

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Σύστημα παραπομπής ή ελεύθερη πρόσβαση στους ειδικούς ιατρούς για καλύτερη αποδοτικότητα, ισότητα και ικανοποίηση ασθενών

Τα συστήματα υγείας των διαφόρων χωρών παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στον τρόπο μετάβασης από την πρωτοβάθμια προς τη δευτεροβάθμια φροντίδα, δηλαδή στην πρόσβαση προς τους ειδικούς ιατρούς και τη νοσοκομειακή φροντίδα. Έτσι, σε κάποια εφαρμόζεται σύστημα παραπομπής (gatekeeping system) από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια φροντίδα, ενώ σε άλλα επικρατεί η ελεύθερη/άμεση πρόσβαση των πολιτών στους ειδικούς ιατρούς και στη νοσοκομειακή φροντίδα. Η παρούσα ανασκόπηση εξετάζει την εφαρμογή του συστήματος παραπομπής έναντι της ελεύθερης πρόσβασης σε σχέση με (α) το κόστος και την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας, (β) την ισότητα στην πρόσβαση, καθώς και (γ) την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η εφαρμογή του συστήματος παραπομπής σχετίζεται με μειωμένο κόστος και αυξημένη αποδοτικότητα, ενώ η ελεύθερη πρόσβαση παρέχει υψηλότερη ικανοποίηση στον ασθενή λόγω της δυνατότητας επιλογής παρόχου και της άμεσης πρόσβασης. Όμως, ενδεχομένως σχετίζεται με υψηλότερο κόστος και ανισότητες. Τέλος, η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας φαίνεται να εξαρτάται κυρίως από την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και λιγότερο από τον τρόπο που επιτυγχάνεται η πρόσβαση σε αυτές στο εκάστοτε σύστημα υγείας.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, τη διατήρηση και τη βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Με άλλα λόγια, η ΠΦΥ αναφέρεται στην πρώτη επαφή του ασθενούς με τον επαγγελματία υγείας και αποσκοπεί στη διάγνωση και στη θεραπεία κοινών ασθενειών για την αντιμετώπιση των οποίων δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή και η παραμονή σε νοσοκομείο. Αποτελεί βασική λειτουργική αποστολή των μονάδων και υπηρεσιών της ΠΦΥ να διοχετεύουν περιστατικά ασθενών

που χρήζουν πιο εξειδικευμένης φροντίδας σε οργανωμένες για τον σκοπό αυτόν δομές. Το σύστημα παραπομπής (gatekeeping) αναφέρεται ακριβώς στη διαδικασία της απόφασης για παραπομπή ασθενών στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Αντίθετα, στο σύστημα ελεύθερης/άμεσης πρόσβασης οι ασθενείς μπορούν να έχουν άμεση πρόσβαση σε οποιονδήποτε τομέα της υγειονομικής περίθαλψης χωρίς την ανάγκη για παραπομπή.¹

Η ανάγκη εφαρμογής του συστήματος παραπομπής προέκυψε ως απόκριση στο κράτος πρόνοιας των ανεπτυγμένων δυτικών χωρών που χαρακτηρίζεται από την πλήρη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.² Επιπρόσθετα, η ανάδειξη των καρδιαγγειακών, των αναπνευστικών και

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2025, 42(3):323–329
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2025, 42(3):323–329

C. Leonard,¹
Χ. Νταής,¹
Ι. Φανουργιάκης,²
Ν. Κοντοδημόπουλος^{1,3}

¹Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

²Τμήμα Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Άγιος Νικόλαος, Κρήτη

³Εργαστήριο Οικονομικών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Gatekeeping or direct access to specialized physicians for better efficiency, equity and patient satisfaction? A literature review

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητήριο

Αποδοτικότητα συστήματος υγείας
Ικανοποίηση ασθενών
Ισότιμη πρόσβαση
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ)
Σύστημα παραπομπής

Υποβλήθηκε 24.2.2024
Εγκρίθηκε 23.3.2024

των νεοπλασματικών νοσημάτων σε κύριες αιτίες θνησιμότητας των σύγχρονων κοινωνιών σε συνδυασμό με την πληθυσμιακή έκρηξη οδήγησε στην ανάγκη για προληπτικές παρεμβάσεις μακροχρόνιου χαρακτήρα ώστε να ικανοποιούνται οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού των ανεπτυγμένων δυτικών χωρών χωρίς να καταρρέουν οι νοσοκομειακές τους δομές.

