



Cuprins:

Relația DRG-SNSPMS	1
Metoda de calcul al tarifului pe caz ponderat în vederea finanțării pe caz rezolvat (DRG) spitalelor în anul 2006.....	4
Protocoalele de practică medicală.....	5

RELAȚIA DRG - ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Dr. Mihaela Stoienescu

Scoala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar (SNSPMS) a preluat toate drepturile și obligațiile Institutului Național de Cercetare – Dezvoltare în Sănătate (INCDS) privind colectarea setului minim de date la nivel de pacient, validarea și invalidarea cazurilor externate raportate de spitale așa cum sunt reglementate de legislația în vigoare:

- conform ordinului ministrului sănătății nr. 29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România cu modificările și completările ulterioare, spitalele sunt obligate să colecteze setul minim de date la nivel de pacient (SMDP) și să le transmită la SNSPMS. Colectarea electronică a SMDP precum și transmiterea datelor se realizează sub coordonarea tehnică și metodologică a SNSPMS.
- Conform ordinului ministrului sănătății publice și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 681/243 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului – cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, validarea și invalidarea cazurilor externate raportate de către spitale precum și calcularea trimestrială a coeficientului K pe baza cazurilor externate raportate și validate se realizează de SNSPMS
- Conform ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 277/2005 pentru aprobarea regulilor de validare a cazurilor externate și raportate în aplicația “ DRG Național V4” și a metodologiei de evaluare a cazurilor externate, raportate și nevalidate, solicitate spre revalidare cu completările și modificările ulterioare, SNSPMS va transmite lunar și trimestrial spitalelor rapoarte de validare a activității raportate.
- Conform ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 315/2006 pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale, SNSPMS și CNAS transmit spitalelor și caselor județene de asigurări de sănătate formularele 2.1 lunar și 2.2 trimestrial reprezentând raportul de activitate al spitalului pe baza grupelor de diagnostice.

Spitalele vor raporta la SNSPMS, lunar, în format electronic datele despre pacienții externati până la data de 5 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea însoțite de formularul 1.1.

Trimestrial până la data de 19 a lunii următoare trimestrului încheiat, spitalele vor transmite în format electronic cazurile externate, raportate și nevalidate, solicitate spre revalidare, precum și cazurile neraportate în lunile anterioare însoțite de formularul 1.2. SNSPMS transmite către spitale, până pe data de 15 ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea, rapoartele lunare și până pe data de 23 ale lunii următoare trimestrului încheiat rapoartele trimestriale.

Adresele de e-mail ale SNSPMS pentru raportarea în format electronic a datelor despre pacienții externai au rămas nemodificate: dateclinice@drg.ro pentru spitalele finanțate pe bază de caz rezolvat și datesmdp@drg.ro pentru spitalele care nu sunt finanțate pe bază de caz rezolvat. Datele cu caracter confidențial, respectiv codul numeric personal și codul de parafă al medicului curant trebuie obligatoriu criptate înainte de a transmite datele din SMDP la SNSPMS. De asemenea softul de criptare PGP a fișierelor nu a fost modificat. Nu trebuie schimbată cheia de criptare oficială a spitalului. Dacă se impune modificarea cheii de criptare din considerente aparținând spitalului, este necesară informarea în scris (fax) a SNSPMS.

În format electronic SNSPMS transmite fiecărui spital următoarele rapoarte:

- **Formularul 2.1** – Situația cazurilor raportate/validate/invalidat și ICM - ul pe secțiile de acuți (DRG) (Lunar)
- **Formularul 2.2** – Situația cazurilor raportate/validate/invalidat, ICM - ul pe secțiile de acuți (DRG) și coeficientul K (Trimestrial)
- **Raportul S1** – Situația cazurilor raportate/validate/invalidat conform SMDP (acuți + cronici) (Lunar și Trimestrial)
- **Raportul S2** – Detalierea cazurilor nevalidate (Lunar și Trimestrial)
- **Raportul S3** – Detalierea transferurilor intraspitalicești (Lunar și Trimestrial)
- **Raportul S4** – Detalierea codurilor eronate(A01)(Lunar și Trimestrial)

Spitalul primește un fișier bază de date (.mdb), din care se vor importa în baza de date a spitalului, caracteristicile adăugate fiecărui caz: DRG,VR, starea de validare (validat-nevalidat) și codul de validitate.

În format electronic SNSPMS transmite fiecărei case de asigurări de sănătate județene, pentru spitalele cu care acestea au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești, formularele 2.1 și 2.2, rapoartele S1, S2, S3 și S4 precum și următoarele rapoarte trimestriale:

- **Raportul S5** – Detalierea cazurilor validate și anulate
- **Raportul S6** – Detalierea cazurilor anulate
- **Raportul S10** – Pacienții validați prin modalitatea - cerere de validare
- **Raportul S7** – Situația reinternărilor pe pacient la mai puțin de 11 zile în ultimele 12 luni
- **Raportul S8** – Situația reinternărilor pe pacient în ultimele 12 luni
- **Raportul S9** – Activitatea medicului curant: număr total de cazuri, cele mai frecvente cinci diagnostice principale și proceduri principale

Aplicația de colectare a setului minim de date la nivel de pacient DRGNațional 4.1 permite realizarea următoarelor rapoarte centralizatoare care sunt transmise autorităților de sănătate publică județene:

