

# PROTOCOALE DE PRACTICĂ MEDICALĂ. EXPERIENȚA SPITALELOR DIN ROMÂNIA

Marius CIUTAN, Lavinia PANAIT<sup>1</sup>,  
Georgeta POPOVICI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Școala Națională de Sănătate Publică, Management și  
Perfecționare în Domeniul Sanitar, București

## INTRODUCERE

Furnizarea unor servicii medicale spitalicești de înaltă performanță și de calitate presupune, printre altele, și aplicarea de către personalul medical a standardelor terapeutice, stabilite prin ghiduri aprobate la nivel național sau prin standarde recunoscute de comunitatea medicală a specialității respective [1].

Pentru susținerea adoptării și aplicării unor astfel de standarde, în cadrul sistemului de sănătate din România au fost reglementate roluri și responsabilități pentru diferiți actori din sistem privind elaborarea și implementarea protocoalelor la nivelul spitalelor.

Astfel, suportul Ministerul Sănătății constă în elaborarea ghidurilor și protocoalelor pentru anumite patologii, de către Comisiile de specialitate, cu consultarea societăților medicale de profil și având avizul Colegiului Medicilor din România. Aceste ghiduri și protocoale au rolul de a orienta elaborarea protocoalelor de practică la nivel local.

Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS) vine în întâmpinarea realizării acestui deziderat, prin cuprinderea de măsuri referitoare la problematica protocoalelor de diagnostic și tratament la nivelul spitalului în cadrul unei strategii cuprinzătoare în domeniul calității în sănătate, precum și prin dezvoltarea de standarde de acreditare în acest sens. Standardele de acreditare recomandă desfășurarea activității spitalicești în funcție de protocoale de diagnostic și tratament, care trebuie elaborate respectând principiile medicinei bazate pe dovezi, precum și în funcție de capacitatea tehnico-materială a spitalului și de experiența clinică din cadrul acestuia. Conform acestora protocoalele trebuie revizuite, actualizate și îmbunătățite pe baza recomandărilor elaborate în urma unui audit clinic.

Pe de altă parte, la nivelul spitalului, recent, a fost reglementată structura de management al calității serviciilor de sănătate, care are printr-atribuții și analiza elaborării și implementării protocoalelor de diagnostic și tratament și a procedurilor care vizează asistența medicală.

Cu toate aceste reglementări, standardizarea practicii medicale la nivelul spitalului (unitate cu particularități specifice din punct de vedere al competențelor și dotării, care tratează patologii cu complexități diverse, în condiții de organizare și funcționare diferite) devine uneori o sarcină destul de laborioasă și consumatoare de resurse, fiind adeseori impracticabilă datorită unor verigi lipsă pentru punerea în practică a acestui deziderat.

Variabilitatea practicii, însă, indiferent de spital, nu ar trebui să depășească cadrul procedural, acolo unde

*Standardizarea practicii medicale este necesară pentru asigurarea unor îngrijiri medicale eficiente și de calitate, iar pentru spitale, implementarea protocoalelor de practică devine uneori o sarcină destul de laborioasă și consumatoare de resurse, fiind adeseori impracticabilă datorită unor verigi lipsă pentru punerea în practică a acestui deziderat.*

*SCOPUL STUDIULUI a fost de a analiza protocoalele de diagnostic și tratament pentru 20 dintre cele mai frecvente patologii tratate la nivelul unor spitale pilot din România.*

*REZULTATE. Practica medicală analizată la nivelul spitalelor pilot din cadrul proiectului CAPESSCOST este în foarte mică măsură procedurată prin protocoale de practică bine structurate, care să conțină aspecte relevante și adaptate la specificitățile de la nivel local. Spitalele aleg, mai degrabă, să preia în cadrul protocoalelor proprii, fără nicio adaptare, informațiile din ghidurile de referință naționale sau internaționale.*

*CONCLUZII. Pentru uniformizarea practicii și stabilirea unor standarde de cost pentru patologii selectate și nu numai, este necesar un model (referință) de protocol de diagnostic și tratament pentru spital, pe tipuri de spitale, cu o structură de bază care să fie completată corect și adecvat de către toate echipele de elaborare, după o metodologie tipică, care să includă trasee clinice și nivelul de resurse consumate pentru fiecare traseu. În același timp, se impune un cadru de reglementare care să stimuleze și să promoveze standardizarea practicii medicale în rândul actorilor principali din sectorul medical spitalicesc, o primă recomandare, în acest sens, referindu-se la includerea practicii de elaborare și implementare a protocoalelor de practică ca instrument obligatoriu de management spitalicesc.*

