

Laadukkaasti ja halvemmalla tiukempaan
hoitotakuuseen

Tutkittua tietoa ja käytännön
asiantuntijanäkemyksiä

Juha Auvinen, yleislääketieteen professori

Suomen yleislääketieteen yhdistyksen puheenjohtaja

Elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto

juha.auvinen@oulu.fi / +358406736344

Sidonnaisuudet ja tausta

- Ei taloudellisia sidonnaisuuksia
- Nykyinen työ:
 - Yleislääketieteen professori, Oulun yliopisto
 - Kliininen työ: Oulun seudun yhteispäivystys (PPSHP)
 - Yleislääketieteen erikoislääkäri
- Yhdistystoiminta:
 - Suomen yleislääketieteen yhdistys, hallituksen pj
 - Suomen yleislääketieteen säätiö, hallituksen jäsen
 - Suomalainen lääkäriseura Duodecim, hallituksen jäsen
 - Pohjoismainen yleislääkäriyhdistys (NFGP), hallituksen jäsen
- Muu kansallinen yhteistyö:
 - STM Palveluvalikoimaneuvosto, jäsen
 - TSV Julkaisufoorumi, paneelin jäsen
- Aiempi työ
 - Johtava lääkäri Oulunkaaren ky 2018-2019
 - Terveyskeskuslääkäri: Utajärvi, Vaala, Pudasjärvi; yle eval: Oys jne.

Terveydenhuoltolain muutos (hoitotakuu)

STM074:00/2019 SÄÄDÖSVAlMISTELU



Säädösvalmistelu ja kehittäminen
valtioneuvostossa



PMI Marinin hallitusohjelman mukaan (k 3.6, tavoite 4) tiukennetaan hoitotakuuta perusterveydenhuollossa niin, että jatkossa kiirettömässä tapauksessa hoitoon pääsee viikon (7 pv) sisällä hoidon tarpeen arvioinnista.

Terveydenhuoltolain muutoksella toteutetaan hoitoon pääsyn aikarajan tiukennus perusterveydenhuollossa.

Tavoitteet ja tuotokset

Tavoitteena on turvata nykyistä nopeampi hoitoon pääsy kiirettömässä tilanteissa perusterveydenhuollossa. Esityksen tavoitteena on vahvistaa terveydenhuollon peruspalveluja ja parantaa palvelujen saatavuutta. Peruspalvelujen vahvistaminen kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja ja parantaa kansalaisten yhdenvertaisuutta.

Vaikutukset ja hyödyt

Potilaan näkökulmasta nopeampi hoitoon pääsy parantaa terveyspalvelujen saatavuutta, ehkäisee ongelmien kasautumista ja pitkittymistä. Tätä kautta erikoissairaanhoidon ja päivystyspalvelujen tarve vähenee, mikä osataan vähentää kustannuksia.

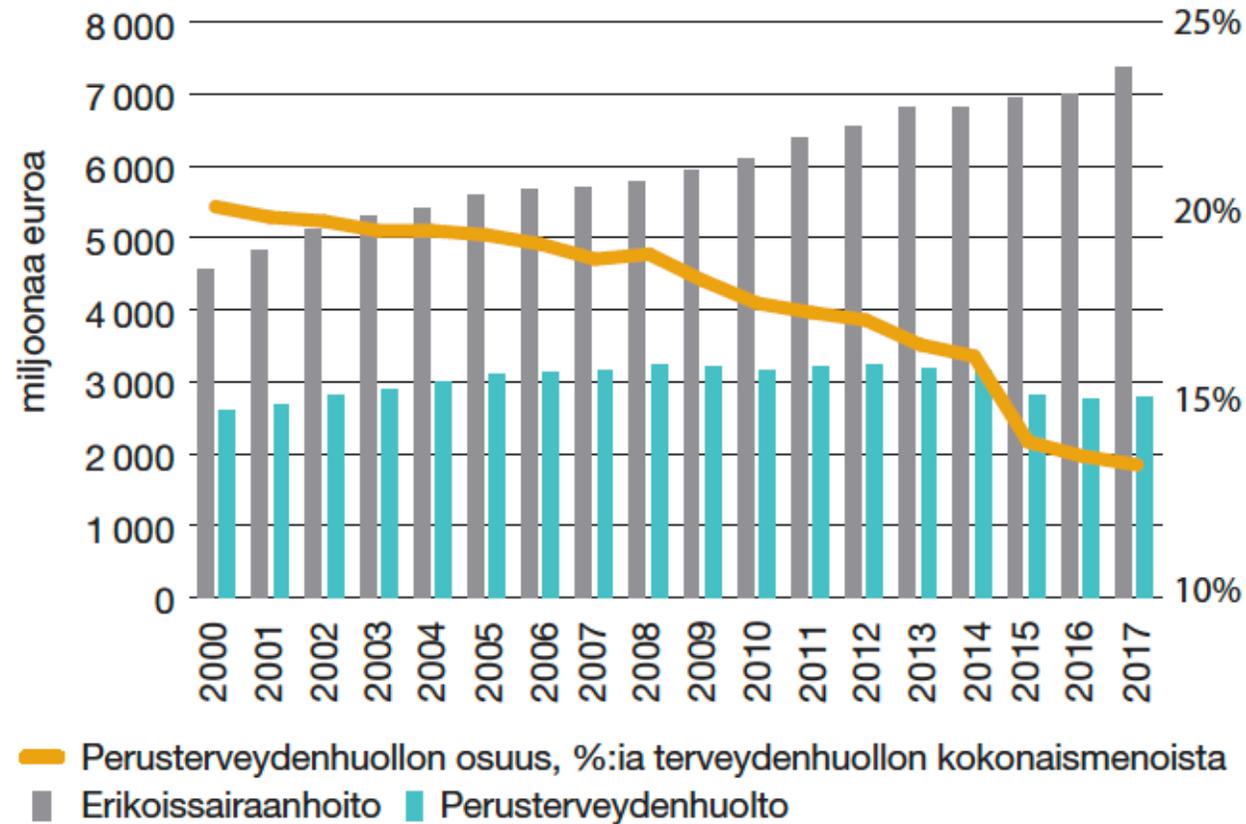
Uudistuksen välittömät vaikutukset kohdistuisivat laajalti sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäviin asiakkaisiin, sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoon sekä valtion ja kuntien talouteen.