- Centralizatorul bolnavilor externai din spital – total cauze de boala
- Centralizatorul bolnavilor externai din spital – total cauze externe
- Centralizatorul intervențiilor chirurgicale și al altor proceduri

De asemenea aplicația DRGNational 4.1 permite realizarea următoarelor rapoarte pentru spital:

Nume raport	Descriere
Pacienți_Clasificare	Afișează grupa de diagnostic (DRG), categoria majoră de boală (MDC), valoarea relativă, coduri de validitate întoarse de Grouper, reguli de validare pentru fiecare pacient
Secție_CAS	Număr de cazuri/Tip asigurare/Casa de asigurări/Secție sau spital
Spital_CAS	
Secție_Decedați	$Nr.decedati \times 100 / Nr.externari$ /Secție sau spital
Spital_Decedați	
Secție_DiagnosticPrincipal_DMS	Durata medie de spitalizare/DiagnosticPrincipal/Secție sau spital
Spital_DiagnosticPrincipal_DMS	
Secție_Proceduri	Număr proceduri/Secție sau spital
Spital_Proceduri	
Secție_IntervențiiChirurgicale_DMS	Durata medie de spitalizare/Intervenție chirurgicală/Secție sau spital
Spital_IntervențiiChirurgicale_DMS	
Secție_NrCazuri	Număr cazuri/ Secție sau spital
Spital_Mortalitatea	
Secție_NrDiagnosticeSecundare	Număr cazuri /Număr diagnostice secundare/Secție sau spital
Spital_NrCazuri	
Secție_Sex	Număr cazuri în funcție de sex/Secție sau spital
Spital_Sex	
Secție număr zile spitalizare	Acest raport se face pe baza secțiilor și a numărului de zile de spitalizare din tabelul "Transferuri"
Spital număr zile spitalizare	Acest raport se face pe baza numărului zilelor de spitalizare calculate în funcție de data internării și de data externării fiecărui pacient (nu ține cont de tabelul "Transferuri").
Secție_StareExternare	Număr cazuri în funcție de starea la externare/Secție sau spital
Spital_StareExternare	
Secție_TipExternare	Număr cazuri în funcție de tipul de externare/Secție sau spital
Spital_TipExternare	
Secție_TipInternare	Număr cazuri în funcție de tipul de internare/Secție sau spital
Spital_TipInternare	

În vederea decontării serviciilor medicale spitalicești pe baza grupelor de diagnostice, în conformitate cu prevederile ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 315/2006, spitalele întocmesc lunar și trimestrial pe baza datelor validate de SNSPMS următoarele formulare:

- **Formularul 3.1** – Desfășurător pentru decontarea serviciilor medicale spitalicești pe baza grupelor de diagnostice până pe data de 5 ale lunii
- **Formularul 3.2** – Desfășurător pentru decontarea serviciilor medicale spitalicești pe baza grupelor de diagnostice (T)

Pentru decontarea serviciilor medicale realizate în primele 15 zile ale lunii spitalele întocmesc **Formularul 3.3** – Desfășurător pentru decontarea serviciilor medicale spitalicești pe baza grupelor de diagnostice pentru perioada 1-15 a lunii.

Resursă importantă de informare în ceea ce privește sistemul de clasificare în grupe diagnostice pe care SNSPMS o pune la dispoziția celor interesați este site-ul www.drg.ro.

Site-ul prezintă noutăți și informații la zi despre DRG, legislația și reglementările în domeniu, aplicația DRGNational 4.1, aspecte legate de codificare, finanțarea pe bază de caz rezolvat și indicatorii realizați de spitale.

SNSPMS a elaborat și actualizează permanent rapoarte de utilizare a serviciilor, de morbiditate și de decontare precum și o serie de rapoarte privind activitatea spitalului, un instrument de interpretare a datelor care ajută managerul să-și facă o imagine, bazată pe date, asupra stării de fapt a sistemului îngrijirilor de sănătate din spital, permite evaluarea activității spitalului și contribuie la fundamentarea de măsuri pentru îmbunătățirea acesteia.

METODA DE CALCUL AL TARIFULUI PE CAZ PONDERAT ÎN VEDEREA FINANȚĂRII PE CAZ REZOLVAT (DRG) SPITALELOR ÎN ANUL 2006

Ec. Simona Haraga, Dr. Paul Radu

Preambul: Finanțarea spitalelor pe baza clasificării pacienților externți în grupe de diagnostice (DRG) s-a realizat în anul 2005 pentru 277 de spitale care au avut contracte de furnizare de servicii pentru îngrijiri de tip acut cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate – CNAS (prin Casele de Asigurări de Sănătate). În anul 2006, prin acest mecanism sunt finanțate 276 de spitale (aceleași din anul 2005, cu excepția spitalului Sf. Gheorghe din Botoșani care s-a transformat în spital pentru bolnavi cronici). Lista completă cu cele 276 de spitale este prezentată în anexa 18a) la normele Contractului Cadru pentru anul 2006.

