

A gyógyászati segédeszköz ellátás „choice of care” logikája a vizelet-inkontinencia példáján

Dr. Dankó Dávid, Corvinus Egyetem, Erdei Péter Balázs, ELTE,
Dr. Molnár Márk Péter, Corvinus Egyetem

A gyógyászati segédeszköz ellátás (GYSE) magyarországi közfinanszírozási rendszerét a vizelet-inkontinencia területén is a termékközpontúság, az egységköltség-szemlélet dominanciája, valamint alacsony hatékonyság jellemzi. Cikkünkben bemutatjuk az inkontinencia ellátás szervezésének és finanszírozásának hazai kontextusát, kritikai elemzését adjuk a jelenlegi GYSE támogatási rendszernek, illetve felvázoljuk egy betegközpontú, teljesköltség szemléleten alapuló, magasabb hatékonyságú rendszer logikai alapvonalait. Ez a rendszer a „choice of care” (szabad terápiaválasztás) elvén alapul.

The Hungarian reimbursement system of outpatient medical aids and devices, including absorbent products, is characterized by product focus, unit cost view and low efficiency. This article describes the context of absorbent product reimbursement in Hungary, gives a critique of the current reimbursement system, and describes opportunities for its development based on a patient-focussed, total cost based, more efficient logic. This new paradigm is based on the ‘choice of care’ concept.

BEVEZETÉS:

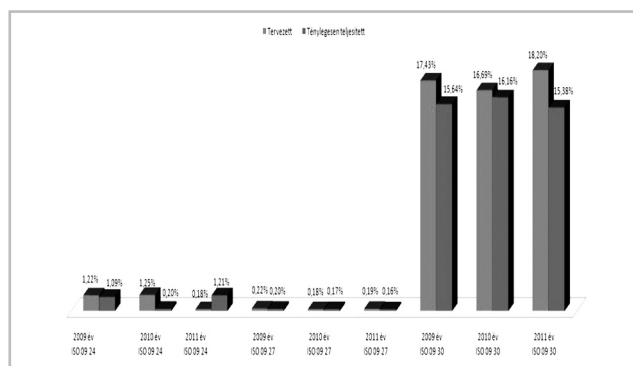
A VIZELET-INKONTINENCIA ELLÁTÁS SZERVEZÉSÉNEK ÉS FINANSZÍROZÁSÁNAK HAZAI KONTEXTUSA

A vizelet-inkontinencia populáción belüli előfordulásáról szóló, hatályos magyarországi szakmai irányelvben szereplő, nemzetközi tanulmányok által ismertetett nemzetközi prevalencia adatok szerint az átlagos prevalencia nőknél 4,6-58,5 %, férfiaknál 1,6-24%. A statisztikákban mutatkozó jelentős szórást az okozza, hogy az egyes elemzések igen eltérő betegcsoportokat vizsgálnak és különbözőféleképpen definiálják magát az inkontinenciát, mint betegséget is. Amennyiben nem az időskorú populációra koncentrálnak, hanem a teljes (férfi+nő) népességen belül vizsgáljuk a krónikus vizelet-inkontinencia előfordulását – kizárva pl. a terhességgel, műtéti beavatkozásokkal kapcsolatos átmeneti vizeletvesztést –, úgy a prevalencia 4-8% közötti értékeknek adódik Európában [3,5,17,20-24]. A krónikus ellátást biztosító kórházakban és időszobákban ápolott betegek körében természetesen jóval magasabb értékeket figyelhetünk meg: kortól és nemtől függetlenül az inkontinencia előfordulási átlaga 55,7%, az időszobákban pedig eléri a 66%-ot [1]. Az adatok vizsgálata során megállapítható, hogy a prevalencia mindkét nemből a kor előrehaladásával nő.