Väite:

Hoitotakuun kiristäminen nykyisillä perusterveydenhuollon lääkimäärillä johtaa laadun heikkenemiseen, potilasturvallisuuden vaarantumiseen ja kokonaiskustannusten nousuun

Perustelut

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menot (milj. euroa vuoden 2017 hinnoin) ja perusterveydenhuollon menojen osuus terveydenhuoltomenoista (%) vuosina 2000–2017



Lähde: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Lääkärissä käynnit vähentyneet perusterveydenhuollossa ja lisääntyneet erikoissairaanhoidossa

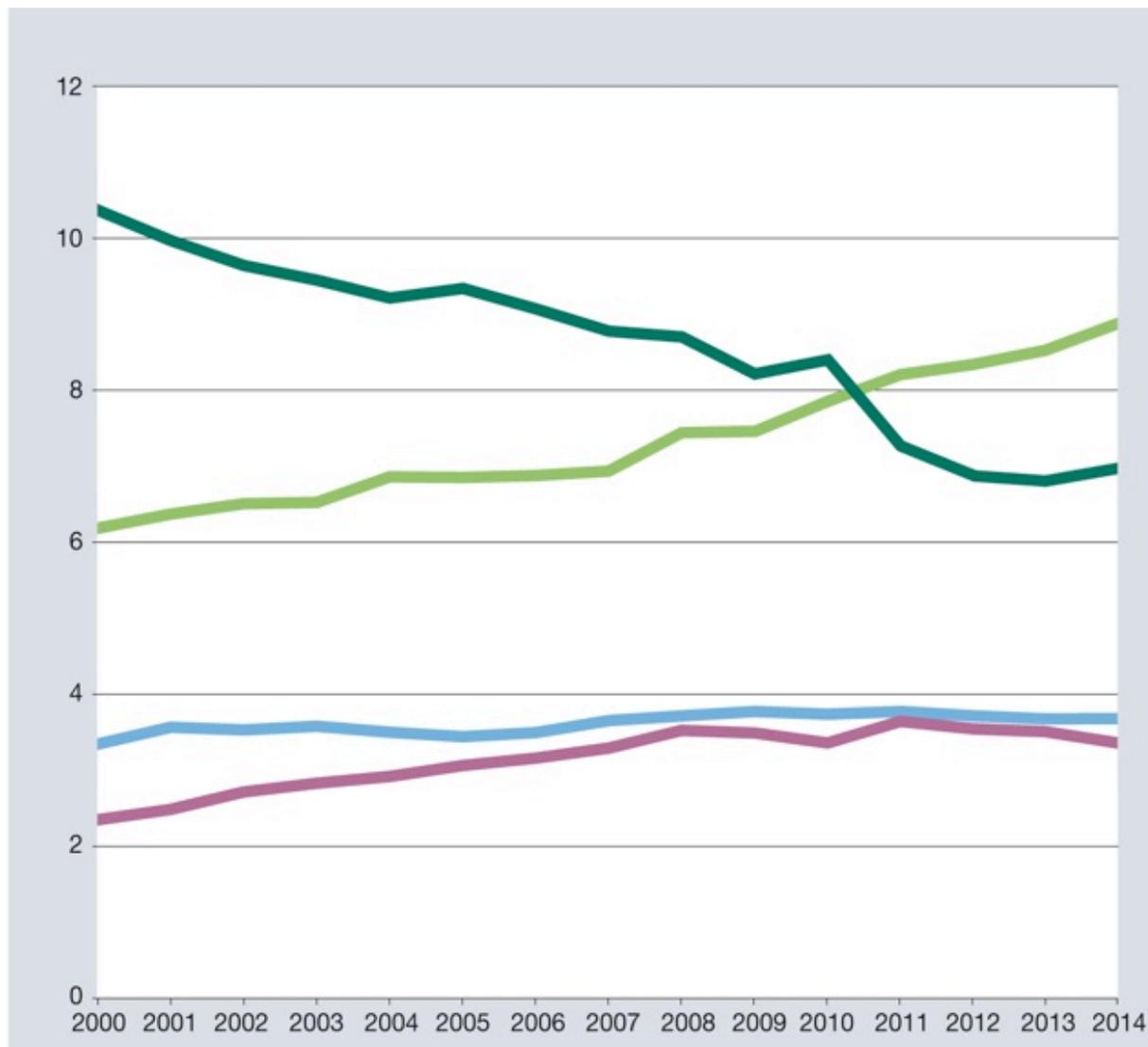
Kuvio 5.3 | Figure 5.3

Lääkärikäynnit julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa 2000–2014