A. Principii utilizate la calcularea tarifelor propuse pentru anul 2006

La elaborarea tarifelor pe caz ponderat (TCP) pentru anul 2006 s-a plecat de la următoarele principii:

- Încadrarea în bugetul destinat asistenței spitalicești al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în anul 2006.
- Excluderea din calcularea tarifelor a datoriilor acumulate în anii precedenți, astfel încât din bugetul anului 2006 să fie acoperite doar servicii spitalicești acordate în anul 2006.
- Utilizarea ca punct de pornire în calcularea TCP pentru anul 2006 a TCP neutre ale fiecărui spital, din anul 2005. În acest fel s-au preluat principiile utilizate la finanțare în anul 2005 și se asigură o continuitate a procesului de finanțare bazată pe caz a spitalelor.
- Pentru realizarea unei tranziții graduale spre un TCP Național, pentru anul 2006 s-a optat pentru utilizarea unei rate de amestec 50% - 50% între TCP neutru al spitalului și TCP național (față de un amestec de 75% - 25% în anul 2004);
- Pentru încadrarea în bugetul destinat asistenței spitalicești pentru anul 2006 a fost agreată o variație maximă a TCP de +15% față de tarifele pe caz ponderat din 2005; de asemenea, variația în sensul scăderii TCP a fost agreată la maxim 5% față de anul 2005;
- În vederea realizării unei finanțări adecvate în anul 2006, s-au luat în considerare un factor de ajustare a TCP pentru toate spitalele de aproximativ 15%, care să acopere rata prognozată a inflației, precum și creșterile salariale prevăzute pentru anul 2006 conform Ordonanței de Guvern nr. 23/2006.

B. Date utilizate la calcularea tarifelor pe caz ponderat (TCP)

1. TCP neutru ales pentru 2005 al fiecărui spital, utilizate la calcularea TCP norme 2005 (vezi *Metoda de stabilire a tarifelor pe caz ponderat în 2005*, de pe pagina www.drg.ro);
2. TCP din anul 2005, prevăzut în Anexa 18 a) din Normele de aplicare ale Contractului-Cadru pentru anul 2005, pentru cele 276 de spitale

C. Metoda de calcul

1. La TCP neutru ales pentru 2005 al fiecărui spital¹ a fost aplicată inflația de 10% prevăzută pentru anul 2005 (conform metodologiei publicate în 2005)
2. TCP neutre ale spitalelor obținute mai sus și TCP Național aferent anului 2005 (de 970 lei) au fost utilizate în proporție de 50-50% pentru calcularea *TCP mixat*.
3. Acestor *TCP mixate* ale fiecărui spital li s-a aplicat rata de ajustare de 15% (pentru compensarea ratei prognozate a inflației și a creșterilor salariale în anul 2006), obținându-se *TCP calculat pentru 2006* pentru fiecare spital.
4. TCP calculat pentru 2006 al fiecărui spital a fost comparat cu TCP norme 2005, urmărindu-se încadrarea variației procentuale a celui dintâi între -5% și +15% față de TCP norme 2005. Astfel:
 - a. valorile TCP calculat cuprinse între aceste limite de variație, au fost stabilite ca **TCP pentru 2006** pentru spitalele respective;
 - b. valorile TCP calculate care s-au situat în afara acestor limite de variație nu au mai fost luate în calcul, ci **TCP pentru 2006** s-a stabilit pentru fiecare spital în parte la nivelul limitelor, adică 95% din nivelul TCP norme 2005, respectiv 115% din nivelul TCP norme 2005.
 - c. TCP 2006 pentru cazurile externate din institutele și centrele de cardiologie este unic - 1.597 RON

¹ Vezi *TCP neutru ales pentru norme 2005* conform Metoda de stabilire a tarifelor pe caz ponderat în 2005, de pe pagina www.drg.ro (Resurse>Finanțare>Tarife pe caz ponderat, cap. C pct. 3 și 4)

5. În urma aplicării criteriului de mai sus, tarifele care au rezultat reprezintă valorile care apar publicate pentru cele 276 de spitale în proiectul de modificare a Ordinului ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 56/45/2005 privind normele de aplicare la Contractul Cadru pentru anul 2005.
6. TCP național care rezultă pentru anul 2006, folosind aceste TCP pentru 2006 ale celor 276 spitale, este de 1.079 lei.

PROTOCOALELE DE PRACTICĂ MEDICALĂ

(prelucrare după articolul: „Protocoale de practică medicală în România și Uniunea Europeană, Este alinierea lor necesară?”, Don Hindle, Simona Haraga, Paul Ciprian Radu – „Management în Sănătate”, nr. 1, 2006)

Protocolul de practică medicală reprezintă un formular care descrie modul obișnuit de a furniza îngrijiri unui anumit tip de pacient. Astfel, el cuprinde o înșiruire în timp a unor procese (analize, medicație, tratamente) necesare obținerii unui rezultat dorit de la un pacient care a fost supus unei proceduri specifice sau unui tratament. Protocoalele se stabilesc pentru principalele episoade de îngrijire ale unui tip de pacient, ca de exemplu pentru imunizări la copii, naștere, tratamentul infarctului, apendicectomie ș.a.m.d. Deci, există protocoale diferite pentru fiecare tip de pacient, însă același formular (protocol) va fi folosit pentru toți pacienții de același tip.

Protocoalele de practică mai sunt asimilate cu traseele clinice, traseele de îngrijiri sau modelele de îngrijiri, important fiind faptul că, pe măsură ce acestea din urmă devin complete din punctul de vedere al conținutului informațiilor (cuprind atât traseul clinic al pacientului în unitatea sanitară, precum și tratamentul "standard" de urmat), ele se apropie mai mult de ceea ce numim protocoale de practică.