Hazánkban a fenti logika alapján 400-800 ezer lakosnak lehet krónikus vizelet-inkontinenciája – feltételezve, hogy a hazai epidemiológiai mintázatok nem térnek el jelentősen az

Európára jellemzőtől. Ezzel nagyjából egybevágnak az INKO Fórum felmérései, amelyek alapján 400-500 ezer inkontinens pácienssel számolhatunk, míg más forrás [6] ugyanezt 600-700 ezer főre becsüli. Hozzá tartozik azonban, hogy e betegek közül csak 30-36% vallotta magát inkontinencia betegségben szenvedőnek és fordult orvoshoz [2].

A 4-8% közötti prevalencia adatokból kiindulva, a nemzetközi szakirodalomban megjelent cikkek és tanulmányok rendszerezése nyomán a szakorvosok által diagnosztizált betegek arányát a teljes népességre vetítve 2,4-4,8%-nak becsülhetjük [3,5,25,26], közülük körülbelül 50% részesül bármiféle inkontinencia-specifikus kezelésben. Ez a teljes népesség 1,2-2,4%-át teszi ki [21,25,27]. Az, hogy közülük hányan használnak gyógyászati segédeszközöket, nagyban függ az adott ország ellátási és finanszírozási rendszerétől, az európai gyakorlat alapján azonban elmondható, hogy ez az arány sehol nem haladja meg a teljes népesség 2%-át [27,28]. Magyarországra vetítve egy 200 ezer embert jelent.



1. táblázat

Az inkontinencia-eszköz ellátás támogatásának részesedése a teljes GYSE-kasszából (Forrás: OEP vényforgalmi adatok alapján saját számítások; ISO 09 24 – vizeletvezetők [kondomok], 09 27 – vizeletgyűjtők, 09 30 – nadrágpelenkák és betétek)

Az elmúlt évek gyakorlatát vizsgálva Magyarországon 140-160 ezer ember használ a társadalombiztosítás által támogatott gyógyászati segédeszközöket (GYSE), a támogatás nélkül segédeszközöket vásárlók számára vonatkozóan pedig csak piackutatások állnak rendelkezésünkre [19]. A műtéti eljárásokban, illetve gyógyszeres terápiában részesülők száma ehhez képest elenyésző. A finanszírozási rendszer átalakításának egyik legnagyobb akadályát a hatóságok azon félelme jelenti, hogy a szabályok bármilyen módosítása az inkontinenciára fordított költség hirtelen emelkedését eredményezheti. A nemzetközi adatok alapján azonban nem valószínű, hogy az inkontinencia-eszközöket használó páciensek száma jelentősen növekedni tudna. Ha pedig figyelembe vesszük a jelenlegi GYSE támogatási rendszerben mutatkozó hatékonysági tartalékokat, bizonyossággal állítható, hogy az inkontinencia

kezelésére jelenleg fordított források elegendők egy minőségi- leg jobb, hatékonyabb modell működtetéséhez.

Ellátási szempontból elengedhetetlen, finanszírozási szempontból pedig igen célszerű a vizelet-inkontinencia különböző típusainak elkülönítése. A Nemzetközi Kontinencia Társaság 2009-es ajánlása (4) alapján a hazai szakmai irányelv az alábbi formákat különíti el:

- Stressz, vagy „terheléses” inkontinencia, amely esetben fizikai erő kifejtésekor (lépcsőn járás, emelés, köhögés, tüszentés) jelentkezik a húgycsőön keresztül akaratlan vizeletvesztés.
- Urge vagy sürgősségi, késztetéses inkontinencia, melynek lényege, hogy parancsoló vizelet-érzés jelentkezik gyakori nappali vagy éjszakai vizelettel, melyhez vagy társul akaratlan vizeletvesztés vagy nem. (Az irányelv külön fogalomdefinícióban ismerteti a hasonló módon jellemezhető „hiperaktív hólyag” szindrómát [overactive bladder, OAB]).
- Kevert inkontinencia, mely a vizelet-inkontinencia és széklet-inkontinencia tüneteinek együttes meglétét jellemzi.

