



Nič nepreverí kvalitu dôkladnejšie ako čas.
Na Slovensku pomáhame liečiť už 20 rokov.

Kam smeruje starostlivosť o pacienta a občana?

Zborník z odbornej konferencie
19. – 20. apríl 2013
Hotel Partizán, Tále, Slovensko

Aj napriek dopyte po lacnom obväzovom materiáli, ktorého vlastnosti sa zriedka spájajú s kvalitou, mojim dlhodobým záujmom zostáva dodávať len to najlepšie.

Paul Hartmann, 1885

Obsah

Michel Kuehn Príhovor: Pomáhať pacientom	6
h. prof. Dr. Ing. Ivan Haluška, DrSc. Zdravotníctvo a humanistická ekonomika	7
Ing. Ľubomír Páleník Riadenie efektívnych procesov ako budúcnosť zdravotníctva	16
prof. MUDr. Karol Kráľinský, PhD. „Technology dependent children“ – hudba budúcnosti či neúprosná realita?	20
Ing. Michal Páleník Zdravotníctvo v kontexte striebornej ekonomiky	23
Ing. Marica Laščeková Úloha pacienta v systéme zdravotnej starostlivosti	31
PhDr. Martin Kasarda, Dr. Budúcnosť medializovania zdravotníckych tém	34
Hartmann na Slovensku	39

Kam smeruje starostlivosť o pacienta a občana?

Zborník z vedeckej konferencie 19. – 20. apríl 2013

Zostavovateľ: Martin Kasarda

Recenzovali: Mgr. Vladimír Bačíšin, PhD., Ing. Martin Matušovič, PhD.

Vydavateľ: Snowball Communications, spol. s r.o.

Jazyková úprava: Jozef Molitor

Typografia a obálka: Marek Vach

© 2013, Snowball Communications

ISBN 978-80-971175-1-1

Príhovor: Pomáhať pacientom

Michel Kuehn

COO, Management Board Paul HARTMANN AG

Dámy a páni, ctení hostia Paul HARTMANN Slovensko, milí kolegovia!

Je mi veľkou ctou zúčastniť sa ako člen predstavenstva HARTMANN GROUP na konferencii pri príležitosti oslavy 20. výročia založenia našej pobočky na Slovensku.

Takmer dve desaťročia je ambíciou PAUL HARTMANN GROUP rásť v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti, mať na pamäti v prvom rade skutočné potreby pacientov a ošetrojúceho personálu.

Dnes je HARTMANN GROUP jeden z popredných dodávateľov medicínskych a hygienických potrieb s pobočkami vo viac ako 30 krajinách a približne 10 000 zamestnancami, ktorí poskytujú služby pre profesionálov na trhu poskytovania zdravotnej starostlivosti.

V priebehu roku 2012 náš obrat vzrástol – po už tak dobrom roku 2011 – čo nás utvrdilo v našej voľbe neponúkať len produkty pre našich zákazníkov, ale aj systémové riešenia na zabezpečenie lepšej starostlivosti o pacientov, pri rešpektovaní ich osobnosti a dôstojnosti.

Po 20 rokoch kariéry v HARTMANN, dbajúc na našu filozofiu, sa bojím, že európska ekonomická a menová kríza môže ovplyvniť naše prostredky v podnikaní so zdravotnou starostlivosťou a financovanie a kvalitu služieb.

Štátne úsporné opatrenia, finančná kríza, rozpočtové škrtky – všetky tieto zásahy sú určite potrebné a dôležité, ale môžu mať nepríjemný vplyv na pacienta, ak nie sú implementované inteligentne a s rešpektom.

A toto je ten bod, kde sa vy, ľudia v tejto miestnosti, rovnako ako výrobcovia a politici, úradníci a ošetrojúci personál stávate veľmi dôležitými.

Máte dôležitú úlohu zachovať hodnoty systému zdravotnej starostlivosti – nech sú podmienky akékoľvek – tak, aby ste zabránili ohrozeniu tohto systému a zachránili dôvod jeho existencie, a to je pomáhať pacientom.

Za čo najlepšiu cenu, prirodzene! A toto je možné, len keď všetci pochopia, o čom hovoríme a keď ich konfrontujeme s realitou poskytovania zdravotnej starostlivosti a nielen jeho čísel.

Na to, aby sme dosiahli tieto ciele, HARTMANN vždy odporúčal globálne systémy a riešenia. A HARTMANN bude ďalej zapájať všetky svoje ľudské zdroje, svoju schopnosť inovovať a implementovať svoj výrobný proces tak, aby pomáhal a podporoval ľudí, ktorí chcú pomáhať liečiť ľudí s obmedzenými nákladmi.

Toto bolo, je a bude naše krédo, aj keď niektorí zákazníci, niektoré krajiny ešte nie sú pripravené mu porozumieť. Budeme na ňom trvať a použijeme všetku našu silu a odbornosť, aby sme ich presvedčili!

V hre je prežitie systému poskytovania zdravotnej starostlivosti. V hre je prežitie spoločností.

V hre je prežitie pacientov.

Áno, môžete – spoľahnite sa na nás, HARTMANN GROUP, nech ste ktokoľvek; politici, zdravotnícky personál, farmaceuti a pacienti, budeme bojovať po vašom boku, v tejto svetovej kríze vám pomôžeme uchovať neoceniteľné dobro ľudského bytia: Jeho Zdravie!!

Ďakujem Vám za pomoc.

Zdravotníctvo a humanistická ekonomika

h. prof. Dr. Ing. Ivan Haluška, DrSc.

Expertízny a edukačný inštitút, Paneurópska vysoká škola, Bratislava

Kľúčové slová: zdravotníctvo ako verejná služba, štandard, transparentnosť, zdravotníctvo producent HDP, humanistická ekonomika, participatívne partnerstvo

Úvod

Základnými otázkami pre riešenie perspektívy zdravotníctva sú odpovede na dve základné otázky:

1. Ako chápať zdravotníctvo?
2. Kto, ako a koľko má a môže zaplatiť za jeho fungovanie?

Tradične sa traktuje, že zdravotníctvo je v civilizovanom štáte služba občanom príslušného štátu, ktorá má zabezpečiť, aby sa chorí mohli liečiť a zdraví, aby mohli pravidelne realizovať adekvátnu prevenciu. Teda zdravotníctvo je služba, ktorá má zabezpečiť čo najlepší zdravotný stav obyvateľstva. Pričom včasné liečenie je nielen záujmom chorých, ale aj zdravých, teda všetkých občanov, lebo bohatstvo štátu závisí od výkonnosti a množstva tvorivo činorodých – teda práceschopných – občanov.

Tu vznikajú ďalšie otázky. Aká je to služba?

Je to služba, ktorá sa poskytuje len vtedy, ak si ju niekto objedná, ak ju niekto požaduje v rámci svojho príjmového obmedzenia a ju aj zaplatí? Teda súkromná služba?

Alebo je to služba, na ktorú má každý nárok bez ohľadu, aké má príjmy, aké má možnosti platiť? Teda verejná služba?

Vo väčšine vyspelých krajín sveta existuje určitá kombinácia. Existuje verejné zdravotníctvo, na ktorého zdravotnícke služby má nárok prakticky každý občan alebo väčšina občanov, s výnimkou tých, ktorí ako napr. v USA, nie sú poistení alebo nie sú zúčastnení v celoštátnych zdravotníckych programoch. A paralelne existuje aj súkromné zdravotníctvo, je to klasická ekonomická služba (základná alebo len doplnková), ktorú si objednáva len ten, ktorý má na ňu dost prostriedkov, aby ju zaplatil.

V súčasnom liberálno-kapitalistickom ekonomickom systéme, v ktorom je permanentný nedostatok verejných zdrojov, a väčšia či menšia časť obyvateľov nie je spokojná s úrovňou a rozsahom služieb, ktoré môže vzhľadom na obmedzenosť zdrojov poskytnúť verejné zdravotníctvo, a ktorá má reálne prostriedky, aby si lepšiu službu zaplatila, zrejme bude existovať aj súkromné zdravotníctvo.

Zdravotníctvo ako verejná služba

Je zrejmé, najmä pre európsku realitu, že základ musí tvoriť verejné zdravotníctvo ako verejná služba, do ktorej prispievajú všetci a dostávajú ju len tí, ktorí ju objektívne potrebujú. Nie je to nič mimoriadne, pretože vo väčšine štátov poznáme celý rad verejných služieb, do ktorých prispievajú všetci občania a túto službu využíva len ten, kto ju potrebuje (napr. bezpečnosť, súdy, armáda, verejná správa a celý rad ďalších). Často citovaným príkladom verejnej služby sú hasiči. Hasiči dostávajú prostriedky na hasiace zariadenia, hasiace vybavenie i na budovy a priestory, v ktorých fungujú. A na svoje mzdy nie podľa toho, koľko požiarov uhasili, ale spravidla podľa toho, aké je riziko požiarov v určitom teritóriu a z neho vypočítaná potreba stavu hasičov na to, aby dokázali včas požiar zlikvidovať, skôr ako objekt zhorí, skôr než sa z neho stane celomestská či celoobecná katastrofa.

Platí princíp, že na verejnú službu prispieva každý, buď priamo, alebo prostredníctvom štátu či územnej verejnej správe platených daní a spotrebúva ju len ten, kto ju objektívne potrebuje. (podrobnejšie pozri (1) s. 353 – 405).

Tu treba pripomenúť správne chápanie štátu. Treba si uvedomiť to rozhodujúce, na čo sa v súčasných úvahách niektorých politikov, politológov, ale aj radových občanov zabúda. Že v demokracii je štát vo svojej podstate neziskové občianske združenie, do ktorého každý jeho zarábajúci člen – v prípade štátu každý jeho občan – musí povinne platiť svoje členské príspevky – dane. A ako v každom združení o výške príspevkov rozhodujú jeho členovia, v prípade štátu jeho občania len prostredníctvom (čo je určitým obmedzením jeho demokratickosti) svojich volených zástupcov – parlamentu (ktorý im vo svojom základnom rozhodnutí – v ústave – toto právo nedemokraticky odňal, tým že stanovil, že v občianskom referende občania o výške daní nemôžu rozhodovať).

Verejné zdravotníctvo je relatívne samostatný podsystem fungovania štátu. Občania (zarábajúci) platia svoje „členské príspevky“ (za nezarábajúcich platia „príspevky“ všetci zarábajúci občania z daní) do podsystemu verejné zdravotníctvo – odvody do zdravotného poistenia – a ich suma tvorí prostriedky, z ktorých sa táto verejná služba financuje. Platí ekonomický zákon: väčšie odvody = vyšší štandard služieb, menšie odvody = nižší štandard služieb, aj pri jeho najefektívnejšom fungovaní.

V našej úvahe sa sústredíme predovšetkým na systém verejného zdravotníctva, pretože súkromné zdravotníctvo funguje na princípe klasickej ponuky a dopytu. Verejné zdravotníctvo musí vychádzať z iného princípu, a tým princípom je, že verejné zdravotníctvo môže zabezpečovať len takú úroveň starostlivosti o zdravie, teda liečenie a prevenciu občanov, aký je objem prostriedkov, ktorými občania do systému verejného zdravotníctva prispievajú. Je logické a mnohí lekári to už párkrát pripomenuli, že na to, aby niekto vyberal poplatky za verejné zdravotníctvo a pridieval ich výkonným zložkám liečenia a prevencie, nie je potrebné tento úrad volať poisťovňa [napr. (2)], hoci aj pojem poistenie, t. j. rozloženie rizika, do určitej miery vystihuje funkciu verejnej služby, pretože aj príspevky na zabezpečenie hasičskej služby v danom meste sú vo svojej podstate poistením proti tomu, aby mesto neláhlo popolom. Bez ohľadu na názov je zrejmé, že musí byť niekto, kto zhromažďuje prostriedky a kto ich rozdeľuje výkonným, čiže liečebným a preventívnym zložkám.

Štandard verejnej služby

A to je už druhý kľúčový problém. Ako určiť rozsah poskytovanej preventívnej a liečebnej starostlivosti? Práve táto verejná služba, vychádzajúc z búrlivého rozvoja vedy a techniky, z toho, že každú chvíľu sa objavujú nové výsledky vedy a výskumu, nové metódy, nové zariadenia, nové prístroje, nové lieky a materiály, môže byť – ak bude dostatok prostriedkov – zabezpečená na najvyššej možnej úrovni. Ak ekonomická úroveň, úroveň príjmov od občanov nie je taká, že by si mohli dovoliť zabezpečenie tej najdrahšej, najnákladnejšej liečebnej či preventívnej verejnej starostlivosti, potom musí byť spoločenský konsenzus, akú úroveň štandardných liečebných postupov a štandardnej prevencie si môže pri danej úrovni HDP dovoliť verejné zdravotníctvo.

Z toho vyplýva, že určenie miery štandardu, ktoré môže a musí poskytovať verejné zdravotníctvo, je dané úrovňou HDP na jedného obyvateľa. Tu je potrebné tento pojem bližšie špecifikovať, pretože príjmy, resp. poplatky do verejného zdravotníctva nejdú ako podiel z HDP, ale idú ako percento z príjmov občanov, aj to len z jednej časti príjmu. Len z tých príjmov, ktoré tvoria základ odvodov do zdravotníctva. Teda musíme spresniť, že úroveň štandardu, ktorý môže a musí poskytovať verejné zdravotníctvo na liečenie a prevenciu občanov, je daná definovaním a úrovňou príjmového základu, z ktorého sa platia odvody do zdravotníctva, a percentom odvodu z tohto základu.

Často počujeme, že je potrebné, aby súčasné poisťovne platili nemocniciam a zdravotníckym zariadeniam reálne náklady za vykonanú liečbu [napr. (2)]. Akosi sa zabúda na veľmi vážnu vec, a to sú náklady na prevenciu, ale v súvislosti s liečbou je potrebné si uvedomiť, že tak ako u hasičov, nie je možné hasičským staniciam platiť len reálne náklady za vykonané akcie pri hasení alebo pri preventívnych prehliadkach príslušných objektov, ale musíme im platiť a vytvárať podmienky na to, aby boli neustále pripravení, neustále trénovaní a neustále v pohotovosti, aby na prvý signál o vzniku požiaru mohli účinne a rýchlo zasiahnuť a požiar ešte v zárodku zlikvidovať. Preto aj súčasťou liečebnej starostlivosti musí byť úhrada za to, že zdravotnícke liečebné zariadenia sú na takej úrovni pohotovostnej kapacity, že dokážu štatisticky normálny výskyt ochorení, úrazov a iných liečebných zásahov vždy včas a vo vzťahu ku ohrozeniu života aj účinne realizovať a predísť ťažším komplikáciám, ale čo je hlavné, predísť strate života. Teda nielen za vykonané liečebné zásahy, ale aj za príslušnú úroveň pohotovosti, príslušnú úroveň pripravenosti a vybavenosti vyriešiť problémy, ochorenia a úrazy rýchle, včas a tak, aby nemali nežiaduce následky.

Z toho vyplýva, že kľúčové je to, aby si každý platiteľ odvodov do zdravotníctva uvedomil, že platí za náklady aj pre neho potenciálne pripraveného poskytovania zdravotníckych služieb na dohodnutej úrovni. Teda, že najmä podnikatelia a živnostníci nemôžu bojovať za zníženie platieb do systému zdravotníctva na jednej strane a na druhej strane vyžadovať vysoký štandard zdravotníckej i preventívnej starostlivosti, i to, aby rezervy kapacity boli také, aby nemuseli čakať na operácie, nemuseli čakať na liečebné i preventívne zásahy.