Formularul reprezentând protocolul de practică include atât instrucțiuni pentru echipa clinică multidisciplinară (doctori, asistenți medicali, infirmieri sau alte categorii de clinicieni), cât și un spațiu destinat înregistrării tratamentului efectiv furnizat de-a lungul episodului de îngrijiri.

Un exemplu de protocol poate fi vizualizat în Figura 1, care reprezintă prima pagină a unui formular pentru prostatectomie transuretrală (TURP) utilizat în Australia. După cum se poate observa, tratamentul începe în ambulatoriu. Formularul continuă cu alte 4 pagini dedicate preadmiterii clinice și alte 5 dedicate tratamentului chirurgical. În acest exemplu, majoritatea informațiilor sunt organizate sub forma unor căsuțe de bifat în cazul în care respectiva activitate a fost efectuată, reducându-se astfel timpul necesar completării informațiilor clinice. Unele dintre aceste informații se introduc ca valori (de exemplu, tensiunea arterială, temperatura), altele se introduc sub formă de text (de exemplu, în Figura 1, căsuța denumită „Istoric medical și chirurgical”). Protocolul pentru procedura TURP este destul de complicat, fiind parte integrantă a unui proces care începe în momentul în care medicul propune pacientului intervenția chirurgicală. În acel moment, pacientului i se oferă materiale informative privind tratamentul respectiv, incluzând detalii clinice (de exemplu, riscurile) și informații administrative, ca, de exemplu, costurile implicate (atunci când există) și telefoanele de contact pentru eventuale întrebări.

Protocoalele bine construite conțin, de regulă, secțiuni în care clinicienilor li se cere înregistrarea oricărui deviații de la tratamentul uzual, ca, de exemplu, complicații sau erori apărute în cadrul procesului de îngrijire. Toate aceste „variații” sunt periodic evaluate de o echipă de clinicieni, cu scopul monitorizării și îmbunătățirii practicii medicale.

Protocoalele de practică sunt de complexitate diferită. În Figura 2, este prezentat un exemplu pentru nașterea normală utilizat în România, la Spitalul Județean din Cluj. Deși modelul este mai simplu, totuși principiile de bază în acest model de practică sunt respectate.

O observație importantă ar fi aceea că modelul utilizat în România are forma unor instrucțiuni de urmat, neavând misiunea unui formular care trebuie completat efectiv caz de caz. Acest lucru face diferența între rezultatele pe care implementarea protocoalelor le va avea în practica medicală. Dacă modelul ar fi transformat într-un formular obligatoriu de completat cu ocazia fiecărei nașteri normale în spitalul respectiv, în mod cert utilitatea lui ar crește.

Pentru că se face deseori confuzie între ghidurile de practică medicală și protocoalele de practică medicală, vom explica diferența dintre ele. Ghidul de practică medicală (GPM) reprezintă un set de afirmații despre diagnosticul și tratamentul unei anumite afecțiuni. Aceste afirmații sunt rezultatul unei evaluări complete a dovezilor practicii medicale. Scopul definirii lor este de a ajuta clinicienii și pacienții în luarea deciziilor asupra modului cel mai adecvat de îngrijire a afecțiunii respective.

Un ghid de practică conține, în general, patru elemente. Primul se referă la statistica epidemiologică și indică efectele și rezultatele clinice, astfel încât să ofere cititorului o idee despre importanța problemei de sănătate. Al doilea element conține sugestii generale despre diagnostic și tratament. Al treilea conține informații și sugestii mai detaliate despre diferitele forme ale afecțiunii respective și tratamentul acestora. Cel de-al patrulea element conține trimiteri la dovezi clinice și alte materiale privind diagnosticul și tratamentul.

Există câteva asemănări între ghidurile de practică și protocoalele de practică. Astfel, scopurile folosirii lor sunt comune: reducerea variațiilor de practică medicală pentru aceleași afecțiuni, utilizarea cât mai bună a resurselor disponibile în sănătate etc. Dezvoltarea și folosirea ambelor presupun o colaborare multidisciplinară, iar potențialii beneficiari trebuie implicați atât în construirea cât și în evaluarea lor.

Există însă și deosebiri între ghidurile de practică și protocoalele de practică. În primul rând, GPM sunt actualizate mai rar, de regulă cam între doi și cinci ani. Spre deosebire de acestea, protocoalele de practică trebuie permanent revizuite. Ele pot fi frecvent actualizate, în funcție de necesități, și mai mult ca o consecință a unor informații noi care sosesc din partea echipei multidisciplinare în urma evaluărilor.

În al doilea rând, GPM conțin mult mai multe informații explicative referitoare la dovezile de practică. De exemplu, pentru tratamentul cu un anumit medicament sunt furnizate toate informațiile care susțin terapia respectivă: ce dovezi au fost raportate privind efectul clinic, la ce concluzii au ajuns cercetătorii etc. Protocoalele de practică oferă, în schimb, doar indicația terapeutică – cum ar fi, de exemplu, “administrați medicamentul X”, dar fără explicații. Chiar dacă echipa multidisciplinară a analizat literatura de specialitate, informațiile respective nu se vor regăsi în protocol.