Visits to physicians in the public and private sector, 2000 to 2014

- Perusterveydenhuollon avohoidon kaikki lääkärikäynnit
All outpatient visits to primary care physicians
- Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit
Outpatient visits, specialist health care
- Kelan korvaamat yksityislääkärikäynnit
Visits to private physicians reimbursed by Kela
- Työterveyshuollon lääkärin sairaanhoitokäynnit
Illness-related visits to occupational health care physicians

Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki
SOTKANet, Kelan työterveyshuoltotilasto
Source: National Institute for Health and Welfare (THL), SOTKANet Statistics and Indicator Bank, Kela, the Social Insurance Institution of Finland, Occupational health statistics



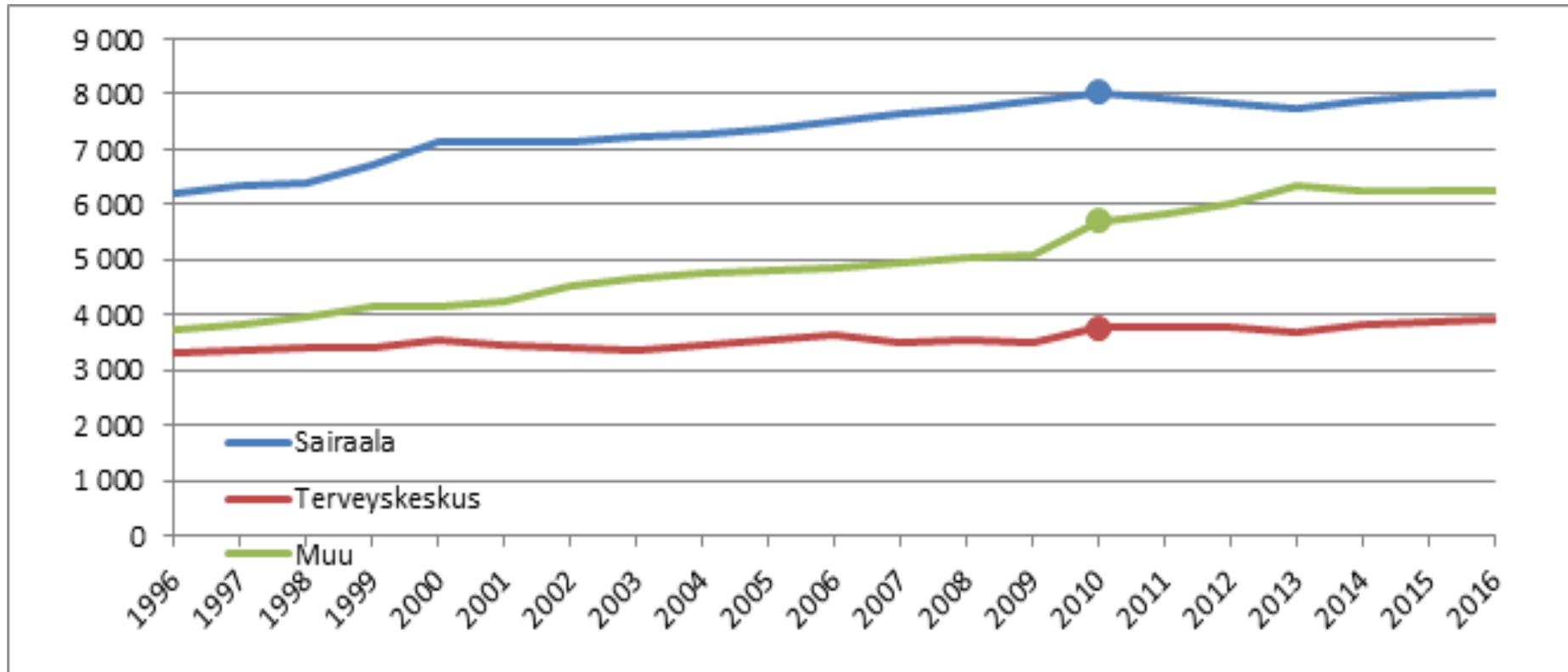
Käyntejä keskimäärin:

- ESH:ssa 1.6
- PTH:ssa 1.3
- yksityislääkärillä 0.7 kertaa vuodessa

HUS-alueella
yksityislääkärikäyntejä
enemmän kuin muualla

Lääkärimäärien kehitys perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja muualla (tth ja yksityinen) 1996-2016

Perusterveydenhuollossa lisäystä n. 3300 → 3900
Erikoissairaanhoidossa lisäystä n. 6100 → 8000
Muualla lisäystä n. 3700 → 6200



Sairastavuus ikäryhmittäin ja hoitovastuun jakautuminen terveyspalvelujärjestelmässä

