιπλέον, τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία αποτελούν την κύρια δομή της ΠΦΥ στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, παρέχοντας γενικές ιατρικές υπηρεσίες, εμβολιασμούς και προληπτική φροντίδα. Σημαντικό ρόλο παίζουν και οι Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ (πρώην Πολυϊατρεία ΙΚΑ), που ενσωματώνουν τις υπηρεσίες της ΠΦΥ με ειδικότητες όπως οι γενικοί ιατροί, οι παθολόγοι και οι παιδίατροι.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) περιλαμβάνει διάφορες βασικές λειτουργίες. Πρώτον, η ΠΦΥ περιλαμβάνει τη διάγνωση και τη διαχείριση κοινών ασθενειών και τραυματισμών, που σημαίνει ότι παρέχει πρώτες βοήθειες και διαγνωστικές υπηρεσίες για συχνά προβλήματα υγείας που δεν απαιτούν εξειδικευμένη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα. Επίσης, εμπλέκεται στη διαδικασία παραπομπής ασθενών σε πιο εξειδικευμένα επίπεδα φροντίδας όταν αυτό είναι αναγκαίο, ενώ ταυτόχρονα παρακολουθεί και συνδιαχειρίζεται περιστατικά σε συνεργασία με τις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Μια άλλη σημαντική λειτουργία της ΠΦΥ είναι ο εμβολιασμός για την πρόληψη σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων, κάτι που συμβάλλει σημαντικά στη δημόσια υγεία. Επιπλέον, παρέχει πληροφόρηση και συμβουλές σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία, όπως το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, την έλλειψη σωματικής άσκησης, την κακή διατροφή και την οδική συμπεριφορά (Μέγγουλη, 2019).

Η ΠΦΥ επίσης ασχολείται με προγράμματα μητέρας-παιδιού, όπως ο οικογενειακός προγραμματισμός, και την υλοποίηση προσυμπτωματικού και προληπτικού ελέγχου, όπως το τεστ Παπανικολάου (Test Pap). Αναλαμβάνει την οργάνωση προγραμμάτων για την πρόληψη ασθενειών ή αναπηριών, καθώς και τη συνταγογράφηση υγειονομικού και αναλώσιμου υλικού. Για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, η ΠΦΥ παρέχει συνεχή φροντίδα και παρακολούθηση, προσφέροντας υπηρεσίες που στοχεύουν στη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Οργανώνονται επίσης προγράμματα προαγωγής της υγείας στα



σχολεία, στους χώρους εργασίας, στα κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων, και σε άλλες κοινότητες ή ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, όπου υπάρχει ανάγκη. Επιπλέον, η κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα είναι μία από τις υπηρεσίες της ΠΦΥ, προσφέροντας υγειονομική περίθαλψη σε άτομα που δεν μπορούν να μετακινηθούν εύκολα, όπως οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με αναπηρίες. Η εκπαίδευση των ασθενών για την αυτοφροντίδα και τη βελτίωση της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή αποτελεί επίσης μια σημαντική πτυχή της ΠΦΥ (Μέγγουλη, 2019).

Η ΠΦΥ περιλαμβάνει και την εκπαίδευση και υποστήριξη των φροντιστών, παρέχοντας οδηγίες για τη φροντίδα των ασθενών και την αντιμετώπιση της συναισθηματικής επιβάρυνσης που συνεπάγεται η φροντίδα χρόνιων ασθενών. Τέλος, οι μονάδες ΠΦΥ συχνά συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα που αφορούν τον πληθυσμό που εξυπηρετούν, όπως επιδημιολογικές έρευνες, συμβάλλοντας στην καλύτερη κατανόηση και βελτίωση της δημόσιας υγείας (Μέγγουλη, 2019).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα έχει υποστεί πολυάριθμες μεταρρυθμίσεις και αναθεωρήσεις από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Η νομοθεσία που καθορίζει το πλαίσιο και τη λειτουργία της ΠΦΥ περιλαμβάνει σημαντικούς νόμους και διατάξεις, οι οποίοι διαρθρώνονται σε πρωτεύοντες και δευτερεύοντες νόμους.

Οι κύριοι νόμοι που διαμορφώνουν την ΠΦΥ στην Ελλάδα περιλαμβάνουν (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012):

- i. Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143Α): Εισηγήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθιερώνοντας το πλαίσιο για την ΠΦΥ. Αυτή η νομοθεσία αποτέλεσε τη βάση για τη δημιουργία ενός εθνικού δικτύου υγειονομικής περίθαλψης που θα κάλυπτε τις ανάγκες του πληθυσμού.
- ii. Νόμος 1579/1985 (ΦΕΚ 217Α): Περιείχε ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ, προσθέτοντας λεπτομέρειες για τη λειτουργία της ΠΦΥ. Αυτός ο νόμος έδωσε έμφαση στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω της βελτίωσης των υγειονομικών υποδομών και υπηρεσιών.
- iii. Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123Α): Επικεντρώθηκε στον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας, ενισχύοντας τις δομές της ΠΦΥ για την καλύτερη αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών.

- iv. Νόμος 2194/1994 (ΦΕΚ 34Α): Στόχος του ήταν η αποκατάσταση του ΕΣΥ και περιλαμβάνει περαιτέρω διατάξεις για την ΠΦΥ. Ενίσχυσε τις υγειονομικές υπηρεσίες και τη διοικητική δομή του συστήματος υγείας.
- v. Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165Α): Επικεντρώθηκε στην ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, καθώς και στην οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και την εισαγωγή νέων ρυθμίσεων για το φάρμακο. Επιχείρησε να βελτιώσει τη λειτουργικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.
- vi. Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37Α): Περιλαμβάνει διατάξεις για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, εισάγοντας νέες πρακτικές και τεχνολογίες για την αναβάθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών.
- vii. Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53Α): Αφορά ειδικά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, εισάγοντας νέες δομές και πολιτικές για τη βελτίωση της ΠΦΥ στην Ελλάδα.
- viii. Νόμος 3918/2011 (ΦΕΚ 31/02.03.2011, τευχ. Α: Εισηγάγε διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και περιλάμβανε τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ). Ο νόμος αυτός ίδρυσε τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος περιλάμβανε το ΙΚΑ, τους κλάδους υγείας του ΟΓΑ και του ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ. Ο ΕΟΠΥΥ ανέλαβε να παρέχει υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους, να συντονίζει λειτουργικά τους φορείς του δικτύου ΠΦΥ, να θεσπίζει κανόνες ποιότητας και λειτουργικότητας, να διαχειρίζεται, να ελέγχει και να αξιοποιεί τους πόρους, και να συνάπτει συμβάσεις για πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και συμβεβλημένους ιατρούς.
- ix. Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38Α/2014): Εισηγάγε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ) και περιλάμβανε την αλλαγή του σκοπού του ΕΟΠΥΥ. Τα κέντρα υγείας και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους εντάχθηκαν στις Διοικήσεις υγειονομικών περιφερειών. Ιδρύθηκαν πολυδύναμα κέντρα υγείας, και η περιοχή ευθύνης κάθε κέντρου υγείας ονομάστηκε Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.), που διασυνδέεται με την τοπική αυτοδιοίκηση. Επίσης, θεσμοθετήθηκε ο οικογενειακός γιατρός ως δομή παροχής ΠΦΥ, ενώ ο ΕΟΠΥΥ θα αγοράζει πλέον υπηρεσίες υγείας και θεσπίζονται κανόνες αξιολόγησης των υπηρεσιών αυτών. Επίσης, θεσπίστηκε ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας.

- x. Νόμος 4316/2014 (ΦΕΚ 270/24-12-2014): Περιλάμβανε τη σύσταση παρατηρητηρίου άνοιας, τη βελτίωση της προγεννητικής φροντίδας, και ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας. Εισηγάγε επίσης ρυθμίσεις για τους γιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου, παράταση της προθεσμίας έκδοσης αδειών φορέων ΠΦΥ, σύσταση υπηρεσιακού συμβουλίου του ΕΟΠΥΥ, και επιβολή κυρώσεων σε γιατρούς που υπερβαίνουν επανειλημμένα το όριο συνταγογράφησης. Επιπλέον, προβλέπονται κυρώσεις σε φαρμακοποιούς σε περίπτωση μη χορήγησης του φθηνότερου φαρμάκου και κάλυψη φαρμάκων εκτός ενδείξεων.

Οι δευτερεύοντες νόμοι και διατάξεις περιλαμβάνουν επιπρόσθετες ρυθμίσεις για την ΠΦΥ, όπως (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012):

- i. Νόμος 1471/1984 (ΦΕΚ 112 Α'): Ρυθμίζει θέματα νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών.
- ii. Νόμος 1759/1988 (ΦΕΚ 50 Α'): Προσφέρει ασφαλιστική κάλυψη σε ανασφάλιστες ομάδες και βελτιώνει την κοινωνικοασφαλιστική προστασία.
- iii. Νόμος 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α'): Τροποποιεί και συμπληρώνει τη φαρμακευτική νομοθεσία.
- iv. Νόμος 2345/1995 (ΦΕΚ 213 Α'): Οργανώνει υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας.
- v. Νόμος 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α'): Αναπτύσσει το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας.
- vi. Νόμος 2955/2001 (ΦΕΚ 256 Α'): Ρυθμίζει τις προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας.
- vii. Νόμος 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α'): Αναδιοργανώνει το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας.
- viii. Νόμος 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α'): Οργανώνει και εκσυγχρονίζει τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.
- ix. Νόμος 3209/2003 (ΦΕΚ 304 Α'): Ρυθμίζει θέματα αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- x. Νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α'): Εισάγει το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- xi. Νόμος 3370/2005 (ΦΕΚ 176 Α'): Οργανώνει και λειτουργεί τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

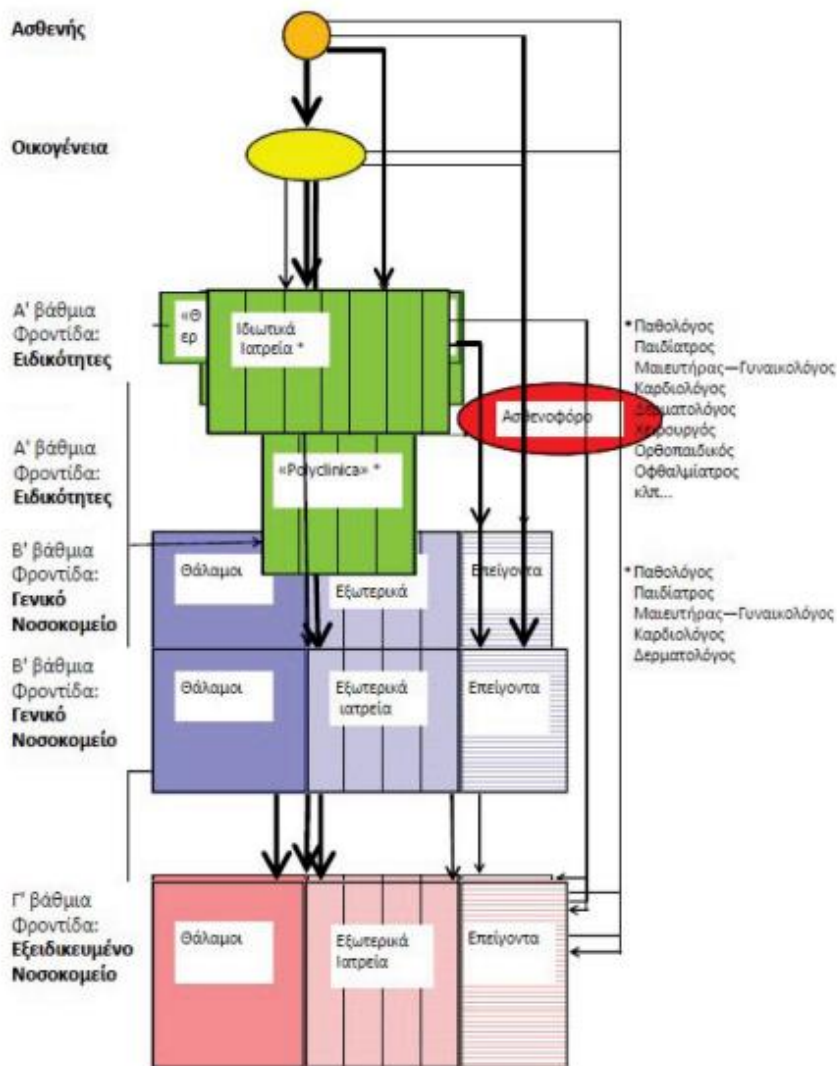
Οι νόμοι 1397/1983 και 2194/1994 προέβλεπαν ότι ο οικογενειακός ιατρός θα αμείβεται με μισθό και θα είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο ΕΣΥ. Αντίθετα, οι νόμοι 2519/1997 και 3235/2004 επέτρεπαν την απασχόληση ιδιωτών ιατρών ή ιατρών του ΕΣΥ και ασφαλιστικών ταμείων, με αμοιβή κατά κεφαλή. Το σχέδιο μεταρρύθμισης του 2000 προέβλεπε την πλήρους απασχόλησης ιατρούς να ασκούν ιδιωτικό έργο και να αμείβονται επιπλέον για πρόσθετες υπηρεσίες. Η νομοθεσία προέβλεπε επίσης την ελεύθερη επιλογή του οικογενειακού ιατρού και σύστημα παραπομπής σε ειδικότητες ή δευτεροβάθμιες/τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Οι οικογενειακοί ιατροί μπορούν να είναι γενικοί ιατροί, παθολόγοι ή παιδίατροι, υπεύθυνοι για έναν ορισμένο αριθμό ασθενών. Οι νόμοι καθόριζαν επίσης τη διοικητική υπαγωγή των κέντρων υγείας, με αλλαγές από τα νοσοκομεία στις νομαρχίες και τελικά στις Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες (ΔΥΠΕ) (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

Αυτές οι νομοθετικές ρυθμίσεις δείχνουν τη συνεχή εξέλιξη και προσπάθεια βελτίωσης του συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα, προσαρμοζόμενες στις ανάγκες του πληθυσμού και τις διεθνείς πρακτικές. Η εφαρμογή αυτών των νόμων και η συνεχιζόμενη αναθεώρηση του νομοθετικού πλαισίου υπογραμμίζουν τη δέσμευση της Ελλάδας να βελτιώσει την προσβασιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ανταποκρινόμενη στις προκλήσεις της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης.

Το έτος 2011, μετά τη δημοσιονομική κρίση, σηματοδοτήθηκε από τη σημαντική θεσμική αλλαγή με τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ΕΟΠΥΥ, όπου υπήρξε συγχώνευση των κλάδων υγείας από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (Κυριόπουλος και συν, 2011). Αυτός ο νέος οργανισμός, υπό την ομπρέλα του οποίου συνενώθηκαν διάφορα ταμεία υγείας, εισήγαγε μια νέα εποχή στην πρόσβαση των πολιτών στις υγειονομικές υπηρεσίες. Με την εφαρμογή του νέου νόμου, διαμορφώθηκαν νέοι κανόνες πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, επιτρέποντας στους ασφαλισμένους διάφορων ταμείων, όπως του ΟΓΑ, ΙΚΑ και ΟΠΑΔ, να επιλέγουν τον ιατρό ή την υγειονομική μονάδα της προτίμησής τους. Το ΙΚΑ, για παράδειγμα, απώλεσε την ιδιαίτερη θέση που κατείχε ως κύριος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους του. Αυτή η μεταρρύθμιση, αν και επέφερε την ενοποίηση και ενορχήστρωση των ταμείων υγείας σε έναν μοναδικό φορέα, τον ΕΟΠΥΥ, αποτέλεσε παράλληλα μια πηγή περιπλοκής, καθώς το νέο σύστημα φάνηκε να παρουσιάζει μεγαλύτερη πολυπλοκότητα στη

λειτουργία του, αντανακλώντας το «ελληνικό λαβύρινθο» του υγειονομικού συστήματος. Παράλληλα, η θεσμική αυτή αλλαγή συνέβαλε στην επίλυση μιας μακροχρόνιας εκκρεμότητας της μεταρρύθμισης του 1983, συνδέοντας την ενοποίηση των ταμείων υγείας με τον ενιαίο φορέα υγείας που εισήγαγε ο νόμος του ΕΣΥ (Φιλαλήθης, 2021; Τούντας, 2020; Μαλαβάζος και συν, 2019).

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ αποτέλεσε έναν σταθμό στην ιστορία της υγειονομικής διαχείρισης στην Ελλάδα, ενσωματώνοντας τις υπηρεσίες υγείας διάφορων ταμείων σε έναν ενιαίο φορέα. Η ενσωμάτωση αυτή οδήγησε στη δημιουργία ενός υβριδικού οργανισμού, όπου ο ΕΟΠΥΥ ανέλαβε τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΙΚΑ, παράλληλα με την ανάληψη των συμβάσεων που είχαν ιδιώτες με τα υπόλοιπα ταμεία υγείας πριν τη συνένωση. Το 2014, με τη δημιουργία του ΠΕΔΥ, παρέχοντας στους ιατρούς των πολυιατρείων την επιλογή μεταξύ ένταξης στο ΕΣΥ ή διατήρησης του ιδιωτικού ιατρείου τους, προσφέρθηκε μια λύση στο ζήτημα της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας. Οι μονάδες του ΠΕΔΥ εντάχθηκαν στις υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ), ενώ οι ασφαλισμένοι συνέχισαν να αντιμετωπίζουν πολυπλοκότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Φιλαλήθης, 2021; Σουλιώτης, 2013).



Εικόνα 4. Η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας κατά το μοντέλο του «ελληνικού λαβύρινθου» (Φιλαλήθης, 2021)

Η ελληνική νομοθεσία μέσω του Νόμου 4486/2017, όπως τροποποιήθηκε αργότερα και με τον Νόμο 4931/2022, επιδιώκει την μεταρρύθμιση και ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), με στόχο την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ολοκληρωμένη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Στο επίκεντρο αυτής της μεταρρύθμισης βρίσκεται η προώσπιση της καθολικότητας, ισότητας και προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα για τις ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Ο νόμος ορίζει ότι οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. περιλαμβάνουν ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως προαγωγή υγείας, πρόληψη νοσημάτων, διάγνωση, θεραπεία, καθώς και ολοκληρωμένη και συνεχιζόμενη φροντίδα, επικεντρωμένη τόσο στο άτομο όσο και στην κοινότητα. Επιπλέον,

αναγνωρίζεται η ανάγκη για οργανωμένη πρόληψη και αγωγή υγείας, καθώς και για τη διασφάλιση της διασύνδεσης μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών φορέων στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών.

Στο πλαίσιο της διοικητικής και λειτουργικής οργάνωσης, ο νόμος προβλέπει ότι οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει να εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, ενσωματώνοντας τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), Περιφερειακά Ιατρεία και άλλες δομές Π.Φ.Υ. Η αποκέντρωση της Π.Φ.Υ. αναδεικνύει την ανάγκη για προσαρμοσμένη στις τοπικές ανάγκες παροχή υπηρεσιών, ενώ ταυτόχρονα διασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική προστασία για όλους τους πολίτες. Οι προβλέψεις αυτές στοχεύουν στην εγγύτητα των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας των πολιτών, και προωθούν την ορθολογική παραπομπή στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης, ενώ ενθαρρύνουν τη διατομεακή συνεργασία για την αγωγή υγείας στην κοινότητα και την ενεργό συμμετοχή των πολιτών στην ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών. Επιπρόσθετα, η σύνδεση με άλλες υπηρεσίες υγείας και οι υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας αποτελούν ουσιαστικό μέρος του συστήματος. Η ευθύνη για την ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. βαρύνει το Κράτος, το οποίο μέσω του σχετικού νομοθετικού πλαισίου εξασφαλίζει την λειτουργική ενότητα και τη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας.

Η ίδρυση των ΤΟΜΥ το 2017 υπήρξε ένας σημαντικός βήμα στην αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα. Αυτές οι αποκεντρωμένες μονάδες, λειτουργούντες υπό την αιγίδα των κέντρων υγείας, είχαν ως στόχο την ενίσχυση των υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής, στελεχωμένες με ποικίλους ειδικούς ιατρούς και υποστηρικτικό προσωπικό. Ωστόσο, ο αριθμός των δημιουργηθέντων ΤΟΜΥ δεν ήταν επαρκής για την πλήρη κάλυψη των αναγκών των κατοίκων των αστικών περιοχών. Η επέκταση της υποχρεωτικής εγγραφής σε όλους τους ιατρούς Γενικής Ιατρικής, παθολόγους και παιδίατρος που συνεργάζονται με τον ΕΟΠΥΥ, δημιούργησε μια ασάφεια στον ρόλο των ΤΟΜΥ. Τα ΤΟΜΥ δεν προέβλεπαν παροχή υπηρεσιών 24ωρης κάλυψης, κατ' οίκον φροντίδας και προγραμματισμένων δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, κρίσιμα στοιχεία της οικογενειακής ιατρικής σε άλλες χώρες. Η αναδιάρθρωση μέσω του ΠΕΔΥ και η μετονομασία των μονάδων του σε κέντρα υγείας αύξησε τη σύγχυση και πολυπλοκότητα του υγειονομικού

συστήματος, αντί να προσφέρει μια απλούστερη και πιο ολοκληρωμένη λύση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Καρλατήρα, 2019; Φιλαλήθης, 2021).

Η χρόνια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα αφορά την παροχή φροντίδας σε άτομα με χρόνιες ασθένειες, όπως διαβήτης, υπέρταση, καρδιακές παθήσεις και άλλες μακροχρόνιες καταστάσεις. Αυτό περιλαμβάνει τόσο την πρόληψη και την ενημέρωση, όσο και την διαχείριση και την παρακολούθηση των συμπτωμάτων και της προόδου της νόσου. Η χρόνια φροντίδα προσπαθεί να διασφαλίσει τη συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα, μειώνοντας την ανάγκη για άλλες, πιο δαπανηρές ή εντατικές μορφές φροντίδας (Πιερράκος, 2013).

Το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα αντιμετωπίζει πολλαπλά οργανωτικά προβλήματα που επηρεάζουν αρνητικά την αποτελεσματικότητά του. Ένα από τα βασικότερα ζητήματα είναι ο πολυκερματισμός των αρμοδιοτήτων και η έλλειψη κεντρικού συντονισμού στην ανάπτυξη, παραγωγή και παροχή υπηρεσιών, γεγονός που οδηγεί σε ασυντόνιστη παροχή υπηρεσιών και μειωμένη αποδοτικότητα του συστήματος (Athanasiadis, Kostopoulou and Philalithis, 2015). Επιπρόσθετα, η ανυπαρξία μηχανισμού ελέγχου στη συνταγογράφηση και οι μη ελεγχόμενες παραπομπές σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για εξετάσεις υψηλού κόστους αποτελούν σοβαρά προβλήματα, τα οποία οδηγούν σε υπερβολική συνταγογράφηση και σπατάλη πόρων, υπονομεύοντας την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας (Oikonomou and Tountas, 2011).

Η έλλειψη προδιαγραφών εποπτείας και ελέγχου της λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα, που παρέχει υπηρεσίες ΠΦΥ, δημιουργεί επίσης ποικιλότητα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην λαμβάνουν πάντα την απαραίτητη φροντίδα (Ζηλίδης, 2005). Παράλληλα, οι χαμηλές αμοιβές του ιατρικού προσωπικού συμβάλλουν στη χαμηλή παραγωγικότητα και περιορίζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε βασικές ιατρικές πράξεις, όπως η συνταγογράφηση. Η μη σύνδεση της αποζημίωσης των ιατρών με την απόδοσή τους μειώνει τα κίνητρα για την παροχή ποιοτικής φροντίδας (Mossialos, Allin and Davaki, 2005). Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα είναι η περιορισμένη διαθεσιμότητα του συστήματος τις απογευματινές και βραδινές ώρες, καθώς και τα σαββατοκύριακα και τις αργίες, γεγονός που αναγκάζει τους ασθενείς να καταφεύγουν στα εξωτερικά ιατρεία των εφημερευόντων νοσοκομείων και σε ιδιώτες ιατρούς. Αυτή η έλλειψη διαθεσιμότητας



υπονομεύει την αξιοπιστία του συστήματος δημόσιας υγείας και αυξάνει την πίεση στα νοσοκομεία (Groenewegen and Jurgutis, 2013).

Ο μεγάλος αριθμός ιατρών που είναι συμβασιούχοι με τον ασφαλιστικό φορέα και αμείβονται κατά πράξη δημιουργεί ιατρικό πληθωρισμό, προκαλώντας προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας και υπερσυνταγογράφηση, επιβαρύνοντας περαιτέρω το σύστημα (Economou *et al.*, 2017). Επιπρόσθετα, η γεωγραφική ποσοτική και ποιοτική ανισοκατανομή των υπηρεσιών υγείας είναι ένα ακόμη πρόβλημα, με τους κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών να μην έχουν πρόσβαση σε επαρκείς υγειονομικές υπηρεσίες, επιδεινώνοντας τις ανισότητες στην υγεία και τη φροντίδα (Surmachevska, 2012). Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας είναι επίσης περιορισμένη, ενώ η έλλειψη διασύνδεσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, λόγω απουσίας μηχανισμού παραπομπών και συστήματος προσανατολισμού των πολιτών, επιδεινώνει το πρόβλημα (Souliotis and Lionis, 2004; Economou *et al.*, 2014).

Επιπλέον, η καθυστέρηση στην ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών, όπως ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, περιορίζει τις δυνατότητες βελτίωσης της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Κουναλάκης και συν, 2007). Αν και έχουν γίνει προσπάθειες βελτίωσης, το πρόγραμμα επίσκεψης στο σπίτι έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί, ενώ το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» δεν διασυνδέεται αποτελεσματικά με το τοπικό δίκτυο της ΠΦΥ, σημαίνοντας ότι πολλοί ασθενείς, ιδιαίτερα ηλικιωμένοι και άτομα με αναπηρίες, δεν λαμβάνουν την αναγκαία φροντίδα (Ελληνας, 2010). Τέλος, οι σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή περιορίζουν περαιτέρω τη λειτουργία του συστήματος ΠΦΥ. Η χαμηλή ανταπόκριση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οδηγεί σε υποβαθμισμένη ποιότητα υπηρεσιών και αναποτελεσματική χρήση των πόρων.

Παρόλο που η Ελλάδα έχει κάνει σημαντικά βήματα προόδου στον τομέα της ΠΦΥ και της χρόνιας φροντίδας, υπάρχουν ακόμα προκλήσεις που αντιμετωπίζονται, όπως η ανάγκη για περαιτέρω ενσωμάτωση των υπηρεσιών, η βελτίωση της πρόσβασης και η αύξηση των πόρων. Επιπρόσθετα, η διασφάλιση της ομοιόμορφης ποιότητας της φροντίδας σε όλη τη χώρα και η ενσωμάτωση τεχνολογικών καινοτομιών στην παροχή υπηρεσιών θεωρούνται σημαντικές προοπτικές για την βελτίωση του

συστήματος. Η συνεχής ανάπτυξη και ενδυνάμωση της ΠΦΥ και της χρόνιας φροντίδας υγείας αποτελεί έναν κρίσιμο παράγοντα για την ενίσχυση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, συμβάλλοντας στην παροχή υψηλότερης ποιότητας φροντίδας και στην προώθηση της δημόσιας υγείας (Groenewegen and Jurgutis, 2013).

## 2.2 Πολιτικές και διαδικασίες διαπίστευσης

### 2.2.1 Περιγραφή των πολιτικών και διαδικασιών διαπίστευσης

Η έρευνα σχετικά με τη διαπίστευση αποκαλύπτει ότι αυτή συνιστά μια ισχυρή μέθοδο επαγγελματικού ελέγχου, η οποία είναι σε θέση να επηρεάσει θετικά τόσο τις οργανωτικές αξίες όσο και την πολιτισμική δομή μιας οργάνωσης (Pomey *et al.*, 2004). Σε αυτό το πλαίσιο, ο έλεγχος εντός μιας οργάνωσης εκλαμβάνεται ως συντονισμένη διαδικασία που αφορά τις ατομικές ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις. Οι διαδικασίες ελέγχου επιδιώκουν να περιορίσουν τη συμπεριφορά σε ένα καθορισμένο πλαίσιο και να τη διατηρήσουν εντός των λογικών ορίων του οργανωσιακού σχεδίου. Κατ' αυτόν τον τρόπο, στοχεύουν στη διασφάλιση της ευθυγράμμισης με τις οργανωσιακές απαιτήσεις και στην ένταξη των διάφορων οργανωσιακών λειτουργιών. Η προσπάθεια ελέγχου έχει ως στόχο να εξασφαλίσει ότι οι δραστηριότητες συνάδουν με τις απαιτήσεις της οργάνωσης, επιτυγχάνοντας έτσι τους καθορισμένους στόχους (Paccioni, Sicotte and Champagne, 2008).

Πέραν των θεσμοθετημένων κανονισμών, ο έλεγχος μπορεί να θεωρηθεί ως μέρος της οργανωσιακής κουλτούρας, εκδηλούμενος μέσω των αξιών της οργάνωσης. Σύμφωνα με τον Ouchi (1979), το κεντρικό ζήτημα του ελέγχου είναι η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ ατόμων ή ομάδων με διαφορετικούς στόχους (Ouchi, 1979). Ο Ouchi αναφέρει δύο τρόπους που χρησιμοποιούν οι οργάνωσεις για να διαχειριστούν αυτή την πρόκληση: τον γραφειοκρατικό έλεγχο, ο οποίος αφορά την εφαρμογή κανόνων και διαδικασιών, και τον πολιτισμικό έλεγχο, που εντοπίζεται στην κοινότητα ή στο «κλάν». Ο γραφειοκρατικός έλεγχος συνδυάζει κανόνες, διαδικασίες, τεκμηρίωση και επιτήρηση, ανταμείβοντας τη συμμόρφωση με τους ισχύοντες κανονισμούς μέσω μιας νόμιμης ιεραρχίας. Ωστόσο, σε περιβάλλοντα που απαιτούν ιδιαίτερη ειδικευση, όπως η υγειονομική περίθαλψη, ο γραφειοκρατικός έλεγχος μπορεί να περιορίζεται (Ouchi, 1979). Σε αυτή την περίπτωση, η οργάνωση μπορεί να καταφύγει σε

εσωτερικούς μηχανισμούς ελέγχου, όπως η πολιτισμική ενσωμάτωση των μελών για την εξάλειψη αντικρουόμενων στόχων μεταξύ των ατόμων μέσω της προώθησης κοινών πολιτισμικών αξιών και προσδοκιών. Η διαπίστευση μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως μια μορφή ιδεολογικού ελέγχου, όπως αναφέρει η Czarniawska-Jorges (1988), με την έννοια ότι η φυσική εξέλιξη του οργανωσιακού ελέγχου βασίζεται σε μορφές που είναι περισσότερο ιδεολογικές παρά επιβαλλόμενες (Paccioni, Sicotte and Champagne, 2008).

Με αυτό το πνεύμα έχουν αναπτυχθεί και προσαρμοστεί διάφορα μοντέλα εξωτερικού ελέγχου, προκειμένου να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες που σχετίζονται με τη δημόσια λογοδοσία, την κλινική αποτελεσματικότητα και τη βελτιωμένη ποιότητα και ασφάλεια. Σε αυτό το πλαίσιο, η διαπίστευση έχει εξελιχθεί σημαντικά (Shaw, 2004). Η σύγχρονη αυτή διαδικασία γενικά θεωρείται ότι βασίζεται σε τρεις κατηγορίες: μια προαιρετική διαδικασία για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών σε σχέση με τα αναγνωρισμένα πρότυπα που έχουν εκδοθεί από μια εξωτερική οργάνωση διαπίστευσης, μια αυτοαξιολόγηση που γίνεται από όλους τους επαγγελματίες της οργάνωσης, χρησιμοποιώντας τα προτεινόμενα πρότυπα ως αναφορά και μια επίσκεψη από εξωτερικούς ειδικούς για να συζητήσουν τα αποτελέσματα της αυτοαξιολόγησης και να προσφέρουν τη γνώμη τους σχετικά με την ποιότητα της οργάνωσης (Paccioni, Sicotte and Champagne, 2008).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχουν υιοθετηθεί πολλές πρωτοβουλίες για την αναβάθμιση της ποιότητας των υγειονομικών συστημάτων (WHO, 2003b; Greenfield and Braithwaite, 2008). Ο Shaw (2004) ανέφερε ότι «με βάση αυτήν την προσέγγιση, αναπτύχθηκαν διάφορα μοντέλα εξωτερικού ελέγχου που προσαρμόζονται για να ανταποκριθούν σε αναγκαίες προσδοκίες σχετικά με τη δημόσια λογοδοσία και την ενίσχυση της κλινικής αποδοτικότητας, της ποιότητας και της ασφάλειας. Σε αυτό το πλαίσιο, η διαπίστευση έχει υποστεί σημαντικές εξελίξεις» (Shaw, 2004).

Η διαπίστευση καθορίζεται ως «η αναγνώριση της επίτευξης ορισμένων και υψηλών προτύπων στην υγειονομική φροντίδα, που πραγματοποιείται μέσω εξωτερικής αξιολόγησης από συναδέλφους» (TABRIZI, GHARIBI and Pirahary, 2013). Κατά τη διαδικασία αυτή, εφαρμόζονται ευρείες μετρήσεις ποιότητας σε συνδυασμό με διάφορες πρωτοβουλίες βελτίωσης, όπως αξιολογήσεις, ανατροφοδοτήσεις και επισκέψεις με εκπαιδευτικό περιεχόμενο (Szecsenyi *et al.*, 2011). Η έννοια της

ποιότητας στην υγειονομική φροντίδα είναι πολυδιάστατη και απαιτεί την υιοθέτηση μοναδικών, αντικειμενικών και βέλτιστων προτύπων για την μέτρηση και τη βελτίωσή της (Greenhalgh and Heath, 2010). Σύμφωνα με άλλες απόψεις, η διαπίστευση αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των νοσοκομειακών και πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών (Pomey *et al.*, 2004; Szecsenyi *et al.*, 2011). Οι πολιτικές και διαδικασίες αναφέρονται στα κριτήρια που ακολουθούνται για την αξιολόγηση και την επίσημη αναγνώριση της ποιότητας υγειονομικών μονάδων και παρόχων υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι διαδικασίες αποσκοπούν στην εξασφάλιση ότι οι οργανισμοί υγείας συμμορφώνονται με τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας (Ghareeb, Said and El Zoghbi, 2018).

