

Primárna zdravotnícka starostlivosť

Prof. MUDr. Martin Rusnák, CSc

Definícia

- Zdravotnícka starostlivosť poskytovaná ľuďom, ktorí žijú v komunite;
- Sociálne primeraná, všeobecne dostupná, vedecky zdôvodnená prvá úroveň starostlivosti
- Je poskytovaná vzdelanými pracovníkmi,
- Je podporovaná hierarchickým systémom a spôsobom, ktorý dáva prednosť tým, ktorí ju najviac potrebujú;
- Maximalizuje sebestačnosť komunity a jednotlivca, ich účasť a obsahuje spoluprácu s ďalšími sektormi

Súčasťi

- Podpora zdravia a jeho rozvoj;
- Predchádzanie, prevencia ochoreniam;
- Starostlivosť o chorých;
- Advokácia – zdôvodňovanie;
- Rozvoj komunity.

WHO. The World Health Report 2003, Shaping the future. Chapter 7. Health Systems: Principled Integrated Care.

Princípy integrovanej starostlivosti

Základné princípy primárnej starostlivosti sú zakotvené vo WHO [deklarácii z Alma-Aty](#) :

- Všeobecne dostupná na základe potreby;
- Rovnosť v zdraví ako základ pre rozvoj sociálnej spravodlivosti;
- Účasť komunity pri definovaní a implementovaní programov zdravia;
- Medzisektorový prístup k zdraviu.

Upravené z dôvodov

- Globálnej krízy ľudských zdrojov v zdravotníctve ;
- Nedostatku informácií;
- Nedostatku financií;
- Ťažkosti so zameraním na službu pri zavádzaní politík zameraných na rovnosť v zdraví v pluralistickom prostredí.

Vízia

- Princípy rovnosti, všeobecnej dostupnosti, komunitnej participácie a intersektorálneho prístupu;
- Pri zvážení širších súvislostí zdravia populácie, ktoré odrážajú a posilňujú funkcie zdravia verejnosti;
- Vytvoriť podmienky pre účinné poskytovanie služieb pre chudobné a vylúčené skupiny;
- Poskytovať integrovanú a plynulú starostlivosť, ktorá spája prevenciu, akútnu a chronickú starostlivosť vo všetkých štruktúrach systému zdravia;
- Nepretržite hodnotiť a starať sa o zlepšenie výkonu.

Prekážky realizácie

- Násilné konflikty a iné náhle situácie, ktoré výrazne poškodzujú systémy zdravia;
- Rôzne formy neúčinnosti znehodnocujú výkon systému, napr. rozpočet neproporcinálne podporujúci terciálnu starostlivosť a programy, ktoré sa nesústreďujú na významný zdroj záťaže obyvateľstva.

Prekážky

- Nedostatok finančných prostriedkov predstavuje vážny problém a ťažko riešiteľný len systémom zdravia;
- Pri nedostatku verejných zdrojov ľudia musia za väčšinu služieb, ktoré súvisia so zdravím platiť z vlastného vrecka – priame platby.

