

 <p>ÎNGRIJIRI PALIATIVE ȘI LA DOMICILIU</p>				
				
	<h2>Serviciile de îngrijiri paliative în România</h2>			
		 <p>PATIENT</p>		
<h2>Programul național de ÎNGRIJIRI PALIATIVE</h2> <p>- material informativ -</p>				
				



Serviciile de Îngrijiri paliative în România

*

PROGRAMUL NAȚIONAL DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Material informativ

2023



Acest material a fost realizat în cadrul proiectului proiectul ”Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu” (PAL-PLAN) - 2020-2023

Grupul de lucru:

Dr. Mihaela Ion, expert implementare, Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Dr. Elisabeth Iuliana Brumă, expert implementare, Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Carmen Iaver, expert Ministerul Muncii și Solidarității Sociale

Larisa Cazan, expert Ministerul Muncii și Solidarității Sociale

Mălina Dumitrescu, expert Hospice Casa Speranței



UNIUNEA EUROPEANĂ



Cuprins

Prefata	7
Terminologie și definiții	9
Îngrijire paliativă	9
Îngrijire paliativă de bază	9
Îngrijire paliativă specializată	10
Îngrijire terminală	11
Îngrijire paliativă pediatrică	11
Ce este îngrijirea paliativă?	13
Îngrijirea paliativă ca drept universal la servicii de sănătate. Rezoluția WHA	13
Îngrijirea paliativă în lume	14
Niveluri și medii de acordare a serviciilor de îngrijiri paliative	15
Nivelul 1. Educarea și sprijinul pacientului pentru autoîngrijire	15
Nivelul 2: Îngrijirea paliativă de bază	15
Nivelul 3: Îngrijirea paliativă specializată	16
Principii generale ale îngrijirii paliative	16
Beneficiarii îngrijirilor paliative	16
Îngrijirea paliativă ca îngrijire holistică	17
Asistența familiei și a îngrijitorilor	19
1. Asistența în timpul bolii	20
2. Asistența în perioada de doliu	20
Îngrijirea paliativă în România. Evoluția spre un Program național	23
Context general	23
Evaluarea nevoii de îngrijiri paliative în România	23
Situația curentă a îngrijirilor paliative	23
Servicii de îngrijiri paliative existente	29
Îngrijirile paliative la domiciliu:	29
Ambulatoriul de îngrijiri paliative:	30
Îngrijirile paliative în regim de spitalizare continuă:	30
Intervenții în domeniul social complementare îngrijirilor paliative	31
Resursele umane în serviciile de îngrijiri paliative	37



UNIUNEA EUROPEANĂ



Planificarea și formarea resurselor umane	37
Cursuri de formare a personalului în îngrijirile paliative	38
Curs pentru medici.....	38
Curs pentru asistenți medicali.....	38
Cursuri pentru echipele multidisciplinare de îngrijiri paliative	39
Direcții strategice în dezvoltarea îngrijirilor paliative	39
Integrarea îngrijirii paliative în sistemul de sănătate	41
OBIECTIVE GENERALE ALE PLANULUI NAȚIONAL DE DEZVOLTARE A ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE:	45
OG1. Elaborarea Programului național de dezvoltare a îngrijirii paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu	45
OG2. Realizarea unei Strategii Naționale de Promovare și Conștientizare a Îngrijirilor Paliative în România	46
OG 3. Identificarea nevoii de Îngrijiri Paliative în România,	47
OG4. Elaborarea și actualizarea periodică a Ghidului Îngrijirilor Paliative în România ..	48
OG 5. Traseul pacientului eligibil pentru acordarea îngrijirilor paliative	48
OG 6. Realizarea unei rețele la nivel național de îngrijiri paliative,	49
OG 7. Creșterea capitalului uman specializat în îngrijiri paliative,	50
OG 8. Asigurarea medicației de bază pentru controlul durerii și al simptomelor	50
Prezentarea pe scurt a Programul Național de Îngrijiri Paliative	51
I. Denumirea Programului	51
II. Obiective	51
IV. Activități	52
Fluxul informației între furnizorii de servicii	59
Circuitul pacientului în serviciile de îngrijiri paliative: de bază și specializate	62
Externarea precoce și asigurarea serviciilor în afara spitalului	62
Calitatea serviciilor de îngrijiri paliative	63
Asigurarea calității în îngrijirile paliative de bază	63
Asigurarea calității în îngrijirile paliative specializate	63
Asigurarea calității pentru componenta socială a îngrijirilor paliative	65
Înființarea serviciilor de îngrijiri paliative	67
Înființarea unui serviciu de îngrijiri paliative la domiciliu	67
Definirea serviciului	67



UNIUNEA EUROPEANĂ



Cerinte, autorizari/acreditari ale serviciului.....	67
Înființarea unui serviciu de internare pentru îngrijiri paliative în spital.....	67
Definirea serviciului.....	67
Cerințe, autorizari/acreditări ale serviciului.....	68
Înființarea unui centru independent de îngrijiri paliative de tip „hospice”	69
Definirea serviciului.....	69
Cerinte, autorizari/acreditari ale serviciului.....	69
Înființarea unui serviciu de îngrijiri paliative in ambulator.....	69
Definirea serviciului.....	69
Cerințe, autorizari/acreditări ale serviciului.....	69
Înființarea, acreditarea, licențierea serviciului de îngrijiri paliative în domeniul social....	70
Etapele acordării serviciilor sociale.....	72
Procesul de acordare a serviciilor sociale	72
Resursele umane în îngrijirea paliativă	74
Planificarea resurselor umane.....	74
Interfața cu alte specialități	74
Finanțarea serviciilor de îngrijiri paliative	75
Mecanisme curente de finanțare a serviciilor de îngrijiri paliative	75
Îngrijirea paliativă în regim de internare	75
Îngrijirea paliativă în ambulatoriu.....	76
Îngrijirea paliativă la domiciliu	76
Centrele de zi de îngrijiri paliative	79
Concluzii.....	80
Legislație aplicabilă.....	81
Referințe	84



Lista de abrevieri

ANMCS	Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate
CAS	Casa de asigurări de sănătate
CASAOPSNAJ	Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
DES	Dosarul Electronic de Sănătate
DGASPC	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
DSP	Direcția de Sănătate Public ILDD
HCS	Fundația HOSPICE Casa Speranței
ILDD	Îngrijiri de Lunga Durată la Domiciliu
INMSS	Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate
IP	Îngrijiri paliative
IPD	Îngrijiri paliative la domiciliu
ITL	Îngrijiri pe termen lung
MS	Ministerul Sănătății
MMSS	Ministerul Muncii și Solidarității Sociale
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PAL-PLAN	Acronim al Proiectului proiectul <i>”Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu”</i>
PNIP	Planul Național de Îngrijiri Paliative
SEC	Serviciul de evaluare complexă
SPAS	Serviciul Public de Asistență Socială
UP	Unitate cu paturi



UNIUNEA EUROPEANĂ



Prefata

Ministerul Sănătății în parteneriat cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate și Fundația Hospice Casa Speranței derulează în perioada 2020-2023 proiectul "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu" (PAL-PLAN).

Proiectul PAL-PLAN sprijină acțiunile transformatoare necesare pentru a reprograma funcția și structura sistemului de sănătate, în conformitate cu obiectivele și prioritățile strategice ale Ministerului Sănătății.

Scopul proiectului PalPlan este de creștere a capacității instituționale la nivel central, județean și local pentru a planifica, implementa și monitoriza servicii de calitate de îngrijiri paliative în unități cu paturi și ambulatorii precum și în vederea creșterii calității serviciilor de îngrijiri la domiciliu, inclusiv îngrijiri paliative la domiciliu. Proiectul se bazează pe analize și studii ale domeniului paliativei la nivel internațional, pe baza cărora s-au elaborat metodologii, instrumente de lucru, programe educaționale și s-au înființat centre pilot în toate regiunile de dezvoltare.

Obiectivul general al Proiectului vizează crearea și introducerea unui mecanism unitar și fluent de planificare, dezvoltare, evaluare și monitorizare a unui sistem național de îngrijiri paliative (IP) precum și a unui sistem național de îngrijiri și activități instrumentale ale vieții zilnice, necesare asigurării asistenței persoanelor suferind de boli cronice progresive sau incurabile și a celor cu grad ridicat de dependență.

Totodată, Proiectul își propune:

- 1 Dezvoltarea capacității autorităților publice centrale de a elabora politici publice bazate pe dovezi în vederea creșterii accesului la servicii de calitate.
- 2 Dezvoltarea coordonată la nivel național și integrarea îngrijiri paliative și îngrijirii la domiciliu în sistemul de sănătate. În acest sens, Proiectul susține crearea premiselor pentru ca îngrijirile paliative și îngrijirile la domiciliu să devină o alternativă pentru degrevarea spitalelor specializate în tratarea afecțiunilor acute, cu potențial de extindere la nivel național.
- 3 Armonizarea și simplificarea reglementărilor legislative privind îngrijirile paliative și îngrijirile la domiciliu pentru creșterea accesului la servicii de calitate.

Acest material își propune să vină în sprijinul celor interesați în dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative în România, prezentând aspecte generale ale acestui domeniu medical relativ recent introdus în sistemele de sănătate la nivel mondial, precum și informații privind situația serviciilor în România, gradul de acoperire a nevoii de îngrijire și reglementările legale în vigoare privind înființarea, funcționarea și finanțarea serviciilor.

Manualul a fost conceput pentru a putea fi consultat atât în integralitate, cât și separat, pe capitole, în funcție de interes, așa încât unele informații se găsesc repetitiv în mai multe capitole.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Terminologie și definiții

Îngrijire paliativă

Potrivit definiției Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), “îngrijirea paliativă¹ este o abordare care îmbunătățește calitatea vieții pacienților și a familiilor acestora, atunci când se confruntă cu probleme asociate unei boli amenințătoare de viață, prin prevenirea și alinarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea corectă și tratamentul adecvat al durerii și al altor probleme de natură fizică, psiho-socială și spirituală”.

Îngrijirea paliativă presupune o abordare holistică a problemelor complexe ale pacienților cu boli cronice progresive sau incurabile având prognostic limitat și ale familiei acestuia, prin intervenții în echipă interdisciplinară.

Îngrijire paliativă de bază

Îngrijirea paliativă de bază este îngrijirea și suportul acordat pacienților și familiilor sau aparținătorilor acestora de către personalul medical din asistența primară, comunitară sau din spitale, având instruire de bază în domeniul îngrijirilor paliative (certificată prin absolvirea unor programe de instruire acreditate de organisme profesionale competente) și care au ocazional în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive și cu nevoi de îngrijire paliativă.

Îngrijirea paliativă de bază se acordă în diferite medii: în regim de internare în spitale generale, în ambulatorii, la domiciliul pacientului sau în centre rezidențiale din sistemul de protecție socială.

Acest nivel include următoarele intervenții:

- a evaluarea holistică: înțelegerea bolii de către pacient și familie, povara simptomelor, statusul de performanță, comorbidități, comunicarea și luarea deciziilor, sprijinul familiei și rețeaua de îngrijire, temeri legate de sfârșitul vieții, nevoi de educare referitoare la boală;
- b intervenții de comunicare: comunicarea empatică, comunicarea diagnosticului și a prognosticului, comunicarea diagnosticului/prognosticului real;
- c managementul simptomelor: durerea, dispneea, anorexia, cașexia, depresia, anxietatea, greața/vărsăturile, delirul, fatigabilitatea, insomnia;
- d educarea familiei și a pacientului în legătură cu drepturile sociale, mobilizarea pacientului, îngrijirea tegumentelor și a cavității bucale, administrarea medicației, managementul nonfarmacologic al simptomelor în fazele avansate de boală;
- e manevre de nursing;
- f manevre precum: montarea subcutanată a fluturașului, paracenteza, montarea cateterului urinar;
- g monitorizarea pacientului;
- h coordonarea îngrijirii cu serviciile specializate de îngrijiri paliative și/sau alte servicii specializate;

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>



UNIUNEA EUROPEANĂ

i îngrijirea terminală.



Îngrijire paliativă specializată

Îngrijirea paliativă specializată este îngrijirea asigurată de furnizori autorizați pentru acordarea îngrijirilor paliative specializate, prin echipe interdisciplinare formate din personal cu studii aprofundate în domeniul paliatiei, pentru care îngrijirile paliative reprezintă activitatea curentă; aceste servicii asigură îngrijirea directă a pacienților și familiilor sau aparținătorilor acestora, precum și consultanță pentru pacienți/aparținători sau profesioniști din domeniul paliatiei.

Îngrijirea paliativă specializată se acordă în diferite medii de îngrijire, respectiv prin **internare** în secții/compartimente de paliatie din spitale, în unități independente de îngrijiri paliative (cunoscute ca "hospice-uri"), în **ambulatorii** sau **centre de zi** de îngrijiri paliative, prin **echipe mobile specializate** de îngrijiri paliative în spitale generale, precum și prin servicii de îngrijiri paliative la **domiciliul** bolnavului.

Acest nivel include următoarele intervenții:

- a. **intervenții medicale:** evaluarea holistică și reveluarea periodică, stabilirea diagnosticului paliativ de etapă, managementul durerii și simptomelor, comunicarea, educarea și consilierea pacientului și familiei, susținerea pacientului și familiei în luarea deciziilor terapeutice și de îngrijire, consiliere pentru pacient și familie, efectuarea de manevre de diagnostic și terapeutice, prescrierea, aplicarea și monitorizarea tratamentului farmacologic și nefarmacologic adecvat, coordonarea îngrijirii între multiple servicii, îngrijire terminală;
- b. **îngrijiri de tip nursing** sunt enumerate în cele ce urmează, fără a fi exhaustive: evaluarea de nursing, îngrijirea escarelor, limfedemului, stomelor, tumorilor exulcerate, pansamente, mobilizarea pacientului etc.; administrarea de medicamente; aplicarea de metode nefarmacologice de tratament al simptomelor; educarea pacientului, familiei și a aparținătorilor privind îngrijirea curentă și autoîngrijirea; monitorizarea pacientului;
- c. **servicii conexe actului medical**, sunt enumerate în continuare, fără a fi exhaustive:
 1. kinetoterapie: evaluare funcțională, kinetoterapie profilactică, kinetoterapie respiratorie, masaj, posturări, kineziotaping și altele;
 2. servicii de asistență psihologică: evaluare psihologică specializată a pacientului și familiei, consiliere pentru pacient și familie, terapie individuală și de grup, evaluare a riscului de doliu patologic, consiliere de doliu;
 3. servicii de terapie ocupațională, terapie prin artă, meloterapie, aromaterapie;
- d. **asistență socială:** asistență și consiliere pentru obținerea drepturilor legale (certificat de handicap, pensie, alte beneficii legale), obținerea de echipamente specializate, îngrijirea în cadrul serviciilor sociale: unități de îngrijire la domiciliu, centre rezidențiale, etc
- e. servicii de **suport spiritual** pentru pacient și familie;
- f. servicii de **educație și informare** pentru autoîngrijire;
- g. serviciile de **suport în perioada de doliu**;
- h. intervenții de **consultanță telefonică pentru pacienți** și familii pentru asigurarea continuității serviciului de îngrijiri paliative pentru pacienții aflați la domiciliu, 24 din 24



UNIUNEA EUROPEANĂ



de ore și 7 zile pe săptămână;

- i. intervenții de consultanță pentru serviciile de îngrijiri paliative de bază.

Îngrijire terminală

Îngrijirea terminală este îngrijirea acordată unui pacient atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirea acordată în preajma decesului.

În cadrul spectrului larg al îngrijirii paliative, îngrijirea terminală este o subcomponentă a acesteia reprezentând îngrijirile acordate în ultimele zile de viață.

Îngrijire paliativă pediatrică

Îngrijirea paliativă pediatrică² este îngrijirea activă totală a corpului, minții și spiritului copilului afectat de o boală incurabilă sau amenințătoare de viață, precum și suportul acordat familiei acestuia. Scopul îngrijirii este de a îmbunătăți calitatea vieții pacienților copii/tineri și a familiilor acestora. Îngrijirea paliativă pediatrică este diferită de cea a pacienților adulți, date fiind nevoile diferite ale copiilor și adolescenților. Îngrijirea trebuie adaptată acestor nevoi specifice date de bolile pediatrice, precum și aspectelor culturale, nevoilor afective și educaționale ale pacienților.

Beneficiarii îngrijirii paliative pediatrice sunt copii cu boli care fac improbabilă supraviețuirea până la vârsta de adult. Aceste boli sunt:

a. boli care amenință viața: afecțiuni pentru care tratamentul curativ este posibil, dar poate eșua - cancer, insuficiențe de organ, malformații congenitale cardiace grave ș.a.;

b. boli care limitează viața, dar pentru care tratamentul intensiv poate prelungi prognosticul și îmbunătăți calitatea vieții - fibroza chistică, distrofie neuromusculară progresivă, osteogeneză imperfectă în formă severă, deficiențe imune severe congenitale și dobândite, HIV-SIDA, boli inflamatorii panarterită nodoasă, boala Crohn, boli renale - glomerulonefrită rapid progresivă, sindromul De Toni-Debre-Fanconi ș.a., insuficiență cronică renală, cardiacă, hepatică.

c. boli progresive pentru care de la debut este posibil numai tratament paliativ: anomalii cromozomiale, boli metabolice de stocare: glicogenoze, mucopolizaharidoze, unele mucolipidoze, Boala Gaucher, Boala Niemann-Pick; boli degenerative ereditare ale sistemului nervos central: atrofia musculară spinală Werdnig-Hoffmann, leucodistrofie globală Krabbe, scleroză spongioasă Canavan, polidistrofie Alper, encefalomielită necrozantă subacută Leigh; boli degenerative dobândite: panencefalită sclerozantă subacută, scleroză multiplă.

d. boli non-progresive care determină o fragilitate constituțională și o susceptibilitate mare pentru complicații; majoritatea sunt însoțite de deficit neurologic sever: paralizie cerebrală gravă cu imobilizare la pat și handicapuri multiple, traumatisme ale sistemului nervos central, sechele neurologice severe ale infecțiilor sistemului nervos central, meningomielocel cu afectare neurologică severă.

² Benini F, Spizzichino M, Trapanotto M, Ferrante A. Pediatric palliative care. Ital J Pediatr. 2008 Dec 1;34(1):4. doi: 10.1186/1824-7288-34-4. PMID: 19490656; PMCID: PMC2687538.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Introducere

Ce este îngrijirea paliativă?

Îngrijirea paliativă este îngrijirea care are ca scop îmbunătățirea calității vieții pacienților (adulți și copii) și a familiilor acestora, atunci când se confruntă cu probleme asociate unei boli cu speranța de viață limitată sau boli amenințătoare de viață. Îngrijirea paliativă previne și înlătură suferința, prin identificarea precoce, evaluarea corectă și tratamentul durerii și al altor probleme de natură psiho-emoțională, socială și spirituală.

Îngrijirea paliativă vizează înlăturarea suferinței de orice natură - fizică, psiho-emoțională, socială sau spirituală, susține demnitatea, calitatea vieții și adaptarea la evoluția bolii progresive.

Îngrijirea paliativă pediatrică este un domeniu distinct al îngrijirii paliative și reprezintă îngrijirea activă și completă a copilului (corp, minte și spirit), precum și suportul acordat familiei copilului. Îngrijirea paliativă pediatrică începe din momentul diagnosticului și continuă indiferent dacă se intervine cu tratamente directe ale bolii sau nu.

Organizația Mondială a Sănătății consideră îngrijirea paliativă ca un drept al omului³. Orice persoană, indiferent de vârstă, tip de boală sau statut social, are dreptul la servicii de sănătate de bază, inclusiv îngrijiri paliative. Sistemele naționale de protecție socială și financiară trebuie să ia în considerare și să asigure acest drept al omului, inclusiv pentru grupuri populaționale sărace sau marginalizate.

În general îngrijirea paliativă este fals percepută ca îngrijire terminală, sau îngrijire acordată în ultimele zile de viață. Totuși, în ultimele decenii s-a dovedit utilitatea îngrijirii paliative extinse către stadiile incipiente ale bolilor cronice progresive. În acest nou model integrat de asistență, îngrijirea paliativă nu este corelată doar cu prognosticul și stadiul avansat al bolii, putând fi acordată încă din momentul diagnosticului și în paralel cu tratamentele curative, ca îngrijire suportivă, cu scopul înlăturării sau atenuării simptomelor generate de aceste tratamente, precum și pentru a asigura suportul psiho-emoțional, social și spiritual al pacientului și familiei pe întregul parcurs al bolii cronice progresive sau incurabile.

Îngrijirea paliativă ca drept universal la servicii de sănătate. Rezoluția WHA

În mai 2014, Adunarea Generală a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), a adoptat în unanimitate o rezoluție privind îngrijirile paliative. Această rezoluție prezintă recomandări clare pentru statele membre ale Organizației Națiunilor Unite, cum ar fi includerea îngrijirii paliative în politicile naționale de sănătate și în programele de studii universitare pentru profesioniștii din domeniul sănătății, și subliniază nevoia critică a țărilor de a se asigura că există o ofertă adecvată de medicamente esențiale pentru IP, în special cele necesare pentru atenuarea durerii.

Această rezoluție implică, de asemenea, mari provocări. În fiecare an, peste 56 de milioane de pacienți (dintre care 7% sunt copii) au nevoie de îngrijiri paliative la sfârșitul vieții. Cu toate acestea, în 2011, doar aproximativ trei milioane de pacienți au primit îngrijiri paliative, iar în

³ WHA67.18, Strengthening palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course, 2014, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf



UNIUNEA EUROPEANĂ



prezent doar una din zece persoane care ar avea nevoie primește de medicația adecvată pentru controlul durerii. ”Descriem această situație de sănătate publică și eșecul sistemelor de sănătate, istoricul și evoluția îngrijirilor paliative, precum și recomandările OMS, în scopul alegerii de către decidenți a unui sistem cât mai performant de acordare a îngrijirilor paliative în perioada ce urmează. Sănătatea publică trebuie să joace un rol important în ceea ce privește integrarea paliativei în mediile comunitare, pentru a alina suferința provocată de bolile cronice grave în lume”⁴.

Ingrijirea paliativă în lume

Nevoia de îngrijiri paliative la nivel global este în permanentă creștere, dată fiind tendința de îmbătrânire a populației și creșterea incidenței cancerului atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare. Intre pacienții cu nevoi de îngrijiri paliative, aproximativ 1/3 au afecțiuni oncologice și 2/3 boli non-oncologice (neurologice, insuficiențe cronice cardiace, pulmonare, hepatice, renale, precum și alte boli cu speranță de viață limitată specifice pediatriei). Nevoia de îngrijire paliativă în lume este greu de estimat, pentru că majoritatea estimărilor se bazează pe rata anuală a deceselor și nevoia de servicii în ultimul an de viață, fără a include persoanele care au nevoie de îngrijiri pe întreaga perioadă a bolii cronice progresive.

Anual se consideră că aproximativ 56,8 milioane de persoane (dintre care 7% copii) ar avea nevoie de îngrijiri paliative în ultimul an de viață⁵, fără a lua în considerare pe cei care ar putea beneficia de aceste îngrijiri și premurgător ultimului an de viață - ceea ce ar dubla nevoia de îngrijiri la aproximativ 110 milioane de persoane. Pe lângă pacienți, îngrijirea paliativă este esențială ca suport pentru familiile și aparținătorii pacienților direct afectați. Dintre acești beneficiari, 78% traiesc în țări subdezvoltate sau în curs de dezvoltare. La copii, 98% dintre potențialii beneficiari ai îngrijirilor paliative trăiesc în țări subdezvoltate și mediu dezvoltate, peste jumătate dintre ei fiind pe continentul african.

Pe scurt, la nivel global doar aproximativ 12% din adulții și copiii cu nevoie de îngrijiri paliative au acces la astfel de servicii.

În privința cancerului, incidența acestuia în rândul adulților este în creștere la nivel mondial, cel mai semnificativ în țări din Europa și America de Nord. În țările slab dezvoltate din punct de vedere economic, cu populație în creștere, incidența cancerului și rata deceselor sunt, de asemenea, în creștere. În aceste regiuni există mai puține programe de prevenție și screening pentru cancer, ceea ce face ca aproximativ 80% dintre pacienți să fie diagnosticați în stadii avansate, când boala este incurabilă și nevoia de îngrijire paliativă este iminentă.

Dintre pacienții cu cancer, aproximativ 90% au nevoie de îngrijiri paliative în fazele avansate de boală. Dacă familia apropiată și îngrijitorii sunt și ei considerați ca având nevoie de suport în cadrul îngrijirilor paliative, nevoia crește de 2 până la 3 ori.

La nivel global se estimează că aproximativ 40-60% din totalul deceselor se produc la persoane care au nevoie de îngrijiri paliative. Îngrijirea paliativă se acordă pacienților cu numeroase probleme generate de boli cu speranța de viață limitată. Majoritatea adulților cu nevoie de

⁴ De Lima L, Pastrana T. Opportunities for Palliative Care in Public Health. Annu Rev Public Health. 2016;37:357-74. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021448. Epub 2016 Jan 21. PMID: 26989831.

⁵ Global Atlas of Palliative Care, editia 2, 2020, <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care> (descarcat la 116.02.2023)



UNIUNEA EUROPEANĂ



îngrijire paliativă au boli cronice progresive, cum ar fi: boli cardio-vasculare (38,5%), cancer (34%), boli cronice respiratorii (10,3%), SIDA (7%), diabet (4,6%). Pacienți cu multe alte patologii pot de asemenea avea nevoie de îngrijiri paliative, între care cei cu insuficiențe renale sau hepatice cronice, artrita reumatoidă, boli neurologice, demențe, malformații congenitale și alte boli cu prognostic limitat.

Durerea este unul dintre simptomele cele mai frecvente și grave la pacienții cu nevoie de îngrijire paliativă. Analgezicele opioide sunt esențiale în tratamentul durerii și al altor simptome fizice asociate cu bolile cronice progresive în stadii avansate. De exemplu, 80% din pacienții cu SIDA sau cancer și 67% din pacienții cu boli cardiovasculare sau boli pulmonare obstructive cronice au durere moderată și severă în fazele de final de viață.

În anul 2023 OMS a publicat un raport actualizat privind accesul la morfină pentru uz medical, care descrie modul în care distribuția globală a morfinei, ca medicament vital pentru durere, este inegală și nu îndeplinește nevoia medicală. Datele publicate în 2023 arată că situația, semnalată și de Comisia Lancet în 2018, persistă, iar lipsa accesului la medicamente pentru atenuarea durerii este considerată "una dintre cele mai atroce și ascunse inechități din sănătatea globală", cele mai bogate 10% dintre țări deținând 90% din opioidele echivalente morfinei, utilizate pentru controlul durerii în bolile cronice progresive.

