

VAI TRÒ – LỢI ÍCH CỦA Y HỌC GIA ĐÌNH

Ths. Bs. Trần Thị Hoa Vi
Bộ Môn YHGĐ

NHẬN THỨC VỀ VAI TRÒ – LỢI ÍCH CỦA YHGĐ



YHGĐ/YHTQ (WONCA 2002)

- * Là lĩnh vực khoa học và hàn lâm, với đặc trưng về nội dung đào tạo, nghiên cứu, y học chứng cứ và kỹ năng lâm sàng.
- * Là một **CHUYÊN KHOA** lâm sàng **HƯỚNG CHĂM SÓC BAN ĐẦU.**

NHẬN THỨC VỀ VAI TRÒ – LỢI ÍCH CỦA YHGD

**Chăm sóc ban đầu có tầm
quan trọng ra sao?**



Bác sĩ chuyên khoa Nhi tại bệnh viện Johns Hopkins – Mỹ

Thạc sĩ về sức khỏe cộng đồng tại trường Johns Hopkins

Barbara Starfield

(18/12/1932 – 10/06/2011)

The World Health Report 2008



Primary Health Care

Now More Than Ever



World Health
Organization

VAI TRÒ – LỢI ÍCH CỦA YHGĐ

1. KẾT CỤC VỀ SỨC KHỎE TỐT HƠN

2. CHI PHÍ THẤP HƠN

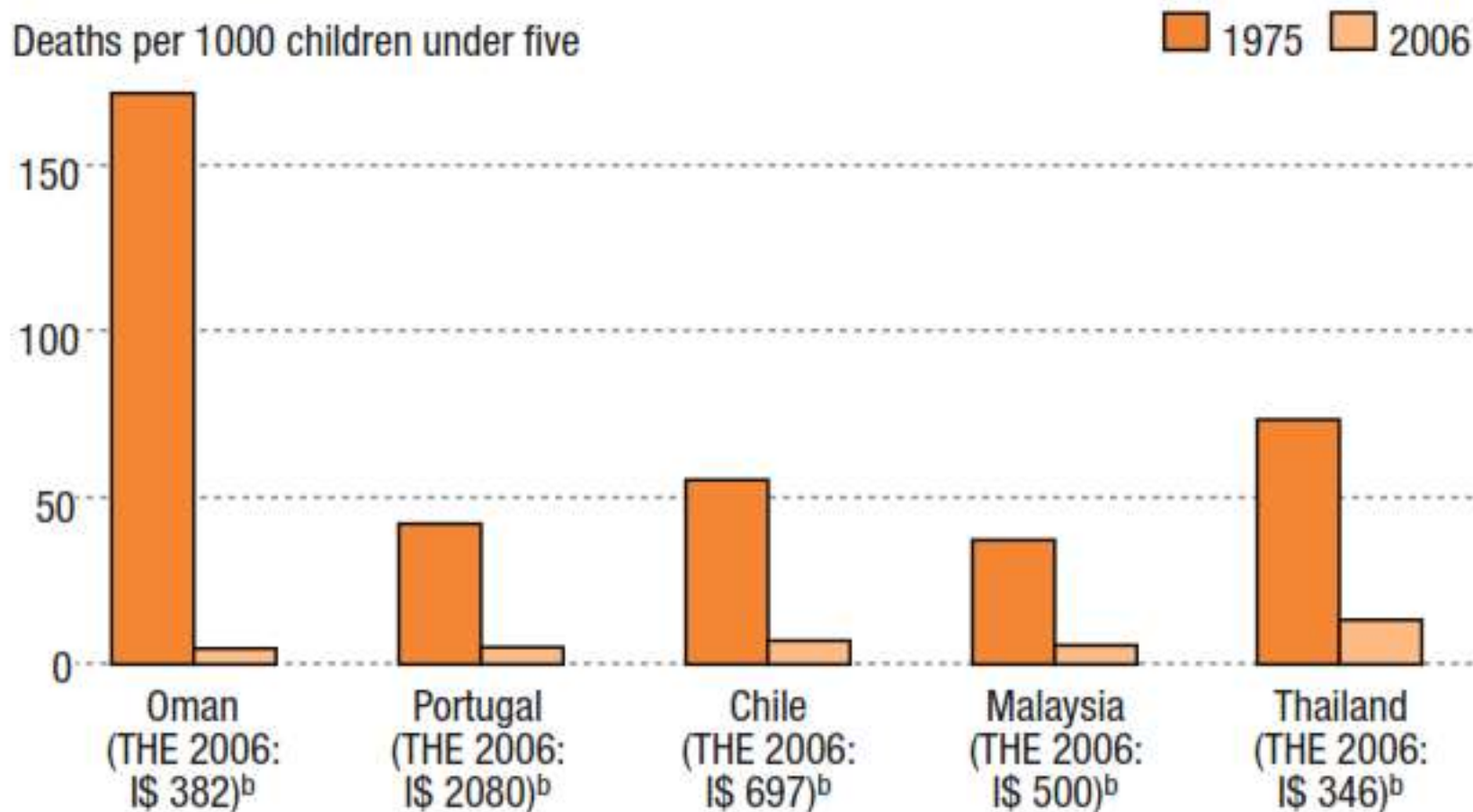
3. GIẢM SỰ BẤT CÔNG TRONG CSSK

1. KẾT CỤC VỀ SỨC KHỎE TỐT HƠN

Tại Oman:

- Trước 1970: ít các chuyên gia y tế
- Năm 2006: 180 cơ sở y tế quận huyện
+ 5000 nhân viên y tế (2,2 triệu dân)
- Kết quả:
 - * 98% trẻ được tiêm chủng đầy đủ.
 - * Tuổi thọ trung bình: < 60 tuổi (cuối 1970) đã tăng lên trên 74 tuổi (2006).
 - * Tỷ lệ tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi giảm đến 94%

Figure 1.1 Selected best performing countries in reducing under-five mortality by at least 80%, by regions, 1975–2006^{a,*}



^a No country in the African region achieved an 80% reduction.

^b Total health expenditure per capita 2006, international \$.

* International dollars are derived by dividing local currency units by an estimate of their purchasing power parity compared to the US dollar.

Relative weight of factors (%)

- Growth in GDP per capita (constant prices)
- Development of primary care networks (primary care physicians and nurses per inhabitant)
- Development of hospital networks (hospital physicians and nurses per inhabitant)

