

# Sustav PZZ i unapređenje zdravlja populacije

Mladenka Vrcić-Keglević, MD, PhD  
Katedra za obiteljsku medicinu  
Škola narodnog zdravlja “A. Štampar”  
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

mvrčić@snz.hr

U ovoj prezentaciji ne postoji sukob interesa

# Pitanja i odgovori

- Kako je nastala/realizirala se ideja o PZZ?
- Je li PZZ učinkovita?
- Naša situacija u doba Alma Ate?
- Buduće zamke, opasnosti?

# Kako je nastala ideja o PZZ?

- Nagli znanstveni i tehnološki razvoj nakon Drugog svjetskog rata
- Nejednakosti - među zemljama i unutar zemalja
- Pokreti za “slobodama”, ljudskim pravima, humanizaciji društva
- “Zdravlje za sve do 2000 godine” – Generalne skupštine WHO, 1975 i 1976

# Alma Ata, 1978.

- WHO i UNICEF
- Međunarodna konferencija o PZZ
- 134 zemlje
- 67 međunarodne organizacije
- Mnogo nevladinih organizacija (NGO)
- Deklaracija iz Alma Ate (12. 9. 1978.)

# Deklaracija iz Alma Ate

- 10 glavnih točaka
- Opći principi na kojima se temelji PZZ
- Operativni principi – organizaciju i funkcioniranje

# Deklaracija iz Alma Ate: opći principi

- Zdravlje - osnovno ljudsko pravo
- Obveza vlada/država – zdravlje naroda
- Smanjenje nejednakosti – socijalna uloga
- Sudjelovanje zajednice – decentralizacija
- Unapređenje zdravlja i sprečavanje bolesti – ekonomski i socijalni napredak
- Inter-sektorska suradnja – (unapređenja zdravlja)
- Preraspodjela sredstava – za zdravlje naroda
- Međunarodna suradnja

# Deklaracija iz Alma Ate – operativni principi i preporuke

- PZZ je osnovna zdravstvena zaštita
- Odražava ekonomske, sociokulturne i političke karakteristike zemlje i lokalne zajednice
- Rješava glavne / osnovne zdravstvene probleme lokalne zajednice
- Sveobuhvatnost - unapređenje zdravlja, sprječavanje bolesti, liječenje i rehabilitacija
- Primjena primjerenih tehnologija – specifičnost rada

## Deklaracija iz Alma Ate – operativni principi i preporuke - nastavak

- Participacija lokalne zajednice – pojedinci i lokalna samouprava
- Inter-sektorski pristup – javno zdravstvo, socijalna zaštita, školstvo, graditeljstvo, poljoprivreda, privreda ..
- Integralni dio zdravstvenog sustava – upućivanje, koordinacija
- Adekvatno obučeni zdravstveni radnici – timski rad

# Sudbina Deklaracije?

- Ignoriranje - SAD
- Formalno uklapanje u nacionalno zdravstveno zakonodavstvo – “lip-service” – naši prostori?
- Prilagodba zdravstvenog sustava postavkama Deklaracije – Nizozemska, UK
- Deklaracija kao sastavni dio postojećeg sustava – Kuba, Bolivija...
- Deklaracija kao poticaj za reformu sustava – Španjolska, Portugal, Finska

# Sudbina Deklaracije?

- Sveprisutna (zdravstveni radnici, zdravstveni političari, financijeri, populacija)
- Selektivna, a ne komprehenzivna?
- Orijentacija zajednici – pojedincu?
- Participacija, uključivanje zajednice?
- Inter-sektorska suradnja?
- Razvoj specifičnih tehnologija?
- Socijalni aspekti PZZ – potrebitima?
- “Živjeti u zdravlju”, a ne “živjeti za zdravlje” – “zdravoza”

# Budućnost?

- Dobre namjere!!
- Potpora cjelokupnog društva / zdravstvenog sustava
- Financijska potpora
- Istraživanja
- Školovanje zdravstvenih radnika

# Je li PZZ učinkovita?

- Međunarodne studije – Barbara Starfield
- Nacionalne studije
- Različite aspekte PZZ
  
- Starfiel B. Lancet 1994;344:1129-133.
- Starfield B. New York: Oxford University Press, 1998.

