

---

Implementačná stratégia pre vytvorenie a implementovanie  
štandardných klinických postupov a štandardných postupov pre výkon  
prevencie

# Obsah

Úvod .....	2
1. Súčasný stav .....	5
1.1. Definícia, účel a metodika tvorby štandardných klinických postupov .....	5
1.2. História a súčasný stav tvorby a využívania ŠDTP na Slovensku .....	7
2. Hlavné problémy v súčasnosti .....	9
2.1. Legislatívny rámec a právna forma (záväznosť a vymáhateľnosť ŠDTP).....	10
2.2. Metodika a kompetencie (tvorba, adaptácia, implementácia a revízia ŠDTP v praxi) .....	12
2.3. Stanovenie priorít v tvorbe ŠDTP .....	13
2.4. Platobné mechanizmy ako motivácia k výkonu.....	14
2.5. Implementácia ŠDTP v praxi .....	14
2.6. Inštitucionalizácia tvorby ŠDTP .....	15
2.7. Potreby pacientov.....	16
2.8. Financovanie.....	17
3. Kľúčové ukazovatele .....	18
3.1. ŠDTP.....	18
3.2. Prevencia .....	18
4. Strategické ciele .....	19
4.1. Štandardné diagnostické a terapeutické postupy .....	19
4.2. Štandardné postupy pre výkon prevencie .....	19
5. Opatrenia .....	21
5.1. Legislatívny rámec a právna forma (záväznosť a vymáhateľnosť ŠDTP) .....	21
5.2. Metodika a kompetencie (tvorba, adaptácia, implementácia a revízia ŠDTP v praxi).....	22
5.3. Stanovenie priorít v tvorbe ŠDTP .....	22
5.4. Platobné mechanizmy kapitácia vs. výkony .....	24
5.5. Implementácia ŠDTP v praxi .....	24
5.6. Inštitucionalizácia tvorby a dohľadu nad ŠDTP .....	25
5.7. Potreby pacientov.....	25
5.8. Financovanie a indikatívny rozpočet .....	26
Záver .....	30

## Úvod

**Strategický rámec v oblasti zdravia pre roky 2014 – 2030** (ďalej len Strategický rámec) bol schválený vládou Slovenskej republiky dňa 18. decembra 2013 predstavuje základný dokument, ktorý by mal v strednodobom a dlhodobom horizonte určovať smerovanie štátnej politiky zdravia na Slovensku<sup>1</sup>.

**Jeden z dôležitých nástrojov a ukazovateľov, s ktorým „Stratégia“ pracuje, sú standardizované klinické postupy vo všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ústavnej zdravotnej starostlivosti a prevencii vo vybraných prioritných terapeutických oblastiach. Cieľom ich vypracovania a zavedenia do praxe je dôkladnejšia špecifikácia kompetencií jednotlivých poskytovateľov, zosúladenie a štandardizácia postupov diagnostik, liečby a prevencie vo vybraných prioritných oblastiach.** S tým súvisí nielen zníženie ekonomického plytvania z dôvodu nedostatočnej koordinácie a duplicit, ale aj zvýšenie kvality, efektívnosti a dostupnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre pacienta, pretože ten bude mať dostupný širší rozsah starostlivosti u jedného ošetrojúceho lekára, na jednom mieste a čase.

Zdravotný stav obyvateľstva SR v porovnaní s krajinami EÚ má mnohé negatívne odchýlky o čom svedčia aj štatistické údaje Národného centra pre zdravotnícke informácie NCZI a medzinárodné porovnania zdravotného stavu obyvateľov Slovenska.<sup>2,3</sup>

Kratší počet rokov zdravého života pri narodení (Healthy Life Year at Birth) slovenskej populácie v porovnaní s priemerom EÚ ( 53,4 rokov pre slovenských mužov oproti veku 61,3 EÚ28 znamená až 8 rokov znevýhodnenia, podobne to platí aj pre ženy ).<sup>4</sup> vedie k predčasnému odchodu z trhu práce a sociálnemu vylúčeniu osôb v dôchodkovom veku.

Stredná dĺžka života - nádej na dožitie pri narodení u mužov v SR 2011 dosiahla 72,2 roka a žien 79,4 roka, čo nedosahuje ani priemer Európskej únie (r. 2011, muži 77,3, ženy 83,1).

Hrubá miera úmrtnosti - Slovenská republika sa s hodnotou úmrtnosti 9,6 ‰ pohybuje blízko priemeru Európskej únie (9,7, r. 2011).

Dojčenská úmrtnosť - Slovenská republika s hodnotou 4,9 ‰ (r. 2011) prevyšuje priemer Európskej únie o 0,9 percentuálneho bodu. Najnižšiu dojčenskú úmrtnosť zaznamenávajú škandinávске krajiny, a to v Nórsku (2,3 ‰, r. 2011) a Fínsku.

Úmrtnosť na choroby obehovej sústavy - porovnanie mier úmrtnosti štandardizovaných na európsku populáciu uvádza vysoké hodnoty pri chorobách obehovej sústavy (CHOS). Údaje za Slovenskú republiku r. 2011, u mužov 515,7 a žien 337,6, sú takmer 2-násobne vyššie ako hodnoty Európskej únie.

---

<sup>1</sup> MZ SR: Strategický rámec v oblasti zdravia pre roky 2014 – 2030. Dostupné na internete:

<http://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>

<sup>2</sup> NCZI: Zdravotnícka ročenka SR 2012. s. 213. Dostupné na internete:

[http://www.nczisk.sk/Publikacie/Edicia\\_roceniak/Pages/default.aspx](http://www.nczisk.sk/Publikacie/Edicia_roceniak/Pages/default.aspx)

<sup>3</sup> Tamže. Medzinárodné údaje sú čerpané z databázy Svetovej zdravotníckej organizácie, HFA – Zdravie pre všetkých - Európsky región, aktualizácia z júla 2013.

<sup>4</sup> EUROSTAT: Healthy life years statistics. Dostupné na internete:

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/File:Healthy\\_life\\_years\\_2012\\_\(years\)\\_YB14\\_II.png](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/File:Healthy_life_years_2012_(years)_YB14_II.png)

(NCZI realizovalo v roku 2013 komplexnú revíziu príčin úmrtí z databáz Štatistického úradu SR za rok 2011. Po revízii miera štandardizovanej úmrtnosti na CHOS v roku 2011 klesla po revízii u mužov na 447,8 a u žien na 291,0 na 100 000 obyvateľov).

Úmrtnosť na zhubné nádory - Slovensko sa s hodnotou úmrtnosti mužov na zhubné nádory 273,9 na 100 000 obyvateľov (r. 2011) zaraďuje medzi krajiny s vyššou úmrtnosťou a s úmrtnosťou žien (114,6, r. 2011) sa nachádza skôr v spodnej časti rebríčka. Údaje za Európsku úniu v úmrtnosti na zhubné nádory u mužov sú 219,8 (r. 2011) a žien 128,9 (r. 2011) na 100 000 obyvateľov.

Podľa údajov OECD Slovensko v súčasnosti dosahuje najhoršie výsledky v ukazovateli efektívnosti zdravotnej starostlivosti, pričom ešte v roku 2003 sa Slovensko pohybovalo na úrovni priemeru OECD.<sup>5</sup> Medzi všetkými sledovanými krajinami Slovensko za posledné obdobie zaznamenalo najväčší prepád.

Medzi príčiny nízkej efektívnosti slovenského zdravotníctva patria aj nedostatky v medicínskej prevencii a chýbajúce resp. nedostatočné jednotné štandardy pre diagnostiku a liečbu ochorení a tiež štandardné postupy pre výkon prevencie. Dostupná kvalitná a účinná prevencia je základným predpokladom zlepšovania nákladovej efektívnosti zdravotníctva.

Preventívnu prehliadku u všeobecného lekára pre dospelých absolvuje aktuálne iba 32% z celkového počtu kapítovaných pacientov<sup>6</sup>. Chýbajúce jednotné postupy pre výkon preventívnych prehliadok, ktoré by systematickým spôsobom pokrývali prevenciu všetkých najzávažnejších ochorení, tiež znižujú účinnosť vykonávaných preventívnych prehliadok. Nízku dostupnosť ku kvalite a efektívnosti v poskytovaní zdravotnej starostlivosti rovnako ovplyvňuje aj fakt neexistencie alebo nedostatočného spracovania jednotných klinických postupov, ktoré by reflektovali najnovšie poznatky v medicíne a zabezpečovali účinné prepojenie postupov klinickej liečby na všetkých úrovniach poskytovania zdravotnej starostlivosti s dôrazom na posilnenie kompetencií v primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

Z hľadiska jednotlivých úrovní poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je pre dosiahnutie lepšej dostupnosti ku kvalitnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti kľúčová sieť primárnej všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorá by mala plniť dôležitú úlohu „gate keepera“ pre celý systém zdravotníctva. Podľa skúseností z iných krajín EÚ dokáže funkčná sieť primárnej všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti riešiť až 80% všetkých prípadov bez potreby ďalších úrovní poskytovania zdravotnej starostlivosti (špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť a ústavná zdravotná starostlivosť), pričom v súčasnosti je to v SR menej ako 30%. Výsledkom je veľké množstvo nepotrebných návštev u lekárov (ročný priemer na Slovensku je 11,0 oproti priemeru OECD na úrovni 6,6)<sup>7</sup>. V prípade absencie systémových riešení uvedených problémov sa dlhodobo nepodarí zlepšiť efektívnosť slovenského zdravotníctva a neustále bude narastať tlak na zvyšovanie finančných prostriedkov do zdravotníctva (na ktoré štát nebude mať zdroje z dôvodu nepriaznivého demografického vývoja

<sup>5</sup> Podrobnejšie pozri: IFP MF SR : Málo zdravia za veľa peňazí: Analýza efektívnosti slovenského zdravotníctva (december 2012), s.16-18. Dostupné na internete: <https://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=8789>

<sup>6</sup> Zdroj: VŠZP

<sup>7</sup> OECD: OECD Health Statistics 2013 - Frequently Requested Data. Dostupné na internete

<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm>

a potreby fiškálnej konsolidácie), čím sa zdravotná starostlivosť stane nevyhnutne menej dostupnou (napríklad zhoršením finančnej dostupnosti v dôsledku zvyšovanie súkromných výdavkov – doplatkov v zdravotníctve). To bude viesť k zhoršovaniu zdravotného stavu obyvateľstva, prehľbovaniu regionálnych rozdielov a k sociálnemu vylúčeniu najrizikovejších skupín obyvateľstva ohrozených chudobou.