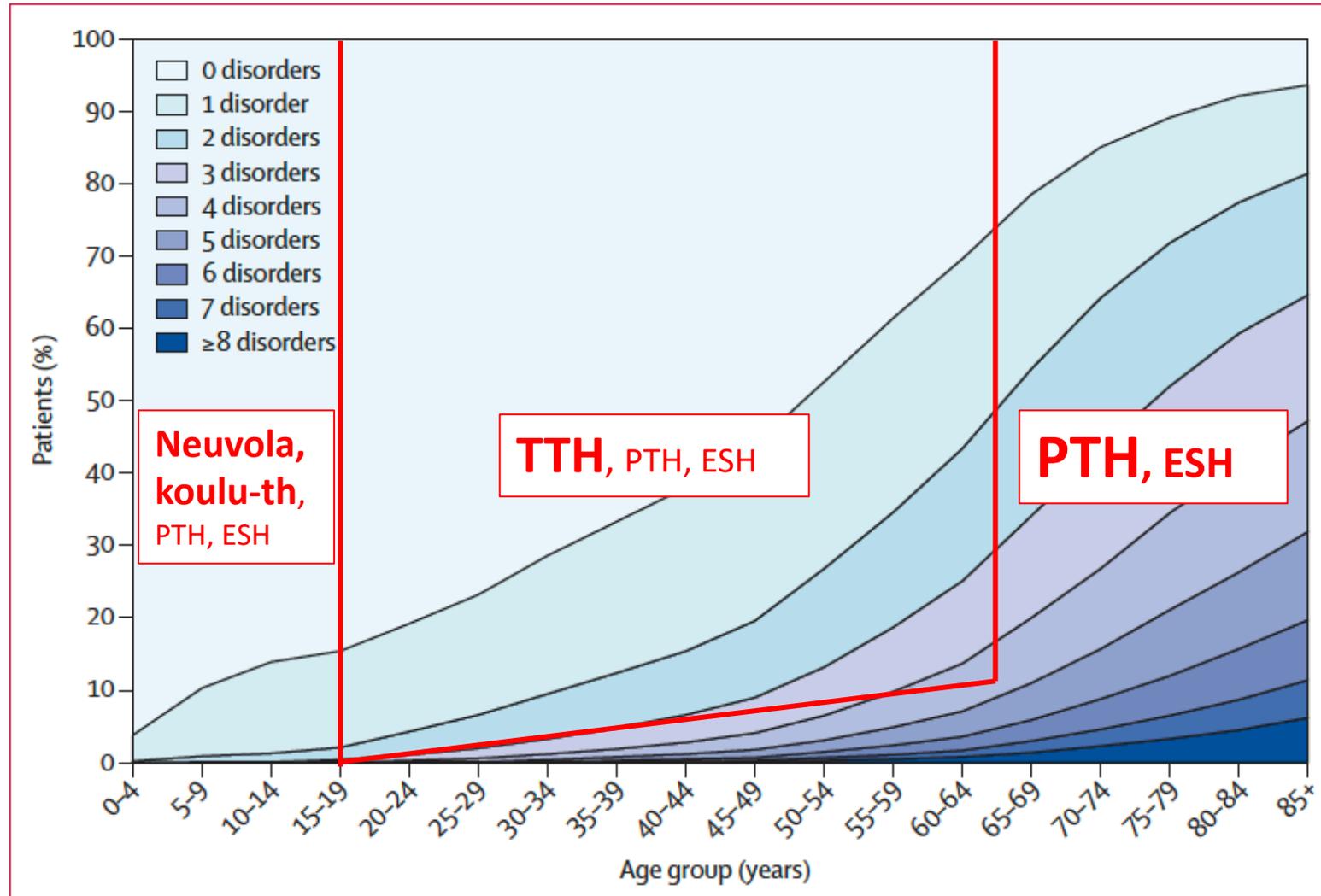


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

Vuosikymmenten heikon pth resurssoinin tuloksena lääkärin vastaanotolle pääsee nykyisin vain hyvin monimutkaisissa lääketieteellisissä ongelmissa – vaatii osaamista

→ Ei voi siirtää etävastaanotoiksi tai ulkoistaa hoitajalle - vaatii potilaan fyysisen kohtaamisen ja tutkimisen (osa kontroleista hoidetaan jo nykyisin puhelimitse kun potilas tunnetaan)

Hoitotakuun kiristäminen nykyisillä lääkärimäärillä

- Osalla alueista lääkäripula ratkaistu ja pitkät jonot purettu kyseinalaisin keinoin
 - Siirtämällä lääkäri hoitajan konsultiksi
 - Hoitaja kohtaa ja tutkii potilaan ja konsultoi lääkäriä
 - Potilas ei näe lääkäriä
 - Lääkäri yhteydessä potilaaseen pääosin puhelimella tai videolla
 - Lääkäri ei tutki potilasta jopa 90% tapauksissa, vain pieni osa pääsee vastaanotolle
 - Laatu? Potilasturvallisuus? Potilastyytyväisyys? Erikoissairaanhoidon läheteiden määrä ja laatu? Erikoissairaanhoidon kustannusten nousu? Lääkäreiden työtyytyväisyys - lääkäripula pth:ssa?

