

Dr. Hargitai Réka, Dr. Hidas István

AZ ALAPELLÁTÁS HATÁSA AZ EGÉSZSÉGRE ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZERRE

Cikkreferátum

Bevezetés

Folyamatosan gyűlnek a bizonyítékok az alapellátás egészséget támogató hatásáról, amióta a háziorvoslást az egészségügyi ellátás önálló szakterületének tekintik. Ebben a témában írt összefoglaló elemzést **Barbara Starfield, MD, MPH, Leiyu Shi, DrPH, MBA és James Macinko, PhD „Primary Care Contributions to Health Systems and Health”** címmel. Munkájuk során számos ország példáját vizsgálva, több évtized alapellátást érint kutatásait, elemzéseit és gyakorlatát vették alapul. Jelen tömörített összefoglaló csak a benne nevesítetten előforduló irodalmi hivatkozásokat tartalmazza. Az eredeti anyag angol nyelven a WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) honlapján megtalálható. (<http://www.globalfamilydoctor.org>)

Két nagy egészségügyi szervezet a WONCA (1), és a WHO (2, 3) tanulmányai az alábbiak szerint határozzák meg az alapellátás négy fő jellemzőjét:

1. az **első találkozási pont** minden új szükséglet felmerülése esetén,
2. **hosszú távú** beteg- (és nem betegség) központú kezelés,
3. **széleskörű** – az ellátott betegségprofil tekintetében,
4. az **ellátás koordinációja**.

A későbbiek során még további két jellemző is elfogadásra került: a **család-** és a **közösségorientált** szemlélet.

Az alapellátás egészségre gyakorolt pozitív hatásának ésszerű magyarázata

Az alapellátás az alábbi hat mechanizmuson keresztül – részben önállóan, részben egymást erősítve – javítja a lakosság egészségi állapotát:

1. javítja a szükséges ellátáshoz, történő hozzáférést
2. jobb az ellátás minősége,
3. nagyobb hangsúlyt kap a megelőzés,

4. nagyobb arányú a korai kezelésbevitel,
5. az alapellátás szolgáltatásainak kumulatív hatása,
6. az alapellátás szerepe a szükségtelen és potenciálisan káros szakorvosi beavatkozások csökkentésében.

1. Az alapellátás javítja a hozzáférést a szükséges ellátáshoz a szociálisan rosszabb helyzetű lakossági csoportok esetében

Az alapellátás jelenti az első orvos–beteg találkozás színterét, és egyben az első lépést, a „kaput” a szükséges további kezelések igénybeviteléhez. A fejlett országok többsége elérte, hogy általános és egyenlő a hozzáférés az alapellátás szolgáltatásaihoz, a finanszírozás egy részükben közvetlenül, más részükben biztosításon keresztül történik (4).

Az egészségbiztosítás jelentősen befolyásolja az alapellátás igénybevitelét: az Egyesült Államokban például a biztosítással nem rendelkezők ritkábban járnak rendszeresen háziorvoshoz (5; 6). A hozzáférés javítása érdekében az utóbbi évtizedekben olyan rendszereket vezettek be, mint a közfinanszírozott Medicare és Medicaid, valamint a hozzájuk kapcsolódó Állami Gyermekek Egészségbiztosítási Program. A programok egy része kötelezővé tette, más részük csak ösztönzött a rendszeres háziorvosi ellátás igénybevitelére, és hatásukra az egyenlőtlenségek csökkenő tendenciát mutatnak (7; 8; 9; 10). A fentiek alapján **az alapellátás egyik fontos funkciója a szükséges egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek csökkentése vagy megszüntetése.**

2. Az alapellátás hozzájárulása az ellátás minőségének javításához

Számos tanulmány állítja, hogy az irányelvek betartásában a szakorvosok jobbak, mint a háziorvosok, például asthma kezelés (11) vagy Helicobacter eradikáció tekintetében (12). Általában korábban alkalmazzák az adekvát terápiát.

