

 ÎNGRIJIRI PALIATIVE ȘI LA DOMICILIU				
Studiu pentru identificarea unor modele internaționale de finanțare pentru îngrijiri paliative în diferite medii de îngrijire				
				
				
				



Studiu pentru identificarea unor modele internaționale de finanțare pentru îngrijiri paliative în diferite medii de îngrijire Sinteză finală

Grup de lucru:

Raluca Bîgiu, Fundația HOSPICE Casa Speranței

Claudia Dumitrăchescu, Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Elena Moldoveanu, Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Andreea Szabo, Fundația HOSPICE Casa Speranței

Cuprins

I. Context.....	6
II. Descriere sisteme de finanțare	6
III. Funcții ale sistemului de finanțare	8
III.1 Mobilizarea resurselor.....	8
3.1.1 Sistemul național de sănătate	8
3.1.2 Sistemul de asigurări sociale pentru sănătate	9
III.2 Alocarea resurselor în sistemele de sănătate.....	13
III.3 Acoperirea riscurilor - accesul la servicii de îngrijire paliativă	17
IV. Sistemul actual de finanțare a serviciilor de îngrijiri paliative din Fondul național al asigurărilor sociale de sănătate (FNUASS) în România.....	23
V. Concluzii.....	26
Anexă- Schemă pentru luarea deciziei de transfer către serviciul de îngrijiri paliative (modelul francez.....	28

I. Context

Acest material este realizat în cadrul proiectului “Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu”(PAL-PLAN, Mysmiss/SIPOCA 129439/ 733), proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capacitate Administrativă 2014-2020.

Proiectul PAL-PLAN vizează crearea și introducerea unui mecanism unitar și fluent de planificare, dezvoltare, evaluare și monitorizare a unui sistem național de îngrijiri paliative (IP) și de îngrijiri generale la domiciliu (ID), în sensul îngrijirilor medicale și serviciilor de îngrijire personală (activități de bază ale vieții zilnice și activități instrumentale ale vieții zilnice), pentru asigurarea asistenței persoanelor suferind de boli cronice progresive sau incurabile și a celor cu grad ridicat de dependență.

Studierea mecanismelor de finanțare a serviciilor de îngrijiri paliative, împreună cu rezultatul activităților de calculare a costurilor pentru îngrijirea oferită în diferite tipuri de servicii (spital, îngrijiri la domiciliu, ambulatoriu), reprezintă o fundamentare a politicilor publice și a Programului Național de Îngrijiri Paliative. Modelele de finanțare și experiența altor state a demonstrat că funcționarea și dezvoltarea serviciilor se găsește în strânsă legătură cu asigurarea unui mecanism de finanțare adecvat.

Prezentul material contribuie la **Rezultatul de proiect 4 - Aplicarea sistemului de politici bazate pe dovezi în autoritățile și instituțiile publice centrale, inclusiv evaluarea ex ante a impactului.**

II. Descriere sisteme de finanțare

Sistemele de finanțare a sănătății mobilizează și alocă bani, în cadrul sistemului de sănătate, pentru a răspunde nevoilor actuale de sănătate ale populației (individuale și colective), în vederea nevoilor viitoare preconizate. Indivizii pot avea acces la asistență medicală prin plata directă a serviciilor și bunurilor sau prin intermediul unor acorduri de finanțare de la terți, cum ar fi în cadrul unui serviciu național de sănătate, a unei asigurări sociale de sănătate sau a unei asigurări voluntare.

Finanțarea sănătății este o funcție de bază a sistemelor de sănătate care poate permite realizarea de progrese în direcția acoperirii universale a sănătății prin îmbunătățirea acoperirii efective a serviciilor și a protecției financiare. În prezent, milioane de oameni nu au acces la servicii din cauza costurilor. Mulți alții beneficiază de servicii de proastă calitate chiar și atunci când plătesc din propriul buzunar. Politicile de finanțare a sănătății, concepute și puse în aplicare cu atenție, pot contribui la soluționarea acestor probleme. De exemplu, modalitățile de contractare și de plată pot stimula coordonarea îngrijirilor și îmbunătățirea calității acestora; plata suficientă și la timp a fondurilor către furnizori poate contribui la asigurarea unui personal adecvat și a medicamentelor necesare pentru tratarea pacienților.

Abordarea OMS privind finanțarea sănătății se concentrează pe următoarele funcții de bază:

- colectarea veniturilor (surse de fonduri, inclusiv bugete guvernamentale, sisteme de asigurare preplătite obligatorii sau voluntare, plăți directe din buzunar de către utilizatori și ajutor extern);
- punerea în comun a fondurilor (acumularea de fonduri preplătite în numele unei părți sau al întregii populații);
- achiziționarea de servicii (plata sau alocarea de resurse către furnizorii de servicii de sănătate)

În plus, toate țările au politici cu privire la serviciile la care populația are dreptul, chiar dacă nu sunt declarate în mod explicit de către guvern; prin extensie, acele servicii care nu sunt acoperite, sunt de obicei plătite de către pacienți (uneori numite coplăți).

Modelele de finanțare influențează furnizarea și dezvoltarea serviciilor de îngrijire paliativă. Pe măsură ce îngrijirile paliative se integrează în sistemul general de asistență medicală, apar oportunități de dezvoltare a mecanismelor de finanțare.

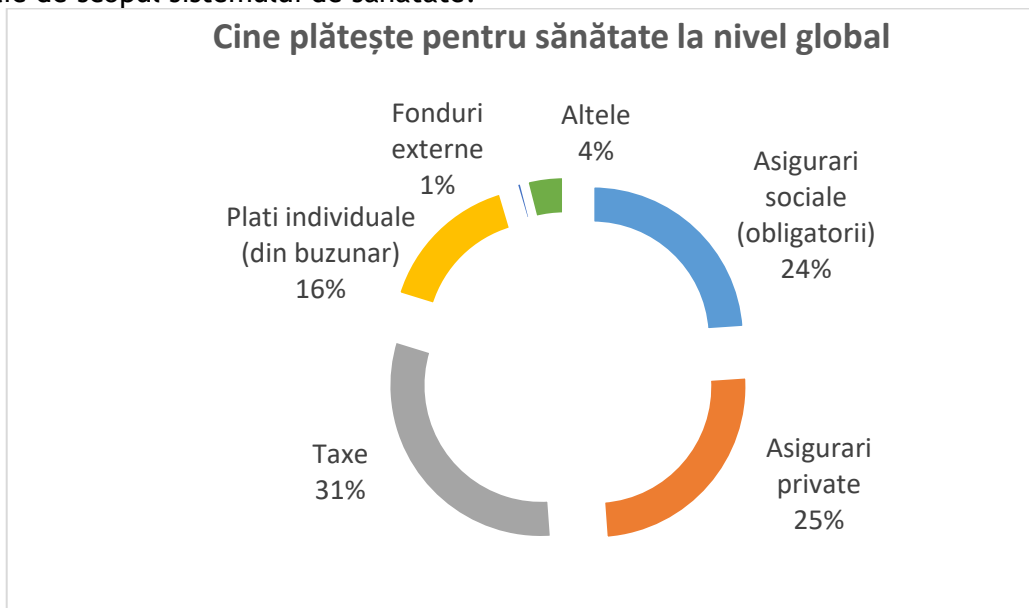
Mecanismele de finanțare trebuie să fie bine înțelese și utilizate cu prudență pentru a asigura cele mai bune practici și pentru a minimiza false stimulente. Înainte de a putea efectua comparații transnaționale ale costurilor și impactului îngrijirii paliative, trebuie să înțelegem contextul de finanțare și de politică pentru îngrijirea paliativă în fiecare țară de interes.

Politicile de dezvoltare a serviciilor de sănătate, calitatea serviciilor, cercetarea și siguranța produselor farmaceutice sunt în responsabilitatea autorităților la nivel central. Specificul holistic al îngrijirii paliative se regăsește în abordarea interinstituțională sau prin organizarea la nivel central a unui singur minister (de exemplu în Franța există Ministerul Social, de Sănătate și Drepturile Femeilor).

III. Funcții ale sistemului de finanțare

III.1 Mobilizarea resurselor

Este mecanismul prin care se colectează fondurile ce vor fi cheltuite pentru asigurarea sănătății populației. În general sunt 5 surse din care se poate constitui un sistem de finanțare. Majoritatea statelor folosesc un mix de finanțare ce combină în diferite proporții aceste surse în funcție de scopul sistemului de sănătate.



Pentru a mobiliza resurse care să susțină financiar sistemul de sănătate, autoritățile colectează diferite tipuri de taxe. Marea majoritate a taxelor nu au o destinație specială pentru un anumit sector încă din momentul colectării, de aceea există o competiție strânsă între diferite sectoare la nivel guvernamental pentru a obține o alocare substanțială.

În funcție de forma de finanțare, există următoarele tipuri de sisteme de sănătate:

- Sistemul național de sănătate (tip Beveridge) - finanțat prin impozite;
- Sistemul de asigurări sociale de sănătate (tip Bismarck) - finanțarea realizându-se prin prime obligatorii de asigurare dependente de venituri;
- Sistemul voluntar de asigurări (asigurări private) - finanțarea este privată, primele de asigurare sunt în funcție de riscurile asiguraților.

