

EVALUAREA ASISTENȚEI  
MEDICALE PRESTATE PERSOANELOR  
DECEDATE ÎN CONDIȚII EXTRASPITALICEȘTI

**Boris COLOVIN,**  
Universitatea de Stat de Medicină  
și Farmacie Nicolae Testemițanu

**Summary**

***Evaluation of the healthcare services provided to deceased people in extrahospital conditions***

*The survey was aimed at emphasizing the weaknesses in the processes of providing healthcare services to deceased people in extrahospital conditions, in order to reveal the reason for organizational measures for healthcare quality improvement. The survey sample included 2782 death cases in extrahospital conditions for common diagnostics groups.*

*The research revealed that the lack of the mandatory healthcare insurance at the population in rural areas and within the age groups of 18-57 and 62 is one of the main causes of the late medical aid appeal ability (one of the most important factors that determine high extrahospital mortality). Patient monitoring with major diseases is deficient and an important cause of death. Over 65% of extrahospital deaths, within the working-age population, were caused by heavy alcohol consumption. The non-conformity of diagnostics investigations with the requirements of national clinical protocols, accounts for: 62,1% of pneumonia deaths; 46,7% of myocardial infarction deaths and 30,1% of stroke deaths. The research revealed that in over 70% cases of patients with pneumonia, 39% cases of patients with myocardial infarction and 28% cases of patients with stroke medication, therapy during hospitalization did not correspond to the demands. The surgical treatment applied in rayonal hospitals corresponded to the requirements of national clinical protocols only in 33,7% cases. It was also identified that patient rehabilitation services for the afore mentioned serious diseases are underdeveloped and that only 50,9% of the at home deaths surveillance carried out by family doctors, were in accordance with the national clinical protocols. From the survey results it was concluded that in 6,6% of the cases, death could have been avoided altogether; and that in 13,1% of the cases, it could have been prevented if the quality of provided services corresponded to the established requirements.*

*In this sense, there is a stringent need for developing and implementing patient-centered quality programs, so that the healthcare services would satisfy the consumers' needs and expectations.*

**Key words:** *healthcare quality, investigations quality, medication therapy quality, surgical treatment quality, patients' surveillance.*

**Резюме**

***Оценка медицинской помощи умершим во внебольничных условиях.***

*Целью исследования было установление слабых звеньев медицинской помощи умершим на дому для обоснования организационных мероприятий по улучшению качества медицинских услуг. Исследованием охвачено 2782 случая умерших на дому по типичным группам диагнозов. Установлено, что неудовлетворительный охват трудоспособного сельского населения обязательным медицинским страхованием является основной причиной позднего обращения за медицинской помощью, а впоследствии и высокого уровня смертности на дому. Более 65% умерших в трудоспособном возрасте злоупотребляли алкоголем. Несоответствие диагностических исследований требованиям национальных протоколов качества выявлено в 62,1% случаях умерших от пневмоний, 46,7% – от инфаркта сердца и 30,1% – от цереброваскулярных инсультов. Лекарственная терапия не соответствовала установленным требованиям при лечении более 70% больных с пневмониями, 39% пациентов с инфарктом сердца и 28% с цереброваскулярными инсультами. Хирургическое лечение, проведенное в районных больницах, соответствовало протоколам лечения только в 33,7% случаев. Установлено слабое развитие реабилитационных служб. Надлежащее наблюдение умерших на дому проведено только в 50,9% случаях. Доказано, что в 6,6% случаях смерть можно было избежать, а 13,1% смертей – предотвратить. В результате исследования предложено разработать и внедрить интегрированные программы качества, призванные отвечать потребностям потребителей медицинских услуг.*

**Ключевые слова:** *качество медицинских услуг, качество диагностики, качество лекарственной терапии, качество хирургического лечения, наблюдение за больными.*

## Introducere

Punctul de plecare pentru introducerea unui sistem de management al calității este elaborarea unei politici a calității înțelese, acceptate și asumate de către toți managerii și angajații unei organizații sau unui sistem. Standardul ISO 8402 *Terminologia calității* definește calitatea ca „ansamblul de proprietăți și caracteristici ale unui produs sau serviciu, care îi conferă acestuia capacitatea de a satisface nevoile explicite sau implicite ale consumătorului”. În prezent se manifestă tendințe de lărgire a înțelesului calității. Ea nu înseamnă doar satisfacerea clienților, ci și satisfacerea interesului general. În acest sens, Standardul ISO 9004 consideră că Statul trebuie să se implice activ în asigurarea calității, deoarece prin ea se promovează libertatea, se dă sens responsabilității, fiind în același timp un factor de edificare a unei societăți sănătoase.

Biroul Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății, în raportul privind situația ocrotirii sănătății în Europa (anul 2002), la compartimentul „Calitate” recomandă țărilor-membre să identifice problemele majore din sistemul de sănătate și să stabilească ansamblul de parametri care urmează a fi îmbunătățiți. Parametrii selectați vor sta la baza planificării programelor de calitate, care trebuie să răspundă priorităților naționale [4]. Cele mai importante aspecte ale procesului de elaborare a politicilor în acest domeniu constă în promovarea intervențiilor bazate pe dovezi; crearea condițiilor pentru asigurarea calității, echității și accesibilității serviciilor; garantarea siguranței actului medical și a dreptului de alegere pentru pacienți. Dezvoltarea conceptului de calitate reprezintă un proces de durată, care poate fi implementat pe etape. Etapa inițială constă în identificarea problemelor, pentru a înlesni argumentarea intervențiilor care se impun [1, 2].

În acest context metodologic, scopul studiului nostru a constat în elucidarea punctelor slabe a proceselor de acordare a asistenței medicale persoanelor decedate în condiții extraspitalicești, în vederea argumentării măsurilor organizatorice pentru ameliorarea calității serviciilor medicale.

## Materiale și metode

În scopul analizei punctelor slabe ale proceselor de acordare a asistenței medicale persoanelor decedate în condiții extraspitalicești a fost utilizat instrumentul-cadru de colectare a datelor *Agenda de evaluare a calității asistenței medicale prestate persoanelor decedate la domiciliu*, aprobată prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 131 din 13.05.2009. Instrumentul de colectare a datelor conține patru compartimente de bază și include:

- Date generale despre pacient;
- Monitorizarea pacientului;
- Respectarea metodelor, tehnicilor și procedurilor medicale;
- Calitatea recuperării și supravegherii.