*Cuvinte cheie: protocoale, standardizare, practică medicală, spitale, România*

acesta este definit pentru o anumită patologie. Astfel, în cadrul aceluiași spital sau grup de spitale cu același nivel de competență (I, II, III, IV, V), fiecare pacient cu o anumită patologie ar trebui să beneficieze de servicii standard, definite printr-un protocol de practică medicală, astfel încât să se poată asigura o calitate standard pentru fiecare pacient în parte. Desfășurarea activității spitalicești pe baza unor protocoale bine elaborate, poate conduce la reducerea variabilității, iar în cascadă, la îmbunătățirea, eficientizarea și creșterea calității serviciilor furnizate, cu beneficii pozitive asupra pacienților și funcționării spitalului.

## SCOPUL STUDIULUI

Pentru evaluarea modului în care este procedurată practica medicală în spitale, o activitate a proiectului CaPeSSCoSt – Îmbunătățirea Calității și Performanței Serviciilor Spitalicești prin Evaluarea Costurilor și Standardizare”, cod 724/129170 a fost dedicată studiului protocoalelor de diagnostic și tratament pentru 20 dintre cele mai frecvente patologii tratate la nivelul unor spitale pilot, selectate în cadrul proiectului [2].

## OBIECTIVELE specifice ale studiului

Principalele obiective vizate au urmări:

- identificarea protocoalelor utilizate în prezent pentru patologii selectate
- analiza descriptivă și comparativă a protocoalelor de diagnostic și tratament identificate

## METODOLOGIE

Obținerea informațiilor privind protocoalele de diagnostic și tratament s-a făcut prin intermediul

aplicației CaPeSaRo, gestionată de ANMCS, unde spitalele au încărcat protocoalele solicitate.

Transmiterea protocoalelor de către spitale s-a făcut pe baza unei liste, pusă la dispoziția acestora, cu cele 20 patologii, și anume:

I50.0	Insuficiența cardiacă congestivă	O82	Naștere unică prin cezariană
J84.9	Boala pulmonară interstițială, nespecificată	F20.0	Schizofrenia paranoidă
Z38.0	Copil unic, născut în spital	J44.0	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare
J18.9	Pneumonie, nespecificată	A49.9	Infecția bacteriană, nespecificată
I34.0	Insuficiență mitrală (valvă)	J44.1	Boala pulmonară obstructivă cronică cu exacerbare acută, nespecificată
K76.0	Degenerescenta grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	F33.2	Tulburare depresivă recurentă, episod actual sever fără simptome psihotice
I63.3	Infarctul cerebral datorită trombozei arterelor cerebrale	O20.0	Iminență de avort
I10	Hipertensiunea esențială (primară)	K74.6	Alta ciroză a ficatului și nespecificată
P59.9	Icter neonatal, nespecificat	Z50.8	Îngrijiri implicând alte proceduri de reabilitare
M51.1+	Tulburari ale discurilor lombar și ale altor discuri intervertebrale cu radiculopatie (G55.1*)	I42.0	Cardiomiopatia cu dilatație

Analiza a fost realizată pe un număr de 556 protocoale transmise de către 87 spitale (reprezentând peste 20% din totalul spitalelor din România).

Pentru colectarea unitară a datelor și informațiilor din protocoale a fost utilizată o machetă elaborată în cadrul proiectului, pe baza recomandărilor din literatura de specialitate [3-12] privind structura protocoalelor de diagnostic și tratament. Astfel, informațiile extrase din protocoale și introduse de către experții proiectului în macheta de colectare pentru fiecare protocol au făcut referire la:

- aspecte privind identificarea protocolului și a patologiei căreia i se adresează;
- corespondența protocolului cu patologia vizată - apreciată prin gradul de includere în cadrul protocolului a afecțiunilor cuprinse în cadrul codului de boală ICD10 respectiv/patologiei, considerându-se că acestea constituie, de fapt, trasee clinice în cadrul patologiei selectate, grupate în clustere comune; pentru fiecare patologie a fost extrasă din Lista codurilor de diagnostice (Lista tabelara a diagnosticelor RODRGv1) caseta cu afecțiunile cuprinse în cadrul codului de boală ICD10 respectiv;
- gradul de actualizare a protocolului/vechimea protocolului;
- scopul protocolului;
- metodologia de elaborare;
- responsabilitățile;
- situațiile de abatere de la protocol;
- motive de revizuire ale protocolului;
- prezența sau nu a traseelor clinice;
- aspecte privind diagnosticul, tratamentul;
- aspecte administrative;
- standarde auditabile;
- referințe bibliografice
- concluzii evaluator.