Vaihtoehtoinen tapa päästä tiukempaan
hoitotakuuseen johtaa laadun parantumiseen ja
kokonaiskustannusten laskuun

1. Perusterveydenhuollon lääkimäärän kasvattaminen

- Lääkäriliiton kysely terveyskeskusten johtaville lääkäreille 2019*
 - Vuonna 2019 terveyskeskuksissa oli hoitamatta 297 lääkärin tehtävää
 - Seitsemän päivän hoitotakuuseen pääsemiseksi tarvittaisiin koko maassa 725 lääkärää lisää
- Millä mekanismilla saadaan kunnat / hyvinvointialueet lisäämään virkoja perusterveydenhuoltoon?
 - Väestön maksimiraja per lääkäri (vrt Norja) eli lääkärimitoitus (Norjassa keskiarvo 1244)

2. Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden parantaminen

- Jokaiselle kansalaiselle on nimettävä oma lääkäri
- Konsultaatiot ja kiireettömät vastaanotot omalle lääkärille
- Hoidontarpeen arvio tutun hoitajan toimesta, tarvittaessa konsultoiden omaa lääkäriä

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden hyödyistä on vahva tieteellinen näyttö

Kun potilaalla on nimetty oma lääkäri, jolle hän pääsee:

- Terveystieteiden kokonaiskustannukset pienenevät (De Maeseneer ym. 2003, Weiss ym. 1996, Bazemore ym. 2018)
- Päivystysvastaanotoille hakeutuminen vähenee (Sweeney ym. 1995)
- Erikoissairaanhoidon vastaanottokäyntien tarve vähenee (Hansen ym. 2013, Barker ym. 2016)
- Erikoissairaanhoidon osastojaksojen tarve vähenee (Christakis ym. 2001, Menec ym. 2006, Walraven ym. 2010, Bankart ym. 2011, Hansen ym. 2013, Nyweide ym. 2013, Chenore ym. 2013)
- Terveyspalveluiden epätarkoituksenmukainen ylikäyttö vähenee (Romano ym. 2015)

Kun potilaalla on nimetty oma lääkäri, jolle hän pääsee:

- Diagnoosiin päästään varhaisemmassa vaiheessa sairautta (Drivsholm ym. 2006)
- Hoidon laatu paranee (Campbell ym. 2001)
- Sairauksien hoitotasapaino paranee (Mainous ym. 2004)
- Sairauksien ennuste paranee (Worrall ym. 2010, Choi ym. 2020)
- Potilaiden hoitoon sitoutuminen paranee (Chen ym. 2013)
- Kuolleisuus vähenee (Wolinsky ym. 2010, Shin ym. 2014, Hoertel ym. 2014, Gray Perreira ym. 2018, Baker ym. 2020)
- Potilasturvallisuus paranee (Cook ym. 2000)

Kun potilaalla on nimetty oma lääkäri, jolle hän pääsee:

- Potilaan luottamus lääkäriin paranee, jolloin potilaan on helpompi lähestyä lääkäriään ja kertoa sensitiivisemmistäkin asioista (Mainous ym. 2001, Lings ym. 2003)
- Potilastyytyväisyys paranee (Baker ym. 1995, Van Walraven ym. 2010)
- Lääkäri koetaan vastuullisemmaksi ja empaattisemmaksi (Reis ym. 2009, Derksen ym. 2013)
- Potilas saa parempaa tietoa omasta terveydentilastaan (Gray ym. 1979)
- Potilaan toivo sairaudestaan paranee (Byrne ym. 1994)
- Terveysthuollon inhimillisuus paranee (Lings ym. 2003)
- Yleislääkäreiden työtyytyväisyys paranee (Ridd ym. 2006)

Research

Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg and Steinar Hunskaar

Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care:

a registry-based observational study in Norway

Abstract

Background

Continuity, usually considered a quality aspect of primary care, is under pressure in Norway, and elsewhere.

Aim

To analyse the association between longitudinal continuity with a named regular general practitioner (RGP) and use of out-of-hours (OOH) services, acute hospital admission, and mortality.

Design and setting

Registry-based observational study in Norway covering 4 552 978 Norwegians listed with their RGPs.

Method

Duration of RGP-patient relationship was used as explanatory variable for the use of OOH services, acute hospital admission, and mortality in 2018. Several patient-related and RGP-related covariates were included in the analyses by individual linking to high-quality national registries. Duration of RGP-patient relationship was categorised as 1, 2-3, 4-5, 6-10, 11-15, or >15 years. Results are given as adjusted odds ratio (OR) with 95% confidence intervals (CI) resulting from multilevel logistic regression analyses.

Results

Compared with a 1-year RGP-patient relationship, the OR for use of OOH services decreased gradually from 0.87 (95% CI = 0.86 to 0.88) after 2-3 years' duration to 0.70 (95% CI = 0.69 to 0.71) after >15 years. OR for acute hospital admission decreased gradually from 0.88 (95% CI = 0.86 to 0.90) after 2-3 years' duration to 0.72 (95% CI = 0.70 to 0.73) after >15 years. OR for dying decreased gradually from 0.92 (95% CI = 0.86 to 0.98) after 2-3 years' duration, to 0.75 (95% CI = 0.70 to 0.80) after an RGP-patient relationship of >15 years.