Más irányelvek külön részletesen ismertetik az egyéb inkontinencia-fajtákat (neurogén hólyagműködési zavarok, folyamatos inkontinencia, enuresis nocturna), amelyekre itt külön nem térünk ki. Szintén nem foglalkozunk külön a széklet-inkontinenciával; megjegyezve, hogy a vizelet-inkontinencia finanszírozása kapcsán releváns megoldások gyakorlatilag adaptációt nem igénylő módon alkalmazhatók a széklet-inkontinenciára.

Vannak olyan, az inkontinencia típusaitól független, szükséges teendők, melyek az ellátás során mindig szem előtt tartandók; a kórfolyamattól és annak stádiumától függő módon biztosítandók. Felsorolás szerűen ezek a következők: megelőzés, életmódrendezés, hólyagtréning, fizioterápia. A gyógyszeres kezelés, a segédeszközök, a műtétek, illetve az egyéb drága és speciális eljárások alkalmazása során azonban már alaposan mérlegelni kell az inkontinencia típusát és az adott beteg esetében fennálló jellegzetességeket [6]. Fontos, hogy a betegek többségének panaszai részben megelőzhetők, részben jól kezelhetők: amennyiben az ellátás rendszere és folyamata megfelelően van kialakítva, úgy műtéti megoldásra, invazív kezelésre csak az esetek egy részében van szükség. Az is hangsúlyozandó, hogy az inkontinencia gyógyászati segédeszközei elsősorban a speciális ellátást igénylő esetekben jönnek számításba, amennyiben a konzervatív kezelés nem eredményes, illetve definitív ellátást eredményező műtét lehetséges [1,7]. A hivatkozott irányelvek a különböző inkontinencia típusok esetén részletezik a feladatok ellátásának kompetencia-szintjeit, elkülönítve az alapellátási és szakorvosi szintet [8].

A vizelet-inkontinencia finanszírozási nézőpontból „kényes” támogatási terület (nemcsak Magyarországon, hanem Európa számos országában is), mivel a gyógyászati segédeszköz-támogatási szabályok kismértékű módosítása pontosan előre nem jelezhető változásokat okozhat a támogatáskirárlásban, ide értve akár a kiadások megnövekedését is. E mögött egyfelől a magas betegszám, másfelől a prevalencia adatok szórása, harmadrészt a finanszírozó által ellenőrizhető ke-

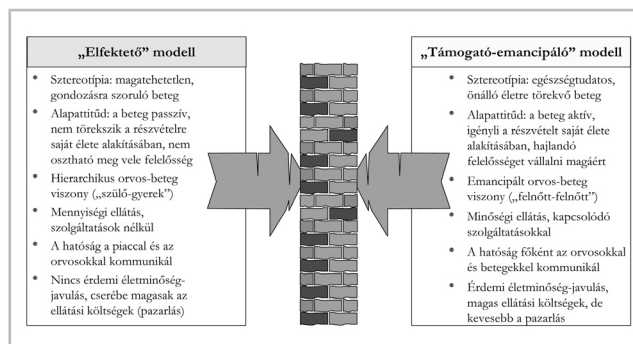
mény végpontok hiánya áll. Európa legtöbb országában ehhez még hozzájárul, hogy nehezen áttekinthető a piac (sok a forgalmazó, nagyon eltérőek a vállalati szintű és termékstratégiák), Magyarországon pedig mindennek tetejében igen nehezen áttekinthető – és kritikusan szemlélve: a hatékony finanszírozás céljára alkalmatlan – a termék-besorolási rendszer.

AZ „ELFEKTETŐ MODELL” ÉS A „TÁMOGATÓ MODELL”

Korábbi tanulmányainkban és előadásainkban [16, 18] több helyen említettük, hogy a magyarországi gyógyászati segédeszköz-ellátás jelenlegi logikája egy mára elavulttá és rugalmatlanná vált ellátási-finanszírozási paradigmára, az ún. „elfektető modellre” épül. Az inkontinencia ellátást tekintve az elfektető modell logikájának lényege [18], hogy azon sztereotípiára épül, miszerint az inkontinens beteg nagy eséllyel magatehetetlen, gondozásra szorul. A finanszírozásban jelentkező alapattitúd, hogy a beteg passzív, nem törekszik a részvételre saját élete alakításában, nem osztható meg vele semmiféle felelősség. Az orvos-beteg viszony az államszocialista Szemaskó-modell által konzervált hierarchikus-paternalista („szülő-gyerek”) logikára épül.