Vytvorením a zavedením štandardných postupov pre výkon prevencie na úrovni primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti sa umožní skvalitniť výkon prevencie (dostupnosť k rovnako kvalitnej medicínskej prevencii na celom území Slovenska) a zvýšiť počet vykonávaných preventívnych prehliadok. Zvýšenie počtu a skvalitnenie výkonov preventívnych prehliadok zlepší diagnostiku najzávažnejších druhov ochorení v ich skorých štádiách, čím je možné tieto ochorenia liečiť rýchlejšie, účinnejšie a lacnejšie. **Štandardné postupy pre výkon prevencie budú primárne zamerané na účinnú prevenciu spoločensky najzávažnejších druhov ochorení, ktorými sú kardiovaskulárne ochorenia, onkologické ochorenia, endokrinné a metabolické poruchy a neurodegeneratívne ochorenia.**

Vytvorením a zavedením jednotných klinických postupov pre diagnostiku a liečbu najzávažnejších a najčastejších ochorení na všetkých úrovniach poskytovania zdravotnej starostlivosti sa zvýši kvalita a účinnosť liečby a zabezpečí sa dostupnosť k rovnako kvalitnej zdravotnej starostlivosti na celom území Slovenska.

# 1. Súčasný stav

## 1.1. Definícia, účel a metodika tvorby štandardných klinických postupov

V praxi často dochádza k nejednotnosti pri používaní odbornej terminológie, ktorá sa týka klinických odporúčaní, štandardov, protokolov či algoritmov. Z toho vyplývajú niektoré nedorozumenia, ktoré sa týkajú účelu, aplikácie a tiež miery záväznosti týchto dokumentov pre užívateľov v praxi. Preto pre účely tohto dokumentu a pre potreby budúcej prax budeme teda vychádzať z terminológie platnej slovenskej legislatívy a pokúsime sa popísať aj niektoré právne, ale aj praktické súvislosti ich používania na území Slovenskej republiky.

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti) ustanovuje kompetencie Ministerstva zdravotníctva SR:

“Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej MZ SR) v rámci svojej pôsobnosti odborne usmerňuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti, **vydáva štandardné diagnostické postupy a štandardné terapeutické postupy** a koordinuje výskumnú činnosť v zdravotníctve a uplatňovanie výsledkov vedeckého výskumu v praxi.”<sup>8</sup>

**Definícia klinických postupov (odporúčaní) NICE** jednej z najrešpektovanejších organizácií z Veľkej Británie (NICE =National institute for Health and Care Excellence), ktorá sa zaoberá tvorbou klinických odporúčaní:

- **Klinické postupy (anglický termín clinical guideline)** sú odporúčania NICE na primeranú liečbu a starostlivosť o ľudí s určitým ochorením a stavom v rámci zdravotného systému (UK a Walesu - NHS). Sú založené na najlepších dostupných dôkazoch. Hoci klinické postupy/odporúčania pomáhajú zdravotníckym pracovníkom v ich práci, nie sú náhradou ich vedomostí a zručností.
- **Účel klinických postupov/odporúčaní NICE:**  
Dobrý klinický postup má za cieľ zlepšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti. Môže zmeniť proces poskytovania zdravotnej starostlivosti a zlepšiť šance ľudí na prístup k čo najlepšej starostlivosti.  
Klinické odporúčania (NICE) môžu:
  - poskytnúť odporúčania na liečbu a starostlivosť o ľudí zdravotníckymi pracovníkmi,
  - byť použité na prípravu štandardov na hodnotenie klinickej praxe jednotlivých zdravotníckych pracovníkov,
  - byť použité na vzdelávanie a tréning zdravotníckych pracovníkov,
  - pomôcť pacientom informovane sa rozhodnúť,

---

<sup>8</sup> §45 ods.1 písm. b) c) a e) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti)

- zlepšiť komunikáciu medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom.<sup>9</sup>

**Slovenské všeobecne záväzné právne predpisy podrobnejšiu definíciu, popis účelu a obsahu štandardných diagnostických a terapeutických postupov neobsahujú.** Ak však porovnáme uvedené, je zrejmé, že prístup slovenských zákonodarcov je užší a účel štandardných diagnostických a terapeutických postupov v zmysle zákona o zdravotnej starostlivosti je viac na strane normy ako odporúčania. Pokiaľ slovenský zákon o zdravotnej starostlivosti (zákon č.576/2004 Z.z.) pracuje s výrazom „štandard“ ako s legislatívnym pojmom priamo v zákone, NICE uvažuje o tom, že klinické odporúčania „môžu byť použité“ ( a teda ja nemusia) na prípravu štandardov len ako o jednej z možností ich využívania.

MZ SR preto v roku 2008 pripravilo „**Koncepciu tvorby štandardných diagnostických a terapeutických postupov**“, ktorá bola prijatá uznesením vlády SR č.628 zo 17.9.2008<sup>10</sup> (ďalej Koncepcia). Podľa tejto Koncepcie MZ SR vydáva ŠDTP vo forme odborného usmernenia MZ SR a publikuje ho vo Vestníku MZ SR, ktorý je verejne dostupný na webe MZ SR. **Koncepcia obsahuje podrobnejšiu definíciu a účel štandardných diagnostických a liečebných postupov (ďalej ŠDTP), popisuje rámcovo v bodoch metodiku ich tvorby a inovácie, využitia, kontroly a monitorovania a zavedenia do praxe.** Koncepcia navrhla základnú štruktúru ŠDTP na vypracovanie odborného usmernenia MZ SR a spomína sa v nej aj potreba jednotného metodického postupu a štatútu, ktorý by upravil činnosť pracovných skupín. Metodický postup pre tvorbu a revíziu ŠDTP ani štatút pracovných skupín podľa tejto Koncepcie však dodnes pripravený nebol, aj keď ŠDTP vydané MZ SR po prijatí Koncepcie v zásade navrhnutú štruktúru a postupy viac-menej rešpektujú.

#### **Definícia štandardných diagnostických a liečebných postupov podľa Koncepcie :**

- **Štandardné diagnostické a liečebné postupy:**
  - 1) sú integrálnou súčasťou celkového systému kvality poskytovaných služieb zdravotnej starostlivosti,
  - 2) predstavujú požadovanú úroveň diagnostických a terapeutických postupov, ktoré sú želateľné, dosiahnuteľné a s ktorými sa porovnávajú aktuálne diagnostické a terapeutické postupy,
  - 3) vymedzia normy na zabezpečenie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti a stanovujú minimálne požiadavky na zabezpečenie najvyššej úrovne kvalitnej a bezpečnej zdravotnej starostlivosti a tiež jej rozsahu a obsahu,
  - 4) budú systematicky tvorené a obnovované (odborné usmernenia) pre zdravotníckych pracovníkov s cieľom správne sa rozhodnúť a orientovať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
  - 5) budú schvaľované MZ SR a uverejňované formou odborného usmernenia vo Vestníku MZ SR,
  - 6) budú zverejňované na internetovej stránke.

<sup>9</sup> NICE: About clinical guidelines. Dostupné na internete:

[http://www.nice.org.uk/aboutnice/whatwedo/aboutclinicalguidelines/about\\_clinical\\_guidelines.jsp](http://www.nice.org.uk/aboutnice/whatwedo/aboutclinicalguidelines/about_clinical_guidelines.jsp)

<sup>10</sup> UZNESENIE VLÁDY SR č.628 zo 17.9.2008: Koncepcia tvorby štandardných diagnostických a terapeutických postupov. Dostupné na internete: <http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/RokovanieDetail/458>

## Účel štandardných diagnostických a liečebných postupov podľa Koncepcie :

- **Štandardné diagnostické a liečebné postupy:**
  - 1) poskytujú poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zdravotníckym pracovníkom odporúčania pre správny a štandardný postup pri diagnostike, liečbe a starostlivosti o pacientov,
  - 2) slúžia na vytvorenie objektívnych kritérií pre hodnotenie úrovne, kvality a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
  - 3) využívajú sa pri sústavnom zdravotníckom vzdelávaní a ďalšom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov,
  - 4) môžu byť použité MZ SR na stanovenie priorít a zlepšenie účinnosti a efektivity zdravotníckeho systému,
  - 5) pomáhajú pri zlepšovaní komunikácie medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom,
  - 6) uľahčujú pacientom získať relevantné informácie o diagnostických a liečebných postupoch, potrebných pre poskytnutie informovaného súhlasu na diagnostický a liečebný zdravotný výkon,
  - 7) slúžia ako podklad pre nákup zdravotnej starostlivosti pre zdravotné poisťovne (ďalej len „ZP“),
  - 8) slúžia ako podklad odporúčaní diagnostických a liečebných postupov pre revíziu činnosť ZP,
  - 9) slúžia ako podklad pre hodnotenie úrovne zdravotnej starostlivosti pre Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“).

