



PANEL EXPERTOV PRE ÚČINNÉ SPÔSOBY INVESTOVANIA DO ZDRAVIA
(EXPH)

Definícia referenčného rámca týkajúceho sa primárnej
starostlivosti s osobitným dôrazom na systémy
financovania a systémy odosielania

EXPH prijala tento názor na 6. plenárnom zasadnutí 10. júla 2014 po verejnom prerokovaní

Panel expertov pre účinné spôsoby investovania do zdravia (EXPH)

Dôkladne spracované a včas poskytnuté vedecké poradenstvo je základnou požiadavkou Komisie v úsilí o vybudovanie moderných, pružne reagujúcich a trvalo udržateľných systémov zdravotnej starostlivosti. Za týmto účelom Komisia zriadila multidisciplinárny a nezávislý Panel expertov, ktorý jej poskytuje poradenstvo v oblasti účinných spôsobov investovania do zdravia (Rozhodnutie komisie 2012/C 198/06).

Základným prvkom poslania panelu expertov je poskytovať komisii dôkladne spracované a nezávislé poradenstvo vo forme názorov na otázky (mandáty) predložené komisiou v súvislosti s modernizáciou zdravotnej starostlivosti, pružného reagovania a udržateľnosti. Rady nie sú pre komisiu záväzné.

Oblasti odbornosti panelu expertov zahŕňajú (ale neobmedzujú sa len na) primárnu starostlivosť, nemocničnú starostlivosť, farmaceutické produkty, výskum a vývoj, prevenciu a podporu, väzby so sektorom sociálnej ochrany, cezhraničné záležitosti, systém financovania, informačné systémy a registre pacientov, nerovnosť v oblasti zdravia a pod.

Členovia panelu expertov

Pedro Barros, Margaret Barry, Helmut Brand, Werner Brouwer, Jan De Maeseneer (predseda), Bengt Jönsson (podpredseda), Fernando Lamata, Lasse Lehtonen, Dorjan Marušič, Martin McKee, Walter Ricciardi, Sarah Thomson

Kontakt:

European Commission
DG Health & Consumers
Directorate D: Health Products and Systems
Unit D3 – eHealth and Health Technology Assessment
Office: B232 B-1049 Brussels

SANCO-EXPERT-PANEL@ec.europa.eu

POĎAKOVANIE

členom panelu expertov za ich hodnotný prínos do vypracovania tohto dokumentu.

Členovia pracovnej skupiny sú:

Členovia panelu expertov

Profesor Werner Brouwer

Profesor Jan De Maeseneer (predseda / spravodajca)

Profesor Lasse Lehtonen

Dr Dorjan Marušič

Dr Sarah Thomson

Externí odborníci

Dr Dionne Kringos

Dr Judith Smith

Vyhlásenia členov pracovnej skupiny sú k dispozícii na:

http://ec.europa.eu/health/expert_panel/experts/working_groups/index_en.htm

ABSTRAKT

Panel expertov pre účinné spôsoby investovania do zdravia (EXPH) v tomto názore považuje primárnu starostlivosť za poskytovanie všeobecne prístupných a dostupných, integrovaných, na osobu sústredených komplexných zdravotných a komunitných služieb, ktoré poskytuje tím profesionálov zodpovedných za riešenie veľkej väčšiny potrieb v oblasti osobného zdravia. Tieto služby sa poskytujú v podporovanom partnerstve s pacientmi a opatrovateľmi, ktorí poskytujú neformálnu starostlivosť v prostredí rodiny a komunity a plnia ústrednú úlohu pri celkovej koordinácii a kontinuite starostlivosti o človeka.

Profesionáli aktívne pôsobiaci v tímoch primárnej starostlivosti zahŕňajú popri ďalších aj zubárov, dietológov, všeobecných /praktických lekárov, sestry, pracovných terapeutov, optometrikov, farmaceutov, fyzioterapeutov, psychológov a sociálnych pracovníkov.

Panel expertov uvádza, že silné systémy primárnej zdravotnej starostlivosti prispievajú k spravodlivosti a zlepšujú zdravotné výsledky, ale zdôrazňuje, že primárna starostlivosť sa potrebuje neustále rozvíjať, ak má reagovať na meniace sa výzvy zo strany spoločnosti.

Solídny systém primárnej starostlivosti môže byť východiskovým bodom pre účinné systémy odosielania a prepúšťania pacientov a zabezpečiť integráciu medzi rôznymi úrovňami starostlivosti. Filtrovanie a triedenie („gate-keeping“) môže byť výhodné pre pacientov, poskytovateľov a zdravotný systém, pokiaľ sa berú do úvahy významné faktory manažmentu pacientov a organizácií.

Panel expertov zdôrazňuje, že je dôležité zabezpečiť, aby služby primárnej starostlivosti boli pre obyvateľov dostupné, aby im nespôsobovali finančné ťažkosti a uvádza, že je málo dôkazov o tom, že poplatky zo strany užívateľov vedú k náležitejšiemu využívaniu takých služieb a ku kontrole nákladov. Tam, kde sa uplatňujú užívateľské poplatky, mali by existovať mechanizmy na ochranu osôb s nízkym príjmom a tých, čo zdravotnú starostlivosť potrebujú pravidelne.

Zdravotné systémy v Európskej únii (EÚ) ukazujú trend smerujúci k zmiešaným systémom platieb poskytovateľom primárnej starostlivosti, v ktorých sa kombinuje podľa rizika upravená kapitácia (risk-adjusted capitation) s určitým podielom priplácania poplatkov za službu (fee-for-service). Panel expertov popisuje faktory, ktoré môžu prispievať k efektívnosti programov platieb za výkony (pay-for-performance, P4P) a aspekty ich realizácie, ktoré môžu oslabovať účinnosť finančných stimulov.

Panel expertov ešte formuluje všeobecné výskumné témy týkajúce sa rozvoja primárnej starostlivosti v Európe, konkrétne výskumné otázky týkajúce sa systému odosielania pacientov a financovania a strategického smerovania na jednotlivých úrovniach.

Kľúčové slová : Primárna (zdravotná) starostlivosť, definícia, financovanie, systémy odosielania pacientov, EXPH (Expert Panel on effective ways of investing in Health), panel expertov pre účinné spôsoby investovania do zdravia, vedecký názor

Názor sa má citovať ako:

EXPH (Expert Panel on effective ways of investing in Health), Report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 July 2014

© European Union, 2014

ISSN 2315-1404

doi:10.2772/33238

ISBN 978-92-79-38382-3

ND-BA-14-004-EN-N

Názory panelu expertov predstavujú pohľad nezávislých vedcov, ktorí sú členmi panelu expertov a nemusia nevyhnutne odrážať pohľad Európskej komisie. Európska únia publikuje názory len v ich pôvodnom jazyku.

http://ec.europa.eu/health/expert_panel/index_en.htm

Contents

Členovia panelu expertov	2
POĎAKOVANIE	3
ABSTRAKT	4
1. VÝCHODISKÁ	6
2. ZADANIE	7
3. NÁZOR	8
3.1. Primárna starostlivosť a výkonnosť zdravotného systému.....	8
3.1.1. Vymedzenie primárnej starostlivosti	8
3.1.2. Ciele zdravotných systémov	9
3.1.3. Výzvy zdravotných systémov v meniacom sa svete	11
3.2. Primárna starostlivosť: definícia	14
3.2.1. História	14
3.2.2. Základná definícia ⁵	18
3.2.3. Vývoj v primárnej starostlivosti	20
3.3. Úloha systémov odosielania pri posilňovaní výkonnosti zdravotných systémov	26
3.3.1. Čo je účelom odosielania pacientov?.....	26
3.3.2. Aké sú charakteristiky efektívneho systému odosielania.....	27
3.3.3. Záver	30
3.3.4. Oblasti pre ďalší výskum.....	31
3.4. Financovanie primárnej starostlivosti.....	34
3.4.1. Zabezpečenie adekvátnej úrovne financovania primárnej starostlivosti	34
3.4.2. Zabezpečenie spravodlivej dostupnosti primárnej starostlivosti.....	37
3.4.3. Platby poskytovateľom na podporu efektívnosti a kvality poskytovania primárnej starostlivosti vrátane finančných stimulov na zlepšenie koordinácie starostlivosti	41
3.4.4. Oblasti ďalšieho výskumu	46
3.5. Závery a odporúčania	49
4. VEREJNÉ PREROKOVANIE	53
5. MENŠINOVÝ NÁZOR	53
6. ZOZNAM SKRATIEK.....	54
7. REFERENCIE.....	55
8. GLOSÁR.....	62

1. VÝCHODISKÁ

Generálne riaditeľstvo pre zdravie a spotrebiteľov (**DG SANCO** - The Health and Consumers Directorate General) Európskej komisie sa usiluje preskúmať aký prínos by zdravotné systémy v Európe mohli dosiahnuť na základe lepšej integrácie medzi jednotlivými úrovňami zdravotnej starostlivosti, ktorá by viedla k lepšej efektívnosti a zároveň k vyššej kvalite a spravodlivosti.

Tento výskum by sa mal organizovať v nasledujúcich troch líniách:

Za prvé, dosiahnuť spoločné chápanie konceptu primárnej zdravotnej starostlivosti v EÚ, vrátane jej cieľov, funkcie, zainteresovaných aktérov a ilustrovať odlišnosti v implementácii. Ďalej identifikovať rozdiely medzi komunitnou starostlivosťou a primárnou starostlivosťou a určujúce faktory oboch konceptov, ktoré sa dajú aplikovať aj pri rozmanitosti zdravotných systémov v Európe.

Za druhé, je potrebná hlbšia reflexia o úlohe efektívnych systémov odosielania pacientov, aby sa zabezpečila integrácia medzi všetkými úrovňami zdravotného systému a aby sa podporilo zabezpečenie najlepšej možnej starostlivosti pre pacientov čo najbližšie k ich domovu. Aktualizovaný prehľad systémov odosielania pacientov v EÚ momentálne nie je k dispozícii.

Za tretie, preskúmať ako identifikovať a analyzovať existujúce typy mechanizmov financovania v primárnej starostlivosti: na úrovni jednotlivých poskytovateľov (napr. poplatok za službu, kapitácia, pracovníci poberajúci plat(salaried staff), kombinované systémy) a na vyšších organizačných úrovniach (napr. systém obálky s paušálnou sumou (lump-sum envelope) a upravené platby na základe mixu prípadov/diagnóz (case-mix adjustments)). Cieľom je identifikovať ako mechanizmy financovania môžu prispieť k fungovaniu primárnej starostlivosti najmä v súvislosti s integráciou starostlivosti tak v rámci primárnej starostlivosti ako aj vo vzťahu k iným sektorom.

2. ZADANIE

Panel expertov pre účinné spôsoby investovania do zdravia (EXPH) má poskytnúť svoj pohľad na to ako štruktúrovať výskum, jeho ciele a hlavné línie výskumu a metodiku otázky ako lepšia integrácia starostlivosti môže prispieť k nákladovo efektívnym a vysokokvalitným systémom zdravotnej starostlivosti. Panel expertov by predovšetkým mal:

1. Poskytnúť SANCO komplexnú a operačnú definíciu primárnej starostlivosti, ktorá zahŕňa ciele, funkcie a zainteresovaných aktérov. Mal by tiež zdefinovať komunitnú starostlivosť, vysvetliť čím sa odlišuje od primárnej starostlivosti a uviesť určujúce faktory oboch konceptov, ktoré by sa mali aplikovať naprieč rozmanitými systémami zdravotnej starostlivosti v Európe.
2. Vyjadriť sa k úlohe účinného systému odosielania pacientov pri zabezpečení integrácie medzi všetkými úrovňami systému zdravotnej starostlivosti a pri zabezpečení najlepšej možnej starostlivosti pre pacientov čo najbližšie k ich domovu. Panel by tiež mal poskytnúť poradenstvo v otázke či je potrebná samostatná štúdia zameraná na systémy odosielania pacientov.
3. Určiť hlavné línie výskumu, ktoré by sa mali sledovať pri analýze financovania primárnej zdravotnej starostlivosti a integrovanej starostlivosti, s cieľom usmerniť budúce aktivity DG SANCO v oblasti mechanizmov financovania v primárnej zdravotnej starostlivosti.

3. NÁZOR

3.1. Primárna starostlivosť a výkonnosť zdravotného systému

Táto úvodná časť stručne vymedzuje ciele zdravotného systému, identifikuje niektoré hlavné výzvy, ktorým čelia zdravotné systémy v Európe a zvažuje úlohu **primárnej starostlivosti – prvej úrovne zdravotného systému** – pri zlepšovaní výkonnosti zdravotného systému a pri riešení týchto výziev.

3.1.1. Vymedzenie primárnej starostlivosti

Od čias, keď Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) prijala Deklaráciu z Alma-Aty (WHO 1978), posilňovanie významu primárnej starostlivosti sa v stále väčšej miere považovalo za najdôležitejšie na dosiahnutie lepšieho zdravia a pohody obyvateľstva a vybudovanie spravodlivej spoločnosti.

Primárna starostlivosť je prvá úroveň zdravotného systému, kam ľudia prichádzajú so svojimi zdravotnými problémami a kde sa uspokojujú liečebné potreby a potreby v oblasti podpory zdravia a preventívnej starostlivosti väčšiny obyvateľov (Starfield 1994). Efektívna primárna starostlivosť nielen zachytáva choroby vo včasnom štádiu, ale im aj predchádza tým, že stimuluje ľudí, aby si osvojili zdravšie správanie. V rámci primárnej starostlivosti sa k celkovému zdraviu pristupuje holistickým spôsobom, pričom pozornosť sa venuje nielen medicínskym zdravotným potrebám, ale aj ďalším príčinám zhoršeného zdravotného stavu napr. určujúcim faktorom v sociálnej oblasti a zamestnaní. Tento prístup orientuje primárnu starostlivosť viac na osobu ako na chorobu. Primárna starostlivosť, vo svetle jej kľúčových charakteristík, sa nikdy nestratila z agendy politik. Je jednou z významných stratégií na realizáciu novej európskej politiky pre zdravie – Zdravie 2020 – a na dosiahnutie Miléniových rozvojových cieľov OSN napr. v úmrtnosti matiek a detí. V duchu Deklarácie z Alma-Aty v Svetovej správe o zdraví 2008 (WHO 2008) WHO deklaruje potrebu zabezpečiť, aby zdravotné služby boli bližšie k populácii a zabezpečiť spravodlivú starostlivosť orientovanú na človeka.

Postupom času sa významne rozšírila báza vedeckých dôkazov, že silná primárna starostlivosť prispieva k lepšej výkonnosti zdravotných systémov (napr. Delnoij et al 2000; Macinko et al 2003; Shi et al 2005; De Maeseneer et al 2007). Najnovšia štúdia (Kringos et al 2013a), zrealizovaná v 31 krajinách Európy skúmala 'silu' primárnej starostlivosti. Za krajiny so silným systémom primárnej starostlivosti sa považujú krajiny s dobre rozvinutými kľúčovými funkciami primárnej starostlivosti podopreté základnými podmienkami. O silnom systéme primárnej starostlivosti hovoríme vtedy, keď primárna starostlivosť je prístupná a dostupná, keď kontinuálne koordinuje starostlivosť, zabezpečuje širokú škálu služieb zdravotnej starostlivosti (komplexnosť) a funguje s podpornými štruktúrami v oblasti správy, má náležité finančné zdroje a investície do rozvoja pracovníkov v primárnej starostlivosti. Štúdia ukazuje, že v súčasnosti je silná primárna starostlivosť spojená s lepším zdravotným stavom populácie, nižšou mierou nepotrebných hospitalizácií a relatívne nižšou socioekonomickou nerovnosťou pri vnímaní vlastného zdravia. Tá istá štúdia (Kringos et al 2013b) ukazuje, že krajiny s relatívne silnou primárnou starostlivosťou v Európe sú Dánsko, Estónsko, Fínsko, Litva, Holandsko, Portugalsko, Slovinsko, Španielsko a Spojené kráľovstvo (UK). Štúdia tiež ukazuje, že krajiny s relatívne silnou štruktúrou primárnej starostlivosti majú vyššie celkové výdavky na zdravotnú starostlivosť ako krajiny s relatívne slabým systémom primárnej starostlivosti.

Pritom krajiny s komplexnejšou primárnou starostlivosťou vykazovali pomalší rast nákladov na zdravotnú starostlivosť v porovnaní s krajinami, ktoré poskytovali menej komplexné služby.

Európske krajiny majú buď množstvo politík a nariadení v kombinácii s dobrým finančným krytím, dostupnými zdrojmi a adekvátnymi podmienkami pre pracovníkov v primárnej starostlivosti, alebo konzistentne majú len málo týchto štruktúr primárnej starostlivosti. Medzi prístupom, kontinuitou, koordináciou a komplexnosťou primárnej starostlivosti v rámci krajín neexistuje korelácia: krajiny investujú do charakteristík procesu primárnej starostlivosti bez výraznej koherentnosti. Krajiny teda môžu poskytovať ľahko dostupnú primárnu starostlivosť, ale zároveň ponúkajú len malú kontinuitu v starostlivosti, alebo môžu poskytovať malý rozsah služieb zdravotnej starostlivosti v rámci primárnej starostlivosti

Poukazuje to na priestor pre zlepšovanie procesu poskytovania primárnej starostlivosti. Keď sme skúmali príčiny rozdielov sily primárnej starostlivosti medzi krajinami, zistili sme, že orientácia (alebo zameranie) krajiny na primárnu starostlivosť určujú viaceré kontextové faktory, ktoré ovplyvňujú priority politiky v krajine (Kringos et al 2013c).

3.1.2. Ciele zdravotných systémov

Ciele zdravotných systémov sa dajú definovať rôznymi spôsobmi a terminológia použitá na popísanie týchto cieľov sa môže líšiť, ale často sa zahŕňa spoločný súbor ukazovateľov výkonnosti (EXPH 2014).

Rámec WHO pre výkonnosť zdravotných systémov (WHO 2000) má osobitný vplyv. Definuje zdravotný systém ako štruktúrovaný súbor zdrojov, aktérov a inštitúcií v súvislosti s financovaním, reguláciou a zabezpečovaním zdravotných činností, ktoré danej populácii poskytujú zdravotnú starostlivosť. Zdravotné aktivity sa ponímajú ako akýkoľvek súbor činností, ktorých primárnym cieľom je zlepšiť alebo zachovať zdravie. Celkový cieľ zdravotného systému je optimalizovať zdravotný stav celej populácie počas životného cyklu a pritom mať na zreteli predčasnú úmrtnosť aj zdravotné postihnutie (Murray and Frenk 2001). Treba uznať, že je ťažké vymedziť hranice medzi zdravotníctvom a inými sektormi ako napr. sociálna starostlivosť alebo školstvo, a teda medzi podporou zdravia a blahom (ako to dokazuje napr. prístup pracovných terapeutov).

Zdravotné systémy sa usilujú dosiahnuť tri nápomocné ciele ako ich definovala WHO:

- **Lepšie zdravie** (napr. lepší zdravotný stav a menšia miera nerovností v oblasti zdravia)
- **Lepšie reagovanie** na očakávania/potreby populácie, vrátane rešpektovania jednotlivca (vrátane dôstojnosti, dôverylosti a autonómnosti) a orientácia na klienta (vrátane promptnej pozornosti, prístupu k službám, kvality základných zariadení/vybavenia a slobodnej voľby poskytovateľa)
- **Garantovaná finančná korektnosť** (vrátane toho, že domácnosti sa spravodlivo podieľajú na krytí celkových výdavkov na zdravie na národnej úrovni a vrátane ochrany pred finančnými rizikami vyplývajúcimi zo zdravotnej starostlivosti)

WHO a EÚ identifikovali spoločné hodnoty platné pre zdravotné systémy v EÚ. Ciele politiky vymedzené v Svetovej správe o zdraví 2000, mimoriadne významnej publikácii pre zdravotné systémy, sa odrážajú v Tallinskej charte¹ – solidarita, spravodlivosť, spoluúčasť – a v dokumente Zdravie 2020, rámec WHO pre európsku politiku zdravia – univerzálne, spravodlivé, udržateľné a vysokokvalitné zdravotné systémy (WHO 2000, 2008, 2012). Priamo sa odrážajú v hodnotách a princípoch, ktoré podporujú zdravotné systémy EÚ – univerzálnosť, dostupnosť kvalitnej starostlivosti, spravodlivosť, solidarita - ako sú zakotvené v bielej knihe Európskej komisie 'Spolu pre zdravie' a viacerých záveroch Rady (Rada Európskej únie 2006, Európska komisia 2007, Rada Európskej únie 2011, Rada Európskej únie 2013). Meranie a monitorovanie výkonnosti zdravotných systémov naďalej zostáva významnou výzvou (EXPH 2014).

Tabuľka 1 sumarizuje ciele politiky pre zdravotné systémy, rozlišuje medzi cieľmi, ktoré sú bezprostredné alebo 'podstatné' a cieľmi, ktoré sú 'finálne'. Tie prvé sa cenia nie samé osebe, ale pre ich schopnosť umožniť zdravotným systémom naplniť svoje najvyššie ciele, teda lepšie zdravie, zabezpečenie finančnej ochrany a poskytovanie služieb takým spôsobom, aby zodpovedali potrebám a preferenciám tých, čo tieto služby využívajú. Pozoruhodný konsenzus existuje medzi krajinami a medzi účastníkmi širokej škály multilaterálnych a národných organizácií ohľadom rozsahu cieľov zdravotných systémov, i keď pojmy ako reagovanie na potreby/očakávania nie sú všade konzistentne zadefinované (Smith and Papanicolas 2013).

Svetová správa o zdraví 2010 ponúka celosvetovo novú dynamiku a podnet na dosiahnutie univerzálneho pokrytia zdravia, ktoré definuje ako 'zabezpečiť, aby všetci ľudia dostali potrebné zdravotné služby bez toho, aby museli trpieť finančné ťažkosti pri platení za dotknuté služby' (WHO 2010).² Správa zdôrazňuje kritickú úlohu finančnej ochrany (pred rizikom) pri predchádzaní vytlačenia ľudí do chudoby, keď majú platiť za zdravotné služby z vlastných prostriedkov, pričom uvádza, že to si vyžaduje silný, efektívny a dobre zabehnutý zdravotný systém, dostupnosť základných liekov a technológií a dostatok motivovaných, adekvátne podporovaných, kompetentných zdravotníkov. Identifikuje aj aspekty politiky financovania zdravotníctva, ktoré sú mimoriadne dôležité pri posune smerom k univerzálnemu zdravotníckemu pokrytiu: zabezpečiť dostatok financií pre zdravie; odstrániť finančné bariéry dostupnosti a finančné riziká spojené so zlým zdravotným stavom; a lepšie využívať dostupné zdroje. Svetová správa o zdraví 2013 zdôrazňuje úlohu miestneho a komparatívneho výskumu pri riešení výzvy rozširovania zdravotných služieb, aby sa naplnili rastúce potreby pri limitovaných zdrojoch (WHO 2013)

– výzva, ktorá sa pociťuje v EÚ, i keď v menšej miere ako v iných častiach sveta, a ktorá sa zhoršila v dôsledku krízy.

¹ Podpísali ju medzinárodné organizácie vrátane Svetovej banky, Európskej investičnej banky a ďalších.

² http://www.who.int/universal_health_coverage/en/

Tabuľka 1 Ciele zdravotného systému

Ciele zdravotného systému: rovnomerná úroveň a distribúcia v populácii(spravodlivosť-equity)	Inštrumentálne ciele
▪ Zdravie ▪ Finančná ochrana a spravodlivosť financovania zdravotného systému ▪ Reagovanie na potreby/očakávania	▪ Spravodlivosť v dostupnosti/vo využívaní zdravotných služieb ▪ Efektívnosť ▪ Kvalita ▪ Transparentnosť a zodpovednosť

Zdroj: adaptované z WHO 2000 a Kutzin 2009

Úroveň dosahovania týchto cieľov vo vzťahu k zdrojom odráža výkonnosť systému ako celku. Medzi jednotlivými krajinami však pozorujeme rozdiely pokiaľ ide o zdravotný stav a zdravotné systémy, a preto pri porovnávaní výkonnosti zdravotných systémov treba mať na zreteli kontext v jednotlivých krajinách. Navyše, vzhľadom na meniace sa hospodárske, kultúrne a spoločenské podmienky, v priebehu rokov boli popísané niekoľko ďalšie ciele zdravotných systémov napr. relevantnosť (t.j. systém by mal vedieť reagovať na problémy, ktoré ľudia vnímajú ako dôležité, počnúc eko-bio-psycho-sociálnym konceptom zdravia a blaha).³ Panel expertov navrhuje využívať tieto základné charakteristiky vysoko výkonných zdravotných systémov ako kritériá na hodnotenie výkonnosti.