Brit vizsgálatok ugyanakkor megfigyelték, hogy diabétesz esetében a kórházakhoz képest a házi-

orvosok eredményei jobbak, elsősorban a visszahívási rendszer és a kiegészítő oktatás révén (13). A feldolgozott adatok alapján a házi orvosok diabeteseseinek mortalitása és glikémiás kontroll értékei jobbak voltak, mint a szakellátás által kezelt betegek esetében (14). Összességében tehát a házi orvos által végzett gondozást ugyanolyan jónak, sőt bizonyos tekintetben jobbnak ítélték. Az eredményekben mutatkozó különbség elsősorban az eltérő felfogásnak köszönhető: a szakorvos inkább a betegséghez kapcsolódó mutatókra és az irányelvek megtartására koncentrált, míg a házi orvos célkeresztjében az egészség összetett szemléletmódja található. Mivel a ko-morbiditás gyakori, a figyelem középpontjába szerencsésebb olyan indikátorokat állítani, amelyek a beteg egészségi állapotára és nem az adott betegségre jellemzőek.

A házi orvos ugyanolyan jó eredménnyel gyógyítja a gyakori megbetegedéseket, mint a szakorvosok, ha pedig a beteg általános egészségi állapotát tekintjük a minőség indikátorának, akkor a házi orvos jobb eredményeket mutat fel. A kevésbé gyakori megbetegedések esetében is optimális a házi orvos gondozása, ennek azonban a szakorvossal történő megfelelő együttműködés a feltétele.

3. Az alapellátás hatása a prevencióra

A bizonyítékok arra mutatnak, hogy a primér prevenció intervenciók a legjobban az alapellátás szintjén vihetők végbe. Ilyen általános (nem egy szervrendszerre korlátozódó) mutató lehet a szoptatás, dohányzás, biztonsági öv használata, tűzriasztó használata, fizikai aktivitás, egészséges táplálkozás, melyek azokon a területeken jobbak, ahol jó az alapellátás (15; 16).

A szekunder prevenció (a betegségek korai felismerése és kezelése) terén is az tapasztalható, hogy – az előzetes várakozásokkal ellentétben – az alapellátás szerepe jelentősebb, mint a szakorvosoké. A vizsgálat emlő-, vastagbél-, méhnyak-rákra és melanómára terjedt ki (17; 18; 19). Ferrante és munkatársai (20) számításai szerint, 0,1%-os emelkedés a házi orvosok számában, 4%-os emelkedést jelent a korai diagnózisok terén. Greenfield és munkatársai (21) tanulmánya magasvérnyomás-betegség, cukorbetegség, szívizominfarktus és depresszió esetében vezetett hasonló eredményre. **A preventív megközelítés általánosabb az alapellátás esetében, ezért a beteg egészségi állapotára gyakorolt hatása is jobb.**

4. Az alapellátás hatása a korai kezelésbevételre, a beteg menedzselésére

A rendszeres házi orvos gondozás eredménye, hogy még azelőtt felismeri és kezelésbe veszi a betegséget, mielőtt az olyan súlyos lenne, hogy szakorvosi vagy kórházi ápolást igényelne.

Brit elemzések szerint házi orvosok számának 15-20%-os emelkedése hatására a kórházba utalás csökken: 100 000 lakosra számítva akut esetben 14-gyel és krónikus betegség esetében 11-gyel (22).

Az irodalom megegyezik abban, hogy a hospitalizáció csökkenése szorosan összefügg az alapellátás igénybevételével, még életkor alapján történő bontásban is. A vizsgálatok eredménye egyértelmű: **a házi orvosos prevenció kórházi kezelést vált ki, mely igen költség-hatékony** alternatíva, amellyel, hogy egyértelműen javítja a lakosság egészségi állapotát.