Conclusion

Length of RGP-patient relationship is significantly associated with lower use of OOH services, fewer acute hospital admissions, and lower mortality. The presence of a dose-response relationship between continuity and these outcomes indicates that the associations are causal.

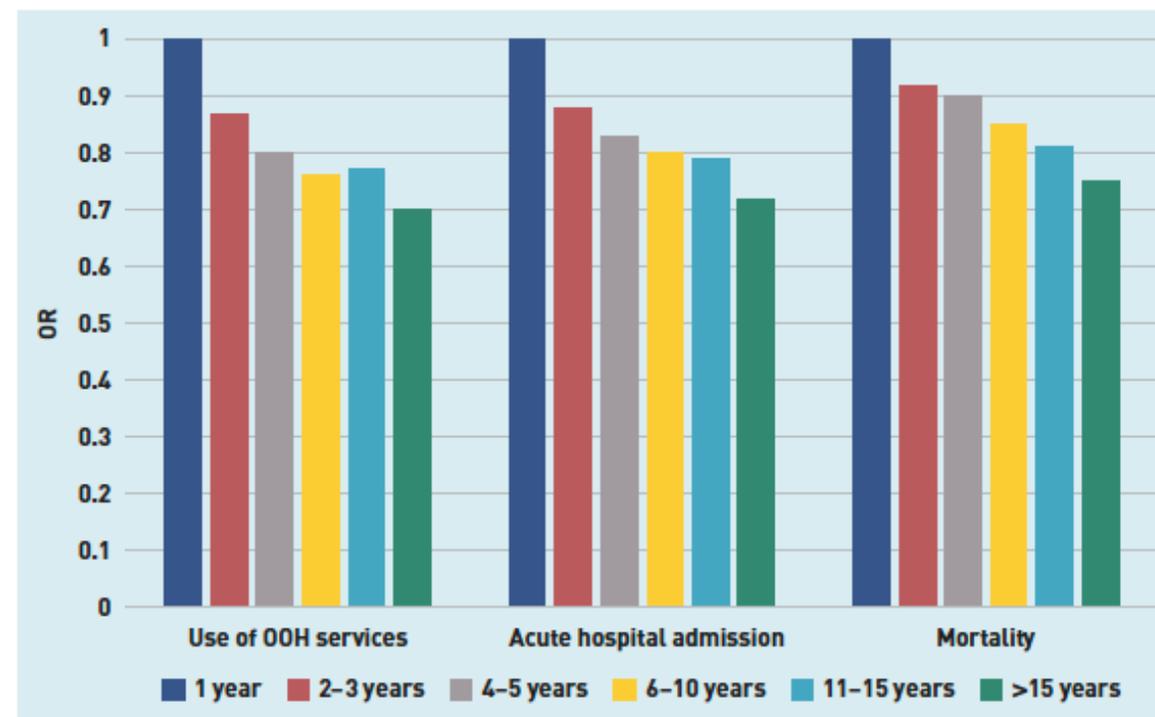


Figure 1. Associations between continuity measured as years with the same RGP and odds for use of OOH services, acute hospital admissions, and mortality during 2018.

OOH = out-of-hours. OR = odds ratio.

Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations

Andrew Bazemore, MD, MPH¹

Stephen Petterson, PhD¹

Lars E. Peterson, MD, PhD^{2,3}

Richard Bruno, MD, MPH⁴

Yoonkyung Chung, PhD¹

Robert L. Phillips Jr, MD, MSPH²

¹Robert Graham Center for Policy Studies, Washington, DC

²American Board of Family Medicine, Lexington, Kentucky

³Department of Family and Community Medicine, University of Kentucky, Lexington, Kentucky

⁴Baltimore Medical System, Baltimore, Maryland



ABSTRACT

PURPOSE Continuity of care is a defining characteristic of primary care associated with lower costs and improved health equity and care quality. However, we lack provider-level measures of primary care continuity amenable to value-based payment, including the Medicare Quality Payment Program (QPP). We created 4 physician-level, claims-based continuity measures and tested their associations with health care expenditures and hospitalizations.

METHODS We used Medicare claims data for 1,448,952 beneficiaries obtaining care from a nationally representative sample of 6,551 primary care physicians to calculate continuity scores by 4 established methods. Patient-level continuity scores attributed to a single physician were averaged to create physician-level scores. We used beneficiary multilevel models, including beneficiary controls, physician characteristics, and practice rurality to estimate associations with total Medicare Part A & B expenditures (allowed charges, logged), and any hospitalization.

RESULTS Our continuity measures were highly correlated (correlation coefficients ranged from 0.86 to 0.99), with greater continuity associated with similar outcomes for each. Adjusted expenditures for beneficiaries cared for by physicians in the highest Bice-Boxerman continuity score quintile were 14.1% lower than for those in the lowest quintile (\$8,092 vs \$6,958; $\beta = -0.151$; 95% CI, -0.186 to -0.116), and the odds of hospitalization were 16.1% lower between the highest and lowest continuity quintiles (OR = 0.839; 95% CI, 0.787 to 0.893).

CONCLUSIONS All 4 continuity scores tested were significantly associated with lower total expenditures and hospitalization rates. Such indices are potentially useful as QPP measures, and may also serve as proxy resource-use measures, given the strength of association with lower costs and utilization.

Ann Fam Med 2018;16:492-497. <https://doi.org/10.1370/afm.2308>.

