


 PAL PLAN ÎNGRIJIRI PALIATIVE ȘI LA DOMICILIU				
				
<p>STUDIU DE EVALUARE A NEVOII DE ÎNGRIJIRI PE TERMEN LUNG ÎN POPULAȚIA ROMÂNIEI</p>				
				





ÎNGRIJIRI PALIATIVE
ȘI LA DOMICILIU

STUDIU DE EVALUARE A NEVOII DE ÎNGRIJIRI PE TERMEN LUNG ÎN POPULAȚIA ROMÂNIEI

Grup de lucru:

Dr. Elisabeth Brumă- Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Dr. Elena Moldoveanu- Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Adelina Rădulescu- Ministerul Muncii și Protecției Sociale

Dr. Valentin Vladu- Fundația HOSPICE Casa Speranței

Acest studiu nu ar fi fost posibil fără sprijinul direct al colegilor și profesioniștilor de la Asociația Caritas Alba Iulia - Harghita care ne-au împărtășit gândurile lor legate de problemele și viitorul serviciilor de îngrijiri la domiciliu de lungă durată.

Mulțumim încă o dată tuturor cu deosebire d-lui Peter Gyorgy coordonator programe și Dr. Marton Andras- Director Caritas pentru sprijinul deosebit în facilitarea punerii în practică a acestui studiu în județul Harghita.

Februarie, 2021

CUPRINS

Partea I - Cercetarea cantitativă	8
Capitolul 1	8
Introducere - despre îmbătrânirea demografică	8
Capitolul 2	12
2.1. Definierea îngrijirii de lungă durată la domiciliu.....	12
2.2. Definiția operațională pentru îngrijirea la domiciliu de lungă durată propusă în proiect	17
Capitolul 3	19
3.1. Evaluarea persoanelor pentru a primi servicii de îngrijiri la domiciliu	19
3.2. Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice	22
3.3. Comparația între cele două grile	23
3.4. Concluzii privind utilizarea unei singure grile de evaluare	26
Capitolul 4	28
4.1. Date demografice.....	28
4.2. Raportul de dependență	30
Capitolul 5	36
5.1. Județul Harghita. Datele demografice și evaluarea nevoii de îngrijire pentru persoanele în vârstă dependente	36
Capitolul 6	40
6.1. România - situația demografică, raportul de dependență și numărul estimativ de cazuri dependente în anul 2020	40
Capitolul 7	50
Concluzii	50
Partea II-a - Cercetarea calitativă	53
Capitolul 1	53
1.1. Introducere	53
1.2. Selectarea județului pilot	54
Capitolul 2	55
Rezultatele cercetării calitative	55
2.1 Nevoi principale ale celor ce trebuie îngrijiți: dependența și sărăcia	55
2.2. Implicarea familiei în îngrijirea de lungă durată	57
2.3 Personalul de îngrijire și problemele acestuia: salariile mici, transportul dificil și încărcătura mare de muncă.....	57

2.4. Îngrijiri la domiciliu în mediul rural	58
2.5. Dificultățile majore: finanțarea, legislația și birocrația	59
2.6. Implicarea autorităților locale	61
2.7. Ce ai spune dacă miniștrii sănătății și muncii ar fi în fața ta?	63
2.8. Soluții propuse	65
Capitolul 3	67
CONCLUZII ȘI RECOMĂNDARI	67
3.1 Concluziile raportului privind situația persoanelor în vârstă.....	67
3.2 Concluzii și recomandări din partea profesioniștilor din sector, ale finanțatorilor și decidenților	69
3.2.1. Conceptul de îngrijire la domiciliu de lungă durată	69
3.2.2. 3.2.2. Dreptul persoanelor asigurate de a primi servicii de îngrijire de lungă durată	70
3.2.3. 3.2.3. Birocrația excesivă	70
3.2.4. 3.2.4. Nevoia neacoperită / Listele de așteptare.....	71
3.2.5. 3.2.5. Autorități publice locale - a avea sau a nu avea servicii de îngrijire de lungă durată pentru cetățeni	71
3.2.6. 3.2.6. Sursa de finanțare, sustenabilitatea și predictibilitatea finanțării	72
3.2.7. 3.2.7. Evaluarea cazurilor și grilele de evaluare	73
3.2.8. 3.2.8. Mediul rural și îngrijirea la domiciliu de lungă durată	74
Abrevieri	75
Notificări la capitolul “concluzii și recomandări”	75

Partea I - Cercetarea cantitativă

Capitolul 1

Introducere - despre îmbătrânirea demografică

Îmbătrânirea demografică constă în „creșterea ponderii populației vârstnice, respectiv în scăderea proporției populației tinere; de obicei, proporția populației adulte rămâne vreme îndelungată neschimbată”¹. Acest lucru este posibil datorită scăderii natalității și creșterii speranței de viață, „efecte directe ale creșterii bunăstării sociale în special după cel de-al doilea război mondial”. Creșterea bunăstării sociale a produs schimbări semnificative pentru populație, spre exemplu: un acces mai mare la educație, servicii de sănătate tot mai performante (mulțumită reușitelor din medicină), protecție socială. Proporția populației în vârstă de 60 sau 65 de ani și peste reprezintă un indicator demografic relevant pentru constatarea îmbătrânirii unei populații. O populație tânără are proporția populației vârstnice mai mică de 7,0%; iar procesul de îmbătrânire demografică este în desfășurare dacă ponderea populației vârstnice este cuprinsă între 7,0 % și 12,0 %, o pondere **mai mare de 12,0 %** corespunzând unei **populații îmbătrânite demografic** (Vert, 2000, p. 126 și Stașac, 2000, p. 117, apud Bodogai Simona, 2008, p. 10-11).

Demograful Traian Rotariu observă că „*se conturează, la scara timpului istoric lung... o progresie de modeste succese ale omului împotriva morții*” (Rotariu, 2003, p. 105). Într-adevăr, creșterea speranței de viață este o mare reușită a medicinei și condițiilor de trai, însă îmbinată cu scăderea natalității, poate duce la consecințe nedorite.

Scăderea mortalității se datorează unor efecte combinate ale dezvoltării științei, tehnologiei, dar și a implicării statelor (prin politici sociale de sănătate). Concret, există mai multe motive pentru care mortalitatea este mai scăzută în prezent: alimentația mai sănătoasă, combaterea bolilor contagioase prin dezvoltarea științei farmaceutice și a medicinei, îmbunătățirea condițiilor de trai (spre exemplu îmbunătățirea locuințelor și a condițiilor de locuire, igiena privată și publică, accesul la apă). Însă aceste îmbunătățiri nu s-au produs uniform, lasând loc de inegalități sociale și de sănătate în lume privind “*șansele sociale în fața morții*” (Rotariu, 2003, p. 105) între societăți cât și interiorul fiecărei societăți.

Scăderea fertilității este o consecință a principiilor de modernizare. Sistemul capitalist asigură independență și emancipare, iar ***raționalitatea capitalistă se extinde chiar și în planul vieții domestice*** (Rotariu, 2003, p. 312-313). Viața de familie este din ce în ce mai puțin influențată de constrângeri ideologice sau religioase, sau de presiuni demografice (legate de supraviețuirea unui număr de descendenți sau de asigurarea forței de muncă). Creșterea fertilității prin presiuni demografice ar însemna “*schimbarea comportamentului reproductiv*” (Trebici, 1994, p. 55). Alte situații sunt cele în care cuplurile se confruntă cu costuri sporite

¹ Staiculescu Ana Rodica, 2002, în Pop, Luana (coord.) *Dicționar de Politici Sociale*, p. 398

ale creșterii și educației copiilor, fapt care afectează comportamentul procreativ prin limitarea numărului de nașteri (Rotariu, 2003, p. 313).

Gospodăria a început să își piardă funcția de unitate de producție odată cu **transformarea industrială a societății**. Au început să se practice instituțiile extragospodărești, ceea ce înseamnă că „*relațiile de dependență economică scad, venitul gospodăriei nemaifiind rezultanta acțiunii colective al grupului familial, ci mai curând suma veniturii individuale*” (Rotariu, 2003, p. 237-238). Noile sisteme instituționale scad dependența indivizilor de familie, iar relațiile interpersonale slăbesc odată cu dispariția solidarității în realizarea obiectivelor economice. În plus mai există dezavantaje: comunicarea mai slabă (mai rară și mai superficială), distanța fizică, oportunitatea de a dezvolta relații afective cu alte persoane. Solidaritatea mai scăzută a influențat scăderea importanței funcției de protecție și sprijin a persoanelor în caz de boală sau bătrânețe (Rotariu, 2003, p. 238).

Realitatea socială a familiei a suferit schimbări profunde în ultimele decenii, care trebuie luate în considerare în modernizarea politicilor sociale și familiale în special. Rezultate cu tendințele de deinstituționalizare a familiei care au marcat trecerea de la familia tradițională la cea modernă au fost diversificarea aranjamentelor familiale: familia extinsă a devenit nu doar nucleară ci și mai mică ca număr de membri, iar numărul de familii monoparentale, cupluri consensuale sau căsătorii homosexuale a crescut. Aceste nuanțări ale familiei pot fi conectate și specificului societății consumeriste, puternic individualizate, care generează și noi percepții și definiții ale căsătoriei, familiei, coabitării, etc. (van de Kaa, 1987 apud Ghețău, 2004, p. 7).

Odată cu aceste schimbări structurale au avut loc și schimbări valorice în termeni de stil de viață sau relațiile dintre membrii familiei, care au necesitat un redesign, o readaptare într-o societate individualistă, în care femeia este pe aceeași poziție cu bărbatul, împărțind responsabilitățile. Schimbarea stilului de viață este determinant pentru procesul de îmbătrânire atâta timp cât reprezintă contextul în care se decide amânarea primei sarcini și scăderea numărului de sarcini (EC, 2008, p. 60).

Chiar dacă familia nucleară nu a devenit peste tot o formă dominantă, potrivit lui Giddens (2000, p. 157), sfera familiei a fost marcată în special de următoarele schimbări: tendința generalizată de alegere liberă a partenerului de cuplu; împuternicirea drepturilor femeilor - inclusiv în întărirea puterii sale decizionale în cadrul familiei; amploarea pe care drepturile copilului au luat-o începând cu a doua jumătate a secolului trecut; libertatea sexuală, etc. O contribuție deosebită în generarea acestor schimbări a avut-o creșterea puternică a numărului de femei cu educație superioară și pe piața forței de muncă. În plus, mobilitatea geografică este mult mai mare ceea ce riscă de a slăbi disponibilitatea rețelelor familiale de sprijin (EC, 2008, p. 60).

Tranziția demografică și procesul istoric de schimbare a structurii demografice care are loc pe măsură ce ratele fertilității și mortalității scad, are ca rezultat un raport în creștere între persoanele în vârstă și cele tinere (BM, 1994, p. XVI).

Raportul de dependență demografică² dintre vârstnici (65 și peste) și tineri (0-14) și populația aptă de muncă este un alt indicator relevant care „are un impact deosebit asupra sustenabilității anumitor tipuri de politici sociale, în special în domeniul asigurărilor sociale”³.

De-a lungul timpului, volumul populației nu a reprezentat o problemă reală, având în vedere echilibrul realizat între mortalitate și natalitate. Acest echilibru a fost însă rupt în ultimele două secole datorită reușitelor din medicină, cu consecințe asupra scăderii puternice a mortalității infantile, și creșterii impresionante a longevității. Datorită difuzării cunoștințelor medicale și a declinului fertilității, **țările în curs de dezvoltare îmbătrânesc mult mai rapid decât au făcut-o țările dezvoltate** (BM, 1994, p. 1). Ca și surse ale schimbărilor, creșterea volumului populațiilor se datorează demografiei țărilor sărace, în timp ce îmbătrânirea populației globale se datorează demografiei și tiparelor țărilor bogate (Fontaine, 2008, p. 22). Potrivit Anei Bălașa, fenomenul îmbătrânirii „este prezent în mod deosebit în Europa și Japonia”, pe bătrânul continent atingând deja un *stadiu critic* (Bălașa, 2005, p. 275). Chiar dacă există diferențe de intensitate și de ritm, toate societățile europene vor ajunge să treacă prin aceleași tendințe majore, de declin și îmbătrânire demografică.

Declinul demografic al României este *rezultatul cumulativ al complexelor evoluții ale natalității (fertilității), mortalității și migrației externe* (Ghețău, 2004, p.6). Îmbătrânirea populației din țara noastră are particularități, dar este legată de **tendința generală de modernizare** (natalitatea și mortalitatea care erau înainte la niveluri înalte, acum sunt în scădere) (Bălașa, 2000). Motivul creșterii procentului populației vârstnice din România în raport cu celelalte categorii de vârstă care nu este valabil în toată Europa (ci mai degrabă țărilor mai puțin dezvoltate economic) este migrația în masă a populației tinere în căutarea unor oportunități și condiții de viață mai bune. Evoluția migrației externe este imprevizibilă datorită dependenței de contextul socio-economic variabil al României, în special în contextul actualelor dificultăți de ieșire din criza economică mondială.

Declinul demografic din România este bine instalat, având în vedere că situația demografică s-a înrăutățit în mod constant după revoluție, migrația extremă ocupând un loc central în schimbările demografice (Ghețău, 2004, p. 5-6). Între recensămintele din 1992 și 2002, populația a scăzut cu 1,1 milioane de locuitori, însă mai critică este deteriorarea grupelor de vârste (adică nu împușinarea populației și îmbătrânirea ei) și implicațiile aduse. Chiar dacă contextul era sensibil datorită politicilor demografice din perioada comunistă, Vladimir Trebici sublinia încă din 1994 necesitatea unei politici demografice coerente, datorită noilor tendințe demografice observabile în România încă din acea perioadă: ușoara descreștere a volumului populației, natalitatea scăzută, mortalitatea ridicată, volumul crescând de vârstnici din totalul populației și emigrarea masivă. Însă oricât de binevenită ar fi fost o politică demografică pentru prevenirea efectelor socio-economice a unei populații în curs de îmbătrânire, tranziția economică și socială din

² Raportul de dependență demografică este raportul dintre numărul persoanelor de vârstă "dependentă" (persoane sub 15 ani și de peste 64 ani) și populația în vârstă de muncă (15-64 ani) exprimat la 100 de persoane

³ Staiculescu Ana Rodica, 2002, în Pop, Luana (coord.) *Dicționar de Politici Sociale*, p. 398

deceniul trecut nu permitea realizarea unui astfel de plan, resursele limitate necesitând să fie direcționate către alte probleme prioritare. Autorul menționează că „peste câțiva ani percepția ar fi alta, dar efectele vor putea fi reparate cu un efort incomparabil mai mare” (Trebici, 1994, p. 47).

Trebici descrie schimbările petrecute în structura populației cauzată de scăderea de lungă durată a natalității și de creșterea speranței de viață: „(schimbările)... corespund acelei faze care se numește tranziția vârstelor, în sensul afirmării îmbătrânirii demografice. Acest proces este valabil pentru orice populație. În țările dezvoltate el este avansat; pentru populația țărilor în curs de dezvoltare, el este la început” (Trebici, 1994, p. 53-54). Foarte important de menționat este că îmbătrânirea demografică din România este **diferențiată** (Trebici, 1994, p. 54), în ideea că satele și comunele din mediul rural îmbătrânesc mult mai repede datorită migrației către centrele urbane sau către alte țări; caz în care ne putem da seama că ponderea populației vârstnice fiind mai mare, presiunea și dependența vârstnicilor din rural este mai mare.

Mortalitatea în România este încă ridicată comparabil cu alte țări europene, probabil ca și consecință a diferențelor de nivel de trai, accesul la servicii de sănătate și calitatea asistenței medicale, accentul mai puternic asupra tratamentului decât a prevenției. Contextul socioeconomic tranzițional poate fi considerat ca factor cu influență în primii ani ai primului deceniu de după revoluție. O dimensiune pentru care România are valorile maxime din România este mortalitatea infantilă - chiar dacă în cifre poate părea o scădere minoră a populației, acest indicator are o importanță socială majoră, motiv pentru care ar trebui să reprezinte un obiectiv al politicilor sociale și de sănătate.

Unele dintre cele mai interesante evoluții în România sunt cele ale natalității. Modelul de fertilitate românesc a fost dintotdeauna unul timpuriu (cu cele mai ridicate valori în intervalul 20-25 ani), însă după 1995 procentele au devenit tot mai ridicate pentru vârsta 25+ (Ghețău. 2004, p. 7). Legea pronatalistă a lui Ceaușescu a fost generatoarea unui baby-boom care se poate lesne citi în piramida demografică a României. Numărul de nașteri a scăzut brusc după 1989 datorită rupturii de această lege care forța natalitatea. Factorii de scădere a fertilității sunt aceiași care au început să afecteze țările dezvoltate în perioada anilor 60-70: emanciparea femeii, creșterea duratei și a nivelului educației, slăbirea influenței normelor culturale și în special a celor religioase, mobilitatea socială, costul ridicat al creșterii unui copil, reducerea funcției economice a copilului datorită restructurării valorilor societale, apariția metodelor contraceptive moderne, însă în același timp, au contribuit și factori specifici tranziției (iar în prezent probabil determinați de criza economică): degradarea nivelului de trai, șomajul, incertitudinea, stresul (Ghețău. 2004, p. 7).

Capitolul 2

2.1. Definirea îngrijirii de lungă durată la domiciliu

Vom prezenta în continuare câteva definiții, exemple din rapoarte naționale, privind definirea îngrijirii de lungă durată, alături de propunerea operațională pentru acest termen în cadrul proiectului.

- ◆ **Raportul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) 2020, "ROMANIA Country case study on the integrated delivery of long-term care"**⁴

În raportul OMS serviciile de îngrijiri de lungă durată sunt văzute ca servicii integrate care cuprind serviciile medicale (cu tot ce înseamnă acest lucru conform legii și anume: servicii, medicație și devices) și servicii sociale care includ îngrijire temporară sau permanentă la domiciliu, îngrijire temporară sau permanentă într-un centru rezidențial și îngrijire în centre de zi. Îngrijirea la domiciliu include serviciile casnice (cum ar fi alimentația, treburile casnice, consilierea juridică și administrativă și plata facturilor), servicii socio-medicale (cum ar fi igiena personală și activități socioculturale) și servicii de îngrijire a sănătății limitate la consultarea și administrarea medicamentelor.

Raportul menționează și face vizibil de asemenea rolul mare al îngrijirilor informale oferite de familie, rude, servicii cu rol esențial în îngrijirea de lungă durată în România.

Dintr-o perspectivă socială, îngrijirea de lungă durată este definită ca fiind „îngrijirea unei persoane care necesită sprijin pentru îndeplinirea activităților de bază și instrumentale ale vieții de zi cu zi pentru o perioadă mai mare de 60 de zile” (Legea 292/2011, Cadrul de asistență socială (Legea cadru a asistenței sociale)). Îngrijirea pe termen lung cuprinde trei tipuri de servicii comunitare sociale: îngrijire temporară sau permanentă la domiciliu, îngrijire temporară sau permanentă într-un centru rezidențial și îngrijire în centre de zi. Îngrijirea la domiciliu include serviciile casnice (cum ar fi alimentația, treburile casnice, consilierea juridică și administrativă și plata facturilor), servicii socio-medicale (cum ar fi igiena personală și activități socioculturale) și servicii de îngrijire a sănătății limitate la consultarea și administrarea medicamentelor.

Raportul subliniază faptul că, componenta asistenței medicale a îngrijirii pe termen lung nu este definită de lege. În schimb, Casa Națională de Asigurări de Sănătate contractează servicii de sănătate oferite ca parte a îngrijirii la domiciliu pe termen lung. Clasificarea acestor servicii ca parte a îngrijirii pe termen lung sau integrarea lor cu serviciile sociale nu a fost încă clarificată. Serviciile sociale și de sănătate pentru persoanele în vârstă sunt astfel insulare și fragmentate în diferite niveluri administrative și organe de conducere și finanțate prin acorduri necoordonate.

- ◆ **Definiția din raportul Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD) pentru Romania 2020**

⁴ ROMANIA Country case study on the integrated delivery of long-term care WHO Regional Office for Europe series on integrated delivery of long-term care World Health Organization 2020, pag 33

Raportul OCDE⁵ utilizează termenul de ”îngrijiri de lungă durată” ca gama de servicii de îngrijire pentru activitățile vieții zilnice, activități medicale de bază și activitățile instrumentale esențiale.

Astfel, îngrijirea de lungă durată „reprezintă o gamă de servicii necesare pentru persoanele cu grad redus de capacitate funcțională, fizică sau cognitivă și care în consecință sunt dependente pentru o perioadă de timp prelungită de ajutor pentru activitățile de bază ale vieții de zi cu zi (AVZ), cum ar fi spălarea, îmbrăcarea, luarea meselor, așezatul sau ridicatul din pat sau de pe scaun, deplasarea sau folosirea băii. Aceasta este adesea oferită în combinație cu servicii medicale de bază, cum ar fi ajutorul la bandajarea rănilor, tratarea durerii, medicația, monitorizarea sănătății, prevenția, reabilitarea sau serviciile de îngrijire paliativă. Serviciile de îngrijire de lungă durată includ de asemenea îngrijire de nivel mai redus legată de ajutorul la activități esențiale vieții de zi cu zi (AEVZ), cum ar fi ajutorul la treburile gospodărești, mese, cumpărături și transport. Îngrijirea de lungă durată poate fi primită în instituții sau acasă.”

