HPI HEALTH POLICY INSTITUTE

zdravotnáPolitika

» mesačník o zdravotnej politike

ISSN 1338-1172

predtým intoBalance

ročník 6 » jún 2011

» obsah

Aké budú dopady reformy odvodov na zdravotníctvo?

Medzinárodné porovnanie cien výkonov

Paradoxy vývoja na trhu práce

Analýza systému zdravotnej starostlivosti v Maďarsku

Oficiálne predstavená publikácia o slovenskom zdravotníctve

Central & East European Health Policy Network

Pred troma rokmi vznikol web VERITEL.SK

Kvalita života inkontinentného pacienta

» tirage

Zdravotná politika
mesačník
o zdravotnej politike

Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republika

tel.: +421 (2) 207 11 959
fax: +421 (2) 207 11 962
e-mail: newsletter@hpi.sk

Vyšlo s podporou

NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI
OPEN SOCIETY FOUNDATION

SAFS Slovenská asociácia farmaceutických spoločností orientovaných na výskum a vývoj

editor: Tomáš Szalay
foto: Eva Sivá, Miroslav Hudák, Tomáš Szalay
ISSN 1338-1172

Legislatívne zmeny v zdravotníctve

S uzávierkou júnového vydania Zdravotnej politiky sme čakali na výsledok posledného zasadnutia parlamentu pred letnými prázdninami. Na programe schôdze NR SR boli tri zdravotnícke zákony.

LIEKOVÁ POLITIKA

Dva vládne návrhy zákonov sa týkali liekovej politiky a parlament o nich rokoval v prvom čítaní. Ide o nový zákon o lieku a zákon o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia.

Zákony prinášajú viacero zásadných zmien doterajšieho fungovania liekového reťazca. Sprevádza ich rozruch zo strany farmaceutických firiem, lekárnikov, lekárov a ako sa ukázalo, aj zahraničných veľvyslancov na Slovensku.

O tom, či sa na Slovensku zavedie generická preskripcia, legalizujú sa siete lekární a vernostné systémy v nich alebo budeme ceny liekov referencovať na druhú najnižšiu cenu v EÚ, sa rozhodne v septembri. Poslanci totiž pohodlnou väčšinou (84 hlasov) oba vládne návrhy posunuli do druhého čítania.

ZISK ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Tretím zdravotníckym zákonom bola novela zákona o zdravotných poisťovniach, ktorú parlament prerokovával v druhom a treťom čítaní. Vládna novela upravuje podmienky pre zisk zdravotných poisťovní. Tzv. „zákaz zisku“ zrušil už na jar Ústavný súd SR, takže poslanci už zisk *nepovoľovali*, ale *obmedzovali*. Povinná tvorba technických rezerv na čakacie zoznamy, navýšenie rezervného fondu a zdanenie dosiahnutého zisku tvoria trojicu nových podmienok.

Zákon ďalej komplexne upravuje problematiku prevodu poistného kmeňa, postupovanie pohľadávok voči neplatičom, výšku limitu prevádzkových výdavkov poisťovne či zrušenie koncovej siete nemocníc.

Novelu parlament schválil väčšinou 82 hlasov. Ak ju prezident Ivan Gašparovič podpíše, účinnosť nadobudne 1. augusta 2011. Ak ju nepodpíše, predĺži zdravotným poisťovniam obdobie, počas ktorého môžu dosahovať zisk bez akýchkoľvek obmedzení a bez povinnosti platiť z neho daň.

ROK PO VOĽBÁCH

Júnovo/júlová schôdza parlamentu potvrdila, že rok po voľbách je zdravotníctvo reformným rezortom. V porovnaní s viacerými kolegami z vládneho kabinetu je Ivan Uhliarik akčný minister. Úspešným bude v závislosti od toho, či sa mu podarí dokončiť transformáciu nemocníc.

TOMÁŠ SZALAY

poznámka: autor sa podieľal na príprave novely zákona o zdravotných poisťovniach

Prihláste sa už dnes
do vzdelávacieho programu
Master of Science

hma health management academy

SEMMELWEIS UNIVERSITY HEALTH SERVICES MANAGEMENT TRAINING CENTRE

Volajte: +421 911 596 050
Kliknite na: www.hma.sk
Píšte na: frisova@hma.sk

Aké budú dopady reformy odvodov na zdravotníctvo?

Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2011 a 2012

Koľko peňazí bude na budúci rok v slovenskom zdravotníctve a ako budú intersektorálne členené? Na túto otázku odpovedá séria prognóz Health Policy Institute (HPI) *Základné rámce zdravotnej politiky,* ktoré vydávame od roku 2006. Tá najnovšia vyšla ako publikácia v júni 2011 a autori ju predstavili na Legislatívnom seminári HPI (str. 17). Autormi prognózy sú Karol Morvay, Tomáš Sivák a Peter Pažitný, analytici HPI. Na záver publikácie sú zaradené oponentské posudky od Martina Barta, Martina Filka, Jána Gajdoša, Martina Hargaša a Radomíra Vereša.

Publikácia je vo formáte pdf voľne stiahnuteľná na webovej stránke Health Policy Institute (www.hpi.sk). Na tomto mieste prinášame zhrnutie prognózy.

ZHRNUTIE

V tejto práci sa pokúšame kombinovať prognózované makroekonomické parametre so scenármi očakávanej reformy daňovo-odvodového systému a odhadnúť tak finančné toky smerujúce do zdravotníctva v SR. Takže okrem makroekonomickej prognózy tu **pracujeme so 4 scenármi daňovo-odvodovej reformy** (a ne-reformy): Prvým bude scenár „bez zmien" (tzn. budeme predpokladať, že žiadna reforma sa nebude konať), druhým scenárom bude reforma podľa oficiálneho návrhu Ministerstva financií SR, tretím návrh Republikovej únie zamestnávateľov (RÚZ), štvrtým scenárom je návrh Ľudovíta Ódora zrušiť zdravotné odvody a presunúť financovanie do systému daní.

Oproti predchádzajúcim dvom rokom sa budú relevantné makroekonomické premenné vyvíjať pravdepodobne výrazne priaznivejšie (priaznivejší vývoj zamestnanosti a miezd), čo priaznivo ovplyvní formovanie príjmov zdravotných poisťovní. Modelovanie dopadov očakávaného makroekonomického vývoja a dopadov daňovo-odvodovej reformy viedlo k týmto výsledkom:

Scenáre „oficiálny návrh MF SR" a „návrh RÚZ" viedli k zvýšeniu daňových príjmov ZP asi o 5 % v porovnaní so scenárom „bez zmien". Prioritou daňovo-odvodovej reformy nie je výrazné zvýšenie príjmov zdravotníctva. Pritom však oba kvantifikované reformné scenáre vedú k vyšším príjmom ako scenár „bez zmien". Oproti scenáru „bez zmien" je v reformných scenároch v roku 2012 k dispozícii výrazne väčší objem príjmov pre zdravotné poisťovne – konkrétne v scenári „oficiálny návrh MF SR" je to o 178 mil. €. Predpokladáme, že táto skutočnosť výrazne ovplyvní zmenu intersektorálneho členenia výdavkov zdravotných poisťovní. Predpokladáme, že prípadný nárast disponibilných zdrojov ZP nebude mať vplyv na indukované náklady (lieky, SVaLZ-y a pod.), ale predovšetkým vzrastú výdavky na ambulantnú a ústavnú zdravotnú starostlivosť.

Ako už z uvedeného vyplynulo, v scenároch „oficiálny návrh MF SR" a „návrh RÚZ" sú príjmy systému zdravotníctva vyššie ako v scenári „bez zmien". Upozorňujeme tu však na významnosť sadzby, ktorou sa vypočíta platba štátu za svojich poistencov. Práve **enormne zvýšená platba štátu je rozhodujúcim vysvetľujúcim faktorom nárastu prognózovaných príjmov v „reformných scenároch".** Použili sme túto sadzbu tak, ako sa to uvádza v Koncepcii reformy daňovo-odvodového systému (dokument MF SR, podrobnosti v kapitole 3). **Zmena tejto politicky určovanej sadzby môže veľmi významne ovplyvniť rozdiely v príjmoch medzi scenármi.**

Venujeme sa tu len konfrontácii očakávaných príjmov bezprostredne po očakávanej implementácii reforiem (v roku 2012). Ide teda skôr o statický pohľad. Možno predpokladať, že časom sa dostavia dynamické efekty reforiem: zmení sa objem a štruktúra zamestnanosti aj príjmov. To môže v stredno- a dlhodobom horizonte meniť pomer príjmov medzi scenármi (predpokladáme, že v prospech reformných scenárov).

Považujeme za potrebné upozorniť, že sme tu realizovali prognózy unikátneho javu (daňovo-odvodové reformy nie sú rutinnou hospodárskopolitickou zmenou). Kvalita databáz v tejto oblasti vôbec neuľahčuje simuláciu zmien. Navyše mnohé parametre daňovo-odvodovej reformy sa ešte môžu meniť, pracujeme s poznatkami ktoré boli k dispozícii v určitom – nie konečnom – štádiu rozhodovacieho procesu o reforme. Preto tak tvorcovia, ako aj čitatelia týchto prognóz by mali chápať kvantifikácie ako orientačné.

Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2011 – 2012

Aké budú dopady reformy odvodov na slovenské zdravotníctvo?

Autori: K. Morvay, T. Sivák, P. Pažitný

vydal Health Policy Institute, jún 2011, 42 strán

ISBN 978–90–969907–7–1

PDF dostupné na www.hpi.sk

Tabuľka 1: Zhrnutie výsledkov prognózovania príjmov zdravotníctva v závislosti od scenára daňovo-odvodovej reformy (mil. €, ak nie je uvedené inak)

	2011	2012		
Parameter príjmov	**všetky scenáre**	**„bez zmien“**	**„oficiálny návrh MF SR“**	**„návrh RÚZ“**
Príjmy verejného zdravotného poistenia (bez príjmových finančných operácií)	**3 621**	**3 804**	**3 982**	**4 011**
Daňové príjmy	3 605	3 786	3 964	3 993
ekonomicky aktívne obyvateľstvo	2 368	2 471	2 129	2 158
platba štátu	1 197	1 205	1 725	1 725
ostatné (= ročné zúčtovanie poistného a sankcie súvisiace s poistným)	40	110	110	110
Nedaňové príjmy a transfery v rámci verejnej správy	16	18	18	18
Verejné zdroje mimo zdravotných poisťovní	**235**	**190**	**190**	**190**
VÚC	11	12	12	12
Obce	8	8	8	8
MZ SR mimo platieb štátu	204	160	160	160
Iné rozpočtové kapitoly	12	10	10	10
Priame platby domácností (metodika národných účtov)	**1 153**	**1245**	**1 245**	**1 245**
Priame platby domácností (rodinné účty)	**648**	**711**	**711**	**711**
Príjmy systému zdravotníctva spolu (v tom priame platby podľa národných účtov)	**5 009**	**5 239**	**5 417**	**5 446**
Príjmy systému zdravotníctva spolu – % HDP	**7,2 %**	**7,0 %**	**7,3 %**	**7,3 %**

Poznámka: štvrtý scenár má inú povahu a nie je takouto formou kvantifikovaný

Zdroj: výpočty autorov

Tabuľka 2: Zhrnutie výsledkov prognózovania príjmov a výdavkov zdravotných poisťovní (mil. €)

	2011	2012	
Parametre príjmov/výdavkov	**všetky scenáre**	**„bez zmien“**	**„oficiálny návrh MF SR“**
Príjmy ZP	**3 621**	**3 804**	**3 982**
Výdavky ZP spolu	**3 532**	**3 702**	**3 873**
v tom:			
Zdravotnícke výrobky, prístroje a zariadenia	1 145	1 195	1 195
Ambulantná zdravotná starostlivosť	1 256	1 304	1 327
Ústavná zdravotná starostlivosť	948	1 011	1 150
Zdravotníctvo inde neklasifikované	30	35	35
Výdavky na správu	124	127	134
Príspevky	29	30	32
Rozdiel príjmov a výdavkov	**90**	**103**	**109**

Zdroj: výpočty autorov

Medzinárodné porovnanie cien výkonov v USD

Tento článok je prekladom prezentácie „2010 Comparative Price Report“, ktorú vypracoval International Federation of Health Plans. International Federation of Health Plans (IFHP) bola založená v roku 1968 skupinou lídrov v oblastiu zdravotných plánov z 12 krajín. Dnes je globálnou sieťou s viac ako 100 členmi z 30 krajín.

Uvedená prezentácia bola predstavená v novembri 2010 v San Francisco v Kalifornii s cieľom porovnať ceny jednotlivých výkonov medzi krajinami. Výsledky sú spracované v Tabuľke 1.

preložil a spracoval **PETER PAŽITNÝ**

Tabuľka 1: Porovnanie cien výkonov v USD

	ESP	CH	ARG	UK	FRA	GER	AUS	CHI	NZE	USA (priemer)
Priemerné náklady na 1 deň v nemocnici	470	617	319		909	554	1 183	543	3 220	3 612
Priemerné náklady na 1 hospitalizáciu	1 679	4 626	1 253		4 715	4 718	4 140	5 951	5 825	14 427
Náklady:										
- normálny pôrod	2 266	3 485	737	2792	3 768	2 147	4 592	3 133		8 435
- cisársky rez	2 989	5 192	959	4 648	4 376		9 012			13 016
- operácia katarakty	1 667	2 365	351	1 299	3 352		2 495	5 626	2 633	3 161
- operácia slepého čreva	2 537	2 570	559	3 456	2 795	3 285	6 526	5 406	5 276	13 123
- operácia bedrového kĺbu	9 327	6 683	2 968	9 637	12 629	15 329	20 069	15 041	15 860	34 454
- bypass	15 802	11 618	4 959	13 998	16 325	27 237	30 474		32 934	59 770
- angioplastika	8 003	5 223	1 641		7 666	6 055	6 709	2 708	12 581	29 055
- angiogram	117	134	157	187	245	287	545	552	749	682
- CT sken: žalúdok	117	411	85	187	179	374	487	249	447	536
- CT sken: hlava	117	360	60	187	179	287	234	220	227	464
- MRI sken	234	874	86	187	398	632	439	505	603	1 009
Odmena lekára:										
- rutinná návšteva u lekára	11		8		31	15	47	46	24	86
- normálny pôrod	324		129		1336		776	958		2997
- cisársky rez	422		148		1 336	424	1 581	958		3 505
- operácia slepého čreva	228		119		753	271	1 209	1 393	1 450	959
- operácia katarakty	413		120		1 158	560	464	1 790	1 077	954
- operácia bedrového kĺbu	1 071		370		2 723	679	2 748	1 962	2 588	2 834
Lipitor	31	78	38	39	1	78	33	72		129
Nexium	50	69	21	30	3	136	33	49		186
Plavix	80	59	55	57	15	99	33	98		152

Zdroj: International Federation of Health Plans: 2010 Comparative Price Report

Paradoxy vývoja na trhu práce

Aj z trhu práce – s veľkým časovým posunom – už odchádzajú niektoré prejavy recesie. Práve na tomto trhu prežívali najdlhšie. Správa o viac ako dvojpercentnom raste počtu pracujúcich je zrejme tou najpozitívnejšou a najvýznamnejšou správou o makroekonomickom vývoji v prvom štvrťroku 2011. Vôbec to však neznamená jednoznačný a hladký obrat vo vývoji na trhu práce. Informácie o vývoji nezamestnanosti sú protichodné, rovnako aj informácie o mzdách a príjmoch. Trh práce je momentálne plný protirečení. Venujeme tu pozornosť dvom nápadným protirečeniam.

NEZAMESTNANOSŤ RASTÚCA AJ KLESAJÚCA

Dve inštitúcie, ktoré na Slovensku merajú nezamestnanosť, pripravili v júni ťažko interpretovateľnú zmes informácií. Najprv Štatistický úrad SR informoval o výraznom medziročnom poklese počtu nezamestnaných aj miery nezamestnanosti, o niekoľko dní ÚPSVaR tvrdil opak.

Ani v minulosti sa údaje o nezamestnanosti podľa výberového zisťovania pracovných síl (ŠÚ SR) a podľa úradov práce (ÚPSVaR) nevyvíjali vždy identicky. Ale nesúlad vývoja v prvej časti roka 2011 je až priveľmi nápadný.

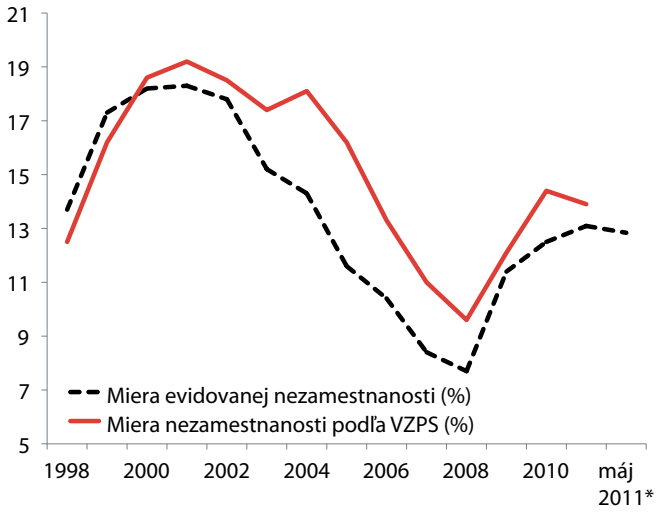
Obidve metodiky hovoria na základe rôznych metodík o niečom inom:

- ŠÚ SR vo výberovom zisťovaní pracovných síl (ďalej VZPS) prezentuje, koľko osôb podľa vlastného vyjadrenia nemá platenú prácu. A tvrdí, že miera nezamestnanosti v prvom štvrťroku medziročne relatívne významne klesla.
- Úrady práce vypovedajú o tom, koľko osôb majú v evidencii ako uchádzačov o zamestnanie (a koľko z nich je schopných hneď prijať prácu). Tvrdia, že miera tzv. evidovanej nezamestnanosti v prvých piatich mesiacoch roka 2011 medziročne mierne narastá.

Tieto dve metodiky vypovedajú o nezamestnanosti z rôznych uhlov pohľadu, čísla takto získané sa nemusia stopercentne prelínať, ale tiež by nemali vykazovať zásadne odlišnú tendenciu vývoja. V roku 2011 však zatiaľ pozorujeme priam šokujúco odlišné tendencie. Podľa metodiky ÚPSVaR v prvom štvrťroku medziročne pribudlo asi 2 200 disponibilných evidovaných nezamestnaných. A v máji už viac ako 13 000. Pritom v prvom štvrťroku podľa ŠÚ SR medziročne klesol počet nezamestnaných asi o 31 500. Ak to nie je vysvetliteľné administratívnymi faktormi v registroch úradov práce, vyvolávalo by to podozrenie z nárastu zneužívania evidencie na úradoch práce a z rozmachu tieňovej ekonomiky. Totiž je viac občanov evidovaných v registroch, pritom však v anonymnom dotazníku VZPS uvedú, že majú platenú prácu. Aj preto sa musí nesúlad medzi dátami vysvetliť. Ak by sa tendencia z prvých mesiacov roka 2011 predĺžila do budúcnosti, celkom iste by miera evidovanej nezamestnanosti už čoskoro pretla krivku miery nezamestnanosti podľa VZPS (**Graf 1**) a vznikla by ťažko interpretovateľná situácia, keď je na úradoch práce evidovaných viac nezamestnaných, ako je rozsah nezamestnanosti priznávaný samotnými občanmi. Takúto situáciu poznáme z konca 90-tych rokov. Po vlne „čistenia registrov" od tých, ktorí ho zneužívajú, bola miera nezamestnanosti podľa VZPS citeľne nižšia ako miera evidovanej nezamestnanosti. Teraz to vyzerá, že si miery nezamestnanosti opäť môžu vymeniť pozíciu (pozri v **Grafe 1**).