Niillä, joilla potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus oli suurinta terveydenhuollon kustannukset olivat 14,1 % pienemmät ja sairaalajaksoja 16,1 % vähemmän kuin niillä joilla hoito vähiten jatkuvaa

Säästö noin 1000 USA dollaria/potilas/vuosi

MANAGERIAL

Care Fragmentation, Quality, and Costs Among Chronically Ill Patients

Brigham R. Frandsen, PhD; Karen E. Joynt, MD, MPH; James B. Rebitzer, PhD;
and Ashish K. Jha, MD, MPH

ABSTRACT

Objectives: To assess the relationship between care fragmentation and both quality and costs of care for commercially insured, chronically ill patients.

Study Design: We used claims data from 2004 to 2008 for 506,376 chronically ill, privately insured enrollees of a large commercial insurance company to construct measures of fragmentation. We included patients in the sample if they had chronic conditions in any of the following categories: cardiovascular disease, diabetes, asthma, arthritis, or migraine.

Methods: We assigned each patient a fragmentation index based on the patterns of care of their primary care provider (PCP), with care patterns spread across a higher number of providers considered to be more fragmented. We used regression analysis to examine the relationship between fragmentation and both quality and cost outcomes.

Results: Patients of PCPs in the highest quartile of fragmentation had a higher chance of having a departure from clinical best practice (32.8%, vs 25.9% among patients of PCPs in the lowest quartile of fragmentation; $P < .001$). Similarly, patients of PCPs with high fragmentation had higher rates of preventable hospitalizations (9.1% in highest quartile vs 7.1% in lowest quartile; $P < .001$). High fragmentation was associated with \$4542 higher healthcare spending (\$10,396 in the highest quartile vs \$5854 in the lowest quartile; $P < .001$). We found similar or larger effects on quality and costs among patients when we examined the most frequently occurring disease groups individually.

Hoidon hajautuminen useammalle
lääkärille yhteydessä
terveydenhuollon suurempiin
kustannuksiin - 10 396 dollaria vs.
5854 dollaria per potilas

■ ORIGINAL RESEARCH & CONTRIBUTIONS

Financial Implications of the Continuity of Primary Care

Marcus J Hollander, MA, MSc, PhD; Helena Kadlec, MA, PhD

Perm J 2015 Winter;19(1):4-10

<http://dx.doi.org/10.7812/TPP/14-107>

ABSTRACT

Background: The objective of this study was to assess the financial implications of the continuity of care, for patients with high care needs, by examining the cost of government-funded health care services in British Columbia, Canada.

Methods: Using British Columbia Ministry of Health administrative databases for fiscal year 2010-2011 and generalized linear models, we estimated cost ratios for 10 cost-related predictor variables, including patients' attachment to the practice. Patients were selected and divided into groups on the basis of their Resource Utilization Band (RUB) and placement in provincial registries for 8 chronic conditions (1,619,941 patients). The final dataset included all high- and very-high-care-needs patients in British Columbia (ie, RUB categories 4 and 5) in 1 or more of the 8 registries who met the screening criteria (222,779 patients).

Results: Of the 10 predictors, across 8 medical conditions and both RUBs, patients' attachment to the practice had the strongest relationship to costs (correlations = -0.168 to -0.322). Higher attachment was associated with lower costs. Extrapolation of the findings indicated that an increase of 5% in the overall attachment level, for the selected high-care-needs patients, could have resulted in an estimated cost avoidance of \$142 million Canadian for fiscal year 2010-2011.

Conclusions: Continuity of care, defined as a patient's attachment to his/her primary care practice, can reduce health care costs over time and across chronic conditions. Health care policy makers may wish to consider creating opportunities for primary care physicians to increase the attachment that their high-care-needs patients have to their practices.

Sitoutuminen tietylle vastaanotolle pienensi perusterveydenhuollon kustannuksia

Kokonaisuudessaan tilikauden aikana säästetty arviolta 142,12 miljoonaa Kanadan dollaria

3. Lääkäreiden osaamisen kasvattaminen

- Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksen lisääminen
 - Pth lääkäreistä yleislääketieteen erikoislääkäreitä 30% - nosto 60% tasolle (kuten Norjassa on)
 - Esh lääkäreistä erikoislääkäreitä 60%
- Yliopistot vastaavat koulutuksesta – palvelujärjestelmän huolehdittava lääkäreiden pysyvyydestä (työn tekemisen malli)

Yhteenveto

1. Hoitotakuun kiristäminen ilman lääkärimäärien kasvattamista johtaa perusterveydenhuollon pahempaan kriisiin
2. Tiukempaan hoitotakuuseen päästään resurssimalla terveydenhuollon etulinjaan, jolloin säästetään terveydenhuollon kokonaiskustannuksissa ja parannetaan laatua:
 - Lisäämällä n. 1000 lääkärinvirkaa perusterveydenhuoltoon
 - Osoittamalla kullekin kansalaiselle oma lääkäri ja hoitaja
 - Lisäämällä osaamista etulinjassa (yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus)