Fiecare dintre cele 30 de caracteristici supuse evaluării, formulate sub formă de întrebare, conțin 2-6 răspunsuri tipizate. Lista diagnosticelor supuse evaluării medicale a cuprins 7 grupe de maladii evitabile, care reprezintă cauzele de bază ale mortalității extraspitalicești: accidentele cerberovasculare, hepatitele cronice și cirozele, infarctul miocardic, pneumoniile, tuberculoza, insuficiența renală, alte diagnostice (maladiile infecțioase, patologia chirurgicală acută, astmul bronșic, HIV/SIDA). Expertiza deceselor la domiciliu a fost realizată de 15 experți calificați, reprezentanți ai tuturor tipurilor de servicii medicale: asistenței medicale urgente, primare, spitalicești și serviciului morfopatologic de stat. În lucrul de expertiză au fost antrenați medici-experti selectați în conformitate cu următoarele criterii de bază: a) categorie superioară de calificare în specialitate (doctor sau doctor habilitat în medicină); b) experiență în muncă nu mai puțin de 15 ani; c) cunoașterea bună sau foarte bună a proceselor de organizare a asistenței medicale (autoevaluarea: cunoaștere foarte bună, bună, satisfăcătoare, nesatisfăcătoare). La examinarea cazurilor de decese în condiții extraspitalicești a persoanelor în vârstă aptă de muncă au fost antrenați și medicii de familie din instituțiile respective.

Deoarece numărul de decese în funcție de diagnostice este diferit, eșantionul pentru grupe tipice a fost calculat în baza formulei:

$$nk = n \cdot \frac{\sigma k \cdot Nk}{\sum_{i=1} \sigma k \cdot Nk}$$

unde:

$nk$  – volumul necesar de cazuri de deces pe grupe de diagnostice (subeșantion);

$Nk$  – numărul total de cazuri de deces în condiții extraspitalicești pentru fiecare grupă de diagnostice;

$n$  – volumul subeșantionului;

$\sigma k$  – gradul de dispersie din fiecare grupă tipică de diagnostice calculată în baza mediilor anilor 2005-2008.

Conform calculelor efectuate, pentru grupele tipice de diagnostice selectate urmau să fie expertizate în total 1940 de cazuri de deces în condiții extraspitalicești. În realitate, au fost supuse expertizei 2782 de cazuri (tabelul 1).

Numărul a fost majorat, pentru a diminua eroarea-limită din cauza lipsei răspunsurilor la unele întrebări (în aproximativ 5% din agendele de evaluare).

Tabelul 1

## Repartiția pe grupe de diagnostice a volumului eșantionului

Nr.	Lista diagnosticelor supuse evaluării	$N_k$	$\sigma_k$	$\sigma_k N_k$	$\frac{\sigma_k N_k}{\sum \sigma_k \cdot N_k}$	$n_k = n \cdot \frac{\sigma_k N_k}{\sum \sigma_k \cdot N_k}$	Volumul selectat
1.	Accidente cerebrovasculare	4969	2,3	11428	0,160	795	1066
2.	Hepatite cronice și ciroze	2653	6,8	18040	0,252	669	873
3.	Infarct miocardic	1205	12,3	14821	0,206	248	317
4.	Pneumonii	752	16,3	12257	0,172	129	176
5.	Tuberculoză	512	10,2	5222	0,073	37	128
6.	Insuficiență renală	184	11,8	2171	0,030	6	48
7.	Alte diagnostice	523	14,5	7688	0,107	56	174
	Total	10798 $\sum N_k = N$		71627	1,000	1940	2782

Sistematizarea materialului faptic brut obținut la etapele de observație (centralizarea și gruparea materialelor) și calcularea indicatorilor (indicatori relativi și valori centrale, variația în timp și spațiu), au fost realizate cu ajutorul setului de programe SPSS.

Expertiza a fost realizată pentru decesele înregistrate în perioada ianuarie-aprilie 2009. Studiul a cuprins toate teritoriile administrative din Republica Moldova. Eșantionarea stratificată a permis obținerea rezultatelor reprezentative pentru întreaga țară [3].

## Rezultate și discuții

**Date generale și monitorizarea pacienților.** Repartiția pacienților decedați în condiții extraspitalicești pe grupe de vârstă este prezentată în tabelul 2. Conform rezultatelor obținute, cea mai înaltă cotă a deceselor în condiții extraspitalicești în eșantionul studiat se înregistrează în grupele de vârstă 65 de ani și mai mult și în grupa 45–64 de ani. Accidentele cerebrovasculare constituie cauza de bază a deceselor extraspitalicești în categoria 65 de ani și mai mult, iar cirozele hepatice și infarctul miocardic sunt principalele cauze de deces în vârstă 45-64 ani. Printre persoanele decedate, femeile constituie 45,3%, iar bărbații – 54,7%.

Tabelul 2

## Repartiția persoanelor decedate în condiții extraspitalicești pe grupe de vârstă

Grupe de vârstă	Număr absolut de decese	Structura deceselor extraspitalicești în funcție de vârstă (%)	Structura deceselor prin accidente cerebrovasculare (%)	Structura deceselor prin ciroze (%)	Structura deceselor prin infarct miocardic (%)
0-1 ani	10	0,4	0	0	0
1-17 ani	5	0,2	0	0,1	0
18-44 ani	225	8,1	1,4	7,8	10,1
45-64	1 135	40,8	21,2	50,6	51,7
65 ani +	1 407	50,6	77,4	41,5	38,2
Total	2 782	100,0	100,0	100,0	100,0

Privit în aspect profesional, eșantionul s-a repartizat în felul următor: profesioniști de conducere sau patroni de întreprinderi (cei mai înstăriți) – 0,2%, profesioniști intermediare (funcționari, șefi de întreprinderi mici, fermieri prosperi) – 0,7%, lucrători calificați – 1,9%, muncitori semicalificați – 3,0%, muncitori necalificați – 26,4%, pensionari/invalidi – 67,8%. Așadar, muncitorii necalificați, persoanele cu invaliditate și pensionarii au cele mai mari șanse de a deceda în condiții extraspitalicești. Prin studiul nostru s-a constatat că în eșantionul supus expertizei principalele

cauze de deces au fost accidentele cerebrovasculare (38,3%), cirozele (33,1%) și infarctul miocardic (11,4%), urmate de pneumonii (6,3%), tuberculoză (4,6%) și patologia chirurgicală acută (3,3%). Celelalte diagnostice au întrunit 3,0% (figura 1).