Práve v podsysteme zdravotníckej starostlivosti ani ústava nebráni, aby skutočne občania sami rozhodovali o tom, akú úroveň, aký štandard, a to ako prevencie, tak liečebnej starostlivosti,

vrátane pohotovostnej kapacity, považujú za potrebnú a na základe objektívnej a transparentnej kalkulácie nákladov z toho odborníci musia odvodiť poplatky, ktoré si takáto úroveň štandardov vyžaduje.

A tu narážame na druhý problém. Problém stanovenia nákladov, ktoré by malo mať zdravotnícke zariadenie hrazené, aby mohlo poskytovať štandardnú zdravotnícku starostlivosť pre vymedzený okruh potenciálnych chorých alebo potenciálne potrebných, či už v liečebnej, ako aj v preventívnej starostlivosti. Preto sa nevyhneme konštatovaniu, že z toho sa musí odvíjať systém normatívov, ktoré majú k dispozícii príslušné zdravotnícke zariadenia na výkon svojich činností.

Určenie normatívov, určenie štandardov, po tom volajú občania i zdravotníci v mnohých krajinách a veľmi často sa to objavuje aj na Slovensku. No akosi nie je veľa ochoty nielen na Slovensku túto cestu nastúpiť. Pripomeňme si problémy anglického zdravotníctva. Podstúpilo mohutnú privatizáciu. A výsledok, vážne sťažnosti na kvalitu, na dlhé čakacie lehoty a celý rad ďalších problémov. A pritom toto zdravotníctvo je vraj o 30 mld. drahšie, ako bolo minulé, nesprivatizované zdravotníctvo.

Zahraničné i naše skúsenosti ukazujú, že absencia normatívov či štandardov a často nezdravé „súžitie“ verejného a súkromného zdravotníctva v jednom systéme vytvára podmienky na tunelovanie, ba aj na tzv. veľkú korupciu.

Transparentnosť pridelovania peňazí

Rôzne systémy netransparentného a neraz i subjektívneho pridelovania peňazí všeobecným lekárom, špecialistom, nemocniciam a iným zdravotníckym zariadeniam vytvárajú:

po prvé, veľkú nespokojnosť v zdravotníckych zariadeniach i u pacientov,

po druhé, neprehľadnosť, neobjektívnosť, neexistencia objektívnych a všeobecne platných normatívov vytvára podmienky na korupciu, a čo sa mimoriadne rozmohlo v minulých rokoch, deformácia systému tým, že čo je lukratívne zo zdravotníckych zariadení, to sa privatizuje a čo je menej lukratívne, to ostáva verejné.

Neexistencia objektívnych normatívov vyvolala stav, že riadiace zdravotnícke orgány prv vytvorili výhodné ceny pre určité časti poskytovania zdravotníckej starostlivosti, napr. pre záchranky, pre laboratória, pre niektoré špeciálne diagnostické služby, a následne práve tieto služby sprivatizovali, čiže vznikol legálny odtok peňazí z verejného zdravotníctva do súkromných vreciek.

Je známe, že práve kombinácia verejného a súkromného zdravotníctva je veľkou šancou pre tzv. podnikavcov, teda aby sa priživovali súkromní zdravotníci tiežpodnikatelia na službách, kde sú lukratívne ceny, a keď sa tieto ceny stanovujú centrálné, je potrebné len účinne lobovať u tých, ktorí pripravujú centrálné cenníky týchto služieb a kolotoč súkromno-korupčného získavania ohromných prostriedkov na úkor občanov už legálne funguje.

Preto sa ukazuje ako nevyhnutné, aby verejné zdravotníctvo fungovalo komplexne ako verejné, aby všetky služby vnútri systému boli verejné a aby pri všetkých službách sa objektívne sledovala štandardná nákladovosť i miera dodržiavania štandardnej nákladovosti. Aby s každou inováciou liečebných metód, s každou inováciou liečebno-zdravotníckych zariadení sa systém normatívov a štandardnej nákladovosti neustále zdokonaľoval, rozvíjal smerom k zvyšovaniu efektívnosti zabezpečenia udržateľnej úrovne zdravia systémom všeobecného zdravotníctva. Systém súkromného zdravotníctva by mal fungovať paralelne, ale jasne oddelene dovedy, pokiaľ úroveň príjmov tých, ktorí odvádzajú prostriedky do verejného zdravotníctva, nedosiahne takú úroveň, že si verejné zdravotníctvo bude môcť dovoliť ako bežnú prax špičkové zariadenia, špičkové lekárske postupy a metódy, také, aké najnovšie výdobytky vedy a lekárskej techniky umožňujú.

Princípom je, aby súkromné zdravotnícke zariadenia fungovali jasne oddelene od verejného zdravotníctva, aby sa nemohli jedni priživovať na druhých, a to súkromné na verejnom alebo verejné na súkromnom (čo je ale spravidla len teoretická ilúzia).

Zdravotníctvo – producent pridanej hodnoty

Dnešná úroveň informačnej techniky a informačných technológií umožňuje urobiť perfektný a veľmi pružný systém normatívov, systém štandardov i systém veľmi kvalitného a efektívneho vyhodnocovania nákladov na vstupy i ceny jednotlivých zložiek pridanej hodnoty – PH. To ale znamená priznať, že aj verejné zdravotníctvo vytvára užitočnú a pre občana spotrebiteľa potrebnú PH (teda aj HDP). Ktoré sú jej základné zložky?

- Cena tvorivej činnosti jednotlivých zložiek zdravotníckych ľudských zdrojov: platy a odmeny lekárov, sestričiek, ošetrovateľov, laborantov a ďalších skupín pracovníkov, ktorí zabezpečujú fungovanie zdravotníckeho zariadenia.
- Cena výkonu manažmentu, ich platy a odmeny.
- Cena prenájmu (lízingu) zdravotníckych investičných prostriedkov, ktorými disponuje príslušné zdravotnícke zariadenie. Teda nie ich cena, lebo do PH vstupuje len cena prenájmu, ktorej hlavnou zložkou je ich amortizácia.

A v čom spočívajú náklady na vstupy? Sú to náklady na všetko, čo zdravotnícke zariadenie samo nevytvorí a čo musí nakupovať, aby ho v službe pacientovi alebo poskytnutím pacientovi efektívne spotrebovalo.

Pritom suma nákladov na vstupy a ceny PH je daná normatívom či štandardom prostriedkov, ktoré sú za komplex činností vrátane pohotovostnej rezervy pridelené zdravotníckemu zariadeniu. Ich spätno-väzobná kontrola je pri modernom informačnom systéme relatívne jednoduchá, dá sa určiť štandard vyťaženia lekárskeho zariadenia a podľa toho lekárske zariadenia jednotlivým lekárskeým zariadeniam prenajímať, využitie ľudského potenciálu tým, že sa sleduje čas, ktorý sa venoval pacientom alebo občanom v prevencii, a čas, ktorý sa orientoval na pohotovosť (na čakanie na pacienta), ktorý je zrejme možné využiť na sústavné vzdelávanie zdravotníckeho personálu.

Relatívne jednoduché vyhodnotenie nákladov a využiteľnosti lekárskeho prostriedkov, zdravotníckeho personálu a manažérskeho personálu dáva možnosť optimalizovať objem prostriedkov i rozdelenie konkrétnych lekárskeho prístrojov podľa jednotlivých teritórií, podľa jednotlivých typov zdravotníckych zariadení.

Vynára sa tu ešte veľmi závažná položka, a to sú vstupy do preventívneho a liečebného procesu, ktorými sú najmä lieky a rôzne zdravotnícke potreby, ktoré sa spotrebúvajú v komplexnom systéme liečenia a zabezpečovania prevencie v záujme zabezpečenia žiaduceho zdravotného stavu obyvateľstva.

Sú tu dva okruhy problémov:

- množstvo jednotlivých liekov, zdravotníckych pomôcok i zdravotníckeho materiálu,
- cena liekov, zdravotníckych pomôcok i zdravotníckeho materiálu.

To prvé nám určite pomôže sledovať a efektívne vyhodnocovať systém zdravotníckych informácií, ktorý bude evidovať všetky zdravotné „zásahy“, či už liečebné, alebo preventívne, v ktorých sa bude evidovať aj množstvo liekov, zdravotníckeho materiálu a pod. Takýto informačný systém veľmi rýchlo ukáže na miesta, kde sa plytvá, kde sa zbytočne predpisujú lieky a využíva neadekvátne množstvo liečebných pomôcok.

Ceny vstupov

Je zrejme nevyhnutné, aby tendencia smerovala k centrálnemu zásobovaniu jednotlivými liekmi, liečebnými pomôckami a ďalším spotrebným materiálom. A tu vzniká zásadná požiadavka, aby verejné zdravotníctvo nakupovalo priamo od výrobcov a výrobcovia v dnešnej globalnej ekonomike, v ktorej prakticky vo všetkých oblastiach existuje väčšia či menšia konkurencia, môžu predávať za viac či menej objektívne globálne trhové ceny. A tam, kde dochádza k monopolu, predovšetkým k inovatívnemu monopolu, tam je možné vždy, najmä s veľkými dodávateľmi, dohodnúť systém vzorca, podľa ktorého sa príslušná cena vytvára a ktorá sa podľa toho vzorca bude aj v čase vyvíjať dovedy, pokiaľ sa ostatní producenti, ostatní výrobcovia nestanú konkurentmi inovatívneho monopolistu.

Práve verejné zdravotníctvo by mohlo byť veľmi účinnou spätnou väzbou na to, či ceny za inovované lieky, nové lieky, za nové prístroje a zariadenia i za nové pomôcky podporujú tiež rast užitočnosti na jednotku ceny, resp. či prinášajú vyššiu účinnosť, teda aj vyššiu užitočnosť v preventívnom a liečebnom procese. Pretože je pochopiteľné, že verejné zdravotníctvo pri dodržiavaní príslušnej úrovne štandardu poskytovaných služieb by mohlo akceptovať nové lieky len vtedy, ak ich účinnosť je adekvátna prípadnému rastu ich cien, teda ak cena za jednotku užitočnosti v prevencii a liečbe je nižšia, ako je cena za jednotku starých, doteraz užívaných liekov. Tento moment by práve vo verejnom zdravotníctve, ktoré je veľkým hromadným spotrebiteľom liečiv, zdravotníckych pomôcok i ďalšieho materiálu, vytváral spätnú väzbu na kvalitu i cenu inovovaných liečiv, pomôcok, ale aj zdravotníckych prístrojov a nástrojov.

Kvalitné informácie, kvalitné údaje práve z verejného zdravotníctva môžu pomôcť aj v ďalšej optimalizácii dĺžky práva na platbu licencií za nové lieky, prístroje a materiály, a teda aj adekvátnosť ocenenia nákladov výskumu a vývoja na inovované lieky, prístroje, zariadenia, ale aj liečebné postupy a pod.

Tým by vznikol veľmi zaujímavý vzťah medzi verejným zdravotníctvom a firmami, ktoré sú dodávateľmi liečiv, materiálov, ale aj prístrojov a zariadení, vytváral by účinnú trhovú spätnú väzbu a viedol by pravdepodobne k vyššej optimalizácii tvorby cien vstupov a nákladov kalkulovaných do príslušných štandardov. Zrejme by vznikla aj zaujímavá tendencia, aby miera inovácie rešpektovala aj úroveň platobnej schopnosti príslušného štandardu verejného zdravotníctva.

Aj tento ľudsky mimoriadne citlivý problém rozdielov v štandarde verejného zdravotníctva by bol mimoriadne silným stimulom na to, aby sa adekvátnejšie spájali príjmy so skutočnou produktivitou práce, s produktivitou práce meranou na jednotku užitočnosti a nie na jednotku tak, či onak nafúknutej ceny.

Štandard zdravotníctva je určený výškou príjmov rozhodujúcej časti obyvateľstva

Ceny vstupov a ich ekvivalencia s platmi pracovníkov zdravotníctva to sú špecifické otázky, ktoré zdravotníci v úzkej spolupráci s ekonómami, odborníkmi z farmácie, s producentmi zdravotníckych pomôcok, zdravotníckeho materiálu dokážu vo vzájomnej a pre občanov transparentnej komunikácii do potrebnej miery optimalizovať tak, aby producenti mali záujem neustále prinášať efektívnejšie a výhodnejšie inovácie a zdravotnícke zariadenia aby mali záujem využívať najefektívnejšie lieky, zdravotnícke pomôcky, zdravotnícke materiály vždy v kontexte s úrovňou štandardu, ktorý dokáže to či ono verejné zdravotníctvo poskytovať.

Podstatné je, aby určovanie úrovne štandardu bolo úzko spojené s určovaním výšky odvodov do všeobecného zdravotníctva, aby sa takto výška odvodov i úroveň štandardov schvaľovala na základe všeobecného konsenzu občanov, resp. ich demokraticky volených zástupcov, ale stále pri transparentnej a dostatočnej informovanosti občanov a, samozrejme, najmä pacientov.

Tieto poznámky len ukazujú na priamu väzbu vývoja miezd v príslušnom štáte a výšky štandardu všeobecnej zdravotníckej starostlivosti.

Preto kľúčovou snahou štátu i všetkých jeho členov, ako občianskeho neziskového združenia, je hľadať cesty čo najplnšej zamestnanosti a neustáleho rastu produktivity práce, ktorej musia byť adekvátne aj úrovne odmeňovania ľudských zdrojov.