# Indeks PZZ – 11 indikatora (primary-care scor)

- 1. Organizacija - Mreža (javnih) domova zdravlja /grupnih praksi: 2 – ravnomjerno raspoređena; 1 – postoji djelomično; 0 – ne postoji**
- 2. Tip liječnika: 2 – LOM; 1 - specijalnosti PZZ; 0 – ostali specijalisti**
- 3. Financijska dostupnost: 2 – nacionalno ili obavezno osiguranje; 1 – ostala osiguranja; 0 – individualna/privatna/neosigurani**

# Indeks PZZ - nastavak

4. Postotak kliničkih specijalista: 2 – manje od 50%; 1 – od 50 – 75%; 0 - više od 75%
5. Plaće - liječnika u PZZ / specijaliste: 2 – 0.9:1; 1 – 0.8:1; 0 – manje od 0.8:1
6. Sistem upućivanja: 2 – postoji i obvezan je; 1 – postoji, ali ga je moguće izbjeći; 0 – ne postoji
7. Kontinuitet/longitudinalnost: 2 – postoji, obvezna je (LOM); 1 – postoji ali je moguće izbjeći, 0 – ne postoji

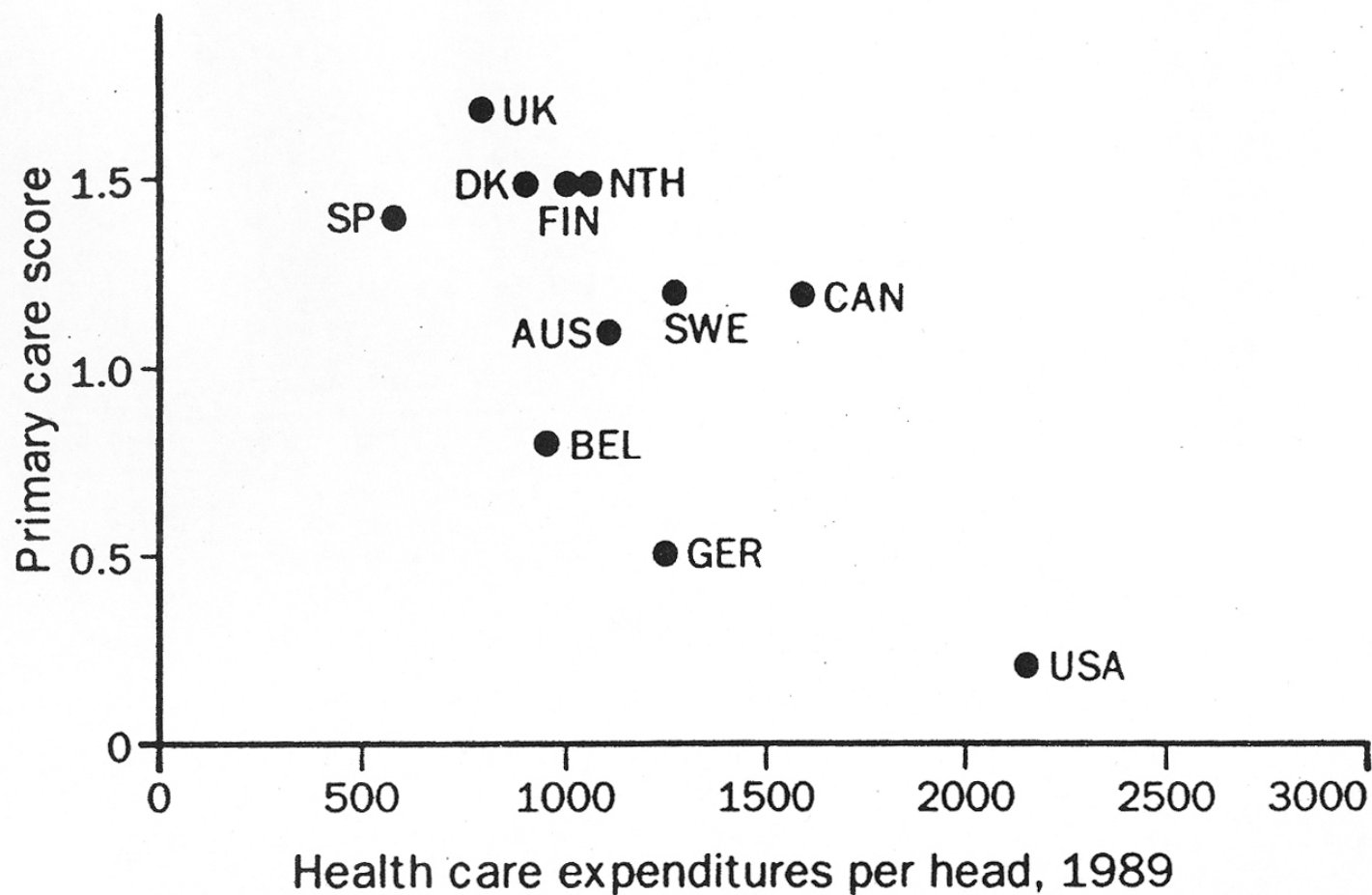
# Indeks PZZ - nastavak

8. Sveobuhvatnost (preventiva+kurativa): 2 – postoji (LOM); 1 – djelomično, 0 - ne postoji
9. Koordinacija sa sekundarnom: 2 – čvrsto definirana pravila koja se primjenjuju u praksi; 1 – postoje pravila, ali ih je moguće izbjeći; 0 – ne postoje
10. Obiteljska zaštita: 2 – cijela obitelj kod jednog liječnika, 1 – djelomično; 0 – nema obiteljske zaštite
11. Orijentacija zajednici: 2 – u planiranju se koriste podaci o lokalnoj zajednici; 1 – koriste se samo zdravstveni podaci; 0 – nema planiranja na temelju podataka