3.1.3. Výzvy zdravotných systémov v meniacom sa svete

Základný vývoj prináša výzvy pre zdravotné systémy: demografický a epidemiologický vývoj, vedecký a technický rozvoj, rozvoj kultúry a sociálno-ekonomickej oblasti (De Maeseneer et al 2007).

Demografický a epidemiologický vývoj

Eurostat prognózuje, že počas nasledujúcich dekád sa v EÚ očakávaná dĺžka života bude aj naďalej predlžovať, pričom v r. 2060 dosiahne 84,6 rokov u mužov a 89,1 u žien. Vo všetkých členských štátoch EÚ do roku 2020 percentuálny podiel starších ľudí na celkovej populácii bude ďalej rásť o 3 až 6% (Úrad pre sociálne a kultúrne plánovanie 2000). Navyše, podiel osôb starších ako 75 rokov sa vo vekovej skupine nad 65 rokov tiež bude zvyšovať. Toto zvyšovanie očakávanej dĺžky života by malo byť víťané ako pozitívny vývoj spoločnosti. Prognózy pre oblasť zdravia ukazujú, že v priebehu nasledujúcich 25 rokov vo svete dôjde k dramatickým posunom v rozložení úmrtí od mladších ku starším vekovým kategóriám a od prenosných chorôb ku chronickým stavom. Epidemiologické dôsledky demografického vývoja prinesú väčší výskyt ochorení ako diabetes, CHOCHP a depresie, medzi iným aj rastúci počet ľudí s multimorbiditou. Napríklad v Škótsku polovica ľudí vo veku 75 a viac rokov má dve alebo viaceré chronické ochorenia a 40% z nich má štyri alebo viac chronických ochorení, pričom mnohí majú aj obmedzenú funkčnosť (Barnett et al. 2012). Navyše, polovica dospeléj populácie v Európskej únii má nadváhu alebo trpí obezitou. Tento vývoj určite

³Tento koncept je rozšírením bio-psycho-sociálneho modelu, ktorý vypracoval George Engel. Engel rozšíril biomedicínsky model o psychické a sociálne aspekty, ktoré zaintegroval do diagnózy aj terapie. Zdôraznil interakciu medzi rôznymi dimenziami. V r. 1997 Rosenblatt pridal ekologickú perspektívu ako štvrtú dimenziu. V tomto prístupe sú environmentálne faktory zaintegrované do komplexného prístupu k pacientom a komunitám. Tento prístup vyžaduje od zdravotných systémov, aby boli dynamické a inovatívne.

bude mať vplyv na zdravotníckych pracovníkov. Problém udržania pracovníkov v primárnej sfére by sa dal zmierniť viacerými opatreniami ako napr. vyškolenie väčšieho počtu odborníkov pre primárnu sféru a zmena mixu zručností zdravotníkov v primárnej starostlivosti.

Vedecko-technický pokrok

Neuveriteľne rýchly vedecký pokrok prináša nové perspektívne možnosti prevencie a starostlivosti v oblastiach ako genetika, srdcovocievne ochorenia, medicína náhrad, neuroveda, onkologická starostlivosť a duševné zdravie (Holandská rada pre zdravie 2004). Stále lepšie poznatky o úlohe génov vo vývoji a progresii mnohých chorôb v najbližších desaťročiach budú mať nesmierny vplyv na zdravotnú starostlivosť najmä v oblasti diagnostiky a prognózy. Je náročné nájsť vhodný spôsob ako integrovať informácie pochádzajúce z genomiky, proteomiky a pod. do interakcie medzi poskytovateľom a pacientom v klinických situáciách. V neposlednom rade pokrok v oblasti informačných a komunikačných technológií (IKT) je rýchly a môže mať rozsiahly dopad.

Medicína založená na dôkazoch je dôležitý nástroj na zlepšovanie praxe a organizácie zdravotnej starostlivosti. Je však zrejmé, že popri zdravotných dôkazoch budeme potrebovať viac výskumu v oblasti kontextových dôkazov (skúmanie efektívnosti v relevantnom kontexte praxe) a dôkazy v oblasti politiky (skúmanie efektívnosti z pohľadu spravodlivosti) (De Maeseneer et al 2003).

Vývoj v oblasti kultúry

Postupom času sa úloha pacientov v zdravotnej starostlivosti mení. V súčasnosti pacienti stále vo väčšej miere konajú ako 'spotrebitelia'. Lepšia vzdelanosť ('zdravotná gramotnosť') umožňuje ľuďom hrať aktívnejšiu úlohu v manažovaní ich vlastného zdravotného stavu (najmä v prípade chronických pacientov) a byť aktívnymi účastníkmi pri spravovaní inštitúcií zdravotnej starostlivosti. Pacient/občan je 'prijímateľ', 'spotrebiteľ', ale zároveň aj kľúčový 'zdravotný aktér'. Posun od pohľadu užívateľ/pacient/prijímateľ k pohľadu klient/spotrebiteľ má dôležité dôsledky v oblasti interakcie v mieste poskytnutia služby.

Navyše, v západných ako aj rozvíjajúcich sa krajinách existuje čoraz väčšia 'medikalizácia' denného života a vedie k tomu, čo niektorí považujú za 'fabrikovanie' nových ochorení (Moynihan 2003). Popisuje sa to ako 'patientsky paradox', pričom komerčné záujmy podporujú nadmerné liečenie zisk prinášajúcich stavov vrátane asymptomatických stavov zistených na základe skríningu, ale potom zostávajú neadekvátne zdroje pre pacientov s komplikovaným a nákladným stavom ako sú multimorbidita u nevládných starších ľudí (McCartney 2012).

Na jednej strane rastúca mobilita a migrácia, a na druhej strane koncentrácia svetovej populácie vo veľkých mestách (do r. 2030 až 70% svetovej populácie bude bývať v mestách, čo otvára otázku poskytovania potrebnej zdravotnej starostlivosti vo vidieckych oblastiach v budúcnosti) znamená, že zdravotný systém bude čeliť novým výzvam a možnostiam, keďže celosvetové problémy sa objavia na miestnej úrovni ('glokalizácia').

Najmä v rámci EÚ v ostatných rokoch rastie mobilita zdravotníkov medzi krajinami EÚ, ktorej pomáha aj vzájomné uznávanie odborných kvalifikácií. Navyše, nedávno prijatá smernica EÚ (Smernica 2011/24/EÚ o právach pacientov v cezhraničnej zdravotnej starostlivosti) objasňuje pravidlá mobility pacientov, predovšetkým ich prístup

k zdravotníckym službám v inej krajine EÚ vrátane preplácania. Smernica tiež podporuje spoluprácu v oblasti zdravotnej starostlivosti medzi krajinami EÚ. Všetky tieto skutočnosti treba určitým spôsobom brať do úvahy pri zlepšovaní zdravotných systémov. Ich zložitosť si vyžaduje viacrozmernú odpoveď.

Socio-ekonomický vývoj a finančné obmedzenia

Výdavky na zdravotníctvo dlhodobo rastú v absolútnom (napr. eurá vynaložené na obyvateľa) a relatívnom (percento HDP vynaložené na zdravotnú starostlivosť) vyjadrení, i keď v niektorých krajinách došlo k poklesu po nástupe finančnej krízy. To znamená, že čoraz väčší podiel národného bohatstva sa vynakladá na zdravotnú starostlivosť. Väčšina projekcií budúcich výdavkov na zdravotnú starostlivosť ukazuje, že nárast bude pokračovať aj ďalej vzhľadom na vyššie uvedené faktory (De La Maissonneuve and Oliveira Martins 2013). Celkové výdavky na zdravie v EÚ narástli z priemeru 8,2% HDP v r. 2001 na 9,6% v r. 2011, zatiaľ čo verejné výdavky na zdravotníctvo vyjadrené ako podiel na celkových verejných výdavkoch v rovnakom období narástli z 13,7% na 15,2% (WHO databáza Zdravie pre všetkých 2014).

Rastúce výdavky na zdravotnú starostlivosť nemusia nevyhnutne predstavovať dôvod na znepokojenie, pretože výsledky zdravotnej starostlivosti sú cenným prínosom pre jednotlivcov, spoločnosť a hospodárstvo (napr. zdravie a produktivita). Vystávajú však otázky týkajúce sa optimálneho rozsahu rozpočtu na zdravotnú starostlivosť, fiškálnych obmedzení a hodnoty vynaložených prostriedkov. Zdroje vynaložené na zdravotnú starostlivosť nemožno uplatniť inde v rámci spoločnosti. Preto rastúce výdavky na zdravotnú starostlivosť sú sprevádzané aj cenou za príležitosť vo forme vynaložených súkromných aj verejných prostriedkov. To podčiarkuje potrebu zvážiť marginálne náklady a prínosy ďalších prostriedkov na zdravie a dôležitosť rozhodovania o oblastiach a spôsobe investovania v rámci zdravotnej starostlivosti tak, aby sa podporilo napĺňanie cieľov spoločnosti a zdravotných systémov.

Podobne starostlivo treba zvážiť aj znižovanie výdavkov na zdravotnú starostlivosť najmä v čase obmedzeného hospodárskeho rastu, keď sa požiadavky na zdravotnú starostlivosť financované z verejných zdrojov môžu zvyšovať v dôsledku rastúcej nezamestnanosti, poklesu príjmov domácností a horšej schopnosti občanov platiť za zdravotnú starostlivosť vlastnými prostriedkami. Od nástupu finančnej a hospodárskej krízy sa spomalil rast výdavkov na zdravotnú starostlivosť a v niektorých krajinách sa dokonca znížil (OECD 2012, Reeves et al 2013). Analýza reakcie zdravotných systémov na krízu v Európe naznačuje, že obozretné ciele škrtov zamerané na zredukovanie nadbytočných kapacít, zbytočne vysokých cien a nafúknutých platov môžu priniesť určité úspory bez toho, aby také znižovanie poškodilo výkon zdravotného systému. Na rozdiel od toho, plošné znižovanie stavu pracovníkov a služieb, znižovanie už aj tak nízkych platov pracovníkov, pretrvávajúce znižovanie a opatrenia, ktoré zväčšujú finančné bremeno u pacientov, zvyčajne podkopávajú výkonnosť tým, že zhoršujú alebo vytvárajú neefektívnosť a prekážky v prístupe k službám. (Mladovsky et al 2012; Thomson et al 2014 (v tlači)).

Popri politických a ekonomických otázkach optimálneho pridelovania zdrojov, sú aj ďalšie dôležité otázky týkajúce sa fiškálnych obmedzení (napr. ako získať peniaze potrebné na sektor zdravotnej starostlivosti). Potrebná je spravodlivosť vo financovaní, finančná ochrana a spravodlivý prístup a musí sa zabezpečiť čo najefektívnejšie vynakladanie prostriedkov na služby a jeho monitorovanie. V tejto súvislosti treba uviesť, že v Európe existujú významné rozdiely v tom, ako je organizovaný a financovaný zdravotný systém, čo má za následok významné rozdiely vo výkonnosti.

3.2. Primárna starostlivosť: definícia

3.2.1. História

Pri vypracovaní tohto názoru sme sa sústredili na **‘primárnu starostlivosť’⁴** ako ju pôvodne zadefinovala WHO v Alma-Aty a následne rozpracoval a aktualizoval Institute of Medicine a ďalší. **Tieto definície zahŕňajú podporu zdravia a prevenciu chorôb, poradenstvo pri prvom kontakte, diagnostiku a starostlivosť u bežných ochorení, odosielanie k špecialistovi za účelom rady a liečby, koordináciu starostlivosti o jednotlivca (vrátane dlhodobých stavov) a starostlivosť ku koncu života.**

Nepoužívame termín ‘komunitná starostlivosť’. Dalo by sa povedať, že komunitná starostlivosť je všetka starostlivosť poskytnutá v rámci komunity (čo sa približuje k pojmu ‘ambulantná starostlivosť’), pričom **primárna starostlivosť je súčasťou komunitnej starostlivosti**, kde predstavuje vyššie uvedené činnosti. Výraz ‘komunitná starostlivosť’ má v rôznych krajinách rôzne konotácie, pričom v niektorých prípadoch sa vzťahuje na služby v oblasti duševného zdravia, inde na starostlivosť o postihnutých v ich domácnosti a pod. **Primárna starostlivosť je termín, ktorý sa používa medzinárodne, a preto ho používame s cieľom zjednotiť analýzu obsiahnutú v tomto názore.**

Deklarácia WHO z Alma-Aty z r. 1978 sa vo všeobecnosti považuje za určujúci moment v súčasnej histórii primárnej zdravotnej starostlivosti. V deklarácii sa píše:

‘[Primárna zdravotná starostlivosť] ... je súčasťou zdravotného systému krajiny, pričom predstavuje jej ústrednú funkciu a hlavné zameranie, a je súčasťou celkového sociálneho a ekonomického rozvoja spoločnosti’ (WHO 1978, VI).

Deklarácia z Alma-Aty ďalej definuje primárnu zdravotnú starostlivosť takto:

Primárna zdravotná starostlivosť: ‘rieši hlavné zdravotné problémy v spoločnosti, pričom náležitým spôsobom poskytuje podporné, preventívne, liečebné a rehabilitačné služby; --- (a) ---- zahŕňa najmenej: vzdelávanie týkajúce sa prevažujúcich zdravotných problémov a metódy ich prevencie a kontroly; podporu zabezpečenia potravy a vhodnej výživy; adekvátne zásobovanie bezpečnou vodou a základnú hygienu; starostlivosť o zdravie matky a dieťaťa, vrátane plánovaného rodičovstva; očkovanie proti významným infekčným ochoreniam, prevenciu a kontrolu miestne endemických chorôb; vhodnú liečbu bežných ochorení a zranení; a poskytovanie základných liekov’ (VII, 2 a 3).

Definícia z Alma-Aty upútala svojím zameraním na primárnu starostlivosť ako na prístup k rozvoju zdravia a holistickým prístupom odrážajúcim úsilie WHO o zlepšovanie zdravia populácie a minimalizáciu nerovností v oblasti zdravotného stavu v rámci krajín. Barbara Starfield zdôrazňuje tieto body ako kriticky dôležité ciele každého zdravotného systému vo svojej analýze, kde skúma úlohu a dôležitosť primárnej starostlivosti (Starfield 1998).

Vuori (1986) navrhuje štyri spôsoby skúmania primárnej starostlivosti: ako súbor činností; ako úrovne starostlivosti; ako stratégie organizovania zdravotnej starostlivosti; a ako filozofie, ktorá preniká zdravotnou starostlivosťou. Myšlienke primárnej starostlivosti ako úrovne zdravotného systému a ako stratégie alebo filozofie organizovania prístupov k starostlivosti sa venuje Tarimo (1997) v príspevku, ktorým sa vracia k dokumentom z Alma-Aty. Tarimo rozlišuje medzi primárnou zdravotnou

⁴ Vzhľadom na rozsiahle používanie výrazov, v tomto dokumente sa výrazy ‘primárna starostlivosť’ a ‘primárna zdravotná starostlivosť’ používajú ako vzájomne zameniteľné.

starostlivosťou ako prístupom k rozvoju zdravia (to sa do veľkej miery týka zdravia populácie a rozvoja komunity, pričom, 'primárna' prakticky znamená základná a podstatná) a primárnou zdravotnou starostlivosťou ako úrovňou starostlivosti, menovite miestom prvého kontaktu medzi osobou a zdravotným systémom. V mnohých smeroch to konceptualizuje na jednej strane ideál z Alma-Aty, a na druhej strane **pragmatický prístup mnohých krajín pri organizovaní zdravotných služieb do primárneho, sekundárneho a terciárneho sektoru.**

Starfield privádza tieto dve koncepcie primárnej starostlivosti (rozvoj zdravia a úroveň starostlivosti) k sebe, pričom ich do veľkej miery vníma ako úroveň v zdravotnom systéme, ktorá ma ústredný význam pre celkovú organizáciu a poskytovanie zdravotníckych služieb, a následne pre zdravie populácie a dosiahnuté výsledky:

'Primárna starostlivosť je tá úroveň systému zdravotnej starostlivosti, ktorá zabezpečuje vstup do systému pri všetkých nových potrebách a problémoch pacienta, poskytuje v priebehu času starostlivosť sústredenú na človeka (nie orientovanú na chorobu resp. diagnózu), zabezpečuje starostlivosť pre všetky stavy, s výnimkou veľmi zriedkavých alebo nezvyčajných stavov, a koordinuje alebo integruje inde a inými pracovníkmi poskytovanú starostlivosť' (Starfield 1998: 8-9).

Starfield identifikuje štyri ústredné vlastnosti efektívnej primárnej starostlivosti:

- Miesto prvého **kontaktu** pre všetky nové potreby pacienta
- V priebehu času **kontinuálna** starostlivosť zameraná na osobu, a nie na chorobu (diagnózu)
- **Komplexná** starostlivosť zabezpečená pre všetky potreby, ktoré sú v populácii bežné
- **Koordinácia** starostlivosti v prípade bežných potrieb, ale aj v prípade tých, ktoré sú dostatočne zriedkavé a vyžadujú si špeciálne služby.

Starfield používa tieto 'štyri K' ako spôsob zhodnotenia efektívnosti systému primárnej starostlivosti v krajine a zdôrazňuje, že medzi silou orientácie primárnej starostlivosti, mierou efektívnosti vynakladania prostriedkov v zdravotnej starostlivosti a úrovňou dosiahnutých výsledkov v zdraví je úzky súvis. Novšie komparatívne analýzy vzťahu medzi silnými systémami primárnej starostlivosti a zdravím populácie (napr. Kringos et al, 2013a) priniesli detailnejšie závery. Napríklad práca Kringos et al ukázala, že zatiaľ čo silná primárna starostlivosť sa spája s lepším zdravotným stavom populácie, spája sa aj s vyššou úrovňou prostriedkov vynaložených na zdravie, i keď sa tu javí určitá väzba medzi poskytovaním komplexnej primárnej starostlivosti a pomalším celkovým rastom prostriedkov vynaložených na zdravotnú starostlivosť.

V roku 1996 Institute of Medicine aktualizoval staršiu definíciu primárnej starostlivosti z r. 1978 a uvádza tri ďalšie aspekty, ktoré sú osobitne dôležité pre pacienta a jeho rodinu; komunitu; a systém integrovaného poskytovania starostlivosti. Primárnu starostlivosť definujú ako (Donaldson 1996:31):

'poskytovanie integrovaných, dostupných služieb zdravotnej starostlivosti klinickými pracovníkmi, ktorí sú zodpovední za riešenie prevažnej väčšiny potrieb jednotlivých osôb v oblasti zdravotnej starostlivosti, pričom rozvíjajú trvalý partnerský vzťah s pacientmi a vykonávajú svoju praktickú činnosť v kontexte rodiny a komunity'.

Skutočnosť, že inštitút IOM do návrhu definície zahrnul integráciu starostlivosti je významný a vysoko relevantný aspekt, rovnako ako koncept práce s ľuďmi v ich rodinnom a komunitnom prostredí. Čo tu však chýba je dôraz na koordináciu starostlivosti, ktorá sa stáva čoraz naliehavejšou otázkou primárnej starostlivosti, keďže ľudia žijú s väčším počtom dlhodobých ochorení. Úloha primárnej starostlivosti pri koordinácii starostlivosti o pacientov so zložitými viacerými ochoreniami (a zároveň koordinácia v partnerstve so zdravotníkmi – špecialistami a pracovníkmi v sekundárnej sfére, sociálnej starostlivosti, oblasti duševného zdravia) je významná a zároveň charakterizuje výzvu, pred ktorou stojí primárna starostlivosť v roku 2014. Koordinácia starostlivosti v zložitom systéme je názov hry 21. storočia alebo – ako hovoria Francúzi - 'compagnon de route', ktorý sprevádza ľudí počas ich cesty v oblasti starostlivosti.

Ďalšie kritické pripomienky k navrhovanej definícii IOM hovoria o nedostatku pozornosti pre diferencované potreby ľudí v primárnej starostlivosti. Pre niektorých pacientov bude koordinácia starostlivosti pri ich komplikovaných stavoch mimoriadne dôležitá. Pre iných hlavnou prioritou bude rýchly prístup k liečbe alebo konzultácii, pričom sa veľmi pravdepodobne budú používať nové technológie ako skype, email alebo telefón. Koncept jediného profesionála, ktorý bude dlhodobo zodpovedný za starostlivosť o osobu sa v modernej Európe javí ako do určitej miery zastaraný.

Primárna starostlivosť zostáva kriticky dôležitou, ba o to viac, že v populácii rýchlo pribúdajú chronické ochorenia a multimorbidita. Spolu s novými technológiami, ktoré ponúkajú nový rozsah komunikácie, poradenstva a starostlivosti. Jej úloha je v súčasnosti sofistikovanejšia, zložitejšia a previazaná s ďalšími úrovňami zdravotného systému a službami iných sektorov, s rodinami a laikmi. V r. 2008, na tridsiate výročie Alma-Aty, Steve Gillam píše:

'Efektívna primárna starostlivosť je viac ako jednoduchá sumarizácia jednotlivých technologických intervencií. Jej sila spočíva v prepojení s ďalšími sektormi, v integrovaní rôznych prvkov manažmentu ochorenia, dôraze na včasnú intervenciu a v starostlivosti o zdravie' (Gillam 2008: 538).

Primárna starostlivosť od samotného začiatku vždy obsahovala 'komunitnú perspektívu'. Najzreteľnejšie to bolo v prípade vývoja konceptu komunitne orientovanej primárnej starostlivosti (COPC) definovanej ako: prístup k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti, v ktorom sa prijíma zodpovednosť za zdravie definovanej populácie. COPC sa v praxi uplatňuje kombinovaním epidemiologického štúdia a sociálnych intervencií s klinickou starostlivosťou o jednotlivých pacientov, takže samotná prax primárnej starostlivosti sa stáva programom komunitnej medicíny. Jednotlivý pacient ako aj komunita alebo populácia sú stredobodom diagnóz, liečby a pokračujúceho sledovania' (Rhyne1998:10-11).

RÁMIK A: Rozvoj komunitných zdravotných stredísk vo Flámsku: komunitné zdravotné stredisko v Botermarkt

Komunitné zdravotné stredisko Botermarkt je nezisková organizácia, ktorá bola vytvorená v r. 1978 v Ledeborg, chudobnej časti mesta Ghent. Tím primárnej starostlivosti tvoria rodinní lekári, sestry a ďalší pracovníci vrátane recepčnej, propagátorov zdravia, dietológov, sociálnych pracovníkov, pomocného personálu, odborníkov na odvykanie od fajčenia a zubárov. Centrum slúži 5600 pacientom zo 70 rôznych krajín. Všetky informácie sa koordinujú v integrovaných, interdisciplinárnych elektronických zdravotných záznamoch pacientov. Cieľ strediska je poskytovať integrovanú primárnu starostlivosť. Poskytovanie služieb sa sústreďuje na dostupnosť (bez finančných, geografických alebo kultúrnych bariér) a kvalitu, pričom sa uplatňuje komplexný eko-bio-psycho-sociálny referenčný rámec. Dôraz sa kladie na posilnenie pacientov a podporovanie sociálnej súdržnosti. Spoluúčasť populácie v komunite je mimoriadne dôležitá.

Pacienti sa registrujú v zozname pacientov. Všetci obyvatelia, ktorí žijú v zadefinovanej geografickej oblasti majú nárok byť v zozname. Pacient v zozname nemá prístup k iným ambulanciám primárnej zdravotnej starostlivosti (s výnimkou situácií po ordinačných hodinách). Škála poskytovaných služieb je: podpora zdravia a prevencia, skrining, liečebná starostlivosť, paliatívne a rehabilitačné služby (konzultácie a návštevy doma), integrovaná domáca starostlivosť, ktorú poskytuje interdisciplinárny tím, ošetrovateľské služby, komunitne orientovaná podpora zdravia, služby v oblasti výživy, sociálne práca a starostlivosť o chrup.