Οι πολιτικές διαπίστευσης περιλαμβάνουν ένα σύνολο κανονισμών και οδηγιών που ορίζουν τα πρότυπα και τις απαιτήσεις για τις υγειονομικές μονάδες. Αυτές μπορεί να καλύπτουν πτυχές όπως η κλινική ποιότητα, η ασφάλεια των ασθενών, η διαχείριση των υγειονομικών πόρων, η επαγγελματική ανάπτυξη του προσωπικού και η ικανοποίηση των ασθενών.

Οι διαδικασίες διαπίστευσης ακολουθούν συνήθως μερικά βασικά βήματα (World Health Organization, 2023):

- Αίτηση: Οι οργανισμοί υγείας υποβάλλουν αίτηση για διαπίστευση σε μια αναγνωρισμένη αρχή διαπίστευσης.
- Αυτοαξιολόγηση: Οι οργανισμοί διενεργούν μια εσωτερική αξιολόγηση για να εκτιμήσουν τη συμμόρφωσή τους με τα ισχύοντα πρότυπα.
- Επιτόπιος Έλεγχος: Εξωτερικοί ελεγκτές διενεργούν επισκέψεις για να αξιολογήσουν τις εγκαταστάσεις, τις διαδικασίες και τις πρακτικές της μονάδας.
- Αξιολόγηση και Ανατροφοδότηση: Οι ελεγκτές παρέχουν ανατροφοδότηση και συστάσεις βάσει των παρατηρήσεών τους.
- Πιστοποίηση: Εφόσον ο οργανισμός πληροί τα πρότυπα, του απονέμεται η πιστοποίηση.
- Επανεξέταση και Ανανέωση: Η διαπίστευση απαιτεί τακτική επανεξέταση και ανανέωση για να διασφαλιστεί η συνεχής συμμόρφωση με τα πρότυπα.

### 2.2.2 Η σημασία της διαπίστευσης στο σύστημα υγείας

Η διαπίστευση στο σύστημα υγείας αποτελεί ένα διαδικαστικό μηχανισμό αξιολόγησης και αναγνώρισης της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί μια θεμελιώδη στρατηγική για τη βελτίωση του υγειονομικού συστήματος παροχής φροντίδας και την αναβάθμιση της ποιότητας της φροντίδας, με σημαντικά οφέλη τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους παρόχους υπηρεσιών.

Εδώ και δεκαετίες, η εφαρμογή των προτύπων διαπίστευσης έχει διαδραματίσει βασικό ρόλο στην προώθηση της ασφάλειας στον τομέα της υγειονομικής φροντίδας σε παγκόσμιο επίπεδο (Pomey *et al.*, 2010). Σήμερα, περισσότερες από 70 χώρες υιοθετούν συστήματα διαπίστευσης στον υγειονομικό τομέα (Greenfield *et al.*, 2009), με πολλές από αυτές να εργάζονται ενεργά για τη δημιουργία και την εξέλιξη των αντίστοιχων προγραμμάτων (Pomey *et al.*, 2005), δίνοντας έμφαση και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (WHO, 2003b).

Ένας βασικός στόχος είναι η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ υψηλού επιπέδου που ανταποκρίνεται ολοκληρωμένα στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Η διαπίστευση θεωρείται ένα κρίσιμο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση (El-Jardali *et al.*, 2014). Για τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας φροντίδας, η συγκεκριμένη διαδικασία συνεπάγεται μια σειρά από διαγνωστικές αξιολογήσεις και ομαδικές διαδικασίες αυτοανασκόπησης για την αναθεώρηση των λειτουργικών κανόνων και διαδικασιών (Paccioni, Sicotte and Champagne, 2008). Η ποιοτική ΠΦΥ συμβάλλει στην αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του υγειονομικού συστήματος, συντελώντας στη μείωση των νοσηλευτικών περιστατικών και των ανισοτήτων στην υγεία. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας της ΠΦΥ δεν έχουν ακόμη επιτύχει τον επιθυμητό βαθμό εφαρμογής, παρά την καθιέρωση της διαπίστευσης για την προαγωγή της ποιότητας στην ΠΦΥ (Pomey *et al.*, 2010).

Ως εκ τούτου, μέσω της διαδικασίας αυτής, οι οργανισμοί υγείας αξιολογούνται και πιστοποιούνται σύμφωνα με αυστηρά πρότυπα, εξασφαλίζοντας τη συμμόρφωσή τους με τις υψηλότερες απαιτήσεις στην παροχή φροντίδας (Starfield, Shi and Macinko, 2005). Ένα από τα βασικά οφέλη της διαπίστευσης είναι η μείωση των ιατρικών λαθών. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της εφαρμογής στρατηγικών και διαδικασιών που στοχεύουν στην αναγνώριση και την πρόληψη των κινδύνων, την τακτική εκπαίδευση του προσωπικού, την εφαρμογή σταθερών πρακτικών, και τη δημιουργία μιας κουλτούρας ασφαλείας εντός των υγειονομικών μονάδων (Macinko, Starfield and Shi, 2003).

Επιπλέον, η διαπίστευση ενισχύει την ασφάλεια των ασθενών, μέσω της εφαρμογής αυστηρών προτύπων που εγγυώνται την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει τη διασφάλιση ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι καλά εκπαιδευμένο και ικανό να διαχειριστεί διάφορες κλινικές καταστάσεις, καθώς και την εγγύηση της συνεχούς επιθεώρησης και συντήρησης των ιατρικών εγκαταστάσεων και εξοπλισμού. Τέλος, η διαπίστευση βελτιώνει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, διασφαλίζοντας ότι οι οργανισμοί υγείας ακολουθούν τις καλύτερες διαθέσιμες πρακτικές και παρέχουν την υψηλότερη δυνατή ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς, γεγονός που οδηγεί σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, μειωμένο χρόνο νοσηλείας, και βελτιωμένη ικανοποίηση των ασθενών, ενισχύοντας την εμπιστοσύνη του κοινού στο υγειονομικό σύστημα.

Η διαδικασία διαπίστευσης στον τομέα της υγείας είναι σχεδιασμένη όχι μόνο για να αξιολογεί και να εγκρίνει τις υγειονομικές μονάδες βάσει συγκεκριμένων προτύπων, αλλά και για να προωθεί μια κουλτούρα διαρκούς βελτίωσης και επαγγελματικής αριστείας. Μέσω της τακτικής αξιολόγησης και επανεξέτασης των πρακτικών και διαδικασιών των οργανισμών υγείας, η διαπίστευση δημιουργεί ένα περιβάλλον όπου η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας είναι ένας συνεχής και δυναμικός στόχος (Kates *et al.*, 2012).

Η διαδικασία αυτή ενισχύει την καινοτομία στον τομέα της υγείας, καθώς οι οργανισμοί ενθαρρύνονται να υιοθετούν νέες πρακτικές και τεχνολογίες που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα και την αποδοτικότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Επίσης, η διαδικασία διαπίστευσης υπογραμμίζει τη σημασία της εκπαίδευσης και της συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης για το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό,

εξασφαλίζοντας ότι διατηρούν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους ενημερωμένες και σύμφωνες με τις πιο πρόσφατες κλινικές πρακτικές και ερευνητικές εξελίξεις.

Όσον αφορά τον ορισμό της αριστείας, αυτός σχετίζεται με την επίτευξη υψηλών προτύπων και την εξαιρετική απόδοση σε έναν δεδομένο τομέα ή πεδίο. Στον τομέα της υγείας, η αριστεία αντικατοπτρίζεται στην παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας που ανταποκρίνεται ή υπερβαίνει τα διεθνή πρότυπα, και συνδυάζεται με την συνεχή βελτίωση, την καινοτομία και την επαγγελματική ανάπτυξη των εργαζομένων στην υγεία. Εν κατακλείδι, η διαπίστευση αντιπροσωπεύει έναν βασικό μηχανισμό για την προώθηση της διαρκούς βελτίωσης και της επαγγελματικής αριστείας στον τομέα της υγείας, διασφαλίζοντας ότι οι οργανισμοί υγείας παρέχουν την υψηλότερη δυνατή ποιότητα φροντίδας και συνεχώς αναζητούν τρόπους για περαιτέρω βελτιώσεις και καινοτομίες.

Επιπρόσθετα, η διαπίστευση στον τομέα της υγείας είναι ένας ζωτικός μηχανισμός που ενισχύει την εμπιστοσύνη και τη διαφάνεια μεταξύ των ασθενών και του κοινού προς το υγειονομικό σύστημα. Μέσω αυτής, οι οργανισμοί υγείας υποβάλλονται σε αυστηρές διαδικασίες αξιολόγησης που εξασφαλίζουν τη συμμόρφωσή τους με καθιερωμένα και διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας (El-Jardali *et al.*, 2013). Αυτή η διαδικασία παρέχει στους ασθενείς έναν έμμεσο δείκτη της ποιότητας της φροντίδας που προσφέρεται από τα διάφορα νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα. Η γνώση ότι ένας οργανισμός υγείας έχει διαπιστευθεί σημαίνει ότι έχει υποβληθεί σε λεπτομερή αξιολόγηση και έχει αποδείξει ότι πληροί ή υπερβαίνει τα καθορισμένα πρότυπα. Η αξιολόγηση αυτή εγγυάται στους ασθενείς ότι τα αναγνωρισμένα νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα παρέχουν υψηλού επιπέδου φροντίδα, καθιστώντας τους άξιους εμπιστοσύνης στις υπηρεσίες που λαμβάνουν.

Επιπλέον, η διαπίστευση ενθαρρύνει τη διαφάνεια στον τομέα της υγείας. Οι οργανισμοί υγείας που έχουν διαπιστευθεί είναι πιο πιθανό να ακολουθούν διαφανείς διαδικασίες και πρακτικές, παρέχοντας στους ασθενείς σαφήνεια και κατανόηση σχετικά με τη φροντίδα που παρέχεται. Αυτό με τη σειρά του βοηθά στην καλλιέργεια ενός περιβάλλοντος εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας, καθιστώντας τους ασθενείς πιο ενεργούς συμμετέχοντες στην φροντίδα τους (Tabrizi, Gharibi and Wilson, 2011).

Πρόσθετα, η διαπίστευση στον τομέα της υγείας λειτουργεί ως ένας θεμελιώδης μηχανισμός για να εξασφαλίσει ότι οι υγειονομικές μονάδες παραμένουν

συμμορφωμένες με τις εθνικές και διεθνείς κανονιστικές απαιτήσεις. Αυτή η διαδικασία προσφέρει ένα σταθερό πλαίσιο, μέσα στο οποίο οι υγειονομικές μονάδες μπορούν να αναγνωρίζουν και να εφαρμόζουν τις καλύτερες πρακτικές, να διασφαλίζουν την ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας και να εξασφαλίζουν τη συνεχή αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών (El-Jardali *et al.*, 2013). Η συμμόρφωση με κανονιστικές απαιτήσεις και πρότυπα δεν αποτελεί μόνο ένα ζήτημα νομικής ευθύνης, αλλά και μια κρίσιμη πτυχή της παροχής ασφαλούς και αξιόπιστης φροντίδας. Η διαπίστευση εξασφαλίζει ότι οι οργανισμοί υγείας ενημερώνονται και προσαρμόζονται στις συνεχώς μεταβαλλόμενες κανονιστικές απαιτήσεις, είτε αυτές αφορούν την κλινική πρακτική, τη διαχείριση δεδομένων ασθενών, την υγιεινή και την ασφάλεια ή άλλες σημαντικές πτυχές της φροντίδας (Szecsenyi *et al.*, 2011).

Οι υγειονομικές μονάδες αναγκάζονται να ακολουθούν έναν διαρκή κύκλο αξιολόγησης, αναθεώρησης και βελτίωσης. Αυτό δεν αφορά μόνο στην εξέταση και την ενημέρωση των κλινικών πρακτικών, αλλά και στην εξέταση των διοικητικών και λειτουργικών διαδικασιών. Επίσης, προωθεί την εκπαίδευση και την ανάπτυξη του προσωπικού, εξασφαλίζοντας ότι οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να παρέχουν φροντίδα υψηλού επιπέδου (Greenfield, Pawsey and Braithwaite, 2011b).

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, η διαπίστευση στον τομέα της υγείας είναι ένας θεμελιώδης μηχανισμός που όχι μόνο ενισχύει την ποιότητα της φροντίδας, αλλά επιφέρει επίσης σημαντικές βελτιώσεις στη διοικητική αποδοτικότητα των υγειονομικών μονάδων. Μέσω της διαδικασίας αυτής, οι μονάδες αναγκάζονται να επανεξετάσουν και να βελτιστοποιήσουν τις διαδικασίες τους, τη διαχείριση των πόρων τους και την εσωτερική τους οργάνωση, κάτι που οδηγεί σε αυξημένη αποδοτικότητα και συχνά στη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας (Tabrizi, Gharibi and Wilson, 2011).

Η βελτιστοποίηση των διαδικασιών περιλαμβάνει την αναδιάρθρωση και την αυτοματοποίηση των διαδικασιών όπου είναι δυνατόν, προκειμένου να μειωθούν οι χρόνοι αναμονής, να βελτιωθεί η ροή των ασθενών και να μειωθούν οι ανεπιθύμητες καθυστερήσεις, που μπορεί να περιλαμβάνει την εφαρμογή νέων τεχνολογικών λύσεων, όπως ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία ή συστήματα διαχείρισης πόρων, που



μπορούν να βελτιώσουν τη διαχείριση των πληροφοριών και τη συνολική απόδοση (Greenfield, Pawsey and Braithwaite, 2011b).

Επίσης, η διαπίστευση βοηθά στην αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων. Αυτό σημαίνει ότι οι υγειονομικές μονάδες γίνονται πιο συνειδητοποιημένες στη χρήση των πόρων τους, μειώνοντας τη σπατάλη και αυξάνοντας την αποδοτικότητα. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη βελτίωση των διαδικασιών αγορών, της χρήσης του προσωπικού και των φυσικών πόρων. Τέλος, η βελτίωση της εσωτερικής οργάνωσης περιλαμβάνει τη δημιουργία καλύτερων καναλιών επικοινωνίας εντός της μονάδας, την ανάπτυξη σαφών διαδικασιών και πρωτοκόλλων και τη βελτίωση της συνεργασίας και της συντονισμένης φροντίδας μεταξύ των διαφόρων τμημάτων και των επαγγελματιών υγείας.

### 2.3 Πρότυπα διαπίστευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τα πρότυπα διαπίστευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελούν κρίσιμα στοιχεία για τη διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας. Αυτά τα πρότυπα ορίζουν τις βασικές απαιτήσεις και τις καλές πρακτικές για τις υγειονομικές μονάδες που προσφέρουν πρωτοβάθμια φροντίδα, και περιλαμβάνουν συνήθως τα εξής:

- **Ολοκληρωμένη Παροχή Υπηρεσιών:** Αυτό το πρότυπο αφορά την ικανότητα μιας υγειονομικής μονάδας να παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας, που καλύπτει τόσο την πρόληψη όσο και τη θεραπεία (Swerissen, 2008). Αξιολογείται η ικανότητα της μονάδας να παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα, από την πρωτογενή πρόληψη και την πρώιμη διάγνωση μέχρι τη χρόνια διαχείριση και την αποκατάσταση.
- **Προσβασιμότητα των Υπηρεσιών:** Περιλαμβάνει την ευκολία με την οποία οι ασθενείς μπορούν να αποκτήσουν πρόσβαση στις υπηρεσίες. Εξετάζει τον χρόνο αναμονής για τα ραντεβού, τη διαθεσιμότητα του προσωπικού, καθώς και τη γεωγραφική προσβασιμότητα των εγκαταστάσεων (Shaheena Mukhi, Barnsley and Deber, 2014).
- **Κλινική Ποιότητα και Ασφάλεια:** Αφορά στην παροχή υψηλού επιπέδου κλινικής φροντίδας με επίκεντρο την ασφάλεια του ασθενούς. Αξιολογείται η υποστήριξη των κλινικών αποφάσεων, η διαχείριση των φαρμάκων, η πρόληψη και η διαχείριση των λοιμώξεων, και η κατάρτιση του προσωπικού σε θέματα ασφάλειας (Binagwaho and Ghebreyesus, 2019).
- **Συμμετοχή των Ασθενών και της Κοινότητας:** Εξετάζει πόσο καλά οι υγειονομικές μονάδες ενσωματώνουν τις απόψεις και τις ανάγκες των ασθενών και της τοπικής κοινότητας στην παροχή της φροντίδας. Η αξιολόγηση μπορεί να περιλαμβάνει την ενθάρρυνση της ενεργού συμμετοχής των ασθενών στις αποφάσεις για τη φροντίδα τους και τη διαμόρφωση των υπηρεσιών για να ανταποκρίνονται στις τοπικές ανάγκες (Aïssaoui *et al.*, 2022).
- **Διαχείριση και Ηγεσία:** Αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα της διοίκησης και της ηγεσίας μιας υγειονομικής μονάδας. Εστιάζει στη διαχείριση των

πόρων, τον στρατηγικό σχεδιασμό, την εσωτερική οργάνωση και την αξιολόγηση της απόδοσης (Aissaoui *et al.*, 2022).

Κάθε ένα από αυτά τα πρότυπα διαπίστευσης στοχεύει στην εξασφάλιση ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι ασφαλείς, αποτελεσματικές, και προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ασθενών και της κοινότητας. Επιπλέον, διασφαλίζουν ότι οι υγειονομικές μονάδες λειτουργούν με τρόπο που προωθεί την συνεχή βελτίωση και την επίτευξη των υψηλότερων δυνατών προτύπων φροντίδας.

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι επίσης ένας σημαντικός και συχνά χρησιμοποιούμενος δείκτης για τη μέτρηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Δείχνει πόσο αποτελεσματικός είναι ένας πάροχος υγειονομικής φροντίδας και ένα ιατρικό ίδρυμα στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών βοηθά στη μέτρηση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας και έτσι βοηθά στον εντοπισμό τρόπων για τη βελτίωσή της. Η ικανοποίηση του ασθενούς προκύπτει από την κατανόηση και την αποδοχή του ή της της κατάστασης υγείας του/της, την ποιότητα της φροντίδας και τον βαθμό στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα έχει ικανοποιήσει τις προσδοκίες του/της (Deriba *et al.*, 2020).

Παρά την ευρεία χρήση αυτής της διαδικασίας ως μέσου βελτίωσης της ποιότητας στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υγειονομικές ρυθμίσεις, η εφαρμογή της στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας παραμένει σχετικά περιορισμένη. Αυτό το φαινόμενο είναι ιδιαίτερα αισθητό στην Ανατολική Μεσογειακή Περιοχή (EMR) (Paccioni, Sicotte and Champagne, 2008). Η ιστορία των προγραμμάτων διαπίστευσης και ο πρωτοποριακός τους ρόλος στον τομέα αποτελούν σημαντικά κριτήρια για την αξιολόγηση τέτοιων προγραμμάτων. Τα πρότυπα για τις υπηρεσίες ΠΦΥ καθιερώθηκαν πρώτα στην Αυστραλία κατά τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Αυτά τα πρότυπα αναπτύχθηκαν στις ΗΠΑ, τη Νέα Ζηλανδία, την Ινδονησία και την Ευρώπη. Ένα επιπλέον κριτήριο για την αξιολόγηση αυτών των προγραμμάτων είναι ο βαθμός στον οποίο συμβάλλουν στην ανάπτυξη νέων μοντέλων διαπίστευσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Τα μοντέλα που αναπτύχθηκαν στις ΗΠΑ, την Αυστραλία και τον Καναδά θεωρούνται ως τα πιο επιδραστικά προγράμματα στην

ανάπτυξη μοντέλων διαπίστευσης ΠΦΥ σε παγκόσμιο επίπεδο (O'Beirne *et al.*, 2013).

Καθώς ο κύριος σκοπός της διαπίστευσης είναι η βελτίωση της ποιότητας της υπηρεσίας ΠΦΥ, η αποτελεσματικότητα του μοντέλου διαπίστευσης στη βελτίωση της ποιότητας μπορεί να αποτελέσει άλλο ένα κριτήριο για την αξιολόγηση των μοντέλων. Η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι ΗΠΑ έχουν μακρά παράδοση στη διαχείριση της ποιότητας της ΠΦΥ. Σε αυτά τα καλά ανεπτυγμένα μοντέλα διαπίστευσης με επίκεντρο την ποιότητα, έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στην πελατοκεντρική φροντίδα. Ο Καναδάς (Accreditation Canada), οι ΗΠΑ (Joint Commission ή JC) και η Αυστραλία (Australian Council on Healthcare Standards ή ACHS) έχουν επίσης δεσμευτεί στην εστίαση στη φροντίδα των ασθενών ή στην πελατοκεντρική φροντίδα (Schoen *et al.*, 2006).

Αρχικά, τα συστήματα διαπίστευσης σχεδιάστηκαν για να καθορίσουν πρότυπα και να ενισχύσουν την ποιότητα της φροντίδας σε οξείες υγειονομικές ρυθμίσεις. Ωστόσο, με τη διεύρυνση και την αυξημένη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, οργανισμοί διαπίστευσης άρχισαν να αναπτύσσουν και να εφαρμόζουν πρότυπα ειδικά προσαρμοσμένα για τις πρωτοβάθμιες υγειονομικές μονάδες. Για παράδειγμα, στον Καναδά, αναπτύχθηκαν εξειδικευμένα πρότυπα διαπίστευσης για την πρωτοβάθμια φροντίδα (Buetow and Wellingham, 2003; Aggarwal and Hutchison, 2012).

Ενδεικτικά, μία μελέτη σχετικά με την αποτελεσματικότητα της βελτίωσης ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα επισήμανε πρόοδο στη διαχείριση και την εφαρμογή οργανωτικών προτύπων στις εν λόγω πρακτικές (Szecsenyi *et al.*, 2011). Μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Braun και συνεργάτες αποκάλυψε ότι τα διαπιστευμένα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας επέδειξαν μεγαλύτερη δέσμευση προς τη διαχείριση κινδύνων, την ασφάλεια του περιβάλλοντος και τις διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας (Braun *et al.*, 2008). Παράλληλα, μια επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας υπογραμμίζει ότι η διαπίστευση των οργανισμών πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει φέρει βελτιώσεις σε τομείς όπως η ομαδική εργασία, η πρόσβαση στη φροντίδα, η ασφάλεια των ασθενών, οι διαδικασίες φροντίδας και η γενική ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Aggarwal and Hutchison, 2012).

Στις χώρες με ανεπτυγμένη οικονομία, πολλαπλά στοιχεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν καταδειχθεί ως ευεργετικά για τη μείωση του κόστους υγειονομικής φροντίδας, την ενδεδειγμένη παροχή φροντίδας, καθώς και για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων σε σημαντικούς δείκτες υγείας (Becker, 1996; Bindman *et al.*, 1996; Forrest and Starfield, 1998; Smith, 2001; Starfield *et al.*, 2005; Starfield, Shi and Macinko, 2005). Επιπρόσθετα, έρευνες υποδεικνύουν ότι χώρες με καλά ανεπτυγμένη πρωτοβάθμια φροντίδα εμφανίζουν βελτιωμένα και πιο δίκαια αποτελέσματα υγείας σε σύγκριση με όσες χώρες επικεντρώνονται στην ειδικευμένη φροντίδα (Starfield and Shi, 2002; Macinko, Starfield and Shi, 2003). Ωστόσο, συνεχίζεται η ευρεία συζήτηση για την αποτελεσματικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην ενίσχυση της υγείας του πληθυσμού στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα (Barritt *et al.*, 2000; Lewis, Eskeland and Traa-Valerezo, 2004).

Το προσωπικό της Joint Commission, έχοντας εντοπίσει τα δίκτυα που αφορούσαν στις διαδικασίες αξιολόγησης, προσπάθησε να επανεξετάσει το υγειονομικό σύστημα όπου μπορούν να αναπτυχθούν πρότυπα για ένα ολόκληρο σχέδιο υγείας ή δίκτυο, αντί για τα απαρτίζοντα μέρη του, το οποίο μπορεί να περιγραφεί ως μετατόπιση από τη διαδικασία αξιολόγησης του μεθοδολογικού ατομισμού προς τον μεθοδολογικό ολισμό. Επομένως, το αμερικανικό υγειονομικό σύστημα έχει καταστεί μια ενωμένη οργάνωση. Η Accreditation Canada κινείται επίσης προς μια διαπίστευση βασισμένη στις υπηρεσίες σε ολόκληρη την περιοχή (Scrivens, 1998).

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), γνωστή επίσης ως Joint Commission, αποτελεί μια ανεξάρτητη, μη κερδοσκοπική οργάνωση η οποία ιδρύθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες με στόχο την προαγωγή της ασφάλειας και της ποιότητας της φροντίδας υγείας μέσω της παροχής διαπίστευσης και πιστοποίησης σε οργανισμούς υγείας. Η διαπίστευση της Joint Commission θεωρείται ένας σημαντικός δείκτης ποιότητας και αξιοπιστίας στον τομέα της υγείας. Η διαπίστευση από την Joint Commission έχει ως στόχο να ενισχύσει την οργανωσιακή απόδοση μέσω μιας λεπτομερούς αξιολόγησης των πολιτικών, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων των οργανισμών υγείας. Επιπρόσθετα, η διαδικασία περιλαμβάνει την εξέταση της συμμόρφωσης με τα πρότυπα που ορίζει η ίδια η οργάνωση σε θέματα όπως η ασφάλεια των ασθενών, η ασφάλεια των υποδομών, η ποιότητα της περίθαλψης και η διαχείριση των κινδύνων. Στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), η διαπίστευση από την Joint Commission

μπορεί να θεωρηθεί ως μέτρο διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται. Η διαδικασία είναι αυστηρή και πολυεπίπεδη, εξετάζοντας πολλαπλές πτυχές της λειτουργίας των υγειονομικών μονάδων, από την κλινική φροντίδα και τη διοίκηση έως το περιβάλλον φροντίδας και την εκπαίδευση του προσωπικού. Στο πλαίσιο της ΠΦΥ, η διαπίστευση ενισχύει τον σχεδιασμό και την εφαρμογή ολοκληρωμένων συστημάτων διαχείρισης περιστατικών, την τυποποίηση των κλινικών πρωτοκόλλων και την συνεχή βελτίωση των διαδικασιών. Με αυτόν τον τρόπο, η ΠΦΥ όχι μόνο ανταποκρίνεται σε αυστηρά πρότυπα ποιότητας αλλά και συμβάλλει στην αύξηση της εμπιστοσύνης των ασθενών στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Τέλος, η διαπίστευση από τη Joint Commission συνδέεται με την ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας, βασικές αξίες που υποστηρίζουν την εξέλιξη και τη βιωσιμότητα των συστημάτων ΠΦΥ (Hussein *et al.*, 2021; Tabrizi *et al.*, 2023).

Η International Society for Quality in Health Care (ISQua) είναι το κύριο διεθνές όργανο διαπίστευσης, το οποίο είναι υπεύθυνο για τα συγκεκριμένα προγράμματα. Η πιστοποίηση σημαίνει ότι ένα πρόγραμμα έχει επιτύχει το υψηλότερο επίπεδο ποιότητας στον τομέα της διαπίστευσης. Η διαδικασία διεξάγεται σε τρεις ξεχωριστές διαστάσεις, περιλαμβάνοντας: την οργάνωση, τα πρότυπα και τα προγράμματα εκπαίδευσης επιθεωρητών (ISQua, 2018).

Ο τελικός σκοπός στο πρόγραμμα είναι να βελτιώσει την κλινική και οργανωσιακή απόδοση. Ωστόσο, σε κάποιες μελέτες, η αξιολόγηση της απόδοσης της ΠΦΥ κατά την εφαρμογή του προγράμματος μπορεί να κρίνεται ως ανεπαρκής. Τα προγράμματα διαπίστευσης ΠΦΥ της Αυστραλίας, της Δανίας και της Πολωνίας έδειξαν βελτιώσεις στην ποιότητα, την ασφάλεια, την κλινική πρακτική, την ικανοποίηση των ασθενών, την προσβασιμότητα και τα αποτελέσματα υγείας (Greenfield *et al.*, 2016; Kurpas, Szwamel and Mroczek, 2016; Andersen *et al.*, 2017; Debono *et al.*, 2017).

Στην εποχή μας, οι οργανισμοί που προσφέρουν υγειονομική φροντίδα αναζητούν πρωτοποριακές λύσεις για την ανανέωση και εκσυγχρονισμό των πολύπλοκων συστημάτων τους, με στόχο την προσφορά υγειονομικής φροντίδας με αποτελεσματικότητα, απόδοση και βιωσιμότητα (Agrawal and Conway, 2014; Bergevin *et al.*, 2016; Glanzman, 2017). Στο πλαίσιο αυτό, υπάρχει ανάγκη για εξισορρόπηση μεταξύ του αυξανόμενου κόστους ιατρικής φροντίδας και των δημοσίων απαιτήσεων για παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Το 2008, το

Ινστιτούτο για τη Βελτίωση της Υγειονομικής Περιθαλψης (IHI) πρότεινε το πλαίσιο Triple Aim, με τον θεμελιώδη στόχο της «βελτίωσης της εμπειρίας φροντίδας, της υγείας του πληθυσμού και της μείωσης του κατά κεφαλήν κόστους υγείας» (Berwick, Nolan and Whittington, 2008). Το στρατηγικό όραμα του πλαισίου ήταν η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου πλαισίου για να καθοδηγήσει τις πρωτοβουλίες για συστηματική βελτίωση που συνδέονται με υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας. Οι Berwick et al. υπογράμμισαν την ανάγκη για μια στρατηγική μετασχηματισμού, η οποία θα εστιάζεται ταυτόχρονα στις τρεις αυτές διαστάσεις σε επίπεδο υγειονομικού συστήματος, για την επίτευξη των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων (Berwick, Nolan and Whittington, 2008). Έχουν τονίσει επίσης ότι οι βελτιώσεις σε μια διάσταση δεν πρέπει να επιτυγχάνονται σε βάρος άλλων διαστάσεων και υποστήριξαν ότι μια ισορροπημένη και ταυτόχρονη προσπάθεια σε όλες τις διαστάσεις του Triple Aim θα εξασφαλίζει την ισότητα και θα εγγυάται την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας (Obucina *et al.*, 2018).

Το Institute for Healthcare Improvement (IHI) Triple Aim είναι ένα πλαίσιο που περιγράφει μια προσέγγιση για τη βελτιστοποίηση της απόδοσης του υγειονομικού συστήματος (Berwick, Nolan and Whittington, 2008). Το Triple Aim εστιάζει σε (1) τη βελτίωση της υγείας των πληθυσμών· (2) τη βελτίωση της εμπειρίας του ασθενούς (περιλαμβανομένης της ποιότητας, της προσανατολισμένης στον ασθενή φροντίδας, της ασφάλειας και της έγκαιρης παροχής φροντίδας) και (3) τη μείωση του κόστους φροντίδας ανά κεφαλή (Institute for Healthcare Improvement, 2023). Ο στόχος του Triple Aim είναι να επιτύχει ταυτόχρονη βελτίωση σε κάθε έναν από τα τρία συστατικά του. Αν και αρχικά είχε σχεδιαστεί ως ένα πλαίσιο για τη βελτίωση του υγειονομικού συστήματος, το Triple Aim μπορεί να προσαρμοστεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα τόσο σε επίπεδο τομέα όσο και σε επίπεδο πρακτικής/οργάνωσης (Kates *et al.*, 2012).



*Εικόνα 5. Στοιχεία πλαισίου Triple Aim και σχετικές διαστάσεις (Ryan et al., 2016), ιδία επεξεργασία*



## 2.4 Πρότυπα Διαπίστευσης στη Χρόνια Φροντίδα Υγείας

Τα πρότυπα διαπίστευσης στη χρόνια φροντίδα υγείας αφορούν τη διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών που προσφέρονται σε άτομα με μακροχρόνιες ή χρόνιες ανάγκες υγείας. Αυτά τα πρότυπα στοχεύουν στην εξασφάλιση ότι οι φορείς παροχής χρόνιας φροντίδας προσφέρουν συνεπή και ποιοτική φροντίδα που ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των ασθενών. Μερικά από τα βασικά πρότυπα περιλαμβάνουν:

- **Εξατομικευμένη Φροντίδα:** Το πρότυπο αυτό απαιτεί από τις μονάδες χρόνιας φροντίδας να σχεδιάζουν τη φροντίδα με βάση τις ατομικές ανάγκες και προτιμήσεις κάθε ασθενούς. Προωθεί την ανάπτυξη εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας που λαμβάνουν υπόψη την ιατρική κατάσταση, τις προσωπικές επιλογές και τους στόχους του ασθενούς (Binagwaho and Ghebreyesus, 2019).
- **Ασφάλεια Ασθενών και Πρόληψη Λοιμώξεων:** Αυτό το πρότυπο εστιάζει στη διασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τους ασθενείς. Περιλαμβάνει την εφαρμογή αυστηρών πρωτοκόλλων για την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων, καθώς και την εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη τραυματισμών και πτώσεων (Gordon, 2021).
- **Διαχείριση Πόνου και Βελτίωση της Ποιότητας Ζωής** Σημαντικός στόχος της χρόνιας φροντίδας είναι η ανακούφιση του πόνου και η ενίσχυση της γενικής άνεσης του ασθενούς. Αυτό περιλαμβάνει την αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου, καθώς και την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (Rundall *et al.*, 2002).
- **Συμμετοχή Οικογένειας και Κοινότητας:** Αυτό το πρότυπο ενθαρρύνει τη συμμετοχή της οικογένειας και της κοινότητας στη διαδικασία φροντίδας. Η αλληλεπίδραση με τους οικείους του ασθενούς και η ενσωμάτωση της κοινωνικής υποστήριξης είναι κρίσιμα στοιχεία για την παροχή αποτελεσματικής χρόνιας φροντίδας.
- **Συνεχής Αξιολόγηση και Βελτίωση:** Τα κέντρα χρόνιας φροντίδας ενθαρρύνονται να εφαρμόζουν διαδικασίες για την τακτική αξιολόγηση και αναθεώρηση των πρακτικών τους, που μπορεί να συμπεριλαμβάνει την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας και την εφαρμογή βελτιωτικών

δράσεων για την εξασφάλιση της συνεχούς βελτίωσης (Grudniewicz *et al.*, 2023).

Το Μοντέλο Χρόνιας Φροντίδας (CCM), δημιουργημένο από τον Wagner και τους συνεργάτες του στη δεκαετία του '90, αποτελεί μια καινοτόμα προσέγγιση για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας για τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις (Wagner, 2019). Αυτή η οργανωσιακή στρατηγική, ιδανική για την πρωτοβάθμια και χρόνια φροντίδα, εστιάζει στην ενεργοποίηση των έξι κύριων στοιχείων του μοντέλου εντός του πλαισίου του ατόμου, της κοινότητας, της οργάνωσης παροχής και του συνολικού υγειονομικού συστήματος. Το CCM χρησιμοποιείται ως οδηγός για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας για την καλύτερη διαχείριση των χρόνιων νόσων (Wagner *et al.*, 2001; Bodenheimer, Wagner and Grumbach, 2002b, 2002a).