3.1.1 Sistemul național de sănătate

Se regăsește în: Anglia, Spania, Danemarca, Finlanda, Irlanda, Suedia, Norvegia și se caracterizează prin:

- ✓ Sursele de finanțare sunt taxele generale, care se adună sub formă de buget public la nivelul guvernului;
- ✓ Este controlat de guvern care este și terț plătitor;
- ✓ Bugetul este împărțit pentru diferite sectoare, fiecărui sector revenindu-i un anumit procent, care este modificat anual;
- ✓ Procentul destinat sănătății este distribuit de la nivelul Ministerului Sănătății, pe baza unor criterii, autorităților județene de sănătate, care apoi distribuie fondurile existente furnizorilor de servicii de sănătate;
- ✓ Medicii încheie contracte cu autoritățile locale, fiind plătiți sub diferite forme: per act, per capita, per serviciu, salariu etc.; în acest sistem poate exista și un sector privat.

Avantaje:

- accesibilitate generală;
- acoperire universală;
- costul mai redus al administrării unui astfel de sistem.

Dezavantaje :

- eficiență scăzută la gestionarea fondurilor;
- oferta crescută de servicii din partea medicilor pentru remunerație suplimentară;
- lipsa de stimulente pentru medici.

3.1.2 Sistemul de asigurări sociale pentru sănătate

Este cel mai vechi sistem din Europa și operează în țări precum Germania, Austria, Belgia, Franța, Islanda, Olanda.

Acest sistem se caracterizează prin:

- ✓ Finanțarea se face prin contribuții obligatorii în proporții diverse pentru angajator și angajat;
- ✓ Contribuția se face prin plata unui anumit procent în funcție de venit și se colectează la nivelul caselor de asigurări;
- ✓ Guvernul este cel care stabilește politicile de sănătate și asigură mecanismele pentru urmărirea realizării scopurilor propuse;
- ✓ Casele de asigurări sunt independente de guvern, dar funcționarea lor se face prin reglementări stricte și stabilesc contracte de prestare a serviciilor cu spitalele, medicii de familie, medicii stomatologi, farmaciștii etc.

Avantaje:

- Creșterea descentralizării sistemului, banii nu sunt distribuiți de Ministerul Sănătății, plata diferitelor acte medicale făcându-se de diferite organisme independente (casele de asigurări);
- Fondurile destinate sănătății sunt independente de modificările priorităților politice;
- Există competiție între furnizorii de asistență medicală, prin stabilirea unor standarde de către organismele plătitoare, fapt ce duce la creșterea calității asistenței medicale;
- Terțul plătitor ajută la stabilirea și respectarea drepturilor pacienților în calitatea lor de clienți ai furnizorilor de servicii de sănătate;
- Fluxul fondurilor este vizibil în sistem;
- Sistemul asigură surse de venituri stabile pentru sistemul de sănătate;
- Prin acest model se realizează furnizarea mult mai eficientă a serviciilor de sănătate comparativ cu alte modele, precum și creșterea fondurilor disponibile pentru sănătate atât în valoare absolută cât și ca procent din PIB.

Dezavantaje:

- Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate plătite și de angajator și de angajat duce la o creștere a costului muncii pentru firme, putându-se ajunge la introducerea acestor prime în costul produselor;
- Cei care nu sunt salariați (șomeri, elevi, pensionari etc.) sunt acoperiți din alte fonduri de la bugetul de stat, fapt dificil de realizat în unele cazuri;
- Stabilirea cu dificultate a primelor ce trebuie plătite de cei ce lucrează pe cont propriu, pentru ca aceste prime sunt legate în special de veniturile realizate;
- Costurile administrative sunt mai crescute decât la un sistem bazat pe impozite generale.

Pentru fiecare țară studiată, funcția de mobilizare a resurselor prezintă particularități menționate distinct în cele ce urmează.

Austria - Sursele de finanțare ale sistemului austriac de sănătate cuprind următoarele tipuri de venituri: asigurări obligatorii de sănătate, taxe, asigurări voluntare de sănătate și servicii plătite. Cele 9 landuri sunt responsabile pentru asigurarea capacității de spitalizare adecvată, incluzând unități de spitalizare și ambulatorii. Sistemul public finanțează cea mai mare parte a îngrijirii spitalicești și ambulatorii furnizate de spitale. Ambulatoriile de sine stătătoare sunt reglementate prin contracte colective negociate între instituțiile asiguratoare și furnizori.

Belgia- Sistemul de sănătate belgian se bazează pe principiile accesului egal și libertății de alegere, cu asigurare națională obligatorie de sănătate de tip Bismark, care acoperă întreaga populație și are un pachet de beneficii foarte larg. Asigurarea de sănătate obligatorie este combinată cu un sistem privat de furnizare a asistenței medicale, bazat pe practică medicală independentă, alegerea liberă a furnizorului de servicii și plata preponderent a taxei pentru servicii (van den Oever și Volckaert 2008). Toate persoanele care au dreptul la asigurări de sănătate trebuie să se înscrie sau să se înregistreze la un fond de boală. Fondurile belgiene de boală primesc un buget potențial de la Institutul Național pentru Asigurări de Boală și Invaliditate (INAMI) pentru finanțarea costurilor de asistență medicală ale beneficiarilor(www.riziv.fgov.be). Aceștia sunt considerați responsabili din punct de vedere financiar de orice discrepanță dintre cheltuielile lor reale și așa-numitele lor cheltuieli normative, adică ajustate la risc, pentru asistență medicală. Rambursarea serviciilor furnizate depinde de situația de angajare a pacientului, de tipul serviciului oferit, de statutul persoanei care este asigurată social, precum și de suma acumulată a taxelor deja plătite. Pacienții din Belgia participă la finanțarea asistenței medicale prin coplată. Pentru fiecare serviciu medical, pacientul plătește o anumită sumă fixă din costul serviciului, plătitorul terț (asiguratorul) acoperind soldul serviciului.

Franța- Guvernul francez prin Ministerul Social, de Sănătate și Drepturile Femeilor stabilește strategia de sănătate și alocarea bugetelor de cheltuieli către agențiile regionale, responsabile pentru planificare și furnizarea de servicii medicale. Sistemul public acoperă majoritatea costurilor de spitalizare, vizita la medicul generalist sau specialist, îngrijirea pe termen lung și de asemenea prescrierea medicamentelor. Pacienții sunt responsabili pentru asigurările suplimentare și coplata peste sumele rambursate din asigurarea obligatorie de sănătate. Cetățenii în proporție de 95% au asigurări private de sănătate pentru a acoperi diferența de cost și de asemenea îngrijirile stomatologice și ORL. Din totalul cheltuielilor alocate sistemului de sănătate 77% au fost acoperite din asigurarea publică obligatorie de sănătate. Asigurarea sănătății este obligatorie pentru toți rezidenții din fonduri de asigurări necompetitive.

Danemarca-Asigurarea de sănătate este obligatorie pentru toți rezidenții danezi, iar sistemul de sănătate finanțat din fonduri publice, este în mare parte gratuit la momentul utilizării. Există posibilitatea de alegere între 2 tipuri de asigurări publice:

1. Medicii de familie asigură prima interacțiune cu sistemul medical, pentru a avea acces la specialiști au nevoie de recomandare (aprox. 98% aleg acest sistem);
2. Pacientul are acces la specialist fără recomandare, pe bază de coplată (2% aleg acest sistem).

În cadrul ambelor opțiuni de asigurare, accesul la spitale necesită o recomandare. Accesul universal la asistența medicală stă la baza Legii daneze privind sănătatea, care stabilește obligația guvernului de a promova sănătatea populației și de a preveni și trata bolile, suferința și limitările funcționale; de a asigura o îngrijire de înaltă calitate și un acces ușor și egal; să promoveze integrarea serviciilor, alegerea, transparența, accesul la informații și timpul scurt de așteptare.

Irlanda- Asistența medicală în Irlanda este finanțată în principal din impozitarea generală, iar majoritatea serviciilor sunt furnizate sau finanțate prin intermediul Health Services Executive (HSE). HSE a înlocuit recent un sistem descentralizat de consilii din domeniul sănătății, care a gestionat serviciile finanțate de guvern.

Islanda- Asigurarea de sănătate națională cu acoperire universală este o parte fundamentală a sistemului de securitate socială. Dreptul de ședere se bazează pe reședința în țară, iar sistemul acoperă automat toate persoanele care au reședință legală în Islanda timp de 6 luni, indiferent de naționalitate. Sistemul de sănătate are două surse principale de finanțare. Prima și principala sursă de finanțare sunt impozitele percepute de guvernul central în timp ce a doua sursă provine din surse private, în principal sub formă de plăți din propriul buzunar (în principal taxele de utilizare). În prezent, asigurarea voluntară de sănătate (VHI) nu joacă practic niciun rol, iar finanțarea donatorilor nu există, sau este mică și nu este contabilizată în cifre publice.

Italia- Serviciul Național de Sănătate (*Servizio Sanitario Nazionale*, SSN) finanțat din taxe, înființat în 1978 garantează furnizarea de servicii de sănătate complete întregii populații.