Jedným z nových momentov, ktorý priamo, ale zatiaľ väčšinou nepriamo vystupuje do popredia, je analýza príčin rozdielov v odmeňovaní a mzdách v jednotlivých štátnych ekonomikách jedného ekonomického celku, ktoré tvoria napr. eurozónu a v podmienkach Spojených štátov amerických federatívnu úniu. Ekonomia sa musí hlbšie zaoberať otázkami, prečo existujú medzi jednotlivými krajinami eurozóny také veľké rozdiely v mzdách lekárov, v mzdách pracovníkov napr. obchodných sietí i ďalších. Ekonomická logika hovorí, vstupy do nákladovosti jednot-

livých zariadení sú, vychádzajúc z tendencie vyrovnávania cien, veľmi blízke alebo podobné. Výstupy, predovšetkým z podnikateľského sektora, vzhľadom na vyrovnávanie cien produkováných tovarov a služieb, sú tiež približne rovnaké, alebo majú tendenciu vyrovnávať sa. Ako je teda možné, že povedzme obchodný dom v jednom štáte si dovoľí platiť svojim pracovníkom a pracovníckam dvojnásobné, ba aj väčšie platy, ako obchodný dom v inej krajine? Kde sa stráca ten rozdiel medzi mzdami a obchodnou maržou, ktorú dosahujú príslušné obchodné centrá? Podobne, kde sa stráca rozdiel medzi mzdami automobilky na Slovensku a povedzme v Nemecku, ak vyrábajú ten istý typ automobilu, ktorý sa predáva skoro za rovnaké ceny, ak fabriky nakupujú spravidla za veľmi vyrovnávajúce sa ceny vstupné komponenty, materiály, suroviny i energie a zamestnanci na Slovensku dostávajú polovičnú, ba aj nižšiu mzdu ako ich, na rovnakých miestach pracujúci, kolegovia (neraz gastarbaiteri) v Nemecku? Kde sa stráca ten rozdiel, ktorý získala firma zo svojich pobočiek na Slovensku? To je úloha ekonómov, ktorej naliehavosť vystupuje práve teraz, keď v celej eurozóne nastupuje obdobie úplne uvoľneného pohybu pracovných síl. Čo sa bude diať? To, že pracovné sily, predovšetkým tí najschopnejší, sa budú presúvať tam, kde za rovnakú prácu majú vyššiu mzdu. A čo budú robiť nemocnice na Slovensku, ak väčšina skutočne schopných lekárov a zdravotníckych pracovníkov odíde do krajín, kde za tú istú prácu majú dvojnásobnú, ba niektorí aj trojnásobnú mzdu? Nevzniknú kolapsy verejného zdravotníctva? A podobne, nevzniknú problémy aj v ostatných produkčných oblastiach? Preto je potrebné analyzovať tieto príčiny. Vo verejnom zdravotníctve je taká analýza jednoduchá. Verejné zdravotníctvo na Slovensku, vzhľadom na nízku úroveň príjmov, a teda aj odvodov do zdravotníctva, má niekoľkonásobne nižšie príjmy ako zdravotníctvo povedzme v Nemecku, ale vzniká spätná väzba, to, že je nižšia úroveň odvodov, spôsobuje neadekvátne nižšia úroveň miezd. Preto predovšetkým v systéme eurozóny treba veľmi intenzívne, hlbšie skúmať príčiny rozdielov a hľadať formy a cesty, ako zabezpečiť, aby odmeňovanie ľudských zdrojov bolo adekvátne dosahovanej produktivite práce na jednotku úžitkovosti produkcie, ktorá je na Slovensku neraz znateľne vyššia. Pritom je potrebné zabezpečiť objektivnosť merania produktivity práce, na ktorú vytvára jednotná mena všetky predpoklady. Pritom tieto problémy majú mimoriadnu vážnosť aj v celom systéme globalizujúcej sa svetovej ekonomiky.

Pretože už dnes pociťujeme, ako rýchle sa rozvíjajúce krajiny tzv. menej rozvinutého sveta vytláčajú z trhu firmy a podniky z klasických, dodnes rozvinutejších krajín, ako sa tento proces mení a transformuje do jedného veľmi nebezpečného prístupu, ktorý vyúsťuje do brzdenia rastu miezd, dokonca do znižovania miezd mnohým profesiám v tzv. rozvinutejších krajinách. A celá táto tendencia vyúsťuje do veľmi zdeformovaného procesu, ktorý sa dnes nazýva konsolidácia verejných financií, a ktorý nie je ničím iným ako neúmerným šetrením v podstate príjmov ľudských zdrojov, tlakom na ich stagnáciu, ba aj relatívne znižovanie. To je tendencia, ktorá môže vyúsťiť do veľmi zložitých a nebezpečných sociálno-politických, ale aj protidemokratických situácií práve v doterajších rozvinutých krajinách (pozri napr. Grécko). Samozrejme, aj pracovníci v menej rozvinutých krajinách, ktorí vyrábajú napr. rovnaký automobil, ktorý sa na svetových trhoch predáva za rovnaké ceny, a oni pracujú za tretinovú, ba niekedy aj nižšiu mzdu, aj v týchto firmách bude narastať nespokojnosť a budú vznikať veľmi vážne sociálne a možno aj sociálno-politické problémy.

Humanistická ekonomika – kľúčový faktor zdravotníctva adekvátneho 21. storočia

Preto problémom skúmania a vyrovnávania rozdielov v odmeňovaní ľudských zdrojov, ktoré sú najväčším bohatstvom, najcennejším produkčným faktorom na tejto planéte, aj v súvislosti s problémami verejného zdravotníctva, bude potrebné venovať omnoho väčšiu pozornosť, nielen z hľadiska výskumu, ale aj z hľadiska veľmi rýchleho a účinného riešenia, a takéto riešenie ponúka teória i prax humanistickej ekonomiky (HE), pozri (1). Teda ekonomiky, ktorá je novou, vyššou etapou vývoja trhovej ekonomiky. Ekonomika, ktorá má potenciál nahradiť doterajší systém monopolného vlastníctva firmami predstaviteľmi jedného výrobného faktora – kapitálu a zameniť ho participatívnym partnerstvom vlastníkov obidvoch kľúčových faktorov, ktorými sú produkčné prostriedky, teda kapitál a ľudské zdroje, čím výrazne zvýši príjmy ľudských zdrojov. Samozrejme, optimálnym riešením, s ktorým HE počíta, je partnersky do toho zaradiť aj tretí a pre našu planétu kľúčový faktor, a to sú prírodné zdroje a životné prostredie. A v systéme zdravotníctva je to participatívne partnerstvo jednotlivých súčastí zdravotníckych ľudských zdrojov navzájom, ale najmä so správcami verejných zdravotníckych investičných prostriedkov a s manažmentom zdravotníckych zariadení.

Ďalším kľúčovým momentom HE je, že základným ekonomickým kritériom úspešnosti prestane byť zisk, teda príjem len jedného z výrobných faktorov. Kľúčovým kritériom úspešnosti v humanistickej ekonomike je maximalizácia užitočnej pridanej hodnoty, teda maximalizácia zaslúžených príjmov všetkých na produkcii zúčastnených výrobných faktorov, teda všetkých participujúcich partnerov, čo vo verejnom zdravotníctve znamená vysokú a adekvátne zaplatenú produktivitu ľudských zdrojov v zdravotníckej starostlivosti a vysokú efektívnosť využitia investičných prostriedkov i potrebných vstupov.

Vzhľadom na to, že verejné zdravotníctvo je ľudsky, psychologicky, morálne i eticky citlivým sektorom služieb pre obyvateľov, pre občanov štátu i občanov celých únií, je aj veľmi citlivým, politicky využiteľným i zneužiteľným faktorom pre príslušné politické garnitúry a ich sponzorov v štátnom, unijnom i globálnom meradle.

Práve nová ekonomika, humanistická ekonomika, má veľkú šancu vytvoriť objektívne proporcie medzi jednotlivými úrovňami štandardov a ich spätnú väzbu na objektivizáciu cien, vstupov do systému zdravotníctva i preventívnej starostlivosti a spravodlivý rast i spravodlivú delbu zaslúžených príjmov za realizovanú pridanú hodnotu medzi participujúcimi partnermi. Takto aj celé fungovanie zdravotníctva má šancu byť adekvátne nielen potrebám, ale aj možnostiam ľudí v 21. storočí..

© ivan haluška, hhp@nextra.sk

Použitá literatúra:

- (1) Haluška, I.: Budúcnosť globálnej ekonomiky. Teória a prax humanistickej ekonomiky. Bratislava, IRIS, 2011.
- (2) Aktuality.sk. Rozhovor s predsedom LOZ, 13.3.2013

Riadenie efektívnych procesov ako budúcnosť zdravotníctva

Ing. Ľubomír Páleník

Konateľ HARTMANN-RICO spol. s r. o.

Riaditeľ pre Strednú a Východnú Európu, HARTMANN

Úvod

Zdravotníctvo nie je továreň na liečenie ľudí. Ale mnohé postupy, ktoré dnes určujú v modernom zdravotníctve vývojové trendy, sa inšpirujú aj v procesoch vychádzajúcich z riadenia výroby. Racionálne a efektívne nastavenie výrobných procesov sa neraz zjednodušené interpretuje ako zlacňovanie výroby, hoci ide primárne o skvalitňovanie. A toto skvalitňovanie prináša lepšie využívanie výrobných prostriedkov, ale aj lepšiu kvalitu výsledných produktov. Jednoduchá logika hovorí – ak viem efektívne pracovať s prostriedkami, dokážem viac investovať do potrebnej kvality produkcie a do ľudských zdrojov, ktoré túto kvalitu vytvárajú. Princípom nastavenia efektívnych procesov totiž nie je šetriť, ale efektívne využívať výrobné prostriedky.

O efektivite môžeme hovoriť práve z pozície, dovoľme si povedať, významného producenta zdravotníckeho materiálu v Európe a vo svete. Naša spoločnosť HARTMANN má dvestoročnú históriu, ktorá je spojená práve s cieľovou, systémovou prácou smerujúcou k spojeniu kvality, efektívnosti a snahy naplniť víziu dnes skoncentrovanú v jednoduchom posolstve: Hartmann pomáha liečiť.

Minulosť a prítomnosť

Ak chceme hovoriť o perspektívach a trendoch, musíme poznať aj historické súvislosti. Korene spoločnosti HARTMANN siahajú do čias veľkého priemyselného rozmachu na prelome 18. a 19. storočia. V tom čase sa podnikavý Ludwig von Hartmann venoval pradiarstvu a spracovaniu bavlny najmodernejšími technológiami a jeho skúsenosti ho viedli k vytvoreniu vlastnej spoločnosti HARTMANN v roku 1818 so sídlom v Heidenheime. Nechceme sa venovať podrobne histórii, ale zaujímavou kapitolou spoločnosti je, že sa v nej od začiatku venovala veľká pozornosť jednotlivým zložkám výrobných procesov. Od získavania surovín, ich dopravy do výrobných závodov, skladovania, spracovania do výsledných produktov a následnej distribúcie k odberateľom alebo priamo k spotrebiteľom. Dnes je táto pragmatická skúsenosť premenená na snahu riadiť výrobné procesy čo najefektívnejšie pri zachovaní čo najvyššej kvality. Výsledkom tejto práce je fakt, že dnes má skupina HARTMANN obchodné spoločnosti v 32 krajinách sveta, pričom výrobné závody má v Nemecku, Českej republike, Poľsku, Rakúsku, Taliansku, Švajčiarsku, Španielsku, Francúzsku, Turecku, Austrálii, USA, Indii, Číne a Južnej Afrike. Zamestnáva vyše 10 tisíc pracovníkov a obrat spoločnosti v roku 2012 bol 1,7 mld. eur. Na Slovensku pôsobí spoločnosť od roku 1993 a dnes má najväčší trhový podiel v niekoľkých segmentoch zdravotníckych potrieb – napríklad v oblasti pomôcok pre inkontinentných pacientov, v jednorazovom operačnom programe, v oblasti podtlakovej terapie hojenia rán.

Trendy

Temer dve storočia skúseností s výrobou zdravotníckeho materiálu nie sú iba skúsenosťami z výroby. Dokonca si dovoľme tvrdiť, že výroba dnes predstavuje len základ, z ktorého naše pôsobenie vychádza. Dnes môžete vyrábať čokoľvek v kvalite primeranej surovinám a technológiam, ktoré si nakúpíte. Na druhej strane nebudete konkurencieschopný, ak nebudete mať dostatočne kvalitné služby, ktoré súvisia so starostlivosťou o zákazníka. Naše skúsenosti s nastavením systémov a procesov ukazujú, že kolobeh surovín, výroby a distribúcie sa dá podriadiť cieľom, ktoré chceme dosiahnuť. Nebudeme dopodrobna rozvádzať technické detaily, podstatné nech pre nás zostane poznanie, že systémové riešenia, plánovanie a kontrola dnes nie sú iba prázdne termíny, ale skutočnosť a skúsenosť, ktorá sa dá aplikovať aj v iných než výrobných prostrediach.

Najdôležitejším prvkom celého procesu výroby sa stala informácia. Nie suroviny, nie stroje, ale to, čo je základom ľudskej spoločnosti – teda poznanie, vedenie a plánovanie. Ak si viem nastaviť tok informácií tak, že viem, aké kroky majú predchádzať mojej práci, akú úlohu mám v procese ja, ako svoju prácu ukončím a akú informáciu posielam do ďalšieho systému, viem vyslať požiadavky k tým, od ktorých dostávam, aj k tým, ktorým posielam svoju prácu. Pravda, pri jednotlivcovi je to jednoduché, ale pri práci výrobného závodu a celej veľkej spoločnosti treba nastaviť systémové nástroje, v ktorých je množstvo informácií dramaticky väčšie.

Ako fungujú procesy u nás

Spoločnosť HARTMANN sa systémami a procesmi riadenia zaoberá dôkladne a tieto poznania začala ponúkať aj partnerom, koncovým zákazníkom s cieľom ukázať, že práca s informáciami prináša vyššiu efektívnosť procesov. Nejde len o efektívnosť vyjadriteľnú v nákladových položkách na samotnú prácu, teda na šetrenie či zlacnenie. Efektívnosť nastavenia procesov sa totiž prejavuje aj v lepšej disciplíne práce, kvalitnejšie odvedených výkonoch, a teda aj vo väčšej spokojnosti koncového zákazníka.

V rámci efektivity procesov sa sledujú tri systémové časti, ktoré sa podieľajú na kvalite a úspechu celkovej výroby: vstupy, samotné výrobné procesy a výstupy. V rámci vstupov je dôležité sledovať štyri základné kategórie ovplyvňujúce efektívnosť. Na prvom mieste sú to ľudské zdroje od top manažmentu až po obsadenie výrobných pracovných pozícií a pomocného personálu. Ďalej sa sleduje tzv. vecný kapitál, ktorý je hmotný (budovy, prístroje, zariadenia) a nehmotný (know-how, licencie, softvér, inžinierske siete). Treťou zložkou vstupov sú finančné vstupy, teda peniaze, cash-flow, pôžičky, investície. A poslednou zložkou vstupov je nákup materiálu, surovín, strojov pre výrobnú zložku a ďalšie náklady spojené s potrebným materiálom pre nevýrobnú zložku.

V samotných výrobných procesoch, čo je druhá zložka pri sledovaní efektivity procesov, sa sleduje samotná efektívnosť výroby, efektívnosť činnosti nevýrobných zložiek, ako je logistika, údržba a tiež efektívnosť administratívy, informačných technológií či právnych služieb. Na výstupnej strane výrobného procesu je dôležité sledovať efektívnosť obchodu, marketingu, správy financií, ďalej podpora súčasných zákazníkov a získavanie nových zákazníkov a sledovanie finančných výstupov (zisk, obrat, dane).

Okresná nemocnica – prípadová štúdia

Samotná výroba zdravotníckeho materiálu dnes nie je najdôležitejším prvkom procesov, pretože nakúpiť suroviny a nakúpiť stroje, ktoré sú dnes často plnoautomatické, je náročné len finančne, ale nie z hľadiska samotnej znalosti výroby. To, čo nás posúva ďalej, je práve nastavenie takej efektivity riadenia procesov, ktorá nám umožňuje nielen vyrábať, ale aj ziskávať zdroje a úspešne umiestňovať naše produkty na trh tak, aby sa celý proces nezastavoval, aby nevznikali zbytočné časové, ľudské, výrobné straty len preto, že niekde v procese výroby nedošlo k synergickému efektu zladenia všetkých postupov.

V spoločnosti HARTMANN sme pri komunikácii so zákazníkmi na rôznych koncoch sveta prišli s niekoľkými dôležitými zisteniami, ktoré sme sa rozhodli sprostredkovať ako naše know-how tam, kde vidíme, že by sa mohli výrazne zlepšiť výsledky len nastavením efektivity procesov, teda čohosi, čo my vnímame ako alfu a omegu nášho systému práce.