Ακολουθώντας την ανάπτυξη του CCM, έχουν προταθεί πολλαπλές άλλες μεθοδολογίες για την ενίσχυση της ολοκληρωμένης προσέγγισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ιδίως για τη διαχείριση των χρόνιων νόσων. Ανάμεσά τους περιλαμβάνονται το Patient-Centered Medical Home - PCMH και τα Δέκα Βασικά Στοιχεία της Υψηλής Απόδοσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Ten Building Blocks of High-Performing Primary Care)<sup>1</sup> (Nutting *et al.*, 2009; Bodenheimer *et al.*, 2014).

Η διαχείριση των χρόνιων νόσων στην πρωτοβάθμια φροντίδα αντιμετωπίζεται ως σημαντικός παράγοντας για την πρόληψη και τη θεραπεία των χρόνιων καταστάσεων. Ωστόσο, υπάρχει ανάγκη για μια βαθύτερη κατανόηση ποιες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές, για ποιους και σε ποιες συνθήκες (Anderson Rothman, Wagner and Showstack, 2003). Η συνεχώς αυξανόμενη βιβλιογραφία για τις παρεμβάσεις που βελτιώνουν τη διαχείριση των χρόνιων νόσων στην πρωτοβάθμια φροντίδα, βασισμένη είτε στο CCM είτε σε άλλες μεθόδους, προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες. Η συστηματική ανασκόπηση που δημοσιεύτηκε το 2006 κατατάσσει τις παρεμβάσεις κάτω από τα στοιχεία του CCM, μια προσέγγιση που έχει ενσωματωθεί από άλλους ερευνητές (Pasricha *et al.*, 2013).

---

<sup>1</sup> Τα 10 βασικά στοιχεία της Υψηλής Απόδοσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, γνωστά ως "Ten Building Blocks of High-Performing Primary Care", είναι τα εξής: Ενδυνάμωση της Ηγεσίας (Engaged Leadership), Υποστηρικτική Κουλτούρα (Data-Driven Improvement), Ασθενοκεντρική Φροντίδα (Patient Team Care), Ενσωμάτωση Πληροφορικής (Patient-Centered Interactions), Βελτίωση Πρόσβασης (Accessible Care), Συνεχής Βελτίωση (Continuous Improvement), Ολοκληρωμένη Διαχείριση Φροντίδας (Care Coordination), Διαχείριση Πληθυσμού (Population Management), Υποστήριξη Αυτοδιαχείρισης (Empowerment), Ομαδική Εργασία και Επικοινωνία (Team-Based Care).

Τα πρότυπα αυτά στοχεύουν να εξασφαλίσουν ότι οι μονάδες χρόνιας φροντίδας παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα, προσαρμοσμένη στις ατομικές ανάγκες και προτιμήσεις κάθε ασθενούς, ενώ παράλληλα συμμορφώνονται με τις τρέχουσες κανονιστικές απαιτήσεις και τις καλές κλινικές πρακτικές.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> – Μεθοδολογία συστηματικής ανασκόπησης

### 3.1 Περιγραφή της μεθοδολογίας PRISMA

Το PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) είναι μια διεθνώς αναγνωρισμένη μεθοδολογία και ένα σύνολο οδηγιών που αφορούν την εκπόνηση και την αναφορά συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων. Στόχος του PRISMA είναι να βελτιώσει τη διαφάνεια και τη σαφήνεια των αναφορών σε συστηματικές ανασκοπήσεις, που είναι κρίσιμο για την κατανόηση των αποτελεσμάτων, την αξιολόγηση του κινδύνου προκατάληψης και την επαναληψιμότητα της ανασκόπησης. Η διαδικασία PRISMA περιλαμβάνει έναν οδηγό (checklist) με συγκεκριμένα στοιχεία που πρέπει να περιληφθούν στην αναφορά μιας συστηματικής ανασκόπησης ή μετα-ανάλυσης. Αυτά τα στοιχεία καλύπτουν διάφορες πτυχές της μελέτης, όπως την επιλογή μελετών, την αναζήτηση δεδομένων, τη μέθοδο εξαγωγής δεδομένων, την αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών και την ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων (Moher *et al.*, 2016).

Επιπλέον, το PRISMA προτείνει την χρήση ενός διαγράμματος ροής για την απεικόνιση της διαδικασίας επιλογής των μελετών, παρέχοντας μια οπτική αναπαράσταση του αριθμού των μελετών που εξετάστηκαν, περιλήφθηκαν και αποκλείστηκαν κατά τις διάφορες φάσεις της ανασκόπησης. Η εφαρμογή των οδηγιών PRISMA ενισχύει την ποιότητα και την αξιοπιστία των συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων, που είναι ιδιαίτερα σημαντικό στον τομέα της επιστημονικής έρευνας και της δημοσιοποίησης των ευρημάτων (Moher *et al.*, 2016).

Σχεδιασμένο για να βελτιώσει τη διαφάνεια και την πληρότητα στην αναφορά τέτοιων ερευνών, το PRISMA βοηθά τους ερευνητές να παρέχουν σαφή και λεπτομερή περιγραφή των μεθοδολογικών και αναλυτικών βημάτων της εργασίας τους. Τα κύρια στοιχεία της μεθοδολογίας PRISMA περιλαμβάνουν:

- i. Συστηματικός Σχεδιασμός και Πρωτόκολλο: Το PRISMA απαιτεί την ανάπτυξη ενός λεπτομερούς πρωτοκόλλου πριν από την έναρξη της ανασκόπησης. Αυτό περιλαμβάνει τον ορισμό των ερευνητικών ερωτημάτων, των κριτηρίων επιλογής των μελετών, των μεθόδων αναζήτησης και των διαδικασιών ανάλυσης.

- ii. Αναζήτηση Δεδομένων: Απαιτείται μια σαφής στρατηγική αναζήτησης, η οποία περιλαμβάνει διάφορες βάσεις δεδομένων και πηγές για τη συλλογή σχετικών μελετών.
- iii. Κριτήρια Επιλογής και Αποκλεισμού Μελετών: Ορίζονται τα κριτήρια βάσει των οποίων οι μελέτες θα επιλεγούν ή θα αποκλειστούν από την ανάλυση.
- iv. Αξιολόγηση της Ποιότητας των Μελετών: Περιλαμβάνει την αξιολόγηση της μεθοδολογίας και της ποιότητας των επιλεγμένων μελετών, συχνά με τη χρήση εργαλείων και κλιμάκων αξιολόγησης.
- v. Συγκέντρωση και Ανάλυση Δεδομένων: Περιγραφή των διαδικασιών για τη συγκέντρωση και την ανάλυση των δεδομένων από τις επιλεγμένες μελέτες, περιλαμβάνοντας στατιστικές μεθόδους και τεχνικές.
- vi. Παρουσίαση και Αναφορά Αποτελεσμάτων: Επιβάλλεται η λεπτομερής και σαφής παρουσίαση των αποτελεσμάτων, συχνά με τη χρήση πινάκων, διαγραμμάτων ροής και άλλων γραφικών παρουσιάσεων.

Η μεθοδολογία PRISMA στοχεύει να καθιερώσει μια πρότυπη διαδικασία για την παροχή συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων, εξασφαλίζοντας την υψηλή ποιότητα και την αξιοπιστία των ευρημάτων. Η χρήση της μεθοδολογίας PRISMA βοηθά τους ερευνητές να παρέχουν ένα ολοκληρωμένο, διαφανές και αξιόπιστο πλαίσιο για την αναφορά των ερευνητικών τους εργασιών.

### 3.2 Κριτήρια επιλογής μελετών

Στη συστηματική ανασκόπηση που διεξήχθη, τα κριτήρια επιλογής των μελετών έχουν καθοριστεί με σκοπό την εξασφάλιση ότι οι συμπεριληφθείσες μελέτες θα είναι σχετικές, αξιόπιστες και θα παρέχουν πολύτιμα ευρήματα. Τα κριτήρια αυτά περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω:

- i. Πηγές Αναζήτησης Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε σε πολλαπλές βάσεις δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων του Web of Science, Scopus, Science Direct, Springer, PubMed και ProQuest. Η αναζήτηση αυτή επιτρέπει την εκτεταμένη κάλυψη της διαθέσιμης βιβλιογραφίας και την πρόσβαση σε μια ποικιλία επιστημονικών πηγών. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε η Google Scholar για την αναζήτηση αδημοσίευτων μελετών και σχετικών ιστοτόπων, όπως της ISQua (International Society for Quality in Healthcare).
- ii. Χρήση Λέξεων-Κλειδιών: Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση περιελάμβαναν συνδυασμούς των όρων “Primary Care” ή “Primary Health Care”, “Chronic Health Care” με “Accreditation” και “Model”, “Program” ή “Standard”. Αυτός ο συνδυασμός βοήθησε στην επικέντρωση στην αναζήτηση σχετικών μελετών στον τομέα της διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε: ("Primary Care" OR "Primary Health Care") AND "Chronic Health Care" AND "Accreditation" AND ("Model" OR "Program" OR "Standard")
- iii. Χρονική Περίοδος: Οι επιλεγμένες μελέτες περιορίστηκαν σε εκείνες που δημοσιεύτηκαν μεταξύ Ιανουαρίου 1995 και Δεκεμβρίου 2022, εξασφαλίζοντας ότι τα δεδομένα και οι πληροφορίες θα ήταν ενημερωμένες και σχετικές με τις σύγχρονες πρακτικές και προκλήσεις στον τομέα.
- iv. Κριτήρια Επιλογής: Συμπεριελήφθησαν μόνο επιστημονικά άρθρα που είχαν αξιολογηθεί (peer-reviewed) και δημοσιεύθηκαν στην αγγλική γλώσσα. Αυτό διασφαλίζει την ακαδημαϊκή αξιοπιστία και την προσβασιμότητα των ευρημάτων για τη διεθνή επιστημονική κοινότητα.

Αυτά τα κριτήρια επιλογής εξασφαλίζουν ότι η συστηματική ανασκόπηση είναι στοχευμένη, ενημερωμένη και εστιάζει σε ποιοτικές, αξιόπιστες πηγές πληροφοριών. Η διαδικασία αυτή βοηθά στη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης βάσης γνώσης που αντικατοπτρίζει τις τρέχουσες και ιστορικές εξελίξεις στο πεδίο της διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

### 3.3 Διαδικασία αναζήτησης και επιλογής της βιβλιογραφίας

Η διαδικασία αναζήτησης και επιλογής της βιβλιογραφίας για τη συστηματική ανασκόπηση διενεργήθηκε με μεθοδικότητα και αυστηρά κριτήρια, με στόχο την επιλογή των πλέον σχετικών και ποιοτικών μελετών. Η διαδικασία αυτή περιγράφεται λεπτομερώς παρακάτω:

- Αρχική Αναζήτηση και Επιλογή
  - ✓ Αξιολόγηση Τίτλων Άρθρων: Αρχικά, αξιολογήθηκαν οι τίτλοι 1217 δημοσιεύσεων που προέκυψαν από την αναζήτηση. Μέσα από αυτή την αξιολόγηση, 325 δημοσιεύσεις απορρίφθηκαν λόγω διπλοτυπίας, ενώ 469 απορρίφθηκαν μέσω των φίλτρων που εφαρμόστηκαν στις βάσεις δεδομένων.
  - ✓ Αξιολόγηση Περιλήψεων: Οι περιλήψεις των εναπομεινάντων 423 άρθρων αξιολογήθηκαν για την σχετικότητά τους με το ερευνητικό ερώτημα. Από αυτά, 193 άρθρα απορρίφθηκαν ως μη σχετικά.
- Αξιολόγηση Πλήρων Κειμένων
  - ✓ Αξιολόγηση Πλήρων Κειμένων: Τα πλήρη κείμενα των υπολοίπων 173 άρθρων αναλύθηκαν περαιτέρω. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, 128 άρθρα απορρίφθηκαν ως μη σχετικά με την έρευνα.
  - ✓ Τελική Επιλογή Άρθρων: Στο τέλος αυτής της διαδικασίας, 45 άρθρα κρίθηκαν σχετικά και συμπεριλήφθηκαν στην διαδικασία αξιολόγησης ποιότητας της συστηματικής ανασκόπησης.

- Συμπληρωματική Αναζήτηση
  - Έλεγχος Βιβλιογραφικών Αναφορών: Ως συμπληρωματικό βήμα, εξετάστηκαν οι βιβλιογραφικές αναφορές των τελικά επιλεγμένων 45 άρθρων για τυχόν επιπλέον δημοσιεύσεις που ίσως είχαν παραλειφθεί κατά την αρχική αναζήτηση.

Αυτή η διαδικασία αναζήτησης και επιλογής διασφαλίζει ότι η τελική ανάλυση βασίζεται σε πλήρες και σχετικό σύνολο βιβλιογραφίας, με επίκεντρο τα πλέον σχετικά και ποιοτικά άρθρα που συνδέονται με το θέμα της διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η μεθοδική αυτή προσέγγιση στην αναζήτηση και επιλογή των μελετών εξασφαλίζει την ακεραιότητα και την ποιότητα της επιστημονικής ανασκόπησης, παρέχοντας μια στέρεη βάση για αξιόπιστα συμπεράσματα και συστάσεις.

### 3.4 Αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών

Η αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών αποτελεί έναν κρίσιμο στάδιο στη διαδικασία της συστηματικής ανασκόπησης. Στόχος είναι η αντικειμενική και λεπτομερής αξιολόγηση της επιστημονικής ακεραιότητας, της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των ερευνητικών ευρημάτων. Η ποιοτική αξιολόγηση των μελετών ακολουθεί έναν συγκεκριμένο μεθοδολογικό πλαίσιο και προσδιορίζεται από τα παρακάτω βήματα:

- Κριτήρια Ποιότητας

Οι επιλεγμένες μελέτες αξιολογούνται βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων ποιότητας. Αυτά τα κριτήρια μπορεί να περιλαμβάνουν τη σαφήνεια της διατύπωσης των ερευνητικών ερωτημάτων, τη συνέπεια των μεθοδολογιών, την πληρότητα της παρουσίασης των δεδομένων, και την αξιοπιστία των αναλύσεων και των συμπερασμάτων.

- Μεθοδολογία Αξιολόγησης

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται μέσω μιας συστηματικής διαδικασίας, η οποία απαιτεί την λεπτομερή εξέταση κάθε μελέτης. Εξετάζονται οι μέθοδοι συλλογής και



ανάλυσης δεδομένων, η συνέπεια των μεθοδολογικών προσεγγίσεων με τα ερευνητικά ερωτήματα, και η ποιότητα των ερευνητικών ευρημάτων.

- Διαδικασία Κριτικής Ανάλυσης

Στην κριτική ανάλυση, οι ερευνητές εξετάζουν την εσωτερική και εξωτερική εγκυρότητα των μελετών. Εσωτερική εγκυρότητα αφορά την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της επιμέρους μελέτης, ενώ η εξωτερική εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο τα ευρήματα μπορούν να γενικευθούν.

- Αντικειμενική Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση διενεργείται με αντικειμενικό τρόπο, αποφεύγοντας τις προκαταλήψεις ή τις υποκειμενικές ερμηνείες. Οι ερευνητές χρησιμοποιούν σταθερά κριτήρια και μεθοδολογίες αξιολόγησης, προκειμένου να εξασφαλίσουν τη συνέπεια και τη διαφάνεια της διαδικασίας.

- Συνοπτική Παρουσίαση Αξιολογήσεων

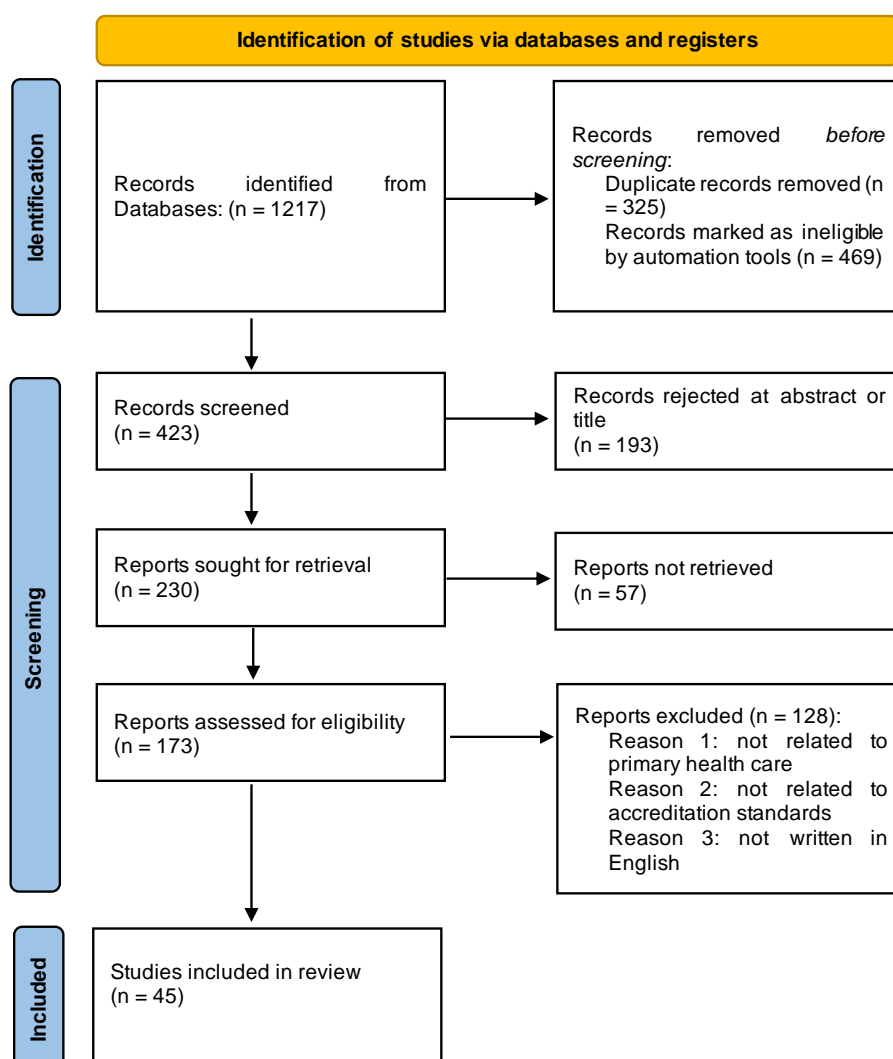
Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης παρουσιάζονται με σαφήνεια και λεπτομέρεια, αναδεικνύοντας τις δυνατότητες και τις περιορισμένες πτυχές των μελετών. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή λεπτομερούς συνόψεως της ποιότητας κάθε μελέτης και την κριτική αξιολόγηση των συνολικών ευρημάτων.

Μέσω της αυστηρής και συστηματικής αξιολόγησης της ποιότητας των μελετών, η συστηματική ανασκόπηση προσφέρει μια αξιόπιστη βάση για την κατανόηση του υπό εξέταση θέματος.

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> – Αποτελέσματα

### 4.1 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων βάσει PRISMA

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων μιας συστηματικής ανασκόπησης βάσει της μεθοδολογίας PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) απαιτεί διαφάνεια, ακρίβεια και λεπτομερή περιγραφή των ευρημάτων. Η ακόλουθη παρουσίαση μέσω του διαγράμματος ροής έχει ως στόχο να αποτυπώσει σαφώς τα βήματα και τα αποτελέσματα της ανασκόπησης, σύμφωνα με τα πρότυπα PRISMA



Γράφημα 1. Σχηματική αποτύπωση του PRISMA

## 4.2 Συνοπτικός πίνακας των αποτελεσμάτων των μελετών

Πίνακας 1. Συνοπτική παρουσίαση μελετών της συστηματικής ανασκόπησης

Συγγραφείς	Έτος	Σκοπός	Είδος διαπίστευσης ή μεθοδολογία	Αποτελέσματα	Συμπεράσματα
<b>Δανία</b>					
Uggerby et al	2021	Η παρουσίαση του Δανέζικου Εθνικού Προγράμματος Ποιότητας (NQP) και τα αποτελέσματά του.	Περιγραφική ανάλυση του NQP, το οποίο περιλαμβάνει 8 εθνικούς στόχους ποιότητας, εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη διαχείριση ποιότητας και συνεργασίες βελτίωσης ποιότητας.	Από την καθιέρωση του NQP, τα αποτελέσματα των δεικτών βελτιώθηκαν σε αρκετούς σημαντικούς κλινικούς τομείς. Ειδικά, παρατηρήθηκε μείωση της υπερβολικής θνησιμότητας μεταξύ ατόμων με ψυχικές διαταραχές και αύξηση της επιβίωσης σε ασθενείς πάσχοντες από καρκίνο και καρδιαγγειακές παθήσεις. Ταυτόχρονα, το σύστημα υγείας φαίνεται να έχει καταστεί περισσότερο	Η αλλαγή από την παλιά δημόσια διαχείριση στην νέα δημόσια διακυβέρνηση με στόχο τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα. Ωστόσο, δεν μπορούν να εξαχθούν αιτιολογικά συμπεράσματα για την επίδραση του NQP. Η ηγεσία θεωρείται

				αποτελεσματικό με μικρότερη μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο.	σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία του προγράμματος και η εμπλοκή του προσωπικού και των συνεργασιών είναι ουσιώδης για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος.
<b>Riisgaard et al</b>	2020	Η διερεύνηση του αν η διαπίστευση στην πρωτοβάθμια φροντίδα προάγει την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών.	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη με χρήση του ερωτηματολογίου Danish Patients Evaluate Practice (DanPEP).	Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ της διαπίστευσης και της αναφερόμενης από τους ασθενείς ποιότητας φροντίδας ή της ικανοποίησης με τον ιατρό. Ωστόσο, βρέθηκε αρνητική σχέση μεταξύ της πρόσφατης διαπίστευσης και της ικανοποίησης με την πρακτική φροντίδα.	Η διαπίστευση δεν προάγει την ποιότητα φροντίδας ή την ικανοποίηση των ασθενών. Αντίθετα, η ικανοποίηση των ασθενών με την πρακτική φροντίδα μειώνεται όταν η διαπίστευση είναι πρόσφατη. Αυτό το αποτέλεσμα φαίνεται να

					είναι προσωρινό και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση για τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις της διαπίστευσης.
<b>Kousgaard et al</b>	2019	Η διερεύνηση της επίδρασης της διαπίστευσης στη γενική ιατρική, όπως την αντιλαμβάνονται οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό, και να εντοπιστούν οι θετικές και αρνητικές επιπτώσεις της διαπίστευσης.	Ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις σε 11 κλινικές γενικής ιατρικής στη Δανία. Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν δύο φορές: κατά την προετοιμασία και μετά την επίσκεψη των αξιολογητών της διαπίστευσης.	Οι επιδράσεις της διαπίστευσης διέφεραν σημαντικά μεταξύ των κλινικών. Κάποιες κλινικές πραγματοποίησαν λίγες αλλαγές, ενώ άλλες πραγματοποίησαν πολλές και σημαντικές αλλαγές. Κάποιοι συμμετέχοντες ανέφεραν βελτίωση στη γνώση και τις δεξιότητες, και αύξηση της ικανοποίησης από τη δουλειά τους. Ωστόσο, ο αυξημένος φόρτος εργασίας λόγω της διαπίστευσης τονίστηκε ως πρόβλημα από την πλειονότητα των επαγγελματιών.	Η διαπίστευση μπορεί να επηρεάσει τις κλινικές γενικής ιατρικής με πολύ διαφορετικούς τρόπους. Παρά τα αρκετά παραδείγματα θετικών επιπτώσεων, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι είναι δύσκολο να σχεδιαστεί ένα υποχρεωτικό πρόγραμμα διαπίστευσης για τη γενική ιατρική, όπου οι περισσότεροι επαγγελματίες να

					θεωρούν ότι τα οφέλη της διαπίστευσης αξίζουν τους πόρους που χρησιμοποιούνται στη διαδικασία.
<b>Due et al</b>	2019	Διερεύνηση της κατανόησης και των εμπειριών των γενικών ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού αναφορικά με τα πρότυπα διαπίστευσης.	ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν σε 11 κλινικές γενικής ιατρικής στη Δανία, οι οποίες έγιναν δύο φορές: κατά τη φάση προετοιμασίας και μετά την επίσκεψη των υπευθύνων της διαπίστευσης.	Η κατανόηση των προτύπων διαπίστευσης αποτέλεσε μεγάλη πρόκληση για τους επαγγελματίες. Οι συμμετέχοντες προσπάθησαν να αυξήσουν την κατανόησή τους μέσω διαφόρων τρόπων, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης περιφερειακών υποστηρικτικών επιλογών και της αναζήτησης βοήθειας από ειδικούς και συναδέλφους. Οι εμπειρίες τους με τις διάφορες υποστηρικτικές επιλογές ήταν ανάμικτες και πολλοί βρήκαν την προσπάθεια κατανόησης χρονοβόρα και απογοητευτική.	Είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη το επίπεδο λεπτομέρειας στα πρότυπα διαπίστευσης και να διασφαλίζεται η ύπαρξη οργανωτικής υποστήριξης που μπορεί να προσφέρει κατάλληλη βοήθεια στις κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας όσον αφορά την κατανόηση των απαιτήσεων για την τήρηση των προτύπων.

<b>Andersen et al</b>	2017	Η αξιολόγηση των επιπτώσεων ενός υποχρεωτικού προγράμματος διαπίστευσης στην ποιότητα της φροντίδας στην πρωτοβάθμια ιατρική στην Δανία.	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε συστάδες μεταξύ 1252 ιατρών με 2211 γενικούς ιατρούς.	Αναμένεται ότι τα αποτελέσματα θα αξιολογήσουν τις αλλαγές στον αριθμό συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε ασθενείς άνω των 65 ετών και άλλους δευτερεύοντες δείκτες ασφαλούς φαρμακευτικής αγωγής, καλής κλινικής πρακτικής και θνησιμότητας.	Οι συνέπειες της διαπίστευσης και των διαδικασιών τυποποίησης γενικά δεν έχουν επαρκώς ερευνηθεί, ειδικά στην πρωτοβάθμια ιατρική. Αυτή η μελέτη, η οποία είναι η μεγαλύτερη του είδους της στην πρωτοβάθμια ιατρική, αναμένεται να παρέχει σημαντικά δεδομένα για την αξιολόγηση των επιπτώσεων της διαπίστευσης και μπορεί να αποτελέσει σημείο αναφοράς για περαιτέρω έρευνα.
<b>Jensen et al</b>	2021	Η περιγραφή της χρήσης και της	Διατομεακή μελέτη ερωτηματολογίου σε όλες τις	Το 99,5% των κλινικών χρησιμοποίησαν κάποια μορφή	Κατά τη διάρκεια των διαδικασιών

		<p>αντιλαμβανόμενης χρησιμότητας της υποστήριξης υλοποίησης που παρέχεται σε γενικά ιατρεία κατά τη διάρκεια μιας διαδικασίας διαπίστευσης και η διερεύνηση πιθανών επιπτώσεων ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των κλινικών.</p>	<p>κλινικές γενικής πρακτικής στη Δανία που υποβλήθηκαν σε διαπίστευση από 27 Σεπτεμβρίου 2016 έως 15 Δεκεμβρίου 2017.</p>	<p>υποστήριξης υλοποίησης. Οι πιο χρησιμοποιούμενοι τύποι υποστήριξης ήταν η υποστήριξη από συναδέλφους (80-92%) και διάφορα έγγραφα διαπίστευσης (85-92%). Η υποστήριξη προσαρμοσμένη στην κλινική θεωρήθηκε περισσότερο χρήσιμη (91-97%), αλλά χρησιμοποιήθηκε λιγότερο συχνά (16-40%).</p>	<p>διαπίστευσης, κάθε κλινική χρησιμοποίησε ένα ευρύ φάσμα υποστήριξης υλοποίησης. Η υποστήριξη προσαρμοσμένη στην κλινική εκτιμήθηκε πολύ και θα πρέπει να προωθηθεί στις μελλοντικές παρεμβάσεις ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι συζητήσεις με συναδέλφους χρησιμοποιήθηκαν ευρέως και θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω πώς μπορούν να διευκολυνθούν καλύτερα. Η μελέτη</p>
--	--	---	--	---	---



					υποστηρίζει μια πολυπαραγοντική προσέγγιση στις μελλοντικές παρεμβάσεις ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα για να στοχεύσουν τις ανάγκες και τις δυνατότητες των μεμονωμένων κλινικών.
<b>Due et al</b>	2021	Η μελέτη των εμπειριών και των ενεργειών των επιθεωρητών και των επαγγελματιών γενικής ιατρικής κατά την επιθεώρηση για τη συμμόρφωση με τα πρότυπα διαπίστευσης.	Ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις πριν και μετά τις επιθεωρήσεις, καθώς και παρατηρήσεις κατά τις επιθεωρήσεις.	Οι επιθεωρητές συνδύασαν έγγραφα, ερωτήσεις και οπτικές εντυπώσεις για την αξιολόγηση της συμμόρφωσης. Η εμπιστοσύνη στις δηλώσεις των επαγγελματιών ήταν θεμελιώδης, και οι περισσότεροι επαγγελματίες προσπάθησαν να συμμορφωθούν με τα πρότυπα. Λίγες περιπτώσεις παραπλάνησης αναφέρθηκαν	Η έγκυρη αξιολόγηση εξαρτάται από τη διάθεση των επαγγελματιών να παρουσιάσουν ρεαλιστικά την πρακτική τους. Η προσέγγιση βασισμένη στην εμπιστοσύνη φαίνεται κατάλληλη για την αναγνώριση της μη

				λόγω διαφωνίας με τα πρότυπα.	συμμόρφωσης λόγω ανεπαρκούς κατανόησης των προτύπων, αλλά είναι δύσκολο να ανιχνευθεί η παραπλάνηση.
<b>Ολλανδία</b>					
<b>van Doorn-Klomberg et al</b>	2014	Η διερεύνηση της επίδρασης της διαπίστευσης στην ποιότητα της διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων.	Συγκριτική μελέτη παρατήρησης με δύο ομάδες 138 ολλανδικών ιατρών που συμμετείχαν στο εθνικό πρόγραμμα διαπίστευσης.	Στην σύγκριση, βρέθηκαν βελτιώσεις σε 6 δείκτες για τον διαβήτη και το ΧΑΠ. Στην μεταξύ των ομάδων σύγκριση, τα ιατρεία της πρώτης ομάδας που αφορούσε σε πρότερες διαπιστεύσεις παρουσίασαν καλύτερη απόδοση σε 4 δείκτες για τον διαβήτη και τις καρδιαγγειακές παθήσεις.	Παρά τις βελτιώσεις στην ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας για ασθενείς με χρόνια νοσήματα, λίγες από αυτές μπορούν να αποδοθούν στο πρόγραμμα διαπίστευσης. Χρειάζεται περαιτέρω

					ανάπτυξη της διαπίστευσης για να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητά της στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων.
<b>Nouwens et al</b>	2012	Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας ενός προγράμματος διαπίστευσης για τη διαχείριση καρδιαγγειακού κινδύνου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με 70 κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας, καταναμημένες σε ομάδες παρέμβασης και ελέγχου, με βασικές και επαναληπτικές μετρήσεις δεικτών διαχείρισης καρδιαγγειακού κινδύνου.	Οι κλινικές της ομάδας παρέμβασης παρουσίασαν βελτιώσεις σε αρκετούς δείκτες διαχείρισης καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως η ελεγχόμενη αρτηριακή πίεση και η χοληστερόλη, αλλά οι διαφορές δεν ήταν πάντα στατιστικά σημαντικές. Οι οικονομικές αναλύσεις έδειξαν κάποια αποτελεσματικότητα κόστους.	Η διαπίστευση μπορεί να βελτιώσει τη διαχείριση του καρδιαγγειακού κινδύνου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, αλλά οι επιδράσεις ποικίλλουν και η οικονομική αποδοτικότητα πρέπει να αξιολογηθεί περαιτέρω. Η συμμετοχή σε προγράμματα διαπίστευσης μπορεί να ενισχύσει την ποιότητα της φροντίδας, αλλά

					απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την επιβεβαίωση αυτών των ευρημάτων και τη βελτίωση της απόδοσης των προγραμμάτων αυτών.
<b>Nouwens et al</b>	2015	Ο εντοπισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος διαπίστευσης σε πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα, βασιζόμενοι στις εμπειρίες των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας που συμμετείχαν στο πρόγραμμα αυτό.	Ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις 33 επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διαπίστευσης. Η ανάλυση βασίστηκε στο Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).	Το πρόγραμμα διαπίστευσης είχε θετικές επιδράσεις στο κλίμα της ομάδας και τη δέσμευση για την ποιότητα της φροντίδας. Οι παράγοντες που διευκόλυναν την υλοποίηση περιλάμβαναν τον καθορισμό ενός υπεύθυνου για το πρόγραμμα, την εξασφάλιση σαφούς επικοινωνίας εντός της ομάδας και την ενίσχυση του ενθουσιασμού για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας.	Η διαπίστευση μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα της φροντίδας, αλλά δεν συμβάλλουν όλα τα προγραμματισμένα στοιχεία σε αυτά τα αποτελέσματα. Οι παράγοντες τόσο στη διαδικασία διαπίστευσης όσο και στο πλαίσιο θεωρήθηκαν καθοριστικοί για τη

					<p>βελτίωση της ποιότητας.</p> <p>Η πρόκληση είναι να ενισχυθούν οι διευκολυντικοί παράγοντες, ενώ ταυτόχρονα να μειωθούν τα στοιχεία της διαπίστευσης που δεν συμβάλλουν στον αντίκτυπο των επιπτώσεων.</p>
<b>Γερμανία</b>					
<b>Szecsényi et al</b>	2011	<p>Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος βελτίωσης ποιότητας στη διαχείριση των πρακτικών πρωτοβάθμιας φροντίδας στη Γερμανία, με έμφαση στο πεδίο της</p>	<p>Προοπτική μελέτη "πριν-μετά" με χρήση του European Practice Assessment (EPA) σε 102 κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας, με συγκριτική ομάδα άλλων 102 κλινικών που πραγματοποίησαν μόνο μια αξιολόγηση με το EPA.</p>	<p>Σημαντικές βελτιώσεις σε όλους τους τομείς μεταξύ της πρώτης και δεύτερης αξιολόγησης για την ομάδα παρέμβασης. Στο πεδίο της ποιότητας και ασφάλειας, οι βελτιώσεις παρατηρήθηκαν στη διαχείριση παραπόνων, την ανάλυση κρίσιμων συμβάντων και την</p>	<p>Οι κλινικές που ολοκλήρωσαν δύο φορές την αξιολόγηση με το EPA παρουσίασαν βελτιώσεις στη διαχείριση τους. Τα ευρήματα δείχνουν την αξία του κύκλου βελτίωσης ποιότητας στο</p>