Analiza a cuprins toate elementele din machetă, care

au fost analizate descriptiv și comparativ, astfel încât să se poată evidenția aspectele comune și specifice, care vor sta la baza emiterii de recomandări pentru îmbunătățirea activității de procedurare a practicii medicale din spitale.

Concluziile evaluatorului/echipei de evaluatori care au

evaluat patologia au fost cuprinse într-o casetă sintetică a patologiei respective, care cuprinde informații privind numărul de protocoale primite, analizate și excluse din analiză, precum și pattern-uri specifice patologiei desprinse din opiniile generale ale evaluatorului.

În vederea unei analize cât mai complete, au fost cercetate o serie de documente precum: cele normative care reglementează domeniul protocoalelor de practică medicală; ghidurile și protocoalele naționale pentru cele 20 patologii selectate; standardele, cerințele și indicato-

rii ANMCS care fac referire la protocoalele de diagnostic și tratament.

Recomandările au fost formulate având în vedere opiniile experților din proiect obținute prin intermediul unei sesiuni de brainstorming, judecățile de valoare desprinse din rezultatele analizei de față și măsurile strategice cuprinse în “Strategia Calitate în Sănătate 2018-2025”.

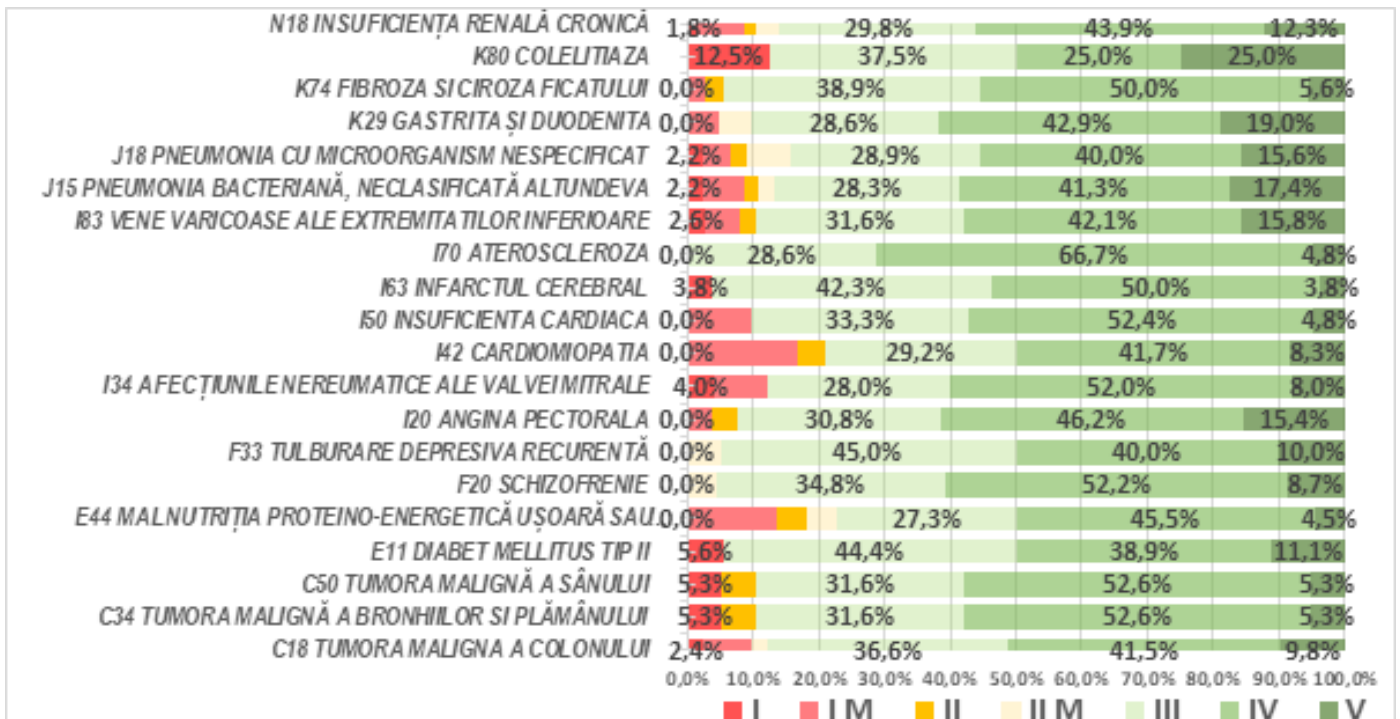
## REZULTATE

Situația protocoalelor, pe patologii și nivele de competență a spitalelor, prezentată sintetic în graficul 1, evidențiază o mare variabilitate, ce ar putea fi determinată de factori precum specificitatea patologiei și capacitatea spitalului de a trata patologia respectivă.