Keď sa pozrieme na nemocnicu ako spoločnosť poskytujúcu špecifické služby svojim zákazníkom, môžeme vidieť prakticky tie isté procesy ako vo výrobnom závode: na začiatku sú vstupy (ľudské, materiálne i nemateriálne), pod poskytovaním služieb (výrobou) môžeme chápať samotné lekárske výkony (operačné, ambulantné) a pod výstupmi chápeme vykazovanie tejto zdravotníckej starostlivosti poisťovniam a ďalšiu administratívu spojenú s výkonom lekárskej služby i prevádzkou nemocnice.

Optikou efektívizácie procesov sme sa pozreli na chod istej slovenskej nemocnice v okresnom meste na Slovensku s vyše 50 tisíc obyvateľmi, pričom cieľom bolo optimalizovať chod centrálnych operačných sál. Pôvodne nemocnica disponovala 10 operačnými sálami na troch poschodiach a ďalšími zákrovými a pooperačnými miestnosťami. Pri analýze stavu a vyťažnosti operačných sál sa dalo jednoznačne konštatovať, že nemocnica nepotrebuje takéto množstvo operačných sál. Nadbytok špecializovaných operačných pracovísk je nielen priamym mrhaním peňazí (potreba klimatizácie, údržba priestorov), stratou nadbytočnými investíciami v minulosti (operačné prístroje), ale aj nevyhnutnou stratou v budúcnosti, keďže nedostatočné využitie operačných sál spôsobuje, že potrebné technické vybavenie v operačných sálach zastaráva morálne bez toho, aby sa využilo na to, na čo bolo určené. Povedané utilitaristicky – vo výrobe je nemožné, aby prístroj určený na špecifickú prácu „stál“ bez využitia väčšinu svojho životného cyklu, ako je to bežné v nevyužívaných operačných sálach.

Cieľom analýzy bol návrh na optimalizáciu operačných priestorov nemocnice v okresnom meste. Náš návrh – po zhodnutí prevádzkových záznamov z rokov 2009 – 2011 znel: stačí 6 operačných sál namiesto 10 a špecializovaný sál na očné operácie. K tomu znížiť ďalšie zákrové a pooperačné miestnosti o tretinu. Zároveň sme navrhli flexibilnejšie zloženie operačných tímov, ktoré sme navrhli znížiť z deviatich na sedem tímov, pričom zvýšiť sa musí flexibilita pomocného personálu. Centralizovať sa musia niektoré štandardné podporné výkony (napr. sterilizácia nástrojov), rovnako pre všetky operačné sály a tímy sa musí zjednotiť obstarávanie potrebného spotrebného materiálu tak, aby centralizáciou dochádzalo k prehľadnému zásob. Nesmierne dôležitým sa stal plán operácií, vďaka ktorému sa ukázalo, že je možné pracovať s vyššou efektivitou, urýchliť vybavovanie štandardných operácií a prispievať tak ku komfortu pacientov i efektívnemu narábaniu s prostriedkami v krátkodobom i dlhodobom pláne.

Zavedenie štandardných procesov, ktoré fungujú v modernom výrobnom podniku, si vyžadovalo správne zhodnotenie stavu, analýzu a nastavenie komunikačného prostredia, vďaka ktorému je možné lepšie sledovať výkony nemocničného systému. Dnes je táto okresná nemocnica s efektívnymi procesmi stotožnená a neustále zlepšuje svoje nastavenie tak, aby dokázala identifikovať problémové miesta, vedela plánovať potrebné výkony a pritom – napriek nižšiemu počtu operačných sál aj tímov – zvyšovala počet zdravotníckych výkonov.

Možnosti do budúcnosti

Efektívne nastavenie procesov, ktoré poznáme z výroby, má niekoľko dôležitých prvkov, ktoré sa dajú systémovo preniesť aj do zdravotníctva. V tomto prípade nemusíme hovoriť len o našom zákazníkovi, odberateľovi, ale aj o pacientovi, ktorý očakáva, že mu zdravotnícky systém poskytne isté služby v istej kvalite s cieľom zlepšiť, skvalitniť jeho život.

V prvom rade je dôležité si uvedomiť, že zdravotníctvo – akokoľvek špecifická oblasť to je z hľadiska etiky – je oblasťou, ktorá poskytuje určité služby, ktoré sa dajú konkretizovať, vyčísliť a uviesť do veľkej miery do schematizovanej formy. Štandardizácia mnohých postupov sa deje prirodzene, lekári dnes vykonávajú mnohé zákroky rutinne, podľa pravidiel, ktoré sa osvedčili a prinášajú efekt v oblasti zdravia.

Na druhej strane zdravotnícke zariadenia sú spoločnosti, ktoré odoberajú potrebné materiály z externého prostredia, využívajú ich na rôzne špecifické poskytovania služieb (od jednoduchých vyšetrení ambulantného charakteru po náročne komplikované operácie a dlhodobé hospitalizácie) s cieľom skvalitniť pacientovi (áno, je to aj zákazník) život – či už úplným odstránením ochorenia, zlepšením alebo aspoň stabilizovaním zdravotného stavu. Práve táto oblasť je často predmetom diskusií, keďže cena ľudského života je nevyčísliteľná, a tým akoby vrhala aj na procesy súvisiace so starostlivosťou o pacienta istý nádyh fatálnosti a nemožnosti diskutovať o efektívnosti. Akoby efektívnosť nastavených procesov mala znamenať horšiu starostlivosť o pacienta či stratu kvality života zo zreteľa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Lenže – je to práve naopak. Nastavenie efektivity procesov do zdravotníctva je snahou o významné skvalitnenie tejto starostlivosti na základe poznania z výrobných praxe. Analýza fungovania zdravotníckeho zariadenia dokáže určiť, kde sú možné rezervy, kde dochádza k zbytočnému nasadeniu prostriedkov, ktoré by sa dali využiť na lepšiu starostlivosť o pacienta. Lepšie, modernejšie zásobovanie opreté o moderné systémy riadenia a schopnosť kontrolovať skladové zásoby komplexne na jednom mieste dokážu ušetriť desiatky tisíc eur jednej nemocnici. Lepšie a zmyslupnnejšie plánovanie operácií umožní využívanie kapacít tak, aby nedochádzalo nielen k stratám na čase, k nevyužívaniu priestorov a prístrojov, ktoré morálne zastarávajú či sú využívané, alebo nie, ale ak nie sú využívané, tak sa nezhodnocujú, neposkytujú to, čo by mali. A mohli by sme pokračovať v hľadaní konkrétnych dier, ktoré neraz stačí pomenovať z hľadiska efektivity procesov a nastaviť ich využitie v prospech pacienta.

Budúcnosť zdravotníctva nie je v nekonečnom hľadaní ďalších prostriedkov, ale v efektívnom využívaní tých prostriedkov, ktoré k dispozícii sú. A práve tu môžeme pomôcť aj my, keďže sme sa za temer 200 rokov existencie spoločností naučili, že efektívne nastavenie procesov prináša vyššiu kvalitu práce, čo je devíza, ktorá sa prejavuje v spokojnosti tých, ktorí naše produkty odoberajú.

„Technology dependent children“ – hudba budúcnosti či neúprosná realita?

prof. MUDr. Karol Kráľinský, PhD.

(Z III. Kliniky pediatickej anestéziológie a intenzívnej medicíny LF SZU, 2II. Detskej kliniky LF SZU, Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Banská Bystrica, prednosta prof. MUDr. Karol Kráľinský, PhD., a z 3Fakulty zdravotníctva SZU, Banská Bystrica, vedúci katedry UZS MUDr. Oliver Petřík)

Úvod

Medicína ostatných desaťročí je poznamenaná výrazným rozvojom vo svete farmaceutického priemyslu a nových technológií. Vďaka medicínskemu výskumu, sofistikovaným a neraz extrémne finančne náročným liečebným postupom (nové lieky, technológie a prístrojové vybavenie...) sa výrazne zlepšilo prežívanie detí s akútnym, ale aj s chronickým ochorením vrátane extrémne nezrelých novorodencov. Okrem prežívania sa zlepšila aj prognóza detí s vážnymi ochoreniami, ako napr. solídny nádor, hematologická malignita či cystická fibróza. U časti týchto detí je ich existencia závislá od rôzneho stupňa technologickej podpory.

Čo znamená výraz „Technology Dependent Children“?

„Technology dependent children“ (TDCH) definoval United States Congress OTA (Office of Technology Assessment) už v roku 1987 ako dieťa s medicínskym zariadením, ktoré kompenzuje stratu životne dôležitej telesnej funkcie, vyžadujúce dlhodobú zdravotnú starostlivosť na odvrátenie úmrtia, resp. ďalšieho poškodenia.

Je dôležité si uvedomiť, že starostlivosť o časť TDCH nie je paliatívna starostlivosť! Paliatívna medicína je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou a liečbou pacientov s chronickou, nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. Jej cieľom je udržať najvyššiu možnú kvalitu života pacienta až do jeho smrti. Ale veľká skupina TDCH je len dočasne závislá od niektorej z medicínskych technológií a po vyriešení problému (napr. transplantácia zlyhaného orgánu) je ich prognóza veľmi dobrá.

Časť z týchto detí potrebuje pre život len jednu pomôcku/prístroj, ale približne 2/3 z nich sú závislé od niekoľkých technológií. Medzi najčastejšie patria: odsávacie prístroje, nebulizéry, dialyzačné prístroje a katétre, výživové pumpy a sondy, dlhodobé intravenózne katétre, oxygenátory, ventilátory a iné. Frekvenciu ich použitia je rôzna a závisí od diagnózy a stupňa postihnutia dieťaťa (napr. peritoneálna dialýza 8 hodín v noci 6 až 7-krát týždenne, arteficiálna výživa v 90-minútových intervaloch počas dňa a následne kontinuálne v noci, trvalá umelá pľúcna ventilácia a pod.). Používajú sa aj termíny „high-tech“ dependent children (napr. dlhodobovo ventilované dieťa – Obr.č.1) a „low-tech“ dependent children (napr. dieťa s kolostómiou).

Kolko je detí, ktorých existencia je závislá od niektorej z lekárskejších technológií?

Údaje o počte TDCH sú nedostatočné. Relevantné údaje, ktoré poskytla v USA štúdia OTA, sú staré viac ako 20 rokov. Podľa týchto zistení bolo v Spojených štátoch amerických 50 000 Technology Dependent Children (teda približne 5/100 000 obyvateľov), z toho 2 000 detí potrebovalo trvalú ventilačnú podporu. V štáte Utah sa v priebehu 20 rokov počet detí vyžadujúcich domácu ventiláciu zvýšil 25-násobne! Podobný nárast bol zaznamenaný aj v Anglicku, kde mali v roku 2001 evidovaných 6 000 TDCH, z toho 141 dlhodobovo ventilovaných. V roku 2008 bolo dlhodobovo ventilovaných detí až 933, t. j. viac ako 6-násobný nárast za 8 rokov. Relevantné údaje o TDCH na Slovensku nemáme.

Aké sú súčasné trendy v starostlivosti o TDCH?

Starostlivosť o tieto deti sa vykonáva v:

- lôžkovom zdravotníckom zariadení,
- hospici,
- doma.

Práve domácu starostlivosť v mnohých krajinách výrazne preferuje štát a zdravotný systém hlavne pre jednoznačné „zlacnenie“ zdravotnej starostlivosti a prenesenie zodpovednosti na rodinu a jej príslušníkov. Napríklad ročné náklady na doma ventilované dieťa sú v Anglicku medzi 100 000 – 250 000 libier. Zdravotná starostlivosť o to isté dieťa na pediatickej jednotke intenzívnej starostlivosti by stála 750 000 libier za rok (takmer 900-tisíc euro – v našich podmienkach je to takmer 40-násobne menej! (pozn. autora)

Základnými predpokladmi pre domácu starostlivosť o TDCH sú:

- slobodná vôľa a schopnosť rodičov túto starostlivosť vykonávať,
- relatívne stabilizované dieťa,
- vybavenie domácnosti potrebnou technológiou (pomôcky, prístroje),
- dostupnosť erudovaného zdravotníckeho personálu (kontinuálne, denne, intermitentne) podľa závažnosti ochorenia a používaných technológií,
- možnosť riešenia nepredvídaných komplikácií vrátane neodkladného transportu do zdravotníckeho zariadenia a iné.

Napriek prvotnému entuziazmu rodiny a jej príslušníkov prináša starostlivosť o takto hendikepované dieťa mnoho nepredvídateľných udalostí, ktoré môžu mať závažný vplyv na život rodiny. Dôsledky starostlivosti o TDCH môžeme podľa literatúry rozdeliť na:

- Snaha o normalizáciu – čiže zdôrazňovanie rovnakého vývoja a možností hendikepovaného (TDCH) a zdravého dieťaťa. Časom si rodičia uvedomujú neúprosnú realitu, napr. že pohyb dieťaťa je závislý od technológie, ktorá ho udržuje pri živote. Už len prítomnosť lekárskejších prístrojov, monitorov a časté návštevy zdravotníckych pracovníkov v domácom prostredí výrazne ovplyvňujú ich „normálny“ život. Ďalším závažným faktorom ovplyvňujúcim život rodiny a jej príslušníkov je hluk – jednak prevádzkový (ventilátor, oxygenátor...) a, samozrej-

- me, alarmy monitorov a prístrojov počas poruchy alebo inej udalosti.
- Sociálna izolácia – je jedným z dôsledkov života s TDCH a týka sa jednak postihnutého dieťaťa, ale aj rodiny ako celku a jej jednotlivých členov. Sociálna izolácia má negatívny vplyv nielen na mentálne zdravie rodičov, ale detí a mladých ľudí, ktorých existencia závisí od rôznej technológie.
 - Emocionálne bremeno – emocionálna a fyzická záťaž v snahe o čo najlepšiu starostlivosť o TDCH môže mať veľmi vážne dôsledky. Podľa literárnych údajov až 50 % matiek, ktoré sa starajú o dieťa odkázané na prístrojovú techniku trpí depresívnym syndrómom. Je zaujímavé, že výskyt depresie nekoreluje so stupňom zdravotného poškodenia dieťaťa, ale skôr so stupňom technologickej závislosti – teda stúpa u detí, ktoré vyžadujú väčšiu prístrojovú podporu. Ďalším emocionálnym bremenom je množstvo bolestivých procedúr, ktoré musia pri starostlivosti o svoje dieťa vykonať, a strach, že ich dieťa môže v domácom prostredí náhle zomrieť.
 - Finančná a iná deprivácia – je prirodzené, že jeden z rodičov musí prevziať starostlivosť o TDCH v domácom prostredí na „plný úväzok“, čo znamená dočasnú alebo trvalú stratu zamestnania a obmedzenie finančných príjmov. Ďalším z možných problémov je strata súkromia vzhľadom na častú prítomnosť špecializovaného ošetrovateľského personálu.

Záver

Aj napriek nedostatočným údajom zo SR môžeme predpokladať, že počet detí, ktorých existencia je závislá os rôzneho stupňa technologickej podpory (dočasnej alebo trvalej), aj u nás rastie. Súčasný trend zo zahraničia – domáca starostlivosť o TDCH, sa uplatňuje aj u nás. Pravdou je, že len časť rodičov zvládne fyzicky aj psychicky takú náročnú vec, akou domáca starostlivosť o takéto dieťa je. Každodenná realita tejto činnosti v snahe o normalizáciu môže priniesť aj svoje negatíva, medzi ktoré patria sociálna izolácia dieťaťa a rodiny, emocionálny, psychický, ale aj fyzický stres, strata súkromia, ale aj finančná deprivácia s negatívnym vplyvom na celú rodinu. Sú rodičia, ktorí hodnotia život a starostlivosť o Technology Dependent Child ako „život na hrane“. Napriek prezentovaným negatívam má domáca starostlivosť o túto časť populácie aj svoje pozitíva – niektoré rodiny čerpajú silu z jednoznačného pozitívneho vplyvu domáceho prostredia na hendikepované dieťa, pričom niektorí rodičia získali pozitívny postoj k životu, osobnú silu, stali sa empatickejší a komunikatívnejší.