Čo robiť pre nápravu

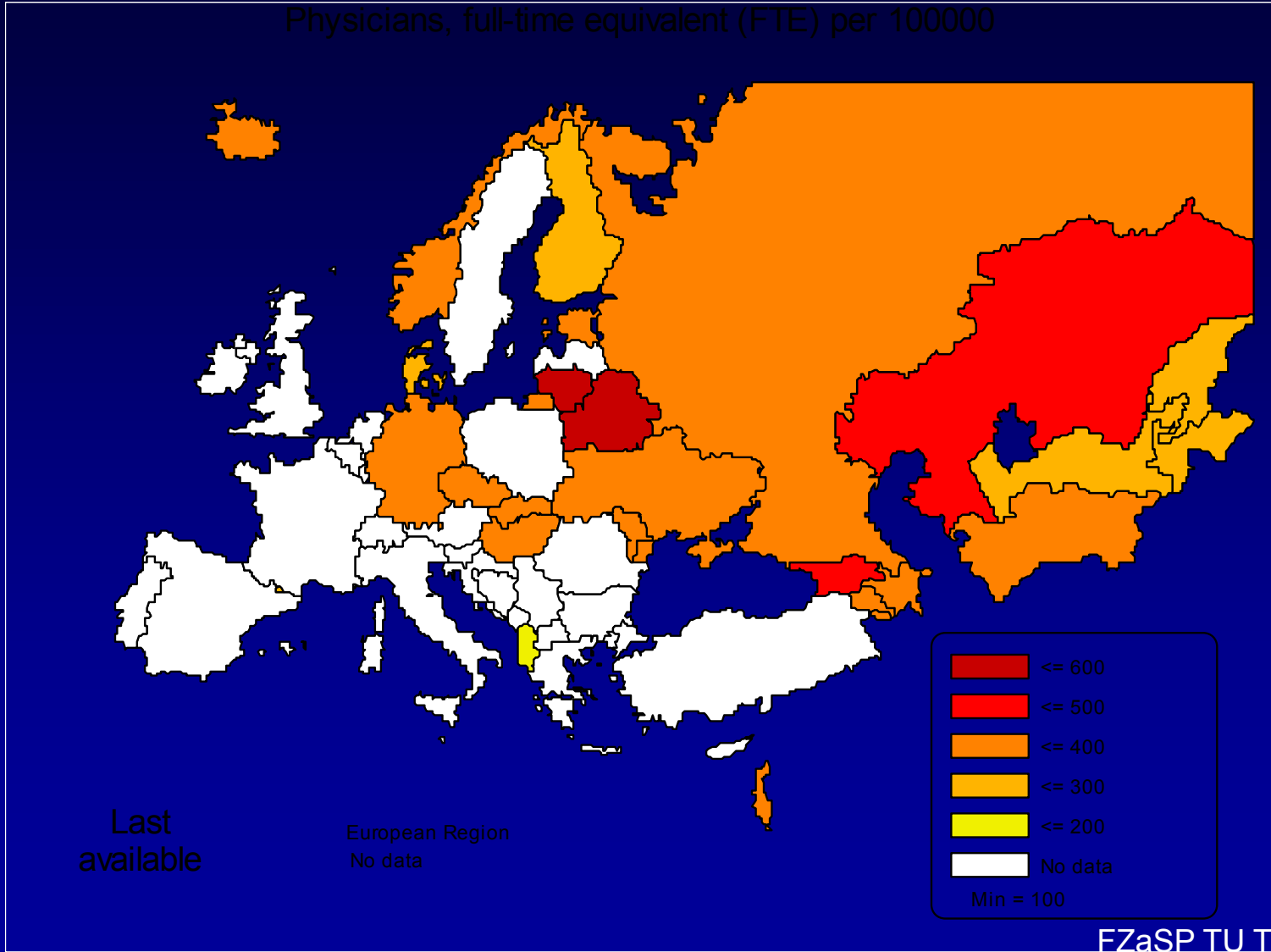
- Rozvoj a udržanie ľudských zdrojov;
- Manažment informácií o zdraví;
- Úprava financovania, získanie verejných zdrojov, nákladová účinnosť;
- Vláda poskytujúca služby v pluralistickom prostredí.

Kríza ľudských zdrojov

- Tradičné modely v ktorých vláda priamo zamestnáva, pripravuje a rozmiestňuje zdravotníkov boli v mnohých krajinách zrušené;
- Decentralizácia a reformy verejných služieb vrátane služieb zdravia;
- Výrazný nárast služieb poskytovaný mimovládnyimi organizáciami a súkromnými poskytovateľmi.