### 1.2. História a súčasný stav tvorby a využívania ŠDTP na Slovensku

Potreba popisu a harmonizácie používaných klinických postupov sa objavila na Slovensku pomerne skoro po zmene spoločenských pomerov v roku 1989. V slovenskej odbornej verejnosti a štátnej správe rezonovala vlna zavádzania a používania takýchto odporúčaní v okolitom svete. Prvé štandardné terapeutické a štandardné diagnostické postupy vydané knižne a neskôr ŠDTP vydávané v edícii „Metodické listy“ sú vytvorené na základe medicíny založenej na dôkazoch a v duchu širšieho ponímania klinických odporúčaní, ako popis postupov, ktoré sú v dobe ich vytvorenia postupmi „lege artis“. Sú konsenzuálne uznané odbornou lekárskou verejnosťou a aj ďalšími zúčastnenými subjektmi ako to, čo je v aktuálnom čase v medicíne uznané ako možné a odporúčané, nie však prikázané.

#### 1.2.1. Štandardné diagnostické a štandardné terapeutické postupy vydané knižne

V rokoch 1997 - 2002 vyústili tieto aktivity do publikovania prvej sady ŠDTP, ktoré pripravili odborníci z rôznych medicínskych oblastí. MZ SR poverilo Slovenskú lekársku spoločnosť, aby vypracovala štandardné terapeutické a diagnostické postupy. Koordinačným pracoviskom, ktoré zabezpečovalo prípravu, pripomienkové konanie a oponentúry jednotlivých kapitol štandardných postupov bol vtedajší Ústav preventívnej a klinickej medicíny (ÚPKM) . Pod vedením profesorov Tomáša Trnovca a Rastislava Dzúrika boli vydané knižne **Štandardné terapeutické postupy** (Martin: Osveta, 1997) a **Štandardné diagnostické postupy** (Martin: Osveta, 1998).



### **1.2.2. Metodické listy racionálnej farmakoterapie Ústrednej komisie racionálnej farmakoterapie a liekovej politiky MZ SR (od r.2009 pod názvom Štandardné diagnostické a terapeutické postupy)**

Ďalším edičným a publikačným počinom v oblasti klinických postupov na Slovensku bolo niekoľkoročné vydávanie **Metodických listov racionálnej farmakoterapie**. Gremiálnou poradou ministra zdravotníctva bol schválený algoritmus tvorby metodických listov MZ SR.<sup>11</sup> **Metodické listy racionálnej farmakoterapie** vychádzali v gescii Ústrednej komisie racionálnej farmakoterapie a liekovej politiky MZ SR od roku 1998. Redakciu metodických listov zabezpečoval a do dnešného dňa aj vedie prof. J. Holomáň zo Slovenskej zdravotníckej univerzity. Napriek názvu, ktorý evokoval väzbu len na problematiku farmakoterapie, obsah vydávaných metodických listov bol širší a okrem farmakoterapie sa v listoch venuje priestor aj etiológii, epidemiológii, diagnostike a terapii (a teda aj iným ako len farmakologickým prístupom k liečbe). Metodické listy mali charakter odborného odporúčania pre lekárov prvého kontaktu a lekárov špecialistov s cieľom prispieť k zvyšovaniu úrovne a kvality racionálnej farmakoterapie a liečebného procesu u jednotlivých ochorení. Spočiatku boli uverejňované v časopisoch *Lekársky obzor* a *Farmaceutický obzor*, neskoršie vo vydavateľstve Herba. Metodické listy vydané do januára 2008 je ešte stále možné nájsť na webovej stránke MZ SR v sekcii „Materiály a dokumenty“, posledný publikovaný list na webe MZ SR má číslo 45 a pochádza z roku 2008.

Edícia Metodických listov však pokračovala aj v ďalších rokoch. Metodické listy vychádzajú od č. 46 z marca 2009 pod názvom „**Štandardný diagnostický a terapeutický postup**“ (s podnadvpisom „Metodický list racionálnej farmakoterapie“) vo vydavateľstve Herba doteraz. Komisia racionálnej farmakoterapie a liekovej politiky však nie je v súčasnosti na MZ SR aktívna. V zmysle Organizačného poriadku MZ SR racionálnu farmakoterapiu odborne usmerňuje odbor Kategorizácie cenotvorby a liekovej politiky. **Štandardné diagnostické a terapeutické postupy (s podnadvpisom „Metodický list racionálnej farmakoterapie“)** vydávané vo vydavateľstve Herba majú teda v súčasnosti už len charakter odbornej, aj keď rešpektovanej, lekárskej publikácie.

### **1.2.3. Štandardné diagnostické a terapeutické postupy MZ SR vydávané v podobe odborných usmernení vo Vestníku MZ SR**

Ako sme spomenuli vyššie, vláda SR prijala v septembri 2008 uznesením „**Koncepciu tvorby štandardných diagnostických a terapeutických postupov**“ a vydáva **ŠDTP vo forme odborného usmernenia MZ SR, ktoré publikuje vo Vestníku MZ SR**. Od roku 2008 doteraz vydalo MZ SR približne 45 odborných usmernení, ktoré sa týkajú postupov pri diagnostike a terapii rôznych ochorení a stavov. Niektoré z týchto odborných usmernení prešli opakovanou revíziou alebo boli postupne dopĺňané o nové poznatky v medicíne a z nich odvodené nové postupy a terapie.

---

<sup>11</sup> HSR: Správa MZ SR na rokovanie Vlády SR, s.7. Dostupné na internete: [http://hsr.rokovania.sk/data/att/30175\\_subor.rtf](http://hsr.rokovania.sk/data/att/30175_subor.rtf).

## 2. Hlavné problémy v súčasnosti

V predchádzajúcej časti sme popísali históriu opakovaných pokusov o štandardizáciu klinických postupov a inštitucionalizáciu ich tvorby na Slovensku. **Napriek všetkému doteraz vynaloženému úsiliu a už zrealizovaným výstupom sa zatiaľ nepodarilo udržať v tejto oblasti kontinuitu.** Už vytvorené štandardné diagnostické a terapeutické postupy neplnia takú dôležitú úlohu, ako je tomu v niektorých iných vyspelých zdravotníckych systémoch (UK, Holandsko, Nemecko, Austrália atď.). **Klinické odporúčania či ŠDTP sa v medicínskej praxi na Slovensku nepoužívajú systematicky.** Dôvody, prečo to tak je, sú rôzne.

**ŠDTP sa netvorí, neobnovujú a nepoužívajú systematicky.** Vo forme odborných usmernení MZ SR existujú len pre niektoré vybrané terapeutické oblasti a diagnózy, často však žiadne ŠDTP neexistujú.

Dôsledkom neexistencie ŠDTP sú potom v niektorých oblastiach **nejasné kompetencie** nielen medzi lekármi prvého kontaktu a špecialistami, ale spôsobuje to aj nejasnosť povinností poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a nejasnosť nárokov pacienta s konkrétnym problémom na potrebnú ZS. **Vynára sa aj otázka kvality a rovnosti prístupu k poskytovanej zdravotnej starostlivosti.** Z nejasností pri diagnostike a liečbe môžu potom okrem aplikovania nesprávnych postupov a následných sťažností a forenzných problémov vznikáť aj ekonomické straty a zbytočné šikanovanie pacientov.

Niektoré slovenské odborné lekárske spoločnosti preto vydávajú svojpomocne vlastné klinické odporúčania cestou preberania a úpravy medzinárodných odporúčaní (európskych, USA, celosvetových odporúčaní príslušných odborných lekárskejších spoločností a pod.) a v niektorých prípadoch aj vytváraním vlastných lokálnych odporúčaní pre svojich členov. Tvorba takýchto odporúčaní by však nemala suplovať vydávanie štátom uznaných štandardných postupov – odborných usmernení, ktoré vyžaduje zákon o zdravotnej starostlivosti. Nezodpovedá postupu, ktorý bol prijatý v Konceptii, nie je stanovená jednotná metodika ich tvorby (alebo nie vždy je verejne dostupná) a ani spôsob ich publikácie nie je oficiálny. Avšak v situácii, keď žiadne iné odporúčania v danej oblasti neexistujú, môžu mať aj tieto konsenzuálne odporúčania odborníkov úlohu významnej aplikačnej pomôcky, ktorá v danom stupni vývoja definuje, čo je v danej oblasti medicíny správny postup a ako také môžu slúžiť ako referenčný zdroj tam, kde to situácia vyžaduje.

Túto úlohu dlho plnili aj v vyššie spomínané „Metodické listy“ (neskôr „Štandardné diagnostické a terapeutické listy“), ktoré pôvodne vychádzali s poverením MZ SR a doteraz vychádzajú vo vydavateľstve Herba. Odborná verejnosť je na ne zvyknutá, ich formát je zavedený a odborníci, ktorí sa aj podieľajú na ich tvorbe, ich vnímajú ako ten „správny“ štandard. Vznikla tu teda určitá duplicita a dvojkolažnosť, aj keď tematicky sa prekrývajú so ŠDTP vydanými ako odborné usmernenia MZ SR len čiastočne. V praxi sa totiž odborná verejnosť o existencii odborných usmernení – ŠDTP MZ SR publikovaných vo Vestníku MZ SR často ani nedozvie.

Súčasný stav odborná verejnosť vníma rozporuplne, časť sa cíti zneistená a deklaruje potrebu jednotného prístupu, iná časť skôr preferuje voľnosť a výber z rôznych možností alebo má neutrálny až skeptický postoj. Často však len dovedy, kým čelí reálnemu problému s poskytnutou ZS (v poslednej dobe množiace sa sťažnosti alebo stále častejšie priamo súdne spory pacientov a poskytovateľov).

Ďalej sa pokúsime problémové oblasti pomenovať a rozobrať a v ďalšej časti implementačnej stratégie navrhnúť opatrenia, ktoré by nedostatky dokázali eliminovať.