Veľká skupina z týchto detí je trvalo umiestnená na štandardných, resp. intenzívnych pediatrických oddeleniach, v dojčenských ústavoch či iných azylových zariadeniach, ktoré z pochopiteľných dôvodov nemôžu zabezpečiť komplexnú starostlivosť o TDCH. Asi musí vzniknúť tlak medicínskych autorít spolu s laickou verejnosťou, ktorý bude iniciovať vznik špecializovaného pediatrického zariadenia/ní hospicového typu pre deti, ktoré z rôznych dôvodov nemôžu profitovať z domácej starostlivosti. Taktiež bude dôležité nielen technologicky, ale aj psychologicky a ekonomicky podporiť rodiny, ktoré sa rozhodli pre „život na hrane“ so všetkými pozitívami aj negatívami, ktoré domáca starostlivosť o dieťa závislé od technológie môže priniesť.

Zdravotníctvo v kontexte striebornej ekonomiky

Ing. Michal Páleník

Inštitút zamestnanosti, www.iz.sk, Ekonomický ústav SAV

Projekt APVV č. 0135-10 „Strieborná ekonomika ako potenciál budúceho rastu v starnúcej Európe“.

Úvod

Súčasný prognózy jednoznačne určujú, že demografický vývoj v Európe má pre nasledujúce desiatky rokov nezvratnú tendenciu. Priemerný vek dožitia sa predlžuje vo všetkých regiónoch i sociálnych skupinách, a zvyšuje sa aj dĺžka aktívneho života. Vďaka aktívnemu životu vedia starší ľudia saturať svoje potreby na prijateľnej úrovni, i keď absolútna výška je diferencovaná medzi regiónmi i sociálnymi skupinami. Starnutie populácie sa prejavuje aj na verejných financiách. Zvyšovanie dĺžky života kladie finančné nároky na verejné financie najmä v oblasti dôchodkového systému a zdravotníctva. Postupné zvyšovanie veku odchodu do dôchodku tieto negatívne efekty znižilo.

Zvyšovaním veku dožitia a zvyšovaním dĺžky aktívneho života stúpa aj schopnosť a ochota starších dlhšie pracovať. Práca popri poberaní dôchodku je dôsledkom jednak legislatívy, ktorá to umožňuje, ako i nízkymi úsporami z obdobia socializmu, ktoré boli zdecimované transformačným procesom a následnou infláciou.

Proces starnutia populácie je popri zvyšovaní priemernej dĺžky života umocnený ďalšími demografickými zmenami. Nízka miera pôrodnosti znižuje počet mladých ľudí. Miera pôrodnosti iba zriedkavo prekračuje hodnotu 1,5, čo je hlboko pod hodnotou 2,1, potrebnou na stabilizáciu veľkosti populácie. Povojnový baby boom vytvoril významnú generáciu, ktorá v súčasnom období prechádza do poproduktívneho veku. Dôchodky tejto generácie v priebežnom pay as you go systéme bude musieť uhrádzať zmenšujúca sa produktívna generácia. Migranti prichádzajúci do Európskej únie iba čiastočne eliminujú negatívne vplyvy starnutia populácie. Imigrácia na Slovensko je oproti iným krajinám veľmi nízka až zanedbateľná a nečrtá sa žiaden impulz na zvýšenie tejto imigrácie. Slovensko je skôr krajinou emigrácie do iných krajín, najmä EÚ. Všetky spomenuté efekty sú spoločné pre krajiny EÚ, aj keď ich významnosť medzi jednotlivými krajinami kolíše.

Popri negatívnych dôsledkoch starnutia populácie má zvyšujúci sa podiel starších aj pozitívne makroekonomické efekty. Starší ľudia majú oproti minulosti aktívnejšie starnutie, viac úspor, vyššie nároky na saturať svojich potrieb a viac skúseností s modernými technológiami. Kúpyschopnosť starších rastie, rastie ich podiel na domácom dopyte a štruktúra ich dopytu je výrazne iná ako štruktúra dopytu mladších. Tento proces nazývame strieborná ekonomika. Ide

o tú časť ekonomiky, kde vysokú časť spotreby tvoria ľudia so striebornými vlasmi, teda seniori. Hovorí o hľadaní a využití ekonomického potenciálu starších ľudí, ktorých kúpna sila sa neustále zvyšuje. Rovnako aj ich priemerné príjmy a ich zastúpenie na pracovných trhoch. S rastom mzdy prichádza zvyšovanie spotreby a tu sa otvára priestor pre striebornú ekonomiku.

V roku 2010 mal podiel obyvateľov starších ako 65 rokov na populácii vo veku 15 – 64 rokov hodnotu 17 %, do roku 2060 sa podľa prognóz zvýši na 68 %, teda rast o 51 p. b. V súčasnosti a aj v budúcnosti bude trend predlžovania veku dožitia. Obyvateľstvo Slovenska starne v dôsledku menej novonarodených detí a neustáleho predlžovania života. Ľudia narodení po druhej svetovej vojne sa dostávajú do dôchodkového veku, čo vytvára tlak na ľudí z ďalších generácií, ktorí sa dostávajú na pracovný trh, keďže tieto ročníky sú značne slabšie ako povojnové. Taktiež rastúca ponuka vzdelávania, najmä celoživotného vzdelávania, spôsobuje prispôbovanie sa starších generácií k modernejším postupom, a tým zvyšujú šancu na uplatnenie sa na trhu práce v súčasnosti.

Vekové skupiny

Obyvateľstvo sme podľa veku rozdelili do skupín, ako je bežné v dostupnej literatúre. Predproduktívnu skupinu chápeme ako ľudí vo veku do 25 rokov. Táto skupina často študuje na vysokej škole. Na účely porovnania chápeme aktívne obyvateľstvo vo veku 25 až 49 rokov; 95 % osôb má v tomto veku pracovné príjmy a iba 13 % osôb nepracovné príjmy.

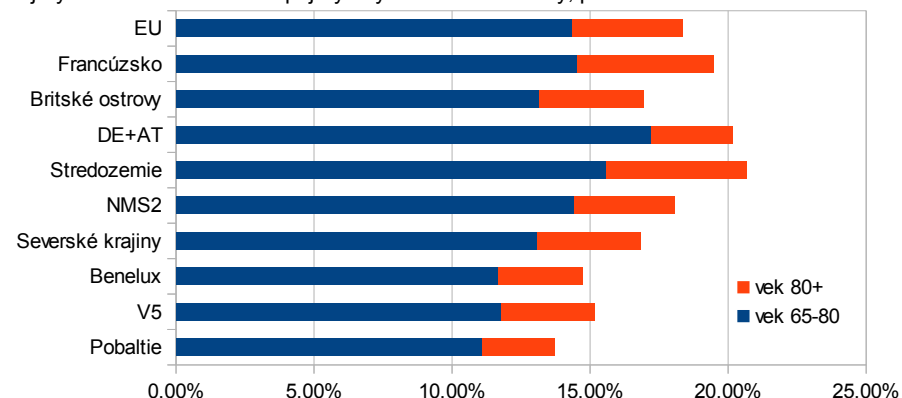
Hlavná časť analýzy sa zaoberá osobami nad 50 rokov, a preto sme ich rozdelili na tri podskupiny:

- Starnúci, veková skupina 50 až 64 ročných (anglicky „young old“) je skupina s častými pracovnými príjmami. V roku 2011 malo 67 % osôb v tomto veku pracovné príjmy, vo vekovej skupine od 50 do 59 rokov je to až 81 %; 53 % malo nepracovné príjmy. To ukazuje postupný prechod tejto vekovej skupiny do dôchodku.
- Starí (anglicky „oldold“), ktorí majú od 65 po 79 rokov už majú prevahu nepracovných príjmov; 99 % má nepracovné príjmy a 13 % má aj pracovné príjmy.
- Najstarší (anglicky „oldest old“) je veková skupina nad 80 rokov veku; 99 % tejto vekovej skupiny má nepracovné príjmy a 2 % má aj pracovné príjmy.

Pri pohľade na starnutie v Európskej únii vidno, že starnutie v bývalom východnom bloku je oproti „západným“ krajinám EÚ posunuté. Vo Vyšehradskej skupine sú príjmy seniorov na 65 rokov iba 15 % celkových súkromných príjmov ekonomiky, avšak v krajinách Stredozemia alebo v Nemecku je to nad 20 %.

Súhrnné príjmy seniorov podľa veku

Príjmy seniorov ako celkové príjmy obyvateľov ekonomiky, podľa EU SILC v roku 2009



Ak by sme do tohto výpočtu započítali aj osoby medzi 50 a 65 rokmi, ich významnosť by stúpla na 49 % v priemere EÚ (Slovensko 40 %, Taliansko 52 %).

Na zvýraznenie dôležitosti seniorov v ekonomike je podstatné dodať, že veľká časť ich príjmov má nefinančný charakter a má formu služby zo strany štátu. Ide najmä o zdravotníctvo a dlhodobú starostlivosť.

Zdravotníctvo v kontexte striebornej ekonomiky

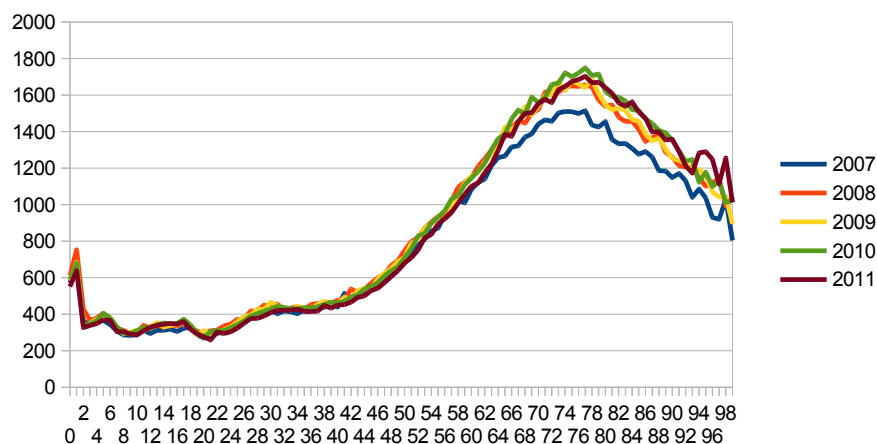
Napriek nepriaznivej situácii v slovenskom zdravotníctve existuje skutočnosť, ktorá môže do tejto problematiky vniesť pozitívny vietor. O postupnom starnutí obyvateľstva často počujeme ako o hrozbe pre verejné financie, no možno v ňom vidieť taktiež príležitosť. Strieborná ekonomika je ekonomika, v ktorej veľkú časť spotreby tvoria seniori, a práve participácia na striebornej ekonomike môže zdravotníkom poskytnúť lepšie pracovné podmienky či mzdové ohodnotenie.

Staršie osoby disponujú inými požiadavkami, vyžadujú si inú zdravotnú starostlivosť, resp. používanie špeciálnych zdravotníckych pomôcok. Ich kúpna sila rastom počtu starších osôb rastie, rovnako tak aj ich ochota spotrebovať. Dnešní seniori majú viac úspor ako predchádzajúce generácie, o čom svedčí i fakt, že osoby nad 50 rokov v Európskej únii vlastnia 75 % akcií na burzách, 65 % súkromných úspor, 60 % domov, 50 % osobných áut a dokonca 80 % luxusných. Tu platí tzv. Engelov zákon: čím viac peňazí osoby majú, tým nižší podiel vydávajú na nevyhnutné statky (potraviny, bývanie...), a tým väčší podiel investujú do svojho zdravia či rekreácie.

Podľa prognóz Eurostatu ročne v Európskej únii pribudnú 2 milióny osôb starších ako 60 rokov. V roku 2010 mali osoby nad 65 rokov podiel na vekovej skupine 15 – 64 rokov 17 %, v roku 2060 by to malo byť už viac ako 68 %. Taktiež počet osôb starších ako 80 rokov by mal od roku 2010 do roku 2030 stúpnuť z 5 % na 12 %, avšak už pri súčasných počtoch je evidovaných množstvo čakateľov na sociálne zariadenia. Špeciálne vybavené vozidlá, pomôcky, ubytovacie služby, dlhodobá zdravotná starostlivosť, opatrovateľské a zdravotné služby – to všetko táto masa ľudí bude potrebovať, preto v súvislosti s tým predpokladáme aj nárast pracovných príležitostí pre osoby so zdravotníckym vzdelaním.

Zdravotná starostlivosť je v SR financovaná prakticky výhradne z verejných zdrojov (zdravotnými poisťovňami). V tejto analýze vychádzame z údajov Všeobecnej zdravotnej poisťovne, ktorá je väčšinovým objednávateľom služieb. Na základe údajov o výdavkoch na zdravotnú starostlivosť sme odhadli priemerné výdavky na jedného človeka v danom veku. Malá časť výdavkov sa nedala priradiť ku konkrétnej vekovej skupine (spoločný nákup liekov, paušálny príspevok na LSPP), preto sme od nich abstrahovali. Všetky ceny sú ošetrené o infláciu meranú indexom spotrebiteľských cien na stále ceny v roku 2011.

Analýza potvrdzuje očakávaný fakt: náklady na zdravotnú starostlivosť s vekom rastú:



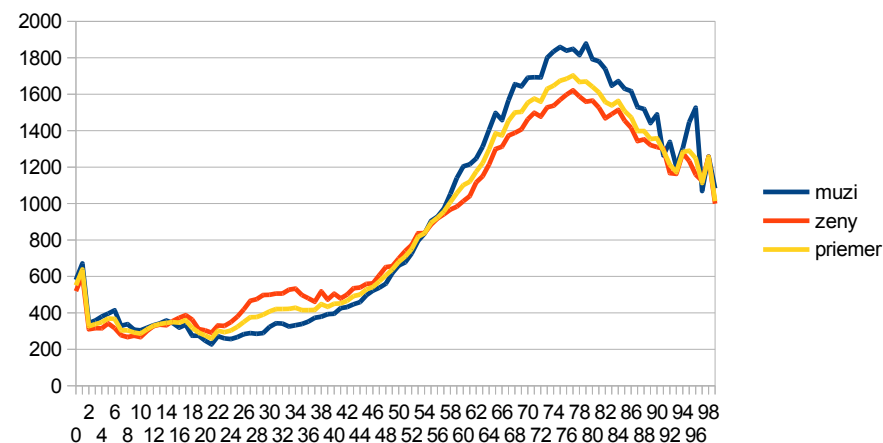
Trend je v jednotlivých rokoch, keď boli dostupné dáta, rovnaký. Fluktuácie nad 90 rokov sú spôsobené relatívne malým počtom žijúcich ľudí.