5. Az alapellátás szolgáltatásainak kumulatív hatása a megfelelő ellátásra

Az alapellátás mortalitásra és morbiditásra gyakorolt pozitív hatása a betegség helyett a betegre történő fókuszálás eredménye, amint azt számos elemzés is igazolja. Ennek lényege abban áll, hogy a házi orvos a beteg általános egészségi állapota szempontjából választja ki a megfelelő gyógymódot, és nem egymástól függetlenül alkalmazza az irányelvekben lefektetett gyógymódokat a páciens minden egyes betegségével kapcsolatban.

A házi orvos „kapuőr” funkciója statisztikailag csökkenti a sürgősségi ellátás szükségét és a szakorvosi konzultációk számát. (23; 24). A folyamatos ellátás (lehetősége) miatt kialakult személyes kapcsolat javítja a betegek együttműködési készségét, elégedettségét és csökkenti a sürgősségi osztály és kórházi ápolás igénybe vételét (25; 26; 27; 28). A folyamatos kapcsolat miatt a házi orvos korán felismeri azokat a pszichés és szociális tényezőket, amelyek a beteg egészségét veszélyeztetik. Az első orvos-beteg találkozás és a folyamatosság együtt biztosítja a konzultációs idő, a laborvizsgálatok gyakorisága és az össz-egészségügyi kiadások csökkenését (29; 30; 31). Általánosságban is elmondható, hogy a rövid orvos-beteg kapcsolat rosszabb eredményre vezet; mintegy kétéves együttműködés szükséges az optimális betegközpontú ellátás kifejlődéséhez. A szabad házi orvos-választás pedig nagyobb biztosítékot jelent a jó kapcsolat létrejöttéhez (32).

6. Az alapellátás szerepe a szükségtelen és potenciálisan káros szakorvosi beavatkozások csökkentésében

A szakorvos direkt felkeresésének káros hatása erős elméleti bázison nyugszik. Nagyon kicsi az esélye, annak, hogy a beteg tényleg olyan súlyos, komplikált betegségben szenved, amihez mindenképp specialista szükséges. A szakorvos általában beveti egész diagnosztikus és terápiás fegyvertárát, mely nem kizárólag az indokolatlanul magas költségek oldaláról jelent veszélyt (33; 34). A fentiek miatt az Egyesült Államokban nagyon sok az egészségügyi ellátás során észlelt mellékhatás, és ez is szerepet játszhat abban, hogy a hasonló fejlettségű államok-

hoz viszonyítva rosszabb a lakosság egészségi állapota.

Annak ellenére, hogy az alapellátás egészségre gyakorolt hatásának a fentiekben összefoglalt eredményeit változatos megközelítésben, területeken és népességen végzett tanulmányokból mutatták ki, az eredmény lehetséges korlátait sem szabad figyelmen kívül hagyni. Azokban az országokban például, ahol az ellátórendszer alapellátás-orientált, elképzelhető, hogy az egyéb szociális intervenciók is biztosítottak (jövedelem-támogatás és egészséget támogató szociálpolitika).

Alapellátás jövője

Míg az alapellátásban alapos fogalmi és módszertani tanulmányok születtek az utóbbi néhány évtizedben, elősegítve a fontos alapelvek megértését, addig a szakterületek alig tettek kísérletet területük és az általuk nyújtott ellátás meghatározására. Beszámolóokban a szakorvosok három nyilvánvaló feladatot említene: rövid távú konzultáció a diagnózis felállítás érdekében; speciális betegségek hosszú távú követése; és ismétlődő konzultáció, periodikus menedzsmen keretében. Égetően sürgős szükség volna információra a szakellátás igénybevételének indikációjáról és a szakorvosok direkt elérhetőségének egészségmutatókra gyakorolt hatásáról.