Spitalele de nivel III, IV și V au trimis protocoale pentru toate cele 20 de patologii selectate. Se poate constata, însă, absența protocoalelor pentru ateroscleroză, schizofrenie și tulburarea depresivă recurentă, la spitale de nivel I și II, ultimele fiind însă patologii care reclamă asistență de specialitate în spitale de profil.

Media protocoalelor trimise pe spital a fost de 6,4 (reprezentând 32% din numărul patologiilor selectate), această încadrându-se între 0,6% (spitale de nivel IIM, cu o medie de 1,2 protocoale transmise/spital) și 57% (spitale de nivel III, cu o medie de 11,4 protocoale transmise/spital) – grafic 1. Deși cea mai mare rată de răspuns a fost înregistrată pentru spitalele de nivel III și IV, documentele nu conțin toate informațiile relevante specifice unui protocol, așa cum este el văzut în viziunea proiectului. Protocoalele primite de la spitalele de nivel I și IIM au avut cel mai mare grad de abordare a aspectelor relevante precum: abaterile de la protocol și motivele revizuirii, algoritmi de diagnostic și tratament, respectiv responsabilități, resurse, dar aprecierea acestor rezultate trebuie făcută cu precauție deoarece, la nivelul fiecărei patologii selectate, numărul acestor protocoale este destul de mic.

Grafic 1. Situația protocoloalelor primite de la spitalele pilot, în funcție de competența spitalului și patologia vizată



Se poate aprecia, astfel, că există o rată mică de procedură a activității medicale prin intermediul protocoloalelor de diagnostic și tratament, acest lucru putând determina o mare variabilitate de practică medicală, consum și rezultate.

Analiza protocoloalelor încărcate în aplicația CAPESARO de către spitalele pilot a scos în evidență o mare diversitate în ceea ce privește mărimea, conținutul și structura acestora, neexistând un template comun.

**Mărimea.** În ceea ce privește mărimea, numărul paginilor cuprinse în documente transmise variază între 10 și 100 pagini, în unele situații lipsa cuprinsului făcând dificilă găsirea cu ușurință a secțiunilor protocolului și implicit a informațiilor pentru completarea machetei de colectare.

**Conținutul și structura protocoloalelor.** Majoritatea protocoloalelor conțin informații referitoare la echipa care a elaborat, verificat și aprobat protocolul, conținând inclusiv semnăturile membrilor acesteia. Au fost, însă, identificate și protocoloale care nu conțin informații privind asumarea acestora de către personalul implicat în implementarea lor (nefiind semnate de luare la cunoștință).

Foarte puține protocoloale cuprind algoritmi de diagnostic /tratament, traseele clinice pe care pacienții le pot urma fiind foarte greu de identificat, existând unele protocoloale care au mai degrabă formatul și conținutul unui ghid.

Majoritatea protocoloalelor au o structură asemănătoare structurii procedurilor operaționale din sistemul controlului managementului calității, care nu este perfect aplicabilă pentru un protocol de practică medicală, deoarece se constată că lipsesc multe dintre elementele relevante ale unui protocol (prezența de trasee clinice, abateri de la protocol, aspecte administrative, standarde auditabile, etc.).

Cele mai adecvate protocoloale din punct de vedere al structurii și al informațiilor care trebuie conținute în acestea (conform machetei elaborate în cadrul proiectului) sunt cele adresate bolilor cardiovasculare, patologii

frecvente și, de obicei, bine documentate prin ghiduri de practică disponibile la nivel național, cât și internațional. Astfel, analiza acestora a evidențiat: un grad mare de corespondență cu patologia vizată; o descriere detaliată a bolii și a formelor clinice ce permit diferențierea traseelor clinice și un grad mare de actualizare (cu revizii recente ale unor versiuni anterioare).

**Vechimea.** Majoritatea protocoloalelor au vechime de maxim un an, unele având data de elaborare cu o săptămână înainte de a fi transmise.