Suportul psiho-emoțional și social sunt componente importante ale îngrijirii paliative. Pacienții cu boli amenințătoare de viață sau în stadii terminale, precum și membrii familiei care asigură îngrijirea acestora, sunt supuși stresului permanent. Sistemele de sănătate și facilitățile de acordare a îngrijirilor trebuie adaptate pentru a asigura acoperirea acestor nevoi specifice precum și a suportului spiritual și juridic.

Niveluri și medii de acordare a serviciilor de îngrijiri paliative

În funcție de nivelul de complexitate a îngrijirilor necesare, Ordinul nr.253/2018 definește trei niveluri de îngrijiri paliative, respectiv:

Nivelul 1. Educarea și sprijinul pacientului pentru autoîngrijire

Acest nivel are ca scop informarea și educarea pacientului și aparținătorilor pentru asigurarea îngrijirii adecvate în perioadele dintre intervențiile de îngrijiri paliative ale personalului medical. Educarea și informarea sunt asigurate de către personalul calificat din serviciile de îngrijiri paliative de bază și specializate.

Nivelul 2: Îngrijirea paliativă de bază

Acest nivel reprezintă îngrijirea și suportul acordat pacienților și familiilor sau aparținătorilor acestora de către personalul medical din asistența primară, comunitară sau din spitale, având instruire de bază în domeniul îngrijirilor paliative, certificată prin absolvirea unor programe de instruire acreditate de organisme profesionale competente. Acest personal are ocazional în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive și cu nevoi de îngrijire paliativă.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Nivelul 3: Îngrijirea paliativă specializată

Acest nivel reprezintă îngrijirea asigurată de furnizori autorizați pentru acordarea îngrijirilor paliative specializate, prin echipe interdisciplinare formate din personal cu studii aprofundate în domeniul paliatiei, pentru care îngrijirile paliative reprezintă activitatea de bază. Acest nivel asigură îngrijirea directă a pacienților și familiilor sau aparținătorilor acestora, precum și consultanță pentru nivelurile 1 și 2 de competență.

În România îngrijirile paliative specializate se acordă în diferite medii:

1. Internare în unități de îngrijiri paliative

Unitățile de îngrijiri paliative pot fi secții/compartimente de paliatie pentru internare continuă sau care asigură internare de zi, în spitale generale sau în unități independente de îngrijiri paliative cunoscute sub numele de „hospice-uri”.

2. Consultații în ambulatorii de îngrijiri paliative

Ambulatoriile de îngrijiri paliative pot fi integrate spitalelor generale sau hospice-urilor, sau pot fi ambulatorii de specialitate independente.

3. Îngrijiri paliative specializate la domiciliu

Îngrijirile paliative la domiciliu sunt servicii specializate, diferite de îngrijirile medicale generale la domiciliu.

4. Centre de zi de îngrijiri paliative

5. Echipe mobile de spital

Pentru detalii privind înființarea, organizarea, acreditarea și finanțarea acestor servicii, vezi capitolele *Înființarea serviciilor de îngrijiri paliative* și respectiv *Finanțarea serviciilor de îngrijiri paliative*.

Principii generale ale îngrijirii paliative

- 1 Tratează **pacientul**, nu boala.
- 2 Îmbunătățește **calitatea vieții**.
- 3 Susține **viața** și consideră **moartea** ca pe un proces normal.
- 4 Nu grăbește și nici nu amână moartea.
- 5 Consideră **pacientul și familia** ca pe o unitate de îngrijire.
- 6 Acordă îngrijire **holistică** în echipă interdisciplinară
- 7 Sprijină **familia** în timpul bolii pacientului și după decesul acestuia (în perioada de doliu)

Beneficiarii îngrijirilor paliative

Beneficiarii ai îngrijirilor paliative sunt: pacienții de toate vârstele, adulți sau copii cu boli cronice progresive, cu suferință generată de simptome necontrolate și/sau probleme psiho-emoționale și/sau sociale și/sau spirituale și/sau grad ridicat de dependență, precum și familiile acestora, pe toată perioada de îngrijire, inclusiv în perioada de doliu.

Pacienții adulți care pot beneficia de îngrijiri paliative specializate se încadrează de regulă în una din categoriile de mai jos (stadiul bolii și condițiile de includere în programe de îngrijiri paliative sunt detaliate în Anexa nr.3 la Ordinul MS nr.253/2018, completat cu Ordinul MS nr.3514/2023):



UNIUNEA EUROPEANĂ



- Pacienți cu boli oncologice
- Pacienți cu boli cardiovasculare
- Pacienții cu scleroză laterală amiotrofică
- Pacienții cu demență în ultimul stadiu
- Pacienții cu scleroză multiplă
- Pacienții cu Boala Parkinson
- Pacienții cu boli pulmonare
- Pacienții cu accident vascular cerebral și comă
- Pacienții cu miastenia gravis
- Pacienți cu insuficiență renală cronică în stadiu avansat
- Pacienți cu insuficiență hepatică cronică în stadiu avansat
- Pacienți cu HIV/SIDA

Beneficiarii îngrijirii paliative pediatrice sunt copii cu boli care fac improbabilă supraviețuirea până la vârsta de adult. Aceste beneficiari sunt:

- Copii/adolescenți cu boli care amenință viața: afecțiuni pentru care tratamentul curativ este posibil, dar poate eșua
- Copii/adolescenți cu boli care limitează viața, dar pentru care tratamentul intensiv poate prelungi prognosticul și îmbunătăți calitatea vieții
- Copii/adolescenți cu boli progresive pentru care de la debut este posibil numai tratament paliativ
- Copii/adolescenți cu boli non-progresive care determină o fragilitate constituțională și o susceptibilitate mare pentru complicații
- Pacienții eligibili pentru îngrijiri paliative pediatrice care au împlinit vârsta de 18 ani, în vederea asigurării continuității în îngrijire.

Îngrijirea paliativă ca îngrijire holistică

Nevoile de îngrijire ale pacienților cu boli cronice progresive sunt complexe și presupun o abordare holistică, respectiv din perspectivă medicală, de îngrijire, de suport social, psihonoemoțional și spiritual, toate acestea acordate de profesioniștii unei echipe interdisciplinare.

Încă de la nivelul îngrijirii paliative de bază se realizează o evaluare holistică a pacientului, în care personalul care acordă îngrijirile se asigură cu privire la înțelegerea bolii de către pacient și familie, evaluează povara simptomelor, statusul de performanță, comorbiditățile, realizează comunicarea și se iau deciziile de tratament și îngrijire, luând în calcul inclusiv sprijinul familiei și rețeaua de îngrijire, temerile legate de sfârșitul vieții, nevoile de educare referitoare la boală.

Drept urmare, acest tip de serviciu se acordă de către o echipă interdisciplinară de îngrijiri paliative ce reprezintă un grup de profesioniști cu instruire în domeniu și experiență corespunzătoare pentru acordarea serviciilor de îngrijiri paliative, confirmată prin modul stabilit de reglementările normative în vigoare. Componenta echipei specializate de îngrijiri paliative variază în funcție de necesitățile particulare ale beneficiarilor și de mediul în care se



UNIUNEA EUROPEANĂ



acordă serviciile (internare, ambulatoriu, domiciliu). Echipa interdisciplinară acordă servicii variate împreună cu alți profesioniști din comunitate și este compusă din:

- Medici cu atestat de îngrijiri paliative
- Asistenți medicali cu specializare de îngrijiri paliative
- Asistenți sociali cu studii aprofundate în îngrijiri paliative
- Psihologi cu studii aprofundate în îngrijiri paliative
- Fizioterapeuți cu studii aprofundate în îngrijiri paliative
- Farmacisti/farmaciiști clinicieni
- Dieteticieni
- Infirmiere/îngrijitori
- Consilieri spirituali/preoți/pastori
- Asistenți comunitari
- Mediatori sanitari

Profesioniștii mai sus menționați acordă îngrijiri holistice, integrate, prin următoarele intervenții:

- **Medicul:** Consultație, care poate cuprinde: Evaluare holistică și examen clinic pe aparate; Stabilirea diagnosticului paliativ de etapă; Susținerea pacientului și familiei pentru luarea deciziilor terapeutice și de îngrijire; Prescrierea medicației; Consilierea psiho-emoțională de bază a pacientului și familiei; Aplicarea de algoritmi/protocoale specifice de comunicare; Activități de suport: Recomandarea de investigații clinice sau pentru internare, concediu medical, certificat medical constatator al decesului; Efectuarea de manevre diagnostice și terapeutice (montare sondă urinară, paracenteză evacuatorie, debridarea escarelor), îngrijire terminală;
- **Asistentul medical:** Aplicarea și monitorizarea tratamentului farmacologic pentru managementul simptomelor (fatigabilitate, dispnee, anorexie, greață, vărsături, constipație, insomnie, delir, anxietate, depresie etc.) și/sau a durerii somatice/viscerale/neuropatice, recoltarea de produse biologice și patologice, monitorizarea pacientului (funcții vitale, vegetative), îngrijirea escarelor/stomacelor/tumorilor exulcerate/pansamente, montarea și îngrijirea sondei urinare, montarea de dispozitive subcutanate de administrare a medicației, mobilizarea pacientului pentru profilaxia escarelor și menținerea autonomiei funcționale pacientului; îngrijire terminală;
- **Farmacistul:** Colaborare activă cu medicul și echipa de îngrijire paliativă în stabilirea medicației pentru controlul durerii și al altor simptome, oferă pacientului informații privind medicația recomandată. În funcție de locația serviciilor, răspunde de autorizarea farmaciei cu circuit închis a spitalului/unității sanitare.
- **Asistentul social:** Realizarea ancheii sociale, consiliere, asistență pentru obținerea drepturilor legale (certificat de handicap, pensie, alte beneficii legale), obținerea de echipamente specializate, organizarea de perioade de respiro pentru aparținători; organizarea serviciilor de voluntariat;
- **Psihologul:** Evaluare psihologică specializată, consiliere psihologică specializată a



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferență!



Instrumente Structurale
2014-2020

pacientului și familiei, psihoterapie individuală, îngrijire terminală;

- **Fizioterapeutul:** Elaborarea planului de kinetoterapie cu reevaluare funcțională periodică a pacientului, kinetoterapie pediatrică (metoda Bobath, metoda Kabath, ADL), kinetoterapie respiratorie (managementul secrețiilor: tapotaj, gimnastică respiratorie, posturare), kinetoterapie profilactică, aplicare benzi kinesiologice, kinetoterapie în boli oncologice și boli asociate (exerciții, tehnici, manevre specifice, posturări), mobilizarea pacientului pentru profilaxia escarelor și menținerea autonomiei funcționale pacientului;
- **Dieteticianul-** Îmbunătățirea calității vieții pacientului cu boală având speranță de viață limitată, prin asigurarea suportului nutrițional adaptat nevoilor specifice stadiului bolii și dorințelor pacientului; oferă informații și educă pacientul /familia în legătură cu programul nutrițional indicat;
- **Asistentul comunitar:** Identificarea familiilor cu risc medico-social din cadrul comunității, determinarea nevoilor medico-sociale ale populației cu risc; în cazul depistării unor probleme sociale, legătura cu serviciile sociale din primărie și din alte structuri locale, cu mediatorul sanitar din comunitățile de romi; organizarea de activități de consiliere și demonstrații practice pentru diferite categorii populaționale; colaborarea cu ONG-uri și cu alte instituții pentru asigurarea continuității în îngrijire; identificarea persoanelor cu handicap, a bolnavilor cronici din familiile vulnerabile;
- **Mediatorul sanitar:** Cultivarea încrederii reciproce între autoritățile publice locale, furnizorii de servicii și comunitățile de romi, facilitarea comunicării între membrii comunității de romi și personalul medico-sanitar, explicarea avantajelor includerii persoanelor în sistemul asigurărilor de sănătate, precum și procesul prin care poate fi obținută calitatea de asigurat, la solicitarea cadrelor medicale, sub îndrumarea strictă a acestora; explicarea rolului îngrijirii paliative acordate, a tratamentului medicamentos prescris, a reacțiilor adverse posibile ale acestuia și supravegherea administrării medicamentelor;
- **Consilierul spiritual/clericul:** Asigurarea serviciilor de consiliere spirituală, ce pot fi acordate în context pastoral, religios sau non-religios.
- Toți membrii **echipei interdisciplinare** contribuie, în funcție de nevoile pacientului și competențele profesionale, la acordarea următoarelor servicii: elaborarea planului interdisciplinar de tratament și îngrijire, aplicarea scalelor specifice (ex: SAV, BPI modificat; ESAS modificat; MMSE, instrumente standardizate de evaluare a anxietății, depresiei, delirului etc.); evaluarea statusului funcțional și a capacității de autoîngrijire pe baza scalelor specifice (ex: PPS, KARNOFSKY, ECOG, Barthel); monitorizarea permanentă a pacientului pentru eficiența intervențiilor; educarea pacientului și familiei pentru aplicarea planului de îngrijire; educarea și informarea pacientului pentru auto-îngrijire; aplicarea de metode nefarmacologice de tratament a simptomelor.

Asistența familiei și a îngrijitorilor

Specificul îngrijirilor paliative constă, între altele, în asigurarea asistenței și îngrijirii pacientului și suportul acordat familiei pe tot parcursul bolii cronice progresive, precum și sprijinul familiei după decesul pacientului, în scopul adaptării la pierdere, al reintegrării, precum și pentru evitarea suferinței prelungite și a doliului patologic.



UNIUNEA EUROPEANĂ



1. Asistența în timpul bolii

În sistemul asigurărilor sociale de sănătate, persoanele asigurate au dreptul la servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, în regim de internare, în ambulatoriu sau în centre de zi, în funcție de stadiul bolii, nevoile de îngrijire și dorințele pacientului. Pe lângă serviciile medicale din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, asiguratul are acces la servicii conexe actului medical furnizate de psiholog, la recomandarea (prin scrisoare medicală) eliberată de un medic competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative sau un medic cu una dintre următoarele specialități clinice:

- neurologie și neurologie pediatrică;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie și psihiatrie pediatrică;
- oncologie medicală;
- diabet zaharat, nutriție și boli metabolice;
- hematologie;
- nefrologie și nefrologie pediatrică;
- oncologie și hematologie pediatrică;
- medicină fizică și de reabilitare.

Serviciile conexe actului medical furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare.

Începând cu 1 iulie 2023, prin Normele metodologice ale contractului cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, sunt introduse reglementări prin care se extinde lista specialităților care pot recomanda servicii psihologice și reglementări pentru punerea în aplicare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, astfel cum a fost modificată prin Legea nr. 24/2022. Specialitățile medicilor ce recomandă începând cu 1 iulie 2023 servicii psihologice sunt și următoarele: genetică medicală, radioterapie, cardiologie pediatrică, chirurgie cardiovasculară, chirurgie pediatrică, chirurgie orală și maxilo-facială, endocrinologie, gastroenterologie pediatrică, pediatrie, pneumologie pediatrică, reumatologie.

Asiguratul care, cu acordul pacientului cu afecțiuni oncologice în vârstă de peste 18 ani, îl însoțește pe acesta la intervenții chirurgicale și tratamente prescrise de medicul specialist, are dreptul în fiecare an la concedii pentru îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice, precum și la minimum o ședință de evaluare psihologică clinică și minimum cinci ședințe de consiliere psihologică clinică, potrivit prevederilor art. 30¹ din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate.

Medicul de specialitate sau medicul cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative care eliberează concedii pentru îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice reprezintă specialistul care solicită servicii furnizate de psiholog prin scrisoare medicală pentru acești asigurați.

2. Asistența în perioada de doliu

După decesul pacientului, asistența persoanelor apropiate se acordă prin îngrijirile paliative specializate, ca suport pentru familie și aparținători în perioada de doliu, cu scopul facilitării procesului de adaptare și integrare socială a familiei/persoanei care a suferit pierderea unui membru apropiat, pentru evitarea suferinței prelungite sau patologice și prevenirea stărilor de



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

doliu patologic. Serviciile constau în suport emoțional, psihologic și spiritual în perioada de doliu. Aproximativ 10-15% din persoanele afectate de decesul unei persoane apropiate sunt în situație de risc patologic și au nevoie de suport de specialitate în perioada de doliu.

Suportul în perioada de doliu cuprinde 3 componente:

- **Componenta 1:** se adresează tuturor familiilor afectate de pierdere și constă în oferirea de informații sau suport minim prin 1-2 ședințe cu echipa serviciului de îngrijiri paliative specializate după decesul pacientului, în vederea facilitării procesului de adaptare la pierdere. Procesul se desfășoară în general cu intervenție minimă a personalului de specialitate, în primele 6 săptămâni după decesul pacientului.
- **Componenta 2:** se adresează membrilor familiilor cu nevoi complexe de adaptare la pierdere, identificate în timpul asistării pacientului cu boală cronică progresivă ca fiind persoane cu risc de dezvoltare a doliului patologic; suportul este asigurat de profesioniști cu pregătire în domeniul îngrijirilor paliative și în consiliere de doliu, membri ai echipei de îngrijiri paliative specializate care a fost implicată în asistența pacientului decedat; suportul se desfășoară pe o perioadă de până la 12 luni după decesul pacientului;
- **Componenta 3:** se adresează persoanelor afectate de o suferință prelungită/patologică datorată decesului unui membru de familie sau unei persoane apropiate; suferința patologică se poate manifesta prin probleme mentale și fizice severe (insomnie, depresie, imunodepresie, boli cardiace, idei suicidare, afectare a integrării sociale); suportul este asigurat prin servicii specializate psihiatrice, în situațiile în care serviciul de doliu al furnizorului de îngrijiri paliative face trimiteri spre serviciile de psihiatrie;

Sistemul național de sănătate și cel de servicii sociale trebuie să asigure servicii specifice de doliu persoanelor afectate de decesul unei persoane apropiate, servicii ce presupun o comunicare empatică și furnizarea de suport emoțional și spiritual adecvat nevoilor imediate în perioada de doliu, cât și în caz de doliu complex sau prelungit.

Furnizarea serviciilor de doliu reprezintă o provocare pentru instituțiile centrale responsabile, deoarece presupune asigurarea integrată a serviciilor de tip medical și social prin furnizorii de îngrijiri paliative. Astfel aparținătorilor le este asigurat suport prin servicii de psihoterapie și consiliere psihologică pentru tulburări emoționale.

Dificultăți pentru familie și îngrijitori, suprasolicitați fizic sau emoțional și dificultăți în acoperirea costurilor legate de îngrijire.

Creșterea numărului de decese cauzate de cancer și alte boli care limitează viața, crează dificultăți tot mai mari în ceea ce privește organizarea îngrijirii. În consecință, responsabilitățile considerabile pentru îngrijirea de lungă durată, inclusiv îngrijirea la sfârșitul vieții, sunt asumate de îngrijitorii din familie.

Un număr tot mai mare de persoane prezintă simptome multiple și complexe spre sfârșitul vieții și necesită îngrijire pe perioade îndelungate, situații care pun presiuni deosebite asupra familiei pacientului.

Ținând cont de factorii economici, de îmbătrânirea populației și lipsa critică de resurse profesionale, este puțin probabil ca nevoia de îngrijiri paliative și la sfârșitul vieții în populație să poată fi suportată în totalitate de îngrijirea formală asigurată de sistemul de sănătate și de asistență socială. Drept urmare, vor fi solicitați în continuare îngrijitorii din familie de către pacienții cu nevoi de îngrijire paliativă, iar rolul lor va fi consolidat în continuare de dorința



UNIUNEA EUROPEANĂ



predilectă a bolnavilor de a fi îngrijiți acasă la finalul vieții, ceea ce orientează politicile de sănătate către îngrijirea în comunitate a persoanelor aflate la sfârșitul vieții.

Disponibilitatea și povara pentru îngrijitorii familiari sunt preocupări din ce în ce mai presante pentru sănătatea publică, având în vedere creșterea raportului de dependență pentru vârsta înaintată, creșterea mobilității geografice, schimbări în structurile familiale tradiționale, urbanizarea și participarea tot mai mare a femeilor pe piața muncii. Tendința către îngrijirea la sfârșitul vieții în comunitate poate pune, de asemenea, o presiune financiară suplimentară asupra pacienților la sfârșitul vieții și asupra familiilor acestora. Ca urmare, îngrijitorii din familie se confruntă cu o gamă largă de nevoi neîndeplinite, poveri fizice, emoționale și financiare.

În ciuda acestor provocări, lipsesc datele transnaționale populaționale cu privire la gradul de supraîncărcare fizică sau emoțională și tensiunea financiară în rândul îngrijitorilor familiari ai persoanelor aflate la sfârșitul vieții. Acest lucru creează un obstacol pentru planificarea și punerea în aplicare la nivel național a politicilor și programelor de sprijinire a acestor familii.

Eforturile de a transfera îngrijirea la sfârșitul vieții de la instituții către comunitate trebuie să fie însoțite de politici de sănătate și de îngrijire socială mai bine aliniată la nevoile îngrijitorilor de familie. O recunoaștere formală a îngrijitorilor familiari ca beneficiari de îngrijire și un accent mai puternic în practica generală asupra identificării și sprijinirii îngrijitorilor cu risc ar trebui să facă parte din aceste măsuri. Monitorizarea epidemiologică continuă a supraîncărcării îngrijitorilor informali la nivel național este crucială, deoarece acesta este nivelul la care sunt puse în aplicare aceste politici și programe.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Îngrijirea paliativă în România. Evoluția spre un Program național

Context general

Primele servicii de îngrijiri paliative au fost introduse în România la începutul anilor '90 prin organizații neguvernamentale, care au preluat modele din state europene cu servicii de paliatie integrate în sistemele naționale de sănătate. În primii 10 ani majoritatea au fost servicii de îngrijiri paliative la domiciliu. Primele servicii în sistem public au fost cele de internare în compartimente/secții de paliatie de la Spitalul Municipal Pașcani (Iași) și Spitalul de Boli Cronice Ștefănești (Argeș), înființate în anul 2008. Odată cu introducerea serviciilor de paliatie în Contractul Cadru, acestea s-au dezvoltat exponențial ca servicii de internare în spitale publice și private, și mai puțin ca servicii la domiciliu sau în ambulator, acestea rămânând apanajul sectorului privat (prin organizații neguvernamentale de caritate sau SRL/SA).

În cadrul proiectului PAL-PLAN de "*Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și a îngrijirilor la domiciliu*" a fost realizată o analiză a serviciilor de îngrijiri paliative pentru anul 2021. Proiectul reunește 4 instituții ale statului: Ministerul Sănătății în calitate de lider de proiect, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, Agenția Națională pentru Managementul Calității în Sănătate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și o organizație neguvernamentală furnizoare de servicii de îngrijiri paliative - Hospice Casa Speranței.

Evaluarea nevoii de îngrijiri paliative în România

În anul 2019, Grupul Tehnic de Lucru și Comisia de Paliatie din Ministerul Sănătății au realizat o primă evaluare completă a situației furnizorilor de îngrijiri paliative la nivelul României, în baza prevederilor privind raportarea anuală a serviciilor de paliatie din Ordinul nr.253/2018, precum și o estimare a nevoii de servicii, pe baza datelor demografice și de mortalitate. Din evaluarea nevoii, la nivelul anului 2019, s-a estimat că în România peste 176,000 adulți cu boli cronice progresive ar avea nevoie anual de îngrijiri paliative în ultimul an de viață. Distribuția acestor pacienți a fost relativ constantă la nivelul țării, corelată cu datele demografice populaționale. Au fost județe (10 județe, inclusiv municipiul București) în care nevoia estimată a fost de peste 5000 de pacienți anual și 13 județe cu nevoie de sub 3000 pacienți. Gradul de acoperire a nevoii estimate de îngrijire paliativă în anul 2019 a fost de 18,71%.

Din prelucrarea datelor raportate pentru anul 2021 și aplicând aceeași formulă de calcul bazată pe date demografice și de mortalitate, nevoia estimată a fost de aproximativ 192.000 persoane (adulți și copii) care ar avea nevoie de îngrijiri paliative în ultimul an de viață.

Situația curentă a îngrijirilor paliative

După cum reiese din raportarea anuală pe care furnizorii de îngrijiri paliative au transmis-o Ministerului Sănătății în anul 2022, cu referire la serviciile acordate în anul 2021, serviciile de îngrijiri paliative au fost disponibile în diferite medii: în regim de internare, în ambulatoriu, la domiciliu sau în centre de zi, prin structuri cu sau fără personalitate juridică, în sistemul public de sănătate sau în cel privat (gratuit sau cu plată/co-plată).



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

La finalul anului 2021 au raportat servicii funcționale de îngrijiri paliative un număr de 80 furnizori, dintre care 51% în sistemul public, 19% în sistemul privat non-profit și 30% în regim privat cu profit (cu plată sau co-plată).

Se menține tendința dezvoltării serviciilor de **îngrijiri paliative în regim de internare (77%)**, cu foarte puține servicii în ambulator (8%) și la domiciliu (10%). Atât în mediul public cât și în cel privat, numărul de paturi de îngrijiri paliative contractate este mai mic decât cel al paturilor autorizate cu aproximativ 25%, ceea ce indică un potențial de creștere a numărului de paturi funcționale pentru îngrijiri paliative, în măsura în care unitățile sanitare doresc înființarea de servicii de paliativ și cu condiția ca aceste servicii să respecte reglementările de contractare a serviciilor de paliativ cu casele de asigurări de sănătate județene.

Serviciile de **îngrijiri paliative la domiciliu**, până în anul 2023 au fost subfinanțate în ceea ce privește decontarea din FNUASS, atât ca tarif pe vizită (rambursare de 105 lei/vizită, față de 310 lei/vizită cost real raportat de furnizori), cât și ca alocare generală a fondurilor către îngrijirile paliative în comunitate și la domiciliu.

La sfârșitul primului semestru al anului 2022 existau **7 ambulatorii de îngrijiri paliative**, în general integrate unor unități sanitare cu paturi, 2 fiind în sistem public, 3 în unități private non-profit și 2 în regim privat (cu plată sau co-plată). Pentru o consultație de îngrijiri paliative în ambulatoriu se deconta contravaloarea a 18 puncte până la data de 30 iunie 2023 (contravaloarea unui punct pe serviciu medical fiind de 4 lei). Începând cu data de 1 iulie 2023 pentru o consultație ambulatorie se decontează contravaloarea a 21,6 puncte (contravaloarea unui punct pe serviciu medical fiind de 4,5 lei). La sfârșitul anului 2022, în contract cu casa de asigurări de sănătate se regăseau un număr de 10 medici cu atestat de studii complementare în îngrijiri paliative care acopereau un număr de 9,62 norme (o normă reprezentând 7 ore/zi, respectiv 35 de ore/săptămână).