Datele generale referitoare la eșantionul cercetat demonstrează că la momentul decesului doar 77,2% din pacienți erau încadrați în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. În mediul urban cota persoanelor decedate acoperite cu asigurări obligatorii constituia 83,1%, iar în cel rural doar 76,3%. Diferențele înregistrate demonstrează o accesibilitate mai mică a populației rurale la serviciile medicale. Cele mai joase cote ale pacienților decedați la domiciliu neacoperiți cu asigurări obligatorii de asistență medicală au fost înregistrate în raioanele Ocnița (63,6%), Rezina (55,6%), Strășeni (54,7%), Florești (46,9%), Taraclia (44,0%), Ialoveni (40,2%), Dubăsari (38,5%), Dondușeni (33,3%) și Anenii Noi (33,0%). Aceste date ne demonstrează necesitatea de îmbunătățire a lucrului de supraveghere a pacienților, precum și nevoia adoptării unui cadru normativ adecvat de protecție socială a populației rurale, mai cu seamă pentru cei din segmentul de vârstă 18-57/62 de ani (vârsta de pensionare).

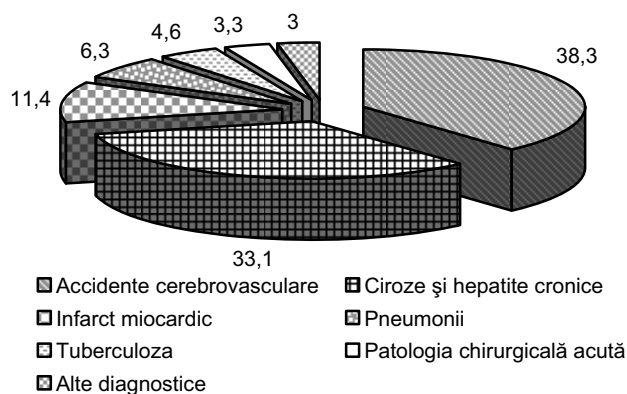


Figura 1. Principalele cauze de deces în eșantionul supus expertizei (%).

În urma cercetării s-a constatat că 9,3 % din persoanele decedate la domiciliu nu au avut în ultimii ani fișă medicală a bolnavului de ambulatoriu (f.025/l). Cauzele sunt diverse, dar în viziunea experților principalele sunt adresabilitatea scăzută la serviciile medicului de familie (47,8%). Totodată, s-a stabilit că în ultimele 12 luni 17,1% din persoanele decedate la domiciliu nu au fost examinate de medicul de familie sau de un alt medic de specialitate (figura 2). Este îngrijorător faptul că cea mai mare cotă a persoanelor neexamine se înregistrează în vârstă aptă de muncă – 18-44 de ani (28,4%) și 45-64 de ani (22,4%). În viziunea medicilor-experti, această situație se datorează iresponsabilității față de propria sănătate din partea pacienților, absenței poliței de asigurare obligatorie, absenței transportului pentru vizitele medicilor la domiciliul bolnavilor și neglijenței din partea medicului.

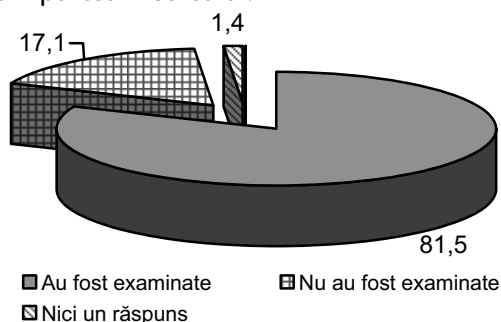


Figura 2. Examinarea persoanelor decedate în ultimele 12 luni de către medicul de familie sau de către un medic-specialist (%).

Studiul a stabilit că doar în 34,5% cazuri durata timpului de la ultima înscriere în fișă medicală a bolnavului de ambulatoriu și ziua decesului a constituit 1-7 zile. În 25,1% această durată a fost de 8-30 zile, în 20,3 % cazuri – 31-180 de zile, iar în restul 20,1% cazuri – mai mult de 6 luni. Cele mai înalte cote de pacienți neexaminați în ultimele 6 luni s-au înregistrat în raioanele Fălești (34,2%), Cantemir (33,4%), Edineț (29,2%), Ștefan Vodă (28,6%) și Anenii Noi (27,6%). Aproximativ aceleași legități au fost stabilite

și la compartimentul examinării profilactice. Aceste date vorbesc despre o monitorizare defectuoasă a pacienților și cer revizuirea proceselor obligatorii de supraveghere și îngrijire a bolnavilor în cadrul serviciului de asistență medicală primară.

Cercetarea noastră a stabilit că doar 45,3% din persoanele asigurate au beneficiat de medicamente compensate din fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală, 15,0% – parțial, iar restul 39,7 % nu au beneficiat din diverse motive. Am constatat că cel mai frecvent au folosit medicamente compensate pacienții decedați din cauza insuficienței renale (67,4%) și cirozelor hepatice (51,1%), iar în restul cazurilor administrarea medicamentelor compensate a fost deosebit de scăzută: accidente cerebrovasculare (48,4%), infarct miocardic (37,4%) și pneumonii (16,1%). Rezultatele obținute relevă necesitatea respectării cerințelor de prescriere a medicamentelor stabilite în protocoalele clinice naționale, dar și stringenta nevoie de majorare a resurselor financiare destinate compensării medicamentelor pentru bolnavii cu maladii grave, care constituie principalele cauze de deces.

Deosebit de importante sunt rezultatele cercetării prin care s-a demonstrat că 35,0% din pacienții decedați la domiciliu, în ultimele 12 luni, au consumat vin sau bere în volum de 600 grame și mai mult, sau rachiu și coniac în volum de 300 grame și mai mult, cu o singură ocazie, de 4 ori pe săptămână și mai des (figura 3). Peste 11% din persoanele decedate au consumat acest volum de alcool de 2-3 ori pe săptămână. Luată împreună, acestea constituie 46,2%, ceea ce denotă că aproximativ jumătate din persoanele decedate făceau abuz de alcool (metodologia studiilor gospodăriilor casnice aplicată în țările OECD).

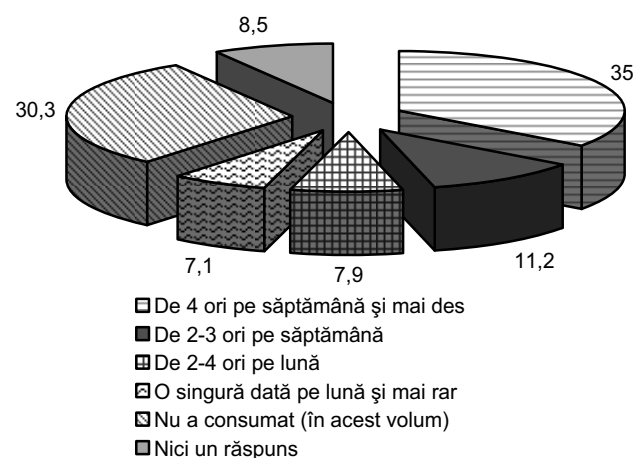


Figura 3. Repartiția procentuală a persoanelor decedate în condiții extraspitalicești în funcție de volumul și frecvența consumului de alcool în ultimele 12 luni (%).