Ak to zhrnieme: buď je na vine administratívny vplyv, alebo niečo vytvorilo zvrátenú motiváciu k registrácii na úradoch práce. Vývoj reálnej ekonomiky je lepšie zlučiteľný s údajmi o trhu práce podľa VZPS. Totálny nesúlad výsledkov dvoch metodík by však nemal zostať bez interpretácie od ich tvorcov. K tejto téme sa po získaní ďalších informácií určite vrátime.

Graf 1: Dve miery nezamestnanosti

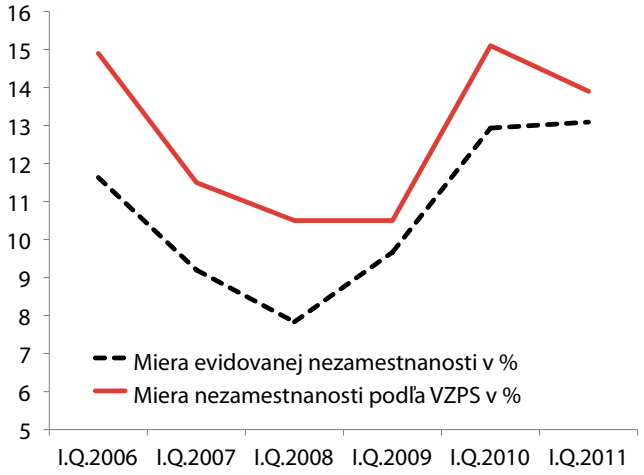


Poznámka: samozrejme, nie je metodicky správne na časovej osi miešať roky, štvrťroky a mesiace. Tu si to však dovolíme kvôli zahrnutiu posledných – kontroverzne pôsobiacich údajov.

** – posledný dostupný údaj*

Zdroj: ŠÚ SR, ÚPSVaR

Graf 2: Miera nezamestnanosti podľa oboch metód v prvých štvrťrokoch 2006-2011



Zdroj: ŠÚ SR, ÚPSVaR

Tabuľka 1: Porovnanie vývoja nominálnej mzdy, cenovej hladiny a reálnej mzdy

	I.Q./2010	I.Q./2011
Tempo medziročného rastu priemernej nominálnej mzdy, v %	2,1	2,9
Tempo medziročného rastu spotrebiteľských cien, v %	0,5	3,3
Tempo medziročného rastu reálnej mzdy, v %	1,6	0,4

Zdroj: Štatistický úrad SR

Ani jedna metodika nie je imúnna voči skresleniam. Pripusťme teraz, že dáta oboch inštitúcií sú v poriadku a pripusťme protichodnosť vývoja aktuálnych čísel o nezamestnanosti. Aj tak je súčasná situácia už lepšia ako v rovnakom období minulého roka: vtedy sa nezamestnanosť ešte podľa oboch metodík zhoršovala, teraz je ten obraz aspoň diferencovaný.

Existuje však aj taký ukazovateľ trhu práce, v ktorom existuje súlad medzi ŠÚ SR a ÚPSVaR: podľa oboch inštitúcií sa zvýšil počet voľných pracovných miest. Aj ÚPSVaR, ktorý vykazuje zhoršenie vo vývoji nezamestnanosti v máji 2011, hovorí o náraste voľných miest. V máji 2010 ich bolo 6 565, v máji 2011 už 9 078. A zatiaľ vo všetkých mesiacoch 2011 ich bolo o niečo viac ako v rovnakom mesiaci 2010.

POKLES REÁLNEJ MZDY EŠTE NEZNAMENÁ ZHORŠENIE VÝVOJA PRÍJMOV DOMÁCNOSTÍ

Je nepríjemnou skutočnosťou, že v prvom štvrťroku 2011 klesla reálna mzda. Nie výrazne, konkrétne to bolo o 0,4 %. Rast priemernej nominálnej mzdy (2,9 %) bol totiž nižší ako rast cenovej hladiny (3,3 % v tom istom čase). V rovnakom období predchádzajúcich dvoch rokov ešte reálna mzda mierne rástla, hoci vyhliadky vývoja na trhu práce boli nepriaznivé. V prvom štvrťroku 2011 sa síce (v porovnaní s rovnakým obdobím vlani) trochu zrýchlil rast nominálnych miezd, rast cenovej hladiny sa však zrýchlil podstatne výraznejšie (**Tabuľka 1**).

Samozrejme, bolo by možné nájsť niekoľko dôvodov, ktoré by „ospravedlňovali" takýto vývoj, ako napr.:

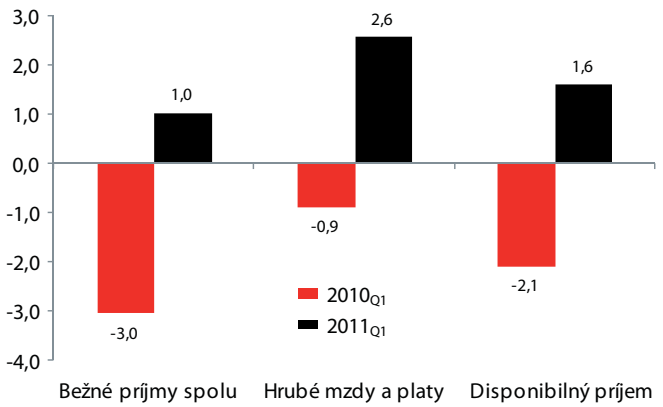
- Je logické, že po skončení recesie sa mzdy zvyšujú len veľmi opatrne, hlavne ak je stále značná „rezervná armáda nezamestnaných". Historická pamäť zamestnávateľov po recesii káže byť opatrnými pri prijímaní zamestnancov aj pri určovaní miezd.
- Rast cien bol v doterajšom priebehu roka 2011 v značnej miere určovaný vonkajšími faktormi. Navyše stále platí, že tempo rastu cien v prvej časti roka 2011 (aj s májovou hodnotou 4,0 %) je vysoké len v porovnaní s predchádzajúcimi dvomi rokmi. V rokoch 2009 a 2010 bola miera inflácie mimoriadne nízka vplyvom poklesu dopytu na trhoch, preto sa inflácia v prvých mesiacoch roka 2011 zdá byť veľmi vysoká.

Či už berieme tieto „ospravedlňujúce" faktory do úvahy alebo nie, skutočnosť je taká, že vplyvom posilnenej inflácie ako aj vplyvom stále slabého rastu priemernej mzdy došlo k nepriaznivému vývoju reálnej mzdy.

Pokles reálnej mzdy však v prvom štvrťroku nebol spojený s poklesom objemu príjmov pre sektor domácností. Nominálna mzda síce rástla pomaly, zato však významne vzrástol počet jej poberateľov (počet zamestnancov). Navyše mzdy tvoria len časť príjmov domácností (v prvom štvrťroku 2011 tvorili hrubé mzdy necelých 40 % celkového objemu tzv. bežných príjmov domácností v SR). Domácnosti poberajú aj sociálne dávky vrátane dôchodkov, príjmy z majetku alebo príjmy z podnikania (tzv. zmiešané dôchodky). Súčet všetkých tzv. bežných príjmov domácností sa vyvíjal podstatne priaznivejšie ako reálna mzda! Bežné príjmy domácností (korigované o infláciu) v prvom štvrťroku 2010 ešte klesli o 3 % (hoci priemerná reálna mzda vtedy rástla), ale v prvom štvrťroku 2011 už bežné príjmy domácností stúpli o 1 % (napriek poklesu reálnej mzdy). V rámci bežných príjmov je zaujímavý aj vývoj hrubých miezd a platov: hoci priemerná reálna mzda mierne klesla, celkový reálny objem vyplatených miezd v prvom štvrťroku 2011 stúpol o 2,6 %. V rovnakom období vlani síce stúpla priemerná reálna mzda, ale celkový objem vyplatených miezd klesol o 0,9 % (**Graf 3**). Ešte zaujímavejšia je kategória disponibilný príjem, ktorá vyjadruje tú časť príjmov domácností, s ktorou voľne disponujú pri rozhodovaní o spotrebe a úsporách (disponibilný príjem je napr. očistený o povinné platby domácností voči verejnej správe ako sú dane, odvody a pod.). A disponibilný príjem v prvom štvrťroku rástol, kým v rovnakom období minulého roka ešte klesal.

Ak stúpol disponibilný príjem, tak jeho prírastok musel byť použitý buď na rast spotreby, alebo na rast úspor. Konečná spotreba domácností stagnovala (presnejšie: v prvom štvrťroku 2011 bol medziročný pokles spotreby o 0,1 % – úplne rovnako ako v rovnakom období minulého roku). Prírastok disponibilného príjmu sa premietol do rastu úspor domácností. Úspory vytvorené z príjmov v prvom štvrťroku boli až o 42 % vyššie ako úspory vytvorené v rovnakom štvrťroku 2010.

Graf 3: Medziročné zmeny vybraných kategórií príjmov domácností (v %) v prvých štvrťrokoch 2010 a 2011



Pozn.: Zmeny všetkých kategórií príjmov sú očistené o infláciu, ide o tzv. reálne zmeny

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR

Nepriaznivý vývoj priemernej reálnej mzdy tak celkom preukázateľne neviedol k poklesu príjmov pre sektor domácností. Pravda, tu sa hovorilo o celkových objemoch príjmov domácností, takáto štatistika nehovorí nič o príjmovom rozvrstvení (o tom však nehovorí ani priemerná mzda). Nemožno na základe týchto makroekonomických veličín vylúčiť, že príjmová situácia niektorých kategórií domácností sa významne zhoršila. Ale rovnako nemožno ani automaticky spájať mierny pokles priemernej reálnej mzdy s nepriaznivým vývojom príjmovej situácie sektora domácností ako celku.

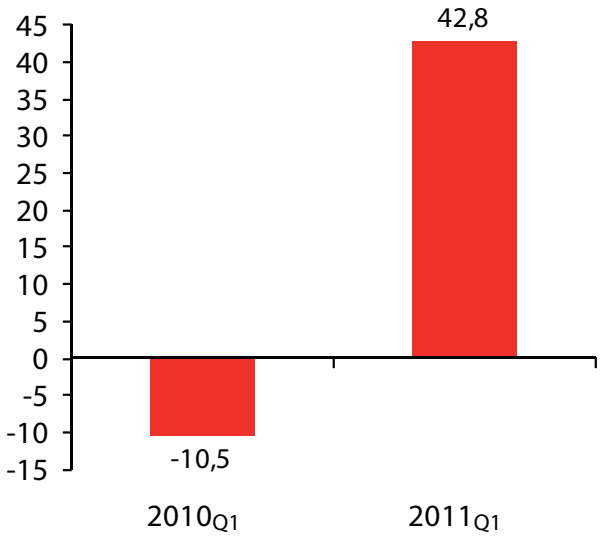
Trh práce sa postupne dvíha z prachu odchádzajúcej recesie. Pri tomto dvíhaní sa stáva, že niektoré parametre sa už zlepšujú, iné ešte nie. Obraz trhu práce je možno diferencovanejší ako v rovnakom období minulého roka, ale to rozhodne znamená postupnú priaznivú zmenu.

Ing. Karol Morvay, PhD. (1973) je senior analytik Health Policy Institute.

Zaoberá sa hospodárskou politikou, makroekonómiou a ekonomickou teóriou.

» kontakt morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

Graf 4: Medziročné zmeny tvorby úspor domácností (%) v prvých štvrťrokoch 2010 a 2011



Pozn.: Zmeny sú očistené o infláciu, ide o tzv. reálne zmeny

Upozornenie: Nejde o zmeny celkového objemu naakumulovaných úspor domácností. Je to medziročná zmena v tvorbe úspor v danom štvrťroku.

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR

Váš názor nás zaujíma

Dotazník o Zdravotnej politike

HPI HEALTH POLICY INSTITUTE
zdravotnáPolitika
» mesačník o zdravotnej politike ISSN 1338-1172

Mesačník Zdravotná politika vydávame vďaka láskavej podpore Nadácie otvorenej spoločnosti – Open Society Fund (NOS – OSF).

Na vyhodnotenie úspešnosti našej práce chceme zistiť názor našich čitateľov na časopis. Spätná väzba nám pomôže zlepšiť našu prácu.

Podobne ako minulý rok v júli, aj tentoraz sme pripravili **stručný webový dotazník**, o ktorého vyplnenie vás chceme požiadať. Práca s dotazníkom vám nezaberie viac ako 3 minúty.

Dotazník je anonymný a štatisticky spracované výsledky budú poskytnuté NOS – OSF a publikované v Zdravotnej politike.

DOTAZNÍK NÁJDETE NA STRÁNKE:

http://hpi.questionform.com/public/zdravotna_politika

Ďakujeme!

HPI tím

Analýza systému zdravotnej starostlivosti v Maďarsku

ÚVOD

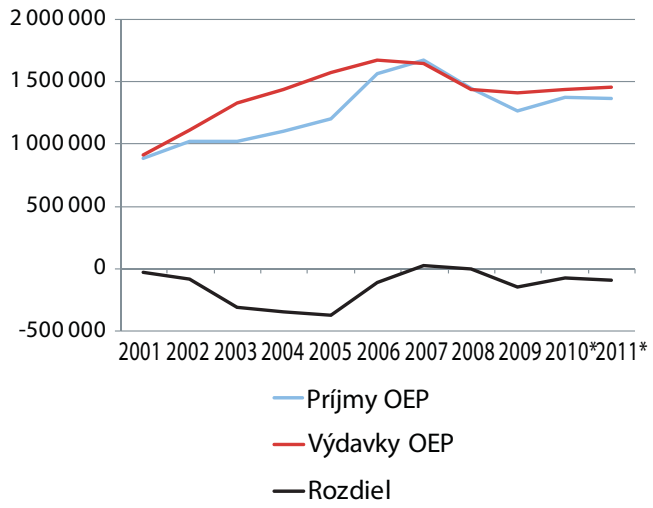
Podobne ako v ostatných krajinách Vyšehradskej štvorky (V4), aj v Maďarsku prešiel systém zdravotníctva po páde komunizmu viacerými reformami. Otázkou je, či mali tieto reformy významný vplyv na efektívne fungovanie zdravotníctva. Pravdepodobne nie, pretože maďarské zdravotníctvo je v kríze (Mihály 2007, s. 2.).

Cieľom tejto štúdie je zanalyzovať súčasnú situáciu a poukázať na stav zdravotného systému Maďarska. Venovať sa v nej budem základným poznatkom o vývoji tohto systému po roku 1989 ako aj zložitosti priradenia tohto systému k jednému z všeobecne známych zdravotných modelov. Zároveň predstavím i hlavné problémy maďarského zdravotníctva a porovnám základné ukazovatele kvality zdravotnej starostlivosti s ostatnými krajinami V4. V záverečnej časti sa budem venovať i reformným plánom súčasnej vlády Fidesz v oblasti zdravotníctva, ktoré boli len nedávno prijaté maďarskou vládou pod názvom „Plán Semmelweis".

Analýza je rozdelená na štyri časti:

1. **Chýbajúca kontinuita v koncepciách reforiem systému zdravotnej starostlivosti v Maďarsku**
2. **Hlavné problémy maďarského zdravotníctva**
3. **Analýza základných ukazovateľov kvality zdravotnej starostlivosti v Maďarsku a ich porovnania v rámci V4**
4. **Súčasná reforma systému zdravotnej starostlivosti – „Plán Semmelweis"**

Graf 1: Hospodárenie Fondu zdravotného poistenia (OEP)



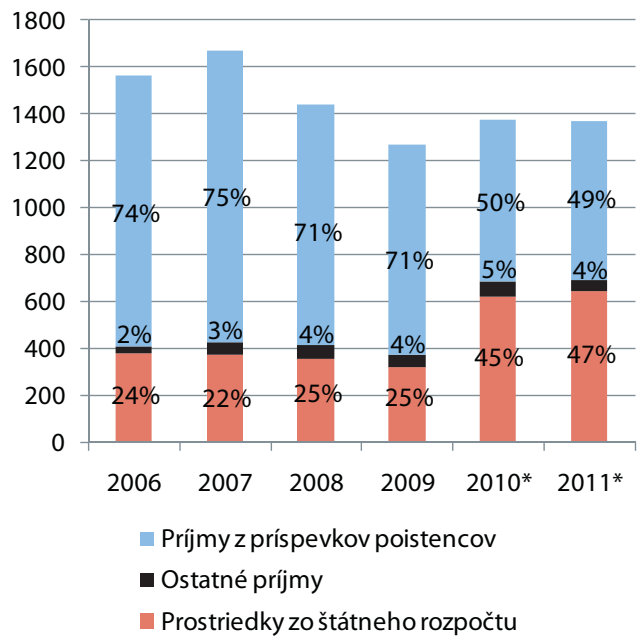
** – odhad*

Zdroj: ESKI, 2011

1. CHÝBAJÚCA KONTINUITA V KONCEPCIÁCH REFORIEM SYSTÉMU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V MAĎARSKU

Maďarský systém zdravotníctva prešiel od konca 90-tych rokov transformáciou z centrálne riadeného systému založenom na financovaní z daní k výrazne decentralizovanému systému so sociálnym zabezpečením, pre ktorý je charakteristické kumulovanie príspevkov poistencov v jedinom štátnom poistnom fonde (Fond zdravotného poistenia – OEP) (Ferguson & Irvine 2003, s. 1.). Zatiaľ čo v prvej polovici 90-tych rokov boli v Maďarsku prijaté dôležité progresívne opatrenia, napríklad zriadenie OEP na príjem zamestnaneckých a zamestnávateľských príspevkov, neskôr sa začali politické špičky zameriavať na problém s nedostatkom finančných zdrojov na pokrytie deficitu tohto fondu (viď **Graf 1**). Navyše, súčasné trendy naznačujú, že prostriedky z OEP stačia na pokrytie len 49%-ného podielu všetkých výdavkov maďarského zdravotníctva (viď **Graf 2**). Táto tendencia má dokonca klesajúci charakter, keďže sa výška odvodov úmerne neprispôsobuje ekonomickému rastu. Zvyšných takmer 51 % výdavkov sa preto financuje zo štátneho rozpočtu, čiže z daní (okolo 47 %) a ostatných príjmov (okolo 4 %) (Kuli 2010). *„Výsledkom je zmiešaný daňový a poistný fond, ktorý je zodpovedný za financovanie maďarského systému."* (Ferguson & Irvine 2003, s. 2.).