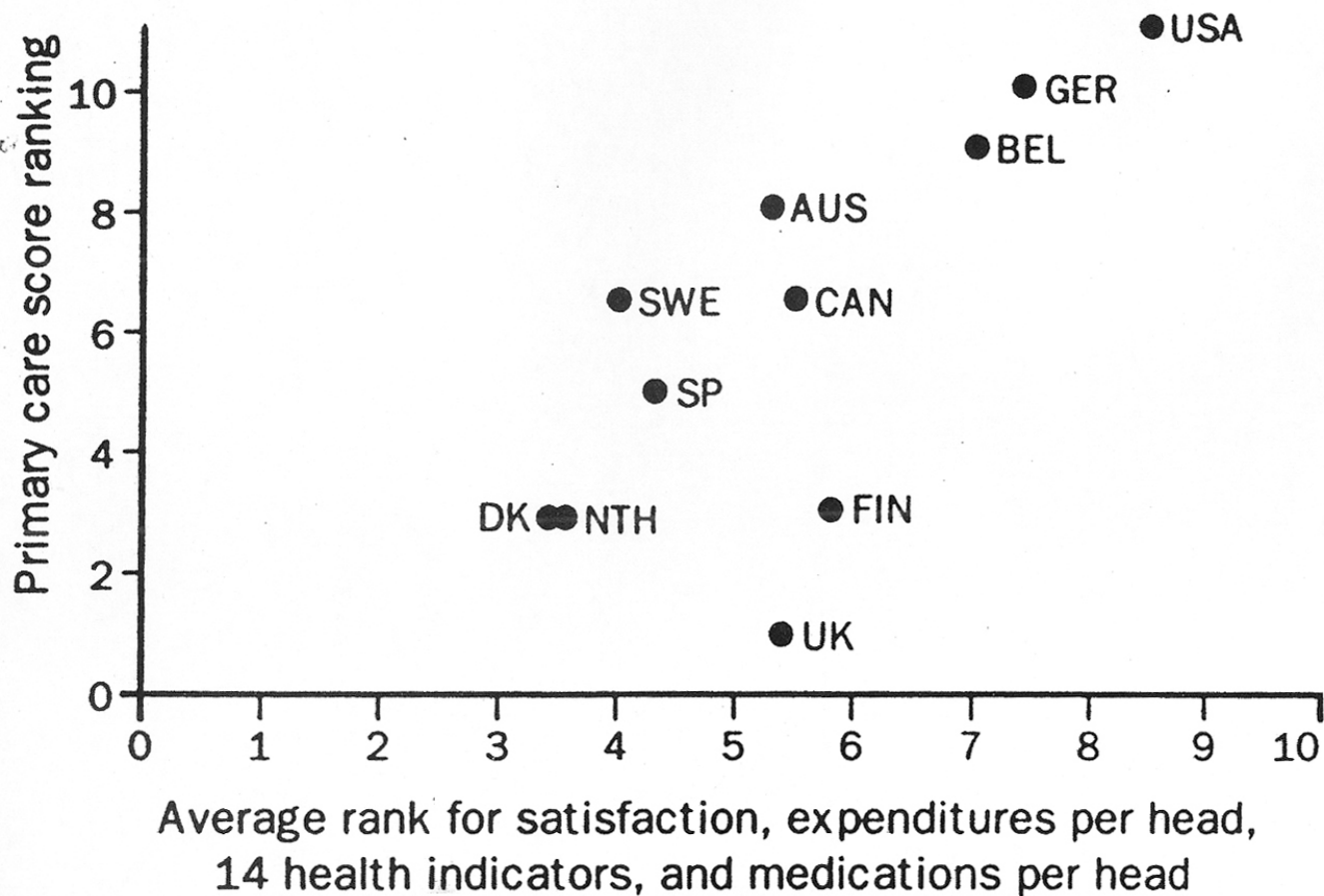
# Indeks PZZ - međunarodna usporedba

- **Velika Britanija – 1,7**
- **Nizozemska, Danska, Finska – 1,5**
- **Španjolska - 1,4**
- **Švedska i Kanada – 1,2**
- **Australija – 1,1**
- **Belgija – 0,8**
- **Njemačka (zapadna) – 0,5**
- **SAD – 0,2**
- **Hrvatska - 0,8**

# Indeks PZZ / troškove – Starfield, 1994.



# Indeks PZZ / troškove, zadovoljstvo, 14 zdravstvenih indikatora – Starfield, 1994.



# Međunarodne studije

- Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002;60:201-218.
- Macinko J. Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *HSR* 2003;38(3):831-865.

# Broj liječnika u PZZ / 10 000 populacije

Shi 1992, 1994 – SAD

- veći broj liječnika u PZZ bolji ishodi: niska porođajna težina, mortalitet dojenčadi, specifični mortaliteti: K-V bolesti, rak, CV inzult, lošiji osjećaj zdravlja

Shi et al, 2003 – SAD

- veći broj liječnika PZZ - manji sveukupni i specifični mortaliteti
- važan broj LOM, broj internista i pedijatara nije imao utjecaj
- veći broj kliničkih specijalista – veći sveukupni i specifični mortaliteti

# Broj liječnika u PZZ / 10 000 populacije

Gulliford, 2002, 2004 – Velika Britanija

- veći broj LOM – manji opći i specifični mortaliteti za dob 15-64 godine
- povećanje broja LOM za 15-20% - smanjenje mortaliteta za 6%
- veći broj LOM – manja hospitalizacija zbog akutnih bolesti, manje maloljetničkih trudnoća

# Kontinuitet / longitudinalitet

Franks, Fiscella, 1998 - SAD

- manji mortalitet - populacija koja ima stalnog LOM

Lambrew JM et al. Med Care 1996;34:138-151.