Ως απόκριση στις πιο πάνω προκλήσεις, η ΠΦΥ αποτελεί τον πυρήνα όλων των προσπαθειών των ανεπτυγμένων δυτικών χωρών για βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, αύξηση της προσβασιμότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, εξάλειψη των ανισοτήτων όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, και έλεγχο του κόστους των εν λόγω υπηρεσιών. Η αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας που υιοθετούν την προσέγγιση της ΠΦΥ αξιολογείται με συγκεκριμένους δείκτες, οι οποίοι αναφέρονται στο συνολικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού,³ στο επίπεδο αξιοπιστίας και ισότιμης πρόσβασης του συστήματος υγείας,⁴ στην ποιότητα και στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών^{5,6} και στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.⁷

Σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Ολλανδία, η Ισπανία, η Ελβετία, η ΠΦΥ βασίζεται στους γενικούς ιατρούς (general practitioners, GPs), οι οποίοι αποτελούν τους «φύλακες» (gatekeepers) για την πρόσβαση των πολιτών σε πιο εξειδικευμένη φροντίδα υγείας.⁸⁻¹¹ Αντίθετα, σε χώρες όπως η Σουηδία, η Αυστρία, η Γερμανία, η Τσεχία υπάρχει ελευθερία στην επιλογή φορέα υγειονομικής περίθαλψης, δεν εφαρμόζεται σύστημα παραπομπής για την πρόσβαση στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και οι ασθενείς αναζητούν ελεύθερα εξειδικευμένη φροντίδα.¹²⁻¹⁵

2. ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ

Κύριος σκοπός της εφαρμογής του συστήματος παραπομπής είναι η ελάττωση του λειτουργικού κόστους του συστήματος υγείας με ταυτόχρονη διατήρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το σύστημα παραπομπής μπορεί να υπηρετήσει αυτόν τον σκοπό μέσω της ευρύτερης επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επιπέδων παροχής υπηρεσιών υγείας, του περιορισμού άσκοπων παραπομπών στη δευτεροβάθμια φροντίδα, της πλέον φειδωλής χρήσης εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας και την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας λαθών. Ενδεικτικά, το 1998 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) οι οποίες εφαρμόζαν ήδη το σύστημα παραπομπής δαπάνησαν το 7,8% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ) τους στον τομέα της υγείας συγκριτικά με το 8,6% του ΑΕΠ χωρών που επέτρεπαν την απ' ευθείας πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας.¹⁶

Γενικά, η εφαρμογή του συστήματος παραπομπής στην ΠΦΥ εντάσσεται στις προσπάθειες ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Βασικό εργαλείο προς αυτή την κατεύθυνση συνιστά ο έλεγχος της ροής των ασθενών εντός του συστήματος υγείας μέσω φραγμών στο πρωτοβάθμιο επίπεδο.¹⁷ Η θετική συνεισφορά του συστήματος παραπομπής όσον αφορά στη σχέση κόστους/αποδοτικότητας συνδυάζεται σε κάποιες περιπτώσεις και με υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.¹⁸ Παρ' όλα αυτά, η εφαρμογή του συστήματος παραπομπής δεν συνεπάγεται απαραίτητα μια αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών.¹⁹ Έτσι, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αποδοτικότητα του συστήματος παραπομπής στον έλεγχο των δαπανών υγείας δεν συμβαδίζει απαραίτητα με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πράγματι, εμπειρικές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι περιορισμοί που επιβάλλει το σύστημα παραπομπής δημιουργούν αισθήματα δυσφορίας στους πολίτες και, σε κάποιες περιπτώσεις, καλλιεργεί ανταγωνιστικές συμπεριφορές μεταξύ των ιατρών της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιπρόσθετα, το σύστημα παραπομπής έχει αμφισβητηθεί ως μέτρο περιοχής παροχών που εμποδίζει την ελεύθερη χρήση του συστήματος υγείας από τους ασθενείς και ενθαρρύνει τη μετάθεση ιατρικών αρμοδιοτήτων σε τρίτους (π.χ. νοσηλευτικό προσωπικό). Πράγματι, το σύστημα παραπομπής εκ των πραγμάτων θέτει περιορισμούς στην ελεύθερη επιλογή εντός του συστήματος και ευνοεί την εμφάνιση παραϊατρικών ειδικοτήτων που συχνά αναλαμβάνουν την παροχή υπηρεσιών υγείας με μικρότερο κόστος.²⁰

Αξίζει να σημειωθεί πως αρκετές μελέτες καταδεικνύουν ότι οι γενικοί ιατροί τείνουν να προτιμούν το σύστημα παραπομπής.²¹⁻²³ Για παράδειγμα, οι ιατροί στην Ισλανδία υποστήριξαν ότι η υποχρεωτική παραπομπή αύξησε τη ροή πληροφοριών και ενίσχυσε την επικοινωνία με τον ειδικό. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το σύστημα άμεσης πρόσβασης επιτρέπει στους ασθενείς να αναζητούν απ' ευθείας εξειδικευμένη φροντίδα χωρίς ανάγκη παραπομπής από πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτό μπορεί να παρέχει πιο έγκαιρη πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα στους ασθενείς, αλλά ενδέχεται επίσης να οδηγήσει σε κατακερματισμένα και ασυντόνιστα θεραπευτικά σχήματα, γεγονός που πιθανόν οφείλεται σε κενά στην επικοινωνία.^{24,25}