Centrele de zi pentru îngrijiri paliative sunt încă slab dezvoltate, fiind raportate doar 5 servicii în două organizații neguvernamentale furnizoare de îngrijiri paliative. Aceste centre specializate se adresează persoanelor cu boli cronice progresive în stadii stabile, având rol complex de îmbinare a asistenței medicale acordate, cu servicii de suport psiho-emoțional și de integrare socială.

Majoritatea serviciilor de îngrijiri paliative au personal angajat cu norme parțiale sau complete, care asigură toate componentele îngrijirilor paliative, de la cele medicale și de îngrijire, la nevoile sociale sau de suport psiho-emoțional și spiritual. Din totalul angajaților pe diferite categorii profesionale (1529), puțin peste jumătate (50,31%) au pregătire în îngrijiri paliative sau sunt în curs de definitivare a pregătirii. Între diversele categorii de personal din echipele interdisciplinare, procentul medicilor cu specializare este cel mai ridicat, 84% având atestat de studii complementare în îngrijiri paliative; 57% dintre asistenții medicali au urmat specializarea sau studii masterale în domeniu; 65% din asistenții sociali, 62% din psihologi și între 40-50% din kinetoterapeuți, clerici și infirmiere au urmat cursurile multidisciplinare sau masterale de paliativ.

La nivel național, la jumătatea anului 2023 erau 9 județe fără niciun serviciu specializat de îngrijiri paliative.

În prezent, în Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu referire la îngrijirile paliative este precizat faptul că:

- Între serviciile medicale acordate în spitale sunt și servicii de îngrijiri paliative;



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operational Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

- Cabinetul de medicină de familie poate desfășura activități de îngrijiri paliative;
- Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, inclusiv îngrijiri paliative la domiciliu, se acordă de furnizori evaluați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare;
- Asigurații au dreptul să primească unele servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, inclusiv îngrijiri paliative la domiciliu, acordate de un furnizor autorizat și evaluat în condițiile legii.

Contractul-Cadru este actul normativ care reglementează, în principal, condițiile acordării asistenței medicale cu privire la pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate și pachetul de servicii minimal pentru persoanele neasigurate, precum și lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri paliative, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale și a altor servicii pentru asigurați, aferente pachetului de servicii de bază.

Îngrijirile paliative fac parte din pachetul de servicii medicale de bază acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, pachetul de servicii medicale de bază pentru asistența medicală spitalicească, pachetul de servicii de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

Casele de asigurări de sănătate încheie, potrivit legii, contracte cu furnizorii de servicii medicale, care sunt autorizați și evaluați potrivit art. 253 din Legea nr.95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, respectiv sunt autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, pentru furnizorii obligați să se acrediteze și, respectiv, sunt autorizați și acreditați, pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare.

Astfel, spitalele au obligația să se acrediteze. În cazul în care ambulatoriul de îngrijiri paliative este integrat, acesta se acreditează odată cu spitalul.

Cabinetele de îngrijiri paliative care furnizează servicii într-un ambulatoriu de specialitate organizat potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și unitățile medico-sanitare cu personalitate juridică înființate potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare sunt exceptate de la obligația acreditării, dar pot opta pentru acreditare. Pentru a putea intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate este necesar a fi evaluate sau acreditate, sau înscrise în procesul de acreditare.

Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie sau în specialitatea psihopedagogie specială-logopedie, se acordă la solicitarea furnizorului de servicii medicale clinice prin scrisoare medicală, conform unui plan stabilit de comun acord de medicul cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative și psiholog/logoped. Medicul cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative are obligația să argumenteze în scrisoarea medicală recomandarea serviciilor furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie sau în specialitatea psihopedagogie specială-logopedie.

Medicii cu atestat/competență/supraspecializare în îngrijiri paliative pot recomanda și kinetoterapie individuală sau kinetoterapie de grup pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate. Tot din categoria serviciilor



UNIUNEA EUROPEANĂ



conexe actului medical fac parte și drenajul limfatic manual al limfedemului, care începând cu 1 iulie 2023, se acordă de către fizioterapeuții care au cursuri de atestare în domeniul drenajului limfatic manual, la recomandarea medicilor cu specialitățile medicină fizică și de reabilitare, oncologie și medicilor cu atestat/competență/supraspecializare în îngrijiri paliative. Serviciile de kinetoterapie și masajul limfedemului se acordă conform unui Plan de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare.

Începând cu data de 1 iulie 2023, medicii cu atestat/competență/supraspecializare în îngrijiri paliative pot acorda pacienților în cabinetul propriu și următoarele proceduri/servicii diagnostice/terapeutice:

- administrare tratament prin puncție intravenoasă;
- instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlată de pacient;
- determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț;
- teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilității calorice și testul sensibilității discriminatorii);
- tratament tumori exulcerate, suprainfectate;
- îngrijire complicații stome, fistule tumorale;
- drenajul limfatic manual al limfedemului;
- aerosoli;
- administrare tratament prin injectarea părților moi (intramuscular, intradermic și subcutanat);
- mezoterapia - injectare terapeutică paravertebrală și periarticulară.

Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, pentru a putea încheia contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația acreditării sau înscrierii în procesul de acreditare. În prezent standardele ANMCS sunt elaborate pentru aceste servicii, însă nu a început încă procesul de evaluare conform standardelor ANMCS.

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare eliberată de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau ambulatoriul integrat, inclusiv medicii cu atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, cu excepția unității sanitare cu paturi care are organizată și aprobată/avizată de Ministerul Sănătății structură de îngrijiri paliative la domiciliu, pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanți legali, medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociați, acționari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, soț/soție sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu. Începând cu 1 iulie 2023, având în vedere faptul că beneficiarii îngrijirilor paliative sunt reglementați în Anexa 3 din Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018, sunt eliminate aceste incompatibilități.

În pachetul de servicii de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu, acordat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, se regăsesc următoarele servicii:

- Consultație, care poate cuprinde: Evaluare holistică și examen clinic pe aparate, Stabilirea diagnosticului paliativ de etapă, Susținerea pacientului și familiei pentru luarea deciziilor terapeutice și de îngrijire, Prescrierea medicației, Consilierea psiho-emoțională de bază a pacientului și familiei - se efectuează numai de către medic;



UNIUNEA EUROPEANĂ



- Aplicarea de algoritmi/protocoale specifice de comunicare - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare;
- Elaborarea planului interdisciplinar de tratament și îngrijire - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare;
- Aplicarea scalelor specifice (ex: SAV, BPI modificat, ESAS modificat, MMSE, instrumente standardizate de evaluare a anxietății, depresiei, delirului etc.) - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare;
- Evaluarea statusului funcțional și a capacității de autoîngrijire pe baza scalelor specifice (ex: PPS, KARNOFSKY, ECOG, Barthel) - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare;
- Activități de suport: recomandarea de investigații clinice și paraclinice sau pentru internare, concediu medical, certificat medical constatator al decesului, eliberarea de prescripții pentru medicamente cu și fără contribuție personală utilizate pentru controlul simptomelor și de prescripții pentru substanțe și preparate stupefiante și psihotrope utilizate în terapia durerii - se efectuează numai de către medic;
- Aplicarea și monitorizarea tratamentului farmacologic pentru managementul simptomelor (fatigabilitate, dispnee, anorexie, greață, vărsături, constipație, insomnie, delir, anxietate, depresie etc.) și/sau a durerii somatice/viscerale/neuropatice - se efectuează de către medic sau asistentul medical;
- Efectuarea de manevre diagnostice și terapeutice (montare sondă urinară, paracenteză evacuatorie, debridarea escarelor, limfedem) - se efectuează de către medic sau asistent medical, cu excepția serviciului de paracenteză și debridarea escarelor care se efectuează numai de către medic;
- Recoltarea de produse biologice și patologice - se efectuează de către medic sau asistentul medical;
- Monitorizarea pacientului pentru eficiența intervențiilor, educarea pacientului și familiei pentru aplicarea planului de îngrijire - se efectuează de către toți membrii echipei interdisciplinare;
- Educarea și informarea pacientului pentru auto-îngrijire - se efectuează de către toți membrii echipei interdisciplinare;
- Îngrijirea terminală - se efectuează de către medic, asistentul medical sau psiholog;
- Monitorizarea pacientului (funcții vitale, vegetative), Îngrijirea escarelor/stomelor/tumorilor exulcerate/pansamente - se efectuează de către medic sau asistentul medical;
- Montare dispozitiv subcutanat de administrare a medicației - se efectuează de către medic sau asistentul medical;
- Mobilizarea pacientului pentru profilaxia escarelor și menținerea autonomiei funcționale a pacientului - se efectuează de medic, asistentul medical sau fizioterapeut;
- Aplicarea de metode nefarmacologice de tratament al simptomelor - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare;
- Evaluare psihologică specializată - se efectuează de către psiholog;



UNIUNEA EUROPEANĂ



- Consiliere psihologică specializată a pacientului și familiei - se efectuează de către psiholog;
- Psihoterapie individuală - se efectuează de către psiholog;
- Elaborarea planului de kinetoterapie cu reevaluare funcțională periodică a pacientului se efectuează de către fizioterapeut;
- Kinetoterapie pediatrică (metoda Bobath, metoda Kabath, ADL) - se efectuează de către fizioterapeut;
- Kinetoterapie respiratorie (managementul secrețiilor: tapotaj, gimnastică respiratorie, posturare) - se efectuează de către fizioterapeut;
- Kinetoterapie profilactică - se efectuează de către fizioterapeut;
- Aplicare benzi kinesiologice - se efectuează de către fizioterapeut;
- Kinetoterapie în boli oncologice și boli asociate (exerciții, tehnici, manevre specifice, posturări) - se efectuează de către fizioterapeut.

Având în vedere necesitatea armonizării cadrului legislativ existent atât în domeniul medical cât și în cel social, în cadrul proiectului PAL-PLAN au fost elaborate o serie de proiecte legislative care vor fi înaintate autorităților (Ministerului Sănătății, respectiv Ministerului Muncii și Solidarității Sociale), în vederea promovării.

Astfel:

În proiectul de modificare și completare a Legii nr. 95/2006, se propune reglementarea serviciilor de îngrijire de lungă durată ca servicii integrate medicale și sociale ce se pot acorda în unități sanitare cu paturi, în unități medico-sociale, în centre rezidențiale, în centre de zi, la domiciliul persoanei care acordă serviciul, la domiciliul sau la locația indicată de persoana căreia i se acordă serviciul precum și în comunitate.

Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt servicii ce se acordă la domiciliul persoanei și pot fi: servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, servicii de îngrijiri paliative la domiciliu și servicii de îngrijiri de lungă durată la domiciliu.

1. **Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu** reprezintă activități de îngrijire medicală prestată de personal specializat, la domiciliul pacientului, care contribuie la îmbunătățirea stării de bine a acestuia din punct de vedere fizic și psihic și care se acordă pentru o perioadă de cel mult 60 zile calendaristice pacientului cu afecțiuni acute și/sau cronice, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o unitate sanitară în vederea asigurării serviciilor medicale în regim ambulatoriu; normele privind organizarea și funcționarea îngrijirilor medicale la domiciliu, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.

2. **Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu** reprezintă un tip de îngrijire oferită la domiciliul sau la locația indicată de persoana beneficiară, care combină intervenții și tratamente având ca scop îmbunătățirea calității vieții pacienților și familiilor acestora, pentru a face față problemelor asociate cu boala amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea corectă și tratamentul durerii și al altor probleme fizice, psiho-sociale și spirituale; organizarea, funcționarea și autorizarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face potrivit regulamentului aprobat prin ordin al ministrului sănătății.

3. **Serviciile de îngrijiri de lungă durată la domiciliu** reprezintă gama de servicii și



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

facilități integrate medicale și sociale pentru îngrijirea continuă a unei persoane încadrate în grad de dependență, pentru o perioadă mai mare de 60 zile și care sunt oferite la domiciliul sau la locația indicată de persoana beneficiară. Organizarea și funcționarea serviciilor de îngrijire de lungă durată la domiciliu se aprobă prin ordin comun al ministrului muncii și solidarității sociale și al ministrului sănătății.

Prin rezultatele proiectului PAL-PLAN, este propusă corelarea legislației naționale privind drepturile pacientului, prin introducerea în cuprinsul **Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003**, cu modificările și completările ulterioare, a dreptului la îngrijiri paliative în scopul îmbunătățirii calității vieții, a controlului durerii și al altor simptome, a asigurării satisfacerii nevoilor complexe prin integrarea aspectelor psiho-sociale și spirituale/existențiale în îngrijirea holistică a pacientului. Totodată, se propune completarea Legii drepturilor pacientului cu dreptul la Planificarea în avans a îngrijirii, în vederea asigurării unei autonomii sporite, demnității și intimității în momentul decesului, precum și pentru creșterea gradului de conștientizare și îmbunătățire a comunicării dintre pacienți și furnizorii de servicii medicale.

Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, va fi completat în ceea ce privește beneficiarii îngrijirilor paliative, urmând a fi menționați și pacienții cu insuficiențe de organ hepatice și renale în stadii avansate de boală. Se vor preciza, de asemenea, detalii privind asigurarea continuității îngrijirii paliative, pentru pacienții care devin adulți odată cu împlinirea vârstei de 18 ani. De asemenea, au fost modificate condițiile de autorizare a furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu (Anexa 8), în sensul autorizării acestora prin direcțiile de sănătate publică județene, după modelul autorizării serviciilor de îngrijiri la domiciliu (Ordinul MS nr. 2520/2022 și OMS nr. 2643/2022).

Implementarea în anul 2024 a Programului Național de Îngrijiri Paliative se va realiza după aprobarea de către guvern a proiectului de hotărâre privind aprobarea programelor naționale de sănătate ce va include și acest program. Ordinul privind aprobarea normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative reprezintă actul normativ subsecvent care cuprinde modalitatea de implementare, de derulare și monitorizare a acestui program național.

Servicii de îngrijiri paliative existente

Îngrijirile paliative la domiciliu:

În ceea ce privește numărul furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu situația este extrem de nefericită, doar în 3 județe din țară existând un contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate: Bihor, Brașov și Iași, număr care se menține constant în perioada 2020-2022. Numărul furnizorilor autorizați pentru îngrijiri paliative la domiciliu în anul 2021 a fost de 4, dintre aceștia 2 având servicii diferențiate pentru adulți și copii.

În anul 2022, cei 3 furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu au acordat îngrijiri pentru un număr de 766 persoane totalizând un număr de 9.961 zile de îngrijiri.

Începând cu 1 iulie 2023, în urma modificărilor legislative implementate prin Contractul cadru și normele metodologice ale acestuia, numărul furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu s-a dublat, ajungând la un număr de 6 furnizori, repartizați astfel:

- 1 în Bacău;
- 2 în Bihor;
- 1 în Brașov;



UNIUNEA EUROPEANĂ

1 în Iași;
1 în Suceava.



Ambulatoriul de îngrijiri paliative:

La finalul anului 2022 se regăesc un număr de 10 medici cu atestat de îngrijiri paliative în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în ambulatorii de specialitate, care acoperă 9,62 norme, după cum urmează:

1 în Bihor;
1 în Călărași;
4 în Iași;
1 în Maramureș;
2 în Timiș;
1 în București

Începând cu 1 iulie 2023, din păcate, numărul medicilor cu atestat de îngrijiri paliative în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în ambulatoriul de specialitate scade de la 10 la 9 medici, acoperind doar 5,79 norme, după cum urmează:

2 în Iași (acoperind cumulativ o normă);
1 în Maramureș (acoperind o normă);
1 în Mureș (acoperind o normă);
1 în Neamț (acoperind 0,29 norme în ambulatoriul integrat spitalului);
1 în Suceava (acoperind 0,5 norme în ambulatoriul integrat spitalului);
2 în Timiș (acoperind cumulativ o normă);
1 în București (acoperind o normă în ambulatoriul integrat spitalului).

Comisiile constituite la nivel județean au stabilit un necesar de 90,81 de norme de îngrijiri paliative în ambulatoriu, astfel că acoperirea prezentă de 6% este extrem de redusă. Cu toate acestea se observă creșterea numărului județelor în care există îngrijiri paliative în ambulatoriu. Această evoluție arată insuficiența la nivel național a numărului de medici cu atestat în îngrijiri paliative care să își poată desfășura profesia în această activitate.

Îngrijirile paliative în regim de spitalizare continuă:

La sfârșitul primului semestru din 2022, un număr de 114 unități sanitare aveau încheiate contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru compartimentele/secțiile de paliative din structură - 64 de unități publice și 50 de unități private.

Cele 50 de unități **private** aveau în structură un număr de 1862 paturi dintre care 1248 (67,02%) erau contractate cu casele de asigurări de sănătate. Cele 64 de unități **publice** aveau în structură 1014 paturi dintre care 924 paturi contractate cu casele de asigurări de sănătate.

La sfârșitul trimestrului I al anului 2023, numărul unităților sanitare a crescut la 117 unități care aveau încheiate contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru compartimentele/secțiile de paliative din structură - 63 de unități publice și 54 de unități private.

Cele 54 de unități **private** au în structură un număr de 1978 paturi, din care 1342 (67,85%) contractate cu casele de asigurări de sănătate. Cele 63 de unități **publice** au în structură un număr de 1053 paturi din care 953 sunt contractate cu casele de asigurări de sănătate (90,5%).



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

De menționat este faptul că asigurații din 9 județe nu au acces la o unitate sanitară care să aibă paturi de îngrijiri paliative, căreia să i se poată adresa: Botoșani, Caraș-Severin, Covasna, Gorj, Ialomița, Olt, Teleorman, Tulcea și Vâlcea.

După cum se remarcă din analiza mai sus prezentată, în județele Botoșani, Caraș Severin, Teleorman și Tulcea nu există nici structură de îngrijiri paliative spitalicească și niciun furnizor de îngrijiri la domiciliu.

În luna iunie 2023, un număr de 119 spitale cu 123 de structuri de paliatie au contractat paturi de paliatie cu casele de asigurări de paliatie - 66 de unități sanitare publice și 57 de unități private. Din cele 1976 de paturi din structura unităților private au fost contractate un număr de 1950 de paturi (98,7%), iar din cele 1110 de paturi de paliatie aflate în structura unităților publice au fost contractate 976 de paturi (87,9%). Prin urmare, față de primul trimestru al anului 2023, numărul paturilor contractate a crescut cu un 631 de paturi (aprox. 27,5%), în special pe seama paturilor din unitățile sanitare private.

Acest lucru a fost posibil datorită intrării în vigoare la 1 iulie 2023 a prevederii Hotărârii Guvernului nr. 401/2023 privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2023 - 2025, conform căreia *numărul de paturi aprobate pentru pacienții care se află în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate, numărul de paturi din penitenciarele spital, precum și numărul de paturi pentru îngrijiri paliative se contractează separat, cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele metodologice de aplicare a acestuia.*

Numărul paturilor contractate cu unitățile sanitare private a crescut cu 608 paturi în timp ce numărul paturilor de paliatie contractat cu unitățile sanitare publice a crescut doar cu 23. Niciun pat de paliatie nu s-a contractat după intrarea în vigoare a noului Contract Cadru (2023) în județele Botoșani, Caraș-Severin, Covasna, Gorj, Ialomița, Olt, Teleorman, Tulcea și Vâlcea (9 județe).

Prin urmare, deși la nivel național situația se îmbunătățește substanțial sub aspectul numărului total de paturi de paliatie contractate, numărul județelor fără niciun pat de paliatie contractat rămâne constant.

Intervenții în domeniul social complementare îngrijirilor paliative

Având în vedere că asistența socială reprezintă una dintre cele patru componente ale îngrijirii paliative (alături de cea medicală, psiho-emoțională și spirituală), pacientul poate beneficia și de servicii de asistență socială pentru obținerea drepturilor legale (pensie, concedii medicale, certificat de handicap etc), precum și de ajutor pentru îndeplinirea activităților de bază și instrumentale ale vieții zilnice.

În acest sens, pe lângă îngrijirile paliative specializate detaliate mai sus, bolnavii pot beneficia de suport pentru îndeplinirea următoarelor activități:

- a. activități de bază ale vieții zilnice, în principal: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare și dezbrăcare, hrănire și hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare;
- b. activități instrumentale ale vieții zilnice, în principal: prepararea hranei, efectuarea de



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferență!



Instrumente Structurale
2014-2020

cumpărături, activități de menaj și spălătorie, facilitarea deplasării în exterior și însoțire, activități de administrare și gestionare a bunurilor, acompaniere și socializare.

Aceste activități generale de îngrijire pot fi asigurate atât de îngrijitori formali cât și de îngrijitori informali.

Îngrijirea personală la domiciliu poate fi asigurată de **îngrijitori formali** (persoane calificate ca îngrijitori, certificate profesional în condițiile legii) și de **îngrijitori informali** (membri de familie, prieteni, vecini sau alte persoane necalificate care își asumă responsabilitatea îngrijirii bolnavului), în conformitate cu prevederile Legii asistenței sociale nr.292/2011, cu modificările și completările ulterioare.

Îngrijitorul informal

Îngrijitorul informal al unei persoane vârstnice dependente poate încheia un contract cu serviciul public de asistență socială (SPAS), conform Ordinului MMSS nr.955/2023. Prin acest contract sunt menționate, între altele, activitățile pe care persoana îngrijitor informal le poate realiza; îngrijitorul informal beneficiază de o indemnizație și de considerarea timpului de lucru ca vechime în muncă.

Tot pentru pacienții vârstnici, pe lângă îngrijirile paliative specializate, se poate recurge la prevederile Legii nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, pentru asigurarea serviciilor de îngrijire care presupun ajutor la îndeplinirea activităților instrumentale ale vieții zilnice. În sensul acestei legi, autoritățile administrației publice locale pot angaja personal de îngrijire cu timp parțial de lucru sau cu normă întreagă în cadrul serviciului de asistență comunitară al SPAS.

Îngrijitorul informal poate beneficia de program lunar de lucru redus, de o jumătate de normă, cu asigurarea plății, din bugetul local, în baza contractului încheiat cu SPAS, a unei indemnizații echivalente cu jumătate din salariul de bază brut al îngrijitorului la domiciliu stabilit potrivit Legii-cadru nr.153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, cu modificările și completările ulterioare.

Timpul cât îngrijitorii informali beneficiază de program redus de lucru se ia în considerare la calculul vechimii în muncă, fiind considerat ca timp lucrat cu normă întreagă, pe baza adeverinței eliberate de SPAS.

Pentru aplicarea prevederilor menționate, autoritățile administrației publice locale au obligația să prevadă în bugetul local sumele necesare, fundamentate pe baza estimărilor realizate de serviciul public de asistență socială prin datele colectate din anchetele sociale, în care se consemnează datele de identificare ale îngrijitorilor informali și sprijinul acordat de aceștia.

În situația în care îngrijitorul informal este o persoană care are obligație de întreținere față de persoana vârstnică, contractul se poate încheia pe durată nedeterminată, cu obligația evaluării anuale a condițiilor care au stat la baza încheierii acestuia.

În vederea eliminării riscurilor de instituționalizare a persoanelor adulte cu dizabilități încadrate în grad de handicap grav sau accentuat, aflate în familii sau care trăiesc independent, acestea pot beneficia de un îngrijitor informal (Legea nr.7/2023 privind susținerea procesului de dezinstituționalizare a persoanelor adulte cu dizabilități și aplicarea unor măsuri de accelerare a acestuia și de prevenire a instituționalizării, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative).

Îngrijitorul informal al persoanei adulte cu dizabilități - persoana necalificată, membru al familiei, rudă, prieten, vecin sau orice altă persoană care asigură îngrijirea personală, respectiv



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

ajutorul pentru efectuarea activităților zilnice de către persoana cu dizabilități încadrată în grad de handicap grav sau accentuat, alta decât asistentul personal al persoanei cu handicap grav, asistentul personal profesionist sau însoțitorul acordat în sistemul unitar de pensii publice; Îngrijitorul informal al persoanei adulte cu dizabilități are acces la serviciile sociale pentru persoanele adulte cu dizabilități, unde poate beneficia de activități de informare și consiliere socială, consiliere psihologică, suport individual sau de grup, instruire, serviciu de tip respiro și altele.

De asemenea, SPAS răspunde, între altele, de relația cu îngrijitorul informal, pe care îl informează cu privire la serviciile de suport disponibile în comunitate (centre de zi, unități de îngrijire la domiciliu, inclusiv de îngrijiri paliative, servicii de asistență comunitară, etc.). SPAS analizează informațiile comunicate de îngrijitorul informal cu privire la acordarea serviciilor sociale care fac obiectul contractului și la situația persoanei vârstnice dependente și monitorizează acordarea activităților/serviciilor sociale în conformitate cu prevederile legislației aplicabile, asigură accesul îngrijitorilor informali la sesiuni de instruire și de consiliere.

Pentru a beneficia de contractul cu SPAS ca îngrijitor informal, persoana în cauză trebuie să depună o solicitare la SPAS local, însoțită de ancheta socială care atestă nevoia de îngrijire a persoanei beneficiare, de consimțământul formal al beneficiarului cu privire la activitățile de bază și instrumentale ale vieții zilnice pentru care are nevoie de ajutor, date referitoare la furnizorii și serviciile de care beneficiază persoana asistată și la planul de îngrijire. Detaliile privind modalitatea de angajare a îngrijitorului informal prin contract cu SPAS sunt reglementate în Legea nr.17/2000, Art.13 (1)–(12) precum și în OMMSS nr.955/2023.

Pentru persoanele adulte care beneficiază de îngrijiri paliative, este important de reținut faptul că pot beneficia și de alte drepturi, odată cu încadrarea în grad și tip de handicap, conform Ordinului MMJS nr.2298/2012. Acest Ordin stabilește procedura-cadru de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap.

Evaluarea potențialului beneficiar al gradului de handicap se face prin Serviciul de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap (SECPAH), care funcționează ca structură a DGASPC și este compusă din persoane care au cel puțin următoarele specializări: asistent social cu studii superioare, medic de specialitate, psiholog, psihopedagog, kinetoterapeut, instructor de educație, pedagog de recuperare. SECPAH are ca atribuții principale efectuarea evaluării/reevaluării complexe a adultului cu handicap, întocmirea raportului de evaluare complexă, recomandarea sau nu a încadrării în grad și tip de handicap, respectiv menținerea încadrării, stabilirea unui plan individual de reabilitare, precum și recomandarea măsurilor de protecție a adultului cu handicap, în condițiile legii.