Stredisko je financované na základe zmlúv s poisťovňami a zahŕňa mesačnú kapitačnú platbu za každého pacienta v zozname. Od r. 2013 sa uplatňuje integrovaná, kombinovaná, na potrebách založená kapitácia, ktorá zohľadňuje sociálne premenné, morbiditu, vek, pohlavie, funkčné postavenie, príjem a ďalšie faktory u pacienta. Okrem toho sa uplatňujú aj platby na podporu zdravia v komunite a na konkrétne komunitné projekty. V rámci systému integrovanej primárnej starostlivosti sú dohodnuté kontakty s poskytovateľmi sekundárnej starostlivosti, fyzioterapeutmi, psychológmi, paliatívnymi službami a sociálnymi službami. V r. 1986 zdravotné stredisko vytvorilo platformu miestnej starostlivosti: poskytovatelia primárnej starostlivosti, miestne školy, miestna polícia, občianske organizácie a organizácie etnických a kultúrnych menšín sa každé tri mesiace stretávajú, aby vypracovali 'komunitnú diagnózu', podporili spoluprácu medzi profesionálmi a sektormi a aby riešili zo svojej pozície príčiny nepriaznivého zdravotného stavu.

Komunitné zdravotné strediská v Belgicku sa starajú o 3% populácie.

Kontakt: www.wgcbotermarkt.be a Medzinárodná federácia komunitných zdravotných stredísk www.ifchc2013.org



3.2.2. Základná definícia⁵

Podľa panelu expertov primárna starostlivosť je poskytovanie všeobecne dostupných, integrovaných, na osobu orientovaných komplexných zdravotníckych a komunitných služieb, ktoré poskytuje tím profesionálov zodpovedných za riešenie prevažnej väčšiny zdravotných potrieb jednotlivcov. Tieto služby sa poskytujú v udržiavanom partnerstve s pacientmi a neformálnymi opatrovateľmi v prostredí rodiny a komunity a plnia centrálnu úlohu pri celkovej koordinácii a kontinuite starostlivosti.

Medzi profesionálmi, ktorí aktívne pôsobia v tímoch primárnej starostlivosti sú – popri ďalších - zubári, dietológovia, všeobecní/praktickí/rodinní lekári, sestry, pracovní terapeuti, optometrici, farmaceuti, fyzioterapeuti, psychológovia a sociálni pracovníci.



⁵ Termíny sú vysvetlené v glosári.

RÁMIK B: Miestne zdravotné jednotky v Portugalsku

Portugalská národná zdravotná služba má po celej krajine sieť stredísk primárnej starostlivosti a sieť nemocníc. Funguje nezávisle takmer od svojho vzniku (služba bola zriadená v r. 1979).

Interakcia medzi dvoma úrovňami zdravotnej starostlivosti vo svojej histórii prekonala viaceré problémy s koordináciou v súvislosti s počiatčným odosielaním pacientov pred hospitalizáciou (z primárnej do nemocničnej starostlivosti) a po hospitalizácii (po prepustení z nemocnice späť do následnej primárnej starostlivosti). Pravidelne zistené príčiny nedostatočnej koordinácie zahŕňali nadmernú byrokráciu, problémy pri využívaní komunikačných kanálov alebo smerníc pre proces odosielania, odlišnosti v kultúre a metódach medzi profesionálmi v primárnej starostlivosti a v nemocniciach.

Potreba lepšej koordinácie viedla v r. 1999 k vytvoreniu miestnych zdravotných jednotiek. V rámci týchto jednotiek je pod jedným manažmentom nemocnica (alebo skupina nemocníc v geografickej blízkosti) a strediská primárnej starostlivosti v spádovej oblasti nemocnice. Prvá miestna zdravotná jednotka vznikla v r. 1999 v metropolitnej oblasti mesta Oporto a v súčasnosti je v krajine 7 miestnych zdravotných jednotiek (vo vnútrozemských regiónoch od severu na juh a v pobrežných severných a južných regiónoch), pričom pokrývajú približne 10% populácie. Základným organizačným cieľom miestnych zdravotných jednotiek je zabezpečiť kontinuitu starostlivosti a činnosti verejného zdravotníctva v danej geografickej oblasti. Hlavné faktory, ktoré motivujú k vytvoreniu miestnych zdravotných jednotiek je koordinácia rozhodnutí a lepšia organizácia (napr. jedna zdravotná karta v rámci primárnej aj nemocničnej starostlivosti, lepšie plánovanie ambulantných hodín v zariadeniach a spoločné využívanie profesionálnych kapacít).

Prínosy, ktoré sa pripisujú miestnym zdravotným jednotkám sú: kvalitnejšia zdravotná starostlivosť, pretože sa kladie väčší dôraz na dlhodobý vplyv intervencií, lepšie reagovanie na potreby pacientov, lepšie využívanie nainštalovaných kapacít, lepšia informovanosť na všetkých úrovniach, a to všetko umožňuje pacientom lepšie sa pohybovať v rámci zdravotného systému.

Zosúladenie rôznych kultúr v nemocniciach a strediskách primárnej starostlivosti je významná otázka a výzva, ak má model fungovať.

Miestne zdravotné jednotky zakladá národná zdravotná služba, ktorá uplatňuje upravený vzorec kapitácie. Upravený vzorec zahŕňa informácie o štandardizovanej miere úmrtnosti, pohlaví, podiele starších osôb a detí v populácii a priemernom dosiahnutom vzdelaní.

V rámci národnej zdravotnej služby majú miestne zdravotné jednotky postavenie ako ktorékoľvek iné subjekty, nemusia čeliť konkurencii v súvislosti so zadefinovanými spádovými oblasťami. Miestne zdravotné jednotky môžu zmluvne zabezpečovať služby od privátnej sféry a pacienti majú možnosť vybrať si iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ak majú krytie v rámci zdravotného poistenia aj pre služby mimo národnej zdravotnej služby.

Prínosy modelu miestnych zdravotných jednotiek sa neprejavili okamžite a závisia od realizácie. Realizácia očakávaných výhod si vyžaduje určitý čas.

3.2.3. Vývoj v primárnej starostlivosti

Základnú definíciu sformulovanú v 3.2.2. nemožno vnímať ako niečo statické. Panel expertov chce vnímať túto definíciu ako dynamický jav a pritom brať do úvahy vývoj popísaný v 3.1.3.

Primárna starostlivosť sa naďalej adaptuje

Primárna starostlivosť vo väčšine krajín nadobúda čoraz ústrednejšiu funkciu v zdravotných systémoch. Zmeny celkového zdravotného systému (v oblasti financovania, organizácie zdravotnej starostlivosti alebo poskytovania zdravotnej starostlivosti) môžu ovplyvňovať dopyt po primárnej starostlivosti, ale aj jej úlohu a obsah.

Napríklad model sólo praktického lekára zapojeného do koordinácie kontinuálnej starostlivosti vychádzajúcej z primárnej starostlivosti sa v čoraz väčšej miere považuje za neaktuálny vzhľadom na skutočnosť, že tak veľa ľudí žije oveľa dlhšie a s viacerými zdravotnými problémami, ktoré si popri starostlivosti a podpore od tímov primárnej zdravotnej starostlivosti vyžadujú aj zásahy a rady od celej škály špecializovaných tímov. Od primárnej starostlivosti sa teda očakáva, že bude zohrávať centrálnu úlohu v rámci väčších tímov alebo sietí starostlivosti, a tak bude jadrovým prvkom toho, čo sa často označuje ako 'integrovaná starostlivosť'. V rámci takých väčších tímov alebo sietí je čoraz väčšia závislosť na elektronických záznamoch o pacientovi ako hlavnom prostriedku na zabezpečenie účinnej koordinácie rôznych aspektov starostlivosti o človeka.

Tieto zmeny budú podľa všetkého pokračovať aj v budúcnosti, a preto je potrebné anticipovať a skúmať čo zmeny znamenajú pre budúcnosť aký bude ich dopad. Otvárajú sa nástožčivé otázky o budúcej úlohe, obsahu a poskytovateľoch primárnej starostlivosti, vrátane využívania elektronického a mobilného zdravotníctva, nových foriem diagnostických vyšetrení resp. testov, ktoré pacient môže absolvovať doma alebo v prostredí primárnej starostlivosti, pričom nastane posun k väčšiemu stupňu automanažmentu u pacienta s dlhodobými zdravotnými stavmi. Hranice medzi primárnym a sekundárnym sektorom možno budú menej výrazné (napr. špecialisti budú súčasťou sietí integrovanej starostlivosti) v súvislosti so silnejúcou integráciou starostlivosti. Ale zodpovednosť za koordináciu starostlivosti o pacientov žijúcich v komunite bude na pleciach tímu primárnej starostlivosti.

Niekoľko príkladov:

- elektronické zdravotníctvo (eHealth) alebo mobilné zdravotníctvo (mHealth) môže viesť k novým formám kontaktu medzi pacientom a strediskami primárnej starostlivosti. Treba skúmať či a ako tento vývoj môže viesť k lepšej, dostupnejšej a nákladovo účinnejšej starostlivosti a do akej miery to zodpovedá preferenciám pacientov.
- Nové formy diagnostických testov pravdepodobne budú dostupné v primárnej starostlivosti. Môže to viesť k vyššiemu dopytu po takých testoch, s čím súvisí otázka ich optimálneho využívania.

Primárna starostlivosť nie je niečo statické. Obsah, úloha a organizácia primárnej starostlivosti sa časom mení, reaguje na zmeny v rôznych oblastiach napr. všeobecných a medicínskych technológií, na demografické a epidemiologické trendy a zmeny v organizácii samotného systému zdravotnej starostlivosti. Pokrok v medicínskych

technológiách umožňuje primárnej starostlivosti ponúkať pacientom a občanom čoraz väčší rozsah služieb, a to sa deje prostredníctvom médií ako on-line text, hlasové a video odkazy, telefón, email, tele zdravie a tele starostlivosť. Primárna starostlivosť teraz zahŕňa veľmi komplexný súbor intervencií a dá sa očakávať ich ďalší rast v budúcnosti.

Úloha pacientov sa mení

Mení sa aj úloha pacientov. Sú čoraz lepšie informovaní, aktívne komunikujú a zapájajú sa do rozhodovania o svojej liečbe. Súčasné koncepty ako spolurozhodovanie to podčiarkujú. Meniaci sa vzťah medzi pacientom a zdravotníkmi bol predmetom výskumu, ale túto oblasť treba ďalej skúmať. Stále vo väčšej miere ďalšie profesie hrajú čoraz dôležitejšiu úlohu v spôsobe, akým ľudia získavajú prístup k primárnej starostlivosti. Napríklad zdravotné sestry, komunitní farmaceuti, fyzioterapeuti, dietológovia a pracovní terapeuti sa čoraz viac zapájajú do napĺňania potrieb a očakávaní ľudí v oblasti zdravia.

Primárna starostlivosť koordinuje starostlivosť o pacientov

Potreby zdravotnej starostlivosti sú čoraz zložitejšie. Starnutie obyvateľstva má za následok väčší výskyt chronických ochorení a multimorbiditu. To znamená, že význam koordinácie starostlivosti vrátane samotnej primárnej starostlivosti stále rastie. Poskytovanie koordinovanej starostlivosti je stále náročnejšia činnosť, keďže potreby pacientov sú stále rozsiahlejšie a konkrétne služby poskytujú mnohí profesionáli v rôznych podmienkach. Čoraz väčší dôraz sa kladie aj na 'ciele ako ich zdefinoval pacient z pohľadu kvantity a kvality života' (De Maeseneer 2012). Koordinácia si vyžaduje integrované záznamy (kartu) o pacientovi, prístup na diaľku alebo cez sociálne médiá pri využití IT, silnejšiu úlohu jednotlivcov a tých, ktorí sa o nich starajú. Koordinátorom starostlivosti niekedy môže byť špecialista, ktorý má svoju základňu v nemocnici alebo v komunite.

V rámci tímu s rôznymi profesiami môže byť táto koordinácia definovaná viacerými spôsobmi:

- Všeobecní lekári (VL) môžu delegovať úlohy na iných zdravotníckych pracovníkov ako sestry (napr. meranie krvného tlaku, odoberanie sterov alebo poradenstvo o životnom štýle) a v niektorých krajinách diagnostické a terapeutické úlohy (čiastočne) preberajú sestry, ktoré boli doškolené v danej oblasti
- VL môžu odosielať jednotlivcov do inej (sekundárnej) starostlivosti. Tejto otázke sa venujeme v časti 3.3
- VL alebo iní členovia multidisciplinárneho tímu môžu pôsobiť ako koordinátori starostlivosti a usmerňovať v prípadoch, keď pacienti trpia viacerými ochoreniami, ktoré si vyžadujú pozornosť viacerých špecialistov (možno z viacerých sektorov ako len jeden sektor systému zdravotnej starostlivosti).
- V niektorých systémoch zdravotnej starostlivosti (napr. pôvodne v Spojenom kráľovstve) VL v rámci svojej úlohy držiteľa prostriedkov mohol aj zakúpiť neurgentné voliteľné a komunitné služby zdravotnej starostlivosti pre pacientov.

Kontinuita starostlivosti sa často uvádza ako jadrový aspekt primárnej starostlivosti. Táto kontinuita je tiež zviazaná s úlohou koordinácie a vedenia záznamov o rôznych liečbach s cieľom zachovať 'holistický' pohľad na starostlivosť o jednotlivca.

Primárna starostlivosť sa usiluje vyvážiť kontinuitu a dostupnosť

Ľudia majú diferencované potreby. Z toho dôvodu je zabezpečenie kontinuity starostlivosti pre niektorých pacientov dôležité v určitých obdobiach ich života, ale nemusí to platiť rovnako pre každého a v každom čase. Prístup k službám a ich dostupnosť môže byť dôležitejšia napríklad pri menej závažných ochoreniach alebo pri príležitostnom ochorení. Kontinuita môže znamenať zdravotnú alebo sociálnu starostlivosť od profesionála/lekára alebo zdravotného strediska, ale stále viac bude znamenať aj záznamy/informácie alebo širší tím starostlivosti.

Starostlivosť sa čoraz vo väčšej miere poskytuje po viacerých líniách, ktoré presahujú tradičné sektory, služby alebo inštitúcie. Veľká časť populácie v súčasnosti má jeden alebo viac dlhodobých zdravotných problémov, a preto sa do starostlivosti o pacienta zapájajú špecialisti, ktorí sú poradcami (alebo dokonca členmi) tímu integrovanej starostlivosti. Špecialisti teda často poskytujú sekundárnu starostlivosť v komunite. Úloha primárnej starostlivosti ako spojiva širšieho tímu je čoraz dôležitejšia – napríklad v línii modelu 'medicínsky dom' primárnej starostlivosti, ktorý funguje v USA (Arend et al., 2012).

Primárna starostlivosť je založená na spolupráci

Poskytovatelia primárnej starostlivosti sa čoraz viac organizujú do tímov alebo sietí a často majú svoju základňu v strediskách primárnej starostlivosti alebo komunitných nemocniciach. Uľahčuje to pracovné procesy (napr. víkendové služby), ale aj spoluprácu medzi profesiami v rámci primárnej starostlivosti. Rôzne profesie v primárnej starostlivosti (napr. sestry, farmaceuti, fyzioterapeuti, všeobecní lekári atď.) sa stretávajú v sieťach alebo strediskách primárnej starostlivosti, čo uľahčuje spoluprácu a koordináciu a dostupnosť zdravotníckych zariadení. Tieto strediská starostlivosti môžu byť jednoducho geograficky sústredené služby alebo organizácie, ktoré ponúkajú rozličné formy primárnej starostlivosti. Skutočnosť, že primárna starostlivosť sa zakladá na spolupráci je výzvou pre zdravotné systémy, aby zabezpečili školenie a výcvik pracovníkov (aby chápali vzájomnú závislosť medzi zdravotníckymi profesiami, naučili sa pracovať v tímoch a rozvíjali svoje vodcovské schopnosti prostredníctvom transformatívnej edukácie (Frenk et al, 2010)) a usmerňovanie, vrátane úlohy profesijných organizácií pri propagovaní a adaptovaní profesijnej auto-regulácie s cieľom napĺňať potreby ľudí. Tento vývoj zahŕňa oblasti ako podpora IKT, vzájomné zdieľanie zdravotných informácií medzi poskytovateľmi a manažérom pacienta. Úloha jednotlivca pri určovaní cieľov, prístup k vlastným záznamom a možno aj ich dopĺňanie je veľkou výzvou pre úlohu 'tradičného poskytovateľa primárnej starostlivosti'.

Pracovná sila v primárnej starostlivosti sa mení

Pracovná sila sa naďalej mení, aby sa naplnila potreba nástupu novej generácie zdravotníkov, nové a odlišné modely starostlivosti u pacientov, ktorí žijú dlhšie a s celou škálou chronických ochorení. Napríklad posun v rodovej štruktúre zdravotníckych pracovníkov, s tým spojený nárast práce na čiastočný úväzok a flexibilnej pracovnej doby, náročnejšie úlohy v ošetrovatelstve znamená, že väčšina ľudí si spája primárnu starostlivosť skôr s prácou tímu ako prácou jediného lekára alebo sestry. Rozširovanie organizačného rozsahu a dosahu praxe v primárnej starostlivosti ústi do poskytovania kolaboratívnej starostlivosti, kontinuity starostlivosti o pacienta a zlepšuje dostupnosť

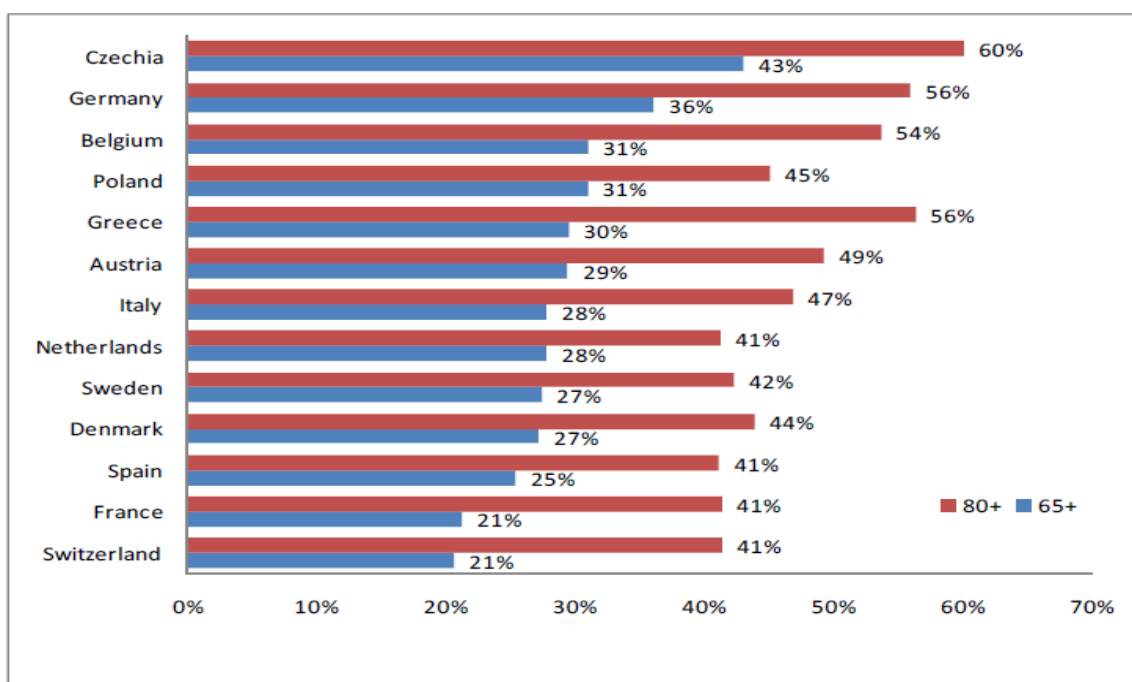
starostlivosti na úrovni organizácie.

Posuny v úlohách profesií (napr. od VL k praktickým sestram alebo od tímov primárnej starostlivosti k sieťam integrovanej starostlivosti) môže mať za následok zmenu povahy primárnej starostlivosti a vyžadovať od jej poskytovateľov, aby mali komplexný výcvik v komunitnom kontexte. Také posuny môžu byť podporené technickým pokrokom, ale ich dopad na náklady, výsledky a 'spokojnosť spotrebiteľov' ešte nie je jasný. Jasné však je, že primárna starostlivosť zostáva dynamickou a ústrednou časťou zdravotných systémov v takmer všetkých krajinách.

Neformálni opatrovatelia

Významný podiel starostlivosti o pacientov v Európe vykonávajú tzv. neformálni opatrovatelia. Obr. 1 ukazuje, že veľká časť staršej populácie, predovšetkým ľudia starší ako 80 rokov, v Európe prijíma neformálnu starostlivosť. Starší ľudia sú v zvýšenej miere závislí na neformálnej starostlivosti, ale je aj veľa mladších ľudí, ktorí potrebujú opateru ako napr. pacienti s reumatickou artritídou či osoby s telesným alebo duševným postihnutím.

Obr. 1 Podiel starších osôb na prijímaní neformálnej pomoci alebo podpory, vybrané krajiny Európy, 2006



Zdroj: Riedel a Kraus (2011)

Tieto údaje v praxi znamenajú, že podstatný podiel populácie poskytuje neformálnu starostlivosť resp. opateru. V Holandsku 10% populácie poskytuje neformálnu starostlivosť, často počas dlhého obdobia a intenzívnym spôsobom, často niekoľko hodín každý deň (De Boer 2005). Títo opatrovatelia vykonávajú širokú škálu činností, od poskytovania emocionálnej podpory po podporu pri činnostiach v domácnosti ako umývanie, obliekanie a používanie toalety. (Brouwer et al 2004).

Neformálna starostlivosť dopĺňa, ale aj nahrádza formálnu starostlivosť napr. keď sa odkladá nástup do zariadenia (Van Houtven and Norton 2004). Pacienti a opatrovatelia často uprednostňujú neformálnu starostlivosť pred formálnou (Brouwer et al 2005). Neformálni poskytovatelia starostlivosti sa tak môžu stať dôležitými partnermi pracovníkov v primárnej sfére tým, že dopĺňajú a nahrádzajú formálnu starostlivosť a aj prostredníctvom svojich vedomostí o tom aké možnosti liečby daný pacient preferuje. Starostlivosť o pacientov sa dá optimalizovať na základe spolupráce. Vzhľadom na starnutie obyvateľstva (ktoré môže mať za následok zvýšenú prevalenciu ochorení ako Alzheimerova choroba), obmedzené rozpočty v zdravotníctve a nedostatok oficiálnych opatrovateľov sa očakáva, že dopyt po neformálnych opatrovateľoch a ich význam sa bude v najbližších rokoch zväčšovať. Úzka väzba medzi neformálnymi opatrovateľmi a zdravotníkmi v primárnej sfére umožní dlhšie zapájanie neformálnych opatrovateľov. To je dôležité, pretože časom môže nastať problém pri zabezpečovaní dostatočného počtu opatrovateľov, keďže ženy sa čoraz intenzívnejšie zapájajú do trhu práce a rodiny sa geograficky od seba vzdávajú.

Profesionáli pôsobiaci v primárnej starostlivosti by mali mať na zreteli námahu a stres, ktorý neformálni opatrovatelia pociťujú pri dlhodobom poskytovaní starostlivosti. Intenzívna neformálna starostlivosť môže byť spojená s výraznou záťažou, zhoršením zdravotného stavu a pohody opatrovateľa a dokonca so zvýšeným rizikom úmrtia (Bobinac et al 2010; Bobinac et al 2011; Schulz and Beach 1999). Preto je potrebné, aby profesionáli v primárnej starostlivosti v prípade potreby podporovali neformálnych opatrovateľov, pomáhali im pokračovať v práci a predchádzať preťaženiu alebo ochoreniu (Kraijó et al 2014).