Graf 2: Zdroje financovania zdravotnej starostlivosti v Maďarsku



** – odhad*

Zdroj: ESKI, 2011

Súčasná podoba maďarského zdravotného systému sa vyvinula pod vplyvom nemeckého modelu sociálneho trhového hospodárstva (*soziale Markwirtschaft*). Pôvodným plánom maďarskej vlády po páde komunizmu bolo zavedenie Bismarckovho systému sociálneho poistenia (ide o model, v ktorom nie priamo štát, ale tretia strana poisťuje občanov, pričom občania za tieto služby odvádzajú príspevky; nemocnice a lekári prevažne účinkujú v tomto systéme ako súkromné subjekty).

Avšak v priebehu ešte stále pretrvávajúcej transformácie postkomunistického systému prebralo maďarské zdravotníctvo prvky Beveridgovho modelu štátneho zdravotníctva (zdravotníctvo je financované štátom z daňových príjmov štátneho rozpočtu, pričom lekári sú štátnymi zamestnancami a nemocničné zariadenia sú vo verejnom vlastníctve) (Mihályi 2007, s. 8., PNHP 2010). Inklinácia k jednému z týchto systémov navyše v prípade Maďarska závisela i od aktuálnej politickej moci, ktorá určovala základnú koncepciu zdravotnej starostlivosti.

Zatiaľ čo kroky bývalej sociálno-demokratickej vlády naznačovali posun k Bismarckovmu sociálnemu modelu, okrem iného i zmierňovaním reštrikcií vstupu súkromných poisťovní do systému (pluralitný poistný model), v súčasnej dobe smerujú snahy pravicovej vlády Fideszu k posunu k Beveridgovmu modelu s dominantným národným vlastníctvom.

Na základe týchto skutočností možno považovať diskontinuitu vo zvolených koncepciách maďarských vlád za jeden zo zásadných dôvodov nestabilnej, až krízovej situácie maďarského zdravotníctva. Fluktuácia ministrov zodpovedných za vedenie zdravotníctva je v Maďarsku príliš vysoká na to, aby sa krajina dokázala sústrediť na jednotnú koncepciu. Za posledných 21 rokov sa na tomto poste vystriedalo až 14 ministrov (v priemere je to len 1,5-ročné funkčné obdobie na ministra), pričom každý presadzoval svoje vlastné stratégie a preferenčné zmeny.

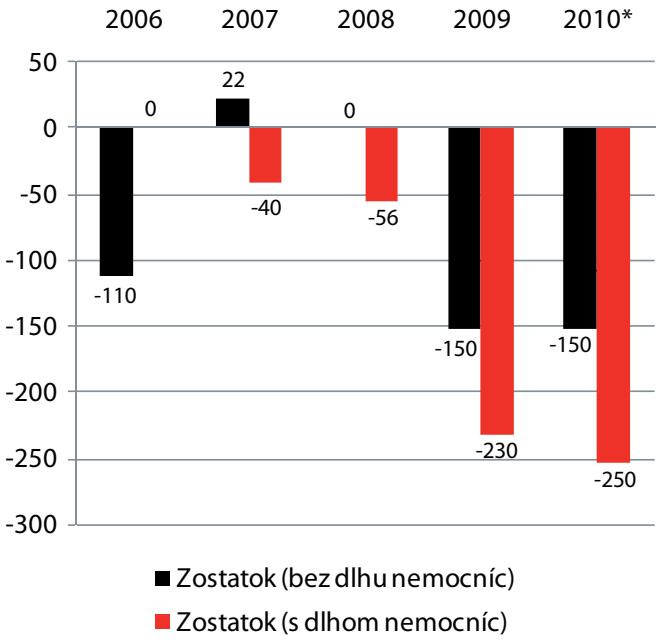
Tejto nejednotnosti koncepcií mala najväčšiu šancu predísť bývalá sociálno-demokratická vláda, ktorá zotrvala pri moci ako prvá v postkomunistickej histórii Maďarska počas dvoch za sebou nasledujúcich období (2002 – 2010). Avšak ani za týchto podmienok nedokázala konsolidovať systém zdravotnej starostlivosti v Maďarsku, a i napriek významným reformným snahám z roku 2007 nemožno hovoriť o zmenách, ktoré by mali zásadný vplyv na zvýšenie efektivity zdravotníctva.

Najväčším problémom maďarského zdravotníctva bol a je práve problém s podfinancovaním. Úspešne sa s ním podarilo bojovať sociálno-demokratickej vláde z rokov 1994-1998, ktorá zrealizovala program obmedzenia výdavkov v zdravotníctve. V roku 1997 boli už tieto výdavky v reálnych hodnotách o 30 % nižšie než v roku 1990 (Gaál 2004, s. 107). Avšak tieto opatrenia mali len dočasný charakter a v nasledujúcich rokoch nadobudol vývoj deficitu maďarského zdravotníctva (prevýšenie výdavkov OEP nad príjmami spolu s dlhom nemocníc) opäť rastúcu tendenciu.

Ďalšie reformné úsilia prišli už počas spomínaného osemročného funkčného obdobia sociálnych demokratov[1)], ktorí sa predovšetkým sústredili na zavedenie pro-trhového pluralitného poistného modelu s cieľom účinnejšieho financovania zdravotnej starostlivosti (štát by si však naďalej ponechal 51%-ný vlastnícky podiel v týchto poisťovniach). Tento model bol však zamietnutý a prijaté boli len kompromisné riešenia, ktoré mali za následok tieto zásadné zmeny (Kuli 2010, ESKI 2011, Ministerstvo zdravotníctva Maďarskej republiky 2009, Szekeres 2007, Pažitný 2008, HPI 2006):

- Opätovný pokles deficitu maďarského zdravotníctva. Zatiaľ čo v reformnom roku 2007 bol tento deficit na úrovni 0,1 % z HDP a v roku 2008 na úrovni 0,2 %, v roku 2009 opäť stúpol na 0,9 % a tvoril takmer štvrtinu z celkového deficitu štátneho rozpočtu Maďarska (viď **Graf 3**).
- Zníženie počtu akútnych nemocničných lôžok o 26 %.
- Zvýšenie počtu chronických nemocničných lôžok o 33 %.
- Zriadenie nového systému nemocníc: základná zdravotná starostlivosť je v rukách oblastných nemocníc (77), zatiaľ čo za terciálnu starostlivosť zodpovedajú „vysoko prioritné" nemocnice (37). Šesť štátnych nemocníc bolo v rámci tohto systému zatvorených.
- Zavedenie poplatkov za návštevu osobného lekára a pobyt v nemocnici na úrovni 300 forintov (1,10 Eur), ktoré boli v roku 2008 zrušené úspešným referendom iniciovaným vtedajšou opozičnou stranou Fidesz.
- Politika zodpovedného hospodárenia s liekmi a uprednostňovania generických liekov mala za následok zníženie farmaceutických výdavkov OEP v roku 2008 o 16 % oproti roku 2007.
- Zriadenie dozornej inštitúcie na zefektívnenie riadenia fondu OEP.

Graf 3: Zostatok rozpočtu maďarského zdravotníctva



Zdroj: Kuli, 2010

1) Sociálno-demokratická vláda z rokov 2002-2010 bola konštruovaná z politických strán MSZP (Strana maďarských socialistov) a SZDSZ (Aliancia slobodných demokratov), ktorá zodpovedala práve za sektor zdravotníctva.

2. HLAVNÉ PROBLÉMY MAĎARSKÉHO ZDRAVOTNÍCTVA

Dôkazom toho, že Maďarsko potrebuje reformy a reštrukturalizáciu zdravotnej starostlivosti sú predovšetkým nasledovné závažné nedostatky a zlé systémové nastavenia (Kuli 2010, Világgazdaság 2010, Hírszerző 2010, ESKI 2010, MedicalOnline 2010, WebOrvos 2010, Fidesz 2010):

- Dlh OEP, ktorý je čím ďalej tým viac financovaný zo štátneho rozpočtu.
- Zadlžené nemocnice, ktorých agregovaný dlh dosiahol v prvom štvrťroku 2010 cca 200 – 260 miliónov eur. Minulý rok žiadala asociácia nemocníc vyše 850 miliónov eur na fungovanie počas nasledujúcich 3 rokov.
- Mzdy lekárov, ktorí v priemere zarábajú 1 400 eur, z ktorých si kvôli prísnemu daňovému systému berú domov len približne polovicu.
- Odliv lekárov za väčšími zárobkami do zahraničia, ktoré často dosahujú až 10-násobok maďarských platov. *„V poslednej dobe opustili krajinu denne až 3 odborní lekári."* (Magyar Nemzet Online 2011). Odhaduje sa, že približne 2/3 študentov medicíny plánuje odísť, pričom od roku 2006 už opustilo z tohto dôvodu krajinu 2 500 lekárov.
- Ďakovné odmeny lekárom za poskytnutie „extra" služieb, ktoré nepodliehajú zdaneniu. V roku 2009 si na týchto odmenách privyrobili maďarskí lekári 118 miliónov eur (v priemere je to 35 eur na jedného ekonomicky aktívneho občana, ktorý navštívi lekára).
- Časté návštevy osobných lekárov, ktoré na jedného maďarského obyvateľa dosiahli v roku 2008 vyše 11 návštev.
- Nadmerná spotreba liekov, pričom výdavky OEP na túto položku dosahovali v roku 2010 až 24 % všetkých výdavkov.
- Potreba výmeny až 80 % zastaranej výbavy nemocníc.

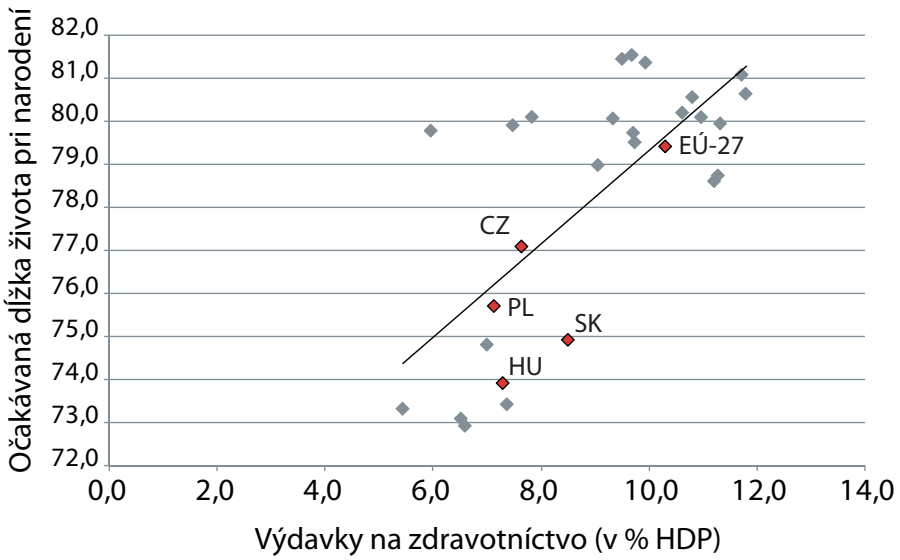
Korene týchto problémov spočívajú predovšetkým v podfinancovanom maďarskom systéme zdravotnej starostlivosti ako aj v životnom štýle a návykoch obyvateľstva. Súčasná vláda preto čelí veľkým výzvam, ktoré okrem iného súvisia i s výberom spôsobu financovania predraženého a málo efektívneho zdravotníctva (EPAP 2007, s. 2.). Ako vyplýva z už predstavených plánov vlády Fidesz, jej reformná snaha bude predovšetkým založená na dominantnom postavení štátu bez výraznej pomoci súkromného sektoru v zdravotníctve. Konkrétnym krokom tejto vlády pod názvom „Plán Semmelweis" sa podrobnejšie venujem v štvrtej časti.

3. ANALÝZA ZÁKLADNÝCH UKAZOVATEĽOV KVALITY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V MAĎARSKU A ICH POROVNANIA V RÁMCI V4

V tejto časti práce poukážem na neefektívne fungovanie maďarského zdravotníctva prostredníctvom viacerých základných ukazovateľov kvality zdravotnej starostlivosti (očakávaná dĺžka života po narodení a jej závislosť od výšky vynaložených prostriedkov na zdravotníctvo, medziročný vývoj týchto výdavkov, priemerná ročná návštevnosť osobného lekára, počet akútnych nemocničných lôžok na 1 000 obyvateľov a ďalšie) a porovnám ich s ostatnými krajinami V4, ktoré prešli podobným historickým vývojom ako Maďarsko. Navyše zhodnotím i prieskumy Európskej komisie „Special Eurobarometer", ktorých cieľom bolo analyzovať názory obyvateľov o kvalite zdravotných služieb v krajinách EÚ.

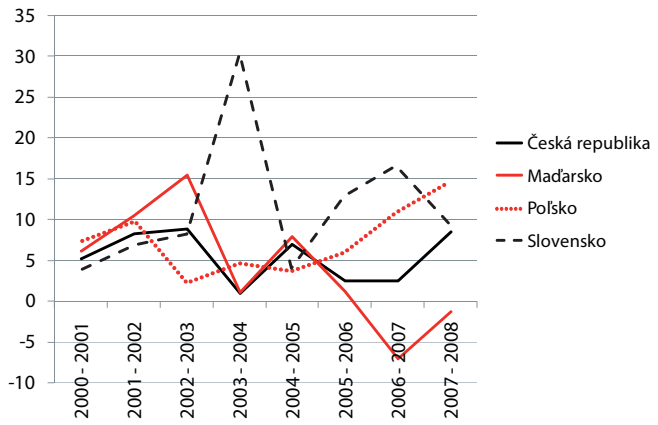
„Maďarsko sa v rámci Európskej únie často označuje za krajinu s najnižšou očakávanou dĺžkou života po narodení." (Mihályi 2010, s. 2.) Môžeme to usúdiť i pri pohľade na **Graf 4**, ktorý poukazuje na závislosť očakávanej dĺžky života obyvateľov po narodení od výšky výdavkov členských štátov EÚ na zdravotnú starostlivosť ako percento z HDP. Zatiaľ čo v roku 2009 dosiahla v Maďarsku očakávaná dĺžka života necelých 74 rokov, horšie výsledky vykázali v rámci EÚ-27 už len Bulharsko (73,4), Litva (73,1) a Lotyšsko (72,9). Oproti roku 2001 stúpol v Maďarsku tento ukazovateľ len o 1,7 rokov.

Graf 4: Výdavky na zdravotníctvo a očakávaná dĺžka života po narodení v EÚ, 2009



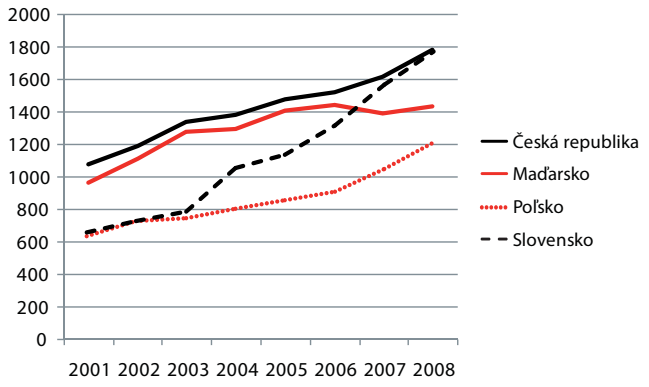
Zdroj: World Bank, World Development Indicators and Global Development Finance, 2009

Graf 5: Medziročný vývoj výdavkov na zdravotníctvo



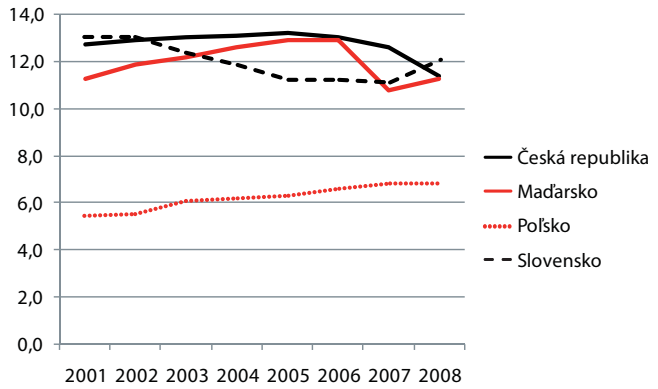
Zdroj: OECD, Health Data 2010

Graf 6: Výdavky na zdravotníctvo na jedného obyvateľa



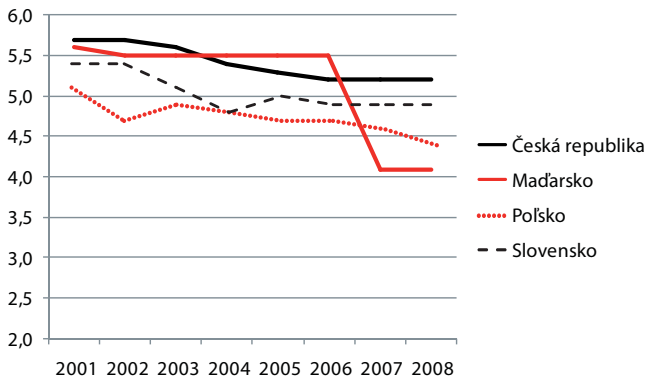
Zdroj: OECD, Health Data 2010

Graf 7: Priemerná ročná návštevnosť osobného lekára



Zdroj: OECD, Health Data 2010

Graf 8: Počet akútnych nemocničných lôžok na 1 000 obyvateľov



Zdroj: OECD, Health Data 2010

Vo vyspelých západoeurópskych krajinách s dlhšou očakávanou dĺžkou života sú i percentuálne výdavky z HDP na zdravotníctvo vyššie. Približne rovnakú časť HDP ako Maďarsko, okolo 7,5 %, vynakladá na zdravotnú starostlivosť i Estónsko, Česká republika, Poľsko, Malta a Luxembursko, avšak očakávaná dĺžka života v týchto krajinách je v priemere o 3,5 roka dlhšia než v Maďarsku. Maďarské zdravotníctvo preto vynakladá tieto prostriedky menej efektívne než ostatné krajiny. *„Z tohto dôvodu by malo Maďarsko prostredníctvom reforiem zdravotného systému dosiahnuť nie lacnejšie, ale lepšie fungujúce zdravotníctvo s cieľom zvýšenia efektivity tak, aby sa ukazovateľ pridanej hodnoty (zdravé roky) výrazne zvyšoval na každý vynaložený forint.“* (EPAP 2007, s. 5.).

Medziročný vývoj výdavkov Maďarska na zdravotníctvo mal, ako jedinej krajine v rámci V4, v predchádzajúcich rokoch klesajúcu tendenciu (viď **Graf 5**). Podľa odhadovaných údajov OEP sa v roku 2010 tento trend zvrátil a výdavky na zdravotníctvo mali podľa očakávaní oproti roku 2009 rásť o takmer 2 %. Pri porovnaní výdavkov na zdravotníctvo na jedného obyvateľa v roku 2008 (viď **Graf 6**) sa Maďarsko umiestnilo v rámci V4 na treťom mieste za Poľskom a na jedného občana vynaložilo 1 437 USD (PPP) (Česko – 1 781 USD, Slovensko – 1 770 USD, Poľsko – 1 213 USD). Mierny pokles týchto výdavkov v roku 2007 pravdepodobne zapríčinil pokles výdavkov OEP na lieky, čo bolo taktiež následkom reforiem, ktoré sa usilovali podporiť užívanie lacnejších generických liekov.