- ◆ Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD) - **raport cercetare Europa 2011 - ”Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care”**⁶

În cadrul acestui Raport este utilizat termenul de ”îngrijire pe termen lung”, care este definit ca fiind îngrijirea persoanelor care au nevoie de sprijin în multe aspecte ale vieții pe o perioadă prelungită de timp. De obicei, aceasta se referă la ajutorul cu așa-numitele activități ale vieții zilnice (ADL), cum ar fi îmbăierea, îmbrăcarea, coborârea și urcatul din /în pat, care sunt adesea efectuate de familie, prieteni și îngrijitori sau asistenți medicali cu calificare mai mică.

Deoarece costurile LTC formale pot deveni rapid mari pentru cei care au nevoie de îngrijire, multe țări au instituit sisteme publice de acoperire a riscurilor. Acoperirea poate fi limitată la anumite grupuri țintă cu venituri mici sau poate fi universală. Beneficiile pot implica servicii în natură sau în numerar și serviciile pot fi furnizate în diferite aranjamente. Lucrătorii care furnizează serviciile de îngrijire pot avea calificări diferite în funcție de statutul beneficiarului îngrijirii și de aranjamentele instituționale ale țării, la fel ca intensitatea îngrijirii.

Îngrijirea pe termen lung poate fi acordată la domiciliu, în instituții sau în centre de zi, de la furnizori publici, non-profit sau cu scop lucrativ, cu servicii care variază de la sisteme de alarmă, la îngrijire personală 24h / 7 zile. Utilizatorii serviciului pot fi obligați să plătească o parte din costul pentru utilizarea acestor servicii. Responsabilitățile pentru - și cheltuielile pentru - îngrijirea formală a sistemelor pe termen lung pot fi centralizate la un minister sau agenție, de obicei Ministerul Sănătății sau Ministerul Afacerilor Sociale, sau pot fi o responsabilitate împărțită,

⁵ VIAȚĂ LUNGĂ, ACTIVĂ ȘI ÎN FORȚĂ Promovarea îmbătrânirii active în România Rețeaua pentru dezvoltare umană Regiunea Europa și Asia Centrală Iunie 2014, Document al Băncii Mondiale, p 127

http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/DGAS/IA-RO/Raport_Active_Aging_RO.pdf

⁶ Colombo, F. et al. (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/state/docs/oecd_helpwanted_en.pdf

deși adesea autoritățile de nivel inferior au autoritate cu privire la furnizarea de servicii și, în unele cazuri, pe lângă finanțarea acestor servicii.

- ◆ **Definiția din raportul pe îmbătrânire și îngrijire de lungă durată din USA 2011⁷**, elaborat de AMDA - Long Term Care Medicine, American College of Health Care Administrators, American Health Care Association, The Coalition of Geriatric Nursing Organizations

Raportul utilizează terminologia de ”**îngrijire pe termen lung**” (LTC), termen folosit pentru a descrie îngrijirea necesară pentru cineva care trebuie să depindă de ceilalți pentru ajutor cu activitățile zilnice.

Un obiectiv al îngrijirii pe termen lung este de a ajuta persoanele cu **probleme cronice de sănătate sau demență** să trăiască cât mai independent posibil. În timp ce mulți oameni cred că îngrijirea pe termen lung se întâmplă doar într-un azil de bătrâni, de fapt, majoritatea sunt acordate de îngrijitori formali sau informali (din cadrul familiei) la domiciliul persoanelor.

Îngrijirea pe termen lung implică o varietate de servicii și sprijin pentru a satisface nevoile de sănătate sau îngrijire personală pe o perioadă extinsă de timp, uneori pentru **restul vieții unui individ**. În general, aceasta include îngrijirea acordată în orice formă pentru bătrâni sau persoane cu dizabilități: căminele de bătrâni, centrele de zi pentru adulți, îngrijirile la domiciliu de lungă durată.

- ◆ European Social Network, ”Puttin Quality First, Contracting for Long-term Care”⁸, 2021

În cadrul Raportului se menționează că la nivelul UE, următoarea definiție a fost furnizată de Comitetul pentru Protecția Socială (SPC), care este format din reprezentanți ai ministerelor naționale ale afacerilor sociale și de la Direcția Generală a Comisiei Europene pentru Ocuparea forței de muncă, afaceri sociale și incluziune:

”**Îngrijirile pe termen lung** (LTC) cuprind o serie de servicii și sprijin pentru persoanele care sunt dependente pentru o perioadă lungă de timp de ajutor în viața de zi cu zi. Această nevoie este de obicei rezultatul handicapului cauzat prin fragilitate și diverse probleme de sănătate și, prin urmare, poate afecta oamenii de toate vârstele. Marea majoritate a destinatarilor de îngrijire pe termen lung sunt oamenii în vârstă. (SPC / ECS, 2014: 9)”

- ◆ Definițiile din perspectiva legislației românești din domeniul social⁹
 - În ceea ce privește terminologia utilizată, în cadrul Legii nr.292/2011, se folosesc expresiile ”**servicii de îngrijire personală la domiciliu**” și ”**îngrijiri de lungă durată**”.

⁷ Creating Home: A Guide to Better Care Options for an Aging America- 2011, Boston, Massachusetts: <https://www.pioneernetwork.net/wp-content/uploads/2016/10/Creating-Home-Consumer-Guide.pdf>

⁸ https://www.esn-eu.org/sites/default/files/2021-01/Long%20Term%20Care_2021_Interactive.pdf

⁹ Strategia națională pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice 2015-2020.pag 25-28, MMJS, 2015

Astfel, conform prevederilor Legii asistenței sociale nr.292/2011,” îngrijirea de lungă durată (peste 60 de zile) pentru îndeplinirea activităților de bază și instrumentale ale vieții zilnice” se asigură la domiciliu, în centre rezidențiale, în centre de zi, la domiciliul persoanei care acorda serviciile sau în comunitate” (Art.32).

Serviciile de îngrijire personală se adresează persoanelor dependente care, ca urmare a pierderii autonomiei funcționale din cauze fizice, psihice sau mintale, necesită ajutor semnificativ pentru a realiza activitățile uzuale ale vieții de zi cu zi. Ajutorul acordat pentru îndeplinirea activităților uzuale ale vieții zilnice privește două categorii de 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 cumpărături, activități de menaj și spălătorie, facilitarea deplasării în exterior și însoțire, activități de administrare și gestionare a bunurilor, acompaniere și socializare. Situația de dependență este o consecință a bolii, traumei și dizabilității și poate fi exacerbată de absența relațiilor sociale și a resurselor economice adecvate.

Serviciile sociale de îngrijire la domiciliu, respectiv: ajutorul acordat pentru îndeplinirea activităților uzuale ale vieții zilnice privește două categorii de 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 cumpărături, activități de menaj și spălătorie, facilitarea deplasării în exterior și însoțire, activități de administrare și gestionare a bunurilor, acompaniere și socializare sunt prestate de furnizori publici și privați de servicii sociale sunt finanțate din fonduri publice, inclusiv subvenții publice pentru asociații și fundații, precum și din fonduri private, inclusiv contribuții ale persoanelor beneficiare.

Conform dispozițiilor Art. 52 al Legii nr.292/2011, în cazul serviciilor de îngrijire personală la domiciliu, acordarea acestora se planifică și se programează în vizite zilnice, săptămânale sau lunare, repartizate la intervale regulate.

Îngrijirea personală la domiciliu poate fi formală și informală:

a) îngrijirea formală se asigură de persoana calificată, certificată profesional, în condițiile legii;

b) îngrijirea informală se asigură de membrii de familie, prieteni, vecini sau o altă persoană necalificată care își asumă responsabilitatea îngrijirii persoanei.

Persoana dependentă care necesită asistență și/sau supraveghere permanentă poate beneficia de îngrijire zilnică acordată la domiciliu, de îngrijitorul formal, pentru maximum 8 ore/zi, consecutive sau repartizate la intervale regulate pe parcursul zilei.

Îngrijirea personală acordată la domiciliu poate fi asigurată, pe o perioadă mai mare de 8 ore/zi, de îngrijitori informali calificați sau de îngrijitori formali, numai în condițiile prevăzute expres de lege.

Persoanele care solicită asistare în centre rezidențiale, au prioritate în cazul în care nu au familie sau familia acestora nu le poate asigura îngrijirea necesară.

Serviciile de îngrijire care presupun ajutor pentru îndeplinirea activităților instrumentale ale vieții zilnice sunt acordate de îngrijitori informali și voluntari și, numai în lipsa acestora, de îngrijitori formali.

La Art.97 (2) din Legea nr.292/2011, se precizează că autoritățile administrației publice locale au obligația de a asigura serviciile de îngrijire personală acordate la domiciliu sau în centre rezidențiale pentru persoanele vârstnice dependente singure ori a căror familie nu poate să le asigure îngrijirea.

Furnizarea serviciilor de îngrijire se realizează conform planului individualizat de asistență și îngrijire, elaborat de personal de specialitate, în baza recomandărilor formulate de echipa de evaluare.

- În ceea ce privește legislația standardelor minime de calitate, în prezent, sunt reglementate¹⁰ ”serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, persoane aflate în situație de dependență”

Astfel, în cadrul ”Unităților de îngrijire la domiciliu”, precum și în cadrul serviciilor de ”Îngrijiri personale la domiciliu (acordate de îngrijitori persoane)”, servicii/activități principale sunt: ajutor pentru realizarea activităților de bază ale vieții zilnice - ABVZ; ajutor pentru realizarea activităților instrumentale ale vieții zilnice - AIVZ; consiliere familială; integrare socială și participare; informare; evaluare; îngrijire personală; alte activități, după caz: terapii de recuperare, îngrijiri medicale, activități de amenajare și adaptare mediu ambiant etc.

◆ Raportul de țară din 2020 privind România¹¹

”România nu are un cadru de politică unitar pentru îngrijirea pe termen lung și servicii adaptate tendințelor demografice. Cu toate că se preconizează că ponderea populației cu vârsta de peste 80 de ani se va dubla până în 2050, **serviciile pentru persoanele în vârstă sunt în continuare limitate. Îngrijirea pe termen lung se încadrează în sfera de aplicare mai amplă a serviciilor sociale și medicale.** În plus, responsabilitățile sunt împărțite între diverșii actori instituționali de la diferite niveluri (Comisia Europeană, 2019j). Populația în vârstă are o pondere mult mai mare în zonele rurale sau îndepărtate și beneficiază în mai mică măsură de serviciile sociale. Cererea de servicii de îngrijire rezidențială pe termen lung este în mare măsură nesatisfăcută din cauza volumului nesemnificativ de servicii ambulatorii furnizate și a numărului insuficient de lucrători din domeniu (OCDE, 2019c).”

¹⁰ Hotărârea de Guvern nr. 867/2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale

¹¹https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2020-european_semester_country-report-romania_ro.pdf

2.2. Definiția operațională pentru îngrijirea la domiciliu de lungă durată propusă în proiect

Care sunt elementele comune în definiția serviciilor de îngrijire la domiciliu de lungă durată: așa cum au reieșit din studiul de birou (rapoarte de țară România), cercetarea calitativă cu interviurile cu profesioniștii în îngrijire și întâlnirile de lucru cu specialiștii din echipa de proiect:

1. Toate definițiile au subliniat faptul că îngrijirile la domiciliu de lungă durată sunt servicii integrate formate din servicii medicale și sociale, care ar trebui să fie date într-o modalitate coerentă în funcție de nevoile pacientului.
2. Serviciile medicale de îngrijire la domiciliu includ: asistența medicală, accesul la medicație și dispozitive medicale, recuperare, etc;
3. Serviciile sociale: sunt servicii de suport pentru:
 - 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 cumpărături, activități de menaj și spălătorie, facilitarea deplasării în exterior și însoțire, activități de administrare și gestionare a bunurilor, acompaniere și socializa
4. Serviciile de îngrijire au nevoie să fie continue fără întreruperi, de la o lună la alta sau chiar peste week-end.
5. Cui sunt oferite serviciile: persoanelor în vârstă dependente, persoanelor cu dizabilități
6. Perioada de furnizare a serviciilor: pentru România: serviciile sociale definesc ILD drept serviciile care se oferă mai mult de 60 zile; serviciile de sănătate /CNAS nu definesc serviciile de îngrijire de lungă durată dar serviciile prevăzute pentru cazurile de îngrijire medicală la domiciliu sunt de maxim 90 zile în ultimele 11 luni. (În literatură putem găsi ca termene limită / minime pentru îngrijirile de lungă durată termene ce variază la peste 3 luni în Bulgaria sau peste 6 luni în Germania).

Definiție operațională pentru îngrijirea la domiciliu de lungă durată propusă în proiect

În cadrul proiectului, terminologia utilizată va fi cea unanim acceptată la nivel internațional și european, respective **”servicii de îngrijiri de lungă durată la domiciliu (ILDD)”**.

Definiția propusă în cadrul proiectului va fi următoarea: **”Serviciile de îngrijiri de lungă durată la domiciliu”** reprezintă gama de servicii și facilități integrate medicale și sociale pentru îngrijirea continuă a unei persoane cu grade avansate de dependență, pentru o perioadă mai mare de 60 zile și care sunt oferite la domiciliul persoanei beneficiare.

Astfel, aceste servicii se caracterizează prin următoarele atribute principale:

- Serviciile atât medicale cât și sociale sunt oferite în mod integrat prin asigurarea continuității îngrijirilor și maximizării oportunităților pentru asigurarea unui echilibru optim al îngrijirilor;
- Serviciile medicale la domiciliu vor fi acordate beneficiarului fără limitare în timp, în funcție de nevoile specifice ale acestuia;
- Serviciile pot fi organizate în diverse tipuri de servicii integrate, cu un pachet de bază minim având atât componentă medicală cât și componentă socială;
- Serviciile sunt oferite cu precădere la domiciliul persoanei, menținând beneficiarul în cadrul personal familial;

O persoană este eligibilă pentru a primi servicii de ILDD după ce a fost evaluată cu **grila de evaluare a dependenței** s-a stabilit gradul de dependență și s-a propus planul de intervenție.

a) Serviciile privind ILDD cuprind astfel un minimum de servicii oferite la domiciliul beneficiarului:

- servicii **medicale de îngrijire** cum ar fi tratarea escarelor, pansamente, tratamente injectabile recomandate, tratarea durerii, asigurarea medicației și a dispozitivelor medicale, monitorizarea sănătății, prevenția, servicii de reabilitare, etc.;

- servicii **pentru activitățile de bază ale vieții zilnice** cum ar fi: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare și dezbrăcare, hrănire și hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare etc.;

- servicii **pentru activitățile instrumentale ale vieții zilnice**, în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, procurarea medicației necesare, activități de menaj și spălătorie, facilitarea deplasării în exterior și însoțire, activități de administrare și gestionare a bunurilor, acompaniere și socializare.

- servicii **de recuperare** prin tehnici de kineto și kinesi terapie și alte servicii de recuperare

b) Facilitățile cuprind sprijinul pentru obținerea de **beneficii și /sau ajutoare pentru îngrijire** sau ajutoare pentru îngrijire în locuință gen paturi de îngrijire adaptabile, carucioare pentru transport, cadre de mers, cârje, materiale pentru adaptarea locuinței gen bare de susținere pe holuri sau la toaletă, bare suport de susținere pentru transferul independent din pat în cărucior, înaltatoare pentru colacul WC, preșuri antiderapante în baie și pe suprafețele lucioase etc.

Capitolul 3

3.1. Evaluarea persoanelor pentru a primi servicii de îngrijiri la domiciliu

Analiza indicatorilor din grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice și statusul de performanță ECOG

Sisteme de evaluare¹²

În România sunt utilizate două grile de evaluare pentru identificarea nevoilor de îngrijire la domiciliu, respectiv:

- ◆ Nevoile persoanelor vârstnice aflate în situația de pierdere totală sau parțială a autonomiei, care pot fi de natură medicală, sociomedicală, psihoafectivă, se stabilesc pe baza **grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice**, care prevede criteriile de încadrare în grade de dependență - conform HG nr. 886/2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice
- ◆ Medicii de specialitate din specialitățile clinice, medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda **servicii de îngrijiri medicale la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu**, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzut în ca anexă la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Situația cea mai frecventă în cazul îngrijirilor de lungă durată este aceea în care pacientul iese din spital (de unde primește recomandări și este evaluat cu grila ECOG) și primește îngrijiri la domiciliu și apoi este îngrijit “*a la long*” după ce este evaluat cu Grila de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice pentru luni, ani de zile uneori pentru tot restul vieții.

¹² În ceea ce privește persoanele cu dizabilități, în România există un sistem de evaluare a gradului de handicap/dizabilității, iar în cazul salariaților care întrerup cursul normal al activității desfășurate datorită stării de sănătate, se acordă concediu și indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă. Pentru copiii cu dizabilități există un sistem de evaluare al dizabilității.

După modelele studiate în țările cu sisteme de sănătate și sociale apropiate de România în fiecare țară există o singură Grila de Evaluare a Dependentei pentru cazurile care primesc servicii de îngrijiri la domiciliu de lungă durată. Aceasta grilă este poarta de intrare în sistemul de îngrijiri.

Vom prezenta în continuare cele două grile și vom vedea caracteristicile fiecăreia, precum și propuneri cum aceste două evaluări pot fi contopite într-o singura grilă.

Statusul de performanță ECOG

În medicină (oncologie și alte domenii), statusul de performanță este o încercare de a cuantifica bunăstarea generală a pacienților cu cancer și activitățile pe care ei le pot face în viața de zi cu zi. Această măsură este utilizată pentru a determina dacă pot primi chimioterapie, dacă este necesară ajustarea dozei și ca măsură pentru intensitatea necesară a îngrijirilor paliative. Este, de asemenea, utilizat în studiile oncologice randomizate controlate ca măsură a calității vieții.

Scorul Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) (publicat de Oken și colab. În 1982), numit și scorul OMS sau Zubrod (după C. Gordon Zubrod), a fost inițial dezvoltat în oncologie, specific pentru chimioterapie, pentru a determina abilitatea pacienților de a tolera terapiile^{13 14}variază de la 0 la 5, cu 0 care indică o sănătate perfectă și 5 decesul: [2] **Avantajul său față de alte scoruri similare constă în simplitatea sa.**

0 - Asimptomatic (pe deplin activ, capabil să desfășoare toate activitățile de predisbol fără restricții)

1 - Simptomatic, dar complet ambulator (restricționat în activitatea fizică intensă, dar ambulator și capabil să efectueze lucrări de natură ușoară sau sedentară. De exemplu, lucrări casnice ușoare, lucrări de birou);

2 - Simptomatic, <50% în pat în timpul zilei (ambulator și capabil de îngrijire personală, dar incapabil să desfășoare activități de lucru aproximativ mai mult de 50% din orele de veghe);

3 - Simptomatic, > 50% în pat, dar nu legat de pat (Capabil de îngrijire limitată, limitat la pat sau scaun 50% sau mai mult din ore de veghe), status de performanță ECOG 3 (pacientul este incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază -igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare) -2 puncte;

4 - Imobilizat la pat (complet dezactivat. Nu se poate purta nici o îngrijire personală. Total limitat la pat sau fotoliu) status de performanta ECOG 4 (pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de alta persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare) -3 puncte;

5 - Moartea.

¹³ <https://www.mdcalc.com/eastern-cooperative-oncology-group-ecog-performance-status>

¹⁴ <https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>

NB: În România nu există un cadru general legislativ de adoptare a Indicatorilor de performanță ECOG.

Indicatorii sunt enumerați/se fac referiri, printre altele, și în următoarele acte normative:

- Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
- Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale 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
- Anexele nr. 1-11 la Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative din 23.02.2018
- Anexele nr. 1-20 la Ordinul ministrului sănătății nr. 219/2021 privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea hematologie, din 23.02.2021 - Ministerul Sănătății
- Anexele nr. 1 și 2 la Ordinul nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 - Ministerul Sănătății Publice
- Ghidul de tratament al carcinoamelor colorectale din 02.09.2009
- Ordinul nr. 1524/2009 privind aprobarea ghidurilor clinice pentru obstetrică-ginecologie
- Anexa la Hotărârea Guvernului nr. 155/2011 pentru aprobarea criteriilor și normelor de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă pe baza cărora se face încadrarea în gradele I, II și III de invaliditate - Guvernul României
- Criteriile și norme de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă pe baza cărora se stabilește aptitudinea și încadrarea în grade de invaliditate pentru cadrele militare, soldații și gradații voluntari, polițiștii și funcționarii publici cu statut special din sistemul administrației penitenciare din 25.01.2012 - Guvernul României.

3.2. Grila Națională de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice

Această grilă națională a fost adoptată ca parte componentă a Legii nr. 17/2000 pentru protecția persoanelor vârstnice, fiind adoptată prin HG 886/2000.