RÁMIK C: Nové modely organizácie primárnej starostlivosti v Anglicku

Primárna starostlivosť v Anglicku je pod tlakom. Všeobecní lekári (VL) a ich tímy sa všemožne snažia plniť požiadavky pacientov, zatiaľ čo im neostáva čas zamyslieť sa ako poskytujú a organizujú starostlivosť (RCGP 2014). V určitých oblastiach sa organicky objavujú nové modely zvládania výziev, ktorým čelí primárna starostlivosť, ktorá zahŕňa primárne siete alebo federácie, rozšírené komunitné zdravotnícke organizácie, veľké spojené rodinné praxe známe ako 'super spoločenstvá' (právna forma) a regionálne organizácie s rôznymi ambulanciami (Smith et al 2013). Miestny kontext hrá významnú úlohu pri vzniku takých modelov, pričom každý z nich vznikol organickým spôsobom zdola-nahor ako iniciatíva miestnych zdravotníkov a komunít, a nie ako výsledok politiky vlády.

Komunitné zdravotnícke organizácie sú výrazne orientované na zdravie obyvateľov a usilujú sa naplniť konkrétne potreby znevýhodnených komunít a riešiť nerovnosť v oblasti zdravia. Tieto organizácie – niekedy ich tvoria viaceré praxe združené v sieti a v iných prípadoch v jednej budove – kombinujú orientáciu na pacienta so silnou orientáciou na populáciu a zvyčajne model vlastníctva zahŕňa významnú komunitnú alebo verejnú účasť (Smith et al 2013). Jeden z príkladov takých organizácií je zdravotné stredisko Bromley-by-Bow Health Centre v Londýne a komunitná organizácia pôsobiaca v jednej z najzaostalejších lokalít v Spojenom kráľovstve. Stredisko podporuje rodiny, mladých ľudí a dospelých každého veku pri získavaní nových zručností, zlepšovaní zdravotného stavu a blaha, pri hľadaní zamestnania a pri budovaní sebadôvery pri dosahovaní cieľov a zmien v živote. Stredisko Bromley-by-Bow Centre poskytuje služby, zariadenia, informácie a poradenstvo. Služby primárnej starostlivosti sa poskytujú vo forme spoločenstva rodinnej praxe, s ďalšími širšími službami, ktoré fungujú na charitatívnom základe s osobitnými, ale spojenými formami spravovania. Spoločenstvo všeobecného lekárstva zahŕňa: všeobecných lekárov, sestry v ambulanciách, zdravotného asistenta, flebotomistov a asistenta pre používateľov služieb.

Super spoločenstvo je spoločenská štruktúra jedinej všeobecnej praxe vo veľkom, ktorá bola vytvorená na základe formálnych fúzií spoločenstiev. Usiluje sa dosiahnuť vyšší stupeň škály pre miestnu všeobecnú prax, pričom ponúka širší rozsah primárnych a komunitných zdravotníckych služieb a využíva svoj rozsah, aby mohla ponúkať v komunite situované diagnostické služby a vyšetrenia u špecialistov. Rozsah super spoločenstva dáva všeobecným lekárom a ich tímom širší okruh možností kariérneho rozvoja a rastu. Ich organizačná a právna forma je jedno veľké spoločenstvo všeobecného lekárstva, i keď často vytvárajú jednu alebo viaceré paralelné spoločnosti, ktoré môžu figurovať ako mechanizmy na ponúkajú a manažovanie doplňujúcich služieb financovaných zo zdrojov NHS (Národná zdravotná služba) alebo zo súkromných zdrojov. Príkladom takej organizácie je Vitality Partnership v centre Birminghamu. Vitality pacientom ponúka: primárnu starostlivosť, škálu ambulantných služieb, röntgen a preklenujúcu starostlivosť. Spoločenstvo má integrovaný IT systém, mechanizmy na spätnú väzbu pacienta v reálnom čase, spojené kliniky medzi VL so špeciálnym klinickým zameraním a konzultantov. Organizácia je situovaná na mnohých miestach a slúži 50,000 pacientom. Jej strategický cieľ je ďalej sa rozvíjať a narást na organizáciu s integrovanou starostlivosťou pre viac ako 100 000 klientov a v konečnom dôsledku byť organizáciou poskytujúcou zodpovednú starostlivosť (Smith et al 2013).

Kontakt:

<http://www.bbbbc.org.uk/> Bromley-by-Bow Centre, London

<http://www.vitalitypartnership.nhs.uk/> Vitality Partnership, Birmingham

3.3. Úloha systémov odosielania pri posilňovaní výkonnosti zdravotných systémov

3.3.1. Čo je účelom odosielania pacientov?

Odosielanie sa dá definovať ako proces, pri ktorom zdravotnícky pracovník, ktorý nemá dostatočné zdroje na riešenie klinického stavu pacienta hľadá asistenciu lepšie alebo inak vybaveného zariadenia na rovnakej alebo vyššej úrovni, aby pacientovi pomohli alebo prevzali jeho manažovanie (WHO 2006). Odosielanie pacientov v primárnej starostlivosti plní kľúčovú úlohu, pretože pre mnohých ľudí vstupným miestom do zdravotného systému je primárna starostlivosť.

Účelom systému odosielania je zlepšiť kvalitu a efektívnosť poskytovania zdravotníckych služieb a zabezpečiť tak pacientovi náležitú a dobre koordinovanú starostlivosť. Prostredníctvom systému odosielania je pacient nasmerovaný k odborníkovi alebo do zariadenia, ktoré má najlepšie kapacity na jeho liečbu. Systémy odosielania môžu prispieť k efektívnosti tým, že minimalizujú nenáležitú a duplicitnú starostlivosť v súlade s princípom **subsidiarity** – to znamená na vyšších úrovniach sa majú vykonávať tie úlohy, ktoré sa nedajú efektívne vykonať na nižších úrovniach (a opačne).

(**Subsidiarita** znamená, že centrálna, špecializovaná služba by mali mať subsidiárnu funkciu a vykonávať len tie úlohy, ktoré sa nedajú efektívne vykonať na menej špecializovanej alebo miestnej úrovni (prevzaté z Oxford English Dictionary))

Efektívny systém odosielania je v prospech pacientov, z ktorých mnohí možno nemajú dostatok informácií o svojom stave a o relevantných službách, aby sa mohli správne rozhodnúť, a to často v ťažkej situácii. Ak je odosielanie sprevádzané silnými informačnými systémami, môže predchádzať tomu, že pacient bude musieť opakovať svoj problém, a zároveň ochráni pacienta pred potenciálne škodlivými účinkami duplicitných procesov a polyfarmácie.

Efektívny systém odosielania je prínosom aj pre zdravotníkov. Pri absencii systému odosielania by do nemocníc a k lekárom v sekundárnej sfére prichádzalo príliš veľa pacientov z vlastnej iniciatívy, čo by zaberalo kapacity potrebné na riešenie zložitých prípadov. Rodinní lekári by nenavštívili dosť detí (napríklad), čo by narúšalo ich schopnosť poskytovať efektívnu starostlivosť deťom mimo ordinačných hodín. Niekedy je prizvaný ďalší lekár, aby potvrdil alebo zamietol počiatočnú diagnózu.

Odosielanie sa často chápe ako lineárny proces, pri ktorom sa pacient presúva od jedného poskytovateľa k ďalšiemu. Tento model je najvhodnejší pre pacientov s novými (život neohrozujúcimi) zdravotnými ťažkosťami, ktoré pacientovi a poskytovateľovi starostlivosti možno nie sú jasné, a preto sa najlepšie vyriešia na úrovni primárnej starostlivosti. Zvyčajne len približne 10% týchto problémov si vyžaduje odoslanie k iným poskytovateľom. Vďaka rozvoju informačných technológií, odoslanie pacienta nemusí vždy znamenať aj jeho fyzický presun z jedného miesta alebo úrovne na ďalšie. Elektronický prenos informácií vrátane výsledkov diagnostických vyšetrení a testov umožňuje rozhodovanie na mieste.

Pre pacientov s chronickými ochoreniami a najmä pre pacientov s viacerými ochoreniami môže byť vhodnejší 'špirálový' model odosielania. Pacienti sa v rámci primárnej starostlivosti a medzi rôznymi úrovňami systému odosielajú na pokračujúcom základe. To si vyžaduje vyšší stupeň koordinácie, explicitné zadefinovanie povinností/zodpovednosti zaangažovaných poskytovateľov a dobrú informovanosť pacientov.

Prístup k sekundárnej starostlivosti je niekedy podmienený odoslaním. V takých prípadoch primárna starostlivosť plní úlohu 'vrátnika, ktorý filtruje a triedi'⁶, riadi pacientov vstup do zdravotného systému a predchádza využívaniu sekundárnej starostlivosti, ktorá nie je nevyhnutná, pričom preberá zodpovednosť nielen za poskytnutie starostlivosti, ale aj za koordináciu špecializovanej starostlivosti prostredníctvom odosielania. Gatekeeping (filtrovanie, triedenie) sa preto dá vnímať ako organizačný mechanizmus na podporu koordinovanej starostlivosti (Saltman et al 2006). Niekedy sa však využíva ako prostriedok na kontrolu nákladov, najmä tam, kde sú dlhé poradovníky na sekundárnu starostlivosť, a v takom prípade primárna starostlivosť môže spomaliť mieru odosielania, aby sa tak lepšie regulovali čakacie doby.

V európskych zdravotných systémoch sa vyžaduje odoslanie na prijatie do nemocnice, ale existujú štyri odlišné prístupy pri odosielaní k odbornému lekárovi:

- ľudia majú priamy prístup k odbornému lekárovi (napr. Česká republika, Luxembursko, Rakúsko)
- triedenie všeobecným lekárom (gatekeeping) sa nevynucuje, ale ľudia sú nabádaní, aby si zaobstarali výmenný lístok kurčiatým alebo všetkým odborným lekárom, pričom sa to uskutočňuje prostredníctvom finančných stimulov ako napr. (vyššie) poplatky pri priamej návšteve odborného lekára (napr. Belgicko, Nemecko, Írsko)
- VL plní funkciu „vrátnika“ (gatekeeper), ale ľudia majú priamy prístup k odborným lekárom ako gynekológovia, pediatri, otolaryngológovia (napr. Dánsko, Estónsko, Poľsko)
- pacienti musia mať výmenný lístok ku každému špecialistovi (napr. Chorvátsko, Holandsko, Španielsko, Slovinsko, Spojené kráľovstvo)

Niektoré krajiny nedávno prešli od prvého k druhému prístupu (Reibling a Wendt 2012). Každý z týchto prístupov umožňuje slobodnú voľbu poskytovateľa.

3.3.2. Aké sú charakteristiky efektívneho systému odosielania

Odchýlky medzi prístupom Európskych krajín k odosielaniu niekedy odrážajú historické a kultúrne rozdiely, ale môžu odrážať aj diskusie a neistotu ohľadom očakávaných prínosov a rizík spojených s odosielaním – najmä s triedením VL (gatekeepingom) (pozri Tab. 2) – a ako najlepšie zabezpečiť, že systémy odosielania budú účinné pri podporovaní kvality, efektívnosti a reagovania na potreby.

Miera odosielania sa výrazne líši medzi poskytovateľmi, a to nezávisle od organizácie zdravotného systému (Fleming 1993). Prvá štúdia, ktorá skúmala odosielanie z primárnej do sekundárnej starostlivosti v Európe zistila, že vyššie miery odosielania sú spojené s gatekeepingom, vysokou hustotou špecialistov a veľkou pracovnou záťažou všeobecných lekárov, zatiaľ čo nižšie miery odosielania boli spojené so silnými edukačnými programami pre všeobecných lekárov (Fleming 1993). Ďalšia štúdia zistila, že (čo vôbec neprekvapuje) vidiecki všeobecní lekári mali nižšiu mieru odosielania ako mestské všeobecní lekári (Zielinski et al 2008).

⁶ Princíp filtrovania/triedenia (gatekeeping) má svoj pôvod v teóriách o informačných kanáloch (prvýkrát ho rozvinul sociálny psychológ Kurt Lewin v r. 1943) a teraz sa najčastejšie používa v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou

Výskum ukazuje, že gatekeeping zo strany VL môže pomôcť zredukovať celkové náklady na zdravotný systém (Martin et al 1989, Franks et al 1992, Delnoij et al 2000, Schwenkglenks et al 2006). Nedávny systematický prehľad literatúry napr. ukázal, že gatekeeping sa spája s nižšou mierou využívania zdravotníckych služieb (kratšie hospitalizácie, menej príchodov do nemocnice, menej návštev na pohotovosti a nižšia miera využívania ambulantnej starostlivosti) a nižšie výdavky. Prehľad zistil, že medzi štúdiami boli podstatné odchýlky pokiaľ ide o smerovanie a veľkosť zmien vo využívaní a v nákladoch, ale niektoré štúdie nezistili žiaden rozdiel resp. žiadnu vyššiu mieru využívania (Garrido et al 2010). Prehľad tiež upozornil na obmedzenú kvalitu mnohých štúdií; len niekoľko z nich skúmalo vplyv redukcie využívania zdravotných služieb v dôsledku gatekeepingu na výsledky pacientov a neviedli k presvedčivým záverom.

Tieto zistenia mohli motivovať niektoré krajiny k zavedeniu finančných stimulov na povzbudenie pacientov, aby si zadovážili výmenný odporúčací lístok pre odborného lekára (pozri Rámik 1) – silnejúci trend v zdravotných systémoch EÚ v nedávnych rokoch (Reibling and Wendt 2012).

Rámik 1: Francúzsky systém 'preferovaných lekárov'

Od r. 2004 (Zákon o reforme zdravotného poistenia) všetci čo sú zdravotne poistení vo Francúzsku si musia zvoliť svojho 'preferovaného lekára' (*médecin traitant*). Priama návšteva u špecialistu stojí viac, ak pacient nemá odporúčenie od svojho *médecin traitant*. Táto forma mäkkého gate-keepingu bola vo všeobecnosti prijatá priaznivo, možno preto, že niektorí špecialisti boli vyňatí zo systému odosielenia. Napríklad psychiatri v prípade pacientov mladších ako 25 rokov, oční lekári, gynekológovia, stomatólogovia a pediatri. Schéma preferovaných lekárov zhruba zodpovedala existujúcim vzorcom dostupnosti. Skutočne, v r. 2006 až 92% pacientov, ktorí si zvolili preferovaného lekára, už mali tohto lekára ako svojho zvyčajného rodinného lekára. V r. 2007, po zavedení schémy, podiel pacientov, ktorí navštívili lekára mimo tohto vstupného systému bol v priemere 20% pre všetky kategórie špecialistov, zatiaľ čo tento podiel bol len 30% pred zavedením reformy. To znamená, že pred prijatím reformy, pacienti vo Francúzsku už dodržiavali určitú formu gate-keepingu napriek tomu, že mali veľkú mieru slobodného výberu. Napokon, slobodný výber lekára v skutočnosti nie je vôbec obmedzený, keďže pacienti si stále môžu vybrať, ku ktorému lekárovi pôjdu (bez ohľadu na to, či majú odporúčanie alebo nie) a veľmi ľahko môžu zmeniť svojho preferovaného lekára (vyplnia formulár u lekára, ktorého si zvolili).

Zdroj: Durand-Zaleski 2010

Nedávny výskum poukázal na potenciálne negatívny efekt gatekeepingu na kvalitu starostlivosti a zdravotné výsledky (Vedsted a Olesen 2011). Štúdia 19 európskych zdravotných systémov zistila, že gatekeeping sa spájal s nižšou mierou prežívania onkologických pacientov, možno z dôvodu oneskorenej diagnostiky rakoviny alebo oneskoreného následného sledovania. Iné výskumy otvorili otázku, či v niektorých krajinách VL rozpoznajú akútny stav u dieťaťa a odošlú ho urýchlene ďalej.

Tento výskum kladie širšie koncipované otázky k pozitívnym tvrdeniam predovšetkým o gatekeepingu a odosielení. Uvádza, že gatekeeping možno nepodporuje kvalitu a efektívnosť, ak sa poníma primárne ako nástroj na „krotenie“ nákladov a ak VL sám seba pokladá za osobu, ktorá prideluje starostlivosť (Vedsted a Olesen 2011). Ak majú systémy odosielenia prispieť k lepšej výkonnosti zdravotného systému, VL a ďalší budú

musieť ponímať svoju úlohu ako kontrolórov vstupu skôr ako poradnú funkciu a pomáhať pacientov navigovať v zdravotnom systéme. Cieľom gatekeepingu by malo byť nasmerovať pacientov k najvhodnejšej a nákladovo najefektívnejšej forme starostlivosti, a nie limitovať ich prístup k starostlivosti.

Table 2 Potenciálne prínosy a riziká gatekeepingu

	Prínosy	Riziká
Efektívnosť	Redukuje sa nepotrebné využívanie služieb (špecialistov)	Odpiera sa prístup k potrebným špecialistom; neredukuje objem služieb špecialistov, ale skôr zvyšuje
Náklady	Znižujú sa náklady	Neredukuje náklady; mierny nárast nákladov
Spokojnosť pacientov	Vysoká miera dôvery v VL	Pacienti majú pocit obmedzeného výberu
Kvalita	Kvalita sa zlepšuje koordináciou	V porovnaní so špecialistami, VL poskytujú menej kvalitnú starostlivosť pri danom zdravotnom probléme
Rovnosť	Zmenšujú sa nerovnosti; podporuje rozhodovanie u znevýhodnených osôb; redukuje nepotrebné	Nerovnosti pretrvávajú, lebo zvýhodnené skupiny vedú k väčšiemu tlaku na VL

Zdroj: Reibling a Wendt 2012, adaptované podľa Coulter 2010

Cochrane Collaboration zostavili systematický prehľad opatrení na zlepšenie odosielania ambulantných pacientov z primárnej starostlivosti do sekundárnej a zistili, že pasívna distribúcia materiálov s usmerneniami k odosielaniu nevedla k vyššej kvalite odosielania (Akbari et al 2011).⁷ Počet rigorózných hodnotení rôznych opatrení je síce malý, ale štúdiá ukazujú, že využívanie konzultácií (tzv. druhý názor) v rámci zariadenia a iné podporné na primárnej starostlivosti založené alternatívy odosielania ambulantných pacientov sú sľubné, a že zatiaľ čo finančné opatrenia môžu zmeniť mieru odosielania, ich efekt na kvalitu odosielania nie je zaručený. Autori zistili, že usmernenia k odosielaniu pacientov skôr budú účinné, ak:

- miestni poskytovatelia sekundárnej starostlivosti budú zapojení do aktivít na distribúciu usmernení
- používajú sa štruktúrované výmenné lístky
- manažment sekundárnej starostlivosti reaguje na zmeny správania u primárnej starostlivosti v dôsledku usmernení
- usmernenia reflektujú miestne podmienky a riešia miestne bariéry

Popri zostavovaní usmernení k odosielaniu na základe jasne definovaných a pacientmi odsúhlasených línií, ďalšie faktory na zlepšenie kvality odosielania sú:

- **klinické triedenie:** zabezpečenie klinického triedenia a prvého ošetrenia je súčasťou každého systému odosielania, aby pacienti boli nasmerovaní k najvhodnejšiemu zdravotníckemu pracovníkovi a na najvhodnejšie miesto (Scottish Executive Health Department Directorate of Delivery 2007)

⁷ Do prieskumu bolo zahrnutých 17 štúdií, 12 z nich bolo zo Spojeného kráľovstva

- **hodnotenie a spätná väzba:** hodnotenie vhodnosti odoslania v porovnaní so usmerneniami a informovanie zdravotníckych pracovníkov o prípadoch, kde odoslanie neplnilo kritériá prijatia
- **informačné systémy:** využívanie dobrých informačných systémov vrátane elektronického prenosu informácií o pacientovi medzi poskytovateľmi, aby ľudia nemuseli opakovane vysvetľovať svoju anamnézu a aby sa predchádzalo škodlivým a zbytočným vplyvom duplicitných úkonov a polyfarmácie (NHS Wales Informatics Service)
- **ľahko dostupná a kvalitná starostlivosť prvého kontaktu:** nadmerné využívanie pohotovostných služieb v niektorých krajinách sa dá vysvetliť problémami s dostupnosťou a kvalitou v iných častiach zdravotného systému. Tieto slabé stránky treba riešiť, aby pacient mohol využívať starostlivosť u najvhodnejšieho poskytovateľa a aby zdravotný systém neplytval zdrojmi
- **optimalizácia prepúšťania:** posilnenie potrebnej koordinácie na uľahčenie presunu pacienta z nemocnice do domáceho ošetrovania
- **systémy platieb poskytovateľom, ktoré sú v súlade s cieľmi zdravotného systému:** ako zdravotnícki pracovníci reagujú na finančné stimuly (Croxson 2001) a akým spôsobom sú platení a regulovaní – v primárnej aj sekundárnej starostlivosti – môže mať významný dopad na diagnostikovanie pacientov a ich odosielanie

3.3.3. Záver

Panel expertov má za to, že systémy odosielania vrátane gatekeepingu môžu mať výrazné výhody – uvedené vyššie. Nasledujúce faktory môžu prispievať k ich efektívnosti:

- silný a reagujúci vysokokvalitný systém primárnej starostlivosti, organizovaný v skupinových praxiach a zdravotných strediskách (s rôznymi špecialistami), so zoznamom pacientov na základe praxe a ponuka možnosti získať „druhý názor“ na úrovni primárnej starostlivosti.
- na osobu sústredený prístup, ktorý skúma potreby, očakávania a ciele pacienta, pričom využíva vhodné komunikačné zručnosti; toto zahŕňa určitú formu osobného vzťahu medzi VL/tímom primárnej starostlivosti a pacientom
- poskytovatelia primárnej starostlivosti majú včasný prístup k výsledkom medicínskeho zobrazovania a ďalších diagnostických vyšetrení a testov
- sekundárna starostlivosť reaguje promptne a koordinovaným spôsobom u pacientov, ktorí boli odoslaní z primárnej starostlivosti, s využitím urgentných zariadení pri podozrení na závažnú diagnózu (život ohrozujúci stav u detí, rakovina a pod.)
- manažovanie pacientov na základe princípu subsidiarity so zabezpečením následnej starostlivosti čo najefektívnejším spôsobom na úrovni primárnej starostlivosti s cieľom predchádzať dlhým čakacím dobám pre odoslaných pacientov

- zmena organizácie nemocnice, ktorá garantuje podporu pre primárnu starostlivosť, zameranú na potreby a ciele pacienta (napr. v prípade multimorbidity) a ktorá zabráňuje fragmentácii starostlivosti (Curry 2010).
- elektronické systémy odosielania na uľahčenie odosielania pacienta a zabezpečenie spätnej väzby a včasného zdieľania informácií

berie sa do úvahy interakcia medzi procesmi odosielania a platobnými systémami a zosúladujú sa stimuly (finančného aj nefinančného charakteru)

- rozvíjanie vodcovstva u zainteresovaných osôb, ktoré sa stávajú promotérmi zmeny (profesionáli, inštitúcie vzdelávania zdravotníkov, platitelia, zástupcovia občanov) s cieľom zmeniť spôsob myslenia a prax v zdravotníctve

3.3.4. Oblasti pre ďalší výskum

Ďalší výskum je potrebný na:

- identifikáciu najefektívnejších intervencií s cieľom zlepšiť vhodnosť odosielania pacientov vrátane nasledujúcich oblastí: na dôkazoch založené edukačné aktivity, štruktúrované hárky na manažment odosielania pacientov, elektronické odosielanie pacientov, zlepšovanie primárnej starostlivosti a konzultácií (tzv. druhý názor) v rámci zariadenia, užitočnosť systémov na podporu rozhodovania pri odosielaní pacientov, vplyv mechanizmov financovania na úrovni primárnej a sekundárnej starostlivosti na vzorce odosielania, účinky nástrojov zameraných na posilnenie pacientov v súvislosti s procesom odosielania
- preskúmanie vplyvu gatekeepingu na kvalitu starostlivosti a zdravotné výsledky

Rámik D: Zlepšovanie primárnej zdravotnej starostlivosti v Slovinsku

Reformy na zlepšenie zdravotného systému (2010 – 2020) sú zamerané najmä na prevenciu a primárnu starostlivosť. Hlavný cieľ je garantovať zdravie obyvateľov. Strategické cieľ je vybudovať flexibilný zdravotný systém, ktorý bude efektívne napĺňať potreby občanov prostredníctvom kvalitných a bezpečných služieb zdravotnej starostlivosti.