Cel mai înalt nivel al abuzului de alcool s-a înregistrat în grupele de vârstă 18-44 de ani (68,2%) și 45-65 de ani (64,9%), iar cel mai jos printre pensionari (28,0%). Consumul abuziv de alcool s-a înregistrat cel mai frecvent printre pacienții care au decedat din cauza pneumoniilor (73,3%), tuberculozei (72,0%) și cirozelor hepatice (59,4%), iar cel mai scăzut nivel – printre cei decedați prin infarct miocardic (39,2%), insuficiență renală (28,2%) și accidente cerebrovasculare (27,9%). Tabagismul a fost înregistrat la 67,2% din pacienții decedați prin tuberculoză, 57,1% prin pneumonii, 42,4% prin infarct miocardic și doar în 23,9% și, respectiv, 19,5% în cazul pacienților decedați prin accidente cerebrovasculare și insuficiență renală.

**Conduita, respectarea metodelor, tehnicilor și procedurilor medicale.** Evaluarea conduitei pacienților decedați în condiții extraspitalicești a fost realizată în conformitate cu cerințele Protoacoalelor Clinice Naționale și Standardelor Medicale aprobate de Ministerul Sănătății. Expertiza efectuată a avut drept scop fixarea abaterilor vizibile de la algoritmi de conduită a pacienților (generalii, de intervenții, terapia medicamentoasă) și de la metodele, tehnicile și procedurile de diagnosticare și tratament ale pacienților.

În rezultatul cercetării s-a constatat că în 46,3% cazuri anamneza medicală a fost realizată în conformitate cu cerințele stabilite, în 38,5% cazuri cerințele au fost respectate doar parțial, iar în 15,2% cazuri procedura de colectare a anamnezei nu a fost respectată. Cele mai frecvente abateri de la recomandările fixate în protoacoalele clinice au fost înregistrate în cazul pacienților decedați prin pneumonii (42,8%) și infarct miocardic (24,6%). Examenul clinic descris în documentația medicală a fost realizat în conformitate cu cerințele protoacoalelor clinice sau a standardelor de tratament în 43,9% cazuri, în 37,9% a coincis parțial, iar în 18,2% cazuri cerințele nu au fost respectate. Și la acest compartiment cele mai dese abateri au fost înregistrate în cazul pacienților decedați prin pneumonii (42,8%) și infarct miocardic (24,6%), iar cele mai puține abateri au avut loc în cazul cirozelor (14,0%) și insuficienței renale (10,9%).

În rezultatul studiului s-a constatat că explorările și investigațiile diagnostice la nivelul asistenței medicale primare au corespuns în totalitate listei indicate în protoacoalele clinice sau în standardele de tratament doar în 32,3% cazuri, iar la nivelul asistenței consultative și celei spitalicești în 28,8% și 39,1% cazuri corespunzător (tabelul 3).

Nivelele de necorespondere sunt deosebit de înalte. În cadrul asistenței medicale spitalicești și celei consultative explorările și investigațiile nu au corespuns în peste 35% cazuri. Cea mai nefavorabilă situație s-a înregistrat în spitalele raionale Ștefan-

Vodă, Cantemir, Cahul, Fălești și Cimișlia, unde gradul de necorespondere constituie între 52,8% și 66,7%. Analiza aprofundată a materialelor a demonstrat că în asistența medicală primară cele mai frecvente situații de necorespondere au fost în cazul pneumoniilor (62,1%), infarctului miocardic (46,7%) și accidentelor cerebrovasculare (30,1%). Aceleași legități se mențin și în cadrul serviciului spitalicesc, unde necoresponderea a constituit 67,0% pentru pneumonii, 46,7% pentru infarctul miocardic și 39,8% pentru accidentele cerebrovasculare. Conform opiniei experților, această situație este cauzată de dotarea insuficientă a spitalelor raionale cu tehnologii moderne de diagnosticare. Ipoteza expusă de experți este confirmată și de informațiile obținute în cursul studiului nostru (tabelul 4). Am constatat că în spitalele raionale nivelul de necorespondere a explorărilor și investigațiilor cerințelor stabilite în protoacoalele clinice naționale sunt semnificativ mai mari în comparație cu spitalele municipale și republicane din municipiile Chișinău și Bălți ( $p < 0,001$ ). În același timp, gradul de corespundere este semnificativ mai mare în spitalele municipale și republicane ( $p < 0,025$ ). Aceste informații cuantificate urmează să fie luate în calcul la elaborarea programelor de calitate, care trebuie să includă activități de evaluare și procurare a tehnologiilor cost-eficiente pentru spitalele raionale.

**Tabelul 3**

*Gradul de corespundere a explorărilor și investigațiilor de diagnosticare cerințelor protoacoalelor clinice și standardelor medicale*

Coresponderea explorărilor și investigațiilor efectuate cerințelor protoacoalelor clinice și standardelor medicale	Asistența medicală primară		Asistența consultativă specializată		Asistența spitalicească	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Corespunde în totalitate	816	32,3	641	28,8	708	39,1
Corespunde parțial	959	38,0	784	35,3	457	25,2
Nu corespunde	749	29,7	795	35,7	643	35,5
Nu au fost efectuate	0	0,0	5	0,2	3	0,2
Total	2 524	100,0	2 225	100,0	1 811	100,0

Rămâne o problemă și accesul pacienților la serviciile specializate. Astfel, am constatat că consultațiile specialiștilor de profil îngust au fost realizate în deplină măsură doar în 31,3% cazuri, parțial – în 29,5%, iar în restul 39,2% cazuri consultațiile nu au fost făcute. În raioanele Florești, Cantemir, Cahul și Fălești consultațiile specialiștilor de profil îngust nu au fost realizate în peste 57% de cazuri de deces. Experții au menționat nivelul scăzut de asigurare a spitalelor raionale cu specialiști de profil îngust.