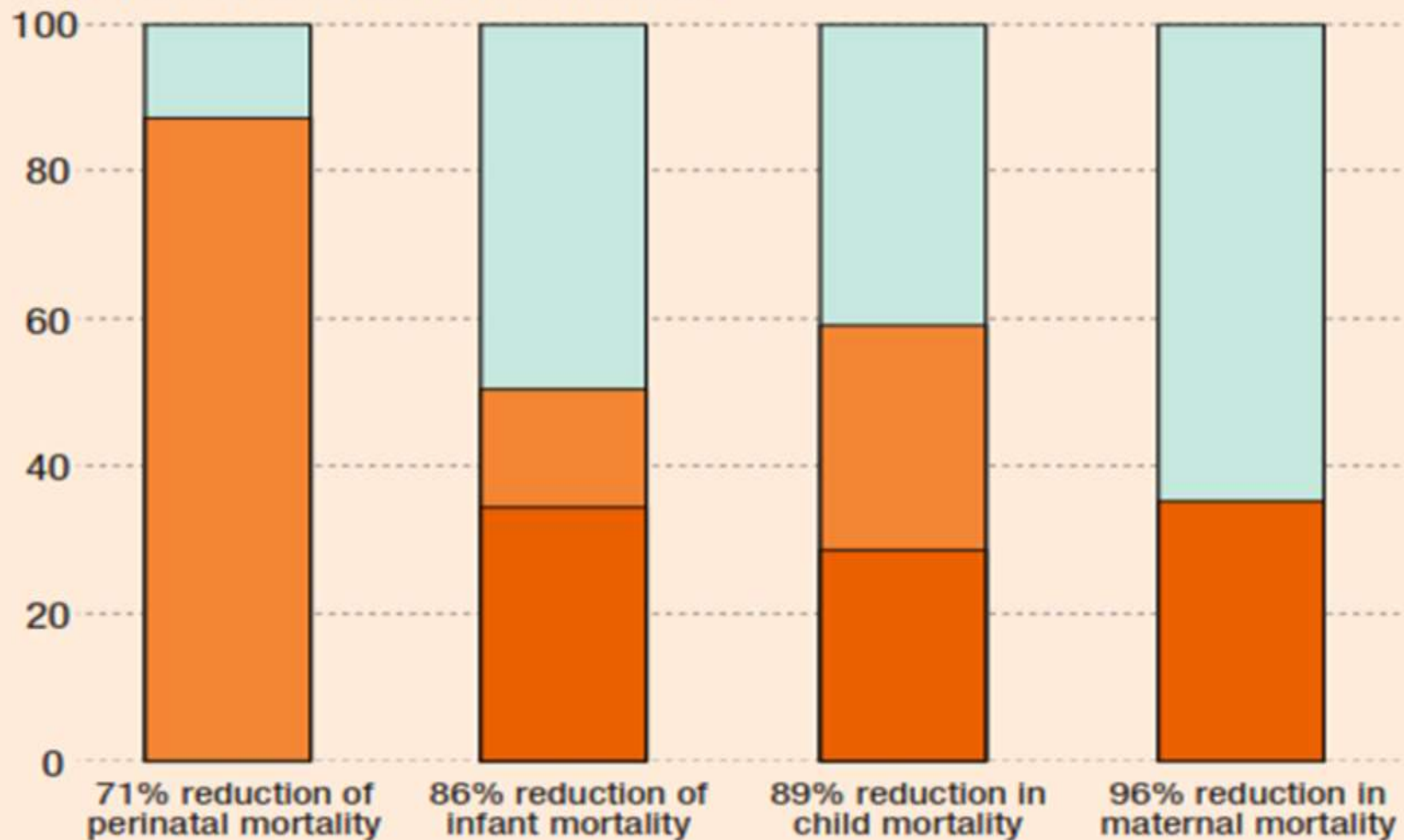


Figure: Factors explaining mortality reduction in Portugal, 1960-2008

PORTUGAL (1960-2008)

Tuổi thọ trung bình:

Tăng **9,2** năm >< cách đây 30 năm,
GDP đầu người tăng gấp đôi.

Primary Care and Infant Mortality Rates, Indonesia, 1996-2000

	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Primary care spending per capita*	10.3	9.6	8.5	8.2
Hospital spending per capita*	4.1	4.4	4.6	5.3
Infant mortality	20% improvement (all provinces) (1990-96)		14% worsening (22 of 26 provinces)	

*constant Indonesian rupiah, in billions

Source: Simms & Rowson, Lancet 2003; 361:1382-5.

Starfield 07/07

WC 3796 n

Many other studies done WITHIN countries, both industrialized and developing, show that areas with better primary care have better health outcomes, including total mortality rates, heart disease mortality rates, and infant mortality, and earlier detection of cancers such as colorectal cancer, breast cancer, uterine/cervical cancer, and melanoma. The opposite is the case for higher specialist supply, which is associated with worse outcomes.

The Relationship Between Primary Care, Income Inequality, and Mortality in US States, 1980–1995

Leiyu Shi, DrPH, MBA, James Macinko, PhD, Barbara Starfield, MD, MPH, John Wulu, PhD, Jerri Regan, MPA, and Robert Politzer, ScD

JABFP September–October 2003 Vol. 16 No. 5

Study Design: Ecological **cross-sectional** design for **4 selected years** (1980, 1985, 1990, 1995), and incorporating 5-year time-lagged independent variables. The main outcome measure is age-standardized, all-cause mortality per 100,000 population in all 50 US states in all 4 time periods.

whereas an increase of 1 primary care physician per 10,000 persons was associated with a reduction of 35 deaths per 100,000. An increase of 1 specialty physician per 10,000 population was associated with approximately 15 additional deaths per 100,000.

Tăng 1 Bác sĩ chăm sóc ban đầu/ 10.000 dân

Tăng **0,67** năm sống còn ($t=3,531$; $p<0,001$).