		ποιότητας και ασφάλειας.		ανάπτυξη ποιότητας και πολιτικής ποιότητας.	πλαίσιο της αξιολόγησης κλινικών και τη χρήση καθιερωμένων οργανωτικών προτύπων για τη διαχείριση κλινικών με το ΕΡΑ.
<b>Πολωνία</b>					
<b>Kurpas et al</b>	2016	Η αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας για ασθενείς με χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και η παροχή δεδομένων για ένα σχέδιο διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.	Ανασκόπηση και ανάλυση δεδομένων από κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που περιλαμβάνουν ασθενείς με χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις.	Η ποιότητα της φροντίδας για ασθενείς με χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις ήταν ανεπαρκής σε αρκετά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι κύριες αδυναμίες αφορούσαν την έλλειψη οργανωμένων πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της ποιότητας και τη χρήση μη τυποποιημένων μεθόδων αξιολόγησης της φροντίδας.	Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την ανάγκη για την ανάπτυξη ενός συστηματικού σχεδίου διαπίστευσης για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας για ασθενείς με χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Προτείνεται η εφαρμογή τυποποιημένων μεθόδων αξιολόγησης και η

					ενίσχυση των πρωτοβουλιών για βελτίωση της ποιότητας.
Ηνωμένο Βασίλειο					
<b>Campbell et al</b>	2010	Περιγραφή της ανάπτυξης, του περιεχομένου και της πιλοτικής εφαρμογής της πρώτης έκδοσης του Προγράμματος Διαπίστευσης Παρόχων Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας (PMCPA).	Παρατήρηση αξιολόγησης υπηρεσιών μέσω δεδομένων σχετικών με τα 30 βασικά κριτήρια διαπίστευσης PMCPA.	Τριάντα δύο ιατρεία ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, με εννέα να πληρούν το 100% των βασικών κριτηρίων. Δεν υπήρχαν στατιστικές διαφορές στην επίτευξη μεταξύ των ιατρείων διαφορετικών μεγεθών και περιοχών. Η ανατροφοδότηση από τα ιατρεία ανέδειξε επτά βασικά ζητήματα, όπως ο ρόλος της διαπίστευσης, οι διαφορετικές κινητήριες δυνάμεις συμμετοχής και οι προτάσεις βελτίωσης του προγράμματος.	Η πρώτη έκδοση του PMCPA δείχνει να είναι εφαρμόσιμη και αποδεκτή από διάφορους τύπους ιατρείων. Το πρόγραμμα υποβάλλεται σε αναθεώρηση σύμφωνα με τα ευρήματα της πιλοτικής μελέτης και τη συνεχή διαβούλευση. Η διαπίστευση θεωρήθηκε σημαντική για τη βελτίωση των οργανωτικών προτύπων και τη συνολική ποιότητα της

					πρωτοβάθμιας φροντίδας.
<b>Scrivens</b>	1998	Διερεύνηση των ζητημάτων και των προκλήσεων της διαπίστευσης σε κοινοτικές και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας.	Ανασκόπηση των συστημάτων διαπίστευσης, με έμφαση στην εξέλιξή τους από το νοσοκομειακό περιβάλλον σε κοινοτικές και πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας.	Οι συστημικές διαπιστεύσεις αναπτύχθηκαν κυρίως για νοσοκομεία, αλλά τώρα επεκτείνονται για να περιλάβουν κοινοτικές και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Οι κοινοτικές και πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας παρουσιάζουν μεγαλύτερη ποικιλομορφία και πολυπλοκότητα, χωρίς ενιαίες οργανωτικές δομές.	Η διαπίστευση στις κοινοτικές και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζει προκλήσεις λόγω της πολυμορφίας και της έλλειψης σαφώς καθορισμένων λειτουργιών. Απαιτείται ανάπτυξη προτύπων που να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες και τη φύση αυτών των υπηρεσιών, εστιάζοντας στην εμπειρία του ασθενούς και την ολοκληρωμένη φροντίδα.
Ιρλανδία					
<b>Riain et al</b>	2017	Περιγραφή της	Ανάπτυξη και δοκιμή 10	Από τους 24 γενικούς ιατρούς, οι	Η ευελιξία της



		ανάπτυξης ενός συστήματος διαπίστευσης για τους γενικούς ιατρούς (GPs) που πραγματοποιούν μικροχειρουργικές επεμβάσεις στην Ιρλανδία.	πilotικών προτύπων διαπίστευσης σε 24 γενικούς ιατρούς με συλλογή κλινικών δεδομένων, έλεγχο υποδομών και έρευνα ικανοποίησης ασθενών.	9 πληρούσαν όλα τα πρότυπα κατά την αρχική αξιολόγηση, ενώ οι 14 ολοκλήρωσαν επιτυχώς τις διορθωτικές ενέργειες. Ένας ιατρός δεν κατάφερε να επιτύχει τα απαιτούμενα πρότυπα. Τα πρότυπα τροποποιήθηκαν βάσει των ευρημάτων και αναπτύχθηκε ένα υποστηρικτικό πλαίσιο.	προσέγγισης της δράσης και ο σχεδιασμός της κλινικής ηγεσίας επέτρεψαν την ανάπτυξη αξιόπιστων προτύπων ποιότητας σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η εμπλοκή των γενικών ιατρών σε όλα τα στάδια του έργου εξασφάλισε τη δημιουργία ενός αποδεκτού και εφαρμόσιμου συστήματος διαπίστευσης.
--	--	---	--	--	---

ΗΠΑ

<b>Wells et al</b>	2007	Διερεύνηση αν η αδειοδότηση και η διαπίστευση σχετίζονται με τις πρακτικές θεραπείας και το	Δεδομένα από εθνικές έρευνες εξωτερικών μονάδων θεραπείας της κατάχρησης ουσιών. Χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις παλινδρόμησης για την εξέταση	Δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ αδειοδότησης/διαπίστευσης και της αναλογίας προσωπικού προς ασθενείς ή της παροχής ιατρικής	Η αδειοδότηση και η διαπίστευση ενδέχεται να μην είναι αξιόπιστοι δείκτες ποιότητας της θεραπείας κατά της
--------------------	------	---	---	--	--

		προσωπικό στα εξωτερικά προγράμματα θεραπείας κατά της κατάχρησης ουσιών.	της συσχέτισης της αδειοδότησης/διαπίστευσης με την αναλογία προσωπικού προς ασθενείς και άλλες πρακτικές θεραπείας.	φροντίδας. Υπήρχαν θετικές συσχετίσεις με ορισμένες άλλες πτυχές της συνολικής θεραπείας, όπως τα σχέδια μεταθεραπευτικής παρακολούθησης. Η αδειοδότηση/διαπίστευση φάνηκε να σχετίζεται περισσότερο με το οργανωτικό πλαίσιο και τις πηγές παραπομπών παρά με την ποιότητα της παρεχόμενης θεραπείας.	κατάχρησης ουσιών. Μπορεί να αντικατοπτρίζουν περισσότερο τις οργανωτικές συνθήκες παρά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.
<b>Braun et al</b>	2008	Μελέτη της συσχέτισης των οργανωτικών χαρακτηριστικών με τις δραστηριότητες σχετικές με την ποιότητα σε κέντρα υγείας που χρηματοδοτούνται ομοσπονδιακά.	Διατομεακή αξιολόγηση των δραστηριοτήτων ποιότητας σε κέντρα υγείας χρηματοδοτούμενα από το HRSA/BPHC μέσω ερωτηματολογίων.	Η συχνότητα και ο τύπος των περισσότερων δραστηριοτήτων ποιότητας δεν διέφεραν σημαντικά ανάλογα με το μέγεθος και την τοποθεσία των κέντρων, αλλά διέφεραν ανάλογα με την κατάσταση διαπίστευσης. Τα διαπιστευμένα κέντρα	Η διαπίστευση φαίνεται να συνδέεται με την υιοθέτηση περισσότερων και πιο συστηματικών δραστηριοτήτων ποιότητας στα κέντρα υγείας. Χρειάζεται περαιτέρω μελέτη για να

				<p>ανέφεραν περισσότερους πόρους και περισσότερες δραστηριότητες σχετικές με την ποιότητα.</p>	<p>προσδιοριστεί η πλήρης επίδραση των οργανωτικών χαρακτηριστικών στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται.</p>
<b>Mobley &amp; Bodin</b>	1998	<p>Περιγραφή των στρατηγικών προετοιμασίας για την επιτυχή αξιολόγηση από την Joint Commission σε ένα μεγάλο πανεπιστημιακό ιατρικό κέντρο.</p>	<p>Χρήση ενός μοναδικού συνόλου στρατηγικών προετοιμασίας, συμπεριλαμβανομένου του σχεδιασμού μακρο-πλάνου, της δημιουργίας ομάδων προετοιμασίας, της διοικητικής υποστήριξης και της εφαρμογής εκπαιδευτικών στρατηγικών.</p>	<p>Η επιτυχημένη αξιολόγηση από την Joint Commission επιτεύχθηκε μέσω της ενεργοποίησης όλων των επιπέδων προσωπικού και της εξασφάλισης συμμόρφωσης με τα πρότυπα. Αναφέρθηκαν θετικά αποτελέσματα, όπως βελτιωμένη διαχείριση ασθενών, εναρμόνιση πολιτικών και διαδικασιών, και αύξηση της συνοχής μεταξύ του προσωπικού του νοσοκομείου και των ιδιωτών ιατρών.</p>	<p>Η προσεκτική και καλά οργανωμένη προετοιμασία για την αξιολόγηση της Joint Commission μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της συμμόρφωσης με τα πρότυπα. Η διατήρηση της ετοιμότητας και η συνεχής εμπλοκή του προσωπικού είναι σημαντική για τη</p>

					διασφάλιση της μακροπρόθεσμης συμμόρφωσης και βελτίωσης.
--	--	--	--	--	--

Καναδάς

<b>Paccioni et al</b>	2008	Η περιγραφή και η κατανόηση των επιδράσεων της διαδικασίας διαπίστευσης στον οργανωτικό έλεγχο και στις πρακτικές διαχείρισης ποιότητας σε δύο οργανισμούς πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Κεμπέκ.	Μακροχρόνια μελέτη πολλαπλών περιπτώσεων με μεικτή ποιοτική/ποσοτική προσέγγιση, χρησιμοποιώντας συνεντεύξεις ομάδων, ημιδομημένες συνεντεύξεις, μη συμμετοχικές παρατηρήσεις, ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και δομημένα ερωτηματολόγια.	Η διαδικασία διαπίστευσης προώθησε την υλοποίηση μηχανισμών διαβούλευσης στις ομάδες αυτοαξιολόγησης και τη βελτίωση της αξιολόγησης ικανοποίησης των πελατών, αλλά είχε μικρή επίδραση στις αντιλήψεις των υπαλλήλων που δεν συμμετείχαν άμεσα στη διαδικασία.	Η διαπίστευση ενίσχυσε την επαγγελματική πολιτιστική ανάπτυξη στις ομάδες αυτοαξιολόγησης, αλλά παραμένει κυρίως ένα εξωτερικό, γραφειοκρατικό εργαλείο ελέγχου. Η διαδικασία μπορεί να βελτιώσει τις πρακτικές διαχείρισης ποιότητας, αλλά απαιτείται η πλήρης ενσωμάτωση όλων των μελών του προσωπικού για να επιτευχθούν
-----------------------	------	---	--	---	---

					σημαντικά αποτελέσματα.
<b>O'Beirne et al</b>	2013	Διερεύνηση της κατάστασης της διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.	Εκτενής ανασκόπηση βιβλιογραφίας και συνεντεύξεις με βασικούς ενδιαφερόμενους.	Η διαπίστευση στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι γενικά μη κυβερνητικά χρηματοδοτούμενη και εθελοντική, με ορισμένες χώρες να προσφέρουν οικονομικά κίνητρα. Παρατηρείται έλλειψη έρευνας σχετικά με τη φύση και την αποδοχή της διαπίστευσης στον τομέα αυτό, καθώς και για το πώς η διαπίστευση επηρεάζει τα αποτελέσματα της φροντίδας, την ποιότητα, τις αντιλήψεις των ασθενών και τις δαπάνες.	Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να εξεταστεί η πιθανή επίδραση που μπορεί να έχει η διαπίστευση στην υγειονομική περίθαλψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Η διαπίστευση προσφέρει έναν αξιόπιστο μέτρο για την ποιότητα και την ασφάλεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά η αποτελεσματικότητά της στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν έχει ακόμη αποδειχθεί επαρκώς.
<b>Heidemann</b>	1995	Περιγραφή της αλλαγής	Αναθεώρηση των προτύπων	Η αλλαγή προσέγγισης	Η προσέγγιση με

		<p>του μοντέλου διαπίστευσης του Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) από προσέγγιση που εστιάζει στα τμήματα του νοσοκομείου σε προσέγγιση που εστιάζει στον ασθενή.</p>	<p>διαπίστευσης με έμφαση στις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της φροντίδας. Εφαρμογή νέων τεχνικών επιθεώρησης και δομών βραβείων.</p>	<p>απαιτούσε πλήρη αναθεώρηση των προτύπων διαπίστευσης, εστιάζοντας στις κύριες διαδικασίες φροντίδας του ασθενούς εντός του οργανισμού. Η νέα προσέγγιση περιλάμβανε ενίσχυση της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας (CQI) και απαιτούσε εκπαίδευση του προσωπικού και των οργανισμών σχετικά με τις νέες μεθοδολογίες.</p>	<p>επίκεντρο τον ασθενή παρέχει μεγαλύτερη αξία και είναι πιο ουσιαστική για τις καθημερινές λειτουργίες των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Η επιτυχής υλοποίηση αυτής της νέας προσέγγισης εξαρτάται από την εκπαίδευση και την εμπλοκή όλων των επιπέδων προσωπικού, και απαιτεί συνεχή υποστήριξη και αναπροσαρμογή των διαδικασιών.</p>
<b>Harris et al</b>	2015	<p>Αξιολόγηση του προγράμματος βελτίωσης ποιότητας QIP-LC στον</p>	<p>Μικτή μέθοδος αξιολόγησης (ποιοτική και ποσοτική) με ομάδα ελέγχου.</p>	<p>Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων QIP και ελέγχου όσον</p>	<p>Η βελτίωση της λειτουργίας της ομάδας και της ικανότητας της</p>

		τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον Καναδά.		αφορά τη διαχείριση του διαβήτη, τον έλεγχο CRC ή την πρόσβαση.	να λειτουργεί διεπιστημονικά ήταν ένα βασικό επιτυχές στοιχείο του προγράμματος, παρά την έλλειψη σημαντικών στατιστικών διαφορών.
<b>Αυστραλία</b>					
<b>Greenfield et al</b>	2015	Διερεύνηση των απόψεων των ενδιαφερομένων σχετικά με την εξέλιξη των προγραμμάτων διαπίστευσης υπηρεσιών υγείας στην Αυστραλία.	Ημιδομημένες συνεντεύξεις με αντιπροσώπους από τους τομείς πρωτοβάθμιας φροντίδας, οξείας φροντίδας και φροντίδας ηλικιωμένων. Αναλύθηκαν οι μεταγραφές με λογισμικό ανάλυσης κειμένου.	Αναγνωρίστηκαν τέσσερα σημαντικά ζητήματα που επηρέασαν την εξέλιξη των προγραμμάτων διαπίστευσης: αλλαγή φιλοσοφίας των προγραμμάτων, μετατόπιση της εστίασης και των λεπτομερειών του προγράμματος, διαφορετικές προσδοκίες και εμπειρίες έρευνας, και επιρροή εξωτερικών παραγόντων. Αναδείχθηκε ένα υβριδικό μοντέλο διαπίστευσης που συνδυάζει τη συμμόρφωση με κανονισμούς και τη συνεχή	Το υβριδικό μοντέλο διαπίστευσης προωθεί ελάχιστα πρότυπα και συνεχή βελτίωση της ποιότητας μέσω της εξέτασης της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων φροντίδας. Αν και έχει αποδεχτεί από κάποιους ενδιαφερομένους, έχει προκαλέσει ανησυχίες σε άλλους. Το υβριδικό μοντέλο φαίνεται να

				βελτίωση της ποιότητας.	κατευθύνει την προσοχή των οργανισμών και των επαγγελματιών στην ενίσχυση των πολιτισμών ασφάλειας.
<b>Debono et al</b>	2017	Διερεύνηση των απόψεων και των εμπειριών των ενδιαφερομένων σχετικά με το πρόγραμμα διαπίστευσης γενικών ιατρικών, προκειμένου να εντοπίσει τα δυνατά σημεία και τις περιοχές για βελτίωση.	Ατομικές (n=2) και ομαδικές (n=9) συνεντεύξεις με 52 ενδιαφερόμενους που συμμετείχαν στη διαπίστευση γενικών ιατρικών στην Αυστραλία. Οι συνεντεύξεις καταγράφηκαν, απομαγνητοφωνήθηκαν και αναλύθηκαν θεματικά.	Οι συμμετέχοντες υποστήριξαν το πρόγραμμα διαπίστευσης, αλλά αναγνώρισαν διάφορους τομείς ανησυχίας. Δυνατά σημεία περιλάμβαναν: ιδιοκτησία του προγράμματος, αναθεώρηση από συναδέλφους και συνεργατική μάθηση, πρόσβαση σε πληρωμές μέσω του Προγράμματος Κινήτρων Πρακτικής (PIP), και βελτιώσεις στην ασφάλεια και την ποιότητα. Αδυναμίες περιλάμβαναν: την ανάγκη για σαφέστερα μέτρα αποτελεσμάτων, τις απαιτήσεις πόρων και συγκεκριμένες	Η αποτελεσματικότητα της διαπίστευσης ως στρατηγική βελτίωσης της ασφάλειας και της ποιότητας διαμορφώνεται από τις στάσεις και τις εμπειρίες των ενδιαφερομένων. Οι αδυναμίες του προγράμματος επηρεάζουν και επηρεάζονται από την εμπλοκή των ενδιαφερομένων. Μετά από αρκετούς κύκλους διαπίστευσης, ο τομέας



				εμπειρίες διαπίστευσης.	έχει την ευκαιρία να αναστοχαστεί, να αναθεωρήσει και να βελτιώσει τη διαδικασία.
--	--	--	--	-------------------------	---

Αναπτυσσόμενες χώρες

<b>Mahendradhata et al</b>	2004	Ανάπτυξη προτύπων για τη διαπίστευση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ινδονησία.	Ανασκόπηση βιβλιογραφίας, αξιολόγηση δομών, διαδικασιών και αποτελεσμάτων, και συναντήσεις με ενδιαφερόμενους για τη διερεύνηση των προτύπων.	Αναπτύχθηκαν πρότυπα διαπίστευσης για την πρωτοβάθμια φροντίδα, βασισμένα σε υφιστάμενα πρότυπα όπως αυτά του Evaluation and Quality Improvement Program (EQuIP) της Αυστραλιανής Επιτροπής για την Υγειονομική Περίθαλψη. Τα πρότυπα επικεντρώνονται στη συνέχεια της φροντίδας και στη συνεχή βελτίωση.	Η διαδικασία ανάπτυξης των προτύπων μπορεί να βελτιωθεί με την ενσωμάτωση απόψεων ασθενών, τη χρήση μεθόδων έρευνας όπως η τεχνική Delphi και την εφαρμογή μηχανισμών για τακτική αξιολόγηση και αναθεώρηση. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη.
<b>Al-Hussein</b>	2008	Διερεύνηση τρόπων βελτίωσης της	Τυχαία δείγματα φακέλων ασθενών κάθε δύο εβδομάδες, με	Οι μικτοί έλεγχοι αποτελεσμάτων και διεργασιών δεν ανίχνευαν	Είναι δυνατόν να βελτιωθεί η συμπεριφορά

		<p>διαχείρισης του διαβήτη σε κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω διαφόρων ελέγχων.</p>	<p>ανάλυση δεδομένων και εμφάνιση αποτελεσμάτων σε γραφήματα ελέγχου στατιστικών διεργασιών (p charts).</p>	<p>αλλαγές στην αναλογία μη συμμορφούμενων περιπτώσεων σε διάστημα ενός έτους. Οι έλεγχοι διεργασιών έδειξαν βελτίωση στην παροχή φροντίδας με μείωση της αναλογίας μη συμμορφούμενων κατά 10% μέσα σε τρεις μήνες.</p>	<p>των παρόχων μέσω περιοδικών ελέγχων διεργασιών και ανατροφοδοτήσεων. Οι συχνοί έλεγχοι διεργασιών στο πλαίσιο του ελέγχου στατιστικών διεργασιών πρέπει να συμπληρώνονται με ταυτόχρονους ελέγχους αποτελεσμάτων μία ή δύο φορές το χρόνο.</p>
<b>Yassoub et al</b>	2013	<p>Αξιολόγηση της ανταπόκρισης των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Λιβάνου στις μη μεταδοτικές ασθένειες (NCD).</p>	<p>Ατομικές και ομαδικές συνεντεύξεις μέσω ημιδομημένου ερωτηματολογίου με 10 κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που έχουν υποβληθεί σε πιλοτική διαπίστευση.</p>	<p>Τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχουν επαρκείς υπηρεσίες για τον διαβήτη τύπου Ι και ΙΙ, αλλά υστερούν στην ανταπόκριση στις ανάγκες για καρδιαγγειακές παθήσεις, αναπνευστικές ασθένειες και καρκίνο. Αναδείχθηκε η ανάγκη για περισσότερους πόρους και</p>	<p>Για να επιτευχθεί μια πιο προληπτική προσέγγιση στα NCD, απαιτούνται πρόσθετοι χρηματοοικονομικοί και μη χρηματοοικονομικοί πόροι, ένα ισχυρό σύστημα παραπομπών και περαιτέρω</p>

				βελτιωμένο σύστημα παραπομπών.	συνεργασία με το Υπουργείο Δημόσιας Υγείας. Επίσης, είναι αναγκαίο να αυξηθεί η χρηματοδότηση για την προληπτική φροντίδα και να ενισχυθεί η αυτονομία των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας.
<b>Alberti et al</b>	2007	Εντοπισμός των οργανωτικών, ιατρικών και ασθενοκεντρικών παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα φροντίδας των ασθενών με διαβήτη σε μια χώρα με χαμηλό/μεσαίο εισόδημα (Τυνησία).	Ανάλυση δεδομένων από 2.160 τυχαία επιλεγμένους ασθενείς με διαβήτη από 48 κέντρα υγείας στην Τυνησία. Εφαρμόστηκαν μονομερείς και πολυμερείς αναλύσεις παλινδρόμησης για τον εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα φροντίδας.	Οι παράγοντες που σχετίζονται με υψηλότερες βαθμολογίες διαδικασιών φροντίδας ήταν η περιφερειακή ευημερία, η παρακίνηση των ιατρών και η χρήση κλινικών χρόνιων ασθενειών. Η διαθεσιμότητα φαρμάκων και η νεαρή ηλικία των ασθενών σχετίστηκαν με βελτιωμένες βαθμολογίες αποτελεσμάτων φροντίδας.	Η χρήση κλινικών χρόνιων ασθενειών, η διαθεσιμότητα φαρμάκων και η παρακίνηση των ιατρών φαίνεται να είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν θετικά την ποιότητα της φροντίδας του διαβήτη.

<b>Huntington et al</b>	2010	Διερεύνηση της επίδρασης ενός συστήματος κινήτρων σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής και παιδικής υγείας στην Αίγυπτο.	Ποιοτική, ημι-πειραματική μελέτη με μετα-δοκιμαστική μόνο ανάλυση για τη σύγκριση μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που εφαρμόζουν ή δεν εφαρμόζουν το σύστημα κινήτρων.	Βελτιώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, προγεννητικής φροντίδας και φροντίδας παιδιών στις μονάδες που εφαρμόζουν το σύστημα κινήτρων, σε σύγκριση με τις μονάδες που δεν το εφαρμόζουν. Τα κίνητρα φάνηκαν να ενθαρρύνουν καλύτερη λήψη ιστορικού και επικοινωνία.	Το σύστημα κινήτρων είχε θετική επίδραση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση για να αποφευχθούν μη επιθυμητές επιπτώσεις, όπως υπερτιμήσεις ορισμένων διαδικασιών. Οι δείκτες απόδοσης πρέπει να επιλέγονται προσεκτικά και να ενσωματώνονται σε καλά εδραιωμένα συστήματα ποιότητας φροντίδας.
<b>Al Tehewy et al</b>	2009	Αξιολόγηση της επίδρασης της διαπίστευσης σε μονάδες υγείας μη κυβερνητικών	Ημι-πειραματική μελέτη σε 60 μονάδες υγείας NGO, από τις οποίες οι 30 είχαν υποβληθεί σε διαπίστευση και οι υπόλοιπες 30	Οι μονάδες υγείας που είχαν διαπιστευθεί έδειξαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης ασθενών σε τομείς	Η διαπίστευση των μονάδων υγείας NGO είχε θετική επίδραση στην ικανοποίηση των

		οργανισμών (NGO) στην Αίγυπτο.	όχι. Η αξιολόγηση περιελάμβανε ερωτηματολόγια ικανοποίησης ασθενών και παρόχων και ελέγχους συμμόρφωσης με ορισμένα πρότυπα διαπίστευσης.	όπως η καθαριότητα, ο χώρος αναμονής, ο χρόνος αναμονής και η συνολική ικανοποίηση. Οι μονάδες αυτές επίσης παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης με τα πρότυπα διαπίστευσης σε σχέση με τις μη διαπιστευμένες μονάδες.	ασθενών και στη συμμόρφωση με τα πρότυπα διαπίστευσης. Παρόλο που η ικανοποίηση των παρόχων δεν διέφερε σημαντικά, η συνολική ικανοποίηση των παρόχων στις διαπιστευμένες μονάδες ήταν υψηλότερη.
<b>El-Jardali et al</b>	2013	Διερεύνηση της ετοιμότητας των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας στην εφαρμογή των νέων προτύπων διαπίστευσης στο Λίβανο και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν.	Περιγραφική μελέτη με χρήση ερωτηματολογίων 65 στοιχείων προσαρμοσμένων από τα εθνικά πρότυπα διαπίστευσης. Αναλύσεις περιγραφικές και θεματική ανάλυση ανοικτών ερωτήσεων.	Τα αποτελέσματα έδειξαν χαμηλές βαθμολογίες στις κλίμακες, ειδικά σε τομείς που σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών. Το 59,8% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι δεν έχει στρατηγικό σχέδιο βασισμένο στις ανάγκες της κοινότητας, και το 70% δεν παρακολουθεί και δεν διερευνά	Η διαπίστευση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Λίβανο, αλλά απαιτείται προσοχή στις προκλήσεις όπως η έλλειψη στρατηγικών σχεδίων και συστημάτων αναφοράς συμβάντων. Οι υπεύθυνοι χάραξης

				τάσεις σε ποσοστά συμβάντων.	πολιτικής και οι διαχειριστές πρέπει να λάβουν υπόψη τα αποτελέσματα αυτά για τη βελτίωση της ποιότητας και της απόδοσης των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας.
<b>Almasabi</b>	2013	Παρουσίαση μιας γενικής εικόνας της ποιότητας και της διαπίστευσης στον τομέα υγείας της Σαουδικής Αραβίας.	Ανασκόπηση των πρωτοβουλιών διαπίστευσης και προγραμμάτων ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη της Σαουδικής Αραβίας.	Από το 1970, η Σαουδική Αραβία έχει επικεντρωθεί στη βελτίωση της ποιότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Η CBAHI ιδρύθηκε το 2005 για την αναγνώριση δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αλλά μόνο ένας περιορισμένος αριθμός νοσοκομείων έχει διαπιστευθεί μέχρι σήμερα. Παρά τις προσπάθειες, η χρηματοδότηση και το	Παρά τις μεγάλες προσπάθειες της κυβέρνησης για βελτίωση του τομέα υγείας, εξακολουθούν να υπάρχουν εμπόδια, όπως η χρηματοδότηση και η έλλειψη εξειδικευμένου τοπικού προσωπικού. Υπάρχει ανάγκη για ένα πιο αποτελεσματικό Εθνικό Σύστημα

				εξειδικευμένο προσωπικό παραμένουν προβλήματα.	Πληροφοριών Υγείας για να διευκολυνθεί η εφαρμογή των πρακτικών διαχείρισης ποιότητας.
<b>Neyaz et al</b>	2011	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των αυτοαναφερόμενων επιδράσεων των ιατρών στη συνταγογράφηση και της ποιότητας της συνταγογράφησης τους στην πόλη του Ριάντ, Σαουδική Αραβία.	Διατομεακή μελέτη με αξιολόγηση 600 τυχαία επιλεγμένων συνταγογραφήσεων από 87 ιατρούς και ανάλυση των αυτοαναφερόμενων επιδράσεων μέσω ερωτηματολογίων.	Οι ιατροί που συμμετείχαν στη μελέτη ανέφεραν διάφορες επιδράσεις στη συνταγογράφηση, αλλά κανένας από τους παράγοντες που μελετήθηκαν δεν βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της συνταγογράφησης σύμφωνα με το μοντέλο διμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης.	Η ποιότητα της συνταγογράφησης δεν επηρεάζεται σημαντικά από τους αυτοαναφερόμενους παράγοντες που αναλύθηκαν στη μελέτη αυτή.
<b>Alberti et al</b>	2004	Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα φροντίδας του διαβήτη σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Τύνιδα.	Αναδρομική ανασκόπηση ιατρικών φακέλων 580 τυχαία επιλεγμένων ασθενών με διαβήτη από 12 κέντρα υγείας.	Σημαντικές διαφορές στην καταγραφή της φροντίδας μεταξύ των κέντρων υγείας. Παράγοντες που σχετίζονται με τη βελτιωμένη καταγραφή φροντίδας περιλαμβάνουν την	Η ποιότητα της φροντίδας για τον διαβήτη στην Τύνιδα ποικίλλει ευρέως μεταξύ των κέντρων υγείας. Η βελτίωση της

				ηλικία των ασθενών (νεότεροι ασθενείς), τη χρήση νέων ιατρικών φακέλων, τα αστικά κέντρα υγείας και την παρουσία ιατρού με ειδικό ενδιαφέρον στον διαβήτη.	καταγραφής και η υιοθέτηση οργανωμένων και δομημένων προσεγγίσεων μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της ποιότητας της φροντίδας.
<b>Khattab et al</b>	2007	Αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας του διαβήτη σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας στη Δυτική Σαουδική Αραβία.	Αναδρομική μελέτη με ανάλυση ιατρικών φακέλων 1,243 διαβητικών ασθενών από 13 κέντρα υγείας στη Jeddah, χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με την κλινική πρακτική και την αποτελεσματικότητα.	Η ποιότητα της φροντίδας του διαβήτη ήταν χαμηλότερη από τα πρότυπα του American Diabetes Association (ADA). Μόνο το 17,5% των ασθενών είχε HbA1c < 7%. Οι παραπομπές για περαιτέρω φροντίδα ήταν επίσης χαμηλές.	Η ποιότητα της φροντίδας του διαβήτη στη Δυτική Σαουδική Αραβία απαιτεί σημαντική βελτίωση.
<b>El-Jardali et al</b>	2014	Διερεύνηση της επίδρασης της διαπίστευσης στην ποιότητα της φροντίδας, την ικανοποίηση του	Διατομεακή μελέτη με μεικτές μεθόδους σε 25 ΚΠΦ, συμπεριλαμβάνοντας ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από το	Τα κλίμακες Μέτρηση και Ηγεσία, Αντίκτυπο της Διαπίστευσης, Αξιοποίηση Ανθρώπινων Πόρων και Ικανοποίηση Πελατών είχαν τις	Παρόλο που η διαπίστευση είχε θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα της φροντίδας και στην ικανοποίηση του



		προσωπικού και των ασθενών, και εντοπισμός των παραγόντων επιτυχίας και προκλήσεις στη διαδικασία διαπίστευσης στα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (ΚΠΦ) του Λιβάνου.	προσωπικό και ημιδομημένες συνεντεύξεις με τους διευθυντές.	υψηλότερες μέσες βαθμολογίες. Οι διευθυντές τόνισαν τα οφέλη της διαπίστευσης όσον αφορά την τεκμηρίωση, την ενίσχυση των προτύπων ποιότητας, την ενδυνάμωση των σχέσεων μεταξύ των ΚΠΦ και των ενδιαφερόμενων μερών, καθώς και τη βελτίωση της ικανοποίησης του προσωπικού και των ασθενών.	προσωπικού και των ασθενών, υπήρχαν προκλήσεις όπως οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, η ανεπαρκής υποδομή και η έλλειψη προσωπικού.
<b>Diab</b>	2015	Αξιολόγηση της επίδρασης των προτύπων διαπίστευσης πρωτοβάθμιας φροντίδας στην ποιότητα της φροντίδας και στην ικανοποίηση των εργαζομένων στα κέντρα υγείας της Ιορδανίας.	Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που σχεδιάστηκαν για τη συλλογή δεδομένων από 300 υπαλλήλους σε 20 κέντρα υγείας.	Το 74% των συμμετεχόντων θεώρησαν ότι τα πρότυπα διαπίστευσης επηρέασαν την ποιότητα των υπηρεσιών, ενώ μόνο το 37% θεώρησαν ότι υπήρχε επίδραση στην ικανοποίηση των εργαζομένων. Τα πρότυπα βελτίωσης ποιότητας και ασφάλειας των ασθενών δεν εφαρμόστηκαν πλήρως.	Η διαπίστευση επηρεάζει θετικά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, αλλά δεν έχει σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των εργαζομένων. Η βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών χρειάζεται