În al treilea rând, GPM nu face referire la factorii locali, ci din contră, păstrează un caracter mai general, astfel încât să acopere sistemul de sănătate în întregime. Protocolul de practică, în schimb, se referă deseori la detalii, cum ar fi, de exemplu, timpul de elaborare a analizelor medicale în perioadele de vacanță. De aceea, protocoalele pot diferi de la o unitate de îngrijiri la alta.

În final, GPM nu este un instrument de colectare de date, ci este o sursă de referință, care poate sta pe raftul din bibliotecă sau se poate citi cu regularitate sau chiar deloc. Pe de altă parte, protocolul clinic trebuie folosit în mod constant în tratarea pacienților. El reprezintă nu numai o sursă de informare, dar și o modalitate de înregistrare a tratamentului efectiv furnizat.

În concluzie, ghidurile de practică și protocoalele de practică trebuie folosite împreună, acestea fiind complementare; căci ghidul furnizează informațiile necesare pentru a construi protocolul, în timp ce protocolul face legătura între ghiduri și practica medicală de zi cu zi.

Dovezile folosirii protocoalelor de practică în alte țări arată că nu prea există dezavantaje și, practic, singura problemă este efortul necesar la început pentru a le implementa și a încuraja clinicienii să le folosească. Beneficiile sunt importante, așa cum indică studiile realizate în străinătate. Cel mai important beneficiu este creșterea calității îngrijirilor, efect datorat atenției sporite în acordarea acestora.

Spre exemplu, Chang și Lin (2003) au analizat efectele folosirii protocoalelor de practică pentru histerectomie vaginală asistată laparoscopic. Rezultatele au arătat că, în medie, durata intervenției a scăzut cu 25%, durata medie a anesteziei a scăzut cu 22%, iar rata de începere a tratamentului antibiotic după 48 de ore de la intervenția chirurgicală a scăzut cu 76%.

Kelly, Andersen, Pestian, Wenger, Finch, Strobe și Luckstead (2000) au studiat efectele folosirii protocoalelor de practică pentru copii internați cu astm. Rezultatele au arătat că pacienții tratați conform protocoalelor de practică au terminat cu succes pe durata spitalizării cursul privind gestionarea acestei afecțiuni, astfel încât au fost externati cu o rețetă pentru medicamentul de întreținere, precum și dispozitivele de susținere a respirației pentru uz la domiciliu. Aceste rezultate au fost obținute chiar în condițiile reducerii costurilor îngrijirilor.

Un alt beneficiu al protocoalelor de îngrijiri este acela că ele îmbunătățesc eficiența. Multe studii au arătat că utilizarea protocoalelor de practică reduce riscul furnizării de servicii nenesesare, al efectuării de teste de diagnostic repetitive, sau al creșterii duratei de spitalizare din cauza organizării deficitare.

De exemplu, Kwan-Gett și al (1997) au demonstrat îmbunătățirea eficienței după introducerea protocoalelor de îngrijiri la copiii internați cu astm. Printre rezultate s-au numărat reducerea cu 33% a costurilor testelor de anatomie patologică și cu 42% a celor de radiologie. Board, Brennan și Caplan (2000) au arătat o scădere cu 70% a numărului de teste de anatomie patologică furnizate pentru pacienții programați pentru intervenții chirurgicale și cu 25% pentru cazurile de urgențe medicale. În Figura 3 este prezentat un exemplu din experiența Spitalului Universitar din Chicago privind evoluția duratei de spitalizare pentru patru tipuri distincte de îngrijiri pe perioada 1994-1996, iar în Figura 4 este prezentat rezultatul implementării protocoalelor asupra ratei reinternărilor pacienților în cazul nașterilor necomplicate pe cale vaginală în cadrul aceluiași spital.

Tot în categoria beneficiilor intră și faptul că protocoalele de practică îmbunătățesc lucrul în echipă. Toți clinicienii dintr-o echipă împărtășesc aceleași idei și folosesc aceeași documentație clinică, ceea ce conduce la un nivel crescut de înțelegere și respect între diferitele profesii (Poole și al 1994; Woodyard 1993; Ireton, Orr, și Hennessy 1997).

Protocoalele de practică servesc pacienților și familiilor acestora, întru-cât explică ceea ce se va întâmpla pe parcursul procesului de îngrijire. Acest lucru le reduce frica și le oferă ocazia de a pune întrebări în cunoștință de cauză. De asemenea, este asigurată creșterea echității: toți cetățenii știu că au dreptul să beneficieze de aceleași servicii (Nakanishi și al 2000; Oishi 2002).

În final, protocoalele de practică pot fi utilizate ca bază de contractare în cadrul negocierilor dintre finanțatorul serviciilor de sănătate (ca, de exemplu, Casa Națională de Asigurări de Sănătate în România – CNAS) și furnizorul acestora (de exemplu, un spital). Câteva din lucrurile utile care apar specificate în mod obișnuit în protocoale sunt costurile probabile ale îngrijirilor și nivelul calitativ al acestora.

Utilizarea protocoalelor de practică din ce în ce mai mult în lume, deci și în țările membre ale Uniunii Europene (UE), este atestată de literatura de specialitate. Printre lucrări menționăm pe cea a lui Hindle și Yazbeck (2004), care evidențiază rezultatele unei anchete efectuate de un grup de experți voluntari din 17 țări ale UE. Respondenții au indicat că protocoalele sunt necesare și sunt din ce în ce mai utilizate (chiar dacă există variații foarte mari în ritmul de creștere a utilizării).