**Tabelul 4**

Analiza comparativă a calității explorărilor și investigațiilor de diagnosticare în spitalele municipale/republicane și spitalele raionale

Coresponderea explorărilor și investigațiilor efectuate cerințelor proto-coalelor clinice și standardelor medicale	Spitale municipale și republicane		Spitale raionale		t	p
	abs.	P ± m	abs.	P ± m		
Corespunde în totalitate	92	51,7 ± 3,7	616	37,7 ± 1,2	3,6	< 0,025
Corespunde parțial	46	25,8 ± 3,2	411	25,2 ± 1,1	0,2	> 0,05
Nu corespunde	40	22,5 ± 3,1	606	37,1 ± 1,2	4,4	< 0,001
Total	178	100,0	1633	100,0	-	-

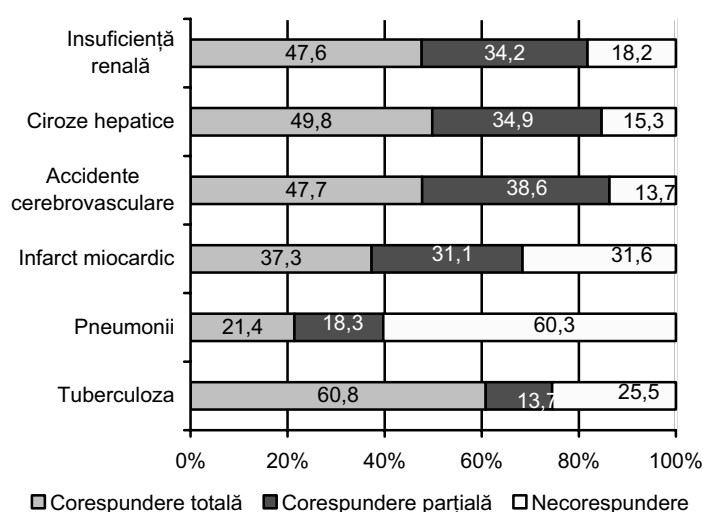


Figura 4. Nivelul de corespundere a medicației prescrise pacienților cerințelor proto-coalelor clinice naționale în cadrul serviciilor medicale de ambulatoriu (%).

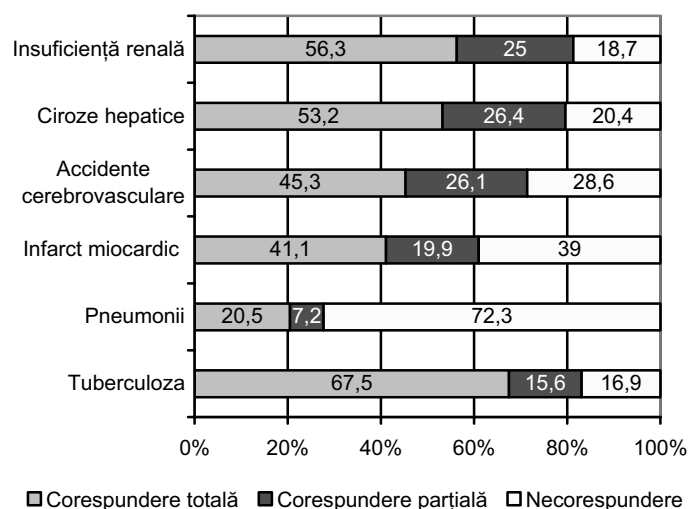


Figura 5. Nivelul de corespundere a medicației prescrise pacienților cerințelor proto-coalelor clinice naționale în cadrul asistenței medicale spitalicești (%).

Diagnosticul diferențial a fost stabilit în conformitate cu cerințele proto-coalelor clinice naționale în 52,6% cazuri, în 25,6% cerințele au fost respectate parțial, iar în 21,8 % cazuri nu au fost respectate. Cele mai frecvente abateri au fost înregistrate în procesul de stabilire a diagnosticului diferențial pentru pacienții cu pneumonii (57,3%) și infarct miocardic (34,1%).

Terapia medicamentoasă constituie elementul de bază în prevenirea acutizărilor și extinderea perioadelor de remisie pentru majoritatea maladiilor supuse expertizei. Cu toate acestea, situația în acest domeniu este deosebit de îngrijorătoare la toate nivelele de acordare a asistenței medicale. După cum se vede din figura 4, în condiții de ambulatoriu, cel mai înalt nivel de prescriere corectă a medicației s-a constatat în cazul tuberculozei (60,8%), cirozelor hepatice (49,8%) și accidentelor cerebrovasculare (47,7%). Totodată, pentru bolile acute, cum sunt pneumoniile și infarctul miocardic, terapia medicamentoasă nu a corespuns cerințelor proto-coalelor clinice în 60,3% și, respectiv, 31,6% cazuri.

Situația este similară și în spitale (figura 5). În condiții spitalicești, în cazul pacienților cu pneumonii și infarct miocardic terapia medicamentoasă nu a corespuns cerințelor proto-coalelor clinice naționale în 72,3% și, respectiv, 39,0% cazuri. Pentru accidentele cerebrovasculare necorespunderea a constituit 28,6%, iar în cazul cirozelor hepatice și insuficienței renale corespunzător 20,4% și 18,7%. Evident, în multe situații prescrierea incorectă a medicației a servit drept cauză de bază a înrăutățirii stării sănătății pacienților, care în ultimă instanță au decedat.

Analiza comparativă a calității terapiei medicamentoase în instituțiile medicale de ambulatoriu municipale/republicane și în cele rurale/raionale a demonstrat absența diferențelor semnificative între nivelele de corespundere (tabelul 5). În baza rezultatelor obținute, putem afirma că în condiții de ambulatoriu indicațiile pentru terapia medicamentoasă au aceleași expresii calitative atât în instituțiile municipale/republicane, cât și în cele rurale/raionale. Acest lucru poate fi explicat prin mediatizarea îndelungată a schemelor de tratament cu medicamente compensate în condițiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală. De asemenea, medicii din serviciile de ambulatoriu au o autonomie mai mare în prescrierea medicamentelor neincluse în lista

remediilor compensate, care de altfel în Republica Moldova este extrem de restrânsă.

Putem menționa și un alt aspect al rezultatelor obținute. Nivelul de necorespondere a terapiei medicamentoase cerințelor protocoalelor clinice naționale este cu aproximativ 50% mai mic în comparație cu nivelul de necorespondere a explorărilor și investigațiilor de diagnosticare. Acest lucru ne demonstrează că acele constrângeri financiare care limitează procurarea tehnologiilor moderne de diagnosticare reprezintă un impediment nu doar pentru calitatea serviciilor prestate, ci sunt un obstacol în calea perfecționării continue a medicilor.