#### **Problémové oblasti:**

- 2.1 Legislatívny rámec a právna forma (záväznosť a vymáhateľnosť ŠDTP)**
- 2.2 Metodika a kompetencie (tvorba, adaptácia, implementácia a revízia ŠDTP v praxi)**
- 2.3 Stanovenie priorít v tvorbe ŠDTP**
- 2.4 Platobné mechanizmy**
- 2.5 Implementácia ŠDTP v praxi**
- 2.6 Inštitucionalizácia tvorby a dohľadu nad stavom ŠDTP**
- 2.7 Potreby pacientov**
- 2.8 Financovanie**

### **2.1. Legislatívny rámec a právna forma (záväznosť a vymáhateľnosť ŠDTP)**

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti ukladá podľa §4 ods.3 povinnosť poskytovateľom ZS poskytnúť ju „správne“<sup>12</sup> t.j. vykonať všetky potrebné úkony k určeniu diagnózy a správnej liečby a zohľadniť pri tom „všetky súčasné poznatky lekárskej vedy“. Súčasne ten istý zákon na inom mieste v § 45 ods.1 písm. b) a c) splnomocňuje MZ SR k odbornému usmerňovaniu poskytovania zdravotnej starostlivosti a k vydávaniu ŠDTP. Pôvodným úmyslom zákonodarcu pri konštrukcii zákona bolo, aby „správne“ poskytovanie zdravotnej starostlivosti bolo zaručené prostredníctvom štandardizovaných zdravotných výkonov. Neskôr však od takého striktného znenia zákona upustil a §3 ods.2 prepracoval<sup>13</sup> a podmienku, že k správne poskytnutiu zdravotnej starostlivosti podľa §4 ods.3 je nutný zoznam indikovaných zdravotných výkonov pri jednotlivých chorobách vypustil.

Dôvodom bola skutočnosť, že ani niekoľko rokov po prijatí zákona o ZS nebol k dispozícii zoznam zdravotných výkonov a k nim prislúchajúce štandardné diagnostické a terapeutické postupy, ktoré by pokryli celé spektrum indikácií. Reálna prax ukázala, že dikcia zákona bola v tomto ohľade príliš tvrdá a ambiciózna. Podobným vývojom prešli aj ostatné vyspelé krajiny, ktoré na manažment kvality a tvorbu klinických postupov a štandardov majú vybudované podstatne rozsiahlejšie kapacity, akými disponuje Slovensko. Dôvodom však nie je len vecná náročnosť a rozsiahlosť takéhoto prístupu, ale aj špecifické vlastnosti medicíny ako vedy, ktorá sa v čase dynamicky rozvíja a mení veľmi rýchlo.

---

<sup>12</sup> „Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.“

<sup>13</sup> novelizácia zákonom č. 489/2008 Z.z.

Na objektívne posúdenie kvality poskytovanej ZS je síce nevyhnutné mať kvalitné štandardy s indikátormi, ale je potrebné starostlivo zvážiť aj mieru ich záväznosti a k nej zodpovedajúcu formu a to aj s prihliadnutím na nárok a vymáhateľnosť výkonov pacientmi, poskytovateľmi a poisťovňami a potrebu pacienta a lekára na individuálny prístup.

Porovnanie niektorých aspektov vydávania ŠDTP ako odborného usmernenia alebo všeobecne záväzného právneho predpisu

	<b>Odborné usmernenie MZ SR</b> (nie je všeobecne záväzný právny predpis)	<b>Zákon, vyhláška, opatrenie, nariadenie vlády</b> (sú všeobecne záväznými právnymi predpismi)
<b>Právna sila</b> (záväznosť a vymožiteľnosť)	Nie je možné domáhať sa priamo ochrany práv a povinností súdnou cestou na základe porušení ustanovení OÚ  Má charakter odporúčania či aplikačnej pomôcky, ktorá definuje, čo sa <b>aktuálne</b> považuje v danej medicínskej oblasti za postup „lege artis“.  <b>Pružnejší rámec lepšie vyhovuje charakteru medicínskej vedy a jej rýchlym zmenám</b>	<b>Je možné domáhať sa ochrany práv a povinností súdnou cestou</b>
<i>Riziká:</i>	<i>Nie je zabezpečená dostatočná autorita OÚ a tým aj dostatočná ochrana práv a povinností subjektov</i>	<b><i>Môže spôsobiť enormný nárast súdnych konaní kvôli neposkytnutiu ZS v súlade s právnym predpisom a následne aj súdnych konaní o náhradu spôsobenej škody. Súdiť sa môžu všetci zúčastnení (pacient, poskytovateľ, poisťovne)</i></b>
<b>Pružnosť tvorby a revízie</b>	<b>Menej formálny postup</b> <b>Pružnejšie</b> <b>Rýchlejšie</b>	Formálnejší postup
<i>Riziká:</i>	<i>Otázky kvality</i> <i>Nedostatok autority</i>	<i>Nebezpečenstvo, že postup môže byť obsolentný až nesprávny.</i>  <i>Diskriminačný prístup – niektoré oblasti budú regulované a iné nie – nie je možné v krátkej dobe rýchlo vytvoriť potrebné množstvo postupov.</i>
<b>Verejná kontrola</b>	Medzirezortné pripomienkové konanie (MPK) nie je podmienkou – ale dokument môže prejsť inou formou odbornej alebo verejnej konzultácie	<b>Externé MPK a prípadné rozporové konanie je povinné – vyššia úroveň verejnej kontroly</b>
<i>Riziká:</i>	<i>Otázky kvality</i> <i>Nedostatok autority</i>	<i>Prílišné zasahovanie laickej verejnosti a prípadné spolitizovanie</i>

**Na základe analýzy možných rizík preto neodporúčame pre ŠDTP formu všeobecne záväzného právneho predpisu (vyhlášky, prípadne opatrenia).** Keď, tak len vo výnimočných prípadoch, ak by sa ŠDTP prípadne týkal citlivej problematiky napr. z etických dôvodov, by možno bolo vhodné postup prijať ako samostatný zákon. **Považujeme však za potrebné doplniť do zákona definíciu ŠDTP.**

**Aby si ŠDTP vydávané v gescii MZ SR zachovali potrebnú odbornú vážnosť a formálnu úroveň navrhujeme, aby bola vytvorená podrobná metodika ich tvorby a táto metodika bola vydaná ako všeobecne záväzný právny predpis – vyhláška.** Zabezpečí sa tak dostatočná transparentnosť a diskusia potrebná k odbornej akceptácii dokumentu podľa ktorého sa ŠDTP budú tvoriť. ŠDTP budú mať zákonom určený účel, obsah a formu a zákonom bude definovaný aj postup ich tvorby, adaptácie, implementácie, revízie a publikácie. Konkrétne ŠDTP budú vydávané naďalej ako odborné usmernenia MZ SR (alebo v inej vhodnej forme) a budú publikované vo Vestníku MZ SR, aby gescia MZ SR bola pre užívateľov zrejma.

## 2.2. Metodika a kompetencie (tvorba, adaptácia, implementácia a revízia ŠDTP v praxi)

Tvorba a revízia ŠDTP je odborne mimoriadne náročná. Preto je potrebné navrhnuť takú metodiku, ktorá by prijateľným spôsobom zohľadnila vývoj vedy v príslušnej oblasti medicíny a zosúladila s ňou lokálne možnosti a zvyklosti. Aj keď by sa časť odporúčaní prevzala z medzinárodných zdrojov, lokálna revízia, konzultácia a úprava bude vždy potrebná a to najmä z dôvodu zohľadnenia lokálnych špecifik a potrieb.

**Považujeme za nevyhnutnosť na začiatku procesu tvorby nových ŠDTP pripraviť podrobnú štandardnú metodiku postupu pri ich tvorbe, adaptácii, implementácii a revízii.** Základné oporné body pre prípravu metodiky obsahuje koncepcia tvorby ŠDTP a čerpať tiež možno zo skúseností a metodík pripravených renomovanými svetovými inštitúciami.

**Súčasťou metodiky by mali byť aj zásady a možnosti výberu tém nových ŠDTP, postupy pri adaptácii a revízii už existujúcich ŠDTP, štatút a postup pri nominácii expertov a oponentov do pracovnej skupiny. Bude potrebné myslieť aj na deklaráciu a riešenie možných konfliktov záujmov členov expertnej pracovnej skupiny.**

**Dôležitou súčasťou metodiky je aj možnosť pripomienkovania pripravovaného dokumentu.** Navrhujeme, aby súčasťou metodiky bol aj postup a určenie kompetencií pri pripomienkovaní návrhu zainteresovanými skupinami, teda aby bol dopredu určený dostatočne transparentný spôsob, ako sa s pripomienkami a navrhovanými zmenami bude nakladať, kto a ako bude rozhodovať o ich akceptácii a prípadnom zapracovaní, aby sa obmedzili prípadné neautorizované vstupy a lobistické vplyvy. K príprave metodiky navrhujeme prizvať domácich aj zahraničných expertov, aby metodika bola dostatočne kvalitná, dôveryhodná a konsenzuálna a následne nebola spochybňovaná.