3. ΚΟΣΤΟΣ/ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ

Σε μια μελέτη από την Ελβετία εξετάστηκε σε ποιον βαθμό η εξοικονόμηση κόστους που συνεπάγεται η εφαρμογή του gatekeeping συγκριτικά με ένα σύστημα αμοιβής ανά

υπηρεσία (fees for service) οφείλεται σε αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων ή σε τεχνικές διαστρωμάτωσης και επιλογής κινδύνου. Συγκεκριμένα, συγκρίθηκαν οι δαπάνες υγείας μεταξύ μιας ομάδας δικαιούχων ενός συστήματος παραπομπής και μιας ομάδας δικαιούχων ενός συστήματος αμοιβής ανά υπηρεσία για το έτος 2000. Οι συνολικές δαπάνες ανά δικαιούχο της ομάδας του συστήματος παραπομπής ήταν μικρότερες κατά 8% συγκριτικά με την ομάδα του συστήματος αμοιβής ανά υπηρεσία. Η εκτιμώμενη εξοικονόμηση κόστους που επιτεύχθηκε με την αντικατάσταση του συστήματος της αμοιβής ανά υπηρεσία με το gatekeeping στον πληθυσμό της μελέτης ανήλθε σε 15–19% ανά δικαιούχο. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το σύστημα παραπομπής επιτυγχάνει σημαντική εξοικονόμηση κόστους που δεν οφείλεται σε τεχνικές διαστρωμάτωσης και επιλογής κινδύνου.²⁶

Αξιοποιώντας δεδομένα από 18 χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), διερευνήθηκε εάν η εφαρμογή του συστήματος παραπομπής οδηγεί σε χαμηλότερες δαπάνες υγείας συγκριτικά με το σύστημα ελεύθερης πρόσβασης. Λαμβάνοντας υπ' όψιν όλους τους παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν το ύψος, καθώς και τον ρυθμό αύξησης των δαπανών, όπως είναι το ΑΕΠ, και χρησιμοποιώντας ως ανεξάρτητες μεταβλητές, μεταξύ άλλων, τη συνολική και την εξωνοσοκομειακή δαπάνη, η μελέτη κατέδειξε ότι η εφαρμογή του συστήματος παραπομπής οδηγεί σε σημαντική μείωση των δαπανών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.²⁷

Μεταγενέστερη έρευνα, αξιοποιώντας δεδομένα από 17 χώρες του ΟΟΣΑ, από τις οποίες οι 10 έχουν υιοθετήσει το σύστημα παραπομπής, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή του ενισχύει την αποδοτικότητα και μετριάζει το κόστος, ωστόσο τα οικονομικά οφέλη δεν είναι τόσο σημαντικά. Σύμφωνα με τους ερευνητές, αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι μεγάλο μέρος του πληθυσμού ήδη επέλεγε τους γενικούς ιατρούς ως την πρώτη επαφή του με το σύστημα υγείας, με αποτέλεσμα να μην προκύπτουν αξιοσημείωτα οικονομικά οφέλη από την αύξηση των επισκέψεων στην ΠΦΥ.²⁸

Η τρίτη, και πλέον πρόσφατη, μελέτη που αξιοποιεί δεδομένα από χώρες του ΟΟΣΑ, εξέτασε την επίδραση του συστήματος παραπομπής στο κόστος και στην αποδοτικότητα. Αναλύθηκαν δεδομένα της περιόδου 2002–2011 από 34 χώρες, από τις οποίες 18 εφαρμόζουν σύστημα παραπομπής και 16 σύστημα άμεσης πρόσβασης. Η μελέτη αυτή έδειξε επίσης ότι το κόστος τείνει να είναι χαμηλότερο σε συστήματα υγείας όπου οι γενικοί ιατροί ασκούν καθήκοντα gatekeeper, ενώ υπήρξαν ενδείξεις ότι η αποδοτικότητα του συστήματος παραπομπής συσχετίζεται θετικά με τον αριθμό των προσωπικών ιατρών.²⁹

Σε τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή που εκπονήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) έγινε προσπάθεια προσδιορισμού της αποδοτικότητας του συστήματος παραπομπής όσον αφορά στον έλεγχο της χρήσης και των δαπανών των υπηρεσιών υγείας. Νέοι ιατροί εντάχθηκαν είτε σε πρόγραμμα με εφαρμογή συστήματος παραπομπής, είτε σε εναλλακτικό πρόγραμμα με παρόμοιες παροχές αλλά χωρίς εφαρμογή συστήματος παραπομπής. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το πρόγραμμα με εφαρμογή συστήματος παραπομπής οδήγησε σε μειωμένες κατά 6% συνολικές χρεώσεις και κατά 21% χρεώσεις από τη χρήση ασθενοφόρων ανά άτομο και ανά έτος εξ αιτίας του μικρότερου κατά 0,3 αριθμού επισκέψεων ανά άτομο σε ειδικούς ιατρούς.³⁰