Prekvapivým výsledkom je, že poisťenci vo veku nad 80 rokov sú pre systém zdravotného poistenia lacnejší ako sedemdesiatnici. Otázkou zostáva, či tento rozdiel je spôsobený prehodnotením klientov na bedrá dlhodobej starostlivosti (a teda mimo zdravotného poistenia) alebo ľudia, ktorí sa dožili takého vysokého veku sú naozaj zdravší.

vek	priemerné výdavky
0 až 9 rokov	388
10 až 19 rokov	327
20 až 29 rokov	325
30 až 39 rokov	423
40 až 49 rokov	527
50 až 59 rokov	869
60 až 69 rokov	1289
70 až 79 rokov	1631
80 až 89 rokov	1535
90 až 99 rokov	1280

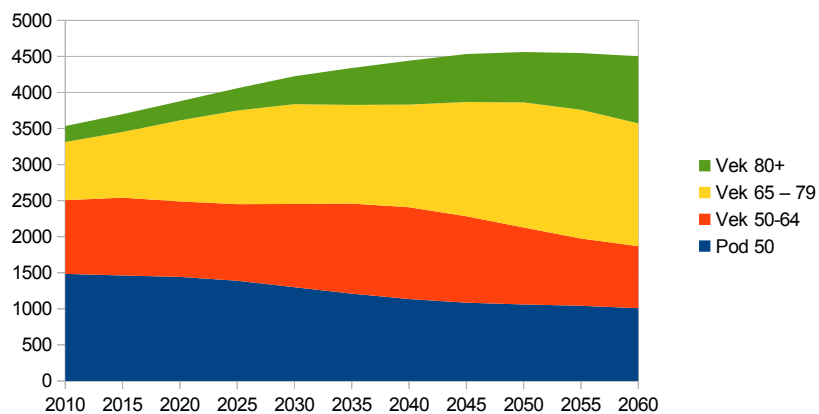
Predchádzajúca tabuľka to ilustruje vo väčšom priblížení. Popisuje aj relatívne malé výdavky na malé deti, ktoré sú najvyššie v nulťom a prvom roku života (približujú sa výdavkom na priemerneho päťdesiatročného klienta).

Ak sa pozrieme na rodovú štruktúru výdavkov, vidno výrazné rozdiely. Chlapci do 15 rokov sú drahší ako dievčatá. Ženy medzi 15 a 55 rokmi sú drahšie ako muži. Relatívne najdrahšie sú medzi 27 a 37 rokov (až o 35 – 40 %). Muži nad 55 rokov sú drahší ako ženy, aj keď tento rozdiel nepresahuje 20 %.



Prognóza

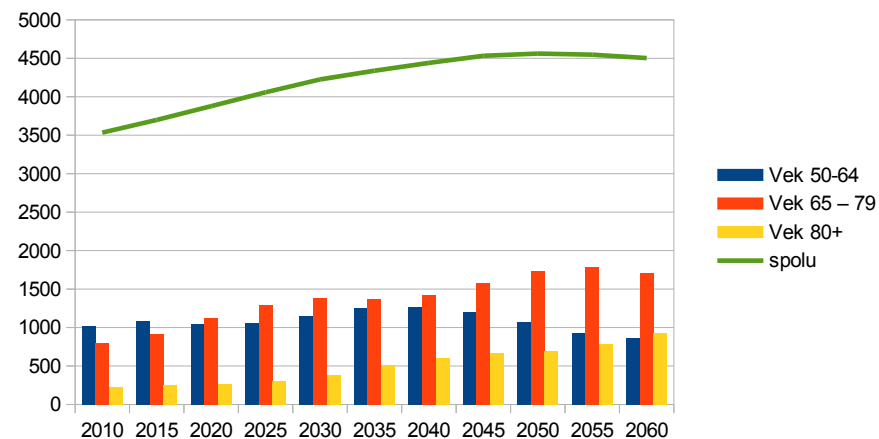
Jednotlivé vekové skupiny majú iné výdavky na zdravotnú starostlivosť. U osôb pod 50 rokov je to 400 Eur, u osôb 50 – 64-ročných je to 970 Eur a u osôb nad 65 rokov 1500 – 1600 Eur. Vzhľadom na tieto rozdiely a demografickú prognózu vieme predpovedať očakávanú štruktúru výdavkov na zdravotnú starostlivosť, a teda aj očakávaný dopyt po práci v zdravotníckom sektore.



Predošlý graf ilustruje celkový dopyt. Vzhľadom na demografické zmeny bude významnosť seniorov na zdravotníckom dopyte rásť. Pri prognóze sme vychádzali z nemenných cien, teda graf vystihuje skôr počet úkonov (vážených na súčasné ceny) ako celkovú sumu (ktorá je v miliónoch Eur ročne). Neistota prognózy je najmä v tlaku na verejné financie, ktoré budú tlačiť na zmenu financovania zdravotnej starostlivosti, najmä s dôrazom na prepojenie s dlhodobou starostlivosťou. Druhou neistotou je technologický pokrok: v prognóze nie sú zahrnuté možné nové lieky na niektoré problémové diagnózy (napr. rakovina), ktoré môže výrazne zlacnieť alebo zdražiť liečenie týchto diagnóz.

	50+ na celkových	65+ na celkových
2010	58,0	29,1
2015	60,5	31,3
2020	62,8	35,8
2025	65,8	39,6
2030	69,3	41,9
2035	72,1	43,3
2040	74,4	45,8
2045	76,1	49,6
2050	76,8	53,4
2055	77,1	56,6
2060	77,6	58,5

Ak sa pozrieme na súčasný stav, v roku 2010 predstavovali seniori 29 % celkového dopytu zdravotníctva, a osoby nad 50 rokov 58 %. Do roku 2025 očakávame nárast podielu seniorov na 40 % (teda nárast o 36 % v podiele), u osôb nad 50 rokov na 66 % (teda nárast o 34 %). Celkové výkony na 50 až 64-ročných by mali do roku 2025 mierne vzrásť (o 4 %), u osôb pod 50 rokov poklesnúť (o 6,4 %). Výrazný nárast očakávame u klientov medzi 65 a 79 rokmi (o 61 %) a u klientov nad 80 rokov (o 39 %). Trendy zvyrazňuje nasledujúci graf.



Záver

Starnutie populácie nielen na Slovensku je nezvratný jav. Popri tlaku na verejné financie v zdravotnom či sociálnom zabezpečení ma tento trend aj pozitívne stránky. Starší ľudia tvoria služby v inej štruktúre a výške ako ľudia mladší, čo dáva príležitosť pre zamestnanosť v týchto sektoroch. Jedným zo sektorov pozitívne ovplyvneným starnutím je sektor zdravotníctva.

V príspevku sme si ukázali, že pri zachovaní súčasného systému zdravotníctva bude dopyt po jeho službách v nasledujúcich rokoch rásť. Najvýraznejšie bude rásť pri vekovej skupine 65 až 79-ročných, u ktorých očakávame nárast o 61 %.

Veríme, že slovenské zdravotníctvo dokáže túto príležitosť využiť a zvýšiť zamestnanosť. Tak-tiež ostáva na zváženie, ako prilákať oveľa výraznejšiu skupinu klientov: striebornú populáciu z Nemecka alebo z Rakúska.

Literatúra

<http://www.iz.sk/sk/projekty/strieborna-ekonomika>

PAUHOFOVÁ, I. et al. 2012. Paradigmy zmien v 21. storočí: Hľadanie kontúr v mozaike. Bratislava: Ekonomický ústav SAV. ISBN 978-80-7144-194-6.

PAUHOFOVÁ, I., PÁLENÍK, M. 2012. Metodológia skúmania potrieb a správania sa starších (domácností dôchodcov) v krajinách EÚ. Bratislava: Ekonomický ústav SAV. WP 32, ISSN 1337–5598.

PÁLENÍK, V. 2009. Strieborná ekonomika ako možné exportné zameranie slovenskej ekonomiky. Bratislava: Ekonomický ústav SAV. WP 16. ISSN 1337–5598.

DOVAĽOVÁ, G. 2012. Strieborná ekonomika v domácej a svetovej literatúre. Bratislava: Ekonomický ústav SAV. WP 34. ISSN 1337-5598.

PAUHOFOVÁ, I., ŽELINSKÝ, T. et al. 2012. Paradigmy budúcich zmien v 21. storočí. Infraštruktúra spoločnosti, infraštruktúra človeka, kontrolovaná spoločnosť. Bratislava: Ekonomický ústav SAV. ISBN 978-80-7144-198-4.

Sociálna poisťovňa: Databáza o príjmoch 2005 – 2011.

Všeobecná zdravotná poisťovňa: Databáza 2007 – 2011.

Úloha pacienta v systéme zdravotnej starostlivosti

Ing. Marica Laščeková

Viceprezident AOPP

V minulosti pacient vstupoval do zdravotného systému zväčša nepripravený a neskúsený. Pasívne prijímal úkony súvisiace so svojou liečbou, so zlepšením svojho zdravotného stavu. V súčasnosti, keď sa chronické ochorenia stali hlavným zdravotným problémom a stretávame sa čoraz viac s otázkou udržateľnosti zdravotného systému, mení sa aj úloha pacienta. Pacient sa musí stať spolutvorcom systému. Prispievateľom na všetkých úrovniach jeho tvorby. Nielen preto, že si zaslúži byť partnerom systému, ktorý sa týka jeho zdravia, ale najmä preto, že svojimi skúsenosťami môže prispieť k jeho efektívnejšiemu fungovaniu.

Oficiálne stanovisko Medzinárodnej aliancie patientskych organizácií definuje tento stav nasledujúco: „Rozhodnutia v oblasti zdravotníctva, bez ohľadu na to, na akej úrovni sa vykonávajú, ovplyvnia životy pacientov. Aj preto majú pacienti morálne a etické právo na to, aby v zdravotnom systéme zohrávali významnú úlohu. Angažovanie pacientov do rozhodovacích procesov podporuje zohľadnenie ich potrieb, preferencií a schopností. Toto je i finančne efektívna cesta k tomu, aby sa adresovali potreby rastúceho počtu ľudí s chronickými chorobami.“ (IAPO, 2012)

Poznáme dve úrovne zapojenia sa pacienta do rozvoja a zlepšovania zdravotnej politiky. Každý pacient má skúsenosti so zdravotným systémom. Na individuálnej úrovni by sa preto mal spolupodieľať na svojej liečbe. Dôležitá je jeho vysoká informovanosť, komunikácia s lekárom spôsobom „partner–partner“, transparentnosť a motivácia. Vždy s prihliadnutím na jeho schopnosti a kapacity. Kolektívnu úroveň definuje Európske patientske fórum ako rozsah zapojenia sa pacientov alebo verejnosti prostredníctvom svojich reprezentatívnych organizácií do formovania zdravotného systému tvorbou politiky zdravotnej starostlivosti, jej organizácie a poskytovania (EPF, 2012).

Neodmysliteľnú úlohu pri prezentovaní názoru pacienta preto zohrávajú patientske organizácie. Patientske organizácie sú neziskové združenia, zoskupenia pacientov, organizované väčšinou podľa diagnózy. Podľa prieskumu realizovaného združením Slovenský pacient medzi hlavné náplne ich činnosti patrí informovanie pacientov o novinkách v zdravotnej starostlivosti a prispievanie do legislatívneho procesu (OZ Slovenský pacient, 2011). Potenciál patientskych organizácií na zlepšovanie kvality zdravotnej starostlivosti je obrovský, avšak málo využitý.

Pacienti, resp. ich reprezentanti z patientskych organizácií by sa mali stať partnermi tvorcov zdravotnej politiky najmä v nasledujúcich oblastiach:

- Legislatíva, kategorizácia
- Vzdelávanie, prevencia
- Veda a výskum
- Tvorba strategických a koncepčných dokumentov
- Dotačná politiky a rozvojové fondy
- Komunikácia smerom k pacientovi
- Hodnotenie dosiahnutých výsledkov

Prínosy takejto spolupráce sú nepopierateľné. Európske patientske fórum uvádza za hlavné benefity systému zdravotnej starostlivosti, v ktorom pacient je súčasťou jeho tvorby, „zníženie hospitalizácií, lepšiu alokáciu zdrojov, lepšiu kvalitu starostlivosti počas celkovej doby liečby pacienta a informovaného a motivovaného pacienta“ (EPF, 2012). Na Slovensku sa možnosťou zapájania neziskového sektoru do tvorby verejných politik, vrátane zdravotnej, zaoberá Koncepcia rozvoja občianskej spoločnosti na Slovensku. Tá prezentuje nasledujúce výhody plynúce zo zapojenia mimovládnych neziskových organizácií (MNO), akou sú aj patientske združenia, do ich tvorby:

- pomer cena – kvalita poskytovanej služby alebo činnosti, pričom pri MNO sa predpokladá nižšia cena pri rovnakej, resp. vyššej kvalite,
- ekonomická efektívnosť – jednotkové náklady na dodanie služby alebo činností sú v MNO nižšie ako v prostredí štátu,
- jednoduchosť riešenia – zabezpečovanie služieb od MNO odbúrava štátnu byrokráciu, a teda ďalšie náklady,
- pestrosť prístupov, z ktorej vyplýva väčšia citlivosť voči potrebám klientov.

Výsledkom tejto Koncepcie je novoprijatá Deklarácia o spolupráci Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky a mimovládnych neziskových organizácií. Sú v nej vymedzené oblasti rozvoja a zintenzívňovania vzájomnej spolupráce. Ministerstvo zdravotníctva na jednom zo stretnutí so zástupcami patientskych organizácií vyzvalo Asociáciu na ochranu práva pacientov (AOPP) na vytvorenie čo možno najširšej patientskej platformy, ktorá bude plnohodnotným partnerom pre kompetentné orgány v otázkach tvorby zdravotnej politiky. Pozitívnym signálom je aj prizvanie AOPP do vnútrorezortného pripomienkového konania. Vďaka tomuto kroku je možné aktívne formovať a ovplyvňovať zdravotnú politiku aj zo strany samotného pacienta. Práve tento faktor je kľúčový z hľadiska vymáhania práv pacientov. Možno ním formovať právne prostredie, v ktorom pacienti žijú a v ktorom sa liečia.

Existuje viacero spôsobov účasti patientskych organizácií na rozhodovacích procesoch verejných inštitúcií. Okrem aktívnej konzultácie návrhov zákonov, by patientske organizácie mali proaktívne spracovávať štúdie na relevantné témy, poskytovať poradenstvo, vzdelávanie či aktívne komunikovať s médiami. Tým by sa nielen zviditeľnili v očiach verejnosti, ale vyvinuli

by aj príslušný tlak na presadenie svojich záujmov. Je však dôležité povedať, že participácia patientskych organizácií na tvorbe verejných politik, musí byť založená na konštruktívnom dialógu, spolupráci, odbornosti, na dôkazoch založených na skutočnostiach, dôvere a vzájomnom rešpekte.

Na to, aby sa v budúcnosti mohol pacient stať ozajstným spolutvorcom zdravotných politik, je potrebné prijať legislatívne rámce, v ktorých sa definuje jeho presná úloha, vymedzia sa pravidlá a možnosti jeho zaangažovania sa do manažovania svojho vlastného zdravotného systému. Musí sa tiež zmeniť politická kultúra a celkové vnímanie pacienta z tradičného pasívneho prijímateľa na aktívneho prispievateľa. Aj administratívne bariéry, absencia mechanizmov potrebných na efektívne plánovanie a prezentovanie postojov hrajú svoju rolu. Mnohé patientske organizácie sú značne finančne, ľudsky a mnohokrát aj vedomostne poddimenzované.