Az **alapellátást** ugyanakkor el kell fogadni, mint az egészségügyi ellátórendszer olyan önálló, speciális szakterületét; amely **jelenléte és jellemzői hatásának értékelése ma már igazolt módszertan alapján történik.**

Érdekes kérdés, hogy milyen további célokat kell kitűzni az alapellátásnak, hogy hozzájáruljon a lakosság egészségi állapotának javításához, és az egyenlőtlenségek csökkentéséhez.

Az alapellátás legfontosabb kihívásai:

1. a ko-morbiditás időben történő felismerése és menedzselése,
1. az orvosi beavatkozások negatív hatásainak megelőzése,
1. az alapellátás legfontosabb területein a magas színvonal fenntartása,
1. a szükségletek meghatározásával a méltányosság javítása az egészség és egészségügyi ellátás terén.

1. A ko-morbiditás felismerése és adekvát menedzselése

Történelmileg az egészségügyi ellátás alapjai az egyes meghatározott betegségek megelőzéséből és ellátásából fejlődtek ki. Jelenleg a bizonyítékokon alapuló orvoslás égisze alatt, a betegségek menedzselésére szolgáló irányelvek szaporodnak és egyre növekvő mértékben használatosak. Az irány-

elvek kidolgozása általában az irodalomban elérhető bizonyítékok alapján történik, melyek igazolják, hogy egyes kezelések alkalmazása jobb eredménnyel jár, mint mások. Az evidenciák „gold standard”-ja a randomizált, kontrollált klinikai vizsgálat, amely általában kizárja a több betegséggel rendelkező személyek részvételét. A ko-morbiditás ugyanakkor gyakori, és nem mutat random eloszlást. Bár a ko-morbiditás gyakorisága az életkorral növekszik, mégis fiatal korban a vártnál sokkal gyakrabban fordul előkét, vagy több megbetegedés (35). (Vagyis: a kor előre haladtával nő a betegségek előfordulási gyakorisága, és ezért nagyobb a valószínűsége két egymástól független betegség előfordulásának. Fiatalabb korban ugyanakkor a betegségek ritkábban fordulnak elő, így statisztikailag kevésbé valószínű két betegség együttes előfordulása, holott a valóságban pont ez a helyzet.) Az adatbázisok fejlesztésére lenne szükség a ko-morbiditás megoszlásának vizsgálatához, a kockázat becsléséhez, a terápiára adott válaszkészség megítéléséhez, és az orvosi beavatkozások káros hatására való hajlam meghatározásához. Továbbmenve, **a randomizált, kontrollált klinikai kísérletek alapján készített irányelvek használhatósága az alapellátás számára sokkal behatároltabb, mint általánosságban gondolják,** különösen, ha a betegség specifikus és általános állapot összehasonlításának eredmény-mutatóit vizsgáljuk meg.

2. Az orvosi beavatkozások negatív hatásainak megelőzése

Az alapellátás orvosai vannak a legjobb helyzetben, hogy észrevegyék a potenciálisan káros hatásokat, elsősorban a gyógyszerek mellékhatásai és kölcsönhatásai terén. A legtöbb rendszerben a háziorvos találkozik leggyakrabban az akár egy, akár több betegségben szenvedő pácienssel. Csak a ritka betegségben szenvedők esetében specialista a leggyakrabban látogatott orvos, de még ilyenkor is csak az adott betegség és nem egyéb panaszok tekintetében. Így a legvalószínűbb, hogy a háziorvos látja először a saját és más kezelőorvos által alkalmazott terápia mellékhatásait.

3. Az alapellátás legfontosabb területein a magas színvonal fenntartása

A minőség és a teljesítmény javítása – az alapellátás összes fő feladata terén – kihívást jelent az alapellátás számára.

– A **beteg-központú ellátás** azt jelenti, hogy a betegség helyett a megbetegedett személyt helyezzük az ellátás központjába. Képes csoport-praxis megfelelni ennek az elvárásnak? Másként fogalmazva: milyen mértékben tud egy csoport-praxis megfelelni az alapellátás feladatainak anélkül, hogy gátolná a folyamatos személyes kapcsolat kialakulásának pozitív hatását?