Σε άλλη τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή, 254 ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν σε δύο ομάδες, 126 ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης οι οποίοι παρακολουθούνταν από ειδικευόμενους που έπρεπε να εγκρίνουν την παραπομπή τους σε ειδικούς ιατρούς και 128 στην ομάδα ελέγχου, οι οποίοι παρακολουθούνταν από ειδικευόμενους χωρίς την ανάγκη έγκρισης της παραπομπής τους. Η μελέτη έδειξε μικρή μείωση στη χρήση υγειονομικών πόρων στην ομάδα παρέμβασης, ιδιαίτερα στη χρήση φαρμάκων, ενώ έγιναν σημαντικά περισσότερες επισκέψεις σε παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η ικανοποίηση των ασθενών ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες.³¹

Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στις ΗΠΑ αξιολογήθηκε η στάση των ιατρών σχετικά με τις επιπτώσεις της εφαρμογής του gatekeeping ως προς το κόστος συγκριτικά με το σύστημα άμεσης πρόσβασης. Η μελέτη έδειξε ότι η εφαρμογή του συστήματος παραπομπής είχε σημαντική επίδραση στον έλεγχο του κόστους. Συνολικά, το 32% των ιατρών αξιολόγησαν το σύστημα παραπομπής ως καλύτερο από την άμεση πρόσβαση στην εξειδικευμένη φροντίδα, το 40% ως εξ ίσου καλό, το 21% χειρότερο, ενώ το 7% εξέφρασε μικτές απόψεις.³²

Τέλος, σε μελέτη που διενεργήθηκε στη Νορβηγία, η εφαρμογή του συστήματος παραπομπής συνοδεύτηκε από μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που ενδεχομένως να συνεισφέρει στη μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Ο έλεγχος της χρήσης της εξειδικευμένης φροντίδας συσχετίστηκε με μειωμένες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και λιγότερες νοσηλείες, υποδεικνύοντας πιθανή εξοικονόμηση κόστους.³³

4. ΙΣΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ

Σε συστηματική ανασκόπηση 26 μελετών, κυρίως από τις ΗΠΑ (62%), αξιολογήθηκαν οι επιπτώσεις του συστήματος

παραπομπής στα επίπεδα υγείας, στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στο κόστος, εξετάζοντας παραμέτρους όπως η ποιότητα ζωής, η ικανοποίηση των ασθενών, η ποιότητα της περίθαλψης, η χρήση των υπηρεσιών υγείας και οικονομικά αποτελέσματα (δαπάνες ή αποδοτικότητα). Στην πλειοψηφία των μελετών, η εφαρμογή του gatekeeping συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα χρήσης υπηρεσιών υγείας (έως -78%) και με λιγότερες δαπάνες υγείας (έως -80%). Παρ' όλα αυτά, υπήρχε μεγάλη ετερογένεια στο μέγεθος και στην κατεύθυνση των αποτελεσμάτων των επί μέρους μελετών. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, συνολικά, τα τεκμήρια σχετικά με τις επιπτώσεις του gatekeeping είναι περιορισμένης ποιότητας. Έτσι, αν και υπάρχουν αρκετές μελέτες σχετικά με τις επιπτώσεις του gatekeeping στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τις δαπάνες, οι επιπτώσεις του σε εκβάσεις υγείας, στην ποιότητα ζωής των ασθενών, στην ποιότητα της φροντίδας και στην ικανοποίηση των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας έχουν μελετηθεί μόνο μεμονωμένα σε έρευνες που δεν καταλήγουν σε σαφή συμπεράσματα.³⁴

Σε μελέτη που εκπονήθηκε στη Λιθουανία διερευνήθηκε η αντίληψη των γενικών ιατρών όσον αφορά στην καταλληλότητα του συστήματος παραπομπής στην παροχή υπηρεσιών σχετικών με την αναπαραγωγική υγεία σε εφήβους. Η καταλληλότητά του στον τομέα αυτόν ήταν αμφισβητήσιμη λόγω της έλλειψης προθυμίας των γενικών ιατρών να παρέχουν υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας στους εφήβους, της ανεπαρκούς εκπαίδευσής τους, των ανεπαρκώς εξοπλισμένων ιατρείων και της χαμηλής αντιλαμβανόμενης υποστήριξης για την παροχή υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας.³⁵