Principalele obiective ale Sistemului Național de Sănătate sunt:

- de a oferi acces egal și uniform la servicii de sănătate, indiferent de venit sau locație;
- de a dezvolta scheme de prevenire a bolilor;
- controlul cheltuielilor cu sănătatea și control public democratic.

Sistemul public este finanțat în principal prin două mecanisme:

- Un impozit pe profit (aproximativ 18,6% din totalul finanțării din 2018), care este reunit la nivel național și alocat înapoi regiunilor. Alocările impozitului pe profit sunt de obicei proporționale cu contribuțiile unei regiuni. Există variații interregionale mari în baza impozitului pe profit, rezultând inegalități în finanțare.
- O proporție fixă din venitul național din taxa pe valoarea adăugată (aproximativ 60% din finanțarea totală din 2018) colectată de guvernul central, care este redistribuită regiunilor cu resurse insuficiente pentru a furniza servicii esențiale.

Regiunilor li se permite să își genereze venituri suplimentare, ceea ce duce la diferențe de finanțare interregionale suplimentare.

Liechtenstein- Toți rezidenții permanenți din Liechtenstein trebuie să contribuie la fondul național de asistență medicală, iar angajatorii trebuie să își înregistreze personalul la fondul de asigurări de sănătate. Angajații și angajatorii plătesc în fondul de asistență medicală. Membrii familiei sunt acoperiți de contribuțiile plătite de membrii familiei angajați. Șomerii, pensionarii și persoanele care beneficiază de indemnizație de boală pe termen lung sau concediu de maternitate nu trebuie să plătească contribuții la asistență medicală. Persoanele care desfășoară activități independente trebuie să achite propriile contribuții.

Norvegia- Are un sistem de acoperire medicală universală- National Insurance Scheme (NIS) sau Folketrygd, finanțată în principal din impozite și din contribuțiile salariale împărțite de angajatori și angajați. Înscrierea în sistemul de asigurări este automată pentru toți rezidenții. Serviciile acoperite includ asistență medicală primară, ambulatorie, de sănătate mintală și spital, precum și anumite medicamente eliberate pe bază de rețetă. Pacienții au coplată pentru unele servicii și produse, cu plafoane maxime pentru contribuțiile din buzunar pentru majoritatea serviciilor. Aproximativ 10% din populație are asigurări private, în principal pentru a avea acces mai rapid și o gamă mai mare de furnizori privați.

Olanda- Abordarea de asigurare socială universală de sănătate din Olanda îmbină asigurările publice și private. Toți rezidenții sunt obligați să cumpere o asigurare de sănătate obligatorie de la asiguratori privați, care sunt obligați să accepte toți solicitanții. Finanțarea este în

principal publică, prin intermediul primelor, al veniturilor fiscale și al subvențiilor guvernamentale.

Asigurarea obligatorie de sănătate este finanțată parțial printr-un impozit anual pe venit definit la nivel național, de 6,9% din venitul de până la 54 614 EUR (69 989 USD). Impozitul pe venit reprezintă 45% din finanțare.

Primele de asigurare pentru persoanele fizice, care sunt stabilite separat de fiecare asigurator, reprezintă încă 45% din finanțare. Fiecare asigurator stabilește o primă care se aplică tuturor persoanelor înscrise, indiferent de vârstă sau starea de sănătate a acestora. Cu toate acestea, prin intermediul colectivelor de angajatori, pot fi oferite prime mai mici.

O subvenție guvernamentală pentru copiii și adolescenții cu vârsta sub 18 ani asigură 5% din finanțare.

Impozitele pe venit și subvențiile guvernamentale sunt colectate într-un fond central de asigurări de sănătate și redistribuite între asiguratori în conformitate cu o formulă de capitate ajustată la risc, care ia în considerare vârsta, sexul, statutul forței de muncă, regiunea și riscul de sănătate (bazat în principal pe utilizarea anterioară a medicamentelor și a spitalelor).

Polonia- Sistemul de finanțare a serviciilor de sănătate din Polonia se bazează în proporție de peste 70% pe surse publice. Primele de asigurări sociale obligatorii sunt colectate de două instituții: Instituția de asigurări sociale și Fondul de asigurări sociale agricole.

Fondurile colectate sunt transferate în contul central numit Fondul Național de Sănătate, care este apoi responsabil pentru contractarea serviciilor medicale cu instituții și furnizori care utilizează fondurile transferate de la Instituția de asigurări sociale și Fondul de asigurări sociale agricole.

Finanțele Fondului Național de Sănătate sunt supravegheate de Ministerul Finanțelor și activitatea sa de Ministerul Sănătății, care este de asemenea, factorul de decizie și un organism de reglementare în sistemul de sănătate.

Aproximativ 70% din cheltuielile cu sănătatea provin din surse publice. În proporție de 83,5% din aceste cheltuieli pot fi atribuite acoperirii medicale universale (Sikorski, 2011). Al doilea cel mai mare contribuitor la acest fond este bugetul federal, urmat de autoguvernări teritoriale. Finanțarea privată a asistenței medicale provine în principal din cheltuieli din buzunar, care reprezintă peste 22% din totalul cheltuielilor pentru sănătate (Krakowińska, 2006).

Spania- Marea majoritate a cheltuielilor pentru sănătatea publică din Spania sunt finanțate prin impozitare generală. Sistemul fiscal spaniol este foarte decentralizat. Actualul sistem financiar regional a fost convenit în iulie 2009 de către Consiliul de politică economică și fiscală (în spaniolă, Consejo de Política fiscal y Financiera); Un organism public format din reprezentanți ai guvernelor centrale și regionale care este responsabil de coordonarea fiscală și financiară între regiunile autonome și administrația centrală. Deși sistemul fiscal spaniol este foarte decentralizat, există un sistem complex de „fonduri de compilare” care vizează reducerea dezechilibrului de finanțare între AC-uri. Prin urmare, pe baza veniturilor fiscale proprii ale AC și a așa-numitului Fond pentru servicii publice de bază, serviciile de sănătate sunt, de asemenea, finanțate de Fondul pentru suficiență globală, Fondul de garantare a sănătății și diverse fonduri de „convergență” (și anume, fondurile pentru competitivitate, cooperare și compensații inter-teritoriale). Fondul pentru servicii publice de bază reprezintă 75% din capacitatea fiscală agregată.

Plățile directe ale serviciilor medicale (din propriul buzunar) joacă un rol semnificativ în Spania. Acestea au reprezentat 23.9% din totalul cheltuielilor pentru sănătate în 2015, cu o tendință în creștere începând din 2008.

Achiziționarea de planuri voluntare de asigurare de sănătate în Spania este determinată în principal de accesul mai rapid la anumite servicii. S-a constatat că 1 din 5 spanioli deține un plan voluntar de asigurare de sănătate, în plus față de asigurarea publică obligatorie universală.

Asigurarea voluntară de sănătate în Spania este complementară și independentă de Serviciul Național de Sănătate (SNS) și poate furniza aceleași bunuri și servicii ca cele oferite de sectorul public.

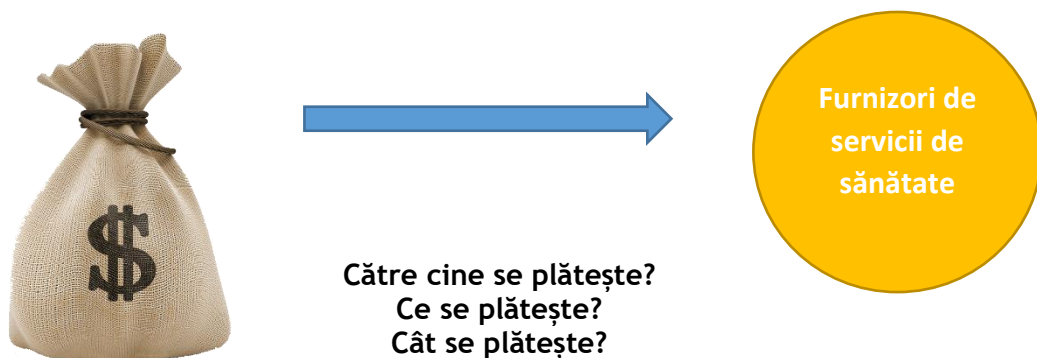
Suedia- Sistemul de sănătate suedez este reglementat la nivel național și administrat la nivel local. În Suedia există o singură autoritate centrală pentru sănătate și protecție socială, responsabil pentru politica de sănătate, finanțarea regională a furnizorilor în sănătate, iar autoritățile locale au responsabilitatea serviciilor pentru vârstnici și persoane cu dizabilități. Surse pentru constituirea fondului de sănătate:

- Taxe locale;
- Taxe regionale;
- Grant-uri acordate de la nivel central.

Aproximativ 13% din populație are și o asigurare privată de sănătate pentru a avea acces la serviciile private specializate.

III.2 Alocarea resurselor în sistemele de sănătate

Alocarea resurselor este procesul prin care resursele mobilizate de stat sunt alocate către furnizorii de servicii. Instituțiile finanțatoare trebuie să decidă către ce organizații alocă fonduri, ce servicii plătește și cât plătește pentru fiecare serviciu. Un sistem guvernamental nu acoperă neapărat prețul total al serviciilor și bunurilor incluse în coșul său de beneficii, adică sistemul poate implica împărțirea costurilor cu pacienții prin coplată sau alte forme de împărțire a costurilor.