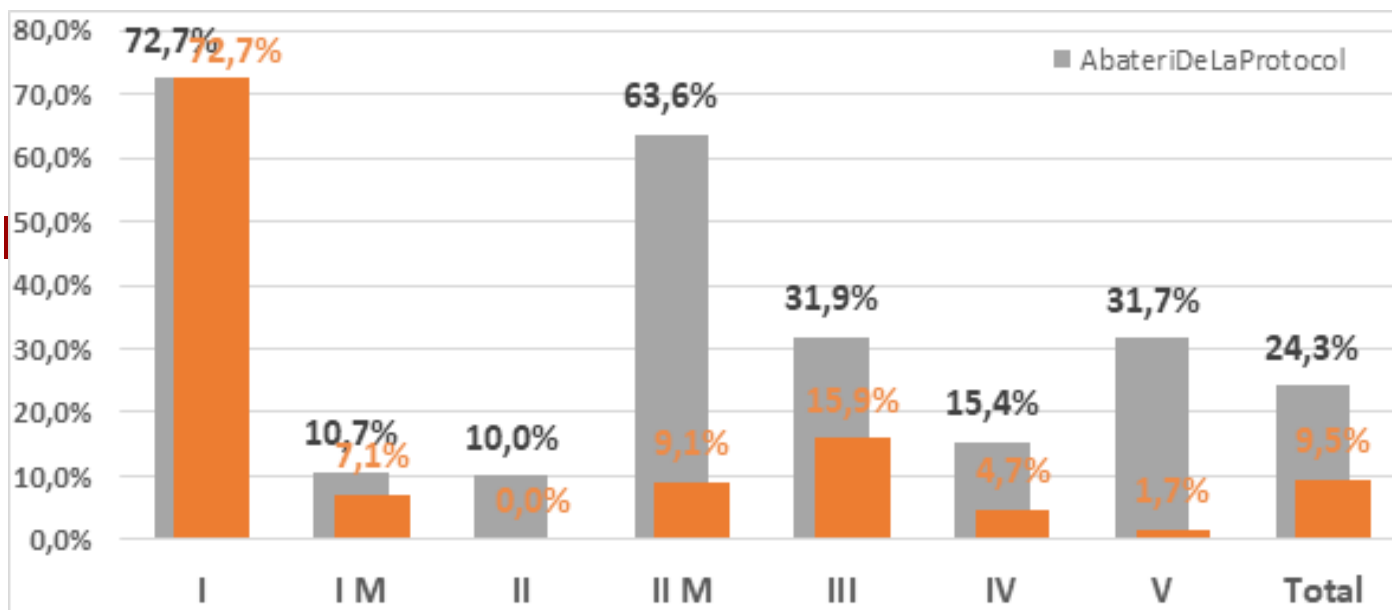
**Gradul de corespondență al protocolului cu patologia vizată.** Cele mai comprehensive sub acest aspect au fost protocoloalele de la spitalele de nivel mai mare de IIM (respectiv IIM, III, IV și V), în care peste 60% dintre protocoloale corespund în totalitate cu patologia vizată, în sensul în care protocolul abordează întreaga paletă de afecțiuni și forme clinice din patologia respectivă. Gradul de corespondență, pentru spitalele de nivel I, IM și II a fost de 45,5%, 39,3% și respectiv 30%.

Rezultatele privind corespondența protocolului cu patologia vizată trebuie interpretate în relație cu supraspecializarea și complexitatea mare a cazurilor tratate în spitalele de nivel I și II (institute, spitale clinice, de monospecialitate etc), pe de o parte, și în contextul unei diversități mari a cazurilor tratate în spitalele de nivel II, IV și V, pe de altă parte.

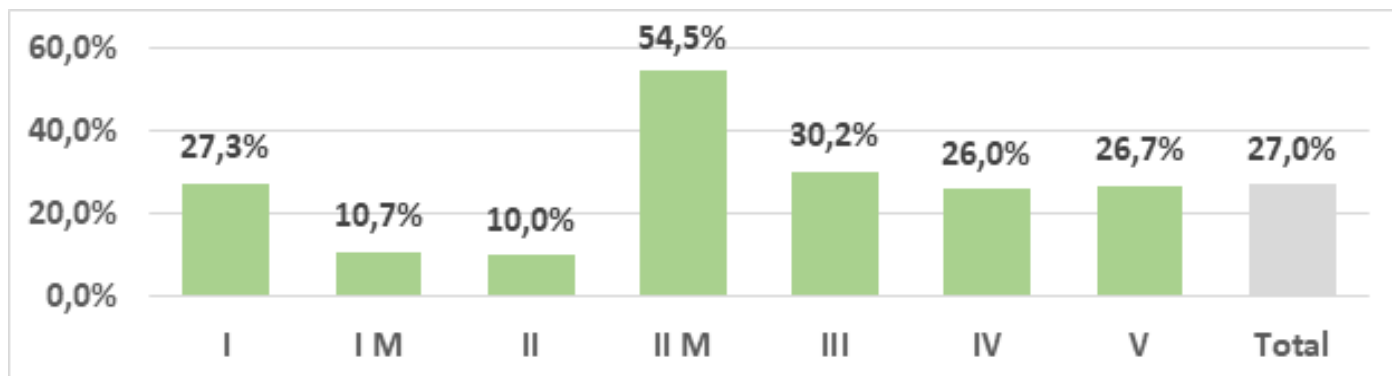
**Gradul actualizării protocoloalelor.** Anii ultimelor revizii ale protocoloalelor au variat de la 2012 la 2021 (anul realizării prezentului studiu). Pentru toate spitalele de nivel II care au trimis protocoloale, nu este specificat anul ultimei revizii a protocolului.