Cea mai importantă cauză observată a variației în nivelul de utilizare între țări și între instituții din aceeași țară o reprezintă influența externă asupra clinicienilor. În unele țări există asociații ale clinicienilor care exercită un rol activ în susținerea și diseminarea protocoalelor, în timp ce, în alte țări, aceste asociații (cu excepția celor ale asistenților medicali) arată puțin interes sau deloc. În unele țări, cumpărătorii serviciilor medicale (de exemplu, casele de asigurări) au folosit stimulente financiare pentru introducerea și utilizarea protocoalelor, iar în câteva țări, promovarea protocoalelor a fost puternic susținută de asociațiile consumatorilor (reprezentanții pacienților).

Conform aceleiași anchete, experții au fost unanimi în privința faptului că medicii, dintre toate categoriile de profesii medicale, sunt cel mai puțin entuziasmați de folosirea protocoalelor (în special spre deosebire de asistenții medicali). Unii dintre experți cred că stimulentele financiare influențează gradul de acceptare a protocoalelor de către medici – deoarece stabilirea și implementarea protocoalelor de practică presupun costuri administrative. Pe de altă parte, unii experți au susținut că, dacă liderii clinicienilor sunt convinși că protocoalele îmbunătățesc calitatea serviciilor, atunci ei susțin implementarea acestora indiferent de existența sau nu a stimulentei financiare.

În general, rezultatele anchetelor în țările UE se aliniază celor din literatură. De exemplu, Pace, Sakulkoo, Hoffart și Cobb (2002) au arătat că principalele bariere în utilizarea protocoalelor sunt variațiile de practică între medici și lipsa capacității de a lucra în echipă.

În România, se utilizează instrumente similare (deși într-un mod mai puțin eficient) cum ar fi: planuri de asistență medicală, modele de îngrijiri sau ghiduri de practică. Protocoalele de practică au fost dezvoltate local sau importate și există în multe spitale, îndeosebi în specialitățile obstetrică-ginecologie, chirurgie cardiacă sau boli infecțioase, dar foarte puțini furnizori de îngrijiri medicale le utilizează efectiv. Deoarece, de cele mai multe ori, ele sunt utilizate orientativ, se reușește rareori obținerea unor beneficii în urma folosirii lor.

Este interesant, însă, de presupus care sunt cauzele acestui nivel scăzut de folosire a protocoalelor de practică. În unele țări constrângerea importantă este dată de puterea medicilor coordonatori asupra celorlalte categorii de clinicieni. În mod cert acesta este și cazul României: de exemplu, creșterea rolului asistenților medicali nu a decurs la nivelul așteptărilor, conform practicii din cele mai multe țări ale UE.

Un alt factor important este nivelul scăzut de interes al cumpărătorului de servicii (CNAS), care deține un monopson pe piața românească. Deși au avut loc modificări importante în sistemul de sănătate odată cu introducerea noii metode de plată a furnizorilor de îngrijiri pentru pacienții cu afecțiuni de tip acut, în conformitate cu rezultatele produse (pacienții tratați clasificați în grupe de diagnostice – DRG), totuși CNAS este o instituție tânără, cu experiență limitată în câteva din aspectele legate de cumpărarea serviciilor. În acest sens, deocamdată, nu a arătat o implicare directă în promovarea utilizării protocoalelor de practică.

România este încă într-o perioadă de tranziție de la o economie centralizată la una de piață. O consecință directă a acestui fapt este slaba reprezentare a consumatorilor de servicii, în comparație cu alte țări europene. Deși, conform experienței altor țări, aceste asociații nu sunt, în general, cele care inițiază procesul introducerii protocoalelor de practică, totuși ele sunt printre primele care percep beneficiile acestora, relevanța lor în creșterea puterii pacienților.

O altă consecință a vechiului sistem centralizat este predominanța culturii managementului de sus în jos, inhibând inițiativele locale. Acest lucru este deosebit de important, ținând cont că utilizarea protocoalelor de

practică presupune munca în echipe multidisciplinare, la nivel local, care să dorească să îmbunătățească calitatea îngrijirilor furnizate pacienților.

Totuși, din constrângerile enumerate mai sus, se poate concluziona că ele nu sunt specifice României, majoritatea fiind întâlnite și în celelalte țări europene. Acesta constituie un motiv de a fi optimiști și înseamnă că drumul spre reformă presupune aceleași măsuri care s-au dovedit de succes în alte țări, unde utilizarea protocoalelor de practică reprezintă un factor-cheie al managementului practicii clinice.

Pot fi identificați cinci pași pentru implementarea protocoalelor de practică în activitatea clinică. Primul ar fi găsirea unor echipe de clinicieni interesate să le identifice sau să ajute la implementarea propriilor lor protocoale în unitățile în care lucrează. Aceștia ar reprezenta lideri de opinie, care, pe baza propriei experiențe, ar arata utilitatea și ușurința cu care ele pot fi folosite în România.

În al doilea rând, asociațiile profesionale medicale ar trebui încurajate să își exprime suportul în implementarea protocoalelor de practică. Chiar dacă nu toate vor fi interesate la început, este suficient ca unele dintre ele să preia inițiativa și să devină un exemplu pentru celelalte.