Mai jos sunt **gradele de dependență** ale acestei grile:

a) gradul IA - persoanele care și-au pierdut autonomia mentală, corporală, locomotorie, socială și pentru care este necesară prezența continuă a personalului de îngrijire;

b) gradul IB - persoanele grabatate, lucide sau ale căror funcții mentale nu sunt în totalitate alterate și care necesită supraveghere și îngrijire medicală pentru marea majoritate a activităților vieții curente, noapte și zi. Aceste persoane nu își pot efectua singure activitățile de bază de zi cu zi;

c) gradul IC - persoanele cu tulburări mentale grave (demențe), care și-au conservat în totalitate sau în mod semnificativ facultățile locomotorii, precum și unele gesturi cotidiene pe care le efectuează numai stimulate. Necesită o supraveghere permanentă, îngrijiri destinate tulburărilor de comportament, precum și îngrijiri regulate pentru unele dintre activitățile de igienă corporală;

d) gradul IIA - persoanele care și-au conservat autonomia mentală și parțial autonomia locomotorie, dar care necesită ajutor zilnic pentru unele dintre activitățile de bază ale vieții de zi cu zi;

e) gradul IIB - persoanele care nu se pot mobiliza singure din poziția culcat în picioare, dar care, o dată ridicate, se pot deplasa în interiorul camerei de locuit și necesită ajutor parțial pentru unele dintre activitățile de bază ale vieții de zi cu zi;

f) gradul IIC - persoanele care nu au probleme locomotorii, dar care trebuie să fie ajutate pentru activitățile de igienă corporală și pentru activitățile instrumentale;

g) gradul IIIA - persoanele care se deplasează singure în interiorul locuinței, se alimentează și se îmbracă singure, dar care necesită un ajutor regulat pentru activitățile instrumentale ale vieții de zi cu zi; în situația în care aceste persoane sunt găzduite într-un cămin pentru persoane vârstnice ele sunt considerate independente;

h) gradul IIIB - persoanele care nu și-au pierdut autonomia și pot efectua singure activitățile vieții cotidiene. Îngrijirea persoanelor vârstnice în cămin se poate realiza după cum urmează:

- persoanele încadrate în gradele de dependență IA, IB și IC sunt îngrijite în secții pentru persoane dependente;

- persoanele încadrate în gradele de dependență IIA, IIB și IIC sunt îngrijite în secții pentru persoane semidependente;

- persoanele încadrate în gradele de dependență IIIA și IIIB sunt îngrijite în secții pentru persoane independente.

3.3. Comparația între cele două grile

Ce se compară între cele două grile?	
<p>GRILA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A NEVOILOR PERSOANELOR VÂRSTNICE</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADL, • IADL și • Status-ul senzorial și psihoafectiv 	<p>STATUS DE PERFORMANȚĂ ECOG</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADL, • IADL
<p>ADL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Igiena corporală (toaleta generală, intimă, specială); 2. Îmbrăcat/dezbrăcat posibilitatea de a se îmbracă, de a se dezbrăca, de a avea un aspect îngrijit; 3. Alimentație (posibilitatea de a se servi și de a se hrăni singur); 4. Igiena eliminărilor (continentă); 5. Mobilizare (trecerea de la o poziție la alta ridicat așezata, așezat culcat și mișcarea dintr-un sens în altul); 6. Deplasare în interior (deplasarea în interiorul camerei în care trăiește, cu sau fără baston, cadru, scaun rulant); 7. Deplasarea la exterior (deplasarea în exteriorul locuinței fără mijloace de transport); 8. Comunicare (utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță în scopul de a alerta: telefon, alarma, sonerie). <p>IADL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prepararea hranei (capacitatea de a-și pregăti singur mâncarea); 2. Activități de menaj (efectuarea de activități menajere: întreținerea casei, spălatul hainelor, spălatul vaselor); 3. Gestiunea și administrarea bugetului și a bunurilor 	<p>ADL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Igiena corporala (toaleta generală, intimă, specială); 2. Îmbrăcat/dezbrăcat posibilitatea de a se îmbrăca, de a se dezbrăca, de a avea un aspect îngrijit; 3. Alimentație (posibilitatea de a se servi și de a se hrăni singur); 4. Igiena eliminărilor (continentă); 5. Mobilizare (trecerea de la o poziție la alta ridicat așezat, așezat culcat și mișcarea dintr-un sens în altul); 6. Deplasare în interior (deplasarea în interiorul camerei în care trăiește, cu sau fără baston, cadru, scaun rulant); 7. Deplasarea la exterior (deplasarea în exteriorul locuinței fără mijloace de transport); 8. Comunicare (utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță în scopul de a alerta: telefon, alarma, sonerie). <p>IADL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prepararea hranei (capacitatea de a-și pregăti singur mâncarea); 2. Activități de menaj (efectuarea de activități menajere: întreținerea casei, spălatul hainelor, spălatul vaselor); 3. Gestiunea și administrarea bugetului și a bunurilor (gestionează propriile bunuri, bugetul, știe să folosească banii etc.);

<p>(gestionează propriile bunuri, bugetul, știe să folosească banii etc.);</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Efectuarea cumpărăturilor (capacitatea de a efectua cumpărăturile necesare unui trai decent); 5. Respectarea tratamentului medical (posibilitatea de a se conforma recomandărilor medicale); 6. Utilizarea mijloacelor de transport (capacitatea de a utiliza mijloacele de transport); 7. Activități pentru timpul liber (persoana are activități culturale, intelectuale, fizice solitare sau în grup). <p>Status senzorial și psihoafectiv</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acuitate vizuală 2. Acuitate auditivă 3. Deficiență de vorbire 4. Orientare 5. Memorie 6. Judecata 7. Coerența 8. Comportament 9. Tulburări afective (prezența depresiei) 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Efectuarea cumpărăturilor (capacitatea de a efectua cumpărăturile necesare unui trai decent); 5. Respectarea tratamentului medical (posibilitatea de a se conforma recomandărilor medicale); 6. Utilizarea mijloacelor de transport (capacitatea de a utiliza mijloacele de transport); 7. Activități pentru timpul liber (persoana are activități culturale, intelectuale, fizice solitare sau în grup).
---	---

Corespondența între Grila Națională de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice și statusul de performanță ECOG

<p>Grade GRILA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A NEVOILOR PERSOANELOR VÂRSTNICE</p> <p>Fiecare activitate evaluată în Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice se cuantifică cu cifrele 0, 1, 2, 4.</p>	<p>ECOG</p> <p>(corespondența)</p>
<p>a) Gradul IA - persoanele care și-au pierdut autonomia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mentală, - corporală, - locomotorie, - socială <p>și pentru care este necesară prezența continuă a personalului de îngrijire;</p> <p>b) gradul IB - persoanele grabatate, lucide sau ale căror funcții mentale nu sunt în totalitate alterate și care necesită supraveghere și îngrijire medicală pentru marea majoritate a activităților vieții curente, noapte și zi. Aceste persoane nu își pot efectua singure activitățile de bază de zi cu zi;</p> <p>c) gradul IC - persoanele cu tulburări mentale grave (demențe), care și-au conservat în totalitate sau în mod semnificativ facultățile locomotorii, precum și unele gesturi cotidiene pe care le efectuează numai stimulate.</p>	<p>ECOG 4 - Imobilizat la pat (complet dezactivat. Nu se poate purta nici o îngrijire personală. Total limitat la pat sau fotoliu)</p> <ul style="list-style-type: none"> - status de performanță ECOG 4 (pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de alta persoana pentru îngrijirea de baza (igienă, alimentație, mobilizare) -3 puncte (<i>în galben din documentele de contractare CNAS</i>))
<p>d) gradul IIA - persoanele care și-au conservat autonomia mentală și parțial autonomia locomotorie, dar care necesită ajutor zilnic pentru unele dintre activitățile de bază ale vieții de zi cu zi;</p> <p>e) gradul IIB - persoanele care nu se pot mobiliza singure din poziția culcat în picioare, dar care, o dată ridicate, se pot deplasa în interiorul camerei de locuit și necesită ajutor parțial pentru unele dintre activitățile de bază ale vieții de zi cu zi;</p>	<p>ECOG 3 - Simptomatic, > 50% în pat, dar nu legat de pat (Capabil de îngrijire limitată, limitat la pat sau scaun 50% sau mai mult din ore de veghe) status de performanță ECOG 3 (pacientul este incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază - igiena și/sau alimentație și/sau mobilizare) -2 puncte</p>

f) gradul IIC - persoanele care nu au probleme locomotorii, dar care trebuie să fie ajutate pentru activitățile de igienă corporală și pentru activitățile instrumentale;	
g) gradul IIIA - persoanele care se deplasează singure în interiorul locuinței, se alimentează și se îmbracă singure, dar care necesită un ajutor regulat pentru activitățile instrumentale ale vieții de zi cu zi; în situația în care aceste persoane sunt găzduite într-un cămin pentru persoane vârstnice ele sunt considerate independente; h) gradul IIIB - persoanele care nu și-au pierdut autonomia și pot efectua singure activitățile vieții cotidiene.	ECOG 2 - Simptomatic, dar complet ambulator (restricționat în activitatea fizică intensă, dar ambulator și capabil să efectueze lucrări de natură ușoară sau sedentară. De exemplu, lucrări casnice ușoare, lucrări de birou)

Cele două grile au fost și sunt folosite în acest moment pe sute de cazuri pe aceiași pacienți, iar procesul este următorul:

- odată externăți din spital primesc aprobarea pentru îngrijiri la domiciliu folosindu-se grila ECOG 3 și ECOG 4;

- dacă aceste persoane au nevoi complexe și au nevoie de ajutor pe o perioadă mai mare decât maximumul de 90 zile în ultimele 11 luni, primesc și servicii din partea Autorităților Publice Locale, unde evaluarea este făcută cu grila de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice (HG nr. 886/2000).

Astfel o validare a corespondenței acestor grile este făcută zilnic pe sutele de cazuri existente la nivelul furnizorilor de servicii de îngrijire de lungă durată.

3.4. Concluzii privind utilizarea unei singure grile de evaluare

- Cele două grile au fost și sunt folosite în acest moment pe sute de cazuri pe aceiași pacienți, iar procesul este următorul:
- odată externăți din spital primesc aprobarea pentru îngrijiri la domiciliu folosindu-se grila ECOG 3 și ECOG 4;
- dacă aceste persoane au nevoi complexe și au nevoie de ajutor pe o perioadă mai mare decât maximumul de 90 zile în ultimele 11 luni, primesc și servicii din partea Autorităților Publice Locale, unde evaluarea este făcută cu grila de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice (HG nr. 886/2000).
- Astfel o validare a corespondenței acestor grile este făcută zilnic pe sutele de cazuri existente la nivelul furnizorilor de servicii de îngrijire de lungă durată.

- Utilizarea unei grile comune este importantă pentru a facilita un demers comun, integrat din punct de vedere social și medical față de un pacient
 - Utilizarea unei grile comune este importantă și pentru a debirocratiza serviciile de Îngrijiri la Domiciliu de Lungă Durată (ex există furnizori care în momentul de față sunt obligați să folosească ambele grile)
 - Deși este denumită Grila de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice pentru ca fusese rezultatul unui demers al Legii nr. 17/2000 privind protecția persoanelor vârstnice, grila este aplicabilă și adulților tineri, fie că sunt externați din spital sau sunt îngrijiți la domiciliu;
 - O putem denumi operațional: "Grila de Evaluare a Dependenței" (GED);
 - Grila pentru Evaluarea Nevoilor Persoanelor Vârstnice nu urmărește partea "socială" la fel cum ECOG nu urmărește neapărat partea "medicală". Ambele urmăresc să descrie cât mai exact gradul de dependență ("**cât de conștient cineva mai poate face ceva sau nu**");
 - Grila de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice este complexă și practic include și toate elementele aparținând Grilei ECOG;
 - Într-un studiu comparativ între Grila de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice și Noua Grila de evaluare a dependenței din Germania folosită pentru îngrijirea de lungă durată, s-a demonstrat ca aceste grile sunt asemănătoare conținând aceleași elemente de bază în evaluarea dependenței, putând fi folosite pentru evaluarea persoanelor cu diferite grade de dependență, putând fi cuantificate pe baza unor criterii și note. (vezi Anexa la document)
- Așadar rezultă următoarele:
- Grila de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice (adulților) este o grilă care este similară altor grile de la nivel european și care poate fi folosită și la nivelul sistemului de sănătate, putând înlocui/substitui Grila de status ECOG, întrucât o cuprinde în cadrul criteriilor sale.
 - Pe baza "grilei de evaluare a dependenței" prin proiectul pilot, în cadrul activității A7 se pot realiza următoarele subactivități:
 - o **testarea și clarificare/scorare** ca punctaje între diferitele grade de dependență;
 - o calcularea costurilor de îngrijire pe diferitele grade de dependență;
 - o elaborarea de studii de caz, care să devină subiecte în programele de formare viitoare;
 - o dezvoltarea unui program de training pentru înțelegerea grilei de evaluare în programul de "Îngrijire la Domiciliu de Lungă Durată".

Capitolul 4

4.1. Date demografice

Îmbătrânirea populației

În ultimii 50 de ani, populația europeană de 65 de ani și peste s-a dublat, ajungând de la 46 la 112 milioane de locuitori, ponderea ajungând de la 8% în 1950 la 14% în 2000. Privind populația de 80 de ani și peste, tendința este și mai frapantă, având în vedere valoarea de 65 de milioane de persoane de 80 de ani și peste prezisă pentru 2050, față de 21 de milioane în 2005¹⁵

La nivelul UE27, raportul de dependență se va dubla în următorii 50 de ani, de la curenții 25,2 la o proiecție de 53,47 în 2060 pentru o populație care va crește sensibil, numai de la 501,25 milioane la 505,71 milioane de persoane. Acest fapt clarifică faptul că **schimbările constau nu doar în îmbătrânire, dar și reducerea volumului populației**. Dacă ne orientăm după procentul de 12% menționat de Vert și Stașac ca și barieră a țărilor îmbătrânite demografic, putem observa că tendința este generalizată în întreaga Uniune Europeană, singura excepție fiind în cazul Slovaciei, în care populația de 65 de ani și peste reprezintă exact 12% din total.

Contextul demografic și macroeconomic în România ¹⁶

România se confruntă cu o transformare socio-economică profundă datorată schimbărilor demografice fără precedent. Procesul de îmbătrânire a populației a fost rezultatul îmbunătățirilor constante în ceea ce privește speranța de viață și al scăderii ratelor de fertilitate în ultimele patru decenii. Aceste două tendințe demografice combinate modifică rapid componența pe vârste a societății românești.

Proiecțiile Diviziei pentru populație a Națiunilor Unite arată că, în deceniile următoare, este de așteptat că numărul persoanelor cu vârsta peste 65 de ani va crește semnificativ, în timp ce populația în vârstă de muncă, definită ca persoanele cu vârsta între 20 și 64 de ani, va cunoaște o scădere accentuată începând cu 2014, după o perioadă îndelungată de creștere. Procesul de îmbătrânire demografică în România este accelerat și mai mult de o creștere dramatică mai recentă a emigrației nete în rândul grupurilor cu vârste tinere.

Conform previziunilor, România va cunoaște una dintre cele mai accelerate scăderi ale populației în vârstă de muncă din Uniunea Europeană, iar această tendință va impune probabil o povară grea asupra economiei. Conform previziunilor Eurostat referitoare la populație, se preconizează că populația în vârstă de muncă din România, cu vârsta între 20 și 64 de ani, va scădea cu 30 de procente până în anul 2060.

¹⁵ (Bălașa, Ana, 2005. Îmbătrânirea populației: provocări și răspunsuri ale Europei, în *Calitatea Vieții* XVI, nr. 3-4 2005, p. 276-277

¹⁶ VIAȚĂ LUNGĂ, ACTIVĂ ȘI ÎN FORȚĂ Promovarea îmbătrânirii active în România Rețeaua pentru dezvoltare umană Regiunea Europa și Asia Centrală Iunie 2014, Document al Băncii Mondiale, p 21

Populația totală a României a fost în 2018 puțin mai mare de 19,5 milioane de persoane, și principalele caracteristici este ca scade numeric constant și îmbătrâneste rapid.

Gradual populația totală a României care reprezintă aproximativ 3,8% din totalul UE a scăzut de la 21,3 milioane în 2005 și 20,3 milioane în 2010 la 19.5 milioane în 2018 și se așteaptă ca populația totală să scadă la 18,3 milioane până în 2030 și la 16,3 milioane până în 2050.

Așa cum menționasem anterior sunt trei motive principale ale scăderii populației României¹⁷:

1. o balanță negativă între numărul de nașteri vii și numărul de decese, care a trecut de la -21 299 în 2000 la -47 524 în 2010 și la -55 910 în 2017;

2. un număr mare de emigranți din 2001, când majoritatea țărilor UE au liberalizat cerințele de viză pentru cetățenii români;

3. ratele de fertilitate în jur de 1,6 nașteri pe femeie în ultimele două decenii, similare cu media UE și fertilitatea sub nivelul de înlocuire.

Tabelul 1 ¹⁸

	Total	Anul
Populatia totala	20.020 074	2013
Femei	10.258 594	
Barbati	9 761 480	
Populatia 65 ani și peste	3.258 198 (16,2%)	
Femei (%populatiei de 65ani și peste)	1.948. 051	
Barbati (%populatiei de 65ani și peste)	1 310. 147	
Populatia totala	19 530 631	2018
Femei	9 977 382 (51,1%)	
Barbati	9553 249 (48,9%)	
Populatia 65 ani și peste	3 550 261 (18,2%)	

¹⁷ Extrase din raportul "VIAȚĂ LUNGĂ, ACTIVĂ ȘI ÎN FORȚĂ Promovarea îmbătrânirii active în România" Rețeaua pentru dezvoltare umană Regiunea Europa și Asia Centrală Iunie 2014, Document al Băncii Mondiale, pag 35

¹⁸ ROMANIA Country case study on the integrated delivery of long-term care WHO Regional Office for Europe series on integrated delivery of long-term care World Health Organization 2020

Femei (%populatiei de 65ani și peste)	2 116 909 (59,6%)	
Barbati (%populatiei de 65ani și peste)	1 433 352 (40,4%)	
Populatia 85 ani	373 991 (1,9%)	
Femei (%populatiei de 65ani și peste)	247 599 (66,2%)	
Barbati (%populatiei de 65ani și peste)	126 432 (33,8%)	
Speranța de viață la vârstă de 65 ani	16,7	
Femei	18,3	
Barbati	14,7	

Speranța de viață și ponderea persoanelor în vârstă în populația totală în România sunt în creștere.

Speranța de viață la naștere a crescut de la 71,2 ani în 2000 la 75,3 ani în 2017, mai mică decât media UE de 80,9. Speranța de viață este mai mare pentru femei decât pentru bărbați; diferența de gen de 8,4 ani este mai mare decât media UE de 5,4 ani. Vârsta medie a fost de 43,9 ani în 2015 și se așteaptă să crească la 49,8 ani până în 2030 și 52,2 ani până în 2050.

Speranța de viață mai mare și numărul scăzut de rezidenți au dus la îmbătrânirea populației. Așa cum se poate vedea în tabelul de mai sus în 2018, România avea mai mult de 3,5 milioane de persoane cu vârsta de 65 de ani sau mai mult, dintre care aproape 60% erau femei. Ponderea persoanelor în vârstă variază între zonele urbane (16,4%) și cele rurale (20,2%).

Proporția persoanelor în vârstă din populația totală este în prezent de 18,2%, cu 2 puncte procentuale mai mare decât în 2010. Se așteaptă ca România să aibă 4,8 milioane de persoane cu vârsta de 65 de ani sau mai mult până în 2035 și 5,9 milioane până în 2050, reprezentând 21,0% și, respectiv, 27,7% din populația totală. Populația totală de 85 de ani sau mai mult este de aproximativ 373 000, mai puțin de 2% din populația totală;

Se preconizează că acest segment de populație va crește până la 408 000 până în 2030 și la 604 000 până în 2050. Acest segment de populație este important de știut deoarece odată cu vârstă riscul de a deveni o persoană dependentă este din ce în ce mai mare iar majoritatea cazurilor privind îngrijirea de lungă durată sunt recrutate din acest grup de populație.

4.2. Raportul de dependență

Raportul de dependență al populației vârstnice, respectiv raportul dintre numărul de persoane vârstnice (65 de ani și peste) și numărul de persoane în vârstă de muncă

(20 - 64 de ani) este preconizat a fi mai mult decât dublu până în 2060: în 2010, erau aproximativ 25 de persoane cu vârsta de peste 65 de ani la fiecare 100 de persoane în vârstă de muncă, iar, conform previziunilor, acest raport va crește la 60 de persoane cu vârsta peste 65 de ani la fiecare 100 de persoane în vârstă de muncă până în 2060. Prin urmare, reducerea segmentului de populație care contribuie la producția economică ar putea avea ca rezultat o creștere mai mică a venitului pe cap de locuitor și ar putea tempera perspectivele generale de creștere economică.

Diferențe înregistrate ¹⁹între mediile de rezidență sunt generate de fenomenul de îmbătrânire demografică care este mai accentuat în mediul rural. Raportul de dependență demografică este cu atât mai mare cu cât gradul de urbanizare este mai mic. Ponderea persoanelor de 65 ani și peste în total populație a depășit 20% în mediul rural, prin comparație cu aproape 16% în mediul urban, în 2017. Însă, mediul urban, a cunoscut în ultimii 15 ani o creștere mult mai semnificativă a ponderii persoanelor vârstnice în total populație (de la 11% în 2003 la 16% în 2017) decât cea din mediul rural (de la 18% la 20%, în aceeași perioadă).