Úgyszintén államszocialista örökség, hogy az ellátás tisztán termékközpontú és mennyiségi szemléletű („ha megvan a napi három pelenka, akkor minden meg van oldva”), a termékekhez nem kapcsolódnak szolgáltatások, sőt a szabályozás mesterséges gátakat szab utóbbiaknak, amelyekben a promóció veszélyét látja. Az inkontinencia ellátás konzervatív stratégiáinak alkalmazása elégtelen az első terápiás vonalban, a kezelés sokszor olyan betegeknél is gyógyászati segédeszközökkel kezdődik, akik definitív ellátásban volnának részesíthetők. A kasszák közötti forrásátcsoportosítás rugalmatlan, a működés bürokratikus. A finanszírozó a piaccal és az orvosokkal áll kapcsolatban; a betegekkel alig. Az elfektető modell diszfunkcióiból adódóan nincs érdemi életminőség-javulás, az elért egészségnyereséghez képest az ellátási költségek magasak, azaz a rendszerben pazarlás érvényesül. A modell pszichológiai kihatásai is károsak, mivel a beteget stigmatizálja, tüneti terápiákban részesíti – „elfekteti”.

Megjegyzendő, hogy az „elfektető modell” nemcsak Közép-Kelet-Európa egészségügyi rendszereire jellemző, hanem számos jegyében megtalálható a dél-európai országokban is



2. ábra
Az „elfektető” és a „támogató-emancipáló” modell összehasonlítása. Forrás: [16, 18]

[18]. Ennek ellentéte a „támogató-emancipáló modell”, amely napjainkban elsődlegesen az észak-európai és angolszász országokra jellemző. Ez abból indul ki, hogy a gyógyászati segédeszközöket használó emberek – közöttük az inkontinenciában szenvedők – zöme képes saját életének irányítására, és szüksége is van erre. Ebben a modellben a páciens egészségtudattal rendelkező egyén, aki részt tud venni saját terápiájának kialakításában, felelősséget vállal azért, és akinek azért van szüksége gyógyászati segédeszköz támogatásra, hogy aktív életvitelét – amennyire lehetséges – minél hamarabb visszanyerje. A támogatási rendszer figyelmének középpontjában a minél teljesebb körű rehabilitációra és önálló életvitelre törekvő emberek állnak, akik számára minőségi eszközöket, illetve ezen túlmenően kapcsolódó szolgáltatásokat is kell biztosítani. Az inkontinencia kapcsán fontos kiegészítés, hogy a támogató-emancipáló modell az elesett, gondviselésre szoruló, jellemzően idős páciensek esetében is megvalósítható: ekkor a gondviselő családtagokra, illetve a gondozást nyújtó szolgáltatóra hárul kiemelt szerep [18].

A „TÁMOGATÓ-EMANCIPÁLÓ MODELL” GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSA: CHOICE OF CARE

A „támogató-emancipáló” modell a gyakorlatban sokféleképpen megvalósítható, így akár a termékközpontú támogatási rendszer logikáján belül is. Sokkal inkább illeszkedik azonban a modell logikájához, ha a finanszírozó a betegeknek nyújt támogatást az eszközökhöz nyújtott támogatás helyett, és a betegek a kereteken belül maguk választják meg a számukra legmegfelelőbb ellátást. Ez a szakmai zsargonban esetenként ún. choice of care néven hivatkozott, azaz szabad terápiaválasztáson alapuló koncepció.