Marea majoritate a protocoloalelor, dintre cele care oferă informații despre data ultimei revizii, au o dată recentă de revizie (ianuarie 2021 sau toamna anului 2020), în cele mai multe cazuri acesta fiind echivalentă cu prima și ultima ediție/versiune a protocolului. .

Grafic 2. Ponderea protocoalelor care descriu motivele revizuirii și abaterile de la protocol



Grafic 3. Ponderea utilizării ghidurilor naționale în elaborarea protocoalelor



Dacă avem în vedere că multe dintre aceste protocoale au fost transmise fără a avea înscrisă echipa de elaborare, verificare și aprobare a protocolului, precum și persoanele implicate în implementarea acestuia, se poate suspecta că scopul elaborării protocoalelor a fost acela de a răspunde solicitării echipei de proiect. Acest lucru ar putea sugera ideea că activitatea medicală s-a desfășurat până acum, pentru marea majoritate a spitalelor, pentru patologiile solicitate, fără existența unui protocol asumat de către conducerea spitalului.

*Scopul declarat al protocolului, metodologia de elaborare, responsabilități.* Numai un singur protocol dintre cele transmise (de la un spital de nivel III) a expus clar obiectivele protocolului și categoriile de personal cărora li se adresează protocolul (medici/asistente/etc), descriind pașii următori în elaborarea protocolului (alegerea temei, echipa de elaborare a protocolului, documentare) și responsabilitățile.

Doar 14 protocoale (opt – spitale nivel III; unu – spital nivel IV; trei - spitale nivel V) prezintă în totalitate pașii de elaborare a protocolului. Lipsa descrierii metodologiei de elaborare la foarte multe dintre protocoale face dificilă monitorizarea și chiar actualizarea versiunii existente a protocolului.

Deși doar în protocolul unui singur spital au fost regăsite cele trei elemente (scopul declarat al protocolului, metodologia de elaborare, responsabilități), acest lucru poate demonstra că procedurarea corectă a practicii medicale este posibilă și pentru contextul actual al activității spitalicești din România.

*Abaterile și motivele de revizuire a protocolului.* Analiza prezentării abaterilor și motivelor de revizuire a protocoalelor evidențiază o rată mică de includere a acestor aspecte în cadrul protocoalelor, cu variabilitate mare în funcție de nivelul de competență a spitalului

Mai puțin de un sfert (24,3%) dintre protocoale au o secțiune dedicată abaterilor de la protocol, în timp ce sub o zecime (9,5%) dintre protocoale enumeră sau descriu motivele revizuirii (grafic 2).

Cea mai mare rată (72,7% dintre protocoalele) de descriere a abaterilor și motivelor de revizuire a protocoalelor este înregistrată în rândul spitalelor de nivel I (cifra trebuie însă interpretată în contextul numărului mic de protocoale primite de la spitalele de acest nivel), urmate de spitalele de nivel IIM (63,9% pentru abateri, respectiv doar 9,1% pentru motive). La polul opus se situează spitalele de nivel II și IM cu ponderi mici, de 10% sau sub 10%.

Tabel 1. Situația prezentării algoritmilor de diagnostic și tratament în protocoale

