

standard – 1. ustálená a žádoucí míra či stupeň, sloužící jako základ hodnocení vybavení, procesu, výkonu či výsledku lékařské a ošetrovatelské činnosti – závazná jakost poskytované péče 2. známý vzorek, ev. hodnota či úroveň umožňující porovnání.
Velký lékařský slovník

Standards v oblasti zdravotní péče

Ivan Malý, ESF MU

Soudě podle programového prohlášení, vláda hodlá „postavit bariéry tendencím k prohlubujícím se rozdílům mezi jednotlivými kraji a okresy vytvořením systému standardů dostupnosti služeb sociální a technické infrastruktury“. Některé aktivity ministerstva zdravotnictví naznačují, že to má platit i pro oblast služeb zdravotnických. Na rozdíl od aktivit ministerstva práce a sociálních věcí se tu více mluví o standardech dostupnosti (resp. vybavenosti) než standardech výkonnosti¹. To souvisí s odlišnou institucionální základnou² a také s potřebou spíše redukovat síť poskytovatelů služeb. Zatím jde ovšem spíše jen o náznaky (např. proklamace kritizující rozdíly v počtu lůžek na 1000 osob v jednotlivých okresech, snaha o částečnou koordinaci v oblasti investičně a provozně nákladné, tzv. vybrané zdravotnické techniky).

V souvislosti se vznikem krajů vloni vydalo MZ ČR **Metodiku pro kraje a obce s rozšířenou působností**, kde stanovuje „Zásady optimalizace sítě zdravotnických zařízení“. Bohužel, materiál je poskytován pouze pro vnitřní potřebu krajů, obcí s rozšířenou působností a zdravotnických zařízení, takže ho autor doposud neměl k dispozici.

Metody stanovování standardů - benchmarking

Standards zdravotní péče - guidliness – doporučené postupy, „poukázka na proplacení“ standard a nadstandard. *Lege artis*;

Standards vybavenosti – předpoklady kvality – role centra resp. příslušných jurisdikcí (kraje)

Standards dostupnosti (15 minut sanitka, počty lůžek, ..)

Nákladové standardy, zdola benchmarking – srovnávání vlastních nákladů v zájmu hledání rezerv a snižování nákladů

Různost nákladů jako „zločin“ – resp. nepořádky – ZN 2/2003 – Fiala;

¹ Standardy výkonnosti představují minimální přijatelnou úroveň zabezpečení sociálních služeb, která musí být naplněna. Je vyjádřena prostřednictvím výkonových ukazatelů. Standardy výkonnosti by měly vycházet např. ze zahraničních zkušeností a očekávání uživatelů a reflektovat i politické priority. V praxi spornou záležitostí je otázka, nakolik by měly respektovat aktuální rozpočtové omezení. To je obecný problém standardů jako takových (podrobněji v dalším textu).

² Formálně vzato, zákon č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění stanovuje povinnost zabezpečit dostatečnou síť poskytovatelů zdravotnických služeb, která by zajišťovala dostupnost péče, zdravotním pojišťovněm. Role státu a místních samospráv je oproti jiným oblastem sociálních služeb odlišná.

Standardy nákladů

- už vůbec nic – dáno de facto stanovením ceny resp. výší úhrady. Teoreticky by neměli náklady překročit. Víme však, že náklady oscilují kolem – křížové dotace, deficity, "zisková marže" (náklady by byly menší, ale..)

zde se do jisté míry spíše aplikuje benchmarking, vnitřní nákladové standardy, výkonové standardy (ošetřovatelská péče...

Standardy vybavení:

- obecné předpoklady (hygiena, požární ochrana, přístup pro hendikepované – obecná právní úprava příslušných ministerstev)
- kapacitní standardy (sít' zařízení, dostupnost lůžek, parametry služby např. rychlá zdravotní pomoc – vyhl. resp. jurisdikce Ministerstva zdravotnictví)
- vybavení přístrojové (co musí mít, aby mohli být „akreditováni“ pro poskytování konkrétních služeb... *o tom vcelku nic nevím...nepochybně ale něco určitě je.*

Standardy – ekonomický rozměr – úspora nákladů, zvýšení efektivnosti.