A choice of care koncepcióban a szabályozás a hangsúlyt a betegre és nem a termékre helyezi. A betegek egy térítésszám-köteles rendszerben szabadon választhatják meg azokat a gyógyászati segédeszközöket, és azoknak a valóban szükséges mennyiségét, amelyekre valóban szükségük van, és amelyekhez a szükséges hozzájárulást tudják vállalni. Ezen termékek minimális minőségi kritériumait a terméket rendelő szolgáltató a szakmai protokollok alapján az eszközrendeléskor biztosítja. Az orvos rendelésével legalább azonos fontosságú, hogy a beteg melyik eszközt képes és kész használni, mivel a termék többször, vagy hosszú időn keresztül szolgálja a beteget. A termékekhez különböző szolgáltatások (tréning, edukációs csomag, információs program) kapcsolódhatnak, amelyek az árverseny mellett az eszközök minőségi megkülönböztetésére is lehetőséget adnak.

Ezen újragondolt logika szerint a finanszírozó a betegnek adja a támogatást: minden terápiás nap ellátási költségéből átvállalja a hazai és nemzetközi adatok alapján meghatározott átlagköltséget. Ezt nevezhetjük keretösszegnek, napi terápiás limitnek, vagy terápiás napra jutó támogatásnak (lásd: [16]). A páciens a keretösszeggel szabadon gazdálkodik. Amennyiben páciens olyan eszközökhöz ragaszkodik, melynek ára az átlagköltség (terápiás napra jutó támogatás) fölötti, úgy jogosult saját erőből kiegészíteni a finanszírozói hozzájárulást.

Amennyiben átlagköltség alatti árú termékeket választ, úgy több termékegységet tud vásárolni, igaz, vélhetően alacsonyabb minőségű eszközökből.

Az átlagértékek meghatározása az inkontinencia súlyossága szerint történik. Kiindulásképpen három kategóriát definiálhatunk: folyamatos kevert (széklet és vizelet) inkontinencia; folyamatos vizelet-inkontinencia (széklet toalett-tréning lehetséges); szakaszos vizelet-inkontinencia (széklet és vizelet toalett-tréning egyaránt lehetséges). E kategóriákon belül elválílik egymástól a közgyógyellátott és a nem közgyógyellátott beteg, így végeredményben $2 \times 3 = 6$ kategória hozható létre. Megjegyezzük, hogy a rendszer indulása elképzelhető kizárólag a közgyógyellátásra korlátozódóan is: ekkor három kategória kialakítása szükséges. A közgyógyellátás jelenlegi tételeken előírt terméklistáját mindkét változatban törölni kell.

Az egy napra jutó támogatás összegét a páciens minden olyan GYSE-re tetszőlegesen felhasználhatja, amely az inkontinencia ellátására szolgál. Ehhez a finanszírozó összeállítja az egyes inkontinencia-típusok esetén rendelhető eszközök – későbbiekben, a kasszaközi finanszírozás megvalósulása után: eszközök és egyéb terápiás módok – listáját. A tétel termékbefogadás megmarad, azaz a choice of care rendszerben támogatott eszközök változatlanul keresztülmennek a transzparencia-eljáráson, és a keretösszeg terhére csak a befogadott eszközök vásárolhatók. Az eszközbefogadás ugyanakkor egyszerűsödik, mivel a támogatott eszközök a mostani túldifferenciált rendszer helyett egyetlen egy gyűjtőcsoportba (pl. „09 30 03 03 03 Inkontinencia védőeszközök”) kerülnek. Ebben a csoportban nem lesz kötelező fixesítés. Így a fix támogatási összeg állandó marad kiszámítható ideig, és a jelenlegi dömping jellegű árversenyben megjelenő, alacsony árú, opportunistai piaci szereplőket távol lehet tartani.

A beteg aktív részvétele a többlettérítési díj lehetőségével tovább növekszik, mivel saját belátása alapján hajlandó többet fizetni egy értéknövelt szolgáltatásért. Ez azonban megköveteli azt is, hogy elimináljuk a támogatási rendszerből a lefelé irányuló árspirált: ahogy az imént említettük, a finanszírozó támogatási limitet meghatároz ugyan, de az árak már nem bürokratikus szabályozottak. A jelenlegi listáról törlés (delistázás) gyakorlatát is meg kell szüntetni, ami azt jelenti, hogy a magasabb árfekvésű termékek, melyek többsége szolgáltatásokkal kapcsolt, nem esnek ki a támogatási rendszerből, biztosítva, hogy azon páciensek, akik többlettérítet tulajdonítanak a termékekhez kapcsolt szolgáltatásoknak, elérjék azokat.