- veća vjerojatnost mamografije
- veća vjerojatnost PAPA test

Waren J at al. Can Fam Physician 2001;47:70-76.

- veća vjerojatnost mjerenja RR
- veća vjerojatnost mamografije unatrag 2 god
- veća vjerojatnost PAPA testa

# Klinički ishodi

Roos 1979 – Kanada

- djeca upućena na tonzilektomiju od LOM – manje postoperativne komplikacije, manje respiratornih infekcija i manje otitis media / samoupućivanje

Leggetter t al, 2002 – Velika Britanija/SAD

- crnci u VB - istu učestalost amputacija zbog dijabetesa kao i bijelci
- crnci u SAD – dva/tri puta veću učestalost amputacija donjih ekstremiteta nego bijelci

# Kontinuitet - korišćenje sredstava

Hjortdahl P, Borchgrevink C. BMJ  
1991;303:1181-4.

- ušteda vremena (kompleksno)
- 10 puta manje dijagnostičkih testova
- manje propisivanje lijekova (kompleksno)

# PZZ i nejednakosti

Shi et al, 1999 – SAD - nejednakosti u primanjima

- PZZ razvijena -17% niži post-natalni mortalitet
- PZZ nije razvijena – 7% viši postnatalni mortalitet

Shi, Starfield, 2000 – SAD – deprivirana područja

- PZZ nije razvijena - 30% veća vjerojatnost da će bolesnici procijeniti zdravstveno stanje lošim

Shi et al, 2005 – SAD

- PZZ razvijena – umanjuje učinak nejednakosti na ukupni mortalitet, mortalitet od srčanih bolesti i karcinoma

Reyes et al, 1997 – Mexico

- PZZ dobro razvijena – manji mortalitet djece u depriviranim područjima

Perry et al, 1998 – Bolivia

- PZZ dobro razvijena – smanjenje mortaliteta djece do 5 godina

# Umjesto zaključka

- Odnos zdravstvene politike prema PZZ?