Prezintă algoritmi/trasee clinic?	Nivel Spital (Nr. Protocoale)								Nivel Spital (% protocoale)							
	I	I M	II	II M	III	IV	V	Total	I	I M	II	II M	III	IV	V	Total
<b>ALGORITMI de DIAGNOSTIC</b>																
DA	8	9	0	5	39	46	19	126	72.7%	32.1%	0.0%	45.5%	21.4%	18.1%	31.7%	22.7%
Nu dar pot fi dedusi	1	6	2	3	60	83	13	168	9.1%	21.4%	20.0%	27.3%	33.0%	32.7%	21.7%	30.2%
NU si NU pot fi dedusi	1	7	5	2	67	106	20	208	9.1%	25.0%	50.0%	18.2%	36.8%	41.7%	33.3%	37.4%
NU E PROTOCOL DIAGNOSTIC	1	6	3	1	16	19	8	54	9.1%	21.4%	30.0%	9.1%	8.8%	7.5%	13.3%	9.7%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>182</b>	<b>254</b>	<b>60</b>	<b>556</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
<b>ALGORITMI de TRATAMENT</b>																
DA	9	11	1	4	42	50	15	132	81.8%	39.3%	10.0%	36.4%	23.1%	19.7%	25.0%	23.7%
Nu dar pot fi dedusi	1	10	1	3	70	84	22	191	9.1%	35.7%	10.0%	27.3%	38.5%	33.1%	36.7%	34.4%
NU si NU pot fi dedusi	1	7	6	3	62	104	21	204	9.1%	25.0%	60.0%	27.3%	34.1%	40.9%	35.0%	36.7%
NU E PROTOCOL TERAPEUTIC	0	0	2	1	8	16	2	29	0.0%	0.0%	20.0%	9.1%	4.4%	6.3%	3.3%	5.2%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>182</b>	<b>254</b>	<b>60</b>	<b>556</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

*Algoritmi de diagnostic și tratament. Trasee clinice.* Reliefaarea clară, distinctă, a tuturor traseelor clinice ale unui pacient cu o anumită patologie de-a lungul episodului de spitalizare, reprezintă un element esențial în înțelegerea problematicii clinice determinată de particularitățile acelei patologii. Mai mult decât atât, alocarea, planificarea și distribuția resurselor în funcție de traseul urmat de pacient poate conduce la creșterea eficacității și eficienței actului medical. Chiar dacă protocolul de practică are rol de recomandare, de orientare a practicii medicale, evidențierea traseelor clinice și a pașilor (algoritmilor) urmați de pacient în cadrul protocolului poate orienta conduita diagnostică și terapeutică, într-un mod standardizat ce poate asigura un anumit nivel standard de calitate actului medical (beneficii asupra pacientului), un management eficient al bolii și al resurselor implicate.

Aproape jumătate (circa 45%) dintre protocoale nu prezintă traseele posibile de urmat de către pacient, sau acestea nu pot fi deduse din informațiile cuprinse în protocol.

Spitalele de nivel I prezintă într-o măsură mai mare acești algoritmi diagnostici și terapeutici (72,7% pentru diagnostic, respectiv 81,8% pentru tratament), urmate de spitalele de nivel IIM (45,5% pentru diagnostic, respectiv 36,4% pentru tratament) – tabel 1.

*Resurse necesare pentru fiecare traseu clinic identificat.* Informațiile referitoare la resursele implicate în

parcursarea fiecărui traseu clinic identificat sunt inexistente, astfel, pentru nicio patologie dintre cele selectate nu a putut fi identificat consumul de resurse. Astfel, unul dintre obiectivele indirecte ale analizei, acela de a identifica pattern-uri de utilizare a resurselor, în vederea aprecierii variabilității privind consumul de resurse pentru anumite patologii, și pentru anumite spitale, nu a putut fi realizat. În contextul actual al procedurării activității spitalicești din România, este necesară o standardizare, a modului de elaborare a protocoalelor de practică care să evidențieze, pentru fiecare traseu clinic, nivelul resurselor consumate.

*Aspecte administrative și Standarde auditabile.* 26,8% dintre protocoale au expus foarte clar standardele/indicatorii prin care pot fi măsurate eficacitatea și eficiența protocolului, asigurând faptul că protocolul existent stabilește un standard dorit la nivelul unității sanitare. În ceea ce privește aspectele administrative, acestea au fost foarte clar expuse doar în cadrul unui singur protocol.

*Referințe bibliografice.* Referințele pe baza cărora au fost elaborate protocoalele pot fi identificate cu ușurință. Elaborarea a aproximativ 20% dintre protocoalele de practică s-a bazat pe informații preluate și adaptate din documente științifice altele decât ghidurile de practică, în timp ce numai 8,6% dintre protocoale au avut ca referință ghidurile naționale de practică medicală (grafic 3). Referințele bibliografice nu au fost, însă, specificate la mai mult de o treime dintre protocoalele analizate. →

Se remarcă o complianță mare în utilizarea recomandărilor forurilor științifice de profil, evidențiată prin tendința de utilizare a ghidurilor naționale (acolo unde acestea există) și a ghidurilor europene sau internaționale sau a altor documente științifice.