Má i rozměr zachování rovnosti přístupu, spravedlnosti. Zde komplikováno: viz např. LeGrand

LE GRAND, J.: The Strategy of Equality – Redistribution and the Social Services. George Alen & Unwin, London, 1982, ISBN 0-04-336074-2

Rovnost *equality* čeho

Minimálně pět možných odpovědí

1. Rovnost veřejných výdajů – ale: za stejné peníze může být různý výstup (ceny vstupů, náklady související s místními podmínkami, co jinde stačí na luxus, jinde může stačit sotva na minimum...)
2. rovnost konečného příjmu – to je dost divoké, lze chápat u transferů, ale pokud se aplikuje na in kind benefits... velice problematický koncept. Proč by mělo být nivelizováno? Jaká by měla být role jednotlivých veřejných služeb – pro posuzování např. distribuce zdravotní péče je to koncept k ničemu... V zásadě je to logika, že chudí to mají za veřejné a bohatí si to mohou dovolit sami. Což ovšem předpokládá existenci dvojkolejných systémů... Nejde ani tak o rovnost, ale vyrovnávání.
3. equality of use (rovnost ve spotřebě?) – stejná péče u stejné potřeby
4. rovnost v nákladech (costs) – soukromých nákladů na jednotku služby?! - co kompenzace jinými in kind benefits, resp. nižšími náklady na jiné služby, resp. co *ted' si nemůžu vzpomenout* příjmy, které mají povahu ušetřených nákladů ... (*DtaP*)
5. rovnost ve výstupu (outcome) – stav zdraví, stupeň vzdělání

Metodologická otázka equality mezi kým – socioekonomické skupiny, třídy... příjmové, profesní, statusové skupiny... *tady velice opatrně,*

standardsy efektivní léčebné péče

– viz stahy z internetu, lege artis, odborný prvek

standard kvality zdravotní péče – přesně popsaná kvantitativní či kvalitativní úroveň kritéria zdravotní péče, jež je v daném okamžiku či době považována za výraz žádoucí kvality zdravotní péče. S. mohou být normativní (optimální podle literárních údajů či názoru expertů a podle hodnot společnosti) či empirické (odvozené od aktuálního měření péče). S. mohou být externí (stanovené vně zdravotnického zařízení) nebo interní (stanovené těmi, kdo je sledují). *S. se mění s pokrokem medicíny a se zlepšováním péče*

K čemu tedy nesmí nikdy dojít?

Aby bylo dosaženo maximální pravděpodobnosti vyléčení, zlepšení stavu, prodloužení života, nesmí lékař nikdy upřednostnit či potlačit některou z léčebných metod, ať již z neznalosti, pohodlnosti nebo **dokonce z komerčních důvodů**. A bohužel se tak často děje - polostátní a zborčené řízení, chimérické, nekoordinované projekty a koncepce, lobbysmus atd.

Existuje jednoduchý, ale také prakticky jediný způsob obrany.

Jsou to propracované léčebné standardy, kdy každá odchylka musí být lékařem pečlivě zvážena, zdůvodněna a zodpovězena. Tyto standardy by měly být vypracovány v dvou rovinách, pro lékaře (to je profesionální záležitost) a pro nemocného.

Pro nemocného proto, aby věděl co může očekávat, **ale také a hlavně proto - na čem musí trvat!**

Navzdory úsilí poctivých odborníků léčebné standardy české zdravotnictví nemá. Nemá je ani pro oblast nádorových chorob, rakoviny. To málo co tu a tam existuje je v profesní rovině, těžko laikovi dostupné, srozumitelné a sotva tedy použitelné pro běžného nemocného a díky nízké odborné úrovni většinou nepoužitelné i pro odborníky. Tento stav vyplynul ze snahy, získat bez jakékoliv kontroly a s minimem práce co nejvíce peněz a společnost se tomu doposud nedokáže bránit.

Kde je pomoc?

Existují však standardní postupy pro léčbu nádorových chorob, vypracované pro lékaře i ve zmíněném smyslu pro nemocné či jejich přátele, jsou na nejvyšší odborné úrovni, jsou udržovány pravidelně v aktuálním stavu, jsou veřejně zcela dostupné a jsou **odborně naprosto nezpochybnitelné**. A samozřejmě i u nás.

Národní onkologický ústav, tedy [Nacional Cancer Institut, Bethesda, Maryland, U.S.A.](#), takovéto standardy vypracoval a učinil s pomocí Internetu snadno dostupné kdekoliv na světě. Pro 80 druhů nádorových onemocnění jsou uvedeny standardní léčebné postupy na stránce [NCI - PDQ: databáze medicínských informací](#).

Co je to PDQ ?

PDQ je počítačový systém, který přináší neustále aktualizované informace o rakovině, její prevenci, diagnostických metodách, zacházení, a podpůrné péči. Je to služba Národního ústavu pro rakovinu (NCI, USA), je pro nemocné s rakovinou, jejich rodiny, pro lékaře, ošetřovatelky, a ostatní profesionály v oblasti zdravotní péče.