## 2.3. Stanovenie priorít v tvorbe ŠDTP

Je potrebné stanoviť prioritné oblasti pre tvorbu ŠDTP. Odporúčame použiť niekoľko rôznych kritérií, ktoré zohľadnia priority nielen Strategického rámca, ale aj potreby ďalších zainteresovaných skupín - predovšetkým odborníkov v danej oblasti medicíny, zdravotných poisťovní, kontrolných orgánov a pacientov. Metodika určenia priorít a výberu aktuálnych tém pre tvorbu nových a revíziu existujúcich ŠDTP by mala byť súčasťou prípravy metodiky tvorby ŠDTP spomínanej vyššie. **Navrhujeme, aby sa prednostne spracovali ŠDTP pre tie terapeutické oblasti a diagnózy, ktoré majú významný dopad na vybrané indikátory v oblasti zdravotného stavu obyvateľov Slovenska tak, ako sú uvedené v Strategickom rámci (tabuľka č.1 – kardiovaskulárny systém, onkológia, metabolické poruchy ) a prípadne sa kombinovali s ďalšími vybranými kritériami.**

Príklady kritérií, ktoré sa používajú pre určenie priorít vo svete:

### **SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)<sup>14</sup>**

Výber predmetu odporúčania na zaradenie do programu SIGN je založený na výskyte ochorenia, existencii odchýlok v praxi a potenciáli zlepšiť výsledok. SIGN berie do úvahy pri výbere a prioritizácii predmetu a príprave odporúčaní nasledujúce kritéria:

- oblasti klinickej neistoty doloženej veľkými odchýlkami v praxi alebo vo výsledkoch,
- také okolnosti, kde je dokázaná účinná liečba a kde je možné znížiť úmrtnosť alebo chorobnosť,
- ochorenia spôsobené nesprávnym medicínskym postupom alebo intervencie s významným rizikom,
- oblasti klinických priorít pre strategické ciele zdravotníctva Škótska,
- rozpoznaná potreba pre odporúčanie, ktorá je indikovaná sieťou dotknutých relevantných osôb.

### **Odporúčanie (2001)13 Rady Európy - Príprava a metodika na zostavenie klinických odporúčaní<sup>15</sup>**

- Prioritizácia predmetu odporúčania by mala byť založená:
  - na epidemiológii zdravotných problémov,
  - nerovnosti v zdraví,
  - odchýlkach v poskytovaní a kvalite zdravotnej starostlivosti,
  - objave nových technológií alebo iných faktorov, ktoré môžu vyvolať potrebu pre vysoko kvalitné a aktualizované informácie.
- Pri prioritizácii predmetu odporúčania Je potrebné vziať do úvahy existenciu už dostupných odporúčaní založených na dôkazoch.

### **Metodika CDP-PL pre tvorbu doporučeného postupu Spoločnosť všeobecného lekárstva ČR (SVS ČLS JEP)<sup>16</sup>**

<sup>14</sup> SIGN 50: A guideline developer's handbook - Quick reference guide. Dostupné na internete: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>

<sup>15</sup> COUNCIL of EUROPE: Rec(2001)13 Council of Europe Developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices. Dostupné na internete: <http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/coe-rec-2001-13.pdf>

- Rizikové postupy (časté chyby, riskantné výkony),
- nové vedecké poznatky, zmeny postupov pri diagnostike a liečbe,
- ekonomický význam (cena, frekvencia, oboje).

#### **Navrhované kritéria pre určenie priorit pre Slovensko:**

1. **Zdravotný stav obyvateľstva** (početnosť pacientov podľa diagnóz - analýza dát NCZI a poisťovní)
2. Spoločenský význam ochorení – **Prioritné zdravotné ciele** podľa Strategického rámca
3. Inovácia vyžadujúca rýchle zavedenie do praxe
4. Rizikový postup
5. **Gate-keeping a zvyšovanie** kompetencií všeobecných lekárov (analýza dát poisťovní)
6. **Nákladovosť diagnostiky a liečby** podľa diagnóz ( analýza dát NCZI + poisťovní)

## **2.4. Platobné mechanizmy ako motivácia k výkonu**

Ak majú ŠDTP plniť aj motivačnú funkciu na strane všeobecného lekára k poskytovaniu širšej ponuky služieb a špecialistu motivovať k ďalšiemu zvyšovaniu ponuky jeho odborných výkonov bolo by vhodné aspoň čiastočne upraviť aj platobné mechanizmy v primárnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti na kombinovaný systém platieb za výkony a kapitáciu.

Finančnú neutralitu zmien možno dosiahnuť presunutím časti výkonov od ŠAK k VAS. Zmeny bude nutné manažovať postupne a za účasti predstaviteľov dotknutých strán (MZ SR, VAS, ŠAS, poisťovne ) tak, aby výsledok bol konsenzuálny a akceptovaný a zmeny nepôsobili kontraproduktívne.

**Potrebu zmien a ich pozitívne prijatie pravdepodobne podporí aj prílev mladších ročníkov všeobecných lekárov z rezidentského programu a projekt integrovanej zdravotnej starostlivosti.**

## **2.5. Implementácia ŠDTP v praxi**

Pod pojmom implementácia ŠDTP v širšom zmysle rozumieme v tejto časti:

- 2.5.1 Rozširovanie (fyzické aj vedomostné)
- 2.5.2. Praktické používanie (uvedenie do praxe –implementácia v užšom zmysle)
- 2.5.3. Vyhodnotenie (kvality a dopadu)

### **2.5.1. Rozširovanie ŠDTP**

Je potrebné, aby bola lekárska verejnosť dostatočne, kontinuálne a systematicky informovaná o účele a dostupnosti klinických odporúčaní (postupov) a ŠDTP.

Z hľadiska „rozpoznateľnosti“ je dôležité, aby ŠDTP mali definovaný a dobre rozpoznateľný formát a bola udržaná kontinuita ich tvorby a revízií.

Každý nový ŠDTP by mal byť aktívne propagovaný a rozširovaný prostredníctvom:

- MZ SR

<sup>16</sup>SVS ČLS JEP: Metodika CDP-PL pro tvorbu doporučeného postupu SVS ČLS JEP. Dostupné na internete: <http://www.svl.cz/doporucene-postupy/centrum-pro-spravu-doporučených-postupu-pro-praktické-lekare-cdp-pl/>

- odborných lekárskejších spoločností
- poskytovateľmi ZS
- zdravotnými poisťovňami
- združeniami pacientov (ak je to vhodné)
- ÚDZS

Pokiaľ je to potrebné a účelné, rozširovanie a implementáciu je vhodné podporiť aj školeniami pre zdravotníckych pracovníkov (napríklad v prípade preventívnych programov môže byť potrebné vyškoliť zdravotníckych pracovníkov, ktorí budú program vykonávať, prípade inštruovať pacientov o správnych postupoch prevencie).

Školenia môžu byť organizované prostredníctvom odborných lekárskejších spoločností, poskytovateľmi ZS alebo ich organizáciami v rámci ďalšieho povinného vzdelávania ( konferencie, semináre, e-learning) alebo školiacimi agentúrami.

**Rozširovanie ŠDTP v súčasnosti závisí hlavne od dobrovoľných aktivít príslušnej odbornej lekárskejších spoločnosti a komunity. V niektorých prípadoch sa na rozširovaní ŠDTP podieľajú aj iné zúčastnené alebo dotknuté subjekty ( poisťovne, pacientske organizácie, MZ SR). Nie je to však systematická činnosť, skôr aktivity „ad hoc“ podľa preferencií a potrieb záujmovej skupiny.**

#### 2.5.2. Praktické používanie (uvadenie do praxe)

#### 2.5.3. Vyhodnotenie (kvality a dopadu)

**Plánovanie uvedenia ŠDTP do praxe (implementácia v užšom slova zmysle) a následné vyhodnotenie kvality štandardov a meranie ich dopadu na dopredu definované zdravotné ciele nie je v súčasnej dobe na Slovensku realizované.**

## 2.6. Inštitucionalizácia tvorby ŠDTP

Na Slovensku stále neexistuje inštitúcia, ktorá by sa systematicky tvorbou a revíziou ŠDTP zaoberala tak do hĺbky, ako je to bežné v niektorých krajinách – UK, NL, USA, Nový Zéland. MZ SR (Odbor zdravotnej starostlivosti - Sekcia zdravia MZ SR alebo Inštitút zdravotnej politiky) teda bude plniť úlohu iniciátora procesu a koordinátora práce odborníkov, ktorí budú zodpovedať za odborný obsah ŠDTP. Hlavní odborníci MZ SR v spolupráci s poverenými pracovníkmi MZ SR oslovia externých expertov ( nominácie z odborných spoločností SLS) a pripraví podľa zadania a v súlade s metodikou ŠDTP po odbornej stránke. MZ SR by malo dohliadnuť na zosúladenie odborného obsah ŠDTP s ďalšími strategickými cieľmi v oblasti zdravia a poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Zavedenie ŠDTP v niektorých oblastiach by mohlo mať významné dopady na náklady spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (náklady na diagnostiku, lieky, výkony spojené s prevenciou) v oboch smeroch a preto by bolo vhodné, aby sa na ich tvorbe a pripomienkovaní mali možnosť zúčastniť aj iní odborníci, prípadne aj širšia verejnoscť (vonkajšie pripomienkovanie).

**Je nutné zvážiť a navrhnuť možnosť vytvorenia samostatnej organizačnej jednotky MZ SR alebo verejnoprávnej inštitúcie, ktorá by sa systematicky zaoberala tvorbou a revíziou ŠDTP, prípadne by dozerala a pomáhala aj s ich implementáciou do praxe.**



Odporúčame, aby sa tvorba ŠDTP v tejto (už piatej vlne) inštitucionalizovala, aby bolo zabezpečené, že ďalšia tvorba ŠDTP neustane a podľa potreby sa už doteraz vydané ŠDTP budú pravidelne vyhodnocovať, vyradovať alebo obnovovať pod vedením profesionálov tak, by bola zachovaná potrebná úroveň expertízy obsahovej aj formálnej.