Prístup občanov k zdravotnej starostlivosti počas komunizmu, kedy bol štát zodpovedný za zdravie občanov a nabádal ich na časté návštevy lekárov sú aj naďalej charakteristickými znakmi obyvateľov krajín V4 (viď **Graf 7**). *„Priemerný občan Maďarska navštívil svojho osobného lekára v roku 2008 11,3-krát; spomedzi krajín OECD, kde boli tieto návštevy častejšie, to boli len Česi s 11,4 návštevami a Slováci s 12,1 návštevami. Priemerný občan OECD navštívil svojho lekára za rok 7,6-krát.“* (Kuli 2010). Na danom grafe možno v tejto súvislosti sledovať i vplyv zavedenia poplatkov v Maďarsku za návštevu lekára na úrovni 300 HUF (1,10 EUR) v roku 2007, keď sledovaný ukazovateľ klesol z 12,9 na 10,8 návštev za rok. Avšak po referende z roku 2008, ktorým sa tieto poplatky zrušili, začala priemerná návštevnosť opäť stúpať, pričom v roku 2008 už maďarský pacient navštívil svojho lekára v priemere 11,3-krát.

Jedným z ďalších ukazovateľov efektívneho fungovania zdravotného systému je počet akútnych nemocničných lôžok na 1 000 obyvateľov. V danom ukazovateli sa darilo Maďarsku spomedzi krajín V4 v roku 2008 najlepšie (viď **Graf 8**). V roku 2006 pritom Maďarsko za týmito krajinami ešte zaostávalo. Zásluhy na zmene tejto situácie mala opäť reforma z roku 2007, po ktorej počet akútnych nemocničných lôžok klesol z 5,5 na 4,1 na 1 000 obyvateľov. Toto číslo sa dokonca blíži k priemeru krajín OECD, ktoré disponujú 3,8 lôžkami na 1 000 obyvateľov. Napriek tomu, že táto zmena mala výrazný vplyv na zníženie zadlženosti maďarských nemocníc,

v prvom štvrťroku 2010 tento dlh činil 60 – 70 miliárd forintov (220 – 260 miliónov eur) (Világgazdaság 2010). V danom roku si navyše nemocnice vyžiadali od štátu až vyše 230 miliárd forintov (870 miliónov eur) na umožnenie ich činnosti počas nasledujúcich 3 rokov (WebOrvos 2010).

Vnímanie kvality zdravotnej starostlivosti pacientmi sa medzi krajinami EÚ-27 líši. V prieskume Európskej komisie boli pacienti v jednotlivých krajinách EÚ vyzvaní na hodnotenie celkovej kvality zdravotných služieb a napriek tomu, že v priemere až 70 % opýtaných ohodnotilo tieto služby dobre, medzi jednotlivými krajinami existujú výrazné rozdiely a tak je to aj v prípade krajín V4 (**Graf 9**). Najspokojnejší spomedzi krajín V4 sú českí pacienti, až o 8 % percent viac než je priemer EÚ. Po Slovensku (58 %) a Poľsku (30 %) boli najmenej spokojní so zdravotnou starostlivosťou maďarskí pacienti, len 28 % z nich vyjadrilo spokojnosť so zdravotnými službami v ich krajine. Z celej EÚ-27 sa Maďarsko umiestnilo na 24. mieste a menšiu spokojnosť vykázali už len pacienti Bulharska (28 %), Rumunska (25 %) a Grécka (25 %).

V rámci toho istého prieskumu Európskej komisie boli účastníci vyzvaní odpovedať na otázku *„Na základe toho, čo viete, myslíte si, že kvalita zdravotnej starostlivosti vo Vašej krajine oproti inej členskej krajine EÚ je...“.* Len 2 % opýtaných maďarských účastníkov odpovedalo, že zdravotná starostlivosť v ich krajine je „lepšia“; 20 %, že je „rovnaká“ a až 67 %, že je „horšia“ (viď **Graf 10**). V rámci tohto prieskumu sa Maďarsko umiestnilo až na 26. mieste.

4. SÚČASNÁ REFORMA SYSTÉMU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI – „PLÁN SEMMELWEIS“

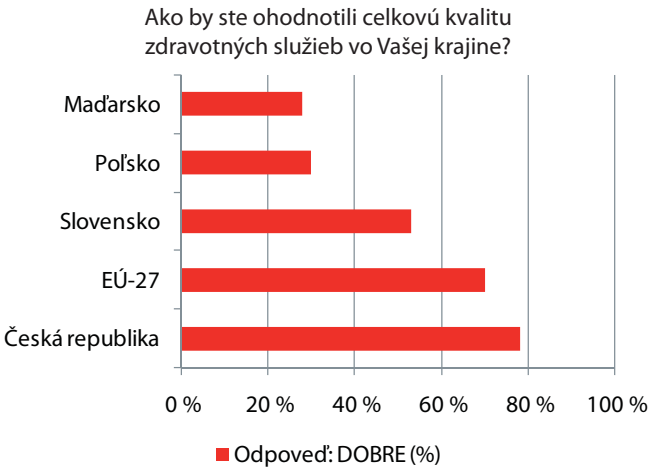
Ako som už spomenul v predchádzajúcich kapitolách, koncepcia reformy zdravotnej starostlivosti bývalej sociálno-demokratickej vlády a súčasnej vlády Fideszu sa diametrálne líšia. Zatiaľ čo do roku 2010 sa presadzovali v maďarskom zdravotníctve liberálne reformy s myšlienkou pluralitného poistného modelu, po roku 2010 sa kladie dôraz na prioritné postavenie štátu. Podľa nedávno predstavenej koncepcie reformy zdravotnej starostlivosti vlády Fidesz pod názvom „Plán Semmelweis“ sa počas tohto volebného obdobia bude dokonca i znárodňovať.

Najväčšou výzvou tejto vlády na presadenie svojho programu v oblasti zdravotníctva bude problém s nedostatkom finančných zdrojov. Už v súčasnosti tvorí celkový dlh zdravotníctva takmer štvrtinu deficitu HDP, a preto plány Fideszu zvýšiť výdavky na zdravotnú starostlivosť na úroveň susedných krajín, t. z. približne o 1 %, alebo o 1,1 miliardy eur budú bez prístupu súkromného kapitálu len veľmi ťažko uskutočniteľné (Kuli 2010).

Antipatiu súčasnej vlády voči súkromnému vlastníctvu je možné pozorovať i na konkrétnych prípadoch prijatých zákonov, ktoré znemožnili vo viacerých oblastiach zdravotnej starostlivosti vytvárať zisky súkromným spoločnostiam. Ako príklad možno uviesť spoločnosť HospInvest, ktorá bola ešte v roku 2009 najväčším súkromným prevádzkovateľom nemocníc v Maďarsku. Dnes je už spoločnosť v konkurze s dlhom vo výške 11,5 milióna eur.

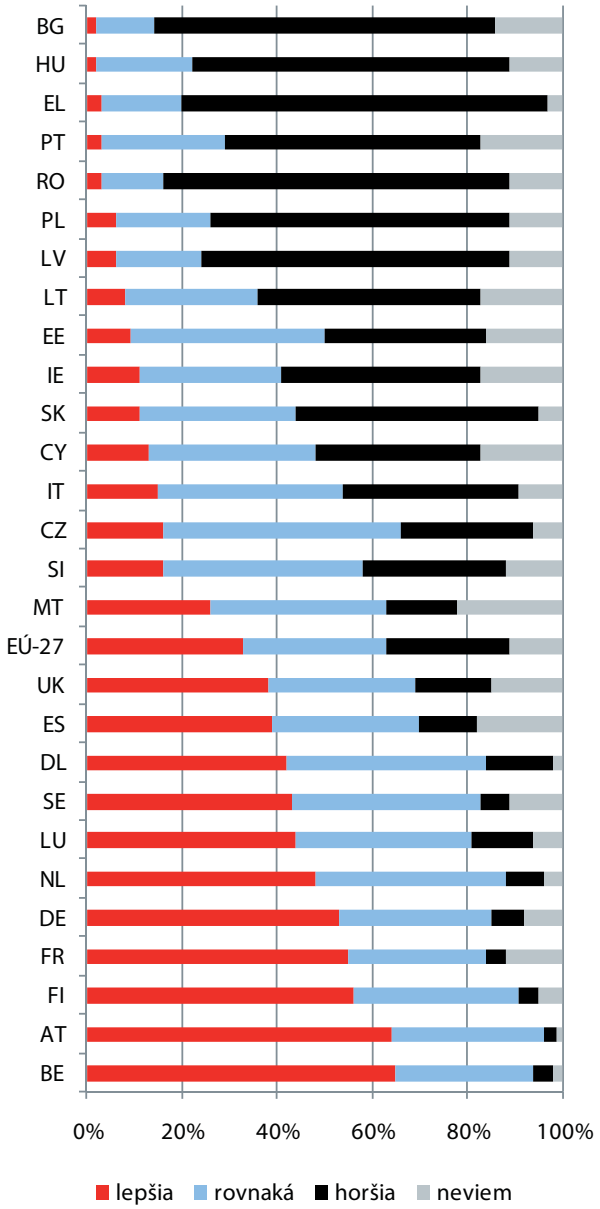
Hospodárenie tejto spoločnosti a schopnosť znižovať prevádzkové náklady nemocníc boli úspešné až do takej miery,

Graf 9: Spokojnosť pacientov s celkovou kvalitou zdravotných služieb, 2009



Zdroj: Európska komisia, Special Eurobarometer: Bezpečnosť pacientov a kvalita zdravotnej starostlivosti, 2009

Graf 10: Názory pacientov na zdravotnú starostlivosť v ich krajine oproti iným členským krajinám EÚ



Zdroj: Európska komisia, Special Eurobarometer: Bezpečnosť pacientov a kvalita zdravotnej starostlivosti, 2009

Rámček 1: Štátny tajomník ministerstva národných zdrojov = minister zdravotníctva

Miklós Szócska (na fotografii) je štátnym tajomníkom Ministerstva národných zdrojov Maďarskej republiky, ktoré koordinuje činnosti nasledujúcich oblastí – zdravotníctvo; sociálne, mládežnícke a rodinné záležitosti; vzdelávanie, kultúru a šport. V rámci tohto ministerstva zodpovedá Miklós Szócska za zdravotníctvo, a preto ho možno považovať za ministra zdravotníctva.

že sa Európska banka pre obnovu a rozvoj (EBRD) rozhodla kúpiť minoritný podiel tejto spoločnosti za 4 milióny eur a zaviazala sa na ďalšie budúce investície. Úspešné referendum iniciované stranou Fidesz v roku 2008 malo negatívny vplyv i na činnosť HospInvestu. Z tohto dôvodu napokon EBRD stiahlo v roku 2009 svoj vlastnícky podiel (Kuli 2010).

Ďalšími subjektmi v maďarskom zdravotníctve, ktoré boli výrazne ovplyvnené politikou Fideszu sú lekárne. V roku 2010 prijal maďarský parlament zákon, ktorý prinútil súkromných investorov predať 25%-ný (od roku 2017 až 50%-ný) podiel lekární maďarským lekárnikom. To znamená, že bez ohľadu na to, či ide o zahraničného alebo domáceho investora, ktorý vlastní lekáreň v Maďarsku, minimálne 51%-ný podiel tejto lekárne musí byť v rukách maďarského lekárnika. Daný zákon mal negatívny dopad i na slovenskú investičnú spoločnosť Penta Investments, ktorá plánovala odkúpiť sieť lekární Patika Profi Kft. a DrogeryMed Kft. v Maďarsku (spolu 89 lekární). Po prijatí zákona však od tohto obchodu spoločnosť upustila kvôli vysokej neistote (HGYSZ 2010).

V súvislosti s očakávanou reformou zdravotníctva prijala maďarská vláda dňa 1. júna 2011 návrh pod názvom „Plán Semmelweis", ktorý na rokovanie predložil súčasný štátny tajomník Ministerstva zdravotníctva Miklós Szócska. Táto reforma obsahuje, ako som to už naznačil aj v prvej kapitole, prvky Beveridgovho modelu štátneho zdravotníctva, v ktorom dominantné postavenie zohráva štát. Zmena koncepcií oproti predchádzajúcej vláde je o to jasnejšia, že OEP už nedokáže v súčasnosti pokryť ani 50%-ný podiel celkových výdavkov na zdravotníctvo. Po vylúčení financovania zdravotníctva zo súkromných zdrojov je preto jedinou možnosťou súčasnej vlády pokryť chýbajúce prostriedky zo štátneho rozpočtu. V dnešnej komplikovanej ekonomickej situácii Maďarska to však môže byť pomerne zložité.

Základom „Plánu Semmelweis" bude naďalej existencia jednej štátnej poisťovne, ktorá bude hradiť náklady na zdravotnú starostlivosť občanov. Zmeny, ktoré tento plán prinesie budú nasledovné (Index 2011, Medical Online 2011, YouTube 2011):

- Vytvorenie 8 geografických oblastí (nezávislých od krajského rozdelenia Maďarska), ktoré budú poskytovať zdravotnú starostlivosť pacientom (každá oblasť bude zodpovedná za 1 – 1,5 milióna obyvateľov).
- Zriadenie nového inštitucionálneho systému nemocníc v rámci týchto 8 oblastí. Základom pre nový systém bude odborná špecializácia nemocničných zariadení a ich dostupnosti pre pacientov (mestské, krajské, veľkoplošné, republikové a ambulantné nemocnice). Najzávažnejšie prípady bude mať na starosti 8 veľkoplošných nemocníc.
- Zníženie množstva nemocníc, a to nie ich zrušením, ale predovšetkým spájaním a prerozdelením ich funkcií a špecializácií. Väčšími administratívnymi jednotkami sa znížia náklady spojené s hospodárením (verejné obstarávania) a riadením ľudských zdrojov.
- Znárodnenie 12 nemocníc v Budapešti, ktoré patria pod správu hlavného mesta a vytvorenie 3 veľkoplošných jednotiek. Tento proces bude trvať 6-9 mesiacov.
- Určenie priorít a spôsobu financovania zdravotnej starostlivosti zvlášť pre každý región podľa potreby, ktorá sa určí na základe zhodnotenia ukazovateľov zdravotnej starostlivosti osobitne pre každý región.
- Zavedenie tzv. hamburgerovej dane, ktorou sa budú dodatočne zdaňovať nezdravé jedlá (napr. hamburgery, hranolky, coca-cola, čipsy atď.) a zvýšenie spotrebných daní na cigarety a alkoholické nápoje. Z týchto dodatočných príjmov štátneho rozpočtu by sa mali financovať práve výdavky zdravotníctva.
- Obmedzenie parasolvencie (je to neformálna platba, ktorá slúži ako ďakovná odmena lekárom za poskytnutie „extra" služieb) oddelením zdravotnej starostlivosti súkromných a štátnych lekárov, respektíve umožnením ľubovoľného výberu lekára pre ošetrenie, ktoré bude umožnené na základe poplatkov. Tie budú slúžiť ako navýšenie platov týchto lekárov.
- Podpísanie dlhodobých kontraktov s farmaceutickými spoločnosťami, čo umožní podľa Fideszu zníženie nákladov na lieky, zatiaľ čo tieto spoločnosti ušetria pod vplyvom tejto politiky na nižších marketingových nákladoch.

Napriek výraznej plánovanej reštrukturalizácii systému nemocníc je však otázne, či táto reforma vyrieši problém s podfinancovaným maďarským zdravotníctvom. S prihliadnutím na fakt, že jediným zdrojom financií na pokrytie rastúcich nákladov zdravotnej starostlivosti a výdavkov na realizáciu tejto reformy budú prostriedky zo štátneho rozpočtu (a z tzv. hamburgerovej dane), súčasná vláda Fideszu to môže mať s konsolidáciou systému zdravotníctva ešte ťažké.

Riešením podľa ministra zdravotníctva Miklósa Szócsku môže byť kombinácia poklesu nákladov na zdravotníctvo vplyvom zvýšenej efektivity systému nemocníc s lepším využívaním európskych fondov ešte počas daného rozpočtového obdobia 2007-2013. Využívanie týchto fondov bolo podľa neho počas predchádzajúcej vlády málo koordinované a to sa preto budú snažiť zmeniť (Világgazdaság 2010).

ZÁVER

Maďarské zdravotníctvo prešlo viacerými reformami, avšak ešte stále nie je konsolidované. *„V systéme zdravotnej starostlivosti je potrebné zaviesť účinné, transparentné a kontrolované hospodárenie a zlepšiť infraštrukturálne problémy."* (EPAP 2007). Najväčším nedostatkom je aj naďalej nedostatok finančných zdrojov na pokrytie deficitu tohto systému. Poistné príspevky nestačia už ani na pokrytie polovice výdavkov na zdravotníctvo, ktoré sú z tohto dôvodu výrazne financované i zo štátneho rozpočtu. Nezrealizovaná liberálna reforma predchádzajúcej vlády má za následok nezavedenie pro-trhového pluralitného poistného modelu, ktorým by sa danému podfinancovaniu systému dalo predísť. Snahy súčasnej vlády však smerujú k zachovaniu silného postavenia štátu v poskytovaní zdravotnej starostlivosti s existenciou jednej štátnej poisťovne. Veľké rozdiely v koncepciách jednotlivých vlád a dokonca aj jednotlivých ministrov, ktorých priemerná dĺžka funkčného obdobia v Maďarsku dosahuje 1,5 roka, sú dôvodom chýbajúcej kontinuity v jednom zvolenom modeli, podľa ktorého by sa dlhodobo konsolidovalo maďarské zdravotníctvo.

Reforma zdravotníctva je z týchto dôvodov prioritnou oblasťou súčasnej vlády. Výsledkom tejto reformy by malo byť práve riešenie závažných nedostatkov vyvolávajúcich málo efektívne fungovanie zdravotnej starostlivosti v Maďarsku ako aj zlepšenie ukazovateľov kvality zdravotnej starostlivosti vrátane očakávanej dĺžky života. Práve tá dosahuje v Maďarsku v rámci OECD jednu z najnižších hodnôt. „Plán Semmelweis", ktorý predstavila vláda Fideszu síce predpokladá výrazné zmeny v systéme fungovania nemocníc, otázkou však zostáva, akým spôsobom sa bude financovať rastúci deficit maďarského zdravotníctva.

Ing. Peter Balík, MA (1984) je junior analytik Health Policy Institute.

Zaoberá sa verejnou politikou, politickou ekonómiou a zdravotnou politikou EÚ.