– A **ellátás széleskörűsége** feltételezi, hogy az

alapellátás minden hozzá forduló páciens problémájával tud mit kezdeni. Biztosítható-e adatbázis segítségével a szükséges információ ahhoz, hogy eldönthető legyen: mikor orvosolható az adott probléma legjobban az alapellátás szintjén; mikor az alapellátás szintjén szakorvosi háttérrel; és mikor szakellátás szintjén?

– A **koordináció** keretében az alapellátás integrálja az összes ellátást abban a tekintetben, hogy mikor szorul a beteg további vizsgálatokra. Még a legjobb alapellátással rendelkező egészségügyi rendszerek esetében is ritka a jó koordináció, a háziorvos-specialista közötti információáramlás alapján mérve. A koordinációt segítőrendszer bevezetése sürgető.

4. A szükségletek meghatározásával a méltányosság javítása az egészség és egészségügyi ellátás terén

A méltányosság elérése mindenhol kényszerítő, de az egészségi állapot és az egészségügyi ellátás terén kiemelt figyelmet kap. Definíciójából adódóan az alapellátás jobban képes a méltányosság érvényesítésére, mint egyéb ellátási szintek. Kevésbé költséges és ugyanakkor csökkenteni képes az egészségi állapot egyenlőtlenségeit. **A méltányosság javításának egyik feltétele, hogy az alapellátás informált legyen a területén felmerülő szükségletekről.** A jobb információs rendszer elősegíti az alapellátás előnyeinek kiaknázását egyéni, csoportos és populációs szinten egyaránt (36).

Egészségpolitikai jelentőség

A cikk szerzői olyan irányelveket fogalmaztak meg melyek bármely ország ellátórendszerének előnyére válhatnak. Az egészségügyi ellátórendszerek reformjának világméretű problémája talán az Amerikai Egyesült Államok esetében a legfeltűnőbb, ott ugyanis annak ellenére rossz az egészségügyi rendszer teljesítménye, hogy az egy főre eső egészségügyi kiadás a legmagasabb a világon. **Mindenhol sürgető kényszert jelent a lakosság egészségi állapotának javítása, lehetőleg alacsonyabb költség mellett. Az alapellátás hatékony megoldást kínál a cél elérése érdekében.** Az erős alapellátásra épülő egészségügyi ellátórendszer előnyeiről szilárd és következetes bizonyítékok bőségesen állnak rendelkezésre. Ezek az előnyök kiterjednek a vezető halálokok és leggyakoribb megbetegedések csökkentésére, és az egészségi állapotban tapasztalható egyenlőtlenségek mérséklésére a lakosság nagyobb csoportjaiban, mely magába foglalja a faji és etnikai kisebbségeket és a szociálisan hátrányos helyzetű felnőtteket és gyermekeket egyaránt. Éppen ezért **szükséges az alapellátás megerősítése irányában ható egészségpolitikai gyakorlat** (37). Ez magában foglalja az alapellátás finanszírozásának javítását, mely vonatkozik mind a gyakori, mind a kiemelt

körképekre. Az alapellátás és szakellátás közötti koordináció javításával a háziorvosi munka feltehetőleg több kihívást fog tartalmazni, és intellektuálisan kielégítőbbé válik. **Az állam feladata lenne finanszírozási ösztönzőkkel bátorítani a háziorvosok és specialisták eloszlásának területi igényekhez való igazodását.** A háziorvosi képzés és továbbképzés állami forrásból történő ösztönzése szintén javítaná az orvosok reorientációját. További fontos kérdés, hogy az **adminisztrációs terhek mérséklése**, és az **elektronikus egészségügyi adatok rendelkezésre bocsátása** nagyban csökkentené az adatok napra készen tartásának fáradsalmát és javíthatná a minőségbiztosítási önmonitorozást. A **csoportpraxis bónusz-finanszírozása** szélesebb körű szolgáltatások igénybevételét tenné lehetővé az alapellátás szintjén, amely a **definitív ellátás irányába hatna.** A legjobb alapellátási gyakorlat speciális elismerése javítaná az alapellátás egészének elismertségét a társadalomban. Címzett támogatás bevezetése a jobb tudományos munkáért, kutatásért az alapellátás terén – mely a gyakorlatra alapozott hálózatokat is magában foglalná – hozzájárulna a háziorvosok és specialisták ismeretanyagának bővüléséhez.