România este - **pentru moment**- tânără comparativ cu alte țări, în special față de cele mai batrâne țări europene în care populația vârstnică atinge o cincime din total. Datele arată că situațiile cele mai avansate în momentul actual sunt în special în Europa Centrală (Germania), și zona Mediteranei (Italia, Grecia, Spania). Tendințele demografice ale populației vârstnice arată însă că **România prezintă una dintre cele mai agresive creșteri a populației vârstnice în următoarele decade în Europa.**

Putem observa că țările cu cele mai ridicate rapoarte de dependență proiectate pentru anul 2060 (peste 60) sunt fost-comuniste, excepție făcând Slovenia, și că țările cu cele mai reduse proiecții aparțin țărilor dezvoltate economic care primesc un număr mare de imigranți (Marea Britanie, Franța) sau care au sisteme de protecție socială performante (Suedia).

6% din populația EU27 constă în imigranți. Din totalul de 30,8 milioane cetățeni străini, peste o treime (11,3 milioane) sunt de fapt cetățenii unui alt stat membru UE. Ceilalți 19,5 milioane sunt cetățeni din afara EU27, din alte țări Europene (6 milioane), Africa (4,7 milioane), Asia (3,7 milioane) și continentul american (3,2 milioane).

Europa atrage mai mulți migranți decât pierde. Diferența dintre persoanele care au imigrat și cele care au emigrat (migrația netă) a fost de 1,6 milioane persoane în UE în 2005 (EC, 2008, p. 43). Schimbările în populație determinate de acest fenomen sunt foarte inegal distribuite în țările europene (migrându-se mai mult în EU15).²⁰

¹⁹ Proiect Ministerul Muncii „Implementarea unui sistem de elaborare de politici publice în domeniul incluziunii sociale la nivelul MMJS”, POCA 2014-2020,

Analiza și evaluarea grupurilor vulnerabile în vederea stabilirii nevoii de servicii sociale

²⁰ Eurostat news release, (2009). Population of foreign citizens in the EU27 in 2008, p. 1

Țara	Populația totală (2009)	Proiecții ale populației în 2060	% pers. de 65 de ani și peste din total (2008)	Raportul de dependență (2008)	Proiecții ale raportului de dependență 2060
Austria	8,4	9	17,1	25,4	51
Belgia	10,8	12,3	17,1	25,8	45,8
Bulgaria	7,6	5,5	17,3	25,0	63,5
Cipru	0,8	1,3	12,5	17,8	44,5
Danemarca	5,5	5,9	15,6	23,6	42,7
Estonia	1,3	1,1	17,2	25,3	55,6
Finlanda	5,3	5,4	16,5	24,8	49,3
Franța	64,4	71,8	16,3	25,1	45,2
Germania	82	70,8	19,9	30	59,1
Grecia	11,3	11,1	18,6	27,8	57,1
Irlanda	4,5	6,8	10,9	15,9	43,6
Italia	60	59,4	20	34	59,3
Letonia	2,3	1,7	17,2	24,9	64,5
Lituania	3,3	2,5	15,8	23,0	65,7
Luxembourg	0,5	0,7	14	20,6	39,1
Malta	0,4	0,4	13,5	19,3	59,1
Marea Britanie	61,6	76,7	16,1	24,3	42,1
Olanda	16,5	16,6	14,7	21,8	47,2
Polonia	38,1	31,1	13,5	18,9	69,0
Portugalia	10,6	11,3	15,7	23,4	54,8
Republica Cehă	10,5	9,5	14,6	20,5	61,4
România	21,5	16,9	14,9	21,3	65,3
Slovacia	5,4	4,5	12	16,6	68,5

Slovenia	2	1,8	16,3	23	62,2
Spania	45,8	51,9	16,6	24,1	59,1
Suedia	9,3	10,9	17,5	26,7	46,7
Ungaria	10	8,7	16,2	24	57,6
UE 27	501,25	505,71	17	-	-

Sursa: Eurostat, 2010

Îmbătrânirea în Europa prezintă numeroase diferențe evidente între țări, care se datorează diferențelor culturale, a standardelor de viață, dezvoltării economice, performanțelor politicilor familiale, și implicit inegalităților sociale și de sănătate. Coabitarea intergenerațională a fost în mod tradițional mai răspândită decât în restul UE. Dimensiunea gospodăriilor este în prezent de 2,6 membri, mai mică decât 2,9 în 2006, dar totuși mai mare decât media UE de 2,3 (3). Conform datelor din 2011, 35% dintre persoanele cu vârsta de 65 de ani sau mai mult trăiesc cu un cuplu sau partener, 28% trăiesc singuri și 37% trăiesc cu copii, familie extinsă sau non-rude.

Raportul de dependență pentru limită de vârstă din 2017, definit ca numărul de persoane cu vârsta de 65 de ani sau peste care sunt inactive din punct de vedere economic împărțit la numărul de persoane cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani 100 este de 26,7, mai mic decât media UE de 29,9 ; acest raport a crescut de la 20,7 în 2005 și 23,7 în 2010.

Peste²¹ 242.000 de vârstnici au raportat serioase limitări, din care aproximativ 5.000 locuiau în structuri de tip rezidențial și 237.000 trăiau în familie. În plus, peste 62.000 de persoane vârstnice au raportat limitări totale din cauza problemelor de sănătate, din care în jur de 4.000 trăiesc în instituții și 58.000 în familie. Aproximativ 212.000 de bătrâni (sau 6,5% dintre persoanele de 65 de ani și peste) se confruntă cu limitări serioase sau totale, dar nu beneficiază de ajutorul familiei și, prin urmare, au nevoie de sprijin pentru realizarea activităților lor zilnice. Dintre aceste persoane, 68.200 locuiesc singure, 127.000 au 75 de ani și peste și 47.300 sunt persoane singure de 75 de ani și peste. Aproximativ 6-7% din populația în vârstă a României are nevoie de servicii de îngrijire la domiciliu, însă doar 0,23% beneficiază efectiv de astfel de servicii.

²¹ PROGRAMUL OPERAȚIONAL CAPITAL UMAN Axa prioritară 4: Incluziunea socială și combaterea sărăciei Prioritatea de investiții 9.ii Integrarea socio-economică a comunităților marginalizate, cum ar fi romii Obiectivul specific 4.4 Reducerea numărului de persoane aparținând grupurilor vulnerabile prin furnizarea unor servicii sociale/ medicale/ socio-profesionale/ de formare profesională adecvate nevoilor specifice GHIDUL SOLICITANTULUI - CONDIȚII SPECIFICE BUNICII COMUNITĂȚII Servicii sociale și socio-medicale pentru persoane vârstnice AP 4/ PI 9.ii/ OS 4.4

Persoanele în vârstă sunt împovărate cu limitări funcționale și afecțiuni cronice

Cele mai recente date disponibile indică faptul că principalele cauze ale decesului și pierderii anilor de viață ajustate pentru dizabilitate la persoanele cu vârsta de 70 de ani sau mai mult sunt condițiile cardiovasculare atât pentru bărbați, cât și pentru femei. Principalele cauze ale anilor trăiți cu handicap au fost durerile lombare, căderile și bolile cardiace ischemice, în timp ce principalii factori de risc asociați cu dizabilitatea au fost metabolici și comportamentali.

Sărăcia

Persoanele în vârstă, în special femeile, prezintă un risc mai mare de sărăcie și excluziune socială în comparație cu statisticile de la nivelul UE. Riscul de sărăcie sau excluziune socială pentru întreaga populație este de 33,0% față de 19,9% în UE. Riscul de sărăcie sau excluziune socială în rândul persoanelor în vârstă este ușor mai mic, 29,1%, dar totuși mai mare decât media UE de 15,2%. Inegalitatea veniturilor (raportul dintre venitul total primit de 20% din populația țării cu cel mai mare venit și venitul total primit de 20% din populația țării cu cel mai mic venit) pentru persoanele în vârstă în 2017 a fost de 4,4 comparativ cu 4,1 pentru UE. Acest raport este mai mic decât cel pentru persoanele cu vârsta sub 65 de ani (7,0).

Sărăcia și inegalitatea veniturilor afectează mai mult femeile decât bărbații, model aplicabil în UE în ansamblu. Pensile pentru bărbați sunt mai mari, deoarece femeile dedică mai multe ore în viață îngrijirilor neremunerate la domiciliu.

Reducerea²² segmentului de populație care contribuie la producția economică ar putea avea ca rezultat o creștere mai mică a venitului pe cap de locuitor și ar putea tempera perspectivele generale de creștere economică. Schimbările demografice vor pune, de asemenea, presiune asupra situației fiscale a țării, deoarece creșterea rapidă a numărului de persoane vârstnice impune o presiune fiscală crescută asupra sistemelor de pensii publice, sănătate și îngrijire de lungă durată, în contextul unor venituri scăzute din impozitul pe salarii. Se preconizează că numărul vârstnicilor va crește, atât ca număr absolut cât și ca pondere în populația totală, având ca efect o cerere crescută de servicii de sănătate și îngrijire de lungă durată, ridicând probleme serioase referitoare la modul în care vor fi îndeplinite aceste nevoi în creștere. În absența unei reforme, îmbătrânirea demografică poate conduce astfel la rate mai mari ale sărăciei, excluziune socială și dependență în rândul persoanelor vârstnice.

Sectorul informal

Îngrijirea informală este unul din pilonii cei mai importanți în îngrijirea de lungă durată. Sistemul de îngrijire pe termen lung se bazează în mare măsură pe îngrijirea acordată de familie și de alți îngrijitori neplătiți. Familiile și, în primul rând, femeile de vârstă mijlocie, sunt chemate să completeze îngrijirea formală și deficiențele sistemului.

²² VIAȚĂ LUNGĂ, ACTIVĂ ȘI ÎN FORȚĂ Promovarea îmbătrânirii active în România Rețeaua pentru dezvoltare umană Regiunea Europa și Asia Centrală Iunie 2014, Document al Băncii Mondiale, pag 23

Datele dintr-un sondaj Eurobarometru din 2007 arată că 78% dintre respondenții din România consideră că membrii familiei și alți îngrijitori neplătiți sunt cel mai bun aranjament pentru îngrijirea persoanelor în vârstă, mult mai mare decât media UE de 54%. Doar 5% dintre respondenți, comparativ cu 10% în UE în ansamblu, au considerat îngrijirea într-o instituție rezidențială o opțiune bună.

Începând din 2018, guvernul a angajat 7000 de persoane ca asistenți personali pentru persoanele în vârstă, echivalentul a mai puțin de 0,2% din populația totală cu vârsta peste 65 de ani. Din 737 885 de persoane înregistrate cu dizabilități, familiile lor au avut grijă de 97,7%.

Deoarece serviciile de instruire, consiliere și îngrijire de tip respite pentru îngrijitorii neplătiți lipsesc, apar numeroase îngrijorări cu privire la bunăstarea lor, precum povara și scăderea stării de sănătate mintală și fizică. Există, de asemenea, îngrijorări cu privire la calitatea sprijinului pe care îl pot oferi și la potențialul abuzului și neglijenței privind persoanele în vârstă.

Profilul epidemiologic actual al României, cu excepția populației de etnie romă, reflectă în mare parte profilul celorlalte țări UE. Acesta este caracterizat de o prevalență redusă a bolilor infecțioase și de un procent în creștere al bolilor cardiovasculare (boli de inimă și atac cerebral), cancer și afecțiuni care apar din cauze externe, inclusiv violență și vătămări.

În prezent, sistemul de ÎLD este caracterizat de politici și practici relativ puțin dezvoltate, dat fiind nivelul de finanțare, dimensiunea și calitatea facilităților și serviciilor, precum și acoperirea și cadrul de reglementare. Nivelul de furnizare formală de servicii de ÎLD este scăzut, iar sistemul este fragmentat în parti de servicii de sănătate/sociale, distincții între persoane cu dizabilități și persoane vârstnice, precum și în funcție de jurisdicții, accesul la servicii fiind inegal. Prin urmare, o povară grea pentru furnizarea de îngrijire cade pe membrii familiei, fără să existe vreo structură majoră de sprijin.

Capitolul 5

5.1. Județul Harghita. Datele demografice și evaluarea nevoii de îngrijire pentru persoanele în vârstă dependente

Datele din literatura care arată nevoia de îngrijire la domiciliu în România le putem găsi în două surse principale:

- 1) pe de o parte sunt statistici ale serviciilor oferite persoanelor cu dizabilități, servicii și date care sunt bine cuantificate și bine reprezentate în statistici.
- 2) cel de-al doilea capitol ar trebui să fie persoanele în vârstă dependente unde ar trebui să avem date privind nevoia și serviciile oferite.

Datele demografice privind persoanele în vârstă sunt prezentate detaliat în statisticile INS, în schimb sunt puține informații privind datele care să arate nevoia de servicii de îngrijire la domiciliu.

Soluția unor date cantitative clare, precise privind nevoia îngrijirii la domiciliu a vârstnicilor o vom avea atunci când la nivelul fiecărei localități vom avea un recensământ activ al persoanelor în vârstă cu grade avansate de dependență.

Acest lucru poate fi făcut relativ ușor culegând datele furnizate de asistenții sociali sau asistentele medicale comunitare de la nivelul fiecărei autorități publice locale. Ulterior aceste date vor fi cumulate la nivel de județ/regiune/național.

Date fiind condițiile specifice privind derularea proiectului cercetarea s-a axat pe datele culese din rapoartele existente la nivelul INS, Ministerului Muncii, CNAS, și din datele culese la nivelul județului Harghita care este județul pilot al acestei activități.

Din rapoartele²³ și datele culese din diferite surse cifrele privind nevoia de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane în vârstă sunt estimate între 6-7% pentru persoanele de peste 65 ani, adică aproximativ 212.000 persoane la nivel național.

Date generale la nivelul județului Harghita și a regiunii Centru²⁴

Unitatea de măsură folosită este număr de persoane îngrijite pe grad de dependență.

²³ ROMANIA Country case study on the integrated delivery of long-term care WHO Regional Office for Europe series on integrated delivery of long-term care World Health Organization 2020, pag 18

²⁴ Statisticile Ministerului Muncii privind situația demografică și îngrijirile la domiciliu, 2020

Regiunea Centru

	A Nr total persoane 2020	B Nr pers. peste 65 ani (Procentul)	C Nr. Pers. 0- 14 ani (Procentul)	D. Nr pers. 15- 64 ani (Procentul)	E. Rata de dependență	F. Numărul estimativ de cazuri în nevoie pentru îngrijiri la domiciliu (6% din cei peste 65 ani)
Centru	2.364.826	430.526 (18.2)	381.618 (16)	1.502.682 (63,5)	54	25.828
Harghita	301.465	55.575 (18,43)	50.060 (16,6)	195.830 (65)	53	3334
Covasna	201.475	36.279 (18)	34.466 (17.1)	130.730 (64,88)	54	2176
Brasov	553.520	101.965 (18,42)	93.300 (16,85)	358.255 (64,72)	54	6117
Sibiu	401.301	69.015 (17,19)	67.801 (16,89)	264.485 (65,9)	51	4140
Mures	583.186	100.507 (19)	88.291 (16,55)	344388 (64,5)	54	6030
Alba	323.879	67.185 (20,74)	47.700 (14,72)	208.994 (64,5)	54	4031

Regiunea Centru este o regiune echilibrată între județe cu date privind îmbătrânirea demografică și al ratei de dependență.

Numărul total al populației în județul Harghita este de 301.465 din care 55.575 persoane sunt persoanele peste 65 ani, adică 18,4 % cu o rată de dependență de 53. Uitându-ne la cifrele altor județe vedem ca județul Harghita este un județ care din punct de vedere demografic și al indicatorilor este la media cifrelor dintre județele puternic afectate de fenomenul îmbătrânirii și cele care sunt relativ mai tinere.

La nivelul județului Harghita funcționează Asociația Caritas Alba Iulia care furnizează servicii de îngrijire de lungă durată în toate orașele și comunele județului. Acest fapt a permis să avem date statistice privind numărul persoanelor îngrijite, numărul persoanelor evaluate care se află pe lista de așteptare, privind nevoia de servicii de îngrijire de lungă durată. Practic prin intermediul asociației a fost făcut un recensământ la nivel județean al tuturor persoanelor care au nevoie de îngrijire de lungă durată.

Datele prezentate de catre Asociația Caritas privind numărul de cazuri îngrijite și în așteptare în februarie 2021 pentru județul Harghita sunt următoarele:

Tabel cu numărul de cazuri îngrijite la domiciliu și pe lista de așteptare în jud. Harghita

	Cazuri îngrijite pe Grade de dependență	Subtotal pe grade de dependenta	Cazuri aflate pe lista de așteptare	Total cazuri pe grade de dependență	Procentele fiecărui grup/grad de dependență din numărul total de cazuri
Gradul 1	297	492	305	797	27,8
ECOG 4	195				
Gradul 2	1046	1186	223	1409	49,3
ECOG 3	140				
Gradul 3	652	652		652	22,8
Nr cazuri	2330		528	2858	

Asociația Caritas Alba Iulia din județul Harghita îngrijește 2330 persoane și are pe lista de așteptare 528 persoane, adica în total 2858 persoane în nevoie reprezentând 5.1% din cei de peste 65 ani.

Calculând procentul de 6-7% numărul persoanelor în nevoie este între 3334 și 3890 (adică număr mediu de aproximativ 3612 persoane în vârstă în nevoie de îngrijiri la domiciliu).

În Harghita mai sunt și alți furnizori de îngrijiri la domiciliu de la Diakonia care furnizează servicii, dar la o scară mult mai modestă.

Cifrele din literatură care estimează că un procent de 6-7 % persoane din persoanele peste 65 ani sunt în nevoie pentru îngrijiri la domiciliu este apropiat și confirmat astfel pe teren și la nivelul județului Harghita.

Analizând rezultatele vedem ca distribuția pe grade de dependență arată că aproximativ jumătate din numărul de cazuri eligibile pentru îngrijiri la domiciliu sunt în gradul 2 de dependență (sau ECOG 3), și câte un sfert sunt cazuri grave gradul 1 sau ECOG 4 și alt sfert este gradul 3 (cazurile mai usoare).

Aceasta distribuție a procentelor pe cazuri de dependență arată o imagine a nevoii de îngrijire pe de o parte, dar și a felului în care furnizorii de servicii ar trebui să aibă contractele de finanțare pentru ca nevoile pacienților să fie întâmpinate de ofertele de servicii facute de CNAS sau Ministerul Muncii.

Știind că aceste proporții ar trebui ca la nivelul contractelor furnizorilor să găsim aceeași distribuție a cazurilor; cu alte cuvinte un furnizor ar trebui să aiba în

structura cazurilor îngrijite aceasta proporție; să aibă și cazuri grave (gr. 3 /ECOG 4), cazuri medii (gr. 2/ECOG 3) și cazuri mai puțin dificile.

Smântânirea cazurilor și selectarea cazurilor cu intervenții scurte, ușoare/medii sunt cele mai profitabile pentru furnizori (ne referim la cazurile de externare a pacienților din spital și îngrijire la domiciliu pentru intervenții punctuale).

Pentru celelalte județe putem estima numărul de cazuri în nevoie având ca reper numărul de cazuri pe grade de dependență din județul Harghita și estimarea numărului de cazuri din literatură.

Capitolul 6

6.1. România - situația demografică, raportul de dependență și numărul estimativ de cazuri dependente în anul 2020

Tabel sinoptic Romania

	A. Nr total persoane 2020	B. Nr persoanelor peste 65 ani (procentul)	C Nr persoanelor 0-14 ani Procentul	D. Nr persoanelor 15-64 ani Procentul	E. Raportul de dependenta demografică B+C D	F. Numarul estimativ de cazuri dependente în nevoie pentru îngrijiri la domiciliu (6% din cei peste 65 ani)
România	19.328.838	3.661.763 (18,94%)	3.031 376 (15,68%)	12 635 697 (65,37%)	52	219.849
București Ilfov	2.322.002	384.245 (16,5)	359.544 (15,5)	1.578.213 (68)	47	23.054
Nord Est	3.184.225	581.781 (18.3)	572.905 (18)	2.032.054 (63,8)	56	35.080
Sud Est	2.377.101	476.792 (20)	367.787 (15,5)	1.532.522 (64,5)	55	28.606
Muntenia Sud	2.772.583	607.480 (21,9))	347.463 (12,5)	1.867.639 (67,3)	51	36.447
Sud Vest	1.850.759	400.107 (21,6)	202.180 (11)	1.248.472 (67,4)	48	24.004
Centru	2.364.826	430.526 (18.2)	381.618 (16)	1.502.682 (63,5)	54	25.828
Vest	1.771.480	328.714 (18,5)	257.451 (14,5)	1.184.506 (66.8)	49	19.721
Nord Vest	2.521.068	451.843 (18)	405.986 (16)	1.663.239 (66)	51	27.109

Note privind datele agregate la nivel național:

- În raportul cantitativ există un tabel comparativ al țărilor din UE făcut pe baza datelor EUROSTAT din 2008 privind populația peste 65 ani și raportul de dependență. În raport este și o proiecție a acestor date pentru 2060. În 2008, România avea 14,9% din populație peste 65 ani, o rată de dependență de 21,3 și o proiecție a ratei de dependență pentru 2060 la 65,3.
- Datele acestui studiu din 2021 arată că la nivel național populația peste 65 ani a ajuns la aproximativ 19% cu o rată de dependență la nivel național de 52.
- Cifrele prezintă datele județene și apoi cumulate cele naționale fără a avea o analiză aprofundată a situației rurale unde populația este formată preponderent din persoane în vârstă.
- Există o compensare a datelor la nivelul regiunilor și una a regiunilor între ele.
- Cu toată această compensare există județe cu o rată de îmbătrânire foarte mare cu o rată de dependență apropiată sau peste 60 (Teleorman, Vaslui, Neamț, Ialomița, Călărași, Sălaj, Vrancea, Buzău, Vâlcea)
- În cadrul aceleiași regiuni avem județe foarte îmbătrânite alături de județe care sunt "tinere"; Muntenia Sud unde Teleorman, Ialomița, Calarași sunt foarte îmbătrânite la polul opus Prahova și Dâmbovița.
- Există de asemenea diferențe semnificative la nivelul regiunilor: de exemplu Nord Est și Sud Est sunt destul de omogene și îmbătrânite.
- În principal ar trebui să ne imaginăm acest tablou al îmbătrânirii demografice ca insule de populație tânără și aptă de muncă în jurul orașelor mari și a zonelor industriale (București, Prahova, Dolj, Timișoara, Cluj, Iași) și a reședințelor de județ înconjurate de zone masive cu populație îmbătrânită în zonele rurale și orașele mici.
- Fenomenul îmbătrânirii demografice e foarte rapid, iar predicțiile făcute în 2008 sunt deja atinse în județele enumerate și în zonele rurale.