Metodologia și documentele necesare în vederea evaluării complexe pentru stabilirea gradului și tipului de handicap sunt prevăzute în Hotărârea Guvernului nr.430/2008 pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea și funcționarea comisiei de evaluare a persoanelor adulte cu handicap.

Evaluarea complexă a persoanelor adulte se realizează în maximum 60 de zile de la data înregistrării cererii și a documentelor la SECPAH, cu respectarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap, în vigoare. În cazul persoanelor nedepasabile, evaluarea complexă se efectuează la domiciliul/reședința persoanei în cauză, în baza scrisorii medicale și a anchetei sociale.

În cazul copiilor cu dizabilități, stabilirea încadrării în grad de handicap se face de către Serviciul de evaluare complexă (SEC) din cadrul DGASPC, prin Comisia pentru protecția



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferență!



Instrumente Structurale
2014-2020

copilului, metodologia fiind reglementată conform Art. 19 din Hotărârea Guvernului Nr. 502/2017 privind organizarea și funcționarea comisiei pentru protecția copilului. Intre atribuțiile Comisiei se numără: identificarea copiilor cu dizabilități care necesită încadrare într-un grad de handicap ori pentru care se solicită acces la servicii de abilitare și reabilitare, în urma evaluării complexe; identificarea se face în urma solicitărilor din partea părinților sau a reprezentanților legali, a referirilor din partea serviciului public de asistență socială și a specialiștilor care vin în contact cu copiii cu dizabilități, precum și a sesizărilor din oficiu. Comisia ar următoarele atribuții: verifică documentele anexate cererii-tip pentru evaluarea complexă și încadrarea în grad de handicap sau, după caz, cererea privind accesul la servicii, precum și îndeplinirea condițiilor privind încadrarea copilului într-un grad de handicap sau accesul la servicii; contribuie la întocmirea raportului de evaluare complexă și a proiectului planului de abilitare-reabilitare, respectiv a planului de revizuire a acestuia; colaborează cu serviciul de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap din cadrul Direcției în vederea asigurării continuității serviciilor de abilitare și reabilitare și a tranziției copiilor cu dizabilități la viața de adult;

Serviciul de evaluare complexă (SEC) a copilului cuprinde în mod obligatoriu cel puțin câte un specialist din următoarele categorii profesionale: medic având cel puțin gradul de medic specialist în una din următoarele specialități medicale sau asimilate: medicină de familie, neurologie pediatrică, pediatrie, psihiatrie pediatrică; psiholog cu atestat de liberă practică în una din următoarele specialități: psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională; psihopedagog sau psiholog cu atestat de liberă practică în psihopedagogie specială; asistent social cu aviz de exercitare a profesiei sau atestat de liberă practică.

În situația în care documentele de evaluare nu sunt complete, serviciul de evaluare complexă solicită specialiștilor transmitere de informații de completare.

În etapa de aplicare a criteriilor medicale și medico-psihologice se poate efectua consult suplimentar, medical și/sau psihologic.

Consultul medical suplimentar este decis de către medicul din SEC, iar consultul psihologic suplimentar este decis de psihologul din SEC, în situații de neconcordanță între documentele medicale și cele psihologice, la solicitarea motivată a părinților/reprezentantului legal, la aprecierea medicului/psihologului din SEC, reieșită din interacțiunea cu copilul sau evaluarea acestuia, sau în alte situații argumentate temeinic. Consultul suplimentar se decide cu consultarea echipei SEC și a managerului de caz și, de asemenea, se poate face și la solicitarea Comisiei pentru Protecția Copilului (CPC).

Criteriile biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și modalitățile de aplicare a acestora se aprobă și, după caz, se revizuiesc ori de câte ori este nevoie, prin ordin comun al ministrului sănătății și al ministrului muncii și justiției sociale. (Ordinul 1306/1883/2016).

Serviciul de evaluare complexă (SEC) pentru copii din cadrul DGASPC, este responsabil cu aplicarea criteriilor biopsihosociale în vederea formulării unei propuneri de încadrare în grad de handicap, consemnate în raportul de evaluare complexă. Comisia pentru Protecția Copilului stabilește încadrarea în grad de handicap în baza raportului de evaluare complexă. Comisia are posibilitatea de a aproba propunerea SEC sau de a o schimba.

Certificatul de încadrare în grad de handicap se eliberează de CPC pentru fiecare grad în parte: grav, accentuat, mediu și ușor.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Elaborarea, revizuirea și coordonarea metodologică privind aplicarea criteriilor medicale și medico-psihologice sunt realizate de Ministerul Sănătății, cu consultarea comisiilor de specialitate și a profesioniștilor care le utilizează, prin intermediul direcțiilor de sănătate publică și al Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție.

Elaborarea, revizuirea și coordonarea metodologică privind aplicarea criteriilor sociale și psihosociale sunt realizate de Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție, cu consultarea profesioniștilor care le utilizează și a experților în Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății, versiunea pentru copii și tineri, (CIF-CT).

Asistentul personal profesionist

Îngrijirea și protecția pacienților persoane adulte cu handicap grav sau accentuat se asigură de către asistentul personal profesionist, altul decât soțul, soția sau rudele în linie dreaptă.

- Pacienții încadrați în grad de handicap și persoanele care le au în îngrijire pot beneficia de unele facilități sau scutiri de taxe, cum ar fi: bilete gratuite de tratament balnear, scutire de la plata tarifului de utilizare a rețelelor de drumuri naționale pentru autoturismele adaptate handicapului (Ordonanța Guvernului nr. 15/2002 privind introducerea unor tarife de utilizare a infrastructurii de transport rutier), scutirea de la plata taxei hoteliere, credite cu dobândă suportată din bugetul de stat pentru achiziționarea unui singur mijloc de transport și pentru adaptarea unei locuințe conform nevoilor individuale de acces, cu condiția plății la scadență a ratelor creditului.

De asemenea, în conformitate cu prevederile Legii nr.448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap cu modificările și completările ulterioare, persoana adultă cu handicap grav și copilul cu handicap grav au dreptul la un asistent personal, în baza evaluării socio-psihomedicale.

Pe perioada îngrijirii și protecției persoanei cu handicap grav, pe baza contractului individual de muncă, asistentul personal are dreptul la un salariu stabilit potrivit prevederilor Legii-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, la un program de lucru care să nu depășească în medie 8 ore pe zi și 40 de ore pe săptămână, la concediu anual de odihnă, potrivit dispozițiilor legale aplicabile personalului încadrat în instituții publice, la transport urban și interurban gratuit, în condițiile legii.

Pe perioada absenței temporare a asistentului personal, autoritatea asigură un înlocuitor al asistentului personal pentru persoana cu handicap grav.

În situația în care nu se poate asigura un înlocuitor al asistentului personal, persoanei cu handicap grav i se acordă indemnizația prevăzută în Lege (art.43 alin. (1)) sau găzduirea într-un centru de tip respiro.

Contractul individual de muncă al asistentului personal se încheie cu primăria localității de domiciliu sau reședință a persoanei cu handicap grav, după caz, în termen de maximum 30 de zile de la data înregistrării cererii.

Contractul individual de muncă se întocmește în 3 exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă, iar cel de-al treilea exemplar se transmite direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale ale sectoarelor municipiului București, în termen de 5 zile de la încheierea acestuia.

Modalitățile și condițiile de încheiere, modificare și încetare a contractului individual de muncă al asistentului personal se completează cu prevederile Legii nr. 53/2003 - Codul muncii, cu modificările și completările ulterioare.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Contractul individual de muncă al asistentului personal încetează de drept în cazul decesului persoanei cu handicap grav.

Autoritățile administrației publice locale au obligația să prevadă în bugetul local sumele necesare din care se suportă salarizarea, precum și celelalte drepturi convenite asistentului personal, potrivit legii. Sumele se asigură în proporție de cel mult 90% de la bugetul de stat, din sume defalcate din taxa pe valoarea adăugată, în baza numărului de beneficiari comunicat de unitățile administrativ-teritoriale.

Adultul cu handicap vizual grav poate opta pentru asistent personal sau indemnizație de însoțitor.

Persoanele cu handicap grav care au și calitatea de pensionari de invaliditate încadrați în gradul I de invaliditate pot opta pentru indemnizația pentru însoțitor prevăzută de Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare, sau pentru asistent personal.

Părinții sau, după caz, reprezentanții legali ai copilului cu handicap grav, persoana sau familia care a primit în plasament un copil cu handicap grav, adulții cu handicap grav ori reprezentanții legali ai acestora, cu excepția celor cu handicap vizual grav, pot opta între asistent personal și primirea unei indemnizații lunare.

Opțiunea se exprimă prin cerere adresată în scris direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale ale sectoarelor municipiului București, și devine valabilă numai pe baza acordului exprimat în scris al acestora.

Indemnizația lunară prevăzută anterior este în cuantum egal cu salariul net al asistentului personal gradația 0, stabilit potrivit prevederilor legale care reglementează nivelul de salarizare a personalului plătit din fonduri publice.

Plata indemnizației lunare se asigură de primăriile în a căror rază teritorială își are domiciliul sau reședința persoana cu handicap grav.

Plata indemnizației se face pe perioada valabilității certificatului de încadrare în grad de handicap, emis de comisiile de protecție a copiilor sau de comisiile de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, după caz.

Autoritățile administrației publice locale au obligația:

- a) de a angaja și salariza asistentul personal al persoanei cu handicap grav, în condițiile legii;
- b) de a asigura și garanta plata indemnizației lunare, în cazul în care persoana cu handicap grav sau reprezentantul ei legal a optat pentru aceasta.

Asistentul personal profesionist

Adultul cu handicap grav sau accentuat care nu dispune de spațiu de locuit, nu realizează venituri ori realizează venituri de până la nivelul salariului mediu pe economie poate beneficia de îngrijirea și protecția unui asistent personal profesionist.

Îngrijirea și protecția persoanei adulte cu handicap grav sau accentuat se asigură de către asistentul personal profesionist, altul decât soțul, soția sau rudele în linie dreaptă.

Îngrijirea și protecția adulților cu handicap grav sau accentuat de către asistentul personal profesionist se fac pe baza deciziei comisiilor de evaluare a persoanelor adulte cu handicap județene, respectiv locale ale sectoarelor municipiului București.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Opinia adultului cu handicap grav sau accentuat se va lua în considerare la luarea deciziei referitoare la stabilirea asistentului personal profesionist.

Contractul de muncă al asistentului personal profesionist se încheie de către direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale ale sectoarelor municipiului București, sau de către furnizorii de servicii sociale privați, acreditați în condițiile legii.

Monitorizarea și controlul activității de îngrijire și protecție a adulților cu handicap grav și accentuat de către asistentul personal profesionist se fac de către direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale ale sectoarelor municipiului București.

Asistentul maternal care îngrijește copilul cu handicap grav sau accentuat până la vârsta majoratului poate opta să devină asistent personal profesionist.

Pe perioada îngrijirii și protecției adulților cu handicap grav sau accentuat, asistentul personal profesionist beneficiază de următoarele drepturi:

- a) salariul de bază stabilit potrivit dispozițiilor Legii-cadru nr.153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice;
- b) un spor de 15% calculat la salariul de bază, pentru suprasolicitare neuropsihică și condiții de muncă deosebite în care își desfășoară activitatea;
- c) un spor de 15% calculat la salariul de bază, pe perioada în care are în îngrijire și protecție cel puțin două persoane adulte cu handicap grav sau accentuat;
- d) un spor de 25% calculat la salariul de bază, pe perioada în care are în îngrijire și protecție o persoană adultă cu handicap grav sau accentuat, infectat cu HIV ori bolnav de SIDA.

Asistentul personal profesionist beneficiază și de alte drepturi, după cum urmează:

- a) consiliere și sprijin din partea specialiștilor de la direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale ale sectoarelor municipiului București, ori ale furnizorilor de servicii sociale, în vederea îndeplinirii obligațiilor ce îi revin cu privire la îngrijirea și protecția persoanei adulte cu handicap grav sau accentuat;
- b) decontarea cheltuielilor de transport interurban, cazare și masă, în cazul în care deplasarea se face în interesul adultului cu handicap grav sau accentuat, în condițiile stabilite pentru personalul din sectorul bugetar;
- c) transport urban gratuit, în condițiile legii.

Direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv ale sectoarelor municipiului București pot contracta servicii sociale licențiate de tip asistent personal profesionist cu furnizori privați de servicii sociale, acreditați, în condițiile legii.

Resursele umane în serviciile de îngrijiri paliative

Planificarea și formarea resurselor umane

Pentru dezvoltarea coordonată și uniformă a serviciilor de îngrijiri paliative la nivelul tuturor județelor și în acord cu nevoile estimate și identificate, e nevoie de planificarea pe termen mediu și lung a resurselor umane necesare echipelor de paliativ. Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS) este instituția care analizează serviciile de



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

sănătate din România (în numele și pentru Ministerul Sănătății), în scopul fundamentării științifice a propunerilor de politici și strategii privind serviciile de sănătate, realizării de cercetări operaționale, elaborării de ghiduri și proceduri privind managementul serviciilor de sănătate și organizării de cursuri de formare a personalului. INMSS este înființat potrivit Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

INMSS desfășoară activități de formare profesională, în parteneriat cu instituțiile de învățământ superior medico-farmaceutic, în domeniul managementului serviciilor de sănătate în vederea obținerii de atestate, eliberate de Ministerul Sănătății, cursuri de scurtă durată și alte tipuri de cursuri specifice în domeniul managementului serviciilor de sănătate, inclusiv al îngrijirilor paliative.

Prin urmare, INMSS este instituția publică sub care se desfășoară atât activitățile de formare profesională necesare pentru pregătirea profesională adecvată, cât și de elaborare și adaptare a curiculelor de pregătire profesională, astfel încât să fie cuprinse în curiculele de pregătire în specialitățile clinice relevante elemente specifice îngrijirii paliative de bază, cât și catagrafierea nevoii de servicii de îngrijiri paliative în România.

Cursuri de formare a personalului în îngrijirile paliative

Pentru a contribui la asigurarea resurselor umane necesare implementării și derulării viitorului Program Național de Îngrijiri Paliative, Institutul Național pentru Managementul Serviciilor de Sănătate desfășoară mai multe cicluri de programe de pregătire specifice a profesioniștilor.

În prezent INMSS derulează următoarele cursuri pentru personal din domeniul paliatologiei:

Curs pentru medici

Curs pentru dobândirea atestatului de studii complementare în îngrijiri paliative, cu durată de 18 luni. Pentru pregătirea medicilor ce vor putea ulterior să acceseze Programul Național de Îngrijiri Paliative prin unitățile sanitare care optează pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru informații privind înscrierea pentru următoarea serie de cursuri în vederea obținerii atestatului de studii complementare de îngrijiri paliative, accesați site-ul Institutului Național pentru Managementul Serviciilor de Sănătate.

Detalii privind cursul:

Durata: 18 luni, 16 module (8 teorie, 4 practică supervizată)

Taxa de curs: este stabilită de INMSS

Inscrieri: În vara premergătoare începerii fiecărei serii de cursuri din luna octombrie.

Detalii: <http://www.snpms.ro/ro/domenii-de-activitate/2018-05-21-08-43-45>

Curs pentru asistenți medicali

Curs pentru obținerea specializării în îngrijiri paliative, având în vedere faptul că pentru constituirea echipelor de îngrijiri paliative la domiciliu, a echipelor mobile de spital, precum și pentru asigurarea serviciilor în ambulatoriul clinic de specialitate și pe secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative din spital este necesar ca întregul personal să aibă cunoștințe specializate de îngrijiri paliative.

Durata: 5 luni, 20 module (5 teorie, 12 practică, 3 module practică cu portofoliu)

Taxa de curs: este stabilită de INMSS



UNIUNEA EUROPEANĂ

Inscrieri:



permanent, cursurile se programează pe măsura întrunirii numărului de participanți

Detalii:

<http://www.snspsms.ro/ro/domenii-de-activitate/2018-05-21-08-43-45>

Program de studii masterale în îngrijiri paliative

Program adresat tuturor profesiilor din echipele multidisciplinare: “Managementul și strategiile îngrijirilor paliative” cu durata de 2 ani, la Universitatea Transilvania Brasov, Facultatea de Medicină.

Inscrieri: anual, în luna septembrie

Taxa: 8000 lei (4000 lei/an)

Inscrieri: Se pot înscrie medici cu drept de liberă practică, asistenți medicali cu studii superioare, asistenți sociali, psihologi, terapeuți, manageri, alte profesii implicate în îngrijirile paliative (cu studii universitare)

Medicii absolvenți ai cursurilor masterale se pot înscrie, la final, pentru susținerea examenului de echivalare a atestatului de studii complementare de îngrijiri paliative.

Cursuri pentru echipele multidisciplinare de îngrijiri paliative

Cursuri multidisciplinare de îngrijiri paliative online pentru asistenți sociali, psihologi, terapeuți, clerici, alt personal, cu durata de 60 ore, organizat în prezent de UMF Iași și de Fundația Hospice Casa Speranței Brașov.

Durata: 9 întâlniri (27 ore) săptămânale online cu durata a câte 3 ore, și studiu individual (33 ore) pentru parcurgerea materialelor de curs

Taxa de curs: stabilită de organizatori

Inscrieri: permanent: cursurile se programează pe măsura întrunirii numărului de participanți și se organizează periodic

Detalii: https://www.studiiipaliative.ro/educatie/echipa_interdisciplinara/program-60ore/

Organizarea cursurilor multidisciplinare urmează a fi stabilită în cursul anului 2023.

Direcții strategice în dezvoltarea îngrijirilor paliative

Strategia națională de sănătate 2023-2030⁶ consideră că dezvoltarea paliarelor de asistență medicală comunitară, îngrijiri de lungă durată, îngrijiri paliative este suboptimală, pe fondul insuficienței numerice și de calificare a resurselor umane și a unei infrastructurii neadecvate și/sau precare. Strategia stabilește ca ținte de dezvoltare a paliatiei până în anul 2030 asigurarea de servicii de internare pentru îngrijiri paliative în fiecare oraș reședință de județ și de servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu și la domiciliu în minim 10% din localitățile fiecărui județ.

În domeniul oncologic, prin Legea nr.293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, Ministerul Sănătății va avea în vedere crearea în spitalele publice a unui număr minim de 2.000 de paturi pentru îngrijiri paliative, iar CNAS va finanța un număr de până la 4.000 de paturi de îngrijiri paliative.

⁶ https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf



UNIUNEA EUROPEANĂ



Strategia în domeniul paliativilor are în vedere recomandări⁷ internaționale referitoare la numărul de paturi de internare, ambulatorii și servicii la domiciliu. Aceste recomandări sunt valabile în condițiile existenței serviciilor de îngrijire atât în regim de internare cât și în ambulatoriu și la domiciliu în aceeași zonă geografică, astfel încât să se poată asigura continuitatea de îngrijire pentru pacient pe tot parcursul bolii:

- Număr de paturi de îngrijire paliativă raportat la populație: 25 paturi de IP la o populație de 125.000 locuitori
- Număr de ambulatorii de îngrijiri paliative raportat la populație: 1 ambulatoriu de IP la o populație de 60.000 locuitori
- Număr de echipe de îngrijiri paliative la domiciliu raportat la populație: 1 echipă de IP la domiciliu la o populație de 40.000 locuitori

Punerea în practică a viziunii necesită o acțiune transformatoare pentru a reprograma funcția și structura sistemului de sănătate, în conformitate cu obiectivele și prioritățile la nivel înalt ale Strategiei.

Normativele de personal pentru diferitele structuri de îngrijiri paliative a fost stabilit după cum urmează⁸ :

Număr de paturi de îngrijiri paliative raportat la populație	Număr de ambulatorii de îngrijiri paliative raportat la populație	Număr de echipe de îngrijiri paliative la domiciliu raportat la populație
20 paturi de ÎP la 100,000 locuitori	1 ambulatoriu de ÎP la 60,000 locuitori	1 echipă de ÎP la domiciliu la 40,000 locuitori
Normativ de personal pentru secții/compartimente de IP	Normativ de personal pentru ambulatorii de IP	Normativ de personal pentru echipe de IP la domiciliu
<ul style="list-style-type: none"> • 1 medic cu atestat în IP la 10-12 paturi; • 1 asistent medical cu atestat în IP la 4-8 paturi pe tură; • 1 infirmieră la 4-8 paturi pe tură; • 1 asistent social la 25 paturi; • 0.5 psiholog la 12 paturi; • 4 alt personal cu norme parțiale (fizioterapeut, consilier spiritual) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 medic cu competență în IP • 1 asistent medical cu specializare în IP • 0.5 asistent social • 2 alt personal cu norme parțiale (fizioterapeut, psiholog, consilier spiritual) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 medici cu competență în IP • 4 asistente cu specializare în IP medicale • 1 psiholog • 0.5 fizioterapeut

⁷ <https://www.ms.ro/wp-content/uploads/2019/01/Palliative-Care-Needs-Assessment.pdf>

⁸ Sursa: Raport evaluare necesitate îngrijiri paliative, decembrie 2017, Marilyn Boggust.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Tabel 1. Servicii de îngrijiri paliative și normative de personal⁹

În plus față de creșterea capacităților de servicii paliative, sunt stabilite și următoarele obiective calitative¹⁰:

- Îngrijirea paliativă va fi dezvoltată ca servicii integrate la toate nivelurile de îngrijire, în funcție de complexitatea nevoilor pacienților cu boli cronice progresive.
- Este necesară consolidarea capacităților în domeniul îngrijirii paliative de bază și al îngrijirilor paliative specializate cu dezvoltarea structurii (servicii de îngrijire paliativă specializate la domiciliu, servicii ambulatorii de îngrijiri paliative, unități tip hospice de îngrijire paliativă, echipe spitalicești de îngrijire paliativă, servicii de îngrijire paliativă în spitale, și centre de consultanță pentru furnizorii de îngrijire paliativă de bază) și formarea resurselor umane, alături de ajustările politicilor, pentru a permite furnizarea și coordonarea serviciilor.
- Protocoalele și algoritmiile pentru îngrijirile paliative trebuie să fie puse în aplicare, iar medicamentele esențiale de îngrijire paliativă (inclusiv medicamente analgezice puternice-opioide) trebuie să fie disponibile la toate nivelurile de îngrijire, atât pentru pacienții cu cancer, cu respectarea reglementarilor în vigoare, cât și pentru cei cu alte boli cronice progresive;
- Dezvoltarea unor modele durabile pentru finanțarea îngrijirilor paliative de bază și specializate în toate locațiile, pentru a asigura furnizarea continuă a serviciilor de-al lungul evoluției bolii.
- Dezvoltarea și acoperirea serviciilor vor fi monitorizate anual prin colectarea sistematică de date de la furnizorii de servicii, pentru a reflecta volumul și calitatea furnizării serviciilor, iar rezultatele vor fi utilizate pentru a sprijini în mod strategic dezvoltarea în continuare a serviciilor pentru a asigura accesul consecvent la îngrijirile paliative din România.

Integrarea îngrijirii paliative în sistemul de sănătate

Pentru orice problemă medicală, asiguratul se adresează medicului de familie (cu anumite situații precum urgențele medico-chirurgicale, servicii de planificare familială sau în cazul în care are afecțiuni pentru care se poate prezenta la medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate clinic). Medicul de familie, în urma consultației, poate să elibereze recomandarea pentru o consultație de specialitate în ambulatoriu de specialitate clinic (inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu) sau pentru internare în spital (inclusiv pe structuri de paliativ). De asemenea, medicul de familie poate elibera recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

Medicul din ambulatoriu clinic de specialitate poate elibera trimitere pentru alte specialități clinice sau îngrijiri paliative în ambulatoriu, sau poate elibera bilet de internare (inclusiv pe structuri de paliativ). La fel ca medicul de familie, medicul de specialitate din ambulatoriu clinic de specialitate poate elibera recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

⁹ Raport Analiza situației furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative din România în anul 2019, <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2021/08/Raport-furnizori-ingrijiri-paliative-Romania-2019.pdf>

¹⁰ Sursa: Informații din partea consultantului Băncii Mondiale privind îngrijirea paliativă (Ms Marilyn Boggust) despre Planurile Regionale de Servicii – Noiembrie 2017



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferență!



Instrumente Structurale
2014-2020

Medicul curant din spital, la externarea pacientului, poate și acesta să elibereze recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

Prin urmare, serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, eliberată de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii cu atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic, și medicii cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate, recomandă îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecință a consultației medicale raportate la casa de asigurări de sănătate.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire); numărul total de zile de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 180 de zile în ultimele 11 luni. Un episod de îngrijire este de maximum 30 de zile de îngrijiri. Începând cu 1 iulie 2023, pacienții cu vârsta de până la 18 ani beneficiază de 180 de zile îngrijiri paliative, față de cele 90 reglementate până la 30 iunie 2023, și de 300 de zile de îngrijiri dacă i se recomandă atât îngrijiri medicale cât și îngrijiri paliative la domiciliu.

Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În cazul în care, conform nevoilor identificate de echipa multidisciplinară și consemnate în planul de îngrijiri paliative la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90/180/300 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative care își desfășoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminică și în timpul sărbătorilor legale.

Ritmicitatea acordării serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu se stabilește pe baza protocolului de monitorizare în funcție de nevoile pacientului identificate de echipa de îngrijire paliativă a furnizorului.

Planul de îngrijire se stabilește pe baza evaluării inițiale a pacientului și este revizuit în funcție de necesitățile pacientului.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative care își desfășoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu poate stabili planul de îngrijire în funcție de necesitățile pacientului; acestea se vor reflecta în Planul de îngrijire pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

Planul de îngrijire paliativă se întocmește la prima vizită și în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la prima vizită se comunică la casa de asigurări de sănătate. În situația în care planul de îngrijire se modifică în funcție de necesitățile pacientului, variațiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

În situația în care furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu din motive personale, furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în ziua în care a fost întreruptă acordarea îngrijirilor paliative la domiciliu. Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative la domiciliu



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operational Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

asiguratul avea nevoie de o nouă recomandare. De la 1 iulie 2023, dacă întreruperea îngrijirii este mai mică de 32 zile calendaristice, nu este nevoie de reluarea procesului pentru obținerea unei noi recomandări, ci furnizorul poate continua efectuarea vizitelor la domiciliu, conform recomandării.

Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu, dacă este cazul, în termenul de valabilitate de 60 de zile calendaristice al recomandării.

Începând cu data de 1 iulie 2023, traseul pacientului a fost revizuit, făcând posibilă acordarea serviciilor de îngrijiri paliative indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul și dând posibilitatea acestuia să își aleagă furnizorul de servicii de îngrijiri paliative în situația în care în județul respectiv există atât furnizori care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate județeană cât și furnizori care se află în relație contractuală cu CASAOPSNAJ.

Recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu, se eliberează în 2 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, al doilea exemplar al recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu fiind înmănat de medic asiguratului. Recomandarea se prezintă în original de către asigurat sau se transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii, sau CASAOPSNAJ care va certifica încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul.

Certificarea se face la momentul prezentării/primirii prin poștă sau curierat a recomandării în cazul în care casa de asigurări de sănătate în evidența căreia este asiguratul este aceeași cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile. În cazul în care recomandarea este transmisă prin mijloace de comunicare electronică, precum și în cazul în care casa de asigurări de sănătate în evidența căreia este asiguratul nu este aceeași cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile, certificarea se transmite prin mijloace de comunicare electronică cu semnatura extinsă/calificată asiguratului, în maxim 3 zile lucrătoare de la primirea recomandării.

În cazul transmiterii prin poștă sau curierat, recomandarea certificată se va transmite asiguratului prin poștă sau curierat în maximum 2 zile lucrătoare de la primirea recomandării.

Recomandarea cu certificarea încadrării în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul este predată furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective.

Prezentarea recomandării/transmiterea acesteia prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească serviciile, se poate face de către acesta, unul dintre membrii familiei de grad I și II, soț/soție, persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, sau pot fi depuse/transmise în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu.

Recomandarea în original însoțită după caz, de certificarea transmisă asiguratului de către casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile sau de CASAOPSNAJ, se depune la un singur furnizor, numai în ziua începerii acordării serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În cazul transmiterii de către casa de asigurări de sănătate a certificării prin mijloace de comunicare electronică, asiguratul o transmite electronic



UNIUNEA EUROPEANĂ



furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, odată cu prezentarea recomandării în original.

În cazul în care recomandarea se eliberează de medic la externarea din spital, se atașează o copie a scrisorii medicale/biletului de externare care se prezintă/se transmite prin mijloace de comunicare electronică casei de asigurări de sănătate.

Casa de asigurări de sănătate, la momentul prezentării/transmiterii recomandării prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat, va înmâna/transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat și lista furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relație contractuală, cu datele de contact ale acestora.

Casa de asigurări de sănătate păstrează în evidența proprie o copie a recomandării pe care a fost certificat numărul de zile de îngrijiri, respectiv o copie a certificării și va înregistra în PIAS toate datele din recomandare. Recomandarea va primi în PIAS un număr unic de identificare.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu este de 60 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate pentru certificarea numărului de zile de îngrijire și la furnizorul de îngrijiri la domiciliu este de maximum 10 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate a recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

Între direcțiile strategice asumate pentru întreg sistemul de sănătate din România de Ministerul Sănătății, care reprezintă autoritatea centrală în domeniul sănătății publice, sunt și următoarele:

- integrarea serviciilor de sănătate, atât pe verticală (asistență medicală primară - asistență ambulatorie - spital), cât și pe orizontală (asistență primară - asistență medicală comunitară - asistență socială - promovarea sănătății și prevenirea bolilor - terapie - reabilitare);
- revizuirea traseului pacientului, pentru anumite boli cronice, consolidarea rolului de "gatekeeper" al asistenței medicale primare și susținerea "inversării" piramidei serviciilor de sănătate;
- raționalizarea și restructurarea rețelei spitalicești;
- dezvoltarea serviciilor integrate de îngrijire paliativă la nivel comunitar, primar, de ambulatoriu și spital, cu accent pe îngrijirea la domiciliu și ambulatoriu.
- definirea conceptului de îngrijiri pe termen lung (ITL) și dezvoltarea serviciilor de ITL.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Planul național de îngrijiri paliative

Pentru ca programul național de dezvoltare a îngrijirii paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu să fie funcțional, este necesar ca acesta să fie adoptat într-un cadru mai larg, integrat, în care îngrijirea paliativă să fie recunoscută drept problemă de sănătate publică, cu alocare adecvată de resurse financiare și umane, precum și cu un sistem de monitorizare a calității acestor tipuri de servicii.

Elaborarea unui Plan național de dezvoltare a îngrijirilor paliative va avea în centru pacientul, definind traseul pacientului între diversele paliere de îngrijiri paliative, în vederea acordării îngrijirilor într-un mod integrat de-a lungul evoluției bolii cronice progresive.

OBIECTIVE GENERALE ALE PLANULUI NAȚIONAL DE DEZVOLTARE A ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE:

OG1. Elaborarea Programului național de dezvoltare a îngrijirii paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu

Stadiul actual:

Nevoia de îngrijiri paliative în România este în continuă creștere.

Accesul pacienților eligibili pentru acest tip de îngrijire este semnificativ redus.

Îmbătrânirea demografică a populației, incidența crescută a cancerului, precum și creșterea constantă a numărului pacienților cu boli cronice subliniază nevoia crescândă de îngrijiri paliative.

Îngrijirea paliativă este o pârghe prin care poate fi îmbunătățită calitatea vieții pacienților care sufer[e] de boli cronice progresive.

Ministerul Sănătății a reglementat prin Ordinul nr.253/2018 regulamentul de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative.

Prin hotărârea de Guvern pentru aprobarea Contractului cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, a fost introdusă posibilitatea decontării din FNUASS a îngrijirilor paliative la domiciliu și în regim de internare, iar din 2018 și a consultațiilor de îngrijiri paliative acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.

Obiectiv:

Elaborarea structurii Programului național de dezvoltare a îngrijirii paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu (PNIP), ce va fi derulat prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate. PNIP va oferi pacienților eligibili accesul la îngrijiri paliative pe toate cele trei niveluri de asistență (primară/secundară/terțiară). PNIP va face obiectul unei hotărâri de Guvern care reglementează programele naționale de sănătate în România, iar elementele care vor defini acest program național de sănătate publică vor face obiectul unui ordin prin care sunt aprobate Normele tehnice de realizare ale programelor naționale de sănătate curative.

Măsuri:

1. Elaborarea scheletului de PNIP, structurat pe toate cele trei niveluri de asistență - primară



UNIUNEA EUROPEANĂ



/secundară/terțiară.

2. Definirea serviciilor de îngrijiri paliative pe toate cele trei niveluri de asistență - primară /secundară/terțiară.
3. Stabilirea numărului de servicii de îngrijiri paliative de care poate beneficia un pacient eligibil pe fiecare nivel de asistență - primară/secundară/terțiară.
4. Elaborarea tarifelor pentru serviciile de îngrijiri paliative de care poate beneficia un pacient pe toate nivelurile de asistență - primară/secundară/terțiară.
5. Elaborarea criteriilor cuprinse în chestionarele de evaluare pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de îngrijiri paliative care derulează PNIP în contract cu casa de asigurări de sănătate.

Indicatori: Program elaborat.

Perioada de implementare: 2022 - 2023.

Responsabili:

1. MS, CNAS
2. MS - Comisii de specialitate ale MS
3. MS - Comisii de specialitate ale MS
4. MS - Comisii de specialitate ale MS
5. MS - Comisii de specialitate ale MS

OG2. Realizarea unei Strategii Naționale de Promovare și Conștientizare a Îngrijirilor Paliative în România

Stadiu actual:

Îngrijirile paliative se acordă pacienților cu boli cronice progresive, cu afecțiuni oncologice, cu speranță de viață limitată.

Îngrijirile paliative în România se acordă prin servicii specializate astfel:

- Prin internare
- Prin consultații în ambulatoriul clinic
- Prin îngrijiri paliative la domiciliu

Obiectiv:

Crearea unei strategii naționale de promovare a îngrijirilor paliative și de conștientizare atât a pacienților potențial beneficiari de îngrijiri paliative cât și a personalului medical și a autorităților centrale și locale.

Măsuri:

1. Stabilirea instituțiilor, autorităților, organizațiilor care vor avea rolul de a derula campanii de informare și conștientizare.
2. Stabilirea grupelor țintă care vor fi informate cu privire la dezvoltarea îngrijirilor paliative în România, respectiv personalul medical, autorități locale, instituții descentralizate (casele de asigurări de sănătate, direcțiile de sănătate publică), pacienți/asociații de pacienți.
3. Elaborarea materialelor informative pentru fiecare grup țintă. Materialele trebuie să fie explicite, cu utilizarea unui limbaj colocvial sau susținut cu imagini relevante, raportat la vârsta și capacitatea de înțelegere a pacientului.



UNIUNEA EUROPEANĂ

Indicatori:



- nr. de medici/asistenți medicali informați;
- nr. de autorități locale informate;
- nr. de pacienți/asociații de pacienți informați.

Perioada de implementare: 2023

Responsabili: MS, CNAS.

Notă: Activitatea de informare a autorităților publice și a tuturor furnizorilor de servicii medicale cu privire la nevoia de servicii de îngrijiri paliative, strategia de sănătate publică ce urmărește acoperirea acestei nevoi, posibilitățile pe care le au furnizorii pentru a veni în întâmpinarea nevoii de îngrijiri paliative de bază precum și posibilitatea de accesare a cursurilor de pregătire profesională în vederea obținerii atestatului de îngrijiri paliative, activitate demarată în cadrul PAL-PLAN în anii 2021-2022, este necesar a fi continuată și după încheierea proiectului, prin cuprinderea acestei activități în Memorandumul ce va fi supus aprobării Guvernului.

OG 3. Identificarea nevoii de Îngrijiri Paliative în România,

care va sta la baza elaborării Strategiei Naționale de Dezvoltare a Îngrijirilor Paliative precum și a dimensionării bugetului necesar pentru implementarea acesteia

Stadiu actual:

În anul 2019 a fost realizată prima evaluare a nevoii de îngrijiri paliative în România, care a relevat faptul că peste 176.000 persoane au nevoie anual de îngrijiri paliative, din care 60% pentru boli progresive și 40% pentru boli oncologice.

Analiza efectuată în 2019 a evidențiat faptul că există județe (un număr de peste 10 județe) în care s-a identificat o nevoie de îngrijiri paliative pentru un număr de peste 5000 pacienți/an, în timp ce în alte județe nevoia identificată a fost mai mică, de aproximativ 3000 pacienți/an.

Obiective:

1. Stabilirea nevoii de îngrijiri paliative pe fiecare nivel de asistență medicală: îngrijiri paliative în ambulatoriu clinic de specialitate/îngrijiri paliative în spital/îngrijiri paliative la domiciliu
2. Stabilirea nevoii de îngrijiri paliative pe categorii de afecțiuni, respectiv pentru afecțiuni oncologice și boli cronice non-oncologice.
3. Stabilirea nevoii de îngrijiri paliative pe grupe de vârste: pentru adulți/pe pentru copii.

Măsuri:

1. Analiza capacității de furnizare de îngrijiri paliative în anul 2022 pe cele trei niveluri de asistență.
2. Analiza la 31.12.2022 a resurselor umane de specialitate care pot acorda îngrijiri paliative pe fiecare dintre cele trei niveluri de asistență.
3. Analiza capacității de pregătire și formare profesională a personalului medical (medici, asistenți medicali) pe o perioadă de 5 ani (2023 - 2028).
4. Estimarea numărului de pacienți potențial beneficiari de îngrijiri paliative pentru anii 2023 - 2028 pe grupe de vârste (adulți/copii).
5. Estimarea numărului de pacienți potențial beneficiari de îngrijiri paliative pe două grupe de



UNIUNEA EUROPEANĂ



afecțiuni (boli cronice și afecțiuni oncologice)

Perioada de implementare: 2023

Responsabili: MS, CNAS, INS

OG4. Elaborarea și actualizarea periodică a Ghidului Îngrijirilor Paliative în România

Stadiu actual:

În prezent în România nu există un ghid al îngrijirilor paliative.

Prin proiectul PAL-PLAN se pun bazele unui astfel de ghid.

Obiectiv:

Adoptarea ghidurilor europene aferente îngrijirilor paliative, adaptate pentru implementarea în sistemul sanitar din România.

Măsuri:

1. Realizarea ghidului național de îngrijiri paliative.
2. Actualizarea ori de câte ori este necesara ghidului național de îngrijiri paliative.
3. Dezvoltarea de cursuri și întâlniri în scopul eficientizării actualizării ghidului.
4. Elaborarea cadrului legal prin care se instituie mecanisme de verificare și coerciție în scopul respectării prevederilor ghidului atât de către unitățile de specialitate care furnizează servicii de îngrijiri paliative cât și de personalul medical.

Indicatori:

Stabilirea și respectarea standardului de calitate în vederea redactării ghidului național de îngrijiri paliative corelat cu standardele internaționale.

Perioada de implementare: 2022 - 2023.

Responsabili: MS, CNAS, Comisia de specialitate a MS.

OG 5. Traseul pacientului eligibil pentru acordarea îngrijirilor paliative

Stadiul actual:

Nu există un traseu individualizat binecunoscut de către pacientul potențial beneficiar de îngrijiri paliative.

Datorită capacității insuficiente de furnizare de servicii de îngrijiri paliative în România, adesea, pacienții eligibili pentru a beneficia de astfel de servicii sunt internați în spitalizare continuă pe alte secții decât cele de îngrijiri paliative și sunt tratați de personal medical care nu are competență în îngrijiri paliative.

Obiectiv:

Realizarea unui traseu standardizat al pacientului potențial beneficiar de îngrijiri paliative.

Măsuri:

1. Stabilirea rolului medicului de familie în ecuația îngrijirilor paliative precum și a medicilor de specialitate cu competență în îngrijiri paliative care acordă servicii de îngrijiri paliative



UNIUNEA EUROPEANĂ



- în ambulatoriul clinic și în secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative.
2. Realizarea interoperabilității sistemelor de date din mediu privat și din sistemul public.
 3. Operaționalizarea sistemului dosarului electronic al pacientului la nivelul tuturor nivelurilor de asistență medicală.
 4. Alocarea corespunzătoare a fondurilor cu destinația îngrijiri paliative, astfel încât pacienților potențial beneficiari de îngrijiri paliative să le fie acordate în timp util aceste servicii.

Perioada de implementare: 2022 - 2023

Responsabili: MS, CNAS, Comisii de specialitate ale MS.

OG 6. Realizarea unei rețele la nivel național de îngrijiri paliative,

pe toate niveluri de asistență (primară, ambulatorie de specialitate, spital, în comunitate), care să faciliteze accesul pacienților eligibili, în mod echitabil

Stadiu actual:

În prezent, la nivel național există o rețea de furnizori de îngrijiri paliative care se dezvoltă haotic, fără să existe o corelație cu nevoia de servicii de îngrijiri paliative. Rețeaua de îngrijiri paliative se dezvoltă în prezent în funcție de existența medicilor cu atestat de îngrijiri paliative/asistenților medicali cu pregătire în paliative, a posibilității și a dorinței unor furnizori de a dezvolta secții/compartimente sau ambulatoriu clinic de îngrijiri paliative și bineînțeles, corelat cu sumele total insuficiente alocate caselor de asigurări de sănătate cu această destinație.

Obiectiv:

Identificarea de soluții pentru îmbunătățirea procesului de extindere graduală a capacității de furnizare a serviciilor de îngrijiri paliative în ambulatoriul clinic, spitale și îngrijiri la domiciliu în România, corelat cu nevoia de servicii de îngrijiri paliative identificate.

Măsuri:

1. Catagrafierea nevoii de îngrijiri paliative la nivel național și actualizarea periodică.
2. Elaborarea unui program de pregătire a resurselor umane specializate, pentru perioada 2023 - 2028.
3. Promovarea și conștientizarea necesității dezvoltării rețelei de îngrijiri paliative în scopul îmbunătățirii calității vieții pacienților cu afecțiuni oncologice sau cu boli cronice progresive.
4. Cooptarea UAT-urilor în procesul de extindere a rețelei de îngrijiri paliative, care pot contribui la acest demers cu punerea la dispoziție a spațiilor necesare, resurse financiare, etc.
5. Estimarea și alocarea bugetelor pentru casele de asigurări de sănătate cu această destinație corelat cu dezvoltarea rețelei de îngrijiri paliative și cu creșterea numărului de pacienți potențial beneficiari de îngrijiri paliative, ceea ce va încuraja furnizorii atât publici cât și privați să dezvolte structuri ambulatorii, secții/compartimente de îngrijiri paliative precum și îngrijiri paliative la domiciliu.

Indicatori:

Nr. de furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu/județ

Nr. de furnizori de îngrijiri paliative în ambulatoriu /județ



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Nr. de furnizori de îngrijiri paliative spitalicești / județ.

Perioada de implementare: 2023 - 2028

Responsabili: MS, CNAS.

OG 7. Creșterea capitalului uman specializat în îngrijiri paliative,

prin elaborarea unei strategii pe termen mediu și lung, corelată cu revizuirea legislației în domeniu

Stadiu actual:

În prezent în România există un număr de 722 medici cu atestat de îngrijiri paliative.

Obiective:

1. Creșterea capacității anuale de formare în paliatie a medicilor și a asistenților medicali.
2. Creșterea numărului de medici cu atestat în îngrijiri paliative și a numărului de asistenți medicali cu pregătire în paliatie.

Măsuri:

1. Atragerea de noi medici și asistenți medicali pentru participarea la cursurile/stagiile de formare profesională în vederea obținerii atestatului în îngrijiri paliative/specializării/ pregătirii profesionale în paliatie, prin comunicarea eficientă a strategiei de dezvoltare a îngrijirilor paliative în România, cu explicitarea rolului primordial al medicului cu atestat în îngrijiri paliative și a asistenților cu specializare în paliatie, dar și cu evidențierea beneficiilor PNIP care se va implementa și derula prin CNAS, începând cu anul 2024.
2. Creșterea capacității de pregătire atât în universități cât și la furnizorii de servicii de îngrijiri paliative astfel încât numărul anual de absolvenți să acopere treptat nevoia de servicii de îngrijiri paliative în următorii 5 ani.
3. Identificarea de surse de finanțare pentru pregătirea personalului medical, spre exemplu prin proiecte cu fonduri europene.

Perioada de implementare: 2023 - 2028

Responsabili: MS, CNAS.

OG 8. Asigurarea medicației de bază pentru controlul durerii și al simptomelor

Stadiu actual:

În România medicamentele care se rambursează sunt prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin H.G. nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Medicii de familie, nu aveau posibilitatea să inițieze tratamente necesare pentru îngrijiri paliative (terapia durerii) ci doar să prescrie în continuare pe baza scrisorii medicale emise de medicul specialist. Comisia de Îngrijiri paliative a Ministerului Sănătății a identificat o serie de medicamente esențiale pentru îngrijirile paliative și a elaborat o serie de propuneri în vederea creșterii accesului la tratament pentru bolnavii beneficiari de îngrijiri paliative.



UNIUNEA EUROPEANĂ

Obiectiv:



Reglementarea cadrului legal în vederea creșterii accesului la tratament pentru pacienții beneficiari de îngrijiri paliative, respectiv modificarea H.G. nr. 720/2008, republicată, în sensul modificării titlului Categoriei de boală G10 din sublista C, secțiunea C1 și a Notei de subsol (abrogare), astfel încât DCI-urile din categoria de boală G10 să poată fi prescrise (inițiere) și de către medicii de familie, cu respectarea protocolului terapeutic, după caz.

Măsuri:

1. Modificarea H.G. nr. 720/2008, republicată, în sensul implementării obiectivului 1
Acest Obiectiv a fost realizat în perioada proiectului PAL-PLAN, prin adoptarea Hotărârii nr. 1346/2022 privind modificarea și completarea anexei la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate.

2. Monitorizarea consumului de medicamente prescrise pe categoria de boală G10.

Indicatori:

1. Publicarea în Monitorul Oficial al României a modificării H.G. nr.720/2008.
2. Creșterea procentului prescripțiilor inițiate de medicii de familie pentru categoria de boală G10. medicamente prescrise.

Perioada de implementare: 2022 - 2023.

Responsabili: MS, CNAS, Comisii de specialitate MS.

Prezentarea pe scurt a Programul Național de Îngrijiri Paliative

I. Denumirea Programului

Programul Național de Îngrijiri Paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu - va fi implementat cu începere din anul 2024.

II. Obiective

Îmbunătățirea calității vieții a pacientului cu boli cronice progresive în stadii avansate și în stadii terminale prin :

- a) Asigurarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu;
- b) Asigurarea serviciilor specializate de îngrijiri paliative în ambulatoriu;
- c) Asigurarea serviciilor de îngrijiri paliative în regim de spitalizare de zi;
- d) Asigurarea serviciilor de îngrijiri paliative de către echipe mobile dedicate în unitățile sanitare cu paturi care nu au în structură paturi de spitalizare de zi sau secții/compartimente de îngrijiri paliative.

III. Structură

1. Subprogram de îngrijiri paliative la domiciliu
2. Subprogram de îngrijiri paliative în ambulatoriu
3. Subprogram de îngrijiri paliative în regim de spitalizare de zi
4. Subprogram de îngrijiri paliative acordate de echipe mobile dedicate în unitățile sanitare



UNIUNEA EUROPEANĂ



cu paturi care nu au în structură paturi de spitalizare de zi sau secții/compartimente de îngrijiri paliative

IV. Activități

1. Asigurarea îngrijirii paliative la domiciliul bolnavului

1.a. Acordarea de îngrijiri paliative de bază cu nivel de complexitate 1 și 2 de către medicii de familie

1.a.1. serviciul de evaluare a pacientului și stabilire a conduitei terapeutice, care cuprinde: anamneză, examen clinic general, stabilirea diagnosticului paliativ de etapă, evaluarea statusului funcțional și a capacității de autoîngrijire pe baza scalei specifice PPS, managementul simptomelor precum durerea, dispneea, anorexia, cașexia, depresia, anxietatea, greața/vărsăturile, fatigabilitatea, insomnia, delirul, prescrierea și administrarea medicației.

1.a.2. serviciul de educație a pacientului și/sau familiei, după caz, cu privire la: îngrijire și autoîngrijire, mobilizarea pacientului, îngrijirea tegumentelor și a cavității bucale, nutriție și asigurarea tranzitului intestinal.

1.a.3. serviciul de monitorizare a pacientului care cuprinde: examen clinic general, managementul simptomelor, prescrierea și administrarea medicației.

1.a.4. serviciul medical care cuprinde manevre precum: montarea subcutanată a microperfuzorului de unică folosință (fluturașului), montarea cateterului urinar.

1.a.5. serviciul de asistare a pacientului în stare terminală și suport al familiei care cuprinde: evaluarea și managementul principalelor cinci simptome din starea terminală - durere, agitație psiho-motorie, dispnee, greață, respirația stertoroasă - stabilirea planului de îngrijire și prescriere anticipativă pentru aceste simptome, educația familiei vizând aplicarea planului de tratament și îngrijire terminală, precum și informarea privind demersurile necesare în cazul decesului pacientului.

1.b. Acordarea de îngrijiri paliative specializate cu nivel de complexitate 3 de către echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative din unitățile sanitare cu paturi.

1.b.1. serviciul de evaluare a pacientului și stabilire a conduitei terapeutice care cuprinde: anamneza, examen clinic general, stabilirea diagnosticului paliativ de etapă și a listei cu nevoi în cele patru dimensiuni - fizică, psiho-emoțională, socială și spirituală, managementul simptomelor moderat-severe, consilierea psiho-emoțională de bază a pacientului, elaborarea planului interdisciplinar de tratament și îngrijire, prescrierea și administrarea medicației.

1.b.2. serviciul de educație a pacientului și/sau familiei, după caz, cu privire la: îngrijire și autoîngrijire, mobilizarea pacientului pentru profilaxia escarelor, îngrijirea tegumentelor și a cavității bucale, nutriție, asigurarea tranzitului intestinal, aplicarea metodelor nonfarmacologice de tratament.

1.b.3. serviciul de monitorizare a pacientului, realizat de echipa alcătuită din medic și asistent, care cuprinde: anamneză țintită pe nevoile identificate prin acordarea „serviciului de evaluare a pacientului și stabilire a conduitei terapeutice” prevăzut la pct. 1.a.1., examen clinic general, managementul simptomelor, aplicarea, după caz, a scalelor specifice respectiv: Scala Analog Vizuală (SAV), Inventarul Scurt al Durerii Modificat (BPI), Scala de Evaluare a



UNIUNEA EUROPEANĂ



Simptomelor Edmonton (ESAS), MMSE, Indicatorii Cheie în Îngrijiri Paliative pentru Bolnavii Oncologici în Comunitate (KIPPC), scală de evaluare a nevoilor spirituale (FICA), scala de evaluare a poverii de îngrijire a aparținătorilor (BFSC) precum și de evaluare a anxietății, delirului, depresiei, evaluarea statusului funcțional și a capacității de autoîngrijire pe baza scalelor specifice: PPS, ECOG, BARTHEL, managementul simptomelor, prescrierea și administrarea medicației.

1.b.4. serviciul de monitorizare a pacientului realizat de asistentul medical, care cuprinde: anamneză țintită pe nevoile identificate prin acordarea „serviciului de evaluare a pacientului, evaluare de tip nursing, managementul nefarmacologic al simptomelor, administrarea medicației”.

1.b.5. serviciul de planificare în avans a îngrijirii, acordat de echipa multidisciplinară cu participarea obligatorie a medicului, asistentului și psihologului: comunicarea stadiului bolii și prognosticului, luarea deciziilor privind locul îngrijirii, manevre efectuate la sfârșitul vieții, consilierea pacientului împreună cu familia privind planificarea în avans a îngrijirii, inclusiv în ceea ce privește rolul și responsabilitățile fiecăruia.

1.b.6. serviciul de îngrijire tip nursing: îngrijirea escarelor, a stomelor, a tumorilor exulcerate, masajul limfedemului, pansamente.

1.b.7. serviciul de montare sondă urinară și de îngrijire a sondei

1.b.8. serviciul de montare dispozitiv subcutanat pentru administrarea continuă a medicației, acordat de asistentul medical.

1.b.9. serviciul de evaluare psihologică specializată și consiliere psihologică specializată.

1.b.10. serviciul de kinetoterapie

1.b.11. serviciul de aplicare benzi kinesiologice.