IRODALOM

- WONCA. 1991. *The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems*. Victoria: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians (WONCA).
- World Health Organization. 1978. *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (accessed December 30, 2004). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. 2003. *A Global Review of Primary Health Care: Emerging Messages*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- van Doorslaer, E., X. Koolman, and A. M. Jones. 2004. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics* 13:629-647.
- Starfield, B. and L. Shi. 2004. The Medical Home, Access to Care, and Insurance: a Review of Evidence. *Pediatrics* 113:1493-1498.
- Lillie-Blanton, M. and C. Hoffman. 2005. The Role of Health Insurance Coverage in Reducing Racial/Ethnic Disparities in Health Care. *Health Affairs* 24:398-408.
- Stevens, G. D. and L. Shi. 2002. Racial and Ethnic Disparities in the Quality of Primary Care for Children. *Journal of Family Practice* 51:573.
- Seid, M., G. D. Stevens, and J. W. Varni. 2003. Parents' Perceptions of Pediatric Primary Care Quality: Effects of Race/ethnicity, Language, and Access. *Health Services Research* 38:1009-1031.
- Shi, L. 1999. Experience of Primary Care by Racial and Ethnic Groups in the United States. *Medical Care* 37:1068-1077.
- Taira, D. A., D. G. Safran, T. B. Seto, W. H. Rogers, M. Kosinski, J. E. Ware, N. Lieberman, and A. R. Tarlov. 1997. Asian-American Patient Ratings of Physician Primary Care Performance. *Journal of General Internal Medicine* 12:237-242.
- Bartter, T. and M. R. Pratter. 1996. Asthma: Better Outcome at Lower Cost? The Role of the Expert in the Care System. *Chest* 110:1589-1596.