Regiunea Nord Est

	A. Nr total persoane 2020	B. Nr pers. peste 65 ani (Procentul)	C. Nr. Pers. 0- 14 ani (Procentul)	D. Nr pers. 15- 64 ani (Procentul)	E. Rata de dependență	F. Numărul estimativ de cazuri în nevoie pentru îngrijiri la domiciliu (6% din cei peste 65 ani)
Nord Est	3.184.225	581.781 (18,3)	572.905 (18)	2.032.054 (63,8)	56	35.080
Botoșani	376.572	72.526 (19,2)	65.665 (17,4)	241.371 (65)	57	4531
Suceava	623.019	109.991 (17,6)	116.627 (18,7)	396.401 (63,6)	57	6599
Iași	792.692	124.853 (15,7)	146.721 18,5	521.118 (65,7)	52	7491
Neamț	438.460	93.505 (21,3)	71.741 (16,3)	273.214 (62,3)	60	5610
Bacău	581.442	110.442 (19)	101.070 (17,3)	369.385 (63,5)	57	6626
Vaslui	372.040	70.394 (19)	71.081 (19)	230565 (62)	61	4223

Regiunea Centru

	A Nr total persoane 2020	B Nr pers. peste 65 ani (Procentul)	C Nr. Pers. 0- 14 ani (Procentul)	D. Nr pers. 15- 64 ani (Procentul)	E. Rata de dependență	F. Numărul estimativ de cazuri în nevoie pentru îngrijiri la domiciliu (6% din cei peste 65 ani)
Centru	2.364.826	430.526 (18.2)	381.618 (16)	1.502.682 (63,5)	54	25.828
Harghita	301.465	55.575 (18,43)	50.060 (16,6)	195.830 (65)	53	3334
Covasna	201.475	36.279 (18)	34.466 (17.1)	130.730 (64,88)	54	2176
Brașov	553.520	101.965 (18,42)	93.300 (16,85)	358.255 (64,72)	54	6117
Sibiu	401.301	69.015 (17,19)	67.801 (16,89)	264.485 (65,9)	51	4140
Mureș	583.186	100.507 (19)	88.291 (16,55)	344388 (64,5)	54	6030
Alba	323.879	67.185 (20,74)	47.700 (14,72)	208.994 (64,5)	54	4031

Regiunea Vest

	A Nr total persoane 2020	B Nr pers. peste 65 ani (Procentul)	C Nr. Pers. 0- 14 ani (Procentul)	D. Nr pers. 15- 64 ani (Procentul)	E. Rata de dependență B+C D	F. Numărul estimativ de cazuri în nevoie pentru îngrijiri la domiciliu (6% din cei peste 65 ani)
Vest	1.771.480	328.714 (18,5)	257.451 (14,5)	1.184.506 (66.8)	49	19.721
Arad	415.910	78.553 (19)	62.149 (15)	274.408 (66)	51	4713
Caraș Severin	269.551	56.142 (21)	37.055 (13,7)	176.354 (65,4)	52	3368
Hunedoara	380.105	80.127 (21)	52.646 (13,8)	247.323 (65)	53	4807
Timiș	705.914	113.892 (16)	105.601 (15)	486.421 (69)	45	6833

Regiunea Nord Vest

	A Nr total persoane 2020	B Nr pers. peste 65 ani (Procentul)	C Nr. Pers. 0-14 ani (Procentul)	D. Nr pers. 15-64 ani (Procentul)	E. Rata de dependență B+C D	F. Numărul estimativ de cazuri în nevoie pentru îngrijiri la domiciliu (6% din cei peste 65 ani)
Nord Vest	2.521.068	451.843 (18)	405.986 (16)	1.663.239 (66)	51	27.109
Bihor	560.203	98.262 (17,5)	90.697 (16)	371.244 (66,2)	51	5895
Bistrița Năsăud	277.849	48.818 (17,5)	49.767 (18)	179.264 (64,5)	55	2929
Cluj	709.585	128.089 (18)	102.471 (14,4)	479.025 (67,5)	48	7685
Maramureș	432.275	80.117 (18,5)	72.379 (16,7)	279.779 (65)	54	4807
Satu Mare	331.217	54.300 (16.3)	55.328 (16,7)	221.589 (70)	49	3258
Sălaj	209.939	42.257 (20)	35.344 (16,8)	132.338 (63)	58	2535

Regiunea Muntenia

	A Nr total persoane 2020	B Nr pers. peste 65 ani (Procentul)	C Nr. Pers. 0-14 ani (Procentul)	D. Nr pers. 15-64 ani (Procentul)	E. Rata de dependenta B+C D	F. Numarul estimativ de cazuri în nevoie pentru îngrijiri la domiciliu (6% din cei peste 65 ani)
Muntenia Sud	2.772.583	607.480 (21,9))	347.463 (12,5)	1.867.639 (67,3)	51	36.447
Argeş	575.027	115.139 (20)	81.779 (14,2)	378.109 (65,7)	52	6908
Călăraşi	280.252	57.738 (20,6)	45.708 (16,3)	176.805 (63)	58	3464
Dâmboviţa	487.115	92.350 (19)	71.041 (14,6)	323.724 (66,5)	50	5541
Giurgiu	263.263	55.617 (21,1)	38.491 (14,6)	169.155 (64,2)	55	3337
Ialomiţa	254.405	50.601 (20)	43.465 (17)	160.339 (63)	58	3036
Prahova	633.654	147.175 (23)	23.388 (3,7)	463091 (73,2))	36	8830
Teleorman	328.867	88.860 (27)	43.591 (13,2)	196.416 (59,7)	67	5331

Regiunea Sud Est

	A Nr total persoane 2020	B Nr pers. peste 65 ani (Procentul)	C Nr. Pers. 0- 14 ani (Procentul)	D. Nr pers. 15-64 ani (Procentul)	E. Rata de dependenta B+C D	F. Numarul estimativ de cazuri în nevoie pentru îngrijiri la domiciliu (6% din cei peste 65 ani)
Sud Est	2.377.101	476.792 (20)	367.787 (15,5)	1.532.522 (64,5)	55	28.606
Brăila	285.916	64.063 (22,4)	39.465 (13,8)	182.388 (63,7)	56	3844
Buzău	409.162	90.724 (14,66)	60.014 (14,66)	258.424 (63,15)	58	5443
Constanța	672.142	118.969 (17,69)	109.264 (16,25)	443.909 (66)	51	7138
Galați	500.213	97.194 (19,43)	77.338 (15,46)	325.681 (65,1)	53	5831
Tulcea	192.101	38.960 (20,28)	29.412 (15,31)	123.729 (64,4)	55	2337
Vrancea	317.567	66.882 (21)	52.294 (16,4)	198.391 (62,4)	62	4013

Regiunea București Ilfov

	A Nr total persoane 2020	B Nr pers. peste 65 ani (Procentul)	C Nr. Pers. 0- 14 ani (Procentul)	D. Nr pers. 15-64 ani (Procentul)	E. Rata de dependență B+C D	F. Numărul estimativ de cazuri în nevoie pentru îngrijiri la domiciliu (6% din cei peste 65 ani)
București Ilfov	2.322.002	384.245 (16,5)	359.544 (15,5)	1.578.213 (68)	47	23.054
Ilfov	486.744	67.137 (13,79)	81.892 (16,82)	337.715 (69,38)	44	4028
București	1.835.258	317.108 (17,27)	277.652 (15,12)	1.240.498 (67,59)	48	19.026

Regiunea Sud Vest Oltenia

	A Nr total persoane 2020	B Nr pers. peste 65 ani (Procentul)	C Nr. Pers. 0- 14 ani (Procentul)	D. Nr pers. 15- 64 ani (Procentul)	E. Rata de dependență B+C D	F. Numărul estimativ de cazuri în nevoie pentru îngrijiri la domiciliu (6% din cei peste 65 ani)
Sud Vest	1.850.759	400.107 (21,6)	202.180 (11)	1.248.472 (67,4)	48	24.004
Dolj	561.760	122.167 (21,7)	30.995 (5,5)	408.598 (72,7)	37	7330
Gorj	311.985	57.466 (18,4)	41.461 (13,3)	213.058 (68,3)	46	3447
Mahedinti	238.907	50.101 (21)	32.106 (13,4)	156.700 (65,6)	52	3006
Olt	389.730	85.443 (22)	51.871 (13,3)	252.416 (64,7)	54	5126
Valcea	348.377	84.930 (24,3)	45.747 (13,1)	217.700 (62,5)	60	5095

Capitolul 7

Concluzii

Politici și organizare

1. Fenomenul dependenței este în creștere accentuată și este alarmant
 - România este dintre țările cele mai afectate din Europa de trendul demografic european al procesului de îmbătrânire prezentând unul din cele mai accelerate procese de îmbătrânire
 - Fiecare țară și-a ales o strategie pentru dezvoltarea unor servicii de îngrijire de lungă durată pentru a veni în întâmpinarea nevoilor crescânde ale populației vârstnice
 - Majoritatea țărilor europene au început acest proces din anii '90 și pe parcurs au îmbunătățit mecanismele de finanțare, criteriile de evaluare, au integrat serviciile și rețelele de servicii medicale și sociale
2. Estimări internaționale arată că la populația peste 65 ani, există un procent predictibil de persoane ce au nevoie de ILDD

În România sunt utilizate două grile de evaluare a gradului de dependență pentru identificarea nevoilor de îngrijire la domiciliu, respectiv:

- Grila de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice
- Statusul de performanță ECOG
- ◆ Situația cea mai frecventă în cazul îngrijirilor de lungă durată este aceea în care pacientul iese din spital (de unde primește recomandări și este evaluat cu grila ECOG) și primește îngrijiri la domiciliu și apoi este îngrijit *“a la long”* după ce este evaluat cu Grila de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice pentru luni, ani de zile uneori pentru tot restul vieții.
- ◆ După modelele studiate în țările cu sisteme de sănătate și sociale apropiate de România în fiecare țară există o singură Grila de Evaluare a Dependenței pentru cazurile care primesc servicii de îngrijiri la domiciliu de lungă durată. Aceasta grilă este poarta de intrare în sistemul de îngrijiri.
- ◆ Utilizarea unei grile comune este importantă pentru a facilita un demers comun, integrat din punct de vedere social și medical față de un pacient
- ◆ Utilizarea unei grile comune este importantă și pentru a debirocratiza serviciile de Îngrijiri la Domiciliu de Lungă Durată (ex. există furnizori care în momentul de față sunt obligați să folosească ambele grile)
- ◆ Deși este denumită Grila de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice pentru că fusese rezultatul unui demers al Legii nr. 17/2000 privind protecția persoanelor vârstnice, grila este aplicabilă și adulților tineri, fie că sunt externati din spital sau sunt îngrijiiți la domiciliu;
- ◆ O putem denumi operațional: **”Grila de Evaluare a Dependenței” (GED);**
- ◆ Grila de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice este complexă și practic include și toate elementele aparținând Grilei ECOG **inclusiv elementele de evaluare ale statusului senzorial și psihoafectiv;**
- ◆ În concluzie Grila de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice (adulților) este o grilă care este similară altor grile de la nivel european și care poate fi

folosită și la nivelul sistemului de sănătate, putând înlocui/substitui Grila de status ECOG, întrucât o cuprinde în cadrul criteriilor sale
Folosirea aceluiași indicatori în finanțarea și plata din partea finanțatorilor utilizând **unitatea de măsură a cazului/pacientului pe grad de dependență** cu amendamente la contracte să fie luate pe lângă cazurile ușoare de scurtă durată și un procent (de 20%) de cazuri cu grad avansat de dependență.

3. Grilele nu sunt aplicate în mod sistematic și astfel numărul de beneficiari potențiali nu este clar (numărul de cazuri în nevoie)
 - Deși Grila de evaluare a persoanelor vârstnice dependente a fost adoptată încă din anul 2000 și deși APL au obligația legală de a furniza servicii sociale persoanelor vulnerabile, aplicarea grilei și **identificarea proactivă** a persoanelor dependente din comunitate nu este o uzanță în majoritatea APL-urilor, astfel încât **numărul de cazuri identificate drept fiind efectiv în nevoie este mult subdimensionat.**
4. Singurul județ din țară unde APL au avut sprijin din partea ONG și au fost identificate sistematic persoanele vârstnice dependente este județul Harghita
 - Estimarea făcută combinând datele din literatura cu datele obținute din proiectul pilot din Harghita arată că dintre persoanele de peste 65 ani aproximativ 6% au nevoie de servicii de îngrijire la domiciliu.
5. Bătrânii în nevoie de ILDD sunt și săraci și în zone izolate cu acces redus la toate tipurile de servicii
 - Distribuția geografică inegală a îmbătrânirii în România adaugă un element de complexitate în privința furnizării de servicii medico-sociale populației vârstnice izolate: raportul de dependență demografică, raportul dintre populația cu vârsta de 65+ ani și populația în vârstă de muncă, poate fi chiar de 2,5 ori mai mare în cele mai mici localități, comparativ cu așezările urbane.
 - O situație specială o reprezintă categoria de cetățeni în vârstă ai României cu venituri mici (sunt 1.5 milioane persoane în vârstă cu pensii sub 700 lei) reprezentând patura cea mai săracă a societății. Aceștia nu își pot permite cofinanțări consistente pentru a fi instituționalizați.
6. În lipsa evaluărilor proactive a gradelor de dependență la nivel de APL, estimarea numărului de persoane cu nevoi de ILDD se poate face prin inferențe pornind de la modelele internaționale și modelul Harghita

Recomandări

1. Planificarea serviciilor pe termen lung pe baza unui plan național cu bugetare bugetare multianuală
2. Comasarea grilelor (întrucât grila social include criteriile din grila medical (ECOG), grila social ar fi ideal de utilizat pentru evaluarea nevoilor persoanelor dependente în cadrul unor servicii integrate medico-sociale
3. Aplicarea sistematică a grilei de dependent în localități/județe pilot care vor constitui unitățile de pilotare a activității de dezvoltarea a planurilor de servicii

4. Adresarea în special/ cu prioritate a batrânilor pauperi și a batrânilor ce trăiesc în zone izolate, defavorizate
5. Definirea necesarului de resurse pornind de la inferențe calculate pe baza modelului Harghita

Partea II-a - Cercetarea calitativă

Capitolul 1

1.1. Introducere

Demersul calitativ a fost considerat a fi cel mai potrivit pentru pătrunderea și detalierea problematicii complexe a persoanelor dependente respectiv problematica de natură socială și medicală a persoanelor dependente/vârstnicilor.

Metodologia a trebuit să fie adaptată situației din pandemie, eliminând pe cât posibil întâlnirile cu mai multe persoane cum ar fi focus grupurile (FG), concentrându-ne pe interviuri cu persoanele cele mai vulnerabile și interviuri telefonice cu profesioniștii și responsabilii privind planificarea, organizarea, finanțarea serviciilor de îngrijiri de lungă durată IDL la nivel de județ. Având în vedere că din analiza cantitativă a reieșit că numărul persoanele cele mai vulnerabile cu nevoie de îngrijire de lungă durată este reprezentat de grupul de populație peste 65 de ani interviurile cu beneficiarii s-au concentrat pe persoanele vârstnice dependente. Pentru consolidarea rezultatelor au fost realizate și interviuri telefonice cu reprezentanți ai altor furnizori de servicii de îngrijire de lungă durată care au o ofertă stabilă și consistentă de servicii de îngrijiri de lungă durată și în alte județe cum ar fi județele Cluj, Satu Mare

Astfel, ne-am axat cercetarea pe interviuarea unor persoane cheie din partea:

- furnizorilor de servicii medicale și sociale din județul Harghita preponderent, dar și Caritas Satu Mare.
- autorităților publice / finanțatorilor acestor servicii de la nivelul județului pilot Harghita: CJAS, AJPIS, Autorități locale, DGASPC, DSP;
- beneficiarilor sau reprezentanților acestora: de ex. persoane care au primit în trecut (sau primesc aceste servicii), persoane care nu au primit servicii și ar avea nevoie (precum sunt cele de pe listele de așteptare), aparținători ai celor care au nevoie de îngrijire.

Au fost realizate în total 38 de interviuri telefonice cu persoane cheie din județul Harghita, Cluj și Satu Mare astfel:

- 8 specialiști profesioniști furnizori de servicii de îngrijire de lungă durată din cadrul Asociației Caritas Alba Iulia (asistenți medicali și coordonatori de servicii la nivel județean sau la nivel zonal în cadrul județului)
- 7 medici de familie care au pe lista de persoane înscrise pacienți îngrijiți în cadrul rețelei de îngrijire de lungă durată din județul Harghita
- 8 experți din cadrul Instituțiilor: DSP, CJAS, AJPIS, DGASPC, DAS/SPAS
- 2 furnizori din alte județe decât Harghita, respectiv Cluj și Satu Mare
- 13 beneficiari sau reprezentanților acestora (interviuri directe față în față făcute de reprezentanții Asociației Caritas Alba Iulia ce lucrează în județul Harghita);

- Accesul echipei proiectului la respondenți a fost sprijinită și susținută de grupul de coordonare din cadrul Asociației Caritas, aceștia fiind cei mai familiarizați cu problematica socială și medicală din județ sau cu situațiile cele mai relevante care pot fi aduse în discuție.

Finalizarea activității de cercetare pe teren a fost urmată de o analiză tematică globală a informației obținute, urmată de o exemplificare prin citate din partea fiecărui grup cheie de persoane intervievate.

Am avut în vedere la nivelul județului includerea în cercetare și a specialiștilor și potențialilor beneficiari din mediul rural.

1.2. Selectarea județului pilot

În cadrul grupului de lucru al proiectului s-au discutat criteriile care să stea la baza selectării unui județ pilot și anume să existe:

- o **bună colaborare între actorii locali din județ**: DSP, CAS, DGASPC, AJPIS, Consiliul Județean, ONG-uri locale
- o **experiență în furnizarea unor servicii de îngrijire de lungă durată** (existența contractelor de finanțare/relațiilor de colaborare atât cu CAS, cât și cu autoritățile locale, Ministerul Muncii prin AJPIS)
- o preocupare pentru calitatea serviciilor;
- serviciile ILD existente să aibă o acoperire geografică/populațională cât mai mare la nivel populațional la nivelul județului, inclusiv în mediul rural unde problematica îngrijirii persoanelor în vârstă este de obicei mai mare;
- Să existe o **disponibilitate din partea acestor instituții pentru a constitui unități pilot/unități de învățare**: acest lucru va presupune punerea în practică și testarea celor 4 metodologii privind: evaluarea de nevoi, evaluarea instituțională, calculul costurilor și planificarea propriu zisă.
 - Metodologia de evaluare a nevoilor de îngrijire pe termen lung, (A7.1)
 - Evaluarea serviciilor existente (medicale și sociale) și metodologia de evaluare instituțională, (A7.2)
 - Calculul costurilor pe caz pe grade de dependență (A.7.3) și apoi
 - Planul județean de servicii de îngrijire la domiciliu (A 8.1)

Județul pilot ales a fost Harghita, care a fost singurul care avea prin Asociația Caritas Alba Iulia, o rețea de îngrijire în urban și rural la nivel județean și care, în județul Harghita asigură cea mai bună acoperire la nivel populațional din țară cu servicii de îngrijire de lungă durată.

La nivelul acestui județ implementarea metodologiei a fost asigurată de Dr. Marton Andras, Președinte și D-l Peter Gyorgy, Director Executiv, coordonatori în cadrul Asociației Caritas Alba Iulia cu sprijinul directorului CJAS Tilhamer Duda, a dr. Gyongy Tar Director DSP, a directorului DGASPC Zoltan Elekes și a numeroși profesioniști din cadrul organizației Caritas.