Hoitotakuun kiristämiseen osoitetun rahoituksen suuntaaminen

- Rahoituksen suuntaaminen kehittämiseen ei johda enää laadukkaaseen lääkärin vastaanotolle pääsemisen nopeutumiseen, koska jo nyt hoidontarpeen arvio on tiukka ja lääkärin pääsee vain hyvin monimutkaisissa lääketieteellisissä ongelmissa
 - Omalääkärijärjestelmään siirtymisprosessi ei vaadi rahoitusta
- Rahoituksen käyttäminen vastaanottokäyntien ostamiseen yksityiseltä puolelta (palvelusetelit) heikentää entisestään potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta, eikä tuota samaa terveyshyötyä kuin omalääkärin vastaanotolla käynti

Viiteluettelo

- Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *J Gen Pract* 2020 Aug 27;70(698).
- Baker R, Streatfield J. What type of practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *British Journal of General Practice* 1995, 45(401), 654–659.
- Bankart MJG, Baker R, Rashid A ym. Characteristics of general practices associated with numbers of emergency admissions. *Emergency Medicine Journal* 2011, 28(7), 558–563.
- Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* 2017 Feb 1;356:j84.
- Byrne C, Woodside H, Landeen J ym. The importance of relationships in fostering hope. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 1994 32(9), 31–34.
- Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *Fam Pract* 2004 Dec;53(12):974-80.
- Campbell SM, Hann M, Hacker J ym. Identifying predictors of high quality care in English general practice: Observational study. *BMJ* 2001, 323, 784–786.
- Chen CC, Tseng CH, Cheng CH. Continuity of care, medication adherence, and health care outcomes among newly diagnosed patients with Type-Two Diabetes Mellitus: A longitudinal analysis. *Medical Care* 2013 51, 231–237.
- Choi D, Choi S, Kim H ym. Impact of continuity of care on cardiovascular disease risk among newly-diagnosed hypertension patients. *Sci Rep* 2020 Nov 17;10(1):19991.
- Christakis DA, Mell L, Koepsell TD ym. Association of lower continuity of care with greater use of emergency department use and hospitalisation in children. *Pediatrics* 2001, 107(3), 524–529.
- Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in continuity of care and progress on patient safety. *BMJ* 2000, 320, 791–794.
- De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider Continuity in Family Medicine: Does It Make a Difference for Total Health Care Costs? *Ann Fam Med* 2003;1:144-148.
- Derksen FA, Bensing J, Lagro-Jenssen P. The effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice* 2013, 63(606), e76–84.
- Drivsholm T, de Fine Olivarius N. General practitioners may diagnose type 2 diabetes mellitus at an early disease stage in patients they know well. *Family Practice* 2006, 23(2), 192–197.
- Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde O. Continuity of care is related to reduced specialist healthcare use. *British Journal of General Practice* 2013, 63(612), 361–362.

- Hoertel N, Limosin F, Leleu H. Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *European Psychiatry* 2014, 29(6), 358–364.
- Lings P, Evans P, Seamark D ym. The doctor–patient relationship in US primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2003, 96, 180–184.
- Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JPW ym. Continuity of Care and the Risk of Preventable Hospitalization in Older Adults. *JAMA Intern Med.* 2013 November 11; 173(20).
- Mainous AG, Baker R, Love MM ym. Continuity of care and trust in one’s physician: Evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Family Medicine* 2001, 33(1), 22–27.
- Mainous AG, Koopman RJ, Gill JM ym. Relationship Between Continuity of Care and Diabetes Control: Evidence From the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Public Health* 2004;94:66-70.
- Menec VH, Sirski M, Arrawar D, Katz A. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *Journal of Health Service Research and Policy* 2006, 11(4), 196–201.
- Pereira Gray, D. (1979). The key to personal care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 29, 666–678.
- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E ym. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018, 8:e021161.
- Reis HT, Clark MS, Pereira Gray DJ ym. Measuring responsiveness in the therapeutic relationship: A patient perspective. *Basic and Applied Social Psychology* 2008, 30(4), 339–348.
- Ridd M, Shaw A, Salisbury C. Two sides of the coin: The value of personal continuity to GPs; a qualitative study. *Family Practice* 2006, 23(4), 461–468.
- Romano MJ, Segal JB. The Association between continuity and over use of medical procedures. *JAMA international medicine* 2015, 175(7), 1148–1154.
- Shin DW, Cho J, Yang HK, ym. Impact of continuity of care on mortality and healthcare costs: A Nationwide Cohort Study in Korea. *Annals of Family Medicine* 2014, 12(6), 534–541.
- Sweeney KG, Pereira Gray D. Patients who do not receive continuity of care from their general practitioner – are they a vulnerable group? *British Journal of General Practice* 1995, 45(392), 133–13.
- Van Walraven SC, Oake N, Jennings A, Forester AJ. The association between continuity of care and outcomes: A systematic review and critical review. *Journal of Evaluation and Clinical Practice* 2010, 16(5), 947–956.
- Weiss LJ, Blustein J. Faithful Patients: The Effect of Long-Term Physician-Patient Relationships on the Costs and Use of Health Care by Older Americans. *Am J Public Health* 1996, 86(12): 1742–1747.
- Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 2010, 65(4), 421–428.
- Worrall G, Knight J. Continuity of care is good for elderly people with diabetes: Retrospective cohort study of mortality and hospitalization. *Canadian Family Physician* 2011, 57(1), e16–e20.