În al treilea rând, asociațiile consumatorilor ar trebui informate și stimulate să acționeze, prin promovarea propriilor idei în rândul profesioniștilor din sănătate și al celorlalți consumatori în general.

În al patrulea rând, CNAS ar putea susține implementarea protocoalelor de practică prin includerea acestora în contractele de cumpărare a serviciilor. Pentru început, în fiecare contract s-ar putea preciza că furnizorii sunt încurajați să le utilizeze. Pe de altă parte, pentru anumite tipuri de îngrijiri, utilizarea protocoalelor de practică ar putea fi impusă ca o condiție obligatorie la contractare: neutilizarea lor ar atrage penalități financiare sau anularea unor părți din contract pe viitor.

În final, este necesară integrarea tuturor acestor acțiuni, căci împreună pot duce la o îmbunătățire a rezultatelor. Teoria sistemelor arată că pentru probleme complexe, în care sunt implicați mulți actori aflați în interdependență, intervențiile prin acțiuni specifice tratate individual nu vor avea succes în rezolvarea lor. În cazul protocoalelor de practică, nu numai pașii evidențiați anterior sunt importanți, ci și alte activități, precum o mai bună educație în școlile medicale, includerea protocoalelor în procesele de licențiere și acreditare a furnizorilor, legarea lor de sistemul de plată pe baza grupelor de diagnostice, încurajarea utilizării lor ca bază pentru alocarea internă a resurselor, promovarea utilizării lor ca bază pentru audit clinic intern, sau organizarea de întâlniri de lucru în echipă ale clinicienilor.

În concluzie, modificările semnificative vor rezulta dintr-o acțiune concertată pe mai multe planuri. Nu este suficient să se precizeze, spre exemplu, că responsabilitatea va fi preluată de CNAS sau de o altă instituție, căci este o responsabilitate care trebuie împărtășită de toți ceilalți actori ai sistemului. Iar cei care nu promovează utilizarea protocoalelor de practică reprezintă, de fapt, o parte din problema sistemului, și nu partea care caută soluții de rezolvare.

Bibliografie selectivă

1. Calligaro KD și al 1995. Impact of clinical pathways on hospital costs and early outcome after major vascular surgery. *J Vasc Surg*, vol 22 no 6, pp 649-57; discussion 657-60.
2. Goebel RH și Goebel MR 1999. Clinical practice guidelines for pressure ulcer prevention
3. Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate și U.S. Department of Health and Human Services 2001, Creșterea eficienței și îmbunătățirea calității îngrijirilor într-un spital, București și Cluj-Napoca
4. Kwan-Gett TS, Lozano P, Mullin K and Marcuse EK 1997. One-year experience with an inpatient asthma clinical pathway, *Arch Pediatr Adolesc Med*, vol 151 no7, pp 684-9.
5. Pace KB, Sakulkoo S, Hoffart N and Cobb AK 2002. Barriers to successful implementation of a clinical pathway for CHF, *J Healthc Qual*, vol 24 no 5, pp 32-8.
6. Ransom SB, Studdert DM, Dombrowski MP, Mello MM and Brennan TA 2003. Reduced medicolegal risk by compliance with obstetric clinical pathways: a case-control study, *Obstetrics and Gynecology*, vol 101 no 4, pp 751-5.

Figura 1: prima pagină a unui model de îngrijiri pentru prostatectomie transuretrală (Australia)

Pagina 1	Camera de gardă Medicală, partea 1		Data <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			Pacient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			ID <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
EVALUARE CHIRURGICALĂ				
Indicații pentru procedură				
Evaluare Urologică	Nicturie <input type="checkbox"/>	Frecvență <input type="checkbox"/>	Ezități <input type="checkbox"/>	
	Urgență <input type="checkbox"/>	Disuria <input type="checkbox"/>	Incontinență <input type="checkbox"/>	
	UTI <input type="checkbox"/>	Probleme uretrale <input type="checkbox"/>	Disfuncție erectilă <input type="checkbox"/>	
	Hematurie <input type="checkbox"/>	TCC <input type="checkbox"/>	Aspirină/ anticoagulant <input type="checkbox"/>	
	Fumător <input type="checkbox"/>	Istoric consum alcool <input type="checkbox"/>		
Alți factori				
Istoric medical și chirurgical				
Trimiteri	Anestezist <input type="checkbox"/>	Farmacist <input type="checkbox"/>	Dietetician <input type="checkbox"/>	
	Fizioterapeut <input type="checkbox"/>	Asistent social <input type="checkbox"/>	Îngrijiri conexe <input type="checkbox"/>	
	Altul <input type="checkbox"/>			
	PAC asistent medical anunțat să facă trimiterea <input type="checkbox"/>			
General Urologic	MSU <input type="checkbox"/>	Pacient să aducă consimțământul și testele de imagistică relevante <input type="checkbox"/>		
	U&E <input type="checkbox"/>	FBE <input type="checkbox"/>		
Investigații	TURP or BNI	Asigurare tract renal USS, U&E, PSA (dacă este obținut) disponibil <input type="checkbox"/>		
	TURBT	Asigurarea disponibilității IVP, împreună cu U&E, FBE recente <input type="checkbox"/>		
		Examen citologic urină <input type="checkbox"/>		
Investigații anestezice	Vârsta < 40 ani, fără probleme medicale semnificative	NIL <input type="checkbox"/>		
	> 40 ani, cu probleme medicale	ECG <input type="checkbox"/>	CXR <input type="checkbox"/>	
		INR dacă warfarin sau boală de ficat <input type="checkbox"/>		
		BSL dacă diabetic <input type="checkbox"/>		
Altele				
Plan de externare	Durata de spitalizare preconizată, discutată cu familia și pacientul <input type="checkbox"/>			
	Transport post-operator, reabilitare și cazare stabilite <input type="checkbox"/>			
	Potențiale dificultăți discutate cu registrar <input type="checkbox"/>			
	PAC asistenți medicali anunțați privind necesitățile pentru externare <input type="checkbox"/>			
Social	Contact	Telefon [Acasă]		
	Relații	Telefon [Serviciu]		
Medicamente	Medicația revazută și graficul de administrare completat <input type="checkbox"/>			
Educație	Clarificate așteptările pre- și post-operator <input type="checkbox"/>			
Consimțământ	Completat și întrebările răspuse <input type="checkbox"/>			