## 2.7. Potreby pacientov

Pokiaľ pacient na Slovenku nie je sám zdravotníckym pracovníkom alebo jemu blízka osoba nie je zdravotníckym pracovníkom má často značne obmedzený a sťažený prístup k informáciám. Je nad rámec tento implementačnej stratégie rozoberať všetky dôvody informačnej asymetrie. Avšak z hľadiska pacienta ako objektu zdravotnej starostlivosti a súčasne aj subjektu ako nositeľ práva na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, či „zákazníka“ a konzumenta poskytovaných služieb je určite prínosné, keď sa o poskytovaných službách a svojom nároku na ne môže dozvedieť čo najviac. Týka sa to nielen dostupnosti, kvality a finančných aspektov poskytovaných služieb, ale aj nároku pacienta na „správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti“<sup>17</sup>, ktorú mu zaručuje zákon. Problémy s nedostatkom informácií, ktorým čelia pacienti na Slovensku, môžu byť čiastočne zapríčinené aj chýbajúcimi, nedostupnými alebo neaktuálnymi štandardnými postupmi pri diagnostike, liečbe alebo prevencii. V dôsledku toho sa poskytovaná starostlivosť pri rovnakých diagnózach môže líšiť podľa regionálnych zvyklostí, typu zdravotníckeho zariadenia alebo špecializácie ošetrojúceho lekára. Najčastejšími dôvody, prečo pacienti hľadajú a potrebujú informácie o štandardoch sú:

### 2.7.1. kompetencie

Dôsledkom neexistencie ŠDTP sú v niektorých oblastiach nejasné kompetencie nielen medzi lekármi prvého kontaktu a špecialistami, ale aj špecialistami samotnými, prípadne rôznymi typmi zdravotníckych zariadení. Pacient nemá dostatočné informácie o tom, aký lekár a v akom zariadení je povinný zdravotnú starostlivosť poskytnúť. Ak je pacient odmietnutý a poslaný inam, dôsledkom môže byť aj omeškanie, nesprávny postup a poškodenie zdravia pacienta.

### 2.7.2. nárok na poskytnutie konkrétnej zdravotnej starostlivosti

Týkajú sa povinnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, poskytnúť alebo neposkytnúť konkrétnu formu zdravotnej starostlivosti a nejasností spojených s nárokom pacienta s konkrétnym problémom na konkrétnu formu ZS.

### 2.7.3. kvalita a rovnosť k prístupu

Štandardné klinické postupy a štandardné postupy pre výkon prevencie pomáhajú odstrániť prípadne nerovnosti a nedostatky v kvalite a dostupnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

---

<sup>17</sup> §4ods.3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti : “Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.”

#### **2.7.4. forezné účely**

Štandardizácia postupov uľahčuje prípadné riešenie sporov súdnym aj mimosúdnym spôsobom.

### **2.8. Financovanie**

Jedným z vážnych dôvodov, prečo dochádza pri tvorbe ŠDTP k prerušeniu a výkyvom je aj vyššie uvedený dôvod nedostatočného organizačného a personálneho zázemia, ktorý je úzko prepojený s financovaním. Slovenskí odborníci, ktorí sa venovali tvorbe ŠDTP doteraz to často robili len zadarmo a z lásky k svojmu medicínsku odboru, alebo len za symbolickú odmenu. Za takých podmienok je ťažké prizvať si zahraničného experta, prípadne zakúpiť licenciu, potrebnú literatúru a podobne. Taktiež môže byť ťažšie udržať potrebnú mieru nezávislosti a odstup od dotknutých záujmových skupín.

**Reštartovanie tvorby ŠDTP na Slovensku za pomocou čerpania finančných prostriedkov z EÚ je teda jedinečnou príležitosťou, ktorú treba využiť. Simultánne však treba riešiť ďalšie financovanie po ukončení čerpania EÚ prostriedkov z národných zdrojov tak, aby sa po roku 2020 práce na ŠDTP a preventívnych programoch opätovne neprerušili z dôvodu nedostatku personálnych a finančných kapacít.**

### **3. Klíčové ukazovatele**

#### **3.1. ŠDTP**

- **% pacientov liečených v budúcnosti podľa štandardných klinických odporúčaní u**
  - všeobecných lekárov
  - špecialistov**Kontrola podľa dát NCZI a poisťovní + prieskum na vzorke**
- **Počet nových a inovovaných klinických postupov etablovaných do systému zdravotníctva**

#### **3.2. Prevencia**

- **% pacientov, ktorí absolvovali nejakú formu prevencie podľa štandardných klinických odporúčaní**  
**Kontrola podľa dát NCZI a poisťovní + prieskum na vzorke**
- **Počet nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie etablovaných do systému zdravotníctva**

## 4. Strategické ciele

Vychádzajú z cieľov zadefinovaných v Strategickom rámci v oblasti zdravia pre roky 2014 – 2030 <sup>18</sup>

### 4.1. Štandardné diagnostické a terapeutické postupy

#### Východiskový stav:

Neexistencia alebo nedostatočné spracovanie štandardných klinických postupov (štandardných diagnostických a terapeutických postupov), ktoré by reflektovali najnovšie poznatky v medicíne a zabezpečovali účinné prepojenie postupov klinickej liečby na všetkých úrovniach poskytovania zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ZS“).

#### Očakávaný stav:

ŠKP/ŠDTP budú primárne zamerané na diagnostiku a liečbu najzávažnejších a najčastejšie sa vyskytujúcich ochorení na všetkých úrovniach poskytovania ZS (ambulantná aj ústavná ZS). ŠKP budú vytvorené alebo inovované prierezovo pre všetky relevantné úrovne ZS. Špecifický dôraz bude kladený na posilnenie kompetencií a výkonov na úrovni primárnej ambulantnej ZS. ŠDTP budú vo forme odborných usmernení alebo obdobným spôsobom verejne dostupné prostredníctvom Vestníka Ministerstva zdravotníctva SR. V relevantných prípadoch budú aktivity doplnené o vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov za účelom zabezpečenia správnej aplikácie štandardných klinických postupov v medicínskej praxi.

### 4.2. Štandardné postupy pre výkon prevencie

#### Východiskový stav:

Chýbajúce resp. nedostatočné jednotné postupy pre výkon preventívnych prehliadok (ďalej len „PP“) znižujúce účinnosť medicínskej prevencie. Nízke % pacientov, ktorí absolvujú PP. Vysoký počet nepotrebných návštev u lekárov v porovnaní s priemerom OECD.

#### Očakávaný stav:

Postupy pre výkon prevencie budú spracované do postupov pre výkon prevencie na príslušných úrovniach zdravotnej starostlivosti. Posilní sa výkon a účinnosť medicínskej prevencie, zabezpečí sa dostupnosť k rovnako kvalitnej medicínskej prevencii na celom území Slovenska a zvýši sa počet vykonávaných preventívnych prehliadok. Zvýšenie počtu a skvalitnenie výkonov prevencie zlepši diagnostiku ochorení v skorých štádiách, čím bude možné liečiť rýchlejšie, účinnejšie a lacnejšie. V relevantných prípadoch budú aktivity doplnené o vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov za účelom zabezpečenia správnej aplikácie štandardných postupov v medicínskej praxi.

---

<sup>18</sup> MZ SR: Strategický rámec v oblasti zdravia pre roky 2014 – 2030. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>

## Ukazovatele a časové rámce podľa Strategického rámca v oblasti zdravia pre roky 2014 – 2030

Problémová oblasť	Ukazovateľ	Merná jednotka	súčasný stav	cieľový stav	Cieľový dátum
<b>1. Tvorba a revízia ŠTDP</b>	% pacientov liečených podľa štandardných klinických odporúčaní v ambulancii VAS a ŠAS	%	0%	50%	2030
	% pacientov liečených podľa štandardných klinických odporúčaní v nemocniciach	%	0%	50%	2030
	Počet nových a inovovaných klinických postupov etablovaných do systému zdravotníctva	počet	0	120	2030
<b>2. Stanovenie priorit v tvorbe ŠTDP</b> - všeobecní lekári	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hypertenzia esenciálna</li> <li>Dyslipooproteinémie</li> <li>Diabetes</li> </ul>				1Q 2015 1Q 2015 3Q 2015
	Ostatné dg. treba špecifikovať podľa novej metodiky  Treba špecifikovať podľa novej metodiky				do 2020  do 2020
<b>3. Prevencia</b> kardiovaskulárne neurodegeneratívne onkologické metabolické	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zvýšenie podielu pacientov, ktorí absolvovali preventívnu prehliadku u lekára pre dospelých</li> </ul>	%	32%	60%	do 2030
	Počet nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie etablovaných do systému zdravotníctva	počet	0	4	2030
<b>4. Platobné mechanizmy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kapitácia všeobecní lekári</li> </ul>		100%	85% kap + 15% výkony	do 2016
	<ul style="list-style-type: none"> <li>platba za výkon špecialisti</li> </ul>		100%	70% kap + 30% výkony  +15% úspora od VAS  +30% úspora od VAS	do 2018  Podľa priorit a potreby do 2016  do 2018

## 5. Opatrenia

Problémové oblasti a opatrenia:

- 5.1 Legislatívny rámec a právna forma (záväznosť a vymáhateľnosť ŠDTP)
- 5.2 Metodika a kompetencie (tvorba, adaptácia, implementácia a revízia ŠDTP v praxi)
- 5.3 Stanovenie priorít v tvorbe ŠDTP
- 5.4 Platobné mechanizmy
- 5.5 Implementácia ŠDTP v praxi
- 5.6 Inštitucionalizácia tvorby a dohľadu nad stavom ŠDTP
- 5.7 Potreby pacientov
- 5.8 Financovanie a indikatívny rozpočet

### 5.1. Legislatívny rámec a právna forma (záväznosť a vymáhateľnosť ŠDTP)

Opatrenia a postup pri ich realizácii:

**5.1.1. Ako prvý krok je potrebné vytvoriť Metodiku tvorby, adaptovania, revidovania a implementovania ŠDTP. Metodiku odporúčame vydať vo forme všeobecne záväzného predpisu - vyhlášky.**

- K vydaniu vyhlášky a k zavedeniu definície ŠDTP je najskôr potrebné novelizovať zákona č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti a do § 2 doplniť definíciu ŠDTP a do §45 ods.1.písm.c) doplniť splnomocňujúce ustanovenie k jej vydaniu.