Organizarea și managementul alocării resurselor către furnizori este o funcție exercitată de organisme publice sau non-profit, uneori chiar și private. De exemplu poate fi o abordare de administrare publică, precum în Marea Britanie, sau o abordare descentralizată ce funcționează după regulile pieței libere, precum în Olanda.

Prețurile și nivelurile de plată transmit semnale esențiale atât consumatorilor, cât și furnizorilor. În ceea ce privește oferta de servicii, plata influențează numărul de furnizori care intră pe piață și modul în care serviciile vor fi livrate. În ceea ce privește cererea, pacienții decid ce să cumpere și cât de mult să consume, în funcție de suma pe care trebuie să o plătească. Plata este un mecanism esențial pentru raționalizarea resurselor economice limitate - ea determină producția, distribuția și consumul de servicii de sănătate, utilizarea medicamentelor și modelul investițiilor de capital.

Din punct de vedere economic, plățile iau rolul prețurilor în condiții de concurență deplină și au efecte similare. Pentru a nu denatura deciziile privind cererea și oferta, ar trebui să se acorde o atenție deosebită acestor efecte.

Mecanismele de plată către furnizori sunt următoarele:

1. Taxa pe serviciu (FFS- fee for service)

În cadrul unui mecanism de taxare în funcție de serviciu, medicii sunt plătiți pentru fiecare vizită a pacientului sau pentru fiecare activitate clinică, cum ar fi un test de laborator sau o injecție. Stimulentul pentru medicul cu FFS este de a maximiza numărul de vizite pe care le poate deconta. Aceasta este situația tipică în care va avea loc "cererea indusă de furnizor". Din cauza asimetriei de informații dintre medic și pacient, unii medici vor comanda mai multe vizite chiar și atunci când acestea nu sunt justificate. Acest lucru duce la o utilizare excesivă a serviciilor și la o creștere a costurilor pentru sistemul de sănătate în ansamblu.

O altă problemă cu FFS este că pacientul sau compania de asigurări care plătește în numele pacientului suportă întregul risc al tratamentului. Medicul nu are niciun fel de risc financiar în aceste tranzacții.

O a treia problemă este că FFS îi va determina pe medici să recomande proceduri mai costisitoare pentru planul lor de tratament, deoarece acestea le vor aduce venituri mai mari. De exemplu, ginecologii ar putea recomanda mai multe operații de cezariană pentru nașteri decât este necesar, deoarece ei pot percepe mai mult pentru acestea.

În ciuda acestor dezavantaje, FFS este încă cel mai utilizat sistem în majoritatea țărilor în curs de dezvoltare pentru a plăti medicii și spitalele private. Motivul pentru acest lucru se datorează faptului că este ușor de administrat, nu este nevoie de un necesar informațional ridicat și este foarte flexibil, deoarece quantumul onorariilor nu este stabilit și poate fi stabilit de fiecare medic. Susținătorii pieței libere ar spune că acest sistem se apropie cel mai mult de a ajunge la echilibrul economiei de piață redat de preț și cantitate.

FFS nu se limitează la sistemele complet privatizate. Multe sisteme de asigurări sociale și chiar și sistemele naționale de sănătate utilizează această metodă pentru a plăti medicii care furnizează serviciile.

O formă suplimentară de FFS sunt plățile informale pe care pacienții trebuie să le plătească din propriul buzunar către furnizorii de servicii. Acestea sunt definite ca o taxă implicită pentru serviciu care nu este recunoscută din punct de vedere legal sau formal. Acestea sunt atractive pentru furnizorii care pot evita impozitele prin plăți "la negru" în țările cu impozitare personală ridicată și un model de evaziune fiscală. Alte denumiri pentru aceste plăți sunt: plăți de recunoștință, suprataxe informale, sau mită pentru tratament special.

În Belgia, se aplică taxa pe serviciu pentru îngrijirea primară, consultații de specialitate, dar și în spital pentru prestația medicului, imagistică, investigații de laborator precum și proceduri tehnice și paramedicale, conform unui nomenclator. Taxa pe serviciu s-a calculat pornind de la intervenții de bază (ex. Apendicectomie- o intervenție de bază în chirurgia abdominală) ca referință și apoi s-a evaluat gradul de complexitate și timpul pentru alte intervenții, stabilind astfel tarife pentru fiecare intervenție realizată de medic.

Tariful se aplică și pentru consultațiile medicale, la care se poate adăuga coplata. Sunt favorizate specialitățile în care există și alte proceduri aplicabile consultului (de ex. cardiologi, gastro-enterolog, radioterapeut etc.) în defavoarea specialităților „non-procedurale” (medicină de familie, medicină internă, oncologie etc).

2. Capitație

În cazul capitației, medicii sunt plătiți pentru fiecare persoană înregistrată ca pacient al lor, indiferent dacă aceștia beneficiază sau nu de consultații. Se stabilește o plată pentru toate serviciile pe care un pacient le poate utiliza pe parcursul unei perioade de timp, cum ar fi o lună sau un an. Plata poate varia în funcție de sex, vârstă sau starea de sănătate, pentru a surprinde diferitele utilizări pe care le fac diferite grupuri de sănătate.

Capitația plasează întregul risc al poverii financiare a problemelor de sănătate pe partea furnizorilor.

Medicul nu știe dinainte cât de mare va fi cererea reală pentru serviciile sale și poate ajunge să ofere mai multe îngrijiri decât este plătit, suferind astfel pierderi. Uneori, riscul pentru prestator este atenuat de un plafon de limitare a riscurilor care este stabilit pentru utilizarea totală a serviciilor sale. În cadrul acestei opțiuni, furnizorul poate primi o compensație suplimentară față de plata capitației, atunci când apare o situație de stop loss.

Problema de stimulare care rezultă din această situație este că furnizorul va încerca să își maximizeze fondul comun de clienți sănătoși. Cu cât are mai mulți clienți relativ sănătoși, cu atât mai mică va fi cererea pentru consultații (acest lucru a fost denumit "selectarea riscului"). Cercetările efectuate în Norvegia au indicat, de asemenea, faptul că, în general generalisții vor trimite mai des pacienții la specialiști, deoarece atunci pacientul bolnav nu mai este problema lui, dar el primește în continuare plata prin capitație. Stimulentul este prin urmare, să limiteze timpul de vizită cu pacienții bolnavi.

Această metodă de plată este, de asemenea specifică îngrijirii primare.

3. Mecanisme de plată a spitalelor sunt următoarele:

- 3.1. Plată per admisie
- 3.2. Gruparea în funcție de diagnostic -Diagnostic related group (DRG)
- 3.3. Pe zi de spitalizare
- 3.4. Linie bugetară
- 3.5. Bugete globale

3.1. Plată per admisie

Se plătește o sumă fixă pentru fiecare internare a unui pacient, indiferent de durata șederii sau de serviciile furnizate. Cu acest sistem spitalele vor încerca să reducă durata șederii pacientului în spital, deoarece într-o structură cu un număr fix de paturi, vor putea să interneze mai mulți pacienți într-o anumită perioadă. Acest lucru poate duce la un potențial efect negativ de „selecție a riscului”, deoarece vor încerca să admită numai pacienți cu boli mai puțin grave.

3.2. Gruparea în funcție de diagnostic (DRG)

Pentru a remedia unele dintre neajunsurile plății per internare, se utilizează o plată ajustată în funcție de mixul de cazuri. Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG) reprezintă, așa cum o arată și numele, o schemă de clasificare a pacienților în funcție de diagnostic. Acest sistem este asemănător sistemului de clasificare internațională a bolilor (International Classification of Diseases - ICD), în care diagnosticele sunt clasificate în clase și subclase. Spre deosebire de acesta, în sistemul DRG se utilizează un criteriu suplimentar de clasificare, și anume costul resurselor consumate pentru îngrijirea pacientului. În acest fel, prin sistemul DRG, pacienții pot fi clasificați simultan atât după patologie cât și după costul îngrijirilor, ceea ce asigură posibilitatea de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate.

Pentru a folosi sistemul DRG la finanțarea spitalelor, odată clasificați pacienții în DRG, mai sunt necesare două etape:

1. Stabilirea de tarife pentru fiecare grupă de diagnostice (sau valori relative ale tarifelor); acestea au la bază costurile adiacente pacienților din fiecare grupă de diagnostice și se pot importa odata cu sistemul de clasificare DRG sau pot fi dezvoltate de fiecare țară; odată calculate aceste costuri, ele sunt transformate în tarife și utilizate pentru toate spitalele participante la schema de finanțare.
2. Alocarea bugetului destinat asistenței spitalicești către spitale, plecând de la numărul și tipul pacienților externați (case-mix-ul fiecărui spital) și lista de tarife (sau de valori relative) pentru fiecare DRG.

Prin finanțarea în sistem DRG, spitalele ce vor avea costuri pentru un anumit DRG mai mari decât tariful stabilit, vor pierde resurse la acea categorie de pacienți, iar cele cu costuri, pentru un anumit DRG, mai mici decât tariful stabilit vor câștiga resurse la acea categorie de pacienți.