# Stanje na našim prostorima

- 1919 – Andrija Štampar, načelnik Higijenskog odjeljenja Ministarstva narodnog zdravlja u Beogradu
- Ante Vuletić. Ujedinjena zdravstvena zaštita u domu zdravlja. Kongres preventivne medicine. Bled, 1954.

# Andrija Štampar – 1925. Pristup prema narodnom zdravlju -10 principa

- obavještanje naroda je važnije od zakona
- najvažnije je pridobiti ljude iz jedne sredine
- narodno zdravlje – zadatak svih, a ne samo liječnika
- liječnik - socijalni terapeut, individualnim radom se malo postiže
- liječnik ne smije biti ekonomski ovisan o bolesnicima
- ne smije postojati razlika između ekonomski jakih i slabih
- zdravstvene organizacije u kojima će liječnik tražiti bolesnike, a ne obrnuto
- liječnik treba da je narodni učitelj
- narodno zdravlje - većeg je ekonomskog nego humanitarnog značenja
- glavno mjesto djelovanja liječnika su ljudska naselja, mjesta gdje ljudi žive, a ne ordinacije i laboratoriji

# Ante Vuletić

- ....Čini se da mi prvi pokušavamo primijeniti u praksi načelo ujedinjene zdravstvene zaštite u domovima narodnog zdravlja...
- .....Ujedinjenjem preventivnog i kurativnog rada, metodama skupnog rada liječnika sa svim zdravstvenim i stručnim osobljem, društvenim organizacijama, prenošenjem težišta rada na teren izgrađuje se novi tip porodičnog liječnika
- ....Osnovna naučna načela, na kojima treba da se organizira zdravstvena zaštita u komuni, je princip jedinstvene medicine (funkcionalna integracija preventivnih, kurativnih i socijalnih djelatnosti u praksi)
- Daljnji princip je decentralizacija zdravstvene službe, da bi se ona što više približila građanima.
- Participacija građana u rješavanju svojih zdravstvenih problema je daljnje načelo, koja je «condicio sine qua non» za uspješno pružanje zdravstvene zaštite.....»

# Stanje na ovim prostorima u vrijeme Alma Ate?

- Država - odgovorna za zdravlje naroda
- Pravo na zdravstvenu zaštitu – ljudsko pravo
- Obavezno zdravstveno osiguranje postalo univerzalno
- Inter-sektorski pristup: školstvo – zdravstveni odgoj, proizvodnja i promet živežnim namirnicama, vodoprivreda-zakon o zaštiti voda, privreda - zakon o radu i zaštita na radu, promet, graditeljstvo
- Participacija zajednice (samoupravne interesne zajednice, suradnja u mjesnoj zajednici, klubovi kroničnih bolesnika....)
- Domovi narodnog zdravlja, zdravstvene stanice (Homes of peoples' health) – po cijeloj državi
- Multidisciplinarni – osnova LOM, sestra, patronažna, dispanzeri (pedijatri, školski, ginekološki), medicina rada, zaštita mentalnog zdravlja, epidemiološka služba, dijagnostički servisi, rehabilitacija, opskrba lijekovima
- Medicinski centri – domovi narodnog zdravlja + bolnice

# Zamke / opasnosti?

- Odgovornost za zdravlje na pojedinca ili državu, društvo?
- Reforme zdravstvenog sustava ili razvoj?
- Individualna zdravstvena osiguranja – profit/solidarnost?
- Tržišni mehanizmi i zdravstvo (zdravstvena usluga)?
- Privatizacija PZZ (opće medicine, pedijatrije.....  
ljekarnička djelatnost... )?
- Raspodjela financijskih sredstava (skupa specijalističko-hospitalna, dijagnostika ....)?
- Razvoj kadrova - školovanje i zadržavanje stručnjaka?
- Ulaganje u istraživanje u i o PZZ (specifične tehnologije: ljudska riječ, samo pomoć, uzajamna pomoć, kućno liječenje i rehabilitacija ...?)

# Vrijedi pokušati?

- Potrebe za razvojem PZZ velike – ekonomsko stanje, nejednakosti!!
- Ideja o narodnom zdravlju ukorijenjena
- Bogata tradicija zdravstvenog sustava – principa PZZ
- Tradicija sudjelovanja zajednice
- Školovanje za rad u PZZ – specijalizacija OM
- Odgovornost onih koji odlučuju
- Odgovornost radnika u PZZ