Zdravotná politika, v centre ktorej je pacient, je riešením trvalo udržateľného zdravotného systému. Pacienti sú esenciálnou súčasťou tohto riešenia. Sú ochotní a schopní na individuálnej či kolektívnej úrovni zlepšovať kvalitu, efektívnosť a udržateľnosť zdravotných služieb. Preto je potrebné na úrovni štátu v spolupráci s patientskymi organizáciami a inými aktérmi pripraviť stratégiu posilnenia postavenia pacientov v zdravotnom systéme. Je nevyhnutné vyvinúť silnú aktivitu samotných pacientov, aby mohli využiť svoje znalosti a skúsenosti z oblasti zdravotníctva na zlepšovanie svojho vlastného zdravia.

Literatúra

IAPO www.patientsorganizations.org, 2012

EPF www.eu-patient.eu, 2012

Prieskum potvrdil význam PO v spoločnosti

<http://www.slovenskypacient.sk/clanok/77/prieskum-potvrdil-vyznam-po-v--spolocnosti>, 2011

Robert Johnstone, EPF Board Member, European Health Forum Gastein, 2012

Koncepcia rozvoja občianskej spoločnosti na Slovensku

<http://tretisektor.gov.sk/koncepcia-rozvoja-obcianskej-spolocnosti-na-slovensku/>

Budúcnosť medializovania zdravotníckych tém

PhDr. Martin Kasarda, Dr.

Fakulta masmédií, Paneurópska vysoká škola, Bratislava
Senior consultant Snowball Communications

Úvod

Zdravie ako mediálna téma patrí medzi najobľúbenejšie i najkontroverznejšie oblasti, o ktorých sa hovorí, píše, vysielajú. Počnúc štylizovanými príbehmi z nemocničného prostredia, ktoré v podobe seriálov ponúkajú televízie, cez zdravotnícke publicistické relácie či príspevky v tlačných médiách až po také oblasti, ako je šport, kde sa často dozvedáme o zraneniach a únave športovcov a ich potrebe byť na výkon absolútne pripravení – teda zdraví – zohráva zdravie komunikačne nesmierne vyťaženu tému. Prečo? Psychologicky je to téma, ktorá zasahuje každého z nás, každý z nás má starosť o svoje zdravie a zdravie svojich blízkych. Ide o tému, ktorá je veľmi intímna a úzko súvisí s osobným svetonázorom každého. Prejavuje sa to aj na množstve prístupov k starostlivosti o vlastný život, zdravie, spôsob stravovania, spôsob prežívania voľného času. Zdraví chceme byť všetci a zdravie patrí k aj najdôležitejším komunikačným konštantám bežného prehovoru: najbežnejšou komunikačnou frázou je „Ako sa máš“, prajeme si zdravie pri rôznych príležitostiach a pripíjame si na zdravie, zdravie patrí k najčastejším témam domácich rodinných rozhovorov. A je to aj veľmi dobrý obchod, v ktorom ide o miliardy. Je len prirodzené, že sa o zdravie ako masovú tému tak vášnivo zaujímajú aj médiá. Pri sledovaní mediálneho diania však môžeme smelo konštatovať, že niektoré zdravotnícke témy sú „módne“, iné zasa nepatria k obľúbeným či sú priam tabuizované. Hovorí o eutanázii ako súčasť zdravotníckych výkonov je neslušné, neprípustné, rozoberať cholesterol už nie je také módne, ako pred piatimi rokmi, venovať sa však správnej strave a dosiahnutiu správneho „body mass indexu“ je dnes populárne.

Zdravotnícke témy a ich zdroje

Zdravie v médiách má množstvo podôb a množstvo zdrojov. Pokiaľ vieme čítať médiá kriticky, teda vnímať nielen to, „čo hovoria, ale aj to, o čom hovoria“ (Ricoeur, 1997), čo je za tým, dokážeme pochopiť aj zámyery tvorcov či vysledovať tendencie prístupnosti a prípustnosti tém. Niektoré témy sa objavujú v rámci nastolovania agendy (agenda setting, McComb, 2009) inštitúcií, politikov, iné zasa ako výsledok tlaku farmaceutického priemyslu či iných záujmových skupín.

Zdravotnícka problematika má širokospektrálny mediálny záber, ktorý môžeme rozdeliť do viacerých oblastí (čiastočne sa prekrývajú):

1. Zdravotnícka ekonomika a politika

Správa medicínskych zariadení, ekonomika zdravotných poisťovní, hospodárenie, spravovanie liekovej politiky, systematická správa krátkodobých a dlhodobých štátnych preferencií, rozhodovanie o investíciách v oblasti zdravotníctva, prioritizácia projektov podľa potrieb, trendov, ale aj záujmov a preferencií politických zoskupení – to je obsah zdravotníctva ako inštitúcie. Agendu v tomto prípade často nastolujú štátne orgány (ministerstvo zdravotníctva, poisťovne a ďalšie inštitúcie), alebo sú inými záujmovými skupinami donútené reagovať na vzniknuté situácie. Často sú to témy viac politické, ekonomické a pre väčšinového konzumenta médií neraz ťažšie zrozumiteľné.

2. Medicínska problematika

Ochorenia, poruchy, zranenia, liečba, medicínske výkony, správne liečebné postupy, starostlivosť o pacienta (vedecká, klasická medicína „bielych plášťov“) sú súčasťou aj všeobecnej, neodbornej tlače. Zväčša sa dnes informácie o konkrétnych ochoreniach dostávajú do mediálneho priestoru ako výsledok cielej činnosti záujmových združení (farmaceutických, patientskych) s cieľom upozorniť na preventívne správanie alebo nastavenie liekovej politiky. Laicizované medicínske problémy prinášajú aj pozitívum v podobe vzdelaného pacienta, ktorý má o téme prehľad a dnes neraz prekvapí lekára svojou informovanosťou. Je to zrkadlo nastavené modernej medicíne uzavretej do seba, ktorá si vytvorila vlastný jazyk, vlastné poznanie a vlastný systém informácií. (Beck, 2011)

3. Zdravie ako životný štýl

Preventívne správanie, stravovanie, pohyb, aktívny záujem o ochranu vlastného zdravia a predĺžovanie života, psychohygiena, sexuálne správanie, to všetko ako súčasť dámskych i pánskych magazínov funguje. Najmä záujem čitateľiek/poslucháčok/diváčok o takéto témy vyplýva práve zo zaujatia osobným angažovaným prístupom k životu v prospech skvalitňovania (predstavy o skvalitňovaní) vlastného života prostredníctvom „návodov na život“. Drvivá väčšina takýchto informácií prichádza z prostredia záujmových skupín reprezentovaných skôr výživovými doplnkami, kozmetikou, športovými potrebami, teda spoločnosťami, ktoré sú doplnkami, satelitmi priameho zdravotníckeho obchodu.

4. Alternatívna medicína a „bio“ informácie

Široká škála informácií viažucich sa od parainformácií, mytologických rozprávání, tradičnej medicíny v rôznych podobách (ľudové liečiteľstvo), náboženské a pseudonáboženské systémy (šamanizmus), cez exotické liečiteľstvo (čínska, thajská, indická medicína) a výkony na pomedzí wellness (akupunktúra, masáže...), informácie súčasných alternatívnych zdravotníckych technológií (homeopatia, kryoterapia a pod.) až po extrémne liečiteľské postupy – to všetko tvorí zmes informácií, ktoré majú neraz bližšie ku hľadaniu svetonázorových opôr či odhalovaniu senzácií než k vedecky overeným faktom. Časť informácií sa šíri ako memetické vírusy (Dawkins, 2006) zaujímavostí, šokujúcich správ, hľadania zmyslu života či zábavných kuriozít, časť je výsledkom aktivít spoločností zaoberajúcich sa obchodom s alternatívnou medicínou.

5. Zdravie ako súčasť iných mediálnych obsahov

Zdravie sa objavuje aj v športovom spravodajstve (ktorý športovec je v akej forme), informáciách o celebritách (ak nejaká „ochorie“, alebo je vyznávačkou nejakého zdravého životného štýlu, diéty...) či vo fiktívnom svete (televízne filmy a seriály). Primárne tu ide o nezdorotnícke obsahy, ale o ľudské príbehy, avšak rámec starostlivosti, zdravia, dodáva týmto príbehom napätie, zaujímavosť. Ukazuje zdravie ako hodnotu. Zdroje informácií v tomto prípade sú zväčša viazané na nemedicínske prostredie (športovci, celebrity) alebo na tvorcov fiktívnych svetov televíznych príbehov.

Problémy medializácie zdravia dnes

Ako sme videli, situácia v komunikácii zdravia v médiách dnes odráža primárne záujmy organizácií angažujúcich sa v oblasti zdravotníctva (štátne orgány, poisťovne, farmaceutické spoločnosti, patientske nátlakové skupiny) a zároveň záujem konzumentov médií (publika) o témy umožňujúce skvalitňovať vlastný život starostlivosťou o zdravie (health&beauty, wellness), alebo riešiť aktuálne zdravotné problémy formou samoliečby (presun od inštitucionalizovaného zdravotníctva k individualizovanej zodpovednosti o seba).

Ako každý zložito organizovaný a neprehľadný systém, má aj zdravotníctvo vo všetkých rozvinutých krajinách v spoločnosti skupinky nespokojných občanov, ktorí sa snažia riešiť svoje záujmy. Niektoré z týchto organizácií sa správajú štandardne konštruktívne, a hoci atakujú činnosť lekárov a zdravotníckych organizácií alebo sa správajú lobisticky v prospech svojich záujmov, vo svojej podstate neškodia zdravotníckemu systému ako celku a snažia sa ho posúvať ďalej.

Farmaceutické firmy pri komunikácii o liekoch určenej verejnosti nemôžu využívať štandardné postupy marketingu. Národné legislatívne rámce významne obmedzujú firmy v tom, aby ovplyvňovali verejnosť, považuje sa to až za neprípustné, keďže o liečbe nemá rozhodovať pacient, ale odborník. Gro informačnej práce teda prebieha na báze farmaceutická firma, úzka odborná verejnosť (opinion leadri v odbore), lekárska verejnosť, kým s laickou verejnosťou sa v drvivej väčšine prípadov komunikuje cez problematiku ochorenia, pripravujú sa patientske programy, edukácia prostredníctvom napríklad osvetových projektov s cieľom upozorniť na ochorenia. Veľmi často je práve komunikácia s verejnosťou pripravená tak profesionálne, že verejnosť za tým ani nevníma aktivity farmaceutického priemyslu a profesionálnej práce označovanej ako agenda setting, teda cielené nastoľovanie informácií do mediálneho priestoru so zámerom ovplyvniť verejnú mienku. (McComb, 2011)

Cieľom marketingových aktivít farmaceutických firiem je v drvivej väčšine úspešne umiestniť nový výrobok na trh. Lieky sú však veľmi špecifické výrobky a sú súčasťou sofistikovane organizovanej lekárskej starostlivosti, ktorá môže predstavovať pri pohľade „zvonka“ tajuplnú ríšu, kde sa niečo zatajuje. Ako píše Ulrich Beck vo svojej štúdii Riziková spoločnosť, medicína je dnes komplexom informácií, vedy, výskumu a vzdelávania, ktorý dokonca prekračuje demokratickú moc a vytvára vlastnú subpolitiku, teda spôsob akejsi totalizácie moci nad zdravím a chorobou spoločnosti vyplývajúcej z profesionalizácie medicíny v 19. storočí. (Beck, 2011) Súčasťou tejto profesionalizácie je aj sofistikovaná marketingová komunikácia, ktorej nástroje patria v oblasti persuzívnej komunikácie.

Perspektívy pozitívnych správ

Ak sa pozrieme na dnešnú mediálnu situáciu v zahraničí, môžeme badať relatívne veľký príklon serióznym médiám, ktoré fungujú na medzinárodnej úrovni ako médiá prvého zdroja (agentúry a médiá ako Reuters, AP, BBC, CNN a ďalšie), k informáciám pochádzajúcim z prostredia vedeckého výskumu, a teda sú podložené dátami. Keďže liberálne prostredie internetu dnes umožňuje bezproblémový prístup k vedeckým dátam, je prirodzené, že sa stávajú predmetom záujmu časti spoločnosti. Navyše, snahou o sebareprezentáciu sa nevyznačujú len pop-biznisové hviezdy, ale aj vedecké tímy, pretože lepšia medializácia zásadného objavu môže priniesť lepšie postavenie v zložitom systéme grantovania a sponzoringu vedy.

Práve medicína patrí k vedeckým oblastiam, ktoré patria k mediálne sledovaným, pretože objavy na vedeckom poli môžu byť objavom pre ľudstvo („objavili liek na rakovinu“), teda pre všeobecné dobrodenie. Samozrejme, medializácia úspešných objavov, ktoré sú už v štádiu testovania, patrí aj k marketingovým nástrojom pripravujúcim trh na prijatie nového lieku, vakcíny, spôsobu liečby. Dá sa predpokladať, že v najbližších rokoch sa tieto nástroje budú využívať aj preto, že sa ukázali ako veľmi dobrý spôsob komunikácie so vzdelanou a rozhladenou vrstvou spoločnosti, ktorá má o medicínu záujem.

So starnutím populácie sa práve väčšia potreba kvalitných informácií pre skúsené, rozhladené publikum bude rozširovať, pretože o zdravie a zdravý životný štýl spojený so zvyšujúcim sa vekom budú pribúdať aj problémy, ktoré sa dajú/môžu riešiť starostlivosťou o seba (teda aj segment Zdravia ako životného štýlu presunie svoju pozornosť zo segmentu „mladí a krásni“ na segment „v najlepšom veku a zdraví“), čo sa už prakticky deje v krajinách, ktoré sú so starnutím a populačnou krivkou ďalej (Veľká Británia, Nemecko).

Zdanlivo temná strana komunikácie

Situáciu v komunikácii medicínskych tém sa bude určite riadiť aj nastoľovaním agendy zo strany možností, na ktoré máme alebo nemáme ekonomicky. Starnutie „bohatej“ časti sveta nevyhnutne bude stále častejšie nastoľovať témy, ktoré dnes ešte patria k tabuizovaným alebo vyvolávajúcím kontroverzné reakcie. Za takúto tému budúcich desaťročí môžeme určite považovať problematiku eutanázie, otázku starostlivosti o tzv. technologicky závislých pacientov, starostlivosti o pacientov v kóme, pacientov s nezvratnými poruchami CNS či morálne dilemy pri zachraňovaní veľmi predčasne narodených detí.

Vzťah medzi ekonomickým tlakom a etickým rozmerom ľudskej existencie bude tým, ktorý bude tieto témy otvárať. Je to zároveň tlak medzi verejnými zdrojmi, resp. solidárnym zdravotným poistením a existenciálnym, rodinným, súkromným prežívaním sveta. Každá bytosť je jedinečná, avšak skladať sa na stále väčší počet pacientov na vegetatívnom prežívaní bude pre ekonomiku zdravotného poistenia v súčasnosti čoraz zložitejšie. V momente, keď dôjde k problémovej situácii, počas ktorej kvôli nedostatku peňazí bude ohrozený život (alebo dokonca neprežije) pacient, ktorý by mohol viesť normálny život preto, že boli (sú) pri živote udržiavaní pacienti na vegetatívnej úrovni, začne sa rozvíjať tlak na spustenie verejnej medializovanej diskusie o tom, čo je to vlastne reálna smrť, čo je ľudské, etické vo vzťahu k udržiavaniu ľudského tela pri plnení základných životných funkcií.