» kontakt peter.balik@gmail.com

POUŽITÁ LITERATÚRA

- Borbás I, Szimai L, Verdes N, Vilusz L, Zelenkáné L L (2005). Egészségügyi rendszerek Kelet-Európában [Zdravotné systémy vo východnej Európe]. Budapest, ESKI: Egészségügyi stratégiai kutatóintézet.
- EPAP (2007). A magyar egészségbiztosítási rendszer átalakításának alternatívái [Alternatívy reštrukturalizácie maďarského systému zdravotného poistenia]. Budapest, European Public Advisory Partners.
- ESKI (2011). ESKI Egészségügzi évkönyv 2010. Budapest, Egészségügyi stratégiai kutatóintézet.
- ESKI (2011). Táblázatok a magyar egészségügy alapvető adatairól [Tabuľky so základnými údajmi o maďarskom zdravotníctve]. Budapest: Egészségügyi stratégiai kutatóintézet (http://www.eski.hu/new3/adatok/adatok_tablazatok.php).
- ESKI (2010). ESKI Egészségügzi évkönyv 2009. Budapest, Egészségügyi stratégiai kutatóintézet.
- Gaál P (2004). Healthcare Systems in Transition: Hungary [Transformácia zdravotných systémov: Maďarsko]. Kodaň, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- HGYSZ (2010). Bezárhat egy rakás gyógyszertár [Zatvoriť môže hromada lekární]. 31. december 2010, Hálozati gyógyszertárak szövetsége (http://hgysz.hu/hirek/2010-12-31/wwwnapihu).
- Hírszerző (2010). Ígéret szép szó: 100 milliárd forint kellene az emelt orvosbérekre [Sľub je pekné slovo: na mzdy lekárov by bolo treba 100 miliárd forintov]. 26. február 2010 (http://hirszerzo.hu/belfold/141551_igeret_szep_szo_100_ milliard_forint_kellene).
- HPI (2006). Prvá fáza zdravotnej reformy v Maďarsku. Bratislava, Health Policy Institute (http://hpi.sk/hpi/sk/view/598/prva-faza-zdravotnej-reformy-v-madarsku.html)
- Index (2010). Megint teljesen átszabnák az egészségügyet [Opäť by chceli úplne zmeniť zdravotníctvo], 11. november 2010 (http://index.hu/belfold/2010/11/11/vitairat/).
- Index (2011). Nyolc betegellátási térséget alakítanak ki [Vytvoria osem oblastí zdravotnej starostlivosti o pacienta], 1. jún 2011 (http://index.hu/belfold/2011/06/01/nyolc_betegellatasi_terseget_alakitanak_ki/).
- Kuli a (2010). How Medicine Can Break The Bank [Ako dokáže medicína zlomiť banku]. Budapest: Political Capital (http://www.riskandforecast.com/post/hungary/how-medicine-may-brake-the-bank_537.html#ftn39).
- Magyar Nemzet Online (2010). Mindennap három magyar orvos lépi át az országhatárt [Každý deň prekročia traja lekári maďarské hranice]. 24. máj 2011 (http://www.mno.hu/portal/786147#).
- Medical Online (2011). Zöld utat kapott Szócska Miklós koncepciója [Koncepcia Miklósa Szócsku dostala zelenú], 1. jún 2011 (http://www.medicalonline.hu/ eu_politika/cikk/zold_utat_kapott_szocska_miklos_koncepcioja).
- Medical Online (2010). Egy év alatt 32 milliárd forint hálapénzt fizetünk [Za jeden rok sme zaplatili 32 miliárd forintov na ďakovné odmeny lekárom], 2. september 2010 (http://www.medicalonline.hu/eu_politika/cikk/egy_ev_ alatt_32_milliard_forint_halapenzt_fizetunk).
- Mihály P (2010). The 2007-2009 Reform of the Hungarian Health Insurance System [Reforma maďarského systému zdravotného poistenia v rokoch 2007-2009]. Budapest, Ministerstvo zdravotníctva Maďarskej republiky.
- Ministerstvo zdravotníctva MR (2009). Hungarian Health Care System in Brief [Stručná charakteristika maďarského systému zdravotnej starostlivosti]. Budapest, Ministerstvo zdravotníctva.
- OECD (2010). Health Data 2010. Paris, Organization for Economic Cooperation and Development (http://www.oecd.org).
- Pažitný P (2008). Referendum v Maďarsku predstavuje stop štrukturálnym reformám. Health Policy Institute, marec 2008 (http://hpi.sk/hpi/sk/view/2471/referendum-v-madarsku-predstavuje-stop-strukturalnym-reformam.html).
- Pesti (2010). Nemzeti ügyek politkája [Politika národných záležitostí]. (http://program2010.fidesz.hu/).
- PNHP (2010). Health Care Systems – Four Basic Models [Systémy zdravotnej starostlivosti – Štyri základné modely]. Physicians for a National Health Program (http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems _four_basic_models.php)
- Shannon Ferguson C, Irvine B (2003). Hungary's Healthcare System [Zdravotný systém v Maďarsku]. Londýn, Civitas Institure for the Study of Civil Society.
- Solymosi T (2005). Mai Magyar egészségügy: Helyzetelemzés és kibontakozás [Dnešné maďarské zdravotníctvo: analýza situácie a vývoj]. Budapest, Védegyelet.
- Special Eurobarometer (2010). Patient Safety and Quality of Healthcare. Brussels, European Commission: Special Eurobaromater 327.
- Szekeres P (2007). Reform of the Healthcare System in Hungary [Reforma zdravotného systému v Maďarsku]. Pécs: R&D Office Center for Health and Medical Sciences, University of Pécs.
- Világgazdaság (2011). Szócska: Nincs napirenden az önkormányzati kórházak államosítása [Szócska: Znárodnenie nemocníc samospráve nie je na programe]. 14. jún 2011 (http://www.vg.hu/velemeny/interju/szocska-nincs-napirenden-az-onkormanyzati-korhazak-allamositasa-319420).
- Világgazdaság (2010). Ismét nó a kórházi adósság [Opäť rastie zadlženosť nemocníc], 16. apríl 2010 (http://vg.hu/vallalatok/egeszsegugy/ismet-no-a-korhazi-adossag-312860).
- World Bank (2011). World Development Indicators (WDI) & Global Development Finance (GDF). Washington, DC, World Bank (http://databank.worldbank.org/ddp/home.do).
- WebOrvos (2010). 235 milliárd várólistán [235 miliárd je na čakacej listine]. 2. jún 2011 (http://www.weborvos.hu/lapszemle/235_milliard_varolistan/156364/).
- Youtube (2011). Semmelweis terv [Plán Semmelweis], 28. január 2011 (http://www.youtube.com/watch?v=wl6OL6oRPyw).

Oficiálne predstavená: Publikácia WHO/Observatory o slovenskom zdravotníctve

Nástroj na medzinárodné porovnávanie zdravotníckych systémov

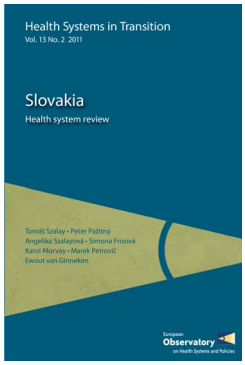
Druhého júna 2011 sa v bratislavskom hoteli Devín uskutočnilo oficiálne predstavenie publikácie o slovenskom zdravotníctve *Slovakia – Health System Review*. Záštitu nad podujatím organizovaným HPI v spolupráci s WHO prevzal minister zdravotníctva Ivan Uhliarik.

Publikácia je súčasťou série profilov krajín pod názvom *Health Systems in Transition* (HiT), ktorá zahŕňa všetky krajiny Európy, ako aj kľúčové krajiny OECD mimo nej. Je výsledkom práce European Observatory on Health Systems and Policies (ďalej Observatory) a poskytuje detailný popis zdravotníckeho systému každej krajiny, jej reformných a politických iniciatív, ktoré sú v procese realizácie či vo vývojovom štádiu. Prehľady zdravotníckych systémov HiT sledujú jednotnú formálnu líniu a pracujú na nich experti jednotlivých krajín.

Slovenskú publikáciu HiT pripravil tím Health Policy Institute – Tomáš Szalay, Peter Pažitný, Angelika Szalayová, Simona Frisová, Karol Morvay a Marek Petrovič. Editorom bol Ewout van Ginneken z tímu Observatory, ktorí pôsobí na berlínskej Technickej univerzite.

Oficiálny program uviedla Darina Sedláková, riaditeľka kancelárie WHO na Slovensku. Slávnostný príhovor mal minister zdravotníctva Ivan Uhliarik.

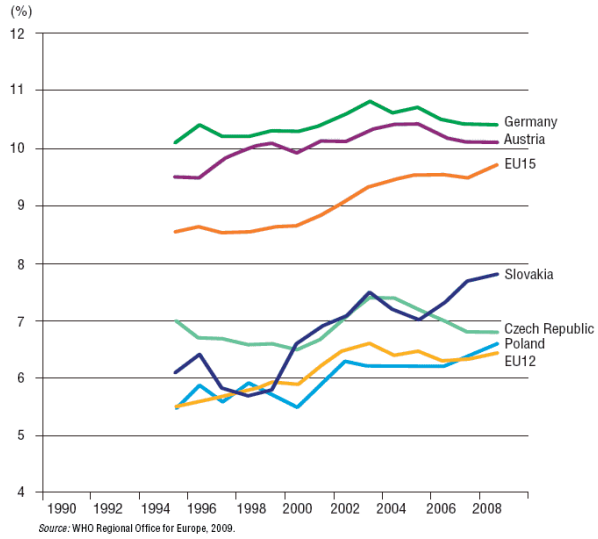
Publikáciu *Slovakia – Health System Review* (v anglickom jazyku) si môžete bezplatne stiahnuť na **www.hpi.sk**.



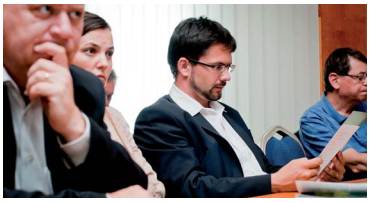
Za autorský tím vystúpil Tomáš Szalay a v stručnosti predstavil štruktúru publikácie. Zdôraznil, že Slovensko zaostáva v predlžovaní strednej dĺžky života, hoci rast zdrojov do zdravotníctva vyjadrený podielom na HDP bol za posledných 10 rokov v európskom kontexte výnimočný.

Suszy Lessof, výkonná riaditeľka Observatory, predstavila edíciu profilov zdravotníckych systémov HiT. Profily slúžia ako nástroj na medzinárodné porovnávanie kvality a fungovania zdravotníckych systémov.

Graf z publikácie: trendy vo výdavkoch na zdravotníctvo



S týmto konštatovaním súhlasil aj ďalší prednášajúci, editor publikácie Ewout van Ginneken, ktorý hovoril o slovenskom zdravotníckom systéme z medzinárodnej perspektívy. Pri hľadaní spoločných stránok a špecifík poukázal najmä na vysoký podiel výdavkov na lieky.



Rudolf Zajac, bývalý minister zdravotníctva, komentoval výzvy pre slovenský zdravotnícky systém. V zdravotnej politike dochádza podľa neho k prospešnej výmene generácií.

Druhá časť podujatia bola venovaná moderovanej diskusii. Vystúpili v nej Milan Dragula (SLK), Ján Gašič (SKZL), Ladislav Pásztor (ASL SR), Peter Kalist (poslanec NR SR za SaS), Adam Hochel (bývalý sekčný riaditeľ MZ SR), Peter Staněk (SAV), Peter Labaš (LF UK), Peter Pažitný (HPI) či Martin Filko (v tom čase sa pripravujúci na nástup do ZP Union).

Rozprúdený rozhovor pokračoval aj na následnej galavečeri v reprezentatívnych priestoroch reštaurácie KOGO.

zaznamenal: TOMÁŠ SZALAY
fotografie: MIROSLAV HUDÁK

Motto: Buďte pripravení na legislatívne zmeny v zdravotníctve!

Legislatívny seminár II – jún 2011

Po prvý raz sme organizovali legislatívny seminár o aktuálnych a očakávaných zmenách v slovenskom zdravotníctve v marci 2011. Úspech podujatia nás presvedčil, že o takúto službu je reálny dopyt a má zmysel v jej poskytovaní pokračovať.

Po troch mesiacoch, 14. júna 2011, sme preto pripravili druhý legislatívny seminár. Zmeny v zdravotníctve napredujú prekvapujúco svižným tempom, takže o témy nebola núdza:

- **Angelika Szalayová** hovorila o generickej preskripcii a zmenách v legislatíve upravujúcej liekovú politiku
- **Zuzana Földesová-Motajová** predstavila poslaneckú novelu zákona o zdravotnom poistení, podľa ktorej prechádza povinnosť vykonať ročné zúčtovanie poistného na zdravotné poisťovne.
- **Tomáš Szalay** priblížil zmeny v novele zákona o zdravotných poisťovniach, ktorou sa stanovujú podmienky zisku zdravotných poisťovní.
- **Karol Morvay** uviedol publikáciu HPI (Základné rámce zdravotnej politiky 2011 – 2012) prezentáciou o makroekonomickom vývoji a prognóze vývoja.
- **Peter Pažitný** vysvetlil aktuálny stav reformy daní a odvodov a ich dopad na zdravotníctvo.
- **Tomáš Sivák** sa venoval výsledkom modelovania scenárov financovania zdravotníctva na rok 2012.

Účastníci seminára aj v minulosti veľmi oceňovali možnosť diskutovať, program sme preto plánovali s potrebnou časovou rezervou. Prednášky boli preto mimoriadne interaktívne a, pochopiteľne, aj počas prestávok a spoločného obeda prebiehala veľmi čulá výmena názorov na aktuálne dianie v zdravotníctve.

Ďalší legislatívny seminár budeme organizovať v septembri a sme presvedčení, že opäť naplníme prednáškovú miestnosť v Ponteo Activity Park v Rusovciach.

TOMÁŠ SZALAY

International Health Summit, Praha, 19. – 21. júna 2011

Inovatívne modely poskytovania zdravotných služieb

Prestížny trojdňový International Health Summit (IHS) v Prahe (19. – 21. júna 2011) priniesol opäť viacero podnetných prednášok o skúsenostiach v zdravotnej politike. Predstavil inovatívne modely poskytovania zdravotných služieb: zabezpečenia dostupnosti, bezpečnosti a kvality pre pacientov.

Úvodný workshop bol venovaný holandskému zdravotnému systému, moderoval ho Peter Pažitný (HPI). Johan Hjertqvist z Health Consumer Powerhouse vysvetľoval, prečo je holandský systém opakovane hodotený ako najlepší v European Health Consumer Index. Angelika Szalayová (HPI) zdôraznila hlavné rozdiely medzi holandským systémom a ostatnými európskymi systémami verejného zdravotného poistenia. Ronald Mooij predstavil štruktúru a trendy trhu holandského zdravotného poistenia. Ewout van Ginneken z berlínskej Technickej univerzity (a spoluautor publikácie WHO Health system review o Slovensku, viď str. 15) hovoril o deregulácii procesu nákupu zdravotných služieb v Holandsku. Tomáš Macháček, hlavný organizátor konferencie, sa venoval poistným plánom s vysokou spoluúčasťou a osobným zdravotným účtom.

Z desiatok rečníkov a prezentácií ma najviac zaujal príbeh indickej spoločnosti Aravind Eye Care System. Charizmatický zakladateľ firmy dr. Govindappa Venkataswamy vyvinul systém poskytovania operácie katarakty pri extrémne nízkych nákladoch a zároveň pri extrémne vysokej kvalite. Po 35 rokoch narástla sieť očných kliník Aravind tak, že ročne ošetrí 2,5 milióna ambulantných pacientov a uskutoční 300 tisíc operácií (2010). Pritom viac než polovicu operácií poskytuje Aravind chudobným pacientom bezplatne. Okrem iného to umožňuje obrovský cenový rozdiel: pomer ceny operácie v Aravinde a v britskom NHS je 1:100. Pre toho, kto by pochyboval o kvalite v indickom prostredí, mal prednášajúci dr. Ramaswami Krishnadas dáta o počte komplikácií na svojich klinikách a v britskom NHS. V Indii ich bolo menej...

Na konferencii bola významná pozornosť venovaná manažmentu chronických chorôb, zazneli príklady ako kalifornský Kaiser Permanente, juhoafrická integrácia onkologickej starostlivosti alebo nemecká skúsenosť s disease managementom diabetu.

Po skončení konferencie sa uskutočnil post-IHS seminár, na ktorom bol predstavený Central & East European Health Policy Network, o ktorom píšeme v osobitnom článku na str. 19).

-red-

Tabuľka: Porovnanie kvality očnej chirurgie na základe podielu komplikácií medzi indickým Aravindom a britským NHS

	Aravind (India) nemocnica v Coimbatore N = 22 912	Veľká Británia, národný prieskum N = 18 472
Ruptúra kapsuly a strata sklovca	2,0 %	4,4 %
Neúplne vyčistenie šošovkového puzdra	0,75 %	1,00 %
Poškodenie dúhovky	0,3 %	0,7 %
Trvalý prolaps dúhovky	0,01 %	0,07 %
Kolaps prednej komory	0,3 %	0,5 %
Strata časti jadra do sklovca	0,2 %	0,3 %
Krvácanie z cievovky	-	0,07 %
Strata šošovky do sklovca	0,01 %	0,16 %

Zdroj: C. K. Prahalad – Fortune at the Bottom of the Pyramid

Odborná platforma expertov zo strednej a východnej Európy o budúcej podobe zdravotnej politiky

Central & East European Health Policy Network

CEE | Health Policy Network

www.ceehpn.eu

Po skončení International Health Summit v Prahe (str. 18) sa v hoteli Pyramída uskutočnil post-IHS seminár, na ktorom bol verejnosti predstavený projekt Central & East European Health Policy Network (CEE HPN, **www.ceehpn.eu**).

Ide o nezávislú platformu na výmenu informácií medzi odborníkmi, akademikmi, vedcami a ďalšími partnermi z prostredia zdravotnej politiky v strednej a východnej Európe. Cieľom CEE HPN je zlepšovanie zdravotných výsledkov, podpora zdravého životného štýlu a budovanie prostredia priaznivého pre inovácie – a to všetko v rámci obmedzení, ktoré prináša kontrola zdravotníckych výdavkov.

Na seminári pod názvom *Sprostredkovanie znalostí v komunikácii zdravotných reforiem* boli predstavené doterajšie kroky CEE HPN. Zakladatelia CEE HPN sa pred pražskou konferenciou IHS stretli dva razy: v marci 2011 v Budapešti a v máji 2011 v Bratislave. Pod facilitačným vedením doc. Ivana Perlakiho je výsledkom spoločne strávených dní sada štyroch strategických scenárov budúceho vývoja. Scenáre, ktoré budú verejnosti predstavené na jeseň, sa venujú hlavným hybným silám ovplyvňujúcim zdravotníctvo v roku 2020.

Zakladatelia CEE HPN sú zo štyroch krajín (V4). Aktivity smerujúce k rozšíreniu networku zaujali účastníkov IHS zo Srbska i Chorvátska; medzi cieľové skupiny rozšírenia patrí i Rumunsko, Bulharsko, Ukrajina či Pobaltie.