					περισσότερη προσοχή.
<b>Hasna et al</b>	2010	Αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας για τους Βεδουίνους στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Βόρεια-Ανατολική Badia της Ιορδανίας.	Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Maximizing Access to Quality (MAQ) με μη συμμετοχική παρατήρηση για την αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας σε τέσσερα κέντρα υγείας.	Οι γενικοί ιατροί ήταν διαθέσιμοι, αλλά απαιτούνταν επιπλέον εκπαίδευση, και δεν υπήρχαν κοινωνικοί λειτουργοί. Η παροχή υπηρεσιών υγείας ήταν βέλτιστη σε τρία από τα κέντρα, αλλά λιγότερο βέλτιστη στο πιο απομακρυσμένο κέντρο. Η υγειονομική εκπαίδευση γινόταν σποραδικά και η συνέχεια της φροντίδας ήταν η κύρια πρόκληση.	Το εργαλείο MAQ είναι χρήσιμο για την αποτύπωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αλλά δεν είναι κατάλληλο για αγροτικές περιοχές. Η διαπίστωση έχει θετική επίδραση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, αλλά απαιτείται συνεχής υποστήριξη και αναπροσαρμογή των διαδικασιών για να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα των βελτιώσεων.
<b>Al-Gelban et al</b>	2011	Αξιολόγηση της γνώσης και συμμόρφωσης των ιατρών πρωτοβάθμιας	Διατομεακή μελέτη με τη χρήση τροποποιημένου ερωτηματολογίου του	Μόνο το 5,6% των συμμετεχόντων μετρούσε την αρτηριακή πίεση του ασθενούς	Οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν συμμορφώνονται πλήρως

		φροντίδας με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση της υπέρτασης στην περιοχή Aseer της Σαουδικής Αραβίας.	Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) για τη συλλογή δεδομένων από 345 ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας.	σε καθιστή και άλλες θέσεις. Η σωστή καταγραφή της διαστολικής πίεσης στο Koratkoff sound phase-5 ήταν 74,8%. Οι σωστές διαγνώσεις συστολικής και διαστολικής υπέρτασης σε μη διαβητικούς ασθενείς ήταν 76,7% και 81,4% αντίστοιχα, ενώ στους διαβητικούς ήταν 36% και 17,1%.	με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση της υπέρτασης. Η ανάγκη για συνεχή ιατρική εκπαίδευση και κατάρτιση σε θέματα διαχείρισης της υπέρτασης είναι επιτακτική.
<b>Alsakkak et al</b>	2017	Μελέτη και αξιολόγηση της πρώτης φάσης του κύκλου διαπίστευσης του Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions (CBAHI) για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Σαουδική Αραβία.	Περιγραφική αναλυτική μελέτη αξιολόγησης 93 επισκέψεων επιθεώρησης σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε 20 περιοχές, από Οκτώβριο 2016 έως Μάιο 2017.	Από τον Οκτώβριο 2016 έως τον Ιανουάριο 2017, μόνο 28 από τα 93 κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας εντάχθηκαν στην πρώτη φάση του προγράμματος διαπίστευσης. Από αυτά, τα 8 κέντρα διαπιστεύθηκαν, ενώ τα 11 έλαβαν επιστολές υπό όρους διαπίστευσης και 9 απορρίφθηκαν. Συνολικά, 55 από	Η εντατική εκπαίδευση και οι επιτόπιες επισκέψεις έδειξαν σημαντική επίδραση, καθώς η κατάσταση διαπίστευσης και υπό όρους διαπίστευσης αυξήθηκε κατά δύο φορές λόγω της καλύτερης κατανόησης

				<p>τα 93 κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας διαπιστεύθηκαν, 20 έλαβαν υπό όρους διαπίστευση και 18 απορρίφθηκαν.</p>	<p>των προτύπων από το προσωπικό των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και της έγκαιρης αναγνώρισης των κενών απόδοσης που επέτρεψαν στα κέντρα να μετριάσουν αυτά τα κενά επαρκώς για να αποφύγουν τις μηδενικές βαθμολογίες, ειδικά στις απαιτήσεις βασικής ασφάλειας.</p>
<b>Tashkandi et al</b>	2021	<p>Παρουσίαση πιλοτικού μοντέλου για τις εργαστηριακές υπηρεσίες στα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας σε αστικές πόλεις της Σαουδικής Αραβίας, εστιάζοντας στη</p>	<p>Η FOCUS-PDCA μέθοδος βελτίωσης ποιότητας, του Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutes (CBAHI), εφαρμογή στρατηγικών ACO σε δέκα πιλοτικά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας.</p>	<p>Η ανάλυση κενών αποκάλυψε ασυνέπειες στην πρακτική που οδήγησαν σε χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών. Η εφαρμογή των στρατηγικών ACO βελτίωσε τους δείκτες απόδοσης, όπως η μείωση του ποσοστού απόρριψης δειγμάτων και η βελτίωση του</p>	<p>Η κεντροποίηση των εργαστηριακών υπηρεσιών των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ένα διαπιστευμένο κεντρικό εργαστήριο και η εφαρμογή των εθνικών προτύπων διαπίστευσης</p>

		βελτίωση της ποιότητας και της χρήσης των υπηρεσιών.		χρόνου απόκρισης των αποτελεσμάτων των εξετάσεων. Η ηλεκτρονική συνδεσιμότητα βελτίωσε τους δείκτες απόδοσης του χρόνου απόκρισης και έκανε πολλές από τις διαδικασίες πιο αποδοτικές.	βελτίωσαν τη διαδικασία των δοκιμών και μείωσαν το κόστος.
<b>Al-Shidhani et al</b>	2011	Αξιολόγηση της διαχείρισης και τεκμηρίωση της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται σε υπερτασικούς ασθενείς σε ένα κέντρο υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Ομάν.	Αναδρομική ανάλυση ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων (EMR) 150 τυχαία επιλεγμένων ασθενών κατά την περίοδο 2007-2008.	Η ηλικία, το φύλο, οι μετρήσεις αρτηριακής πίεσης, οι εξετάσεις νεφρικής λειτουργίας και τα επίπεδα λιπιδίων καταγράφηκαν επαρκώς (>75%) στο σύστημα. Η τεκμηρίωση ιστορικού σημαντικών συμπτωμάτων και ιστορικού καπνίσματος ήταν ανεπαρκής (<1%). Το 55% των υπερτασικών ασθενών ήταν επαρκώς ελεγχόμενοι (BP<140/90). Υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ του 2007 και του 2008 όσον αφορά	Η διεξαγωγή ελέγχου των EMR είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση της κλινικής απόδοσης και τον εντοπισμό των αλλαγών που πρέπει να γίνουν για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Υπήρξε σημαντική βελτίωση στην τεκμηρίωση των σημαντικών συμπτωμάτων στη

				την τεκμηρίωση και καταγραφή των σημαντικών συμπτωμάτων ( $p < 0.001$ ) και των εξετάσεων νεφρικής λειτουργίας ( $p = 0.026$ ).	δεύτερη αξιολόγηση.
<b>Ghareeb et al</b>	2018	Αξιολόγηση της επίδρασης της διαπίστευσης στον οργανισμό πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Κατάρ.	Ποσοτική μελέτη με χρήση δομημένων ερωτηματολογίων για συλλογή δεδομένων από 500 υπαλλήλους.	Η πλειοψηφία των υπαλλήλων συμφώνησε για τη θετική επίδραση της διαπίστευσης. Υπήρξε σημαντικά θετική συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης του προσωπικού για τη διαπίστευση και της ποιότητας της φροντίδας. Οι δύο κυρίαρχες κουλτούρες στον οργανισμό ήταν η "ομαδική" και η "ιεραρχική".	Η διαπίστευση έχει θετική επίδραση στην ποιότητα της φροντίδας και στην οργανωσιακή μάθηση. Η εμπλοκή των υπαλλήλων στη διαπίστευση ενισχύει την αίσθηση του ανήκειν και προάγει μια κουλτούρα που υποστηρίζει τη βελτίωση της ποιότητας.
<b>Kebriaei et al</b>	2006	Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της διαπίστευσης στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία της επαρχίας Kerman στο	Διατομεακή μελέτη με χρήση ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων με προσωπικό και διευθυντές νοσοκομείων για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών και	Τα νοσοκομεία που είχαν υποβληθεί σε διαπίστευση παρουσίασαν βελτιώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών, ειδικά σε τομείς όπως η τεκμηρίωση, η διαχείριση των ασθενών και οι	Η διαπίστευση έχει θετική επίδραση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία. Ωστόσο, η διαδικασία απαιτεί συνεχή

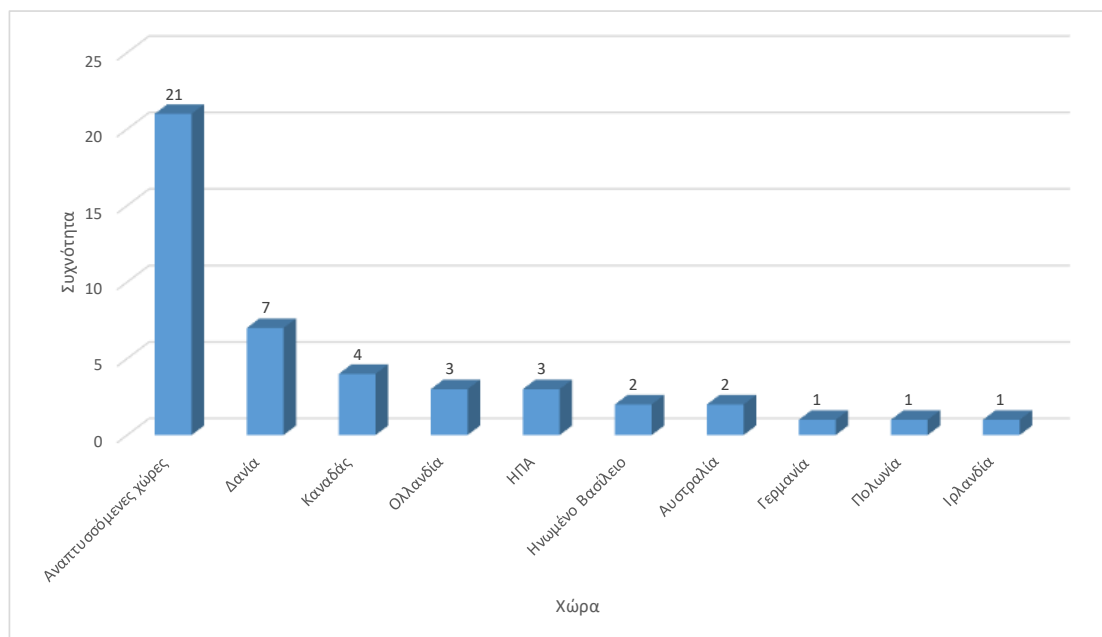
		Ιράν.	την εμπειρία από τη διαδικασία διαπίστευσης.	διαδικασίες ελέγχου της μόλυνσης. Οι διευθυντές νοσοκομείων ανέφεραν ότι η διαδικασία διαπίστευσης βοήθησε στη βελτίωση της επαγγελματικής συμπεριφοράς και στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών.	παρακολούθηση και υποστήριξη για να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα των βελτιώσεων. Χρειάζεται επίσης να δοθεί προσοχή στις προκλήσεις όπως η ανάγκη για περισσότερους πόρους και η εκπαίδευση του προσωπικού.
<b>Tabrizi et al</b>	2013	Ανάπτυξη εθνικού μοντέλου διαπίστευσης για τα κέντρα υγείας στις αγροτικές περιοχές του Ιράν.	Συστηματική ανασκόπηση για την επιλογή κατάλληλων προτύπων διαπίστευσης παγκοσμίως, ακολουθούμενη από τη χρήση της μεθόδου Delphi για τη συλλογή και αξιολόγηση των απόψεων των ειδικών.	Τα πρότυπα της JCAHO και της CCHSA αναγνωρίστηκαν ως τα πιο κατάλληλα. Μέσω της διαδικασίας Delphi, τα πρότυπα εγκρίθηκαν από τους ειδικούς, και τελικά επιλέχθηκαν 55 πρότυπα για το τελικό μοντέλο διαπίστευσης.	Το σχεδιασμένο μοντέλο έχει πρότυπα με αποδεκτή ποιότητα και ποσότητα. Η εφαρμογή του στα αγροτικά κέντρα υγείας μπορεί να οδηγήσει σε συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> – Συζήτηση

### 5.1 Ανάλυση των ευρημάτων

Η διαπίστευση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας που υιοθετείται ευρέως σε πολλές χώρες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στη χρόνια φροντίδα υγείας, εστιάζοντας στις επιπτώσεις της διαπίστευσης τόσο από τη σκοπιά των επαγγελματιών υγείας όσο και από την προοπτική των ασθενών. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης παρουσιάζονται ανά χώρα ώστε να είναι περισσότερο κατανοητό το πλαίσιο στο οποίο έχουν διεξαχθεί οι προς μελέτη έρευνες.

Σε σύνολο 45 άρθρων, η συχνότητα για την κάθε χώρα εμφανίζεται στο Γράφημα 2.



Γράφημα 2. Συχνότητα μελετών για την κάθε χώρα που περιλαμβάνει η συστηματική ανασκόπηση



Αρχικά παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της **Δανίας**. Η μελέτη των Uggerby et al (2021) παρουσίασε το Δανέζικο Εθνικό Πρόγραμμα Ποιότητας (NQP) και τα αποτελέσματά του. Το NQP περιλαμβάνει 8 εθνικούς στόχους ποιότητας, ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη διαχείριση της ποιότητας και συνεργασίες βελτίωσης ποιότητας. Συγκεκριμένα, το Δανέζικο Εθνικό Πρόγραμμα Ποιότητας (NQP) αναπτύχθηκε με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας στο σύστημα υγείας της Δανίας. Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε με βάση μια σειρά από εθνικούς στόχους ποιότητας, που περιλαμβάνουν την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την κατάλληλη θεραπεία και τη βελτίωση της αποκατάστασης και της διαχείρισης χρόνιων ασθενειών. Μετά την εφαρμογή του NQP, οι δείκτες ποιότητας εμφάνισαν σημαντική βελτίωση σε πολλούς κλινικούς τομείς. Ως εκ τούτου, υπήρξε μείωση της θνησιμότητας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και αύξηση της επιβίωσης ασθενών με καρκίνο και καρδιαγγειακές παθήσεις. Το σύστημα υγείας κατέστη επίσης περισσότερο αποδοτικό, με τη μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο να μειώνεται. Η ηγεσία, η εμπλοκή του προσωπικού και οι συνεργασίες χαρακτηρίστηκαν ως καθοριστικές για την επιτυχία του προγράμματος (Uggerby *et al.*, 2021).

Η μελέτη των Riisgaard et al (2020) διερεύνησε αν η διαπίστευση στην πρωτοβάθμια φροντίδα ενισχύει την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών. Σε αυτή την τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Danish Patients Evaluate Practice (DanPEP) για τη συλλογή δεδομένων. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διαπίστευσης και της ποιότητας φροντίδας που αναφέρθηκε από τους ασθενείς ή της ικανοποίησής τους από τον ιατρό. Ωστόσο, παρατηρήθηκε μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της πρόσφατης διαπίστευσης και της ικανοποίησης με την φροντίδα, η οποία φαίνεται να είναι προσωρινή και απαιτεί περαιτέρω έρευνα για να κατανοηθούν οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της διαπίστευσης. Η αρνητική επίδραση της πρόσφατης διαπίστευσης μπορεί να οφείλεται στο άγχος και την αναστάτωση που προκαλείται κατά τη διάρκεια της προσαρμογής στις νέες απαιτήσεις της διαπίστευσης. Επιπλέον, οι ερευνητές τονίζουν τη σημασία της συνεχούς παρακολούθησης και της αξιολόγησης των διαδικασιών διαπίστευσης για να διασφαλιστεί ότι μακροπρόθεσμα θα επιφέρουν τις επιθυμητές βελτιώσεις στην ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών (Riisgaard *et al.*, 2020).

Η ποιοτική μελέτη των Kousgaard et al (2019) εστίασε στις αντιλήψεις των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την επίδραση της διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η έρευνα διεξήχθη με συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν σε 11 κλινικές ΠΦΥ στη Δανία, και διεξήχθησαν δύο φορές: κατά την περίοδο προετοιμασίας και μετά την επίσκεψη των αξιολογητών για τη διαπίστευση. Τα ευρήματα αποκάλυψαν ότι οι επιδράσεις της διαπίστευσης ποικίλλαν σημαντικά μεταξύ των κλινικών. Ορισμένες κλινικές πραγματοποίησαν ελάχιστες αλλαγές, ενώ άλλες εφάρμοσαν πολλές και σημαντικές τροποποιήσεις. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν βελτιώσεις στις γνώσεις και τις δεξιότητές τους, καθώς και αυξημένη ικανοποίηση από την εργασία τους. Ωστόσο, άλλοι επισήμαναν τον αυξημένο φόρτο εργασίας ως ένα σημαντικό ζήτημα. Οι διαφοροποιημένες εμπειρίες των συμμετεχόντων υποδεικνύουν την ανάγκη για μια ευέλικτη προσέγγιση στη διαπίστευση, που να λαμβάνει υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες και δυνατότητες κάθε κλινικής (Kousgaard, Thorsen and Due, 2019).

Η μελέτη των Due et al (2019) εξέτασε πώς οι γενικοί ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνονται και βιώνουν τα πρότυπα διαπίστευσης. Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν σε 11 κλινικές ΠΦΥ στη Δανία, δύο φορές: αρχικά κατά τη φάση προετοιμασίας και στη συνέχεια μετά την επίσκεψη των επιθεωρητών διαπίστευσης. Η κατανόηση των προτύπων διαπίστευσης αποτέλεσε σημαντική πρόκληση για τους επαγγελματίες, οι οποίοι προσπάθησαν να βελτιώσουν την κατανόησή τους χρησιμοποιώντας διάφορες υποστηρικτικές επιλογές. Οι εμπειρίες τους με αυτές τις υποστηρικτικές επιλογές ήταν ανάμεικτες, καθώς πολλοί χαρακτήρισαν την προσπάθεια κατανόησης χρονοβόρα και απογοητευτική. Η μελέτη αυτή προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας κατά την προσπάθειά τους να κατανοήσουν και να εφαρμόσουν τα πρότυπα διαπίστευσης. Οι δυσκολίες αυτές περιλαμβάνουν την πολυπλοκότητα των προτύπων, την έλλειψη σαφών οδηγιών και την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση και υποστήριξη. Η ενίσχυση της υποστήριξης και η παροχή πιο σαφών και πρακτικών κατευθυντήριων οδηγιών θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να ανταποκριθούν καλύτερα στις απαιτήσεις της διαπίστευσης και να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν (Due, Thorsen and Kousgaard, 2019).

Η μελέτη των Andersen et al (2017) εξέτασε τις επιπτώσεις ενός υποχρεωτικού προγράμματος διαπίστευσης στην ποιότητα της φροντίδας στον τομέα της

πρωτοβάθμιας ιατρικής στη Δανία. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε ως τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή, στην οποία συμμετείχαν 1252 κλινικές/ιατρεία και 2211 γενικοί ιατροί. Στόχος της ήταν να αξιολογήσει τις αλλαγές στον αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων για ασθενείς άνω των 65 ετών, καθώς και άλλους δείκτες ασφαλούς φαρμακευτικής αγωγής και καλής κλινικής πρακτικής. Οι επιπτώσεις της διαπίστευσης και των διαδικασιών τυποποίησης δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, και η συγκεκριμένη έρευνα προσφέρει σημαντικά δεδομένα για την αξιολόγηση αυτών των επιπτώσεων. Η μελέτη των Andersen et al (2017) αποτελεί μία από τις πρώτες προσπάθειες να αξιολογηθεί η επίδραση ενός υποχρεωτικού προγράμματος διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα με τόσο εκτεταμένη συμμετοχή (Andersen *et al.*, 2017).

Η μελέτη των Jensen et al (2021) εστίασε στη χρήση και την αντιληπτή αξία της υποστήριξης υλοποίησης κατά τη διαδικασία διαπίστευσης σε γενικά ιατρεία. Μέσω μιας διατομεακής μελέτης ερωτηματολογίου που διεξήχθη σε όλες τις κλινικές ΠΦΥ στη Δανία, διαπιστώθηκε ότι το 99,5% των κλινικών έκανε χρήση κάποιου είδους υποστήριξης υλοποίησης. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι τύποι υποστήριξης ήταν η βοήθεια από συναδέλφους και τα έγγραφα διαπίστευσης. Αν και η υποστήριξη προσαρμοσμένη στις ανάγκες της κάθε κλινικής θεωρήθηκε περισσότερο χρήσιμη, χρησιμοποιήθηκε λιγότερο συχνά. Η υποστήριξη που ήταν προσαρμοσμένη στις ανάγκες της κάθε κλινικής θεωρήθηκε περισσότερο χρήσιμη (91-97%), ωστόσο χρησιμοποιήθηκε λιγότερο συχνά (16-40%). Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η υποστήριξη από συναδέλφους και τα έγγραφα διαπίστευσης αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για την κατανόηση και εφαρμογή των προτύπων διαπίστευσης. Τα ευρήματα της μελέτης υποστηρίζουν την ανάγκη για μια πολυπαραγοντική προσέγγιση στις παρεμβάσεις ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα, που να στοχεύουν τις ανάγκες και τις δυνατότητες των μεμονωμένων κλινικών (Jensen, Bro and Mygind, 2021).

Τέλος, η μελέτη των Due et al (2021) στόχευε να κατανοήσει τις εμπειρίες και τις δράσεις τόσο των επιθεωρητών όσο και των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια των επιθεωρήσεων που διενεργούνται για να διαπιστωθεί η συμμόρφωση με τα πρότυπα διαπίστευσης. Ειδικότερα, εστίασε στη μεθοδολογία των επιθεωρητών και την αντίληψη των επαγγελματιών για τη διαδικασία αυτή. Οι επιθεωρητές έδωσαν ιδιαίτερη σημασία στις δηλώσεις των επαγγελματιών, θεωρώντας τις αξιόπιστες και σημαντικές για την αξιολόγηση, αλλά αντιμετώπισαν προκλήσεις όπως την ανίχνευση

περιπτώσεων παραπλάνησης ή ανεπαρκούς κατανόησης των προτύπων από τους επαγγελματίες. Οι επαγγελματίες γενικής ιατρικής γενικά εξέφρασαν την προσπάθειά τους να τηρήσουν τα πρότυπα διαπίστευσης και υπήρξαν λίγες περιπτώσεις παραπλάνησης, που συνήθως οφείλονταν σε διαφωνία με τα πρότυπα και όχι σε σκόπιμη απόκρυψη. Η έρευνα έδειξε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν ειλικρινά να συμμορφωθούν με τα πρότυπα, αν και μερικές φορές μπορεί να διαφωνούν ή να μην κατανοούν πλήρως τις απαιτήσεις. Η εμπιστοσύνη αποτελεί βασική παράμετρο για την επιτυχία της διαδικασίας διαπίστευσης, ενώ οι επιθεωρητές πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τις περιπτώσεις όπου μπορεί να υπάρχει παραπλάνηση ή ανεπαρκής κατανόηση των προτύπων (Due, Thorsen and Kousgaard, 2021).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ερευνών που αφορούν στην **Ολλανδία**. Αρχικά, η μελέτη των Van Doorn-Klomberg et al (2014) διερεύνησε την επίδραση της διαπίστευσης στην ποιότητα της διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων μέσω μιας συγκριτικής μελέτης παρατήρησης με δύο ομάδες 138 ολλανδικών ιατρικών ΠΦΥ που συμμετείχαν στο εθνικό πρόγραμμα διαπίστευσης. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι υπήρχαν βελτιώσεις σε 6 δείκτες για τον διαβήτη και τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Επιπλέον, στην σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων, τα ιατρεία που είχαν ήδη συμμετάσχει σε προηγούμενα προγράμματα διαπίστευσης παρουσίασαν καλύτερη απόδοση σε 4 δείκτες για τον διαβήτη και τις καρδιαγγειακές παθήσεις σε σύγκριση με τα ιατρεία που δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία με τις διαδικασίες διαπίστευσης. Ωστόσο, παρά τις βελτιώσεις στην ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας για ασθενείς με χρόνια νοσήματα, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι λίγες από αυτές τις βελτιώσεις μπορούσαν να αποδοθούν άμεσα στο πρόγραμμα διαπίστευσης (Van Doorn-Klomberg *et al.*, 2014).

Η μελέτη των Nouwens et al (2012) διερεύνησε την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα ενός προγράμματος διαπίστευσης για τη διαχείριση καρδιαγγειακού κινδύνου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Σε μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με 70 κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι κλινικές κατανεμήθηκαν σε ομάδες παρέμβασης και ελέγχου, με βασικές και επαναληπτικές μετρήσεις δεικτών διαχείρισης καρδιαγγειακού κινδύνου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι κλινικές της ομάδας παρέμβασης παρουσίασαν βελτιώσεις σε αρκετούς δείκτες, όπως η ελεγχόμενη αρτηριακή πίεση και η χοληστερόλη, αν και οι διαφορές δεν ήταν πάντα

στατιστικά σημαντικές. Οι οικονομικές αναλύσεις έδειξαν μικρή αποτελεσματικότητα σε όρους κόστους, αλλά η συνολική οικονομική αποδοτικότητα χρειάζεται περαιτέρω αξιολόγηση. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διαπίστευση μπορεί να βελτιώσει τη διαχείριση του καρδιαγγειακού κινδύνου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, αλλά οι επιδράσεις ποικίλλουν και η οικονομική αποδοτικότητα πρέπει να αξιολογηθεί περαιτέρω. Η συμμετοχή σε προγράμματα διαπίστευσης μπορεί να ενισχύσει την ποιότητα της φροντίδας, αλλά απαιτούνται επιπλέον μελέτες για την επιβεβαίωση αυτών των ευρημάτων και τη βελτίωση της απόδοσης των προγραμμάτων αυτών (Nouwens *et al.*, 2012).

Τέλος, η μελέτη των Nouwens *et al* (2015) επικεντρώθηκε στον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα, βασισμένη στις εμπειρίες των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας που συμμετείχαν στο πρόγραμμα αυτό. Πρόκειται για ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις 33 επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, και η ανάλυση βασίστηκε στο Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το πρόγραμμα διαπίστευσης είχε θετικές επιδράσεις στο κλίμα της ομάδας και τη δέσμευση για την ποιότητα της φροντίδας. Οι παράγοντες που διευκόλυναν την υλοποίηση περιλάμβαναν τον καθορισμό ενός υπεύθυνου για το πρόγραμμα, την εξασφάλιση σαφούς επικοινωνίας εντός της ομάδας και την ενίσχυση του ενθουσιασμού για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Παρά τις θετικές επιδράσεις, δεν συμβάλλουν όλα τα προγραμματισμένα στοιχεία στη βελτίωση της ποιότητας. Οι ερευνητές τόνισαν ότι οι παράγοντες τόσο στη διαδικασία διαπίστευσης όσο και στο πλαίσιο θεωρήθηκαν καθοριστικοί για τη βελτίωση της ποιότητας. Η πρόκληση έγκειται στην ενίσχυση των διευκολυντικών παραγόντων, ενώ ταυτόχρονα πρέπει να μειωθούν τα στοιχεία της διαπίστευσης που δεν συμβάλλουν στον αντίκτυπο των επιπτώσεων (Nouwens, Van Lieshout and Wensing, 2015).

Η συγκριτική ανάλυση των τριών μελετών από την Ολλανδία αποκαλύπτει διάφορες πτυχές και προκλήσεις της διαδικασίας διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη χρόνια φροντίδα υγείας. Οι παράγοντες όπως η σαφής επικοινωνία, η εμπλοκή του προσωπικού και η ύπαρξη υπεύθυνου θεωρούνται βασικοί για την επιτυχία της διαπίστευσης και τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας.

Για τη **Γερμανία** και την **Πολωνία** βρέθηκε από μία μελέτη για κάθε χώρα. Η μελέτη των Szecsenyi et al. (2011) είχε ως στόχο να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος βελτίωσης ποιότητας στη διαχείριση των κλινικών πρωτοβάθμιας φροντίδας στη Γερμανία, με έμφαση στην ποιότητα και την ασφάλεια. Χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία της προοπτικής μελέτης "πριν-μετά" με χρήση του European Practice Assessment (EPA) σε 102 κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η μελέτη περιλάμβανε μια συγκριτική ομάδα 102 κλινικών που πραγματοποίησαν μόνο μια αξιολόγηση με το EPA. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις σε όλους τους τομείς μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης αξιολόγησης για την ομάδα παρέμβασης. Ιδιαίτερα, παρατηρήθηκαν βελτιώσεις στη διαχείριση παραπόνων, την ανάλυση κρίσιμων συμβάντων, την ανάπτυξη ποιότητας και την πολιτική ποιότητας. Οι κλινικές που ολοκλήρωσαν δύο φορές την αξιολόγηση με το EPA παρουσίασαν σαφείς βελτιώσεις στη διαχείριση τους, επιβεβαιώνοντας την αξία του κύκλου βελτίωσης ποιότητας και τη χρήση καθιερωμένων οργανωσιακών προτύπων για τη διαχείριση κλινικών με το EPA (Szecsenyi *et al.*, 2011).

Αντίστοιχα στην Πολωνία, η μελέτη των Kurpas et al. (2016) επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση της υπάρχουσας κατάστασης της φροντίδας που παρέχεται σε ασθενείς με χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, όπως το άσθμα και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Οι ερευνητές συνέλεξαν δεδομένα από πολλά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εξετάζοντας διάφορες πτυχές της παρεχόμενης φροντίδας, όπως την παρακολούθηση των ασθενών, τη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες και τη διαχείριση των συμπτωμάτων. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η ποιότητα της φροντίδας σε πολλά κέντρα ήταν κατώτερη των αναμενόμενων προτύπων. Οι κυριότερες αδυναμίες που εντοπίστηκαν περιλάμβαναν την έλλειψη τυποποιημένων πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και την απουσία συστηματικής αξιολόγησης της φροντίδας που παρέχεται. Οι ερευνητές υπογράμμισαν την ανάγκη για ένα ενιαίο σύστημα διαπίστευσης που θα διασφαλίζει την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών και την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας (Kurpas, Szwamel and Mroczek, 2016).

Οι μελέτες από τη Γερμανία και την Πολωνία δείχνουν ότι η διαπίστευση έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας στις κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα ποικίλλει ανάλογα με τον τρόπο εφαρμογής και την υποστήριξη των προγραμμάτων. Στη Γερμανία, η χρήση του

European Practice Assessment (EPA) οδήγησε σε σημαντικές βελτιώσεις, ιδίως στη διαχείριση παραπόνων και στην ανάλυση κρίσιμων συμβάντων. Αντίθετα, στην Πολωνία, τα ευρήματα έδειξαν ότι η ποιότητα της φροντίδας για χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις ήταν ανεπαρκής και υπογραμμίζεται η ανάγκη για συστηματικές πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας.

Οι μελέτες για το **Ηνωμένο Βασίλειο** αφορούν σε αυτή των Campbell et al. (2010) και σε μία παλαιότερη του Scrivens (1998). Η έρευνα του Scrivens (1998) εξετάζει τα ζητήματα και τις προκλήσεις που προκύπτουν από την εφαρμογή της διαπίστευσης στις κοινοτικές και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η ανασκόπηση επικεντρώνεται στην ιστορική εξέλιξη των συστημάτων διαπίστευσης, τα οποία αρχικά αναπτύχθηκαν για να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας στα νοσοκομεία. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, τα συστήματα αυτά επεκτάθηκαν ώστε να συμπεριλάβουν και τις κοινοτικές και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Η διαπίστευση σε αυτούς τους τομείς παρουσιάζει σημαντικές προκλήσεις. Σε αντίθεση με τα νοσοκομεία, που συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο ομοιογενείς και σαφώς καθορισμένες οργανωσιακές δομές, οι κοινοτικές και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ποικιλομορφία και πολυπλοκότητα. Οι διαφορετικές ανάγκες και οι ποικίλες συνθήκες λειτουργίας αυτών των υπηρεσιών καθιστούν δύσκολη την εφαρμογή ενός ενιαίου συστήματος διαπίστευσης. Η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη για ανάπτυξη προτύπων που να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες των κοινοτικών και πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Αυτά τα πρότυπα πρέπει να είναι ευέλικτα και προσαρμοσμένα στις συγκεκριμένες συνθήκες κάθε υπηρεσίας. Επίσης, θα πρέπει να δίνουν έμφαση στην εμπειρία του ασθενούς και να προωθούν την ολοκληρωμένη φροντίδα. Για να επιτευχθεί αυτό, η έρευνα προτείνει ότι τα συστήματα διαπίστευσης πρέπει να επικεντρωθούν περισσότερο στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας, λαμβάνοντας υπόψη τις μοναδικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι κοινοτικές και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας (Scrivens, 1998).

Η έρευνα των Campbell et al. (2010) εξετάζει την ανάπτυξη, το περιεχόμενο και την πιλοτική εφαρμογή της πρώτης έκδοσης του Προγράμματος Διαπίστευσης Παρόχων Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας (PMCPA) στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η μεθοδολογία της μελέτης περιλάμβανε την παρακολούθηση και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας με βάση τα δεδομένα που σχετίζονται με τα 30 βασικά κριτήρια διαπίστευσης του PMCPA. Συνολικά, 32 ιατρεία ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, με εννέα εξ αυτών να

πληρούν το 100% των βασικών κριτηρίων. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην επίτευξη των κριτηρίων μεταξύ ιατρικών διαφορετικών μεγεθών και γεωγραφικών περιοχών. Η ανατροφοδότηση από τα ιατρεία αποκάλυψε επτά κύρια ζητήματα, συμπεριλαμβανομένων του ρόλου της διαπίστευσης, των ποικίλων κινήτρων για συμμετοχή και των προτάσεων για τη βελτίωση του προγράμματος. Τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης έδειξαν ότι η πρώτη έκδοση του PMCPA είναι εφαρμόσιμη και αποδεκτή από διάφορους τύπους ιατρικών (Campbell, Chauhan and Lester, 2010).