Az inkontinencia-eszközök vény és támogatás nélküli (OTC) használatát támogatni lehet a információszolgáltatás újraszabályozása révén. Jelenleg a gyógyászati segédeszközök esetében a betegtájékoztató szabályozása nagyjából megegyezik a gyógyszerek esetében érvényes rendelkezésekkel. Ez a szabályozás akarva-akaratlanul az orvoshoz irányítja a beteget, aki a térítésköteles terméket rendeli akkor is, amikor – pl. enyhe és középsúlyos esetekben – az OTC termék alkalmazása reális választási lehetőség lenne. A betegtájékoztatót revideálni kellene tehát oly módon, hogy a betegeket mesterségesen ne vezesse a receptre történő felírás irányába, tovább-

bá az orvosokat is ösztönözni kell arra, hogy az enyhe inkontinenciában szenvedő betegeket az OTC ellátás felé tereljék.

ÉRTÉKELÉS

Klinikai tanulmányok azt mutatják, hogy a choice of care logikájú rendszer a leginkább költséghatékony ellátás. Ez a költségelőny 1 év alatt több mint 30-40%-ot tehet ki a termékfogyasztási rendszerhez képest [9], és az alábbi direkt és indirekt költségekből adódik:

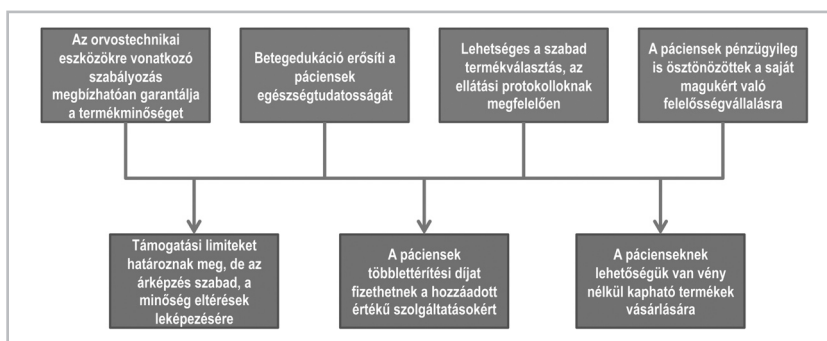
- Jelentős megtakarítás adódik abból, hogy a beteg a jobb minőségű termékeket ritkábban cseréli. Európai fogyasztási adatok mutatják, hogy a megfelelő betegellátás átlagosan napi 2,5-2,7 egység/nap termékkel oldható meg [10,11]. Magyarországon a napi fogyasztás 3,0-4,0 egység/nap, a magasabb számok az ápolási otthonokban fordultak elő. Ezen arányok alapján a jobb minőségű termékek akár 25-60%-kal magasabb egységárát a csökkentett fogyasztás kompenzálta túl, és a legtöbb esetben a kezelés napi direkt költsége alacsonyabb volt a magasabb minőségű termékek használata esetén. Ugyanakkor a napi inkontinencia-betét használat módja nagyban egyéni függő; így az újonnan létrehozott rendszernek lehetővé kell tenni a felhasználók számára, hogy megtalálják a saját használat/költség egyensúlyt.
- A magasabb minőségű, kevesebb termék egység alacsonyabb humán erőforrás-szükségletet is jelent, mind az intézetekben, mind az otthoni környezetben. Az Egyesült Királyság adatai alapján a szükséges időt (munkaidő) akár 85%-ig lehet csökkenteni a magasabb minőségű termékeknek köszönhetően [12].
- Kisebb vizeletszivárgás kevesebb bőr komplikációhoz és infekciókhoz vezet, ami a más orvostechikai eszközök és gyógyszerekre fordított kiadásokat csökkenti. Egy otthoni ápolási környezetben a tanulmányok a felmerülő komplikációk költségét a teljes inkontinencia ellátás összes költségének kb. 10%-ra teszik [13].
- Azáltal, hogy a páciens mind mennyiségileg, mind minőségileg a szükségletnek valóban megfelelő választást, a choice of care modell csökkenti a környezeti ártalmat mind a kórházakban és gondozóintézményekben, mind az otthonápolási környezetben. Egy Olaszországban végzett konkrét vizsgálatban ezek a költségek 24 %-kal