Finalizarea activității de cercetare pe teren va fi urmată de o analiză tematică globală a informației obținute, urmată de o exemplificare prin citate din fiecare localitate sau instituție.

Încă o dată trebuie subliniat că am avut în vedere la nivelul județului includerea în cercetare și a specialiștilor și potențialilor beneficiari din mediul rural.

Capitolul 2

Rezultatele cercetării calitative

Percepția actorilor publici și privați privind îngrijirea de lungă durată

Îmbătrânirea demografică a populației subliniază o necesitate crescândă de protecție socială a grupului populației dependente/vârstnicilor. Chiar dacă în momentul de față capacitatea de a asigura calitatea vieții vârstnicilor prin servicii medicale și sociale din partea furnizorilor publici sau privați este insuficientă, este conștientizată nevoia de a dezvolta rețelele de sprijin pentru vârsta a treia, atât de actori din sfera privată non-profit cât și din cea publică. Aceștia subliniază nevoia de politici sociale și de sănătate pe termen lung prin care să fie facilitată incluziunea socială a persoanelor vârstnice, având în vedere că problema principală a vârstnicilor este sărăcia, urmată de insuficiența rețelelor de suport social și a serviciilor socio-medicale și de condițiile necorespunzătoare de locuit.

2.1 Nevoi principale ale celor ce trebuie îngrijiți: dependența și sărăcia

Finanțarea este insuficientă ca volum și durata iar oamenii sunt săraci

Finanțarea insuficientă fie că este de la nivelul CJAS, fie de la nivelul Autorităților Publice Locale, afectează atât persoanele în nevoie și indirect personalul de îngrijire.

Nevoia de îngrijire este foarte mare iar vârstnicii cu grade avansate de dependență, imobilizați la pat au mari probleme legate de finanțarea serviciilor; soluția la care se ajunge frecvent este că acești oameni să plătească din buzunar cel puțin o parte din serviciile de care au nevoie.

“Ar avea nevoie de îngrijire dar nu au bani să plătească pentru ca pe lângă îngrijire trebuie și bani de medicamente și alte lucruri. De aceea acești oameni ne cer să venim doar o dată pe săptămână sau de două ori pe săptămână deși ar avea mai multă nevoie. Cel mai mult au nevoie de servicii de bază e cererea cea mai mare!”

La CAS ne dau numai 90 zile pe an pentru îngrijire restul anului CAS nu finanțează pentru noi (Caritas). Problema financiară este cea care ne oprește să le dăm servicii mai multe. Din cauza finanțării și personalul (n.b. personalul echipei de îngrijiri la domiciliu) primește puțin comparativ de exemplu cu ce primesc cei care lucrează în spital”

H. S. As. medicală Caritas HG

“Oamenii sunt săraci, sunt oameni care de-abia au lemne pentru foc, sunt și oameni care au bani dar mai puțini. În mare parte lumea e saracă, în vârstă cu probleme multe”.

A.P. Caritas asistentă șefă, Toplița Tulgheș)

“Îngrijirea de bază e cea mai importantă, cea mai mare nevoie este pentru cei imobilizați la pat dar trebuie să asigurăm condiții de viață ca să putem să oferim acele servicii. Pentru că degeaba dăm injecția sau medicamentele dacă nu facem ceva ca oamenii să se simtă bine în casa lor. Practic nu avem cum să îngrijim dacă nu este făcut focul în casă și nu este apă adusă că nici apa nu vine singură...”.

A.I. As. Social- Director îngrijiri - Asociația Caritas Harghita

“Persoanele în vârstă cu grade mari de dependență au două mari probleme: în primul rând sunt izolate (fie că stau în sate și accesul e foarte greu fie că nu mai are cine să-i ajute) și în al doilea rând au mare nevoie de îngrijiri. Pentru cei care sunt ajutați de familie problema este lipsa de pregătire a acestor îngrijitori care nu știu cum să-i ajute. Sunt însă și multe cazuri cu persoane izolate, care nu au familie care să-i ajute și care au nevoie de multe servicii.”

C. C., As medical Trainer Formator Caritas Harghita

“Deci au nevoi foarte mari privind îngrijirea de bază, serviciile medicale și recuperare; iar țelul nostru este ca pacienții să devină cât de repede persoane independente din persoane dependente.

Cum finanțarea de la CAS sau primării se termină repede cea mai mare problemă este faptul că sunt săraci și nu au bani să platească serviciile... Sunt primării care nu au contracte cu noi din 2017 de exemplu Cosmeni și Sâncrăieni; ei zic că nu au oameni care să primească ID. Și există mulți oameni care au nevoie. Și totul trebuie să platească pacientul și colega asistentă medicală de acolo trebuie să aibă un salariu”.

As. Med. S J. As medical Caritas, Ciugu de Jos, Harghita

“Este o mare problemă pentru familie când au o asemenea persoană; e nevoie de o susținere financiară a familiilor pentru pampers de oriunde ar fi și un asistent personal cu salariul minim pe economie).

Recuperare la domiciliu este urgență sunt atatea cazuri care ar avea nevoie; o dată cu intervenția acestuia evoluția este crucială. Și acesta trebuie plătit. Câți își permit să platească din buzunar un kinetoterapeut?

Odată, un pacient avea nevoie de pansamente la domiciliu și cei de la Caritas s-au dus să facă treabă și până să vină aprobarea de la CAS omul s-a dus ... nu știu cum fac cu aceste decontări, au făcut 3 zile fără să fie plătiți...”

Dr. V. I. Medic Familie Toplița, Harghita

2.2. Implicarea familiei în îngrijirea de lungă durată

“Sunt familii care se implică, cele care stau în aceeași localitate, la fel cu cei care sunt lăsați singuri. Aici în Harghita sunt mulți bătrâni lăsați singuri pe care îi îngrijește Caritas-ul. Familia se implică din ce în ce mai puțin nu mai e ca înainte de 90, nu le pasă de vecin cum era înainte că te duceai cu o oală de mâncare caldă. Chiar când am început acum 20 ani, relațiile erau altele și oamenii se ajutau între ei, vecinii, acum nu mai e așa. S-a pierdut asta...”

Pe de altă parte sunt toți bătrâni și nu mai pot să se ajute unul pe altul; înainte rugam vecinul să vină să facă focul acum toți sunt căzuți la pat.”

A.I. As. Social- Director îngrijiri - Asociația Caritas Harghita

2.3 Personalul de îngrijire și problemele acestuia: salariile mici, transportul dificil și încărcătura mare de muncă

“Banii sunt problema cea mai dificilă apoi personalul; nu prea avem nici asistente nici îngrijitoare pentru că le oferim salariul de bază; cine poate, pleacă la spital sau în străinătate! Deci avem probleme cu banii și cu personalul în special cu asistentele medicale.

Asistentele merg mult de la o localitate la alta, cu mașina, dar e totuși greu; avem 12 comune și 2 orașe (Odorhei Sec. și Vlăhița) și avem doar 20 persoane angajate din care 11 asistente și îngrijim orientativ de la 250 la 300 bolnavi pe lună.”

A.P. Caritas asistenta șefă, Toplița Tulgheș

“Pentru personal avem nevoie de o stabilitate financiar- ca sa putem munci. Azi ai bani maine nu mai ai și e foarte greu sa dai un salariu unui profesionist sa ramana la tine mai ales în mediul rural unde este foarte greu. Noi asistentele facem și focul ca noi nu ne uitam numai la îngrijire ne uitam dacă e frig nu ai cum sa faci îngrijire. Nu la toata lumea dar sunt unii care sunt singuri și trebuie sa faci tot!

Dacă stii ca ai bani poți să ai mai mulți colegi angajați și poți da servicii mai multe și mai bune. Așa nu știi cât poți angaja pe cineva și ce salariu va avea, nu exista o predictibilitate, știi ca doar până în martie ai salariu și poti face ceva. Ar fi bine ca aceste contracte să fie făcut pe 3 sau 5 ani să ai predictibilitate să poți avea un plan... aceste contracte anuale sunt complicate.”

As. Med. S J. As medical Ciugu de Jos, Harghita

“Motivația cu bani a personalului ar fi un element foarte bun pentru dezvoltarea serviciilor de exemplu să primescă asistentele la fel ca cele din spital. Îngrijirea la domiciliu este un real ajutor pentru cei care se externează din spital și se pot recupera acasă; sunt mai ieftine decât să stea să ocupe un loc în spital.”

Dr. O. S. MF Odorheiu Secuiesc

2.4. Îngrijiri la domiciliu în mediul rural

“Acum încerc să le povestesc colegelor mai tinere care e diferența dintr-un cursul teoretic și viața reală de îngrijitor pentru pacienți în mediul rural. Și ajunsesem de exemplu la toaleta pacientului și le spuneam de ce scrie la carte că trebuie să ai lavete și le-am zis:

“Fetelor, la țară dacă vrei apă caldă, te duci tai lemne și faci foc, stai de povești până se încălzește apa,.. 4 fețe de perna-una singură, aleza? Da, o fustă veche!”

C. C., As medical Trainer Formator Caritas Harghita

“Este foarte puțin pentru un pacient care are nevoie de îngrijire continuă să se poată veni la el doar de două ori pe săptămână. Comunitatea ar trebui să dezvolte servicii formale pentru cei care nu au familie care sunt din ce în ce mai mulți. Numărul de zile trebuie mărit peste 90 zile inclusiv sâmbăta și duminica; inclusiv pe weekend sau de sărbători, de Anul Nou, de exemplu (servicii peste 90 zile inclusiv weekend/sărbători).

Iar timpul per pacient în special la țară ar trebui să fie puțin mai mare sunt multe alte servicii care trebuie date și care nu sunt incluse. De exemplu când spui “pansament pentru escare” asta presupune că trebuie să te duci să faci acel pansament pentru că bolnavul ar trebui să fie într-un mediu confortabil, că ai tot ce îți trebuie: apă caldă, pansamente, aleze, etc, și trebuie făcută doar procedura. Nu, nu e așa!! Acasă la țară oamenii sunt găsiți în frig, câteodată nu e curat, tot acest proces care ar dura un anumit timp în oraș, durează la țară de două trei ori mai mult.”

Dr. O. S. MF Odorheiu Secuiesc, Jud Harghita

“Când ne-am apucat să inițiem aceste servicii am căutat asistente medicale și am găsit asistente de școala veche, care când au auzit ca trebuie să facă “îngrijire”, ne-au refuzat politicos, nici nu au vrut să audă de așa ceva.

Sloganul pentru noi a fost “un om a intrat în casa ta”: dacă e rece în casă dacă nu are lemne aduse în casă, nu are apă, cum punem perfuzia?... Problema acum e plecarea personalului mai ales din rural și am format peste 1000 persoane și foarte mulți au plecat pentru că dacă sistemul nu vine în întâmpinarea acestora ei pleacă acolo unde sunt primiți și apreciați. Avem colege foarte dedicate care au rămas; cei care pleacă, pleacă în occident sau în spital pentru că noi nu avem cum să majorăm salarii. Și am pierdut oameni foarte valoroși care au plâns când au plecat dar ...au plecat. E foarte greu de creat ceva la țară trebuie să ai om care să fie de acolo sau aproape și să ai capacitatea mobilității. Dacă întrerupi serviciul, serviciul moare și pierzi nu numai serviciul și nu o iei de la zero o iei de la minus pentru că pierzi încrederea oamenilor. Dacă funcționezi 2-3 ani nu poți să-l lași în paragină și să-l reiei de la zero peste câțiva ani.”

Dr. M. A. Coordinator Caritas

La țară aceste servicii de îngrijire de lungă durată efectiv nu pot funcționa!

“Pentru cineva din rural acest proces de obținere a serviciilor este foarte birocratic foarte greu de obținut. Cazurile sunt multe de exemplu sunt 20-40 cazuri pe lună pe comună și o comună are între 2 și 4 mii de locuitori: Cojocna, Bontina Savadistra, Izvorul Crișului, Huedin Dej. Mă uit că de finanțarea și organizarea serviciilor de îngrijire sunt făcute din perspectiva unui centru urban, dar e bine să se gândească acei oameni la țară nu pot face parte din birocrație.

La țară nu poți fără mijloc de transport, iar decontarea combustibilului e un coșmar. Noi ne birocratizăm pentru că există suspiciuni! Și astfel faci hârtii și pierzi obiectivul, care e îngrijirea oamenilor!

De exemplu putem agreea la un cost mediu de benzină pe zi/vizită și asta îți putem da pe zi combustibil și nu mai există suspiciuni și nu stăm să facem hârtii și ne ocupăm de treaba noastră. Pe de altă parte la CAS alții stau să verifice dacă am făcut corect toate documentele. Sistemul atât cât este, este foarte birocratic, iar scopul nostru este să îngrijești sau să vindeci.”

Dr. S. A., Diaconia, Cluj

2.5. Dificultățile majore: finanțarea, legislația și birocrația

“Partea cea mai grea e finanțarea; și sunt mulți care nu pot beneficia pentru că nu este o lege care să oblige să fie îngrijiți, finanțați pe termen lung.”

H. S. As. medicală Caritas HG

“Dacă medicul de familie (MF) recomandă îngrijirea aceasta poate fi de 15 zile; dacă recomandă spitalul, poate da 30 zile și 90 zile pe an. Dacă vrei să mergi la MF trebuie să te programezi și dacă sunt bătrâni e foarte greu. De exemplu am acum doi bătrâni el are 87 ani, ea are 91; el este imobilizat la pat; dacă le spui că trebuie să plătească pentru că nu mai au zile plătite de Casă... când se uită batranica la tine și zice ca ea nu are pensie... e foarte greu. Bătrânelul are nevoie de scutec cel puțin 1 dată pe zi și e un om viu care mănâncă și ... ca el sunt mulți care au nevoie și nu au bani nici de scutece.

Deci soluția ar fi ca cei de la CJAS sau indiferent cine să plătească mai mult decât 90 zile, că 90 zile trec imediat. Sunt ceva zile dar nu i-ai ajutat destul că anul are 365 zile. Oamenii sunt bolnavi și în weekend și de sărbători. Și de câte ori trebuie să mergi la MF ca să primești recomandarea? De 6 ori trebuie să faci acel circuit. Mai întâi te programezi la MF, apoi iei recomandarea (+ copie buletin și cupon pensie, eventual bilet ieseire spital) și aparținătorul o pune la poștă și aștepti câteva zile să vină aprobarea de la Casa de Asigurări pentru acele servicii recomandate. Și atunci poți începe treaba. “

A. P. Caritas asistentă șefă, Toplița Tulgheș

“Îngrijirea de lungă durată ar trebui să fie pe agenda publică sunt prea mulți vârstnici în nevoie, singuri cu copiii plecați. În satul în care stau eu, sunt oameni care nu au ieșit din case de primavara trecută. Nu mai vorbesc acum cu pandemia.”

A.I. As. Social- Director îngrijiri - Asociația Caritas Harghita

“Greu de făcut o prioritizare a nevoilor omului dependent!

Sunt foarte multe probleme și este greu de spus care primează. Sunt foarte multe lucruri care pot fi făcute.

De exemplu, serviciile medicale sunt foarte necesare și pacienții sunt dependenți și în ianuarie și februarie și cele 90 zile alocate de CAS nu ajung; eu ca medic de familie pot aproba 15 zile, dar în a 16-a zi escara este tot acolo nu s-a vindecat și atunci ce fac?

Uneori asistentele fac voluntariat că nu sunt decontate serviciile; și ele fac de la foc în casă, la pieptanat și toate celelalte. Sunt foarte dedicate, și un personal dedicat este foarte important pentru aceste servicii.

Famiile sunt foarte implicate, dar oamenii sunt foarte săraci și uneori le e greu să ajute; oamenii ajung alienați, detașați de durerea și suferința celor pe care trebuie să-i ajute!

Da, oamenii sunt foarte săraci și ca să vă dau un exemplu, ei nu-și permit nici acea mică coplată de 10 lei pe lună”.

Dr. N. G. MF, Borsec, jud. Harghita

“Anul trecut nu s-au plafonat finanțările de la Casă și ele s-au finanțat la nivelul realizat.

Până anul trecut, la Harghita, noi finanțam în quantum de 50 mii lei/lună acum am ajuns la 200 mii lei, dar nu este o alocare pe județe în linie cu nevoile locale. Ideea ar fi să avem o anumită flexibilitate în finanțarea națională, de exemplu, dacă într-un județ avem oameni care se zbat să dezvolte astfel de servicii ar fi bine de finanțat.

Sunt oameni săraci, izolați în mediul rural, și au șansa doar 90 zile să fie îngrijiți... nu aș stabili un număr de zile, ci concret adaptat la situația bolnavului, corelări între diagnostic și un număr de zile flexibile să nu abuzăm, dar să nu limităm. Nu aș pune plafon, ci aș stabili perioada concretă per bolnav funcție de boală și aș aprecia cât are bolnavul nevoie.

Sunt de acord cu ideea ca medicul de familie să dea undă verde recomandării pentru îngrijiri de lungă durată cu o condiție: aceste servicii să fie raportate la casă de către medicul prescriptor. Să vedem dacă de exemplu unei persoane i s-a recomandat un număr de zile și apoi să vedem cum aceste zile sunt utilizate de către un furnizor.”

T. D. Director Executiv, CJAS Harghita

“Contractele multianuale sunt cunoscute și un confort financiar, psihic nu ne-ar strica să avem și noi aceste contracte multianuale. Problema este: care sunt fondurile cu care putem să gândim în IDLD pentru că ba este buget ba nu este, ba e plafonat ba nu e plafonat, ba avem ba nu avem bani. Deci problema e care sunt fondurile disponibile pentru acest domeniu?

În orașe sunt furnizori privați și când nu mai aveam bani oamenii apelau la serviciile lor și apoi erau trimiși din nou la noi când refaceam contractele și se deblocau banii

O predictibilitate clară și cum sunt respectate drepturile mele de cetățean, asigurat ar trebui revizuită. Pe hârtie avem o gramadă de drepturi. Ar trebui reformulate drepturile care ni se cuvin și apoi o finanțare normativă cu banul care urmează beneficiarul.

În Germania nu e foarte recent din 1995, au înființat fondul separat de îngrijire de lungă durată (LTC). Peste noapte au format 900.000 locuri de muncă; îngrijitori, asistente, asistenți sociali, coordonatori, etc. Întrebarea la noi e nu dacă se poate ca să mai creăm un fond, ci dacă vrea sistemul să soluționeze problema de îngrijire de lungă durată (ILD) iar la noi ILD) LTC este un dezastru numai dacă ne uităm la raportul OECD. Suntem săraci, dar cum facem prioritățile este important și dacă omul nu e prioritar, dacă bătrânii nu sunt prioritari atunci avem o problemă majoră”.

Dr. M. A. coordinator Caritas

“Noi avem o singură casă de asigurări!

În Germania și Olanda sunt mai multe case care concurează pentru a câștiga simpatia asiguratului și a-l avea pe propria listă. Legiuitorul ar trebui să spună așa cum e și în aceste țări dacă vrem sau nu vrem să avem ILD. “

Dr. M. A. coordinator Caritas

2.6. Implicarea autorităților locale

“Autoritățile locale sunt un pilon de bază în sprijinirea serviciilor de îngrijire de lungă durată. Unele autorități sunt foarte sărace altele au bugete care își permit mai mult dar până la urmă rămâne la latitudinea lor felul în care își consideră sau nu că îngrijirea celor în vârstă dependenți este o prioritate. La un alt nivel este de fapt aceeași atitudine care se se întâmplă la nivel județean și național!

Problema mea din Toplița este că Primăria a cumpărat anul trecut 16 ore de servicii pe lună. Vă dați seama ce înseamnă 16 ore de servicii astea se termină într-o zi sau 2 zile? Sunt primarii care cumpără servicii ca lumea se mai gândesc și la vârstnicii lor.”

A. P., Caritas asistentă șefă, Toplița Tulgheș

“Sunt primarii care sunt interesate să protejeze vârstnicii, dar sunt altele care spun ca ei nu au cazuri. De exemplu, la Toplița, în 2019, nu au cumpărat nicio ora de îngrijire; să vedeți ce necazuri sunt acolo, ce situații grave avem acolo în ce ”hal “trăiesc oamenii te duci și găsești casele pline de purici, murdărie și trebuie să cureți casa că altfel duci toți puricii acasă. Și câte cazuri am avut vai și amar acolo la Toplița! Sunt cazuri la care ne ducem zilnic să pansăm și să îngrijim...”

A.I. As. Social-Director îngrijiri - Asociația Caritas Harghita

“Un alt exemplu pe care doresc să vi-l spun: acum câțiva ani îngrijirea era gratuită și se făcuse o aglomerare foarte mare și atunci am venit în Consiliul Local din 2018 cu ideea să punem cofinanțare funcție de mărimea pensiei ... și brusc am văzut că mulți nu mai solicită serviciul. Și astfel cofinanțarea a oprit oferta de servicii probabil care nu erau necesare. Lumea a înțeles că trebuie o mică contribuție de

exemplu: cei care beneficiază de servicii de 300 lei plătesc 10% dacă au pensie mai mare plătesc 20% care înseamnă 30-60 lei.”