Systém si klade za úkol poskytovat co nejčerstvější informace, neustále aktualizované, posuzované specializovanými odborníky, ve zmíněných oblastech (léčba, prevence, sledování a podpůrná péče) jednou měsíčně. PDQ také poskytuje informace o nejnovějších výzkumech, klinických testech a programech.

Jak PDQ použít?

Cílem je poskytnout nejnovější informace pro různé druhy nádorových onemocnění. Má poskytnout nemocnému, nebo jeho příbuzným, podklady k diskusi s lékařem, specialistou, který má o nemocném konkrétní informace.

16.04.2001 Aleš Bourek.

Materiál pro zájemce o tvorbu SELP

(standardů efektivní léčebné péče)

vznikající standard (standardní medicínský postup) by měl být rozsahem omezen na zhruba 10 stránek textu formátu A4.

Pokud začnete standard tvořit, je jedním z možných postupů následující:

1. Jasně definovat téma SELP. V této prvotní pilotní fázi tvorby českých medicínských standardů se prosím pokud možno vyhněte kontroverzním medicínským postupům, případně velmi komplexní problematice, která bude vyžadovat více času, financí i zkušeností, než kterými v současnosti disponujeme. Teď jde o to vyzkoušet si, že umíme vytvořit standardy s jednotným vzhledem, dokonalým a nenapadnutelným obsahem, které budou tvořit stavební kameny pro Národní registr medicínských standardů a budou dostupné všem lékařům v České republice.
2. Nazvat přesně vypracovávané téma a případně kontaktovat tajemníka Národní rady pro medicínské standardy. Ten je ve stálém kontaktu jednak se členy NRMS, jednak se členy Vědecké rady ČLK a zástupci odborných společností v ČR.
3. Provést důkladnou rešerši v Medline, Bohemoslovenice a na Internetu (nebo aktualizovat rešerši kterou ji. máte provedenou) a zjistit kdo, kdy, kde a v jaké kvalitě téma identické s tím co zpracováváte publikoval. Pokud takto získáte kvalitní materiály, je vhodné je pokud možno respektovat. V blízké budoucnosti bude potřeba, aby naše Národní standardy byly kompatibilní se standardy ostatních evropských států. Musejí být proto tvořeny na základě obecně přijatých medicínských zásad ve světě, nebo minimálně v evropském regionu. Prosím vyvarujte se jakýchkoliv postupů, které nejsou evidence-based (založené na důkazech, založené na aktuálních a věrohodných informacích). Vycházejte z "validních zdrojů" uvedených v příloze.
4. Vyplňte si příložený registrační list standardu. Nad rubrikami, které Vám nedávají smysl si nelamte hlavu a nechejte je nevyplněné. Pokud je třeba držet se v některých případech oficiálně uznané nomenklatury (sazebník výkonů, klasifikace nemocí MKN-10 aj.), dejte si práci a vyhledejte a přepište názvy přesně, jinak nebude možné Vámi vytvořený standard provázat s jinými.
5. Vypracujte si rukou napsaný algoritmus postupu, užitje v něm pouze doporučené značení jednotlivých rozhodovacích nebo popisných kroků (viz. příloha). Tam, kde máte dojem, že je "rámeček" třeba okomentovat, označte si místo číslem anotace, která bude součástí textové části Vašeho standardu.
6. Ze schématu zjistěte, kde se vyskytují styčná místa s jinými lékařskými obory, než je Váš vlastní, případně jaký jiný obor do standardu jakkoliv zasahuje (laboratorní složky, zobrazovací metody, praktický lékař, endokrinolog atd.).
7. Vyzvěte kolegy z těchto oborů k vnitřní oponentuře ji. v době, kdy standard tvoříte. Pokud Vás nikdo vhodný nenapadne, kontaktujte prosím tajemníka NRMS, který má jednak databázi případných oponentů, jednak má možnost navrhnout oponenta po konzultaci v NRMS.
8. Standard zkompletujte a pošlete nejlépe jak v tištěné, tak v elektronické formě (to co budete psát na počítači) tajemníkovi NRMS. Finanční stránku věci záleží na aktuální dostupnosti grantových i dalších prostředků.