Per total, spitalele sunt stimulate să păstreze costurile la un nivel inferior tarifulor pe fiecare tip de pacient, pentru a putea economisi resurse și a le folosi pentru dezvoltare și ameliorarea calității serviciilor.

La acest moment sunt numeroase țări care folosesc sistemul DRG fie la evaluarea rezultatelor activității spitalului, fie la finanțarea acestuia:

- Belgia - la evaluarea activității spitalelor și la standardizarea duratei medii de spitalizare;
- Danemarca, Franța, Irlanda, Norvegia, Portugalia, Spania, Suedia- la finanțarea prospectivă a spitalelor publice.

3.3. Plată pe zi de spitalizare

Acestea sunt plătite cu o rată fixă pe zi de spitalizare, indiferent de serviciile reale acordate sau de costurile acestora. Abordarea pentru spital poate fi de a reduce testele și procedurile pentru reducerea costurilor. O altă practică de eficientizare a costurilor este de a menține internarea pe o perioadă mai lungă, caz în care costurile se reduc deoarece în mod tradițional, procedurile sunt efectuate în primele zile de internare, ulterior se reduc procedurile și intervențiile costisitoare. Ca urmare, spitalul are o rată de ocupare mai mare și va dori să se extindă capacitatea de paturi, deoarece pentru fiecare pat adăugat poate genera mai multe venituri. Există o corelație statistică puternică între plățile “pe zi de spitalizare” și durata medie de internare.

Pentru a reduce riscurile identificate la acest mecanism de plată, statele pot decide o durată medie sau maximă de internare/ secție sau o reducere a sumei rambursate pentru internare prelungită.

3.4 Modele de finanțare a serviciilor spitalicești în Europa

În Austria, serviciile de spital sunt finanțate sub formă DRG, după anul 1996. Înainte de această dată, sistemul de sănătate rambursa o anumită sumă/ zi de spitalizare, ceea ce determina prelungirea inutilă a șederii în spital a pacienților din motive economice. Un alt inconvenient al sistemului de plată pe zi de spitalizare constă în faptul că indiferent de diagnostic și intervențiile aplicate pacientului se rambursa aceeași sumă/zi.

Îngrijirea acordată în spitale în Danemarca este asigurată în proporție de 97% de sistemul public. Spitalele private sunt relativ mici și oferă cea mai mare parte de îngrijire de specialitate, cum ar fi chirurgia electivă (care nu pune în pericol viața, dar afectează calitatea vieții).

Regiunile decid cu privire la mecanismele de bugetare, folosind în general o combinație între un buget fix și o finanțare bazată pe activități, bazată pe grupuri legate de diagnostic (DRG). Bugetul fix reprezintă cea mai mare parte a finanțării (deși apar fluctuații semnificative între specialități și spitale). Ratele DRG sunt calculate de Ministerul Sănătății la nivel național, pe baza costurilor medii. Finanțarea pe bază de activități este, de obicei, combinată cu niveluri țintă de activitate și rate de plată în scădere pentru a controla cheltuielile.

Belgia aplică un mix de finanțare pentru activitatea spitalicească (până la 80% din costul de funcționare):

- Asistența medicală, serviciile de urgență și costurile hoteliere acoperite prin BFM (mijloace financiare bugetare)- calculat individual pentru fiecare spital bazat pe grupuri de diagnostic;

- Taxa pe serviciu pentru prestația medicului, imagistică, laborator și diferite proceduri tehnice și paramedicale (conform nomenclator);
- Rate forfetare pentru personal, infrastructura și materiale sanitare de unică folosință.

Caracteristica de bază a finanțării spitalelor belgiene este structura sa de remunerare dublă în funcție de tipul de servicii oferite: cazarea, internarea de urgență și activitățile de asistență medicală în secția chirurgicală sunt finanțate printr-un sistem bugetar prospectiv fix, bazat pe grupuri legate de diagnostic; în timp ce serviciile medicale și medicotehnice, cum ar fi consultațiile, laboratoarele, imagistica medicală, procedurile tehnice și serviciile paramedicale sunt remunerate prin intermediul unui sistem de plată pe intervenție către prestatorul de servicii.

Franța folosește în finanțarea spitalelor un sistem bazat pe activitate: parte tarifară care include și zilele de spitalizare la domiciliu- utilizând rate definite în funcție de serviciu și de disciplina medicală precum și medicamente suplimentare. În plus, instituțiile de îngrijire a sănătății pot primi alocări corespunzătoare Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) sau Fonds d'Intervention Régional (FIR). Pentru îngrijirea paliativă de spital, tariful pornește de la 437 euro pentru îngrijire de scurtă durată.

În plus față de finanțarea strict legată de activitate, există sume fixe care iau în considerare costurile asociate cu misiunile de serviciu public, cum ar fi urgențele și îngrijirea intensivă.

S-au acordat finanțări specifice pentru unitățile sanitare cu alte misiuni de îngrijire a sănătății (echipa de îngrijire paliativă, centrul de depistare a infecției cu HIV etc.), precum și pentru misiuni mai largi decât îngrijirea sănătății, cum ar fi predarea, prevenirea sau cercetarea. Este vorba de un pachet suplimentar prevăzut la nivel național pentru finanțarea acestor misiuni de interes general și de asistență pentru contractare (MIGAC). Acesta este distribuit între unități în funcție de activitățile pe care le declară și de costurile pe care le suportă pentru a le desfășura. În concluzie, luarea în considerare a tuturor activităților spitalicești prin aceste niveluri de finanțare explică de ce vorbim de o tarifare bazată pe activitate și nu doar pe patologie.

III.3 Acoperirea riscurilor - accesul la servicii de îngrijire paliativă

Pentru a asigura accesul pacienților la servicii de îngrijiri paliative, sistemele de sănătate aleg să includă în politica de finanțare aceste servicii. Alocarea implică criterii care exprimă obiectivele politicii de sănătate. Acestea pot varia de la direcționarea explicită a programelor, sau includerea în mecanismul existent de finanțare, stabilirea populației care are acces, condiții etc.

Pentru a analiza modul de finanțare a îngrijirii paliative în diferite state europene, au fost selectate țări care, conform Global Atlas of Palliative Care (2nd Edition) sunt la nivel de dezvoltare avansat din punct de vedere al integrării îngrijirii paliative în sistemul de sănătate: Austria, Belgia, Danemarca, Franța, Germania, Islanda, Irlanda, Italia, Liechtenstein, Lituania, Norvegia, Olanda, Polonia, Portugalia, România, Spania, Suedia și Marea Britanie.

O țară încadrată în această categorie este caracterizată de o masă critică a dezvoltării în mai multe tipuri de servicii, prevederi privind toate tipurile de îngrijire și mulțipii furnizori, cunoaștere a serviciilor în rândul profesioniștilor din sănătate și a societății în general, existența unei strategii, monitorizarea și actualizarea acesteia, acces la medicație pentru controlul durerii, existența protocoalelor de IP, a unor centre de formare și a legăturilor cu universități pentru integrarea paliativei în curriculum relevant și existența unei asociații naționale cu impact.

Finanțarea îngrijirii paliative- modele dezvoltate la nivel european

La nivelul serviciilor spitalicești de îngrijiri paliative se remarcă următoarele particularități la nivelul statelor:

- Un model de bună practică în finanțarea îngrijirii paliative în regim de spitalizare este cel din Austria. Sistemul național de asistență medicală acoperă în întregime costurile pentru spitalizarea pacienților pentru îngrijiri paliative cu sume fixe până la 21 de zile, după care contribuția din finanțarea publică se reduce treptat până la 50% din valoarea inițială. Această abordare este menită să ofere un stimul pentru stabilizarea pacienților și încurajează îngrijirea acestora la domiciliu- unde pot fi preluați de o echipă de îngrijire la domiciliu. Un astfel de mecanism este condiționat de o dezvoltare echitabilă a serviciilor la domiciliu, pentru ca fiecare pacient să beneficieze complementar spitalizării de servicii specializate la domiciliu;
- Particularitatea sistemului francez de asigurare a serviciilor medicale constă în conceptul de “îngrijire de spital la domiciliu” (HAD) înțelegând prin aceasta o îngrijire medicală acordată de profesioniștii din spital și delimitând conceptul de îngrijire la domiciliu oferită de alte structuri;
- Accesarea serviciilor specializate de îngrijiri paliative în Franța se face pe baza unor criterii stabilite la nivel național. Societatea franceză de îngrijiri paliative a elaborat o schemă pentru a facilita luarea deciziei de direcționare a pacientului către serviciul de îngrijiri paliative. Dacă în schemă există minim 3 răspunsuri pozitive, este luată în considerare îngrijirea de către o echipă specializată de îngrijiri paliative. (vezi **Anexă-Schema pentru luarea deciziei de transfer către serviciul de îngrijiri paliative**)

În Franța, medicii de familie au responsabilitatea pentru coordonarea îngrijirii pacienților cu boli cronice pentru care primesc o sumă anuală de 40 euro/ pacient. De asemenea, ei pot primi o bonificație de 5000 euro anual pentru atingerea obiectivului de performanță.