Okolo r. 1992, keď bola reforma zdravotníctva, primárna starostlivosť nebola prioritou. Organizačné a finančné zmeny viedli k väčšiemu dôrazu na sekundárnu starostlivosť vzhľadom na jej vysoké výdavky a dlhé čakacie doby. Je však dobre známe, že 85% medicínskych problémov pacientov sa dá riešiť na primárnej úrovni. Vtedy sú náklady výrazne nižšie ako na sekundárnej úrovni.

Aktuálne reformy sú založené na tzv. národnej pyramíde s tromi úrovňami: široko dostupnou úrovňou primárnej starostlivosti, ktorá plní funkciu filtrovania (gatekeepingu) vstupu do systému zdravotnej starostlivosti; sekundárnou úrovňou, kam sa pacient odosiela na špecializovanú liečbu; a terciárnou úrovňou, ktorá má na starosti profesionálne napredovanie a rozvoj zdravotnej starostlivosti.

Na primárnej úrovni verejné inštitúcie boli vzájomne prepojené a zabezpečovali určité funkcie na jednom mieste napr. zriadením stredísk centrálnej urgentnej medicíny a vytvorením sietí napr. Primárna zdravotná starostlivosť Gorenjska. Pacientom to garantuje lepší prístup k službám zdravotnej starostlivosti (napr. rádiológia a laboratória), pričom liečba je efektívnejšia a kvalitnejšia. Zmeny môžu viesť k potenciálnej redukcii nemedicínskeho personálu, čo umožní vyššiu dostupnosť medicínskeho personálu. Nedostatok dostupných služieb primárnej starostlivosti napr. vo vidieckych oblastiach sa rieši podporou zakladania praxe na vidieku alebo finančnými stimulmi na podporu poskytovania verejných služieb.

Ďalšia iniciatíva je zameraná na reorganizáciu praxí v primárnej starostlivosti. Vytvorili sa školiace praxe, kde sa školia lekári v odbore rodinnej medicíny, ktorí budú poskytovať starostlivosť vlastným kmeňovým pacientom vo vlastných priestoroch s podporou sestry. Lekár sa školí pod dohľadom školiteľa a keď ukončí výcvik, bude pripravený nový tím primárnej starostlivosti, ktorý sa vytvorí s alokáciou finančných prostriedkov potrebných na garantovanie plynulého poskytovania služieb.

Pracovné metódy školiacej praxe budú podobné metódam 'referenčnej praxe' lekárov, ktorí pôsobia vo verejnom sektore a sú odborníci na vysokej úrovni. Poskytujú širokú škálu služieb definovaným skupinám pacientov, s dôrazom na integrovanú starostlivosť, uplatňovanie protokolov pri liečbe chronických pacientov, s dôrazom na prevenciu, ukazovatele kvality a efektívne využívanie laboratórnych služieb. Tieto praxe primárnej starostlivosti, s lekárom a sestrou, zabezpečujú optimálne poskytovanie služieb a umožňujú výkon širokej škály klinických úkonov na primárnej úrovni, a tak zvyšujú kvalitu, bezpečnosť a nákladovú účinnosť liečby pacientov.

Potom ako Projektová rada Ministerstva zdravotníctva prijala strategický dokument a akčný plán, postupne sa začal realizovať systém školiacich a referenčných praxí a nový systém medicínskeho výcviku. Ku koncu r. 2011 bolo takmer 15% praxí primárnej starostlivosti konfigurovaných týmto spôsobom. Počiatočný úspech možno pripísať najmä jasnej vízii rozvoja a projektu stratégie a realizácie akčného plánu. Ciele boli verejne odprezentované všetkým zainteresovaným stranám a projekt mal vynikajúcu podporu zo strany médií. Teraz je však urgentne potrebné vyhodnotiť proces realizácie a pokrok.

RÁMIK E: Fínsko: Zákon o zdravotnej starostlivosti z r. 2010

Od roku 1972 primárnu starostlivosť organizovali obce, ktoré mali približne 160 miestnych zdravotných stredísk (ktoré môžu pôsobiť na viacerých miestach). V posledných rokoch boli v mnohých lokalitách problémy so zabezpečením prístupu k lekárovi a pacienti museli dosť dlho čakať. Preto sa prijali zmeny v legislatíve a v r. 2010 bol prijatý nový Zákon o zdravotnej starostlivosti (1326/2010). Hlavné ciele nového zákona sú podporiť orientáciu klientov v systéme služieb, zlepšiť kvalitu a zvýšiť bezpečnosť pre pacientov, podporovať zdravie, zmenšiť regionálne rozdiely v oblasti zdravia a kontrolovať rast výdavkov na zdravotnú starostlivosť.

Zákon definuje primárnu starostlivosť takto: Primárnu starostlivosť tvoria služby verejného zdravotníctva poskytované prostredníctvom miestnych orgánov, podpora zdravia a súvisiace návštevy lekára a zdravotné vyšetrenia, starostlivosť o orálne zdravie, medicínska rehabilitácia, pracovná zdravotná starostlivosť, environmentálna zdravotná starostlivosť, ako aj urgentná medicínska starostlivosť, ambulantná starostlivosť, domáce ošetrovateľstvo, nemocničná starostlivosť v domácom prostredí a nemocničná starostlivosť, služby v oblasti duševného zdravia, služby v oblasti zneužívania návykových látok tam, kde ich nezabezpečujú sociálne služby alebo špecializovaná medicínska starostlivosť.

Služby primárnej starostlivosti v zdravotnom stredisku vo Fínsku zahŕňajú: návšteva lekára u pacientov, ktorí ochoreli a za účelom liečby chronických ochorení – pacienti môžu byť odoslaní na ďalšie vyšetrenia; často na oddelenia pre pacientov, ktorí potrebujú ošetrovateľskú starostlivosť; poradenstvo v oblasti zdravia vrátane výchovy k zdraviu, antikoncepcná poradňa, starostlivosť o matku a dieťa a medicínske vyšetrenia; skrining a očkovanie; služby v oblasti orálneho zdravia; zdravotná starostlivosť pre školy a študentov; služby v oblasti duševného zdravia; urgentné ošetrenie, urgentné prípady, ktoré riešia aj nemocnice; domáca starostlivosť.

Zákon upravuje spoločné povinnosti na zabezpečenie zdrojov pre primárnu starostlivosť. Každá obec musí prideliť dostatok prostriedkov na podporu zdravia a blaha a pre služby zdravotnej starostlivosti. Na zabezpečenie požadovaných služieb zdravotnej starostlivosti každá obec alebo nemocničný distrikt spoločného obecného zriadenia musí zamestnávať adekvátny počet zdravotníckych pracovníkov.

Definícia podpory zdravia v novom zákone je široko koncipovaná. Patria do nej aktivity pre jednotlivcov, populáciu, obce, a životné prostredie z pohľadu zachovania a zlepšovania zdravia, pracovnej a funkčnej schopnosti, ovplyvňovanie určujúcich faktorov zdravia, prevencia chorôb, úrazov a ďalších zdravotných problémov, upevňovanie duševného zdravia, znižovanie zdravotných nerovností medzi rôznymi skupinami populácie ako aj systematické zameriavanie zdrojov na podporu zlepšenia verejného zdravia.

Zákon kladie veľký dôraz na rovnosť. Obecné orgány a spoločné orgány nemocničného distriktu musia zabezpečiť prístupnosť a všeobecnú dostupnosť služieb zdravotnej starostlivosti obyvateľom oblasti, za ktorú sú zodpovedné.

Základom poskytovania služieb zdravotnej starostlivosti je jednotný dokument o medicínskej a dentálnej starostlivosti Ministerstva sociálnych vecí a Národného ústavu pre blaho a zdravie. Príslušné úrady musia monitorovať situáciu a sledovať či sa dosahujú jednotné štandardy v ich príslušnej oblasti.

3.4. Financovanie primárnej starostlivosti

Táto časť sa venuje financovaniu primárnej starostlivosti so zameraním na to ako politika financovania môže ovplyvňovať výkon primárnej starostlivosti vo všeobecnosti a najmä aký má dopad na koordináciu v rámci primárnej starostlivosti a medzi primárnou starostlivosťou a ďalšími formami zdravotnej starostlivosti. Venuje sa trom hlavným otázkam: zabezpečenie adekvátnej úrovne financovania primárnej starostlivosti; zabezpečenie spravodlivého prístupu k primárnej starostlivosti; a platby poskytovateľom na podporu efektívnosti a kvality poskytovania primárnej starostlivosti vrátane koordinácie starostlivosti. V nasledujúcich podkapitolách sa venujeme týmto otázkam samostatne, ale treba poznamenať, že navzájom úzko súvisia. V závere kapitoly uvádzame oblasti, ktoré si vyžadujú ďalší výskum.

3.4.1. Zabezpečenie adekvátnej úrovne financovania primárnej starostlivosti

Zdravotné systémy, aby v čo najväčšom rozsahu naplnili ciele v rámci možností krajiny, musia byť adekvátne financované (WHO 2008). Tiež potrebujú možnosti na čo najlepšie využitie dostupných zdrojov (efektívnosť). Adekvátne financovanie primárnej starostlivosti závisí od procesu pridelovania verejných prostriedkov na úrovni štátu (veľkosť štátneho rozpočtu pre zdravotníctvo vrátane príjmov z príspevkov na sociálne poistenie) a od intersektorálneho rozdelenia zdrojov (zdroje alokované pre primárnu starostlivosť v porovnaní s ostatnými sektormi).

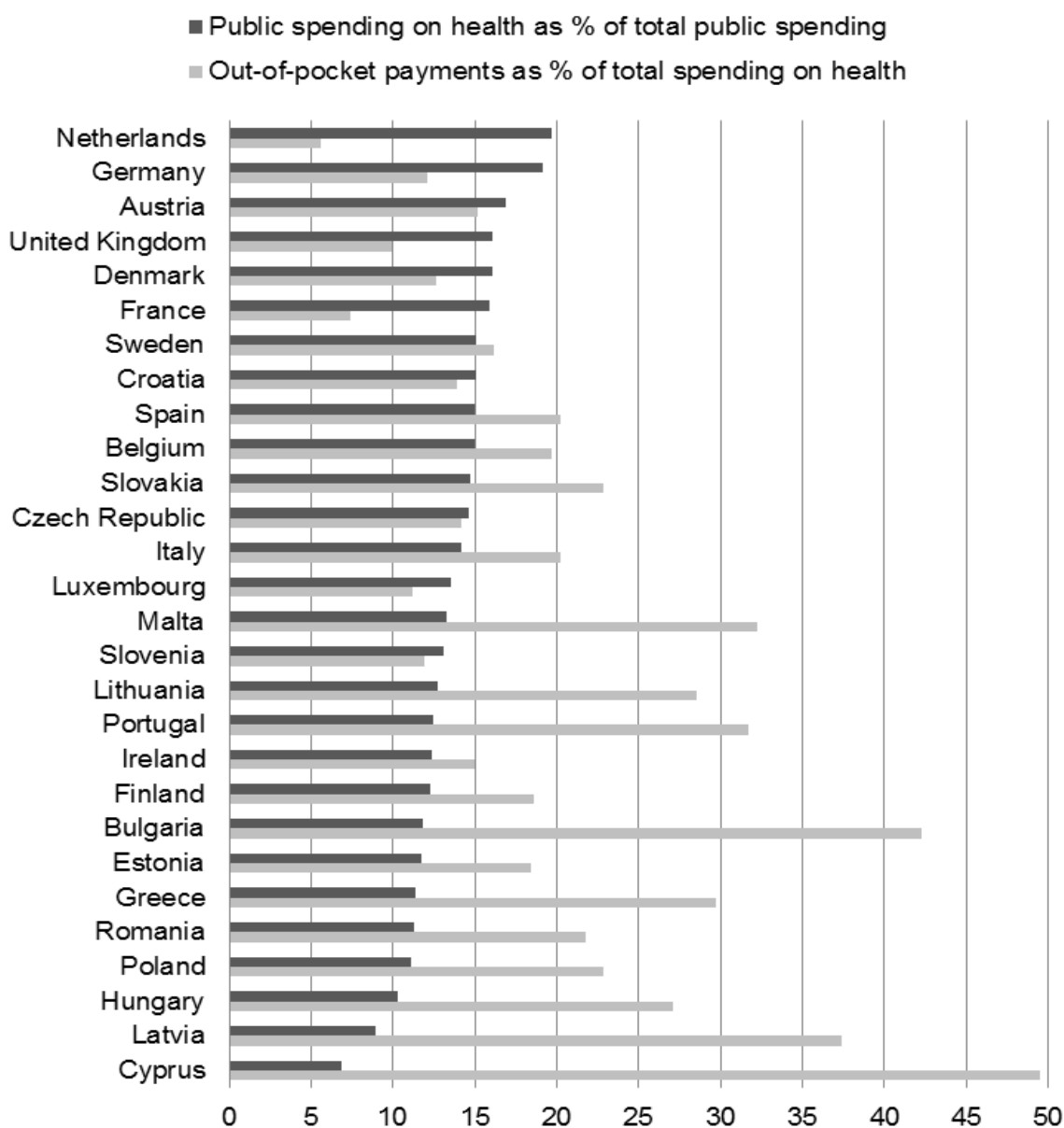
Výdavky na zdravotný systém

Absolútna čiastka na zdravotníctvo na národnej úrovni závisí od príjmov krajiny (HDP) a fiškálneho kontextu (veľkosť štátneho rozpočtu meraná ako podiel z HDP). Bohatšie krajiny vynakladajú viac na obyvateľa ako chudobnejšie krajiny, ale otázka do akej miery príjmy na národnej úrovni „ťahajú“ rast výdavkov na zdravotný systém je predmetom diskusií (De la Maisonneuve a Oliveira Martins 2013).

Keďže HDP a veľkosť štátneho rozpočtu sa nedajú priamo spájať s nástrojmi zdravotnej politiky, relevantnejším ukazovateľom politiky financovania zdravotníctva je podiel verejných výdavkov alokovaných zdravotníctvu. Priorita alebo záväzok pre zdravotníctvo v rámci procesov verejného rozpočtovania⁸ ovplyvňuje úroveň verejných výdavkov na zdravotníctvo, a to zas ovplyvňuje mieru úhrad pacientov na zdravie z ich vlastného vrecka. Krajiny s podobným fiškálnym priestorom môžu do zdravotníctva alokovať veľmi rozdielne podiely verejných výdavkov. Obr. 2 ukazuje rozdiely medzi krajinami EÚ v tejto oblasti. Obr. tiež ukazuje, že krajiny, ktoré do zdravotníctva alokujú menej, zvyčajne majú vyššie platby od pacientov. V nasledujúcej časti dokumentu sa venujeme dopadom týchto skutočností.

⁸ Sem patria rozhodnutia o výške príspevkov na sociálne poistenie alebo poistné pri povinnom zdravotnom poistení, ktoré sa v národných účtoch pre zdravotníctvo počítajú ako verejné výdavky.

Obr. 2 Verejné výdavky na zdravotníctvo vyjadrené ako podiel (%) z verejných výdavkov (čierna) a výdavky, ktoré uhrádza pacient ako podiel (%) z celkových výdavkov na zdravotníctvo (sivá), EU28, 2012



Zdroj: WHO Global Health Expenditure Database 2014

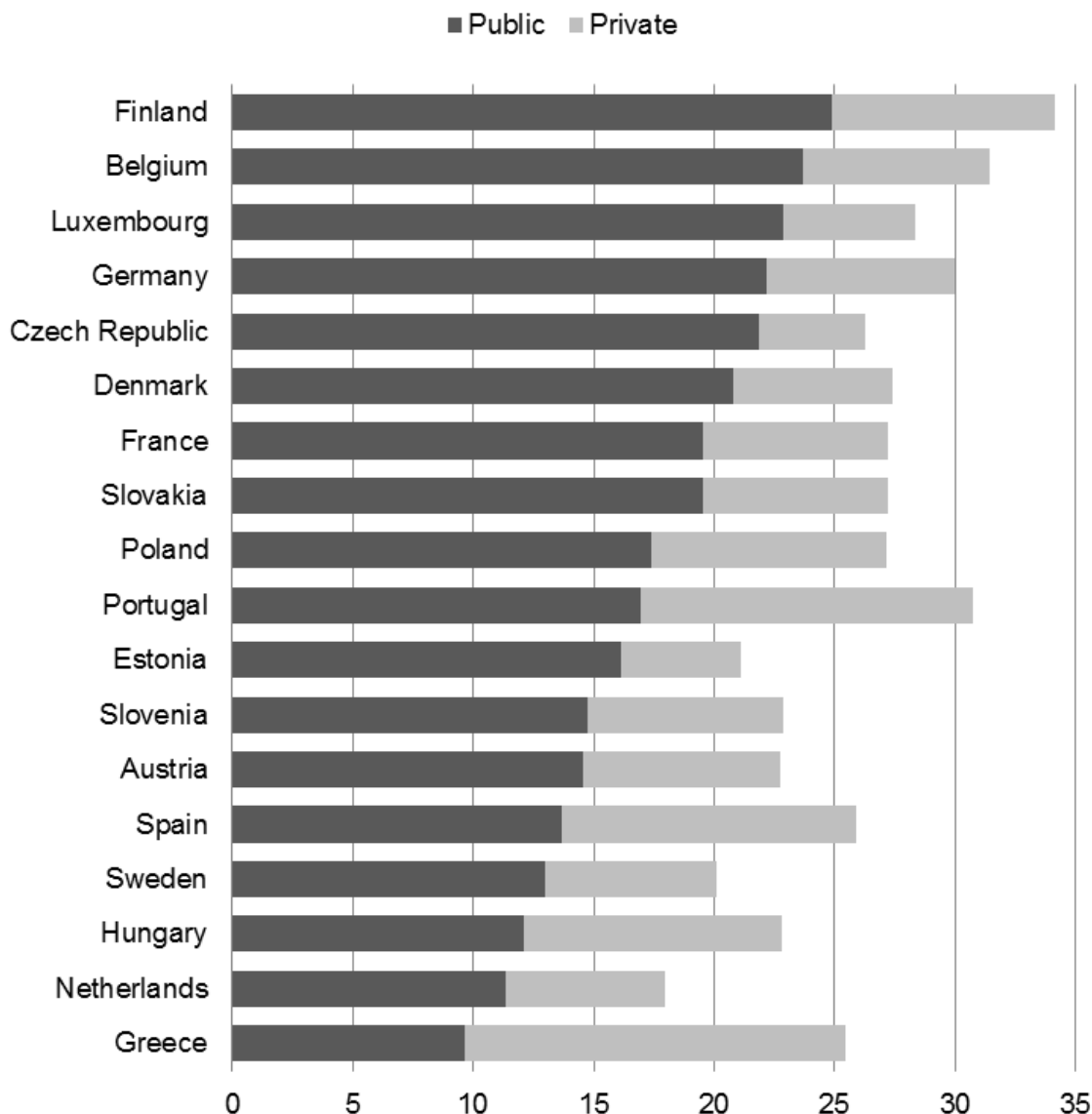
Prostriedky vynaložené na primárnu starostlivosť

Keď sa stanoví celková úroveň verejných výdavkov na zdravotníctvo, vstúpi do hry relatívny podiel alokovaný primárnej starostlivosti verzus iné sektory. Nedávny výskum ukázal, že silnejšie systémy primárnej starostlivosti (pozri definíciu 3.1.1) sa spájajú s vyššou úrovňou celkových výdavkov na zdravotníctvo, ale tieto komplexnejšie systémy primárnej starostlivosti sa spájajú s pomalším rastom výdavkov (Kringos et al 2013).

Výdavky na primárnu starostlivosť v jednotlivých krajinách sa ťažko porovnávajú, pretože neexistuje jednotná definícia a medzi štruktúrami a organizáciou primárnej starostlivosti jednotlivých krajín sú podstatné rozdiely. Obr. 3 ukazuje ako sa líšia verejné a súkromné výdavky na 'ambulantnú starostlivosť' vyjadrené ako podiel na celkových výdavkoch na zdravie. Tieto komparatívne údaje však treba interpretovať obozretne, keďže v mnohých krajinách ambulantná starostlivosť zahŕňa primárnu starostlivosť aj sekundárnu

starostlivosť v ambulanciách odborných lekárov. Sú krajiny s relatívne vysokými celkovými výdavkami na ambulantnú starostlivosť, ktoré sa však vo výraznej miere spoliehajú na privátne financovanie (napr. Portugalsko, Španielsko, Maďarsko a Grécko).

Obr. 3 Verejné (čierna) a súkromné (sivá) výdavky na ambulantnú starostlivosť ako podiel (%) celkových výdavkov na zdravotníctvo, krajiny EÚ OECD, 2011



Zdroj: OECD Health Data 2014

Pozn.: Nie sú k dispozícii údaje za Írsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo

Rozhodnutia o alokácii zdrojov do jednotlivých sektorov v rámci zdravotného systému by mali zohľadňovať čo je vhodné z hľadiska nákladovo efektívneho a na pacienta orientovaného poskytovania starostlivosti. Kde existujú liečebné alternatívy alebo služba sa dá poskytnúť v rôznych prostrediach, je osobitne dôležité zvážiť efektívnosť vynakladaných nákladov, aby sa s dostupnými zdrojmi dalo dosiahnuť viac.

Existujú silné argumenty týkajúce sa kvality a efektívnosti v prospech poskytovania starostlivosti v prostredí, ktoré je bližšie k domovu pacienta, v praxi však mnohé krajiny bojujú, aby starostlivosť dostali von z nemocníc, najmä tam, kde chýba potrebná komunitná infraštruktúra (Royal College of Nursing 2013). Investovanie do primárnej

starostlivosti a ďalších komunitných služieb preto podľa všetkého bude predpokladom na presun starostlivosti von z nemocníc, v konečnom dôsledku s cieľom zlepšiť efektívnosť poskytovania služieb. Medzi ďalšie predpoklady môžeme zahrnúť zmeny v mixe zručností zdravotníkov a prispôsobenie odbornej prípravy, aby zodpovedala novým úlohám, aby sestry a ďalší pracovníci mohli plniť kompetentnejšie úlohy, aby sa zvýšila orientácia na komunitu (Frenk et al 2010) a zmenil spôsob myslenia v prospech spolupráce. To by malo pomôcť zabezpečiť zručnosti u zdravotníkov potrebné na riešenie širokej škály zdravotných problémov.

Krajiny EÚ prijali rôzne stratégie na stanovenie priorít vo financovaní primárnej starostlivosti vrátane zodpovednosti poskytovateľov primárnej starostlivosti pri nákupe služieb špecialistov (Figueras et al 2005, Saltman et al 2006). Výsledky veľkej škály spôsobov nákupu primárnej starostlivosti v rámci Národnej zdravotnej služby v Anglicku vykazujú zmiešaný efekt, s určitým zlepšením pri rozšírení rozsahu služieb primárnej starostlivosti, ale otvorili aj otázky o konflikte záujmov a iných aspektoch zodpovednosti.

V nedávnej minulosti, ako reakcia na fiškálne obmedzenia zintenzívnené hospodárskou krízou, boli prijaté stratégie na ochranu výdavkov v primárnej sfére, ktoré zahŕňajú snahu znižovať rozpočet alebo ceny u nemocníc a liekov, pričom rozpočty na primárnu starostlivosť ostali nedotknuté; stratégie na ochranu alebo zvyšovanie plátov pracovníkov primárnej sféry; a účelové viazanie daní pre programy verejného zdravotníctva realizované v primárnej starostlivosti (Thomson et al 2014 v tlači).

3.4.2. Zabezpečenie spravodlivej dostupnosti primárnej starostlivosti

Zabezpečiť dostatok peňazí v zdravotnom systéme na poskytovanie kvalitnej primárnej starostlivosti je prvý významný krok, ale príjmy treba zvyšovať, prideľovať a vynakladať tak, aby celá populácia mala prístup k potrebným a efektívnym službám bez toho, aby narážala na finančné alebo iné bariéry. Prakticky to znamená mať na zreteli spravodlivosť vo financovaní, finančnú ochranu a spravodlivosť pri využívaní služieb (splnomocnenec pre spravodlivú dostupnosť). Zdravotnícke služby by mali byť pre pacientov dostupné, bez toho, aby im spôsobovali finančné ťažkosti a s pacientmi by sa malo zaobchádzať podľa ich potrieb v oblasti starostlivosti.