**Termín: 2-3 Q 2014**

- Metodiku je potrebné vytvoriť dostatočne podrobnú a v spolupráci s renomovanými domácimi aj zahraničnými odborníkmi .

**Termín: 1Q 2015**

**5.1.2. Rozšírenie kompetencií všeobecných lekárov o možnosť podať zdravotnej poisťovni návrh na dispenzarizáciu pacienta.** Možnosť navrhnúť dispenzarizáciu má podľa aktuálneho znenia zákona len lekár špecialista.

- Je potrebné novelizovať zákon č.581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach , dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov, **konkrétne doplniť § 6 odsek 1) písmeno i).**

- Je potrebné novelizovať aj vyhlášku č. 127/2014 Z.z. o zozname chorôb, pri ktorých sa poskytuje a doplniť tam vybrané diagnózy

**Termín: 2-3 Q 2014**

## 5.2. Metodika a kompetencie (tvorba, adaptácia, implementácia a revízia ŠDTP v praxi)

### Opatrenia a postup pri ich realizácii:

- 5.2.1. Ustanovenie expertnej skupiny na vytvorenie metodiky pre realizáciu ŠDTP.  
**Termín: 3Q 2014**
- 5.2.2. Vytvorenie metodiky.  
**Termín: 4Q 2014**
- 5.2.3. Vydanie metodiky formou vyhlášky (všeobecne záväzný právny predpis).  
**Termín : 1Q 2015**

## 5.3. Stanovenie priorít v tvorbe ŠDTP

### Opatrenia a postup pri ich realizácii:

- 5.3.1. Príprava metodiky tvorby ŠDTP, ktorej súčasťou bude aj metodika výberu nových tém a postupy pri revízii alebo vyradovaní ŠDTP a postupov pri prevencii (PP).
- 5.3.2. Podrobnejšia analýza epidemiologických dát a nákladov.
- 5.3.3. ŠDTP pre všeobecných lekárov- hypertenzia, dyslipidémia, diabetes.  
**Termín: 2014 – 2Q 2015**
- 5.3.4. Príprava edičného plánu ŠDTP a PP podľa metodiky vždy na jeden rok dopredu.
- 5.3.5. Realizácia tvorby ŠDTP a PP podľa plánu.  
**Termín : 2Q 2015 – 2020**

Príklad 1.: Analýza 30 top diagnóz podľa nákladov, rok 2011,

Zdroj: NCZI a Všeobecná zdravotná poisťovňa

MKCH kód	Σ EUR	Diagnóza
I10	77 018 928	Esenciálna primárna hypertenzia
I25	30 692 826	Chronická ischemická choroba srdca, bližšie neurčená
E11	23 314 655	Diabetes mellitus II nezávislý od inzulínu
E78	20 697 561	Čistá hypercholesterolémia
E10	19 604 982	Diabetes mellitus I závislý od inzulínu
D66	19 022 696	Dedičný nedostatok faktora VIII
C50.9	15 590 835	Zhubný nádor prsníka, bližšie neurčený
J45	15 079 287	Astma (záduch)
G35	14 805 129	Roztrúsená skleróza - sclerosis multiplex
I11	13 804 670	Hypertenzná choroba srdca
I11.9	13 157 782	Hypertenzná choroba srdca bez srdcového zlyhania
M81	12 913 688	Osteoporóza bez patologickej fraktúry
C61	12 004 630	Zhubný nádor predstojnice (prostaty)
J30	11 340 481	Vazomotorická a alergická rinitída (nádcha)
N40	11 168 915	Hyperplázia prostaty (predstojnice)
F20	9 726 203	Schizofrénia
C20	9 248 202	Zhubný nádor konečníka (rekta)
C64	9 021 502	Zhubný nádor obličky okrem obličkovej panvičky

G20	9 000 852	Parkinsonova choroba
M05	8 906 526	Séropozitívna reumatoidná artritída
I25.0	8 867 394	Aterosklerotická srdcovocievna choroba
K30	8 863 661	Dyspepsia
C50	8 497 849	Zhubné nádory prsníka
C50.4	8 398 355	Zhubný nádor horného vonkajšieho kvadrantu prsníka
I70.2	8 392 642	Ateroskleróza končatinových artérií
L40	7 999 298	Psoriáza
M54	7 487 041	Bolesť chrbta-dorzalgia
N18	6 768 092	Chronické zlyhanie obličiek
H35.3	6 359 698	Degenerácia makuly a zadného pólu oka
J45.0	6 132 912	Prevažne alergická bronchiálna astma

Príklad 2.: Analýza 30 top diagnóz podľa výskytu, rok 2011,

Zdroj: NCZI a Všeobecná zdravotná poisťovňa

MKCH kód	ID	Diagnóza
I10	784 894	Esenciálna primárna hypertenzia
M54	401 494	Bolesť chrbta-dorzalgia
I25	389 480	Chronická ischemická choroba srdca, bližšie neurčená
E78	357 594	Poruchy metabolizmu lipoproteínov a iné lipidémie
J06	328 985	Akútne infekcie horných dýchacích ciest
J04	287 999	Akútny zápal hrtana a priedušnice
J30	284 314	Vazomotorická a alergická nádcha (rinitída)
J20	252 115	Akútny zápal priedušiek -bronchitis acuta
K30	242 387	Dyspepsia
I11	232 773	Hypertenzná choroba srdca
J03	217 558	Akútny zápal mandlí- tonsillitis acuta
J02	194 120	Akútny zápal hltana - pharyngitis acuta
H10	169 310	Zápal spojovky-conjunctivitis
I11.9	163 061	Hypertenzná choroba srdca bez srdcového zlyhania
E11	157 247	Diabetes mellitus II nezávislý od inzulínu
F48	147 208	Iné neurotické poruchy
N30	146 134	Cystitída
J01	140 692	Akútny zápal prínosových dutín -sinusitis acuta
J45	134 411	Astma -záduch
I70	128 003	Ateroskleróza
I83	124 019	Kŕčové žily -varixy dolných končatín
L30	121 929	Iné dermatitídy
M81	120 492	Osteoporóza bez patologickej fraktúry
Z25	115 624	Potreba imunizácie proti iným jednotlivým vírusovým chorobám
N76	110 098	Iné zápaly pošvy a vulvy
J00	108 509	Akútny zápal nosohltana nasopharyngitis acuta -nádcha
Z25.1	104 293	Potreba imunizácie proti chrípke
M51	94 213	Iné poruchy edzistavcových platničiek
K29	91 916	Gastritída a duodenitída
D50	91 284	Málokrvnosť z nedostatku železa



### ŠDTP pre všeobecných lekárov :

V súvislosti s plánovaným zvyšovaním kompetencií všeobecných lekárov je potrebné začať s tvorbou vybraných **ŠDTP so zacielením na potreby všeobecných lekárov** už v predstihu nakoľko termín realizácie pre kľúčovú oblasť zdravie: všeobecná ambulatná starostlivosť je rok 2014. Legislatívne redefinovanie rozsahu kompetencií všeobecných lekárov bude vyžadovať aj oporu v ŠDTP, ktoré budú plniť aj funkciu významného motivátora zmeny spolu so zmenou platobných mechanizmov poisťovní.

Stanovenie priorit v tvorbe ŠDTP Všeobecní lekári	Diagnóza	Cieľový dátum
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hypertenzia</li><li>• Dyslipoproteinémie</li><li>• Diabetes</li></ul>	1Q 2015 1Q 2015 3Q 2015
	Ostatné diagnózy (ŠDTP) treba špecifikovať podľa novej metodiky	do 2020

#### 5.4. Platobné mechanizmy kapitácia vs. výkony

##### Opatrenia a postup pri ich realizácii:

Priebežne vypracovávať v súvislosti s jednotlivými ŠDTP návrhy na prípadné úpravy platieb tak, aby pre lekárov aj poisťovne bolo motivujúce zaviesť ŠDTP čo najskorej do praxe. Ak to bude možné, dbať na rozpočtovú neutralitu. Jednanie s poisťovňami bude súčasťou procesu tvorby nového ŠDTP, pokiaľ implementácia ŠDTP bude vyžadovať zmenu platobných mechanizmov alebo dodatočné náklady.

**Termín: priebežne**

#### 5.5. Implementácia ŠDTP v praxi

##### Opatrenia a postup pri ich realizácii:

Súčasťou metodiky na tvorbu ŠDTP bude aj časť venovaná implementačnej stratégii a následnému klinickému auditu používania a sledovania výsledkov zavedenia ŠDTP. Ku každému jednotlivému ŠDTP bude potrebné pristupovať špecificky v závislosti od toho, či ŠDTP bude obsahovať aj merateľné ciele, kritéria a indikátory, podľa ktorých sa bude dať vyhodnotiť jeho dopad, alebo sa budú sledovať len „soft“ parametre ako je napr. jeho rozšírenie. Prepojenie tvorby ŠDTP z ďalšími nástrojmi riadenia kvality pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v budúcnosti je nutnosť.

**Termín: priebežne**

## 5.6. Inštitucionalizácia tvorby a dohľadu nad ŠDTP

### Opatrenia a postup pri ich realizácii:

Financovanie z prostriedkov EU bude vyžadovať **vytvorenie organizačnej jednotky** - profesionálneho zázemia projektu, ktoré bude projekt koordinovať po odbornej stránke (výber tém, organizácia ich spracovania), ale aj po obslužnej stránke (čerpanie prostriedkov a vykazovanie nákladov).