V priebehu prvého roku fungovania si musí network nájsť transparentné viaczdrojové financovanie. V roku 2011 jeho aktivity finančnepodporila spoločnosť GlaxoSmithKline (GSK), vďaka angažovanosti jej dlhoročného manažéra Paula van Hoofa, ktorý dnes pôsobí v Bruseli. Paul je presvedčený, že priemysel by sa dnes mal veľmi pozorne zaoberať prognózami budúceho vývoja v zdravotníctve. A zároveň sa zhoduje s ostatnými zakladateľmi networku na hodnotách CEE HPN:

HODNOTY CEE HPN

Všetci členovia, partneri a sponzori Central & East European Health Policy Network zdieľajú absolútnu hodnotu ľudského života a zhodujú sa, že fungujúci zdravotný systém je základným predpokladom pre zmysluplný život, strávený v dôstojnosti a v napĺňaní ľudského práva slobodnej voľby vlastnej životnej stratégie.

Hlavní predstavitelia CEE HPN: zľava výkonný riaditeľ Peter Pažitný (Slovensko), ďalej členovia vedenia Zsombor Kovácsy (Maďarsko), Adam Kruszewszki (Poľsko) a Tomáš Macháček (Česká republika)

V diskusii vystúpil aj Paul van Hoof, člen CEE HPN, zo spoločnosti GSK, ktorá sa stotožnila s hodnotami networku a sponzorsky podporila prvý rok jeho fungovania.

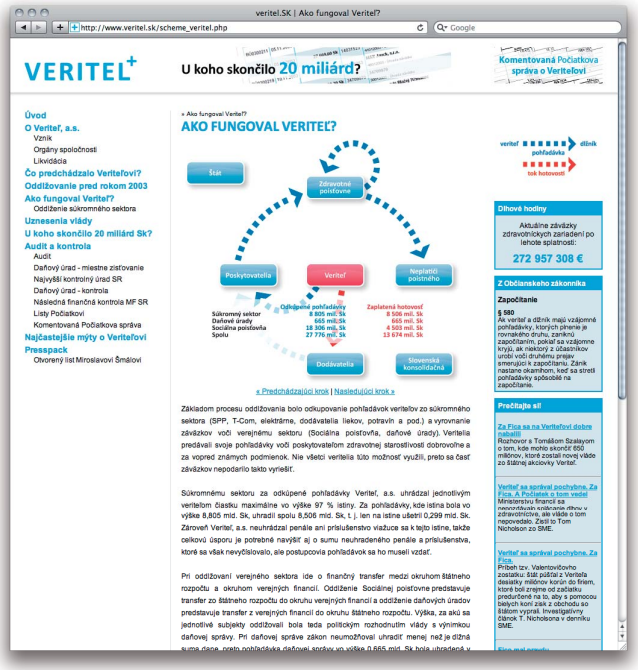
Peter Pažitný hovoril o prvom produkte CEE HPN: strategických scenároch. Bude rok 2020 svetom, o ktorom budú rozhodovať zdravotníci, priemysel, vláda alebo spotrebitelia?

Transparentná odpoveď na otázku: U koho skončilo 20 mld. Sk z oddlženia?

Pred troma rokmi vznikol web VERITEL+.sk

V slovenskom zdravotníctve sa schyľuje k ďalšiemu oddlžovaniu. Dlh štátnych nemocníc narastá mesačne o 10 až 11 miliónov eur a ku koncu roka bude dosahovať okolo 330 miliónov eur. Oddlženie by malo sprevádzať prebiehajúcu transformáciu nemocníc na akciové spoločnosti.

Projekt oddlženia sprevádzajúci transformáciu nemocníc Slovensko zažilo v rokoch 2003 – 2006 pod názvom Veriteľ, a. s. Za 19,4 mld. Sk oddlžil dlhy sektora v objeme 33,5 mld. Sk. Veritelia sa v dohode o urovnaní vzdávali úrokov a príslušenstva a poskytovateli minimálne 3%-né skonto na svoje pohľadávky. V elegantnom cykle oddlženia sa podarilo vyriešiť aj nadlimity nemocníc voči poisťovniam, pohľadávky lekární voči poisťovniam, dlhy poisťovní voči spoločnému účtu prerozdelenia i pohľadávky voči neplatičom poistného.



Napriek (kvôli?) efektívnemu oddlžovania sa projekt Veriteľ stal po zmene vlády v roku 2006 predmetom politického boja. Premiér Fico hovoril o „garážovej firme“, ministerstvo financií tvrdilo, že mu chýbajú účtovné doklady a došlo i na trestné oznámenia.

Pred troma rokmi vznikla webová stránka www.veritel.sk, ktorá na jednom mieste zhrnula všetky relevantné údaje k spoločnosti Veriteľ, a.s. a k oddlžovaniu v rokoch 2003 – 2006. Stránka bola predstavená i novinárom, ale keďže zdravotnícki novinári sa v médiách obmieňajú až príliš často, nezaškodí si túto stránku pripomenúť.

Webová stránka obsahuje o. i.

- prehľadné grafické vysvetlenie postupu oddlženia po jednotlivých krokoch
- kritickú správu ministra Počiatka a komentár k nej,
- preberacie protokoly, potvrdzujúce odovzdanie všetkých materiálov do archívu ministerstva financií
- zoznam členov jednotlivých orgánov spoločnosti, stanovy
- uznesenia vlády k oddlžovaniu,
- monitoring článkov k téme Veriteľ

„Killer-aplikáciou“ webovej stránky je zoznam všetkých oddlžených subjektov, spolu s výškou oddlženej sumy. V zozname sa dá vyhľadávať podľa rôznych kritérií.

Zoznam je dôkazom, že peniaze z Veriteľa sa nestratili, ale boli nimi uspokojené reálne pohľadávky dodávateľov. Nakoniec to uznalo i Počiatkovo ministerstvo financií, ktoré sa z kauzy stiahlo. Obvinenia sa nepotvrdili, azda chýbalo na záver ospravedlnenie.

Hlavnou chybou bolo, že táto webová stránka nevznikla v roku 2004. Predišlo by sa zbytočnej kauze a škandalizácii slušných ľudí. Pri aktuálnom oddlžovaní by sa preto už od začiatku malo dbať na komunikačnú stránku projektu.

TOMÁŠ SZALAY

Policy paper

Výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo

Cieľom *policy papera* je predstaviť kľúčové výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo.

Za tri kľúčové ciele považujú autori, partneri Health Policy Institute, zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva, zvyšovanie spokojnosti spotrebiteľov a finančnú ochranu pred katastrofickými nákladmi.

Úlohou štátu má byť ochrana spotrebiteľa a zodpovedná regulácia, pričom rozhodovať sa má na základe relevantných a dôveryhodných dát.

HPI

Celé znenie dokumentu nájdete na www.hpi.sk

Záverečná práca na Health Management Academy

Kvalita života inkontinentného pacienta

Prinášame ďalšiu absolventskú prácu ročného vzdelávacieho programu Manažér na Health Management Academy. Jej autorkou je MGR. ĽUBICA BEZELI z SCA Hygiene Products.

1. ÚVOD

Pracujem v spoločnosti SCA Hygiene Products (SCA-Svenska Celulosa Aktienbolaget), spol. s r.o., ktorá je svetovým lídrom v produkcii hygienického tovaru. Predávame viac ako v 90-tich krajinách po celom svete s viac ako 50 000 zamestnancami. Táto nadnárodná spoločnosť je známa svojím ekologickým prístupom a nie nadarmo si obhájila 2.miesto vo svetovom prieskume o najzelenšiu spoločnosť sveta (prieskum uskutočnil anglický denník The Independent v spolupráci so spoločnosťou Eiris – službou pre prieskum etických investícií). Životné prostredie pre SCA sa stalo centrom pozornosti a takmer všetky výrobky sú z obnoviteľných surovín, zaznamenáva neustály posun od uhlia a ropy k biopalivám a zemnému plynu. SCA je najväčším vlastníkom lesov v Európe z dôvodu jej filozofie : *„Vysadiť 3 stromy za každý vyťatý“*. Patrí medzi top 100 spoločností sledujúcich udržateľný rozvoj.

Svoje obchodné pôsobenie rozdelila spoločnosť do štyroch divízií:

1. Personal Care: inkontinenčná starostlivosť, dámska hygiena, detské plienky (značky TENA, Libresse, Libero)
2. Tissue: toaletný papier, kuchynské rolky, tampóny, vreckovky, priemyselný materiál, recyklačné utierky, dávkovače na mydlá, utierky a toaletný papier (značky Zewa, Tork)
3. Packaging: preprava a spotrebiteľské balenia, výstavné pulty
4. Forest Products: publikačný papier, výrobky z masívneho dreva, celulóza a stavebné drevo.

Centrála je lokalizovaná v Štokholme vo Švédsku. Vo svetovom meradle sme jednotka vo výrobe inkontinenčných pomôcok, dvojka vo výrobe dámskej hygieny a trojka v tissue. Čistý predaj za predchádzajúci rok činil 7,4 mld. eur.

Len divízia Personal Care disponuje dvadsiatimi výrobnými závodmi vo svete a jednou z nich je aj fabrika v srdci Európy – v Gemerskej Hôrke. Je zameraná na produkciu dámskej hygieny Libresse a časti výrobkov pre inkontinenciu TENA, ktoré vyváža do celého sveta. V rámci konsolidovaných údajov Slovenska zastáva SCA miesto č. (podľa *Trend Top rok 2007)*:

69. podnik podľa tržieb ***4 895 mil. SKK***

4. najväčší podnik v odvetví celulózy a papiera

7. najväčší podnik v Košickom kraji

26. najväčší exportér Slovenska ***4 495 mil. SKK***

45. podnik s najvyšším ziskom po zdanení ***315 mil. SKK***

52. podnik s najvyššou pridanou hodnotou ***1 111 mil. SKK***

55. podnik s najvyšším vlastným imaním ***2 017 mil. SKK***

65. najväčší výrobca na Slovensku ***3 008 mil. SKK***

1. najväčší zamestnávateľ v okrese Rožňava (1200 zamestnancov)

Naším hlavným poslaním je zdokonaľovať kvalitu života *(„We improve the quality of life“)*, a nakoľko v tejto spoločnosti pracujem už trinástym rokom stala sa aj mojou súčasťou. A z tohto dôvodu som sa rozhodla v tejto práci povenovať téme: **„Kvalita života inkontinentného pacienta“**, cieľom ktorej je poukázať ako rôzne druhy liečby a používania zdravotných pomôcok zdokonaľujú kvalitu života pacienta trpiacim týmto ochorením.

Obrázok 1: Pohľad na závod SCA v Gemerskej Hôrke z helikoptéry – rok 2007

2. KVALITA ŽIVOTA

Multidimenzionálna koncepcia kvality života zahŕňa pohodu a spokojnosť v rozličných oblastiach života, fungovanie v sociálnych rolách a vonkajšie životné podmienky (životná úroveň, sociálna opora). Hoci kvalita života môže byť uspokojivá v jednej oblasti, v iných oblastiach môže byť nedostačujúca. Komponenty kvality života sa menia v čase. Subjektívna pohoda, ktorá je silne závislá na aktuálnom emočnom stave, môže rýchlo fluktuovať. Fungovanie v sociálnych rolách sa môže zhoršiť tiež rýchlo, ale obvykle to trvá istý čas. Vonkajšie životné podmienky sa menia v mnohých prípadoch len pomaly (Katschnig, 1997).

Becker (1991; in: Džuka a Dalbert, 1997) vo svojom štruktúrnom modeli pohody považuje za východiskové pojmy pozitívne emócie a pozitívne nálady. Na základe kombinácie uvedených aspektov obsahuje jeho model štyri komponenty:

1. aktuálnu psychickú pohodu (je tvorená pozitívnymi emóciami, náladami a absenciou aktuálnych psychických problémov);
2. habituálnu psychickú pohodu (je reprezentovaná zriedkavým výskytom negatívnych emócií a nálad);
3. aktuálnu fyzickú pohodu (je tvorená aktuálnymi pozitívnymi telesnými pocitmi) a
4. habituálnu fyzickú pohodu (pozostáva z pretrvávajúcej absencie fyzických ťažkostí).

Kadlec (1991) definuje pohodu ako *„trvalý pocit, že je človeku dobre, prežívanie pohody, šťastia a spokojnosti, pričom tieto subjektívne kritériá by mali byť vždy v súlade s objektívnymi kritériami.“*

V literatúre sa môžeme stretnúť s viacerými poučkami kvality života. Pozrime sa však na kvalitu života zo zdravotného pohľadu.

„Zdravie je jediná hodnota uznaná všetkými.“

(latinské príslovie)

„Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen absencia choroby alebo postihnutia.“

(Svetová zdravotnícka organizácia, WHO 1948)

Život a zdravie má nevypočítateľnú hodnotu a pre každého z nás je jedným z najcennejších statkov každého človeka. Každý jedinec si v priebehu života utvára určitý rebríček hodnôt, vlastnú hodnotovú orientáciu. K základným hodnotám života spravidla počítame zdravie a jeho prevenciu.

2.1 KTO A AKOU MIEROU ZODPOVEDÁ ZA ZDRAVIE OSOBY A ZA KVALITU JEJ ŽIVOTA?

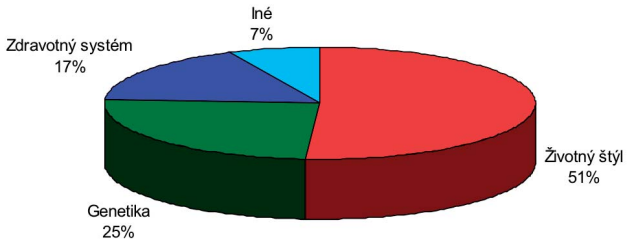
Ústava SR v čl. 40 hovorí o právach každého občana na kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Avšak nič nehovorí o zodpovednosti každého občana v starostlivosti o svoje zdravie.

Aké sú teda faktory, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav a akú rolu zohráva spoločnosť?

Starostlivosť o zdravie a kvalitu života je zaradené medzi prioritné úlohy štátu a celej spoločnosti. V súlade s vekom a zdravotným stavom sa vyvíja aj index sociálnych potrieb, ktorý narastá práve zhoršením zdravotného stavu. Hodnota tohto indexu v SR je 0,4 vo vekovej skupine od 55 – 69 rokov, 3,8 vo vekovej skupine 70-79 rokov a vo veku nad 80 rokov je hodnota tohto indexu až 13,8. Až 70 % dôchodcov uvádza, že ich uspokojovanie životných potrieb je na hranici životného minima. Napriek údajom, ktoré vypovedajú o zhoršení zdravotného stavu vekom, na zdravie populácie vplýva viacero faktorov.

Z údajov Svetovej zdravotníckej organizácie vyplýva, že zdravotný systém štátu ovplyvňuje zdravotný stav obyvateľstva cca 17 % a až 83 % ovplyvňujú zdravie faktory životného, pracovného, ekonomického, sociálneho genetického, právneho a kultúrneho prostredia a samozrejme spôsob života a práce, čiže životný štýl.

Obrázok 2: Faktory ovplyvňujúce zdravie populácie



2.2 MERANIE KVALITY ŽIVOTA

Zdravotný stav je jedným z finálnych cieľov zdravotnej politiky a na meranie zdravotného stavu sa používajú viaceré parametre.

Základným ukazovateľom o zdravotnom stave populácie alebo jednotlivca je stredná dĺžka života. Nevýhodou tohto ukazovateľa však je, že neumožňuje rozpoznať v akom zdraví sú tieto roky prežité. Preto svetová zdravotnícka organizácia zaviedla v posledných rokoch nové ukazovatele zdravia, ako *očakávaná dĺžka zdravého života* (*health-adjusted life expectancy* alebo jednoduchšie *healthy life expectancy*, skr. HALE) alebo *roky života stratené kvôli zlému zdravotnému stavu a predčasnému úmrtiu* (*disability-adjusted life years*, skr. DALY).

HALE na rozdiel od konvenčnej dĺžky života zahŕňa iba nádej na roky prežité v zdraví, je teda upravená o roky strávené v zlom zdravotnom stave (chorobe, invalidite, a pod.). HALE sa v súčasnosti pohybuje pre mužskú populáciu SR okolo 61,6 rokov, čo znamená, že slovenskí muži strácajú približne 8 rokov zdravého života v dôsledku choroby, invalidity alebo iných prejavov zlého zdravotného stavu. Nad Slovenskom sa v rebríčku HALE nachádzajú aj menej rozvinuté krajiny, ako Kostarika, Spojené arabské emiráty, Jamajka a Kuba. Hodnota HALE pre ženy SR je podstatne vyššia – 66,6 a ich umiestenie v rebríčku WHO je tiež lepšie. Slovenské ženy však strácajú v zlom stave až takmer 11 rokov, čo sa rovná približne 14 % celkovej dĺžky života (11 % u mužov). *(Zdroj: WHO, 2002)*

Medzi zlepšovaním zdravotného stavu a technologickým pokrokom je veľmi tesná súvislosť. Moderné technológie umožňujú zlepšovať zdravotný stav ľudí, predlžovať dĺžku ich života a zlepšovať jeho kvalitu. Technológie však nie sú zadarmo.

Na sledovanie skutočného benefitu tých ktorých technológií k zlepšovaniu kvality života sa používajú metódy nákladovej efektívnosti. Na jeho dosiahnutie sa porovnáva terapeutický účinok a ekonomické náklady.

Týmto vzniká potreba merania terapeutického účinku, na čo sa používa metodika QALY(Quality Adjusted Life Year).

QALY: rok života ovplyvnený jeho kvalitou. Rok perfektného/ bezchybného zdravia je rovný 1.0 QALY. Rok prežitý so zlým zdravotným stavom má nižšiu hodnotu. Napríklad, ľudia pripútaní na lôžko môžu dosiahnuť hodnotu 0,5 QALY.

Tento index predstavuje prostriedok zjednotenia kvantity a kvality života. QALY „odpočítava“ budúce roky života získané liečbou na počet pacientov, ktorých pocit zdravia sa znížil pocitom diskomfortu a ťažkosťami (La Puma & Lawlor 1990). Napriek svojim nedostatkom má QALY potenciál významne zlepšiť kvalitu rozhodovania v zdravotníctve. Všeobecná idea je, že prínosná liečba generuje pozitívne množstvo QALY a že efektívna liečba je tá, kde náklad na QALY je najnižší možný. QALY sa pokladá za makro nástroj na rozhodovanie v zdravotníctve, skôr než mikro nástroj na klinické rozhodovanie pri jednotlivcovi.

Výpočet QALY je založený na etických predpokladoch (La Puma & Lawlor 1990):

- Kvalita života môže byť presne zmeraná.
- Utilitarianizmus (dostať najviac za čo najmenej) je vhodnou morálnou filozofiou na vyriešenie problémov s rozložením zdrojov.
- Rovnosť a efektívnosť sú kompaktibilné a mali by byť v rovnováhe pri vyhotovovaní QALY. Navrhovanie komunitných alebo spoločenských preferencií intervencie môže byť eticky náhradou za preferencie jednotlivca pri rozložení a prideľovaní zdrojov.
- Liečenie mení kvalitu života človeka.