Σε μελέτη που διεξήχθη στη Γερμανία, 766 ομοφυλόφιλες γυναίκες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο με το οποίο εξετάστηκε η πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας, η αποκάλυψη του σεξουαλικού τους προσανατολισμού εντός του γερμανικού συστήματος υγείας και η συνολική εμπειρία τους με αυτό. Η μελέτη έδειξε ότι ενώ το 89% των γυναικών είχαν προσωπικό ιατρό, μόλις το 40% αποκάλυψε τον σεξουαλικό του προσανατολισμό στον ιατρό. Το 23% των γυναικών ισχυρίστηκαν ότι αδυνατούν να βρουν ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ το 12,4% είχε βιώσει κάποιας μορφής διακρισιακή μεταχείριση.³⁶

Σε μελέτη που διεξήχθη σε εξειδικευμένη κλινική εκτάκτων περιστατικών της Σουηδίας διερευνήθηκε η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης. Αφού εξετάστηκαν οι περιπτώσεις 88 ενηλίκων, από τους οποίους το 82% είχε αντιμετωπίσει δυσκολίες στην πρόσβαση στην κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη πριν οδηγηθούν στη συγκεκριμένη κλινική,

προτάθηκε και αναλύθηκε ένα μοντέλο gatekeeping για την καλύτερη πρόσβαση των συγκεκριμένων ασθενών στην εξειδικευμένη φροντίδα.³⁷

Τέλος, σε μελέτη που διενεργήθηκε στον Καναδά εξετάστηκε η πρόσβαση οροθετικών μεταναστών από την Αφρική και την Καραϊβική σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η μελέτη κατέδειξε ότι οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν θεσμικά και διοικητικά εμπόδια στην πρόσβασή τους στην κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη και ότι οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας λειτουργούν ως gatekeepers επιβάλλοντας αυθαίρετους διοικητικούς κανόνες και διαδικασίες. Αν και οι ανασφάλιστοι πολίτες στον Καναδά έχουν δικαίωμα πρόσβασης στην επείγουσα περίθαλψη, οι πολύπλοκες πολιτικές και πρακτικές που διαμορφώνουν το σύστημα παραπομπής εισάγουν διακρίσεις και συνιστούν εμπόδια στην πρόσβαση οροθετικών μεταναστών στην υγειονομική φροντίδα.³⁸

5. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ/ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σε συστηματική ανασκόπηση 25 μελετών διερευνήθηκαν οι επιπτώσεις της εφαρμογής του gatekeeping στην ποιότητα της περίθαλψης, στη χρήση και στις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας, στις εκβάσεις που σχετίζονται με την υγεία και στην ικανοποίηση των ασθενών. Το gatekeeping συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα χρήσης των υπηρεσιών υγείας και δαπανών, καλύτερη ποιότητα περίθαλψης και περισσότερο εύστοχη παραπομπή για περαιτέρω επισκέψεις και διερεύνηση στο νοσοκομείο. Ωστόσο, μια μελέτη ανέφερε δυσμενείς επιπτώσεις σε ασθενείς με καρκίνο. Συγκεκριμένα, το ποσοστό επιβίωσης ασθενών με καρκίνο υπό καθεστώς gatekeeping ήταν σημαντικά χαμηλότερο από εκείνο των ασθενών σε συστήματα άμεσης πρόσβασης, αν και η εφαρμογή του gatekeeping δεν συσχετίστηκε κατά τα άλλα με καθυστερημένη παραπομπή των ασθενών. Επομένως, εκφράστηκαν ανησυχίες σχετικά με την ακρίβεια των διαγνώσεων που έκαναν οι γενικοί ιατροί. Η εφαρμογή του συστήματος παραπομπής οδήγησε σε λιγότερες νοσηλείες και μειωμένη χρήση εξειδικευμένης περίθαλψης, αλλά αναπόφευκτα συσχετίστηκε με περισσότερες επισκέψεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Τέλος, οι ασθενείς ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από το σύστημα παραπομπής συγκριτικά με τα συστήματα άμεσης πρόσβασης.³⁹

Αξιοποιώντας δεδομένα από 18 ευρωπαϊκές χώρες, οι Kroneman et al διερεύνησαν τον βαθμό στον οποίο η εφαρμογή του συστήματος παραπομπής συγκριτικά με το σύστημα ελεύθερης πρόσβασης επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών. Σε χώρες όπου οι πάροχοι υγειονομικής

περίθαλψης ήταν άμεσα προσβάσιμοι, η ικανοποίηση των ασθενών ήταν σημαντικά μεγαλύτερη συγκριτικά με χώρες όπου εφαρμόζονταν σύστημα παραπομπής. Επίσης, η ικανοποίηση από οργανωτικές παραμέτρους, όπως ο χρόνος αναμονής και η ευκολία προγραμματισμού ενός ραντεβού με τον ειδικό ιατρό, ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε χώρες με σύστημα άμεσης πρόσβασης.⁴⁰

Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στη Γερμανία καταγράφηκε η εμπειρία των ασθενών και των γενικών ιατρών με το σύστημα παραπομπής. Η άποψη των ιατρών ήταν ιδιαίτερα θετική όταν η παραπομπή γινόταν για τον αποκλεισμό σοβαρών παθήσεων ή λόγω διαγνωστικής αβεβαιότητας. Επίσης, το 83% των ασθενών δήλωσαν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με το σύστημα παραπομπής, ειδικότερα όταν η πρωτοβουλία για την παραπομπή προερχόταν από τον ιατρό τους.⁴¹

Μελέτη που εκπονήθηκε στην Κίνα, και μάλιστα στην πόλη όπου έλαβε χώρα η πρώτη πιλοτική εφαρμογή του συστήματος παραπομπής, διερεύνησε την ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με αυτό. Από το σύνολο των 3.848 ερωτηθέντων ασθενών, το 28,2% αυτών δήλωσαν ικανοποιημένοι, το 47,3% ουδέτεροι και το 24,5% μη ικανοποιημένοι. Συνολικά, η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση των ασθενών με την πολιτική της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που εφαρμόζονταν εντός του συστήματος παραπομπής ήταν χαμηλή. Παράγοντες που βρέθηκε ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από το σύστημα παραπομπής ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης, η προσωπική εμπειρία του ασθενούς με την παραπομπή του, η ευκολία επίσκεψης στον ιατρό, ο χρόνος αναμονής, οι ιατρικές εγκαταστάσεις του παρόχου, οι επαγγελματικές δεξιότητες των γενικών ιατρών καθώς και το επιστρεπτό ποσοστό των εξόδων.⁴²

Μια μελέτη από την Αυστρία κατέδειξε ότι η εφαρμογή του συστήματος παραπομπής συμβάλλει θετικά στον έλεγχο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αποτρέποντας περιττές και επαναλαμβανόμενες παρεμβάσεις, παρουσιάζοντας ταυτόχρονα και ενδείξεις ότι η δευτερο-

βάθμια περίθαλψη χρησιμοποιείται πιο αποτελεσματικά, καθώς οι πάροχοι της πρωτοβάθμιας περίθαλψης διαθέτουν περισσότερο εξειδικευμένες γνώσεις συγκριτικά με τους ασθενείς όσον αφορά στη φροντίδα και στις παρεμβάσεις που απαιτούνται.⁴³ Μια άλλη κινεζική μελέτη κατέληξε ότι η εφαρμογή του συστήματος παραπομπής μπορεί να βελτιώσει τη διάγνωση και τη θεραπεία διαφόρων ασθενειών, καθώς και την πρόληψή τους από τους παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης.⁴⁴

Τέλος, σε μελέτη που διενεργήθηκε στη Νορβηγία φάνηκε ότι τα συστήματα παραπομπής μπορεί να οδηγήσουν σε καλύτερη ποιότητα φροντίδας και μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών λόγω του συντονισμού και της συνέχειας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να συμβάλλει σε καλύτερη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων, βελτιωμένη πρόληψη και συνολικά καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.³³

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ήδη από το 1978, ο ΠΟΥ με τη Διακήρυξη της Alma Ata έθεσε την ΠΦΥ ως τη βάση πάνω στην οποία θα πρέπει να οικοδομηθούν τα υγειονομικά συστήματα διεθνώς. Παρ' όλα αυτά, τα συστήματα υγείας των διαφόρων χωρών παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις όσον αφορά στην εφαρμογή gatekeeping από την πρωτοβάθμια προς τη δευτεροβάθμια φροντίδα και την αμεσότητα στην πρόσβαση προς τους ειδικούς ιατρούς και τη νοσοκομειακή φροντίδα. Η εφαρμογή του συστήματος παραπομπής φαίνεται να σχετίζεται με μειωμένο κόστος και αυξημένη αποδοτικότητα, ενώ τα συστήματα ελεύθερης πρόσβασης παρέχουν υψηλότερη ικανοποίηση στους ασθενείς λόγω της δυνατότητας επιλογής παρόχου και άμεσης πρόσβασης. Όμως, ενδεχομένως συνοδεύονται από υψηλότερο κόστος και ανισότητες. Τέλος, η ποιότητα/ικανοποίηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας σχετίζεται περισσότερο με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών παρά με τον τρόπο με τον οποίο επιτυγχάνεται η πρόσβαση σε αυτές στο εκάστοτε σύστημα υγείας.