Figura 2 – Model de îngrijiri pentru Naștere normală

	Ziua 1-internare dacă nu e fals travaliu	Ziua 2	Ziua 3	Ziua 4(externare)
Consultație	Consult în ambulator Consult obstetrical	Consult mamă și copil- vizită	Consult mamă și copil- vizită	Examen clinic obiectiv al mamei și copilului
Investigații	VSH, Hb, Ht, sumar urină			
Activități	Întocmire forme internare Măsurarea TA Testare la xilină Toaleta externă Monitorizare-traseu CTG Asistență la naștere Epiziotomie Asistarea delivrenței, verificarea integrității placentei Îngrijirea nou-născutului: spălare, măsurare, cântărire, profilaxia oftalmiei gonococice Transfer nou-născut în secția de neonatologie Sutura perineală Verificarea părților moi Toaleta externă Supravegherea mamei 2-4 ore în sala de nașteri Transfer secție lăuze Copil fără probleme- transfer în aceeași zi în salon mamă	Supravegherea mamei: Termometrizare Măsurarea TA Observarea lohiilor Toaleta plăgii	Supravegherea mamei: Termometrizare Măsurarea TA Observarea lohiilor Toaleta plăgii Toaleta sânilor	Întocmirea biletului de externare Recomandări la externare Externare
Medicație	Anestezie locală cu Xilină Oxistin f II	Ergomet	Ergomet Analgezice	
Dieta	Normală	Normală		
Educație pentru sănătate	Reguli de igienă a mamei și copilului Tehnica punerii sugarului la sân	Educația sanitară a mamei Punerea copilului la sân		Educația sanitară a mamei- reguli de igienă: toaleta plăgii, a sânilor, toaleta copilului, punerea la sân a copilului, reguli generale de igienă

Figura 3: Efectul utilizării protocoalelor de practică asupra duratei de spitalizare

Tendența duratei spitalizării (în zile) pentru 4 proiecte de trasee "mature" implementate la Spitalul Universitar din Chicago

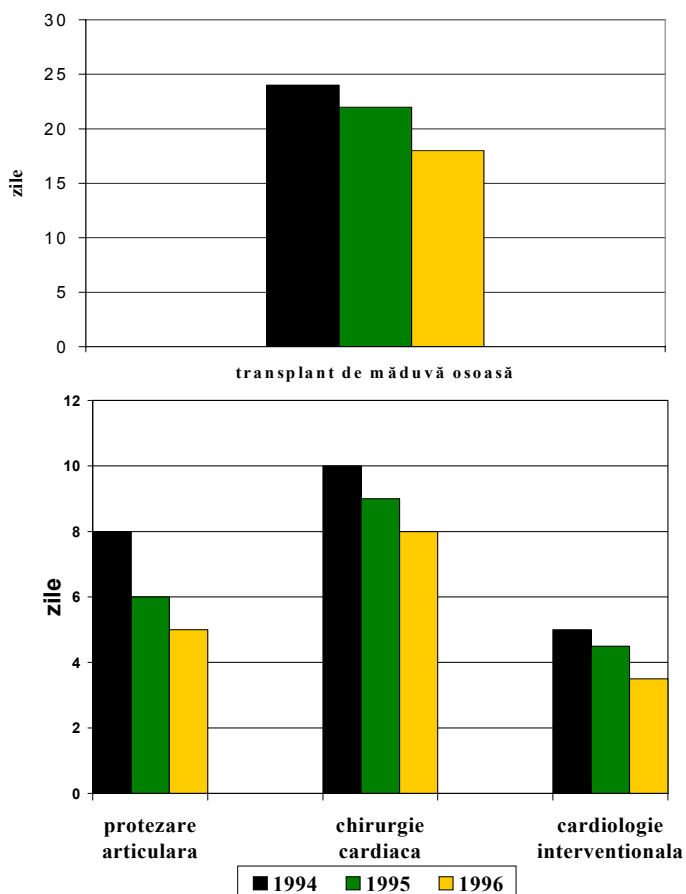


Figura 4 – Efectul utilizării protocoalelor de practică asupra ratei reinternărilor

Tendența ratei reinternărilor pacienților în cazul nașterilor necomplicate pe cale vaginală la Spitalul Universitar din Chicago