1.b.12. serviciul de evaluare a pacientului cu colecție peritoneală și paracenteză evacuatorie, efectuat de medic cu competență în îngrijiri paliative.

1.b.13. Serviciul de administrare a medicației subcutanat, intramuscular, intravenos.

1.c. Acordarea de îngrijiri paliative specializate cu nivel de complexitate 3 de către echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative a furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu.

1.c.1. serviciul de evaluare a pacientului și stabilire a conduitei terapeutice care cuprinde: anamneza, examen clinic general, stabilirea diagnosticului paliativ de etapă și a listei cu nevoi în cele patru dimensiuni - fizică, psiho-emoțională, socială și spirituală, managementul simptomelor moderat-severe, consilierea psiho-emoțională de bază a pacientului, elaborarea planului interdisciplinar de tratament și îngrijire, prescrierea și administrarea medicației.

1.c.2. serviciul de educație a pacientului și/sau familiei, după caz, cu privire la: îngrijire și autoîngrijire, mobilizarea pacientului pentru profilaxia escarelor, îngrijirea tegumentelor și a cavității bucale, nutriție, asigurarea tranzitului intestinal, aplicarea metodelor nonfarmacologice de tratament.

1.c.3. serviciul de monitorizare a pacientului realizat de echipa alcătuită din medic și asistent care cuprinde: anamneză țintită pe nevoile identificate prin acordarea „serviciului de evaluare a pacientului și stabilire a conduitei terapeutice” prevăzut la pct.1.a.1., examen clinic general, managementul simptomelor, aplicarea, după caz, a scalelor specifice respectiv: Scala



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Analog Vizuală (SAV), Inventarul Scurt al Durerii Modificat (BPI), Scala de Evaluare a Simptomelor Edmonton (ESAS), MMSE, Indicatorii Cheie în Îngrijiri Paliative pentru Bolnavii Oncologici în Comunitate (KIPPC), scală de evaluare a nevoilor spirituale (FICA), scala de evaluare a poverii îngrijire a aparținătorilor (BFSC) precum și de evaluare a anxietății, delirului, depresiei, evaluarea statusului funcțional și a capacității de autoîngrijire pe baza scalelor specifice: PPS, ECOG, BARTHEL, managementul simptomelor, prescrierea și administrarea medicației.

1.c.4. serviciul de monitorizare a pacientului realizat de asistentul medical care cuprinde: anamneză țintită pe nevoile identificate prin acordarea „serviciului de evaluare a pacientului, evaluare de tip nursing, managementul nefarmacologic al simptomelor, administrarea medicației”.

1.c.5. serviciul de planificare în avans a îngrijirii acordat de echipa multidisciplinară cu participarea obligatorie a medicului, asistentului și psihologului: comunicarea stadiului bolii și prognosticului, luarea deciziilor privind locul îngrijirii, manevre efectuate la sfârșitul vieții, consilierea pacientului împreună cu familia privind planificarea în avans a îngrijirii, inclusiv în ceea ce privește rolul și responsabilitățile fiecăruia.

1.c.6. serviciul de îngrijire tip nursing: îngrijirea escarelor, a stomelor, a tumorilor exulcerate, masajul limfedemului, pansamente.

1.c.7. serviciul de montare sondă urinară și îngrijire

1.c.8. serviciul de montare dispozitiv subcutanat pentru administrarea continuă a medicației, acordat de asistentul medical.

1.c.9. serviciul de evaluare psihologică specializată și consiliere psihologică specializată.

1.c.10. serviciul de kinetoterapie

1.c.11. serviciul de aplicare benzi kinesiologice.

1.c.12. serviciul de evaluare a pacientului cu colecție peritoneală și paracenteză evacuatorie efectuat de medic cu competență în îngrijiri paliative.

1.c.13. Serviciul de administrare a medicației subcutanat, intramuscular, intravenos.

2. Asigurarea îngrijirii paliative în ambulator

2.a. Acordarea de servicii specializate de îngrijiri paliative:

2.a.1. serviciul de evaluare a pacientului și stabilire a conduitei terapeutice, care cuprinde: anamneza, examen clinic general, stabilirea diagnosticului paliativ de etapă și a listei cu nevoi în cele patru dimensiuni (fizică, psiho-emoțională, socială și spirituală), managementul simptomelor moderat-severe, inclusiv prin aplicarea scalelor specifice SAV, BPI, ESAS, MMSE și a capacității de autoîngrijire pe baza scalei specifice PPS, consilierea psiho-emoțională de bază a pacientului, elaborarea planului interdisciplinar de tratament și îngrijire, prescrierea și administrarea medicației.

2.a.2. serviciul de educație a pacientului și/sau familiei, după caz, cu privire la: îngrijire și autoîngrijire, mobilizarea pacientului pentru profilaxia escarelor, îngrijirea tegumentelor și a cavității bucale, nutriție, asigurarea tranzitului intestinal, aplicarea metodelor nonfarmacologice de tratament.

2.a.3. serviciul de planificare în avans a îngrijirii, realizat de medicul cu competență în



UNIUNEA EUROPEANĂ



îngrijiri paliative împreună cu asistentul medical și psihologul: comunicarea stadiului bolii și prognosticului, luarea deciziilor privind locul îngrijirii, manevre efectuate la sfârșitul vieții, consilierea pacientului împreună cu familia privind planificarea în avans a îngrijirii, inclusiv în ceea ce privește rolul și responsabilitățile fiecăruia.

2.a.4. serviciul de monitorizare a pacientului, care cuprinde: examen clinic general, reevaluarea simptomelor, prescriere/administrare a medicației, trimitere către alte servicii inclusiv recomandare pentru acordarea de servicii conexe de consiliere psihologică și/sau kinetoterapie.

2.a.5. serviciul de evaluare psihologică specializată și consiliere psihologică specializată.

2.a.6. serviciul de kinetoterapie

2.a.7. serviciul de aplicare benzi kinesiologice.

2.b. Efectuarea în ambulator a unor proceduri în scop paliativ

2.b.1. tratament tumori exulcerate, suprainfectate.

2.b.2. îngrijire stome care prezintă complicații, fistule tumorale.

2.b.3. tratamentul limfedemului.

2.b.4. instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlată de pacient.

2.b.5. mezoterapie prin injectare terapeutică paravertebrală și periarticulară.

2.b.6. administrare aerosoli/ședință

2.c. serviciul de teleconsultație

3. Asigurarea îngrijirii paliative în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare cu paturi

3.a.1. Pentru stadiile avansate ale afecțiunilor prevăzute în Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi, pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi după terminarea vizitei/vizitelor necesare;

3.a.2. Pentru stadiile avansate ale afecțiunilor prevăzute în Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi, pentru care în vederea decontării nu este necesară închiderea fișei de spitalizare de zi după fiecare vizită;

3.b. Prin acordarea de servicii de îngrijiri paliative decontate prin tarif/serviciu de îngrijiri paliative;

3.c. Prin efectuarea de proceduri terapeutice de îngrijiri paliative.

4. Asigurarea serviciilor de îngrijiri paliative de către echipe mobile dedicate, în unitățile sanitare cu paturi care nu au în structură paturi de spitalizare de zi sau secții/compartimente de îngrijiri paliative.

4. a.1. Pentru stadiile avansate ale afecțiunilor prevăzute în Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi, pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi după terminarea vizitei/vizitelor necesare

4.a.2. Pentru stadiile avansate ale afecțiunilor prevăzute în Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi, pentru care în vederea



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferență!



Instrumente Structurale
2014-2020

decontării nu este necesară închiderea fișei de spitalizare de zi după fiecare vizită

4.b Prin acordarea de servicii de îngrijiri paliative decontate prin tarif/serviciu de îngrijiri paliative

4.c. Prin efectuarea de proceduri terapeutice de îngrijiri paliative

V. Criterii de eligibilitate

A. Pacienți adulți/cu vârsta de peste 18 ani care pot avea următoarele afecțiuni:

1. Pacienți cu boli oncologice, dacă se află în una din următoarele situații:

- cancer stadiu III sau stadiul IV sau stadiu II cu deteriorare progresivă a pacientului, în ciuda terapiei anticancerogene;
- cancer și status de Performanță Karnofsky < 70 sau Scor de performanță paliativă (PPS) < 70%;
- cancer și scăderea greutății cu 5% sau mai mult în ultimele 3 luni;
- cancer și simptome de intensitate moderată sau severă precum dispnee, durere, hemoptizie, vărsături etc.;
- urgențe oncologice precum sindrom de venă cavă, status confuzional acut, hipercalemie etc.;
- cancer recidivat sau cu evoluție progresivă după chirurgie/radioterapie/chimioterapie;
- cancer și criză existențială;
- cancer și suferință psiho-socială (anxietate, depresie, familie în criză etc.) moderat severă;
- stare terminală.

2. Pacienți cu boli cardiovasculare, dacă prezintă:

- răspuns slab la tratamentul optim cu diuretice și vasodilatatoare, incluzând inhibitori de angiotensinconvertază;
- prezența simptomelor semnificative ale insuficienței cardiace congestive la repaus și clasificate de NYHA Clasa IV (incapacitatea de a desfășura orice activitate fizică fără disconfort, simptome de insuficiență cardiacă sau angină la repaus sau disconfort crescut la efort minim).

3. Pacienții cu scleroză laterală amiotrofică, dacă prezintă progresie rapidă a bolii în ultimele 12 luni, evidențiate prin una din următoarele manifestări:

- trecerea de la mobilitatea independentă la scaunul cu roțile sau imobilizarea la pat;
- trecerea de la vorbirea normală la vorbirea abia inteligibilă sau chiar neinteligibilă;
- trecerea de la alimentația normală la cea semi-solidă/semi-lichidă;
- trecerea de la capacitatea de a desfășura independent majoritatea sau chiar totalitatea activităților zilnice la nevoia majoră de asistență din partea îngrijitorului.

4. Pacienții cu demență în ultimul stadiu, dacă se află în una din următoarele situații:

- stadiul 7 sau mai mult, conform scalei de evaluare funcționale;
- incapacitate de mișcare fără asistență;
- incapacitate de a se îmbrăca fără asistență;
- incapacitate de a-și asigura igiena personală fără asistență;
- incontinență urinară și fecală, intermitentă sau constantă;
- comunicare verbală fără sens, doar în fraze stereotipice, sau abilitatea de a vorbi în limita a 6 sau foarte puține cuvinte inteligibile.



UNIUNEA EUROPEANĂ



5. Pacienții cu scleroză multiplă, dacă prezintă handicap nutrițional critic evidențiat prin una din următoarele manifestări:

- a. administrare orală insuficientă de alimente și lichide pentru a menține pacientul în viață;
- b. pierdere continuă în greutate;
- c. progresie rapidă a bolii sau complicații în ultimele 12 luni, evidențiate prin: trecerea de la mobilitate independentă la scaunul cu roțile sau imobilizarea la pat; trecerea de la vorbirea normală la vorbirea abia inteligibilă sau chiar neinteligibil; trecerea de la alimentația normală la cea semi-solidă/semi-lichidă; trecerea de la capacitatea de a desfășura independent majoritatea sau chiar totalitatea activităților zilnice la nevoia majoră de asistență din partea îngrijitorului.

6. Pacienții cu Boala Parkinson, dacă prezintă handicap nutrițional critic evidențiat prin una din următoarele manifestări:

- a. administrarea orală insuficientă de alimente și lichide pentru a menține pacientul în viață;
- b. pierdere continuă în greutate;
- c. deshidratare sau hipovolemie;
- d. absența metodelor de hrănire artificială;
- e. evoluția rapidă a bolii sau complicații în ultimele 12 luni, evidențiate prin: trecerea de la mobilitate independentă la scaunul cu roțile sau imobilizarea la pat; trecere de la vorbirea normală la vorbire abia inteligibilă sau chiar neinteligibilă; trecere de la alimentația normală la cea semi-solidă/semi-lichidă; trecere de la capacitatea de a desfășura independent majoritatea sau chiar totalitatea activităților zilnice la nevoia majoră de asistență din partea îngrijitorului.

7. Pacienții cu boli pulmonare, dacă prezintă una din următoarele manifestări:

- a. dispnee în repaus sau la efort minim, cu răspuns minim sau fără răspuns la bronhodilatatoare, având ca urmări scăderea capacității funcționale, oboseala și tusea;
- b. evoluția afecțiunilor pulmonare în ultim stadiu stadiu, puse în evidență de multiple apelări ale serviciului de urgență sau spitalizările anterioare pentru infecții pulmonare și/sau insuficiență respiratorie;
- c. hipoxie, pusă în evidență de $pO_2 < 55$ mmHg și saturația de oxigen în sânge $< 88\%$ sau hipercapnie, pusă în evidență de $pCO_2 > 50$ mmHg, cord pulmonar și insuficiență cardiacă dreaptă subordonată afecțiunii pulmonare;
- d. pierderea progresivă în greutate, neintenționată, mai mare de 10% din greutatea corpului, în ultimele 6 luni;
- e. tahicardie de repaus > 100 bătăi/mm.

8. Pacienții cu accident vascular cerebral și comă, dacă se află în una din următoarele situații:

- a. accident vascular cerebral hemoragic acut: comă sau stare stuporoasă, ce persistă peste 3 zile cu disfagie care împiedică ingerarea suficientă de alimente și lichide pentru a menține viața unui pacient care nu este hrănit și hidratat artificial.
- b. faza cronică a accidentului vascular hemoragic sau ischemic evidențiată de una din următoarele stări: demență post atac cerebral de stadiul 7 sau mai mult, conform scalei de evaluare funcțională; status de performanță Karnofsky mai mic de 50%; status nutrițional slab, indiferent dacă este sau nu hrănit artificial, însoțit de o scădere în greutate de peste 10% în ultimele 6 luni și albuminele serice < 2.5 gm/dl sau
- c. comă de orice etiologie cu oricare trei dintre următoarele manifestări, în a treia zi de comă: răspuns cerebral anormal; absența răspunsului verbal; absența răspunsului la



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

durere; creatinină serică > 1.5 mg/dl.

9. Pacienții cu miastenia gravis dacă se află în una din următoarele situații:

- a. stadiul III sau IV al bolii conform clasificării Ossermann
- b. stadiul III formă generalizată acută cu evoluție gravă, rapid progresivă, cu participare bulbară și insuficiență respiratorie;
- c. stadiul IV formă cu evoluție cronică gravă și rezistență mare la terapie, progresie din stadiul I, II sau III în ultimii 2 ani

10. Pacienții cu insuficiență renală cronică, dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- a. Pacientul nu dorește dializă sau transplant renal;
- b. clearance-ul de creatinină este 8.0 mg/dl (>6.0 mg/dl în diabet);
- c. Creatinina serică >8.0 mg/dl (>6.0 mg/dl în diabet);
- d. documentație de suport privind comorbidități:
 - uremie;
 - output urinar <400 cc/zi, hiperkaliemie intractabilă nonresponsivă la tratament;
 - pericardită uremică;
 - sindrom hepato-renal;
 - încărcare volemică intractabilă, nonresponsivă la tratament.

11. Pacienții cu insuficiență hepatică cronică, dacă se află în una din următoarele situații:

- a. Scor Child-Turcotte-Pugh clasa B sau C;
- b. Scor MELD \geq 14-15;
- c. Nu este eligibil pentru transplant sau refuză transplantul;
- d. Prezintă complicații reprezentate de ascită, varice hemoragice sau encefalopatie hepatică dificil de gestionat sau refractare la tratament;
- e. Prezintă pierdere musculară severă și cașexie;
- f. Dezvoltă sindrom hepatorenal sau insuficiență renală;
- g. Prezintă alterare funcțională în defășurarea activităților zilnice sau dependență față de ceilalți.

12. Pacienții cu HIV/SIDA dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- a. CD4 + <25 celule/mm³ sau încărcatura virală persistentă > 100.000 copii/ml, plus una dintre următoarele:
 - limfom CNS;
 - netratat sau fără răspuns la tratament;
 - pierdere în greutate 33%;
 - Bacteremie cu *Micobacterium avium* complex (MAC), netratată, nonresponsivă la tratament sau refuz de tratament;
 - Leucoencefalopatie multifocală progresivă;
 - Limfom sistemic cu boala HIV avansată și răspuns parțial la chimioterapie;
 - Sarcom Kaposi visceral nonresponsiv la tratament;
 - Insuficiență renală, în absența dializei;
 - Infecție cu *Cryptosporidium*;
 - Toxoplasmoză neresponsivă la tratament;
 - Infecție cu Citomegalovirus (CMV).
- b. Status de performanță Karnofsky (KPS) <50;
- c. Documentație de suport privind oricare dintre următorii factori:
 - Diaree cronică persistentă de un an;

- Albumina serica <2.5;
- Abuz de droguri activ, concomitent;
- Vârsta >50 ani;
- Absența terapiei antiretrovirale, chimioterapiei sau medicației profilactice specifice în boala HIV;
- Demența complexă SIDA avansată;
- Toxoplasmoza;
- Insuficiența cardiacă congestivă, simptomatică în repaus;
- Cazuri izolate care nu îndeplinesc criteriile de mai sus, cu alte comorbidități și declin rapid (se aprobă admiterea în îngrijiri paliative pe considerente individuale).

B. Pacienți cu vârsta de pâna la 18 ani care pot avea următoarele afecțiuni:

1. **Boli care amenință viața:** afecțiuni pentru care tratamentul curativ este posibil, dar poate eșua: cancer, insuficiențe de organ, malformații congenitale cardiace grave ș.a.;
2. **Boli care limitează viața,** dar pentru care tratamentul intensiv poate prelungi prognosticul și îmbunătăți calitatea vieții: fibroza chistică, distrofie neuromusculară progresivă, osteogeneza imperfectă în formă severă, deficiențe imune severe congenitale și dobândite; HIV-SIDA; boli inflamatorii - panarterită nodoasă, boala Crohn; boli renale - glomerulonefrita rapid progresivă, sindromul De Toni-Debre-Fanconi ș.a., insuficiență cardiacă, renală, hepatică.
3. **Boli progresive pentru care de la debut este posibil numai tratament paliativ:** anomalii cromozomiale, boli metabolice de stocare: glicogenoze, mucopolizaharidoze, unele mucolipidoze, Boala Gaucher, Boala Niemann-Pick; boli degenerative ereditare ale sistemului nervos central: atrofia musculară spinală Werdning-Hoffmann, leucodistrofia globală Krabbe, scleroza spongioasă Canavan, polidistrofia Alper, encefalomielita necrozantă subacută Leigh; boli degenerative dobândite: panencefalita sclerozantă subacută, scleroza multiplă.
4. **Boli non-progresive care determină o fragilitate constituțională și o susceptibilitate mare pentru complicații;** majoritatea sunt însoțite de deficit neurologic sever: paralizie cerebrală gravă cu imobilizare la pat și handicapuri multiple, traumatisme ale sistemului nervos central, sechele neurologice severe ale infecțiilor sistemului nervos central, meningomielocel cu afectare neurologică severă.
5. **Boli rare**

C. Pacienții care îndeplinesc oricare din criteriile de eligibilitate prevăzute la punctele A sau B și care au un grad redus de mobilitate sunt eligibili pentru acordarea serviciilor de îngrijiri paliative în cadrul subprogramului de îngrijiri la domiciliu.

Fluxul informației între furnizorii de servicii

Medicul într-o specialitate clinică care acordă o consultație în regim ambulatoriu, precum și medicul curant al pacientului internat, la externarea acestuia din spital, au obligația de a elibera scrisoare medicală pentru medicul de familie al pacientului, scrisoare medicală care se expediază direct medicului de familie sau prin intermediul asiguratului. De multe ori medicii de familie intră în posesia scrisorii medicale eliberată de medicul de specialitate cu întârziere,



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operational Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

fiind astfel îngreunat accesul ulterior la serviciile medicale. Din acest motiv, începând cu 1 iulie 2023, s-a reglementat transmiterea scrisorii medicale și prin poșta electronică.

De asemenea există riscul repetării recomandărilor pentru investigațiile necesare pacientului și implicit al efectuării acestora, cu utilizarea ineficientă a fondului, atât timp cât informațiile privind serviciile medicale efectuate de pacienți, al căror rezultat este menționat în scrisoarea medicală, nu este cunoscut de ceilalți medici care interacționează cu pacientul, în condițiile în care nu toți furnizorii de servicii medicale sunt conectați la Dosarul Electronic al Pacientului.

Prin urmare, la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate au fost inițiate două proiecte ce urmează a se implementa, proiecte ce se subscriu obiectivelor strategiei eHealth, al cărei scop este utilizarea tehnologiilor informației și comunicațiilor (TIC) în domeniul sănătății, ca mijloc de îmbunătățire a accesului la serviciile de sănătate, eficientizarea și creșterea calității acestora.

Astfel, proiectul SIGMA SMART care are ca obiectiv general optimizarea fluxurilor de date și monitorizarea electronică a serviciilor medicale decontate din FNUASS prin intermediul unui sistem informatic online va realiza următoarele:

- Automatizarea fluxurilor aferente certificatelor de concediu medical, a biletelor de trimitere, a scrisorilor medicale, a recomandărilor privind îngrijirile la domiciliu, a recomandărilor pentru îngrijiri paliative la domiciliu, precum și a recomandărilor privind dispozitivele medicale;
- Gestionarea, în condiții de siguranță, a biletelor de trimitere și a certificatelor de concediu medical, documente cu regim special care induc cheltuieli din FNUASS și au o circulație strict controlată (documente înseriate);
- Eliminarea semnificativă a erorilor umane în gestionarea programării serviciilor medicale, a certificatelor de concediu medical, a biletelor de trimitere, a scrisorilor medicale, a recomandărilor pentru îngrijiri medicale la domiciliu, a recomandărilor pentru îngrijiri paliative la domiciliu și a prescripțiilor medicale - recomandări pentru dispozitive medicale;
- Eliminarea neconcordanțelor în procesul de raportare de către furnizorii de servicii și evitarea refuzului la plată de către CAS a unor servicii medicale deja efectuate;
- Validarea online a documentelor medicale cu scopul diminuării poverii administrative a medicilor în avantajul actului medical;
- Creșterea transparenței privind decontarea serviciilor de sănătate din FNUASS, prin creșterea accesului la datele din sistem;
- Creșterea accesului asiguraților la îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu, precum și al accesului la dispozitive medicale, în condițiile în care aceștia sunt greu deplasabili, fiind necesar de multe ori deplasarea unui membru al familiei rudă de grad I și II, soț/soție, a unei persoane împuternicită legal în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, la casa de asigurări de sănătate unde este luat în evidență asiguratul.
- Asigurarea unui echilibru între cererea de servicii medicale/dispozitive medicale și capacitatea furnizorilor de a răspunde solicitărilor. Funcționalitatea de programare are scopul de a oferi asiguratului un instrument prin care să aibă acces facil la servicii medicale/dispozitive medicale, să ofere medicului/furnizorului de dispozitive medicale, un instrument de a programa pacientul căruia i-a emis un bilet de trimitere/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/ recomandare pentru îngrijiri paliative la



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferență!



Instrumente Structurale
2014-2020

domiciliu/prescripție medicală - recomandare pentru dispozitive medicale, și să ofere furnizorilor de servicii medicale un instrument de gestionare a listelor de așteptare.

Proiectul cu titlul **E-Istoricul de sănătate** - Sistem informatic pentru conectarea la dosarul electronic de sănătate al pacientului a tuturor serviciilor medicale la nivel național, care are ca obiectiv general creșterea calității și eficienței serviciilor oferite cetățenilor prin intermediul unui sistem informatic online va realiza următoarele:

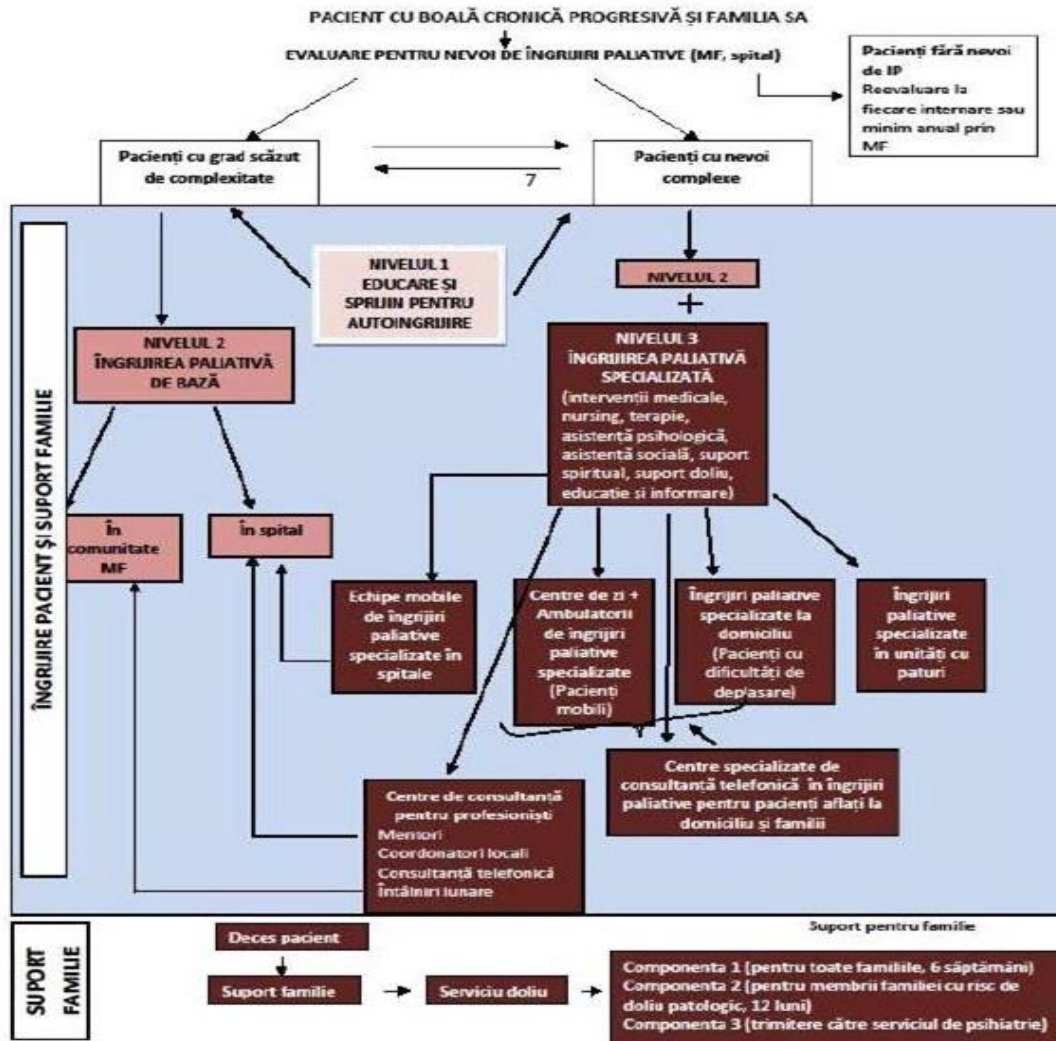
- Sistemul informatic propus va oferi posibilitatea de a consulta și de a verifica serviciile medicale raportate și documentele medicale în format electronic imediat după emiterea și validarea lor, datele și informațiile din sistem urmând a fi utilizate în scopul adoptării unor decizii medicale fundamentate, toate acestea cu respectarea legislației în vigoare privind utilizarea datelor cu caracter personal.
- Automatizarea fluxurilor aferente pentru conectarea la dosarul electronic de sănătate al pacientului a furnizorilor de servicii medicale paraclinice, servicii medicale clinice, servicii de medicină fizică și de reabilitare, îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijiri paliative la domiciliu, servicii de medicină dentară, dispozitive medicale și consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat.
- Gestionarea în condiții de siguranță a schimbului de informații între furnizorii de servicii medicale și CNAS.
 - Eliminarea semnificativă a erorilor umane în gestionarea informațiilor referitoare la pacient emise de furnizorii de servicii paraclinice, clinice, medicină fizică și de reabilitare, îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijiri paliative la domiciliu, medicină dentară, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat și trimise în dosarul electronic de sănătate al pacientului.
 - Eliminarea neconcordanțelor în procesul de raportare de către furnizorii de servicii și evitarea refuzului la plată de către C.A.S. a unor servicii medicale deja efectuate.
 - Validarea online a documentelor medicale cu scopul diminuării poverii administrative a medicilor în avantajul actului medical.
 - Creșterea accesului asiguraților la informații suplimentare din dosarul electronic de sănătate.
 - Posibilitatea realizării unor studii și rapoarte în ceea ce privește morbiditatea, consumul de resurse, evoluția pacienților cu anumite tipuri de tratament necesar aplicării metodelor medicinei bazate pe dovezi, respectiv fundamentarea unor politici în domeniul asigurărilor de sănătate.
- Accesul medicilor la o serie de informații necesare emiterii unui diagnostic rapid și corect, posibilitatea începerii utilizării dosarului electronic de sănătate al pacientului în mod colaborativ pe niveluri de furnizori de servicii medicale și competențe, asigurarea continuității actelor medicale pentru pacienții cu domiciliu în alte localități decât cele în care funcționează furnizorii de servicii medicale, reducerea erorilor cauzate de implicarea factorului uman.
- Posibilitatea reducerii timpului de stabilire a diagnosticului și creșterii acurateții acestuia, evitarea serviciilor medicale redundante (ex. analize de laborator repetate) cu consecința unei mai bune utilizări a fondului de sănătate, servicii medicale îmbunătățite prin

informarea mai bună a medicului curant despre istoricul medical al pacientului.