Věřím, že Vás problematika zaujme, stejně jsme se o standardy ji. v minulosti snažili každý vlastními silami, z altruistických pohnutek, bez koordinace, jednotné vize projektu a bez jakéhokoliv financování. **Standardy prosím chápejte jako určitou službu Vaším kolegům, kterým se zdarma dostane do rukou aktuální materiál o současných medicínských postupech zpracovaný odborníky, kteří problematice rozumí a dokáží věci přehledně a stručně shrnout tak, aby standard mohl být vodítkem nejefektivnějšího medicínského postupu u velké části (zahraniční písemnictví uvádí 80%) nemocných.** Lékař obeznámený se standardem potom může daleko efektivněji využít získaný čas k řešení právě těch složitých "nestandardních" situací.

Vzorové standardy je možné nalézt na Internetu na adrese:

<http://www.mediquali.cz> poklepním na odkaz STANDARDY nebo na konci mé domovské stránky na adrese <http://www.med.muni.cz/~bourek>

Národní rada pro medicínské standardy České republiky.

Na těchto stránkách je prezentována první série standardů provedených podle metodiky kompatibilní s Donabedianovou deskripcí zdravotní péče a reflektující požadavky ISO 9001/9004. Jedná se o první pokus kombinovaného provedení textu a grafického znázornění procesu péče pomocí vývojového diagramu v plně elektronické verzi s využitím zkřížených odkazů pomocí hypertextu. Na stránkách www.MediQuali.cz můžete dále sledovat další vývoj procesu zpracování a aktualizace standardů efektivní léčebné péče.

Postoje občanů k nadstandardní hrazené péči

Zpráva z výzkumu veřejného mínění pro Českou lékařskou komoru

Firma SOFRES-Factum, s. r. o., provedla exklusivně pro potřeby České lékařské komory výzkum postojů občanů České republiky k problematice nadstandardních placených služeb, které v budoucnu hodlají lékaři nabízet svým pacientům. Výzkum byl realizován od 6. do 7. prosince 2000 na reprezentativním vzorku 500 respondentů technikou telefonického standardizovaného dotazování, které provedli proškolení tazatelé firmy SOFRES-FACTUM, s. r. o.

Nejvýraznějším důvodem pro nesouhlas je ve 43 % nespravedlnost vůči pacientům, kteří si nadstandardní služby nebudou moci dovolit, dále je to ve 23 % případů uváděný nedostatek finančních prostředků a ve stejném podílu případů názor, že na zdravotní pojištění už občané platí dost.

Při zavedení nadstandardních placených služeb by za ně byly ochotny platit dvě třetiny veřejnosti. V závislosti na rostoucím příjmu výrazně roste zájem o nadstandardní placené služby.

V největší míře chtějí občané platit za ošetření v ordinaci mimo ordinaci hodiny a za návštěvy lékaře v místě bydliště kromě akutních případů. Naopak výrazně malý zájem projevili o možnost přednostního ošetření před ostatními pacienty (za předpokladu stejné akutnosti choroby) a ošetření přesně v čase, na kdy byli objednáni. Mezi další služby, za které by si byli občané ochotni připlatit, se řadí zejména lepší zubařská péče, možnost speciálního vyšetření a lepší vybavení pokojů v nemocnicích. Mimo tyto návrhy se vyskytly i některé další zajímavé podněty, například konzultace po internetu,

Příkazem pana ministra byla zřízena Komise pro posuzování rozmístění přístrojů vybrané zdravotnické techniky (VZT) a byl vypracován Statut a jednací řád této komise. V současné době je řešena možnost spolupráce v oblasti VZT mezi MZ a dalšími zdravotními pojišťovnami (jinými než VZP).

Mezi investičně a provozně nákladnou, tzv. vybranou zdravotnickou techniku, patří: počítačový tomograf (CT), magnetická rezonance (MR), angiografický komplet, terapeutický ozařovač, rtg. simulátor, plánovací systém 3D pro radioterapii, skiaskopicko-skiografický komplet s velkou rozlišovací schopností, gamakamera, kamera pro PET, lithotryptor neinvazivní na principu rázové vlny,