2.3 VÝPOČET NÁKLADOV

Potrebné je identifikovať 4 hlavné oblasti nákladovosti, ktoré sa umiestnia vo vzorci do čitateľa (Eisenberg 1989):

1. Priame medicínske náklady. Tieto náklady zahŕňajú hospitalizáciu, lieky, lekárov, poplatky, laboratórne testy, rádiologické procedúry, pooperačné miestnosti a anestetiká, rehabilitáciu, zdravotnícke prístroje/kapitálové náklady a opotrebovanie, materiály, ambulantného pacienta/konzultačné priestory (vrátane prenájmu, kúrenia, osvetlenia a telefónov) a dlhodobú starostlivosť. Fixné náklady, ktoré nie sú ovplyvnené množstvom intervencií, sa vo všeobecnosti neberú do úvahy. Náklady pri nečinnosti je potrebné takisto vziať do úvahy.
2. Priame nemedicínske náklady. Tieto náklady zahŕňajú jedlo, prevoz, ubytovanie, rodinnú starostlivosť, domáce pomôcky a šatstvo, ktoré sú dôsledkom choroby.
3. Nepriama morbidita a mortalita. Toto sú náklady súvisiace s predčasnou smrťou a stratou zárobku pre práceneschopnosť. Výpočet ľudských kapitálových strát je kontroverzné.

   Dve hlavné metódy sú:

   a) výpočet celoživotných úspor z priemernej mzdy zárobkovo činnej osoby korešpondujúcich s vekom a pohlavím cieľovej populácie a

   b) ochota zaplatiť, kde cena sa vypočíta za liečbu, ktorá zníži pravdepodobnosť smrti a predbežný výpočet odvodený z hodnoty, ktorú obyvateľstvo investuje do záchrany života. Obidve tieto techniky sú problematické, nakoľko bohatí ľudia zarábajú viac a sú všeobecne ochotnejší zaplatiť za liečbu viac, aby odvrátili riziko

smrti (Sox 1988). Použitie odchýlok priemernej mzdy u minoritných skupín, žien v domácnosti, starých ľudí, detí a nezamestnaných (Canadian Medical Journal 1984 B).

4. Čas liečenia sa z choroby je strata produkcie a je súčasťou merania zdravotného výsledku – umiestneného vo vzorci v čitateli.
5. Nehmatateľné vplyvy. Patria medzi ne vplyvy ako bolesť, utrpenie a zármutok a iné nefinančné dôsledky choroby a zdravotníckej starostlivosti. Tieto sa započítavajú do čistého zisku v menovateli.

2.4 KVALITA ŽIVOTA A JEJ ČINITELE

Kvalitu života ako dynamicky sa meniaci stav ovplyvňuje komplex klinických, osobných a sociálnych činiteľov. Jej podpora sa stáva jedným z cieľov terapeutickej a ošetrovateľskej intervencie.

2.4.1 Klinické činitele

Kvalita života počas choroby závisí od intenzity, pestrosti, trvania a dynamiky zmien klinických symptómov ochorenia. Intenzívnejšie a pestrejšie príznaky spôsobujú výraznejší pokles kvality života. Možno predpokladať rozdiely v kvalite života pri akútnom a chronickom ochorení. Mnohé chronické ochorenia, aj keď bezprostredne neohrozujú život človeka a prejavujú sa minimálnymi príznakmi, spôsobujú postupný pokles kvality života, ktorý možno zastaviť alebo aspoň zmierniť komplexným terapeutickým a ošetrovateľským manažmentom pacientov.

2.4.2 Osobné činitele

Pri chronických ochoreniach nemusí byť kvalita života v súlade s intenzitou príznakov a problémov vyplývajúcich z ochorenia. Dôležitým faktorom sú osobné činitele (vek, pohlavie, osobnostné charakteristiky) ovplyvňujúce adaptáciu na ochorenie, ktoré vyžaduje uplatňovanie zložitých mechanizmov a stratégií spracovania celého spektra špecifických stresov. Tento proces označujeme ako koping s chorobou. Uplatňovanie nečinných kopingových stratégií spôsobuje maladaptáciu s postupným poklesom kvality života.

2.4.3 Sociálne činitele

Kvalita života pacienta závisí aj od interakcií s jeho sociálnym prostredím. Rodina pacienta, ale aj širšie sociálne prostredie (kolegovia, priatelia, spolužiaci, učitelia atd.) bývajú významnými podpornými činiteľmi. Pomáhajú pacientovi adaptovať sa na chorobný stav, čím sa podieľajú na zvyšovaní kvality jeho života. Na druhej strane ju však môžu aj druhotne zhoršiť, čo býva významné najmä v prípade chronických ochorení. Dôležitá je otázka postojov a prijatia pacienta aj s ochorením. Vzťahy sú však obojstranné. Chronické ochorenie člena rodiny ovplyvňuje jej funkčnosť a kvalitu života všetkých jej členov.

Zdravie je dynamickou, nie konštantnou hodnotou. Je preto potrebné venovať dostatočný a pravidelný priestor výskumu rôznych determinantov zdravia. Rovnako dôležité je tieto poznatky dostať z vedeckých pracovísk v zrozumiteľnej forme na širokú verejnosť. Informovaný človek má totiž viac šancí na prijatie správnych rozhodnutí vo vzťahu k vlastnému zdraviu.

3. INKONTINENCIA

3.1 DEFINÍCIA INKONTINENCIE MOČU

Niet snáď nepríjemnejšej poruchy ako inkotinencia moču – neustále kvapkanie moču, pretekajúce cez šatstvo, ktoré sa lepí na stehná a chladí, čo znepríjemňuje život pacientke, jej rodine a pacientka napokon začne bočiť od spoločnosti… Howard A. Kelly 1928.

Hoci chronické urinárne symptómy nie sú životohrozujúce, sú zdrojom značnej morbidity a môžu sa počas života výrazne zhoršovať. Strata kontroly nad únikom moču má často významný dopad na psychologické a sociálne zdravie postihnutého jedinca. Koncept močovej inkontinencie je pevne prepojený so sebakontrolou. Keďže sa udržaniu moču učíme ako malé deti, mnoho dospelých môže inkontinenciu vnímať ako ohrozenie ich dospelosti a zrelosti (Ashworth & Hagan 1993).

Táto dimenzia sa vyskytuje v definícii močovej inkontinencie vypracovanej spoločnosťou International Continence Society: močová inkontinencia je stav nedobrovoľného úniku moču, ktorý je sociálnym alebo hygienickým problémom a je objektívne dokázateľný (Abrams 1990). Pretože inkontinencia moču zahrňuje zakrývanie a tabu, a je považovaná za zahanbujúcu, je často jej význam znevažovaný.

Inkontinencia moču (IM) je mimoriadne citlivý, odborne a ekonomicky náročný problém. Vyliečenie, prípadne zlepšenie znamená pre pacientov okrem iného aj podstatné zlepšenie kvality života a väčšinou aj návrat do spoločnosti. Keďže inkontinencia je multidisciplinárny pojem, príčiny, základné diagnostické a liečebné metódy IM musia poznať všetci lekári (nielen malá skupina špecialistov), ktorí sa vo svojej praxi stretávajú s pacientmi trpiacimi únikom moču. Samozrejme je potrebný aktívny prístup celej spoločnosti ku ešte stále „tabuizovanej" problematike. Nie je nebezpečná, ale môže viesť k izolácii a zredukovaniu kvality života.

Sociálna izolácia môže viesť k rozličným problémom a je drahá pre spoločnosť (napr. absencia v práci u populácie v produktívnom veku).

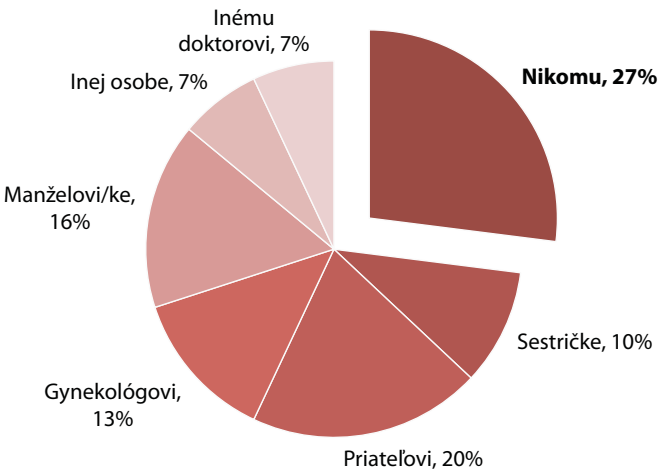
IM trpí 16-17% európskej populácie. Ženy trpia močovou inkontinenciou častejšie (78%) ako muži (22%). Toto je dôvod prečo výskum, diagnóza a ošetrenie nie sú veľmi vysoko na harmonograme našej mužsky orientovanej kultúry.

3.2 RIZIKOVÉ FAKTORY INKONTINENCIE MOČU

- vek
- pohlavie
- obezita
- operácie (v malej panve)
- ťažká, fyzicky namáhavá práca
- ochorenia prostaty a komplikácie ich liečby
- vrodené príčiny
- infekcie
- zápcha
- oslabená mobilita
- lieky
- zväčšená prostata
- demencia
- iné.

V súvislosti s inkontinenciou v severských krajinách SCA robilo množstvo výskumov. Zaujali ma odpovede na základnú otázku spojenú s inkontinenciou: Zdôverili ste sa niekomu o probléme s únikom moču? Až 27 % opýtaných odpovedalo, že nepovedali nikomu o ich probléme s únikom moču, 20 % priateľovi, 16 % manželovi/ke, gynekológovi 13 %, inému doktorovi 7 % a inej osobe 7 %.

Obrázok 3: Zdôverili ste sa niekomu o probléme s únikom moču?



3.3 KLASIFIKÁCIA INKONTINENCIE MOČU

3.3.1 Klasifikácia založená na symptómoch podľa ICS:

1. Urgentná
2. Stresová
3. Zmiešaná
4. Iné

1. **Urgentná** inkontinencia sa definuje ako symptóm mimovoľného úniku moču združeného s predchádzajúceho nutkania na močenie. Často je urgentná inkontinencia moču spojená s hyperaktivitou močového mechúra. Hyperaktívny močový mechúr je súbor, komplex príznakov, medzi ktorými dominuje urgencia s alebo bez urgentnej IM, časté močenie cez deň (polakizúria) a (noktúria) potreba močiť jeden a viackrát za noc.

   K príčinám urgentnej inkontinencii moču zaraďujeme:

   a) lézie CNS (náhla cievna mozgová príhoda, poranenie miechy a iné)
   b) demyelinizačné ochorenia (sclerósis multiplex)
   c) lokálne dráždivé faktory (infekt dolných močových ciest, cystolitiáza, nádory močového mechúra)
2. **Stresová** inkontinencia moču sa definuje ako mimovoľný únik moču počas námahy alebo cvičenia, kýchania a kašlania. K úniku dochádza pri zvýšení intraabdominálneho tlaku. Takáto inkontinencia vzniká, keď vzostup intraverikálneho tlaku prekoná mechanizmus uzáveru močového mechúra. Vzniká to v dôsledku špecifického poškodenia svalov fascií a nervopanvového dna pri operáciách v malej panve, pri pôrodoch, pričom vyprázdňovacia funkcia močového mechúra je normálna.
3. **Zmiešaná** inkontinencia moču je kombináciou urgentnej a stresovej IM. Častejšie sa vyskytuje u starších osôb. Často je jeden zo symptómov viac obťažujúci ako druhý. Liečba je komplexná a niekedy problematická.
4. **Iné:** inkontinencia moču z pretekania je únik moču následkom preplnenia močového mechúra. Prejavuje sa častým alebo nepretržitým únikom moču. Môže byť spôsobená hypokontraktilným detrúzorom alebo obštrukciou výtoku z močového mechúra napr. pri hyperplázii prostaty u mužov.

3.3.2 Klasifikácia podľa stupňa závažnosti:

I. stupeň: únik moču po kvapkách pri náhlom výraznom zvýšení vnútrobrušného tlaku (kašeľ, kýchanie, smiech, skákanie, zdvíhanie ťažkých bremien)

II. stupeň: únik moču pri minimálnom až miernom zvýšení vnútrobrušného tlaku (beh, chôdza, ľahká fyzická práca, kašeľ)

III. stupeň: stály únik moču bez výrazného vzťahu k fyzickej aktivite (pri minimálnom vzostupe vnútrobrušného tlaku)

3.4 LIEČBA INKONTINENCIE MOČU

Liečba inkontinencie môču môže byť:

a) Konzervatívna (režimová liečba)
b) Farmakologická
c) Chirurgická

Voľba liečebnej metódy závisí od typu stupňa inkontinencie moču, od veku a celkového stavu pacienta.

a) Konzervatívna liečba:

Je to úprava životosprávy a posilňovanie panvového dna. Má najväčší úspech u pacientok s miernym stupňom IM a najmä pri stresovej inkontinencii. Spája sa s používaním inkontinenčných pomôcok.

V rámci liečby sa odporúčajú najmä **Kegelove cvičenia (Obrázky 4 až 10)**, pri ktorých sa aktívne vťahuje svalstvo panvového dna. Avšak len pravidelné dennodenné cvičenie po dlhšiu dobu (minimálne 2 mesiace) vedie k úspechu liečby. Svaly panvového dna a časť svalov močovej rúry sú priečne pruhované a dajú sa ovládať vôľou. Tým dochádza k dôkladnému uzatvoreniu močovej rúry v pokoji a k výdatnému reflexnému stiahnutiu týchto svalov počas kašľa, kýchnutia, smiechu, pohybu a pod., čím sa zabráni úniku moču počas týchto činností. Ak sú tieto svaly slabšie, pri ich pravidelnom cvičení dochádza k ich hypertrofii (zhrubnutiu a zosilneniu).

b) Farmakologická liečba:

- pomáha zmierňovať symptómy, ale iba výnimočne odstraňuje príznaky
- ochorenia. Je úspešná u pacientok s urgentnou inkontinenciou moču a
- najmenej úspešná pri totálnej inkontinencii.

Na liečbu sa používajú nasledujúce skupiny liekov:

1. ANTICHOLINERGIKÁ – zväčšujú kapacitu močového mechúra a tlmia kontraktilitu močového mechúra
2. SYMPATOMIMETIKÁ – alfa adrenergiká majú účinok na vnútorný sfinkter uretry (pri stresovej inkontinencii)
3. ESTROGÉNY – zlepšujú vlastnosti sliznice močovej rúry pôsobením na regionálnu vlascularizáciu (indikované v postmenopauzálnom období, ale na krátkodobú liečbu)
4. TRICYKLICKÉ ANTIDEPRESÍVA – duloxetin – je inhibítor spätného vychytávania noradrenalínu a serotonínu týchto madiátorov v Onufovom jadre (pri stresovej inkontinencii)

c) Chirurgická liečba:

- má sa urobiť po dôkladnom vyšetrení pacientky. Ako liečba prvej voľby môže byť iba u žien s čistou stresovou inkontinenciou moču, ktoré nie sú vhodné na konzervatívnu liečbu.

1. KOLPOSUSPENZIA – cieľom operácie je zlepšenie podpory sfinkterickej jednotky bez vytvorenia obštrukcie pri hypermobilite uretry. Nadvihuje sa vaginálna stena laterárne od hrdla močového mechúra a uretry pomocu stehov ku Cooperovmu ileoktinálnemu ligamentu.
2. IHLOVÉ operácie – transvaginálne operácie využívajú vaginálnu preparáciu a malý suprapubický rez na nadvihnutie hrdla močového mechúra.
3. SLINGOVÉ operácie – vloženie suburetrálnej slučky pod uretrovezikálne spojenie a jej ukotvenie k abdominálnym alebo retropubickým štruktúram.
4. INJEKČNÉ metódy – injikovanie látky od periuretrálneho priestoru. Nevýhodou je častá nutnosť opakovaných zákrokov pre ich krátkodobý efekt.
5. SUBURETRÁLNA páska – je to polypropylénová páska. Ide o minimálnu invazívnu operačnú liečbu, výkon je možné urobiť v ambulantných podmienkach. Úspešnosť je 82 – 94 %.

3.5 INÉ RIEŠENIE INKONTINENCIE MOČU

Ak pacientovi nevyhovuje (podľa zdravotného stavu) žiadna forma liečby inkontinencie, unikanie moču pokračuje, existujú iné riešenia, ktoré umožňujú vrátiť človeka do spoločnosti. Sú nimi inkontinenčné pomôcky zabraňujúce úniku moču, poprípade aj stolice.

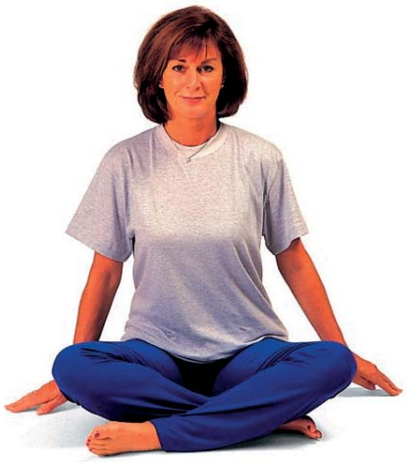
Rozdeľujeme ich na:

- zberné: odvádzajú moč do zberného vrecka;
- obštrukčné: na báze mechanického uzatvorenia (zovretia) močovej trubice;
- absorpčné (vložky, plienky, podložky): spracujú moč na tekutý gél.

Obrázok 4: Ľahnite si na brucho a pokrčte jednu nohu v kolene. V tejto polohe napínajte svalstvo panvového dna.

Obrázok 5: Kľaknite si na kolená a lakte položte na zem. Špičky nôh dajte k sebe. Hlavu položte na ruky. Teraz sťahujte svalstvo panvového dna.

Obrázok 6: Posaďte sa so skríženými nohami a chrbát držte vzpriamene. Teraz sťahujte svalstvo panvového dna. Tento cvik sa odporúča pre pokročilých.



Obrázok 7: Stojte s ľahko rozkročenými nohami. Oprite sa dlaňami o stehná, chrbát držte rovno. Sťahujte svalstvo panvového dna. Aj tento cvik je odporúčaný pokročilým.

Obrázok 8: Sťahujte svalstvo aj pri dvíhaní ťažkých predmetov.

Obrázok 9: Nohy rozkročte ľahko od seba. Dlane položte na sedacie svaly. Sťahujte svalstvo panvového dna. Dlaňami kontrolujte, či nesťahujete sedacie svaly. Tento cvik aj cvik na obrázku č. 10, sa odporúča na záver tréningu.

Obrázok 10: Ľahnite si na chrbát, kolená pokrčte a chodidlá položte na zem. Jednu dlaň položte na zadok, druhú na brucho. Tak si kontrolujte partie, ktoré by nemali byť v pohybe. Sťahujte svalstvo panvového dna. Tento a predchádzajúci cvik sa odporúča na záver tréningu.

V posledných rokoch sa najviac používajú jednorázové absorpčné pomôcky pre inkontinentných pacientov, predovšetkým pre svoje jednoduché použitie a komfortné vlastnosti.