**Tabelul 5**

*Analiza comparativă a calității terapiei medicamentoase în instituțiile medicale municipale/republicane și instituțiile medicale rurale/raionale*

Coresponderea terapiei medicamentoase cerințelor protocoalelor clinice și standardelor medicale	Instituții medicale municipale și republicane		Instituții medicale rurale și raionale		t	p
	abs.	P ± m (%)	abs.	P ± m (%)		
<i>Asistența medicală de ambulatoriu</i>						
Corespunde în totalitate	138	50,0 ± 3,1	962	45,2 ± 1,1	1,5	> 0,05
Corespunde parțial	91	32,9 ± 2,8	725	34,1 ± 1,2	0,4	> 0,05
Nu corespunde	47	17,1 ± 2,2	440	20,7 ± 0,9	1,5	> 0,05
Total	276	100,0	2127	100,0	-	-
<i>Asistența medicală spitalicească</i>						
Corespunde în totalitate	102	68,0 ± 3,8	761	47,5 ± 1,6	4,9	< 0,001
Corespunde parțial	26	17,3 ± 3,1	371	23,1 ± 1,1	1,8	> 0,05
Nu corespunde	22	14,7 ± 2,8	471	29,4 ± 1,2	4,7	< 0,001
Total	150	100,0	1603	100,0	-	-

Evaluarea calității terapiei medicamentoase în cadrul asistenței medicale spitalicești a înregistrat diferențe semnificative între spitalele municipale/republicane și cele raionale. Astfel, calitatea medicației în spitalele municipale/republicane este semnificativ mai înaltă față de spitalele raionale, în care nivelul de corespundere totală cerințelor protocoalelor clinice este mai jos, iar nivelul de necorespondere e mai înalt ( $p < 0,001$ ). Această situație poate fi explicată din diverse unghiuri. Pe de o parte, din cauza costurilor mari, anumite medicamente nu sunt incluse în formularele farmaceutice ale spitalelor raionale, iar pe de altă parte, medicii din spitalele raionale au acces mai limitat la protocoalele clinice naționale, la informațiile despre noile medicamente și metode contemporane de tratament. De fapt, schemele de tratament în baza dovezilor încă nu au obținut o răspândire universală în spitalele raionale. De aceea se cere amplificarea desimnării informațiilor actualizate despre terapiile medicamentoase bazate pe dovezi.

Studiul nostru a cuprins, după caz, și evaluarea calității tratamentului chirurgical al 451 de pacienți din totalul de 2782 de bolnavi decedați în condiții extraspitalicești. Tratatamentul chirurgical efectuat până la externare a corespuns

integral sau parțial cerințelor protocoalelor clinice naționale în 33,7% cazuri, iar în restul 66,3% nu a corespuns. Este nevoie de menționat că din cei 451 de pacienți supuși intervențiilor medicale, care mai apoi au decedat în condiții extraspitalicești, doar 27 (6,0%) au fost operați în spitalele municipale și republicane, iar restul 424 (94,0%) – în spitalele raionale. Aceste date confirmă, pe de o parte, necesitatea concentrării cazurilor chirurgicale complicate în centrele medicale regionale dotate cu tehnologii moderne, iar pe de altă parte – nevoia de standardizare a proceselor de selectare și de referință a pacienților chirurgicali. În condițiile actuale nu trebuie admise cazurile când intervențiile medicale complicate sunt efectuate în lipsa competențelor și dotărilor corespunzătoare.

Evaluarea calității asistenței medicale urgente acordate persoanelor decedate în condiții extraspitalicești a evidențiat că în 49,4% cazuri serviciile au fost acordate în intervale oportune de timp, în 8,9% – parțial oportune, iar în 41,7% cazuri – în intervale inoportune (figura 6). Majoritatea absolută a cazurilor inoportune au fost înregistrate în localitățile rurale. Serviciile de urgență au corespuns cerințelor protocoalelor clinice naționale în 44,8% cazuri, parțial au corespuns în 13,6%, iar necoresponderea a constituit 41,7%. Cele mai frecvente situații de necorespondere a intervențiilor de urgență cerințelor protocoalelor clinice s-a constatat în cazul pneumoniilor (61,9%), tuberculozei (47,2%) și infarctului miocardic (40,8%).

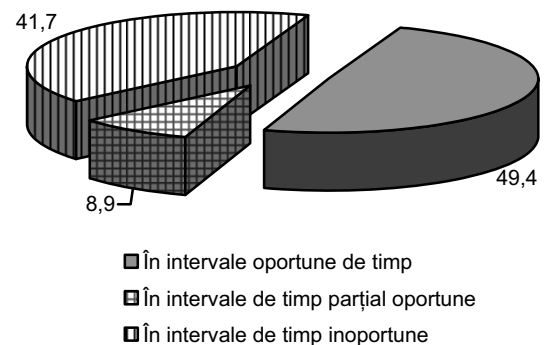


Figura 6. Rezultatele evaluării intervalelor de timp în care au fost acordate serviciile de urgență persoanelor decedate în condiții extraspitalicești (%).

**Recuperarea medicală și supravegherea.** Studiul nostru a demonstrat că asistența medicală de recuperare, de rând cu explorările și investigațiile de diagnosticare, a întru-

nit cele mai joase nivele de corespundere cerințelor protocoalelor clinice. Astfel, nivelul de corespundere totală a constituit doar 30,8%, iar corespunderea parțială – 35,2%. În 34,0% cazuri asistența medicală de recuperare nu a fost acordată și nu a corespuns protocoalelor clinice. Cele mai dese cazuri de necorespondere (figura 7) au avut loc la persoanele decedate prin tuberculoză (39,5%), infarct miocardic (41,9%) și alte maladii (45,9%). Nivelul înalt de necorespondere cerințelor stabilite în protocoalele naționale se explică prin absența în spitalele raionale, dar și în cele municipale, a secțiilor de recuperare medicală. Serviciile de recuperare și reabilitare medicală urmează să fie dezvoltate, deoarece absența acestora conduce la decese care în multe cazuri ar putea fi evitate.

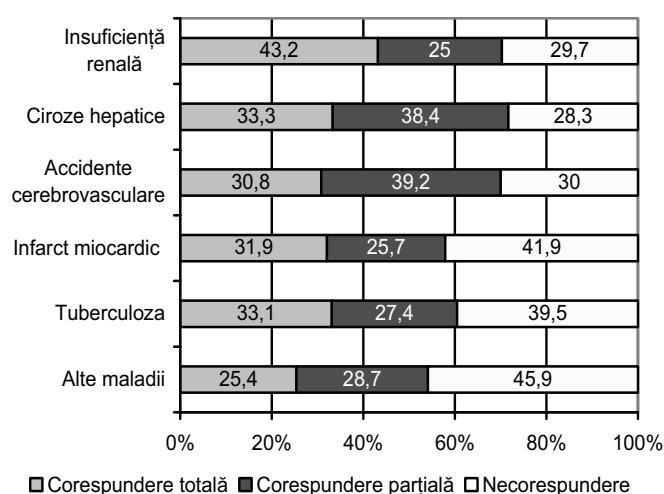


Figura 7. Nivelul de corespundere a asistenței medicale de recuperare cerințelor protocoalelor clinice naționale (%).