Η μελέτη των Ní Riain et al. (2017) περιγράφει την ανάπτυξη και την εφαρμογή ενός συστήματος διαπίστευσης για τους γενικούς ιατρούς (GPs) που πραγματοποιούν μικροχειρουργικές επεμβάσεις στην **Ιρλανδία**. Το έργο αυτό ξεκίνησε για να ανταποκριθεί στην ανάγκη για ένα αξιόπιστο σύστημα διαπίστευσης που θα μπορούσε να εφαρμοστεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα, δεδομένου ότι μέχρι τότε δεν υπήρχε κάποια υποχρεωτική διαδικασία διαπίστευσης για τους γενικούς ιατρούς. Η μεθοδολογία της μελέτης περιλάμβανε την ανάπτυξη και τη δοκιμή 10 πιλοτικών προτύπων διαπίστευσης σε 24 γενικούς ιατρούς. Τα πρότυπα αυτά αξιολογήθηκαν μέσω συλλογής κλινικών δεδομένων, ελέγχου υποδομών και διεξαγωγής έρευνας ικανοποίησης ασθενών. Από τους 24 γενικούς ιατρούς, οι 9 πληρούσαν όλα τα πρότυπα κατά την αρχική αξιολόγηση, ενώ οι υπόλοιποι ολοκλήρωσαν επιτυχώς τις διορθωτικές ενέργειες. Τα κύρια ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι η ευελιξία της προσέγγισης και ο σχεδιασμός της κλινικής ηγεσίας επέτρεψαν την ανάπτυξη αξιόπιστων προτύπων ποιότητας σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η συμμετοχή των γενικών ιατρών σε όλα τα στάδια του έργου εξασφάλισε την αποδοχή και την εφαρμοσιμότητα του συστήματος διαπίστευσης. Επιπλέον, αναπτύχθηκε ένα υποστηρικτικό πλαίσιο για να διευκολύνει την εφαρμογή των προτύπων. Η ευελιξία και η ενεργός συμμετοχή των γενικών ιατρών σε όλα τα στάδια του έργου διασφάλισαν τη δημιουργία ενός συστήματος διαπίστευσης που είναι τόσο αποδεκτό όσο και εφαρμόσιμο. Η μελέτη καταλήγει ότι η διαπίστευση είναι σημαντική για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και των οργανωσιακών προτύπων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ιρλανδία (Ní Riain, Collins and O'Sullivan, 2018).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι μελέτες από τις ΗΠΑ, καθώς δε βρέθηκαν άλλες σχετικές με το θέμα μελέτες από Ευρωπαϊκές χώρες. Η μελέτη των Wells et al. (2007)



είχε ως στόχο να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ αδειοδότησης και διαπίστευσης με τις πρακτικές θεραπείας και το προσωπικό στα προγράμματα θεραπείας κατά της κατάχρησης ουσιών. Η μεθοδολογία περιλάμβανε τη συλλογή δεδομένων από εθνικές έρευνες σε μονάδες θεραπείας της κατάχρησης ουσιών και τη χρήση αναλύσεων παλινδρόμησης για την εξέταση των συσχετίσεων. Συγκεκριμένα, η μελέτη ανέλυσε πώς η αδειοδότηση και η διαπίστευση επηρεάζουν την αναλογία προσωπικού προς ασθενείς και άλλες θεραπευτικές πρακτικές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αδειοδότησης/διαπίστευσης και της αναλογίας προσωπικού προς ασθενείς ή της παροχής ιατρικής φροντίδας, που υποδηλώνει ότι η ύπαρξη αδειοδότησης ή διαπίστευσης από μόνη της δεν εγγυάται καλύτερη στελέχωση ή βελτιωμένη ιατρική φροντίδα στις μονάδες αυτές. Παρά την έλλειψη συσχέτισης με την αναλογία προσωπικού προς ασθενείς, η μελέτη βρήκε θετικές συσχετίσεις με άλλες πτυχές της θεραπείας, όπως τα σχέδια μεταθεραπευτικής παρακολούθησης, που σημαίνει ότι οι μονάδες με αδειοδότηση ή διαπίστευση ήταν πιο πιθανό να διαθέτουν δομημένα προγράμματα παρακολούθησης μετά τη θεραπεία, γεγονός που μπορεί να βελτιώσει τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για τους ασθενείς (Wells *et al.*, 2007).

Η μελέτη των Braun *et al.* (2008) επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των οργανωσιακών χαρακτηριστικών και των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την ποιότητα στα ομοσπονδιακά χρηματοδοτούμενα κέντρα υγείας. Η μελέτη χρησιμοποίησε μια διατομεακή αξιολόγηση για να εξετάσει τις δραστηριότητες ποιότητας σε αυτά τα κέντρα υγείας, με τη συλλογή δεδομένων να γίνεται μέσω ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι η συχνότητα και ο τύπος των δραστηριοτήτων ποιότητας δεν παρουσίαζαν σημαντικές διαφορές ανάλογα με το μέγεθος και την τοποθεσία των κέντρων υγείας, που σημαίνει ότι ανεξάρτητα από το αν ένα κέντρο ήταν μικρό ή μεγάλο, αστικό ή αγροτικό, οι δραστηριότητες που σχετίζονταν με την ποιότητα ήταν παρόμοιες. Ωστόσο, η κατάσταση διαπίστευσης των κέντρων υγείας είχε σημαντική επίδραση στις δραστηριότητες ποιότητας που πραγματοποιούνταν. Τα διαπιστευμένα κέντρα υγείας ανέφεραν ότι διέθεταν περισσότερους πόρους και υλοποιούσαν περισσότερες και πιο συστηματικές δραστηριότητες ποιότητας σε σύγκριση με τα μη διαπιστευμένα κέντρα, που υποδηλώνει ότι η διαπίστευση μπορεί να λειτουργεί ως καταλύτης για την υιοθέτηση εκτενέστερων και πιο οργανωμένων προσπαθειών βελτίωσης της

ποιότητας. Ειδικότερα, τα διαπιστευμένα κέντρα είχαν ενδεχομένως καλύτερη πρόσβαση σε χρηματοδοτήσεις και εκπαιδευτικά προγράμματα, τα οποία τους επέτρεπαν να εφαρμόζουν πιο αποτελεσματικά πρωτοβουλίες ποιότητας (Braun *et al.*, 2008).

Τέλος, η παλαιότερη μελέτη των Mobley & Bodin (1998) διερεύνησε τις στρατηγικές προετοιμασίας για την επιτυχή αξιολόγηση από την Joint Commission σε ένα μεγάλο ιατρικό κέντρο. Η προετοιμασία για την αξιολόγηση αυτή περιλάμβανε την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συνόλου στρατηγικών που περιλάμβανε τον σχεδιασμό ενός μακροπρόθεσμου πλάνου, τη δημιουργία εξειδικευμένων ομάδων προετοιμασίας, την παροχή διοικητικής υποστήριξης και την υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το προσωπικό. Η επιτυχία της αξιολόγησης επιτεύχθηκε μέσω της ενεργοποίησης όλων των επιπέδων προσωπικού και της εξασφάλισης ότι πληρούνταν τα καθορισμένα πρότυπα της Joint Commission. Σημαντικά θετικά αποτελέσματα της διαδικασίας αυτής περιλάμβαναν τη βελτίωση της διαχείρισης ασθενών, την εναρμόνιση των πολιτικών και διαδικασιών του νοσοκομείου, καθώς και την αύξηση της συνεργασίας και της συνοχής μεταξύ του νοσοκομειακού προσωπικού και των ιδιωτών ιατρών που συνεργάζονταν με το κέντρο. Η μελέτη υπογραμμίζει ότι η προσεκτική και καλά οργανωμένη προετοιμασία για την αξιολόγηση από την Joint Commission μπορεί να οδηγήσει σε ουσιαστική βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της συμμόρφωσης με τα πρότυπα. Η διατήρηση της ετοιμότητας και η συνεχής εμπλοκή του προσωπικού καθίστανται βασικοί παράγοντες για την εξασφάλιση μακροπρόθεσμης συμμόρφωσης και συνεχούς βελτίωσης. Η ενσωμάτωση όλων των επιπέδων προσωπικού και η δέσμευση της διοίκησης προς την επίτευξη των προτύπων ποιότητας αναδεικνύεται ως βασικός παράγοντας επιτυχίας στη διαδικασία διαπίστευσης. Επιπλέον, η μελέτη δείχνει ότι η δημιουργία εξειδικευμένων ομάδων προετοιμασίας και η επένδυση σε εκπαιδευτικές στρατηγικές είναι θεμελιώδεις για την επίτευξη υψηλών επιπέδων ποιότητας και την εναρμόνιση των πολιτικών και διαδικασιών του νοσοκομείου με τα πρότυπα της Joint Commission, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι οργανωμένες και συστηματικές προσεγγίσεις στην προετοιμασία για διαπίστευση μπορούν να αποφέρουν σημαντικά οφέλη για την ποιότητα της φροντίδας υγείας (Mobley and Bodin, 1998).

Για την περιοχή του **Καναδά** βρέθηκαν τέσσερις σχετικές μελέτες. Η έρευνα των Paccioni *et al.* (2008) στόχευε να διερευνήσει τις επιπτώσεις της διαπίστευσης στον

οργανωσιακό έλεγχο και στις πρακτικές διαχείρισης ποιότητας σε δύο οργανισμούς πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Κεμπέκ. Η μεθοδολογία περιλάμβανε συνεντεύξεις ομάδων, ημιδομημένες συνεντεύξεις, μη συμμετοχικές παρατηρήσεις, ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και δομημένα ερωτηματολόγια. Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι η διαδικασία διαπίστευσης ενθάρρυνε την εφαρμογή μηχανισμών διαβούλευσης στις ομάδες αυτοαξιολόγησης και βελτίωσε την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών. Παρόλα αυτά, η διαπίστευση είχε ελάχιστη επίδραση στις αντιλήψεις των εργαζομένων που δεν συμμετείχαν άμεσα στη διαδικασία. Παρά τις περιορισμένες αυτές επιδράσεις, η διαπίστευση συνέβαλε στην επαγγελματική ανάπτυξη των ομάδων αυτοαξιολόγησης, λειτουργώντας κυρίως ως ένα εξωτερικό, γραφειοκρατικό εργαλείο ελέγχου. Η έρευνα καταλήγει ότι ενώ η διαδικασία διαπίστευσης μπορεί να βελτιώσει τις πρακτικές διαχείρισης ποιότητας, για να επιτευχθούν ουσιαστικά αποτελέσματα είναι απαραίτητη η πλήρης ενσωμάτωση όλων των μελών του προσωπικού. Η διαπίστευση ενίσχυσε την επαγγελματική κουλτούρα στις ομάδες που συμμετείχαν στην αυτοαξιολόγηση, ωστόσο, παραμένει αναγκαία η συνολική εμπλοκή του προσωπικού για τη μεγιστοποίηση των οφελών της διαδικασίας αυτής (Paccioni, Sicotte and Champagne, 2008).

Η μελέτη των O'Beirne et al. (2013) ασχολήθηκε με την κατάσταση της διαπίστευσης στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον Καναδά. Η μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας περιλάμβανε μια εκτενή ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, καθώς και συνεντεύξεις με σημαντικούς ενδιαφερόμενους φορείς. Τα ευρήματα της μελέτης ανέδειξαν ότι η διαπίστευση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι κατά κύριο λόγο μη κυβερνητικά χρηματοδοτούμενη και προαιρετική, αν και σε κάποιες χώρες παρέχονται οικονομικά κίνητρα για τη συμμετοχή. Παρά τη γενική αυτή τάση, παρατηρήθηκε σημαντική έλλειψη ερευνών που να εξετάζουν τη φύση και την αποδοχή της διαπίστευσης στον τομέα αυτό, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο η διαπίστευση επηρεάζει τα αποτελέσματα της φροντίδας, την ποιότητα των υπηρεσιών, τις αντιλήψεις των ασθενών και το κόστος. Η έρευνα καταλήγει ότι είναι αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση της πιθανής επίδρασης της διαπίστευσης στην υγειονομική περίθαλψη στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Παρόλο που η διαπίστευση αποτελεί ένα αξιόπιστο μέτρο για την ποιότητα και την ασφάλεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας, η αποτελεσματικότητά της στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν έχει αποδειχθεί επαρκώς (O'Beirne et al., 2013).

Η μελέτη του Heidemann (1995) ανέλυσε τη μετάβαση του μοντέλου διαπίστευσης από το Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) από μια προσέγγιση που επικεντρώνεται στα επιμέρους τμήματα των νοσοκομείων σε μια νέα προσέγγιση που δίνει έμφαση στον ασθενή. Η διαδικασία αναθεώρησης των προτύπων διαπίστευσης επικεντρώθηκε στη βελτίωση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης φροντίδας. Η νέα αυτή προσέγγιση συμπεριλάμβανε την προώθηση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας (CQI) και απαιτήσε την εκπαίδευση τόσο του προσωπικού όσο και των οργανισμών σχετικά με τις νέες μεθοδολογίες. Η μετάβαση σε αυτή τη νέα προσέγγιση απαιτήσε μια ολοκληρωτική αναθεώρηση των προτύπων διαπίστευσης, με έμφαση στις κύριες διαδικασίες φροντίδας των ασθενών εντός των οργανισμών υγείας. Η προσέγγιση που δίνει έμφαση στον ασθενή αποδείχθηκε ότι προσφέρει μεγαλύτερη αξία και είναι περισσότερο ουσιαστική για τις καθημερινές λειτουργίες των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Η επιτυχής εφαρμογή αυτής της νέας προσέγγισης εξαρτάται από την εκπαίδευση και την ενεργή συμμετοχή όλων των επιπέδων του προσωπικού, καθώς και από την παροχή συνεχούς υποστήριξης και την προσαρμογή των διαδικασιών στις νέες απαιτήσεις (Heidemann, 1995).

Η έρευνα των Harris et al. (2015) εξέτασε την αποτελεσματικότητα του προγράμματος βελτίωσης ποιότητας QIP-LC στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον Καναδά. Για την αξιολόγηση χρησιμοποιήθηκε μια συνδυαστική μεθοδολογία που περιελάμβανε τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές μεθόδους, με τη σύγκριση να γίνεται μεταξύ μιας ομάδας παρέμβασης και μιας ομάδας ελέγχου. Τα αποτελέσματα της μελέτης δεν κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά τη διαχείριση του διαβήτη, τον έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου (CRC) ή την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Παρά την έλλειψη στατιστικά σημαντικών διαφορών στα κλινικά αποτελέσματα, η μελέτη ανέδειξε ότι το πρόγραμμα QIP-LC πέτυχε σημαντικές βελτιώσεις στη λειτουργία των ομάδων και στην ικανότητά τους να λειτουργούν με διεπιστημονική προσέγγιση. Συγκεκριμένα, οι ομάδες ανέπτυξαν καλύτερη συνεργασία και συντονισμό μεταξύ των μελών τους, γεγονός που ενίσχυσε τη συνολική απόδοση και ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Αυτό το στοιχείο ήταν καθοριστικό για την επιτυχία του προγράμματος, παρά την απουσία εμφανών βελτιώσεων στους συγκεκριμένους κλινικούς δείκτες (Harris et al., 2015).

Παρόλο που στην **Αυστραλία** η ΠΦΥ κατέχει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, οι σχετικές μελέτες για τη διαπίστευση ανήλθαν σε μόνο δύο βάσει των κριτηρίων ένταξης. Συγκεκριμένα, η μελέτη των Greenfield et al. (2015) επικεντρώθηκε στις αντιλήψεις των ενδιαφερομένων σχετικά με την εξέλιξη των προγραμμάτων διαπίστευσης υπηρεσιών υγείας στην Αυστραλία. Οι συμμετέχοντες, οι οποίοι προέρχονταν από την πρωτοβάθμια φροντίδα, την οξεία φροντίδα και τη φροντίδα ηλικιωμένων, συμμετείχαν σε ημιδομημένες συνεντεύξεις. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αποκάλυψαν τέσσερα κύρια θέματα που επηρέασαν την εξέλιξη των προγραμμάτων διαπίστευσης: η αλλαγή στη φιλοσοφία των προγραμμάτων, η μεταβολή της εστίασης και των λεπτομερειών των προγραμμάτων, οι ποικίλες προσδοκίες και εμπειρίες από την έρευνα και η επίδραση εξωτερικών παραγόντων. Ένα σημαντικό αποτέλεσμα της μελέτης ήταν η ανάπτυξη ενός υβριδικού μοντέλου διαπίστευσης, το οποίο συνδυάζει τη συμμόρφωση με κανονισμούς και την συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Αυτό το υβριδικό μοντέλο προάγει την τήρηση βασικών προτύπων και την συνεχή βελτίωση της ποιότητας, εστιάζοντας στην ανάλυση της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης φροντίδας. Παρά το γεγονός ότι αυτό το μοντέλο έχει γίνει αποδεκτό από αρκετούς ενδιαφερόμενους, έχει επίσης προκαλέσει ανησυχίες σε άλλους (Greenfield *et al.*, 2016).

Η μελέτη των Debono et al. (2017) εξέτασε τις απόψεις και τις εμπειρίες των ενδιαφερομένων σχετικά με το πρόγραμμα διαπίστευσης γενικών ιατρείων στην Αυστραλία. Μέσα από ατομικές και ομαδικές συνεντεύξεις με 52 συμμετέχοντες, οι ερευνητές ανέδειξαν διάφορους τομείς ανησυχίας. Από την ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψε ότι τα δυνατά σημεία του προγράμματος περιλάμβαναν την αίσθηση ιδιοκτησίας του προγράμματος από τους συμμετέχοντες, την αναθεώρηση από συναδέλφους και την προώθηση της συνεργατικής μάθησης, την πρόσβαση σε οικονομικές ανταμοιβές μέσω του Προγράμματος Κινήτρων Πρακτικής (PIP) και τις γενικές βελτιώσεις στην ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν ανησυχίες σχετικά με την ανάγκη για πιο σαφή μέτρα, τις απαιτήσεις σε πόρους και τις συγκεκριμένες εμπειρίες που συνδέονται με τη διαδικασία διαπίστευσης. Η αποτελεσματικότητα της διαπίστευσης ως στρατηγικής για τη βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας της φροντίδας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις στάσεις και τις εμπειρίες των εμπλεκόμενων ενδιαφερομένων. Παρά την ύπαρξη ισχυρών σημείων, οι αδυναμίες του προγράμματος μπορούν να

επηρεάσουν αρνητικά την εμπλοκή των ενδιαφερομένων και τη συνολική αποτελεσματικότητα της διαπίστευσης (Debono *et al.*, 2017).

Οι μελέτες που εξετάζουν τη διαπίστευση και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες αναδεικνύουν τις πολυδιάστατες προκλήσεις και τα οφέλη που σχετίζονται με την εφαρμογή προγραμμάτων διαπίστευσης. Η έρευνα των Mahendradhata *et al.* (2004) στην Ινδονησία ανέδειξε την ανάπτυξη προτύπων διαπίστευσης για την πρωτοβάθμια φροντίδα, βασισμένων σε υφιστάμενα διεθνή πρότυπα, όπως το Evaluation and Quality Improvement Program (EQuIP) της Αυστραλιανής Επιτροπής για την Υγειονομική Περίθαλψη. Τα πρότυπα επικεντρώθηκαν στη συνέχεια της φροντίδας και τη συνεχή βελτίωση, ενσωματώνοντας απόψεις ασθενών και χρησιμοποιώντας μεθόδους έρευνας όπως η τεχνική Delphi για την ανάπτυξη και αναθεώρηση των προτύπων. Αυτό το παράδειγμα δείχνει πώς η διαδικασία ανάπτυξης των προτύπων μπορεί να βελτιωθεί μέσω της τακτικής αξιολόγησης και αναθεώρησης, προάγοντας τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη (Mahendradhata, Utarini and Kuntjoro, 2004).

Παρόμοια ευρήματα προκύπτουν από τη μελέτη του Al-Hussein (2008) στην Ιορδανία, η οποία διερεύνησε τρόπους βελτίωσης της διαχείρισης του διαβήτη σε κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω διαφόρων ελέγχων. Η μελέτη έδειξε ότι οι έλεγχοι διεργασιών μπορούν να βελτιώσουν την παροχή φροντίδας, μειώνοντας την αναλογία μη συμμορφούμενων περιπτώσεων κατά 10% μέσα σε τρεις μήνες, γεγονός που καταδεικνύει ότι οι περιοδικοί έλεγχοι και οι ανατροφοδοτήσεις μπορούν να βελτιώσουν τη συμπεριφορά των παρόχων φροντίδας και να ενισχύσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Al-Hussein, 2008). Στο Λίβανο, η μελέτη των Yassoub *et al.* (2013) ανέδειξε ότι τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχουν επαρκείς υπηρεσίες για τον διαβήτη τύπου I και II, αλλά υστερούν στην ανταπόκριση στις ανάγκες για καρδιαγγειακές παθήσεις, αναπνευστικές ασθένειες και καρκίνο. Η έρευνα υπογράμμισε την ανάγκη για περισσότερους πόρους και βελτιωμένο σύστημα παραπομπών. Για να επιτευχθεί μια πιο προληπτική προσέγγιση στις μη μεταδοτικές ασθένειες (NCD), απαιτούνται πρόσθετοι χρηματοοικονομικοί και μη χρηματοοικονομικοί πόροι, ένα ισχυρό σύστημα παραπομπών και περαιτέρω συνεργασία με το Υπουργείο Δημόσιας Υγείας. Η αύξηση της χρηματοδότησης για

την προληπτική φροντίδα και η ενίσχυση της αυτονομίας των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι επίσης αναγκαία (Yassoub *et al.*, 2014).

Στην Αίγυπτο, η μελέτη των Huntington *et al.* (2010) διερεύνησε την επίδραση ενός συστήματος κινήτρων σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής και παιδικής υγείας. Οι μονάδες που εφάρμοσαν το σύστημα κινήτρων παρουσίασαν βελτιώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, προγεννητικής φροντίδας και φροντίδας παιδιών σε σύγκριση με τις μονάδες που δεν το εφάρμοσαν. Τα κίνητρα ενθάρρυναν καλύτερη λήψη ιστορικού και επικοινωνία, επιδεικνύοντας ότι τα συστήματα κινήτρων μπορούν να έχουν θετική επίδραση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση για να αποφευχθούν μη επιθυμητές επιπτώσεις, όπως υπερτιμήσεις ορισμένων διαδικασιών, και οι δείκτες απόδοσης πρέπει να επιλέγονται προσεκτικά και να ενσωματώνονται σε καλά εδραιωμένα συστήματα ποιότητας φροντίδας (Huntington *et al.*, 2010).

Η μελέτη των Al Tehewy *et al.* (2009) στην Αίγυπτο έδειξε ότι η διαπίστευση των μονάδων υγείας μη κυβερνητικών οργανισμών (NGO) είχε θετική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών και στη συμμόρφωση με τα πρότυπα διαπίστευσης. Οι διαπιστευμένες μονάδες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης ασθενών σε τομείς όπως η καθαριότητα, ο χώρος αναμονής, ο χρόνος αναμονής και η συνολική ικανοποίηση. Αν και η ικανοποίηση των παρόχων δεν διέφερε σημαντικά, η συνολική ικανοποίηση των παρόχων στις διαπιστευμένες μονάδες ήταν υψηλότερη, γεγονός που υποδεικνύει ότι η διαπίστευση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών, αν και η εμπλοκή του προσωπικού παραμένει ιδιαίτερα σημαντική (Al Tehewy *et al.*, 2009). Από την άλλη πλευρά, η μελέτη των Alberti *et al.* (2007) στην Τυνησία εντόπισε οργανωτικούς, ιατρικούς και ασθενοκεντρικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα φροντίδας των ασθενών με διαβήτη. Οι παράγοντες που σχετίζονται με υψηλότερες βαθμολογίες διαδικασιών φροντίδας περιλάμβαναν την περιφερειακή ευημερία, την παρακίνηση των ιατρών και τη χρήση κλινικών χρόνιων ασθενειών. Η διαθεσιμότητα φαρμάκων και η νεαρή ηλικία των ασθενών σχετίστηκαν με βελτιωμένες βαθμολογίες αποτελεσμάτων φροντίδας. Η χρήση κλινικών χρόνιων ασθενειών, η διαθεσιμότητα φαρμάκων και η παρακίνηση των ιατρών φαίνεται να είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν θετικά την ποιότητα της φροντίδας του διαβήτη (Alberti, Boudriga and Nabli, 2007).

Στη Σαουδική Αραβία, η μελέτη των Alsakkak et al. (2017) αξιολόγησε την πρώτη φάση του κύκλου διαπίστευσης του Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions (CBAHI) για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η εντατική εκπαίδευση και οι επιτόπιες επισκέψεις έδειξαν σημαντική επίδραση, καθώς η κατάσταση διαπίστευσης και υπό όρους διαπίστευσης αυξήθηκε κατά δύο φορές λόγω της καλύτερης κατανόησης των προτύπων από το προσωπικό των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και της έγκαιρης αναγνώρισης των κενών απόδοσης που επέτρεψαν στα κέντρα να μετριάσουν αυτά τα κενά επαρκώς για να αποφύγουν τις μηδενικές βαθμολογίες, ειδικά στις απαιτήσεις βασικής ασφάλειας (Alsakkak *et al.*, 2017).

Συνολικά, η γενική εικόνα που προκύπτει από τις μελέτες στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι ότι, ενώ η διαπίστευση μπορεί να οδηγήσει σε βελτιώσεις στην ποιότητα της φροντίδας, οι προκλήσεις που σχετίζονται με την εφαρμογή της είναι σημαντικές. Οι διαφορές στις οικονομικές και υλικοτεχνικές υποδομές, η ποικιλία των ιατρικών πρακτικών και οι πολιτισμικές διαφορές επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διαπίστευσης. Είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη οι τοπικές συνθήκες και να προσαρμοστούν τα πρότυπα διαπίστευσης ώστε να είναι ρεαλιστικά και εφαρμόσιμα, διασφαλίζοντας τη συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού και την παροχή επαρκών πόρων. Η διαπίστευση δεν πρέπει να είναι μόνο ένας γραφειοκρατικός μηχανισμός, αλλά πρέπει να ενσωματωθεί στην καθημερινή πρακτική των υπηρεσιών υγείας, προάγοντας την πραγματική βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και της ασφάλειας των ασθενών. Η επιτυχία των προγραμμάτων διαπίστευσης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εμπλοκή όλων των ενδιαφερομένων, την παροχή συνεχούς εκπαίδευσης και υποστήριξης, καθώς και την ύπαρξη ενός ισχυρού συστήματος ανατροφοδότησης και βελτίωσης.



## 5.2 Συζήτηση για τη σημασία των ευρημάτων για την πολιτική και την πρακτική στην υγεία

Οι μελέτες από διάφορες χώρες καταδεικνύουν ότι η διαπίστευση έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας υγείας, ωστόσο η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται από διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με την προσαρμογή στις τοπικές ανάγκες, την εκπαίδευση του προσωπικού, την παροχή επαρκών πόρων και την ενσωμάτωση στις καθημερινές πρακτικές των υπηρεσιών υγείας. Η ανάλυση των ευρημάτων από τις αναπτυγμένες χώρες δείχνει ότι η διαπίστευση μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις στις πρακτικές διαχείρισης ποιότητας και στην ικανοποίηση των ασθενών. Στις ΗΠΑ, οι μελέτες των Wells *et al.* (2007) και Braun *et al.* (2008) έδειξαν ότι η διαπίστευση συνδέεται με βελτιωμένες πρακτικές θεραπείας και μεγαλύτερη έμφαση στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας (Wells *et al.*, 2007; Braun *et al.*, 2008). Παράλληλα, στον Καναδά, οι μελέτες των Paccioni *et al.* (2008) και Heidemann (1995) υπογραμμίζουν ότι η διαπίστευση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας, υπό την προϋπόθεση ότι ενσωματώνεται πλήρως στις πρακτικές των οργανισμών υγείας και υποστηρίζεται από κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού (Heidemann, 1995; Paccioni, Sicotte and Champagne, 2008).

Η εμπειρία της Αυστραλίας, όπως αναδεικνύεται από τις μελέτες των Greenfield *et al.* (2015) και Debono *et al.* (2017), επισημαίνει τη σημασία της ανάπτυξης υβριδικών μοντέλων διαπίστευσης που συνδυάζουν τη συμμόρφωση με κανονισμούς και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Το μοντέλο αυτό προωθεί ελάχιστα πρότυπα και συνεχή βελτίωση της ποιότητας μέσω της εξέτασης της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων φροντίδας, ενώ αναγνωρίζει την ανάγκη για σαφέστερα μέτρα αποτελεσμάτων και επαρκείς πόρους (Greenfield *et al.*, 2016; Debono *et al.*, 2017). Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η διαπίστευση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας, αλλά η εφαρμογή της αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις. Οι μελέτες δείχνουν ότι η προσαρμογή των προτύπων στις τοπικές ανάγκες, η επαρκής εκπαίδευση και υποστήριξη του προσωπικού, και η παροχή πόρων είναι καθοριστικοί παράγοντες για την επιτυχία. Η έρευνα του Mahendradhata *et al.* (2004) στην Ινδονησία και των El-Jardali *et al.* (2013) στον Λίβανο δείχνουν ότι τα πρότυπα διαπίστευσης πρέπει να ενσωματώνουν τις απόψεις των ασθενών και να προσαρμόζονται στις τοπικές ανάγκες (Mahendradhata, Utarini and Kuntjoro, 2004;

El-Jardali *et al.*, 2013). Οι μελέτες στην Αίγυπτο επισημαίνουν ότι τα συστήματα κινήτρων και η διαπίστευση μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, υπό την προϋπόθεση ότι παρακολουθούνται προσεκτικά για να αποφευχθούν ανεπιθύμητες επιπτώσεις (Al Tehewy *et al.*, 2009; Huntington *et al.*, 2010).

Σύμφωνα με μια συνολική ανάλυση της βιβλιογραφίας στο πεδίο της διαπίστευσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι O'Beirne *et al* (2013) εντόπισαν μια διατομική έρευνα των Braun *et al* (2008), η οποία κατέδειξε ότι τα ιδρύματα με διαπίστευση είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να διαθέτουν ειδικευμένο προσωπικό για θέματα διαχείρισης κινδύνων, περιβαλλοντικής ασφάλειας και ενίσχυσης της ποιότητας. Παράλληλα, τα διαπιστευμένα κέντρα ανέφεραν ότι πραγματοποιούσαν συχνότερα ελέγχους στα κλινικά αρχεία, χρησιμοποιούσαν μεθόδους ελέγχου των παρόχων, και προέβαιναν σε εκπαίδευση του προσωπικού σε σύγκριση με τα μη διαπιστευμένα. Η ανασκόπηση αποκάλυψε επίσης ότι η διαπίστευση στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας επιφέρει βελτιώσεις στην ομαδική εργασία, την προσβασιμότητα στη φροντίδα, την ευαισθητοποίηση στην ασφάλεια του ασθενούς, τη βελτίωση των συστημάτων και των διαδικασιών παροχής φροντίδας, καθώς και στην γενικότερη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (O'Beirne *et al.*, 2013).

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης συμπλήρωσαν όσα αναφέρθηκαν στη βιβλιογραφία σχετικά με τη θετική επίδραση της διαπίστευσης στη βελτίωση της ποιότητας (Pomey, 2002; Salmon *et al.*, 2003; Lanteigne, 2009; Alkhenizan and Shaw, 2011). Μια συστηματική ανασκόπηση για τη διαπίστευση της υγειονομικής περίθαλψης ανέφερε θετική συσχέτιση μεταξύ της διαπίστευσης και των προγραμμάτων ποιότητας, ειδικά κατά τη διάρκεια των 3 ετών που προηγήθηκαν της διαπίστευσης (Baker, Barnsley and Murray, 1993). Η βελτιωμένη συμμόρφωση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης με τις απαιτήσεις διαπίστευσης αποδείχθηκε ως απτή ένδειξη της αποτελεσματικότητας των οργανισμών (Snyder and Anderson, 2005). Αναφέρθηκε επίσης ότι οι φορείς υγειονομικής περίθαλψης που υποβλήθηκαν σε διαδικασίες διαπίστευσης παρουσίασαν υψηλότερο ποσοστό συμμόρφωσης με τα πρότυπα ποιότητας σε σύγκριση με νοσοκομεία που δεν υποβλήθηκαν (Salmon *et al.*, 2003). Από την άλλη πλευρά, ορισμένες αποκλίσεις επισημάνθηκαν σε λίγες μελέτες, για παράδειγμα μια μελέτη που διεξήχθη στην Αίγυπτο έδειξε ότι η διαπίστευση δεν είχε καμία επίδραση στην ποιότητα, έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα αυτής της έρευνας (Abdel-Razik *et al.*, 2012).

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης είναι σύμφωνα με αυτά που αναφέρθηκαν σχετικά με την επίδραση της διαπίστευσης στην πρόκληση αλλαγών που επηρεάζουν τις σχεσιακές και στρατηγικές αλλαγές στους οργανισμούς (Lanteigne, 2009) καθώς και στο ότι η διαπίστευση αποτελεί ένα εργαλείο κινήτρων που υποστηρίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Alkhenizan and Shaw, 2011). Παρόμοια με αυτή τη μελέτη, η έρευνα έδειξε ότι η διαπίστευση ήταν αποτελεσματική όποτε υπήρχε έντονη συμμετοχή και δέσμευση από το προσωπικό (Greenfield and Braithwaite, 2009). Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας που ήταν υποστηρικτές της διαπίστευσης θεώρησαν τη διαδικασία ως ένα αποτελεσματικό εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας που ενίσχυε τη διαφάνεια και την ομαδική εργασία (Greenfield, Pawsey and Braithwaite, 2011b).

Σε σύγκριση με άλλες μελέτες, όπως αυτές που διεξήχθησαν στην Ολλανδία και την Πολωνία, η μελέτη των Szecsenyi et al. (2011) δείχνει πιο σταθερά θετικά αποτελέσματα από την επαναλαμβανόμενη αξιολόγηση και την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης ποιότητας. Η έμφαση στη συστηματική διαχείριση παραπόνων, στην ανάλυση κρίσιμων συμβάντων και στην ανάπτυξη ποιότητας είναι κοινά σημεία που αναδεικνύονται ως σημαντικοί παράγοντες επιτυχίας και στις άλλες μελέτες (Szecsenyi et al., 2011). Συγκριτικά με τις ευρωπαϊκές μελέτες, οι αμερικανικές μελέτες εστιάζουν περισσότερο στις οργανωτικές πτυχές και τη διαχείριση της ποιότητας μέσω διαπίστευσης και αδειοδότησης. Η έμφαση στην προετοιμασία και την εφαρμογή στρατηγικών για την επιτυχή διαπίστευση, όπως αναδεικνύεται από τη μελέτη των Mobley & Bodin (1998), δείχνει μια προσέγγιση που βασίζεται στη συνεχή βελτίωση και την ενεργή συμμετοχή του προσωπικού (Mobley and Bodin, 1998). Οι ευρωπαϊκές μελέτες, όπως αυτές από την Ιρλανδία και τη Γερμανία, εστιάζουν επίσης στη σημασία της διαπίστευσης για τη βελτίωση της ποιότητας, αλλά δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στις προκλήσεις και τις ανάγκες προσαρμογής των προτύπων στις τοπικές συνθήκες και απαιτήσεις.