csökkentek. Mosás és az egyszer használatos anyagok költsége is csökkenhet 34 %-kal [14].

- A felesleges orvos-beteg találkozások kiküszöbölésével csökken az egészségügyi ellátórendszerre nehezedő nyomás. Továbbá, minthogy a páciensvizitek többnyire járulékos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz felírást generálnak, ezen másodlagos pénzügyi teher is szignifikánsan csökkenhet. Az ilyen „indukált szükségletnek” az arányát nagyon nehéz megbecsülni Magyarországon, azonban többen úgy gondolják, hogy eléri a havi 1.500-2.000 Ft-ot is a gyógyszerek esetén a közgyógyellátási keretben [15]. Így, ha egy közgyógyellátott, aki egyben inkontinens beteg is, negyedévente felkeresi az orvosát az inkontinencia-termék periódusokban történő felírása céljából, a vizit 4.500-6.000 forint felesleges közkiadást generál.

Megítélésünk szerint a choice of care modellnek az inkontinencia gyógyászati segédeszközeire való bevezetésével a magyarországi gyógyászati segédeszköz ellátási rendszer ezen szegmense fenntartható pályára állítható. A fent említett logika révén generált megtakarítások nagyságrendjét éves szinten 800 millió forintnak becsüljük, nem számolva a másodlagos gyógyszerfelírások elkerülésével képződő forrás-felszabadulásról. Túl a számszerűsíthető pénzügyi hatásokon, a rendszer járulékos előnye volna, hogy orvosi és ápolásszakmai szempontból előrelépést jelentene a mai „elfektető” modellhez képest, továbbá irányt tudna mutatni egy összességében korszerűbb és hatékonyabb gyógyászati segédeszköz-támogatási rendszer felé. Kritikus azonban, hogy a fent ismertetett ajánlásokat teljes érvényűen kell bevezetni: amennyiben pl. bizonyos tevékenységeket önkényesen kiválogatnak, vagy az oktatási tevékenységet elhanyagolják, a megtakarítást eredményező hatás minimális lesz.

Végezetül hangsúlyozzuk, hogy noha gondolatmenetünk csak az inkontinencia ellátásra vonatkozott, a choice of care modell alkalmas a sztomával élő betegek ellátásában, a diabétesz-ellátásban, valamint a tápszerezéssel történő gondozás területein is. Az inkontinencia ellátás logikájának újratervezése emiatt egy kísérleti (pilot) projektnek volna tekinthető Magyarországon, ami jól felhasználható tanulságokkal szolgálhat a modell későbbi kiterjesztése-kor is.



3. ábra
A „choice of care” modell logikája (saját összeállítás)