- sú prvou pomocou pri inkontinencii moču,
- prinášajú pocit bezpečia,
- sú anatomicky tvarované,
- priedušné,
- rýchlo a spoľahlivo pohlcujú moč a pohlcujú nepríjemný zápach.

Týmito vlastnosťami zabezpečia pacientom trpiacim IM okamžitý návrat do spoločnosti a zaženú obavy z nežiadúcich účinkov.

4. KVALITA ŽIVOTA INKONTINENTNÉHO PACIENTA

4.1 MERANIE KVALITY ŽIVOTA INKONTINENTNÉHO PACIENTA

Zmeranie sociálneho problému je obtiažne kvôli svojej subjektívnej povahe. Akákoľvek aktivita vonku, kde je prístup k toaletám neznámy, môže byť týmto dotknutá. Vplyv na súkromný život ženy môže varírovať od nulového vplyvu na život, znížením sociálnych aktivít, ukončením s fyzickou aktivitou až po neznesiteľný stav. Preto dotazníky k QOL znamenajú kvalifikáciu dopadu inkotinencie na subjektívny život.

V praxi sa najčastejšie používajú nasledovné dotazníky :

1. York
2. Generický SF-36
3. Nottingham Health
4. Dotazník vplyvu inkontinencie
5. Dotazník vplyvu močovej inkontinencie
6. Inventár urogenitálnych ťažkostí
7. Špecifický naliehavý dotazník
8. Iné.

Medzi týmito dotazníkmi si určité odchýlky, ale všetky viac-menej zohľadňujú fyzické fungovanie, celkové vnímanie zdravia, telesnú bolesť, vitalitu, sociálne funkcie, duševné zdravie...

Výpočet hodnoty QALY vychádza z dotazníku YORK, z ktorého sa berie vstupné skóre pred a po liečbe.

Dotazník York možno použiť na porovnanie druhov liečby s akýmikoľvek inými lekárskymi postupmi a ohodnotiť liečbu ako celok. Takéto porovnania je potrebné vykonať opatrne, nakoľko každá situácia môže mať iné unikátne parametre a náklady. Zdravotnícka politika by sa mala odvíjať s prihliadnutím na ekonomiku, ale tiež na etické a sociálne otázky.

V oblasti IM sa vykonal pomerne veľký výskum ku kvalite života vrátane porovnania rôznych možností liečenia**. Porovnávala sa konzervatívna liečba (UG), farmakoliečba (Tolterodine), forma zdravotníckych poradcov pre inkontinenciu (NCA), chirurgické riešenie – laparoskopická kolposuspenzia (Laparoscopy) a otvorená kolposuspenzia (Open).**

Ženy s nestabilitou zvierača močového mechúra mali pred liečbou Tolterodinom(farmakoliečba) horšiu kvalitu života. Všetky skupiny pred liečbou mali horšiu kvalitu, avšak chirurgický zákrok mal najväčší efekt pri návrate ku kvalite života na normatívnu úroveň. Otázka, ktorá vyvstáva, je nasledovná: Je náklad na chirurgický zákrok naozaj hodný prostriedkov pre zlepšenie kvality života najbližšie k normatívnej úrovni?

Ohodnotenie liečby a vytvorenie poradia podľa jej nákladovej efektívnosti bolo už skôr popísané (Torrance 1986 a Mason 1993). Avšak také porovnávacie ekonomické štúdie neboli realizované pre IM.

Ekonomickými nákladmi pri výskumoch na IM sa nikto nezaoberal.

Prvým pokusom bolo zmeranie vstupných nákladov a konečného – výstupného zlepšenia kvality života na určenie QALY, ktorú uvádza vo svojej publikácii Andrew John Foote z roku 2003.

V tejto štúdii nákladovo najefektívnejšia liečba močovej inkontinencie bola konzervatívna – prostredníctvom zdravotníckych poradcov pre inkontinenciu, použitím kombinácie intenzívnych cvičení panvového dna, elektrostimulácie a cvičenia močového mechúra. Zatiaľ čo predošlí autori vykázali, že konzervatívna liečba je efektívna (Lagro-Janssen 1991) a ostatní vykázali, že chirurgický zákrok prináša dokonca väčší prínos (Klarskov 1986 a Tapp 1989), ani jeden z predošlých autorov nehodnotil vstupové náklady v spojení s konečnými - výstupnými prínosmi.

V rámci tejto štúdie sa porovnávala aj efektivita času stráveného s urogynekológom verzus so zdravotníckymi poradcami pre IM. Otázka bola, či kratší čas strávený s lepšie platenými urogynekológmi bol tak efektívny ako dlhší čas strávený s horšie platenými zdravotníckymi poradcami pre IM. Odpoveď s ohľadom na náklady bola významne v prospech zdravotníckych poradcov pre IM. Ďalšia otázka bola, či výsledky v zmysle QOL boli tak efektívne pre zdravotníckych poradcov pre IM. Odpoveď je, že zlepšenie QOL bolo podobné.

Iná štúdia sa venovala kvalite života pacienta trpiacim únikom moču prostredníctvom dotazníka Nottingham Health a bola porovnávaná na skupine žien (n = 120), ktoré trpeli močovou inkontinenciou (vek 75,4 ± 1,9, rozpätie 65-84 rokov) a reprezentatívnou vzorkou populácie tejto vekovej skupiny (n = 313). Neobjavili sa žiadne výrazné rozdiely medzi dvomi skupinami žien vo výskyte iných chorôb alebo v sociálnej charakteristike. Ženy, ktoré trpia močovou inkontinenciou, získali vyššie skóre v kategórii **emočné poruchy** ($p<0,05$) a **sociálna izolácia** ($p<0,001$), než ženy z kontrolnej skupiny.

Pri rozdeľovaní inkontinentných žien podľa typu inkotinencie sa zistilo, že ženy, ktoré trpia urgentnou a zmiešanou inkontinenciou, uviedli emočné poruchy ($p<0,05$) častejšie, ako ženy z kontrolnej skupiny. Zaujímavé je, že nebol žiaden rozdiel v kategórii emočné poruchy medzi ženami trpiacimi stresovou inkontinenciou a kontrolnou skupinou. Ženy, ktoré trpia urgentnou inkontinenciou, uviedli **poruchy spánku** ($p<0,05$) častejšie, ako kontrolná skupina. Ženy, ktoré trpia všetkými typmi močovej inkontinencie ($p<0,05$), boli **sociálne** viac **izolované** než ženy z rovnakej vekovej skupiny z celkovej populácie.

4.2 NÁKLADY NA MANAŽMENT INKONTINENCIE MOČU

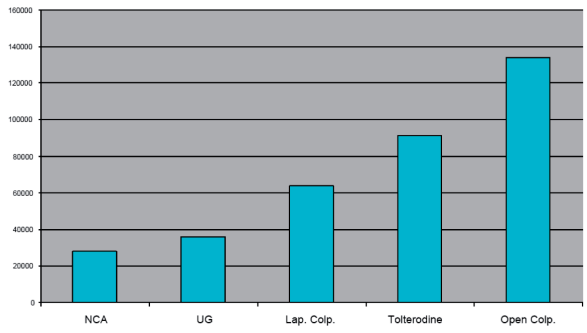
Náklady na riadenie IM sa za posledné desaťročia významne zvýšili. Vyššia kvalita ľudského života, lepšia dostupnosť k zdravotnej starostlivosti a zvýšená informovanosť o ťažkostiach prispeli k tomuto vystupňovaniu.

Celá finančná analýza zameraná na riešenie močovej inkontinencie by mala zahŕňať priame a nepriame náklady na močovú inkontinenciu. Priame náklady možno rozdeliť na: diagnostické, liečebné, súvisiace s bežnou starostlivosťou a následkové náklady.

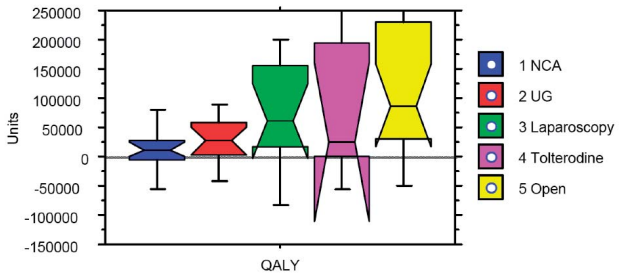
Iba malá časť priamych nákladov vyplýva z liečby poskytnutej počas hospitalizácie: veľká väčšina pacientov s problémom močovej inkontinencie je liečená mimo nemocnice.

Dopad nepriamych nákladov, ako napríklad depresie súvisiacej s močovou inkontinenciou, stratou produktivity alebo slabým pracovným nasadením by predsa len mal byť objektívne číselne vyjadrený. Na druhej strane spektra, najnovšie odhady amerického Census Bureau naznačujú, že v najbližších rokoch sa výrazne zvýši počet konzultácií súvisiacich s poruchou panvového dna. To pre finančný systém zdravotníctva môže znamenať zvýšené napätie, nakoľko financovanie je obmedzené a môže to znamenať limitácie pri poskytovaní starostlivosti pacientom. Rozličné epidemiologické modely boli použité na analýzu nákladovej efektívnosti akejkoľvek liečebnej intervencie. Merania hodnoty zdravotného výsledku ako je kvalita života inkontinentného pacienta, sú rutinne započítavané do ekonomických analýz, aby tak bolo ľahšie učiniť finančné rozhodovanie. Ekonomický odhad hodnoty liečby jednotlivca bude v budúcnosti definovať našu schopnosť liečiť a zlepšiť kvalitu života našich pacientov.

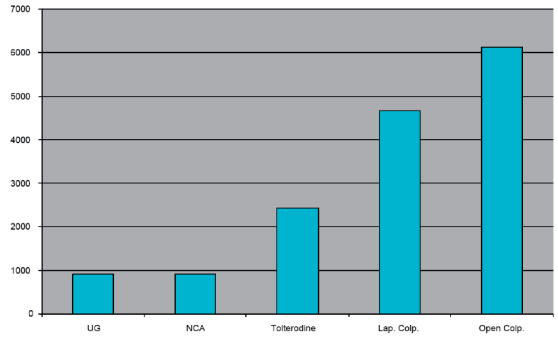
Obrázok 11: Porovnanie QALY



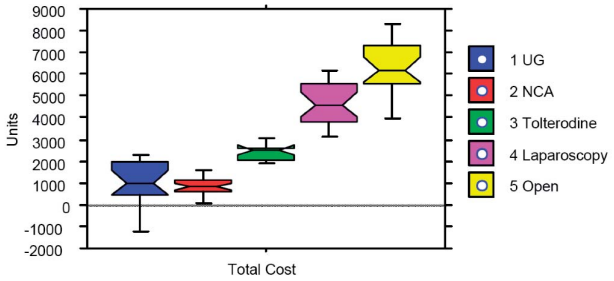
Obrázok 12: Porovnanie QALY



Obrázok 13: Porovnanie nákladov



Obrázok 14: Porovnanie nákladov



5. ZÁVER

1. Osoby trpiace inkontinenciou moču poľa renomovaných vedeckých štúdií majú zhoršenú kvalitu života v troch nasledovných oblastiach :
   a) emocionálne výkyvy
   b) sociálna izolácia
   c) problémy so spánkom
2. Táto zhoršená kvalita sa dá zvýšiť rôznymi druhmi terapie :
   a) konzervatívna liečba
   b) farmakologická liečba
   c) chirurgická laparoskopicky
   d) chirurgická klasickou formou
   e) formou zdravotníckych poradcov pre IM
3. V rámci štúdií boli porovnané spomínané druhy terapie v dvoch aspektoch : kvalita života a nákladovosť.
   - Najúčinnejšia **z pohľadu kvality života** sa javila chirurgická liečba klasickou formou operácie. V tomto hodnotení najmenej účinná bola liečba poradenskou formou.
   - **Z pohľadu nákladovosti** sa ukázala najvýhodnejšia konzervatívna forma liečby a najviac nákladová sa javila chirurgická liečba klasickou formou.
4. Cieľom tejto práce bolo preniknúť hlbšie do problematiky inkontinencie moču nielen z pohľadu zdravotného, ale aj z pohľadu ľudí trpiacich týmto ochorením a ako oni vnímajú kvalitu svojho života.

Inkontinencia moču postihuje 16-17 % európskej populácie. Zo zdravotného pohľadu toto ochorenie nie je životu ohrozujúce, ani nebezpečné. Avšak spomínané emocionálne výkyvy, sociálna izolácia a rôzne psychické bariéry prežiť plnohodnotný život by mali spoločnosť alarmovať k väčšiemu zameraniu sa na tento problém. Takisto štúdie, ktoré som prečítala sa líšia dizajnom, metodikou, množstvom respondentov, a preto je potrebné i naďalej sa tejto téme venovať a výsledky podrobovať konštruktívnej kritike.

Hovorí sa, že každá reťaz je tak silná, ako jej najslabšie spojenie. To isté platí pre skladačkové puzzle, ktoré som sa touto prácou snažila poskladať. Všetky kúsky sú dôležité časti dobrej starostlivosti a dobrá kvalita života často zahrňuje i vhodnú inko starostlivosť. Keď všetky časti spolu dobre pracujú, starostlivosť je taká dobrá, ako sa len dá.. Som si vedomá situácií, ktorým ošetrujúca profesia dnes čelí – financovanie sa stále zmenšuje, pracovné podmienky sú často stresujúce.

Kvalita života však nemusí byť len o veľkých veciach. Niekedy i malé veci a malé skutky môžu byť veľmi veľké pre pacienta.

POUŽITÁ LITERATÚRA

- http://www.cdc.gov/hrqol/ (dostupnosť overená 20.júla 2008).
- Tesar T, Foltan V. Zdravotná starostlivosť – náklady, kvalita a výsledky. ISPOR 2008.
- Andrew John Foote THE TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE:
- COST UTILITY ANALYSIS AND QUALITY OF LIFE BENEFITS
- Juniper, E.F., Guyatt, G.H., Streiner, D.L., King, D.R. (1997). Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction.
- Flanagan, J.C. (1982). Measurement of quality of life.
- http://www.continenceworldwide.org
- Švihra, J., Baška, T., Mona, M., Bushnell, D., Kliment, J., Lachvač, Ľ., Valanský, Ľ., Ľupták, J., Sopilko, I., Dušenka, M.: Prevalencia ženskej močovej inkontinencie v Slovenskej Republike. Urológia, 7, 2001
- Michal Horňák Urológia pre praktických lekárov, Herba 2000
- Archív spoločnosti SCA Hygiene Products, spol. s r.o.

Mgr. Ľubica Bezeli
pracuje ako manažérka vzťahov s regulátorom v spoločnosti SCA Hygiene Products Slovakia.

» kontakt lubica.bezeli@sca.com

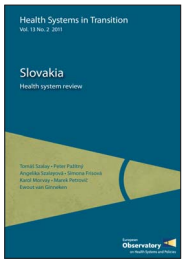
ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2011 – 2012

Aké budú dopady reformy odvodov na zdravotníctvo? Prognóza príjmov a výdavkov zdravotníctva do roku 2012.

Autori: K. Morvay, T. Sivák, P. Pažitný

vydal Health Policy Institute, jún 2011, 42 strán ISBN 978-90-969907-7-1

PDF verzia bezplatne na **www.hpi.sk**



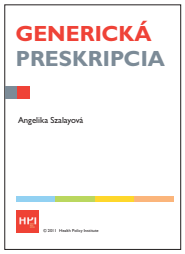
SLOVAKIA: HEALTH SYSTEM REVIEW

Prestížna publikácia o slovenskom zdravotnom systéme z edície WHO Health Systems in Transition. Publikácia je v anglickom jazyku.

Autori: T. Szalay, P. Pažitný, A. Szalayová, S. Frisová, K. Morvay, M. Petrovič, E. van Ginneken

vydal Observatory, apríl 2011, 203 strán ISSN 1817–6127 Vol. 13 No. 2

PDF i HTML verzia bezplatne na **www.hpi.sk**



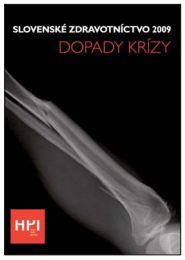
GENERICKÁ PRESKRIPCIA

Téma generickej preskripcie sa z vládneho programu dostala do návrhu nového zákona o liekoch. Čaká nás zrejme diskusia, ku ktorej HPI prispieva vysvetľujúcou publikáciou.

Autorka: A. Szalayová

vydal Health Policy Institute, apríl 2011, 24 strán ISBN 978-80-969907-8-8

PDF verzia bezplatne na **www.hpi.sk**



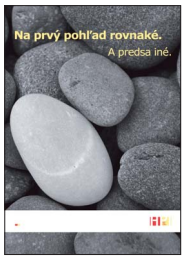
SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO 2009: DOPADY KRÍZY

Autori publikácie upozorňujú na dopady svetovej hospodárskej krízy na slovenské zdravotníctvo. Navrhujú konkrétne opatrenia, ktoré umožnia minimalizovať negatívne dôsledky krízy na fungovanie sektora.

Autori: T. Szalay, K. Morvay, P. Pažitný, A. Szalayová, I. Morvayová

vydal Health Policy Institute, marec 2009, 94 strán ISBN 978-80-969907-4-0

PDF verzia bezplatne na **www.hpi.sk**



NA PRVÝ POHĽAD ROVNAKÉ. A PREDSA INÉ

Publikácia prináša Rating zdravotných poisťovní 2008. V ňom zvíťazila zdravotná poisťovňa Dôvera pred Unionom, ZP Apollo, Spoločnou ZP a poslednú priečku obsadila Všeobecná ZP.

Autori: A. Szalayová, P. Pažitný, S. Frisová, S. Hnilicová, T. Szalay

vydal Health Policy Institute, september 2008, 128 strán ISBN 978-80-969907-3-3

PDF verzia bezplatne na **www.hpi.sk**

DOBRÝ POISTENEC JE NAD ZLATO. VIEME HO VYVÁŽIŤ?

Publikácia prináša prehľad problematiky selekcie rizika a kompenzácie rizikovej štruktúry, analýzu súťaže o poistencov na Slovensku a simulovanie rôznych variantov kompenzácie rizikovej štruktúry v slovenských podmienkach.

Autori: P. Pažitný, A. Szalayová, H. Maďarová, M. Petrovič, L. Lenártová, S. Frisová a T. Szalay

vydal Health Policy Institute, jún 2008, 98 strán ISBN 978-80-969907-2-6

Tlačená verzia: € 20, PDF verzia: € 15 – objednávky: **morvayova@hpi.sk**

ZDRAVIE JE LUXUS. VIEME AKO HO FINANCOVAŤ?

Ak sa dnešný systém financovania zdravotníctva nezmení, dôsledkom otvárania nožníc medzi príjmami a výdavkami bude v roku 2025 deficit vo výške 82,3 mld. korún za jediný rok (1,3 % HDP). Autori formulujú koncepty riešení, o ktorých je potrebné diskutovať.

Autori: K. Morvay, P. Pažitný, M. Petrovič, T. Szalay, A. Szalayová

vydal Health Policy Institute, apríl 2008, 64 strán ISBN: 978-80-969907-1-9

Tlačená verzia: € 20, PDF verzia: € 15 – objednávky: **morvayova@hpi.sk**