Στον Καναδά, οι μελέτες υπογραμμίζουν ότι η διαπίστευση προωθεί μηχανισμούς διαβούλευσης και βελτιώνει την επαγγελματική ανάπτυξη, αλλά απαιτεί την πλήρη ενσωμάτωση του προσωπικού για σημαντικά αποτελέσματα. Παρά την έλλειψη σημαντικών στατιστικών διαφορών στη διαχείριση συγκεκριμένων παθήσεων, η διεπιστημονική συνεργασία αναδεικνύεται ως βασικός παράγοντας επιτυχίας. Στις ΗΠΑ, η αδειοδότηση και διαπίστευση συνδέονται περισσότερο με το οργανωτικό

πλαίσιο παρά με την ποιότητα της θεραπείας, ενώ τα διαπιστευμένα κέντρα υιοθετούν περισσότερες δραστηριότητες ποιότητας. Στις Ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Δανία, οι μελέτες δείχνουν ότι η διαπίστευση μπορεί να ενισχύσει την ποιότητα της φροντίδας, αλλά η αποτελεσματικότητά της ποικίλλει, με έμφαση στη σαφή επικοινωνία και την εμπλοκή του προσωπικού ως κρίσιμους παράγοντες επιτυχίας.

Οι El Jardali et al. (2014) δήλωσαν ότι η διαπίστευση έδειξε όντως βελτιώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε μια μελέτη που διεξήχθη στον Λίβανο στα κέντρα υγείας πρωτοβάθμιας περίθαλψης της χώρας. Διαπιστώθηκε ότι η διαπίστευση είχε θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα καθώς και στην ικανοποίηση των πελατών/ασθενών. Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τα συμπεράσματα αυτής της έρευνας για την ποιότητα. Ωστόσο, τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της ικανοποίησης των πελατών, καθώς διαπιστώθηκε σε αυτή τη μελέτη ότι η διαπίστευση δεν επηρέασε σημαντικά την ικανοποίηση των πελατών (El-Jardali *et al.*, 2014). Επιπλέον, υποστηρίχθηκε ότι πρωτοβουλίες βελτίωσης παρατηρήθηκαν μόνο όταν οι οργανισμοί προετοιμάζονταν για την έρευνα. Οι πρωτοβουλίες δεν είχαν μακροχρόνιο αποτέλεσμα με την πάροδο του χρόνου, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με ό,τι προκύπτει σε αυτήν τη μελέτη, ειδικά ότι αυτή η έρευνα διεξήχθη μετά από ένα έτος από την απόκτηση της διαπίστευσης (Greenfield, Pawsey and Braithwaite, 2011a).

Η θετική επίδραση της διαπίστευσης στην οργανωσιακή μάθηση έδειξε ότι ο οργανισμός είχε ενισχύσει τις ικανότητές του να παράγει ορισμένα επιθυμητά αποτελέσματα και ότι είχε τη δυνατότητα να θεσμοθετήσει αυτές τις ικανότητες μέσω των εργαζομένων του. Ως αποτέλεσμα, η μάθηση και η εξοικείωση με τις μεταβαλλόμενες συνθήκες είχαν γίνει μονότονα, και ως αποτέλεσμα ο οργανισμός ανέπτυξε μια κουλτούρα μάθησης. Τα ευρήματα για την οργανωσιακή μάθηση συμπλήρωσαν όσα αναφέρονται στη βιβλιογραφία σχετικά με την ικανότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης που ενστερνίζονται ορισμένα χαρακτηριστικά όπως η ομαδική εργασία, η επικοινωνία, η ομαδική συνεργασία, να επιδεικνύουν μια ευρύτερη υιοθέτηση στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας (Rundall *et al.*, 2002).

Η διαπίστευση αποδείχθηκε επίσης ότι δημιουργεί μια οργανωσιακή κουλτούρα δεσμευμένη στη συνεχή βελτίωση των δεξιοτήτων, της ομαδικής εργασίας, των διαδικασιών, της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών, γεγονός που

συμφωνεί με αυτή την έρευνα σε ότι αφορά στον θετικό αντίκτυπο της διαπίστευσης στην οργανωσιακή μάθηση. Τα ευρήματα της μελέτης έδωσαν επίσης στοιχεία σε όσα αναφέρθηκαν στη βιβλιογραφία σχετικά με τη διαπίστευση ως εργαλείο που στόχευε τόσο στην απόκτηση γνώσης όσο και στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Touati and Pomey, 2009; Flodgren *et al.*, 2011). Παρόμοια με αυτή τη μελέτη, αναφέρθηκε ότι η διαπίστευση ήταν ένα εργαλείο αλλαγής που ταιριάζει στην οργανωσιακή αλλαγή και στους παράγοντες που επηρεάζουν την αλλαγή (Lozeau, Langley and Denis, 2002). Στο ίδιο πλαίσιο, η διαπίστευση βρέθηκε ότι είναι ένα εργαλείο διαχείρισης που προκάλεσε αλλαγές με την ίδια έννοια που θα έκανε ένα ποιοτικό πρόγραμμα ή ένα νέο στρατηγικό σχέδιο (Denis, Langley and Pineault, 2000). Η παρούσα μελέτη, τέλος, έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα των Sack *et al.* (2011) οι οποίοι υποστήριζαν ότι η εφαρμογή των προτύπων διαπίστευσης δεν παρείχε στοιχεία βελτίωσης της ποιότητας (Sack *et al.*, 2011).

Τα ευρήματα από όλες τις μελέτες υπογραμμίζουν ότι η διαπίστευση δεν πρέπει να θεωρείται απλώς ένας γραφειοκρατικός μηχανισμός. Αντίθετα, πρέπει να ενσωματωθεί στις καθημερινές πρακτικές των υπηρεσιών υγείας και να προάγει μια κουλτούρα συνεχούς βελτίωσης και ασφάλειας. Η επιτυχής εφαρμογή της απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει την εκπαίδευση και υποστήριξη του προσωπικού, την προσαρμογή των προτύπων στις τοπικές ανάγκες και την παροχή επαρκών πόρων. Οι πολιτικές υγείας πρέπει να υποστηρίζουν αυτές τις ανάγκες και να ενσωματώνουν μηχανισμούς που ενθαρρύνουν τη συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων μερών σε αυτή τη διαδικασία. Επιπλέον, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να αναγνωρίσουν τη σημασία της συνεχούς παρακολούθησης και αξιολόγησης των προγραμμάτων διαπίστευσης για να διασφαλίσουν ότι επιτυγχάνουν τους στόχους τους. Η διαπίστευση πρέπει να είναι ένας δυναμικός μηχανισμός που ανταποκρίνεται στις εξελισσόμενες ανάγκες των υπηρεσιών υγείας και των ασθενών.

Η σύγκριση της κατάστασης της διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε διάφορες χώρες με την έλλειψη συστηματικών διαδικασιών στην Ελλάδα αποκαλύπτει σημαντικά κενά και προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας. Η ανασκόπηση των διεθνών μελετών αναδεικνύει τη θετική επίδραση της στην ποιότητα της φροντίδας, την ικανοποίηση των ασθενών και την επαγγελματική ανάπτυξη του προσωπικού, ενισχύοντας την ανάγκη για την εφαρμογή παρόμοιων πρακτικών στην Ελλάδα. Σε χώρες όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Αυστραλία και

διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, η διαπίστευση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση των υπηρεσιών. Τα συγκεκριμένα προγράμματα σε αυτές τις χώρες δεν λειτουργούν απλώς ως γραφειοκρατικοί μηχανισμοί, αλλά ως καταλύτες για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Η διαπίστευση έχει επιτρέψει την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών, την καλύτερη διαχείριση των πόρων και τη βελτίωση της επαγγελματικής ικανοποίησης του προσωπικού.

Η έλλειψη διαπίστευσης στην Ελλάδα στερεί από το σύστημα υγείας τα οφέλη που προκύπτουν από την τυποποίηση και την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών. Χωρίς τα πρότυπα που επιβάλλουν τα προγράμματα διαπίστευσης, οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα κινδυνεύουν να παραμείνουν ανισομερείς και αναποτελεσματικές. Ως εκ τούτου, μπορεί να προσφέρει ένα πλαίσιο για τη μέτρηση και τη βελτίωση της ποιότητας, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη μιας κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης. Η εφαρμογή τέτοιων διαδικασιών μπορεί να αντιμετωπίσει πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας. Για παράδειγμα, η έλλειψη συστηματικής παρακολούθησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσω της εφαρμογής προτύπων διαπίστευσης που επιβάλλουν αυστηρές διαδικασίες καταγραφής και αξιολόγησης. Επίσης, η έλλειψη εκπαίδευσης και επαγγελματικής ανάπτυξης του υγειονομικού προσωπικού μπορεί να βελτιωθεί μέσω της συμμετοχής σε τέτοια προγράμματα που προάγουν τη συνεχή εκπαίδευση και την υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών. Επιπλέον, η διαπίστευση μπορεί να ενισχύσει την εμπιστοσύνη των ασθενών προς το σύστημα υγείας. Η ύπαρξη διαπιστευμένων υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένδειξη ότι οι υπηρεσίες αυτές πληρούν συγκεκριμένα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας, γεγονός που είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε ένα περιβάλλον όπου οι ασθενείς αναζητούν διαβεβαιώσεις για την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν.

### 5.3 Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα εργασία παρουσιάζει σημαντικούς περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Καταρχάς, η περιορισμένη διαθεσιμότητα δεδομένων περιορίζει το βάθος και την πληρότητα της ανάλυσης. Οι υπάρχουσες βάσεις δεδομένων και οι επιλεγμένες πηγές μπορεί να μην καλύπτουν επαρκώς όλες τις πτυχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ιδιαίτερα σε διεθνές επίπεδο. Επίσης, η επικέντρωση της έρευνας σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους ή γεωγραφικές περιοχές μπορεί να εισάγει περιορισμούς στη γενικευσιμότητα των ευρημάτων. Επιπλέον, η εξάρτηση από δημοσιευμένες μελέτες και ερευνητικά άρθρα μπορεί να οδηγήσει σε συστηματική παραβίαση, καθώς τα δεδομένα που δεν έχουν δημοσιευτεί ή έχουν απορριφθεί από τις ακαδημαϊκές κοινότητες μπορεί να παραμένουν μη δημοσιευμένα, γεγονός που σημαίνει ότι η παρούσα μελέτη ενδέχεται να αντικατοπτρίζει μόνο μέρος της διαθέσιμης γνώσης και να παραβλέπει σημαντικές πηγές πληροφόρησης.

Για το μέλλον, συνιστάται η διεξαγωγή περισσότερων μελετών που να εστιάζουν σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές και πολιτισμικά πλαίσια, καθώς και η εξέταση μη δημοσιευμένων δεδομένων που μπορεί να προσφέρουν πιο ολοκληρωμένες προοπτικές. Επιπρόσθετα, η εφαρμογή διεπιστημονικών μεθοδολογιών και η ενσωμάτωση των απόψεων των άμεσα εμπλεκόμενων (π.χ. ασθενείς, προσωπικό υγείας) θα ήταν εξαιρετικά ωφέλιμη για την εμβάθυνση της κατανόησης των πραγματικών αναγκών και της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και χρόνιας φροντίδας υγείας.

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> – Συμπεράσματα

Τα βασικά συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν από τη συστηματική ανασκόπηση αφορούν σε:

- Η μελέτη των Uggerby et al (2021) έδειξε ότι το NQP στη Δανία βελτίωσε σημαντικούς κλινικούς δείκτες, γεγονός που επισημαίνει τις θετικές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των συστηματικών προγραμμάτων ποιότητας (Uggerby *et al.*, 2021).
- Οι μελέτες των Andersen et al (2017) και των Jensen et al (2021) τονίζουν την ανάγκη για προσαρμοσμένη υποστήριξη και αναγνώριση των ιδιαιτεροτήτων των κλινικών για την αποτελεσματική εφαρμογή των προτύπων διαπίστευσης (Andersen *et al.*, 2017; Jensen, Bro and Mygind, 2021).
- Οι επαγγελματίες υγείας συχνά αναφέρουν ότι η διαπίστευση συνεπάγεται αυξημένο φόρτο εργασίας και προκλήσεις στην κατανόηση των προτύπων (Due, Thorsen and Kousgaard, 2019; Kousgaard, Thorsen and Due, 2019).
- Η παροχή υποστηρικτικών επιλογών, όπως η υποστήριξη από συναδέλφους και εξειδικευμένα έγγραφα διαπίστευσης, είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την επιτυχία των προγραμμάτων διαπίστευσης (Jensen, Bro and Mygind, 2021).
- Οι μελέτες που εξετάστηκαν για την Ολλανδία αναδεικνύουν ότι η διαπίστευση έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας υγείας, αν και η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διαπίστευσης ποικίλλει.
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων και πρωτοβουλιών που στοχεύουν στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας θα ενισχύσει τη συνολική αποτελεσματικότητα των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας (Kurpas, Szwamel and Mroczek, 2016).
- Η πρώτη έκδοση του PMCPA δείχνει ότι είναι δυνατόν να εφαρμοστεί σε διάφορους τύπους ιατρείων και να βελτιώσει τα οργανωτικά πρότυπα και την ποιότητα της φροντίδας. Ωστόσο, οι κοινοτικές και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζουν προκλήσεις λόγω της



ποικιλομορφίας και της έλλειψης σαφών οργανωτικών δομών, κάτι που απαιτεί την ανάπτυξη προτύπων που να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες και τη φύση αυτών των υπηρεσιών (Campbell, Chauhan and Lester, 2010).

- Η μελέτη στην Ιρλανδία ανέδειξε τη σημασία της ευελιξίας στην προσέγγιση και της ενεργού συμμετοχής των ιατρών στην ανάπτυξη και εφαρμογή των προτύπων διαπίστευσης (Ní Riain, Collins and O'Sullivan, 2018).
- Οι μελέτες που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ δείχνουν ότι η διαπίστευση και η αδειοδότηση έχουν ποικίλες επιδράσεις στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και στις οργανωτικές πρακτικές.
- Η διαπίστευση στον Καναδά προωθεί μηχανισμούς διαβούλευσης και επαγγελματική ανάπτυξη στις ομάδες αυτοαξιολόγησης, απαιτεί πλήρη ενσωμάτωση όλων των μελών του προσωπικού για σημαντικά αποτελέσματα, η αλλαγή προς την προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή βελτιώνει τις καθημερινές λειτουργίες των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, ενώ η διεπιστημονική συνεργασία αναδεικνύεται ως βασικός παράγοντας επιτυχίας, απαιτώντας συνεχή υποστήριξη, εκπαίδευση και αναπροσαρμογή των διαδικασιών.
- Οι μελέτες των Greenfield et al. (2015) και Debono et al. (2017) τονίζουν τη σημασία της εξέλιξης των προγραμμάτων διαπίστευσης προς ένα υβριδικό μοντέλο που συνδυάζει τη συμμόρφωση με κανονισμούς και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας (Greenfield *et al.*, 2016; Debono *et al.*, 2017).

Τα βασικά συμπεράσματα που προκύπτουν από τη συστηματική ανασκόπηση επιβεβαιώνουν τη σημασία των συστηματικών προγραμμάτων ποιότητας και των προτύπων διαπίστευσης στην επίτευξη των στόχων της ΠΦΥ. Ένα σημαντικό σταθμό στην ιστορία της ανάπτυξης και παροχής υγειονομικών υπηρεσιών αποτέλεσε η αποδοχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (PHC) από τη διεθνή κοινότητα, με στόχο την επίτευξη μιας σειράς στόχων, ειδικά στην πραγμάτωση της ισότητας σε σχέση με την πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας από την κοινότητα (Aghajanian *et al.*, 2007). Η εν λόγω απόφαση έχει επηρεάσει τις μεταρρυθμίσεις στο υγειονομικό σύστημα σε τοπικό, εθνικό, αλλά και διεθνές επίπεδο (Cheng *et al.*,

2017). Η ΠΦΥ δεν περιορίζεται μόνο στην ιατρική φροντίδα, αλλά επεκτείνεται και στην κοινωνική φροντίδα, προωθώντας την υγεία και τις στρατηγικές πρόληψης ασθενειών, μέσω της ενίσχυσης και βελτίωσης της υγείας των ανθρώπων με την εκπαίδευση υγείας και την αναγνώριση των υγειονομικών προβλημάτων (Poulton and West, 1993).

Επιπλέον, η διακυβέρνηση αποτελεί κλειδί για αποτελεσματική προετοιμασία υγειονομικών εκτάκτων αναγκών. Ένας κύριος μηχανισμός υποστηρικτικής διακυβέρνησης για την ΠΦΥ είναι τα συμμετοχικά μοντέλα που ενισχύουν τις συνδέσεις μεταξύ της δημιουργίας πολιτικών και της συμμετοχής της κοινότητας. Επιπρόσθετα, επιτυχημένες προσεγγίσεις για την ΠΦΥ πρέπει να στηρίζονται στις αρχές της αυτοπροσδιορισμού. Η άμεση συμμετοχή των μελών της κοινότητας στην παροχή υγειονομικής φροντίδας ενισχύει τη δημόσια λογοδοσία στα υγειονομικά συστήματα και αποτελεί μέσο για την προαγωγή της βιωσιμότητας της ΠΦΥ. Επαρκής υποστήριξη της κοινότητας επιτρέπει τις στρατηγικές προετοιμασίας να προσαρμόζονται στις ανάγκες της κοινότητας και, κατά συνέπεια, αυξάνουν την πιθανότητα βιωσιμότητάς τους. Αντίθετα, η έλλειψη επαρκούς συμμετοχής της κοινότητας συμβάλλει σε χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης της κοινότητας στις κύριες υγειονομικές υπηρεσίες και την κυβέρνηση, γεγονός που έχει αποδειχθεί ότι εμποδίζει την εφαρμογή της ΠΦΥ, συμπεριλαμβανομένων των κρίσιμων υπηρεσιών εκτάκτων αναγκών. Η παροχή πολιτιστικά ασφαλούς και ανταποκρινόμενης φροντίδας, καθώς και η συμπερίληψη των κοινωνικών αξιών στο σχεδιασμό και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, αποτελούν σημαντικούς τομείς ανταπόκρισης που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη διάρκεια δημόσιων υγειονομικών εκτάκτων αναγκών και για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας των στρατηγικών ή παρεμβάσεων ΠΦΥ. Σε κλινικό επίπεδο, οι ισχυρές στρατηγικές βελτιώνουν την αποδοχή και τη ζήτηση για υπηρεσίες ΠΦΥ (Fitzpatrick *et al.*, 2023).

Η διαπίστευση αποτελεί έναν σημαντικό μηχανισμό που εγγυάται την πρόσβαση σε έγκυρες και επιβεβαιωμένες πληροφορίες σχετικές με τις υποδομές, τις εγκαταστάσεις και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στον τομέα της υγείας (Liu, Hotchkiss and Bose, 2008). Αυτή η διαδικασία συμβάλλει στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης των πολιτών προς τον υγειονομικό τομέα, στην ενίσχυση των προσπαθειών για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας, καθώς και στην παροχή ενός αποτελεσματικού εργαλείου για την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού.

Επιπλέον, διευκολύνει την εκπλήρωση ειδικών προϋποθέσεων πιστοποίησης από τις κρατικές αρχές, επισπεύδει τις διαδικασίες πληρωμής από τρίτους, όπως ασφαλιστικές εταιρείες, και επηρεάζει θετικά τις αποφάσεις σχετικά με συμβόλαια διαχειρισμένης φροντίδας. Συμβάλλει επίσης στην αύξηση της οργανωσιακής αποδοτικότητας και στη μείωση των κοστών, στην ανάπτυξη περισσότερο αποτελεσματικών προγραμμάτων διαχείρισης κινδύνων, στην κινητοποίηση του προσωπικού και στην ενίσχυση της περηφάνειας και της αφοσίωσής τους, στην προσέλκυση και διατήρηση ειδικευμένων επαγγελματιών, καθώς και στη δημιουργία συμμαχιών με άλλους ομίλους παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (El-Jardali *et al.*, 2013).

Στην Ελλάδα, η υιοθέτηση προγραμμάτων διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στη χρόνια φροντίδα θα μπορούσε να έχει σημαντικά οφέλη. Πρώτον, θα βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας ότι οι πολίτες λαμβάνουν φροντίδα βασισμένη σε διεθνή πρότυπα. Δεύτερον, θα ενισχύσει την ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, μειώνοντας τις ανισότητες και προάγοντας τη δικαιοσύνη στην υγειονομική περίθαλψη. Τρίτον, η εφαρμογή προγραμμάτων διαπίστευσης θα προωθήσει την επαγγελματική ανάπτυξη των υγειονομικών, αυξάνοντας την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες της κοινότητας. Ειδικότερα, για την Ελλάδα, η ανάπτυξη και η ενίσχυση των προγραμμάτων διαπίστευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι απαραίτητη για την επίτευξη υψηλών προτύπων φροντίδας και τη βελτίωση των υγειονομικών αποτελεσμάτων. Επίσης, μπορεί να λειτουργήσει ως καταλύτης για την αναβάθμιση του συστήματος υγείας, προσφέροντας μια δομημένη και αποδεδειγμένα αποτελεσματική προσέγγιση στη διαχείριση της υγείας των πολιτών. Η εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων θα συμβάλει στη δημιουργία ενός πιο δίκαιου και αποτελεσματικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ανταποκρινόμενου στις ανάγκες του πληθυσμού και ενισχύοντας την εμπιστοσύνη των πολιτών στις υγειονομικές υπηρεσίες.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

### Ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές

Aalto, A.M. *et al.* (2018) ‘What patients think about choice in healthcare? A study on primary care services in Finland’, *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), pp. 463–470.

Available at: <https://doi.org/10.1177/1403494817731488>.

Abdel-Razik, M.S. *et al.* (2012) ‘Quality of primary health care services within the Framework of the national accreditation program’, *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 6(3), pp. 12–18.

Aggarwal, M. and Hutchison, B. (2012) *December 2012 Toward a Primary Care Strategy for Canada Canadian Foundation for Healthcare Improvement Quality Improvement in Ontario View project, Canadian Foundation for Healthcare Improvement*. Available at:

<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.13854.05442>.

Aghajanian, A. *et al.* (2007) ‘Impact of rural health development programme in the Islamic Republic of Iran on rural-urban disparities in health indicators’, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13(6), pp. 1466–1475. Available at: <https://doi.org/10.26719/2007.13.6.1466>.

Agrawal, S. and Conway, P.H. (2014) ‘Aligning emergency care with the triple aim: Opportunities and future directions after healthcare reform’, *Healthcare*, 2(3), pp. 184–189. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2014.05.005>.

Aissaoui, N. *et al.* (2022) ‘What will the ambitions of primary healthcare be in the 21st century?’, *Pan African Medical Journal*, 43(87). Available at: <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.43.87.35235>.

Al-Hussein, F.A. (2008) ‘A tale of two audits: Statistical process control for improving diabetes care in primary care settings’, *Quality in Primary Care*, 16(1), pp. 53–60. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18700079/> (Accessed: 2 June 2024).

Alberti, H., Boudriga, N. and Nabli, M. (2007) ‘“Damm sokkor”: Factors associated with the quality of care of patients with diabetes - A study in primary care in Tunisia’, *Diabetes Care*, 30(8), pp. 2013–2018. Available at: <https://doi.org/10.2337/dc07-0520>.

Alkhenizan, A. and Shaw, C. (2011) ‘Impact of accreditation on the quality of healthcare services: A systematic review of the literature’, *Annals of Saudi Medicine*. King Faisal Specialist Hospital and Research Centre, pp. 407–416. Available at: <https://doi.org/10.4103/0256-4947.83204>.

- Alsakkak, M.A. *et al.* (2017) 'Outcome of the first Saudi central board for accreditation of healthcare institutions (CBAHI) primary health care accreditation cycle in Saudi Arabia', *Saudi Medical Journal*, 38(11), pp. 1132–1136. Available at: <https://doi.org/10.15537/smj.2017.11.20760>.
- Andersen, M.K. *et al.* (2017) 'Accreditation in general practice in Denmark: Study protocol for a cluster-randomized controlled trial', *Trials*, 18(1), pp. 1–9. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1818-6>.
- Anderson Rothman, A., Wagner, E.H. and Showstack, J.A. (2003) 'Chronic illness management: What is the role of primary care?', *Annals of Internal Medicine*. *Ann Intern Med*, pp. 256–261. Available at: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00034>.
- Anell A, Glenngard AH and Merkur SM (2012) 'Sweden: health system review', *Health Systems in Transition*, 14(5), pp. 1–159. Available at: [https://iris.who.int/handle/10665/330318?fbclid=IwAR10pEpntRvHjcE7wRoZFWunC-NSTWUvrIPT0ip5TDjMAlwQO5557v\\_S570](https://iris.who.int/handle/10665/330318?fbclid=IwAR10pEpntRvHjcE7wRoZFWunC-NSTWUvrIPT0ip5TDjMAlwQO5557v_S570) (Accessed: 12 February 2024).
- Athanasiadis, A., Kostopoulou, S. and Philalithis, A. (2015) 'Regional Decentralisation in the Greek Health Care System: Rhetoric and Reality', *Global journal of health science*, 7(6), pp. 55–67. Available at: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p55>.
- Ayanian, J.Z. and Hamel, M.B. (2016) 'Transforming Primary Care — We Get What We Pay For', *New England Journal of Medicine*, 374(24), pp. 2390–2392. Available at: <https://doi.org/10.1056/nejme1603778>.
- Baker, G.R., Barnsley, J. and Murray, M. (1993) 'Continuous quality improvement in Canadian health care organizations.', *Leadership in health services = Leadership dans les services de santé*, 2(5), pp. 18–23. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10129547/> (Accessed: 31 December 2023).
- Barritt, J.A. *et al.* (2000) 'Weak links in the chain: A diagnosis of health policy in poor countries', *World Bank Research Observer*, 15(2), pp. 199–224. Available at: <https://doi.org/10.1093/wbro/15.2.199>.
- Basu, S. *et al.* (2019) 'Association of Primary Care Physician Supply with Population Mortality in the United States, 2005-2015', *JAMA Internal Medicine*, 179(4), pp. 506–514. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7624>.
- Beaglehole, R. and Yach, D. (2003) 'Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: The neglected chronic diseases of adults', *Lancet*, 362(9387), pp. 903–908. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14335-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14335-8).

- Becker, L.A. (1996) 'The effect of first-contact care on ambulatory health care expenditures.', *The Journal of family practice*, 43(5), pp. 435–436. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8691179/> (Accessed: 2 January 2024).
- Bentsen, B.G. (1993) 'The role of the general practitioner in health care', *Tidsskrift for den Norske laegeforening*, 113(29), pp. 3586–3589. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8273100/> (Accessed: 12 November 2023).
- Bergevin, Y. *et al.* (2016) 'Transforming regions into high-performing health systems toward the triple aim of better health, better care and better value for Canadians', *Healthcare Papers*. Healthc Pap, pp. 34–52. Available at: <https://doi.org/10.12927/hcpap.2016.24767>.
- Berwick, D.M., Nolan, T.W. and Whittington, J. (2008) 'The triple aim: Care, health, and cost', *Health Affairs*. Project HOPE - The People-to-People Health Foundation, Inc., pp. 759–769. Available at: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>.
- Bhat, V.N. (2005) 'Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems', *European Journal of Health Economics*, 6(3), pp. 215–222. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10198-005-0294-1>.
- Bhutta, Z.A. *et al.* (2018) 'Alma Ata and primary healthcare: Back to the future', *BMJ (Online)*. BMJ. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4433>.
- Binagwaho, A. and Ghebreyesus, T.A. (2019) 'Primary healthcare is cornerstone of universal health coverage', *The BMJ*. BMJ. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.l2391>.
- Bindman, A.B. *et al.* (1996) 'Primary care and receipt of preventive services', *Journal of General Internal Medicine*, 11(5), pp. 269–276. Available at: <https://doi.org/10.1007/BF02598266>.
- Blümel Miriam and Busse Reinhard (2020) 'Germany \_ International Health Care System Profiles \_ Commonwealth Fund'. Available at: [https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany?redirect\\_source=%2Fcountries%2Fgermany&fbclid=IwAR2A28atPsIPvJF4aacU1a-zyVMDnDFkrcCPPcGw1oE3ggj2GOMlcFa-7LE](https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany?redirect_source=%2Fcountries%2Fgermany&fbclid=IwAR2A28atPsIPvJF4aacU1a-zyVMDnDFkrcCPPcGw1oE3ggj2GOMlcFa-7LE) (Accessed: 12 February 2024).
- Bodenheimer, T. *et al.* (2014) 'The 10 building blocks of high-performing primary care', *Annals of Family Medicine*, 12(2), pp. 166–171. Available at: <https://doi.org/10.1370/afm.1616>.
- Bodenheimer, T., Wagner, E.H. and Grumbach, K. (2002a) 'Improving primary care for

patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2', *JAMA*. *JAMA*, pp. 1909–1914. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.288.15.1909>.

Bodenheimer, T., Wagner, E.H. and Grumbach, K. (2002b) 'Improving primary care for patients with chronic illness', *Journal of the American Medical Association*. *JAMA*, pp. 1775–1779. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>.

Boerebach, B.C.M. *et al.* (2014) 'The impact of clinicians' personality and their interpersonal behaviors on the quality of patient care: A systematic review', *International Journal for Quality in Health Care*, 26(4), pp. 426–481. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu055>.

Bolin, K. *et al.* (2009) 'Utilisation of physician services in the 50+ population: The relative importance of individual versus institutional factors in 10 European countries', *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 9(1), pp. 83–112. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10754-008-9048-9>.

Braun, B.I. *et al.* (2008) 'Quality-related Activities in Federally Supported Health Centers: Do They Differ by Organizational Characteristics?', *Journal of Ambulatory Care Management*, 31(4), pp. 303–318. Available at: <https://doi.org/10.1097/01.JAC.0000336550.67922.66>.

Brobeck, E. *et al.* (2011) 'Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice', *Journal of Clinical Nursing*, 20(23–24), pp. 3322–3330. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>.

Buetow, S.A. and Wellingham, J. (2003) 'Accreditation of general practices: Challenges and lessons', *Quality and Safety in Health Care*, 12(2), pp. 129–135. Available at: <https://doi.org/10.1136/qhc.12.2.129>.

Campbell, S. *et al.* (2003) 'Is the quality of care in general medical practice improving? Results of a longitudinal observational study', *British Journal of General Practice*, 53(489), pp. 298–304. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12879830/> (Accessed: 12 November 2023).

Campbell, S., Roland, M. and Wilkin, D. (2001) 'Primary care groups: Improving the quality of care through clinical governance', *British Medical Journal*. *BMJ*, pp. 1580–1582. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7302.1580>.

Campbell, S.M., Chauhan, U. and Lester, H. (2010) 'Primary medical care provider accreditation (PMCPA): Pilot evaluation', *British Journal of General Practice*, 60(576), p. e295. Available at: <https://doi.org/10.3399/bjgp10X514800>.

- Chauhan, B.F. *et al.* (2017) 'Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice-an overview of reviews', *Implementation Science*. BMC. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0538-8>.
- Cheng, J.M. *et al.* (2017) 'Primary health care in China: Is China's health reform reform for the whole nation?', *Primary Health Care Research and Development*, 18(4), pp. 398–403. Available at: <https://doi.org/10.1017/S1463423617000111>.
- Chevreur, K. *et al.* (2015) 'France: health system review'. Available at: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory> (Accessed: 12 February 2024).
- Davis, K., Squires, D. and Schoen, C. (2014) *How the U.S. Health Care System Compares Internationally*, *The Commonwealth Fund*. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror-wall-2014-update-how-us-health-care-system?fbclid=IwAR2mmjOP9Qkk0kihLvaF90VEw8cHGMtLbaZcdzB19Fy563UGkTmDdtAaGdc> (Accessed: 11 February 2024).
- Debono, D. *et al.* (2017) 'Understanding stakeholders' perspectives and experiences of general practice accreditation', *Health Policy*, 121(7), pp. 816–822. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.05.006>.
- Denis, J.L., Langley, A. and Pineault, M. (2000) 'Becoming a leader in a complex organization', *Journal of Management Studies*, 37(8), pp. 1063–1100. Available at: <https://doi.org/10.1111/1467-6486.00217>.
- Deriba, B.S. *et al.* (2020) 'Patient satisfaction and associated factors during COVID-19 pandemic in North Shoa health care facilities', *Patient Preference and Adherence*, 14, pp. 1923–1934. Available at: <https://doi.org/10.2147/PPA.S276254>.
- Van Doorn-Klomborg, A.L. *et al.* (2014) 'Effect of accreditation on the quality of chronic disease management: A comparative observational study', *BMC Family Practice*, 15(1), pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0179-4>.
- Due, T.D., Thorsen, T. and Kousgaard, M.B. (2019) 'Understanding accreditation standards in general practice - A qualitative study', *BMC Family Practice*, 20(1), pp. 1–12. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0910-2>.
- Due, T.D., Thorsen, T. and Kousgaard, M.B. (2021) 'The survey visit as a key evaluative event in accreditation—a qualitative study of survey visit experiences among surveyors and general practice professionals', *BMC Family Practice*, 22(1), pp. 1–14. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01497-7>.



- Economou, C. *et al.* (2014) *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece, European Observatory on Health Systems and Policies*. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf) (Accessed: 28 January 2023).
- Economou, C. *et al.* (2017) 'Greece: Health system review', *Health Syst Transit*, 19(5). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972131/> (Accessed: 2 June 2024).
- El-Jardali, F. *et al.* (2013) 'Improving primary healthcare through accreditation: Baseline assessment of readiness and challenges in lebanese context', *International Journal of Health Planning and Management*, 28(4), pp. e256–e279. Available at: <https://doi.org/10.1002/hpm.2170>.
- El-Jardali, F. *et al.* (2014) 'The impact of accreditation of primary healthcare centers: Successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon', *BMC Health Services Research*, 14(1), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-86>.
- Exworthy, M. (2001) 'Primary care in the UK: Understanding the dynamics of devolution', *Health and Social Care in the Community*, 9(5), pp. 266–278. Available at: <https://doi.org/10.1046/j.0966-0410.2001.00306.x>.
- Fairall, L. *et al.* (2015) 'Innovating to improve primary care in less developed countries: Towards a global model', *BMJ Innovations*. BMJ Publishing Group, pp. 196–203. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjinnov-2015-000045>.
- Fitzpatrick, K. *et al.* (2023) 'Examining the role of Indigenous primary healthcare across the globe in supporting populations during public health crises', *Global Public Health*. Taylor & Francis. Available at: <https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2049845>.
- Flodgren, G. *et al.* (2011) 'Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes', in *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Europe PMC Funders, p. CD008992. Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008992.pub2>.
- Forrest, C.B. and Starfield, B. (1998) 'Entry into primary care and continuity: The effects of access', *American Journal of Public Health*, 88(9), pp. 1330–1336. Available at: <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.9.1330>.
- Friedrich, M.J. (2018) 'Declaration of Astana Emphasizes Primary Care as Key to World Health', *JAMA*, 320(23), p. 2412. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.19558>.