Spravodlivosť vo financovaní a finančná ochrana

Analýza zloženia a úrovne výdavkov na zdravie medzi krajinami ukazuje dve veci. Za prvé, mechanizmy financovania sa líšia pokiaľ ide o finančnú záťaž u bohatších a chudobnejších domácností.⁹ Priame dane (napr. z príjmu) a príspevky sociálneho poistenia sú zvyčajne oveľa 'progresívnejšie' ako nepriame dane (napr. DPH) a priame platby od pacientov, priame platby od pacientov sú zvyčajne vysoko 'regresívne' (Wagstaff and van Doorslaer 1999). Otázka, či sa progresívne rozloženie považuje za spravodlivejšie ako proporcionálne rozloženie sa líši medzi krajinami, ale všetky krajiny môžu podporovať spravodlivosť vo financovaní tým, že sa budú menej spoliehať na priame platby od pacientov.

⁹ Progresívne rozloženie bremena financovania znamená, že bohatší vynakladajú väčší podiel príjmu na zdravie ako chudobní. Proporcionálne rozloženie znamená, že domácnosti vynakladajú rovnaký podiel a regresívne rozloženie znamená, že chudobní vynaložia väčší podiel svojho príjmu na zdravie ako bohatí.

Za druhé, úroveň priamych platieb od pacientov úzko súvisí aj s finančnou ochranou. Vo všeobecnosti platí, že akonáhle úroveň priamych platieb od pacientov je nižšia ako 20% celkových výdavkov na zdravie, incidencia ľudí prežívajúcich finančné ťažkosti pri prístupe k službám sa významne znižuje (Xu et al 2007). V krajinách EÚ, kde podľa medzinárodných štandardov je úroveň priamych platieb od pacientov relatívne nízka (Obr. 3), systémy sociálnej ochrany sú relatívne silné, tvorcovia politiky by popri podiele priamych platieb od pacientov na výdavkoch na zdravie, mali zvážiť štruktúru priamych platieb od pacientov a nastavenie politiky užívateľských poplatkov (pozri ďalej).

Zabezpečiť, aby všetci obyvatelia mali prístup ku komplexnému rozsahu služieb primárnej starostlivosti bez prežívania finančných ťažkostí je kriticky dôležité pre podporu finančnej ochrany a spravodlivej dostupnosti. Je to mimoriadne dôležité aj pre podporu efektívnosti v poskytovaní služieb. Ak primárna starostlivosť nie je ľahko dostupná, ľudia budú návštevu u lekára buď odkladať, čo znamená, že keď sa napokon obrátia na zdravotný systém, ich ochorenie možno bude pokročilejšie a jeho liečba bude drahšia, alebo budú nútení využiť drahšie formy starostlivosti ako napr. pohotovosť. V oboch prípadoch výsledok bude pravdepodobne neefektívny.

Aká je úloha užívateľských poplatkov?

Väčšina krajín EÚ zabezpečuje všeobecný prístup k primerane komplexnému košu služieb primárnej starostlivosti. Na rozdiel od pokrytia populácie a služieb, politika užívateľských poplatkov sa výrazne líši medzi jednotlivými krajinami. Približne polovica všetkých krajín EÚ neberie od pacientov poplatky za návštevu na úrovni primárnej starostlivosti financovanej z verejných zdrojov¹⁰, ale takmer všetky krajiny spoplatňujú lieky na predpis pre ambulantných pacientov.¹¹ Výsledok je, že v mnohých krajinách náklady jednotlivca na predpísané lieky predstavujú relatívne veľký podiel na katastrofálnych priamych platbách od pacientov predovšetkým u chudobnejších obyvateľov (Kronenberg 2014; Vörk 2009).

Pri zdôvodňovaní uplatňovania užívateľských poplatkov sa zvyčajne uvádzajú nasledujúce dôvody: viac prostriedkov pre zdravotný systém, redukovanie 'nie nevyhnutných' požiadaviek na zdravotnícke služby alebo smerovanie ľudí k nákladovo efektívnejším službám alebo spôsobom využitia služieb (tzv. 'na hodnote založené' užívateľské poplatky. Vo všeobecnosti je ich schopnosť podporovať ciele zdravotného systému limitovaná. Pokiaľ sa využívajú ako prostriedok na zvýšenie príjmov, sú nespravodlivé a neefektívne v porovnaní so združeným financovaním. Ak sa využívajú ako prostriedok na zmiernenie dopytu, limituje ich skutočnosť, že nemajú selektívny efekt medzi nevyhnutným a nepotrebným ošetrovaním alebo liečbou.

Konzistentné dôkazy ukazujú, že ľudia nerozlišujú ktoré zdravotnícke služby alebo predpísané lieky sú podstatné a ktoré nie, a preto užívateľské poplatky redukujú využívanie zdravotníckych služieb s nízkou hodnotou a vysokou hodnotou takmer rovnakou mierou (Newhouse et al 1993, Swartz 2010). V konečnom dôsledku, plošné uplatňovanie užívateľských poplatkov skôr odradí ľudí od využitia náležitej starostlivosti aj vtedy, keď poplatky sú nízke a sú zavedené ochranné mechanizmy. To podkopáva finančnú ochranu a môže mať negatívny vplyv na zdravie (Chernew and Newhouse 2008).

¹⁰ Z verejných zdrojov financované návštevy v rámci primárnej starostlivosti sú zdarma v Dánsku, Estónsku, Nemecku, Grécku, Maďarsku, Írsku, Taliansku, Litve, Malte, Holandsku, Poľsku, Rumunsku, Slovensku, Španielsku a Spojenom kráľovstve.

¹¹ Výnimkou je Holandsko, ktoré má systém referenčných cien pre predpisovanie liekov ambulantným pacientom, takže pacienti platia len ak použijú liek, ktorého cena je vyššia ako referenčná cena.

Navyše, uplatňovanie užívateľských poplatkov pri relatívne nákladovo efektívnom využití ako získanie liekov na predpis u ambulantných pacientov, poukazuje na posun k využitiu možnosti tam, kde poplatky nie sú, čo je ale často oveľa drahšie, napr. nemocničná alebo urgentná starostlivosť (Tamblyn et al 2001). Celkove existuje málo dôkazov, že užívateľské poplatky vedú k náležitému využívaniu alebo k dlhodobej kontrole nákladov alebo úspešne ohraničujú verejné výdavky na zdravotnú starostlivosť.

Užívateľské poplatky by mohli potenciálne prispieť k lepšej efektívnosti využívania zdravotníckych služieb, ak by sa uplatňovali selektívne na základe hodnoty. Prístup založený na hodnote by odstránil finančné bariéry od nákladovo efektívnej zdravotnej starostlivosti, čo by bol jasný signál pre pacientov a poskytovateľov, a tak by stimuly pre pacientov a poskytovateľov boli zosúladené (Chernew et al 2007). Taký prístup však nie je všeliek a je nanajvýš pravdepodobné, že by bol užitočný v prípade, že keď užívateľské poplatky sa používajú v širokom meradle a existujú jasné dôkazy o hodnote a zameraní sa na poskytovateľov je politicky nepriechodné (Thomson et al 2013).

Z pohľadu politiky je závažná otázka, či sú poplatky účinné pri riešení prípadov 'nie nevyhnutných' požiadaviek alebo nevhodného použitia, majú osobitne na zreteli, že väčšinu prípadov využitia služby iniciujú poskytovatelia. Aby sa zabránilo nespravodlivej penalizácii pacientov za rozhodnutia o liečbe, ktoré robí poskytovateľ, užívateľské poplatky, ak by sa vôbec uplatňovali, by sa mali využívať zriedkavo a mali by ich sprevádzať opatrenia na zabezpečenie náležitej preskripcie a starostlivosti. Takmer vo všetkých prípadoch zameranie na poskytovateľa sprevádzané vhodnými stimulmi by bolo účinnejšie ako zameriavanie sa na pacienta.

Tam, kde sa uplatňujú užívateľské poplatky, dôkazy podčiarkujú význam zavedenia adekvátnych ochranných mechanizmov, aby váha finančného bremena čo najmenej zaťažovala ľudí z nízkymi príjmami a ľudí, ktorí pravidelne využívajú zdravotnú starostlivosť. Na zabezpečenie určitého stupňa finančnej ochrany je tiež vhodné stanoviť maximálny (peňažný) limit pre pacientov, ktorý by platil pre danú službu alebo na určené obdobie. Krajiny EÚ ako Rakúsko a Nemecko začínajú zavádzať maximálne limity stanovené ako podiel z príjmu, čo môže mať lepší ochranný efekt ako paušálne limity.

Nakoniec treba poznamenať, že nepriame náklady pre pacientov pri využívaní služieb, napr. platby za dopravu alebo „cena“ za uvoľnenie z práce za účelom návštevy lekára, môžu byť podstatné a môžu podkopávať dostupnosť a finančnú ochranu.

Alokácia finančných zdrojov nákupcom

Spôsob akým sa verejné príjmy pre zdravotníctvo alokujú nákupcom má veľký vplyv na spravodlivosť v dostupnosti zdravotníckych služieb vrátane služieb primárnej starostlivosti. Procesy alokácie zdrojov z 'národnej' na 'nižšie' úrovne je kriticky dôležitý. Prerozdelenie sa môže diať na geograficky alebo inak vymedzené subjekty nižšej úrovne vrátane regiónov a zdravotných poisťovní. V tejto súvislosti je dôležité podľa rizík upravené pridelovanie zdrojov, aby odrážalo potreby v oblasti zdravia, aby viac zdrojov smerovalo do oblastí alebo subjektom, ktoré slúžia ľuďom s väčšími potrebami v oblasti zdravia. Keď súťažiace subjekty ako zdravotné poisťovne nesú finančné riziko, nevyhnutných predpokladom dobre fungujúceho systému regulovanej súťaže sú robustné úpravy odrážajúce riziko (Van de Ven and Schut 2009). Dôkazy v prospech pridelovania zdrojov upraveného podľa rizika sú silné, ale akýkoľvek proces, ktorým sa prerozdeľuje z jednej oblasti do inej alebo od jedného subjektu k inému nevyhnutne podlieha spolitizovaniu, a preto sa v praxi ťažko uplatňuje.

Dôkazy nespravodlivého prístupu k primárnej starostlivosti a súvisiace prekážky

Tab. 3 ukazuje ako sa krajiny odlišujú pokiaľ ide o dostupnosť starostlivosti u odborných lekárov a VL. V každej krajine EÚ je pre ľudí starostlivosť u všeobecného lekára dostupnejšia ako u odborného lekára. Potvrďuje to ďalší výskum, kde v krajinách OECD lepšie situovaní ľudia skôr pôjdu k odbornému lekárovi a zubárovi, pôjdu na skrining rakoviny krčka maternice a prsníkov ako chudobnejší. Návštevy u VL sú rovnomernejšie rozložené naprieč príjmovými skupinami (OECD Health Working Paper 2012). Autori výskumu OECD tiež zdôrazňujú významný vplyv politiky financovania na spravodlivosť pri využívaní zdravotníckych služieb, ale uvádzajú tiež, že niektoré nerovnosti vo využívaní zdravotníckych služieb sa nedajú vysvetliť finančnými prekážkami.

Tab. 3 Podiel (%) jednotlivcov, ktorí v prieskume uviedli, že zdravotná starostlivosť je pre nich (finančne) nedostupná, podľa typu starostlivosti, EÚ28, 2007

Medicínski odborníci alebo chirurgovia		Rodinní lekári alebo VL	
PT	78	EL	43
EL	71	CY	39
CY	66	PT	37
BG	63	IE	33
RO	60	RO	24
FI	59	HU	18
HR	56	FI	17
MT	54	HR	17
IE	53	IT	16
IT	49	SI	16
FR	48	BG	16
HU	45	BE	14
LT	40	SK	14
AT	39	EU27	11
SI	39	DE	10
BE	38	LT	10
EE	37	MT	9
EU27	35	FR	8
PL	31	AT	8
DE	28	PL	8
LV	25	ES	7
SK	24	NL	6
ES	22	EE	6
NL	21	CZ	5
CZ	15	LV	5
LU	14	LU	4
UK	13	SE	4
DK	7	UK	4
SE	7	DK	1

Zdroj: Európska komisia (2007)

3.4.3. Platby poskytovateľom na podporu efektívnosti a kvality poskytovania primárnej starostlivosti vrátane finančných stimulov na zlepšenie koordinácie starostlivosti

Ciele platieb pre poskytovateľov a limity metód 'čistých' platieb

Prostredie, v ktorom poskytovateľ pracuje a spôsob ako je platený môže mať veľký vplyv na pridelovanie zdrojov v zdravotnom systéme a na kvalitu, objem a cenu zdravotníckych služieb (Ellis and Miller 2009; Langenbrunner et al 2009). Teoreticky by metódy platieb pre poskytovateľov mali spĺňať širokú škálu cieľov týkajúcich sa kvality, reagovania na potreby, zlepšenia zdravia, efektívnosti a nákladov, ako sú uvedené v rámci 2. V praxi neexistuje metóda, ktorá by sama osebe dokázala dosiahnuť všetky tieto ciele - každá metóda má výhody aj nevýhody (Barnum et al 1995) a, čo je dôležité, žiadna sama osebe nevedie k zlepšeniu kvality starostlivosti. Zatiaľ čo poplatok za službu, v porovnaní s platom a kapitáciou nabáda k aktivite, zároveň povzbudzuje nadmerné liečenie.

Rámik 2 Kritériá(Check list) pre navrhovanie efektívnych systémov platieb poskytovateľom

- Umožňovať a nabádať poskytovateľov, aby poskytovali akceptované postupy starostlivosti pacientom vo vysokej kvalite, efektívne a so zameraním na osobu
- Podporovať a povzbudzovať poskytovateľov, aby prijali aj ďalšie opatrenia, ktoré vedú k lepšej efektívnosti, kvalite, lepším výsledkom pre pacienta a nižším nákladom
- Nepodporovať a neodmeňovať nadmerné liečenie, používanie zbytočne drahých služieb, nepotrebnú hospitalizáciu alebo opakovanú hospitalizáciu, poskytovanie služieb so slabými výsledkami u pacienta, neefektívne poskytovanie služieb, voľby služieb citlivých na preferencie, ktoré nie sú v súlade so želaniami pacienta
- Neodmeňovať nedostatočné liečenie pacientov, vylúčenie pacientov vo vážnom stave alebo s viacerými rizikovými faktormi, pochybenia poskytovateľa, nepriaznivé udalosti
- Brať poskytovateľov na zodpovednosť za kvalitu a náklady, na ktoré majú dosah, ale nie za kvalitu a náklady, na ktoré nemajú dosah
- Podporovať a povzbudzovať koordináciu starostlivosti medzi viacerými poskytovateľmi a odrádzať poskytovateľov od presúvania nákladov na iných poskytovateľov bez výslovnej dohody o takých presunoch
- Povzbudzovať pacientov k voľbám, ktoré zlepšia dodržiavanie odporúčaných procesov starostlivosti, zlepšia výsledky a znížia náklady na starostlivosť
- Neodmeňovať krátkodobé zníženie nákladov na úkor dlhodobiejšieho zníženia nákladov a nezvyšovať nepriame platby s cieľom znížiť priame náklady
- Nepovzbudzovať poskytovateľov k redukovaniu nákladov pre jedného nákupcu zvýšením nákladov pre iných nákupcov, pokiaľ zmeny platby viac nezosúladia s nákladmi pre obidvoch/všetkých platiteľov

Zdroj: Miller 2007 ako je citovaný v Langenbrunner et al 2009

Úprava metód platenia, aby lepšie zodpovedali cieľom zdravotného systému

Keďže čisté metódy platieb obsahujú protichodné stimuly na produktivitu a kontrolu nákladov a zriedka nabádajú ku kvalite, mnohé krajiny ich upravili tak, aby sa pomocou nich skôr dali dosiahnuť želané výsledky. Úpravy môžu obsahovať úpravu kapitácie tak, aby zohľadňovali riziká u pacienta, spájanie platobných metód (Robinson 2001) a oddeľovanie (unbundling) alebo neoddeľovanie (bundling) platieb (Tab. 4), pričom všetky majú za cieľ naprávať nežiaduce stimuly. Krajiny napríklad čoraz viac používajú v primárnej starostlivosti platbu za službu spolu s kapitáciou, aby tak podporili poskytovanie prevencie alebo návštev doma.

Tab. 5 ponúka prehľad zmien v platbách VL vo vybraných krajinách Európy. Medzi krajinami existuje veľa rozdielov medzi platbami pre poskytovateľov, ale zreteľný trend je upúšťanie od preplácania nákladov, ktoré poskytovateľ mal pri poskytnutí služby a smerovanie k výhľadovo stanoveným platbám, ktoré odrážajú skôr výstupy ako vstupy.

Tab. 4 Spektrum metód neoddelených vs oddelených platieb pre poskytovateľa

Neoddelené				Oddelené		
Globálny rozpočet alebo plat	Kapitácia	Za obdobie	Za cestu pacienta	Za prípad, diagnózu alebo procedúr	Za deň	Poplatok za službu
Pravidelná úhrnná čiastka nezávisle od počtu pacientov	Pravidelná úhrnná čiastka za prihláseného pacienta za rozsah služieb	Pravidelná úhrnná čiastka za pacienta s diagnózou alebo konkrétneho ochorenia	Úhrnná čiastka pre všetky služby požadované pre definovanú cestu v starostlivosti	Platba za prípad na základe zoskupenia pacientov s podobnými diagnózami /procedúrami alebo	Platba za deň pobytu v nemocnici alebo inom zariadení	Poplatok za každý systém služieb a kontakt s pacientom

Zdroj: Charlesworth et al 2012

Tab. 5 Platenie všeobecných lekárov vo vybraných krajinách Európy, 2010

	Plat	Poplatok za službu	Kapitácia	Platby na základe výkonov	Platba za integrovanú starostlivosť	Iné
Belgicko		Yes	Yes		Yes	
Dánsko		Yes	Yes		Yes**	
Fínsko	Yes	Yes	Yes			
Francúzsko		Yes	Yes	Yes		
Nemecko		Yes			Yes*	
Holandsko	**	Yes	Yes		Yes*	Yes
Švédsko	Yes					
UK (Anglicko)	**		Yes	Yes		

Zdroj: Kroneman et al 2013

Poznámky: Text kurzívou: typ odmeňovania je v krajine nový; podčiarknutý text: typ odmeňovania sa od r. 2000 zmenil; * relatívne nové a nepredstavuje významný podiel na celkových príjmoch; ** v Holandsku 7-12% VL sú platení zamestnanci so samostatnou praxou; v UK podiel platených VL vzrástol z 10% vr.2004 na 19% v r. 2008

RÁMIK F: Neoddelené platby v Holandsku

V r. 2010 Holandsko zaviedlo systém neoddelených platieb za rôzne chronické choroby s cieľom zlepšiť poskytovanie integrovanej starostlivosti. Podľa dosiahnutých dlhodobých výsledkov by to mohlo byť východiskovým bodom na budúce zavedenie podľa rizík upravených, integrovaných kapitačných platieb za multidisciplinárne skupiny starostlivosti, ktoré ponúkajú primárnu starostlivosť a špecializovanú starostlivosť definovaným skupinám pacientov (De Bakker et al 2012).

Zavedenie systému ´neoddelených´ platieb prispelo k vytváraniu skupín starostlivosti pre konkrétne chronické choroby ako napr. starostlivosť pri cukrovke, starostlivosť pri chronickej obštrukčnej chorobe pľúc a manažovanie cievnych rizík. Skupiny starostlivosti (často ich vedie výlučne všeobecný lekár) sa starajú o organizovanie, koordináciu a poskytovanie starostlivosti v rámci programov starostlivosti, ktoré majú nakontrahované vo fonde zdravotného poistenia (RIVM 2012).

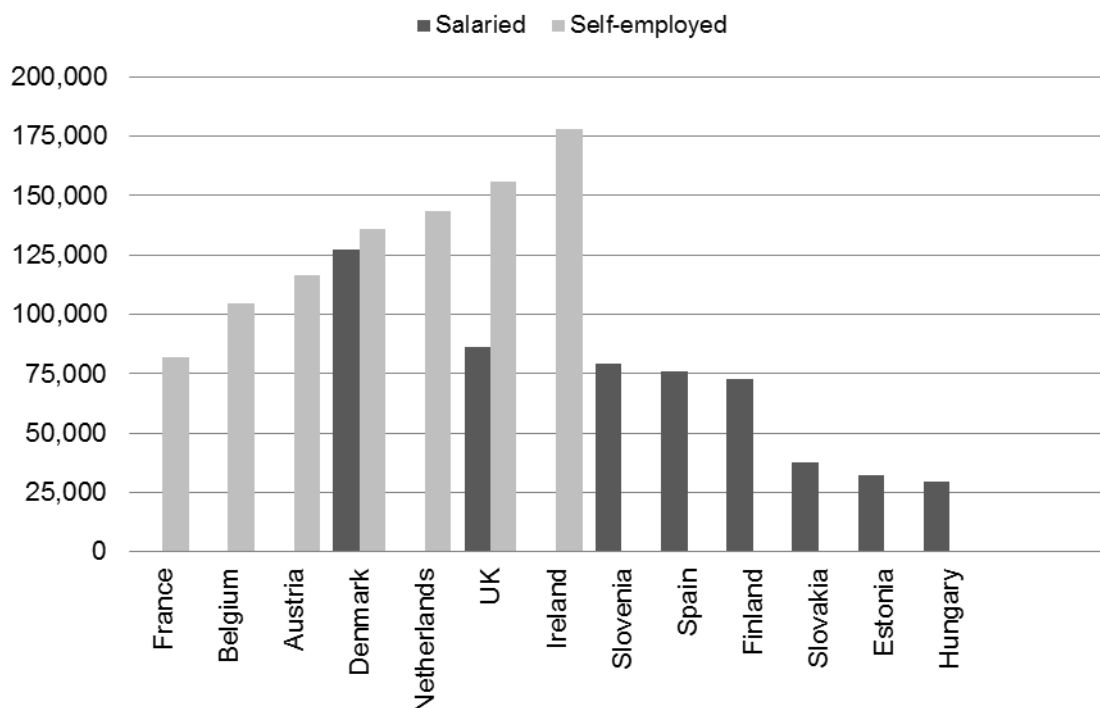
Poistovne zmluvnému subjektu (´skupina starostlivosti´) platia jeden poplatok, ktorý má pokryť všetky potreby pacientov s dotknutými chronickými ochoreniami na úrovni primárnej starostlivosti. Skupina starostlivosti má zmluvy so subdodávateľmi – všeobecnými lekármi, odbornými lekármi, sestrami a inými odborníkmi. Približne 78% VL v Holandsku je začlenených do skupín starostlivosti (van Til 2010).

Nedávne hodnotenia (napr. De Bakker et al 2012) preukázali existenciu pozitívnych aj negatívnych vplyvov systému neoddelených platieb. Na jednej strane prvé výsledky naznačujú, že systém vedie k organizácii a koordinácii starostlivosti. Ukazuje sa, že vedie aj k lepšiemu dodržiavaniu protokolov starostlivosti a k lepšej spolupráci medzi zdravotníkmi. Negatívum je administratívna záťaž v dôsledku neaktuálnych informácií a zastaraných systémov komunikačných technológií. Medzi skupinami starostlivosti sa zistili aj cenové rozdiely, ktoré boli podľa všetkého spôsobené rozdielmi v objeme poskytnutej starostlivosti. Navyše, dominancia všeobecných lekárov v skupinách starostlivosti sa nevníma ako pozitívny výsledok. Na komplexné zhodnotenie realizácie systému však treba viac času. Je ešte príliš skoro na vyvodzovanie záverov o dopade na kvalitu starostlivosti, náklady alebo zdravotné výsledky.

Novší trend je platbu zakladať na diagnóze a previazať ju s poskytovaním starostlivosti počas špecifikovanej doby, aby sa tak podporovalo poskytovanie starostlivosti, ktorá bude medzi poskytovateľmi a sektormi koordinovaná.