F. G., DAS, Odorheiu Secuiesc

“Familia, uneori în această situație (o persoană cu grad avansat de dependență) ar prefera să fie internată într-un centru, bătrânii ar prefera să rămână acasă. Mulți sunt plecați în străinătate. Ar trebui dezvoltate serviciile socio medicale de îngrijire la domiciliu asta ar fi soluția la fel cu finanțarea personalului calificat! Serviciile de ID sunt externalizate către Caritas și o alta asociație în baza legii 98. Noi avem cămin de persoane vârstnice cu 28 paturi proiect pe fonduri europene. Ne gândim conform strategiei naționale să dezvoltăm ID, iar instituționalizarea ar fi ultima variantă... “

B. G. DAS, Toplița

“Nu mai putem plăti asistenții personali care puteau îngriji aceste persoane; înainte erau plătiți din bugetul de stat acum plățile au venit la primărie și noi din bugetul nostru nu putem să plătim încă 20 persoane ca asistenți personali și de aceea dăm indemnizații decat sa facem contracte. Dăm indemnizații pentru că putem sprijini mai multe persoane. O altă mare problemă e fragmentarea sistemului de îngrijire cu două componente social, medical ar trebui o singură lege pentru îngrijire pe lângă un buget comun un singur pachet și o instituție responsabilă pentru asta , ar fi bine să fie toate în același loc.”

B. J. K inspector social. Santimbru

“Acești oameni rămân singuri, nu au om care sa fie lângă ei! și sunt mulți ...

Noi am început cu ideea ca pentru cei care au nevoie de ajutor cineva trebuie să fie lângă ei să-i ajute, cel puțin sa intre în casă la cei care sunt țintuiți în pat.

Eu văd o problemă de ordin general pentru cei care se află la conducere pentru că de 30 ani sunt 3 domenii neglijate cronic: sănătate, educație și social și suntem la toate aceste capitole jumătate față de media europeană. Acesta e un semnal pentru că aceste domenii înseamnă cât prețuiește societatea omul în general, iar acest indicator licăre pe culoarea rosie de 30 ani. Alegerea pentru un primar de multe ori este dacă să aleagă între o bucățică de șosea care se reasfaltează și a oferi îngrijire unor bătrâni care stau în propriile excremente, în loc să îmbătrânească în demnitate. O societate care nu prețuiește cetățenii și oamenii care locuiesc în ea are un viitor sub semnul întrebării. O societate care nu își prețuiește vârstnicii și persoanele cu dizabilități este o societate imatură și iresponsabilă. Noi spunem acest lucru de zeci de ani, dar trebuie să spunem și acuma.

Chiar dacă uneori sunt inițiative ale unor primari aceste inițiative ar trebui să fie sprijinite de sistem, dacă nu inițiativele vor fi înnăbușite și vor muri. “

Dr. M. A. coordonator Caritas

“Dacă am făcut o lege care nu funcționează nu înseamnă ca am rezolvat problema! Dacă am dat autorităților locale problema îngrijirii vârstnicilor nu înseamnă că am rezolvat problema.

Autoritățile locale vin cu idei de-ale lor privind contractarea, finanțarea dacă vrem să colaborăm trebuie să respectăm condițiile și avem colaborări cu 100 autorități locale. Consiliul Județean prin DAS contribuie la susținere serviciilor și trebuie să avem o altă modalitate de decontare, CJAS o altă contractare și raportare... este o muncă administrativă enormă care este păcat că se risipește în loc să ne concentrăm pe îngrijirea bolnavilor.

Iar serviciile pe care le facem oricum nu sunt de ajuns lista de așteptare este mare și asta din cauză că finanțarea este insuficientă. Și așa ajungem să vorbim despre subfinanțare: noi facem aceste servicii, dar nevoia este mult mai mare.

Pe plan social legislația e ambiguă: autoritățile locale finanțează servicii pentru cei care au venituri sub venitul minim garantat (VMG) peste această sumă fiecare beneficiar plătește. VMG e un venit mic nimeni nu e sub acest venit, legislația dă naștere la interpretări și uneori autoritățile locale fac niste reguli proprii și impun cofinanțarea de o manieră prin care oamenii renunță la servicii.”

G.P. coordonator Caritas

“Am trăit împreună cu echipa o poveste cu un primar într-o comună care fusese proaspăt instalat... și ne tot întrebam dacă primarul nou va accepta să facă îngrijiri la domiciliu și noul primar ne-a spus că dacă va face ceva pentru comuna va fi să facă servicii de îngrijiri ca el le consideră prioritare;... el fusese înainte poștaş și intrase în toate casele oamenilor și stia cum traiesc și ce nevoi au...”

Dr. M. A. coordonator Caritas

2.7. Ce ai spune dacă miniștrii sănătății și muncii ar fi în fața ta?

“Dacă ministrul sănătății ar fi în fața mea l-aș ruga să vina cu mine o zi pe teren să vadă nevoile oamenilor și să vadă care este munca și cum ar putea să fie ajutați. Să fie un pic, un pic mai bine.

I-aș povesti și i-aș spune ce m-ar ajuta, că ar trebui bani și că atunci aș putea să mai angajez personal, să mai cumpăr materiale. Personal nu avem suficient că nu sunt bine plătiți; banul este totul. Dacă ai bani angajezi mai mult personal și dai servicii la mai mulți.

Pe de altă parte, finanțarea poate veni de oriunde nu neapărat de la CAS, numai să vină!”

A. P. Caritas asistentă șefă ID, Toplița Tulgheș

“Ar trebui să avem grijă de oamenii în vârstă pentru că de exemplu în Harghita suntem noi cei de la Caritas care îngrijim, dar în altă parte nu vor avea cine să-i

îngrijească. Și peste 20-30 ani cei care fac legile astăzi vor ajunge în situația asta și atunci vor înțelege ce e îngrijirea la domiciliu. Eu așa le spun colegilor mai tineri că din îngrijitori vom ajunge să fim îngrijiți când vom îmbătrâni.”

A.I. As. Social- Director îngrijiri - Asociația Caritas Harghita

“Sunt oameni trecuți prin viață care au pus puțin câte puțin la temelie țării și acum îi lăsăm să moară în frig și în mizerie, fără medicamente. Soacra mea are pensie 800 lei. Noi cumpărăm tot: lemne, pâine, medicamente. Dar dacă ar trebui să cumpere ea cum ar fi? Sunt câteva lucruri simple pe care le fac dimineața; o văd, îi iau tensiunea și îi dau medicamentele. Cam cât ar costa-o pe ea? Ea trăiește că avem noi grijă de ea. Cum se poate trăi cu o pensie de 800 lei de exemplu?

Cam ce pensie ar trebui să aibă cineva să poată plăti pe cineva să îi pună medicamentele pe masă dimineața să îi deschidă ușa măcar o dată pe săptămână, să-i pună ceva pe masă... Așa trăiește doar ca suntem noi cu ea.

Dacă l-aș avea pe ministru în față l-aș întreba dacă el ar fi într-o situație asemănătoare cu cineva pe care să-l îngrijească cum s-ar simți? Cum s-ar simți dacă bunica lui ar fi în această situație?”

C. C., As medical Trainer Formator Caritas Harghita

“Aș avea pentru Ministru să-i povestesc un caz: Era un domn în sat profesor la școala generală și mama lui a căzut la pat a făcut un AVC, și m-a sunat și m-am dus era genul de om ”eu sunt barbat, ea e femeie, e mama mea nu pot s-o văd dezbracată” și noi îi schimbam scutecele și o îngrijeam. Știți fetelor, ne-a spus el, eu vedeam până acum două fete cu mașina care mergeau pe la bătrâni acasă, dar acum înțeleg ce faceți și am tot respectul pentru voi. Acum am înțeles ce faceți de fapt!

Era atât de impresionat, știți asta e o muncă care nu se poate prezenta la televizor sau la crâșmă la o cafea se face în spatele ușilor și e o muncă de multe ori puțin vizibilă, discretă.

Deci până nu te implici emoțional nu poți înțelege, să vedeți cum ne strâng aparținătorii mâna sau cum ies aparținătorii după noi și ne zic “vă mulțumesc că existați!”

C. C., As medical Trainer Formator Caritas Harghita

“Ar trebui să avem un organism integrat care să se ocupe de îngrijirile la domiciliu de lungă durată, pentru că un pacient nu se poate duce la mai multe ministere pentru bucăți de servicii pentru că așa cum e în Olanda de exemplu, sistemul trebuie să se învârtă în jurul omului și nu omul să meargă la multe instituții să integreze serviciile. Cred că bunăstarea omului trebuie discutată cu cel puțin cei doi miniștri de la sănătate și social și avem nevoie de o clasă politică care să dea un reset al culturii sociale.”

Dr. M. A. coordonator Caritas

2.8. Soluții propuse

“Eu cred că ar trebui să avem o altă lege care să identifice pe toți nevoiașii și să vedem care sunt necesitățile și apoi să încercăm să rezolvăm; dar ne trebuie pentru asta bani și personal.”

Să evaluăm pe toată lumea în special pe cei cu grade mari de dependență să primească servicii să vedem ce poate face familia/vecinul, și să vedem cine poate plăti. Noi furnizăm servicii pe care nimeni alții nu pot să le furnizeze.”

A.I. As. Social- Director îngrijiri - Asociația Caritas Harghita

“Comuna este formată din mai multe sate (14 sate cu peste 3000 pacieni), cu distanțe mari între ele, cu o populație îmbătrânită, cu mulți bătrâni singuri. Sprijinul familiei a cam disparut. Primăria se mai implică atâta cât poate.”

Pentru Caritas e dificil pentru că trebuie să meargă foarte mult de la un pacient la altul pentru un pansament. Consiliul local nu poate da bani pentru servicii medicale. Este foarte dificil să obții finanțare pentru îngrijiri medicale prin CAS pentru acești oameni care locuiesc la țară respectând procedurile existente.

Aceste servicii ar trebui prescrise ca o rețetă sau ca un bilet de trimitere: medicul care vede bolnavul pe teren prescrie pe un bilet de trimitere, bolnavul sau aparținătorul alege un furnizor și acesta, merge la casa pentru decontare. E mai puțin birocratic nu se mai pierde timp și este în avantajul bolnavului. Evident medicul care face recomandarea va putea controla periodic starea pacientului, la vizitele de teren și informa casa.”

Dr. G. E. MF, com Simonesti HG

“Munca de îngrijire a acestor bolnavi la domiciliu este o muncă foarte intensă te afectează psihic, emoțional. Cei care fac munca asta trebuie să aibă un salariu normal, bun, să fie relaxați din punct de vedere al banilor, să aibă bani destui, salariu bun să se poată concentra pe munca pe care o face. Iar acest salariu să fie previzibil să fie predictibil. Dacă fiecare om care face legile să se gândească la parinții lui dacă ar fi tata sau mama în pat cum l-aș trata? Trebuie să ne gândim că și noi vom ajunge odată și odată într-un pat și vom avea nevoie de îngrijire. Cum aș vrea eu să fiu îngrijit sau pansat?”

Gândiți-vă cum ar fi dacă ați avea o persoană iubită pe care s-o aveți în pat acolo!”

Dr. P. E. Medic Familie, Gheorgheni Harghita

Propuneri ce ar trebui făcute ca să dezvoltăm aceste servicii?

“O strategie de dezvoltare aplicabilă și sustenabilă pe baza unui model de-al nostru, să creăm cadrul de implementare, școlarizarea personalului, să avem un buget pentru formare și implementare și apoi punerea în practică în 4-5 județe pilot. După o perioadă de 3-5 ani să îmbunătățim strategia și să creștem numărul județelor care sunt gata să dezvolte aceste servicii.”

CJAS, T. D.

“Ar trebui pornit de la baza bazelor și nu de la o utopie; țin minte discuții cu ministerele când ne spuneau de echipa multidisciplinară și tu nu aveai o persoană cu 8 clase pe care să te bazezi în majoritatea satelor.

O persoană care intră în casă și ajută la activitățile zilnice e o șansă pentru acești oameni la țară.

Dar acești oameni care trăiesc la țară și au aceleași drepturi nu au nicio șansă să primescă aceste servicii de îngrijire. Pentru o intervenție de îngrijire medicală este foarte complicat; MF așa cum dă o trimitere la ORL, cardiologie poate da o trimitere la îngrijiri la domiciliu cu o supraveghere simplă. Deci o simplificare a sistemului.”

Dr. M. A. coordonator Caritas

“Guvernul ar trebui să-și asume un nivel minim de servicii sociale care trebuie asigurat fiecărui cetățean fie ca este într-un sat din Botoșani sau în București; să avem prin lege că dacă un bătrân are nevoie de îngrijire, sau un copil are nevoie de un centru de zi aceste servicii sunt asigurate și vor fi primite. Trebuie să avem un sistem minimal de servicii sociale obligatorii asigurate de către stat.”

Z. E., DGASPC HG

“Important pentru ILD e ca cineva chiar dacă are sau nu aparținători să fie în îngrijirea cuiva (fie o persoană, fie o organizație). Oamenii lucrează de dimineața până seara și nu mai au energie pentru cei vârstnici și pentru persoanele cu handicap, dacă mai au ceva energie mai au pentru copii.

Propuneri în primul rând pentru un alt tip de finanțare pentru că rămân în îngrijire pe ani de zile și nu pe model de plată pe servicii ci pe caz pe grad de dependență, astfel poți avea o anumită flexibilitate în finanțare și astfel la serviciile date pe vizită să faci ce e nevoie. Astfel s-ar putea debirocrațiza sistemul să nu mai stai să faci rapoarte și hârtii”

Dr. S. A. Coordonator Diaconia Cluj

“Asigurarea unei finanțări sustenabile și previzibile este cheia dezvoltării acestor servicii și asta nu doar pe proiecte scurte, ci și pe termen lung. La cine se poate rezolva la domiciliu este metoda optimă versus instituționalizarea.

Trebuie văzută investiția în îngrijirea de lungă durată și dintr-o altă perspectivă: prin lipsa investiției în ID se generează costuri mai mari pentru că acești oameni ajung cu complicații în spitale pentru episoade diferite

Se face un ping pong cu bolnavii care se mută dintr-o parte în alta se externează, pe hârtie pentru condiția de reinternare, dar bolnavul stă în spital și primește cumva la negru cazare și masă și asta e peste tot avem zeci de pacienți care sunt îngrijiți prin acest sistem.

Ar trebui să se facă un departament interministerial Muncă/Sănătate pe ILD și să se aloce cu caracter pilot sume în județele unde funcționează bine pentru a măsura costurile și a vedea ce economii pot fi făcute cu spitalele și apoi să se extindă proiectul gradual continuând să se vadă costurile salvate pe termen lung”

Dr G. T. DSP Harghita

“La ce am dreptul eu ca persoană dacă voi avea nevoie? eu care contribui la bugetul casei ce drepturi am? e primul lucru foarte important de știut și mai ales că acest drept îl primesc. De aici începe totul! Ce drepturi are omul și sistemul va avea să răspundă!

Și trebuie găsit modul de finanțare poate o asigurare nouă sau din asta să se stabilească o parte pentru ca furnizorii să se ocupe de servicii nu de decontări. Finanțarea ar putea fi pe oră de îngrijire și să fie flexibilă.

Noi vom beneficia de acele drepturi și servicii de îngrijire pe care le facem acum. Ce rezolvăm noi acum de asta vom beneficia mai târziu și dacă noi nu arătăm copiilor cum ne îngrijim părinții și bunicii atunci nici ei nu vor avea grijă de noi. Copilul nu învață ce spunem, ci ceea ce vede ca facem, ce model îi dăm!”

G.P. Caritas Harghita

Capitolul 3

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

3.1 Concluziile raportului privind situația persoanelor în vârstă

Accesibilitatea serviciilor medicale

Accesul la serviciile medicale de specialitate sau spitalizarea este îngreunat de două probleme care se îmbină: sărăcia bolnavilor și a familiilor acestora, și acoperirea scăzută a serviciilor medicale, îndeosebi în mediul rural. În consecință, problemele de acces vizează îndeosebi vârstnicii din mediul rural și pe cei cu venituri reduse. Familiile nu au în toate cazurile posibilitatea de a-i sprijini financiar.

În mediul rural, vârstnicii întâmpină probleme de accesibilitate, inclusiv privind serviciile medicale primare și farmaceutice. Cel mai des, farmaciile și cabinetele medicale se găsesc în centrul comunal sau în satele aparținătoare mai mari. Pentru vârstnicii cu un grad mediu și mare de dependență, deplasarea către orice astfel de formă de servicii este practic imposibilă. Problema este cu atât mai acută cu cât suportul familial informal este mult scăzut în comparație cu anii din urmă - satele sunt depopulate de tineri care sunt în mare parte plecați la muncă - de multe ori și în străinătate, bătrânii rămânând singuri.

O îngrijorare dominantă a vârstnicilor o reprezintă costurile medicamentelor și sistemul lor de compensare, de unde și resimțirea necesității de a include medicația necesară pentru bolile cronice printre medicamentele compensate. Vârstnicii sunt în general nemulțumiți de costul prea mare pe care îl presupune achiziționarea medicamentelor, ceea ce generează un acces sporadic la tratament/ tratamente incomplete care le pun în pericol starea de sănătate.

Relația cu medicul de familie

În cazurile în care vârstnicii sunt satisfăcuți de relația cu medicii de familie, relația este deseori una personalizată, medicul cunoscând bine atât istoricul medical al pacientului cât și situația acestuia familială și materială. Motivele de nemulțumire față de relația cu medicul se datorează accesului redus, indisponibilității acestuia de a face vizite la domiciliu vârstnicilor care nu se pot deplasa, atenția scăzută oferită în timpul consultului.

În urma pensionării, vârstnicii (notabil cei care nu au gospodărie sau copii în aceeași localitate) simt nevoia de a-și ocupa timpul cu activități diverse în mod organizat, pentru a estompa diferența față de perioada activă a vieții lor.

Raritatea contactelor sociale

Singurătatea este reclamată ca una dintre problemele principale ale vârstnicilor, în special de către văduvi sau văduve sau vârstnici cu probleme de sănătate care le afectează mobilitatea. La nivelul socializării, dependența este punctată ca un factor cu influență negativă asupra vieții sociale: datorită stării de sănătate, persoanele vârstnice nu pot participa la viața socială după cum și-ar dori.

Relația cu familia este în general considerată importantă, însă distanțele își pun amprenta pe calitatea cât și cantitatea comunicării cu copiii, nepoții sau alți membri ai familiei. Proximitatea devine un criteriu important în relațiile sociale, întâlnirile cu vecinii sunt mai dese decât cele cu prietenii sau cu familia. Pentru puținii vârstnici care primesc servicii de îngrijire la domiciliu, comunicarea cu semenii se poate rezuma la conversația cu îngrijitorul la domiciliu sau vecinul cel mai apropiat.

Tendențe privind suportul social primit de vârstnici

Sunt conturate mai multe tendințe privind sprijinul primit de vârstnici. Diferențele sunt influențate de gradul de dependență (implicit, tipurile de sarcini pentru care vârstnicul are nevoie de ajutor) și rețeaua informală de sprijin a vârstnicului:

- În cazul sarcinilor mai ușoare sau pentru sprijin emoțional, unii vârstnici apelează cel mai des la vecini sau alte persoane din proximitatea fizică a lor. Chiar dacă ar prefera ajutorul familiei, rudele apropiate pot fi indisponibile sau aflate la distanță.
- Pentru vârstnicii care beneficiază de servicii de îngrijiri la domiciliu (fiind selectați de obicei și după criteriile - bătrân singur și dependent), îngrijitorii reprezintă principala sursă de suport și ajutor, uneori chiar singura.
- Există vârstnici singuri dependenți care nu beneficiază de ajutor necondiționat sau sprijin constant din partea familiei sau a altor persoane.
- Există vârstnici în îngrijirea cărora copiii sau rudele apropiate se implică puternic, fie prin locuirea în aceeași gospodărie cu vârstnicul, asigurarea necesităților acestuia prin sprijin zilnic direct, sau în cazurile în care copiii nu locuiesc în aceeași localitate, sprijinirea financiară pentru asigurarea unei îngrijiri continue.

Condiții de locuit

Cei mai mulți vârstnici s-au obișnuit cu un trai modest și condiții nu foarte bune de locuit, motiv pentru care sunt acomodați cu sentimentul de neputință față de a face îmbunătățiri în gospodăriile lor. Din lipsă de resurse financiare, unii dintre aceștia s-au resemnat, mulțumindu-se cu ceea ce au, limitându-și dorințele la posibilități. În general, vârstnicii din mediul rural sunt mai nemulțumiți de starea locuinței lor.

Dintre problemele privind locuirea/condițiile de locuit menționăm:

- Condițiile precare în unele cazuri: lipsa apei curente, dificultatea pe care o presupune încălzirea locuinței iarna, lipsa altor utilități, case neconsolidate, unele cu stricăciuni: ferestre vechi, nefuncționale, acoperiș deteriorat; lipsa încălzirii centrale
- Lipsa unui grup sanitar sau a unei băi în incinta casei (în general, gospodăriile vârstnicilor din mediul rural au doar un grup sanitar în curte, fără apă curentă);
- Locuirea la etajele superioare ale clădirilor/blocurilor îngreunează deplasarea vârstnicilor în afara locuințelor, aceștia având nevoie mai degrabă de locuințe situate la parterul blocurilor care să faciliteze ieșirile din locuință;
- Mobilierul vechi, fără posibilități materiale de înlocuire.