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a vizelet-inkontinenciáról. (2. módosított változat). Eü.Közlöny LXI. évf.7. 1605-1627. (lr. 1 1608-1609)
- [2] Füredi Gy.: Inkontinencia az alapellátásban. Praxis 20011.5. 39-41.
- [3] Abrams, P. et al. (2009): Incontinence. Health Publication Ltd.
- [4] European Association of Urology (EAU) Guidelines: Guidelines on Urinary Incontinence. 2009.
- [5] Andersson, G. et al. (2008): Accepting and Adjusting: Older Women's Experiences of Living With Urinary Incontinence. Urologic Nursing, Vol. 28, No. 2, pp. 115-121.
- [6] Majoros A.: A kevert vizelet-inkontinencia korszerű kezelése. Magyar családorvosok lapja. 2012.2. 10-14.
- [7] Hamvas A.: Női vizelettartási zavarok. Magyar családorvosok lapja Szakterületi körkép. 2009/6. 17-23.
- [8] A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a Háziorvosi Hatásköri Listáról. (1.módosított változat). Eü.Közlöny LXI. évf.7. 1340; 1345-1346.
- [9] Bonaccorsi, G.: Impact of Modern Inco Care in Home Care Settings, University of Florence, 2009
- [10] Eucomed: Medical Technology in Europe. <http://www.eucomed.org>
- [11] Tarricone, R. - Tsouros, A.D.: Home care in Europe. WHO-Università Commerciale Luigi Bocconi, Milano, 2009.
- [12] Bonaccorsi, G.: Impact of Modern Inco Care in Home Care Settings, University of Florence, 2009.
- [13] Tarricone, R. – Tsouros, A.D.: Home Care in Europe. WHO-Università Commerciale Luigi Bocconi, Milano, 2009.
- [14] Tarricone, R. – Tsouros, A.D.: Home Care in Europe. WHO-Università Commerciale Luigi Bocconi, Milano, 2009.
- [15] Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft.: Medical Awareness – avagy a gyógyító, megelőző termékek forgalmának ismertsége a magyar lakosság körében c. felmérés, 2009.július (N=1000 fő).
- [16] Dankó Dávid – Dr. Molnár Márk Péter: Gyógyászati segédeszközök – Javaslatok egy minőségi ellátási rendszer kialakítására. Budapesti Corvinus Egyetem, 2010
- [17] Araki, I. et al. (2005): Prevalence And Impact On Generic Quality Of Life Of Urinary Incontinence In Japanese Working Women: Assessment By Ici Questionnaire And Sf-36 Health Survey. Urology, Vol. 66, pp. 88–93.
- [18] Dankó Dávid: Az inkontinenciaellátás finanszírozásának lehetséges irányai, Budapest, 2010.november 18. http://www.tena.hu/Documents/6_Region_East/Hungary/Let%C3%B6lt%C3%A9sek/Dank%C3%B3%20D%C3%A1vid.pdf, Letöltve: 2012. augusztus 2.
- [19] Synovate piackutatás (2010), GfK kutatás (2011) alapján
- [20] Bartoli, S. et al. (2010): Impact on Quality of Life of Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Systematic Literature Review. Urology, Vol. 75, pp. 491–501.
- [21] Cheater, F. M. et al. (2008): The nature and impact of urinary incontinence experienced by patients receiving community nursing services: A cross-sectional cohort study. International Journal of Nursing Studies, Vol. 45, pp. 339–351.
- [22] Coyne, K. S. et al. (2003): The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. British Journal of Urology International, Vol. 92, pp. 731-735.
- [23] DuBeau, C. E. et al. (2006): The Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life in Older Nursing Home Residents. Journal of American Geriatrics Society, Vol. 54, No. 9, pp. 1325–1333.
- [24] Tolkki, O. (2010): The Total Cost of Incontinence. Global Forum on Incontinence, Prague..
- [25] Azuma R. et al. (2008): Prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of life of Japanese women. Nursing and Health Sciences, No. 10, pp. 151-158.
- [26] Bradway, Ch. et al. (2008): Lower urinary tract symptoms in women—A common but neglected problem. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, Vol. 20, pp. 311-318.
- [27] Correia, S. et al. (2009): Urinary Incontinence and Overactive Bladder. Arquivos De Medicina, Vol. 23, No. 1, pp: 13-21.
- [28] Milsom, I. (2010): Incontinence – The Current Situation. Global Forum on Incontinence, Prague.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA

Dr. Dankó Dávid bemutatása lapunk IX. évfolyamának 10., **Dr. Molnár Márk Péter** bemutatása pedig lapunk IX. évfolyamának 8. számában olvasható.



Erdi Péter Balázs 2010-ben szerezte Egészségügyi Szervező alap diplomáját Egészségbiztosítási szakirányon a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Egészségügyi karán. Jelenleg az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi karán Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás szakon és Egészség-gazdaságtani szakirányon hallgató.