Analizând utilizarea ghidurilor naționale în funcție de nivelul spitalelor, spitalele de nivel IIM și III au declarat utilizarea ghidurilor naționale ca referințe în elaborarea protocoalelor trimise, în mai mare măsură (54% dintre protocoalele spitalelor de nivel IIM, respectiv 30,2% dintre protocoalele spitalelor de nivel III) decât celelalte spitale; doar 10% dintre spitalele de nivel IM și II au la bază ghidurile naționale elaborate de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății.

## CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Practica medicală analizată la nivelul spitalelor pilot din cadrul proiectului CAPESSCOST este în foarte mică măsură procedurată prin protocoale de practică bine structurate, care să conțină aspecte relevante și adaptate la specificitățile de la nivel local. Spitalele aleg, mai degrabă, să preia în cadrul protocoalelor proprii, fără nicio adaptare, informațiile din ghidurile de referință naționale sau internaționale.

Variabilitatea de practică identificată pentru patologii selectate, dar mai ales lipsa unor informații relevante din cadrul protocoalelor, precum: algoritmi sau trasee clinice, resurse necesare implementării protocolului, responsabilități clare (cine ce face în cadrul protocolului pe fiecare traseu clinic), standarde și indicatori de evaluare, fac dificilă o estimare a costurilor implicate în diagnosticarea și tratarea patologiilor vizate și în consecință stabilirea unor standarde de cost pentru aceste patologii.

Pentru uniformizarea practicii și stabilirea unor standarde de cost pentru patologii selectate și nu numai, este necesar un model (referință) de protocol de diagnostic și tratament pentru spital, pe tipuri de spitale, cu o structură de bază care să fie completată corect și adecvat de către toate echipele de elaborare, după o metodologie tipică, care să includă trasee clinice și nivelul de resurse consumate pentru fiecare traseu. Pentru adoptarea cât mai facilă a acestui model în practică este necesară, evident, instruirea unitară și coordonată a personalului (medical și nemedical) alocat de spitale pentru activitatea de elaborare și revizuire de protocoale medicale, astfel încât acestea să poată deveni instrumente practice bine documentate, utilizate, analizate și revizuite periodic și, ulterior, să poată documenta practica medicală, standardele de cost și variațiile de practică.

În același timp, se impune un cadru de reglementare care să stimuleze și să promoveze standardizarea practicii medicale în rândul actorilor principali din sectorul medical spitalicesc, o primă recomandare, în acest sens, referindu-se la includerea practicii de elaborare și implementare a

protocoalelor de practică ca instrument obligatoriu de management spitalicesc.

Pentru implementarea facilă a tuturor aspectelor propuse este necesară identificarea de măsuri stimulative a personalului implicat în elaborarea și monitorizarea protocoalelor de practică la nivelul spitalului.

*Această lucrare face parte din Proiectul POCA "Îmbunătățirea Calității Si Performanței Serviciilor Spitalicești prin Evaluarea Costurilor Si Standardizare (CaPeSSCoSt)".*

### Bibliografie:

1. Heidi Moawad, The basics of clinical practice standards, Expert Insights section, accessed in 01 March 2022 at link: <https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/the-basics-of-clinical-practice-standards>
2. Proiectul CaPeSSCoSt, Raportul final al activității A.6, accesat în data de 01 martie 2022 la link: <http://cas.cnas.ro/media/pageFiles/Raport%20final%20A6.pdf>
3. NHS, National Institute for Clinical Excellence. A Step-by-Step Guide to Developing Protocols, 2002;
4. WHO, WHO Handbook for Guideline Development, second edition, 2014;
5. H Legido-Quigley, D Panteli, J Car, M McKee. R Busse. Clinical Guidelines for Chronic Conditions in the European Union, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2018;
6. WHO Technical package for cardiovascular disease management in primary health care - Evidence-based treatment protocols;
7. H Legido-Quigley, D Panteli, J Car, M McKee. R Busse. Clinical Guidelines for Chronic Conditions in the European Union, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2013;
8. Ognean M.L., Boantă O. Instrucțiuni pentru elaborarea de protocoale clinice, septembrie 2013;
9. N Stjepanovic, L Moreira, F Carneiro, F Balaguer, A Cervantes, J Balmana, E Martinelli. Hereditary gastrointestinal cancers: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, on behalf of the ESMO Guidelines Committee;
10. Diagnostic And Treatment Protocols Regulation - Alberta Regulation 116/2014;
11. Alberta Office of the Superintendent of Insurance, Diagnostic Treatment Protocols Regulation Interpretative Guide;
12. Ordinul MSMPS nr.1540/2018 pentru aprobarea metodologiei privind elaborarea, aprobarea și implementarea protocoalelor clinice naționale în Republica Moldova.