Lekári, FTE per 100.000

Physicians, full-time equivalent (FTE) per 100000



Last available

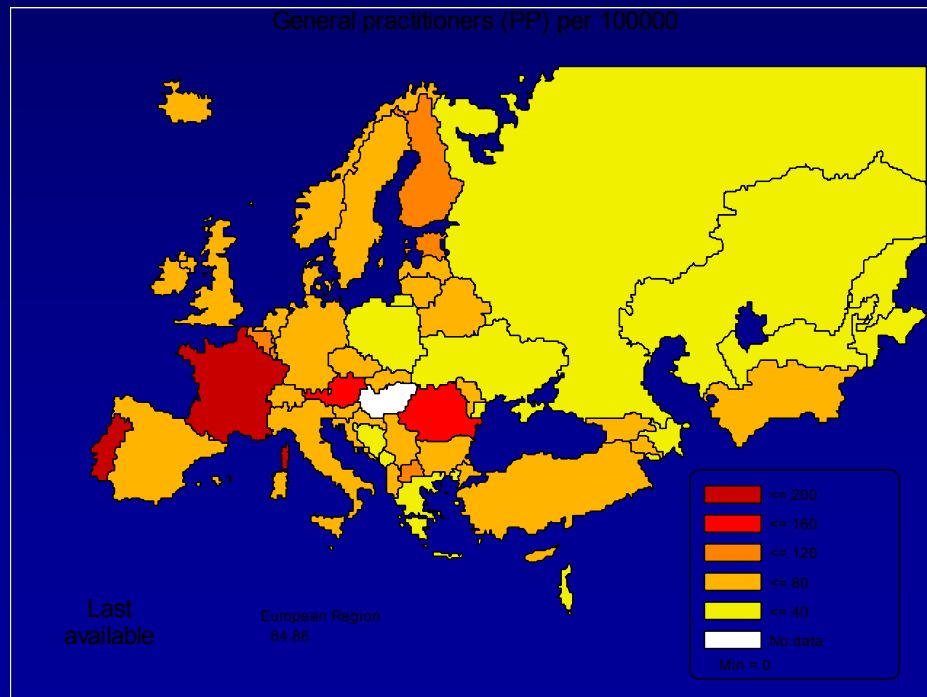
European Region
No data

Kríza ľudských zdrojov

- Globálny trh pre zdravotnícke profesie vedie k nerovnosti medzi požiadavkou a ponukou a stále rastie.
- Je potrebné vytvárať nové modely posilňovania ľudských zdrojov a vyhodnotiť ich účinnosť.

Počet, zloženie a rozloženie ľudských zdrojov

- Počet zdravotníkov v krajine je kľúčovým ukazovateľom kapacity pre zvýšenie účinnosti intervencií.



Praktickí lekári na 100.000
Zdroj: WHO, HFA 2011

Plánovanie ľudských zdrojov

- workforce policy and planning must consider gender and life-cycle issues, not only out of concern for equity, but also to enable efficient and effective development of a health care system that responds to and meets the particular needs of women.

Vzdelávanie

- Plánovanie ľudských zdrojov by malo vychádzať z potreby rôznych kategórií a k tomu primeraného vzdelávania;
- Systémy založené na primárnej zdravotnej starostlivosti vyžadujú nové témy a praktickú výučbu.

Zdravotnícki pracovníci

- Nové druhy zdravotníkov, akými sú verejní zdravotníci, zdravotné sestry (BA a Mgr) atď, potrebujú najst' odozvu v spoločnosti, ktorá by si mala cenit' ich prínos a nie pozerat' sa na nich ako na druhotriednych poskytovateľov.
- To znamená zvýšenie ponuky pre rozvoj kariéry, rotácia medzi vidiekom a menej rozvinutými oblasťami. Rovnako to predpokladá dobré pracovné podmienky, prácu v teame a primeraný plat.

“Odchod odborníkov”

- Odchod odborníkov z chudobnejších do bohatších krajín je spojený s otázkou nakoľko je odôvodnená táto migrácia, komu to prospeje a kto tým stráca.
- Nie je to len odchod lekárov, ale aj sestier a iných zdravotníckych profesií, čo môže viesť až k rozpadu systému zdravia.

Viac platiť? A za čo?

- Zvýšenie plátov môže zvýšiť množstvo zdravotníckych pracovníkov a ich produktivitu. Je dôležité najmä v krajinách, kde sú zdravotníci platení menej ako iné porovnateľné profesie.
- Rozvíjať nefinančné odmeny: ubytovanie, električka, telefóny, vzdelávanie počas práce, možnosti kariérneho rastu.

Informácie o zdraví: lepšie, ale nie dostatočné

- Potreba komplexných informačných systémov o zdraví, tak, aby sme:
 - Poznali potreby obyvateľov, najmä chudobných a marginalizovaných;
 - Presvedčili sa, že programy sú úspešné a že pôsobia na tých, ktorí to najviac potrebujú;
 - to measure the effects of interventions; and to assess and improve performance.

Situácia v 70.rokoch

- Hlavným zdrojom bola štatistika demografická, cenzus, národné prieskumy a výskumné štúdie.
- Zdrojom bolo rutinná štatistika.
- Údaje boli málokedy spájané a použité na národnej úrovni, chýbala spätná informácia z centrálnej na miestnu úroveň.

Dnes

- Viac údajov o zdravotnom stave, službách, využití služieb a determinantoch zdravia z populačných interview štúdií;
- Dobré údaje, disagregované podľa pohlavia sú dostupné k detskej úmrtnosti, intervenciách, incidencii a prevalencii určitých ochorení.