3.2 Concluzii și recomandări din partea profesioniștilor din sector, ale finanțatorilor și decidenților

Respondenții au subliniat mai multe nevoi legate de serviciile de îngrijire de lungă durată, care odată rezolvate sau îmbunătățite, ar putea duce la dezvoltarea acestora. A fost făcută o selecție a celor mai importante concluzii pe care le prezentăm mai jos; evident temele de discuție se întrepătrund uneori.

3.2.1. Conceptul de îngrijire la domiciliu de lungă durată

Una din problemele majore cu care se confruntă sistemul este slaba cunoaștere și recunoaștere a conceptului și practicii de **îngrijire la domiciliu de lungă durată**, deși termenul este consacrat în Europa și în întreaga lume și se referă la serviciile oferite la domiciliu sau în comunitate persoanelor cu grade avansate de dependență (ex persoane în vârstă) pentru a sprijini îngrijirea acestora și traiul lor la domiciliu sau în comunitatea din care face parte. Atunci când serviciile sunt oferite chiar la domiciliul beneficiarilor, aceste îngrijiri de lungă durată se numesc servicii de îngrijiri la domiciliu.

Este astfel important de a avea un consens, o înțelegere comună, a termenului o **definiție simplă, clară**, operațională pe care toți actorii, fie de la nivelul furnizorilor, fie de la nivelul beneficiarilor și familiilor acestora să o înțeleagă și să o folosească.

Îngrijirea la domiciliu de lungă durată versus îngrijirea la domiciliu

Cele două entități implică abordări diferite. ID este practic umbrella IDLD; dar abordările sunt diferite. Îngrijirea la domiciliu, așa cum e înțeleasă în momentul de față, are două perspective funcție de sistemul medical sau social de care aparține:

- **Sistemul de asistență medicală**, (CNAS), pe de o parte definește ca îngrijire la domiciliu cazurile care părăsesc spitalul și care au nevoie de servicii de îngrijire la domiciliu; nu este făcută diferența între îngrijirile acute (exemplu post-operator) care nu aparțin Îngrijirilor de Lungă Durată și îngrijirile pentru cazurile cronice care ar aparține de drept Îngrijirilor de Lungă Durată. Finanțarea se face pe caz pentru un episod de îngrijire medicală la domiciliu, care este calculat în funcție de numărul de zile de îngrijiri acordate, iar numărul de zile este limitat la maxim 90 de zile/în ultimele 11 luni, iar evaluarea cazurilor se face folosind scara ECOG²⁵.

Sistemul de asistență socială - sunt îngrijite mai ales cazurile așa numite “sociale” din care fac parte inclusiv cazurile “medicale” cu nevoi de îngrijire care însă au depășit plafonul de 90 zile/în ultimele 11 luni finanțat prin CJAS. ²⁶Cazurile sociale sunt îngrijite din finanțările primite de la nivelul Autorităților Publice Locale și Ministerului Muncii. În acest caz evaluarea se face folosind Grila de Evaluare a Persoanelor Vârstnice, iar plata se face pe caz pe grad de dependență.

3.2.2. Dreptul persoanelor asigurate de a primi servicii de îngrijire de lungă durată

Este important acest punct subliniat de mai multe persoane privind **dreptul acestora de a avea acces la servicii** (de exemplu medicale sau de îngrijire) după ce au plătit impozite și au cotizat la CAS o viață întreagă.

Respondenții consideră ca a asigura (servicii de îngrijire de lungă durată) acest drept cetățenilor este o **chestiune de alegere a societății și decidenților politici. Acest drept este cu atât mai important cu cât avem nevoie de servicii de îngrijire pentru vârstnici**, una din paturile cele mai sărace și mai vulnerabile. Din păcate de mai bine de 20 ani, deși aceste servicii există în acte normative (de exemplu în Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, Hotărârea Guvernului nr. 566/2015 privind aprobarea Strategiei naționale pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice pentru perioada 2015 - 2020), acoperă într-o mică măsură nevoia de îngrijire a persoanelor dependente.

3.2.3. Birocrația excesivă

Unii respondenți au pus **birocrația** ca fiind, alături de **finanțare**, pe primul plan al problemelor legate de dezvoltarea IDLD. Iata care sunt principalele aspecte:

Contractele cu autoritățile locale un cosmar birocratic

²⁵ Notificare din partea echipei CNAS (7)

²⁶ Notificare din partea echipei MMPS (8)

Astfel ca exemplu, un **furnizor cu o rețea de servicii ILD** va trebui să facă **contracte diferite** cu diferite entități organizaționale: autoritățile administrației publice locale (consilii locale de cele mai multe ori de la nivelul comunelor, consilii județene), CJAS, ministerul muncii prin AJPIS. Pentru fiecare contract la nivelul AAPL exista abordari ușor diferite personalizate pentru fiecare autoritate locală; dacă dorești să faci contracte cu acestea trebuie să te pliezi pe cerințele cerute de fiecare dintre acestea.

Privind sistemul de evaluare al pacienților/beneficiarilor: pentru fiecare sistem social și medical **exista câte o grilă de evaluare a dependenței** una utilizată de furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu pentru sistemul de asistență socială, respectiv Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice și alta pentru sistemul medical, respectiv grila ECOG.

Astfel, de multe ori aceeași persoană este evaluată cu două grile diferite pentru a putea primi servicii eligibile din partea unui sistem sau altuia.

A întocmi raportările lunare²⁷ pentru decontarea serviciilor efectuate în cadrul unei rețele de servicii de îngrijire este un proces extrem de birocratic care consumă resursele și așa insuficiente ale unei organizații.

3.2.4. Nevoia neacoperită / Listele de așteptare

Problema care rămâne pentru un furnizor care își dezvoltă servicii bazat pe evaluarea nevoilor populației este ca fondurile nu ajung chiar trecând prin toate aceste procese birocratice de contractare, raportare și decontare.

3.2.5. Autorități publice locale - a avea sau a nu avea servicii de îngrijire de lungă durată pentru cetățeni

Autoritățile publice locale răspund inegal la cerința de a avea în comunitatea lor servicii de îngrijire pentru vârstnici în condițiile în care populația este îmbătrânită.

Unii primari ignoră fenomenul (“noi nu avem cazuri pentru îngrijire”), alții decid în Consiliul Local să ofere contracte în condiții specific decise/definite la nivelul fiecărui consiliu/contract de servicii (vezi mai sus comentariul despre birocratie).

Rezultatul este ca fiecare autoritate publică locală ia această decizie, nu bazat pe nevoile comunității, ci mai degrabă bazat pe experiența primarului și pe prioritățile acestuia și ale consiliului local.

Descentralizarea responsabilității pentru organizarea și finanțarea serviciilor fără sprijin financiar și tehnic se demonstrează a avea foarte multă variabilitate, accesului cetățeanului devenind o funcție a nivelului de înțelegere a necesității, dorinței APL de a dezvolta astfel de servicii sau capacității de finanțare a AAPL, în dezvoltare inegală a acestora la nivel național.

²⁷ Notificare din partea echipei CNAS (9)

Astfel la nivel central se consideră că dezvoltarea, susținerea acestor servicii este responsabilitatea autorităților publice locale, dar răspunsul acestor AAPL este foarte slab²⁸. Mai mult, acolo unde ar fi cea mai mare nevoie de îngrijiri de lungă durată la domiciliu, respectiv în satele/comunitățile izolate și sărace, acest răspuns este aproape inexistent.

Astfel, modelul ”*laissez faire*” de descentralizare și responsabilizarea autorităților locale cu servicii sociale descentralizate nu face nici viața cetățeanului și nici viața furnizorilor de servicii mai ușoară.

În cazul IDLD soluțiile propuse de persoanele intervievate sunt:

- Documente naționale standard de contractare și raportare pentru APL
- Bugetele pentru ILD alocate funcție de evaluarea de nevoi pe teren, procesul de identificare a cazurilor dependente; iar alocarea sa fie asigurată cel puțin parțial de la nivel central. Trebuie să existe o plasă de siguranță pentru cetățeanul în nevoie care este sărac, cu pensie mică și locuiește la țară în condiții similare cu cei din municipalități sau orașe.
- Primăriile ”bogate” să contribuie fie cu bani, fie cu ajutor pentru transport, sediu, telefon la dezvoltarea serviciilor.

În concluzie, descentralizarea este un proces care ar merge bine dacă:

- ar exista coordonare tehnică de la nivel județean, unde s-ar cumula informațiile despre nevoile existente, organizarea/ contractarea / monitorizarea de servicii
- serviciile sociale ar fi integrate cu cele medicale (s-ar reduce duplicarea evaluărilor, raportărilor, contractărilor, etc, iar furnizorii s-ar putea concentra pe efectuarea efectivă de servicii)
- finanțarea ar fi și ea integrată (finanțare pe caz atât pentru problematica social cât și pentru cea medical)
- finanțarea ar urma pacientul, respectiv fiecare autoritate locală ar primi un buget direct proportional cu numărul de persoane dependente și cu gradul de dependenta al acestora

3.2.6. Sursa de finanțare, sustenabilitatea și predictibilitatea finanțării

Odată clarificat acest domeniu al organizării ILD rămîne de clarificat și sursa de finanțare:

- La nivelul CAS îngrijirea de lungă durată este parțial finanțată sub titlul ”îngrijirile la domiciliu”; unde avem de-a face cu un proces de externare din spital și anume: un bolnav se externează din spital și continua să primească servicii la domiciliu. Aceste servicii pot fi servicii pentru o situație acută - ex pansamente post-operatorii-sau pot fi servicii cronice de îngrijirile la domiciliu cu o echipă medicală de îngrijire pentru o perioadă determinată de maximum 90 zile/în ultimele 11 luni²⁹.

²⁸ Notificare din partea echipei MMPS

²⁹ Notificare din partea echipei CNAS

- La nivelul sistemului social APL³⁰, Consiliile județene, Ministerul Muncii finanțează servicii de îngrijire la domiciliu de lungă durată inconstant și la nivelul unor bugete reduse comparând cu nevoia existentă pe teren.

Astfel, parcursul creării unei echipe de îngrijiri, așa cum este el jalonat de legislația prezentă reprezintă un parcurs dificil; acesta poate dura ani de zile (de la recrutarea de personal, asigurarea accesului personalului la programe de formare, licențierea și acreditarea serviciilor atât din punct de vedere al legislației sociale cât și a celei sanitare). Este astfel nevoie de un plan multianual de dezvoltare instituțională dublat de o finanțare sustenabilă care să asigure o predictibilitate pentru dezvoltarea echipelor și susținerea serviciilor

Indiferent de sursa de finanțare, **nivelul finanțării și predictibilitatea fondurilor** sunt esențiale pentru menținerea salariilor echipelor și oferirea unor servicii de calitate.

3.2.7. Evaluarea cazurilor și grilele de evaluare

Cine poate face evaluarea?³¹

Aceasta ar fi una din întrebările principale pentru recomandările privind îngrijirea de lungă durată

În momentul de față, legislația impune ca evaluarea și recomandarea unui caz pentru un serviciu de îngrijiri la domiciliu să se facă fie la externarea din spital, fie de către medicul de familie când pacientul/ beneficiarul este în comunitate.

- Evaluarea cazurilor este făcută cu două grile separate: CNAS evaluează dependența cu grila ECOG, iar autoritățile locale cu Grila de Evaluare a Persoanelor Vârstnice. **Pentru același bolnav care primește servicii medicale și sociale se efectuează 2 evaluări, folosindu-se cele două grile de evaluare diferite.** De exemplu un pacient care primește un număr de zile de îngrijire va fi evaluat cu ECOG, iar pentru suma decontată de autoritățile locale și Ministerul Muncii vor folosi Grila de Evaluare a Persoanelor Vârstnice. ECOG este o grilă folosită în special în oncologie dar este limitată în ILD pentru de exemplu descrierea unor cazuri frecvente de ILD gen demențele.

Recomandarea furnizorilor este să avem o singură grilă de evaluare, iar Grila de Evaluare a Persoanelor Vârstnice este o grila completa care cuprinde toate ariile de dependență, care și-a probat valoarea în timp de peste 20 ani de folosire și care este similară cu alte grile existente în Europa.

Pe scurt: evaluarea cu o singură grilă - Grila de Evaluare a Persoanelor Vârstnice și pe medical și pe social, finanțarea pe caz pe grad de dependență, și existența unui contract/model unic pentru autoritățile locale ar fi un prim pas în armonizarea celor două sisteme medical și social și ar fi un prim pas către debirocratizarea sistemului.

³⁰ Notificare din partea echipei MMPS

³¹ Notificare din partea echipei CNAS

Nu în ultimul rând dreptul pacientului de a beneficia de îngrijiri la domiciliu de lungă durată pe o durată mai mare de 90 zile/în ultimele 11 luni (cu raportarea periodică către CJAS).

Alte țări cu sisteme de sanătate similare au adoptat o singură grila de evaluare pentru a evita dubla măsură între social și medical și pentru a utiliza resursele care îngrijirea bolnavilor nu către o creștere a birocrăției prin dubla raportare, etc.

3.2.8. Mediul rural și îngrijirea la domiciliu de lungă durată

Serviciile de ILD din mediul rural - sunt de departe o mare problemă în primul rând legat de accesul foarte dificil al pacienților la aceste servicii, de dificultatea organizării unor servicii la acest nivel. Nu în ultimul rând legat de numărul din ce în ce mai mare al acestor persoane care locuiesc în sate izolate și care ar trebui să aibă același acces la servicii ca orice altă persoană asigurată.

Practic organizarea acestor servicii la nivel rural, finanțarea acestora ar trebui regândite pentru a ușura accesul persoanelor dependente la serviciile de îngrijire. Problema este cu atât mai mare cu cât migrația a făcut ca majoritatea tinerilor, a familiilor tinere să plece și să genereze lipsa ajutorului informal în familie; depopularea satelor a rezultat în sate întregi îmbătrânite izolate, cu oameni săraci, mulți dintre ei în stare avansată de dependență (exemplu într-un sat soția de 78 ani îngrijea soțul de 82 de ani la pat).

-Percepția furnizorilor este ca designul actual al serviciilor de îngrijiri la domiciliu este axat mai ales pe facilitățile existente în municipii și orase și nu adresează nevoile și specificul mediului rural. De aceea, se impune o mai bună stimularea, prin politici publice care să sprijine dezvoltarea serviciilor de ILD, în special în mediul rural.

De asemenea **există sate care nu au niciun fel de asistentă medicală**; și aici se simte nevoia **asistentelor medicale**, fie cele care sunt pentru îngrijirea la domiciliu, fie ale celor comunitare.

Abrevieri

APL = Autorități Publice Locale

IDLD = îngrijire la domiciliu de lungă durată

LTC- long term care

CAS- Casa de Asigurări de Sănătate

Notificări la capitolul “concluzii și recomandări”

Notificarea 7

În funcție de statusul de performanță ECOG, bolnavul poate fi:

- a) incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare) - statusul de performanță ECOG 3;
- b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare) - statusul de performanță ECOG 4.

Îngrijirile medicale la domiciliu sunt recomandate doar dacă pacienții au stare de performanță ECOG 3 sau ECOG 4. Medicii care recomandă îngrijirile medicale la domiciliu sunt cei care stabilesc numărul de zile de îngrijiri, ritmul îngrijirilor medicale și ce servicii de îngrijiri medicale sunt acordate în cadrul episoadelor de îngrijiri.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate în baza recomandărilor medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit și statusul de performanță ECOG al acestuia.

Notificarea 8

- Prin serviciile de îngrijire la domiciliu acordate beneficiarilor cu nevoi de îngrijire personală sunt derulate principalele activități:
- ajutor pentru activitățile de bază ale vieții zilnice: igienă corporală, îmbrăcare și dezbrăcare, igiena eliminărilor, hrănire și hidratare, transfer și mobilizare, deplasarea în interior, comunicare;
- ajutor pentru activități instrumentale ale vieții zilnice: prepararea hranei sau livrarea acesteia, efectuarea de cumpărături, activități de menaj, însoțirea în mijloacele de transport, facilitarea deplasării în exterior, companie, activități de administrare și gestionare a bunurilor, activități de petrecere a timpului liber.

Furnizorul serviciului social realizează evaluarea nevoilor de îngrijire personală la domiciliul beneficiarului, indiferent dacă acesta a fost supus anterior evaluării realizată de structurile de evaluare complexă a persoanei cu dizabilități sau de unități sanitare (cabinete de medicină de familie, cabinete de specialitate, unități sanitare cu paturi).

La realizarea evaluării nevoilor beneficiarului, personalul de specialitate ține cont de rezultatele evaluărilor complexe și documentelor medicale, precum și de recomandările formulate în documentele prezentate de beneficiar. Pentru evaluare

se utilizează fișa de evaluare/reevaluare a beneficiarului, elaborată de furnizorul serviciului după modelul fișei de evaluare socio-medicală din Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 886/2000, iar plata se face pe caz pe grad de dependent și în funcție de numărul de ore de îngrijire profesională primită la domiciliu. Acordarea serviciului de îngrijire la domiciliu se realizează în baza unui contract de furnizare servicii încheiat între furnizorul de servicii sociale (public sau privat) și beneficiarul sau după caz, cu reprezentantul legal al acestuia. În cazul serviciilor de îngrijire personală la domiciliu, acordarea acestora se planifică și se programează în vizite zilnice, săptămânale sau lunare, repartizate la intervale regulate. Beneficiarii primesc asistența și suportul necesar pentru realizarea activităților de bază ale vieții zilnice în funcție de nevoile individuale, corelate cu gradul de dependență/gradul de handicap. Persoana dependentă care necesită asistență și/sau supraveghere permanentă poate beneficia de îngrijire zilnică acordată la domiciliu, de îngrijitorul formal, pentru maximum 8 ore/zi, consecutive sau repartizate la intervale regulate pe parcursul zilei.

Notificare 9

Traseul anevoios pentru pacient

Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se eliberează în 2 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se atașează la foaia de observație/fișa medicală, după caz. În ziua în care a făcut recomandarea, medicul are obligația să o transmită electronic, cu semnătură electronică extinsă/calificată, casei de asigurări de sănătate.

Al doilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi prezentat în original de către asigurat/reprezentantul acestuia casei de asigurări de sănătate care va certifica - la momentul prezentării recomandării - încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul, și ulterior predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu care îi va acorda serviciile respective.

Prezentarea recomandării la casa de asigurări de sănătate se poate face de către asigurat, unul dintre membrii familiei de grad I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului.

În situația în care asiguratul se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu un exemplar al recomandării, iar medicul care a făcut recomandarea nu a transmis-o casei de asigurări de sănătate, se sesizează structura de control a casei de asigurări de sănătate, însă pentru pacient acest lucru nu oferă o soluție imediată.

Recomandarea în original se depune la un singur furnizor, numai în ziua începerii acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu.

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 casei de asigurări de sănătate. Pentru aceste situații casa de asigurări de sănătate verifică dacă serviciile din recomandare sunt în sensul celor din scrisoarea medicală/biletul de externare, înainte de a certifica pe recomandare numărul de zile de îngrijire. În cazul în care există neconcordanțe între datele înscrise pe recomandare și cele din scrisoarea medicală/biletul de externare, casa de asigurări de sănătate nu va certifica pe recomandare numărul de zile de îngrijiri la domiciliu pentru a fi luată

în considerare recomandarea respectivă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu. Pe perioada de valabilitate a unei recomandări certificată de către casa de asigurări de sănătate, aceasta nu mai certifică o altă recomandare.

Casa de asigurări de sănătate, la momentul prezentării recomandării, va înmâna și lista furnizorilor de îngrijiri medicale 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 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 medicale la domiciliu este de 30 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 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale 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.

Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Notificarea 10

Medicii de familie și medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic pot și aceștia să recomande îngrijiri medicale la domiciliu pentru pacienții ECOG 3 sau ECOG 4.

Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire medicală 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 medicale la domiciliu este de 60 lei (pentru mediul urban), respectiv 75 de lei (pentru mediul rural - peste 15 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, evaluat al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate) pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de 55 lei (pentru mediul urban), respectiv 70 de lei (pentru mediul rural - peste 15 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, evaluat al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate). În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu, precum și costurile de transport la adresa declarată de asigurat unde se acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista de îngrijiri medicale din pachetul de bază, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În caz contrar, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG.

Notificarea 11

Un exemplu în acest sens este faptul că desi prin HG nr.427/2018 a fost alocată în cadrul programului de interes național "Servicii comunitare la domiciliu pentru persoanele vârstnice dependente" o sumă de 25.184,32 mii lei pentru o perioadă de 3 ani, începând cu 2018 în vederea asigurării de servicii de îngrijire la domiciliu la nivelul comunelor, fondurile au fost accesate doar de 3 localități.

Notificarea 12

Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situațiile justificate medical de către medicul care face recomandarea. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

Ministerul Sănătății

Strada Cristian Popișteanu, nr. 1-3, sector 1, cod 010024, București
Telefon : 021 3072 500
E-mail : relatii publice@ms.ro

Competența face diferența!

Proiect selectat în cadrul Programului Operațional Capacitate Administrativă cofinanțat de Uniunea Europeană, din Fondul Social European

Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu PAL-PLAN

SIPOCA 733/ MySMIS 129439

Ministerul Sănătății

februarie 2021

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