Obr. 4 ukazuje rozdiely v príjmoch VL medzi krajinami EÚ a vnútri krajín v závislosti na metóde platieb. Tieto údaje boli upravené, aby boli porovnateľnejšie, a preto ich treba interpretovať s obozretnosťou. V Rakúsku, Dánsku, Holandsku, Spojenom kráľovstve a Írsku je príjem samostatne zárobkovo činného VL približne trikrát vyšší ako priemerná mzda, zatiaľ čo vo Francúzsku a Belgicku je to približne dvojnásobok.

Obr. 4 Ročná odmena VL vo vybraných krajinách EÚ (US\$ PPP), 2011



(Salaried = plat; Self-employed = samostatne zárobkovo činný)

Zdroj: OECD Health Data 2014

Pozn.: Uvádza len krajiny EU OECD, ku ktorým boli dostupné údaje; PPP = parita kúpnej sily

Väčšina inovácií u platieb popísaných v tejto časti má spoločnú vlastnosť, a síce že sú to poplatky za (očakávané) výstupy, nie za výsledky. Uvažuje sa, že platby za výsledky by boli vhodnejší spôsob na zabezpečenie cieľov zdravotného systému.

Naviazanie platby pre poskytovateľa na výkon

Platba za výkon sama osebe nie je metódou, ale prístupom, ktorý sa uplatňuje na spresnenie tradičných metód platieb. Dá sa definovať ako: 'Úprava metód platieb pre poskytovateľov tak, aby boli zahrnuté konkrétne stimuly a metrika za výslovným účelom podpory kvality a ďalších cieľov výkonu zdravotného systému' (Cashin et al 2014 v tlači: 6). Medzi krajinami sú výrazné rozdiely vo veľkosti bonusových platieb za výkon (P4P bonus payments). Ich príspevok k odmeňovaniu v Európe sa pohybuje v rozpätí od 1% po 25%, hoci vysoký podiel je oveľa menej častý ako malý podiel (Cashin et al 2014 in press).

Dôkazový materiál k platbám za výkon je fragmentovaný a nevedie k jasným záverom čiastočne preto, že programy platieb za výkon sa často implementujú bez adekvátneho monitorovania a vyhodnotenia, hodnotiace metódy boli limitované, publikované štúdie sa zvyčajne zameriavali na zúžené aspekty výkonu a programy neboli zasadené do kontextu (Cashin et al 2014 v tlači). Vo všeobecnosti dôkazy nepreukazujú 'zlom' v zlepšovaní kvality a otvárajú sa otázky ohľadom veľkosti a dopadov nezamýšľaných dôsledkov, aspekty naprojektovania programu a jeho implementácie, ktoré môžu byť spojené s efektívnosťou a nákladovou účinnosťou programov (Cashin et al 2014 v tlači, Christianson et al 2007, Eijkenaar 2011, Frolich et al 2007, Damberg et al 2009, Guthrie et al 2010, Van Herck et al 2010).

Existujú výskumy, ktoré dospeli k záveru, že sekundárny efekt programov platieb za výkon možno je ich najdôležitejší prínos; to znamená, ich schopnosť upevniť širšie iniciatívy zamerané na výkon prostredníctvom lepšieho zberu a využívania dát, rýchlejšie zavádzanie IT, vývoj nástrojov na zlepšovanie kvality ako pomôcky pre rozhodovanie vo forme usmernení, ostrejšie zameranie na priority, lepšie celkové spravovanie a zodpovednosť (Damberg et al 2009, Van Herck et al 2010).

Toto zistenie, spolu s dôkazmi o negatívnych, nezamýšľaných dôsledkoch, naznačuje, že opatrenia v oblasti výkonu a platby vo forme stimulov by mali byť skôr podporným, a nie hlavným nástrojom (Cashin et al 2014 v tlači). Posilňovaním dátových systémov a slučiek spätnej väzby, posilňovaním kultúry zodpovednosti, programy platieb za výkon môžu pomôcť zaviesť a udržiavať cyklus zlepšovania výkonov v zdravotnom systéme. Takým spôsobom môžu umožniť posun smerom k systémom platieb pre poskytovateľov, ktoré lepšie definujú výstup (napr. špecifikovaním kontinuity starostlivosti, zvládania choroby a klinické usmernenia) a robia poskytovateľa zodpovedným nielen za objem, ale aj za procesy a výsledky.

Rámik 3 Faktory prispievajúce k efektívnosti programov platieb za výkon, aspekty programu a jeho implementácie, ktoré oslabujú stimuly

Faktory, ktoré prispievajú k efektívnosti:

- Programy sú najúčinnnejšie, keď sú zosúladené so stratégiami a premostujú ich, v súlade s cieľmi a klinickými smernicami, ktoré zainteresované strany akceptujú.
- Programy sú úspešnejšie, keď je stimul zaintegrován do platobného systému a dopĺňa ho.
- Programy sú účinnejšie, keď sú zamerané na konkrétne problémy výkonu, ktorých zlepšenie si vyžaduje široko koncipovaný prístup.
- Štruktúra poskytovania služby je dôležitá v zmysle toho, či poskytovatelia môžu alebo nemôžu reagovať na stimuly a či na ne reagujú alebo nereagujú, pričom programy zvyčajne majú tendenciu favorizovať väčších, skôr mestských poskytovateľov.

Čomu sa vyhýbať:

- Zložitá a netransparentná štruktúra programu
- Selektívna participácia v doménach programu
- Špecifické stimuly na zlepšenie organizácie poskytovania služby, keďže tieto zvyčajne nie sú podložené dôkazmi a často kladú ďalšiu administratívnu záťaž na poskytovateľov. Priama podpora investovania (napr.) do IT môže byť efektívnejšia.

Zdroj: Cashin et al 2014 v tlači

Faktory na zváženie pri uplatnení finančných stimulov na podporu koordinovanej starostlivosti

Lepšia výkonnosť jednej časti zdravotného systému bude účinná skôr, ak proces bude čerpať informácie z celkového pohľadu systému. Zmena spôsobu platieb pre poskytovateľov

starostlivosti možno nebude stačiť na stimulovanie zlepšenia výkonnosti, najmä ak ide o koordináciu starostlivosti. Preto je dôležité, aby finančné stimuly boli zosúladené naprieč celým systémom vrátane nemocníc a nákupcov.

V určitých podmienkach sa platby za výkon javia sľubne, ale ešte sú len v začiatkoch, a preto potrebujeme viac informácií o kľúčových aspektoch nastavenia politiky. V kontexte koordinácie starostlivosti a väčšej úlohy tímovej práce, úloha stimulov pre jednotlivcov verzus stimulov pre tímy je osobitne dôležitá otázka.

Neexistuje ideálna metóda platieb pre poskytovateľov. Efektívnosť akéhokoľvek systému bude ovplyvňovať kontext a všetky platobné systémy treba pozorne monitorovať a vyhodnocovať (Langenbrunner et al 2009). Aby finančné stimuly zlepšili kvalitu starostlivosti, museli by byť súčasťou komplexného prístupu.

3.4.4. Oblasti ďalšieho výskumu

- Výdavky na primárnu starostlivosť sa odhadujú a medzi krajinami porovnávajú len ťažko, pretože neexistuje jednotná definícia služieb a poskytovateľov v primárnej starostlivosti. Sú krajiny, ktoré našli spôsob ako zadefinovať služby a náklady primárnej starostlivosti, je potrebný komparatívny výskum, aby sme lepšie pochopili rozdiely medzi krajinami EÚ.
- Literatúra konzistentne uvádza, že metódy kombinovaných platieb sú lepšie ako metódy čistých platieb. Ale nemáme dostatočné vedomosti o optimálnych kombináciách platobných systémov. V tejto oblasti je potrebný viac štruktúrovaný výskum.
- Optimálne zmeny metód platenia budú závisieť od východísk: financovania a organizácie zdravotného systému, jeho problémov, jeho cieľov. Reformy by v plnej miere mali odrážať kontext a brať ho do úvahy.
- Odmeňovanie poskytovateľov v jednotlivých krajinách sa ťažko porovnáva. V tejto oblasti sú potrebné lepšie metódy.
- Mnohé platobné systémy majú ambíciu zlepšiť výkon konkrétneho typu starostlivosti (nemocničná starostlivosť, starostlivosť VL). Treba však lepšie pochopiť interakciu medzi rôznymi sektormi zdravotného systému a brať ich do úvahy pri reforme platieb poskytovateľom, najmä ak cieľ reformy je zlepšiť koordináciu starostlivosti.
- Systémy poskytovania služieb musia byť dostatočne flexibilné a napĺňať rôzne potreby rôznych ľudí v rôznom čase – systém „na jedno kopyto“ nevyhovuje všetkým pacientom, ba ani všetkým potrebám len jedného pacienta. Reformy platieb pre poskytovateľov by mali tým počítať.
- Finančné stimuly nie sú jediným nástrojom a musia ich sprevádzať aj iné nástroje, ak sa má zabezpečiť poskytovanie starostlivosti v súlade s cieľmi zdravotného systému.

- Platby pre poskytovateľov si vyžadujú neustále monitorovanie a hodnotenie, ale hodnotiace metódy sú často limitované a nezachytávajú dôležité dimenzie (vrátane kontextu).
- Pri efektívnom využití programy platieb za výkon môžu byť dôležitým nástrojom dobrého spravovania a katalyzátorom zlepšovania výkonnosti zdravotných systémov. Otázka je veľkosť a dopady nezamýšľaných dôsledkov; aspekty nastavenia a implementácie programu môžu byť spojené s efektívnosťou; a nákladovou efektívnosťou programov.
- Keďže pacient je v centre zdravotného systému a primárnej starostlivosti, potrebujeme rozsiahlejší výskum zameraný na odosielanie a efektívne informačné toky smerom do a od sekundárnej starostlivosti.
- Aký typ nákupu by bol najvhodnejší na zabezpečenie koordinovanej starostlivosti?
- Aký typ platieb pre poskytovateľov by najviac podporoval resp. motivoval poskytovanie starostlivosti na tímovom základe? Aký je najvhodnejší mix zručností?
- Vieme vypracovať ukazovatele kvality primárnej starostlivosti na úrovni EÚ?

RÁMIK G: Odmeňovanie VL v Španielsku

Primárna zdravotná starostlivosť v Španielsku je definovaná ako dostupná a komplexná služba. Plní aj úlohu gatekeepingu (filtrovanía/triedenia) a odosielania k iným službám. Je organizovaná vo forme zdravotníckych tímov. Zdravotnícky tím tvoria: VL, pediatri a sestry, ale môžu v ňom byť aj fyzioterapeuti, zubári, pôrodné asistentky a ďalšie profesie. V každom okrese sú dobre vybavené strediská primárnej starostlivosti, ktoré slúžia populácii približne 30 000 obyvateľov. O každom pacientovi sa vedú elektronické klinické záznamy. Vo väčšine regiónov je zavedená aj elektronická preskripcia. Regionálne zdravotné strediská sú zodpovedné za plánovanie a manažment zdravotnej starostlivosti a za výber, kontrahovanie a odmeňovanie zdravotníckych pracovníkov.

Od r. 1960 štandardný model platieb pre VL v španielskom zdravotnom systéme bol založený na kapitácii (80% príjmu) a plate (20%). V r. 1985-1990 sa tento mix zmenil: 20% kapitácia, 70-78% plat a 2-10% platba za výkon. Tento model funguje s menšími obmenami v rôznych regiónoch dodnes.

Platba za výkon sa zaviedla v bývalom Národnom ústave zdravia v r. 1987, a to s rôznymi výsledkami (Lamata et al 1990). Jeden z problémov bol výber a meranie cieľov a výsledkov. Ďalší problém bolo rozdelenie stimulov medzi tímom a jednotlivcom. A tretí problém bolo rozhodnutie akú váhu bude mať tento typ odmeňovania v porovnaní s inými formami. Proces zmeny kultúry bol tiež nevyhnutný.

V súčasnosti regionálne zdravotné služby každý rok vyjednávajú s tímami primárnej zdravotníckej služby a stanovujú ciele (napr. programy alebo aktivity na podporu zdravia, kontrolu a liečbu chronických ochorení, prevenciu ochorení, školiace aktivity, koordinácia s ďalšími špecialistami, aktivity na školách alebo v rezidenčných domovoch, používanie generík, poradovníky, kvalita elektronických klinických záznamov, spokojnosť pacientov a pod.). Manažéri používajú súbor ukazovateľov, informujú lekárov o ich prograse a zakladajú platby na výsledkoch. Zdravotníci sa zvyčajne zúčastňujú na práci tímov, ktoré hodnotia výkon.



3.5. Závěry a odporúčania

1. **Definícia primárnej starostlivosti:** Panel expertov definuje primárnu starostlivosť ako poskytovanie všeobecne dostupných, integrovaných, na osobu sústredených, komplexných zdravotníckych a komunitných služieb, ktoré poskytuje tím profesionálov zodpovedných za riešenie prevažnej väčšiny zdravotných potrieb jednotlivca. Tieto služby sa poskytujú prostredníctvom udržiavaného partnerstva s pacientmi a neformálnymi opatrovateľmi v prostredí rodiny a komunity a hrajú ústrednú úlohu pri celkovej koordinácii a kontinuite starostlivosti o človeka.

Profesionáli pôsobiaci v tímoch primárnej starostlivosti – popri iných – sú: zubári, dietológovia, všeobecní lekári/rodinní lekári, sestry, pracovní terapeuti, optometrici, farmaceuti, fyzioterapeuti, psychológovia a sociálni pracovníci.

2. **Dôvody na posilnenie primárnej starostlivosti:** Primárna starostlivosť reaguje na výzvy, pred ktorými stoja zdravotné systémy: demografický a epidemiologický posun k chronickým ochoreniam a multimorbidite; pacienti sú aktívni partneri, ktorí sa kriticky pozerajú na kvalitu služieb; narastanie sociálnych nerovností v oblasti zdravia; zvyšovanie zložitosti zdravotnej starostlivosti, ktorá si vyžaduje integráciu v rámci zdravotnej starostlivosti a s ďalšími sektormi (napr. sociálny sektor, práca, školstvo, životné prostredie); nové potreby a prístupy v kontinuite starostlivosti; a kontinuálna adaptácia na zmeny v globalizovanom svete.

Panel expertov nachádza dostatočné dôkazy na podporu tvrdenia, že silné systémy primárnej starostlivosti prispievajú k spravodlivosti a lepším výsledkom v oblasti zdravia. Ďalšie posilňovanie primárnej starostlivosti tým, že sa stane preferovaným miestom kontaktu pre prevažnú väčšinu zdravotných potrieb tým, že zabezpečí komplexnú, koordinovanú a na osobu zameranú starostlivosť, zlepší jej efektívnosť pri uskutočňovaní týchto cieľov.

3. **Systémy odosielania a gatekeeping(filtrovanie/triedenie):** Panel expertov zdôrazňuje význam využívania primárnej starostlivosti ako preferovaného vstupného miesta do zdravotného systému. Efektívne systémy odosielania si vyžadujú viac ako len filtrovanie a triedenie. Cieľom filtrovania by malo byť nasmerovať pacientov k najvhodnejším a nákladovo najefektívnejším formám starostlivosti, a nie limitovať prístup k starostlivosti. Nové technológie umožňujú zintegrovat špecializovanú odbornosť do primárnej starostlivosti bez toho, aby bolo treba pacientov fyzicky presúvať z jedného miesta na druhé. Pri starostlivosti o chronicky chorých sa môže vyžadovať 'špirálový prístup', v ktorom sa kombinuje horizontálne a vertikálne odosielanie. Osobitnú pozornosť treba venovať starostlivosti v prípade urgentných stavov.

Panel expertov sa nazdáva, že systémy odosielania vrátane filtrovania majú výrazné výhody. Nasledujúce faktory môžu prispieť k ich efektívnosti:

- silný a reagujúci vysokokvalitný systém primárnej starostlivosti, organizovaný vo forme skupinových praxí a zdravotných stredísk (s viacerými profesiami), so zoznamami pacientov prislúchajúcich danej praxi a s možnosťou získať tzv. druhý názor na úrovni primárnej starostlivosti

- na osobu zameraný prístup, ktorý skúma potreby, očakávania a ciele pacienta, uplatňujú sa vhodné komunikačné zručnosti a kontinuálny osobný vzťah medzi tímom primárnej starostlivosti a pacientom (napr. prostredníctvom patientskeho zoznamu)
- poskytovatelia primárnej starostlivosti majú včasný prístup k výsledkom medicínskeho zobrazovania a iných diagnostických vyšetrení a testov
- sekundárna starostlivosť reaguje promptne a koordinovaným spôsobom akonáhle bol pacient odoslaný z primárnej úrovne, pričom sa využívajú zrýchlené postupy ak je podozrenie na závažnú diagnózu (život ohrozujúci stav u detí, rakovina a pod.)
- manažment pacientov založený na maximálnom uplatňovaní princípu subsidiarity zabezpečuje následné sledovanie a starostlivosť pokiaľ je to možné a efektívne na primárnej úrovni, aby sa predchádzalo dlhým čakacím lehotám pre odoslaných pacientov
- procesy odosielania sa čo najviac zlepšujú prostredníctvom elektronických postupov
- zohľadňuje sa interakcia medzi postupmi odosielania a platobnými systémami a zosúladujú sa stimuly (finančného aj nefinančného charakteru).

4. **Financovanie primárnej starostlivosti:** Panel expertov odporúča, aby členské štáty zabezpečili adekvátnu úroveň financovania pre primárnu starostlivosť, podporovali spravodlivý prístup k primárnej starostlivosti a jej dostupnosť, zabezpečili stimuly pre efektívnosť a kvalitu v poskytovaní primárnej starostlivosti vrátane koordinácie starostlivosti. Oblasť, ktoré si vyžadujú pozornosť na úrovni politiky zahŕňajú: podiel verejných výdavkov alokovaných sektoru zdravotníctva v krajinách, kde tento podiel je nízky; metódy na alokáciu zdrojov v rámci zdravotných systémov naprieč rôznymi sektormi zdravotnej starostlivosti a naprieč geografickými oblasťami; obyvateľstvo a úroveň pokrytia službami; úloha užívateľských poplatkov; reforma platieb pre poskytovateľov.

Podpora finančnej ochrany, spravodlivosť v dostupnosti a efektívnosť poskytovania služieb je nevyhnutná na zabezpečenie dostupného rozsahu komplexných služieb primárnej starostlivosti bez toho, aby to pacientom spôsobilo finančné ťažkosti. Panel expertov uvádza, že pokiaľ ide o politiku užívateľských poplatkov a jej nastavenie, medzi krajinami sú podstatné rozdiely. Vzhľadom na nedostatok dôkazov, ktoré by preukázali, že užívateľské poplatky vedú k náležitejšiemu využívaniu alebo k dlhodobej kontrole nákladov, a vzhľadom na skutočnosť, že poskytovatelia majú významnú úlohu pri iniciovaní využitia a preskripcii liekov, panel expertov zdôrazňuje, že tam, kde sa uplatňujú užívateľské poplatky, tvorcovia politiky by mali zabezpečiť, že tieto užívateľské poplatky nebudú vytvárať alebo zhoršovať finančné bariéry v dostupnosti efektívnych služieb a predovšetkým budú chrániť ľudí s nízkym príjmom a tých, čo zdravotnú starostlivosť využívajú pravidelne. Vo všeobecnosti by krajiny mali uskutočňovať lepšie monitorovanie vplyvov užívateľských poplatkov na finančnú ochranu, spravodlivosť, rovnosť, efektívnosť a výsledky.

Panel expertov identifikoval trend smerujúci k systémom kombinovaných platieb pre poskytovateľov v primárnej starostlivosti, pričom sa často kombinuje podľa rizík upravená kapitácia s určitým preplácaním poplatku za služby. Nedávno krajiny

zaviedli programy súvisiace s výkonmi, ktoré majú za cieľ zlepšiť kvalitu starostlivosti. Tieto programy môžu pomôcť vytvoriť a udržať opatrenia na zlepšenie výkonu, ale najefektívnejšie sú vtedy, keď sú zosúladené s premostňujúcimi stratégiami a upevňujú ich, zosúladené s cieľmi a klinickými smernicami, ktoré akceptovali všetci zainteresovaní; keď sú finančné stimuly zaintegrované do príslušného platobného systému a dopĺňajú ho; keď sú zacielené na špecifické problémy výkonu, ktorých zlepšenie si vyžaduje prístupy na širokom základe. Panel expertov upozorňuje, že sa nedá očakávať, že samotné finančné stimuly posunú správanie poskytovateľov správnym smerom, a preto ich musia sprevádzať ďalšie nástroje vrátane monitorovania a spätnej väzby.

5. **Výskumné témy:** Panel expertov identifikoval nasledujúce výskumné témy ako priority, ktoré podopierajú rozvoj primárnej starostlivosti v EÚ.

A. Všeobecné výskumné témy

- úloha a zloženie tímov s rôznymi profesiami
- zavádzanie a vplyv e-zdravotníctva a m-zdravotníctva na kvalitu a výsledky
- nové formy diagnostických vyšetrení/testov (HTA) a ich využitie u poskytovateľov primárnej starostlivosti
- preskúmať vhodné spôsoby posilňovania orientácie na osobu, integrovania cieľov jednotlivca a zlepšenia komplexnosti, integrovania zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti
- úloha a miesto neformálnej starostlivosti v zabezpečovaní (primárnej) starostlivosti v EÚ, najmä v súvislosti so starnúcou populáciou ako aj výskum spôsobov ako podporovať neformálnych opatrovateľov a ako monitorovať ich zdravie a blaho
- výcvik zdravotníckych profesionálov tak, aby nadobudli potrebný mix zručností na poskytovanie služieb v komunite
- porovnanie služieb primárnej a komunitnej starostlivosti v EÚ s cieľom lepšie pochopiť a rozširovať správnu prax medzi členskými štátmi

B. Výskumné témy súvisiace s odosielaním a financovaním

- Ťažko sa dajú odhadnúť a porovnať výdavky na primárnu starostlivosť medzi krajinami EÚ vzhľadom na absenciu jednotnej definície služieb a poskytovateľov zapojených do primárnej starostlivosti. Zatiaľ čo existujú krajiny, ktoré našli spôsob ako zadefinovať ich služby primárnej starostlivosti a náklady na ne, je potrebný komparatívny výskum, aby sme lepšie pochopili rozdiely medzi krajinami EÚ.
- Ako systémy primárnej starostlivosti reagujú na epidemiologické posuny smerom k multimorbidite?
- Ako môže primárna starostlivosť prispieť k väčšej spravodlivosti v oblasti zdravia?
- Identifikácia intervencií, ktoré menia mieru odosielania a/alebo vhodnosť odosielania ambulantných pacientov v primárnej starostlivosti.
- Výskum na preskúmanie ďalších možných vplyvov systémov filtrovania (gatekeeping) a poradovníkov na zdravotné výsledky
- Ako môžu systémy platieb pre poskytovateľov podporiť a zlepšiť flexibilitu systémov poskytovania služieb?
- Ako vykonávať monitorovanie zmien platieb pre poskytovateľov?
- Ako môžu programy platieb za výkon prispieť ku kvalite, efektívnosti a spravodlivosti v oblasti zdravia?

-
6. **Strategické smerovanie:** Najdôležitejšie strategické smerovanie na úrovni EÚ, ktoré môžu uskutočniť jednotlivé krajiny a regióny má:
- stimulovať krajiny, aby posilnili primárnu starostlivosť a urobili ju všeobecne dostupnou pre pacientov so širokou škálou problémov
 - zaviesť systém, ktorý integruje optimálne smerovanie pacientov a súvisiacich zdravotných informácií cez zdravotný systém
 - posilniť komunitné zameranie primárnej starostlivosti s osobitným dôrazom na medzisektorové aktivity na podporu zdravia a na prevenciu z pohľadu príčin zlého zdravotného stavu a sociálnych determinánt zdravia
 - stimulovať výcvik vhodnej pracovnej sily pre primárnu starostlivosť majúci na zreteli, že treba atraktívne pracovné podmienky, vhodný mix zručností v tímoch s rôznymi profesiami a platobné stimuly, ktoré povedú k vyššej kvalite starostlivosti
 - stimulovať vzájomnú výmenu správnej praxe napr. podporovaním organizácií, ktoré spájajú zainteresovaných v primárnej starostlivosti na európskej úrovni s cieľom vytvoriť európsku komunitu vzdelávania v oblasti primárnej starostlivosti
 - odhadnúť efektívnosť intervencií na dosiahnutie zmeny miery odosielania ambulantných pacientov v primárnej starostlivosti alebo zlepšiť vhodnosť odosielania ambulantných pacientov
 - stimulovať a podporovať krajiny, aby merali a monitorovali výkon ich systému primárnej starostlivosti prostredníctvom komparatívneho súboru ukazovateľov s cieľom zvýšiť ich schopnosť kontinuálne zvyšovať kvalitu
 - stimulovať rozvoj integrovaných partnerstiev medzi pacientmi, poskytovateľmi a neformálnymi opatrovateľmi s cieľom lepšie riešiť výzvy v oblasti zdravia.