O altă problemă importantă pentru serviciile medicale o constituie calitatea supravegherii pacienților cu boli grave. Studiul nostru demonstrează că supravegherea persoanelor decedate la domiciliu a fost realizată de către medicul de familie în conformitate cu cerințele protocoalelor clinice naționale doar în 50,9% cazuri. În restul 49,1% cazuri supravegherea nu a fost făcută. Experții explică această situație prin trei motive: a) absența medicului de familie în peste 20% din localitățile rurale, b) lipsa mijloacelor de transport, ce face nerentabilă activitatea medicului de familie în sectorul rural; c) capacități reduse ale lucrătorilor medicali în procesul recuperării și reabilitării medicale. Conform protocoalelor clinice naționale, supravegherea pacienților trebuie efectuată și de către medicul-specialist de profil. În cadrul eșantionului cercetat s-a constatat că medicii-specialiști au asistat medicul de familie în supravegherea pacienților doar într-o treime din cazuri (32,7%), în restul situațiilor nu a fost identificată o supraveghere calificată și sistematică. Totodată, s-a constatat că în multe cazuri nu a existat un comportament de

colaborare din partea pacientului sau a rudelor, în vederea atingerii reușitei tratamentului. Rezultatele studiului atestă că o colaborare deplină a existat în 31,5% cazuri grave, parțială – în 25,1% cazuri, iar în 43,4% cazuri colaborarea a lipsit cu desăvârșire.

Extrem de prețioase sunt rezultatele evaluării percepției medicilor-experti a posibilității de evitare a deceselor (figura 8). S-a constatat că dacă diagnosticul ar fi fost stabilit la timp, dacă ar fi existat un comportament de colaborare, iar calitatea serviciilor prestate la toate nivelele ar fi corespuns cerințelor descrise în protocoalele clinice naționale și în standardele de tratament, atunci decesele în mod sigur ar fi fost evitate în 6,6% cazuri, în 13,1% cazuri mai degrabă puteau fi evitate; în 33,4% experții nu au reușit să aprecieze posibilitatea evitării deceselor, în 32,2% cazuri decesele mai degrabă nu puteau fi evitate, iar în 14,6% cazuri în mod sigur nu puteau fi evitate. Probabilitatea de a evita în mod sigur decesele a fost de aproximativ două ori mai mare printre copii (16,7%), persoanele în vârstă aptă de muncă din grupele 18-44 de ani (13,2%) și 45-64 de ani (10,6%). De asemenea, în aceste grupe de vârstă, în 20,1-33,4% cazuri decesele mai degrabă puteau fi evitate. Astfel, din numărul total de 2782 cazuri de decese incluse în eșantion, puteau fi evitate în mod sigur 183, iar mai degrabă puteau fi evitate 375 de decese.

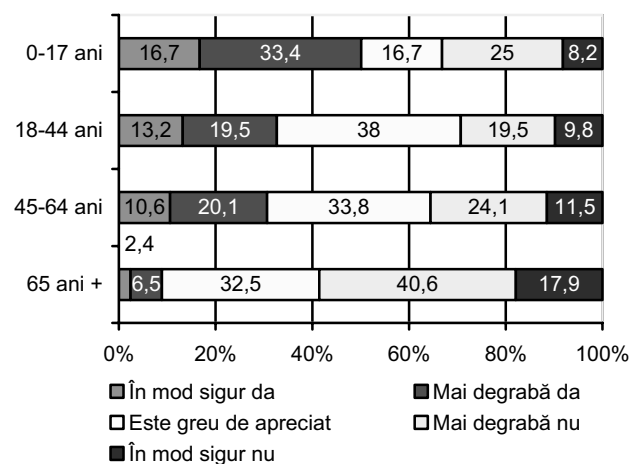


Figura 8. Probabilitatea de evitare a deceselor extra-spitalicești pe grupe de vârstă (%).

Cele mai mari șanse de supraviețuire le-au avut pacienții cu pneumonii (50,3%), tuberculoză (36,5%) și infarct miocardic (25,0%). În cazul pacienților cu insuficiență renală probabilitatea de evitare a decesului a fost de 16,3%, cu ciroze hepatice – 15,2% și cu accidente cerebrovasculare – 13,4%.

Rezultatele cercetării noastre relevă necesitatea elaborării și implementării programelor de calitate, integrate și axate pe pacienți în așa fel încât serviciile medicale să satisfacă necesitățile și așteptările consumatorilor, dar și interesul general – îmbunătățirea sănătății populației.



Programele de asigurare a calității trebuie să se realizeze concomitent în patru direcții interdependente și intercorelate:

- asigurarea calității resurselor medicale,
- asigurarea securității modului de acordare a asistenței medicale,
- asigurarea calității tehnice sau tehnologice,
- asigurarea calității interacțiunilor interpersonale.

Pentru asigurarea calității structurii și a resurselor este necesară concentrarea efortului asupra celor patru tipuri de resurse: personalul; fondurile de bază (clădirile, construcțiile, echipamentul); preparatele farmaceutice și materialele medicale; informația. Calitatea resurselor trebuie să fie asigurată și controlată.

Este necesar să se lucreze în domeniul perfecționării sistemului de asigurare a securității asistenței medicale prin implementarea standardelor de securitate și a noilor tehnologii moderne de realizare a lor, monitorizarea complicațiilor și a altor riscuri, înregistrarea erorilor medicale, instruirea sistematică și consecventă a personalului și a pacienților. Trebuie discutat aspectul aderării la Alianța Internațională pentru îmbunătățirea situației în domeniul securității pacienților. Este necesar să se continue implementarea tehnologiilor moderne în profilaxia infecțiilor nosocomiale, pe utilizarea sigură a preparatelor medicamentoase și a echipamentului medical modern.

Asigurarea calității tehnice sau tehnologice implică utilizarea realizărilor științei și a tehnologiilor eficiente în domeniul asistenței medicale. Mijlocul principal de asigurare a calității în această direcție este introducerea în practica medicală a protocoalelor clinice bazate pe dovezi. Tehnologiile contemporane, cum ar fi angiografiile și angioplastiile, pot preveni un număr considerabil de decese a persoanelor în vârstă aptă de muncă.

Calitatea interacțiunilor interpersonale pacient-medec trebuie să fie inclusă în agenda de lucru a politicienilor și managerilor. Personalul care activează în instituțiile medico-sanitare trebuie să dispună de instruirea profesională corespunzătoare, de condiții normale de lucru și materiale de suport, care permit asigurarea unor relații psihologice confortabile, de respect, încredere și atenție cu pacienții și membrii familiilor acestora, precum și luarea deciziilor de comun acord.

## Concluzii

1. Cuprinderea insuficientă cu asigurări obligatorii de asistență medicală a populației rurale din grupele de vârstă 18-57/62 de ani reprezintă una dintre cauzele principale ale adresabilității scăzute după

servicii medicale, fapt care condiționează un nivel înalt al deceselor extraspitalicești. Aceste constatări demonstrează necesitatea adoptării unui cadru normativ adecvat de protecție socială a populației rurale.