- Hirth, R. A., A. M. Fendrick, and M. E. Chernew. 1996. Specialist and Generalist Physicians' Adoption of Antibiotic Therapy to Eradicate *Helicobacter pylori* Infection. *Medical Care* 34:1199-1204.
- Parnell, S. J., A. M. Zalin, and C. W. Clarke. 1993. Care of Diabetic Patients in Hospital Clinics and General Practice Clinics: a Study in Dudley. *British Journal of General Practice* 43:65-69; erratum 1993; 43(369): 163.
- Griffin, S. and A. Kinmonth. 1998. *Diabetes Care: The Effectiveness of Systems for Routine Surveillance for People with Diabetes*. Cochrane Library.
- Shi, L. and B. Starfield. 2000. Primary Care, Income Inequality, and Self-Rated Health in the United States: a Mixed-Level Analysis. *International Journal of Health Services* 30:541-555.
- Shi, L. 1994. Primary Care, Specialty Care, and Life Chances. *International Journal of Health Services* 24:431-458.
- Campbell, R. J., A. M. Ramirez, K. Perez, and R. G. Roetzheim. 2003. Cervical Cancer Rates and the Supply of Primary Care Physicians in Florida. *Family Medicine* 35:60-64.
- Ferrante, J. M., E. C. Gonzalez, N. Pal, and R. G. Roetzheim. 2000. Effects of physician supply on Early Detection of Breast Cancer. *Journal of the American Board of Family Practice* 13:408-414.
- Roetzheim, R. G., N. Pal, E. C. Gonzalez, J. M. Ferrante, D. J. Van Durme, J. Z. Ayanian, and J. P. Krischer. 1999. The Effects of Physician Supply on the Early Detection of Colorectal Cancer. *Journal of Family Practice* 48:850-858.
- Roetzheim, R. G., N. Pal, D. J. Van Durme, D. Wathington, J. M. Ferrante, E. C. Gonzalez, and J. P. Krischer. 2000. Increasing Supplies of Dermatologists and Family Physicians Are Associated with Earlier Stage of Melanoma Detection. *Journal of the American Academy of Dermatology* 43:211-218.
- Greenfield, S., E. C. Nelson, M. Zubkoff, W. Manning, W. Rogers, R. L. Kravitz, A. Keller, A. R. Tarlov, and J. E. Jr Ware. 1992. Variations in Resource Utilization among Medical Specialties and Systems of Care. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association* 267:1624-1630.
- Gulliford, M. C. 2002. Availability of Primary Care Doctors and Population Health in England: Is There an Association? *Journal of Public Health Medicine* 24:252-254.
- Franks, P., C. M. Clancy, and P. A. Nutting. 1992. Gatekeeping revisited – protecting patients from overtreatment. *New England Journal of Medicine* 327:424-429.
- Martin, D. P., P. Diehr, K. F. Price, and W. C. Richardson. 1989. Effect of a Gatekeeper Plan on Health Services Use and Charges: a Randomized Trial. *American Journal of Public Health* 79:1628-1632.
- Rosenblatt, R. A., G. E. Wright, L. M. Baldwin, L. Chan, P. Clitherow, F. M. Chen, and L. G. Hart. 2000. The Effect of the Doctor-Patient Relationship on Emergency Department Use among the Elderly. *American Journal of Public Health* 90:97-102.
- Mainous, A. G., III and J. M. Gill. 1998. The Importance of Continuity of Care in the Likelihood of Future Hospitalization: Is Site of Care Equivalent to a Primary Clinician? *American Journal of Public Health* 88:1539-1541.
- Freeman, G. and P. Hjortdahl. 1997. What Future for Continuity of Care in General Practice? *British Medical Journal* 314:1870-1873.
- Weiss, L. J. and J. Blustein. 1996. Faithful Patients: the Effect of Long-Term Physician-Patient Relationships on the Costs and Use of Health Care by Older Americans. *American Journal of Public Health* 86:1742-1747.
- Raddish, M., S. D. Horn, and P. D. Sharkey. 1999. Continuity of Care: Is It Cost Effective? *American Journal of Managed Care* 5:727-734.
- Forrest, C. B. and B. Starfield. 1996. The Effect of First-Contact Care with Primary Care Clinicians on Ambulatory Health Care Expenditures. *Journal of Family Practice* 43:40-48.
- Forrest, C. B. and B. Starfield. 1998. Entry into Primary Care and Continuity: the Effects of Access. *American Journal of Public Health* 88:1330-1336.
- Starfield, B. 1998. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Sox, H. C. 1996. Decision-making: a comparison of referral practice and primary care. *Journal of Family Practice* 42:155-160.
- Hashem, A., M. T. Chi, and C. P. Friedman. 2003. Medical Errors as a Result of Specialization. *Journal of Biomedical Informatics* 36:61-69.
- van den Akker, M., F. Buntinx, J. F. Metsemakers, S. Roos, and J. A. Knottnerus. 1998. Multimorbidity in General Practice: Prevalence, Incidence, and Determinants of Co-occurring Chronic and Recurrent Diseases. *Journal of Clinical Epidemiology* 51:367-375.
- National Committee for Vital and Health Statistics. 2001. *Information for Health: A Strategy for Building the National Health Information Infrastructure*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Starfield, B. and L. Simpson. 1993. Primary Care as Part of US Health Services Reform. *Journal of the American Medical Association* 269:3136-3139.

**VII. HÁZIORVOSI
NAPOK**

2008. 04. 25-27.

BALATONFÜRED

HOTEL

FLAMINGO