Dezvoltarea strategică a serviciilor la nivel național prin definirea unui program Național de Îngrijiri Paliative cu securizarea surselor de finanțare asigură o creștere a accesului pacienților la servicii. Abordarea îngrijirilor paliative în Norvegia s-a realizat în corelație cu acordarea îngrijirilor oncologice, ca parte a Planului Național de Cancer. Dezvoltarea s-a realizat în mod sistematic, asigurând accesul pacienților în mod egal la îngrijire la toate nivelurile: primar, secundar și terțiar:

- Îngrijire terțiară, cu unități de medicină paliativă în spitalele universitare împreună cu Grupuri de cercetare și Unități regionale de dezvoltare a serviciilor;
- Asistență secundară, cu echipe de spital cu rol consultativ, unități de spitalizare și ambulatorii - se recomandă ca fiecare spital sau ambulatoriu să dezvolte echipe de IP, iar la nivelul spitalelor mari, unități cu paturi de IP;
- Îngrijire primară, cu îngrijire la domiciliu și unități de îngrijiri paliative desemnate în case de bătrâni.

Pentru a pune în practică recomandările din rapoarte oficiale, s-au finanțat proiecte de dezvoltare a îngrijirii paliative, limitate în timp. Astfel, a fost testată validitatea modelelor propuse în documentele strategice.

Îngrijirea paliativă (PC) în Norvegia a evoluat în strânsă cooperare între autoritățile și profesioniștii din domeniul sănătății. S-a dorit o dezvoltare treptată a serviciilor de îngrijiri paliative pe toate nivelurile de îngrijire a sănătății publice.

Premisa de dezvoltare a pornit de la ipoteza ca pe parcursul bolii, pacienții care suferă de boli incurabile trebuie să fie asistați de mai multe servicii de îngrijire a sănătății- servicii de îngrijire în comunitate, servicii specializate de spitalizare, internare și îngrijire și consultații de ambulator.

Astfel, între 2002 și 2003 s-au înființat 7 echipe de IP și 56 paturi pentru internare. În 2003, a fost stabilit un cod DRG pentru îngrijirile paliative- asigurând astfel o finanțare mai

robustă și predictibilitatea surselor de finanțare. Acest cod era corelat cu codul pentru “tratament paliativ” (în ICD10), dar în ciuda sfaturilor primite din partea comunității de îngrijiri paliative, autoritățile au fost reticente în a prevedea termeni specifici pentru folosirea acestui cod DRG. Datorită cererii mari în primul an, ulterior au fost adăugate condiții specifice de rambursare pe acest cod pentru echipe și unități de IP. Acest sistem de finanțare a încurajat dezvoltarea de noi servicii. De aceea, în 2006, majoritatea spitalelor medii sau mari aveau propriul program de IP- 21 echipe de îngrijiri paliative și 21 unități cu aproximativ 120 de paturi de internare.

Îngrijirea paliativă în spital este importantă, dar totuși o mare parte a pacienților își petrec ultimele zile de viață în comunitate (acasă sau în centre rezidențiale). De aceea, din 2004 s-a prioritarizat dezvoltarea îngrijirii paliative în centre rezidențiale. Până în 2006 s-au înființat aproximativ 180 paturi în 45 de centre. De asemenea, au fost organizate rețele de asistență medicală dedicate IP și cancerului, majoritatea fiind bazate pe legături de colaborare între spitale și comunități. Câteva asistențe au primit finanțare sub formă de grant pentru a coordona activitatea la nivel local și, în mod special, pentru a asigura colaborarea între diferitele nivele de asistență medicală și sănătate.

Spania a reprezentat un reper de dezvoltare a serviciilor de îngrijire paliativă, fiind unul din centrele sprijinite de Organizația Mondială a Sănătății. În Septembrie 1999, Senatul a cerut guvernului spaniel să pună în aplicare un plan național de garantare a accesului la îngrijiri paliative. Politicile și măsurile instituționale pentru dezvoltare au fost adoptate inițial nu la nivel național ci la nivelul regiunilor autonome (Catalonia, Castilla și Leon) prin politici regionale.

În contextul concurenței pentru resurse publice limitate, sistemul național de sănătate spaniol se confruntă cu provocarea de a demonstra eficiența, rentabilitatea și satisfacția clienților. În urmă cu 20 ani, Spania a făcut o evaluare a costurilor de spitalizare bazându-se pe datele disponibile la Ministerul Sănătății, costul mediu/ pat într-un spital convențional fiind estimat la 272 euro/ zi de spitalizare (22,81% din salariu mediu pe economie la nivelul anului 2001, 1192 euro/ luna). Costul zilnic / pat îngrijire paliativă specializată a fost estimat de Institutul de Oncologie din Catalonia ca fiind de 132,5 Euro/ zi (11,11% din salariul mediu pe economie) și la 78,3 euro/zi pentru o unitate de asistență socială.

AUSTRIA

Acoperirea nevoii de îngrijire paliativă a crescut considerabil din 2001, când Parlamentul Austriei a decis să inițieze un proces structurat de dezvoltare de hospice-uri și îngrijire paliativă la nivel național. Aceasta a oferit șansa mai multor pacienți să își petreacă ultimele zile de viață îngrijiți la domiciliu, iar procentul deceselor în afara spitalelor a crescut în perioada 1988-2015 de la 39,7% la 51%. Din 2005 a început o dezvoltare graduală a hospice-urilor - un model de îngrijire paliativă pentru adulți. Se face o distincție între hospice și îngrijire paliativă generală oferită pacienților în unități de îngrijire (spitale, centre rezidențiale, îngrijiri la domiciliu sau ambulatoriu) și unități specializate de îngrijiri paliative structurate conform tabelului de mai jos:

	HOSPICE ȘI ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ			
	UNITĂȚI DE ÎNGRIJIRE GENERALĂ	UNITĂȚI SPECIALIZATE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE		
	FURNIZORI	MĂSURI PALIATIVE DE SUPORT		UNITĂȚI SPECIALIZATE
ÎNGRIJIRE ACUTĂ	SPITALE	ECHIPE HOSPICE	SERVICIUL DE CONSULTANȚĂ PALIATIVĂ	DEPARTAMENTE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN SPITALE
ÎNGRIJIRE DE LUNGĂ DURATĂ	CENTRE REZIDENȚIALE		ECHIPE MOBILE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE	UNITĂȚI HOSPICE
ÎNGRIJIRE LA DOMICILIU	MEDICI INDEPENDENȚI, SERVICII MOBILE, TERAPEUȚI			CENTRE DE ZI HOSPICE

Un rol important în furnizarea serviciilor de îngrijire paliativă în Austria îl au voluntarii ce urmează un program de formare de 80 ore de teorie și 40 de practică, sunt coordonați și supervizați de profesioniști și sunt organizați în una din cele 162 de echipe hospice. Asistența medicală națională finanțează, de asemenea, hospice-uri, echipele de îngrijire la domiciliu și centrele de zi.

BELGIA

Sistemul de asigurări de sănătate belgian oferă accesul neîngrădit la îngrijirile paliative acordate în regim de spitalizare- pacientul nu asigură coplata (obligatorie pentru spitalizare). Complementar, în Belgia, se finanțează pentru îngrijirea comunitară următoarele:

- Asigurarea decontează o parte din echipamentul de îngrijire și medicamente pentru îngrijire la domiciliu- după completarea în prealabil a unui formular de evaluare de către medic, prin care este încadrat la statusul de “paliativ” în limita a 686,24 EUR (reevaluare anuală);
- Asigurarea decontează integral vizita medicului de familie la domiciliu, unele intervenții în domeniul “home nursing”, unele servicii de fizioterapie;
- Suport acordat de o echipă specializată în îngrijiri paliative pentru pacienți incurabili (terminali) care doresc să fie îngrijiți acasă;
- Consultația asistentei medicale: Asistenta determină problemele de sănătate ale pacientului și formulează obiectivele de îngrijire în consultare cu pacientul sau cu cei apropiați;
- Terapie cu oxigen la domiciliu pe termen scurt pentru pacienții cu hipoxemie și “stare paliativă”;
- Consultația multidisciplinară de monitorizare oncologică atunci când pacientul trece de la un regim terapeutic la un regim paliativ.

În Belgia, există indicatori de performanță pentru fiecare domeniu al sănătății, pentru îngrijiri paliative fiind cei menționați în continuare: (<https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/end-of-life#EOL->)

- Număr de pacienți ce primesc îngrijire paliativă la sfârșitul vieții- oferă informații privind accesibilitatea IP în Belgia;
- Proporția pacienților care decedază în prima săptămână de la accesarea serviciului de IP- proporția pacienților pentru care a fost inițiat prea tarziu;

- Pentru admiterea în IP, folosirea chestionarului PICT care începe cu întrebarea surpriză ce vizează prognosticul “Ati fi surprins dacă pacientul dumneavoastră ar deceda în următoarele 6-12 luni?” (înainte era după speranța de viață 3 luni);
- Proporția pacienților care au beneficiat de chiomioterapie în ultimele 14 zile de viață- considerat agresiv și neadecvat nevoilor de îngrijire;
- Proporția pacienților care decedează acasă- indică respectul acordat preferințelor pacientului (chiar dacă aceasta este o ipoteză legată de locul decesului).