**Táto organizačná štruktúra by mala v odbornej časti zostať zachovaná ako súčasť verejnej správy (MZ SR alebo verejnoprávna inštitúcia) aj po ukončení čerpania EU prostriedkov, aby nedošlo k opätovnému prerušeniu kontinuity spravovania už vytvorených ŠDTP a ich znehodnoteniu zastaraním, ako sa to už opakovalo v minulosti.**

**Termín: 2Q 2015**

## 5.7. Potreby pacientov

### Opatrenia a postup pri realizácii k bodom:

- 2.7.1. kompetencie
- 2.7.2. nárok na poskytnutie konkrétnej zdravotnej starostlivosti
- 2.7.3. kvalita a rovnosť k prístupu
- 2.7.4. forenzné účely

Naplnenie potrieb pacientov je možné zabezpečiť:

**5.7.1.** Participáciou partnerských strešných patientskych organizácií pri príprave metodiky a vyhlášky.

**Termín: 3Q2014-1Q2015**

**5.7.2.** Participáciou partnerských strešných patientskych organizácií pri stanovovaní priorít a príprave edičného plánu pre ŠDTP a štandardných postupov pre výkon prevencie.

**5.7.3.** Participáciou pacientov pri implementácii ŠDTP a štandardných postupov pri výkone prevencie, ak je spolupráca s pacientom vhodná

**5.7.4.** Zabezpečením verejnej publicity a dostupnosti ŠDTP a štandardných postupov pri výkone prevencie pre odbornú aj laickú verejnosť všetkými vhodnými informačnými kanálmi.

**Termíny 5.7.2-4: priebežne**

## 5.8. Financovanie a indikatívny rozpočet

### Opatrenia a postup pri ich realizácii:

Navrhnuté financovanie projektu na obdobie 2Q 2015 - 2020 čerpaním finančných prostriedkov z Operačného programu Ľudské zdroje.

#### **Termín: 2Q 2015 - 2020**

Následne bude nutné zabezpečiť financie na pokračovanie projektu, z národných zdrojov **v dostatočnom predstihu.**

#### **Termín: najneskôr 2019 príprava štátneho rozpočtu na rok 2020**

Operačný program Ľudské zdroje na programové obdobie 2014 - 2020<sup>19</sup>

PRIORITNÁ OS 3: Sociálne začlenenie

### **IP 3.2. Zlepšenie prístupu k cenovo prístupným, trvalo udržateľným a kvalitným službám vrátane zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb všeobecného záujmu**

#### Špecifický cieľ 3.2.2:

#### **Zlepšenie dostupnosti ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom šandardizácie klinických postupov a postupov pre výkon prevencie**

- tvorba a zavedenie nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie
- tvorba a zavedenie nových a inovovaných štandardných klinických postupov s primárnym zameraním na najčastejšie a najzávažnejšie druhy ochorení

#### Podporované aktivity:

V rámci špecifického cieľa 3.2.2 budú podporované dva druhy aktivít – tvorba a zavedenie nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a klinických postupov.

Postupy pre výkon prevencie budú primárne zamerané na účinnú prevenciu spoločensky najzávažnejších druhov ochorení, ktorými sú kardiovaskulárne ochorenia, onkologické ochorenia, endokrinné a metabolické poruchy a neurodegeneratívne ochorenia. Pre každý druh ochorenia budú vytvorené samostatné postupy, ktoré budú zapracované do postupov pre výkon prevencie na príslušných úrovniach zdravotnej starostlivosti. Aktivitou sa posilní výkon a účinnosť medicínskej prevencie.

Klinické postupy budú primárne zamerané na diagnostiku a liečbu najzávažnejších a najčastejšie sa vyskytujúcich ochorení na všetkých úrovniach poskytovania zdravotnej starostlivosti (ambulantná aj ústavná zdravotná starostlivosť). Klinické postupy budú vytvorené alebo inovované prierezovo pre všetky relevantné úrovne zdravotnej starostlivosti, pričom špecifický dôraz v tejto oblasti bude kladený na posilnenie kompetencií a výkonov na úrovni primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

<sup>19</sup>UZNESENIE VLÁDY SR č. 229/2014 zo 14.5.2014. Operačný program Ľudské zdroje na programové obdobie 2014-2020 – návrh. Dostupné na internete:

<http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=23534>

Štandardizáciou klinických postupov sa prispeje k zlepšeniu regionálnej dostupnosti k bezpečnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti.

Štandardizované postupy budú vo forme odborných usmernení alebo obdobným spôsobom verejne dostupné prostredníctvom Vestníka Ministerstva zdravotníctva SR.

V relevantných prípadoch budú aktivity doplnené o vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov za účelom zabezpečenia správnej aplikácie štandardizovaných postupov v medicínskej praxi.

Aktivity budú realizované formou národných projektov koordinovaných Ministerstvom zdravotníctva SR.

## Indikatívny rozpočet pre realizáciu projektu v období rokov 2015 -2020

Odhad nákladov na prípravu a implementáciu 1 ŠDTP

**Priame výdavky**

	Počet	Náklady- odhad (€)	Celkové náklady (€)				
Člen expertnej skupiny	5	5 000	25 000	637	Služby	637027	Odmeny zamestnancov mimo pracovného pomeru
Člen hodnotiacej skupiny	3	5 000	15 000			637007	Cestovné náhrady iným ako vlastným zamestnancom
Stretnutie pracovnej skupiny	5	500	2 500			637006	Náhrady
Stretnutie hodnotiacej skupiny	2	500	1 000			637011	Štúdie expertízy posudky
Odborné podklady (výskum)	1	5 000	5 000				
Spotrebný materiál	1	200	200	633	Materiál	633006	Všeobecný materiál
Koordinator aktivity	3	2 040	6 120	600	Bežné výdavky	610620	Osobné náklady
<b>Priame výdavky spolu</b>			<b>54 820</b>				

**Nepriame výdavky**

Riadenie projektu	15%		8 223	910	Paušálne nepriame výdavky
Publicita	5%		2 741		
<b>Nepriame výdavky spolu</b>			<b>10 964</b>		

<b>Celkový náklad na 1 ŠDTP (priame + nepriame výdavky)</b>	<b>65 784</b>
<b>Celkový náklad na 100 ŠDTP</b>	<b>6 578 400</b>

Odhad nákladov na prípravu a implementáciu 1 PP

Priame výdavky

	Počet	Náklady- odhad (€)	Celkové náklady (€)				
Člen expertnej skupiny	15	20 000	300 000	637	Služby	637027	Odmeny zamestnancov mimo pracovného pomeru
člen hodnotiacej skupiny	9	20 000	180 000			637007	Cestovné náhrady iným ako vlastným zamestnancom
Stretnutie pracovnej skupiny	15	2 000	30 000			637006	Náhrady
Stretnutie hodnotiacej skupiny	6	1 500	9 000			637011	Štúdie expertízy posudky
Odborné podklady (výskum)	1	15 000	15 000				
Spotrebný materiál	1	1 000	1 000	633	Materiál	633006	Všeobecný materiál
Koordinator aktivity	3	360	1 080	600	Bežné výdavky	610620	Osobné náklady
<b>Celkové náklady na prípravu 1 KP</b>			<b>536 080</b>				

Nepriame výdavky

Riadenie projektu	15%		80 412	910	Paušálne nepriame výdavky
Publicita	5%		26 804		
<b>Nepriame výdavky spolu</b>			<b>107 216</b>		

**Celkový náklad na 1 PP (priame + nepriame výdavky) 643 296**

**Celkový náklad na 4 PP 2 573 184**

**Celkový náklad 100 ŠDTP + 4 PP 9 151 584 EUR**

## Záver

Klinické odporúčane postupy (anglicky „guidelines“ ) majú v medicínskej praxi na Slovensku svoje miesto. Slovenské odborné lekárske spoločnosti a ich členovia tvoria alebo preberajú a upravujú v rámci svojich špecializácií odporúčania medzinárodných organizácií a odborných spoločností. Okrem týchto odborných aktivít štát (MZ SR) v rámci svojich zákonných kompetencií a dohľadu nad správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti zaviedol zákonný pojem štandardného diagnostického a štandardného terapeutického postupu. Od roku 1997 vydával takéto postupy vo forme metodických listov a neskôr vo forme odborných odporúčaní MZ SR publikovaných vo Vestníku MZ SR.

Aj keď potreba tvorby štandardných diagnostických a terapeutických postupov má zákonný podklad a ich nutnosť a prínos boli opakovane oficiálne deklarované, neodrazilo sa to praxi a v reálnej podpore ich tvorby. Tvorba ŠDTP nebola doteraz dostatočne personálne, organizačne a finančne zabezpečená, čo viedlo k určitej nesystematičnosti a tvorbe odporúčaní ad hoc.

Otázky kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a spokojnosti pacientov je však stále viac na programe dňa aj na Slovensku. Preto kvalita a štandardizácia postupov pri jej poskytovaní je nevyhnutná už dnes a v budúcnosti bude mať rastúci význam.

**Považujeme preto za potrebné najmä:**

- **Doriešiť právny rámec a formu ŠDTP , zaviesť definíciu ŠDTP a vydať jednotnú metodiku pre ich tvorbu, revíziu, implementáciu a hodnotenie vo forme všeobecného záväzného predpisu - vyhlášky.**
- **Zabezpečiť systematickú tvorbu a kontinuálny dohľad nad ŠDTP cestou inštitucionalizácie a financovania z národných zdrojov.**
- **Zosúladiť tvorbu ŠDTP s plnením národných zdravotných a ekonomických cieľov.**
- **Začleniť ŠDTP do komplexného systému riadenia kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti v SR.**

Možnosť reštartovať tvorbu ŠDTP na Slovensku s pomocou zdrojov z EÚ je jedinečnou príležitosťou, ktorú treba využiť. Simultánne však treba riešiť budúcnosť a zabezpečiť ďalšie financovanie po ukončení čerpania EÚ prostriedkov z národných zdrojov tak, aby sa po roku 2020 práce na ŠDTP a preventívnych programoch opätovne neprerušili.