Z dnešného hľadiska je téměř nepripustné o takomto smerovaní uvažovať, pretože okamžite sa vynárajú otázky a tvrdenia, že o živote/smrti nemôžeme rozhodovať takto schematicky. Na jednej strane priznávame „prírode“ (resp. ideologickej entite typu boha) právo byť tým, čo o živote rozhoduje, na druhej strane sami postupujeme „proti prírode/bohu“, keď pacienta umelo pri živote udržujeme, hoci by v prírode neprežil (to sa týka aj veľmi predčasne narodených detí). Táto diskusia bude jednou z veľkých tém zdravotníctva, pretože príbehov o ľuďoch, ktorí pre bolesti, postupujúcu rakovinu či iné choroby a uvedomení si absurdnosti, osamelosti existencie nebudú chcieť žiť, bude stále viac, rovnako ako ľudí, ktorí nebudú žiť pri vedomí, ale ako pacienti plne alebo čiastočne napojení na prístroje vykonávajúce za nich základné životné funkcie.

Záver

Zdravie bude svoje postavenie dôležitej témy v médiách aj naďalej posilňovať. Dá sa predpokladať, že sa v strednodobom horizonte objavia témy, ktoré sú dnes už prítomné, avšak ich nastoľovaniu do verejného priestoru bráni vízia našej šťastnej a bezproblémovej skutočnosti. Hovoriť o smrti nie je momentálne ani módne, ani príťažlivé pre médiá, avšak tlak na otvorenie týchto otázok sa bude musieť stať agendou diskusií. Predpokladáme, že sa tak stane najprv v liberálnejších krajinách a až postupne sa táto téma bude rozširovať do ďalších krajín. Respektíve, v niektorých krajinách, kde je už eutanázia tolerovaná a nie je trestná (Holandsko, Belgicko, Luxembursko) sa táto diskusia už začala a ukazuje sa, že dôstojná smrť môže byť súčasťou civilizácie 21. storočia. Tabuizované témy sa však objavia v súvislostiach, ktoré nebudú príjemné, nebudú ľahké a budú zasahovať do najhlbších etických diskusií spoločnosti.

Optimistickejším poznaním je, že téma zdravia a zdravotníctva bude aj naďalej zohrávať dôležitú úlohu v médiách. So starnutím populácie sa bude zvyšovať aj túžba po zdravom životnom štýle pre strednú a staršiu generáciu spotrebiteľov aj v médiách. A keďže pôjde o konzumentov skúsenejších, kritickejších, než sú najmladšie konzumentské ročníky, budú sa musieť médiá „pripravovať“ na svojich spotrebiteľov s väčšou námahou, zodpovednejšie. Rovnako sa znalosť on-line prostredia stáva samozrejmosťou aj u najstarších spotrebiteľov internetové prostredie ponúka mnoho materiálu, ktorý síce potrebuje kritické čítanie, ale na druhej strane ponúka aj mnoho informácií, ktoré sa dajú ľahko overiť a konfrontovať.

Použitá literatúra:

Beck, Ulrich: Riziková spoločnosť. Slon, Praha 2011. ISBN 978-80-7419-047-6
Dawkins, Richard: The Selfish gene. Oxford University Press. 2006. ISBN 978-0-19-929115-1
González-Crussi, F.: Medicína; Stručné dejiny. Slovart, Bratislava 2008. ISBN 976-80-8085-634-2
McComb, Maxwell: Agenda Setting. Portál, Praha 2009. ISBN: 978-80-7367-591-2
Porter, Roy: Největší dobrodiní lidstva. Prostor, Praha 2001. ISBN 80-7260-052-4
Ricoeur, P.: Teória interpretácie: diskurz a prebytok významu. Bratislava: Archa, 1997. ISBN 80-7115-101-7

Kto sme

Spoločnosť HARTMANN – RICO a. s. je významným výrobcom a distribútorom zdravotníckych prostriedkov a hygienických výrobkov v Českej republike. Vznikla v roku 1991 vstupom spoločnosti Paul Hartmann AG do vtedajšieho podniku Rico Veverská Bítýška.

V Českej republike zamestnáva HARTMANN – RICO viac než 1200 zamestnancov a prevádzkuje tri výrobné závody: závod vo Veverskej Bítýške s výrobou zameranou predovšetkým na jednorazové operačné rúška a súpravy, závod vo Chvalkovičiach so špecializáciou na výrobu jednorazových sterilných zákrokových súprav MediSet, balenie operačných rukavíc a výrobu sadrových ovínadiel a gázových produktov na tradičné hojenie rán, a závod v Havlíčkovom Brode, kde sa zhotovujú komponenty na finálne kompletizovanie jednorazových operačných súprav.

Prostredníctvom svojej pobočky HARTMANN-RICO spol. s r.o. so sídlom v Bratislave pôsobí spoločnosť už 20 rokov na území Slovenskej republiky.

HARTMANN – RICO je súčasťou medzinárodnej skupiny HARTMANN so sídlom v Heidenheime v SRN. Skupina HARTMANN má dlhodobú silnú pozíciu na medzinárodnom trhu so zdravotníckymi a hygienickými prostriedkami určenými na profesionálne i osobné použitie.

V súčasnosti má skupina HARTMANN svoje predajné a výrobné organizácie celkom v 32 krajinách na všetkých piatich kontinentoch.

Náš symbol

História spoločnosti HARTMANN siaha až do roku 1818. Prvú značku v podobe červeného kríža so štyrmi Aeskulapovými ratoľkami pre spoločnosť navrhuje v roku 1883 Paul Hartmann, so zámerom odlíšiť svoje výrobky od konkurencie i vizuálne. Značka spoločnosti sa potom ešte niekoľkokrát mení až do roku 1968, keď nadobúda súčasnú podobu modrého oválu.

Do dnešných dní tvorí dobre etablovaná značka HARTMANN jadro nášho portfólia a je synonymom kvality, spoľahlivosti a dlhoročných skúseností z oblasti procesov zdravotnej starostlivosti a hygieny.

Naša vízia

S rozvojom spoločnosti sa zdravie človeka stáva najdôležitejším faktorom.

Človek o svoje zdravie usiluje od okamihu narodenia po celý život. Zdravotná prevencia, liečba a starostlivosť sa stali prirodzeným nárokom a vyhľadávanou samozrejmosťou. Dosiahnutie a udržiavanie dobrého zdravotného stavu je čoraz zložitejším procesom, ku ktorému treba pristupovať citlivo.

Naše poslanie

Pomáhame ľuďom ľahšie a účinnejšie starať sa o zdravie. V odbornej i súkromnej sfére. Partnerstvom, profesionalitou a srdcom.

Ponúkame to najlepšie vo svojom odbore – svoje medicínske znalosti, kvalitné produkty, špecializované služby a fundované poradenstvo využívame v prospech človeka. Zájmy jednotlivých pacientov nám ležia na srdci práve tak, ako záujmy našich profesionálnych zákazníkov.

Naša stratégia

Kvalita, kooperácia, konverzácia

Naša firemná stratégia spočíva v neustálom kontakte a dialógu s lekárske prostredím a v zisťovaní aktuálnych potrieb lekárov, zdravotníckeho personálu i manažmentu zdravotníckych zariadení. Vďaka nepretržitej aktívnej komunikácii medzi špecialistami spoločnosti a používateľmi a tiež vďaka priamemu kontaktu so špičkovými lekáskymi a vedeckovýskumnými pracovníkmi sa nám darí zvyšovať kvalitu a úžitkovú hodnotu výrobkov a služieb.

Za vyše dvadsať rokov svojej existencie spoločnosť HARTMANN – RICO investovala nemalé prostriedky do modernizácie výrobných prevádzok a technológií. Máme kvalitný firemný informačný a komunikačný systém, logistiku a dopravu produktov k zákazníkovi. Dôležitú úlohu hrá aj aktívny marketing spoločnosti a silná podpora predaja. Jedným z pilierov našej stratégie je i tvorba špeciálnych súprav, ktoré kombinujú rôzne produkty pre ešte efektívnejší proces liečby a starostlivosti.

Naším zákazníkom ručíme za to, že na všetkých stupňoch výrobného procesu sú dodržiavané najprísnejšie požiadavky na kvalitu, čistotu a bezpečnosť našich výrobkov. Máme zavedený certifikovaný systém akosti podľa procesne orientovanej normy ISO 9001:2000 a ako výrobca a distribútor zdravotníckych prostriedkov sme aj držiteľmi certifikátu TÜV PRODUCT SERVICE podľa normy ISO 13488:2000.

Naše portfólio

Portfólio výrobkov HARTMANN sa sústreďuje na ponuku riešení pre tri oblasti liečby, starostlivosti a prevencie.

Oblasť hojenia rán

Portfólio výrobkov v segmente hojenia rán poskytuje riešenie na ošetrovanie a liečbu tak traumatických, ako aj chronických rán. Zastúpené sú výrobky na tradičné ošetrovanie rán (gázové výrobky) i prostriedky modernej liečby, napr. TenderWet (unikátne vlhké krytie obsahujúce látku na báze hydrogélu, hydrokoloidu či s obsahom striebra). Na liečbu komplikovane sa hojajúcich rán ponúkame sofistikovanú technológiu Vivano využívajúcu negatívny podtlak.

Oblasť inkontinencie

Produktové portfólio na riešenie inkontinencie ponúka ucelené rady výrobkov na starostlivosť

a ošetrovanie inkontinentných pacientov. Patria sem vložky na ľahký stupeň inkontinencie MoliMed, vložné pleny a nohavičky MoliCare pre mobilných i ležiacich pacientov určené na stredný a ťažký stupeň inkontinencie, podložky pod chorých a špeciálna kozmetika Menalind určená na ošetrovanie zrelej a namáhanej pokožky

Oblasť prevencie infekcií

Dlhodobu sa sústreďujeme na rizikové miesta, kde môže dochádzať k prenosu infekcií. Snažíme sa mu efektívne zamedziť predovšetkým dvoma cestami – kvalitnými výrobkami pre operačné sály a dezinfekčnými prípravkami.

Portfólio výrobkov pre operačné sály zahŕňa jednorazové operačné krytie a zákazkové operačné súpravy Foliodrape, jednorazové operačné oblečenie Foliodress, operačné rukavice a jednorazové kovové nástroje Peha.

Dezinfekčné prípravky vyvíjame na základe aktuálnych vedeckých poznatkov s využitím bohatých skúseností spoločnosti BODE, ktorá je súčasťou skupiny HARTMANN, a výrobou dezinfekčných prípravkov sa zaoberá už dlhé roky. Prípravky Sterillium na dezinfekciu rúk a Bacillol na dezinfekciu povrchov zaisťujú vysokú mieru ochrany proti infekciám.

Popri samotných výrobkoch na dezinfekciu ponúkame i poradenstvo v tejto oblasti a projekty na zvyšovanie zodpovednosti pri dodržovaní hygieny rúk v zdravotníckom zariadení. Za komplexnú stratégiu prevencie infekcií dostala naša spoločnosť v roku 2011 ocenenie agentúry Frost & Sullivan.

A nielen to...

Naše produktové portfólio ďalej zahŕňa ovínadlá a obvazy, náplasti na rany, digitálne teploмеры a tlakomery, jednorazové zákrokové balíčky MediSet, lekárnice, vatové výrobky a výrobky pre detskú a dámsku hygienu, stomické pomôcky či syntetické a sadrové obvazy na imobilizáciu.

Naše služby

HARTMANN- RICO nie je len výrobca a dodávateľ moderných zdravotníckych prostriedkov, ale tiež kompetentný partner a konzultant v oblasti procesov liečby a starostlivosti. Svoje kompletné know-how ponúkame prostredníctvom ucelených zákazníckych riešení HARTMANN Solutions, založených na prepracovanom a inteligentnom prepojení produktov, služieb a poradenstva. Cieľom ponuky HARTMANN Solutions je pomôcť zefektívniť organizáciu a riadenie procesov zdravotnej starostlivosti, a to nielen z medicínskeho, ale i z ekonomického a procesného hľadiska, a prispieť k zvyšovaniu kvality poskytovaných služieb, a tým i konkurencieschopnosti vo sfére poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Naše služby ponúkame v oblastiach logistiky, procesných analýz, informačných systémov a technológií, fundraisingu, trade a vzdelávania.

Naši zákazníci

V centre našej pozornosti sú ľudia a ich potreby. Preto hľadáme a vyvíjame riešenia, ktoré týmto ľuďom pomáhajú. Všetkým našim zákazníkom chceme byť partnerom, na ktorého sa môžu za všetkých okolností spoľahnúť.

Našími zákazníkmi sú lekári a zdravotnícky personál v nemocniciach a ambulanciách, manažment zdravotníckych a sociálnych zariadení, pracovníci agentúr domácej starostlivosti, lekárnici, rovnako ako koneční spotrebitelia, pacienti a ich rodinní príslušníci.

Naša spoločenská zodpovednosť

Spoločnosť HARTMANN – RICO si je vedomá, že na kvalite ľudského života sa podieľa celý rad faktorov, a možnosť používať výrobky na špičkovú starostlivosť je iba jedným z nich. Firma preto plne prijíma svoju zodpovednosť i v oblastiach, ktoré priamo nesúvisia s jej základnou úlohou výrobcu a distribútora zdravotníckych a hygienických výrobkov.

V ekonomickej rovine dbáme predovšetkým na princípy dobrého riadenia, na kvalitu a bezpečnosť produktov a služieb, na férové dodávateľské a odberateľské vzťahy a na inovácie a udržateľnosť produktov.

Rovnako dôležitá je pre nás sociálna oblasť: staráme sa o bezpečnosť našich zamestnancov, o ich kontinuálne vzdelávanie a o bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci, a dbáme tiež na dodržiavanie ľudských práv a rovnakých príležitostí.

Spoločnosť HARTMANN – RICO sa zapája i do regionálnej politiky: prostredníctvom projektu Dobrý sused pravidelne finančne podporuje občianske aktivity v mieste pôsobenia svojich závodov. HARTMANN – RICO sa tak stáva nielen dobrým zamestnávateľom, ale aj „dobrým susedom“.

V environmentálnej rovine nášho pôsobenia sa sústreďujeme na ekologickú firemnú kultúru – od recyklácie cez úsporu energií či vody až po využívanie výrobkov z obnoviteľných zdrojov.

Úspechy spojené so svojim dvadsaťročným pôsobením na českom i slovenskom zdravotníckom trhu vníma spoločnosť HARTMANN – RICO predovšetkým ako záväzok voči odbornej lekárskej verejnosti i pacientom. Preto podporujeme celý rad projektov, ktorých cieľom je vzdelávanie a rozvoj profesionálov v zdravotníctve či pomoc ľuďom, ktorí sa nezaobídu bez každodennej zdravotnej starostlivosti.

Od roku 2011 sa preto spoločnosť podieľa na projekte zlepšovania kvality služieb v domovoch pre seniorov a tiež spolupracuje s občianskym združením Debra, ktoré pomáha pacientom trpiacim na vzácnu, nevyliciteľnú kožnú chorobu Epidermolysis bullosa congenita (EB), známej tiež ako choroba motýľích krídel. Našu podporu smerujeme hlavne tam, kde je aktuálne potrebná, či už prostredníctvom organizácií ako Český červený kríž, Charita, Hand for Help či Adra alebo priamo jednotlivým žiadateľom.