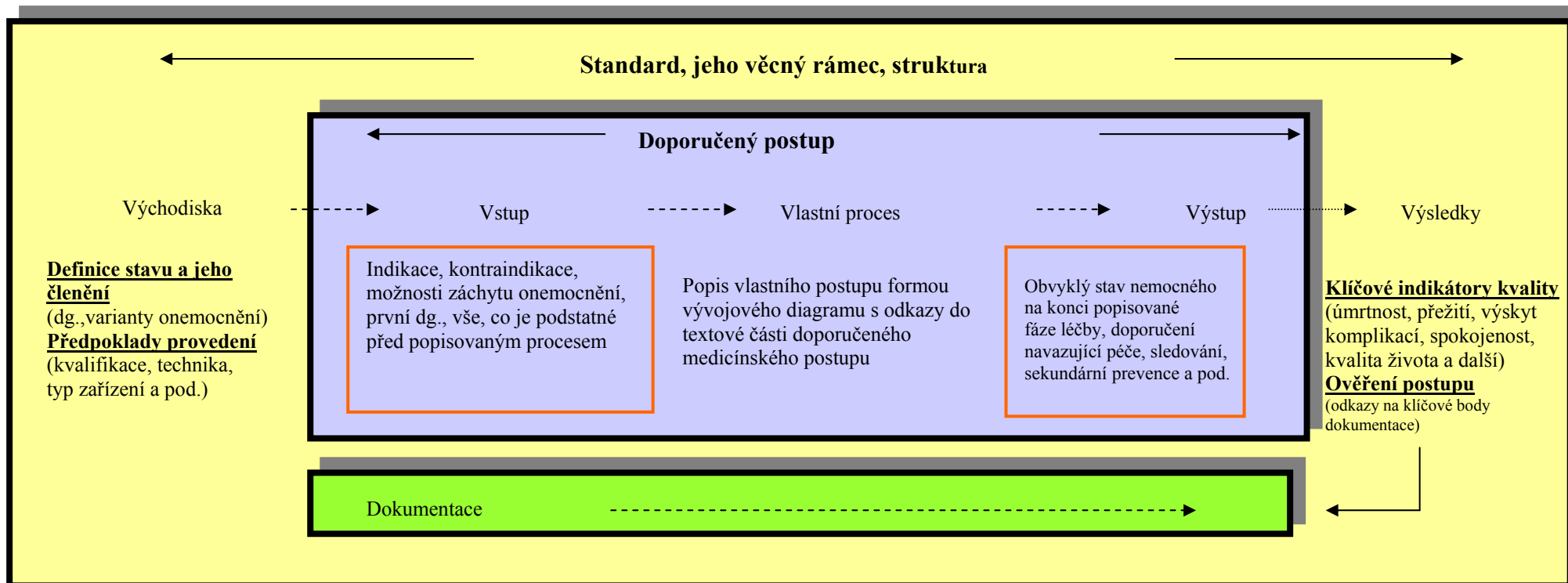
hyperbarická komora, mamografický přístroj, hemodialyzační lůžko + hemodialyzační monitor, rtg dvoufotonový celotělový kostní denzitometr a laser pro transmyokardiální revaskularizaci (TMLR). V současné době je řešeno zařazení systému pro peroperační navigaci mezi VZT.

Komise projednává žádosti zdravotnických zařízení o souhlas s umístěním, provozem a obměnou přístrojů VZT na základě vyžádaných údajů (příloha č. 1) a v souladu s kritérii rozmístění přístrojů VZT, která zohledňují kromě spádovosti, odbornosti, efektivity využití, indikačních kritérií a provozní doby následující principy:

- soulad s koncepcí oborů specializované péče
- optimální centralizace pracovišť RDG, RTO, NM s přístroji VZT do lůžkových zařízení vyššího a středního typu s určením spádové oblasti respektované státem a ZP, zabezpečení dostupnosti v měřítku celostátním a podle VÚSC
- kategorizace přístrojů
- krytí provozních nákladů a pravidelné obnovy přístrojového parku na základě jednoznačně stanovené amortizační doby
- požadavek personálního vybavení pracovišť
- stávající stav sítě rozmístění VZT, srovnání s EU
- harmonogram obměny a dovybavení VZT s vytyčením priorit

Mapy vybavenosti (např. mamograf)

Doporučený postup a standard



Doporučený postup je součástí standardu, jeho vývojovým stupněm. Jeho hlavním cílem je popsat předmětný proces, tedy doporučení, jak postupovat při diagnostice, léčbě a ošetřování nemocného s konkrétní chorobou. **Standard**, neboli norma vzniká tím, že exaktně definujeme podmínky a připojíme k doporučenému postupu měřitelná kritéria a indikátory kvality a efektivity. Standard je pak možno zapojit do systému měření kvality, využít jej při posuzování ekonomických aspektů péče a při stanovení formy a výše úhrady péče. Úkolem odborných autorských týmů ČLK a ČLS JEP je zpracování doporučených postupů s předběžným návrhem vhodných kritérií a dalších informací potřebných k následnému zpracování standardu.