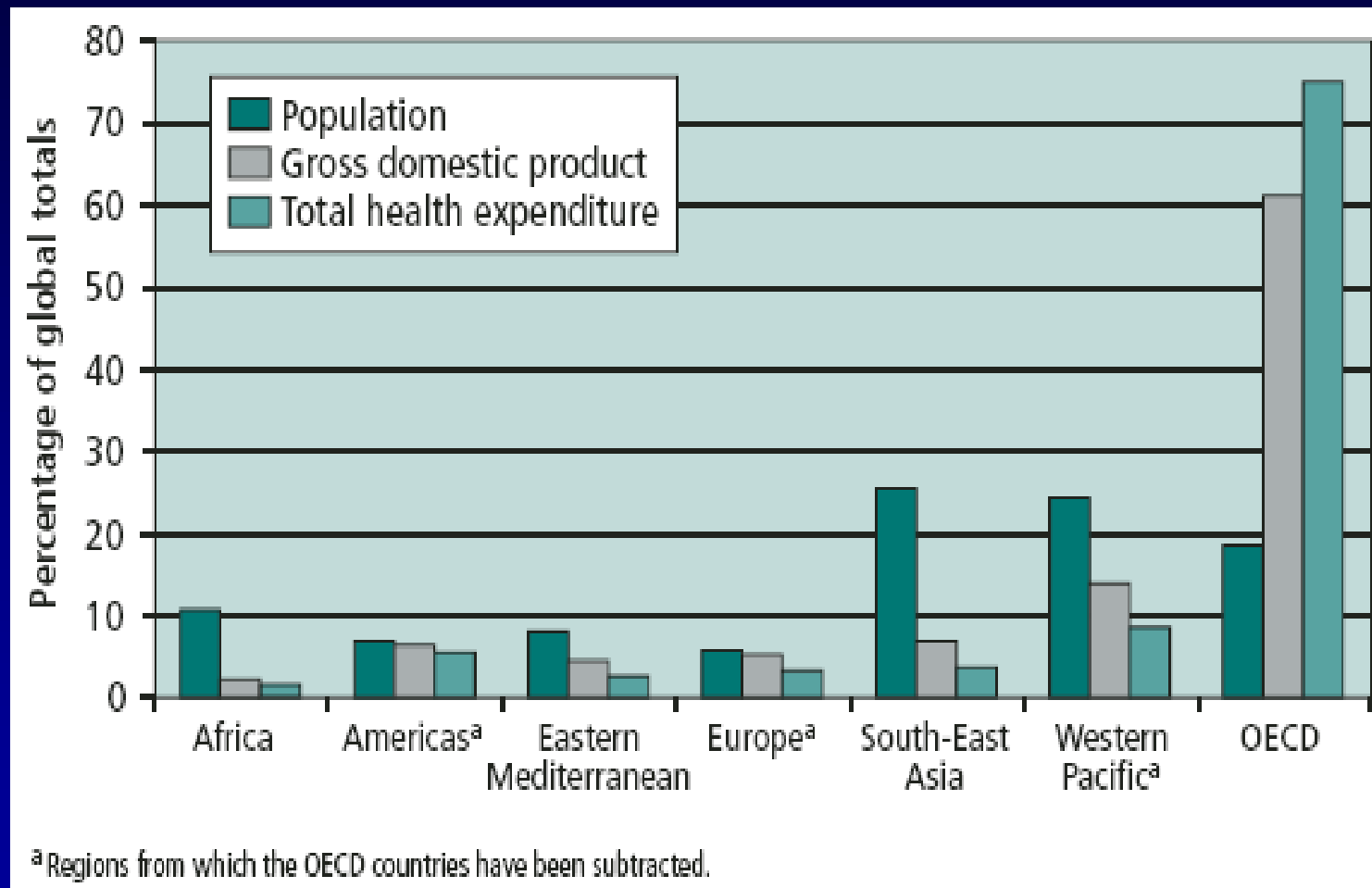
Obmedzenia dnes

- Presná štatistika príčin smrti nedostupná;
- **Morbidita** je nedostatočne meraná pre temer všetky stavy;
- **Pokrytie, rovnosť a náklady** na mnohé intervencie nie sú správne monitorované.
- **Kvalita informácií** je často veľmi rôzna a slabo dokumentovaná.
- Chýba **štandardizácia** definícií a metodológií.

Rovnosť

- Vyžaduje možnosť merať nerovnosti v prístupe a využití služieb zdravia, faktorov rizika a hlavné výsledky.
- Identifikáciu skupín, ktoré sú najviac marginalizované – chudobní, etnické skupiny alebo ženy.

Nerovnosti vo výdavkoch na zdravie a príjmoch



Známky nerovného prístupu k službám zdravia

- **Masová nedostupnosť** – nedostupnosť služieb pre väčšinu, kým malá skupina má prístup k všetkému, čo potrebuje;
- **Čakacie listiny** – všeobecná dostupnosť je lepšia, avšak stredné a vyššie príjmové skupiny majú stále výhody, chudobnejší musia čakať;
- **Vylúčenie** – väčšina obyvateľov má primeraný prístup k službám, avšak chudobná minorita nie.

Záver

- Úloha primárnej zdravotnej starostlivosti je základom starostlivosti o zdravie
- V predchádzajúcich rokoch došlo k významným zmenám v situácii na Slovensku
- Nerovnosť a rozdiely pretrvávajú z rôznych dôvodov (ekonomické i spoločenské)
- Potreba jasných politických rozhodnutí