Franța

Îngrijirea paliativă a fost reglementată în Franța prin legea Leonetti, care a intrat în vigoare în 2006 și a reprezentat un punct important în dezvoltarea îngrijirilor paliative. Această lege menită să respecte drepturile pacienților terminali răspunde temerilor exprimate de poporul francez în legătură cu sfârșitul vieții, oferă un cadru de decizie profesioniștilor din domeniul medical și impune proceduri în procesul de luare a deciziilor.

În cadrul spitalelor, îngrijirea paliativă poate fi oferită în unități dedicate, paturi dedicate într-un anume departament sau echipe mobile de spital. Unitățile de îngrijiri paliative sunt servicii specializate cu cel puțin 5 paturi alocate, care asigură monitorizarea continuă a pacientului și dispun de o echipă multidisciplinară formată din medici, asistente, psihologi și alt personal paramedical. Unele departamente își pot dezvolta propria capacitate de IP sub responsabilitatea unui medic și asistente instruiți în domeniul paliaticei. Echipele de spital includ cel puțin un medic și o asistentă cu diplomă de îngrijire paliativă, un psiholog și un asistent personal. Echipa poate interveni în orice departament al spitalului sau al spitalelor alăturate în asistarea și instruirea personalului în IP.

Finanțarea spitalelor se face pe bază de activitate: partea tarifară care include și zilele de spitalizare la domiciliu- utilizând rate definite în funcție de serviciu și de disciplina medicală, precum și medicamente suplimentare. În plus, instituțiile de îngrijire a sănătății pot primi alocări corespunzătoare Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) sau Fonds d'Intervention Régional (FIR). ***Pentru îngrijirea paliativă de spital tariful porneste de la 437 euro pentru îngrijire de scurtă durată (18.5% din salariul mediu pe economie).***

În plus față de finanțarea strict legată de activitate, există sume fixe care iau în considerare costurile asociate cu misiunile de serviciu public, cum ar fi urgențele și îngrijirea intensivă.

S-au acordat finanțări specifice pentru unitățile sanitare cu alte misiuni de îngrijire a sănătății (echipa de îngrijire paliativă, centrul de depistare a infecției cu HIV etc.), precum și pentru misiuni mai largi decât îngrijirea sănătății, cum ar fi educația, prevenirea sau cercetarea. Este vorba de un pachet suplimentar prevăzut la nivel național pentru finanțarea acestor misiuni de interes general și de asistență pentru contractare (MIGAC).

Există un principiu al coplății pentru majoritatea serviciilor medicale: spital, ambulator, vizite la domiciliu, prescripții de medicamente cu câteva excepții. Există o listă de 30 de afecțiuni pentru care se acoperă costurile în proporție de 100%: spitalizare, tratament, vizite la medic, medicamente etc. Printre acestea sunt incluse: diabet, Parkinson, Alzheimer, AVC, fibroză chistică, HIV, boli oncologice etc.

Pentru îngrijirea la domiciliu, guvernul acoperă până la 90% din costul îngrijirii, dar nu oferă indemnizații pentru aparținători. Îngrijirea informală oferită de familie nu este luată în calcul. Îngrijirea în centre rezidențiale este finanțată din multiple surse: îngrijirea medicală de către sistemul de asigurări de sănătate, îngrijirea persoanelor dependente prin folosirea sistemului de beneficii APA (Alocația Personalizată pentru Autonomie) și contribuție personală (medie 1500 euro/ luna).

Beneficii sociale pentru aparținători și familie

Austria

O altă măsură importantă este acordarea unei perioade de maxim 6 luni concediu de boală pentru aparținătorii care îngrijesc un pacient bolnav sau în stadiu terminal. Indemnizația este asigurată pentru aparținătorii care au un contract de muncă la actualul angajator de mai mult de 3 luni și, prin urmare, cotizează la sistemul de asigurări sociale. Perioada pentru care se acordă concediul de îngrijire este corelată cu gradul de dependență. Pentru grade de dependență cuprinse între nivelul 3 și 7, se prezumă că sunt necesare 120 ore de îngrijire din partea familiei pentru 1-3 luni și se poate extinde până la 6 luni, dacă starea pacientului se agravează. Fondurile publice acoperă până la 55% din venitul zilnic net și se poate acorda și pentru concediu parțial (reducerea programului de muncă până la 10 ore săptămânal). Membrii familiei care beneficiază de concediu pentru îngrijirea pacientului pot aplica pentru un grant de până la 850 euro, care acoperă pierderile de venituri.

Îngrijirile paliative sunt incluse în cadrul asistenței specializate acordate pacienților și familiilor beneficiarilor ai “îngrijirii pe termen lung”. Pentru îngrijirea la domiciliu a unui pacient (încadrat într-un anumit grad de dependență), îngrijitorul principal (cineva din familie de regulă) primește o indemnizație pentru îngrijirea acestuia la domiciliu. Totuși, pacientul primește vizitele personalului medical sau social specializat, în funcție de nevoile identificate (încadrate ca vizite „outpatient” mobile) și poate fi cazat în centre rezidențiale pe o perioadă de maxim 3 luni pentru respite.

În **Norvegia** se acordă prestații lunare în bani pentru persoanele cu boală permanentă, vătămare corporală sau invaliditate.

IV. Sistemul actual de finanțare a serviciilor de îngrijiri paliative din Fondul național al asigurărilor sociale de sănătate (FNUASS) în România

Reglementările actuale privind finanțarea serviciilor paliative de sănătate din **Fondul național al asigurărilor sociale de sănătate (FNUASS)** sunt prevăzute în Contractul Cadru, respectiv Normele de aplicare pentru aprobarea pachetelor de servicii și sunt organizate în 3 forme de finanțare în funcție de mediul prestării serviciului:

Ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice

Asistența medicală spitalicească

Îngrijiri paliative la domiciliu

Îngrijirea paliativă acordată în ambulatoriul de specialitate este finanțată similar altor specialități prin puncte acordate consultației (stabilite în funcție de timpul mediu/ consultație).

Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte.

Consultația de îngrijiri paliative este evaluată la 18 puncte (echivalentul a 30 de minute), iar valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 2,8 lei.

Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical se stabilește trimestrial și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară pentru trimestrul respectiv și care nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată.

Evoluția în diferiți ani a valorii definitive este prezentată sintetic în următoarele tabele:

Valoarea definitivă a punctelor pe anul 2020

Valoarea definitivă a punctelor	Trim I 2020	Trim II 2020	Trim III 2020	Trim IV 2020
Valoarea unui punct "per capita" a medicilor de familie	7,82 lei	7,85 lei	7,91	7,97 lei
Valoarea unui punct "per serviciu" a medicilor de familie	3,51 lei	3,95 lei	3,50 lei	3,67 lei
Valoarea unui punct "per serviciu" a medicilor de familie	2,96 lei	4,33 lei	3,17 lei	3,18 lei
Valoarea unui punct "per serviciu" în asistență medicală ambulatorie	2,96 lei	4,33 lei	3,17 lei	3,88 lei

HG 140/ 2018 prevede Serviciile de îngrijiri paliative în **pachetul de servicii medicale de bază**, fără a menționa explicit ce cuprinde acesta în Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical care cuprinde "Îngrijiri paliative: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, servicii furnizate de kinetoterapeut/ profesor de cultură fizică medicală/ fiziokinetoterapeut".

Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical

Servicii de sănătate conexe actului medical pentru îngrijiri paliative	Tarif pe serviciu medical-puncte
k1) Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie	
k1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
k1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adulți	30 puncte/ședință
k1.3) psihoterapie pentru copii/adulți	30 puncte/ședință
k2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped: consiliere/ intervenție de psihopedagogie specială - logoped	15 puncte/ședință
k3) servicii conexe furnizate de kinetoterapeut/ profesor de cultură fizică medicală/ fiziokinetoterapeut	
k3.1) kinetoterapie individuală	30 puncte/ședință
k3.2) kinetoterapie de grup	15 puncte/ședință
k3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/ dispozitive robotizate	15 puncte/ședință

În ceea ce privește finanțarea serviciilor medicale și conexe oferite în ambulatoriile de specialitate, putem observa o actualizare a valorii punctului și, în consecință, o creștere valorică a consultației de îngrijiri paliative oferite de medicul de specialitate. Deși, conform Ordinului Ministerului Sănătății 253/2018, echipa de profesioniști include asistentul medical și asistentul social, intervențiile individuale ale acestora nu sunt rambursate prin pachetul de servicii oferit prin FNUASS.

Îngrijirea paliativă spitalicească în România se acordă în regim de spitalizare continuă, cu durată de peste 12 ore, în baza unui contract cu furnizorul public sau privat de servicii.

Decontarea lunară în limita sumei contractate pentru servicii paliative în regim de spitalizare continuă se face în funcție de numărul de zile de spitalizare realizat și validat și tariful pe zi de spitalizare negociat- maxim 235,62 lei. Fondul de asigurări de sănătate poate acoperi furnizorului cel mult suma prevăzută lunar în contractul de furnizare. Spitalizarea pacienților în secțiile/ compartimentele de îngrijiri paliative se poate face în baza Contractului Cadru și a Normelor metodologice de aplicare pentru un număr mediu de 28 zile.

Normele mai prevăd ca furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești contractate, încasează din partea asiguratului numai sumele reprezentând coplata și contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort.