- Garland-Baird, L. and Fraser, K. (2018) 'Conceptualization of the Chronic Care Model', *Home Healthcare Now*, 36(6), pp. 379–385. Available at: <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000699>.
- Gay, B. (2013) 'Repenser la place des soins de santé primaires en France - Le rôle de la médecine générale', *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, pp. 193–198. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.01.095>.
- Ghareeb, A., Said, H. and El Zoghbi, M. (2018) 'Examining the impact of accreditation on a primary healthcare organization in Qatar', *BMC Medical Education*, 18(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1321-0>.
- Glanzman, R.M. (2017) 'The Age of Value: Navigating the Transition from Volume to Value', *Orthopaedic Nursing*, 36(1), pp. 5–9. Available at: <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000307>.
- Göpffarth, D. and Henke, K.D. (2013) 'The German Central Health Fund-Recent developments in health care financing in Germany', *Health Policy*, 109(3), pp. 246–252. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.11.001>.
- Gordon, N.C. (2021) 'Infection control for safety and quality', *Community Eye Health Journal*, 34(111), pp. 5–7. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38528059/> (Accessed: 3 June 2024).
- Greenfield, D. *et al.* (2009) 'Distributed leadership to mobilise capacity for accreditation research', *Journal of Health, Organisation and Management*, 23(2), pp. 255–267. Available at: <https://doi.org/10.1108/14777260910960975>.
- Greenfield, D. *et al.* (2016) 'A hybrid health service accreditation program model incorporating mandated standards and continuous improvement: interview study of multiple stakeholders in Australian health care', *International Journal of Health Planning and Management*, 31(3), pp. e116–e130. Available at: <https://doi.org/10.1002/hpm.2301>.
- Greenfield, D. and Braithwaite, J. (2008) 'Health sector accreditation research: A systematic review', *International Journal for Quality in Health Care*. *Int J Qual Health Care*, pp. 172–183. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn005>.
- Greenfield, D. and Braithwaite, J. (2009) 'Developing the evidence base for accreditation of healthcare organisations: A call for transparency and innovation', *Quality and Safety in Health Care*. *Qual Saf Health Care*, pp. 162–163. Available at: <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032359>.

Greenfield, D., Pawsey, M. and Braithwaite, J. (2011a) ‘The role and impact of accreditation on the healthcare revolution O papel e o impacto da acreditação na revolução da atenção à saúde’, *Revista acreditação*, 1(2), pp. 134–150. Available at:

<https://researchers.mq.edu.au/en/publications/the-role-and-impact-of-accreditation-on-the-healthcare-revolution> (Accessed: 31 December 2023).

Greenfield, D., Pawsey, M. and Braithwaite, J. (2011b) ‘What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations?’, *International Journal for Quality in Health Care*, 23(1), pp. 8–14. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq069>.

Greenhalgh, T. and Heath, I. (2010) ‘Measuring quality in the therapeutic relationship-Part 1: Objective approaches’, *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), pp. 475–478. Available at: <https://doi.org/10.1136/qshc.2010.043364>.

Groenewegen, P.P. and Jurgutis, A. (2013) ‘A future for primary care for the greek population’, *Quality in Primary Care*, 21(6), pp. 369–378.

Grosios, K., Gahan, P.B. and Burbidge, J. (2010) ‘Overview of healthcare in the UK’, *EPMA Journal*. Springer, pp. 529–534. Available at: <https://doi.org/10.1007/s13167-010-0050-1>.

Grudniewicz, A. *et al.* (2023) ‘Operationalizing the Chronic Care Model with Goal-Oriented Care’, *Patient*, 16(6), pp. 569–578. Available at: <https://doi.org/10.1007/s40271-023-00645-8>.

Harris, S.B. *et al.* (2015) ‘Impact of a quality improvement program on primary healthcare in Canada: A mixed-method evaluation’, *Health Policy*, 119(4), pp. 405–416. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.019>.

Heidemann, E.G. (1995) ‘Client-centred accreditation’, *The International Journal of Health Planning and Management*, 10(3), pp. 209–222. Available at: <https://doi.org/10.1002/hpm.4740100307>.

Holmes, N.M., Chan, Y.Y. and Westbrook, R.F. (2020) ‘An application of wagner’s Standard Operating Procedures or sometimes opponent processes (SOP) model to experimental extinction’, *Journal of Experimental Psychology: Animal Learning and Cognition*, 46(3), pp. 215–234. Available at: <https://doi.org/10.1037/xan0000254>.

Huntington, D. *et al.* (2010) ‘Impact of a service provider incentive payment scheme on quality of reproductive and child-health services in Egypt’, *Journal of Health, Population and Nutrition*, 28(3), pp. 273–280. Available at: <https://doi.org/10.3329/jhpn.v28i3.5556>.

Hussein, M. *et al.* (2021) ‘The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review’, *BMC Health Services Research*, 21(1), pp. 1–12. Available at:

<https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6>.

Hutchison, B. *et al.* (2011) 'Primary health care in Canada: Systems in motion', *Milbank Quarterly*, 89(2), pp. 256–288. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x>.

Institute for Healthcare Improvement (2023) *Improvement Area: Triple Aim and Population Health* |. Available at: [https://www.ihl.org/improvement-areas/triple-aim-population-health?fbclid=IwAR1\\_TI8nKwg8HNNuRNyLI5QBfvrGsrHEpyhXsYMF1hJBuiAdvvtVYJ\\_yeDE](https://www.ihl.org/improvement-areas/triple-aim-population-health?fbclid=IwAR1_TI8nKwg8HNNuRNyLI5QBfvrGsrHEpyhXsYMF1hJBuiAdvvtVYJ_yeDE) (Accessed: 31 December 2023).

Irwin, R. (2019) 'Sweden's engagement in global health A historical review', *Globalization and Health*. BMC. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0499-1>.

Kates, N. *et al.* (2012) 'Framework for advancing improvement in primary care', *Healthcare Papers*, 12(2), pp. 8–21. Available at: <https://doi.org/10.12927/hcpap.2012.22978>.

Kenkel, D.S. (2000) 'Handbook of health economics', *Handbook of Health Economics*, 1, pp. 1675–1720. Available at: [https://books.google.com/books/about/Handbook\\_of\\_Health\\_Economics.html?id=FQCgxj\\_Ho\\_YC](https://books.google.com/books/about/Handbook_of_Health_Economics.html?id=FQCgxj_Ho_YC) (Accessed: 31 December 2023).

Keskimaki, I. *et al.* (2019) 'Finland: Health System Review.'

Khakh, A.K., Fast, V. and Shahid, R. (2019) 'Spatial accessibility to primary healthcare services by multimodal means of travel: Synthesis and case study in the city of calgary', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2). Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph16020170>.

Klein, J., Hofreuter-Gätgens, K. and Von Dem Knesebeck, O. (2014) 'Socioeconomic status and the utilization of health services in Germany: A systematic review', in *Health Care Utilization in Germany: Theory, Methodology*. Springer New York, pp. 117–143. Available at: [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9191-0\\_8](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9191-0_8).

Kousgaard, M.B., Thorsen, T. and Due, T.D. (2019) 'Experiences of accreditation impact in general practice - A qualitative study among general practitioners and their staff', *BMC Family Practice*, 20(1), pp. 1–13. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1034-4>.

Kruk, M.E. *et al.* (2010) 'The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives', *Social Science and Medicine*, 70(6), pp. 904–911. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.025>.

- Kurpas, D., Szwamel, K. and Mroczek, B. (2016) 'Quality of care for patients with chronic respiratory diseases: Data for accreditation plan in primary healthcare', *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 910, pp. 71–85. Available at: [https://doi.org/10.1007/5584\\_2015\\_203](https://doi.org/10.1007/5584_2015_203).
- Lanteigne, G. (2009) 'Case studies on the integration of Accreditation Canada's program in relation to organizational change and learning: the Health Authority of Anguilla and the Ca'Focella Ospedale di Treviso', *Montréal: Faculté de médecine, Université de Montréal* [Preprint]. Available at: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1561413> (Accessed: 31 December 2023).
- Lawn, J.E. *et al.* (2008) 'Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise', *The Lancet*. *Lancet*, pp. 917–927. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61402-6).
- Leonardsen, A.C.L. *et al.* (2018) 'Handovers in primary healthcare in Norway: A qualitative study of general practitioners' collaborative experiences', *Health and Social Care in the Community*, 26(1), pp. e173–e178. Available at: <https://doi.org/10.1111/hsc.12497>.
- Lewis, M., Eskeland, G. and Traa-Valerezo, X. (2004) 'Primary health care in practice: Is it effective?', *Health Policy*, 70(3), pp. 303–325. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.04.011>.
- Li, H. *et al.* (2017) 'The development and impact of primary health care in China from 1949 to 2015: A focused review', *International Journal of Health Planning and Management*, 32(3), pp. 339–350. Available at: <https://doi.org/10.1002/hpm.2435>.
- Lionis, C. *et al.* (2009) 'Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: A systematic review', *International Journal of Integrated Care*. *Int J Integr Care*. Available at: <https://doi.org/10.5334/ijic.322>.
- Liu, X., Hotchkiss, D.R. and Bose, S. (2008) 'The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: A review of the evidence', *Health Policy and Planning*, 23(1), pp. 1–13. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/czm042>.
- Lord, J. (2003) 'Future of primary healthcare education: Current problems and potential solutions', *Postgraduate Medical Journal*. BMJ Publishing Group, pp. 553–560. Available at: <https://doi.org/10.1136/pmj.79.936.553>.
- Lozeau, D., Langley, A. and Denis, J.L. (2002) 'The corruption of managerial techniques by organizations', *Human Relations*, 55(5), pp. 537–564. Available at:

<https://doi.org/10.1177/0018726702055005427>.

Lu, C. *et al.* (2010) 'Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis', *The Lancet*, 375(9723), pp. 1375–1387. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60233-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60233-4).

Macinko, J., Starfield, B. and Shi, L. (2003) 'The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998', *Health Services Research*, 38(3), pp. 831–865. Available at: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>.

Madlabana, C.Z. and Petersen, I. (2020) 'Performance management in primary healthcare: Nurses' experiences', *Curationis*, 43(1). Available at: <https://doi.org/10.4102/curationis.v43i1.2017>.

Mahendradhata, Y., Utarini, A. and Kuntjoro, T. (2004) 'Development of standards for accreditation of primary care services in Indonesia', *International Exchange*, 12(1). Available at: [https://www.primescholars.com/articles/development-of-standards-for-accreditation-of-primary-care-services-in-indonesia-100217.html?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMATAAR3n29SMI2l8qzi4cdq9bbWJjVfbu72B1twpiSgn-UoMUkQlqs51Skwohbo\\_aem\\_AWbAY6PwLWnoYooniFbBD8qH78VUIkrmTj](https://www.primescholars.com/articles/development-of-standards-for-accreditation-of-primary-care-services-in-indonesia-100217.html?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMATAAR3n29SMI2l8qzi4cdq9bbWJjVfbu72B1twpiSgn-UoMUkQlqs51Skwohbo_aem_AWbAY6PwLWnoYooniFbBD8qH78VUIkrmTj) (Accessed: 2 June 2024).

McGlynn, E.A. *et al.* (2003) 'The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States', *New England Journal of Medicine*, 348(26), pp. 2635–2645. Available at: <https://doi.org/10.1056/nejmsa022615>.

Mobley, D. and Bodin, S. (1998) 'Joint Commission preparation in a large academic medical center: a framework for success.', *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 20(5), pp. 8–14. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.1998.tb00278.x>.

Moher, D. *et al.* (2016) 'Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement', *Revista Espanola de Nutricion Humana y Dietetica*, 20(2), pp. 148–160. Available at: <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>.

Mossialos, E., Allin, S. and Davaki, K. (2005) 'Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia', *Health Economics*, 14(SUPPL. 1). Available at: <https://doi.org/10.1002/hec.1033>.

Nay, O. *et al.* (2016) 'Achieving universal health coverage in France: Policy reforms and the challenge of inequalities', *The Lancet*. Lancet Publishing Group, pp. 2236–2249. Available at:

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00580-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00580-8).

Ní Riain, A., Collins, C. and O’Sullivan, T. (2018) ‘Developing accreditation for community based surgery: the Irish experience’, *Leadership in Health Services*, 31(1), pp. 33–46.

Available at: <https://doi.org/10.1108/LHS-01-2017-0001>.

Nong, S. and Chen, Z. (2020) ‘Whither the roads lead to? Estimating association between urbanization and primary healthcare service use with Chinese prefecture-level data in 2014’, *PLoS ONE*, 15(6). Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234081>.

Nouwens, E. *et al.* (2012) ‘Effectiveness and efficiency of a practice accreditation program on cardiovascular risk management in primary care: Study protocol of a clustered randomized trial’, *Implementation Science*, 7(1), pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-94>.

Nouwens, E., Van Lieshout, J. and Wensing, M. (2015) ‘Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: A qualitative study’, *BMC Family Practice*, 16(1), pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0294-x>.

Nutting, P.A. *et al.* (2009) ‘Initial lessons from the first national demonstration project on practice transformation to a patient-centered medical home’, *Annals of Family Medicine*, 7(3), pp. 254–260. Available at: <https://doi.org/10.1370/afm.1002>.

O’Beirne, M. *et al.* (2013) ‘The status of accreditation in primary care’, *Quality in Primary Care*, pp. 23–31. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23735631/> (Accessed: 12 November 2023).

Obucina, M. *et al.* (2018) ‘The application of triple aim framework in the context of primary healthcare: A systematic literature review’, *Health Policy*, 122(8), pp. 900–907. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.06.006>.

Oikonomou, N. and Tountas, Y. (2011) ‘The Greek economic crisis: A primary health-care perspective’, *The Lancet. Lancet*, pp. 28–29. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62336-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62336-7).

Ouchi, W.G. (1979) ‘CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR THE DESIGN OF ORGANIZATIONAL CONTROL MECHANISMS.’, *Management Science*, 25(9), pp. 833–848. Available at: <https://doi.org/10.1287/mnsc.25.9.833>.

Overgaard Jensen, M.L., Bro, F. and Mygind, A. (2021) ‘Implementation of healthcare accreditation in Danish general practice: a questionnaire study exploring general practitioners’ perspectives on external support’, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(1), pp.

85–91. Available at: <https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1882084>.

Paccioni, A., Sicotte, C. and Champagne, F. (2008) ‘Accreditation: A cultural control strategy’, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(2), pp. 146–158. Available at: <https://doi.org/10.1108/09526860810859012>.

Parkinson, A.M. and Parker, R. (2013) ‘Addressing chronic and complex conditions: What evidence is there regarding the role primary healthcare nurses can play’, *Australian Health Review*, 37(5), pp. 588–593. Available at: <https://doi.org/10.1071/AH12019>.

Pasricha, A. *et al.* (2013) ‘Chronic care model decision support and clinical information systems interventions for people living with HIV: A systematic review’, *Journal of General Internal Medicine*. Springer, pp. 127–135. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2145-y>.

Pelone, F. *et al.* (2013) ‘How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: Lessons from Europe’, *International Journal for Quality in Health Care*, 25(4), pp. 381–393. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt020>.

Phelan, A. (2013) ‘Primary healthcare for older people: Editorial comments for International Journal of Older People Nursing’, *International Journal of Older People Nursing*. Int J Older People Nurs, pp. 81–82. Available at: <https://doi.org/10.1111/opn.12025>.

Pierrakos, G. *et al.* (2017) ‘Opinion of citizens in Primary Health Care management and offered services by Local Authorities’, *International Journal of Strategic Innovative Marketing*, 04(03). Available at: <https://doi.org/10.15556/ijsim.04.03.004>.

Pomey, M.-P. (2002) ‘La préparation à l’accreditation: un outil de changement organisationnel?’, <http://www.theses.fr> [Preprint]. Paris 7. Available at: <http://www.theses.fr/2002PA077155> (Accessed: 31 December 2023).

Pomey, M.P. *et al.* (2004) ‘Accreditation: A tool for organizational change in hospitals?’, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(3), pp. 113–124. Available at: <https://doi.org/10.1108/09526860410532757>.

Pomey, M.P. *et al.* (2005) ‘Paradoxes of French accreditation’, *Quality and Safety in Health Care*. BMJ Publishing Group Ltd, pp. 51–55. Available at: <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011510>.

Pomey, M.P. *et al.* (2010) ‘Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations’, *Implementation Science*, 5(1), pp. 1–14. Available at: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-31>.



- Poulton, B.C. and West, M.A. (1993) 'Effective multidisciplinary teamwork in primary health care', *Journal of Advanced Nursing*, 18(6), pp. 918–925. Available at: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18060918.x>.
- Rao, M. and Pilot, E. (2014) 'The missing link - the role of primary care in global health', *Global Health Action*. Taylor & Francis. Available at: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23693>.
- Riisgaard, H. *et al.* (2020) 'Does accreditation of general practice promote patient-reported quality of care? A natural cluster randomised experiment', *BMJ Open*, 10(6), p. e034465. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034465>.
- Robertson, J.S. (1978) 'Declaration of Alma-Ata', in *Lancet*, p. 1144. Available at: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(78\)92291-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(78)92291-2).
- Rundall, T.G. *et al.* (2002) 'As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organisations', *British Medical Journal*. BMJ Publishing Group, pp. 958–961. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7370.958>.
- Ryan, B.L. *et al.* (2016) 'Examining primary healthcare performance through a triple aim lens', *Healthcare Policy*, 11(3), pp. 19–31. Available at: <https://doi.org/10.12927/hcpol.2016.24521>.
- Rygh, E.M. and Hjortdahl, P. (2007) 'Continuous and integrated health care services in rural areas. A literature study.', *Rural and remote health*, p. 766. Available at: <https://doi.org/10.22605/rrh766>.
- Sack, C. *et al.* (2011) 'Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37 000 patients treated by 73 hospitals', *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), pp. 278–283. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr011>.
- Saleh, S.S., Alameddine, M.S. and Natafqi, N.M. (2014) 'Beyond accreditation: A multi-track quality-enhancing strategy for primary health care in low- and middle-income countries', *International Journal of Health Services*, 44(2), pp. 355–372. Available at: <https://doi.org/10.2190/HS.44.2.k>.
- Salmon, J. *et al.* (2003) *The impact of accreditation on the quality of hospital care: KwaZulu-Natal province, Republic of South Africa, Quality Assurance Project*. Available at: [www.qaproject.org](http://www.qaproject.org) (Accessed: 31 December 2023).
- Sandy, L.G. *et al.* (2009) 'The political economy of U.S. primary care', *Health Affairs*. Project HOPE - The People-to-People Health Foundation, Inc., pp. 1136–1144. Available at:

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.1136>.

Schoen, C. *et al.* (2006) 'On the front lines of care: Primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries', *Health Affairs*, 25(6), p. 10. Available at: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.w555>.

Scholte, M. *et al.* (2014) 'Evaluating quality indicators for physical therapy in primary care', *International Journal for Quality in Health Care*, 26(3), pp. 261–270. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu031>.

Scrivens, E. (1998) 'Widening the scope of accreditation - Issues and challenges in community and primary care', *International Journal for Quality in Health Care*. *Int J Qual Health Care*, pp. 191–197. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/10.3.191>.

Seddon, M.E. *et al.* (2001) 'Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand', *Quality and Safety in Health Care*, 10(3), pp. 152–158. Available at: <https://doi.org/10.1136/qhc.0100152>.

Semánová, C. *et al.* (2019) 'Primary care behind the former "Iron Curtain": changes and development of primary healthcare provision in the Eastern part of the European Union', *Primary health care research & development*, 20(e121), p. e121. Available at: <https://doi.org/10.1017/S1463423619000410>.

Shaheena Mukhi, M., Barnsley, J. and Deber, R.B. (2014) 'Accountability and primary healthcare', *Healthcare Policy*, 10(SP), pp. 90–98. Available at: <https://doi.org/10.12927/hcpol.2014.23849>.

Shaw, C. (2004) 'The external assessment of health services.', *World hospitals and health services : the official journal of the International Hospital Federation*, 40(1), pp. 24–7, 50, 51. Available at: [https://europepmc.org/article/med/15114920?fbclid=IwAR2cUL3EuoBe4cGKk91SjB1aS52i5O0\\_4unvzCj-OYWoopVqT8Oa1DNTdx0](https://europepmc.org/article/med/15114920?fbclid=IwAR2cUL3EuoBe4cGKk91SjB1aS52i5O0_4unvzCj-OYWoopVqT8Oa1DNTdx0) (Accessed: 12 November 2023).

Smith, J. (2001) 'Primary care: balancing health needs, services and technology', *International Journal of Integrated Care*, 1(3), p. 438. Available at: <https://doi.org/10.5334/ijic.35>.

Smith, J., Holder, H. and Edwards, N. (2013) 'Securing the future of general practice: new models of primary care', *London: The Kings ...*, (July 2013), pp. 1–20. Available at: [https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/securing-the-future-of-general-practice-new-models-of-primary-care?fbclid=IwAR34y9JhFgyScsGrwlPewxzpAhOaWD1\\_TPfGjv0nswmyUtFs10iYwY3-](https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/securing-the-future-of-general-practice-new-models-of-primary-care?fbclid=IwAR34y9JhFgyScsGrwlPewxzpAhOaWD1_TPfGjv0nswmyUtFs10iYwY3-)

MI (Accessed: 31 December 2023).

Snyder, C. and Anderson, G. (2005) 'Do quality improvement organizations improve the quality of hospital care for medicare beneficiaries?', *JAMA*, 293(23), pp. 2900–2907.

Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.293.23.2900>.

Souliotis, K. *et al.* (2019) 'Citizen preferences for primary health care reform in Greece', *Hippokratia*, 23(3), pp. 111–117. Available at: [/pmc/articles/PMC7307499/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111111/) (Accessed: 12 November 2023).

Souliotis, K. and Lionis, C. (2004) 'Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective', *Journal of Medical Systems. J Med Syst*, pp. 643–652. Available at: <https://doi.org/10.1023/B:JOMS.0000044966.76675.28>.

Staff Writer (2020) *What Are the Advantages and Disadvantages of Retrenchment?*, *Reference*. Available at: <https://www.yumpu.com/en/document/view/4933665/what-are-the-advantages-and-disadvantages-of-restructuring-a-> (Accessed: 31 December 2023).

Stange, K.C. *et al.* (2010) 'Defining and measuring the patient-centered medical home', *Journal of General Internal Medicine. J Gen Intern Med*, pp. 601–612. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1291-3>.

Starfield, B. (2001) 'New paradigms for quality in primary care', *British Journal of General Practice*, pp. 303–309. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11458485/> (Accessed: 12 November 2023).

Starfield, B. *et al.* (2005) 'The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence.', *Health affairs (Project Hope)*, Suppl Web. Available at: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.w5.97>.

Starfield, B. and Shi, L. (2002) 'Policy relevant determinants of health: An international perspective', *Health Policy*, 60(3), pp. 201–218. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00208-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00208-1).

Starfield, B., Shi, L. and Macinko, J. (2005) 'Contribution of primary care to health systems and health', *Milbank Quarterly. Milbank Q*, pp. 457–502. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.

Statista (2018) *Frequency of primary care visits in Great Britain 2018*. Available at: <https://www.statista.com/statistics/888323/frequency-of-primary-care-visits-in-great-britain/> (Accessed: 12 February 2024).

Statista (2019) *Median number of patients seen weekly by primary physicians select countries*

worldwide 2019 /. Available at: <https://www.statista.com/statistics/1097198/median-number-of-patients-seen-weekly-by-primary-physicians-select-countries-worldwide/> (Accessed: 12 February 2024).

Surmachevska, N. (2012) 'The Greek Healthcare System in Transition: An Overview and Challenges that Remain', *Perspectives on Business and Economics at Lehigh Preserve* [Preprint]. Available at: [https://preserve.lib.lehigh.edu/islandora/object/preserve%3AAbp-8191165?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAAR32YOEvN9K\\_aMeuvGJDLpImymnoUXkhfmUGsUjczZjCm\\_giQAR8CLmVi74\\_aem\\_AWe7aGcvO4jTVz8T0Vt7HTiBB0XyRXuxGE75zYiWyhbtQk7jKvJ6cQu8S222qBYpDwYA3hjjwZrCinnWYCtcn0eAK](https://preserve.lib.lehigh.edu/islandora/object/preserve%3AAbp-8191165?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAAR32YOEvN9K_aMeuvGJDLpImymnoUXkhfmUGsUjczZjCm_giQAR8CLmVi74_aem_AWe7aGcvO4jTVz8T0Vt7HTiBB0XyRXuxGE75zYiWyhbtQk7jKvJ6cQu8S222qBYpDwYA3hjjwZrCinnWYCtcn0eAK) (Accessed: 2 June 2024).

Suter, P. *et al.* (2008) 'Home-based chronic care: An expanded integrative model for home health professionals', *Home Healthcare Nurse*. Home Healthc Nurse, pp. 222–229. Available at: <https://doi.org/10.1097/01.NHH.0000316700.76891.95>.

Swerissen, H. (2008) 'Rethinking primary healthcare.', *HealthcarePapers*. Healthc Pap. Available at: <https://doi.org/10.12927/hcpap.2008.19710>.

Szecsényi, J. *et al.* (2011) 'Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices', *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*, 183(18), p. E1326. Available at: <https://doi.org/10.1503/cmaj.110412>.

Tabrizi, J. and Gharibi, F. (2011) 'Systematic survey of accreditation models for designing a national model', *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences, pp. 95–109. Available at: <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-590-en.html> (Accessed: 12 November 2023).

Tabrizi, J.S. *et al.* (2023) 'Impacts of accreditation on the performance of primary health care centres: A systematic review', *Malaysian Family Physician*, 18, p. 63. Available at: <https://doi.org/10.51866/rv.274>.

TABRIZI, J.S., GHARIBI, F. and Pirahary, S. (2013) 'Developing of National Accreditation Model for Rural Health Centers in Iran Health System', *Iranian Journal of Public Health*, 42(12), p. 1438. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26060646/> (Accessed: 12 November 2023).

Tabrizi, J.S., Gharibi, F. and Wilson, A.J. (2011) 'Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Mod-els.', *Health promotion perspectives*, 1(1), pp. 1–31. Available at: <https://doi.org/10.5681/hpp.2011.001>.

Al Tehewy, M. *et al.* (2009) 'Evaluation of accreditation program in non-governmental

organizations' health units in Egypt: Short-term outcomes', *International Journal for Quality in Health Care*, 21(3), pp. 183–189. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp014>.

Tierney, E. *et al.* (2019) 'Interdisciplinary team working in the Irish primary healthcare system: Analysis of "invisible" bottom up innovations using Normalisation Process Theory', *Health Policy*, 123(11), pp. 1083–1092. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.09.002>.

Touati, N. and Pomey, M.P. (2009) 'Accreditation at a crossroads: Are we on the right track?', *Health Policy*, 90(2–3), pp. 156–165. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.09.007>.

Tynkkynen, L.K. *et al.* (2016) 'Expanding choice of primary care in Finland: Much debate but little change so far', *Health Policy*, 120(3), pp. 227–234. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.015>.

Uggerby, C. *et al.* (2021) 'From accreditation to quality improvement - The Danish National Quality Programme', *International Journal for Quality in Health Care*. Oxford Academic, pp. 1–3. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab071>.

Wagner, E.H. *et al.* (2001) 'Improving chronic illness care: Translating evidence into action', *Health Affairs*, 20(6), pp. 64–78. Available at: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>.

Wagner, E.H. (2019) 'Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited', *Milbank Quarterly*, 97(3), pp. 659–664. Available at: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12416>.

Wells, R. *et al.* (2007) 'Do licensing and accreditation matter in outpatient substance abuse treatment programs?', *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(1), pp. 43–50. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.11.010>.

Westerlund, T. and Marklund, B. (2020) 'Community pharmacy and primary health care in Sweden-at a crossroads', *Pharmacy Practice*, 18(2), pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2020.2.1927>.

WHO (2003a) 'Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases (report of a joint WHO and FAO Expert Consultation)', *WHO Technical Report Series*, 916, pp. 11–12. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO\\_TRS\\_916.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf?sequence=1) (Accessed: 31 December 2023).

WHO (2003b) *Quality and Accreditation in Health Care Services: A Global Review, Evidence and Information for Policy, Department of Health Services Provision*. Available at: [http://www.who.int/hrh/documents/en/quality\\_accreditation.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf) (Accessed: 12 November

2023).

WHO (2004) *Quality improvement in primary healthcare : a practical guide*, WHO. Available at: <http://marefateadyan.nashriyat.ir/node/150> (Accessed: 12 November 2023).

WHO (2008) *The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever*, *The World Health Report*. Available at: <https://reliefweb.int/report/world/world-health-report-2008-primary-health-care-now-more-ever?fbclid=IwAR37fDDgr6sXgxZ0ACZgWoju9T3RptfAd3MImYnq4u4FB0acCcg4F8OKAd4> (Accessed: 31 December 2023).

WHO (2013) ‘Milestones in health promotion: statements from global conferences’. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-CHP-09.01?fbclid=IwAR37fDDgr6sXgxZ0ACZgWoju9T3RptfAd3MImYnq4u4FB0acCcg4F8OKAd4> (Accessed: 31 December 2023).

WHO (2018) ‘Declaration of Astana’, *Declaration of Astana, Global Conference on Primary Healthcare*, pp. 1–12. Available at: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61?fbclid=IwAR3WpoyjfrEvDIItgmQ-m9Kz6lGcBps3\\_ApdCqbhRqW8k1eRVX-t1vvaHwe0](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61?fbclid=IwAR3WpoyjfrEvDIItgmQ-m9Kz6lGcBps3_ApdCqbhRqW8k1eRVX-t1vvaHwe0) (Accessed: 31 December 2023).

WHO (2020) ‘Primary Health Care (PHC): History, Principles, Pillars, Elements & Challenges - Public Health Notes’, *Public Health Notes* [Preprint]. Available at: <https://www.publichealthnotes.com/primary-health-care-phc-history-principles-pillars-elements-challenges/> (Accessed: 2 June 2024).

Winters van der Meer, S. *et al.* (2014) ‘The influence of corporate structure and quality improvement activities on outcome improvement in residential care homes’, *International Journal for Quality in Health Care*, 26(4), pp. 378–387. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu057>.

World Health Organization (2018) ‘Building the economic case for primary health care: a scoping review’, *Technical Series on Primary Health Care*, 48, pp. 1–28. Available at: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48?fbclid=IwAR3siZ0ZoRXB7ImMqm2MIDHeFU1rfIXvn5nzo3l-2PQXjKEhgPhf3Np1\\_WU](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48?fbclid=IwAR3siZ0ZoRXB7ImMqm2MIDHeFU1rfIXvn5nzo3l-2PQXjKEhgPhf3Np1_WU) (Accessed: 31 December 2023).

World Health Organization (2023) *Prequalification of Medical Products (IVDs, Medicines, Vaccines and Immunization Devices, Vector Control)*, *Prequalified vaccines*. Available at: <https://extranet.who.int/prequal/immunization-devices/accreditation-process> (Accessed: 3 June 2024).

World Health Organization (WHO) (2021) 'Global spending on health: a world in transition'. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-19.4?fbclid=IwAR10wmYPuriq6HSqU2f0QUKIwYqOqKVHjn8sNq7YbVFuzo38ijcGnf18W5U> (Accessed: 31 December 2023).

World Health Organization and United Nations Children's Fund (2018) 'A vision for Primary health care in the 21st Century', *World Health Organization*, pp. 1–64. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15?fbclid=IwAR11jwqcb6UhTUU2KYEzfvzdZV5VmEmsOszygcDRJ24qlVyPLGLnP0p8CBw> (Accessed: 31 December 2023).

Wörz, M. and Busse, R. (2005) 'Analysing the impact of health-care system change in the EU member states - Germany', *Health Economics*. John Wiley & Sons, Ltd, pp. S133–S149. Available at: <https://doi.org/10.1002/hec.1032>.

Yassoub, R. *et al.* (2014) 'Responsiveness of Lebanon's primary healthcare centers to non-communicable diseases and related healthcare needs', *International Journal of Health Planning and Management*, 29(4), pp. 407–421. Available at: <https://doi.org/10.1002/hpm.2192>.

Zhou, M. *et al.* (2020) 'Association between primary healthcare and medical expenditures in a context of hospital-oriented healthcare system in China: A national panel dataset, 2012–2016', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), pp. 1–12. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186917>.

## Ελληνόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές

- Γιανασμίδης, Α., & Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1):106-115.
- Έλληνας Δ. (2010). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας, *Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης*, 48:17-23.
- Ζηλίδης, Χ. (2005). Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας: η μεταρρύθμιση 2000-2004. Mediforce. Αθήνα.
- Καρλατήρα Π. ΤΟΜΥ: Μια... τομή στην υγεία, που δεν έγινε ποτέ. *Εφημερίδα Πρώτο Θέμα*, Αθήνα, 2019. Διαθέσιμο στο: <https://www.protothema.gr/greece/article/903075/tomu-mia-tomistin-ugeia-pou-den-egine-pote/>
- Κουναλάκης Δ, Μερκούρης ΜΠ, Φιλαλήθης Α, Λιονής Χ. (2007). Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση ηλεκτρονικού φακέλλου ασθενή κατάλληλου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: εμπειρίες από την εκπόνηση μιας διδακτορικής διατριβής στην Κρήτη. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 19(1):20-32.
- Κυριόπουλος, Γ., Μανιαδάκης, Μ. και Στουρνάρας, Γ. (2011). Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας την περίοδο του μνημονίου στην Ελλάδα. Αθήνα: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.
- Μαλαβάζος Θ., Μαρκασιώτη Β., Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ALMAATA ΣΤΗΝ ASTANA. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* (2019) Τόμος 11, Τεύχος 3, 39-56.
- Μέγγουλη, Ε. (2019). Προβλήματα αιχμής στη δημόσια διοίκηση: η περίπτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πειραιώς
- ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4931 ΦΕΚ Α 94/13.5.2022. Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις.
- ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4486 ΦΕΚ Α' 115/07.08.2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.



- Πετρέλης Μ., Δομάγιερ Φ.Ρ., (2016). "Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και την Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης". Το Βήμα του Ασκληπιού, 15(4):362-374
- Πιερράκος, Γ., (2013). Μοντέλα διοίκησης μακροχρόνιας φροντίδας Υγείας στην Τοπική Κοινωνία. Παπαζήσης, Αθήνα.
- Σουλιώτης Κ (Επιμ.). (2013) Επιστημονική επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Υπουργείο Υγείας, Αθήνα, 2013
- Τούντας Γ (Επιμ.). Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. ΔιαΝΕΟσις, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης, Αθήνα, 2020
- Υφαντόπουλος Γ., (1984). "Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ". Αρχεία/ Ελληνικής Ιατρικής,1:506-515
- Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., (2005). "Το βρετανικό σύστημα υγείας". Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,22(1):73-96
- Φιλαλήθης, Α. (2021). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα Χαμένη στον λαβύρινθο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 38(4): 548-556