2. Monitorizarea pacienților cu boli grave, care constituie principalele cauze de deces, este defectuoasă. Măsurile organizatorice care se impun trebuie să prevadă instituirea în cadrul asistenței medicale primare a unui sistem modern de monitorizare automatizată a pacienților. Sistemul trebuie să cuprindă anunțarea prealabilă a lucrătorului medical și a bolnavului despre intervențiile care se impun a fi realizate la anumite intervale de timp. Asigurarea medicilor de familie cu transport de asemenea poate îmbunătăți substanțial monitorizarea pacienților, în special în mediul rural.

3. Cercetarea noastră a stabilit că pacienții asigurați, care au decedat din cauza accidentelor cerebrovasculare, infarctului miocardic și pneumoniilor, beneficiază de medicamente compensate într-o proporție foarte redusă. Rezultatele obținute relevă necesitatea stringentă de extindere a listei medicamentelor compensate, inclusiv a antibioticelor.

4. Consumul abuziv de alcool este unul dintre cei mai importanți factori de risc asociativi ai deceselor extraspitalicești. În vârstă aptă de muncă peste 65% din decesele extraspitalicești sunt asociate cu consumul excesiv de alcool. Se recomandă de a introduce metode de combatere a consumului abuziv de alcool în programele de promovare a modului sănătos de viață ale Fondului măsurilor profilactice al Companiei Naționale de Asigurări Medicale.

5. Îndeplinirea superficială a anamnezei medicale și a examenului clinic reduce substanțial reușita tratamentului pacienților, în special cu pneumonii și infarct miocardic. Evaluarea antecedentelor personale și eredocolaterale, precum și evidențierea factorilor de risc adiționali pot majora șansele de reușită în tratamentul maladiilor.

6. Nivelele înalte de necorespondere cerințelor protocoalelor clinice a explorărilor și investigațiilor de diagnosticare realizate în asistența medicală primară (62,1% pentru pneumonii; 46,7% pentru infarctul miocardic; 30,1% pentru accidentele cerebrovasculare) și în cadrul serviciului spitalicesc (67,0% pentru pneumonii; 46,7% pentru infarctul miocardic; 39,8% pentru accidentele cerebrovasculare) sugerează necesitatea îmbunătățirii capacităților și dotării instituțiilor teritoriale cu tehnologii moderne de diagnosticare. Evaluarea necesităților și procurarea tehnologiilor de diagnosticare cost-eficiente pentru spitalele raionale reprezintă o prioritate a sistemului de sănătate.

7. Asigurarea insuficientă a secțiilor consultative ale spitalelor raionale cu specialiști de profil îngust reprezintă un impediment în diagnosticarea timpurie și corectă a maladiilor. Sunt necesare programe speciale de susținere și încurajare a tinerilor specialiști pentru angajare în spitalele raionale.

8. În rezultatul studiului au fost depistate defecte serioase în terapia medicamentoasă a pacienților la toate nivelele de acordare a asistenței medicale. Extrem de nesatisfăcătoare este situația în administrarea medicației în cazul pneumoniilor, infarctului miocardic și accidentelor cerebrovasculare. Terapia medicamentoasă în spitale nu a corespuns exigențelor în cazul a peste 70% din pacienți cu pneumonii, 39% din pacienți cu infarct miocardic și 28% cu accidente cerebrovasculare.

9. Calitatea medicației în spitalele municipale/republicane este semnificativ mai înaltă în comparație cu spitalele raionale. Această situație este condiționată de faptul că în spitalele raionale, din cauza costurilor mari, anumite medicamente nu sunt incluse în formularele farmaceutice. Totodată, medicii din spitalele raionale nu au acces deplin la protocoalele clinice naționale și alte informații cu referire la metodele contemporane de tratament. Este necesar de a diversifica și de a amplifica desiminarea protocoalelor clinice naționale în aceste spitale.

10. Tratamentul chirurgical efectuat cu preponderență în spitalele raionale a corespuns integral sau parțial cerințelor protocoalelor clinice naționale doar în 33,7% cazuri. Aceste date confirmă necesitatea concentrării cazurilor chirurgicale complicate în centrele medicale regionale, dotate cu tehnologii moderne, și utilitatea standardizării proceselor de selectare și de referință a pacienților chirurgicali.

11. Evaluarea calității asistenței medicale urgente acordate persoanelor decedate a evidențiat necesitatea dotării serviciului de urgență cu unități de transport specializate și echipe cu tehnologii moderne în vederea acordării ajutorului necesar în intervale oportune de timp.

12. Serviciile de recuperare medicală și de reabilitare a pacienților cu maladii grave sunt sub-

dezvoltate. Dezvoltarea acestor servicii în spitalele raionale trebuie realizată prin reprofilarea paturilor somatice și chirurgicale existente, care nu sunt utilizate în deplină măsură.

13. Supravegherea persoanelor decedate la domiciliu a fost realizată de către medicul de familie în conformitate cu cerințele protocoalelor clinice naționale doar în 50,9% cazuri. Pentru a îmbunătăți situația la acest capitol este necesar de a aplica măsuri stimulative de angajare a medicilor de familie în sectorul rural, de a-i asigura cu mijloace de transport și de a întreprinde activități de instruire a lucrătorilor medicali în recuperarea și reabilitarea medicală.

14. În rezultatul cercetării s-a stabilit că în 6,6% cazuri decesele puteau fi evitate în mod sigur, iar în 13,1% cazuri mai degrabă puteau fi preîntâmpinate, dacă calitatea serviciilor prestate ar fi corespuns cerințelor stabilite. În acest sens, se impune necesitatea elaborării și realizării programelor de calitate integrate, axate pe pacienți în așa fel încât serviciile medicale să satisfacă necesitățile și așteptările consumatorilor, dar și interesul general – îmbunătățirea sănătății populației.

#### Bibliografie

1. Ețco C., Ciocanu M., *Calitatea serviciilor medicale. Bazele teoretico-metodice de determinare a calității, în Management în sistemul de sănătate*, Chișinău, 2006. p. 634-675.
2. Garrido M. et al., *Health Tehnology Assessment and Health Policy-Marking in Europe*. Publications,WHO Regional Office for Europe, 2008, 181 p.
3. Jaba Elisabeta, *Statistica*. Ediția a doua, rev., București, 2000, p. 263-281.
4. Moynihan R. al., *Evidence-informed health policy: using research to make health systems healthier*, Oslo, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2008, 145 p.

Prezentat la 12.01.2010

**Boris Golovin**, competitor, Catedra Sănătate Publică și Management "N. Testemițanu", USMF "N. Testemițanu", tel.: 069123575, email: boris.golovin@ms.gov.md