- Simplificarea metodei de accesare a dosarului electronic de sănătate al pacientului de către pacienți/asigurați, astfel încât să se asigure posibilitatea accesării pentru toate categoriile, indiferent de dispunerea geografică sau statutul social.

Circuitul pacientului în serviciile de îngrijiri paliative: de bază și specializate

Traseul pacienților în serviciile de îngrijiri paliative, prezentat sintetic în figura următoare:



Externarea precoce și asigurarea serviciilor în afara spitalului

Cu toate că una dintre direcțiile strategice pentru inversarea piramidei serviciilor medicale este externarea precoce a pacientului și îngrijirea acestuia la domiciliu și în comunitate, cu costuri mult mai mici și o calitate a vieții mai mare, astfel încât nevoia de servicii medicale spitalicești să se reducă odată cu scăderea implicită și a costurilor îngrijirii, acest lucru este dificil atât timp cât în sistemul de sănătate nu există suficienți furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Calitatea serviciilor de îngrijiri paliative

Asigurarea calității în îngrijirile paliative de bază

În prezent, îngrijirea paliativă de bază este îngrijirea și suportul acordat pacienților și familiilor sau aparținătorilor acestora de către personalul medical din asistența primară, comunitară sau din spitale generale, personal având instruire de bază în domeniul îngrijirilor paliative, certificată prin absolvirea unor programe de instruire acreditate de organisme profesionale competente și care au doar ocazional în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive și cu nevoi de îngrijire paliativă.

Având în vedere faptul că, majoritatea persoanelor care decedază în România, ar avea nevoie de îngrijiri paliative de bază cel puțin în ultimele luni de viață, este necesar ca medicii de familie și din spitale să fie pregătiți să ofere acest tip de îngrijiri.

Prin urmare, în următorii ani se preconizează includerea în curricula de pregătire în specialitatea medicina de familie a următoarelor cunoștințe și abilități necesare intervențiilor de îngrijiri paliative în asistența primară:

- a. evaluarea holistică: înțelegerea bolii de către pacient și familie, povara simptomelor, statusul de performanță, comorbidități, comunicarea și luarea deciziilor, sprijinul familiei și rețeaua de îngrijire, temeri legate de sfârșitul vieții, nevoi de educare referitoare la boală;
- b. intervenții de comunicare: comunicarea empatică, comunicarea diagnosticului și a prognosticului, evitarea comunicării diagnosticului/prognosticului real;
- c. managementul simptomelor: durerea, dispneea, anorexia, cașexia, depresia, anxietatea, greața/vărsăturile, delirul, fatigabilitatea, insomnia;
- d. educația familiei și a pacientului în legătură cu drepturile sociale;
- e. mobilizarea pacientului, îngrijirea tegumentelor și a cavității bucale, administrarea medicației, managementul nonfarmaceutic al simptomelor;
- f. manevre precum: montarea subcutanată a fluturașului, paracenteza, montarea cateterului urinar;
- g. monitorizarea pacientului;
- h. coordonarea îngrijirii cu serviciile specializate de îngrijiri paliative și/sau alte servicii specializate;
- i. îngrijirea terminală.

Asigurarea calității în îngrijirile paliative specializate

Ținând cont de schimbarea generală a paradigmei îngrijirilor paliative cu trecerea de la acordarea acestora în ultimele zile de viață (îngrijiri terminale) la acordarea îngrijirilor paliative din momentul diagnosticului unei boli cronice progresive sau incurabile cu prognostic limitat, această abordare a fost inițiată în România în anul 2018, odată cu publicarea în Monitorul oficial al României a Ordinului MS nr.253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative. Este însă necesară o acțiune concertată a administrației publice centrale și a organizațiilor profesionale pentru



UNIUNEA EUROPEANĂ



Întelegerea îngrijirilor paliative de către profesioniștii din sănătate ca fiind necesare de-a lungul evoluției bolii cronice progresive, nu doar în stadiul terminal.

Astfel, este necesar ca atât Colegiul Medicilor din România (CMR) cât și Ordinul Asistenților Medicali Generaliști. Moșelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) și organizațiile profesionale ale medicilor din diferite specialități, să acorde o atenție sporită domeniului îngrijirilor paliative și să contribuie la informarea profesioniștilor cu privire la importanța integrării îngrijirilor paliative, prin organizarea de cursuri de pregătire continuă în domeniul medical care să atingă și acest subiect.

În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

1. să fie autorizați conform prevederilor legale în vigoare;
2. să fie evaluați potrivit dispozițiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
3. să fie acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, pentru furnizorii obligați să se acrediteze potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare, și, respectiv, sunt acreditați pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare.

Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate cu modificările și completările ulterioare, definește calitatea ca fiind nivelul de conformare a serviciilor de sănătate la cerințele standardelor ANMCS, pentru a asigura pacienților cel mai bun rezultat, la cel mai bun cost, cu cel mai mic risc iatrogen, astfel încât sistemul de sănătate să răspundă așteptărilor generale ale populației

Astfel, sistemul de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului reprezintă ansamblul mijloacelor și metodelor de asigurare și îmbunătățire continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului, în conformitate cu cerințele standardelor adoptate de către ANMCS.

Acreditarea unităților sanitare reprezintă procesul de validare a conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de către unitățile sanitare, cu standardele ANMCS și aprobate în condițiile legii, în urma căruia unitățile sanitare sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competența tehnico-profesională și organizatorică a acestora. Evaluarea unităților sanitare este activitatea de analizare a nivelului de conformare a unităților sanitare la standardele ANMCS, desfășurată de către evaluatori externi de servicii de sănătate, independenți față de părțile interesate, la solicitarea de către unitățile sanitare a intrării în procedura de acreditare. Monitorizarea unităților sanitare se face prin urmărirea nivelului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului, în baza metodologiei aprobate de către Colegiul director al ANMCS.

În prezent se desfășoară cel de-al doilea ciclu de acreditare a spitalelor.

Acreditarea este obligatorie pentru unitățile sanitare care prestează sau nu servicii în relație cu sistemul public de asigurări de sănătate, cu excepția cabinetelor de medicină de familie, a cabinetelor medicale dentare și a cabinetelor medicale din ambulatoriul de specialitate



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și a laboratoarelor de analize medicale și de anatomie patologică.

Standardele pentru acreditarea spitalelor sunt reglementate prin Ordinul Ministrului Sănătății nr. 446/2017 privind aprobarea standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor

Standardele pentru serviciile de sănătate acordate în regim ambulatoriu sunt aprobate prin Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 353/2019. Anexa 4 la ordinul menționat cuprinde standardele pentru îngrijirile la domiciliu.

Referitor la relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art.7 alin. (5) din Legea nr.185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, sunt evaluați potrivit dispozițiilor art.253 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.106/32/2015 sunt aprobate Regulamentele-cadru de organizare și funcționare a comisiilor naționale și a comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, standardele de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, precum și metodologia-cadru de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, evaluare ce se realizează la nivelul caselor de asigurări de sănătate, pentru furnizorii exceptați de la acreditare.

Pentru creșterea calității serviciilor de îngrijiri paliative și a serviciilor de îngrijiri la domiciliu, în cursul anului 2023 în cadrul proiectului PAL-PLAN se va elabora Planul multianual și metodologia de acreditare a furnizorilor de îngrijiri paliative și a celor de îngrijiri la domiciliu.

De asemenea, proiectul PAL-PLAN a elaborat, între altele, un ghid privind metodologia pentru desfășurarea activităților de cercetare în domeniul calității serviciilor de îngrijiri paliative și a serviciilor de îngrijiri la domiciliu, o metodologie eficientă pentru monitorizarea calității în sistemul românesc de sănătate, cu accent pe aceste servicii, precum și un Manualul calității, care reprezintă un instrument util pentru furnizorii de îngrijiri paliative.

Monitorizarea, armonizarea și adaptarea permanentă, în dinamică, a actelor normative specifice asigurării continuității și calității serviciilor de îngrijiri paliative și îngrijiri la domiciliu se implementează printr-un Memorandum de colaborare între autoritățile centrale implicate în implementarea Programului Național de Îngrijiri paliative și în asigurarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu.

Asigurarea calității pentru componenta socială a îngrijirilor paliative

Pentru componenta socială a îngrijirilor paliative, respectiv pentru furnizorii acreditați și licențiați pentru servicii sociale, Legea nr. 197/2012 este actul normativ care reglementează calitatea în domeniul serviciilor sociale.

Calitatea în domeniul serviciilor sociale reprezintă ansamblul de cerințe și condiții ce sunt îndeplinite de furnizori și de serviciile sociale acordate de aceștia pentru a răspunde nevoilor și așteptărilor beneficiarilor.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Evaluarea și monitorizarea calității în domeniul serviciilor sociale se realizează în baza unor standarde, criterii și indicatori. Acreditarea furnizorilor de servicii sociale și licențierea serviciilor sociale, ca părți ale asigurării calității, reprezintă totalitatea activităților de evaluare și certificare a respectării criteriilor și standardelor reglementate.

Asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale este centrată pe beneficiar, soluționarea nevoilor și respectarea drepturilor acestuia fiind prioritare.

Nivelul de calitate a serviciilor sociale se evaluează în baza unor indicatori de performanță, pornind de la nivelul de referință, reprezentat de standardele minime, corespunzător clasei a III-a, până la clasa I, care reprezintă cel mai înalt nivel de calitate și se evidențiază prin încadrarea în clase de calitate.

Evaluarea pentru încadrarea serviciilor sociale în clase de calitate se realizează la cererea furnizorului acreditat și constă în verificarea documentelor justificative și evaluare de teren.

Normele metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr.197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale sunt stabilite prin Hotărârea de Guvern nr.118/2014.

În scopul evidențierii gradului de excelență a serviciilor sociale, se poate solicita evaluarea și încadrarea acestora în clase de calitate.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Înființarea serviciilor de îngrijiri paliative

Înființarea unui serviciu de îngrijiri paliative la domiciliu

Definirea serviciului

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt servicii specializate, asigurate de echipe interdisciplinare formate din personal cu pregătire de specialitate în îngrijiri paliative: medici cu atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, asistenți medicali cu specializare în îngrijiri paliative, psihologi, asistenți sociali, terapeuți și alți profesioniști absolvenți ai unor cursuri avansate de paliatie.

Cerinte, autorizari/acreditari ale serviciului

Pot fi furnizori de îngrijiri paliative specializate la domiciliu furnizori cu personalitate juridică, publici sau privați, sau structuri fără personalitate juridică din cadrul spitalelor publice sau private, asociațiilor și fundațiilor, care fac dovada funcționării cu echipe interdisciplinare formate din personal angajat având pregătire în domeniul îngrijirilor paliative.

Autorizarea funcționării serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, conform Ordinului nr. 2643/2022 și a Ordinului nr.3514/2023 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr.253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative. Se autorizează furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, cu personalitate juridică, publici sau privați, care îndeplinesc următoarele condiții:

1. existența în actul constitutiv și/sau statut a mențiunilor exprese privind furnizarea de îngrijiri paliative la domiciliu ca obiect de activitate sau alte prevederi legale pentru spitalele publice, care permit înființarea de servicii de îngrijiri la domiciliu;
2. existența unei echipe interdisciplinare capabile să susțină activitățile de îngrijiri paliative la domiciliu, formată din categorii de personal calificat conform art. 3 din anexa nr.4 la Ordinul nr.253/2018;
3. existența în echipa multidisciplinară a unui kinetoterapeut în cazul furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu care deservește pacienți copii;
4. dovada deținerii unui sediu cu funcția de dispecerat pentru îngrijiri paliative la domiciliu, care să respecte condițiile de dotare și organizare în conformitate cu prevederile anexei nr.13 la ordin.

Autorizarea furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face în baza declarației pe propria răspundere.

Înființarea unui serviciu de internare pentru îngrijiri paliative în spital

Definirea serviciului

Îngrijirile paliative în regim de internare sunt servicii specializate care se acordă prin unități sanitare cu paturi de profil, organizate în spitale publice sau private ca secții/compartimente de îngrijiri paliative sau ca unități independente de paliatie, denumite "hospice-uri", care fac dovada funcționării cu echipe interdisciplinare formate din personal cu pregătire de specialitate în îngrijirile paliative conform normativelor în vigoare și standardelor profesionale de îngrijiri paliative.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Îngrijirea paliativă în regim de internare se adresează pacienților cu simptomatologie severă și necontrolată în ambulator sau la domiciliu, celor care necesită supraveghere și îngrijire continuă, pacienților în stare terminală, sau pentru a acorda un timp de respiro familiei pacienților împovărați de îngrijirea de lungă durată a unei persoane bolnave apropiate. Internarea se face pe perioade limitate de timp (aproximativ 20-30 de zile), pentru rezolvarea unor episoade de îngrijire și nu se confundă cu îngrijirea pe termen lung sau cu asistența în regim rezidențial.

Normativul de personal pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative sunt reglementate prin Ordinul nr.1224/2010, respectiv de 1 medic cu atestat de studii complementare în îngrijiri paliative la 10-12 paturi, 4-8 asistente medicale pe tură și 4-8 infirmiere pe tură.

Cerințe, autorizari/acreditări ale serviciului

Ministerul Sănătății, avizează înființarea, structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea și schimbarea sediului și a denumirilor pentru unitatile sanitare cu paturi (în regim de spitalizare continuă sau de zi). Deci pentru înființarea unui compartiment (sub 25 paturi) sau a unei secții (25 paturi sau mai multe) de îngrijiri paliative în spital, este nevoie de obținerea unui aviz de structură care să confirme existența în cadrul unității sanitare a compartimentului/secției respective, aviz care se solicită de la Ministerul Sănătății. Avizul specifică numărul de paturi de paliative aprobate în structura unității sanitare.

Documentația pentru unitățile spitalicești private trebuie să cuprindă:

1. datele de identificare a unității spitalicești, societății sau organizației, după caz;
2. actul constitutiv/statutul din care să rezulte obiectul de activitate al societății cu codul CAEN corespunzător
3. înregistrarea la registrul comerțului cu codul CAEN 8610, la adresa unde se va organiza unitatea sanitară cu paturi
4. dovada dobândirii personalității juridice pentru organizația non-guvernamentală (ONG);
5. actul constitutiv al ONG, care să aibă prevăzut la obiective și înființarea de unități sanitare cu paturi;
6. dovada de spațiu: spațiul unde urmează să se organizeze unitatea sanitară cu paturi de paliative (spațiu închiriat, concesionat, inclusiv schimbare de destinație, cu avizele necesare, după caz) sau a terenului, pe care urmează să se construiască unitatea;

Amenajarea spațiului în care urmează să se organizeze secția/compartimentul de îngrijiri paliative se face conform cerințelor de dotare și echipamentelor descrise în Ordinul nr.253/2018, Anexa 5. După realizarea amenajării, Ministerul Sănătății va elibera avizul de structură organizatorică finală a unității respective (la momentul la care unitatea își poate începe activitatea), în baza depunerii următoarelor documente:

1. prezentarea finală a structurii rezultate în urma finalizării spațiilor cu:
 - a. descrierea spațiului și a structurilor componente cu circuitele funcționale respective
 - b. dotările cu mobilier de care beneficiază unitatea
 - c. echipamentele și aparatura medicală din dotarea unității sanitare care trebuie să corespundă specialităților solicitate ;
2. personalul de specialitate medico-sanitar (lista nominală cu medicul/medicii cu atestat de studii complementare în îngrijiri paliative);



UNIUNEA EUROPEANĂ



3. serviciile medicale care urmează a fi oferite;
4. modalitatea de asigurare a supravegherii și continuității în acordarea asistenței medicale;
5. modalitatea de asigurare a serviciilor de medicină de laborator, de radiologie și imagistică medicală, după caz, etc., sau a contractelor pentru externalizarea acestor servicii, în situația în care unitatea nu dispune structuri proprii pentru aceste servicii;
6. modalitatea de asigurare a serviciilor de: sterilizare, spălătorie, bucătărie, colectare și eliminarea deșeurilor etc; (contractele încheiate se păstrează la sediul unității pentru a putea fi verificate)

Autorizarea serviciilor de îngrijiri paliative pediatrice este aceeași cu cea pentru serviciile destinate pacienților adulți.

Înființarea unui centru independent de îngrijiri paliative de tip „hospice”

Definirea serviciului

Un centru de tip ”hospice” are de obicei câteva servicii specializate de îngrijiri paliative, care pot fi unități cu paturi, combinate cu ambulatorii, servicii de îngrijiri paliative la domiciliu și/sau centre de zi specializate pe specificul îngrijirilor paliative. Avantajul localizării mai multor servicii de paliative în aceeași structură oferă posibilitatea asistării pacienților pe toată durata bolii cronice progresive, de-a lungul perioadelor de tratamente curative active și în paralel cu acestea, până la fazele avansate și terminale de boală.

Cerinte, autorizari/acreditari ale serviciului

Autorizațiile de înființare se vor solicita în funcție de serviciile componente ale centrului ”hospice”, respectiv pentru unități cu paturi, îngrijiri paliative la domiciliu, ambulatorii, centre de zi (vezi capitolele respective).

Înființarea unui serviciu de îngrijiri paliative in ambulator

Definirea serviciului

Ambulatoriul de îngrijiri paliative oferă consultații medicale de paliative, consiliere psihologică și socială pacienților mobili cu boli cronice progresive, care au simptomatologie necontrolată, nevoi de îngrijire, suferință psiho-emoțională spirituală sau socială. Ambulatoriul de îngrijiri paliative poate fi integrat unei structuri spitalicești cu paturi sau poate funcționa independent. Ambulatoriile integrate aparțin unităților sanitare care au în structură paturi de paliative și vin în sprijinul continuității de îngrijire a pacienților mobili, sau asigură monitorizarea periodică a pacienților cu boală cronică progresivă, în perioadele stabile de boală, când nu este nevoie de internare sau de îngrijiri paliative la domiciliu.

Cerințe, autorizari/acreditări ale serviciului

Pentru ambulatoriile integrate ale spitalelor, autorizarea ambulatoriului se face de către Ministerul Sănătății, în cadrul avizului de structură. Ambulatoriile independente funcționează conform Ordonanței nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale. Ambulatoriile integrate funcționează în baza Ordinului MS nr.39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Înființarea, acreditarea, licențierea serviciului de îngrijiri paliative în domeniul social

Pentru a acorda servicii sociale pe teritoriul României, furnizorii de servicii sociale, indiferent de forma lor juridică, trebuie acreditați în condițiile legii.

Serviciile sociale pot funcționa pe teritoriul României numai dacă sunt acreditate în condițiile legii.

Furnizorii de servicii sociale sunt persoane fizice sau juridice, de drept public ori privat.

Furnizori publici de servicii sociale pot fi:

- ✓ structurile specializate din cadrul/subordinea autorităților administrației publice locale și autoritățile executive din unitățile administrativ-teritoriale organizate la nivel de comună, oraș, municipiu și sectoare ale municipiului București;
- ✓ autoritățile administrației publice centrale ori alte instituții aflate în subordinea sau coordonarea acestora care au stabilite prin lege atribuții privind acordarea de servicii sociale pentru anumite categorii de beneficiari;
- ✓ unitățile sanitare, unitățile de învățământ și alte instituții publice care dezvoltă, la nivel comunitar, servicii sociale integrate.

Furnizori privați de servicii sociale pot fi:

- ✓ organizațiile neguvernamentale, respectiv asociațiile și fundațiile;
- ✓ cultele recunoscute de lege;
- ✓ persoanele fizice autorizate în condițiile legii;
- ✓ filialele și sucursalele asociațiilor și fundațiilor internaționale recunoscute în conformitate cu legislația în vigoare;
- ✓ operatorii economici cu scop lucrativ, pentru toate categoriile de servicii sociale organizate în condițiile legii, cu excepția celor prevăzute la art. 73 alin. (2) lit. a) și c), la art. 77 și 78, precum și a celor prevăzute la art. 83 din Legea asistenței sociale nr.292/2011 cu completările și modificările ulterioare

Nomenclatorul serviciilor sociale, aprobat prin HG nr.867/2015, cuprinde centrele rezidențiale de îngrijire și asistență medico-socială pentru persoane vârstnice, bolnavi cronici în fază terminală (cod serviciu social 8710 CRMS-I și 8710 CRMS-II).

Ambele servicii se licențiază ca servicii sociale acordate în sistem integrat cu alte servicii de interes general destinate persoanelor adulte (anexa nr.7 la Ordinul MMJS nr.29/2019).

La nivelul MMSS au fost licențiate 8 Centre rezidențiale de îngrijiri paliative (cod serviciu social 8710 CRMS-II), dintre care 7 au ca furnizor Asociații/Fundații iar unul este un operator economic.

Capacitatea totală a acestor centre este de 214 locuri.

Toate centrele sunt situate în mediul urban.

Standardele minime utilizate pentru licențierea serviciilor sociale au în vedere, în principal, următoarele aspecte:

- ✓ scopul serviciilor sociale și specificul activităților derulate;



UNIUNEA EUROPEANĂ



- ✓ nevoile de bază ale beneficiarilor;
- ✓ calitatea vieții și siguranța beneficiarilor;
- ✓ calitatea managementului și competența personalului de specialitate;
- ✓ respectarea disciplinei economico-financiare.

Pentru licențierea Centrelor rezidențiale de îngrijiri paliative (cod serviciu social 8710 CRMS-II), furnizorul de servicii sociale trebuie să depună un dosar care conține cererea, documentele justificative și fișa de autoevaluare.

În conformitate cu prevederile H.G nr.118/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr.197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, documentele justificative sunt următoarele :

- ✓ documentul care atestă dreptul de administrare, de concesiune sau de folosință asupra spațiului în care funcționează serviciul social, cum ar fi: extras de carte funciară pentru informare, contract de comodat, de închiriere, de concesiune, de administrare, de schimb etc.;
- ✓ actul/documentul legal privind decizia de înființare a serviciului, după caz;
- ✓ regulamentul de organizare și funcționare al serviciului social, elaborat cu respectarea modelului-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.867/2015, cu modificările și completările ulterioare;
- ✓ fotografii ale spațiilor aferente desfășurării serviciilor sociale, la data solicitării acreditării;
- ✓ CV-ul unei persoane cu calificare în domeniul asistenței sociale sau în managementul serviciilor sociale;
- ✓ o copie de pe contractul de muncă sau contractul de prestări servicii încheiat cu persoana prevăzută mai sus;
- ✓ angajamentul furnizorului de a notifica Ministerul Muncii și Solidarității Sociale sau, după caz, instituțiile din subordinea sa, asupra oricăror modificări referitoare la serviciul social pentru care a obținut licența de funcționare intervenite după acordarea acesteia, completat după modelul prevăzut în anexa nr.8, în funcție de beneficiarii serviciului social;

După verificarea de către compartimentul de acreditare a documentelor justificative și a fișei de autoevaluare, a datelor și informațiilor cuprinse în cererea de acreditare a serviciului social, se poate elibera licența provizorie sau, după caz, decizia de respingere a acordării acesteia.

După verificarea în teren de către inspectorii sociali a îndeplinirii standardelor minime, în baza cărora se eliberează licența de funcționare sau, după caz, decizia de respingere a acordării acesteia. Inspectorii sociali au în vedere constatarea condițiilor legale de funcționare și a conformității datelor prezentate în documentele justificative și în fișa de autoevaluare cu realitatea din teren.

Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a este prevăzut în anexa nr. 4 la HG.nr.867/2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferență!