4. VEREJNÉ PREROKOVANIE

Verejné prerokovanie tohto názoru sa konalo cez webovú stránku panelu expertov pre účinné spôsoby investovania do zdravia (Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health, EXPH) od 20. marca do 19. mája 2014. Informácia o verejnom prerokovaní bola vo veľkom rozsahu oznamovaná vnútroštátnym orgánom, medzinárodným organizáciám a ďalším zainteresovaným.

Päťdesiatdeväť organizácií a jeden jednotlivец sa zúčastnili na verejnom prerokovaní a poskytli vstup k názoru. Bolo doručených spolu 286 príspevkov. Z 59 zúčastnených organizácií 19 boli verejné inštitúcie, 21 profesijných zdravotníckych združení, 15 mimovládnych organizácií a 4 nekomerčné spoločnosti.

Každý vstup starostlivo zvážila pracovná skupina a EXPH a preskúmal sa vedecký názor, aby sa vzali do úvahy relevantné pripomienky vždy keď to bolo vhodné. Zoznam referencií sa aktualizoval doplnením relevantných publikácií predložených počas prerokovania.

Všetky získané príspevky a reakcie panelu expertov sú k dispozícii na: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/consultations/primarycare_en.htm.

5. MENŠINOVÝ NÁZOR

Žiaden

6. ZOZNAM SKRATIEK

ADL	Activities of Daily Living (bežné denné činnosti)
COPC	Community Oriented Primary Care (komunitne orientovaná primárna starostlivosť)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronická obštrukčná choroba pľúc)
DG SANCO	Directorate-General Health & Consumers European Commission (Generálne riaditeľstvo pre zdravie a spotrebiteľov, Európska komisia)
eHealth	Electronic Health (elektronické zdravotníctvo)
EU	European Union (Európska únia)
Eurostat	Statistical office of the European Union (Štatistický úrad EÚ)
EXPH	Expert Panel on effective ways of investing in Health (Panel expertov pre účinné spôsoby investovania do zdravia)
GDP	Gross Domestic Product (hrubý domáci produkt, HDP)
GP	General Practitioner (všeobecný lekár, VL)
HTA	Health Technology Assessment (hodnotenie zdravotníckych technológií)
ICT	Information and Communication Technology (informačné a komunikačné technológie, IKT)
IOM	Institute of Medicine
mHealth	Mobile health (mobilné zdravotníctvo)
NHS	National Health Service (Portugal / United Kingdom) (Národná zdravotná služba – Portugalsko, Spojené kráľovstvo)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OOP	Out-Of-Pocket payments (priame platby od pacientov)
P4P	Pay for Performance (platba za výkon)
UNICEF	United Nations Children's Fund
VAT	Value Added Tax (daň z pridanej hodnoty, DPH)
WHO	World Health Organisation (Svetová zdravotnícka organizácia, WHO)

7. REFERENCIE

Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (review). Cochrane database Syst Rev. 2011. Available at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005471/full>

Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, Ten Asbroek AH, Custers T: Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003, 15:377-98.

Arend J, Tsang-Quinn J, Levine C, Thomas D. The Patient-Centred Medical Home: History, components, and review of the evidence. *Mount Sinai Journal of Medicine* 2012;79:433-450.

Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multi-morbidity and implications for health care, research, and medical education : a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.

Barnum H, J Kutzin and H Saxenian. Incentives and provider payment methods, *International Journal of Health Planning and Management*, 1995;10(1):23-45.

Bobinac A, van Exel NJA, Rutten FFH, Brouwer WBF. Caring for and caring about: disentangling the family effect and the caregiving effect. *Journal of Health Economics* 2010; 29(4):549-556

Bobinac A, van Exel NJA, Rutten FFH, Brouwer WBF. Health effects in significant others: Separating family and caregiving effects. *Medical Decision Making* 2011; 31(2): 292-298

Brouwer WBF, van Exel NJA, van de Berg B, Koopmanschap MA, Dinant H, van den Bos GAM. The burden of caregiving: Evidence on objective burden, subjective burden and quality of life impacts in informal caregivers for patients with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research* 2004; 51(4): 570-577

Brouwer WBF, van Exel NJA, van den Berg B, van den Bos GAM, Koopmanschap MA. Process utility from providing informal care: The benefit of caring. *Health Policy* 2005; 74(1): 85-99

Busse R, M Blümel and W Quentin. Can innovations in paying physicians and hospitals square the circle of conflicting incentives? Experience from four European countries (England, France, Germany and the Netherlands), New York: The Commonwealth Fund 2010

Cashin C, Y Chi, P Smith, M Borowitz and S Thomson (2014 in press), Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability, Maidenhead: Open University Press.

Charlesworth A, A Davies and J Dixon (2012), Reforming payment for health care in Europe to achieve better value, London: The Nuffield Trust.

Chernew M E and Newhouse JP (2008), What does the RAND Health Insurance Experiment tell us about the impact of patient cost sharing on health outcomes? *Am J Manag Care*. 2008 Jul;14(7):412-4.

Christianson, J., Leatherman, S. and Sutherland, K. (2007) Paying for quality: understanding and assessing physician pay-for-performance initiatives. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation

Coulter A (2010) Do patients want choice and does it work? British Medical Journal 341: 973–975.

Croxson B, Propper C, Perkins A. 2001. Do doctors respond to financial incentives? UK Family Doctors and the GP Fund Holder Scheme. Journal of Public Economics 79:375-398.

Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. The King's Fund, 2010. Available at: <http://kingsfund.koha-ptfs.eu>

Damberg, C., Raube, K., Teleki, S. and de la Cruz, E. (2009) Taking stock of pay-for-performance: a candid assessment from the front lines. Health Affairs, 28(2):517-525

De Boer A (ed). View on informal care. The Hague: Social and Cultural Planning Bureau, 2005

De La Maisonneuve, C. and J. Oliveira Martins, 2013, "A projection method for public health and long-term care expenditures", Economics Department Working Papers No. 1048, OECD, Paris.

Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. 2000. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? Journal of Health Services Research and Policy 5(1):22-26.

De Maeseneer J, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. Lancet 2003;362:1314-9.

De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A et al. (2007). Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the health systems knowledge network., Ghent University.

Available at:

http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_20_07_en.pdf

De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James MacKenzie Lecture 2011 : multimorbidity, goal-oriented care, and equity. Br J Gen Pract. 2012; (62) (600) : e522-4.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22782000>

Donaldson MS, Gordy KD, Lohr KM et al. 1996. Primary Care: America's Health in a New Era. Institute of Medicine, Committee on the Future of Primary Care-Division of Health Care Services, Washington DC.

Durand-Zaleski I, Bahrami S, et al. France: health system review. Health systems in transition 2010;12 (6):248-249.

Eijkenaar, F. (2011) Key issues in the design of pay for performance programs. European Journal of Health Economics, 14(1):117-31

Ellis R P and M M Miller (2009), Provider payment and incentives in Carrin G, K Buse, K Heggenhougen and S R Quah (eds), Health systems policy, finance, and organization, Philadelphia: Elsevier.

European Commission (2007) Health and long-term care in the European Union, Eurobarometer Survey,

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf

[accessed 3 March 2014]

Eurostat. Expenditure of providers of health care by financing agents in health care - %
<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (10-12-2013)

EXPH (Expert Panel on effective ways of investing in health), Definition and Endorsement of Criteria to Identify Priority Areas When Assessing the Performance of Health Systems, 27 Feb 2014

http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/002_criteriaperformancehealthsystems_en.pdf

Figueras J, R Robinson and E Jakubowski (2005), Effective Purchasing for Health Gain, Buckingham: Open University Press.

Fleming D N. The European study of referrals from primary to secondary care. PhD-thesis, Maastricht University. 1993, Thesis Publishers Amsterdam.

Franks P, Clancy CM, Nutting PA. 1992. Gatekeeping revisited – protecting patients from overtreatment. New England Journal of Medicine 327:424-429.

Frenk J et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, The Lancet, 4 December 2010, Vol. 376, Issue 9756, Pages 1923-1958
doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5

Frolich, A., Talavera, J., Broadhead, P. and Dudley, R. A. (2007) A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. Health Policy, 80(1): 179-193

Garrido M V, Zentner A, Busse R (2011) The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 29(1): 28–38.

Gillam S (2008), Is the declaration of Alma-Ata still relevant to primary health care? BMJ 2008;336:536.

Guthrie, B., Auerback, G. and Binman, A. (2010) Competition for Medicaid enrollees based on performance does not improve quality of care. Health Affairs, 29(8): 1507-1516

Health Council of the Netherlands 2004. European Primary Care. ISBN: 90-5549-549-2.
Available at:
http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/European_primary_care_final.pdf

Hernandez-Quevedo C, Llano R, Mossialos E. Paying for integrated care: an overview. Eurohealth 2013; 19 (2): 3-6

Kidd M (ed) (2013) The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: a guidebook from the World Organisation of Family Doctors. London, Radcliffe Publishing. ISBN-13: 9781846195549

Kraijo H, Brouwer WBF, de Leeuw R, Schrijvers G, van Exel NJA. The perseverance time of informal carers: introduction and validation of a new measure of burden in caregivers for dementia patients. Journal of Alzheimer's Disease, in press

Kringos DS, Boerma WGW, Van der Zee J, Groenewegen PP. (2013a) Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health, But Also To Higher Health Spending. Health Affairs April 2013 vol. 32 no. 4, pp. 686-694.
doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242

Kringos D.S., Boerma W.G.W., Bourgueil Y., Cartier T., Dedeu T., Hasvold T., Hutchinson A., Lember M., Oleszczyk M., Rotar Pavlic D., Svab I., Tedeschi P., Wilm S., Wilson S., Windak A., Van der Zee J., Groenewegen P.P. (2013b) The strength of primary care in

Europe: an international comparative study. British Journal of General Practice 2013; 63(616): e742-e750(9).

Kringos, D.S, Boerma, W.G., van der Zee, J., Groenewegen, P.P, (2013c) Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. Social Science & Medicine 99 2013: 9-17.

Kronenberg C and P Pita Barros (2014), Catastrophic healthcare expenditure – drivers and protection: the Portuguese case, Health Policy 115: 44-51.

Kroneman M, Meeuws P, Kringos DS, Groot W, Van der Zee J. International developments in revenues and incomes of general practitioners from 2000 to 2010. BMC Health Services Research 2013; 13:436.

Lamata F, Rubio S, Checa I (1990) Incentivos económicos; complemento de productividad variable en el Insalud de Madrid. Rol de enfermería 1990; 141: 15-20.

Langenbrunner J C, C Cashin and S O'Dougherty (2009), Designing and implementing health care provider payment systems, Washington DC: The World Bank

Lewin K. Forces behind food habits and methods of change. Bulletin of the National Research Council 108:35-65.

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. Health Serv Res. 2003;38(3):831–65.

Martin D, Marinker M, Pereira Gray D. 1989. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. American Journal of Public Health 79:1628-1632

McCartney M. The Patient Paradox. London: Pinter & Martin, 2012

McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. Clin Med 2012;12:346-50.

Medical dictionary for the health professions and nursing, Farlex 2012.

Miller H D (2007), Creating payment systems to accelerate value-driven health care: issues and options for policy reform, New York: The Commonwealth Fund.

Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. BMJ 2003;326:45-7.

Murray C, Frenk J. World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. Lancet, 2001, 357:1698-1700.

NHS Wales Informatics Service. Electronic Referrals: Electronic Clinical Communications for Wales.

Available at: <http://www.wales.nhs.uk/nwis/page/52545>

Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: review. In: Nolte E, McKee, editors. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Maidenhead: Open University Press; 2008. pp. 64-91.

OECD Health Working Paper No. 58: Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009 (Devaux and de Looper, July 2012).

OECD (2012), Health at a glance 2012. OECD Publishing

OECD (2013). Health at a Glance 2013: OECD indicators, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Reeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D. The political economy of austerity and health care: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. Health-Policy (2013). Article in Press.

Reibling N, Wendt C (2012) Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. Current Sociology 60(4): 489-505.

Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H, editors. Community-oriented primary care: health care for the 21st century. Washington, DC: American Public Health Association, 1998.

Riedel M, Kraus M. Informal Care Provision in Europe: Regulation and profile of providers, ENEPRI Research Report No. 96., 2011.

RIVM (2012). Effects of bundled payment on curative health care costs in the Netherlands : An analysis for diabetes care and vascular risk management based on nationwide claim data, 2007-2010. Bilthoven: RIVM.

Robinson J (2001), Theory and practice in the design of physician payment incentives, Milbank Quarterly 79(2): 149-177.

Royal College of Nursing (2013), Moving care to the community: an international perspective, RCN Policy and International Department Policy briefing, London: The Royal College of Nursing.

Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. 2006, Open University Press, England (ISBN 978-0-335-21366-5).

Schneider J et al. Carers and Community mental health services. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology 2001; 36(12): 604-7.

Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. JAMA 1999; 282 (23): 2215-2219

Scottish Executive Health Department Directorate of Delivery. 2007. Patient pathway management: referral facilitation. ISBN: 978-0-7559-5350-9. Available at: <http://www.Scotland.gov.uk/Resource/Doc/170740/0047851.pdf>

Schwenkglenks M, Preiswerk G, Lehner R, Weber F, Szucz TD. 2006. J Epidemiol Community Health 62:24-30. doi: 10.1136/jech.2005.038240

Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Wulu J, Xu J. Primary care, social inequalities, and allcause, heart disease, and cancer mortality in US counties, 1990. Am J Public Health. 2005;95(4):674–80.

Smith JA, Holder H, Edwards N, Maybin J, Parker H, Rosen R and Walsh N (2013) Securing the future of general practice: new models of primary care. London, the Nuffield Trust and the King's Fund

Social and Cultural Planning Office. Social and Cultural Report 2000. The Hague: Social and Cultural Planning Office; 2000.

Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344: 1129–1133.

Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press, 1998.

Tarimo E. 1997. Essential Health Service Packages: Uses, Abuse and Future Directions. ARA Paper n°15, WHO, Geneva.

Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L. Addressing financial sustainability in health systems. Policy Summary I. European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

Thomson S, Chernew M and Schang L (2013), Value-Based Cost Sharing In The United States And Elsewhere Can Increase Patients' Use Of High-Value Goods And Services, Health Affairs 32(4).

Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A and Kluge H (2014 in press), Health systems, health and economic crisis in Europe, Buckingham: Open University Press.

Valentijn PP et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care. 2013 Mar 22; 13e010. Print 2013 Jan.

Van de Ven, W.P.M.M., Schut F.T. (2009), Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress, Health Economics 18: 253-255.

Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. and Sermeus, W. (2010) Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Services Research, 10: 247-260.

Van Houtven CH, Norton EC. Informal care and health care use of older adults. J Health Econ 2004; 23 (6): 1159-80

Van Til, T. de Wildt, J.E., Struijs. (2010). De organisatie van zorggroepen anno 2010. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren (in Dutch). Bilthoven: RIVM.

Vedsted P, Olesen F. Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. Br J Gen Pract. 2011 Aug;61(589):e508-12. doi: 10.3399/bjgp11X588484

Võrk A, J Saluse and J Habicht (2009), Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia 2000–2007, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Vrijens F et al. The Belgian Health System Performance Report 2012: Snapshot of results and recommendations to policy makers. Health Policy 112 (2013) 133-140

Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners (1986). Journal of The Royal College of General Practitioners 36;398-402.

Wagstaff A and E van Doorslaer et al (1999), Equity in the finance of health care: some further international comparisons, J Health Econ 18(3):263-90.

Weisbrot M, Baker D, Kraev E, Chen J. The scorecard on globalization 1980-2000: its consequences for economic and social Well-being. In: Navarro V, Muntaner C. Political and economic determinants of population Health and Well-being: controversies on developments. New York, Baywood Publishing Company, 2004, pp.91-114.

WHO 1978 Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

Available at: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

WHO (2000), The world health report 2000: Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organisation, 2000

http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf [accessed 5 December 2013]

WHO (2006). Referral systems – a summary of key processes to guide health services managers

Available at: <http://www.who.int/management/referralnotes.doc?ua=1>

WHO (2008), The Tallinn Charter: health systems for health and wealth, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2008), World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever! Geneva, World Health Organisation, 2008.

<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>

WHO (2010), The world health report 2010: Health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organisation, 2010

<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html> [accessed 5 December 2013]

WHO Health systems glossary

http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/

WONCA Dictionary of General/Family Practice. Bentzen N. (ed), Wonca International Classification Committee: Copenhagen, 2003.

World Bank. Investing in health, World development report 1993. The World Bank, Oxford University Press, 1993, p. 34.

Xu K, Evans D B, Carrin G, Aguilar-Rivera A, Musgrove P and Evans T (2007), Protecting Households From Catastrophic Health Spending, Health Affairs, 26(4): 972-983.

Zielinski A, Håkansson A, Jurgutis A et al. 2008. Differences in referral rates to specialized health care from 4 primary health care models in Klaipeda, Lithuania. BMC family practice 2008;9:63.

doi:10.1186/1471-2296-9-63

8. GLOSÁR

Dostupnosť (zdravotníckych služieb)

Aspekty štruktúry zdravotníckych služieb alebo zdravotníckych zariadení, ktoré zlepšujú ľuďom možnosť dostať sa k zdravotníckemu pracovníkovi z hľadiska miesta, času a ľahkého prístupu (WHO Health systems glossary)

Zodpovednosť

Výsledok procesu, ktorý zabezpečuje, že osoby pôsobiace v zdravotníctve preberajú zodpovednosť za to čo majú robiť a sú braní na zodpovednosť za svoje konanie. (WHO Health systems glossary)

Komunita

Jednotka populácie, často definovaná geograficky, ktorá je miestom základnej politickej a sociálnej zodpovednosti a kde sa uskutočňuje každodenná spoločenská interakcia týkajúca sa všetkých alebo väčšiny spektra životných činností ľudí v nej. (WHO Health systems glossary)

Komunitná medicína

Špeciálne zameranie medicíny, ktoré sa venuje zdraviu konkrétnych populácií alebo ich skupín; zameriava sa na zdravie nie jednotlivcov, ale skôr komunity ako celku; patria sem oblasti ako epidemiológia, skrining, environmentálne zdravie a venuje sa podpore zdravia, prevencii ochorení a invalidity, rehabilitácii, prostredníctvom kolektívnych spoločenských činností, často ju zabezpečuje štát alebo miestne úrady zdravia. (Kidd)

Komplexnosť (starostlivosti)

Miera do akej spektrum disponibilnej starostlivosti a rozsah zdrojov zodpovedá plnej škále zdravotných problémov v danej komunite. Komplexná starostlivosť zahŕňa podporu zdravia a preventívne opatrenia ako aj diagnostikovanie a liečbu alebo odoslanie a paliatívnu starostlivosť. Zahŕňa domácu starostlivosť o chronických alebo dlhodobých pacientov a u niektorých modelov aj sociálne služby. (WHO Health systems glossary / Kidd)

Kontinuita (starostlivosti)

Termín, ktorý indikuje jeden alebo viac z nasledujúcich atribútov starostlivosti:

- (i) poskytovanie služieb, ktoré sú koordinované cez úrovne starostlivosti – cez primárnu starostlivosť a zariadenia pre odoslaných, cez prostredia a poskytovateľov;
- (ii) poskytovanie starostlivosti počas celého cyklu života;
- (iii) starostlivosť, ktorá pokračuje bez prerušenia, kým sa nevyrieši epizóda ochorenia alebo riziko;
- (iv) miera do akej ľudia prežívajú sériu nespojitých zdravotných udalostí ako koherentné alebo vzájomne prepojené v priebehu času a ktoré sú v súlade s ich zdravotnými potrebami a preferenciami ([WHO Health systems glossary /Kidd](#))

Koordinácia

Koordinovaná starostlivosť je organizácia zdravotnej starostlivosti na základe princípu, že posilňovaním administratívnych ujednaní medzi organizáciami v spoločnej spolu-práci, zložky systému zdravotnej starostlivosti budú spolu fungovať a vytvoria kontinuum zdravotnej starostlivosti pre definovanú populáciu. Patrí sem podpora zdravia, preventívne, liečebné a rehabilitačné intervencie a tiež sa vzťahuje na mieru koordinácie činností medzi jednotkami, aby sa maximalizovala hodnota poskytovania služieb pacientom. (Wonca Dictionary of General/Family Practice; Niels Bentzen – 2003).

Potreby v oblasti zdravia

Objektívne určené nedostatky v zdraví, ktoré si vyžadujú zdravotnú starostlivosť, počnúc podporou končiac paliatívnou starostlivosťou. Vnímané potreby v oblasti zdravia: potreba zdravotníckych služieb ako ju vníma jednotlivá osoba a ktoré je pripravená priznať; vnímaná potreba môže alebo nemusí koincidovať s profesionálne definovanou alebo vedecky potvrdenou potrebou. Profesionálne definované potreby v oblasti zdravia: potreba zdravotníckych služieb ako ju rozpoznáva profesionálny zdravotník z pohľadu prínosu, ktorý sa dá získať z poradenstva, preventívnych opatrení, manažmentu alebo konkrétnej terapie; profesionálne definovaná potreba môže ale nemusí koincidovať s vedecky potvrdenou potrebou. Vedecky potvrdené potreby v oblasti zdravia: potreba potvrdená objektívnymi meraniami biologických, antropometrických alebo psychologických faktorov, odborným názorom, posudkom alebo plynutím času; má sa vo všeobecnosti za to, že korešponduje s tými stavmi, ktoré sa dajú klasifikovať podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb. ([WHO Health systems glossary](#))

Neformálni opatrovatelia

Členovia rodiny, susedia, priatelia alebo dobrovoľníci, ktorí sa ako neprofesionáli zapájajú do poskytovania starostlivosti. (Wonca Dictionary of General/Family Practice; Niels Bentzen – 2003).

Sústredenie na osobu

Starostlivosť sústredená

na človeka

Starostlivosť, ktorá je zameraná na a organizovaná pre potreby ľudí v oblasti zdravia, na očakávania ľudí a komúní, a nie na choroby. Starostlivosť sústredená na človeka pre jednotlivcov, rodiny, komunity a spoločnosť. Na pacienta sústredená starostlivosť sa bežne chápe ako zameranie sa na jednotlivca, ktorý hľadá starostlivosť – na pacienta – na ľudí sústredená starostlivosť zahŕňa tieto klinické stretnutia a zahŕňa aj pozornosť venovanú zdraviu ľudí v ich komunitách a ich kľúčovú úlohu pri formovaní politiky zdravotníckych služieb. (WHO Health systems glossary / Kidd)

Subsidiarita

Subsidiarita znamená, že centrálna, špecializované služby by mali mať subsidiárnu funkciu a vykonávať len tie úlohy, ktoré sa nedajú efektívne vykonať na menej špecializovanej alebo miestnej úrovni (prevzaté z Oxford English Dictionary)

Univerzálnosť

Univerzálne (zdravotné) krytie

Univerzálna dostupnosť zdravotníckych služieb so sociálnou ochranou zdravia. (WHO Health systems glossary)

Zabezpečuje, že všetci ľudia môžu využívať podporné, preventívne, liečebné a rehabilitačné zdravotnícke služby, ktoré potrebujú, v dostatočnej kvalite aby boli účinné, zatiaľ čo tiež zabezpečuje, že vyžívanie týchto služieb nevystaví ich používateľa finančným ťažkostiam. (WHO World Health Report 2010)