ABSTRACT

Gatekeeping or direct access to specialized physicians for better efficiency, equity and patient satisfaction? A literature review

C. LEONARD,¹ C. NTAIS,¹ J. FANOURGIAKIS², N. KONTODIMOPOULOS^{1,3}

¹Program of Healthcare Management, School of Economics and Management, Open University of Cyprus, Nicosia, Cyprus, ²Department of Management Science and Technology, Hellenic Mediterranean University, Agios Nikolaos, Crete, ³Department of Health Economics, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2025, 42(3):323–329

Health systems in different countries vary considerably in terms of how specialized care is accessed. Thus, some have a referral or gatekeeping mechanism to direct patients from primary to secondary care, while others allow direct access to specialists and hospital care. This review examines the implementation of the gatekeeping system in relation to its effect on (a) cost and efficiency of health systems, (b) equity of access, and (c) quality of care and patient satisfaction. International experience showed that gatekeeping is generally associated with reduced costs and increased efficiency for health systems, while direct access provides higher satisfaction to patients due to the freedom they are given to choose and directly access specialized care, but may be associated with higher costs and inequalities. Finally, the quality of health care appears to be associated with the effectiveness of the services, rather than with the way in which access to the health system is achieved.

Key words: Equity of access, Gatekeeping system, Health system efficiency, Patient satisfaction, Primary health care

Βιβλιογραφία

1. KANEKO M, MOTOMURA K, MORI H, OHTA R, MATSUZAWA H, SHIMABUKURO A ET AL. Gatekeeping function of primary care physicians under Japan's free-access system: A prospective open cohort study involving 14 isolated islands. *Fam Pract* 2019, 36:452–459
2. BAZARGANI HS, SAADATI M, TABRIZI JS, FARAHBAKHSH M, GOLESTANI M. Forty years after Alma-Ata: how people trust primary health care? *BMC Public Health* 2020, 20:942
3. MACINKO J, STARFIELD B, SHI L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003, 38:831–865
4. INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON THE FUTURE OF PRIMARY CARE; DONALDSON MS, YORDY KD, LOHR KN, VANSELOW NA. *Primary care: America's health in a new era*. National Academies Press, Washington, DC, 1996
5. DALE J, LANG H, ROBERTS JA, GREEN J, GLUCKSMAN E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: A comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *Br Med J* 1996, 312:1340–1344
6. GODBER E, ROBINSON R, STEINER A. Economic evaluation and the shifting balance towards primary care: Definitions, evidence and methodological issues. *Health Econ* 1997, 6:275–294
7. MOSSIALOS E. Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health Econ* 1997, 6:109–116
8. CYLUS J, RICHARDSON E, FINDLEY L, LONGLEY M, O'NEILL C, STEEL D. United Kingdom: Health system review. *Health Syst Transit* 2015, 17:1–126
9. KRONEMAN M, BOERMA W, VAN DEN BERG M, GROENEWEGEN P, DE JONG J, VAN GINNEKEN E. Netherlands: Health system review. *Health Syst Transit* 2016, 18:1–240
10. DE PIETRO C, CAMENZIND P, STURNY I, CRIVELLI L, EDWARDS-GARAVOGLIA S, SPRANGER A ET AL. Switzerland: Health system review. *Health Syst Transit* 2015, 17:1–288, xix
11. BERNAL-DELGADO E, GARCIA-ARMESTO S, OLIVIA J, SANCHEZ MARTINEZ FI, REPULLO JR, PENA-LONGBARDO LM ET AL. Spain: Health system review. *Health Syst Transit* 2018, 20:1–179
12. ANELL A, GLENNGÅRD AH, MERKUR S. Sweden health system review. *Health Syst Transit* 2012, 14:1–159
13. HOFMARCHER MM, QUENTIN W. Austria: Health system review. *Health Syst Transit* 2013, 15:1–292
14. BUSSE R, BLÜMEL M. Germany: Health system review. *Health Syst Transit* 2014, 16:1–296, xxi
15. ALEXA J, RECKA L, VOTAPKOVA J, VAN GINNEKEN E, SPRANGER A, WITTENBECHER F. Czech Republic: Health system review. *Health Syst Transit* 2015, 17:1–165
16. BOERMA WG, VAN DER ZEE J, FLEMING DM. Service profiles of general practitioners in Europe. European GP Task Profile Study. *Br J Gen Pract* 1997, 47:481–486
17. MANNING WG, LEIBOWITZ A, GOLDBERG GA, ROGERS WH, NEWHOUSE JP. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *N Engl J Med* 1984, 310:1505–1510
18. MILLS A, DRUMMOND M. Value for money in the health sector:

- The contribution of primary health care. *Health Policy Plan* 1987, 2:107–128
19. GRUMBACH K, SELBY JV, DAMBERG C, BINDMAN AB, QUESENBERY C Jr, TRUMAN A ET AL. Resolving the gatekeeper conundrum: What patients value in primary care and referrals to specialists. *JAMA* 1999, 282:261–266
 20. SANDY LG, SCHROEDER SA. Primary care in a new era: Disillusion and dissolution? *Ann Intern Med* 2003, 138:262–267
 21. POPERT UW, EGIDI G, ERAS J, KÜHLEIN T, BAUM E. Why we need a primary care system: Background for a position paper of the German College of General Practitioners and Family Physicians. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)* 2018, 94:250–254
 22. RICE B. If you're losing patients to specialists. *Med Econ* 2003, 80:27–28, 31
 23. STEVENS FCJ, VAN DER HORST F, HENDRIKSE F. The gatekeeper in vision care. An analysis of the co-ordination of professional services in the Netherlands. *Health Policy* 2002, 60:285–297
 24. LINDEN M, GOTHE H, ORMEL J. Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a "gate keeper" and an "open access" health care system: A comparison of Germany and the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003, 38:690–697
 25. SCHMALSTIEG-BAHR K, POPERT UW, SCHERER M. The role of general practice in complex health care systems. *Front Med (Lausanne)* 2021, 8:680695
 26. SCHWENKLENKS M, PREISWERK G, LEHNER R, WEBER F, SZUCS TD. Economic efficiency of gate-keeping compared with fee for service plans: A Swiss example. *J Epidemiol Community Health* 2006, 60:24–30
 27. DELNOIJ D, VAN MERODE G, PAULUS A, GROENEWEGEN P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J Health Serv Res Policy* 2000, 5:22–26
 28. REIBLING N, WENDT C. Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. *Curr Sociol* 2012, 60:489–505
 29. BLÖNDAL B, ASGEIRSDÓTTIR TL. Costs and efficiency of gate-keeping under varying numbers of general practitioners. *Int J Health Plann Manage* 2019, 34:140–156
 30. MARTIN DP, DIEHR P, PRICE KF, RICHARDSON WC. Effect of a gate-keeper plan on health services use and charges: A randomized trial. *Am J Public Health* 1989, 79:1628–1632
 31. MEYER TJ, PROCHAZKA AV, HANNAFORD M, FRYER GE. Randomized controlled trial of residents as gatekeepers. *Arch Intern Med* 1996, 156:2483–2487
 32. HALM EA, CAUSINO N, BLUMENTHAL D. Is gatekeeping better than traditional care? A survey of physicians' attitudes. *JAMA* 1997, 278:1677–1681
 33. BLINKENBERG J, PAHLAVANYALI S, HETLEVIK Ø, SANDVIK H, HUNSKAARS. General practitioners' and out-of-hours doctors' role as gatekeeper in emergency admissions to somatic hospitals in Norway: Registry-based observational study. *BMC Health Serv Res* 2019, 19:568
 34. GARRIDO MV, ZENTNER A, BUSSE R. The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scand J Prim Health Care* 2011, 29:28–38
 35. JARUSEVICIENE L, LEVASSEUR G. The appropriateness of gate-keeping in the provision of reproductive health care for adolescents in Lithuania: The general practice perspective. *BMC Fam Pract* 2006, 7:16
 36. HIRSCH O, LÖLTGEN K, BECKER A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Fam Pract* 2016, 17:162
 37. RAJAN G, WAHLSTRÖM L, PHILIPS B, WÄNDELL P, WACHTER C, SVEDIN CG ET AL. Delayed healthcare access among victims of sexual abuse, understood through internal and external gatekeeping mechanisms. *Nord J Psychiatry* 2021, 75:370–377
 38. ODHIAMPO AJ, FORMAN L, NELSON LE, O'CAMPO P, GRACE D. Legislatively excluded, medically uninsured and structurally violated: The Social Organization of HIV Healthcare for African, Caribbean and Black immigrants with precarious immigration status in Toronto, Canada. *Qual Health Res* 2022, 32:847–865
 39. SRIPA P, HAYHOE B, GARG P, MAJEED A, GREENFIELD G. Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: A systematic review. *Br J Gen Pract* 2019, 69:e294–e303
 40. KRONEMAN MW, MAARSE H, VAN DER ZEE J. Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy* 2006, 76:72–79
 41. ROSEMANN T, WENSING M, RUETER G, SZECSENYI J. Referrals from general practice to consultants in Germany: If the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res* 2006, 6:5
 42. WU J, ZHANG S, CHEN H, LIN Y, DONG X, YIN X ET AL. Patient satisfaction with community health service centers as gatekeepers and the influencing factors: A cross-sectional study in Shenzhen, China. *PLoS One* 2016, 11:e0161683
 43. HOFFMAN K, GEORGE A, VAN LOENEN T, DE MAESENEER J, MAIER M. The influence of general practitioners on access points to health care in a system without gatekeeping: A cross-sectional study in the context of the QUALICOPC project in Austria. *Croat Med J* 2019, 60:316–324
 44. YANG H, HUANG X, ZHOU Z, WANG HH, TONG X, WANG Z ET AL. Determinants of initial utilization of community healthcare services among patients with major non-communicable chronic diseases in South China. *PLoS One* 2014, 9:e116051
- Corresponding author:*
- J. Fanourgiakis, 67 Dimokratias street, 716 01 Heraklion, Crete, Greece
e-mail: jfanourgiakis@hmu.gr