Instrumente Structurale
2014-2020

Etapele acordării serviciilor sociale

Procesul de acordare a serviciilor sociale

- ✓ Serviciile sociale **se acordă la solicitarea persoanei**, după caz, a reprezentantului său legal, precum și din oficiu.
- ✓ Solicitarea pentru acordarea de servicii sociale se adresează **serviciului public de asistență socială** organizat în subordinea autorităților administrației publice locale.
- ✓ Solicitarea pentru acordarea de servicii sociale poate fi adresată și **direct unui furnizor privat de servicii sociale**, situație în care, dacă se încheie un contract de prestări servicii cu persoana solicitantă, furnizorul are obligația de a informa, în scris, autoritatea administrativ-teritorială pe a cărei rază teritorială își are domiciliul sau reședința beneficiarul serviciului respectiv.
- ✓ Acordarea serviciilor sociale se realizează în baza unui contract, încheiat între furnizorul de servicii sociale și beneficiar, în care se stipulează serviciile acordate, drepturile și obligațiile părților, precum și condițiile de finanțare.
- ✓ Modelul contractului prevăzut anterior se aprobă prin ordin al ministrului muncii, familiei și protecției sociale.

Procesul de acordare a serviciilor sociale are următoarele **etape obligatorii**:

- ✓ evaluarea inițială;
- ✓ elaborarea planului de intervenție;
- ✓ evaluarea complexă;
- ✓ elaborarea planului individualizat de asistență și îngrijire;
- ✓ implementarea măsurilor prevăzute în planul de intervenție și în planul individualizat;
- ✓ monitorizarea și evaluarea acordării serviciilor.

Evaluarea inițială și planul de intervenție sunt realizate de asistentul social sau, în lipsa acestuia, de personalul cu competențe în domeniul asistenței sociale din cadrul serviciului public de asistență socială din subordinea autorităților administrației publice locale.

Evaluarea inițială are drept scop **identificarea nevoilor individuale și familiale**, în baza cărora este elaborat planul de intervenție.

Planul de intervenție realizat în condițiile prezentate anterior se adresează persoanei și, după caz, familiei acesteia și cuprinde măsurile de asistență socială, respectiv serviciile recomandate pentru soluționarea situațiilor de nevoie sau risc social identificate, precum și beneficiile de asistență socială la care persoana are dreptul.

În cadrul procesului de evaluare inițială, persoana primește gratuit informațiile referitoare la riscurile sociale și **drepturile de protecție socială** de care poate beneficia, precum și, după caz, consilierea necesară în vederea depășirii situațiilor de dificultate.

În condițiile în care evaluarea inițială evidențiază existența unor nevoi speciale pentru a căror rezolvare se impune participarea unei echipe interdisciplinare și/sau implicarea altor instituții, se recomandă **efectuarea evaluării complexe**.

Evaluarea complexă a persoanelor cu dizabilități și a persoanelor care și-au pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă și a persoanelor vârstnice are drept scop identificarea detaliată a nevoilor persoanei și elaborarea unui program de suport strict individualizat care conține ansamblul de măsuri și servicii sociale, de educație, medicale, de



UNIUNEA EUROPEANĂ



recuperare și adaptare/ readaptare necesare a fi acordate persoanei pentru facilitarea integrării/reintegrării sociale a acesteia.

Procesul de evaluare complexă urmărește, în principal, următoarele aspecte:

- ✓ evaluarea capacităților fizice, mentale și senzoriale pentru încadrarea în grade de dizabilitate, invaliditate sau dependență;
- ✓ evaluarea mediului fizic și social în care trăiește persoana și/sau familia;
- ✓ evaluarea potențialului persoanei de a se implica în acțiunile, programele și serviciile de sprijinire pentru depășirea situațiilor de dificultate;
- ✓ evaluarea percepției persoanei asupra propriilor nevoi, a vulnerabilității și consecințelor asupra siguranței și securității personale.

Pe baza rezultatelor evaluării complexe se stabilesc măsurile de protecție specială, serviciile de îngrijire personală și drepturile la beneficii de asistență socială sau alte prestații de asigurări sociale, după caz.

În urma evaluării complexe se elaborează un plan individualizat de îngrijire și asistență care, pentru a fi eficient și implementabil, trebuie să țină cont de aspecte privind:

- ✓ motivația persoanei sau a reprezentantului legal al acesteia de a solicita autorităților statului asistență și îngrijire;
- ✓ motivația persoanei de a participa activ la programele, măsurile de intervenție și serviciile sociale recomandate;
- ✓ consecințele negative asupra persoanei în cazul neacordării serviciilor sociale necesare;
- ✓ percepția proprie privind capacitatea funcțională, performanțele și resursele;
- ✓ capacitatea rețelei informale de a acorda servicii sociale;
- ✓ nevoile de suport ale personalului de asistență și îngrijire formală și informală;
- ✓ existența serviciilor sociale în comunitate, modul în care acestea pot răspunde nevoilor persoanei, precum și posibilitatea de acces a beneficiarului la serviciul respectiv.

Pe baza rezultatelor evaluării complexe, beneficiarului i se prezintă **lista furnizorilor acreditați** de servicii existenți, care pot acoperi total sau parțial nevoile identificate.

Beneficiarul are dreptul să aleagă în mod liber dintre furnizorii de servicii acreditați.

Furnizarea serviciilor sociale se realizează în baza **planului individualizat de asistență și îngrijire**, elaborat de furnizorul de servicii sociale cu acordul și participarea beneficiarului.

În vederea monitorizării eficienței serviciilor sociale furnizate, precum și pentru stabilirea continuării intervenției sau scoaterii din evidență a cazului, situația beneficiarului se reevaluează periodic.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Resursele umane în îngrijirea paliativă

Planificarea resurselor umane

Potrivit titlului XVII - *Înființarea, organizarea și funcționarea Institutului Național de Management al Serviciilor de Sănătate* din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate are ca principal obiect de activitate analiza serviciilor de sănătate din România în numele și pentru Ministerul Sănătății, în scopul fundamentării științifice a propunerilor de politici și strategii privind serviciile de sănătate, pentru realizarea de cercetări operaționale, elaborarea de ghiduri și proceduri privind managementul serviciilor de sănătate.

INMSS desfășoară activități de formare profesională, în parteneriat cu instituțiile de învățământ superior medico-farmaceutic, în domeniul managementului serviciilor de sănătate în vederea obținerii de atestate eliberate de Ministerul Sănătății, cursuri de scurtă durată și alte tipuri de cursuri specifice în domeniul managementului serviciilor de sănătate.

INMSS realizează catagrafierea serviciilor de sănătate, a necesarului de tehnologie și infrastructură, elaborează planuri de servicii în conformitate cu profilul stării de sănătate local, regional și național și în raport cu resursele umane și de tehnologie existente.

INMSS participă la elaborarea curiculelor cursurilor de perfecționare în management sanitar sau managementul serviciilor de sănătate împreună cu Ministerul Sănătății și unitățile de învățământ superior medico-farmaceutic.

Prin urmare, INMSS este instituția publică având atribuții în desfășurarea atât a activităților de formare profesională necesare pentru pregătirea profesională adecvată, cât și a adaptării curiculelor de pregătire profesionale, astfel încât să fie cuprinse în curiculele de pregătire în specialitățile clinice relevante elemente de pregătire specifice îngrijirii paliative de bază și specializate, cât și catagrafierea nevoii de servicii de îngrijiri paliative în România.

Interfața cu alte specialități

(spre exemplu: oncologie, psihiatrie, radioterapie, radiologie)

Conceptul modern de îngrijiri paliative presupune intervenții încă din momentul diagnosticului unei boli incurabile sau cu prognostic limitat și în paralel cu serviciile "curative", pentru a atenua simptomele secundare ale acestora sau pentru a aborda alte probleme psiho-emoționale, sociale sau spirituale. În prezent, acest lucru se poate realiza în spitalele în care există o structură de îngrijiri paliative, unde există echipe mobile de îngrijiri paliative, iar pentru pacienții internați pe alte secții medicul curant poate solicita o consultație interdisciplinară de îngrijiri paliative. În acest mod colaborativ serviciile curative și îngrijirile paliative recomandate se acordă împreună, în echipă interdisciplinară.

Pentru a crește acoperirea nevoii de îngrijiri paliative în unități spitalicești, în proiectul de Program național de dezvoltare a îngrijirilor paliative, este propus un Subprogram de îngrijiri paliative spitalicești, iar una dintre activități este acordarea de servicii de îngrijiri paliative/efectuarea de proceduri de îngrijiri paliative de către echipe mobile intraspitalicești, în unitățile sanitare cu paturi care NU au în structură paturi de spitalizare de zi sau secții/compartimente distincte dedicate îngrijirilor paliative.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Finanțarea serviciilor de îngrijiri paliative

Mecanisme curente de finanțare a serviciilor de îngrijiri paliative

Îngrijirea paliativă în regim de internare

Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă, dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu.

Valoarea contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru secțiile și compartimentele de îngrijiri paliative (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății) se stabilește astfel:

- Numărul de paturi contractabile pentru anul 2022 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative (care este 320) x tariful pe zi de spitalizare negociat. Începând cu 1 ianuarie 2023, tariful pe zi de spitalizare nu poate fi mai mare decât 273,08 lei. Începând cu 1 iulie 2023, tariful pe zi de spitalizare nu se mai negociază fiind prevăzut în Normele metodologice de aplicare ale contractului-cadru, la valoarea de 273,08 lei.
- Numărul de paturi contractabile se stabilea până la 30 iunie 2023 cu încadrarea în planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății; numărul de paturi contractabile pentru fiecare spital, se stabilește cu încadrarea în numărul de paturi aprobat la nivel județean de către o comisie formată din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică/direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie și se avizează de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

La stabilirea numărului de paturi contractabile pentru fiecare spital, casele de asigurări de sănătate/direcțiile de sănătate publică au în vedere necesarul de servicii medicale pe specialități inclusiv pentru serviciile medicale acordate asiguraților din alte județe, specialitățile deficitare și condițiile specifice existente la nivel local.

Începând cu 1 iulie 2023 paturile pentru îngrijiri paliative se contractează de casele de asigurări de sănătate fără a fi cuprinse în Planul național de paturi, în limita fondurilor aprobate pentru asistența medicală spitalicească.

Decontarea lunară în limita sumei contractate pentru servicii paliative în regim de spitalizare continuă se face în funcție de:

1.1. numărul de zile de spitalizare realizat și validat

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient, de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări în limita sumei contractate pentru servicii paliative în funcție de:



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operational Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

2.1. numărul de zile de spitalizare realizate raportate și validate pentru trimestrul pentru care se face regularizarea.

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

2.2. tariful pe zi de spitalizare.

Îngrijirea paliativă în ambulatoriu

În prezent, furnizorii care au în structură cabinet autorizat pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu sau cabinet autorizat pentru o specialitate clinică și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, după evaluare/acreditare pot să solicite încheierea unui contract cu casa de asigurări de sănătate. Îngrijirile paliative în ambulatoriu sunt un domeniu deficitar în toate județele țării.

Pentru o consultație de îngrijiri paliative în ambulatoriu care durează în medie 30 de minute, se decontează de către casa de asigurări de sănătate contravaloarea a 18 puncte, valoarea garantată a unui punct fiind de 4 lei pentru anul 2022. Începând cu 1 iulie 2023 se acordă pentru o consultație contravaloarea a 21,6 puncte, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical fiind de 4,5 lei.

Pentru evaluarea clinică și paraclinică, elaborarea planului de îngrijire paliativă, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu nevoie de îngrijire paliativă, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 6 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 3 consultații pe lună.

Îngrijirea paliativă la domiciliu

Decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se suportă din fondul aferent asistenței de îngrijire paliativă la domiciliu.

În vederea stabilirii valorii de contract se are în vedere punctajul corespunzător numărului de echipe multidisciplinare.

Echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative la domiciliu este formată din minim un medic cu normă întreagă cu competență/atestat de studii complementare de îngrijiri paliative, doi asistenți medicali cu normă întreagă cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, un psiholog specializat în psihologie clinică/consiliere psihologică/psihoterapie, cu jumătate de normă cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, precum și un fizioterapeut cu studii aprofundate în îngrijiri paliative cu un sfert de normă, având studii aprofundate în îngrijiri paliative la domiciliu. La furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu își poate desfășura activitate și alt personal, în funcție de nevoile pacienților aflați în îngrijire.

Fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu obține un punctaj corespunzător numărului de echipe multidisciplinare cu componență minimă.

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un psiholog - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent medical - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferență!



Instrumente Structurale
2014-2020

- pentru un fizioterapeut - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

Pentru fiecare echipă multidisciplinară cu componență minimă, un furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu primește 20 de puncte. Nu se punctează personalul calificat care își desfășoară activitatea la furnizor în afara componenței minime a echipelor multidisciplinare. O normă întregă poate fi acoperită și de mai multe persoane cu aceeași calificare profesională.

Programul de activitate al furnizorului, solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul să fie acoperit de medic/medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

Sumele maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilesc astfel:

- se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor conform numărului de echipe multidisciplinare cu componență minimă formate din personal medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.
- se calculează valoarea unui punct prin împărțirea sumei cu destinația îngrijiri paliative la domiciliu la numărul de puncte cumulativ de toți furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, eligibili pentru a intra în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.
- valoarea unui punct obținută conform literei b) se înmulțește cu numărul de puncte obținut de fiecare furnizor, rezultând suma maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate. Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.
- suma maxim posibil de contractat de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate nu poate depăși valoarea rezultată din înmulțirea tarifului pe zi de îngrijiri paliative la domiciliu cu numărul maxim de zile de îngrijiri paliative la domiciliu ce poate fi efectuat de furnizorul respectiv conform structurii de echipe multidisciplinare cu componență minimă și programului de lucru al personalului din componența echipei.

Numărul maxim de vizite de îngrijiri paliative la domiciliu ce poate fi efectuat de o echipă multidisciplinară cu componență minimă de îngrijiri paliative la domiciliu este de 18 vizite/zi.

În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu, conform prevederilor alin. (1) - (6), se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații - cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare și a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de numărul de zile de îngrijiri paliative la domiciliu efectuate, raportate și validate și tariful pe zi de îngrijire



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operational Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

paliativă, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și a sumelor contractate. Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv

La calcularea numărului maxim de zile de îngrijiri paliative la domiciliu ce pot fi efectuate și raportate în vederea decontării, de personalul care își desfășoară activitatea la furnizor, se au în vedere:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 90 de minute
- numărul de ore/zi în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor și acordă serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu.

Până la 30 iunie 2023, dacă valoarea trimestrială de contract rămasă neconsumată este mai mică decât tariful în lei reprezentând contravaloarea unei zile de îngrijiri paliative la domiciliu de 105 lei, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract. Începând cu 1 iulie 2023 crește tariful pentru o zi de îngrijiri paliative la domiciliu la 204 lei (pentru mediul urban), respectiv 214 de lei (pentru mediul rural - peste 10 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 224 de lei (pentru mediul rural - peste 20 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 233 de lei (pentru mediul rural - peste 30 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, respectiv 243 de lei (pentru mediul rural - peste 40 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; sănătate, respectiv 253 de lei (pentru mediul rural - peste 50 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Tot de la 1 iulie 2023, se consideră epuizată valoarea de contract dacă suma rămasă corespunde unui procent de 5% din valoarea de contract. Pentru furnizorii care se găsesc în situația în care suma neconsumată se încadrează în procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiași furnizor în trimestrul următor. În situația în care la unii furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

În baza planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmește factura lunară și desfășurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu efectuate.

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și transmite la casa de asigurări de sănătate până la



UNIUNEA EUROPEANĂ



termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentului ordin.

Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor prestate pentru perioada respectivă.

Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor de îngrijire efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența recomandărilor aferente serviciilor de îngrijire raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

Centrele de zi de îngrijiri paliative

În prezent, în lipsa unor standarde specifice pentru centrele de zi de îngrijiri paliative, aceste centre se pot licenția ca centre de zi pentru persoane adulte cu dizabilități (cod serviciu social 8899 CZ-D-I) sau ca centre de zi pentru copii cu dizabilități (cod serviciu social 8891 CZ-C-III), conform Hotărârii Nr. 867/2015 din 14 octombrie 2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale.

Finanțarea serviciilor sociale se realizează din fonduri alocate de la bugetul de stat, de la bugetele locale, din donații, sponsorizări sau din alte contribuții din partea unor persoane fizice ori juridice, din țară și din străinătate, din contribuții ale beneficiarilor, precum și din alte surse, cu respectarea legislației în domeniu și în limita resurselor financiare disponibile.

Persoanele cu dizabilități, în funcție de nivelul deficienței, gradul de afectare a funcțiilor și a structurilor organismului, factorii de mediu și personali, incapacitatea manifestată, se încadrează în grade de dizabilitate, reglementate prin legile speciale.

În funcție de gradul de dizabilitate, precum și, după caz, de dificultățile familiale și socio-economice, persoanele cu dizabilități beneficiază de alocații, indemnizații și facilități, precum și de alte forme de sprijin financiar și în natură.

Persoanele cu dizabilități beneficiază de o alocație lunară în scopul susținerii necesităților zilnice de viață, precum și de o indemnizație de îngrijire în vederea asigurării îngrijirii personale, acordate în funcție de gradul de dizabilitate și în condițiile stabilite prin legile speciale.

Pentru persoanele cu afectare gravă a capacității de muncă, alocația prevăzută anterior se acordă doar în funcție de gradul de dizabilitate al acestora.

Persoanele adulte, în funcție de gradul de dizabilitate, pot beneficia, în condițiile legii, de facilități fiscale și alte facilități, precum și de credite a căror dobândă se suportă din bugetul de stat pentru achiziționarea de autovehicule și pentru adaptarea locuinței conform nevoilor individuale.



UNIUNEA EUROPEANĂ

Concluzii



Îngrijirea paliativă presupune o abordare holistică a problemelor complexe ale pacienților cu boli cronice progresive sau incurabile având prognostic limitat și ale familiei acestuia, prin intervenții în echipă interdisciplinară. Îngrijirea paliativă contribuie la îmbunătățirea calității vieții pacienților cu boli cronice în stadii avansate, precum și la sprijinirea familiei după decesul pacienților, facilitând reintegrarea socială și adaptarea la pierdere.

Introducerea unui mecanism unitar și fluent de planificare, dezvoltare, evaluare și monitorizare a serviciilor de îngrijiri paliative printr-un program național de îngrijiri paliative în sistemul de sănătate românesc este necesară și oportună.

Pentru pacienții cu boli în stadii avansate îngrijirea paliativă nu este un serviciu care răspunde unei situații ocazionale, ci unei nevoi medico-sociale firești și în permanentă creștere, într-o societate cu perspective demografice de îmbătrânire în următoarele decenii. Îngrijirea trebuie să fie centrată pe nevoile individuale și specifice identificate ale fiecărei persoane.

Soluțiile pentru asigurarea îngrijirii paliative pentru persoanele care au nevoie de acest tip de îngrijire trebuie să fie sustenabile.

Obiectivul unei societăți este de a se asigura ca toate persoanele să poată trăi cu demnitate și o bună calitate a vieții, cu posibilitatea de alegere a locului și modului de îngrijire preferate, indiferent de capacitatea lor funcțională, precum și de reducere a perioadelor trăite cu limitări funcționale la vârste înaintate.

În acest sens, trebuie conștientizată importanța evaluării holistice a pacientului, interrelația dintre nevoile medicale și de îngrijire, emoționale, spirituale și sociale, în vederea creșterii calității vieții pacientului și familiei acestuia.

Totodată, este necesară o acțiune concertată a administrației publice centrale și a organizațiilor profesionale pentru înțelegerea îngrijirilor paliative de către profesioniștii din ambele domenii (social și medical) ca fiind necesare de-a lungul întregii perioade a bolii cronice progresive, inclusiv în paralel cu tratamentele curative, nu doar în stadiul terminal.

Astfel, este important ca atât Colegiul Medicilor din România (CMR), cât și Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), Colegiul Național al Asistenților Sociali din România (CNASR), Colegiul Psihologilor din România (CPR), Colegiul Fizioterapeuților din România (CFR) să acorde o atenție sporită domeniului îngrijirilor paliative și să contribuie la informarea profesioniștilor cu privire la schimbarea paradigmei îngrijirilor paliative, în sensul trecerii de la acordarea acestora în ultimele zile de viață (îngrijiri terminale) la acordarea îngrijirilor paliative din momentul diagnosticului unei boli cronice progresive sau incurabile cu prognostic limitat și pe parcursul întregii evoluții a bolii. Este necesară organizarea de cursuri de pregătire continuă în domeniul medical și social care să atingă și acest subiect. Totodată este necesară, consolidarea capacităților în domeniul îngrijirii paliative de bază și al îngrijirilor paliative specializate, cu dezvoltarea de noi structuri în toate județele țării, preponderent în regim extra-spitalicesc: servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu, servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, unitati spitalicești de îngrijiri paliative (secții/compartimente de spital sau unități hospice independente) în județele care încă nu au astfel de servicii, echipe spitalicești de îngrijire paliativă în spitalele de acuzi care nu au secții/compartimente de îngrijiri paliative, și centre de consultanță pentru furnizorii de îngrijire paliativă de bază). Dezvoltarea acestor noi structuri impune formarea graduală a resurselor umane necesare, alături de ajustările politicilor și reglementărilor în domeniu, pentru a permite furnizarea și coordonarea serviciilor.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Legislație aplicabilă

- Legea societăților nr.31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare
- Ordonanța Guvernului nr.124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale
- Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, cu modificările și completările ulterioare
- Legea administrației publice locale nr.215/2001, republicată, cu modificările și completările ulterioare
- Legea nr. 53/2003 privind Codul muncii
- Ordonanței de urgență a Guvernului nr.158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, modificată prin Legea nr. 24/2022.
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății
- Legea nr.448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, cu modificările și completările ulterioare
- Hotărârea nr. 430/2008 pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea și funcționarea comisiei de evaluare a persoanelor adulte cu handicap
- Ordinul nr.1224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească
- Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice
- Legea asistenței sociale nr. 292/2011, cu modificările și completările ulterioare
- Legea nr.197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, cu modificările și completările ulterioare
- Ordinul MMFPS nr. 2298/2012 privind aprobarea Procedurii-cadru de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap
- Hotărârea de Guvern nr.118/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr.197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale
- **Hotărîrea de Guvern nr.867/2015** pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale, cu modificările și completările ulterioare
- Ordinul MS și MMFPSPV nr.1306/1883/2016 pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora
- Ordinul MS și al președintelui CNAS nr.106/32/2015 pentru aprobarea Regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor naționale și a comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, standardele de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, precum și metodologia-cadru de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare



UNIUNEA EUROPEANĂ



- Legea nr.185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate cu modificările și completările ulterioare
- Ordinul MS nr.446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor
- Hotărârea nr. 502/2017 privind organizarea și funcționarea comisiei pentru protecția copilului
- Legea-cadru nr.153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice - Parlamentul României
- Ordinului MS nr.253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative
- Ordinul Președintelui ANMCS nr.353/2019 privind aprobarea standardelor ANMCS pentru serviciile de sănătate acordate în regim ambulatoriu
- Ordinul Președintelui ANMCS nr.358/2019 privind aprobarea Metodologiei de evaluare și acreditare a unităților sanitare din ambulatoriu
- Ordinul Președintelui ANMCS nr.322/2019 privind afișarea de către unitățile sanitare a informațiilor referitoare la acreditare precum și pentru aprobarea modelului certificatului de acreditare a unităților sanitare cu paturi în cadrul celui de al II-lea ciclu de acreditare
- Ordinul MMJS nr.82/2019 privind aprobarea standardelor specifice minime de calitate obligatorii pentru serviciile sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități
- Ordinul MMJS nr.29/2019 pentru aprobarea Standardelor minime de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice, persoanelor fără adăpost, tinerilor care au părăsit sistemul de protecție a copilului și altor categorii de persoane adulte aflate în dificultate, precum și pentru serviciile acordate în comunitate, serviciile acordate în sistem integrat
- Ordinul MMJS nr.1218/2019 pentru aprobarea Standardelor specifice minime obligatorii de calitate privind aplicarea metodei managementului de caz în protecția persoanelor adulte cu dizabilități
- Ordinul Președintelui ANMCS nr.53/2020 privind aprobarea documentelor necesare înscrierii unităților sanitare din ambulatoriu în procesul de acreditare
- Ordinul Președintelui ANMCS nr.147/2020 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de evaluare a unităților sanitare cu paturi
- Ordinul Președintelui ANMCS nr.148/2020 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de acreditare a unităților sanitare cu paturi
- Ordinul Președintelui ANMCS nr. 185/2020 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de pregătire a evaluării unităților sanitare cu paturi
- Ordinul Președintelui ANMCS nr.298/2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței
- Ordinul Președintelui ANMCS nr.318/2020 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de evaluare a unităților sanitare din ambulatoriu



UNIUNEA EUROPEANĂ



- Ordinul Președintelui ANMCS nr.321/2020 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind desfășurarea etapei de pregătire a evaluării unităților sanitare din ambulatoriu
- Ordinului Ministrului Sănătății nr. 2643/2022 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr.253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative
- Ordinul MMSS nr.949/2022 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a Comisiei superioare de evaluare a persoanelor adulte cu handicap
- Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului
- Hotărârea nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
- Ordinul 1857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr.521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
- Anexele nr. 1 și 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului- cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
- Ordinul MMFPS nr.2298/2023 privind aprobarea procedurii cadru de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad de handicap
- Ordinul MMSS nr.955/2023 pentru aprobarea modelului contractului cadru încheiat între îngrijitorul informal al persoanei vârstnice și serviciul public de asistență socială
- Legea nr.7/2023 privind susținerea procesului de dezinstituționalizare a persoanelor adulte cu dizabilități și aplicarea unor măsuri de accelerare a acestuia și de prevenire a instituționalizării, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative
- Ordinul nr. 3514/2023 privind modificarea și completarea Ordinului MS nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative



UNIUNEA EUROPEANĂ

Referințe



- 1 Evaluarea nevoii de îngrijiri paliative, 2018, <https://www.ms.ro/wp-content/uploads/2019/01/Palliative-Care-Needs-Assessment-RO.pdf>
- 2 Strategia națională de Ingrijiri paliative si Planul national de dezvoltare a serviciilor (2018-2022) <https://www.ms.ro/wp-content/uploads/2019/01/IP-Strategy-and-Development-plan.pdf>
- 3 Raport - Analiza situației furnizorilor de îngrijiri paliative din România în anul 2019,
- 4 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf
- 5 WHO definition of palliative care: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>