Phân biệt giàu nghèo làm giảm **0,26** năm sống còn ($t= -2,921$; $p<0,01$).

Contribution of Primary Care to Health Systems and Health

BARBARA STARFIELD, LEIYU SHI,
and JAMES MACINKO

Johns Hopkins University; New York University

The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 3, 2005 (pp. 457–502)

© 2005 Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishing.

The stronger the country's primary care orientation was, the lower the rates were of all-cause mortality, all-cause premature mortality, and cause-specific premature mortality from asthma and bronchitis, pneumonia, cardiovascular disease, and heart disease.

(Macinko, Starfield, and Shi 2003).

So sánh 5 tỷ suất tử vong (toàn bộ, ung thư, tim mạch, đột quỵ, trẻ em):

- BS gia đình → giảm tỷ lệ tử vong (28 phân tích)
- BS chuyên khoa → tỷ lệ tử vong cao (25 phân tích)

➔ Tỷ lệ BS chuyên khoa || tỷ lệ tử vong cao

Controlled only for income inequality

Source: Shi et al, J Am Board Fam Pract 2003; 16:412-22.

BS chăm sóc ban đầu >< BS chuyên khoa

- Giảm 33% giá thành chăm sóc
- Giảm 19% tử vong

Franks & Fiscella, J Fam Pract 1998;47:105-9

NHẬN THỨC VỀ VAI TRÒ – LỢI ÍCH CỦA YHGĐ

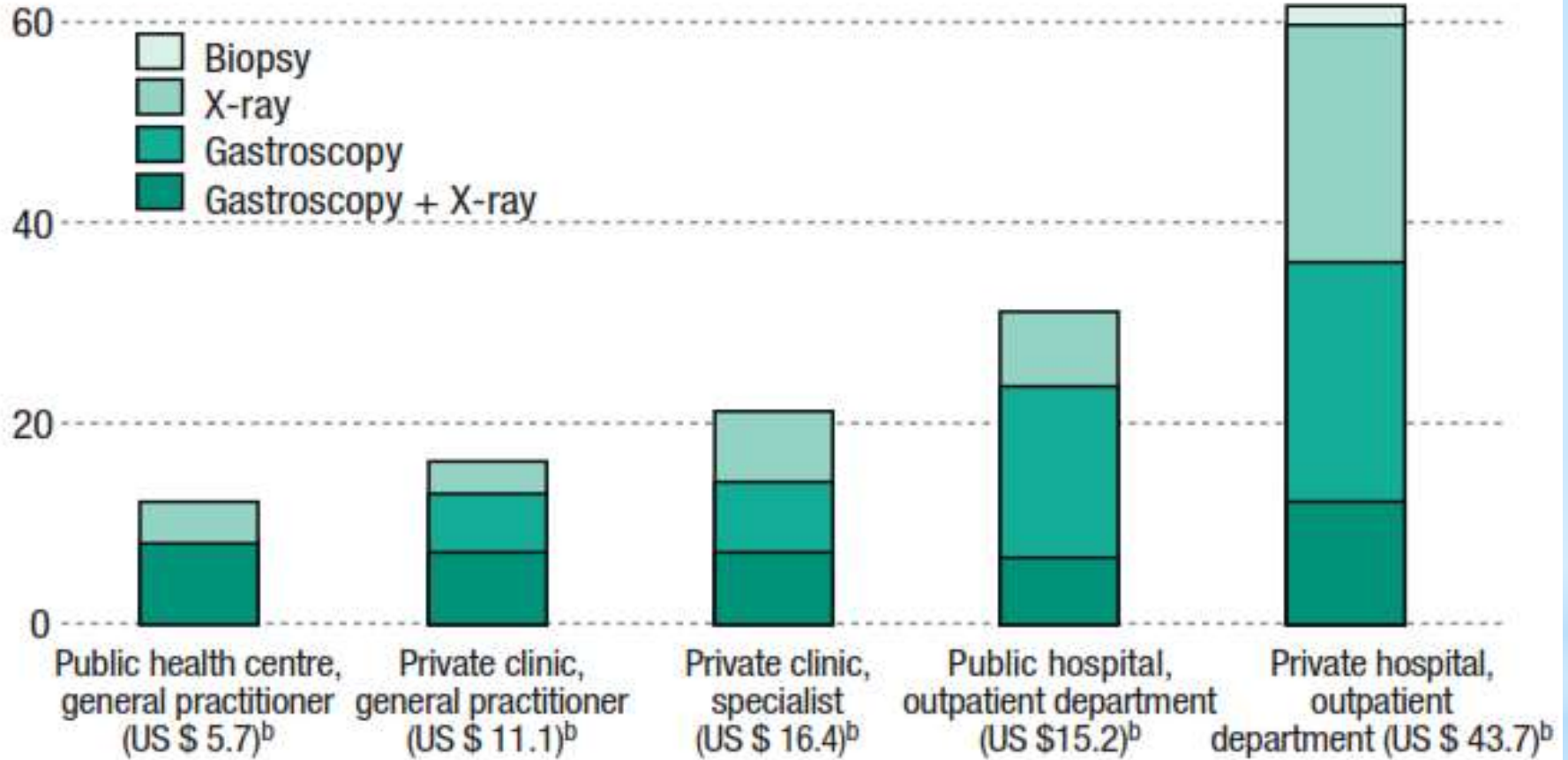
1. KẾT CỤC VỀ SỨC KHỎE TỐT HƠN

2. CHI PHÍ THẤP HƠN

3. CÔNG BẰNG HƠN TRONG CSSK

Figure 3.4 Inappropriate investigations prescribed for simulated patients presenting with a minor stomach complaint, Thailand^{a,b,162}

Patients for whom inappropriate investigations were prescribed (%)



^a Observation made in 2000, before introduction of Thailand's universal coverage scheme.

^b Cost to the patient, including doctor's fees, drugs, laboratory and technical investigations.

NC tại Thái Lan về chi phí điều trị tại các tuyến

Care for illnesses common in the population, for example, community-acquired pneumonia, was **more expensive if provided by specialists** than if provided by generalists, with **no difference in outcomes.**

(Rosser 1996; Whittle et al. 1998)

International comparisons of primary care showed that those countries with **weaker primary care** had significantly **higher costs** ($r = .61, p < .001$).

(Starfield and Shi 2002)

Areas with high use of resources and greater supply of specialists have **NEITHER** better quality of care **NOR** better results from care.

Sources: Fisher et al, Ann Intern Med 2003; Part 1: 138:273-87; Part 2: 138:288-98. Baicker & Chandra, Health Aff 2004; W4:184-97. Wennberg et al, Health Aff 2005; W5:526-43.