Finanțarea serviciilor spitalicești de îngrijiri paliative în sistemul de asigurări de sănătate a determinat creșterea interesului pentru dezvoltarea de secții/ compartimente de îngrijiri paliative.

Îngrijirile paliative la domiciliu sunt prevăzute în pachetul de servicii decontate din fondul național de asigurări de sănătate. Sunt detaliate evaluările, intervențiile și manevrele efectuate de către medic, asistent medical, psiholog și kinetoterapeut.

Tariful pe caz pentru un episod de îngrijiri paliative la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful maximal pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu este de 105 lei.

În tariful pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire, precum și costurile de transport ale personalului calificat la adresa declarată unde se acordă serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu. Prin o zi de îngrijiri paliative la domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu, pentru un asigurat.

Timpul mediu/ vizită la domiciliu pentru un pacient al echipei multidisciplinare este de 90 de minute.

V. Concluzii

Deși, în România, asigurările de sănătate sunt în principiu obligatorii, în practică doar aproximativ 86% din populație este asigurată. Persoanele neasigurate au dreptul la un "pachet minimal de servicii", care acoperă doar urgențele, bolile cu potențial epidemic, asistența în timpul sarcinii și perinatală. Serviciile de sănătate din România sunt caracterizate printr-o supradimensionare a asistenței specializate în regim de internare și de o subutilizare a asistenței primare și comunitare. Există disparități în asigurarea serviciilor de sănătate în România, atât în privința asistenței primare cât și secundare, precum și între diferitele regiuni de dezvoltare și județe, sau între zonele rurale și urbane (Evaluarea serviciilor de îngrijire paliativă din România- studiu realizat pentru Banca Mondială de către Ministerul Sănătății).

Pachetul de servicii medicale asigurat prin sistemul de asigurări de sănătate public cuprinde îngrijirea paliativă acordată pacientului în spital, la domiciliu și în ambulator. Serviciile de îngrijire paliativă oferite în centre de zi nu sunt finanțate nici de sistemul de asigurări de sănătate, nici de cel social.

Deși, există prevederi privind mecanismele de finanțare a acestor servicii, fondurile alocate sănătății reprezintă sub 6% din PIB, comparativ cu media europeană de 9,8%, determină o subfinanțare a serviciilor, în special a serviciilor oferite în comunitate (la domiciliu). Studiul asupra mecanismelor de finanțare în țări europene a relevat faptul că îngrijirea oferită în spital este pentru stabilizarea pacientului, urmând ca monitorizarea acestuia să se realizeze preponderent la domiciliu, acolo unde majoritatea pacienților își doresc să fie îngrijiți. În România, s-a creat mecanismul de finanțare a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu, dar conform raportului "Analiza situației furnizorilor de îngrijiri paliative în anul 2019", există doar 9 servicii de îngrijiri paliative la nivel național, acoperind 6 din cele 42 județe. Situația privind funcționarea pieței îngrijirilor la domiciliu în România a fost analizată și de Consiliul Concurenței concluzionând că *"nu este matură, fiind abia la începutul formării sale, existând un număr relativ mic de întreprinderi care desfășoară aceste servicii, dar având în vedere nevoia mare și indispensabilitatea acestor servicii pentru consumatori/pacienți există un potențial ridicat de dezvoltare"*.

Din punct de vedere al fondurilor pentru dezvoltare, nu există o susținere prin programe guvernamentale special dedicate pentru dezvoltarea acestor servicii (grant-uri sau alocări anuale pentru investiții). Doar proiectul PAL-PLAN își propune să dezvolte 8 centre pilot-ambulator și îngrijiri paliative la domiciliu, câte unul în fiecare regiune de dezvoltare, centre ce vor fi dotate parțial din finanțare nerambursabilă Fondul Social European și fonduri de la bugetul de stat.

Studiul asupra mecanismelor de finanțare din țări ce au integrat îngrijirea paliativă în sistemul de sănătate arată că politicile de sănătate sunt reflectate în alocarea fondurilor pentru susținerea serviciilor, indiferent care este forma de organizare a instituției finanțatoare (municipalități, case de asigurări de sănătate etc.). De asemenea, la nivel central se evaluează periodic costurile și se stabilesc tarifele pentru sistemul public și coplata acoperită de pacient. Pentru un nivel de calitate se pot asocia costuri corespunzătoare și se pot monitoriza indicatori de performanță. Raportul "Analiza situației furnizorilor de îngrijiri paliative în anul 2019" a concluzionat că există discrepanțe mari între costurile de funcționare și tarifele rambursate de sistemul de asigurări, atât pentru îngrijirea acordată în spital cât și pentru îngrijirile la domiciliu.

Totodată implementarea modelului spaniol a subliniat eficiența utilizării fondurilor prin schimbări în utilizarea resurselor spitalicești- reducerea duratei de spitalizare și modificări asupra tipului de paturi utilizate de la secții acute convenționale ce au un cost de funcționare mai mare la paturi de asistență paliativă din spitale și alte locații. Aceste modificări au produs o reducere substanțială a costurilor serviciilor naționale de sănătate de aproximativ 61% pentru îngrijirea pacientului în ultimele 6 săptămâni de viață.

Într-un mediu cu resurse limitate, acest lucru este de o importanță considerabilă. De exemplu, într-o regiune precum Catalonia, în care 67% dintre pacienții cu cancer avansat sau în stadiu terminal sunt îngrijiți de SCPC-uri specializate. Numai economiile financiare totale estimate pentru acest concept ar putea fi de aproximativ €33.5 milioane/pe an. Aceasta, la rândul său, reprezintă mai mult decât costurile totale ale întregii rețele de îngrijiri paliative din regiune.

O premisă pentru dezvoltarea serviciilor ar fi stabilirea obiectivelor realiste de dezvoltare și predictibilitatea fondurilor. Multe dintre țări au recurs la un-Plan Național de Îngrijiri Paliative, cu evaluare periodică, acordarea de stimulente personalului medical, înființarea structurilor și asigurarea finanțării corespunzătoare. Chiar și țări dezvoltate, precum Norvegia sau Irlanda, au întâmpinat dificultăți în dezvoltare până ce mecanismele de finanțare au devenit stabile și accesibile.

Anexă- Schemă pentru luarea deciziei de transfer către serviciul de îngrijiri paliative- Pallia 10 (modelul francez)

	Întrebarea	Detalii	DA/ NU
1.	Pacientul suferă de o boală care nu se vindecă în condițiile actuale ale științei medicale	Un răspuns pozitiv este necesar pentru a folosi acest instrument (Pallia 10) și a trece la următoarele întrebări	
2.	Există factori peiorativi de prognostic	Validați în Oncologie: hipoalbuminemie, sindrom inflamator, limfopenie, status de performanță pe scala Karnofsky >3	
3.	Boala progresează rapid		
4.	Pacientul sau familia solicită îngrijire paliativă	Act No. 99-477 9 Iunie 1999 - pentru a asigura dreptul la îngrijire paliativă	
5.	Persistența simptomelor necontrolate în ciuda implementării tratamentelor din prima linie	Durere spontană sau cauzată de tratament, dispnee, greață, confuzie, agitație, sindrom ocluziv	
6.	Se identifică factori de vulnerabilitate psihologică la pacient sau în anturajul lui	Tristețe, anxietate, tulburări de comunicare, retragere sau comportament agresiv, conflicte în familie, existența antecedentelor psiho-patologice la pacient sau familie.	
7.	Se identifică factori de vulnerabilitate socială la pacient sau în anturajul său	Izolare, dependență fizică, insecuritate, dificultăți financiare, existența în anturaj a unei persoane dependente, copil minor etc.	
8.	Pacientul sau aparținătorii au dificultăți în înțelegerea informațiilor despre boală și/ sau prognostic	Confrunțați cu o boală ce progresează, pacienții și aparținătorii dezvoltă anxietate, ceea ce poate determina activarea mecanismului psihologic de protecție, împiedicând astfel comunicarea și aplicarea unui proiect de îngrijire paliativă	
9.	Se observă discrepanțe în ceea ce privește consistența procedurilor de îngrijire de către echipa medicală	Aceste întrebări pot privi: rezultatele așteptate; indicații privind: hidratarea, nutriția, tratamentul antibiotic, transfuzii, monitorizarea pacientului (glicemie); indicații privind sedarea; alegerea locului de îngrijire; status reanimare	
10.	Ai întrebări referitoare la atitudinea potrivită, de ex.: refuzul tratamentului, limitarea deciziilor de tratament, solicitare pentru eutanasiere, prezența unui conflict de valori	Legea Leonetti tratează dileme legate de refuzul tratamentului și/ sau decizia privind limitarea tratamentului, atât pentru pacienții conștienți, cât și pentru pacienții care nu mai sunt în stadiul de exprimare a propriei voințe.	

Ministerul Sănătății

Strada Cristian Popișteanu, nr. 1-3, sector 1, cod 010024, București
Telefon : 021 3072 517
E-mail : palplan@ms.ro

**Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor
paliative și îngrijirilor la domiciliu PAL-PLAN**
SIPOCA 733 / MySMIS 129439
Ministerul Sănătății
august 2021

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială
a Uniunii Europene sau a Guvernului României

Material distribuit gratuit

Competența face diferența!