Starfield 12/05
SP 3343



NHẬN THỨC VỀ VAI TRÒ – LỢI ÍCH CỦA YHGĐ

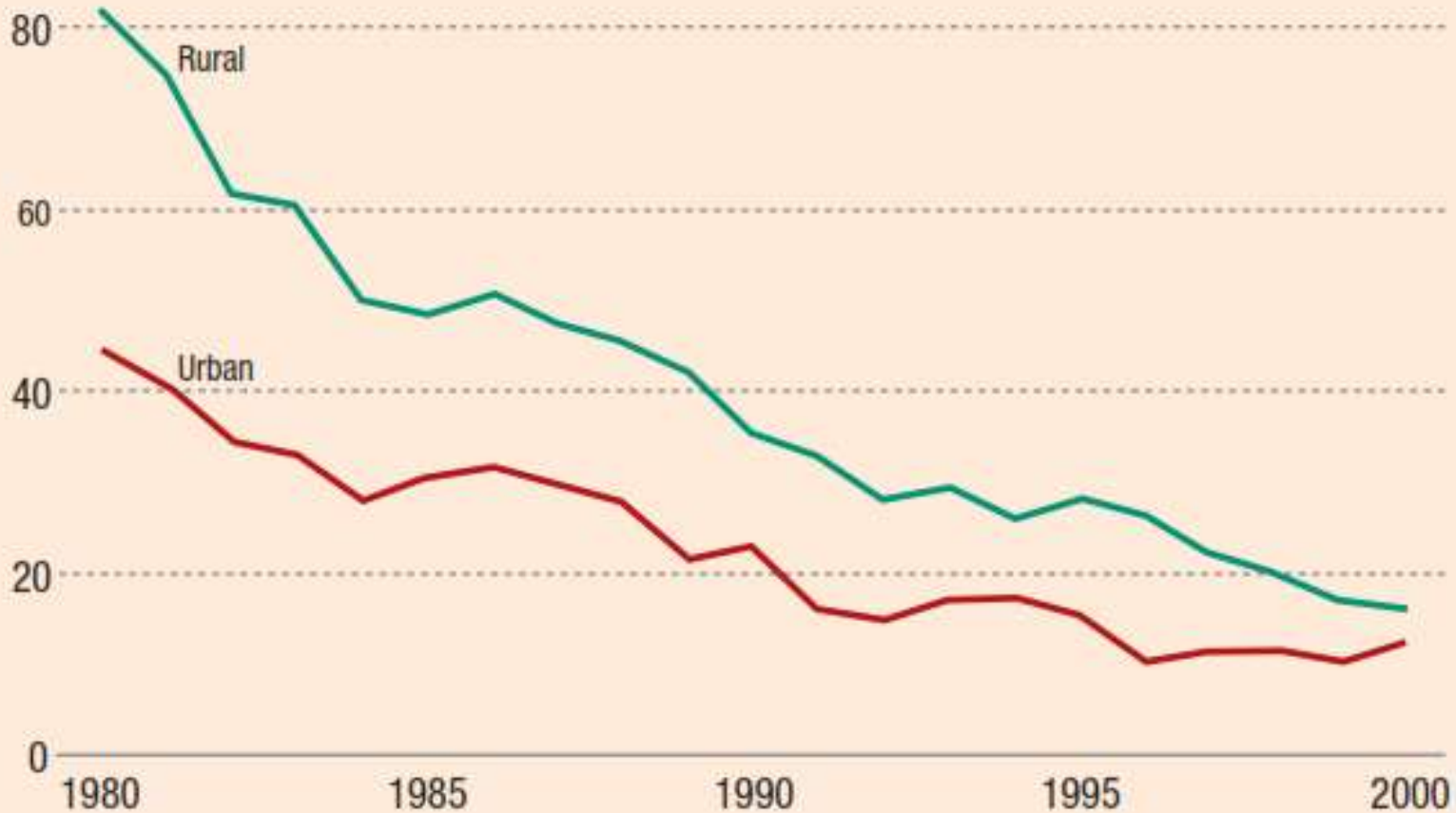
1. KẾT CỤC VỀ SỨC KHỎE TỐT HƠN

2. CHI PHÍ THẤP HƠN

3. GIẢM SỰ BẤT CÔNG TRONG CSSK

Figure 2.5 Under-five mortality in rural and urban areas, the Islamic Republic of Iran, 1980–2000³²

Mortality per 1000 children under five



Ở Mỹ:

Tăng 1 bác sĩ chăm sóc ban đầu: giảm 1,44 ca tử vong/10.000 dân.

Tỉ lệ tử vong này giảm ở dân Mỹ gốc Châu Phi nhiều hơn ở dân da trắng.


Source: Shi et al, Soc Sci Med 2005; 61(1):65-75.

Bất bình đẳng trong thu nhập cao

Nguồn lực chăm sóc
ban đầu đầy đủ

Nguồn lực chăm sóc
ban đầu thiếu

Tỉ lệ tử vong sau sinh
(so với dân số trung bình)

 17%

Tỉ lệ tử vong sau sinh
(so với dân số trung bình)

 7%

(calculated from data in Shi et al. 1999)

NHẬN THỨC VỀ VAI TRÒ – LỢI ÍCH CỦA YHGĐ

- 1. KẾT CỤC VỀ SỨC KHỎE TỐT HƠN**
- 2. CHI PHÍ THẤP HƠN**
- 3. GIẢM SỰ BẤT CÔNG TRONG CSSK**

HEALTH FOR ALL, NOW!



THE PEOPLE'S HEALTH SOURCE BOOK